

**Universität Hamburg**

**Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften**

**MBA Health Management**

**Analyse von *Accountable Care Organizations* in den USA und  
Diskussion der Übertragbarkeit von Elementen des Versorgungs-  
modells im Rahmen der Integrierten Versorgung in Deutschland**

Timo Schulte

# Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	iii
Abkürzungsverzeichnis .....	iv
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Mangelnde Koordination und Fehlanreize als Herausforderungen bei der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen .....</b>	<b>2</b>
<b>3. Relevante Definitionen und Konzepte .....</b>	<b>3</b>
3.1 Das Konzept der integrierten Versorgung .....	3
3.2 Die erfolgsorientierte Vergütung.....	4
3.3 Managed Care Organizations .....	6
3.4 Accountable Care Organizations in den USA .....	7
3.4.1 ACOs im sozialen Krankenversicherungssystem .....	8
3.4.2 ACOs im privaten Krankenversicherungssystem .....	11
3.5 Besondere Versorgungsformen in Deutschland mit Fokus auf IV-Verträge .....	12
<b>4. Methodik.....</b>	<b>14</b>
<b>5. Analyse der zentralen Vertragselemente von ACOs in den USA.....</b>	<b>15</b>
5.1 Der Populationsbezug in ACOs .....	17
5.1.1 Analyse des Populationsbezugs in MSSP- und in Pioneer-ACOs .....	19
5.1.2 Analyse des Populationsbezugs in Organisationen mit AQC .....	20
5.2 Die Qualitätsorientierung in ACOs.....	21
5.2.1 Analyse der Qualitätsorientierung in MSSP- und in Pioneer-ACOs.....	22
5.2.2 Analyse der Qualitätsorientierung in Organisationen mit AQC.....	23
5.3 Die Vergütung in ACOs .....	24
5.3.1 Analyse der Vergütung in MSSP- und in Pioneer-ACOs .....	26
5.3.2 Analyse der Vergütung in Organisationen mit AQC .....	29
5.4 Die Integration in ACOs .....	31
5.4.1 Analyse der Integration in MSSP- und in Pioneer-ACOs .....	33
5.4.2 Analyse der Integration in Organisationen mit AQC .....	35
<b>6. Diskussion der Herausforderungen von ACOs in den USA.....</b>	<b>36</b>
6.1 Diskussion des Populationsbezugs in ACOs .....	38
6.2 Diskussion der Qualitätsorientierung in ACOs.....	40
6.3 Diskussion der Vergütung in ACOs .....	42
6.4 Diskussion der Integration in ACOs .....	45
<b>7. Verbreitung und erste Ergebnisse von ACOs in den USA.....</b>	<b>46</b>
7.1 Verbreitungsgrad und Organisationsstruktur von ACOs in den USA.....	47
7.2 Wirtschaftlichkeit und Qualität von MSSP- und Pioneer-ACOs .....	49
7.3 Wirtschaftlichkeit und Qualität von Organisationen mit AQC.....	53
<b>8. Erfolgsfaktoren von ACOs in den USA.....</b>	<b>55</b>
8.1 Strukturelle Faktoren ( <i>Enabler</i> ) .....	56
8.2 Management-Kompetenzen.....	57
8.3 Aktivitäten zur Verbesserung organisatorischer Prozesse .....	57
<b>9. Diskussion der Übertragbarkeit von Elementen von ACOs im Rahmen von IV-Verträgen in Deutschland .....</b>	<b>58</b>
9.1 Übertragbarkeit des Populationsbezugs von ACOs auf IV-Verträge.....	59
9.2 Übertragbarkeit der Qualitätsorientierung von ACOs auf IV-Verträge .....	61
9.3 Übertragbarkeit der Vergütung von ACOs auf IV-Verträge .....	62
9.4 Übertragbarkeit der Integration von ACOs auf IV-Verträge .....	64
<b>10. Fazit.....</b>	<b>65</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>66</b>
<b>Appendix .....</b>	<b>85</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Analytischer Rahmen der Kernelemente von ACOs	15
Abbildung 2:	Vereinfachtes Vergütungsmodell des Alternative Quality Contract	29
Abbildung 3:	Zusammenhang von Finanzierungsrisiko und Integration des Versorgungsprozesses	31
Abbildung 4:	Ergebnis der systematischen Literaturrecherche zum Thema ACO	85
Abbildung 5:	Vergütungssystematik für Accountable Care Organizations im MSSP	87
Abbildung 6:	Mögliche organisatorische Ausgestaltung von ACOs mittels Vertragsbeziehungen	88
Abbildung 7:	Mögliche organisatorische Ausgestaltung von ACOs als formale Organisationen	88
Abbildung 8:	Durch ACO-Modelle abgedeckte Versichertenpopulation nach ACO-Typ	90
Abbildung 9:	Durchschnittliche relative Einsparung von ACOs nach Populationsgröße	90
Abbildung 10:	Verteilung des Qualitäts-Scores von ACOs im MSSP im 1. Leistungsjahr	91

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht finanzielle Ergebnisse von ACOs im MSSP	50
Tabelle 2:	Übersicht finanzielle Ergebnisse von Pioneer ACOs	52
Tabelle 3:	Entwicklung der risikoadjustierten, inflationsbereinigten Einsparungen nach AQC-Kohorte	54
Tabelle 4:	Effekte alternativer Vergütungsformen im Gesundheitswesen	85
Tabelle 5:	Kernelemente von MSSP-ACOs, Pioneer-ACOs und Organisationen mit AQC	86
Tabelle 6:	Herausforderungen von ACOs in den USA	89
Tabelle 7:	Erfolgsfaktoren für ACO-Modelle	91

## Abkürzungsverzeichnis

ACA	Patient Protection and Affordable Care Act
ACE	Accountable Care Entity
ACO	Accountable Care Organization
AQC	Alternative Quality Contract
AMA	American Medical Association
AHA	American Hospital Association
BCBSMA	Blue Cross Blue Shield of Massachusetts
BDSG	Bundesdatenschutzgesetz
BQS	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gGmbH
BVA	Bundesversicherungsamt
CAH	Critical Access Hospital
CAHPS	Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
CCM	Chronic Care Model
CCO	Coordinated Care Organization
CFR	Code of Federal Regulations
CMI	Center for Medicare and Medicaid Innovation
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EHR	Electronic Health Record
FFS	Fee for Service
FQHC	Federally Qualified Health Center
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GPRO	Group Practice Reporting Option

GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkung
HEDIS	Healthcare Data and Information Set
HHS	Department of Health and Human Services
HMO	Health Maintenance Organization
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
IQTiG	Institut für Qualitätssicherung & Transparenz im Gesundheitswesen
IV	Integrierte Versorgung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MCO	Managed Care Organization
MedPAC	Medicare Payment Advisory Commission
MEQ	Mindesteinsparquote
Mio.	Millionen
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MSSP	Medicare Shared Savings Program
MVQ	Mindestverlustquote
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
P4P	Pay-for-Performance
PCMH	Patient-Centered Medical Home
PGPD	Physician Group Practice Demonstration
PMS	Performance Management System
PoS	Point-of-Service
PPO	Preferred Provider Organization
PQRS	Physician Quality Reporting System
RHC	Rural Health Clinic
SDM	Shared Decision Making
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
U.S.C.	United States Code
USA	United States of America
USD	United States Dollar
WHO	World Health Organization

## 1. Einleitung

*Die in den USA unter dem Stichwort „Accountable Care Organization“ gemachten Erfahrungen der Verknüpfung von integrierten Organisations- und erfolgsbasierten Vergütungsmodellen mit transparent dargestellten Zielen in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit, können auch in Deutschland einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten.*

Die vorstehende Hypothese dient der vorliegenden Arbeit als Leitfrage und wird im weiteren Verlauf systematisch untersucht. Dazu werden zunächst im folgenden Kapitel 2 Herausforderungen, mit denen sich die Gesundheitssysteme vieler entwickelter Länder konfrontiert sehen, als kurzer Hintergrund zusammengefasst und systembedingte Schwachstellen aufgezeigt, aufgrund derer eine Auseinandersetzung mit neuen Versorgungsmodellen überhaupt sinnvoll erscheint. In Kapitel 3 werden zunächst die Konzepte integrierter Versorgung und erfolgsorientierter Vergütung erläutert, da diese zentrale Elemente von *Accountable Care Organizations* darstellen. Vor der Definition von *Accountable Care Organizations* werden zur Abgrenzung ebenfalls *Managed Care Organizations* beschrieben, da sie die Grundlage darstellen, auf welcher *Accountable Care Organizations* weiterentwickelt wurden. Das Kapitel schließt mit einer Erläuterung der besonderen Versorgungsformen in Deutschland mit einem Fokus auf Integrationsverträge, da diese eine Möglichkeit darstellen, Elemente innovativer Versorgungsmodelle auch in Deutschland umzusetzen. In Kapitel 4 wird die Methodik der systematischen Literaturrecherche, die zur Analyse und Bewertung von *Accountable Care Organizations* gewählt wurde, beschrieben. Eine Analyse der zentralen Elemente von *Accountable Care Organizations* wird in Kapitel 5 anhand eines auf Basis relevanter Publikationen erarbeiteten Rahmens sowohl für die Vertragsmodelle in der sozialen Krankenversicherung als auch für ein Fallbeispiel aus der privaten Krankenversicherung der USA durchgeführt. Derselbe Rahmen wird schließlich für die in Kapitel 6 anschließende Diskussion von Herausforderungen und potenziellen Schwachstellen der zentralen Charakteristika von *Accountable Care Organizations* genutzt. Schließlich werden in Kapitel 7 der Verbreitungsgrad entsprechender Vertragsmodelle in den USA präsentiert und erste Ergebnisse in Bezug auf Qualität und Wirtschaftlichkeit aufbereitet. Im folgenden Kapitel 8 werden übersichtsartig die aus den bislang verfügbaren Berichten erkennbaren, potenziellen Erfolgsfaktoren abgeleitet. Die in den vorherigen Kapiteln erarbeiteten Grundlagen und Erkenntnisse aus den USA münden schließlich in die Diskussion der Übertragbarkeit von grundsätzlichen Elementen des Vertragsmodells der *Accountable Care Organization* im Rahmen von Integrationsverträgen in Deutschland in Kapitel 9, wobei erneut der analytische Rahmen aus Kapitel 5 als struktureller Leitfaden dient. Im abschließenden Kapitel 10 wird schließlich unter Bezugnahme auf die eingangs formulierte Forschungsfrage ein Fazit der Untersuchung gezogen.

## 2. Mangelnde Koordination und Fehlanreize als Herausforderungen bei der Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen

Faktoren wie die Entwicklung der Gesundheitsausgaben<sup>1</sup>, steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen durch demographische Veränderungen<sup>2</sup> sowie die Erwartungshaltung der Bevölkerung<sup>3</sup> verstärken Forderungen nach mehr Effektivität und Effizienz der Gesundheitssysteme<sup>4</sup> in entwickelten Ländern (Porter/Guth 2012: 7 ff.; Deloitte 2015: 1 ff.). Als Ziele der Weiterentwicklung formuliert die *World Health Organization* (WHO) die anspruchsvollen und erwartungsgerechte Versorgung der Bevölkerung, die Verbesserung des Gesundheitsstatus und die Sicherstellung einer fairen Finanzierung (Murray/Frenk 2000: 719 ff.). Diese Zieltrias wird auch als magisches Dreieck der Gesundheitspolitik bezeichnet (Klinke 2008: 64). Ein ideal gestaltetes Gesundheitssystem setzt diese Ziele strategisch so um, dass sich die Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung am daraus abgeleiteten *Triple Aim*, bestehend aus verbesserter Gesundheit von Populationen, reduzierter Kostenentwicklung und gesteigerter Patientenerfahrung, ausrichten. Es wird jedoch kritisiert, dass die Systemziele durch politische Rahmenbedingungen nicht optimal an die jeweiligen Leistungserbringerstrukturen weitergegeben werden, so dass diese als Reaktion auf die Gegebenheiten des Marktes aus rationalem Eigeninteresse einzelne Aspekte des *Triple Aim* vernachlässigen (Berwick et al. 2008: 760 ff.).

Als zentrale Herausforderungen der Gesundheitspolitik in Deutschland und in den USA gelten seit längerer Zeit einerseits die Überwindung der historisch bedingten Fragmentierung der Gesundheitsversorgung und andererseits die Weiterentwicklung dysfunktionaler Vergütungssysteme, welche die sektorale Trennung verstärken (Guterman et al. 2011: 5) und häufig zusätzlich Fehlanreize setzen (Vgl. etwa Oberender 2002; Porter/Teisberg 2006; Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens 2009). Diese systemimmanenten Schwächen führen sowohl im US-amerikanischen als auch im deutschen Gesundheitssystem zu suboptimaler Qualität, wirtschaftlicher Ineffizienz und schlechter Patientenerfahrung (für internationale Vergleich siehe etwa McCarthy et al. 2011; Lauerer et al. 2013; Organisation for Economic Co-operation and Development 2013; Radley et al. 2014), wobei zumindest der Zugang zur Versorgung in Deutschland weniger problematisch ist als z.B. in den USA.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> In entwickelten Ländern mit komplexen Gesundheitssystemen steigen die Gesundheitsausgaben pro Kopf schneller als das Bruttoinlandsprodukt (BIP), wodurch sich ein systemübergreifendes Problem der Finanzierung von Versorgung ergibt (Jenker/Leive 2010). Deutschland rangiert beim Vergleich des Anteils der Gesundheitsausgaben am BIP im oberen Drittel, wobei die USA regelmäßig die Spitzenposition einnehmen (Organisation for Economic Co-operation and Development 2013). Zur Diskussion von Determinanten künftiger Ausgabenentwicklungen siehe etwa Hajen et al. (2011: 98 ff.).

<sup>2</sup> Zur Diskussion der Überschätzung des demografischen Effekts siehe z.B. Lauterbach/Lüngen (2008: 150 f.). Zur Diskussion, ob demografische Veränderungen die Gesundheitsausgaben negativ beeinflussen - Medikalisierungsthese (Verbrugge 1984: 195 ff.) versus Morbiditäts-Kompressionsthese (Fries 1980: 130 ff.) - siehe z.B. Niehaus (2012: 46 ff.) oder Kroll/Ziese (2009).

<sup>3</sup> Eine Untersuchung des Commonwealth Fund (2013) zeigt, dass ein Großteil der Bürger in Deutschland (58%) und den USA (75%) grundlegende Veränderungen bzw. eine gänzliche Neustrukturierung des Gesundheitssystems für notwendig hält.

<sup>4</sup> Gesundheitssystem ist in der Regel synonym zu verstehen mit Gesundheitsmarkt und -wesen (Busse et al. 2010: 3).

<sup>5</sup> Die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems lässt sich allerdings nur schwer messen bzw. international vergleichen (Hajen et al. 2011: 255; Wendt 2013: 20).

Als Reaktion auf die beschriebenen Schwächen wurde in den USA eine umfassende Strategie zur Weiterentwicklung des Gesundheitssystems in Richtung einer verstärkten *Value*<sup>6</sup>-Orientierung ausgearbeitet (Institute of Medicine 2001). Ein auf Basis bestehender Modelle der *Managed Care* Bewegung weiterentwickeltes Modell zur Umsetzung ist die im Rahmen dieser Arbeit näher betrachtete *Accountable Care Organization (ACO)*, welche die Förderung integrierter Leistungserbringung (*Value-based Healthcare Delivery*) mit einer stärker erfolgsorientierten Vergütung (*Value-based Payments*) verknüpfen soll und zu diesem Zweck in den USA umfangreich getestet wird. Derartige Vertragsmodelle bieten ggfs. Ansatzpunkte für eine Verbesserung auch in anderen Industrieländern (McClellan et al. 2014). Zielsetzung dieser Arbeit ist es, kreative Elemente oder innovative Steuerungsinstrumente dieses kombinierten Koordinations- und Vergütungsmodells herauszuarbeiten und im Kontext der in Deutschland gültigen Rahmenbedingungen und Präferenzen zu diskutieren, aber nicht die Systemsteuerung als Ganzes zu vergleichen.<sup>7</sup> Stärker wettbewerblich geprägte Konzepte zur besseren Vernetzung der Versorgungssektoren und die Erprobung neuer Vergütungsmodelle werden zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in zunehmendem Maße auch vom Gesetzgeber in Deutschland angestrebt (Amelung 2011: 8 ff.; Mühlbacher/Ackerschott 2007: 17 ff.).

### 3. Relevante Definitionen und Konzepte

Im folgenden Kapitel werden zunächst die theoretischen Konzepte integrierter Versorgung und erfolgsorientierter Vergütung erläutert. Darauf aufbauend werden die Vertragsmodelle der *Managed Care Organizations* und der *Accountable Care Organizations* voneinander abgegrenzt und Ausgestaltungsoptionen von ACOs im System der sozialen und privaten Krankenversicherung der USA dargestellt. Abschließend werden die innovativen bzw. besonderen Versorgungsformen in Deutschland beschrieben, wobei Verträge zur Integrierten Versorgung (IV) nach §140 a-d SGB V besonders hervorgehoben werden, weil sie sich für die selektivvertragliche Umsetzung von ACO-Elementen in besonderem Maße anbieten.

#### 3.1 Das Konzept der integrierten Versorgung

Eine allgemein anerkannte Definition für das theoretische Konzept der integrierten Versorgung hat sich bislang nicht herausgebildet. Bestehende Definitionen unterscheiden sich bezüglich Umfang und Schwerpunkt (Valentijn et al. 2013). Während einige Autoren die Integration im Sinne eines „Versorgungsmanagements, bei der der Behandlungsprozess im Vordergrund steht“ (Schreyögg et al. 2010: 101) betonen, so dass durch zielgerichtete Koordination der

---

<sup>6</sup> Das Value-Konstrukt ist ein Komposit und setzt Qualität und Kosten ins Verhältnis (Porter 2010: 2477 ff.).

<sup>7</sup> Zum einen kann das Gesundheitssystem der USA in Bezug auf Ergebnisse zu Qualität und Wirtschaftlichkeit ohnehin nicht als Vorbild dienen und zum anderen ließe sich ein systemischer Ansatz wegen der historisch gewachsenen Strukturen nicht vollständig auf einen anderen Kontext adaptieren (Braun et al. 2009: 3; Hajen et al. 2011: 267).



Leistungserbringer eine ganzheitliche Sichtweise der Behandlung (*Seamless Care*) erreicht wird (Porter/Teisberg 2006: 204), verwenden andere Autoren einen breiteren Fokus im Sinne der Verknüpfung des Gesundheitssystems mit verwandten Sozialsystemen (Leutz 1999: 77 f.), um dem systemischen Zusammenhang der Gesundheitsversorgung<sup>8</sup> gerecht zu werden. Im Rahmen dieser Arbeit wird gemäß der WHO die folgende, etwas enger gefasste Definition für das Konzept der integrierten Versorgung zugrunde gelegt (Gröne/Garcia-Barbero 2001: 7):

*Integrierte Versorgung bringt Einsatz, Erbringung, Management und Organisation von Leistungen innerhalb des Versorgungsprozesses zusammen, um Zugang, Qualität, Patientenzufriedenheit und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung zu verbessern.*

Eine horizontale Integration bezeichnet den interdisziplinär-fachübergreifenden Zusammenschluss von Leistungserbringern einer Versorgungsebene, eine vertikale Integration die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Fachgruppen verschiedener Leistungssektoren (Mühlbacher/Ackerschott 2007: 20). Umfasst die Integration auch Kostenträger, wird von einer erweiterten vertikalen Integration gesprochen (Schreyögg et al. 2010: 108). Wird auf das breitere Verständnis Bezug genommen und der Fokus der IV über den Behandlungsprozess hinaus auf verwandte Sozialsysteme, wie z.B. das System der sozialen Sicherung, erweitert, wird dies im Rahmen dieser Arbeit als vertikale, systemübergreifende Integration bezeichnet.

### **3.2 Die erfolgsorientierte Vergütung**

Da auf den hoch regulierten Gesundheitsmärkten die Steuerungsfunktion von Preisen nur eingeschränkt gilt, ist die Ausgestaltung der Vergütungssysteme<sup>9</sup> für Leistungserbringer ein zentrales Steuerungsinstrument (Hajen 2008: 10). Durch Weiterentwicklung traditioneller Vergütungssysteme sollen systemimmanente Fehlanreize und Schwachstellen überwunden werden. Vergütungssysteme entwickelter Länder durchlaufen dabei gemäß Schrappe (2014: 163 ff.) drei Phasen der Entwicklung - von der Kostendeckung über die Kostendämpfung schließlich zur erfolgsorientierten Vergütung von *Value* (Effektivität und Effizienz).

Eine kurze Diskussion der Schwächen traditioneller Vergütungsformen erscheint als Ausgangspunkt für Weiterentwicklungen, die im Rahmen von *Accountable Care Organizations* angestrebt werden, sinnvoll. Es werden jedoch nur die extremen Ausprägungen der prospektiven, pauschalierten Vergütung (Kopfpauschalen/*Capitation*, Globalbudget) gegenüber der retrospektiven, leistungsmengenabhängigen Vergütung (Einzelleistungsvergütung/*Fee-for-Service*) diskutiert (Güssow 2007: 251) sowie die Verteilung der Finanzierungsrisiken zwischen

---

<sup>8</sup> Hier findet sich der Grundgedanke des biopsychosozialen Modells wieder, welches die physische, psychische und soziale Ebene der Gesunderhaltung und Krankheitsentstehung als dynamisches Geschehen begreift (Engel 1977: 129 ff.).

<sup>9</sup> Ein Vergütungssystem hat folgende Funktionen zu erfüllen: Verteilungsfunktion, Anreizfunktion, Innovationsfunktion. Für eine Zusammenfassung und Beschreibung zusätzlicher Anforderungen siehe etwa Hajen et al. (2011: 157).

Versicherern und Leistungserbringern näher ausgeführt (Breyer et al. 2013: 397 f.). Eine Übersicht zu Effekten und Schwachstellen gemischter Vergütungsformen, welche aufgrund des begrenzten Umfangs an dieser Stelle nicht ausgeführt werden, bietet Tabelle 4 im Appendix.<sup>10</sup>

Grundsätzlich gilt, dass retrospektive Systeme, in denen die Kostenverantwortung beim Kostenträger liegt (Ginsburg 2012: 1977), inhärente Fehlanreize beinhalten, da durch eine unangemessene Ausweitung der erbrachten Mengen (Übersorgung) und eine Konzentration auf lukrative Leistungen durch Leistungserbringer Erlöse erzielt werden können, aber z.B. kein finanzieller Anreiz zur Prävention von Erkrankungen geboten wird, da Leistungserbringer von kranken Patienten profitieren. Positiv ist allerdings, dass Leistungserbringer keinen Anreiz haben, Patienten Leistungen vorzuenthalten (Oberender/Heissel 2001; Hajen et al. 2011: 161 f.; Wilensky 2014: 155). Demgegenüber können prospektive Systeme, in denen das Finanzierungsrisiko auf die Leistungserbringer übertragen wird, diese dazu verleiten, ihren Patienten prinzipiell erforderliche Leistungen vorzuenthalten (Unterversorgung), da sie so einen möglichst großen Anteil der pauschalen Vergütung einbehalten können und zusätzlich mehr Zeit für alternative Tätigkeiten zur Verfügung haben (Lieberman/Bertko 2011: 24 f.). Zudem wächst mit steigendem Finanzierungsrisiko für Leistungserbringer die Gefahr einer Risikoselektion (Luthe 2013: 42 f.) bzw. es ergibt sich bei mangelhafter Risikoadjustierung der Pauschalen ein Problem für solche Leistungserbringer, die aufgrund einer ungünstigen Risikostruktur ihrer Patienten nicht in der Lage sind, eine angemessene Versorgung zum Preis der Pauschalen zu leisten (Frakt/Mayes 2012: 1954 ff.). Positiv ist allerdings die relative Budgetsicherheit für die Kostenträger und der Anreiz für Leistungserbringer, ihre Patienten möglichst effizient zu behandeln und gesund zu erhalten (Oberender/Heissel 2001; Hajen et al. 2011: 159 f.).

Im Optimalfall<sup>11</sup> wäre eine Vergütung so gestaltet, dass das Versicherungsrisiko, z.B. für Hochkostenfälle, beim Kostenträger verbleibt, aber das Leistungsrisiko für Über- oder Fehlversorgung auf die Leistungserbringer übertragen wird (Guterman et al. 2011: 15). Dies ist das Ziel erfolgsorientierter Vergütungsformen (Frakt/Mayes 2012: 1954 ff.). Im Übergang zu *Value-based Payments* waren Programme wie *Pay-for-Performance (P4P)* ein erster Schritt.<sup>12</sup> Die Vergütung im Rahmen von *Value-based Payments* wird neben Effektivitäts- allerdings auch an Effizienzgrößen geknüpft.<sup>13</sup> Dadurch wird in *Value-based Payment* Modellen mindestens ein Teil des Finanzierungsrisikos mit Leistungserbringern geteilt (Delbanco et al. 2011: 5 ff.).

---

<sup>10</sup> Für die weiterführende Diskussion von Vergütungsformen siehe etwa Hajen et. al (2011: 159 ff.).

<sup>11</sup> Für eine Diskussion des optimalen Umfangs der Risikoübernahme durch Leistungserbringer bzw. der gerechten Verteilung der Finanzierungsrisiken zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern siehe etwa Simon/Emmons (1997: 120 ff.).

<sup>12</sup> Bei P4P, welches vor allem in den frühen 2000er Jahren getestet wurde, wurde die Vergütung an vorab definierte Qualitätsindikatoren geknüpft. Nach anfänglich überschätzten Erwartungen wird der mögliche Effekt von P4P mittlerweile realistischer als vergleichsweise begrenzt eingeschätzt (Conrad et al. 2013: 999). Ein Meta-Review aus 22 systematischen Reviews offenbarte nur schwache, nicht eindeutige Hinweise auf Kosteneffektivität (Eijkenaar et al. 2013). Insgesamt betrachtet lieferte P4P jedoch wichtige erste Erkenntnisse auf dem Weg zu einer umfassenderen Umsetzungsstrategie von *Value-based Payments*.

<sup>13</sup> Wie bei P4P-Programmen ist eine nicht ganz unproblematische Voraussetzung für eine derartige Verknüpfung, dass sich die Zielerreichung in ausreichendem Maße, z.B. über Kennzahlen, verifizieren lässt (siehe für Details die Kapitel 6.2 und 6.3).

Eine zentrale Einsicht der jüngeren Vergütungspolitik der USA ist, dass die Weiterentwicklung erfolgsorientierter Vergütungssysteme mit der Integration der Leistungserbringung kombiniert werden sollte. Der Grad der Risikoübernahme beeinflusst den Integrationsgrad der Leistungserstellung und umgekehrt beeinflusst der Organisationstypus das Verhalten der Leistungserbringer (Guterman et al. 2011: 5). Da eine sektoral-begrenzte *Value*-Orientierung<sup>14</sup> irgendwann an Grenzen stößt, sollen populationsbasierte Vergütungen<sup>15</sup> an Erfolgskennzahlen geknüpft und in geteilter Verantwortung an sektorenübergreifende Zusammenschlüsse (wie z.B. *Accountable Care Organizations*) weitergegeben werden (Medicare Payment Advisory Commission 2014). Innovative, erfolgsorientierte Vergütungsformen gewinnen auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung (Braun et al. 2009: 12).

### 3.3 Managed Care Organizations

Für den Begriff *Managed Care* an sich existiert keine einheitliche Definition. Generell wird darunter ein System von Managementtechniken verstanden, welche das Ziel haben, die Kosten und den Zugang zur Gesundheitsversorgung bei gleichbleibender oder sogar optimierter Versorgungsqualität mittels unterschiedlicher, auf diese Ziele ausgerichteter Konzepte (*Managed Care Delivery Systems*) und Organisationsformen (*Managed Care Organizations*) zu steuern (Haubrock et al. 2000: 22 ff.). Befördert wurde die *Managed Care* Bewegung in den USA durch den 1973 in 42 U.S.C. §300e verabschiedeten *Health Maintenance Organization Act*.

*Managed Care Organizations* (MCOs) hatten ihre Blütezeit in den USA<sup>16</sup> in den 1990er Jahren mit vielfältigen Vertragsmodellen in der privaten und sozialen Krankenversicherung. Die klassischen MCOs sind integrierte Zusammenschlüsse wie z.B. *Health Maintenance Organizations* (HMOs), *Preferred Provider Organizations* (PPOs) oder *Point-of-Service Plans* (PoS), in denen die Trennung von Leistungserstellung und Leistungsfinanzierung wenigstens teilweise aufgehoben wurde. Als Vergütungsform wurden in MCOs verstärkt Kopfpauschalen mit finanziellen Anreize zur Kostenbegrenzung genutzt. MCOs versuchten, die Kosten zu begrenzen, indem z.B. Arbeitnehmern nur begrenzter Zugang zu Leistungen gewährt wurde (*Gatekeeping*). Hauptsächlich wurden Instrumente wie Bewilligungsverfahren, Zweitmeinungen und Leistungskontrollen eingesetzt (Frakt/Mayes 2012: 1952). Eine Schwachstelle war dabei, dass die Verträge fast keine formalen Qualitätsanreize beinhalteten (Chernew et al. 2011: 51).

---

<sup>14</sup> Sektoral-begrenzte Elemente der umfassenden Strategie zur Umsetzung von *Value-based Care* im sozialen Krankenversicherungssystem der USA sind z.B. *Bundled Payments*, *Value-based Purchasing* und *Health Homes*.

<sup>15</sup> Populationsbudgets finden sich z.B. auch in England in *Clinical Commissioning Groups* und in den Niederlanden in *Care Groups*. Für genauere Informationen zur Ausgestaltung im Rahmen von *Accountable Care Organizations* siehe Kapitel 5.3.

<sup>16</sup> Auch in der Schweiz werden Hausarztmodelle und HMOs - ähnlich wie in den USA - angeboten. Während zunächst die Erwartungen bezüglich einer flächendeckenden Umsetzung nicht erfüllt wurden, wurde 2004 eine Novellierung des Krankenversicherungsgesetzes verabschiedet, so dass sämtliche Versicherer ihren Versicherten eine Form von *Managed Care* anbieten müssen (Berchtold 2009: 75 ff.). Im Jahr 2014 ließen sich bereits ca. 24% der Schweizer Versicherten in *Managed Care* Modellen in Form von Ärztenetzen betreuen (Forum Managed Care 2014).

Nach ein paar Jahren erfolgreicher Kostenkontrolle stiegen die Kosten in MCOs wieder deutlich an und Versuche einer weiteren Eindämmung durch restriktivere Bewilligungsverfahren schafften Konflikte bei Ärzten sowie bei Patienten ein schlechtes Image und führten zum sogenannten *Managed Care Backlash* (Blendon et al. 1998: 80 ff.; Guterman et al. 2011: 24; Cunningham 2014: 737). Außerdem bewirkten die Kopfpauschalen Konsolidierungen auf Ärzteseite, um durch Marktmacht höhere Pauschalen verhandeln zu können (Mechanic 2004). MCOs sind weiterhin im US-Gesundheitsmarkt aktiv, ihre Anzahl wurde jedoch z.T. aufgrund schwacher Führungsstrukturen und fehlender technischer Möglichkeiten, Kosten und Leistungen zu kontrollieren, ab Mitte der 1990er Jahre deutlich begrenzt<sup>17</sup> (Hajen et al. 2011: 265 f.; Fisher/Squires 2011: 30). Eine Erkenntnis aus der *Managed Care* Bewegung, die letztlich auch zur Entwicklung von *Accountable Care Organizations* beitrug, war, dass integrierte Zusammenschlüsse prinzipiell Effizienzpotenziale ausschöpfen können, eine parallele Ausrichtung auf Qualität und gesteigerte Patientenerfahrung jedoch gesichert werden muss.

### **3.4 Accountable Care Organizations in den USA**

Der Drang zur Reformierung sowohl der Organisation als auch der Vergütung der Leistungserbringung schaffte im US-Gesundheitssystem starke Anreize zur Umsetzung von Modellen integrierter Leistungserbringung, die Verantwortung sowohl für die Qualität als auch für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung übernehmen.<sup>18</sup> Vertikal integrierte Versorgungssysteme mit Kostenträgerbeteiligung wie z.B. Kaiser Permanente, Intermountain Healthcare oder Geisinger Health System sind aufgrund ihrer verknüpften Organisations- und Vergütungssysteme de facto Vorbilder für *Accountable Care Organizations*, auch wenn sich dieser Begriff erst nachträglich herausgebildet hat<sup>19</sup> (Cimasi 2013: Pos. 4599; Frakt 2015). Die ersten davon unabhängigen ACOs entstanden nach der Jahrtausendwende im privaten Gesundheitssektor der USA als Weiterentwicklung der Theorie von *Managed Competition* (Enthoven 1993: 24 ff.) bzw. als direkte Reaktion auf die Probleme von *Managed Care*, wobei Leistungserbringer und Kostenträger erste erfolgversprechende Modelle zur Vermeidung der Schwächen bestehender Ansätze umzusetzen versuchten (Burns/Pauly 2012: 2409). Insbesondere durch die gesetzliche Anforderung des *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)* zur Entwicklung von ACOs im Rahmen von Medicare<sup>20</sup> haben die Modelle nun auch international enorm an Aufmerksamkeit gewonnen. Die Tatsache, dass ACOs auf Empfehlung der Medicare Payment

---

<sup>17</sup> Der Anteil von US-Ärzten, die eine Ablehnung von Verträgen mit Kopfpauschalen signalisierten, stieg von 36,2% im Jahr 1998 auf 60,7% im Jahr 2008 (Chernew et al. 2011: 51 f.). Allerdings sind laut Umfrage unter 39 US-Versicherern Kopfpauschalen mit einem Anteil von 15% an den Gesamtausgaben weiterhin eine häufig genutzte Vergütungsform (Evans 2014).

<sup>18</sup> Die Strategie von *Accountable Care*, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen zu adressieren, ist allerdings keinesfalls vollständig neu, sondern gründet auf einer langen Historie in den USA (Rice et al. 2013: 4). Erste Ansätze finden sich bereits in Berichten des *Committee on the Costs of Medical Care* im Jahr 1932 (Cimasi 2013: Pos. 690).

<sup>19</sup> Der Begriff „Accountable Care Organization“ wurde erstmals von Elliott Fisher und Glenn Hackbarth bei einem Treffen der Medicare Payment Advisory Commission im Jahr 2006 verwendet (Fisher et al. 2007: w57).

<sup>20</sup> Medicare ist die größte staatliche Krankenversicherung in den USA, welche nahezu universelle Abdeckung für alle Bürger ab 65 Jahren, solche mit einer Behinderung oder terminaler Niereninsuffizienz bietet (Vgl. Rice et al. 2013: 28).

Advisory Commission (MedPAC) in das Gesetz aufgenommen wurden, stützten sich einerseits auf Erfahrungen mit vorherigen Medicare Pilot-Programmen<sup>21</sup> zu *Value-based Payments* und andererseits auf Berichten der genannten integrierten Versorgungssysteme mit erfolgsabhängigen Vergütungen im privaten Gesundheitssektor (McClellan et al. 2010: 983 f.). Basierend auf den im Rahmen dieser Arbeit noch näher ausgeführten Charakteristika wird die folgende Definition einer ACO für diese Arbeit zugrunde gelegt:

*Eine Accountable Care Organization ist ein horizontal oder vertikal integrierter Zusammenschluss von Leistungserbringern, welcher sich formal verpflichtet, die Gesundheitsversorgung einer definierten Population durch verstärkte Kooperation in der Leistungserbringung zu verbessern, wobei ein Teil der populationsorientierten Vergütung an Effektivitäts- und Effizienzziele geknüpft wird, deren Erreichung mittels eines Sets von Leistungskennzahlen geprüft wird.*

Die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit übernimmt insofern ein mindestens horizontal integrierter Zusammenschluss von direkt am Versorgungsprozess beteiligten Akteuren. Diese Verbünde schließen mit einem oder mehreren Kostenträgern Verträge, in denen sie sich zur Intensivierung der sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung einer definierten Population verpflichten (Fisher et al. 2012). Ein wesentliches Vertragselement ist die Übernahme von Finanzierungsrisiken durch Leistungserbringer. Im Gegensatz zu MCOs sind diese jedoch zum einen begrenzt und zum anderen geknüpft an das Erreichen gewisser Qualitätsziele (Fisher/Shortell 2010; Shortell 2012). Das bedeutet, dass bei der Versorgung der ACO-Population gleichermaßen Ausgaben- und Qualitätsziele durch die Leistungserbringer erreicht werden müssen, damit eine zusätzliche Vergütung verdient werden kann (Fisher et al. 2009).

### **3.4.1 Accountable Care Organizations im sozialen Krankenversicherungssystem**

Im Jahr 2010 wurden in den USA gemäß § 3022 des *Patient Protection and Affordable Care Act (ACA)* neue gesetzliche Bestimmungen zur Abkehr von der traditionellen Vergütung mittels *Fee-for-Service (FFS)* in der sozialen Krankenversicherung durch Entwicklung von ACOs im Rahmen des *Medicare Shared Savings Program (MSSP)* auf den Weg gebracht.<sup>22</sup> Ferner schreibt § 3021 des ACA vor, dass weitere, innovative ACO-Modelle vom *Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMI)* getestet werden. Dies sind zum einen *Pioneer ACOs* für Zusammenschlüsse, die bereits Erfahrungen mit finanziellem Risiko gesammelt haben, und zum anderen *Advance Payment ACOs* für Leistungserbringer-Netzwerke mit begrenzten Ressourcen (Larson et al. 2012: 2395). Die vom CMI begleiteten Modelle müssen im Gegensatz zu

---

<sup>21</sup> Zum einen die *Physician Group Practice Demonstration* mit zehn teilnehmenden Netzwerken von 2005-2010 (siehe Kapitel 7), zum anderen die *Medicare Health Care Quality Demonstration* ab 2010.

<sup>22</sup> Im Jahr 2011 erfolgte z.B. noch fast die gesamte Vergütung in Medicare mittels FFS (Department of Health and Human Services 2015).

den MSSP-ACOs ausführlicher evaluiert werden (Fisher et al. 2012: 2369). Eine Besonderheit ist, dass der US-Gesundheitsminister durch die Regelungen des ACA die im Rahmen dieser innovativen Modelle bewerteten Vergütungssysteme unverzüglich auf nationaler Ebene umsetzen kann, wenn diese sich als effektiv herausstellen, ohne dass der reguläre Prozess der Gesetzgebung durchlaufen werden muss (Selker 2014: 57 f.). Zusätzlich zu den ACOs in Medicare gibt es Pilotmodelle in Medicaid,<sup>23</sup> welche zum Teil von den Bundesstaaten finanziert werden und in denen soziale und gemeindenahe Einrichtungen eine wichtigere Rolle spielen.

### Accountable Care Organizations im Medicare Shared Savings Program

Das *Medicare Shared Savings Program* (MSSP) soll gemäß 42 U.S.C. § 1899 die Übernahme der Versorgungsverantwortung für ganze Populationen im Rahmen von Medicare durch Leistungserbringer fördern sowie Anreize zur Verbesserung von Qualität und Effizienz setzen. Die Aufgabe, aus diesen Bestimmungen ein funktionsfähiges ACO-Programm zu etablieren, wurde vom Department of Health and Human Services (HHS) an das Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) übertragen, welches in 42 CFR § 425 die finalen Regulierungen<sup>24</sup> für das MSSP festlegte, die ab Januar 2012 gesetzeswirksam wurden.<sup>25</sup>

Gemäß CMS sind ACOs „*a new type of health care entity ... that agrees to be held accountable for improving the health and experience of care for individuals and improving the health of populations while reducing the rate of growth in health care spending*“ (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014h: 2). Insofern werden ACOs die Ziele des *Triple Aim* vorgegeben, welches vom CMS jedoch leicht abweichend als *Three-Part-Aim* bezeichnet werden.

ACOs übernehmen im MSSP die Verantwortung für Qualität, Kostenentwicklung und Koordination der Versorgung einer Versichertenpopulation des Fee-for-Service Programms für mindestens drei Leistungsjahre (siehe dazu auch Kapitel 5.1.1). Die Zielerreichung wird während der Vertragslaufzeit mittels eines Sets an Leistungskennzahlen bewertet (siehe dazu auch Kapitel 5.2.1) und Vergütungen an die Zielerreichung gekoppelt (siehe dazu auch Kapitel 5.3.1). Mögliche Vertragspartner des CMS sind integrierte Zusammenschlüsse medizinischer Leistungserbringer (siehe dazu auch Kapitel 5.4.1). Die Teilnahme an ACOs ist für Leistungserbringer freiwillig. Die Transparenz der erzielten Ergebnisse spielt bei der Bewertung und dem Vergleich der Modelle im MSSP eine wesentliche Rolle (McClellan et al. 2010).

Zu Beginn des Jahres 2015 formulierte das Department of Health and Human Services die Zielvorgabe, dass bis zum Ende des Jahres 2016 wenigstens 30% der traditionellen FFS-

---

<sup>23</sup> Medicaid ist ein paritätisch von den Bundesstaaten und der Bundesregierung finanziertes Gesundheitsfürsorgeprogramm für Personen mit dem geringsten Einkommen und dem wenigsten Vermögen, Behinderte oder Senioren, deren finanzielle Ressourcen z.B. durch Langzeitpflege aufgebraucht wurden. Zu Medicaid gehört auch das Children's Health Insurance Program für Kinder ohne private Absicherung (Rice et al. 2013: 120 f.). Medicaid kann je nach Bundesstaat im Leistungsniveau variieren.

<sup>24</sup> Die vom CMS Mitte des Jahres 2011 vorgeschlagene Regulierung wurde von über 1.300 Institutionen kommentiert (siehe etwa Correia 2011) und daraufhin umfassend überarbeitet (einen Überblick der Änderungen bietet Berwick 2011).

<sup>25</sup> Die ersten ACO-Modelle im MSSP konnten im Startjahr 2012 unterjährig im April oder im Juli mit der Arbeit beginnen. Ansonsten beginnt ein Leistungsjahr für ab 2013 gegründete ACOs gemäß 42 CFR § 425.200 b immer ab dem 1. Januar des Folgejahres.



Vergütungen in Medicare über alternative *Value-based Payments* in ACOs oder in *Bundled Payment* Programmen gemacht werden sollen (in 2014 waren es ca. 20%) und dieser Anteil bis zum Ende des Jahres 2018 auf mindestens 50% erhöht werden soll (Department of Health and Human Services 2015). Dies demonstriert einerseits eine Selbstverpflichtung, die Strategie in Richtung *Value-based Care* weiter zu verfolgen, und andererseits ist es ein Signal an die Leistungserbringer, sich verstärkt auf Verträge mit *Value-based-Payments* einzulassen.

### Advance Payment Accountable Care Organizations

Die Bewerbung für das Modell der Advance Payment ACO war Netzwerken in ländlichen Regionen der USA mit hauptsächlich niedergelassenen Ärzten bis Anfang des Jahres 2013 im Anschluss an ihre Bewerbung für das reguläre MSSP (insofern gelten grundsätzlich dieselben Anforderungen) möglich.<sup>26</sup> Diese Sonderform sollte Netzwerke mit geringer Finanzkraft mit Startkapital ausstatten, um eine ACO überhaupt umsetzen zu können. Die Anschubfinanzierung durch CMS sollte Leistungserbringer in die Lage versetzen, Investitionen in Infrastruktur sowie in Personal zur Versorgungskoordination tätigen zu können. Die Zahlungen sind eine Art Vorschuss auf die erwarteten Einsparungen im MSSP und müssen während der Laufzeit gewissermaßen zurückverdient werden (Lewis et al. 2012: 1780). Das CMI untersucht im Rahmen der Advance Payment Modelle, ob sich durch Vorauszahlungen mehr Teilnehmer für das reguläre MSSP gewinnen lassen und ob diese einen Effekt auf die Qualität oder die Höhe der Einsparungen haben (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014c: 2).

### Pioneer Accountable Care Organizations

Für das Modell der Pioneer ACO, das vor dem regulären MSSP mit Beginn des Jahres 2012 ohne nachträgliche Aufnahme weiterer Organisationen gestartet wurde, konnten sich bis August 2011 nur Zusammenschlüsse bewerben, die bereits Erfahrungen mit Ansätzen zur Verbesserung der Versorgungskoordination sowie erfolgsorientierter Vergütung gesammelt hatten und eine entsprechend ausgebaute Infrastruktur größtenteils bereits aufwiesen (Selker 2014: 58). Ziel des CMS ist es, im Rahmen des Pilotprogramms von den Erfahrungen der Leistungserbringer und der Zusammenarbeit mit privaten Kostenträgern zu lernen. Teilnehmende ACOs mussten sich deshalb verpflichten, weitere Verträge mit *Value-based Payments* auch mit privaten Versicherern abzuschließen, damit ab dem dritten Leistungsjahr der Großteil der Einnahmen des Verbundes durch derartige Vergütungen entsteht (Meyer 2012: 2364). In den Pioneer ACOs stimmen die Leistungserbringer zudem der schnelleren Übernahme größerer Finanzierungsrisiken zu (siehe dazu auch Kapitel 5.3.1). Die Pioneer ACOs verpflichten sich überdies, dass die gemessenen Leistungskennzahlen und Einsparungen von CMS veröffentlicht werden dürfen (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2012).

---

<sup>26</sup> Vom CMS wurde bereits das vergleichbare *ACO Investment Model* angekündigt, welches ab 2016 neuen Leistungserbringern in ländlichen Regionen Vorauszahlungen wie in *Advance Payment* ACOs ermöglicht und bestehenden ACOs solche offeriert, wenn diese mehr Finanzierungsrisiko zu tragen bereit sind als bisher (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014c).

## Accountable Care Organizations im Kontext von Medicaid

Die Ausgestaltung von ACOs für Bezugsberechtigte von Medicaid obliegt der Gesetzgebung des jeweiligen US-Bundesstaats (McGinnis et al. 2013b). Da die Finanzierung von Medicaid paritätisch zusammen mit der Bunderegierung erfolgt, sind Medicaid-ACOs<sup>27</sup> nicht direkt von den Reformen in Medicare betroffen (Sandberg et al. 2014: 1983) und es müssen eigene Lösungsansätze entwickelt werden, die sich teils aber an den Regelungen des MSSP orientieren (Houston/McGinnis 2013). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass ca. 75% der Medicaid-Versicherten in Managed Care Programme eingeschrieben sind, für die eine pauschalierte Vergütung mittels Kopfpauschalen erfolgt (Houston/McGinnis 2014). In Medicaid-ACOs nehmen neben den medizinischen vor allem gesundheitsfördernde und soziale Leistungserbringer sowie öffentliche Gesundheits- und Sozialdienste und verwandte gemeindenahere Dienste eine wichtigere Rolle ein (Mahadevan 2013), da die einkommensschwachen Bezugsberechtigten von Medicaid häufiger komplexe, gesundheitliche Leiden gepaart mit sozialen Problemen aufweisen (Lewis et al. 2012: 1782). Die Gründung einer Medicaid-ACO kann im Gegensatz zum MSSP auch von sozialen Organisationen oder Gemeinden ausgehen (McGinnis et al. 2013a). Medicaid-ACOs können so aufgebaut sein, dass die *Value-based Payment* Arrangements für die Medicaid-Bezugsberechtigten eines gesamten Bundesstaats, für Teile davon oder aufgrund spezieller Teilnahmerechtigungen gelten (Sandberg et al. 2014: 1975 f.).

### 3.4.2 Accountable Care Organizations im privaten Krankenversicherungssystem

Bereits vor Inkrafttreten der Regulierungen des MSSP wurden Modelle zu *Value-based Payments* im privaten Versicherungsmarkt der USA durch national und regional operierende Versicherungsunternehmen getestet. Im Unterschied zum MSSP unterliegen die ACOs im privaten Sektor nur der regulären Gesetzgebung und sind damit flexibler in Bezug auf die Vertragsgestaltung (Auerbach et al. 2013: 1782). Viele Leistungserbringer, die mit den Auflagen des CMS unzufrieden sind, entscheiden sich deshalb bewusst dafür, zunächst nur ACO-Verträge mit privaten Versicherungsunternehmen jenseits der zusätzlichen Regulierung abzuschließen (Cimasi 2013: Pos. 2848). Allerdings kopieren mittlerweile auch viele private Versicherer zum Teil die Vertragsgestaltungen des MSSP (Muhlestein 2013), wobei im Unterschied dazu jedoch häufig jährliche Anpassungen der Verträge zugelassen werden. Die grundsätzliche Absicht, eine stärkere Ausrichtung von Leistungserbringern am *Triple Aim* durch innovative, populationsorientierte Vergütungs- und integrierte Organisationsmodelle zu erreichen, ist jedoch dieselbe (Song/Chokshi 2015: 25).

---

<sup>27</sup> Medicaid-ACOs werden u.a. auch als *Safety-Net-ACOs*, *Total Accountable Care Organizations* (Somers/McGinnis 2014), *Accountable Care Entities* (ACE) oder *Coordinated Care Organizations* (CCO) bezeichnet (Hervey 2014).



Die fünf größten privaten Versicherungsunternehmen mit nationalen ACO-Vertragsmodellen in den USA sind UnitedHealthcare, Aetna, Humana, Wellpoint und Cigna (Cimasi 2013: Pos. 3105 ff.). Davon betreibt Cigna das größte ACO-Programm und die Modelle von UnitedHealthcare umfassen insgesamt die größte Population (KLAS Research 2014). Zum Teil pilotieren auch große Arbeitgeber wie Boeing oder Intel mit ihren eigenen Versicherungsunternehmen ACO-Modelle für ihre Arbeitnehmer (Delbanco/Lansky 2014).

Als Reaktion auf die Ankündigung des CMS, die Vergütung in Medicare bis 2018 zu 50% auf *Value-based Payments* umstellen zu wollen, gab die privatwirtschaftliche Koalition der *Health Care Transformation Task Force*<sup>28</sup> (2015b) bekannt, bis 2020 sogar 75% ihrer Leistungsvergütungen in derartigen Vertragsmodellen arrangieren zu wollen. Auch wenn dies größtenteils Organisationen sind, die bereits Erfahrung mit *Value-based Payments* gesammelt haben, soll die Bekanntgabe dennoch die Entwicklung von *Accountable Care Organizations* stärken und ist außerdem ein Signal der Versicherer, zukünftig nicht mehrere Vergütungsmodelle parallel verfolgen zu wollen (Lazerow 2015). Bislang sind etwa 40% der Vergütungen der privaten Versicherer an das Erreichen von *Value* geknüpft (Catalyst for Payment Reform 2014).

### **3.5 Besondere Versorgungsformen in Deutschland mit Fokus auf IV-Verträge**

In Deutschland ist es seit einigen Jahren die Absicht des Gesetzgebers, mehr wettbewerbliche Koordinationsformen zuzulassen und Managementprinzipien auf den Versorgungsprozess anzuwenden (Schreyögg et al. 2010: 106). Inspiriert von der Managed Care-Bewegung wurden innovative bzw. besondere Versorgungsformen mit selektiven Vertragsmodellen - unabhängig von der kollektivvertraglichen Regelversorgung - ermöglicht (Korff et al. 2013: 426). Zu den innovativen Versorgungsinstitutionen und -konzepten, welche teilweise oder vollständig die konzeptionellen Bedingungen der integrierten Versorgung erfüllen (Amelung 2011: 4 ff.), zählen Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 Abs. 1 Satz 2 SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach 73b SGB V, Modellvorhaben nach § 63 SGB V, strukturierte Behandlungsprogramme nach §137f-g SGB V, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V, die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V und die näher beschriebene Integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V.

Gemäß §140a SGB V soll durch Verträge zur Integrierten Versorgung „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ ermöglicht werden. Die rechtlichen Grundlagen wurden mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 mit der gesundheitspolitischen Absicht geschaffen, die bis dato stark fragmentierten Versorgungssektoren

---

<sup>28</sup> Diese besteht aus 4 großen Versicherungsunternehmen und 28 Organisationen von Leistungserbringern.

besser zu vernetzen (Wigge et al. 2005: 10). Dadurch sollten „eine Stärkung von Qualität und Wirtschaftlichkeit und damit eine Optimierung des Versorgungsgeschehens“ (Bundesministerium für Gesundheit 2012: 1) erreicht werden. Nach zahlreichen Änderungen der Gesetzesgrundlage<sup>29</sup> können gemäß § 140b (1) SGB V Krankenkassen und ihre Verbände Verträge schließen mit direkt zur Versorgung berechtigten Leistungserbringern und deren Gemeinschaften (Ärzte, MVZ, Krankenhäuser, Apotheken, etc.) sowie mit Pflegekassen, pharmazeutischen Unternehmen, Herstellern von Medizintechnik sowie Managementgesellschaften. Für alle Vertragspartner ist die Teilnahme an der Integrierten Versorgung freiwillig. In der IV können Leistungserbringer Mitglied der vernetzten Struktur sein oder vom Netz als externer Partner zur Leistungserstellung beauftragt werden (Braun et al. 2009: 8). Bezüglich der Vertragsinhalte und des Versorgungsumfangs lassen sich indikationsspezifische und indikationsübergreifende IV-Modelle unterscheiden. Erstere selektieren gezielt Versichertengruppen für spezielle Krankheitsbilder, letztere zielen auf die Entwicklung populationsbezogener Versorgungskonzepte im Sinne einer medizinischen Vollversorgung<sup>30</sup> (Schreyögg et al. 2010: 115 f.), wie sie auch in ACO-Modellen angestrebt wird.

Der Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VSG), welcher am 5. März 2015 in erster Lesung beraten wurde, fokussiert das Thema Qualität und enthält einige Änderungen, welche die Integrierte Versorgung ggfs. vereinfachen und neue Perspektiven durch Deregulierung schaffen könnten. Die Regelungen für die IV sollen z.B. gekürzt unter §140a SGB V als „Besondere Versorgung“ zusammengefasst werden und es besteht eine größere Vertragsfreiheit zu Inhalten und Formen der Honorare in IV-Verträgen. Zusätzlich wird vorgeschlagen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Vertragspartner zuzulassen. Außerdem soll zur Förderung insbesondere sektorenübergreifender, für die Regelversorgung relevanter Innovationen ein Innovationsfonds mit einem Volumen von 300 Millionen Euro (25% davon für Versorgungsforschung) für die Jahre 2016 bis 2019 eingerichtet werden, der auch von innovativen IV-Modellen als Start-Up-Finanzierung oder zur Veränderung bestehender Modelle genutzt werden könnte.

Eine kurze Diskussion der aktuellen Entwicklung der IV, eine Vorstellung bestehender Hürden einer breiteren Umsetzung sowie eine Diskussion, inwiefern für die populationsorientierten Modelle ggfs. Elemente von ACOs nutzbar wären, erfolgt in Kapitel 9.

---

<sup>29</sup> Die Möglichkeiten wettbewerblicher Differenzierung jenseits des kollektivvertraglichen Systems wurden mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) in 2004 erweitert (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

<sup>30</sup> Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2007 (GKV-VSG) wurde dieser Aspekt besonders betont und es wurde in § 140a Abs. 1 SGB V eingefügt, dass Integrationsverträge „eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen“ sollen.

## 4. Methodik

Um das Modell der *Accountable Care Organization* möglichst umfassend zu untersuchen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Aufgrund der Aktualität des Themas wurde die Recherche nicht ausschließlich auf wissenschaftliche Publikationen begrenzt, sondern es wurden außerdem Gesetztestexte, Veröffentlichungen und Blogs relevanter Institutionen und Akteure sowie weiterführende relevante Quellen aus den Zitierungen der wissenschaftlichen Publikationen einbezogen, um möglichst viele Beiträge für die folgende Analyse und Diskussion zu beschaffen (vgl. zur grundsätzlichen Methodik etwa Theisen 2013: 59 ff.).

In die anfängliche systematische Literaturrecherche einbezogen wurden die Online-Datenbanken *PubMed*<sup>31</sup>, *MEDPILOT*<sup>32</sup> sowie aufgrund der erkennbar großen thematischen Relevanz der gesamte Zeitschriftenkatalog der wissenschaftlichen Publikation *Health Affairs*<sup>33</sup>. Unter Verwendung des Suchbegriffs „Accountable Care Organization“<sup>34</sup> wurden Titel und Abstracts aller in den Suchergebnissen vorhandenen Publikationen angelesen und hinsichtlich ihrer Verwertbarkeit entweder für die Analyse (Kapitel 5) und Diskussion (Kapitel 6) der Vertragsmodelle oder für die Darstellung der Verbreitung (Kapitel 7.1) bzw. der Ergebnisse (Kapitel 7.2 & 7.3) bisheriger Modelle bewertet. Insgesamt wurden 294 Einträge gefunden (Stand: 31.12.2014), woraufhin die entsprechenden Abstracts gelesen und hinsichtlich ihrer Verwertbarkeit priorisiert wurden. Waren weder Abstracts oder Inhaltsverzeichnisse zugänglich, die entsprechenden Suchergebnisse Doppelungen oder wurden *Accountable Care Organizations* nur am Rande behandelt, wurden die entsprechenden Publikationen aus der weiteren Betrachtung ausgeschlossen. Ausschlusskriterien waren die Erwähnung von ACOs in den Publikationen lediglich in Form eines Ausblicks oder sehr spezielle thematische Begrenzungen wie z.B. die Rolle der Zahnmedizin in ACOs. Letztlich wurden 123 der wissenschaftlichen Publikationen und Artikel als zumindest teilweise relevant bewertet, vollständig beschafft und im Volltext für die vorliegende Arbeit genutzt. Zudem wurden in den gefundenen Publikationen zitierte Gesetzestexte oder Pressemeldungen und Berichte aus Online-Medien bzw. Veröffentlichungen von sonstigen relevanten Institutionen, die sich mit *Accountable Care Organizations* befassen (z.B. *Commonwealth Fund*, *Centers for Medicare and Medicaid Services*, Beratungs- und Versicherungsunternehmen, Verbände), gesichtet, bewertet und schließlich 89 zusätzliche Dokumente einbezogen, so dass insgesamt 212 relevante Veröffentlichungen genutzt wurden. Abbildung 4 im Appendix veranschaulicht den Prozess der systematischen Literaturrecherche.

---

<sup>31</sup> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<sup>32</sup> <https://www.medpilot.de/>

<sup>33</sup> <http://www.healthaffairs.org/>

<sup>34</sup> Durch Nutzung der Anführungszeichen werden nur Publikationen angezeigt, in deren Titel oder Abstract die Phrase *Accountable Care Organization* vollständig und in derselben Reihenfolge verwendet wurde. Die Verwendung des Stern-Symbols \* erweitert dies um Publikationen, in denen der Plural *Accountable Care Organizations* verwendet wurde.

## 5. Analyse der zentralen Vertragselemente von ACOs in den USA

Gemäß der Neuen Institutionenökonomik sind ACOs Bündel von relationalen Verträgen, die bestimmte Kernelemente beinhalten und Geschäftsbeziehungen definieren (Coase 1937: 386 ff.; Williamson 1985: 78 ff.). Ein konzeptioneller Rahmen zur Charakterisierung der Kernelemente entsprechender Vertragsmodelle wurde auf Basis von Vorarbeiten insbesondere von McClellan et al. (2010; 2014), Shortell et al. (2010) und Fisher et al. (2012) herausgearbeitet.<sup>35</sup> Es wurden vier Charakteristika identifiziert, die bei der Gestaltung von ACO-Vertragsmodellen eine zentrale Rolle spielen. Diese werden inklusive relevanter Ausdifferenzierungen in Abbildung 1 aufgeführt. Dieser Rahmen dient sowohl der nachfolgenden Analyse, als auch der anschließenden Diskussion der Herausforderungen in den USA in Kapitel 6 sowie der späteren Diskussion der Übertragbarkeit von Elementen auf den Kontext des deutschen Gesundheitssystems in Kapitel 9 als Leitfaden.



Abbildung 1: Analytischer Rahmen der Kernelemente von ACOs  
(eigene Darstellung)

Das erste Element „Populationsbezug“ umfasst verschiedene Verfahren, wie die Population, für die ein ACO-Vertrag abgeschlossen wird, abgegrenzt wird bzw. die entsprechenden Versicherten dem Leistungserbringer-Netzwerk zugeordnet werden (Attribution). Zudem wird geprüft, welche Steuerungsprinzipien zur Beeinflussung der Wahlentscheidungen von Patienten

<sup>35</sup> Die vier Charakteristika werden in teils abweichender Benennung oder Vollständigkeit auch von anderen Autoren herangezogen bzw. teilweise sogar detaillierter ausgeführt, siehe z.B. Miller (2009); DeVore/Champion (2011); Higgins et al. (2011); Lieberman/Bertko (2011); Muhlestein et al. (2012); National Committee for Quality Assurance (2015).

eingesetzt werden (Steuerung). Ferner ist relevant, inwiefern Patienten aktiv in die ACO-Netzwerke eingebunden und an Entscheidungen beteiligt werden (Patienteneinbindung). Beim zweiten Element „Qualitätsorientierung“ spielt die Festlegung des Indikatoren-Sets, das zur Messung von Qualität und Patientenerfahrung genutzt werden soll, eine entscheidende Rolle (Leistungskennzahlen). Darüber hinaus ist an dieser Stelle relevant, wie die Benchmarks für diese Kennzahlen definiert werden (Qualitätsziele) und ob die Ergebnisse innerhalb des Netzwerks bzw. öffentlich verfügbar gemacht werden (Transparenz). Das dritte Element „Vergütung“ umfasst als wesentlichen Punkt die Frage, wie das Ausgabenziel des Netzwerks bestimmt wird (Budgetkalkulation). Darüber hinaus ist relevant, wie genau das Finanzierungsrisiko zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern aufgeteilt wird (Risikoteilung). Aufgrund der Value-Orientierung ist außerdem von Bedeutung, inwiefern die Qualitätsergebnisse, die mittels Leistungskennzahlen gemessen werden, einen Einfluss auf die Vergütung ausüben (Verknüpfung mit Qualität). Das vierte Element „Integration“ ist definiert durch die Frage nach der Organisationsform und dem Grad der Professionalisierung, die Leistungserbringer aufweisen sollten, um ACO-Verträge abschließen zu können (Professionalisierung). Zudem spielt der Grad der sektorenübergreifenden Vernetzung eine Rolle (Integrationsgrad). Außerdem wird geprüft, ob bestimmte Maßnahmen bereits bei Vertragsabschluss vorgegeben werden, die in ACOs zur Optimierung der Behandlung genutzt werden sollen (Prozessoptimierung).

Die folgende Analyse soll aufzeigen, welche Varianten der vier zentralen Elemente in ACO-Verträgen genutzt werden. Für den Bereich der sozialen Krankenversicherung werden dazu ACOs im MSSP und *Pioneer ACOs* untersucht, da für *Advance Payment ACOs* auch die Regulierungen des MSSP gelten und für *Medicaid-ACOs* keine einheitlichen Vorgaben zur Ausgestaltung existieren (Hervey 2014).<sup>36</sup> Informationen zu Ausgestaltungsformen und Ergebnissen von ACO-Modellen im privaten Gesundheitssektor sind nur zum Teil öffentlich verfügbar und die vorhandenen Informationen vermutlich systematisch verzerrt (*publication bias*).<sup>37</sup> Da aufgrund dieser unvollständigen Informationen eine systematische Analyse nicht für alle Vertragsmodelle im privaten Versicherungsmarkt der USA durchgeführt werden konnte, wird stattdessen ein Fallbeispiel herangezogen. Dies ist der in Form eines nachfolgenden Exkurses kurz vorgestellte *Alternative Quality Contract* von Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (BCBSMA),<sup>38</sup> der als eines der ersten ACO-Vertragsmodelle im privaten Gesundheitssektor umfangreich beschrieben und im Auftrag des Commonwealth Fund bereits wissenschaftlich evaluiert wurde (Mechanic et al. 2011; Song et al. 2011, 2012, 2014; Song 2014).

---

<sup>36</sup> Darüber hinaus wurde im Rahmen der Literaturrecherche nur eine begrenzte Anzahl an relevanten Publikationen zu Medicaid-ACOs gefunden. Der Entwicklungsgrad von Medicaid ACOs hinkt laut einer Studie im Auftrag der Robert Wood Johnson Foundation den Modellen in Medicare sowie im privaten Sektor außerdem ohnehin hinterher (Wilson 2015).

<sup>37</sup> Private Versicherungsunternehmen tendieren dazu, auf eine Veröffentlichung der Ergebnisse zu verzichten, wenn diese nicht den Erwartungen entsprechen oder deshalb, um Erkenntnisse nicht mit Konkurrenten zu teilen. Wenn Ergebnisse veröffentlicht werden, werden meist nur die positiven Teilaspekte einer ACO-Vereinbarung herausgestellt (Petersen/Muhlestein 2014).

<sup>38</sup> BCBSMA ist eines von 37 unabhängigen, regionalen Versicherungsunternehmen, die sich national zusammengeschlossen haben in der *Blue Cross and Blue Shield Association* (Blue Cross and Blue Shield Association 2015).

## Alternative Quality Contract

Der Alternative Quality Contract (AQC) wurde im Kontext einer Strategie des Bundesstaates Massachusetts zur Reformierung der Vergütung im Gesundheitssektor ab 2006 von dem in dieser Region größten, privaten Versicherungsunternehmen BCBSMA als Weiterentwicklung bestehender Managed Care Modelle<sup>39</sup> gestaltet (Delbanco et al. 2011: 16; Song 2014: 10). Der Vertrag hat eine Laufzeit von fünf Jahren und wurde erstmals 2009 zwischen BCBSMA und sieben (mittlerweile achtzehn) Leistungserbringer-Netzwerken<sup>40</sup> geschlossen (Song et al. 2014). Der AQC nutzt eine ähnliche Form von *Value-based Payments* wie das MSSP (siehe dazu Kapitel 5.3.2). Es wird das Ziel formuliert, im Laufe der fünfjährigen Vertragslaufzeit eine Reduktion des im Bundesstaat üblichen Kostenwachstumstrends um 50% zu realisieren (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts 2010: 2). Um die angestrebte Veränderung zu einer stärker pauschalierten Vergütung in Kombination mit einer Qualitätsorientierung zu unterstreichen, sendete die Geschäftsführung von BCBSMA im Januar 2011 Briefe an etwa 400 Verantwortliche von Leistungserbringer-Organisationen in Massachusetts, in denen angekündigt wurde, dass die traditionelle Vergütung mittels FFS zukünftig geringer ausfallen wird als die Vergütung in alternativen Verträgen wie z.B. dem AQC (Mechanic et al. 2011: 1741). Fünf der Organisationen mit AQC nehmen parallel auch am Pioneer ACO Programm teil (Song et al. 2012: 1892).

### 5.1 Der Populationsbezug in ACOs

Für ACO-Modelle ist es eine grundsätzliche Fragestellung, wie groß die Population, für die die Verantwortung übernommen wird, sein sollte, um bei der Berechnung des Ausgabenziels bzw. der Ergebnisbewertung zwischen statistischer Variation und tatsächlich verbesserter Zielerreichung unterscheiden zu können, eine ausreichend große Risikostreuung zu realisieren und trotzdem eine Abstimmung der am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer zu ermöglichen (Medicare Payment Advisory Commission 2009: 40; DeVore/Champion 2011: 43). Die Population einer ACO kann entweder aus Versicherten der sozialen oder der privaten Krankenversicherung bzw. aus einer Mischung bestehen (Berenson/Devers 2009).

Die Abgrenzung der Population, für die Netzwerke die Versorgungsverantwortung übernehmen, ist deshalb ein wichtiger Bestandteil von ACO-Verträgen, da die teilnehmenden Leistungserbringer während der Laufzeit des ACO-Vertrages entsprechend der Versorgung dieser Gruppe bewertet werden (Fisher et al. 2012: 2371 f.). Zur Attribution gibt es aktive oder passive Verfahren (Higgins et al. 2011: 1722). Bei der aktiven Attribution entscheiden sich Patienten bewusst, z.B. durch Einschreibung, für die Zuordnung zu einer ACO-Population. Dies könnte

---

<sup>39</sup> Dadurch werden vor allem Versicherte unter 65 Jahren von diesen Modellen umfasst.

<sup>40</sup> Die Netzwerke wurden zum Teil von BCBSMA finanziell beim Aufbau der Infrastrukturen unterstützt (Song et al. 2011: 915). Mit dem AQC wurden Ende des Jahres 2014 etwa 85% aller niedergelassenen Ärzte in Massachusetts abgedeckt.

allerdings eine Risikoselektion anreizen, falls nur diese eingeschriebene Population zur Bewertung des ACO-Erfolgs herangezogen wird und es keine verlässliche Risikoadjustierung bei der Bewertung gibt. Die passive Attribution von Patienten erfolgt in der Regel auf Basis von Routinedaten der beteiligten Kostenträger. Als Kriterien zur Zuordnung von Patienten zu ACO-Leistungserbringern werden meist entweder die Besuchshäufigkeit oder der größere Anteil an den historischen oder aktuellen Leistungsausgaben genutzt. Dabei werden Patienten gegebenenfalls einer ACO zugeordnet, ohne dass diese selbst zwangsläufig Kenntnis davon haben. Deshalb wird diese Zuordnungsform auch als „*invisible enrollment*“ (Sinaiko/Rosenthal 2010: 2583) bezeichnet. Eine solche passive Attribution kann wiederum in einer prospektiven und einer retrospektiven Variante erfolgen. Bei der prospektiven Variante werden historische Daten genutzt und Leistungserbringer zu Beginn des Leistungsjahres - z.B. in Form einer Liste - über die ihnen für das kommende Jahr zugeordnete Patientenpopulation informiert (Lewis et al. 2013: 588). Bei der retrospektiven Methode - auch *performance year method* - erfolgt die Zuordnung erst nach Ende des zu bewertenden Leistungsjahres auf Basis der Daten zur tatsächlichen Inanspruchnahme innerhalb des Leistungsjahres. In letzterer Variante wissen Leistungserbringer allerdings im Laufe des Jahres noch nicht, ob ein Patient der eigenen ACO tatsächlich zugeordnet wird (Higgins et al. 2011: 1722).

Außerdem spielen die genutzten Steuerungsprinzipien eine wichtige Rolle. Die Ausgestaltung der Steuerungsprinzipien bewegt sich zwischen der unbeschränkten, freien Arztwahl und der Beschränkung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen, bspw. durch die Verpflichtung zur Wahl eines koordinierenden Arztes (z.B. *Gatekeeper* wie in HMOs) oder eines Versorgungsnetzwerks (z.B. PPOs). Zur bewussten Abgrenzung von MCOs ist es für ACOs eigentlich eine grundsätzliche Anforderung, dass die Wahl der Leistungserbringer unbeschränkt bleibt (Larson et al. 2012: 2399). Diese Anforderung wird jedoch im privaten Versicherungsmarkt teilweise umgangen, indem ACO-Verträge nur für Versicherten-Populationen abgeschlossen werden, die bereits ein Managed Care Versicherungsprodukt gewählt haben, weil der Glaube an die Wirksamkeit dieser Steuerungsprinzipien fortbesteht (Ginsburg 2013; Lieberman 2013).

Weiterhin sind Maßnahmen zur Patienteneinbindung ein möglicher Bestandteil von ACO-Modellen. Relevant sind u.a. bereits in MCOs genutzte Instrumente wie z.B. sogenannte *In-Network-Incentives*, die finanzielle Anreize für Patienten bieten, sich primär innerhalb eines ACO-Netzwerks behandeln zu lassen (Ginsburg/Pawlson 2014: 3). Dies könnten geringere Zuzahlungen oder ein Anteil am Erfolg einer ACO als Rabatt des individuellen Beitrags sein (Sinaiko/Rosenthal 2010: 2583; Ginsburg 2013: 933). Im weiteren Sinne wäre auch die exklusive Teilnahme an kostenlosen Schulungen oder Gesundheitsförderungsprogrammen ein solcher finanzieller Anreiz (Higgins et al. 2011: 1720 f.).



### 5.1.1 Analyse des Populationsbezugs in MSSP- und in Pioneer-ACOs

Die Mindestgröße einer ACO-Population im MSSP wurde auf Basis von Simulationsrechnungen zur Erzeugung statistisch stabiler Ergebnisse auf 5.000 Medicare-Versicherte festgelegt (Fisher et al. 2009: w223). Die Zuordnung erfolgt gemäß 42 CFR § 425.402 dadurch, dass die ACO Leistungserbringer in den drei Jahren vor Bewerbung bzw. ab Beginn im jeweiligen Leistungsjahr den größten Anteil an den insgesamt von CMS ausgezahlten Gebühren für die Versicherten hatten (passive, retrospektive Zuordnung).<sup>41</sup> Der Zuordnungsalgorithmus erfolgt in zwei Schritten, wobei zunächst die Kostenmehrheit bei hausärztlichen Leistungserbringern und dann bei Spezialisten und unterstützenden Leistungserbringern der ACO, wie z.B. medizinischen Fachangestellten oder Krankenpflegern, geprüft wird. Aufgrund von Beschwerden vor Start des MSSP erhalten die ACO-Partner zusätzlich quartalsweise eine von der späteren Erfolgsbewertung unabhängige Liste, die sie darüber informiert, welche Versicherten wahrscheinlich für das laufende Leistungsjahr der ACO zugerechnet werden (Berwick 2011: 1754). Insofern wurde eine passive Attribution mit einer Mischung aus prospektiven und retrospektiven Elementen als hybrider Ansatz vereinbart (Lewis et al. 2013: 588 f.). ACO-Leistungserbringer müssen Patienten in ihren Einrichtungen durch entsprechende Schilder über ihre Teilnahme am MSSP informieren und ihnen ein 30-tägiges Widerspruchsrecht einräumen, dass ihre Daten im Rahmen des MSSP genutzt werden (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014b: 3 f.). Die Wahlfreiheit der Versicherten, auch Leistungserbringer außerhalb des Netzwerks aufzusuchen, bleibt im MSSP jederzeit unbeschränkt und Versicherte, die der ACO ggfs. nicht zugeordnet werden, müssen von den ACO-Leistungserbringern im Bedarfsfall trotzdem behandelt werden (Meyer 2011: 1228).<sup>42</sup> In MSSP-ACOs dürfen Materialien zum Marketing ausgegeben werden, die gemäß 42 CFR § 425.310 weder diskriminierend, noch irreführend oder ungenau sind. Im MSSP darf Versicherten jedoch keinerlei finanzielle Zuwendung angeboten werden, nur Leistungserbringer aufzusuchen, welche Teil der ACO sind. Ein Anreiz für Patienten, nur ACO-Leistungserbringer aufzusuchen, soll durch transparente Darstellung einer verbesserten Versorgung geschaffen werden (Ginsburg 2013: 933). Es gibt allerdings erste MSSP-ACOs, die mit der Vergabe von kostenlosen Fitnessstudio-Mitgliedschaften zur Patientenbindung experimentieren (Damore/Champion 2014).

In Pioneer ACOs musste die Population mindestens 15.000 Versicherte<sup>43</sup> umfassen (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2011b: 5 f.). Die höhere Versichertenzahl im Vergleich

---

<sup>41</sup> Wird der größere Anteil der für einen Versicherten anfallenden Gebühren durch Partner der ACO abgerechnet bzw. wurde der größere Anteil abgerechnet und es hat seither keine dokumentierte Versorgung mehr gegeben, so wird dieser Versicherte der ACO-Population zugeordnet. Sofern die auf diese Weise zugeordnete Versichertenanzahl nach Gründung unter 5.000 sinkt und im Folgejahr ebenfalls darunter verbleibt, kann eine ACO gemäß 42 CFR § 425.110 aufgelöst werden. Wurde der Großteil der Kosten außerhalb des Netzwerks abgerechnet, wird dieser Patient der ACO im entsprechenden Jahr nicht zugeordnet.

<sup>42</sup> Sollte CMS Maßnahmen zur Patientenselektion feststellen (z.B. durch Beschwerden, Audits oder Veränderungen der Risikostruktur), können Sanktionsmaßnahmen ergriffen (Lewis et al. 2012: 1781) oder die ACO kann gemäß 42 CFR § 425.316 (b) fristlos aufgelöst werden, wobei jeglicher Anspruch auf Erfolgsbeteiligung erlischt.

<sup>43</sup> Für Pioneer ACOs in ländlichen Regionen war eine Grenze von 5.000 Medicare-Versicherten als Ausnahme jedoch erlaubt.



zum MSSP wurde gewählt, da aufgrund der Übernahme größerer Finanzierungsrisiken Variationen durch Fluktuation oder Ausreißer begrenzt werden sollten (Auerbach et al. 2013: 1784). Pioneer ACOs konnten vor Beginn das Verfahren der Attribution der Versicherten-Population frei wählen, wobei vom CMI zur Abgrenzung vom MSSP eine prospektive Methode vorgeschlagen wurde. In dieser Variante definiert CMS die Population durch Auswertung der Kostenmehrheit ebenfalls in einem zweistufigen Prüfprozess zunächst über Hausärzte und dann über Spezialisten (jedoch ohne unterstützende Leistungserbringer). Patienten können nachträglich aus den Stichtagskohorten ausscheiden, wenn sie den Wohnort oder das Versicherungsprodukt (z.B. zu Medicare Advantage) wechseln. Die retrospektive Variante ist die zuvor Beschriebene des MSSP. Die freie Arztwahl bleibt in Pioneer-ACOs ebenfalls unbeschränkt und finanzielle Anreize an Patienten sind untersagt. Die Regulierungen entsprechen in diesen Bereichen denjenigen des MSSP (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2011b: 6).

### **5.1.2 Analyse des Populationsbezugs in Organisationen mit AQC**

Im AQC musste die vom Vertrag eingeschlossene Population anfangs 5.000 und später mindestens 7.000 Versicherte von BCBSMA umfassen (Safran 2013: 6). Die Zuordnung der Population erfolgt passiv und prospektiv anhand des mehrheitlichen Aufsuchens eines AQC-Primärarztes im Vorjahr und vollständig ohne formelle Benachrichtigung der Patienten (Song et al. 2012: 1886). Der AQC selbst nutzt zwar keine zusätzlichen Steuerungsprinzipien, allerdings sind die Patientenpopulationen in bestehende HMO- und PoS-Verträge von BCBSMA eingeschrieben, die in Richtung *Value-based Payments* weiterentwickelt werden sollen (Chernew et al. 2011: 59). Durch die Wahl eines Managed Care Versicherungsprodukts haben sich die Patienten bereits im Vorfeld auf einen Allgemeinarzt festgelegt, welcher die Rolle eines Koordinators (*Gatekeeper*) einnimmt und z.B. Überweisungen steuert<sup>44</sup> (Mechanic et al. 2011: 1737). Dieser primäre Leistungserbringer kann zwar gewechselt werden, wenn Patienten unzufrieden - z.B. mit dessen Überweisungsverhalten - sind, jedoch bleibt die Arztwahl nie grundsätzlich unbeschränkt. Das Aufsuchen netzwerkfremder Leistungserbringer ist somit im AQC unwahrscheinlicher als im MSSP (Chernew et al. 2011: 56). Insofern handelt es sich um eine Mischform aus indirekt aktiver und passiver, prospektiver Attribution. Zur weiteren Bindung der Patienten werden z.B. Zuzahlungen beim Aufsuchen netzwerkfremder Leistungserbringer genutzt, die sich ebenfalls aus den klassischen Managed Care Produkten ergeben (Mechanic et al. 2011: 1741). Privaten ACOs stehen zudem sämtliche kompetitiven Marketingstrategien zur Abgrenzung gegenüber Konkurrenten zur Verfügung.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> Bislang kommen für den AQC Versicherte mit PPO-Verträgen nicht in Frage, weil sie sich nicht auf einen primären Leistungserbringer festlegen müssen (Song et al. 2011: 910).

<sup>45</sup> Genutzt werden z.B. die Erstellung von Internetauftritten, Ansprachen mittels Social Media, Pressemitteilungen, Werbetafeln und die Organisation gesellschaftlicher Veranstaltungen und Feste (Cimasi 2013: Pos. 4025).

## 5.2 Die Qualitätsorientierung in ACOs

Um das Erreichen der definierten Versorgungsziele des *Triple Aim* adäquat zu bewerten und aus den erzielten Ergebnissen lernen zu können, bedarf es eines sich entwickelnden Systems möglichst valider Kennzahlen, die eine entsprechende Bewertung trotz bestehender Informationsasymmetrien überhaupt zulassen. Die Auswahl der Leistungskennzahlen in ACOs orientiert sich meist an öffentlich verfügbaren und akzeptierten Größen.<sup>46</sup> Die Grundlage der Kennzahlen sind häufig administrative Daten (Roski/McClellan 2011: 684). Zunehmend wird jedoch der Aufbau interner elektronischer Patientenregister mit klinischen Daten in ACOs gefordert (Guterman et al. 2011: 21). Darüber sollen vermehrt evidenzbasierte (medizinische) Indikatoren (z.B. Patienten mit Herzinsuffizienz und leitlinienkonformer Arzneimitteltherapie ohne Kontraindikation), für die national oder international Informationen zu Zielwerten verfügbar sind, ergänzt werden (McClellan et al. 2010). Langfristig soll die Entwicklung in Richtung effektiver *Patient-Reported Outcomes* bzw. patientenrelevanter Ergebnisparameter verlaufen, wobei sich ACOs stärker an patientenindividuellen Zielen und Präferenzen (z.B. möglichst langer Verbleib in der Häuslichkeit) ausrichten sollen (Lewis et al. 2012: 1781). Komplexe, patientenrelevante Ergebnisindikatoren bzw. Behandlungserfolge lassen sich aufgrund ihrer individuellen Komponenten allerdings sehr viel schwerer operationalisieren und messen als Struktur- oder Prozessindikatoren<sup>47</sup> (Fisher et al. 2012: 2373). Durch Kopplung von Anreizen an veränderbare Kennzahlen können aktuelle Themen durch Formulierung neuer Indikatoren angereizt werden. Die Ziele können z.B. operationalisiert werden als Schwellenwerte bzw. das Halten eines bestimmten Levels, als Ja/Nein-Kriterien oder als Verbesserungen gegenüber der Vergangenheit, einer Vergleichspopulation oder trendbasierten Hochrechnungen (z.B. basierend auf nationalen oder regionalen Steigerungsraten). Als Stimulus für einen Qualitätswettbewerb können Ergebnisse zu den Leistungskennzahlen zwischen den Leistungserbringern innerhalb eines Netzes oder zwischen verschiedenen ACOs transparent gemacht werden (Breyer et al. 2013: 425). Im Optimalfall wird vereinbart, dass relevante Kennzahlen verständlich aufbereitet und in vergleichbarem Format öffentlich zur Verfügung gestellt werden, um Vertrauen zu schaffen, Wahlentscheidungen der Patienten zu beeinflussen und die Abgrenzung zu MCOs zu verdeutlichen (Guterman et al. 2011: 21). Das Reporting soll sicherstellen, dass die Patienten erfahren, dass Einsparungen nicht einer Rationierung, sondern Verbesserungen der Versorgung entspringen (McClellan et al. 2010: 986).

---

<sup>46</sup> Vom *National Quality Forum*, einer gemeinnützigen Organisation, werden mittlerweile mehr als 700 Leistungskennzahlen empfohlen, um die Verbesserung des US-Gesundheitssystems zu überprüfen (Higgins et al. 2013: 1453). Jedoch werden nur wenige davon eingesetzt bzw. produzieren schnell sichtbare Resultate oder sind verlässlich genug, um direkte Handlungen abzuleiten. Ein Hauptgrund ist, dass die entsprechenden Informationen nicht elektronisch erhoben werden (Roski/McClellan 2011: 682). Weitere Quellen für Kennzahlen oder methodische Empfehlungen sind z.B. *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS), *Healthcare Data and Information Set* (HEDIS) des *National Committee for Quality Assurance*, *Premier Healthcare Alliance Quality, Efficiency, Safety with Transparency* (QUEST), *Quality Alliance Steering Committee*.

<sup>47</sup> Diese Unterscheidung entspricht der Kategorisierung in Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität (Donabedian 1966).

### 5.2.1 Analyse der Qualitätsorientierung in MSSP- und in Pioneer-ACOs

Das Set an Kennzahlen, welches MSSP-ACOs zur Evaluation der Qualität an CMS übermitteln müssen, umfasst insgesamt 33 Indikatoren<sup>48</sup>, welche gemäß 42 CFR § 425.502 (d) in vier Kategorien eingeteilt werden<sup>49</sup> (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014a: 2 ff.):

- Zufriedenheit von Patienten & Leistungserbringern (*Patient/ Caregiver Experience*):  
7 Kennzahlen basierend auf der Primärbefragung *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS)
- Versorgungskoordination & Patientensicherheit (*Care Coordination/ Patient Safety*):  
6 Kennzahlen basierend auf CMS-Abrechnungsdaten (3), separater Berichterstattung (1) und einer Web-Schnittstelle<sup>50</sup> für klinische Daten (2)
- Gesundheitsförderung (*Preventative Health*):  
8 Kennzahlen basierend auf einer Web-Schnittstelle für klinische Daten
- Versorgung von Risikogruppen (*At-Risk Population*):  
12 Kennzahlen basierend auf einer Web-Schnittstelle für klinische Daten (5 Einzel-Kennzahlen und 2 Komposit-Kennzahlen<sup>51</sup>)

ACOs qualifizieren sich für eine zusätzliche Vergütung, wenn vorgegebene Qualitätsziele erreicht werden (Muhlestein/Hall 2014). Gemäß 42 CFR § 425.502 (1) werden diese im ersten Leistungsjahr bereits erreicht, wenn alle Kennzahlen vollständig an CMS übermittelt werden (*pay for reporting*). In den folgenden Jahren wird zusätzlich zur vollständigen Übermittlung,<sup>52</sup> auch das Leistungsniveau einiger Kennzahlen (25 im zweiten Jahr, 32 im dritten Jahr) gegenüber von CMS berechneten Benchmarks bewertet (*pay for performance*) (Barnes et al. 2014: 2; Muhlestein/Hall 2014). CMS definiert gemäß 42 CFR § 425.502 (b) für alle Qualitätskennzahlen einen Benchmark, der auf errechneten Quoten aus dem nationalen Datenbestand von CMS basiert, sowie ein minimales Erfüllungslevel. Durch das sukzessive Festlegen höherer Standards und/oder neuer Kennzahlen sollen Anreize zur Steigerung der Qualität der Versorgung im Zeitverlauf gesetzt werden (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014a: 8). Für jede ACO werden jährlich aus den Qualitäts-Punktwerten der insgesamt 33 Kennzahlen Punktwerte pro Kategorie<sup>53</sup> sowie ein aggregierter Qualitätsindex zur Gesamtleistung berechnet.<sup>54</sup>

<sup>48</sup> Die Anzahl der Kennzahlen wurde wegen zahlreicher Beschwerden von 65 im Entwurf des MSSP schließlich auf 33 reduziert.

<sup>49</sup> Eine Kennzahlenübersicht ist abrufbar unter <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavings-program/Downloads/ACO-Shared-Savings-Program-Quality-Measures.pdf>

<sup>50</sup> Zur Übermittlung können gemäß 42 CFR § 425.504 (a) die *Group Practice Reporting Option* (GPRO), *Physician Compare* oder das *Physician Quality Reporting System* (PQRS) genutzt werden, die zum Teil eigene P4P Anreize beinhalten. Zur Funktionsweise siehe Centers for Medicare & Medicaid Services (2012). Durch PQRS können z.B. aggregierte Qualitätsdaten aus elektronischen Akten, klinischen Registern oder anderen Quellen direkt an CMS übermittelt werden (Roski/McClellan 2011: 685).

<sup>51</sup> Die Komposit-Kennzahl „Diabetes“ besteht aus 5, die Komposit-Kennzahl „Koronare Herzerkrankung“ aus 2 Einzelkennzahlen.

<sup>52</sup> Sollte eine ACO für ein Leistungsjahr innerhalb der durch CMS gesetzten Frist keine oder nur unvollständige Leistungskennzahlen liefern, ist für dieses Jahr generell keine Beteiligung an Einsparungen möglich.

<sup>53</sup> Um die Anforderungen innerhalb einer Kategorie zu erfüllen, müssen ACOs mindestens bei 70% der zugehörigen Kennzahlen über dem minimalen Erfüllungslevel punkten.

<sup>54</sup> Der Qualitätsindex ergibt sich aus der Summe der einzelnen Punktwerte einer Kategorie im Verhältnis zum Benchmark der Kategorie. Maximal waren im Jahr 2014 z.B. 58 Punkte möglich.

Bei Erreichen eines Leistungsniveaus von 90 Prozent und mehr bekommt die ACO den maximal möglichen Punktwert. Die Punktwerte pro Kategorie werden schließlich gleichermaßen zu 25% gewichtet und zum Qualitätsindex zusammengefasst, welcher die Grundlage für den in diesem Leistungsjahr maximal möglichen Anteil an den erreichten Einsparungen bildet. Die Bestimmungen des ACA legen fest, dass das CMS eine neue Rolle als Dienstleister von Daten zu Versorgungsstrukturen und -potenzialen übernimmt, erreichte Leistungen auf ACO-Ebene analysiert, vergleicht und die Ergebnisse den Leistungserbringern sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung stellt (Brennan et al. 2014: 1195 f.). CMS stellt zudem quartalsweise Berichte für ACOs bereit, welche Informationen zu den zugeordneten Bezugsberechtigten wie z.B. das Morbiditätsspektrum, eine Übersicht aller Verordnungen und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen enthalten (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014b: 3).

Um eine Vergleichbarkeit herzustellen, entsprechen die Kennzahlen in Pioneer ACOs vollständig denen im MSSP (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2011b: 17; Petersen/Muhlestein 2014). Pioneer ACOs erhalten aber Feedback-Berichte in kürzeren Zeitabständen, die außerdem Vergleiche mit Leistungserbringern enthalten, die nicht in ACOs zusammengeschlossen sind. So können die Zusammenschlüsse ihre Leistung nicht nur gegenüber der Vergangenheit, sondern auch gegenüber Vergleichsregionen einschätzen (Selker 2014: 58).

### **5.2.2 Analyse der Qualitätsorientierung in Organisationen mit AQC**

Im AQC werden 32 Kennzahlen für den ambulanten, hauptsächlich primärärztlichen Bereich und weitere 32 Kennzahlen für den stationären Sektor genutzt. Die Kennzahlensets sind jeweils untergliedert in Prozess- und Ergebniskennzahlen sowie Kennzahlen zur Patientenerfahrung (siehe für einen Überblick Song et al. 2012: Appendix 4). Die Kennzahlen basieren auf national akzeptierten Spezifikationen des *Healthcare Effectiveness Data and Information Set* (HEDIS), das von vielen Kostenträgern genutzt wird (Song et al. 2011: 911). Die Messung der Qualität mittels eines relativ großen Kennzahlensets soll eine Absicherung gegen mögliche Anreize zur Unterversorgung sein. Es wurden nur Kennzahlen ausgewählt, welche von einem Expertenkomitee bei BCBSMA als klinisch relevant erachtet wurden und ausreichend empirische Evidenz vorhanden ist, um das Leistungslevel in den Netzwerken beurteilen zu können (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts 2010: 3). Für jede Kennzahl existieren fünf absolute Leistungsziel-Schwellen (*Quality Gates*), die für alle Netzwerke gleich sind. Der Zielwert aus Gate 5 stellt einen aus empirischen Informationen abgeleiteten Maximalwert dar. Aus der Platzierung eines Zusammenschlusses zwischen den Gates wird ein linearer *Gate-Score* errechnet.<sup>55</sup> Diese werden schließlich gewichtet (z.B. zählen Ergebniskennzahlen dreifach) und pro

---

<sup>55</sup> Zum Beispiel erhält ein Netzwerk, welches sich mit der Ausprägung einer Kennzahl genau in der Mitte zwischen Gate 1 und Gate 5 befindet, einen Gate-Score von 3.

Leistungsjahr zu einem *Performance Score* aufsummiert (Chernew et al. 2011: 53). Der Level dieses *Performance Scores* im ambulanten und im stationären Bereich hat Auswirkungen auf die normale und eine zusätzliche Vergütung (Mechanic et al. 2011: 1735). Darüber hinaus hat BSBSMA ein Unterstützungssystem geschaffen, in welchem quartalsweise aggregierte Berichte zur aktuellen Leistung im Netzwerk in Bezug auf die Qualitätskennzahlen inklusive Benchmarks sowie in Bezug auf die Kostenentwicklung nach Sektor erstellt werden. Zudem sollen Netzwerke mit BCBSMA an neuen Kennzahlen arbeiten, die zukünftig in Verträgen genutzt werden könnten. Von BCBSMA werden keine Ergebnisse zur Performance der Netzwerke öffentlich zur Verfügung gestellt, sondern es wird darauf verwiesen, dass in Massachusetts ein umfassenderes öffentliches Reporting von Leistungskennzahlen des ambulanten und stationären Bereichs in Entwicklung ist (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts 2010: 3 ff.).

### 5.3 Die Vergütung in ACOs

Das Vergütungsmodell von ACOs wurde auf Basis von vollständig oder teilweise integrierten Systemen wie z.B. Kaiser Permanente oder Geisinger Health System modelliert, um finanzielle Anreize für koordinierte und hochwertige Versorgung zu setzen (Frakt/Mayes 2012: 1954). Die Gestaltung der Vergütung ist ein derart wichtiges Element in ACOs, dass einige Autoren diese als Konzept zur Ermittlung des effektivsten Vergütungsmodells begreifen (Lewis et al. 2012: 1777). Ganz im Sinne von *Value-based Payments* soll Qualität nur in Kombination mit Effizienz belohnt werden (McClellan et al. 2014: 1509). Deshalb gelten Modelle, die nur zusätzliche P4P-Anreize oder nur pauschalierte Vergütungen nutzen, nicht als *Accountable Care Organizations* (Colla et al. 2014: 965). Der Entwicklungsgrad von ACO richtet sich gemäß McClellan et al. (2014) danach, wie weit fortgeschritten die Modelle auf dem Weg zu einer prospektiven Vergütung sind, die gleichermaßen risikoadjustiert, qualitätsgesichert und populationsbasiert ist. Folgende Fragen sind bei der Gestaltung einer ACO-Vergütung von Bedeutung:

- Erfolgt die Vergütung an Leistungserbringer prospektiv oder retrospektiv?
- Wie wird das Ausgabenziel bzw. das sektorenübergreifende Budget kalkuliert und welche Leistungsbereiche werden in das Budget einbezogen?
- Wie entwickelt sich das Budget während der Vertragslaufzeit?
- Wie werden Finanzierungsrisiken bzw. potenzielle Einsparungen/ Verluste zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern verteilt?
- Werden Grenzen geteilter Einsparungen bzw. Verluste definiert und statistische Ausreißer wie z.B. Hochkostenfälle ausgeschlossen oder gekappt?
- Wie wird das Erreichen von Qualitätszielen mit der Vergütung verknüpft?

Die Weiterentwicklung zu *Value-based Payments* in ACO-Verträgen erfolgt auf Basis der traditionell vom jeweiligen Kostenträger genutzten Vergütungsformen wie etwa Fee-for-Service,

Kopfpauschalen oder Mischformen (Higgins et al. 2011: 1723 f.). Das Ausgabenziel bzw. das sektorenübergreifende Budget einer ACO wird zunächst auf Basis der historischen Kosten der durch das ACO-Netzwerk behandelten Patienten definiert (Delbanco et al. 2011: 7). Die Entwicklung des Budgets kann über fixierte Prozentsätze, durch eine Hochrechnung z.B. auf Basis nationaler oder regionaler Trends, wobei unter Umständen eine geringere Wachstumsrate angesetzt wird, oder gegenüber einer Kontrollgruppe bestimmt werden (McClellan et al. 2010: 984). Es ist möglich, entweder alle Leistungsbereiche des Versorgungsprozesses oder nur einen Teil davon (z.B. nur ambulanter und stationärer Bereich) für die Kalkulation des risiko-adjustierten, populationsorientierten ACO-Budgets zu nutzen. Wenn Leistungserbringer während der Vertragslaufzeit retrospektiv mittels FFS leistungsmengenabhängig vergütet werden, erfolgt in der Regel eine Bilanzierung gegenüber dem Budget zum Ende des Leistungsjahres. Werden Einsparungen erreicht, müssen zunächst nur diese nach intern festzulegenden Regelungen durch die ACO an die teilnehmenden Partner verteilt werden. Für Verluste haftet hingegen die formale ACO, die ggfs. verpflichtet wird, entsprechende Rücklagen zu bilden. So soll der Übergang zu stärker pauschalierten Vergütungssystemen für Leistungserbringer, die bislang keine Erfahrung mit der Übernahme von Finanzierungsrisiko gemacht haben, erleichtert werden (Meyer 2012: 2363). Wird das Budget hingegen prospektiv z.B. als monatliche Pauschale pro Versicherten (die potenzielle Einsparungen/ Verluste bereits indirekt enthält, falls das Budget nicht aufgebraucht bzw. überschritten wird) ausbezahlt, werden Finanzierungsrisiken unmittelbar an die ACO-Leistungserbringer übertragen. Hierbei ist es sogar möglich, dass ACO-Partner ihre pauschalierte Vergütung an die ACO übertragen, so dass diese die Gesamtsumme erhält und die entsprechenden Leistungserbringer dann z.B. mittels Gehalt (Shah et al. 2011: 2139) oder mittels anderer interner Regelungen vergütet. Die ACO-Vergütung müsste in diesem Fall entweder um solche Leistungen bereinigt werden, die außerhalb des Netzwerks erbracht werden, oder die ACO müsste verpflichtet werden, mit den Leistungserbringern außerhalb des Netzwerks zu kontrahieren und Leistungen, die außerhalb in Anspruch genommen werden, selbst zu vergüten (Guterman et al. 2011). Die Modelle der Risikoteilung bei populationsorientierten Budgets reichen von der ausschließlichen Übernahme des Risikos für nicht erreichte Einsparungen ohne Verlustrisiko (*Shared Savings* mit *Upside Risk*) über eine Risikoteilung (*Partial Capitation*, *Bundled Payments*<sup>56</sup>, *Shared Savings & Losses* mit *Downside Risk*) bis zur vollständigen Übernahme des Verlustrisikos (*Global Budget*, *Full Capitation*<sup>57</sup>) durch die Leistungserbringer, wobei eine Entwicklung zu mehr Risikoübernahme durch Leistungserbringer angestrebt wird (McClellan et al. 2010: 984; Shortell et al.

---

<sup>56</sup> Bei Komplexpauschalen wie *Bundled Payments* und *Partial Capitation* wird nur ein Teil der Vergütung pauschaliert – z.B. die Vergütung der ambulanten Versorgung. Die klassische FFS-Vergütung wird in diesem Bereich abgelöst durch eine periodenabhängige, risikoadjustierte, pauschale Vergütung plus Bonus bzw. abzüglich Malus, je nach Erreichung der vereinbarten Qualitäts- und Ausgabenziele (McClellan et al. 2010). Das Finanzierungsrisiko geht jedoch nicht vollständig auf die Leistungserbringer über, so dass die Gefahr des Vorenthaltens von Leistungen nicht so groß ist wie bei Kopfpauschalen. Sektorenübergreifende *Bundled Payments* sind in ACOs-Budgets z.B. auch möglich (American Academy of Actuaries 2012: 6).

<sup>57</sup> Bei Kopfpauschalen (*Full Capitation*) erfolgt die Vergütung der ACO-Leistungserbringer mittels pauschaler Vergütung für alle Leistungen der Versicherten für einen bestimmten Zeitraum (Conrad et al. 2013: 998). Durch die vollständige Pauschalierung



2010: 1295 f.; American Academy of Actuaries 2012). In diesem Zusammenhang können zusätzlich Mindesteinsparquoten (MEQ) oder Mindestverlustquoten (MVR) vereinbart werden, um normale Variationen in den Leistungsausgaben zu berücksichtigen sowie absolute oder relative Gewinn- und Verlustgrenzen (*stop-loss coverage*) zur Begrenzung von Ausreißern (Guterman et al. 2011: 31). Insbesondere im Umgang mit Hochkostenfällen kann vereinbart werden, dass diese nachträglich aus der Kalkulation ausgeschlossen bzw. die Kostenbeträge gekappt werden (Cimasi 2013: Pos. 3163) oder dass Rückversicherungen ab einem gewissen Betrag abgeschlossen werden müssen. Welche Qualitätsziele an die Vergütung gekoppelt werden, ist abhängig vom jeweiligen Kennzahlensystem (siehe Kapitel 5.2.1). Grundsätzlich ist es derzeit üblich, dass das Unterschreiten eines bestimmten Qualitätsindizes Strafen beinhaltet oder ACOs von der Partizipation an ggfs. erreichten Einsparungen disqualifiziert. Umgekehrt kann vereinbart werden, dass das Erreichen vergleichsweise guter Qualitätsergebnisse eine Beteiligung an Verlusten ausschließt, begrenzt oder unabhängige, zusätzliche Bonuszahlungen auslöst (McClellan et al. 2014: 1509).

### 5.3.1 Analyse der Vergütung in MSSP- und in Pioneer-ACOs

Die ACO-Vergütungsmodelle in der sozialen Krankenversicherung bauen auf der klassischen FFS-Vergütung auf, die alle Leistungserbringer für die Behandlung von Bezugsberechtigten von Medicare zunächst wie gewohnt erhalten. Bewerbern für das MSSP stehen zu Beginn zwei alternative Vergütungsmodelle zur Auswahl. Dies ist zum einen das *One-Sided Model* mit *Shared Savings* und *Upside Risk* und zum anderen das *Two-Sided Model* (auch *Symmetric Shared Savings Model* oder *Shared Risk Model*) mit *Shared Savings & Losses* und *Downside Risk*.<sup>58</sup> Eine schematische Darstellung der beiden Modelle findet sich in Abbildung 5 im Appendix. In den Pioneer ACOs standen hingegen nur Modelle mit Verlustrisiken zur Auswahl.

Im *One-Sided Model* im MSSP werden Leistungserbringer zwar leistungsmengenabhängig vergütet, allerdings wird für die ACOs ein sektorenübergreifendes, virtuelles Budget als vorab definiertes Ausgabenziel auf Basis der historischen Kosten der zugeordneten Population der ACO-Partner vorausberechnet. Das Ausgabenziel einer MSSP-ACO für die drei Jahre der Vertragslaufzeit wird gemäß 42 CFR § 425.602 definiert über eine Hochrechnung des gewichteten Durchschnitts der Ausgaben von den Versicherten, die dieser ACO zugeordnet wurden, in den drei Jahren vor Vertragsbeginn. Dabei wird im Verhältnis 60:30:10 das aktuellste Jahr am höchsten gewichtet und das am weitesten zurückliegende am niedrigsten (Douven et al. 2015: 143). In die Kalkulation des Budgets einbezogen werden nur die Kosten der Medicare Teile A

---

ist die Vergütung unabhängig vom Volumen, aber das Modell ist angewiesen auf effektive Strafen für das Verfehlen von Benchmarks, die die Qualität der Versorgung valide abbilden. Bezieht sich die pauschalierte Vergütung nicht auf einzelne Versicherte, sondern auf eine Gesamtpopulation, handelt es sich um ein Globalbudget (Cimasi 2013: Pos. 3345).

<sup>58</sup> Die Hoffnung von CMS war eine Selbstselektion von Zusammenschlüssen mit Erfahrungen im Umgang mit Finanzierungsrisiken. Allerdings haben sich mit 98% fast alle der bisherigen MSSP-ACOs für die Nutzung des einseitigen Modells mit potenziell geteilten Einsparungen, aber ohne Verlustrisiko entschieden (Douven et al. 2015: 144).

und B.<sup>59</sup> Die Entwicklung des Budgets basiert auf dem durchschnittlichen nationalen Wachstumsfaktor der Kosten in diesen Leistungssektoren (Bacher et al. 2013: 1430) und wird von CMS zusätzlich risikoadjustiert.<sup>60</sup> Von Leistungserbringern wird kein Verlustrisiko übernommen (*Shared Savings* mit *Upside Risk*), d.h. wenn das Ausgabenziel überschritten wird, werden keine Rückforderungen an die ACO gestellt (Crosson 2011: 1252). Einsparungen werden nur zwischen CMS und der ACO geteilt, wenn eine gemäß 42 CFR § 425.604 definierte Mindesteinsparquote (MEQ) erreicht wird. Deren Höhe ist abhängig von der Anzahl der durch die ACO abgedeckten Anspruchsberechtigten von Medicare und bewegt sich auf einer gleitenden Skala von 2,0% für sehr große Zusammenschlüsse ab 60.000 Patienten bis zu 3,9% für ACOs, die nur die Mindestanzahl von 5.000 Patienten abdecken. Jede ACO muss ihre MEQ erreichen oder übertreffen, um sich für geteilte Einsparungen zu qualifizieren (Wilensky 2014: 158). Die MEQ ist allerdings lediglich eine Hürde, denn die Einsparungen errechnen sich bei Überschreitung als Anteil an der Differenz zum Ausgabenziel ab dem ersten eingesparten Dollar (Berwick 2011: 1754). Bei der Berechnung der tatsächlichen Kosten einer ACO erfolgt gemäß 42 CFR § 425.602 (a)(4) eine Hochkostenkappung beim 99%-Perzentil. Als Gewinnobergrenze ist festgelegt, dass pro Jahr maximal 10% des sektorenübergreifenden Budgets der ACO als geteilte Einsparung ausbezahlt werden. Eine Kopplung an die Qualitätsziele (siehe Kapitel 5.2.1) erfolgt dergestalt, dass ab dem zweiten Leistungsjahr (zuvor reicht die vollständige Übermittlung der Kennzahlen) keine geteilten Einsparungen möglich sind, falls das Minimallevel von 30% für den Qualitätsindex verfehlt wird oder nicht mindestens 70% der Kennzahlen der vier Kategorien über ihrem jeweils minimalen Erfüllungslevel liegen. Werden diese Grenzen überschritten, beeinflusst die Höhe des Qualitätsindex pro Jahr den Betrag der möglicher Einsparungen (Lewis et al. 2012: 1781).<sup>61</sup> Ab einem Qualitätsindex von 90% oder darüber ist das Maximum erreicht und es werden 50% der insgesamt erreichten Einsparungen mit der ACO geteilt.<sup>62</sup>

Das *Two-Sided Model* funktioniert vom Prinzip her ähnlich. Leistungserbringer erhalten ebenfalls ihre reguläre Vergütung mittels FFS und auch das sektorenübergreifende Budget und dessen Entwicklung errechnen sich gleichermaßen. Unterschiede gibt es z.B. bei der Risikoteilung, denn Leistungserbringer verpflichten sich in diesem Modell zur Übernahme von Finanzierungsrisiko (*Shared Savings & Losses* mit *Downside Risk*). Das bedeutet, dass ACOs verpflichtet sind, einen Anteil an der Differenz zu den tatsächlichen Kosten mitzutragen, falls sich in der Bilanzierung ein Überschreiten des Ausgabenziels bzw. des Budgets ergibt (Crosson 2011: 1252). Praktisch erfolgt dies anhand einer Rückforderung durch CMS an die gesamte ACO. Gemäß 42 CFR § 425.204 (f) müssen ACOs, die das *Two-Sided Model* wählen, schon

---

<sup>59</sup> Teil A deckt stationäre Versorgung und teilweise Pflegeleistungen ab. Teil B umfasst ambulante ärztliche, psychotherapeutische und präventive Leistungen (siehe weiterführend etwa Centers for Medicare & Medicaid Services 2014i). Die Kosten aus Medicare Teil D (Arzneimittelverordnungen) werden hingegen nicht herangezogen (Eddy/Shah 2012: 2554).

<sup>60</sup> Für die Risikoadjustierung werden Alter, Geschlecht, Morbidität, Vorliegen einer terminalen Niereninsuffizienz, Anspruchsberechtigungen in Medicaid, Behinderungen und Pflegeheimbewohnerschaft herangezogen (Lewis et al. 2012: 1780).

<sup>61</sup> Beispiele für die Qualitätsgewichte für das Leistungsjahr 2014 finden sich bei Centers for Medicare & Medicaid Services (2015).

<sup>62</sup> Gemäß § 3022 ACA muss das MSSP insgesamt budgetneutral bleiben, d.h. ein Teil der Einsparungen erfolgreicher ACOs im *One-Sided Model* muss von CMS zur Kreuzfinanzierung der nicht erfolgreichen genutzt werden (Lieberman/Bertko 2011: 27).



bei Bewerbung sicherstellen, dass sie in der Lage sind, eventuell anfallende Verluste an CMS zurückzahlen zu können.<sup>63</sup> Damit ist das Vergütungsmodell einem Globalbudget in einem pauschalierten System bereits recht ähnlich, nur dass die Vergütung nicht prospektiv ausgezahlt, sondern Abweichungen davon ex post zurückgefordert werden (Song et al. 2012: 1885). Im *Two-Sided-Model* gemäß 42 CFR § 425.606 stellt die Mindesteinsparquote (MEQ) gleichzeitig die Mindestverlustquote (MVQ) dar und beträgt für alle ACOs gleichermaßen 2%. Nur bei Überschreitung der entsprechenden Quoten werden Einsparungen oder Verluste zwischen ACO und CMS geteilt. Auch bei diesem Modell sind MEQ und MVQ lediglich Hürden und die 2% werden nicht von den geteilten Differenzen abgezogen. Die Hochkostenkappung ab dem 99% Perzentil ist dieselbe wie im *One-Sided Model*. Als Gewinnobergrenze ist festgelegt, dass pro Jahr maximal 15% des jeweils sektorenübergreifenden Gesamtbudgets der ACO als geteilte Einsparung ausbezahlt werden können. Die Kopplung an Qualitätsziele ist wieder gleich wie im MSSP. Erreicht der Qualitätsindex allerdings einen Wert von 90% oder mehr, werden bis zu 60% der gesamten Einsparung pro Leistungsjahr geteilt. Die im Vergleich mit dem *One-Sided-Model* höhere Gewinnobergrenze und das bessere Teilungsverhältnis zugunsten der ACOs belohnt die größere Übernahme von Finanzierungsrisiken im *Two-Sided-Model* (Cimasi 2013: Pos. 2160). Falls das sektorenübergreifende Budget überschritten wird, werden, je nach Ausprägung des Qualitätsindex, bis zu 60% der Differenz vom CMS zurückgefordert (Douven et al. 2015: 144). Als Obergrenzen geteilter Verluste wurden gemäß 42 CFR § 425.606 (g) im ersten Leistungsjahr 5%, im zweiten Leistungsjahr 7,5% und ab dem dritten Leistungsjahr jeweils 10% des sektorenübergreifenden Gesamtbudgets festgelegt.

Pioneer ACOs standen drei Basisvergütungsmodelle (*Pioneer Core* und *Option A & B*) zur Auswahl, die alle Verlustrisiko beinhalteten (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2014). Außerdem wurden Teilnehmer ermutigt, eigene Vorschläge einzureichen, welche von CMI ggfs. als *Alternative Payment Arrangements* aufgenommen wurden (Fisher et al. 2012: 2369). Insgesamt wurden fünf leicht unterschiedliche Vergütungsformen umgesetzt (für eine Übersicht siehe Center for Medicare and Medicaid Innovation 2011a). Grundsätzlich unterscheiden sich die Modelle leicht in der Kalkulation der Ausgabenziele, den vereinbarten Mindesteinspar- bzw. Verlustquoten, den Teilungsquoten und den Obergrenzen geteilter Einsparungen bzw. Verluste. Wesentlich ist, dass ein Übergang zu populationsbasierten Pauschalzahlungen ab dem dritten Leistungsjahr für solche ACOs durchgeführt werden soll, die in beiden vorherigen Jahren Einsparungen erzielt haben. Diese soll als monatliche Komplexpauschale basierend auf dem sektorenübergreifenden Budget gezahlt werden und 50% der Gesamtzahlungen an die ACO ausmachen. Die restliche Hälfte soll weiterhin mittels FFS vergütet werden (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2011b: 9; Fisher et al. 2011: 12 ff.).

---

<sup>63</sup> Dazu können z.B. Rückversicherungen, Treuhandkonten, Bürgschaften, Kreditzusagen durch Banken oder andere, genau zu beschreibende Rückzahlungsinstrumente genutzt werden (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014f: 5).

### 5.3.2 Analyse der Vergütung in Organisationen mit AQC

Das Vergütungssystem des AQC wird von BCBSMA selbst als risikoadjustiertes Globalbudget mit Verlustrisiko bezeichnet und beinhaltet potenzielle zusätzliche *Pay-for-Performance* Bonuszahlungen für Leistungserbringer (Chernew et al. 2011: 59). Die Netzwerke im AQC vereinbaren ihre Vergütung als fixierte monatliche Populationspauschale, die alle Leistungen dieser Population abdeckt. Jedoch wird diese pauschalierte Vergütung bzw. das Globalbudget im AQC gar nicht tatsächlich prospektiv als Kopfpauschale ausbezahlt, sondern wie im MSSP ein Ausgabenziel definiert und die Leistungserbringer während eines Leistungsjahres mittels FFS vergütet. Insofern ist das Vergütungsmodell des AQC dem *Two-Sided Model* des MSSP durchaus ähnlich (Song et al. 2011: 910). Allerdings sind die FFS-Gebührensätze im privaten Gesundheitsmarkt nicht für alle Leistungserbringer einheitlich wie in Medicare, sondern basieren auf gesondert verhandelten Preisen. Da diese z.B. aufgrund historischer Differenzen, Verhandlungsmacht oder regionaler Unterschiede mitunter stark zwischen Leistungserbringern differieren können<sup>64</sup>, entsteht durch die unterschiedlichen Preise im Gegensatz zum MSSP im privaten Sektor zusätzlich zum Abbau von Ineffizienzen ein Anreiz, Überweisungen zu Leistungserbringern mit geringeren Preisen zu steuern (Chernew et al. 2011: 56). Abbildung 2 veranschaulicht das Vergütungsmodell des AQC anhand relativer Maßzahlen ohne Illustration eines ebenfalls möglichen Verlustrisikos.

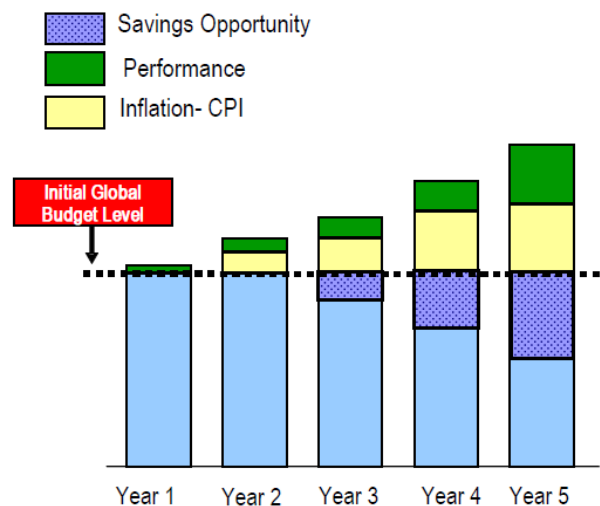


Abbildung 2: Vereinfachtes Vergütungsmodell des AQC [ohne Darstellung des Verlustrisikos] (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts 2010)

Die Höhe des individuellen Ausgabenziels (*Initial Global Budget Level*) und dessen Steigerungsrate (*Inflation*; ggfs. + x%) sind nicht vordefiniert, sondern ein elementar wichtiger Bestandteil der Verhandlungen zwischen den AQC-Netzwerken und BCBSMA. Zunächst wird ein

<sup>64</sup> Die Gebührensätze im privaten Gesundheitsmarkt können sich im Extremfall um bis zu 100% für vergleichbare Leistungsarten unterscheiden (Mechanic et al. 2011: 1737).

Richtwert auf Basis der historischen Kosten aller Leistungsbereiche<sup>65</sup> der HMO und PoS-Versicherten bei den AQC-Allgemeinärzten berechnet. Die „*Savings Opportunity*“ entspricht dem vermuteten Einsparpotenzial, das sich dadurch ergibt, dass das verhandelte Startbudget noch Ineffizienzen enthält und zur Motivation einer Teilnahme am AQC außerdem etwas höher als möglich angesetzt wird (Chernew et al. 2011: 59). Allerdings wird insgesamt eine um 50% geringere Entwicklung des relativen Kostenanstiegs am Ende der fünfjährigen Vertragsdauer gegenüber einer risikoadjustierten Kontrollgruppe angestrebt (Mechanic et al. 2011: 1734 ff.). Netzwerken mit hohem Ausgabenniveau wird in den Verhandlungen in der Regel eine niedrigere Steigerungsrate zugestanden als solchen, mit vergleichsweise niedrigem Ausgabenniveau. Das Ausgabenziel wird jährlich auf Veränderungen der Krankheitslast der versorgten Population adjustiert und an Preisänderungen der FFS-Gebührensätze einzelner Erbringer bzw. die allgemeine Inflationsrate angepasst (Chernew et al. 2011: 52 f.). Die AQC-Organisationen können zum Start wählen zwischen verschiedenen Modellen der Risikoteilung. Zum einen steht ein Modell zur Auswahl, in dem das Risiko mit BCBSMA in Bezug auf potenzielle Gewinne (*Savings Opportunity*) bzw. Verluste in einem Verhältnis von wenigstens 50:50 geteilt wird. Zum anderen kann auch eine vollständige Übernahme des Finanzierungsrisikos mit gleichzeitigem Anrecht auf 100% der potenziellen Einsparungen gewählt werden. Mindesteinspar- bzw. Mindestverlustquoten oder Gewinn- bzw. Verlustgrenzen wurden nicht definiert. Gegen unerwartet hohe Risiken - z.B. durch Hochkostenfälle - müssen sich AQC-Organisationen allerdings rückversichern, entweder über entsprechende Vereinbarungen mit BCBSMA oder über externe Versicherungsunternehmen (Chernew et al. 2011: 52 f.). Ab dem Jahr 2011 hat zudem der erreichte *Performance Score* (siehe Kapitel 5.2.2) einen Einfluss auf die geteilten Einsparungen oder Verluste. Je höher der *Performance Score* ist, desto größer ist der Anteil an den potenziellen Einsparungen bzw. desto geringer ist der Anteil an potenziellen Verlusten.<sup>66</sup> Am Ende eines Leistungsjahres werden die FFS-Ausgaben gegenüber dem verhandelten Globalbudget bilanziert und daraufhin entweder Rückforderungen durch BCBSMA gestellt oder die erreichten Einsparungen ausbezahlt (Delbanco et al. 2011: 7; Song 2014: 11).

Der in Abbildung 2 als „*Performance*“ bezeichnete Vergütungsteil bezeichnet Qualitäts-Bonuszahlungen (*Quality Incentive Payments*), die unabhängig vom Unterschreiten des verhandelten, sektorenübergreifenden Budgets jedes Jahr zusätzlich verdient werden können. Jeder AQC-Zusammenschluss muss ein Minimallevel beim Qualitätsindex im ambulanten und im stationären Bereich erreichen, um sich für diese Bonuszahlungen zu qualifizieren (Mechanic et al. 2011: 1735). Je höher der *Performance Score* ausfällt, umso größer sind die möglichen

---

<sup>65</sup> Die Leistungsbereiche umfassen fast das gesamte Leistungsspektrum ambulanter, stationärer und post-stationärer Leistungen sowie Langzeitpflege und Arzneimittelverordnungen (Chernew et al. 2011: 60).

<sup>66</sup> Wird etwa der höchstmögliche Qualitätsindex von 5 erreicht, erhalten die AQC-Organisationen 80% der potenziellen Einsparungen, müssten sich im Falle von Verlusten jedoch nur zu 20% daran beteiligen (Safran 2013: 5). In Verträgen vor 2011 entsprach das *Upside-Risk* immer dem *Downside-Risk* (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts 2010: 5).

Bonuszahlungen. Falls im ambulanten und stationären Bereich jeweils die höchste Qualitätsschwelle (*Quality Gate*) bei den definierten Indikatoren erreicht wird, sind jeweils 5% des Globalbudgets, also im Optimum insgesamt 10%, als zusätzliche Vergütung möglich (Chernew et al. 2011: 53). Dadurch, dass sich diese Qualitätsboni als prozentualer Anteil am Globalbudget des Netzwerks und nicht nur auf Basis z.B. des ambulanten Budgets berechnen, können die Bonuszahlungen deutlich höher ausfallen als in üblichen P4P-Programmen in den USA<sup>67</sup> und somit die Vergütung der primärärztlichen Versorgung um mehr als 50% gegenüber den üblichen Entgelten von BCBSMA erhöhen (Mechanic et al. 2011: 1737; Song et al. 2011: 915).<sup>68</sup>

#### 5.4 Die Integration in ACOs

Eine grundsätzliche Annahme von *Value-based Care* Konzepten ist, dass eine erfolgreiche Reformierung der Vergütung an eine stärkere Integration der Leistungserbringung gekoppelt sein sollte, da beide Bestrebungen sich gegenseitig beeinflussen und verstärken (Guterman et al. 2011: 15 f.). Dass generell die Koordination von Handlungen innerhalb von Organisationen effektiver sein kann als wiederholte Verhandlungen auf horizontalen Märkten, wurde bereits in übergreifendem Kontext untersucht (Coase 1937: 386 ff.). Zur Bewertung der Eignung von Netzwerken zum Abschluss von ACO-Verträgen können u.a. formale Bewerbungsverfahren oder die Voraussetzung von Akkreditierungen<sup>69</sup> genutzt werden. Aufgrund der Ursprünge von ACOs in vollständig integrierten Versorgungssystemen erscheint es naheliegend, dass diese den Professionalisierungsgrad betreffend am besten darauf vorbereitet sind, mit dem steigenden Finanzierungsrisiko umzugehen bzw. pauschalierte Vergütungen im Netzwerk nach eigenen Kriterien zu verteilen (Shields et al. 2011: 162). Die Annahme, dass mit wachsender Risikoübernahme in der Entwicklung von populationsbasierten, erfolgsorientierten Budgets auch das notwendige Maß an Integration steigt, wird in Abbildung 3 veranschaulicht.

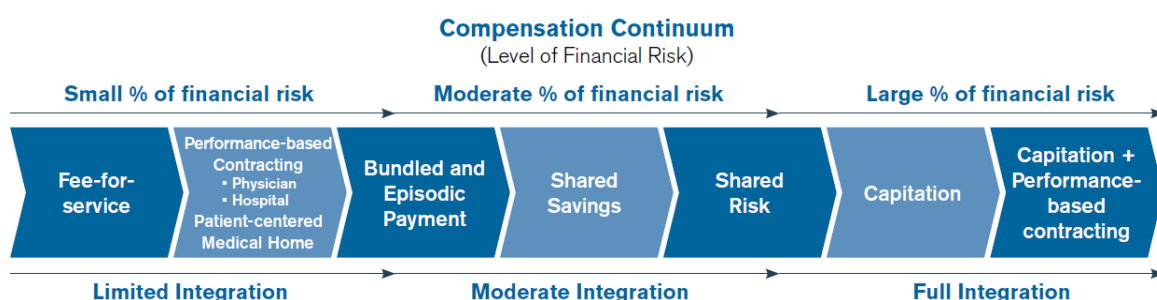


Abbildung 3: Zusammenhang von Finanzierungsrisiko und Integration des Versorgungsprozesses (UnitedHealthcare 2012: 2)

<sup>67</sup> Im Durchschnitt werden in den P4P-Programmen in den USA nur ca. 2,3% der ärztlichen Vergütung als Bonus gezahlt (Rosenthal et al. 2007: 1678).

<sup>68</sup> BCBSMA plant ohnehin, die reguläre FFS-Vergütung zukünftig abzusenken, so dass nur noch durch Qualitätsboni und geteilte Einsparungen relevante Einkommenszuwächse für Leistungserbringer möglich sind (Mechanic et al. 2011: 1741).

<sup>69</sup> Siehe für einen entsprechenden Anbieter von ACO-Akkreditierung z.B. National Committee for Quality Assurance (2015).

Ein konstitutives Element von *Accountable Care Organizations* ist die Organisation der Leistungserbringung mindestens in Form horizontal integrierter Kooperation. Die Integration kann sowohl durch verschiedene Formen formaler Vertragsbeziehungen als auch durch eine institutionelle Verschmelzung umgesetzt werden. So können ACO-Verträge durch Kostenträger etwa mit einer ACO-Dachorganisation geschlossen werden, die ihrerseits Verträge mit einzelnen Leistungserbringern unter Beibehaltung der individuellen Unabhängigkeit schließt (siehe beispielhaft Abbildung 6 im Appendix), um auf diese Weise ein möglichst umfassendes Netzwerk zu bilden (Guterman et al. 2009). Alternativ kann eine ACO jedoch auch als eigenständige, formale Organisation - ggfs. mit angestellten Leistungserbringern - gegründet werden (siehe beispielhaft Abbildung 7 im Appendix).<sup>70</sup> Die Rolle einer solchen koordinierenden Organisation wird von Berwick et al. (2008) als „Integrator“ beschrieben. In den USA existieren fünf Typen von Zusammenschlüssen mit unterschiedlichem Ausmaß an Integration, die als Basis für eine ACO in Frage kommen (Shortell et al. 2010: 1294 f.). Nachfolgend werden diese nach aufsteigendem Integrationsgrad aufgeführt (The Commonwealth Fund 2009: 35):

- **Virtuelles Netzwerk unabhängiger Praxen** (*Virtual Physician Organizations*)<sup>71</sup>  
Horizontal integrierter, virtueller Verbund niedergelassener unabhängiger Leistungserbringer, welcher vornehmlich in sehr ländlichen Regionen umgesetzt wird.
- **Netzwerk unabhängiger Praxen** (*Independent Practice Associations*)<sup>72</sup>  
Horizontal integrierter Verbund von niedergelassenen unabhängigen Praxen, die gemeinschaftlich Verträge schließen.
- **Multidisziplinäre Gemeinschaftspraxen** (*Multispecialty Group Practices*)<sup>73</sup>  
Vertikal integrierter Verbund, wobei stationäre Einrichtungen zum Teil im Besitz der interdisziplinären ambulanten Gemeinschaftspraxen oder Zentren, zumindest aber eng an diese gebunden sind, um gemeinsame Verhandlungen zu führen.
- **Krankenhausbasierte Netzwerke** (*Physician Hospital Organizations*)<sup>74</sup>  
Vertikal integrierter Verbund, wobei Leistungserbringer ein Teil der Krankenhausbelegschaft oder vertraglich mit einem Krankenhausträger verbunden sind, um gemeinsame Verhandlungen zu führen.
- **Integrierte Vollversorgungssysteme** (*Integrated Delivery Systems*)<sup>75</sup>  
Vertikal integrierter Verbund als Eigentümergemeinschaft von Kostenträgern, Krankenhäusern, niedergelassenen Arztpraxen und ggfs. weiteren Leistungserbringern, die oft als Angestellte inkorporiert sind und das gesamte Spektrum der Versorgung anbieten.

<sup>70</sup> Gesellschaftsrechtlich kommen in den USA sämtliche möglichen Ausgestaltungsformen für ACOs in Frage (z.B. *Limited Liability Company, Publicly-Traded Corporation, Privately-Held Corporation, Sole Proprietorship, Partnership, etc.*).

<sup>71</sup> Zum Beispiel *Community Care North Carolina*.

<sup>72</sup> Zum Beispiel *Hill Physician Group* oder *NovaHealth*.

<sup>73</sup> Zum Beispiel *Mayo Clinic* oder *Cleveland Clinic*.

<sup>74</sup> Zum Beispiel *Advocate Health*.

<sup>75</sup> Zum Beispiel *Kaiser Permanente, Geisinger Health System* oder *Intermountain Health Care*.

Üblicherweise sind ausreichend primärärztliche Leistungserbringer (ggfs. erweitert um wichtige Spezialprofessionen) in den ACO-Netzwerken vorhanden, um eine ausreichende Anzahl an Patienten innerhalb einer Region abzudecken (Lieberman/Bertko 2011: 27 ff.).<sup>76</sup> Bezüglich der Anbindung von ambulanten Spezialisten finden sich zahlreiche Begründungen, dass ACOs zunächst vor allem die Kooperation mit solchen Disziplinen anstreben sollten, die ein integraler Bestandteil der Versorgungskoordination sind (z.B. Kardiologie, Endokrinologie), und danach weniger relevante Professionen (z.B. Dermatologie, Augenheilkunde) integriert werden können (Ginsburg 2012: 1981). Zum Aufbau einer vertikalen, systemübergreifenden Integration könnten zudem Erbringer sozialer, präventiver, gesundheitsfördernder oder gemeindenaher Dienste eingebunden werden (McClellan et al. 2010: 985; Miller 2009: 3), wodurch ACOs eine stärkere Public Health Perspektive einnehmen würden (Zusman et al. 2014: 99).

Welche Maßnahmen zur Optimierung der Prozesse von den Leistungserbringern in ACOs ergriffen werden, soll diesen überwiegend selbst überlassen bleiben (siehe auch Kapitel 8.3). Grundsätzlich soll erreicht werden, dass die Zielperspektiven des *Triple Aim* von den ACOs in ihren Visionen und Strategien aufgegriffen und an die Netzwerkpartner weitergegeben werden (Fisher et al. 2012: 2371; Cimasi 2013: Pos. 3744 ff.; Colla et al. 2014: 964), so dass diese Aufgaben der Versorgungsgestaltung im Sinne der vereinbarten Ziele übernehmen. Hauptansatz zur Verbesserung der Versorgung ist die Entwicklung oder Überarbeitung organisatorischer Prozesse der Leistungserbringung, die den Versorgungsprozess von Prävention bis Nachsorge als zusammenhängendes Ganzes abbilden (DeVore/Champion 2011: 42).

#### **5.4.1 Analyse der Integration in MSSP- und in Pioneer-ACOs**

Zusammenschlüsse von Leistungserbringern, die am MSSP teilnehmen möchten, müssen einen umfangreichen, formalen Bewerbungsprozess durchlaufen (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014f: 5). Eine Teilnahme ist für die Leistungserbringer grundsätzlich freiwillig.<sup>77</sup> Die ACO muss als eigenständige juristische Person gegründet werden (siehe Abbildung 7 im Appendix). Um eine erfolgreiche Integration sämtlicher Leistungserbringern zu ermöglichen, gelten für ACOs im MSSP zahlreiche Befreiungen oder Ausnahmen bezüglich ansonsten gültiger Gesetzgebung, z.B. in Bezug auf kartell- oder zivilrechtliche Fragestellungen (Department of Health and Human Services 2011: 67992 ff.). Prinzipiell kommen alle im vorherigen Kapitel beschriebenen, mindestens horizontal integrierten Netzwerke für die Gründung einer ACO im MSSP in Frage. Dementsprechend vergleichbar ist die Auflistung der gründerberechtigten Leistungserbringerzusammenschlüsse in 42 CFR § 425.102:

---

<sup>76</sup> Theoretisch wären zwar auch rein Spezialisten-geführte ACOs möglich, wobei es allerdings fraglich ist, ob populationsorientierte Pauschalen in diesem Fall Sinn überhaupt machen würden (Cimasi 2013: Pos. 4746).

<sup>77</sup> Die Diskussion eines Modells mit verpflichtender Teilnahme für alle ambulanten Leistungserbringer wurde im Vorfeld der finalen gesetzlichen Regulierungen allerdings ebenfalls geführt (Medicare Payment Advisory Commission 2009: 45 ff.).

- Netzwerke von Einzelpraxen von *ACO Professionals*<sup>78</sup>
- Gemeinschaftspraxen von *ACO Professionals*
- Verbünde von Krankenhäusern und *ACO Professionals*
- Krankenhäuser mit angestellten *ACO Professionals*
- *Critical Access Hospitals (CAHs)*<sup>79</sup>
- *Rural Health Clinics (RHCs)* oder *Federally Qualified Health Centers (FQHCs)*<sup>80</sup>

Es ist möglich, nicht unmittelbar gründungsberechtigte Partner - z.B. zur Kooperation mit lokalen Gemeinden - in ACOs aufzunehmen, sofern diese bereits erfolgreich durch berechnigte Leistungserbringer aufgebaut wurden. Allen vertraglich verbundenen Partnern muss eine angemessene Beteiligung an der Führung der ACO ermöglicht werden. Das Führungsgremium einer ACO muss gemäß 42 CFR § 425.106 (c) mindestens zu 75% von ärztlichen ACO-Partnern besetzt und es muss zusätzlich ein unabhängiger Patientenvertreter eingebunden sein. Zudem müssen gemäß 42 CFR § 425.108 ein leitender Angestellter für das Management, ein medizinischer Direktor sowie gemäß 42 CFR § 425.112 (2) ein für die Qualitätssicherung und -entwicklung verantwortlicher, medizinischer Leistungserbringer bestimmt werden.

In ACO-Verträgen werden einige Maßnahmen zur Prozessoptimierung bereits vorgeschrieben, die von den Netzwerken umgesetzt werden sollen. Gemäß 42 CFR § 425.112 müssen etwa die Erbringung evidenzbasierter Medizin (EbM) und eine stärkere Beteiligung von Patienten - z.B. in Form von *Shared Decision-Making (SDM)* - gefördert sowie erste Risikogruppen definiert werden. ACO Teilnehmer sind außerdem gemäß 42 CFR § 425.506 angehalten, jedoch zunächst noch nicht zwingend verpflichtet, elektronische Patientenakten und eine gegenseitige Vernetzungsinfrastruktur zu entwickeln. Sofern die Mindestbedingungen für ACOs erfüllt werden, sind diese flexibel in der weiteren Ausgestaltung von Vertragsbeziehungen sowie der Auswahl der Instrumente zur Verbesserung der Versorgung im Netzwerk. Erfolgreiche Modelle sollen sich im Zeitverlauf selbstständig am Markt entwickelt (Crosson 2011: 1251).

Der Zugang zu Pioneer ACOs erfolgte ebenfalls über eine formale Bewerbung und optionale Besuche des CMS zur Beurteilung der Eignung. Es konnten sich alle Typen integrierter Zusammenschlüsse mit formaler Organisationsstruktur bewerben. Allerdings wurden erheblich höhere Ansprüche an den bestehenden Professionalisierungsgrad gestellt. Die Netzwerke

<sup>78</sup> Laut 42 CFR § 425.20 sind *ACO Professionals* vom jeweiligen Bundesstaat autorisierte Ärzte (*Doctors of Medicine/ Doctors of Osteopathic Medicine*), medizinische Fachangestellte (*Physician Assistants*), Krankenpfleger (*Nurse Practitioners*) oder examinierte Krankenschwestern (*Clinical Nurse Specialists*).

<sup>79</sup> Gemäß 42 CFR § 485.601 ff. müssen Krankenhäuser neben zahlreichen Bedingungen zur Zertifizierung folgende Anforderungen erfüllen, um als CAH zu gelten (spezielle Ausnahmen sind im Gesetz geregelt): Standort in ländlichem Gebiet, mindestens 35 Meilen Entfernung zum nächsten Krankenhaus, Sicherstellung jederzeit erreichbarer Notfallversorgung, weniger als 25 vollstationäre Betten, durchschnittliche Verweildauer in Akutbetten von weniger als 96 Stunden pro Patient.

<sup>80</sup> RHCs und FQHCs werden in ländlichen Regionen umgesetzt, welche durch einen Mangel an stationären Versorgungsangeboten bzw. Unterversorgung ärmerer Bevölkerungsschichten gekennzeichnet sind. RHCs bieten Krankenhausroutine- und grundlegende Laborleistungen an und müssen mit mindestens einem teilweise anwesenden, überwachenden Arzt und einer weiteren medizinischen Fachkraft ausgestattet sein, welche mindestens zu 50 Prozent der Öffnungszeiten anwesend ist. FQHCs können darüber hinaus zusätzlich Leistungen aus den Bereichen Primärprävention, Zahnmedizin, Psychiatrie, Entwöhnung/Entzug oder Patiententransport anbieten. Beide Einrichtungen werden pro Besuch mittels einer Pauschale (*all-inclusive rate*) vergütet (Centers for Medicare & Medicaid Services 2013a; Gesetzesgrundlagen finden sich unter 42 U.S.C. § 1861 ff.).

mussten etwa Personen aus den Bereichen Management, Finanzen, klinische Qualitätssicherung und -verbesserung, Informationstechnologie und Versorgungsforschung benennen können, die in den Pioneer ACOs entsprechende Verantwortungen übernehmen. Die Bewerber mussten in einer narrativen Beschreibung erklären, inwiefern sie evidenzbasierte Medizin, Patientenbeteiligung, elektronische Vernetzung oder Kooperationen mit gemeindenahen Diensten schon umsetzten und ein *Performance Management System* bereits etabliert haben (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2011c: 2 ff.). In Pioneer ACOs musste bis zum Jahr 2012 nachgewiesen werden, dass mindestens 50% der ACO-Leistungserbringer eine elektronische Gesundheitsakte betreiben (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2011b: 20).

#### **5.4.2 Analyse der Integration in Organisationen mit AQC**

Die Auswahl der Netzwerke im AQC erfolgt nicht durch einen standardisierten Bewerbungsprozess, sondern in den meisten Fällen mittels Ansprache durch BCBSMA mit dem Angebot zur freiwilligen Teilnahme. Der Prozess der anschließenden Vertragsverhandlung startet mit einer von BCBSMA entworfenen Selbstbewertung der Netzwerke in Bezug auf deren Fähigkeiten zum Umgang mit finanziellem Risiko und Budgets sowie zur Anwendung von Instrumenten des *Population Health Management* (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts 2010: 2 ff.). Der AQC macht keine spezifischen Vorgaben bezüglich der Organisationsstruktur. Leistungserbringer müssen allerdings Teil einer irgendwie gearteten Organisationsform sein, die für alle Partner den Vertrag gemeinsam abschließen kann (Chernew et al. 2011: 57). Die AQC-Organisationen variieren in Bezug auf Größe, geographische Lage und Erfahrung mit vorherigen Vergütungsmodellen mit Finanzierungsrisiken. Zum Testen erfolgreicher Varianten wurden sowohl Verträge mit unabhängigen Praxisnetzwerken unter gemeinsamer Leitung, multiprofessionellen Netzwerken als auch mit professionell gemanagten Versorgungssystemen, die auch Krankenhäuser umfassen, abgeschlossen (Mechanic et al. 2011: 1736; Song et al. 2011: 910). Diese unterschieden sich ebenfalls bewusst in Bezug auf das anfängliche Ausgaben- und Qualitätsniveau (Chernew et al. 2011: 58).

Spezielle Instrumente zur Prozessoptimierung werden im AQC nicht vorgegeben. Ein Kernaspekt des Vertrages ist jedoch die zentrale Rolle der Allgemeinärzte in der Koordination der Patientenbehandlung und die Förderung von Aktivitäten mit Fokus auf die primärärztliche Versorgung (Mechanic et al. 2011: 1739). Die ersten Maßnahmen von AQC-Organisationen zur Optimierung der Patientenversorgung und Verminderung des Kostenwachstums umfassen zu meist ein verbessertes Überweisungsmanagement, das Einrichten einer gemeinsamen Behandlungsdokumentation oder das Management von Hochkostenpatienten (Mechanic et al. 2011: 1737 ff.). BCBSMA unterstützt die Zusammenschlüsse in ihrer Arbeit durch das Angebot monatlicher Beratungsgespräche (Blue Cross Blue Shield of Massachusetts 2010: 6).



## 6. Diskussion der Herausforderungen von ACOs in den USA

Das Ziel der Kostenträger, die Ausgabenentwicklung durch die Übertragung von Finanzierungsrisiken auf Leistungserbringer zu begrenzen, ist nicht neu, sondern erinnert an die Blütezeit von *Managed Care*, als ähnlich optimistische Erwartungen geäußert wurden. Ob ACOs die Fehlanreize von MCOs überwinden können, wird sich zeigen (Cimasi 2013: Pos. 580). Die an den traditionellen MCOs geübte Kritik wurde jedoch bereits bei der ACO Entwicklung aufgegriffen und macht das Paradigma von *Accountable Care* zu mehr als nur der nächsten Generation von *Managed Care* (Muhlestein et al. 2012). Wesentliche Weiterentwicklungen sind:

- Erweiterung der Zielperspektive in Richtung *Triple Aim* (DeVore/Champion 2011: 41)
- In der Regel unbeschränkte Arztwahl (Fisher/Squires 2011: 30)
- Verbesserte Qualitätssicherung zur Vorbeugung von nicht intendierter Unterversorgung durch übermäßige Rationierung
- Nur teilweise Übertragung des Finanzierungsrisikos auf Leistungserbringer - nur das Leistungsrisiko und nicht auch das Versicherungsrisiko (Barnes et al. 2014: 5)
- Verbesserte technische und methodische Möglichkeiten zur Qualitätsmessung und Risikoadjustierung der Kosten (Muhlestein et al. 2012: 4)
- Netzwerk-Führung bleibt Leistungserbringern stärker überlassen (Barnes et al. 2014: 5)

Naturgemäß können ACO-Verträge, wie alle formalen Verträge zur Begrenzung von Unsicherheit, nicht alle zukünftigen Zustände oder Herausforderungen beinhalten (Coase 1960: 1 ff.). Neben den skizzierten historischen Problembereichen existieren eine Reihe neuer Herausforderungen zur erfolgreichen Umsetzung von ACOs, welche sich zum einen aufgrund konzeptioneller und finanzieller Barrieren ergeben und zum anderen regulatorischer, kultureller oder organisatorischer Natur sind (Tallia/Howard 2012).

Konzeptionelle Herausforderungen ergeben sich zum Beispiel bereits aus der Vertragsverhandlung bzw. -anbahnung, die bei derart komplexen Modellen leicht hohe Transaktionskosten verursachen können, und der Festlegung der Vertragsdauer, da sich bei vermehrten Anstrengungen im Bereich Prävention bei kurzfristigen Verträgen ein Problem hinsichtlich Ursache (Investition in Prävention) und Wirkung (geringere Krankheitskosten) ergeben kann (Hildebrandt et al. 2009: 53). Es ist zudem im Vorhinein nicht klar, wie viele Ereignisse durch Prävention verhindert werden müssten, um in der Evaluation erkennbare Einsparungen zu erzielen (Eddy/Shah 2012: 2555). Oft wird zusätzlich argumentiert, dass der regionale Kontext bei der Entscheidung zur Umsetzung einer ACO eine zu starke Rolle spielt und regionale Variation die Ergebnisse beeinflusst (Larson et al. 2012: 2403).

Ein weiterer grundsätzlicher Diskussionspunkt ist die Gründungsfinanzierung von ACOs sowie deren laufende Ausstattung mit Kapital in der Betriebsphase. Je mehr Wertschöpfungsebenen bereits zu Beginn integriert werden sollen, desto komplexer und anspruchsvoller wird die Netzwerkbildung (Schreyögg et al. 2010: 107 f.). Vor dem Start des MSSP wurden vom CMS Gründungskosten in Höhe von durchschnittlich ca. \$1,8 Millionen geschätzt (Casalino/Shortell 2011). Eine Kalkulation für krankenhausbasierte ACOs durch die American Hospital Association (2011: 2) bezifferte den Gründungsaufwand sogar zwischen \$5,3 und \$12,0 Millionen. In einer Umfrage unter 35 MSSP-ACOs wurden Start-Up-Kosten von durchschnittlich \$2,0 Millionen angegeben und betont, dass aufgrund der verzögerten Erfolgsauswertung durch retrospektive Bilanzierung in Modellen, die weiter nach FFS vergütet werden, die meisten ACOs nach Gründung noch fast ein weiteres Jahr investieren, bis ihr Cash-Flow mit potenziellen *Shared Savings* wieder aufgefüllt wird (National Association of ACOs 2014b: 2). Bei Gründung ist zudem das Risiko zu kalkulieren, dass die Qualitäts- oder Ausgabenziele gar nicht erst erreicht werden. Viele Leistungserbringer befürchten, dass die Transaktionskosten - zumindest in den Anfangsjahren - die möglichen Gewinne übersteigen (Goldsmith 2011: 34; McClellan et al. 2014: 1513). Insbesondere kleinere Zusammenschlüsse ohne nennenswerte Skaleneffekte können leicht Schwierigkeiten bekommen, die Gründungskosten bei einer kurzen Vertragslaufzeit wie im MSSP zurückzuerdienen. Es gibt zudem keine Planungssicherheit, dass CMS die ersten ACO-Verträge im MSSP nach deren Ablauf verlängert bzw. falls ja, zu welchen Konditionen. Die hohen Investitionskosten sowie geringe Profitmargen und hohe Unsicherheit machen den Gesundheitsmarkt zudem unattraktiv für externe Investoren und erschweren somit eine Außenfinanzierung. Positiv ist jedoch anzumerken, dass ACOs erst gemeinschaftliche Investitionen z.B. in Datenanalytik und elektronische Vernetzung ermöglichen, die sich für einzelne Akteure aufgrund der hohen Fixkosten kaum rentieren könnten (Ginsburg/Pawlson 2014: 2). Finanzielle Starthilfen zur Netzwerkgründung oder vorausgezahlte *Shared Savings* sind folglich eine oft geäußerte Anforderung von Leistungserbringer-Zusammenschlüssen, die eine ACO gründen möchten (Miller 2009: 7; Song et al. 2011: 915). Aufgrund des hohen Aufwands wurde außerdem zunächst befürchtet, dass vornehmlich krankenhausbasierte Netzwerke und integrierte Vollversorgungssysteme aufgrund ihrer besseren Ressourcenausstattung ACOs gründen würden und niedergelassene Mediziner dadurch einen schweren Stand hätten (Shields et al. 2011: 162; Burns/Pauly 2012: 2412; Casalino et al. 2013: 1377). Dies lässt sich empirisch jedoch derzeit nicht nachweisen (siehe Kapitel 7.1).

Weitere Herausforderungen ergeben sich direkt aus den vier zentralen Vertragselementen von ACOs und werden deshalb vor dem Hintergrund des in Kapitel 5 vorgestellten Rahmens in den folgenden Unterkapiteln diskutiert. Einen zusammenfassenden Überblick der Herausforderungen und der potentiellen Schwächen bietet Tabelle 6 im Appendix.

## 6.1 Diskussion des Populationsbezugs in ACO-Modellen

Die Festlegung einer geeigneten Populationsgröße in ACO-Verträgen ist ein breites Problemfeld. Einerseits gibt es Vermutungen, dass nur große ACOs durch Skaleneffekte das Potenzial haben, ausreichend Kosteneinsparungen zu realisieren, um die Investitionskosten zur Gründung zu refinanzieren. Andererseits ist in sehr großen ACOs ein persönlicher Kontakt und Austausch beteiligter Leistungserbringer vermutlich nur noch eingeschränkt zu bewerkstelligen und hohe Mindestgrößen stellen an sich ein Problem für Netzwerke in ländlichen Regionen dar (Lewis et al. 2012: 1782). Die Größe der über ACO-Verträge versorgten Population hat auch direkten Einfluss auf den (Markt-)Anteil der Patienten in den Einrichtungen der Leistungserbringer. Dieser sollte zumindest ausreichend groß sein, damit sich Umstrukturierungen der Behandlungsprozesse lohnen (Chernew et al. 2011: 59). Dies wird umso wahrscheinlicher, je mehr ACO-Verträge mit unterschiedlichen Kostenträgern abgeschlossen werden (Guterman et al. 2011: 27). Das Vorhandensein eines guten Verhältnisses zu einem Kostenträger im Rahmen eines ACO-Vertrages kann jedoch bereits den Vertragsabschluss mit konkurrierenden Versicherern behindern. Dabei ist zudem problematisch, dass von den Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung in einer ACO auch Patienten der Versicherer, die keine *Value-based Payment*-Verträge abgeschlossen haben, ggfs. profitieren (Trittbrettfahrer-Problematik) (Larson et al. 2012: 2403). Falls mit diesen Versicherern Verträge im Zeitverlauf noch verhandelt werden, startet die ACO mit einer Population, deren Versorgung evtl. bereits zum Teil optimiert wurde, wodurch die erreichbaren Effekte gemindert sind. Gesamtgesellschaftlich positiv ist aber, dass die ACO-Umsetzung eine Public Health Perspektive verstärkt, da bestimmte Konzepte der Versorgungsverbesserung, wie z.B. Leistungserbringerschulungen, nicht gezielt für eine abgegrenzte Patientenpopulation zum Einsatz gebracht werden können. Um kurzfristige Einkommensverluste durch *Value-based Payments* zu kompensieren, ist aber auch denkbar, dass die definierten Ziele einer ACO-Population zu Lasten einer anderen erreicht werden, indem nämlich Kosten eingespart werden, weil Leistungen auf Versicherte von Kostenträgern verlagert werden (*cost shifting*), die noch nach FFS vergütet (Larson et al. 2012: 2403).

In Bezug auf die Populationszuordnung existiert bislang keine empirische Evidenz, welche Methode der Attribution die beste ist, denn jede hat Vor- und Nachteile (Lewis et al. 2013: 587 f.). Die Befürworter der prospektiven Variante passiver Verfahren betonen etwa, dass es für Leistungserbringer wichtig sei, die zugeordneten Patienten vorab zu kennen, um diesen besondere Aufmerksamkeit und spezifische Angebote zuteilwerden zu lassen.<sup>81</sup> Demgegenüber sprechen sich Befürworter der retrospektiven Zuordnung dafür aus, dass Leistungserbringer

---

<sup>81</sup> CMS reagierte darauf, indem mit der Vorschlagsregelung CMS-1461-P, welche am 1. Dezember 2014 veröffentlicht wurde, angeregt wird, zukünftig eine ausschließlich prospektive Zuordnung ebenfalls im MSSP anzubieten (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014e). Die Vorschlagsregelung enthält Überarbeitungsempfehlungen für das MSSP auf Basis der Erfahrungen der ersten Jahre. Die Vorschläge von CMS sowie erste Reaktionen darauf wurden in die gesamte Diskussion von Herausforderungen und potenziellen Schwachstellen einbezogen.

eben nicht zugeordnete Patienten besonders aufmerksam behandeln, sondern sich auf fundamentale Änderungen im Versorgungsprozess konzentrieren sollen, die einen Zusatznutzen für alle Patienten stiften (Higgins et al. 2011: 1722). Zudem könnten dadurch Anreize entstehen, Patienten, die nicht auf den prospektiven Listen aufgeführt sind, zu vernachlässigen (Cimasi 2013: Pos. 3693). Ein Kritikpunkt der passiven Attributionsverfahren an sich ist, dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass Leistungserbringer ihre Patienten im Rahmen eines ACO-Vertrages zwar besser behandeln, diese jedoch der ACO am Ende des Leistungsjahres gar nicht zugerechnet werden (Halo-Effekt) (Ginsburg 2013: 933; Damore/Champion 2014). Gemäß einer Untersuchung von Lewis et al. (2013) suchen ca. 17% der Patienten, die im Rahmen einer prospektiven Attribution zugeordnet werden, im folgenden Jahr keinen Erbringer dieser ACO mehr auf. Dies ist laut den Autoren eine kritische Anzahl, die die Zielerreichung erheblich beeinflussen könnte. Eine andere Studie zur retrospektiven Zuordnung ermittelt ein ähnliches Ergebnis. Demnach konsultieren ca. 20% der Patienten, die einer ACO mittels dieser Methode in einem Jahr zugeordnet wurden, im Folgejahr primär andere Leistungserbringer (McWilliams et al. 2014a: 938 ff.). Für ACO-Modelle mit freier Arztwahl kann die fehlende Beschränkung somit auch eine Schwachstelle sein. Aufgrund der freien Arztwahl und einem ggfs. fehlenden Bewusstsein der Versicherten bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu einem ACO-Netzwerk, wird immer ein gewisser Anteil der Patienten Leistungen außerhalb in Anspruch nehmen (*Out-Of-Network Utilization*).<sup>82</sup> Dass diese Inanspruchnahme ein besonders schwerwiegendes Problem ist, wird in einer Umfrage unter 35 ACOs nach ihrem ersten Jahr im MSSP jedoch nur von 7% der Befragten explizit angegeben (National Association of ACOs 2014b: 3).

Modelle der aktiven Attribution werden in ACOs zur Vermeidung von Parallelen mit MCOs seltener genutzt als die passive Attribution, auch wenn z.B. eine Einschreibung nicht an Leistungsbegrenzung gekoppelt sein muss (Sinaiko/Rosenthal 2010: 2583). Grundsätzlich sind die Hürden bei der aktiven Einschreibung zwar etwas größer, allerdings wird ggfs. auch eine stärkere Einbindung der Patienten erreicht. In diesen Modellen ist die Verhinderung von Risikoselektion eine besondere Herausforderung. Risikoselektion liegt etwa dann vor, wenn Patienten, bei denen hohe Kosten zu erwarten sind, gezielt aus dem Netzwerk gesteuert werden (*patient dumping*), so dass diese der ACO nicht mehr zugeordnet werden und die Kosten- und Qualitätsziele somit einfacher erreicht werden können (Lewis et al. 2012: 1779 f.). Eine Form der indirekten Risikoselektion ist jedoch auch in den passiven Verfahren prinzipiell möglich, da es oft den bestehenden Leistungserbringern einer ACO obliegt, welche zusätzlichen Partner aufgenommen werden. Es wird befürchtet, dass Einrichtungen, die vermehrt sozial benachteiligte und vulnerable Gruppen behandeln, nicht ins Netzwerk aufgenommen bzw. sogar nachträglich ausgeschlossen werden (Lewis et al. 2012: 1778).

---

<sup>82</sup> Gerade chronisch kranke Patienten werden oft von Spezialisten behandelt, die es wiederum nicht gewohnt sind, zu kooperieren und deshalb ggfs. nicht Teil einer ACO werden möchten.

Eine Kombinationen von ACO-Elementen mit Managed Care Steuerungsprinzipien wie im AQC findet sich auch bei anderen privaten Versicherungsunternehmen (Robinson 2011; Lieberman/Bertko 2011: 24 f.; Larson et al. 2012: 2398; Lewis et al. 2013: 590). Für diese gilt analog die grundsätzliche Kritik der *Managed Care* Instrumente, z.B. dass Patienten sich zu stark eingeschränkt (*locked-in*) fühlen bzw. Prämiennachlässe langfristig sogar zu einer Verteuerung der Versorgung führen können (Sinaiko/Rosenthal 2010: 2584 f.). Um eine Netzbindung zu erzeugen, sollen sich ACO-Leistungserbringer ohnehin stärker auf die Schaffung einer hohen Patientenzufriedenheit und Reputation<sup>83</sup> - z.B. durch personalisierte Informationen oder eine patientenfreundliche Kommunikation - fokussieren, wobei die freie Arztwahl die Selbstbestimmungsrechte von Patienten stärken und ihr Vertrauen in ACOs festigen soll (Cimasi 2013: Pos. 4918; Sinaiko/Rosenthal 2010: 2584 f.; Meyer 2012: 2366).

## 6.2 Diskussion der Qualitätsorientierung in ACO-Modellen

Ein grundsätzliches Problem der Datenanalytik betrifft die valide Messung von Versorgungsqualität, da diese als nicht unmittelbar verifizierbar gilt (Breyer et al. 2013: 416). Einige Autoren argumentieren zwar, dass sich die negativen Effekte von MCOs nicht wiederholen, weil die Systeme zur Qualitätsmessung in Bezug auf Validität, Reliabilität und Transparenz verbessert wurden. Jedoch gibt es auch zahlreiche Gegenstimmen, die argumentieren, dass die Wissenschaft der Messung komplexer Qualitätsindikatoren noch in den Anfängen steckt (Cunningham 2014: 737; Diamond et al. 2009: 454 ff.). Außerdem entstehen Probleme, weil es teils nicht möglich ist, wichtige Kennzahlen elektronisch zu erheben (Roski/McClellan 2011: 683). Aufgrund von Informationsasymmetrien und dem damit zusammenhängenden Prinzipal-Agent-Problem entstehen je nach Umfang der Überwachung hohe Kontrollkosten (Breyer et al. 2013: 437). Eine Annäherung zur Abbildung von Qualität über Indikatoren ist außerdem „intrinsisch ungerecht“ (Schrappe 2014: 20 f.), das heißt, dass es passieren kann, dass zumindest einige Leistungserbringer, die gute Qualität erbringen, aufgrund methodischer Schwachstellen schlecht bewertet werden. Zudem sind die Ansprüche an die Validität allein deshalb schwierig zu erfüllen, da das Gesundheitsergebnis nicht nur von den Bemühungen oder der Qualität der Kommunikation der Leistungserbringer abhängt, sondern auch im Zusammenhang mit der Bereitschaft der Patienten steht, Ratschlägen zu folgen (Hajen et al. 2011: 162).

Ein weiteres, besonders schwerwiegendes Problem ist, dass sich bislang in den USA keine Standards in Bezug auf die prinzipiell zur Verfügung stehenden Kennzahlen herausgebildet haben und deshalb häufig durch die verschiedenen Kostenträger individuell zusammengestellte Sets mit teils adaptierten Operationalisierungen genutzt werden (Meyer 2011: 1228).

---

<sup>83</sup> In diesem Zusammenhang prägte Elliott Fisher den Satz „*The best fence is a good pasture*“ (Fisher/Squires 2011: 30).

Laut einer repräsentativen Umfrage unter 23 großen Versicherungsunternehmen aus dem privaten Gesundheitssektor der USA wurden in bestehenden ACO-Verträgen insgesamt 546 verschiedene Kennzahlen zur Beurteilung der Leistungen verwendet. Aus dieser enormen Variation ergibt sich zwangsläufig, dass zwischen den Leistungskennzahlen im MSSP und solchen in privaten ACO-Verträgen kaum Ähnlichkeiten oder Übereinstimmungen festgestellt wurden<sup>84</sup> (Higgins et al. 2013: 1458). Wenn ACOs Verträge mit mehreren Kostenträgern abschließen, um eine kritische Masse an Patienten zu erreichen, kann es zu Problemen oder Frustration führen, wenn verschiedene Vertragspartner unterschiedliche Priorisierungen oder Operationalisierungen der grundsätzlichen Ziele des *Triple Aim* festlegen (Fisher et al. 2012: 2371). Zur Begrenzung der Vielfalt wird die Anforderung formuliert, eine gemeinsame Schnittmenge zwischen verschiedenen Vertragsmodellen zu definieren (DeVore/Champion 2011: 46), so dass *Multipayer*-Vertragsbeziehungen mit *Spillover*-Effekten entstehen können (Larson et al. 2012: 2395; Song et al. 2012: 1887). Es wird nahegelegt, dass Kosten- und Qualitätsziele sowie deren Messung über Kennzahlen in einem Konsortium aus Kostenträgern, regionalen Gesundheitsinitiativen und den Bundesstaaten abgestimmt werden sollten (Miller 2009: 6). Dies soll flankiert werden durch Kostenträger-übergreifende Abrechnungsdatenbanken (*All-Payer Claims Databases*),<sup>85</sup> deren Aufbau zahlreiche Bundesstaaten in den USA bereits zugestimmt haben (Roski/McClellan 2011: 686; Ginsburg/Pawlson 2014: 3; Fisher 2014).

Vor einer zu umfangreichen Nutzung routinedatenbasierter Kennzahlen wird allerdings auch gewarnt, da insbesondere Abrechnungsdaten im Verdacht stehen, keine Qualität, sondern lediglich Vergütungsanreize zu messen. Zudem könnten sich bereits in P4P-Programmen beobachtete Probleme ergeben, dass bestimmte Indikatorwerte nicht nur durch bessere Qualität, sondern auch durch die Dokumentation der Leistungserbringer beeinflussbar bzw. manipulierbar sind und Leistungserbringer sich auf solche Bereiche fokussieren, für die Kennzahlen definiert wurden, und andere dafür vernachlässigen (Barnes et al. 2014: 5). Weitere Herausforderungen sind methodischer Natur. Dazu zählen Überlegungen, ob Kennzahlen einheitlich oder schwerpunktbasiert gewichtet werden sollten (Eddy/Shah 2012: 2555), ob vulnerable Gruppen durch einen Mangel an Kennzahlen (sogenannte blinde Flecken) oder die Nutzung hauptsächlich nationaler Benchmarks benachteiligt werden (Lewis et al. 2012: 1781; Fisher et al. 2012: 2373) und ob besser absolute oder relative (Lewis et al. 2012: 1781) bzw. anspruchsvolle oder einfache Qualitätsziele vorgegeben werden sollten (Mechanic et al. 2011: 1742).

Auch beim Aufbau der netzwerkinternen Strukturen zur Aufbereitung und Nutzung der Kennzahlen entstehen Probleme. In einer Umfrage von Colla et al. (2014: 967), an der sich 173 ACOs beteiligten, gibt nur etwa die Hälfte an, die Möglichkeit zu haben, sektorenübergreifende

---

<sup>84</sup> Diese enorme Variation der Kennzahlen erklären die Kostenträger mit speziellen Bedarfen der relevanten Population, unterschiedlichen regionalen Benchmarks oder der Verknüpfung mit bereits bestehenden Kennzahlen anderer Programme.

<sup>85</sup> Siehe für weitere Informationen [www.apcdouncil.org](http://www.apcdouncil.org)

Kennzahlen bereitstellen und zeitnahes Feedback an beteiligte Leistungserbringer bereits geben zu können. Ein Benchmarking wird nur bei einem Drittel der ACOs schon eingesetzt. Lediglich 56% der Befragten waren der Meinung, dass ACO-Verträge überhaupt das Potential zur Verbesserung der Qualität haben. Der Zusammenschluss in ACOs ermöglicht jedoch andererseits erst eine gemeinsame Investition in entsprechende Systeme zur Datenanalytik.

Eine Verpflichtung zur Transparenz von Effektivitäts- und Effizienz Kennzahlen gegenüber Kostenträgern findet sich zwar in nahezu allen ACO-Vertragsmodellen, nicht aber eine öffentlich verfügbare oder formale, wissenschaftliche Evaluation (Fisher et al. 2012: 2372). An eine Transparenz der Ergebnisse, welche einen professionellen Qualitätswettbewerb erzeugen soll, schließt sich zudem eine kulturelle Herausforderung an, da Leistungserbringer sich mit der Veröffentlichung ihrer Daten anderen Leistungserbringern gegenüber in ihren Kompetenzen und Schwächen erkennbar machen. Letzteres kann durchaus auch eine Hürde zur Teilnahme an einem ACO-Netzwerk darstellen (Addicott/Shortell 2014: 270 ff.).

### 6.3 Diskussion der Vergütung in ACO-Modellen

Während *Value-based Payments* in der sozialen Krankenversicherung häufig auf FFS-Vergütungen aufsetzen, versuchen private Versicherer vermehrt Finanzierungsrisiken durch prospektive Vergütungen an Leistungserbringer weiterzugeben, da breitere Erfahrungen aus *Managed Care* Programmen vorliegen (Delbanco et al. 2011: 5 ff.; Song/Chokshi 2015: 25). Eine Umfrage durch das Beratungsunternehmen KLAS Research mit möglicher Mehrfachnennung zeigt, dass 53% aller ACO-Verträge *Shared Savings* mit *Upside Risk* auf Basis von FFS nutzen, 38% testen *Shared Savings & Losses* mit *Downside Risk* auf Basis von FFS, 18% verwenden prospektive Komplexpauschalen oder kombinierte Budgets und weitere 25% nutzen prospektive Kopfpauschalen oder Globalbudgets (Buckley/Merrill 2012).

In über 90% der ACO-Verträge in den USA wird die Abrechnungsinfrastruktur der FFS-Vergütung als Basis von *Value-based Payments* mit Risikoteilung genutzt (Muhlestein et al. 2013: 591 f.). Dabei ist zu hinterfragen, ob sich Konflikte für ACO-Leistungserbringer ergeben, wenn es zu entscheiden gilt, das sichere, sofortige Einkommen der FFS-Vergütung gegenüber potentiellen geteilten Einsparungen zu vernachlässigen (Cimasi 2013: Pos. 3876; Wilensky 2014: 159). Zur Gegensteuerung wären zeitnahe Zahlungen der *Shared Savings* sinnvoll, was bei retrospektiver Bilanzierung aufgrund des zeitlichen Verzugs der Abrechnungsdaten allerdings nicht möglich ist. Da die Einsparungen - je nach Vertrag – zudem nicht vollständig weitergegeben, sondern ggfs. mit dem Kostenträger geteilt werden, können effektiv sogar Einkommensverluste für einige Leistungserbringer entstehen (Casalino/Shortell 2011). Gemäß einer Umfrage der Unternehmensberatung KPMG erwartet etwa ein Drittel von 240 befragten medizinischen Leistungserbringern eben diese unmittelbaren Verluste durch den Abschluss von

Verträgen zu *Value-based Payments* (MacDonald 2014). Wenn Erbringer allerdings investieren und ihr Verhalten ändern sollen, ist ein Anteil an Einsparungen ihres ggfs. eigenen Einkommens wahrscheinlich ein schwacher Anreiz (Cunningham 2014: 737; Goldsmith 2011: 35). Am ehesten in rein ambulant-ärztlich geführten ACOs könnte der potenzielle Effekt durch die Reduktion von stationären oder spezialärztlichen Leistungen ausreichend finanzielle Anreizwirkung zur Verhaltensänderung entfalten<sup>86</sup> (Mostashari et al. 2014: 1855). Allerdings halten es nur ca. 40% der ACO-Verantwortlichen für möglich, dass die Vertragsmodelle tatsächlich großes Potential zur Reduktion des Kostenwachstums haben (Colla et al. 2014). In einer weiteren Befragung unter US-amerikanischen Ärzten gaben zudem nur 36% an, dass die Verantwortung für die Senkung der Gesundheitsausgaben überhaupt bei den praktizierenden Ärzten zu sehen sei und gerade einmal 7% befürworteten eine Abkehr von der bekannten Vergütung mittels FFS (Tilburt et al. 2013: 380 ff.). Um die Beharrungstendenzen und Fehlanreize bisheriger Vergütungsmodelle wirksam zu überwinden, scheint demnach eine Vereinheitlichung der Vergütungsmodelle zwischen Medicare, Medicaid und dem privaten Sektor sinnvoll<sup>87</sup> (Devore/Champion 2011: 47; Guterman et al. 2011: 26 f.), so dass es nicht zu gegenläufigen Anreizwirkungen verschiedener Vergütungsmodelle kommt (Burns/Pauly 2012: 2408).

Bei der Diskussion der Methodik zur Berechnung des sektorenübergreifenden Budgets finden sich zahlreiche Kritikpunkte. Es wird z.B. argumentiert, dass die Nutzung eines Ausgabenziels auf Basis historischer Kosten nicht adäquat sei, da sich ein Anreiz für Leistungserbringer ergeben könnte, vor Gründung einer ACO besonders hohe Ausgaben zu produzieren, um zukünftige Ausgabenziele leichter zu erreichen (Heiser et al. 2015). Laut Simulationsrechnung von Douven et al. (2015) brächte es einer MSSP-ACO tatsächlich wiederholte Erträge, wenn in jedem Jahr vor Ablauf des Vertrages die Kosten erhöht würden und die entstehenden Verluste über die *Shared Savings* der kommenden Jahre, die dann leichter zu erreichen wären, refinanziert würden.<sup>88</sup> Wird das Ausgabenziel demgegenüber auf Basis einer Vergleichsgruppe gebildet, ergibt sich die Schwierigkeit, eine vergleichbare Region mit ähnlichen Patienten- und Leistungserbringerstrukturen überhaupt zu finden. Auch finden sich Argumente, dass eine Hochrechnung des Budgets auf Basis nationaler Trends regionale Variation zu wenig berücksichtigt. Gemäß einer Auswertung von Heiser et al. (2015) haben bislang ACOs in Regionen mit traditionell höheren Kosten eine 35% höhere Wahrscheinlichkeit die Anforderungen für *Shared Savings* zu erfüllen als solche in eher kostengünstigen Gegenden. Deshalb wird

---

<sup>86</sup> Krankenhausbasierte ACOs haben in der Regel keinen Anreiz, Leistungen in den kostengünstigeren ambulanten Bereich zu transferieren. Eine Umverteilung im ambulanten Bereich zu vermehrter hausärztlicher Versorgung mit einer Reduktion nicht unbedingt nötiger fachärztlicher Leistungen ist auch nur schwer durchzusetzen, weil sich die Hochverdiener häufig in Spezialisten-Gruppen konzentrieren und solchen Absichten entgegenwirken (Goldsmith 2011: 35). Ein möglicher Konflikt zwischen Krankenhäusern und Spezialisten in ACOs veranschaulicht das folgende Zitat von Pearl (2014): „*The day a hospital excludes unnecessary specialists under a newly formed ACO is the day those specialists export their patients to a different hospital*“.

<sup>87</sup> Vom HHS wurde jüngst die Formierung des *Health Care Payment Learning and Action Network* zwischen sozialen und privaten Krankenversicherungen, Arbeitgebern, Leistungserbringern, Repräsentanten der Bundesstaaten und Patienten bekanntgegeben, welches ACO-Vergütungsformen weiterentwickeln soll (Department of Health and Human Services 2015).

<sup>88</sup> Auch wenn sich diese Annahme in der Theorie nachweisen lässt, ist allerdings fraglich, ob prinzipiell eher risikoaverse Leistungserbringer sich auf eine derartige Erfolgswette einlassen würden.



aktuell vorgeschlagen, eine Kombination aus historischen Leistungsausgaben und regionalen Kostenentwicklungstrends zur Berechnung der Ausgabenziele zu nutzen (McClellan et al. 2015). Das CMS hat einen entsprechenden Vorschlag zur Berücksichtigung regionaler Entwicklungen in den Entwurf CMS-1461-P zur Überarbeitung des MSSP aufgenommen. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Risikoadjustierung bei der Kalkulation der Budgets, da diese im Verdacht steht, Anreize für ACO-Leistungserbringer zu bieten, vulnerable Patientengruppen mit komplexen Erkrankungen möglichst nicht innerhalb der ACO behandeln zu lassen (Tallia/Howard 2012: 2392). Wenn die Risikoadjustierung (wie z.B. im MSSP) zudem zum Teil auf abgerechneten Diagnosedaten basiert, können Leistungserbringer diese durch sogenanntes *Up-Coding* zum Teil selbst beeinflussen (American Academy of Actuaries 2012: 4).

Die Übernahme größerer Finanzierungsrisiken durch Leistungserbringer scheint indes mehr Zeit in Anspruch zu nehmen, als z.B. vom CMS im MSSP angenommen. In einer Umfrage unter bestehenden ACOs im MSSP äußerten lediglich 8%, dass sie nach Ablauf der drei Jahre „sehr wahrscheinlich“ oder „wahrscheinlich“ einen Folgevertrag mit CMS abschließen würden, der nach der bestehenden Regelung eigentlich auf dem *Two-Sided Models* basieren würde (National Association of ACOs 2014a: 1). Um das Programm mit den bestehenden Organisationen fortführen zu können, schlägt CMS allerdings in CMS-1461-P bereits vor, dass ein Verbleiben im *One-Sided Model* möglich werden soll.<sup>89</sup> Allerdings wird parallel ein weiteres Modell mit noch höherem Verlustanteil, aber auch höheren potenziellen Einsparungen vorgeschlagen. Die Mindesteinsparquoten sind ein weiterer Streitpunkt, da ACOs, die regelmäßig Einsparungen, aber eben nicht die entsprechende Mindestquote erreichen, bislang nicht für ihre Bemühungen belohnt werden. Heiser et al. (2015) schlagen vor, solche Netzwerke nach mehreren Jahren trotzdem finanziell zu entlohnen (*Sustained Excellence Bonuses*). Maximale Gewinn Grenzen stehen überdies im Verdacht, dass sich ACOs deshalb nicht maximal anstrengen. Ein Vorschlag zur Lösung dieses Problems sind Teilungsquotienten, die mit ansteigenden Einsparungen zwar absinken, aber nie null erreichen (*Graduated Savings Distributions*).

Die Hinwendung zu einer stärker pauschalierten Vergütung basiert insgesamt auf der Annahme, dass mittlerweile ausreichend valide Kennzahlen und Kontrollmechanismen entwickelt wurden, die verhindern, dass sich die negativen Effekte von MCOs wiederholen. Da allerdings weder Qualität in der Versorgung noch das Bestreben von Leistungserbringern nach Kostenkontrolle unmittelbar verifizierbar sind, ergibt sich für die Kostenträger ein mehrdimensionales Problem (Breyer et al. 2013: 416). In der Regel stehen Maßnahmen zur Verbesserung des *Triple Aim* ohnehin in einem Zielkonflikt, dass bessere Qualität – zumindest bei bestimmten Erkrankungen – nur zu höheren Kosten möglich ist (siehe z.B. Schreyögg/Stargardt 2010).

---

<sup>89</sup> Allerdings würde gemäß dem Vorschlag dann die Teilungsrate für die Netzwerke mit jedem Folgevertrag um 10% absinken - im ersten Folgevertrag also von 50:50 auf 40:60 zugunsten von CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014e).

## 6.4 Diskussion der Integration in ACO-Modellen

Bezüglich der Beurteilung der Professionalität von Netzwerken, die beabsichtigen, eine ACO zu gründen, wird vor allem der dadurch entstehende formale Aufwand kritisiert. Viele Einzel- und Gruppenpraxen, die einen Großteil der US-Bevölkerung versorgen, nehmen aufgrund des komplexen Regelwerks des MSSP erst einmal Abstand von einer ACO-Gründung (Share/Mason 2012: 1998; Shields et al. 2011). Auch im privaten Sektor ist mit einem erhöhten Zeitaufwand zur Vorbereitung von ACO-Verträgen zu rechnen, welcher in einer Untersuchung von vier ACOs durch Larson et al. (2012: 2397) auf durchschnittlich 12-18 Monate beziffert wird.

Die Förderung umfassender Integration von Leistungserbringern durch ACOs bringt auch Gefahren einer gezielten Steuerung von Patientenströmen<sup>90</sup> sowie des Aufbaus von Marktmacht durch verstärkte Konsolidierungsaktivitäten mit sich (Berenson et al. 2010: 699; Meyer 2011: 1229). Insbesondere gegenüber privaten Versicherern ist es denkbar, dass regional marktmächtige ACOs versuchen, bessere Vertragsbedingungen oder höhere Preise durchzusetzen, um ggfs. verminderte Leistungsmengen aufzufangen (Fisher et al. 2012: 2373; Chernew et al. 2011: 59).<sup>91</sup> Aufgrund dessen befürchten viele private Versicherer durch das MSSP eine Verlagerung der Kosten aus Medicare in den privaten Sektor (Goldsmith 2011: 35; Ginsburg/Pawson 2014). Zusätzlich wird argumentiert, dass die finanziellen Anreize in ACOs nicht groß genug seien, um das tendenziell gestörte Verhältnis zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen und die erwünschte Integration tatsächlich zu erreichen (Cunningham 2014: 735). Generell stellt sich auch die Frage, welche Professionen und Institutionen ein gesteigertes Interesse an einer ACO-Teilnahme haben. Wie bereits zuvor beschrieben, ist nicht mit einem umfassenden Engagement derjenigen Leistungserbringer zu rechnen, die am ehesten von einer Begrenzung ihrer Leistungen betroffen wären, wie z.B. einige Spezialisten. Für diese kann es eine zusätzliche Eintrittsbarriere sein, wenn sie durch die Netzwerkbindung befürchten müssen, weniger Überweisungen von außerhalb der ACO zu erhalten (Meyer 2012: 2364). Andererseits werden diese wahrscheinlicher Teilnehmer werden, wenn ihre Hauptüberweiser bereits Teil einer ACO sind (Casalino/Shortell 2011). Zudem wird häufig argumentiert, dass für ACOs zu geringe Anreize gesetzt werden, sich mit sozialen Einrichtungen zu vernetzen und demnach soziale Determinanten von Gesundheit zu wenig in den Blick genommen werden (Barnes et al. 2014: 6). Laut einer Umfrage von Lewis et al. (2012) nutzen nur wenige ACOs bislang die Potenziale einer Integration von sozialen oder gesundheitsfördernden Leistungserbringern und der hausärztlichen Versorgung (ca. 14%).

---

<sup>90</sup> Eine Gefährdung von durch ambulante Ärzte geführten ACOs geht z.B. auch von mit der ACO um Marktanteile konkurrierenden Krankenhäusern aus (Cimasi 2013: Pos. 3693). Erste Erfahrungsberichte zeigen, dass Krankenhäuser zum Teil große ambulante Praxen aufkaufen und die dort tätigen Ärzte dazu anhalten, die ACO zu verlassen.

<sup>91</sup> Eine vertikale Integration von Krankenhäusern führt gemäß einer Untersuchung von Baker et al. (2014) tatsächlich zu höheren Preisen bei der Verhandlung mit privaten Kostenträgern.

Die Führungsstruktur und -kultur betreffend gilt es die richtige Mischung heterarchischer und hierarchischer Strukturen zu finden, denn die Durchsetzbarkeit der formalen Regeln einer ACO hängt letztlich auch davon ab, inwiefern diese mit den gültigen informellen Regeln innerhalb eines Zusammenschlusses professioneller Leistungserbringer vereinbar sind. In losen Kooperationen wie z.B. unabhängigen Praxisnetzwerken kann es unter Umständen bereits schwierig werden, einen Konsens unter Mitgliedern differenter Organisationskulturen zur Gründung einer ACO zu erlangen (Bacher et al. 2013: 1430). In stärker hierarchischen Organisationen, die in den USA z.B. dadurch entstehen, dass Krankenhäuser verstärkt Arztpraxen zur Integration klinischer Prozesse aufkaufen und Ärzte anstellen (Ginsburg/Pawlson 2014: 2), kann hingegen der Verlust der eigenen Unabhängigkeit im Widerspruch zum Selbstverständnis einiger medizinischen Leistungserbringer stehen (Fisher/Squires 2011: 31). Die Führungsstruktur und -kultur der erfolgreichen, vollständig vertikal integrierten Systeme von Kaiser Permanente oder Geisinger Health System, die eine funktionierende Planung und Steuerung aus einem Guss nachweisen, haben sich hingegen erst über Jahrzehnte entwickelt (Mechanic et al. 2011: 1741). ACOs werden bislang von den meisten Leistungserbringern noch nicht als eine derartig neue, vereinende Organisationseinheit wahrgenommen, sondern strukturierte Erfahrungsberichte deuten vielmehr darauf hin, dass sie lediglich erste Annäherungen und Kooperationen fördern. Vertikale Vollversorgungssysteme scheinen hingegen für die meisten Leistungserbringer noch völlig unerreichbar (Kreindler et al. 2012). Nach Gründung erfolgt die weitere Entwicklung einer ACO laut Untersuchungen von Larson et al. (2012: 2401) zumeist nur inkrementell und evolutionär. Forschungen zum Organisationswandel legen auch nahe, dass umfangreiche Veränderungsprozesse durch ein erfolgreiches Change Management mindestens fünf bis sieben Jahre und damit länger dauern, als die Vertragslaufzeit der meisten ACOs ausgestaltet ist. Wissenschaftlich ist überdies noch nicht ausreichend erforscht, wie ein Organisationswandel optimal durchgeführt werden sollte (Burns/Pauly 2012: 2412 ff.). Welche Maßnahmen innerhalb einer ACO zur Erreichung des *Triple Aim* besonders wirksam sind, ist ebenfalls nicht ausreichend erforscht, so dass bislang keine Blaupause einer erfolgreichen Umsetzung existiert (Burns/Pauly 2012: 2413). Allerdings besteht durch die umfangreiche Umsetzung ein breites Testfeld mit zahlreichen erfolgsversprechenden Ansätzen (siehe Kapitel 8).

## **7. Verbreitung und erste Ergebnisse von ACOs in den USA**

Das US-Gesundheitssystem bietet aufgrund der regulatorischen Flexibilität sowie dem Nebeneinander von Verträgen multipler Kostenträger eine ideale Testumgebung zur Evaluation verschiedener Organisations- und Vergütungsmodelle in der Versorgungsrealität (Kaplan et al. 2013). Der Ergebnisvergleich gestaltet sich allerdings nicht immer einfach. Zunächst sind ACOs vergleichsweise junge Konzepte, so dass noch keine umfangreichen Erfahrungen und

Ergebnisauswertungen, sondern nur erste Tendenzen untersucht werden können. Ferner werden im privaten Sektor nur wenige Resultate kommuniziert (*Publication Bias*). Überdies unterscheiden sich verfügbare Ergebnisse vermutlich nicht nur aufgrund der Modifikationen der Modelle, sondern werden wahrscheinlich auch von externen Faktoren (z.B. Regionalität/ Marktbedingungen), unterschiedlichen Voraussetzungen und Fähigkeiten der Leistungserbringer sowie voneinander abweichenden Bewertungsmethoden beeinflusst (Muhlestein 2014b: 11).

Insgesamt betrachtet fiel der Anstieg der Gesundheitsausgaben in den USA im Jahr 2013 mit 3,6% geringer aus als noch im Jahr 2012 mit 4,1%. In Medicare ergab sich für diesen Zeitraum ein Rückgang des Anstiegs von 4,0% auf 3,4% und in der privaten Versicherung von 4,0% auf 2,8%. Allerdings kann dieser Effekt nicht primär auf Veränderungen in der Versorgung zurückgeführt werden, sondern war hauptsächlich wohl eine Folge der schlechteren konjunkturellen Lage in den USA im Zuge der Rezession (Hartman et al. 2014: 1 ff.). Das Haushaltsbüro des US-Kongresses schätzte die Gesamtsumme möglicher Einsparungen in Medicare nur durch das MSSP über 10 Jahre (2010-2019) auf insgesamt \$4,9 Milliarden (Congressional Budget Office 2010: 26), wobei der jährliche Anteil allerdings nur einen Bruchteil an den Gesamtausgaben in Medicare von ca. \$585 Milliarden (hier: 2013) pro Jahr darstellt (Hartman et al. 2014: 5). Eine Analyse von Petersen/Muhlestein (2014) im privaten Gesundheitssektor zeigt, dass von über 200 ACOs lediglich zwölf Netzwerke Ergebnisse zu finanziellen Resultaten publiziert haben. Elf davon vermelden Einsparungen, wobei Kostensenkungen zwischen 2%-12% angegeben werden.<sup>92</sup> Zum Verbreitungsgrad und zur Organisationsstruktur bisheriger ACOs existiert eine Reihe von Untersuchungen. Erste Ergebnisse zu Qualität und Wirtschaftlichkeit gibt es vor allem aus den Medicare-Programmen. Insgesamt deuten die meisten Studien zu ACOs darauf hin, dass in den Pilotprojekten Verbesserungen der Qualitätskennzahlen in den ersten Jahren größtenteils erreicht werden, die Einsparungen im gleichen Zeitraum jedoch noch eher moderat ausfallen (McClellan et al. 2014: 1512; Silow-Carroll/Edwards 2013).

## 7.1 Verbreitungsgrad und Organisationsstruktur von ACOs in den USA

Mit Stand Dezember 2014 werden offiziell 405 *Accountable Care Organizations*<sup>93</sup> vom CMS angegeben, die aktiv am MSSP teilnehmen und deren Verträge insgesamt etwa 7,2 Millionen Versicherte umfassen. Eine Teilmenge sind 35 *Advance Payment ACOs*.<sup>94</sup> Zusammen mit den 19 noch aktiven Teilnehmern in *Pioneer ACOs*<sup>95</sup> gibt es insgesamt 424 ACOs, die Anspruchsberechtigte von Medicare (insgesamt ca. 7,8 Millionen Versicherte) versorgen (Cavanaugh

---

<sup>92</sup> Für einige Erfahrungsberichte einzelner oder mehrerer ACOs siehe z.B. Claffey et al. (2012), Higgins et al. (2011), Markovich (2012), Salmon et al. (2012), Silow-Carroll/Edwards (2013).

<sup>93</sup> Eine interaktive Karte zu den jeweiligen Standorten ist abrufbar unter: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharesavingsprogram/ACOs-in-Your-State.html>

<sup>94</sup> Abrufbar unter <http://innovation.cms.gov/initiatives/map/index.html#model=advance-payment-aco-model>

<sup>95</sup> Eine Karte der *Pioneer-ACOs* ist abrufbar unter <http://innovation.cms.gov/initiatives/map/index.html#model=pioneer-aco>

2014). Zusätzlich pilotieren derzeit 20 US-Bundesstaaten<sup>96</sup> ACO-Modelle für Anspruchsberechtigte von Medicaid, wobei Schätzungen von ca. 40 Medicaid-ACOs mit 2,1 Millionen Versicherter ausgehen (Petersen et al. 2014: 3; Health Care Transformation Task Force 2015a).

Bislang existiert keine öffentlich zugängliche Datenbank mit einer Übersicht zu den im privaten Sektor abgeschlossenen ACO-Verträgen (Colla et al. 2014: 966). Außerdem lässt sich nur schwer abgrenzen, welche Vertragsmodelle im privaten Sektor alle Kriterien erfüllen, um tatsächlich als ACO gelten zu können<sup>97</sup> (Auerbach et al. 2013: 1782). Denn es finden sich zum Teil Zusammenschlüsse, die sich als ACOs bezeichnen, jedoch gar keine Verträge haben, in denen die kombinierte Verantwortung für Qualität und Kosten einer Population übernommen wird (Colla et al. 2014: 965). Andererseits gibt es Vertragsmodelle, die grundsätzlich die Anforderungen einer ACO erfüllen, sich aber (teilweise bewusst) anders positionieren<sup>98</sup> (Muhlestein 2013). Gemäß Angaben des Beratungsunternehmens Leavitt Partners kann zum Stand Januar 2015 etwa von 214 ACO-Modellen ausgegangen werden, die ausschließlich im privaten Gesundheitssektor der USA *Value-based Payment* Verträge mit integrierten Zusammenschlüssen abgeschlossen haben (Health Care Transformation Task Force 2015a) und darüber ca. 12,4 Millionen weitere Versicherte abdecken (Petersen et al. 2014: 1; Muhlestein 2014a).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es derzeit in den USA ca. 678 ACOs gibt, die eine gemeinsame Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von insgesamt etwa 22,3 Millionen Versicherten teilweise oder vollständig übernommen haben. Im System der sozialen Krankenversicherung gibt es zwar eine größere Anzahl an Modellen (464), jedoch schließen die ACOs im privaten Sektor (ca. 214) tendenziell größere Versichertenpopulationen in ihre Verträge ein. Die Verteilung der abgedeckten Versichertenpopulationen auf die verschiedenen ACO-Typen veranschaulicht Abbildung 8 im Appendix.

Bezüglich der Verbreitung von ACO-Verträgen bei Leistungserbringern können zwei Studien herangezogen werden. Im Rahmen des *Medscape Physician Compensation Report 2014* gaben 24% der insgesamt 24.075 befragten Ärzte in den USA an, bereits an mindestens einem ACO-Vertrag teilzunehmen (Kane/Peckham 2014: 10). In einer repräsentativen Telefonumfrage ergab die vergleichbaren Ergebnisse, dass 23,7% der Ärzte mit eigener Praxis an mindestens einer ACO teilnehmen, weitere 15,7% in den nächsten 12 Monaten teilnehmen möchten und die übrigen 60,6% weder teilnehmen noch dies planen (Shortell et al. 2014a: 1519 ff.).

Bezüglich der Organisations- und Führungsstruktur von ACOs existiert eine Reihe von Untersuchungen. Gemäß Marktforschungen von Leavitt Partners wird derzeit die Mehrzahl aller

---

<sup>96</sup> Eine Karte ist abrufbar unter: <http://nashp.org/state-accountable-care-activity-map>

<sup>97</sup> Die Vertragsmodelle im privaten Sektor werden z.B. auch als „*ACO-like Contracts*“ oder „*Value-based Contracts*“ bezeichnet.

<sup>98</sup> Die integrierten Vollversorgungssysteme von Kaiser Permanente, Geisinger Health System oder Intermountain Healthcare, die als Vorbilder für ACOs gelten, werden hier z.B. nicht hinzugerechnet, da diese sich weiterhin eher als Vorbilder und Vorreiter in der Umsetzung von *Value-based Care* positionieren anstatt an fremdentwickelten ACO-Modellen teilzunehmen.

ACOs entweder von Zusammenschlüssen ambulant-ärztlicher Leistungserbringer (42%) oder von Krankenhäusern bzw. krankenhausbasierten Systemen (40%) finanziert. Zudem werden 9% von Versicherern oder Vollversorgungssystemen mit integrierten Versicherern und weitere 9% von sonstigen Gründern wie z.B. Gemeinden oder gemeindenahen Diensten initiiert (Muhlestein 2014b: 7). In einer Studie zur Zusammensetzung der ACO-Netzwerke nur im MSSP zeigte sich, dass dort sogar mehr als die Hälfte aller Teilnehmer (54%) kein Krankenhaus umfassten (Epstein et al. 2014: 99 f.). Shortell et al. (2014b: 1883 ff.) klassifizieren nach vergleichbaren Strukturmerkmalen grundsätzlich drei verschiedene ACO-Typen in erstens kleinere ACOs mit begrenztem Leistungsumfang unter hausärztlicher Leitung, zweitens mittelgroße ACOs unter gemeinsamer Leitung von Ärzten und Krankenhäusern und drittens große Versorgungssysteme inklusive Kostenträgern mit nahezu vollständigem Leistungsumfang. Daraus anknüpfende Untersuchungen zur Führungsstruktur in ACOs im Rahmen des *National Survey of Accountable Care Organizations* ergaben, dass sich 51% der ACOs als ausschließlich ambulant-ärztlich geführte Organisationen, 33% als Zusammenschlüsse unter gemeinsamer Leitung von ambulanten Ärzten und Krankenhäusern, 13% als ACOs unter Leitung sonstiger Einrichtungen und nur 3% als ausschließlich stationär geführte Zusammenschlüsse charakterisieren (Colla et al. 2014: 968). Die Resultate zur Organisations- und Führungsstruktur sind insgesamt durchaus überraschend, da viele Autoren im Vorfeld der Diskussion von *Accountable Care Organizations* befürchteten, dass Krankenhäuser die bestimmenden Akteure in ACOs sein würden, weil angenommen wurde, dass in vielen Regionen Krankenhäuser die einzigen organisierten Versorgungseinrichtungen mit ausreichend Ressourcen zur Umsetzung einer ACO sind (Goldsmith 2011: 33). Jedoch empfanden alle ACO-Typen die Finanzmittelbeschaffung zur Gründung einer als ACO als gleichermaßen herausfordernd, wodurch sich die Vermutung aufstellen lässt, dass durch sektorenübergreifende Budgets tatsächlich eine besondere Anreizwirkung auf primärärztliche Leistungserbringer ausgeübt wird. Es gibt aber auch Anzeichen, dass insbesondere private Krankenhausunternehmen die Beteiligung an ACO-Verträgen nur mit privaten Kostenträgern bevorzugen (Colla et al. 2014: 967 f.).

## 7.2 Wirtschaftlichkeit und Qualität von MSSP- und Pioneer-ACOs

Ein Vorläufer-Programm des CMS zu ACOs war die *Physician Group Practice Demonstration* (PGPD), bei der *Value-based Payments* in zehn integrierten Netzwerken getestet wurden. Nach fünfjähriger Laufzeit, die bis zum Jahr 2010 andauerte, waren alle Zusammenschlüsse erfolgreich in Bezug auf die definierten Qualitätsziele, aber nur zwei erreichten die Ausgabenziele in allen Jahren bzw. drei in keinem der fünf Jahre (Meyer 2011: 1230). CMS wertet die PGPD dennoch als Erfolg und vermeldet ca. \$137 Millionen dadurch eingespart zu haben.<sup>99</sup>

---

<sup>99</sup> Die Ergebnisse sind vermutlich verzerrt, weil es in der PGPD keine Vorfinanzierung gab, so dass nur Netzwerke teilnahmen, die ausreichend finanzielle Mittel hatten und erwarten konnten, ihre Investments zurückzuverdienen (Salmon et al. 2012: 2384).

Eine Studie zu den Einsparungen pro Kopf zeigte eine moderate Differenz von durchschnittlich \$114 pro Jahr gegenüber einer risikoadjustierten Kontrollgruppe (Colla et al. 2012: 1015 ff.).

Zu ACOs wurden vom CMS bislang Ergebnisse für zwei Leistungsjahre für Pioneer ACOs und für ein Leistungsjahr für MSSP-ACOs veröffentlicht, was für eine umfassende Bewertung ein zu kurzer Zeitraum ist, aber erste Hinweise geben kann, inwiefern sich die mit der Umsetzung verbundenen Hoffnungen bestätigt haben. Ein Problem der gesteigerten Erwartungen und der umfassenden Diskussion von ACOs ist jedoch, dass CMS unter Druck steht, kurzfristige Einsparungen nachzuweisen, um das MSSP zu rechtfertigen, obwohl diese aufgrund der erforderlichen Umstrukturierungen gerade zu Beginn weniger wahrscheinlich sind (Meyer 2012).

Im November 2014 veröffentlichte CMS die finanziellen Ergebnisse von 220 MSSP-ACOs mit Start in den Jahren 2012 bis 2013. Demnach erzielten 58 ACOs (26,4%) Einsparungen oberhalb ihrer Mindesteinsparquoten (insgesamt \$705 Millionen) und qualifizierten sich dadurch prinzipiell für Shared Savings in Höhe von \$315 Millionen (*Centers for Medicare & Medicaid Services 2014g*). Weitere 60 ACOs (27,3%) erreichten zwar Einsparungen, verfehlten jedoch ihre jeweiligen Mindesteinsparquoten. Die verbleibenden 102 Zusammenschlüsse (46,3%) überschritten ihre Ausgabenziele, jedoch hatte vorab nur eine dieser ACOs das *Two-Sided Model* mit *Downside-Risiko* gewählt und musste Strafzahlungen in Höhe von \$4 Millionen an CMS leisten (siehe Tabelle 1).

<b>Finanzielle Ergebnisse MSSP ACO-Modell</b>	<b>1. Jahr (n = 220)</b>
ACOs, die Einsparungen erzielten	118
- davon ACOs, die Einsparungen über MEQ erzielten	58
- anteilige Brutto Einsparungen	~ \$705 Mio.
- anteilige Shared Savings absolut	~ \$315 Mio.
ACOs, die ihr Ausgabenziel überschritten	102
- davon ACOs mit Überschreitung des Budgets über MVQ und Verlustrisiko	1
- anteilige Rückforderungen absolut	~\$4 Mio.

*Tabelle 1: Übersicht finanzielle Ergebnisse von ACOs im MSSP (eigene Darstellung auf Basis von Centers for Medicare & Medicaid Services (2014g); MEQ: Mindesteinsparquote; MVQ: Mindestverlustquote)*

Da sechs der 58 ACOs, die sich prinzipiell für Shared Savings qualifiziert hatten, das Qualitätsziel des ersten Leistungsjahres (Übermittlung aller für die Kennzahlenberechnungen erforderlichen Informationen an CMS) nicht erfüllten, erhielten letztlich nur 52 ACOs auch tatsächlich *Shared Savings* (McClellan et al. 2015). Wenn etwa die Methodik des dritten Leistungsjahres bereits gegolten hätte, dass die *Shared Savings* an das Erreichen bestimmter Qualitäts-Benchmarks geknüpft sind, wären nur 74% der Shared Savings tatsächlich ausgezahlt worden (Muhlestein/Hall 2014).

Ein rein deskriptiver, unadjustierter Vergleich von Epstein et al. (2014) ergab, dass die Pro-Kopf-Kosten von ACO-Patienten vor Beginn des MSSP (*baseline*) bereits um 5,8% geringer waren als in einer Vergleichsgruppe von Patienten bei Leistungserbringern, die nicht an einer ACO teilnahmen (\$7.694 im Vergleich zu \$8.164). Es kann jedoch nur vermutet werden, ob dies auf die bereits bestehenden Strukturen verbesserter Koordination innerhalb des späteren ACO-Netzwerks oder auf eine bewusste Auswahl von Leistungserbringern mit gesünderen Patienten zurückzuführen ist, die eine ACO gründen bzw. in eine bestehende aufgenommen werden. Interessant wäre in diesem Zusammenhang, ob sich die Differenz nach dem tatsächlichen Beginn des MSSP weiter zugunsten der ACO-Population vergrößert.

In Bezug auf die Ausprägung der Qualitätskennzahlen vermeldet CMS, dass im Vergleich zum Durchschnitt in Medicare Verbesserungen bei 30 der 33 genutzten Kennzahlen in den ACOs nachgewiesen wurden. Besonders hervorzuheben ist, dass die meisten ACOs sehr niedrige Indikator-Ausprägungen bei der risikoadjustierten Krankenhaus-Wiedereinweisungsrate aufweisen (Centers for Medicare & Medicaid Services 2014d), wobei diese Reduktion ein Hauptziel des CMS ist. Die Verteilung des zusammengesetzten Qualitätsindex, der für die Gesamtbeurteilung einer ACO genutzt wird, variiert allerdings stark zwischen den ACO-Modellen (siehe Abbildung 10 im Appendix). Vertikal integrierte Zusammenschlüsse, die von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern gemeinsam gegründet wurden, erzielten bei diesem Qualitätsindex signifikant höhere Werte als ACOs, die nur von niedergelassenen Ärzten betrieben werden (76,99 vs. 71,82;  $p < .001$ ) (Muhlestein/Hall 2014). Analysen von McClellan et al. (2015) und von Muhlestein/Hall (2014) zur Korrelation der Indikatoreausprägungen von Qualität und Kosten konnten zudem keinen signifikanten Zusammenhang zwischen hohen Werten bei den Qualitätskennzahlen und gleichzeitigen Kosteneinsparungen im MSSP nachweisen.

Hinweise auf einen begrenzten Zugang von bestimmten Patientengruppen zu MSSP-ACOs oder einer möglichen Risikoselektion sozialstrukturell etwas besser gestellter Patienten ergaben sich aus Ergebnissen der zuvor bereits zitierten Studie von Epstein et al. (2014). Diese zeigt, dass die hauptsächlich von den ACO-Leistungserbringern behandelten Patienten vor Beginn des MSSP zwar etwas älter waren als die Patienten der Vergleichsgruppen und eine vergleichbare Morbiditätslast aufwiesen, jedoch auch ein durchschnittlich höheres Einkommen bezogen, weniger häufig Afroamerikaner oder Anspruchsberechtigte von Medicaid waren und weniger häufig eine Behinderung hatten. Eine Studie zur Patientenerfahrung im Rahmen einer kontrollierten Kohortenstudie für Patienten in MSSP-ACOs gegenüber einer Kontrollgruppe kommt hingegen zu dem positiven Ergebnis, dass sich sowohl der zeitnahe Zugang zu Versorgungsleistungen, als auch die Informationen zu Leistungen bei Spezialisten signifikant im ersten Leistungsjahr verbessert haben. Für Patienten mit multiplen chronischen Erkrankungen in der ACO-Kohorte stieg zudem der Gesamteindruck der medizinischen Versorgung stärker an als in der entsprechenden Vergleichsgruppe (McWilliams et al. 2014b: 1715 ff.).



Da das Pioneer-ACO-Programm etwas früher begann als das MSSP, liegen bereits Ergebnisse der ersten beiden Leistungsjahre vor (siehe Tabelle 2). Das Programm startete mit 32 Teilnehmern<sup>100</sup> (bestehend aus über 250 Einzelorganisationen), von denen 18 (56,2%) Einsparungen im ersten Leistungsjahr generierten (insgesamt ca. \$142 Millionen). Jedoch überschritten nur 13 ACOs ihre MEQ, so dass diese sich für *Shared Savings* (ca. \$77 Mio.) qualifizierten. Die restlichen 14 ACOs (43,8%) verzeichneten Kosten über ihren Ausgabenzielen. Jedoch hatte nur eine ACO eine Vereinbarung, die sie bereits im ersten Leistungsjahr zu einer *Shared-Losses*-Rückzahlung in Höhe von \$2,6 Mio. verpflichtete<sup>101</sup> (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2014). Nach Bilanzierung der Ergebnisse des ersten Leistungsjahres verließen neun Zusammenschlüsse (acht mit Brutto-Verlust, eine mit Brutto-Einsparung kleiner als die MEQ) das Pioneer-ACO-Programm, wobei sieben ins reguläre MSSP wechselten und zwei vollständig ausstiegen (Kliff 2013; Wilensky 2014: 158). Im zweiten Leistungsjahr erzielten dreizehn ACOs Brutto-Einsparungen, wobei elf Zusammenschlüsse ihre MEQ überschritten, so dass etwa \$68 Millionen als geteilte Einsparungen ausbezahlt wurden. Für sechs Pioneer-ACOs wurde ein Überschreiten des Ausgabenziels festgestellt, wobei dreimal die Mindestverlustquoten überschritten wurden, so dass *Shared-Losses*-Rückforderungen in Höhe von ca. \$7 Millionen an die drei ACOs gestellt wurden. In drei weiteren Fällen einigten sich das CMI und die ACOs auf eine gemeinsame Bilanzierung der Leistungsjahre 2 und 3 (Center for Medicare and Medicaid Innovation 2014). Außerdem haben sich die drei Pioneer-ACOs, die Rückforderungen als *Shared-Losses* zu begleichen hatten, danach aus dem Programm zurückgezogen, so dass aktuell nur noch 19 Pioneer-ACOs aktiv sind.<sup>102</sup>

<b>Finanzielle Ergebnisse Pioneer ACO-Modell</b>	<i>1. Jahr (n = 32)</i>	<i>2. Jahr (n = 23)</i>
ACOs, die Einsparungen erzielten	18	13
- davon ACOs, die Einsparungen über MEQ erzielten	13	11
- anteilige Shared Savings absolut	~ \$77 Mio.	~ \$68 Mio.
ACOs, die ihr Ausgabenziel überschritten	14	10
- davon ACOs mit Überschreitung > MVQ und Bilanzierungsaufschub	0	3
- davon ACOs mit Überschreitung > MVQ	1	3
- anteilige Rückforderungen absolut	~\$2,6 Mio.	~ \$7,0 Mio.

Tabelle 2: Übersicht finanzielle Ergebnisse von Pioneer ACOs  
(eigene Darstellung; MEQ: Mindesteinsparquote; MVQ: Mindestverlustquote)

<sup>100</sup>Die 32 ACOs, die das Pioneer-Programm begonnen haben, waren 16 *Integrated Delivery Systems* (50,0%), 10 *Independent Practice Associations* (31,2%), 3 *Physician Group Practices* (9,4%) und 3 *Physician Hospital Organizations* (9,4%).

<sup>101</sup>Nur für das erste Leistungsjahr waren auch für Pioneer ACOs Vereinbarungen ohne *Downside-Risk* möglich.

<sup>102</sup>Aufgrund der hohen Anzahl an aus dem Programm austretenden Organisationen, steht das Pioneer ACO Model derzeit unter Revision durch das CMS, welche im September 2015 abgeschlossen sein soll.

Für alle Qualitätskennzahlen, zu denen CMS Vergleichswerte vorlagen (n = 15), erreichten die meisten Pioneer ACOs bessere Ausprägungen. Beispiele sind geringere Krankenhaus-Wiedereinweisungsraten (25 von 32) oder höhere Raten von Blutdruckkontrolle (32 von 32) als in den Vergleichsgruppen (Centers for Medicare & Medicaid Services 2013b).

Abhängig von der Perspektive sind die ersten Ergebnisse des MSSP und der Pioneer ACOs entweder vielversprechend, denn 26% der MSSP-ACOs und über 40% der Pioneer ACOs zeigten, dass erhebliche Einsparungen bereits kurzfristig möglich sind, oder aber enttäuschend, denn in den restlichen Netzwerken konnten keine ausreichenden Kosteneffekte nachgewiesen werden. Die Verteilung aller 220 MSSP-ACOs nach prozentualer Ausgabenentwicklungen im ersten Jahr ist gemäß einer Auswertung von McClellan et al. (2015) um null herum annähernd gleichverteilt, was zunächst keine Entwicklung in Richtung stärkerer Kostenkontrolle andeutet. Jedoch zeigte sich in ACOs mit einer Population von weniger als 8.000 Patienten im ersten Jahr eine signifikant verringerte Ausgabenentwicklung (siehe Abbildung 9 im Appendix). Dies könnte ein Hinweis sein, dass überschaubare Netzwerke den Prozess der Leistungserbringung schneller optimieren können als größere Zusammenschlüsse.

### 7.3 Wirtschaftlichkeit und Qualität von Organisationen mit AQC

Beim direkten Vergleich der Ergebnisse der AQC-Organisationen und ACOs in Medicare sind einige Limitationen zu berücksichtigen. Die regional auf Massachusetts begrenzten Populationen der AQC-Organisationen umfassen aufgrund der Abgrenzung über HMO- oder PoS-Versicherungsprodukte deutlich jüngere und demnach sehr wahrscheinlich gesündere Patienten mit höherem Einkommen als die Populationen von Medicare (Song et al. 2012: 1892).

Die Auswertung von Ergebnissen in Bezug auf Wirtschaftlichkeit und Qualität der Organisationen mit AQC erfolgt im Auftrag des Commonwealth Fund durch Wissenschaftler der Harvard Medical School (Guterman et al. 2011: 15). Es existieren Veröffentlichungen zu Ergebnissen nach einem Jahr (Song et al. 2011), nach zwei Jahren (Song et al. 2012) und mit leicht veränderter Methodik<sup>103</sup> nach vier Jahren Vertragslaufzeit (Song 2014; Song et al. 2014). Als Vergleichsgruppen wurden für die ersten beiden Evaluationen HMO- und PoS-Versicherte von BCBSMA aus Massachusetts herangezogen, deren gewählter Allgemeinarzt keine Verbindung zu einer AQC-Organisation hatte. Da ab dem Jahr 2012 aber fast 75% aller Allgemeinärzte in Massachusetts einer AQC-Organisation angehörten, mussten für die aktuellste Evaluation stattdessen Vergleichspopulationen aus angrenzenden Bundesstaaten genutzt werden, wodurch sich die Ergebnisse gegenüber den ursprünglichen Evaluationen jedoch nur

---

<sup>103</sup>Als Methodik wurde immer eine kontrollierte Kohortenstudie auf Basis eines *Propensity Score Matchings* mit Prä- und Post-Interventionsvergleich sowie einem *difference-in-difference* Ansatz genutzt (Song et al. 2011: 910 ff.).

leicht verändert haben und in der Tendenz gleich geblieben sind.<sup>104</sup> Deshalb wird auf Ergebnisse der vorherigen Publikationen nur verwiesen (siehe Song et al. 2011, 2012). In Tabelle 3 werden die Resultate der aktuellsten Evaluation gezeigt (Song 2014; Song et al. 2014).

<b>Einsparungen an den Gesamtkosten pro Versicherten pro Quartal in Organisationen mit AQC gegenüber risikoadjustierten Kontrollgruppen</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
AQC Kohorte 2009 (n = 7)	-\$20,95	-\$30,06	-\$77,07	-\$120,78
AQC Kohorte 2010 (n = 4)	-	-\$29,06	-\$85,49	-\$131,21
AQC Kohorte 2011 (n = 1)	-	-	-\$76,96	-\$117,24
AQC Kohorte 2012 (n = 5)	-	-	-	-\$59,39
Gewichtete durchschnittliche Einsparungen	2,4%	3,1%	8,4%	10,0%

*Tabelle 3: Entwicklung der risikoadjustierten, inflationsbereinigten Einsparungen nach AQC-Kohorte pro Jahr (modifizierte Tabelle in Anlehnung an Song 2014: 68)*

Die Auswertung der Ergebnisse in Tabelle 3 wird für die AQC-Organisationen differenziert nach den jeweiligen Jahren des Vertragsbeginns dargestellt, wobei z.B. für die „AQC-Kohorte 2009“ ab Beginn des Jahres 2009 die veränderten Bedingungen des AQC gültig waren. Bei der Evaluation der Einsparungen werden die Gesamtkosten der klassisch über FFS abgerechneten Leistungen der Population einer AQC-Organisation gegenüber einer risikoadjustierten Vergleichsgruppe untersucht, wobei auf Kodierungseffekte kontrolliert wird. In beiden Gruppen zeigt sich erwartungsgemäß ein Kostenanstieg, welcher in Organisationen mit AQC jedoch geringer ausfiel. Dadurch ergaben sich in allen AQC-Kohorten relative Einsparungen pro Versicherten pro Quartal, wobei der Unterschied zur Vergleichsgruppe mit Ausnahme der AQC-Kohorte 2012 im Durchschnitt immer statistisch signifikant ausfiel. Es ist ein Trend erkennbar, dass mit längerer Laufzeit des Vertrages die Einsparungen der AQC-Kohorten gegenüber ihren Kontrollgruppen ansteigen (Song 2014: 25 ff.). Die Einsparungen der AQC-Organisationen resultierten zu einem Großteil aus dem stationären Sektor, wobei sich im ambulanten Bereich keine signifikanten Unterschiede zeigten. Die Einsparungen im stationären Bereich resultierten zu Beginn jedoch kaum aus einer Verringerung der Inanspruchnahme, sondern hauptsächlich (zu 90% in 2010) aus Überweisungen zu Leistungserbringern mit geringeren FFS-Gebührensätzen (Song et al. 2011: 910 ff.). Im zweiten Jahr war jedoch bereits ein Drittel der Einsparungen auf geringere Inanspruchnahme zurückzuführen (Song et al. 2012). Insgesamt wird angegeben, dass sich etwa 51% der gesamten Einsparungen über vier Jahre auf Zuweisungen zu Leistungserbringern mit geringeren Preisen und dementsprechend etwa 49% auf geringere Inanspruchnahmen zurückführen lassen (Song 2014: 34). Aufgrund der administrierten

<sup>104</sup>Für die AQC-Kohorte 2009 ergaben sich für das erste Jahr ursprünglich zum Beispiel 1,9% Einsparungen gegenüber 2,4% in der aktuelleren Evaluation und für das zweite Jahr 3,3% gegenüber 3,1% in der aktuelleren Evaluation.

Preise in Medicare wäre für MSSP-ACOs allerdings nur die verringerte Inanspruchnahme relevant. Detailanalysen deuten darauf hin, dass für Risikopatienten größere Einsparungen erreicht werden als für sonstige Patientengruppen. Außerdem waren Einsparungen in AQC-Organisationen, die vor Start keine anderen Verträge mit einer Übernahme von Finanzierungsrisiken hatten, deutlich höher als in solchen, die zuvor bereits derartige Verträge abgeschlossen hatten (Song et al. 2012: 1888 ff.). Dass Einsparungen nachgewiesen wurden, heißt allerdings noch nicht, dass die Ausgaben für BCBSMA insgesamt gesunken sind, da in den analysierten Leistungsausgaben noch nicht die zusätzlichen Qualitätsbonuszahlungen, die ggfs. geteilten Einsparungen und die finanziellen Anschubfinanzierungen von BCBSMA enthalten waren. Werden diese Ausgaben einbezogen, übersteigen die Zahlungen meist die erzielten Einsparungen (Song et al. 2011: 913 f., 2012: 1891). Nur im Jahr 2012 wurden inklusive dieser sonstigen Zahlungen insgesamt geringere Ausgaben für BCBSMA erreicht (Song et al. 2014: 37).

Bezüglich der Qualität verbesserten sich in den Organisationen mit AQC insbesondere die Kennzahlen für die Umsetzung von *Chronic Care Management* (Song et al. 2012: 1890) sowie die Outcome-Kennzahlen zur Beurteilung der Versorgung von Diabetikern und Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen signifikant im Vergleich zum nationalen Durchschnitt. Ansonsten zeigten sich allerdings keine relevanten Unterschiede (Song et al. 2014).

## 8. Erfolgsfaktoren von ACOs in den USA

Als generell erfolgreiche Strategien für Leistungserbringer im Umgang mit *Value-based Payments* bzw. ACO-Verträgen schlägt Pearl (2014: 2) zwei extreme Ausprägungen vor. Entweder sei es sinnvoll, entsprechende Strukturen im Netzwerk schnell umzusetzen und radikal die bisherigen Abläufe und Prozesse in Richtung verstärkter Integration zu überarbeiten oder so lange wie möglich nichts zu verändern und darauf zu spekulieren, dass die Reform nicht von Dauer sein wird. Die Umsetzung nur inkrementeller Veränderungen würde hingegen dazu führen, dass letztlich kein System richtig beherrscht wird und sei deshalb die riskanteste Lösung. Entscheiden sich Leistungserbringer dazu, dem nationalen Wandel in Richtung *Value-based Care* zu folgen, ist Erfolg oder Misserfolg abhängig von der Fähigkeit, sehr schnell von erfolgreichen Modellen zu lernen. Obwohl ACOs vergleichsweise aktuelle Versorgungsmodelle sind, müssen die Faktoren, die ihren Erfolg begünstigen, nicht ebenfalls völlig neu sein, sondern können sich durchaus auch in einem anderen (Versorgungs-)Kontext bereits bewährt haben. Vielmehr geht es in ACOs um die kluge Kombination befähigender Strukturen (sog. *Enabler*) (Kapitel 8.1) mit spezifischen Management-Kompetenzen und Strategien (Kapitel 8.2) sowie dem Einsatz erfolgversprechender Maßnahmen (Kapitel 8.3) zur bestmöglichen Erreichung des *Triple Aim* im Versorgungsnetzwerk (Fisher et al. 2012: 2372). Eine Übersicht der in den nachfolgenden Kapiteln aufgeführten Erfolgsfaktoren bietet Tabelle 7 im Appendix.

## 8.1 Strukturelle Faktoren (*Enabler*)

Als eine Grundvoraussetzung der erfolgreichen Adaption eines ACO-Modells wird der kulturelle Wandel der beteiligten Leistungserbringer angeführt. Diese sollten sich den gemeinsamen Zielen ohne Partikularinteressen verschreiben und Veränderungen sowie neue Formen der Zusammenarbeit gegen die Gewohnheiten zulassen (Lazerow 2015). Denn selbst wenn die formalen Regeln einer ACO zwar festgelegt sind, sind die informellen Verhaltenskodizes und Traditionen einer geplanten Veränderung praktisch nur schwer zugänglich (North 1992: 6). Dabei wird gegenseitiges Vertrauen zwischen den Vertragspartnern einer ACO sowie gegenüber beteiligten Kostenträgern (*side-by-side* statt *face-to-face*) als elementar wichtig erachtet (Larson et al. 2012: 2402; McClellan et al. 2010: 988; Roski/McClellan 2011: 685). Außerdem wird die starke Einbindung und das Coaching niedergelassener Ärzte vor dem Hintergrund verstärkter Koordination als zentrale Komponente identifiziert (Guterman et al. 2011: 19). Ein durchdachter Business Plan, der realistische Erwartungen vermittelt (Cimasi 2013: Pos. 6351), die Beteiligung an Lernnetzwerken zum Austausch von Best Practices (Shrank 2013: 808), Unterstützungen mittels Datenanalytik oder Beratungsleistungen durch Kostenträger (Higgins et al. 2011: 1725), die Anstellung von in der sektorenübergreifenden Koordination und nachhaltigen Motivation qualifizierten Mitarbeitern sowie die Akquise und Bereitstellung finanzieller Mittel zur Investition (Larson et al. 2012: 2399) sind weitere befähigende Faktoren.

Ein wichtiger Beitrag zur sektorenübergreifender Kooperation wird im Aufbau einer technischen Infrastruktur mit der Möglichkeit zum elektronischen Informationsaustausch zwischen den am Versorgungsprozess beteiligten Leistungserbringern gesehen (Burns/Pauly 2012: 2411; Higgins et al. 2011: 1720). Daran schließt sich der Aufbau eines *Performance Management Systems* an, welches für das Netzwerk relevante Informationen in einer Datenbank sammelt, klinische Entscheidungen - z.B. durch automatische Erinnerungen - oder die Qualitätssicherung und -entwicklung anhand von möglichst in Echtzeit gemeldeten Kennzahlen unterstützt sowie Potenzial- und Risikoanalysen<sup>105</sup>, transparentes Benchmarking und Evaluationen der eigenen Leistung ermöglicht (Higgins et al. 2013: 1453 ff.; Roski/McClellan 2011: 682). Entsprechende Ergebnisse sollten für Patienten aufbereitet oder sogar öffentlich verfügbar gemacht werden (Fisher et al. 2012: 2371; Smith 2014). Um die Technologie zur verbesserten Kooperation sowie zur Veränderung der Prozesse sinnvoll einsetzen zu können, braucht es allerdings schätzungsweise 4-10 Jahre an Erfahrung (Goedert 2011; Goldsmith 2011: 35).<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup>Eine ACO sollte etwa demografische Struktur Faktoren ihrer Population wie z.B. die Alters- und Geschlechterverteilung, den Anteil fremdsprachiger Ausländer, den Anteil Pflegebedürftiger oder den Anteil chronisch Kranker kennen.

<sup>106</sup>Häufig wird unterschätzt, wie problembehaftet und aufwändig die Einführung letztlich ist. Oft stellen die Anbieter von elektronischen Patientenakten keine funktionierenden Schnittstellen zum regions- oder systemübergreifenden Datenaustausch bereit (Liu 2013). Einige Leistungserbringer werden auf dem Weg zu einer gemeinsamen Dokumentation zusätzlich nicht bereit sein, ihre existierende Praxisverwaltungssoftware auszutauschen, um eine Vernetzung zu ermöglichen, durch die sie sich außerdem aneinander binden (Frankowski/Whitlock 2014: 17). Gegebenenfalls auch aufgrund dieser Probleme mangelt es bislang noch an verlässlicher Evidenz, dass eine umfassende elektronische Infrastruktur tatsächlich Qualität und Effizienz verbessern kann.

## 8.2 Management-Kompetenzen

Wie bereits verdeutlicht wurde, ist eine der größten Herausforderungen integrierter Zusammenschlüsse sozialer Natur. Insofern bedarf es eines Managements organisatorischen Wandels zur Überwindung gewohnter Verhaltensmuster oder Resistenzen und Ausrichtung der Netzwerkpartner auf die gemeinsamen Ziele und Strategien (Mechanic et al. 2011: 1741). Es gilt eine Vision zu formulieren, die von allen Partnern geteilt wird (Fisher/Squires 2011: 29). Dies erfordert motivierende Führungskräfte mit Vorbildfunktion und starker gesundheitswissenschaftlicher Problemlösekompetenz (Swensen et al. 2013: 4 ff.; Mostashari et al. 2014: 1856). Fortschritte sollten im Zeitverlauf dokumentiert und es sollte regelmäßig geprüft werden, dass die zentralen Ziele der Führungsebene konsistent im Netzwerk wahrgenommen werden (Fisher et al. 2012: 2371). Als weitere Management-Instrumente für ACOs werden der Einsatz moderner Steuerungskonzepte oder Instrumente wie z.B. Personalentwicklung (Braun et al. 2009: 5), Risikomanagement (Frakt/Mayes 2012: 1953), Vertragsmanagement (Higgins et al. 2011: 1724), die Erstellung von Businessplänen (Cimasi 2013: Pos. 6487), die Etablierung eines intern akzeptierten und auf die Organisationsziele ausgerichteten Systems der Verteilung von (zusätzlichen) Vergütungen (Song 2014: 43) sowie Methoden des *Business-Process-Redesigns* bzw. des *Lean Managements* (Burns/Pauly 2012: 2410) empfohlen.

## 8.3 Aktivitäten zur Verbesserung organisatorischer Prozesse

In der gesichteten Literatur wird eine Vielzahl von Aktivitäten zur Verbesserung der Versorgung in ACOs diskutiert, weshalb hier keine vollständige Beschreibung wiedergegeben werden kann, sondern nur besonders häufig genannte Konzepte kurz aufgeführt werden. Es scheint sinnvoll, dass sämtliche Maßnahmen von ACOs in erster Linie auf die Optimierung der Versorgung zur Minimierung ineffizienter Prozesse abzielen, da dieses Leistungsrisiko in Form von *Value-based Payments* auf die Leistungserbringer übertragen werden soll (Guterman et al. 2011: 15 ff.). Allerdings sind die Instrumente immer vor dem Hintergrund der regionalen Versorgungssituation und der Fähigkeiten der Netzwerkpartner zu bewerten. Ein Teil des Erfolgs ist abhängig von der Gestaltung einer passgenauen Versorgung für Patientengruppen mit multiplen, chronischen Erkrankungen, da angenommen wird, dass diese zunächst am stärksten von der integrierte Versorgung profitieren können (Burns/Pauly 2012: 2407).

Zentrale Konzepte zur Verbesserung des Behandlungsprozesses in ACO-Modellen sind einerseits die Förderung evidenzbasierter Medizin (Cimasi 2013: Pos. 563) und andererseits die Beteiligung der Patienten am und Einbindung in den Versorgungsprozess (Bernabeo/Holmboe 2013). Für Letzteres genutzt werden z.B. Instrumente wie *Patient-Empowerment*, Patientenschulungen bzw. Coaching zum verstärkten Selbstmanagement, *Shared-Decision Making*,

*Case Management* oder gemeinsame Zielvereinbarungen (Burns/Pauly 2012; Damore/Champion 2014; Miller 2009: 3; Song et al. 2014). Zudem soll ein stärkerer Fokus auf präventive Konzepte gelegt werden und die hausärztliche Versorgung eine wirkungsvollere Koordinationsfunktion übernehmen. Zur Stärkung der primärmedizinischen Ausrichtung werden eine Verknüpfung von ACOs mit *Patient Centered Medical Homes* (PCMH)<sup>107</sup> (Barnes et al. 2014: 5) oder Konzepte zur verbesserten Erreichbarkeit wie Abendsprechstunden bzw. Telemonitoring angeregt (Guterman et al. 2011: 34). Weitere Instrumente, die sich in anderen Projekten als erfolgreich in der Erreichung des *Triple Aim* herausstellten, entstammen größtenteils den Konzepten des *Population Health Management* (Care Continuum Alliance 2011).<sup>108</sup>

## 9. Diskussion der Übertragbarkeit von Elementen von ACOs im Rahmen von IV-Verträgen in Deutschland

Eine Diskussion zu den Herausforderungen, kooperative Strukturen umzusetzen sowie die Fehlanreize des bestehenden Vergütungssystems zu überwinden, findet sich auch in der deutschen Gesundheitspolitik. Insofern erfolgten Analyse und Diskussion der ACO-Versorgungsmodelle nicht nur aufgrund verstärkter Aufmerksamkeit in den USA, sondern auch vor dem Hintergrund der aktuellen Probleme im deutschen Gesundheitswesen. Integrierte Versorgungskonzepte und *Value-based Payments* mit einer Ausrichtung am *Triple Aim* stellen Ansätze dar, die durchaus auch in Kombination Erkenntnisse für das deutsche Gesundheitssystem bieten können (Schrappe 2014: 163 ff.). Einen politischen Anstoß zur Reformierung der Vergütungen in der Regelversorgung in Richtung erfolgsbasierter Populationspauschalen, wie er in Medicare mit dem MSSP erfolgt ist, wird es in Deutschland allerdings auf absehbare Zeit vermutlich nicht geben. Zwar werden erste Konzepte für planungs- und vergütungsrelevante Qualitätsindikatoren im stationären Sektor erarbeitet<sup>109</sup> (Bundesministerium für Gesundheit 2014: 4 f.), jedoch ist ein Weg zu qualitätsorientierten Vergütungen im ambulanten Bereich oder gar zu sektorenübergreifenden Globalbudgets<sup>110</sup> nicht vorgezeichnet (Möhlmann 2015).

ACO-ähnliche Modelle scheinen insofern am ehesten jenseits des Kollektivvertrags im Rahmen von populationsorientierten Integrationsverträgen möglich, die disruptive Innovationen ins

---

<sup>107</sup>PCMHs sind Modelle, die die Erbringung koordinierter, patientenzentrierter 24-Stunden Versorgung mit einem Schwerpunkt auf Hausärzte als Koordinatoren der Behandlung umsetzen (Patient-Centered Primary Care Collaborative 2007). Ähnlich wie für ACOs werden in PCMHs *Value-based Payments* eingesetzt, welche jedoch limitiert sind auf das Setting der Einzelpraxis. Laut eines systematischen Reviews verbessern sich durch PCMHs die Dimensionen des *Triple Aim* (Grumbach/Grundy 2010).

<sup>108</sup>Dies sind z.B. Überweisungsmanagement (Peikes et al. 2012: 1216 f.), *Care Management* (Casalino et al. 2013: 1378), Adaption des *Chronic Care Models* (CCM) auf den ACO-Kontext (Zusman et al. 2014: 99) oder Disease Management Programme (Burns/Pauly 2012: 2407; Fisher et al. 2012: 2372). Des Weiteren empfohlen werden klassische *Managed Care* Instrumente wie z.B. Programme zur Vermeidung von Krankenhaus-Wiedereinweisungen (Lewis et al. 2014: 1810) bzw. zur Reduktion ambulant-sensitiver Krankenhausaufenthalte (Kralewski et al. 2012) sowie Überweisungs- oder Medikationsmanagement (Burns/Pauly 2012: 2409; Colla et al. 2014: 969).

<sup>109</sup>Den Auftrag dazu vergab der gemeinsame Bundesausschuss an das neu geschaffene Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) - siehe dazu [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org)

<sup>110</sup>Globalbudgets wurden schon einmal im Gesetzesentwurf zur GKV-Gesundheitsreform 2000 gefordert, jedoch nicht umgesetzt.



System bringen (Hildebrandt 2013b: 1 ff. in Anlehnung an Christensen et al. 2009) und mehr Wettbewerb zwischen Kostenträgern schaffen (Veit et al. 2012: 70). Es ist jedoch zu beobachten, dass nach dem deutlichen Anstieg an IV-Konzepten im Zuge der Anschubfinanzierung<sup>111</sup> (Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gGmbH 2009) und der auf deren Wegfall im Jahr 2009 folgenden Kündigungswelle, derzeit keine große Dynamik im Markt der IV vorherrscht (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 109 ff.; Bundesversicherungsamt 2014; Domscheidt 2014). Vorhandene Projekte haben meist begrenzt innovativen Charakter und konzentrieren sich auf wenige Indikationen (Knieps 2010: 26). Populationsbezogene Projekte sind wenig verbreitet (Greve et al. 2009: 75; Siegel et al. 2012: 148). Allerdings wurde die Verbreitung von IV-Verträgen durch die entstandenen Finanzierungsprobleme (Bahr 2009: 72) sowie weitere gesetzliche Änderungen<sup>112</sup> auch erschwert (Amelung 2011). Zudem begünstigen die derzeit geltenden Rahmenbedingungen einen Fokus der Krankenkassen auf Kostendämpfungsstrategien, die wenig Spielraum für innovative Modelle bieten (Oberender/Zerth 2010: 19). Vor dem Hintergrund der Deregulierungen des GKV-VSG bzw. durch potenzielle Förderungen des vorgeschlagenen Innovationsfonds bieten sich evtl. allerdings neue Chancen für populationsorientierte integrierte Versorgungskonzepte, die ähnlich dem ACO-Modell im GKV-System<sup>113</sup> gestaltet werden könnten. Bei der Nutzung von ACO-Elementen in IV-Verträgen sind allerdings der Kontext des deutschen Gesundheitssystems und die vorherrschenden Werte und Präferenzen zu berücksichtigen, so dass Anpassungen des Modells diskutiert werden müssen (Oberender/Heissel 2001: 283 ff.). Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit werden lediglich Ansatzpunkte zur Umsetzung skizziert, die sich an dem in Kapitel 5 vorgestellten Rahmen orientieren, und es wird auf einige Fallbeispiele verwiesen, so dass an dieser Stelle weitere Forschungsarbeiten ansetzen können.

## 9.1 Übertragbarkeit des Populationsbezugs von ACOs auf IV-Verträge

Die Mindestgröße in populationsbasierten IV-Modellen in Deutschland könnte sich analog zu ACOs im MSSP an 5.000 Versicherten orientieren, da sich dieser Richtwert als statistisch ausreichend stabil erwies und in den USA größtenteils akzeptiert wurde. Lediglich für sehr ländliche Netzwerke sollte ggfs. eine abweichende Mindestgröße ermöglicht werden. Die Population eines ACO-ähnlichen IV-Vertrags könnte im Prinzip mit den Attributionsverfahren abgegrenzt werden, die in den USA aktuell getestet werden. Die aktive Attribution könnte, die Kritik

---

<sup>111</sup>Mit Inkrafttreten des GMG zu Beginn des Jahres 2004 musste nach § 140 d SGB V jede Krankenkasse pro Jahr eine Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu einem Prozent der vertragsärztlichen Vergütungen und einem Prozent aus dem Krankenhausbudget speziell für die Integrierte Versorgung bereitstellen. Inklusive Verlängerung galt diese bis zum Ende des Jahres 2008.

<sup>112</sup>Etwa durch eine Vorlagepflicht von IV-Verträgen bei den zuständigen Aufsichtsbehörden mit Beginn des Jahres 2012 durch § 71 Abs. 4 SGB V des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG). Vertreter eines Zusammenschlusses von deutschen Ersatzkassen argumentieren in einem Positionspapier, dass der bürokratische Aufwand und die Befürchtung von Beanstandungen schnelle, flexible und individuelle Lösungen behindern und den Abschluss neuer Verträge zusätzlich erschweren (Techniker Krankenkasse et al. 2013).

<sup>113</sup>Umsetzungsoptionen von ACOs im System der Bundesknappschaft, in welchem andere Bedingungen als im GKV-System gelten (z.B. Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten ähnlich dem HMO-Konzept in den USA), werden im Rahmen dieser Arbeit nicht diskutiert. IV-Projekte der Knappschaft sind z.B. „ProSenior“ und „Prosper“ (siehe etwa Greve et al. 2009: 75 ff.).



der Problematik des „*invisible enrollment*“ in den passiven Attributionsverfahren aufgreifend, in Deutschland eine sinnvolle Alternative darstellen, da diese bei deutschen Patienten nicht so vorbelastet ist wie bei der US-amerikanischen Bevölkerung durch MCOs. Dadurch könnte eine stärkere Einbindung der Patienten erreicht und ein Bewusstsein für die Zugehörigkeit zu einem Versorgungsnetzwerk geschaffen werden. Insbesondere bei der Gestaltung der Vergütungsanreize ist jedoch zu berücksichtigen, dass derartige IV-Modelle zur Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion nicht nur auf Basis der eingeschriebenen Patienten bewertet werden sollten. Eine Alternative wäre etwa die Kombination der aktiven und passiven Verfahren dergestalt, dass die Erfolgsbewertung des Netzwerks zwar anhand einer passiv zugeordneten Population erfolgt, aber bestimmten Patienten, die besonders intensiv betreut oder in den Behandlungsprozess eingebunden werden sollen, trotzdem eine aktive Einschreibung angeboten werden kann. Anstelle von finanziellen Anreizen zur Netzwerkbindung könnte den Patienten in Kombination mit der Einschreibung z.B. ein kostenloser Zugang zu Gesundheitsschulungen oder Betreuungsangeboten ermöglicht werden. Um den Fallstricken der indirekten Risikoselektion durch Ausschluss bestimmter Leistungserbringer aus IV-Netzen oder dem *patient dumping* zu begegnen, könnte die passive Attribution - anstelle von Behandlungshäufigkeiten oder der Kostenmehrheit im IV-Netzwerk - z.B. anhand des Wohnortes eines Versicherten in einer vorab definierten Versorgungsregion während eines Jahres erfolgen (Hermann et al. 2006: 14). Diese Variante, welche etwa in der populationsorientierten integrierten Versorgung „Gesundes Kinzigtal“ genutzt wird, hat dafür die Schwäche, dass zusätzlich zur klassischen *Out-Of-Network* Inanspruchnahme auch Versicherte der am IV-Vertrag teilnehmenden Kostenträger in die Erfolgsbeurteilung einbezogen werden, die ggfs. niemals einen Leistungserbringer des populationsorientierten IV-Systems aufsuchen. Insofern ist der potenziell messbare Effekt, der sich durch verbesserte Behandlung von Patienten innerhalb des IV-Netzes ergibt, durch den Einbezug der restlichen regionalen Versichertenpopulation in die Erfolgsbeurteilung vermutlich gemindert. In einem solchen Modell geht die Vermeidung von Anreizen zur Risikoselektion also auf Kosten eines Anteils am potenziell erreichbaren Effekt der Netzwerkaktivitäten. In populationsorientierten IV-Modellen außerdem genutzte Varianten der Populationsdefinition sind die Wahl eines Betreuungsarztes ähnlich wie in HMOs (Bahr 2009: 65 ff.) oder die Versorgung innerhalb eines Netzwerks ähnlich wie in PPOs (Wambach/Lindenthal 2009: 39 ff.). Da die Art des Steuerungsprinzips allerdings keine nachweisbare Rolle auf die Gesundheitsversorgung hat (Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens 2009: 454) und sowohl in Deutschland als auch in den ACOs in Medicare der freien Arztwahl ein hoher Stellenwert beigemessen wird, sollten anstelle einer Bindung ggfs. besser eine patientenorientierte Kommunikation sowie eine möglichst transparente Darstellung von Ergebnissen der Versorgungsqualität in IV-Verträgen vereinbart werden. Entsprechende Maßnahmen könnten von den IV-Zusammenschlüssen ggfs. in Kooperation mit den beteiligten Kostenträgern entwickelt und zur Beeinflussung der Wahlentscheidungen von Patienten eingesetzt werden.

Insgesamt betrachtet ist es für populationsbasierte Ansätze in Deutschland jedoch problematisch, dass durch die Vielzahl an Kostenträgern<sup>114</sup> kaum Modelle möglich scheinen, die einen relevanten Marktanteil von Patienten in vergleichbarem Umfang haben würden, wie ihn Medicare in den USA hat. Im Prinzip kämen als sinnvolle Vertragspartner hauptsächlich die allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen) und in bestimmten Regionen größere Ersatzkrankenkassen oder Zusammenschlüsse mehrerer Krankenkassen in Frage, wobei letztere Konstellation aufgrund des Wettbewerbs nur unter besonderen Bedingungen möglich erscheint.

## 9.2 Übertragbarkeit der Qualitätsorientierung von ACOs auf IV-Verträge

Für die Definition eines Systems von Kennzahlen, anhand dessen die Qualitätsziele eines populationsorientierten IV-Modells gemessen wird, steht in Deutschland flächendeckend keine so umfassende Datengrundlage zur Verfügung wie sie z.B. das *Physician Quality Reporting System*, das *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* oder ähnliche Systeme in den USA bieten. Weiterhin finden sich keine so umfassenden methodischen Empfehlungen zur Operationalisierung wie z.B. in HEDIS des *National Committee for Quality Assurance*. Es wäre jedoch eher die Aufgabe des Gesetzgebers, eine Entwicklung derartiger Standards anzuregen, als dass dies von IV-Modellen ausgehen sollte.<sup>115</sup> Zur Beurteilung von Netzwerken werden bisweilen verstärkt entweder sektorenegebundene Leistungskennzahlen eingesetzt oder eigene Bewertungsinstrumente von Kostenträgern auf Basis vorliegender Abrechnungsdaten entwickelt.<sup>116</sup> Eine umfassende Qualitätsbeurteilung von populationsorientierten IV-Modellen ausschließlich auf Basis von Routinedaten ist jedoch eher problematisch zu beurteilen. Echte populationsbezogene, sektorenübergreifende Qualitätsbewertungen gibt es in Deutschland nicht, sondern nur Annäherungen in Form einer transsektoralen Qualitätssicherung (Schrappe 2014: 22 ff.). Anregungen aus den USA wären, dass die Leistungskennzahlen kostenträgerübergreifend und möglichst einheitlich erhoben, valide gemessen und regionaladjustiert aufbereitet werden sollten.<sup>117</sup> Allerdings ist zu berücksichtigen, dass die deutsche Bevölkerung eine besondere Sensitivität in Bezug auf den Datenschutz hat<sup>118</sup>, weshalb Auswertungen ggfs. auch in Zukunft nur eingeschränkt möglich sind (Lauterbach 2015).

---

<sup>114</sup>Zum Stand 15.03.2015 waren dies 124 gesetzliche Krankenkassen (GKV Spitzenverband 2015).

<sup>115</sup>Zukünftig soll etwa das neu gegründete Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) die sektorenübergreifende Qualitätssicherung weiterentwickeln und könnte ggfs. derartige Aufgaben übernehmen.

<sup>116</sup>Siehe z.B. die Instrumente QuATRO der AOK (Beneker 2014) oder BraVo der BARMER GEK (Laag et al. 2013: 222 ff.).

<sup>117</sup>Diskussion um die *All-Payer-Claims Databases* - dazu müssten in Deutschland vergleichbar zu den Morbiditäts- und Kostendaten, die durch die GKVen an das BVA geliefert werden, bundesweit Qualitätsdaten bspw. an entsprechende Auswertungsinstitute bzw. Einrichtungen der Versorgungsforschung übermittelt werden. Dies könnte ggfs. auch das IQTiG sein.

<sup>118</sup>In Deutschland müssen Versicherte in populationsorientierten IV-Systemen etwa aktiv um ihre Zustimmung gebeten werden, wenn deren Daten innerhalb des Netzwerks ausgewertet und weitergegeben werden sollen. Im MSSP werden Versicherte demgegenüber nur kurz informiert und können dann ein 30-tägiges Widerspruchsrecht nutzen.

Eine umfangreiche, wissenschaftliche Evaluation von populationsorientierten IV-Modellen gibt es - mit Ausnahme des Projektes „Gesundes Kinzigtal“<sup>119</sup> - bislang in Deutschland nicht, weshalb die Zielerreichung solcher Modelle schwer zu beurteilen ist. Bislang werden nur einzelne Berichte erfolgreicher IV-Modellen veröffentlicht (siehe z.B. Hildebrandt et al. 2012: 205 ff.) oder selbst entwickelte Systeme zur internen Erfolgsmessung präsentiert (siehe z.B. Pimperl et al. 2012, 2013). Daneben wäre es aber auch sinnvoll, eine zentral organisierte, vergleichbare Begleitforschung der Modelle ähnlich wie in Medicare umzusetzen, um umfassender aus erfolgreichen Ansätzen zu lernen. Werden Projekte durch den geplanten Innovationsfonds gefördert, soll eine wissenschaftliche Begleitforschung Pflicht werden, auch wenn noch nicht klar ist, ob diese eine einheitliche Methode nutzen kann bzw. wird. Eine verständliche Aufbereitung sektorenübergreifender Qualitätskennzahlen, die Patienten in ihren Wahlentscheidungen unterstützen, gibt es bislang weder in den USA noch in Deutschland.

### 9.3 Übertragbarkeit der Vergütung von ACOs auf IV-Verträge

Gemäß § 140c Abs. 2 SGB V lassen sich sämtliche Vergütungsformen wie z.B. globale oder kombinierte Budgets im Rahmen der IV vereinbaren (Mühlbacher/Ackerschott 2007: 23). Die in ACOs genutzte Vergütungsform der *Shared Savings* ohne Verlustrisiko scheint zur Erleichterung des Übergangs zu einer Übernahme größerer Finanzierungsrisiken im Kontext des deutschen Gesundheitssystems besonders geeignet, da der Großteil der Leistungserbringer - insbesondere im ambulanten Bereich - bislang keine entsprechenden Erfahrungen gesammelt hat (Wambach/Lindenthal 2009: 47). Die Vergütung könnte, wie es auch in den USA häufig zu beobachten ist, auf der klassischen Einzelleistungsvergütung aufbauen. Zur Kalkulation der Höhe des sektorenübergreifenden Budgets könnten, wie bei den vorgestellten ACOs, die historischen Kosten der zugeordneten Population genutzt und entsprechend der nationalen Kostensteigerungsraten hochgerechnet werden. Allerdings steht in Deutschland mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ein einheitliches und sehr viel besser geeignetes Instrument zur Budgetierung von IV-Modellen zur Verfügung, da die versichertenindividuellen Zuweisungen sowohl bereits eine Risikoadjustierung als auch indirekt die Entwicklung der Krankheitskosten in Deutschland im Durchschnitt beinhalten. Zudem wird das Instrument ständig weiterentwickelt und IV-Modelle unterliegen dadurch denselben Bedingungen wie ihre Vertragspartner auf Kostenträgerseite. Einen Best-Practice-Ansatzes zur Budgetberechnung auf Basis des Morbi-RSA in Form einer populationsorientierten, morbiditätsadjustierten Deckungsbeitragsverbesserung liefern Pimperl et al. (2015). Prinzipiell stellt die Summe der Zuweisungen das Ausgabenziel dar und beinhaltet alle Leistungsbereiche. Werden einige davon nicht im Rahmen der IV erbracht, müssen die Zuweisungen ggfs.

---

<sup>119</sup>Siehe etwa [www.ekiv.org](http://www.ekiv.org)

um diesen Anteil nachträglich gekürzt werden. Auf diesem Budget aufbauend könnten beliebige weitere Elemente der ACO-Vergütungen wie z.B. Mindestinsparquoten, Hochkostenkappungen, das Teilungsverhältnis der Einsparungen zwischen IV-Modell und Kostenträger (Güssow 2007: 60 ff.), Gewinn Grenzen und gegebenenfalls doch auch ein Verlustrisiko sowie Mindestverlustquoten und Verlustgrenzen ähnlich dem *Two-Sided Model* vereinbart werden. Ob eine Verknüpfung mit Qualitätszielen sinnvoll ist, muss aufgrund der Ausführungen des vorherigen Kapitels zumindest kritisch hinterfragt werden. Prinzipiell könnten zwar Kennzahlen bestimmt, darauf aufbauende Qualitätsziele definiert und die Höhe der *Shared Savings* an die Zielerreichung gekoppelt werden. Falls jedoch die Messung der Qualität nicht ausreichend valide ist – was aufgrund der derzeit begrenzten Datenverfügbarkeit vermutet werden kann – würden ggfs. Fehlanreize in ein solches *Value-based Payment* Arrangement übergeben.

Eine entscheidende Hemmschwelle zur Umsetzung ACO-ähnlicher, populationsorientierter Modelle im Rahmen der IV betrifft die Vergütung im ambulanten Bereich (Greve et al. 2009: 79). In Deutschland werden die Vergütungen in diesem Sektor nicht wie in den USA direkt zwischen Kostenträgern und Ärzten, sondern im Kollektivvertrag über die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Form sektorengebundener Budgets ausgehandelt und verteilt (Breyer et al. 2013: 399). Bei der Berechnung des populationsorientierten IV-Budgets müssen sich KV und GKV durch ggfs. aufwändige Verhandlungen einigen, wie das vertragsärztliche Budget um den Anteil der ambulanten Vergütung im Rahmen der IV bereinigt wird, da Krankenkassen bestimmte ambulante Leistungen sonst zweifach vergüten würden (Hajen 2008: 18; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012: 320). Neben möglichen Resistenzen gegen umfassende Budgetbereinigungen durch die KV wird die mangelnde Erfahrung der Krankenkassen mit einer derartigen Budgetberechnung (Hildebrandt 2013: 14) sowie einem damit verbundenen Projektcontrolling kritisiert (Bahr 2009: 68).

Auch wenn das skizzierte ACO-ähnliche Vergütungsmodells aufgrund der Herausforderungen bei der Qualitätsorientierung nicht als *Value-based Payment* Modell im engeren Sinne gelten kann, ist eine grundsätzliche Adaption der *Shared Savings* zwar herausfordernd, aber grundsätzlich auch im deutschen Kontext möglich (Hildebrandt et al. 2009: 154 ff.; Hermann et al. 2006: 14 ff.). Mit „Gesundes Kinzigtal“ gibt es ein erstes populationsorientiertes IV-Modell, das auch in US-amerikanischer Literatur bereits als ACO-ähnliches Vergütungsmodell mit *Shared Savings* ohne Verlustrisiko im europäischen Kontext beschrieben wird (Barnes et al. 2014: 3; Busse/Stahl 2014: 1549 ff.). In diesem Modellprojekt wurde eine alternative Möglichkeit zur Budgetbereinigung in Form einer sektorenübergreifenden Managementpauschale genutzt, die primär für die Versorgungskoordination oder für Leistungen jenseits des vorgeschriebenen Leistungskatalogs der GKVn gezahlt wird, so dass das Problem der Mehrfachvergütung zunächst umgangen wurde.

## 9.4 Übertragbarkeit der Integration von ACOs auf IV-Verträge

Es gibt in Deutschland keine grundsätzliche Anforderung, dass die Leistungserbringer, die gemeinsam und freiwillig einen IV-Vertrag abschließen, dazu eine formale Organisation gründen müssen, die als Vertragspartner auftritt. Um die im Gesetz verankerten Ziele der IV nachhaltig erreichen zu können, stellen Krankenkassen seit der Finanzierung entsprechender Projekte aus dem normalen Krankenkassenbudget jedoch zunehmend stärkere Ansprüche an Professionalität und Organisationsstruktur der Vertragspartner, denen eine traditionelle Einzelpraxis tendenziell weniger gewachsen ist als z.B. Praxis- oder Gesundheitsnetze<sup>120</sup>, (Gesundheits-) Unternehmen oder eigens dafür eingesetzte Managementgesellschaften (Amelung/Lägel 2008). Zudem wären Verhandlungen mit vielen einzelnen Leistungserbringern für Krankenkassen rein administrativ nur schwer zu bewältigen (Haag/Spahn 2009). Vergleichbar integrierte und finanzstarke Organisationsformen wie *Physician Hospital Organizations* oder *Integrated Delivery Systems* mit vertraglich gebundenen oder angestellten ambulanten Ärzten gibt es in Deutschland in der Form nicht. Die institutionelle Integration von Kostenträgern und Leistungserbringern ist mit Ausnahme der Bundesknappschaft an sich nicht möglich (Schreyögg 2008: 211 ff.), so dass nur horizontale oder vertikale Zusammenschlüsse von Leistungserbringern für ACO-ähnliche, populationsorientierte IV-Modelle bzw. regionale Gesundheitsversorgungsunternehmen in Frage kommen (Hildebrandt 2014: 39 ff.).

Insbesondere für Netzwerke ambulant tätiger Leistungserbringer ergibt sich in besonderem Maße ein Finanzierungs- und Managementproblem, da populationsorientierte Verträge nicht in standardisierter Form - wie z.B. im MSSP - vorliegen, so dass komplexe Verhandlungen mit hohen Transaktionskosten zu erwarten sind und die Netzwerke zusätzlich professionell in Betrieb gehalten werden müssen. Finanzielle Mittel könnten sich durch den Innovationsfonds oder im ambulanten Bereich teilweise durch die - in der Summe allerdings bisher nur sehr geringen - Netzförderungen einiger KVen nach §87b SGB V ergeben. Bei der Umsetzung von populationsorientierten IV-Modellen können sich wegen der von einigen Leistungserbringern unerwünschten Öffnung des Versorgungsmarktes zudem Abschottungstendenzen und regionale Konflikte ergeben, z.B. in Bezug auf den Sicherstellungsauftrag und der damit zusammenhängenden Organisation der Notfallversorgung bzw. deren Vergütung (Knieps 2010: 25 f.). Zudem haben populationsorientierte IV-Modelle ein wettbewerbsrechtliches Problem, da ein Zustrom neuer Leistungserbringer in ein eingespieltes, regionales Netzwerk gemäß § 19 Abs. 1 und Abs. 4 Nr. 1 und 4 GWB nicht wie z.B. in Medicare begrenzt werden kann und alle Leistungserbringer einen Vergütungsanspruch haben (Luthe 2013: 45 f.). Im GKV-VSG werden noch keine speziellen Aussagen den Sicherstellungsauftrag in der IV betreffend gemacht.

---

<sup>120</sup>Die Organisationsformen reichen von losen, regelmäßigen Treffen bis zu Gesundheitsunternehmen mit einer verbindlichen vertraglichen Grundlage (Lindenthal et al. 2004: 3 ff.).

## 10. Fazit

Insgesamt kann die eingangs formulierte Forschungsfrage, ob das ACO-Modell aus den USA prinzipiell erfolgversprechende Elemente zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung auch im Kontext des deutschen Gesundheitssystems bietet, auf Basis der im Rahmen dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse positiv beantwortet werden. Die Diskussion um populationsorientierte Organisations- und Vergütungsmodelle erfolgt im Kontext des US-amerikanischen Gesundheitssystems, eingebettet in eine Gesamtstrategie in Richtung *Value-based Care*, in sehr viel breiterem Ausmaß als in Deutschland, wo derartige Modelle noch ein Nischendasein in IV-Verträgen fristen. Da beide Gesundheitssysteme jedoch mit ähnlichen Problemstellungen konfrontiert sind, ist es nach Meinung des Autors lohnenswert, die Diskussion um ACOs aufmerksam zu verfolgen, da im Zuge der Entwicklung Instrumente zum Einsatz gebracht werden, die die Effizienz der Gesundheitsversorgung erhöhen und eine bessere Verknüpfung der Sektoren fördern können. Die Vielfalt der Organisationsformen und der Maßnahmen zur Zielerreichung sowie die transparente Ergebnisdarstellung, vor allem im *Medicare Shared Savings Program*, bieten eine sehr gute Möglichkeit, die Evolution erfolgreicher Modelle zu verfolgen sowie mögliche Fehlanreize zu identifizieren. Erste Ergebnisse zeigen, dass zwar nicht alle, aber zumindest einige Modelle bereits die vorgegebenen Ziele des *Triple Aim* erreichen. Auch wenn das Gesamtsystem der ACO sich nicht vollständig auf den deutschen Kontext übertragen lässt, ist mit wenigen Einschränkungen eine recht ähnliche Vertragsgestaltung in Deutschland im Rahmen populationsorientierter Integrationsverträge prinzipiell möglich. Darüber hinaus bieten das ACO-Modell, der Kontext in dem dieses umgesetzt wird sowie die dabei beobachtbaren Herausforderungen sogar politische Reformansätze für das deutsche Gesundheitssystem, wobei natürlich berücksichtigt werden muss, dass sich komplexe Systeme nur schwerfällig verändern lassen. Generalisierbare Empfehlungen der *Accountable Care* Bewegung sind ein stärkerer Fokus auf eine sektoren- bzw. systemübergreifende Populationsorientierung in der Gesundheitsversorgung, die kontinuierliche Verbesserung von Datenanalytik und Erfolgsmessung, eine Verpflichtung zur Evaluation und Transparenz von Ergebnissen sowie die Schaffung von Anreizen zu verstärkter Kooperation im Behandlungsprozess. Da derartige Veränderungen eng mit einem kulturellen Wandel der Leistungserbringer innerhalb des Systems verbunden sind, sollten zumindest kurzfristig keine zu hohen Erwartungen an die Erfolge solcher Modelle gestellt werden. Zwar kann ein ACO-ähnliches Organisations- und Vergütungsmodell insgesamt gesehen eine sinnvolle Bereicherung, aber letztlich nur einer von mehreren Bestandteilen zur Weiterentwicklung des Gesamtsystems sein. Generell wird sich die Bewegung in Richtung koordinierter Versorgung, verbesserter Qualität und Begrenzung der Kostenentwicklung weiter verstärken. Ob sich dabei ACOs als erfolgreiche Vertragsmodelle durchsetzen und weiter verbreiten werden, wird sich im Zeitverlauf herausstellen.

## Literaturverzeichnis

- Addicott, R/Shortell, SM (2014): How “Accountable” are Accountable Care Organizations?. In: *Health Care Management Review*, 39 (4), 270–278.
- Amelung, VE (2011): Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand . In: Amelung, VE/Eble, S/Hildebrandt, H (Innovatives Versorgungsmanagement. 1. Aufl. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft., 3-23.
- Amelung, VE/Lägel, R (2008): Neue Versorgungsformen - Eine Idee setzt sich durch. In: Amelung, VE/Meyer-Lutterloh, K/Schmid, E/Seiler, R/Weatherly, JN (Hrsg.): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 35–76.
- American Academy of Actuaries (2012): An Actuarial Perspective on Accountable Care Organizations. Text abrufbar unter: [http://www.actuary.org/files/ACO\\_IB\\_UPDATE\\_Final\\_121912.pdf](http://www.actuary.org/files/ACO_IB_UPDATE_Final_121912.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- American Hospital Association (2011): The Work Ahead: Activities and Costs to Develop an Accountable Care Organization. Text abrufbar unter: <http://www.aha.org/content/11/aco-white-paper-cost-dev-aco.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Auerbach, DI/Liu, H/Hussey, PS/Lau, C/Mehrotra, A (2013): Accountable Care Organization Formation Is Associated With Integrated Systems But Not High Medical Spending. In: *Health Affairs*, 32 (10), 1781–1788.
- Bacher, GE/Chernew, ME/Kessler, DP/Weiner, SM (2013): Regulatory Neutrality is Essential to Establishing a Level Playing Field for Accountable Care Organizations. In: *Health Affairs*, 32 (8), 1426–1432.
- Bahr, V (2009): Finanzierung und Vergütung aus Sicht eines Modells der populationsbezogenen regionalen Vollversorgung - am Beispiel des Unternehmens Gesundheit Oberpfalz Mitte GmbH & Co KG (UGOM). In: Braun, GE/Güssow, J/Schumann, A/Heßbrügge, G (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 65-74.
- Baker, LC/Bundorf, MK/Kessler, DP (2014): Vertical Integration: Hospital Ownership Of Physician Practices Is Associated With Higher Prices And Spending. In: *Health Affairs*, 33 (5), 756–763.
- Barnes, AJ/Unruh, L/Chukmaitov, A/van Ginneken, E (2014): Accountable Care Organizations In The USA: Types, Developments and Challenges. In: *Health Policy*, 118 (1), 1–7.
- Beneker, C (2014): Die AOK bereitet den Weg für mehr Pay-for-Performance bei Ärztenetzen. Medscape Deutschland. Text abrufbar unter: [http://praxis.medscapemedizin.de/artikel/4902327?src=wnl\\_medpr\\_25002014](http://praxis.medscapemedizin.de/artikel/4902327?src=wnl_medpr_25002014) (Zugriff am 3.3.2015).
- Berchtold, P (2009): Vorreiter in Managed Care - Reformen in der Schweiz. In: Amelung, VE/Deimel, D/Reuter, W/van Rooij, N/Weatherly, JN (Hrsg.): Managed Care in Europa. Berlin: Med. Wiss. Verl.-Ges., 75–82.



- Berenson, RA/Devers, KJ (2009): Can Accountable Care Organizations Improve the Value of Health Care by Solving the Cost and Quality Quandaries?. Urban Institute. Text abrufbar unter: <http://www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=50609> (Zugriff am 3.3.2015).
- Berenson, RA/Ginsburg, PB/Kemper, N (2010): Unchecked Provider Clout in California Foreshadows Challenges To Health Reform. In: *Health Affairs*, 29 (4), 699–705.
- Bernabeo, E/Holmboe, ES (2013): Patients, Providers, And Systems Need To Acquire A Specific Set Of Competencies To Achieve Truly Patient-Centered Care. In: *Health Affairs*, 32 (2), 250–258.
- Berwick, DM (2011): Making Good on ACOs' Promise - The Final Rule for the Medicare Shared Savings Program. In: *The New England Journal of Medicine*, 365 (19), 1753–6.
- Berwick, DM/Nolan, TW/Whittington, J (2008): The Triple Aim: Care, Health, and Cost. In: *Health Affairs*, 27 (3), 759–769.
- Blendon, RJ/Brodie, M/Benson, JM/Altman, DE/Levitt, L/Hoff, T/Hugick, L (1998): Understanding the Managed Care Backlash. In: *Health Affairs*, 17 (4), 80–94.
- Blue Cross and Blue Shield Association (2015): About the Blue Cross and Blue Shield Companies. Text abrufbar unter: <http://www.bcbs.com/about-the-companies/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Blue Cross Blue Shield of Massachusetts (2010): The Alternative QUALITY Contract. Text abrufbar unter: <http://www.bluecrossma.com/visitor/pdf/alternative-quality-contract.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Braun, GE/Güssow, J/Heßbrügge, G/Schumann, A (2009): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen: Konzepte und Praxisbeispiele erfolgreicher Finanzierung und Vergütung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Brennan, N/Oelschlaeger, A/Cox, C/Tavener, M (2014): Leveraging the Big-Data Revolution: CMS Is Expanding Capabilities to Spur Health System Transformation. In: *Health Affairs*, 33 (7), 1195–1202.
- Breyer, F/Zweifel, P/Kifmann, M (2013): Gesundheitsökonomik. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler.
- Buckley, C/Merrill, TP (2012): ACO 2012: The Train Has Left The Station. KLAS Research. Text abrufbar unter: <https://www.klasresearch.com/store/ReportDetail.aspx?Productid=756> (Zugriff am 3.3.2015).
- Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gGmbH (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 - 2008. Text abrufbar unter: <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d-Aktualisierung.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Informationen zur Integrierten Versorgung. Text abrufbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/I/Integrierte\\_Versorgung/Informationen\\_zur\\_Integrierten\\_Versorgung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/I/Integrierte_Versorgung/Informationen_zur_Integrierten_Versorgung.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).

- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Eckpunkte der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015. Text abrufbar unter: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/B/Bund\\_Laender\\_Krankenhaus/Eckpunkte\\_Bund\\_Laender\\_Krankenhaus.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/B/Bund_Laender_Krankenhaus/Eckpunkte_Bund_Laender_Krankenhaus.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Bundesversicherungsamt (2014): Pflicht der Krankenkassen zur Vorlage der Selektivverträge hat sich bewährt - Geld für die Verträge muss in die Versorgung und nicht in die Verwaltung gehen. Text abrufbar unter: [http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2014/2014-03-07\\_Selektivvertraege.pdf](http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Presse/2014/2014-03-07_Selektivvertraege.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Burns, LR/Pauly, MV (2012): Accountable Care Organizations May Have Difficulty Avoiding The Failures Of Integrated Delivery Networks Of The 1990s. In: *Health Affairs*, 31 (11), 2407–2416.
- Busse, R/Schreyögg, J/Tiemann, O (2010): Management im Gesundheitswesen. Heidelberg: Springer.
- Busse, R/Stahl, J (2014): Integrated Care Experiences and Outcomes in Germany, the Netherlands, and England. In: *Health Affairs*, 33 (9), 1549–1558.
- Care Continuum Alliance (2011): Achieving Accountable Care: Essential Population Health Management Tools for ACOs. Washington (DC): Care Continuum Alliance.
- Casalino, LP/Shortell, SM (2011): The ACO Race Is On: Navigating The Terrain. Health Affairs Blog, *Medicare*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2011/10/24/the-aco-race-is-on-navigating-the-terrain/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Casalino, LP/Wu, FM/Ryan, AM/Copeland, K/Rittenhouse, DR/Ramsay, PP/Shortell, SM (2013): Independent Practice Associations And Physician-Hospital Organizations Can Improve Care Management For Smaller Practices. In: *Health Affairs*, 32 (8), 1376–1382.
- Catalyst for Payment Reform (2014): National Scorecard on Payment Reform. Text abrufbar unter: <http://www.catalyzepaymentreform.org/images/documents/nationalscorecard2014.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Cavanaugh, S (2014): ACOs Moving Ahead. Health Affairs Blog. *Medicare Shared Savings Program*. Text abrufbar unter: <http://blog.cms.gov/2014/12/22/acos-moving-ahead/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Center for Medicare and Medicaid Innovation (2011a): Alternative Payment Arrangements for the Pioneer ACO Model. Text abrufbar unter: <http://innovation.cms.gov/Files/x/Pioneer-ACO-Model-Alternative-Payment-Arrangements-document.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Center for Medicare and Medicaid Innovation (2011b): Pioneer Accountable Care Organization (ACO) Model - Request for Application. Text abrufbar unter: <http://innovation.cms.gov/Files/x/Pioneer-ACO-Model-Request-For-Applications-document.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Center for Medicare and Medicaid Innovation (2011c): Pioneer ACO Application. Text abrufbar unter: <http://innovation.cms.gov/Files/x/Pioneer-ACO-Model-Application-Form.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).

- Center for Medicare and Medicaid Innovation (2012): Pioneer Accountable Care Organization Model. Text abrufbar unter: <http://innovation.cms.gov/Files/fact-sheet/Pioneer-ACO-General-Fact-Sheet.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Center for Medicare and Medicaid Innovation (2014): Medicare Pioneer ACO Model Performance Year 1 and Performance Year 2 Financial Results. Text abrufbar unter: <http://innovation.cms.gov/Files/x/PioneerACO-FncI-PY1PY2.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2012): Web Interface Overview Physician Quality Reporting System (PQRS) 2013 Group Practice Reporting Option (GPRO) and Accountable Care Organization (ACO). Text abrufbar unter: [http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/Downloads/GPRO\\_Web\\_Interface\\_Overview\\_112513.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/Downloads/GPRO_Web_Interface_Overview_112513.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2013a): Medicare Benefit Policy Manual Chapter 13 - Rural Health Clinic (RHC) and Federally Qualified Health Center (FQHC) Services. Text abrufbar unter: <http://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c13.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2013b): Pioneer Accountable Care Organizations succeed in improving care, lowering costs. Text abrufbar unter: <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Press-Releases/2013-Press-Releases-Items/2013-07-16.html> (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2014a): Accountable Care Organization 2014 Program Analysis - Quality Performance Standards, Narrative Measure Specifications. Text abrufbar unter: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ACO-NarrativeMeasures-Specs.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2014b): Accountable Care Organizations & You: Frequently Asked Questions (FAQs) for People with Medicare. Department of Health and Human Services. Text abrufbar unter: [http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/downloads/MSSP\\_FAQs.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/downloads/MSSP_FAQs.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2014c): Advance Payment Accountable Care Organization (ACO) Model. Department of Health and Human Services. Text abrufbar unter: [http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ACO\\_Advance\\_Payment\\_Factsheet\\_ICN907403.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ACO_Advance_Payment_Factsheet_ICN907403.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2014d): Fact sheets: Medicare ACOs continue to succeed in improving care, lowering cost growth. Text abrufbar unter: <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2014-Fact-sheets-items/2014-09-16.html> (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2014e): Fact Sheets: Proposed Changes to the Medicare Shared Savings Program Regulations. Department of Health and Human Services. Text abrufbar unter: <http://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2014-Fact-sheets-items/2014-12-01.html> (Zugriff am 3.3.2015).
- Centers for Medicare & Medicaid Services (2014f): Medicare Shared Savings Program 2015 Application. Text abrufbar unter: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for->

Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/MSSP-ApplicationForm-2015.pdf (Zugriff am 3.3.2015).

Centers for Medicare & Medicaid Services (2014g): Medicare Shared Savings Program Performance Year 1 Results. Text abrufbar unter: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/MSSP-PY1-Final-Performance-ACO.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).

Centers for Medicare & Medicaid Services (2014h): Summary of Final Rule Provisions for Accountable Care Organizations under the Medicare Shared Savings Program. Department of Health and Human Services. Text abrufbar unter: [http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ACO\\_Summary\\_Factsheet\\_ICN907404.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ACO_Summary_Factsheet_ICN907404.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).

Centers for Medicare & Medicaid Services (2014i): What Medicare covers? Text abrufbar unter: <http://www.medicare.gov/what-medicare-covers/index.html> (Zugriff am 3.3.2015).

Centers for Medicare & Medicaid Services (2015): Medicare Shared Savings Program Quality Measure Benchmarks for the 2014 Reporting Year. Text abrufbar unter: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/MSSP-QM-Benchmarks.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).

Chernew, ME/Mechanic, RE/Landon, BE/Safran, DB (2011): Private-Payer Innovation in Massachusetts: The „Alternative Quality Contract“. In: *Health Affairs*, 30 (1), 51–61.

Christensen, C/Grossman, JH/Hwang J (2009): *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*. New York: McGraw-Hill.

Cimasi, RJ (2013): *Accountable Care Organizations: Value Metrics and Capital Formation* [Kindle Edition]. Productivity Press (eBook).

Claffey, TF/Agostini, JV/Collet, EN/Reisman, L/Krakauer, R (2012): Payer-Provider Collaboration in Accountable Care Reduced Use and Improved Quality in Maine Medicare Advantage Plan. In: *Health Affairs*, 31 (9), 2074–2083.

Coase, RH (1937): The Nature of the Firm. In: *Economica*, 4 (16), 386–405.

Coase, RH (1960): The Problem of Social Cost. In: *Journal of Law and Economics*, (3), 1–44.

Colla, CH/Lewis, VA/Shortell, SM/Fisher, ES (2014): First National Survey Of ACOs Finds That Physicians Are Playing Strong Leadership And Ownership Roles. In: *Health Affairs*, 33 (6), 964–971.

Colla, CH/Wennberg, D/Meara, E/Skinner, JS/Gottlieb, D/Lewis, VA/Snyder, CM/Fisher, ES (2012): Spending Differences Associated With the Medicare Physician Group Practice Demonstration. In: *Journal of the American Medical Association*, 308 (10), 1015-1023.

Commonwealth Fund (2013): International Health Policy Survey in Eleven Countries. Text abrufbar unter: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/in-the-literature/2013/nov/pdf\\_schoen\\_2013\\_ihp\\_survey\\_chartpack\\_final.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/in-the-literature/2013/nov/pdf_schoen_2013_ihp_survey_chartpack_final.pdf)

Congressional Budget Office (2010): Cost Estimate Substitute for H.R. 4872, Reconciliation Act of 2010 (Final Health Care Legislation). Text abrufbar unter: <http://www.cbo.gov/sites/default/files/amendreconprop.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).

- Conrad, D/Grembowski, D/Gibbons, C/Marcus-Smith, M/Hernandez, SE/Chang, J/Renz, A/Lau, B/dela Cruz, E (2013): A Report On Eight Early-Stage State And Regional Projects Testing Value-based Payment. In: *Health Affairs*, 32 (5), 998–1006.
- Correia, EW (2011): Accountable Care Organizations: The Proposed Regulations and the Prospects for Success. In: *American Journal of Managed Care*, 17 (8), 560–568.
- Crosson, FJ (2011): The Accountable Care Organization: Whatever Its Growing Pains, The Concept Is Too Vitally Important To Fail. In: *Health Affairs*, 30 (7), 1250–1255.
- Cunningham, R (2014): The Payment Reform Paradox. In: *Health Affairs*, 33 (5), 735–738.
- Damore, J/Champion, RW (2014): Key Success Factors for the Medicare Shared Savings Program. Health Affairs Blog. *Medicare*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2014/08/21/key-success-factors-for-the-medicare-shared-savings-program/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Delbanco, SF/Anderson, KM/Major, CE/Kiser, MB/Hamilton, BW (2011): Promising Payment Reform: Risk-Sharing with Accountable Care Organizations. The Commonwealth Fund. Text abrufbar unter: <http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2011/jul/1530delbancopromisingpaymentreformrisksharing-2.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Delbanco, SF/Lansky, D (2014): The Payment Reform Landscape: Accountable Care Organizations. Health Affairs Blog. *Payment Reform*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2014/08/05/the-payment-reform-landscape-accountable-care-organizations/> (Zugriff am: 3.3.2015).
- Deloitte (2015): 2015 Global Health Care Outlook. Text abrufbar unter: <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-health-care-outlook-global.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Department of Health and Human Services (2011): Medicare Program; Final Waivers in Connection With the Shared Savings Program. Text abrufbar unter: <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2011-11-02/pdf/2011-27460.pdf>.
- Department of Health and Human Services (2015): Better, Smarter, Healthier: In historic announcement, HHS sets clear goals and timeline for shifting Medicare reimbursements from volume to value. Text abrufbar unter: <http://www.hhs.gov/news/press/2015pres/01/20150126a.html> (Zugriff am 3.3.2015).
- DeVore, S/Champion, RW (2011): Driving Population Health through Accountable Care Organizations. In: *Health Affairs*, 30 (1), 41–50.
- Diamond, CC/Mostashari, F/Shirky, c (2009): Collecting And Sharing Data for Population Health: A New Paradigm. In: *Health Affairs*, 28 (2), 454–66.
- Domscheidt, A (2014): Versorgungsinnovationen: Erfahrungen aus der Selektivversorgung. Monitor Versorgungsforschung Kongress Innovation. Text abrufbar unter: [http://www.monitor-versorgungsforschung.de/kongresse/Innovation\\_2014/referenten](http://www.monitor-versorgungsforschung.de/kongresse/Innovation_2014/referenten) (Zugriff am 3.3.2015).
- Donabedian, A (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, (44), 166–206.

- Douven, R/McGuire, TG/McWilliams, JM (2015): Avoiding Unintended Incentives in ACO Payment Models. In: *Health Affairs*, 34 (1), 143–149.
- Eddy, DM/Shah, R (2012): A Simulation Shows Limited Savings from Meeting Quality Targets under the Medicare Shared Savings Program. In: *Health Affairs*, 31 (11), 2554–2562.
- Engel, GL (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge For Biomedicine. In: *Science*, (196), 129–36.
- Enthoven, AC (1993): The History and Principles of Managed Competition. In: *Health Affairs*, 12 (Supplement 1), 24–48.
- Epstein, AM/Jha, AK/Orav, EJ/Liebman, DL/Audet, AMJ/Zezza, MA/Guterman, S (2014): Analysis of Early Accountable Care Organizations Defines Patient, Structural, Cost, and Quality-Of-Care Characteristics. In: *Health Affairs*, 33 (1), 95–102.
- Evans, M (2014): Incentive-based Contracts Thriving in Commercial Insurance Market. Text abrufbar unter: <http://www.modernhealthcare.com/article/20140930/NEWS/309309931> (Zugriff am 3.3.2015).
- Fisher, ES (2014): Measuring What Matters for ACOs. *The Commonwealth Fund Blog*. Text abrufbar unter: <http://www.commonwealthfund.org/publications/blog/2014/jan/measuring-what-matters-for-acos> (Zugriff am 3.3.2015).
- Fisher, ES/McClellan, MB/Bertko, J/Lieberman, SM/Lee, JJ/Lewis, JL/Skinner, JS (2009): Fostering Accountable Health Care: Moving Forward In Medicare. In: *Health Affairs*, 28 (2), w219–w231.
- Fisher, ES/Shortell, SM (2010): Accountable Care Organizations: Accountable for what, to whom, and how. In: *Journal of the American Medical Association*, 304 (15), 1715–6.
- Fisher, ES/Shortell, SM/Kreindler, SA/Van Citters, AD/Larson, BK (2012): A Framework for Evaluating the Formation, Implementation, and Performance of Accountable Care Organizations. In: *Health Affairs*, 31 (11), 2368–2378.
- Fisher, ES/Squires, JW (2011): Accountable Care Organizations - Preparing for the Changing Landscape. The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. Text abrufbar unter: <http://www.mpho.org/resource/d/54071/ElliottFisherKeynoteAddress9.22.11PRISM.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Fisher, ES/Staiger, DO/Bynum, JPW/Gottlieb, DJ (2007): Creating Accountable Care Organizations: The Extended Hospital Medical Staff. In: *Health Affairs*, 26 (1), w44–w57.
- Fisher, K/Eilbacher, J/Dardani, W (2011): Pioneer ACO Model: Overview. Text abrufbar unter: <https://www.aamc.org/download/250066/data/pioneeracoteleconferenceslides.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Forum Managed Care (2014): Studie des Forum Managed Care: Jeder Vierte ist in einem Ärztenetz. Text abrufbar unter: [http://fmc.ch/fileadmin/redakteur/content/aerztenetzwerk/Medienmitteilung\\_Erhebung\\_AErztenetze\\_2014\\_DE\\_final.pdf](http://fmc.ch/fileadmin/redakteur/content/aerztenetzwerk/Medienmitteilung_Erhebung_AErztenetze_2014_DE_final.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).

- Frakt, AB (2015): Accountable Care Organizations: Like H.M.O.s, but Different. In: *New York Times*, (19). Text abrufbar unter: [http://www.nytimes.com/2015/01/20/upshot/accountable-care-organizations-like-hmos-but-different.html?\\_r=1&abt=0002&abg=1](http://www.nytimes.com/2015/01/20/upshot/accountable-care-organizations-like-hmos-but-different.html?_r=1&abt=0002&abg=1) (Zugriff am 3.3.2015).
- Frakt, AB/Mayes, R (2012): Beyond Capitation: How New Payment Experiments Seek To Find The "Sweet Spot" In Amount Of Risk Providers And Payers Bear. In: *Health Affairs*, 31 (9), 1951–1958.
- Frankowski, A/Whitlock, JD (2014): The Well Integrated ACO: Critical Success Factors. Text abrufbar unter: <http://himss.files.cms-plus.com/2014Conference/handouts/57.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Fries, JF (1980): Aging, Natural Death, And the Compression of Morbidity. In: *The New England Journal of Medicine*, (303), 130–36.
- Gabler Wirtschaftslexikon (2015): Vergütungssystem. Springer Gabler Verlag. Text abrufbar unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/17983/verguetungssystem-v14.html> (Zugriff am 3.3.2015).
- Ginsburg, PB (2012): Fee-For-Service Will Remain A Feature Of Major Payment Reforms, Requiring More Changes In Medicare Physician Payment. In: *Health Affairs*, 31 (9), 1977–1983.
- Ginsburg, PB (2013): Achieving Health Care Cost Containment Through Provider Payment Reform That Engages Patients And Providers. In: *Health Affairs*, 32 (5), 929–934.
- Ginsburg, PB/Pawlson, LG (2014): Seeking Lower Prices Where Providers Are Consolidated: An Examination Of Market And Policy Strategies. In: *Health Affairs*, 33 (6), 1067–1075.
- GKV Spitzenverband (2015): Krankenkassenliste . Text abrufbar unter: [http://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten\\_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/service/versicherten_service/krankenkassenliste/krankenkassen.jsp) (Zugriff am 15.3.2015).
- Goedert, J (2011): Getting Ready for Accountable Care Organizations. Health Data Management. Text abrufbar unter: [http://www.healthdatamanagement.com/issues/19\\_4/getting-ready-for-accountable-care-organizations-42230-1.html](http://www.healthdatamanagement.com/issues/19_4/getting-ready-for-accountable-care-organizations-42230-1.html) (Zugriff am 3.3.2015).
- Goldsmith, J (2011): Accountable Care Organizations: The Case For Flexible Partnerships Between Health Plans And Providers. In: *Health Affairs*, 30 (1), 32–40.
- Greve, G/Müller, HA/Hörter, S (2009): Prosper-Modelle der Knappschaft - Strukturen, Finanzierungsaspekte und Prozessmanagement in der Integrierten Versorgung der Knappschaft Bahn See . In: Braun, GE/Güssow, J/Schumann, A/Heßbrügge, G (Hrsg.): Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 75–91.
- Gröne, O/Garcia-Barbero, M (2001): Integrated Care: A Position Paper of the WHO Europe Office for Integrated Health Care Services. In: *International Journal of Integrated Care*, (1), 1–10.
- Güssow, J (2007): Vergütung Integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.



- Guterman, S/Davis, K/Schoenbaum, S/Shih, A (2009): Using Medicare Payment Policy to Transform the Health System: A Framework for Improving Performance. In: *Health Affairs*, 28 (2), w238–w250.
- Guterman, S/Schoenbaum, SC/Davis, K/Schoen, C/Audet, AMJ/Streikmis, K/Zezza, MA (2011): High Performance Accountable Care: Building on Success and Learning from Experience. The Commonwealth Fund. Text abrufbar unter: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2011/apr/1494\\_guterman\\_high\\_performance\\_accountable\\_care\\_v3.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2011/apr/1494_guterman_high_performance_accountable_care_v3.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Haag, T/Spahn, M (2009): Praxisnetze als regionale Versorgungsalternative. In: Lindenau, L (Hrsg.), *Praxisnetze aktuell*. Nordkirchen: Verlag Steuern Recht Wirtschaft, 1–5.
- Hajen, L (2008): Wettbewerb der Krankenkassen untereinander. In: Felix, D (Hrsg.): *Auswirkungen des GKV-WSG auf Versorgungsstruktur und Wettbewerbsordnung*. Berlin; Münster: Lit, 9–50.
- Hajen, L/Paetow, H/Schumacher, H (2011): *Gesundheitsökonomie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hartman, M/Martin, AB/Lassman, D/Catlin, A/National Health Expenditure Accounts Team (2014): National Health Spending In 2013: Growth Slows, Remains In Step With The Overall Economy. In: *Health Affairs*, 34 (1), 150–160.
- Haubrock, M/Hagmann, H/Nerlinger, T (2000): *Managed Care: Integrierte Versorgungsformen*. Bern: Huber.
- Health Care Transformation Task Force (2015a): Improving Commercial, Medicaid and Medicare Accountable Care Organizations. Text abrufbar unter: <http://www.hcttf.org/resources-tools/2015/1/28/improving-commercial-medicare-and-medicare-accountable-care-organizations> (Zugriff am 3.3.2015).
- Health Care Transformation Task Force (2015b): Major Health Care Players Unite to Accelerate Transformation of U.S. Health Care System. Text abrufbar unter: <http://www.hcttf.org/releases/2015/1/28/major-health-care-players-unite-to-accelerate-transformation-of-us-health-care-system> (Zugriff am 3.3.2015).
- Heiser, S/Colla, C/Fisher, ES (2015): Unpacking The Medicare Shared Savings Proposed Rule: Geography And Policy. Health Affairs Blog. *Medicare*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2015/01/22/unpacking-the-medicare-shared-savings-proposed-rule-geography-and-policy/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Hermann, H/Hildebrandt, H/Richter-Reichhelm, M/Schwartz, FW/Witzenrath, W (2006): Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings - Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, (5-6), 11–29.
- Hervey, D (2014): What You Should Know About Medicaid ACOs. Becker's Hospital Review. Text abrufbar unter: <http://www.beckershospitalreview.com/accountable-care-organizations/what-you-should-know-about-medicare-acos.html> (Zugriff am 3.3.2015).
- Higgins, A/Stewart, K/Dawson, K/Bocchino, C (2011): Early Lessons From Accountable Care Models In The Private Sector: Partnerships Between Health Plans And Providers. In: *Health Affairs*, 30 (9), 1718–1727.

- Higgins, A/Veselovskiy, G/McKown, L (2013): Provider Performance Measures In Private And Public Programs: Achieving Meaningful Alignment With Flexibility To Innovate. In: *Health Affairs*, 32 (8), 1453–1461.
- Hildebrandt, H/Bischoff-Everding, C/Saade, P/Cortekar, J/Pimperl, A/Daul, G (2009): Finanzierung und Vergütung der Integrierten Versorgung aus Sicht einer Managementgesellschaft - das Beispiel Gesundes Kinzigtal. In: Braun, GE/Güssow, J/Schumann, A/Heßbrügge, G (Hrsg.): *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hildebrandt, H/Richter-Reichhelm M/Trojan A/ Glaeske G/ Hesselmann H (2011): Die hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen. In: *Sozialer Fortschritt* 58 (7), 154-160.
- Hildebrandt, H/Schulte T/ Stunder B (2012): Triple Aim in Kinzigtal, Germany - Improving Population Health, Integrating Health Care and Reducing Costs of Care - Lessons for the UK? In: *Journal of Integrated Care*, 20 (4), 205-222.
- Hildebrandt, H (2013a): Gute Gesundheitsergebnisse und nicht Mehrleistungen vergüten. In: *kma Das Gesundheitswirtschaftsmagazin*, 18, 14.
- Hildebrandt, H (2013b): Schlägt die Ökonomie die Politik? Weshalb regionalen Systemanbietern die Zukunft gehört. In: *IMPLICONplus*, 8, 1-13.
- Hildebrandt, H (2014): Versorgungskonzepte der Zukunft: Regionale Gesundheitsversorgungsunternehmen international in der Entwicklung. In: Zapp W (Hrsg.): *Krankenhausmanagement*. Stuttgart. Kohlhammer. 39-45.
- Houston, R/McGinnis, T (2013): Adapting the Medicare Shared Savings Program to Medicaid Accountable Care Organizations. Center for Health Care Strategies. Text abrufbar unter: [http://www.chcs.org/media/PaymentReform031813\\_4.pdf](http://www.chcs.org/media/PaymentReform031813_4.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Houston, R/McGinnis, T (2014): Aligning Approaches to Accountable Care across Medicare and Medicaid. *The Commonwealth Fund Blog*. Text abrufbar unter: <http://www.commonwealthfund.org/publications/blog/2014/jun/accountable-care-medicare-medicaid> (Zugriff am (3.3.2015).
- Institute of Medicine (2001): *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, D.C: National Academy Press.
- Jenkner, E/Leive, a (2010): Health Care Spending Issues in Advanced Economies. International Monetary Fund. Text abrufbar unter: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/tnm/2010/tnm1016.pdf>. (Zugriff am 3.3.2015).
- Kane, L/Peckham, C (2014): Medscape Physician Compensation Report 2014. Medscape. Text abrufbar unter: <http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2014/public/overview#10> (Zugriff am 3.3.2015).
- Kaplan, J/Kuenen, JW/Larsson, S (2013): Alternative Payer Models Show Improved Health-Care Value. BCG Perspectives. Text abrufbar unter: [https://www.bcgperspectives.com/content/articles/health\\_care\\_payers\\_providers\\_alternative\\_payer\\_models\\_show\\_improved\\_health\\_care\\_value/](https://www.bcgperspectives.com/content/articles/health_care_payers_providers_alternative_payer_models_show_improved_health_care_value/) (Zugriff am 3.3.2015).
- KLAS Research (2014): ACO Payers 2014: Le Tour De Risk. Text abrufbar unter: [visit.aetnaacs.com/rs/aetnainc4/images/ACS\\_Q4\\_14\\_KLAS\\_Executive\\_Brief.pdf](http://visit.aetnaacs.com/rs/aetnainc4/images/ACS_Q4_14_KLAS_Executive_Brief.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).

- Kliff, S (2013): Hospitals are quitting a Key Obamacare Cost-control Program. In: *The Washington Post* (3.3.2015).
- Klinke, S (2008): Gesundheitsreformen und ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitswesen. In: Hensen, G/Hensen, P (Hrsg.): *Gesundheitswesen und Sozialstaat: Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 61–107.
- Knieps, F (2010): Das Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Solidarität und Wettbewerb. In: Oberender, Peter/Beutelmann, Josef (Hrsg.): *Wettbewerb im Gesundheitswesen*. Berlin: Duncker & Humblot, 23–34.
- Korff, L/Jahn, R/Weegen, L (2013): Versorgungsmanagement - Besondere Versorgungsformen. In: Wasem, J/Staudt, S/Matusiewicz, D (Hrsg.): *Medizinmanagement*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 425–439.
- Kralewski, JE/Dowd, BE/Xu, YW (2012): Medical Groups Can Reduce Costs By Investing In Improved Quality Of Care For Patients With Diabetes. In: *Health Affairs*, 31 (8), 1830–1835.
- Kreindler, SA/Larson, BK/Wu, FM/Carluzzo, KL/Gbemudu, JN/Struthers, A/Van Citters, AD/Shortell, SM/Nelson, EC/Fisher, ES (2012): Interpretations of Integration in Early Accountable Care Organizations. In: *The Milbank Quarterly*, 90 (3), 457–483.
- Kroll, LE/Ziese T (2009): Kompression oder Expansion der Morbidität?. In: Böhm, K/ Tesch-Römer C/ Ziese T (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter*, 105-112.
- Laag, S/Ullrich, W/von Maydell, B/Pankratz, M/Kleff, G/Beckmann, T/Graf, C (2013): Zwischen Kollektivsystem und Pay-for-Performance: Das BrAVo-Kennzahlensystem der BARMER GEK für Arztnetze. In: *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell*, 222–247.
- Larson, BK/Van Citters, AD/Kreindler, SA/Carluzzo, KL/Gbemudu, JN/Wu, FM/Nelson, EC/Shortell, SM/Fisher, ES (2012): Insights from Transformations under Way at Four Brookings-Dartmouth Accountable Care Organization Pilot Sites. In: *Health Affairs*, 31 (11), 2395–2406.
- Lauerer, M/Emmert, M/Schöffski, O (2013): Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich - Ein systematischer Review. In: *Das Gesundheitswesen*, 75 (08/09), 483–491.
- Lauterbach, KW (2015): Forderung der Politik: Von der retrospektiven zur qualitätsorientierten Bedarfsplanung. *Monitor Versorgungsforschung - Fachkongress Qualität*.
- Lauterbach, KW/Lüngen, M (2008): Die Versorgung mit Gesundheitsleistungen und ihre Finanzierung – Optionen für Gerechtigkeit. In: Merz, F (Hrsg.): *Wachstumsmotor Gesundheit. Die Zukunft unseres Gesundheitswesens*. München: Hanser, 148–180.
- Lazerow, R (2015): What the "Historic" Commitment to Accountable Care Really Means. Text abrufbar unter: <http://www.advisory.com/daily-briefing/2015/02/11/lazerow-historic-commitment-to-accountable-care> (Zugriff am 3.3.2015).
- Leutz, WN (1999): Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. In: *Milbank Quarterly*, 77 (1), 77–110.

- Lewis, VA/Colla, CH/Tierney, K/Van Citters, AD/Fisher, ES/Meara, E (2014): Few ACOs Pursue Innovative Models That Integrate Care For Mental Illness And Substance Abuse With Primary Care. In: *Health Affairs*, 33 (10), 1808–1816.
- Lewis, VA/Larson, BK/McClurg, AB/Boswell, RG/Fisher, ES (2012): The Promise and Peril of Accountable Care For Vulnerable Populations: A Framework for Overcoming Obstacles. In: *Health Affairs*, 31 (8), 1777–1785.
- Lewis, VA/McClurg, AB/Smith, J/Fisher, ES/Bynum, JPW (2013): Attributing Patients To Accountable Care Organizations: Performance Year Approach Aligns Stakeholders' Interests. In: *Health Affairs*, 32 (3), 587–595.
- Lieberman, SM (2013): Reforming Medicare through "Version 2.0" Of Accountable Care. In: *Health Affairs*, 32 (7), 1258–1264.
- Lieberman, SM/Bertko, JM (2011): Building Regulatory And Operational Flexibility Into Accountable Care Organizations And „Shared Savings“. In: *Health Affairs*, 30 (1), 23–31.
- Lindenthal, J/Sohn, S/Schöffski, O (2004): Praxisnetze der nächsten Generation: Ziele, Mittelverwendung und Steuerungsmechanismen. 1. Aufl. Burgdorf: HERZ.
- Liu, T (2013): The #1 Health IT Problem for Population Health Managers. *Care Transformation Center Blog*. Text abrufbar unter: <http://www.advisory.com/research/care-transformation-center/care-transformation-center-blog/2013/12/health-it-interoperability> (Zugriff am 3.3.2015).
- Luthe, EW (2013): Modellebenen der integrierten Versorgung . In: Luthe, EW (Hrsg.): *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer, 37–54.
- MacDonald, I (2014): Value-based Contracts Will Hurt Profits, Execs Say. *FierceHealthcare*. Text abrufbar unter: <http://www.fiercehealthcare.com/story/value-based-contracts-will-hurt-profits-execs-say/2014-06-19> (Zugriff am 3.3.2015).
- Mahadevan, R (2013): Key Considerations for Supporting Medicaid Accountable Care Organization Providers. Center for Health Care Strategies. Text abrufbar unter: [http://www.chcs.org/media/ACO\\_Provider\\_Supports\\_060313\\_Final.pdf](http://www.chcs.org/media/ACO_Provider_Supports_060313_Final.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Markovich, P (2012): A Global Budget Pilot Project Among Provider Partners And Blue Shield Of California Led To Savings In First Two Years. In: *Health Affairs*, 31 (9), 1969–1976.
- McCarthy, D/How, SKH/Fryer, AK/Radley, DC/Schoen, C (2011): Why not the Best? Results from the National Scorecard on U.S. Health System Performance. The Commonwealth Fund. Text abrufbar unter: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2011/oct/1500\\_wntb\\_natl\\_scorecard\\_2011\\_web\\_v2.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2011/oct/1500_wntb_natl_scorecard_2011_web_v2.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- McClellan, M/Kent, J/Beales, SJ/Cohen, SIA/Macdonnell, M/Thoumi, A/Abdulmalik, M/Darzi, A (2014): Accountable Care Around The World: A Framework To Guide Reform Strategies. In: *Health Affairs*, 33 (9), 1507–1515.
- McClellan, M/Kocot, SL/White, R (2015): Early Evidence On Medicare ACOs And Next Steps For The Medicare ACO Program (Updated). *Health Affairs Blog. Medicare*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2015/01/22/early-evidence-on-medicare-acos-and-next-steps-for-the-medicare-aco-program/> (Zugriff am 3.3.2015).

- McClellan, M/McKethan, AN/Lewis, JL/Roski, J/Fisher, ES (2010): A National Strategy To Put Accountable Care Into Practice. In: *Health Affairs*, 29 (5), 982–990.
- McGinnis, T/Houston, R/Brown, D (2013a): The Balancing Act: Integrating Medicaid Accountable Care Organizations into a Managed Care Environment. Center for Health Care Strategies. Text abrufbar unter: [http://www.chcs.org/media/ACO111313\\_Final.pdf](http://www.chcs.org/media/ACO111313_Final.pdf) (Zugriff am: 3.3.2015).
- McGinnis, T/Riley, P/Zimmerman, M/Sahni, N (2013b): Planning for Accountability: Emerging Medicaid ACO Models and Key Issues for States. Center for Health Care Strategies. Text abrufbar unter: [http://www.chcs.org/media/CHCS\\_ACO\\_Webinar\\_10\\_24\\_v41.pdf](http://www.chcs.org/media/CHCS_ACO_Webinar_10_24_v41.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- McWilliams, JM/Chernew, ME/Dalton, JB/Landon, BE (2014a): Outpatient Care Patterns and Organizational Accountability in Medicare. In: *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, 174 (6), 938.
- McWilliams, JM/Landon, BE/Chernew, ME/Zaslavsky, AM (2014b): Changes in Patients' Experiences in Medicare Accountable Care Organizations. In: *New England Journal of Medicine*, 371 (18), 1715–1724.
- Mechanic, D (2004): The Rise and Fall of Managed Care. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra Issue), 76–86.
- Mechanic, RE/Santos, P/Landon, BE/Chernew, ME (2011): Medical Group Responses to Global Payment: Early Lessons from the "Alternative Quality Contract" In Massachusetts. In: *Health Affairs*, 30 (9), 1734–1742.
- Medicare Payment Advisory Commission (2009): Report to the Congress: Improving Incentives in the Medicare Program. MedPAC. Text abrufbar unter: [http://medpac.gov/documents/reports/Jun09\\_Ch02.pdf?sfvrsn=0](http://medpac.gov/documents/reports/Jun09_Ch02.pdf?sfvrsn=0) (Zugriff am 3.3.2015).
- Medicare Payment Advisory Commission (2014): Report to Congress: Medicare Payment Policy, March 2014. Text abrufbar unter: [http://www.medpac.gov/documents/reports/mar14\\_entirereport.pdf?sfvrsn=0](http://www.medpac.gov/documents/reports/mar14_entirereport.pdf?sfvrsn=0) (Zugriff am 3.3.2015).
- Meyer, H (2011): Accountable Care Organization Prototypes: Winners And Losers?. In: *Health Affairs*, 30 (7), 1227–1231.
- Meyer, H (2012): Many Accountable Care Organizations Are Now Up And Running, If Not Off To The Races. In: *Health Affairs*, 31 (11), 2363–2367.
- Miller, HD (2009): How to Create Accountable Care Organizations. Center for Healthcare Quality & Payment Reform. Text abrufbar unter: <http://www.chqpr.org/downloads/HowtoCreateAccountableCareOrganizationsExecutiveSummary.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Möhlmann, H (2015): Qualitätsorientierte Honorarverteilung im Versorgungsmanagement . Monitor Versorgungsforschung Fachkongress Qualität. Text abrufbar unter: [http://www.monitor-versorgungsforschung.de/bilder/kongressqualitaet\\_bilder/vortrag-mohlmann](http://www.monitor-versorgungsforschung.de/bilder/kongressqualitaet_bilder/vortrag-mohlmann) (Zugriff am 3.3.2015).
- Mostashari, F/Sanghavi, D/McClellan, M (2014): Health Reform and Physician-Led Accountable Care - The Paradox of Primary Care Physician Leadership. In: *Journal of the American Medical Association*, (311 Nr.18), 1855–1856.

- Mühlbacher, A/Ackerschott, S (2007): Die Integrierte Versorgung. In: Wagner, K/Lenz, I (Hrsg.): Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung: Eine betriebswirtschaftliche Analyse. Stuttgart: W. Kohlhammer. 17-46
- Muhlestein, DB (2013): Continued Growth Of Public And Private Accountable Care Organizations. Health Affairs Blog. *Medicare*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2013/02/19/continued-growth-of-public-and-private-accountable-care-organizations/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Muhlestein, DB (2014a): Accountable Care Growth in 2014: A Look Ahead. Health Affairs Blog. *Medicare*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2014/01/29/accountable-care-growth-in-2014-a-look-ahead/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Muhlestein, DB (2014b): ACO Update: Trends, Results and the Future of Accountable Care. Converge. Text abrufbar unter: [https://nadpconvergedotorg1.files.wordpress.com/2014/02/aco-update\\_david-muhlestein.pdf](https://nadpconvergedotorg1.files.wordpress.com/2014/02/aco-update_david-muhlestein.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Muhlestein, DB/Croshaw, AA/Merrill, TP (2013): Risk Bearing and Use of Fee-for-Service Billing Among Accountable Care Organizations. In: *The American Journal of Managed Care*, 19 (7), 589–92.
- Muhlestein, DB/Croshaw, AA/Merrill, TP/Pena, C/James, B (2012): The Accountable Care Paradigm: More than Just Managed Care 2.0. Leavitt Partners. Text abrufbar unter: <http://leavittpartners.com/wp-content/uploads/2013/11/Accountable-Care-Paradigm.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Muhlestein, DB/Hall, C (2014): ACO Quality Results: Good But Not Great. Health Affairs Blog. *Medicare*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2014/12/18/aco-quality-results-good-but-not-great/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Murray, CJL/Frenk, J (2000): A Framework for Assessing the Performance of Health Systems. In: *Bulletin of the World Health Organization*, (78), 717–731.
- National Association of ACOs (2014a): NAACOs Tracking Survey Results. Text abrufbar unter: <https://www.naacos.com/pdf/Newsletter110314.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- National Association of ACOs (2014b): National ACO Survey. Text abrufbar unter: <https://www.naacos.com/pdf/ACOSurveyFinal012114.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- National Committee for Quality Assurance (2015): Accountable Care Organization Accreditation. Text abrufbar unter: <http://www.ncqa.org/Portals/0/Programs/Accreditation/Accred08/ACO/ACO-web%20FINAL.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Niehaus, F (2012): Kompressions- versus Medikalisierungsthese: Die monetären Auswirkungen. In: Repschläger, U/Schulte, C/Osterkamp, N (Hrsg.): *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell*. 46–66.
- North, DC (1992): Institutionen, institutioneller Wandel und Wirtschaftsleistung. Tübingen: Mohr.
- Oberender, P (2002): Gesundheitspolitik in der sozialen Marktwirtschaft: Analyse der Schwachstellen und Perspektiven einer Reform. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Oberender, P/Heissel, A (2001): Die Beziehungen der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen im Jahr 2010. In: Kreyher, VJ (Hrsg.): *Handbuch Gesundheits- und Medizinmarketing: Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren*. Heidelberg: R.v.Decker.

- Oberender, P/Zerth, J (2010): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Eine Einschätzung nach dem Gesundheitsfonds. In: Oberender, Peter/Beutelmann, Josef (Hrsg.): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Berlin: Duncker & Humblot, 11–22.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2014): Health at a Glance 2014: OECD Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. Text abrufbar unter: [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2014\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Pearl, R (2014): The 4 Biggest Obstacles ACOs Face. Forbes Magazine. Text abrufbar unter: <http://www.forbes.com/sites/robertpearl/2014/08/14/the-4-biggest-obstacles-acos-face/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Peikes, D/Peterson, G/Brown, RS/Graff, S/Lynch, JP (2012): How Changes in Washington University's Medicare Coordinated Care Demonstration Pilot Ultimately Achieved Savings. In: *Health Affairs*, 31 (6), 1216–1226.
- Petersen, M/Gardner, P/Tu, T/Muhlestein, DB (2014): Growth and Dispersion of Accountable Care Organizations: June 2014 Update. Leavitt Partners. Text abrufbar unter: <http://leavittpartners.com/wp-content/uploads/2014/06/Growth-and-Dispersion-of-Accountable-Care-Organizations-June2014.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Petersen, M/Muhlestein, DB (2014): ACO Results: What We Know So Far. Health Affairs Blog. *Payment*. Text abrufbar unter: <http://healthaffairs.org/blog/2014/05/30/aco-results-what-we-know-so-far/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Pimperl, A/Schreyögg, J/Rothgang, H/Busse, R/Glaeske, G/Hildebrandt, H (2015): Ökonomische Erfolgsmessung von integrierten Versorgungsnetzen – Gütekriterien, Herausforderungen, Best-Practice-Modell. In: *Das Gesundheitswesen* (in Veröffentlichung).
- Pimperl, A/ Schulte T/ Daxer C/ Roth M/ Hildebrandt H (2012): Der Balanced-Scorecard-Ansatz als Managementinstrument für Netzwerke im Gesundheitswesen. In: *Monitor Versorgungsforschung*, 12 (6), 31-35.
- Pimperl, A/ Schulte T/ Daxer C/ Roth M/ Hildebrandt H (2013): Balanced-Scorecard-Ansatz: Case Study Gesundes Kinzigtal. In: *Monitor Versorgungsforschung*, 13 (1), 26-30.
- Porter, ME (2010): What Is Value in Health Care?. In: *New England Journal of Medicine*, 363 (26), 2477–2481.
- Porter, ME/Guth, C (2012): Chancen für das deutsche Gesundheitssystem. Von Partikularinteressen zu mehr Patientennutzen. Berlin Heidelberg: Springer Gabler.
- Porter, ME/Teisberg, E (2006): *Redefining Health Care - Creating Value-based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Radley, DC/McCarthy, D/Lippa, JA/Hayes, SL/Schoen, C (2014): Aiming Higher: Results from a Scorecard on State Health Performance 2014. The Commonwealth Fund. Text abrufbar unter: [http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/apr/1743\\_radley\\_aiming\\_higher\\_2014\\_state\\_scorecard\\_corrected\\_62314.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2014/apr/1743_radley_aiming_higher_2014_state_scorecard_corrected_62314.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Rice, T/Rosenau, P/Unruh, LY/Barnes, AJ/Saltman, RB/van Ginneken, E (2013): United States of America: Health system review. World Health Organization. Text abrufbar unter: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf?ua=1) (Zugriff am 3.3.2015).



- Robinson, JC (2011): Accountable Care Organization for PPO Patients. Integrated Healthcare Association. Text abrufbar unter: [http://www.iha.org/pdfs\\_documents/resource\\_library/ACOWhitePaper\\_PPO\\_final.pdf](http://www.iha.org/pdfs_documents/resource_library/ACOWhitePaper_PPO_final.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Rosenthal, MB/Landon, BE/Howitt, K/Song, HR/Epstein, AM (2007): Climbing Up The Pay-For-Performance Learning Curve: Where Are The Early Adopters Now?. In: *Health Affairs*, 26 (6), 1674–1682.
- Roski, J/McClellan, M (2011): Measuring Health Care Performance Now, Not Tomorrow: Essential Steps to Support Effective Health Reform. In: *Health Affairs*, 30 (4), 682–689.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung - Sondergutachten 2012. Bern: Huber.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung - Sondergutachten 2012. Drucksache 17/10323.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2012): Soziale Sicherung: Weiterhin Reformbedarf trotz guter Finanzlage. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Stabile Architektur für Europa - Handlungsbedarf im Inland. Paderborn: Bonifatius GmbH, 348–390.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens (2009): Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Drucksache 16/13770.
- Safran, DG (2013): Improving Health Care Quality While Reducing Spending Growth: The Alternative Quality Contract (AQC). CAPG Healthcare Conference. Text abrufbar unter: [http://www.capg.org/ftp/breakoutsessions/1\\_techcomponents\\_safran.pdf](http://www.capg.org/ftp/breakoutsessions/1_techcomponents_safran.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Salmon, RB/Sanderson, MI/Walters, BA/Kennedy, K/Flores, RC/Muney, AM (2012): A Collaborative Accountable Care Model In Three Practices Showed Promising Early Results On Costs And Quality Of Care. In: *Health Affairs*, 31 (11), 2379–2387.
- Sandberg, SF/Erikson, C/Owen, R/Vickery, KD/Shimotsu, ST/Linzer, M/Garrett, NA/Johnsrud, KA/Soderlund, DM/DeCubellis, J (2014): Hennepin Health: A Safety-Net Accountable Care Organization For The Expanded Medicaid Population. In: *Health Affairs*, 33 (11), 1975–1984.
- Schoen, C/Osborn, R/Squires, D/Doty, MM (2013): Access, Affordability, And Insurance Complexity Are Often Worse In The United States Compared To Ten Other Countries. In: *Health Affairs*, 32 (12), 2205–2215.
- Schrappe, M (2014): Qualität 2030 Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schreyögg, J (2008): Mobilisierung von Netzwerkressourcen in einem vertikal integrierten Gesundheitsnetzwerk – Das Beispiel der US-Veteran Health Administration . In: Amelung, VE/Sydow, J/Windeler, A (Hrsg.): Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: Kohlhammer, 211–221.
- Schreyögg, J/Stargardt, T (2010): The Trade-Off Between Costs and Outcomes: The Case of Acute Myocardial Infarction. In: *Health Services Research*, 45 (6), 1585–601.

- Schreyögg, J/Weinbrenner, S/Busse, R (2010): Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung . In: Busse, R/Schreyögg, J/Tiemann, O (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen. 2. Aufl. Berlin; Heidelberg: Springer, 101–121.
- Selker, HP (2014): The Center for Medicare and Medicaid Innovation: It's Purpose, Processes, and Desired Outcomes. In: Selker, HP/Wasser, JS (Hrsg.): the Affordable Care Act as a National Experiment. New York: Springer.
- Shah, ND/Naessens, JM/Wood, DL/Stroebel, RJ/Litchy, W/Wagie, A/Fan, J/Nesse, R (2011): Mayo Clinic Employees Responded To New Requirements For Cost Sharing By Reducing Possibly Unneeded Health Services Use. In: *Health Affairs*, 30 (11), 2134–2141.
- Share, DA/Mason, MH (2012): Michigan's Physician Group Incentive Program Offers a Regional Model for Incremental "Fee for Value" Payment Reform. In: *Health Affairs*, 31 (9), 1993–2001.
- Shields, MC/Patel, PH/Manning, M/Sacks, L (2011): A Model for Integrating Independent Physicians into Accountable Care Organizations. In: *Health Affairs*, 30 (1), 161–172.
- Shortell, SM (2012): Promoting Integrative Care in the United States: Accountable Care Organizations - Early Stage Challenges and Lessons. The Kings Fund, Global Health Leadership Forum, Congress Presentation. Text abrufbar unter: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/stephen-shortell-accountable-care-organisations-usa-kingsfund-sept12.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Shortell, SM/Casalino, LP/Fisher, ES (2010): How The Center For Medicare And Medicaid Innovation Should Test Accountable Care Organizations. In: *Health Affairs*, 29 (7), 1293–1298.
- Shortell, SM/McClellan, SR/Ramsay, PP/Casalino, LP/Ryan, AM/Copeland, KR (2014a): Physician Practice Participation in Accountable Care Organizations: The Emergence of the Unicorn. In: *Health Services Research*, 49 (5), 1519–1536.
- Shortell, SM/Wu, FM/Lewis, VA/Colla, CH/Fisher, ES (2014b): A Taxonomy of Accountable Care Organizations for Policy and Practice. In: *Health Services Research*, 1883–1899.
- Shrank, W (2013): The Center for Medicare and Medicaid Innovation's Blueprint for Rapid-Cycle Evaluation of New Care and Payment Models. In: *Health Affairs*, 32 (4), 807–812.
- Siegel, A/Köster, I/Schubert, I (2012): Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal: Ein Modell für regionale Prävention und Schnittstellenoptimierung. In: Kirch, W/Hoffmann, T/Pfaff, H (Hrsg.): Prävention und Versorgung. Stuttgart: Thieme, 148–164.
- Silow-Carroll, S/Edwards, JN (2013): Early Adopters Of The Accountable Care Model: A Field Report On Improvements In Health Care Delivery. The Commonwealth Fund. Text abrufbar unter: [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Mar/1673\\_SilowCarroll\\_early\\_adopters\\_ACO\\_model.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2013/Mar/1673_SilowCarroll_early_adopters_ACO_model.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Simon, CJ/Emmons, DW (1997): Physician Earnings at Risk: An Examination of Capitated Contracts. In: *Health Affairs*, 16 (3), 120–126.
- Sinaiko, AD/Rosenthal, MB (2010): Patients' Role in Accountable Care Organizations. In: *New England Journal of Medicine*, 363 (27), 2583–2585.

- Smith, M (2014): Translating Five Accountable Care Goals into IT Action. *The Camden Group Insights Blog*. Text abrufbar unter: <http://www.healthdirections.com/articles/translating-accountable-care-goals-into-it-action/> (Zugriff am 3.3.2015).
- Somers, S/McGinnis, T (2014): Introducing Totally Accountable Care Organizations (TACOs). Center for Health Care Strategies. Text abrufbar unter: [http://www.chcs.org/media/Introducing-Totally-Accountable-Care-Organizations\\_Nov2014.pdf](http://www.chcs.org/media/Introducing-Totally-Accountable-Care-Organizations_Nov2014.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- Song, Z (2014): Payment Reform in Massachusetts: Four-Year Effect of Global Payment on Health Care Spending and Quality in Accountable Care Organizations. Text abrufbar unter: <http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/12407606/ZSong%20Honors%20Thesis%209-22-14%20Redacted%20Version%203%200.pdf?sequence=3> (Zugriff am 3.3.2015).
- Song, Z/Chokshi, DA (2015): The Role of Private Payers in Payment Reform. In: *Journal of the American Medical Association*, 313 (1), 25–26.
- 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. In: *New England Journal of Medicine*, 371 (18), 1704–1714.
- Song, Z/Safran, DG/Landon, BE/He, Y/Ellis, RP/Mechanic, RE/Day, MP/Chernew, ME (2011): Health Care Spending and Quality in Year 1 of the Alternative Quality Contract. In: *New England Journal of Medicine*, 365 (10), 909–918.
- Song, Z/Safran, DG/Landon, BE/Landrum, MB/He, Y/Mechanic, RE/Day, MP/Chernew, ME (2012): The "Alternative Quality Contract" Based On a Global Budget, Lowered Medical Spending and Improved Quality. In: *Health Affairs*, 31 (8), 1885–1894.
- Sood, N/Huckfeldt, PJ/Escarce, JJ/Grabowski, DC/Newhouse, JP (2011): Medicare's Bundled Payment Pilot For Acute and Post-acute Care: Analysis and Recommendations on Where to Begin. In: *Health Affairs*, 30 (9), 1708–1717.
- Swensen, S/Pugh, M/McMullan, C/Kabcenell, A (2013): High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs. IHI White Paper. Text abrufbar unter: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/HighImpactLeadership.aspx> (Zugriff am 3.3.2015).
- Tallia, AF/Howard, J (2012): An Academic Health Center Sees Both Challenges And Enabling Forces As It Creates An Accountable Care Organization. In: *Health Affairs*, 31 (11), 2388–2394.
- Techniker Krankenkasse/BARMER GEK/Schwenninger Krankenkasse/KKH/BKK Essanelle/SBK/HKK/Novitas BKK (2013): Weiterentwicklung von Selektivverträgen (Positionspapier). Text abrufbar unter: [http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/518812/Datei/83089/TK\\_Positionspapier\\_Weiterentwicklung\\_der\\_Selektivvertraege.pdf](http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/518812/Datei/83089/TK_Positionspapier_Weiterentwicklung_der_Selektivvertraege.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).
- The Commonwealth Fund (2009): The Path to a High Performance U.S. Health System - A 2020 Vision and the Policies to Pave the Way. Text abrufbar unter: [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Feb/The%20Path%20to%20a%20High%20Performance%20US%20Health%20System/1237\\_Commission\\_path\\_high\\_perform\\_US\\_hlt\\_sys\\_WEB\\_rev\\_03052009.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Feb/The%20Path%20to%20a%20High%20Performance%20US%20Health%20System/1237_Commission_path_high_perform_US_hlt_sys_WEB_rev_03052009.pdf) (Zugriff am 3.3.2015).

- Theisen, MR (2013): *Wissenschaftliches Arbeiten: Erfolgreich bei Bachelor- und Masterarbeit*. München: Vahlen, Franz.
- Tilburt, JC/Wynia, MK/Sheeler, RD/Thorsteinsdottir, B/James, KM/Egginton, JS/Liebow, M/Hurst, S/Danis, M/Goold, SD (2013): Views of US Physicians about Controlling Health Care Costs. In: *Journal of the American Medical Association*, 310 (4), 380.
- UnitedHealthcare (2012): Value-based Contracting and Accountable Care Organizations. Text abrufbar unter: <http://www.uhc.com/content/dam/uhcdotcom/en/HealthReform/PDF/Provisions/ViewpointACO.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Valentijn, P/Schepman, S/Opheij, W/Bruijnzeels, M (2013): Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care. Text abrufbar unter: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/886/1978>.
- Veit, C/Hertle, D/Bungard, S/Trümner, A/Ganske, V/Meyer-Hofmann (2012): Pay-for-Performance im Gesundheitswesen: Sachstandsbericht zu Evidenz und Realisierung sowie Darlegung der Grundlagen für eine künftige Weiterentwicklung. Ein Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2012. BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit. Text abrufbar unter: <http://bqs-institut.de/images/stories/doc/P4P-Gutachten-BQS-20120727.pdf> (Zugriff am 3.3.2015).
- Verbrugge, LM (1984): Long Life but Worsening Health? Trends in Health and Mortality of Middle-aged and Older Persons. In: *Milbank Quarterly*, (62), 195–233.
- Wambach, V/Lindenthal, J (2009): Finanzierung und Vergütung aus Sicht der Ärzteschaft Qualität und Effizienz - QuE Nürnberg . In: Braun, GE/Güssow, J/Schumann, A/Heßbrügge, G (Hrsg.): *Innovative Versorgungsformen im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag. 39-48.
- Wendt, C (2013): *Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich*. Wiesbaden: Springer.
- Wigge, P/Waldorf, K/Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu, C/Susen, B (2005): *Integrierte Versorgung - Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte in Praxis und Krankenhaus*. Düsseldorf: Ärztekammer Nordrhein.
- Wilensky, GR (2014): Developing a Viable Alternative to Medicare's Physician Payment Strategy. In: *Health Affairs*, 33 (1), 153–160.
- Williamson, O (1985): *The Economic Institutions of Capitalism*. New York: Free Press.
- Wilson, L (2015): *Accountable Care Organizations - Testing Their Impact*. Robert Wood Johnson Foundation. Text abrufbar unter: [http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program\\_results\\_reports/2015/rwjf417961](http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2015/rwjf417961) (Zugriff am 3.3.2015).
- Yip, W (1998): Physician Responses to Medical Fee Reductions: Changes in Volume and Intensity of Supply of Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Surgeries in the Medicare and Private Sectors. In: *Journal of Health Economics*, (17), 675–700.
- Zusman, EE/Carr, SJ/Robinson, J/Kasirye, O/Zell, B/Miller, WJ/Duarte, T/Engel, AB/Hernandez, M/Horton, MB/et al. (2014): Moving toward Implementation: The Potential for Accountable Care Organizations and Private–Public Partnerships to Advance Active Neighborhood Design. In: *Preventive Medicine*, 69, 98–101.

## Appendix

Allgemeine Gestaltung von Vergütungssystemen		
Vergütungsform	erwünschter Effekt	unerwünschter Effekt
Gehalt	- Anreiz zur Gesunderhaltung des Patienten	- keine Wirtschaftlichkeitsanreize - Warteschlangen
Kopfpauschale <i>Capitation</i>	- Anreiz zur Gesunderhaltung des Patienten - Wirtschaftlichkeitsanreize - geringe Verwaltungskosten	- Risikoselektion - Kostenverlagerung - Qualitätsgefährdung
Fallpauschale	- ohne Anreiz zur Leistungsausweitung - Wirtschaftlichkeitsanreize	- Unterlassen erwünschter Leistungen - Upgrading - Kostenverlagerung
Tagespauschale	- Minimierung der Kosten pro Tag	Ausdehnung der Verweildauer
Leistungskomplex	- kein Anreiz zur Ausweitung von Einzelleistungen	- Inhalte der Leistungen nur durch Zusatzmaßnahmen gesichert
Einzelleistung <i>Fee-for-Service</i>	- leistungsorientierte Vergütung - produktivitäts- und leistungssteigernd	- unerwünschte Leistungsausweitung - Rosinenpicken, z.B. Bevorzugung von Geräteleistungen
Erstattung der Faktorkosten	- Planungssicherheit für Leistungserbringer - innovationsfördernd	- keine Wirtschaftlichkeitsanreize, Leistungsausweitung
erfolgsorientierte Vergütungsformen	- Qualitätsverbesserung - Arztinteresse und Patienteninteresse sind deckungsgleich	- Messprobleme - hohe Kontrollkosten

Tabelle 4: Effekte alternativer Vergütungsformen im Gesundheitswesen  
(Gabler Wirtschaftslexikon 2015)

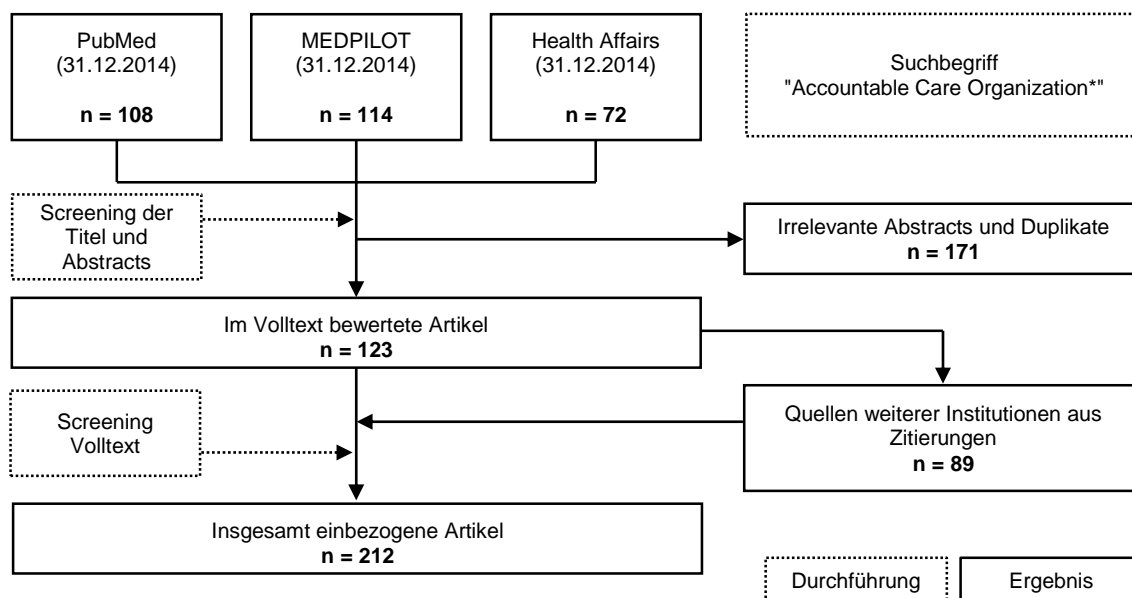


Abbildung 4: Ergebnis der systematischen Literaturrecherche zum Thema "Accountable Care Organization",  
(eigene Darstellung; Stand: 31.12.2014)

		MSSP ACO	Pioneer ACO	AQC
Populationsbezug	Größe	Min. 5.000 Medicare Patienten (≥ 65)	Min. 15.000 Medicare Patienten (≥ 65)	Min. 7.000 Patienten von BCBSMA (< 65)
	Attribution	hybrider, passiver Attribution (Basis = größter Anteil Versorgungskosten)	Wahlmöglichkeiten: prospektiv oder retrospektiv wie MSSP	Aktive Attribution durch Besuch von HMO- oder PoS-Primärärzten
	Steuerung	Freie Arztwahl, keine In-Network-Incentives	Freie Arztwahl, keine In-Network-Incentives	HMO, PoS, In-Network-Incentives
	Patienten-einbindung	Transparente Information	Transparente Information	Patienten werden nicht über AQC informiert
Qualitätsorientierung	Leistungskennzahlen	33 Kennzahlen in 4 Kategorien	33 Kennzahlen in 4 Kategorien	64 Kennzahlen (32 ambulant, 32 stationär) in 3 Hauptgruppen
	Qualitätsziele	Nationale Benchmarks	Nationale und regionale Benchmarks	Kontrollgruppe
	Transparenz	Veröffentlichung aggregierter Ergebnisse	Veröffentlichung aggregierter Ergebnisse	Interne Nutzung zur Verbesserung
Vergütungssystem	Budgetkalkulation	Historisches, risikoadjustiertes Ausgabenziel mit nationaler Steigerungsrate und MEQ/MVQ	Historisches, risikoadjustiertes Ausgabenziel mit nationaler Steigerungsrate und MEQ/MVQ	Risikoadjustiertes, retrospektives Globalbudget auf Basis historischer Kosten mit regionaler Steigerungsrate
	Risikoteilung	One-Sided Model oder Two-Sided Model  Max. shared savings (& losses), Hochkostenkapp.	Two-Sided Model mit 6 Arrangements  Max. shared savings (& losses), Hochkostenkapp.	Risikoteilung basiert auf Verhandlung  Rückversicherungen gegen Hochkostenfälle
	Verknüpfung mit Qualität	Qualitätsindex beeinflusst shared savings (& losses)	Qualitätsindex beeinflusst shared savings (& losses)	Qualitätsbonus max 10% und Performance Score beeinflusst shared savings & losses
Integration	Professionalisierung	Bewerbung, Nachweis 75% ACO-Leistungserbringer in Führungsstruktur, Management, med. Direktor, ärztliche QS	Bewerbung und Assessment, Erfahrung mit pauschalierter Vergütung, prof. Management, 50% elektronische Vernetzung	Ansprache und Selbstbewertung, keine Informationen zu sonstigen Anforderungen
	Integrationsgrad	Mindestens horizontal integriert	Mindestens horizontal integriert	Mindestens horizontal integriert, Fokus auf Hausärzte
	Prozessoptimierung	EbM, SDM, EPA	EbM, SDM, EPA	Keine Vorgaben

Tabelle 5: Kernelemente von MSSP-ACOs, Pioneer-ACOs und Organisationen mit AQC (eigene Darstellung)

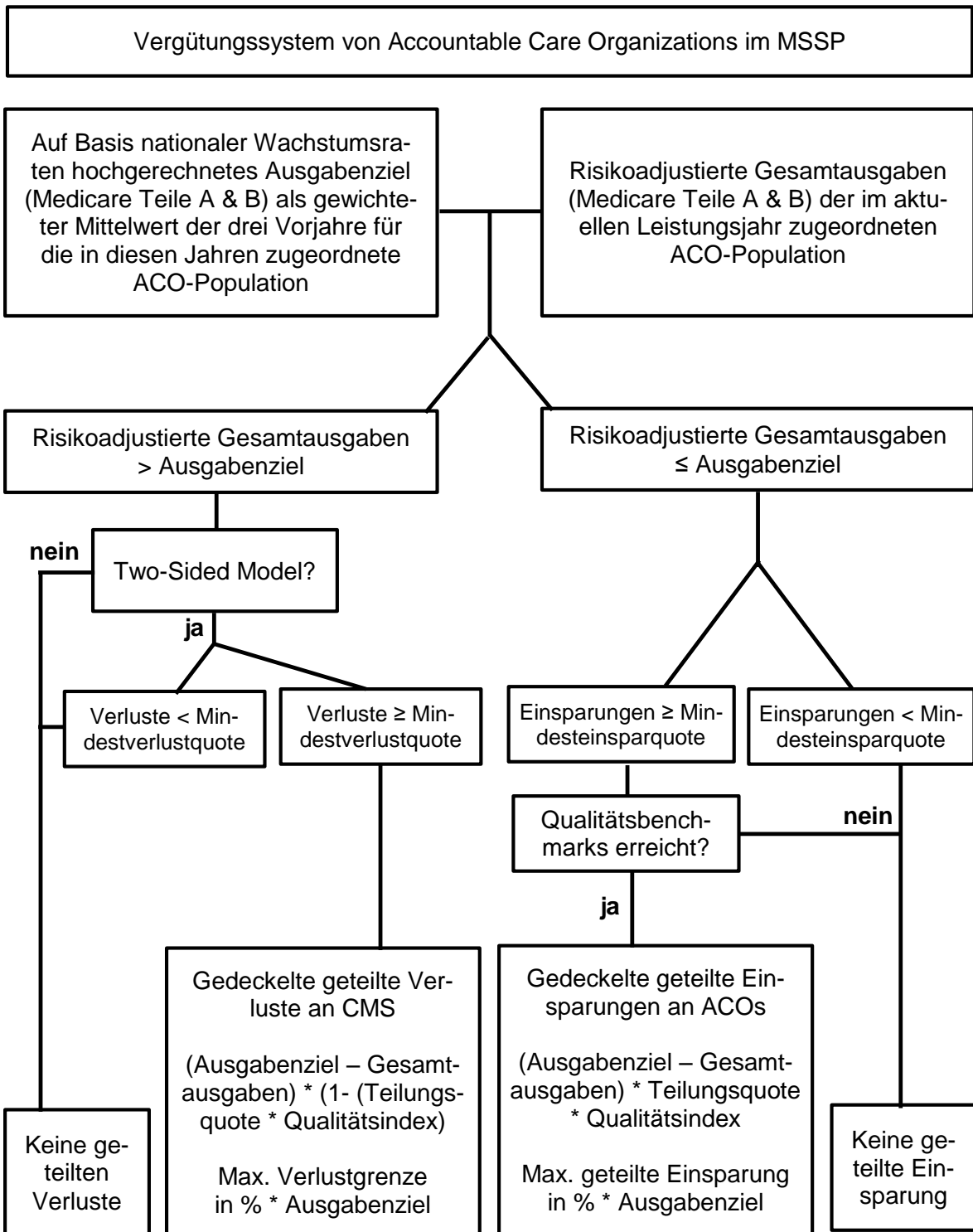


Abbildung 5: Vergütungssystematik für Accountable Care Organizations im MSSP (eigene Darstellung)



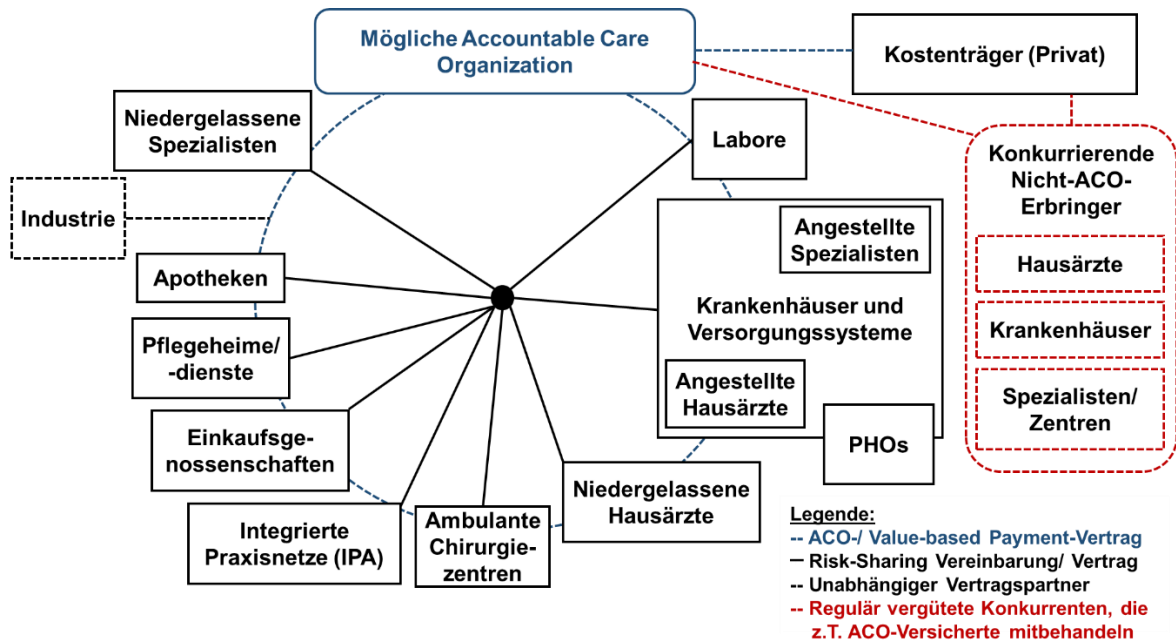


Abbildung 6: Mögliche organisatorische Ausgestaltung von ACOs mittels Vertragsbeziehungen (modifizierte Darstellung in Anlehnung an Cimasi 2014: Pos. 3758)

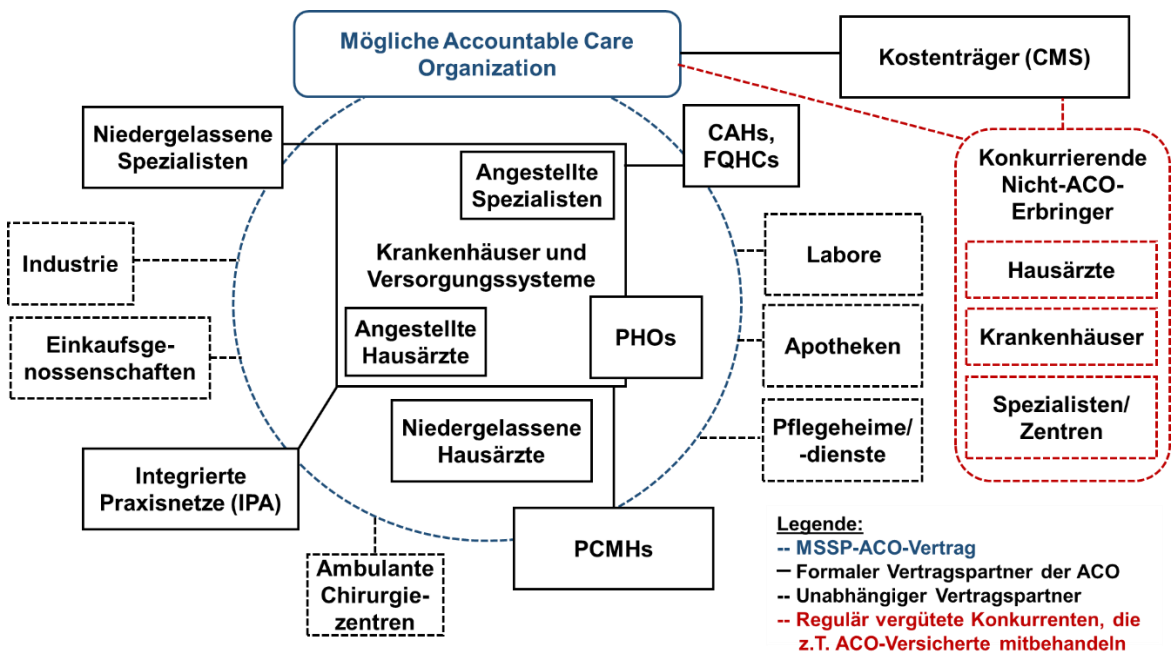


Abbildung 7: Mögliche organisatorische Ausgestaltung von ACOs als formale Organisationen (mod. Darstellung am Beispiel einer ACO im MSSP in Anlehnung an Cimasi 2014: Pos. 3662)

Element	Herausforderungen und potenzielle Schwachstellen von ACOs
Populationsbezug	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optimale Populationsgröße (Risikostreuung versus Steuerungspotential)</li> <li>▪ Hohe Mindestgrößen behindern ländliche ACOs</li> <li>▪ Zu geringer (Markt-)Anteil von Patienten im ACO-Modell bei einzelnen Leistungserbringern</li> <li>▪ Trittbrettfahrer-Problematik</li> <li>▪ Kostenverlagerung auf nicht ACO-Populationen</li> <li>▪ Keine stabile Bewertungsgrundlage bei passiver Attribution</li> <li>▪ Anreize zur Risikoselektion bei aktiver Attribution</li> <li>▪ Patient Dumping</li> <li>▪ Indirekte Risikoselektion durch Ausschluss bestimmter Leistungserbringer</li> <li>▪ Keine direkten Instrumente zur Begrenzung von Out-of-Network Utilization bzw. Anwendung von Managed Care Instrumenten mit entsprechender Kritik</li> </ul>
Qualitätsorientierung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzliche Messprobleme (Verifizierbarkeit von Qualität)</li> <li>▪ Validität, Reliabilität und Transparenz der Kennzahlen</li> <li>▪ Datenverfügbarkeit</li> <li>▪ Prinzipal-Agent-Problem führt ggfs. zu hohen Kontrollkosten</li> <li>▪ Probleme durch abweichende Priorisierungen und Operationalisierungen in Multipayer-Verträgen</li> <li>▪ Aufbau von Infrastruktur für Datenanalytik ist sehr aufwändig</li> <li>▪ Häufig kein zeitnahes Feedback und kein Benchmarking möglich</li> <li>▪ Blinde Flecken</li> <li>▪ Mangelnde Vergleichbarkeit von ACO-Modellen untereinander</li> <li>▪ Konzentration auf Bereiche, in denen Kennzahlen definiert wurden</li> <li>▪ Up-Coding bzw. Fehldokumentation</li> <li>▪ Abneigungen von Leistungserbringern gegenüber transparenter Bewertungen</li> </ul>
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einsparungen sind potenzielle Einkommensverluste für einige Leistungserbringer</li> <li>▪ Erreichte Shared Savings werden in der Regel erst zeitversetzt ausbezahlt</li> <li>▪ Mangelnder Glaube an Einsparpotenziale durch Leistungserbringer</li> <li>▪ Resistenzen gegen Einkommens-Umverteilungen</li> <li>▪ Historischer Kostenbenchmark bevorteilt zunächst aktuelle „Low-Performer“</li> <li>▪ Kontrollgruppen sind schwer zu definieren</li> <li>▪ Mangelnde Berücksichtigung regionaler Unterschiede</li> <li>▪ Unzureichende, manipulationsanfällige Risikoadjustierung</li> <li>▪ Leistungserbringer arbeiten in mehreren Vergütungssystemen parallel</li> <li>▪ Messprobleme wie auch bei den Qualitätskennzahlen</li> <li>▪ In der Regel Zielkonflikt zwischen besserer Qualität und geringeren Kosten</li> </ul>
Integration	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Großer, formaler Gründungsaufwand</li> <li>▪ Aufbau von Marktmacht und Nutzung gegenüber privaten Versicherern und Wettbewerbern</li> <li>▪ Gestörtes Verhältnis Niedergelassene und Klinikärzte bzw. gegenüber Kostenträgern</li> <li>▪ Mangelnde Mitwirkung/ Einbindung bestimmter Leistungserbringer</li> <li>▪ Netzwerkführung ist eine höchst anspruchsvolle Aufgabe</li> <li>▪ Berücksichtigung informeller Regeln und Organisationskulturen</li> <li>▪ Organisationswandel ist ein langfristiger Prozess mit Resistenzen</li> </ul>

*Tabelle 6: Herausforderungen von ACOs in den USA  
(eigene Darstellung)*

Versichertenpopulation nach ACO-Typ %

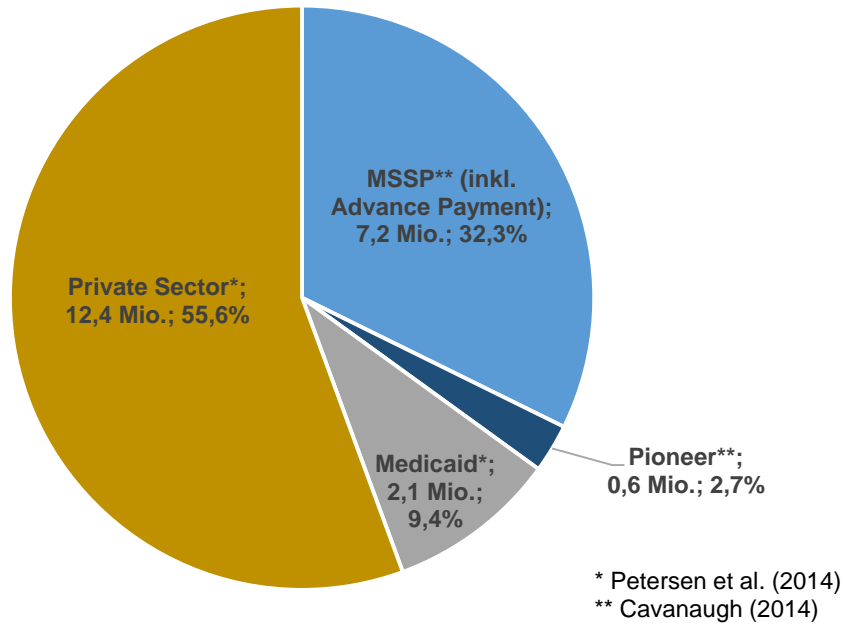


Abbildung 8: Durch ACO-Modelle abgedeckte Versichertenpopulation nach ACO-Typ (eigene Darstellung)

Exhibit 2. Average Percent Savings by Number of Beneficiaries (with Standard Deviations)

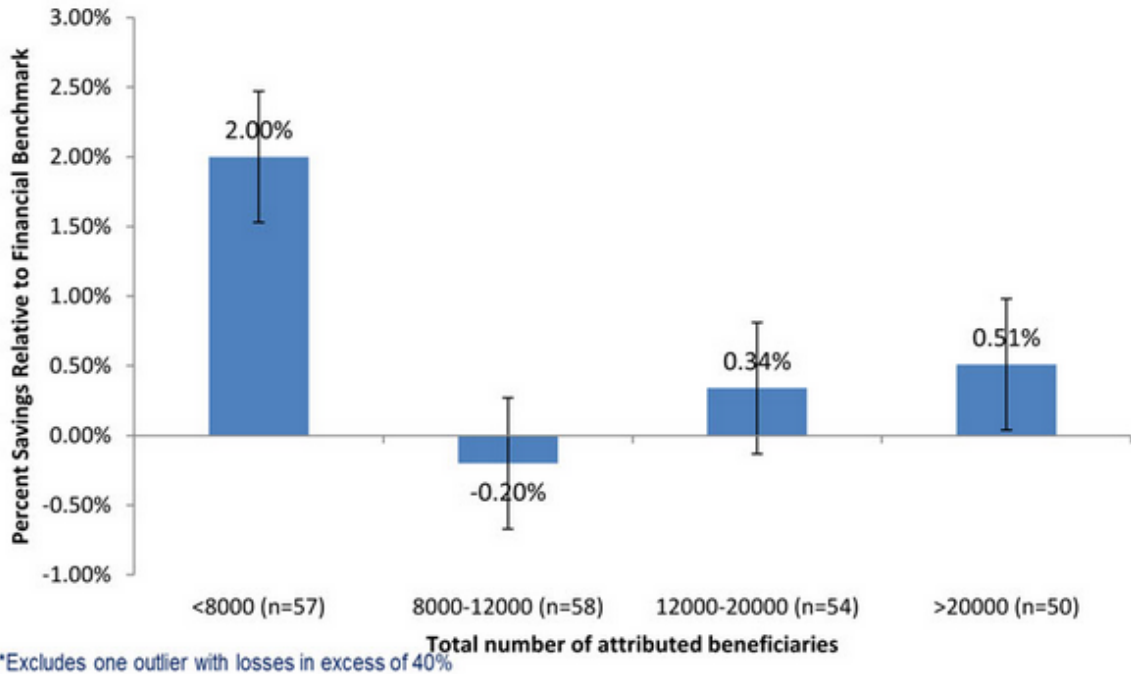


Abbildung 9: Durchschnittliche relative Einsparung von ACOs nach Populationsgröße (McClellan et al. 2015)

Verteilung des Qualitäts-Scores von ACOs im MSSP im ersten Leistungsjahr

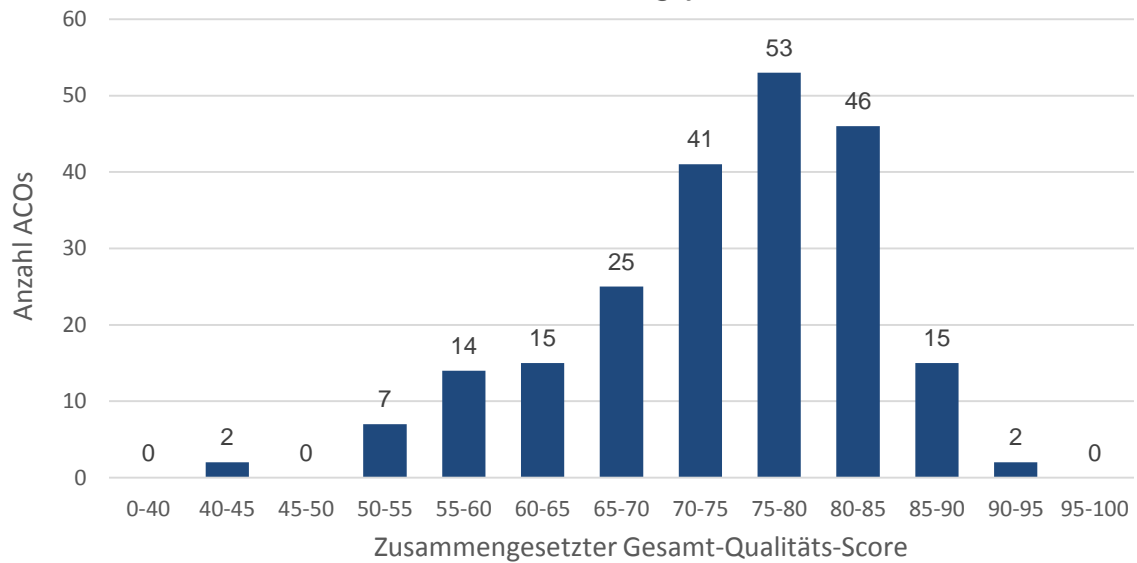


Abbildung 10: Verteilung des Qualitäts-Scores von ACOs im MSSP im 1. Leistungsjahr (modifizierte Darstellung in Anlehnung an Muhlestein/Hall 2014)

Ressource	Erfolgsfaktoren von ACOs
Strukturelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bereitschaft zur Veränderung</li> <li>▪ Organisationskultur für Teamarbeit</li> <li>▪ Vertrauensverhältnis untereinander und zu Kostenträgern</li> <li>▪ Realistische Erwartungen bzgl. des Aufwands und möglicher Erfolge</li> <li>▪ Elektronische Infrastruktur mit gemeinsamer Patientenakte und klinischem Unterstützungssystem</li> <li>▪ Performance Management System</li> <li>▪ Gesicherte Finanzierung, ggfs. durch Kostenträger</li> <li>▪ Lernnetzwerke</li> </ul>
(Management-) Fähigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definition von Vision und Strategien</li> <li>▪ Change Management</li> <li>▪ Restrukturierung von Versorgungsprozessen</li> <li>▪ Motivierende Führungskräfte</li> <li>▪ Festlegen von Verantwortlichkeiten</li> <li>▪ Schaffung von Qualitätskultur und -wettbewerb</li> <li>▪ Akzeptiertes System zur Verteilung von Vergütungen</li> </ul>
Aktivitäten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Population Health Management</li> <li>▪ Evidenzbasierte Medizin</li> <li>▪ Shared Decision Making inkl. gemeinsamer Zielvereinbarungen</li> <li>▪ Patienten-Empowerment</li> <li>▪ Patienten- und Leistungserbringer-Schulungen</li> <li>▪ Stärkerer Fokus auf Primärversorgung und Prävention</li> <li>▪ Patient Centered Medical Homes</li> <li>▪ Patientenzentrierte Kommunikation</li> <li>▪ Fokus auf Risikopatienten</li> <li>▪ Care Management</li> </ul>

Tabelle 7: Erfolgsfaktoren für ACO-Modelle (eigene Darstellung)