



Evaluierung der Programme beim Beatrix-Krankenhaus und Bernhoven

Seit 2015 haben das Beatrix-Krankenhaus und das Krankenhaus Bernhoven umfangreiche Veränderungsprogramme durchgeführt. CPB, IQ healthcare und NZa haben die Veränderungen, die Effizienz und andere Auswirkungen in den ersten drei Jahren ausgewertet.

Auswirkungen

- stärkere Effizienzverbesserung als in anderen Krankenhäusern
- weniger Behandlungen und weniger intensive Behandlungen durchgeführt
- keine Abwälzung von Patienten auf andere Krankenhäuser
- keine deutliche Qualitätsveränderung

Veränderungsprogramme

- mehrjährige pauschale Beauftragungssummen zwischen Versicherungen und Krankenhäusern
- verstärkte Zusammenarbeit mit und Verlagerung von Behandlungen zu den Hausärzten
- organisatorische Veränderung
- Bottom-up-Initiativen
- Beseitigung des „Produktionsanreizes“



Nederlandse
Zorgautoriteit



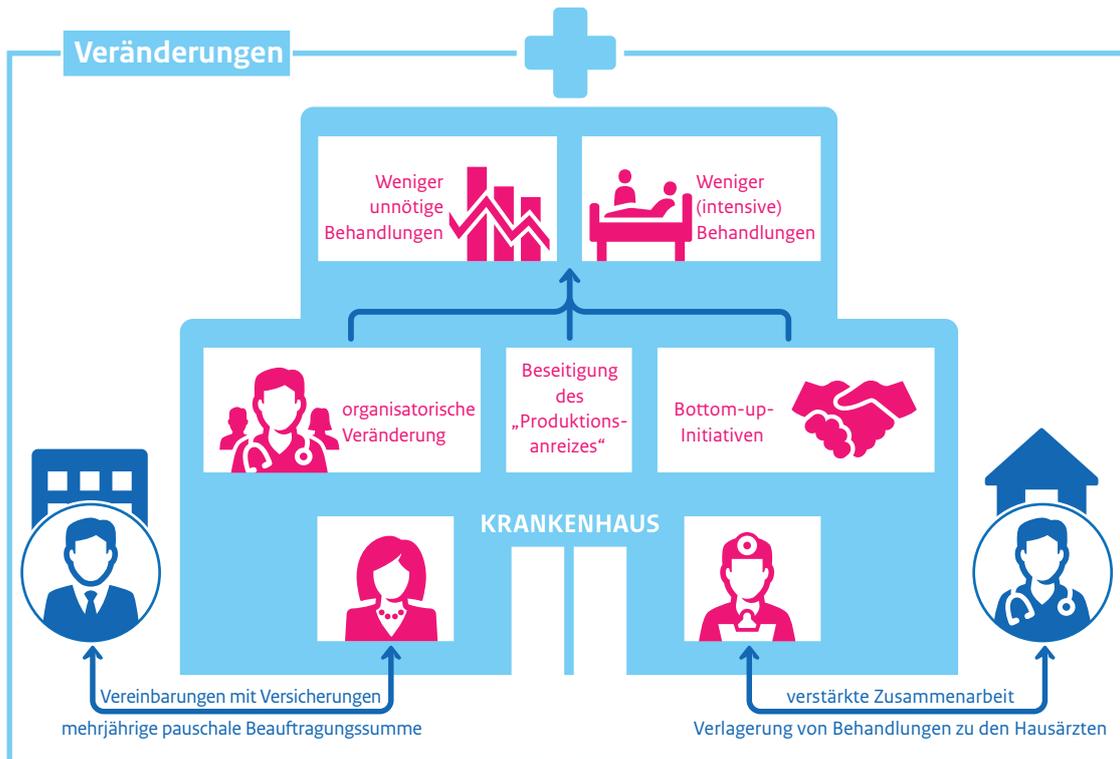
Scientific Center for
Quality of Healthcare

CPB Policy Brief

CPB: Rudy Douven, Maaïke Diepstraten, Anita Kopányi-Peuker
IQ healthcare: Simone van Dulmen, Niek Stadhouders,
Erik Wackers, Patrick Jeurissen
NZa: Gustaaf Wijnker, Misja Mikkers

Evaluierung der Effizienz von Krankenhäusern

Seit 2015 haben das Beatrix-Krankenhaus und das Krankenhaus Bernhoven umfangreiche Veränderungsprogramme durchgeführt. CPB, IQ healthcare und NZa haben die Veränderungen, die Effizienz und andere Auswirkungen in den ersten drei Jahren evaluiert.



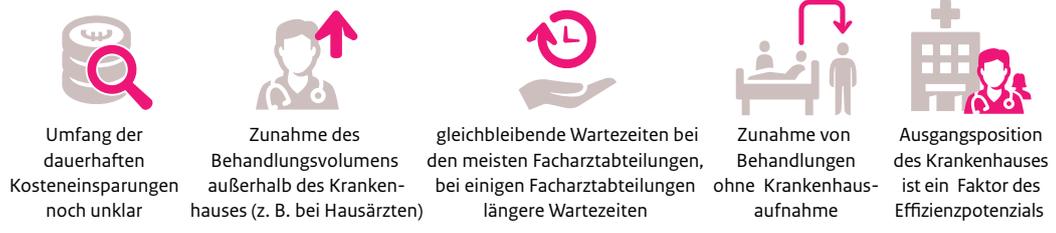
Effizienz

Die Effizienz wurde im Evaluierungszeitraum stärker verbessert als in vergleichbaren Krankenhäusern.

Abnahme des Wertes des Behandlungsvolumens gegenüber dem Durchschnitt vergleichbarer Krankenhäuser



Sonstige Ergebnisse



© Niederländisches Büro für Wirtschaftsanalyse (CPB), Den Haag 2020

Zusammenfassung

Das Beatrix-Krankenhaus und das Krankenhaus Bernhoven in den Niederlanden haben ihre Effizienz stärker verbessert als vergleichbare Krankenhäuser. Diese beiden Krankenhäuser haben 2015 umfangreiche Veränderungsprogramme eingeleitet, die durch mehrjährige pauschale Beauftragungssummen zwischen Versicherungen und Krankenhäusern ermöglicht wurden. Die Programme haben in den ersten drei Jahren zu einem stärkeren Rückgang des Behandlungsvolumens als in vergleichbaren Krankenhäusern geführt. Es liegen keine Hinweise vor, dass dabei unerwünschte Effekte aufgetreten sind, wie etwa Verlagerungen zu anderen Krankenhäusern oder Qualitätseinbußen. Allerdings kann derzeit noch nicht festgestellt werden, ob dies auch auf längere Sicht zu dauerhaften finanziellen Einsparungen führen wird. Dies geht aus einer vom niederländischen Planungsamt (*Centraal Planbureau*, CPB), IQ healthcare und der niederländischen Aufsichtsbehörde für das Gesundheitswesen (*Nederlandse Zorgautoriteit*, NZa) gemeinsam durchgeführten Evaluierung hervor.

Die Evaluierung der Veränderungsprogramme zeigt, dass in beiden Krankenhäusern sowohl weniger Behandlungen als auch weniger intensive Behandlungen durchgeführt wurden als in vergleichbaren Krankenhäusern. Ein Beispiel ist die geringere Anzahl der Krankenhausaufnahmen, weil die Zahl der Behandlungen gesenkt oder ambulante Behandlungen anstelle stationäre Behandlungen durchgeführt wurden. Außerdem wurde intensiv mit Hausärzten zusammengearbeitet, um Patienten länger außerhalb des Krankenhauses zu betreuen.

Es liegen keine Hinweise vor, dass dabei unerwünschte Effekte aufgetreten sind, wie etwa eine Verlagerung zu anderen Krankenhäusern in der Region oder Qualitätseinbußen bei der medizinischen Versorgung. Auch der Anteil der Patienten, die andere Krankenhäuser aufsuchen, ist in beiden Regionen nicht gestiegen. Die Werte der untersuchten Qualitätsindikatoren zeigen, dass die Qualität der medizinischen Versorgung in beiden Krankenhäusern durchschnittlich bis hoch ist und dass im Durchschnitt keine Veränderung der Qualität eingetreten ist. Allerdings ist beim Krankenhaus Bernhoven die Wartezeit für vier Facharztabteilungen gestiegen.

Ob diese Programme auf längere Sicht zu dauerhaften Kosteneinsparungen führen werden, ist noch unklar. Eine Verbesserung der Effizienz ist ein erster wichtiger Schritt zur Erzielung von Kosteneinsparungen, die realisiert werden, wenn die beiden Krankenhäuser bewerkstelligen können, dass ihre internen Kosten, zum Beispiel für Personal und Kapital, weniger schnell steigen als bei vergleichbaren Krankenhäusern. Aus den Analysen der Geschäftsberichte und Interviews mit beteiligten Personen können einige positive Schlüsse in dieser Richtung gezogen werden, aber für definitive Schlussfolgerungen ist es derzeit noch zu früh.

Beide Programme zeichnen sich durch umfangreiche organisatorische Anpassungen aus. Wichtig waren beispielsweise die über fünfzig neuen Initiativen ganz unterschiedlicher Art, die in jedem Krankenhaus von den Mitarbeitern eingeleitet wurden, die Beseitigung der Anreize zur Durchführung von Behandlungen („Produktionsanreize“) bei Fachärzten und eine gut koordinierte Zusammenarbeit mit Hausärzten und Krankenversicherungen. Im Krankenhaus Bernhoven wurden beispielsweise vier Kategorien von Behandlungsmodellen eingeführt: Akutversorgung, Diagnose und Indikation, Interventionsbehandlungen sowie Behandlung chronischer Patienten.

Die Programme zeichnen sich auch durch eine andere Finanzierung mit geringeren „Produktionsanreizen“ aus. Beide Krankenhäuser haben mit den wichtigsten Krankenversicherungsgesellschaften fünfjährige Verträge mit pauschalen Beauftragungssummen abgeschlossen. Dadurch verringerte sich die Abhängigkeit der Krankenhäuser von den durchgeführten Behandlungen (der „Produktion“) in Bezug auf Einkünfte. Die Krankenhäuser hatten dadurch mehr

finanziellen Freiraum und mehr finanzielle Sicherheit und konnten die Programme durchführen, ohne dass dies direkt zu geringeren Einkünften führte. Eine Veränderung der Finanzierung ist somit eine Rahmenbedingung, letztendlich geht es jedoch um die dadurch ermöglichten organisatorischen Veränderungen. Für eine landesweite Implementierung der Programme ist mehr nötig als die bloße Veränderung der Finanzierung, die direkten Einsparungsmöglichkeiten ergeben sich auch aus einer anderen Organisation der medizinischen Versorgung.

1 Einleitung

Kontinuierlich werden Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen gesucht. In dem Bericht „De juiste zorg op de juiste plek“ (Die richtige medizinische Versorgung an der richtigen Stelle) kam eine vom niederländischen Gesundheitsministerium (VWS) eingesetzte Kommission (Taskforce) zu dem Schluss, dass die Organisation des Gesundheitswesens in den Niederlanden an sich gut ist, aber noch stark verbessert werden kann. Als Beispiele für Möglichkeiten für eine effektivere Organisation der medizinischen Versorgung nennt die Taskforce die Vermeidung teurerer Behandlungen, die verstärkte Durchführung von Behandlungen durch die Gesundheitsfürsorge vor Ort und die Ersetzung medizinischer Behandlungen durch bessere Alternativen. Als Beispiele im Bereich der Krankenhäuser nennt die Taskforce die Vermeidung unnötiger Überweisungen und Behandlungen sowie die Vermeidung von doppelt durchgeführter Diagnostik.¹

Experimente bei Krankenhäusern können dazu beitragen, die Effizienz zu erhöhen. In dem auf regulierter Konkurrenz beruhenden Gesundheitssystem ist es die Aufgabe der Marktparteien, wie etwa der Anbieter von Gesundheitsleistungen und der Krankenversicherungen, auf eine effizientere Gesundheitsfürsorge hinzuarbeiten. Das Gesundheitssystem beinhaltet Anreize für die Marktparteien, die Gesundheitsfürsorge effizienter zu organisieren. Diese Umgestaltung ist jedoch nicht einfach und erweist sich in der Praxis als ein Prozess nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum. Experimente mit neuen Kooperationsverbänden zwischen Krankenhäusern, Krankenversicherungen und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen können mehr Einsichten in eine effizientere Gesundheitsversorgung bieten, aber dies kann nicht ohne eine gute Evaluierung erreicht werden.

Wann steigt die Effizienz eines Krankenhauses? Wir sprechen im vorliegenden Policy Brief von einer Effizienzsteigerung, wenn es einem Krankenhaus gelingt, das Behandlungsvolumen während des Zeitraum des Experiments ohne Einbußen bei der Qualität und Zugänglichkeit stärker zu verringern oder weniger schnell steigen zu lassen als vergleichbare Krankenhäuser. Dies kann beispielsweise dadurch erreicht werden, dass weniger Behandlungen durchgeführt werden, dass intensivere durch weniger intensive Behandlungen innerhalb des Krankenhauses ersetzt werden oder dass Behandlungen in der primären Gesundheitsversorgung durchgeführt werden, und zwar mit gleichbleibendem Behandlungsergebnis. Außerdem treten während des Experiments keine oder nur geringe negative Effekte auf, etwa eine Abwälzung von Behandlungen auf andere Krankenhäuser. Eine Effizienzsteigerung muss also auf kurze Sicht nicht zwangsläufig zu Kosteneinsparungen bei Krankenhäusern oder Krankenversicherungen führen.

Zwei Krankenhäuser haben seit 2015 zusammen mit den Krankenkassen CZ und VGZ Veränderungsprogramme eingeleitet, um die Effizienz der Gesundheitsfürsorge zu steigern: das Beatrix-Krankenhaus mit dem Programm „Kwaliteit als medicijn“ (Qualität als Medizin) und das Krankenhaus Bernhoven mit dem Programm „Droom“ (Träume).² Beide Programme zeichnen sich durch umfangreiche

¹ Taskforce (2019).

² Das Beatrix-Krankenhaus ist ein regionales Krankenhaus in Gorinchem und gehört zur Zorggroep Rivas. Die Patienten dieses Krankenhauses kommen aus den Regionen Alblasserwaard, Vijfherenlanden und dem Gebiet um Heusden und Altena. Bernhoven hat ein regionales Krankenhaus in Uden mit den Regionen Uden, Oss und Veghel als Einzugsbereich.

organisatorische Anpassungen und eine andere Finanzierung mit weniger „Produktionsanreizen“ aus. Die Einführung einer Entscheidungshilfe für Patienten und die Durchführung ambulanter Behandlungen anstelle stationärer Behandlungen sind Beispiele für die über hundert Initiativen, die von den Mitarbeitern eingeleitet wurden. Ein wichtiges Element war auch die fünfjährige pauschale Beauftragungssumme, die zwischen beiden Krankenhäusern und den Krankenversicherungen vereinbart wurde. Das Ziel bestand darin, eine Neuausrichtung von einer eher produktionsorientierten hin zu einer eher qualitätsorientierten Organisation der Gesundheitsfürsorge zu bewerkstelligen. Das CPB, IQ healthcare und die NZa haben gemeinsam untersucht, ob beide Krankenhäuser in den ersten drei Jahren nach der Einführung dieser Programme effizienter geworden sind.

Mit diesen Programmen haben das Beatrix-Krankenhaus und das Krankenhaus Bernhoven ihre Effizienz im Vergleich zu vergleichbaren Krankenhäusern verbessert. Im folgenden Kapitel zeigen wir, dass der Umfang des Behandlungsvolumens drei Jahre nach der Einführung der Programme im Beatrix-Krankenhaus um 7 % und im Krankenhaus Bernhoven um 13 % im Vergleich zum Behandlungsvolumen von vergleichbaren Krankenhäusern gesunken ist, ohne dass negative Auswirkungen festgestellt wurden. Gründe für diesen Rückgang sind unter anderem eine Umstellung von stationären auf ambulante Behandlungen und die Übertragung von Behandlungen auf die Hausärzte. Kapitel 3 geht auf der Grundlage von Interviews genauer auf die Programme und die Mechanismen ein, die zu diesem Ergebnis beigetragen haben. Im letzten Kapitel wird erörtert, welche Lehren für künftige Handlungsstrategien aus der Studie gezogen werden können. Für eine ausführliche Darlegung und weitere empirische Analysen verweisen wir auf die Berichte von CPB/NZa (2020) und IQ healthcare (Van Dulmen et al., 2020).

2 Beide Krankenhäuser haben ihre Effizienz verbessert.

Bei beiden Krankenhäusern ist der Umfang des Behandlungsvolumens (Diagnose-/Behandlungskombinationen, DBCs) gegenüber einer Gruppe vergleichbarer Krankenhäuser zwischen 2015 und 2017 gesunken. Abbildung 1 vergleicht den Wert des Behandlungsvolumens in den Jahren 2009-2017 des Beatrix-Krankenhauses und des Krankenhauses Bernhoven mit dem Durchschnitt vergleichbarer Krankenhäuser und mit dem durchschnittlichen Krankenhaus im Markt.³ Nach der Einführung der Programme sank der Wert des Behandlungsvolumens beim Beatrix-Krankenhaus jährlich schrittweise um ca. 1 % (2015), 5 % (2016) und 7 % (2017) und bei Bernhoven um 5 % (2015), 10 % (2016) und 13 % (2017) mehr als der Durchschnitt einer Gruppe vergleichbarer Krankenhäuser.⁴ Der Wertrückgang bietet einen ersten Hinweis, dass beide Krankenhäuser nach der Einführung der Programme weniger Patienten behandelt haben bzw. Patienten weniger intensiv behandelt haben.

³ Der Wert des Behandlungsvolumens wurde anhand medianer Marktpreise von Diagnose-/Behandlungskombinationen (DBC) berechnet. Dabei wurde der Wert durch die Addition aller medianen Preise von DBCs, die im Krankenhaussektor in Rechnung gestellt werden, ermittelt. Wir gehen davon aus, dass dies eine gute Methode zur Ermittlung des Wertes oder der Behandlungsintensität dieser DBCs ist.

⁴ Beim Beatrix-Krankenhaus ist das Vergleichsjahr das Jahr 2014, das Jahr vor der Einführung des Programms. Bei Bernhoven lag 2014 ein nur schwer erklärbarer Spitzenwert der „Produktion“ vor (siehe Abbildung 1). Um zu verhindern, dass dies die Resultate stark beeinflusst, wurde bei Bernhoven das Jahr 2013 als Ausgangsjahr für den Vergleich herangezogen. Das Beatrix-Krankenhaus wurde mit 23 und Bernhoven mit 16 vergleichbaren Krankenhäusern verglichen.

Abbildung 1 Wert des Behandlungsvolumens auf Krankenhausebene (in medianen Marktpreisen gemessen)

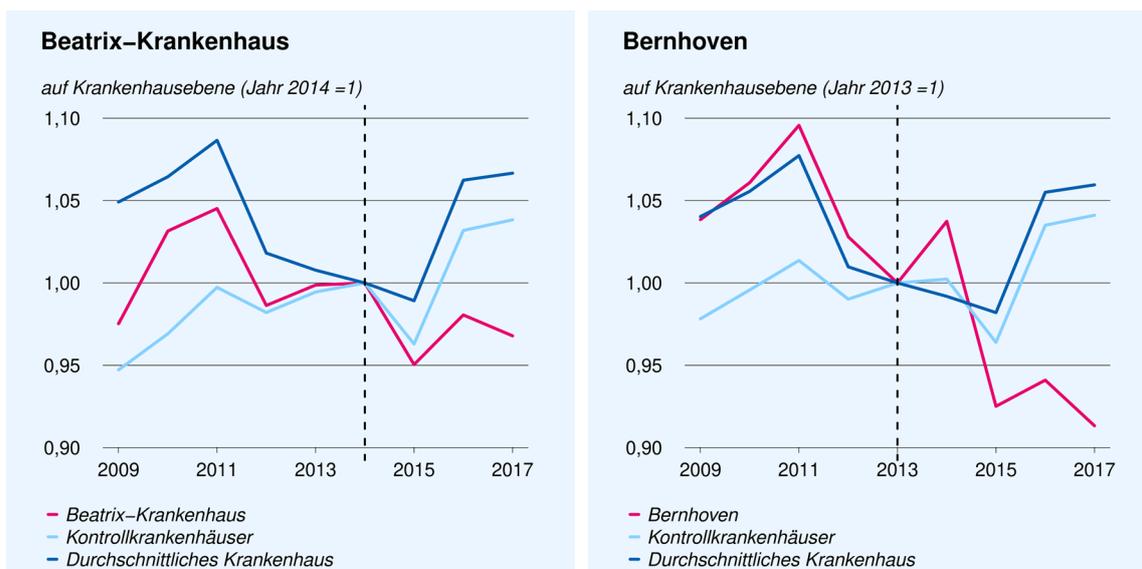


Tabelle 1 zeigt, dass die Erklärung für den Wertrückgang bei Bernhoven ein relativer Rückgang der Anzahl Patienten ist (7,1 % im Jahr 2017). Dies weist auf weniger Diagnosen/Behandlungen und eine Verlagerung von Diagnosen/Behandlungen auf Gesundheitsdienstleister außerhalb des Krankenhauses, z. B. Hausärzte, hin.⁵ Beim Beatrix-Krankenhaus ist eine geringe Zunahme der Patientenzahl zu verzeichnen und ist der Wertrückgang auf weniger intensive Behandlungen zurückzuführen. Wichtig ist die Frage, ob der Rückgang des Behandlungsvolumens keine negativen Folgen hat, wie etwa eine Abwälzung von Behandlungen auf andere Krankenhäuser oder eine geringere Qualität des Behandlungen.

Tabelle 1 Effekt der Veränderungsprogramme auf Krankenhausebene für verschiedene Volumina

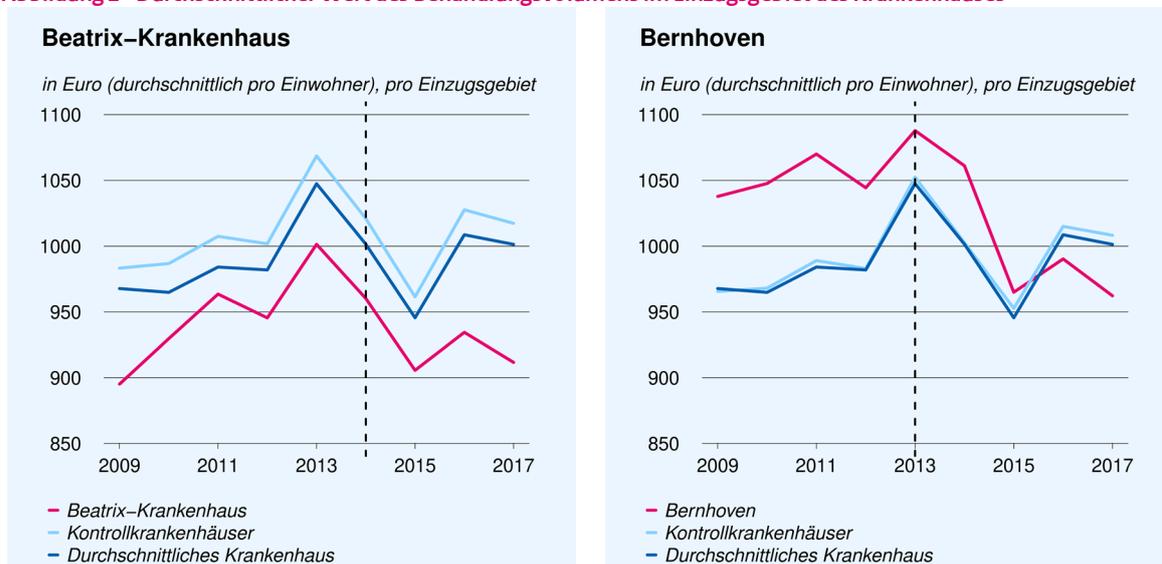
	Beatrix-Krankenhaus	Bernhoven
Effekte auf Krankenhausebene gegenüber dem Durchschnitt vergleichbarer Krankenhäuser		
Umsatz (mediane Preise)	- 7,1 %	- 13,1 %
Anzahl Patienten	+1,3%	- 7,1 %

Es liegen keine Hinweise vor, dass unerwünschte Effekte aufgetreten sind, wie etwa Verlagerungen von Behandlungen zu anderen Krankenhäusern. Bei einer Finanzierung auf der Grundlage einer pauschalen Beauftragungssumme kann ein Krankenhaus Kosten einsparen, wenn weniger Patienten in dieses Krankenhaus kommen, beispielsweise indem geringere Qualität geboten wird oder Patienten häufiger zu anderen Krankenhäusern überwiesen werden. In diesem Fall handelt es sich nicht um Effizienz, sondern um eine unerwünschte Abwälzung auf Patienten oder auf andere Krankenhäuser. Wenn dieser Effekt eintritt, werden niedrigere Behandlungsvolumen beim Bernhoven- und Beatrix-Krankenhaus nicht zu einem Rückgang des Behandlungsvolumens in ihren Einzugsgebieten führen. Abbildung 2 zeigt jedoch, dass auch dieses Behandlungsvolumen gesunken ist. Beim Beatrix-Krankenhaus sank der Wert des Behandlungsvolumens im Schnitt 4,7 % stärker als bei vergleichbaren Krankenhäusern. Bei Bernhoven beträgt der Rückgang 7,4 %. Dieser Rückgang ist geringer als der Rückgang auf Krankenhausebene, weil Patienten in den Einzugsgebieten auch andere Krankenhäuser aufsuchen. Tabelle 2 zeigt, dass auch die Anzahl Patienten

⁵ Das Krankenhaus Bernhoven hat dabei ein spezielles Konzept für die Zusammenarbeit der in diesem Krankenhaus tätigen Fachärzte mit den Hausärzten in der Region initiiert, was zu mehr Konsultationen bei Hausärzten und weniger Behandlungen im Krankenhaus geführt hat.

im Einzugsgebiet gegenüber vergleichbaren Krankenhäusern sank.⁶ Dies deutet nicht auf eine unerwünschte Verschiebung von Patienten zu anderen Krankenhäusern hin.

Abbildung 2 Durchschnittlicher Wert des Behandlungsvolumens im Einzugsgebiet des Krankenhauses



Es gibt keine deutlichen Hinweise für eine veränderte Qualität der Gesundheitsleistungen beim Bernhoven- und Beatrix-Krankenhaus. Auf der Grundlage der Bewertungen von Gesundheitsleistungen, die 2019 vom niederländischen Krankenhausverband (*Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen*) erhoben wurden, kann der Schluss gezogen werden, dass diese Qualität im Beatrix-Krankenhaus hoch und bei Bernhoven durchschnittlich ist.⁷ Auf der Grundlage von Patientenerfahrungen, die von der niederländischen Patientenorganisation (*Patiëntenfederatie Nederland*) veröffentlicht wurden, ist die Qualität für Bernhoven hoch und für das Beatrix-Krankenhaus durchschnittlich.⁸ Nach 2015 ist kein deutlicher positiver oder negativer Qualitätstrend festzustellen. Eine vertiefende Analyse ergibt keine deutlichen Hinweise auf eine höhere oder niedrigere Qualität der Gesundheitsleistungen nach der Einführung einiger Initiativen bei den beiden Krankenhäusern.⁹

Längere Wartezeiten bei einigen Fachabteilungen Die geringeren „Produktionsanreize“, die beide Programme kennzeichnen, könnten auch zu längeren Wartezeiten führen. Ein Vergleich der Trends bei den Wartezeiten für 18 verschiedene Facharztabteilungen in den Jahren 2012-2017 zeigt, dass die Wartezeiten bei einer Facharztabteilung im Beatrix-Krankenhaus und vier Facharztabteilungen im Krankenhaus Bernhoven

⁶ Auch die Anzahl der Einwohner im Einzugsgebiet, die sich für ein anderes Krankenhaus entscheiden, ist nach heutigem Erkenntnisstand nicht gestiegen (CPB/NZa, 2020).

⁷ Als durchschnittliche Note erhielt das Beatrix-Krankenhaus 2019 die Note 8,1 und Bernhoven die Note 7,6 (auf einer Skala von 1 als schlechtester Note bis 10 als Höchstnote). Die Kontrollgruppe des Beatrix-Krankenhauses erhielt eine Durchschnittsnote von 7,8, bei Bernhoven lag diese Note bei 7,7. ([Link](#))

⁸ 2019 beispielsweise wurde das Krankenhaus Krankenhaus mit der Durchschnittsnote 8,9 und das Beatrix-Krankenhaus mit der Note 8,4 bewertet. Die Kontrollgruppe des Krankenhauses Bernhoven erhielt eine durchschnittliche Note von 8,5 und die Kontrollgruppe des Beatrix-Krankenhauses eine 8,6. ([Link](#))

⁹ Diese vertiefende Studie bezieht sich auf drei spezifische Initiativen beim Beatrix-Krankenhaus: Polireview, Fast-track Orthopädie und ambulante Hals-Nasen-Ohren-Behandlungen, und auf drei Initiativen beim Krankenhaus Bernhoven: Entscheidungshilfe bei Gallenblasen- und Leistenbruchoperationen, orthopädischen Interventionen und Augenmessungen (IQ healthcare, 2020).

gegenüber einer Gruppe vergleichbarer Krankenhäuser gestiegen sind.¹⁰ Inwieweit die längeren Wartezeiten die Qualität der Gesundheitsleistungen beeinflusst haben, wurde nicht genauer untersucht.

Der Rückgang des Volumens wird unter anderem durch eine Umstellung von stationären Behandlungen auf ambulante Behandlungen erklärt. Tabelle 2 zeigt, dass die Zahl der stationären Behandlungen in den Einzugsgebieten des Beatrix-Krankenhauses und des Krankenhauses Bernhoven sinkt und dass die Zahl der ambulanten Behandlungen gleich bleibt oder steigt. Dies deutet auf eine Umstellung von stationären Behandlungen auf ambulante Behandlungen hin (siehe den Text im Kasten auf Seite 9 für zwei spezifische Initiativen).

Die Zahl der Einwohner im Einzugsgebiet des Beatrix-Krankenhauses und des Krankenhauses Bernhoven, die Kontakt zum Hausarzt hatten, ist gegenüber vergleichbaren Einzugsgebieten gestiegen. Dies ist ein Hinweis auf eine intensivere Zusammenarbeit mit Hausärzten, mit dem Ziel, Behandlungen außerhalb des Krankenhauses vorzunehmen. In der Region des Krankenhaus Bernhoven stellen wir fest, dass mehr Patienten lange Gespräche beim Hausarzt oder Hausbesuche erhalten und die Anzahl telefonischer Konsultationen gestiegen ist. In der Region des Beatrix-Krankenhauses stellen wir eine höhere Anzahl längerer Hausbesuche fest.

Tabelle 2 Effekt der Veränderungsprogramme auf Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Einzugsgebiet eines Krankenhauses

	Beatrix-Krankenhaus	Bernhoven
Durchschnittlicher Effekt auf Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gegenüber vergleichbaren Krankenhäusern		
Wert des Behandlungsvolumens (mediane Preise)	- 4,7 %	- 7,4 %
Anzahl Patienten	+ 0,1 %	- 5,1 %
Anzahl ambulanter Behandlungen	+ 2,9 %	+ 0,4 %
Anzahl stationärer Behandlungen	- 2,7 %	- 8,0 %
Hausarzt (einzelne Patienten mit langem Praxisbesuch)	+ 0,4 %	+ 3,5 %
Hausarzt (einzelne Patienten mit langem Hausbesuch)	+5,9 %	+9,2 %
Sonstige von Krankenversicherungen gezahlte Ausgaben (ohne Krankenhausausgaben)	+ 2,2 %	+ 3,0 %
Anmerkung: Die Berechnung der Effekte erfolgte auf der Basis aller Einwohner eines Einzugsgebietes, mit einer Korrektur für Alter und Geschlecht. Dabei ist anzumerken, dass ca. 20 bis 25 % der Patienten in einem Einzugsgebiet ein anderes Krankenhaus als das Bernhoven- bzw. Beatrix-Krankenhaus aufsuchen. Diese Tatsache erklärt unter anderem, warum die Effekte auf der Ebene des Einzugsgebietes geringer sind als auf Krankenhausebene.		

Durch die Verlagerung von Gesundheitsleistungen aus dem Krankenhaus steigen die sonstigen Ausgaben der Krankenkassen (ohne Krankenhausausgaben).¹¹ Nach der Einführung der Veränderungsprogramme stiegen die sonstigen Ausgaben der Krankenkassen im Einzugsgebiet sowohl des Beatrix-Krankenhauses als auch des Krankenhauses Bernhoven gegenüber vergleichbaren Einzugsgebieten. Die Schätzungen zeigen, dass der Anstieg der sonstigen Ausgaben der Krankenkassen sich auf etwa 10-25 % des Wertrückgangs des Behandlungsvolumens beläuft.

Möglicherweise spielt die Ausgangsposition des Beatrix-Krankenhauses und des Krankenhauses Bernhoven eine Rolle beim Rückgang des Behandlungsvolumens. Abbildung 2 zeigt, dass der

¹⁰ Wir sprechen von längeren Wartezeiten bei einer Facharztabteilung, wenn nach der Einführung der Veränderungsprogramme ein steigender Trend erkennbar ist und die Wartezeit in einem bestimmten Jahr länger ist als bei 90 % der Krankenhäuser in der Kontrollgruppe.

¹¹ Die sonstigen Ausgaben der Krankenkassen bestehen unter anderem aus Ausgaben für Hausarzt, Geburtshilfe, Arzneimittel, zahnärztliche Behandlung, paramedizinische Leistungen, psychiatrische Versorgung und postnatale Versorgung.

durchschnittliche Wert des Behandlungsvolumens für Einwohner im Einzugsgebiet des Krankenhauses Bernhoven in den Jahren 2009-2013, vor der Einführung des Programms, relativ hoch war. Durch das hohe Ausgangsniveau war es vielleicht für das Krankenhaus Bernhoven einfacher, eine starke Verringerung des Behandlungsvolumens zu realisieren, wie auch in Abbildung 1 erkennbar ist. Das Ausgangsniveau des Beatrix-Krankenhauses war niedriger als das Ausgangsniveau anderer Krankenhäuser. Dies könnte darauf hindeuten, dass das Beatrix-Krankenhaus beim Beginn des Programms bereits effizienter organisiert war und dass das Krankenhaus Bernhoven mehr Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung hatte.¹²

Eine Verringerung von Volumen und unnötigen Gesundheitsleistungen führt nicht automatisch zu Kosteneinsparungen. Eine Verringerung des Volumens bedeutet nicht, dass auch die Personal- und Gebäudekosten im gleichen Verhältnis sinken, da die Gebäude auch bei einem Volumenrückgang bezahlt werden müssen und ein Mindestumfang des Personalbestands notwendig ist. Einsparungen bei der internen Kostenstruktur sind ein langfristiger Prozess und erfordern kontinuierliche Aufmerksamkeit und aktive Maßnahmen. Verschiedene Quellen, unter anderem Geschäftsberichte und Interviews, bieten gewisse Hinweise darauf, dass beide Krankenhäuser Kosteneinsparungen erzielt haben, beispielsweise durch die Schließung einer Pflegestation (Beatrix-Krankenhaus) und eine Reorganisation von Behandlungsmodellen (Bernhoven). Niedrigere Beiträge für die Versicherten sind möglich, wenn die Budgets, die beide Krankenhäuser von den Krankenkassen erhalten, weniger stark steigen als die Budgets für vergleichbare Krankenhäuser. Eine Analyse der Geschäftsberichte deutet darauf hin, dass das Krankenhausbudget im ersten Jahr des Zeitraums, in dem die pauschale Beauftragungssumme galt (2015), schneller stieg und in den Folgejahren weniger schnell stieg als in vergleichbaren Krankenhäusern. Dies deutet darauf hin, dass Kosteneinsparungen vor allem in den späteren Jahren des fünfjährigen Vertragszeitraums erzielt werden. Die Geschäftsberichte zeigen, dass die Gewinnspannen bei beiden Krankenhäusern unter Druck stehen, was den Schluss zulässt, dass der Abbau der internen Kostenstruktur eine Herausforderung bleibt.¹³

Die Analyse ist mit Einschränkungen verbunden, da es nicht möglich ist, alle Effekte quantitativ zu ermitteln. Die Analyse beruht auf den vorhandenen Daten. Wir können nicht alle (Abwälzungs-)Effekte in gleichem Maße berücksichtigen und nicht alle Qualitätsaspekte messen. Registrierungseffekte spielen möglicherweise eine Rolle, sind allerdings wahrscheinlich gering.¹⁴ Da die Richtung der Effekte nicht immer eindeutig ist, ist es schwierig, alle festgestellten Effekte gegeneinander abzuwägen. Eine andere Einschränkung besteht darin, dass die Analyse sich nur auf die ersten drei Jahre nach der Einführung der Programme bezieht, während der 2015 geschlossene mehrjährige Vertrag eine Laufzeit von fünf Jahren hat. Außerdem können wir die einzelnen Teile der Veränderungsprogramme nicht voneinander isolieren und dadurch nicht messen, in welchem Maße die Effekte durch die pauschale Beauftragungssumme, den Wechsel von Fachärzten in Anstellungsverhältnisse oder andere Faktoren verursacht werden. Daher geht das folgende Kapitel auf der Grundlage von Interviews mit beteiligten Personen aus beiden Krankenhäusern, im Gesundheitssektor der betreffenden Region tätigen Personen und Krankenversicherungen genauer auf die Wirkungsmechanismen der Programme ein.

¹² Die Angaben wurden nur in Bezug auf Alter und Geschlecht korrigiert, nicht in Bezug auf Krankheitsmerkmale der Population. Eine Analyse der Schadenbelastung von Krankenversicherungen, die niederländische Krankenhäuser finanzieren, von De Nijs (2020) zeigt, dass Regionen im Umfeld von Krankenhäusern mit hoher Schadenbelastung als Ausgangsposition öfter einen rückläufigen Trend der Schadenbelastung im Evaluierungszeitraum aufweisen und dass Regionen im Umfeld von Krankenhäusern mit niedriger Schadenbelastung als Ausgangsposition oft einen im Vergleich zum durchschnittlichen Krankenhaus steigenden Trend aufweisen. Dies scheint darauf hinzudeuten, dass eine Verringerung des Behandlungsvolumens bei einer hohen Ausgangsposition einfacher ist.

¹³ Siehe IQ healthcare (2020).

¹⁴ Bei Krankenhäusern mit einer pauschalen Beauftragungssumme ist die Notwendigkeit, jede Behandlung mittels einer DBC zu registrieren, geringer als bei Krankenhäusern, die Vergütungen pro Behandlung erhalten. Allerdings sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, Behandlungen zu registrieren. Die Registrierung ist auch wichtig, weil beide Krankenhäuser von bestimmten Krankenversicherungen eine Zahlung pro Behandlung erhalten. Eine gute Registrierung ist auch im Interesse der Krankenversicherungen, beispielsweise für den Einzug von Beiträgen, die Versicherte im Zusammenhang mit ihrer Eigenbeteiligung zahlen müssen.

Beispiel einer Initiative bei Bernhoven und im Beatrix-Krankenhaus

Beatrix-Krankenhaus: HNO-Operationen mittels ambulanter Behandlung. Eine Initiative im Beatrix-Krankenhaus war darauf gerichtet, Patienten bei HNO-Operationen weniger oft im Krankenhaus übernachten zu lassen und stattdessen innerhalb eines Tages zu behandeln. Dies ist ein Beispiel für den Wechsel von stationärer zu ambulanter Behandlung. Die Initiative bezog sich auf die Behandlungen Mandelentfernung, Korrektur der Nasenscheidewand und Einsetzen von Paukenröhrchen. Bei Nasenscheidewandkorrekturen war der Effekt am größten: Die Zahl der Krankenhausaufnahmen sank zwischen 2014 und 2017 um ca. 39 % im Vergleich zu den Kontrollkrankenhäusern.

Bernhoven: Entscheidungshilfe für Patienten Bei Bernhoven wurde den Patienten ab Ende 2015 für vier verschiedene Operationen eine Entscheidungshilfe geboten: Entfernung der Gallenblase, Leistenbruchoperation, Einsatz künstlicher Knie- und Hüftgelenke bei Arthrose. Durch die Entscheidungshilfe erhält der Patient vorab mehr Informationen über eine Behandlung mit allen Vor- und Nachteilen. Anschließend entscheiden der Patient und der Facharzt gemeinsam, ob eine Behandlung durchgeführt oder nicht durchgeführt wird. Bei allen vier Behandlungen sank der Anteil der Operationen im Vergleich zu den Kontrollkrankenhäusern. Bei Leistenbruchoperationen war der Effekt mit einer Abnahme um 13 % zwischen 2013 und 2017 am größten.

3 Beschreibung, Implementierung und Wirkungsmechanismen

Die Veränderungsprogramme im Beatrix-Krankenhaus und Krankenhaus Bernhoven sind sehr umfangreich.¹⁵ Tabelle 3 zeigt, dass beide Krankenhäuser umfangreiche Veränderungen durchgeführt haben. Der Zweck beider Programme ist eine Umstellung von einem eher produktionsorientierten System auf ein qualitätsorientiertes System: höhere Qualität zu niedrigeren Kosten. Neben den Verbesserungsinitiativen und einer intensiveren Zusammenarbeit mit Stakeholdern wurde auch die Finanzierungsstruktur einschneidend angepasst. In Bernhoven wurde außerdem ein spezifisches Kulturprogramm entwickelt und wurden mehr Veränderungen der Organisationsstruktur durchgeführt. Die Gesamtheit aller Elemente der Programme hat in beiden Krankenhäusern eine grundlegende Veränderung zustande gebracht. Um die Implementierung und die Wirkungsmechanismen des Programms zu analysieren, wurden 63 beteiligte Personen in beiden Krankenhäusern interviewt. Auf diese Weise haben wir die wichtigsten Faktoren der Implementierung identifiziert, so wie dies die Stakeholder selbst erfahren haben.

¹⁵ Beim Beatrix-Krankenhaus erfolgten die Veränderungen im Rahmen der Veränderungen bei der Zorggroep Rivas.

Qualitätsinitiativen sind ein wichtiger Motor für Veränderung und das Engagement für das Veränderungsprogramm. Eine Bottom-up-Vorgehensweise, wobei Qualitätsverbesserungen in Krankenhäusern von den Mitarbeitern initiiert werden, führt dazu, dass die Beteiligten sich für die Strategie mitverantwortlich fühlen und die Strategie breit unterstützen. Die Qualitätsinitiativen sind (zum Teil) in den beiden Krankenhäusern unterschiedlich, aber sowohl das Beatrix-Krankenhaus als auch Bernhoven verfolgen das Ziel, dass gebotene Leistungen den Bedürfnissen der Patienten besser entsprechen, z. B. die Entscheidungshilfen, und dass die Behandlungen an der richtigen Stelle durchgeführt werden, z. B. die Übertragung von Behandlungen auf die Hausärzte. Außerdem hat sich gezeigt, dass eine gute Kommunikation über erfolgreiche Strategien eine stimulierende Wirkung in der Organisation hatte. Dies hat dazu beigetragen, dass die Strategie mehr war als eine Summe separater Initiativen. Als wichtige Rahmenbedingungen erwiesen sich ein gutes Projektteam und ausreichende Mittel, um dem Personal Arbeit abzunehmen.

Tabelle 3 Elemente der strategischen Programme

Element	Beatrix-Krankenhaus „Qualität als Medizin“	Bernhoven „Träume“
Bottom-up-Qualitätsinitiativen	Große Zahl von Initiativen (> 50) ergriffen, um die Qualität zu verbessern und das Volumen zu begrenzen	Große Zahl von Initiativen (> 50) ergriffen, um die Qualität zu verbessern und das Volumen zu begrenzen
Verstärkte Zusammenarbeit mit Hausärzten	Intensive Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband „HenZ“ und Pilotprojekt mit mehr Zeit für den Patienten	Intensive Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband „Synchroon“
Angepasste Finanzierungsstruktur	Mehrjahres-Beauftragungssumme	Mehrjahres-Beauftragungssumme
Beseitigung des „Produktionsanreizes“ Facharzt	Angepasstes Verteilungsmodell innerhalb der Personengesellschaft der Fachärzte (LOGEX)	Anstellung von Fachärzten als Angestellte (2015) und Partizipationsmodell
Organisatorische Veränderung		Reorganisation auf der Grundlage von vier Behandlungsmodellen + Fachärzte als Manager
Kulturveränderung		Kulturprogramm

Die verstärkte Zusammenarbeit mit Hausärzten und Krankenversicherungen erwies sich als eine Voraussetzung für den Erfolg des Programms. In beiden Programmen bildete die Zusammenarbeit mit Hausärzten ein wichtiges Element der Strategie, nicht zuletzt weil ein Teil der Initiativen auf eine intensivere Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Facharzt sowie auf die Übertragung von Behandlungen auf die Hausärzte abzielte. Von Anfang an wurden die Hausärzte an der Strategie beteiligt, wodurch unkomplizierte Kontakte zwischen Haus- und Facharzt möglich wurden. Die kürzeren Kommunikationslinien sorgen dafür, dass Patienten öfter im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (Allgemeinpraxen) behandelt werden können. Allerdings ist dadurch die Arbeitsbelastung gestiegen, und für den Erfolg der Strategie ist wichtig, dass Hausärzte eine ausreichende Vergütung für ihre Tätigkeiten erhalten.

Ein wichtiges Element der Strategie sind die Mehrjahresverträge mit den größten Krankenversicherungen beider Krankenhäuser. Dies erfordert eine intensive und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Versicherungsgesellschaften. Bei beiden Krankenhäusern erwies sich eine strategische Unterstützung durch eine externe Partei als wesentliche Voraussetzung, um die Bewegung hin zu mehr Transparenz und eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen in Gang zu setzen. Die für mehrere Jahre festgelegten pauschalen Beauftragungssummen bieten den finanziellen Freiraum zur Durchführung von Veränderungen. Beide Krankenhäuser haben mit den wichtigsten Krankenversicherungen in der Region einen Fünfjahresvertrag geschlossen. Dadurch hatten die Krankenhäuser die Zeit und den nötigen finanziellen Freiraum, um die Strategie umzusetzen, den Produktionsanreiz zu beseitigen und auf längere Sicht die Personal- und Gebäudekosten zu senken.

Die wichtige Grundvoraussetzung, dass den Fachärzten finanzielle Sicherheit geboten wird, erfordert ein verändertes Vergütungsverfahren. Dieses Ziel wurde in den beiden Krankenhäusern auf unterschiedliche Weise erreicht: im Krankenhaus Bernhoven durch den Abschluss von Angestelltenverträgen mit Fachärzten und im Beatrix-Krankenhaus durch eine Änderung des Verteilungsmodells innerhalb der Personengesellschaft der Fachärzte¹⁶. Beide Vergütungsverfahren haben dazu geführt, dass den Fachärzten trotz einer „Produktions“-Senkung finanzielle Sicherheit geboten wurde. Außerdem war die Beseitigung des Produktionsanreizes ein positiver Faktor bei der Implementierung einiger Qualitätsinitiativen. Innerhalb einiger Facharztgruppen entstand dadurch mehr Freiraum, um weniger Behandlungen durchzuführen und unnötige Gesundheitsleistungen zu verringern. Dies hat zu einer Kulturveränderung beigetragen, wobei nicht mehr produktionsorientiert, sondern qualitätsorientiert gearbeitet wird.

Die Organisationsstruktur auf der Basis von Behandlungsmodellen bei Bernhoven bietet Möglichkeiten, aber die praktische Umsetzung ist schwierig. Das Krankenhaus wurde mit Blick auf vier Behandlungskategorien eingerichtet: Akutversorgung, Diagnose und Indikation, Interventionsbehandlungen sowie Behandlung chronischer Patienten. Die Mitarbeiter im Krankenhaus geben an, dass sie dadurch mehr als früher fachbereichsübergreifend denken, was zu einem effizienteren Verlauf der Behandlung des Patienten führt. Auf der anderen Seite wurden vor allem bei der Akutversorgung nicht alle Elemente wie geplant implementiert und die Erfahrungen mit den Behandlungsmodellen sind uneinheitlich.

Eine Kulturveränderung kommt durch eine Kombination der Elemente des Programms zustande. Das Kulturprogramm von Bernhoven hat hier eine geringe Rolle gespielt. Ein Teil der Mitarbeiter von Bernhoven hat an einer auf die Philosophie der Droom-Strategie („Träume“) ausgerichteten Schulung teilgenommen. Das Programm wurde positiv beurteilt, war aber für den Erfolg des Programms nicht wesentlich. Auch beim Beatrix-Krankenhaus hat offensichtlich eine erfolgreiche Kulturveränderung stattgefunden, die mehr ist als die Summe der einzelnen Teile der Strategie.

Komplizierende Faktoren waren eine unvollständige Akzeptanz bei den beteiligten Personen, unzureichende Mittel und unzureichende Unterstützung für die Umsetzung der Strategie und die Ergebnismessung. Eine Voraussetzung, damit Fachärzte das Programm auf lange Sicht unterstützen, ist dauerhafte Aufmerksamkeit. Die Einbeziehung der einzelnen Fachgruppen ist unterschiedlich. Die späte Einbeziehung des Pflegepersonals (Bernhoven) hatte ein geringes Engagement für das Programm zur Folge. Unter anderem aus diesem Grund waren die Meinungen über die Ziele und den Inhalt der Programme sehr unterschiedlich.

Darüber hinaus erfahren Hausärzte zu wenig Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Arbeitsbelastung, die aufgrund des Programms gestiegen ist. Die Verlagerung von Behandlungen zur primären Gesundheitsversorgung hat dazu geführt, dass die Hausärzte mehr Aufgaben zu bewältigen haben und dass die Zahl der Sprechstundenbesuche in den Hausarztpraxen gestiegen ist. Bei Hausärzten besteht ein Bedarf an spezifischen Kenntnissen und Fertigkeiten sowie an einer Aufstockung der Kapazität, um mehr Volumen liefern und mehr spezialisierte Behandlungen durchführen zu können.

Die Messung der Effekte der Strategie erfordert viel Zeit und Mittel. Obwohl diese Messung als wichtig betrachtet wurde, werden in der Infrastruktur und beim Datenaustausch zwischen Primär- und Sekundärversorgung Hindernisse erfahren. Darüber hinaus verfügten beide Krankenhäuser nicht über genug interne Kapazität zur Durchführung umfangreicher Evaluierungen der Auswirkungen. Bei den Fachärzten und der Krankenhausleitung besteht Unsicherheit über die Verlängerung der Mehrjahresverträge. Dennoch ist man der Ansicht, dass die in Gang gesetzte Entwicklung unumkehrbar und eine Rückkehr zum früheren

¹⁶ Fachärzte in einer eigenständigen Personengesellschaft erhalten eine Vergütung auf der Grundlage eines Verteilungsmodells (LOGEX). Das Modell wurde angepasst, um den Wandel von einem produktionsorientierten hin zu einem patientenorientierten System zu ermöglichen. Die Vergütung beruht nicht nur auf dem Anteil an der Produktion, sondern auch auf dem Beitrag zu Qualitätsinitiativen.

Finanzierungsmodell keine Option ist. Über die Ziele und zu erwartenden Resultate bestehen unterschiedliche Meinungen. Für künftige Verträge und die künftige Zusammenarbeit ist es daher wichtig, die Erwartungen gut abzustimmen.

Kultur- und kontextbedingte Strategien erschweren eine Hochskalierung Die Einführung von Programmen mit so großem Umfang erfordert Zeit, Energie und Führungskraft, um die Unterstützung aller Beteiligten sicherzustellen. Bei der Durchführung solcher Programme in anderen Krankenhäusern ist es von größter Bedeutung, dass die Elemente der Strategie den lokalen Gegebenheiten entsprechend angepasst werden. Eine andere Voraussetzung für eine Effizienzverbesserung ist die Veränderung der finanziellen Anreize. Wichtig ist auch eine andere Organisation der Gesundheitsleistungen. Zum Schluss sind bei der Verlagerung von Gesundheitsdienstleistungen eine gute Abstimmung und finanzielle Unterstützung wichtig. Kontextfaktoren, beispielsweise ein starker Hausärzterverband, wirken sich positiv aus, machen eine Hochskalierung aber nicht zur Selbstverständlichkeit. Eine Implementierung ist offensichtlich am erfolgreichsten, wenn sie vom Krankenhaus initiiert wird, und erfordert eine breite Akzeptanz durch die Fachärzte. Der Staat oder die Krankenversicherungen können eine solche Veränderung daher nur schwer erzwingen, allerdings können sie sie fördern und ermöglichen.

4 Diskussion und Lehren

Mit den Programmen „Träume“ und „Qualität als Medizin“ haben das Beatrix-Krankenhaus und Bernhoven ihre Effizienz gegenüber vergleichbaren Krankenhäusern verbessert. Drei Jahre nach der Einführung ist der Wert des Behandlungsvolumens gegenüber dem Behandlungsvolumen in vergleichbaren Krankenhäusern im Beatrix-Krankenhaus um 7 % und bei Bernhoven um 13 % gesunken, ohne dass negative Auswirkungen festgestellt wurden. Gründe für diesen Rückgang sind unter anderem eine Ersetzung stationärer Behandlungen durch ambulante Behandlungen und die Übertragung von Behandlungen auf die Hausärzte. Die Ergebnisse sind kontextspezifisch. Die projektorientierte, auf Initiativen der Mitarbeiter beruhende Vorgehensweise hat zu einer breiten Vielfalt der Ansätze geführt, mit denen die Krankenhäuser ihre Effizienz steigern wollen.

Mehr Effizienz im Gesundheitswesen ist ein erster wichtiger Schritt auf dem Weg hin zu niedrigeren Gesundheitsausgaben, aber ob die Veränderungsprogramme auf längere Sicht zu dauerhaften Kosteneinsparungen führen werden, ist noch unklar. Bei einer Finanzierung, wobei die Krankenhäuser von den Krankenversicherungen pro Behandlung bezahlt werden, führt eine Verringerung des Behandlungsvolumens zu entsprechenden Kosteneinsparungen bei den Krankenversicherungen. Bei einer pauschalen Beauftragungssumme hingegen werden Kosteneinsparungen bei den Krankenversicherungen erst dann erzielt, wenn die (voraussichtlichen) finanziellen Einsparungen durch das Programm bei Krankenhäusern sich teilweise in der Beauftragungssumme niederschlagen. Vermutlich gilt dies für die letzten Jahre des Zeitraums, auf den sich die Beauftragungssumme bezieht. Krankenhäuser erzielen Kosteneinsparungen jedoch erst, wenn sie bewerkstelligen können, dass ihre internen Kosten, zum Beispiel für Personal und Kapital, weniger schnell steigen als bei vergleichbaren Krankenhäusern. In der Praxis ist dies schwierig, und interne Kosteneinsparungen sind (viel) geringer als die Rückgänge des Behandlungsvolumens. Außerdem müssen beide Parteien berücksichtigen, dass ein Teil der Einsparung in der Beauftragungssumme reserviert wird, um die Zunahme von Gesundheitsleistungen außerhalb des Krankenhauses, etwa bei den Hausärzten, zu kompensieren. Durch weitere Untersuchungen zu internen Kostenstrukturen bei Krankenhäusern und Vertragsverhandlungen können künftig mehr Informationen zu diesen Aspekten gewonnen werden.

Die mehrjährigen Beauftragungssummen müssen so gestaltet werden, dass Bemühungen um mehr Effizienz (künftig) attraktiv bleiben. Das Maß, in dem Krankenhäuser finanzielle Einsparungen mittels der mehrjährigen Beauftragungssumme an Krankenversicherungen weitergeben, hängt unter anderem vom Verhandlungsprozess zwischen Versicherung und Krankenhaus über (anschließende) Verträge ab. Diese Verhandlungen sind komplexe strategische Prozesse, nicht zuletzt wegen des Unterschieds bezüglich Information und Marktmacht zwischen Krankenhäusern und Versicherungen. Eine wichtige Frage ist, wie haltbar diese Verträge auf längere Sicht sind. Wenn Versicherungen in einem neuen Vertrag die niedrigeren Behandlungsvolumen verarbeiten wollen, wird die Bereitschaft zu weiteren Effizienzsteigerungen bei Krankenhäusern sinken (*Sperrklinenefekt*).

Bei mehrjährigen Beauftragungssummen ist die Strategie von Versicherungen für die weitere Vorgehensweise wichtig, um Free-Rider-Verhalten zu vermeiden. Krankenhäuser schließen mit verschiedenen Krankenversicherungen Verträge ab. Es ist wichtig, dass alle Krankenversicherungen die Veränderungsprogramme unterstützen, damit Krankenhäuser nicht zwischen Versicherungen differenzieren müssen, was die Effizienz beeinträchtigen würde. So kann auch das Risiko vermieden werden, dass einige

Versicherungen nicht in die Programme investieren wollen, aber ebenfalls von eventuellen Effizienzsteigerungen profitieren (*Free-Rider-Effekt*).¹⁷

Der Staat kann neue Veränderungsprogramme bei Krankenhäusern zwar nicht erzwingen, wohl jedoch stimulieren und ermöglichen. Denn im niederländischen Gesundheitssystem verhandeln Versicherungen und Gesundheitsdienstleister ohne Intervention des Staates über Volumen und Preise. Krankenhäuser und Versicherungen können dabei innovative Verträge aushandeln, die Gesundheitsdienstleistern die Möglichkeit zur Initiierung von Veränderungsprogrammen bieten. Es ist scheinbar eine vielversprechende Möglichkeit, mit einem Langzeitvertrag auf die Realisierung gemeinsamer Ziele, z. B. regionale Zusammenarbeit und Veränderungen der Organisation und der medizinischen Versorgung, hinzuwirken. Der Staat kann diesen Prozess fördern und ermöglichen, indem untersucht wird, wie mehrjährige Veränderungsprogramme am besten ausgestaltet werden können. Dabei sind einige wichtige Punkte zu beachten. Durch mehrjährige Beauftragungssummen wird das Risiko auf die Gesundheitsdienstleister übertragen. Risiken, auf die die Gesundheitsdienstleister keinen Einfluss haben, sollten so weit wie möglich von den Krankenversicherungen getragen werden. Beauftragungssummen dürfen auch zur Folge haben, dass zu wenig behandelt wird. Um dies zu vermeiden, sind Vertragsbedingungen, Überwachung der Qualität und Wartelisten notwendig. Mehrjährige Verträge sollten nicht nur Maßnahmen zur Volumensenkung umfassen, sondern auch Maßnahmen für internen Kostenabbau und die finanzielle Position des Gesundheitsdienstleisters. Um die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdienstleistern in der Kette zu intensivieren, muss auch die Verflechtung von Krankenhausbehandlungen mit anderen Gesundheitsleistungen und dem sozialen Bereich mit einbezogen werden.¹⁸ Dabei sollte auch den Folgen von Volumenabnahmen für die Rentabilität der Gesundheitsdienstleister Aufmerksamkeit gewidmet werden, denn unter Umständen kann ein Krankenhaus aufgrund von Volumenabnahmen die Mindestanforderungen in Bezug auf Behandlungen nicht mehr erfüllen, und bei den Hausärzten entstehen neue Probleme in Bezug auf Kapazität, Finanzierung und medizinische Fachkenntnis in der Grundversorgung.

Eine Voraussetzung für die Durchführung von Veränderungsprogrammen ist breite Akzeptanz im Krankenhaus. Die Interviews haben verdeutlicht, dass die Initiativen zur Durchführung von Veränderungsprogrammen vom Krankenhaus selbst ergriffen werden müssen. Beide Programme zeichnen sich durch umfangreiche Veränderungen der Organisationsstruktur und der Produktionsanreize aus. Dabei ist es wichtig, dass die Veränderungen innerhalb und außerhalb der Organisation breite Unterstützung finden. Im heutigen Finanzierungssystem erleiden die Fachärzte Einkommenseinbußen, wenn sie weniger Behandlungen durchführen. Daher sind Anpassungen notwendig, beispielsweise durch Angestelltenverhältnisse (Bernhoven) oder durch ein angepasstes Modell für Fachärzte, das den Produktionsanreiz verringert (Beatrix-Krankenhaus). Eine Veränderung der Finanzierung ist eine Grundvoraussetzung, es geht jedoch letztendlich um die dadurch ermöglichten organisatorischen Veränderungen. Für eine landesweite Implementierung der Programme ist mehr nötig als die bloße Veränderung der Finanzierung, denn Möglichkeiten für Kosteneinsparungen ergeben sich auch aus einer anderen Organisation der medizinischen Versorgung. Diese Evaluierung verdeutlicht beispielsweise, dass beide Krankenhäuser mit einer vergleichbaren Herangehensweise und Grundvoraussetzung nicht zwangsläufig vergleichbare Projekte initiieren. Dass innerhalb des eigenen Kontextes jeweils eigene Projekte durchgeführt werden, ist einer der Erfolgsfaktoren.

¹⁷ Versicherungen, die an einer Zahlung pro Behandlung festhalten, profitieren im Prinzip von den Veränderungsprogrammen, weil Krankenhäuser weniger Behandlungen und weniger intensive Behandlungen durchführen.

¹⁸ Andere Länder und andere Sektoren, in denen vergleichbare Vertragsaspekte eine Rolle spielen, können als Vorbild dienen. Für eine Literaturübersicht zu Verträgen im Gesundheitswesen siehe Cattel und Eijkenaar (2019). Im Energiesektor wurden die von Langzeitverträgen ausgehenden Anreize untersucht, und bei landwirtschaftlichen Genossenschaften hat die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit und die Koordination der Produktion zu regeln, eine lange Tradition. Siehe beispielsweise Bogetoft und Olesen (2007) sowie Giulietti und Price (2005).

Studien zu Experimenten im Gesundheitswesen sind wichtig und können richtungweisend sein. Die Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen durch die Einleitung neuer Initiativen ist schwierig und riskant, weil im Vorfeld oft unklar ist, welche Maßnahmen effektiv sind. Experimente können dabei weitere Erkenntnisse liefern, aber leider bleibt das Ergebnis von Experimenten oft undeutlich, weil eine gute Analyse nicht möglich ist oder nicht durchgeführt wird. Daher ist es wichtig, vielversprechende Experimente wissenschaftlich zu unterstützen und unabhängig zu analysieren. Im Idealfall wird bereits bei der Planung des Experiments die Frage berücksichtigt, wie die Analysen nach Abschluss des Experiments durchgeführt werden.

Referenzen

Bogetoft, P. und H.B.Olesen, 2007, Cooperatives and payment schemes: Lessons from theory and examples from Danish agriculture. Frederiksberg: Copenhagen Business School Press.

Cattel, D. und F. Eijkenaar, 2019, Value-based provider payment initiatives combining global payments with quality incentives: a systematic review. *Medical Care Research and Review*. doi: 10.1177/1077558719856775. [\(Link\)](#)

CPB/NZa, 2020, Casestudie Beatrixziekenhuis en Bernhoven, Achtergronddocument CPB/NZa, Juni 2020. [\(Link\)](#)

De Nijs, K., 2020, Curbing the trend, Estimating Hospital-specific expenditure growth through regional variation. Masterarbeit, Erasmus Universität Rotterdam.

Dulmen van, S.A., N. Stadhouders, G. Westert, E. Wackers, P. Jeurissen, 2020, Op weg naar meer doelmatigheid in de medisch specialistische zorg. Rapport evaluatie veranderprogramma's Rivas Zorggroep en Bernhoven (Bericht über die Auswertung von Veränderungsprogrammen bei Rivas Zorggroep und Bernhoven). Nijmegen: IQ healthcare, Juni 2020.

Giulietti, M. und C.W. Price, 2005, Incentive Regulation and Efficient Pricing, *Annals of Public and Cooperative Economics* 76(1), 121-149. [\(Link\)](#)

Taskforce, 2019, de Juiste Zorg op de Juiste Plek, Bericht der Taskforce, 1. März 2019. [\(Link\)](#)