Helmut Hildebrandt

Sprunginnovationen in der Organisation der Versorgung

Zusammenfassung

Jenseits von Arzneimitteln und Medizintechnik bedarf es im Gesundheitswesen organisatorischer und technischer Innovationen, um auf Dauer eine qualitativ hochwertige und bezahlbare Versorgung zu gewährleisten. Dabei kann das Gesundheitswesen von anderen Wirtschaftsbereichen lernen und durch disruptive oder bahnbrechende Innovationen neue Formen der Versorgungsorganisation ermöglichen – die eine preisgünstige, effiziente und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung gewährleisten. Um diese Sprunginnovationen zu realisieren, bedarf es entsprechender Technologie, adäquater Geschäfts- und Vergütungsmodelle sowie passender Wertschöpfungsnetzwerke. Die Treiber dieser Entwicklungen werden, wenn man dem US-Forscher Christensen folgt, eher die heutigen Zulieferer, regionalen Netze und Systemanbieter als die großen klassischen Akteure sein.

Schlüsselwörter

Innovationen, Integrierte Versorgung, Netzwerke, Gesundheitsversorgung, Vergütung, Anreizstrukturen, Technologie

Die hohen Rücklagen des Gesundheitsfonds und einzelner Krankenkassen rufen vor allem die Lobbyisten auf den Plan, die dem „Weiter so" und dem „Mehr vom Bisherigen" das Wort reden. Hier ein Pflästerchen zugunsten der Krankenhäuser, dort eines gegen beunruhigende Auswüchse der unterschiedlichen GKV- und PKV-Honorierungen und, nicht zu vergessen, mehr Geld für die Sicherstellung der ländlichen Versorgung. Die Große Koalition stellt sich auch eher auf das Klein-Klein der inkrementellen Reformen ein, eröffnet allerdings mit einem Innovationsfonds von jährlich 300 Millionen Euro ein neues Tor für innovative, sektorenübergreifende Versorgungsformen. Gleichzeitig wissen alle Beteiligten, dass abhängig von der Konjunktur- und Immigrationsentwicklung voraussichtlich ab 2016 oder 2017 den Sozialleistungsträger wieder Finanzierungsprobleme bevorstehen, die grundsätzlichere Reformen erfordern und sich zudem in den Folgejahren deutlich erhöhen. Der US-Innovationsökonom Clayton Christensen formuliert nun die These, dass die eigentlichen disruptiven Innovationen oder Sprunginnovationen nicht von der Politik, sondern von der zuliefernden Wirtschaft initiiert würden. Er hat hierzu über viele Jahrzehnte Innovationsprozesse aus verschiedenen Wirtschaftsbereichen analysiert und kommt zu dem Ergebnis, dass es in all diesen Bereichen letztendlich immer wieder nach bestimmten Gesetzmäßigkeiten gelinge, günstigere Lösungen für eine größer werdende Zahl von Konsumenten zu entwickeln. Er analysierte auch das Gesundheitswesen. Auch in diesem sei die Zeit reif für günstigere Lösungen. Im Folgenden wird dieser These nachgegangen und es werden die Chancen und Hindernisse von Sprunginnovationen für das deutsche Gesundheitswesen abgewogen. Müssen wir im Gesundheitswesen wirklich immer automatisch davon ausgehen, dass alles teurer wird? Oder haben wir uns in ein System verrannt, das genau diese Teuerungsspirale produziert, und gibt es Wege, dort wieder herauszukommen? Was können wir aus der Analyse der Innovationsgesetzmäßigkeiten anderer Branchen für die Zukunft unseres Gesundheitswesens lernen? Welche Rolle spielen dabei neue Geschäftsmodelle, die auf Outcome statt auf Leistungsmenge ausgerichtet sind? Und vor allem: Wer werden die Marktteilnehmer sein, die diese Sprunginnovationen auf den Weg bringen werden?

>> Der amerikanische Innovationsökonom Clayton Christensen führte für die Analyse von Innovationsgesetzmäßigkeiten den Begriff der „disruptive innovations" ein. Der Begriff wurde im Deutschen zum Teil mit „bahnbrechenden" oder „marktverändernden" Innovationen übersetzt. In Annäherung an die Terminologie im Bereich der Arzneimittel nutzt der Autor im Folgenden den Begriff Sprunginnovationen. Er lenkt damit den Blick weg von den inkrementellen oder evolutionären Innovationen, die bestehende Lösungen weiter verbessern, hin zu denjenigen, die neue Produktausprägungen in Verbindung mit neuen Geschäftsmodellen schaffen, beispielsweise die Einführung der Kreditkarte in Verbindung mit einem neuen Wertschöpfungssystem und dem dafür erforderlichen Netzwerk samt entsprechender Informationstechnologie, oder die Einführung der PCs gegenüber den bis dahin gängigen Rechenzentren und Mainframe-Computern oder die Entwicklung des Billigflieger-Geschäftsmodells gegenüber dem bis dato beherrschenden Hochpreismodell (Christensen et al. 2011)

Drei Bedingungen gibt Christensen dafür als Voraussetzungen an:

1. Eine überlegene Technologie muss entwickelt worden sein, die es erlaubt, ursprünglich komplexe und teure Lösungen zu vereinfachen und zu systematisieren.
2. Ein Geschäftsmodell muss aufgebaut sein, das diese vereinfachte Lösung für die Kunden bezahlbarer und einfacher erreichbar macht.
3. Ein Wertschöpfungsnetzwerk wird benötigt, das sich gegenseitig in der neuen disruptiven Ökonomie verstärkt, sowie eine Rahmenordnung, die sich in Verbindung mit dem Aufstieg der disruptiven Innovation entwickelt, um die neuen Regulierungen und Standards zu generieren.

Gemeinsam mit dem erfahrenen Krankenhausexperten Jerome Grossman und dem Arzt Jason Hwang untersuchte Christensen das Gesundheitswesen und seine Subsysteme anhand der Erfahrungen der anderen Branchen. Ihr Schluss: Die drei Experten sehen hier ebenfalls eine Welle von disruptiven Innovationen auf uns zukommen (vgl. Christensen et al. 2008). Im Folgenden greift der Autor einige ihrer Argumente und Schlussfolgerungen auf und ergänzt diese durch eigene Anmerkungen.

Erste Bedingung für Sprunginnovationen im Gesundheitswesen: die überlegene Technologie

Die erste Bedingung „Technologie" kann zumindest in den Grundlagen als erfüllt angesehen werden. Hoch entwickelte Technologien wie die Informationsverarbeitung und Datenspeicherung bzw. -analyse bis hin zu predictiv-modeling-Algorithmen für das Aufspüren

von künftigen Risikogruppen, die erweiterten diagnostischen Möglichkeiten in der Vorhersage von Metabolisierungsunterschieden, die Reaktionsweisen auf spezielle Pharmaka und die Ambulantisierung und Miniaturisierung ehemals stationärer Großgeräte sind in den letzten Jahren entwickelt worden. Seit 2013 existiert auch eine in die Arztinformationssysteme der Praxen integrierte zentrale Patientenakte. Diese IT-Lösung ermöglicht es, digitale Behandlungsprozesse und -leitlinien in Netzwerke zu implementieren und stellt die IT-optimierte Administration einer regionalen Systemgesellschaft sicher (Grätzel 2013). Andere IT-Anbieter befinden sich ebenfalls auf dem Weg dahin.

In den letzten Jahren ist ebenfalls die Entwicklung im Bereich der telemedizinischen wie auch der internetgestützten Schulungs- und Therapieformen vorangeschritten – wenn auch Letzteres sich noch im Pilotstatus befindet. Im Wesentlichen noch völlig unverbunden zum institutionellen Gesundheitswesen ist die Entwicklung in den tracking- und diagnostischen Fähigkeiten der Smartphone-APPs und der Ambient-Assisted-Living (AAL)-Sensorik. Nur wenige Krankenkassen, pharmazeutische Unternehmen und Systemzusammenschlüsse bedienen sich dieser neuer Chancen bisher. Dabei bieten sie ein hohes disruptives Potenzial. Aktuell mag dieses Potenzial noch durch die zu hohen Kosten der Technologien behindert sein. In Kürze ist damit zu rechnen, dass hier eine massive Preisreduktion eintreten wird – bei den Smartphones zeichnet sich diese Entwicklung bereits ab. Die zu erwartende Reduktion von Preisen ist auch im Bereich ambulanter POS-Labordiagnostik oder ambulantem Monitoring von Herzfunktionen wahrscheinlich.

Zur technologischen Dimension müssen aber nicht nur die obigen Technologien gezählt werden, sondern auch das gesundheitswissenschaftliche Know-how möglicher gesundheitsbezogener Veränderungen des Lebensstils. So stark dieses Wissen in den letzten Jahren angewachsen ist, so schwach sind immer noch Verknüpfung und Einsatz im klassischen Gesundheitswesen. Hier liegen noch wesentliche Potenziale für Sprunginnovationen, wenn man beispielsweise nur an die Möglichkeiten der gezielten Trainingsintervention bei KHK, COPD, Depression, Diabetes und sogar Demenz denkt.

Zweite Bedingung für Sprunginnovationen im Gesundheitswesen: das Geschäftsmodell

Bei der zweiten Bedingung für disruptive Sprunginnovationen lässt sich der größte Innovationsbedarf erkennen. Sowohl die Versorgungsorganisation als auch die Organisation der Versicherungsseite kann in Deutschland im Wesentlichen als eingefroren bezeichnet werden. Während in den USA schon in den 1990er Jahren unter der Bezeichnung „Managed Care" intensiv an radikal neuen Geschäfts- und Vergütungsmodellen gearbeitet worden war und aktuell unter der Obama-Administration bereits über 300 sogenannte Accountable Care Organizations (ACO) gegründet wurden, beherrscht in Deutschland die Einzelpraxis und das klassische Vergütungsmodell der Einzelleistungsvergütung das Feld. Das Grundproblem der Einzelleistungsvergütung – aus der Sicht der Kostenträger betrachtet – ist der ihr innewohnende Anreiz zur Mengenausweitung. Für den Leistungserbringer entsteht in Verbindung mit der Möglichkeit der relativen Kostendegression über die Fallzahlausweitung damit ein Anreiz, jeweils „Mehr vom Bisherigen" zu produzieren. Solange die Kostenträger das bisherige Geschäfts- und Organisationsmodell nicht verändern, entsteht damit ein Teufelskreis von Anreizen. Die Krankenkasse wird versuchen, durch eine Herabsetzung der Einzelleistungsvergütung den Kostenanstieg zu begrenzen, der einzelne Leistungserbringer muss gleichzeitig die Zahl der Leistungen erhöhen, um weiterhin seinen Ertrag sicherzustellen. Da Letzteres für alle Leistungserbringer gilt, wird dann die Politik zum Eingriff genötigt, um die Anzahl der Leistungserbringer möglichst zu senken. Hierdurch läuft die Politik Gefahr, regionale Monopole zu generieren, die dann – durchaus mit Zustimmung der regionalen Öffentlichkeit und der Patienten – unter dem Stichwort Versorgungssicherheit erhöhte Preise bzw. Aufschläge durchsetzen können. Genau diesen Kreislauf können wir aktuell in Deutschland beobachten.

Das polare Gegenkonzept zu diesem Geschäftsmodell stellt das Konzept der Capitation-Vergütung dar. Ein Leistungserbringer erhält danach eine vorher festgelegte fixe Vergütung pro Versichertem – und damit ganz unabhängig von der tatsächlichen Einzelleistung. Dieses Geschäftsmodell belohnt für den Leistungserbringer somit die Nicht-Leistung. Das heißt, je weniger Aufwand er für den Versicherten oder die vertraglich vereinbarte Population erbringt, desto wirtschaftlicher für ihn. Es ist schnell zu erkennen, dass dieses Geschäftsmodell ebenfalls eine gefährliche Anreizschleife generieren kann. Der Kostenträger muss hierbei – im Gegensatz zum ersten Modell – ein Interesse haben, dass der Leistungserbringer nicht zu wenige Leistungen erbringt bzw. verordnet, sich nicht durch geschickte Selektion weniger kranker Versicherter Zusatzerträge generiert und nicht neue Monopolstrukturen aufbaut, um erhöhte Preise durchzusetzen. All diese Kreisläufe und Fehlanreize konnten in den letzten Jahrzehnten in den USA beobachtet werden.

Ein drittes Geschäftsmodell – und hierunter lassen sich die neueren ACOs, Kaiser Permanente und Geisinger aus den USA, aber auch einige Regionallösungen aus Deutschland, beispielsweise Gesundes Kinzigtal oder Qualität und Effizienz (QuE) in Nürnberg, einordnen – ist das einer balancierten Mischung von Mehr- und Minderleistungsanreizen durch die Einführung einer regionalen Systemebene auf der Basis eines sogenannten „Einsparcontractings" (Hermann et al. 2006).

Nach Christensen wird hierfür eine neue Systemführerschaft – der Architekt der Obama-Reform, Donald Berwick, nannte diese Systemebene den „Integrator" (Berwick et al. 2008) – gebraucht, die die Versorgung auf den Gesundheitszustand einer definierten Population ausrichtet und deren Vergütung hauptsächlich am Ergebnis orientiert sein müsse. Insgesamt würde dieses Geschäftsmodell eine preisgünstigere Versorgung ermöglichen und sich gegenüber den bisherigen Geschäftsmodellen im Gesundheitswesen als überlegen erweisen. Das Einsparcontracting bzw. die Einsparteilung dieser Systeme generiert eine solche günstigere Lösung für die Krankenkasse. Allerdings zeigt sich auch eine Reihe von Herausforderungen. Dies liegt zum einen an den Besonderheiten der Erfolgsmessung. Anders als in anderen Branchen ist die Erfolgsermittlung im Gesundheitswesen mit deutlich mehr Variablen behaftet. Die Kostenrisiken sind in hohem Maße volatil und unterliegen gleichermaßen der Altersveränderung der betroffenen Population, ihren Lebensstilen und deren Veränderungen, den Interventionen von Leistungserbringern und Dritten, beispielsweise Betrieben in ihrem Verhältnis zu ihren Arbeitnehmern, sowie neuen Normen durch den Gesetzgeber. Eine Adjustierung zumindest gegenüber der „normalen" Kostenentwicklung ist zwingend. Der Übernahme des Erfolgsrisikos stehen insofern viele, nur teilweise beeinflussbare Risiken gegenüber. Damit einher geht noch eine weitere Herausforderung: der Investitionshorizont. Die Datenlage der Krankenkassen sowie der Adjustierung

über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds machen erst nach ein bis zwei Jahren eine erste Erfolgsmessung gegenüber den Kosten der Standardversorgung möglich. Wenn man zusätzlich noch einkalkuliert, dass auch die Veränderung der Verhaltensmodelle von Leistungserbringern und Patienten einen gewissen Zeitbedarf haben, dann kommt man schnell auf einen beträchtlichen Vorfinanzierungsbedarf.

Drei Besonderheiten in Deutschland weisen allerdings darauf hin, dass die Zeit für die Christensen´schen Sprunginnovationen reif sein könnte. Mit der Einführung der §§ 140a-d existiert seit dem Jahr 2000 ein window of opportunity in der dornigen und komplexen Gesetzeshecke des Sozialgesetzbuchs. Interessierte Vereinigungen von Leistungsanbietern (sogar Industrie) und Krankenkassen können hiernach unter Absehung der Regelungen des 4. Kapitels des SGB eigene Vertragslogiken entwickeln. Mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b sowie der facharztspezifischen Versorgung nach § 73c wurden weitere selektive Vertragsoptionen eingeführt. Und in den letzten 14 Jahren hat sich hier doch auch ein ganz erheblicher Erfahrungsschatz gesammelt. Auch bezüglich der Kalkulationslogik liegen inzwischen eine ganze Reihe von Erfahrungen und Modellen vor. Es existiert in Deutschland bereits ein Adjustierungsmodell, das zudem öffentlich verfügbar ist. Dieses Modell bestimmt die Zuweisungen für die Krankenkassen: der Gesundheitsfonds mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. Wie dieses Modell zur Erfolgsberechnung genutzt werden kann und wie seine Validität und Einsatzfähigkeit im Vergleich zu anderen Lösungen und RCTs besteht, wird ein in Kürze erscheinender Aufsatz beschreiben, der von mehreren Gesundheitsökonomen zusammen mit dem Autor verfasst wurde.

Die dritte Besonderheit findet sich im frisch verabschiedeten Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD. In Reaktion auf die in den letzten Jahren eingetretene „gewisse Ernüchterung" (SVR-Gesundheit 2012) bei der Entwicklung der Integrierten Versorgung und insbesondere der dafür erforderlichen Vorfinanzierung hatten viele Autoren die Einrichtung eines „Forschungs- und Entwicklungsetats bzw. einen Innovationsfonds" als Teil der Zuweisungen des Gesundheitsfonds gefordert (Hildebrandt 2008, BMC 2011). Mit einem jährlich 300 Millionen Euro umfassenden Innovationsfonds will die Koalition diesen Vorschlägen folgen. Gleichzeitig sollen die Fesseln der Zusatzbeitragslogik bei den Krankenkassen gelockert werden, sodass zum einen Krankenkassen wieder mutiger in neue Projekte investieren könnten und zum anderen auch externe Mittel für derartige Lösungen zur Verfügung gestellt werden könnten.

Dritte Bedingung für Sprunginnovationen im Gesundheitswesen: das Wertschöpfungsnetzwerk

Für die dritte Bedingung, ein umfassendes Wertschöpfungsnetzwerk – hier als Public-Health-Ansatz verstanden – gibt es ebenfalls erste Piloten. So weist die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal ein stetes Wachstum der eingeschriebenen Mitglieder (aktuell knapp 10.000) sowie der Kooperations- und Leistungspartner aus (ca. 120, darunter Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten, Pflegedienste, Physiotherapeuten, Apotheken, Sport- und andere Vereine, Sozialdienste und Bildungseinrichtungen). Darüber hinaus stehen zusätzlich über 20 regionale Betriebe mit gut 7.000 Mitarbeitern beim Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in engem Kontakt mit Gesundes Kinzigtal. Mit acht Betrieben soll zurzeit ein KMU-Netzwerk aufgebaut werden, in welchem Gesundes Kinzigtal das BGM organisiert. Mit den Kommunen im Kinzigtal bestehen enge Beziehungen, nicht zuletzt im Zusammenhang mit einem Weiterbildungsprogramm für Allgemeinmediziner, das bereits zur erfolgreichen Nachbesetzung von drei Arztpraxen geführt hat. Inzwischen zeigen sich auch andere Sozialleistungsträger interessiert, u. a. die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg. Diese will im Kinzigtal evaluieren lassen, inwiefern der verbesserte Gesundheitsstatus der Bevölkerung dazu führt, dass auch Frühverrentungen reduziert werden und sich das durchschnittliche Renteneintrittsalter erhöht.

Dass ein solches Wertschöpfungsnetzwerk Effekte produzieren kann, zeigt sich nicht nur auf der Ebene der Wirtschaftlichkeitsrechnungen (Hildebrandt et al. 2012), sondern auch bei der Analyse von harten Ergebnis-Endpunkten wie der Sterblichkeitsrate. Erstmals konnten in einem Integrierten Vollversorgungsprojekt

Literatur

Berwick, D.M./Nolan, T.W./Whittington J. (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. The remaining barriers to integrated care are not technical; they are political. In: Health Affairs 2008, 27, 3: 759–769

BMC Bundesverband Managed Care – Positionen (2011): Blockaden der Integrierten Versorgung lösen. In: http://www.bmcev.de/fileadmin/Daten/Dokumente_Allgemein/BMC-Positionspapier-IV-Blockaden-loesen.pdf (abgerufen am 06.01.2014)

Christensen, C.M./Grossman, J.H./Hwang, J. (2008): The innovator's prescription: a disruptive solution to the healthcare crisis. New York, London: McGraw-Hill Professional

Christensen C.M. (2011): The Innovator`s Dilemma. Warum etablierte Organisationen den Wettbewerb um bahnbrechende Innovationen verlieren. Aus dem Amerikanischen übersetzt und überarbeitet von Kurt Matzler und Stephan Friedrich von den Eichen. München: Verlag Franz Vahlen

Gesundes Kinzigtal (2013): Gemeinsam aktiv für Ihre Gesundheit. Jahresbericht 2012. In: http://www.gesundes-kinzigtal.de/media/documents/20130814-Jahresbericht-GK_2012_final.pdf (abgerufen am 06.01.2014)

Hermann, C./Hildebrand, H./Richter-Reichhelm, M./Schwartz F.W./Witzenrath, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal". Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2006, 5-6: 10-28

Hildebrandt H. (2008) Wie schaffen wir Anreize für Forschung und Entwicklung (F&E) für Versorgungs- und Systeminnovationen in einem nach wie vor körperschaftlich geregelten Gesundheitswesen?. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 2008, 3:26-34

Hildebrandt, H./Stunder, B./Knittel, R./Schnaiter, M. (2012): Mehr Qualität, mehr Nettoeinsparungen. In: Welt der Krankenversicherung 2012, 3: 87-92

Grätzel, P. (2013): Ärztenetz: Kinzigtal betritt Neuland. In: http://news.doccheck.com/de/31748/aerztenetz-kinzigtal-betritt-neuland/?utm_source=www.doccheck.com&utm_medium=web&utm_campaign=DC%2BSearch (abgerufen am 06.01.2013)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung (Sondergutachten). Bern: Verlag Hans Huber

Schulte, T./Pimperl, A./ Dittmann B./Wendel, P./ Hildebrandt, H. (2012): Drei Dimensionen im internen Vergleich: Akzeptanz, Ergebnisqualität und Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: http://www.optimedis.de/images/docs/aktuelles/121026_drei_dimensionen.pdf (abgerufen am 06.01.2014)

Topol E. (2013): The Creative Destruction of Medicine. How the digital revolution will create better health care. New York:Basic Books (Perseus Books Group)

Seitz, J./ Kühmayer, F./Kirig, A./Huber, T./Huber, J./Gatterer, H. (2012): Healthness. Die nächste Stufe des Megatrends Gesundheit. Kelkheim (PDF Version)

Sterblichkeitsveränderungen gemessen werden. Dies geschah im Rahmen einer Kohortenstudie, bei der jeweils 4.596 Mitglieder und Nicht-Mitglieder der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal hinsichtlich ihrer Risiko- und Strukturmerkmale mittels Propensity-Score-Matching vergleichbar gemacht wurden. Das Ergebnis: Der Sterbezeitpunkt der Mitglieder wird im Schnitt um 1,5 Jahre verzögert. Ihre Sterblichkeitsrate innerhalb des aktuell möglichen Beobachtungszeitraums von zehn Quartalen ist geringer als die der Vergleichsgruppe: Es verstarben 81 Mitglieder (1,76%), aber 172 Nicht-Mitglieder (3,74%) (Schulte et al. 2012). Mögliche Erklärungen hierfür sind, dass im Gesunden Kinzigtal Ärzte bzw. Therapeuten und Patienten achtsamer und enger zusammenarbeiten, insgesamt aktiver und motivierter das Thema angehen und sich das Gesundheitsbewusstsein der Mitglieder schon positiv verändert hat. Die positive Ressource Patient bzw. genauer gesagt Mitglied, also der Gesunden wie Kranken in einer Population, als Teil des Wertschöpfungsnetzwerks anzusehen und weiter auszuformen, ist somit auch eines der Hauptaugenmerke bei der aktuellen Planung zur Fortsetzung und Weiterentwicklung von Gesundes Kinzigtal. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen hier nur einige der Aspekte erwähnt werden:

- Peer-to-peer-Training von chronisch Kranken zu ihren Erfahrungen im Umgang mit der Krankheit und den Möglichkeiten des Selbstmanagements, der besseren Bewältigung und des Umgangs mit den Belastungen
- Hilfestellung für ältere Personen, in ihrer gewohnten Umgebung zu verbleiben, etwa durch den Einsatz von technischen Assistenzlösungen (AAL) und sozialen Assistenzlösungen sowie zivilgesellschaftlicher Unterstützung
- Kraft-, Bewegungs-, Entspannungs- sowie Resilienz-Trainingsangebote für alle Mitglieder, u.a. durch den Bau einer eigenen „Gesundheitswelt Kinzigtal“
- Entfaltung weiterer Partizipationsräume für die Mitglieder jenseits der bisher vorhandenen Beteiligungsmöglichkeiten wie den Mitgliederversammlungen, u.a. mithilfe von Zukunftswerkstätten und sozialen Communities
- Nutzung von APP-Lösungen für Smartphones, textiler Sensorik und einem umsichtigen und bewussten Einsatz von self tracking und mobile health

Wertschöpfungsnetzwerke der oben beschriebenen Art können dann auch weitere Partner integrieren. Beispielsweise IT-Unternehmen, die mobil oder durch self tracking generierte Daten mit denen der Praxisverwaltungssysteme verknüpfen, oder pharmazeutische Unternehmen, die mit personalisierten Lösungen den genau auf diese Bedarfe zugeschnittenen optimalen Nutzen produzieren oder Lösungen für Hochkostenfälle entwickeln, die so selten sind, dass eine eigene Entwicklung für eine kleine Community wirtschaftlich unsinnig wäre.

Wer bringt die Sprunginnovationen auf den Weg?

Christensen macht mit seiner unideologischen und sachrationalen Beschreibung von Entwicklungssträngen einerseits Mut bezüglich der Möglichkeit von derartigen Innovationen. Er beschreibt aber auch die Hemmnisse, die sich Innovatoren entgegenstellen. Es sei insbesondere für diejenigen Unternehmen, die im gegenwärtigen Geschäftsmodell groß und erfolgreich geworden seien, schwierig, die neuen Chancen der disruptiven Innovationen für sich zu nutzen. Weder eigneten sich deren Organisationskulturen für disruptive Start-Up-Innovationen noch mache es für diese Unternehmen ökonomisch Sinn. Schließlich bestehe für diese Unternehmen auf absehbare Zeit immer noch die Möglichkeit, zunächst weiterhin höhere Margen aus dem klassischen Geschäftsmodell durch Wachstum, Rationalisierung und eigene inkrementelle Innovationen zur Senkung des internen Produktionsaufwands zu generieren. Sich stattdessen auf das unsichere und komplexe Terrain von Sprunginnovationen mit all den oben beschriebenen Risiken und Anforderungen zu begeben, erfordere mehr Weitsicht und Risiko- und Innovationsbereitschaft, als man üblicherweise Gesellschaftern und Aktionären derartiger Unternehmen zutrauen würde. Stattdessen kämen die Innovatoren meist aus den bisherigen Zuliefererbranchen, die kleinere Margen gewohnt seien, sich auf Zukunftsmärkte hin ausrichten müssten und bestimmte technologische Kernelemente der neuen disruptiven Geschäftsmodelle beherrschen würden. Denkbare Innovatoren wären insofern sowohl die neu geformten regionalen Leistungsanbieternetzwerke als auch Anbieter von Disease-Management-, Versorgungsmanagement-, IT- und/oder wissenschaftsnahen Dienstleistungen. Diese brächten technologische Neuentwicklungen (Datenanalyse, IT-Organisation, Sensorik, Diagnostik etc.) und möglicherweise das Know-how für den erforderlichen Systemaufbau zusammen. Weiter gedacht könnte das zu gänzlich neuen Lösungen führen, in denen Klein- wie Großbetriebe aus der IT-Branche mit regionalen Gesundheitszusammenschlüssen, Selbsthilfeorganisationen, Vereinen, Verbänden und Kommunen die Treiber dieser Entwicklung sein könnten (Topol 2013, Seitz et al. 2012). Christensen setzt darüber hinaus noch sehr stark auf die klassischen Unternehmen und referiert Beispiele aus den USA, wo angesichts der horrenden Gesundheitskosten metallverarbeitende oder IT-Unternehmen die Gesundheitsversorgung ihrer Mitarbeiter inzwischen selbst in die Hand genommen hätten (Christensen 2011).

Das hieraus generierbare Wertschöpfungsnetzwerk könnte sich gegenseitig in der neuen disruptiven Ökonomie verstärken. Hier könnten sich dann auch einzelne Unternehmen der etablierten Gesundheitswirtschaft wie auch Krankenkassen und Versicherungen engagieren, die weiter denken als ihre Wettbewerber und die Endlichkeit des bisherigen sektoralen Vergütungs- und Organisationsprinzips voraussehen.

An dieser Stelle – also der Ökonomie nachgelagert – müssten dann auch die politischen Rahmenbedingungen nachjustiert werden. So könnten sich nach Christensen die neugefundenen Organisations- und Geschäftsmodelle verfestigen und stabilisieren, bis sie von der nächsten disruptiven Innovationswelle wieder aufs Neue erschüttert und weiterentwickelt werden. Aus der Analyse anderer Branchen weist er aber nach, dass gleichzeitig solche disruptiven Innovationen keineswegs easy going, sondern in höchstem Maße konfliktreiche und riskante Unternehmungen seien, die vielfach auch wieder untergingen und eventuell an anderer Stelle von anderen Organisationen wieder neu aufgebaut werden würden.

Letztendlich – und das könnte als Schluss aus seinen Analysen gezogen werden – würde sich aber immer das auf der Gesamtebene preiswertere, nutzenoptimiertere Geschäftsmodell durchsetzen. Dafür würden die Kräfte und Regeln des Marktes sorgen, so sehr die etablierten Organisationen auch die anfänglich überlegenen Lobby- und Durchsetzungsmöglichkeiten einsetzten, um die disruptiven Innovationen zu behindern. Hohe Anforderungen würden sich dabei an das Management und das neue Geschäftsmodell stellen. Aus der Analyse vergleichbarer Zeitbedarfe in anderen Branchen

zieht Christensen die Schlussfolgerung, dass bis zu 20 Jahre vergehen könnten, bis ein neues Systemmodell der Versorgung entwickelt werden könne (Christensen 2008).

Der regionalen transsektoralen Versorgung gehört die Zukunft

Das gegenwärtige Geschäftsmodell der Gesundheitsversorgung in Deutschland drängt bzw. verführt die Leistungserbringer, möglicherweise überflüssige und teilweise sogar schädliche Interventionen vorzunehmen bzw. auszuweiten. Sowohl die dadurch überhöhten Kosten für die Krankenversicherungen, die anderen Sozialleistungsträger, die Wirtschaft und die Gesellschaft als auch die Erstarrung des Modells durch die Besitzstandswahrung der etablierten Berufsrollen erhöhen die Wahrscheinlichkeit und Chancen von Sprunginnovationen. Die wahrscheinlichste Form dieser Innovationen besteht in einem Geschäftsmodell, in dem regionale Systemanbieter ihren Ertrag u. a. durch die Optimierung des Gesundheitsstatus der Population sowie die effiziente transsektorale Versorgungsorganisation realisieren. Dies erfordert ein Geschäftsmodell, das die generierte, relativ verbesserte Ergebnisqualität gegenüber der Regelversorgung adjustiert. Aktuell befinden wir uns in einer Umbruchsituation, in der die Leistungserbringer durchaus nach Geschäftsmodellen suchen, die ihrem Anspruch an Lebensqualität und Berufszufriedenheit mehr entgegenkommen als das bisherige Modell. Solche Lösungen zeigen sich bisher nur in wenigen regionalen Verbünden. Allerdings sind die dafür erforderlichen technologischen und Wissensinnovationen prinzipiell bereits vorhanden (Gesundes Kinzigtal 2013). Die Analyse anderer Branchen zeigt eindrücklich, dass sich überteuerte Lösungen, wie in dem fragmentierten deutschen Gesundheitswesen, langfristig nicht halten können, sondern durch Sprunginnovationen abgelöst werden. Es ist kaum zu erwarten, dass die traditionellen großen Leistungserbringerorganisationen sich als Erstes engagieren werden: Die Innovatoren werden – so die Analyse anderer Branchen – eher auf der Seite der Zulieferer und Technologieträger sowie neuer kleinteiligerer Verbünde zu finden sein – ob man das begrüßt, oder nicht. Es wird spannend zu verfolgen sein, wie sich Innovatoren und Politik gegenseitig bestärken werden.

Ferner wird zu beobachten sein, wie sich die Versorgungsträger und die Krankenkassen dazu verhalten werden, und ob sie Innovationen nicht doch stärker gestalten wollen als bisher. Dass sich neue preisgünstigere und mehr Nutzen stiftende Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen durchsetzen werden, ist allerdings zu erwarten – das ist die Hoffnung machende Botschaft aus der Analyse von Innovationsentwicklungen anderer Branchen. Die Zeit regionaler Systemanbieter wird kommen – und das eher schneller, als gedacht. <<

Disruptive innovation in the organization of care

Beyond pharmaceuticals and medical technology there is a need for organizational and technical innovations in healthcare system to ensure high-quality and affordable health services over the long-term. In this context healthcare system can learn from other branches in which disruptive innovations pave the way for new forms of organization. In the healthcare market these can provide health services of high quality in an affordable and efficient way. To enable disruptive innovation there is a need for appropriate technology, adequate business and remuneration models as well as suitable value networks. According to the research of Clayton Christensen, key drivers of this development will rather be current suppliers, regional networks and system providers than the traditional actors.

Keywords

Innovation, Integrated Care, Networks, Healthcare, Remuneration, Incentives, Technology

Autorenerklärung

Helmut Hildebrandt beteiligt sich seit Jahren als Vorstand und Geschäftsführer, u.a. OptiMedis AG, an der Organisation der Gesundheitsversorgung sowie im politischen Umfeld an der Reorganisation des Gesundheitswesens. Dieser Beitrag zur gesundheitspolitischen Diskussion gibt seine Meinung wieder.

Helmut Hildebrandt
ist Apotheker, Gesundheitswissenschaftler. Tätigkeiten in Forschung (Medizin-Soziologie, Universität Hamburg), Entwicklung und Umsetzung im Bereich angewandter Gesundheitswissenschaften. Gründer und Vorstand der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH.

Kontakt: h.hildebrandt@optimedis.de

