



Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – TEIL I

Vorschlag für eine Neuausrichtung des
deutschen Gesundheitssystems



Stand August 2020

Autorenkollektiv*

Dr. h.c. **Helmut Hildebrandt**, Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG, Hamburg

Dr. **Ottomar Bahrs**, Sprecher des Dachverbands Salutogenese e.V., freier Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf, Göttingen/Düsseldorf

Uwe Borchers, Geschäftsführender Vorstand ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL, Bielefeld

Prof. Dr. **Gerd Glaeske**, Leiter Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen

Prof. Dr. **Bernd Griewing**, Vorstand Medizin RHÖN-KLINIKUM AG, Bad Neustadt a. d. Saale

Prof. Dr. Dr. **Martin Härter**, Institutsdirektor Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

Jessica Hanneken, Vice President Investment und Gesundheitspolitik, BFS health finance GmbH, Dortmund

Prof. Dr. **Josef Hilbert**, Vorstandsvorsitzender des Netzwerks Deutsche Gesundheitsregionen e.V. (NDGR e. V.), Steinhagen

Dr. **Bernadette Klapper**, Bereichsleiterin Gesundheit bei der Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart

Dr. **Wolfgang Klitzsch**, Mitglied im erweiterten Vorstand des BMC, Geschäftsführer a.D. Ärztekammer Nordrhein, Berlin

Dr. **Ilona Köster-Steinebach**, Geschäftsführerin Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V., Berlin

Prof. Dr. **Clarissa Kurscheid**, Geschäftsführerin Figus GmbH Priv. Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung, Köln

Dr. **Volker Lodwig**, Aufsichtsratsmitglied EIT Health Germany, Mannheim

Prof. Dr. **Holger Pfaff**, Direktor des IMVR und des Zentrums für Versorgungsforschung Universität Köln, Köln

Prof. Dr. **Doris Schaeffer**, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld

Dr. med. **Heidrun Sturm**, Leiterin Bereich „Gesundheitssysteme – innovative Versorgung“ am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen

Prof. Dr. **Matthias Schrappe**, Universität Köln, Köln

Prof. Dr. Dr. **Karl-Heinz Wehkamp**, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen

Dr. med. **Dorothea Wild** (MPH), Institut für Hausarztmedizin, Universitätsklinikum Bonn, Bonn

*Der Inhalt dieses Beitrages stellt nicht zwingend und in allen Punkten die Meinung jedes Autors bzw. jeder Autorin dar. Die Teilnehmenden haben als Privatpersonen an diesem Beitrag mitgewirkt.

Einleitung

Wie lässt sich eine besser koordinierte, sektorenübergreifende Integrierte Versorgung (IV) zugunsten der Bevölkerung einer gesamten Region und eines effizienten Gesundheitssystems erreichen? Dieser Frage gehen wir – eine Gruppe von Autoren aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens – nach und stellen einen umfangreichen Lösungsansatz zur Diskussion.¹ Unser Ziel ist die Entwicklung einer **nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland**. Der Ansatz besteht aus vier Elementen und reicht von der Initiierung, Organisation und Umsetzung über Finanzierung und Anreizsetzung bis hin zu Steuerung und Qualitätswettbewerb in **Innovativen Gesundheitsregionen (IGR)**. Er erfordert erhebliche Veränderungen in der Bundes- und Ländergesetzgebung. Und er würde das Gesundheitswesen in Deutschland gravierend verändern. Aber wir sehen darin eine reelle Chance – hin zu einem zukunftsfähigen integrierten Gesundheitssystem mit einem Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung. Einem Gesundheitswesen, das den Akteuren ihren Einsatz für Gesundheit und Effizienz belohnt, Patienten konkret einbezieht und Herausforderungen wie z. B. dem demografischen Wandel oder Pandemien, wie wir sie gerade erleben, Stand hält.

Zu Beginn beschreiben wir, weshalb sich die Integrierte Versorgung schwächer entwickelt hat, als geplant und weshalb regionale Lösungen eine so entscheidende Rolle für die erfolgreiche Umsetzung spielen. Es geht um mögliche Lösungsansätze, „Lessons learned“ aus anderen Ländern und die Herausforderungen, die sich auf dem Weg zu dem genannten Ziel stellen. Schließlich wird der Lösungsansatz ausführlich vorgestellt und diskutiert.

¹ Die Diskussion wurde zum Teil angeregt durch die Überlegungen von Ron Müller, Dezernatsleiter im Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg, im Heft 1/2020 der WdK. Der Artikel bezieht sich zudem auf Diskussionen im Umfeld der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, des Bundesverbands Managed Care, der PORT-Konzeption der Robert Bosch Stiftung, des Regionalansatzes der Stiftung Münch sowie auf Überlegungen der Bund-Länder-AG zur „sektorenübergreifenden Versorgung“.

Inhaltsverzeichnis

1. Warum der Blick auf die Region?	1
1.1 Was hindert uns an einer IV für alle GKV-Versicherten einer Region?	2
1.2 Erfolgsbremse: Zu hoher Aufwand für den Leistungserbringer?.....	5
1.3 Koordination und Integration: Zwei Wege, große Stolpersteine.....	6
1.4 Trend zu weiterer Fragmentierung statt zu realer Integration.....	8
2. Lösungsversuche und ihre Grenzen	10
2.1 Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“	10
2.2 Kommunale Ansätze: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen	11
2.3 Innovationsfonds G-BA.....	13
2.4 Die konzeptionellen Entwürfe verschiedener Stiftungen	13
3. Hilft ein Blick über die Grenzen hinweg?	16
4. Die Herausforderungen auf dem Weg zu einem ordnungspolitisch vertretbaren	
Vorschlag für ganz Deutschland	18

1. Warum der Blick auf die Region?

Die Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie helfen, noch einmal klarer zu fokussieren: Wir haben eines der besten Versorgungssysteme weltweit. Doch die exzellente Behandlung eines einzelnen Patienten kommt dann an ihre Grenzen, wenn gleichzeitig die Infektionsketten, z. B. in Wohnheimen von Großschlachtereien, in einkommensschwachen Milieus, bei Veranstaltungen in Kirchengemeinden oder beim großstädtischen „Cornern“, nicht konkret vor Ort unterbunden werden. Oder umgekehrt psychische und soziale Probleme durch administrative Regeln neu erzeugt werden, weil Lebensrealitäten und Bedarfe nicht differenziert genug berücksichtigt werden.

Schon vor der Pandemie konnten wir den engen Zusammenhang zwischen der regionalen Organisationsebene und der Qualität und Sicherung der gesundheitlichen Versorgung deutlich erkennen. Ob bezogen auf unterschiedliche Prävalenzen und Inzidenzen von Erkrankungen², auf Versorgungsengpässe in ländlichen oder einkommensschwächeren großstädtischen Regionen durch fehlende Praxisübernahmen, lokale Versorgungsabbrüche nach Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalten, Stationsschließungen aufgrund von örtlichem Personalmangel im pflegerischen und ärztlichen Bereich von Krankenhäusern oder die Schwierigkeiten bei der Nachwuchsgewinnung in den therapeutischen Berufen vor Ort: **Gesundheit ist primär ein lokales und regionales Gut.**³ Erst recht, wenn man die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit sowie die lokalen Interventionsmöglichkeiten ins Blickfeld rückt. **Die Region als die unterste Einheit für die Entwicklung von Gesundheit und die Sicherung der Versorgung**⁴ muss deshalb in das Zentrum der Reformen geführt werden.⁵

² Vgl. die Studien des ZI im Rahmen des „Versorgungsatlas“, so u.a. verteilt sich beispielsweise die Häufigkeit von Hypertonie zwischen 20 % in Hamburg und 39 % in Sachsen-Anhalt, vgl. eine der jüngsten Studien: Holstiege J, Akmatov MK, Steffen A, Bätzing J. Diagnoseprävalenz der Hypertonie in der vertragsärztlichen Versorgung – aktuelle deutschland-weite Kennzahlen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/01. Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.01. www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-da-tum-sortiert/?tab=6&uid=107

³ Vgl. u. a. Reimann, C.: Ländliche Regionen stärken und medizinische Versorgung sichern. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, Seite 24 - 26, Jahrgang 74 (2020), Heft 2

⁴ Gleiches gilt für Bedingungen guter Pflege: Auch sie können nur regional gewährleistet werden, vgl. Klie, T.: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort - gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm. Hamburg, 2018 Freiburg: medhochzwei (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 26)

⁵ Die „Urform“ der Region werden dabei sehr wahrscheinlich die 294 Landkreise und 107 kreisfreien Städte darstellen müssen. Schon allein um die demokratische Legitimität und die Anschlussfähigkeit an die vorhandenen Strukturen, u. a. die 380 Gesundheitsämter, darzustellen.

1.1. Was hindert uns an einer Integrierten Versorgung für alle GKV-Versicherten einer Region?

Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind dabei nicht nur auf der „Soll“-Seite zu betrachten. Ein hoher Gesundheitsstatus durch gute Prävention, positiv unterstützende Gesundheitsförderung für Jung und Alt sowie eine saubere und schadstofffreie Umwelt gehen ebenfalls auf der „Haben“-Seite in die Bilanz der Regionen ein. Kommunen und Städte profitieren von einem erhöhten Erwerbsfähigkeitsanteil, geringeren Ersatzleistungen, höherer Wirtschaftskraft und Attraktivität für die Erweiterung oder Neuansiedlung von Betrieben genauso wie von höherer Kreativität der Bevölkerung.

Erstaunlich, dass diese Themen bei der Diskussion über Gesundheitspolitik immer schnell wieder außen vor sind. Dabei können wir die Kernprobleme heute klar benennen und daraus zielgeleitete Fragen hin zu den angestrebten Veränderungen entwickeln:

- › **Unser Gesundheitssystem folgt immer noch einem veralteten Modell:** Es schaut auf den einzelnen Leistungserbringer und nicht auf die Qualität der gesamten Prozesskette – von der Vermeidung bis hin zur Behandlung einer Erkrankung und der Unterstützung beim Leben mit der Erkrankung. Kein Wunder, dass der Gesamtprozess mangelhaft ist, wenn nur eines der Teilelemente und/oder die Übergaben in dieser Prozesskette nicht gut funktioniert haben. Folgerichtig ist das Gesundheitssystem auch in seinen Anreizen zur Leistungserbringung auf individuelle Einzelleistungen statt auf Maßnahmen mit Populationsbezug ausgerichtet. Im Vordergrund steht eine kurative Medizin anstelle einer präventiven Ausrichtung inklusive der Befähigung der Menschen zur Gesunderhaltung bzw. zum Selbstmanagement. Alle Agierenden in den unterschiedlichen Sektoren haben ein eigenes Geschäftsmodell, über das die jeweilige Arbeit vergütet wird. Der ökonomische Nutzen vergrößert sich, wenn durch preisgünstigere Leistungsproduktion, z. B. durch Zeiteinsparung, Einsatz kostengünstigerer Mitarbeiter*innen etc., der freie Anteil am abgerechneten Leistungsvolumen vergrößert werden kann – egal ob dieser jetzt „Unternehmerlohn“ oder „Gewinn“ genannt wird. Wenn dazu noch die Leistungsmenge ausgedehnt werden kann, zumindest jene außerhalb etwaiger Budgetierungen, dann können die Akteur*innen auch noch Skalenvorteile für sich nutzen.

*Wie schaffen wir es, ein übergeordnetes ökonomisches Interesse an mehr Gesundheit und Effizienz zu erzeugen? Ein Interesse, das die Prozessqualität und das Versorgungserleben für die Patient*innen insgesamt fördert, den Gesamtprozess der Vermeidung bzw. Linderung und Behandlung von Erkrankungen optimiert sowie Patient*innen bzw. ganze Bevölkerungsgruppen in ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Selbstmanagement fördert?*

- › **Die Patient*innen werden nicht ausreichend als aktive Partner*innen im Entwicklungsprozess von Gesundheit angesehen und unterstützt:** Gesundheit kann nur in den seltensten Fällen über den Kopf der Patient*innen hinweg entwickelt werden. Insbesondere bei den größenordnungsmäßig bedeutsamsten Erkrankungen – nämlich den chronischen Erkrankungen – kann dies immer nur gemeinsam mit den Betroffenen in Co-Produktion gelingen und die „therapeutische Teamleistung“ muss im Zentrum der Betrachtung stehen.

*Wie schaffen wir es, eine gute Therapie zu belohnen, die sich daran misst, in welchem Maße die Patient*innen in ihrer aktiven Partnerschaft erfolgreich unterstützt wurden?*

- › **Bestehende Strukturen werden der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht gerecht:** Obwohl sich in der Praxis ein interprofessionelles Arbeiten der verschiedensten Berufsgruppen im Gesundheitswesen schon längst durchgesetzt hat, sind die Regularien des Systems, die Verantwortlichkeiten und die Vergütungsformen noch lange nicht hinterhergekommen und behindern damit eine inter- bzw. transprofessionelle Arbeit zugunsten der Patient*innen.⁶

Wie können wir durch eine neue Systemkonstruktion und eine neue Vergütungssystematik diese Hindernisse aus dem Weg räumen und damit zu einer Zusammenarbeit kommen, die von gegenseitiger Achtung und Wertschätzung bei jeweilig maximaler Kompetenz im jeweiligen Feld gekennzeichnet ist?

- › **Die gemeinsam erzeugte und koordiniert erreichte Qualität der Behandlungsergebnisse und der erzielte Gesundheitsstatus von Populationen ist nach wie vor kein Maßstab:** Das gilt sowohl für die Vergütung der Leistungserbringer als auch für den Vergleich der Leistungsergebnisse der Krankenkassen oder den der regionalen Gesundheitspolitik.

Wie lässt sich das Patientenwohl und eine Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung zum Zielwert und Maßstab machen?

- › **Keine klare Zielsetzung im Gesundheitswesen zur Angleichung von Gesundheitschancen:** Unser Gesundheitssystem – als Teil der gesellschaftlichen Gesamtorganisation von Daseinsvorsorge – versagt trotz aller Einzelerfolge seit Jahren bei der Aufgabe, die Gesundheitschancen, den Gesundheitsstatus und die Lebenserwartung von Menschen aus einkommensschwachen Milieus an den der höheren anzugleichen. Keine Frage, das ist keine triviale Aufgabe und sie reicht weit über die gegenwärtige Aufgabenstellung der Gesundheitsversorgung hinaus.

⁶ Vgl. Ewers, M., Schaeffer, D. (2019): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten auf steinigen Wegen. In: Ewers, M., Paradis, E., Herinek, D. (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Beltz-Juventa, 55-69
Vgl. Hildebrandt, H., Gröne, O., Pimperl, A.: Gesundheit schaut nicht auf die Profession der Produzenten: Trans- bzw. Interprofessionalität als Katalysator für die Produktion von Gesundheit in Integrierter Versorgung und Gesundheitsnetzen. In: Löcherbach, P., Wendt, W. R. (Hrsg.): Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke, Kohlhammer Verlag, 2020.

Aber wie schaffen wir es, uns dies überhaupt als Ziel zu setzen und die Zielerreichung valide zu messen? Und belohnen wir jene für ihre Anstrengungen, die sich erfolgreich dafür einsetzen?

Die lokale Gesundheitsversorgung, die Public-Health-Infrastruktur und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sind nur ungenügend miteinander verknüpft: Dies zeigte sich insbesondere in den Anfängen der Pandemie mit Reaktionsdefiziten und den Herausforderungen in der Kommunikation. Neben der besseren Ausstattung der Gesundheitsämter⁷ sind auch ihre engere Verknüpfung zur Versorgungsinfrastruktur sowie zu dem großen Bereich der zivilgesellschaftlichen Aktivitäten für mehr Gesundheit dringend erforderlich.

*Wie kann der ÖGD die Bürger*innen vor Ort zu mehr Gesundheit aktivieren? Wie kann eine aktivierende und advokatorische Rolle für die Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst so entwickelt werden, wie sie die Autor*innen des Thesenpapiers zur Pandemie 3.0 mit Recht einfordern?⁸ Und wie gelingt uns eine effizientere Verzahnung des ÖGD mit den Versorgern und den Versorgungsstrukturen vor Ort?*

- › **Die zentralisierte Organisation von Krankenkassen steht lokalen Investitionen in die Gesundheit der Gesamtbevölkerung entgegen:** Die Art, wie Krankenkassen aus der Historie heraus organisiert wurden, trägt dazu bei, die Region als den Ursprung von Gesundheit oder Krankheit zu vergessen. Krankenkassen regulieren primär die Leistungen für Erkrankte – demnach sind sie Einkäufer der Leistungen für Kranke und erst danach der Kümmerer (care holder). In dem Versuch, Krankenkassen zu einer Reduktion der Kostensteigerungen anzuhalten, wurden diese in einen Wettbewerb um die geringsten Zusatzbeiträge und die kostengünstigste Erbringung von Serviceleistungen hineingeführt. Zentralisierung war die Folge, lokale Geschäftsstellen wurden notwendigerweise geschlossen bzw. zu Vertriebsorganisationen umgebaut. Entsprechend verringerte sich der Kontakt zum lokalen Geflecht rund um die Entstehung und Förderung von Gesundheit. Hinzu kommt: Eine regional organisierte Optimierung der Entstehungsbedingungen von Gesundheit würde nicht nur den eigenen Versicherten, sondern auch denen der „konkurrierenden“ Krankenkassen zugutekommen, sofern die partizipierenden Ärzte, Sportvereine oder anderen Partner keine Selektion nach Krankenkassenmitgliedschaft betreiben.

Wie schaffen wir Anreizstrukturen für Krankenkassen, damit sie über die verpflichtenden Anteile an Aufwendungen für Prävention nach dem Präventionsgesetz hinaus investieren?

⁷ In ihrem Konjunkturpaket vom Juni 2020 hat die Koalition einen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ beschlossen. Der Bund soll den Ländern in Form von Umsatzsteuerfestbeträgen die finanziellen Mittel zur Verfügung stellen, um die zusätzlich erforderlichen Stellen in den Gesundheitsämtern vor Ort für die kommenden fünf Jahre zu finanzieren, soweit die Anstellung bis Ende 2021 erfolgt ist. Mit einem Förderprogramm will der Bund die technische und digitale Auf- und Ausrüstung des ÖGD unterstützen. Insgesamt sind bis zu 4 Mrd. Euro für diese Maßnahmen vorgesehen. Vgl. auch den sehr lesenswerten Kommentar von Matthias Gruhl im Observer Gesundheit www.observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd

⁸ Schrappe et al. Thesenpapier 3.0 Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz. Juni 2020. Abrufbar unter: www.socium.uni-bremen.de/uploads/thesenpapier_3.pdf

1.2. Erfolgsbremse: Zu hoher Aufwand für den Leistungserbringer?

Mit der Integrierten Versorgung des § 140a ff SGB V hat die rot-grüne Koalition im Jahre 2000 auf einige dieser Problemfelder reagiert und eine Möglichkeit für innovative Lösungen geschaffen, die eigentlich einige Fallstricke des gegenwärtigen Systems umgehen sollten. Innovative Leistungserbringer und Krankenkassen können alternative Lösungen vereinbaren – zur Probe oder auf Dauer. Wie Brandhorst (2017) schrieb, „war die mit der Gesundheitsreform 2000 in das Krankenversicherungsrecht eingeführte Integrierte Versorgung (...) der bis dahin ambitionierteste Schritt, um den für das deutsche Gesundheitssystem typischen Koordinations- und Kooperationsdefiziten entgegenzuwirken. Vom Gesetzgeber beabsichtigt war die Schaffung einer alternativen Form der Regelversorgung, die die althergebrachten Verhältnisse nach und nach überformen sollte.“⁹ Roland Berger Strategy Consultants hatten im Oktober 2002 in einer Studie prognostiziert, dass im Jahre 2020 rund 35 % der Versicherten und ca. 20 % des Gesamtvolumens des Gesundheitsmarktes transsektoral integriert versorgt würden.¹⁰

Wir wissen heute, dass dies bei Weitem nicht so ist. Zunächst ist die Entwicklung einer realen Kooperation immer eine der schwierigeren Aufgaben. Die analoge oder digitale Übergabe von Informationen und konzeptionellen Überlegungen bezüglich der Behandlung oder die Organisation eines Behandlungspfades unter Einbeziehung von präventiven Elementen erfordern immer einen Zusatzaufwand gegenüber der sektoralen Regelversorgung. Und der Nutzen entsteht aus Leistungserbringersicht primär bei den anderen, also den Patient*innen und den Krankenkassen. Und je komplexer die jeweilige Behandlung und Verständigung über diese ist – etwa im Fall multimorbider Patient*innen, bei Krankheiten mit lebensstilbezogenen Herausforderungen oder im Fall von Patient*innen mit sprachlichen Verständigungsproblemen –, umso aufwendiger ist es. Bei einer nach Sektoren getrennt finanzierten und an durchschnittlichen Klienten orientierten Versorgung fällt eine solche Zusatzfähigkeit deshalb oftmals als erstes weg, auch wenn sie aus ethischen Gründen gefordert und in den Behandlungsleitlinien abgebildet ist und gesamtökonomisch große Vorteile erzeugen würde. Nach Knieps (2020) stellt sich folgende Notwendigkeit: „Die vernetzte und die integrierte Versorgung müssen die Regelversorgung bilden und durch eine übergreifende Steuerung von Kapazitäten, Vergütungsformen und Qualitätsanforderungen endlich die jeweilige Binnenlogik der einzelnen Versorgungsbereiche zurückdrängen.“¹¹

⁹ Brandhorst, A.: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthé E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. (2017)

¹⁰ „Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukte-Industrie“, Gutachten im Auftrag des BVMed, Roland Berger Strategy Consultants, 2002

¹¹ www.background.tagesspiegel.de/gesundheit/das-krankenversicherungsrecht-muss-generalueberholt-werden

1.3. Koordination und Integration: Zwei Wege, große Stolpersteine

Wenn jetzt mittels Verträgen nach § 140a SGB V Leistungserbringer oder eigens gegründete Konsortien bzw. Managementgesellschaften/Institute diese verstärkten Koordinations- und Integrationsleistungen erbringen wollen, dann stehen ihnen im Grunde zwei Wege offen:

1. Sie können in Fortführung der bisherigen Vergütungskonzepte den Krankenkassen zusätzliche Koordinationsleistungen (etwa Lotsentätigkeiten, Edukationskonzepte, intensivierte Beratungsleistungen) anbieten und darauf hoffen, dass Krankenkassen sich überzeugen lassen, dafür zusätzliches Geld auszugeben. Dieses muss die vermehrten Aufwände abdecken, die wiederum auf Dauer zu Minderausgaben bei den Krankenkassen führen (meist setzt das noch über Drittmittel finanzierte Pilotprojekte voraus, die den Kosten-Nutzen-Effekt plausibel machen oder sogar mit gesundheitsökonomischen Studien nachweisen).
2. Sie brechen mit der bisherigen Systematik und investieren selbst in diese Koordination und die analoge sowie digitale Weiterentwicklung der Abläufe und Prozesse. Damit ihre Investitionen refinanziert werden können, müssen sie allerdings vorab mit den Krankenkassen zu Vereinbarungen kommen, dass diese sie in gesicherter Form an den Erfolgen beteiligen, falls daraus eine „Integrationsdividende“ entsteht, d. h. ein verbessertes Verhältnis von Kosten zu Einnahmen (Zuweisungen).

Viele innovative Modelle haben in der Vergangenheit den einen oder anderen Weg beschritten, oft nur mit mäßigem Erfolg und gegen großen Widerstand. Die Gründe¹² dafür lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Im Dickicht der Regelungen und der festgefahrenen Strukturen des Gesundheitswesens erleben sie in höchstem Maße Widerstand, wenn sie für koordinierte Leistungen zusätzliche Vergütungen beanspruchen. Den Krankenkassen stellt sich die Frage, ob aus der Plausibilität einer Maßnahme nachher auch tatsächliche Einsparungen entstehen. Sie stehen damit letztendlich im Risiko – gleichzeitig verlangen Gesetzgeber und Aufsicht aber bei Strafe der Vorstandshaftung die gesicherte Wirtschaftlichkeit.

¹² Amelung führt dazu noch Rahmenbedingungen auf, die „geradezu wie ‚Kontra-Anreize‘ für mehr Integration, Koordination und Vernetzung“ wirken: Geringer Handlungsdruck für die Akteur*innen, hohe Komplexität der Vergütungssysteme, hohes Maß an Intransparenz, Überregulierung des Marktes. Vgl. Amelung, V.: Vorwort. In: Pundt, J.; (Hrsg.), Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft, Apollon University Press, Bremen 2017, S. 11-13

2. Auch dann, wenn die Initiator*innen auf zusätzliche Vergütungen verzichten und stattdessen Verträge anstreben, um sich mit den Krankenkassen eine gegebenenfalls erzielte Integrationsdividende zu teilen, wird dies nicht einfacher. Prinzipiell sind solche Lösungen über den § 140a zwar möglich – und werden z. B. in Baden-Württemberg seit 15 Jahren erfolgreich erbracht –, dennoch stellen sich auch für positiv aufgeschlossene Krankenkassen an dieser Stelle Herausforderungen. Dies betrifft u. a. die Komplexität der Erfolgsmessung, die notwendige interne Umorganisation in Verwaltungsabläufen, die Anforderungen der Aufsicht bezüglich der Abgrenzung gegenüber der Regelversorgung oder die kommunikativen Herausforderungen von national aufgestellten Kassen, wenn bestimmte Versorgungsangebote nur regional einlösbar sind.
3. Wirtschaftlicher Wettbewerb besteht nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Sektoren, was grundsätzlich als Fortschrittsmotor sinnvoll ist. Kooperation und Koordination mit gemeinsam vereinbarten Behandlungspfaden und einer am übergeordneten Versorgungsziel ausgerichteten, konsentierten Aufgabenverteilung für die Patient*innen erfordern jedoch in Teilen die Überwindung des Denkens um den jeweiligen „Anteil am Vergütungskuchen“ zugunsten der patientenorientiertesten Lösung – etwa zwischen Allgemeinmedizin- und fachärztlichen Praxen. Dies steht wiederum der betriebswirtschaftlichen Logik der jeweiligen Praxis bzw. anderweitigen Versorgungseinheit entgegen.
4. Ein anderes Problem stellt sich innerhalb einer Praxis, eines Krankenhauses oder einer Apotheke, um nur einige der Gesundheitsakteur*innen zu benennen: Wenn z. B. 30 % der Patient*innen nach einem selektivvertraglichen und 70 % innerhalb einer Einrichtung nach dem klassischen Regelversorgungsmodell behandelt werden, da nur Krankenkassen mit einem 30%-igen Marktanteil den Selektivvertrag abgeschlossen haben, entsteht ein doppelter Aufwand an Verfahrensanweisungen, Trainings für das jeweilige Vorgehen, EDV-Umstellungen u.v.a.m. Auch engagierte Gesundheitsakteur*innen müssen sich deshalb genau überlegen, ob sie den zusätzlichen Aufwand und die damit möglicherweise entstehenden Ablaufunsicherheiten wirklich eingehen wollen und ob zusätzliche Vergütungen (sofern vorhanden) diesen Zusatzaufwand rechtfertigen können.¹³ Zumal sie damit auch in argumentative Herausforderungen gegenüber den Patient*innen kommen, wenn sie den Versicherten der einen Krankenkasse eine zusätzliche Option anbieten können, den Versicherten der anderen Krankenkasse aber nicht. Gerade für ethisch hochmotivierte Leistungserbringer (und auch die Öffentlichkeit) ist eine Differenzierung von Behandlungspfaden nach Krankenkassen schwer akzeptabel. Wenn als Konsequenz aber auch die Versicherten nicht vertragsbeteiligter Krankenkassen die Vorteile

¹³ Hier nicht weiter erörtert – dennoch soll angemerkt werden, dass diese Problematik auch dazu in der Lage ist, die Höhe der notwendigen zusätzlichen Vergütung so hoch zu treiben, dass inhaltlich gute Ansätze ihre Wirtschaftlichkeit verlieren und dadurch nicht zur Realisierung kommen.

verbesserter Pfade erfahren, können diese Krankenkassen dann Trittbrettfahreffekte erhalten, ohne dass sie dafür zahlen. Die Antizipation solcher Effekte reduziert wiederum die Bereitschaft potentieller Initiatoren auf der Seite der Krankenkassen.

5. Für Krankenkassen sind darüber hinaus Verträge zur Integrierten Versorgung¹⁴ eine der wenigen Differenzierungsoptionen im Wettbewerb um die Versicherten. Wenn Krankenkassen wirtschaftlichen Erfolg oder steigende Mitgliedschaftszahlen ihren eigenen Selektivverträgen der Integrierten Versorgung zuschreiben, weshalb sollen sie ein Interesse daran haben, dass Leistungserbringer gleichlautende Verträge mit allen Kassen abschließen?

1.4. Trend zu weiterer Fragmentierung statt zu realer Integration

Im Ergebnis kommen viele Initiator*innen, die neue Lösungen entwickeln wollen, zu dem Schluss, dass es einfacher und erfolgversprechender ist, an den alten Modellen der Vergütung festzuhalten. Statt auf Koordination setzen sie dann auf die Strategie sektorspezifischer Optimierung. Sie kaufen beispielsweise weitere Praxissitze auf, um dann vom Vorteil der Skalierung zu profitieren, erwerben zusätzliche Gerätschaften, fördern die Bindung von Ein- oder Überweisern, bieten zusätzliche Leistungen z. B. im Krankenhausbereich an oder entwickeln vertikal integrierte, konzernähnliche Strukturen, um zugunsten einer betriebswirtschaftlichen Optimierung die gesamte Wertschöpfungskette zu nutzen. Ob daraus Nutzeneffekte für die Patient*innen entstehen oder sich sogar negative Effekte auf das Patientenwohl entwickeln, steht bei solchen auf betriebswirtschaftliche Effizienzsteigerung angewiesenen Insellösungen weniger im Fokus. Im Effekt wird damit wertvolles Innovationspotenzial zugunsten einer optimierten Versorgung durch unser bestehendes Regelsystem blockiert.

Eine Betrachtung der aktuellen Investitionen im Gesundheitswesen¹⁵ zeigt genau dieses Bild: Statt der volkswirtschaftlich sinnvollen Integration und Optimierung von Gesundheitsförderung und -versorgung erfahren wir eine betriebswirtschaftlich nützliche, aber volkswirtschaftlich unsinnige Vermehrung und Ausdifferenzierung von Leistungen. Diese Überversorgung ist teuer, schadet den Patient*innen und wird zudem noch durch Unter- und Fehlversorgung in anderen Bereichen negativ ergänzt. Die Logik folgt der betriebswirtschaftlichen Optimierung entsprechend der

¹⁴ Seit der letzten Reform wurde die Begrifflichkeit Integrierte Versorgung vom Gesetzgeber mit der Überschrift „Besondere Versorgung“ überwölbt. Damit wurde gleichzeitig die Abkehr von der ursprünglichen Idee der allmählichen Überformung der Regel- durch die Integrierte Versorgung zumindest begrifflich noch einmal zementiert.

¹⁵ Scheuplein, C., Evans, M., Merkel, S.: Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut. Arbeit und Technik. IAT discussion paper, no. 19/01 Link: www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf

jeweils besten Renditechance, die sich zum Beispiel oft zu Lasten der konservativ-medizinischen und zugunsten des Ausbaus operativer Leistungen auswirkt.¹⁶

Eine der Barrieren und Hindernisse für eine Ausweitung regionaler Integrationslösungen wird aktuell von dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) dargestellt: Durch eine sehr spezifisch eingegrenzte Interpretation des § 140a SGB V auf selektivvertragliche Produktlösungen, wird das BAS im Moment von vielen Krankenkassen als Bremser innovativer Lösungen auf regionaler Ebene angesehen. Dies gilt in besonderem Maße für Krankenkassen, die direkt der Aufsicht des BAS unterstellt sind. Eine Reihe von Krankenkassenvorständen legt deshalb aktuell in der Antizipation befürchteter negativer Auflagen in der Folge (Vorstandshaftung) alle Verträge vorab dem BAS zur Prüfung vor, obwohl das so nicht vom Gesetzgeber vorgesehen war. Da diese Prüfung zumeist restriktiv und relativ festgefahren unter dem Modus von indikationsspezifischen Add-On-Vergütungsformen erfolgt, werden damit größere Lösungen, die quer über alle Indikationen und auf Populationen in bestimmten Landkreisen oder Stadtbezirken ausgerichtet sind und der Logik einer geteilten Integrationsdividende folgen, eher erschwert.¹⁷

Die bereits im Jahr 2000 mit der Einführung des § 140a konzipierte Herausforderung bleibt also bestehen: **Wie schaffen wir es, die althergebrachten Verhältnisse nach und nach im Sinne einer echten Integration der Versorgung umzuformen und von Pilotlösungen für Minderheiten von Patienten einzelner Krankenkassen hin zur neuen „Normalität“ für alle Patienten zu gelangen?**

Unserer Auffassung nach wird dies nur durch eine stärkere Regionalisierung möglich werden.

¹⁶ Die Corona-Krise und die in den einzelnen Ländern erreichten Ergebnisse demonstrieren gerade sehr anschaulich, wie desaströs sich ein schlecht koordiniertes Gesundheitssystem (und ein schlecht organisiertes politisches Handeln) auf die jeweilige Volkswirtschaft auswirken kann.

¹⁷ Ein zum Zeitpunkt der Schriftlegung des Artikels veröffentlichter Referentenentwurf zum Versorgungsverbesserungsgesetz sieht einige Veränderungen vor, u. a. die ausdrückliche Aufnahme regionaler Versorgungsinnovationen, die Streichung des besonderen Wirtschaftlichkeitsnachweises nach § 140 a Abs. 2 S. 4 (Nachweis der Wirtschaftlichkeit der Verträge nach spätestens vier Jahren), die Ermöglichung gegenseitiger Unterstützung bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen incl. der Möglichkeit, Dritte zu beauftragen und die Möglichkeit, dass Krankenkassen und ihre Verbände auch gemeinsam Selektivverträge abschließen können. Unserer Einschätzung nach sind diese Änderungen positiv zu werten, aber entwickeln noch keine ausreichende Anreizwirkung, um die Investitionen umzusteuern. Im Übrigen sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Vorschrift bis 2015 die Vorgabe enthielt, dass die Verträge eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen“. Diese Zielrichtung hatte der Gesetzgeber selbst aufgegeben, mit der Änderung soll sie jetzt wieder als spezielle Möglichkeit benannt werden.

2. Lösungsversuche und ihre Grenzen

Die inzwischen als „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V bezeichnete Integrierte Versorgung erlaubt bereits aktuell die Beteiligung vieler Krankenkassen. In der Praxis gestaltet sich eine Beteiligung verschiedener Krankenkassen an populationsorientierten Lösungen aber so schwierig, dass es nach Kenntnis der Autor*innen in Deutschland bisher nur eine Lösung gibt, die (nahezu) alle Krankenkassen in einen IV-Vertrag einbindet.¹⁸ Das ist eine Lösung, die unter Beteiligung eines der Mitautoren für die Klient*innen der evangelischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen vereinbart wurde und inzwischen mit verschiedenen Änderungen über nahezu 20 Jahre besteht. Ansonsten gibt es einige Verträge, die von Serviceeinrichtungen für Krankenkassen gleich für mehrere Krankenkassen abgeschlossen worden sind. Den Autor*innen ist aber kein Vertrag bekannt, an dem sich so viele Krankenkassen beteiligen, dass mehr als 90 % der Versicherten dadurch erreicht würden. Verträge nach § 140a SGB V werden, wie oben beschrieben, innerhalb der Welt der Krankenkassen zu einem großen Teil als Differenzierungsmöglichkeiten im Wettbewerb gesehen: Wenn alle Krankenkassen den gleichen Vertrag zur Integrierten Versorgung unterzeichnen würden, dann fiel genau diese (latente) Differenzierungsmöglichkeit weg.

2.1. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“

Eigentlich hatte sich der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD von 2018 bereits des Themas der sektorübergreifenden Versorgung angenommen. Darin ist die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe beschrieben, die Vorschläge erarbeiten soll und auch spezifische regionale Ausgestaltungen ermöglichen sollte.¹⁹ Der dazu bisher im Januar 2020 vorgelegte „Fortschrittsbericht“ der Bund-Länder-AG „Sektorübergreifenden Versorgung“ erscheint ernüchternd. Der zweifellose Verdienst der AG besteht in der Entwicklung einer Reihe von Lösungsansätzen für einzelne Schnittstellenprobleme, so u. a. in der Notfallversorgung, in der Überlegung von Anreizen zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen und für die Finanzierung von Patientenlotsen und Community Health Nurses sowie in der Sanktionierung für nicht erfolgtes Entlassmanagement. Damit werden aus Patientensicht in jedem Fall gravierende Problemfelder der gegenwärtigen Versorgung angesprochen. Grundsätzlich bleiben die Vorschläge aber dem gegenwärtigen Finanzierungsmodell und den darin enthaltenen Fehlanreizen unterworfen. Ein

¹⁸ Allein schon aus der Tatsache, dass es für eine solche Aussage der Marktkenntnis der Akteur*innen bedarf und keine öffentliche Transparenz über die existierenden Verträge der Besonderen Versorgung gibt, macht ohne jeden Zweifel ihren primär wettbewerblichen Charakter deutlich.

¹⁹ Vgl. www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf

Ansatz zur Umorientierung in Richtung populationsorientierter Vergütungen oder gar „pay for results“, in denen der erzielte Gesundheitsnutzen stärker im Fokus der Vergütung steht, ist nicht abgebildet. Auch ein Entfernen der oben dargestellten Hindernisse für Verträge zur Integrierten Versorgung ist nicht zu erkennen. Sicherlich ist dies auch dem Umstand geschuldet, dass in der gesundheitspolitischen Debatte die sektorenübergreifende Versorgung auf eine bessere Verzahnung von Krankenhausversorgung und ambulanter ärztlicher Versorgung reduziert wird, wie Brandhorst (2017) mit Recht feststellt.²⁰

2.2. Kommunale Ansätze: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen

Alternativ wäre denkbar, an der Weiterentwicklung der inzwischen von mehreren Bundesländern eingeführten „Kommunalen Gesundheitskonferenzen“, so u. a. verpflichtend in NRW und in Baden-Württemberg, aber auch in Eigeninitiative in einzelnen Landkreisen quer über die Republik, anzusetzen. Ihre Mitglieder setzen sich zumeist aus Vertretern der jeweiligen regionalen mit Gesundheit befassten Administration, der Ärzteschaft und anderer Berufsgruppen, der stationären Einrichtungen, der Sozialversicherungsträger und weiteren Verbänden und Einrichtungen zusammen. Trojan beschreibt 2017 in einem Überblicksaufsatz, dass in „der Realität aber sowohl auf Landes- als auch auf Kommunalebene starke Variationen vorkommen“.²¹



Abbildung 1: Typische Akteursgruppen in den Gesundheitskonferenzen. (Quelle: Holleder 2013)

²⁰ Brandhorst, A.: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthé, E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden: Springer VS. (2017)

²¹ Trojan, A.: Gesundheitskonferenzen. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 2017, sowie die Bezugsquelle: Holleder, A.: Gesundheitskonferenzen in Deutschland: Ein Überblick. Gesundheitswesen 2015; 77: 161-167. vgl. auch: Holleder, A., Regionale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen plus in Deutschland: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten. Public Health Forum 2016; 24 (1): 22-25; vgl. auch weitere Publikationen von Holleder zur Evaluation der GesundheitsregionenPlus-Lösung in Bayern: Holleder, A., Eicher, A., Pfister, F., Stühler, K., Wildner, M.: Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionen-plus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. In: Das Gesundheitswesen 2017; 79: 613-616

Die Erfahrungen mit der Wirksamkeit der Gesundheitskonferenzen sind unterschiedlich. Bis auf wenige Ausnahmen mit sehr engagierten Landrät*innen, die sich des Themas sehr angenommen haben, muss von eher relativ begrenzten Erfolgen ausgegangen werden. Da die meisten Gesundheitskonferenzen keine eigene Investitionsfinanzierung haben, muss zumeist für jegliche Maßnahme zunächst eine Finanzierung gesucht und gefunden werden. Eigeninteressen der jeweiligen Institutionen und die Konkurrenz zwischen den Anbieter*innen bzw. geringe Entscheidungskompetenzen der Konferenzen, können ebenfalls Entscheidungen behindern und verzögern. Häufig werden Entscheidungen auf überörtlicher Ebene getroffen, die dann zwar Auswirkungen auf die Arbeit der lokalen Ebene haben, aber von dort aus nicht verändert werden können. Insbesondere auf der Krankenkassenseite ist zusätzlich davon auszugehen, dass örtliche Vertreter*innen an die Vorgaben ihrer Landes- bzw. Bundesorganisationen gebunden sind.

Einige Landesregierungen versuchen mittels der Einführung und einer gewissen Anschubfinanzierung von „Gesundheitsregionen“ eine bessere Koordination von Versorgung zu ermöglichen, so u. a. sehr aktiv Niedersachsen²² und Bayern²³. Die Länder finanzieren damit eine gewisse Grundausstattung der kommunalen Ebenen für die Koordination, greifen damit einen der oben beschriebenen Mängel auf und bieten gleichzeitig in einem geringen Maße Projektfinanzierungen an. Dies erscheint zwar eigentlich ein guter Ansatz, aber leider erfolgt eine reale Verknüpfung von Prävention und Gesundheitsförderung auf der einen und Versorgung und Gesundheitswirtschaft auf der anderen Seite – mit dem Ziel der Steigerung des Patientenwohls bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung für das Gemeinwohl – noch viel zu selten. Dazu wären deutlich bessere Voraussetzungen bezüglich der Gesundheitsdaten der jeweiligen Bevölkerung und eine größere Durchsetzungsstärke vonnöten, um die beschriebenen betriebswirtschaftlichen Logiken der bestehenden Versorgungsstrukturen zu überwinden. Stattdessen sind solche Gremien eher der Gefahr ausgesetzt, dass sich Einzelinteressen von Gesundheitsanbieter*innen durchsetzen, die sich zwar gelegentlich zu sinnvollen Projektmaßnahmen bündeln lassen, dann aber mit der zeitlichen Befristung von „Projektfinanzierungen“ wieder in sich zusammenzufallen drohen. Im besten Fall lassen sie sich noch zeitweilig mit den Präventionsgeldern der Krankenkassen, zusätzlichen Landesmitteln, dem Innovationsfonds des G-BA oder einzelnen IV-Verträgen weiterführen und dienen dann zeitbegrenzt der Erprobung von neuen Versorgungslösungen. Gerade die Zeitbegrenzung von Projektförderung steht jedoch dem Aufbau komplexer neuer Steuerungsstrukturen innerhalb und zwischen den beteiligten Organisationseinheiten entgegen, denn hier sind häufig umfangreiche Anfangsinvestitionen zu tätigen, die sich erst über längere Zeit hin auszahlen.

²² Vgl. www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html

²³ Vgl. Holleder, A., Eicher, A., Pfister, F., Stühler, K., Wildner, M.: Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionenplus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. Gesundheitswesen, 2015 vgl. auch zu neueren Entwicklungen: www.gesundheitsregionenplus.bayern.de

2.3. Innovationsfonds G-BA

Eingerichtet wurde der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) u. a. mit dem Ziel der „Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung gemäß § 92a SGB V“. Einer der zentralen Anforderungen war dabei die Überführung von positiv evaluierten Versorgungslösungen in die Regelversorgung. Zweifellos hat der Innovationsfonds zu einer deutlichen Vermehrung von Ansätzen innovativer Versorgungslösungen geführt.²⁴ Aber das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zum Innovationsfonds vom März 2019 legt dafür auch sehr präzise die Grenzen dar: „Bei einer Überführung der Innovation in das Kollektivvertragsrecht sprechen wir uns dafür aus, ausschließlich die im SGB V bestehenden Transformationswege zu nutzen. Zu den Möglichkeiten, die die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung hierfür nutzen können, gehören insbesondere die Richtlinien des G-BA. Ferner kann der Bewertungsausschuss etwaige Gebührenordnungspositionen im einheitlichen Bewertungsmaßstab festsetzen, um eine neue Leistung in die vertragsärztliche Versorgung einzuführen.“²⁵ Damit richtet der GKV-Spitzenverband den Blick der Innovatoren erneut weg von etwaigen Überlegungen hinsichtlich Regionalbudgets und Ergebnisse belohnenden „pay-for-results“-Lösungen hin zu den eingefahrenen sektoralen Vergütungsmechanismen, die ihrerseits wiederum die Ursache für so viele Fehlanreize sind.²⁶

2.4. Die konzeptionellen Entwürfe verschiedener Stiftungen

Neben dem oben schon erwähnten Sachverständigenrat haben sich auch mehrere Stiftungen in den letzten Jahren zu dem Thema der sektorenübergreifenden Versorgung zu Wort gemeldet. Bereits 2013 legte die gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung ein Konzept vor, wie über eine Reihe von Anreizen und gesetzlichen Veränderungen Krankenkassen stärker auf die Förderung des Gesundheitsnutzens ihrer Versicherten ausgerichtet werden sollten, neue Betriebsformen für multiprofessionelle Teams ermöglicht und eine Vergleichs- und Berichtspflicht für Ergebnisqualität auf regionaler Ebene geschaffen werden könnten.²⁷ Im Jahre 2017

²⁴ Vgl. www.innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss

²⁵ Positionspapier des GKV-Spitzenverband zum Innovationsfonds: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/20190319_Positionspapier_Innovationsfonds_barrierefrei.pdf

²⁶ Vgl. u. a. auch die schon frühzeitig geäußerte Kritik am Innovationsfonds mitsamt den Alternativvorschlägen, u.a. bei Rebscher, H.: Vernetzte Versorgung – Warum kommen die Konzepte so schleppend voran? In: Pundt, J.; (Hrsg.), Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft, Apollon University Press, Bremen 2017, S. 81-96

²⁷ Heinrich-Böll-Stiftung (2013) „Wie geht es uns morgen?“ Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung. Berlin. www.boell.de/de/content/wie-geht-es-uns-morgen

legte die Friedrich-Ebert-Stiftung nach. Sie beschrieb die Herausforderung wie folgt: „Eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung ist der Schlüssel zu höherer Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens. Die Verbesserungspotenziale durch eine stärkere teamorientierte Zusammenarbeit sind enorm, insbesondere für die Patient_innen.“²⁸ Beide Stiftungspapiere erfuhr in den Fachkreisen eine kurze Diskussion, der Vorschlag der Böll-Stiftung bezüglich der Einrichtung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets aus Mitteln des Gesundheitsfonds wurde zwar mit der Gründung des Innovationsfonds aufgegriffen, auf die anderen Vorschläge ging die Bundesregierung jedoch nicht ein.

Die Robert Bosch Stiftung schlug 2017 einen anderen Weg ein. Sie setzte mit Ihrem Projekt „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ auf die Entwicklung von Pilotlösungen für „lokale, inhaltlich umfassende und exzellente Gesundheitszentren in Deutschland, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können.“²⁹ Inzwischen wurden mehrere Piloten gefördert, außerdem wurden weitere Modelle unter der Bezeichnung „supPORT“ unterstützt, die einzelne Module zur späteren Anwendung in diesen PORT-Zentren entwickeln. Die Freie und Hansestadt Hamburg hat ein Programm aufgelegt, das in einer gewissen Analogie zu diesen Lösungen „Interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren“ aufbauen soll. In der Rot-Grünen Koalitionsvereinbarung wird dazu beschrieben:

„In jedem Bezirk wird zunächst in einem sozial besonders heterogenen Stadtteil ein interdisziplinäres Stadtteilgesundheitszentrum (ISGZ) eingerichtet, in dem Sozialberatung und Gesundheitsversorgung verbunden und möglichst im Kontext bereits bestehender sozialräumlicher Angebote und Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Als Träger eines ISGZ werden geeignete Vereine oder gemeinnützige Körperschaften mit Sitz in Hamburg ausgewählt. Zum Angebot gehört eine moderne Form der „Gemeindeschwester“, mindestens eine Haus- bzw. Kinderarztpraxis, ein Angebot für Prävention und Gesundheitsförderung und eine Sozialberatung. Die Projektförderung dient zudem der Förderung lokaler Gesundheitskompetenz unter besonderer Beachtung der vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Perspektivisch sollen in den Zentren Gesundheitslots*innen und Fallmanager*innen tätig werden, um in besonderen Bedarfsfällen, Hilfen und Behandlungen zu koordinieren. Darüber hinaus arbeitet das Zentrum in einem lokalen Netzwerk eng zusammen mit weiteren Arztpraxen und anderen Gesundheitsberufen, Pflegeeinrichtungen, der Verbraucherberatung, sozialen Initiativen und dem Bezirksamt.“³⁰

Derartige „Patientenorientierte Zentren für die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region“ bzw. „Interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren“ können einen wichtigen Ankerpunkt und ein

²⁸ Friedrich-Ebert-Stiftung: PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (2017), S.5. www.library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf

²⁹ Vgl. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-04/PORT_Neue_Perppektive_Gesundheitsversorgung.pdf

³⁰ SPD, Bündnis 90/Die Grünen: Zuversichtlich, solidarisch, nachhaltig – Hamburgs Zukunft kraftvoll gestalten. Koalitionsvertrag 2020, S.167

Testfeld für die Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung bieten.³¹ Sie sind zurzeit allerdings noch eher lokale und punktuelle Lösungen und führen damit noch nicht zu einer Lösung für die vorne beschriebene Frage nach der generellen Umwandlung der regionalen Versorgung. Allerdings ist das Projekt zum einen noch in einer laufenden Weiterentwicklung und zum anderen ergänzt die Robert Bosch Stiftung derzeit die Arbeiten mit weiteren Initiativen. Eine ganz besondere Wirkung lässt sich dabei durch das Projekt „Neustart! Reformwerkstatt für unsere Gesundheitswesen“ erhoffen. Die Stiftung erarbeitet darin in „Bürgerdialogen“ und mit „Experten-Think-Labs“ Impulse und Reformvorschläge und sucht nach Lösungen, die weiter reichen als bisherige Reformvorhaben. Gleichzeitig organisiert sie gesundheitspolitische Podien und bringt die erarbeiteten Konzepte in die Politik.

Anfang 2021 wird zusätzlich die Fertigstellung einer Studie unter der Überschrift „Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit“ erwartet. Damit sollen erstmals in einer empirischen Studie umfassend die Aktivitäten in ausgewählten Kommunen in den Bereichen Versorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention erfasst und ausgewertet werden. Die Studie wird vom Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) an der Ruhr Universität Bochum durchgeführt und von der Robert Bosch Stiftung und der Bertelsmann Stiftung gefördert.³²

Die Bertelsmann Stiftung wiederum hat über Jahre hinweg mit dem „Faktencheck Gesundheit“ Vorarbeiten geleistet zum Vergleich der gesundheitlichen Situation und der Versorgung in den Landkreisen in Deutschland.³³ Daraus entstand ein Datenvergleich, der für jede Planung von Verbesserungen und entsprechenden Interventionen von größter Bedeutung ist. Leider ist dieses Projekt beendet worden. Mit dem „Wegweiser Kommune“ werden allerdings zumindest gewisse demografische und soziale Vergleichsdaten sowie auch gesundheitliche Vergleiche weiterhin ermöglicht, z. B. vorzeitige Sterblichkeit als ein Indikator der Sustainable Development Goals im Nachhaltigkeitsbericht.³⁴

Die Stiftung Münch baut auf dem Konzept der Netzwerkmedizin auf und fragt, wie eine besser koordinierte, stärker patientenzentrierte und intersektoral angelegte Versorgung helfen kann, die alle Menschen in gleicher Weise teilhaben lässt. Als Voraussetzung sieht die Stiftung dafür ein Vergütungssystem, das die Sektorengrenzen tatsächlich überwinden kann und Qualität belohnt.³⁵ Sie schreibt: „Internationale Erfahrungen zeigen, dass sogenannte Capitation-Modelle, die auf leistungsunabhängigen und sektorenübergreifenden Pro-Kopf-Pauschalen beruhen,

³¹ weitere Modelle sind z. B. auch noch die „Universitätsambulanz für Integrative Gesundheitsversorgung und Naturheilkunde“ an der Universität Witten/Herdecke, vgl. www.uniambulanz-witten.de sowie die Lösungen, die auf der Website www.innovative-gesundheitsmodelle.de/referenzen beschrieben sind.

³² Vgl. www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/kein-kind-zuruecklassen-kommunen-schaffen-chancen/projektthemen/praeventionsforschung/gesundheitsstudie

³³ Vgl. www.faktencheck-gesundheit.de/de/startseite

³⁴ Vgl. www.wegweiser-kommune.de/themen

³⁵ Vgl. www.stiftung-muench.org/buecher

Anreize für eine derartige Versorgung schaffen können. In solchen Modellen übernehmen Leistungserbringer einen Teil des Versicherungsrisikos bzw. der finanziellen Verantwortung für Leistungen, die direkt von ihnen erbracht, veranlasst oder nicht vermieden werden.“ Ähnliche Überlegungen werden auch in Deutschland vorgeschlagen.³⁶ Die Stiftung Münch hat kürzlich dazu ein Buch herausgegeben, das Analysen von Modellen aus Spanien, Peru, den USA und der Schweiz zusammenträgt und die Voraussetzungen und Potenziale des Transfers eines derartigen populationsorientierten Vergütungsansatzes nach Deutschland prüft sowie die Optionen einer möglichen Umsetzung in Form prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets aufzeigt.³⁷

3. Hilft ein Blick über die Grenzen hinweg?

Das deutsche Gesundheitssystem steht hinsichtlich seiner Probleme bei der Integration und der Optimierung von Gesundheitsförderung, Versorgung und Patientenzentrierung keineswegs allein. Überall werden die überkommenen Strukturen und ihre Kooperationsbarrieren beklagt, ein „Population Health Management“ wird zum international viel beachteten Ziel. Überschaubare regionale Einheiten als Organisationsprinzip scheinen das Rezept für viele dieser Veränderungsansätze darzustellen. Interessanterweise zeichnen sich hier insbesondere Länder aus, deren Gesundheitssystem staatlich organisiert ist.

Es ist hier nicht der Platz, eingehender auf die Aktivitäten in anderen Ländern einzugehen. Dies ist verschiedentlich bereits erfolgt, so u. a. in dem o. a. Buch der Stiftung Münch und wird an anderer Stelle noch einmal in ausführlicherer Form geschehen.³⁸ Dennoch soll zumindest ein erstes Fazit gezogen werden, welche Lernimpulse aus einer internationalen Betrachtung gezogen werden können:

³⁶ Vgl. Augurzky B., Graf C., Walter D., Griewing B.: Versorgung und Vergütung regional gedacht: Von der Volumen- zur Wertorientierung, Gesundheits- und Sozialpolitik Jg. 72 Heft 4-5/2018, S. 64-71.

sowie: Walter, D., Auner, H., Griewing, B.: Und der Patient entscheidet doch! Campusmodell der Rhön-Klinikum AG: Ansätze zur Bewältigung einer altersdominierten Gesundheitsversorgung ohne Rationierung. KU Gesundheitsmanagement 86(1), (2017) S. 53-56.

³⁷ Benstetter, F., Lauerer, M., Negele, D., Schmid, A. (2020) Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. medhochzwei, Heidelberg (Studie im Auftrag der Stiftung Münch)

³⁸ Eine Veröffentlichung durch einen Teil der Autoren ist in Arbeit. Verwiesen werden soll aber schon einmal auf folgende Publikationen: fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung: Denkstoff N°5: Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028. S.10-11 (Mai 2020)

www.fmc.ch/_Resources/Persistent/57a83965ac2b7ab2caa47c79b6b8365dc4583c75/Denkstoff_No5_DE_HE_online.pdf

Schulte, T., Pimperl A., Hildebrandt, H., Bohnet-Joschko, S. (2017). Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthé E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. 535-551

Burwell, SM (2015). Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. New England Journal of Medicine. 372. 897-899.

Gerlinger, T.: Konservative Wende in der Gesundheitspolitik: Der Health and Social Care Act 2013. In Bundeszentrale für politische Bildung (2014) www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/183941/der-health-and-social-care-act-2013

Schaeffer, D., Hämel, K. (2017): Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Berlin: Springer VS, 1-18.

- › Die klassische sektorale Einzelleistungsvergütung wird perspektivisch vielerorts abgelöst durch „outcome-orientierte“ Vergütungen, zum Teil als Capitation, zum Teil in Mischform als prospektive Budgets mit Qualitätsbonifikationen, um ein wirtschaftliches Interesse an Gesundheit und Patientenwohl anzureizen.
- › Derartige „outcome-orientierte“ Vergütungen werden aufgrund der ansonsten gefährlichen Risikoselektionsanreize nicht auf einzelne Leistungserbringer, sondern auf regionale Gruppierungen/neue Unternehmensformen ausgerichtet, z. B. auf Ärzte- oder professionell gemischte Gesundheitsnetze, Accountable Care Organisationen oder Clinical Commissioning Groups.
- › Dafür müssen neue institutionelle Zusammenschlüsse von Leistungserbringern oder auch neue regionale Unternehmensformen als handlungsfähige Einheiten herausgebildet werden, die auch fähig und bereit sind, ideelle und wirtschaftliche Verantwortung mitzutragen.
- › Diese Einheiten – sie könnten auch „Netzwerkstellen“ genannt werden – müssen in die Lage versetzt werden, die betreffende Population auf Versorgungsprobleme und Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich der Prävention wie der Kuration zu kennen. Sie müssen also die Daten der Versicherten analysieren und sich selber und ihre Interventionen evaluieren können.
- › Die Einheiten müssen einer gewissen öffentlichen Kontrolle und einem Monitoring ihrer Qualität unterworfen sein, ihre Ergebnisse sollten durch die Versicherten vergleichbar sein.
- › Derartige Veränderungen benötigen klare Anreize durch den Gesetzgeber und ggf. entsprechende Zielvorgaben, um auf der Seite der Leistungserbringer wie auch evtl. auf der Seite der Krankenkassen/Versicherungen/Regionen/Managementgesellschaften entsprechende Investitionsimpulse auszulösen. Eine gezielte Dezentralisierungsstrategie scheint dafür gerade in nationalen Gesundheitssystemen erforderlich.
- › Der initiale Investmentbedarf ist sehr hoch, d. h. Sozialleistungsträger, Sozialinvestoren und private wie staatliche Investoren sollten für die Entwicklung regionaler Lösungen zusammenarbeiten.

4. Die Herausforderungen auf dem Weg zu einem ordnungspolitisch vertretbaren Vorschlag für ganz Deutschland

Zunächst wollen wir **das Ziel** deutlich akzentuieren: Es geht um die Entwicklung einer **nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland.**

- › **Nachhaltig**, d. h. die Bürger werden in ihrer Gesundheitskompetenz und ihren Selbstmanagementfähigkeiten ihrer Erkrankungen gut unterstützt und die professionellen Akteur*innen werden von ihren Vergütungsformen nicht zu unnützen Leistungen angereizt, sondern erhalten eine ausreichende Vergütung für den von ihnen in Kooperation erzeugten Gesundheitsnutzen, sodass insgesamt die besten Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass ein so organisiertes Gesundheitssystem sich auch dauerhaft wirtschaftlich trägt.
- › **Bedarfsgerecht und robust**, d. h. sie integriert den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die medizinischen und die sozialen Akteur*innen und enthält auch genügend Vorhaltungskapazität, dass sie bei einer nächsten Pandemie oder anderen Krisen nicht sofort in die Knie geht. Dazu müssen nicht unbedingt nur Überschusskapazitäten aufrechterhalten werden, sondern die vorhandenen Kapazitäten können – wie während der Covid-19-Pandemie praktiziert – im Rahmen einer intelligenten Vorausplanung einer temporären Umwidmung im Krisenfall unterliegen. Gleichzeitig weist sie insgesamt ein Produktivitätsniveau auf, das weder zu viele personelle noch wirtschaftliche Ressourcen von den sonstigen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens abzieht, da es schwer vorstellbar ist, dass angesichts der geringer werdenden Zahl der Berufseinsteiger der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Anteil der Kosten des Gesundheitswesens am BIP immer weiter steigen kann.
- › **Fair**, d. h. sie führt zu einer Angleichung der Gesundheitschancen von armen und reichen Menschen sowie der Bevölkerung von Land und Städten. Sie fördert eine große Sorgfalt gegenüber den besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen und sie ist gleichzeitig fair gegenüber denjenigen, die beruflich im Gesundheitswesen arbeiten und ihren Einsatz erbringen.
- › **Integriert**, d. h. die Prozesse innerhalb der Versorgung sind so kooperativ und informationell vernetzt, dass die Patienten die Versorgung als „aus einer Hand“ erlebt, auch wenn unterschiedlichste Professionen daran beteiligt sind. Hierzu sind insbesondere telemedizinische Ansätze und Digitalisierung zu nutzen und zu fördern.

- › **Wachsende Zahl von Regionen**, d. h. das Modell muss kopierbar bzw. lokal angepasst skalierbar sein. Es muss eine Anpassung an die jeweiligen regionalen Besonderheiten erlauben. Ein Lernen und ein Vergleichen der Regionen untereinander muss ermöglicht werden. Und die Übertragbarkeit auf ganz Deutschland muss zumindest grundsätzlich gegeben sein.

Wir wissen, dass wir dafür in den Regionen nicht weniger als eine Umorientierung der grundlegenden Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen brauchen. Der erzielte Nutzen für die Gesellschaft (der „Value“) muss zu einem immer bedeutsameren Maßstab für die Vergütung werden und nicht die Ausweitung von Leistungen bei Minimierung der Produktionskosten (das „Volume“).³⁹ Es geht darum, Verantwortlichkeit für das Gemeinwohl aller herzustellen: Wichtige Elemente sind die Einbeziehung der Zivilgesellschaft⁴⁰, die Versorgungssicherung inklusive einer würdevollen Unterstützung gerade auch für vulnerable Gruppen. Es geht um die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention mit den vielfältigen Versorgungsleistungen und um Fachkräftesicherung sowie Attraktivitätssteigerung für die Gesundheits- und Sozialberufe durch neue Rollenverteilungen. Es geht um regionale Wirtschaftsentwicklung, die Kosteneffizienz bezüglich tragbarer Krankenkassenbeiträge und um die Reduktion der Zusatzbedarfe an Arbeitskräften bei einem zunehmend begrenzten Arbeitskräfteangebot aufgrund des demografischen Wandels.⁴¹

Es ergeben sich daraus für die weitere Konzeptentwicklung einige konkrete Fragen:

1. **Wer kann den/die initiale*n Akteur*in abgeben?** Die regionalen Akteur*innen im Gesundheitssystem erleben sich als sehr unterschiedlich „mächtig“. Die Pflege, die Apotheker, die therapeutischen Berufe, die Sanitätshäuser sehen sich voraussichtlich in geringerem Maße als initiale Akteur*innen. Die Krankenhäuser sehen sich vielleicht als stärker, aber erleben sich ihrerseits auch wieder als abhängig von den zuweisenden Arztpraxen. Diese gegenseitige Interdependenz kann Initiativen erschweren, sie kann aber auf der anderen Seite durch die gegenseitige Kenntnis auch möglicherweise die Entwicklung überhaupt erst ermöglichen. Krankenhäuser, zumal kommunale Häuser, könnten sich mit dem Ziel möglicherweise aus dem Interesse ihrer Träger heraus besonders verbinden, allerdings müssen sie sich gleichzeitig auch in besonderem Maße von ihrem bisherigen Geschäftsmodell verabschieden.

³⁹ Vgl. Porter, M.E., Teisberg, E.O.: Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Harvard Business School Publishing, 2006

⁴⁰ Vgl. die ausführliche Beschäftigung mit der Bedeutung der Zivilgesellschaft für das Gesundheitswesen in: Zweiter Engagementbericht der Bundesregierung 2016: Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung. www.bmfsfj.de/blob/jump/115588/zweiter-engagementbericht-2016---engagementmonitor-2016-data.pdf

⁴¹ Vgl. auch die Aufforderung für eine generelle Neuschreibung des SGB V durch Knieps, F.: Brauchen wir eine Generalüberholung des SGB V – Perspektiven für eine Neukodifizierung. G+S 1/2020 S. 75-82

2. **Wer hat genügend Legitimation, damit eine Initiative auch akzeptiert wird und nicht von vornherein abgewehrt wird?** Regionale Ärzte- oder Gesundheitsnetze und kommunale Krankenhäuser genießen wahrscheinlich das größte Vertrauenskapital für eine Startinitiierung, kommen allerdings durchaus auch in die Gefahr als Interessenwahrer ihrer eigenen Interessen von den anderen notwendigen Partnern abgewiesen zu werden.
3. **Wie generieren wir ein ausreichendes Kapital für die Startinvestitionen?** Gerade angesichts der Herausforderungen einer digitalen Integration der unterschiedlichsten IT-Systeme innerhalb und über die Sektoren hinweg, aber auch angesichts der notwendigen Expertise in Sachen Datenanalytik und Versorgungsoptimierung entsteht ein ausgesprochen hoher Investmentbedarf. Dies zeigen auch die internationalen Erfahrungen. Je höher die Startinvestition, desto schneller sind auch Erfolge erzielbar. Die Startinvestition ist also eine Voraussetzung für den Erfolg der regionalen Integration. Wenn die Startinvestitionen aber aus dem Gesundheitsfonds oder von den Krankenkassen getragen werden sollen, dann kommen wir gegenwärtig – nach den Herausforderungen aus der Corona-Pandemie und den daraus und durch andere Belastungen entstehenden Kosten für den Gesundheitsfonds – in beträchtliche Herausforderungen. Wie lässt sich also auch privates Kapital dafür mobilisieren?
4. **Wie können wir die aktuellen Beteiligten an Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung gewinnen?** Eine Initiative, die nur von wenigen Partnern aus dem regionalen Bereich getragen, von den anderen aber kritisch beäugt wird, muss umso mehr Invest und Aktivität aufbieten, wenn sie erfolgreich sein will. Eine Erfolgsvoraussetzung ist daher, möglichst viele Partner aus den o. a. Bereichen der jeweiligen Region zu gewinnen. Was sind die überzeugenden Argumente für die Gewinnung von möglichst vielen Partnern – und nicht nur aus dem traditionellen engeren medizinischen Bereich, sondern auch aus dem sozialen, psychosozialen und präventiven Bereich?
5. **Wie kann der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) zusätzlich integriert werden?** Unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen hat der ÖGD ein recht ambivalentes Gesicht, da er zum einen zuständig ist für deren Kontrolle, so u. a. in Hygienefragen, zum anderen in Teilen auch Konkurrent ist, z. B. bei Impfungen. Drittens ist er Partner bezüglich der psychosozialen Unterstützung und der präventiven Maßnahmen und verfügt über die Daten der Gesundheitsberichterstattung. Gleichzeitig ist er in administrative Regulierungen eingebunden, die dem ÖGD ein freies Walten nicht immer ermöglichen.
6. **Welche Herausforderungen stellen sich für Krankenkassen und wie kann eine Win-Win-Lösung für sie geschaffen werden?** Der Anteil einzelner Krankenkassen an der regionalen Population unterscheidet sich sehr stark. Während die AOKen fast überall auf mindestens 30 % der

Bevölkerung kommen, zum Teil auch bis hin zu 60 %, haben die anderen Krankenkassen nur selten „Hotspots“ mit mehr als 20 % der lokalen Bevölkerung. Und viele Krankenkassen bewegen sich nur in einem Bereich von 1 bis 5 %. Wie können wir den Anreiz für Krankenkassen erzeugen, sich auch bei nur kleinen Fallzahlen auf einen regionalen Vertrag einzulassen? Ist es nicht viel einfacher und kostengünstiger für sie, an den klassischen Regelversorgungsverträgen festzuhalten?

7. **Wie kann der Gesetzgeber so deutliche Anreize erzeugen, dass auch genügend Initiatoren sich auf den Weg machen?** Wenn man auf die oben beschriebenen Fragen schaut, dann wird schnell anschaulich, wie komplex und vielleicht auch konfliktrichtig der Startprozess für die Initiatoren einer regionalen Integrierten Versorgung sein kann. Umso stärker müssen die Anreize sein, damit sich ein Initiator jenseits seines ethischen Interesses auch der administrativen und investiven Herausforderungen einer Integration annimmt. In den USA war das unter Obama halbwegs gelungen, in UK wurde es versucht, aber innerhalb des Prozesses aus politischen Gründen wieder zurückgezogen. Daraus lässt sich lernen.
8. **Welche Rolle können die Landkreise einnehmen?** Die Landkreise und kommunalen Gebietskörperschaften sind die Instanzen, die von den Bürgern für das Nichtfunktionieren und das Sichern einer guten Gesundheitsversorgung in Haftung genommen werden. Gleichzeitig haben sie bisher relativ geringe Gestaltungsmöglichkeiten und die Finanzierung der Versorgung liegt nur zu einem sehr geringen Teil in ihrer Hand. Eigentlich müssten sie die Hauptinteressenten an der Optimierung sein. Wie könnten die Landkreise und kommunalen Gebietskörperschaften eine ordnungspolitisch angemessene Rolle gewinnen, auch wenn sie selber nicht die finanzielle Verantwortung tragen?
9. **Was ist die ideale Größe für eine „Region“ in diesem Sinne – was machen wir, wenn sich mehrere Initiatoren einen Wettbewerb liefern?** Noch gibt es bisher in Deutschland nur geringe Erfahrungen bezüglich einer optimalen Größe für die Managementfähigkeit einer Integrierten Versorgung. Wahrscheinlich sollte die Größe allerdings nicht zu groß bemessen sein und andererseits auch nicht so klein, dass der Zufall von Kostenentwicklungen jegliche Erfolgsmessung ausschließt. Gibt es ein Konzept, das mehrere konkurrierende Integrationsverbände innerhalb einer Region ermöglicht? Wie steht es mit der „freien Arzt-, Pflege- und Krankenhauswahl“ in solchen Regionen? Brauchen wir vielleicht sogar diese freie Wahl für die Versicherten, um einen Qualitätsdruck auf die Anbieter aufrechtzuerhalten? Ist dies vielleicht auch der Weg, um einer regionalen Monopolbildung zu begegnen?

10. **Wie definieren und wie messen wir den Erfolg und wie kann dann eine betriebswirtschaftliche Erfolgskalkulation erfolgen?** Eine der größten Herausforderungen ist die Frage nach der validen Messung des Erfolgs. Schließlich ist die Population der Versicherten in einem gewissen Sinne „fluide“, sie kann sich durch Wechsel der Krankenkasse oder Migrationsbewegungen („Landflucht“) verringern, sie kann älter werden, sie kann sich in ihrer Morbidität verändern. Dies alles mit entsprechenden Regressionsrechnungen oder Matched-Pair-Kalkulationen abzubilden, stellt alle Beteiligten vor Herausforderungen. Gleichzeitig wird aber eine stabile und transparente Erfolgsrechnung notwendig.

11. **Und schlussendlich: Machen die Bürger*innen/Versicherten in den Regionen mit? Welche Risiken müssen die beteiligten Gesundheitsakteur*innen eingehen und was entsteht für die Bürger*innen/Versicherten?** Es ist keineswegs gesichert, dass die Bürger*innen bei derartigen Initiativen mitmachen, sie müssen den Partnern dieser Lösungen ein gewisses Vertrauen entgegenbringen. Sie könnten Datenschutzfragen abwägen und auch sie benötigen bestimmter Anreize. Und die Gesundheitsakteur*innen in eventuellen Integrationskonsortien können sich nicht sicher sein, dass sie quasi „automatisch“ Erfolge erzielen werden.

Höhere Aufwände an gesundheitsförderlichen Interventionen können sich auch über mehrere Jahre hinziehen, bevor sie einen entsprechenden Return in höherem Gesundheitserfolg erzielen. In der Zwischenzeit könnten Unternehmen auch schon in die Insolvenz gedriftet sein, vor allem wenn das herkömmliche Geschäftsmodell aufgegeben und alles neu ausgerichtet worden ist. Diese Aufwände können durchaus hoch sein, da sie grundlegende Fragen berühren, und solche Übergangszeiten mit den damit verbundenen Unsicherheiten leicht zu verminderten Erträgen führen. Die Bürger*innen in den Regionen werden den Wechsel eines Krankenhauses von einem DRG-induzierten Geschäftsmodell bereitwilliger Leistungsaufnahme zu einem auf Prävention und optimale ambulante Versorgung ausgerichteten Integrationsmodell der Leistung nur im Bedarfsfall und möglicherweise anfänglich auch mit Skepsis betrachten. Es wird die Frage auftauchen: „Soll an mir und den notwendigen Leistungen für mich gespart werden?“ Also wie überzeugen die „Integratoren“ die Bürger*innen in der Region?

Wir bedanken uns bei den folgenden Personen für ihren Beitrag zur Entstehung der Ausarbeitung durch Anregungen, Ergänzungen oder Kritik:

Agentur Deutscher Arztnetze (PD Dr. Thomas Schang), Prof. Dr. Volker Amelung, Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Carolin Auschra, Georg Brabänder, Andreas Brandhorst, Prof. Dr. Günther Braun, Prof. Dr. Bernd Brüggjenjürgen, Dr. Kaschlin Butt, Daria Celle-Küchenmeister, Stefan Göbel, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Dr. Oliver Gröne, Dr. Matthias Gruhl, Dr. Lutz Hager, Dr. Ursula Hahn, Prof. Dr. Rolf Heinze, Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann, Prof. Dr. Klaus Hüllemann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Prof. Dr. Thomas Klie, Prof. Dr. Alexis von Komorowski, Florian Kropp, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe, Harald Möhlmann, Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Dr. Alexander Pimperl, Justin Rautenberg, Prof. Dr. Herbert Rebscher, Steven Renner, Dr. Monika Roth, Dr. Almut Satrapa-Schill, Jörg Sauskat, Dr. Viktoria Stein, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Dominik Walter, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Christoph Wiebold

Teil II dieser Ausarbeitung folgt in der Langfassung nach Veröffentlichung in der „Welt der Krankenversicherung“ Mitte September unter: www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung