

Reformvorschlag: Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene



Expertengruppe legt Konzept für Neuausrichtung
des deutschen Gesundheitssystems vor

Für eine nachhaltige, bedarfsgerechte, robuste
und gleichzeitig faire integrierte Gesundheits-
versorgung in ganz Deutschland mit Fokus auf
Prävention, Gesundheitsförderung und -erhal-
tung, die den Akteuren ihren Einsatz für Ge-
sundheit und Effizienz belohnt



„Innovative Gesundheitsregionen“ – wie die regionale Integrierte Versorgung zur Regelversorgung wird

19 Experten aus dem Gesundheitswesen haben im Vorfeld der Bundestagswahl ein Konzept für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems veröffentlicht, das nach und nach die heutige sektoral aufgeteilte Regelversorgung ablösen soll. Das Ziel: **Eine nachhaltige, bedarfsgerechte, robuste und gleichzeitig faire integrierte Gesundheitsversorgung für ganz Deutschland mit Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung, die den Akteuren ihren Einsatz für Gesundheit und Effizienz belohnt.** Der Hintergrund für die Initiative: Trotz vieler Versuche, die Berufsgruppen und Sektoren im deutschen Gesundheitswesen besser zu vernetzen, findet die Versorgung immer noch nicht Hand-in-Hand statt, wie es gerade für Patienten mit chronischen Erkrankungen besonders wichtig wäre. Zwar gibt es einige Erfolgsprojekte, die zeigen, dass Kooperation und Integration tatsächlich zu mehr Gesundheit und Effizienz führen. Eine bundesweite Umsetzung scheint jedoch in weiter Ferne.

Die Kernelemente des Konzepts

- › Regionale, professionell aufgestellte Gesundheitskonferenzen übernehmen gemeinsam mit den jeweiligen Landkreisen bzw. kreisfreien Städte eine Schlüsselrolle: Sie erhalten regionale Gesundheitsdaten zur Versorgungsplanung und initiieren Verträge zwischen regionalen Akteuren („regionale Integrationseinheiten“) und Krankenkassen.
- › „Regionale Integrationseinheiten“, d. h. neu zu gründende Managementgesellschaften, z. B. auch in Konsortien mit lokalen Akteuren, schließen mit den Krankenkassen Verträge über das regionale Management von Prävention, Behandlung und Rehabilitation nach einem erfolgsorientierten, vorgegebenen Vertragsmodell.

- › Aus einem eigens zu gründenden „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ erhalten sie als durchlaufenden Posten durch die Krankenkassen eine Anschubfinanzierung, die ab dem 11. Jahr zurückgezahlt wird.
- › Ein bundesweites Monitoring macht die Ergebnisse transparent und führt zu einem „Wettbewerb der Regionen“ und der Krankenkassen um die beste Gesundheitsversorgung vor Ort.
- › Sowohl Patienten als auch Akteure haben die Wahl, ob sie an den integrierten Versorgungslösungen teilnehmen möchten.

Details zu den Kernelementen lesen Sie auf den folgenden Seiten.

Ursachen für fehlende Integration

- › Für die wirkliche Kooperation über viele beteiligte Berufsgruppen hinweg fehlen immer noch die gegenseitige Anerkennung und Handlungsermächtigungen.
- › Die Anreize für die Umsetzung fehlen. Denn Koordination und Integration erfordern komplexe, aufwändige Arbeit der Beteiligten und ein hohes Investment der Initiatoren, bevor sich die Erfolge zeigen.
- › Für Krankenkassen gibt es verschiedene Hindernisse: Verwaltungsabläufe müssen verändert werden. Die Aufsicht baut nicht nachvollziehbare Hürden ein, für national agierende Kassen stellen sich bei regionalen Angeboten hohe kommunikative Herausforderungen. Die Chance zur Differenzierung gegenüber anderen Kassen wird geringer.
- › Für Leistungserbringer:innen (und die Öffentlichkeit) wiederum ist eine Differenzierung von Behandlungspfaden nach Krankenkasse schwer akzeptabel. Wenn 30 % der Patient:innen nach dem selektivvertraglichen und 70 % nach dem klassisch fragmentierten Regelversorgungsmodell behandelt werden sollen, entstehen doppelte Aufwände.
- › Im Dickicht der Regelungen des Gesundheitswesens und der Aufsichten kommt es zu Widerständen und Verzögerungen.

„Innovative Gesundheitsregionen“ – die Elemente im Detail

Warum sollte Gesundheitsversorgung regional organisiert sein?

- › Die Lebensrealitäten und die Bedarfe der Menschen sind regional sehr unterschiedlich.
- › Interventionen zu Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung müssen daher regional geplant werden.
- › Auch die Vernetzung mit sozialen und anderen Einrichtungen der Region ist nur vor Ort möglich.
- › Gute Gesundheitsversorgung ist ein Standortvorteil: Kommunen profitieren von den regionalen Angeboten für die Menschen und dem höheren Gesundheitsstatus der Bevölkerung.

Kommunale Gesundheitskonferenzen 2.0

Die „**Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0**“ sind mit mehr Rechten und Aufgaben ausgestattet als bisher, gründen eigene Geschäftsstellen und verfügen über Budget, um den spezifischen regionalen Versorgungsbedarf zu analysieren. Sie können Managementgesellschaften für die Organisation der Gesundheitsversorgung vor Ort initiieren bzw. anziehen und Krankenkassen auffordern, mit ihnen Verträge zu schließen.

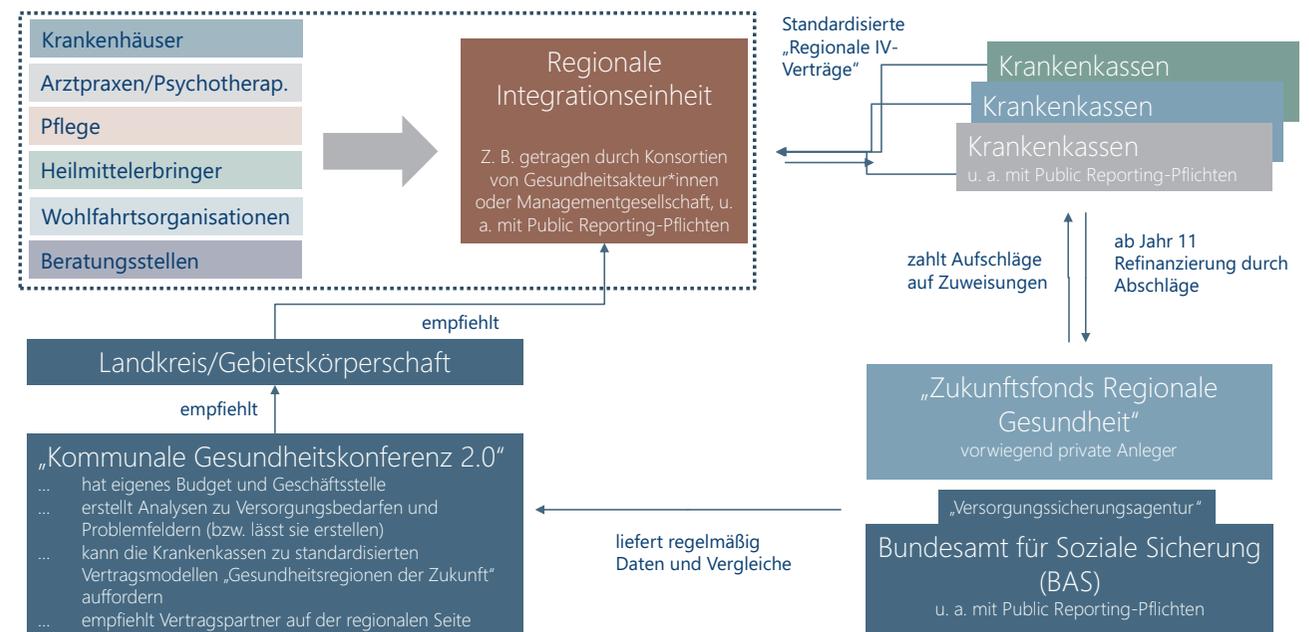
Regionale Integrationseinheiten / Managementgesellschaften

„**Regionale Integrationseinheiten**“ können lokale Vertragspartner sein – also Konsortien von Gesundheitsakteur:innen oder beauftragte Managementgesellschaften. Sie schließen Verträge mit Krankenkassen und übernehmen die Aufgabe, die jeweils eigenen wirtschaftlichen Interessen der sektoralen Leistungserbringer mit dem Ziel der integrierten Versorgung und der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu harmonisieren. Dazu müssen sie für lange Zeit in der Lage sein, unternehmerisch zu handeln, und Verantwortung für die Kostenentwicklung der Krankenkassen übernehmen.

Vertragsmodell „Innovative Gesundheitsregionen“

Die Verträge zwischen Krankenkassen und „regionalen Integrationseinheiten“ sind nach dem neu geschaffenen und für sie mit speziellen Anreizen ausgestatteten und standardisierten **Vertragsmodell der „Innovativen Gesundheitsregionen“** gestaltet. Die Verantwortung für die Kostenentwicklung der Krankenkassen wird geteilt. Das verkürzt Verhandlungsprozesse und sichert klare Rahmenbedingungen. Den Gesundheitsakteur:innen steht es frei, mit der lokalen Managementgesellschaft zusammenzuarbeiten. Dieselbe Freiheit muss für die Versicherten gelten.

Vertragsbeziehungen für „Innovative Gesundheitsregionen“



Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen

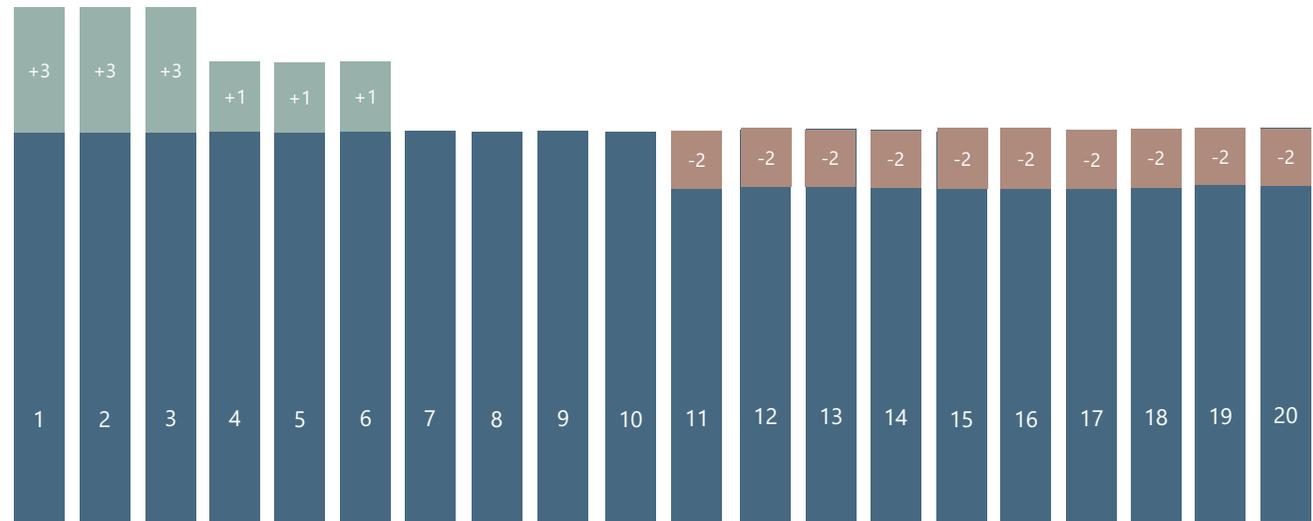
Zur Startfinanzierung werden den Krankenkassen bei Abschluss dieser Verträge Mittel aus einem „**Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen**“ bereitgestellt. Er wird mit einer Anbindung an den Gesundheitsfonds gegründet und ermöglicht privaten Anlegern, Pensionsfonds und Versorgungswerken eine langfristige Anlage ähnlich Staatsanleihen. Diese Startfinanzierung wird später zurückgezahlt, sodass das Gesamtsystem dadurch langfristig entlastet wird (siehe Grafik). Der Zukunftsfonds ermöglicht Einlagen privaten Kapitals

Ein Fonds erhöht die Zuweisungen des Gesundheitsfonds für alle Versicherten der sich vertraglich einklinkenden Krankenkassen in der jeweiligen Region, für die ersten 3 Jahre um 3 % und die nächsten 3 Jahre um 1 %. Die darauffolgenden 4 Jahre erhalten keinen Aufschlag und für die Jahre 11 bis 20 zahlen die Krankenkassen für insgesamt 10 Jahre je 2 % der Zuweisungssumme aus der erzielten Integrationsdividende zurück. So refinanziert sich der Fonds und senkt den Anstieg der Gesamtkosten der GKV.

zur Entlastung des heutigen, nach der Pandemie finanziell geschwächten Gesundheitsfonds.

Monitor Innovative Gesundheitsregionen

Über den „**Monitor Innovative Gesundheitsregionen**“ findet ein konsequentes Monitoring der Ergebnisqualität sowohl der Krankenkassen als auch der regionalen Versorgungssysteme statt. Die Daten werden der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt. So entsteht ein Wettbewerb um Qualität.



Politische Zielvorgaben

Der Gesetzgeber bekennt sich explizit zum Ziel einer integrierten populationsorientierten Versorgung – etwa mit der Vorgabe in einem regierungsamtlichen Aktionsplan, dass bis zum Jahr 2025 10 % und bis zum Jahr 2030 25 % der deutschen Bevölkerung von entsprechenden regionalen populations- und outcomeorientierten Verträgen nach §140a SGB V profitieren können.

Das vorgeschlagene Modell basiert auf Strukturen, die sich bereits in Deutschland bewährt haben, und auf realistischen finanziellen Annahmen. Die Autor:innen sehen darin große Chancen hin zu einem Gesundheitswesen, das den Akteuren ihren Einsatz für Gesundheit und Effizienz belohnt, Sektoren

verbindet, Patienten und Patientinnen konkret einbezieht und Wettbewerb ermöglicht. Es ist ein Auftakt zur Weiterentwicklung und Diskussion. Wenn Sie Ideen und Anmerkungen haben, schicken Sie uns aber gern eine E-Mail an kommunikation@optimedis.de. Alle Dateien, Links und wichtigen Informationen finden

Sie auch unter

www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung.

Auf der Social-Media-Plattform LinkedIn können Sie mitkommentieren unter

www.linkedin.com/groups/9029235/.



Die Autorengruppe und die Mitwirkenden

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. 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

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 Brüggengjürgen, 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. h.c. 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

Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene

Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen
Gesundheitssystems

Alle wichtigen Links unter www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung

Das gesamte Konzept ist online!



Kontakt:

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
OptiMedis AG
Burchardstraße 17
20095 Hamburg
Tel: +49 40 22621149-0
E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de
www.optimedis.de



Stand: März 2021