Reformvorschlag: Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene

OptiMedis

Expertengruppe legt Konzept für Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems vor

Für eine nachhaltige, bedarfsgerechte, robuste und gleichzeitig faire integrierte Gesundheitsversorgung in ganz Deutschland mit Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung, die den Akteuren ihren Einsatz für Gesundheit 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 wie z. B. Managementgesellschaften („regionale Integrationseinheiten“) und Krankenkassen.

› Die „regionalen Integrationseinheiten“ schließen mit den Krankenkassen Verträge über das regionale Management von Prävention, Behandlung und Rehabilitation nach einem erfolgsorientierten, vorgegebenen Vertragsmodell ab.

› Aus einem gesonderten Teil des Gesundheitsfonds erhalten sie eine Anschubfinanzierung, die nach und nach zurückgezahlt wird.

› Ein bundesweites Monitoring macht die Ergebnisse transparent und führt zu einem „Wettbewerb der Regionen“ 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 fehlt immer noch die gegenseitige Anerkennung.

› Die Anreize für die Umsetzung fehlen. Denn Koordination und Integration erfordern komplexe, aufwändige Arbeit der Beteiligten und ein hohes Investment der Initiatoren.

› 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 klassischen Regelversorgungsmodell behandelt werden sollen, entstehen doppelte Aufwände.

› Im Dickicht der Regelungen des Gesundheitswesens und der Aufsichten kommt es zu Widerständen.

› Eine wirklich hinreichend valide Erfolgsmessung ist auch real komplex.

„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

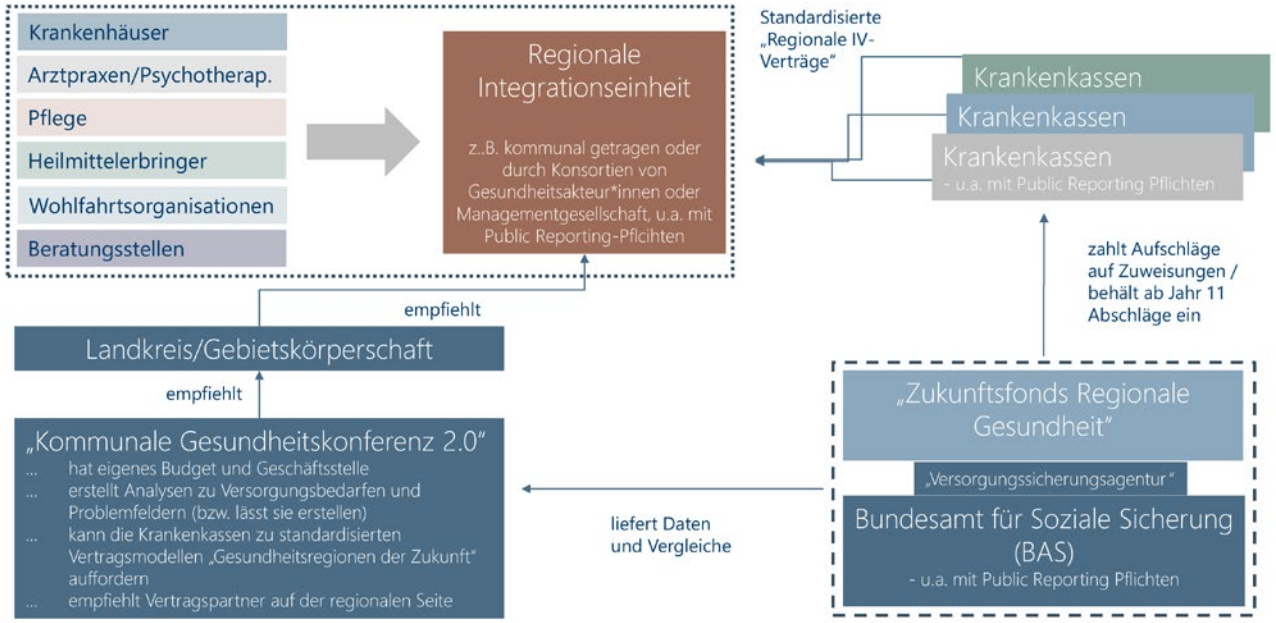
Die **„Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“** sind mit mehr Rechten und Aufgaben ausgestattet als bisher, gründen eigene Geschäftsstellen und verfügen über Budget, um den spezifischen regionalen Versorgungsbedarf zu analysieren. Sie können Managementgesellschaften für die Organisation der Gesundheitsversorgung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

Regionale Integrationseinheiten / Managementgesellschaften

„Regionale Integrationseinheiten“ können lokale Vertragspartner sein – also Kommunen bzw. 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.

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. Das verkürzt Verhandlungsprozesse und sichert klare Rahmenbedingungen. Den Gesundheitsakteur*innen steht es frei, mit der lokalen Managementgesellschaft zusammenzuarbeiten, genauso wie für die Versicherten die Teilnahme freiwillig ist.



Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen

Zur Finanzierung werden Mittel aus einem **„Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“** als ausgegliederter Teil des Gesundheitsfonds bereitgestellt. Diese Startfinanzierung wird später zurückgezahlt, sodass das Gesamtsystem dadurch langfristig entlastet wird (siehe Grafik).

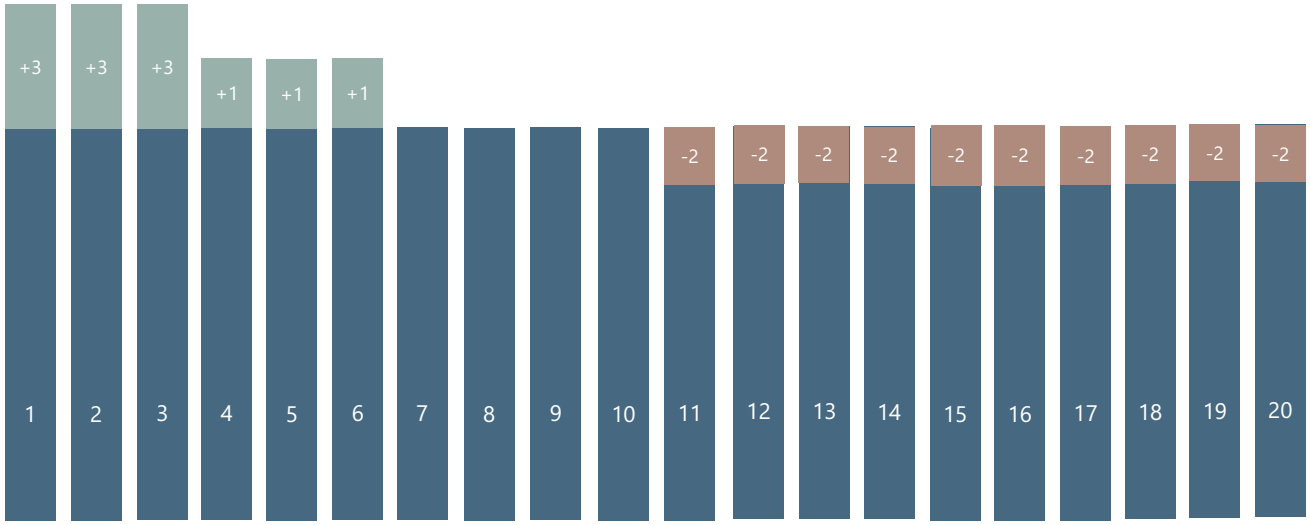
Ein Fonds als ausgegliederter Teil des Gesundheitsfonds erhöht die Zuweisungen für alle Versicherten der sich vertraglich einklinkenden Krankenkassen in der jeweiligen Region, für die ersten 3 Jahre um 3 % und die nächsten 3 Jahre um 1 %. Die darauffolgenden 4 Jahre erhalten keinen Aufschlag und für die Jahre 11 bis 20 werden die Zuweisungen für insgesamt 10 Jahre um 2 % abgesenkt. So refinanziert sich der Fonds.

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 outcome-orientierten 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 konkret einbezieht und Wettbewerb ermöglicht.

Es ist ein Auftakt zur Weiterentwicklung und Diskussion. In den kommenden Ausgaben der Welt der Krankenversicherung, in der das Konzept veröffentlicht wurde, werden diverse Kommentare dazu erscheinen. Wenn Sie Interesse haben, das Konzept dort ebenfalls zu kommentieren, oder wenn Sie Ideen und Anmerkungen haben, schicken Sie uns eine E-Mail an **kommunikation@optimedis.de**.

Alle Dateien, Links und wichtigen Informationen finden Sie unter **www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung.**

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 Brüggenjürgen, 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

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

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

OptiMedis

Stand: Dezember 2020