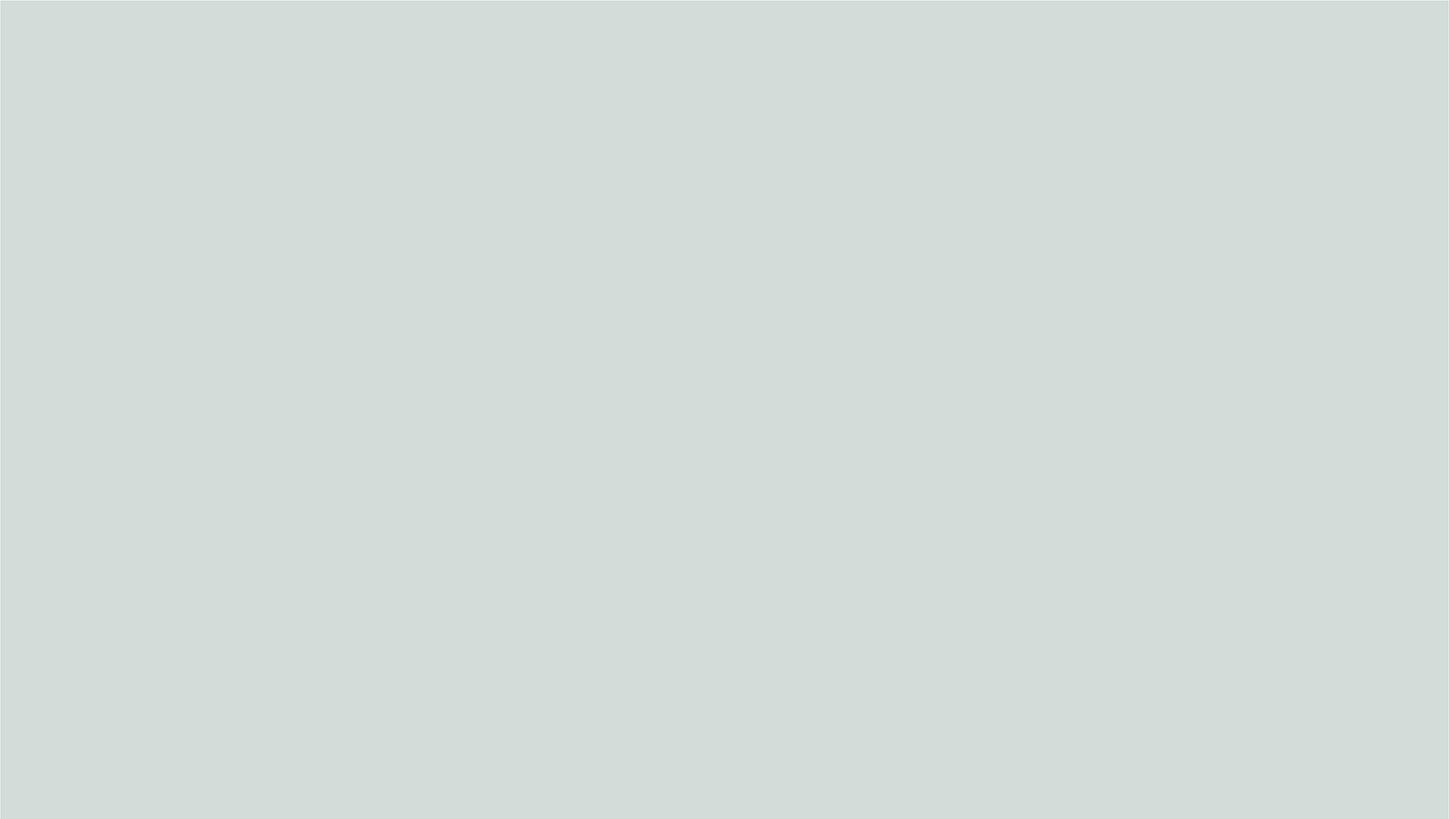


Integrierte Versorgung – Jetzt!

Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert



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 Bundesverband Managed Care e. V. (BMC e. V.), Geschäftsführer a. D. Ärztekammer Nordrhein, Berlin

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

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Geschäftsführerin Figus GmbH – Privates 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.

Glossar

Einsparcontracting	Finanzierungsmodell, das auch im Bereich der Energieeinsparung verwendet wird. Im Gesundheitsbereich ist dies ein Modell, bei dem eine Regionale Integrationseinheit in die Optimierung von Gesundheit und Versorgung einer Versichertenpopulation investiert und aus den dadurch erzielten Einsparungen an Versorgungskosten der Krankenkassen refinanziert wird.
Gesundheitsakteure	Alle professionellen und ehrenamtlichen Akteure, die mit der Entwicklung von Gesundheit oder Behandlung von Krankheit in Verbindung stehen, sowohl im klassischen Gesundheitssystem wie aber auch im sozialen System. Damit geht der Begriff über den klassischen Begriff der "Leistungserbringer" im Sozialgesetzbuch hinaus.
Innovative Gesundheitsregionen	Oberbegriff für ein Gebiet (i. d. R. Landkreis oder kreisfreie Stadt), das seine gesundheitliche Versorgung koordiniert an den Bedarfen der Bevölkerung ausrichtet und danach strebt, sie durch die Vernetzung der Gesundheitsakteure und Bereiche (Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) effektiver und effizienter zu machen.
Integrierte Versorgung	Interdisziplinäre und sektorübergreifende Behandlung und Betreuung von Versicherten, hier auch im Sinne der Integration von Public Health und Gesundheitsversorgung benutzt.
Pay-for-Results	Am Ergebnis orientierte Vergütung.
Population Health Management	Verbesserung des Gesundheitsstatus einer definierten Gruppe von Personen (idealerweise einer gesamten Region) durch optimierte Prävention, Kuration, Rehabilitation sowie Koordination über den gesamten Lifecycle von Erkrankungen.
Regionalbudget / Capitation / Kopfpauschale	Unabhängig von der Inanspruchnahme festgelegter Betrag für Gesundheitsakteure zur Versorgung ihrer Patienten.

Regionale Integrationseinheit	<p>Organisation, die eine integrative Steuerung von Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege leistet. Sie trägt das unternehmerische Risiko in der Gesundheitsregion.</p> <p>Alternative Bezeichnungen: Managementgesellschaft, Konsortium, Gesundheitsförderungsgesellschaft. Mit dem offenen Begriff soll eine Vorentscheidung über die Rechtsform (z. B. GmbH, Genossenschaft oder GmbH & Co KG) oder die steuerliche Vergünstigung vermieden werden, d. h. ob die Einheit gemeinnützig oder nicht gemeinnützig sein soll.</p>
Regionale Integrationsverträge	<p>Vertrag nach § 140a SGB V zwischen der Regionalen Integrationseinheit und den beteiligten Krankenkassen. Regelt u. a. die Aufteilung zwischen den Vertragsparteien beim Einsparcontracting.</p>
Value-based-healthcare / Werte- bzw. Nutzenbasierte Gesundheitsversorgung	<p>Konzept mit dem Ziel, den größtmöglichen Wert (Nutzen) in Form von medizinischer Ergebnisqualität und Patientennutzen im Verhältnis zu den Kosten zu generieren.</p>
Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen	<p>Eigenständiger Fonds zur Anschubfinanzierung von Regionalen Integrationseinheiten in den Gesundheitsregionen. Basierend z. B. auf Bundeswertpapieren, die auf Gesundheitsstruktur-Investitionen ausgerichtet sind ("Weiße Anleihen" in Relation zu "Grünen Anleihen" für Klimaschutzinvestitionen).</p>

Disclaimer

Gleichberechtigung ist uns sehr wichtig. Damit dieser umfangreiche Text aber besser lesbar ist, nutzen wir die männliche Schriftform (generisches Maskulinum) für personenbezogene Wörter, streuen ab und zu aber Ausnahmen ein, um deutlich zu machen, dass wir selbstverständlich jeweils beide Geschlechter meinen.

Einleitung

Wie lässt sich eine besser koordinierte, sektorenübergreifende Integrierte Versorgung (IV) zugunsten der Bevölkerung, der Patientinnen und Patienten und zugunsten eines effizienten Gesundheitssystems erreichen? Dieser Frage gehen wir – eine Gruppe von Autoren und Autorinnen aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens – nach und stellen einen umfangreichen Lösungsansatz zur Diskussion. 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. Die Anforderung ist komplex, die letzten 20 Jahre sind wir in Deutschland auf dem Weg dahin nicht wirklich gut vorangekommen, und vielfältigste Interessen kreuzen sich und stellen sich zum Teil auch quer zu diesem Ziel. Deshalb können wir hier auch kein einfaches Rezept vorlegen, sondern müssen einen mehrteiligen Ansatz formulieren, der eine erhebliche Änderung darstellt, aber im Wesentlichen schon heute mit den gegebenen rechtlichen Rahmenbedingungen vereinbar ist und eine Evolution über eine längere Periode erfordert.

Gleichzeitig sehen wir die Not – sowohl aus Sicht der Patienten und Patientinnen wie auch mit Blick auf die nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens –, die Fehler und Schwächen der heutigen fragmentierten Versorgung energisch anzugehen. Immerhin betreffen die daraus resultierenden Qualitätsprobleme rund 80 % der gesamten Leistungsausgaben des Gesundheitswesens. Dieser Prozentsatz umfasst die Kosten der chronifizierten und komplexen Erkrankungen, die zudem häufig zusammenhängen. Die OECD und GesundheitsökonomInnen schätzen, dass rund 20 % der Gesamtkosten unnötig sind bzw. an der falschen Stelle ausgegeben werden. Nach Gegenrechnung der Ersatzaufwände rechnen wir mit einer Integrationsdividende für die Solidargemeinschaft von bis zu 4 %.

Die Ende 2021 beginnende neue Legislatur, die in besonderem Maße unter der Herausforderung steht, erfolgreichere Strategien der Prävention und der Sicherung von Versorgung zu entwickeln, kommt nicht darum herum, das Gesundheitssystem neu zu ordnen und in seiner Effizienz zu steigern sowie Bürger und Patienten viel stärker als aktive Partner und Beteiligte einzubeziehen. Der von uns hier vorgelegte Ansatz besteht aus vier miteinander verbundenen Elementen, die nur in ihrem Zusammenspiel wirken. Er sieht die Einbeziehung neuer Partner vor, wie die lokalen Gemeinwesen mit den Bürgern. Er setzt auf neue Organisationsformen über Regionale Integrationseinheiten, wie wir sie nennen, mit einer besonderen Art von erfolgsabhängiger Vergütung. Er holt zur Entlastung des post-pandemisch herausgeforderten Staatshaushalts mit einer separaten Finanzierung neue Investitionen in das Gesundheitssystem. Und er reicht bis hin zu einem Qualitätswettbewerb für Gesundheitsakteure wie aber auch Krankenkassen in Innovativen Gesundheitsregionen. Unser Ansatz würde das Gesundheitswesen in Deutschland gravierend verändern. 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 Stand hält, wie z. B. dem demografischen Wandel oder Pandemien, wie wir sie gerade erleben.

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 unserem Ziel stellen. In den Kapiteln 5 und 6 wird der Lösungsansatz ausführlich vorgestellt, die möglichen Akteure beschrieben und einige Fragen diskutiert, die sich in Verbindung mit dem Ansatz stellen können. Sie, liebe Leserin und lieber Leser, sind herzlich aufgefordert, uns Ihre Ideen und Überlegungen über unser Diskussionsforum auf LinkedIn „Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert“¹ oder auf andere Weise mitzuteilen und sich an der Weiterentwicklung zu beteiligen.

¹ <https://www.linkedin.com/groups/9029235/>

Inhaltsverzeichnis

1. Warum der Blick auf die Region?	3
1.1. Was hindert uns an einer Integrierten Versorgung für alle GKV-Versicherten einer Region?	4
1.2. Erfolgsbremse: Zu hoher Aufwand für die Gesundheitsakteure?	7
1.3. Koordination und Integration: Zwei Wege, große Stolpersteine	8
1.4. Trend zu weiterer Fragmentierung statt zu realer Integration	10
2. Lösungsversuche und ihre Grenzen	11
2.1. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“	12
2.2. Kommunale Ansätze: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen	12
2.3. Innovationsfonds G-BA.....	14
2.4. Die konzeptionellen Entwürfe verschiedener Stiftungen.....	14
3. Hilft ein Blick über die Grenzen hinweg?	17
4. Herausforderungen auf dem Weg zu einem ordnungspolitisch vertretbaren Vorschlag für ganz Deutschland	22
4.1. Wer kann die initiale Akteurin bzw. der initiale Akteur sein?	24
4.2. Wer hat genügend Legitimation, damit eine Initiative auch akzeptiert und nicht von vornherein abgewehrt wird?	24
4.3. Wie generieren wir ausreichend Kapital für die Startinvestitionen?	24
4.4. Wie können wir die aktuell an Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung Beteiligten gewinnen?.....	25
4.5. Wie kann der Öffentliche Gesundheitsdienst zusätzlich integriert werden?.....	25
4.6. Welche Herausforderungen stellen sich für Krankenkassen und wie kann eine Win-win-Lösung für sie geschaffen werden?.....	25
4.7. Wie kann der Gesetzgeber so deutliche Anreize erzeugen, dass sich ausreichend Initiatoren auf den Weg machen?.....	26
4.8. Welche Rolle können die Landkreise einnehmen?.....	26
4.9. Was ist die ideale Größe für eine „Region“ in diesem Sinne und was machen wir, wenn sich mehrere Initiatoren einen Wettbewerb liefern?	26
4.10. Wie definieren und wie messen wir Erfolg, und wie kann der Erfolg anschließend betriebswirtschaftlich kalkuliert werden?	27
4.11. Machen die Bürger in den Regionen mit? Was ändert sich für sie? Welche Risiken müssen die beteiligten Gesundheitsakteure eingehen?	27
5. „Innovative Gesundheitsregionen“: Ein Vorschlag zur Reform der Regelversorgung.....	28
5.1. Diskussion und Legitimation: „Kommunale Gesundheitskonferenzen 2.0“	31
5.1.1. Verortung und Ausstattung.....	33

5.1.2. Zusammensetzung.....	33
5.1.3. Mitentscheidungs-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte	33
5.2. Umsetzung: Regionale Integrationsverträge zwischen Krankenkassen und Regionalen Integriationseinheiten.....	35
5.3. Start-up-Finanzierung und nachhaltige Stabilisierung des Gesundheitsfonds: „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ als Teil einer „Weißen Bundesanleihe“	43
5.3.1. „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“	45
5.3.2. Vorteile für alle Beteiligten.....	47
5.4. Steuerung: Public Performance Reporting „Monitor Innovative Gesundheitsregionen“	49
6. Ausblick: „Innovative Gesundheitsregionen“ auf dem Weg der Umsetzung	52
6.1. Kritische Faktoren: Beteiligung und Akzeptanz, Fehlanreize, Innovationsträgheit und neue Chancen	54
6.1.1. Beteiligung der Versicherten und Akzeptanz durch die Bürger.....	54
6.1.2. Beteiligung der Gesundheitsakteure	54
6.1.3. Akzeptanz und künftige Rolle der Krankenkassen.....	55
6.1.4. Akzeptanz seitens der etablierten Organisationen im Gesundheitswesen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kammern und der Berufsorganisationen	57
6.1.5. Akzeptanz seitens der kommunalen Gebietskörperschaften	58
6.1.6. Akzeptanz seitens der Gesellschaft und Öffentlichkeit.....	58
6.1.7. Akzeptanz und Unterstützung durch die lokale Wirtschaft und die Gewerkschaften in den Regionen	59
6.1.8. Managementfähigkeit der „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“.....	59
6.1.9. Ausreichend Innovatoren und die kritische Größe „Startfinanzierung“	59
6.1.10. Die Messbarkeit des Erfolgs.....	60
6.2. Konkrete Fragen: Einladung zum Diskussionsprozess.....	61
6.2.1. Was passiert, wenn zwei Landkreise nebeneinanderliegen und im Landkreis A gibt es eine Regionale Integriationseinheit und im anderen (B) nicht?	61
6.2.2. Was machen spezialisierte niedergelassene Facharztpraxen und Kliniken, die mehrere Landkreise versorgen?	61
6.2.3. Kann es zu einem Flickenteppich von guter und weniger guter Versorgung kommen und wie kompatibel ist das mit dem Gebot der gleichwertigen Lebensverhältnisse?.....	62
6.2.4. Was passiert, wenn doch nur 30 % oder 40 % der Bevölkerung von Integrierten Versorgungsverträgen ihrer Krankenkassen mit den Regionalen Integriationseinheiten erfasst werden können, da die anderen Krankenkassen nicht mitziehen?.....	62
6.2.5. Der Vorschlag setzt auf eine Start-up-Finanzierung durch Mittel aus einem erst noch zu gründenden „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“. Ist angesichts der zusätzlichen Mittelbedarfe anlässlich der Covid-19 Krise überhaupt genügend Geld vorhanden, um einen solchen Fonds zu gründen? Und wer könnte Geldgeber sein?	63
6.2.6. Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger.....	64

6.2.7. Kooperation auf der Seite der Bundesländer.....	65
6.2.8. Warum ist die Digitalisierung ein entscheidender Hebel für Dezentralisierung?.....	65
6.2.9. Die Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.....	66
7. Die Covid-19-Krise als Herausforderung und Chance	66
8. Fazit	68

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. Nationaler Dirigismus mag für manche zwischendurch als gute Lösung erschienen sein, und unzweifelhaft gibt es dafür auch Einsatzfelder, z. B. bzgl. Interoperabilitätsanforderungen bei der Digitalisierung. Aber wir alle haben gelernt, dass wir gleichzeitig auch die Bereitschaft der Menschen vor Ort benötigen, sich vorübergehend auf freiheitseinschränkende Maßnahmen einzulassen und diese im lokalen Kontext situativ zu forcieren oder auch wieder zu lockern.

Schon vor der Pandemie konnten wir den engen Zusammenhang zwischen der regionalen Organisationsebene und der Qualität und Sicherung der gesundheitlichen Versorgung deutlich erkennen: Bei den unterschiedlichen Prävalenzen und Inzidenzen von Erkrankungen² oder Versorgungsengpässen in ländlichen oder einkommensschwächeren großstädtischen Regionen durch fehlende Praxisübernahmen. Bei lokalen Versorgungsabbrüchen nach Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalten oder Stationsschließungen aufgrund von örtlichem Personalmangel im pflegerischen und ärztlichen Bereich von Krankenhäusern. Oder bei den Schwierigkeiten mit der Nachwuchsgewinnung in den therapeutischen Berufen vor Ort. Diese Beispiele machen deutlich: 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 Versorgung⁴ muss deshalb in das Zentrum der Reformen geführt werden.⁵

Die Aufforderung, Gesundheit wieder stärker regional zu denken, heißt nicht, die Errungenschaften von zentralem Know-how und Wissenszusammenführung zu beschneiden. Es heißt ganz im Gegenteil, ein für die Patienten positiveres Zusammenspiel von „regional“ und „zentral“ zu befördern. Selbstverständlich brauchen wir eine gute Kooperation zwischen den regionalen Gesundheitsakteuren und etwa der zentralisierten Kompetenz auf der Ebene der Universitätskliniken. Aber aktuell verliert die regionale Einheit, ob Arzt- oder Physiopraxis oder lokales Krankenhaus, mit einem an ein überregionales Zentrum abgegebenen Patienten dessen Umsatzposition. Noch mag das betriebswirtschaftliche Denken dem ethischen Denken unterlegen sein, aber die Berichte häufen sich, dass dies nicht mehr überall gleicher-

² Vgl. die Studien des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) im Rahmen des „Versorgungsatlas“. U. a. verteilt sich beispielsweise die Häufigkeit von Hypertonie zwischen 20 % in Hamburg und 39 % in Sachsen-Anhalt, vgl. eine der jüngsten Studien: Holstiege u. a.: Diagnoseprävalenz der Hypertonie in der vertragsärztlichen Versorgung – aktuelle deutschlandweite Kennzahlen. 2020. Online: www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-da-tum-sortiert/?tab=6&uid=107 [abgerufen am 24.03.2021].

³ Vgl. u. a. Reimann: Ländliche Regionen stärken und medizinische Versorgung sichern. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 2/2020, S. 24–26.

⁴ Gleiches gilt für die Bedingungen guter Pflege: Auch sie können nur regional gewährleistet werden. Vgl. Klie: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. In: Storm (Hrsg.): Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. 2018.

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.

maßen gilt. Unser Plädoyer: Wir brauchen eine Neuregelung der Vergütungen. Und diese dürfen nicht auf den einzelnen Handschlag, die einzelne Leistung ausgerichtet sein, sondern müssen die Versorgenden für das optimale Ergebnis (unabhängig von dem konkreten Ort der Leistungserbringung) belohnen.

Dies ist eine Mammutaufgabe, für die wir eine lange Entwicklungsphase benötigen. Starten können wir aber auf der regionalen Ebene am besten. Zusammen mit den Menschen vor Ort geht das eher als in abstrakten bürokratischen Runden fernab der Realität. Regional wissen wir, wer für die notwendige gesundheitliche Unterstützung welche Angebote einbringen kann und ab welchem Zeitpunkt wir überregionale Kompetenz benötigen. Regionale Selbstverwaltung und unternehmerische Selbstbestimmung innerhalb eines gut konstruierten Rahmens ist dafür die beste Lösung. Agiles Management und lokale Erprobung ist gefragt. Aber heute ist der regionalen Ebene die Verantwortung entzogen. Die Menschen, die die Entscheidungen treffen, sitzen in den Zentralen und nicht in der Region. Und die Region erlebt die Probleme. Die Konsequenz: Die Politik versucht durch staatliche Ersatzplanung auf alle Probleme jeweils neue Pflaster zu kleben. Dabei geht sie in eine Detailregulierung, die neue Bürokratie und Unverantwortlichkeit auf der regionalen Ebene schafft. Damit werden die Probleme vergrößert statt gelöst.

Wir brauchen eine neue Verantwortlichkeit auf der regionalen Ebene vor Ort. Eine Verantwortlichkeit für die Entwicklung des bestmöglichen Gesundheitszustands der lokalen Bevölkerung wie für den verantwortlichen Umgang mit den Ressourcen. Dabei kommt uns zugute, dass ein guter Gesundheitszustand auch weniger Ressourcen und Fachkräfte verbraucht als ein schlechter. Oder anders gesagt: Gesundheit lohnt sich – für die Einzelnen, für die Arbeitszufriedenheit der Gesundheitsakteure, für die Region, für die Gesellschaft.

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 die einzelnen Gesundheitsakteure 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 funktionieren. 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, die die Menschen zudem dazu befähigen würde, für ihre ei-

gene Gesundheit zu sorgen. 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 oder den Einsatz kostengünstigerer Mitarbeiter, 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, dann können die Akteure auch noch Skalenvorteile für sich nutzen. Dabei führen auch die Abschläge durch Budgetierungen im Fall der Krankenhäuser nicht zwangsläufig zu einer Verhaltens- und Anreizänderung, sondern allenfalls zu temporären Erlösminderungen. Der Anreiz zur Ausdehnung der Leistungsmenge wird dadurch nur höher und erlaubt sogar bei der nächsten Budgetverhandlung mit der Begründung des eingetretenen Bedarfs eine Anhebung des nächsten Budgets. Im ambulanten Sektor sind diese Regelungen etwas komplizierter, aber auch hier gelten Regelungen, die im Effekt auf die gleiche Anreizwirkung hinauslaufen.

Frage: Wie schaffen wir es, ein übergeordnetes ökonomisches Interesse an mehr Gesundheit und Effizienz zu erzeugen? Ein Interesse an höherer Prozessqualität, einem optimierten Gesamtprozess zwischen Vermeidung bzw. Linderung und Behandlung von Erkrankungen sowie mehr Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement von Patienten bzw. ganzer Bevölkerungsgruppen?

- › **Die Patienten werden nicht ausreichend als aktive Partner im Entwicklungsprozess von Gesundheit angesehen und unterstützt:** Gesundheit kann nur in den seltensten Fällen über den Kopf der Patienten 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.

Frage: Wie schaffen wir es, eine gute Therapie zu belohnen, die sich daran misst, in welchem Maße die Patienten 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, zuungunsten der Patienten.⁶ Dazu kommt eine sektorale Fragmentierung der Selbstverwaltung, die geradezu zwingendermaßen zum stetigen Verlust des Blicks auf das Lebensumfeld, die gesamte Population und damit von Public Health führt. Das betrifft nicht nur die Vertretungen der Ärzteschaft, der Krankenhäuser und der Krankenkassen, sondern auch all die heute völlig unterrepräsentierten Vertretungen der Pflege und der anderen Gesundheitsfachberufe.

⁶ Vgl. Ewers/Schaeffer: Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten auf steinigem Weg. In: Ewers u. a. (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. 2019, S. 55–69.
Vgl. Hildebrandt u. 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/Wendt (Hrsg.): Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke. 2020.

Frage: 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 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 Gesundheitsakteure als auch für den Vergleich der Leistungsergebnisse der Krankenkassen oder der regionalen Gesundheitspolitik.

Frage: 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 ist ein Teil der gesellschaftlichen Gesamtorganisation von Daseinsvorsorge. Dennoch versagt es trotz aller Einzelerfolge seit Jahren bei der Aufgabe, die Gesundheitschancen, den Gesundheitsstatus und die Lebenserwartung von Menschen aus einkommensschwachen Milieus an den der Menschen aus einkommensstärkeren Milieus anzugleichen. Keine Frage, das ist keine triviale Aufgabe und sie reicht weit über die gegenwärtige Aufgabenstellung der Gesundheitsversorgung hinaus.

Frage: Wie schaffen wir es, uns dies überhaupt als Ziel zu setzen und die Zielerreichung valide zu messen? Und wie können wir jene für ihre Anstrengungen belohnen, 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 braucht es dringend auch ihre engere Verknüpfung zur Versorgungsinfrastruktur sowie zum großen Bereich der zivilgesellschaftlichen Aktivitäten für mehr Gesundheit.

Frage: Welche Partnerschaftsmöglichkeiten lassen sich entwickeln, damit der ÖGD auf der Seite der Versorgenden interessierte Partner dafür findet, die Bürger vor Ort zu mehr Gesundheit zu aktivieren? Wie kann in diesem Sinne eine aktivierende und advokatorische Rolle für die Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung durch den ÖGD entwickelt werden, wie sie die Autoren des Thesenpapiers zur Pandemie 3.0 mit Recht einfordern⁸?

- › **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 vernach-

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 Gruhl: Quo vadis, ÖGD? 2020. Online: www.observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd [abgerufen am 24.03.2021].

⁸ Schrappe u. a.: Thesenpapier 3.0: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz. 2020. Online: www.socium.uni-bremen.de/uploads/thesenpapier_3.pdf [abgerufen am 24.03.2021].

lässigen. Krankenkassen regulieren primär die Leistungen für Erkrankte – demnach sind sie Einkäufer der Leistungen für Kranke und erst danach Kümmerer (Care Holder). In dem politischen 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. Immer vorausgesetzt, dass 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?

1.2. Erfolgsbremse: Zu hoher Aufwand für die Gesundheitsakteure?

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 Gesundheitsakteure 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 werden 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 präventiver Elemente erfordern immer einen Zusatzaufwand gegenüber der sektoralen Regelversorgung. Und der Nutzen entsteht aus Sicht der Gesundheitsakteure primär bei den anderen, also den Patienten und den Krankenkassen. Und je komplexer die jeweilige Behandlung und Verständigung über diese ist – etwa im Fall multimorbider Patienten, bei Krankheiten mit lebensstilbezogenen Herausforderungen oder im Fall von Patienten 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

⁹ Brandhorst: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst u. a. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. 2017.

¹⁰ Roland Berger Strategy Consultants: Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukte-Industrie. Gutachten im Auftrag des Bundesverband Medizintechnologie e. V. 2002.

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

1.3. Koordination und Integration: Zwei Wege, große Stolpersteine

Wenn jetzt mittels Verträgen nach § 140a SGB V Gesundheitsakteure oder eigens gegründete Konsortien bzw. die nach § 140a ermöglichten Regionalen Integrationseinheiten diese verstärkten Koordinations- und Integrationsleistungen erbringen wollen, dann stehen ihnen im Grunde zwei Wege offen:

- › Sie können in Fortführung der bisherigen Vergütungskonzepte den Krankenkassen zusätzliche Koordinationsleistungen (etwa Lotsentätigkeiten, Edukationskonzepte, intensivierete Beratungsleistungen) anbieten und darauf hoffen, dass Krankenkassen sich überzeugen lassen, dafür zusätzliches Geld auszugeben. Voraussetzung: Krankenkassen müssen (a) dazu in der Lage sein und (b) sich daraus einen Nutzen versprechen. Dieser Nutzen kann primär wettbewerblich sein, d. h. die Krankenkasse verspricht sich davon, Versicherte anzuziehen, die vielleicht auch noch einen positiven Deckungsbeitrag aus dem Gesundheitsfonds mit sich bringen. Dieser Nutzen kann auch wirtschaftlicher Natur sein. In diesem Fall muss die Krankenkasse davon überzeugt sein, dass die vermehrten Aufwände baldigst durch Minderausgaben wieder eingespart werden. Das Risiko liegt jeweils primär bei der Krankenkasse.
- › 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: Diese müssen sie in gesicherter Form an den Erfolgen beteiligen, falls daraus eine „Integrationsdividende“ entsteht, d. h. ein verbessertes Verhältnis von Kosten zu Einnahmen. In diesem Fall liegt das Risiko primär bei der Regionalen Integrationseinheit.

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:

- › Im Dickicht der Regelungen und der festgefahrenen Strukturen des Gesundheitswesens erleben sie in hohem Maße Widerstand, wenn sie für koordinierende Leistungen zusätzliche Vergütungen beanspruchen. Den Krankenkassen stellt sich die Frage, ob aus der eventuellen Plausibilität einer Maßnahme, die vielleicht auch in Pilotmodellen positive Ergebnisse aufweist, nachher in der Real-Life-Umsetzung auch tatsächliche Einsparungen entstehen. Zumal die internen Aufwände inner-

¹¹ Knieps: Das Krankenversicherungsrecht muss generalüberholt werden. Kommentar vom 13.01.2020. Online

<http://www.background.tagesspiegel.de/gesundheit/das-krankenversicherungsrecht-muss-generalueberholt-werden> [abgerufen am 24.03.2021].

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

halb der Krankenkassen für derartige Verträge auch nicht unbeachtlich sind. Sie stehen damit letztendlich im Risiko – gleichzeitig verlangen Gesetzgeber und Aufsicht aber bei Strafe der Vorstandshaftung die gesicherte Wirtschaftlichkeit.¹³

- › Die Initiatoren erleben auch dann gewisse Widerstände, wenn sie auf zusätzliche Vergütungen verzichten und stattdessen Verträge im Sinne eines „Einsparcontracting“ anstreben, um sich mit den Krankenkassen eine gegebenenfalls erzielte Integrationsdividende zu teilen. Prinzipiell sind solche Lösungen über den § 140a zwar möglich – und werden z. B. in Baden-Württemberg im Kinzigtal 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 national aufgestellter Kassen, wenn bestimmte Versorgungsangebote nur regional einlösbar sind.
- › Wirtschaftlicher Wettbewerb besteht nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Sektoren, was grundsätzlich als Fortschrittsmotor sinnvoll ist. Für die Kooperation und Koordination mit gemeinsam vereinbarten Behandlungspfaden, und einer am übergeordneten Versorgungsziel ausgerichteten, konsentierten Aufgabenverteilung für die Patienten, muss dieses Denken jedoch überwunden werden. Statt sich den besten „Anteil am Vergütungskuchen“ zu sichern, sollte die patientenorientierteste Lösung im Vordergrund stehen – etwa zwischen Allgemeinmedizin- und fachärztlichen Praxen oder bzgl. einer intensivierten ambulanten Versorgung statt einer Überweisung ins Krankenhaus. Dies steht wiederum der betriebswirtschaftlichen Logik der jeweiligen Praxis bzw. anderweitigen Versorgungseinheit entgegen.
- › Ein anderes Problem stellt sich innerhalb einer Praxis, eines Krankenhauses oder einer Apotheke, um nur einige der Gesundheitsakteure zu benennen: Wenn z. B. 30 % der Patienten 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 und vieles mehr. Auch engagierte Gesundheitsakteure 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.¹⁴ Zumal sie sich dadurch auch gegenüber den Patienten rechtfertigen müssen, wenn sie den Versicherten der einen Krankenkasse eine zusätzliche Option anbieten können, den Versicherten der anderen Krankenkasse aber nicht. Gerade für ethisch hochmotivierte Gesundheitsakteure (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 verbesserter Pfade erfahren, können diese Krankenkassen dann Tritts-

¹³ Durch das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) wurde letzteres etwas gemildert, vgl. weiter hinten.

¹⁴ Hier nicht weiter erörtert, dennoch soll angemerkt werden, dass diese Problematik auch dazu in der Lage ist, die Höhe der notwendigen zusätzlichen Vergütung so hochzutreiben, dass inhaltlich gute Ansätze ihre Wirtschaftlichkeit verlieren und dadurch nicht zur Realisierung kommen.

brettfahreneffekte erhalten, ohne dass sie dafür zahlen. Die Antizipation solcher Effekte reduziert wiederum die Bereitschaft potenzieller Initiatoren auf der Seite der Krankenkassen.

- › Für Krankenkassen sind darüber hinaus Verträge zur Integrierten Versorgung¹⁵ 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 Gesundheitsakteure gleichlautende Verträge mit allen Kassen abschließen?

1.4. Trend zu weiterer Fragmentierung statt zu realer Integration

Im Ergebnis kommen viele Initiatoren, die neue Lösungen entwickeln wollen, zu dem Schluss, dass es einfacher und erfolversprechender ist, an den alten Vergütungsmodellen festzuhalten. Statt auf Koordination setzen sie dann auf die Strategie sektorspezifischer Optimierung. Sie kaufen beispielsweise weitere Praxissitze auf, um vom Vorteil der Skalierung zu profitieren, erwerben zusätzliche Gerätschaften oder fördern die Bindung von Ein- oder Überweisern. Sie bieten privat abrechenbare zusätzliche Leistungen an, ob als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) in der Arztpraxis oder als Serviceleistung im Krankenhausbereich. Oder sie entwickeln vertikal integrierte, konzernähnliche Strukturen, um zugunsten einer betriebswirtschaftlichen Optimierung die gesamte Wertschöpfungskette zu nutzen. Ob daraus ein Nutzen für die Patienten entsteht, oder sich sogar negative Effekte 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 und Investitionen in Milliardenhöhe werden in falsche Kanäle geführt.

Eine Betrachtung der aktuellen Investitionen im Gesundheitswesen¹⁶ 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 Patienten und wird zudem noch durch Unter- und Fehlversorgung in anderen Bereichen negativ ergänzt. Die Logik folgt der betriebswirtschaftlichen Optimierung entsprechend der jeweils besten Renditechance, die sich zum Beispiel oft zu Lasten der konservativ-medizinischen Leistungen und zugunsten des Ausbaus operativer und bildgebender Leistungen auswirkt.¹⁷

Eine der Barrieren für eine Ausweitung regionaler Integrationslösungen schafft zurzeit das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS): Durch eine sehr spezifisch eingegrenzte Interpretation des § 140a SGB V auf selektivvertragliche Produktlösungen wird das BAS 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 alle

¹⁵ 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.

¹⁶ Scheuplein u. a.: Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. 2019. Online: www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf [abgerufen am 24.03.2021].

¹⁷ 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.

Verträge vorab dem BAS zur Prüfung vor, weil sie negative Auflagen (Vorstandshaftung) befürchten, obwohl das so nicht vom Gesetzgeber vorgesehen war. Diese Prüfung erfolgt zumeist restriktiv und relativ festgefahren unter dem Modus indikationsspezifischer Add-on-Vergütungsformen. Dadurch werden 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.¹⁸

Die bereits im Jahr 2000 mit der Einführung des § 140a entstandene 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 kann dies nur durch eine stärkere Regionalisierung ermöglicht 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 solche Beteiligung an populationsorientierten Lösungen aber so schwierig, dass es nach Kenntnis der Autoren in Deutschland bisher nur eine Lösung gibt, die (nahezu) alle Krankenkassen in einen IV-Vertrag einbindet.¹⁹ Dies ist eine Lösung, die unter Beteiligung eines der Mitautoren für die Klienten 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 Autoren ist aber kein weiterer 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: Würden alle Krankenkassen den gleichen Vertrag zur Integrierten Versorgung unterzeichnen, dann fiel genau diese (latente) Differenzierungsmöglichkeit weg.

¹⁸ Das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) von 2020 sieht einige Veränderungen vor, u. a. a) die ausdrückliche Aufnahme regionaler Versorgungsinnovationen, b) die Streichung des besonderen Wirtschaftlichkeitsnachweises nach § 140 a Abs. 2 S. 4, soweit das Versorgungsmodell durch den Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) schon einmal positiv bewilligt worden war (Nachweis der Wirtschaftlichkeit der Verträge nach spätestens vier Jahren), c) die Ermöglichung gegenseitiger Unterstützung bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen inkl. der Möglichkeit, Dritte zu beauftragen, und d) 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 wurde sie jetzt wieder als spezielle Möglichkeit benannt.

¹⁹ Allein schon die Tatsache, dass es für eine solche Aussage der Marktkenntnis der Akteure bedarf und es keine öffentliche Transparenz über die existierenden Verträge der Besonderen Versorgung gibt, macht ohne jeden Zweifel ihren primär wettbewerblichen Charakter deutlich.

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.²⁰ Der dazu bisher im Januar 2020 vorgelegte „Fortschrittsbericht“ der Bund-Länder-AG „Sektorübergreifende Versorgung“ erscheint ernüchternd. Der zweifellose Verdienst der AG besteht in der Entwicklung einer Reihe von Lösungsansätzen für einzelne Schnittstellenprobleme: in der Notfallversorgung, in der Überlegung von Anreizen zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen, 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 Ansatz zur Umorientierung in Richtung populationsorientierter Vergütungen oder gar Pay-for-Results-Lösungen, bei 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 die sektorübergreifende Versorgung in der gesundheitspolitischen Debatte auf eine bessere Verzahnung von Krankenhausversorgung und ambulante ärztliche Versorgung reduziert wird, wie Brandhorst (2017) zu recht feststellt.²¹

2.2. Kommunale Ansätze: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen

Alternativ wäre denkbar, an der Weiterentwicklung der inzwischen von mehreren Bundesländern eingeführten „Kommunalen Gesundheitskonferenzen“ anzusetzen. Diese sind u. a. verpflichtend in Nordrhein-Westfalen und in Baden-Württemberg, aber auch in Eigeninitiative in einzelnen Landkreisen quer über die Republik. 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“.²²

²⁰ Vgl. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 19. Legislaturperiode. Online:

www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

²¹ Brandhorst: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst u. a. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. 2017.

²² Trojan: Gesundheitskonferenzen. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 2017, sowie die darin genannte Bezugsquelle: Holleder: Gesundheitskonferenzen in Deutschland: Ein Überblick. Das Gesundheitswesen 3/2015, S. 161–167.

Vgl. auch: Holleder: Regionale Gesundheitskonferenzen und GesundheitsregionenPlus in Deutschland: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten. Public Health Forum 1/2016, S. 22–25.

Vgl. auch weitere Publikationen von Holleder zur Evaluation der GesundheitsregionenPlus-Lösung in Bayern: Holleder u. a.: Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch GesundheitsregionenPlus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. Das Gesundheitswesen 8+9/2017, S. 613–616.



Abbildung 1: Typische Akteursgruppen in den Gesundheitskonferenzen. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hollederer 2015²³.

Die Erfahrungen mit der Wirksamkeit der Gesundheitskonferenzen sind unterschiedlich. Bis auf wenige Ausnahmen mit sehr engagierten Landräten, die sich des Themas sehr angenommen haben, muss von eher 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 Anbietern 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 Krankenkassenseite ist zusätzlich davon auszugehen, dass örtliche Vertreter 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 Niedersachsen²⁴ und Bayern²⁵. 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.

²³ Hollederer: Gesundheitskonferenzen in Deutschland: Ein Überblick. Das Gesundheitswesen 77/2015, S. 161–167.

²⁴ Vgl. die Website zum Konzept in Niedersachsen:

www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheit/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html [abgerufen am 30.03.2021].

²⁵ Vgl. Hollederer u. a.: Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch GesundheitsregionenPlus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. Das Gesundheitswesen 8+9/2015, S. 613–616.

Vgl. auch zu neueren Entwicklungen die Website des Konzepts: www.gesundheitsregionenplus.bayern.de.

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 Gesundheitsanbietern 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 neuer 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.

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“. Eine 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.²⁶ 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.“²⁷ 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.²⁸

2.4. Die konzeptionellen Entwürfe verschiedener Stiftungen

Neben dem oben schon erwähnten Sachverständigenrat haben sich auch mehrere Stiftungen in den letzten Jahren zum Thema der sektorenübergreifenden Versorgung zu Wort gemeldet. Bereits 2013 legte die gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung ein Konzept vor, wie

²⁶ Vgl. Website des Innovationsausschusses des G-BA: www.innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss [abgerufen am 30.03.2021].

²⁷ Positionspapier des GKV-Spitzenverband zum Innovationsfonds. Online: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/20190319_Positionspapier_Innovationsfonds_barrierefrei.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

²⁸ Vgl. u. a. auch die schon frühzeitig geäußerte Kritik am Innovationsfonds mitsamt den Alternativvorschlägen, u. a. bei Rebscher: Vernetzte Versorgung – Warum kommen die Konzepte so schleppend voran? In: Pundt (Hrsg.): Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft. 2017, S. 81–96.

- › über eine Reihe von Anreizen und gesetzlichen Veränderungen Krankenkassen stärker auf die Förderung des Gesundheitsnutzens ihrer Versicherten ausgerichtet,
- › neue Betriebsformen für multiprofessionelle Teams ermöglicht und
- › eine Vergleichs- und Berichtspflicht für Ergebnisqualität auf regionaler Ebene geschaffen werden könnten.²⁹

Im Jahr 2017 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 Patienten.“³⁰ Beide Stiftungspapiere erfuhren in Fachkreisen lediglich 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.“³¹ Inzwischen werden dreizehn Standorte gefördert, sich als PORT-Zentrum in Richtung des Modells „Primärversorgungszentrum“ zu 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.“³²

²⁹ Heinrich-Böll-Stiftung: „Wie geht es uns morgen?“ Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. 2013. Online: www.boell.de/de/content/wie-geht-es-uns-morgen [abgerufen am 30.03.2021].

³⁰ Friedrich-Ebert-Stiftung: PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. 2017, S. 5. Online: www.library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

³¹ Vgl. Raslan: Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Eine neue Perspektive für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Deutschland. 2018. Online: www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-04/PORT_Neue_Perspektive_Gesundheitsversorgung.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

³² SPD, Bündnis 90/Die Grünen: Zuversichtlich, solidarisch, nachhaltig – Hamburgs Zukunft kraftvoll gestalten. Koalitionsvertrag 2020, S. 167.

Derartige „Patientenorientierte Zentren für die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region“ bzw. „Interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren“ können einen wichtigen Ankerpunkt und ein Testfeld für die Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung bieten.³³ 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. Darunter fällt die Kooperation mit der Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, die die Evaluation der „Interdisziplinären Stadtteilgesundheitszentren“ und den Erfahrungsaustausch mit den PORT-Zentren beinhaltet. Zum Modell der PORT-Zentren sind inzwischen Gutachten und Studien erschienen³⁴. Eine ganz besondere Wirkung könnte zudem das Projekt „Neustart! Reformwerkstatt für unsere Gesundheitswesen“ entfalten. 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.³⁵

Die Bertelsmann Stiftung wiederum hat über Jahre hinweg mit dem „Faktencheck Gesundheit“ Vorarbeiten zum Vergleich der gesundheitlichen Situation und der Versorgung in den Landkreisen in Deutschland geleistet.³⁶ 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 (SDGs) im Nachhaltigkeitsbericht.³⁷

Die Stiftung Münch³⁸ 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. Sie schreibt: „Internationale Erfahrungen zeigen, dass sogenannte Capitation-Modelle, die auf leistungsunabhängigen und sektorenübergreifenden Pro-Kopf-Pauschalen beruhen, Anreize für eine derartige Versorgung schaffen können. In solchen Modellen übernehmen Gesundheitsakteure einen Teil des Versicherungsrisikos bzw. der fi-

³³ Weitere Modelle sind z. B. auch noch die „Universitätsambulanz für Integrative Gesundheitsversorgung und Naturheilkunde“ an der Universität Witten/Herdecke, vgl. die Website der Universitätsambulanz unter online: www.uniambulanz-witten.de, sowie die Lösungen, die auf der Website www.innovative-gesundheitsmodelle.de/referenzen (Website des Instituts für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main) beschrieben sind.

³⁴ Vgl. www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung

³⁵ Vgl. Informationen dazu auf der Website der Bertelsmann Stiftung: www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/kein-kind-zuruecklassen-kommunen-schaffen-chancen/projekthemen/praeventionsforschung/gesundheitsstudie [abgerufen am 30.03.2021].

³⁶ Vgl. Website zum Projekt Faktencheck Gesundheit: www.faktencheck-gesundheit.de/de/startseite [abgerufen am 30.03.2021].

³⁷ Vgl. Website des Projekts „Wegweiser Kommune“ der Bertelsmann Stiftung: www.wegweiser-kommune.de/themen [abgerufen am 30.03.2021].

³⁸ Vgl. Website der Stiftung Münch: www.stiftung-muench.org/ [abgerufen am 30.03.2021].

nanziellen Verantwortung für Leistungen, die direkt von ihnen erbracht, veranlasst oder nicht vermieden werden.“ Ähnliche Überlegungen werden auch in Deutschland vorgeschlagen.³⁹ Die Stiftung Münch hat kürzlich dazu ein Buch herausgegeben, das a) Analysen von Modellen aus Spanien, Peru, den USA und der Schweiz zusammenträgt, b) die Voraussetzungen und Potenziale des Transfers eines derartigen populationsorientierten Vergütungsansatzes nach Deutschland prüft sowie c) die Optionen einer möglichen Umsetzung in Form prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets aufzeigt.⁴⁰

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 da. Überall werden die überkommenen Strukturen und ihre Kooperationsbarrieren beklagt, ein Population Health Management wird zum international viel beachteten Ziel. Das Rezept für viele dieser Veränderungsansätze scheinen überschaubare regionale Einheiten als Organisationsprinzip darzustellen.

So existieren seit vielen Jahren Bemühungen im englischen National Health Service (NHS), die Integration der Gesundheitsversorgung sowie die Integration von Gesundheits- und Sozialleistungen voranzutreiben. Bereits in den späten 2000er Jahren wurden von New Labor Pilotprojekte für die Integrierte Versorgung initiiert und in den folgenden Legislaturperioden weiterentwickelt. Der Aufbau regionaler Strukturen für die Integrierte Versorgung erfolgte ab 2012 durch die sogenannten Clinical Commissioning Groups (CCG), die im Rahmen des Health and Social Care Act 2012⁴¹ gegründet wurden. Diese hatten das Ziel, durch die Entwicklung neuer Steuerungs- und Vergütungsformen zur Verbesserung von Outcome und Performance des Gesundheitssystems in England beizutragen. Die Betonung lag dabei auf „clinical“, reflektierend dafür, dass die lokale Ressourcenallokation klinische und epidemiologische Ziele besser berücksichtigen sollte. Nationale Standards sollen auf diese Weise durch das lokale Wissen vor Ort ergänzt werden und Aktivitäten erlauben, die auf die lokalen Bedürfnisse angepasst sind. 2014 wurde dies ergänzt durch die sogenannte Fünfjahresvoraussicht („5YFV – 5 Year Forward View“), die nach einem breiten Konsultationsprozess mit verschiedensten Patientengruppen, Gesundheitsakteuren, lokalen Regierungen und nationalen Partnern gesetzlich verankert wurde. In diesem Plan wurde erstmals auch auf die nachhaltige Finanzierung von regionalen, integrierten Versorgungsnetzwerken durch Einsparcontractingmodelle, analog zur Evolution der Accountable-Care-Organisationen in den USA, verwiesen.

³⁹ Vgl. Augurzyk u. a.: Versorgung und Vergütung regional gedacht: Von der Volumen- zur Wertorientierung. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, 4–5/2018, S. 64–71.

Vgl. auch: Walter u. a.: Und der Patient entscheidet doch! Campusmodell der Rhön-Klinikum AG: Ansätze zur Bewältigung einer altersdominierten Gesundheitsversorgung ohne Rationierung. KU Gesundheitsmanagement 1/2017, S. 53–56.

⁴⁰ Benstetter u. a.: Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. 2020.

⁴¹ Siehe weitere Informationen zum Health and Social Care Act 2012 auf Wikipedia. Online: https://en.wikipedia.org/wiki/Health_and_Social_Care_Act_2012 [abgerufen am 30.03.2021].

Mit der Gesetzgebung zu den „Sustainability and Transformation Partnerships“ 2015 wurden schließlich auch Anreize für die Integration von Leistungen von NHS-Organisationen und Gemeinden gegeben. Nicht alle Reformbemühungen waren erfolgreich. So konkurrierten z. B. frühere, ambitionierte Pilotprojekte mit besser finanzierten, aber enger begrenzten Folgeprojekten. Weiterhin führte die ständig wechselnde Nomenklatur der Reformbemühungen zu Frustrationen in der NHS-Belegschaft und behinderte die Gesetzgebung zum Datenaustausch übergeordneter Ziele. Dennoch lässt sich zusammenfassen, dass die Entwicklung hin zu integrierten Versorgungssystemen erfolgreich ist. Etwa die Hälfte Großbritanniens hat nun die Grundprozesse der Transformation vollzogen und entwickelt sich in Richtung voll integrierter Versorgungssysteme.⁴² Bis dies bei den Patienten ankommt, wird allerdings noch etwas Zeit vergehen. Die Umsetzung der Sustainability and Transformation Partnerships geschieht derzeit nämlich hauptsächlich auf der strategischen Ebene, um zukünftige Planungs- und Allokationsprozesse besser aufeinander abzustimmen. Damit sind aber auch die Voraussetzungen gegeben, den Leistungseinkauf besser an erwünschten oder erwarteten Ergebnissen der Versorgung auszurichten. Von zentraler Bedeutung sind dabei die sogenannten Outcome Frameworks, in denen Versorgungsziele und Qualitätsindikatoren konsentiert sind.

Auch in Frankreich wird das Thema der Dezentralisierung intensiv diskutiert. Bereits seit 2009 regelt ein Gesetz die regionale Gesundheitsversorgung mit der Gründung Regionaler Interdisziplinärer Vereinigungen von Angehörigen der Gesundheitsberufe (URPS). Das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz von 2016 (Loi de modernisation de notre système de santé) hat die Grundlagen dafür geschaffen, dass diese Gesundheitsberufe nun auch unter einem Dach und zusammen in der Patientenversorgung tätig werden können. Danach können sog. Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (Interdisziplinäre Gesundheitszentren, CPTS) mit eigener Finanzierung geschaffen werden. Ziel der CPTS ist es, durch die Verknüpfung ärztlicher, pflegerischer und sozialer Dienstleistungen Patienten wohnortnah und interdisziplinär zu begleiten und die Notfallversorgung zu verbessern, sodass weniger komplexe Erkrankungen außerhalb der Krankenhäuser behandelt werden können.

Die Etablierung dieser Gesundheitszentren hat derzeit noch vielerorts Projektcharakter, und einige der Neugründungen stehen nur auf dem Papier. Weitere Themenbereiche des Modernisierungsgesetzes umfassen: die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, die Verbesserung und Erleichterung der Entwicklung von Patienten-Behandlungspfaden und die Effizienzstärkung und Demokratisierung der regionalen gesundheitspolitischen Entscheidungen. Die verschiedenen Gesundheitsberufe werden bei ihrer Vernetzung durch regionale Plattformen unterstützt (plateformes territoriales d'appui, PTA), zum Beispiel bei der Nutzung telemedizinischer Dienste, der Vernetzung von Allgemein- und Fachärzten mit medizinischen und sozialen Dienstleistern und beim Austausch medizinischer Daten.

In den letzten Jahren sind wichtige Weichen für eine patienten- und wohnortnahe Versorgung gestellt worden. Bis auf die sportlichen Aktivitäten, lag der Schwerpunkt der letzten Jahre allerdings weiterhin auf einer Verbesserung der Behandlung von Krankheiten. Als Teil der Zukunftsstrategie der Regierung Macron soll dies jetzt durch präventive, die Bevölkerung einbeziehende Maßnahmen auf dem Weg zu einem besseren Gesundheitsstatus der gesamten regionalen Bevölkerung ergänzt werden. Dazu gehö-

⁴² NHS: Six million more to benefit as NHS locks in the benefits of stronger partnerships. 2020. Online: <https://www.england.nhs.uk/2020/05/six-million-more-to-benefit-as-nhs-locks-in-the-benefits-of-stronger-partnerships/> [abgerufen am 30.03.2021].

ren die lokale digitale Vernetzung, die Wirtschaftsentwicklung, die Zusammenarbeit mit den Hochschulen und die Entwicklung von nachhaltigen Shared-Savings-Vertragsmodellen nach dem OptiMedis-Modell. Pilot für eine solche Weiterentwicklung ist die Eurometropole Strasbourg mit einem Großprojekt des französischen Staates, „Territoire de Santé“.⁴³ OptiMedis hat darin den Auftrag, eine Teilregion von Strasbourg und die ländliche Region von Saverne auf eine regional integrierte Vollversorgung vorzubereiten.

Die Schweiz, mit einem mehr unserem System ähnlichen Wettbewerb von Krankenkassen, hat ebenfalls eine Menge an Erfahrungen aufgebaut bzgl. regionaler Lösungen zur Optimierung von Versorgung. Die meisten Erfahrungen wurden dabei mit der sog. Budgetmitverantwortung in Verträgen zwischen Versicherern und Ärztenetzen gesammelt. In der Publikation „Denkstoff No 3 – Performance-orientierte Vergütungsmodelle“ des „fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung“ wird das Modell wie folgt beschrieben: „Budgetmitverantwortung meint die Mit-Verantwortung des Ärztenetzes (und nicht des einzelnen Arztes) für eine bestimmte Patientengruppe – und zwar bis zu einem festgelegten Risikolimit bei vereinbarten Kostenzielen. Der einzelne Arzt erbringt und verrechnet seine Leistungen wie gewohnt. Die Mit-Verantwortung bezieht sich auf ein Parallel- oder Schattenbudget, in das alle von den Versicherern für das jeweilige Patientenkollektiv bezahlten Rechnungen verbucht werden (niedergelassene Ärzte, Spital, Apotheke, Spitex, Therapien, stationäre Rehabilitation etc.). Die Rechnungsstellung und die Vergütung der Gesundheitsakteure erfolgen im jeweils gültigen Tarifsysteem, also Tarmed, DRG oder Spitex-Tarif. Berechnungsgrundlage der Budgets ist eine Kopfpauschale (Capitation), d. h. jener Betrag (ambulant und stationär), den ein einzelner Versicherter im kommenden Jahr in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, Wohnort und Gesundheitszustand voraussichtlich benötigen wird. Die Summe der Kopfpauschalen ergibt dann das Budget für das Ärztenetz.“⁴⁴

Im Denkstoff No 5 beschreibt der fmc fünf Szenarien, die mögliche Entwicklungen der vernetzten Grundversorgung in der Schweiz in den nächsten sechs bis zehn Jahren beschreiben.

⁴³ Public Health Outcomes Framework. Update August 2016. Online: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545605/PHOF_Part_2.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

NHS Outcomes Framework, April 2016. Online unter:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/513157/NHSOF_at_a_glance.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

Adult social care outcomes framework, Dezember 2020. Online: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/adult-social-care-outcomes-framework-ascof> [abgerufen am 30.03.2021].

⁴⁴ fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung: Denkstoff N° 3: Qualität statt Mengen belohnen – (wie) geht das? Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025. 2017. Online: <https://www.fmc.ch/de/fmc-publikation/denkstoff/denkstoff-3> [abgerufen am 30.03.2021].

	Grundversorgungsnetze	Unternehmen der Grundversorgung	Gesundheitsregionen	Patientennetze	Virtuelle Versorgungsnetze
Vernetzung	Eigenständige Einzel und Gruppenpraxen	Multiprofessionelle Gesundheitszentren	Vernetzung von medizinischen und sozialen Leistungserbringern einer Region	Eigenständige Organisationen oder integriert in etablierte Leistungserbringer	Open-Source-Plattform für Anbieter und Nachfrager
Standorte	ländlich-periphere Regionen und Agglomerationen	Städtische Gebiete und Agglomeration; Aussenstationen und mobile Dienste in der Peripherie	ländlich-periphere Regionen und Agglomerationen	an keinen Ort gebunden	an keinen Ort gebunden
Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> › Breites Leistungsangebot › ausgewählte Spezialprogramme (z.B. für chronisch kranke Menschen) › bedarfsgerechte Kooperationen mit anderen Leistungserbringern 	<ul style="list-style-type: none"> › Breites Leistungsangebot (inkl. ambulante Eingriffe) › Breites Angebot an Spezialprogrammen und Zusatzleistungen (z.B. Früherkennung und Prävention, Chronic Care, Befähigung der Patienten) › Hohe Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern und innerhalb der Organisation 	<ul style="list-style-type: none"> › Breites Leistungsangebot (ambulant und stationär) › Durchgehende Behandlungspfade; hohe Verbindlichkeit in der Zusammenarbeit › Vielfältige, auf die ganze Bevölkerung ausgerichtete Spezialprogramme und Zusatzleistungen › Einbezug von Gemeinden, Vereinen, Unternehmen, Freiwilligen etc. 	<ul style="list-style-type: none"> › Leistungsangebot auf die jeweilige Patientengruppe abgestimmt › Vielfältige Angebote, um das Selbstmanagement, die Selbsthilfe und den Erfahrungsaustausch zu stärken (Befähigung, Community Building, Peer-to-Peer) › Starker Einbezug von digitalen Hilfsmitteln (namentlich bei den betroffenen Menschen zu Hause) 	<ul style="list-style-type: none"> › Leistungsangebot auf das jeweilige Netz abgestimmt › Leistungserbringer und Betroffene können mehreren, unterschiedlich ausgerichteten Netzen angeschlossen sein › Hybride Leistungserbringung (physisch und digital) › 7-Tage-24-Stunden-Versorgung (z.B. Monitoring von chronisch/mehrfach kranken Menschen)
Vergütung	<ul style="list-style-type: none"> › Kombination aus Capitation und bestehenden Tarifsyste-men › etwa ein Drittel der Leistungen sind pauschaliert › etwa ein Fünftel der Vergütung ist Qualitäts-/Performanceabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> › Kombination aus Capitation und bestehenden Tarifsyste-men › Mehrheitlich pauschalierte Leistungen für Spezialprogramme und ambulante Eingriffe › etwa die Hälfte der Vergütung ist Qualitäts-/Performanceabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> › Kombination aus Capitation und bestehenden Tarifsyste-men › Leistungsvereinbarungen mit dem Kanton für spezielle Versorgungsleistungen › Mehrheitlich pauschalierte Leistungen für Spezialprogramme und ambulante Eingriffe › etwa ein Drittel der Vergütung ist Qualitäts-/Performanceabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> › Spezialvereinbarungen mit den Versicherern (vieles pauschaliert; bedürfnisgerechte Zusatzleistungen) › Betroffene schliessen sich zusammen und kaufen direkt bei Lieferanten ein (z.B. Verbrauchsmaterial) › etwa die Hälfte der Vergütung ist Qualitäts-/Performanceabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> › Jahrespauschalen › Alle erbrachten Leistungen werden standardisiert bewertet, die Bewertungen laufend veröffentlicht › etwa die Hälfte der Vergütung ist Qualitäts-/Performanceabhängig

Abbildung 2: Szenarien der Entwicklung der vernetzten Grundversorgung in der Schweiz. Quelle: Eigene Darstellung nach fmc-Denkstoff N° 5⁴⁵

Der fmc betont: „Sie enthalten bewusst keine Wertungen und sind keine Wunsch-szenarien des fmc. Sie orientieren sich an erwartbaren Innovationen und Initiativen und berücksichtigen soziale und technische Entwicklungen, namentlich in der Digitalisierung.“

Verglichen mit anderen westlichen Industrienationen ist das US-amerikanische Gesundheitssystem seit vielen Jahren Spitzenreiter bei den Gesundheitsausgaben, sowohl in Bezug auf deren Höhe pro Kopf als auch in Bezug auf das relative Wachstum. Entsprechend groß ist – wie auch in anderen entwickelten Ländern – der Reformdruck zur Verbesserung der Effektivität und der Effizienz des Gesundheitssystems bzw. zur Verbesserung des Triple Aim⁴⁶. Im Zuge des Patient Protection and Affordable Care Act (ACA – gemeinhin auch bekannt als Obamacare) wurde im Jahr 2010 ein Fokus der Reformbestrebungen in den USA auf die Förderung sogenannter regionaler Accountable Care Organizations (ACOs) gesetzt. Dies sind vergleichsweise neue Modelle der populationsorientierten integrierten Gesundheitsversorgung, die die Schwächen der Managed Care Modelle⁴⁷ vermeiden wollen. Den grundsätzlichen Gedanken verstärkter Kooperation sowie qualitäts- statt mengenorientierter Vergütung sollen sie jedoch weiterverfolgen und eine Mitverantwortlichkeit (accountability) für die Kostenentwicklung der von ihnen versorgten

⁴⁵ fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung: Denkstoff N° 5: Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028. 2020, S. 10–11. Online: www.fmc.ch/_Resources/Persistent/57a83965ac2b7ab2caa47c79b6b8365dc4583c75/Denkstoff_No5_DE_HE_online.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

⁴⁶ Vgl. Berwick u. a.: The triple aim: care, health, and cost. Health Affairs 3/2008, S. 759–769.

⁴⁷ Vgl. zum Managed Care Backlash Blendon: Understanding the Managed Care Backlash. Health Affairs 4/1998, S. 80–94.

Versicherten übernehmen.⁴⁸ ACOs orientierten sich vom Grundsatz her an den erfolgreichen integrierten Vollversorgungssystemen von Kaiser Permanente oder Geisinger Health System. Die angestrebte Integration beschränkt sich im Gegensatz zu integrierten Vollversorgungssystemen jedoch nur auf die Patienten der in den ACOs engagierten Gesundheitsakteure. Eine Integration mit Kostenträgern ist nicht vorgesehen.⁴⁹

In den USA hatte der Gesetzgeber es sich zum Ziel gesetzt, bis Ende 2018 50 % der staatlichen Gesundheitsausgaben rein über Outcome-orientierte und 90 % über zumindest zum Teil Outcome-orientierte Vergütungsmodelle zu organisieren. Dazu gab er die Parole aus, dass die klassische Einzelleistungsvergütung keine Zukunft hat⁵⁰. Der Druck auf die Gesundheitsakteure, sich an Medicare-Modellen zu beteiligen oder Vorgaben umzusetzen, war entsprechend hoch. Benstetter et al. (2020) berichten, dass für die Umsetzung das Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI) mit insgesamt 10 Mrd. Dollar auf zehn Jahre ausgestattet wurde.⁵¹ Bereits 2019 wurde berichtet, dass über 900 ACOs existierten⁵², inzwischen ist von über 1.000 ACOs auszugehen.

Üblicherweise bestehen die ACO-Organisationen aus Gesundheitsdienstleistern aus allen Gesundheitssektoren, von Hausärzten bis hin zu Krankenhäusern, Pflegeheimen und Fachspezialisten. Oft haben sie eine medizinische Dominanz in den Leitungsstrukturen. Managementgesellschaften und professionelle Dienstleister für Datenanalytik, IT-Vernetzung und Gesundheits- und Versorgungsprogramme unterstützen in der Administration. Durch die Vielzahl unterschiedlicher Ausprägungsformen und sehr häufige Wechsel in der Kalkulation von Einsparungen und Qualitätsindikatoren ist eine eindeutige Evaluation der Ergebnisse der ACOs erschwert. Die Analysen kommen aber üblicherweise zu dem Schluss, dass positive Einspareffekte zu beobachten sind, insbesondere durch verminderte Krankenhauseinweisungen, und die Qualität im Schnitt gestiegen ist.

Eine besondere Form von Integration erfolgt in verschiedenen spanischen Regionen. Da sich die Ausgangsbedingungen des (staatlichen) spanischen und des deutschen Gesundheitssystems stark unterscheiden, verzichten wir hier auf eine genauere Darstellung der (primär staatlichen) Modelle im Baskenland und der Private-Public-Partnership-Modelle in Valencia. Wir verweisen aber auf die ausgesprochen lesenswerte Darstellung von Benstetter et al. (2020) über das Ribera-Salud-Modell, bei dem sich zeigt, wie stark eine prospektive Regionalbudgetlösung die Anreize zugunsten von Public Health und Prävention positiv beeinflussen kann.⁵³

Es ist hier nicht der Platz, noch eingehender auf die Aktivitäten in anderen Ländern einzugehen. Dies ist verschiedentlich bereits erfolgt, so u. a. in dem auf Seite 16 angegebenen Buch der Stiftung Münch und wird an anderer Stelle noch einmal in ausführlicherer Form geschehen.⁵⁴ Dennoch soll zumindest ein

⁴⁸ Vgl. zu den Details: Schulte u. a.: Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst, u. a. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. 2017, S. 535–551.

⁴⁹ Zusätzlich zu den ACOs in Medicare gibt es Pilotmodelle in Medicaid, welche zum Teil von den Bundesstaaten finanziert werden und in denen soziale und gemeindenahere Einrichtungen eine wichtigere Rolle spielen.

⁵⁰ Burwell: Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. *New England Journal of Medicine*, 372/2015, S. 897–899.

⁵¹ Benstetter u. a.: Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. 2020.

⁵² Kaufman u. a.: Impact of accountable care organizations on utilization, care, and outcomes: a systematic review. *Med Care Res Rev* 3/2019, S. 255–290.

⁵³ Benstetter u. a.: Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. 2020.

⁵⁴ Eine Veröffentlichung durch einen Teil der Autoren ist in Arbeit. Verwiesen werden soll aber zusätzlich zu den schon erwähnten Publikationen auch auf:

Gerlinger/Mosebach: Konservative Wende in der Gesundheitspolitik: Der Health and Social Care Act 2013. 2014. Online: www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/183941/der-health-and-social-care-act-2013 [abgerufen am 30.03.2021].

erstes Fazit gezogen werden, welche Lernimpulse aus einer internationalen Betrachtung gezogen werden können:

- › Die klassische sektorale Einzelleistungsvergütung wird perspektivisch vielerorts abgelöst durch am 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 am Outcome orientierte Vergütungen werden aufgrund der ansonsten gefährlichen Risikoselektionsanreize nicht auf einzelne Gesundheitsakteure, sondern auf regionale Gruppierungen bzw. neue Unternehmensformen ausgerichtet, z. B. auf Ärzte- oder professionell gemischte Gesundheitsnetze, Accountable Care Organisationen oder Clinical Commissioning Groups.
- › Dafür müssen neue institutionelle Zusammenschlüsse von Gesundheitsakteuren oder auch neue regionale Unternehmensformen als handlungsfähige Einheiten herausgebildet werden, die auch fähig und bereit sind, ideelle und wirtschaftliche Verantwortung mitzutragen.
- › Diese Einheiten 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 selbst und ihre Interventionen evaluieren können.
- › Die Einheiten müssen einer gewissen öffentlichen Kontrolle und einem Monitoring ihrer Qualität unterworfen sein, und die Versicherten sollten in der Lage sein, die Ergebnisse zu vergleichen.
- › Derartige Veränderungen benötigen klare Anreize durch den Gesetzgeber und ggf. entsprechende Zielvorgaben, um auf der Seite der Gesundheitsakteure wie auch evtl. auf der Seite der Krankenkassen, Versicherungen, Regionen oder Regionalen Integrationseinheiten 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. Herausforderungen auf dem Weg zu einem ordnungspolitisch vertretbaren Vorschlag für ganz Deutschland

Zunächst wollen wir **das Ziel** noch einmal 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. zum einen, dass die Bürger in ihrer Gesundheitskompetenz und ihren Selbstmanagementfähigkeiten ihrer Erkrankungen gut unterstützt werden. Zum anderen werden die professionellen Akteure von den Vergütungsformen nicht zu unnützen Leistungen angereizt, sondern werden ausreichend für den von ihnen in Kooperation erzeugten Gesundheitsnutzen vergütet. Insgesamt werden dadurch die besten Voraussetzungen dafür geschaffen, dass ein so organisiertes Gesundheitssystem sich auch dauerhaft wirtschaftlich trägt.

Bedarfsgerecht und robust, d. h. die Gesundheitsversorgung integriert den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die medizinischen und die sozialen Akteure 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 die Integrierte Versorgung insgesamt ein Produktivitätsniveau auf, das weder zu viele personelle noch wirtschaftliche Ressourcen von den sonstigen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens abzieht. Dies ist wichtig, 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“ erleben, auch wenn unterschiedlichste Professionen daran beteiligt sind. Hierzu müssen insbesondere telemedizinische Ansätze und Digitalisierung genutzt und gefördert werden.
- › **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“).⁵⁵ Es geht darum, Verantwortlichkeit für das Gemeinwohl aller herzustellen: Wichtige Elemente sind die Einbeziehung der Zivilgesell-

⁵⁵ Vgl. Porter/Teisberg: Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. 2006.

schaft⁵⁶, 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 es geht um die 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.⁵⁷

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

4.1. Wer kann die initiale Akteurin bzw. der initiale Akteur sein?

Die regionalen Akteure im Gesundheitssystem erleben sich als sehr unterschiedlich „mächtig“. Die Pflege, die Apotheken, die therapeutischen Berufe, die Sanitätshäuser sehen sich voraussichtlich in geringerem Maße als initiale Akteure. 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. Letzteres trifft auch auf die anderen Akteure zu, die der Anforderung gegenüberstehen, dass ein auf den Outcome orientiertes Geschäftsmodell mit dem Modell in Konflikt kommt, mit dem sie gegenwärtig ihr Einkommen verdienen.

4.2. Wer hat genügend Legitimation, damit eine Initiative auch akzeptiert und nicht von vornherein abgewehrt wird?

Regionale Ärztenetze, oder auch andere Gesundheitsakteure einschließende Gesundheitsnetze, und kommunale Krankenhäuser oder lokale gemeinnützige Stiftungen genießen wahrscheinlich das größte Vertrauenskapital für eine Startinitiierung. Sie kommen allerdings durchaus auch in die Gefahr, als Interessenwahrer ihrer eigenen Interessen von den anderen notwendigen Partnern abgewiesen zu werden.

4.3. Wie generieren wir ausreichend 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

⁵⁶ 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. Online: www.bmfsfj.de/blob/jump/115588/zweiter-engagementbericht-2016---engagementmonitor-2016-data.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

⁵⁷ Vgl. auch die Aufforderung für eine generelle Neuschreibung des SGB V durch Knieps: Brauchen wir eine Generalüberholung des SGB V – Perspektiven für eine Neukodifizierung. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 1/2020, S. 75–82.

Datenanalytik und Versorgungsoptimierung, entsteht ein ausgesprochen hoher Investmentbedarf. Dies zeigen auch die internationalen Erfahrungen. Je höher die Startinvestition, desto schneller sind auch Erfolge erzielbar und umso höher fallen diese aus. 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 stehen wir gegenwärtig vor beträchtlichen Herausforderungen – nach den Herausforderungen der Corona-Pandemie und den daraus und durch andere Belastungen entstehenden Kosten für den Gesundheitsfonds. Wie lässt sich also auch privates Kapital dafür mobilisieren?

4.4. Wie können wir die aktuell an Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung Beteiligten gewinnen?

Eine Initiative, die nur von wenigen Partnern aus dem regionalen Bereich getragen, von den anderen aber kritisch beäugt wird, muss umso mehr Investment 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 überzeugendsten Argumente für die Gewinnung möglichst vieler Partner – und das nicht nur aus dem traditionellen engeren medizinischen Bereich, sondern auch aus dem sozialen, psychosozialen und präventiven Bereich?

4.5. Wie kann der Öffentliche Gesundheitsdienst zusätzlich integriert werden?

Unter den Gesundheitsakteuren 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 präventiver Maßnahmen und verfügt über die Daten der Gesundheitsberichterstattung. Gleichzeitig ist er in administrative Regulierungen eingebunden, die es dem ÖGD nicht immer ermöglichen, frei zu walten.

4.6. 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? Wie machen wir es ihnen einfacher und kostengünstiger, sich regionalen Verträgen anzuschließen? Und wie erhalten wir uns die positiven Elemente des Wettbewerbscharakters der Krankenkassen und verbes-

sern sogar noch den Nutzen eines Krankenversicherungssystems für Versorgungsinnovationen und die Gesundheit der Bevölkerung?

4.7. Wie kann der Gesetzgeber so deutliche Anreize erzeugen, dass sich ausreichend Initiatoren auf den Weg machen?

Wenn man auf die oben beschriebenen Fragen schaut, dann wird schnell anschaulich, wie komplex und vielleicht auch konfliktträchtig der Startprozess für die Initiatoren einer regionalen Integrierten Versorgung sein kann. Umso stärker müssen die Anreize sein, damit sich ein Initiator jenseits des ethischen Interesses auch der administrativen und investiven Herausforderungen einer Integration annimmt. In den USA ist das unter Obama halbwegs gelungen, in Großbritannien wurde es versucht, aber innerhalb des Prozesses aus politischen Gründen wieder zurückgezogen. Daraus lässt sich lernen.

4.8. 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 Hauptinteressentinnen an der Optimierung sein. Wie können die Landkreise und kommunalen Gebietskörperschaften eine ordnungspolitisch angemessene Rolle gewinnen, auch wenn sie selber nicht die finanzielle Verantwortung tragen?

4.9. Was ist die ideale Größe für eine „Region“ in diesem Sinne und was machen wir, wenn sich mehrere Initiatoren einen Wettbewerb liefern?

Noch gibt es in Deutschland nur geringe Erfahrungen bezüglich einer optimalen Größe für die Managementfähigkeit einer Integrierten Versorgung. Einerseits würde eine zu große Einheit, z. B. die Größe eines Bezirks, den direkten persönlichen Kontakt mit den Gesundheitsakteuren und der sozialen Umgebung erschweren und damit das Management abstrakter machen. Andererseits sollte die Region auch nicht so klein bemessen sein, dass allein schon der bei kleinen Bevölkerungszahlen mathematisch mögliche Zufall von Kostenentwicklungen eine valide Erfolgsmessung ausschließt. Wir empfehlen daher den Start eher bei der Größenordnung von Landkreisen mit 100.000 bis 150.000 Menschen anzusetzen, um sich dann nach einem gewissen Erfahrungsgewinn an größere Regionen heranzuwagen. Gibt es ein Konzept, das mehrere konkurrierende Integrationsverbände innerhalb einer Region ermöglicht? Wie steht es mit der freien Arztwahl, 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?

4.10. Wie definieren und wie messen wir Erfolg, und wie kann der Erfolg anschließend betriebswirtschaftlich kalkuliert werden?

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 bzw. zum Teil aktuell auch Stadtfucht) 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.

4.11. Machen die Bürger in den Regionen mit? Was ändert sich für sie? Welche Risiken müssen die beteiligten Gesundheitsakteure eingehen?

Es ist keineswegs gesichert, dass die Bürger bei derartigen Initiativen mitmachen, sie müssen den Partnern dieser Lösungen ein gewisses Vertrauen entgegenbringen. Sie könnten Datenschutzfragen abwägen, und auch sie benötigen bestimmte Anreize. Und die Gesundheitsakteure 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 in den Regionen werden den Wechsel eines Krankenhauses, weg von einem DRG-induzierten Geschäftsmodell mit bereitwilliger Leistungsaufnahme, hin zu einem, das auf Prävention und optimale ambulante Versorgung ausgerichtet ist und Leistung nur im Bedarfsfall erbringt, möglicherweise anfänglich auch mit Skepsis betrachten. Es wird die Frage auftauchen: „Soll an mir und den notwendigen Leistungen für mich gespart werden?“ Wie überzeugen die Integratoren also die Bürger in der Region?

Vielleicht überzeugt am besten das Ergebnis des gesamten Behandlungsprozesses:

- › Von der niedergelassenen Praxis (Hat sie mich rechtzeitig zu dem Zeitpunkt, wo es notwendig war, nach Ausreizen aller anderen Möglichkeiten in einer für mich in meiner spezifischen Situation verständlichen Form gut beraten in das Krankenhaus geschickt, das auch über die entsprechenden Fähigkeiten verfügte, mich gut zu behandeln?) über
- › das Krankenhaus (Hat es mich gut behandelt, gut aufgeklärt, mir unnötige Ängste genommen, mich vor eventuellen Delirien und Infektionen bewahrt, mit mir die Entlassung gut vorbereitet und mich dann wieder entlassen, wenn die Nachsorge gut organisiert war?),
- › die Nachbetreuung durch Physiotherapie, Pflege, Logopädie, Arzneimittel- und Hilfsmittelversorgung, die

- › ambulante medizinische Weiterbehandlung (War alles gut organisiert, wussten die jeweiligen Leute von mir und voneinander, gab es eine Person, die sich um all das gekümmert hat oder musste ich alles selbst organisieren, waren die Mitteilungen der jeweiligen Akteure in sich konsistent oder widersprüchlich, haben sie mir Leistungen vorenthalten, weil sie die Befürchtung hatten, ihre Budgets auszureizen?) bis zum
- › Ergebnis: Welchen Gesundheitszustand, Beweglichkeitszustand und welches Gesundheitswissen um meine eigenen Möglichkeiten, einen erneuten Krankenhausaufenthalt nicht nötig werden zu lassen, habe ich ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt?
- › Das könnte ein konkretes Anforderungsbild für eine optimal patientenorientierte Integrierte Versorgung sein. Und das Tolle daran ist, dass eine solche Versorgung letztendlich nicht nur für die Patienten besser ist (unabhängig von ihrem soziodemografischen Hintergrund), sondern auch für die Gesellschaft günstiger und für die Gesundheitsakteure und Berufsgruppen auch zufriedenstellender und motivierender ist als die heutige sektorale Betrachtung.

5. „Innovative Gesundheitsregionen“: Ein Vorschlag zur Reform der Regelversorgung

Die Faktoren, die eine erfolgreiche, regionale Integrierte Versorgung blockieren, sind vielfältig. Daher muss die Lösung parallel auf mehreren Ebenen ansetzen. Wir schlagen auf Basis unserer langjährigen Erfahrungen in der Durchführung und Evaluation innovativer Versorgung ein Modell mit vier Elementen vor. Diese „neue“ Integrierte Versorgung muss parallel als Initiative im Gemeinwesen („von unten“) und gemeinsam mit Partnern aus dem sozialen Bereich wie auch „von oben“ durch bewusste und gezielte Planung entstehen. Dazu braucht sie einen Rahmen auf der Berliner Ebene und eine bundesweite Zielsetzung. Unser Vorschlag dafür: **„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“**. Wir nennen das Vorhaben **„Innovative Gesundheitsregionen (IGR)“**.

Die vier Grundelemente sind:

1. Initiierung und demokratische Legitimation über die Landkreise bzw. kreisfreien Städte und ihre **„Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“**
2. Organisation und Umsetzung über **„Regionale Integrationsverträge“** zwischen Krankenkassen und jeweiligen Regionalen Integrationseinheiten
3. Finanzierung und Anreizsetzung über einen **„Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“** auf der Basis von **„Weißen Bundesanleihen“** (nach dem Muster **„Grüner Bundeswertpapiere“**)
4. Steuerung und Qualitätswettbewerb über ein **„Monitoring der Innovativen Gesundheitsregionen“**

Zur Veranschaulichung dieser Konzeption gibt es zwei Darstellungen: Zum einen eine Darstellung der zeitlichen Aufeinanderfolge bis zur Gründung einer Regionalen Integrationseinheit sowie der Vertragschluss mit Krankenkassen und die Startfinanzierung durch den „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“:

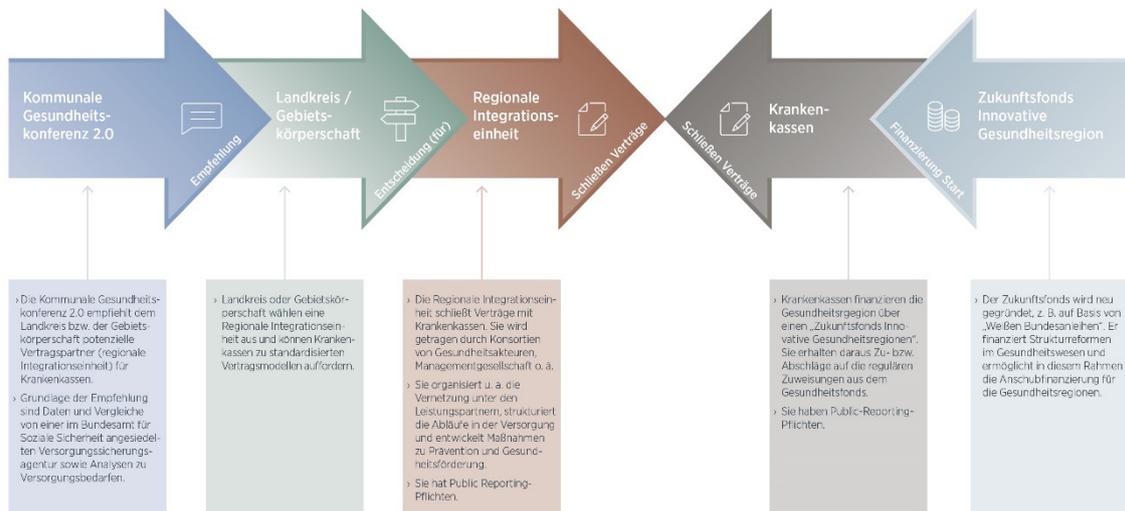


Abbildung 3: Überblick Gründung Regionale Integrationseinheit, Beziehungen mit Krankenkassen und Finanzierung. Quelle: Eigene Darstellung.

Zum anderen haben wir die Versorgung in der „Innovativen Gesundheitsregion“ mit den drei Bereichen Regionale Integrationseinheit, Leistungspartner und Versicherte dargestellt:



Abbildung 4: Überblick über die Versorgung in der „Innovativen Gesundheitsregion“. Quelle: Eigene Darstellung.

Diese Grundelemente werden im weiteren Text ausführlich dargestellt. Zur besseren Einordnung hier noch drei Vorbemerkungen:

- › Eine besondere Herausforderung des deutschen Gesundheitssystems ist die Trennung zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Eine Lösung, die beide Systeme auf der Versorgungs- und Vergütungsebene vereint, sollte prinzipiell diskutiert werden. Mit unserem Vorschlag konzentrieren wir uns zunächst auf die circa 90 % der Bevölkerung, die über die gesetzlichen Krankenkassen versichert sind. Wir gehen davon aus, dass die privaten Versicherungen sich dann, ähnlich wie in den USA bei den ACOs, auf kurz oder lang den gesetzlichen Lösungen nähern werden.
- › Der Begriff Integrierte Versorgung wird in Deutschland sowohl für die indikationsübergreifende Versorgung ganzer regionaler Populationen sowie für einzelne Versorgungsepisoden (z. B. kontinuierliche Blutzuckermessung) oder Indikationen (z. B. rheumatologische Versorgung) verwendet. In den folgenden Abschnitten geht es nur um die erste Form. Die episodens- bzw. indikationsbezogene Integrierte Versorgung wird nicht thematisiert. Sie sollte weiterhin der wettbewerblichen Ausgestaltung und der Suche nach der jeweils besseren Lösung zwischen Krankenkassen und Anbietern überlassen bleiben.

Das Ziel der Einführung der Integrierten Versorgung im Jahr 2000 – die allmähliche Überformung der sektoral getrennten Regelversorgung durch die integrierte, sektorenübergreifende Versorgung – muss man bisher bis auf kleine Teilrealisationen als gescheitert ansehen. Um dieses Ziel nun für ganze Regionen zu erreichen, halten wir einige Regeln für notwendig. Zum einen, weil wir weiterhin die wettbewerbliche Gestaltung mit Krankenkassen einer staatlichen Organisation vorziehen – allerdings in Richtung eines Wettbewerbs um Qualität und Outcome –, zum anderen, weil der „Markt“ Gesundheitsversorgung ein besonderer ist. So sollten z. B. negative Auswirkungen auf die Freiheitsrechte der Bürger/Patienten und der Gesundheitsakteure sowie zu befürchtende Einschränkungen im Zusammenhang mit einer möglichen monopolähnlichen Struktur verhindert werden. Insofern ist es unabdingbar, die demokratische Vertretung der lokalen Bevölkerung einzubeziehen.

- › Weil die Gesundheitsversorgung ein so hohes und wertvolles Gut ist, sollte diese auch keiner Schumpeter'schen „Schöpferischen Zerstörung“ ausgesetzt werden,⁵⁸ sondern stattdessen eine evolutionäre Weiterentwicklung in Richtung Integration ermöglicht werden. Kassenärztliche Vereinigungen, Kammern, Krankenkassen, die bekannten Gremien und Institute werden daher von unseren folgenden Vorschlägen nicht in ihrem Kern berührt. Dennoch ergibt sich für sie mit den „Innovativen Gesundheitsregionen“ ein allmählich größer werdender Anreiz für eine Weiterentwicklung der Versorgung insgesamt. So könnten bspw. die Kassenärztlichen Vereinigungen ein großer Unterstützer dieser Lösung werden. Sie engagieren sich unter der Ägide der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zunehmend für die Unterstützung regionaler Arztnetze, die wiederum

⁵⁸ Hier sei an dieser Stelle nur darauf verwiesen, dass die europäischen Gesundheitssysteme durchaus auch einer internationalen Konkurrenz ausgesetzt sind. Und Zusammenschlüsse, wie der von Amazon, Berkshire Hathaway und JPMorgan Chase (Haven HealthCare vgl. Webseite des Zusammenschlusses: www.havenhealthcare.com), haben durchaus ein Potenzial für drastische Veränderungen, wenn sich auch die anfänglichen Erwartungen bzgl. der Schnelligkeit und Ausweitung der Tätigkeiten deutlich reduziert haben, vgl. Koons: The Amazon-Berkshire-JPMorgan Health Venture Fails to Disrupt. 2020. Online: www.bloomberg.com/news/articles/2020-05-21/bezos-buffett-dimon-joint-venture-fails-to-disrupt-health-care [abgerufen am 30.03.2021].

ein wichtiger Kern regionaler Konsortien sein können. Das von uns vorgeschlagene Konzept richtet sich auch nicht gegen eine überregionale und nationale Rahmenplanung. So begrüßen wir beispielsweise den Vorschlag von Frau Dr. Sabine Richard, Geschäftsführerin des Geschäftsbereichs Versorgung des AOK-Bundesverbands, zur sektorübergreifenden und sektorunabhängigen Planung⁵⁹, die ein gemeinsames Gremium von Krankenkassen, kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausgesellschaft unter Aufsicht des Landesministeriums als Aufsichtsbehörde für diese Planung vorschlägt. Im Sinne einer optimalen Balance von Eigeninitiative auf lokaler Ebene und überregionaler Planung sehen wir aber eine begleitende Notwendigkeit konkreter lokaler Freiheitsgrade für die Anpassung an die jeweils örtliche Situation.

5.1. Diskussion und Legitimation: „Kommunale Gesundheitskonferenzen 2.0“

Die im ersten Teil dieser Ausarbeitung geäußerte Zurückhaltung zu den Ergebnissen der meisten bisherigen „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ ist kein Plädoyer für deren Abschaffung. Sie ist vielmehr der Aufruf, sie weiterzuentwickeln – hin zu „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“. Der Unterschied: Wir schlagen vor, dass die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ mehr Rechte, Aufgaben und Befugnisse erhalten. Die bisherige diskursive Grundstruktur soll damit durch gestufte Informations-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte ergänzt werden. Die Gesundheitskonferenzen wenden sich dabei an die jeweilige regionale Gebietskörperschaft, sei es der Landkreis, die kreisfreie Stadt oder auch eine andere demokratisch legitimierte Einheit, die dann die eigentliche Entscheidungsträgerin ist. Zur Unterstützung gibt es eine professionell aufgestellte Organisationseinheit (Geschäftsstelle), die sich wiederum für spezielle Aufgaben an eigenständige und z. B. von lokalen Interessenten gegründete Regionale Integrationseinheiten wenden kann.

Hollereder hat 2016 das vorliegende Wissen zu den „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ (in Bayern „GesundheitsregionenPlus“) in Empfehlungen für die Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität für Praxis und Politik gebündelt zusammengefasst.⁶⁰

„Wenn die Gesundheitskonferenzen tatsächlich bundesweit eine Schlüsselrolle für die Gesundheitsförderung bekommen sollen, ist als Voraussetzung unabdingbar ein verbindlicheres Mandat der Gesundheitsämter und der von ihnen moderierten Gesundheitskonferenzen nötig. Dieses stärkere Mandat muss mit Ressourcen, Anreizen und Sanktionsmöglichkeiten verknüpft sein. Selbstverpflichtung allein reicht als Steuerungsinstrument für Koordination, Kooperation und Maßnahmenumsetzung nicht aus. Eckpunkte eines solchen verbindlichen Mandats wären in erster Linie:

⁵⁹ Richard: Von der sektorenübergreifenden zur sektorenunabhängigen Versorgung. Internist 61/2020, S. 895–902.

⁶⁰ Vgl. Hollederer: Regionale Gesundheitskonferenzen und GesundheitsregionenPlus in Deutschland: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten. Public Health Forum 1/2016, S. 22–25. Zitiert in: Trojan: Gesundheitskonferenzen. 2017. Online: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitskonferenzen> [abgerufen am 30.03.2021].

Vgl. auch weitere Publikationen von Hollederer zur Evaluation der GesundheitsregionenPlus-Lösung in Bayern: Hollederer u. a.: Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch GesundheitsregionenPlus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. Das Gesundheitswesen 8+9/2017, S. 613–616.

- › Gesundheitskonferenz als fest institutionalisiertes Instrument nicht nur der Koordination von Selbstverpflichtungen, sondern mit Entscheidungsbefugnissen über Prioritäten und Budgetbereitstellungen für Umsetzungsaktivitäten;
- › ein rechtlich abgesicherter Auftrag, dem lokalen Parlament Entwicklungspläne für Prävention und Gesundheitsförderung (und Qualitätsentwicklung der Gesundheitsversorgung) vorzuschlagen („Fachpläne Gesundheit“);
- › Auftrag, Kompetenzen und Ressourcen, um zu Gesetzesvorhaben und Programmen der Gesundheits-, Sozial-, Stadtentwicklungs- und Umweltpolitik Stellung nehmen zu können und Rechenschaft über deren Berücksichtigung zu erhalten (wie z. B. bei Umweltverträglichkeitsprüfungen).

Anders als wir zielt Hollederer vorzugsweise auf das Mandat zugunsten der Gesundheitsförderung (und nur in einem Nebensatz auf die Gesundheitsversorgung). Dennoch erscheinen seine Schlussfolgerungen kongruent mit unseren und auf die Integration der Gesundheitsversorgung übertragbar zu sein.

Der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) hatte in seinem Jahresgutachten 2018 bezogen auf die Weiterentwicklung der Landesgremien nach § 90a SGB V bereits einige Überlegungen geäußert, die ebenfalls in die Richtung unseres Vorschlags der „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ gehen.⁶¹ Allerdings hat er vorgeschlagen, die Stimmrechte darin „an die (finanziellen) Verantwortlichkeiten für die Konsequenzen der Planung“ zu knüpfen, um die Generierung von Überkapazitäten zu vermeiden. Dieser Befürchtung des SVR begegnen wir in unserem Vorschlag durch die Ausgestaltung der Verträge mit Krankenkassen, mit einer darin enthaltenen finanziellen Mitverantwortung für die Gesundheitskosten. Denn natürlich darf es nicht zu Überkapazitäten und „lokaler Verschwendung“ auf Kosten der Gesamtgesellschaft kommen, und einzelne Gesundheitsakteure sollen nicht zur Abrechnung von Leistungen angehalten werden, die nicht zum Wohl der Allgemeinheit beitragen. Deshalb ist die unten näher beschriebene finanzielle Mitverantwortung der Regionalen Integrationseinheit und ihre unternehmerische Einbeziehung in die Kostenentwicklung der Population ein so essenziell wichtiges Element in unserem Vorschlag.

Mit Blick auf die Stimmrechtsverteilung nach dem Modell des G-BA präferieren wir bewusst einen Vorschlag, der kommunal variiert werden kann, aber die Versicherten- und Patientenvertretung stärker einbezieht: Statt den klassischen „Bänken“ der Gesundheitsakteure gehen wir in einem Gesundheitsregionen-Modell von deutlich mehr Akteuren aus, z. B. auch Sport- und Sozialverbänden, Bildungsträgern, Selbsthilfeorganisationen etc. Sofern andere Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger beteiligt sind, werden diese ebenfalls einbezogen. Darüber hinaus spielen die jeweiligen Gebietskörperschaften eine wichtige Rolle. Sie arbeiten einerseits direkt im Gremium mit und lassen sich andererseits durch das Gremium und dessen Mitglieder beraten. Da nur sie demokratisch legitimiert sind, entscheiden sie auch letztendlich. Denkbar wäre – allerdings aufgrund des ausschließlichen Vorschlagsrechts auch nicht zwin-

⁶¹ Zitate aus dem Gutachten 2018 des SVR: „Einerseits kann der Einbezug relevanter Interessengruppen zu einer realistischeren und wirkungsvollen Planung beitragen. Andererseits sollte darauf geachtet werden, dass die Strukturen des Gremiums durch eine überschaubare Teilnehmerzahl handlungsfähig bleiben. Insbesondere sollten Stimmrechte zwingend an die (finanziellen) Verantwortlichkeiten für die Konsequenzen der Planung geknüpft sein. Ist dies nicht der Fall, kann es zu eher kurzfristig motivierten Planungsentscheidungen kommen, die langfristig z. B. zu Überkapazitäten oder zu Finanzierungsproblemen führen.“ (TZ 857). Im Weiteren spricht sich der SVR für regionale Gremien unterstützt durch Geschäftsstellen aus. Für die Stimmrechte in diesen Gremien sollen ähnliche Stimmverhältnisse wie im G-BA gelten und eng an die Verantwortung für die Sicherstellung und die Finanzierung der Versorgung gebunden sein. Die Beteiligung nicht stimmberechtigter Mitglieder soll ähnlich wie die der Patientenvertretung im G-BA erfolgen (TZ 858P35F, Gutachten 2018).
Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 2018. Online: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2018/> [abgerufen am 30.03.2021].

gend notwendig –, die aus dem G-BA bekannte Unterscheidung von stimmberechtigten Mitgliedern, antragsberechtigten Beteiligten und stellungnahmeberechtigten Organisationen zu nutzen.

Im Folgenden beschreiben wir die Details der von uns vorgeschlagenen „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ näher:

5.1.1. *Verortung und Ausstattung*

Die Konferenzen werden über die obersten kommunalen Verantwortungsträger für die jeweilige Größenordnung (Landräte, Bürgermeister etc.) organisiert – mit einer Geschäftsstelle, die entweder eigenständig ist oder, besser noch, in Verbindung mit dem örtlichen Gesundheitsamt steht. Sie ist ausgestattet mit Budgets bzw. Kapazitäten für das Grundmanagement, Auswertungen/Analysen, Elemente der Bürger- und Patientenbeteiligung und der Möglichkeit, weitere Sachexpertise einzubeziehen. Sinnvoll erscheint, hier auch gezielt und unter Rückgriff auf die jeweiligen Landesgremien nach § 90 SGB V ein Verfahren zu entwickeln, die Interessen von schwer bzw. dauerhaft erkrankten Patienten mit einzubeziehen.⁶² Damit die Konferenz managementfähig ist, sollte die Population, für die sie zuständig ist, nicht zu groß sein.

5.1.2. *Zusammensetzung*

Die Gesundheitskonferenz setzt sich zusammen aus: dem jeweiligen Gesundheitsausschuss der lokalen demokratischen Bürgervertretung, Vertreter der gesundheitlichen Akteure in der Unterschiedlichkeit ihrer Berufsgruppen und Einrichtungen (im Fall der Ärzteschaft z. B. der örtlichen Vertretung der Kassenärztlichen Vereinigung, aber auch der Ärztekammer), der Krankenhausträger, der Selbsthilfe- und Patientenvertretung sowie der Krankenkassen, der Bildungseinrichtungen, der lokalen Gewerbetreibenden und der Gewerkschaften. Die Entscheidung über die konkrete Zusammensetzung trifft jeweils der oberste kommunale Verantwortungsträger. Sollte die Anzahl der Teilnehmer zu Herausforderungen führen, können diverse Beteiligungsformen etabliert werden: Steuerungsgremien, die erweiterte Beteiligung von Bürgern in einer Art von „Townhall-Meetings“, digitale Teilnahme, Think-Tank-Labs und vieles mehr. Wir erinnern hier auch an Formen, die von der Robert Bosch Stiftung in ihrem Projekt Neustart! erprobt worden sind.⁶³

5.1.3. *Mitentscheidungs-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte*

Damit die Konferenzen nicht nur Themen entsprechend der jeweils lokalen öffentlichen Meinung bzw. den Interessen der Akteure bearbeiten, bekommen sie zwei zusätzliche, entscheidende Kompetenzen. Diese können sie jeweils über Vorschläge an die kommunale Gebietskörperschaft und – nach deren Zustimmung – über diese nutzen.

- › **Abfrage von Vergleichsdaten:** Die „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“ erhält das Recht, vom BAS bzw. dem neu geschaffenen Forschungsdatenzentrum beim Bundesinstitut für Arzneimittel

⁶² Vgl. Köster-Steinebach: Reformoptionen der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Gemeinwohl und Partikularinteressen: die Rolle der Patienten. Sozialer Fortschritt 6+7/2019, S. 547–565.

⁶³ Mehr Informationen zum Projekt finden sich auf der Website der Robert Bosch Stiftung: www.neustart-fuer-gesundheit.de [abgerufen am 30.03.2021].

und Medizinprodukte (BfArM) jährlich kostenfrei eine vergleichende Darstellung der Gesundheitsdaten ihrer Bevölkerung im Verhältnis zu ihrem jeweiligen Bundesland, zu Deutschland und zu – hinsichtlich sozioökonomischer Daten – vergleichbaren Regionen anzufordern. Schrappe hat dazu unter dem Stichwort „Area-Indikatoren“ erste Überlegungen angestellt.⁶⁴ Nolting hat in einem Übersichtsaufsatz auf die Dartmouth-Atlanten und den Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung verwiesen.⁶⁵ Derartige standardisierte Darstellungen, die auf die massiven regionalen Ungleichheiten verweisen, sollten die bisherige Gesundheitsberichterstattung ergänzen und nach Altersgruppen, nach sozioökonomischen Status, nach Geschlecht etc. aufgliedert sein.⁶⁶ Im besten Fall sollten sie durch Community Health Assessments auch unter Beteiligung der Bevölkerung erweitert werden. Auf dieser Basis können Dysfunktionen sowie Über- und Unterversorgung aufgedeckt, aber auch Erfolge festgestellt, Ziele besser gesetzt und langfristige Vorhaben in Gang gesetzt werden. Mittelfristig soll durch den vergleichenden Blick auf die Outcome-Daten ein lernendes System zum Erfahrungsaustausch aufgebaut werden.

Zusätzlich können die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ für eigene spezifische Auswertungen die pseudonymisierten, aber aus Datenschutzgründen auf Mindestmengen aggregierten Einzeldaten inklusive der dafür aufgewandten Kosten und der ihnen gegenüber stehenden Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds abfragen. Auch hier muss gelten, dass diese Daten öffentliches Gut sind, die natürlich gegen Missbrauch gut geschützt werden müssen, und, dass – anders als bei dem vorgesehenen Forschungsdatenzentrum – keine Vergütungen fällig werden.

- › **Gestaltungsspielraum:** Die „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“ erhält das Recht, die relevanten Krankenkassen der lokalen Bevölkerung und die Gesundheitsakteure der Region bzw. entsprechende Regionale Integrationseinheiten zu Integrierten Versorgungsverträgen nach dem Muster der „Innovativen Gesundheitsregionen“ aufzufordern, kann sie aber nicht dazu verpflichten.⁶⁷ Die IV-Verträge nach dem Muster der „Innovativen Gesundheitsregionen“ sind nach einem neu geschaffenen, mit speziellen Anreizen ausgestatteten und standardisierten Vertragsmodell gestaltet (dazu mehr in 5.2). Bei einem Abschluss nach diesem standardisierten Modell erhalten Krankenkassen und über diese auch die Regionalen Integrationseinheiten eine besondere Anschubfinanzierung (vgl. 5.3). Parallel steht es Krankenkassen und Anbietern vor Ort aber auch jeweils frei, unter Verzicht auf diese besondere Anschubfinanzierung eigene Vertragsvarianten abzuschließen, sie können weiterhin ihre Hausarzt- und Facharztverträge abschließen etc.

Die Krankenkassen dürfen außerdem Vertreter der Krankenkassen und der anderen Verhandlungspartner zur Darstellung ihrer Zielkonzepte und zu Berichten über den jeweiligen Verhandlungsstand verpflichten und darüber hinaus eine Empfehlung abgeben, welches Konzept und welcher Vertragspartner für eine regionale, am Gemeinwesen orientierte Verantwortungsübernahme bevorzugt wird. Für die abgeschlossenen Verträge dürfen sie eine regelmäßige öffentliche

⁶⁴ Vgl. Schrappe: Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. 2015.

⁶⁵ Nolting: Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland. GWG 2/2015, S 16–22.

⁶⁶ Ein gutes Beispiel dafür sind die „Health Care Packages“, die die Clinical Commissioning Groups (CCG) in Großbritannien jährlich vom NHS bekommen, als Grundlage ihrer Managemententscheidungen zur Förderung oder Abschaltung von Projekten unter Verwendung ihres Budgets.

⁶⁷ In diesem Zusammenhang muss auch das Abstimmungsprozedere in den „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ diskutiert werden. Solange – wie in vielen Konferenzen bisher – nur im Konsensprinzip Ziele festgelegt und Veranstaltungen geplant werden, ist das Abstimmungsprozedere von geringerer Bedeutung. Mit derartigen Entscheidungen wird dies jetzt bedeutsamer und es muss überlegt werden, wie viel % die „Bank“ der Gesundheitsakteure, wie viel % die „Bank“ der Vertreter von Patienten und Bürgern und wie viel % die „Bank“ der restlichen Akteure, wie etwa der lokalen Wirtschaft, der Bildung etc. ausmachen soll.

Berichterstattung über die Ergebnisse und die erreichte Qualität der Angebote und Versorgungsleistungen abfordern, ihre Zufriedenheit oder Unzufriedenheit damit öffentlich machen und dem jeweils lokalen Parlament vorstellen.

Die Gebietskörperschaft erhält analog zum schon bestehenden Recht zum Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren die rechtliche Möglichkeit, selbst mit Krankenkassen IV-Verträge abzuschließen und zu managen. Kommunale Gebietskörperschaften werden dies wahrscheinlich allerdings nur im Ausnahmefall selber managen. Schließlich könnten sowohl ihre Kompetenzen in der Versorgungsorganisation, mit mehrheitlich freiberuflichen und privatwirtschaftlichen Partnern, wie aber auch in der Risikoabwägung bzgl. der Unternehmensergebnisse durch die Kommunalaufsicht hinterfragt werden. (Dies ist heute schon bei den Trägerschaften der kommunalen Medizinischen Versorgungszentren zu beobachten.) Aus diesem Grund sollen kommunale Gebietskörperschaften die Möglichkeit erhalten, einen Zusammenschluss von Gesundheitsakteuren oder eine Managementgesellschaft (eine Regionale Integrationseinheit) in ihren Verhandlungen mit den Krankenkassen zu unterstützen, z. B. mit „Letter of Intents“ und einer öffentlichen Diskussion ihrer Konzepte. Die Gesundheitskonferenz selbst ist für einen Vertragsabschluss mit Krankenkassen nicht geeignet, da eine unternehmerische Einheit benötigt wird, die auch eine unternehmerische Ergebnisverantwortung tragen kann. Dies ist nicht von Gesundheitskonferenzen zu erwarten, die sich als Vertreter von Patienten und Akteuren im System lediglich zu Diskussionen und vereinzelt gemeinsamen Aktionen treffen. Wie die Managementgesellschaft beschaffen sein sollte, und welche Gesellschaft eine Regionale Integrationseinheit haben darf, muss nicht festgelegt werden. Die Gesellschaft sollte aber mit ersten lokalen Gesundheitsakteuren innerhalb einer bestimmten Frist nachweislich Netzwerkpartnerverträge geschlossen haben.

5.2. Umsetzung: Regionale Integrationsverträge zwischen Krankenkassen und Regionalen Integrationseinheiten

Die von uns vorgeschlagenen Regionalen Integrationsverträge unter der Bezeichnung „Innovative Gesundheitsregionen“ sind als Verträge zwischen Krankenkassen und Regionalen Integrationseinheiten nach § 140a SGB V vorgesehen. Unser Ziel ist, allmählich einen Großteil bzw. die gesamte Bevölkerung einer Region damit zu erreichen. Auf nationaler Ebene empfehlen wir dazu, in Analogie zu den Verträgen der ACO der staatlichen Krankenversicherungen in den USA, die Entwicklung von zwei bis drei **standardisierten Vertragsvarianten für „Innovative Gesundheitsregionen“**. Ziel einer gewissen Standardisierung ist die Vereinfachung und Verkürzung von Verhandlungsprozessen. Gleichzeitig sollen damit Gesundheitsakteure (und ggf. ihre Kreditgeber) klare Rahmenkennziffern erhalten, die ihnen zeigen, dass sich ein Investment in die neuen Lösungen langfristig rechnen kann.

Dem G-BA schlagen wir dafür vor, einen Beirat „Innovative Gesundheitsregionen“ zuzuordnen, der zum Beispiel jeweils etwa zur Hälfte aus Vertretern der kommunalen Spitzenverbände und aus Vertretern der Regionalen Integrationseinheiten besteht und durch Vertreter von Patientenorganisationen ergänzt wird. Dieser Beirat wirkt bei der Entwicklung der Standardvariante mit und erarbeitet Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung und für die Ausgestaltung einer „Versorgungssicherungsagentur“ (siehe Abschnitt Steuerung: Public Performance Reporting „Monitor Innovative Gesundheitsregionen“) als einer separierten Untereinrichtung des BAS.

Krankenkassen und lokale Vertragspartner, also Kommunen bzw. Konsortien von Gesundheitsakteuren oder beauftragte Regionale Integrationseinheiten können nach Empfehlung der kommunalen Gebietskörperschaft und nach Aufforderung durch die „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“ auf eigene Initiative einen Vertrag nach §140a SGB V abschließen. Sie können die „IGR-Standardvarianten“ nutzen, sind aber frei, Abweichungen zu vereinbaren. Wenn sie eine „IGR-Standardvariante“ vereinbaren, dann gelten auch die Vergünstigungen aus der IGR-Anschubfinanzierung (siehe Abschnitt Finanzierungsanreize: „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ in Kap. 5.3).

Folgende Bedingungen sollten allerdings vom Gesetzgeber parallel für die „IGR-Standardvarianten“ im §140a verpflichtend gesetzt werden – in Anlehnung an die Empfehlungen von Benstetter et al. 2020⁶⁸ und Hermann et al. 2006⁶⁹ und zur Sicherung von Qualität und Freiheitsrechten:

- › Den lokalen (und ebenso den überregionalen) Gesundheitsakteuren soll es nach unserem Vorschlag freistehen, ob sie mit der lokalen Managementgesellschaft (oder der kommunalen regionalen Einheit für die Integrierte Versorgung) zusammenarbeiten oder nicht. D. h. sie können jederzeit weiterhin nach den „klassischen Regeln“ arbeiten und abrechnen. Und auch die Regionalen Integrationseinheiten müssen die Abrechnungsmodi nicht zwingend verändern, sie brauchen keine Zwangsgewalt oder Verfügung über die Vergütungen der aktuellen Gesundheitsakteure von Pflege bis Ärzteschaft. Zum einen wäre der Widerstand gegen diese Idee sicherlich ausreichend stark, um jede Politik und jede Regionale Integrationseinheit in die Knie zu zwingen. Zum anderen wäre allein der administrative Zusatzaufwand der Neuverhandlung und das Neuarrangement der Zahlungsflüsse der heutigen Regelvergütungen viel zu teuer. Stattdessen können die Regionale Integrationseinheiten die bekannten Abrechnungsmodi beibehalten und sollten frei darin sein, ggf. zusätzliche Vergütungen für bestimmte qualitative Anforderungen auszuloben. Für den Start reichen regional und situativ definierte Anreize und Investments durch die Regionalen Integrationseinheiten zusätzlich zu den weiterhin laufenden Vergütungen der Regelversorgung aus, um allmählich Verbesserungen zu produzieren: an der einen Stelle die Finanzierung von zusätzlich qualifizierten Mitarbeitern als Gesundheitslotsen in Einrichtungen des Gesundheitswesens, an der anderen Stelle die Einrichtung einer funktionellen medizinischen Trainingseinheit. Dafür werden woanders der Aufbau einer psychiatrischen Pflege und die Startfinanzierung einer mobilen Reha unterstützt, ein besserer Austausch von Ärzten und Pflegenden in einer stationären Pflegeeinrichtung moderiert und der Prozess zur Transformation eines kleinen Krankenhauses in ein intersektorales Gesundheitszentrum eingeleitet. Zu hoffen ist, dass sich langfristig damit auch Variationen für sektorübergreifende Versorgungseinheiten herausbilden und die „Innovativen Gesundheitsregionen“ insofern Testpiloten für die Entwicklung neuartiger Vergütungslösungen darstellen. Aber – wie gesagt – dies kann evolutionär erfolgen und bedarf keiner Zwangsmaßnahmen.
- › Die freie Arzt-, Krankenhaus- und Pflegewahl sollte nach unserem Vorschlag in den IGR-Verträgen zwingend sein. Versicherte sollten sich frei entscheiden können, ob sie sich von Ge-

⁶⁸ Benstetter u. a.: Prospektive regionale Gesundheitsbudgets – Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. 2020. Online: www.medhochzwei-verlag.de/News/Details/77688 [abgerufen am 30.03.2021].

⁶⁹ Hermann u. a.: Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 5–6/2006, S. 11–29.

sundheitsanbietern mit und ohne Netzwerkvertrag oder außerhalb der Gesundheitsregion behandeln lassen wollen. Damit soll einer möglichen Monopolgefahr entgegengewirkt werden. Durch den Wohnortbezug der oder des Versicherten in einem Kreis kann jede Krankenkasse die Kosten unabhängig von dem Ort erfassen, wo sich diese Person versorgen lässt und ob dies innerhalb oder außerhalb der Region erfolgt. Dadurch entstehen auch keine Probleme bei der Umsetzung der IGR-Verträge, da auch die Kosten der Leistungserbringungen außerhalb der Region Teil der Gesamtabrechnung sind. Die Managementgesellschaft sollte allerdings aus Eigeninteresse auch mit Gesundheitsakteuren in Nachbarregionen in Beziehungen treten, sofern diese in relevantem Ausmaß ihre Versicherten betreuen.

Eine Einschreibung (via Teilnahmeerklärung) von Versicherten in die Verträge mit den Krankenkassen halten wir nicht für erforderlich, Versicherte sollten auch hier völlige Freiheitsrechte behalten.⁷⁰ Dafür sind die Regionalen Integrationseinheiten zwingend für jeweils alle Versicherten der jeweiligen Krankenkassen (bzw. im Fall der „Ersatzvornahme“ sogar für alle Krankenkassen) ökonomisch und in den Qualitätsergebnissen verantwortlich. Dies muss so sein, damit sie keine Anreize bekommen, ihre Ergebnisse durch gezielte Risikoselektionen zu manipulieren.

In der Diskussion des ersten Aufschlags unserer Ausarbeitung wurde in diesem Zusammenhang noch einmal die Frage nach der „Region“ und ihrer Größe gestellt. Weiter vorne hatten wir schon ausgeführt, dass das Handling von Regionen umso anspruchsvoller und notwendigerweise abstrakter wird, je größer die Region gezogen wird. Für ein solches Zuschneiden der Region ist es unbedeutend, wo die Krankenhäuser ihren Standort haben und welche Praxen innerhalb oder außerhalb sind, da die Kosten bei den Krankenkassen auf die Patienten „gebucht“ werden. Die regionale Managementeinheit müsste also aus eigenem Antrieb entscheiden, mit welchen Partnern sie besondere Qualitätsvereinbarungen treffen will.

- › Die Regionalen Integrationseinheiten sind zur öffentlichen Berichterstattung über ihre Gesundheitsergebnisse und zur Beteiligung an standardisierter, regional vergleichender Berichterstattung verpflichtet.
- › Die Regionalen Integrationseinheiten sind zur engen Kooperation und regelmäßigen Abstimmung mit den Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verpflichtet.

Die Regionalen Integrationseinheiten sind in diesem Modell die Akteure, die für einen möglichst großen Teil der GKV-Versicherten einer Region den gesamten Entwicklungsprozess von Gesundheit und Versorgung bestmöglich organisieren sollen. Hierzu gehört die Aktivierung der Patienten wie aber auch der unterschiedlichen Gesundheitsberufe und Einrichtungen sowie die Mobilisierung von Kommunen, Betrieben, Kindergärten, Pflegeheimen etc. Diese stellen die koordinierenden, motivierenden und auch investierenden Akteure dar, die an der Optimierung des Verhältnisses ambulant-stationär und an den Gesundheits-Outcomes für die entsprechende Bevölkerung ein eigenes unternehmerisches Ergebnisinteresse haben.

Ein möglicher Diskussionspunkt ist die Frage von „Verbindlichkeit“ oder „Unverbindlichkeit“. Wir setzen mit unserem Vorschlag auf „Freiwilligkeit“ für Patienten wie Akteure, da Patienten sich nur dann ohne Sorge in einen derartigen Vertrag einschreiben würden, wenn sie jederzeit das System wieder verlassen

⁷⁰ Hiermit folgen wir in gewissem Maße auch den Erfahrungen in der Schweiz mit dem missglückten Referendum zu Managed Care.

könnten. Gleiches sehen wir für die nach wie vor selbstständigen Gesundheitsakteure vor. Auch diese würden sich eher positiv auf eine derartige Lösung einlassen, wenn sie jederzeit die Freiheit hätten, das Gesundheitsnetzwerk wieder zu verlassen. Genau diese Zwänge hatten in den US-amerikanischen Managed-care-Lösungen zu viel Kritik und negativer Diskussion und bis hin zu dem „End of Managed Care“ geführt. Allerdings – und das sei hier konzediert – führt die Freiwilligkeit zu einer erhöhten Anforderung an das Management solcher Systeme, da ihr keine Zwangsmaßnahmen, sondern nur intrinsische Optionen (Community-building-Optionen) wie allerdings auch extrinsische positive wirtschaftliche Anreize und Nudging-Optionen zur Verfügung stünden.

Damit folgen wir den neueren Diskussionen der Wirtschaftswissenschaft, hier speziell der Verhaltensökonomie, die sich mit menschlichem Verhalten in wirtschaftlichen Situationen beschäftigt. Entgegen der althergebrachten Annahme eines Homo oeconomicus, also des rationalen Nutzenmaximierers, sehen wir insbesondere bei den Unternehmen und Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegewesen einen hohen Grad an Gemeinwohlorientierung. Leider wird dies durch die gegenwärtigen Finanzierungsformen nur allzu oft überschattet. Verbindlichkeit – so unser Verständnis – setzt sich im Gesundheitswesen mit seiner akademischen Orientierung eher über Einverständnis und das Überzeugtsein von der richtigen gleich besseren Lösung durch als über Verfahrensanweisungen nach dem Vorbild industrieller Vorgaben. Dafür ist auch die Fluidität des medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Wissens und die Einschätzung der Adhärenz und letztlichen Entscheidungsmöglichkeit der Patienten über die Präferenz bzgl. der Therapie zu groß (und anders als in der Industrie bei einem vorgegebenen Werkstück). Zusätzlich entspricht das Konzept des Setzens auf die Freiwilligkeit auch der „Produktionslogik“ von Gesundheit insbesondere bezüglich chronischer Erkrankungen. Jeglicher Zwang erzeugt ein Ausweichen, nur die einverständliche Kooperation und aktive Mitarbeit der Patienten in ihrem Alltag kann eine bessere Bewältigung der Erkrankungsfolgen bewirken. Zudem hat das Konzept der Freiwilligkeit noch den unbestreitbaren weiteren Vorteil der dadurch erreichten Vermeidung einer ansonsten drohenden Monopoldiskussion.

Welche Voraussetzungen muss eine Regionale Integrationseinheit mitbringen, um die genannten Punkte zu erfüllen und eine unternehmerische Mitverantwortung für die Entwicklung der Gesundheitsausgaben auf der regionalen Ebene tragen zu können?

- › Auf der regionalen Ebene braucht es eine Regionale Integrationseinheit, deren wirtschaftlicher Ertrag im besten Fall zu einem großen Anteil daran gekoppelt ist, dass die Kosten für die in der Region ansässige Bevölkerung im Vergleich weniger ansteigen. Das revolutionäre Element darin ist: Anders als die Gesundheitsakteure bisher soll diese Einheit den Anreiz haben, das neueste internationale Wissen und die Kenntnisse über die Region zur Optimierung der Gesundheit der Bevölkerung und zu ihrer bestmöglichen Versorgung einzusetzen. Sozusagen als Hebel für eine Kostensteigerung unterhalb der durchschnittlichen bundesweiten Kosten. Es ist davon auszugehen, dass es im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren zu weiteren Kostensteigerungen kommen wird. Gleichzeitig kann aber auch als sicher unterstellt werden, dass es vielfältige Mittel und Wege gibt, diese Steigerungen geringer zu halten. Dazu gehört etwa, Krankheitsprogressionen langsamer erfolgen zu lassen, Selbstmanagementfähigkeiten zu erhöhen und innovative digitale Lösungen zu nutzen.
- › Diese unternehmerische Einheit darf sich in ihren Bemühungen aber nicht auf die bereits erkrankte Bevölkerung beschränken. Sie muss sich auch an jene richten, die auf dem Weg sind, zu er-

kranken. Viele internationale Studien z. B. zu den ACOs in den USA, aber auch Studien aus Australien, Neuseeland, Israel und anderen Ländern zeigen, dass erst diese Kopplung wirklich relevante Einspareffekte erzielt.⁷¹ Allerdings zeigen diese Studien auch: Wenn das alte Finanzierungsmodell in den sektoralen Grenzen und mit dem Anreiz für eine Leistungsmengensteigerung vorherrscht (das Volume-Modell), wird es insgesamt teurer. Der Grund ist, dass die Gesundheitsakteure dann kein Interesse haben, gezielt diejenigen zu erreichen, die auf dem Weg sind zu erkranken, sondern vielmehr diejenigen ansprechen, die ohnehin leichter für mehr Gesundheitsbewusstsein zu begeistern sind. Wenn der wirtschaftliche Ertrag für die regionale unternehmerische Einheit aber nur dann entsteht, wenn die Einheit insgesamt eine geringere Kostensteigerung für ihre Population erzielt als für eine analoge Population im Bundesdurchschnitt, dann hat sie genau das „richtige“ Interesse: Diejenigen zu erreichen, die in der Gefahr stehen, sehr kostenaufwendig zu erkranken. Und dies sind vor allem die vulnerablen Teile der Bevölkerung. Wir integrieren damit also auch noch ein gesellschaftspolitisch durchaus erwünschtes Motiv in das Konzept, nämlich die Ausrichtung auf die bisher eher abgehängten Teile der Bevölkerung.

- › Wer könnte die Regionale Integrationseinheit darstellen? Für die Landkreise selbst wird dies schwierig sein. Zum einen dürfte es schon kommunalrechtlich nicht einfach sein, das damit in Verbindung stehende unternehmerische Risiko zu tragen. Denn wenn es in einem Jahr nicht klappt, ein Delta zur durchschnittlichen Kostensteigerung zu erwirtschaften, dann hätte die Organisation nur Kosten für ihre Interventionen, aber keinen Ertrag. Zum anderen steht natürlich die Frage im Raum, ob die Landkreise die notwendigen gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitsökonomischen Kompetenzen haben, ein solches Unternehmen zu managen. Diese Schwierigkeiten werden durch das von OptiMedis entwickelte Modell eines regionalen Gesundheitsmanagement-Unternehmens umgangen. Beispiele hierfür sind: Gesundes Kinzigtal, Gesundheit für Billstedt-Horn, Gesunder Werra-Meißner Kreis und Gesunder Schwalm-Eder-Kreis+. Das Modell kann unterschiedlich aufgebaut sein: a) als Kooperation eines gesundheitswissenschaftlich geprägten Unternehmens mit einem lokalen Ärztenetz (wie im Kinzigtal), b) gänzlich durch einen sozialen Verein, ein lokales Ärztenetz, einen Ärzteverband und eine Klinik (wie in Billstedt-Horn), oder c) anfänglich ganz allein durch ein Unternehmen, aber mit dem Angebot zur Beteiligung durch eine kommunale Klinik und andere Gesundheitsakteure (wie im Werra-Meißner-Kreis und im Schwalm-Eder Kreis+). In der Werra-Kali-Region wird ein derartiges regionales Gesundheitsmanagement-Unternehmen in Kooperation mit einer lokalen Apotheke, einem Ärztenetz und einem regionalen Betrieb aufgebaut, in anderen Regionen in Verbindung und im Auftrag von Landkreisen oder Städten. Wie auch immer regionale Gesundheitsmanagement-Unternehmen gesellschaftsrechtlich konfiguriert sind, ihre Ökonomie sollte sie dazu zwingen, sich auf die Optimierung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und deren Versorgung auszurichten. Dann wäre die Frage der Eigentumsverhältnisse sekundär und eher von den lokalen Bedingungen und dem Interesse der Akteure abhängig.

⁷¹ Vgl. u. a.: Clark/Hasan: How to Prioritize Population Health Intervention. 2014. Executive Summary online erhältlich unter: <https://www.advisory.com/Topics/Classic/2014/04/Executive-Summary> [abgerufen am 30.03.2021].

Braithwaite u. a. (Hrsg.): Health Systems Improvement Across the Globe: Success Stories from 60 Countries. 2017.

Van Vooren u. a.: Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives. Health Policy 124/2020, S. 37–43.

Wie soll die Finanzierung der Regionalen Integrationseinheit und die unternehmerische Mitverantwortung bzgl. der Kostensteigerung der Krankenkasse konkret aussehen?

Eine Add-on-Finanzierung der Regionalen Integrationseinheit, etwa auf Basis einer vorgelegten Bedarfskalkulation für Gesundheits-Coaches, Versorgungskoordinatoren und andere, halten wir für kein praktikables Mittel. Hier wäre die Gefahr sehr groß, dass sich damit zusätzlich zu den heute schon vorhandenen Versorgungsstrukturen eine neue Koordinationsebene etabliert, die zusätzliche Ressourcen verbraucht und deren Tätigkeit sich mittelfristig mehr in die Ausdehnung der eigenen Stellenanteile als in die Produktion eines realen gesundheitlichen Nutzens erstreckt. Um stattdessen einen zwingenden Anreiz für die Regionalen Integrationseinheiten zu setzen, eine auf alle Versicherten der Partnerkrankenkasse (und insbesondere die vulnerablen Gruppen) ausgerichtete Verbesserungsaktivität zu entwickeln, empfehlen wir Folgendes: Die Regionale Integrationseinheit erhält mit dem IGR-Vertragsabschluss einen Anteil an den verringerten morbiditätsadjustierten Kostensteigerungen der Krankenkassen für ihre Population in der jeweiligen Gesundheitsregion in jedem Jahr, d. h. einen Anteil am produzierten Erfolg. Technisch könnte das z. B. etwa so aussehen:

Dieses Delta wird erstmalig zum Ende des dritten Jahres nach Vertragsschluss für das Ergebnis des zweiten Jahres wie folgt berechnet: Die Unterschiede zwischen den tatsächlichen Versorgungskosten der in der Region lebenden Versicherten der jeweiligen Krankenkasse und den morbiditätsadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds werden über drei Jahre vor dem Start des Vertragsschlusses hinweg zu einem Durchschnittswert berechnet und dann auf eine Nulllinie indexiert. Jedes Jahr wieder wird nun erneut der Unterschied zwischen den tatsächlichen Versorgungskosten der in der Region lebenden Versicherten der jeweiligen Krankenkasse und den morbiditätsadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gegenüber der indexierten Nulllinie ermittelt. Dieser Unterschied markiert im positiven Fall den Erfolg, von dem dann der vereinbarte Anteil als erfolgsorientierter Anteil an die Regionalen Integrationseinheiten ausgezahlt wird. Im negativen Fall, d. h. einem negativen Delta, erfolgt keine Erfolgsauszahlung und stattdessen entsteht ein vorzeitiges Kündigungsrecht für die Vertragsparteien. Die Berechnung erfolgt jeweils erst zum Ende des Folgejahres, um eine verlässliche Datenqualität von Ausgaben und Zuweisungen zu erhalten. In die Berechnung der Gesamtkosten gehen bis auf die Verwaltungskosten der Krankenkassen alle Leistungsausgaben ein, ebenso in die Berechnung der Zuweisungen. Nicht auf den einzelnen Versicherten herunterzubrechende Kosten werden pauschaliert auf den einzelnen umgerechnet. Es handelt sich dabei also um eine Absenkung der Kostensteigerung gegenüber den durchschnittlich gestiegenen Kosten, einhergehend mit einer gewissen Form der Morbiditätsadjustierung. Als Anreiz für die Krankenkassen zur Vereinbarung freier Verträge nach dem IGR-Standardmodell könnte sich der Erfolgsanteil analog zu einem Schwellenwert bzgl. der Weitergabe des Aufschlags und des Abschlags auf z. B. 75 % an dem aus den verringerten Kostensteigerungen entwickelten Delta belaufen.⁷² Zur Vermeidung der in den USA beobachteten Risikoselektionen müssten die Regionalen Integrationseinheiten zwingend in der Ergebnisverantwortung an der gesamten Versi-

⁷² Einige Details dieser Lösung müssen noch weiter durchdacht werden. So ist z. B. zu prüfen, ob die aktuell ab 2021 gültige Hochkostenregelung für das Modell ausreicht oder ob für besonders schwere und kostenintensive Fälle gezielt weitere Anreize auf die Verbesserung der Versorgungsqualität und Lebensqualität gesetzt werden müssen, sofern diese ggf. mit dauerhaften Mehrkosten verbunden sind. Analog zu den stetigen Weiterentwicklungen im morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleich wird es auch in diesem Modell einen Lern- und Weiterentwicklungszyklus geben müssen.

chertenpopulation der jeweiligen Krankenkasse in der Bezugsregion gemessen werden, auch wenn sie diese mit ihren vertraglich eingebundenen Gesundheitsakteuren nicht versorgen.

Das prinzipiell erzielbare wirtschaftliche Potenzial ist ausreichend belegt. Bereits vor mehreren Jahren hatte McKinsey circa 20 % Effizienzreserven im Gesundheitswesen vorgerechnet. Die Ergebnisse aus dem Projekt Gesundes Kinzigtal, als eines der wenigen Beispiele mit veröffentlichten Ergebnisrechnungen, weisen relativ konstant über die letzten acht Jahre jeweils ein Brutto-Delta von circa 6 bis 7 % gegenüber den zu erwartenden Kosten nach. Nach Gegenrechnung der dafür erbrachten Aufwände kann man immer noch von einem Netto-Delta von deutlich mehr als 2 % ausgehen. Und das trotz der Problematik, dass die beteiligten Gesundheitsakteure in Südbaden weiterhin „doppelt“ kalkulieren müssen: einerseits nach dem Regelversorgungsmodell und für den Teilbereich der eingeschriebenen Versicherten nach der Sonderlogik der regionalen Integrierten Versorgung. Mit anderen Worten: 6 % sind nicht die obere Messlatte: Bei einem entsprechenden Erfahrungslernen untereinander und einer Beteiligung von mehr Krankenkassen, also einer regionalen IV-Logik als dem „neuen Normalen“, sollte bei besserer Qualität und einem höheren Patientennutzen die 10-%-Marke (brutto) durchaus zu überschreiten sein.

Dennoch wird sich jeder regionale Leistungsanbieter, jede evtl. gegründete Regionale Integrationseinheit fragen, wie sicher er bzw. sie sein kann, dass tatsächlich ein wirtschaftlicher Erfolg, eine „Integrationsdividende“ erfahren werden kann. Werden sie z. B. tatsächlich einige Krankenhauseinweisungen aufgrund von Medikationsfehlern und unzureichender Patientensicherheit vermeiden können? Die Bundesregierung schätzt ausweislich der Antwort auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion aus dem Jahr 2018, dass jährlich 250.000 Krankenhauseinweisungen auf Medikationsfehler in der ambulanten Versorgung zurückgehen. Und die OECD geht davon aus, dass 15 % aller Kosten und Aktivitäten im Krankenhaus auf die Behandlung der Folgen unzureichender Patientensicherheit zurückgehen.⁷³ Weitere Fragen könnten sein: Kann die Bevölkerung einer Region tatsächlich dazu motiviert werden, sich gesünder zu ernähren, in höherem Maße gesundheitskompetent zu werden, sich evtl. im Verein, in der Nachbarschaft, im Familienkreis etc. zu engagieren? Kann das Pflegepersonal, können die Ärzte, die Medizinischen Fachangestellten in den Praxen, die Pharmazeutisch-Technischen Assistenten in den Apotheken und die Mitarbeiter in den Kliniken tatsächlich ihre Routinen ändern und Patienten zu Partnern ihres therapeutischen Teams machen? Die Studienlage dazu ist klar: P52FDas ist durchaus möglich, aber es bedarf einer Umstellung der Ausbildungsformen⁷⁴ und der Kulturen der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufe, auch der Entwicklung weiterer neuer Berufe, z. B. an der Schnittstelle digitaler Lösungen und des Gesundheitssystems⁷⁵. Und es bedarf neuer Organisationsformen für die Praxis dieser Kooperation. Beispiele hierfür sind: die schon erwähnten PORT-Lösungen der Robert Bosch Stiftung, die vom BKK-Dachverband Anfang dieses Jahres vorgeschlagenen Kommunalen pflegerischen Versorgungszentren (KpVZ)⁷⁶, die von der DAK und Klie/Monzer (2018) konzipierten Regionalen Pflegekompetenzzentren⁷⁷ oder die von der KBV und der Oberender AG propagierten „Intersektoralen Gesundheitszentren IGZ“⁷⁸.

⁷³ Vgl. dazu die Informationen auf der Website der OECD. Online: www.oecd.org/health/patient-safety.htm [abgerufen am 30.03.2021].

⁷⁴ Vgl. Jünger/Nagel: Improvement of patient orientation and patient safety in health care – from competency-based and interprofessional medical education to cross-sector care. *GMS Journal for Medical Education* 3/2019.

⁷⁵ Vgl. Kuhn u. a.: Neue Gesundheitsberufe für das digitale Zeitalter. 2020.

⁷⁶ Vgl. <https://www.bkk-dachverband.de/versorgung/pflege/gute-pflege-durch-vernetzung> [abgerufen am 30.03.2021].

⁷⁷ Klie/Monzer: Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort. 2018.

⁷⁸ Vgl. Schmid u. a.: Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. 2018. Online: www.kbv.de/html/igz-gutachten.php [abgerufen am 30.03.2021].

Letztendlich – und wiederum zugunsten der Nachhaltigkeit – kommen wir auch in diesem Zusammenhang wieder auf die Veränderung der Vergütungsformen und damit der Anreize.⁷⁹ Festzuhalten bleibt:

Regionale Integrationseinheiten kommen nicht um ein unternehmerisches Wagnis herum. Sie müssen sich nach unserem Vorschlag auf die Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Population ausrichten, können damit dann aber auch durchaus interessante Erträge erwirtschaften. Erträge, die sie wiederum nutzen müssen, um die Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung zu erreichen. Und die einerseits die lokale Ökonomie stärken, gleichzeitig aber auch (durch ihren anteiligen Charakter an den vermiedenen Kostensteigerungen) einen Vorteil für das GKV-Versicherungssystem insgesamt darstellen. D. h. mit dem Vorschlag verbindet sich auch die Hoffnung, langfristig das Ausmaß der Kostensteigerung insgesamt zu verringern und damit für 2030, 2040 und die folgenden Jahre eine nachhaltige Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu unterstützen.

Vertragsbeziehungen für „Innovative Gesundheitsregionen“

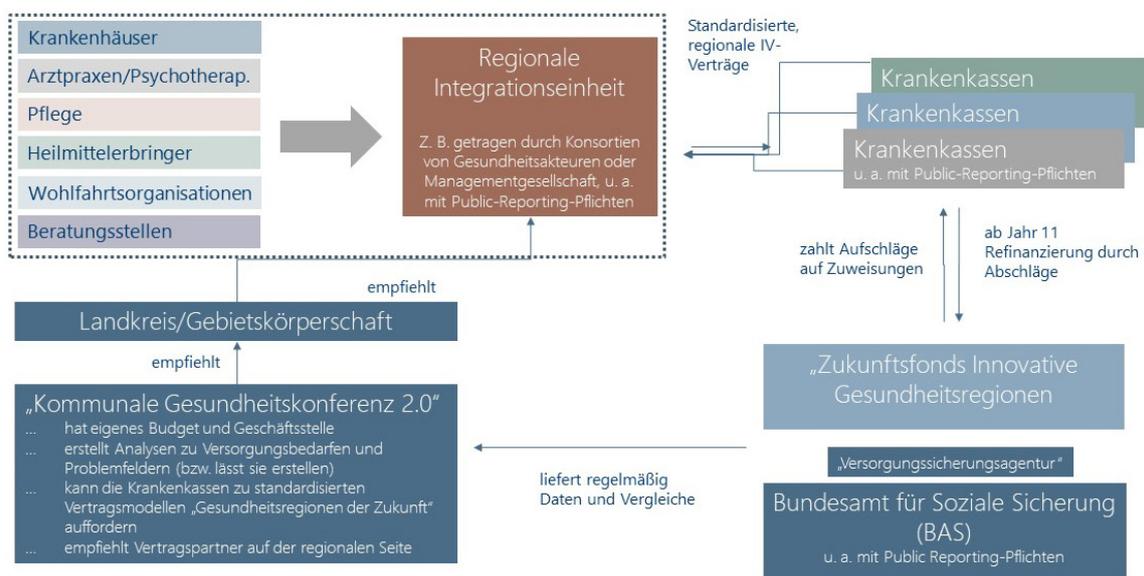


Abbildung 5: Schematische, beispielhafte Darstellung möglicher Vertragsbeziehungen in „Innovativen Gesundheitsregionen“. Quelle: Eigene Darstellung.

⁷⁹ Vgl. u. a. Behrend u. a.: Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: Jacobs u. a. (Hrsg.): Pflege-Report 2019. 2020.

Vgl. Jünger/Nagel: Improvement of patient orientation and patient safety in health care – from competency-based and interprofessional medical education to cross-sector care. GMS Journal of Medical Education 3/2019, Doc32.

Vgl. auch die Aufsätze in: Amelung u. a. (Hrsg.): Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. 2020.

Vgl. im Übrigen die Framingham-Studie, die als erste groß angelegte epidemiologische Studie den Einfluss von Lebensstil und Gesundheitsverhalten auf die Genese von Volkskrankungen quantifiziert hat und aus der zahlreiche Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen abgeleitet wurden (Rauchen, Bewegung, Ernährung, Stress, Alkohol). Quelle: Mahmood/Vasan: The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. Lancet 383(9921)/2013, S. 999–1008.

Hingewiesen werden sollte auch auf Geoffrey Rose's Strategy of Preventive Medicine, insbesondere bzgl. seines Kernarguments, dass traditionelle klinische Präventionen, die auf Patienten mit hohem Risiko fokussieren, auf Bevölkerungsebene eher nur einen geringen Einfluss haben. Maßnahmen, die darauf abzielen, den Mittelwert eines Risikofaktors in der Gesamtbevölkerung zu verringern, haben eine höhere Effektivität. Rose: Rose's Strategy of Preventive Medicine. International Journal of Epidemiology, 6/2009, S. 1743–1745.

Vgl. auch Gordon u. a.: The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? Public Health 120/2006, S. 1133–1139.

Vgl. zur Kosteneffektivität: WHO/OECD/European Observatory on Health Systems and Policies Series: Promoting Health, Preventing Disease: The economic case. 2015. Online: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/283695/Promoting-Health-Preventing-Disease-Economic-Case.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

Eine Herausforderung bleibt allerdings noch – die Regionalen Integrationseinheiten benötigen eine Start-up-Finanzierung. Drei Faktoren führen zu einer solchen Notwendigkeit: Zum einen sind die schnell erreichbaren Erfolge durch Versorgungsoptimierung rar, die meisten benötigen intensiven Managements und gezielter Anreizsetzungen. Gleichzeitig entstehen Aufwände für Analytik, Programmentwicklung, intelligente Digitalisierungslösungen sowie das Management. Zum anderen tritt der Patientennutzen – ausgedrückt in geringeren Folgekosten – oft erst mit einem gewissen Zeitverzug ein. Er kann durchaus, wie bei der Raucherentwöhnung oder einer psychologischen Unterstützung nach traumatischen Erkrankungen, erst in mehreren Jahren auftreten. Zum dritten kommt noch der Faktor Zeit für die Messbarkeit der ökonomischen Auswirkungen hinzu. Erst im November des Folgejahres sind alle Ausgaben im Gesundheitswesen erfasst und die Referenzwerte auf Bundesebene errechnet. Deshalb ist der Gesundheitsverbund darauf angewiesen, seine Managementaufwendungen sowie seine Aktivitäten und Programme insbesondere zur Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Optimierung der Versorgung anfänglich vorzufinanzieren.

Von Krankenkassen ist eine solche Vorfinanzierung aktuell, insbesondere unter der aktuellen Finanzierungskrise, kaum zu erwarten. Ihr Beitrag wird sich sehr wahrscheinlich auf gewisse Abschlagszahlungen auf die erhofften Integrationsdividenden beschränken. Andere Möglichkeiten zur Finanzierung, z. B. Landesprogramme, örtliche Stiftungen, Banken etc., sind zumindest für die Anfangsphase, d. h. bevor ein umfassenderes Wissen über die Erfolgswirkungen von IGR-Verträgen vorliegt, wenig erfolgversprechend und würden zu einer Verlangsamung der Entwicklung führen. Um stattdessen eine möglichst große Beschleunigung zu erreichen, schlagen wir im Folgenden die Einführung einer Start-up-Finanzierung vor, die für IGR-Vertragsformen gelten würde.

5.3. Start-up-Finanzierung und nachhaltige Stabilisierung des Gesundheitsfonds: „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ als Teil einer „Weißen Bundesanleihe“

Eine zentrale Herausforderung für einen Erfolg des vorgeschlagenen Modells liegt in der Gestaltung der Anreize für die Krankenkassen und für die regionalen Vertragsverantwortlichen, egal ob die Regionale Integrationseinheit durch ein Konsortium, Netz oder eine Managementgesellschaft gebildet wird. Für letztere gilt: Ohne eine relative langfristige Sicherheit und ohne Aussicht auf einen Ertrag aus dem notwendigen Anfangsinvestment werden sie nicht das Risiko eingehen, ein solches Unterfangen zu starten. Und für die Krankenkassen gilt ebenso, dass diese nur dann in die Vertragsentwicklung gehen werden, wenn sie die Wahrscheinlichkeit für den Nutzen als hoch ansehen. Wenn wir also das Ziel einer allmählichen Überformung der Regelversorgung mit den integrierten und regional verantwortlichen Versorgungsformen erreichen wollen, müssen wir sehr genau überlegen, wie für beide Seiten ein Nutzen entsteht. Eine allzu knappe Startfinanzierung kann sich dabei als ein Engpassfaktor herausstellen. Sie kann die Regionale Integrationseinheit, insbesondere kleinere Regionale Integrationseinheiten ohne großen Kapitalhintergrund, zwingen, zu wenig zu investieren und folglich eine sehr langsame Erfolgskurve zu erzielen, die eventuell dann auch nicht ausreicht, um mithilfe des Effizienzgewinnes die laufenden Kosten zu decken.

Es gibt einen zweiten Grund für die Einführung eines „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“. Wie Graalman et al. in einem kürzlich erschienenen Aufsatz⁸⁰ mit Recht ausführen, besteht ein massiver Bedarf für neue Finanzierungsinstrumente, um den notwendigen Strukturwandel im Gesundheits- wie im Pflegesystem angesichts der Finanzierungsengpässe der Krankenkassen und der öffentlichen Hand in den nächsten Jahren zu finanzieren. Die strukturellen Defizite der Kranken- und Pflegekassen werden schon zu Beginn der nächsten Legislaturperiode auf 16 bis 20 Mrd. € für 2022 geschätzt, mit steigender Tendenz für die Folgejahre. Gleichzeitig wird erwartet, dass die Lebenserwartung steigt und chronisch-degenerative Erkrankungen, Krebserkrankungen und neurologische Erkrankungen zunehmen. Die berechtigten Forderungen der Gesundheitsfachberufe nach einer Erhöhung der Vergütungen und die Notwendigkeit, inmitten eines „war of talents“ genügend Interessierte in diese Berufe zu bekommen, werden ebenfalls Wünschen nach einer Kostenbegrenzung enge Grenzen ziehen. Dass der Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds aber in den nächsten Jahren einfach beliebig erhöht werden könnte, erscheint zumindest unrealistisch. Dazu werden nach der hohen Schuldenlast aus der Pandemie und den vielen anderen Verpflichtungen des Bundes bzgl. Aufstockung der Investitionen in Klimaschutz, Infrastruktur, Bildung, Digitalisierung, Armutsabbau und Beseitigung der Fluchtursachen – um hier nur einzelne Beispiele zu nennen – die knappen Mittel im Wettbewerb mit zu vielen anderen Bereichen stehen. Ein Investment in eine Effizienzsteigerung und einen Strukturumbau ist also zwingend angesagt. Dieser Strukturumbau wird unseres Erachtens nach zu einem großen Anteil regional erfolgen müssen. Unabhängig davon, ob dies die lokale Krankenhausstruktur und die Aufstockung und Digitalisierung der ambulanten Versorgung angeht, die neue Aufgabenverteilung zwischen Ehrenamtlichkeit und Professionalisierung, die bessere Ausstattung von Wohnungen für Ältere mit Assistenzsystemen oder die bessere Verbindung von regionalen Strukturen mit den hochspezialisierten Zentren in den Großstädten.

Wir schlagen hiermit deshalb die Gründung eines eigenständigen „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ vor. In Analogie zu den ab 2020 von der Bundesrepublik Deutschland ausgegebenen „Grünen Bundeswertpapieren“ folgen wir der von Graalman et al. vorgeschlagenen Begrifflichkeit der „Weißen Anleihen“, also auf Gesundheit ausgerichteten Bundeswertpapieren. Am 24.8.2020 berichtete das Bundesfinanzministerium erstmals über die geplante Ausgabe von „Grünen Bundeswertpapieren“. Mit diesen sollen saubere Verkehrssysteme gefördert und CO₂-Emissionen von Fahrzeugen reduziert werden, aber auch insgesamt der Übergang zu einer, mit erneuerbaren Energien arbeitenden Wirtschaft unterstützt werden. Der Bund verbindet sich damit mit den Zielen des Pariser Klimaabkommens und den 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen (SDGs). Wie der BMF-Monatsbericht vom Oktober 2020 berichtet, erfolgte am 2. September 2020 die erfolgreiche Begebung der ersten zehnjährigen Grünen Bundesanleihe mit einem Volumen von 6,5 Mrd. €. Die Grüne Bundesanleihe stieß auf eine sehr hohe Nachfrage und war fünffach überzeichnet. Die Begebung erfolgte zu einer Rendite von -0,463 %. Im Vergleich zur konventionellen Zwillinganleihe stellt dies eine Zinsersparnis von einem Basispunkt für den Bund dar. Investoren waren somit bereit, einen Preisaufschlag für die Eigenschaft „grün“ zu zahlen.⁸¹

⁸⁰ Graalman u. a.: Notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen mit „Weißen Anleihen“ finanzieren. WdK 2–3, 2021.

⁸¹ Vgl. Monatsbericht des Bundesfinanzministeriums von Oktober 2020. Online: <https://www.bundesfinanzministerium.de/Monatsberichte/2020/10/Inhalte/Kapitel-3-Analysen/3-1-gruene-bundeswertpapiere.html> [abgerufen am 30.03.2021].

Vgl. auch die ausführlichere Beschreibung der Technik der Grünen Bundeswertpapiere durch die Deutsche Finanzagentur. Online: <https://www.deutsche-finanzagentur.de/de/institutionelle-investoren/bundeswertpapiere/gruene-bundeswertpapiere/> [abgerufen am 30.03.2021].

Unser Vorschlag, der in seiner konkreten Technik noch detaillierter entwickelt werden soll, richtet sich auf die Mobilisierung einer analogen Form von „Weißen“, d. h. auf Gesundheit und Pflege ausgerichteten, Bundeswertpapieren in einem Rahmenkonzept über die nächsten Jahre. Investitionen in gesundheitsbezogene Strukturverbesserungen wie die Innovativen Gesundheitsregionen, ggf. aber auch weitere, sollen daraus über den Kapitalmarkt finanziert werden. (Für die grünen Anleihen sind 2-, 5- und 10-jährige Anleihen vorgesehen, die jeweils mit einem konventionellen Zwilling zusammen ausgegeben werden und sich auf Ausgaben des Vorjahres beziehen, die dem Kriterium von Green Bonds entsprechen.) Die Verwendung der, über derartige Anleihen, generierten Mittel kann direkt über den Gesundheitsfonds oder über eine Sonderlösung in Verbindung mit dem Gesundheitsfonds organisiert werden. Zusätzlich zum normalen Bundeszuschuss aus Steuermitteln können auf diese Weise Mittel aus den Anleihen dieser Sonderlösung zugeführt werden und damit die SDGs und die ESG-Werte der Europäischen Union bei der Investition in Vermögenswerte und Anleihen gestützt werden. ESG steht für Ökologie (Ecology), Soziales (Social) und gute Unternehmensführung (Governance).

5.3.1. „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“

Für die Vergabe der Mittel des Zukunftsfonds stellen sich verschiedene Herausforderungen. Da wir eine schnelle und transaktionskostensparsame Weiterleitung erreichen wollen, schlagen wir vor, von aufwendigen Ausschreibe- und Prüfungsverfahren abzusehen. Dennoch muss ja ein Zuweisungsverfahren geregelt sein, das für Regionale Lösungen für 50.000 Menschen eine andere Höhe organisiert als für solche mit z. B. 100.000 Menschen und einer höheren Morbidität. Wir schlagen vor, dafür ein sehr einfaches Verfahren zu verwenden. Für die ersten sechs Jahre ab Vertragsschluss erhalten die Krankenkassen bei Abschluss der definierten regionalen Standardverträge vom „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ einen zusätzlichen Aufschlag auf die Zuweisungen von Versicherten, die daran in den jeweiligen Regionen teilnehmen können. Der Aufschlag soll nach unserem Vorschlag für die ersten drei Jahre 3 % und die nächsten drei Jahre 1 % der Zuweisungen des jeweiligen Vorjahres betragen. In seiner absoluten Höhe würde er sich insofern pro Region und Anzahl der Versicherten und dem Ausmaß ihrer Morbidität und ihres Alters unterscheiden. Die darauffolgenden vier Jahre erhalten sie keinen Aufschlag und für die Jahre 11 bis 20 zahlen die Krankenkassen für insgesamt 10 Jahre jeweils 2 % der Zuweisungen der Versichertenanzahlen und ihrer Morbidität der jeweiligen Vorjahre zurück.

Schematisch (und ohne Darstellung der zu erwartenden Kostensteigerungen) würde dies so dargestellt werden können:

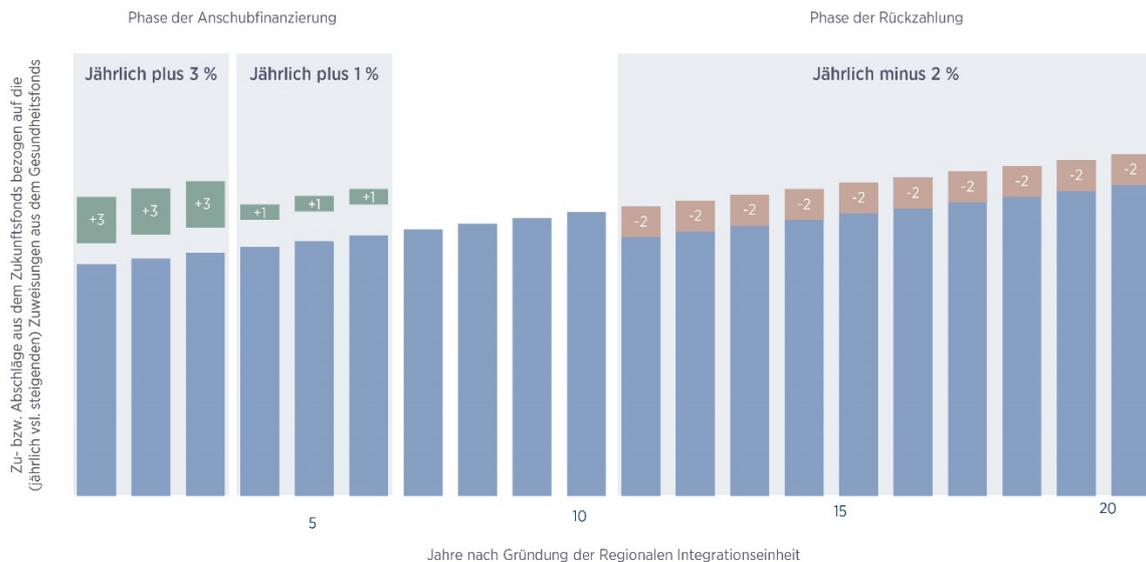


Abbildung 6: Aufschläge und Abschläge bzgl. der Zuweisungen über 26 Jahre. Quelle: Eigene Darstellung.

Mit dieser Systematik soll dann eine Refinanzierung des Zukunftsfonds erreicht und insgesamt die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems erhalten werden. Mit diesem Modell sehen wir uns als Sachwalter des solidarisch finanzierten Gesundheitssystems; die Regionalen Integrationseinheiten und die Partnerkrankenkassen stehen auch unter Erfolgszwang. Die Krankenkassen müssen ab dem elften Jahr auch eine Zuweisungskürzung in Kauf nehmen, die damit wieder den Zukunftsfonds (und indirekt den Gesundheitsfonds) auffüllt. Das heißt, die Daumenschrauben für die Regionale Integrationseinheit sind dann so, dass ihnen ab diesem Zeitpunkt ein Teil des Effizienzgewinns entzogen wird. Sie müssen also einen größeren Erfolg erzielt haben, um mit dem verbleibenden Effizienzgewinn haushalten zu können.

Wie könnte eine solche Lösung jetzt technisch aussehen? Mit dem Fondsvorschlag wollen wir eine sehr praktikable und schlanke Form produzieren, d. h. jegliche Antragsverfahren, etwa analog des gegenwärtigen „Innovationsfonds“ des G-BA, möglichst vermeiden. Dafür wären folgende Verfahren denkbar:

Im Fall des Abschlusses eines „IGR-Vertrags“ zwischen einer Krankenkasse und einer Regionalen Integrationseinheit erhält die Krankenkasse einen Anspruch auf einen Betrag aus dem Zukunftsfonds über die ersten sechs Jahre der Vertragsgültigkeit. Ab dem elften Jahr wechselt die Richtung, d. h. der Zukunftsfonds erhält umgekehrt eine Rückzahlung. Die Gelder werden der Krankenkasse als nichtverzinsliche nachrangige Darlehen zur Verfügung gestellt. Die Höhe dieses Betrags variiert über die Jahre nach dem oben dargestellten Schema (drei Jahre lang 3 %, danach drei Jahre lang 1 %). Der Betrag selber errechnet sich als Prozentsatz auf die Gesamtsumme der Zuweisungen, die die Krankenkasse im jeweiligen Vorjahr für die in der jeweiligen Region lebenden Versicherten aus dem Gesundheitsfonds erhalten hat. Wir nutzen damit die Zuweisungen und ihre Morbiditäts- und Altersadjustierung, um ein einfaches Berechnungsmodell zu haben. Die Berechnung auf die Zuweisungen des Vorjahrs ist von Bedeutung, da ansonsten ein erheblicher Zeitverzug bis zur Ergebnisfeststellung eintreten würde, die Start-up-Finanzierung aber möglichst kurzfristig nach Vertragsabschluss auch die Liquidität der Regionalen Integrationseinheit sichern sollte.

Die Krankenkassen geben die erhaltenen Darlehen je nach ihrer Vereinbarung (hier könnten sich die standardisierten Vertragsvarianten z. B. etwas unterscheiden) vollständig oder in Teilen (mindestens aber zu einem festgelegten Schwellenwert) weiter als Vertragsleistung an die Vertragspartnerinnen, d. h. die Regionalen Integrationseinheiten. Dadurch können diese bereits beim Start mit einer gewissen positiven

Liquidität rechnen, müssen später allerdings auch eine erhöhte Effizienz erzeugen. Dieser Zuschlag von 3 % käme aktuell z. B. bei 20.000 Versicherten einer Kasse und einer Jahresgesamtzuweisung von 65 Mio. € Jahresgesamtzweisungen auf 2,1 Mio. €. Wenn die Kasse im Laufe der Zeit Mitglieder gewinnt oder verliert, würde sich auch die jeweilige Summe im Folgejahr verändern. Im Vorschlag mit den 3 % auf die ersten drei Jahre wurde eher knapp kalkuliert, d. h. die Regionalen Integrationseinheiten sollen durchaus ermutigt werden, auch selbst zu investieren bzw. lokale Banken und Dritte in solche Lösungen einzubeziehen.

Durch die Weiterleitung der Unterstützung aus dem Zukunftsfonds (und später dem erzeugten Nutzen) wird für die Regionalen Integrationseinheiten das Ausmaß an externem Investitionsbedarf reduziert und damit eine schnellere Vervielfältigung derartiger Lösungen ermöglicht. Dennoch bleibt die Integrations-einheit gezwungen, sehr zielgerichtet auf die Verbesserung des Gesundheitsstatus der Population hinzuarbeiten. Schließlich müssen sie angesichts der Degression des Aufschlags (vom vierten Jahr bis zum sechsten Jahr nur noch 1 % und ab dem elften Jahr die Rückzahlungsverpflichtung in Höhe von 2 % nach dem gleichen Rechenmodell wiederum an die Krankenkasse und von der wiederum zurück an den Zukunftsfonds) zunehmend ihre wirtschaftlichen Erträge aus der produzierten Effizienzsteigerung und damit der Verringerung der Kostensteigerung der Krankenkassen ziehen.

5.3.2. Vorteile für alle Beteiligten

Die Regionalen Integrationseinheiten erhalten mit einer solchen Lösung

- › eine relative Sicherheit, ihr Investment in den Anfangsjahren zumindest zum Teil aus dem Anteil an den Aufschlägen finanzieren zu können, und es gäbe parallel eine Return-on-Investment-Option für die Gründungspartner und deren Engagement sowie auch für die möglicherweise von ihnen für den Start benötigten dritten Kapitalgeber und Banken.
- › Sie wären aber auch genötigt, zu investieren, um dann in den Folgejahren Erträge aus der Effizienzsteigerung und Verringerung von Gesundheitsausgaben zu erzielen. Dies gilt insbesondere aufgrund des Effekts, dass sich bei einer Vervielfältigung der Gesundheitsregionen und daraus erzielter Kostenverringerungen auch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds anteilig relativ verringern. Dadurch muss wiederum der Effizienzgewinn zwingend größer werden, damit sie weiterhin eine ausreichende Integrationsdividende in Form ihres Anteils aus dem Erfolg erhalten. Mittelfristig, d. h. aber voraussichtlich erst nach mehr als zehn Jahren, ist insofern auch daran zu denken, das Verfahren aus dem Vergleich mit den Durchschnittskosten herauszunehmen und nur noch auf den Vergleich zur „Regelversorgung“ außerhalb der „Innovativen Gesundheitsregionen“ umzustellen. Weitere Anpassungen werden dann noch später folgen müssen.
- › Die Regionalen Integrationseinheiten müssten sich auf Nachhaltigkeit hin ausrichten. In die Verträge müssen Sicherheiten und ggf. gewisse Bürgschaftslösungen eingearbeitet werden, schließlich sollen, im Ausgleich für die Vorabzuschläge beim Gesundheitsfonds, später die -2 % auch als Nutzen und quasi gesamtgesellschaftliche Integrationsdividende ankommen. Dies wird nicht trivial sein, da jede Erhöhung von Verbindlichkeiten, z. B. bzgl. der Zeitdauer und einer Bürgschaft für den 2%-Abzug, auch gleichzeitig den ökonomischen Anreiz mindert. Wir freuen uns auf Vorschläge zu der Thematik.

Die Krankenkassen erhalten mit einer derartigen Lösung

- › einen starken Anreiz, derartige Verträge einzugehen, da sie ihre Zusatzaufwände in Form der internen Transaktionskosten (oder im Fall kleinerer Krankenkassen der Kosten für Serviceprovider) durch ihren Einsparungsanteil (bis zu 25 % des Deltas) mit hoher Wahrscheinlichkeit refinanzieren können.
- › Sie würden diesen Vorteil allerdings verlieren, wenn sie zu lange warten.
- › Sie können zusätzlich aus ihrem Einsparanteil auch noch zielgerichtete Qualitätsbonifizierungen vergeben, wie es aktuell einige Krankenkassen mit ihren BrAVo- (Barmer) und QuATRo-Lösungen (mehrere AOKen) schon testen.
- › Weitere Überlegungen könnten in die Richtung gehen, ob sich in Anknüpfung an die schon vorhandenen Servicegesellschaften (wie GWQ Serviceplus, Spektrum K oder die Vertragsarbeitsgemeinschaften der BKKen) neue Verbundformen von kleineren Krankenkassen ergeben. Und ob sich die Landesverbände der Ersatzkassen oder die Krankenkassen selber evtl. auch tiefergehend organisieren könnten, um eine lokale Verantwortungsübernahme wahrnehmen zu können.
- › Krankenkassen müssen gleichwohl auch sehr genau prüfen, welche Regionalen Integrationseinheiten ausreichend verlässlich sind, damit sie mit ihnen einen Vertrag eingehen, da sie gegenüber dem Zukunftsfonds in der Haftung stehen, auch die 2 % Rückzahlung über die zehn Jahre ab dem elften Jahr aufzubringen.

Der „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ selbst könnte mit einer sehr sparsamen Managementausstattung betrieben werden. Seine Verträge mit den Krankenkassen über seine Geldflüsse zu ihnen hin und von ihnen zurück sollten ihm eine hinreichende Sicherheit auf eine gesicherte Rendite bieten. In einer vereinfachten Modellrechnung kommen wir zu dem Ergebnis, dass sich für den „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ dieses Investment auch bei einer recht optimistischen Annahme bzgl. der Durchdringung mit Verträgen dieser Art lohnt. Wir haben dafür angenommen, dass innerhalb von sieben Jahren 20 % der GKV-Versicherten davon erfasst würden. Im achten Jahr saldiert sich das Investment nur bis zu einer maximalen Summe von 2 Mrd. € auf, um dann ab Jahr 13 schon wieder zu einem ersten Rückfluss an den Gesundheitsfonds zurückzufinden. Auf 20 Jahre wird auch ohne Berücksichtigung inflationärer Steigerungen ein saldierter Ertrag für den Gesundheitsfonds von über 1,8 Mrd. € generiert.⁸²

In den kommenden Monaten werden wir mit Banken und entsprechenden Fondsanbietern und öffentlichen Partnern die Rahmenbedingungen und die Finanzierungssystematik eines derartigen „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ als Teil der Ausgabe von „Weißen Bundeswertpapieren“ weiter ausarbeiten. Wir werden auch klären, wie hierfür einerseits ausreichende Anreize für private Anleger

⁸² Folgende Annahmen sind in diese Modellrechnung eingeflossen: Der Anteil der GKV-Versicherten in derartigen Verträgen startet im ersten Jahr mit 0,5 %, um dann im 2. Jahr auf 1,5 % und im 3. Jahr auf 3 % zu steigen. Während in den ersten beiden Jahren alle Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen werden, werden ab dem dritten Jahr jeweils 50 % der Versicherten über Verträge direkt mit dem BAS abgeschlossen. Der Anteil der Versicherten steigt weiter über 6 % im 4. Jahr auf 10 % im 5. Jahr, 15 % im 6. Jahr und bleibt ab dem 7. Jahr stabil bei 20 %. Dahinter steht die Erwartung, dass ab dem 8. Jahr evtl. auch ein anderes Modell der Finanzierung und erfolgsabhängigen Vergütung festgelegt werden könnte. Bzgl. der Durchschnittskosten pro versicherte Person haben wir die letzten Veröffentlichungen des GKV-Spitzenverbands genommen, bzgl. der Anzahl der GKV-Versicherten und den Gesamtausgaben 2018, und diese stabil gehalten. Bzgl. der Einsparungen haben wir hier nur diejenigen gerechnet, die dem BAS zukommen. Wir haben die vorsichtige Annahme getroffen, dass diese im Schnitt für das 1. Jahr 0,5 % betragen und pro Jahr jeweils um 0,5 % bis zum 10. Jahr wachsen (dann stabil), dass sie aber nur zu 0,1 % pro Jahr wachsend dem Fonds zugutekommen.

erfolgen können, aber auch genügend gesicherte Rückflüsse über öffentlich-rechtliche Beteiligungen an den Gesundheitsfonds, ggf. mit Garantieverzinsungen. Interessenten sind uns dazu sehr willkommen.

Die „Innovativen Gesundheitsregionen“ können mit einer derartigen Lösung relativ gewiss sein,

- › dass sich ausreichend Regionale Integrationseinheiten dieser Aufgabe stellen und
- › dass sich daraus sicht- und messbare Erfolge ergeben und Region sowie Bevölkerung von positiven Gesundheitseffekten profitieren.

Die Vergütung der in dieser Region erbrachten gesundheitlichen Leistungen kann wie bisher auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und des DRG-Systems (Diagnosebezogene Fallgruppen) erfolgen. Es sind prinzipiell aber auch eigene sektoral und/oder transsektoral differenzierte Vergütungsregelungen in der Region denkbar, die andere oder zusätzliche Anreize setzen und auch ohne Budgetierungen auskommen und der sich dann die jeweiligen Netzwerkpartner freiwillig anschließen können.

Das vorgeschlagene Modell erfordert von den Regionalen Integrationseinheiten und ihren Gesellschaftern insofern erheblichen Mut und eine hohe betriebswirtschaftliche Risikobereitschaft. Gleichzeitig verlangt es ihnen aber auch sehr viel Professionalität ab. Sie müssen wissen, wo die Fehlanreize in den Sektoren liegen, welche Probleme dadurch in der Versorgung entstehen und wie diese vermieden werden können. Zusätzlich braucht es Wissen darüber, wie Gesundheit durch die Interaktion von Bürgern, Patienten und Umwelt mit den jeweiligen Akteuren der unterschiedlichen Fachberufe in Medizin und Pflege gefördert und zusammen mit den sozialen Determinanten von Gesundheit erfolgreich verbessert werden kann. Und es verlangt intensives Wissen um die neuesten Impulse aus Medizin und Versorgung. Darüber hinaus ist eine hohe emotionale und kommunikative Intelligenz wichtig. Nur mit diesen Fähigkeiten – denn Machtmittel gegenüber Gesundheitsakteuren und Patienten sollen sie ja nicht bekommen – werden die Regionalen Integrationseinheiten in der Lage sein, Effizienzgewinne zugunsten der Krankenkassen und der Gesellschaft zu produzieren.

5.4. Steuerung: Public Performance Reporting „Monitor Innovative Gesundheitsregionen“

Die Entwicklung einer nachhaltigen, robusten und gleichzeitig fairen Gesundheitsversorgung erfordert ein anderes politisches Steuerungskonzept, als ein entsprechendes Gesetz zu verabschieden und zu beobachten, wie sich die Akteure darauf einlassen. Sie erfordert auch ein anderes Kommunikationsverhalten des Gesetzgebers. In einem 5-Punkte-Sofortprogramm „Grenzen überwinden – für eine populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung“ waren einige Überlegungen dafür 2018 schon Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bei einem Besuch in Hamburg übergeben worden.⁸³

Im Folgenden werden einige dieser Überlegungen aufgegriffen und auf eine gesamthafte politische Steuerungsstruktur hin erweitert. Wir schlagen vor:

⁸³ Hildebrandt: Grenzen überwinden – für eine populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung. 5-Punkte-Sofortprogramm für den Gesetzgeber. 2018. Online: <http://www.optimedis.de/5-punkte-sofortprogramm> [abgerufen am 30.03.2021].

„**Politische Zielangabe**“: 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 „Innovative-Gesundheitsregionen-Verträgen“ (d. h. regionalen populations- und Outcome-orientierten Verträgen nach § 140a SGB V) profitieren, bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützt und über alle Sektoren hinweg gut versorgt werden sollen. In Großbritannien sind solche Ziel- und Maßnahmenpapiere nicht ungewöhnlich („Our healthier nation“ etc.). Bisher fehlt in Deutschland solch eine gesundheitspolitische Rahmensetzung, die mit einer entsprechenden Berichterstattung an den Gesetzgeber über die Ergebnisse einhergeht. Erste Tendenzen zeigen sich aber, so u. a. mit dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz⁸⁴, Vorarbeiten für eine Nationale Herz-Kreislauf-Strategie oder dem 2020 beschlossenen Antrag einer nationalen Diabetes-Strategie, die nach Angaben der großen Koalition in einer „ressortübergreifenden Strategie für Gesundheitsförderung und Prävention“ eingebunden werden soll. Deutlich weiter gediehen sind derartige Verpflichtungserklärungen der Bundesregierung etwa zum Klimaschutz, zur Elektromobilität etc., d. h. ausgeschlossen ist so etwas nicht, noch fehlt aber offensichtlich der Wille.

„**Versorgungssicherungsagentur**“: Der Gesetzgeber unterstellt dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS), als dem Verwalter des Gesundheitsfonds, eine „Versorgungssicherungsagentur“, die von den Aufsichtspflichten des BAS separiert ist. Diese übernimmt die weiter oben beschriebene Aufgabe der öffentlich-rechtlichen Begleitung des „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ und ist Auswerterin der regionalen Daten der GKV für die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ sowie die Regionalen Integrationseinheiten.

„**Public Reporting**“ der Leistungsergebnisse der Krankenkassen: Der Gesetzgeber beauftragt das BAS mit einer Auswertung der Daten der Krankenkassen hinsichtlich der Veränderung der Morbidität ihrer Versicherten als Basis für ein **Public Reporting der Leistungsergebnisse der Krankenkassen**. Ein solches Public Reporting⁸⁵ hinsichtlich der positiven Veränderung der Morbidität und hinsichtlich Patient Reported Experiences und Patient Reported Outcomes der Versicherten wäre ein starker Anreiz für die Krankenkassen, sich für die Multiplikation von sektorübergreifenden Versorgungsformen einzusetzen und damit in derartige Vertragsformen und in die Ergebnisqualität zu investieren.⁸⁶ Die bereits vorhandene Datenbasis beim BAS kann für einen Start genutzt werden. So gäbe es für die Versicherten und die Öffentlichkeit einen zusätzlichen Beurteilungsmaßstab, gleichzeitig hätten die Krankenkassen einen zusätzlichen Präventions- und Qualitätsanreiz. Die Krankenkassen bestimmen zu einem gewissen Teil das Gesundheitsergebnis mit, das letztendlich mit den Patienten gemeinsam erreicht wird: durch ihr Vertragsverhalten, ihr Einkaufsverhalten (z. B. bei Selektivverträgen), ihre Informationsschriften, ihre Internetangebote, die Unterstützung ihrer Versicherten mittels digitaler Gesundheitsanwendungen und insbesondere bei der elektronischen Gesundheitsakte (eGA) und durch ihr Leistungs(verweigerungs)verhalten. Aktuell kann aber niemand außerhalb der Krankenkassen dieses Ergebnis einsehen und diese untereinander ihre Ergebnisse nicht strukturiert vergleichen. Die erfolgreiche Gesundung und Remission einer Erkrankung dagegen würde in der Folge zu geringeren Einnahmen führen, sofern der Risikostrukturausgleich dafür

⁸⁴ Schaeffer u. a.: Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. 2018.

⁸⁵ Nolting: Wo ist mehr Qualitätstransparenz erforderlich und wie könnte man sie erreichen? In: Brandhorst u. a. (Hrsg): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. 2017.

⁸⁶ Einen noch größeren Anreiz hätten die Krankenkassen, wenn parallel Präventionserfolge auch durch Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds belohnt werden. Doch dies ist ein anderes und durchaus komplexes Thema, das deshalb hier nicht weiter erörtert werden soll.

keine Belohnung vorsieht.⁸⁷ Eine Outcome-Transparenz und ein entsprechendes öffentliches Ranking würden insofern auch hier dazu führen, die Anreize zumindest in einem gewissen Maße besser auszubalancieren.⁸⁸

Ein **Public Reporting der Performance** soll auch für die **regionalen IGR-Verträge** entwickelt werden. Sie werden unter die Berichtspflicht gestellt, ihre Ergebnisse der regionalen Öffentlichkeit und der Politik der Gebietskörperschaften über die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ vorzustellen, um auf nationaler Ebene verglichen zu werden. So kann ein Wettbewerb um „Outcome“ und „Value“ in den regionalen integrierten Versorgungssystemen entstehen. Basis sind die GKV-Routinedaten, die vom BAS und zwischen Krankenkassen und diesen Versorgungssystemen zur Erzielung von Lerneffekten geteilt werden müssen, wobei der Datenschutz für die Versicherten sicherzustellen ist. Der Gesetzgeber sollte hierfür eine spezielle Regelung und ein vergleichendes alters- und morbiditätsadjustiertes Public Reporting nach dem Vorbild des o. g. Reportings für Krankenkassen durch die dem BAS unterstellte, aber separierte „Versorgungssicherungsagentur“ vorsehen. Die im Forschungsdatenzentrum lagernden Daten können dafür verwendet werden. Eine optimale Verknüpfung mit der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und der Länder sollte in der Folge entwickelt werden.

Qualitätsmessverfahren: Krankenkassen sollen ihrerseits die Möglichkeit behalten, weitere eigene Qualitätsmessverfahren zu entwickeln bzw. die schon vorliegenden Verfahren weiter auszubauen (wie das „Benchmarking regionale Arztnetz-Versorgung“ (BrAVo), entwickelt von der BARMER, oder „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (QuATRo), entwickelt im AOK-System). Das BAS und der Gesetzgeber sollten die Kassen ermutigen, entsprechende Erweiterungen auf die anderen beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Ob sie entsprechende Vergütungsanreize daran knüpfen wollen, sollte den Vertragspartnern überlassen bleiben. Die heute noch sehr stark auf Kostensenkung hin orientierten Kennziffern sollten allerdings auf Patient Reported Outcomes und Patient Reported Experiences ausgeweitet werden, z. B. unter Verwendung des aktuell von der OECD entwickelten PARIS-Modells. Zwischen der administrativen Sicht des Kostenträgers und der realen Erfahrung Integrierter Versorgung durch die Patienten und die Berufsgruppen im Gesundheitswesen können erhebliche Differenzen auftreten. Umso wichtiger ist deshalb, auch die subjektive Erfahrung mit in die Qualitätsmessung aufzunehmen.

Eine solche Gesundheitspolitik ist sehr viel stärker regional ausgerichtet und vertraut der Eigeninitiative der regionalen Partner sowie einer öffentlichen Berichterstattung. Dadurch entwickelt sie ein positiv ineinandergreifendes Set von Anreizen und sollte damit auf allen Seiten Dynamik entfalten – bei den Akteuren im Markt sowie bei Krankenkassen und den kommunalen Körperschaften. Sie ist auch mit anderen demokratieorganisatorischen Konzepten und dem Subsidiaritätsprinzip kompatibel und könnte helfen, das Ziel möglichst gleichwertiger Lebensverhältnisse in den Regionen Deutschlands eher zu erreichen. Hilfreich erscheint dazu eine **regelmäßige Pflicht des Bundesgesundheitsministeriums, dem Parlament Bericht über die Ergebnisse und die Qualitätsvarianz in den einzelnen Regionen erstatten zu müssen**. Dort können dann ggf. weitere entsprechende Ausgleichsverfahren und gezielte Anreize entwickelt werden.

⁸⁷ Für einige Vorsorgeaufwendungen wird ab 2021 durch einen Zuweisungszuschlag ein Anreiz eingeführt.

⁸⁸ Vgl. Hildebrandt: Grenzen überwinden – für eine populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung. 5-Punkte-Sofortprogramm für den Gesetzgeber. 2018. Online: www.optimedis.de/5-punkte-sofortprogramm [abgerufen am 30.03.2021].

Ein derartiges Ausgleichsverfahren muss ebenfalls auf zentraler Ebene für die Vorhaltung ausreichender Ressourcen zur Resilienzsteigerung der lokalen Systeme geplant werden. Die Nachhaltigkeit der hier vorgeschlagenen Lösung verlangt außerdem ein Bewertungsverfahren, das soziale Ungleichheiten z. B. über das Maß des „German Index of multiple Deprivation“ abbildet und diesen Regionen einen überschießenden Ausgleich anbietet, um den besonderen Herausforderungen dort selbst begegnen zu können. Lösungen für diese beiden Ausgleichs sollen hier offengelassen werden, da sie auch über andere Maßnahmen – etwa in der Bezuschussung der kommunalen Haushalte – des ÖGD oder andere steuerrechtliche Aufteilungen, erfolgen können.

Übrigens: Auch wenn unser Vorschlag ohne zentrale Neuverhandlungen bei der Vergütung auskommt, würden die Public Reportings eine optimale Grundlage für zukünftige Value-basierte Anpassungen bei der Regelvergütung schaffen. Mit einer großen Anzahl Regionaler Integrationseinheiten kann gezeigt werden, welche Ergebnisse durch veränderte Versorgungsformen erzielt werden können. In Anlehnung an das Verfahren im Rahmen des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung (AMNOG) oder die Nutzenbewertung bei den Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGAs) bestünde dann die Möglichkeit, positive Veränderungen der Morbidität und Mortalität, und in erweiterter Form auch Patient Reported Experiences und Patient Reported Outcomes, in die Verhandlungen einfließen zu lassen, zunächst auf regionaler Basis und später vielleicht auch auf bundesweiter Ebene. Mit Recht fordert Professor Dr. Eckhard Nagel, Vorstandsvorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung, in der Ärzte Zeitung: Zunächst müsse definiert werden, was an Versorgung notwendig sei, um dann ein sinnvolles Vergütungssystem anzuschließen. Vergütung solle ein Anreiz sein, kein Wert an sich: „Die Vergütungslogik muss der Versorgungslogik folgen.“⁸⁹

6. Ausblick: „Innovative Gesundheitsregionen“ auf dem Weg der Umsetzung

Als erklärtes Ziel hatten wir vorne festgehalten, dass das Lösungskonzept zu einer **nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen und integrierten Gesundheitsversorgung** in einer **wachsenden Zahl von Regionen** führen soll. Die erste große Frage dieses Lösungsvorschlags ist also, ob sich dieses Ziel mit dem Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ und dem damit verbundenen Vertrags- und Anreizmodell durch die Regionalen Integrationseinheiten erreichen lässt. Bzw. ob also eine ausreichende „Integrationsdividende“ erreichbar ist, die nachhaltig zu einer Verbesserung der Versorgung und des Gesundheitsstatus führt. In der Medizin ist es üblich, nach der Evidenz zu fragen. Gibt es also ausreichend Beweise oder zumindest Hinweise dafür, dass so etwas möglich ist? Mit Verweis auf die Erfahrungen in den ACOs in den USA und auf andere Evaluationsstudien kann für die Grundprinzipien

⁸⁹ Fricke: Rückschlag für Integrierte Versorgung: DGIV-Chef: Motivation der neuen Arztgeneration wird ruiniert In: Ärzte Zeitung, 2021. Online: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/DGIV-Chef-Motivation-der-neuen-Arztgeneration-wird-ruiniert-416970.html> [abgerufen am 30.03.2021].

ein solcher Nachweis konstatiert werden.⁹⁰ Für eine stärkere Regionalisierung erweist sich zudem die fortschreitende Digitalisierung als ganz entscheidende Ressource – von digitalen Unterstützungsangeboten, die Patienten sehr viel früher bzgl. bestimmter Symptome warnen und ihnen beim alltäglichen Management ihrer Erkrankung helfen, bis hin zur Möglichkeit des Einsatzes künstlicher Intelligenz bei großen Datenmengen für Forschung, Entwicklung und Versorgung. Schwieriger ist es mit der komplexen Architektur bei den Gesundheitskonferenzen, der Beteiligung der Gebietskörperschaften und der Incentivierung der Startphase über den Fonds Regionale Gesundheit. Nach dem Gutachten des SVR Gesundheit von 2007 könnte in Anlehnung an eine Denkschrift des US-amerikanischen Instituts of Medicine für derartige Intervention in komplexe Systeme⁹¹ von „promising interventions“ gesprochen werden. Andere sprechen von „promising practices“⁹³

Zu beachten ist auch, dass jedes noch so durchdachte System theoretisch auch immer neue Fehlanreize als „not-intended Side Effects“ setzen kann. Umso wichtiger ist es, möglichst viele Mechanismen hinsichtlich Transparenz einzuplanen und Verantwortlichkeiten klar festzulegen. Allerdings bietet das Herunterziehen der Konflikte von der Ebene der nationalen Vertretungen der Berufsorganisationen auf die lokale Ebene – mit der Möglichkeit des direkten Austauschs und „Sich-Kennens“ aus der direkten Praxis – durchaus andere Chancen für eine Moderation möglicher Konflikte und neuerlicher Fehlanreize.

Dennoch soll hier keiner naiven Vereinfachung der möglichen Konflikte das Wort geredet werden. Aber die Chancen für Vereinbarungen und Versuche zu anderen Lösungen stehen etwas besser als auf der Bühne in Berlin und das sollte genutzt werden. Nehmen wir ruhig das Thema der Blankoverordnungen oder auch des Direktzugangs im Bereich der Physiotherapie, oder nehmen wir das Thema der Impfungen durch Apotheker. Beide Fragen lassen sich auf einer lokalen Ebene leichter diskutieren – immer vor dem Hintergrund, dass die Managementgesellschaft das Interesse an der Verringerung der Gesamtkosten vertreten muss. Im einen Fall könnte das aber durchaus heißen, mit interessierten Physiotherapeuten einen Test mit Direktzugang durch Patienten mit bestimmten Indikationen zu machen (und diesen Test bzgl. der Folgekosten zu evaluieren). Im anderen Fall könnte es ein analoger Test zur Erhöhung der Impfquote mit Prüfung sein, ob dies tatsächlich zu Einkommensverringern der Ärzte führt – oder ob dies nicht durch andere Leistungen der Ärzte zugunsten von Versorgungsverbesserungen durch die Managementgesellschaft ausgeglichen werden kann. Im konkreten Fall vor Ort könnte dies ja z. B. auch heißen, dass nur ausgewählte Apotheken in Ärztehäusern und mit unmittelbarer Verbindung mit Ärzten impfen würden.

⁹⁰ Vgl. u. a.: Braithwaite u. a. (Hrsg.): Health Systems Improvement Across the Globe: Success Stories from 60 Countries. 2017.

Van Vooren u. a.: Transforming towards sustainable health and wellbeing systems: Eight guiding principles based on the experiences of nine Dutch Population Health Management initiatives. Health Policy 124/2020, S. 37–43.

Amelung u. a.: Handbook Integrated Care, 2nd revised and extended edition. 2020.

Comendeiro-Maaløe u. a.: A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. Health Policy 4/2019, S. 412–418.

Hildebrandt u. a.: Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsblatt 58/2015, S. 383–392. Gröne u. a.: Scaling Up a Population-Based Integrated Healthcare System: The Case of “Healthy Kinzigtal” in Germany. In: Braithwaite u. a. (Hrsg.): Health Systems Improvement Across the Globe. 2018, S. 168–174.

⁹¹ Zur Forschung bzgl. komplexer Systeme vgl. die Veröffentlichungen von Sturmberg. Z. B.: Sturmberg./Martin (Hrsg.): Handbook of Systems and Complexity in Health. 2013, S. 1132.

⁹³ Vgl. SVR-Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kapitel 6: Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Online: <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/gutachten-2007/> [abgerufen am 30.03.2021].

Vgl. auch die Definition auf der Minnesota Positive Supports Website: <https://mnpsp.org/evidence/>: „Promising Practices refer to programs that include measureable results and report successful outcomes, however, there is not yet enough research evidence to prove that this program or process will be effective across a wide range of settings and people.“

6.1. Kritische Faktoren: Beteiligung und Akzeptanz, Fehlanreize, Innovationsträgheit und neue Chancen

Was brauchen wir, um erfolgreich zu sein? Werfen wir einen Blick auf die kritischen Faktoren:

6.1.1. *Beteiligung der Versicherten und Akzeptanz durch die Bürger*

Werden sich die Versicherten in den jeweiligen Regionen in ausreichendem Maße an den Aktivitäten der Regionalen Integrationseinheiten beteiligen? Sowohl im Kinzigtal als auch in den AOK-BW-Verträgen beteiligen sich jeweils rund ein Drittel der Versicherten durch ihre freiwillige Einschreibung in den Vertrag. Streicht man das Hindernis der Einschreibung, sollte diese Marke deutlich überschritten werden können. Die Erfahrungswerte zeigen, dass schon mit einem Drittel der Versicherten ausreichende Erfolge erzielt werden können. Wenn sich diese Quote aufgrund der Bekanntheit und der öffentlichen Datenbereitstellung über die Ergebnisse sowie die Unterstützung der Gesundheitskonferenzen noch steigern ließe, sollte insofern mit einer mehr als ausreichenden Beteiligung zu rechnen sein.

Für die Akzeptanz durch die Bürger einer Region wird es von großer Bedeutung sein, ob die Lösung nur einem Teil (den Versicherten einzelner Krankenkassen) oder allen angeboten wird, ebenso ob und wie stark sich die lokalen Instanzen für die Lösung engagieren. Die Anbieter dieser Lösungen würden relativ schnell die Akzeptanz der Bürger (und auch der Versicherten) verlieren, wenn sie deren Freiheitsrechte einschränken und z. B. durch zu intensive Interventionen und sozial inkompatibles Verhalten den Widerstand der lokalen Gesundheitsakteure heraufbeschwören. Eine aktive Beteiligung der Bürger und der gesundheitsfördernden Institutionen in der Region, die Einbeziehung von Patientenorganisationen und der Selbsthilfe in die regionale Verbesserungsarbeit sowie die Herstellung eines konkreten Nutzens für die Patienten und ihre Angehörigen würden dagegen belohnt.

6.1.2. *Beteiligung der Gesundheitsakteure*

Eine ähnliche Beteiligung von einem Drittel bis zur Hälfte der Gesundheitsakteure weisen auch die anderen Beispiele aus Deutschland wie auch aus dem Ausland auf. Auch hier gilt: Diese Werte werden heute unter der Bedingung erreicht, dass sich alle Partner damit aus dem gewohnten und üblichen Verhalten heraus bewegen müssen. Wenn die neue Organisationsform in der jeweiligen Region „das neue Normale“ wird, dann sollten damit höhere Beteiligungsquoten erreicht werden. Da gleichzeitig auch weiterhin keiner der im Gesundheitswesen Tätigen gezwungen werden soll, nach dem neuen Modell zu arbeiten, sondern es ihnen frei bleiben soll, nach der klassischen sektoralen Einzelform zu arbeiten, wird allerdings immer mit einem Drittel von Aktiven zu rechnen sein, die sich nicht beteiligen. Für den Erfolg sollte dies aber unerheblich sein. Ein zentrales Argument ist, dass die Akteure ein ureigenes Interesse an einer sinnvollen und guten Versorgung haben und die aktuelle Arbeitssituation als eher unbefriedigend ansehen.

Um die Quote zu erhöhen, hätten die Regionalen Integrationseinheiten klassischerweise verschiedene Optionen. Sie können den sich beteiligenden Akteuren

- › eine konkrete gesellschaftsrechtliche Beteiligung an der lokalen Versorgungsorganisation anbieten und mit ihnen das enge und von Misstrauen geprägte Leistungskorsett aufschnüren,

- › über einen Bürokratieabbau und eine erhöhte Berufszufriedenheit die lokalen Player als Partner gewinnen,
- › bessere Erlöse durch höhere Zusatzvergütungen und/oder Erfolgsbeteiligungen geben, soweit damit positive Effekte bei den Patienten erreicht und die höheren Vergütungen aus diesen Effekten refinanziert werden können,
- › höhere Marktanteile als Folge der höheren Qualität anbieten (wozu aber die Regionalen Integrationseinheiten bereits zuvor ein höheres Maß an Versicherten für sich gewonnen haben müssen) oder
- › eine höhere Effizienz der Leistungserbringung und bessere „Back-Office-Unterstützung“ anbieten.
- › Zudem könnten die Gesundheitsakteure selbst eigene Regionale Integrationseinheiten bilden und sich auf diesen Weg machen. Letzteres trifft heute bereits für zahlreiche Ärzte- und Gesundheitsnetze zu, die sich in der Agentur Deutscher Arztnetze zusammengeschlossen haben.⁹⁴ Denkbar ist dies aber auch für Krankenhäuser, ob allein oder in Kooperation mit anderen Partnern.

Eine besondere Herausforderung könnte die Situation darstellen, dass ein zentrales Krankenhaus einer Region die Lösung aus Angst vor sinkenden stationären Leistungen ablehnt. Natürlich wäre es deutlich klüger, sich frühzeitig auf den Abbau ambulant-sensitiver Krankenhausfälle einzustellen, statt angestrengt daran festzuhalten, Patienten unter allen Bedingungen stationär zu behandeln, die ambulant vorzüglich und mit weniger Risiko als im stationären Setting zu behandeln wären. Trotzdem könnten Krankenhäuser sich konservativ verhalten. Sie würden aber mit der Zeit voraussichtlich die Erfahrung machen, dass weniger Patienten zu ihnen kommen, da weniger Entgleisungen, Exazerbationen und andere Komplikationen stationär zu behandeln sind, weil die ambulanten, in der Integrationslösung verbundenen Partnern eine bessere Vorbeugung, vielleicht auch weitere überlegene ambulante Behandlungen anbieten.⁹⁵

Gleiches könnte man natürlich auch bei lokalen Verbänden einzelner Berufsgruppen erleben, ob dies nun die regionalen Ärzte, die regionalen Apotheker oder Therapeuten sind. Auch hier würde sich jeweils über die Zeit zeigen, dass die Integrationslösungen durch eine überlegene Qualität den Wettbewerb der „Füße“ gewinnen und ansonsten notfalls mit Ersatzlösungen von außerhalb der Region Verbindungen eingehen. Das Ergebnis könnte eine Verzögerung bedeuten, es könnte das Investment verteuern, aber kaum zu einem vollständigen Scheitern führen.

6.1.3. Akzeptanz und künftige Rolle der Krankenkassen

Die größte Herausforderung stellt dieser Vorschlag vielleicht für die Krankenkassen dar, für einige führt er aber auch zu einer großen Chance. Hier muss zum einen zwischen indikations- oder produktorientierten sowie populationsorientierten Verträgen und zum anderen zwischen kleineren und größeren Krankenkassen differenziert werden. Wie eingangs schon erwähnt, werden episodens-, indikations- oder

⁹⁴ Vgl. Informationen auf der Website der Agentur Deutscher Arztnetze unter: www.arztnetze.info.

⁹⁵ Hier ist nicht der Ort, um eine ausgefeilte Argumentation dafür zu entwickeln, unter welchen Bedingungen es sich für Krankenhäuser anbietet, sich zwingend mit regionalen Integrationslösungen aktiv zu verknüpfen. Erste Reaktionen auf die Veröffentlichung der Artikel in der Welt der Krankenversicherung zeigten allerdings, dass Krankenhausträger, sowohl aus dem kommunalen wie dem freigemeinnützigen und dem privaten Bereich, ein starkes Interesse an der Mitträgerschaft für solche Lösungen zeigten.

produktorientierte Verträge durch die hier vorgeschlagenen Regelungen nicht berührt, sie können und sollen weiterhin wie bisher durch die Krankenkassen in ihrem Vertragswettbewerb um die Versicherten genutzt werden. In ihren Kosten wie auch den Erträgen gehen sie mit ein in die Ergebnisrechnungen der IGR-Verträge, sodass sie kein Hindernis und keine Konkurrenz darstellen. Außerdem werden viele regionale Lösungen auf nationale episodens-, indikations- oder produktorientierte Versorgungslösungen zurückgreifen und diese unter Vertrag nehmen, wenn sich diese bewährt haben.

Uns geht es hier nur um die populationsorientierten Verträge für die Wohnbevölkerung von Gebietskörperschaften. Insbesondere die großen Krankenkassen sind es bisher gewohnt, eigenständig Verträge zur Integrierten Versorgung abzuschließen. Allerdings sind bisher jeweils kaum mehr als 2 bis 3 % der Versicherten davon eingeschlossen, u. a. aufgrund der Transaktionskosten sowie der geringen Anreize für die Anbieter über 20 Jahre nach Einführung dieser Paragraphen. Die kleineren Krankenkassen sind dagegen im bisherigen System eher benachteiligt: Sie erreichen nur in seltenen „Hotspots“ Prozentzahlen im Anteil an der Bevölkerung, die es lohnend erscheinen lassen, eigenständige Verträge abzuschließen. Außerdem wird es für kleinere Versichertenzahlen auch schwierig, valide Ergebnisrechnungen zu produzieren. Insofern würden kleinere Kassen durch die vorgeschlagene Lösung im Wettbewerb begünstigt, da sie den Vorteil derartiger Verträge auch für sich erschließen könnten. Entweder allein, zu meist aber im Verbund mit anderen Kassen über die jeweiligen Verbände, Vertragsarbeitsgemeinschaften oder Servicegesellschaften.

Die größeren Kassen wiederum sind es gewohnt, IV-Verträge als Differenzierungsmerkmal im Wettbewerb untereinander zu nutzen, wenngleich es in Brandenburg, in Nordrhein-Westfalen und neuerdings auch in Hamburg einige Beispiele gibt, wo mehrere Krankenkassen zusammenarbeiten. Für zentrale Verträge sowie für Service- und andere Qualitätsleistungen, etwa auch im digitalen Bereich oder im Bereich telemedizinischer Angebote, bleibt allen Kassen das Differenzierungsmerkmal uneingeschränkt erhalten. Auf der anderen Seite erhalten gerade auch die größeren Krankenkassen einen Anreiz, sich auf regionale Verträge einzulassen und daraus positive Effizienzeffekte und Lernerfahrungen bzgl. anderer Versorgungsformen zu generieren: durch die nach unserem Vorschlag erhöhten, wenn auch degressiv abschmelzenden, Zuweisungen (und späteren Absenkungen). Außerdem werden sich bei der Realisation unseres Vorschlags deutlich mehr Interessenten für solche Verträge finden. Und alle Krankenkassen, insbesondere die der Aufsicht des BAS unterliegenden (die AOKen unterliegen aktuell den Landesaufsichten), erhalten durch den von uns vorgeschlagenen Wegfall der Überreglementierung durch das BAS und die Standardisierungsangebote Erleichterungen für den Abschluss dieser Verträge und eine Reduktion der Transaktionskosten für deren Abschluss und Umsetzung. Dies sollte den möglicherweise zunächst wahrgenommenen Verlust in einen Netto-Nutzen überführen. Dies gilt umso mehr, wenn die Kassen die Alternative – ungehinderte weitere Konzentration und gezielte ökonomische Vorteilsmitnahme durch Gesundheitsakteure – bei einer Fortsetzung der bisherigen sektoralen Finanzierungsformen mitbedenken.

Zusätzlich erhalten Krankenkassen durch das Qualitätsmonitoring ihrer Ergebnisse ein neues Feld für einen Wettbewerb untereinander – einen Wettbewerb, der ihnen eine Möglichkeit zum Vergleich der

erzielten Gesundheitserfahrungen und -ergebnisse bei ihren Versicherten gibt.⁹⁶ Gerade die bisherige Konzentration auf Mitgliedergewinnung und Wirtschaftlichkeit war einer der häufig geäußerten Kritikpunkte innerhalb wie außerhalb der Krankenkassenwelt.⁹⁷ Die Qualität als Wettbewerbsmerkmal untereinander wäre deutlich zielführender und bzgl. des Auftrags der Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts sehr viel naheliegender. Im gesamtgesellschaftlichen Interesse eines auf Gesundheit ausgerichteten Versorgungssystems wäre dies sogar zwingend.

Eine ebenfalls denkbare Überlegung erweist sich bei genauerem Hinsehen als schwierig. Es wäre z. B. denkbar, es Krankenkassen zu ermöglichen, sich an derartigen Regionalen Integrationseinheiten zu beteiligen oder diese sogar zu gründen. Aktuell ist Krankenkassen dies nicht gestattet. Eine Öffnung wäre denkbar, wirft aber die Frage auf, ob Krankenkasse B bereit wäre, einen Vertrag mit einer Regionalen Integrationseinheit abzuschließen, von deren Erfolg Krankenkasse A durch ihren Gesellschafterstatus profitieren würde. Wahrscheinlich würde die wettbewerbliche Situation zwischen Krankenkasse A und B dies eher verhindern. Aber vielleicht käme es auf einen Versuch an. Wir freuen uns über Rückmeldungen hierzu.

6.1.4. Akzeptanz seitens der etablierten Organisationen im Gesundheitswesen, der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Kammern und der Berufsorganisationen

Einige Überlegungen zu Aufgabenerweiterungen und -veränderungen wurden in den vorderen Abschnitten schon angeschnitten. Dies betraf v. a. den Gesundheitsfonds und den G-BA. Noch nicht diskutiert wurde die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), der Krankenhausgesellschaften, die Rolle der Ärztekammern und der anderen Kammern sowie die der Organisationen der Heilberufe. Im Grunde bleiben diese Rollen in dem Konzeptvorschlag unverändert. Auch die Bedarfsplanung, die Vergütungsverhandlungen und alle anderen Aufgaben auf Landes- oder Bundesebene werden nicht tangiert. Erst auf längere Sicht, wenn tatsächlich die regionale Integrierte Versorgung allmählich die Regelversorgung überformt – und dafür sind Zeiträume von 20 Jahren eher kurz –, wird zu überlegen sein, ob sich ggf. neue Rollen und Möglichkeiten ergeben, die Bedarfsplanung neu zu tarieren, um evtl. dann weiterentwickelte interdisziplinäre Gesundheitszentren nach dem PORT-Modell besser darin abzubilden. (Bei der Mittelbereichsplanung der KVen könnten diese auch schon früher aus den vorgeschlagenen Konzepten einen ersten Nutzen generieren.) Auch für die Krankenhausplanung geht von dem vorgeschlagenen Modell kein Veränderungsdruck aus. In vielen Regionen werden sich Krankenhäuser selbst am Aufbau von Integrierten Versorgungslösungen beteiligen und ihre administrativen und investiven Fähigkeiten einbringen. In anderen werden sie evtl. zunächst einmal abwarten und beobachten, was die niedergelassenen Ärzte, die Kommunen oder lokale Gesundheitskonsortien zusammen entwickeln und wie erfolgreich sie damit sind.

⁹⁶ Albrecht u. a.: IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Rebscher (Hrsg.): Update: Solidarische Wettbewerbsordnung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung 11/2015, S. 14 ff.

⁹⁷ Vgl. Köster-Steinebach: Reformoptionen der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Gemeinwohl und Partikularinteressen: die Rolle der Patienten. Sozialer Fortschritt 6+7/2019, S. 547–565.

Vgl. Rebscher (Hrsg.): Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, 2015, S. 124

6.1.5. *Akzeptanz seitens der kommunalen Gebietskörperschaften*

Die kommunalen Gebietskörperschaften könnten neben den Patienten (und den Gesundheitsakteuren selbst) die eigentlichen Gewinnerinnen des Vorschlags werden, da sie mit den ihnen dabei zuwachsenden Möglichkeiten eine stärker gestaltende Rolle in der regionalen Organisation der Gesundheitsversorgung und -versorgung einnehmen können. Allerdings entstehen ihnen dafür auch Aufwände, sofern diese nicht durch eine andere Verteilung der Steuereinnahmen oder direkte Zuschüsse ausgeglichen werden. Wenn sie sich dafür entscheiden, Geschäftsstellen der „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ ausstatten, müssen sie epidemiologisches und gesundheitsbezogenes Change-Management-Know-how aufbauen oder einkaufen und ggf. Risiken eingehen, wenn sie sich selbst auch für ein gesellschaftsrechtliches Engagement in lokalen Versorgungsgesellschaften entscheiden. Aktuell bekommen sie von ihren Bürgern die Sorgen bzgl. Versorgungssicherheit vorgetragen, ohne dass sie größere Einwirkungsmöglichkeiten haben. Es sei denn, sie betreiben ein kommunales Krankenhaus, haben ein kommunales Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) nach § 105 Abs. 5. SGB V eingerichtet oder sind daran beteiligt, betreiben einen Pflegestützpunkt i. S. v. § 92c SGB XI oder haben ein Gesundheitsamt und engagieren sich im Bereich Prävention, Gesundheitsförderung und frühe Hilfen. In einem Gutachten für die Robert Bosch Stiftung hatte Burgi 2013 auf die Garantie der kommunalen Selbstverwaltung nach Art. 28 Abs. 2 GG hingewiesen und daraus die Empfehlung und Notwendigkeit abgeleitet, den kommunalen Gebietskörperschaften die „Zukunftsaufgabe einer felderübergreifenden Koordination der Gesundheitsversorgung“ zu übergeben.⁹⁸ Über die kommunalen Dachverbände oder Landesinstitute, wie in Bayern oder Nordrhein-Westfalen, können darüber hinaus unterstützende Know-how-Träger und Informationsaustauschbörsen geschaffen werden, die lokale Risiken und Aufwände minimieren.⁹⁹ Dennoch möchten wir darauf verweisen, dass die Übernahme von vertraglichen und an den Erfolg geknüpften Vereinbarungen mit Krankenkassen auch unternehmerische Herausforderungen darstellen, die sich aufsichtsrechtlich wahrscheinlich eher verböten.

6.1.6. *Akzeptanz seitens der Gesellschaft und Öffentlichkeit*

Die Aufwertung der „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“, das Vorhandensein von Datentransparenz und der intensive Diskussionsprozess um den Vergleich der Ergebnisqualität in der Region mit einer demokratischen Beteiligung der Gebietskörperschaften sollte zu einer ausreichenden Akzeptanz seitens der Gesellschaft und der Öffentlichkeit führen. Gerade in Verbindung mit der Covid-19-Pandemie werden die zu einseitige Ausrichtung des Gesundheitswesens auf wirtschaftliche Effekte und die Vernachlässigung der erzeugten Qualität vielfach beklagt. Das vorgeschlagene Modell bietet eine Möglichkeit, diese beiden Zielwerte miteinander zum Nutzen für die Patienten und die Gesellschaft zu verbinden, ein einseitiges Profitstreben mit unnötigen oder sogar tendenziell schädlichen Eingriffen zu verhindern und stattdessen ein nachhaltiges soziales System zu etablieren – ein soziales System, das weiterhin kommunale, gemeinnützige und private Anbieter wie auch unterschiedlich organisierte Konsortien bzw. Regionale Integrationseinheiten umfasst. Es ist ein System, das von seinen Anreizen anders als heute auf die Produktion von Gesundheit ausgerichtet ist. Ob es dann in seiner Rechtsform und in seiner Besitzstruktur

⁹⁸ Burgi: Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. 2013.

⁹⁹ So werden im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. entsprechende Innovations- und Kooperationsdynamiken bereits heute beobachtet und erörtert. Diese Erfahrungen ließen sich auch über das Netzwerk hinaus fruchtbar machen. Dabei kann auch auf ein Zusammenspiel mit weiteren Akteuren gesetzt werden, die sich mit der Entwicklung regionaler Gesundheitsversorgungslandschaften befassen.

privat oder gemeinnützig ist, ist in diesem Modell unerheblich. Gewinn wird es nur dann erzeugen, wenn es gesellschaftliches Gemeinwohl generiert.

6.1.7. Akzeptanz und Unterstützung durch die lokale Wirtschaft und die Gewerkschaften in den Regionen

Für die lokale Wirtschaft wird eine solche Lösung dreifach interessant. Zum einen hilft sie, die lokalen Arbeitskräfte (und ihre Familien bzw. diejenigen, für die sie Sorge tragen, also z. B. auch die Pflegebedürftigen) optimal in ihrer Gesundheit zu unterstützen und damit ihre Arbeitskraft den Betrieben auch bis zum wirklichen Renteneintritt zu erhalten. Zum anderen verspricht der Vorschlag eine höhere Chance der Eindämmung der Kostensteigerungen (und damit Beitragssatzsteigerungen) im Gesundheitswesen als die ungehinderte weitere sektorale Trennung mit ihren jeweiligen Fehlanreizen.

Als Nebeneffekt könnte diese Lösung auch Vorteile für die Wirtschaft haben: Die kluge Gesundheitsförderung könnte bei bestimmten Berufsgruppen zu einem späteren Renteneintrittsalter führen, zu einem höheren Gesundheitsstatus der Bevölkerung sowie einer intelligenten interprofessionellen Arbeitsteilung. Dadurch würde die Steigerung der Zahl der notwendigen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in einem erträglichen Maß gehalten und die lokale Wirtschaft hätte es im „War for Talents“ leichter, genügend junge Leute für ihre Bedarfe zu finden. Und zwar nicht nur im städtischen, sondern auch im ländlichen Raum, bedingt durch die Attraktivitätssteigerung in Verbindung mit einer guten Gesundheitsversorgung. Die Gewerkschaften, als Vertreter der Interessen der Arbeitnehmer in der Region, haben bzgl. des Gesundheits- und Arbeitsschutzes wie auch bzgl. der gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzgestaltung ein weitgehend deckungsgleiches Interesse wie Anbieter regionaler Integrationslösungen. Eine positive Zusammenarbeit sollte leicht herzustellen sein.

6.1.8. Managementfähigkeit der „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“

Man kann die Frage stellen, ob die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ mit den vielen Teilnehmern, an die zu denken wäre, überhaupt manövrierbar wären. Bereits weiter vorne hatten wir ausgeführt, dass solche Gremien unterschiedliche Lenkungs- und Beteiligungsformate benötigen werden, sicherlich auch in digitaler Form. Die klassische Form der zweimaligen Einladung aller zu einer zweistündigen „Sitzung“ wird sicherlich nicht die Agilität erbringen, die für eine solche verantwortungsvolle Aufgabe erforderlich ist. Auf der anderen Seite muss auch klar sein: Die Gesundheitskonferenz ist ein beratendes Gremium, die eigentlichen Entscheidungen sollten den demokratisch gewählten Organen vorbehalten bleiben. Dennoch erwarten wir uns aus der Diskussion und durch die dort erzeugte Transparenz einen stärkeren Veränderungsdruck und eine deutlich höhere Legitimation für die Entwicklung integrierter Versorgungslösungen statt durch einfache Entscheidungen im Kreistag.

6.1.9. Ausreichend Innovatoren und die kritische Größe „Startfinanzierung“

Auf der Basis des vorgeschlagenen Modells und der ineinandergreifenden Unterstützung auf der lokalen und bundesweiten Seite, der Datenbereitstellung, der Investitionsfinanzierung und der Public-Reporting-Struktur sind wir recht optimistisch, dass sich ausreichend viele Innovatoren finden werden. Neben den bereits erwähnten bestehenden circa 200 Arzt- und Gesundheitsnetzen sind hier die Krankenhäuser zu nennen. Diese müssen sich damit zwar auf ein ganz anderes Geschäftsmodell einlassen, eignen sich aber aufgrund ihrer administrativen Fähigkeiten, ihres gesundheitlichen Know-hows und ihrer Bedeutung in

den Regionen sehr dafür, sich an solchen Lösungen zu beteiligen. Kommunale wie auch kirchliche oder andere freigemeinnützige Häuser könnten hierin eine ganz besondere Chance erkennen. Die Kommunen selbst, ob direkt oder über evtl. kommunale ärztliche und/oder multiprofessionelle Versorgungszentren, werden ebenfalls sehr genau die Risiken und Chancen abwägen. Erfahrene Regionale Integrationseinheiten von Gesundheitswissenschaftlern und -ökonomen werden sie dabei sicherlich unterstützen können.

Ebenfalls optimistisch sind wir, dass sich zusätzlich auch genügend Investoren und/oder Banken bzw. Dritte finden werden, die zusätzlich zu den Anreizen aus dem „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ Darlehen und Eigenmittel für die Startfinanzierung zur Verfügung stellen.

6.1.10. Die Messbarkeit des Erfolgs

Die Frage dieses Kapitels war, welche neuerlichen Fehlanreize sich mit dem hier vorgeschlagenen Modell verbinden könnten und wie dem entgegnet werden könne. Einige mögliche Herausforderungen wurden oben schon beschrieben. Einer der grundlegendsten Einwände gegen einen Wechsel von einer Vergütung, die auf Leistungsmengen ausgerichtet ist, zu einer Vergütung, die sich auf den erzielten Gesundheitsnutzen bezieht, ist die Annahme der fehlenden **Messbarkeit**. In diesem Vorschlag wird dies durch die Bezugsgröße der regionalen Population statt der Patientenschaft einer einzelnen Praxis oder eines einzelnen Krankenhauses verhindert. Mit den Daten des Gesundheitsfonds zum Vergleich und unter Nutzung des Hochrisikopools lassen sich relativ stabile Ergebnisse feststellen, wie sich u. a. im Kinzigtal gezeigt hat.¹⁰⁰ Auch ist anzunehmen, dass bei zunehmender Digitalisierung des Gesundheitssystems bessere Daten zur Verfügung stehen und differenzierte Kalkulationen in Bezug auf Populationen ermöglicht werden.

Vor wenigen Monaten stellte die Stiftung Münch ein Buch vor, das **prospektive regionale Gesundheitsbudgets** anhand Internationaler Erfahrungen diskutiert und Implikationen für Deutschland herausarbeitet. Auch wenn derartige Budgetlösungen deutlich radikaler sind als das hier vorgeschlagene evolutionäre Modell, lassen sich einige der Implikationen doch auf unsere Situation übertragen. So empfehlen die Buchautoren um Benstetter eine schrittweise Implementierung mit folgender Begründung:

- › Ein radikaler Wechsel der Vergütungsstrukturen scheidet für Deutschland aus.
- › Eine schrittweise Implementierung kann einen Start bedeuten mit
 - definierten Patientengruppen,
 - einzelnen Regionen und
 - zunehmender Risikoübernahme.
- › Es gilt das richtige Mittelmaß in der Transformationsgeschwindigkeit zu finden,
 - da eine Überforderung der Akteure zu vermeiden ist,
 - dennoch kritische Größen erreicht werden müssen,

¹⁰⁰ Vgl. Jahresbericht 2019 der Gesundes Kinzigtal GmbH (ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Buches noch nicht erschienen); Verweis auf den Jahresbericht 2017, online: www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2018/12/WEB-GK-Jahresbericht-2017.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

- bei zu kleinen Schritten die Effekte kaum wahrnehmbar sind.

Sie empfehlen insofern Modellprojekte mit substanzieller Risikoübernahme als ersten Schritt.¹⁰¹ In eine ähnliche Richtung zielen auch die Überlegungen von Walter et al. (2020), des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken sowie eine Pressemitteilung der Asklepios-Gruppe, in der über eine Umfrage unter Bundesbürgern berichtet wird, nach der 85 % der unter 30-Jährigen von einem Capitation-Modell mehr positive Effekte erwarten, während dies bei den über 60-Jährigen nur noch 65 % tun.¹⁰²

6.2. Konkrete Fragen: Einladung zum Diskussionsprozess

Neue Fragen stellen sich in vielerlei Hinsicht. In diesem Aufsatz ist es nicht möglich, alle diese Fragen zu klären, dies muss einem größeren Diskussionsprozess vorbehalten bleiben und mit diesem Buch versuchen wir, diesen anzustoßen. Dennoch sollen einige unmittelbare Fragen nachfolgend schon einmal aufgegriffen werden

6.2.1. *Was passiert, wenn zwei Landkreise nebeneinanderliegen und im Landkreis A gibt es eine Regionale Integrationseinheit und im anderen (B) nicht?*

Antwort: Für die Patienten entsteht damit keinerlei Druck zur Veränderung ihrer bisherigen Versorgungsgewohnheiten, die integrierten Versorgungsgesellschaften können ihnen nur Angebote machen. Wie beschrieben bleiben die Versicherten jeweils frei, sich die Arztpraxis, die Pflegeeinrichtung oder das Krankenhaus ihrer Wahl selbst auszusuchen. Da diese auch jeweils weiterhin ihre Vergütung nach den bisherigen Regeln erhalten, entstehen keinerlei Probleme. Auch die IGR-Verträge zwischen der Krankenkasse und der Regionalen Integrationseinheit bleiben davon unberührt, da alle Kosten bei den Krankenkassen auf die Patienten „gebucht“ werden und damit vom Standort der Leistungserbringung unabhängig sind. Seit 15 Jahren ist dies z. B. im Kinzigtal der Fall.¹⁰³ Allerdings könnte evtl. ein gewisser Erwartungsdruck von der Bevölkerung und den Gesundheitsakteuren auf Landkreis B entstehen, ebenfalls eine „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0.“ einzurichten und die Krankenkassen aufzufordern, dort ebenfalls mit einer Regionalen Integrationseinheit einen Vertrag einzugehen, wenn sich im Landkreis A positive Ergebnisse zeigen und die Bevölkerung mit der Versorgung zufriedener ist.

6.2.2. *Was machen spezialisierte niedergelassene Facharztpraxen und Kliniken, die mehrere Landkreise versorgen?*

Antwort: Sie versorgen weiterhin die Bevölkerung dieser Landkreise und werden ggf. nach eigener Entscheidung Netzwerkpartner und/oder Gesellschafter der dortigen Integrierten Versorgungsgesellschaften, sofern diese dort existieren. Oder sie gründen diese sogar. Dies gilt auch für Universitätskliniken und

¹⁰¹ Benstetter u. a.: Prospektive regionale Gesundheitsbudgets, Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. 2020, S. 24.

¹⁰² Vgl. Walter u. a.: Rhön-Campus-Konzept: Sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. In: Hahn/Kurscheid (Hrsg.): Intersektorale Versorgung: Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. 2020, S. 170–182.

Vgl. Pressemitteilung von Asklepios: Pauschale für Gesundheit statt Behandlungen bezahlen? Große Offenheit für „Capitation“. 2019. Online unter: www.asklepios.com/presse/presse-mitteilungen/konzernmeldungen/201907/2019-07-03-pauschale-fuer-gesundheit-statt-behandlungen-bezahlen~ref=eb4b30af-4bd6-4365-9b67-31baebfb4962~ [abgerufen am 30.03.2021].

¹⁰³ Es würde sich nur dann stellen, wenn, anders als hier vorgeschlagen, der Aufbau Integrierter Systeme mit Zwangsmaßnahmen einherginge, dass also Patienten z. B. nicht mehr frei wären, zu anderen Ärzten oder Therapeuten zu gehen, sie nur in bestimmte Krankenhäuser gehen dürften etc. Unser Vorschlag sieht aber genau dies nicht vor, sondern macht die freie Wahl zur zwingenden Bedingung.

sehr spezialisierte Facharztpraxen. Es gibt keinerlei Restriktion, nicht gleichzeitig in mehreren regionalen Integrationslösungen als Partner dabei zu sein und sein Wissen und seine Kompetenz für die bestmögliche Versorgung anzubieten.

6.2.3. Kann es zu einem Flickenteppich von guter und weniger guter Versorgung kommen und wie kompatibel ist das mit dem Gebot der gleichwertigen Lebensverhältnisse?

Antwort: Die wenigen vorhandenen Vergleiche und Datenanalysen über die Versorgungsqualität in den Landkreisen und Städten Deutschlands zeigen, dass heute in erheblichem Maße Unterschiede bestehen. Das heißt, zurzeit werden mehr oder weniger große Abweichungen von wirklicher Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse toleriert. Aber das wissen die Wenigsten und es wird kaum als Problem diskutiert. Mit dem vorgeschlagenen Modell wird jetzt ein Verbesserungsanreiz möglich, der durch die Datenanalysen und die Interventionsformen dazu führen kann, dass sich in weniger gut versorgten Landkreisen die Versorgungsqualität verbessert und gleichwertigere Lebensverhältnisse entstehen. Es entstünde damit ein Wettbewerb und ein Lernen untereinander zwischen den Regionen. 2019 hat eine Regierungskommission unter Federführung des Innenministeriums den Bericht „Unser Plan für Deutschland: Gleichwertige Lebensverhältnisse überall“ vorgelegt. Die Facharbeitsgruppe 3 hat in der Anlage zu diesem Bericht vorgetragen: „Wir empfehlen auch die Förderung intelligenter, fach- und ämterübergreifender Versorgungskonzepte und die Einbindung der kommunalen Ebene in die Koordinierung der Leistungen ambulant tätiger Ärzte, der Krankenhäuser sowie Vorsorge- und Rehabilitationskliniken im Rahmen integrierter regionaler Versorgungsplanungen.“¹⁰⁴ Unser Vorschlag greift diesen Vorschlag konstruktiv auf und entwickelt für diese Empfehlung eine konkrete Umsetzung.

6.2.4. Was passiert, wenn doch nur 30 % oder 40 % der Bevölkerung von Integrierten Versorgungsverträgen ihrer Krankenkassen mit den Regionalen Integrationseinheiten erfasst werden können, da die anderen Krankenkassen nicht mitziehen?

Antwort: Die Erfahrung mit der zögerlichen Entwicklung populationsorientierter Verträge macht es wohl nötig, eine „Ersatzlösung“ und eine Art Druckmittel bereitzuhalten. Der Gesetzgeber sprach in letzter Zeit dann häufiger von Ersatzvornahmen, wir sprechen hier von der Erklärung einer Allgemeinverbindlichkeit der IGR-Verträge. Wie vorne näher beschrieben, besteht die Gefahr, dass die Integrierte Versorgung bei einer nur auf einen geringen Teil der Versicherten begrenzten Gültigkeit immer hinter der „Default“-Lösung der sektoral fragmentierten Regelversorgung zurückbleibt. Dennoch müssen vor einer Erklärung der Allgemeinverbindlichkeit und damit einer Entscheidung oberhalb des Kopfes der einzelnen Krankenkasse besondere Voraussetzungen erfüllt sein. Man müsste wohl eine oder sogar mehrere Voraussetzungen dafür bestimmen. Wenn z. B. eine Regionale Integrationseinheit mindestens 30 % der Population über ihre Krankenkassen bereits in einem der standardisierten IGR-Verträge hat, aber die anderen sich nicht dafür entscheiden wollen, dann könnte so ein Fall eintreten. Wir könnten uns noch eine weitere Voraussetzung vorstellen, dass eine Empfehlung der „Kommunalen Gesundheitskonferenz 2.0“ der Region dafür ausgesprochen werden müsste und dass die zuständige kommunale Gebietskör-

¹⁰⁴ BMIBH, BMEL, BMFSFJ (2019): Unser Plan für Deutschland – Gleichwertige Lebensverhältnisse überall. 2019, S. 69. Online: www.bundestag.de/resource/blob/662514/e46465077fa47945fc9dc9eeafc086d6/kw43_pa_buergerschaftliches_engagement_bericht-data.pdf [abgerufen am 30.03.2021].

perschaft dann einen Antrag beim BAS stellen muss, eine „Allgemeinverbindlichkeit“ des Vertrags festzustellen.

Im positiven Fall könnte eine spezifisch veränderte IGR-Standardvariante zur Geltung gebracht werden. Die betreffenden Krankenkassen erhalten weiterhin aus dem Gesundheitsfonds ihre normalen Zuweisungen, werden aber über das BAS zur Unterschrift unter eine spezifisch angepasste IGR-Standardvariante verpflichtet, aus der im Erfolgsfall ein etwas höherer Anteil zugunsten der Regionalen Integrationseinheit gezahlt werden muss. Der „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ dagegen würde dann über den Kopf der einzelnen Krankenkasse hinweg, die bisher noch nicht Vertragspartnerin ist, die Aufschläge auf die Zuweisungen (und ebenso die späteren Abschläge) direkt an die Regionalen Integrationseinheiten bzw. kommunalen Einrichtungen überweisen (bzw. später von ihnen verpflichtend zurückgezahlt bekommen). Im Ergebnis würde damit ein starker Anreiz auf alle Krankenkassen ausgelöst, eher vorher Verträge mit der jeweiligen Regionalen Integrationseinheit zu schließen, als bis zur Allgemeinverbindlichkeitserklärung abzuwarten.

Für das Funktionieren wäre noch eine weitere Regelung von Bedeutung: Wie erhalten die Regionale Integrationseinheit, der Landkreis bzw. die Gebietskörperschaft eine Mitteilung zu den GKV-Routinedaten der in ihrem PLZ-Bereich wohnenden Versicherten sowie zu den für diese entstandenen Kosten pro Krankenkasse (und welche Zuweisungen dem entgegen stehen)? Diese Daten sind ja wiederum Voraussetzung für die Ergebnisberechnung und damit die Teilung des Erfolgs. Statt der Krankenkassen könnte in diesem Fall das BAS bzw. eine vom BAS separierte „Versorgungssicherungsagentur“ Daten- und Abrechnungspartner werden. Da die Krankenkassen, die selbst (vor der „Allgemeinverbindlichkeitserklärung“) einen populationsorientierten IGR-Vertrag für die jeweilige Region abschließen, besergestellt sind als die anderen, wird die Regelung insoweit wahrscheinlich einen Impuls auslösen, dass mehr Krankenkassen derartige Verträge über ihre Verbände oder Servicegesellschaften abschließen. Dann könnten diese damit über ihre Verbände oder Servicegesellschaften regionale Ansprechpartner aufbauen, um vor Ort diskussionsfähig zu sein.

6.2.5. Der Vorschlag setzt auf eine Start-up-Finanzierung durch Mittel aus einem erst noch zu gründenden „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“. Ist angesichts der zusätzlichen Mittelbedarfe anlässlich der Covid-19 Krise überhaupt genügend Geld vorhanden, um einen solchen Fonds zu gründen? Und wer könnte Geldgeber sein?

Antwort: Die Autoren gehen davon aus, dass auch bei einem Wiedererstarken der Konjunktur die finanziellen Möglichkeiten der Bundesrepublik aufgrund der aktuellen konjunkturellen Maßnahmen angespannt sein werden. Umso wichtiger wird es sein, den Anstieg der Ausgaben im Gesundheitswesen und den Anstieg der Beitragssätze für die Krankenkassen durch intelligente Versorgungslösungen nach dem oben beschriebenen Muster abzumildern. Der vorgeschlagene „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ ist absichtlich so gehalten, dass er sich aus den entstehenden 2 % Einsparungen mittelfristig selber refinanziert. Gleichzeitig würden im positiven Fall der Steigerung von Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Versorgungsoptimierung sowie durch die bessere Interaktion der unterschiedlichen Berufsgruppen und evtl. Lotsenangebote unnötige Kosten vermieden. Dadurch würden bei einer teilweisen Weiterleitung der Erträge des Fonds in den Gesundheitsfonds, wie auch durch die Spareffekte insgesamt, die Ausgaben des Gesundheitsfonds in geringerem Maße steigen als bei fortgesetzter sektoraler Einzeloptimierung.

Außerdem ermöglicht die besondere Finanzierungslogik (abnehmendes Investment über sechs Jahre und Einnahmen nach dem zehnten Jahr in Folge über insgesamt weitere zehn Jahre) eine Beteiligung von privatem Kapital am Zukunftsfonds. Dies ähnelt den aktuell diskutierten Lösungen für einen Klimaschutzinvestitionsfonds oder die den Krankenkassen gegebene Möglichkeit, ihr freies Geld im kleinen Rahmen in digitale Gesundheitsanwendungen zu investieren. Der „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ ist per se ein hervorragendes Modell eines „Social Impact Fonds“, einer Lösung, die nicht nur im angelsächsischen Raum, sondern auch in Deutschland immer stärker diskutiert wird.¹⁰⁵ Privates Kapital, das zugunsten des Gemeinwohls investiert werden soll, ist zurzeit im Überfluss vorhanden und sucht attraktive Beteiligungsmöglichkeiten. Das Gesundheitswesen gilt dabei als eine Branche mit hoher Sicherheit und stabilen Zukunftsaussichten. Privatpersonen, Stiftungen oder Pensionsfonds könnten sich daran beteiligen. Auch gesundheitsnahe Investitionsmittel – etwa von den Ärztlichen Versorgungswerken – könnten dafür genutzt werden. Eine gewisse kleine Rendite jenseits des erzielten sozialen Nutzens sollte in der aktuellen Null-Zins-Phase ausreichen.

Nicht weiter ausgeführt, aber noch einmal daran erinnert werden soll hier, dass die vorgeschlagene Lösung noch kein Modell ist, das auch die **Private Krankenversicherung (PKV)** einbezieht. Dadurch, dass die PKV nicht dem Ausgleichsverfahren des Gesundheitsfonds unterliegt und sie selbst sich mit ihren Unternehmen sehr kleinteilig auf circa 10 % der Bevölkerung in den Regionen aufteilt, fehlt bisher ein Anker, um die PKV-Unternehmen einzubeziehen. Selbstverständlich wären freie Verträge der PKV-Unternehmen mit den jeweiligen Regionalen Integrationseinheiten möglich. Allerdings sprechen die geringe Menge an Versicherten, der relativ hohe Transaktionskostenaufwand und die Komplexität der hohen Vielzahl an speziellen Tarifen eher dagegen. Denkbar wäre allerdings, dass sich ähnlich den Servicegesellschaften der BKKen auch für die PKV-Unternehmen eigene Servicegesellschaften bilden, die ihrerseits standardisierte Verträge mit den regionalen Konsortien abschließen. Natürlich könnten sich die PKV-Unternehmen auch am „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ beteiligen. Zumindest auf der Versorgungsebene könnte damit dem Anliegen derer entgegengekommen werden, die sich seit längerem für eine Bürgerversicherung einsetzen.

6.2.6. Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger

Eine weitere Herausforderung, auf die zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausführlicher eingegangen werden soll, berührt die Frage, wie die nächste Stufe der Integration angegangen werden kann. Zwar ist den **Pflegekassen** formal mit dem § 92b SGB XI eine eigene Abschlusskompetenz gegeben worden, allerdings hat der Gesetzgeber dafür keine Anreizstrukturen etabliert und entsprechend wenige Lösungen sind dadurch bisher entstanden. Mit den Änderungen des § 140a ff. im Versorgungsverbesserungsgesetz von 2020 können Krankenkassen und Regionale Integrationseinheiten nun auch mit den anderen **Sozialversicherungsträgern** oder anderen Trägern der Daseinsvorsorge Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen. Ob dies ausreicht oder ob dafür weitere spezielle Anreizmechanismen gebraucht werden, wird die Zeit zeigen.

¹⁰⁵ Vgl. etwa die Studie der Bertelsmann Stiftung (Hrsg.): Petrick/Birnbaum: Social Impact Investment in Deutschland 2016: Kann das Momentum zum Aufbruch genutzt werden? Online: www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_ZZ_Social-Impact-Investment-in-Deutschland-2016_2016.pdf [abgerufen am 30.03.2021].
Sowie Then/Schmidt: Impact Investing in Deutschland 2020 – Ein dynamischer Wachstumsmarkt. 2020. Online: www.bundesinitiative-impact-investing.de/marktstudie-2020 [abgerufen am 30.03.2021].

6.2.7. *Kooperation auf der Seite der Bundesländer*

Die Bundesländer könnten ihrerseits zusätzlich zu dem vorgeschlagenen bundesweiten Zukunftsfonds ergänzend oder vorpreschend einen landesweiten „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ ins Leben rufen und durch private Investitionen verstärken lassen, um darüber die Anschubfinanzierung von Regionalen Integrationseinheiten sicherzustellen. Das Landesgremium nach § 90 könnte die Krankenkassen auffordern, regionale Vergleichsdaten zur Verfügung zu stellen bzw. das jeweilige Bundesland könnte über eine Bundesratsinitiative die Verfügungsmöglichkeit über regionale Datenvergleiche beanspruchen. Müsste sich eine integrierte Krankenhaus- und Gesundheitsplanung nicht zwingend derartige Datenauswertungen zur Grundlage nehmen? Ergänzend zu der Möglichkeit der Landkreise, negative Rückmeldungen von Krankenkassen zum Abschluss von Regionalverträgen zu veröffentlichen, könnte man daran denken, auch das Landesgremium nach § 90 einzuschalten und damit eine öffentliche Diskussion über die Zielvorgaben des Landes zu führen. Und könnte nicht das jeweilige Bundesland durch die Hochschulen prüfen lassen, welche Hindernisse für eine solche Transparenz derzeit noch bestehen und wie diese aus dem Weg geräumt werden können? Im Ergebnis sollte die Landesebene durch eine stärkere Regionalisierung bei gleichzeitiger Planung auf Landesebene durchaus gewinnen können und sich und seine Bürger sowie Unternehmen durch niedrigere Krankenkassenbeiträge zusätzlich belohnen.

So hat das Bundesland Rheinland-Pfalz unter dem Titel „ZUG – Gesundheitsnetzwerke Rheinland-Pfalz“ vor wenigen Wochen eine Initiative vorgestellt, die durchaus in diesen Rahmen passen könnte. Ziel dieses Konzeptes ist es, nahezu sämtliche institutionellen Akteure der Gesundheitsversorgung zusammenzuführen, um gemeinsam innovative Modelle für zukunftssichere und patientenzentrierte Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

Schlussfolgerung: Die Länder sind nicht ohnmächtig, sondern können durchaus selbst Initiativen entwickeln.

6.2.8. *Warum ist die Digitalisierung ein entscheidender Hebel für Dezentralisierung?*

Für eine stärkere Regionalisierung kommt uns eine Sache entgegen: Die Digitalisierung erweist sich als eine ganz entscheidende Ressource. Dies geht weit über Online-Sprechstunden mit ihrer Orts- und Zeitungebundenheit hinaus. Spezialisierte Expertise wird darüber hinaus auch in räumlicher Entfernung von Großstädten leichter nutzbar. Digitale Unterstützungsangebote können auch sehr viel früher Patienten bzgl. bestimmter Symptome warnen und sie im alltäglichen Management ihrer Erkrankung unterstützen. Wichtig ist, dass die aktuell etwas abgehängten Regionen massiv in der Anbindung an eine optimale Netzdurchdringung unterstützt werden und dass Angebote etabliert werden, die diejenigen Teile der Bevölkerung in der Nutzung digitaler Lösungen unterstützen, die sich heute noch weniger affin verhalten oder sich noch gar nicht herantrauen (überproportional gerade diejenigen höheren Alters und mit höherer Krankheitsneigung). Regionale Verantwortungsträger für Gesundheit hätten einen starken Anreiz, gerade diese Menschen zu erreichen und in neue digitale Versorgungsmodelle zu investieren. Digitalisierung ist aber auch noch in anderer Richtung sehr bedeutsam. Dies betrifft die Möglichkeit des Einsatzes von künstlicher Intelligenz bei großen Datenmengen für Forschung, Entwicklung und Versorgung. Und es betrifft das Vorhandensein eines deutschlandweiten Datenraums zu den Versorgungsdaten beim Bundesamt für soziale Sicherheit (BAS), in den zumindest alle GKV-Krankenkassen verpflichtend ihre administrativen und morbiditätsbezogenen Daten einspeisen müssen, um auf dieser

Basis dann ihre morbiditätsadjustierten Zuweisungen zu erhalten. Vor zwanzig Jahren wäre eine verstärkte Re-Regionalisierung insofern noch gar nicht möglich gewesen. Heute können aber diese Daten für die Vergleichsbildung, für die Ergebnisberechnung und damit für die Übernahme einer finanziellen Verantwortung genutzt werden. Auch wenn wir in unserem Modell dies zunächst auf eine Mitverantwortung begrenzen. Übrigens: Das aktuell durch den Innovationsfonds geförderte Projekt „Entwicklung eines bevölkerungsbezogenen Klassifikationssystems zur sektorenübergreifenden Ermittlung des regionalen Versorgungsbedarfs“ könnte genau für diesen Vergleich in den nächsten Jahren eine wichtige Basis schaffen.

6.2.9. *Die Einbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes*

Als eine der Anforderungen an die Regionalen Integrationseinheiten hatten wir deren Kooperation mit dem ÖGD definiert. Durch die Herausforderungen der aktuellen Covid-19 Pandemie ist der ÖGD leider aktuell für größere strategische Diskussionen relativ blockiert. Gleichzeitig erfahren die 375 Gesundheitsämter aber durch das vier Milliarden Euro schwere Förderprogramm des Bundes im Konjunkturpaket 2020 eine erhebliche Aufwertung. Sie werden von 17.000 auf 22.000 Stellen hochgefahren, sie erfahren eine bessere Ausstattung im IT-Bereich, in der Ausbildungsförderung und in der Bezahlung. Eine inhaltliche Neuausrichtung in Richtung einer stärker advokatorischen Rolle des ÖGD bzgl. der Gesundheitschancen der jeweiligen Bevölkerung ist allerdings damit leider noch nicht verbunden, aber dennoch möglich. Hier könnte eine Kooperation zwischen einer Regionalen Integrationseinheit und dem örtlichen ÖGD besonders fruchtbar werden, indem der ÖGD sich v. a. als Interessenwahrer und Anwalt der bisher eher benachteiligten und von der Gesundheitsversorgung etwas vergessenen Bevölkerungsgruppen verstehen könnte. So könnte eine fruchtbare Kooperation zwischen beiden etwa darin bestehen, dass der ÖGD aus der Analyse der regionalen Gesundheits- und Versorgungsdaten auf besondere Engpässe in der Zukunft hinweist, besondere Problemgruppen beschreibt und damit Zielorientierungen für die Regionale Integrationseinheiten vorschlägt – auch jenseits der individuellen Vertragskrankenkassen und deren Daten. Public Health und die Einbettung einer Strategie von „Health in all Policies“ in die lokale Regional- und Entwicklungsplanung wäre eine weitere Ebene möglicher Kooperationen. Durch die Verbindung zu den „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“, die ja zu einem hohen Prozentsatz voraussichtlich ebenfalls von den jeweiligen Gesundheitsämtern mit betreut und moderiert würden, wäre ohnehin die Verknüpfung gegeben. Auch zu diesen Überlegungen freuen wir uns über weitere Anregungen.

7. Die Covid-19-Krise als Herausforderung und Chance

Unserer Meinung nach erleben wir gerade einen der seltenen Momente, in denen aus einer Krise auch eine wirkliche Entscheidungssituation entsteht – hin zu einem stärkeren und widerstandsfähigeren regionalen Präventions- und Versorgungssystem, das in der Lage ist, besser koordiniert und mittels digitaler Vernetzung besser informiert den jeweiligen Herausforderungen zu begegnen. Hin zu einer wirklichen „Integrierten Versorgung“, die im Vertrauen auf und im Konsens mit den Bürgern sorgfältige Risikoab-

wägungen trifft ohne Unter- oder Überschätzung des Handlungsbedarfs – und wenn, dann nicht mit „social distancing“ sondern mit „physical distancing“ bei gleichzeitig erneuerten Formen sozialer Nähe. Ein solches Versorgungssystem macht aber keinen Sinn, wenn es nur für Teilmengen von Versicherten funktionieren soll, die einer bestimmten Krankenkasse angehören. Dies wäre unter den gegebenen Bedingungen der Fall, wenn man ein solches Versorgungssystem über das Modell der bisherigen Verträge zur Integrierten Versorgung mit einzelnen Krankenkassen arrangieren würde.

Die Logik der Ökonomie lässt uns darauf vertrauen, dass wir als Gesellschaft eher früher als später einen solchen Weg wie den von uns skizzierten entwickeln müssen: Das fragmentierte System ohne Koordination ist einfach zu teuer, als dass es den Wegweiser für die bevorstehenden Jahrzehnte abgeben könnte. Sicherlich gibt es auch viele Angriffspunkte auf der nationalen Ebene oder auf der Ebene der Bundesländer. Der wirkliche Erfolg wird sich aber vor allem auf der lokalen Ebene zeigen müssen. Der Fachkräftemangel ist dabei nicht nur eine Frage des Geldes, sondern zwingt zu einer Neubestimmung der lokal organisierten (und national regulativ unterstützten) Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen, damit die Berufe auch mit Stolz und Freude ausgeübt werden können (und ausreichenden Nachwuchs anziehen). Ein wesentlicher Eckpfeiler wird die Anhebung der Gesundheitskompetenz der Bürger sein. Aber auch hierfür können zwar auf der nationalen Ebene z. B. digitale Lösungen zur Verfügung gestellt werden, aber erst auf der lokalen Ebene entscheidet sich, ob daraus auch ein Erfolg wird. Auch die 34 Mrd. € Effizienzgewinn (12 % der Gesamtkosten von 2018), die McKinsey als Digitalisierungsdividende ausgerechnet hatte, beweisen sich erst auf der lokalen Ebene: Nämlich dann, wenn sich genügend Interessenten gefunden haben, die ihren Patienten den Einsatz anraten und ggf. auch dazu bereit sind, das erforderliche Investment an Beratung und zusätzlichem Zeiteinsatz und vielleicht auch zusätzlichen Kosten zu tragen, um dann aus den massiven Einspar- und Verbesserungsoptionen einer „smarten“ Transformation durch den Einsatz künstlicher Intelligenz, Big Data und digitaler Applikationen auch den Nutzen ziehen zu können.

Das Modell entspricht auch den Vorstellungen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, die in einer aktuellen vierten Ad-hoc-Stellungnahme im Zuge der Covid-19-Pandemie ebenfalls eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens empfiehlt.¹⁰⁶ Ziel der Reformierung sollte laut der Akademie ein Gesundheitssystem sein, das mit Blick auf die aktuellen und auf zukünftige Herausforderungen in hohem Maße anpassungsfähig ist und in dem der Öffentliche Gesundheitsdienst, der ambulante und der stationäre Sektor gut zusammenarbeiten. Wir würden hier noch die oben weiter ausgearbeiteten Überlegungen zur Einbeziehung der Patienten in das „Therapeutische Team“, das Thema der Gesundheitskompetenz und der Gesundheitsförderung, die gesteigerte Bedeutung der Pflege und der Sozialarbeit und insgesamt die notwendige Interprofessionalität stärker herausstellen.¹⁰⁷

¹⁰⁶ Vgl. Stellungnahme der Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.: Coronavirus: Feiertage und Jahreswechsel bieten Chance zur Eindämmung der Pandemie. 2020. Online: www.leopoldina.org/presse-1/nachrichten/ad-hoc-stellungnahme-coronavirus-pandemie [abgerufen am 30.03.2021].

¹⁰⁷ Vgl. Robert Bosch Stiftung: Memorandum: Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Versorgung. 2011. Online: www.bosch-stiftung.de/de/publikation/memorandum-kooperation-der-gesundheitsberufe-qualitaet-und-sicherung-der [abgerufen am 30.03.2021].

Vgl. auch die Publikationen des Vereins zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberuferrats auf seiner Website: www.nationalergesundheitsberuferrat.de [abgerufen am 30.03.2021].

8. Fazit

Das von uns vorgeschlagene Modell ist ein großer Wurf, ein Quantensprung in der Ausrichtung des Gesundheitssystems. Ein solcher Wurf birgt natürlich auch Gefahren und „not-intended side-effects“. Wir hoffen, dass wir diese in der Diskussion des Modells und in seinen Anreizen möglichst ausbalanciert haben. Für Rückmeldungen über hier nicht berücksichtigte mögliche Gefahren wären wir sehr dankbar. Noch gefährlicher scheint es uns im Moment, im jetzigen Modell zu verharren, bis ein finanzieller Kollaps des Systems Rationierungen erzwingt oder eine krude Kommerzialisierung unnötige und unsinnige Versorgungsleistungen begünstigt. Das von uns vorgeschlagene Modell basiert auf Strukturen, die sich bereits in Deutschland bewährt haben, und es basiert auf realistischen finanziellen Annahmen. Damit generieren wir betriebswirtschaftlich auf die Erzielung von Gemeinwohl festgelegte, aber privatwirtschaftlich organisierte Unternehmensformen im Gesundheitswesen. Diese müssen nicht mehr den inneren Widerspruch der heutigen Trägerstrukturen zwischen einzel-betriebswirtschaftlicher Optimierung und dem bestmöglichen Gesundheitsergebnis für die Patienten aushalten, sondern erzielen durch die Ausrichtung auf das letztere das beste Ergebnis für sich. Die Chancen sind groß – hin zu einem integrierten Gesundheitsmodell, das mehr Gesundheit und Effizienz belohnt und für Patienten konkret erfahrbar ist. Als exemplarisches Muster für eine mögliche Umsetzung und einen Zeitplan dafür haben wir einen „Fahrplan“ ausgearbeitet, den wir Interessierten gern zur Verfügung stellen. Wir hoffen, mit dieser Ausarbeitung ein Umsetzungskonzept für alle Interessierten geliefert zu haben und freuen uns auf rege Diskussionen mit allen, denen an einer **nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung** liegt.

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 Augurzyky, 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

Sämtliche Veröffentlichungen rund um das Konzept sind abrufbar unter: www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung. In dem Sozialen Netzwerk „LinkedIn“ gibt es eine Gruppe zum Thema unter: <https://www.linkedin.com/groups/9029235/>

Kontaktadresse

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
c/o OptiMedis AG
Burchardstr. 17
20095 Hamburg
E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de
Webseite: www.optimedis.de