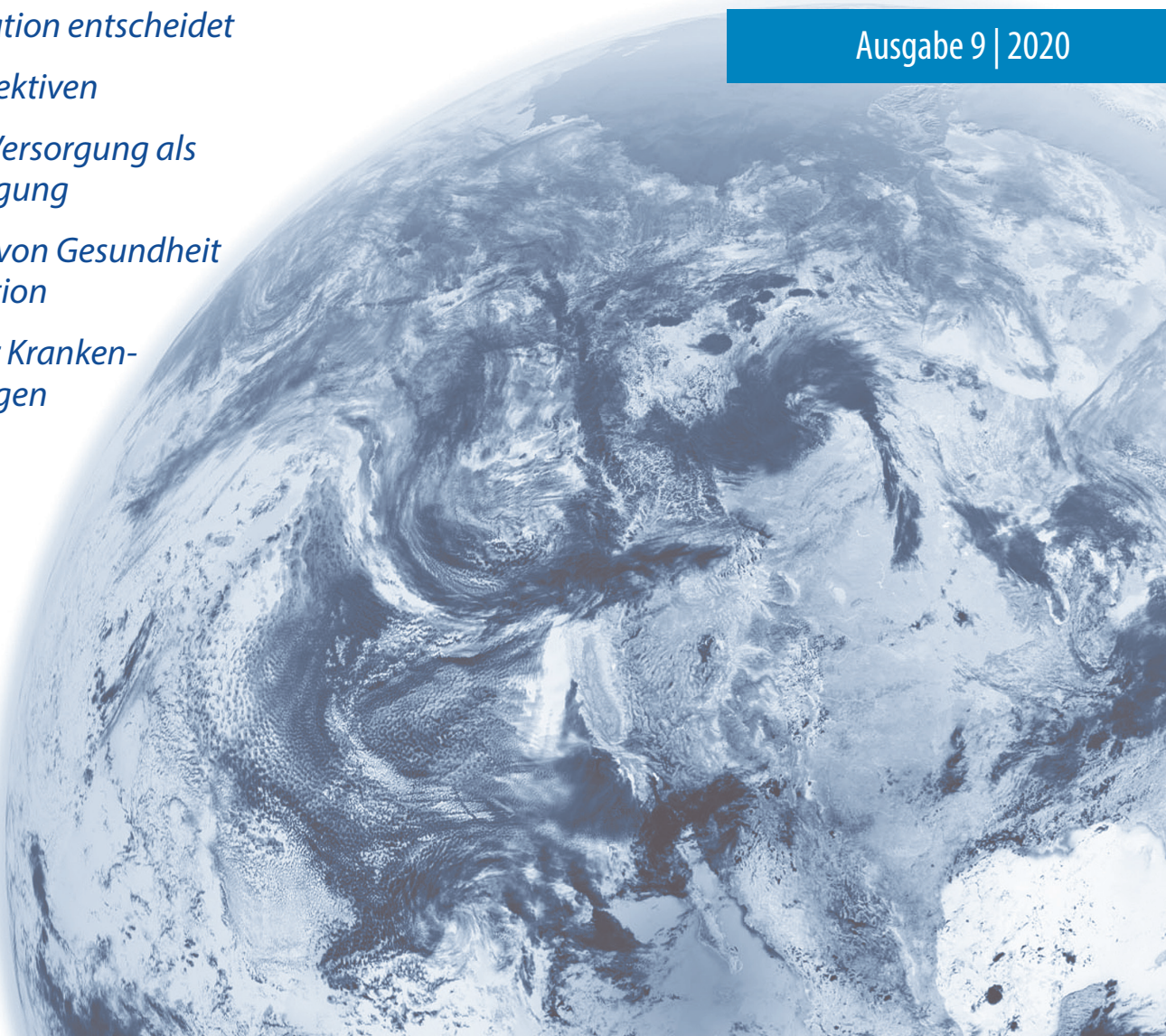


KRANKENVERSICHERUNG

- > *Kommunikation entscheidet*
- > *Pflegeperspektiven*
- > *Integrierte Versorgung als Regelversorgung*
- > *Stellenwert von Gesundheit und Prävention*
- > *Nudging für Krankenversicherungen*

Ausgabe 9 | 2020



www.welt-der-krankenversicherung.de

Der Herausgeberbeirat:

Bettina am Orde

Georg Baum

Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers

Roland Engehausen

Ulf Fink

Birgit Fischer

Dr. Rainer Hess

Dr. Marc-Pierre Möll

Claus Moldenhauer

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Dr. Robert Paquet

Dr. Uwe K. Preusker

Dr. Mani Rafii

Prof. Dr. Herbert Rebscher

Dr. Florian Reuther

Prof. Dr. Eberhard Wille

Herausgegeben von Rolf Stuppardt

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

Dr. Ottomar Bahrs,
Sprecher Dachverband Salutogenese
e.V., Universität Düsseldorf

Uwe Borchers,
Geschäftsführender Vorstand ZIG
– OWL

Prof. Dr. Gerd Glaeske,
SOCIMUM Forschungszentrum
Ungleichheit und Sozialpolitik,
Universität Bremen

Prof. Dr. Bernd Griewing,
Vorstand Medizin RHÖN-KLINIKUM AG

Prof. Dr. Martin Härter,
Institutsdirektor Institut und Poliklinik
für Medizinische Psychologie, UKE,
Hamburg

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

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

Dr. Bernadette Klapper,
Bereichsleiterin Gesundheit
Robert-Bosch Stiftung

Dr. Wolfgang Klitzsch,
Mitglied erweiterter Vorstand des BMC;
Geschäftsführer a.D. Ärztekammer
Nordrhein

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

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid,
Geschäftsführerin Figus GmbH

Dr. Volker Lodwig,
Aufsichtsratsmitglied EIT Health
Germany

Prof. Dr. Holger Pfaff,
Direktor des IMVR und des ZVFK,
Universität Köln

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

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe,
Universität Köln

Dr. Dr. med. Heidrun Sturm,
Leiterin Bereich Gesundheitssysteme -
innovative Versorgung, Institut für
Allgemeinmedizin & Interprofessionelle
Versorgung, Universitätsklinikum
Tübingen

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

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

Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 2

Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems¹

20 Jahre nach Einführung der §§ 140a ff in das SGB V und in Aufbereitung der Coronakrise scheint es höchste Zeit für eine Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung mit ihren Inselösungen und verstreuten Einzelverträgen. Unsere Autor*innen entwickeln hier in dem zweiten Teil ihres Beitrags ein mutiges und durchaus herausforderndes Gesamtkonzept einer Integrierten Versorgung als Regelversorgung für „Innovative Gesundheitsregionen“ (IGR) und stellen dieses zur Diskussion für die Entscheidungen der nächsten Legislatur. Autor*innen, Herausgeber, Redaktion und Verlag freuen sich über Rückmeldungen.

Wie schaffen wir es, eine besser koordinierte, sektorübergreifende Integrierte Versorgung zugunsten der Patient*innen, der Beitragszahlenden, der jeweiligen Region mit ihrer gesamten Bevölkerung und zugunsten der Gesamteffizienz des Gesundheitssystems zu gestalten? Im ersten Teil² beschrieben die Autor*innen die Ausgangssituation, weshalb sich die Integrierte Versorgung schwächer entwickelt hat als es vorgesehen war und weshalb regionale Lösungen so eine entscheidende Rolle für das Gelingen spielen. Sie schauten auf Lösungsansätze, richteten den Blick auch auf „Lessons learned“ aus anderen Ländern und stellten die Herausforderungen fest, die sich auf dem Weg zu einem Ziel stellen, das sie wie folgt beschreiben: „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.“

Der zweite Teil entwickelt jetzt einen mehrschichtigen Lösungsentwurf, nimmt die Ausgangsfragen des ersten Teils wieder auf und stellt den Lösungsentwurf zur Diskussion.

¹ 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.

² Vgl. Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene, Teil 1, in: WELT DER KRANKENVERSICHERUNG, Ausgabe 7-8/2020, S. 164-172, Heidelberg 2020

Innovative Gesundheitsregionen (IGR): Ein Vorschlag zur Reform der Regelversorgung

Die Faktoren, die eine erfolgreiche, regionale Integrierte Versorgung blockieren, sind vielfältig. Daher muss die Lösung auf mehreren Ebenen ansetzen. Wir schlagen auf Basis unserer langjährigen Erfahrungen in der Durchführung und Evaluation innovativer Versorgung ein Modell mit vier Elementen vor, das erhebliche Veränderungen in der Bundes- und Ländergesetzgebung erfordert.

Diese „neue“ Integrierte Versorgung muss als Initiative im Gemeinwesen („von unten“) und gemeinsam mit Partnern aus dem sozialen Bereich 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“.**

Die Grundelemente sind:

1. Initiierung und demokratische Verantwortung über die Landkreise/kreisfreien Städte und ihre „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“
2. Organisation und Umsetzung als „Koordinierte nachhaltige Regionalversorgung“ über „Innovative Gesundheitsregionen“
3. Finanzierung und Anreizsetzung über „Regionalfinanzierung“ und einen „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“
4. Steuerung und Qualitätswettbewerb über „Monitor Innovative Gesundheitsregionen“

Diese Grundelemente werden im weiteren Text ausführlich dargestellt. Zur besseren Einordnung hier noch vier 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 zirka 90 Prozent der Bevölkerung, die über die gesetzlichen Krankenkassen versichert sind.

- 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 episodenz- bzw. indikationsbezogene Integrierte Versorgung wird nicht thematisiert. Sie sollte 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, ist gescheitert. Um dieses Ziel nun für ganze Regionen zu erreichen, halten die Verfasser*innen einige Regeln für notwendig. Zum einen, weil sie 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/Patient*innen und der Gesundheitsakteur*innen 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 schöpferischen Zerstörung im Sinne Schumpeters ausgesetzt werden,³ 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.

Koordinationsrahmen: „Kommunale Gesundheitskonferenzen 2.0“

Die im ersten Teil dieser Ausarbeitung geäußerte Kritik an den Ergebnissen der meisten bisherigen „Kommunalen Gesundheitskonferenzen“ ist kein Plädoyer für deren Abschaffung. Sie ist vielmehr der Aufruf, sie weiterzuentwickeln – hin zu „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“. Der Unterschied: Die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ erhalten mehr Rechte, Aufgaben und Befugnisse und die bisherige diskursive Grundstruktur wird durch gestufte Informations-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte ergänzt. Sie wenden sich dabei an die jeweilige regionale Gebietskörperschaft, sei es der Landkreis oder 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 Managementgesellschaften wenden kann.

Hollederer hat 2016 das vorliegende Wissen zu den „Kommunalen Gesundheitskonferenzen“ (in Bayern „Gesundheitsregionen Plus“) in Empfehlungen für die Sicherung der Prozess- und der Ergebnisqualität für Praxis und Politik gebündelt zusammengefasst.⁴

³ An dieser Stelle sei nur darauf verwiesen, dass die europäischen Gesundheitssysteme auch einer internationalen Konkurrenz ausgesetzt sind. Und Zusammenschlüsse, wie der von Amazon, Berkshire Hathaway und JPMorgan Chase (Haven HealthCare vgl. www.haven-healthcare.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. www.bloomberg.com/news/articles/2020-05-21/bezos-buffett-dimon-joint-venture-fails-to-disrupt-health-care

⁴ Vgl. Holleder, A. (2016): Regionale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen plus in Deutschland: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten. Public Health Forum 2016; 24 (1): 22-25; zitiert in „BZgA-Leitbegriffe Gesundheitsförderung“: Gesundheitskonferenzen www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitskonferenzen
Vgl. auch weitere Publikationen von Holleder zur Evaluation der GesundheitsregionenPlus-Lösung in Bayern: Holleder, A., Eicher A., Pfister, F., Stühler, K., Wildner, M. (2017): Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch GesundheitsregionenPlus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. In: Das Gesundheitswesen 2017

„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:

- 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 Holleder 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 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.⁵ 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 der darin enthaltenen finanziellen Mitverantwortung für die Gesundheitskosten. Sollten die Kommune oder die beauftragte Managementgesellschaft Überkapazitäten schaffen, würden sie sich nach unserem Vorschlag selbst schädigen.

Mit Blick auf die Stimmrechtsverteilung nach dem Modell des G-BA wird bewusst ein Vorschlag präferiert, der kommunal variiert werden kann, aber stärker die Versicherten- und Patientenvertretung einbezieht: Statt den klassischen „Bänken“ der Gesundheitsakteur*innen gehen wir in einem Gesundheitsregionen-Modell von deutlich mehr Akteur*innen 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 in dem 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 zwingend notwendig –, die aus dem G-BA bekannte Unterscheidung von stimmberechtigten Mitgliedern, Antragsberechtigten Beteiligten und Stellungnahme berechtigten Organisationen zu nutzen.

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

Verortung und Ausstattung: Die Konferenzen werden über den obersten kommunalen Verantwortungsträger für die jeweilige Größenordnung (Landrat*in, Bürgermeister*in 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 ein Verfahren zu entwickeln, die Interessen von schwer bzw. dauerhaft erkrankten Patient*innen hier

einzubeziehen.⁶ Damit die Konferenz managementfähig ist, sollte die Population, für die sie zuständig ist, nicht zu groß sein.

Zusammensetzung: Die Gesundheitskonferenz setzt sich zusammen aus dem jeweiligen Gesundheitsausschuss der lokalen demokratischen Bürgerversammlung, Vertreter*innen der gesundheitlichen Akteur*innen in der Unterschiedlichkeit ihrer Berufsgruppen und Einrichtungen (im Fall der Ärzteschaft z. B. der örtlichen Vertretung der KV, 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*innen zu Herausforderungen führen, können diverse Beteiligungsformen etabliert werden wie z. B. Steuerungsgremien, die erweiterte Beteiligung von Bürger*innen 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.⁷

5 „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).

Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 2018 Link: www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf

6 Vgl. Köster-Steinebach, I. (2019): „Reformoptionen der gemeinsamen Selbstverwaltung zwischen Gemeinwohl und Partikularinteressen: die Rolle der Patienten“, in: Sozialer Fortschritt, No. 6/7, Jg. 2019, S. 547-565

7 www.neustart-fuer-gesundheit.de

Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis



Band 2:

Pflege-Perspektiven: ordnungspolitische Aspekte

Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung und
Implikationen für eine „gute Praxis“ der Pflege

2020 | XV, 183 Seiten | Softcover | 39,99 €
ISBN 978-3-86216-626-8

Die Reihe **Gesundheitsökonomie für die Versorgungspraxis – Gesundheit und Pflege**, herausgegeben von Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Prof. Dr. Jasmina Stoebel und Prof. Dr. Jürgen Zerth, beleuchtet und analysiert den Markt, seine Veränderungen und neue Wege.

Ein Blick auf Pflege macht deutlich, dass mannigfaltige Herausforderungen und Abgrenzungen mit dem Themenkomplex „Pflege und pflegerische Versorgung“ verknüpft sind. Der **Bedarf an (Langzeit-)Pflege** verändert sich im Kontext der demografischen und auch sozioökonomischen Entwicklung. Gleichzeitig greifen **technologische Entwicklungen**, insbesondere in Kombination mit Digitalisierungsaspekten, auch an den pflegerischen Prozessen an. Letztendlich stellt sich die Frage, wie Pflege sowohl institutionell als auch im organisatorischen Sinne **nachhaltig organisiert, finanziert** und vor allem für Akteure **attraktiv gestaltet** werden kann.

Die Verknüpfungen zwischen der weitgehend durchorganisierten und teilweise industriell anmutenden Gesundheitsversorgung und den diversen Organisationsbildern und -ansätzen sozialer Arrangements, die sich den Aspekten von „Sorgebeziehungen“ widmen, kennzeichnet das Bild der institutionellen Gestaltung von (Langzeit-)Pflege. In dieser Hinsicht sind Aspekte der **Versorgungsgestaltung** wie auch der **Qualitätsmessung** von pflegerischer Versorgung besonders herausfordernd, sowohl aus wissenschaftlicher als auch aus angewandter pflegepraktischer Sicht.

Ob und wie Pflege sich stärker standardisieren und professionalisieren soll oder neue Formen der Sorgearbeit in niedrigschwelligen Kontexten, etwa im lokalen Umfeld, an Bedeutung gewinnen, ist genauso Thema des Bandes wie die Frage, ob künftig pflegerelevante Risiken als ein Maß für Pflegesätze oder auch für in einem regulierten Wettbewerbsumfeld von Pflegeeinrichtungen angepassten Qualitätswettbewerb sinn- und zweckvoll sind.

Mit Beiträgen u. a. von Prof. Dr. Wolfgang Becker, Prof. Dr. Stefan Greß, Prof. Dr. Martina Hasseler, Prof. Dr. Thomas Klie, Prof. Dr. David Matusiewicz, Prof. Dr. Heinz Rothgang, Prof. Dr. Martina Wolfinger und Staatssekretär Andreas Westerfellhaus.

Mitentscheidungs-, Beteiligungs- und Stellungnahme-Rechte: Damit die Konferenzen nicht nur Themen entsprechend der jeweils lokalen öffentlichen Meinung bzw. den Interessen der Akteur*innen bearbeiten, bekommen sie zwei zusätzliche, entscheidende Kompetenzen. Diese können sie jeweils über Vorschläge an die kommunale Gebietskörperschaft und – nach deren Zustimmung – über diese nutzen:

1. Abfrage von Vergleichsdaten: Die „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“ erhält das Recht, vom Bundesamt Soziale Sicherung (BAS) bzw. dem neu geschaffenen Forschungsdatenzentrum beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), jährlich kostenfrei eine vergleichende Darstellung der Gesundheitsdaten ihrer Bevölkerung im Verhältnis zu ihrem jeweiligen Bundesland, zu Deutschland und zu – in ihren sozioökonomischen Daten – vergleichbaren Regionen anzufordern. Schrappe hat dazu unter dem Stichwort „Area-Indikatoren“ erste Überlegungen angestellt.⁸ Nolting hat in einem Übersichtsbeitrag auf die Dartmouth-Atlanten und den Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung verwiesen.⁹ 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.¹⁰ 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 den dagegen 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.

2. Gestaltungsspielraum: Die „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“ erhält das Recht, die relevanten Krankenkassen der lokalen Bevölkerung und die Gesundheitsakteur*innen der Region bzw. entsprechende Managementgesellschaften zu Verträgen aufzufordern.¹¹ Diese sind nach dem neu geschaffenen, für sie mit speziellen Anreizen ausgestatteten und standardisierten Vertragsmodell der „Innovativen Gesundheitsregionen“ gestaltet. Sie 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 Verantwortungübernahme bevorzugt wird. Für die abgeschlossenen Verträge dürfen sie regelmäßig öffentliche 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 vorhandenen Recht auf den Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren das Recht, selbst IV-Verträge abzuschließen und zu managen. Zusätzlich kann sie über entsprechende Vergabeverfahren einen Zusammenschluss von Gesundheitsakteur*innen oder eine Managementgesellschaft damit beauftragen. Wie die Managementgesellschaft beschaffen ist, muss nicht festgelegt werden. Sie sollte aber mit lokalen Gesundheitsakteur*innen innerhalb einer bestimmten Frist nachweislich Netzwerkpartnerverträge geschlossen haben und ansonsten entsprechend den Bedingungen des § 140a SGB V organisiert sein. Um die gegebenenfalls erst noch zu schaffenden juristischen Bedingungen und Voraussetzungen zu prüfen, braucht es eine zusätzliche Abhandlung. Angesichts der vielfältigen – und unter heutigen Bedingungen durchaus verständlichen – Gründe für Krankenkassen, regionale Verträge nicht einzugehen, werden gezielte Anreize nötig sein. Auch die Möglichkeit von Ersatzvor-

nahme-Optionen könnte zur Diskussion kommen.

Qualitätssicherung: Standardisierte Basisverträge „Regionale Integrierte Versorgung“ (Basis-RIV)

Die von uns als „Innovative Gesundheitsregionen“ bezeichnete nachhaltige Versorgungslösung bezieht sich auf einen Großteil bzw. die gesamte Bevölkerung einer Region. Auf nationaler Ebene empfehlen wir dazu in Analogie zu den Verträgen zu Accountable Care Organizations (ACO) des CMS in den USA die Entwicklung von zwei bis drei *standardisierten Vertragsvarianten für „Regionale Integrierte Versorgung“ (RIV)*. Ziel einer gewissen Standardisierung ist die Vereinfachung und Verkürzung von Verhandlungsprozessen. Gleichzeitig sollen damit Leistungserbringer (und ggf. ihre Kreditgeber) klare Rahmenkennziffern erhalten, die ihnen zeigen, dass sich ein Investment in die neuen Lösungen langfristig rechnen kann.

Dem G-BA wird dafür ein Beirat „Innovative Gesundheitsregionen“ zugeordnet, der zum Beispiel jeweils etwa zur Hälfte aus Vertretern der kommunalen Spitzenverbände und aus Vertretern der regionalen Managementgesellschaften 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

8 Vgl. Schrappe, M. (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

9 Nolting, HD: Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland. GWG Jg. 15, Heft 2 (April):16–22

10 Ein gutes Beispiel dafür sind die „Health Care Packages“, die die CCG in UK jährlich vom NHS bekommen, als Grundlage ihrer Managemententscheidungen zur Förderung oder Abschaltung von Projekten unter Verwendung ihres Budgets.

11 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, wieviel Prozent die „Bank“ der Gesundheitsakteur*innen, wieviel Prozent die „Bank“ der Vertreter von Patient*innen und Bürger*innen und wieviel Prozent die „Bank“ der restlichen Akteur*innen, wie etwa lokaler Wirtschaft, der Bildung etc. ausmachen soll.

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 Gesundheitsakteur*innen oder beauftragte Managementgesellschaften, 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 „RIV-Standardvarianten“ nutzen, sind aber frei, Abweichungen zu vereinbaren. Wenn sie eine „RIV-Standardvariante“ vereinbaren, dann gelten auch die Vergünstigungen aus der RIV-Regionalfinanzierung (siehe Abschnitt Finanzierungsanreize: „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“).

Folgende Bedingungen sollten allerdings vom Gesetzgeber parallel für den § 140a (und damit auch für die „RIV-Standardvarianten“) verpflichtend gesetzt werden – in Anlehnung an die Empfehlungen von Benstetter et al. 2020¹² und Hermann et al. 2006¹³ und zur Sicherung von Qualität und Freiheitsrechten:

1. Den lokalen (und ebenso den überregionalen) Gesundheitsakteur*innen steht es frei, 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 lokalen Managementgesellschaften müssen die Abrechnungsmodi nicht zwingend verändern, sie können diese stattdessen beibehalten und nur zusätzliche Vergütungen für bestimmte qualitative Anforderungen ausloben.
2. Die freie Arzt-, Krankenhaus und Pflegegewahl ist in den Verträgen zwingend. Versicherte entscheiden frei, ob sie sich von Gesundheitsanbietern mit und ohne Netzwerkvertrag oder außerhalb der Gesundheitsregion behandeln lassen wollen. Damit soll einer möglichen Monopolgefahr entgegengewirkt werden. Eine Einschreibung (via Teilnahmeerklärung) von Versicherten in die Verträge mit den Krankenkassen halten wir nicht



Abbildung 1: Schematische, beispielhafte Darstellung möglicher Vertragsbeziehungen in „Innovativen Gesundheitsregionen“. Quelle: Eigene Darstellung

für erforderlich, Versicherte sollten auch hier völlige Freiheitsrechte behalten.¹⁴ Zwingend aber sind die regionalen Gesundheitsverbände bzw. ihre Managementgesellschaften 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, durch gezielte Risikoselektionen ihre Ergebnisse zu manipulieren.

3. Die lokalen Gesundheitsverbände bzw. ihre Managementgesellschaften sind zur öffentlichen Berichterstattung über ihre Gesundheitsergebnisse und zur Beteiligung an standardisierter, regional vergleichender Berichterstattung verpflichtet.
4. Die lokalen Gesundheitsverbände bzw. ihre Managementgesellschaften sind zur engen Kooperation und regelmäßigen Abstimmung mit den Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verpflichtet.

Finanzierungsanreize: „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“

Eine zentrale Herausforderung für einen Erfolg des vorgeschlagenen Modells liegt in der Gestaltung der Anreize für die Krankenkassen und für die regionalen Vertragsverantwortlichen, ob nun als Gebietskörperschaft, Konsortium,

Netz oder Managementgesellschaft. 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 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. Wir stellen dazu einen ersten Vorschlag zur Diskussion, der sicherlich noch weiterer Überlegungen bedarf, aber zumindest eine erste Richtung skizziert.

12 Benstetter, F., Lauerer D., Negele, D., Schmid, A. (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets – Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Stiftung Münch (Hrsg.) www.medhochzwei-verlag.de/News/Details/77688

13 Hermann, C., Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., Schwartz, F.W., Witzenthalm, W. (2006): Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik 5-6/2006. Baden-Baden: NOMOS Verlag. Link

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

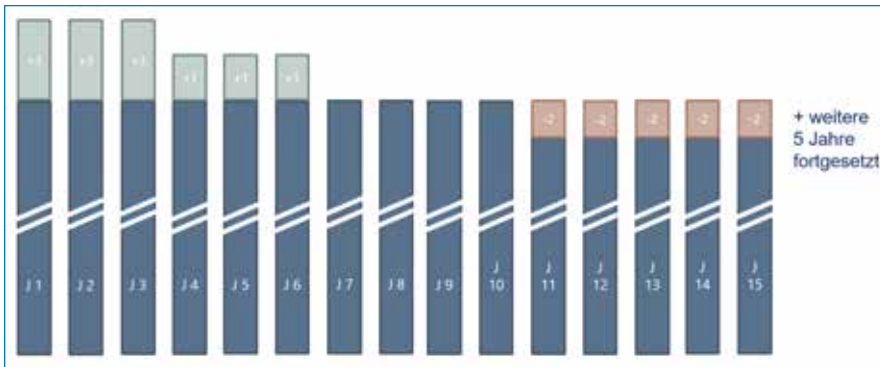


Abbildung 2: Aufschläge und Abschläge bzgl. der Zuweisungen über 26 Jahre. Quelle: Eigene Darstellung

„Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“

Die hier vorgeschlagenen „RIV-Verträge“ unterscheiden sich von der bisherigen Finanzierung der „Integrierten Versorgung“ nach § 140a SGB V durch eine sehr viel standardisiertere Form. So werden Vertragsabschlüsse in größerer Zahl erleichtert (und dafür entstehende Transaktionskosten für alle Seiten verringert): Für die ersten sechs Jahre ab Vertragsschluss erhalten die Krankenkassen bei Abschluss derartiger Verträge von einem ausgegliederten Arm des Gesundheitsfonds (z. B. „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“ genannt) einen zusätzlichen Aufschlag auf die Zuweisungen von Versicherten, die daran in den jeweiligen Regionen teilnehmen können. Der Aufschlag könnte für die ersten drei Jahre 3 Prozent und die nächsten drei Jahre 1 Prozent betragen. Die darauffolgenden vier Jahre erhalten keinen Aufschlag und für die Jahre 11 bis 20 werden die Zuweisungen für insgesamt 10 Jahre um 2 Prozent abgesenkt. Mit dieser Systematik soll dann eine Refinanzierung des „Zukunftsfonds“ erreicht und insgesamt die Finanzierbarkeit unseres Gesundheitssystems erhalten werden.

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

Im Fall dieser „RIV-Verträge“ zwischen Krankenkassen und Partnern erhalten die Krankenkassen den anfänglich zusätzlichen Aufschlag auf die Zuweisungen für die in der jeweiligen Region lebenden Versicherten und später den Abschlag. Die Krankenkassen geben diesen Aufschlag (und später den Abschlag) je nach ihrer Vereinbarung vollständig oder in Teilen (mindestens aber

zu einem festgelegten Schwellenwert) weiter an die Gesundheitsverbände bzw. Managementgesellschaften, so dass diese auch schon bei geringen Effektivstärken am Anfang mit einem gewissen positiven Ertrag rechnen können, später allerdings auch eine erhöhte Effizienz erzeugen müssen. Dieser Zuschlag von 3 Prozent käme aktuell z. B. bei durchschnittlichen 3.094 Euro Jahresgesamtkosten dann auf ca. 93 Euro pro Kopf pro Jahr und würde bei 20.000 Versicherten dann 3,1 Mio. Euro betragen.¹⁵

Um einen Anreiz für die Gesundheitsverbände bzw. Managementgesellschaften für eine auf alle Versicherten (und insbesondere die vulnerablen Gruppen) ausgerichtete Verbesserungsaktivität zu setzen, erhalten sie einen erfolgsorientierten Anteil an den verringerten morbiditätsadjustierten Kostensteigerungen der Krankenkassen für ihre Population in der jeweiligen Gesundheitsregion¹⁶ Als Anreiz für die Krankenkassen zur Vereinbarung freier Verträge nach dem RIV-Standardmodell könnte sich der Erfolgsanteil analog zu einem Schwellenwert bzgl. der Weitergabe des Aufschlags und des Abschlags auf z. B. 75 Prozent an dem aus den verringerten Kostensteigerungen entwickelten Delta belaufen.¹⁷

Notwendigkeit einer Start-Up-Finanzierung

Drei Faktoren führen zu der Notwendigkeit einer Start-Up-Finanzierung solcher Lösungen: Zum einen sind die schnell erreichbaren Erfolge durch Versorgungsoptimierung rar. Gleichzeitig entstehen Aufwände für Analytik, Programmentwicklung sowie Management. Zum anderen tritt der Patientennutzen – ausgedrückt in geringeren Folgekosten – oft erst mit einem gewissen Zeit-

verzug ein. Er kann durchaus, wie bei der Raucherentwöhnung oder bei 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 finanziert der Gesundheitsverbund die Managementaufwendungen sowie seine Aktivitäten und Programme insbesondere zur Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Optimierung der Versorgung insofern an-

¹⁵ Die anderen Regelungen des Gesundheitsfonds und der Zuweisungsberechnung einschließlich des Hochkostenausgleichs könnten unvermindert weiter gelten.

¹⁶ 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 (ohne den obigen Zuschlag) gegenüber der indexierten Nulllinie ermittelt. Dieser Unterschied markiert im positiven Fall den Erfolg, von dem dann der vereinbarte Anteil als erfolgsorientierter Anteil an die Gesundheitsverbände/Managementgesellschaften 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.

¹⁷ 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 gezielte 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.

fänglich vorrangig aus dem Aufschlag auf die Zuweisungen, ist aber gezwungen, sehr zielgerichtet auf die Verbesserung des Gesundheitsstatus der Population hinzuarbeiten, um angesichts der Degression dieses Aufschlags zunehmend seine Vergütung aus dem Erfolgsanteil zu erhalten.¹⁸

Vorteile für alle drei Beteiligten

Die Gesundheitsverbände bzw. Managementgesellschaften erhalten mit einer solchen Lösung

1. 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.
2. 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 und damit der Effizienzgewinn zwingend größer werden muss, um weiterhin eine ausreichende Integrationsdividende in Form ihres Anteils aus dem Erfolg zu 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.
3. Sie müssten sich auf Nachhaltigkeit hin ausrichten. In den Verträgen werden Sicherheiten und ggf. gewisse Bürgschaftslösungen eingearbeitet werden müssen, schließlich soll im Ausgleich für die Vorabzuschläge beim Gesundheitsfonds später die -2 Prozent 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 Prozent-Abzug auch gleichzeitig den ökonomischen Anreiz mindert. Hier freuen sich die Autoren auf Vorschläge.

Die Krankenkassen erhalten mit einer derartigen Lösung

1. 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 Prozent des Deltas) mit hoher Wahrscheinlichkeit refinanzieren können.
2. Sie würden diesen Vorteil allerdings verlieren, wenn sie zu lange warten.
3. 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.

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

1. dass sich ausreichend Verbände bzw. Managementgesellschaften dieser Aufgabe stellen und
2. 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 EBM und des DRG-Systems 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.

Vereinfachte Modellrechnung

In einer vereinfachten Modellrechnung kommen wir zu dem Ergebnis, dass sich für den „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“ des Gesundheitsfonds dieses Investment auch bei einer recht optimistischen Annahme bzgl. der Durchdringung mit Verträgen dieser Art (hier angenommen, dass innerhalb von sieben Jahren 20 Prozent der GKV-Versicherten davon erfasst würden) im ach-

ten Jahr nur bis zu einer max. Summe von 2 Mrd. Euro aufsalziert, um dann ab Jahr 13 schon wieder zu einem ersten Rückfluss an den Gesundheitsfonds zurückzufinden und auf 20 Jahre auch ohne Berücksichtigung inflationärer Steigerungen einen saldierten Ertrag für den Gesundheitsfonds von über 1,8 Mrd. Euro generiert.¹⁹

Steuerung: Public Performance Reporting „Monitor Innovative Gesundheitsregionen“

Die Entwicklung einer nachhaltigen, robusten und gleichzeitig fairen Gesundheitsversorgung erfordert ein anderes politisches Steuerungskonzept als die Verabschiedung eines entsprechenden Gesetzes und dann die abwartende Beobachtung, wie sich die Akteur*innen darauf einlassen. Sie erfordert auch ein anderes Kommunikationsverhalten des Gesetzgebers. In einem 5-Punkte-Sofortprogramm „Grenzen überwinden – für eine populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung“ waren

¹⁸ In dem Vorschlag mit den 3 Prozent auf drei Jahre wurde eher knapp kalkuliert, d. h. die regionalen Anbieter sollen durchaus ermutigt werden, auch selber zu investieren bzw. lokale Banken und Dritte in solche Lösungen einzubeziehen. Durch die Unterstützung über den 75 Prozent Anteil an den Aufschlägen (und später dem erzeugten Nutzen) wird aber das Ausmaß an externem Investitionsbedarf reduziert und damit eine schnellere Vervielfältigung derartiger Lösungen ermöglicht.

¹⁹ Folgende Annahmen sind in diese Modellrechnung eingeflossen: Der Anteil der GKV-Versicherten in derartigen Verträgen startet im ersten Jahr mit 0,5 Prozent, um dann im 2. Jahr auf 1,5 Prozent und im 3. Jahr auf 3 Prozent zu steigen. Während in den ersten beiden Jahren alle Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen werden, werden ab dem dritten Jahr jeweils 50 Prozent der Versicherten über Verträge direkt mit dem BAS abgeschlossen. Der Anteil der Versicherten steigt weiter über 6 Prozent im 4. Jahr auf 10 Prozent im 5. Jahr, 15 Prozent im 6. Jahr und bleibt ab dem 7. Jahr stabil bei 20 Prozent. 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 p. Versicherten haben wir die letzten Veröffentlichungen des GKV-Spitzenverbands genommen bzgl. der Anzahl der GKV-Versicherten und den Gesamtausgaben in 2018 und diese stabil gehalten. Bzgl. der Einsparungen haben wir hier nur diejenigen gerechnet, die dem BAS zukommen. Wir haben vorsichtige Annahmen getroffen, dass diese im Schnitt für das 1. Jahr 0,5 Prozent betragen und pro Jahr jeweils um 0,5 Prozent bis zum 10. Jahr wachsen (dann stabil), dass sie aber nur zu 0,1 Prozent pro Jahr wachsend dem Fonds zugutekommen.

einige Überlegungen dafür 2018 schon Bundesgesundheitsminister Jens Spahn bei einem Besuch in Hamburg übergeben worden.

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

1. „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 Prozent und bis zum Jahr 2030 25 Prozent der deutschen Bevölkerung von entsprechenden regionalen populations- und outcomeorientierten Verträgen nach § 140a SGBV 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 Gesundheitskompetenz²⁰, Vorarbeiten für eine Nationale Herz-Kreislauf-Strategie oder dem jüngst 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.

2. „Versorgungssicherungsagentur“: Der Gesetzgeber unterstellt dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) als dem Verwalter des Gesundheitsfonds eine von den Aufsichtspflichten des BAS separierte „Versorgungssicherungsagentur“. Sie übernimmt die weiter oben beschriebene Aufgabe des „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“ und ist Auswerter der regionalen Daten der GKV für die „Kommunalen Gesundheitskonfe-

renzen 2.0“ sowie die Gesundheitsverbände bzw. Managementgesellschaften.

3. „Public Reporting“: 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 Public Reporting bzgl. der Leistungsergebnisse der Krankenkassen²¹ hinsichtlich der positiven Veränderung der Morbidität und hinsichtlich Patient Reported Experiences und Patient Reported Outcomes ihrer Versicherten würde einen starken Anreiz für die Krankenkassen auslösen, sich für die Multiplikation von sektorübergreifenden Versorgungsformen einzusetzen und damit in derartige Vertragsformen und in die Ergebnisqualität zu investieren²². 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 durch ihr Vertragsverhalten, ihr Einkaufsverhalten (z. B. bei Selektivverträgen), ihre Informationsschriften, ihre Internetangebote, die Unterstützung ihrer Versicherten mittels digitalen Gesundheitsanwendungen und insbesondere bei der eGA und ihrem Leistungs(verweigerungs)verhalten zu einem gewissen Teil das Gesundheitsergebnis, das gemeinsam mit den Patienten letztendlich erreicht wird. 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 keine Belohnung vorsieht²³. Eine Outcome-Transparenz und ein entsprechendes öffentliches Ranking würden insofern auch hier dazu führen, die Anreize zumindest in einem gewissen Maße besser auszubalancieren.²⁴

Ein *Public Reporting der Performance* soll auch für die regionalen integrierten Versorgungssysteme (regionale

populations- und outcomeorientierte Verträge) entwickelt werden²⁵. Sie werden unter die Berichtspflicht gestellt werden, 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 von dem 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 dann entwickelt werden.

4. Qualitätsmessverfahren: Krankenkassen sollen ihrerseits weitere *eigene Qualitätsmessverfahren* entwi-

20 Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart

21 Nolting, H.-D. (2017) Wo ist mehr Qualitätstransparenz erforderlich und wie könnte man sie erreichen? In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthé E.-W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

22 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.

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

24 Vgl. Hildebrandt, H. (2018) Grenzen überwinden – für eine populationsorientierte, sektorübergreifende Versorgung. 5-Punkte Sofortprogramm für den Gesetzgeber. www.op-timedis.de/5-punkte-sofortprogramm

25 Augurzky, B. (2015): Qualitätswettbewerb in der Netzwerkmedizin: Erweiterte Dimensionen des Qualitätswettbewerbs in der Netzwerkmedizin. G+S 2/2015, S. 46-52

ckeln bzw. die schon vorliegenden Verfahren weiter ausbauen (wie das „Benchmarking regionale Arztnetz-Versorgung“ (BrAVo), entwickelt von der BARMER, oder „Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten“ (39TQuATRo39T)39T, entwickelt im AOK-System). Das BAS und der Gesetzgeber sollten sie ermutigen, entsprechende Erweiterungen auf die anderen beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen. Ob sie dann entsprechende Vergütungsanreize daran knüpfen wollen, soll den Vertragspartnern überlassen bleiben. Die heute noch sehr stark auf Kostensenkung hin orientierten Kennziffern müssten 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, sehr viel stärker regional ausgerichtete und der Eigeninitiative der regionalen Partner sowie einer öffentlichen Berichterstattung vertrauende Gesundheitspolitik entwickelt ein positiv ineinandergreifendes Set von Anreizen und sollte damit auf allen Seiten, bei den Akteur*innen im Markt, sowie bei Krankenkassen und den kommunalen Körperschaften Dynamik entfalten. 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 bzgl. der Ergebnisse und der Qualitätsvarianz in den einzelnen Regionen in einer Berichterstattung gegen-*

über dem Parlament, um dort ggf. weitere entsprechende Ausgleichsverfahren und gezielte Anreize entwickeln zu können.

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 damit diesen Regionen einen überschießenden Ausgleich anbietet, um den besonderen Herausforderungen dort selbst begegnen zu können. Lösungen für diese beiden Ausgleichsollen hier offengelassen werden, da sie auch über andere Maßnahmen – etwa in der Bezuschussung der kommunalen Haushalte – des ÖGD oder andere steuerrechtliche Aufteilungen, erfolgen können.

Fazit

Wir erleben gerade einen der seltenen Momente, in denen aus einer Krise auch eine wirkliche Entscheidungssituation entstehen kann – 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. Das von uns vorgeschlagene Modell wäre ein großer Wurf, ein Quantensprung in der Ausrichtung des Systems. Ein solcher Wurf birgt Gefahren. Noch gefährlicher aber wäre es, im jetzigen Modell zu verharren, bis ein finanzieller Kollaps des Systems Rationierungen erzwingt. Unser Modell basiert auf Strukturen, die sich bereits in Deutschland bewährt haben, und auf realistischen finanziellen Annahmen. Die Chancen sind groß – hin zu einem integrierten Gesundheitsmodell, dass mehr Gesundheit und Effizienz belohnt und für Patient*innen konkret erfahrbar ist. Wir hoffen, mit diesem Papier einen

„Fahrplan“ für alle Interessierten geliefert zu haben. In einer Langfassung dieses Beitrags unter www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung haben wir unsere Vorschläge und die damit verbundenen Herausforderungen bereits intensiv diskutiert und freuen uns auf rege Diskussionen mit allen, denen an einer Neuausrichtung liegt.

Wir bedanken uns bei den folgenden Personen für ihren Beitrag zur Entstehung der Ausarbeitung durch Anregungen, Ergänzungen oder Kritik: Agentur Deutscher Arztnetze (Vors. PD Dr. Thomas Schang), Prof. Dr. Volker Amelung, Prof. Dr. Boris Augurzyk, Dr. Carolin Auschra, Georg Brabänder, Andreas Brandhorst, Prof. Dr. Günther Braun, Prof. Dr. Bernd Brüggengjürgen, Dr. Kaschlin Butt, Daria Celle-Küchenmeister, Stefan Göbel, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Dr. Oliver Gröne, Dr. Matthias Gruhl, Dr. Lutz Hager, Dr. Ursula Hahn, Prof. Dr. Rolf Heinze, Prof. Dr. Wolfgang Hellmann, Prof. Dr. Klaus Hüllemann, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Prof. Dr. Thomas Klie, Prof. Dr. Alexis von Komorowski, Florian Kropp, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe, Harald Möhlmann, Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Dr. Alexander Pimperl, Justin Rautenberg, Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher, Steven Renner, Dr. Monika Roth, Dr. Almut Satrapa-Schill, Jörg Sauskat, Dr. Viktoria Stein, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Dominik Walter, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Christoph Wiebold

Kontaktadresse:

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

Termintipp: Vorstellung und Diskussion des Konzepts beim BMC-Webgespräch mit Dr. h.c. Helmut Hildebrandt - 22. September 2020, 16:30 – 17:15. Weitere Informationen unter <https://www.bmcev.de/events/>



Impressum

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG ist eine unabhängige Plattform für die gesamte Themen- und Partnerwelt des Gesundheitswesens und der Krankenversicherung. Sie stellt sich mit erfahrenen Autoren und Gesprächspartnern den drängenden Fragen der Branche mit anspruchsvollen, praxis- und zukunftsorientierten Beiträgen.

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG verfolgt das Ziel, eine Brückenfunktion zwischen den Partnern in Gesundheitswesen und Gesundheitswirtschaft einzunehmen und zu einer neuen Dialogkultur beizutragen.
www.welt-der-krankenversicherung.de

Herausgeber und Schriftleitung (V.i.S.d.P.)

Rolf Stuppardt, Büscherhöfchen 28,
51491 Overath
E-Mail: rst@stuppardtpartner.de
Tel.: (02206) 912 104

Redaktion

Rolf Stuppardt (Chefredaktion)
Dr. Monika Sinha
Dr. Annette Mehler
E-Mail: redaktion-WdK@medhochzwei-verlag.de

Verlag

medhochzwei Verlag GmbH, Alte Eppelheimer Str. 42/1, 69115 Heidelberg,
Annette Xandry, Tel: (0 62 21) 914 96 12, Fax: (0 62 21) 914 96 20, annette.xandry@medhochzwei-verlag.de

Anzeigen

Sabine Hornig, medhochzwei Verlag GmbH, Tel: (0 62 21) 914 96-15, Fax: (0 62 21) 914 96 20, sabine.hornig@medhochzwei-verlag.de

Satz

Strassner ComputerSatz
69126 Heidelberg

Druck

Schleunungdruck GmbH
97828 Marktheidenfeld

Bezug und Bedingungen

Jahresabonnement Print Inland*:
€ 154,- (inkl. Versandkosten)
Jahresabonnement Print Ausland*:
€ 174,- (inkl. Versandkosten)
Jahresabonnement Online**.: € 104,-
Schnupperabonnement Print (3 Ausgaben): € 33,- (inkl. Versandkosten)

* Das Abonnement umfasst die Lieferung von 10 Ausgaben und den Zugang zum Onlinearchiv.

** Das Abonnement umfasst den Zugang zum Onlinearchiv.

Alle Preise verstehen sich inkl. Mehrwertsteuer. Der Abonnementpreis wird im Voraus in Rechnung gestellt.

Erscheinungsweise

WELT DER KRANKENVERSICHERUNG erscheint zehnmal im Jahr mit zwei Doppelausgaben (2-3 und 7-8).

Urheber- und Verlagsrechte

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Alle Rechte, auch das der Übersetzung, bleiben vorbehalten.

Rechtseinräumung

Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt (dies gilt auch für die Wahrung der Anonymität des Patienten bei der Veröffentlichung von Fallberichten).

Der Autor räumt – und zwar auch zur Verwertung seines Beitrags außerhalb der ihn enthaltenden Zeitschrift

und unabhängig von deren Veröffentlichung – dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:

- a) Das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck – auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zur sonstigen Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen (Abstracts);
- b) das Recht zur Veröffentlichung einer Mikropie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Wege von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe durch Radio und Fernsehsendungen;
- c) das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-Rom, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm – sei es unmittelbar oder im Wege der Datenfernübertragung – sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte;
- d) das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sog. Kopienversandes auf Bestellung.

Auf die für den Versand der WELT DER KRANKENVERSICHERUNG erforderlichen Adressdaten haben im Rahmen der Datenverarbeitung ausschließlich der Verlag, der Kundenservice des Verlages und der Lettershop des Verlages Zugriff.