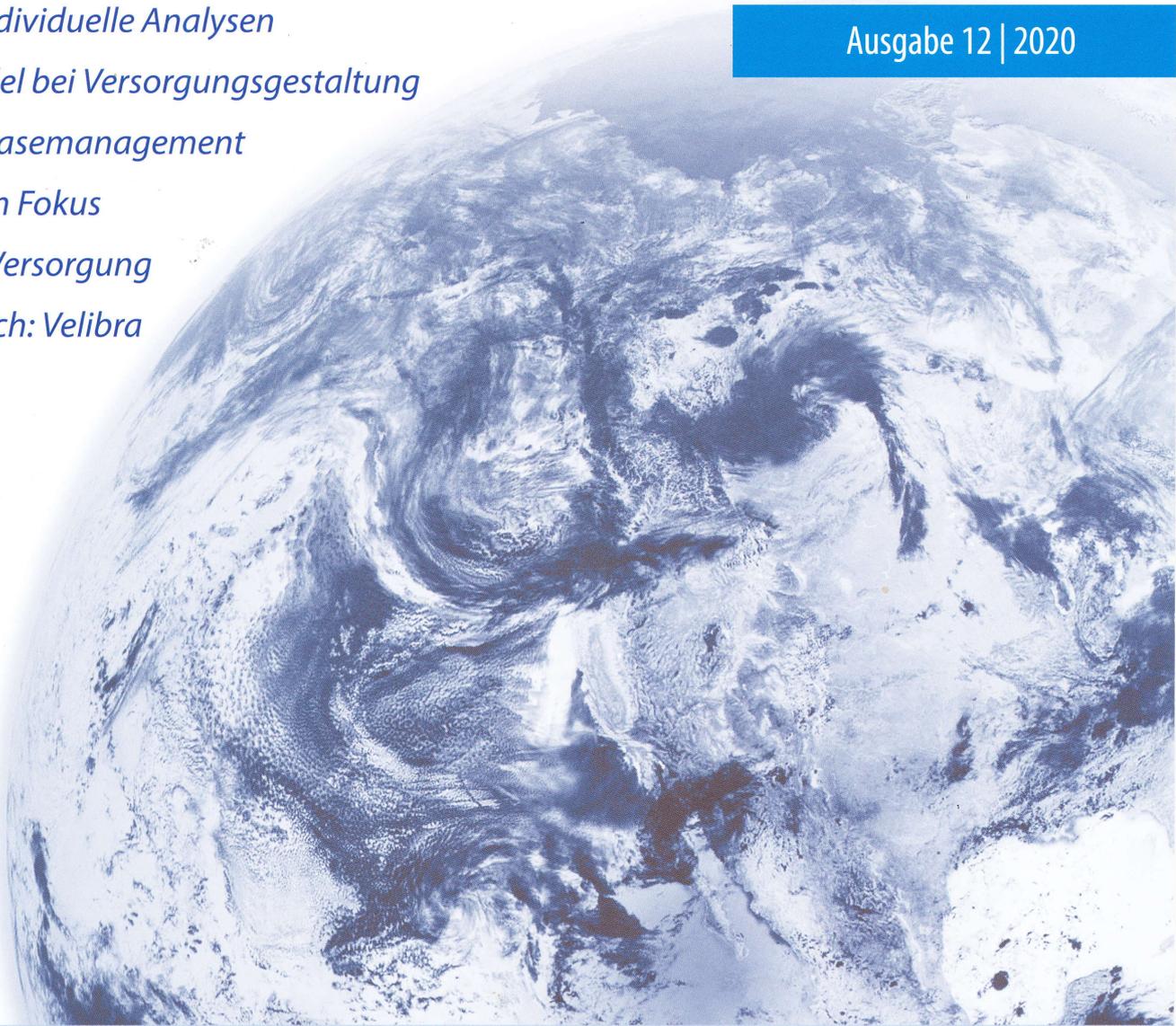


# KRANKENVERSICHERUNG

- > *Patientenindividuelle Analysen*
- > *Rollenwandel bei Versorgungsgestaltung*
- > *Care- und Casemanagement*
- > *Patienten im Fokus*
- > *Integrierte Versorgung*
- > *Neu+Nützlich: Velibra*

Ausgabe 12 | 2020



[www.welt-der-krankenversicherung.de](http://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**

## Diskussion

# Integrierte Versorgung als Regelversorgung – eine Replik<sup>1</sup>

Ein Autorenteam um Dr. h. c. Helmut Hildebrandt hatte in den Ausgaben 7/8 und 9 von WELT DER KRANKENVERSICHERUNG eine Status-Quo-Bestimmung und Vorschläge für eine regelhafte Integrierte Versorgung vorgelegt. Dies ist inzwischen breit diskutiert und kommentiert worden. Einige der Kommentare und Stellungnahmen sind in den Heften 10 und 11, eine weitere Stellungnahme in diesem Heft veröffentlicht worden. Mit den nachfolgenden Ausführungen veröffentlichen die Autoren eine Replik darauf.

ser Dank richtet sich aber auch an die vielen Diskutanten auf XING und LinkedIn sowie bei den Webpräsentationen der vergangenen Wochen.

Die Art und Weise, wie wir heute Gesundheitsversorgung betreiben, ist ein gewaltiger Spagat: Auf der einen Seite haben wir eine super avancierte Wissenschaft entwickelt – zum Beispiel BioNTech, Präzisionsmedizin, aber auch die gesundheitswissenschaftliche Durchdringung der Anreizfaktoren für Gesundheitsbewältigung und -kompetenz. Auf der anderen Seite gibt es die Digitalisierung 1.0, Berufsgruppenquerelen um die Pfründe, mangelhafte Übergaben, Überbürokratie sowie Medizin und Pflege, die betriebswirtschaftlich für sich am meisten gewinnen, wenn sie Patienten möglichst kurz und mit minimalem Ressourceneinsatz behandelt.

Mit unserem Modell schlagen wir bildlich gesprochen eine „Wurzelkanalbehandlung“ des Gesundheitssystems vor. Dass dies nicht ohne gewisse

Schmerzen und Bedenken und die Aufgabe bestimmter Glaubenssätze möglich ist, versteht sich von selbst. Auf einige der Nachfragen und Anregungen gehen wir hier direkt ein. Für die weitergehende Diskussion wird in Kürze eine Diskussionsplattform nutzbar sein.

### **Warum spielen die Regionen bzw. die regionalen Gebietskörperschaften für die Versorgung eine so große Rolle?**

Der Gedanke einer „Re-Regionalisierung“ der Verantwortung für Gesundheit und Gesundheitsversorgung ist neu und steht dem entgegen, was viele zunächst als Fortschritt empfunden hatten. Das Wort vom Krankenhausneubau als Denkmal des jeweiligen Landratsamtes haben viele noch im Ohr, die

Die Vielzahl und die Qualität der Rückmeldungen auf unser Konzept in den vergangenen Wochen haben uns sehr gefreut. Sie zeigen, wie wichtig die Diskussion um die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gerade jetzt, im Vorfeld der Bundestagswahl, ist. Wir bedanken uns insbesondere bei Andrea Galle, Dr. Wolfgang Klitzsch und Laura Wamprecht sowie Prof. Dr. Alexandra Jorzig, Dr. Layla Distler, Jörg Freese, Thomas Lemke und Daniela Teichert für ihre spannenden Beiträge in den Ausgaben 10 und 11 der Welt der Krankenversicherung. Un-

<sup>1</sup> Erwiderung auf die bisherigen Kommentare zum zweiteiligen Aufsatz „Integrierte Versorgung als Regelversorgung“ in WDK Heft 7/8 und WDK Heft 9.

mit der Zentralisierung der Krankenkassen einhergehende Akademisierung, Kompetenzsteigerung und Effizienzverbesserung ist ebenfalls in den Köpfen verankert. Und jetzt kommen wir mit der Aufforderung, Gesundheit wieder stärker regional zu denken? Verständlich, dass zuerst die alten Bilder hochkommen – durch die Corona-Erfahrungen vielleicht noch zusätzlich verstärkt durch den Gedanken des Aufbaus neuer Grenzlinien.

Mit unserem Ansatz ist weder ein „Zurück“ zu alten Herrlichkeiten verbunden, noch wollen wir die errungenen Vorteile aus der Zentralisierung aufgeben. Ganz im Gegenteil plädieren wir für die Beibehaltung der Vorteile der Digitalisierung (danke an Laura Wamprecht und Alexandra Jorzig für die Betonung dieses Themas) und wollen deren Nachteile – u. a. die Erfahrung zunehmender Ohnmacht vor Ort und einer Überbürokratisierung von Entscheidungsprozessen bis hin zu einer ersatzweisen Übernahme von Mikromanagement durch die Bundesgesetzgebung – ergänzen durch die zusätzliche Nutzung der Möglichkeiten regionaler Selbstverwaltung und unternehmerischer Selbstbestimmung. Nur auf einer überschaubaren Ebene lässt sich agiles Management entwickeln und kein zentraler Ausschuss muss entscheiden, ob der Sportverein in Melsungen für ein besonderes Angebot für Hochaltrige einen finanziellen Zuschuss erhält. Oder wie eine digitale Innovation im Ringgau die Versorgung optimiert und wie sie finanziert wird. Ob dies durch die von uns vorgeschlagene Lösung mit einer regional gebildeten unternehmerischen Einheit in Mitverantwortung für die Kostenentwicklung gelingen kann oder ob andere Lösungen klüger sind, darüber wollen wir die Debatte führen.

### **Für eine neue Austarierung von regionalen Entscheidungen und Landes- bzw. Bundeskompetenzen: Warum muss die Regionale Governance mit einer Verantwortungsübernahme einhergehen?**

Eine direkte Folge der höheren Bedeutung der Region muss sein, dass eine dort gebildete Managementeinheit durch Verträge mit den Krankenkassen unternehmerisch auch in die Verantwortung bzgl. der Kostenentwicklung eingebunden wird. Natürlich darf es

nicht zu „lokaler Verschwendung“ auf Kosten der Gesamtgesellschaft kommen oder einzelne Leistungserbringer (wir bevorzugen den Begriff „Gesundheitsakteur\*innen“) über Leistungen begünstigt werden, die nicht zum Wohl der Allgemeinheit beitragen. Und es darf auch vor Ort kein Durcheinander entstehen. Nationale und landesweite Rahmenfestlegungen und Planungen müssen insofern weiterhin getroffen werden, hoffentlich aber nicht mehr in dem Detaillierungsgrad und in der Häufigkeit wie in dieser Legislatur. Es kann aber auch nicht sein, dass lokale Bürgermeister als Bittsteller zu den Kassenärztlichen Vereinigungen pilgern müssen bzw. gerade die eher abgehängten Regionen – und dort konzentrieren sich die Probleme – auf einmal in ihren schon verarmten Säckel greifen sollen, um Versorgung in ihrer Regionen zusätzlich anzureizen. Die Verantwortungsübernahme muss daher auch die Übernahme einer finanziellen Gesamtverantwortung beinhalten. Dafür eine Konzeption zu entwickeln, ist nicht einfach angesichts der aktuell zirka 105 miteinander konkurrierenden Krankenkassen. Das war der Kern unseres Aufschlags.

In den Kommentierungen wurde auch noch einmal die Frage nach der „Region“ und ihrer Größe gestellt. Je größer die Region gezogen wird, umso problematischer das Handling und umso anspruchsvoller und notwendigerweise abstrakter ist das Management. Deshalb bevorzugen wir eine Größenordnung von zirka 100.000 bis 200.000 Menschen. Wenn man an „Bezirksgrenzen“ denken würde mit z. B. 600.000 Menschen, dann hat man fast schon wieder die distanzierte Situation der Kassenärztlichen Vereinigungen zu den Niedergelassenen. Auch die Accountable Care Organizations (ACOs) in den USA bevorzugen eher die kleineren Regionen. Und nichts hindert sie dann, sich in dem Erfahrungswissen mit anderen Regionen auszutauschen). 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.

Einen Punkt, den wir in unserem Aufschlag nicht genügend ausreichend ausgearbeitet haben, wollen wir hiermit gerne nachholen. Welche Rolle können die Länder in unserem Modell übernehmen? Lassen Sie uns dazu die Konzeption nutzen, die Frau Ministerin Bätzing-Lichtenthäler für das Land Rheinland-Pfalz unter dem Titel „Gesundheitsnetzwerke Rheinland-Pfalz“ dieser Tage vorstellte. Ziel dieses Konzeptes ist es, nahezu sämtliche institutionellen Akteure der Gesundheitsversorgung zusammenzuführen, um gemeinsam innovative Modelle für zukunftssichere und patientenzentrierte Versorgungsstrukturen zu entwickeln. Erste Schlussfolgerung: Die Länder sind nicht ohnmächtig, sondern können durchaus selbst Initiativen entwickeln. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob die Länder angesichts einer eventuellen Zurückhaltung des Bundes warten, oder ob sie nicht doch selbst handeln. Könnten zum Beispiel die Länder ihrerseits einen Zukunftsfonds Regionale Gesundheit ins Leben rufen und durch private Investitionen verstärken lassen? Warum nicht? Könnte das § 90a-Gremium des Landes die Krankenkassen auffordern, regionale Vergleichsdaten zur Verfügung zu stellen bzw. könnte das jeweilige Bundesland über eine Bundesratsinitiative die Verfügungsmöglichkeit über regionale Datenvergleiche beanspruchen? Müsste nicht eine integrierte Krankenhaus- und Gesundheitsplanung zwingend sich derartige Datenauswertungen zur Grundlage nehmen? 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? Wir meinen, dass die Landesebene durch eine stärkere Regionalisierung bei gleichzeitiger Planung auf Landesebene nur gewinnen kann.

### **Digitalisierung: Warum ist sie 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 dar-

über auch in räumlicher Entfernung von Großstädten leichter nutzbar. Digitale Unterstützungsangebote können auch sehr viel früher Patienten bzgl. bestimmter Symptome warnen und sie in dem alltäglichen Management ihrer Erkrankung unterstützen. Wichtig ist, dass die aktuell etwas abgehangenen 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 daran 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 das Vorhandensein eines deutschlandweiten Datenraums zu den Versorgungsdaten beim Bundesamt für soziale Sicherung (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.

**Von „volume“ zu „value“: Warum ist die erfolgsabhängige Vergütung Kernelement und Geschäftsmodell der regionalen Verträge für Innovative Gesundheitsregionen?**

Die Verteilung der Finanzmittel in unserem Gesundheitswesen folgt bis auf eine Ausnahme einem Modell aus dem 19. Jahrhundert, das mit nur geringen Veränderungen über das 20. in das 21. Jahrhundert übertragen wurde. Die gesamte Preisfindung und Finanzierung im Gesundheitswesen (mit Ausnahme der Preisfindung nach dem AMNOG, basierend auf dem nachgewiesenen Zusatznutzen) beruht im Wesentlichen auf dem alten Kostendeckungsprinzip. Dies gilt für die Krankenhäuser mit der Kalkulation der DRGs genauso wie mit den immer wiederholten Kostenkalkulationen für die ambulanten Ärzte, die Apotheken und die anderen Berufsgruppen, vor kurzem von Herrn Spahn auch für die Pflegeheime ins Spiel gebracht mit einem Profitdeckel für die Pflegeheimbetreiber. Aber wir alle wissen, welche Anreize eine Preisfestsetzung oder -verhandlung auf der Basis von angenommenen oder festgestellten Kosten produziert: Die Leistungserbringer werden dem Anreiz ausgesetzt, ihre Leistungsmenge zu erhöhen, um die wirtschaftlichen Skalenvorteile für sich einzufahren (und nicht von einer erstarkenden Konkurrenz niedergedrückt zu werden). Der zweite Effekt ist der eines Anreizes für die interne Kostenminimierung, und die gelingt am besten durch Verknappung der eingesetzten Arbeitszeiten teurer Arbeitskräfte und deren Ersetzung durch möglichst niedrig bezahlte Arbeitskräfte. Genau diese Situation gab den Anlass für einige der hektischen Gesetzgebungsverfahren, so u.a. mit der Ausgliederung der Pflege aus den DRGs sowie der Vorgabe von Mindestbesetzungen und Mindestanforderungen.

Solange die Finanzierung nicht an dem produzierten (Zusatz-)Nutzen ausgestaltet wird, werden wir weiter mit einem ständigen Feuerwerk von gesetzgeberischen Interventionen zu rechnen haben, um dem neuesten Problem wieder zumindest so lange Herr zu werden, bis die betriebswirtschaftliche Intelligenz der Akteure einen neuen Weg gefunden hat, ihren eigenen Nutzen zu Lasten der Krankenkassen und der Gesellschaft zu erhöhen. Unser Modell – und zugegebenermaßen erhöht das die Komplexität unseres Vorschlags – setzt deshalb auf die Umkehr der Anreizsystematik: weg von „volume“ hin zu „value“. Dazu benötigen wir eine Rechenmethode, die den Benefit und

den Nutzen für die in der Region ansässige Bevölkerung (zumindest zunächst der GKV-Versicherten) errechnet. Und hier hilft wiederum die vorhandene Datenbasis beim BAS. Aber dafür muss diese Datenbasis auf der lokalen Ebene auch erreichbar sein, sowohl für die Planung von Verbesserungen wie für die Evaluation des Erfolgs oder Misserfolgs. Dies ist deshalb eine der Forderungen unseres Zukunftskonzepts.

**Unternehmerisches Handeln und Denken, ausgerichtet auf die Produktion von Gesundheit: Wer sind die Player und was machen sie dann?**

Wir mussten erkennen, dass einzelne Kommentatoren nicht ganz nachvollziehen konnten, wie wir uns die regionale Ebene und die Ergebnismitverantwortung dort vorstellen. Auch für uns stellen sich hierzu durchaus noch eine Reihe von Fragen. Deshalb haben wir das auch noch etwas offengelassen. Ein weiterer Grund liegt darin, dass wir uns nicht die Unterstützung eines einzelnen unternehmerischen Konzeptes vorbehalten lassen wollten, das der Initiator dieser Ausarbeitung mit seinem Unternehmen OptiMedis entwickelt hat. Gleichwohl sind dort viele Vorarbeiten geleistet und das internationale Wissen zu neuen Vergütungsformen auf eine besonders interessante Weise mit unserem solidarisch organisierten Gesundheitssystem verbunden worden. Wenn wir eine unternehmerische Mitverantwortung für die Steigerung der Gesundheitsausgaben auf der regionalen Ebene entwickeln wollen, dann sind drei Bedingungen dafür Voraussetzung:

a) Wir brauchen auf der regionalen Ebene eine unternehmerische Einheit, deren wirtschaftlicher Ertrag im besten Fall zu einem großen Anteil an die Erreichung einer relativ geringeren Kostensteigerung für die in der Region ansässige Bevölkerung gekoppelt ist. Sie soll anders als die Gesundheitsakteure bisher – und das ist das revolutionäre Element darin – den Anreiz haben, das neueste internationale Wissen zur Optimierung der Gesundheit der Bevölkerung und zu ihrer bestmöglichen Versorgung als Hebel für eine Kostensteigerung unterhalb der durchschnittlichen bundesweiten Kosten einzusetzen. Denn das uns eine Kostensteigerung

im Gesundheitswesen die nächsten Jahre begleiten wird, kann als sicher unterstellt werden. Gleichzeitig kann aber auch als sicher unterstellt werden, dass es vielfältige Mittel und Wege gibt, Krankheitsprogressionen langsamer erfolgen zu lassen, Selbstmanagementfähigkeiten zu erhöhen und mittels digitaler Lösungen, die wir uns heute vielleicht noch gar nicht vorstellen können, in den nächsten Jahren besser in den Griff zu bekommen.

b) Diese unternehmerische Einheit muss sich dann aber nicht nur auf die Bevölkerung ausrichten, die schon erkrankt ist. Sie muss sich auch an die Bevölkerung richten, die auf dem Weg ist, zu erkranken. 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<sup>2</sup>. Allerdings, auch das zeigen wiederum diese Studien: Wenn das alte „Volume“-Finanzierungsmodell vorherrscht, wird es insgesamt teurer, weil dann die Leistungserbringer 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, nämlich diejenigen zu erreichen, die in der Gefahr stehen, sehr kostenaufwändig zu erkranken. Und dies sind vor allem die vulnerableren Teile der Bevölkerung. Wir produzieren damit also auch noch ein gesellschaftspolitisch durchaus erwünschtes Motiv mit in das Konzept, nämlich die Ausrichtung auf die bisher eher abgehängten Teile der Bevölkerung.

c) Nun aber zu einer weiteren schwierigen Frage: Wer könnte die „regionale unternehmerische Einheit“ darstellen? In unserer Ausarbeitung haben wir dies offengelassen und wurden dafür kritisiert. Ja, 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 würde die Organisation ja nur Kosten für ihre Interventionen gehabt haben aber keinen Ertrag. Zum anderen steht natürlich auch die Frage im Raum, ob die Landkreise die dafür notwendige gesundheitswissenschaftliche und gesundheitsökonomische Kompetenz haben, ein solches Unternehmen zu managen. Dagegen steht das von OptiMedis entwickelte Modell eines regionalen Gesundheitsmanagement-Unternehmens wie Gesundes Kinzigtal, Gesundheit für Billstedt-Horn oder Gesunder Werra-Meißner Kreis bzw. jetzt ganz neu Gesunder Schwalm-Eder-Kreis plus. Dieses kann unterschiedlich aufgebaut sein. Entweder in Verbindung von OptiMedis und einem lokalen Ärztenetz (wie im Kinzigtal), gänzlich durch einen sozialen Verein und ein lokales Ärztenetz, einen Ärzteverband und eine Klinik (wie in Billstedt-Horn), oder anfänglich ganz allein durch OptiMedis aber mit dem Angebot auf Beteiligung durch eine kommunale Klinik und andere Gesundheitsakteure (wie im Werra-Meißner- und im Schwalm-Eder Kreis). In einer weiteren Region, der Werra-Kali-Region, wird ein derartiges regionale Gesundheitsmanagement-Unternehmen aktuell sogar in Kooperation mit einer lokalen Apotheke, einem Ärztenetz und einem regionalen Betrieb aufgebaut. Und 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 ihrer Versorgung und nicht auf die Errichtung lokaler Denkmäler des jeweiligen Landrates auszurichten. Dann könnte die Frage der Eigentumsverhältnisse sekundär sein und eher von den lokalen Bedingungen und dem Interesse der Akteure abhängen.

Hinsichtlich der regionalen Interventionen, die dann zu mehr Gesundheit und

besserer Versorgung beitragen sollen, wollen wir hier nicht lange ausholen. In den Fußnoten auf S. 39 der Langfassung hatten wir dazu auch schon einiges aus der Literatur beschrieben. Zum einen wird dies tatsächlich regional im Detail unterschiedlich ausfallen. Zum anderen wird auch noch ganz viel dafür neu entwickelt werden können, wenn erst einmal die Anreize geschaffen sind, dass sich Investitionen in mehr Gesundheit auch tatsächlich lohnen. Auf dem Wissen, das heute zumeist in indikationsbezogenen Forschungsprojekten und Selektivverträgen entwickelt worden ist, kann allerdings aufgebaut werden. Ebenso auf vielen Studien, die international entwickelt worden sind. Diese sind nur bisher noch nicht in die breite Anwendung gekommen, da zumeist ein Anfangsinvest und Umstellungsaufwand dafür erforderlich ist. Wenn dieser aber nicht belohnt wird, dann erfolgt er nicht.

### Der Zukunftsfonds „Regionale Gesundheit“ – eine zwingende Notwendigkeit für die Post-Corona-Zeit?

In unserer Ausarbeitung, insbesondere in der ergänzend zu den Artikeln in der

<sup>2</sup> Vgl. u.a.: Braithwaite, J., Mannion, R., Matsuyama, Y., Shekette, P., Whittaker, S., Al-Adawi, S. (2017): Health Systems Improvement Across the Globe: Success Stories from 60 Countries (Ed) CRC Press.  
Van Vooren, N.K.E., Steenkamer, B., Baan, C., Drewses, H. (2020): 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) 37–43 open access: [www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101930260X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101930260X).  
Amelung, V., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E., Suter, E. (2020): Handbook Integrated Care, 2nd revised and extended edition. Springer Nature, New York.  
Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S., Bernal-Delgado, E. (2019): A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015. Health Policy 123 (4): 412–418.  
Hildebrandt, H., Pimpler, A.; Schulte, T., Hermann, C., Riedel, H., Schubert, I., Köster, I., Siegel, A., Wetzel, M. (2015) Triple Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand, Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. In: Bundesgesundheitsblatt (2015) 58: 383–392.  
Gröne, O., Pfaff, H., Hildebrandt, H. (2018) Scaling Up a Population-Based Integrated Healthcare System: The Case of “Healthy Kinzigtal” in Germany. Braithwaite et al. (ed): Health Systems Improvement Across the Globe. CRC Press, Taylor & Francis Group, Boca Raton, USA p. 168–174

Welt der Krankenversicherung publizierten „Langfassung“, die über die Seite [www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung](http://www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung) erreichbar ist, hatten wir ein mögliches Gegenargument schon vorweggenommen. Ein regionales Gesundheitsmanagement-Unternehmen und die dann erforderlichen Interventionen zur Optimierung von Gesundheit und Versorgung können nicht ohne massive Aufwendungen etabliert werden. Es entstehen Aufwände, die erst einige Jahre später aus dem dann hoffentlich erreichten Erfolg wieder ausgeglichen werden können. Wer soll sich also trauen, diese Investitionen zu finanzieren? OptiMedis, um hier noch einmal – dann aber zum letzten Mal – den Vergleich heranzuziehen, hat dies auch nur zum einen mit Hilfe der Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung getan. Zum anderen hat es sie durch Förderungen aus dem Innovationsfonds und erst aufgrund der entstandenen Erfolge und des Nachweises der Beständigkeit dieser Erfolge jetzt bei den neuen Lösungen selbst bzw. mit Unterstützung von Banken und Sozialinvestoren finanziert.

Eine Finanzierungssuche jetzt in z. B. 50 Regionen nebeneinander ohne Möglichkeit des Verweises auf den „proof of concept“ würde Dritte aber entscheidend behindern auf dem Weg zur Übernahme einer unternehmerischen Verantwortung. Und mit Fördermitteln von Landes- oder Bundeseite wäre ebenfalls eine schnelle Skalierung kaum vorstellbar. Die Förderkriterien des aktuellen Innovationsfonds schließen eine Förderung regionaler Gesundheitsmanagement-Unternehmen aus, da nur „innovative“ Lösungen gefördert werden können, mit „Gesundheit für Billstedt-Horn“ aber ein derartiges regionales Unternehmen schon einmal gefördert wurde. Als Lösung aus diesem Dilemma schlagen wir deshalb ein neues Instrument vor, einen Zukunftsfonds „Regionale Gesundheit“. Eine Teilsumme des Innovationsfonds könnte dafür eingesetzt werden und er könnte durch eine Ergänzung aus privaten Mitteln finanziell auf die von uns angestrebte Größenordnung von zwei Mrd. Euro aufgestockt werden. Wir schrieben in der Langfassung: „Außerdem ermöglicht die besondere Finanzierungslogik (ein Zuweisungszuschlag über sechs Jahre abnehmend und eine zweiprozentige Rückzahlung durch einen Zu-

weisungsabschlag dann nach dem zehnten Jahr in Folge über insgesamt weitere zehn Jahre) eine Beteiligung von privatem Kapital an dem Zukunftsfonds ähnlich 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 für regionale Gesundheit“ ist damit 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.<sup>3</sup> 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.“ Übrigens: Die Krankenkassen von Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) haben uns dafür vor einigen Jahren schon eine Vorlage geliefert. Sie hatten 2015, 2016 und 2018 jeweils fünf Mio. Euro der KVWL separat zusätzlich zur Honorarvereinbarung für innovative Projekte zur Verfügung gestellt, die seitens der KV dann ausgeschrieben wurden. Die KVen könnten ohnehin einer der großen Unterstützer für unsere Lösung sein. Sie engagieren sich zunehmend mit einer Vorreiterrolle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Unterstützung regionaler Arztnetze, die wiederum ein zentraler Kern für regionale Konsortien werden könnten. Unser Modell bevorzugt hier weder die eine noch die andere Berufsgruppe, sondern bleibt an dieser Stelle neutral. Wichtig erscheint uns gegenüber Ausschreibungsverfahren, sei es durch den Innovationsfonds oder auf Länderebene, der langfristige Verzicht auf Ausschreibungen und Beantragungen. Stattdessen setzen wir auf die gemeinsame Verantwortung von Krankenkassen und regionalen Konsortien ausgedrückt über regionale

Managementgesellschaften mit den anfänglichen Zuweisungszuschlägen und späteren Abschlägen aus dem Gesundheitsfonds. Damit soll überflüssige Bürokratie und Antragsbearbeitung vermieden und die Verantwortlichkeit der regionalen Ebenen und der Krankenkassen gestärkt werden. Übrigens: In einer der Kommentierungen wurde die Sorge geäußert, ob denn dieser Zukunftsfonds auch später entsprechende Erträge erwirtschaften könne. Hier nur zwei Beispiele: An den prinzipiellen Effizienzpotenzialen sollte dieses jedenfalls nicht scheitern. Die aktuell 541 regionalen Gesundheitsunternehmen in den USA, die ACOs, haben so 2019 für die staatlichen Krankenkassensysteme Einsparungen in Höhe von 1,2 Mrd. USD gegenüber den kalkulierten Benchmarks erzielt (im Schnitt 86 USD pro Kopf Teilnehmer)<sup>4</sup>. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit hat sich kürzlich in einer Studie die Effizienzpotenziale bezogen auf die Kosten der Krankenversicherung errechnen lassen. Die Studie kam für das Jahr 2016 auf jährliche Ersparnungsmöglichkeiten in Höhe von 855 bis 1.012 SFR pro Kopf, d. h. von 16 bis 19 Prozent der Gesamtkosten der obligatorischen Krankenversicherung in der Schweiz. Allein für die Schweiz mit ihren 8,6 Mio. Einwohnern entsprach dies schon 7,1 bis 8,4 Milliarden SFR.<sup>5</sup>

### Krankenkassen – welche Herausforderungen bringt die regionale Versorgung?

Diese Frage beschäftigte mehrere Kommentatoren: Würden wir nicht die Krankenkassen, die sich in ihrem Anspruch

3 Vgl. etwa die Studie der Bertelsmann Stiftung (2016): Social Impact Investment in Deutschland. Link: [www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie\\_ZZ\\_Social-Impact-Investment-in-Deutschland-2016\\_2016.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_ZZ_Social-Impact-Investment-in-Deutschland-2016_2016.pdf) sowie die Markterhebung „Impact Investing in Deutschland 2020“ [www.bundesinitiative-impact-investing.de/marktstudie-2020](http://www.bundesinitiative-impact-investing.de/marktstudie-2020)

4 Vgl. [www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog.20201016.884678/full?utm\\_medium=email&utm\\_source=hasu&utm\\_campaign=blog&utm\\_content=gonzalez-smith](http://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog.20201016.884678/full?utm_medium=email&utm_source=hasu&utm_campaign=blog&utm_content=gonzalez-smith)

5 Vgl. [www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Laufende%20Revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-kostendaempfung-paket-2/schlussbericht-effizienzpotenzial-bei-den-kvg-pflichtigen-leistungen.pdf.download.pdf/Schlussbericht%20Effizienzpotenzial%20bei%20den%20KVG-pflichtigen%20Leistungen%20\(Winterthurer%20Institut%20für%20Gesundheitsökonomie%20&%20INFRAS\).pdf](http://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/kuv-leistungen/Laufende%20Revisionsprojekte/kvg-aenderung-massnahmen-kostendaempfung-paket-2/schlussbericht-effizienzpotenzial-bei-den-kvg-pflichtigen-leistungen.pdf.download.pdf/Schlussbericht%20Effizienzpotenzial%20bei%20den%20KVG-pflichtigen%20Leistungen%20(Winterthurer%20Institut%20für%20Gesundheitsökonomie%20&%20INFRAS).pdf)

gerade über Jahre hinweg von Inkasso- und Zahlungsstellen hin zu Gestaltern von Versorgung entwickelt haben, vom „Payor“ zum „Player“, in ihren Aktivitäten behindern und sie zurückwerfen auf den früheren Zustand oder gar gänzlich überflüssig machen, ja einer „regionalen Einheitskasse“ Tür und Tor öffnen? Hier ist in der Tat noch ein größeres Diskussionsfeld zu bearbeiten. Festzuhalten ist, dass Krankenkassen, die sich heute regional in besonderem Maße engagieren, wie es z.B. Daniela Teichert in ihrem Kommentar mit Bezug auf Templin anmerkte, gesamtgesellschaftlich äußerst verdienstvoll sind, sich aber betriebswirtschaftlich außerhalb ihres eigenen Anreizsystems bewegen. Indirekt produzieren sie damit sogar ihren Konkurrenten gewisse Vorteile, wenn sie etwa auf eigene Kosten helfen, ambulant-stationäre Zentren aufzubauen, die dann nicht nur ihren Versicherten, sondern auch denen anderer Krankenkassen zugutekommen. Außerdem ist so etwas nur wenigen Krankenkassen überhaupt möglich, nämlich dann, wenn sie einen sehr relevanten Anteil an der Bevölke-

rung der jeweiligen Region versichern. Dies ist nicht zuletzt einer der Gründe, weshalb insbesondere national organisierte Krankenkassen regionalen Selektivverträgen eher ablehnend gegenüberstehen. Neutrale Körper, wie regionale Gesundheitsmanagement-Unternehmen, die gleich für mehrere Krankenkassen (in einem entsprechenden Vertragswerk) auf Erfolgsbasis tätig sind, könnten diese Anreizproblematik umgehen, am besten natürlich, wenn sie gleich von möglichst vielen Krankenkassen mit einem solchen Vertrag belohnt werden. Dafür benötigen diese Krankenkassen aber Anreize, sonst ist dafür keine Begeisterung zu erwarten. Wir haben in unserem Vorschlag einige Anreize dafür eingebaut: Zum einen sollen ihnen teilstandardisierte Verträge geringere Aufwände für die Vertragsentwicklung machen. Zum anderen soll die Prüfungspraxis des BAS von einer restriktiven Prüfung zu einer proaktiven Prüfung verändert werden. Drittens sollen sie für die Anzahl ihrer Versicherten in der Region für die ersten Jahre mit erhöhten Zuweisungen ausgestattet

werden, die sie dann an die regionalen Gesundheitsmanagement-Unternehmen weiterreichen können. Und parallel sollen sie einen bestimmten Anteil der erwirtschafteten relativen Einsparungen selber behalten können. Viertens soll die Bundesgesetzgebung einen klaren Impuls setzen, dass sie derartige Verträge will, und dass Krankenkassen in einer bestimmten Zeiteinheit zumindest 25 Prozent ihrer Versicherten damit begünstigen muss. Und fünftens sollte geprüft werden, ob nicht auch ganz generell das Anreizsystem für Krankenkassen verändert werden muss. Die Orientierung auf den günstigeren Zusatzbeitrag sollte – so unser Vorschlag – ergänzt werden um eine Orientierung auf das beste Gesundheitsoutcome bei ihren Versicherten, also z.B. durch einen Vergleich der Gesundheitsergebnisse ihrer Versicherten mit denen anderer Krankenkassen.

Hinweis: Die Langfassung des Konzepts sowie weitere Informationen finden Sie unter [www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung](http://www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung).

**medhochzwei**  
**Praxiswissen Demenz**  
 Ratgeber für Partner, Familie & Freunde

**Weitere Informationen:**  
[www.medhochzwei-verlag.de](http://www.medhochzwei-verlag.de)  
[info@medhochzwei-verlag.de](mailto:info@medhochzwei-verlag.de)

**Kommunikation mit Menschen mit Demenz**  
 Worte, Gesten und Blicke, die berühren  
 Erich Schützendorf  
 PraxisWissen Demenz  
 medhochzwei

**Schützendorf Kommunikation mit Menschen mit Demenz**  
 Worte, Gesten und Blicke, die berühren  
 2020 | Softcover | 170 Seiten | 24,99 €  
 ISBN 978-3-86216-601-5

**Fellgiebel (Hrsg.) (Schlecht) Hören bei Demenz**  
 Erkennen, verstehen, aktivieren  
 2020 | Softcover | 144 Seiten | 24,99 €  
 ISBN 978-3-86216-613-8

**(Schlecht) Hören bei Demenz**  
 Erkennen, verstehen und aktivieren  
 Fellgiebel (Hrsg.)  
 biha  
 PraxisWissen Demenz  
 medhochzwei