

Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Vorschlag eines Autorenkollektivs für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems

Web-Session

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
Hamburg, 27. August 2020





Das Konzept wurde entwickelt und kommentiert von
Expert*innen aus den verschiedensten Bereichen des
Gesundheitswesens

Das Autorenkollektiv und die Mitwirkenden

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

Dr. Ottomar Bahrs, Sprecher des Dachverbands Salutogenese e.V., freier Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf, Göttingen/Düsseldorf

Uwe Borchers, Geschäftsführender Vorstand ZIG – Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL, Bielefeld

Prof. Dr. Gerd Glaeske, Leiter Abteilung Gesundheit, Pflege und Alterssicherung, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen

Prof. Dr. Bernd Griewing, Vorstand Medizin RHÖN-KLINIKUM AG, Bad Neustadt a. d. Saale

Prof. Dr. Dr. Martin Härter, Institutsdirektor Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

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

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

Dr. Bernadette Klapper, Bereichsleiterin Gesundheit bei der Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart

Dr. Wolfgang Klitzsch, Mitglied im erweiterten Vorstand des BMC, Geschäftsführer a.D. Ärztekammer Nordrhein, Berlin

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

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid, Geschäftsführerin Figus GmbH Priv. Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung, Köln

Dr. Volker Lodwig, Aufsichtsratsmitglied EIT Health Germany, Mannheim

Prof. Dr. Holger Pfaff, Direktor des IMVR und des Zentrums für Versorgungsforschung Universität Köln, Köln

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

Dr. med. Heidrun Sturm, Leiterin Bereich „Gesundheitssysteme – innovative Versorgung“ am Institut für Allgemeinmedizin und Interprofessionelle Versorgung Universitätsklinikum Tübingen, Tübingen

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität Köln, Köln

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Wehkamp, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik, Universität Bremen, Bremen

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

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

Wir bedanken uns bei den folgenden Personen für ihren Beitrag zur Entstehung der Ausarbeitung durch Anregungen, Ergänzungen oder Kritik:

Agentur Deutscher Arztnetze (PD Dr. Thomas Schang), Prof. Dr. Volker Amelung, Prof. Dr. Boris Augurzky, Dr. Carolin Auschra, Georg Brabänder, Andreas Brandhorst, Prof. Dr. Günther Braun, Prof. Dr. Bernd Brüggengjürgen, Dr. Kaschlin Butt, Daria Celle-Küchenmeister, Stefan Göbel, Prof. Dr. Wolfgang Greiner, Dr. Oliver Gröne, Dr. Matthias Gruhl, Dr. Lutz Hager, Dr. Ursula Hahn, Prof. Dr. Rolf Heinze, Prof. Dr. habil. Wolfgang Hellmann, Prof. Dr. Klaus Hüllemann, Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Prof. Dr. Thomas Klie, Prof. Dr. Alexis von Komorowski, Florian Kropp, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe, Harald Möhlmann, Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Dr. Alexander Pimperl, Justin Rautenberg, Prof. Dr. Herbert Rebscher, Steven Renner, Dr. Monika Roth, Dr. Almut Satrapa-Schill, Jörg Sauskat, Dr. Viktoria Stein, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Dominik Walter, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Christoph Wiebold

Unser Vorhaben ist anspruchsvoll – aber 20 Jahre nach Einführung der Integrierten Versorgung benötigen wir einen neuen Aufschlag

Das Ziel: Eine nachhaltige, bedarfsgerechte, robuste und gleichzeitig faire integrierte Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland

Die Ursachen für fehlende Integration sind vielfältig

- › Für die wirkliche Kooperation über viele beteiligte Berufsgruppen hinweg fehlt immer noch die gegenseitige Anerkennung.
- › Es gibt keine Anreize für die Beteiligten. Integration und Koordination erfordern sofortige Arbeit und Investment der Initiatoren, die Ergebnisse werden aber erst später sichtbar.
- › Im Dickicht der Regelungen des Gesundheitswesens und der Aufsichten kommt es zu Widerständen.
- › Eine wirklich saubere Erfolgsmessung ist sehr komplex.
- › Für Krankenkassen gibt es verschiedene Hindernisse: Die notwendige interne Umorganisation in Verwaltungsabläufen, die Anforderungen der Aufsicht bzgl. der Abgrenzung gegenüber der Regelversorgung und die kommunikativen Herausforderungen von national aufgestellten Kassen, wenn bestimmte Versorgungsangebote nur regional einlösbar sind.
- › Zwischen und innerhalb der Sektoren besteht ein wirtschaftlicher Wettbewerb.
- › Wenn 30 % der Patient*innen nach dem selektivvertraglichen und 70 % nach dem klassischen Regelversorgungsmodell behandelt werden sollen, entstehen doppelte Aufwände.
- › Für Krankenkassen sind Verträge zur Integrierten Versorgung eine der wenigen Differenzierungsoptionen im Wettbewerb um die Versicherten. Für Leistungserbringer*innen (und die Öffentlichkeit) wiederum ist eine Differenzierung von Behandlungspfaden nach Krankenkasse schwer akzeptabel.

Warum blicken wir auf die Region?



Gesundheit ist primär ein lokales und regionales Gut!

Lebensrealitäten und Bedarfe können nur vor Ort differenziert betrachtet werden. Gleichzeitig spielen die lokalen Interventionsmöglichkeiten in der Versorgung eine große Rolle.

Zudem sind ein hoher Gesundheitsstatus durch gute Prävention, positiv unterstützende Gesundheitsförderung für Jung und Alt sowie eine saubere und schadstofffreie Umwelt von großem Wert für die Regionen. Kommunen profitieren von einem erhöhten Erwerbsfähigkeitsanteil, geringeren Ersatzleistungen, höherer Wirtschaftskraft und Attraktivität für die Erweiterung oder Neuansiedlung von Betrieben genauso wie von höherer Kreativität der Bevölkerung.

Aktuell haben die Kommunen und Landkreise aber kaum Möglichkeiten der Intervention bezüglich Versorgungsengpässen in ländlichen oder ärmeren großstädtischen Regionen durch fehlende Praxisübernahmen, Stationsschließungen aufgrund von Personalmangel im pflegerischen und ärztlichen Bereich von Krankenhäusern oder den Engpässen für die Nachwuchsgewinnung in den therapeutischen Berufen.

Welche Fragen muss unser Konzept beantworten?

1. Wer kann initial Akteur*in für die regionalen Integrationseinheiten sein? Und wie fördern wir ihr unternehmerisches Interesse an der Gemeinwohlsteigerung bzw. dem Patientennutzen anstatt an der gewohnten Leistungsvermehrung?
2. Wie werden diese Einheiten/Managementgesellschaften legitimiert, um genügend Beteiligung der Patienten, der aktuellen Teilnehmenden an Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung, des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) und der Krankenkassen zu erwirken?
3. Wie generieren wir ein ausreichendes Start-up-Investment, eine vernünftige Ertragsicherheit für die regionalen Integrationseinheiten und gleichzeitig einen Benefit für das Gesamtsystem?

Später zur Diskussion: Liefert das Konzept Lösungen für diese Fragen?

Vier Elemente bringen mehr Anreize für regionale Integration, erzeugen eine Verantwortlichkeit für das Gemeinwohl und machen das Gesundheitssystem zukunftssicherer

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“

1. Datengestützte Initiierung und demokratische Verantwortung über die Landkreise/kreisfreien Städte und ihre „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“

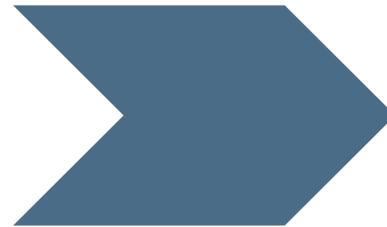
„Kommunale Gesundheitskonferenzen 2.0“ mit mehr Struktur und mehr Rechten bereiten vor / Landkreise bzw. Gebietskörperschaften

„Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“

- ... hat eigenes Budget und Geschäftsstelle
- ... erstellt Analysen zu Versorgungsbedarfen und Problemfeldern (bzw. lässt sie erstellen)
- ... kann die Krankenkassen zu standardisierten Vertragsmodellen „Gesundheitsregionen der Zukunft“ auffordern
- ... empfiehlt Vertragspartner*innen auf der regionalen Seite

Zusammengesetzt aus dem jeweiligen Gesundheitsausschuss der lokalen demokratischen Bürgervertretung, Vertreter*innen der gesundheitlichen Akteur*innen, der Krankenhausträger, der Selbsthilfe- und Patientenvertretung sowie der Krankenkassen, der Bildungseinrichtungen, der lokalen Gewerbetreibenden sowie der Gewerkschaften.

Analyse, Diskussion,
Vorbereitung, Initiierung



Landkreis/Gebietskörperschaft

- › Entscheidungsträgerin ist die jeweilige regionale Gebietskörperschaft, sei es der Landkreis oder die kreisfreie Stadt oder auch eine andere demokratisch legitimierte Einheit.
- › Sie bekommt das Recht, die relevanten Krankenkassen der lokalen Bevölkerung und die Gesundheitsakteur*innen der Region bzw. entsprechende Managementgesellschaften zu Verträgen nach einem standardisierten Modell aufzufordern bzw. selbst IV-Verträge abzuschließen und zu managen.

Mögliche Träger vor Ort: Wer übernimmt die unternehmerische Verantwortung? Wer stellt die „Regionale Integrationseinheit“ dar?

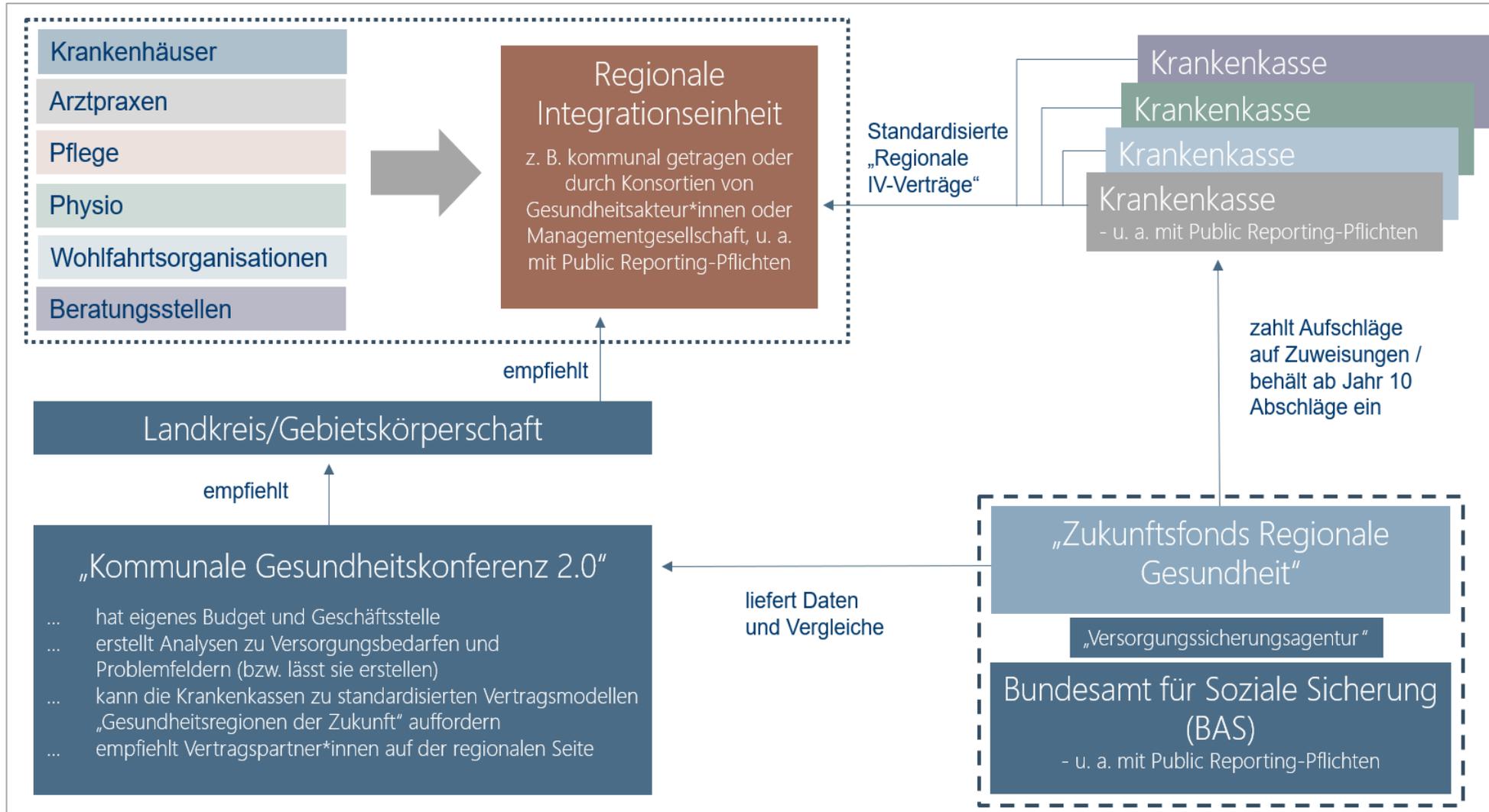
Es gibt viele Möglichkeiten, aber: Die Träger müssen bereit sein, unternehmerische Verantwortung zu übernehmen und sich in die Lage versetzen, realen Gesundheitsnutzen zu erzeugen und lokale Partner über die Berufsgruppen im Gesundheitswesen hinaus zu gewinnen.

- › Management-Zusammenschlüsse von Leistungserbringern („Gesundheitsverbände“)
- › einzelne Leistungserbringer (die sich dann der Unterstützung anderer versichern müssen)
- › Gebietskörperschaften selber
- › externe Partner im Verbund mit lokalen Trägern
- › ... und warum nicht auch Wohlfahrtsorganisationen oder Patientenorganisationen, lokale Stiftungen oder Genossenschaften?

Regionale
Integrationseinheit

2. Organisation und Umsetzung als „Koordinierte nachhaltige Regionalversorgung“ über „Innovative Gesundheitsregionen“

Vertragsbeziehungen für „Innovative Gesundheitsregionen“



Teilstandardisierte Verträge verringern den initialen Aufwand

Zwei bis drei **standardisierte Vertragsvarianten** für „Regionale Integrierte Versorgung“ (RIV) vereinfachen und verkürzen Verhandlungsprozesse und sichern klare Rahmenbedingungen.

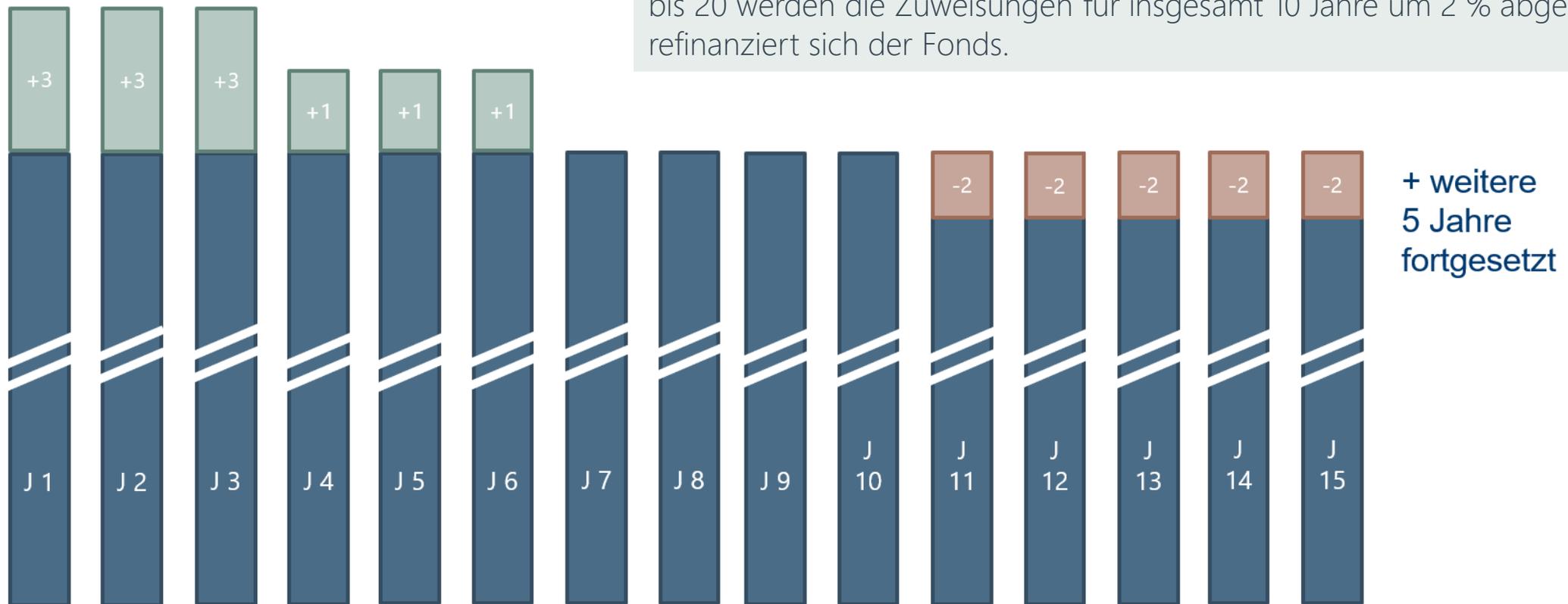
Verpflichtend:

- › Den Gesundheitsakteur*innen steht es frei, mit der lokalen Managementgesellschaft zusammenzuarbeiten.
- › Auch die Versicherten haben die Wahl, ob sie sich von Gesundheitsanbietern mit oder ohne Netzwerkvertrag behandeln lassen wollen.
- › Finanzielle Mitverantwortung für die Kostenentwicklung verbunden mit einer am Gemeinwohlerfolg orientierten Belohnung für das Vorabinvestment (dazu mehr später)
- › Die lokalen Gesundheitsverbände bzw. ihre Managementgesellschaften müssen
 - mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst kooperieren
 - ihre Gesundheitsergebnisse veröffentlichen
 - eine national standardisierte „Charta der Rechte der Versicherten in Gesundheitsregionen der Zukunft“ zur Einbeziehung der Patient*innen unterzeichnen

3. Finanzierung und Anreizsetzung über „Regionalfinanzierung“ und einen „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“

Start-Up-Finanzierung über einen „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ mit erhöhten Zuweisungen

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



Eine Erfolgsvergütung als Incentive für patientenorientierte Investitionen – orientiert am produzierten Gemeinwohl

Vorschlag für die teilstandardisierten Vertragsvarianten:

1. Der Zuweisungsaufschlag geht an die regionalen Integrationseinheiten (Gesundheitsverbände/Managementgesellschaften) – diese müssen aber auch den späteren Abschlag an den „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“ zurückführen.
2. Letztere erhalten zusätzlich eine Erfolgsvergütung, sofern sie es schaffen, dass sich die morbiditätsadjustierten Kostensteigerungen der Krankenkassen für ihre Population in der jeweiligen Gesundheitsregion unter dem Schnitt in Deutschland bewegen.

Ein daraus entstehendes Delta verbleibt zu 25 % bei der jeweiligen Krankenkasse und geht zu 75 % an die die regionale Integrationseinheit zur Begleichung bzw. Refinanzierung ihrer Aufwände.

Anreizwirkungen dieser Lösung auf die Gesundheitsverbände bzw. die Managementgesellschaften

- › Die „regionalen Integrationseinheiten“ erhalten mit einer solchen Lösung eine relative Sicherheit, ihr Investment in den Anfangsjahren finanzieren zu können. Parallel gäbe es eine Return on Investment-Option für die Gründungspartner und deren Engagement sowie auch für die möglicherweise von ihnen für den Start benötigten dritten Kapitalgeber und Banken.
- › Sie wären aber auch genötigt, zu investieren, um dann in den Folgejahren Erträge aus der Effizienzsteigerung und Verringerung von Gesundheitsausgaben zu erzielen.
- › Sie müssten sich auf langfristige Nachhaltigkeit hin ausrichten, da sie ab dem 12. Jahr aus den Erfolgsanteilen auch die Rückzahlungen der 2 % decken müssten.

Anreizwirkungen dieser Lösung auf die Krankenkassen bzw. die „Gesundheitsregionen der Zukunft“

- › Für die Krankenkassen ist der Anreiz groß, da sie Zusatzaufwände in Form interner Transaktionskosten durch ihren Einsparanteil (bis zu 25 % des Deltas) mit hoher Wahrscheinlichkeit refinanzieren können und keine sonstigen Investitionsaufwände befürchten müssen.
- › Sie können zusätzlich aus ihrem Einsparanteil auch noch zielgerichtete Qualitätsbonifizierungen vergeben, wie es aktuell einige Krankenkassen mit ihren BrAVo- und QuATRo-Lösungen schon testen.

- Die „Gesundheitsregionen der Zukunft“ können mit einer derartigen Lösung darauf hoffen,
- › dass sich ausreichend Verbünde bzw. Managementgesellschaften finden, die sich dieser Aufgabe stellen und,
 - › dass sich daraus sicht- und messbare Erfolge ergeben und ihre Region damit von positiven Gesundheitseffekten profitiert.

4. Steuerung und Qualitätswettbewerb über „Monitor Innovative Gesundheitsregionen“

„Qualitäts- und Zielmonitoring“ als neue politische Steuerungsstruktur

1. Der **Gesetzgeber bekennt sich explizit zum Ziel einer integrierten populationsorientierten Versorgung** – bis zum Jahr 2025 sollen 10 % und bis zum Jahr 2030 25 % der deutschen Bevölkerung von entsprechenden regionalen populations- und outcomeorientierten Verträgen nach §140a SGB V profitieren können.
2. 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 Aufgabe als „Zukunftsinvestmentfonds für regionale Gesundheit“ und als Auswerter der regionalen Daten der GKV für die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ sowie die Gesundheitsverbände/Managementgesellschaften.
3. 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**.
4. Ein **Public Reporting der Performance** soll auch für die **regionalen integrierten Versorgungssysteme** entwickelt werden.
5. Krankenkassen sollten ihrerseits weitere **eigene Qualitätsmessverfahren** entwickeln bzw. die schon vorliegenden Verfahren, wie BrAVo und QuATRo), weiter auszubauen.
6. Das **Bundesgesundheitsministeriums berichtet regelmäßig** dem Parlament bzgl. der Ergebnisse und der Qualitätsvarianz in den einzelnen Regionen.

Innovative Gesundheitsregionen auf dem Weg der Umsetzung

Interessenten gibt es genügend, zum Beispiel:

Ärztennetze und Gesundheitsverbände, das Netzwerk Deutscher Gesundheitsregionen, Gesundheitszentren der Primär- und Langzeitversorgung, Landkreise, kommunale Kliniken wie auch freigemeinnützige bzw. private Klinikträger und auch erste Betriebe fördern entsprechende Lösungen

Und es gibt bereits laufende, wenn auch z. T. kleinteiligere Verträge.



Die regionale Gesundheitsversorgung gewinnt durch die Erfahrungen der Covid-19-Pandemie an Bedeutung

- › Die Notwendigkeit einer abgestimmten ambulant-stationären-pflegerischen Versorgung ist klarer erkennbar geworden.
- › Auch die Notwendigkeit einer besseren Abstimmung mit den Gesundheitsämtern und dem Sozialbereich (um auch diejenigen Gruppen zu erreichen, die stärker vulnerabel und gefährdet sind bzw. durch „social distancing“ vereinsamen) wird deutlich.
- › Schnellere Entscheidungsverfahren und neue Arten von Zusammenarbeit quer über die Sektoren und Berufsgruppen sind gefordert.
- › Gesundheit bekommt auch für die lokale Wirtschaft mehr Bedeutung.



Dafür braucht es demokratisch legitimierte „Integrationsträger“ mit einem wirtschaftlich-unternehmerischen Interesse an der Steigerung von Gesundheit und Gemeinwohl.

Diskussion: Haben wir damit eine Lösung der initialen Fragen entwickelt?

1. Der Initiale Akteur für die regionalen Integrationseinheiten bekommt ein unternehmerisches Interesse an der Gemeinwohlsteigerung bzw. dem Patientennutzen anstatt an der gewohnten Leistungsvermehrung?
2. Wie erfahren diese Einheiten eine ausreichende Legitimation, ... Beteiligung der Patienten, der aktuellen Beteiligten an Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung und des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD) und der Krankenkassen?
3. Wie generieren wir ein ausreichendes Start-Up-Investment für die regionalen Integrationseinheiten, vernünftige Ertragssicherheit und einen Benefit für das Gesamtsystem?

Ja, genügend Interessenten sind zu erwarten, Empfehlung durch die Gesundheitskonferenz.
Ja, unternehmerisches Interesse besteht auf Erfolgsteilung mit Krankenkassen

Datenvergleiche und öffentliche Diskussion in Gesundheitskonferenz und Kreistag

„Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ mit erhöhten Zuweisungen und Refinanzierung sowie ROI für den Gesundheitsfonds durch spätere Abschläge

Der Aufschlag ist gemacht – nun sind Diskussion und Weiterentwicklung gefragt!

Das Ziel im Blick: Eine nachhaltige, bedarfsgerechte, robuste und gleichzeitig faire integrierte Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland



So bleiben wir in Kontakt

Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt
Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG
h.hildebrandt@optimedis.de



OptiMedis AG
Burchardstraße 17
20095 Hamburg
Tel. +49 40 22621149-0
Mobil +49 172 4215165
www.optimedis.de



Diskutieren und kommentieren Sie unser Konzept ab sofort im eComitee Deutschland:

<https://ecomitee.com/login/eComiteeDeutschland/576389/IntegrierteVersorgungalsnachhaltigeRegelversorgungaufregionalerEbene>

eComitee Deutschland
Free Account

Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene

Diskussion des Papiers "Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems", das am 27.8.2020 online vorgestellt wurde

Ziel der Diskussion ist es, das Papier auf seine Realisierbarkeit hin zu durchleuchten, dh. die Elemente weiter zu konkretisieren, die Debatte zu führen, ob Verantwortlichkeiten, Spielräume und Instrumente angemessen gewählt sind. Oder ob sie differenziert oder verändert werden müssten.

Guten Tag, wir heißen Sie zur Diskussion des Papiers herzlich willkommen.

Dies ist eine Fachdiskussion.

An der Diskussion teilnehmen

Einen kostenlosen eComitee-Account erstellen.

Vorname*

Nachname*

Aktuell informiert mit unserem OptiMedium: www.optimedis.de/newsletter