

# WELT DER KRANKENVERSICHERUNG

ISSN 2193-4479  
D 24953  
12. Jahrgang

3/2023



- Versorgungsdaten systematisch nutzen
- Quo vadis DiGA
- Individuelle Medikation
- Debatte Integrierte Gesundheitsregionen
- Digitale Versorgungslotsen

**Herausgegeben von Rolf Stupardt**

**Der Herausgeberbeirat:** Bettina am Orde | Dr. Gerald Gaß | 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 | Prof. Dr. Herbert Rebscher | Dr. Florian Reuther | Prof. Dr. Eberhard Wille



# Die Debatte um Integrierte Gesundheitsregionen

Von Helmut Hildebrandt, Justin Rautenberg, Michael Zaske<sup>1</sup>

Das Thema Gesundheitsregionen gewinnt in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion und in der Praxis zunehmend an Bedeutung. In der Ausgabe 1/2 hatte sich Anne Kathrin Klemm mit dem Thema auseinandergesetzt. Unsere Autoren haben dazu einen ausführlichen Kommentar bzw. eine Replik eingereicht und halten einen Triple-Wumms für nötig: Krankheitslast verringern + zeitlich verschieben + neue ergebnisbezogene Geschäftsmodelle für diese Transformation ermöglichen! Wir halten eine fundierte Debatte für wünschenswert.

Anne-Kathrin Klemm bezieht sich in ihrem Artikel auf die Etablierung von integrierten Gesundheitsregionen, deren Eingang in den Koalitionsvertrag im Vorwort als „eines der Herzensprojekte von BÜNDNIS 90/Die GRÜNEN“ identifiziert wird. Noch sieht sie die bisherigen Ausformulierungen aber als „löchrig“ und zu sehr auf budgetäre Anreize und neue Vergütungsformen ausgerichtet, dagegen fehle ein „wirklich neues und gar attraktives Zukunftsbild“. Sie plädiert für ein „neues Leitbild“ für die Gesundheitsregionen mit einem Fokus auf Prävention und auf die Versorgung chronisch Kranker. Sie fordert die Einführung der neuen Gesundheitsregionen in allen „Sozialgesetzbüchern als Regelversorgung“ und eine „Kulturveränderung der Versorgung“, „die teambasiertes Arbeiten als „new normal“ verankert“. Sie schließt mit der Hoffnung: „Wenn in der Mikroebene der Versorgung ein teambasiertes, intersektoral vernetztes Arbeiten die Norm wird, kann sich auch die gemeinsame Selbstverwaltung auf Bundesebene einem neuen Ordnungsrahmen nicht mehr verschließen. Hierin liegt die große Chance der Gesundheitsregionen als ein Neustart einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung.“

**Anne-Kathrin Klemm ist eine kluge Kennerin des Systems und sie hat eine Zielvorstellung mit dem Fokus auf Prävention und teambasiertem Arbeiten als „new**

**normal“, der nur applaudiert werden kann. Die entscheidende Frage ist: „Wie kommen wir dahin?“**

Die zentralen Fehlanreize im System sind bekannt, es sind einerseits die Einzelleistungsvergütung mit ihrem inhärenten Anreiz auf Leistungsausweitung und zum zweiten die sektorale Vergütung, sodass für den einzelnen Leistungserbringer nicht die erfolgreichste Gesunderhaltung einer regionalen Bevölkerung in der Gesamtkette von Präventions- und Versorgungskooperationen sondern die einzelwirtschaftlich kluge Ausbalancierung von Unter- und Übergrenzen sektoraler Budgets und der kostengünstigste Personaleinsatz wirtschaftlich belohnt wird. Ein ökonomisches Modell, das in der Zeit vornehmlich akuter Versorgungsbedarfe seine Berechtigung hatte, aber in der heutigen Zeit angesichts auch digital unterstützter Möglichkeiten der Leistungsausweitungen, angesichts zunehmender Komplexität und multimorbider Fallkonstellationen und in Anbetracht der auf uns zukommenden Herausforderungen der demografischen Verschiebungen keine Zukunft mehr bietet.

<sup>1</sup> Dr. h.c. Helmut Hildebrandt ist Vorstandsvorsitzender der OptiMedis AG in Hamburg; Justin Rautenberg ist Chief Financial Officer der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesunder Schwalm-Eder Kreis + GmbH; Michael Zaske ist Leiter der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam

Ähnlich der Klimakrise ist zu erwarten, dass wir bei Fortsetzung des bisherigen ökonomischen Prinzips in wenigen Jahren den tipping point für unser solidarisches Gesundheitssystem (und im Weiteren dann des Pflegesystems) überschreiten. Die Krankheitslasten, die von einer Ernährungs- und Tabakindustrie sowie einer allzu lange Automobilität bevorzugenden Stadtplanung mit befördert wurden und werden, werden angesichts der dafür nötigen Fachkräfte dann nicht mehr solidarisch bewältigt werden können, für die geringer Verdienenden bzw. ärmeren Rentner werden Wartelisten und Rationierungen kommen und den „Besserverdienenden“ werden kommerzielle Medizinanbieter privat zu finanzierende Angebote machen. Derartige Entwicklungen lassen sich in den USA, aber auch in Großbritannien und neuerdings in Dänemark schon sehen.

Das heißt aber auch, wenn wir den Kipppunkt hinauschieben und besser ganz vermeiden wollen, dann reicht es nicht, einige neue Modelle gegen die Fehlanreize der Ökonomie zu etablieren oder kleine Förderprogramme und Pilotmodelle zu unterstützen – und ansonsten auf die Selbstverwaltung zu warten. **Stattdessen muss sich die Zielrichtung auf die Transformation der ökonomischen Rahmenbedingungen für alle Akteure orientieren, damit sich das breite Feld der Akteure und Einrichtungen im Gesundheitswesen („digital – ambulant – stationär – rehabilitativ/pflegerisch“) in Verfolgung ihrer wirtschaftlichen Interessen auf die neue Arbeits- und Versorgungsform ausrichtet, um dann aus der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung einer Region ihren betriebswirtschaftlichen Erfolg zu erzielen.**

Und genau an dieser Stelle setzt das Konzept der „Integrierten Gesundheitsregionen“ an. Sie verknüpft das von Anne-Kathrin Klemm beschriebene Leit- und Zielbild mit einer ökonomischen Logik und kommt dabei aber in die Herausforderung, dass dies nicht auf der Ebene der einzelnen Leistungserbringer möglich ist. Die Zufälligkeit ihrer Patientenschaft, die Möglichkeiten der bewussten oder unbewussten Selektion, die sozialen Determinanten der Möglichkeiten von Gesunderhaltung machen eine auf das Gesundheitsergebnis bezogene Vergütung für den einzelnen Therapeuten heute noch unmöglich, das ist auch aus der Debatte um Qualität im Gesundheitswesen und möglicher Selektionsrisiken hinreichend bekannt. Anders ist es heute schon für die Summierung der Ergebnisentwicklung für große Kollektive, so z. B. mit einer ganzen Region von z. B. 80.000 bis 200.000 Menschen in einem Landkreis<sup>2</sup>. Auch diese Größenordnung von Menschen hier und dort, auf dem Land, in der Stadt, im Südwesten und Nordosten unterscheiden sich im Einzelnen, aber mit den Routinedaten der Krankenkassen zu Morbidität, zur Nutzung des Gesundheitssystems und zum Al-

ter, den Daten aus der Sozialstatistik und auf der Basis der heutigen IT mit ihren Matching-Algorithmen können hier Bezugsgrößen für die Populationen insgesamt definiert werden, um z. B. Verschiebungen des Eintrittsalters von bestimmten chronischen Erkrankungen, von häuslicher oder stationärer Pflegebedürftigkeit, von Dialysepflichtigkeit und Ereignisse wie Schlaganfällen, Oberschenkelhalsbrüchen etc zu bestimmen. Nicht zu vergessen die Gesamtkosten der Krankenkassen für die Patienten als Folge der Morbidität und die Nutzung des kassenübergreifenden Ausgleichssystems mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds als weiterem Maßstab.

Die Nutzung von Landkreisen bzw. von Bezirken in den Großstädten mit jeweils um die 80.000 oder 200.000 Menschen als Bezugspunkt hat neben der besseren Möglichkeit einer bereits heute schon möglichen Ergebnismessung auch noch andere Gründe. Wenn wir den Blick über den Einzelnen hinaus auf die Bevölkerung richten wollen (man könnte auch sagen von „health care“ zu „public oder population health“), dann ist die Region mit einer derartigen Bevölkerungszahl eine gut manageable Einheit. Gleichzeitig sind Landkreise bzw. entsprechend große kommunale Gebietskörperschaften auch die Leidtragenden von nicht funktionierender Prävention und Versorgung, sei es über die Hilfen bei Pflegebedürftigkeit (z. B. im Kreis Borken, wo OptiMedis gerade eine Initiative startet, mit vsl. knapp 33 Mio € geplanten Ausgaben für das Jahr 2022) oder über den Ärger der Bürger über nicht mehr funktionierende Versorgung, den sie bei den Kommunalverwaltungen abladen. In Regionen solcher Größenordnung können mit einer aktiven Unterstützung von Gesundheitskompetenz, Bewegungsförderung, regionaler Ernährungsoptimierung und dem Zusammenwirken der verschiedenen Akteure in der Versorgung Veränderungen der Morbidität und des Eintrittsalters bestimmter Erkrankungen in einem Ergebniswettbewerb zu anderen Regionen festgestellt werden. **100.000 Menschen, das sind im Schnitt auch ca. 410 Millionen Euro Gesamtausgaben der GKV, noch ohne die SPV.** Bei ca. 5–7% möglichen Einsparungen, wie sie im Kinzigtal im Verhältnis zur bundesdurchschnittlichen Entwicklung erreicht wurden, entsteht damit auch ein relevantes Transformationsbudget von ca 25 Mio. € pro Jahr (Hildebrandt H; Löschmann C, Haas N, 2023). Nicht zuletzt gibt es auch eine demokratietheoretische Begründung für den Rückgriff auf die kommunale Ebene, im Rahmen der Daseinsvorsorge hat sie letztendlich eine Sicherstellungsverantwortung, auch wenn diese für den Bereich der ambulanten ärztlich-psychotherapeutischen GKV-Versorgung an die Kassenärztlichen Vereinigungen delegiert ist.

2 Die Zahl von 80.000 Menschen hatte das BMG auch in seinen Eckpunkten als Orientierungsgröße für die Gesundheitskioske angegeben.

International ist die Diskussion zu neuen populationsorientierten Versorgungslösungen intensiv zugange, Begriffe wie Value-based Healthcare, Accountable Care, Alternative Payment Systems, Health Maintenance Organisations und Capitation sind Ausdruck einer Suche nach nachhaltigen Steuerungs- und Finanzierungssystemen, zuletzt u. a. wieder auf den Diskussionen des World Economic Forum in Davos (WEF 2023). In Deutschland wurden mit der Einführung der „Integrierten Versorgung“ unter der grünen Gesundheitsministerin Andrea Fischer, die dann später in „Besondere Versorgung“ geändert und dann aber auch wieder ein Stück mehr auf eine Populationsorientierung ausgerichtet wurde, neue Vertragsformen erprobt, aber viel zu selten auch wirklich so ausgerichtet, dass die relative Verbesserung des Gesundheitsstatus einer Region wirtschaftlich belohnt wurde. Im Grunde ist dies nur in Anteilen zwischen Krankenkassen und einigen Arztnetzen sowie in den Regionen passiert, die von der speziell für diesen Zweck gegründeten Opti-Medis AG in ihrer Entwicklung angeleitet bzw. organisiert werden, seit 2005 im südbadischen Kinzigtal mit der AOK Baden-Württemberg und der SVLFG (bis 2021), vorübergehend in einem Vertrag mit der AOK Nordrhein-Hamburg in den zwei Stadtteilen Billstedt und Horn und seit 2019 bzw. 2020 in den zwei nordhessischen Landkreisen Werra-Meißner und Schwalm-Eder mit zwei Betriebskrankenkassen (BKK Werra-Meißner und BKK B.Braun-Aesculap). Dass solche Geschäftsmodelle erfolgreich funktionieren und sogar internationale Aufmerksamkeit erlangen können, konnte gezeigt werden (vgl. Siemens Healthineers, 2021).

Anne-Kathrin Klemm scheut sich allerdings vor der Einführung „weiterer, gar noch gewinnorientierter Akteure“ in Form von regionalen Managementgesellschaften. Stattdessen sollten vor Ort schon vorhandene Strukturen gewählt werden, sie zählt dazu Ärztenetze, Krankenhäuser, Soziale Institutionen oder auch Krankenkassen. Bis auf die Krankenkassen sind das genau die Akteure, die in der großen Ausarbeitung der 19 Expert:innen zu den Integrierten Gesundheitsregionen als mögliche Initiator:innen von Managementgesellschaften genannt worden sind (Hildebrandt et al, 2021). Zwei Argumente hatten uns damals vor allem dazu geleitet, eine neue Managementinfrastruktur vorzusehen: Einerseits braucht eine Verantwortungsübernahme für die Gesundheit einer regionalen Bevölkerung eine gewisse Neutralität zu den einzelwirtschaftlichen Interessen der Akteure. Zum anderen muss der regionale Integrator, die Vertrags- und Verantwortungsgemeinschaft, organisations- und investmentfähig sein. **Der „Neustart einer effizienten und qualitativ hochwertigen Versorgung“, wie es sich Frau Klemm gemeinsam mit der Partei der Grünen und den 19 Expert:innen (und vielen anderen) wünscht, ist keine**

**Aufgabe für Amateure, die nebenbei ehrenamtlich am Wochenende erledigt werden kann.** Sie erfordert gezieltes Management mit professioneller Arbeitsteilung, interdisziplinärem Wissen, daten-analytischen Fähigkeiten und der Bereitschaft, gezielt zugunsten vulnerabler Zielgruppen und auch bzgl. der Organisationsformen von Versorgung, man denke an Gesundheitslotsen, Physician Assistants, Community Health Nurses, Primärversorgungszentren, Level 1i Gesundheitszentren etc., zu investieren. Wenn aber die Gewinnorientierung an das Gesundheitsergebnis für die Population der Region gebunden ist, was ist dann das Problem mit Gewinnorientierung?

Die öffentliche Scheu vor Gewinnorientierung im Gesundheitswesen kommt ja aus den aktuellen Fehlanreizen der Vergütungen. Wenn der Gewinn (nach einem entsprechenden Invest) aber aus dem erreichten relativ höheren Maß an Gesundheit und der erreichten zeitlichen Verschiebung des Eintrittsalters von Erkrankungen bzw. der geringer notwendig gewordenen Inanspruchnahme des Gesundheitswesens entsteht .... so what? Und wenn das bundesweit erfolgt, ist auch die Sorge vor überschießenden Gewinnen überflüssig, da sich dann ja auch die bundesweiten Vergleichswerte wettbewerblich verringern.

Ein Wort noch zu den Krankenkassen, die von Anne-Kathrin Klemm als Strukturen erwähnt werden, die regional die Versorgung organisieren könnten. Angesichts des wettbewerblichen Verhaltens der Kassen untereinander erscheint es uns kaum vorstellbar, dass eine Krankenkasse oder ein Verband für die anderen mit die regionale Präventions- und Versorgungsneuorganisation übernehmen könnte. Ohne Zweifel haben Krankenkassen durchaus ein wichtiges Knowhow dafür und als Vertragspartner für solche Versorgungsverbünde/Managementgesellschaften könnten sie dies einsetzen, aber ist es tatsächlich denkbar, dass sie von allen anderen das Mandat dafür bekämen, konkret vor Ort die Reorganisation für alle zu managen?

Welche Strukturen müssten dafür vor Ort auch erst wieder aufgebaut werden, wo sich doch fast überall – die beiden nordhessischen BKKen mit denen wir kooperieren, sind hier eine Ausnahme – die Krankenkassen zentralisiert haben und sich aus der Fläche bis auf Servicestellen zurückgezogen haben?

10 % der Bevölkerung nach einem neuen Zielbild managen zu wollen, ist zum Scheitern verurteilt, auch die ca. 25 % die wir in den nordhessischen Regionen managen oder die 50 % im Kinzigtal sind eigentlich zu wenig, um tatsächlich das Mindset der Leistungserbringer rele-



vant zu verändern. Damit das neue Zielbild kulturell wie ökonomisch das „new normal“ wird, benötigt man schon besser 90 % der Population.

**Wie kann jetzt der Wechsel von einer sektoralen, auf die einzelne Leistung abzielenden Vergütung hin zu einer auf die Gesundheit einer Population ausgerichteten Vergütung erfolgen?** Mit Recht kritisiert Anne-Kathrin Klemm bei dem Konzept der „Integrierten Gesundheitsregionen“ eine Zurückhaltung bzgl. der Veränderung der Vergütungen der einzelnen Akteure. Nur oberhalb der einzelnen Akteure, also auf der Ebene der Vertragsgemeinschaft bzw. der Managementgesellschaft erfolgt nach diesem Konzept die Verantwortungsübernahme für die Gesamtkostenentwicklung und die Belohnung aus dem erreichten Gesundheitsgewinn in Form der geringer notwendigen Gesamtkosten für die Population in dieser Region. Die einzelnen Leistungserbringer würden erst einmal weiterhin nach den bundesweiten Regelungen entlohnt. Damit bleiben für diese die ökonomischen Fehlanreize unterhalb der Managementgesellschaft zunächst bestehen. Dies kann man von zwei Blickwinkeln aus betrachten: Man kann es begrüßen und sagen, dass damit eine gewisse Balance erzeugt zwischen Überversorgungs- und möglichen Unterversorgungsanreizen wird, die durch eine Gesamtkostenverantwortung erzeugt werden könnten.

Angesichts der bevorstehenden Dramatik der Kostenentwicklung in der GKV kann man das aber auch bedauern und eine schnellere Abkehr von diesen Fehlanreizen einfordern. In letzter Zeit ist vermehrt das Stichwort „Freihandelszone“ aufgebracht worden, also ob nicht mit einer solchen Kostenverantwortung auf der übergeordneten Ebene auch dort dann mehr Freiheitsgrade erlaubt werden sollten, andere Vergütungen vorzusehen. Dem würden sich die Autoren anschließen.

### Ein Vorschlag für eine gesetzgeberische Umsetzung:

- Freiwillig: Einführung eines eigenen § in das SGBV mit der Bezeichnung „**Integrierte Gesundheitsregionen**“. Leistungserbringer, deren Verbände sowie Dritte können populationsorientierte (also indikationsübergreifende) und sektorenübergreifende langjährige Versorgungsverträge unter dem § „Integrierte Gesundheitsregionen“ mit Übernahme der Kostenverantwortung mit interessierten Krankenkassen und Pflegekassen und mit einem Fokus auf Prävention und auf die Versorgung chronisch Kranker abschließen. Regionaler Bezug: Teilgebiete von Landkreisen bzw. Städten mit einer Einwohnerzahl zwischen 80.000 – 200.000 EW).
- Verpflichtend: Das **Gremium nach § 90 SGBV des Landes** kann zusätzlich Regionen bestimmen, in denen **Kassen einheitlich und gemeinsam solche Verträge verhandeln/abschließen müssen**, wenn mindestens drei der folgenden sechs Kriterien zutreffen: ein Vertragspartnerkonsortium bietet sich an, geringer ärztlicher Versorgungsgrad der Region, besonders hohe Krankheitslast, die Gesundheitsentwicklung beeinträchtigende soziale Faktoren in der Region, absehbar schwierige Personalsituation im Pflegebereich und in den Gesundheitsfachberufen, die Gebietskörperschaft der betreffenden Region unterstützt das Vertragspartnerkonsortium. Schiedsamtbarkeit. Die Bundesländer erhalten vom BAS die Versorgungsdaten der Krankenkassen bezogen auf ihre Region, die diese für die Berechnung des Gesundheitsfonds an das BAS liefern müssen – mit Granulierung auf PLZ-Ebene.
- **Keine Einschränkung der Wahlfreiheit der Versicherten, keine Einschreibnotwendigkeit für Versicherte** zur Teilnahme (da alternative Regelversorgung), allerdings die Möglichkeit für Versicherte, sich an der Erprobung und Erfolgsevaluation neuer Versorgungsleistungen auch mit ihren Daten zu beteiligen.
- Verpflichtende **Kooperation der Vertragsgemeinschaften mit jeweiliger Gebietskörperschaft** (Kommune, Landkreis) zur Abstimmung mit den gesundheitsbezogenen Aktivitäten der Kommunen, des ÖGD und den sozialen/psychosozialen Beratungsstellen.
- Die Vertragsgemeinschaften erhalten die Möglichkeit der Transformation mithilfe der **Trägerschaft von Regionalversorgungszentren** (intermediären, ambulanten-stationären Gesundheitszentren): Diese sollen in erster Linie in ländlichen Regionen an die Stelle nicht mehr wirtschaftlicher/ nicht mehr bedarfsnotwendiger Krankenhäuser treten und ambulante/ teilstationäre Leistungen erbringen können. An sie sollten auch angesiedelt werden können: interdisziplinäre Aufnahmestationen/ integrierte Notfallzentren, Kurzliegerstationen.
- Die Vertragsgemeinschaften können – entsprechend der noch vorzusehenden Regelungen – auch **Gesundheitskioske mit einem Netzwerk von Gesundheitslotsen** in den lokalen Gesundheitseinrichtungen, Apotheken und Praxen und sozialen Einrichtungen errichten und damit die medico-soziale Kooperation intensivieren.
- Die Vertragsgemeinschaften müssen prinzipiell selbst ihre eigene **Anschubfinanzierung** besorgen, sie können sich allerdings von interessierten Krankenkassen mit einer Anschubfinanzierung unterstützen lassen. Die Vertragsdauer sollte langjährig sein, um entsprechende Investitionen in die Gesundheitsoptimierung anzureizen.
- **Gesamtkostenverantwortung**: Die Vertragsgemeinschaften müssen eine Budgetverantwortung in Höhe

der für die Versicherten in dieser Region durch die Krankenkassen erhaltenen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds (ohne die Verwaltungskosten der Krankenkassen) eingehen. Vergütungswege werden ansonsten aber nicht zwingend verändert, d.h. die Leistungserbringer rechnen wie bisher mit den Krankenkassen ab. Die Vertragsgemeinschaften erhalten von den Krankenkassen nur die Differenz zwischen den tatsächlich abgerechneten Ausgaben und den erhaltenen Zuweisungen. Die Steigerung der Zuweisungen wird auf die deutschlanddurchschnittliche Steigerung pro Kopf und Alter fixiert. Die Vertragsgemeinschaften können ihrerseits mit Leistungserbringern in der Region und den Krankenkassen alternative Vergütungen vereinbaren.

- **Krankenkassen müssen** (analog der Regelungen für Präventionsausgaben und Qualitätsverträge) **mindestens 10 € pro Kopf ihrer Versicherten pro Jahr für die Anschubfinanzierung von Gesundheitsregionen** im Sinne regionaler populationsorientierter und indikationsübergreifender Vertragsformen ausgeben (bezogen auf alle ihre Versicherten in Deutschland, also nicht nur ihrer Versicherten in den Gesundheitsregionen). Sie können dies für ihre eigenen freiwillig eingegangenen Verträge wie aber auch für die verpflichtend eingegangenen ausgeben. Dies entspricht ca. 730 Mio € insgesamt. Nicht ausgegebene Anteile der 10 € pro Kopf müssen von den Krankenkassen an den Gesundheitsfonds zurück abgegeben werden.
- **Ergebnisberichterstattung:** Das BAS bzw. das neue Bundesinstitut Öffentliche Gesundheit erstellt für die Gesundheitsregionen und den Gesetzgeber auf der Basis national konsentierter Indikatoren (vgl. Geraedts et al, 2022) **öffentliche Berichte** bzgl. der Morbiditätsentwicklung und der Entwicklung des durchschnittlichen Eintrittsalters ausgewählter lebensstilbezogener Erkrankungen sowie der Pflegebedürftigkeit und der vermeidbaren Krankheitsbeeinträchtigung sowie vermeidbarer Mortalität Years of life lost (YLL) (per 100 000 population) Das BAS erhält das Prüfrecht gegenüber den Krankenkassen, ob und wie sie die 10 € pro Versicherten ausgegeben haben. Krankenkassen müssen ihren Mitgliedern, dem BAS bzw. dem neuen Bundesinstitut Öffentliche Gesundheit und der Öffentlichkeit gegenüber jährlich Bericht erstatten bzgl. der o. a. Ergebnisparameter – für die Gesamtheit ihrer Versicherten. Diese Transparenzpflicht gilt auch für die regionalen Vertragsgemeinschaften, die ihrer Region, dem BAS bzw. dem neuen Bundesinstitut Öffentliche Gesundheit und der Öffentlichkeit gegenüber jährlich einen analogen Bericht zu den o. a. Ergebnisparametern erstatten müssen.

Der Ansatz für integrierte Gesundheitsregionen bindet sich in den auch in dem GMK-Beschluss zur „Kranken-

hausfinanzierung – Eckpunkte der Länder zur Krankenhausreform“ vom 20.10.2022 geforderten notwendigen Instrumentenkasten ein, mit dem vor Ort getroffene Entscheidungen zur Etablierung sektorenübergreifender Strukturen auch realisiert werden können. Das BMG hatte einen solchen Instrumentenkasten in Aussicht gestellt. Vor diesem Hintergrund weist die dritte Stellungnahme der Regierungskommission in die richtige Richtung, die in ihrem Versorgungsstufenmodell eine integrierte ambulant-stationäre Grundversorgung vorsieht, in der sich ambulant-stationäre Gesundheitszentren wiederfinden können.

Benötigt wird jedoch noch die bundesgesetzliche Schaffung gesetzlicher Regelungen für sektorenübergreifende Angebote, die die Möglichkeit eröffnen, die ambulante vertragsärztliche Behandlung um pflegerische bzw. die stationäre Behandlung um stationärsersetzende Elemente zu einer neuen ambulant-stationären Versorgungsform zu erweitern bzw. umzuwandeln. Unabdingbar sind neben der leistungsrechtlichen Verankerung eines solchen Versorgungsangebots zugunsten der Versicherten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung die leistungserbringerrechtliche Unterfütterung und insbesondere Regelungen für eine auskömmliche Finanzierung der absehbar anfallenden Kosten.

- schnell umsetzbare Ansätze zur Ermöglichung der Ambulantisierung stationärer Leistungen durch ambulante Leistungserbringung und Kurzliegerstationen (Decision unit) als **ambulant-stationäre Zentren** (neuer § 39f SGB V). Sollte ein solches Leistungsangebot vom Land geplant werden, ist das Benehmen mit dem jeweiligen § 90a Gremium des Landes einzuholen.
- schnell umsetzbare Stärkung der Primärversorgung durch die Etablierung von **Primärversorgungszentren** (neuer § 30 oder 73 a SGB V),
- generelle Erleichterungen für regionale Vertragsschlüsse (für „integrierte Gesundheitsregionen“ sind oben ja schon Vorschläge formuliert),
- kurzstationäre Grund- und Übergangsversorgung (u.a. § 73c neu),
- sektorenübergreifende Versorgungsplanung, wie auch von der Regierungskommission anvisiert („Harmonisierung der stationären und ambulanten Planungsinstrumente“).

Bei der Verzahnung ambulanter und stationärer Angebote zu einer neuen Versorgungsform - „ambulant-stationärer Gesundheitszentren“ - geht es um die Möglichkeit zur engmaschigen Beobachtung und krankenpflegerischen Betreuung über Nacht sowie die Bereithaltung einer ärztlichen Rufbereitschaft für auftretende Notfallsituationen, die das geltende „rein ambulante“ Versorgungs-

system nicht vorhält. Ergänzt werden kann das Angebot je nach Bedarf und Mitwirkungsbereitschaft vor Ort um weitere Angebote.

Primärversorgungszentren (PVZ) hingegen enthalten weniger den Fokus auf ein stationäres Element. Es geht vielmehr um mit den verschiedenen Akteuren vernetzte Versorgungssteuerung mit in erster Linie ambulanten Behandlungsmöglichkeiten. Dabei wird präventiven, gesundheitsfördernden und rehabilitativen Maßnahmen hohe Gewichtung beigemessen. Bei Bedarf kann das PVZ um stationäre Elemente ergänzt sein, so dass es zu einem „ambulant-stationären PVZ“ erweitert werden kann.

### Fazit:

Die Autoren stimmen mit Anne-Kathrin Klemm überein, dass die Umsetzung der in der Koalitionsvereinbarung vorgesehenen Erleichterungen für regionale Verträge und für „Gesundheitsregionen“ einen Wandel zu einem Leitbild von Prävention und team-basierter Versorgung ermöglicht. Nach Ansicht der Autoren erfordert dies aber eine entsprechende betriebswirtschaftliche Grundierung in Form der Kostenverantwortungsübernahme auf einer regionalen Ebene, die sich z. B. an Landkreis- oder Bezirksgrößen in Städten orientieren könnte. Gleichzeitig sehen sie diese Transformation der ökonomischen Anreizsituation, wohlgernekt zunächst auf einer Meta-Ebene oberhalb der einzelnen Leistungserbringer, als eine entscheidende Weichenstellung, um den „tipping point“ für die Finanzierbarkeit des solidarischen Versorgungssystems in den nächsten Jahren bei fortgesetzter Morbiditätsentwicklung bei gleichzeitigem Fachkräftemangel und inflationärer Kostenentwicklung zeitlich herauszuzögern bzw. im Idealfall ganz zu vermeiden. Analog zu den Anfängen der Klimaschutzdiskussion können wir jetzt noch gemeinsam die Entwicklung gestalten. Der oben entworfene Vorschlag für eine gesetzgeberische Umsetzung bereitet dafür den Weg. Ohne Zweifel werden wir alle gemeinsam dazu noch intensiv an einem leicht verständlichen Narrativ arbeiten müssen, um nicht nur die Gesundheitspolitiker der Ampel sondern auch die Bevölkerung für eine derartige Transformation gewinnen zu können. Ein gutes Vorbild dafür gibt der von der Robert Bosch Stiftung ausgerufene „Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens“ (Klapper, Cichon 2021).

Wie auch an anderer Stelle ausgedrückt (Hildebrandt, 2023), sehen wir für eine solche Transformation in dieser Legislatur durchaus eine Chance. Eine solche Transformation des grundlegenden Geschäftsmodells im Gesundheitswesen ist keine Aufgabe für eine einzelne Partei, aber ist vielleicht genau der zusammenführende Faktor für die Ampel-Regierung, die gesundheitspolitisch aktu-

ell eine gemeinsame Konzeption eher vermissen lässt. Die daraus resultierende soziale Dimension würde gut zu SPD und Grünen passen. Die nicht nur für Deutschland, sondern auch für Europa interessanten Geschäftsmodell-Innovationen mit einem Start-Up-Impetus für neue hybride Unternehmensformen (digital-analog) würden sich gut für FDP und Grüne eignen. Und die Vermeidung einer deutlich über die 40 % Grenze hinausschießenden Belastung der Sozialbeiträge für Wirtschaft und Beitragszahler wäre die Formel, die sich für alle politisch Verantwortlichen anbieten würde.

Mit Blick auf die nächsten Jahre und die anstehenden Verteilungskonflikte rund um den Bundeshaushalt und die Schuldenbremse bleibt uns nicht mehr viel Zeit für eine Transformation der Fehlanreize des heutigen Gesundheitssystems. Jeder Monat, den wir heute versäumen, wird sich in den nächsten Jahren bitter in überschießenden Kosten und sozialen Konflikten rächen. Die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften sollten hier die Frühwarnrolle übernehmen. Das reine Plädoyer für nachhaltige und effizienzsteigernde Strukturreformen ohne den Angriff auf das zugrundeliegende Geschäftsmodell reicht nicht. Das Ziel sollte der Triple-Wumms sein: Krankheitslast verringern + zeitlich verschieben + neue ergebnisbezogene Geschäftsmodelle für diese Transformation ermöglichen!

### Umfassende Literatur bei den Autoren



#### Helmut Hildebrandt

Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG, Hamburg



#### Justin Rautenberg

Chief Financial Officer der OptiMedis AG und Geschäftsführer der Gesunder Schwalm-Eder Kreis + GmbH



#### Michael Zaske

Leiter der Abteilung Gesundheit beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg, Potsdam