



Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene

Vorschlag für eine Neuausrichtung des
deutschen Gesundheitssystems



Stand August 2020

Autorenkollektiv*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. **Wolfgang Klitzsch**, Mitglied im erweiterten Vorstand des 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.

Einleitung

Wie lässt sich eine besser koordinierte, sektorenübergreifende Integrierte Versorgung (IV) zugunsten der Bevölkerung einer gesamten Region und eines effizienten Gesundheitssystems erreichen? Dieser Frage gehen wir – eine Gruppe von Autoren aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens – nach und stellen einen umfangreichen Lösungsansatz zur Diskussion.¹ Unser Ziel ist die Entwicklung einer **nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland**. Der Ansatz besteht aus vier Elementen und reicht von der Initiierung, Organisation und Umsetzung über Finanzierung und Anreizsetzung bis hin zu Steuerung und Qualitätswettbewerb in **Innovativen Gesundheitsregionen (IGR)**. Er erfordert erhebliche Veränderungen in der Bundes- und Ländergesetzgebung. Und er würde das Gesundheitswesen in Deutschland gravierend verändern. Aber wir sehen darin eine reelle Chance – hin zu einem zukunftsfähigen integrierten Gesundheitssystem mit einem Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung. Einem Gesundheitswesen, das den Akteuren ihren Einsatz für Gesundheit und Effizienz belohnt, Patienten konkret einbezieht und Herausforderungen wie z. B. dem demografischen Wandel oder Pandemien, wie wir sie gerade erleben, Stand hält.

Zu Beginn beschreiben wir, weshalb sich die Integrierte Versorgung schwächer entwickelt hat, als geplant und weshalb regionale Lösungen eine so entscheidende Rolle für die erfolgreiche Umsetzung spielen. Es geht um mögliche Lösungsansätze, „Lessons learned“ aus anderen Ländern und die Herausforderungen, die sich auf dem Weg zu dem genannten Ziel stellen. Schließlich wird der Lösungsansatz ausführlich vorgestellt und diskutiert.

¹ Die Diskussion wurde zum Teil angeregt durch die Überlegungen von Ron Müller, Dezernatsleiter im Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg, im Heft 1/2020 der WdK. Der Artikel bezieht sich zudem auf Diskussionen im Umfeld der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, des Bundesverbands Managed Care, der PORT-Konzeption der Robert Bosch Stiftung, des Regionalansatzes der Stiftung Münch sowie auf Überlegungen der Bund-Länder-AG zur „sektorenübergreifenden Versorgung“.

Inhaltsverzeichnis

1. Warum der Blick auf die Region?	1
1.1. Was hindert uns an einer IV für alle GKV-Versicherten einer Region?.....	2
1.2. Erfolgsbremse: Zu hoher Aufwand für den Leistungserbringer?.....	5
1.3. Koordination und Integration: Zwei Wege, große Stolpersteine.....	6
1.4. Trend zu weiterer Fragmentierung statt zu realer Integration.....	8
2. Lösungsversuche und ihre Grenzen	10
2.1. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“	10
2.2. Kommunale Ansätze: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen	11
2.3. Innovationsfonds G-BA.....	13
2.4. Die konzeptionellen Entwürfe verschiedener Stiftungen	13
3. Hilft ein Blick über die Grenzen hinweg?	16
4. Die Herausforderungen auf dem Weg zu einem ordnungspolitisch vertretbaren Vorschlag für ganz Deutschland	18
5. Innovative Gesundheitsregionen (IGR): Ein Vorschlag zur Reform der Regelversorgung	23
5.1. Koordinationsrahmen: „Kommunale Gesundheitskonferenzen 2.0“	24
5.2. Qualitätssicherung: Standardisierte Basisverträge „Regionale Integrierte Versorgung“ ..	29
5.3. Finanzierungsanreize: „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“	31
5.4. Steuerung: Public Performance Reporting	36
6. Ausblick: Innovative Gesundheitsregionen auf dem Weg der Umsetzung	39
6.1. Kritische Faktoren: Beteiligung und Akzeptanz, Fehlanreize und Innovationsträgheit.....	40
6.2. Konkrete Fragen: Einladung zum Diskussionsprozess.....	50
7. Die Covid-19-Krise als Herausforderung und Chance	55
8. Fazit	56

1. Warum der Blick auf die Region?

Die Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie helfen, noch einmal klarer zu fokussieren: Wir haben eines der besten Versorgungssysteme weltweit. Doch die exzellente Behandlung eines einzelnen Patienten kommt dann an ihre Grenzen, wenn gleichzeitig die Infektionsketten, z. B. in Wohnheimen von Großschlachtereien, in einkommensschwachen Milieus, bei Veranstaltungen in Kirchengemeinden oder beim großstädtischen „Cornern“, nicht konkret vor Ort unterbunden werden. Oder umgekehrt psychische und soziale Probleme durch administrative Regeln neu erzeugt werden, weil Lebensrealitäten und Bedarfe nicht differenziert genug berücksichtigt werden.

Schon vor der Pandemie konnten wir den engen Zusammenhang zwischen der regionalen Organisationsebene und der Qualität und Sicherung der gesundheitlichen Versorgung deutlich erkennen. Ob bezogen auf unterschiedliche Prävalenzen und Inzidenzen von Erkrankungen², auf Versorgungsengpässe in ländlichen oder einkommensschwächeren großstädtischen Regionen durch fehlende Praxisübernahmen, lokale Versorgungsabbrüche nach Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalten, Stationsschließungen aufgrund von örtlichem Personalmangel im pflegerischen und ärztlichen Bereich von Krankenhäusern oder die Schwierigkeiten bei der Nachwuchsgewinnung in den therapeutischen Berufen vor Ort: **Gesundheit ist primär ein lokales und regionales Gut.**³ Erst recht, wenn man die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit sowie die lokalen Interventionsmöglichkeiten ins Blickfeld rückt. **Die Region als die unterste Einheit für die Entwicklung von Gesundheit und die Sicherung der Versorgung**⁴ muss deshalb in das Zentrum der Reformen geführt werden.⁵

² Vgl. die Studien des ZI im Rahmen des „Versorgungsatlas“, so u.a. verteilt sich beispielsweise die Häufigkeit von Hypertonie zwischen 20 % in Hamburg und 39 % in Sachsen-Anhalt, vgl. eine der jüngsten Studien: Holstiege J, Akmatov MK, Steffen A, Bätzing J. Diagnoseprävalenz der Hypertonie in der vertragsärztlichen Versorgung – aktuelle deutschland-weite Kennzahlen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 20/01. Berlin 2020. DOI: 10.20364/VA-20.01. www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-da-tum-sortiert/?tab=6&uid=107

³ Vgl. u. a. Reimann, C.: Ländliche Regionen stärken und medizinische Versorgung sichern. G&S Gesundheits- und Sozialpolitik, Seite 24 - 26, Jahrgang 74 (2020), Heft 2

⁴ Gleiches gilt für Bedingungen guter Pflege: Auch sie können nur regional gewährleistet werden, vgl. Klie, T.: Pflegereport 2018. Pflege vor Ort - gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm. Hamburg, 2018 Freiburg: medhochzwei (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 26)

⁵ Die „Urform“ der Region werden dabei sehr wahrscheinlich die 294 Landkreise und 107 kreisfreien Städte darstellen müssen. Schon allein um die demokratische Legitimität und die Anschlussfähigkeit an die vorhandenen Strukturen, u. a. die 380 Gesundheitsämter, darzustellen.

1.1. Was hindert uns an einer Integrierten Versorgung für alle GKV-Versicherten einer Region?

Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind dabei nicht nur auf der „Soll“-Seite zu betrachten. Ein hoher Gesundheitsstatus durch gute Prävention, positiv unterstützende Gesundheitsförderung für Jung und Alt sowie eine saubere und schadstofffreie Umwelt gehen ebenfalls auf der „Haben“-Seite in die Bilanz der Regionen ein. Kommunen und Städte profitieren von einem erhöhten Erwerbsfähigkeitsanteil, geringeren Ersatzleistungen, höherer Wirtschaftskraft und Attraktivität für die Erweiterung oder Neuansiedlung von Betrieben genauso wie von höherer Kreativität der Bevölkerung.

Erstaunlich, dass diese Themen bei der Diskussion über Gesundheitspolitik immer schnell wieder außen vor sind. Dabei können wir die Kernprobleme heute klar benennen und daraus zielgeleitete Fragen hin zu den angestrebten Veränderungen entwickeln:

- › **Unser Gesundheitssystem folgt immer noch einem veralteten Modell:** Es schaut auf den einzelnen Leistungserbringer und nicht auf die Qualität der gesamten Prozesskette – von der Vermeidung bis hin zur Behandlung einer Erkrankung und der Unterstützung beim Leben mit der Erkrankung. Kein Wunder, dass der Gesamtprozess mangelhaft ist, wenn nur eines der Teilelemente und/oder die Übergaben in dieser Prozesskette nicht gut funktioniert haben. Folgerichtig ist das Gesundheitssystem auch in seinen Anreizen zur Leistungserbringung auf individuelle Einzelleistungen statt auf Maßnahmen mit Populationsbezug ausgerichtet. Im Vordergrund steht eine kurative Medizin anstelle einer präventiven Ausrichtung inklusive der Befähigung der Menschen zur Gesunderhaltung bzw. zum Selbstmanagement. Alle Agierenden in den unterschiedlichen Sektoren haben ein eigenes Geschäftsmodell, über das die jeweilige Arbeit vergütet wird. Der ökonomische Nutzen vergrößert sich, wenn durch preisgünstigere Leistungsproduktion, z. B. durch Zeiteinsparung, Einsatz kostengünstigerer Mitarbeiter*innen etc., der freie Anteil am abgerechneten Leistungsvolumen vergrößert werden kann – egal ob dieser jetzt „Unternehmerlohn“ oder „Gewinn“ genannt wird. Wenn dazu noch die Leistungsmenge ausgedehnt werden kann, zumindest jene außerhalb etwaiger Budgetierungen, dann können die Akteur*innen auch noch Skalenvorteile für sich nutzen.

*Wie schaffen wir es, ein übergeordnetes ökonomisches Interesse an mehr Gesundheit und Effizienz zu erzeugen? Ein Interesse, das die Prozessqualität und das Versorgungserleben für die Patient*innen insgesamt fördert, den Gesamtprozess der Vermeidung bzw. Linderung und Behandlung von Erkrankungen optimiert sowie Patient*innen bzw. ganze Bevölkerungsgruppen in ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Selbstmanagement fördert?*

- › **Die Patient*innen werden nicht ausreichend als aktive Partner*innen im Entwicklungsprozess von Gesundheit angesehen und unterstützt:** Gesundheit kann nur in den seltensten Fällen über den Kopf der Patient*innen hinweg entwickelt werden. Insbesondere bei den größenordnungsmäßig bedeutsamsten Erkrankungen – nämlich den chronischen Erkrankungen – kann dies immer nur gemeinsam mit den Betroffenen in Co-Produktion gelingen und die „therapeutische Teamleistung“ muss im Zentrum der Betrachtung stehen.

*Wie schaffen wir es, eine gute Therapie zu belohnen, die sich daran misst, in welchem Maße die Patient*innen in ihrer aktiven Partnerschaft erfolgreich unterstützt wurden?*

- › **Bestehende Strukturen werden der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht gerecht:** Obwohl sich in der Praxis ein interprofessionelles Arbeiten der verschiedensten Berufsgruppen im Gesundheitswesen schon längst durchgesetzt hat, sind die Regularien des Systems, die Verantwortlichkeiten und die Vergütungsformen noch lange nicht hinterhergekommen und behindern damit eine inter- bzw. transprofessionelle Arbeit zugunsten der Patient*innen.⁶

Wie können wir durch eine neue Systemkonstruktion und eine neue Vergütungssystematik diese Hindernisse aus dem Weg räumen und damit zu einer Zusammenarbeit kommen, die von gegenseitiger Achtung und Wertschätzung bei jeweilig maximaler Kompetenz im jeweiligen Feld gekennzeichnet ist?

- › **Die gemeinsam erzeugte und koordiniert erreichte Qualität der Behandlungsergebnisse und der erzielte Gesundheitsstatus von Populationen ist nach wie vor kein Maßstab:** Das gilt sowohl für die Vergütung der Leistungserbringer als auch für den Vergleich der Leistungsergebnisse der Krankenkassen oder den der regionalen Gesundheitspolitik.

Wie lässt sich das Patientenwohl und eine Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung zum Zielwert und Maßstab machen?

- › **Keine klare Zielsetzung im Gesundheitswesen zur Angleichung von Gesundheitschancen:** Unser Gesundheitssystem – als Teil der gesellschaftlichen Gesamtorganisation von Daseinsvorsorge – versagt trotz aller Einzelerfolge seit Jahren bei der Aufgabe, die Gesundheitschancen, den Gesundheitsstatus und die Lebenserwartung von Menschen aus einkommensschwachen Milieus an den der höheren anzugleichen. Keine Frage, das ist keine triviale Aufgabe und sie reicht weit über die gegenwärtige Aufgabenstellung der Gesundheitsversorgung hinaus.

⁶ Vgl. Ewers, M., Schaeffer, D. (2019): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten auf steinigen Wegen. In: Ewers, M., Paradis, E., Herinek, D. (Hrsg.): Interprofessionelles Lernen, Lehren und Arbeiten: Gesundheits- und Sozialprofessionen auf dem Weg zu kooperativer Praxis. Weinheim: Beltz-Juventa, 55-69
Vgl. Hildebrandt, H., Gröne, O., Pimperl, A.: Gesundheit schaut nicht auf die Profession der Produzenten: Trans- bzw. Interprofessionalität als Katalysator für die Produktion von Gesundheit in Integrierter Versorgung und Gesundheitsnetzen. In: Löcherbach, P., Wendt, W. R. (Hrsg.): Care und Case Management. Transprofessionelle Versorgungsstrukturen und Netzwerke, Kohlhammer Verlag, 2020.

Aber wie schaffen wir es, uns dies überhaupt als Ziel zu setzen und die Zielerreichung valide zu messen? Und belohnen wir jene für ihre Anstrengungen, die sich erfolgreich dafür einsetzen?

Die lokale Gesundheitsversorgung, die Public-Health-Infrastruktur und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sind nur ungenügend miteinander verknüpft: Dies zeigte sich insbesondere in den Anfängen der Pandemie mit Reaktionsdefiziten und den Herausforderungen in der Kommunikation. Neben der besseren Ausstattung der Gesundheitsämter⁷ sind auch ihre engere Verknüpfung zur Versorgungsinfrastruktur sowie zu dem großen Bereich der zivilgesellschaftlichen Aktivitäten für mehr Gesundheit dringend erforderlich.

*Wie kann der ÖGD die Bürger*innen vor Ort zu mehr Gesundheit aktivieren? Wie kann eine aktivierende und advokatorische Rolle für die Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Bevölkerung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst so entwickelt werden, wie sie die Autor*innen des Thesenpapiers zur Pandemie 3.0 mit Recht einfordern?⁸ Und wie gelingt uns eine effizientere Verzahnung des ÖGD mit den Versorgern und den Versorgungsstrukturen vor Ort?*

- › **Die zentralisierte Organisation von Krankenkassen steht lokalen Investitionen in die Gesundheit der Gesamtbevölkerung entgegen:** Die Art, wie Krankenkassen aus der Historie heraus organisiert wurden, trägt dazu bei, die Region als den Ursprung von Gesundheit oder Krankheit zu vergessen. Krankenkassen regulieren primär die Leistungen für Erkrankte – demnach sind sie Einkäufer der Leistungen für Kranke und erst danach der Kümmerer (care holder). In dem Versuch, Krankenkassen zu einer Reduktion der Kostensteigerungen anzuhalten, wurden diese in einen Wettbewerb um die geringsten Zusatzbeiträge und die kostengünstigste Erbringung von Serviceleistungen hineingeführt. Zentralisierung war die Folge, lokale Geschäftsstellen wurden notwendigerweise geschlossen bzw. zu Vertriebsorganisationen umgebaut. Entsprechend verringerte sich der Kontakt zum lokalen Geflecht rund um die Entstehung und Förderung von Gesundheit. Hinzu kommt: Eine regional organisierte Optimierung der Entstehungsbedingungen von Gesundheit würde nicht nur den eigenen Versicherten, sondern auch denen der „konkurrierenden“ Krankenkassen zugutekommen, sofern die partizipierenden Ärzte, Sportvereine oder anderen Partner keine Selektion nach Krankenkassenmitgliedschaft betreiben.

Wie schaffen wir Anreizstrukturen für Krankenkassen, damit sie über die verpflichtenden Anteile an Aufwendungen für Prävention nach dem Präventionsgesetz hinaus investieren?

⁷ In ihrem Konjunkturpaket vom Juni 2020 hat die Koalition einen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ beschlossen. Der Bund soll den Ländern in Form von Umsatzsteuerfestbeträgen die finanziellen Mittel zur Verfügung stellen, um die zusätzlich erforderlichen Stellen in den Gesundheitsämtern vor Ort für die kommenden fünf Jahre zu finanzieren, soweit die Anstellung bis Ende 2021 erfolgt ist. Mit einem Förderprogramm will der Bund die technische und digitale Auf- und Ausrüstung des ÖGD unterstützen. Insgesamt sind bis zu 4 Mrd. Euro für diese Maßnahmen vorgesehen. Vgl. auch den sehr lesenswerten Kommentar von Matthias Gruhl im Observer Gesundheit www.observer-gesundheit.de/quo-vadis-oegd

⁸ Schrappe et al. Thesenpapier 3.0 Die Pandemie durch SARS-CoV-2/Covid-19 – eine erste Bilanz. Juni 2020. Abrufbar unter: www.socium.uni-bremen.de/uploads/thesenpapier_3.pdf

1.2. Erfolgsbremse: Zu hoher Aufwand für den Leistungserbringer?

Mit der Integrierten Versorgung des § 140a ff SGB V hat die rot-grüne Koalition im Jahre 2000 auf einige dieser Problemfelder reagiert und eine Möglichkeit für innovative Lösungen geschaffen, die eigentlich einige Fallstricke des gegenwärtigen Systems umgehen sollten. Innovative Leistungserbringer und Krankenkassen können alternative Lösungen vereinbaren – zur Probe oder auf Dauer. Wie Brandhorst (2017) schrieb, „war die mit der Gesundheitsreform 2000 in das Krankenversicherungsrecht eingeführte Integrierte Versorgung (...) der bis dahin ambitionierteste Schritt, um den für das deutsche Gesundheitssystem typischen Koordinations- und Kooperationsdefiziten entgegenzuwirken. Vom Gesetzgeber beabsichtigt war die Schaffung einer alternativen Form der Regelversorgung, die die althergebrachten Verhältnisse nach und nach überformen sollte.“⁹ Roland Berger Strategy Consultants hatten im Oktober 2002 in einer Studie prognostiziert, dass im Jahre 2020 rund 35 % der Versicherten und ca. 20 % des Gesamtvolumens des Gesundheitsmarktes transsektoral integriert versorgt würden.¹⁰

Wir wissen heute, dass dies bei Weitem nicht so ist. Zunächst ist die Entwicklung einer realen Kooperation immer eine der schwierigeren Aufgaben. Die analoge oder digitale Übergabe von Informationen und konzeptionellen Überlegungen bezüglich der Behandlung oder die Organisation eines Behandlungspfades unter Einbeziehung von präventiven Elementen erfordern immer einen Zusatzaufwand gegenüber der sektoralen Regelversorgung. Und der Nutzen entsteht aus Leistungserbringersicht primär bei den anderen, also den Patient*innen und den Krankenkassen. Und je komplexer die jeweilige Behandlung und Verständigung über diese ist – etwa im Fall multimorbider Patient*innen, bei Krankheiten mit lebensstilbezogenen Herausforderungen oder im Fall von Patient*innen mit sprachlichen Verständigungsproblemen –, umso aufwendiger ist es. Bei einer nach Sektoren getrennt finanzierten und an durchschnittlichen Klienten orientierten Versorgung fällt eine solche Zusatzfähigkeit deshalb oftmals als erstes weg, auch wenn sie aus ethischen Gründen gefordert und in den Behandlungsleitlinien abgebildet ist und gesamtökonomisch große Vorteile erzeugen würde. Nach Knieps (2020) stellt sich folgende Notwendigkeit: „Die vernetzte und die integrierte Versorgung müssen die Regelversorgung bilden und durch eine übergreifende Steuerung von Kapazitäten, Vergütungsformen und Qualitätsanforderungen endlich die jeweilige Binnenlogik der einzelnen Versorgungsbereiche zurückdrängen.“¹¹

⁹ Brandhorst, A.: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. (2017)

¹⁰ „Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukte-Industrie“, Gutachten im Auftrag des BVMed, Roland Berger Strategy Consultants, 2002

¹¹ www.background.tagesspiegel.de/gesundheit/das-krankenversicherungsrecht-muss-generalueberholt-werden

1.3. Koordination und Integration: Zwei Wege, große Stolpersteine

Wenn jetzt mittels Verträgen nach § 140a SGB V Leistungserbringer oder eigens gegründete Konsortien bzw. Managementgesellschaften/Institute diese verstärkten Koordinations- und Integrationsleistungen erbringen wollen, dann stehen ihnen im Grunde zwei Wege offen:

1. Sie können in Fortführung der bisherigen Vergütungskonzepte den Krankenkassen zusätzliche Koordinationsleistungen (etwa Lotsentätigkeiten, Edukationskonzepte, intensivierte Beratungsleistungen) anbieten und darauf hoffen, dass Krankenkassen sich überzeugen lassen, dafür zusätzliches Geld auszugeben. Dieses muss die vermehrten Aufwände abdecken, die wiederum auf Dauer zu Minderausgaben bei den Krankenkassen führen (meist setzt das noch über Drittmittel finanzierte Pilotprojekte voraus, die den Kosten-Nutzen-Effekt plausibel machen oder sogar mit gesundheitsökonomischen Studien nachweisen).
2. Sie brechen mit der bisherigen Systematik und investieren selbst in diese Koordination und die analoge sowie digitale Weiterentwicklung der Abläufe und Prozesse. Damit ihre Investitionen refinanziert werden können, müssen sie allerdings vorab mit den Krankenkassen zu Vereinbarungen kommen, dass diese sie in gesicherter Form an den Erfolgen beteiligen, falls daraus eine „Integrationsdividende“ entsteht, d. h. ein verbessertes Verhältnis von Kosten zu Einnahmen (Zuweisungen).

Viele innovative Modelle haben in der Vergangenheit den einen oder anderen Weg beschritten, oft nur mit mäßigem Erfolg und gegen großen Widerstand. Die Gründe¹² dafür lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Im Dickicht der Regelungen und der festgefahrenen Strukturen des Gesundheitswesens erleben sie in höchstem Maße Widerstand, wenn sie für koordinierte Leistungen zusätzliche Vergütungen beanspruchen. Den Krankenkassen stellt sich die Frage, ob aus der Plausibilität einer Maßnahme nachher auch tatsächliche Einsparungen entstehen. Sie stehen damit letztendlich im Risiko – gleichzeitig verlangen Gesetzgeber und Aufsicht aber bei Strafe der Vorstandshaftung die gesicherte Wirtschaftlichkeit.

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

2. Auch dann, wenn die Initiator*innen auf zusätzliche Vergütungen verzichten und stattdessen Verträge anstreben, um sich mit den Krankenkassen eine gegebenenfalls erzielte Integrationsdividende zu teilen, wird dies nicht einfacher. Prinzipiell sind solche Lösungen über den § 140a zwar möglich – und werden z. B. in Baden-Württemberg seit 15 Jahren erfolgreich erbracht –, dennoch stellen sich auch für positiv aufgeschlossene Krankenkassen an dieser Stelle Herausforderungen. Dies betrifft u. a. die Komplexität der Erfolgsmessung, die notwendige interne Umorganisation in Verwaltungsabläufen, die Anforderungen der Aufsicht bezüglich der Abgrenzung gegenüber der Regelversorgung oder die kommunikativen Herausforderungen von national aufgestellten Kassen, wenn bestimmte Versorgungsangebote nur regional einlösbar sind.
3. Wirtschaftlicher Wettbewerb besteht nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb der Sektoren, was grundsätzlich als Fortschrittsmotor sinnvoll ist. Kooperation und Koordination mit gemeinsam vereinbarten Behandlungspfaden und einer am übergeordneten Versorgungsziel ausgerichteten, konsentierten Aufgabenverteilung für die Patient*innen erfordern jedoch in Teilen die Überwindung des Denkens um den jeweiligen „Anteil am Vergütungskuchen“ zugunsten der patientenorientiertesten Lösung – etwa zwischen Allgemeinmedizin- und fachärztlichen Praxen. Dies steht wiederum der betriebswirtschaftlichen Logik der jeweiligen Praxis bzw. anderweitigen Versorgungseinheit entgegen.
4. Ein anderes Problem stellt sich innerhalb einer Praxis, eines Krankenhauses oder einer Apotheke, um nur einige der Gesundheitsakteur*innen zu benennen: Wenn z. B. 30 % der Patient*innen nach einem selektivvertraglichen und 70 % innerhalb einer Einrichtung nach dem klassischen Regelversorgungsmodell behandelt werden, da nur Krankenkassen mit einem 30%-igen Marktanteil den Selektivvertrag abgeschlossen haben, entsteht ein doppelter Aufwand an Verfahrensanweisungen, Trainings für das jeweilige Vorgehen, EDV-Umstellungen u.v.a.m. Auch engagierte Gesundheitsakteur*innen müssen sich deshalb genau überlegen, ob sie den zusätzlichen Aufwand und die damit möglicherweise entstehenden Ablaufunsicherheiten wirklich eingehen wollen und ob zusätzliche Vergütungen (sofern vorhanden) diesen Zusatzaufwand rechtfertigen können.¹³ Zumal sie damit auch in argumentative Herausforderungen gegenüber den Patient*innen kommen, wenn sie den Versicherten der einen Krankenkasse eine zusätzliche Option anbieten können, den Versicherten der anderen Krankenkasse aber nicht. Gerade für ethisch hochmotivierte Leistungserbringer (und auch die Öffentlichkeit) ist eine Differenzierung von Behandlungspfaden nach Krankenkassen schwer akzeptabel. Wenn als Konsequenz aber auch die Versicherten nicht vertragsbeteiligter Krankenkassen die Vorteile

¹³ Hier nicht weiter erörtert – dennoch soll angemerkt werden, dass diese Problematik auch dazu in der Lage ist, die Höhe der notwendigen zusätzlichen Vergütung so hoch zu treiben, dass inhaltlich gute Ansätze ihre Wirtschaftlichkeit verlieren und dadurch nicht zur Realisierung kommen.

verbesserten Pfaden erfahren, können diese Krankenkassen dann Trittbrettfahreneffekte erhalten, ohne dass sie dafür zahlen. Die Antizipation solcher Effekte reduziert wiederum die Bereitschaft potentieller Initiatoren auf der Seite der Krankenkassen.

5. Für Krankenkassen sind darüber hinaus Verträge zur Integrierten Versorgung¹⁴ eine der wenigen Differenzierungsoptionen im Wettbewerb um die Versicherten. Wenn Krankenkassen wirtschaftlichen Erfolg oder steigende Mitgliedschaftszahlen ihren eigenen Selektivverträgen der Integrierten Versorgung zuschreiben, weshalb sollen sie ein Interesse daran haben, dass Leistungserbringer gleichlautende Verträge mit allen Kassen abschließen?

1.4. Trend zu weiterer Fragmentierung statt zu realer Integration

Im Ergebnis kommen viele Initiator*innen, die neue Lösungen entwickeln wollen, zu dem Schluss, dass es einfacher und erfolgversprechender ist, an den alten Modellen der Vergütung festzuhalten. Statt auf Koordination setzen sie dann auf die Strategie sektorspezifischer Optimierung. Sie kaufen beispielsweise weitere Praxissitze auf, um dann vom Vorteil der Skalierung zu profitieren, erwerben zusätzliche Gerätschaften, fördern die Bindung von Ein- oder Überweisern, bieten zusätzliche Leistungen z. B. im Krankenhausbereich an oder entwickeln vertikal integrierte, konzernähnliche Strukturen, um zugunsten einer betriebswirtschaftlichen Optimierung die gesamte Wertschöpfungskette zu nutzen. Ob daraus Nutzeneffekte für die Patient*innen entstehen oder sich sogar negative Effekte auf das Patientenwohl entwickeln, steht bei solchen auf betriebswirtschaftliche Effizienzsteigerung angewiesenen Insellösungen weniger im Fokus. Im Effekt wird damit wertvolles Innovationspotenzial zugunsten einer optimierten Versorgung durch unser bestehendes Regelsystem blockiert.

Eine Betrachtung der aktuellen Investitionen im Gesundheitswesen¹⁵ zeigt genau dieses Bild: Statt der volkswirtschaftlich sinnvollen Integration und Optimierung von Gesundheitsförderung und -versorgung erfahren wir eine betriebswirtschaftlich nützliche, aber volkswirtschaftlich unsinnige Vermehrung und Ausdifferenzierung von Leistungen. Diese Überversorgung ist teuer, schadet den Patient*innen und wird zudem noch durch Unter- und Fehlversorgung in anderen Bereichen negativ ergänzt. Die Logik folgt der betriebswirtschaftlichen Optimierung

¹⁴ Seit der letzten Reform wurde die Begrifflichkeit Integrierte Versorgung vom Gesetzgeber mit der Überschrift „Besondere Versorgung“ überwölbt. Damit wurde gleichzeitig die Abkehr von der ursprünglichen Idee der allmählichen Überformung der Regel- durch die Integrierte Versorgung zumindest begrifflich noch einmal zementiert.

¹⁵ Scheuplein, C., Evans, M., Merkel, S.: Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor: eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018. Internet-Dokument. Gelsenkirchen: Institut. Arbeit und Technik. IAT discussion paper, no. 19/01 Link: www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf

entsprechend der jeweils besten Renditechance, die sich zum Beispiel oft zu Lasten der konservativ-medizinischen und zugunsten des Ausbaus operativer Leistungen auswirkt.¹⁶

Eine der Barrieren und Hindernisse für eine Ausweitung regionaler Integrationslösungen wird aktuell von dem Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) dargestellt: Durch eine sehr spezifisch eingegrenzte Interpretation des § 140a SGB V auf selektivvertragliche Produktlösungen, wird das BAS im Moment von vielen Krankenkassen als Bremser innovativer Lösungen auf regionaler Ebene angesehen. Dies gilt in besonderem Maße für Krankenkassen, die direkt der Aufsicht des BAS unterstellt sind. Eine Reihe von Krankenkassenvorständen legt deshalb aktuell in der Antizipation befürchteter negativer Auflagen in der Folge (Vorstandshaftung) alle Verträge vorab dem BAS zur Prüfung vor, obwohl das so nicht vom Gesetzgeber vorgesehen war. Da diese Prüfung zumeist restriktiv und relativ festgefahren unter dem Modus von indikationsspezifischen Add-On-Vergütungsformen erfolgt, werden damit größere Lösungen, die quer über alle Indikationen und auf Populationen in bestimmten Landkreisen oder Stadtbezirken ausgerichtet sind und der Logik einer geteilten Integrationsdividende folgen, eher erschwert.¹⁷

Die bereits im Jahr 2000 mit der Einführung des § 140a konzipierte Herausforderung bleibt also bestehen: **Wie schaffen wir es, die althergebrachten Verhältnisse nach und nach im Sinne einer echten Integration der Versorgung umzuformen und von Pilotlösungen für Minderheiten von Patienten einzelner Krankenkassen hin zur neuen „Normalität“ für alle Patienten zu gelangen?**

Unserer Auffassung nach wird dies nur durch eine stärkere Regionalisierung möglich werden.

¹⁶ Die Corona-Krise und die in den einzelnen Ländern erreichten Ergebnisse demonstrieren gerade sehr anschaulich, wie desaströs sich ein schlecht koordiniertes Gesundheitssystem (und ein schlecht organisiertes politisches Handeln) auf die jeweilige Volkswirtschaft auswirken kann.

¹⁷ Ein zum Zeitpunkt der Schriftlegung des Artikels veröffentlichter Referentenentwurf zum Versorgungsverbesserungsgesetz sieht einige Veränderungen vor, u. a. die ausdrückliche Aufnahme regionaler Versorgungsinnovationen, die Streichung des besonderen Wirtschaftlichkeitsnachweises nach § 140 a Abs. 2 S. 4 (Nachweis der Wirtschaftlichkeit der Verträge nach spätestens vier Jahren), die Ermöglichung gegenseitiger Unterstützung bei Beratungs-, Koordinierungs- und Managementleistungen incl. der Möglichkeit, Dritte zu beauftragen und die Möglichkeit, dass Krankenkassen und ihre Verbände auch gemeinsam Selektivverträge abschließen können. Unserer Einschätzung nach sind diese Änderungen positiv zu werten, aber entwickeln noch keine ausreichende Anreizwirkung, um die Investitionen umzusteuern. Im Übrigen sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass die Vorschrift bis 2015 die Vorgabe enthielt, dass die Verträge eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen sollen“. Diese Zielrichtung hatte der Gesetzgeber selbst aufgegeben, mit der Änderung soll sie jetzt wieder als spezielle Möglichkeit benannt werden.

2. Lösungsversuche und ihre Grenzen

Die inzwischen als „Besondere Versorgung“ nach § 140a SGB V bezeichnete Integrierte Versorgung erlaubt bereits aktuell die Beteiligung vieler Krankenkassen. In der Praxis gestaltet sich eine Beteiligung verschiedener Krankenkassen an populationsorientierten Lösungen aber so schwierig, dass es nach Kenntnis der Autor*innen in Deutschland bisher nur eine Lösung gibt, die (nahezu) alle Krankenkassen in einen IV-Vertrag einbindet.¹⁸ Das ist eine Lösung, die unter Beteiligung eines der Mitautoren für die Klient*innen der evangelischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in Niedersachsen vereinbart wurde und inzwischen mit verschiedenen Änderungen über nahezu 20 Jahre besteht. Ansonsten gibt es einige Verträge, die von Serviceeinrichtungen für Krankenkassen gleich für mehrere Krankenkassen abgeschlossen worden sind. Den Autor*innen ist aber kein Vertrag bekannt, an dem sich so viele Krankenkassen beteiligen, dass mehr als 90 % der Versicherten dadurch erreicht würden. Verträge nach § 140a SGB V werden, wie oben beschrieben, innerhalb der Welt der Krankenkassen zu einem großen Teil als Differenzierungsmöglichkeiten im Wettbewerb gesehen: Wenn alle Krankenkassen den gleichen Vertrag zur Integrierten Versorgung unterzeichnen würden, dann fiel genau diese (latente) Differenzierungsmöglichkeit weg.

2.1. Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Sektorenübergreifende Versorgung“

Eigentlich hatte sich der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD von 2018 bereits des Themas der sektorübergreifenden Versorgung angenommen. Darin ist die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe beschrieben, die Vorschläge erarbeiten soll und auch spezifische regionale Ausgestaltungen ermöglichen sollte.¹⁹ Der dazu bisher im Januar 2020 vorgelegte „Fortschrittsbericht“ der Bund-Länder-AG „Sektorübergreifenden Versorgung“ erscheint ernüchternd. Der zweifellose Verdienst der AG besteht in der Entwicklung einer Reihe von Lösungsansätzen für einzelne Schnittstellenprobleme, so u. a. in der Notfallversorgung, in der Überlegung von Anreizen zur Ambulantisierung von Krankenhausleistungen und für die Finanzierung von Patientenlotsen und Community Health Nurses sowie in der Sanktionierung für nicht erfolgtes Entlassmanagement. Damit werden aus Patientensicht in jedem Fall gravierende Problemfelder der gegenwärtigen Versorgung angesprochen. Grundsätzlich bleiben die Vorschläge aber dem gegenwärtigen Finanzierungsmodell und den darin enthaltenen Fehlanreizen unterworfen. Ein

¹⁸ Allein schon aus der Tatsache, dass es für eine solche Aussage der Marktkenntnis der Akteur*innen bedarf und keine öffentliche Transparenz über die existierenden Verträge der Besonderen Versorgung gibt, macht ohne jeden Zweifel ihren primär wettbewerblichen Charakter deutlich.

¹⁹ Vgl. www.cdu.de/system/tdf/media/dokumente/koalitionsvertrag_2018.pdf

Ansatz zur Umorientierung in Richtung populationsorientierter Vergütungen oder gar „pay for results“, in denen der erzielte Gesundheitsnutzen stärker im Fokus der Vergütung steht, ist nicht abgebildet. Auch ein Entfernen der oben dargestellten Hindernisse für Verträge zur Integrierten Versorgung ist nicht zu erkennen. Sicherlich ist dies auch dem Umstand geschuldet, dass in der gesundheitspolitischen Debatte die sektorenübergreifende Versorgung auf eine bessere Verzahnung von Krankenhausversorgung und ambulanter ärztlicher Versorgung reduziert wird, wie Brandhorst (2017) mit Recht feststellt.²⁰

2.2. Kommunale Ansätze: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen

Alternativ wäre denkbar, an der Weiterentwicklung der inzwischen von mehreren Bundesländern eingeführten „Kommunalen Gesundheitskonferenzen“, so u. a. verpflichtend in NRW und in Baden-Württemberg, aber auch in Eigeninitiative in einzelnen Landkreisen quer über die Republik, anzusetzen. Ihre Mitglieder setzen sich zumeist aus Vertretern der jeweiligen regionalen mit Gesundheit befassten Administration, der Ärzteschaft und anderer Berufsgruppen, der stationären Einrichtungen, der Sozialversicherungsträger und weiteren Verbänden und Einrichtungen zusammen. Trojan beschreibt 2017 in einem Überblicksaufsatz, dass in „der Realität aber sowohl auf Landes- als auch auf Kommunalebene starke Variationen vorkommen“.²¹



Abbildung 1: Typische Akteursgruppen in den Gesundheitskonferenzen. (Quelle: Holleder 2013)

²⁰ Brandhorst, A.: Kooperation und Integration als Zielstellung der gesundheitspolitischen Gesetzgebung – Darstellung und Analyse der Reformmaßnahmen seit 1989. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthé, E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden: Springer VS. (2017)

²¹ Trojan, A.: Gesundheitskonferenzen. In: BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. 2017, sowie die Bezugsquelle: Holleder, A.: Gesundheitskonferenzen in Deutschland: Ein Überblick. Gesundheitswesen 2015; 77: 161-167. vgl. auch: Holleder, A., Regionale Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen plus in Deutschland: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitäten. Public Health Forum 2016; 24 (1): 22-25; vgl. auch weitere Publikationen von Holleder zur Evaluation der GesundheitsregionenPlus-Lösung in Bayern: Holleder, A., Eicher, A., Pfister, F., Stühler, K., Wildner, M.: Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionen-plus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. In: Das Gesundheitswesen 2017; 79: 613-616

Die Erfahrungen mit der Wirksamkeit der Gesundheitskonferenzen sind unterschiedlich. Bis auf wenige Ausnahmen mit sehr engagierten Landrät*innen, die sich des Themas sehr angenommen haben, muss von eher relativ begrenzten Erfolgen ausgegangen werden. Da die meisten Gesundheitskonferenzen keine eigene Investitionsfinanzierung haben, muss zumeist für jegliche Maßnahme zunächst eine Finanzierung gesucht und gefunden werden. Eigeninteressen der jeweiligen Institutionen und die Konkurrenz zwischen den Anbieter*innen bzw. geringe Entscheidungskompetenzen der Konferenzen, können ebenfalls Entscheidungen behindern und verzögern. Häufig werden Entscheidungen auf überörtlicher Ebene getroffen, die dann zwar Auswirkungen auf die Arbeit der lokalen Ebene haben, aber von dort aus nicht verändert werden können. Insbesondere auf der Krankenkassenseite ist zusätzlich davon auszugehen, dass örtliche Vertreter*innen an die Vorgaben ihrer Landes- bzw. Bundesorganisationen gebunden sind.

Einige Landesregierungen versuchen mittels der Einführung und einer gewissen Anschubfinanzierung von „Gesundheitsregionen“ eine bessere Koordination von Versorgung zu ermöglichen, so u. a. sehr aktiv Niedersachsen²² und Bayern²³. Die Länder finanzieren damit eine gewisse Grundausstattung der kommunalen Ebenen für die Koordination, greifen damit einen der oben beschriebenen Mängel auf und bieten gleichzeitig in einem geringen Maße Projektfinanzierungen an. Dies erscheint zwar eigentlich ein guter Ansatz, aber leider erfolgt eine reale Verknüpfung von Prävention und Gesundheitsförderung auf der einen und Versorgung und Gesundheitswirtschaft auf der anderen Seite – mit dem Ziel der Steigerung des Patientenwohls bei gleichzeitiger Effizienzsteigerung für das Gemeinwohl – noch viel zu selten. Dazu wären deutlich bessere Voraussetzungen bezüglich der Gesundheitsdaten der jeweiligen Bevölkerung und eine größere Durchsetzungsstärke vonnöten, um die beschriebenen betriebswirtschaftlichen Logiken der bestehenden Versorgungsstrukturen zu überwinden. Stattdessen sind solche Gremien eher der Gefahr ausgesetzt, dass sich Einzelinteressen von Gesundheitsanbieter*innen durchsetzen, die sich zwar gelegentlich zu sinnvollen Projektmaßnahmen bündeln lassen, dann aber mit der zeitlichen Befristung von „Projektfinanzierungen“ wieder in sich zusammenzufallen drohen. Im besten Fall lassen sie sich noch zeitweilig mit den Präventionsgeldern der Krankenkassen, zusätzlichen Landesmitteln, dem Innovationsfonds des G-BA oder einzelnen IV-Verträgen weiterführen und dienen dann zeitbegrenzt der Erprobung von neuen Versorgungslösungen. Gerade die Zeitbegrenzung von Projektförderung steht jedoch dem Aufbau komplexer neuer Steuerungsstrukturen innerhalb und zwischen den beteiligten Organisationseinheiten entgegen, denn hier sind häufig umfangreiche Anfangsinvestitionen zu tätigen, die sich erst über längere Zeit hin auszahlen.

²² Vgl. www.ms.niedersachsen.de/startseite/themen/gesundheitsregionen_niedersachsen/gesundheitsregionen-niedersachsen-119925.html

²³ Vgl. Holleder, A., Eicher, A., Pfister, F., Stühler, K., Wildner, M.: Vernetzung, Koordination und Verantwortung durch Gesundheitsregionenplus: Neue gesundheitspolitische Ansätze und Entwicklungen in Bayern. Gesundheitswesen, 2015 vgl. auch zu neueren Entwicklungen: www.gesundheitsregionenplus.bayern.de

2.3. Innovationsfonds G-BA

Eingerichtet wurde der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) u. a. mit dem Ziel der „Förderung von neuen Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung und von Versorgungsforschung gemäß § 92a SGB V“. Einer der zentralen Anforderungen war dabei die Überführung von positiv evaluierten Versorgungslösungen in die Regelversorgung. Zweifellos hat der Innovationsfonds zu einer deutlichen Vermehrung von Ansätzen innovativer Versorgungslösungen geführt.²⁴ Aber das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zum Innovationsfonds vom März 2019 legt dafür auch sehr präzise die Grenzen dar: „Bei einer Überführung der Innovation in das Kollektivvertragsrecht sprechen wir uns dafür aus, ausschließlich die im SGB V bestehenden Transformationswege zu nutzen. Zu den Möglichkeiten, die die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung hierfür nutzen können, gehören insbesondere die Richtlinien des G-BA. Ferner kann der Bewertungsausschuss etwaige Gebührenordnungspositionen im einheitlichen Bewertungsmaßstab festsetzen, um eine neue Leistung in die vertragsärztliche Versorgung einzuführen.“²⁵ Damit richtet der GKV-Spitzenverband den Blick der Innovatoren erneut weg von etwaigen Überlegungen hinsichtlich Regionalbudgets und Ergebnisse belohnenden „pay-for-results“-Lösungen hin zu den eingefahrenen sektoralen Vergütungsmechanismen, die ihrerseits wiederum die Ursache für so viele Fehlanreize sind.²⁶

2.4. Die konzeptionellen Entwürfe verschiedener Stiftungen

Neben dem oben schon erwähnten Sachverständigenrat haben sich auch mehrere Stiftungen in den letzten Jahren zu dem Thema der sektorenübergreifenden Versorgung zu Wort gemeldet. Bereits 2013 legte die gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung ein Konzept vor, wie über eine Reihe von Anreizen und gesetzlichen Veränderungen Krankenkassen stärker auf die Förderung des Gesundheitsnutzens ihrer Versicherten ausgerichtet werden sollten, neue Betriebsformen für multiprofessionelle Teams ermöglicht und eine Vergleichs- und Berichtspflicht für Ergebnisqualität auf regionaler Ebene geschaffen werden könnten.²⁷ Im Jahre 2017

²⁴ Vgl. www.innovationsfonds.g-ba.de/innovationsausschuss

²⁵ Positionspapier des GKV-Spitzenverband zum Innovationsfonds: www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/20190319_Positionspapier_Innovationsfonds_barrierefrei.pdf

²⁶ Vgl. u. a. auch die schon frühzeitig geäußerte Kritik am Innovationsfonds mitsamt den Alternativvorschlägen, u.a. bei Rebscher, H.: Vernetzte Versorgung – Warum kommen die Konzepte so schleppend voran? In: Pundt, J.; (Hrsg.), Vernetzte Versorgung – Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft, Apollon University Press, Bremen 2017, S. 81-96

²⁷ Heinrich-Böll-Stiftung (2013) „Wie geht es uns morgen?“ Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen. Bericht der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung. Berlin. www.boell.de/de/content/wie-geht-es-uns-morgen

legte die Friedrich-Ebert-Stiftung nach. Sie beschrieb die Herausforderung wie folgt: „Eine funktionierende sektorenübergreifende Versorgung ist der Schlüssel zu höherer Qualität und Effizienz des Gesundheitswesens. Die Verbesserungspotenziale durch eine stärkere teamorientierte Zusammenarbeit sind enorm, insbesondere für die Patient_innen.“²⁸ Beide Stiftungspapiere erfuhr in den Fachkreisen eine kurze Diskussion, der Vorschlag der Böll-Stiftung bezüglich der Einrichtung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets aus Mitteln des Gesundheitsfonds wurde zwar mit der Gründung des Innovationsfonds aufgegriffen, auf die anderen Vorschläge ging die Bundesregierung jedoch nicht ein.

Die Robert Bosch Stiftung schlug 2017 einen anderen Weg ein. Sie setzte mit Ihrem Projekt „PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ auf die Entwicklung von Pilotlösungen für „lokale, inhaltlich umfassende und exzellente Gesundheitszentren in Deutschland, die die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können.“²⁹ Inzwischen wurden mehrere Piloten gefördert, außerdem wurden weitere Modelle unter der Bezeichnung „supPORT“ unterstützt, die einzelne Module zur späteren Anwendung in diesen PORT-Zentren entwickeln. Die Freie und Hansestadt Hamburg hat ein Programm aufgelegt, das in einer gewissen Analogie zu diesen Lösungen „Interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren“ aufbauen soll. In der Rot-Grünen Koalitionsvereinbarung wird dazu beschrieben:

„In jedem Bezirk wird zunächst in einem sozial besonders heterogenen Stadtteil ein interdisziplinäres Stadtteilgesundheitszentrum (ISGZ) eingerichtet, in dem Sozialberatung und Gesundheitsversorgung verbunden und möglichst im Kontext bereits bestehender sozialräumlicher Angebote und Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Als Träger eines ISGZ werden geeignete Vereine oder gemeinnützige Körperschaften mit Sitz in Hamburg ausgewählt. Zum Angebot gehört eine moderne Form der „Gemeindeschwester“, mindestens eine Haus- bzw. Kinderarztpraxis, ein Angebot für Prävention und Gesundheitsförderung und eine Sozialberatung. Die Projektförderung dient zudem der Förderung lokaler Gesundheitskompetenz unter besonderer Beachtung der vulnerablen Bevölkerungsgruppen. Perspektivisch sollen in den Zentren Gesundheitslots*innen und Fallmanager*innen tätig werden, um in besonderen Bedarfsfällen, Hilfen und Behandlungen zu koordinieren. Darüber hinaus arbeitet das Zentrum in einem lokalen Netzwerk eng zusammen mit weiteren Arztpraxen und anderen Gesundheitsberufen, Pflegeeinrichtungen, der Verbraucherberatung, sozialen Initiativen und dem Bezirksamt.“³⁰

Derartige „Patientenorientierte Zentren für die Primär- und Langzeitversorgung in einer Region“ bzw. „Interdisziplinäre Stadtteilgesundheitszentren“ können einen wichtigen Ankerpunkt und ein

²⁸ Friedrich-Ebert-Stiftung: PATIENT FIRST! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen (2017), S.5. www.library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf

²⁹ Vgl. www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2019-04/PORT_Neue_Perppektive_Gesundheitsversorgung.pdf

³⁰ SPD, Bündnis 90/Die Grünen: Zuversichtlich, solidarisch, nachhaltig – Hamburgs Zukunft kraftvoll gestalten. Koalitionsvertrag 2020, S.167

Testfeld für die Weiterentwicklung der intersektoralen Versorgung bieten.³¹ Sie sind zurzeit allerdings noch eher lokale und punktuelle Lösungen und führen damit noch nicht zu einer Lösung für die vorne beschriebene Frage nach der generellen Umwandlung der regionalen Versorgung. Allerdings ist das Projekt zum einen noch in einer laufenden Weiterentwicklung und zum anderen ergänzt die Robert Bosch Stiftung derzeit die Arbeiten mit weiteren Initiativen. Eine ganz besondere Wirkung lässt sich dabei durch das Projekt „Neustart! Reformwerkstatt für unsere Gesundheitswesen“ erhoffen. Die Stiftung erarbeitet darin in „Bürgerdialogen“ und mit „Experten-Think-Labs“ Impulse und Reformvorschläge und sucht nach Lösungen, die weiter reichen als bisherige Reformvorhaben. Gleichzeitig organisiert sie gesundheitspolitische Podien und bringt die erarbeiteten Konzepte in die Politik.

Anfang 2021 wird zusätzlich die Fertigstellung einer Studie unter der Überschrift „Die Rolle der Kommunen im Bereich Gesundheit“ erwartet. Damit sollen erstmals in einer empirischen Studie umfassend die Aktivitäten in ausgewählten Kommunen in den Bereichen Versorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention erfasst und ausgewertet werden. Die Studie wird vom Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung (ZEFIR) an der Ruhr Universität Bochum durchgeführt und von der Robert Bosch Stiftung und der Bertelsmann Stiftung gefördert.³²

Die Bertelsmann Stiftung wiederum hat über Jahre hinweg mit dem „Faktencheck Gesundheit“ Vorarbeiten geleistet zum Vergleich der gesundheitlichen Situation und der Versorgung in den Landkreisen in Deutschland.³³ Daraus entstand ein Datenvergleich, der für jede Planung von Verbesserungen und entsprechenden Interventionen von größter Bedeutung ist. Leider ist dieses Projekt beendet worden. Mit dem „Wegweiser Kommune“ werden allerdings zumindest gewisse demografische und soziale Vergleichsdaten sowie auch gesundheitliche Vergleiche weiterhin ermöglicht, z. B. vorzeitige Sterblichkeit als ein Indikator der Sustainable Development Goals im Nachhaltigkeitsbericht.³⁴

Die Stiftung Münch baut auf dem Konzept der Netzwerkmedizin auf und fragt, wie eine besser koordinierte, stärker patientenzentrierte und intersektoral angelegte Versorgung helfen kann, die alle Menschen in gleicher Weise teilhaben lässt. Als Voraussetzung sieht die Stiftung dafür ein Vergütungssystem, das die Sektorengrenzen tatsächlich überwinden kann und Qualität belohnt.³⁵ Sie schreibt: „Internationale Erfahrungen zeigen, dass sogenannte Capitation-Modelle, die auf leistungsunabhängigen und sektorenübergreifenden Pro-Kopf-Pauschalen beruhen,

³¹ weitere Modelle sind z. B. auch noch die „Universitätsambulanz für Integrative Gesundheitsversorgung und Naturheilkunde“ an der Universität Witten/Herdecke, vgl. www.uniambulanz-witten.de sowie die Lösungen, die auf der Website www.innovative-gesundheitsmodelle.de/referenzen beschrieben sind.

³² Vgl. www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/kein-kind-zuruecklassen-kommunen-schaffen-chancen/projektthemen/praeventionsforschung/gesundheitsstudie

³³ Vgl. www.faktencheck-gesundheit.de/de/startseite

³⁴ Vgl. www.wegweiser-kommune.de/themen

³⁵ Vgl. www.stiftung-muench.org/buecher

Anreize für eine derartige Versorgung schaffen können. In solchen Modellen übernehmen Leistungserbringer einen Teil des Versicherungsrisikos bzw. der finanziellen Verantwortung für Leistungen, die direkt von ihnen erbracht, veranlasst oder nicht vermieden werden.“ Ähnliche Überlegungen werden auch in Deutschland vorgeschlagen.³⁶ Die Stiftung Münch hat kürzlich dazu ein Buch herausgegeben, das Analysen von Modellen aus Spanien, Peru, den USA und der Schweiz zusammenträgt und die Voraussetzungen und Potenziale des Transfers eines derartigen populationsorientierten Vergütungsansatzes nach Deutschland prüft sowie die Optionen einer möglichen Umsetzung in Form prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets aufzeigt.³⁷

3. Hilft ein Blick über die Grenzen hinweg?

Das deutsche Gesundheitssystem steht hinsichtlich seiner Probleme bei der Integration und der Optimierung von Gesundheitsförderung, Versorgung und Patientenzentrierung keineswegs allein. Überall werden die überkommenen Strukturen und ihre Kooperationsbarrieren beklagt, ein „Population Health Management“ wird zum international viel beachteten Ziel. Überschaubare regionale Einheiten als Organisationsprinzip scheinen das Rezept für viele dieser Veränderungsansätze darzustellen. Interessanterweise zeichnen sich hier insbesondere Länder aus, deren Gesundheitssystem staatlich organisiert ist.

Es ist hier nicht der Platz, eingehender auf die Aktivitäten in anderen Ländern einzugehen. Dies ist verschiedentlich bereits erfolgt, so u. a. in dem o. a. Buch der Stiftung Münch und wird an anderer Stelle noch einmal in ausführlicherer Form geschehen.³⁸ Dennoch soll zumindest ein erstes Fazit gezogen werden, welche Lernimpulse aus einer internationalen Betrachtung gezogen werden können:

³⁶ Vgl. Augurzyk B., Graf C., Walter D., Griewing B.: Versorgung und Vergütung regional gedacht: Von der Volumen- zur Wertorientierung, Gesundheits- und Sozialpolitik Jg. 72 Heft 4-5/2018, S. 64-71.

sowie: Walter, D., Auner, H., Griewing, B.: Und der Patient entscheidet doch! Campusmodell der Rhön-Klinikum AG: Ansätze zur Bewältigung einer altersdominierten Gesundheitsversorgung ohne Rationierung. KU Gesundheitsmanagement 86(1), (2017) S. 53-56.

³⁷ Benstetter, F., Lauerer, M., Negele, D., Schmid, A. (2020) Prospektive regionale Gesundheitsbudgets. Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. medhochzwei, Heidelberg (Studie im Auftrag der Stiftung Münch)

³⁸ Eine Veröffentlichung durch einen Teil der Autoren ist in Arbeit. Verwiesen werden soll aber schon einmal auf folgende Publikationen: fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung: Denkstoff N°5: Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028. S.10-11 (Mai 2020)

www.fmc.ch/ Resources/Persistent/57a83965ac2b7ab2caa47c79b6b8365dc4583c75/Denkstoff_No5_DE_HE_online.pdf

Schulte, T., Pimperl A., Hildebrandt, H., Bohnet-Joschko, S. (2017). Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthé E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. 535-551

Burwell, SM (2015). Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. New England Journal of Medicine. 372. 897-899.

Gerlinger, T.: Konservative Wende in der Gesundheitspolitik: Der Health and Social Care Act 2013. In Bundeszentrale für politische Bildung (2014) www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/183941/der-health-and-social-care-act-2013

Schaeffer, D., Hämel, K. (2017): Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, M., Kriwy, P. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Berlin: Springer VS, 1-18.

- › Die klassische sektorale Einzelleistungsvergütung wird perspektivisch vielerorts abgelöst durch „outcome-orientierte“ Vergütungen, zum Teil als Capitation, zum Teil in Mischform als prospektive Budgets mit Qualitätsbonifikationen, um ein wirtschaftliches Interesse an Gesundheit und Patientenwohl anzureizen.
- › Derartige „outcome-orientierte“ Vergütungen werden aufgrund der ansonsten gefährlichen Risikoselektionsanreize nicht auf einzelne Leistungserbringer, sondern auf regionale Gruppierungen/neue Unternehmensformen ausgerichtet, z. B. auf Ärzte- oder professionell gemischte Gesundheitsnetze, Accountable Care Organisationen oder Clinical Commissioning Groups.
- › Dafür müssen neue institutionelle Zusammenschlüsse von Leistungserbringern oder auch neue regionale Unternehmensformen als handlungsfähige Einheiten herausgebildet werden, die auch fähig und bereit sind, ideelle und wirtschaftliche Verantwortung mitzutragen.
- › Diese Einheiten – sie könnten auch „Netzwerkstellen“ genannt werden – müssen in die Lage versetzt werden, die betreffende Population auf Versorgungsprobleme und Optimierungsmöglichkeiten hinsichtlich der Prävention wie der Kuration zu kennen. Sie müssen also die Daten der Versicherten analysieren und sich selber und ihre Interventionen evaluieren können.
- › Die Einheiten müssen einer gewissen öffentlichen Kontrolle und einem Monitoring ihrer Qualität unterworfen sein, ihre Ergebnisse sollten durch die Versicherten vergleichbar sein.
- › Derartige Veränderungen benötigen klare Anreize durch den Gesetzgeber und ggf. entsprechende Zielvorgaben, um auf der Seite der Leistungserbringer wie auch evtl. auf der Seite der Krankenkassen/Versicherungen/Regionen/Managementgesellschaften entsprechende Investitionsimpulse auszulösen. Eine gezielte Dezentralisierungsstrategie scheint dafür gerade in nationalen Gesundheitssystemen erforderlich.
- › Der initiale Investmentbedarf ist sehr hoch, d. h. Sozialleistungsträger, Sozialinvestoren und private wie staatliche Investoren sollten für die Entwicklung regionaler Lösungen zusammenarbeiten.

4. Die Herausforderungen auf dem Weg zu einem ordnungspolitisch vertretbaren Vorschlag für ganz Deutschland

Zunächst wollen wir **das Ziel** deutlich akzentuieren: Es geht um die Entwicklung einer **nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland.**

- › **Nachhaltig**, d. h. die Bürger werden in ihrer Gesundheitskompetenz und ihren Selbstmanagementfähigkeiten ihrer Erkrankungen gut unterstützt und die professionellen Akteur*innen werden von ihren Vergütungsformen nicht zu unnützen Leistungen angereizt, sondern erhalten eine ausreichende Vergütung für den von ihnen in Kooperation erzeugten Gesundheitsnutzen, so dass insgesamt die besten Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass ein so organisiertes Gesundheitssystem sich auch dauerhaft wirtschaftlich trägt.
- › **Bedarfsgerecht und robust**, d. h. sie integriert den Öffentlichen Gesundheitsdienst, die medizinischen und die sozialen Akteur*innen und enthält auch genügend Vorhaltungskapazität, dass sie bei einer nächsten Pandemie oder anderen Krisen nicht sofort in die Knie geht. Dazu müssen nicht unbedingt nur Überschusskapazitäten aufrechterhalten werden, sondern die vorhandenen Kapazitäten können – wie während der Covid-19-Pandemie praktiziert – im Rahmen einer intelligenten Vorausplanung einer temporären Umwidmung im Krisenfall unterliegen. Gleichzeitig weist sie insgesamt ein Produktivitätsniveau auf, das weder zu viele personelle noch wirtschaftliche Ressourcen von den sonstigen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens abzieht, da es schwer vorstellbar ist, dass angesichts der geringer werdenden Zahl der Berufseinsteiger der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen und der Anteil der Kosten des Gesundheitswesens am BIP immer weiter steigen kann.
- › **Fair**, d. h. sie führt zu einer Angleichung der Gesundheitschancen von armen und reichen Menschen sowie der Bevölkerung von Land und Städten. Sie fördert eine große Sorgfalt gegenüber den besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen und sie ist gleichzeitig fair gegenüber denjenigen, die beruflich im Gesundheitswesen arbeiten und ihren Einsatz erbringen.
- › **Integriert**, d. h. die Prozesse innerhalb der Versorgung sind so kooperativ und informationell vernetzt, dass die Patienten die Versorgung als „aus einer Hand“ erlebt, auch wenn unterschiedlichste Professionen daran beteiligt sind. Hierzu sind insbesondere telemedizinische Ansätze und Digitalisierung zu nutzen und zu fördern.

- › **Wachsende Zahl von Regionen**, d. h. das Modell muss kopierbar bzw. lokal angepasst skalierbar sein. Es muss eine Anpassung an die jeweiligen regionalen Besonderheiten erlauben. Ein Lernen und ein Vergleichen der Regionen untereinander muss ermöglicht werden. Und die Übertragbarkeit auf ganz Deutschland muss zumindest grundsätzlich gegeben sein.

Wir wissen, dass wir dafür in den Regionen nicht weniger als eine Umorientierung der grundlegenden Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen brauchen. Der erzielte Nutzen für die Gesellschaft (der „Value“) muss zu einem immer bedeutsameren Maßstab für die Vergütung werden und nicht die Ausweitung von Leistungen bei Minimierung der Produktionskosten (das „Volume“).³⁹ Es geht darum, Verantwortlichkeit für das Gemeinwohl aller herzustellen: Wichtige Elemente sind die Einbeziehung der Zivilgesellschaft⁴⁰, die Versorgungssicherung inklusive einer würdevollen Unterstützung gerade auch für vulnerable Gruppen. Es geht um die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention mit den vielfältigen Versorgungsleistungen und um Fachkräftesicherung sowie Attraktivitätssteigerung für die Gesundheits- und Sozialberufe durch neue Rollenverteilungen. Es geht um regionale Wirtschaftsentwicklung, die Kosteneffizienz bezüglich tragbarer Krankenkassenbeiträge und um die Reduktion der Zusatzbedarfe an Arbeitskräften bei einem zunehmend begrenzten Arbeitskräfteangebot aufgrund des demografischen Wandels.⁴¹

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

1. **Wer kann den/die initiale*n Akteur*in abgeben?** Die regionalen Akteur*innen im Gesundheitssystem erleben sich als sehr unterschiedlich „mächtig“. Die Pflege, die Apotheker, die therapeutischen Berufe, die Sanitätshäuser sehen sich voraussichtlich in geringerem Maße als initiale Akteur*innen. Die Krankenhäuser sehen sich vielleicht als stärker, aber erleben sich ihrerseits auch wieder als abhängig von den zuweisenden Arztpraxen. Diese gegenseitige Interdependenz kann Initiativen erschweren, sie kann aber auf der anderen Seite durch die gegenseitige Kenntnis auch möglicherweise die Entwicklung überhaupt erst ermöglichen. Krankenhäuser, zumal kommunale Häuser, könnten sich mit dem Ziel möglicherweise aus dem Interesse ihrer Träger heraus besonders verbinden, allerdings müssen sie sich gleichzeitig auch in besonderem Maße von ihrem bisherigen Geschäftsmodell verabschieden.

³⁹ Vgl. Porter, M.E., Teisberg, E.O.: Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results. Harvard Business School Publishing, 2006

⁴⁰ Vgl. die ausführliche Beschäftigung mit der Bedeutung der Zivilgesellschaft für das Gesundheitswesen in: Zweiter Engagementbericht der Bundesregierung 2016: Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung. www.bmfsfj.de/blob/jump/115588/zweiter-engagementbericht-2016---engagementmonitor-2016-data.pdf

⁴¹ Vgl. auch die Aufforderung für eine generelle Neuschreibung des SGB V durch Knieps, F.: Brauchen wir eine Generalüberholung des SGB V – Perspektiven für eine Neukodifizierung. G+S 1/2020 S. 75-82

2. **Wer hat genügend Legitimation, damit eine Initiative auch akzeptiert wird und nicht von vornherein abgewehrt wird?** Regionale Ärzte- oder Gesundheitsnetze und kommunale Krankenhäuser genießen wahrscheinlich das größte Vertrauenskapital für eine Startinitiierung, kommen allerdings durchaus auch in die Gefahr als Interessenwahrer ihrer eigenen Interessen von den anderen notwendigen Partnern abgewiesen zu werden.
3. **Wie generieren wir ein ausreichendes Kapital für die Startinvestitionen?** Gerade angesichts der Herausforderungen einer digitalen Integration der unterschiedlichsten IT-Systeme innerhalb und über die Sektoren hinweg, aber auch angesichts der notwendigen Expertise in Sachen Datenanalytik und Versorgungsoptimierung entsteht ein ausgesprochen hoher Investmentbedarf. Dies zeigen auch die internationalen Erfahrungen. Je höher die Startinvestition, desto schneller sind auch Erfolge erzielbar. Die Startinvestition ist also eine Voraussetzung für den Erfolg der regionalen Integration. Wenn die Startinvestitionen aber aus dem Gesundheitsfonds oder von den Krankenkassen getragen werden sollen, dann kommen wir gegenwärtig – nach den Herausforderungen aus der Corona-Pandemie und den daraus und durch andere Belastungen entstehenden Kosten für den Gesundheitsfonds – in beträchtliche Herausforderungen. Wie lässt sich also auch privates Kapital dafür mobilisieren?
4. **Wie können wir die aktuellen Beteiligten an Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgung gewinnen?** Eine Initiative, die nur von wenigen Partnern aus dem regionalen Bereich getragen, von den anderen aber kritisch beäugt wird, muss umso mehr Invest und Aktivität aufbieten, wenn sie erfolgreich sein will. Eine Erfolgsvoraussetzung ist daher, möglichst viele Partner aus den o. a. Bereichen der jeweiligen Region zu gewinnen. Was sind die überzeugenden Argumente für die Gewinnung von möglichst vielen Partnern – und nicht nur aus dem traditionellen engeren medizinischen Bereich, sondern auch aus dem sozialen, psychosozialen und präventiven Bereich?
5. **Wie kann der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) zusätzlich integriert werden?** Unter den Leistungserbringern im Gesundheitswesen hat der ÖGD ein recht ambivalentes Gesicht, da er zum einen zuständig ist für deren Kontrolle, so u. a. in Hygienefragen, zum anderen in Teilen auch Konkurrent ist, z. B. bei Impfungen. Drittens ist er Partner bezüglich der psychosozialen Unterstützung und der präventiven Maßnahmen und verfügt über die Daten der Gesundheitsberichterstattung. Gleichzeitig ist er in administrative Regulierungen eingebunden, die dem ÖGD ein freies Walten nicht immer ermöglichen.
6. **Welche Herausforderungen stellen sich für Krankenkassen und wie kann eine Win-Win-Lösung für sie geschaffen werden?** Der Anteil einzelner Krankenkassen an der regionalen Population unterscheidet sich sehr stark. Während die AOKen fast überall auf mindestens 30 % der

Bevölkerung kommen, zum Teil auch bis hin zu 60 %, haben die anderen Krankenkassen nur selten „Hotspots“ mit mehr als 20 % der lokalen Bevölkerung. Und viele Krankenkassen bewegen sich nur in einem Bereich von 1 bis 5 %. Wie können wir den Anreiz für Krankenkassen erzeugen, sich auch bei nur kleinen Fallzahlen auf einen regionalen Vertrag einzulassen? Ist es nicht viel einfacher und kostengünstiger für sie, an den klassischen Regelversorgungsverträgen festzuhalten?

7. **Wie kann der Gesetzgeber so deutliche Anreize erzeugen, dass auch genügend Initiatoren sich auf den Weg machen?** Wenn man auf die oben beschriebenen Fragen schaut, dann wird schnell anschaulich, wie komplex und vielleicht auch konfliktrichtig der Startprozess für die Initiatoren einer regionalen Integrierten Versorgung sein kann. Umso stärker müssen die Anreize sein, damit sich ein Initiator jenseits seines ethischen Interesses auch der administrativen und investiven Herausforderungen einer Integration annimmt. In den USA war das unter Obama halbwegs gelungen, in UK wurde es versucht, aber innerhalb des Prozesses aus politischen Gründen wieder zurückgezogen. Daraus lässt sich lernen.
8. **Welche Rolle können die Landkreise einnehmen?** Die Landkreise und kommunalen Gebietskörperschaften sind die Instanzen, die von den Bürgern für das Nichtfunktionieren und das Sichern einer guten Gesundheitsversorgung in Haftung genommen werden. Gleichzeitig haben sie bisher relativ geringe Gestaltungsmöglichkeiten und die Finanzierung der Versorgung liegt nur zu einem sehr geringen Teil in ihrer Hand. Eigentlich müssten sie die Hauptinteressenten an der Optimierung sein. Wie könnten die Landkreise und kommunalen Gebietskörperschaften eine ordnungspolitisch angemessene Rolle gewinnen, auch wenn sie selber nicht die finanzielle Verantwortung tragen?
9. **Was ist die ideale Größe für eine „Region“ in diesem Sinne – was machen wir, wenn sich mehrere Initiatoren einen Wettbewerb liefern?** Noch gibt es bisher in Deutschland nur geringe Erfahrungen bezüglich einer optimalen Größe für die Managementfähigkeit einer Integrierten Versorgung. Wahrscheinlich sollte die Größe allerdings nicht zu groß bemessen sein und andererseits auch nicht so klein, dass der Zufall von Kostenentwicklungen jegliche Erfolgsmessung ausschließt. Gibt es ein Konzept, das mehrere konkurrierende Integrationsverbände innerhalb einer Region ermöglicht? Wie steht es mit der „freien Arzt-, Pflege- und Krankenhauswahl“ in solchen Regionen? Brauchen wir vielleicht sogar diese freie Wahl für die Versicherten, um einen Qualitätsdruck auf die Anbieter aufrechtzuerhalten? Ist dies vielleicht auch der Weg, um einer regionalen Monopolbildung zu begegnen?

10. **Wie definieren und wie messen wir den Erfolg und wie kann dann eine betriebswirtschaftliche Erfolgskalkulation erfolgen?** Eine der größten Herausforderungen ist die Frage nach der validen Messung des Erfolgs. Schließlich ist die Population der Versicherten in einem gewissen Sinne „fluide“, sie kann sich durch Wechsel der Krankenkasse oder Migrationsbewegungen („Landflucht“) verringern, sie kann älter werden, sie kann sich in ihrer Morbidität verändern. Dies alles mit entsprechenden Regressionsrechnungen oder Matched-Pair-Kalkulationen abzubilden, stellt alle Beteiligten vor Herausforderungen. Gleichzeitig wird aber eine stabile und transparente Erfolgsrechnung notwendig.

11. **Und schlussendlich: Machen die Bürger*innen/Versicherten in den Regionen mit? Welche Risiken müssen die beteiligten Gesundheitsakteur*innen eingehen und was entsteht für die Bürger*innen/Versicherten?** Es ist keineswegs gesichert, dass die Bürger*innen bei derartigen Initiativen mitmachen, sie müssen den Partnern dieser Lösungen ein gewisses Vertrauen entgegenbringen. Sie könnten Datenschutzfragen abwägen und auch sie benötigen bestimmter Anreize. Und die Gesundheitsakteur*innen in eventuellen Integrationskonsortien können sich nicht sicher sein, dass sie quasi „automatisch“ Erfolge erzielen werden.

Höhere Aufwände an gesundheitsförderlichen Interventionen können sich auch über mehrere Jahre hinziehen, bevor sie einen entsprechenden Return in höherem Gesundheitserfolg erzielen. In der Zwischenzeit könnten Unternehmen auch schon in die Insolvenz gedriftet sein, vor allem wenn das herkömmliche Geschäftsmodell aufgegeben und alles neu ausgerichtet worden ist. Diese Aufwände können durchaus hoch sein, da sie grundlegende Fragen berühren, und solche Übergangszeiten mit den damit verbundenen Unsicherheiten leicht zu verminderten Erträgen führen. Die Bürger*innen in den Regionen werden den Wechsel eines Krankenhauses von einem DRG-induzierten Geschäftsmodell bereitwilliger Leistungsaufnahme zu einem auf Prävention und optimale ambulante Versorgung ausgerichteten Integrationsmodell der Leistung nur im Bedarfsfall und möglicherweise anfänglich auch mit Skepsis betrachten. Es wird die Frage auftauchen: „Soll an mir und den notwendigen Leistungen für mich gespart werden?“ Also wie überzeugen die „Integratoren“ die Bürger*innen in der Region?

5. 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“

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

- › Eine besondere Herausforderung des deutschen Gesundheitssystems ist die Trennung zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung. Eine Lösung, die beide Systeme auf der Versorgungs- und Vergütungsebene vereint, sollte prinzipiell diskutiert werden. Mit unserem Vorschlag konzentrieren wir uns zunächst auf die zirka 90 % 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 episodens- bzw. indikationenbezogene 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 Schumpeter'schen Zerstörung ausgesetzt werden,⁴² 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.

5.1. 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. Die bisherige diskursive Grundstruktur wird durch gestufte Informations-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte ergänzt. Sie wenden sich dabei an die jeweilige

⁴² Hier sei an dieser Stelle nur darauf verwiesen, dass die europäischen Gesundheitssysteme durchaus auch einer internationalen Konkurrenz ausgesetzt sind. Und Zusammenschlüsse, wie der von Amazon, Berkshire Hathaway und JPMorgan Chase (Haven HealthCare vgl. www.haven-healthcare.com), haben durchaus ein Potential 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

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.⁴³

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

Der 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.⁴⁴ Allerdings hat er

⁴³ 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 Hollederer 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

⁴⁴ „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).

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 stellungnahmeberechtigten 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*innen 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.⁴⁵ Damit die Konferenz managementfähig ist, sollte die Population, für die sie zuständig ist, nicht zu groß sein.

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

⁴⁵ 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

Zusammensetzung

Die Gesundheitskonferenz setzt sich zusammen aus: dem jeweiligen Gesundheitsausschuss der lokalen demokratischen Bürgervertretung, 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.⁴⁶

Mitentscheidungs-, Beteiligungs- und Stellungnahmerechte

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 BAS bzw. dem neu geschaffenen Forschungsdatenzentrum beim 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.⁴⁷ Nolting hat in einem Übersichtsaufsatz auf die Dartmouth-Atlanten und den Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung verwiesen.⁴⁸ 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.⁴⁹ 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

⁴⁶ www.neustart-fuer-gesundheit.de

⁴⁷ Vgl. Schrappe, M. (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

⁴⁸ Nolting, HD: Regionale Variationen: Stand und Nutzungsperspektiven in Deutschland. GWG Jg. 15, Heft 2 (April):16–22

⁴⁹ 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.

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.⁵⁰ 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 Verantwortungsübernahme 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.

Der Gebietskörperschaft erhält analog zum schon bestehenden Recht zum 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 § 140 a SGB V organisiert sein. Um die gegebenenfalls erst noch

⁵⁰ 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 % die „Bank“ der Gesundheitsakteur*innen, wieviel % die „Bank“ der Vertreter von Patient*innen und Bürger*innen und wieviel % die „Bank“ der restlichen Akteur*innen, wie etwa lokaler Wirtschaft, der Bildung etc. ausmachen soll.

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 Ersatzvornahme-Optionen könnte zur Diskussion kommen.

5.2. 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 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 § 140 a 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 § 140 a (und damit auch für die „RIV-Standardvarianten“) verpflichtend gesetzt werden – in Anlehnung an die Empfehlungen von Benstetter et al 2020⁵¹ und Hermann et al 2006⁵² 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 Pflegewahl 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 für erforderlich, Versicherte sollten auch hier völlige Freiheitsrechte behalten.⁵³ 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.

⁵¹ 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

⁵² Hermann, C., Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., Schwartz, F.W., Witzernath, 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

⁵³ Hiermit folgen wir in gewissem Maße auch den Erfahrungen in der Schweiz mit dem missglückten Referendum zu „Managed Care“.

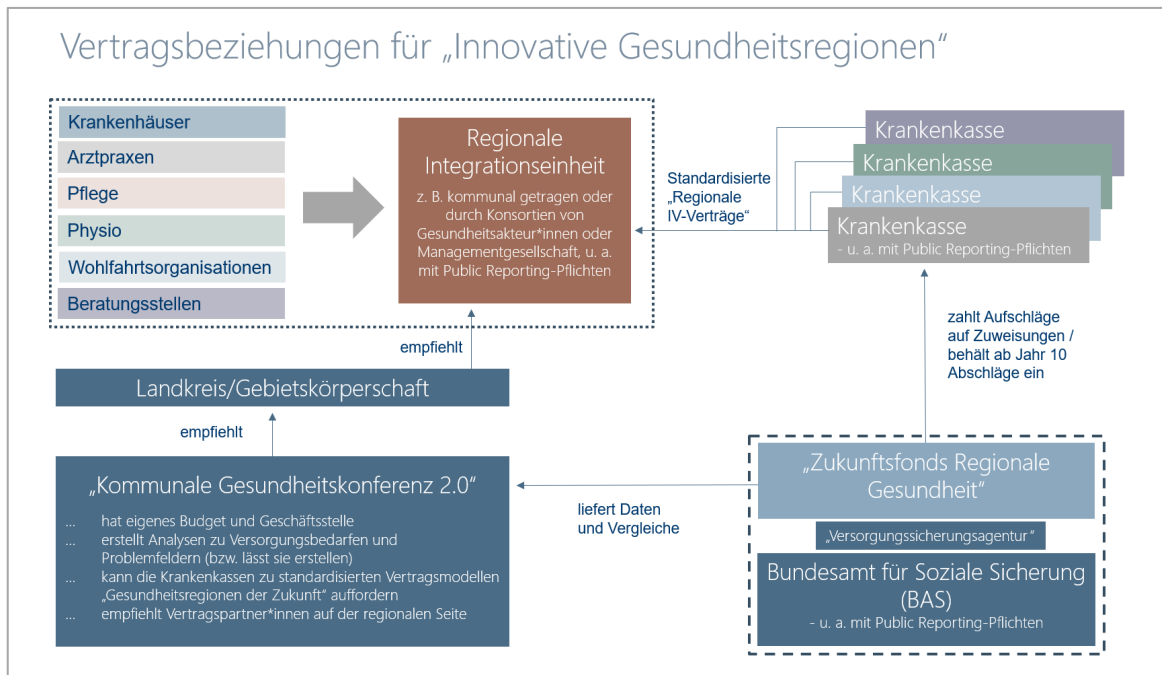


Abbildung 2 :Schematische, beispielhafte Darstellung möglicher Vertragsbeziehungen in „Innovativen Gesundheitsregionen“. Quelle: Eigene Darstellung

5.3. 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.

„Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“

Die hier vorgeschlagenen „RIV-Verträge“ unterscheiden sich von der bisherigen Finanzierung der „Integrierten Versorgung“ nach § 140 a 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 % und die nächsten drei Jahre 1 % betragen. Die darauffolgenden vier Jahre erhalten keinen Aufschlag und für die Jahre 11 bis 20 werden die Zuweisungen für insgesamt 10 Jahre um 2 % 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:

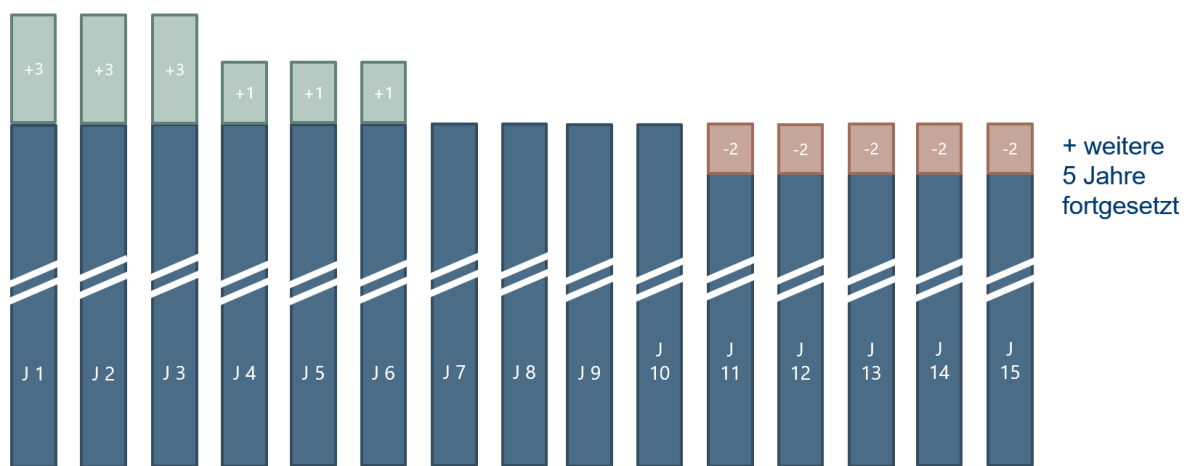


Abbildung 2: Aufschläge und Abschläge bzgl. der Zuweisungen über 26 Jahre. Quelle: Eigene Darstellung

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, sodass diese auch schon bei geringen Effektstärken am Anfang mit einem gewissen positiven Ertrag rechnen können, später allerdings auch eine erhöhte Effizienz erzeugen müssen. Dieser Zuschlag von 3 % käme aktuell z. B. bei durchschnittlichen 3.094 € Jahresgesamtkosten

dann auf ca. 93 € pro Kopf pro Jahr und würde bei 20.000 Versicherten dann 3,1 Mio € betragen.⁵⁴

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 Gesundheitsregion.⁵⁵ 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 % an dem aus den verringerten Kostensteigerungen entwickelten Delta belaufen.⁵⁶

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 Zeitverzug 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 anfänglich vorrangig aus dem Aufschlag auf die Zuweisungen, ist aber gezwungen, sehr zielgerichtet auf die Verbesserung des Gesundheitsstatus der Population hinzuarbeiten, um angesichts

⁵⁴ Die anderen Regelungen des Gesundheitsfonds und der Zuweisungsberechnung einschließlich des Hochkostenausgleichs könnten unvermindert weiter gelten.

⁵⁵ 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 indiziert. 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 indizierten 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.

⁵⁶ 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.

der Degression dieses Aufschlags zunehmend seine Vergütung aus dem Erfolgsanteil zu erhalten.⁵⁷

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 % auch als Nutzen und quasi gesamtgesellschaftliche Integrationsdividende ankommen. Dies wird nicht trivial sein, da jede Erhöhung von Verbindlichkeiten z. B. bzgl. der Zeitdauer und einer Bürgschaft für den 2%-Abzug auch gleichzeitig den ökonomischen Anreiz mindert. Hier freuen sich die Autoren auf Vorschläge.

⁵⁷ In dem Vorschlag mit den 3 % 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 % 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.

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 % 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 Verbünde 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 % der GKV-Versicherten davon erfasst würden) im achten Jahr nur bis zu einer max. Summe von 2 Mrd. € aufsaldiert, 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 € generiert.⁵⁸

5.4. 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 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 % und bis zum Jahr 2030 25 % der deutschen Bevölkerung von entsprechenden regionalen populations- und outcomeorientierten Verträgen nach §140a SGB V profitieren, bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützt und über alle Sektoren hinweg gut versorgt werden sollen. In Großbritannien sind solche Ziel- und Maßnahmenpapiere nicht ungewöhnlich („Our healthier nation“ etc.). Bisher fehlt in Deutschland solch eine gesundheitspolitische Rahmensetzung, die mit einer entsprechenden Berichterstattung an den Gesetzgeber über die Ergebnisse einhergeht. Erste Tendenzen zeigen sich aber, so u.a. mit dem Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz⁵⁹, 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

⁵⁸ Folgende Annahmen sind in diese Modellrechnung eingeflossen: Der Anteil der GKV-Versicherten in derartigen Verträgen startet im ersten Jahr mit 0,5 %, um dann im 2. Jahr auf 1,5 % und im 3. Jahr auf 3 % zu steigen. Während in den ersten beiden Jahren alle Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen werden, werden ab dem dritten Jahr jeweils 50 % der Versicherten über Verträge direkt mit dem BAS abgeschlossen. Der Anteil der Versicherten steigt weiter über 6 % im 4. Jahr auf 10 % im 5. Jahr, 15 % im 6. Jahr und bleibt ab dem 7. Jahr stabil bei 20 %. Dahinter steht die Erwartung, dass ab dem 8. Jahr evtl. auch ein anderes Modell der Finanzierung und erfolgsabhängigen Vergütung festgelegt werden könnte. Bzgl. der Durchschnittskosten 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 % betragen und pro Jahr jeweils um 0,5 % bis zum 10. Jahr wachsen (dann stabil), dass sie aber nur zu 0,1 % pro Jahr wachsend dem Fonds zugutekommen.

⁵⁹ Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. Berlin: KomPart

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 Gesundheitskonferenzen 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 Krankenkassen⁶⁰ 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 investieren.⁶¹ 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 vorsieht.⁶² Eine Outcome-Transparenz und ein entsprechendes öffentliches Ranking würden insofern auch hier dazu führen, die Anreize zumindest in einem gewissen Maße besser auszubalancieren.⁶³

⁶⁰ Nolting, H-D. (2017) Wo ist mehr Qualitätstransparenz erforderlich und wie könnte man sie erreichen? In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luchte E-W. (Hrsg): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

⁶¹ 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.

⁶² Für einige Vorsorgeaufwendungen wird ab 2021 durch einen Zuweisungszuschlag ein Anreiz eingeführt.

⁶³ Vgl. Hildebrandt, H. (2018) Grenzen überwinden - für eine populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung. 5-Punkte Sofortprogramm für den Gesetzgeber. www.optimedis.de/5-punkte-sofortprogramm

Ein **Public Reporting der Performance** soll auch für die regionalen integrierten Versorgungssysteme (regionale populations- und outcomeorientierte Verträge) entwickelt werden.⁶⁴ 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 entwickeln 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" (QuATRo), 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**

⁶⁴ Augurzy, B. (2015): Qualitätswettbewerb in der Netzwerkmedizin: Erweiterte Dimensionen des Qualitätswettbewerbs in der Netzwerkmedizin. G+S 2/2015, S. 46-52

Bundesgesundheitsministeriums bzgl. der Ergebnisse und der Qualitätsvarianz in den einzelnen Regionen in einer Berichterstattung gegenüber 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 Ausgleichs sollen hier offengelassen werden, da sie auch über andere Maßnahmen – etwa in der Zuschussung der kommunalen Haushalte – des ÖGD oder andere steuerrechtliche Aufteilungen, erfolgen können.

6. Ausblick: Innovative Gesundheitsregionen auf dem Weg der Umsetzung

Als erklärtes Ziel hatten wir vorne festgehalten, dass das Lösungskonzept zu einer **nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten, und gleichzeitig fairen und integrierten Gesundheitsversorgung** in einer **wachsenden Zahl von Regionen** führen soll. Die erste große Frage dieses Lösungsvorschlags ist also, ob sich dieses Ziel damit erreichen lässt. In der Medizin ist es üblich, nach der Evidenz zu fragen. Gibt es also ausreichend Beweise oder zumindest Hinweise dafür, dass so etwas möglich ist. Mit Verweis auf die Erfahrungen in den ACOs in den USA und auf andere Evaluationsstudien kann für die Grundprinzipien ein solcher Nachweis konstatiert werden.⁶⁵ Dies gilt auch für viele der Einzelelemente. Schwieriger ist dies mit der komplexen Architektur mit den Gesundheitskonferenzen, der Beteiligung der Gebietskörperschaften und der Incentivierung der Startphase über den Gesundheitsfonds. Nach dem Gutachten des SVR von 2007 könnte in

⁶⁵ 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., Drewes 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

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., Ridaio-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., Pimperl, 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

Anlehnung an eine Denkschrift des US-amerikanischen Instituts of Medicine für derartige Intervention in komplexe Systeme⁶⁶ von „promising interventions“ gesprochen werden. Andere sprechen von „promising practices“.⁶⁷

Zu beachten ist auch, dass jedes noch so durchdachte System theoretisch auch immer negative Anreize setzen kann. Umso wichtiger ist es, möglichst viele Mechanismen hinsichtlich Transparenz einzuplanen und Verantwortlichkeiten klar festzulegen.

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

Was wir brauchen, um erfolgreich zu sein:

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

Für die Akzeptanz durch die Bürger*innen einer Region wird es von großer Bedeutung sein, ob die Lösung nur einem Teil (den Versicherten einzelner Krankenkassen) oder allen angeboten wird, ebenso ob und wie stark sich die lokalen Instanzen für die Lösung engagieren. Die Anbieter*innen dieser Lösungen würden relativ schnell die Akzeptanz der Bürger*innen (und auch der Versicherten) verlieren, wenn sie deren Freiheitsrechte einschränken und z. B. durch zu intensive Interventionen und sozial inkompatibles Verhalten den Widerstand der lokalen Gesundheitsakteur*innen heraufbeschwören würden. Aktive Beteiligung der Bürger*innen und der gesundheitsfördernden Institutionen in der Region, die Einbeziehung von Patientenorganisationen und

⁶⁶ Zur Forschung bzgl. komplexer Systeme vgl. die Veröffentlichungen von Sturmberg, z. B.: Sturmberg, J.P., Martin, C.M. (2013): Handbook of Systems and Complexity in Health (Eds.) 2013, XVIII, 1132 www.springer.com/public+health/book/978-1-4614-4997-3

⁶⁷ Vgl. SVR Gutachten (2007): Kooperation und Verantwortung - Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Kapitel 6: Primärprävention in vulnerablen Gruppen. www.svr-gesundheit.de/index.php?id=84
Vgl. auch www.mnps.org/evidence: „Promising Practices refer to programs that include measureable results and report successful outcomes, however, there is not yet enough research evidence to prove that this program or process will be effective across a wide range of settings and people.“

der Selbsthilfe in die regionale Verbesserungsarbeit, die Herstellung eines konkreten Nutzens für die Patient*innen und ihre Angehörigen würden dagegen belohnt.

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

Um die Quote zu erhöhen, hätten die lokalen Managementgesellschaften klassischerweise verschiedene Optionen. Sie können den sich beteiligenden Akteur*innen

- eine wirkliche Beteiligung an der lokalen Versorgungsorganisation anbieten und mit ihnen das enge und von Misstrauen geprägte Leistungskorsett aufschnüren,
- über einen Bürokratieabbau und eine erhöhte Berufszufriedenheit die lokalen Player als Partner gewinnen,
- bessere Erlöse durch höhere Vergütungen und/oder Erfolgsbeteiligungen geben,
- höhere Marktanteile als Folge der höheren Qualität anbieten (wozu aber die lokalen Managementgesellschaften vorher ein höheres Maß an Versicherten schon für sich gewonnen haben müssen),
- eine höhere Effizienz der Leistungserbringung und bessere „Back-Office-Unterstützung“ anbieten und
- zudem könnten die Gesundheitsakteure selbst eigene Managementgesellschaften bilden und sich auf diesen Weg machen. Letzteres trifft heute für zahlreiche Ärzte- und Gesundheitsnetze, die sich in der Agentur Deutscher Arztnetze zusammengeschlossen haben, schon zu.⁶⁸

Eine besondere Herausforderung könnte die Situation darstellen, dass ein zentrales Krankenhaus einer Region die Lösung aus Furcht sinkenden stationären Leistungen ablehnt. Natürlich wäre es

⁶⁸ Vgl. die Webseite der Agentur Deutscher Arztnetze unter www.arztnetze.info

deutlich klüger, sich frühzeitig auf den Abbau von ambulant-sensitiven Krankenhausfällen einzustellen, statt angestrengt daran festzuhalten, Patient*innen unter allen Bedingungen stationär zu behandeln, die ambulant vorzüglich und mit weniger Risiko als im stationären Setting zu behandeln wären. Trotzdem könnten Krankenhäuser sich konservativ verhalten. Sie würden aber mit der Zeit voraussichtlich die Erfahrung machen, dass weniger Patient*innen zu ihnen kommen, da weniger Entgleisungen, Exazerbationen und andere Komplikationen stationär zu behandeln sind, weil die ambulanten, in der Integrationslösung verbundenen Partner eine bessere Vorbeugung, vielleicht auch weitere überlegene ambulante Behandlungen anbieten. Gleiches könnte man natürlich auch bei lokalen Verbänden einzelner Berufsgruppen erleben, ob dies nun die regionalen Ärzte, die regionalen Apotheker oder Therapeuten sind. Auch hier würde sich jeweils über die Zeit zeigen, dass die Integrationslösungen durch eine überlegene Qualität den Wettbewerb der „Füße“ gewinnen und notfalls ansonsten mit Ersatzlösungen von außerhalb der Region Verbindungen eingehen. Das Ergebnis könnte eine Verzögerung bedeuten, es könnte das Investment verteuern, aber kaum zu einem vollständigen Scheitern führen.

› **Akzeptanz seitens der Krankenkassen:** Die größte Herausforderung, aber für einige auch eine große Chance, stellt dieser Vorschlag vielleicht für die Krankenkassen dar. Hier muss allerdings zum einen zwischen indikations- oder produktorientierten Verträgen sowie populationsorientierten Verträgen und zum anderen zwischen kleineren und größeren Krankenkassen differenziert werden. Wie eingangs schon erwähnt, werden episodens-, indikations- oder produktorientierte Verträge durch die hier vorgeschlagenen Regelungen nicht berührt, sie können und sollen weiterhin wettbewerbsfähig wie bisher durch die Krankenkassen genutzt werden. Uns geht es hier nur um die populationsorientierten Verträge für die Wohnbevölkerung von Gebietskörperschaften. Insbesondere die großen Krankenkassen sind es bisher gewohnt, eigenständig Verträge zur integrierten Versorgung abzuschließen, wenngleich u. a. aufgrund der Transaktionskosten und auch aufgrund der geringen Anreize für die Anbieter über 20 Jahre nach Einführung dieser §§ bisher jeweils kaum mehr als 2 bis 3 % der Versicherten davon eingeschlossen wurden. Die kleineren Krankenkassen sind dagegen im bisherigen System eher benachteiligt, sie erreichen pro Bevölkerung nur in seltenen „Hotspots“ Prozentzahlen im Anteil an der Bevölkerung, die es lohnend erscheinen lassen, eigenständige Verträge abzuschließen. Außerdem wird es für kleinere Versichertenzahlen auch zunehmend schwieriger, valide Ergebnisrechnungen zu produzieren. Insofern würden kleinere Kassen durch die vorgeschlagene Lösung im Wettbewerb begünstigt, da sie den Vorteil von derartigen Verträgen auch für sich erschließen könnten.

Gerade die größeren Kassen wiederum sind es gewohnt, IV-Verträge als Differenzierungsmerkmal im Wettbewerb untereinander zu nutzen, wenngleich es in Brandenburg, in NRW und neuerdings auch in Hamburg einige Beispiele gibt, wo mehrere Krankenkassen zusammenarbeiten.

Für zentrale Verträge sowie für die Service- und andere Qualitätsleistungen etwa auch im digitalen Bereich oder im Bereich telemedizinischer Angebote bleibt ihnen ohnehin das Differenzierungsmerkmal uneingeschränkt erhalten. Auf der anderen Seite erhalten gerade auch die größeren Krankenkassen dafür mit den nach unserem Vorschlag erhöhten, wenn auch degressiv abschmelzenden Zuweisungen einen Anreiz, sich auf regionale Verträge einzulassen und daraus positive Effizienzeffekte und Lernerfahrungen bzgl. anderer Versorgungsformen zu erzielen. Außerdem werden sich bei der Realisation unseres Vorschlags deutlich mehr Interessenten für solche Verträge finden. Und alle Krankenkassen, insbesondere die der Aufsicht des BAS unterliegenden (die AOKen unterliegen ja den Landesaufsichten), erhalten durch den Wegfall der Überreglementierung durch das BAS und die Standardisierungsangebote Erleichterungen für den Abschluss dieser Verträge und eine Reduktion der Transaktionskosten für deren Abschluss und Umsetzung. Dies sollte den möglicherweise zunächst wahrgenommenen Verlust in einen Netto-Nutzen überführen, zumal wenn die Alternative der ungehinderten weiteren Konzentration und gezielten ökonomischen Vorteilsmitnahme durch Leistungserbringer bei einer Fortsetzung der bisherigen sektoralen Finanzierungsformen mitbedacht wird.

Zusätzlich erhalten Krankenkassen durch das Qualitätsmonitoring ihrer Ergebnisse ein neues Feld für einen Wettbewerb untereinander – einen Wettbewerb, der ihnen eine Möglichkeit zum Vergleich der erzielten Gesundheitsergebnisse bei ihren Versicherten gibt.⁶⁹ Gerade die bisherige Konzentration auf Mitgliedergewinnung und Wirtschaftlichkeit war einer der häufig geäußerten Kritikpunkte innerhalb wie außerhalb der Krankenkassenwelt.⁷⁰ Die Qualität als Wettbewerbsmerkmal untereinander wäre deutlich zielführender und bzgl. des Auftrags der Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts sehr viel naheliegender, im gesamtgesellschaftlichen Interesse eines auf Gesundheit ausgerichteten Versorgungssystems sogar zwingend.

- › **Akzeptanz seitens der etablierten Organisationen im Gesundheitswesen:** Einige Überlegungen zu Aufgabenerweiterungen und -veränderungen wurden in den vorderen Abschnitten schon angeschnitten. Dies betraf v. a. den Gesundheitsfonds und den G-BA. Noch nicht diskutiert wurde die Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen, der Krankenhausgesellschaften, die Rolle der Ärztekammern und der anderen Kammern bzw. Organisationen der Heilberufe. Im Grunde bleiben diese Rollen in dem Konzeptvorschlag unverändert. Auch die Bedarfsplanung, die Vergütungsverhandlungen und alle anderen Aufgaben auf Landes- oder Bundesebene werden nicht tangiert. Erst auf sehr lange Sicht, also wenn tatsächlich die regionale Integrierte Versorgung allmählich die Regelversorgung überformt – und für die Kenner des Gesundheitswesens

⁶⁹ Albrecht, M., Neumann, K., Nolting, H-D. (2015): IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Update: Solidarische Wettbewerbsordnung (Hrsg. Rebscher, H.) Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 11) S. 14 ff

⁷⁰ 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 und Rebscher, H. (2015): Update: Solidarische Wettbewerbsordnung, in: Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, medhochzwei Verlag

sind Zeiträume von 20 Jahren eher kurz –, wird zu überlegen sein, ob sich ggf. neue Rollen und Möglichkeiten ergeben, die Bedarfsplanung neu zu tarieren (bei der Mittelbereichsplanung der KVen könnten diese auch schon früher aus den vorgeschlagenen Konzepten einen ersten Nutzen generieren), um evtl. dann weiterentwickelte interdisziplinäre Gesundheitszentren nach dem PORT-Modell besser darin abzubilden. Auch für die Krankenhausplanung geht von dem vorgeschlagenen Modell kein Veränderungsdruck aus. In vielen Regionen werden sich Krankenhäuser selber am Aufbau von Integrierten Versorgungslösungen beteiligen und etwa ihre administrativen und investiven Fähigkeiten einbringen, in anderen werden sie evtl. zunächst einmal abwarten und beobachten, was die niedergelassenen Ärzt*innen, die Kommunen oder lokale Gesundheitskonsortien zusammen entwickeln und wie erfolgreich sie sind.

- › **Akzeptanz seitens der kommunalen Gebietskörperschaften:** Sie könnten neben den Patienten (und den Gesundheitsakteuren selber) die eigentlichen Gewinner des Vorschlags werden, da sie mit den ihnen dabei zuwachsenden Möglichkeiten eine stärker gestaltende Rolle in der regionalen Organisation der Gesundheitssicherung und -versorgung einnehmen können. Allerdings entstehen ihnen dafür auch Aufwände, sofern diese nicht durch eine andere Verteilung der Steuereinnahmen oder direkte Zuschüsse ausgeglichen werden. Sie müssen, sofern sie sich dafür entscheiden, Geschäftsstellen der „Kommunalen Gesundheitskonferenzen“ ausstatten, epidemiologisches und gesundheitsbezogenes Change Management-Knowhow aufbauen oder einkaufen und ggf. Risiken eingehen, wenn sie sich selber auch für ein gesellschaftsrechtliches Engagement in lokalen Versorgungsgesellschaften entscheiden. Aktuell bekommen sie von ihren Bürgern die Sorgen bzgl. Versorgungssicherheit vorgetragen, ohne dass sie größere Einwirkungsmöglichkeiten haben. Es sei denn, sie betreiben ein kommunales Krankenhaus, sie haben ein kommunales MVZ nach § 105 Abs.5. SGB V eingerichtet oder sind daran beteiligt, sie betreiben einen Pflegestützpunkt i.S.v. § 92c SGB XI, sie haben ein Gesundheitsamt und engagieren sich im Bereich Prävention/Gesundheitsförderung/frühe Hilfen. In einem Gutachten für die Robert Bosch Stiftung hatte Burgi 2013 auf die Garantie der kommunalen Selbstverwaltung nach Art. 28 Abs. 2 GG hingewiesen und daraus die Empfehlung und Notwendigkeit abgeleitet, den kommunalen Gebietskörperschaften die „Zukunftsaufgabe einer felderübergreifenden Koordination der Gesundheitsversorgung“ zu übergeben.⁷¹ Über die kommunalen Dachverbände oder Landesinstitute wie in Bayern oder NRW können darüber hinaus unterstützende Know-how-Träger und Informationsaustauschbörsen geschaffen werden, die lokale Risiken und Aufwände minimieren.⁷²

⁷¹ Burgi, M. (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Nomos Verlag

⁷² So werden im Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e.V. entsprechende Innovations- und Kooperationsdynamiken bereits heute beobachtet und erörtert. Diese Erfahrungen ließen sich auch über das Netzwerk hinaus fruchtbar machen. Dabei kann auch auf ein Zusammenspiel mit weiteren Akteur*innen gesetzt werden, die sich mit der Entwicklung regionaler Gesundheitsversorgungslandschaften befassen.

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

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

Wenn zudem noch als Nebeneffekt dieser Lösung eine kluge Gesundheitsförderung ein späteres Renteneintrittsalter bei bestimmten Berufsgruppen, einen höheren Gesundheitsstatus der Bevölkerung und eine intelligentere interprofessionelle Arbeitsteilung erzeugt, die die Steigerung der Zahl der notwendigen Arbeitskräfte im Gesundheitswesen in einem erträglichen Maße hält, dann wäre auch der „war for talents“ entspannter und die lokale Wirtschaft würde es leichter haben, genügend junge Leute für ihre Bedarfe zu finden – und dies nicht nur im städtischen, sondern, bedingt durch die Attraktivitätssteigerung in Verbindung mit einer guten Gesundheitsversorgung, auch im ländlichen Raum. Die Gewerkschaften als Vertreter der Interessen der Arbeitnehmer*innen in der Region haben bzgl. des Gesundheits- und Arbeitsschutzes wie auch bzgl. der gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzgestaltung ein weitgehend deckungsgleiches Interesse wie Anbieter*innen von regionalen Integrationslösungen. Eine positive Zusammenarbeit sollte leicht herzustellen sein.

- › **Managementfähigkeit der Gesundheitskonferenzen 2.0.:** Man kann die Frage stellen, ob die „Regionalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ mit den vielen Teilnehmern, an die zu denken wäre, überhaupt manövrierbar wären. Bereits weiter vorne hatten wir ausgeführt, dass solche Gremien unterschiedliche Lenkungs- und Beteiligungsformate benötigen werden, sicherlich auch in digitaler Form. Die klassische Form der zweimaligen Einladung aller zu einer zweistündigen „Sitzung“ wird sicherlich nicht die Agilität erbringen, die für eine solche verantwortungsvolle Aufgabe erforderlich ist. Auf der anderen Seite muss auch klar sein: Die Gesundheitskonferenz ist ein beratendes Gremium, die eigentlichen Entscheidungen sollten den demokratisch gewählten Organen vorbehalten bleiben. Dennoch erwarten wir uns aus der Diskussion und durch die dort erzeugte Transparenz einen stärkeren Veränderungsdruck und eine deutlich höhere Legitimation für die Entwicklung von Integrierten Versorgungslösungen statt durch einfache Entscheidungen im Kreistag.
- › **Betriebswirtschaftliche Erfolgskalkulation:** Hier liegt vielleicht die größte Herausforderung für den Vorschlag, da die oben angestellten Beispielsrechnungen mit der initialen, allerdings degressiven Zuschussfinanzierung durch den Gesundheitsfonds bis hin zu einer Rückführung von 2 % der relativen Gesamtkosten bisher nur auf der Basis der wirtschaftlichen Ergebnisse von „Gesundes Kinzigtal“ gemacht werden konnten. Erfahrungen aus dem Ausland können zwar für das grundsätzliche Funktionieren solcher Lösungen herangezogen werden, helfen hier aber aufgrund der gänzlich anderen Finanzierungsbedingungen in der konkreten betriebswirtschaftlichen Gewinn- und Verlustrechnung nicht unbedingt weiter. Eine breitere Erfahrungsbasis wäre insofern dringend erforderlich. Für Ende 2020 stehen zum Beispiel einige Evaluationen von Projekten aus dem Innovationsfonds zur Veröffentlichung an, auf die eventuell gebaut werden könnte. Ohne eine ausreichende Chance auf eine betriebswirtschaftliche Erfolgskalkulation wird sich aber weder ein Konsortium finden noch eine Managementgesellschaft gründen lassen, noch werden sich Kreditgeber finden lassen. Zwar erhalten die Integrationsinnovatoren anfänglich die Aufschläge auf die Standardzuweisungen, aber sie müssen ja auch die erforderlichen Investitionen in die Optimierung der Ablaufprozesse, die Digitalisierung, die aus Datenauswertungen zu ziehenden Schlüsse bzgl. notwendiger Versorgungsleistungen, die zusätzlichen präventiven Maßnahmen und die notwendigen Zusatzvergütungen für heute nicht in der GKV finanzierte Lotsenleistungen etc. finanzieren. Dafür brauchen sie zusätzliche Geldgeber und ob sie dies nun selbst finanzieren oder über Banken oder Dritte – ohne einen Business Plan und eine plausible Erfolgsrechnung wird niemand diese Gelder zur Verfügung stellen. All dies wiederum sind notwendige Bestandteile eines Investments von heute, um morgen die Erfolge zu zeitigen, die es problemlos möglich machen, mit den 2 % geringeren Gesamtkosten auszukommen.

Ein möglicher Fehlanreiz der anfänglichen 3%-igen Zusatzfinanzierung könnte sein, dass theoretisch Managementgesellschaften bzw. lokale Konsortien diese Anschubfinanzierung in den ersten Jahren in Anspruch nehmen und dann nach zwei Jahren kündigen oder sich kündigen lassen. Möglicherweise wird es Einzelfälle dieser Art geben. Es ist auch damit zu rechnen, dass nicht alle Regionallösungen die benannten Ziele erreichen werden. Dennoch gehen wir davon aus, dass die Transparenz für die Öffentlichkeit und der mögliche Reputationsverlust für die beteiligten Leistungserbringer weitgehend vor negativen Effekten schützen werden. Anfänglich werden eher Managementfehler und Unerfahrenheit in dem erforderlichen Prozess von Veränderung zu negativen wirtschaftlichen Ergebnissen führen, aber der gesellschaftliche Erfahrungsgewinn und der Wettbewerb der Regionen untereinander um die besseren Outcomes könnte dies in den folgenden Jahren wieder ausgleichen.⁷³

Eine weitere Herausforderung kommt hinzu: Die Höhe der Zuweisungen errechnet sich nach der heutigen Logik des morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleichs vereinfacht dargestellt aus einer Regressionsrechnung auf Basis der Kosten aller Versicherten in Deutschland des vergangenen Jahres. Wenn jetzt ein relevanter Anteil der Versicherten durch eine sehr erfolgreiche Verbreitung regionaler IV-Lösungen in einem Gesundheitszustand ist, der geringere Kosten nötig macht und die regionalen IV-Konsortien schon nur noch die 2 % geringeren Zuweisungen erhält, dann reduziert sich der Benchmark, gegen den die Erfolge gemessen werden. Daraus könnte sich dann ein potenziell problematisches Optimierungsrennen ergeben. Für eine gewisse Zeit könnte dieses volkswirtschaftlich akzeptabel sein, dann aber selbst zu gesundheitsschädlichen Einsparungen zwingen, wie dies aktuell ja durchaus auch für die DRG im Krankenhausbereich diskutiert wird. Dieses Problem würde allerdings frühestens in zehn bzw. eher 15 Jahren auftreten, sodass hierfür noch Lösungen gefunden werden könnten.

- › **Ausreichend Innovator*innen und Startfinanzierung:** Auf der Basis des vorgeschlagenen Modells und der ineinandergreifenden Unterstützung auf der lokalen und bundesweiten Seite, der Datenbereitstellung, der Investitionsfinanzierung und der Public Reporting Struktur sind die Autor*innen recht optimistisch, dass sich ausreichend viele Innovator*innen finden werden und zusätzlich auch genügend Investor*innen und/oder Banken bzw. Dritte, die zusätzlich zu den Anreizen aus dem „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“ Darlehen und Eigenmittel für die Startfinanzierung zur Verfügung stellen. Neben den schon erwähnten und schon bestehenden zirka 200 Arzt- und Gesundheitsnetzen sind hier die Krankenhäuser zu nennen, die sich zwar damit auf ein sehr anderes Geschäftsmodell einlassen müssten, aber aufgrund ihrer

⁷³ Vgl. die umfangreiche Literatur zum Management von Integrierter Versorgung und Population Health u. a. in den Zeitschriften „International Journal of Integrated Care“ und „Population Health Management“ und zu den Herausforderungen u.a. Miller, R., Stein, K.V. (2020): The Odyssey of Integration: Is Management its Achilles' Heel? International Journal of Integrated Care; 20(1): 7, 1-14.

administrativen Fähigkeiten und ihrer Bedeutung in den Regionen sich sicherlich eine Tür offen halten wollen, an solchen Lösungen beteiligt zu sein. Kommunale wie aber auch kirchliche oder andere freigemeinnützige Häuser könnten hierin eine ganz besondere Chance erkennen. Die Kommunen selbst, ob direkt oder über evtl. kommunale ärztliche und/oder multiprofessionelle Versorgungszentren, werden ebenfalls sehr genau die Risiken und Chancen abwägen. Erfahrene Managementgesellschaften werden sie dabei sicherlich gern unterstützen. Das Potenzial ist jedenfalls prinzipiell vorhanden.

Bereits vor mehreren Jahren hatte McKinsey zirka 20 % Effizienzreserven im Gesundheitswesen vorgerechnet. Die Ergebnisse aus dem Projekt „Gesundes Kinzigtal“ als eines der wenigen Beispiele mit veröffentlichten Ergebnisrechnungen weisen relativ konstant über die letzten acht Jahre jeweils ein Delta von zirka 6 bis 7 % gegenüber den zu erwartenden Kosten nach. Und das trotz der Problematik, dass die beteiligten Gesundheitsakteur*innen weiterhin „doppelt“ kalkulieren müssen, einerseits nach Regelversorgungsdenke und für den Teilbereich der eingeschriebenen Versicherten nach der „Sonderlogik“ der regionalen Integrierten Versorgung. Mit anderen Worten: 6 % sind nicht die Messlatte: Bei einem entsprechenden Erfahrungslernen untereinander und einer Beteiligung von mehr Krankenkassen, also einer regionalen IV-Logik als dem „neuen Normalen“, sollte bei besserer Qualität und einem höheren Patientennutzen die 10%-Marke durchaus zu überschreiten sein.

Die Frage dieses Kapitels war, welche neuerlichen Fehlanreize sich mit dem hier vorgeschlagenen Modell verbinden könnten und wie dem entgegnet werden könne. Einige mögliche Herausforderungen wurden oben schon beschrieben. Einer der grundlegendsten Einwände gegen einen Wechsel von einer Vergütung, die auf Leistungsmengen ausgerichtet ist, zu einer Vergütung, die sich auf den erzielten Gesundheitsnutzen bezieht, ist die Annahme der fehlenden **Messbarkeit**. In diesem Vorschlag wird dies verhindert durch die Bezugsgröße der regionalen Population statt der Patientenschaft einer einzelnen Praxis oder eines einzelnen Krankenhauses. Mit den Daten des Gesundheitsfonds zum Vergleich und unter Nutzung des Hochrisikopools lassen sich relativ stabile Ergebnisse feststellen, wie sich u. a. im Kinzigtal gezeigt hat.⁷⁴ Auch ist anzunehmen, dass bei zunehmender Digitalisierung des Gesundheitssystems bessere Daten zur Verfügung stehen und differenzierte Kalkulationen in Bezug auf Populationen ermöglicht werden.

Ein weiterer Einwand kann sich auf die **Interventionsfähigkeit** beziehen. Können z. B. Krankenhauseinweisungen aufgrund von Medikationsfehlern und unzureichender Patientensicherheit vermieden werden? Die Bundesregierung schätzt ausweislich der Antwort auf eine Kleine Anfrage der FDP-Fraktion aus dem Jahr 2018, dass jährlich 250.000 Krankenhauseinweisungen auf

⁷⁴ Vgl. Jahresbericht 2019 von GK (ist gerade in Produktion); Verweis auf Jahresbericht 2017: www.gesundes-kinzigtal.de/wp-content/uploads/2018/12/WEB-GK-Jahresbericht-2017.pdf

Medikationsfehler in der ambulanten Versorgung zurückgehen. Und die OECD geht davon aus, dass 15 % aller Kosten und Aktivitäten im Krankenhaus auf die Behandlung der Folgen unzureichender Patientensicherheit zurückgehen.⁷⁵ Kann die Bevölkerung einer Region tatsächlich dazu motiviert werden, sich gesünder zu ernähren, in höherem Maße gesundheitskompetent zu werden, sich evtl. im Verein, in der Nachbarschaft, im Familienkreis etc. zu engagieren? Kann das Pflegepersonal, können die Ärzt*innen, die Medizinischen Fachangestellten in den Praxen, die Pharmazeutisch-Technischen Assistent*innen in den Apotheken und die Mitarbeiter*innen in den Kliniken tatsächlich ihre Routinen ändern und Patient*innen zu Partnern ihres therapeutischen Teams machen? Die Studienlage dazu ist klar: Das ist durchaus möglich, aber es bedarf einer Umstellung der Ausbildungsformen und der Kulturen der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufe, auch der Entwicklung weiterer neuer Berufe, z. B. an der Schnittstelle digitaler Lösungen und des Gesundheitssystems. Und es bedarf neuer Organisationsformen für die Praxis dieser Kooperation, ob nun im Rahmen der schon erwähnten PORT-Lösungen der Robert Bosch Stiftung, der vom BKK-Dachverband Anfang dieses Jahres vorgeschlagenen Kommunalen pflegerischen Versorgungszentren (KpVZ)⁷⁶, den von der DAK und Klie/Monzer (2018) konzipierten Regionalen Pflegekompetenzzentren⁷⁷ oder den von der KBV propagierten „Intersektoralen Gesundheitszentren IGZ“.⁷⁸ Letztendlich – und wiederum zugunsten der Nachhaltigkeit – kommt man auch in diesem Zusammenhang wieder auf die Veränderung der Vergütungsformen und damit der Anreize:⁷⁹

Vor wenigen Wochen stellte die Stiftung Münch ein Buch vor, das **prospektive regionale Gesundheitsbudgets** anhand Internationaler Erfahrungen diskutiert und Implikationen für Deutschland herausarbeitet. Auch wenn derartige Budgetlösungen deutlich radikaler sind, als das hier vorgeschlagene evolutionäre Modell, lassen sich einige der Implikationen doch auf unsere

⁷⁵ Vgl. www.oecd.org/health/patient-safety.htm

⁷⁶ Vgl. www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/Kommunale_pflegerische_Versorgungszentren_KpVZ_002.pdf

⁷⁷ Klie, T., Monzer, M. (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort. medhochzwei Verlag

⁷⁸ Vgl. Schmid, A., Hacker, J., Rinsche, F., Distler, F. (2018): Intersektorale Gesundheitszentren: Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten der Universität Bayreuth und der Oberer AG im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. www.kbv.de/html/igz-gutachten.php

⁷⁹ Vgl. u. a. Behrend, R., Maaz, A., Sepke, M., Peters, H. (2019): Interprofessionelle Teams in der Versorgung. In: K. Jacobs et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2019

Vgl. Jünger, J., Nagel, E. (2019): Improvement of patient orientation and patient safety in health care – from competency-based and interprofessional medical education to cross-sector care. GMS J Med Educ. 2019;36(3):Doc32.

Vgl. auch die Aufsätze in: Amelung, V. E., Eble, S., Sjuts, R., Ballast, T., Hildebrandt, H., Knieps, F., Lägél, R. Ex, P. (Hrsg.) (2020): Die Zukunft der Arbeit im Gesundheitswesen. BMC-Schriftenreihe Band VIII. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MWV).

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

Hingewiesen sollte auch auf Geoffrey Rose's Strategy of Preventive Medicine, insbes. bzgl. seines Kernarguments, dass traditionelle, klinische Prävention die auf Patienten mit hohem Risiko fokussieren auf Bevölkerungsebene eher nur einen geringen Einfluss haben. Maßnahmen, die darauf abzielen, den Mittelwert eines Risikofaktors in der Gesamtbevölkerung zu verringern haben eine höhere Effektivität. Rose's Strategy of Preventive Medicine. Geoffrey Rose with commentary by Kay-Tee Khaw and Michael Marmot. International Journal of Epidemiology, Volume 38, Issue 6, December 2009, Pages 1743–1745

Vgl. auch: Gordona, R., McDermotta, L., Steada, M., Angus, K (2006): The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? Public Health. 2006;120:1133-1139

Vgl. zur Kosteneffektivität: WHO/OECD/European Observatory on Health Systems and Policies Series: Promoting Health, Preventing Disease: The economic case. 2015 McGrawHill – Open University Press. ISBN-13: 978-0-335-26226-7. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/283695/Promoting-Health-Preventing-Disease-Economic-Case.pdf

Situation übertragen. So empfehlen die Buchautoren um Benstetter eine schrittweise Implementierung mit folgender Begründung:

- › Ein radikaler Wechsel der Vergütungsstrukturen scheidet für Deutschland aus
- › Eine schrittweise Implementierung kann einen Start bedeuten mit:
 - definierten Patientengruppen
 - einzelnen Regionen
 - zunehmender Risikoübernahme
- › Es gilt das richtige Mittelmaß in der Transformationsgeschwindigkeit zu finden:
 - da eine Überforderung der Akteur zu vermeiden ist
 - dennoch kritische Größen erreicht werden müssen
 - bei zu kleinen Schritten die Effekte kaum wahrnehmbar sind

Sie empfehlen insofern Modellprojekte mit substantieller Risikoübernahme als ersten Schritt.⁸⁰ In eine ähnliche Richtung zielen auch die Überlegungen von Walter et al. (2020), des Bundesverbands Deutscher Privatkliniken sowie eine Pressemitteilung der Asklepios-Gruppe, in der über eine Umfrage unter Bundesbürgern berichtet wird, nach der 85 % der unter 30-Jährigen von einem Capitation-Modell mehr positive Effekte erwarten, während dies bei den über 60-Jährigen nur noch 65 % sind.⁸¹

6.2. Konkrete Fragen: Einladung zum Diskussionsprozess

Neue Fragen stellen sich in vielerlei Hinsicht. In diesem Aufsatz ist es nicht möglich, alle diese Fragen zu klären, dies muss einem längeren Diskussionsprozess vorbehalten bleiben. Dennoch sollen einige unmittelbare Fragen schon einmal aufgegriffen werden:

1. Was passiert, wenn zwei Landkreise nebeneinanderliegen und im Landkreis A gibt es eine integrierte Versorgungsgesellschaft und im anderen (B) nicht?

Antwort: Für die Patient*innen entsteht damit keinerlei Druck zur Veränderung ihrer bisherigen Versorgungsgewohnheiten, die integrierten Versorgungsgesellschaften können ihnen nur

⁸⁰ Präsentation des Buches am 20.2.2020, Seite 24. Buch: Benstetter, F., Lauerer, M., Negele, D. und Schmid, A. (2020): Prospektive regionale Gesundheitsbudgets, Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland, Herausgeber: Stiftung Münch, medhochzwei Verlag, Heidelberg

⁸¹ Vgl. Walter, D., Marte, J., Auner H., Müller, L., Griewing, B. (2020): RHÖN-CAMPUS-KONZEPT: Sektorübergreifende Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, in Intersektorale Versorgung: Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial, Hahn, U., Kurscheid, C. (Hrsg.), 1. Aufl., Springer Fachmedien Wiesbaden, pp. 470/10., ISBN: 978-3-65-8290146
Vgl. Pressemitteilung von Asklepios: www.asklepios.com/presse/presse-mitteilungen/konzernmeldungen/201907/2019-07-03-pauschale-fuer-gesundheit-statt-behandlungen-bezahlen~ref=eb4b30af-4bd6-4365-9b67-31baebfb4962~

Angebote machen. Wie beschrieben bleiben die Versicherten jeweils frei, sich ihre Arztpraxis, ihre Pflegeeinrichtung oder das Krankenhaus ihrer Wahl selbst auszusuchen. Da diese auch jeweils weiterhin ihre Vergütung nach den bisherigen Regeln erhalten, entstehen keinerlei Probleme. Seit 15 Jahren ist dies z. B. im Kinzigtal der Fall.⁸² Sofern ein positiver Ruf wegen zusätzlicher Unterstützungsangebote der Integrierten Versorgungsgesellschaft im Nachbarkreis entsteht, könnte evtl. ein Erwartungsdruck auf den Landkreis B entstehen, ebenfalls eine „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0.“ einzurichten und die Krankenkassen aufzufordern, dort ebenfalls mit einer Integrierten Versorgungsgesellschaft einen Vertrag einzugehen.

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

Antwort: Sie versorgen weiterhin die Bevölkerung dieser Landkreise und werden ggf. nach eigener Entscheidung Netzwerkpartner und/oder Gesellschafter der dortigen Integrierten Versorgungsgesellschaften, sofern diese dort existieren. Oder sie gründen diese sogar. Dies gilt auch für Universitätskliniken und sehr spezialisierte Facharztpraxen. Es gibt keinerlei Restriktion, nicht gleichzeitig in mehreren regionalen Integrationslösungen als Partner dabei zu sein.

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

Antwort: Die wenigen vorhandenen Vergleiche und Datenanalysen über die Versorgungsqualität in den Landkreisen und Städten Deutschlands zeigen, dass in erheblichem Maße Unterschiede bestehen. Das heißt, zurzeit werden mehr oder weniger große Abweichungen von wirklicher Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse toleriert. Mit dem vorgeschlagenen Modell wird allerdings ein Verbesserungsanreiz möglich, der durch die Datenanalysen und die Interventionsformen dazu führen kann, dass sich in weniger gut versorgten Landkreisen die Versorgungsqualität verbessert und gleichwertigere Lebensverhältnisse entstehen. Es entstünde damit ein Wettbewerb und ein Lernen untereinander zwischen den Regionen. 2019 hat eine Regierungskommission unter Federführung des Innenministeriums den Bericht „Unser Plan für Deutschland: Gleichwertige Lebensverhältnisse überall“ vorgelegt. Die Facharbeitsgruppe 3 hat in der Anlage zu diesem Bericht vorgetragen: „Wir empfehlen auch die Förderung intelligenter, fach- und ämterübergreifender Versorgungskonzepte und die Einbindung der kommunalen Ebene in die Koordinierung der Leistungen ambulant tätiger Ärzte, der Krankenhäuser sowie Vorsorge- und

⁸² Es würde sich nur dann stellen, wenn anders als hier vorgeschlagen, der Aufbau Integrierter Systeme mit Zwangsmaßnahmen einherginge, dass also Patienten z. B. nicht mehr frei wären, zu anderen Ärzten oder Therapeuten zu gehen, dass sie nur in bestimmte Krankenhäuser gehen dürften etc. Unser Vorschlag sieht aber genau dies nicht vor sondern macht die freie Wahl zur zwingenden Bedingung.

Rehabilitationskliniken im Rahmen integrierter regionaler Versorgungsplanungen.“⁸³ Unser Vorschlag könnte als konstruktive Umsetzungsüberlegung dieser Empfehlung verstanden werden.

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

Antwort: Die Erfahrung mit der zögerlichen Entwicklung populationsorientierter Verträge macht es wohl nötig, eine „Ersatzlösung“ und eine Art Druckmittel bereit zu halten. Der Gesetzgeber sprach in letzter Zeit dann häufiger von Ersatzvornahmen. Hierfür können wir uns folgende Lösung vorstellen, die dann greifen würde, sofern innerhalb eines Zeitraums von zwei bis drei Jahren nach der erstmaligen Aufforderung durch die Gesundheitskonferenz keine Verträge nach dem Modell der „Gesundheitsregionen der Zukunft“ für mindestens 75 % der GKV-Versicherungsgemeinschaft ihrer Region abgeschlossen worden sind:

Wiederum über die „Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“ könnte die zuständige kommunale Gebietskörperschaft gebeten werden, sich beim BAS mit definierten Postleitzahlen für einen Direktvertrag zu bewerben und die Rolle einer optimierten Steuerung der präventiven, ambulanten und stationären Versorgung bei Eingang einer virtuellen Budgetverantwortung selber oder über entsprechend beauftragte Partner zu übernehmen. In diesem Fall könnte eine leicht veränderte RIV-Standardvariante zur Geltung gebracht werden. Im Fall der Direktvereinbarungen mit dem Gesundheitsfonds über den Kopf der Krankenkassen hinweg könnten die weiterhin gezahlten Aufschläge auf die Zuweisungen (und ebenso die späteren Abschläge) direkt an die Managementgesellschaften/kommunalen Einrichtungen überwiesen werden, um damit einen weiteren Anreiz für die Krankenkassen auszulösen, eher vorher Verträge geschlossen zu haben. Auch bei den weiterhin geltenden erfolgsabhängigen Vergütungen durch die Krankenkassen könnte in derartigen Verträgen der Anteil standardmäßig höher fixiert werden.

Wie erwähnt, ist dies nicht der Ort für die Diskussion der juristischen Voraussetzungen, wie die kommunalen Gebietskörperschaften selber zum Abschluss solcher Verträge ermächtigt werden bzw. wie sie (mit)entscheiden können, welches Konsortium bzw. welche Managementgesellschaft den Direktvertrag mit der „Versorgungssicherungsagentur“ des BAS abschließen darf.

Für das Funktionieren wäre noch eine Regelung von Bedeutung: Wie erhalten die beauftragte Managementgesellschaft, der beauftragende Landkreis bzw. die Gebietskörperschaft sowie die Krankenkassen eine Mitteilung zu den GKV-Routinedaten der in ihrem PLZ-Bereich wohnenden Versicherten sowie zu den für diese entstandenen Kosten pro Krankenkasse (und welche

⁸³ BMiB, BMEL, BMFSFJ (2019): Unser Plan für Deutschland - Gleichwertige Lebensverhältnisse überall - Bericht der Facharbeitsgruppe 3 „Raumordnung und Statistik“ S.69 (13.10.2019) www.bundestag.de/resource/blob/662514/e46465077fa47945fc9dc9eeafc086d6/kw43_pa_buergerschaftliches_engagement_bericht-data.pdf

Zuweisungen dem entgegenstehen)? Aus Datenschutzgründen müssten diese ggf. auf Mindestzahlen aggregiert sein. Statt der Krankenkassen könnte in diesem Fall das BAS bzw. eine vom BAS separierte „Versorgungssicherungsagentur“ der direkte Vertrags- und Abrechnungspartner werden. Da die Krankenkassen, die selber (vor der „Ersatzvornahme“ über den Zukunftsinvestmentfonds) einen populationsorientierten IV-Vertrag für die jeweilige Region abschließen, besser gestellt sind, als die anderen, wird die Regelung insoweit wahrscheinlich einen Impuls auslösen, dass mehr Krankenkassen derartige Verträge über ihre Verbände oder Servicegesellschaften abschließen. Dann könnten diese auch damit über ihre Verbände oder Servicegesellschaften regionale Ansprechpartner aufbauen, um vor Ort diskussionsfähig zu sein.

5. **Der Vorschlag setzt auf einen Anreiz durch Mittel aus dem Gesundheitsfonds. Ist angesichts der zusätzlichen Mittelbedarfe anlässlich der Covid-19 Krise überhaupt genügend Geld im Gesundheitsfonds vorhanden, um diesen Vorschlag damit auszustatten?**

Antwort: Die Autor*innen gehen nicht davon aus, dass der Vorschlag innerhalb dieser Legislatur noch beschlossen und umgesetzt werden kann. Dafür bedarf es eines breiteren Diskussionsprozesses, der sicherlich in die nächste Legislatur und damit in das Jahr 2022 hineinreicht. Dennoch ist davon auszugehen, dass auch bei einem Wiedererstarren der Konjunktur die finanziellen Möglichkeiten der Bundesrepublik aufgrund der aktuellen konjunkturellen Maßnahmen angespannt sein werden. Umso wichtiger wird es sein, den Anstieg der Ausgaben im Gesundheitswesen und den Anstieg der Beitragssätze für die Krankenkassen durch intelligente Versorgungslösungen nach dem oben beschriebenen Muster abzumildern. Der vorgeschlagene „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“ ist absichtlich so gehalten worden, dass er sich aus den entstehenden 2 % Einsparungen mittelfristig selber refinanziert. Gleichzeitig würden – im positiven Fall der Steigerung von Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Versorgungsoptimierung sowie durch die bessere Interaktion der unterschiedlichen Berufsgruppen und evtl. Lotsenangebote – unnötige Kosten vermieden werden, sodass auch dadurch die Ausgaben des Gesundheitsfonds in geringerem Maße steigen würden als bei fortgesetzter sektoraler Einzeloptimierung.

Außerdem ermöglicht die besondere Finanzierungslogik (abnehmendes Investment über sechs Jahre und Einnahmen 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 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.⁸⁴ Privates Kapital, das zugunsten des Gemeinwohls investiert werden soll, ist zurzeit im Überfluss vorhanden und sucht attraktive Beteiligungsmöglichkeiten. Das Gesundheitswesen gilt dabei als eine Branche mit hoher Sicherheit und stabilen Zukunftsaussichten. Privatpersonen, Stiftungen oder Pensionsfonds könnten sich daran beteiligen. Auch gesundheitsnahe Investitionsmittel – etwa von den Ärztlichen Versorgungswerken – könnten dafür genutzt werden. Eine gewisse kleine Rendite jenseits des erzielten sozialen Nutzens sollte in der aktuellen Null-Zins-Phase ausreichen.

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

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

⁸⁴ 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 sowie die Markterhebung „Impact Investing in Deutschland 2020“ www.bundesinitiative-impact-investing.de/marktstudie-2020

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

Unserer Meinung nach erleben wir gerade einen der seltenen Momente, in denen aus einer Krise auch eine wirkliche Entscheidungssituation entsteht – hin zu einem stärkeren und widerstandsfähigeren regionalen Präventions- und Versorgungssystem, das in der Lage ist, besser koordiniert und mittels digitaler Vernetzung besser informiert den jeweiligen Herausforderungen zu begegnen. Hin zu einer wirklichen „Integrierten Versorgung“, die im Vertrauen auf und im Konsens mit den Bürgern sorgfältige Risikoabwägungen trifft ohne Unter- oder Überschätzung des Handlungsbedarfs – und wenn, dann nicht mit „social distancing“ sondern mit „physical distancing“ bei gleichzeitig erneuerten Formen sozialer Nähe. Ein solches Versorgungssystem macht aber keinen Sinn, wenn es nur für Teilmengen von Versicherten funktionieren soll, die einer bestimmten Krankenkasse angehören. Dies wäre unter den gegebenen Bedingungen der Fall, wenn man ein solches Versorgungssystem über das Modell der Verträge zur Integrierten Versorgung mit einzelnen Krankenkassen arrangieren würde.

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

Das Modell entspricht auch den Vorstellungen der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, die in einer aktuellen vierten Ad-hoc-Stellungnahme im Zuge der Covid-19-

Pandemie ebenfalls eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens empfiehlt.⁸⁵ Ziel der Reformierung sollte laut der Akademie ein Gesundheitssystem sein, das mit Blick auf die aktuellen und auf zukünftige Herausforderungen in hohem Maße anpassungsfähig ist und in dem der Öffentliche Gesundheitsdienst, ambulanter und stationärer Sektor gut zusammenarbeiten. Wir würden hier noch die oben weiter ausgearbeiteten Überlegungen zur Einbeziehung der Patient*innen in das „Therapeutische Team“, das Thema der Gesundheitskompetenz und der Gesundheitsförderung, die gesteigerte Bedeutung der Pflege und der Sozialarbeit und insgesamt die notwendige Interprofessionalität stärker herausstellen.⁸⁶

8. Fazit

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, das 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, und freuen uns auf rege Diskussionen mit allen, denen an einer Neuausrichtung liegt.

⁸⁵ Vgl. Leopoldina (2020) www.leopoldina.org/presse-1/nachrichten/ad-hoc-stellungnahme-coronavirus-pandemie

⁸⁶ Vgl. Robert Bosch Stiftung (RBS) (2011): Memorandum.Kooperation der Gesundheitsberufe – Qualität und Sicherstellung der zukünftigen Versorgung. www.bosch-stiftung.de/de/publikation/memorandum-kooperation-der-gesundheitsberufe-qualitaet-und-sicherung-der sowie die Publikationen des Vereins zur Förderung eines Nationalen Gesundheitsberuferrats www.nationalergesundheitsberuferrat.de

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-Gonther, Prof. Dr. Thomas Klie, Prof. Dr. Alexis von Komorowski, Florian Kropp, Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe, Harald Möhlmann, Prof. Dr. Axel Mühlbacher, Dr. Alexander Pimperl, Justin Rautenberg, Prof. Dr. Herbert Rebscher, Steven Renner, Dr. Monika Roth, Dr. Almut Satrapa-Schill, Jörg Sauskat, Dr. Viktoria Stein, Prof. Dr. Dr. Alf Trojan, Dominik Walter, Prof. Dr. Jürgen Wasem, Christoph Wiebold

Diese ungekürzte Fassung ist abrufbar unter: www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung.

Kontaktadresse

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