

Die Zukunft der Integrierten Versorgung

Competence Center Gesundheit
Ringvorlesung HAW WS 2020/21

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt
Hamburg, 25. November 2020

OptiMedis konzipiert und realisiert innovative Versorgungsformen

Wir sind ein gesundheitswissenschaftlich ausgerichtetes Unternehmen für Management, Analytik & Forschung im Gesundheitswesen und der Spezialist im Aufbau innovativer Versorgungsformen.

Unsere Vision: Integrierte regionale Versorgungsmodelle mit Ausrichtung auf Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung

- ⇒ Beratung und Begleitung von Landkreisen, Gemeinden und Organisationen in der Gesundheitsversorgung
- ⇒ Forschung mit zahlreichen Partnern im In- und Ausland

Expertise im Aufbau und Management von Gesundheitsnetzen nach §140a...

...u.a. seit 2005 im Kinzigtal (Schwarzwald), seit 2017 in Billstedt/Horn (Hamburg) und Nijkerk (Niederlande), seit 2019 im Werra-Meißner Kreis (Nordhessen) sowie in Hampshire (Großbritannien) ...
ganz neu: Schwalm-Eder Kreis

Ein paar Rahmendaten

- ⇒ Gründung: 2003 (nachfolgend zu UKE / Werkstatt Gesundheit e.V. / Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH)
- ⇒ Firmensitz: Hamburg
- ⇒ Vorstand: Dr. h. c. Helmut Hildebrandt & Dr. Oliver Gröne
- ⇒ Aufsichtsrat: Dr. M. Richter-Reichhelm (Vors.), Prof. Dr. Gerd Glaeske, Prof. Dr. I. Kickbusch, Dr. R. Buck, J. Herdrich, Prof. Dr. H. Köckler
- ⇒ Mitarbeiter*innen: 32 Gesundheitswissenschaftler, -ökonomen, Mediziner, Betriebswirte, Sozial- und Geisteswissenschaftler, IT-Experten usw.
- ⇒ Internationale Beteiligungen: OptiMedis Niederlande (2014), OptiMedis-Cobic Großbritannien (2017), OptiMedis Belgien (2018)
- ⇒ Management = Geschäftsstelle für das „Deutsches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (DNGfK) sowie das von der WHO initiierte Netzwerk „Health Promoting Hospitals“ (HPH)

Entstehungsgeschichte der Integrierten Versorgung (1)

- › Mit der Integrierten Versorgung des § 140a ff SGB V hat die rot-grüne Koalition im Jahre 2000 eine Möglichkeit für innovative Lösungen geschaffen, mit der die starren Sektorengrenzen und die Blockade durch die „gemeinsam und einheitlichen Verträge“ überwunden werden sollten.
- › Von 2004 bis 2008 gab es zusätzliche Anschubfinanzierung in Höhe von bis zu 1 % der Gesamtvergütung ambulanter und stationärer Leistungen, um die bis dahin zögerliche Inanspruchnahme der neuen Möglichkeiten zu beschleunigen.

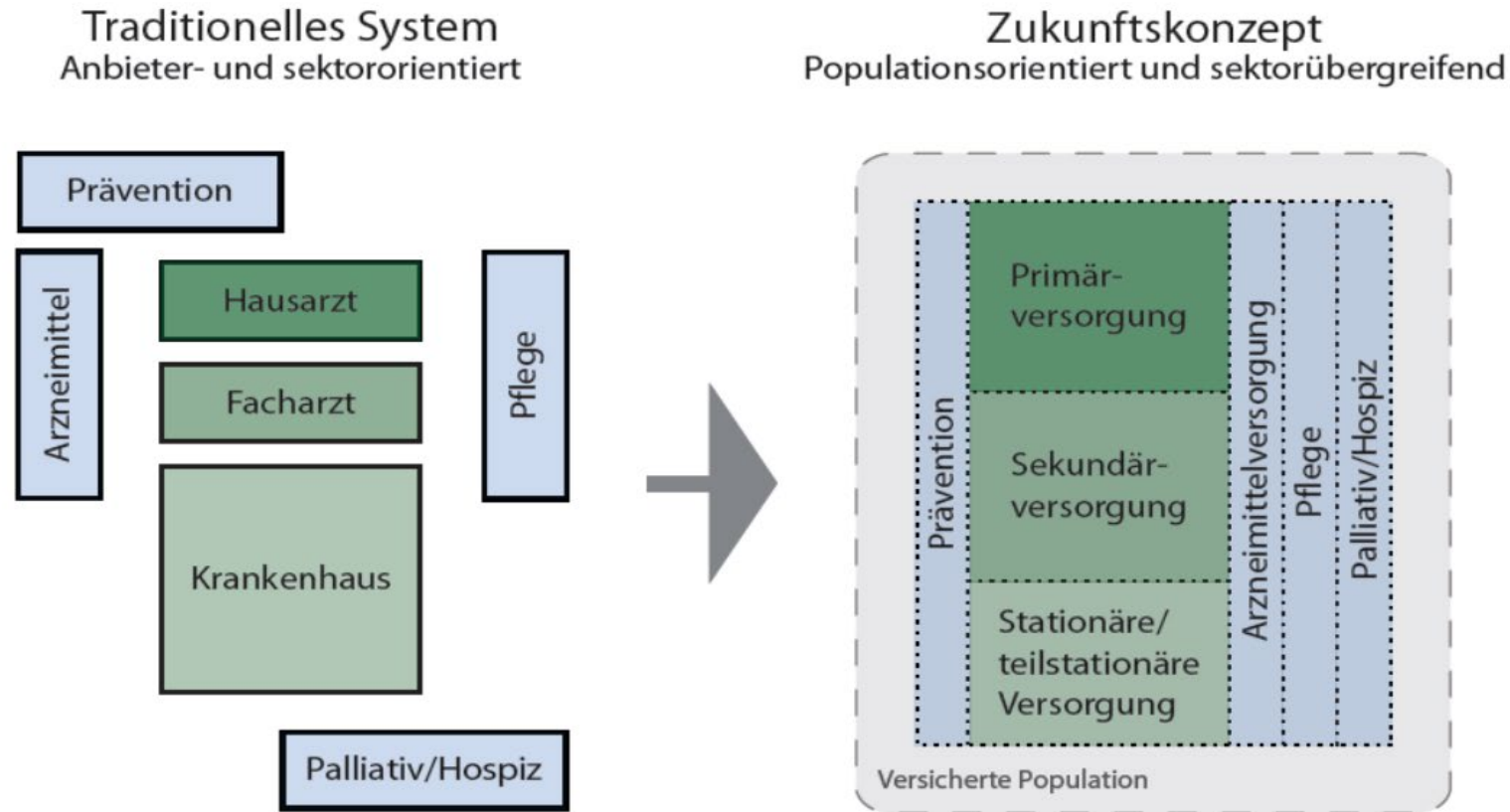
Entstehungsgeschichte der Integrierten Versorgung (2)

- › Krankenkassen können seitdem Verträge mit einzelnen Leistungserbringern aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen abschließen, zum Beispiel mit Kliniken, Haus- und Fachärzten, Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und Rehabilitationseinrichtungen. Rechtsnorm für die IV sind die §§ 140a-d SGB V.
- › Die mit der Gesundheitsreform 2000 in das Krankenversicherungsrecht eingeführte Integrierte Versorgung war 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.

Der Begriff Integrierte Versorgung wird für zwei verschiedene Ansätze verwendet

1. Verträge zur IV beinhalten die koordinierte, qualitätsorientierte Behandlung einzelner Versorgungsepisoden (z.B. kontinuierliche Blutzuckermessung) oder Indikationen (z.B. rheumatologische Versorgung)
2. Der Begriff wird auch für die indikationsübergreifende Versorgung ganzer regionaler Populationen) verwendet. Dies war die ursprüngliche Ausrichtung des Gesetzgebers + mehrfach in den Begründungen so dargestellt.

Ein Zukunftsmodell, das 2009 im Bericht des Sachverständigenrats vorgestellt wurde: weg von der sektoralen hin zur populationsorientierten Versorgung



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bedarfsgerechte Versorgung https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf

Bund-Länder AG „Sektorübergreifende Versorgung“

Aus dem Fortschrittsbericht der AG (Jan.2020):

- › Mehr **stationäre** Leistungen sollen **ambulant** erbracht werden
- › Festlegung eines **gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereiches** – bestehend aus Krankenhaus- und Vertragsärzten
- › Stärkere Beteiligung der Kliniken an der ambulanten Grundversorgung (in strukturschwachen/ländlichen Regionen): **Umwandlung in ein ambulantes oder „ambulant stationäres Gesundheitszentrum“**
- › Einführung der **Übergangspflege/Kurzzeitpflege** im Krankenhaus nach Krankenhausbehandlung wird geprüft.
- › Weiterentwicklung des **Entlassmanagements** und der nachstationären Behandlung der Krankenhäuser (Vergütungsabschläge bei Nichterfüllung)

Kommunale Ansätze: Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen

Gesundheitspolitik/ Administration	• Mitglieder des zuständigen Stadt-/Landrates und von Gemeinderäten • Gesundheitsamt/Geschäftsstelle Gesundheitskonferenz • anlassbezogen Sozial-/Jugendhilfe, Verkehr, Umwelt, Schule, Arbeit etc.
Ambulante Gesundheitsversorgung	• Ärztekammer/Kreisärzteschaft, Kassenärztliche Vereinigung • Zahnärztekammer • Apothekerkammer • Psychotherapeutenkammer • Heilberufe
Stationäre Gesundheitsversorgung	• Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge • Stationäre und teilstationäre Einrichtungen der Krankenversorgung, ggf. Pflege-/Rehabilitationseinrichtungen, Palliativversorgung
Sozialversicherungsträger	• Gesetzliche Krankenversicherung • Gesetzliche Pflegeversicherung, Gesetzliche Rentenversicherung, Gesetzliche Unfallversicherung bzw. Berufsgenossenschaften
Sonstige	• Vertreter der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe, Patientenvertreter/-schutz • Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen • Universitäten, Hochschulen, Forschungsinstitute • Weitere wichtige lokale Akteure, Beauftragte und Netzwerke

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

Diskussion über regionale Gesundheitsbudgets / Capitation

Pressemitteilung



Pauschale für Gesundheit statt Behandlungen bezahlen? Große Offenheit für „Capitation“

- Prävention würde an Bedeutung gewinnen – und lukrativer für Anbieter
- Jüngere und gesündere Befragte in Asklepios Studie stärker interessiert
- Unter Stress leiden vor allem jüngere Menschen und Frauen

Hamburg, 3. Juli 2019. Capitation ist ein pauschales Vergütungssystem für



Innovationsfonds G-BA ermöglicht die Erprobung neuer Versorgungslösungen, hierbei handelt es sich jedoch eher um eine komplementäre Ergänzung zur klassischen Regelversorgung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat den Auftrag, neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regel-versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind, zu fördern.

Nach Abschluss der geförderten Vorhaben fasst der Innovationsausschuss bei Förderungen neuer Versor-gungsformen einen Beschluss mit Empfehlungen zur Überführung in die Regelversorgung.



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**
Innovationsausschuss

Und was machen wir, wenn die sektoral getrennte Regelversorgung das Problem ist?

Unsere Erfahrungen mit Großprojekten des Innovationsfonds - I

INVEST Billstedt/Horn



Gesellschafter der Gesundheit für
Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt)



Konsortialpartner



Kooperationspartner (Übersicht wird laufend ergänzt)



Förderzeitraum 2017 - 2019

INTEGRAL

10-Jahres-Evaluation der populationsbezo-
genen Integrierten Versorgung Gesundes
Kinzigtal in Aufbau- und Konsolidierungsphase



Förderzeitraum 2018 - 2020

Unsere Erfahrungen mit Großprojekten des Innovationsfonds - II



Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnenden durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle

Universität Witten-Herdecke, Institut AGP Sozialforschung, Pflege e.V. Prof. Christel Bienstein, Medizinische Universität Wien, AOK RH, AOK-BW, AOK-RPS, Barmer, DAK, BKK Werra-Meißner

Förderkennzeichen 01VSF18026



M@dita im Überblick

Wofür steht M@dita?

Mutterschaftsvorsorge@digital im Team von Anfang an

Was ist M@dita?

M@dita ist ein seit Anfang 2020 über den Innovationsfonds gefördertes Programm zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und -prozesse in der Schwangerenversorgung

Für wen ist M@dita?

M@dita ist für Schwangere in Schleswig-Holstein, die bei der AOK NORDWEST oder bei der Techniker Krankenkasse versichert sind

Förderkennzeichen: 01NVF18026



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

- › 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.
- › Die Patient*innen werden nicht ausreichend als aktive Partner*innen im Entwicklungsprozess von Gesundheit angesehen und unterstützt
- › 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
- › 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.

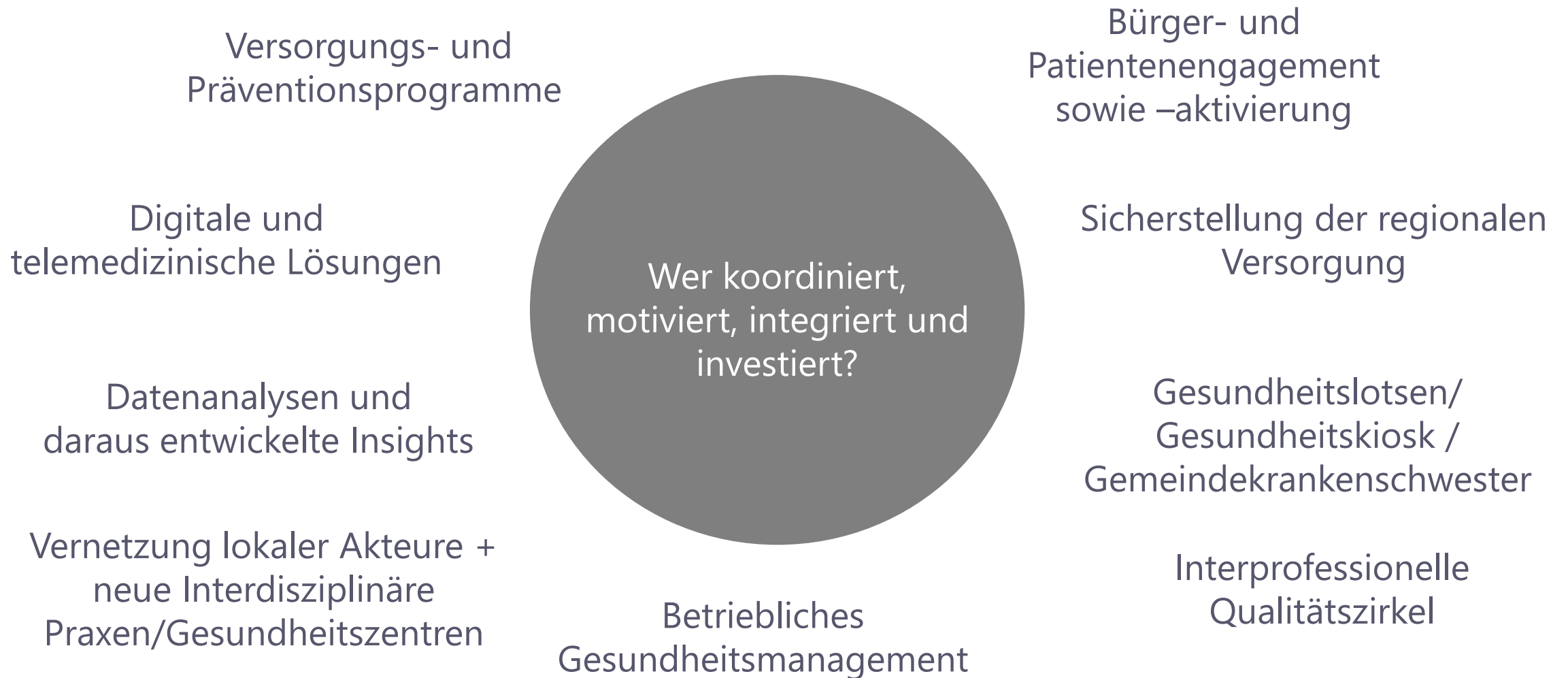
Was hindert uns an einer Integrierten Versorgung für alle GKV-Versicherten einer Region?

- › Die lokale Gesundheitsversorgung, die Public-Health-Infrastruktur und der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) sind nur ungenügend miteinander verknüpft
- › Die zentralisierte Organisation von Krankenkassen steht lokalen Investitionen in die Gesundheit der Gesamtbevölkerung entgegen
- › Die Verteilung der Finanzmittel in unserem Gesundheitswesen folgt bis auf eine Ausnahme einem Modell aus dem 19. Jahrhundert, das mit nur geringen Veränderungen über das 20. in das 21. Jahrhundert übertragen wurde. Die gesamte Preisfindung und Finanzierung im Gesundheitswesen (mit Ausnahme der Preisfindung nach dem AMNOG, basierend auf dem nachgewiesenen Zusatznutzen) beruht im Wesentlichen auf dem alten Kostendeckungsprinzip. Dies gilt für die Krankenhäuser mit der Kalkulation der DRGs genauso wie mit den immer wiederholten Kostenkalkulationen für die ambulanten Ärzte, die Apotheken und die anderen Berufsgruppen, vor kurzem von Herrn Spahn auch für die Pflegeheime ins Spiel gebracht mit einem Profitdeckel für die Pflegeheimbetreiber.

Die Ursachen für fehlende Integration sind vielfältig

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

Was brauchen wir für ein besser auf Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgungsoptimierung ausgerichtetes regionales System?



Was brauchen wir für ein besser auf Prävention, Gesundheitsförderung und Versorgungsoptimierung ausgerichtetes regionales System?





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

Das Autorenkollektiv und die Mitwirkenden

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dr. Volker Lodwig, Aufsichtsratsmitglied EIT Health Germany, Mannheim

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

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

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

Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität Köln, Köln

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

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

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

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

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

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

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

Warum blicken wir auf die Region?



Gesundheit ist primär ein lokales und regionales Gut!

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

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

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

Welche Fragen muss unser Konzept beantworten?

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

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

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

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

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

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

„Kommunale Gesundheitskonferenz 2.0“

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

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

Analyse, Diskussion,
Vorbereitung, Initiierung



Landkreis/Gebietskörperschaft

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

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

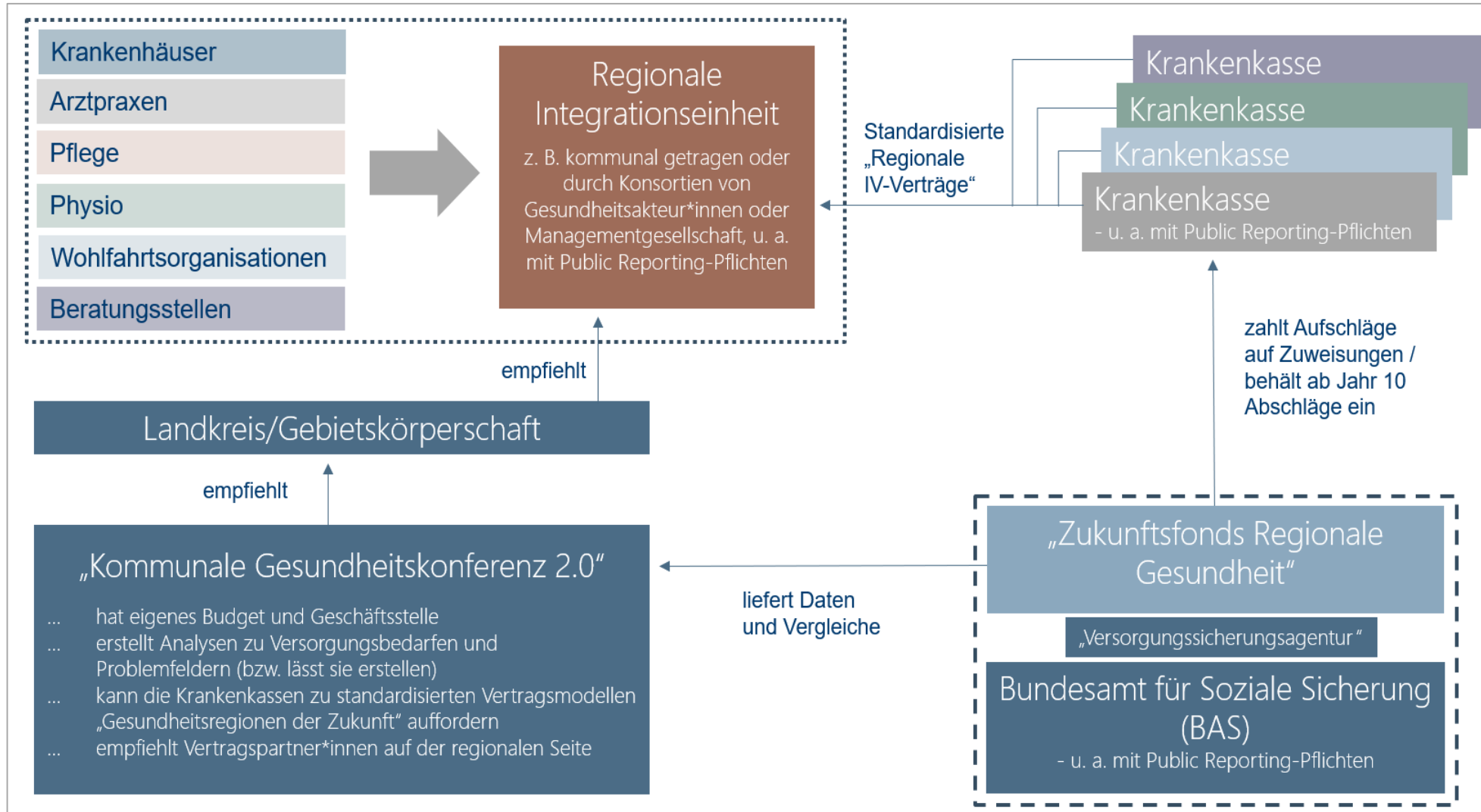
Es gibt viele Möglichkeiten, aber: Die Träger müssen bereit sein, unternehmerische Verantwortung zu übernehmen und sich in der Lage versetzen, realen Gesundheitsnutzen zu erzeugen, lokale Partner über die Berufsgruppen im Gesundheitswesen auch hinaus zu gewinnen

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

Regionale
Integrationseinheit

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

Vertragsbeziehungen für „Innovative Gesundheitsregionen“



Teilstandardisierte Verträge verringern den initialen Aufwand

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

Verpflichtend:

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

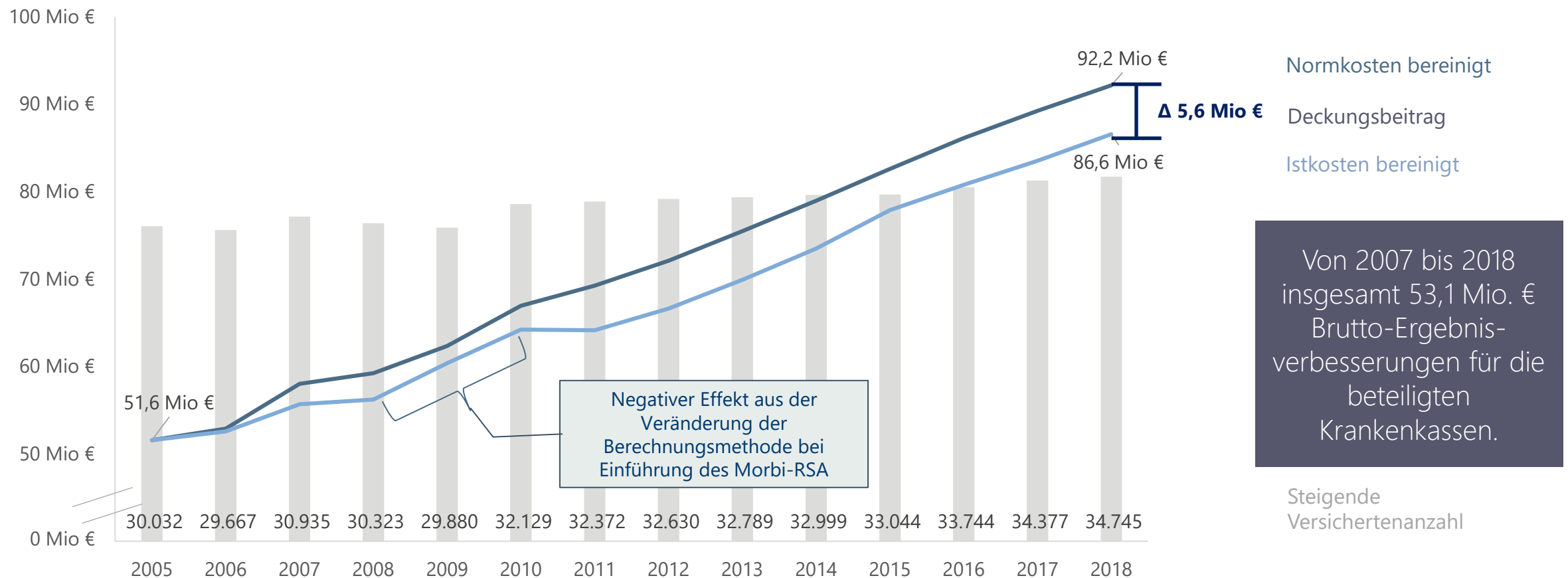
Die im Kinzigtal entwickelte ökonomische Lösung – „Shared Savings auf Mesoebene“ – produziert eine Lösung, aber erfordert Risikobereitschaft, eine Start-Up-Mentalität + mutige Partner

Eine regionale Gesundheits-Managementgesellschaft als Integrator und Innovator investiert und profitiert von ihrem Erfolg.



Brutto-Ergebnisverbesserung der AOK und SVLFG (LKK) allein für 2018 für ihre gesamte Population im Kinzigtal: 5,6 Mio. €

Entwicklung der Normkosten, Istkosten, Deckungsbeitrag und Versichertenanzahl der AOK und LKK in Gesundes Kinzigtal



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

Start-Up-Finanzierung über einen „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“ mit erhöhten Zuweisungen

Ein Fonds als ausgegliederter Teil des Gesundheitsfonds erhöht die Zuweisungen für alle Versicherten der sich vertraglich einklinkenden Krankenkassen in der jeweiligen Region, für die ersten 3 Jahre um 3 % und die nächsten 3 Jahre um 1 %. Die darauffolgenden 4 Jahre erhalten keinen Aufschlag und für die Jahre 11 bis 20 werden die Zuweisungen für insgesamt 10 Jahre um 2 % abgesenkt. So refinanziert sich der Fonds.



Der Zukunftsfonds Regionale Gesundheit als Modell eines Social Impact Fonds

Ergänzung des Fonds aus einem Teil des Innovationsfonds – die Finanzierungslogik ermöglicht zudem eine Beteiligung von privatem Kapital (Privatpersonen, Stiftungen oder Pensionsfonds)



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

Vorschlag für die teilstandardisierten Vertragsvarianten:

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

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

Erfolgsabhängige Vergütung als Kernelement und Geschäftsmodell der regionalen Verträge

Die Umkehr der Anreizsystematik weg von „Volume“ zu „Value“

Die Finanzierung muss an dem produzierten (Zusatz-)Nutzen ausgestaltet werden. Wir brauchen also eine Rechnungsmethode, die den Benefit und den Nutzen für die Bevölkerung der Region errechnet.

Anreizwirkungen dieser Lösung auf die Gesundheitsverbünde bzw. die Managementgesellschaften

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

Die dritte Region, aufgebaut mit Mischfinanzierung aus Eigenmitteln, Beteiligung lokaler Unternehmen und Krediten

- 100.715 Einwohner / im Schnitt ca. 4 Jahre jüngere Population als im Kinzigtal
- Shared-Savings- / Shared-Data-Vertrag mit BKK Werra-Meißner geschlossen, mit weiteren Krankenkassen in Verhandlung
- Startinvest über Banken, OptiMedis, lokale Investmentpartner (stille Gesellschaftsbeteiligung) und Drittmittel
- Populationsversorgung mit Gesundheitslotsen, Invest in digitale Lösungen, Selbstmanagement und intensive Kooperation mit über 57 Netzwerkpartnern



GESUNDER 
WERRA-MEIßNER-KREIS



Ein Beispiel: Lina, 36

Ich bin schon seit Monaten ziemlich überfordert, doch jetzt, wo mein Körper streikt, bricht alles zusammen. Ich brauche sofort jemanden, der mich unterstützt.

Beschäftigung

Bankangestellte

Leben

Mietwohnung in Witzzenhausen

hat eine Fernbeziehung

unterstützt (2-3 x täglich) ihre chronisch kranken Großeltern

Gesundheit

keine Zeit/Energie für Sport oder Freizeitgestaltung

sitzt tagsüber viel

ist überfordert mit den immer mehr werdenden Pflegetätigkeiten und der Verantwortung

hat akute Rückenschmerzen und kann sich kaum bewegen
muss aber gleichzeitig auch sofort die Unterstützung ihrer Großeltern organisieren

Als Mitglied von Gesunder Werra-Meißner-Kreis wendet sich Lina an die MFA ihrer Hausärztin, die **Gesundheitslotsin** ist. Gemeinsam besprechen sie die wichtigsten Schritte:

Lina bekommt den Kontakt zu einer **Pflegeberatung**. Beide Großeltern bekommen eine Pflegestufe, sodass ein **ambulanter Pflegedienst** Linas Aufgaben während ihrer Krankheitszeit übernehmen kann.

Lina selbst hilft die Gesundheitslotsin nach Rücksprache mit der Hausärztin und einer ersten ärztlichen Abklärung bei der Suche nach einem Termin bei einem Physiotherapeuten. Im Anschluss an die Therapie geht Lina 2 x die Woche zu einem **bezuschussten Yogakurs**, den sie auf der Webseite von Gesunder Werra-Meißner-Kreis entdeckt hat.

Zusätzlich absolviert Lina einen von der Gesundheitslotsin empfohlenen **Online-Kurs für pflegende Angehörige**. Im Anschluss daran fühlt sie sich nun viel sicherer und weiß, welche Hilfen sie nutzen kann. Jedes zweite Wochenende werden die Großeltern von dem ambulanten Pflegedienst versorgt, sodass Lina ruhigen Gewissens zu ihrem Freund fahren oder andere Dinge unternehmen kann.

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

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

Die „Gesundheitsregionen der Zukunft“ können mit einer derartigen Lösung darauf hoffen,

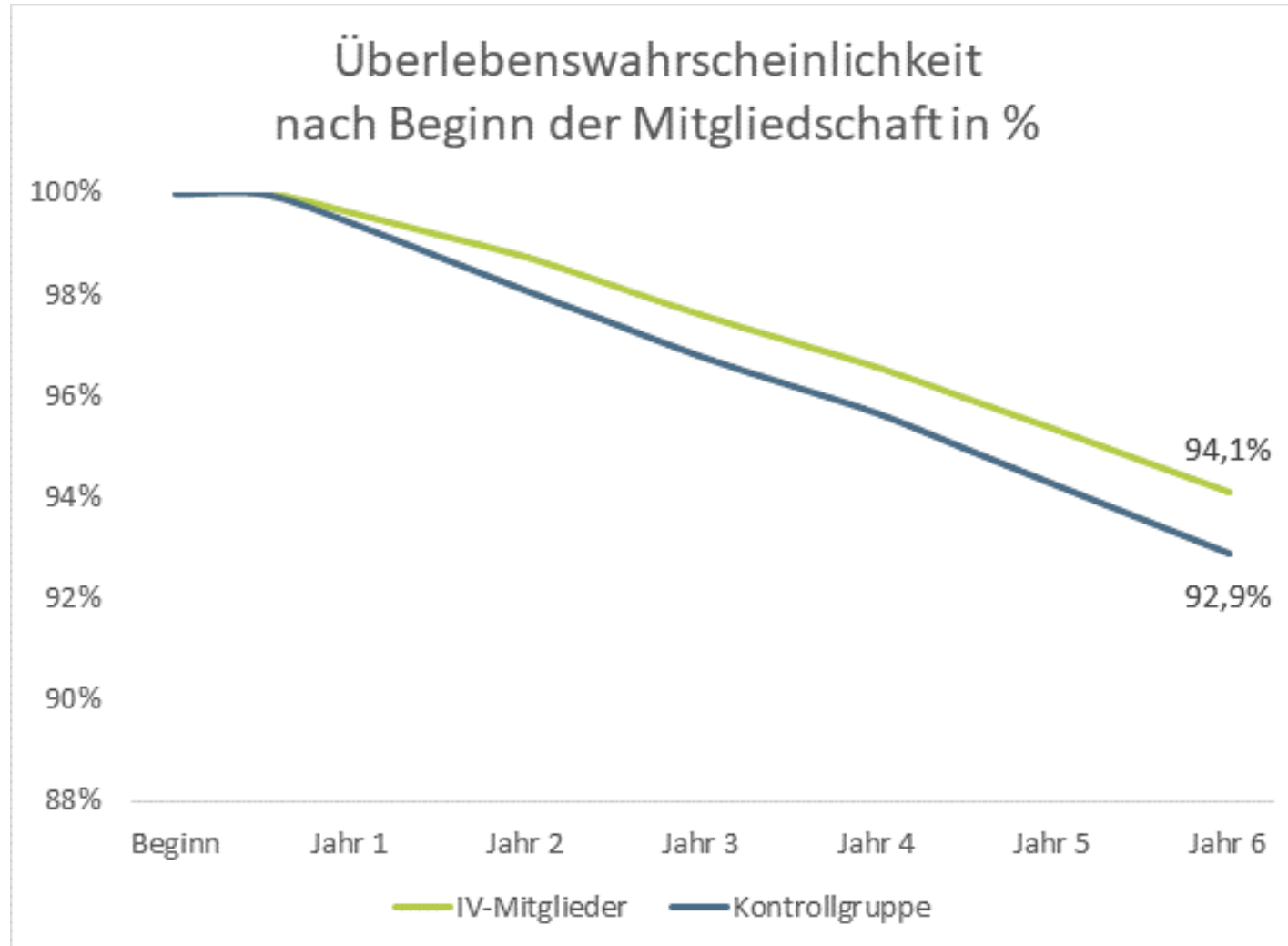
- › dass sich ausreichend Verbünde bzw. Managementgesellschaften finden, die sich dieser Aufgabe stellen und
- › dass sich daraus sicht- und messbare Erfolge ergeben und ihre Region damit von positiven Gesundheitseffekten profitiert.

4. Steuerung und Qualitätswettbewerb über „Monitor Innovative Gesundheitsregionen“

„Qualitäts- und Zielmonitoring“ als neue politische Steuerungsstruktur

1. Der **Gesetzgeber** bekennt sich **explizit** zum Ziel einer integrierten populationsorientierten Versorgung, 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 können sollen.
2. Der Gesetzgeber unterstellt dem Bundesamt für Soziale Sicherung – BAS als dem Verwalter des Gesundheitsfonds eine von den Aufsichtspflichten des BAS separierte „**Versorgungssicherungsagentur**“. Sie übernimmt die Aufgabe als „Zukunftsinvestmentfonds für regionale Gesundheit“ und als Auswerter der regionalen Daten der GKV für die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ sowie die Gesundheitsverbünde / Managementgesellschaften.
3. Der **Gesetzgeber** beauftragt das BAS mit einer Auswertung der Daten der Krankenkassen hinsichtlich der Veränderung der Morbidität ihrer Versicherten als Basis für ein **Public Reporting der Leistungsergebnisse der Krankenkassen**.
4. Ein **Public Reporting der Performance** soll auch für die regionalen integrierten Versorgungssysteme entwickelt werden.
5. Krankenkassen sollten ihrerseits weitere **eigene Qualitätsmessverfahren** entwickeln bzw. die schon vorliegenden Verfahren, wie BrAVo und QuATRo), weiter auszubauen.
6. Das **Bundesgesundheitsministeriums** berichtet **regelmäßig** dem Parlament bzgl. der Ergebnisse und der Qualitätsvarianz in den einzelnen Regionen

Höhere Überlebenswahrscheinlichkeit bei Mitgliedern von Gesundes Kinzigtal im Vergleich mit einer Kontrollgruppe



Zwischen 2006 und 2013 eingeschriebene Teilnehmer von Gesundes Kinzigtal wurden mit einer Kontrollgruppe von Patienten in der Region Kinzigtal verglichen. Letztere waren nicht Mitglieder von GK aber mittels Propensity Score Matching vergleichbar. Beide Gruppen wurden über einen Zeitraum von sechs Jahren verfolgt.

Ergebnis: Die Mortalitätsrate war bei Mitgliedern von Gesundes Kinzigtal geringer als bei der Kontrollgruppe (Überlebenswahrscheinlichkeit 94.1% in der Interventionsgruppe vs 92.9% in der Kontrollgruppe, $p < 0.001$, siehe Abbildung). Insgesamt verstarben in den sechs Folgejahren nach Einschreibung 96 Versicherte weniger in der Untersuchungsgruppe als in der Kontrollgruppe.

<https://optimedis.de/aktuelles/1126-druckfrisch-jahresbericht-2019-gesundes-kinzigtal>

Innovative Gesundheitsregionen auf dem Weg der Umsetzung

Interessenten gibt es genügend, zum Beispiel:

Ärztenetze & Gesundheitsverbünde, das Netzwerk Deutscher Gesundheitsregionen, Gesundheitszentren der Primär- und Langzeitversorgung, Landkreise, kommunale Kliniken wie auch freigemeinnützige + private Klinikträger und auch erste Betriebe fördern entsprechende Lösungen

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



Digitalisierung als Hebel für Dezentralisierung

Spezialisierte Expertise wird darüber auch in räumlicher Entfernung von Großstädten leichter nutzbar. Digitale Unterstützungsangebote können sehr viel früher Patienten bzgl. bestimmter Symptome warnen und sie in dem alltäglichen Management ihrer Erkrankung unterstützen.

Sie bietet zudem die Möglichkeit des Einsatzes von künstlicher Intelligenz bei großen Datenmengen für Forschung, Entwicklung und Versorgung. Und das Vorhandensein eines deutschlandweiten Datenraums zu den Versorgungsdaten beim Bundesamt für soziale Sicherung (BAS), in den zumindest alle GKV-Krankenkassen verpflichtend ihre administrativen und morbiditätsbezogenen Daten einspeisen müssen, um auf dieser Basis dann ihre morbiditätsadjustierten Zuweisungen zu erhalten

Die Länder können durch eine stärkere Regionalisierung bei gleichzeitiger Planung auf Landesebene nur gewinnen!

Zusammenführung sämtlicher institutioneller Akteure der Gesundheitsversorgung zur gemeinsamen Entwicklung zukunftssicherer, patientenzentrierter Versorgungsstrukturen

- › Initiierung regionaler Zukunftsfonds Regionale Gesundheit und Verstärkung durch private Investitionen
- › Aufforderung vom §90-Gremiums des Landes an die Krankenkassen, regionale Vergleichsdaten zur Verfügung zu stellen
- › Beanspruchung der Verfügungsmöglichkeit regionaler Datenvergleiche über eine Bundesratsinitiative – auch als Grundlage für eine integrierte Krankenhaus- und Gesundheitsplanung

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

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



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

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

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

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

Datenvergleiche und öffentliches Diskussion in
Gesundheitskonferenz und Kreistag

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

Und nun? Welche Chancen hat die Umsetzung ?

Anzeichen auf der politischen Seite

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege

(Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz – GPVG)

Antrag

der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Britta Haßelmann, Chris Kühn, Ingrid Nestle, Markus Tressel und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheitsregionen: Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung

Erleichterung des Abschlusses von Verträgen nach § 140 a ff

- Weitere Sozialversicherungsträger
- Regionale Ausrichtungen extra hervorgehoben
- Teilverzicht auf Prüfung durch das BAS

Deutscher Bundestag

19. Wahlperiode

Anzeichen bei den Krankenkassen und in der Wissenschaft

24.11.2020: Veröffentlicht und öffentlich vorgestellt

bifg.

BARMER Institut für
Gesundheitssystemforschung



Robert Bosch
Stiftung

| BertelsmannStiftung

Zwischenbilanz nach der ersten Welle der Corona-Krise 2020

Richtungspapier zu mittel- und langfristigen Lehren



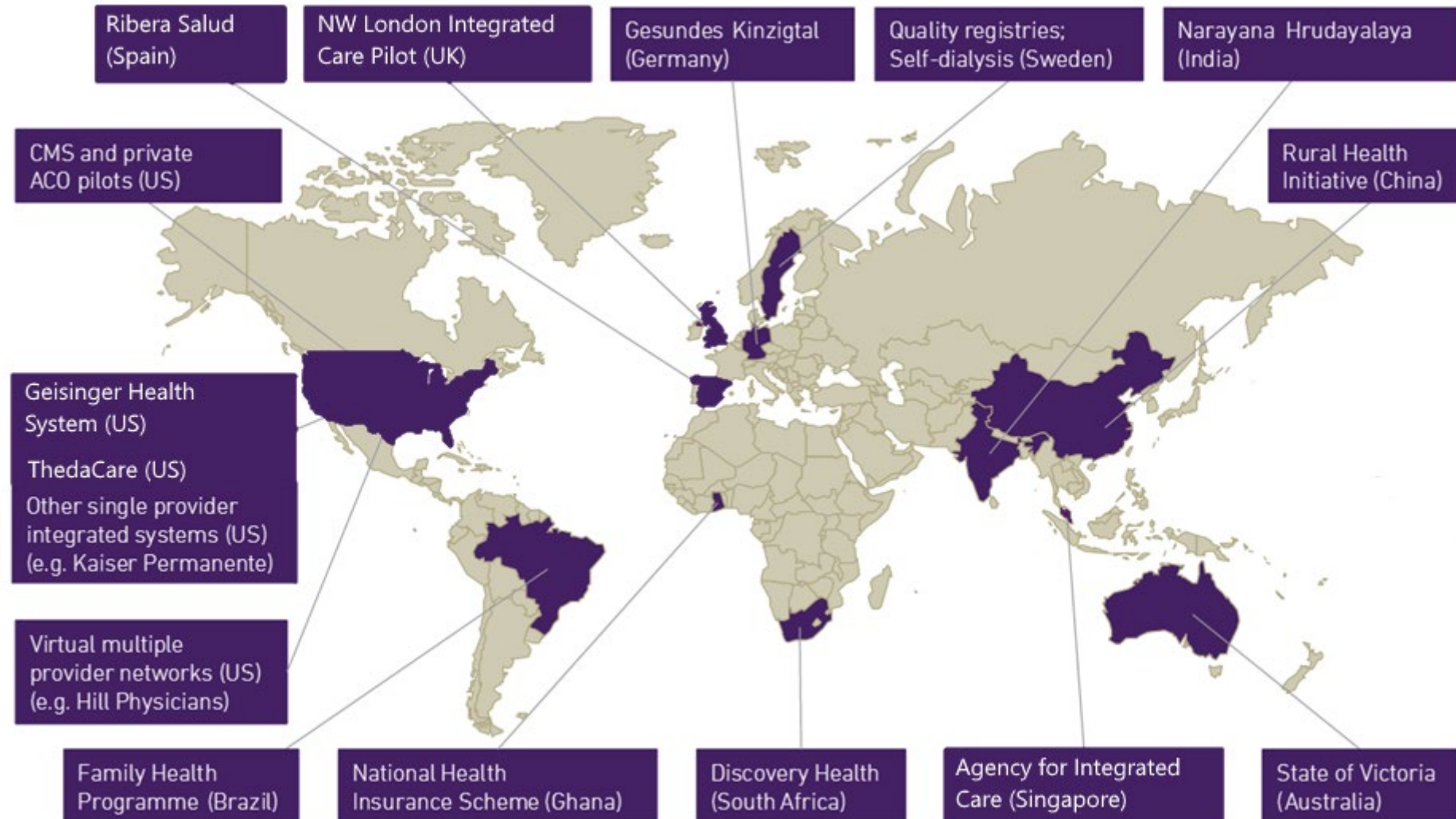
Boris Augurzky, Reinhard Busse, Ferdinand Gerlach, Gabriele Meyer



Besonders im ländlichen Raum sollten sektorenübergreifende Vergütungsmodelle erprobt werden: Die derzeit zum Teil große Vergütungsdifferenz zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung führt dazu, dass eine mögliche und sinnvolle Ambulantisierung nur zögerlich realisiert wird. Vor diesem Hintergrund werden aktuell verschiedene sektorenübergreifende Vergütungsmodelle diskutiert. **Eine Option – neben anderen – sind Regionalbudgets.** Sie umfassen alle Fälle einer Region, die auf Grundlage ihrer Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur ein Budget für die Gesundheitsversorgung der örtlichen bzw. der in ein Versorgungsmodell eingeschriebenen Bevölkerung erhält. **Insbesondere durch die Vermeidung vermeidbarer, kostspieliger stationärer Aufnahmen und das Senken der Krankheitslast durch Präventionsmaßnahmen würde die Art und Weise, wie Gesundheitsversorgung betrieben wird, völlig verändert und ganzheitlich effizienzsteigernde Innovationen gewinnen stark an Bedeutung.**

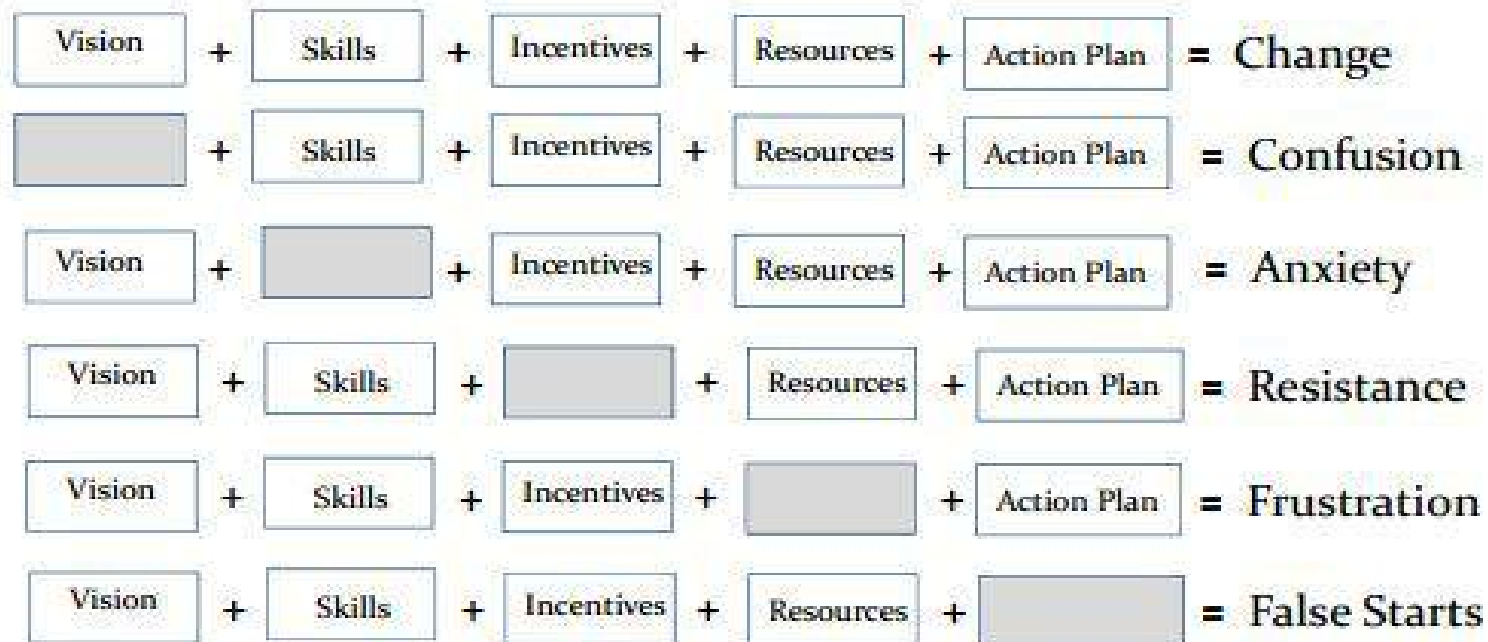
DOI 10.30433/ePGSF.2020.001

Ausgewählte Beispiele populationsorientierter Initiativen weltweit



McClellan et al. (2013) Focusing Accountability on the outcomes that matter

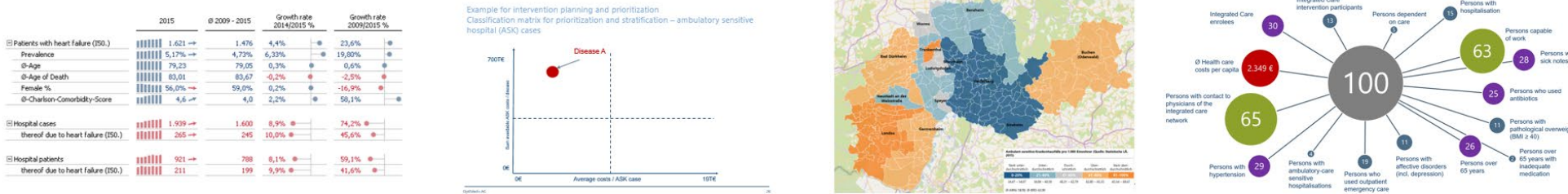
Aber: Die bestehenden Interessen und ihre Lobbys sind stark, der Veränderungsdruck steigt erst allmählich ... und wenn eine der Zutaten an dem Rezept fehlt, dann scheitert das Kuchenbacken:



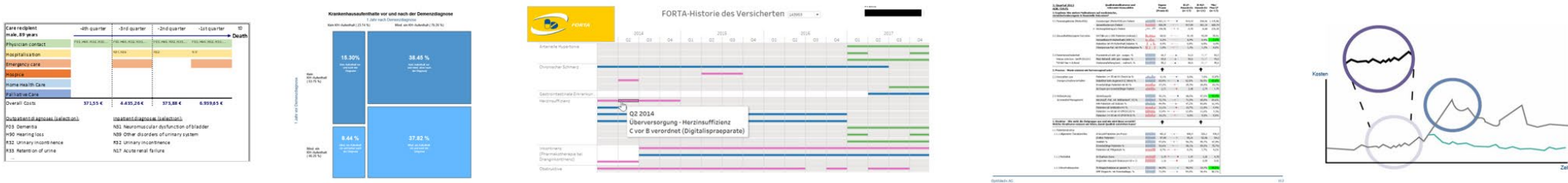
Adapted from T. Knoster, R. Villa, and J. Thousand. "[A Framework for Thinking About Systems Change](#)." In R. Villa and J. Thousand, eds. *Restructuring for Caring and Effective Education: Piecing the Puzzle Together*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 2000

Eine besondere Herausforderung ... dafür brauchen wir mehr qualifizierte Expert*innen: Datengestütztes Versorgungsmanagement

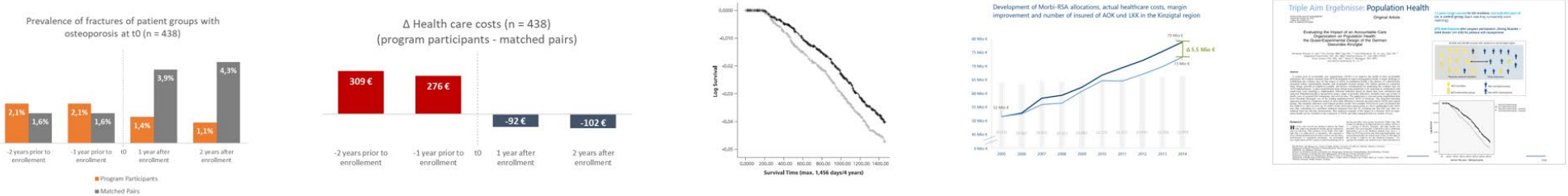
Krankheits- und regionalspezifische Potentialanalysen



Prozess Analysen, Patientenpfade, Medikations-Algorithmen, QI, Casemanagement-Prädiktionsmodelle



Evaluationen, gesundheitsökonomische Analysen, Matched-Pair Verfahren



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

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



So bleiben wir in Kontakt

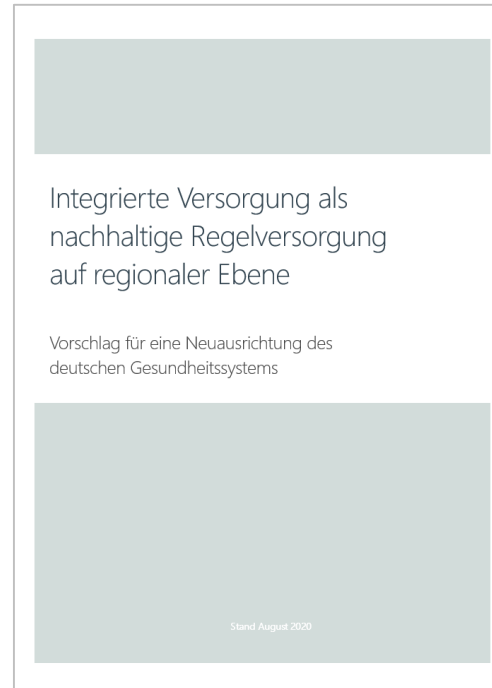
Dr. rer. medic. h. c. Helmut Hildebrandt
Vorstandsvorsitzender OptiMedis AG
h.hildebrandt@optimedis.de



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



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



<https://optimedis.de/iv-als-regelversorgung>



Aktuelle Medienberichte

Gesunder Werra-Meißner-Kreis: Versorgungsmodell mit Zukunft.
Luisa-Maria Hollmig. In f&w 5/2020

From Rural Germany, Integrated Care Grows Into A Global Model.
Michele C Marill. In Health Affairs. Aug/2020. DOI:
10.1377/hlthaff.2020.01063