



Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Dr. Oliver Gröne

OptiMedis AG

Regionale Versorgung: Auf Landesebene Weichen stellen – vor Ort gestalten

>> „Mittel- und langfristig braucht es hingegen keine fiskalischen, sondern strukturelle Maßnahmen für eine leistungsfähige GKV“, so startet Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, eine wichtige Diskussion zur zukünftigen Wettbewerbsgestaltung im Gesundheitswesen. Er schreibt weiter: „Diese Einsicht belebt von neuem die ‚alte‘ Diskussion um das Verhältnis zwischen staatlicher Regulierung und wettbewerblichen Ansätzen – und damit den Wunsch nach einem tauglichen Ordnungsrahmen, der insbesondere Qualität und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung bestmöglich befördert.“¹

Sektorübergreifende Versorgung sei aufgrund des Strukturkonservatismus der korporatistischen Akteure bisher nur in experimentellen Settings möglich gewesen, die Statik des „Doppelhauses“ der ambulanten und stationären Versorgung im Kern nicht angetastet. Entweder müsse der Staat künftig „höhere Steuerungsrisiken“ in Kauf nehmen, oder es findet sich „ein regulatorisches Arrangement (...), in dem die Versorgungs- und Kostenrisiken von Akteuren übernommen werden, die selbst keine sektorspezifischen Eigeninteressen verfolgen.“² Erst damit böte sich die Chance zur Erschließung wettbewerblicher Potenziale sowie die Chance, die Versorgung nicht aus der Perspektive von Strukturen zu denken, sondern von den individuellen Bedarfen von Versicherten und Patienten her. Er betont: „Zentrale Herausforderung für ein effizientes Gesamtsystem ist daher eine wirksame Koordination und Kooperation der Leistungsbereiche“. Dann beschreibt er die herausfordernde Rolle eines **Systemintegrators**, der nicht nur hohe logistische Fähigkeiten und ein hohes System- und Steuerungswissen benötige, sondern auch als Informationsquelle, als an Qualitätskriterien orientierter Vertragsgestalter und Datenhalter gefordert sei. Mit einer „unmittelbaren staatlich (zentralen) Steuerung könne eine solche rationale Gesamtsteuerung und eine Stabilisierung der GKV-Finzen aber nicht erreicht werden, dafür brauche es den regionalen Bezug, so Bauernfeind. Erst die „Bereitschaft der verschiedenen Akteure, sich auf ein übergreifendes Steuerungsrationale einzulassen und sich darin selbst als gestaltendes Element zu begreifen“, könne dann „(regionale) gemeinsame Gestaltungsziele“ befördern, „schrittweise mehr sektorenübergreifende Versorgungsprozesse passgenauer“ abstimmen und in ein „koordiniertes Versorgungsgeschehen“ einbinden.

Krankenkassen als Systemintegratoren?

Was wir bis hierhin voll und ganz unterstützen, führt in der Folge des Artikels zu einer Reihe von Fragen. Die beschriebene Rolle des

regionalen Systemintegrators sieht der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg nämlich nun einzig bei „den Krankenkassen oder ihren Arbeitsgemeinschaften“.

Den abschließenden Teil seines Beitrags betitelt er deshalb auch mit „Auf dem Weg zu einer Gesamtverantwortung durch die Krankenkassen“.

Aber was sind „die Krankenkassen“? Soll der GKV-Spitzenverband (GKV-SpiBU) zusätzlich auf Landes- oder sogar auf Landkreisebene untergliedert werden, um dann gesamthaft geltende Regelungen mit all den Einrichtungen und Gesundheitsakteuren – die sich ja auch „als gestaltende Elemente“ dabei begreifen sollen – zu vereinbaren? Oder kann man sich ein Arrangement vorstellen, bei dem die AOK bzw. alternativ in Baden-Württemberg die B-52-Kooperation der anderen Krankenkassen die Verhandlungsführung übernimmt? Oder soll jede einzelne Krankenkasse selbst mit jedem der Gesundheitsakteure verhandeln, sodass ein vielgestaltiges Mosaik entsteht? Und würden dann Mitglieder einer Familie oder einer Lebensgemeinschaft, soweit sie bei unterschiedlichen Krankenkassen versichert sind, dann möglicherweise auch nach unterschiedlichen Regularien versorgt? Und an wen soll sich dann die Bürgermeisterin vor Ort bei Problemen hinwenden? Soll sie sich

weiterhin an die „Organisierte Verantwortungslosigkeit“ (Gerlach) wenden oder an das neu vorgeschlagene 3+1-Gremium entsprechend dem Vorschlag des AOK-Bundesverbandes³, wo aber die vorne erwähnten „Häuser“ Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Krankenkassen in Kooperation mit dem Landesministerium sich wiederum in möglicherweise langwierige Auseinandersetzungen begeben müssten? Würde damit nicht viel Lebenszeit in Verhandlungsprozessen verbraucht und würden dann die Akteure vor Ort sich nicht doch wieder in einer eher passiven Rolle wiederfinden? Apropos 3+1: Wollten wir nicht mit Blick auf die Zukunft des Arbeitsmarktes und die sich weiter aufspaltende Arbeitsteilung endlich auch die Pflege und die anderen Gesundheits(fach)berufe stärker in Entscheidungen mit einbeziehen? Ist 3+1 nicht nur eine weitere, der heutigen Zeit unangemessene Konservierung von Strukturen, in denen die Patienten kein Mitspracherecht hätten?

1: Dieser Kommentar ist eine Replik zum Kommentar zu „Chancen von Versorgungswettbewerb in der GKV“ von Johannes Bauernfeind, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg in MVF 05/2021 S. 42-44

2: Hervorhebungen durch die Autoren

3: Entsprechend des Vorschlags von J. Bauernfeind und auch der Publikation „Neue Nähe für ein gesünderes Deutschland: AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2021“ Okt. 2021. Quelle: <https://aok-bv.de/positionen/bundestagswahl-2021/>

Landesebene ist nicht gleich regionale Ebene

Als Befürworter eines regionalen GKV-Spitzenverbands können wir uns die AOK Baden-Württemberg, die schon lange sehr viel Wert darauf legt, sich im Wettbewerb zu differenzieren, nicht vorstellen. Aber auch nicht als Mandatsträger der anderen Krankenkassen und erst recht nicht als jemanden, der sich von anderen Krankenkassen etwas vorschreiben lassen würde. Und die weitere Anhebung der Quote der Versicherten in den Regionen lässt sich ebenso kaum vorstellen. Denn mit hoher Wahrscheinlichkeit würde eine Anhebung über 50% der GKV-Population hinaus doch irgendwann aufsichtsrechtliche Folgerungen nach sich ziehen – im Sinne der Sorge um die Wettbewerbsfähigkeit der restlichen Krankenkassen.

Eine weitere Frage stellt sich zu der **Dimension des Begriffes „regional“** in den Ausführungen von Johannes Bauernfeind. So richtig, wie er den Gesetzgeber der letzten Legislaturen für seine zentral-dirigistischen Eingriffe kritisiert, so vorsichtig müsste man doch eigentlich auch sein, jetzt die Landesebene als die „regionale“ Ebene zu bezeichnen. Nicht nur Baden-Württemberg zeichnet sich durch erhebliche Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen aus. Sogar innerstädtisch, etwa in Stuttgart, unterscheiden sich die sozialen Milieus enorm, sowohl in den Versorgungsbedarfen, dem Gesundheitszustand und der Gesundheitskompetenz, als auch in der Inzidenz bestimmter Erkrankungen und dem Zeitpunkt ihres Auftretens. Grund genug für eine Dopplung, d.h. **die Ausrichtung auf landesweite Planungsregelungen auf der einen Seite mit einer ungefähr auf Landkreis- oder Stadtbezirksebene angesiedelten konkreten Ausgestaltung.**

Versorgung fängt vor Krankheitsbeginn an

Diese ergänzende „regionale“ Ausrichtung auf Landkreisebene sehen wir durch ein zusätzliches Argument noch einmal bestärkt. Die gewünschte Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung (und wir ergänzen hier schon einmal ganz im Sinne der aktuellen Koalitionsvereinbarung der Ampel-Regierung auch Pflegeversorgung) erfordert nicht nur eine bessere Koordination der Prozesse. Sie muss auch den Beginn der Versorgung ins Auge nehmen: Nur wer es schafft, Erkrankungen und ihre Progression möglichst weit hinauszuzögern, generiert wirkliche Effizienz. Hierfür braucht es zum richtigen Zeitpunkt und auf den jeweiligen Menschen ausgerichtete Präventionsarbeit und eine dem jeweiligen Milieu kulturell angepasste Förderung von Gesundheitskompetenz. Neben dem Fokus auf das Individuum (Verhaltensprävention) muss aber auch in der Zukunft noch stärker die Verhältnisprävention in die Arbeit Eingang finden. Dies erfordert eine Einbeziehung von sozialen Organisationen, wie Vereine, Beratungsstellen und Selbsthilfeorganisationen, sowie lokale Gewerkschaftsgremien und Kirchengemeinden. Ehrenamtliches Engagement muss gefördert und die „Social Determinants of Health“ gezielt berücksichtigt werden. Dies geht nur regional auf der Ebene eines Landkreises bzw. eines Stadtbezirks. Auch hier wieder in der Doppelung: Auf der Landesebene können und müssen dafür Weichen gestellt werden. Aber die richtigerweise von Bauernfeind angesprochene **Notwendigkeit, dass sich die Akteure auch als gestaltende Elemente begreifen können, erfordert die konkrete Ansprache und Verhandlung vor Ort.**

Wie holt die Krankenkasse die Akteure ins Boot?

Wenn man also einen solchen Systemintegrator auf der niedri-

geren regionalen Ebene braucht, wie soll dann eine Krankenkasse diese Aufgabe – für die Gesamtversorgung der lokalen Bevölkerung und für die Ansprache aller Akteure – erfüllen können? Nur die AOKen haben in der Regel noch Geschäftsstellen, die mit den Einrichtungen auf Landkreisebene und den dortigen Kommunen in Kontakt stehen. Die anderen Krankenkassen haben schon lange zur Senkung der Verwaltungskosten und zur innerbetrieblichen Effizienzsteigerung die inhaltlichen Kompetenzzentren auf die überregionale Ebene verlagert. Und auch bei den AOKen gibt es derartige Bestrebungen. Wenn nun tatsächlich die jeweiligen Krankenkassen ihre Mitarbeiter zu Aktivisten der gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit ausbilden und den Akteuren vor Ort spezielle Arrangements anbieten würde, welches Interesse sollten diese Akteure dann haben, ihre Patienten bzw. Klienten oder Mitglieder nach ihrer Krankenversicherung zu unterteilen?

Liefe nicht die AOK (oder jede andere Krankenkasse auch) Gefahr, einen erheblichen finanziellen Zusatzanreiz zahlen zu müssen, um die zusätzlichen Aufwände einer ggf. anderen Abrechnung und Arbeitsorganisation zu vergüten und die Vorbehalte der Akteure vor multiplen Sonderbehandlungen zu überwinden? Dies ist bereits heute eine Herausforderung für Arztpraxen, die sich für im Umfang begrenzte Patientengruppen mit der Komplexität krankenkassenspezifischer Vergütungsmodelle bis hin zu unterschiedlichen Einschreibevorlagen konfrontiert sehen. Würde die Krankenkasse nicht die Zurückhaltung erfahren, die ihr heute schon in den Betrieben entgegengebracht wird, wenn dort befürchtet wird, dass sie mit einem speziellen Projekt auch wettbewerbliche Interessen verbinden könnte? Mit dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung und den Facharztverträgen hat die AOK ja ihre Erfahrungen bzgl. der erforderlichen zusätzlichen Vergütungen gemacht. Und dennoch nehmen durchaus relevante Prozentsätze von Ärzten weiterhin nicht teil. Bei den sozialen Einrichtungen würden die Vorbehalte noch größer, da dort die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse kein bekanntes Differenzierungsmerkmal ist.

„Contract“ statt „make“ als Devise für Krankenkassen

Die hier geäußerten Fragen und Überlegungen könnten falsch verstanden werden: als Ablehnung der grundsätzlichen Idee und der Möglichkeit, dass Krankenkassen zu Systemintegratoren werden könnten. Wie schon eingangs gesagt teilen wir ganz viele der Grundannahmen für mehr Kooperation und Koordination, nicht nur in der im engeren Sinne medizinischen Versorgung, sondern auch in der Unterstützung von Gesundheitskompetenz, der gezielten Ansprache des jeweiligen kulturellen Milieus und der Einbeziehung der Pflege und der anderen Gesundheits(fach)berufe.

Unser Vorschlag ist deshalb: „Contract“ statt „make“ oder anders gesagt, vertragliche Arrangements statt der Annahme, dass eine Krankenkasse alles selber machen müsste.

Die Krankenkassen könnten sich dann auf die Qualität ihrer Verträge mit Partnern konzentrieren, die auf kleinerer Ebene als regionale Systemintegratoren tätig sind, und wie sie diese auf ihre Ziele hin ausrichten, z. B. durch erfolgsabhängige Vergütungen auf der jeweiligen regionalen Systemebene. Gleichzeitig könnten die Krankenkassen in verstärktem Maß den Wettbewerb um ihre Servicequalität, die Schnelligkeit ihrer Datenbereitstellung, die Qualität ihrer Unterstützung und Aufklärung ihrer Versicherten und um ihre Organisations-

4: The Geneva Association. 2021. New Care Models: How insurers can rise to the challenge of older and sicker societies. Authors: Adrita Bhattacharya-Craven and Nicholas Goodwin. August. www.genevaassociation.org

effizienz untereinander nutzen. So würden sie auf der Beitrags- wie auch auf der Leistungsseite gegenüber ihren Versicherten punkten. Ein Modell, das die „The Geneva Association“, eine Organisation internationaler Versicherungsunternehmen, kürzlich in einem Bericht zu „New Care Models“ wie folgt beschrieben hat:

*„Insurers need to become a strategic **orchestrator** of services. They will need to shift away from just paying claims and start assuming the role of a ‘strategic payer’ and ensure a favourable supply-side condition that can fulfil the promise of NCMs [New Care Models] made to policyholders.“⁴*

Sie wären strategische Payer insofern, als dass sie über die kluge Orchestrierung ihrer Verträge die gewünschten Ziele erreichen – weg von sektororientierten Verträgen und hin zu sektorübergreifenden Verträgen mit unabhängigen regionalen Systemintegratoren. Krankenkassen könnten diesen entweder jeweils eigene – oder vielleicht auch in unserem Setting in Deutschland mit im Wettbewerb stehenden Krankenkassen dann besser teilstandardisierte – Verträge anbieten, die diese genau auf die Systemeffizienz hin ausrichten und incentivieren.

Beispiel Kinzigtal: Lernerfahrungen auf neue Regionen übertragen

Als wir 2005 mit der Konstruktion der Gesundes Kinzigtal GmbH als gemeinschaftlicher Gründung eines aus der Public-Health-Tradition kommenden Gesundheitsunternehmens mit einem interdisziplinären Ärztenetz und der AOK Baden-Württemberg eine solche Vertragslösung entwickelt haben, war genau das die gedankliche Ausrichtung⁵. Und mit dem Erfolgshonorierungs-Modell, das auf der Differenz der Weiterentwicklung der Gesamtkosten gegenüber dem Benchmark für eine analoge Population aufbaute, konnte diese Zielrichtung auch angereizt werden. Dieses Modell funktioniert bereits seit mehr als sechzehn Jahren.

Der Erfolg⁶ wäre wahrscheinlich noch größer, wenn sich auch die B-52-Gruppe der anderen Krankenkassen in Baden-Württemberg und die PKV-Kassen zu einem Vertragsschluss entschließen würden, sodass die Versicherten nicht mehr auseinanderdividiert werden müssten, und wenn das Bundesamt für soziale Sicherung und der Datenschutz populationsorientierter Versorgung gegenüber aufgeschlossener wären. Viele Lernerfahrungen, die im Kinzigtal gemacht wurden, konnten jetzt auch schon auf weitere Regionen in Hamburg, in Nordhessen und sogar in das europäische Ausland ausgedehnt werden. So zum Beispiel das interne Management zugunsten der Ansprache der jeweiligen kulturellen Milieus, die Unterstützung der Selbsthilfe und des Selbstmanagements von Chronikern, die Kooperation und das betriebliche Gesundheitsmanagement mit kleinen und mittleren Unternehmen vor Ort oder die aktive Unterstützung von gezielten Bewegungsangeboten und Reha-Sport. Weiterhin eine Baustelle, aber immerhin deutlich vor dem Standard in Deutschland, ist die informationelle Verknüpfung zumindest der Arztpraxen. Ein immerwährendes Thema sind die Weiterentwicklung des Versorgungsmanagements von Erkrankungen und ihrer Komplexitäts- und Schweregrade sowie die Reorganisation der ambulanten Versorgung. Während der Corona-Pandemie konnte Gesundes Kinzigtal zudem zeigen, welches besondere Potenzial in einer solchen regionalen Organisationsfähigkeit steckt. Angefangen von dem Management lokaler Testzentren und der Entlastung der Praxen über die Information der Patienten, die Kooperation mit den Betrieben bis hin zur Organisa-

Zitationshinweis

Hildebrandt, H., Gröne, O.: „Regionale Versorgung: Auf Landesebene Weichen stellen – vor Ort gestalten“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (01/22), S. 38-40. <http://doi.org/10.24945/MVF.01.22.1866-0533.2367>

tion von überbetrieblichen Impfcentren, konnte Kinzigtal hier den besonderen Vorzug eines Interessenhalters der regionalen Gesundheit demonstrieren. Aktuell werden hier zwei genossenschaftlich über die Gesundes Kinzigtal GmbH organisierte Medizinische Versorgungszentren aufgebaut. Und neben allen Herausforderungen hat sich Gesundes Kinzigtal durch die Möglichkeiten im Rahmen des Erfolgshonorierungsmodells auch immer als Innovationslabor für innovative Versorgungskonzepte bewiesen, um die starren Sektorengrenzen im deutschen Gesundheitssystem zu überwinden.

Der Wechsel von einer sektorenbezogenen Organisation von Gesundheit, Pflege und Versorgung hin zu einer sektorenübergreifenden, oder um es mit Heiner Garg, dem Gesundheitsminister von Schleswig-Holstein, zu sagen „sektorenverbindenden“ Versorgung mit einer Verbesserung des gesamten Systems und der wünschenswerten Reduktion von Morbiditätslast für die vor uns liegenden Jahre ist ein **lang andauernder Entwicklungs- und Lernprozess**, der uns allen noch viel Energie und Intelligenz abfordern wird. Ein enger Austausch mit dazu bereiten Krankenkassen und deren Bereitstellung der GKV-Routinedaten für die Versorgungsoptimierung durch lokale Akteure sind dabei zwei der wichtigsten Erfolgselemente. Mit dem Begriff von Manfred Lucha, Gesundheitsminister von Baden-Württemberg, könnte man dies als die Entwicklung einer **Verantwortungsgemeinschaft der Gesundheitsakteure** bezeichnen. Einer Verantwortungsgemeinschaft, die sich heute daran macht, die Herausforderungen der Versorgung der dreißiger und vierziger Jahre dieses Jahrhunderts besser zu bewältigen, wenn wir weder die Arbeitskräfte noch voraussichtlich die finanziellen Mittel haben werden, um eine sich weiter entwickelnde Morbidität menschenwürdig und human zu versorgen. Eine Aufgabe, die vielleicht im Nachhinein mit der Klimakrise verglichen werden kann – auch die war ja vor dreißig Jahren schon absehbar.

Für beide, ob Klima- oder Morbiditätskrise, gilt, dass die Umsteuerung umso teurer wird, je später sie angefangen wird. Die aktuelle Koalition hat in ihren Vereinbarungen für diese Legislatur viele Weichenstellungen versprochen, jetzt kommt es darauf, was sie und in welcher Form sie diese umsetzen wird. Die Akteure vor Ort sind in vielen Regionen dafür bereit. Die Krankenkassen sind jetzt aufgefordert, mit der „Koalition der Willigen“ derartige Verantwortungsgemeinschaften zu bilden. <<

5: Hermann C., Hildebrandt H., Richter-Reichhelm M., Schwartz FW., Witzernath W. (2006) Das Modell »Gesundes Kinzigtal«. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings. Gesundheits- und Sozialpolitik 60(5-6): 10-28

6: vgl. dazu u.a. den Hintergrundartikel zur Evaluation integrierter Versorgung unter: https://optimedis.de/files/Hintergrundartikel_Evaluation_Integrierter_Versorgung.pdf sowie Gröne, O., Langenberger, B., Catalá, E., Wendel, P., Hildebrandt, H. (2021) Erfolgspotenziale durch ein optimiertes Versorgungsmanagement. In: Hildebrandt, Stuppardt (Hrsg.). Zukunft Gesundheit – regionalisiert, vernetzt, patientenorientiert. medhochzwei Verlag Heidelberg. Link: <https://www.medhochzwei-verlag.de/Shop/ProduktDetail/978-3-86216-845-3-Zukunft-Gesundheit>