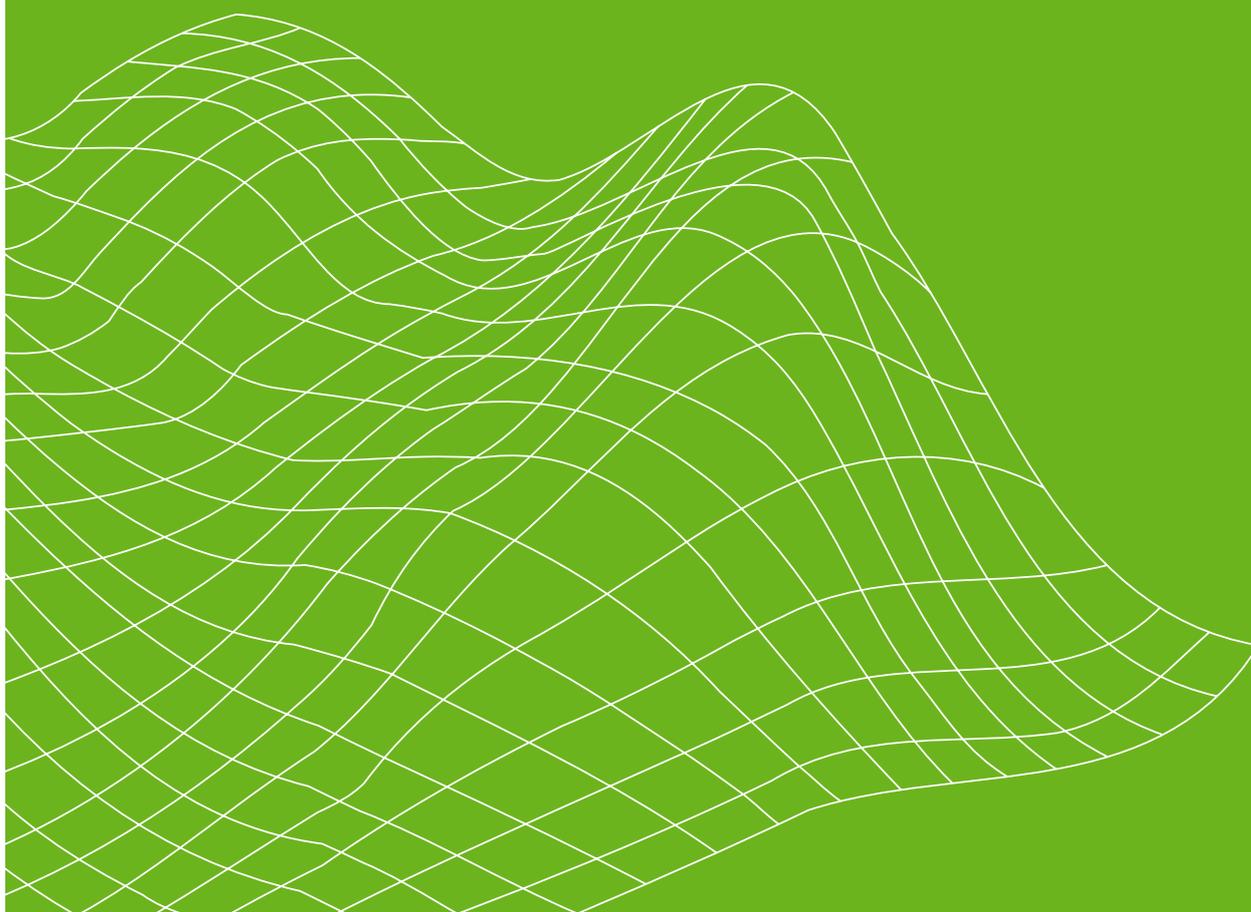




STIFTUNG MÜNCH

Reformkommission | November 2021

WIRTSCHAFTEN FÜR GESUNDHEIT: GESUNDHEITSPRÄMIEN FÜR REGIONEN FORDERUNGSKATALOG



INHALT

| | |
|---|----|
| Mitglieder der Reformkommission | 3 |
| Wirtschaften für Gesundheit: | |
| Gesundheitsprämien für Regionen | |
| ▶ „Weiter so“ bedeutet auf kurz oder lang Rationierung | 4 |
| ▶ Das DRG-System setzt zu wenige Anreize zur Erhöhung der Systemeffizienz | 4 |
| ▶ Das präventive und das ambulante, stationersetzende Potenzial bleibt ungenutzt, Versorgung aus einer Hand gibt es nicht | 5 |
| ▶ Nur eine höhere Effizienz erlaubt in Zukunft menschenwürdige, nicht-rationierte Medizin | 5 |
| ▶ Regionale Gesundheitsprämien erlauben Gestaltungsfreiheit | 6 |
| Stiftung Münch setzt Reformkommission ein und formuliert einen Forderungskatalog | |
| ▶ Pilotregionen | 8 |
| ▶ Übergeordnete Voraussetzungen | 9 |
| ▶ Gestaltungsfreiheit und Ergebnisorientierung in Pilotregionen | 10 |
| Impressum | 12 |

Wir verwenden in dieser Studie die grammatikalische Form des generischen bzw. inklusiven Maskulinums, das alle Geschlechter, weiblich, männlich und andere, umfasst.

MITGLIEDER DER REFORMKOMMISSION

Thomas Bublitz

Hauptgeschäftsführer Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Dr. Isabella Erb-Herrmann

Bevollmächtigte des Vorstandes AOK Hessen

Dr. Helmut Hildebrandt

Geschäftsführer Optimedis AG

Prof. Dr. Jörg Martin

Geschäftsführer Regionale Kliniken Holding RKH GmbH Ludwigsburg

Dr. Steffi Miroslau

Geschäftsführerin GLG Gesellschaft für Leben und Gesundheit mbH, Eberswalde

Dominik Walter

Fachbereichsleiter FB Integrierte Gesundheits- und Versorgungsmodelle,
Rhön Klinikum AG

Prof. Dr. Boris Augurzky

Vorstandsvorsitzender Stiftung Münch

Prof. Dr. Andreas Beivers

Leiter wissenschaftliche Projekte Stiftung Münch und Hochschule Fresenius München

Gast:

Dr. Benedikt Simon

Harkness Fellow at the Commonwealth Fund

Der Inhalt dieses Beitrages stellt nicht zwingend und in allen Punkten
die Meinung jedes Autors bzw. jeder Autorin dar.

WIRTSCHAFTEN FÜR GESUNDHEIT: GESUNDHEITSPRÄMIEN FÜR REGIONEN

„Weiter so“ bedeutet auf kurz oder lang Rationierung

Wie soll die schrumpfende jüngere Generation eine hohe Abgaben- und öffentliche Schuldenlast tragen und außerdem die größer werdende ältere Generation in Würde versorgen? „Zwang“ wird nicht funktionieren, weil die knapper werdenden Nachwuchskräfte sich den Arbeitgeber aussuchen können. Wenn zudem die Steuern und Abgaben immer weiter steigen, werden sie höhere Bruttolöhne einfordern, damit es netto weiter „stimmt“. Und sie werden sich neben der Arbeit auch verbindlicher Freizeit gönnen. Derzeit scheint eine gewisse Zuversicht zu bestehen, dass wir mit dem gegenwärtigen Gesundheitssystem für alle hilfsbedürftigen Menschen eine Medizin und Pflege in Würde erbringen können. Bislang hat es noch funktioniert, weil die riesigen Kohorten der geburtenstarken Jahrgänge aus den 1950er und 60er Jahren tatkräftig mitgeholfen haben und weil Deutschland von Arbeitsmigration in das Gesundheitswesen profitiert hat. Diese Jahrgänge verabschieden sich jedoch allmählich in die Rente und nur etwa halb so große Jahrgänge rücken nach. Bei Fortschreibung des Status quo laufen wir unweigerlich in eine Rationierung von Leistungen – als schleichender Prozess. Ohne eine große Umgestaltung müssen wir befürchten, dass immer mehr Menschen auf das Gesundheitswesen schimpfen werden: Patienten, weil sie sich schlecht bzw. nicht ausreichend behandelt fühlen, und Mitarbeiter, weil ihnen gegenüber ein moralischer Druck zu Mehrleistung aufgebaut wird, dem sie nicht gerecht werden können.

Die Corona-Pandemie hat auf einen Schlag und ohne Vorwarnung gezeigt, was Ressourcenknappheit bedeuten kann. Die demografische Veränderung der Gesellschaft kommt dagegen mit Ankündigung, entwickelt sich jedoch schleichend. Damit besteht die Gefahr, dass die Kausalität zwischen der Veränderung der Bevölkerungsstruktur einerseits und dem Druck zur Rationierung andererseits zu spät erkannt wird. Stattdessen dürften „Schuldige“ gesucht werden, zum Beispiel in der Politik oder bei den „bösen“ Kliniken, die Kosten sparen wollen. Es gibt nur einen Weg, dieser negativen Entwicklung entgegenzuwirken: mehr Effizienz.

Das DRG-System setzt zu wenige Anreize zur Erhöhung der Systemeffizienz

Wird das DRG-System in der Lage sein, die Systemeffizienz deutlich zu erhöhen? Es trägt zwar dazu bei, eine hohe Effizienz innerhalb der stationären Krankenhausversorgung zu erreichen. Es setzt aber keine direkten Anreize zur ambulanten Leistungserbringung, zu sektorenübergreifender Versorgung oder zur Prävention. Trotzdem muss man das DRG-System nicht schelten. Anfang der Nuller Jahre kam es zur richtigen Zeit. Es hat Ordnung und Transparenz in das Krankenhaussystem gebracht. So lassen sich wertvolle Kenntnisse über das Versorgungsgeschehen gewinnen und teilweise kann man sogar die Qualität der Krankenhausleistungen damit messen. Das DRG-System honoriert außerdem Leistung: Vergütet wird nur, was auch wirklich erbracht wurde.

In Deutschland erhalten alle Menschen ohne nennenswerte Wartelisten bei Bedarf eine stationäre Behandlung. Dabei kommen auf 100 Einwohner rund 23 stationäre Fälle pro Jahr. In allen anderen typischen Vergleichsländern liegt dieser Wert deutlich darunter, so zum Beispiel in Dänemark bei lediglich 13 Fällen. Es stellt sich die Frage, ob ein „mehr“ an stationären Behandlungen auch eine bessere Versorgung bedeutet – denn die Lebenserwartung ist in allen Ländern ähnlich, in Deutschland aber noch niedriger als in anderen Ländern und leider mit mehr Lebensjahren zum Ende hin mit gesundheitlichen Einschränkungen. Daraus kann man schließen, dass in Deutschland ein hohes Potenzial in einer verbesserten Gesundheitskompetenz, Prävention und einer ambulanten Versorgung liegt.

Zur Reduktion der stationären Leistungsmenge und der damit verbundenen Kosten hat sich der Gesetzgeber immer neue Regeln einfallen lassen. Zudem werden die Kostenträger bei der Auslegung der Regeln auf ihre Weise kreativ. Letzteres wiederum ruft die Leistungserbringer auf den Plan, die mit eigenen findigen Ideen dagegenhalten. So sind ein regulatives Wettrüsten und eine Misstrauenskultur bei allen Beteiligten entstanden. Am Ende beschäftigt sich ein größer werdender Teil nur noch mit Bürokratie, während produktive Arbeit an Bedeutung verliert. Ein weiteres Problem des gegenwärtigen Vergütungssystems hat sich in der Corona-Pandemie gezeigt: Im DRG-System werden nur Leistungen vergütet, wenn Patienten behandelt werden. Eine Finanzierung der Vorhaltung, um im Bedarfsfall eine Leistung überhaupt erbringen zu können, ist nicht vorgesehen.

Das präventive und das ambulante, stationersetzende Potenzial bleibt ungenutzt, Versorgung aus einer Hand gibt es nicht

Hinzu kommt, dass ein Krankenhaus mit einer hohen stationären Fallzahl seine Existenz eher sichern kann. Je höher die stationäre Fallzahl in einem Leistungssegment ist, desto besser kann das Krankenhaus zudem seine Vorhaltekosten in diesem Segment decken. Darüber hinaus führen die sektorenspezifischen Vergütungssysteme dazu, dass eine ganzheitliche Versorgung der Patienten kaum stattfindet. Dafür fühlt sich niemand primär verantwortlich.

Die Schwierigkeiten im aktuellen System sind also vielfältig: ein hoher Anreiz zur stationären Leistungserbringung und damit zusammenhängend ein vermutlich hohes Potenzial zur Ambulantisierung, eine geringe sektorenübergreifende Versorgung und fehlende Verantwortlichkeiten für die Versorgung aus einer Hand, eine zunehmende Regulierungsdichte und damit verbunden ein Verlust an Gestaltungsfreiheit und keine Finanzierung von notwendigen Vorhaltungen. Könnten sich diese Probleme durch alternative Vergütungssysteme überwinden lassen?

Nur eine höhere Effizienz erlaubt in Zukunft menschenwürdige, nicht-rationierte Medizin

Welchen Grundlinien sollte ein Vergütungssystem folgen? Es sei nochmals daran erinnert, dass an oberster Stelle der effiziente Einsatz der relativ knapper werdenden volkswirtschaftlichen Ressourcen stehen muss, um in Zukunft eine menschenwürdige, nicht-rationierte Medizin und Pflege gewährleisten zu können. Der größte Ressourcenengpass werden die Fachkräfte sein. Insofern sollte bei allen Veränderungen stets die Frage gestellt werden, ob es gelingen kann, mit möglichst wenig Personal eine qualitativ hochwertige Leistung

zu erzielen. Dabei wird es nicht darum gehen, das Personal „auszuquetschen“. In einer Welt des Fachkräftemangels kann dies gar nicht gelingen, weil das Personal durch den Wechsel des Arbeitgebers diesem Druck stets ausweichen kann oder erst gar nicht im Gesundheitswesen tätig wird. Es braucht also intelligente Optimierungsmaßnahmen, die dazu führen, dass Arbeitszeit eingespart wird und gleichzeitig die Arbeitsbedingungen mindestens auf dem aktuellen Niveau bleiben bzw. attraktiver werden.

Eine sektorenübergreifende Versorgung kann hierbei helfen. Dazu braucht es mehr Gestaltungsfreiheit für Leistungserbringer. Gestaltungsfreiheit erlaubt die Suche und das Ausprobieren von neuen Versorgungsformen und damit das Auffinden von effizienteren Formen. Die Corona-Pandemie hat gezeigt, wie anpassungsfähig Unternehmen sind und welche neuen Produkte und Dienstleistungen sie in kurzer Zeit hervorbringen können. Zwar hat auch der öffentliche Sektor einen großen Anteil an der Bewältigung der Pandemie, jedoch eher nach der Strategie „mehr vom Bestehenden“ anstatt das Bestehende zu hinterfragen, um neue Wege zu gehen. So wurden in den Gesundheitsämtern erst einmal mehr Menschen beschäftigt, mehr Faxe verschickt und mehr abgetippt. Das war wichtig. Wenn aber die Menge an Ressourcen beschränkt ist, braucht es effizientere Arbeitsweisen. So kann es im Gesundheitswesen auch nicht nur darum gehen, die Menge an Ärzten und Pflegekräften zu erhöhen. Vielmehr muss es darum gehen, wie man die vorhandenen Ärzte und Pflegekräfte effizienter einsetzen kann.

Regionale Gesundheitsprämien erlauben Gestaltungsfreiheit

Zwei Gestaltungsoptionen möchten wir vorstellen – und wir sind sicher, dass die Gesundheitsakteure vor Ort noch weitere Optionen entwickeln werden, sofern die grundsätzliche politische Zielsetzung für bevölkerungsbezogene Versorgungslösungen bzw. Gesundheitsregionen definiert wurde und die notwendigen Freiheitsgrade dafür ermöglicht worden sind. Für beide Lösungen liegen internationale Umsetzungserfahrungen vor.

Die erste Variante ist ein vorab definiertes Budget, das ein Gesundheitsträger oder eine Gesundheitsallianz von den Krankenkassen erhält, um die Gesamtversorgung, zumindest aber die gesamte fachärztliche sowie medizinisch-pflegerische Versorgung, zu erbringen. Dieser Gesundheitsträger bzw. die -allianz vor Ort erhält dabei volle Gestaltungsfreiheit. Sie kann damit ehemals stationäre Leistungen auch stationärsersetzend erbringen, ohne per se Erlöseinbußen befürchten zu müssen. Sie kann in Prävention investieren, um Leistungen gänzlich zu vermeiden. Sie kann Versorgungsschnittstellen optimieren, um Ressourcen einzusparen. Sie könnte aber auch wenig tun und das Budget einfach weitgehend vereinnahmen. Um letzteres zu vermeiden, braucht es Korrekturen.

Ein Korrektiv sollte der Wettbewerb zwischen Regionen sein. Wenn die Leistung in einer Region mangelhaft oder nicht bedarfsgerecht ist, müssen die Bürger aus dieser Region jederzeit in einer anderen Region Leistungen in Anspruch nehmen können. Dabei muss die Region, in der diese Bürger leben, die Leistungen in der Nachbarregion vergüten. Es bleibt also freie Arzt- und Krankenhauswahl bestehen. Außerdem braucht es ein Verrechnungssystem, wofür u.a. das DRG-System ein vorhandener Kandidat wäre. Ein weiteres Korrektiv sollten Qualitätsziele im Sinne von Ergebnisqualität sein. Krankenkassen sollten mit der Vergabe einer regionalen Gesundheitsprämie konkrete Qualitätsziele verknüpfen, wie z.B. eine Verschiebung von Pflegebedürftigkeit, Dialysepflichtigkeit und des Eintretens von chronischen Erkrankungen. Der Fokus würde sich grundsätzlich von der Kontrolle einzel-

ner Kostenbestandteile hin zur Kontrolle von ausgewählten Struktur- und Prozessgrößen sowie v.a. durch Ergebnisgrößen verlagern.

In Ballungsgebieten dürfte es schwerer sein, klar abgegrenzte Versorgungsregionen zu definieren, die groß genug sind, um eine ausreichende Risikodiversifizierung zu erreichen, weil die Klinik- und Ärztedichte oft sehr hoch ist. Es befinden sich fast immer Wettbewerber in der Nähe, die eingebunden werden müssten. In ländlichen Regionen finden sich dagegen häufiger Konstellationen, wo die Trägerstruktur derart gestaltet ist, dass man gemeinsam die Verantwortung für eine Region übernehmen kann. Denn innerhalb einer Region braucht es Kooperation, zwischen Regionen dagegen Wettbewerb. Auch braucht es mindestens die Einbindung der ambulanten fachärztlichen Versorgung und idealerweise auch von weiteren Segmenten, wie zum Beispiel der Physiotherapie, der Arzneimittelkosten und der häuslichen Krankenpflege sowie der Kurzzeitpflege.

Eine zweite Variante könnte auf ein vorab definiertes Budget verzichten und sich auf eine retrospektive wirtschaftliche Erfolgsmessung ausrichten. Für dieses Modell bietet es sich an, die Versorgungskosten für die Versicherten mit Wohnort in der definierten Region weiterhin durch die Krankenkasse auf herkömmliche Weise vergüten zu lassen, bei neuartigen Leistungen nach einem mit der Allianz vereinbarten Satz. Anschließend werden die in der Region angefallenen Gesamtkosten mit den Gesamtkosten verglichen, die für diese Versicherten in der Normalsituation zu erwarten gewesen wären. Für Letzteres können die Werte genutzt werden, die sich aus den Regressionsrechnungen des Bundesamtes für Soziale Sicherung im Gesundheitsfonds ergeben. Dies hätte den Vorteil, dass schon eine Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsadjustierung enthalten ist. Mittelfristig hätte dies aber auch einen Nachteil. Denn gelungene Prävention würde damit für die Allianz über die Zeit nicht belohnt. Ein besonderer Zuschlag für einen verbesserten Gesundheitsstatus als Teil der angestrebten Ergebnisqualität könnte diesen Nachteil ausgleichen.

Sicherlich ergeben sich noch viele Fragen zu den beiden Varianten. Kritiker dieser Idee werden auch zahlreiche Einwände finden. Allerdings müssen sie sich ihrerseits die Frage stellen, welche Lösung sie angesichts der oben angesprochenen Herausforderungen vorschlagen würden. Ferner sei darauf hingewiesen, dass eine bundesweit flächendeckende Einführung von regionalen Gesundheitsprämien auch nicht unbedingt das Hauptziel sein muss. Es wäre ausreichend, wenn ausgewählte Pilotregionen Gesundheitsprämien-Modelle – in unterschiedlicher Ausgestaltung – erproben könnten und dafür die nötige Freiheiten bekämen. Denn darüber ließen sich wertvolle und benötigte Erfahrungen sammeln.

STIFTUNG MÜNCH SETZT REFORMKOMMISSION EIN UND FORMULIERT EINEN FORDERUNGSKATALOG

Die Stiftung Münch hat im Jahr 2021 eine Reformkommission eingesetzt, um Gesundheitsprämien mit ihren Vor- und Nachteilen zu diskutieren, Überlegungen anzustellen, wie ihre Chancen bei Minimierung ihrer Risiken genutzt werden können und welche Anforderungen nötig sind, um die Hürden zum Start von Pilotprojekten zu senken. Die Mitglieder der Reformkommission haben sich dazu auf einen **Forderungskatalog** verständigt.

Pilotregionen

Pilotregionen identifizieren. Der Gesetzgeber auf Bundesebene sollte die Möglichkeit schaffen, Pilotregion zur Erprobung neuer sektorenübergreifender Vergütungsmodelle wie regionale Gesundheitsprämien werden zu können. Er legt die dazu nötigen Mindestvoraussetzungen fest. Regionen können sich daraufhin eigenständig bilden und einen Antrag auf Pilotregion an ein neu zu gründendes, bundeslandspezifisches Prüfungsgremium stellen. Eine Region muss sich nicht ausschließlich an Landkreisen und kreisfreien Städten orientieren. Sie sollte die Versorgungsrealitäten auf Basis von Einzugsgebieten berücksichtigen und eine Größe von rund 150 bis 200 Tausend Einwohnern umfassen, um eine ausreichende Diversifizierung von Morbiditätsrisiken zu erreichen. Die Antragsstellung kann sowohl durch einzelne Leistungserbringer als auch durch ein Netzwerk von Leistungserbringern, eine „Gesundheitsallianz“ erfolgen. Idealerweise nehmen alle Leistungserbringer der Region teil. Die Teilnahme soll jedoch nicht verpflichtend sein. Die Antragsteller erarbeiten ein Versorgungskonzept, aus dem hervorgeht, welche Leistungen sie eigenständig oder in Kooperation – auch mit Leistungserbringern außerhalb der Region – erbringen. Zur Unterstützung sollten Musterverträge zur Verfügung gestellt werden.

Nur sektorenübergreifende Modellprojekte berücksichtigen. Das Modellprojekt muss mindestens ambulante und stationäre Leistungen umfassen. In der Startphase ist anzuraten, dass das abgebildete Leistungsspektrum nicht deutlich über die im SGB V geregelten Leistungen hinausgeht. Die Berücksichtigung von Kurzzeitpflege und Rehabilitation ist jedoch wünschenswert. Grundsätzlich sind auch sektorenübergreifende, indikations-spezifische Gesundheitsprämien vorstellbar. Umfassenderen Modellansätzen ist bei Auswahlentscheidungen der Vorzug zu geben.

Sozialleistungsträger verpflichten. Mit Erreichen des Status einer Pilotregion sind alle gesetzlichen Sozialleistungsträger zur Teilnahme verpflichtet, von Krankenkassen bis hin zur Gesetzlichen Renten- und Unfallversicherung, wenn Rehabilitationsdienstleistungen integriert werden. Dies reduziert den bürokratischen Aufwand in der Region, der durch parallele Systeme entstände. Die Vielfalt der Kostenträger wird dadurch nicht beeinträchtigt und ist beizubehalten. In Bezug auf die Versicherten ist sowohl ein aktives Einschreibemodell zur Stärkung der Patientenautonomie sowie eine automatische Teilnahme aller Versicherten denkbar.

Budget festlegen. Gemäß dem beantragten Versorgungskonzept wird für die Versorgungsregion eine Gesundheitsprämie für die Gesundheitsversorgung bestimmt. Sie kann retrospektiv oder prospektiv ermittelt werden. Der prospektive Ansatz setzt einen stärkeren Anreiz zur effizienten Leistungserbringung. Der retrospektive Ansatz erlaubt einen einfacheren Übergang vom Status quo zur Gesundheitsprämie. Pilotregionen steht es völlig frei, eigene Ansätze zu entwickeln. Je mehr Variation zwischen Regionen entsteht, desto größer können die Lerneffekte ausfallen. Die Gesundheitsprämie lässt sich vermutlich am einfachsten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ableiten, dem damit eine wichtige Funktion zukommt. Mit diesem Budget übernehmen die lokalen Akteure dann ganz oder teilweise das verbleibende Morbiditätsrisiko.

Rückkehroptionen schaffen. Für innovative Akteure, die neue Versorgungsmodelle erproben, sollen nach einer eventuellen Beendigung des Projekts keine Nachteile entstehen. Eine Paralleldokumentation im alten System ist daher für eine Startzeit bis zu einer Umsetzung auf breiter Front vorzusehen.

Übergeordnete Voraussetzungen

Vertragslaufzeit von mindestens zehn Jahren ermöglichen. Zur Realisierung des Versorgungsmodells in einer Region sind meist Investitionen nötig, die sich typischerweise erst bei einer langen Laufzeit refinanzieren. Um Planungssicherheit zu erreichen, sollte die Laufzeit einer Pilotregion mindestens zehn Jahre betragen. Zudem sollten einer Pilotregion Investitionsfördermittel zur Verfügung gestellt werden, zumindest in der Höhe, die bereits im Status quo via dem KHG über die jeweiligen Bundesländer in der jeweiligen Region verteilt werden. Der Investitionsbedarf kann sich aus der Zwischenfinanzierung bisheriger Fixkosten, durch zu schaffende Voraussetzungen für die Organisation der innovativen Versorgungsansätze, für die präventive Aktivierung der regionalen Akteure und Versicherten oder erforderliche bauliche Maßnahmen ergeben.

Stationäre und ambulante Versorgung gemeinsam sicherstellen. Sektorenübergreifende Versorgung braucht eine gemeinsame Planung. Auf Bundeslandebene sollte die Krankenhausplanung mit der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zusammengeführt werden. Dabei ist die Konzentration auf wenige Partner im Planungsgremium anzuraten. Diesem sollten die Landeskrankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung, die Krankenkassen und das Bundesland angehören. Hilfreich wäre es auch, die Akteure des Rettungsdienstes einzubinden. Denkbar wären auch ein Vorschlagsrecht von und eine Diskussionspflicht mit kommunalen Gebietskörperschaften und Patientenvertretungen.

Ausschreibungspflicht und Vorstandshaftung aufheben. Die bisherigen Regelungen von Verträgen nach § 140a SGB V werden vielfach so interpretiert, dass die Krankenkassen hier zu Ausschreibungen verpflichtet wären. Sie macht bei regionalen Lösungen und bei entstandenen regionalen Gesundheitsallianzen keinen Sinn. Der Gesetzgeber sollte in diesem Fall z.B. bei Vorliegen einer positiven Unterstützung des Versorgungsmodells durch die entsprechende kommunale Gebietskörperschaft die Ausschreibungspflicht explizit aufheben. Gleiches gilt für die Vorstandshaftung. Denn auch wenn die Vorab-Prüfung von Verträgen nach § 140a bereits aufgehoben ist, so besteht heute immer noch ein Hemmschuh für mutige regionale Lösungen in der weiterhin dafür bestehenden Vorstandshaftung. Sie sollte für derartige Lösungen im Sinne der notwendigen Entwicklung von neuen Lösungen aufgehoben werden.

Gestaltungsfreiheit und Ergebnisorientierung in Pilotregionen

Gestaltungsfreiheit ermöglichen. Wenn eine Pilotregion durch das Prüfungsgremium des Bundeslandes genehmigt wurde, können die Akteure der Versorgungsregion eigenständig entscheiden, wofür sie die Gesundheitsprämie einsetzen. Grundlage ist dabei der auch im Sozialgesetzbuch verankerte Grundsatz, dass die verwendeten Beitragsmittel der alleinigen Aufgabe dienen sollen, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Dieses Ziel geht damit auch über auf die Akteure der Versorgungsregion und der Vertragspartner der Krankenkassen. Auch sie müssten sich dieser Aufgabe gegenüber verpflichten. Eine Genehmigungspflicht durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) oder die Länderaufsicht der Krankenkassen besteht nicht. Wie oben bereits erwähnt, sind die Kostenträger von der Ausschreibungspflicht im Rahmen der regionalen Gesundheitsprämien zu entbinden. Eine Abrechnungskontrolle durch den Medizinischen Dienst erübrigt sich naturgemäß, weil mit der regionalen Gesundheitsprämie sämtliche Leistungen innerhalb der Region bereits bezahlt sind.

Qualitätsziele setzen. Regionale Gesundheitsprämien brauchen jenseits ihrer wirtschaftlichen Verantwortung auch klare Ergebnisziele, an denen die Öffentlichkeit und die Krankenkassen sie messen können. Wichtig ist, in einer aggregierten Form herauszuarbeiten, dass in der Region eine Verbesserung erreicht wurde. Langfristig wäre ein solches Ziel die Verlängerung der Lebensjahre der dortigen Bevölkerung ohne gesundheitliche Einschränkungen. Kurzfristiger können auch Ziele wie die Verschiebung des durchschnittlichen Eintritts von Pflegebedürftigkeit oder des Auftretens von chronischen Erkrankungen genutzt werden. Insgesamt ist hier in unser allem gesellschaftlichen Interesse, einen Public Health Ansatz zu verfolgen.

Wettbewerb zwischen Regionen stärken. Ein weiteres wichtiges Korrektiv ist der Wettbewerb zwischen Regionen. Wie bisher besteht freie Wahl des Leistungserbringers sowohl innerhalb der Pilotregion als auch außerhalb. Nimmt ein Bürger der Pilotregion eine Leistung außerhalb „seiner“ Region in Anspruch, ist diese Leistung über die Gesundheitsprämie seiner Region zu finanzieren. Nehmen umgekehrt Bürger anderer Regionen Leistungen innerhalb der Pilotregion in Anspruch, erhält die Pilotregion eine Zusatzvergütung, die sich an den bundesweit weiterhin bestehenden Vergütungsmodellen orientiert. Der Wettbewerb um Patienten wird außerdem durch aktives Public Reporting gestärkt.

Qualität messen. Die Versorgungsqualität muss regelmäßig gemessen und mit den Qualitätszielen abgeglichen werden. Dazu werden zunächst vorhandene Instrumente genutzt, die im Laufe der Zeit und schrittweise verbessert werden können. In der Pilotregion führt der Medizinische Dienst (MD) für die vereinbarten Leistungen keine Abrechnungsprüfungen mehr durch. Stattdessen kontrollieren Krankenkassen oder eine neutrale Institution die Qualitätsziele. Dazu sollten auch statistische Verfahren auf Basis eines Datennutzungsgesetzes zum Einsatz kommen. Damit lassen sich innerhalb der Versorgungsregion Negativausreißer aufspüren sowie Qualitätsvergleiche zwischen Regionen durchführen. Bei Auffälligkeiten kann damit Ursachenforschung betrieben werden.

Missbrauch hart sanktionieren. Regionale Gesundheitsprämien leben von Vertrauen. Anders als in der Versorgung im Status quo gibt es einen großen Vertrauensvorschuss für die lokalen Akteure. Missbrauch muss dann jedoch hart sanktioniert werden, zum Beispiel durch Vergütungsabschläge und Ausschluss aus der Versorgung.

Pilotregionen evaluieren. Die Pilotregionen dienen dazu, neue Vergütungsmodelle auszuprobieren. Dabei wird nicht alles von Anfang an so funktionieren, wie es in der Planung angedacht war. Es werden Fehler passieren und ungewollte Fehlanreize sichtbar. Daraus sollte gelernt werden. Nur durch stetiges Lernen können die neuen Modelle verbessert werden. Dazu braucht es eine wissenschaftliche Begleitevaluation für jede Pilotregion. Die Evaluation muss nach bundesweit einheitlichen Kriterien erfolgen, um Vergleichbarkeit herzustellen.

Datennutzungsgesetz erlassen. Die Erhebung und die Verarbeitung von Gesundheitsdaten in einer Versorgungsregion sind wichtig, um das Erreichen der Qualitätsziele beurteilen und um Versorgungsforschung mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgung betreiben zu können. Hierzu ist ein Datennutzungsgesetz für Gesundheitsdaten nötig.

Herausgeber
STIFTUNG MÜNCH
Salzburger Leite 1
Campus Haus 13
97616 Bad Neustadt a.d. Saale

T +49 (0)160 410 79 34
kontakt@stiftung-muench.org
www.stiftung-muench.org

Erscheinungsdatum
November 2021

Verantwortlich für den Inhalt
Prof. Dr. Boris Augurzky

Gestaltung
Sonja März

Vorstand: Prof. Dr. Boris Augurzky (Vorstandsvorsitzender), Eugen Münch (stellvertretender Vorstandsvorsitzender),
Prof. Dr. med. Bernd Griewing, Dr. Christian Zschocke
Geschäftsführung: Annette Kennel

Die Stiftung Münch ist durch die Regierung von Unterfranken mit Anerkennungsurkunde vom 4. Juni 2014 als
Stiftung bürgerlichen Rechts anerkannt, Stiftungsverzeichnis Nr. 44-1222.00-CC-1-64

