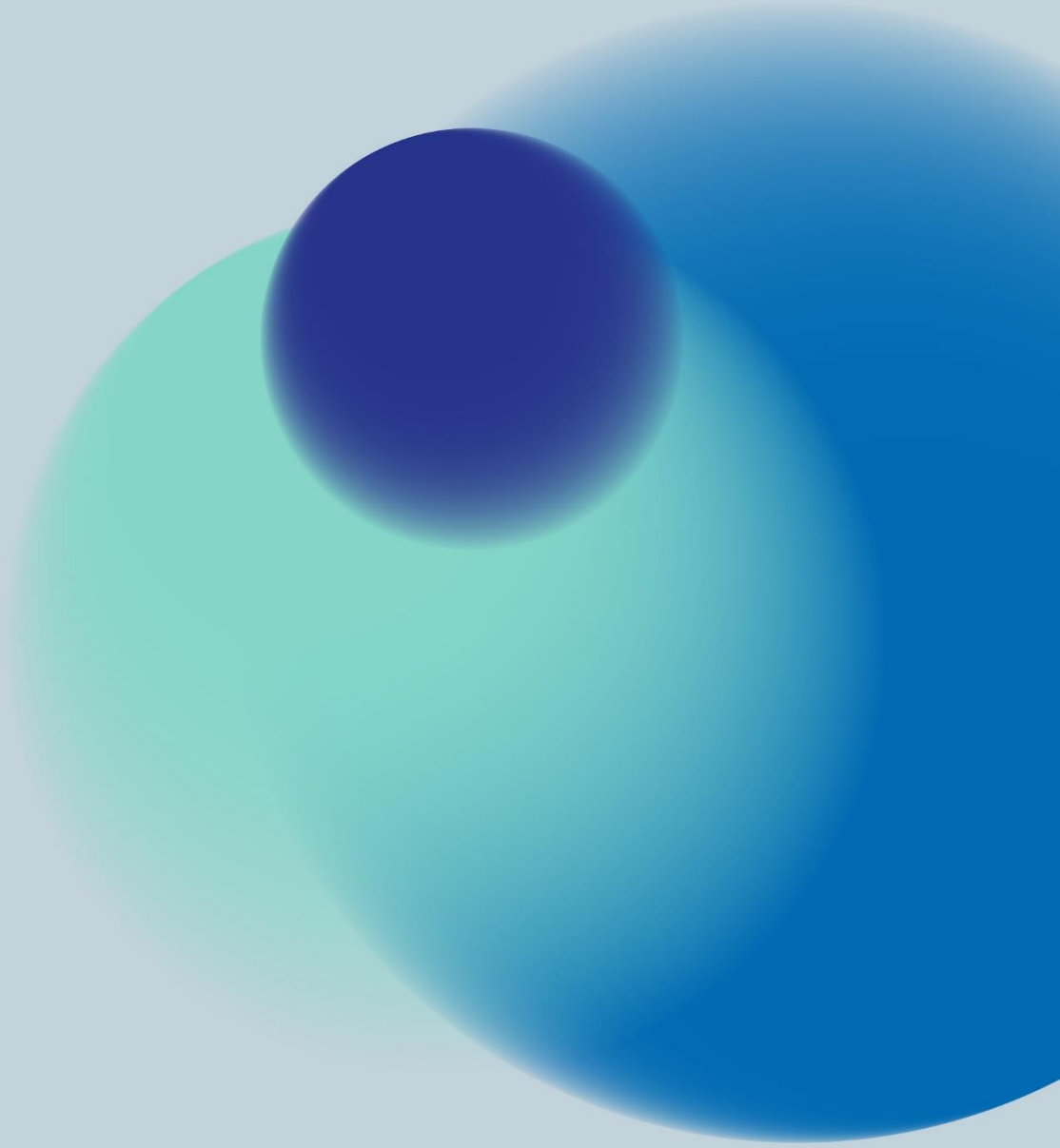
BESSER REGIONAL

Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann

22. Mai 2023



Bundesverband Managed Care e. V.
Vorstand: Prof. Dr. Lutz Hager, PD Dr. Ursula Hahn, Franz Knieps,
Dr. Bernadette Klapper, Dr. Carola Reimann, Antonia Rollwage, Nicole Schlautmann
Friedrichstr. 136 · 10117 Berlin · +49 30 28 09 44 80
bmcev@bmcev.de · www.bmcev.de

BMC Managed Care

INHALT

Gesundheitsversorgung braucht regionale Impulse 3

Ziele für eine regionale Gesundheitsversorgung 5

Startpunkte für die Regionalisierung der Versorgung 7

1. Regionalisierung pragmatisch und bottom-up starten 7

2. Freiräume für regionale Versorgungspartner schaffen 8

3. Regionale Kontrahierung voraussetzen 10

4. Regionen als Innovationsraum für populationsorientierte Versorgung nutzen 11

5. Bessere Versorgung im regionalen Vergleich finden 11

6. Finanzierung regionaler Versorgungsangebote „aus dem System“ heraus 12

7. Verbindliche Vorgaben und strukturelle Veränderungen festlegen 13

GESUNDHEITSVERSORGUNG BRAUCHT REGIONALE IMPULSE

Der in der Fachwelt seit langem bekannte Erneuerungsbedarf im Gesundheitswesen wird auch in der breiten Bevölkerung zunehmend erkannt. Die Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung in Deutschland nimmt ab; der Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie Pflege- und Gesundheitsfachkräften zählt zu den meistgenannten Problemen des Landes.[1] Die Potenziale der Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung sind kaum erschlossen und in seiner jetzigen Ausrichtung stößt das System finanziell und personell an seine Grenzen. Ursache dafür sind nicht etwa mangelnde Ressourcen, sondern der ineffiziente Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel. Gleichzeitig hat sich ein Reformstau aufgebaut. Regulierungsdichte und gesetzgeberische Tätigkeit im Gesundheitswesen nehmen seit Jahrzehnten stetig zu; die Probleme sind dadurch nicht kleiner geworden. Bürokratie und fehlende Handlungsspielräume führen vielerorts zu tiefer Frustration, zu hohen Kosten und behindern Innovationen. Die Dynamik und Potenziale der digitalen Transformation im Gesundheitswesen werden weithin unterschätzt.

Es mangelt nicht an Ideen, sondern an Wegen zur Umsetzung

Die Ursache für die fehlende Erneuerung liegt nicht etwa in fehlendem Ideenreichtum oder Innovationsgeist der Akteure. Im Gegenteil: Im Gesundheitswesen besteht hoher Gestaltungswille, auch und gerade in regionalen Projekten und Zusammenschlüssen von Akteuren vor Ort. Dies ist umso wertvoller, weil Bedarfe und Strukturen regionale Unterschiede aufweisen und spezifische Lösungen erfordern. Jedoch prallen Initiativen in Deutschland sowie Lösungen aus anderen Ländern zu häufig an verkrusteten Strukturen ab. Regionalisierung bietet die Chance, flexible Innovationsräume für eine vernetzte, patientenorientierte und anpassungsfähige Gesundheitsversorgung auf der Höhe digitaler Möglichkeiten zu eröffnen, die sich in bedarfsbezogenen Strukturen und Abläufen neu organisiert. Der BMC versteht Regionalisierung als eine produktive, langfristig angelegte Erweiterung und Umgestaltung unserer Gesundheitsversorgung. Dafür gilt es in dieser Legislaturperiode die erforderlichen Startpunkte zu schaffen.

Regionalisierung hat schon begonnen

Ohnehin müssen die zahlreichen Handlungsbedarfe und die bereits angekündigten Reformen vor Ort adressiert und umgesetzt werden; dies allein weist in Richtung einer regionalen Differenzierung und Ausgestaltung. Angebote der Daseinsvorsorge sind zu einem Großteil kommunal organisiert und erfordern eine Zusammenarbeit auf dieser Ebene. Zahlreiche Ärztenetze und Gesundheitsregionen, Akteure in gesetzlich konfigurierten Vernetzungsprojekten wie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) oder strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie filialisierende Leistungserbringer arbeiten seit Jahren daran, Versorgung regional zu koordinieren und zu verbessern. Regionalisierung hat hier bereits begonnen. Die Modelle sind bislang aber nicht systematisch als Gestaltungsansatz aufgegriffen und regelhaft umgesetzt worden – obwohl sich vergleichbare Initiativen international vielfach bewähren.

[1] So der Allensbach Deutschland-Trend vom Januar 2023. Stark gewachsen sind auch die Zweifel mit Blick auf das einst hochgelobte deutsche Gesundheitssystem. Betrachteten es 2017 noch 81 Prozent als Stärke Deutschlands, sind es heute nur noch 60 Prozent. Zugleich hat sich der Anteil derjenigen, die hier Defizite sehen, von 18 auf 39 Prozent mehr als verdoppelt (vgl. FAZ (2023): Keine gute Prognose für Deutschland). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt eine Forsa-Umfrage im Auftrag der Robert Bosch Stiftung vom März 2023.

Mut und Vertrauen als Ressource für die Zukunft nutzen

Regionalisierung heißt daher zweierlei: Die anstehenden Veränderungen aktiv in eine zukunftsfähige Richtung zu lenken sowie die Beteiligten mit neuem Mut und neuen Möglichkeiten auszustatten und so zum wirksamen Handeln zu befähigen. Dies benötigt Freiräume und beinhaltet, dass funktionale Unterschiede zur Regelversorgung auf Zeit und neue, geeignete Organisationsformen bewusst zugelassen werden.

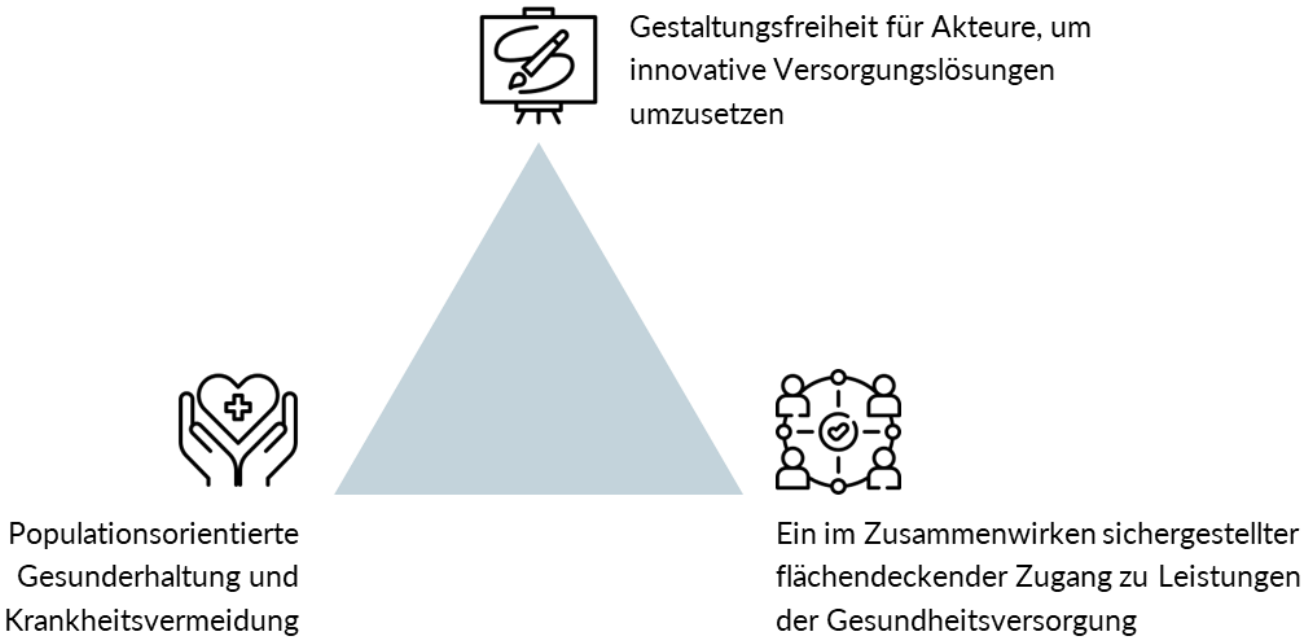
Regionale Gestaltung schließt auch die Bürgerinnen und Bürger sowie Unternehmen, Vereine und weitere Akteure der Zivilgesellschaft ein; die Transformation der Gesundheitsversorgung gelingt nur als partizipative Ko-Kreation, wie es vor Ort möglich ist. Denn Regionalisierung ist weit mehr als ein technokratisches Projekt; sie schafft und vertieft Vertrauen und eine Kultur der Zusammenarbeit, die im Gesundheitswesen bislang zu kurz kommt.

Die folgenden Überlegungen zeichnen einen Weg des Gelingens und entwickeln pragmatische Lösungen, um die Akteure in Regionen zu einer stärkeren Zusammenarbeit zu befähigen und neue Ansätze für eine zukunftsgerichtete, digital unterstützte Transformation der Gesundheitsversorgung zu erschließen. Wir laden alle herzlich ein, sich an diesem Prozess zu beteiligen.

ZIELE FÜR EINE REGIONALE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Die Gesundheitsversorgung der Zukunft muss ambitioniertere Ziele als bisher verfolgen. „Health is wealth“ – sowohl für den Einzelnen als auch die Gesellschaft – zeigt die Richtung für die Erneuerung des Solidarversprechens, jeden Menschen in eine umfassende Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Sie sollte geprägt sein von Gesundheitsförderung und Prävention, Patientenzentrierung und -aktivierung sowie der Koordination der „Patient Journey“ durch die verschiedenen an der medizinischen und pflegerischen Versorgung Beteiligten[2] – verbunden mit einer hohen Qualität und einem wirtschaftlichen Mitteleinsatz. Regionalisierung erlaubt, diese Ziele ineinandergreifend zu verfolgen:

Abbildung 1: Ziele regionaler Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung; Icons: Flaticon

Flexibilität und Gestaltungsfreiheit durch regionale Ausnahmeklauseln schaffen

Entscheidende Voraussetzung für das Entstehen spezifisch regionaler Versorgungsangebote sind Freiräume, die Akteure mit einem starken Willen zur Gestaltung, Innovation und Investition anziehen. Deregulierung durch Ausnahmeklauseln (re)aktiviert „Gestalterkoalitionen“, die diese Möglichkeiten ergreifen und schrittweise neue Organisationsformen, Versorgungsstrukturen und -prozesse entwickeln.

[2] Zur Koordination der Versorgung siehe auch SVR-Jahresgutachten 2023: Resilienz im Gesundheitswesen, Bonn.

Flächendeckenden Zugang regional organisieren

Ein Fokus für regionale Initiativen ist die Stärkung einer umfassend verstandenen Primärversorgung.[3] Damit wird eine flächendeckende medizinische und pflegerische Versorgung auch künftig sichergestellt. Große Potenziale liegen u. a. darin, ambulante Pflege stärker mit medizinischer Versorgung zu verzahnen, unnötige stationäre Einweisungen zu vermeiden, das Management chronischer und komplexer Erkrankungen zu verbessern sowie prinzipiell Gesundheit zu fördern.[4] Neben der Koordination über verschiedene Leistungserbringende bzw. -standorte hinweg, ist die Integration aller unterstützenden und gesundheitsorientierten Angebote – medizinische, pflegerische, therapeutische, soziale Leistungen u. a. – der Leitgedanke für die Zukunft.

Potenziale von Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung durch populationsorientierte Angebote erschließen

Regionalisierung folgt der Perspektive einer populationsorientierten Gesundheitsversorgung, die vorausschauend und intelligent „in Gesundheit investiert". Sie schließt alle Menschen einer Region ein, erkennt spezifische Risiken und Bedarfe und weitet den Blick auf die sozialen Determinanten von Gesundheit. Daraus entstehen neue Handlungsfelder, Verbindungen und Geschäftsmodelle für Gesundheit. Im Gesundheitssystem wird dies u. a. wirksam durch zielgruppengerechte Prävention, die Verringerung zukünftiger Morbiditätslast und eine später einsetzende und geringere Pflegebedürftigkeit im Alter.

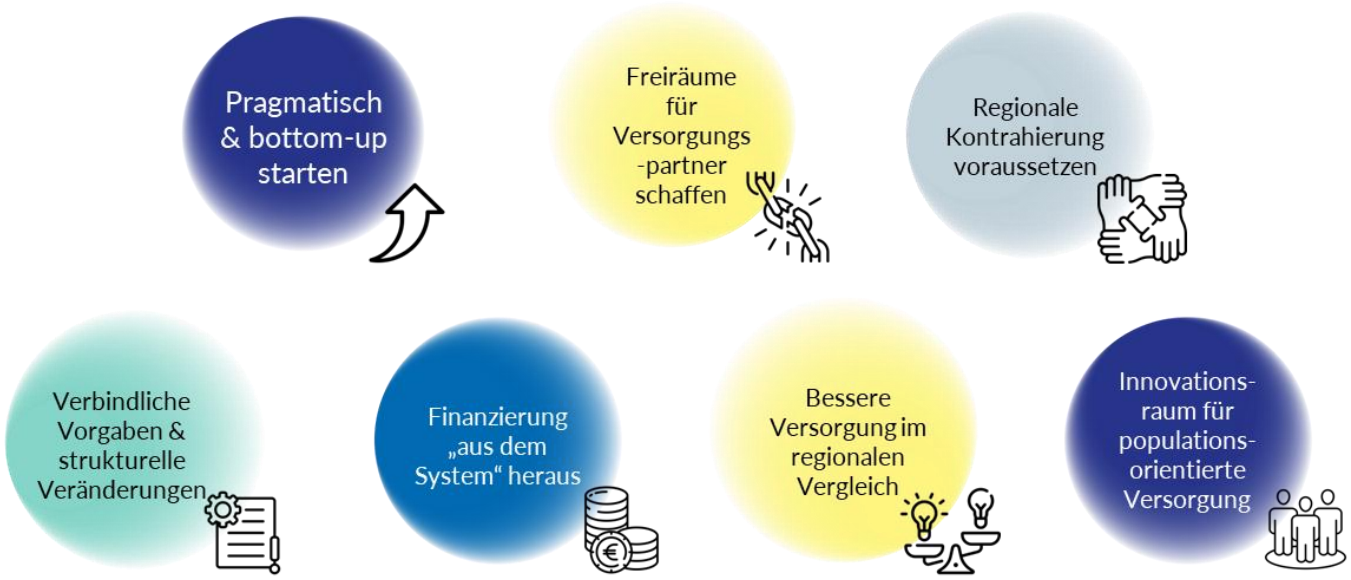
[3] Vgl. BMC (2022): Integrierte Primärversorgungszentren, Berlin.

[4] Vgl. BMC (2023): Gesundheitslotsen – Wegbegleiter für eine bessere Versorgung, Berlin.

STARTPUNKTE FÜR DIE REGIONALISIERUNG DER VERSORGUNG

Regionalisierung schafft erstens einen sinnvoll dimensionierten Handlungsraum, der Akteure praxisnah verbindet und stellt gleichzeitig eine kritische Größe für Geschäfts-, Betriebs- und Organisationsmodelle mit Skalierungspotenzial dar. Damit kann sie zum Innovationsmotor werden, der sowohl auf regionaler Ebene als auch für das gesamte Gesundheitssystem positive Effekte verspricht. Um die o. g. Ziele zu erreichen, schlägt der BMC sieben pragmatische Startpunkte vor.

Abbildung 2: Startpunkte für eine zukunftsgerichtete Regionalisierung der Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung; Icons: Flaticon

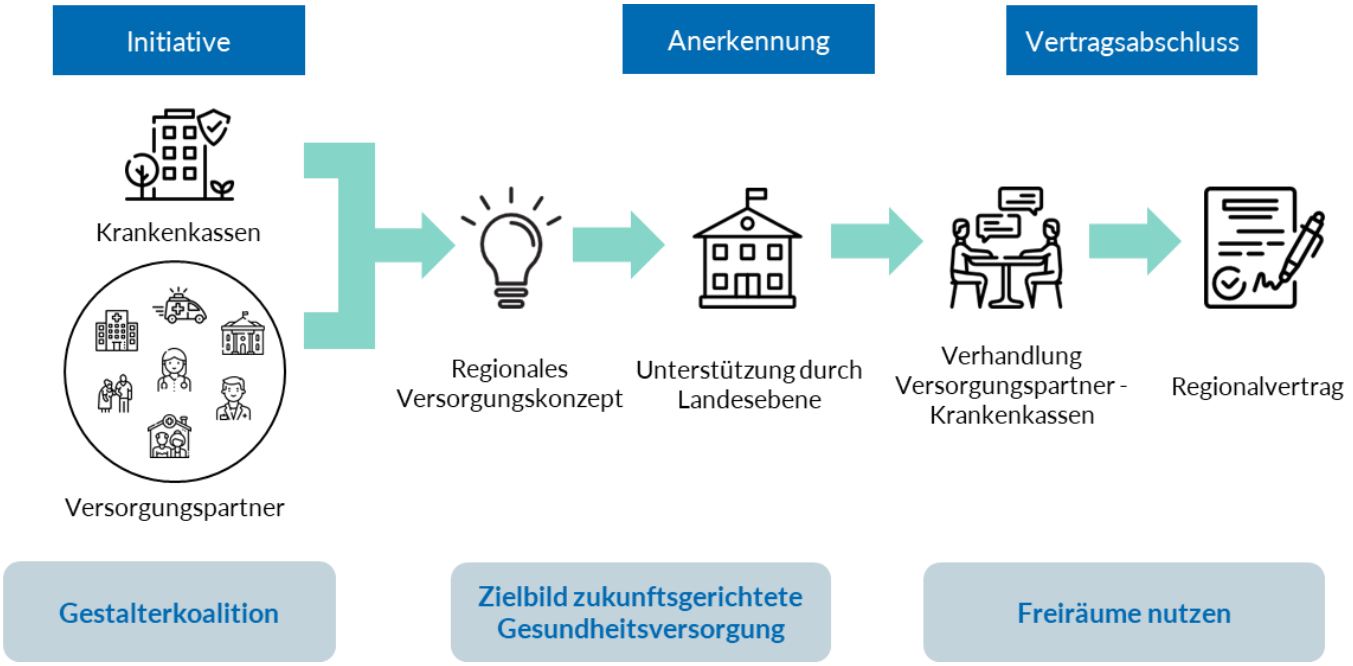
1. REGIONALISIERUNG PRAGMATISCH UND BOTTOM-UP STARTEN

Regionalisierung benötigt keine neuen Institutionen. Sie setzt auf freiwillige Zusammenarbeit und das Engagement innovationsfreudiger Partner. Daher sollten Regionalinitiativen zunächst dort entstehen, wo Zusammenarbeit bereits erfolgt oder sich bildet.

- Regionale Versorgungspartner können freie Gestalterkoalitionen bilden, sollten jedoch Anschluss an die subsidiären Strukturen vor Ort – in der Regel Landkreise und Kommunen – suchen.
- Regionale Versorgungspartner in der Leistungserbringung, ihre verbandlich oder vertraglich geregelten Zusammenschlüsse (etwa auf Basis gesetzlich konfigurierter ASV- oder DMP-Partner), Versorgungsnetze und filialisierende Leistungserbringende sowie weitere Partner finden sich intersektoral und interprofessionell zusammen.
- Die Versorgungspartner entwickeln möglichst gemeinsam mit Kranken- und Pflegekassen ein Konzept für eine zukunftsgerichtete Gesundheitsversorgung in ihrer Region. Dies beinhaltet etwa Vorschläge entlang der drei Zieldimensionen innovative Versorgung, Sicherstellung und populationsbasierte Angebote und umfasst auch neue Organisationsformen, mit denen spezifische Versorgungsstrukturen und -prozesse verbessert werden können. Dieses Konzept nimmt Bezug auf regionale Bedarfsanalysen, Qualitätsziele und Umsetzungsanforderungen (s. dazu auch im Folgenden).

- Die Regionalinitiative wendet sich mit ihrem Konzept an die Landesebene. Diese validiert die regionalen Bedarfe und erklärt ihre Unterstützung für eingereichte Vorschläge basierend auf bundesweit (z. B. durch einen Unterausschuss „Regionale Versorgung“ im G-BA) zu regelnden Qualitätsanforderungen. Dabei kann sie Verbesserungsvorschläge einfordern oder anregen.
- Nach dieser Anerkennung sollen im Anschluss Regionalverträge zwischen Krankenkassen bzw. deren Arbeitsgemeinschaften und den regionalen Versorgungspartnern geschlossen werden (siehe Startpunkt 3).
- So könnten in einem ersten Schritt bundesweit etwa 30-50 Pilotregionen entstehen. Nach einer Aufbauphase (etwa fünf Jahre) sollte die Anzahl der Regionen erweitert werden. Die Größe einer Region muss nicht vorab festgelegt werden, sollte jedoch mindestens 25.000 Einwohnerinnen und Einwohner umfassen.

Abbildung 3: Zustandekommen regionaler Versorgungslösungen



Quelle: Eigene Darstellung; Icons: Flaticon

2. FREIRÄUME FÜR REGIONALE VERSORGUNGSPARTNER SCHAFFEN

Wer regionale Lösungen umsetzen will, der soll dies auch können. Dieser Grundsatz beinhaltet, dass in den Regionen neue Wege jenseits der gängigen Systemlogik ermöglicht werden müssen. Die Partner benötigen Freiräume und ein Bekenntnis, dass neue, geeignete Organisationsformen wie z. B. Buurtzorg-Teams für die ambulante Pflege bewusst zugelassen werden sollen.

- Möglichkeiten zur Abweichung von bestehenden Regeln im Rahmen regionaler Versorgungsverträge müssen gesetzlich festgelegt werden, um Rechtssicherheit für die Akteure zu schaffen.
- Diese Freiräume decken sich teilweise mit der ohnehin erforderlichen Deregulierung der Gesundheitsversorgung. Sie sollten in jedem Fall zumindest den regionalen Partnern zur Verfügung stehen. Dazu zählen besonders die folgenden Punkte:

THEMA	REGIONALE VERTRAGSFREIHEITEN
Innovationstransfer	• Durch den Innovationsausschuss beim G-BA für eine regionale Umsetzung empfohlene Projekte können direkt in Regionalverträge übernommen und eingesetzt werden.[5]
Digitalisierung	• Es wird ein „regionaler Datenraum“ geschaffen, der den Datenaustausch bei gemeinsam versorgten Patientinnen und Patienten zwischen Leistungserbringenden an unterschiedlichen Standorten sektoren-, institutionen- und trägerübergreifend ermöglicht.[6] • Beschränkungen für telemedizinische Lösungen werden aufgehoben bzw. ihre Nutzung ermöglicht[7], z. B. ➢ Tele-Praxen ohne Arzt (mit Fachpersonal assistierte Telemedizin) auch für Monitoring und ersten Kontakt ➢ Homeoffice als Arbeitsplatz für telemedizinische Leistungen ➢ Entfall der Mengenbeschränkungen für die Abrechenbarkeit • TI-Technologien können im Vorgriff auf eine bundesweite Lösung eingesetzt werden (z. B. netzwerkgebundene Authentifizierung).
Vergütung & Leistungen	• Der Erlaubnisvorbehalt kann übergangen werden. • Für geförderte Versorgungsstrukturen und -prozesse können spezielle Zu- und Abschläge gezahlt sowie Management- und Koordinierungssaufgaben vergütet werden.
Berufsrecht	• Für die Übernahme medizinischer Tätigkeiten durch Gesundheitsfachberufe innerhalb und außerhalb der Praxis/MVZ und andere Formen der interprofessionellen Zusammenarbeit werden Spielräume geschaffen. • Bei Zulassung und Bedarfsplanung sind Ausnahmeregelungen möglich, z. B. ➢ Tätigkeit der Ärzte eines Trägers an allen Praxisstandorten ohne getrennte Zulassung ➢ Entfall der Eintreffzeit bei Patientinnen und Patienten spätestens nach 30 Minuten • Der Einsatz von qualifizierten Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten in der vertragsärztlichen Versorgung kann selbstständig erfolgen. • Regionale Zusammenarbeit wird von Kooperationsbeschränkungen ausgenommen (im Zusammenhang mit § 299a/b StGB).

[5] Damit einhergehend sollte der Verbindlichkeitsgrad bei der Überführung von Erkenntnissen des Innovationsfonds in die breite Versorgung erhöht werden. Vgl. BMC (2022): Von der Projektförderung zur Innovationsinfrastruktur, Berlin.

[6] Dies ist innerhalb der DSGVO, wie sie in anderen europäischen Ländern ausgelegt wird, möglich (und damit teilweise abweichend von der besonders restriktiven Interpretation in deutschem Recht).

[7] Zu weiteren Voraussetzungen für die stärkere Nutzung telemedizinischer Lösungen siehe auch BMC (2022): Make the digital choice the easy choice, Berlin.

- Regionalverträge müssen mehr Gestaltungsfreiräume für die Vertragspartner als die bestehenden 140a-Verträge zulassen (z. B. die Aufnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringenden, Vertragspartnern außerhalb der SGB V/XI, neuen Vergütungsmodellen, etc.).
- Regionale Versorgungslösungen können auch digitale oder remote-Angebote sowie Mobilitätskonzepte beinhalten und über die Region hinausgehen.

3. REGIONALE KONTRAHIERUNG VORAUSSETZEN

Kontrahierung und Vertragsfreiheit ergänzen sich. Populationsorientierte Lösungen sind nur sinnvoll, wenn sie kassenübergreifend angeboten werden. Im Gegenzug erhalten die Kranken- und Pflegekassen durch Regionalverträge die Möglichkeit, Versorgung umfassender zu gestalten, als dies im Rahmen von Selektivverträgen möglich ist.

- Um Regionalinitiativen flächendeckend umsetzen zu können, wird durch die Partner der Gestalterkoalition ein Regionalvertrag verhandelt. Für die Vertragsverhandlung können sie Arbeitsgemeinschaften bilden oder Dritte beauftragen. Dabei sollten die teilnehmenden Krankenkassen ein Quorum von 70% der Versicherten in der Region erreichen. Alle übrigen Kassen lassen den Regionalvertrag gegen sich gelten – oder können zu einem späteren Zeitpunkt ihren Beitritt erklären.
- Die Landesebene begleitet den Verhandlungsprozess inkl. Kontrahierung. In der Verhandlungs- und Aufbauphase der regionalen Versorgung können sich die Beteiligten bei Uneinigkeit an eine Schiedsstelle wenden.
- Regionalverträge werden entlang von Versorgungszielen in der Region abgeschlossen, etwa um
  - eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit der Leistungserbringer untereinander sowie mit Dritten in der Region zu ermöglichen, darin eingeschlossen SGB-übergreifende Angebote und kommunale Leistungen
  - die sektoreninterne und -übergreifende Koordination der Versorgung zu verbessern
  - Versorgungsstrukturen und Prozesse entlang der „Patient Journey“ zu entwickeln
  - populationsorientierte Angebote und Vertragsformen zu schaffen
  - Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken
  - neue Versorgungsangebote zur Sicherung der Versorgung in der Fläche zu entwickeln und zu stärken.

- Regionalverträge können die Vergütung in der Regelversorgung neu ordnen und folgen sektorenübergreifenden Ansätzen. Sie können sich damit substanziell von „Zusatz“-Verträgen unterscheiden. Dabei können sie sich der verfügbaren Instrumente bedienen und bestehende Vertrags- und Vergütungselemente inkorporieren (etwa DMPs, HzV, Selektiv- und Qualitätsverträge, Krankenhaus-Budgets, etc.). Näheres sollte etwa in einem neuen § 140b SGB V festgelegt werden (s. u.). Die Verträge können auch qualitäts-, ergebnis- und erfolgsbezogene Elemente der Vergütung enthalten, wenn sich die Parteien darauf verständigen.
- Unabhängig vom Regionalvertrag können die Kassen im regionalen „Tarifgebiet“ weiterhin ergänzende kassenindividuelle Selektivverträge und Versorgungsprogramme unterhalten.
- Kommunen, Kranken-, Pflege- und Rentenversicherungen sowie andere Leistungsträger bringen ihre Leistungen in die Regionalverträge bedarfsorientiert ein.
- Die Teilnahme für Patientinnen und Patienten erfordert keine zusätzliche Einschreibung. Einzelne Module/Programme können (wie bisher) eine Einschreibung vorsehen und sind freiwillig. Einheimische können weiterhin Leistungen außerhalb der Region in Anspruch nehmen; vice versa Bewohner von außerhalb in der Region. Für besondere regionale Leistungen müssen jeweils besondere Regelungen getroffen werden.

- Die initiierenden regionalen Versorgungspartner schließen den Vertrag ab; weitere Leistungserbringende in der Region können sich diesem anschließen.
- Regionalverträge sollten eine initiale Laufzeit von mindestens zehn Jahren vorsehen, damit Versorgungsvorteile über Zeit entstehen können. Nach der Hälfte der Laufzeit, spätestens jedoch nach fünf Jahren (Aufbauphase), soll eine Zwischenevaluation erfolgen (siehe Startpunkt 1).
- Insgesamt sollen innovative Vertragsmodelle entstehen, die die Effektivität der Versorgung steigern sowie Effizienzgewinne ermöglichen und diese zwischen den Vertragspartnern aufteilen. Die Logik dahinter: Investitionen/Vergütungen ergeben sich aus Potenzialen, die die Teilnehmenden gemeinsam als erreichbar ansehen.
- Gegenüber den Versicherten bestehen Informationspflichten/Transparenz zu den Leistungen von Regionalverträgen sowie den Ergebnissen (s. dazu Startpunkt 5).

4. REGIONEN ALS INNOVATIONSRAUM FÜR POPULATIONSORIENTIERTE VERSORGUNG NUTZEN

Regionen dürfen nicht im Blindflug starten. Voraussetzung für eine populationsorientierte Versorgung ist eine belastbare, ausreichend detaillierte und schnell verfügbare Datengrundlage über die Krankenversorgung hinaus.

- Regionen benötigen eine vergleichbare Gesundheitsberichterstattung mit einem nutzerfreundlichen Dashboard, um Versorgungsbedarfe zu identifizieren und ggf. Krisen-/ Problemregionen durch regionalen Vergleich zu benennen. Dafür sollten Routinedaten der Kassen/Kassenärztlichen Vereinigungen sowie andere gesundheitsrelevante Faktoren wie sozioökonomische oder Umweltdaten herangezogen werden.
- Daran anknüpfend sollte die Bedarfsplanung mit den Regionen verbunden werden, etwa indem Krankenhausplanung und ambulante Bedarfsplanung zu Regionen zugeordnet werden (z. B. KH-Planungsregionen NRW, Niedersachsen).
- Um entsprechende Ansätze zu fördern, können Fördermittel und Vertragsgestaltungen z. B. an populationsbezogene Qualitätsparameter, Versorgungsprogramme, Strukturaufbau und Investitionen etc. gebunden sein. Die Beteiligung an einem Indikatorenset für die Qualität regionaler Versorgung kann als Voraussetzung für die Finanzierung dienen.[8] Regionen können zusätzlich themenspezifische Ziele entwickeln.
- Um den Ansatz weiterzuentwickeln, sollte ein Kompetenzzentrum regionale Versorgung (im Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit oder als eine Neuauflage des health innovation hub) eingerichtet werden, das auch Beratung für Verträge und Umsetzung („Vertragswerkstatt", „Implementation Lab" etc.) zur Verfügung stellt.

5. BESSERE VERSORGUNG IM REGIONALEN VERGLEICH FINDEN

Vielfalt und Pluralität ermöglichen Regionen, voneinander zu lernen. Daraus ergeben sich Vorteile für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung insgesamt, etwa durch Leistungsvergleiche und durch eine Risikominimierung in der Pilotierung neuer Ansätze und Freiheitsgrade. Gesundheit als Standortfaktor kann damit einen Wettbewerb um gute Versorgungslösungen befeuern.

[8] Als ein Beispiel kann das Interregional Performance Evaluation System (IRPES) in Italien herangezogen warden. Vgl. Vola, F. et al. (2022): The Italian interregional performance evaluation system. Res Health Serv Reg 1, 10.

- Je nach regionalen Gegebenheiten bestehen verschiedene Möglichkeiten, Versorgung auszugestalten und umzusetzen. Vielfalt sollte hier also das Leitmotiv sein und bewusst zugelassen werden, um bestmögliche Gesundheit für die regionale Bevölkerung zu erzielen.
- Während der Aufbauphase müssen Ressourcen geschont werden. Dies gelingt mit Kontrollmechanismen „auf Vertrauen“ mit stichprobenartiger Kontrolle, Rechenschaftspflicht und Sanktionierung von Fehlverhalten.
- Wettbewerb braucht Transparenz im Sinne einer Erfolgskontrolle für jede Region, z. B. in Form einer Gesamtevaluation mit Leistungsbericht, auch im Vergleich zur Regelversorgung. Bei ausbleibenden Verbesserungen werden Verträge nicht verlängert bzw. fließen keine weiteren Mittel. Zudem besteht direkter Wettbewerb über die Wahlmöglichkeiten bzw. die freie Inanspruchnahme/Wahl der Region für Versicherte. Auch ein indirekter Wettbewerb um Fördermittel, Qualitätszuschläge etc. ist denkbar.
- Die Daten sollten in ein zentrales, öffentliches Public-Health-Regio-Register einfließen, in dem Leistungen/Programme/Anforderungen sowie Ergebnisse der Regionen dokumentiert und einsehbar sind.
- Eine besondere Bedeutung haben dabei patientenrelevante Zielparameter, mit denen der Erfolg der Interventionen gemessen werden kann (im Vergleich zum Ausgangszustand sowie zu anderen Interventionsmodellen) und die in einem eigenständigen Prozess partizipativ erarbeitet werden sollten.
- Region ist fair in der Mittelverteilung: Höherer finanzieller Bedarf bedingt durch Morbidität oder Deprivation wird durch den Morbi-RSA der Kassen automatisch berücksichtigt.

6. FINANZIERUNG REGIONALER VERSORGUNGSANGEBOTE „AUS DEM SYSTEM“ HERAUS

Regionalisierung macht Versorgung nicht teurer. Sie finanziert sich aus den bestehenden Quellen und fußt auf der wirtschaftlichen Eigenverantwortung der Versorgungspartner in einer Region. Neue Vergütungsformen sind ein Hebel für bessere und wirtschaftlichere Versorgung.

- Regionalisierung sprengt die Fesseln von EBM und DRGs. Sie eröffnet Freiheiten für Finanzierungen und ermöglicht flexible und anreizkompatible Vergütungsformen. Dies beinhaltet insbesondere auch anfallende Koordinations- und Managementkosten.
- Neben Leistungsvergütungen können auch andere Formen der Vergütung (etwa qualitäts-, erfolgs- oder populationsorientiert) vereinbart werden. Dies kann ebenfalls eine spezifische Vorhaltung sowie Prüfmechanismen umfassen und sich dabei der verfügbaren Instrumente bedienen (MD etc.).
- Die Partner können bestehende Vergütungen entsprechend neugestalten und etwa
  - die Abrechnung von Leistungen im Verbund oder Behandlungsteam ermöglichen
  - die Kosten für Aufbau und Betrieb neuer Organisationsformen einbeziehen
  - Abrechnungsvoraussetzungen für bestehende Positionen von Vergütungsordnungen ändern oder deren Inhalte erweitern
  - Positionen im Sinne einer Pauschalierung zusammenfassen.
- Die Finanzierung sollte einer transparenten Investitionslogik folgen, die sowohl Akteure vor Ort anzieht als auch den Rückfluss von Erträgen vorsieht. Neben der GKV sollten auch jene Leistungsträger in die Finanzierung eingebunden werden, die an der regionalen Versorgung beteiligt sind. Ihr Finanzierungsanteil sollte dabei dem Anteil ihrer Leistungen im Regionalvertrag entsprechen – und kann von Region zu Region unterschiedlich sein.

- Im SGB V- und SGB XI-Bereich können eine Vielzahl von Förder- und Finanzierungsmöglichkeiten regionalen Bezug bekommen, u. a. Präventionsmittel (z. B. im Rahmen der Landesvereinbarungen), Strukturmittel (KH-Strukturfonds, KH-Investitionsfinanzierung), Innovationsfonds.
- Im Bereich der ambulanten und stationären Vergütung können regionale Verträge Möglichkeiten aus bestehenden und neuen Instrumenten erschließen, z. B. geplante KH-Vorhaltevergütung, KH-Budgetverhandlungen, Finanzierung von Ärztenetzen, Honorarverträge mit KVen etc.
- Hinzu kommen Finanzierungsquellen außerhalb der SGB V und XI, etwa der Struktur- und Wirtschaftsförderung, aus dem Bildungs- und Wissenschaftsbereich, der räumlichen Entwicklung oder sozialer Programme von Bund und Ländern. Auch können Angebote Eigenbeteiligungen/Selbstkostenbeiträge vorsehen.
- Ein neues Instrument zur Erschließung öffentlicher Investitionen wäre ein „Regio-Investitionsfonds", an dem sich verschiedene Akteure beteiligen. Dieser könnte aus Mitteln des Innovationsfonds, durch Zuflüsse aus Bundes- oder Landesmitteln oder durch die Ausgabe von „weißen" Anleihen gefüllt werden.[9]

7. VERBINDLICHE VORGABEN UND STRUKTURELLE VERÄNDERUNGEN FESTLEGEN

Wer investiert, braucht verlässliche Rahmenbedingungen. Entscheidend für eine langfristige Entwicklungsperspektive ist, dass Mechanismen regionaler Versorgung wie oben beschrieben rechtlich verbindlich festgelegt und dauerhaft verankert werden. Dies betrifft sowohl den gesetzlichen Rahmen als auch davon abgeleitet eine Ausgestaltung auf der Ebene der Selbstverwaltung.

- Auf Bundesebene sind dies vor allem folgende Vorgaben:
  - Die Ziele regionaler Versorgung müssen benannt und begründet werden.
  - Mitglieder, Aufgaben und Kompetenzen für die Landesebene müssen definiert werden. Dabei ist insbesondere die Beschlussfähigkeit sicherzustellen.
  - Die regionale Kontrahierung für Krankenkassen muss geregelt werden, etwa in einem neuen § 140b SGB V.
  - Es muss eine bundesweite Stelle benannt werden, die Freiräume (siehe Startpunkt 2) und qualitative Anforderungen an Regionalverträge näher bestimmt. Dies könnte etwa ein Unterausschuss „Regionale Versorgung" im G-BA sein.
  - EU-Infrastrukturen für den Datenaustausch (EHDS, EU4Health) sollten dabei berücksichtigt werden.
  - Evaluation, Laufzeit und Fortsetzungsvoraussetzungen der Pilotregionen müssen definiert werden.
- Bundesländer sollten ebenfalls Strukturen so gestalten, dass diese Regionalverträge unterstützen. Dies umfasst insbesondere:
  - Aufgaben müssen an regionale Gremien (z. B. bestehende kommunale Gesundheitskonferenzen) zugewiesen werden.
  - In der Kommunalverfassung muss die Möglichkeit oder Verpflichtung von Kommunen verankert werden, sich an Maßnahmen der Regionalinitiativen zu beteiligen. Hier kann auf die Erfahrungen bei der Bildung von Optionskommunen im SGB II zurückgegriffen werden.
  - Der ÖGD muss befähigt und beauftragt werden, die nötigen Daten zur Ermittlung und Analyse regionaler Versorgungsbedarfe zu liefern sowie seine Leistungen in die regionale Versorgung einzubringen.

[9] Vgl. Graalmann et al. (2021), Notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen mit „Weißen Anleihen" finanzieren.