Interview mit Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks, Hamburg, und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, OptiMedis AG

„Die Hebelkraft in deprivierten Regionen ist höher“

Das mit 6,3 Millionen Euro auf drei Jahre vom Innovationsfonds geförderte Projekt INVEST Billstedt/Horn will die gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in zwei sozial benachteiligten Hamburger Stadtteilen, in denen 108.000 Menschen leben, verbessern und dazu ein neues patientenorientiertes und sektorenübergreifendes Versorgungsmodell aufbauen. Dafür verantwortlich ist Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG und in Personalunion nicht nur Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt), sondern auch der Gesundes Kinzigtal GmbH, die bereits seit 2005 zeigt, wie man Versorgung anders und besser organisieren kann. Nun, immerhin 12 Jahre später, kann Hildebrandt auch in Hamburg und in enger Zusammenarbeit mit Unterstützung von Cornelia Prüfer-Storcks, der Senatorin für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg, zeigen, ob ein solches Modell in einer ganz anderen Region und vollkommen unterschiedlichen Gegebenheiten als auch Herausforderungen funktioniert.

>> Herr Hildebrandt, warum Billstedt/Horn?

Wir kamen auch auf viele andere Regionen, ob nun auf Bremerhaven, Dortmund, Köln-Chorweiler und Köln-Mülheim, auf München-Ramersdorf-Perlach oder auf Berlin-Neukölln-Nord. Oder im Ausland auf Nijkerk in den Niederlanden und sogar auf zwei Stadtteile in London – beides Länder, in denen wir gemeinsam mit unseren Partnern jetzt schon Projekte aufbauen und umsetzen. Mit einigen Krankenkassen, die viele Versicherte in den genannten Regionen betreuen, haben wir gesprochen, teilweise auch einige Workshops durchgeführt. Alleine: Hamburg war schneller als die anderen.

„Auch eine medizinisch so gut versorgte Metropole hat Nachholbedarf bei der integrierten Versorgung.“
Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Warum das?

Es liegt sicher auch ein wenig daran, dass ich selbst gebürtiger Hamburger bin, eine Zeit lang Bürgerschaftsabgeordneter in der Hansestadt war und als solcher ein Projekt mit aufgebaut hatte, das als eine deutsche Übersetzung des „Healthy City“-Projekts der WHO gelten konnte. Schon damals hatten wir analysiert, welche Stadtteile der Hansestadt eine besondere Initiative im Bereich der Gesundheit bräuchten.

Wie kamen Sie denn nun ausgerechnet auf Billstedt/Horn?

Besser sollte man sagen, dass Billstedt/Horn auf mich, sprich die OptiMedis zugekommen ist. Dr. Dirk Heinrich vom NAV-Virchowbund kannte unsere Arbeit über sein Engagement für die Agentur Deutscher Arztnetze (ADA), die an den NAV angebunden ist. Er selbst hat eine HNO-Praxis in Billstedt/Horn und kam mit anderen Kollegen zusammen auf uns zu – mit der Idee, ob wir sie nicht beim Management einer Vollversorgung dort unterstützen könnten. Ausgesprochen hilfreich war dann die schnelle Bereitschaft der Gesundheitsbehörde der Stadt Hamburg, eine solche Lösung zu unterstützen.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks, warum denn?

Hamburg hat bei vielen Themen in der Gesundheitspolitik und auch in der praktischen gesundheitlichen Versorgung durchaus eine Vorreiterrolle. Und auch eine medizinisch so gut versorgte Metropole hat Nachholbedarf bei der integrierten Versorgung. Das schon genannte Projekt im Kinzigtal hat ja bereits gezeigt, was wir mit innovativen Ansätzen erreichen können. Wir wissen zudem aus unseren eigenen Untersuchungen, etwa zum Morbiditätsatlas Hamburg, den wir 2013 veröffentlicht haben, dass die demografischen und sozialen Bedingungen und die Versorgungsstrukturen in einer Stadt uneinheitlich sind. Es ist leider nach wie vor so, dass der sozioökonomische Status Einfluss auf die Gesundheit hat. In ärmeren Stadtteilen gibt es nachweislich eine höhere Krankheitslast, aber weniger Ärztinnen und Ärzte. Wir müssen deshalb bei der Bedarfsplanung stärker den regionalen Bedarf in den Blick nehmen. Und wir brauchen innovative Projekte, um auch in Zukunft die bestmögliche gesundheitliche Versorgung für die Menschen in der Stadt und im Umland sicherstellen zu können. Unabhängig vom Projekt in Billstedt/Horn lässt sich für Hamburg feststellen, dass es sich bei der Bewerbung für den Innovationsfonds ausgezahlt hat, dass die Projekte mit einer breiten Beteiligung von Krankenkassen, Wissenschaft, Leistungserbringern und Verbänden entwickelt und von der Landeskonferenz Versorgung, dem 90a-Gremium, einvernehmlich unterstützt wurden.

Herr Hildebrandt, die positiven Ergebnisse aus dem Kinzigtal waren demnach mit ausschlaggebend für das erneute Engagement in Hamburg.

Den „proof of concept“ haben wir im Kinzigtal geliefert. Allerdings ist Billstedt/Horn schon so etwas wie ein Antipode zum Kinzigtal. Das Kinzigtal im lieblichen Baden ist eine ländliche, aber durchaus auch von erfolgreichen Unternehmen geprägte Region; eine Region indes, die doch verhältnismäßig wohlhabend ist, wenn man sie mit dem Bundesdurchschnitt vergleicht. Darum war es schon eine interessante Frage, ob ein solches Modell, das evident gezeigt hat, dass es in dieser Region die gesundheitliche Versorgung positiv beeinflussen kann, auch in einer viel ärmeren Region mit einem höheren Maß an Deprivation funktioniert.

Senatorin Prüfer-Storcks, was charakterisiert denn die beiden Stadtteile Billstedt und Horn, wenn man an wichtige Kernzahlen wie Einwohnerzahl, Arbeitslosen- und Bildungsquote sowie den Migrationshintergrund denkt?

Zusammengefasst kann man sagen, dass in Billstedt und Horn viele Menschen mit unterdurchschnittlichem Einkommen leben; der Anteil der Sozialhilfeempfänger und der Anteil von Migrantinnen und Migranten ist groß. Gleichzeitig ist der medizinische Versorgungsgrad aber niedriger als in anderen Stadtteilen. Deshalb war es richtig hier anzusetzen. Wobei es auch andere Stadtteile gibt, auf die diese Situationsbeschreibung zutrifft, etwa Steilshoop oder Wilhelmsburg.

Wir haben es hier mit einem hoch-deprivierten Gebiet zu tun. Ist das eine der Grundvoraussetzungen für ein derartiges Engagement? Oder wäre ein solches Projekt beispielsweise auch in Barmbek oder gar Blankenese sinnvoll?

DOI: 10.24945/MVF.02.17.1866-0533.2004

Wie in anderen Städten auch sind die Stadtteile in Hamburg in ihrer Altersstruktur und unter sozialen Gesichtspunkten sehr unterschiedlich. Auch in der Verteilung von Allgemein- und Fachärzten gibt es große Unterschiede, was wir auch in unserm Morbiditätsatlas belegt haben. Insofern ist es sinnvoll, ein solches Projekt gerade in einem sozial schwächeren und mit weniger ambulanten Angeboten versorgten Stadtgebiet durchzuführen. Aber vom Projekt abgesehen: Wir brauchen insgesamt mehr sektorübergreifende Zusammenarbeit und mehr integrierte Versorgung. Beides ist nicht an Stadtteilgrenzen orientiert oder endet an ihnen. Es ist ja Teil des Plans der Projekte, die durch den Innovationsfonds gefördert werden, dass ein Vorhaben exemplarisch getestet wird und bei Erfolg auf die Regelversorgung ausgeweitet werden soll.

Herr Hildebrandt, sind die für eine derartige Analyse oder einen entsprechenden Projektaufbau nötigen Zahlen für alle Städte bekannt?

Sie wären es, wenn sich jemand um die Zusammenführung der durchaus vorhandenen Daten kümmern würde. Wir haben dafür im Rahmen einer kleinräumigen Analyse der Bedarfssituation ein Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn erstellt, das von Ende 2014 bis Herbst 2015 von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz mit einer Fördersumme von 30.533,00 Euro unterstützt wurde, den Rest aber hat OptiMedis getragen bzw. die Ärzte, die aus dem Stadtteil daran mitgearbeitet haben. So gesehen war es schon eine Art Co-Invest von Hamburg, den Ärzten und uns. Doch wäre auch diese Analyse ohne die Kooperation mit der AOK Rheinland/Hamburg, welche die für die Auswertung notwendigen Routinedaten zur Verfügung gestellt hat, nicht – oder zumindest sehr viel schwieriger – möglich gewesen.



„Billstedt/Horn ist schon so etwas wie ein Antipode zum Kinzigtal!“
Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

Senatorin Prüfer-Storcks, was hat denn das Ende 2015 vorgelegte „Entwicklungs- und Handlungskonzept für eine gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung in Billstedt und Horn“ in Ihrer Behörde ausgelöst?

Das Besondere an dem Projekt ist ja, dass der Fokus auf einen Stadtteil innerhalb einer Großstadt gerichtet wird, nicht mehr auf eine ländliche Region. Und noch dazu, wie schon beschrieben, auf einen hinsichtlich der gesundheitlichen Versorgung eher unterprivilegierten Stadtteil. Auch stimmen wir ja mit vielen Punkten, die das Projekt ausmachen, überein, denn wir sehen ja, wie ebenfalls schon angesprochen, durchaus ähnlichen Handlungsbedarf. Die Mittel des Innovationsfonds geben uns nun die Möglichkeit, modellhaft entsprechend Projekte zu testen. Dabei haben für mich Projekte Priorität, die auf eine interdisziplinär-fachübergreifende Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation sowie eine sachgerechte Steuerung der jeweils angemessenen Leistungen ausgerichtet sind. Insbesondere populationsbezogene Modelle spielen dabei natürlich eine wichtige Rolle. Genau diese Punkte finden sich in dem Projekt für Billstedt und Horn wieder. Dieses Projekt könnte bei positivem Verlauf aufzeigen, dass patientenorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsmodelle auch in städtischen Regionen und in einem Stadtteil mit 108.000 Einwohnerinnen und Einwohnern möglich sind. Es wäre damit beispielhaft für andere städtische Regionen und hätte somit das Potenzial, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Herr Hildebrandt, Sie sprachen die Kooperationspartner an, ein weiterer Erfolgsfaktor?

Nicht ein weiterer, sondern **der** Erfolgsfaktor! Im Fall von Billstedt/Horn sind das die eben genannten: die AOK Rheinland/Hamburg und der NAV-Virchowbund in Person von Dr. Heinrich, der nicht nur Bundesvorsitzender des NAV ist, sondern auch das Ärztenetz Billstedt/Horn mit Dr. Fass gegründet hat.

Wie steht es denn nun mit der Frage der Übertragbarkeit?

Im Grundsatz könnte man die im Kinzigtal gemachten Erfahrungen überall hin übertragen; wenn wir das Einsparcontracting unseres Vertragsmodells einmal als Geschäftsmodell betrachten, das aus dem eigenen Investment in die klügere Organisation der Versorgung und die Integration von zielgerichteter Prävention Krankheitsentwicklungen vermeiden bzw. verringern kann und sich dann aus dem damit erwirtschafteten Ertrag für die Krankenkassen und dessen Teilung mit uns refinanziert.

Dennoch, gerade für solch benachteiligte Stadtteile wie Billstedt und Horn stellen sich schon besondere Herausforderungen. So sind wir dort neben der engen Kooperation mit den in diesen Gebieten am meisten vertretenen Krankenkassen und engagierten ärztlichen Behandlern in ganz besonderem Maße abhängig davon, eine intensive Zusammenarbeit mit sozialen Einrichtungen, den Bezirks- und Sozialämtern sowie den aus der Bürgerschaft der jeweiligen Regionen stammenden zivilgesellschaftlichen Ressourcen zu entwickeln. All das muss man in ein derartiges Konzept einbauen und beteiligen, d.h. die Versorgungsprogramme werden dort ganz anders aussehen als im Kinzigtal. Gemeinsam müssen wir ein Sensorium und eine Sprachfähigkeit und einen Kontakt dafür entwickeln, welche Bürger wir mit welchen Ansätzen und Vorgehensweisen erreichen und aktivieren können. Klassische Mittelschichtslösungen werden uns da wenig helfen, allerdings waren die auch im Kinzigtal nicht im Vordergrund.

Ist das ein limitierender Faktor für die mögliche Übertragbarkeit in die Fläche?

Ich würde es anders sehen wollen. So starten wir gerade mit der Metropolregion Rhein-Neckar eine Zusammenarbeit zum Aufbau einer

gesamtflächigen Integrierten Versorgung für 2,3 Millionen Menschen, die dort wohnen. Letztendlich ist auch die Metropolregion jeweils wieder aus ca. 20 bis 25 Sub-Regionen aufgebaut. In den nächsten Wochen starten wir dort mit den Kommunen, der lokalen Ärzteschaft und den anderen Vertretern des Gesundheitswesens einen Entwicklungsprozess hin dazu, mit ihnen die Probleme und Herausforderungen vor Ort den genauen Schnitt der Subregionen zu definieren. Das ist zwar durchaus ein Großprojekt, doch im Endeffekt sind das nichts weiter als viele kleinere Projekte. Man muss eben nur viele Fraktale nebeneinander setzen, die man aufbauen und verzahnen muss. Aber alleine an der Zahl 20 bis 25 sieht man: grundsätzlich ist die Größenordnung kein limitierender Faktor; wo ein Wille ist, ist meist auch ein Weg.



Bild: Bina Engel

„Die Vermittlung von Gesundheitskompetenz ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe."
Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Die Übertragung einer Grundstruktur mag ja kein Problem sein.

Wenn man einen engagierten und motivierten regionalen Organisator hat, der bereit ist, die Verantwortlichkeit zu übernehmen, und der auf eine erprobte Struktur und auf eine gute Vorarbeit aufsetzen kann, ist das schon ein Wert für sich. Das beginnt schon ganz trivial bei Vertragstexten mit den relevanten Krankenkassen, mit denen eine ausreichende Nachhaltigkeit vereinbart werden muss.

Wo verorten Sie denn die höchste Hebelkraft?

Meine Annahme lautet, dass die Hebelkraft in deprivierten Regionen im Prinzip viel höher ist. Wenn in einer bestimmten Region, wie z.B. in Billstedt/Horn chronische Erkrankungen im Schnitt 10 Jahre früher auftreten – worauf unsere Analyse hinweist – und sich dies dann auch in einem entsprechend geringerem Sterbealter äußert, dann machen dort alle Krankenkassen für diese Population ein Defizit. Wenn wir die Erkrankungsraten und die Mortalität durch geeignete Maßnahmen und eine positive Aktivierung der Bevölkerung zumindest an den Bundesdurchschnitt annähern können, dann werden wir dieses Defizit mindern können – und uns über die Erfolgsteilung das geleistete Investment wieder zurückholen können. Der Nachteil: Die Zeit zwischen Investment und Erfolg könnte höher sein, deshalb sind wir über die Startfinanzierung aus dem Innovationsfonds so dankbar. Anders hingegen im Kinzigtal, wo die AOK-LKK-Population bei der Lebenserwartung über zwei Jahre über dem bundesdeutschen Schnitt liegt. Dort hatten die Krankenkassen auch schon vor unserem Start ein positives Ergebnis, das wir dann noch weiter ins Positive verändern mussten, um eine Erfolgsteilung zu erreichen.

Herr Hildebrandt, böse gefragt: Was hat denn eine Kasse davon, wenn man die Lebenserwartung erhöht?

Klar, die eine oder andere teure Erkrankung kann hinzukommen, aber das wird ja aus dem Gesundheitsfonds wieder ausgeglichen. Wir haben seit 2009 mit dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich in Deutschland ein echt gutes Modell, weil es für die Kassen sowohl bezüglich der Morbidität wie auch auf der Altersebene einen Ausgleich schafft. Das heißt nichts anderes: Wenn es eine Initiative schafft, die Menschen in Billstedt/Horn länger bei guter Gesundheit leben zu lassen, dann werden die Krankenkassen, die jene Menschen versichern, nicht benachteiligt, sondern erhalten einen höheren Altersausgleich: Für einen 84-Jährigen bekommt die Krankenkasse eben vom M-RSA mehr als für einen 70-Jährigen, gleiche Morbidität vorausgesetzt.

Gibt es weitere monetäre Anreize für eine Kasse, mit Ihnen einen Vertrag abzuschließen?

Aber sicher. Wir haben bei der Datenauswertung der AOK beispielsweise festgestellt, dass die in diesen beiden Stadtteilen lebenden Menschen viel häufiger ins Krankenhaus gehen als andere Hamburger. Das liegt unter anderem auch an einer relativ niedrigeren Ärztedichte. Man muss sich doch nicht wundern, dass die Menschen vermehrt Krankenhäuser aufsuchen, wenn es in den Stadtteilen nicht genug niedergelassene Ärzte gibt, weil sich diese nun einmal lieber in kaufkraftstärkeren Stadtgebieten ansiedeln, in denen auch die Anzahl PKV-Versicherter höher ist. Aber das ist nur eine Betrachtungsweise, denn die vermehrte Inanspruchnahme von Kliniken hat in diesen Stadtteilen mit ihren sehr hohen Migrationsanteilen durchaus auch kulturelle Hintergründe. Das macht aber auch noch einmal klar, weshalb ein regionales Management und eine angepasste Reaktion jeweils so notwendig sind. Das lässt sich nicht alles zentral planen.

Schafft man es denn, in derart sozial deprivierten Gebieten, die Menschen dazu zu bringen, die irgendwann vorhandenen Versorgungsangebote annehmen zu wollen?

Warum nicht? In solchen Regionen ist die Gesundheitskompetenz schwächer ausgeprägt als in anderen Stadtteilen. Das Schöne dabei ist: Gesundheitskompetenz ist veränderbar, darum werden wir genau daran arbeiten.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks, die Vermittlung von Gesundheitskompetenz ist an und für sich keine originäre Aufgabe von Krankenkassen, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Wie stehen Sie zu dem Ansatz, ein Schulfach „Ernährung", wie es 2015 Bundesernährungsminister Schmidt forderte, oder gar ein Fach „Gesundheit" einzuführen?

In der Tat ist die Vermittlung von Gesundheitskompetenz eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Eine Aufgabe, bei der die Kassen aber auch ausdrücklich gefordert sind, mehr zu tun. Mit dem Präventionsgesetz sind wir hier auf einem guten Weg, auch wenn es nicht um die Einführung eines Schulfachs geht. Es geht vielmehr darum, die Menschen direkt mit unseren Maßnahmen zu erreichen. Wir müssen möglichst alle Altersgruppen in ihren Lebenswelten, also direkt in der Kita, der Schu-

Ihr Plus zur Therapie-sicherheit

AOK Nordost und Charité gehen gemeinsam neue Wege in der Schmerztherapie

KopfschmerzSPEZIAL

Nachhaltige Hilfe bei chronischen Kopfschmerzen

Mehr Therapiesicherheit erhalten Kopfschmerz- und Migränepatienten mit dem Programm zur integrierten Versorgung „KopfschmerzSPEZIAL". Spezialisten verschiedener Fachgruppen – Neurologen, Physio- und Psychotherapeuten der Charité – und besonders qualifizierte Haus- und Fachärzte arbeiten hier eng zusammen, um die Qualität der Behandlung bei chronischen Kopfschmerzen zu verbessern. AOK-Versicherte erhalten kurzfristig einen Termin in der Charité Berlin. Bei entsprechendem Behandlungsbedarf kann der Versicherte außerdem vor Ort eine ambulante multimodale Therapie erhalten, die alle Aspekte seiner Kopfschmerzerkrankung individuell berücksichtigt. Ziel ist es, Selbstmanagementkompetenz zu fördern und Schmerzen optimal zu behandeln, so dass sich die Lebensqualität der Patienten nachhaltig verbessert.









Weitere Informationen zum Programm finden Sie unter: **www.aok.de/nordost/kopfschmerz**

Gesundheit in besten Händen

www.aok.de/nordost

le, dem Betrieb, dem Pflegeheim und im Stadtteil erreichen. Und wir müssen die Zusammenarbeit der Akteure in der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zielgerichtet und verbindlich gestalten. Mit dem Präventionsgesetz werden die Kassen zukünftig ihre Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention deutlich steigern. So können sozialräumliche Ansätze finanziert werden und dabei helfen, auch Menschen in schwieriger sozialer Lage einen leichten Zugang zu den gesundheitsförderlichen Strukturen im Stadtteil zu ermöglichen. In sechs Hamburger Stadtteilen mit Entwicklungsbedarf bieten verschiedene behördliche oder freie Träger bereits solche niedrigschwellige Angebote für mehr Bewegung im Alltag, gesunde Ernährung und Stressbewältigung. Diese Angebote richten sich an alle Altersgruppen. Auch die Kooperation der Kindertagesstätten mit den ortsansässigen Sportvereinen soll künftig ausgeweitet werden, um Synergien zu schaffen und diese künftig stärker zu nutzen. Pädagogische Fachkräfte sollen verstärkt in den Bereichen Bewegung, Spiel und Sport qualifiziert und regelmäßige Bewegungszeiten in den Tagesablauf der Kitas integriert werden. Damit gehen wir also deutlich über den Ansatzpunkt „Schule" hinaus. Auch im Hamburger Projekt für Erwerbslose und andere sozial benachteiligte Menschen werden passgenaue Präventionskurse wohnortnah angeboten. Hier kooperieren Krankenkassen mit Fachbehörden, Freien Trägern und dem „Jobcenter.team.arbeit.Hamburg".

„Man muss einfach mal fragen, wer den größten Nutzen hat."
Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

Herr Hildebrandt, Ihre Meinung dazu: Ist die Erhöhung der Gesundheitskompetenz die Aufgabe von Krankenkassen oder eine gesellschaftliche und kommunale Aufgabe?

Eigentlich schon zweiteres. Doch muss man einfach mal fragen, wer den größten Nutzen hat. Das sind natürlich auch die Länder und Kommunen, weil eine gesündere Bürgerschaft weniger durch Sozialausgaben finanziert werden muss und sogar zum Bruttoinlandsprodukt und zur lokalen Wirtschaftsentwicklung beiträgt. Das ist jedoch eine eher länger- bis sehr langfristige Betrachtung. Kurzfristig haben von einer derartigen Intervention die Krankenkassen den größten Nutzen, darum ist es für Managementgesellschaften der Integrierten Versorgung, wenn sie anteilig am Erfolg der Kassen beteiligt sind, auch sinnvoll, selber in Gesundheitskompetenz zu investieren.

Was hätte die Gesellschaft oder/und die Politik davon, in die Population von deprivierten Stadtteilen zu investieren?

Eine Stadt muss Interesse daran haben, soziale Spannungen überhaupt nicht oder zumindest weniger entstehen zu lassen, im Zweifel nur deshalb, weil sich die in deprivierten Gebieten lebenden Menschen von der allgemeinen Entwicklung und/oder der gesundheitlichen Versorgung abgehängt sehen.

Nun hat das Projekt in Billsted/Horn vom Innovationsfonds auf drei Jahre eine Förderung in Höhe von 6,3 Millionen Euro bekommen. Welche Milestones haben Sie sich vorgenommen?

Die sind detailgenau im Antragsformular formuliert, weil man nur so evaluieren kann, was erreicht worden ist und was nicht. Entscheidend für uns war es, dass zuallererst das Ärztenetz aufgebaut und auf inzwischen 22 Ärzte erweitert worden ist, weil es die Hauptlast der ärztlichen Versorgung tragen wird. Zum Zweiten wird bereits im Mai dieses Jahres eine niedrigschwellige Basisstation im Billstedt-Center, einem Einkaufszentrum mit zirka 120 Geschäften und Restaurants, eröffnet. Diese Basisstation folgt einem Modell, das in Finnland „Gesundheitskiosk" genannt wird, und wird als Anlaufstelle sowohl für Patienten und Versicherte dienen, die sich für gesundheitliche Versorgung oder Prävention interessieren, aber auch als Kontaktpunkt für eine vor- und nachgehende Unterstützung der vom Ärztenetz betreuten Patienten in Sachen Gesundheitskompetenz und Versorgungsorganisation.

Ein Akt von Delegation.

Durchaus. Die wenigen Praxen, die in diesen Stadtteilen ansässig sind, haben das Problem, dass sie einen so hohen Durchfluss von Patienten haben, dass sie sich kaum die nötige Zeit nehmen können, die Patienten – oft mit sprachlichen Begrenzungen – so umfänglich aufzuklären, wie es eigentlich notwendig ist. Genau das wird in diesem Treffpunkt erfolgen, der mit unseren derzeit 7 multilingualen Mitarbeitern ausgestattet ist, damit alle wichtigen Sprachen – aber auch Geschlechter – vertreten sind. So kann jeder Patient einen Ansprechpartner finden, der ihn versteht und auch ein Stück weit begleiten kann in seiner Persönlichkeitsentwicklung, nicht nur im Bereich Gesundheit.

Also nicht nur ärztliche Themen.

Coaching. Genau das fehlt in diesen Stadtteilen, für die ärmeren Älteren aus dem klassischen deutschen Kulturkreis wie für die hier lebenden Menschen, die aus einer anderen Kultur stammen. Letztere fühlen sich verunsichert, wissen nicht genau Bescheid über das deutsche Gesundheitswesen und warten darum ab, bis es vielleicht zu spät ist. Kein Wunder, dass der Erstkontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem nur allzu oft die Notfallaufnahme eines Krankenhauses ist. Was rein ökonomisch betrachtet wiederum dazu führt, dass diese Menschen relativ teurer sind, als es ihrem eigentlichen Morbiditätsrisiko entspräche. Es handelt sich hier um eine relativ junge Population, die aber im Durchschnitt 13 bis 14 Jahre früher stirbt als anderswo in Deutschland und in anderen Stadtteilen Hamburgs. Das kann man übrigens anhand der AOK-Daten nicht nur für die Stadtteile Billstedt/Horn feststellen, sondern bis hinab auf U-Bahnstationen-Bereiche.

Was ungefähr dem durchschnittlichen Todesalter in Papua-Neuguinea entspricht! Könnte man die Analyse auch bundesweit durchführen, um so besser auf Handlungsnotstände hinzuweisen?

Sicher. Allerdings haben wir das bisher nur Hamburgweit gemacht, wobei die Herangehensweise nicht von uns stammt, sondern auf einer Struktur aufsetzt, die Epidemiologen in London entwickelt haben.*

Milestone 1 ist also der „Gesundheitskiosk". Wann aber kommen wir in die Versorgungsrealität?

Sehr schnell. Da wir innerhalb des Zeitraums von drei Jahren, den uns der Innovationsfonds vorgegeben hat, beweisen wollen, dass ein solches Modell auch für weitere Versorgungsregionen in Deutschland tragfähig ist, investieren wir schon jetzt volle Kraft. So haben wir bereits im Februar begonnen, die teilnehmenden Ärzte mit einer IT-Infrastruktur auszustatten, die es den Ärzten erlaubt, ihren Patienten alle wichtigen Daten und Befunde zur Verfügung zu stellen. Und zwar auf deren eigenen Smartphones.

Was ist mit dem viel beschworeren Datenschutz?

Der ist natürlich gewährleistet. Alle Daten und Befunde werden in einer gesicherten Umgebung gespeichert, wobei nur der Patient mit seinem eigenen Smartphone der Herr seiner Daten ist. Er kann damit von einem zum andern Arzt gehen und die wichtigen Daten übertragen.


10 Billionen
Rechenoperationen
pro Sekunde.
Dein Gehirn.
Weil die beste Technik menschlich ist.
Und falls doch mal etwas ist, ermöglichen wir für
unsere Versicherten moderne Tumorbehandlung.
dietechniker.de

Wobei damit der Patient der Träger und der Verantwortliche für die Sicherheit ist.

Stimmt. Aber die Daten sind so gesichert, dass niemand mit ihnen etwas anfangen kann, selbst wenn der Patient das Handy verlieren sollte.

„Im Kinzigtal haben wir bereits im ersten Jahr der Intervention positive Effekte zeigen können, es kann aber auch sein, dass es sich in Billstedt/Horn anders gestaltet."
Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

Warum machen Sie das?

Weil es eine sehr schnelle Intervention ist. Parallel dazu wird wiederum eine weitere IT-Intervention aufgebaut, die aber erst in zwei bis drei Jahren zum Tragen kommt. Dann sind alle bisher 22, dann aber sicherlich eher 50 bis 60 Ärzte im Ärztenetz Billstedt/Horn genauso organisiert und miteinander verbunden wie jene im Kinzigtal.

Kann es die Aufgabe der GKV sein, die mangelnde IT-Struktur der Ärzteschaft zu optimieren, wie einmal der Spitzenverband Bund monierte?

Dieses Hin- und Herschieben von Verantwortlichkeiten ist doch für unsere heutige Zeit blamabel, es zeigt im Grunde, dass das Vergütungssystem nicht die richtigen Anreize setzt. Durch die Erfolgsteilung mit den Krankenkassen können wir uns als einen Akteur begreifen, der ein originäres Interesse an der Gesundheit seiner Population hat. Wenn man sich aber als solcher versteht, dann muss man genau da investieren, wo man möglichst schnell etwas bewirken kann. Wenn das nun mal die IT ist, dann muss man halt in sie investieren.

Wobei man davon ausgeht, dass die Struktur inzwischen genauso wichtig ist wie die EBM-basierte Medizin.

Die richtige EBM-basierte Medizin muss auf die richtige leitlinienorientierte Anwendung und zudem auf die passende Struktur treffen. Und für letztere braucht der Arzt eine ausreichende Unterstützung und die Basis, auf die er aufsetzen kann. Alles dem einzelnen Arzt aufzubürden und ihn dann auch noch zu beschimpfen, wenn er es nicht hinbekommt, halte ich für ein bisschen billig.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks, erwartet die Politik, dass in den beiden Stadtteilen, in denen die gesundheitliche Versorgung im Prinzip neu strukturiert wird, schon im ersten Jahr positive Effekte erzielt werden können?

Wie erfolgreich die Projekte letztendlich sind, das werden die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Projekte zeigen. Damit kommt der Versorgungsforschung eine Schlüsselrolle zu. Nur so lassen sich Erkenntnisse darüber gewinnen, wie erfolgreiche Projekte in die Regelversorgung übertragen werden können und wie die innovativen Versorgungsangebote die Patientinnen und Patienten dauerhaft und in der Fläche erreichen können. Deshalb müssen natürlich auch die Modelle Integrierter Versorgung einer „Nutzenbewertung" unterzogen werden. Wir sind dabei nicht von einem positiven Effekt oder Ergebnis im ersten Jahr abhängig. Wir lassen uns aber ebenso wenig von einem vielleicht kurzfristigen Erfolg blenden.

Was meinen Sie dazu, Herr Hildebrandt?

Nun: Im Kinzigtal haben wir bereits im ersten Jahr der Intervention positive Effekte zeigen können, obwohl wir erst Mitte des Jahres angefangen haben. Schon in dieser zweiten Jahreshälfte war bereits ein Effekt von 0,6 % sichtbar, im darauffolgenden Jahr bereits einer von 1,5 %. Inzwischen liegen wir bei 6,5 %. Man wird sehen, ob das auch hier der Fall ist. Es kann aber auch sein, dass es sich in Billstedt/Horn anders gestaltet, denn ein gewisses Maß an realer Unterversorgung wird hier schon zu erwarten sein, was die Gesundheitskosten zu Anfang steigen lassen wird.

Die Aufhebung eines Deltas von 13 bis 14 Jahren Mortalität wird schon einiges kosten.

Das ist eine Fragestellung, die wir nach unserem Projekt wesentlich besser beantworten können als bisher, denn die Frage lautet: Was ist uns Gesundheit wert? Und welche Struktur setzt die richtigen Anreize dafür, dass alle Partner sich auf so ein Ziel ausrichten können.

Das Ganze geht doch weit über das Thema Gesundheit hinaus, das ist eigentlich ein Integrationsprojekt!

Das sehen wir auch so. Wenn das Projekt erfolgreich ist, ist das auch ein aktiver Aufruf an viele andere kommunale Träger, ihren Sicherstellungsauftrag entsprechend weit zu sehen und die gesundheitliche Versorgung zukunftsfähig zu gestalten. Dazu braucht es aber die Denkfähigkeit der handelnden Akteure und Politiker, das Thema Gesundheit in einem breiteren Kontext zu sehen, weit über die bisherigen Sektorengrenzen und SGB-V-Themen hinaus.

Frau Senatorin Prüfer-Storcks und Herr Dr. Hildebrandt, danke für das Gespräch.

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.

*„Lives on the Line" - Life Expectancy at Birth & Child Poverty as a Tube Map. James Cheshire und Oliver O'Brien, UCL CASA. http://life.mappinglondon.co.uk/

Senatorin Cornelia Prüfer-Storcks

Nach ihrem Abitur war sie als Volontärin, dann Redakteurin von 1976 bis 1988 bei der Tageszeitung „Ruhr-Nachrichten" beschäftigt. Von 1988 bis 1990 war sie Pressereferentin der Parlamentarischen Staatssekretärin für die Gleichstellung von Mann und Frau in der Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, von 1990 bis 1995 Pressesprecherin und Leitung der Öffentlichkeitsarbeit des neu gegründeten Ministeriums für die Gleichstellung von Frau und Mann des Landes Nordrhein-Westfalen, von 1995 bis 1998 Leiterin der Abteilung Frauenpolitik im Ministerium für die Gleichstellung von Frau und Mann in Nordrhein-Westfalen, von 1998 bis 1999 war sie Stellvertreterin des Staatssekretärs im Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit in Nordrhein-Westfalen und von 1999 bis 2005 Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie in Nordrhein-Westfalen. Erst 2007 wechselte sie nach Hamburg: als Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg (bis 2011). Seit 23. März 2011 ist Prüfer-Storcks Präses der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz.

Dr. h.c. Helmut Hildebrandt

ist Vorstand der OptiMedis AG. Sein Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management regionaler populationsbezogener IV-Systeme. So ist er seit 2005 neben seiner Vorstandstätigkeit bei der OptiMedis AG auch Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, die die Integrierte Versorgung im Ortenaukreis in Baden-Württemberg verantwortet, sowie seit 2016 Geschäftsführer der Gesundheit für Billstedt/Horn UG (haftungsbeschränkt). Als Co-Vorsitzender der Gesundheitspolitischen Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung hat er an den 2013 veröffentlichten Empfehlungen für eine Reformierung des derzeitigen Anreiz- und Vergütungssystems in Richtung Qualität und Effizienz mitgearbeitet. Er engagiert sich seit einigen Jahren u.a. im Vorstand des Bundesverbandes Managed Care und der International Foundation for Integrated Care. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung, hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation an Präventionsprojekten mitgearbeitet und berät seit über 20 Jahren Krankenkassen, Verbände und Unternehmen.



Arvato CRM Healthcare & welldoo bündeln ihre Stärken in der Gesundheitsbranche

Wir vereinen Digitalkompetenz mit persönlichem Coaching und haben Zugriff auf eine der größten Versorgungsdatenbanken im deutschen Gesundheitsmarkt.

Lernen Sie unsere modularen Lösungen für Patienten, Versicherte und Angestellte kennen.

Sprechen Sie uns an.
030 288 800 600
www.welldoo.com

welldoo arvato BERTELSMANN

Einführung eines F&E-Budgets bei den Krankenkassen sowie begleitende Health Impact Bonds*

>> Die Kosten in der Anlaufphase sind eine der größten Hürden für den Aufbau innovativer Versorgungsformen. Die damit verbundenen Risiken für die Beitragssatzstabilität können Krankenkassen von entsprechenden Investitionen abhalten. Deshalb hat der Gesetzgeber 2015 mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Einrichtung eines Innovationsfonds beim Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen. Von 2016 bis 2019 stehen jährlich 225 Mio. Euro für die Förderung innovativer Versorgungsformen und weitere 75 Mio. Euro jährlich für die Förderung der Versorgungsforschung zur Verfügung. Die Schaffung eines Fonds, der die Anschubkosten für innovative Versorgungsformen trägt, erscheint aufgrund der strukturellen Zwänge, vor die der Preiswettbewerb die Krankenkassen stellt, als sinnvoll. Diese Zwänge dürften auch dann nicht gegenstandslos werden, wenn es gelingt, durch mehr Qualitätstransparenz den Kassenwettbewerb stärker an Versorgungsaspekten auszurichten. Als problematisch könnte sich allerdings herausstellen, dass die Verteilung der Fördergelder wesentlich von den Selbstverwaltungsakteuren bestimmt wird, die sich sehr gut in den überkommenen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens eingerichtet haben. In jedem Fall problematisch dürfte die Befristung auf drei Jahre sein. Es steht zu befürchten, dass sich der Innovationsfonds genauso als „one-hit-wonder" entpuppen wird, wie auch die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung von 2004 bis 2008. Diese führte zu einem steilen Anstieg der Zahl der Integrationsverträge, der nach dem Auslaufen der Regelung aber keine relevante Fortsetzung mehr fand. Vor diesem Hintergrund halten wir als Anschlussmaßnahme die Schaffung eines eigenen, dauerhaften Forschungs- und Entwicklungs-Budgets zur Förderung von neuen Versorgungsformen für erforderlich. Ein solches Budget sollte für jede Krankenkasse existieren, damit die Entscheidungen, in welche innovativen Versorgungsstrukturen Finanzmittel fließen, im Wettbewerb erfolgen können.

Ein derartiger Ansatz würde Anreize für einen Innovationswettbewerb unter den Krankenkassen setzen und dürfte in seinen Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen deutlich nachhaltiger sein als die Vergabe von Fördergeldern durch einen zentralen „Innovationsausschuss", wie sie mit dem Innovationsfonds erfolgen soll. Zur Einführung und Ausgestaltung eines solchen dezentralen FuE-Budgets haben Albrecht u. a. (2015) im Rahmen des von ihnen entwickelten „IGES-Konzept für einen stärker versorgungsorientierten Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherung" zielführende Vorschläge gemacht. Durch die Kombination aus Qualitätstransparenz und Innovationskapital, über das die Krankenkassen selbst verfügen können, würden die Bedingungen für einen versorgungsorientierten Wettbewerb unter den Krankenkassen deutlich verbessert. Allerdings wäre auch dann die Frage noch nicht gelöst, wie die entwickelten Lösungen die Regelversorgung verändern können. Sonderlösungen (der Gesetzgeber hat dem leider durch die Veränderung der Integrierten Versorgung nach § 140 a hin zur „Besonderen Versorgung" sogar semantisch einen gewissen Vorschub geleistet) erfahren immer das Problem, dass im Zweifelsfall doch wieder diejenige Lösung den Kopf der Leistungsanbieter beherrscht, die für die Mehrheit der Patienten gilt. Da sich in der Versorgungsrealität die Patienten aber auf eine Vielzahl von Krankenkassen aufteilen, ist eine solche Mehrheit für Sonderlösungen nur erreichbar, wenn außer der jeweiligen AOK möglichst auch noch zwei bis drei weitere Ersatzkassen und die evtl. örtlich dominierende BKK das gleiche Sondervertragsmodell unterstützen. Angesichts des stark in Richtung Marketing und Alleinstellungsmerkmale ausgerichteten Wettbewerbs der Kassen untereinander bietet aber auch ein erfolgreicher Nachweis der Kosten-Nutzen-Überlegenheit einer neuen Versorgungsform keine ausreichende Gewähr dafür, dass sie sich nun flächendeckend und für alle Patienten versorgungsbestimmend durchsetzt. Um Versorgungsinnovationen von der Sonderlösung weg zur mehrheitsbestimmenden „Regellösung" zu machen, halten wir zwei Instrumente für erörterungswürdig:

1. Landkreise und kreisfreie Städte erhalten das Recht, die Gesundheitsversorgung ihrer Bürgerinnen und Bürger regionalen Gesundheitsunternehmen anzuvertrauen und die Krankenkassen zu verpflichten, regionale Konsortien bilden, die dann gemeinsam und einheitlich einen Vertrag mit dem jeweiligen Unternehmen abschließen. Diese Verträge sind schiedsamtsfähig, um auch bei Blockadeversuchen durchgesetzt werden zu können. Hier greifen wir auf Überlegungen von Tophoven und Gibis zurück für Patienten mit komplexen Erkrankungen und erweitern diese auf die Gesamtheit der GKV-Population einer Region.
2. Die Bundes- und die Landesaufsicht über die Krankenkassen wird von einer aktuell eher restriktiven Form zu einer eher progressiv anfordernden Form weiterentwickelt. Krankenkassen müssen gegenüber der Aufsicht mittels entsprechender Kalkulationen erläutern, weshalb sie ihnen angebotene integrierte Vertragsformen nicht angenommen haben. Voraussetzung: Diese Vertragsformen haben mittels externer Evaluationen Nachweise für einen positiven Gesundheitsnutzen für die Versicherten bei zumindest mittelfristiger Kosteneffektivität gezeigt.

Dies sind bisher nur Denkmodelle. Wir halten die Diskussion über diese und vielleicht noch weitere Instrumente aber für dringend erforderlich. Als weitere Unterstützung der Start-Up-Finanzierung und ergänzend zu diesen Forschungs- und Entwicklungs-Budgets innerhalb der Krankenkassen halten wir es für sinnvoll, das angelsächsische Konzept der Social Impact Bonds aufzugreifen, hier jetzt dann besser als „Health Impact Bonds" zu bezeichnen. Damit könnte privates Kapital für die gesamtgesellschaftliche Wohlfahrt nutzbar gemacht werden, Kapital das angesichts der demografischen Herausforderungen dringend benötigt wird (ausführlicher unter „Stiftungen und Sozialinvestoren").

Reorganisation der Gesundheitsberufe und ihrer Zusammenarbeit sowie die Verknüpfung der Sozialleistungsträger

Schon 2007 hat sich der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen für eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe ausgesprochen und in diesem Zusammenhang eine „Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen" angeregt. Diese aber steht nach wie vor aus. Höppner und Igl kritisieren in ihrem Beitrag, dass derzeit die Kooperation zu sehr unter dem Aspekt der Arztentlastung diskutiert werde. Dies spiegele die Arztzentriertheit des deutschen Gesundheitssystems. Diese mache sich auch darin bemerkbar, dass Versorgungsinnovationen nur selten unter Beteiligung der Gesundheitsfachberufe stattfinden würden. „Auch die seit den 1990er Jahren gegebenen gesetzlichen Anreize, z. B. integrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, Disease-Management-Programme oder Modellvorhaben (§ 63 SGB V) spielen für ‚nicht-ärztliche' Berufe eine zu vernachlässigende Rolle." Als wichtigsten Ansatzpunkt für mehr Kooperation zwischen den Berufen identifizieren sie die Ausbildung. In den Ausbildungseinrichtungen müssten die Voraussetzungen für interdisziplinäre Kompetenzen geschaffen werden, dazu sind zukünftig Module vorzusehen, in denen gemeinsam mit Studierenden und Auszubildenden anderer Gesundheitsberufe gelernt wird.

Darüber hinaus seien Änderungen im Berufsrecht und im Sozialversicherungsrecht erforderlich. Wir halten diesen Ansatz für richtig. Ohne eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zwischen allen Gesundheitsberufen werden die veränderten Anforderungen an die Versorgung nicht zu bewältigen sein. Neue Berufszuschnitte, Fragen der interdisziplinären Zusammenarbeit, veränderte Anforderungen an Aus-, Fort- und Weiterbildung einschließlich der Finanzierung der Ausbildung und gemeinsamer Ausbildungsteile („Interdisziplinärer Gesundheitscampus") sowie die Entwicklung multiprofessionell abgestimmter Leitlinien sind entscheidend für die „Integrationsfähigkeit" des deutschen Gesundheitswesens. Das positive Beispiel der Unfallversicherung mit ihren Reha-Beratern und dem kompletten Versorgungssystem, das – so Oberscheven – zunehmend auch IT-technisch integriert wird, zeigt, welche Chancen aus berufsgruppenübergreifenden Lösungen entwickelt werden können.

Damit diese Fragen die ihnen zustehende Aufmerksamkeit auch jenseits von Betroffenen- und Expertenkreisen erhalten, sollte der nächste Deutsche Bundestag eine Enquete-Kommission zur „Zukunft der Gesundheitsberufe und ihrer Integration" einsetzen.

Neben der grundsätzlichen Neuorientierung der Ausbildung geht es aber auch im praktischen Zusammenarbeiten und der sozialversicherungsträgerübergreifenden Integration um eine Neuorganisation. Tophoven und Gibis schlagen vor, im Rahmen der Weiterentwicklung von Medizinischen Versorgungszentren zu multiprofessionellen Einrichtungen auch eine stärkere Verknüpfung von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung zu prüfen. Dabei denken sie an Patientengruppen mit komplexen Bedarfen. Denken ließe sich solch ein Ansatz aber auch für ganze Populationen und für die Einbeziehung weiterer Sozialleistungsträger (vgl. dazu die Ausführungen von Klie, von Oberscheven sowie Seiter und Schwarz in diesem Buch). Diese Aufgabe kann allerdings nicht der Initiative einzelner regionaler Zusammenschlüsse überlassen bleiben, hier ist auch der Gesetzgeber gefordert. Der Integration von Versorgungsformen über Sozialleistungträgergrenzen hinweg stehen insbesondere die unterschiedlichen Strukturbedingungen in den Sozialleistungssystemen entgegen. Während innerhalb der GKV die Krankenkassen im Wettbewerb zueinander stehen, findet in der Pflegeversicherung kein Wettbewerb statt, da sowohl der Beitragssatz als auch das Leistungsangebot vollständig gesetzlich vorgegeben sind und die Pflegekassen über keine wesentlichen Vertragsspielräume verfügen. In den anderen Sozialversicherungssystemen wiederum gibt es keine Trägervielfalt und sind die Strukturen monopolistisch geprägt. Diese Unterschiede erschweren die Zusammenarbeit und machen sie vielfach unmöglich. Hier sind dringend Lösungen erforderlich, die z. B. bei dem Erreichen von bestimmten Prozentsätzen der Abdeckung der regionalen Bevölkerung mit einem Selektivvertrag (z. B. über 40 % der Bevölkerung) dann auch Anschlussmöglichkeiten aller Pflegekassen bzw. anderer Sozialleistungsträger an einen solchen Vertrag schiedsamtfähig befördern (auch gegen den Widerstand der nicht beteiligten Krankenkassen). Ein Monitoring und eine laufende Evaluation und Berichterstattung der Erfolge solcher berufsgruppen- und sozialleistungsträgerübergreifender Lösungen sollte von vornherein mit eingeplant werden. Auch bei dem Innovationsfonds sollten solche, das SGB V übergreifende Versorgungsmodelle förderfähig sein.

Regionalisierung der Organisation und Steuerung der Gesundheitsversorgung

Luthe (2013) sieht in den letzten zwei Jahrzehnten „eine Öffnung der Perspektive von Krankenbehandlung zu umfassender ‚integrierter' Gesundheitsfürsorge". Damit verbunden sei eine größere Aufmerksamkeit für die jeweiligen sozialräumlichen Bedingungen, aber auch für die Bedeutung des individuellen Verhaltens für den Erhalt oder die Wiederherstellung von Gesundheit. Weder das eine noch das andere sei aber über zentralstaatliche Steuerungsprozesse zu beeinflussen. In der Folge käme es einer zunehmenden „Kommunalisierung von Prozessen". Dieser Befund ist auch für die Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung von eminenter Bedeutung. Selbstverständlich brauchen Angebote der Schwerpunkt- und Spezialversorgung überregionale Koordination und Planung; doch Förderung von Prävention und Gesundheitserhaltung, die medizinische Primärversorgung und Strategien zur Bewältigung von Schnittstellenproblemen zwischen den diversen Sektoren müssen sich auf die jeweilige Umgebung beziehen. Integration der Gesundheitsversorgung bedeutet eben auch die Einbettung gesundheitlicher Versorgung in die Strukturen der Daseinsvorsorge, wie sie insbesondere kommunal ausgestaltet werden. Die in diesem Band in verschiedenen Beiträgen geforderte Regionalisierung und Kommunalisierung findet hier ihre Begründung. Damit verbunden ist die Frage, wie sich im Bereich der Gesundheitsversorgung mehr Strukturverantwortung für Kommunen realisieren lässt, ohne in gesundheitspolitische „Kleinstaaterei" zu verfallen. Dieses Thema ist auch in der Gesetzgebung angekommen. So ist die Stärkung der Rolle der Kommunen in der Pflege erklärtes Ziel des Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG III), das 2016 beschlossen wurde. Verbesserungspotenzial sieht der Gesetzgeber bei der Koordination, Kooperation und Steuerung der Pflege. Vorgesehen sind

der Ausbau und die bessere Verzahnung der kommunalen Beratungsmöglichkeiten und die Beteiligung der Kommunen am Auf- und Ausbau niedrigschwelliger Angebote. Die Länder erhalten darüber hinaus die Möglichkeit, zur Pflegestrukturplanung regionale Pflegeausschüsse und sektorenübergreifende Landespflegeausschüsse einzurichten. Ob sich diese Instrumente bewähren und für den Bereich der Pflege ausreichend sind, wird abzuwarten sein. Die eher skeptische Sichtweise von Klie mündet in der Hoffnung, dass am ehesten noch Systemwirkungen zu erwarten sind, wenn die Kommunen die Regiefunktion für die Steuerung im Bereich der Langzeitpflege und damit mittelbar auch in der geriatrischen Rehabilitation übernehmen. Allerdings verbindet er diese Hoffnung mit drei Bedingungen: die notwendigen Kooperationsstrukturen müssen aufgebaut, eine entsprechende Governance entwickelt und Care und Case Managementarbeitsweisen bei allen Beteiligten implementiert worden sein.

Im Bereich der Gesundheitsversorgung haben seit 2015 die Kommunen die Möglichkeit, selber zu Trägern für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu werden. Damit haben sie auch die Möglichkeit, sich über „ihr" MVZ an Verträgen zur Integrierten Versorgung zu beteiligen. Auch hier wird abzuwarten sein, inwieweit diese neue Option von den Kommunen ergriffen wird, wie sich die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassenvertreter in den Zulassungsausschüssen dazu stellen werden und welche Erfahrungen Kommunen mit unterschiedlichen Governanceformen in diesem neuen Business-Umfeld machen. Mit den aktuell in Verabschiedung befindlichen Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20f SGB V) ergeben sich weitere Spielräume für die Kommunen, hier im Besonderen im Bereich der kommunalen Prävention. Kuhn und Trojan gehen auf die Hintergründe und Historie (etwa in dem Bereich des Gesunde-Städte-Netzwerks und der kommunalen Gesundheitsberichterstattung) genauso ein wie auf die neueren Initiativen etwa die Präventionsketten und die „Integrierten kommunalen (Präventions-) strategien" sowie die „kommunalen Gesundheitskonferenzen".

Als besondere Herausforderung stellt sich bei letzteren jeweils die Frage, wie sich aus einem Diskussionsgremium ein Akteur entwickeln lässt. Die unterschiedlichen, zum Teil auch wettbewerblich gegeneinander ausgerichteten Eigeninteressen der Institutionen können das Gemeinwohlinteresse auch behindern. Wenn dann aber ein Akteur gefunden wurde, der ein Interesse an einer spezifischen Verbesserung hat, nehmen wir einmal das Beispiel einer gezielten Adipositasprävention bei schwangeren Frauen mit dem Ziel der Risikominderung für Schwangerschaftskomplikationen und spätere adipöse Kinder, dann entsteht häufig das Problem, das ein damit einhergehender gesamtgesellschaftlicher Nutzen sich auf viele Systeme verteilt (in unserem Beispiel auf Kranken-, Rentenversicherung, Sozialhilfeträger, Schule etc.) und niemand das Investment dafür aufbringen will. Die Koordination und Kooperation der verschiedenen Akteure stellt damit auch in diesem Handlungsfeld eine Herausforderung dar. Schon seit 2012 können die Länder ein „Gemeinsames Landesgremium" für sektorenübergreifende Versorgungsfragen (§ 90a SGB V) einrichten, bestehend aus Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Landeskrankhaus-Gesellschaft sowie weiteren Beteiligten, wie z. B. den kommunalen Spitzenverbänden. In den meisten Ländern existiert ein solches Gremium mittlerweile.

Allerdings handelt es sich bisher lediglich um ein Beratungsgremium. Die Gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung hat 2013 eine Weiterentwicklung vorgeschlagen. Das Gremium soll dem Land vorschlagen können, bei bestehender oder drohender Unterversorgung die Versorgung der Region gegen eine direkte Finanzierung aus dem Gesundheitsfonds entsprechend den dieser Population zustehenden Zuweisungen auszuschreiben. Für diese Ausschreibung könnten sich dann auch regionale Gesundheitsnetze, Ärztegruppen, multiprofessionelle Teams, Krankenhäuser und andere mögliche Träger der Integrierten Versorgung bewerben. Weitergehend zu erwägen wäre auch, dass Kommunen das Recht erhalten, den Vertragsabschluss mit bereits bestehenden regionalen Versorgungsnetzen für alle Krankenkassen verbindlich zu machen.

Ein Blick über die Grenzen kann da hilfreich sein. So beschreibt Nolte die Initiativen in verschiedenen europäischen Ländern regionale Systeme mit anderen Vergütungsstrukturen zu implementieren. Schulte, Pimperl, Hildebrandt und Bohnet-Joschko befassen sich mit der erstaunlichen Vervielfältigung der US-amerikanischen „Accountable Care Organizations". Diese regionalen Versorgungsmodelle wurden zwar primär von dem staatlichen Medicare-Krankenkassensystem der USA entwickelt, inzwischen sind aber immer mehr auch private Krankenkassen dazu übergegangen, ACOs unter Vertrag zu nehmen. Aus diesen Berichten lässt sich lernen, dass die Schaffung von Versorgungskontinuität über die verschiedenen Versorgungssektoren hinweg eine ausgesprochen komplexe und herausfordernde Aufgabe ist, dass eine kommunale Perspektive zwar hilfreich ist, aber die Kommunen nicht unbedingt die direkten Akteure sein müssen, dass die Startfinanzierung und die Generierung eines alternativen Geschäftsmodells von entscheidender Bedeutung ist und dass derartige Prozesse von einem Monitoring begleitet und evaluiert werden sollten.

Ansätze für die Akteure

Selbstverständlich hat der Staat als Gesetzgeber eine zentrale Verantwortung für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. In einem selbstverwalteten Gesundheitswesen wie in Deutschland wird er dieser Verantwortung aber nicht dadurch gerecht, dass er selbst Versorgungsstrukturen schafft, sondern indem er Zielvorgaben macht und sich bei der Gestaltung der gesetzlichen Rahmenvorgaben für die Gesundheitsversorgung an diesen orientiert. Damit steht und fällt auch die für langfristige Investitionsentscheidungen unverzichtbare Erwartungssicherheit für die Akteure innerhalb des Systems. Welche positiven Wirkungen ein derartiges „direction pointing" durch die Verantwortlichen in Politik und Verwaltung haben kann, lässt sich an dem von Schulte u. a. in diesem Band geschilderten Aufschwung illustrieren, den in den vergangenen Jahren die „Accountable Care Organizations" in den USA genommen haben. Verantwortlich für diesen ist nicht zuletzt die Entschiedenheit, mit der die Obama-Administration auch öffentlich auf populationsorientierte Modelle der Integrierten Versorgung gesetzt hat. In Deutschland fehlt es an vergleichbar konsequenten Zielvorgaben. Zwar sind sich Gesundheitspolitiker parteienübergreifend darin einig, dass die Fragmentierung des Systems eines der zentralen Probleme darstellt und mehr Integration und Kooperation erforderlich sind. Und tatsächlich sind über die Jahre eine Vielzahl von Regelungen geschaffen worden, um dieses Ziel zu erreichen. Doch werden diese nur selten in einen Zusammenhang gestellt. In der Folge wirkt auf Außenstehende die Gesetzgebung im Gesundheitsbereich vielfach unübersichtlich und keiner nachvollziehbaren Linie folgend. Da wird „Versorgung weiterentwickelt", „Qualität gestärkt" oder die „Finanzierung nachhaltig ausgestaltet", doch wirken diese Slogans oft beliebig und eher der Fantasie von Öffentlichkeitsarbeitern entsprungen als gesundheitspolitischer Strategie geschuldet.

Dazu kommt, dass die Förderung von Integration und Kooperation von den Bundesregierungen der letzten 20 Jahre mit sehr unterschiedlicher Intensität verfolgt wurde. Teilweise kam es sogar zu deutlichen Rückschritten, wie die 2012 vorgenommene Einschränkung der Trägerschaft Medizinischer Versorgungszentren. Auch eine derartige Stop-and-go-Politik ist nicht dazu geeignet, den Akteuren im Gesundheitswesen eindeutige Signale zu geben, auf die sie ihr Verhalten langfristig ausrichten können. Fairerweise muss man aber einräumen, dass unzureichendes „direction pointing" und gesundheitspolitisches Stop-and-go nicht nur der Unentschlossenheit und der unzureichenden Strategiefähigkeit der Gesundheitspolitik geschuldet sind. Sie sind auch Ausdruck davon, dass die Gesundheitspolitik mit einer Vielzahl wohlorganisierter und artikulationsfähiger Interessengruppen konfrontiert ist, die jeden Ansatz von Veränderung eingehend daraufhin überprüfen, ob er mit ihren Interessen kompatibel ist.

Dies gilt auch gerade für ein Reformziel wie mehr Kooperation und Integration, das dazu geeignet ist, überkommene Arbeitsteilungen und Strukturen im Gesundheitssystem in Frage zu stellen. Will man sich nicht damit begnügen, Forderungen an den Gesetzgeber zu stellen, wird man daher die unterschiedlichen Interessenlagen analysieren und fragen müssen, welche Akteure über die – in ein besseres Anreizsystem zu stellenden – Krankenkassen hinaus innerhalb des Gesundheitssystems einen Beitrag zu mehr Integration und Koordination leisten können bzw. von welchen die stärkste Gegenwehr zu erwarten ist.

*Bei diesem Text handelt es sich um einen Auszug aus dem Kapitel „31.1.2 Einführung eines Forschungs- und Entwicklungsbudgets bei den Krankenkassen sowie begleitende Health Impact Bonds" von Andreas Brandhorst, Referatsleiter im Bundesministerium für Gesundheit in Berlin, und Dr. h.c. Helmut Hildebrandt, Vorstand der OptiMedis AG sowie Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH und der Gesundheit für Billstedt-Horn GmbH. Der auszugsweise Abdruck wurde durch den Verlag genehmigt.

„Das unvollendete Projekt"

Herausgeber: Andreas Brandhorst, Helmut Hildebrandt, Ernst-Wilhelm Luthe (Hrsg.)

Titel: Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems

Verlag: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2017 (Copyright-Inhaber: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH)
624 Seiten
ISBN: 978-3-658-13782-3
eBook ISBN: 978-3-658-13783-0
DOI: 10.1007/978-3-658-13783-0
Preis: 54,99 bis 69,99 Euro (einzelne Kapitel ebenfalls kaufbar)



>> „Das Projekt Kooperation ... ist aber vor allem deshalb auf halbem Weg stehen geblieben, nicht weil es ein Erkenntnis-, sondern weil es ein Umsetzungsproblem hat," schreibt Herausgeber Dr. jur. Ernst-Wilhelm Luthe, Professor für Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ostfalia Hochschule und Universität Oldenburg, in seiner Vorschau der über 600 Seiten umfassenden Gesamtschau über rund 20 Jahre integrierte Versorgung in Deutschland samt eines interessanten Ausblick auf die kommenden Jahre. Zahlreiche Autoren aus Wissenschaft, aber umso mehr aus der Versorgungspraxis beleuchten aus ihrer jeweiligen Sicht Innovationshemmnisse und Möglichkeiten, diese auszulösen.Besonders hinzuweisen ist auf Teil V des Buchs, in dem die Autoren Brandhorst und Hildebrandt (siehe Auszug) ein Resumee der Buchbeiträge ziehen, doch es nicht bei einer bloßen Gesamtwürdigung der Ergebnisse belassen, sondern konkrete Empfehlungen für den bundesdeutschen Politikbetrieb entwickeln, was gerade im Vorfeld der anstehenden Bundestagswahl gut getimt ist. <<