

# Anreiztheoretische Diskussion zum Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ als Weiterentwicklung der integrierten Versorgung

## Ein Thesenpapier der WIG2 GmbH

### Autor:innen:

Benjamin Berndt  
Dennis Häckl  
Melanie Mäder  
Thomas Höpfner

### Gefördert von:

Techniker Krankenkasse

### Eingereicht am:

29.10.2021

### Zitiervorschlag

Berndt, B., Häckl, D., Mäder, M. & Höpfner, T. (2021). Anreiztheoretische Diskussion zum Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ als Weiterentwicklung der integrierten Versorgung. Ein Thesenpapier der WIG2 GmbH. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2021(9). DOI: <<http://doi.org/10.60019/LCDV5814>>.

### Abstract

Für die Weiterentwicklung der Gesundheitsvorsorge auf regionaler Ebene wird im Rahmen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ die Entwicklung und Förderung bevölkerungsbezogener Versorgungsverträge vorgeschlagen. Das vorliegende Thesenpapier analysiert die wesentlichen ordnungs-, finanz- und steuerungspolitischen Implikationen dieses Konzepts. Dabei werden insbesondere die konzeptimmanenten Anreizwirkungen der Rahmenbedingungen dargestellt und alternative Lösungsansätze für die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung im deutschen Gesundheitssystem diskutiert. Im Ergebnis ist zu befürchten, dass die im Konzept vorgeschlagenen institutionellen Anpassungen das Problem der fehlenden Steuerungskompetenzen nicht lösen. Das vorgesehene Vergütungskonzept weist die Gefahr einer strategieanfälligen Berechnungsgrundlage auf und könnte zu verringerten Präventionsanreizen führen.

### Keywords

Gesundheitssystemforschung; Regionale Versorgung; Integrierte Versorgung; Innovative Gesundheitsregion; Bevölkerungsbezogene Versorgungsverträge



**Benjamin Berndt**  
Projektleiter Gesundheits-  
politik & Beratung



**Dr. Dennis Häckl**  
Geschäftsführer  
WIG2 Institut



**Melanie Mäder**  
Wissenschaftliche  
Mitarbeiterin



**Dr. Thomas Höpfner**  
Geschäftsführer  
WIG2 Institut

## Gliederung

Abkürzungsverzeichnis	10
Zusammenfassung	11
1 Einführung	14
2 Zentrale Vorschläge des Konzepts der „Innovativen Gesundheitsregionen“	15
3 Diskussion relevanter Aspekte des Konzepts	18
3.1 Zielstellung und Vorgehen	18
3.2 Aspekte zum Thema Governance	18
3.2.1 Konzeptionelle Einbindung traditioneller Institutionen	18
3.2.2 Gesundheitskonferenzen 2.0	19
3.2.3 Regionale Integrationseinheiten	20
3.2.4 Die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses	22
3.2.5 Abschluss von Verträgen	22
3.3 Verträge mit Regionalen Integrationseinheiten	23
3.3.1 Vergütungslogik des Konzepts	23
3.3.2 Bedeutung der Berechnungsgrundlage für die Bestimmung der Normkosten	24
3.3.3 Präventionsförderung unter morbiditätsorientierten Vergütungsanreizen	25
3.3.4 Strategieanfälligkeit des Vergütungskonzepts	26
3.3.5 Paradigmenwechsel in der Vergütung	28
3.3.6 Diskussion der Vergütungslogik aus ordnungspolitischer Sicht	29
3.4 Zukunftsfonds aus finanzpolitischer Perspektive	31
3.4.1 Konkretisierung der konzipierten Funktionsweise	31
3.4.2 Zuständigkeiten für die Investitionsfinanzierung	32
3.4.3 Zweckbindung von Beitragsmitteln im Zukunftsfonds	33
3.4.4 Private Investitionen ohne unternehmerisches Eigenrisiko	34
3.4.5 Risikoverteilung des Zukunftsfonds	35
3.4.6 Modus Operandi des Zukunftsfonds	36
3.5 Diskussion des Konzepts mit Blick auf die wesentlichen Akteur:innen	37
3.5.1 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Krankenkassen	37
3.5.2 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Aufsichtsbehörden	38
3.5.3 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Regionalen Integrationseinheiten	39
3.5.4 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Leistungserbringer:innen	40
3.5.5 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Regionen	40
3.6 Zusammenfassung der zentralen Thesen	41

4	Alternative Lösungsansätze	44
4.1	Notwendigkeit von Veränderungen der bestehenden Versorgungsstrukturen	44
4.2	Vorschläge zur Anpassung der Governance-Strukturen	44
4.3	Vorschläge zur Anpassung des Vergütungsrahmens	45
4.4	Vorschläge zur Anpassung der regionalen Leistungserbringerstruktur	46
4.5	Vorschläge zur Anpassung der Finanzierungsbedingungen	46
	Literaturverzeichnis	48

## Abkürzungsverzeichnis

BAS	Bundesamt für Soziale Sicherung
DMP	Disease-Management-Programm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FKG	Gesetz für einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
RIE	Regionale Integrationseinheiten
RIV	Regionale Integrierte Versorgung
RSVA	Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
SGB	Sozialgesetzbuch
WIG2 Institut	Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung

## Zusammenfassung

Unter der Überschrift: „Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert“ erarbeiteten Hildebrandt et al. (2021) ein Konzeptpapier (nachfolgend als Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ bezeichnet), das das Ziel verfolgt, die „Entwicklung einer nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland“ (Hildebrandt et al., 2021, Einleitung) vorzunehmen.

Nach eingehender Analyse dieses Konzeptpapiers wurden vorliegend Thesen erarbeitet, die sich mit sowohl der Zielstellung als auch den Wirkungen des Vorschlags auf wesentliche ordnungs-, finanz- und steuerungsrechtliche Implikationen beschäftigen. Ein besonderes Augenmerk lag bei der Analyse der Veröffentlichung auf den konzeptimmanenten Anreizwirkungen, die für die an der Durchführung des Konzepts beteiligten Akteur:innen in Bezug auf die gesetzte Zielstellung zu thematisieren sind.

Die Analyse wesentlicher Bestandteile des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ zeigt, dass im Hinblick sowohl auf die vorgeschlagenen Anpassungen der Governance-Strukturen als auch auf die skizzierten finanz- und steuerungsrechtlichen Rahmenbedingungen der Regionalen Integrationseinheiten (RIE) relevanter Diskussionsbedarf zur Umsetzbarkeit und Konformität der gesetzten Anreize zu versorgungspolitischen Zielstellungen besteht. Zusammengefasst lauten die vorliegend erarbeiteten 13 zentralen Thesen wie folgt:

- Die neuen, besser ausgestatteten Gesundheitskonferenzen könnten mit dem aufgezeigten höheren Ressourceneinsatz zwar zu einer größeren Transparenz über die regionale Versorgungssituation beitragen. Aufgrund fehlender eigener Kompetenzen können sie eigenständig jedoch keine Lösungen spezifischer regionaler Versorgungsprobleme umsetzen. Ein notwendiger Ansatz zur effizienten Einbindung von (finanziellen und personellen) Ressourcen steht noch aus. **These 1**
- Der bloße Austausch von Zuständigkeit für Versorgung lässt in der derzeitigen Ausgestaltung des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ noch keine belastbaren Vorteile für das Gesamtsystem erkennen. **These 2**
- Bei fehlender Möglichkeit zur Mitgestaltung der Standardverträge wäre den Krankenkassen ein Teil ihres Verhandlungsmandates entzogen. Bisher existierende Verhandlungsspielräume der gesetzlichen Krankenversicherungen könnten bei Umsetzung des Konzepts praktisch vollständig entfallen. **These 3**
- Um Anreize zur (regionalen) Risikoselektion bei der Auswahl von Vertragspartner:innen und Regionen zu verringern, ist es bei der Verwendung von Normkosten, die sich am Berechnungsverfahren des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) orientieren, notwendig, alle im Risikostrukturausgleich verwendeten Risikofaktoren zu berücksichtigen. **These 4**

- Ein Vergütungssystem, das auf der Normkostenbestimmung des Risikostrukturausgleichs basiert, verringert die Anreize zur Förderung von effektiven Maßnahmen der Primärprävention für die RIE, weil dadurch eine nachteilige Entwicklung der Deckungsbeiträge der betroffenen Versicherten zu erwarten ist. **These 5**
- Im vorgeschlagenen Vergütungssystem, das auf der von Leistungserbringer:innen kodierten Morbidität basiert, bestehen für die damit vergüteten Akteur:innen erhebliche Anreize zur Einflussnahme auf die Kodierpraxis. Das Fehlen von internen oder externen Kontrollmechanismen ermöglicht es, den betriebswirtschaftlichen Gewinn von RIE zu erhöhen, ohne eine relevante Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen. Diese Anreizstrukturen lassen keinen effizienten Einsatz von Beitragsmitteln erwarten. **These 6**
- Die vorgeschlagene Vergütungslogik lässt die RIE auch an den von den Krankenkassen erreichten Einsparerfolgen partizipieren. Krankenkassen werden womöglich keinen Anreiz mehr haben, bestehende Effizienzreserven eigenständig zu heben. Andererseits hätten steuerungsaktive Krankenkassen kaum ökonomische Anreize, der Regionalen Integrierten Versorgung (RIV) beizutreten. Gerade für die Perspektive der Beitragszahler:innen würden sich dann keine positiven ökonomischen Effekte ableiten lassen. **These 7**
- Das für den Zukunftsfonds vorgeschlagene Rückflussmodell verschiebt die Finanzierungsverantwortung für die aus dem Fonds finanzierten Investitionen von den Ländern und den Leistungserbringer:innen hin zu den Beitragszahler:innen. **These 8**
- Eine konzeptimmanente Zuführung von Beitragsgeldern zu Investitionszwecken zulasten der Verwendung für Versorgungsleistungen kann zu einer Erhöhung der Zusatzbeitragssätze führen. Die Ausgestaltung des aktuellen Finanzierungssystems der GKV impliziert, dass ein solcher Anstieg unabhängig davon zu erwarten ist, ob eine Region von einem RIV erfasst ist. **These 9**
- Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ durchbricht den in § 220 SGB V formulierten Grundsatz, dass die Mittel der Krankenversicherung nicht aus Darlehen heraus generiert werden dürfen. **These 10**
- Obwohl der Zukunftsfonds durch Bundesanleihen gespeist werden soll, wird das Finanzierungsrisiko des Zukunftsfonds in letzter Konsequenz durch die Krankenkassen getragen. **These 11**
- Der Anreiz zum Abschluss der vorgeschlagenen RIV ist für Krankenkassen noch nicht hinreichend groß, da ein verhältnismäßig geringes Einsparpotenzial von einem relativ hohen Finanzierungsrisiko begleitet wird. Eine Abtretung von eigenen Kompetenzen an die RIE kann dem Selbstverständnis der meisten Krankenkassen widersprechen. **These 12**
- Der durch das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ beabsichtigte Wettbewerb zwischen Regionen fokussiert sich auf die Akquise zusätzlicher Beitragsmittel und birgt die Gefahr der Festigung bestehender regionaler Unterschiede in den Versorgungskapazitäten. **These 13**

Insgesamt muss außerdem konstatiert werden, dass das Konzeptpapier an entscheidenden Ausgestaltungspunkten noch nicht hinreichend detailliert den eigentlichen Vorschlag auch im Sinne plausibler Wirkmechanismen beschreibt. Es bleiben an verschiedenen Stellen Zusammenhänge und Konkretisierungen sowohl im Hinblick auf die Institutionen, deren Aufgaben als auch Motivationen und Begründungen für die vorgeschlagenen Veränderungen im Gesamtsystem offen.

Die Autor:innen des Konzeptpapiers betrachten insbesondere die RIE und zentralisieren die Steuerung der Gesundheitsversorgung offenbar in diesen regional aktiven Institutionen. Wenn als Ziel die Verbesserung der Versorgung in ganz Deutschland gesetzt wird, kann über diese Fokussierung nur die Annahme der Autor:innen unterstellt werden, dass, wenn jede Region für sich eine gute Versorgung organisiert, sich auch die flächendeckende Versorgung in ganz Deutschland verbessert. Unbesprochen bleibt allerdings, welche Vorkehrungen getroffen werden können oder sollen, dass das Konzept auch flächendeckend zielgerichtet und nachhaltig implementiert werden kann. Sollte z. B. die (relativ einfache) Kündigungsoption bei den Verträgen zur Regionalen Integrierten Versorgung zur Anwendung kommen, bleibt ungeklärt, wie sich die als regional übergreifend vorgesehenen Effekte auch robust oder nachhaltig erzielen lassen.

Der Gesamtblick für Deutschland geht mit einer dem Konzept folgenden Regionalisierung wahrscheinlich verloren. Offenbar spielen in dem Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ traditionelle Planungs- und Steuerungsinstanzen bzw. die Selbstverwaltung an sich keine entscheidende Rolle. Das Spannungsfeld zwischen kollektivvertraglichen überregional ausgerichteten Entscheidungen und unterschiedlichen regionalen Ausgangs- und Möglichkeitenrahmen wird damit vermutlich nicht aufgelöst. Vielmehr scheinen sich durch das Konzept regionale Unterschiede noch verstärken zu können. In einer solchen Situation fehlen dann überregional agierende Steuerungs- und Handlungsinstitutionen, die als gemeinsame Selbstverwaltung traditionell darauf ausgerichtet sind.

Neben diesen grundsätzlichen Diskussionspunkten sind jedoch auch weitere Aspekte kritisch zu hinterfragen, die sich insbesondere aus der Institutionalisierung neuer Player, der Umstellung von Aufgabenbereichen und der Veränderung von Finanzierungselementen ergeben. Auf beiden Ebenen, sowohl auf der grundsätzlichen als auch der Detailebene setzt vorliegendes Thesenpapier an. Aus dem Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ in seiner aktuell veröffentlichten Fassung ergeben sich aus Sicht der Autor:innen dieses Thesenpapiers eher neue Problemstellungen für eine optimale Versorgung als dass wirksame Lösungen für bereits bestehende Problemstellungen geliefert werden.

## 1 Einführung

Die Diskussionen um die Überwindung des Sektorendenken in der deutschen Versorgungslandschaft begleiten den gesundheitspolitischen Diskurs seit der Jahrtausendwende ununterbrochen. Im Rahmen des § 140a Sozialgesetzbuch (SGB) V wurden seit dem Jahr 2000 u. a. durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) und das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) immer weitreichendere Möglichkeiten geschaffen, Verträge zur Integrierten Versorgung zwischen Krankenkassen und Leistungserbringenden zu schließen, ohne dass diese Versorgungsformen in den vergangenen 20 Jahren wirklich einen merklich wachsenden Anteil von Versicherten erreichen konnten.

In der jüngeren Vergangenheit wurden von einigen gesundheitspolitischen Akteur:innen erfolgversprechendere Ansätze zum Aufbau von Integrierten Versorgungsstrukturen immer stärker im Rahmen einer Strategie von „Health in all policies“ – vor allem auf der regionalen Ebene – verortet. Für diese Gruppe hat ein Autor:innenkollektiv um Helmut Hildebrandt (2021) im Rahmen eines Diskussionspapiers ein politisches Konzept zum Aufbau sogenannter „Innovativer Gesundheitsregionen“ vorgelegt. Im Grundgedanken werden Institutionen und Instrumente zum Aufbau einer populationsbezogenen, von regionalen Partner:innen getriebenen Versorgungsstruktur skizziert, die nicht maßgeblich durch die Krankenkassen und Leistungserbringenden, sondern durch Kommunen und regionale zivilgesellschaftliche Akteur:innen verantwortet wird. Die aktuelle Regelversorgung soll durch derartige Elemente sukzessive ersetzt werden. Die in diesem Konzept dargelegten Ideen werden im gesundheitspolitischen Diskurs insbesondere von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Deutscher Bundestag, 2020) wie auch von verschiedenen Bundesländern umfassend rezipiert (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2019; Landtag Nordrhein-Westfalen, 2018).

Die Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ laden zu einem intensiven Diskussionsprozess ihrer Vorschläge ein. Das Wissenschaftliche Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut) möchte im Nachgang der erfolgten Bundestagswahl 2021 die Diskussion des Konzepts auf relevante gesundheitsökonomische und ordnungspolitische Aspekte lenken und insbesondere mögliche Auswirkungen der Vorschläge auf das Wettbewerbs- und Anreizsystem in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) richten. Das vorliegende Thesenpapier ist ein Beitrag des WIG2 Instituts zur Analyse wesentlicher ordnungs-, finanz- und steuerungsimplikationen der von den Autor:innen des Konzepts der „Innovativen Gesundheitsregionen“ vorgelegten Vorschläge. Zudem werden einzelne alternative Lösungsvorschläge besprochen.

## 2 Zentrale Vorschläge des Konzepts der „Innovativen Gesundheitsregionen“

Übergeordnetes Ziel des Konzeptes „Innovative Gesundheitsregionen“ ist die Überwindung der derzeitigen sektoralen Trennung der Regelversorgung. Erreicht werden soll dieses Ziel über sogenannte „Innovative Gesundheitsregionen“, welche sich auszeichnen durch eine „nachhaltige, bedarfsgerechte, robuste und faire integrierte Gesundheitsversorgung mit dem Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung“ (Hildebrandt et al., 2021, Einleitung). „Gesundheit ist primär ein lokales, regionales Gut“ (Hildebrandt et al., 2021; Reimann, 2020), weshalb innerhalb des Konzepts die Region die Basis für die Versorgungssicherung und die Entwicklung von Gesundheit bildet und somit im Zentrum des Vorschlags steht. Die sich auf diesen Ausgangspunkt beziehenden Kernelemente des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ werden nachfolgend zusammenfassend skizziert.

### Kommunale Gesundheitskonferenzen 2.0:

Die Autor:innen des Konzepts schlagen eine Weiterentwicklung der kommunalen Gesundheitskonferenzen vor, sodass diesen mehr Befugnisse, Rechte, aber auch Aufgaben zugeteilt werden. Organisiert werden die Konferenzen über die kommunalen Verantwortungsträger (bspw. Landrät:innen, Bürgermeister:innen etc.), wobei zu deren Unterstützung eine eigenständige oder mit dem Gesundheitsamt verbundene Geschäftsstelle gegründet werden soll. Dieser Verantwortungsträger entscheiden auch über die konkrete Zusammensetzung der Konferenzen (Gesundheitsausschuss der lokalen demokratischen Bürgervertretung, Gesundheitsakteur:innen unterschiedlichster Berufsgruppen und Einrichtungen, Krankenhausträger, Selbsthilfe- und Patient:innenvertretungen, Krankenkassen, Bildungseinrichtungen, lokale Gewerbetreibende, Gewerkschaften etc.). Die Gesundheitskonferenz soll als beratendes Gremium konzipiert werden; wobei die eigentlichen Entscheidungen den demokratisch gewählten Organen vorbehalten bleiben. Die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ erhalten zudem die Möglichkeit, über das Forschungsdatenzentrum des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Gesundheitsdaten ihrer Bevölkerung abzufragen, mit anderen Regionen zu vergleichen und somit in einen kontinuierlichen Erfahrungsaustausch zu treten. Außerdem können sie regional relevante Krankenkassen und Regionale Integrationseinheiten (RIE) auffordern, Regionale Integrationsverträge abzuschließen (Hildebrandt et al., 2021, S. 31–35).

### Regionale Integrationseinheiten:

Die vorgeschlagenen Regionalen Integrationsverträge werden nach § 140a SGB V zwischen Krankenkassen und RIE abgeschlossen und zielen darauf ab, möglichst große Teile der Bevölkerung einer Region zu erreichen. Eine RIE soll nach den Vorstellungen der Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ zentrale Steuerungsaufgaben übernehmen. „Sie organisiert u.a. die Vernetzung unter den Leistungspartner:innen, strukturiert die Abläufe in der Versorgung und entwickelt Maßnahmen zu Prävention und Gesundheitsförderung“ (Hildebrandt

et al., 2021, S. 29). RIE können Kommunen, Konsortien von Gesundheitsakteur:innen oder beauftragte Managementgesellschaften sein.

Die RIE sind verpflichtet, einen öffentlichen Bericht über die regionalen Gesundheitsergebnisse selbst sowie im Vergleich mit anderen Regionen zu erstatten und darüber hinaus eng mit den Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu kooperieren. Hinsichtlich der Patient:innen und der Gesundheitsakteur:innen setzen Hildebrandt et al. auf den Grundsatz der Freiwilligkeit – die Einschreibung der Versicherten in die Verträge erfolgt freiwillig; Gesundheitsakteur:innen haben jederzeit die Möglichkeit, das Gesundheitsnetzwerk wieder zu verlassen. Um einen Anreiz für die RIE zu setzen, die Gesundheitsversorgung aller Versicherten der Partnerkrankenkassen zu verbessern, empfehlen die Autor:innen eine Erfolgsbeteiligung. Mit dem Abschluss eines Regionalen Integrationsvertrages erhalten die RIE einen Anteil an den verringerten morbiditätsadjustierten Kostensteigerungen der Krankenkassen für die jeweilige Population in der Gesundheitsregion. Die RIE selbst sollen eine Start-up-Finanzierung über den neu zu gründenden „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ erhalten (Hildebrandt et al., 2021, S. 35–43).

#### **Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen:**

Das Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ sieht die Einführung eines sogenannten „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ vor. Dieser Fonds soll aus dem Gesundheitsfonds ausgegliedert und als spezielles Sondervermögen des Bundes eingerichtet werden. In einer älteren Fassung des Konzepts von 2020 speist sich der Zukunftsfonds direkt aus Beitragsmitteln (Hildebrandt et al., 2021). In der neuesten Fassung des Konzepts soll der Zukunftsfonds – in Anlehnung an Graalmann, Rödiger, Schirmer und van Maanen (2021) – durch „Weißen Anleihen“, d. h. auf Gesundheit und Pflege fokussierte Bundeswertpapiere, gefüllt werden (Hildebrandt et al., 2021, S. 43–48).

Die Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ rekurrieren insbesondere auf den Vorschlag zur Emittierung von sogenannten Weißen Anleihen. Getätigte Investitionen in die Verbesserung der regionalen Gesundheitsversorgung sollen nunmehr über den Kapitalmarkt finanziert werden. Die dadurch generierten Mittel sollen zur Versorgung von Versicherten zur Verfügung stehen, deren Krankenkasse an dem Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ teilnimmt. Technisch umgesetzt wird der Ansatz über das Schließen eines Regionalen Integrationsvertrages zwischen einer Krankenkasse und einer RIE.

#### **Monitor Innovative Gesundheitsregionen:**

Über den Ansatz „Monitor Innovative Gesundheitsregionen“ soll ein konsequentes Monitoring der Ergebnisqualität gewährleistet werden, was sowohl die Krankenkassen als auch die regionalen Versorgungssysteme betrifft. Die Daten sollen der Öffentlichkeit zugänglich sein, wodurch ein Wettbewerb um Qualität entstehen soll. Die Autor:innen argumentieren, dass in Deutschland eine gesundheitspolitische Rahmensetzung in Verbindung mit einer Ergebnisberichterstattung an den Gesetzgeber bislang fehlt. Die öffentlich-rechtliche Begleitung des „Zukunftsfonds Innovative Gesundheitsregionen“ wird einer „Ver-

sorgungssicherungsagentur“ zugeteilt, welche ebenfalls die Datenauswertung der Krankenkassen für die „Kommunalen Gesundheitskonferenzen 2.0“ sowie die RIE übernehmen soll. Zudem empfehlen Hildebrandt et al. ein Public Reporting von Leistungsergebnissen der Krankenkassen sowie ein Public Reporting für die Regionalen Integrationsverträge. Die Krankenkassen sollen weiterhin die Möglichkeit erhalten, eigene Verfahren zur Qualitätsmessung zu entwickeln und bestehende Verfahren zu verbessern. Vorteilhaft erscheint den Autor:innen ebenfalls die Pflicht des Bundesgesundheitsministeriums, dem Parlament einen Ergebnis- und Qualitätsbericht zu den einzelnen Regionen erstatten zu müssen (Hildebrandt et al., 2021, S. 49–52).

## 3 Diskussion relevanter Aspekte des Konzepts

### 3.1 Zielstellung und Vorgehen

Das vorgestellte Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ verfolgt das Ziel, einen kohärenten Vorschlag zur „Entwicklung einer nachhaltigen, bedarfsgerechten, robusten und gleichzeitig fairen, integrierten Gesundheitsversorgung in einer wachsenden Zahl von Regionen und – in einer überschaubaren Zeit – als Regelversorgung für ganz Deutschland“ (Hildebrandt et al., 2021, Einleitung) zu entwickeln. Es soll sich ein Qualitätswettbewerb für Gesundheitsakteur:innen und Krankenkassen einstellen, der zu einem „zukunftsfähigen integrierten Gesundheitssystem mit einem Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung“ (Hildebrandt et al., 2021, Einleitung) führt. Akteur:innen sollen für „ihren Einsatz für Gesundheit und Effizienz belohnt“ (Hildebrandt et al., 2021, Einleitung) werden.

Innerhalb des vorliegenden Thesenpapiers werden zunächst wesentliche Aspekte zum Thema Governance im Kontext des Konzeptpapiers diskutiert (Kapitel 3.2). Darauf aufbauend werden anreiztheoretische Hintergründe der geplanten Vergütungssystematik analysiert (Kapitel 3.3). In einem weiteren Schritt werden die finanzpolitischen Auswirkungen des geplanten Zukunftsfonds reflektiert (Kapitel 3.4) und die Gesamtattraktivität des Konzepts für die angesprochenen Akteur:innengruppen kritisch hinterfragt (Kapitel 3.5).

### 3.2 Aspekte zum Thema Governance

#### 3.2.1 Konzeptionelle Einbindung traditioneller Institutionen

Etablierte Player des Selbstverwaltungssystems werden in dem Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ entscheidungs- und steuerungsbezogen zurückgestellt. Während privatwirtschaftlich orientierte Akteur:innen bei der Meinungsbildung zur Integrierten Versorgung hinzugezogen werden können. Auch andere Akteur:innen der Selbstverwaltung (wie z. B. Kassenärztliche Vereinigungen, [Landes-]Krankenhausgesellschaften) oder andere relevante Player (wie z. B. berufsständische Kammern oder die private Krankenversicherung) werden offenbar durch das Konzept nicht adressiert. Themen wie eine sektorübergreifende Planung von Versorgungskapazitäten, Delegation und Substitution von Aufgaben und Leistungen bleiben damit bei der Konzipierung einer neuen Regelversorgung außen vor. Andererseits werden neue oder hinsichtlich ihrer Aufgaben oder Kompetenzen veränderte Institutionen vorgeschlagen, die zur Umsetzung des Konzepts der „Innovativen Gesundheitsregionen“ maßgeblich beitragen sollen. Wie unten noch aufzuzeigen sein wird, kann das z. B. für Krankenkassen den Verzicht auf Steuerungskompetenz bei gleichzeitiger Verpflichtung zur Risikoübernahme bedeuten. Die Entkoppelung von Entscheidungskompetenz und finanzieller Verantwortung ist grundsätzlich kritisch zu sehen und wäre für den konkreten Zusammenhang nachvollziehbar zu begründen.

### 3.2.2 Gesundheitskonferenzen 2.0

Die Autor:innen sehen in ihrem vorgelegten Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ die Gesundheitskonferenzen offenbar als neues, regional fokussiertes Beratungsgremium, das zwar nicht über direkte, eigene Durchgriffskompetenzen verfügt, aber als breit zusammengesetztes, kooperatives Setting von Akteur:innen angelegt ist. Insbesondere sollen die Gesundheitskonferenzen mit eigenen Geschäftsstellen und eigenem Budget ausgestattet werden, eigenes analytisches Know-how aufbauen und Zugriff auf die vorhandenen Daten der Region im Vergleich zum bundesdeutschen Durchschnitt erhalten. Außerdem sollen sie auch selbst auf die pseudonymisierten und ggf. aggregierten Rohdaten zugreifen können. Die wesentliche Aufgabe der „Gesundheitskonferenzen 2.0“ scheint darin zu bestehen, Transparenz über die Versorgungssituation vor Ort herstellen und eigenständig Diskussionsimpulse auf Basis eigener Analysen bereitstellen zu können. Der konkrete Nutzen einer solchen Informationsinfrastruktur erschließt sich nicht – im Vergleich zu dem, was Krankenkassen, Statistische- und Gesundheitsämter bereits heute leisten können und die neu zu schaffende Versorgungsagentur beim Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) im Rahmen des Public Reporting wahrscheinlich erbringen kann.

Die konkrete Rolle der neuen, regionalen Beratungsgremien wird im Detail nicht weiter im Konzept ausgeführt. Konzeptionell weitgehend offen bleiben ebenso die Finanzierungsquellen und der dafür nutzbare ordnungspolitische Rahmen. Die Übersicht zu bestehenden Gesundheitskonferenzen von Holleder (2015) deutet darauf hin, dass bisher vor allem finanziell gut ausgestattete Kommunen eine eigene Infrastruktur der Gesundheitskonferenzen aufweisen. Auch wenn selbst in solchen Kommunen sicherlich nicht ohne zusätzlichen Aufwand auf das Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ umgestellt werden kann, sollte aufgrund finanziell heterogener Ausgangssituationen der einzelnen Gebietskörperschaften festgelegt werden, wie finanziell schlechter gestellte Regionen die im Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ vorgestellten Anforderungen auch umsetzen können. Dass zukünftig in allen 294 Kreisen und unter Umständen für deutlich mehr als die 107 kreisfreien Städte analytisches Know-how für den Umgang mit gesundheitsbezogenen Routinedaten aufgebaut werden muss, ist aktuell besonders herausfordernd. Wenn die Geschäftsstellen dezentral angesiedelt werden sollen, erscheint eine Besetzung der Stellen gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und dem Wettbewerb mit der Privatwirtschaft um Arbeitnehmer:innen problematisch.

Der effiziente Einsatz dieser zusätzlichen analytischen Ressourcen müsste sichergestellt sein. Die Literatur (Hollleder, 2015) zeigt zumindest nicht auf, dass ein Mangel an empirischer Evidenz zur Versorgungslage bisher ein drängendes Strukturhindernis für das Gelingen der Gesundheitskonferenzen war. Zudem verfügen die Gesundheitskonferenzen über keine eigenen Entscheidungskompetenzen und sollen als wesentliche zusätzliche Aufgabe die regionale Versorgungssituation monitorieren.

Darüber hinaus scheint es den Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ für derart stark institutionalisierte Gesundheitskonferenzen

zweckdienlich zu sein, dass sie in Ergänzung zu ihren bisherigen Aufgaben als Diskussionsplattform regionaler Versorgungsfragen vor allem die Idee Regionaler Integrationsverträge in der Region unterstützen und potenzielle Partner:innen zum Abschluss entsprechender Verträge auffordern. Inwieweit dafür ein derartig weit ausgebautes Netz an verwaltungstechnischer Infrastruktur bis hin zum Zugriff auf versichertenbezogene Einzelinformationen erforderlich ist, bleibt offen.

Insgesamt wird nicht ersichtlich, was der konkrete Mehrwert dieses weiter ausgebauten Beratungsgremiums sein kann und wie sich dieser in das weitere Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ einfügt. Antworten auf die häufigsten regionalen Versorgungsprobleme, denen sich die Kommunen gegenübersehen (Über-, Unter- und Fehlversorgung, Ärzt:innen- und Fachkräftemangel, fehlende Evidenzorientierung und Qualität der Leistungserbringung, Deprivation), bleiben in dem Konzept der „Gesundheitskonferenzen 2.0“ offen.

Wenn die Gesundheitskonferenzen mehr als professionalisierte Diskussionsplattformen regionaler Gesundheitsthemen werden sollen, bräuchten sie ein Mehr an Entscheidungskompetenz. Dies würde ihnen in Bezug auf Versorgungsplanung, -steuerung oder -vergütung relevante Mitspracherechte einräumen können. Sie hätten damit die Legitimität, die regionalen Probleme mit Fokus auf Über- und Unterversorgung, Fachkräftemangel, die demografischen Herausforderungen sowie die Digitalisierung lösungsbezogen bearbeiten zu können. Allerdings würde eine solche Ausweitung eine Verschiebung der Entscheidungskompetenzen auch zulasten der Selbstverwaltungsinstanzen implizieren. Wenn gesellschaftspolitisch das System der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht infrage steht, fehlt eine sinnvolle Begründung für eine solche Verschiebung der Entscheidungskompetenzen hin zu den Gesundheitskonferenzen. Daneben bleibt offen, inwiefern eine solche Verschiebung tatsächlich dazu führen kann, dass das Problem einer flächendeckend eingerichteten sektorenübergreifenden Versorgung nachhaltig gelöst werden kann.

**Die neuen, besser ausgestatteten Gesundheitskonferenzen könnten mit dem aufgezeigten höheren Ressourceneinsatz zwar zu einer größeren Transparenz über die regionale Versorgungssituation beitragen. Aufgrund fehlender eigener Kompetenzen können sie eigenständig jedoch keine Lösungen spezifischer regionaler Versorgungsprobleme umsetzen. Ein notwendiger Ansatz zur effizienten Einbindung von (finanziellen und personellen) Ressourcen steht noch aus.**

These 1

### 3.2.3 Regionale Integrationseinheiten

RIE bilden das institutionelle Zentrum des Konzepts. Aktuell ist zumindest ein Teil der ihnen dort zugewiesenen Aufgaben bereits bei den Krankenkassen angesiedelt. Sie gestalten kollektiv auf der Ebene der Kassenarten die Versorgung über die Gesamtverträge gemäß § 83 SGB V. Darüber hinaus sind ihnen kassenindividuelle Strukturierungsmöglichkeiten der Versorgung im Rahmen von

Verträgen der besonderen Versorgung (§ 140a SGB V) gegeben. Auch sollten Krankenkassen über die Hausarztzentrierte Versorgung die Lotsenfunktion der Hausärzt:innen stärken und so die Versorgung besser strukturieren (Thomas & Matusiewicz, 2014). Populationsbezogene Präventionsmaßnahmen in Betrieben und in Settings werden im Rahmen der Maßnahmen nach § 20 und § 20a SGB V durch die Krankenkassen organisiert.

Eine Festlegung der Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ auf eine bestimmte Organisationsform der RIE erfolgt nicht. Die Frage der Eigentumsverhältnisse der RIE halten sie für sekundär (Hildebrandt et al., 2021, S. 39) und konstatieren, dass Vorentscheidungen über die Rechtsform oder die Frage der Gemeinnützigkeit vermieden werden sollten. Die RIE sollen an bisherige Vernetzungsstrukturen der Leistungserbringenden, insbesondere Arztnetze, geknüpft werden. Inwieweit das Vorhandensein solcher Strukturen als Erfolgsbedingung der RIE gelten muss, ist nicht ersichtlich. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht scheint es allerdings fraglich, ob die RIE ohne die direkte organisationsbezogene Beteiligung von Leistungserbringer:innen denkbar sind. Ohne eine direkte Beteiligung der Leistungserbringenden kann ein systemischer Konflikt zwischen ökonomischer und medizinischer Perspektive zum Scheitern der Institutionalisierung führen. Da das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ vorsieht, die Beteiligung von Leistungserbringer:innen auf eine freiwillige Basis zu stellen, ist schon die Erstellung eines Business Case für die RIE ohne ein institutionelles Commitment der Schlüsselakteur:innen kaum möglich. Daher bleibt zu vermuten, dass vor allem privatwirtschaftlich organisierte Managementgesellschaften die Rolle der RIE übernehmen werden. Mit einer direkten Beteiligung der Leistungserbringer:innen bleibt es im Einzelfall offen, ob die jeweilige, regionale Institutionalisierung dann einer medizinischen oder einer ökonomischen Perspektive folgt. So können die jeweiligen RIE unterschiedliche Logiken verwenden, was zu unterschiedlichen Herangehensweisen führt und damit auch neue Problemstellungen im Sinne einer gleichgerichteten Förderung sektorenübergreifender Versorgung implizieren kann.

Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ trifft noch keine Aussagen darüber, in welchem gegenseitigen Verhältnis Krankenkassen und Managementgesellschaften ihre Aufgaben wahrnehmen sollen. Dass Krankenkassen bestimmte Aufgaben an die RIE abgeben sollen, begründen die Autor:innen des Konzepts damit, dass Managementgesellschaften zur Erfüllung dieser Aufgaben im Rahmen der Regionalen Integrationsverträge besonders geeignet sind, da sie ein ökonomisches Interesse an der bestmöglichen Erfüllung hätten. Doch auch Krankenkassen haben ein hohes Interesse an einer effizienten Versorgung. Krankenkassen unterliegen bereits derselben Vergütungslogik, die für RIE angewandt werden soll. Die Erarbeitung eines belastbaren Vorteils einer Aufgabenverschiebung hin zu den RIE steht konzeptionell noch aus.

**Der bloße Austausch von Zuständigkeit für Versorgung lässt in der derzeitigen Ausgestaltung des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ noch keine belastbaren Vorteile für das Gesamtsystem erkennen.**

**These 2**

### 3.2.4 Die Rolle des Gemeinsamen Bundesausschusses

Dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) schlagen die Autor:innen des Konzepts die Gründung eines Beirats „Innovative Gesundheitsregionen“, bestehend aus Vertreter:innen der kommunalen Spitzenverbände, der RIE und der Patient:innenorganisationen, vor. Dieser soll die Standardvertragsmodelle, die Krankenkassen und RIE eingehen können, entwickeln sowie Impulse für die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung geben. Inwieweit der G-BA für die Entwicklung von Musterverträgen grundsätzlich hinzuziehbar ist, wurde nicht erläutert. Im bisherigen Aufgabenportfolio des G-BA findet sich eine solche Aufgabe nicht.

Eine Begründung, warum Krankenkassen als spätere Vertragspartner:innen nicht in den Beirat eingebunden werden und inwiefern dagegen die Notwendigkeit der Einbindung der Gebietskörperschaften besteht, wird nicht besprochen. Unter der Situation, dass sich die RIE (auch) als privatwirtschaftlich organisierte Managementgesellschaften institutionalisieren, würden privatwirtschaftlich organisierte Akteur:innen direkt an der Entscheidungsfindung des G-BA mitwirken.

### 3.2.5 Abschluss von Verträgen

Die Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ sehen die wesentliche neue Kompetenz der Gesundheitskonferenzen darin, Krankenkassen dazu aufzufordern, Verträge der neuen Regionalen Integrierten Versorgung (RIV) mit den Gesundheitsakteur:innen zu schließen. Explizit wird darauf hingewiesen, dass es sich nicht um eine Verpflichtung der Krankenkassen durch die Gesundheitskonferenzen handeln kann. Gleichzeitig wird aber von vornherein bereits eine Variante diskutiert, die eine Ersatzvornahme des Gesetzgebers zur zwingenden Erstreckung der Verträge auf alle Krankenkassen vorsehen, wenn sich nicht die erhoffte Marktdurchdringung einstellt (Hildebrandt et al., 2021, S. 63). Ob dieser Zusammenhang faktisch als Kontrahierungszwang zu qualifizieren ist, kann vorliegend nicht abschließend aufgeklärt werden.

Die Erfahrungen mit dem (teilweise nur einseitigen) Kontrahierungszwang im stationären Sektor oder bei der Einführung der Hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) haben gezeigt, dass sich weder Qualität noch Wirtschaftlichkeit der Versorgung „zwangsweise“ fördern lassen (Bundesministerium für Gesundheit, 2021; Rieser, 2008). Dass sich auf Basis der im Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ vorgeschlagenen Vertragskonstrukte der RIV für die Krankenkassen kein überzeugender Effizienz- oder Effektivitätsgewinn bei der

Versorgung abzeichnet, ist nicht unwahrscheinlich. Ein Zwang zur Umsetzung derselben Vertragsinhalte – oder eine Kontrahierung an den Krankenkassen vorbei – wird an den entscheidungsrelevanten Endpunkten sehr wahrscheinlich keine Veränderungen ermöglichen. Vertragspartner:innen (auch nur einseitig) bereits im Vorhinein auf den Abschluss von Verträgen mit Vergütungsinhalten zu verpflichten, kann ein Verhandlungsgeschehen auf Augenhöhe zulasten gesellschaftlich wünschenswerter Ergebnisse konterkarieren.

Indem Krankenkassen keine Mitsprache bei der Erstellung der Standardverträge haben sollen, wird ihnen ein Teil ihres Verhandlungsmandates entzogen. Offenbar können Krankenkassen zwar von diesen Standardverträgen im konkreten Fall abweichen. Wie weit solche Individualisierungen jedoch möglich oder realistisch durchführbar sind, wird in dem Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ nicht konkretisiert. So besteht die Möglichkeit, dass Krankenkassen gar keine Verhandlungsspielräume bei der Ausgestaltung von Versorgungsmanagementmaßnahmen mehr besitzen.

**Bei fehlender Möglichkeit zur Mitgestaltung der Standardverträge wäre den Krankenkassen ein Teil ihres Verhandlungsmandates entzogen. Bisher existierende Verhandlungsspielräume der gesetzlichen Krankenversicherungen könnten bei Umsetzung des Konzepts praktisch vollständig entfallen.**

**These 3**

### 3.3 Verträge mit Regionalen Integrationseinheiten

#### 3.3.1 Vergütungslogik des Konzepts

Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ zielt auf eine „Verbesserung des Gesundheitsstatus der regionalen Population“ (Hildebrandt et al., 2021, S. 42), die als ökonomischer Erfolg messbar ist. Die Intention zur Institutionalisierung einer RIE ergäbe sich dann aus der Beteiligung der RIE an den mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes einhergehenden Kostenersparnis bei der Versorgung. Das Vergütungskonzept adaptiert dabei die Logik des bisher nur für die Krankenkassen geltenden morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA).<sup>1</sup> Für eine gegebene regionale Population (hier die Versicherten einer vertragspartnerlichen Krankenkasse) werden Normkosten ermittelt, die sich an den bekannten Risikofaktoren für die Kostenentwicklung dieser Population orientieren. Für Krankenkassen bilden diese Normkosten die Zuweisungen, die sie zur Deckung der anfallenden Leistungsausgaben für ihre Versicherten zur Ver-

<sup>1</sup> Der Morbi-RSA dient als finanzieller Ausgleichsmechanismus zwischen Krankenkassen, um die erwartbaren unterschiedlichen Kostenrisiken von Versicherten auszugleichen. Somit soll eine Risikoselektion der Krankenkassen in Bezug auf Versicherte vermieden und ein fairer Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ermöglicht werden. Der Ausgleichsmechanismus wird zentral über das BAS organisiert.

fügung haben.<sup>2</sup> Für RIE sollen sie den Maßstab bilden, anhand dessen bestimmt wird, inwieweit für die regionale Population durch die Regionalen Integrationsverträge Kostenersparnisse erwirtschaftet werden. Dafür wird die Entwicklung der Differenz zwischen den durchschnittlichen Normkosten dreier Jahre und den realen Kosten zwischen zwei aufeinanderfolgenden Abrechnungsjahren betrachtet. Sollte sich die Differenz positiv entwickeln, erhalten die RIE einen Anteil (vorgeschlagen werden 75 %) dieser positiven Entwicklung.<sup>3</sup> Die Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ bezeichnen das als „Einsparcontracting“ (Hildebrandt et al., 2021, S. 9).

### 3.3.2 Bedeutung der Berechnungsgrundlage für die Bestimmung der Normkosten

Die genaue Ausgestaltung dieser Berechnungsgrundlage ist von entscheidender Bedeutung für die Bewertung der damit einhergehenden Anreizwirkungen. Die Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ sprechen bei der Bestimmung der für die Population zu erwartenden Normkosten von „morbidity-adjustierten Zuweisungen“ als Berechnungsgrundlage (Hildebrandt et al., 2021, S. 40). Ob dies einer verkürzten Darstellung des Morbi-RSA folgt, bleibt offen. Der Morbi-RSA aber kennt eine Vielzahl weiterer Adjustierungsparameter, um die Kostenrisiken einer/:/eines Versicherten (und einer größeren Gruppe) zu bestimmen. Neben der Morbidität spielen gemäß § 267 SGB V in Verbindung mit § 2 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) und den Festlegungen nach § 8 Abs. 4 RSAV insbesondere das Alter und Geschlecht, die Region, die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm (DMP) und weitere Sondertatbestände (Kostenerstattungstarife, Wohnsitz im Ausland) eine Rolle (BAS, 2020).

Ein Verzicht auf die zuvor genannten Merkmale würde den Vergleichsmaßstab zur Bestimmung von Kostenersparnissen deutlich verzerren. Ungünstige Kostenrisiken (überdurchschnittliches Alter, überproportionaler Anteil von Männern, Regionen mit hohem Versorgungsangebot, viele DMP-Teilnehmer:innen), die beinahe zwangsläufig über längere Zeiträume eine überproportionale Zunahme der Kosten mit sich bringen, würden nicht abgebildet. Infolgedessen würden RIE erhebliche Anreize zur Vertragsschließung mit ökonomisch lukrativen, d. h. risikoarmen Regionen haben, was gerade vor dem Hintergrund des angestrebten Wettbewerbs der Regionen zu erheblichen Nachteilen führt.<sup>4</sup> Unter einer solchen regionalen Risikoselektion wären insbesondere Krankenkassen mit risikointensiven Versichertenpopulationen unattraktive Vertragspartner:innen; die Erwirtschaftung von positiven Kostenentwicklungen für diese Versicherten wäre sehr viel schwieriger. Die konzeptionell starke Verkürzung der bereits umfassend wissenschaftlich evaluierten Kalkulationsgrundlage des Morbi-RSA konterkariert

<sup>2</sup> Zuzüglich der Einnahmen aus Zusatzbeiträgen, die hier zunächst außen vor bleiben.

<sup>3</sup> Im Rahmen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ bleibt offen, ob es nur um das Delta über der bereits im Ausgangsjahr bestehenden Differenz zwischen Normkosten und realen Kosten geht, oder ob die vollständige Differenz als Ertragsgrundlage herangezogen wird, soweit sie positiv ist. Für die Bewertung der Anreize ist dies aber nachrangig.

<sup>4</sup> Siehe dazu auch Kapitel 3.5.

einen fairen Wettbewerb zwischen den Regionen und zwischen den Krankenkassen. Gleichwohl wäre die Behebung dieses Konzeptionsproblems noch kein Garant für eine anreizspezifisch funktionierende Ausgestaltung. Das Thema Prävention und insbesondere die Strategiefähigkeit des Konzepts sollen nachfolgend gesondert besprochen werden.

**Um Anreize zur (regionalen) Risikoselektion bei der Auswahl von Vertragspartner:innen und Regionen zu verringern, ist es bei der Verwendung von Normkosten, die sich am Berechnungsverfahren des Morbi-RSA orientieren, notwendig, alle im Risikostrukturausgleich verwendeten Risikofaktoren zu berücksichtigen.**

**These 4**

### 3.3.3 Präventionsförderung unter morbiditätsorientierten Vergütungsanreizen

Das im Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ skizzierte Vergütungssystem für RIE referenziert sowohl im Hinblick auf die Ermittlung des Vergleichsmaßstabs (morbidity- bzw. risikoadjustierte Normkosten) als auch bei der Messung des Managementeinflusses (populationsbezogene tatsächliche Kosten) auf die gleichen Grundlagen wie der Morbi-RSA. Da auch die gleichen Erfolgsmaßstäbe angelegt werden (Differenz zwischen Normkosten und tatsächlichen Kosten als Basis), entsprechen die für die RIE geltenden Anreizstrukturen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ denen der Krankenkassen im aktuellen System.

Einige dieser Anreizstrukturen können insbesondere im konzeptionell skizzierten Setting der Regionalen Integrationsverträge zu merklichen Wirkungen führen und sollen daher im Folgenden gesondert diskutiert werden.

Die Morbiditätsorientierung des finanziellen Ausgleichssystems der Krankenkassen wurde bereits vor dessen Einführung im Hinblick auf die damit einhergehenden Fehlanreize für die Förderung von Prävention durch die Krankenkassen diskutiert (Busse, Drösler, Glaeske, Greiner, Schäfer & Schrappe, 2007). Im Rahmen verschiedener Untersuchungen wurde gezeigt, dass insbesondere für Versicherte, die primärpräventive Maßnahmen in Anspruch nehmen, mittelfristig deutliche Nachteile in der Entwicklung der Deckungsbeiträge zu erwarten sind (Häckl, Weinhold, Kossack & Schindler, 2016; Weinhold, Schindler, Kossack, Berndt & Häckl, 2019). Mittlerweile ist unbestritten, dass der Risikostrukturausgleich in seiner aktuellen Ausgestaltung die Anreize für Krankenkassen, in Prävention zu investieren, verringert (Drösler et al., 2017). Die im Rahmen des Gesetzes für einen fairen Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FKG) eingeführte Vorsorgepauschale ist der Versuch des Gesetzgebers, die Präventionsanreize zu stärken, wobei nicht zu erwarten ist, dass dieses Ziel im Rahmen der aktuellen Ausgestaltung vollständig erreicht wird (IKK e. V., 2019).

Wenn derzeit Konsens darüber besteht, dass die Vergütungslogik des Morbi-RSA für Krankenkassen keine positiven Anreize zur Vermeidung von Morbidität setzt,

ist davon auszugehen, dass eine analoge Anwendung dieser Vergütungslogik auf die RIE die gleiche Wirkung zeigt. Auch für RIE wird es sich ökonomisch dann nicht lohnen, die Entwicklung von Morbidität zu reduzieren, weil damit der Anstieg des Vergleichsmaßstabs, an dem die regionale Kostenentwicklung gemessen wird, ebenso verringert würde. Infolgedessen wäre es unwahrscheinlicher für die RIE, positive Kostenentwicklungen nachzuweisen. Der ökonomische Erfolg wäre gefährdet, was die Motivation für Prävention praktisch ausschließen würde. In diesem Fall passt das konzipierte Modell dann nicht zu dem Ziel, RIE als Schlüsselorganisationen bei einer Umorientierung hin zu einem „zukunftsfähigen integrierten Gesundheitssystem mit einem Fokus auf Prävention, Gesundheitsförderung und -erhaltung“ (Hildebrandt et al., 2021, Einleitung) einzurichten.

**Ein Vergütungssystem, das auf der Normkostenbestimmung des Risikostrukturausgleichs basiert, verringert die Anreize zur Förderung von effektiven Maßnahmen der Primärprävention für die RIE, weil dadurch eine nachteilige Entwicklung der Deckungsbeiträge der betroffenen Versicherten zu erwarten ist.**

**These 5**

### 3.3.4 Strategieanfälligkeit des Vergütungskonzepts

Unter den Bedingungen des konzipierten Vergütungskonzepts der RIE ist daneben zu diskutieren, inwieweit das in den vergangenen Jahren für den Risikostrukturausgleich weithin diskutierte Problem der Kodiermanipulation (Berndt & Naperkowski, 2018) auch für das Konzept der RIE von Bedeutung ist. Ein hinreichender Schutz gegen Manipulationsstrategien<sup>5</sup> bietet – bei einem auf Informationen aus Abrechnungsdaten basierendem Morbiditätsaufgriff – nur ein direkter Zusammenhang zwischen Diagnoseverschlüsselung und Leistungsvergütung. Wenn die Vergütung nicht (direkt) an die Diagnoseinformationen aus den Abrechnungsdaten geknüpft ist, wie dies in der ambulanten vertragsärztlichen Vergütung der Fall ist, führt eine Ausweitung der Diagnosemenge oder der Diagnoseschwere zwar zu einer höheren dokumentierten Morbidität und damit direkt zu Mehrzuweisungen aus dem Morbi-RSA. Diese Ausweitung der dokumentierten Morbidität impliziert aber zunächst keine Mehrausgaben für den Kostenträger.<sup>6</sup>

<sup>5</sup> Dass solche Manipulationsstrategien in der Vergangenheit genutzt wurden, zeigen auf empirischer Ebene quantitative Analysen (Bauhoff, Fischer, Göppfarth & Wuppermann, 2017) und qualitative Untersuchungen (Berndt, Schrey, Schmiedel & Weinhold, 2019; Weinhold, Claus, Kossack & Häckl, 2017). Auch die Analysen des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs auf dem Gesamtdatenbestand der GKV zu auffälligen Prävalenzentwicklungen einzelner Krankheitsbilder wie Adipositas und chronischer Schmerz (Drösler et al., 2017) und insbesondere das konkrete aufsichtsrechtliche Prüfgeschehen (abgebildet z. B. in den Tätigkeitsberichten des BAS) verdeutlichen dieses Problem.

<sup>6</sup> In der ambulanten Vergütung erhöht eine solche Ausweitung der dokumentierten Morbiditätslast zwar mittelbar die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Da diese aber gleichermaßen die Kosten für alle Krankenkassen erhöht, besteht ceteris paribus für die einzelne Krankenkasse kein komparativer Nachteil auf der Ausgabenseite.

Das ökonomisch rationale Interesse der Kostenträger an einer solchen Ausweitung kann grundsätzlich auch auf die RIE projiziert werden.

Im Kontext der Krankenversicherung hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren sowohl systemimmanente als auch -externe Kontrollmechanismen verschärft, um die Anreize zur Kodierbeeinflussung zu verringern und deren Nutzung zu erschweren. So wurde mit dem GKV-FKG als systemimmanente Maßnahme ein Mechanismus in das Ausgleichsverfahren eingeführt, der eine überproportional stark ansteigende Diagnosekodierung für einzelne Krankheiten zum Anlass nimmt, diese aus dem Ausgleichssystem und damit für alle Krankenkassen auszuschließen.<sup>7</sup> Die Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs zielten zur Manipulationsbegrenzung eher auf eine Stärkung externer Kontrollmechanismen (Drösler et al., 2017). Entsprechend hat der Gesetzgeber insbesondere die nachgelagerten Prüfmöglichkeiten des aufsichtsführenden BAS gegenüber den Krankenkassen gestärkt, die sowohl hinsichtlich der Prüfung von Inhalten selektiver Verträge als auch der kassenindividuellen Morbiditätsentwicklung in den vergangenen Jahren erhebliche Verschärfungen hinnehmen mussten.<sup>8</sup>

Solche Korrekturen zu systemisch unerwünschten Anreizen bleiben im Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ unbesprochen, obwohl sich die Gelegenheiten, die durch den institutionellen Rahmen von Vertragsbeziehungen außerhalb der kollektivvertraglichen Sphäre ergeben, auch für die RIE prinzipiell vorhanden sind.

Dass innerhalb des vorgestellten Konzepts zu „Innovativen Gesundheitsregionen“ keinerlei Kontrollmechanismen durch neutrale Dritte, die die Rolle einer Aufsichtsinstanz übernehmen könnten, vorgesehen sind, muss zur Diskussion gestellt werden. Das BAS als mögliche Kontrollinstanz für die RIE ist im Kontext seiner ordnungspolitischen Ausrichtung wahrscheinlich nicht als zuständige Einrichtung vorstellbar. Aber Krankenkassen oder die Gesundheitskonferenzen kommen dafür infrage.

Die unkorrigierten Anreize zur Ausweitung dokumentierter Morbidität stellen einfache Möglichkeiten dar, die Differenz zwischen Normkosten und den tatsächlichen Kosten zu vergrößern, ohne dass positive Wirkungen auf die Versorgungsqualität oder die Effizienz medizinischer Leistungserbringung entstehen. Vielmehr kann die Ausweitung dokumentierter Morbidität persönliche Nachteile

<sup>7</sup> Die genaue Funktionsweise dieser sogenannten Manipulationsbremse sowie die daraus resultierenden Effekte sind bisher noch nicht wissenschaftlich evaluiert worden. Inwieweit ihre beabsichtigte Wirkung mit Blick auf den Einfluss der Coronapandemie auf die Datengrundlage des RSA auch eintreten wird, ist aktuell noch unklar (Berndt & Häckl, 2021).

<sup>8</sup> Die Reichweite der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V wurde bereits im Rahmen des Gesetzes zur Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) intensiviert. Das GKV-FKG ergänzte das Prüfprozedere unter anderem um die Umkehr der Beweislast im Rahmen dieser Prüfung.

für die betroffenen Versicherten implizieren.<sup>9</sup> Verstärkt wird das Problem durch eine konzeptimmanente, besondere Vernetzung zwischen den RIE und den ambulanten Leistungserbringer:innen. Auch wenn aus dem veröffentlichten Konzept nicht hervorgeht, in welcher Form genau die RIE Einfluss auf die Versorgung nehmen (können), ergeben sich aus den verschiedenen Tiefen möglicher Integrationsbeziehungen diskussionswürdige Zusammenhänge.

Wenn die Leistungserbringer:innen z. B. Gesellschafter:innen einer RIE-Managementgesellschaft sind, partizipieren sie direkt an den betriebswirtschaftlichen Erfolgen der RIE. Im Kontext des genannten Manipulationspotenzials wären sie dann theoretisch direkte Profiteur:innen der Ausweitung dokumentierter Morbidität. Gleichzeitig würden sie damit ihre Funktion als unabhängige Dritte zur Schaffung einer neutralen Datenbasis für die Erfolgsmessung verlieren. Auch geringere Tiefen der Integration der medizinischen Leistungserbringung in den Steuerungskontext der RIE ermöglichen Manipulationspotenziale. Auch hierzu bietet das Konzept „Innovativer Gesundheitsregionen“ bislang keine Lösungsmöglichkeiten.

Inwieweit eine scharfe formale und materielle Prüfung als Konzeptbestandteil der an sich proklamierten, möglichst bürokratiearmen und agilen Konzeption der RIV des Autor:innenkollektivs entgegenläuft, kann vorliegend nicht besprochen werden. Grundsätzlich ist eine Konzeption des Einsparcontractings, das auf einer Datengrundlage aufbaut, die durch die beteiligten Akteur:innen selbst erhoben wird, kritisch zu bewerten

**Im vorgeschlagenen Vergütungssystem, das auf der von Leistungserbringer:innen kodierte Morbidität basiert, bestehen für die damit vergüteten Akteur:innen erhebliche Anreize zur Einflussnahme auf die Kodierpraxis. Das Fehlen von internen oder externen Kontrollmechanismen ermöglicht es, den betriebswirtschaftlichen Gewinn von RIE zu erhöhen, ohne eine relevante Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen. Diese Anreizstrukturen lassen keinen effizienten Einsatz von Beitragsmitteln erwarten.**

These 6

### 3.3.5 Paradigmenwechsel in der Vergütung

Die dargelegten Argumente lassen erkennen, dass die wesentlichen Schwächen der RSA-Finanzierungslogik auch bei veränderten Adressat:innen des Systems – RIE statt Krankenkassen – die gleichen Fehlanreize setzen. Das Kon-

<sup>9</sup> Dabei ist es unerheblich, ob es sich bei der Ausweitung dokumentierter Morbidität um ein Up- oder ein Rightcoding handelt. Für die Versicherten ist auch im besten Fall – eine verbesserte Kodierqualität durch Rightcoding – kein Mehrwert in der Behandlungsqualität oder dem Gesundheitszustand zu erwarten. Im schlechten Fall – eine falsche Kodierung durch Upcoding – aber sind Überversorgung, Nachteile in der Risikobewertung, bspw. bei einem Abschluss privater Zusatzversicherungen oder der Ausschluss von Therapieoptionen mögliche Szenarien.

zept „Innovative Gesundheitsregionen“ nimmt zwar für sich in Anspruch, einen „pay-for-results“-Ansatz zu vertreten; der von den Autor:innen gewünschte Paradigmenwechsel in der Vergütung von Gesundheitsleistungen findet allerdings nur auf der Ebene der RIE statt und ist im Hinblick auf Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung – wie dargestellt – verbesserungswürdig. Richtig ist, dass sich der Populationsbezug auch in der Vergütungslogik der RIE widerspiegelt. In gleicher Weise wirkt aber bereits der Morbi-RSA, nur eben mit den Krankenkassen als Adressaten der beabsichtigten Steuerungswirkung und einer entsprechenden Aufsicht.

Wie aber die eigentlich an der:/dem Patientin:/Patienten handelnden Akteur:innen – insbesondere die ambulant tätigen Ärzt:innen, aber auch Klinikärzt:innen und Heilmittelerbringer:innen – abseits der Rolle als Gesellschafter:innen einer RIE-Managementgesellschaft durch diesen angekündigten Wechsel hin zu einer Vergütung von Gesundheit erfasst werden sollen, ist noch ein unbesprochener Zusammenhang. Die Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ konstatieren explizit, auf Anpassungen der Vergütungsregeln der Sektoren zu verzichten (Hildebrandt et al., 2021) und allenfalls qualitätsbezogene Add-On-Vergütung durch die RIE zu erlauben. Eine solche Add-On-Vergütung ist sogar grundsätzlich zu erwarten, denn Leistungserbringer:innen werden größtenteils nicht ohne zusätzliche finanzielle Anreize neue Aufgaben oder arbeitsintensivere Veränderungen im Versorgungsgeschehen umsetzen. Es ist also wahrscheinlich, dass im Rahmen der Regionalen Integrationsverträge zunächst zusätzliche Mittel in die Versorgung fließen. Dass auf dieser Basis die aus den Vergütungsregeln in der Bestandsaufnahme des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ richtigerweise dargestellten Fehlentwicklungen einer sektorspezifischen Leistungsmaximierung, Mengenausweitung und Einzelleistungsorientierung überwunden werden sollen, ist fraglich.

### 3.3.6 Diskussion der Vergütungslogik aus ordnungspolitischer Sicht

Die im Rahmen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ vorgeschlagene Vergütungslogik ist nicht nur mit Blick auf die anreiztheoretischen Implikationen diskussionswürdig, sondern beinhaltet auch aus ordnungspolitischer Sicht einige wesentliche Aspekte, die es näher zu beleuchten gilt. Die dargestellte Vergütungssystematik kann aus Sicht der RIE durchaus langfristige Erträge versprechen und hat daher für diese Vertragsseite der Regionalen Integrationsverträge eine gewisse Attraktivität. Mindestens ebenso bedeutend ist aber, dass sich auch die Krankenkassen und die Politik als ökonomische Steuerungsinstanz in diesem Konzept wiederfinden. Wie sieht es also mit der Attraktivität der vorgeschlagenen Vergütungslogik für diese Gesundheitsakteur:innen aus?

Krankenkassen verstehen sich nicht nur als Kostenträger:innen, sondern auch als Interessenvertretung der Beitragszahler:innen. Einsparerfolge der Krankenkassen sollen im Wettbewerbssystem der Krankenkassen möglichst direkt den Beitragszahler:innen zugutekommen, indem die kassenindividuellen Zusatzbeitragsätze sinken oder Investitionen in eine bessere Versorgung finanziert

werden können. In den vergangenen Jahren hat sich im Wesentlichen jedoch ein Preiswettbewerb etabliert (Bünnings, Schmitz, Tauchmann & Ziebarth, 2015). Daneben lassen sich auch wettbewerbliche Aktivitäten im Zusammenhang mit der Servicequalität ausmachen. Während sich ebenfalls ein Wettbewerb um Versorgungsangebote anhand von Satzungs- und Ermessensleistungen entwickelte (Moog, Vollmer, Fetzer & Maday, 2019), stützt sich dieser aber kaum auf das Selektivvertragsgeschehen. Es bleibt zu hoffen, dass das Bestreben, wirksame Selektivverträge zu implementieren, künftig einen stärkeren wettbewerblichen Einfluss auf die Kostenträger nehmen wird.

Das vorgelegte Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ zielt explizit darauf ab, perspektivisch für möglichst viele Versicherte einer Region angeboten zu werden. Wenn die oben benannten Möglichkeiten der regionalen oder krankenkassenbezogenen Risikoselektion durch die RIE nicht durchgeführt werden und damit die RIE tatsächlich eine flächendeckende Versorgung anstreben, um eine neue Regelversorgung aufzubauen, wären Krankenkassen als Teilnehmer:innen an einem Wettbewerb um Versorgungsqualität praktisch obsolet. Gleichzeitig würden bisherige Zusammenhänge auf kollektivvertraglicher Ebene ausgehebelt. Für die Frage der Motivation einer Krankenkassenbeteiligung bleibt daneben offen, inwieweit und mit welcher Erwartbarkeit die Krankenkassen dann von den möglichen Einspareffekten partizipieren.

Zunächst erscheint das Vergütungskonzept aus Krankenkassensicht risikoarm. Nur falls sich Einspareffekte durch eine gedämpfte Kostenentwicklung einstellen, fällt überhaupt eine Vergütung für die RIE an. Allerdings wurde gezeigt, dass die Datengrundlage einer Beeinflussung durch die RIE unterliegen kann. Sollten Einspareffekte nur oder aus Teilen eines manipulativen Kodiergebahrens heraus generiert werden, stellt dies für die Krankenkassen ein finanzielles Risiko dar. Ungewöhnliche kassenbezogene Morbiditätsentwicklungen könnten zu Strafzahlungen aus der Auffälligkeitsprüfung nach § 273 SGB V führen.

Diskussionswürdig erscheint daneben das Risiko, mit den RIE auch alle durch krankenkasseneigene Initiativen erzielten Einsparerfolge teilen zu müssen. Krankenkassen unternehmen im Kontext von Kosten-, Leistungs- und Versorgungsmanagement erhebliche Anstrengungen, um Effizienzreserven zu heben. Die Vergütungslogik des Einsparcontractings ist aber offenbar nicht so konstruiert, konkret zu berechnen, welche Maßnahme letztlich zu einer unterdurchschnittlichen Entwicklung der Ist-Kosten eines regionalen Versicherungskollektivs geführt haben und wer diese verursacht hat. De facto werden 75 % aller unterdurchschnittlichen Kostenentwicklungen den RIE als Ertrag zugerechnet.

Krankenkassen können also nur im Falle einer eigenen überdurchschnittlichen Kostenentwicklung von der vollen Effektivität eigener zusätzlicher Einsparpotenziale ausgehen, im Falle einer unterdurchschnittlichen Kostenentwicklung – die möglicherweise erst durch diese zusätzlichen Einsparungen eintritt – müssen sie unter den Bedingungen weitreichend vorhandener Regionaler Integrationsverträge davon ausgehen, nur noch ein Viertel aller Einsparerfolge selbst beitragsatzwirksam realisieren zu können. Im Weiteren müssen Krankenkassen berücksichtigen, dass die zusätzlichen Verwaltungskosten, die als krankenkassenseitige Investitionen gewöhnlich die Voraussetzung zur Möglichkeit der Rea-

lisierung von Einsparpotenzialen bilden, bei der Erfolgsbestimmung mit den RIE gerade keine Berücksichtigung finden.

Beide Effekte – die Beschneidung realer Einsparmöglichkeiten um bis zu 75 % sowie die Nichtberücksichtigung der für ihre Realisierung notwendigen Verwaltungskosten – werden die Realisierung zusätzlicher Einsparmöglichkeiten, die Krankenkassen theoretisch haben könnten, insgesamt deutlich unattraktiver als bisher gestalten. In Bezug auf das Konzept „Innovativer Gesundheitsregionen“ erscheint es daher sinnvoll, auch die Motivation der Krankenkassen für eine Beteiligung an diesem Konzept zu überdenken.

Für die Beitragszahler:innen bedeutet das Konzept, dass die Effizienzreserven des Systems gerade nicht gehoben werden, weil die dafür zentralen Akteur:innen (Krankenkassen) unter Bedingungen flächendeckender Regionaler Integrationsverträge nach dem hier diskutierten Konzept dafür wenig Anreize bieten. Und auch eine Partizipation der Beitragszahler:innen an ggf. realisierten Steuerungsgewinnen lässt sich aus dem Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ nicht direkt ableiten. Die RIE als die wesentlichen Profiteur:innen von erfolgreichem Kostenmanagement – auch dem, das durch die Krankenkassen in Eigenverantwortung initiiert wird – haben wiederum konzeptionell selbst nicht die Kompetenzen, wesentliche Bereiche der Kosten zu beeinflussen, da sie weder die gesetzliche Befugnis noch das Know-how mitbringen, um z. B. Rabattvertragsverhandlungen zu führen, Ausschreibungen zu betreuen oder Krankengeldfallmanagement zu betreiben. Diese Kompetenzen liegen offenbar auch innerhalb des Konzepts der „Innovativen Gesundheitsregionen“ weiterhin bei den Krankenkassen.

**Die vorgeschlagene Vergütungslogik lässt die RIE auch an den von den Krankenkassen erreichten Einsparerfolgen partizipieren. Krankenkassen werden womöglich keinen Anreiz mehr haben, bestehende Effizienzreserven eigenständig zu heben. Andererseits hätten steuerungsaktive Krankenkassen kaum ökonomische Anreize, der RIV beizutreten. Gerade für die Perspektive der Beitragszahler:innen würden sich dann keine positiven ökonomischen Effekte ableiten lassen.**

**These 7**

## 3.4 Zukunftsfonds aus finanzpolitischer Perspektive

### 3.4.1 Konkretisierung der konzipierten Funktionsweise

Die Mittel des Zukunftsfonds erhöhen die Zuweisungen für alle Versicherten der entsprechenden Region – für die ersten drei Jahre um 3 % und für die nächsten drei Jahre um 1 %. Die darauffolgenden vier Jahre erhalten sie keinen Aufschlag und für die Jahre elf bis zwanzig werden die Zuweisungen für insgesamt zehn Jahre um 2 % gesenkt. Ziel dieser Absenkungssystematik ist die Refinanzierung des Zukunftsfonds und damit die Erhaltung der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

Im Rahmen des zwischen einer Krankenkasse und einer RIE geschlossenen Vertrags zur RIV erhält die Krankenkasse über die ersten sechs Jahre einen Beitrag aus dem Zukunftsfonds in Form eines nicht-verzinslichen, nachrangigen Darlehens.<sup>10</sup> Ab dem elften Jahr fließt eine Rückzahlung in den Zukunftsfonds. Je nach Vereinbarung geben die Krankenkassen das Darlehen vollständig oder teilweise als Vertragsleistung an ihre Vertragspartner, die RIE, weiter, was diesen ermöglicht, den externen Investitionsbedarf zu reduzieren und entwickelte Lösungen schneller zu vervielfältigen. Die RIE haben ebenfalls eine Rückzahlungsverpflichtung an die Krankenkassen nach dem oben genannten Modell, von denen die Gelder dann ebenfalls zurück in den Zukunftsfonds fließen (Hildebrandt et al., 2021, S. 43–49).

### 3.4.2 Zuständigkeiten für die Investitionsfinanzierung

Die besonderen Herausforderungen für das Gesundheitswesen vor dem Hintergrund der Megatrends technologischer Fortschritt, Fachkräftemangel und Digitalisierung verursachen einen erheblichen Investitionsbedarf in die Versorgungsinfrastruktur. Dass dabei insbesondere staatliche Investitionen diesen Anforderungen nicht (mehr) entsprechen, zeigt sich nicht zuletzt am Beispiel der sinkenden Krankenhausinvestitionen der Bundesländer (DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2021). Die im Rahmen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ vorgeschlagenen zweckgebundenen Bundesanleihen wären ein gänzlich neuer Weg, staatliche Investitionen zu allokalieren. Allerdings sind gerade im Spannungsfeld eines formal definierten Beitragssystems der GKV mögliche ordnungspolitische Effekte eines solchen Instruments zu diskutieren.

Die Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ sehen den Bund als Emittent von Wertpapieren mit Laufzeiten von zwei, fünf oder zehn Jahren. Eine plausible Begründung für die neue Finanzierungsaufgabe des Bundes ist dem Konzept nicht zu entnehmen. Bisher trägt der Bund keine direkte Verpflichtung zur Übernahme von Investitionen im Gesundheitswesen der GKV. Er beteiligt sich zwar über den aus Steuergeldern gespeisten Bundeszuschuss direkt an der Finanzierung von an die GKV übertragenen Aufgaben, was mit der Abgeltung versicherungsfremder Leistungen begründet wird. Hierunter können jedoch auch die de facto durch die GKV finanzierten, von den Ländern im Sinne der dualen Krankenhausfinanzierung zwar verantworteten, jedoch nicht immer ausreichend getätigten, Investitionen subsummiert werden (Höpfner, Berndt, Schäffer, & Militzer-Horstmann, 2020; RWI – Leibniz Institut für Wirtschaftsforschung, 2017). Der Bund wäre am ehesten für die Investitionen in die Telematikinfrastruktur zuständig, die aktuell ausschließlich durch die Krankenkassen getragen werden (Höpfner et al., 2020). Mit Blick auf bisherige Zuständigkeiten wäre es konsistent, die Bundesländer als Emittenten zu qualifizieren, was zur Ausgabe von Landesanleihen führen würde. Allerdings ist dann zu diskutieren, inwieweit die Länder den verbundenen Verpflichtungen tatsächlich auch nachkommen (können).

<sup>10</sup> In Kapitel 3.4.4 wird auf das Problem der Kreditfinanzierung von Krankenkassen eingegangen.

Das Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ sieht vor, die Mittel aus dem Zukunftsfonds über die Krankenkassen an die RIE zu verteilen. Die Finanzierung der Rückzahlungen inkl. möglicher Zinsen soll über den Zukunftsfonds erfolgen, der über Kürzungen der Zuweisungen der Krankenkassen finanziell ausgestattet wird. Diese Kürzungen erfolgen laut Konzept erst zehn Jahre nach Abschluss der ersten Verträge. Überdies fallen sie anfangs geringer aus als die initialen Ausschüttungen (anfängliche Ausschüttung von 3 % der durchschnittlichen Zuweisungen je Versicherten gegenüber einer Refinanzierung von nur 2 % mit Beginn des Zehn-Jahres-Zeitraums). Die Liquidität des Zukunftsfonds könnte durch diese Rückflüsse zumindest in den ersten zehn bis fünfzehn Jahren wahrscheinlich nicht sichergestellt sein.

Problematisch erscheint daneben, dass die Rückflüsse, die konzeptionell aus Kürzungen der regulären Zuweisungen der Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds bestehen, vornehmlich aus Beitragsmitteln stammen. Das hat zur Folge, dass die Investitionsfinanzierung aus dem Zukunftsfonds nur vordergründig durch ein Finanzierungsinstrument des Bundes erfolgt. Wenn die Rückzahlung des über die Anleihen geflossenen Kapitals und die Finanzierung der Zinsen aus Beitragsmitteln erfolgt, sind die letztlichen Kostenträger:innen der Investitionen die GKV-Beitragszahler:innen. Die Rolle des Bundes als Emittent würde sich dann im Wesentlichen auf die pro forma Versicherung des Ausfallrisikos beschränken. Die Verantwortung für die Investitionsfinanzierung wäre praktisch auf die GKV delegiert.

Das konzipierte Rückflussmodell verschiebt nicht nur die Investitionsverantwortung zwischen Bund und Beitragszahler:innen für die Bereiche, die bisher von den Ländern verantwortet wurden. Den GKV-Mitgliedern wird so auch eine zusätzliche Aufgabe der Finanzierung von ambulanten und stationären Investitionen zugeschrieben. Wenn ambulante Vertragsärzt:innen, Therapeut:innen oder Heilmittelerbringer:innen zukünftig ihren Investitionsbedarf ganz oder teilweise über die Vertragsbeziehungen zu den RIE decken, wirkt das Modell bei Beibehaltung der bestehenden Regeln zu Vergütungssystemen und Vergütungshöhen erbrachter Leistungen (Hildebrandt et al., 2021, S. 49) als On-Top-Finanzierung der Investitionen im ambulanten Bereich. Ordnungspolitisch sollte dieser Zusammenhang intensiv diskutiert werden.

**Das für den Zukunftsfonds vorgeschlagene Rückflussmodell verschiebt die Finanzierungsverantwortung für die aus dem Fonds finanzierten Investitionen von den Ländern und den Leistungserbringer:innen hin zu den Beitragszahler:innen.**

**These 8**

### 3.4.3 Zweckbindung von Beitragsmitteln im Zukunftsfonds

Die Fassung des Konzepts von 2020 sah noch keine Anleihen vor. Der Zukunftsfonds war als „ausgegliederter Arm des Gesundheitsfonds“ (Hildebrandt et al., 2020, S. 32) konstruiert, was seine Ausstattung mit Beitragsmitteln impliziert.

Wenn sich aufgrund der zuvor besprochenen Aspekte eine Rückführung des Konzepts auf den älteren Stand vollziehen sollte, können nachfolgende Überlegungen in Bezug auf die Zweckbindung relevant sein.

Durch Umwidmung der Beiträge als Finanzmittel des Zukunftsfonds verändert sich auch ihre Zweckbindung zugunsten einer Investitionsfunktion. Eine solche Zweckbindung von Mitteln aus dem Gesundheitsfonds ist eine Ausnahmeregelung, die zwar bereits politisch genutzt wurde – etwa im Kontext des Krankenhausstrukturfonds. Im Ergebnis wird bei dieser Finanzierungsform den Krankenkassen jedoch die Hoheit über die Beitragsgelder entzogen.

Bei einer Umwidmung von Beitragsgeldern zu Investitionszwecken kommen diese als zusätzliche Finanzmittel den Leistungserbringer:innen zugute. Gleichzeitig stehen diese Mittel dann nicht mehr zur Finanzierung von Versorgungsleistungen zur Verfügung. Das versorgungsbezogene Volumen des Gesundheitsfonds würde sich um den Wert des Zukunftsfonds reduzieren. Die mitgliederbezogene Änderungsrate, die das über den Risikostrukturausgleich ausgeschüttete Finanzvolumen auf die tatsächlich im Gesundheitsfonds vorhandenen Mittel aus dem einheitlichen Beitragssatz adjustiert, müsste steigen.

Die Krankenkassen würden entsprechend geringere Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Im Ergebnis würden die so entstandenen Unterdeckungen zu höheren Zusatzbeiträgen führen. Dass dieser Anstieg der Zusatzbeitragssätze in diesem Fall nicht nur in Regionen mit RIV stattfinden wird, ist der Logik des GKV-Finanzierungssystems geschuldet. Gesundheitsfondsbedingte Unterdeckungen werden über alle Mitglieder gleichermaßen verteilt. Der durch den Zukunftsfonds nach altem Konzept der Autor:innen wahrscheinlich induzierte Anstieg der Zusatzbeitragssätze wird bereits mit Inkrafttreten und erstmaliger Anwendung des Zukunftsfonds auftreten. Der Anstieg kann dann mittelbar nicht durch erreichte Einsparungen aus der RIV aufgefangen werden.

**Eine konzeptimmanente Zuführung von Beitragsgeldern zu Investitionszwecken zulasten der Verwendung für Versorgungsleistungen kann zu einer Erhöhung der Zusatzbeitragssätze führen. Die Ausgestaltung des aktuellen Finanzierungssystems der GKV impliziert, dass ein solcher Anstieg unabhängig davon zu erwarten ist, ob eine Region von einem RIV erfasst ist.**

**These 9**

### 3.4.4 Private Investitionen ohne unternehmerisches Eigenrisiko

Private Investor:innen sind im GKV-System kein Novum. Sie agieren bisher ausschließlich auf der Seite der Leistungserbringenden. Privatwirtschaftliche Aktivitäten sind an die Übernahme eines unternehmerischen Risikos gebunden; im Falle der Einbindung des Kapitalmarktes besteht insbesondere ein Ausfallrisiko. Die konzeptionell geplanten „Weißen Anleihen“ ermöglichen es jedoch, de facto

ohne ein solches Ausfallrisiko am Erfolg des Gesundheitswesens teilzuhaben. Problematisch erscheint aus ordnungspolitischer Sicht, dass die Solidargemeinschaft in dem Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ die zusätzliche Rendite in Form von Zinsen der Anleihen zu tragen hat. Zuletzt hat sich der Gesetzgeber explizit dagegen entschieden, Fremdkapital in der Gesundheitsfinanzierung der GKV zuzulassen. Gerade wenn für Krankenkassen aktuell keine Möglichkeit zur Aufnahme von Fremdkapital eingerichtet ist, durchbricht die Ausschüttung der Mittel aus dem Zukunftsfonds als nachrangige Darlehen an die Krankenkassen diesen Grundsatz.

**Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ durchbricht den in § 220 SGB V formulierten Grundsatz, dass die Mittel der Krankenversicherung nicht aus Darlehen heraus generiert werden dürfen.**

**These 10**

### 3.4.5 Risikoverteilung des Zukunftsfonds

Das im Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ enthaltene Vorgehen für die Refinanzierung des Zukunftsfonds nach Erstausschüttung der Anschubfinanzierung in den ersten Jahren sieht eine zweifache Verpflichtung für die Erbringung der Rückzahlungsbeträge vor. Zum einen werden die Krankenkassen verpflichtet, den Zukunftsfonds aufzufüllen, indem sie einen prozentualen Anteil ihrer Zuweisungen je Versicherte:n an den Zukunftsfonds überführen. Sie sollen diese Mittel wiederum generieren, indem sie die Vergütung der RIE kürzen.

Das Konzept sieht eine Vergütung vor, wenn sich eine positive Entwicklung der Differenz zwischen Normkosten und Ist-Kosten zeigt. Im Falle einer nicht positiven Entwicklung bleibt jedoch bisher unbesprochen, wie die Zuweisungsausfälle der Krankenkassen finanziert werden. Für solche erfolglosen Fälle sieht das Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ ein beidseitiges Kündigungsrecht der Verträge zur RIV vor. Inwiefern damit die Zahlungsverpflichtungen der RIE an die Krankenkassen abgegolten werden, bleibt offen. RIE ohne regionale Verträge würden wahrscheinlich sofort zahlungsunfähig. In Abhängigkeit ihrer Rechtsform als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) oder Genossenschaft stellen jahrelange Zahlungsforderungen besondere Herausforderungen dar. Dies vorangestellt würde sich ein Refinanzierungsrisiko der Zukunftsfonds-Anschubfinanzierung auf Seiten der Krankenkassen ergeben, da deren Zuweisungen mit größtmöglicher Sicherheit auch zum Zeitpunkt der Fälligkeit der Rückzahlungen noch vorhanden sein werden.

Die Rückzahlungshöhe orientiert sich nicht an der Höhe der ehemals ausgeschütteten Anschubfinanzierung. Sie beträgt 2 % der zum Zeitpunkt des Rückzahlungsbeginns vorliegenden Zuweisungen für jede:n Versicherte:n, die/://der sich zum selben Zeitpunkt im jeweiligen Versichertenbestand befindet. Daraus ergeben sich für Krankenkassen weitere konzeptimmanente Risiken.

Krankenkassen müssen in dem Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ davon ausgehen, dass die über zehn Jahre wirkenden Basiseffekte bei der Zuweisungsberechnung dafür sorgen, dass zum Zeitpunkt der Rückzahlungen weit-aus größere Summen in den Zukunftsfonds rückfließen können als ursprünglich ausgeschüttet wurden. Problematisch dabei ist, dass diese Verpflichtung zum Zeitpunkt des Schließens der Verträge zur RIV nicht seriös abschätzbar ist. Auch grundlegende Änderungen am Zuweisungssystem innerhalb dieses Zehn-Jahres-Zeitraums, wie sie aktuell bspw. durch die Umsetzung des GKV-FKG ausgelöst werden, können die durchschnittlichen Zuweisungshöhen der Versicherten merklich beeinflussen und damit die Rückzahlungsverpflichtungen verändern. Im Weiteren ist zu diskutieren, dass Rückzahlungen in Bezug auf Versicherte eines in der Zukunft liegenden Versichertenbestandes zu leisten sind. Fusionen oder große Mitgliederzuwächse innerhalb der zehn Jahre können die Rückzahlungsverpflichtungen dann erheblich vergrößern, während die Rücklagenplanung diese Risiken gerade in den ersten Jahren kaum berücksichtigen kann.

Im Falle eines Scheiterns der RIE nebst frühzeitiger Vertragsauflösung kann durch dieses Rückzahlungsmodell ein Anreiz entstehen, sich von Versicherten in den entsprechenden Regionen systematisch zu trennen. Die pauschale Zuweiskürzung um 2 % für beinahe alle Versichertengruppen impliziert objektiv eine Unterdeckung. Damit entstehen neue systematische Anreize zur Risikoselektion, was dem Interesse der Versicherten aber auch dem der Gesellschaft insgesamt entgegensteht.

Krankenkassen würden mit der Anschubfinanzierung des Zukunftsfonds ein hohes finanzielles Wagnis eingehen. Bereits oben wurde darauf hingewiesen, die Motivation für Krankenkassen, sich an dem Konzept „Innovativer Gesundheitsregionen“ zu beteiligen, konzeptionell zu überarbeiten. Auf einen bedingt positiven Effekt sei jedoch hinzuweisen: Krankenkassen sind offenbar nicht verpflichtet, die aus dem Zukunftsfonds erhaltene Anschubfinanzierung vollständig an die RIE weiterzuleiten. So kann ein Anreiz konstruiert werden, dass absehbare, kurzfristige Liquiditätsengpässe durch die Mittel aus dem Zukunftsfonds überbrückt werden – als Alternative zu einer wettbewerblich ungünstigen Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes.

**Obwohl der Zukunftsfonds durch Bundesanleihen gespeist werden soll, wird das Finanzierungsrisiko des Zukunftsfonds in letzter Konsequenz durch die Krankenkassen getragen.**

**These 11**

### 3.4.6 Modus Operandi des Zukunftsfonds

Im Weiteren sind einige entscheidende Fragen zur Wirkung von Anschubfinanzierung und Rückzahlung auf das Finanzierungssystem der GKV zu stellen, die im Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ noch unbeantwortet sind:

(Wie) sollen die Mittel...

- ... in der Zuweisungsberechnung berücksichtigt werden?
- ... in die Berechnungen des Morbi-RSA hineinwirken?
- ... im Hinblick auf die Bestimmung regionaler Deckungsbeiträge berücksichtigt werden?
- ... als Ausgaben bzw. Erstattungen berücksichtigt werden?
- ... für den Risikopool und das Berechnungsverfahren der Zu- und Abschläge im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden?

Die Antworten auf diese beispielhaften Fragen können in vielfältiger Weise beeinflussen, inwieweit Krankenkassen ihre Chancen und Risiken für die Teilnahme an dem Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ bewerten. Zudem geben Sie einen Hinweis darauf, ob sich prognostizierbare Über- und Unterdeckungen für einzelne Versichertengruppen und in einzelnen Regionen ergeben, die insbesondere bundesweit tätige Krankenkassen bei ihrer Marktstrategie berücksichtigen werden. Die Gefahren der regionalen Risikoselektion wurden oben bereits angesprochen.

### 3.5 Diskussion des Konzepts mit Blick auf die wesentlichen Akteur:innen

#### 3.5.1 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Krankenkassen

Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ liefert im Wesentlichen zwei Argumente, warum Krankenkassen interessiert sein sollten, an der RIV teilzunehmen: Zum einen sind die Verträge zur RIV in den ersten Jahren insbesondere auf Grund der Anschubfinanzierung interessant, da die initialen Transaktionskosten reduziert bzw. gedeckt werden. Die Zuweisungen des Zukunftsfonds können andererseits für Krankenkassen mit regionalem Preiswettbewerb vorteilhaft sein, um kurz- und mittelfristige Liquiditätsengpässe zu überbrücken. Allerdings ist diese Strategie wohl eher als eine Zweckentfremdung des Konzepts zu verstehen und damit nicht nachhaltig. So verbleibt offensichtlich nur das Argument reduzierter oder möglicherweise entfallender Transaktionskosten. Gleichzeitig ergeben sich verschiedene Risiken durch die RIV, die sich insbesondere durch die verursacherbezogen undifferenzierte und manipulationsanfällige Kostendifferenz bei der Beteiligung an Einsparungen oder durch verschiedene Ausfallrisiken und unkalkulierbare Rückzahlungsverpflichtungen ergeben.

Das Steuerungskonzept der RIV führt im heutigen Wettbewerbsrahmen zu einer Überschneidung des Aufgabenspektrums von RIE und Krankenkassen. Krankenkassen, die mit den RIE Regionale Integrationsverträge abschließen, müssen für das Wirkungsgebiet ihre Steuerungskompetenzen im Bereich Versorgungsorganisation und Prävention an die RIE abtreten. Dass die RIE diese Aufgaben aus einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive besser erfüllen können als die Krankenkassen, ist konzeptionell nicht hinreichend belegt. Ein Argument für die Steuerung von Krankenkassen liegt z. B. darin, dass sie einen direkten Kontakt

zu den Versicherten haben, über Informationen zu den Versorgungshistorien verfügen und die direkte Legitimation vorweisen können, Beitragsgelder solidarisch und zweckgebunden einzusetzen. Zudem kann eine besondere Expertise im Hinblick auf die Versorgungssteuerung ein wichtiges Element der Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte sein.

Die Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ argumentieren, dass das Qualitätsmonitoring, das im Rahmen des Public Reporting-Ansatzes von ihnen vorgeschlagen wird, eine langgehegte Forderung vieler Krankenkassen ist. Daher sei die Umsetzung des Konzepts für sie besonders attraktiv (Hildebrandt et al., 2021, S. 55–57) Die Förderung dieser Wettbewerbsebene wird in der Tat von vielen Krankenkassen als notwendig angesehen (AOK Bundesverband, 2021; GKV-Spitzenverband, 2021; IKK e. V., 2021). Allerdings ist es wohl auch möglich, dass die Herstellung von Transparenz über die Qualität der (regionalen) Versorgung auch gänzlich ohne die Umsetzung der RIV nach dem hier diskutierten Muster möglich ist. Insofern ist zu vermuten, dass das bloße Bedienen einer dringenden Transparenzanforderung an sich noch keinen hinreichenden Anreiz für die Krankenkassen bildet, sich dem Konzept institutionell anzuschließen.

**Der Anreiz zum Abschluss der vorgeschlagenen RIV ist für Krankenkassen noch nicht hinreichend groß, da ein verhältnismäßig geringes Einsparpotenzial von einem relativ hohen Finanzierungsrisiko begleitet wird. Eine Abtretung von eigenen Kompetenzen an die RIE kann dem Selbstverständnis der meisten Krankenkassen widersprechen.**

These 12

### 3.5.2 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Aufsichtsbehörden

Das bisher bestehende materielle Prüfrecht der Aufsichtsbehörden für Verträge der besonderen Versorgungsformen nach § 140a SGB V nimmt Bezug auf Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Vereinbarungen. Wenn das Vertragsverhältnis – wie konzeptionell vorgesehen – zwischen Krankenkassen und RIE auf Musterverträgen beruht, deren Inhalt sich lediglich auf die Vergütung bezieht, entfallen die bisherigen Ansatzpunkte für aufsichtsrechtliches Handeln. Die eigentlichen inhaltlichen Vereinbarungen mit Wirkung auf die Versorgung werden im Verhältnis zwischen Leistungserbringer:innen und RIE geregelt. Hierauf hat die aktuelle Aufsicht keinen Einfluss. Somit würde sich das aufsichtsrechtliche Handeln in der Sicherstellung der Rechtsaufsicht zulasten einer Fachaufsicht erschöpfen.

Dies kann den Nebeneffekt haben, dass die bestehenden Diskussionen zum ungleichen Wettbewerbsrahmen von Krankenkassen unter Bundes- bzw. Landesaufsicht in den Hintergrund treten. Falls die Erwartungen der Autor:innen des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ eintreten und die RIV schrittweise die Regelversorgung ersetzen, werden die Unterschiede in der Beurteilung materieller Prüfungsthemen zwischen Bundes- und Landesaufsicht kaum noch

Relevanz entfalten können. Mit dem durch die RIV einhergehenden Verlust an Steuerungskompetenz der Krankenkassen reduziert sich auch der Einfluss des aufsichtsrechtlichen Handels. Andererseits wird an dieser Stelle erneut deutlich, dass die Versorgung unter der konzipierten RIV von Akteur:innen gestaltet wird, die keiner direkten sozialrechtlichen Kontrolle durch staatliche Aufsichtsbehörden mehr unterliegen.

### 3.5.3 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Regionalen Integrationseinheiten

Für die RIE bietet das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ offenbar ausschließlich gute Chancen bei gleichzeitig geringen Risiken. Die RIE können zum einen relativ risikoarme Organisationsformen wie die GmbH wählen und brauchen sich aufgrund der Konstruktion des Zukunftsfonds nicht um Investor:innen und deren Kapital bemühen. Gleichwohl brauchen auch die RIE Vertragspartner:innen, um die Verträge zur RIV abzuschließen. Das Rückzahlungsrisiko der Investitionen wäre allenfalls bis zur Haftungsgrenze der Organisationsform der RIE begrenzt.

Auch die konzipierte Vergütungslogik würde nur geringe Risiken für die RIE bergen. Bereits die Nutzung möglicher Potenziale bei der Kodierung könnte insbesondere in den ersten Jahren die Erzielung von Erträgen im Sinne eines Windfall-Profits ohne aufsichtsrechtliche Eingriffsmöglichkeiten wahrscheinlich machen. Zudem könnten Einspargewinne der Krankenkassen überwiegend den RIE zufallen, weshalb Krankenkassen mit hohen Steuerungserfolgen für die RIE als Vertragspartner:innen attraktiv sein würden. Die Anreize zur Risikoselektion im Hinblick auf die Vertragspartner:innen und die Regionen unterliegen keinerlei Korrektive. Und sollten sich im schlechtesten Fall auch nur in einem Jahr keine Erträge (mehr) einstellen, stünde allen Partner:innen, also auch den RIE, ein sofortiges Kündigungsrecht der Verträge zur RIV zu. Somit wäre ein schneller Marktaustritt aus einer nicht (mehr) lukrativen Region oder von einem/:/einer nicht mehr lukrativen Vertragspartner:in jederzeit möglich. Etablieren sich solche Optionen unter dem Ziel der sukzessiven Substitution bestehender Regelversorgungslogiken ist zu hinterfragen, inwieweit eine Sicherstellung der Versorgung dann noch bundesweit zu gewährleisten ist.

Aus steuerungspolitischer Perspektive sieht das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ zudem wesentliche Verbesserungen der Möglichkeiten für Managementgesellschaften in der Organisationsform der RIE im versorgungspolitischen System vor. Über die ausgebauten Gesundheitskonferenzen könnte der Nachteil einer fehlenden Datengrundlage für die eigenen strategischen Entscheidungen durch Zugriff auf die Analysemöglichkeiten der Geschäftsstellen ausgeglichen werden. Im G-BA würden Mitspracherechte bei der Gestaltung der für die Geschäftsmodelle der RIE wesentlichen struktur- und steuerungspolitischen Fragen gesichert werden können.

Insgesamt wirkt das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ so, als sollen die RIE (und damit auch Managementgesellschaften, wenn diese als RIE organisiert werden) im Wesentlichen die gestalterische Rolle der Krankenkassen

übernehmen, ohne gleichzeitig die finanzielle Verantwortung für (auch selbst verursachte) Fehlentwicklungen tragen zu müssen. Die im Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ vorgestellten Rahmenbedingungen schaffen für die RIE offensichtlich die im Vergleich zu den anderen Anspruchsgruppen im Konzept attraktivsten Rahmenbedingungen.

#### 3.5.4 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Leistungserbringer:innen

Medizinische Leistungserbringer:innen könnten als Gesellschafter:innen von Managementgesellschaften, die als RIE organisiert sind, ihre freiberufliche Tätigkeit gegen das Risiko von Leistungskürzungen oder Effizienzmaßnahmen der GKV absichern. Im Falle von stagnierenden oder rückläufigen Ist-Ausgaben könnten sie dennoch mit Gewinnen einer Managementgesellschaft rechnen. Zudem könnten insbesondere Vertragsärzt:innen als variabler Dreh- und Angelpunkt der Leistungsveranlassung gesehen werden. Es kann durch das Konzept ein Anreiz konstruiert werden, dass bei der Veranlassung medizinischer Leistungen (Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld) zurückhaltend agiert wird. Wenn dieser konstruierte Anreiz genutzt werden würde, würde die Beteiligung der Leistungserbringer:innen, die institutionell in eine RIE eingebunden sind, an dem Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ ökonomisch besonders vorteilhaft sein.

Wenn jedoch vorausgesetzt wird, dass ärztliches Handeln nur am Wohle der Patient:innen ausgerichtet ist (formalisiert z. B. durch die ärztliche Selbstverpflichtung, oder auch die Vereinbarungen in den Arbeitsverträgen angestellter Ärzt:innen; Höpfner et al., 2021, S. 87) reduzieren sich solche ökonomischen Anreize für die Leistungserbringer:innen aus einer Teilnahme an dem Konzept „Innovative Versorgungsregionen“.

Ungeachtet dieser ökonomischen Komponente erscheint eine Teilnahme der Leistungserbringer:innen an den Verträgen der RIV dennoch attraktiv. Die rein kostenorientierte Vergütungslogik der RIE sieht konzeptionell keine verstärkten Anforderungen oder gar eine Transparenz über die Qualität der medizinischen Leistungserstellung vor.

#### 3.5.5 Regionale Integrationsverträge aus Sicht der Regionen

Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ zielt darauf ab, einen Innovationsanreiz zu setzen, der zu einem Wettbewerb zwischen den Regionen führen soll (Hildebrandt et al., 2021, S. 62). Nach den im Konzept vorgestellten Vorschlägen erscheint dieser vor allem als ein Wettbewerb um Beitragsmittel. Die Verbesserung der Versorgungsqualität in einer Region mit RIV ist mit Blick auf die vorgestellten Anreizstrukturen nicht zwingend erfolgskritisch. Vielmehr bestehen Anreize dafür, dass die Regionen bzw. ihre Leistungserbringer:innen zum einen um zusätzliche Beitragsmittel, vor allem in Form der zusätzlichen Investitionsfinanzierung aus dem Gesundheitsfonds, zum anderen um die zusätzlichen Erfolgsvergütungen konkurrieren.

In einem solchen Wettbewerb um finanzielle Mittel ist zu erwarten, dass diejenigen Regionen einen Initialisierungsvorteil haben, deren Leistungserbringer:innen bereits über etablierte Vernetzungsstrukturen verfügen. Der Aufbau einer RIE auf einer solchen Grundlage erscheint besonders erfolgversprechend. So kann frühzeitig Einfluss auf die Gesundheitskonferenzen und Krankenkassen ausgeübt werden, um entsprechende Verträge zur RIV abzuschließen. Wahrscheinlich könnte dies vor allem auf Regionen zutreffen, in denen schon heute eine dafür entsprechende Versorgungsdichte herrscht. Dann allerdings würden die Investitionsmittel insbesondere dort eingesetzt, wo die Gefahr der Unter- und Fehlversorgung schon heute geringer ist. Bestehende Unterschiede in den regionalen Versorgungskapazitäten würden so verstärkt.

**Der durch das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ beabsichtigte Wettbewerb zwischen Regionen fokussiert sich auf die Akquise zusätzlicher Beitragsmittel und birgt die Gefahr der Festigung bestehender regionaler Unterschiede in den Versorgungskapazitäten.**

**These 13**

### 3.6 Zusammenfassung der zentralen Thesen

Die Analyse wesentlicher Bestandteile des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ zeigt, dass im Hinblick sowohl auf die vorgeschlagenen Anpassungen der Governance-Strukturen als auch auf die skizzierten finanz- und steuerungsrechtlichen Rahmenbedingungen der RIE relevanter Diskussionsbedarf zur Umsetzbarkeit und Konformität der gesetzten Anreize zu versorgungspolitischen Zielstellungen besteht. Zusammengefasst lauten die vorliegend erarbeiteten 13 zentralen Thesen wie folgt:

- Die neuen, besser ausgestatteten Gesundheitskonferenzen könnten mit dem aufgezeigten höheren Ressourceneinsatz zwar zu einer größeren Transparenz über die regionale Versorgungssituation beitragen. Aufgrund fehlender eigener Kompetenzen können sie eigenständig jedoch keine Lösungen spezifischer regionaler Versorgungsprobleme umsetzen. Ein notwendiger Ansatz zur effizienten Einbindung von (finanziellen und personellen) Ressourcen steht noch aus. **These 1**
- Der bloße Austausch von Zuständigkeit für Versorgung lässt in der derzeitigen Ausgestaltung des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ noch keine belastbaren Vorteile für das Gesamtsystem erkennen. **These 2**
- Bei fehlender Möglichkeit zur Mitgestaltung der Standardverträge wäre den Krankenkassen ein Teil ihres Verhandlungsmandates entzogen. Bisher existierende Verhandlungsspielräume der gesetzlichen Krankenversicherungen könnten bei Umsetzung des Konzepts praktisch vollständig entfallen. **These 3**
- Um Anreize zur (regionalen) Risikoselektion bei der Auswahl von Vertragspartner:innen und Regionen zu verringern, ist es bei der Verwendung von Normkosten, die sich am Berechnungsverfahren des Morbi-RSA orientieren, notwendig, alle im Risikostrukturausgleich verwendeten Risikofaktoren zu berücksichtigen. **These 4**

- Ein Vergütungssystem, das auf der Normkostenbestimmung des Risikostrukturausgleichs basiert, verringert die Anreize zur Förderung von effektiven Maßnahmen der Primärprävention für die RIE, weil dadurch eine nachteilige Entwicklung der Deckungsbeiträge der betroffenen Versicherten zu erwarten ist. **These 5**
- Im vorgeschlagenen Vergütungssystem, das auf der von Leistungserbringer:innen kodierten Morbidität basiert, bestehen für die damit vergüteten Akteur:innen erhebliche Anreize zur Einflussnahme auf die Kodierpraxis. Das Fehlen von internen oder externen Kontrollmechanismen ermöglicht es, den betriebswirtschaftlichen Gewinn von RIE zu erhöhen, ohne eine relevante Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen. Diese Anreizstrukturen lassen keinen effizienten Einsatz von Beitragsmitteln erwarten. **These 6**
- Die vorgeschlagene Vergütungslogik lässt die RIE auch an den von den Krankenkassen erreichten Einsparerfolgen partizipieren. Krankenkassen werden womöglich keinen Anreiz mehr haben, bestehende Effizienzreserven eigenständig zu heben. Andererseits hätten steuerungsaktive Krankenkassen kaum ökonomische Anreize, der RIV beizutreten. Gerade für die Perspektive der Beitragszahler:innen würden sich dann keine positiven ökonomischen Effekte ableiten lassen. **These 7**
- Das für den Zukunftsfonds vorgeschlagene Rückflussmodell verschiebt die Finanzierungsverantwortung für die aus dem Fonds finanzierten Investitionen von den Ländern und den Leistungserbringer:innen hin zu den Beitragszahler:innen. **These 8**
- Eine konzeptimmanente Zuführung von Beitragsgeldern zu Investitionszwecken zulasten der Verwendung für Versorgungsleistungen kann zu einer Erhöhung der Zusatzbeitragssätze führen. Die Ausgestaltung des aktuellen Finanzierungssystems der GKV impliziert, dass ein solcher Anstieg unabhängig davon zu erwarten ist, ob eine Region von einem RIV erfasst ist. **These 9**
- Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ durchbricht den in § 220 SGB V formulierten Grundsatz, dass die Mittel der Krankenversicherung nicht aus Darlehen heraus generiert werden dürfen. **These 10**
- Obwohl der Zukunftsfonds durch Bundesanleihen gespeist werden soll, wird das Finanzierungsrisiko des Zukunftsfonds in letzter Konsequenz durch die Krankenkassen getragen. **These 11**
- Der Anreiz zum Abschluss der vorgeschlagenen RIV ist für Krankenkassen noch nicht hinreichend groß, da ein verhältnismäßig geringes Einsparpotenzial von einem relativ hohen Finanzierungsrisiko begleitet wird. Eine Abtretung von eigenen Kompetenzen an die RIE kann dem Selbstverständnis der meisten Krankenkassen widersprechen. **These 12**
- Der durch das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ beabsichtigte Wettbewerb zwischen Regionen fokussiert sich auf die Akquise zusätzlicher Beitragsmittel und birgt die Gefahr der Festigung bestehender regionaler Unterschiede in den Versorgungskapazitäten. **These 13**

Innerhalb des Thesepapiers werden neben diesen 13 zentralen Thesen auch weitere Zusammenhänge erarbeitet, die das Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ kritisch diskutieren. Hierzu sei auf die jeweiligen Kapitel verwiesen.

Die für das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ zentralen Akteur:innen der RIE werden im Hinblick auf ihre Aufgaben und Kompetenzen bisher nur skizziert. Belastbare Argumente dafür, dass diese RIE, möglicherweise als privatwirtschaftlich organisierte Managementgesellschaften auftretend, die Aufgaben von Vernetzung, Strukturierung und Prävention der Versicherten im Rahmen von Verträgen zur RIV effizienter oder effektiver als Krankenkassen durchführen würden, sind nicht hinreichend ausgeführt.

In der Gesamtbewertung erscheint das vorgeschlagene Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ einseitig die RIE und die mit ihnen institutionell verbundenen Leistungserbringer:innen zu begünstigen, während Krankenkassen in die Rolle der Payer und Risikoversicherer zurückversetzt werden. Auf die wesentlichen regionalen Probleme der Versorgung wird ebenso wenig konkret eingegangen wie auf die Berücksichtigung regional heterogener Ausgangsbedingungen. Gleichzeitig kann nach vorliegender Analyse dem Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ nicht entnommen werden, inwieweit eine Ablösung der Regelversorgung tatsächlich zu einer besseren Gesamtversorgung in Deutschland beitragen kann. Vielmehr ergeben sich kritische Diskussionspunkte in Bezug auf Anreize, Ziele der Gesundheitspolitik und auch in Bezug auf die regionale und überregionale Versorgungssicherheit, die in Form von Thesen vorliegend aufbereitet und zur weiteren Besprechung hier ausformuliert wurden.

## 4 Alternative Lösungsansätze

### 4.1 Notwendigkeit von Veränderungen der bestehenden Versorgungsstrukturen

Die Reform der bestehenden Versorgungsstrukturen wird eines der zentralen Themen in der anstehenden neuen Legislaturperiode werden. Die regionalen Problemlagen sind dabei vielfältig: Neben regionaler Über- oder Unterversorgung des morbiditätsbedingten Bedarfs im ambulanten oder stationären Bereichs sind insbesondere der Mangel an Fachkräften für Pflege und Arztsitze sowie die fehlende überregionale Vernetzung der Akteur:innen zur Versorgung spezifischer Krankheitsbilder immer wiederkehrende Herausforderungen auf der regionalen Ebene (Paquet, 2021). Auch die Überwindung des Sektorendenken sowie die Verbesserung der Qualität der Versorgung sind wiederkehrend Teil der Problem-beschreibung der Gesundheitsversorgung (GKV-Spitzenverband, 2021).

Das hier zur Ableitung von Thesen herangezogene Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ weist mit dem Vorschlag der Implementierung eines regelhaften Qualitätsmonitorings im Hinblick auf die Erhebung und Veröffentlichung der Versorgungs-Outcomes auf Ebene der Krankenkassen einen guten ersten Impuls auf, um den Wettbewerbsrahmen der Krankenkassen hin zu einem stärkeren Qualitätswettbewerb weiterzuentwickeln. Darüber hinaus ergeben sich für das Konzept, wie im dritten Kapitel dargestellt, sowohl hinsichtlich der Anpassungen des institutionellen Rahmens als auch hinsichtlich der vorgeschlagenen Vergütungs- und Finanzierungslogik noch Verbesserungspotenziale. Auch im Kontext notwendiger indikationsspezifischer Qualitätsindikatoren bleibt das Konzept ohne Konkretisierung. Im Folgenden soll daher erörtert werden, inwieweit die hier identifizierten Diskussionspunkte im Rahmen anderer Konzepte überwunden werden können, und welche Alternativen ggf. zu besseren Ergebnissen führen können.

### 4.2 Vorschläge zur Anpassung der Governance-Strukturen

Der Problembeschreibung eines zu starken Sektorendenken folgend, plädieren eine Reihe von Akteur:innen dafür, insbesondere die Bedarfsplanung sowie auch die Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung für die bestehenden geteilten Kompetenzen der einzelnen Sektoren zu bündeln.

Die Idee der sektorübergreifenden Bedarfsplanung zur Weiterentwicklung der Versorgung findet breite Unterstützung. Sowohl Landesvertreter der Ärzt:innen (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., o. J.), als auch Stiftungen (Friedrich Ebert Stiftung, 2017) und der GKV-Spitzenverband (2021) sprechen sich in Positionspapieren zur Weiterentwicklung der Versorgung für diese Strategie aus. Die BARMER (2019) skizziert in Gestalt eines sektorübergreifenden Planungsgremiums (z. B. nach § 90a SGB V) eine:n aus ihrer Sicht geeignete:n Akteur:in für die Umsetzung. Mit Blick auf die Sicherstellung schlägt die Techniker Krankenkasse (2021) vor, die Kompetenzen der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V so auszuweiten, dass auch die Erfüllung des

regionalen Sicherstellungsauftrags durch diese Gremien verantwortet wird, wenn eine Unterversorgung in der Region festgestellt wurde.

Den Konzepten der beiden Krankenkassen ist gemein, dass die dort vorgeschlagenen sektorenübergreifend wirkenden Gremien genau an dem Kritikpunkt ansetzen können, der für das Konzept der „Innovativen Gesundheitsregionen“ in Bezug auf die fehlende Einbindung versorgungsrelevanter Akteur:innen der Selbstverwaltung oben beschrieben wurde. Mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (und Landeskrankengesellschaften) entscheiden Akteur:innen mit Planungs- und Steuerungskompetenz sowie Erfahrungen in der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags in den neuen Gremien gemeinsam mit den Landesverbänden der Krankenkassen über die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungsstrukturen. Zudem werden, im Vergleich zu dem Vorschlag der „Gesundheitskonferenzen 2.0“, mit dem Sicherstellungsauftrag neue Kompetenzen in den beschriebenen Gremien gebündelt, sodass zumindest die Möglichkeit besteht, die regionalen Herausforderungen, insbesondere im Hinblick auf eine drohende oder bestehende Unterversorgung, wirksam zu adressieren. Die regionalen Selbstverwaltungsstrukturen würden gestärkt.

### 4.3 Vorschläge zur Anpassung des Vergütungsrahmens

Kernstück des Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ ist die Implementierung einer neuen Vergütungslogik für die Selektivverträge der RIV, von der allerdings nur die RIE als Vertragspartner der Krankenkassen erfasst werden. Weil die Autor:innen des Konzepts explizit die Vergütungslogiken der einzelnen Sektoren konzeptionell nicht anpassen, kann sich daraus ein Wettbewerb nur um Beitragsmittel – nicht um Qualität der Versorgung entwickeln. Auch Anreize zur Auflösung der Sektorengrenzen sind nicht erkennbar.

Demgegenüber werden zahlreiche Vorschläge zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen öffentlich diskutiert, die die Schaffung eines sektorübergreifenden Vergütungsrahmens als zentralen Lösungsvorschlag zur Verbesserung der Schnittstellenprobleme zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung vorsehen. Die unterschiedlichen Vergütungslogiken werden in der wissenschaftlichen Literatur als einer der Hauptgründe für die fehlende Wirksamkeit bisheriger sektorübergreifender Versorgungsansätze wie der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V gesehen (Greß & Schnee, 2017).

So plädiert die Techniker Krankenkasse (2021) für ein eigenes Vergütungssystem für sektorübergreifende Aufgaben neben den etablierten Systemen im ambulanten und stationären Sektor. In die gleiche Richtung gehen Vorschläge der BARMER (2019), die diese sektorübergreifenden Aufgaben insbesondere an der Schnittstelle zwischen allgemeiner fachärztlicher Versorgung und Grund- und Regelversorgung sieht. Die Friedrich-Ebert-Stiftung schlägt sogar eine komplette Anpassung der Vergütungssysteme unter dem Grundsatz „gleiche Vergütung für gleiche Leistung – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung“ (Friedrich Ebert Stiftung, 2017) vor. All diesen Vorschlägen ist gemein, dass durch die Schaffung eines gleichen Vergütungsrahmens ein wesentliches Hindernis der Kooperation auf fachärztlicher Ebene beseitigt werden kann. Hierin liegen nach Ansicht der

Autor:innen dieser Arbeiten die größten Potenziale für eine verbesserte Vernetzung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Ohne den Abbau von sektorenbezogenen Vergütungsunterschieden wird diese sektorenübergreifende Vernetzung wahrscheinlich auch nicht durch neue Akteur:innen wie eine RIE des vorgelegten Konzepts „Innovative Gesundheitsregionen“ in der Breite ermöglicht werden können.

#### 4.4 Vorschläge zur Anpassung der regionalen Leistungserbringerstruktur

Im vorliegend diskutierten Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ werden weder konkrete Vorschläge zur Überwindung der Sektorengrenzen unterbreitet noch werden Wege zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung aufgezeigt. Insbesondere die drohende Unterversorgung in vielen ländlichen Gebieten zwingt aber dazu, auch auf der Ebene der Leistungserbringer:innen neue Kooperationsformen zu entwickeln, um bestehende Versorgungspotenziale vor dem Hintergrund eines Mangels an Ärzt:innen und medizinischen oder pflegerischen Fachkräften besser zu nutzen. Verschiedene Krankenkassen und Kassenverbände schlagen dazu vor, z. B. die Notfallversorgung künftig in integrierten Notfallzentren zu bündeln und auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst im Rahmen einer integrierten Leitstelle besser zu verzahnen (AOK Bundesverband, 2021; BARMER, 2019; IKK e. V., 2021).

Darüber hinaus werden aber auch Überlegungen vorgetragen, die die gesamte ärztliche Grundversorgung stärker bündeln, etwa in Gesundheitsverbänden (BARMER, 2019), die eher der Vernetzung der bestehenden Leistungserbringer:innen dienen. Auch neue Arten bzw. Formen der medizinischen Leistungserbringung werden diskutiert. So sind etwa die „Gesundheitszentren im ländlichen Raum“ (IKK e. V., 2021) oder die „Regionalen interprofessionellen Gesundheitszentren“ (AOK Bundesverband, 2021) neu gedachte Institutionen. Ebenso vorgedacht ist dazu das Konzept der Regionalen Gesundheitszentren, die sowohl Akut- als auch Notversorgung und dabei auch das Leistungsniveau der ambulanten wie auch stationären Grundversorgung abdecken sollen (Techniker Krankenkasse, 2021). Auch die Integration von Pflegeleistungen sowie die Anbindung an überregionale Zentren zur spezialisierten Erbringung komplexerer Versorgungsleistungen sind in dem vorgestellten Konzept der Techniker Krankenkasse (2021) vorgesehen. Allen genannten Vorschlägen ist gemein, dass sie auf dem Weg hin zur institutionellen Bündelung der Leistungserbringung in einer Hand versuchen, die Reibungsverluste zwischen den Sektoren zu minimieren und die vorhandenen Personalressourcen optimal zu nutzen, um so substanzielle Antworten auf die zukünftig drohende Unterversorgung ländlicher und strukturschwacher Räume zu geben.

#### 4.5 Vorschläge zur Anpassung der Finanzierungsbedingungen

Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ sieht mit dem Zukunftsfonds ein neues Instrument zur Finanzierung von Investitionen vor. Die kritischen Diskus-

sionspunkte hierzu wurden oben vorgebracht. Als alternativer Lösungsweg zur Sicherstellung der benötigten Investitionsmittel wird nachfolgend eine stärkere Beteiligung der öffentlichen Hand auf mehreren Ebenen vorgeschlagen.

Zum einen kann dies durch eine direkte Beteiligung mit Fördermitteln der Länder an neuen, sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen wie den mobilen Praxen erfolgen, die die Techniker Krankenkasse (2021) initialisiert hat. Allerdings müssen hierbei die Schwierigkeiten der Länder, ihren Investitionsverpflichtungen im stationären Sektor nachzukommen, zur Diskussion gestellt werden.

Weiterhin wird die Nutzung bestehender Finanzierungsinstrumente wie dem des Krankenhausstrukturfonds vorgeschlagen, um verstärkt in den Umbau der Versorgungslandschaft hin zu sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen zu investieren (BARMER, 2019). Zum anderen wird auch eine Aufstockung des Bundeszuschusses vom GKV-Spitzenverband (2021) gefordert. Allerdings wurde oben aufgezeigt, dass der Bund bisher keine direkte Investitionsverpflichtung für das Gesundheitswesen der GKV erfüllt. Indirekt kann zwar ein Zusammenhang zwischen dem Bundeszuschuss und der versicherungsfremden Finanzierung von Investitionen in die Krankenhausinfrastruktur durch die GKV hergestellt werden. Dieser ist jedoch so nicht intentioniert.

## Literaturverzeichnis

- AOK Bundesverband (Hrsg.). (2021). *Neue Nähe für ein gesünderes Deutschland*. AOK-Positionen zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2021. Online: <<https://www.aok-bv.de/positionen/bundestagswahl-2021/>> (abgerufen am 30.06.2021).
- BARMER (Hrsg.). (2019). *10-Punkte-Papier. Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung*. Online: <<https://www.barmer.de/blob/275010/252182eda24a6638b6dc26c4fa30a54e/data/barmer-berlin-kompakt-2019-nr-3.pdf>> (abgerufen am 30.06.2021).
- BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung (Hrsg.). (2020). *Festlegungen nach § 8 Absatz 4 RSAV für das Ausgleichsjahr 2021*. Online: <<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/risikostrukturausgleich/festlegungen/>> (abgerufen am 30.06.2021).
- Bauhoff, S., Fischer, L., Göppfarth, D. & Wuppermann, A. C. (2017). *Plan Responses to Diagnosis-Based Payment: Evidence from Germany's Morbidity-Based Risk Adjustment*. (CESifo Working Paper, Nr. 6507). DOI: <<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.03.001>> (abgerufen am 30.06.2021).
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (Hrsg.). (2019). *Gesundheitsregionen Plus. Realisierungsstrategie*. Online: <[https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/gesundheitsversorgung/doc/realisierungsstrategie\\_gesundheitsregionenplus.pdf](https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/gesundheitsversorgung/doc/realisierungsstrategie_gesundheitsregionenplus.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Berndt, B. & Häckl, D. (2021). Coronapandemie und Morbi-RSA – Thesen zum Einfluss des Versorgungsgeschehens im 1. Halbjahr 2020 auf die Funktionalität des Ausgleichssystems. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung, 2021(7)*. Online: <<https://www.wig2.de/publikationsreihe/forschungsberichte-heft-7.html>> (abgerufen am 15.09.2021).
- Berndt, B. & Naperkowski, I. (2018). *Stand der Diskussion zu Manipulationsanreizen und Diagnose-manipulationen im Hinblick auf den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich*. Gutachten für die Siemens Betriebskrankenkasse (SBK). Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut) (Hrsg.). Online: <[https://www.wig2.de/fileadmin/content\\_uploads/PDF\\_Dateien/18\\_10\\_29\\_WIG2\\_Expertise\\_Diskussionsstand\\_Kodiermanipulation\\_Morbi-RSA.pdf](https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/18_10_29_WIG2_Expertise_Diskussionsstand_Kodiermanipulation_Morbi-RSA.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Berndt, B., Schrey, C., Schmiedel, L. & Weinhold, I. (2019). *Folgebefragung zum Erstgutachten über die Beeinflussung der vertragsärztlichen Kodierpraxis*. Angefertigt im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK). Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut) (Hrsg.). Online: <<https://www.tk.de/resource/blob/2063214/51b1fca6f379c766fef149822469440/folgebefragung-kodierwettbewerb---morbirs-05-05-2019-data.pdf>> (abgerufen am 30.06.2021).
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.). (2021). *Hausarztssystem*. Online: <<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hausarztssystem.html>> (abgerufen am 11.08.2021).
- Bünnings, C., Schmitz, H., Tauchmann, H. & Ziebarth, N. R. (2015). *How Health Plan Enrollees Value Prices Relative to Supplemental Benefits and Service Quality*. Working Paper. (Ruhr Economic Papers, Bd. 545). Essen. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung (RWI). Online: <[https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.498507.de/diw\\_sp0741.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.498507.de/diw_sp0741.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Busse, R., Drösler, S., Glaeske, G., Greiner, W., Schäfer, T. & Schrappe, M. (2007). *Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich*. Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs. Online: <[https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher\\_Beirat/Gutachten\\_Wissenschaftlicher\\_Beirat.pdf](https://www.bundesamtsozialesicherung.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Wissenschaftlicher_Beirat/Gutachten_Wissenschaftlicher_Beirat.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).

- Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V. (Hrsg.). (o. J.). *Forderungen für eine Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems für Kinder und Jugendliche*. Online: <[https://www.dakj.de/wp-content/uploads/2019/06/Sektoren%C3%BCbergreifende-Versorgung-Forderungspapier-P%C3%A4diatrie\\_Komm.-inkl.-Unterschriften.pdf](https://www.dakj.de/wp-content/uploads/2019/06/Sektoren%C3%BCbergreifende-Versorgung-Forderungspapier-P%C3%A4diatrie_Komm.-inkl.-Unterschriften.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (Hrsg.). (2021). *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern 2020*. Online: <[https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2020\\_DKG\\_Bestandsaufnahme\\_KH-Planung\\_Investitionsfinanzierung.pdf\\_.pdf](https://www.dkgev.de/fileadmin/default/2020_DKG_Bestandsaufnahme_KH-Planung_Investitionsfinanzierung.pdf_.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Deutscher Bundestag (Hrsg.). (2020). *Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung*. Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Britta Haßelmann, Christian Kühn (Tübingen), Dr. Ingrid Nestle, Markus Tressel und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. (Drucksache, 19/21881). Online: <<https://dserver.bundestag.de/btd/19/218/1921881.pdf>> (abgerufen am 13.08.2021).
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W., Wambach, A., Wasem, J. & Wille, E. (2017). *Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs*. Erstellt durch den Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten\\_Wirkung\\_RSA\\_2017.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Sondergutachten_Wirkung_RSA_2017.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Friedrich Ebert Stiftung (Hrsg.). (2017). *Patient first! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen*. (WISO Diskurs, 03/2017). Online: <<https://library.fes.de/pdf-files/wiso/13280.pdf>> (abgerufen am 30.06.2021).
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2021). *Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 20. Legislaturperiode 2021–2025*. Online: <[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service\\_1/publikationen/20210623\\_Positionspapier\\_20\\_LP.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/service_1/publikationen/20210623_Positionspapier_20_LP.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Graalman, J., Rödiger, T., Schirmer, L. & van Maanen, H. (2021). Notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen mit „Weißen Anleihen“ finanzieren. *Welt der Krankenversicherung*, 10(2–3), S. 36–39. Online: <[https://brueckenkoepfede.cdn.prismic.io/brueckenkoepfede/ba5cb51d-d312-4e80-b1e3-86d4381762a9\\_Br%C3%BCckenk%C3%B6pfe\\_Beitrag\\_Welt+der+Krankenversicherung.pdf](https://brueckenkoepfede.cdn.prismic.io/brueckenkoepfede/ba5cb51d-d312-4e80-b1e3-86d4381762a9_Br%C3%BCckenk%C3%B6pfe_Beitrag_Welt+der+Krankenversicherung.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Greß, S. & Schnee, M. (2017). Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung. *G+G Wissenschaft*, 17(3), S. 7–15.
- Häckl, D., Weinhold, I., Kossack, N. & Schindler, C. (2016). *Gutachten zu Anreizen für Prävention im Morbi-RSA*. Gutachten für den IKK e. V. Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen und seine Mitglieder BIG direkt gesund, IKK Brandenburg und Berlin, IKK classic, IKK gesund plus, IKK Nord sowie IKK Südwest. Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut) (Hrsg.). Online: <[https://www.wig2.de/fileadmin/content\\_uploads/PDF\\_Dateien/Gutachten\\_zu\\_Anreizen\\_fuer\\_Praevention\\_im\\_Morbi-RSA.pdf](https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/Gutachten_zu_Anreizen_fuer_Praevention_im_Morbi-RSA.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).

- Hildebrandt, H., Bahrs, O., Borchers, U., Glaeske, G., Griewing, B., Härter, M., Hanneken, J., Hilbert, J., Klapper, B., Klitzsch, W., Köster-Steinebach, I., Kurscheid, C., Lodwig, V., Pfaff, H., Schaeffer, D., Sturm, H., Schrappe, M., Wehkamp, K. H. & Wild, D. (2020). *Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene. Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems*. OptiMedis AG (Hrsg.). Online: <[www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung](http://www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Hildebrandt, H., Bahrs, O., Borchers, U., Glaeske, G., Griewing, B., Härter, M., Hanneken, J., Hilbert, J., Klapper, B., Klitzsch, W., Köster-Steinebach, I., Kurscheid, C., Lodwig, V., Pfaff, H., Schaeffer, D., Sturm, H., Schrappe, M., Wehkamp, K. H. & Wild, D. (2021). *Integrierte Versorgung – Jetzt! Ein Vorschlag für eine Neuausrichtung des deutschen Gesundheitssystems – regional, vernetzt, patientenorientiert*. OptiMedis AG (Hrsg.). Online: <[www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung](http://www.optimedis.de/iv-als-regelversorgung)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Hollederer, A. (2015). Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. *Das Gesundheitswesen*, 77(3), S. 161–167.
- Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C. (2020). Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit. *Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung*, 2020(5), S. 5–46. Online: <[https://www.wig2.de/fileadmin/content\\_uploads/PDF\\_Dateien/Forschungsberichte\\_des\\_WIG2\\_Heft\\_5\\_Versicherungsfremde\\_Leistungen\\_02.pdf](https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/Forschungsberichte_des_WIG2_Heft_5_Versicherungsfremde_Leistungen_02.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Höpfner, T., Militzer-Horstmann, C., Schäffer, T., Schmiedel, L., Schrey, C., Kurscheid, C. & Mollenhauer, J. (2021). *Studie zur Identifikation von Zusammenhängen zwischen der Trägerschaft und der Qualität labormedizinischer Leistungserbringung in Deutschland*. Im Auftrag des ALM e. V. – Akkreditierte Labore in der Medizin e. V. Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung (WIG2 Institut) (Hrsg.). Privates Forschungsinstitut für Gesundheits- und Systemgestaltung (figus GmbH). Online: <<https://www.alm-ev.de/wp-content/uploads/2021/06/210608-Studie-ALM-WIG2-figus.pdf>> (abgerufen am 13.08.2021).
- IKK e. V. (Hrsg.). (2019). *Stellungnahme des IKK e. V. zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit für den Entwurf eines Gesetzes für eine faire Kassenwahl in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/Stellungnahmen\\_WP19/GKV-FKG/19-04-16\\_IKKev\\_Stellungnahme\\_GKV-FKG\\_RefE\\_final.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/GKV-FKG/19-04-16_IKKev_Stellungnahme_GKV-FKG_RefE_final.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- IKK e. V. (Hrsg.). (2021). *Anforderungen des IKK e.V. an eine zukunftsgewandte und krisenfeste Gesundheitspolitik*. Online: <[https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Positionen-2021/Downloads/Bundestagswahl-Brosch%C3%BCre\\_WEB.pdf](https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Positionen-2021/Downloads/Bundestagswahl-Brosch%C3%BCre_WEB.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Landtag Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (2018). *Entwicklung der Gesundheitsregionen in NRW*. Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage 868 vom 13. März 2018 des Abgeordneten Gordon Dudas SPD; Drucksache 17/2180. (Drucksache, 17/2291). Online: <<https://s3.kleine-anfragen.de/ka-prod/nw/17/2291.pdf>> (abgerufen am 30.06.2021).
- RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.). (2017). *Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich*. Endbericht des Gutachtens im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten\\_Investitionsfoerderung\\_Krankenhausbereich.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Berichte/Gutachten_Investitionsfoerderung_Krankenhausbereich.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).

- Moog, S., Vollmer, J., Fetzer, S. & Maday, C. (2019). *Auswirkungen der Satzungsleistungen nach § 11 Absatz 6 SGB V auf den Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und zur privaten Krankenversicherung. Forschungsdatengutachten. Endbericht*. Prognos AG (Hrsg.). Online: <[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/19-02-04\\_Prognos\\_Endbericht.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/19-02-04_Prognos_Endbericht.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Paquet, R. (2021). Regionale Versorgungsgestaltung: keine Standardlösung für unterschiedliche Probleme. *G+G Wissenschaft*, 21(3), S. 15–22.
- Reimann, C. (2020). Ländliche Regionen stärken und medizinische Versorgung sichern. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 74(2), S. 24–26.
- Rieser, S. (2008). Zweifel an der Wirksamkeit. Hausarztmodelle in Deutschland. *Deutsches Ärzteblatt*, 105(4), Artikel 135.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.). (2021). *Positionierung. Die Zukunft der ländlichen Versorgung*.
- Thomas, D. & Matusiewicz, D. (2014). Die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) in Deutschland - ein Auslaufmodell? In: B. H. Mühlbauer (Hrsg.). *Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft*. (Gesundheitsökonomie, Bd. 10). Berlin: LIT, S. 162–173.
- Weinhold, I., Claus, F., Kossack, N. & Häckl, D. (2017). *Gutachten zum Forschungsprojekt „Kodierwettbewerb“: Einflussnahme auf die ärztliche Kodierpraxis und Auswirkungen der Gesetzesänderungen zur Vermeidung von Kodierbeeinflussungen gem. HHVG*. Gutachten für die Techniker Krankenkasse. Online: <[https://www.wig2.de/fileadmin/content\\_uploads/PDF\\_Dateien/TK-Gutachten-zur-Einflussnahme-von-Krankenkassen.pdf](https://www.wig2.de/fileadmin/content_uploads/PDF_Dateien/TK-Gutachten-zur-Einflussnahme-von-Krankenkassen.pdf)> (abgerufen am 30.06.2021).
- Weinhold, I., Schindler, C., Kossack, N., Berndt, B. & Häckl, D. (2019). Economic impact of disease prevention in a morbidity-based financing system: does prevention pay off for a statutory health insurance fund in Germany? *The European journal of health economics: HEPAC: health economics in prevention and care*, 20(8), S. 1181–1193.



1/2019

**Heft 1**

**Häckl, D., Kossack, N., Schindler, C., Weinhold, I. & Wende, D.** Weiterentwicklung der Morbiditätsparameter im Morbi-RSA – 7 Thesen und Vorschläge. Diskussionspapier.

**Winkler, J., Schwarz, R., Gantner, T., Nack, D. & Schwarz, M.** Blockchain: Die Demokratisierung des Gesundheitswesens? White Paper zur Funktionsweise und den Erfolgsfaktoren für eine Anwendung der Blockchain im Gesundheitswesen.

2/2019

**Heft 2**

**Schwarz, M.** Kritische Bewertung des Versorgungsprozesses von MRSA-Patienten. Bearbeitung der Forschungsfragestellung im Rahmen einer Master-Thesis am Ludwig Fresenius Center for Health Care Management and Regulation der HHL Leipzig Graduate School of Management.

3/2019

**Heft 3**

**Schäffer, T.** „Statistical illiteracy“ im Gesundheitswesen am Beispiel des Mammographie-Screenings. Seminararbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Studiengang Wirtschaftswissenschaften.

**Lintener, H.** Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in Deutschland. Bachelorarbeit an der Hochschule Fulda im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Studiengang Gesundheitsökonomie und -politik.

1/2020

**Heft 4**

**Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F. & Schmiedel, L.** Editorial. Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2019.

**Schäffer, T.** Ursachen regionaler Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland: Eine empirische Analyse mit Abrechnungsdaten. Masterarbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

**Schrey, C.** Selection and Incentive Effects of Gatekeeping on Healthcare Utilisation in Germany. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Volkswirtschaftslehre an der Universität Leipzig.

2/2020

**Heft 5**

**Höpfner, T., Berndt, B., Schäffer, T. & Militzer-Horstmann, C.** Versicherungsfremde Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Verteilungswirkungen und Verteilungsgerechtigkeit.

3/2020

**Heft 6**

**Dohmen, S.** Risikofaktoren für Vorhofflimmern und deren Einfluss auf die Entstehung eines Vorhofflimmerns: Eine Analyse mittels Cox-Regression. Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Science – Angewandte Mathematik.

**Kirchgeorg, F.** Technologien zur Indoor-Lokalisierung im Krankenhaus. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Wirtschaftsinformatik.

1/2021

### Heft 7

**Militzer-Horstmann, C., Stutzer, F., Schmiedel, L. & Hamm, A.** Wissenschaftlicher WIG2 Jahresrückblick 2020.

**Berndt, B. & Häckl, D.** Coronapandemie und Morbi-RSA. Thesen zum Einfluss des Versorgungsgeschehens im 1. Halbjahr 2020 auf die Funktionalität des Ausgleichssystems.

**Stutzer, F.** Urheberrecht in der wissenschaftlichen Praxis.

2/2021

### Heft 8

**Büttner-Janner, R.** E-Health in Deutschland: Entwicklungsperspektiven und internationaler Vergleich mit Fokus auf Interoperabilität im Gesundheitswesen. Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science – Wirtschaftsinformatik.

## Impressum

Forschungsberichte des Wissenschaftlichen Instituts  
für Gesundheitsökonomie und Gesundheitssystemforschung  
(Forschungsberichte des WIG2 Instituts)  
Online-ISSN 2628-4103

### Herausgeber

WIG2 GmbH  
Wissenschaftliches Institut für Gesundheitsökonomie und  
Gesundheitssystemforschung  
© 2021 bei den Verfassern. Alle Rechte vorbehalten.

### Vertreten durch

Dr. Dennis Häckl, Geschäftsführer  
Dr. Thomas Höpfner, Geschäftsführer

### Kontakt

Anschrift: Markt 8, 04109 Leipzig  
Website: [www.wig2.de](http://www.wig2.de)  
Telefon: + 49 341 392940-0  
E-Mail: [forschungsbereichte@wig2.de](mailto:forschungsberichte@wig2.de)

### Redaktion

Dr. Carsta Militzer-Horstmann  
Franziska Stutzer

### Druckerei

FLYERALARM GmbH  
Alfred-Nobel-Str. 18  
97080 Würzburg

Ausgabe

**03/2021, Heft 9**

Benjamin Berndt, Dennis Häckl, Melanie Mäder & Thomas Höpfner. **Anreiztheo-  
retische Diskussion zum Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“ als Weiter-  
entwicklung der integrierten Versorgung.**