

# Regionale Versorgungsgestaltung: keine Standardlösung für unterschiedliche Probleme

von Robert Paquet<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Regionale Versorgungsgestaltung ist in aller Munde.** Dabei sind jedoch viele Fragen offen: Was wird unter Region verstanden? Welche Probleme sollen in den Regionen besser gelöst werden als bisher oder andernorts? Wer sollen die entscheidenden Akteure sein? Welche Konsequenzen ergeben sich für das Finanzierungssystem? Am weitesten ausgearbeitet ist ein Konzept zu „Gesundheitsregionen“ von Bündnis 90/Die Grünen. In der Auseinandersetzung damit zeigt sich, was geht und was nicht. Selektivverträge können regionale Versorgungsaufgaben gezielt ansteuern. Bei bestimmten Rahmenbedingungen sind wettbewerbliche Lösungen sinnvoll.

**Schlüsselwörter:** Gesundheitssystem, integrierte Versorgung, Selektivverträge, Kommunen, Krankenkassen

**Regional care-planning is on everyone's lips.** However, many questions remain unanswered: What is meant by region? Which problems should better be solved in the regions (better than before or better than elsewhere)? Who should be the key players? What are the consequences for the financing system? The concept on "health regions" by Bündnis 90/Die Grünen is the most extensive so far. Close scrutiny reveals which parts of it work and which do not. Selective contracts are able to target regional supply tasks. Under certain framework conditions, competitive solutions make sense.

**Keywords:** health system, integrated health care, selective contracts, municipalities, health insurance companies

## 1 Einleitung

Seit einigen Jahren wird immer mehr über eine dezentrale beziehungsweise regionale Gestaltung der Gesundheitsversorgung gesprochen. Das gilt für die Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, aber auch zunehmend für die Politik. Damit wird angeknüpft an eine lange Tradition der Beschäftigung mit kommunaler beziehungsweise regionaler Gesundheitspolitik, die bis in die 1980er-Jahre zurückreicht (Schröder et al. 1986). Zudem ist durch die Corona-Pandemie der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) wieder stärker ins Bewusstsein gerückt. Der „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ soll das Ansehen und die Aufgaben der 376 kommunalen Gesundheitsämter aufwerten (BMG 2020).

Bei der CDU/CSU ist die Stärkung des ÖGD inzwischen Regierungsprogramm. Auch die SPD plant, den ÖGD zu stärken. In ihrem „Zukunftsprogramm“, das ein außerordentlicher Bundesparteitag am 9. Mai 2021 beschlossen hat, wurde

in letzter Minute und wohl als Reaktion auf die Grünen noch der Satz eingebaut: „Wir stärken die Kommunen bei der Einrichtung und beim Betreiben der integrierten medizinischen Versorgungszentren.“ Außerdem wird den öffentlichen Krankenhäusern eine zentrale Rolle zur „Stärkung des Gemeinwohls“ zugewiesen (SPD 2021, 18). Bei der FDP sollen „Integrierte Gesundheitszentren ... dabei unterstützen, die regionale Grundversorgung“ zu sichern (FDP 2021, 37). Die Linke will die Krankenhäuser rekommunalisieren und „die Kommunen dabei unterstützen, eigene Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zu betreiben und so die Versorgung zu sichern, gerade im ländlichen Raum“ (Die Linke 2021, 25–28). Zur Sicherung der medizinischen Versorgung auf dem Lande will sogar die AfD den „Ausbau von Arztpraxen/Polikliniken/MVZ mit angestellten Ärzten auch unter der Trägerschaft der Kommunen“ (AfD 2021, 48).

Mit der größten Kontinuität und Konsequenz propagieren allerdings die Grünen eine stärkere Rolle der Regionen bei

<sup>1</sup> Dr. rer. pol. Robert Paquet, Duisburger Str. 7 · 10707 Berlin · Telefon 030 88680734 · E-Mail: rp@robert-paquet.de

der Gestaltung der Versorgung. Dem Wahlprogramm zufolge sollen „Gesundheitsregionen mit enger Anbindung an die Kommunen gefördert werden. ... Insbesondere die Einrichtung von kommunalen Gesundheitszentren“ soll unterstützt werden (*Bündnis 90/Die Grünen 2021, 63*). Besonders ernst zu nehmen ist diese Zielsetzung, weil sich auch die Kanzlerkandidatin Annalena Baerbock in ihrer ersten Rede nach der Nominierung explizit hinter das Konzept gestellt hat (*Baerbock 2021*). Zugrunde liegt dabei der Antrag der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen „Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung“ von August 2020 (*Deutscher Bundestag 2020*). Hinter diesem Antrag wiederum steht ein detaillierter Plan, der von einer Autorengruppe um Helmut Hildebrandt ausgearbeitet worden ist (*Hildebrandt et al. 2020 a und b*). Wegen seines exemplarischen Charakters kommen wir später auf dieses Konzept zurück.

In den Gesundheitsregionen soll alles das gelingen, was bisher stets versprochen wurde, aber selten eingelöst werden konnte: die Integration der Sektoren, der Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung, eine wirksame Prävention und die gleichberechtigte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe – einschließlich des Versprechens, dass damit Effizienzgewinne eingefahren werden können oder sich die Regionalisierung mindestens kostenneutral gestalten lässt. Dabei bleiben viele Fragen offen, denn wenn man über die Banalität hinauskommen will, dass jede Versorgung in Raum und Zeit stattfindet, das heißt immer auch einen örtlichen Bezug hat, ist (vor allem) zu klären, was das spezifisch Regionale der Probleme ist und wer die entscheidenden Institutionen beziehungsweise Akteure auf dieser Ebene sein sollen.

## 2 Was wird eigentlich unter Region verstanden?

Bei fast allen politischen Äußerungen zum Thema bleibt etwas changierend, was mit Region eigentlich gemeint ist. Klar ist das jedoch bei den Ländern, die in der immerwährenden Auseinandersetzung mit dem Bund zum Beispiel 2011 den § 90a SGB V („gemeinsames Landesgremium“) durchgesetzt haben. Die damit verbundenen Hoffnungen auf eine bessere Integration der Sektoren in der Versorgung oder eine bessere Abstimmung der Krankenhaus- und kassenärztlichen Bedarfsplanung wurden jedoch bisher enttäuscht. Klar ist aber, dass für die Länder – so unterschiedlich sie auch sind – ihre Ebene die Region ist. Dann gibt es die über 120 sogenannten Planungsregionen, die aber nach Größe und Einwohnerzahl sehr heterogen sind und mit Gesundheitsversorgung wenig zu tun haben (*Destatis 2020*).

Angesichts der durch Corona bedingt erhöhten Aufmerksamkeit für den ÖGD wird oft auf die Landkreise und Kommunen als Region Bezug genommen. Bei einem Blick auf die bei Wikipedia sehr sorgfältig zusammengetragenen Rechtsgrundlagen für die Gesundheitsämter beziehungsweise ihre Organisation in den einzelnen Ländern zeigt sich dafür allerdings keine Einheitlichkeit („*Gesundheitsamt*“, 2021). Träger sind zwar meistens die Landkreise beziehungsweise kreisfreien Städte (Tabelle 1), wenn man die jedoch betrachtet, fällt vor allem ihre Heterogenität auf. Der größte Landkreis in Deutschland, die Mecklenburgische Seenplatte, ist mit circa 5.500 Quadratkilometern und einer Einwohnerzahl von rund 250.000 doppelt so groß wie das Saarland mit der vierfachen Bevölkerungszahl und selbst sechs Landkreisen. Die Millionenstädte Berlin und Hamburg zählen jeweils als ein Kreis. Kreise wiederum sind Administrationseinheiten, die historisch aus den verschiedensten Gründen entstanden sind. Nur bilden sie keine gesundheits- beziehungsweise versorgungsbezogenen Regionen ab.

Eine regionale Versorgungssteuerung kann somit nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich auf Gebietseinheiten bezieht, die tatsächlich ein Netzwerk der Inanspruchnahme (im ambulanten und stationären Bereich) abbilden beziehungsweise abbilden sollten. Es ist jedoch unwahrscheinlich, dass sich dafür deutschlandweit ein einheitlicher Standard definieren lässt. Dafür sind die jeweiligen Ausgangsbedingungen und Problemstellungen zu unterschiedlich. Die bevorzugte Größenordnung im Regionalmodell der Grünen liegt dementsprechend bei 150.000 Einwohnern, was manchen Landkreisen entspricht, gegebenenfalls aber auch anders kombiniert werden müsste. Das BrAVo-Konzept der Barmer mit seinem Benchmarking regionaler Arztnetz-Versorgung soll in einer ländlichen Region mit circa 80.000 Einwohnern erprobt werden (Landkreis Rhön-Grabfeld) (*Augurzky et al. 2018*). Das Projekt „Gesundes Kinzigtal“, das für viele Regionalisierungs-Ideen Pate steht, bezieht sich auf eine Region mit 71.000 Einwohnern (*Gesundes Kinzigtal 2021*). Die Unterschiedlichkeit der regionalen Planungsaufgaben zeigt sich auch an der gegensätzlichen Bevölkerungsentwicklung, die bei der Steuerung der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden muss (Abbildung 1).

## 3 Regionale Probleme und Zielsetzungen

Im Hinblick auf die Defizite der Versorgung werden üblicherweise drei typische Probleme genannt, die einen regionalen Bezug haben:

- In bestimmten ländlichen (und meistens dünn besiedelten) Regionen gibt es einen schon manifesten oder mindestens drohenden Mangel in der Grundversorgung. Lokale Hausarztpraxen können nicht besetzt oder nachbesetzt werden.

TABELLE 1

## Die Organisation der deutschen Gesundheitsämter

Land	Träger der Gesundheitsämter	Zuständige Behörden im Sinne des Infektionsschutzgesetzes
<b>Baden-Württemberg</b>	35 Landkreise und 3 der 9 Stadtkreise als untere Gesundheitsbehörden	Ortspolizeibehörden
<b>Bayern</b>	71 Landratsämter und 5 der 25 weiteren Kreisverwaltungsbehörden als untere Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz	96 Kreisverwaltungsbehörden
<b>Berlin</b>	12 Bezirksamter	12 Bezirksamter
<b>Brandenburg</b>	14 Landkreise und 4 kreisfreie Städte	14 Landkreise und 4 kreisfreie Städte
<b>Bremen</b>	Gesundheitsämter Bremen und Bremerhaven	Ordnungsamt, Magistrat Bremerhaven, Hafenamtsamt
<b>Hamburg</b>	7 Bezirksamter	7 Bezirksamter
<b>Hessen</b>	19 Landkreise, 4 kreisfreie Städte und ein Zweckverband	21 Landkreise und 5 kreisfreie Städte
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	6 Landkreise und 2 kreisfreie Städte	6 Landkreise und 2 kreisfreie Städte
<b>Niedersachsen</b>	35 Landkreise, 7 kreisfreie Städte und ein Zweckverband	35 Landkreise, 8 kreisfreie Städte und ein Zweckverband
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	31 Kreise und 22 kreisfreie Städte als untere Gesundheitsbehörden	Städte und Gemeinden (örtliche Ordnungsbehörden)
<b>Rheinland-Pfalz</b>	24 Kreisverwaltungen als untere Gesundheitsbehörden	24 Kreisverwaltungen und 12 Stadtverwaltungen
<b>Saarland</b>	6 Gemeindeverbände als untere Gesundheitsbehörden	Ortspolizeibehörden
<b>Sachsen</b>	10 Landkreise und 3 kreisfreie Städte	10 Landkreise und 3 kreisfreie Städte
<b>Sachsen-Anhalt</b>	11 Landkreise und 3 kreisfreie Städte	11 Landkreise und 3 kreisfreie Städte
<b>Schleswig-Holstein</b>	11 Kreise und 4 kreisfreie Städte (Fachdienst Gesundheit und andere)	11 Kreise und 4 kreisfreie Städte
<b>Thüringen</b>	17 Landkreise und 6 kreisfreie Städte	17 Landkreise und 6 kreisfreie Städte

Die Organisation der Gesundheitsämter ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt. Die Träger sind oft Landkreise und kreisfreie Städte, die zuständigen Behörden jedoch zum Teil völlig andere Instanzen, etwa Ortspolizeibehörden.

Fachärzte sind weit entfernt. Die örtlichen Krankenhäuser sind meist klein, oft wenig leistungsfähig und haben ebenfalls Probleme bei der Personalgewinnung.

In den Ballungszentren gibt es oft das Phänomen der Überversorgung, gleichzeitig mit einer nicht bedarfsgerechten Verteilung der ambulanten ärztlichen Angebote.

Oft wird eine Konzentration vor allem der Fachärzte in den „besseren“ Stadtteilen beklagt, bei gleichzeitiger Unterversorgung der sozial schwächeren Teilgebiete. Meist konkurrieren in den Zentren mehrere Krankenhäuser mit gleichen Leistungsangeboten, statt sich zu spezialisieren und zu kooperieren beziehungsweise sich nach dem Leistungsbedarf im Stadtgebiet abzustimmen.

- Für die qualifizierte Versorgung chronisch Kranker stellen sich besondere Probleme: Wenn die Erkrankung oder ihre jeweilige Ausprägung weniger häufig ist, muss die Versorgung über die kleinräumigen Einheiten der Grundversorgung hinaus organisiert werden. Fachlich spezialisierte, jedoch überregionale Netzwerke in Verbindung mit Zentren der Spitzenmedizin müssen hier entwickelt werden. Gleichzeitig müssen diese die Verzahnung mit der örtlichen Grundversorgung der Patienten organisieren.

Die Steuerung im deutschen Gesundheitswesen ist bekanntlich fragmentiert; die einzelnen Institutionen, soweit sie überhaupt ernsthaft steuern wollen, handeln nicht abgestimmt (*Richard 2020, 895 ff.*). Hier setzen viele Überlegungen zur Problemlösung an. So wünschenswert die Zielsetzung einer integrierten Versorgung (IV) auch ist: Sie bleibt abstrakt und ist wenig zielführend, wenn sie nicht für die unterschiedlichen Situationen mit unterschiedlichen Instrumenten angegangen wird. Einen versorgungspolitischen Passepartoutschlüssel bietet dafür auch die Regionalisierung nicht.

Entscheidend ist die Frage: Wer kann was in den jeweiligen Gebieten tun? So müsste die Krankenhausbedarfsplanung leistungsbezogen umgestaltet werden, wie es in Ansätzen bereits in einigen Ländern umgesetzt wird (*PD 2019*). Außerdem brauchte die Steuerung wirksamere Instrumente; Ansätze mit einer Weiterführung des Strukturfonds und mit einem Umbau der Investitionsfinanzierung werden diskutiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssten mehr Verantwortung für eine regional bedarfsgerechte Planung der ambulanten Versorgung übernehmen, verbunden mit einer Schärfung der Steuerungsinstrumente und dem ökonomischen Druck, sie tatsächlich anzuwenden. Die Krankenkassen sollten das Recht zu Selektivverträgen, die die Zuständigkeit der Planungsinstanzen an regionalen Punkten überschreiten können, stärker nutzen. Mit der Neufassung von § 140a SGB V sind die Voraussetzungen dafür deutlich verbessert worden. Nach Absatz 1 Satz 3 wurde der regionale Bezug sogar explizit als Möglichkeit eröffnet.

Vor diesem Hintergrund ergeben sich traditionelle, aber nicht chancenlose Antworten für die drei genannten Handlungsfelder:

- Die Versorgungsprobleme in den ländlichen Regionen müssen eigentlich im Rahmen des Sicherstellungsauftrages gelöst werden. Untätigkeit bleibt bei den KVen jedoch bisher ohne Konsequenzen. Der im Prinzip mögliche

Betrieb von Arztpraxen in Eigenregie findet so gut wie nicht statt. Die Kommunen sind kaum in der Lage, selbst medizinische Versorgungszentren zu gründen und zu betreiben. Die entsprechenden gesetzlichen Vorgaben müssten zielorientiert geändert werden. Für die fachärztliche Versorgung bietet das Konzept der „Integrierten Versorgungszentren“ (*Schmid et al. 2018*) einen guten Ansatz. Dieser könnte angesichts des erfolgreichen Digitalisierungsschubs im Gesundheitswesen mit telemedizinischen Versorgungselementen ergänzt werden. Sinnvoll wäre es, wenn in unterversorgten Regionen die Krankenkassen bei kompensatorischen Versorgungsverträgen gemeinsam agieren würden. Für Versorgungswettbewerb ist hier das Angebot zu knapp.

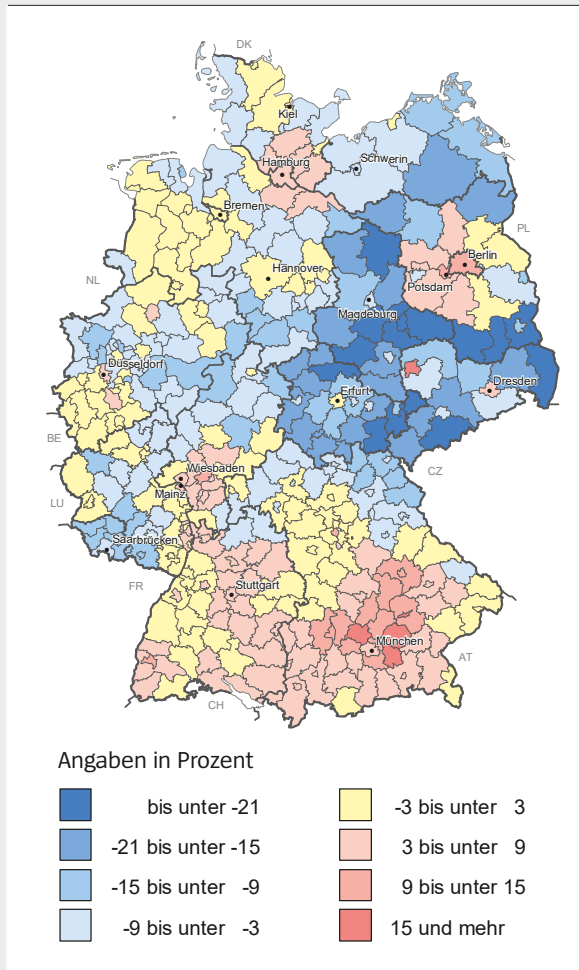
- In den Ballungszentren und großen Städten müssten die KVen kleinräumiger in die Verantwortung für die Sicherstellung genommen werden. Unter dem Gesichtspunkt der Effizienz könnte hier der Wettbewerb der Kassen eine tragende Rolle spielen. In unterschiedlichen Netzwerken von Haus- und Fachärzten sollten (und könnten) qualitätsgesicherte Kooperationsverbände organisiert werden, und zwar mit Managed-Care-Elementen, die auch die Versicherten oder die Patienten durch die Einschreibung in Wahltarife in die Effizienzstrategie einbeziehen. Ohne ihre aktive Mitwirkung und Mitverantwortung sind grundlegende Verbesserungen der Versorgung ohnehin nicht zu erwarten (*Amelung et al. 2020, 42 ff.*). Dabei sollten auch die Krankenhäuser einbezogen werden, um deren Orientierung auf den spezifischen (stationären) Leistungsbedarf zu stärken.
- Für den Bedarf chronisch Kranker könnten ebenen- und regionsübergreifende Versorgungsnetze gebildet werden. Sie haben zwar immer einen regionalen Anker. Oft braucht es aber die individuelle Unterstützung durch Kümmerer vor Ort, beispielsweise *social care nurses* als koordinierende Pflege- und Beratungskräfte (*Schlingensiepen 2021*; viele Beispiele im Sammelband *Hahn und Kurscheid 2020*). Es gilt aber auch, darüber hinaus die spezielle und bisweilen überregionale Fachkompetenz zu nutzen, wie es etwa beim Parkinson-Netzwerk Ostachsen gelingt (*PANOS 2021*). Dort wird die Betreuung in der Fläche mit der Therapieberatung durch die Universitätsklinik Dresden kombiniert. Erforderlich sind dazu unterschiedliche Verträge auf verschiedenen (regionalen) Ebenen. Grundsätzlich dürfte die Einführung eines eigenständigen Anspruchs auf Case-Management im SGB V in der nächsten Legislaturperiode auf der politischen Tagesordnung stehen.

## 4 Wer sind die entscheidenden Akteure?

Eine regionale Steuerung der Versorgung braucht Akteure, die über die örtlichen Verhältnisse informiert, regional präsent und handlungsfähig sind. Das ist angesichts der insti-

ABBILDUNG 1

## Entwicklung der Bevölkerung Deutschlands nach Kreisen von 2017 bis 2040



Die Karte zeigt die prognostizierte Entwicklung der Gesamtbevölkerung Deutschlands im Zeitraum 2017 bis 2040. Regionale Ebene sind die Landkreise beziehungsweise die kreisfreien Städte Deutschlands.

tutionellen Vielfalt im deutschen Gesundheitswesen keine kleine Herausforderung. Am ehesten infrage kommen die Kommunen, Gebietskörperschaften und die Krankenkassen.

Die Kommunen und Kreise sind zweifellos regional präsent, und bestimmte Versorgungsprobleme werden auch an die Amtsträger herangetragen, zum Beispiel an die Landräte. Bei den Kommunen und Kreisen gibt es jedoch kein systematisches Wissen zur regionalen Versorgung, also zum Leis-

tungsgeschehen und zu den Kosten. Ihre Einwirkungsmöglichkeiten beschränken sich auf die Trägerschaft einzelner Krankenhäuser und (marginal) auf das Gründungsrecht für medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder ärztliche Eigenrichtungen, wie in §§ 95 Abs. 1a und 105 Abs. 5 SGB V geregelt. Dabei müssen Krankenhäuser unternehmerisch geführt werden und eignen sich daher (ohne besondere Refinanzierung) nur wenig für gesundheitspolitische Initiativen.

Die in den Kommunen zuständige Behörde wäre das Gesundheitsamt. Die Corona-Pandemie hat überdeutlich gezeigt, dass der ÖGD personell und nach seiner Ausstattung in einem schlechten Zustand ist. Schon seinen eigentlichen Aufgaben ist er bisher nur bedingt gewachsen. Für die Versorgungssteuerung ist er nicht qualifiziert. Im Vorschlag der Autorengruppe (Hildebrandt et al. 2020 a), der den Regionalansatz der Grünen unterstützt, wird daher auch relativ viel Aufwand betrieben, für die Kommunen überhaupt eine dafür geeignete Informationsbasis zu schaffen. Versorgungssteuerung erfolgt im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach dem Vertragsprinzip. In diesem System spielen die Kommunen jedoch bisher keine Rolle.

Die Krankenkassen dagegen haben die entscheidenden Daten zum Versorgungsgeschehen und den gesetzlichen Auftrag zur vertraglichen Steuerung. Für die Kassen spricht auch, dass hier Planungs- und Finanzverantwortung in einer Hand liegen. Aus der Perspektive einer populationsorientierten Gesundheitspolitik ergibt sich jedoch das Problem der Kassenvielfalt. Nur Krankenkassen mit einem größeren Marktanteil haben ein Motiv und das Potenzial, regionale Selektivverträge zu schließen. In Ballungsräumen könnte aus dem Problem jedoch ein Vorteil werden: Bei einem großen und vielfältigen Leistungsangebot könnten durchaus mehrere kassenspezifische Integrationsmodelle nebeneinander im Wettbewerb stehen. In unterversorgten und ländlichen Gebieten wäre indessen zu erwägen, ob die Kassen zu einem gemeinsamen Vertragshandeln verpflichtet werden sollten. Die jüngste Umgestaltung des § 140a SGB V lässt alle erforderlichen Vertragsoptionen zu.

Die neue Vorliebe der Politik für eine regionale Steuerung ist teilweise nachvollziehbar. Grund ist eine gewisse Enttäuschung über die Krankenkassen und eine tendenzielle Wettbewerbsmüdigkeit. Als neue Hoffnungsträger bieten sich die Kommunen und Landkreise an. Im Denken unserer Gesundheitspolitiker gibt es inzwischen eine große Sympathie für die Gleichmäßigkeit der Versorgung und eine ebenso tiefe Skepsis gegenüber wettbewerblichen Unterschieden. Eine Gretchenfrage der Gesundheitspolitik lautet daher immer noch: Wie viel Unterschiedlichkeit hält das Gesundheitswesen beziehungsweise halten die Gesundheitspolitiker aus? Dabei müsste die Frage gerade umgekehrt gestellt werden: Sind die zu lösenden Probleme nicht so unterschied-

lich, dass man etwas anderes braucht als Standardlösungen? Dabei ist den Befürwortern regionaler Lösungen meist nicht bewusst, dass sie die ungeliebten Unterschiede im Wettbewerb der Kassen durch die Unterschiede ihrer regionalen Lösungen ersetzen wollen. Was bereitet dem Gerechtigkeitsempfinden mehr Schmerzen? Das Fazit kann nur heißen, dass es in beiden Fällen Leitplanken für die Bandbreite der erlaubten Variationen geben muss. Von einer Innovationskultur wie in der Schweiz mit einem Wettbewerb vielfältiger Managed-Care-Tarifmodelle (einschließlich finanzieller Anreize für die Versicherten) sind wir jedoch noch meilenweit entfernt (Amelung et al. 2020, 42 ff.).

## 5 Finanzierung und regionale Budgets

Die Idee der IV stellt die Trennung der sektoralen Vergütungssysteme und ihrer jeweiligen Anreizlogik infrage. In der ambulanten ärztlichen Vergütung gibt es – vor allem für die hausärztliche Vergütung – bereits einen Trend zur Pauschalierung. In einer sektorenübergreifenden Perspektive müsste die Vergütung stationärer Leistungen miteinbezogen werden. Für ein regionales Versichertenkollektiv könnte – zunächst rein rechnerisch – aus den individuellen Leistungsausgaben der Kassenmitglieder oder deren Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) ein Budget gebildet werden. Das ginge bereits über eine *capitation* hinaus und führte je nach Größe des Kollektivs zu einer erheblichen Risikonivellierung. In überwiegend staatlich organisierten Gesundheitssystemen, aus denen im Allgemeinen die (positiven) Regionalbeispiele zitiert werden, und ohne vielfältige privatwirtschaftliche Leistungserbringer sind regionale Budgets im Grundsatz einfach zu bestimmen und zur Steuerung einzusetzen. Auch dort bleibt aber das Problem, sie mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung zu administrieren und Unterversorgung zu vermeiden.

Im deutschen Gesundheitssystem kommt das zentrale Problem hinzu, dass man zur Bewirtschaftung des Budgets ein Konsortium von Leistungserbringern brauchte, das die Gesamtverantwortung für die regionale Gesundheitsversorgung des Kollektivs übernimmt (Augurzy et al. 2018, 64 ff.). Im Regionalvertragsmodell der Grünen wird dafür eine Managementgesellschaft zwischengeschaltet, die für die Effizienz bei der Zusammenarbeit der Leistungserbringer sorgen soll und dementsprechend die Vergütung leistungs- und qualitätsgerecht zuteilt (Hildebrandt et al. 2020 b). Das wäre im deutschen Gesundheitssystem sehr voraussetzungsreich – nicht nur, weil mehrere Kassen zusammenwirken müssten, um die relevanten Marktanteile zu erreichen, sondern auch, weil sich die beteiligten Leistungserbringer (durchaus mit dem Risiko von Umsatzverlusten) dem veränderten Vertragsregime unterwerfen müssten.

Regionale Gesundheitsbudgets in diesem Sinne sind bisher nur ein Gedankenexperiment (Benstetter et al. 2020; Stiftung Münch 2020). Als Rechengröße beziehungsweise Benchmark können sie aber nützlich sein. Punktuelle Zwischenschritte, etwa im Sinne von Pay-for-Performance-Modellen einzelner Kassen oder Kassenverbände, könnten schon heute für bestimmte Indikationsbereiche und Netzwerke von Leistungsanbietern angesteuert werden. Letzteres könnte auch ohne Managementgesellschaften, direkt mit Selektivverträgen der Kassen funktionieren (Augurzy et al. 2018).

## 6 Das Regionalmodell der Grünen

Das Modell der Gesundheitsregionen (Deutscher Bundestag 2020; Bündnis 90/Die Grünen 2021) zielt auf die Implementation der IV und versucht, den Beteiligten neue Anstöße zum Handeln zu geben. Dabei findet eine intensive Auseinandersetzung mit vielen der oben genannten Aspekte statt, etwa zur Informationsbasis und Erfolgskontrolle der IV-Verträge oder zu den Zielen und der Ausgestaltung einer verbesserten Zusammenarbeit der Leistungserbringer (Hildebrandt et al. 2020 a). Als regionaler Rahmen wird die Kreisebene vorgeschlagen. Die Gebietskörperschaften sollen neben der Gesundheitsförderung die wesentlichen Vorgaben für die Versorgung machen. Die sollen über den Umweg realisiert werden, dass die Kommunen die Kassen zu entsprechenden Regionenverträgen verpflichten können. Im Kern soll eine gewinnorientierte Managementgesellschaft (MG) die Leistungserbringer so steuern, dass durch rationalen Mitteleinsatz (zum Beispiel Arzneimittel, Operationen) und eine bessere Koordination der Leistungen Effizienzgewinne entstehen. An diesen soll die MG beteiligt werden. Die Kassen sollen nach den Vorgaben der MG die Selektivverträge mit den Leistungserbringern beziehungsweise deren Netzwerken schließen. So weit der Plan.

Problematisch sind dabei vor allem vier Punkte:

1. Es ist zweifelhaft, ob die Kommunen und Kreise sachgerechte Vorgaben für IV-Verträge machen können. Dann sollen sie den Abschluss solcher Verträge forcieren, indem sie die Kassen öffentlich für deren Nichtzustandekommen rechtfertigen müssen. Dabei ist bemerkenswert, dass die Kassen die einzigen Institutionen sind, die unter Druck gesetzt werden, obwohl sie – im Unterschied zu allen anderen Beteiligten – im Grundsatz an IV-Verträgen interessiert sind. Die Widerstände kamen in der Vergangenheit doch meist von anderen: zum Beispiel von den Aufsichten; die KVen haben immer wieder Ärzte an der Teilnahme gehindert. Die größte Herausforderung ist ohnehin, die – ökonomisch weitgehend saturierten – Leistungserbringer zur Beteiligung zu motivieren. Ein System, das von Freiwilligkeit und besserer wissenschaftlicher Expertise leben soll, verträgt jedoch keine Pressionen

- (Rechtfertigungs- beziehungsweise Beitrittszwang), und schon gar nicht beim Einstieg.
2. Gemäß dem Bundestagsantrag der Grünen soll über den RSA ein Anreizmechanismus für die Kassenbeteiligung etabliert werden. Über zehn Jahre soll es für die Versicherten der vertragsbeteiligten Kassen erhöhte Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds geben, denen für die folgenden zehn Jahre entsprechende Abschläge gegenüberstehen. Diese sollen durch die vermuteten Effizienzgewinne (auch nach Abzug der MG-Kosten und bestimmter Investitionen) locker zu finanzieren sein. Bei der öffentlichen Anhörung zu dem Antrag im Bundestag warnten die Kassenvertreter allerdings nachdrücklich vor einer Funktionalisierung des RSA als Anreizinstrument für die Regionalverträge. Der RSA müsse transparent und versorgungsneutral bleiben. Incentives für solche Verträge könne man auch anders setzen. Außerdem seien dadurch – neben den umstrittenen Regionalfaktoren im RSA – zusätzliche Selektionsanreize im Hinblick auf die Regionen zu befürchten (*Deutscher Bundestag 2021: Knieps, 9, und Weller, 12 f.*).
  3. Kritisch zu sehen ist auch die vorgesehene Rolle der Managementgesellschaften: Eine professionelle Koordination im Versorgungsnetz ist sicher erforderlich und muss auch honoriert werden. Ob für diese Aufgabe jedoch privatwirtschaftliche Gesellschaften mit Gewinnabsichten geeignet sind, wird infrage gestellt (*Gruhl 2021*). Die Kassen dagegen sind im Antrag zu wenig eingebunden und auf die Rolle der Finanziere reduziert. Sie sollten und wollen aber inhaltlich mehr mitgestalten (*Deutscher Bundestag 2021: Mohrmann, 7 und 10 f.*).
  4. Die Ausgangssituation und damit die Bedarfslage für IV-Verträge ist sehr stark von den jeweiligen örtlichen Verhältnissen abhängig. Das Konzept der Grünen sieht aber Standardverträge für die Beauftragung der MG durch die Kassen vor. „One size fits all“ werde nicht funktionieren, so formulierte es Matthias Mohrmann von der AOK Rheinland/Hamburg in der Anhörung (*Deutscher Bundestag 2021, 7*).

## 7 Zusammenfassung und Fazit

Regionalität ist en vogue, aber in vieler Hinsicht ein Gummibegriff. Auch was mit regionaler Versorgungsgestaltung gemeint ist, muss jeweils im Kontext näher betrachtet werden. Dabei ist im Ergebnis festzustellen:

- Die regionalen Problemlagen sind sehr unterschiedlich. Eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung lässt sich nicht nach einem einheitlichen Schema oder einem Standardvertrag erreichen.
- Die Veränderung der Versorgungsstrukturen im Sinne einer stärkeren Integration wird nur schrittweise vorankommen. Dabei sind die Möglichkeiten regionaler Selektionsverfahren

- inzwischen deutlich verbessert. Die Politik kann die Rahmenbedingungen (zum Beispiel für die Aufsicht) und die Förderung dafür weiter verbessern. Eine Koppelung an den RSA wäre dabei kontraproduktiv.
- Die Kommunen und Kreise sind als Initiatoren und Verantwortliche für die regionale Versorgungssteuerung nicht geeignet. Ihnen fehlt die erforderliche Informationsbasis und die Kompetenz für das Vertragsgeschäft. Planung und Finanzverantwortung sollten aber in einer Hand liegen.
  - Integrationsverträge lassen sich nicht erzwingen. Eine bessere Kooperation kann nur auf Freiwilligkeit beruhen. Profitorientierte Managementgesellschaften erscheinen für diese Aufgabe als problematische Akteure. Gemeinnützige Konstruktionen oder Gemeinschaftsunternehmen von Kassen und Leistungserbringern stiften mehr Vertrauen.
  - Man wird Unterschiede in der Versorgung akzeptieren müssen. Ohne Differenzierung wird es keinen Fortschritt geben. Dabei wird es je nach Ausgangslage Unterschiede zwischen wettbewerblichen Modellen und Unterschiede zwischen Regionen geben. Beide dürfen jedoch den Rahmen der solidarischen Krankenversicherung nicht sprengen.
  - Wettbewerbliche Lösungen für unterversorgte und ländliche Regionen sind wenig wahrscheinlich. Hier müssen die Kassen (neben den KVen etc.) gegebenenfalls zu gemeinsamem und einheitlichem Handeln verpflichtet werden.

Leistungserbringer und Kassen sind ideenreich und kooperationsbereit. Das haben die vielen (regionalen) Projektanträge zum Innovationsfonds gezeigt. Die Selbstverwaltung verdient mehr Vertrauen, als die Politiker ihr zugestehen wollen. Klar ist auch: Nicht alle Probleme lassen sich über veränderte Vertragsformen lösen. So muss zum Beispiel der Anspruch auf ein effektives Case-Management (Stichwort: Kümmerer) als Leistungsanspruch künftig stärker im Gesetz verankert werden.

### Literatur

- AfD (2021):** Leitantrag der Programmkommission zum 12. Bundestag der AfD in Dresden, 10. bis 11. April 2021; [www.afd.de/bpt-12/](http://www.afd.de/bpt-12/) → Tagesordnung + Leitantrag
- Amelung V et al. (2020):** Nachmachen erlaubt: Innovative Ansätze aus dem Schweizer Gesundheitssystem. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 74, Heft 6, 42–48
- Augurky B et al. (2018):** Versorgung und Vergütung regional gedacht: Von der Volumen- zur Wertorientierung. *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Jg. 72, Heft 4–5, 64–71

**Baerbock A (2021):** Verändern statt zu versprechen: Meine Kandidatur für das Kanzler\*innenamt; annalena-baerbock.de → Beitrag 19. April 2021

**Benstetter F et al. (2020):** Potenziale prospektiver regionaler Gesundheitsbudgets am Beispiel spanischer und amerikanischer Erfahrungen. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin: Springer, 69–90

**BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020):** Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Begriffe von A-Z → Öffentlicher Gesundheitsdienst (Pakt)

**Bündnis 90/Grünen (2021):** Deutschland. Alles ist drin. Programmwurf zur Bundestagswahl 2021; gruene.de → Suche: Wahlprogramm

**Destatis (2020):** Planungsregionen nach Fläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte am 31.12.2019; destatis.de → Themen → Länder und Regionen → Regionales

**Deutscher Bundestag (2020):** Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung. Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther et al. Drucksache 19/21881 vom 26. August 2020. Berlin; dip.bundestag.de → Dokumentenart: Bundestag-Drucksache, Dokumentennummer: 19/21881

**Deutscher Bundestag (2021):** Wortprotokoll der 148. Sitzung – Ausschuss für Gesundheit. Berlin, den 24. März 2021, Protokoll-Nr. 19/148; bundestag.de → Ausschüsse → Gesundheit → Öffentliche Anhörungen

**FDP (2021):** Nie gab es mehr zu tun. Wahlprogramm der Freien Demokraten; fdp.de → Programm → Bundestagswahlprogramm

**Gesundes Kinzigital (2021):** Daten & Fakten – Aus einem Modellprojekt wird ein gesundes Kinzigital; gesundes-kinzigital.de → Über uns → Daten & Fakten

**Gesundheitsamt (2021):** Wikipedia [online] <https://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Gesundheitsamt&oldid=211277437>

**Gruhl M (2021):** Glaubwürdigkeit statt unternehmerisches Eigeninteresse. Observer Gesundheit, 5. Februar 2021; observer-gesundheit.de → Politische Analysen

**Hahn U, Kurscheid K (Hrsg.) (2020):** Intersektorale Versorgung – Best Practice – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Wiesbaden: SpringerGabler

**Hildebrandt H et al. (2020 a):** Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 1. Welt der Krankenversicherung, Jg. 9, Heft 7–8, 164–172; optimedis.de → Publikationen → Fachartikel → 2020 von uns

**Hildebrandt H et al. (2020 b):** Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 2. Welt der Krankenversicherung, Jg. 9, Heft 9, 210–219; optimedis.de → Publikationen → Fachartikel → 2020 von uns

**Die Linke (2021):** Leitantrag zum Wahlprogramm zur Bundestagswahl 2021. Vorabveröffentlichung; die-linke.de → Wahlen

**PANOS (2021):** Digitalisierte, sektorenübergreifende integrierte Versorgung von Parkinsonpatient\*innen in Ostsachsen; uniklinikumdresden.de → Das Klinikum → Universitätscentren → ZEVG → Projekte → Aktuelle Projekte → ParkinsoNetzwerk Ostsachsen (PANOS)

**PD – Berater der öffentlichen Hand GmbH (2019):** Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen. Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen; broschuerenservice.mags.nrw → Suche: Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen

**Richard S (2020):** Von der sektorenübergreifenden zur sektorenunabhängigen Versorgung. Der Internist, Jg. 61, Heft 9, 895–902

**Schlingensiepen I (2021):** Innovationsfonds-Projekt: „MoniKa“ verbessert Versorgung multimorbider Patienten nicht. Ärzte Zeitung, 30. März 2021; aerztezeitung.de → Politik → Versorgungsforschung

**Schmid A, Hacker J, Rinsche F, Distler F (2018):** Intersektorale Gesundheitszentren. Ein innovatives Modell der erweiterten ambulanten Versorgung zur Transformation kleiner ländlicher Krankenhausstandorte. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Bayreuth, Oktober 2018

**Schröder FW, Diekmann F, Neuhaus R, Rampelt J (1986):** Kommunale Gesundheitsplanung. Stadtforschung aktuell, Bd. 13. Basel, Boston, Stuttgart: Birkhäuser Verlag

**SPD (2021):** Das Zukunftsprogramm – Wofür wir stehen. Was uns antreibt. Wonach wir streben; spd.de

**Stiftung Münch (Hrsg.) (2020):** Prospektive regionale Gesundheitsbudgets – Internationale Erfahrungen und Implikationen für Deutschland. Heidelberg: medhochzwei Verlag

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 15. Juni 2021)

## DER AUTOR



**Dr. rer. pol. Robert Paquet,**

Jahrgang 1953, hat Soziologie und Volkswirtschaftslehre an der FU Berlin studiert. Er ist seit 2008 freier Journalist im Gesundheitswesen und seit 2018 Mitarbeiter beim OBSERVER-Gesundheit. Von 2008 bis 2017 war er Redaktionsmitglied des Gesundheitspolitischen Informationsdienstes (gid), zuvor Geschäftsführer Politik und Öffentlichkeitsarbeit des BKK-Bundesverbandes, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Niedersachsen sowie Referent für Gesundheitspolitik der SPD-Bundestagsfraktion. Von 1980 bis 1987 arbeitete er als wissenschaftlicher Projektleiter im Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), Berlin.