



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
**19(14)305(4)**  
gel. VB zur öffentl. Anh. am  
24.03.2021  
18.03.2021



# GESUNDHEITSREGIONEN – AUFBRUCH FÜR MEHR VERLÄSSLICHKEIT, KOOPERATION UND REGIONALE VERANKERUNG IN UNSERER GESUNDHEITSVERSORGUNG

STELLUNGNAHME DER KBV ZUM ANTRAG DER  
BUNDESTAGSFRAKTION BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN VOM 26. AUGUST  
2020, BT-DRS. 19/21881

18. MÄRZ 2021

## VORBEMERKUNG

Koordination und Kooperation sind die DNA einer gelungenen Gesundheitsversorgung und dies auf allen Ebenen der Versorgung: Bund, Land und Ortsebene. Der Vorschlag einer enger verzahnten, nah am Versorgungsbedarf einer Region von ca. 150.000 Menschen ausgerichteten Verbundstruktur wird deshalb als ein aussichtsreiches Modell angesehen, das weiterverfolgt werden sollte. Die vorgeschlagenen Rahmenbedingungen erlauben unter Evaluationsbedingungen hinreichend Erfahrung zu sammeln, um diesen Ansatz bei erfolgreicher Umsetzung einer weiteren Verbreitung zugänglich zu machen. Solche Regionalverträge sind aufgrund fehlender Marktdurchdringung allerdings nicht mit einer Krankenkasse alleine zu schließen (und falls ja, wäre nur das AOK-System dazu in der Lage). Aus diesem Grund sollte ein solcher Ansatz von vornherein kassenübergreifend gedacht und angelegt werden.

Unbenommen der hier vorgeschlagenen Vernetzung wird auch heute schon koordinierte Versorgung gelebt: alle an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufe und hier ebenfalls die Vertragsärztinnen und –ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind informell und unbürokratisch miteinander mit anderen Gesundheitsberufen und Einrichtungen vernetzt, wie Analysen der Netzwerkforschung eindrucksvoll belegen. Insofern sollte der Verbundaufbau - soweit es geht - ohne zusätzliche Overhead-Aufwendungen und Bürokratismen einhergehen. Die Managementenerfahrung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), auch bei der Etablierung von lokalen Praxisnetzen unter Beweis gestellt, sollte dabei nutzbar gemacht und in die Verbundbildung integriert werden.

Die Gesundheitsberufelandschaft ist durch die Komplexierung moderner Medizin und der Schaffung immer weiterer Gesundheitsberufe nicht nur für Patientinnen und Patienten unübersichtlich geworden. Mit fortschreitender Fragmentierung der Versorgungszuständigkeiten droht der erforderliche Überblick über die Versorgungssituation sowohl im Einzelfall, als auch für Patientengruppen verloren zu gehen. Aus diesem Grunde sollte der Stärkung der Primärversorgung und hier der hausärztlichen Versorgungsebene maßgebliche Bedeutung eingeräumt werden. Weitere Gesundheitsberufe der Primärversorgung, wie im Antrag vorgeschlagen, sollten eng an Hausärztinnen und Hausärzte angebunden sein, idealerweise in der Praxis angestellt, und erforderliche Leistungen im Team erbringen. Die Schaffung weiterer Schnittstellen durch freistehende primärversorgende Berufsgruppen in eigener Praxis sollten zur Vermeidung einer Verantwortungsdiffusion vermieden werden. Wenn nicht von Anfang das Primat der Koordinierungsfunktion der hausärztlichen Versorgung gestärkt wird, kann auch der im Antrag vorgeschlagene Gesundheitsberuferrat eine solche Entwicklung nicht verhindern.

# ZUM ANTRAG IM EINZELNEN

Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

- 1. darauf hinzuwirken, dass bis zum Jahr 2025 10 Prozent der Bevölkerung in „Gesundheitsregionen“ versorgt werden und mit diesem Ziel einen Gesetzentwurf vorzulegen,**

a) der in Anlehnung an den bestehenden § 140a SGB V (Besondere Versorgung) eine spezifische gesetzliche Regelung für „Gesundheitsregionen“ als Möglichkeit für gesetzliche Krankenkassen zum Abschluss von regionalen populationsorientierten, indikationsübergreifenden und integrierten Versorgungsverträgen mit regionalen Ärztenetzen oder anderen regionalen Akteuren schafft (Gesundheitsregionenvertrag) sowie weitere Regelungen zu deren Ausgestaltung enthält,

## Kommentierung der KBV

In Anbetracht der Fragmentierung von Versorgung durch immer mehr Gesundheitsberufe, spezialisierten Leistungsangeboten und den durch den demographischen Wandel bedingten, veränderten Lebensumständen (z. B. Trend zu Einzelhaushalten) unter Auflösung von bisherigen Sozialstrukturen, wie der Familie, kommt der verbesserten Koordination und Kommunikation aller an der Versorgung vor Ort beteiligten Akteure wachsende Bedeutung zu. Entsprechend ist zu begrüßen, dass das regionale Zusammenwirken von Gesundheitsberufen und –einrichtungen im Mittelpunkt dieser Initiative stehen.

Zu begrüßen ist auch, dass damit nicht Fehler vorangegangener Ansätze wiederholt werden sollen: So wird auf eine Einschreibung von Versicherten in das neue Versorgungskonzept genauso verzichtet wie Überlegungen der verpflichtenden Teilnahme. Auch werden, zumindest in diesem Stadium, bestehende bewährte Strukturen der (gemeinsamen) Selbstverwaltung nicht zur Disposition gestellt, sondern dienen als Grundlage für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hin zu regionaleren Strukturen. Die Abgrenzung des Begriffes „regional“ ist dabei fließend. In der Begründung wird der (Land-)Kreis oder Gebiete mit 150.000 Einwohnern als angemessenes Korrelat bezeichnet, so dass auch der Begriff lokale Gesundheitsregionen zutreffen könnte.

Für den im Antrag vorgeschlagenen Ansatz sprechen auch darin zumindest implizit enthaltene regionale Gestaltungsspielräume, die beispielsweise die Einrichtung von **intersektoralen Gesundheitszentren (IGZ)**, wie von der KBV vorgeschlagen, ermöglichen können.

Ärzteseitig wird diese Regionalität jenseits der Ebene der KV-Region bzw. des –bezirks als Landesabgrenzung schon seit längerer Zeit in Form von Praxisnetzen aktiv gefördert. Doch auch ohne formale Verbundbildung zeigen Untersuchungen, dass alle an der Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Teil eines informellen, lokal ausgestalteten und unbürokratischen Netzwerks ihrer Versorgungsverpflichtung nachkommen. Nicht immer bedarf es der notwendigerweise bürokratischen, mit Overhead-Aufwendungen verbundenen Strukturbildung zur Verbesserung von Kooperation und Koordination. Insofern ist zu begrüßen, dass der verfolgte Ansatz mit genügend Freiheitsgraden der Teilnahme und Umsetzung eine echte Chance bietet, regional verbundene Versorgungssysteme zu fördern.

Die Grundanlage des § 140 SGB V ist allerdings nach wie vor selektivvertraglich ausgerichtet. Die Erfahrung mit Selektivverträgen zeigt, dass im Grunde nur das AOK-System in der Lage ist, nachhaltig populationsbezogene Verträge in einzelnen Regionen umzusetzen. Die Vorstellung, dass kleinere Kassen, auch als Verbund, entsprechende Ziele verfolgen können, darf als aussichtslos bewertet werden. Insofern sollte klargestellt sein, dass alle Krankenkassen einer Region an dem Gesundheitsregionenansatz beteiligt werden. Das Abgebot einer Regionalversorgung sollte aus einer Hand erfolgen.

Nur so ist die aufwändige Prozessumstellung, Beteiligung an Gremiensitzungen wie Lokalkonferenzen etc. für ambulante wie stationäre Akteure und Einrichtungen wirtschaftlich vertretbar zu bewältigen.

Wird dies so nicht vorgesehen, werden Mehrfachmitgliedschaften von VertragsärztInnen und VertragspsychotherapeutInnen mehreren, ortsgleichen Regionalverbänden möglich mit der Folge mindestens verdoppelter Transaktions- und Managementaufwände.

b) durch die gesetzlichen Krankenkassen, die für ihre Versicherten einen solchen Gesundheitsregionenvertrag abgeschlossen haben oder die einem solchen Vertrag beigetreten sind, für die Dauer von zehn Jahren eine erhöhte Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds für ihre im Geltungsbereich des Gesundheitsregionenvertrages lebenden Versicherten gewährt wird,

#### **Kommentierung der KBV**

Ohne Anreize wird für die an der Versorgung beteiligten Berufe und Einrichtungen wenig Interesse entstehen, bislang etablierte und grundsätzlich gut funktionierende Versorgungsansätze zu verlassen. Insofern ist die vorgesehene Förderung aus dem Gesundheitsfonds essenziell für die Etablierung des vorgeschlagenen Konzeptes. Hinsichtlich der Förderhöhe sind Spielräume der Verhältnismäßigkeit zu beachten, unwirtschaftliche, das heißt zu hohe, aber auch zu niedrige Förderansätze, sind selbstverständlich zu vermeiden.

c) der für die zuständigen Aufsichten über die gesetzliche Krankenkassen, für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und für die Versichertenvertretung in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sowie für Landkreise und Städte, für die Landesgremien nach § 90a SGB V, für auf Landes- oder regionaler Ebene eingerichtete Gesundheitskonferenzen, ein Initiativrecht schafft und es diesen Institutionen ermöglicht, Krankenkassen zum Abschluss konkreter Gesundheitsregionenverträge aufzufordern und eine Begründungspflicht für Krankenkassen einführt, falls sie einen solchen Vertrag nicht abschließen,

#### **Kommentierung der KBV**

Das vorgeschlagene Initiativrecht kann einen Beitrag leisten, entsprechende Gesundheitsregionen zu etablieren. Zu beachten ist allerdings das darin enthaltene Potenzial nicht abgestimmter, z. T. widersprüchlicher Antragstellungen für die gleiche Region, deren Ablehnung Krankenkassen nicht schwerfallen dürfte. Idealerweise sollten die Anträge schon vor Nutzung des Initiativrechts ein Stadium der Konsensbildung durchlaufen haben. Insofern wäre auch denkbar, diese Aufgabe gesamthaft dem Landesgremium nach § 90a SGB V zu zuweisen.

## **2.**

a) regionale Akteure zusammen mit den Ländern in geeigneter Weise beim Aufbau von Gesundheitsregionen und den notwendigen Managementstrukturen, bei weiteren Beteiligungsformaten für Patientinnen und Patienten, bei der Etablierung von kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie beim Transfer insbesondere von Managementwissen zu unterstützen,

#### **Kommentierung der KBV**

Die Etablierung weiterer, möglicherweise durch Private Equity-Kapital finanzierte Managementstrukturen oder -gesellschaften wird überaus kritisch gesehen. Bestehenden Managementstrukturen wie KVen, die regionale Versorgungsverantwortung übernehmen, könnten sehr wohl mit entsprechenden Aufgaben betraut werden. Historische Beispiele wie das des Praxisnetzes Nürnberg Nord, das mit Managementunterstützung der KV Bayerns etabliert wurde, zeigen, dass dieser Ansatz verfolgt werden kann. Erwähnenswert scheint zudem die Bedeutung der digitalen Vernetzung, die erheblich unaufwändigere Austauschformate ermöglicht als dies bisher durch Präsenzsitzungen der Fall war. Die Förderung eines entsprechenden digitalen Angebots zur lokalen Vernetzung sollte ebenfalls Gegenstand des Förderansatzes sein.

b) das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) damit zu beauftragen, eine Evaluation von Gesundheitsregionen aus Perspektive der Patientinnen und Patienten sowie anhand weiterer Qualitätsindikatoren und zu den ökonomischen Ergebnissen dieser Gesundheitsregionenverträge im Vergleich zur so genannten Regelversorgung durchzuführen und diese Ergebnisse zu veröffentlichen,

### **Kommentierung der KBV**

Mit den Evaluationsgeboten wird verdeutlicht, dass mit dem Ansatz der Gesundheitsregionen eine nachweisbare Versorgungsbesserung angestrebt wird. Trotz zwischenzeitlich jahrzehntelanger Förderung von integrativen oder kooperativen Versorgungsstrukturen ist bisher der Erkenntnisgewinn über die vergleichsweise bessere Versorgung durch diese Angebote gering geblieben. So wurden zaghafte Evaluationsgebote der integrierten Versorgung auch noch im Laufe der über viele Jahre erfolgenden Gesetzgebungen gestrichen. Insofern wird die Begleitforschung der Gesundheitsregionen durch das IQTIG außerordentlich begrüßt.

Der bürokratische Aufwand in den Praxen der Vertragsärztinnen und –ärzte sollte möglichst geringgehalten werden, indem vorzugsweise Routinedaten dem IQTIG durch einen strukturierten Datenaustausch zur Verfügung gestellt werden. Eine Veröffentlichung von Qualitätsindikatoren und ökonomischen Ergebnissen wäre auf Ebene der Gesundheitsregionen wünschenswert.

### **3.**

a) kurzfristig gemeinsam mit Berufs- und Fachverbänden sowie den Pflegekammern die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten für hochschulisch ausgebildete Pflegefachpersonen mit einem Masterabschluss in Community Health Nursing nach internationalem Vorbild umzusetzen,

### **Kommentierung der KBV**

Die Diversifizierung der Gesundheitsberufelandschaft führt zu einer für Patientinnen und Patienten immer unübersichtlicheren Versorgung. Zu stärken ist in der gesundheitlichen Primärversorgung daher die Koordinierungsaufgabe und –verantwortung, die der hausärztlichen Versorgung zukommt und die nicht durch die Schaffung weiterer Rollen, Funktionen und Berufe kompromittiert werden darf. Als Stärkung werden dabei Gesundheitsberufe gesehen, die eng abgestimmt im ärztlichen Team Versorgungsverantwortung übernehmen. Dies trifft beispielsweise auf den Physician Assistant zu, der im Falle der Weiterverfolgung des unter 3a) (Begründung im Antrag) aufgeführten Ansatzes Berücksichtigung finden sollte.

b) eine generelle Neuordnung der Arbeitsverteilung im Gesundheitswesen anzustoßen und hierzu einen Gesetzentwurf für ein Allgemeines Heilberufegesetz vorzulegen sowie

### **Kommentierung der KBV**

Die Heilkundedefinition rührt immer noch aus dem Heilpraktikergesetz der ausgehenden dreissiger Jahre des letzten Jahrhunderts her. Insofern erscheint eine Novellierung angezeigt. Diese sollte im offenen und konstruktiven Dialog mit der Ärzte- und Psychotherapeutenchaft diskutiert und entwickelt werden.

c) einen Gesundheitsberuferrat zur strukturierten Weiterentwicklung der Berufe und Berufsbilder im Gesundheitswesen einzurichten.

### **Kommentierung der KBV**

Die Idee eines Gesundheitsberuferrats ist nicht neu und birgt nach wie vor die Gefahr eines weiteren Beratungsgremiums, das, nur unzureichend in die relevanten Entscheidungsstrukturen eingebunden, weitere Gutachten und Hinweise zur Verfügung stellt. Insofern kommt der Zielbestimmung, der Ausgestaltung des Rats und der Verbindlichkeit seiner getroffenen Beschlüsse maßgebliche Bedeutung zu.

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Stabsbereich Politik, Strategie und politische Kommunikation  
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin  
Tel.: 030 4005-1036  
politik@kbv.de, www.kbv.de

---

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die politischen Interessen der rund 175.000 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten auf Bundesebene. Sie ist der Dachverband der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die die ambulante medizinische Versorgung für 70 Millionen gesetzlich Versicherte in Deutschland sicherstellen. Die KBV schließt mit den gesetzlichen Krankenkassen und anderen Sozialversicherungsträgern Vereinbarungen, beispielsweise zur Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVen und die KBV sind als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung Körperschaften des öffentlichen Rechts.