



Wortprotokoll der 148. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 24. März 2021, 15:30 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Webex-Meeting*.

*Die Zugangsdaten zum Webex-Meeting werden an
den entsprechenden Teilnehmerkreis versandt.

Vorsitz: Erwin Rüdgel, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gon-
ther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-
Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verläss-
lichkeit, Kooperation und regionale Verankerung
in unserer Gesundheitsversorgung**

BT-Drucksache 19/21881

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Inneres und Heimat

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bau, Wohnen, Stadtentwicklung und Kom-
munen

**Mitglieder des Ausschusses**

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Henke, Rudolf Hennrich, Michael Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Krauß, Alexander Kühne, Dr. Roy Maag, Karin Monstadt, Dietrich Pilsinger, Stephan Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmidtke, Dr. Claudia Sorge, Tino Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Knoerig, Axel Lezius, Antje Nordt, Kristina Pantel, Sylvia Schummer, Uwe Stracke, Stephan Tiemann, Dr. Dietlind Weiß (Emmendingen), Peter Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Mattheis, Hilde Moll, Claudia Müller, Bettina Stamm-Fibich, Martina Völlers, Marja-Liisa	Bahr, Ulrike Baradari, Nezhahat Bas, Bärbel Freese, Ulrich Katzmarek, Gabriele Steffen, Sonja Amalie Tack, Kerstin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
AfD	Podolay, Paul Viktor Schlund, Dr. Robby Schneider, Jörg Spangenberg, Detlev Witt, Uwe	Braun, Jürgen Gehrke, Dr. Axel Oehme, Ulrich Wildberg, Dr. Heiko Wirth, Dr. Christian
FDP	Aschenberg-Dugnus, Christine Helling-Plahr, Katrin Schinnenburg, Dr. Wieland Ullmann, Dr. Andrew Westig, Nicole	Alt, Renata Kober, Pascal Nölke, Matthias Theurer, Michael Willkomm, Katharina
DIE LINKE.	Gabelmann, Sylvia Kessler, Dr. Achim Weinberg, Harald Zimmermann, Pia	Krellmann, Jutta Movassat, Niema Schreiber, Eva-Maria Wagner, Andreas
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Kappert-Gonther, Dr. Kirsten Klein-Schmeink, Maria Schulz-Asche, Kordula	Hoffmann, Dr. Bettina Kurth, Markus Rottmann, Dr. Manuela Rüffer, Corinna



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 14:05 Uhr

Der **Vorsitzende**, Abg. **Erwin Rüdell** (CDU/CSU):

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, meine verehrten Sachverständigen, sehr verehrte Vertreter der Bundesregierung, ich begrüße Sie alle ganz herzlich zu unserer öffentlichen Anhörung hier im Ausschuss für Gesundheit. Es ist die 148. Sitzung des Ausschusses und wir tagen wieder in einer Hybridsitzung, Präsenz und online, mit den Sachverständigen. Vorab möchte ich alle bitten, sich mit Namen in Webex anzumelden, weil das gleichzeitig auch die Teilnahmebestätigung ist. Außerdem bitte ich alle, ihre Mikrofone vorerst stummzuschalten. Weitere Verfahrensschritte kommen später. Wir beschäftigen uns in dieser Anhörung mit dem Antrag der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen – Gesundheitsregionen, Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung. Meine sehr verehrten Damen und Herren, nach Ansicht der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen zeigt die SARS-CoV-19-Pandemie eindringlich, welche große Bedeutung ein gut aufgestelltes handlungsfähiger und von allen Dingen digital vernetzter öffentlicher Gesundheitsdienst, verlässliche Versorgungsangebote und eine gute Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung, insbesondere auch der regionalen Ebene, haben. Ein Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren müsse daher sein, die Vernetzung und Zusammenarbeit der Gesundheitsakteure auszubauen. Die regionale Verankerung soll verbessert und die Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung sowie des Gesundheitswesens gegenüber Pandemieereignissen sollen gestärkt werden. Die Fraktion fordert daher unter anderem, dass bis zum Jahr 2025 zehn Prozent der Bevölkerung in Gesundheitsregionen versorgt werden. Im Einzelnen solle eine spezifische gesetzliche Regelung für Gesundheitsregionen als Möglichkeit für gesetzliche Krankenkassen zum Abschluss von regionalen populi-onsorientierten indikationsübergreifenden und integrierten Versorgungsverträgen mit regionalen Ärztenetzen oder anderen regionalen Akteuren geschaffen werden. Zudem sollen Beiträge für eine verstärkte Integration von Gesundheitsdienstleistungen und verbesserter Kooperation beteiligter Akteure geleistet werden. Das zu dem Inhalt der anstehenden Anhörung. Bevor wir beginnen, die

Anhörung wird 60 Minuten dauern. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd in einer festen Reihenfolge an die Sachverständigen stellen. Die Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen. Es wird immer eine Frage an einen Sachverständigen oder eine Sachverständige gestellt. Ich darf darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen und Antworten möglich sind. Die Frage- und Antwortzeit sind insgesamt auf drei Minuten beschränkt. Nach 60 Minuten werde ich die Anhörung schließen. Ich bitte die aufgerufenen Sachverständigen bei der Beantwortung der Frage, ihr Mikrofon einzuschalten und sich mit Namen und Verband vorzustellen. Das erleichtert zum einen die Protokollierung der Anhörung, zum andern können die Zuschauerinnen und Zuschauer die Sachverständigen den jeweiligen Verbänden und Institutionen besser zuordnen. Den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme eingereicht haben, möchte ich an dieser Stelle ganz herzlich danken. Des Weiteren bitte ich alle Anwesenden, ihre Mobiltelefone auszuschalten, ein Klingeln kostet fünf Euro. Ich weise noch darauf hin, dass die Anhörung digital aufgezeichnet und im Parlamentsfernsehen übertragen wird. Außerdem können Sie die Anhörung in der Mediathek des Deutschen Bundestages abrufen. Das Wortprotokoll der Anhörung wird auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Soweit die Einführung. Die erste Frage stellt die Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen, Frau Dr. Kappert-Gonther.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Vielen Dank Herr Vorsitzender. Meine erste Frage geht an Helmut Hildebrandt. Herr Hildebrandt, woraus ergibt sich die Notwendigkeit regionaler integrierter Versorgung und wie können die vorhandenen Regelungen, hier insbesondere der § 140a SGB V, besser genutzt werden und welche konkreten Anreize braucht es, um entsprechende Verträge zu fördern?

ESV **Dr. Helmut Hildebrandt**: Die Frage der Regionalisierung oder der regionalen Verankerung von Gesundheit erklärt sich eigentlich aus der Logik, sozusagen der Produktion von Gesundheit. Wenn man schaut, wie Gesundheit produziert werden kann, geht das halt vor allen Dingen vor Ort, weil man braucht, wie man in Afrika sagt, ein ganzes



Dorf für die Erziehung von einem Kind, so braucht man eigentlich auch eine ganze Region für die Produktion von Gesundheit. Und das ist halt der Punkt, denn wir schauen nicht nur auf die Versorgungsorganisation, sondern auch auf die Vermeidung von Progression von Erkrankungen. Dann brauchen wir mehr, brauchen wir einen größeren Blick, der über die unmittelbare Versorgungsseite hinausgeht und die zivilgesellschaftlichen Institutionen, die Pflegeheime, die Kindergärten, die Schulen, mit einbezieht in einen solchen Prozess von Entwicklungen. Der § 140 ist über die Reform des GPVG (Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege) erweitert worden, jetzt so, dass auch weitere Bereiche hinzukommen können. Insofern ist da schon ein Fortschritt in dieser Legislatur geschehen. Aber die Anreize, die dafür notwendig sind, dass die Versorgenden und auch vor allen Dingen die Krankenkassen, die Freiheitsgrade bekommen, in einer solchen Region auch wirklich Verantwortung, Verlässlichkeit und eine Konzeption zu entwickeln, die war bisher noch nicht gegeben. Das wäre der entscheidende Punkt, der zusätzlich gebraucht wird, um Versorgung tatsächlich in einer regionalen Form, natürlich verbunden mit den universitären Spitzenzentren der Republik, ganz klar, und verbunden auch mit einer guten Digitalisierung, die sich nicht nur auf die Region bezieht, zu erzeugen. Die zentralen Anreize, die wir dafür vortragen, die ich da als bedeutsam sehe, und ich bin da nicht allein, sondern habe das mit einem großen Kreis von Gesundheitsexpertinnen und -experten zusammen weiter ausgearbeitet und in eine Umsetzungsform gegossen.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Lieber Herr Dr. Hildebrandt, Danke, dass Sie hier diese Möglichkeiten über die Selektivverträge dargestellt haben. Meine Frage würde ich trotzdem gerne an Herrn Prof. Dr. Amelung richten. Wie bewerten Sie die in dem Antrag vorgesehene Einführung von Gesundheitsregionen, vor allem gerade vor dem Hintergrund bereits aktuell bestehender Möglichkeiten für die gesetzlichen Krankenkassenträger, kassen- und sektorübergreifende Selektivverträge zu schließen?

SV **Prof. Dr. Volker Amelung** (Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)): Ich kann mich in vielen Punkten Helmut Hildebrandt nur anschließen. Die

Grundausrichtung des Antrages ist absolut zu befürworten. Da gibt es überhaupt gar nicht viel zu diskutieren. Es gibt wenig Zweifel, dass Versorgung regional gestaltet werden muss, die regionalen Akteure eingebunden werden müssen. Es gibt keine Zweifel, dass wir Gesundheits- und Sozialversorgung noch viel enger gemeinsam denken müssen. Es gibt wenig Zweifel, dass unsere Anreizstrukturen häufig ein zentrales Problem darstellen, zu den Minusstrukturen führen, aber eben auch dazu führen, und auch das hat Helmut Hildebrandt angesprochen, dass Leistungen oder Bereiche wie Prävention nicht in dem Maße adressiert werden, wie sie adressiert werden sollten. Man kann es im Prinzip sagen, wir haben im deutschen Gesundheitssystem hervorragende Geschäftsmodelle für Volume, für Menge, wir haben keine Geschäftsmodelle für Vario. Das ist das Kernproblem. Das ganze dreht sich immer wieder um das Thema Value based Health Care. So wenig die Ziele strittig sind, und es ist so eins von diesen typischen Themen, wo man überhaupt gar nicht dagegen sein kann, man liest es und sagt, das stimmt, das stimmt, das stimmt, wird es bei den Instrumenten natürlich schon so, dass man durchaus Diskussionsbedarf hat, und ich würde zwei, drei Punkte hinsichtlich Instrumente und Rollen von Akteuren kurz aufgreifen. Regionen sind unterschiedlich, das ist diskussionslos, aber wir brauchen auch nicht hunderte von verschiedenen Konzepten, sondern ich glaube, der Fokus sollte viel stärker auf sogenannte Blueprints liegen, dass man für gewissen Regionen gewisse Muster hat. Ich denke immer so ein bisschen an SAP-Einführungen, 80 Prozent ist standardisiert, 20 Prozent muss regional quasi noch nachgesteuert werden. Das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt, den man glaube ich, adressieren muss, zehn Prozent der Versicherten klingt immer noch extrem wenig. Wenn es aber die zehn Prozent sind, die die höchsten Kosten verursachen, für die solche Konzepte auch am sinnvollsten sind, redet man auch schnell über fünfzig Prozent des Finanzvolumens und dann stellt sich einfach auch die Frage, welche Rollen werden dann die Krankenkassen spielen, die in den letzten Jahren massiv an Kompetenzen und Versorgungsmanagement aufgebaut haben. Ich würde das gerne nur adressieren. Dritter Punkt, und dann würde ich hier auch abschließen, bevor ich die Rüge bekommen, stellt sich natürlich auch die Frage nach dem Finanzierungskonzept. Auch



hier sind, glaube ich, noch eine Menge offene Fragen.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an den Einzelsachverständigen Franz Knieps. Der Antrag sieht vor, dass eine Managementgesellschaft für den Gesundheitsverbund als Vertragspartner der Krankenkassen in der Region die Organisation der ambulanten und stationären Versorgung übernimmt und die virtuelle Budgetverantwortung trägt. Wie beurteilen Sie diesen Vorschlag?

ESV **Franz Knieps**:. Ich habe positive Sympathie dafür, dass die Koordinierungsleistung ausdrücklich gewürdigt und im Gesetz verankert wird. Meine Probleme liegen eher darin, wer alles ein Antragsrecht bekommen soll, beispielsweise die Aufsichten, die in unserem Land eigentlich auf eine Rechtsaufsicht beschränkt werden. Es sollte den Vertragspartnern überlassen bleiben, zu regeln, ob man eine eigene Managementgesellschaft dafür gründet, ob einer der Akteure eine solche Managementaufgabe übernimmt. Es hängt sehr von den handelnden Akteuren ab. Wenn wir uns fragen, welche Modelle sind erfolgreich, dann sind es Modelle, wo charismatische Personen eine Rolle spielen, wo aber auch die Politik eine koordinierende Funktion übernimmt. Das ist zu trennen von Initiativrechten und erst recht von finanziellen Anreizen.

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einmal die Frage, wo sehen Sie bei dieser Aufgabenstellung, bei dieser Zielsetzung überhaupt die Kompetenz? Wer sollte da eingebunden sein? Sind wir da richtig hier bei dieser Anhörung? Das zweite ist, in der Begründung des Antrags steht zum Beispiel drin, „die unzeitgemäße Aufgabenverteilung in unserem Gesundheitswesen vermittelt zudem die Illusion einer ärztlichen Allzuständigkeit, die andere Gesundheitsberufe in eine Assistenzrolle drängt“. Meine Frage ist, sehen Sie das auch so?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Also ich sehe das, was diese unterstellten ärztlichen Allmachtphantasien angeht, natürlich nicht so. Es ist sicherlich richtig, dass wir in einer Zeit leben, wo natürlich auch

viele nicht ärztliche Gesundheitsberufe, hohe Qualifikationen erlangt haben, das in Zukunft auch in größerem Umfang tun werden. Das finden wir grundsätzlich auch gut. Insofern ist auch die KBV daran interessiert, dass die Gesundheitsberufe alle interprofessionell gut zusammenarbeiten. Wir sehen naturgemäß eine gewisse Aufgabenzuweisung bei den Körperschaften. Das hat aus unserer Sicht schon deshalb naheliegende Gründe, weil wir uns glaube ich, nicht wünschen können, dass Private Equity Fonds in Zukunft Gesundheit nach rein merkantilen Aspekten steuern. Wir haben in der Vergangenheit gesehen, dass das gerne genutzt wird, Einfallstore zu schaffen, die offen gestanden, Politik nicht kontrollieren kann. Das sind illusionäre Annahmen, dass man dauerhaft solche starken Marktteilnehmer kontrollieren kann. Von daher sehen wir hier tatsächlich die Körperschaften eigentlich als gesetzte Partner, da sie eben auch hoheitliche Aufgaben zu erfüllen haben und von daher, glaube ich, hier den reinen wirtschaftlich getriggerten Investoren vorzuziehen wären.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich komme auf die Frage der Frau Kollegin Dittmar zurück an Herrn Knieps und würde meine Frage richten an den Einzelsachverständigen Matthias Mohrmann. Wie ist Ihre Einschätzung zu dem Vorschlag den sogenannten Gesundheitsverbänden in Gestalt von Managementgesellschaften als Vertragspartner der Krankenkassen zu ermöglichen, im Fall von Gesundheitsregionen Verträgen der ambulanten und stationären Versorgung zu übernehmen und die virtuelle Budgetverantwortung zu tragen? Wenn es möglich ist, gehen Sie dabei bitte insbesondere auf die vorgesehene Rolle der gesetzlichen Krankenkassen ein.

ESV **Matthias Mohrmann**: 95 Prozent der Versorgung finden im Wohnumfeld des Patienten in der jeweiligen Kommune statt und trotzdem beklagen Patienten häufig eine fehlende Kommunikation und Koordination in der Versorgung zwischen Leistungserbringern, aber auch zwischen den Kostenträgern. Deswegen begrüßen wir natürlich den Ansatz, den regionalen Akteuren in der Versorgungsgestaltung eine stärkere Verantwortung zuzuweisen, um mehr Kooperation, Vernetzung und Koordination in der Gesundheitsversorgung auch zu



erreichen. Man sollte im Hinblick auf eine zunehmende medizinisch sinnvolle, aber auch überregionale Spezialisierung der Kliniken natürlich auf eine überregionale Anschlussfähigkeit dieser Verbände achten. Wir brauchen sicherlich auch einen weiteren Ausbau der digitalen Vernetzung. Das ist bereits eingeleitet, sollte auch so weitergehen und sicherlich können bei der Initiierung von Gesundheitsverbänden existierende regionale Gremien, wie Gesundheitskonferenzen eine wesentliche Rolle spielen. Erforderlich ist aber meines Erachtens auch unbedingt ein starker Einbezug der Kompetenzen und Erfahrung der Selbstverwaltungspartner, also der Leistungserbringer und der Krankenkassen vor Ort. Wir haben heute nicht das eine universelle Versorgungsmodell, also kein One-Size-fits-all, das so überlegen ist, sondern wir brauchen im Grunde auch einen Rückgriff auf das, was schon als Versorgungskompetenz da ist. Deswegen fehlt ein wenig aus meiner Sicht die inhaltliche Einbindung der Krankenkassen. Das ist etwas ernüchternd, weil die Krankenkassen heute in der Gesundheitsversorgung schon als zentraler Partner der Leistungserbringer die Versorgung maßgeblich mitgestalten. Diese Rolle wurde in den letzten Jahren gestärkt vom Gesetzgeber. Hunderte von Selektivverträgen, oft mit Regionenbezug, zeigen das auch. Selektivverträge sind heute, bei aller Kritik, schon eine wichtige Ergänzung der Regelversorgung. Also wir sollten nicht das Kind mit dem Bade ausschütten, sondern im Grunde auf Basis vorhandener Versorgungsmodelle eine Weiterentwicklung vornehmen. Krankenkassen waren in der Vergangenheit auch als gleichrangige Mitbegründer von solchen Versorgungsmodellen vorgesehen. Sie werden jetzt zu Finanziers in dem Antrag und ich hätte gern wieder eine etwas stärker gestaltende Rolle auch der Krankenkassen, weil wir doch sehr viel Know-how in den letzten Jahren dort auch aufgebaut haben.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine erste Frage geht an den Vorsitzenden der Bundesärztekammer, Dr. Reinhardt. Da wäre meine Frage, wie Sie den Antrag der Grünen bewerten und welche Stärken und Schwächen können Sie identifizieren?

SV **Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich finde die Defizitanalyse, die dem Antrag zugrunde liegt, durchaus zutreffend und ich

finde auch die grundsätzliche Ausrichtung förderungs- und verfolgungswürdig, weil ich glaube schon, dass wir feststellen dürfen, dass wir ein Gesundheitssystem haben, was doch sehr stark sich auf Reparatur bezieht und konzentriert und was auch darunter leidet, dass wir bei der großen Zahl älterer, multimorbider, auch in der Häuslichkeit zu betreuenden Menschen vielleicht nicht mehr die angemessenen Strukturen haben, dem tatsächlich so gerecht zu werden, wie das eigentlich mit Verantwortlichkeit geschehen sollte. Ich verwehre mich auch ein bisschen gegen den Begriff der Illusion einer ärztlichen Allzuständigkeit, den ich persönlich definitiv nicht habe, aber ich glaube auch nicht die Bundesärztekammer und die Ärzteschaft als solche. Ich glaube, dass wir wenig gewinnen, wenn wir jetzt kurzfristig Menschen, die einen anderen Beruf erlernt haben, Gesundheitsfachberufe erlernt haben oder dabei sind, neue zu erlernen, indem wir heilkundliche und heilberufliche Tätigkeiten übertragen. Das alleine löst das Problem nicht. Das Problem wird dadurch gelöst, dass wir mit multifunktionellen Tools in den Regionen arbeiten, die gefördert werden. Ich glaube, dass die Möglichkeiten aktuell nicht ausreichend sind, um solche Regionen, wie sie in dem Antrag beschrieben sind, sinnvollerweise zu fördern. Das Entscheidende für mich ist, dass man in der Vergangenheit im Wesentlichen solche Selektivverträge zugelassen hat, um eigentlich an anderer Stelle zu sparen und sich die *[unverständlich 06:20:27]* immer zusammenführen sollten, um am Schluss vielleicht andere Spuren überflüssig zu machen und daraus dann auch die finanziellen Mittel zu erwerben, um Strukturen gangbar zu halten. Ich darf vielleicht nochmal sagen, wenn wir das fördern wollen, dann müssen wir vielleicht vorübergehend sagen, für einen umschriebenen Zeitraum von einigen Jahren, dass man tatsächlich in Regionen den Weg macht, das zu tun und *[unverständlich 06:20:53]* organisieren lassen und die Kommunen mit einbeziehen und es auf gar keinen Fall an Managementgesellschaften, welcher Natur auch immer, übergeben, weil ich glaube, die können dem Entschluss nicht gerecht werden und sind auch dann vielleicht doch anfällig für Rosinenpickereien in dem System. Ich glaube, es muss eine Aufgabe sein, bei der viele Akteure berücksichtigt werden in den Regionen, damit das etwas Sinnvolles wird. Also insofern, wir stehen dem Bündnis offen gegenüber trotz mancher Kritik in Einzelpunkten.



Die Aufnahme des SV war teilweise nicht zu verstehen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richte ich an den Caritasverband, Frau Dr. Fix. In einem regionen und -populationsbezogenen Ansatz der Gesundheitspolitik gehört es mit Sicherheit dazu, auch die Menschen mit geringem Einkommen gezielt in den Blick zu nehmen. Welche Stellenschrauben müssten in unserem Gesundheitswesen hier anders gestellt werden?

SV **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Wir teilen die Auffassung, dass unsere Gesundheitspolitik aktuell insbesondere die bildungsfernen Schichten und Menschen mit niedrigem Einkommen sowie Menschen in prekären Lebens- und Arbeitsbedingungen viel zu wenig in den Blick nimmt, ganz zu schweigen von Menschen, die keinen oder nur eingeschränkten Zugang zum Gesundheitswesen haben, wie beispielsweise Menschen, die in Asylunterkünften leben oder auch die vielen Nichtversicherten in unserem Land. Insbesondere deren Gesundheitsstatus ist prekär und daran muss sich etwas ändern. Der Fokus muss erstmal darauf gerichtet sein, dass alle Menschen in Deutschland gleichen Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben, beziehungsweise zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist das eine. Dann bedarf es meines Erachtens auch eines wirklichen Paradigmenwechsels, weg vom Fokus auf die defizitorientierte, krankheitsorientierte, an kurativen Aspekten orientierte Gesundheitspolitik hin zu Prävention und Gesundheitsförderung. Hier ist der Antrag der Grünen, den wir hier diskutieren, denke ich, auch in vielen Punkten sehr einschlägig und zu begrüßen.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herrn Dr. Gassen. Was halten Sie von dem Vorschlag, dass die Gesundheitsregionen über Verträge mit einzelnen Krankenkassen verwirklicht werden sollen?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Naja gut, also die Etablierung weiterer, möglicherweise auch durch Private-Equity-Kapital finanzierten Managementstrukturen,

die sehen wir natürlich kritisch. Es gibt bestehende Managementstrukturen, das sind KVen, die können regionale Versorgungsverantwortung übernehmen, die könnte man durchaus auch mit entsprechenden Aufgaben betrauen. Es gibt durchaus auch historische Beispiele, Praxisnetz Nürnberg-Nord beispielsweise, managementunterstützt damals durch die KV Bayern. Das zeigt also, dass das funktioniert. Hier muss man natürlich die Bedeutung der digitalen Vernetzung betonen, die schon erheblich unaufwendigere Austauschformate ermöglicht, als dies bisher durch Präsenzsitzungen der Fall war. Insofern auch ein digitales Angebot zur lokalen Vernetzung sollte und könnte dann auch Gegenstand eines solchen Förderansatzes sein.

Abg. **Dr. Kirsten Kappert-Gonther** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Frau Dr. Christine Brockmann. Frau Brockmann, weshalb braucht es aus Ihrer Sicht Gesundheitsregionen und was können Regionen, und da insbesondere auch die Kommunen, in dieser Hinsicht leisten?

ESVe **Dr. Christine Brockmann**: Ich komme aus der Metropolregion Rhein-Neckar, einem Wirtschafts- und Lebensraum für 2,4 Millionen Menschen, der sich über fünfzehn Stadt- und Landkreise erstreckt in drei Bundesländern. Gesundheit zählt bei uns zu den strategischen Handlungsfeldern der gemeinschaftlichen Regionalentwicklung und ich glaube, dieser Aspekt ist sehr wichtig, dass Gesundheit nicht isoliert betrachtet wird, sondern tatsächlich als ein Bestandteil der regionalen Daseinsvorsorge für Wohlstand und Wettbewerb einer Region. Wir sind überzeugt davon, dass wir Gesundheitsversorgung neu denken müssen und sehen tatsächlich die kommunale Ebene als ein ganz wichtiger Akteur, vor allem, wenn wir es ernst meinen mit einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit. Dann müssen aus unserer Sicht regionale oder lokale Versorgungsnetze ausgeweitet werden, ganzheitlich gedacht werden, weitere Akteure mit eingebunden werden. Aus unserer Sicht braucht es dafür auch nochmal neue Strukturen. Es geht nicht darum Doppelstrukturen zu schaffen, sondern es geht aus unserer Sicht um eine intelligente Vernetzung der unterschiedlichsten Akteure. Regionen sind aus unserer Sicht deswegen auch eine wichtige Ebene, weil gerade Kommunen, auch wenn Versorgung vor Ort stattfinden muss, bedarfsorientiert, braucht



es aus unserer Sicht dennoch einen größeren Rahmen, um komplexe Herausforderungen angehen zu können. Sie haben gerade das Thema Digitalisierung und Zusammenarbeit zwischen Stadt und Land, Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis genannt. Es gibt noch viele andere Aspekte, die über eine Region gefördert werden können, wo Synergiepotentiale gehoben werden können. Von daher begrüßen wir sehr die Ideen, die in dem Antrag der Grünen formuliert werden, weil wir denken, da steckt eine Chance drin. Unser Vorschlag wäre, es einfach mal auszuprobieren. Ich glaube, alle sind sich im Hinblick auf die Ziele einig, es besteht ein großer Konsens, aber vielleicht muss man einfach mal austesten, experimentieren, welche Instrumente denn geeignet sind, um diese Ziele zu erreichen.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage geht nochmal an Dr. Hildebrandt. Herr Dr. Hildebrandt, es wurde gerade schon adressiert, dass gerade die schwer- und chronisch Kranken häufig nicht ideal versorgt sind und dass es da bessere Vernetzung braucht. Wie stellen denn aus Ihrer Sicht Gesundheitsregionenverträge sicher, dass es gerade kein Rosinenpicken gibt, sondern insbesondere die schwer und chronisch Kranken besser versorgt werden als das heute der Fall ist, oder vielerorts zumindest der Fall ist.

ESV Dr. Helmut Hildebrandt: Die Herausforderung ist, glaube ich, einen Vertrag zu entwickeln, der nicht das macht, was Dr. Gassen befürchtet hat, nämlich dass sozusagen add on Geld hineingesteckt wird, sondern dass der Vertrag so ist mit den Krankenkassen, dass der Nutzen, der bei den Krankenkassen aus einer verbesserten Versorgung, und das sind ja gerade die versorgungsbedürftigen Gruppen in der Bevölkerung, dass aus einer verbesserten Versorgung auch tatsächlich positive Effekte für die Krankenkasse entstehen. Das ist, glaube ich, der Dreh- und Angelpunkt. Wir müssen aus dem, was Prof. Dr. Amelung gesagt hat, Volume-Konzept heraus in das Value-Konzept für Versorgung hineinkommen. Dann ist das auch unproblematisch wer als Gesellschafter im Einzelnen in einer solchen Managementgesellschaft ist. Wenn sie nur gewinnen und verdienen kann, wenn sie tatsächlich Gesundheit produziert und verbessert, dann ist das

völlig egal sozusagen, wer da auf der Gesellschafterseite ist. Aber das ist, glaube ich, das Entscheidende. Diese Verträge müssen tatsächlich die Versorgung der besonders vulnerablen Gruppen besonders belohnen. Herr Mohrmann und ich haben ja gemeinsame Erfahrungen in Billstedt-Horn in Hamburg, wo wir genau so etwas mit etabliert haben oder jetzt auch in anderen Regionen weiterentwickeln.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht nochmal an den Einzelsachverständigen Franz Knieps. Kassen, die einen solchen Gesundheitsregionenvertrag abgeschlossen haben oder ihm beitreten sollen für zehn Jahre einen Zuschlag auf die Zuweisung für jeden ihrer in der Region lebenden Versicherten erhalten. Der Zuschlag soll bis zum zehnten Jahr langsam auf null zurückgeführt werden. Die Zuweisung verfolgt in erster Linie den Zweck, für Krankenkassen einen finanziellen Anreiz zum Abschluss eines Gesundheitsregionenvertrages zu schaffen. Zugleich sollen aus diesen erhöhten Zuweisungen nötige Investitionen zum Start des Vertrages finanziert werden. Was halten Sie von solchen Zuschlägen für regionale Verträge?

ESV Franz Knieps: Ich kann meine Skepsis da nicht verhehlen. Als der RSA zwischen den Kassen eingeführt und später modifiziert wurde, ist immer betont worden, er solle prinzipiell versorgungsneutral sein, damit nicht das betriebswirtschaftliche Kalkül, wie komme ich am besten an Zuweisungen, wen steuere ich ein in ein Versorgungsmodell und wen lasse ich am besten draußen, das Ganze bestimmt. Also von daher, das hat ja auch Herr Prof. Dr. Amelung gesagt, muss noch über viele Details gesprochen werden, ehe ich einen solchen Anreiz über die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nehme. Ich bin durchaus dafür, dass man über Anreizsysteme nachdenkt, ich bin durchaus dafür, dass man auch Investitionen fördert in Vernetzung, in Koordination, in bewusstem Management. Aber ob der RSA dafür das geeignete Instrument ist, wage ich angesichts der Rangeleien um den Risikostrukturausgleich und der auch immer wieder zu beobachtenden Missbräuche zu bezweifeln.



Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Meine Frage möchte ich an den Einzelsachverständigen Prof. Dr. Amelung vom Bundesverband Managed Care richten. Im vorliegenden Antrag wird die Digitalisierung nur am Rande erwähnt. Welche Rolle sollte die Digitalisierung auch Ihrer Sicht einnehmen, wenn es darum geht, gute Versorgungsangebote auszubauen und eine gute Koordination, Vernetzung und Integration der Gesundheitsversorgung, insbesondere auf der regionalen Ebene, zu erreichen?

SV Prof. Dr. Volker Amelung (Bundesverband Managed Care e. V. (BMC)): Die Digitalisierung ist ein absolut zentrales Thema beim Aufbau von Gesundheitsregionen. Das ist vielleicht auch für mich einer der wenigen Kritikpunkte an dem Antrag, dass dieses Thema nicht viel stärker adressiert wurde. Für mich ist das quasi das Rückgrat, um die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure sicherzustellen. Dafür braucht es eine Plattform. Diese Plattform muss auch nicht in jeder Region unterschiedlich sein. Also man braucht im Prinzip eine Struktur, man braucht im Prinzip so ein bisschen von der Logik so etwas wie ein health-eco-System, auf dem lokale, aber auch durchaus dezentrale Leistungen zusammenkommen, wo man also im Prinzip die verschiedenen Elemente zusammenbringt. Insofern spielt die Digitalisierung eine zentrale Rolle, die einzelnen Akteure zusammenzubringen. Das ist vielleicht auch der zentrale Unterschied zu den Diskussionen, die wir über ähnliche populationsorientierte Versorgungskonzepte in der Vergangenheit geführt haben, dass wir heute in der Lage sind, mit Tools die Akteure viel stärker miteinander zusammenzubringen. Das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt, der glaube ich, mindestens genauso entscheidend ist, eine populationsorientierte Versorgung respektive Gesundheitsregion muss davon leben, dass man viel mehr mit Daten arbeitet, dass man Datenanalysen macht, dass man Versorgungsherausforderungen frühzeitig identifiziert, dass man mit Modellen wie Predictive Modeling arbeitet. Insofern, die Tools der Digitalisierung sind ganz zentral und sollten meines Erachtens bei der Entwicklung von solchen Gesundheitsregionen auch in den Vordergrund gestellt werden. Ich glaube, da ist noch ganz viel mehr Musik drin und wir haben ja gesehen, dass in den letzten Jahren, und das ist vielleicht aktuell gar nicht so hervorgehoben worden, im Bereich der Digitalisierung beim

deutschen Gesundheitssystem extrem viel sehr schnell erreicht wurde. Insofern stimmt mich das zuversichtlich.

Abg. **Dietrich Monstadt** (CDU/CSU): Diese Frage geht an den Einzelsachverständigen Herrn Matthias Mohrmann. Wie bewerten Sie den Vorschlag, dass einzelnen Akteuren, wie beispielsweise den zuständigen Aufsichten über die gesetzlichen Krankenkassen oder den Landkreisen und Städten zu ermöglichen, Krankenkassen zum Abschluss konkreter Gesundheitsregionenverträge aufzufordern und eine Begründungspflicht für Krankenkassen einzuführen, falls diese einen solchen Vertrag nicht abschließen?

ESV Matthias Mohrmann: Drei Dinge sind für mich für das Gelingen regionaler Versorgungsmodelle wichtig. Das eine ist ein kluges, Erfahrungen der Vergangenheit und aktuell bestehende Selektivverträge berücksichtigendes Konzept, das zweite ein professionelles Management, das eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat und nicht ausschließlich nach wirtschaftlichen Aspekten handelt. Es darf auch nicht gewinnorientiert oder gemeinnützig organisiert sein. Das dritte ist eine Freiwilligkeit der Teilnahme für alle Akteure. Deswegen benötigen wir natürlich explizite Ansätze, die den Wechsel von Leistungserbringern in so ein Versorgungsmodell attraktiv machen, aber auch für die Bürger, die daran teilnehmen, aber auch für die Krankenkassen. Also es sollte hier die Möglichkeit bestehen, bewusst begründete Entscheidungen auch zu treffen und unsere Erfahrungen auch zeigen, dass dieses Zusammenwirken, was wir in den Modellen anstreben, vor allem auch im Abbau bürokratischer Hürden besteht, dass Vertrauen wächst und dass die Abläufe auch wesentlich besser sind. Das ist auch schon ein ganz wesentlicher Anreiz. Ich bitte vielleicht im Hinblick auf diese Begründungspflicht um eine gewisse Wertschätzung schon bestehender Versorgungsansätze. Auch wenn diese nicht immer einen Populationsbezug haben, so sind sie doch häufig eine geeignete Basis für eine Weiterentwicklung. Wir brauchen ohnehin Variationen im Hinblick auf spezifische regionale Bedarfe, die doch sehr unterschiedlich sind. Deswegen passt ein regionaler Standardvertrag, der dann möglicherweise mit einem gewissen Druck durchgesetzt



wird, meines Erachtens nicht, verschenkt auch gewisse Potentiale. Wir müssen, glaube ich, auch noch bedenken. Das GPVG, das Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz, ist jetzt vollständig erst zum 01. Januar 2021 in Kraft getreten und es ist ein wesentlicher Grundstein dafür, nicht nur einfacher kassenartenübergreifende Verträge zu machen, sondern auch trägerübergreifend die Verträge zu machen. Auch der Aspekt der Wirtschaftlichkeit ist jetzt längerfristig orientiert. Ich muss nicht innerhalb von drei, vier Jahren der Aufsicht belegen, dass das alles vernünftig ist. Also wir haben hier, glaube ich, eine gute Wurzel, eine gute Basis, auch jetzt schon, in solche Verträge auch hineinzugehen. Die sollten GKV-weit übergreifend durchaus sein. Unsere Verträge, die wir haben, in Populationsbezug in Hamburg, in Köln, Solingen und anderen Städten, die sind auch explizit offen für andere Krankenkassen. Ich glaube, wir können hier auch auf der Freiwilligenebene vielleicht ein Stück weit besser noch arbeiten.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Meine Frage geht an die Caritas, Frau Dr. Fix. Wie sollte nach Ihrer Auffassung die Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung ausgestaltet werden und wie bewerten Sie vor diesem Hintergrund den vorliegenden Antrag?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Deutscher Caritasverband e. V.): Den Kommunen kommt bei der Produktion von Gesundheit durchaus eine entscheidende Rolle zu, nicht nur was die regionalen oder kommunalen Gesundheits- oder Pflegekonferenzen anbelangt, sondern auch in Bezug auf ihre Rolle bei der Gestaltung von Gesundheitspolitik. Da denke ich natürlich erstmal an den Ansatz Health in All Policies, wo die Kommunen eine entscheidende Rolle spielen können, denn Gesundheit ist ja mehr als Gesundheitspolitik, sondern Gesundheit wird beeinflusst von gesundheitsschädlichen Faktoren, wie Lärmbelastung durch Verkehr beispielsweise, Hitzebelastungen durch zu wenig Begrünung etc. Das heißt zum Beispiel, Verkehrspolitik oder Stadtplanung sind auch entscheidende Stellschrauben bei der Produktion von Gesundheit. Hier haben die Kommunen natürlich ein großes Wort mitzureden und entscheidende Kompetenzen.

Abg. **Jörg Schneider** (AfD): Also meine Frage an Herrn Dr. Gassen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Der Antrag der Grünen sieht ja vor, dass die Gesundheitskonferenz Krankenkassen vorschlagen kann, Regionenverträge abzuschließen. Die Ablehnung eines solchen Vorschlags muss dann begründet werden. Meine Frage ist, welche Gründe könnte es für eine solche Ablehnung Ihrer Meinung nach geben?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Die Gründe, sowas abzulehnen sind natürlich mannigfaltig. Das geht los mit fehlender Wirtschaftlichkeit, das Konzept ist möglicherweise unzureichend im Sinne der Versorgung. Ich glaube, dass es eher kein Problem geben dürfte, Gründe zu finden. Möglicherweise wäre es aus diesem Grund sinnvoll, dass man so eine Art Schiedsgremium vorsieht. Das ist allerdings meiner Kenntnis nach nicht vorgesehen in dem Antrag.

Abg. **Dr. Georg Kippels** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen. Wie ist Ihre Einschätzung zu der im Antrag genannten Zielsetzung, bis zum Jahre 2025 zehn Prozent der Bevölkerung in integrierten Versorgungsverträgen zu versorgen?

SV **Prof. Dr. Eckhard Nagel** (Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V. (DGIV)): Ich denke, dass eine allgemeine positive Zustimmung zu den Grundlagen dieses Antrages in dieser Anhörung schon deutlich geworden ist. Wenn er an einem Punkt tatsächlich Fragen aufwirft, dann sind es diese genannten zehn Prozent, denn Herr Prof. Dr. Amelung hat vorhin schon einmal darauf hingewiesen, dass zehn Prozent nicht zehn Prozent aller Versicherten sind, sondern unter Umständen in dieser Situation, gerade wenn wir auf die Personen gucken, die betroffen sein könnten, chronisch Kranke, fünfzig Prozent des Leistungsumfanges betreffen könnten. Also insofern ist diese Zahl sicherlich nicht wirklich erklärbar. Die Frage des Regionalbezuges ist, denke ich, von der Grundstruktur, auch mit den Rahmenbedingungen, die hier angesprochen worden sind, sehr nachvollziehbar. Es ist schon deutlich geworden, auch in den verschiedenen Antworten, dass die regionale



Leistung im Hinblick auf die Gesundheitserhaltung der Bevölkerung eine ganz entscheidende Komponente darstellt. Nichts desto trotz glaube ich, wird dabei ein Stück weit nicht berücksichtigt in der jetzigen Ausführung, dass es indikationsbezogene Aspekte gibt, dass also viele der jetzt schon etablierten Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sich auf chronisch kranke Personen mit spezifischen Indikationen beziehen. Nehmen wir einmal psychische Erkrankungen, nehmen wir chronische Erkrankungen, also diese Punkte müssten sicherlich deutlich besser ausformuliert werden. Wenn wir heute davon ausgehen, dass im integrierten Versorgungsbereich leider nur circa zwei bis drei Milliarden Euro umgesetzt werden, wir aber ein Gesamtvolumen von über 330 Milliarden im Gesundheitswesen ausgeben, dann kann man sehen, dass wir von den zehn Prozent weit entfernt sind. Deshalb bedauern wir, dass diese angestrebten zehn Prozent sicherlich nicht erreicht werden bis 2025. Aber wie gesagt, mit der reinen Formulierung einer Prozentzahl kann hier an dieser Stelle unseres Erachtens auch nicht ausreichend motiviert werden. Wir würden vielmehr unterstützen, auch im Gleichklang sozusagen mit den hier gesetzten Forderungen, dass die Aufgabensplitterung des § 140 a des SGB V stark vereinfacht wird und dadurch dann auch tatsächlich die Grundintentionen dieses Antrages noch besser erklärt und damit auch besser erreicht werden können.

Abg. **Prof. Dr. Andrew Ullmann** (FDP): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Herrn Dr. Gassen. Sollte die Einführung von Gesundheitsregionen wissenschaftlich begleitet werden? Wenn ja, wie sollte man am besten dabei vorgehen und worauf sollte man besonders achten?

SV **Dr. Andreas Gassen** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Ich glaube schon, dass man so was wissenschaftlich begleiten sollte und eigentlich fast muss. Da sind natürlich verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Am Ende des Tages ist es entscheidend, bringt es eine Verbesserung in der Versorgung. Das ist in der Vergangenheit sehr häufig bei vielen Dingen integrierter Versorgung, HZV etc. eigentlich nie hinterfragt worden. Gibt es tatsächlich einen Mehrwert für die Versorgung? Das sollte auch, glaube ich das zentrale Element sein.

Da muss man sicherlich auch schauen, gibt es Einsparpotentiale, gibt es Effizienzgewinne oder schafft man nur eine weitere Spielwiese oder neue Bürokratieoptionen. Ich glaube, hier muss tatsächlich ein Proof of Concept (PoC) eingefordert werden, weil viele Dinge lesen sich natürlich ganz schön und sind in der theoretischen Überlegung auch ganz praktisch. Wenn es dann tatsächlich in die Mühlen der Ebene kommt, dann verliert vieles doch den Glanz. Von daher halte ich eine Evaluation, wissenschaftliches Arbeiten, für zwingend notwendig.

Abg. **Harald Weinberg** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, Herrn Weller. In Ihrer Stellungnahme sehen Sie Probleme bezüglich der Zuweisung. Wir hatten das Thema ja schon an die Krankenkassen, die laut dem Antrag als Anreiz für diejenigen, die sich in den Gesundheitsregionen engagieren, erhöht sein sollen und dem Risikostrukturausgleich ebenso. Könnten diese erhöhten Zuweisungen zu Lasten anderer Regionen gehen? Könnten Sie das nochmal erläutern und vielleicht auch nochmal Lösungsmöglichkeiten aufzeigen?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Grundsätzlich von meiner Seite: Die Zielsetzung des Antrags, Versorgungsinnovationen auf der regionalen Ebene zu fördern, das ist zu unterstützen. Man kann auch mit finanziellen Anreizen arbeiten und dort den Rahmen setzen. Konkret jetzt zu dem im Antrag vorgesehenen Vorschlag, über den RSA eine Förderung zu organisieren. Das sehe ich kritisch, weil der Risikostrukturausgleich ist versorgungsneutral ausgestaltet. Der sollte zumindest versorgungsneutral ausgestaltet sein und bleiben, weil vom RSA dem Grunde nach von der Grundkonstruktion her keine Anreize für bestimmte Versorgungsformen oder bestimmte Versorgungsarten ausgehen. Gerade die Kernfunktion des RSA ist die Vermeidung von Risikoselektion und dadurch eine zielgenaue Zuweisung der Zuweisungen zu organisieren, um die Chancengleichheit zwischen den Regionen, zwischen den Versichertenpopulationen zu sichern. Von daher denke ich, Leistungssteuerungselemente, und das wäre eine Form von Leistungssteuerung, sollten nicht über den RSA laufen. Dann müsste man sich etwas anderes aussuchen. Im Üb-



rigen würde alles was über den RSA zusätzlich organisiert wird, die Transparenz und die Zielgenauigkeit von Zuweisungen mindern. Ein wichtiger Punkt ist mir noch aufgefallen, den würde ich gerne noch äußern, insbesondere wenn man sich das modellhaft anschaut. Wenn Sie das über den RSA machen, haben Sie natürlich Regionen, wo gute Versorgungsstrukturen da sind. Die Infrastruktur ist gut. Sie haben Regionen, wo keine gute Infrastruktur vorhanden ist und Sie würden dann natürlich die Region, die eine gute Gesundheitsregion ist, die gute Infrastruktur hat, zu Lasten von Regionen, die keine gute regionale Infrastruktur haben, bevorteilen. Das würde im Endeffekt dazu führen, weil das Volumen des RSA ist endlich, da Sie die Sonderzuweisungen nehmen für diese gute Gesundheitsregion, und dieses Geld steht dann den notwendigen förderfähigen oder notwendigen Regionen nicht mehr zur Verfügung.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich richte meine Frage an Frau Dr. Fix. Interprofessionelle Versorgung entlang von Behandlungspfaden ist in Deutschland bisher ein Stiefkind der Gesundheitspolitik, ebenso wie die Vernetzung in Form von Health in All Policies, die präventive Bedeutung davon. Was glauben Sie, könnten diese beiden Bereiche durch Gesundheitsregionen an Kraft gewinnen?

SVe Dr. Elisabeth Fix (Deutscher Caritasverband e. V.): In der Tat glaube ich, dass diese beiden Elemente oder Ansätze durch die Gesundheitsregionen wesentlich befördert werden könnten. Ich fange nochmal an mit dem Health in All Policies. Ich hatte vorher bei der Frage nach der Rolle der Kommunen schon dazu ausgeführt, Health in All Policies zu sein bedeutet mehr als die Betrachtung sozusagen von Versorgungsverträgen und die Rolle der Kommunen wird in Ihrem Antrag sehr wesentlich beleuchtet. Also das gilt auf jeden Fall Health in All Policies zu stärken. Zweitens ist ein sehr wesentlicher Beitrag für die notwendige Veränderung unseres Gesundheitswesens im Hinblick auf die Versorgung chronisch kranker Menschen tatsächlich eine Neuordnung der Gesundheitsfachberufe und eine Neuordnung der Zusammenarbeit. Da ist wirklich das Stichwort Verschiebung hin zu mehr interprofessioneller Versorgung entlang von Versor-

gungspfaden, gerade um für beispielsweise chronisch kranke oder pflegebedürftige Menschen, die Versorgungsbrüche zu mindern, die entstehen bei der Überführung vom stationären in den ambulanten Sektor oder auch zwischen den Gesundheitsfachberufen. Auch hier leistet Ihr Antrag zu den Gesundheitsregionen einen wesentlichen Beitrag und ich erhoffe mir in dieser Legislaturperiode auch noch das Stellen von entsprechenden Weichenstellungen in Bezug auf beispielsweise die modellhafte Erprobung von interprofessioneller Zusammenarbeit, so wie in dem Arbeitsentwurf zur Pflegereform im neuen § 64d beispielsweise vorgehen.

Abg. Dr. Georg Kippels (CDU/CSU): Die Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Wie ist Ihre Position zu dem Vorschlag, an der regionalen Gesundheitsversorgung beteiligten Institutionen und Gremien ein Recht einzuräumen, die Krankenkassen formell zum Abschluss von Gesundheitsregionenverträgen aufzufordern?

SV Michael Weller (GKV-Spitzenverband): Die Förderung des kontinuierlichen Austauschs der Partner der Gesundheitsversorgung vor Ort muss gefördert werden, um die Kooperation und die Vernetzung voranzubringen. Allerdings sollte die Grundausrichtung nach unserem Dafürhalten bei solchen populationsbezogenen Anträgen anderen Versorgungsformen, die dort stattfinden, freiwillig und frei selektivvertraglich möglich sein. Allerdings braucht man dafür auch Rahmenbedingungen, die verlässlich sind. Die waren vielleicht in den letzten Jahren, Jahrzehnten nicht immer kontinuierlich verlässlich. Wir würden da eher auf Freiwilligkeit setzen. Die beabsichtigte Regelung würde sogar ein Risiko beinhalten. Sie könnte gegenteiliges bewirken. Also, wenn der Handlungsdruck gegeben ist, so etwas machen zu müssen und damit eine einseitige Rechtfertigung verbunden ist, warum man vielleicht eine andere Vorstellung hat oder eine andere Zielsetzung hat oder eine andere Lösungsoption hat, würde genau diesen Ansatz des kooperativen, des konstruktiven Dialogs belasten. Aus diesem Grunde würden wir eine solche Regelung, eine verpflichtende Regelung, und sich rechtfertigen dafür, wenn man eine andere Lösungsoption hat, für nicht zielführend erachten. Ich würde mich nach wie vor bei verlässlichen Rahmenbedingungen, das ist die



Voraussetzung, für eine wettbewerbliche Kreativität einsetzt.

Abg. **Sabine Dittmar** (SPD): Die Frage geht auch an Herrn Weller vom GKV-Spitzenverband. In dem vorliegenden Antrag wird vorgeschlagen, einen Gesundheitsberater einzurichten. Ziele eines solchen beratenden Gremiums sollen unter anderem der Austausch unterschiedlicher Akteure der Gesundheitswirtschaft und des Bildungswesens sowie die strukturierte Weiterentwicklung und Findung neuer Berufe und Berufsbilder im Gesundheitswesen sein. Wie bewerten Sie diesen Antrag?

SV **Michael Weller** (GKV-Spitzenverband): Also wenn bei einer Installierung eines solchen Instituts oder einer solchen Organisation, dann sollte auch Sicht des GKV-Spitzenverbandes die Empfehlung für neue Berufsbilder möglichst datenbasiert ausgesprochen werden. Ziel einer solchen Einrichtung, eines solchen Konstrukts muss es dann immer sein, konkrete Versorgungslücken zu identifizieren und die nicht durch bereits bestehende Berufsgruppen abgedeckt werden, weil dafür jetzt eine besondere Expertise zum Beispiel notwendig wäre. Klare Tätigkeitsprofile sind in erster Linie aus der Perspektive der Patienten abzuleiten und nicht aus der Sicht der möglichen Berufsgruppen. Sie sind dann um die Sichtweise der Gesundheitswirtschaft und des Gesundheitspersonals oder anderer Beteiligter zu ergänzen. Sichergestellt sein muss, dass in den neuen Berufsfeldern, denn darum geht es ja, ausgebildetes Personal zielgerichtet in den Versorgungsbereichen eingesetzt wird, dort wo die Bedarfe entstehen. Nur zum Selbstzweck so etwas zu machen, ist nicht zielführend. Also immer Versorgungslücken identifizieren und das datenbasiert organisieren.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Ich richte meine Frage an die Bundesärztekammer. Wie bewerten Sie den Vorschlag, kurzfristig gemeinsam mit Berufs- und Fachverbänden sowie Pflegekammern die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten für hochschulisch ausgebildetes Pflegefachpersonal mit einem Masterabschluss in Community Healthnursing nach internationalem Vorbild umzusetzen?

SV **Dr. Klaus Reinhardt** (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich glaube, dass diese Einzelmaßnahme in diesem Gesamtkontext relativ wenig bewirken wird. Erstens haben wir noch keinen Community Healthnursing-Studiengang, jedenfalls noch keinen ausgebildeten. Es gibt glaube ich inzwischen einige Fachhochschulen, in denen diese Studiengänge aufgelegt sind. Im Grundsatz finde ich das Ansinnen richtig, Menschen auszubilden, die diese Funktion ausüben können, aber das Einrichten alleine dieser Tätigkeit oder dieser Berufsgruppe als solches leistet wenig dazu, denn wenn man sich anguckt, wo Community Healthnursing stattfindet, wie in Kanada oder Finnland, dann sind die eingebettet in multifunktionelle Teams in Regionen. Ich glaube, wir müssen das Thema etwas differenzierter und größer anschauen, als uns nur zu fokussieren auf die Einrichtung dieser Berufe. Es bleibt auch dabei, das hatte ich eben schon in meiner Stellungnahme nochmal festgestellt, ich glaube nicht, dass die Übertragung von heilkundlichen Tätigkeiten das zentrale Thema von vernünftiger populationsbezogener Versorgung in Gesundheitsregionen ist. Das kann ein Baustein sein, ohne Frage. Und ich will auch nicht verhehlen, dass es durchaus ärztliche Tätigkeit gibt, die von gut qualifizierten ausgebildeten Menschen unter Umständen übernommen werden kann, überhaupt keine Frage. Das muss man, glaube ich, schon nach vorne betrachtet, sehen. Wir werden uns auch damit als Berufsstand in vermehrtem Maße in den nächsten Monaten befassen oder tun es aktuell schon, um auch unsererseits Vorschläge dazu unterbreiten zu können. Aber die Einrichtung eines solchen Berufes jetzt als singuläre Maßnahme führt im Moment nicht sehr weit. Ich glaube, es muss eingebettet sein in ein Gesamtkonzept und es bleibt dabei, ich glaube schon, dass man natürlich bei Übertragung von Heilkunde sehr genau hinschauen muss, was man tut und um welche Tätigkeiten es sich handelt. Da, wo hohes Gefährdungspotential besteht haben Menschen einen Anspruch darauf, von Ärztinnen und Ärzten, die ein qualifiziertes Studium oder eine Hochschulausbildung mit entsprechender Weiterbildung absolviert haben, versorgt zu werden

Abg. **Detlev Spangenberg** (AfD): Meine Frage geht an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dr. Gassen. Sie verweisen in Ihrer Stellungnahme darauf, dass hinsichtlich der Teilnahme und Umsetzung



der regionalen Verbundbildung genügend Freiheitsgrade bestehen. Wenn ich jetzt mal den Begriff Freiheitsgrade mit Vertragsfreiheit übersetze, könnte das bedeuten, dass die, die sich nicht dran beteiligen, im Markt eine Schlechterstellung haben, in der Nachfrage, in der Außenwirkung, in der Werbung oder sehen Sie die Gefahr nicht?

SV Dr. Andreas Gassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Naja, also ein Zwang zur Teilnahme besteht für die jeweiligen Gesundheitsberufe nicht. Andererseits werden aber die Gesundheitsberufe, die Verträge zur regionalen Versorgung abschließen wollen, dies mit jeder in der jeweiligen Region aktiven Krankenkasse tun müssen. Das ist verwaltungstechnisch, je nachdem, wo Sie sind, schon Hochreck. Insofern kann man sich durchaus vorstellen, dass das für den ein oder anderen nicht gerade motivierend wirkt, sondern eher abschreckend sein könnte. Das ist völlig klar. Wir sehen verpflichtende Teilnahme durch Vertragsärzte und Psychotherapeuten als schwierig an dem Punkt.

Abg. Sabine Dittmar (SPD): Meine Frage geht ans Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen. Sollte den Kommunen die Verantwortung für eine bessere Vernetzung und Koordinierung der umfassenden gesundheitlichen Versorgung der Menschen in einer Region übertragen werden und wenn ja, wie sollte die Finanzierung dieser Aufgabe gestaltet werden?

SV Josef Hilbert (Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen e. V. (NDGR)): Die Kommunen müssen in diesem Kontext auf jeden Fall eine Rolle spielen. Aber in der jetzigen Verfassung können sie das nicht. Sie müssen in diesem Kontext gestärkt werden, möglicherweise geht das über eine ohnehin anstehende Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dabei müssen solche Fragen eine Rolle spielen. Über Finanzierungsfragen haben wir schon bei vielen Punkten gesprochen. Da ist Finetuning nötig, aber auch an vielen Punkten nötig. Im Moment grassieren mehrere Vorschläge durch die Lande, wie man entsprechende Aufgaben auch finanzieren kann. Kommunen jedenfalls haben auch noch eine Ressource dadurch, dass im Bereich der Sozialhilfeausgaben, gerade bei den vulnerablen

Gruppen, sicherlich Einweisungen in stationäre Altenhilfe vermieden werden kann. Das ist eine ganz kräftige, bislang noch nicht gehobene Ressource und übrigens auch gesundheitspolitische Verantwortung. Ich glaube, mehr Zeit bleibt mir jetzt nicht. Wenn ich das insgesamt sehe, dann muss ich sagen, ich freue mich riesig, dass sozusagen Jeannie out of the box ist. Wir müssen über diese Gestaltungsorientierung, glaube ich, jetzt diskutieren. Das können wir nicht wieder zurückschubsen. Es ergeben sich sehr interessante Perspektiven im Hinblick auf die Frage, also muss es so etwas wie einen Begründungszwang geben? Da kann ich nur sagen, aus der Sicht von Gesundheitsregionen, wir laufen uns die Füße wund in Richtung auf einen verbesserten Austausch mit den Akteuren vor Ort. Wenn es dafür so etwas wie ein sehr stark ausgebautes Matching gibt. Natürlich muss Freiwilligkeit erhalten bleiben. Aber ein sehr starkes, motivierend ausgerichtetes Matching, so wie das hier in diesem Antrag eigentlich vorgesehen ist, dann ist das, glaube ich, sehr zielführend. Die andere Perspektive, brauchen wir Managementgesellschaften, ja, wir brauchen vor Ort Kümmerer, sonst wird davon nichts. In allen anderen Gesundheitsregionen, wie beispielsweise auch Rhein-Neckar, da zeigt sich das immer wieder, wenn man keine stabilen, handlungsfähigen Strukturen hat, dann können wir diese ganzen Vorstellungen vergessen. Ob das etwas sein muss, wo sich Private Equity-Gelder einmischen, das weiß ich nicht. Das will ich auch ganz massiv in Zweifel stellen. Aber es gibt jede Menge anderer Lösungsmöglichkeiten, die angedacht werden, beispielsweise das letzte Papier, was ich gelesen habe, da ging es um sozusagen weiße Anleihen, die diskutiert worden sind.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Frage an den Einzelsachverständigen Mohrmann. Richten die Antragsteller[unverständlich]Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für diejenigen gesetzlichen Krankenkassen vor, die entsprechende Verträge zur regionalen Gesundheitsversorgung haben? Gerne würden wir von Ihnen wissen, wie Sie zu diesem Vorschlag stehen und wie Sie den bewerten.



ESV Matthias Mohrmann: Ich schließe mich da den Bewertungen von Herrn Knieps und auch von Herrn Weller an. Also wir sollten nicht den Risikostrukturausgleich nutzen, um dort solche Anreize zu schaffen. Das hat was mit der Versorgungsneutralität des Risikostrukturausgleichs zu tun. Hier könnten auch Fehlanreize entstehen, da können Krankenkassen vielleicht sagen, jetzt kriege ich erstmal mehr Geld, also mache ich da mit. Das könnte, hatten wir auch, zu dem Eindruck führen, ich werde in ein Versorgungsmodell gedrückt im Grunde, weil die Krankenkasse davon profitiert. Das wollen wir nicht. Wir wollen keine Finanzierungsdiskussion, sondern eine inhaltliche Verbesserung hinbekommen. Deswegen halte ich es für sinnvoller, über andere Finanzierungsmöglichkeiten nachzudenken, beispielsweise eine Bezuschussung von Managementkosten über einen Fonds, wo man auf der anderen Seite auch Transparenz herstellt über die Ansätze, die dort da sind, also das eine Zug um Zug gegen das andere, um dort irgendwie zu gucken, wie kann ich dieses, das als Overhead, als Management, erforderlich ist, auch vielleicht ein Stück weit mitfinanzieren. Aber ich würde es niemals über den Risikostrukturausgleich machen.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Eine Frage an den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Hier die Frage der generellen Neuordnung der Arbeitsverteilung im Gesundheitswesen, so steht es im Antrag der Grünen. Wie stehen Sie zu dieser Forderung?

Der Vorsitzende: Herr Dr. Gassen hat das Meeting soeben verlassen.

Abg. Prof. Dr. Andrew Ullmann (FDP): Dann, wenn es möglich ist, ich weiß nicht, ob Herr Dr. Reinhardt noch im Raum ist und die Frage verstanden hat, dann an ihn, Bundesärztekammer.

SV Dr. Klaus Reinhardt (Bundesärztekammer (BÄK)): Ich habe die Frage verstanden, herzlichen Dank Herr Ullmann, ich kann sie auch beantworten. Ich glaube, dass es nicht eine Frage der neuen Aufgabenverteilung ist, sondern es ist eine Frage des Zusammenarbeitens. Insofern, glaube ich, ist eine Frage, welche Meinungstendenz man mit der

Aufgabenverteilung verfolgt. Das vielvertretene Ziel mancher Pflegeverbände oder auch Berufe, das zu tun, was sonst Ärzte tun, das glaube ich, ist nicht der Schlüssel zum Erfolg an dieser Stelle, sondern es geht darum, multiprofessionell, interprofessionell zusammenzuarbeiten und Versorgung von Patienten in komplizierten Verhältnissen, die wir heute haben, als wir sie noch vielleicht vor zwanzig, dreißig, vierzig Jahre gehabt haben, zu gewährleisten und dabei natürlich auch dem anderen die Möglichkeit zu geben, sich in seinem Umfeld, in der Kompetenz, die er erworben hat, entsprechend zu entwickeln. Ich glaube, das ist das Ziel, was wir verfolgen können.

Der Vorsitzende: Wir sind am Ende unserer Anhörung angekommen. Ich denke, wir haben viele Anregungen erhalten, die ich auch mit nach Hause nehme in meinen Wahlkreis, der komplett einer Gesundheitsregion angehört. Deshalb freue ich mich, dass wir dieses Thema hier in dieser Breite und Tiefe erörtern konnten. Vielen Dank den Sachverständigen und ich wünsche allen noch einen schönen restlichen Nachmittag und Abend.

Schluss der Sitzung: 16:37 Uhr

gez.
Erwin Rüdell, MdB

Vorsitzender