Was mit dem neuen § 140b „Gesundheitsregionen“ aus dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz möglich wird

Wer Gesundheitsregionen will, muss neu denken

Seitdem durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahre 2015 aus § 140 a SGB V zur „Integrierten Versorgung“ der § 140 a zur „Besonderen Versorgung“ und dabei auch der damals existente § 140 b ganz gestrichen wurde, stützen sich alle regionalen, populationsbezogenen Versorgungskonzepte auf die Selektivvertragsmöglichkeit des neuen § 140 a. Dennoch fehlt eine brauchbare Rechtsgrundlage, da eine umfassende Regionalversorgung weit über einen Selektivvertrag hinausgeht; es dafür eigentlich so etwas wie regionale Kollektivverträge geben müsste – nur existieren die bisher nicht. Mit dem vorliegenden Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) für einen Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG) macht die Politik mit der Neuschaffung besagten Paragrafens quasi eine Volte rück- und vorwärts zugleich, indem – so das Vorwort – die „regional vernetzte, kooperative Gesundheitsversorgung gestärkt“ und „neue Möglichkeiten für Kommunen und Krankenkassen, Gesundheitsregionen zu bilden, eröffnet“ werden, die zudem „Schnittstellen überwinden“ sollen. Zumindest dann, wenn das, was im Referentenentwurf so visionär wie richtig steht, die anstehenden Anhörungen und den Gesetzbildungsprozess übersteht.

>> Wer das Sozialgesetzbuch V durchstöbert, stößt bislang kein einziges Mal auf den Begriff „Gesundheitsregion“, indes 151-mal auf das Begriffspaar „regionale Versorgung“. Dies jedoch lediglich in der Konnotation „regionale Versorgungsbedingungen“, „regionale Versorgungsverpflichtung“ und „regionaler Zuständigkeitsbereich“ oder auch „Planungsbereiche regionaler Besonderheiten“ wie in § 132 d SGB V. Damit wäre der neue § 140b „Gesundheitsregionen“ nach dem Wortlaut des Referentenentwurfs schon ein Novum; eines, das es in sich hat. Sofern die im Referentenentwurf getroffenen Aussagen im neuen § 140 b den langen Prozess bis zur Gesetzgebung – beginnend mit weiteren Feinschliffen der BMG-Mitarbeiter:innen bis hin zu Verbände- und Fachanhörungen wohl noch während der Sommerpause – überleben und schon im Gesundheitsausschuss nicht auf einen kleinsten gemeinsamen Nenner abgespeckt werden, könnte dieser Paragraf durchaus in der Lage sein, für einen regelrechten Boom zu sorgen und blühende Landschaften regionaler Gesundheitsversorgung zu schaffen. Die Frage ist nur: Wer hat daran das geringste, wer das meiste Interesse?

Diese Frage betrifft

- zuallererst die gesetzlichen Krankenkassen,
- in zweiter Linie die Krankenhauslandschaft und
- in dritter infrage kommende Kommunen.

Schließlich ist zu definieren, was erstens unter dem Versorgungsansatz einer Gesundheitsregion eigentlich genau verstanden wird und wie zweitens die Minimalanforderungen aussehen.

Die Sicht der Krankenkassen

Die GKVen finanzieren sich über den mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2009 neu ausgestalteten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (M-RSA), der den seit 1999 eingeführten RSA durch eine Einbeziehung der Faktors Morbidität neu justierte. Seitdem werden nahezu alle Zuweisungen des Gesundheitsfonds an die GKVen auf Basis der M-RSA-Systematik ausgezahlt. Dabei gilt: Je mehr Patient:innen

„§ 140 b Gesundheitsregionen“

aus: Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsversorgung in der Kommune (Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz – GVSG)

(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können gemeinsam und einheitlich mit einem oder mehreren Kreisen oder einer oder mehreren kreisfreien Städten auf deren Antrag einen **Vertrag mit dem Ziel der Behebung regionaler Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung, der Überwindung von Schnittstellen oder der Verbesserung des Zugangs zur regionalen Versorgung (Gesundheitsregion)** schließen. Sofern die Kreise oder kreisfreien Städte die weiteren Voraussetzungen nach Absatz 4 erfüllen und zur hälftigen Übernahme der Kosten nach Absatz 3 Satz 3 bereit sind, sind die **Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen** zur Aufnahme von Vertragsverhandlungen über die Bildung einer Gesundheitsregion **verpflichtet**.

(2) Aufgaben einer Gesundheitsregion können insbesondere sein:

1. Bildung von Netzwerken und Kooperationen der regionalen Versorger und des öffentlichen Gesundheitsdienstes,
2. Sicherstellung einer **vernetzten und koordinierten Gesundheitsförderung und Versorgung über Sektorengrenzen** hinweg entsprechend der regionalen Bedarfe unter **Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen**,
3. Ausbau von Dienstleistungen zur Erhöhung von Mobilitätsangeboten, um den Zugang zu kurativer und präventiver Versorgung zu erleichtern,
4. Weiterentwicklung der genannten Ziele und Maßnahmen.

Die Einzelheiten sind in den Verträgen nach Absatz 1 zu regeln.

(3) Die Organisation einer Gesundheitsregion kann von den in Absatz 1 Satz 1 genannten Vertragspartnern einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden. Die Vertragspartner können die Aufgabe nach Satz 1 auch an beteiligte Leistungserbringer der Gesundheitsregion oder deren Gemeinschaften oder Verbünde übertragen oder sich darauf verständigen, dass diese Aufgabe durch Dritte erbracht wird. Die Investitions- und Betriebskosten der Organisation der Gesundheitsregion tragen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen einerseits und die beteiligten Kreise und kreisfreien Städte andererseits zu gleichen Teilen.

(4) Voraussetzung für die Aufnahme von Vertragsverhandlungen nach Absatz 1 Satz 2 ist, dass die Kreise oder kreisfreien Städte gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen unter Nennung der teilnehmenden Leistungserbringer qualifizierte Angaben zu den Zielen und Aufgaben der Gesundheitsregion machen und bereit sind, sich an den Kosten nach Absatz 3 Satz 3 zu beteiligen. Eine enge Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst ist zu gewährleisten. Kommt es nicht zu Verhandlungen, so entscheidet die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes, ob der Antrag die Anforderungen des Satzes 1 erfüllt und Verhandlungen aufzunehmen sind.“

ICD-10-Codes	Fallzahl 2021	Anteil mit SU[1]	Anteil ohne SU	verstorben mit SU	verstorben ohne SU	potenziell verstorben, wenn mit statt ohne SU	vermeidbare Todesfälle
I60 & I61 (Blutung)	42.659	32.762	9.897	14.907	4.949	4.503	445
I63 & I64 (Ischämie)	248.666	190.975	57.691	45.643	17.538	13.788	3.750
G45 exkl. G45.4 (TIA)	87.743	67.387	20.356	6.132	2.626	1.852	774
Summe	379.068	291.124	87.944	66.682	25.112	20.144	4.969

Abb. 1: Potenziell vermeidbare Todesfälle innerhalb eines Jahres nach einem Schlaganfall bei Übertragung der Ergebnisse der QUASCH-Studie auf die aktuelle Versorgung bei Schlaganfall. Aus: Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung zur „Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung – Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen".

eine Krankenkasse innerhalb des sogenannten Vollmodells – das seit der Reform im Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der GKV (GKV-FKG) alle Krankheiten in den Morbi-RSA einbezieht – in einzelnen Morbiditätsgruppen versorgt, desto mehr Geld bekommt sie. Von daher stellt sich die Frage, welches Interesse vor allem große Krankenkassen an einem Regionalversorgungsmodell haben könnten: Ein finanzielles wird es wohl nicht sein, vielleicht aber durchaus das Momentum, dass sie doch eigentlich Gesundheit fördern sollen und wollen, und sei es nur aus dem Grund, ihre jeweilige Marktposition und auch -beherrschung zu unterstreichen

Anders sieht es bei kleineren, meist regional tätigen Kassen und besonders BKKen aus, die sehr oft an größere Unternehmen geknüpft sind. Hier kann der Beweggrund, sich für Regionalversorgung zu engagieren, darin liegen, sich mit speziellen Versorgungsangeboten als bester Arbeitgeber oder Unterstützer einer Region darzustellen oder schlicht dafür zu sorgen, dass die beschäftigten Mitarbeitenden ein besseres Versorgungsmodell genießen, auf dass deren Gesundheitsstatus und Zufriedenheit steigen und ganz nebenbei auch Fehlzeiten minimiert werden.

Ob große oder kleine Kassen: Alle haben das gleiche Problem. „Das aktuelle System, wie Krankenkassen ihre Zuweisungen erhalten, hat einen gefährlichen Schwachpunkt: Es vernachlässigt die entscheidende Zukunftsaufgabe von heute, dass die Versicherten darin unterstützt und angereizt werden müssten, länger gesund zu bleiben, erst später krank zu werden und dann auch in der Progression ihrer Erkrankungen langsamer voranzuschreiten. Wir müssten dringend die Zahl der in Krankheit verbrachten Jahre massiv verringern", erklärt OptiMedis-Gründer Dr. h. c. Helmut Hildebrandt im Gespräch mit „Monitor Versorgungsforschung". Diese Fehlincentivierung, die sich vom Kassensystem bis zu den Leistungserbringern auf stationärer wie ambulanter Seite durchzieht, die fast ausschließlich nach Leistung (Ausnahme: HZV-Modelle, siehe MVF 03/23), nicht nach Outcome bezahlt werden, müsse in der sicher aufkommenden Diskussion um den neuen § 140 b thematisiert werden. Hildebrandt: „Ich bin mir jedoch noch unsicher, ob die Politik verstanden hat, wie eng der M-RSA und die anstehende Krankenhausrefom in dieser Zukunftsaufgabe miteinander verwoben sind."

Die Sicht der Krankenhäuser

Obwohl Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nach der letzten Bund-Länder-Runde bezüglich der Bundeskrankenhausreform eine grundsätzliche Einigung mit den Ländern verkünden konnte, bleiben viele Fragen offen. Lauterbach will einerseits weitgehend unabhängig von der Fallzahl der behandelten Patient:innen nun Vorhaltepauschalen als eine Art „Existenzgarantie für kleine Kliniken auf dem Land" einführen, die 60% der nötigen Finanzierung abdecken sollen, und andererseits ein „Transparenzgesetz" initiieren, auf dass endlich die Behandlungsqualität aller Häuser transparent werde. Da Patient:innen immer mehr „mit den Füßen abstimmen", indem sie sich oft statt in der nächst erreichbaren Klinik in der qualitativ besseren, aber etwas weiter entfernten behandeln lassen, bleibt abzuwarten, wie Krankenhaus-Eigner und -Management agieren.

Was dieser Schritt ausmacht, hat Lauterbach erst kürzlich in einer von ihm beauftragen Studie (1) erarbeiten lassen, die eindrücklich belegen konnte, was den Unterschied zwischen guten und schlechten Kliniken wirklich ausmacht. Werden komplizierte medizinische Behandlungen ausschließlich in dafür spezialisierten Kliniken durchgeführt, verbessert sich laut Ergebnissen der von der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung erstellten Studie die Versorgungsqualität und häufig auch die Wahrscheinlichkeit mehr Leben zu retten, etwa bei Schlaganfällen und Krebserkrankungen.

Wie drastisch zudem die Lage ist, zeigt der aktuelle Krankenhaus-Rating-Report 2023 (2). Hier wird deutlich, wie sehr sich die wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser 2021 wegen anhaltend niedriger Auslastung weiter verschlechtert hat. Der Report, der gemeinsam vom RWI-Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung und der Institute for Healthcare Business GmbH (hcb) in Kooperation mit der Bank im Bistum Essen (BIB) erstellt wird, erklärt, dass die von Lauterbach geplante Krankenhausreform „implizit ein Zielbild der künftigen Krankenhausstruktur" formuliert. So seien im Jahr 2021 die rund 437.000 Betten in den Allgemeinkrankenhäusern nur noch zu 66% ausgelastet gewesen. Zudem bestehe bei einer Zielauslastung von 85% und bei fortschreitender Ambulantisierung im Zielbild ein Bedarf von nur etwa 316.000 Betten bzw. rund 1.200 Standorten, wobei eine flächendeckende Versorgung damit weiterhin gut möglich sei. Die Kerndaten des Krankenhaus-Ratings:

- 11% der Krankenhäuser befanden sich im „roten Bereich" erhöhter Insolvenzgefahr,
- 16% Prozent im „gelben" und 73% im „grünen Bereich". Im Jahr zuvor lagen 7% im „roten", 25% im „gelben" und 68% im „grünen Bereich".
- Die Ertragslage hat sich 2021 ebenfalls verschlechtert: 32% der Krankenhäuser schrieben auf Konzernebene einen Jahresverlust, 2020 waren es 22%.
- Im Jahr 2021 betrug das durchschnittliche Jahresergebnis lediglich 0,8% der Erlöse, im Jahr zuvor waren es noch 1,8%.

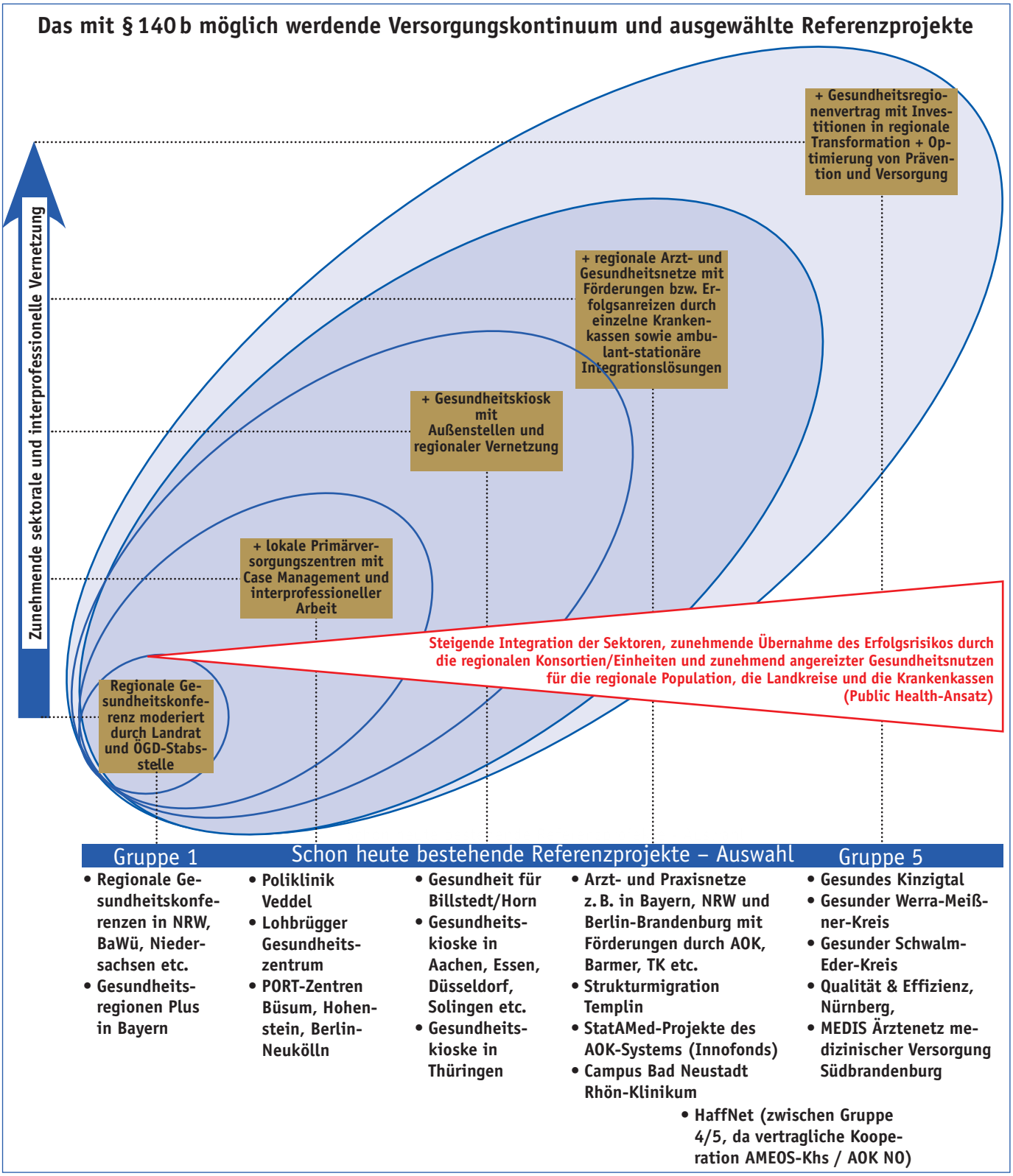


Abb. 2: Das mit §140 b möglich werdende Versorgungskontinuum und ausgewählte Referenzprojekte". Von: Dr. h. c. Helmut Hildebrandt, erstellt für „Monitor Versorgungsforschung", Juli 2023.

• Maßgeblich für die schlechtere wirtschaftliche Lage der Kliniken war der Rückgang der Ausgleichszahlungen im Rahmen der Covid-19-Pandemie bei nach wie vor geringem Leistungsniveau der Krankenhäuser.

Alle Krankenhäuser – gleich welcher Größe und Spezialisierung – haben im Prinzip mit dem neuen Paragrafen 140 b eine große Chance: „Der Gesetzentwurf eröffnet ein ganzes Versorgungskontinuum von Primärversorgungszentren, wie wir sie aus dem Strukturmigrationsprojekt Templin kennen, bis hin zur Position als Partner und auch Treiber ganzer Gesundheitsregionen, wie es beispielsweise im ‚Gesunden Kinzigtal' oder auch im ‚Gesunden Werra-Meißner-Kreis' der Fall ist", verdeutlicht Hildebrandt. Dabei seien die Gründung von ebenfalls im neuen § 140 b adressierten kommunalen medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und die Schaffung

Zitationshinweis

Stegmaier, P.: „Wer Gesundheitsregionen will, muss neu denken“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (04/23), S. 12–15. http://doi.org/10.24945/MVF.04.23.1866-0533.2519

von Gesundheitskiosken die – relativ gesehen – einfacheren Modelle, die Bildung von auf die Populationsebene einwirkenden Gesundheitsregionen das mit Abstand anspruchsvollste Vorhaben. Der Grund dafür: Neben der schwierigen vertraglichen Gestaltungsarbeit, die auf eine Art regionalen Kollektivvertrag hinausläuft, den das Sozialgesetzbuch in der Form aber gar nicht kennt, braucht das Public-Health-Modell einer Gesundheitsregion „eine gewisse Veränderung des Denkens“ – weg von der akteursgetriebenen hin zur populationsgetriebenen Ausformulierung eines regional tätigen Gesundheitswesens. Hildebrandt: „Damit zählen auf einmal nicht mehr die Aspekte Vergütung und Einzelleistung, sondern nur mehr das, was das Patientenkollektiv vor Ort wirklich benötigt, um bei hoher Lebensqualität möglichst lange so gut es eben geht gesund zu bleiben. Das ist der große Unterschied zwischen einer Versorgungs- und einer Public-Health-Denke.“

Genau hier treffen die möglichen Interessenslagen bestimmter Krankenkassen und -häuser auf die von kleineren und größeren Kommunen oder auch ganzen Landkreisen.

Die Sicht der Kommunen

„Insbesondere in sozial oder strukturell benachteiligten Regionen können Defizite und besonderer Unterstützungsbedarf bestehen“, steht im Referentenentwurf zum GVSG. Daher ziele – so der einführende Text unter dem Passus „Problem und Ziel“ weiter – der Gesetzentwurf darauf ab, die „Gesundheitsversorgung vor Ort in den Kommunen zu stärken“ und mehr Möglichkeiten zu erhalten, „auf die vor Ort bestehenden Bedarfe im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung zu reagieren“. Weiters sollen laut Entwurfstext „zur Stärkung einer regional vernetzten, kooperativen Gesundheitsversorgung“ neue Möglichkeiten für Kommunen und Krankenkassen eröffnet werden, Gesundheitsregionen zu bilden. Darüber solle es gelingen, „regionale Defizite der Gesundheitsförderung und Prävention sowie der Versorgung zu beheben, Schnittstellen zu überwinden oder den Zugang zur regionalen Versorgung zu verbessern“. Hildebrandt meint aus den Zeilen des bisher vorliegenden Referentenentwurfs herauslesen zu können, dass sich die Politik hier „etwas auf die strukturschwächeren Regionen“ ausrichtet.

Ob dem wirklich so ist, wird man an weiteren Konkretisierungen zum GVSG oder auch erst in der Arbeit weiterer Legislaturen sehen. „Im Grunde braucht jede Region, ob sie



nun ländlich oder städtisch geprägt ist, eine regionale Infrastruktur, die fit genug dafür ist, tatsächlich das Management und die Organisationsstruktur der regionalen Gesundheit zu entwickeln“, sagt Hildebrandt. Da es aber bislang hierzulande derartige regionale Organisationsstrukturen – bis auf die von Modellprojekten – nicht gibt, werden sich Hildebrandts Meinung nach neu entstehende Gesundheitsregionen über verschiedene Stufen und Iterationen hinweg entwickeln müssen. Und dabei meist – oder fast zwangsweise auch immer – an den zementierten sektoralen Organisationsstrukturen anecken.

Auch wird es, je nach regionalen Anforderungen, Krankheitslasten, Morbiditäten und Bedürfnissen, aber auch je nach vorhandener Leistungserbringerstruktur, eine angepasste Modullösung geben müssen, zwischen dem großen Wurf einer Gesundheitsregion, kleineren wie Gesundheitskiosken (basierend auf den Erfahrungen des ersten im städtischen Billstedt/Horn oder der ersten ländlichen in Thüringen im Unstrut-Hainich-Kreis) oder Regional-MVZ bis hin zu dem, was in der Modellregion Templin in Form einer Strukturmigration beispielhaft – auch als intellektueller Background für den neuen 140er – vorexerziert wurde.

In Templin wurde – so ein aktueller ARD-PlusMinus-Beitrag (3) – ausprobiert, wie es gelingen kann, ambulante und stationäre Versorgung miteinander zu verzahnen. Wobei das, was an ambulanter Versorgung stattfindet, im Ambulant-Stationären Zentrum ASZ am Sana Krankenhaus Templin durchgeführt wird. Damit sollen vorhandene Synergien genutzt und übergreifende Unterstützungs- und Beratungsangebote unter einem Dach angeboten werden: zum Nutzen der rund 30.000 Bürger:innen im Großraum der brandenburgischen Stadt im Landkreis Uckermark. Der Touch, der in dem TV-Bericht recht gut vermittelt wurde, war, dass es zwar große Herausforderungen beim nötigen Umbau der regionalen Gesundheitsversorgung gibt, aber dafür bei allen Fallstricken und Problemen auch chancennutzende, positive Gestaltungsansätze: das „Templin-Projekt“ als „TuWas“-Option.

Zu Wort kam in diesem TV-Beitrag auch Templins langjähriger (seit 2010 tätiger) Bürgermeister Detlef Tabbert von der Partei „Die Linke“. Er bewertet – so ein Einspieler vor laufender PlusMinus-Kamera – das Templiner Projekt als ein „gelungenes Beispiel für eine gute Zusammenarbeit beider Sektoren“. Er wisse, so die Tonspur weiter, „dass mehrere Ärzte in den nächsten Jahren in Ruhestand gehen“. Auch aus diesem Grund sei es ihm wichtig, die medizinische Versorgung in seiner Stadt aufrechtzuerhalten, „auch mit unkonventionellen Mitteln“. Und mit einer inzwischen recht langen Historie: Es ist entstanden aus dem Vorläufer eines KV RegioMed-Programms und einem darauf aufsetzenden Innovationsfondsprojekt*, nun überführt in das Neue Konsortium Templin zur Förderung der Gesundheitsregion Templin (NKT), getragen vom Arztnetz „Gesund in Templin“, dem Sana Krankenhaus Templin, der Stadt Templin und der KV Brandenburg – alle bereits Partner im ursprünglichen Innofondsprojekt-Konsortium. Das NKT kann durchaus als bereits bestehendes Beispiel dafür gesehen werden, das eine neue Versorgungsrealität vorwegnimmt, die der Gesetzentwurf zu Gesundheitsregionen bilden könnte. Es zeigt zudem, dass für den Start von Gesundheitsregionen keine Riesenapparate aufgebaut werden müssen, sondern vergleichsweise einfache und verfügbare Organisationsstrukturen genutzt werden können, damit Ressourcen nicht in der organisationellen Selbstbefassung verschwinden, sondern für eine Veränderung bereit stehen. <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier

Literatur:

1: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/5_Stellungnahme_Potenzialanalyse_bf_Version_1.1.pdf
2: https://www.rwi-essen.de/presse/wissenschaftskommunikation/pressemitteilungen/detail/krankenhaus-rating-report-2023
3: https://bit.ly/3XLs0d8

Nach Leserbriefen ergänzte Online-Fassung

* siehe MVF 02/16, 03/17, 01/19, 06/20, 01/21, 02/21, 05/21, 03/22, 05/22)