

Die Wiederbelebung der Integrierten Versorgung durch Regionalisierung?

verfasst von **Andrea Futterer**, veröffentlicht am 29. April 2021

Die räumlich ungleiche Verteilung von ÄrztInnen in Deutschland wirkt sich bereits heute auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung in der Fläche aus. Zugleich befinden wir uns am Beginn einer lange angekündigten Ruhestandswelle, die sich vor allem unter niedergelassenen ÄrztInnen vollzieht. Die Auswirkungen dieser Entwicklungen bedingen einen „Ärztmangel“, der sich vor allem im ambulanten medizinischen Bereich und im ländlichen Raum negativ auf die Versorgung der PatientInnen auswirkt. Mehr noch, diese Entwicklung wird sich weiter verstärken. Eine [Studie im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen](#) vom September 2020 geht für das Flächenland davon aus, dass der hausärztliche Versorgungsgrad bis 2035 um ein Fünftel sinken wird. Die damit verbundene ungleiche regionale Verteilung in der hausärztlichen Versorgung werde weiter zunehmen und zu einer Unterversorgung im ländlichen Raum führen.

Eine vielfach diskutierte Möglichkeit, dem hausärztlichen Versorgungsdefizit in ländlichen Regionen zu begegnen, sehen die Länder in Reformen rund um das Medizinstudium. Vier Maßnahmenbereiche lassen sich ausmachen:

Die Erhöhung der Medizinstudienplätze von aktuell rund 10.000 auf rund 15.000 könne Abhilfe schaffen, so argumentiert beispielsweise der Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Dominik von Stillfried, gegenüber [REPORT MAINZ](#) im vergangenen Herbst. Des Weiteren entstehen an diversen Standorten Lehrstühle und medizinische Fakultäten, wie am neugegründeten Universitätsklinikum Ostwestfalen Lippe, oder es werden Medizincampus errichtet, wie in Trier. Diese zielen darauf ab, einen Beitrag gegen den Mangel an Personal in der Fläche zu leisten. Zusätzlich reformieren einzelne Ausbildungsstandorte die Curricula. So werden die Medizinstudierenden des neuen Modellstudiengangs „Medizin in Chemnitz“ (MEDiC) stärker als zuvor in die Betreuung von PatientInnen integriert, um praktische Erfahrungen im ambulanten und stationären Bereich zu sammeln. Ihnen steht zudem ein niedergelassener Arzt oder eine niedergelassene Ärztin und ein akademischer Mentor oder eine akademische Mentorin beratend zur Seite.

Der 2017 beschlossene „[Masterplan Medizinstudium 2020](#)“ sieht hingegen ausdrücklich keine Erhöhung der Studienplätze vor. Die ehemaligen BundesministerInnen Hermann Gröhe (Gesundheit) und Johanna Wanka (Forschung) fokussierten die Maßnahmen hierin auf eine Reform der Studienstruktur und der Ausbildungsinhalte. So werden im Staatsexamen künftig alle Studierenden im Bereich Allgemeinmedizin geprüft. Das strittigste Element des Masterplans wahr wohl die sogenannte „Landarztquote“. Als Anreiz für die Niederlassung von ÄrztInnen in ländlichen Regionen wurde den Ländern die Einführung einer Quotenregelung bei der Studienplatzvergabe ermöglicht. Danach können sie bis zu zehn Prozent der Studienplätze vorab an BewerberInnen vergeben, die sich verpflichten, nach ihrem abgeschlossenen Studium und der fachärztlichen Weiterbildung für bis zu zehn Jahre in der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten bzw. durch Unterversorgung bedrohten ländlichen Regionen tätig zu sein. Der [Referentenentwurf](#) für ein entsprechendes Landarztgesetz wurde vom baden-württembergischen Ministerium für Soziales und Integration Ende September 2020 mit Bitte um Stellungnahmen an zahlreiche Akteure verschickt.

Ziel dieser Maßnahmen ist es, den Ärztemangel über mehr, ländlich-sensibilisierten Nachwuchs abzufedern. In den teilweise langjährigen Aushandlungsprozessen sahen sich alle Maßnahmen grundsätzlichen Bedenken ausgesetzt.

Quellen:

- [ZEIT vom 19. April 2021: Annalena Baerbock über ihre Kandidatur](#)
- [Antrag 19/21881: Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung](#)

- [Liste der Sachverständigen zur öffentlichen Anhörung „Gesundheitsregionen“](#)
- [Hildebrandt et al. \(2020\): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 1, in: Welt der Krankenversicherung 9\(7-8\).](#)
- [Brandhorst et al. \(2017\): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer.](#)

Stellungnahmen

- [KBV](#)
- [GKV-Spitzenverband](#)

„Aufbruch für mehr Kooperation und Vernetzung in der Versorgung“

In diese Konstellation fehlender IV-Verträge in der Praxis einerseits und vermehrter Forderung integrierter Lösungen für die fragmentierte Versorgungslandschaft andererseits tritt der Vorschlag der Grünen. Die AutorInnen kritisieren ein stark spezialisiertes, ärztlich dominiertes und auf Einzelleistungen abstellendes Gesundheitssystem. Es sei zur „akuten Versorgung einzelner Erkrankungen gut geeignet“, behindere allerdings vor dem Eindruck des demografischen Wandels und seiner Effekte eine „adäquate Versorgung“ (BT-Drs. 19/21881: 2). Der Fachkräftemangel, insbesondere in ländlichen und einkommensschwachen Regionen, wird als Folge dieser Schwächen verstanden.

Die zentralen Reformkomponenten des Antrags umfassen folgende Ziele:

- Versorgung von 10% der Bevölkerung in Gesundheitsregionen bis 2025,
- notwendige Anreize für beteiligte Kassen sollen aus dem Gesundheitsfonds gewährt werden,
- Initiativrecht für (regionale) Akteure, mit dem Ziel, die Krankenkassen zum Abschluss konkreter Verträge auffordern und eine Begründung bei Nichtabschluss einfordern zu können,
- Etablierung und Einbindung kommunaler Gesundheitskonferenzen,
- Förderung regionaler Akteure und Länder beim Aufbau von Gesundheitsregionen.

„Ja, aber...“

Die Befragung der Sachverständigen im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestags legt kursorisch dar, wie umkämpft bereits inkrementelle Schritte hin zum Ausbau regionaler Handlungsspielräume sind. Im Prinzip befürworten die GesundheitsexpertInnen die regionale Vernetzung, ihre Vorbehalte gegenüber den Einzelheiten des Reformantrags legen allerdings grundlegende Bedenken offen.

Der Antrag sieht für Gesundheitsregionen vor, dass ein zu etablierender Verbund (Managementgesellschaft) Vertragspartner der Kassen in der Region wird. Diese **Managementstruktur** übernimmt die Organisation der ambulanten und stationären Versorgung und die virtuelle Budgetverantwortung. Matthias Mohrmann, Vorstandsmitglied der AOK Rheinland/Hamburg, verweist darauf, dass Kassen jedoch keinesfalls auf ihre Rolle als Financiers reduziert werden wollen, sondern als Mitgestalter eine inhaltliche Beteiligung anstreben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist dem Initiativrecht und der damit verbundenen Rechtfertigungspflicht der Kassen bei Nichtteilnahme gegenüber skeptisch eingestellt, allerdings aus einem anderen Grund als Herr Mohrmann. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV, geht davon aus, dass es den Kassen nicht schwerfallen wird, Gründe für eine Nichtteilnahme zu finden. „Idealerweise sollten die Anträge (deshalb) schon vor Nutzung des Initiativrechts ein Stadium der Konsensbildung durchlaufen haben.“ ([KBV 2021: 4](#)) Vor diesem Hintergrund schlägt die KBV vor, diese Aufgabe einer bereits bestehenden Struktur, dem Landesgremium nach § 90a SGB V zu überweisen. Sie wirbt bei der Frage von neuen und alten Vertragspartnern für die Managementqualitäten des Verbandes: „Die Etablierung weiterer, möglicherweise durch Private Equity-Kapital finanzierte Managementstrukturen oder -gesellschaften wird überaus kritisch gesehen.“ (ebd.) Selbst der GKV-Spitzenverband, der Dachverband der Krankenkassen auf Bundesebene, befürchtet, dass der „einseitige Handlungsdruck“ auf die Krankenkassen innovationshemmende Effekte nach sich ziehen könnte. Das Problem fehlender Anreize für die Kassen zum Abschluss von populationsbezogenen Versorgungsverträgen wäre somit keinesfalls gelöst.

Die Anhörung legte widerstreitende Vorstellungen zur **Finanzierung** und den Anreizmechanismen der Gesundheitsregionen offen. Der Antrag sieht vor, dass der Verbund seine Managementkosten aus der Differenz zwischen

den tatsächlichen Versorgungskosten in der Region und den morbiditätsadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds finanziert. Der Gesundheitsfonds und damit verbunden der Risikostrukturausgleich (RSA) als Finanzquelle erfahren starke Ablehnung aus den Reihen der GesundheitsexpertInnen. Aus ordnungspolitischer Sicht ist der RSA versorgungsneutral, er dient nicht als Leistungssteuerungsinstrument. Frank Knieps, Vorstand des BKK Dachverbands, plädiert dafür, dies beizubehalten und auch in Zukunft nicht an das betriebswirtschaftliche Kalkül der beteiligten Akteure zu appellieren. Michael Weller vom GKV-Spitzenverband unterstützt diese Forderung, zumal eine entsprechende Finanzierung Anreize schaffen würde, „günstige Regionen“ mit einer bereits vernetzten, innovativen Leistungserbringerstruktur, anstelle von Regionen ohne entsprechende Voraussetzungen zu fokussieren ([GKV-SV 2021: 7](#)). Dort notwendige Zuweisungen würden aufgrund des endlichen Budgets des RSA schrumpfen.

Die KBV monierte zudem negative **Erfahrungen mit Selektivverträgen**. Entsprechende Strukturen sind in der Regel für eine begrenzte Versichertenklientel zugänglich. Einzig das AOK-System sei in der Lage indikationsübergreifend Versicherte in die Versorgungsstruktur aufzunehmen. Mit Blick auf die angedachten begleitenden Austauschprozesse (z.B. Gesundheitskonferenzen) sei es notwendig Akteursstrukturen weitestgehend zu integrieren, um Doppelverpflichtungen und einen bürokratischen Mehraufwand zu verhindern (KBV 2021: 4).

Die anvisierte **Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen und anderen Gesundheitsberufen** offenbart standespolitische Skepsis: „Die Diversifizierung der Gesundheitsberufelandschaft führt zu einer für Patientinnen und Patienten immer unübersichtlicheren Versorgung“ kritisiert die KBV (ebd.: 5). Andreas Gassen führt dazu aus, dass man Interprofessionalität zwar begrüße, Aufgabenzuständigkeiten jedoch klar bei den Körperschaften verorte. In engem Austausch könne man sich eine Kooperation mit sog. *Physician Assistants* vorstellen. Eine Delegation „einfach so“ lehnt auch Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, ab. Er schätzt die Effekte gering ein, zumal es einige Berufsbilder, wie die *Community Health Nurse*, noch gar nicht gebe.

Fazit

Die grundsätzliche Zustimmung einer Regionalisierung der Versorgungspraxis steht, wie dargelegt, auf tönernen Füßen. In Detailfragen, insbesondere mit Blick auf Finanzierungskonzepte, Kompetenzzumwälzungen und Delegationsformen, werden verhärtete Fronten sichtbar. Einig ist man sich bei den Vernetzungschancen und dem demokratischen Potenzial, das Gesundheitskonferenzen bieten. Das ist sehr zu begrüßen. Auch die geteilte Skepsis gegenüber Private Equity-Kapital in der Gesundheitsversorgung scheint vor dem Hintergrund vergleichbarer Erfahrungen im stationären Sektor und in der fachärztlichen Versorgung berechtigt. Allerdings bleibt an dieser Stelle vollkommen offen, welche Impulse unter der kommenden Regierung – ob nun grügeführt oder nicht – Früchte tragen. Wahrscheinlich scheint, was die Geschäftsführerin der Metropol Rhein-Neckar, Christine Brockmann, empfahl und seit Jahren gesundheitspolitische Maßnahmen im Bereich neuer und innovativer Versorgungsformen charakterisiert: „man müsse es einfach mal ausprobieren“.