

Antrag

der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulla Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Britta Haßelmann, Christian Kühn (Tübingen), Dr. Ingrid Nestle, Markus Tressel und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Gesundheitsregionen – Aufbruch für mehr Verlässlichkeit, Kooperation und regionale Verankerung in unserer Gesundheitsversorgung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Die SARS-CoV-2-Pandemie zeigt eindringlich, welche große Bedeutung ein gut handlungsfähiger Öffentlicher Gesundheitsdienst, verlässliche Versorgungsangebote und eine gute Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung insbesondere auf der regionalen Ebene haben. Ein Schwerpunkt der Gesundheitspolitik in den kommenden Jahren muss es daher sein, die Vernetzung und Zusammenarbeit auszubauen, die regionale Verankerung zu verbessern und auch die Widerstandsfähigkeit der Bevölkerung wie des Gesundheitswesens gegenüber Pandemieereignissen zu stärken.

Die Pandemie und ihre Folgen haben je nach sozialer und gesundheitlicher Situation der Menschen unterschiedlich starke Auswirkungen. Nicht nur Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen, sondern auch mit bestimmten gesundheitlichen Risiken wie Armut, Erwerbslosigkeit, prekären Arbeitsbedingungen oder einem eingeschränkten Zugang zur Versorgung können gravierend betroffen sein.

Deshalb muss sich unser Gesundheitswesen stärker als bisher daran messen lassen, inwieweit es im Sinne des „Health in all policies“-Ansatzes der Weltgesundheitsorganisation tatsächlich gelingt, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern und die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt zu stellen. Unser heutiges Gesundheitswesen funktioniert bislang jedoch überwiegend nach einem defizit- bzw. krankheitsorientierten Schema: Definierte Krankheiten werden diagnostiziert, behandelt und schließlich bestenfalls geheilt. Der kurative Aspekt der Versorgung dominiert deutlich gegenüber Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Die Koordination für Krisenzeiten wie aber auch die nachhaltige Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale kommen dabei zu kurz. Das derzeitige Gesundheitssystem gelangt daher an seine Grenzen, wenn es darum geht, die Resilienz der Menschen beispielsweise gegenüber Pandemiesituationen zu erhöhen.

Dieses krankheitsorientierte Gesundheitssystem ist gekennzeichnet durch eine zunehmende Spezialisierung, eine Dominanz ärztlicher Berufe sowie ein stark auf Einzelleistungen und Diagnosen abstellendes Vergütungssystem. Ein solches System ist zur

akuten Versorgung einzelner Erkrankungen gut geeignet. In einer älter werdenden Gesellschaft mit einem zunehmenden Anteil chronisch kranker und multimorbider Patientinnen und Patienten sowie einer zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen behindert es aber eine adäquate Versorgung. Es befördert Doppeluntersuchungen, Fragmentierung und Abstimmungsprobleme in der Versorgung, eine Vielzahl gleichzeitig verordneter Arzneimittel und überdurchschnittlich viele Arztkontakte bei einer unterdurchschnittlichen Kontaktzeit.¹

Die unzeitgemäße Aufgabenverteilung in unserem Gesundheitswesen vermittelt zudem die Illusion einer ärztlichen Allzuständigkeit, die andere Gesundheitsberufe in eine Assistenzrolle drängt. Dies mindert die Attraktivität dieser Berufe und verschärft somit den ohnehin bestehenden Fachkräftemangel in der Pflege, bei in der Primärversorgung tätigen Ärztinnen und Ärzten, bei Apothekerinnen und Apothekern sowie weiteren Gesundheitsberufen insbesondere in ländlichen und einkommensschwachen Regionen.

Vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, des Fachkräftemangels und sich verändernder Ansprüche an die Gesundheitsversorgung ist diese traditionelle Aufgabenverteilung kaum aufrechtzuerhalten. Folglich steigt die Bedeutung kooperativer Versorgungsformen wie beispielsweise multiprofessioneller Gesundheitszentren. Dies wird auch von Medizinstudierenden zunehmend gefordert, weil es ihnen eine bessere Vereinbarkeit von Familie und ärztlichem Beruf ermöglicht.²

Die Defizite sind seit vielen Jahren bekannt. Ähnlich wie bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen braucht es nun einen wirksamen Aufbruch für mehr Kooperation und Vernetzung in der Versorgung und für ein Gesundheitswesen mit einem starken Öffentlichen Gesundheitsdienst als aktiver Koordination auch jenseits von pandemischen Situationen. Ein solches Gesundheitssystem geht von einem umfassenden Verständnis von Gesundheit aus. Dieses breite Verständnis von Gesundheit umfasst auch das soziale Umfeld und versteht Gesundheit als ein gemeinschaftliches Ergebnis von Nutzerinnen und Nutzern des Gesundheitswesens, Gesundheitsberufen und gesellschaftlichen Akteuren.³

So wird Patientinnen und Patienten eine aktivere Rolle ermöglicht, die teamorientierte und gleichberechtigte Zusammenarbeit unterschiedlicher Gesundheitsberufe gestärkt und auf eine patientenorientierte und koordinierte Behandlung gesetzt. Durch kooperative und integrierte Gesundheitsregionen können Flexibilität und regionale Gestaltungsmöglichkeiten einerseits sowie sektorenübergreifende Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Pflegekräfte und weitere Gesundheitsberufe sinnvoll miteinander verbunden werden. Zudem können strukturierte und kooperativ erbrachte Behandlungswege gerade für Menschen mit komplexeren Behandlungs- und Unterstützungsbedarf ermöglicht werden, in dem berufsgruppenübergreifende Behandlungen, Rehabilitation, Prävention und Pflege sowie psychosoziale Unterstützung zusammengeführt werden. Dadurch wird auch einem breiten Verständnis von Gesundheit und patientenorientierter Versorgung Rechnung getragen.

Die bestehenden wirtschaftlichen Anreize müssen stärker in den Blick genommen werden, um Kooperation und Vernetzung zu unterstützen. Die bisherigen nach Sektoren getrennten Vergütungssysteme verengen den Blick auf das jeweils – also sektorspezifische – eigene wirtschaftliche Ergebnis. Es bedarf hier einer kooperativen Ökonomie, die den Blick aller Akteure in regionalen Versorgungslösungen für das Ganze fördert und nicht nur den Interessen des Einzelnen dient.

¹ vgl. Koch, Miksch et al. Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 15, S. 258

² Heinz et al. Medizinstudenten und ihre Berufsperspektiven. In welcher Facharzttrichtung, wo und wie wollen sie arbeiten? Bundesgesundheitsblatt 2/2012. S. 249

³ vgl. Kock et al. Integration und Kooperation aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Ebenda S. 135

Es gibt vor allem im § 140a SGB V („Besondere Versorgung“) bereits weitreichende gesetzliche Möglichkeiten für mehr Kooperation, mehr Integration und eine bessere Vernetzung. Jedoch vermitteln diese Regelungen bereits in ihrem Titel nicht den Eindruck einer politisch priorisierten Reformalternative zur heutigen Regelversorgung, sondern als insbesondere selektivvertragliche Spielwiese für Krankenkassen. Daran hätten auch die jüngst vom Bundesministerium für Gesundheit vorgeschlagenen Ergänzungen zum § 140a SGB V nichts geändert. Das aus Perspektive der Patientinnen und Patienten eigentlich Selbstverständliche, die regelhafte sektorübergreifende Versorgung, wird weiter als Sonderform der aktuellen Versorgung verstanden. Ohne eine politische Strategie, gezielte Anreize für die Akteure, flexiblere Bedingungen und eine stärkere regionale Verankerung der Gesundheitsversorgung und daraus resultierende Möglichkeiten zur Selbstorganisation bleiben daher die Forderungen nach mehr Kooperation und Vernetzung wie bislang aber ohne praktischen Widerhall in unserem Gesundheitswesen.

Vor allem der kommunalen Ebene kommt, unterstützt durch einen deutlich zu stärken den Öffentlichen Gesundheitsdienst, eine große Bedeutung zu. Sie soll zwar nicht selbst die Versorgung organisieren, aber durch Netzbildung insbesondere in kommunalen oder regionalen Gesundheitskonferenzen die Einbindung gesellschaftlicher Akteure wie Selbsthilfe- und Patientenorganisationen, Unternehmen, Sportvereine und Bildungseinrichtungen ermöglichen. Kommunen können beispielsweise in der Verkehrs- oder Stadtplanung zu einem gesundheitsförderlichen Umfeld beitragen und Kompetenzen und Aktivitäten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Jugendhilfe, der sozialen Dienste sowie der Pflegeplanung beisteuern. Nicht zuletzt können Kommunen kommunal getragene Krankenhäuser oder Versorgungszentren in regionale Versorgungslösungen einbringen. Die systematische Einbindung von Patientinnen und Patienten sorgt zudem für eine stärkere demokratische Mitsprache bei Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei der Gesundheitsversorgung vor Ort. Auch die Digitalisierung kann Vernetzung und Kooperation in unserem Gesundheitswesen unterstützen. Es entstehen neue Möglichkeiten, beispielsweise durch elektronische Patientenakten, Informationen besser verfügbar zu machen und Patientinnen und Patienten besser einzubinden. Jedoch wird nach Ansicht von Expertinnen und Experten eine wie bislang überwiegend technikgetriebene Vorgehensweise ohne eine entsprechende auf den Patienten- und Versorgungsnutzen abzielende Strategie nicht zum Erfolg führen.⁴

II. 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,

⁴ (vgl. Kubitschke et al. Kann e-Health einen Beitrag zu verstärkter Integration von Gesundheitsdienstleistungen und verbesserter Kooperation beteiligter Akteure leisten? Erfahrungen aus europäischen Pilotprojekten. In: Brandhorst, Hildebrandt, Luthé. Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden 2017. S. 530)

- b) durch den gesetzliche 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,
 - 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,
- 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,
 - 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,
- 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,
 - b) eine generelle Neuordnung der Arbeitsverteilung im Gesundheitswesen anzustoßen und hierzu einen Gesetzentwurf für ein Allgemeines Heilberufegesetz vorzulegen sowie
 - c) einen Gesundheitsberuferrat zur strukturierten Weiterentwicklung der Berufe und Berufsbilder im Gesundheitswesen einzurichten.

Berlin, den 30. Juni 2020

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

Zu 1.

Es werden verschiedene Maßnahmen vorgeschlagen, um insbesondere vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen, den Veränderungen des Krankheitsspektrums sowie auch den bislang erworbenen Erfahrungen im Hinblick auf die SARS-CoV2-Pandemie mehr Kooperation, Vernetzung und Koordination in der Gesundheitsversorgung zu erreichen. Als Instrumente, um dieses Ziel zu erreichen, werden eine stärkere Verantwortung der regionalen Ebene für die Versorgung, Möglichkeiten für flexible auf die konkreten regionalen Bedingungen zugeschnittene Lösungen sowie grundlegende Veränderungen der ökonomischen Anreize angesehen.

Diese Elemente werden teilweise bereits durch die so genannte integrierte Versorgung nach § 140a SGB V verwirklicht. Jedoch haben die Regelungen bislang kaum Ausstrahlung in die Praxis unseres Gesundheitswesens erreicht. Sie vermitteln schon im Titel nur den Eindruck des „Besonderen“ und nicht der politisch gewollten Alternative zur heutigen Regelversorgung. Eine Sektor und Indikationen übergreifende, populationsorientierte und regionale Versorgung wurde bislang nur vereinzelt wie beispielsweise im Gesunden Kinzigtal oder in den „Prosper“ Gesundheitsnetzen der Bundesknappschaft realisiert (vgl. Darstellung in: Knieps. Kooperation und Integration. In: Brandhorst, Hildebrandt, Luthé. Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden 2017. S. 291). Vor allem eine hohe Komplexität, fehlende Anreize für Krankenkassen und andere Akteure sowie das Fehlen jeglicher politischen Priorisierung haben die Umsetzung erschwert. Während integrierte Versorgungslösungen zunächst sogar finanziell gefördert wurden, wurden und werden sie durch zeitweilig bestehende überzogene gesetzliche Wirtschaftlichkeitsvorgaben und durch administrative Hemmnisse sogar ausgebremst. Vor diesem Hintergrund wird vorgeschlagen, mit der politisch gesetzten Zielmarke, bis zum Jahr 2025 10 Prozent aller Versicherten in solchen integrierten Versorgungsverträgen zu versorgen, ein deutliches Signal des Gesetzgebers für die Notwendigkeit und Priorisierung eines strategischen Aufbruchs für mehr Kooperation, Vernetzung und Koordination in der Versorgung zu setzen.

Ein zentraler Vorteil populationsorientierter regionaler Versorgungslösungen ist die Möglichkeit, die Versorgung mit Aktivitäten vor Ort vor allem der Kommunen sowie weiterer regionaler Akteure wie Sozialversicherungsträgern, Bildungseinrichtungen, Wohlfahrtsverbände, Beratungsstellen oder Unternehmen in kommunalen Gesundheitskonferenzen zu vernetzen und insofern den „Health in All Policies“-Ansatz zu verwirklichen, nach dem Gesundheit eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Ein solcher Ansatz bildet die Grundlage, um unterschiedliche gesundheitliche Herausforderungen wie etwa Klimawandel, Pandemien, die Sicherung der pflegerischen Versorgung, Inklusion und soziale Chancengleichheit bewältigen. Kommunale bzw. regionale Gesundheitskonferenzen können hierbei eine wichtige Vernetzungsfunktion erfüllen. Es gibt sie auf gesetzlicher Grundlage in vielen Bundesländern, mit unterschiedlicher Ausgestaltung und Intensität (Alf Trojan, Gesundheitskonferenzen. In: BZgA-Leitbegriffe Gesundheitsförderung. <https://dx.doi.org/10.17623/BZGA:224-i067-1.0>) Gesundheitskonferenzen beschäftigen sich im Idealfall mit dem ganzen Spektrum regionaler Strategien und Interventionen für die Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Versorgung in der Region. Das reicht von konkreten Maßnahmen für gesundheitsförderliche Lebenswelten bis hin zu praktischen Fragen wie der besseren Anbindung von Gesundheitseinrichtungen an den Öffentlichen Personennahverkehr.

In Bezug auf die pflegerische Versorgung ist es wichtig, dass Kommunen mehr Möglichkeiten erhalten, das Angebot auf die Bedarfe vor Ort abzustimmen. Pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen brauchen ein gutes und vielfältiges Angebot an Unterstützung und Hilfe in ihrer Nähe. Die Steuerungs- und Planungskompetenz der Landkreise und kreisfreien Städte muss dafür gestärkt werden. Dazu soll eine Kreis- und Gemeindepflegebedarfsplanung eingeführt werden, die jährliche Berichte umfasst, in die kommunale Sozialraumplanung eingebunden ist und perspektivisch verpflichtend bei der Zulassung von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten zu berücksichtigen ist (vgl. Drs. 19/14827).

Zu 1a)

Es wird vorgeschlagen, unter dem Titel „Gesundheitsregionen“ in Anlehnung an den § 140a SGB V („Besondere Versorgungsformen“) eine ausdrückliche Regelung zu Sektor und Indikationen übergreifenden, populationsorientierten und regionalen Versorgungsverträgen („Gesundheitsregionenverträge“) zu schaffen. Geeigneter Bezugsrahmen für solche Gesundheitsregionen sind beispielsweise in ländlichen Räumen die Gebiete von Landkreisen oder anderen Gebietskörperschaften mit etwa 150.000 Einwohnern. Gesetzliche Krankenkassen sollen die Möglichkeit erhalten, solche Gesundheitsregionenverträge mit regionalen Gesundheitsverbänden abzuschließen. Gesundheitsverbände können insbesondere Zusammenschlüsse regionaler Leistungserbringer (Ärztennetze,

Qualitätsnetze etc.) sein. Bereits bestehende Aktivitäten vor Ort müssen einbezogen werden. Zusätzlich können auch Verbindungen von sozialen Einrichtungen, Patientenorganisationen, sozialpsychiatrische Einrichtungen, Krankenhäuser sowie weitere geeignete Akteure an den Verbänden beteiligt werden. Der Gesundheitsverbund in Gestalt einer Managementgesellschaft übernimmt als Vertragspartner der Krankenkassen in der Region die Organisation der ambulanten und stationären Versorgung und trägt die virtuelle Budgetverantwortung. Die Vergütung der in dieser Region erbrachten Leistungen kann wie bisher auf der Grundlage der bestehenden ambulanten und stationären Vergütungssysteme erfolgen. Es sind prinzipiell aber auch eigene Vergütungsregelungen für den ambulanten Bereich in der Region denkbar, die andere oder zusätzliche Anreize setzen und auch ohne Budgetierungen auskommen können. Unabhängig davon besteht ohnehin die Notwendigkeit, die bestehenden Vergütungssysteme im Hinblick insbesondere auf ihre Anreizwirkungen zu reformieren.

Der Gesundheitsverbund finanziert die Managementaufwendungen sowie seine Aktivitäten und Programme insbesondere zur Prävention bzw. Gesundheitsförderung aus dem Unterschied zwischen den tatsächlichen Versorgungskosten der in der Region lebenden Versicherten der jeweiligen Krankenkasse und den morbiditätsadjustierten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für die Versicherten der jeweiligen Krankenkasse in der Region bzw. anderen geeigneten Vergleichsgrößen. Im Gegenzug werden die Gesundheitsergebnisse in der Region regelmäßig evaluiert. Der Gesundheitsverbund muss sich dabei an drei Zielen messen lassen: Die Gesundheit der Menschen in der Region wird verbessert, die Patientinnen und Patienten werden besser versorgt und ein effizienter Ressourceneinsatz wird erreicht. Auf diese Weise entsteht nicht nur eine gemeinsame ökonomische Perspektive aller in der Region beteiligten ambulanten und stationären Leistungserbringer, sondern vor allem ein gemeinsames Interesse aller, beständig auf die Verbesserung der Gesundheit der in der Region lebenden Versicherten hinzuwirken.

In die vorgeschlagene gesetzliche Regelung für Gesundheitsregionen sind ergänzende Vorschriften insbesondere zum Leistungserbringerstatus für den Gesundheitsverbund und zur regelmäßigen Qualitätsevaluation aufzunehmen. Zusätzlich muss in der Gesundheitsregion ein Beirat der Patientinnen und Patienten berufen werden. Der Beirat berät den Gesundheitsverbund in allen Fragen und wird regelmäßig von den in der Region lebenden Versicherten gewählt. Kommunen sowie landesrechtlich vorgesehene Gesundheitskonferenzen sollen ebenfalls regelmäßig in die Arbeit des Gesundheitsverbundes beratend einbezogen werden. Das Recht der in dieser Region lebenden Versicherten, ihre Ärztin oder ihren Arzt frei ob innerhalb oder außerhalb der Gesundheitsregion zu wählen, bleibt gewahrt. Ebenso bleibt es allen Leistungserbringern freigestellt, ob sie sich dem Verbund anschließen wollen oder autonom bleiben wollen. Auf eine Vorschrift zur gesonderten Einschreibung der Versicherten in den Gesundheitsregionenvertrag ihrer Krankenkasse kann daher verzichtet werden. Mit Blick auf die Förderung und Qualitätsevaluation von Gesundheitsregionenverträgen sollen kommunale Gebietskörperschaften, der öffentliche Gesundheitsdienst und anerkannte Praxisnetze nach § 87b SGB V sowie die oben beschriebenen Managementgesellschaften der Gesundheitsregionenverträge ferner die Möglichkeit erhalten, die vom Forschungsdatenzentrum nach § 303d SGB V zur Verfügung gestellten Forschungsdaten zum Zwecke der Verbesserung der Versorgungsqualität zu nutzen.

Zu 1b)

Es soll eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, durch die Krankenkassen, die einen solchen Gesundheitsregionenvertrag abgeschlossen haben oder ihm beitreten, für die Zeit von zehn Jahren einen Zuschlag auf die Zuweisung für jeden ihrer in dieser 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.

Zu 1c)

Den für die gesetzlichen Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörden, den Kommunalvertretungen von Städten und Landkreisen in der Region, den Landesgremien nach § 90a SGB V, den landesrechtlich vorgesehenen Gesundheitskonferenzen auf Landes- oder regionaler Ebene und den Versichertenvertretungen in den Verwaltungsräten der Krankenkassen wird das Recht eingeräumt, Krankenkassen formell zum Abschluss bestimmter Gesundheitsregionenverträge aufzufordern. Sollten die Krankenkassen dieser Aufforderung nicht nachkommen wollen, müssen sie diese Entscheidung gegenüber den zuständigen Aufsichtsbehörden sowie den anderen zur Aufforderung berechtigten Institutionen und Gremien begründen und dabei auch zwingend darlegen, auf welche andere Weise sie auf eine Sektor übergreifende Versorgung und eine Verbesserung des Gesundheitszustandes

ihrer in der Region lebenden Versicherten hinwirken werden. Diese Regelung verfolgt ebenfalls das Ziel, Krankenkassen zum Abschluss von Gesundheitsregionenverträgen zu bewegen. Zugleich soll die Tatsache, ob Krankenkassen einen Gesundheitsregionenvertrag abgeschlossen haben oder der Aufforderung zum Abschluss nicht nachgekommen sind, in das im Antrag „Mehr Qualitätstransparenz für Versicherte, mehr Anreize für bessere Versorgung – Solidarische Wettbewerbsordnung in der gesetzlichen Krankenversicherung weiterentwickeln“ auf BT-Drs. 19/9565 vorgeschlagene System zur Messung und Bewertung der Versorgungsleistung und -qualität von Krankenkassen einbezogen werden.

Zu 2a)

Der Abschluss von Gesundheitsregionenverträgen und der nachfolgende Aufbau von Gesundheitsregionen sind voraussetzungsvoll und stellen hohe Anforderungen insbesondere an die Managementkompetenzen der beteiligten regionalen Akteure. Vor diesem Hintergrund wird die Bundesregierung beauftragt, gemeinsam mit den Ländern regionale Akteure in geeigneter Weise bei Initiierung, Vorbereitung und Anbahnung von Gesundheitsregionenverträgen, beim Aufbau von Gesundheitsregionen, bei der Etablierung von Gesundheitskonferenzen sowie beim Wissenstransfer zu unterstützen.

Zu 2b)

Außerdem wird vorgeschlagen, das IQTIG (ohne Einbeziehung des Gemeinsamen Bundesausschusses) mit einer Evaluation der Versorgungsqualität in Gesundheitsregionenverträgen sowohl im Hinblick auf die Patientenperspektive, weiterer geeigneter Qualitätsindikatoren sowie der ökonomischen Ergebnisse im Vergleich zur kollektivvertraglichen Regelversorgung zu beauftragen und die Ergebnisse dieser Untersuchung in verständlicher Form den Trägern der Verträge vorzustellen, mit diesen zu diskutieren und zu veröffentlichen.

Zu 3a)

Mit dem demographischen Wandel geht auch ein steigender Bedarf an Gesundheitskompetenz einher. Daneben finden heute allerdings die sozialen Determinanten von Gesundheit oft noch nicht ausreichend Beachtung. Vulnerable Bevölkerungsgruppen wie hochaltrige oder chronisch kranke Menschen mit komplexen gesundheitlichen und pflegerischen Bedarfen bekommen in einem von harten Sektorengrenzen geprägtem Gesundheitswesen nicht die umfassende, teambasierte Versorgung. Speziell ausgebildete Pflegefachpersonen wie Community Health Nurses können in der gesundheitlichen Primärversorgung in der Kommune eine stärkere Rolle übernehmen. Neben Prävention, Gesundheitsförderung, Koordination multiprofessioneller Teams, kommt die Public Health-Perspektive durch eine starke Kooperation mit einem zu stärkenden öffentlichen Gesundheitsdienst hinzu. Darüber hinaus können sie bei der kommunalen Pflegebedarfsplanung mitwirken (vgl. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2911082>).

Es existieren überdies bereits Erfahrungen aus einem Modellprojekt zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten auf hochschulisch qualifizierte Pflegefachpersonen. Es ist daher nun an der Zeit, dass diese positiven Effekte in die Regelversorgung übertragen werden und zusätzliche Versorgungsbereiche – über die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden und Diabetes Typ 2 hinaus – identifiziert und erschlossen werden.

Zu 3b)

Vor dem Hintergrund der demographischen Veränderungen sowie Veränderungen im Krankheitsspektrum ist die bestehende Aufgabenverteilung in der Gesundheitsversorgung zwischen den Gesundheitsberufen überholt und muss reformiert werden. Hierdurch kann neben einer besseren Kooperation aller Berufsgruppen auch die Autonomie und berufliche Performanz der jeweiligen Berufe gesteigert werden (vgl. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. BT-Drucksache 16/13770, S. 504)

Der Neuordnungsbedarf umfasst nicht nur die Arbeitsteilung zwischen ärztlichen und so genannten nichtärztlichen Gesundheitsberufen, sondern auch die innerhalb der ärztlichen Berufe (ebd.). Hierzu wird ein Allgemeines Heilberufegesetz vorgeschlagen, das etwa einheitliche Regelungen zu Heilkunde, selbständiger, eigenverantwortlicher und mitwirkender Berufsausübung, vorbehaltenen Tätigkeiten, allgemeinen Ausbildungsziele und einen Rahmen für Modellvorhaben schafft.

Zu 3c)

Zusätzlich wird vorgeschlagen, mit dem Ziel, Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe zukunftsgerecht zu gestalten, vergleichbar mit dem Wissenschaftsrat einen Gesundheitsberuferat einzurichten. Dieser soll einen strukturierten und institutionalisierten Dialog der Akteure der Gesundheitswirtschaft und des Bildungswesens ermöglichen. Zu seinen Aufgaben gehört die Findung neuer Berufe sowie Empfehlungen zu den Rahmenbedingungen der Ausbildung sowie zum Berufsrecht. Der Rat hat beratende Funktion. Mögliche Beteiligte wären etwa Verbände der Leistungserbringer und Gesundheitsberufe, Sozialleistungsträger, Vertreter der Patientinnen und Patienten, Verbraucherverbände, Wissenschaft, Gesundheitsarbeitgeberverbände und Gewerkschaften, Bildungsinstitutionen, politische Akteure sowie unabhängige Sachverständige.