

Regionalisierung ist die gesuchte Strukturreform für die Modernisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland

LUTZ HAGER

Prof. Dr. Lutz Hager ist Inhaber der Professur für Management im Gesundheitswesen an der SRH Fernhochschule – The Mobile University sowie Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care, Berlin

Trotz hoher Reform- und Regulierungsdichte ist es in den vergangenen Jahrzehnten nicht gelungen, den Erneuerungsbedarf im Gesundheitswesen entscheidend voranzubringen. Vielmehr bringen die bestehenden (und hinlänglich bekannten) Herausforderungen die Versorgung zunehmend an die Grenzen der Belastbarkeit – ganz zu schweigen von einer Wende hin zu einer präventiven und inklusiven Gesundheitsversorgung. Der vorliegende Artikel führt die Beharrungskräfte des Systems auf seine zentralistische Organisation zurück und erläutert, wie regionale Strukturen als Lösungsebene fungieren und implementiert werden können.

Es gibt eine Alternative zum Zentralismus im Gesundheitssystem

Subsidiarität ist ein Gestaltungsprinzip der politischen Ordnung der Bundesrepublik. Es hat jedoch zunehmend einen schweren Stand. Ob Katastrophenschutz, Schulentwicklungsplanung oder – um ein Beispiel aus dem Gesundheitsbereich zu nennen – der öffentliche Gesundheitsdienst, sobald Dinge in kommunaler Zuständigkeit schiefe gehen oder sich in die Länge ziehen, erklingt der Ruf nach mehr Zentralisierung und der ordnenden Hand des Bundes, die vermeintlich Probleme schneller und effizienter lösen kann. Dies gilt mit gleichem Zungenschlag auch für Aufgabenstellungen im Gesundheitssystem. Dieses ist zwar selbst subsidiär und selbstverwaltet angelegt, in seiner Binnenordnung jedoch (zunehmend) zentralstaatlich. Mit

Blick auf die Geschichte ist es jedoch erstaunlich, dass Subsidiarität hierzulande so wenig Anhänger hat.

Als am 19. November 1808 die preußische Städteordnung, ausgearbeitet vom Leitenden Minister Karl vom und zum Stein, in Kraft tritt, wertet sie die Städte innerhalb des Gesamtstaates erheblich auf. Die Kommunen erhalten weitgehende Autonomie im Finanz-, Schul- und Sozialwesen. Aus Kommunalwahlen geht eine Stadtverordnetenversammlung hervor, die den Magistrat und den Bürgermeister wählt. Hintergedanke für diese Neuausrichtung ist nicht nur eine radikale Modernisierung gegenüber dem fürstlichen Obrigkeitsstaat, sie ist auch ein Gegenentwurf zur Zentralisierung von Macht, wie sie z. B. das französische Verwaltungsmodell bis heute propagiert. Dort ist der Bürgermeister der Befehlsempfänger in einer zentralstaatlichen Verwaltungskette. Hier da-

gegen sollen Kommunen sich selbst verwalten. In seiner Nassauer Denkschrift von 1807 leitet Freiherr vom und zum Stein seine Reformvorschläge aus einer übergeordneten Motivation ab: Aufgabe der Selbstverwaltung in den Provinzen, Kreisen und Städten ist die „Belebung des Gemeingeistes und Bürgersinns, die Benutzung der schlafenden und falsch geleiteten Kräfte und zerstreut liegenden Kenntnisse, der Einklang zwischen dem Geist der Nation, ihren Ansichten und Bedürfnissen und denen der Staatsbehörden, die Wiederbelebung der Gefühle für Vaterland, Selbstständigkeit und Nationalehre.“¹

Sicher hat Freiherr von und zum Stein, als er diese Zeilen vor über 200 Jahren schrieb, nicht die Entwicklung unseres Gesundheitswesens vorhergesehen. Unzureichender Gemeingeist (Silo- und Sektorendenken), schlafende oder falsch geleitete Kräfte (Ineffizienzen, Fehlanreize) sowie zerstreut liegende Kenntnisse (fehlende Koordination und Kooperation) sind jedoch Eigenschaften, die die heutige Versorgung erschreckend gut beschreiben. Es lohnt sich also, an den Gedanken einer „Reform von unten“ anzuschließen und nach Wegen zu suchen, die Gestaltungskraft regionaler Akteure zu aktivieren. Mehr noch – und auch hier an den Gedanken des frühen 19. Jahrhunderts anschließend – können diese ein entscheidender Baustein für die grundlegende Modernisierung der Gesundheitsversorgung in Deutschland sein. Auf dieser These aufbauend, stellt sich die Frage, wie wir Regionen dazu befähigen können, bessere Lösungen zu finden und – daraus folgend – bessere Ergebnisse für die Gesundheit ihrer Bevölkerung zu erzielen.

Regionalisierung hat funktionale Vorteile

Dieser Gedanke ist kein Fremdkörper für die Gesundheitsversorgung. International wird die Ressource Regionalisierung zunehmend erschlossen und mit Instrumenten gefüllt (dazu unten mehr). In Deutschland haben wir bislang den gegenläufigen Weg einer zunehmenden Zentralisierung beschritten – und beschreiten ihn weiter, wenn wir etwa die „Überwindung der Sektoren“, „Ambulantisierung“ und aktuell die „Krankenhausreform“ als Reformen „von oben“ denken, die bundesgesetzlich ins Werk gesetzt werden.

Daher hier zunächst ein grundlegender Gedankenschritt: Es geht darum, im 21. Jahrhundert Gesundheitsversorgung „vom Kopf auf die Füße zu stellen“. Krankenbehandlung hat sich historisch als Expertenorganisation entwickelt, die den – damaligen – Erfordernissen der Organisation medizinischer (und pflegerischer) Leistungen entsprechen musste. Das Krankenhaus als Hochleistungsbetrieb einerseits und verschachtelte Organisation eigenen Zuschnitts andererseits ist sozusagen die Krone dieser Entwicklung. Anders ließ sich die Medizin in ihrer Entstehungsgeschichte anscheinend nicht organisieren (jedenfalls dort, wo die Mittel zur Verfügung standen). Diese Differenzierung des medizinischen Systems aus der Perspektive der Praktizierenden brachte enorme Fortschritte in der Heilkunst, allerdings unter Vernachlässigung der Begleitumstände, etwa in Form ausufernder Kosten oder der Verstetigung eines Rollenbildes, das den Patienten als Objekt der Behandlung sieht.² Dieser Abriss verdient sicher eingehendere Betrachtungen – und „ausufernde“ Kosten sind durch Rationalisierung häufig wieder eingefangen worden: viele hochkomplexe Behandlungen sind zu allgemeinverfügbaren Gütern (commodities) geworden.

Doch zurück zum Ausgangsgedanken: Mit der Managed Care und Integrated Care-Bewegung Ende des 20. Jahrhunderts kündigt sich ein Paradigmenwechsel an. Das Triple Aim von Berwick/Nolan/Whittington aus dem Jahr 2008 ist ein guter Bezugspunkt: es sucht nach Mechanismen der Integration für die auseinanderlaufenden Logiken der Erfordernisse medizinischer Behandlung, der subjektiven Erwartung von Betroffenen (hier: Patient:innen und weitergehend auch Behandler:innen einschließend) und den dafür aufgewendeten Kosten.³ Die Erwartungshaltung für gute Gesundheitsversorgung als Optimierung aller drei Zielgrößen geht auf einen von Berwick et al. so genannten „Integrator“ über – ohne dass dieser dort näher beschrieben wird. Hier ist übrigens bereits explizit definiert, dass Bezugspunkt für das Outcome und die Kosten nicht der einzelne Patient, sondern die Population ist. An diese Überlegung schließen verschiedene Diskurse

an: Primärversorgung, sektorenübergreifende Versorgung, sozialraumbezogene und populationsbasierte Versorgung und andere mehr. Regionalisierung ist nun funktional betrachtet ein Lösungsweg dahin, Einheiten zu schaffen, die solche Integration organisatorisch abbilden können.

Ein klassisches Beispiel dafür ist die auch von Berwick et al. genannte Payer-Provider-Integration, etwa bei Kaiser Permanente. Diese soll in einen

Es stellt sich die Frage, wie wir Regionen dazu befähigen können, bessere Lösungen zu finden und bessere Ergebnisse für die Gesundheit ihrer Bevölkerung zu erzielen.

dynamisch veränderbaren inner-organisatorischen Raum holen, was vorher nur regelhaft statisch als Austauschbeziehung zwischen Organisationen vorgesehen war. Das impliziert klassische Integration im betriebswirtschaftlichen Sinn, nämlich horizontale und vertikale Integration zur Steigerung der Wertschöpfung. Solche Integration „unter einem Dach“ stellt aber nur einen Lösungsweg dar. Daher ist der Ausdruck Koordinierung angemessener, der sich auf eine gemeinsame Ausrichtung der Leistungen bezieht, aber nicht die Zusammenfassung oder Integration in einer gemeinsamen Organisation voraussetzt. Dies gilt umso mehr mit der Verfügbarkeit von Kollaborations-Tools und Plattformen, die Transaktionskosten drastisch senken. Damit kann der Lösungsraum der Organisations- und Geschäftsmodelle weiter gefasst werden (siehe dazu unten). Hier öffnet sich ein „weites Feld“ für regionale Versorgung,

1 Hildebrandt, Jens (2017): Geschichte der kommunalen Selbstverwaltung, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn.

2 Vogt, Werner (2005): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. Soziale Systeme 11(2): 236–70.

3 Berwick, Donald M., Thomas W. Nolan und John Whittington (2008): The Triple Aim: Care, Health, And Cost. Health Affairs 27(3): 759–69. Ebenfalls ein schon im Titel programmatischer Bezugspunkt ist Lee, Thomas H., und James J. Mongan (2012): Chaos and Organization in Health Care. Cambridge, Mass.: MIT Press.

die solche Integrationslösungen und Koordinierungsleistungen organisatorisch „konfiguriert“.⁴

„Regional“ ist nun deshalb erfolgversprechend, weil dort die Reduktion der inhärenten und immer noch steigenden Komplexität von Krankheitsbehandlung und Gesunderhaltung am ehesten gelingen kann. Diese findet in der Gesundheitsversorgung nur „im Tun“ statt („Wer heilt, hat recht“). Gesundheitsversorgung lässt sich nicht juristisch, politisch oder „im Reagenzglas“ einer Versuchsanleitung lösen. Koordinierung im obigen Sinne gelingt nur auf Basis von komplexitätsreduzierenden Mechanismen, an erster Stelle Vertrauen.⁵ Mit Vertrauen gelingt es, situativ spezifische Handlungsketten auf Dauerhaftigkeit zu stellen. Vertrauen entsteht hier also durch gelingende Versorgungsketten zwischen denen, die daran – vor Ort – beteiligt sind. Dieser Mechanismus ist die Voraussetzung, um Koordinierung in neue Bereiche hinein weiterzuentwickeln – genau das, was wir brauchen.

Dieser Exkurs erklärt, was Regionalisierung funktional leisten soll und warum sie vor dem Hintergrund der Anforderungen an moderne Gesundheitsversorgung sinnvoll ist: Sie erschließt neue Wertschöpfungsketten. Dieser betriebswirtschaftliche Begriff mag irritieren, er öffnet jedoch den Blick auf eine chancenorientierte Betrachtung. Gesundheit ist die Produktivkraft unserer Gesellschaften, weit über ökonomische Verwendung hinaus – „health is wealth“. Dies umfasst nicht nur Innovationen auf der Ebene von Produkten oder Therapien, sondern fundamentaler noch der Organisationen und Institutionen, die für Gesundheitsversorgung und Krankheitsvermeidung wirksam werden. Auf der Höhe der Zeit ist dies, wenn es gelingt, wesentliche Erkenntnisse und aktuelle Entwicklungen einbeziehen, die solche Wertschöpfungsketten produktiv machen, etwa (aber nicht abschließend):

- Chancen der digitalen Transformation, Konnektivität und Automatisierung
- Aktivierung der Patient:innen („Healthcare is selfcare“)
- Verbindung von Bedarfen aus dem sozialen und medizinischen Bereich (health and social needs) und daran anschließend
- Arbeitsteilige Organisation und Entwicklung neuer Berufsbilder

Regionalisierung ist ein dynamischer Prozess

An das Warum schließt sich das Wie: Wie kann Regionalisierung in „real existierenden“ Gesundheitssystemen aussehen? Um diese Frage zu beantworten, ist zunächst zu klären, wo die „Region“ als Raum beginnt und endet, welche immanenten Bedingungen dort herrschen und wie diese genutzt werden können. In der Wissenschaft werden (Gesundheits-) Regionen als Gebilde verstanden, die eine Vielzahl von institutionellen Akteuren umfassen, welche an nur vorläufige Zugehörigkeiten gebunden sind.⁶ Dabei ist ihre räumliche Abgrenzung sowohl empirisch als auch konzeptionell nicht eindeutig. Regionen existieren nicht einfach, sie gehen aus vielfältigen (und oft umstrittenen) geografischen Konstellationen hervor. Dennoch ermöglicht räumliche Nähe prinzipiell neue und unverbindliche Formen der Zusammenarbeit, vorausgesetzt die Akteure vor Ort eint der gemeinsame Wille zur Kooperation und der Mut, neue Wege zu gehen. Die Beziehungen zwischen den Institutionen innerhalb eines regionalen Gefüges sind also nicht vorgegeben oder beruhen auf formalen Vereinbarungen, sondern sind fragil und konfliktreich. Folglich ist Region als Bezugsgröße für Gesundheitsversorgung nicht bereits sinnhaft konstituiert – und muss sich nicht mit anderen funktionalen Zusammenhängen regionaler Integration (Gebietskörperschaften, Verkehrsverbünde, Regionalorganisationen etc.) decken, kann sich aber an bestehende Kooperationen anschließen. Regionalisierung schließt den Aushandlungsprozess der Konstituierung und Verstetigung sinnvoller Handlungsketten ein. Sie als ist ein kontinuierlicher Prozess zu verstehen, der Überzeugungsarbeit erfordert.⁷

Augenscheinlich scheint eine zunehmende Zahl von Ländern gewillt, diese Arbeit zu leisten. In den vergangenen Jahren sind vielerorts Aufgaben oder Koordinationsleistungen auf eine regionale Gebietsebene verlagert worden. Auch wenn der Trend nicht global ist, sind Regionalisierungsstrategien international weitverbreitet. Beispielhaft seien hier die Gesundheits- und Sozialregionen in Finnland oder regionale Primärversorgungsteams in Kanada genannt.⁸ Im Zuge des Health and Care Acts von 2022 setzt auch der britische NHS auf

Place-based partnerships, in denen lokale Kooperationen zwischen Gesundheitsorganisationen, Pflegediensten und anderen sozialen Akteuren etabliert werden, die gemeinsam an der Verbesserung von Gesundheit in ihrem Raum arbeiten.⁹ In eine ähnliche Richtung gehen Accountable Care Organisationen in den USA dort, wo sie in der Perspektive einer populationsorientierten Versorgung funktionieren. Populationsorientierte Versorgung und Population Health Management sind globale Entwicklungen. Deutschland kann hier von bestehenden Erfahrungen profitieren.

Regionen benötigen Freiräume

Dennoch rennen wir – erneut – in die Falle, Reformen der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor allem zentralistisch zu organisieren. Als Beweis für den Erfolg dieser Strategie dient der legendäre Kompromiss von Lahnstein aus dem Jahr 1992. Genauer betrachtet war dieser jedoch eher ein Einmal-Ereignis – und die von ihm freigesetzten Energien sind längst aufgebraucht. Die zwar aus Effizienzgesichtspunkten sinnvolle aber ansonsten Vielfalt mindernde Konsolidierung der KV- und Krankenkassenlandschaft hat im Ergebnis eher eine De-Regionalisierung bewirkt. Es ist schon erstaunlich, dass die kommunale/regionale Ebene im Gesundheitssystem fast vollständig fehlt. Außerhalb der ambulanten Bedarfsplanung ist diese gar nicht sichtbar; in der Selbstverwaltung der Berufe haben allenfalls die Ärztekammern Bezirke. In der föderalen Aufgabenteilung ist Gesundheit Län-

4 Einen aktuellen Ein- und Ausblick auf die Vielzahl von erfolgreichen Ansätzen in einer Studie der OECD (2023): Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases Best Practices in Public Health.

5 Grundlegend dazu Luhmann, Niklas (2014): Vertrauen: ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität. 5. Aufl. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

6 Ivanova, Dara et al. (2016): Care in place: a case study of assembling a carescape, *Sociology of Health and Illness*, Vol. 38 No. 8: 1336 – 1349.

7 Schuurmans, Jitse Jonne et al. (2021): Regionalization in elderly care: what makes up a healthcare region? *Journal of Health Organization and Management* 35(2): 229–43.

8 Schaeffer, Doris et al. (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada, Weinheim.

9 Naylor, Chris; Charles, Anna (2022): Place-based partnerships explained, The Kings Fund, London.

dersache – wie in der Covid-Pandemie eindrucksvoll zu besichtigen war. Der Öffentliche Gesundheitsdienst umfasst Einrichtungen der Gesundheitsverwaltung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene. Er hat aber – zumindest bislang – nur geringe Schnittmengen mit der Gesundheitsversorgung, wie sie für 90% der Bevölkerung im Sozialgesetzbuch V organisiert ist. Dieses ist Bundeskompetenz – und nur über diese kann der Bund in der Gesundheitsversorgung direkt agieren. In dieser Zuständigkeitsverteilung haben regionale Akteure bislang keinen Platz. Vielmehr ist darin eine Dynamik der Aushandlung auf oberster Ebene angelegt.

Innovationen, die im Kleinen bei regionalen Projekten durchaus funktionieren, werden im Ergebnis auf Bundesebene verlässlich durch die verschiedenen Akteursgruppen blockiert. Gegenseitiges Misstrauen und das kompromisslose Verteidigen der eigenen Errungenschaften dominieren derart, dass grundlegende Reformen keine Chance haben.¹⁰ Zudem lähmen die Diskussionen zwischen Bund, Ländern und Selbstverwaltung

Regionalisierung als Gegenentwurf beginnt damit, regionalen Akteuren Möglichkeiten einzuräumen, von hinderlichen Strukturvorgaben abzuweichen.

politische Initiative. Wer will in diesem Umfeld noch Gesundheitsminister sein? Als Minimalkonsens bleiben kleinteilige, mit hohem Aufwand betriebene Regelländerungen, in deren Folge die Regulierungsdichte im Gesundheitswesen seit Jahrzehnten stetig zunimmt, ohne dass die Probleme dadurch kleiner werden.¹¹ Vielmehr führen Bürokratie und enger werdende Handlungsspielräume vielerorts zu tiefer Frustration bei denjenigen, die täglich unter diesen Bedingungen arbeiten müssen.

Regionalisierung als Gegenentwurf beginnt damit, regionalen Akteuren Möglichkeiten einzuräumen, von hinderlichen Strukturvorgaben abzuweichen. Im Gegenzug kann sie verlangen, ehrgeizigere Gesundheitsziele zu verfolgen als die gegenwärtige Versorgungslandschaft. Neben einer

qualitativ hochwertigen Krankenversorgung gehört dazu insbesondere ein populationsbasierter Fokus auf Gesunderhaltung und Krankheitsvermeidung sowie ein flächendeckender Zugang zur Versorgung durch die Kooperation aller Leistungserbringenden. Dies schließt auch Akteure ein, die überregional oder sogar global tätig sind wie Pharma- und Medizintechnikfirmen oder Anbieter digitaler Lösungen. Ihre Produkte mögen weltweit vertrieben werden, positive Versorgungseffekte erzielen sie aber nur im Verbund mit effektiven Prozessen auf allen Ebenen und ihrem passgenauen Einsatz vor Ort.

Versorgung findet weiterhin lokal statt. Auch die Finanzmittel aus unterschiedlichen Quellen und personellen Ressourcen werden überwiegend lokal eingesetzt. Angebote der Daseinsvorsorge sind zu einem Großteil kommunal organisiert und erfordern eine Zusammenarbeit auf dieser Ebene. Zahlreiche Ärzte- und Praxisnetze und Gesundheitsregionen, Akteure in gesetzlich konfigurierten Vernetzungsprojekten wie der ambulanten spezialfachärztlichen

Versorgung oder strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) sowie filialisierende Leistungserbringer arbeiten seit Jahren daran, Versorgung regional zu koordinieren und zu verbessern. Regionalisierung hat hier bereits begonnen.

Was bislang fehlt ist, dass diese vielversprechenden Ansätze und Initiativen systematisch als Gestaltungsansatz verfolgt werden. Akteure vor Ort sind nicht nur Befehlsempfänger im zentralistischen Sinn. Sie sind auch Gestalter, die in einem partizipativen Prozess vielfältige Ideen entwickeln und umsetzen. Welches Potenzial darin schlummert, hat nicht zuletzt die Neustart-Initiative der Robert Bosch Stiftung gezeigt, die Gesundheitsversorgung als einen nicht auf Leistungserbringende beschränkten partizipativen Prozess verstanden hat, der explizit Bürgerinnen und Bürger einbezieht.¹² Regionalisierung nutzt dieses Potenzial. Sie verfolgt ihre Ziele, indem das Netz benötigter gesundheitsrelevanter Dienste vor Ort organisiert, geografische Gebiete dezentralisiert und die Gesundheitsaktivitäten unter einem regionalen Management koordiniert werden.¹³ Ihre Reformen setzen damit genau dort an,

wo die nötigen Strukturveränderungen umgesetzt werden. Das impliziert eine regionale Differenzierung und Ausgestaltung, denn Bedarfe und Lösungen unterscheiden sich. Die Antwort auf den bestehenden Reformstau im Gesundheitswesen muss daher (regionale) Vielfalt lauten – wenngleich dies andere Reformvorhaben nicht ausschließen soll. Diese findet ihre Grenze normativ im Grundsatz gleichwertiger Lebensverhältnisse. Praktisch gibt es auch und gerade in der Gesundheitsversorgung bereits heute erhebliche und fühlbare Unterschiede, etwa im Zugang zu niedergelassenen Fach- und zunehmend auch Hausärzten – oder pflegerischer Versorgung. Hier positioniert sich Regionalisierung gerade als Mobilisierung der Kräfte für das Ziel, Gleichwertigkeit unter unterschiedlichen Voraussetzungen zu erhalten. In jedem Fall besteht nur dann die Chance, Vielfalt als Innovations- und Produktivitätsmotor für ein lernendes System zu nutzen, wenn verschiedene Strukturen zumindest für einen begrenzten Zeitraum bewusst zugelassen werden. Solange die Ergebnisse auf Dauer ähnlich sind, besteht auch kein Grund, eine bestimmte Struktur bundesweit vorzuziehen.

Regionalisierung schafft neue Betriebs-, Geschäfts- und Organisationsmodelle

Regionale Versorgung funktioniert in dem Maße, in dem regionale Koordination in Hinblick auf sinnvolle Ziele erfolgreich ist. Sie ist an den Erfolg derer

10 So muss man wohl die vergangenen 15 Jahre zusammenfassen und darin eine Bestätigung für das von Mancur Olson diagnostizierte „rent seeking behavior“ von Interessen sehen. Vgl. dazu Olson, Mancur (1982): *The Rise and Decline of Nations: Economic Growth, Stagflation, and Social Rigidities*. Yale University Press. Ein etwas nüchterner jedoch ebenfalls naheliegender Befund ist die Politikverflechtung im Mehrebenensystem (Fritz Scharpf), die im Bereich der Gesundheitsversorgung erschwerend auf einen Gegenstand hoher Komplexität und Regulierungsdichte trifft.

11 Gratton, Gabriele, Luigi Guiso, Claudio Michelacci und Massimo Morelli (2021): „From Weber to Kafka: Political Instability and the Overproduction of Laws“. *American Economic Review* 111(9): 2964–3003.

12 Klapper, Bernadette; Cichon, Irina (Hrsg.) (2021): *Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens*, Stuttgart.

13 Ramos, Maíra Catharina et al. (2020): *Regionalization for Health Improvement: A Systematic Review*, PLOS ONE 15(12): e0244078.

gebunden, die regionale Versorgung organisieren. Regionale Versorgung benötigt regionale Versorger, die aufgrund eigener Initiative tätig werden – unter dieser Prämisse funktioniert jedenfalls Gesundheitsversorgung als privater Sektor in der Bundesrepublik. Regionale Versorgung umfasst drei Dimensionen:

- Versorgungskonzepte (im Folgenden auch als Betriebsmodelle bezeichnet), die auf das Triple Aim (oder nun Quintuple Aim¹⁴) hin ausgerichtet sind und die Outcome auf der Ebene einer regionalen Population optimieren
- Organisationsmodelle, die in verschiedenen Graden loser und fester Koordinierung das Handeln aller Beteiligten auf das Versorgungskonzept hin ausrichten
- Geschäftsmodelle, die sowohl das Betriebs- als auch das Organisationsmodell betriebswirtschaftlich ermöglichen und den Mehrwert der regionalen Koordinierung fair verteilen.¹⁵

Jede dieser Anforderungen hat ihre eigene Komplexität und Risiken, die beherrscht werden müssen – zumal sie unterschiedliche Bezugspunkte haben. Das verdiente eine weitere Vertiefung. In jedem Fall muss aus jeder der Perspektiven eine auf der regionalen Ebene sinnvolle Skalierung von Versorgung möglich werden, was von Fall zu Fall verschieden sein dürfte. Regionen müssen als eigenständige Einheiten sinnvoll dimensioniert, wirtschaftlich und mit einem geeigneten Managementkonzept funktionieren.

All dies ist mit den bestehenden vertraglichen Möglichkeiten des SGB V nicht ausreichend möglich. Versorgungskonzepten ist ein enger Rahmen möglicher Leistungen gesetzt. Sie sind nicht für alle benötigten Akteure nutzbar (insbesondere nicht für jene außerhalb der engeren Krankenversorgung) und ihre Flexibilität reicht bei weitem nicht aus, um kooperative Geschäftsmodelle zu etablieren. So ist es nicht verwunderlich, dass die SGB V-basierten Selektivverträge bislang kaum grundlegende Prozess- und Strukturinnovationen hervorgebracht haben.

Als Organisationsmodell folgen bereits heute Teile der ambulanten und stationären Versorgung vor Ort einer „Logik der größeren Einheiten“, die regionale Praxis-Verbund-Unternehmen

hervorgebracht hat sowie eine Vielzahl von Netzen und anderen Koordinationsformen.¹⁶ Damit entstehen Organisationen, die erstens für regionale Versorgung relevant sind, und zweitens Versorgungsleistungen auf überörtlicher Ebene erbringen, etwa Care und Case Management, Blended Care, kommunale Versorgungsangebote und bevölkerungsbezogene Präventionsmaßnahmen. Ohne die Möglichkeit, eigenständige Versorgungskonzepte umzusetzen oder Vergütungen, aus denen Geschäftsmodelle entstehen können, bleibt ihre Wirksamkeit und Innovationskraft aber sehr beschränkt. Es liegen bereits eine Reihe von Vorschlägen vor, die solche Geschäftsmodelle ermöglichen, etwa Pauschalierungen, Pay for Performance-Regelungen oder, weitergehend, Shared-Savings-Verträge, die die Risiken zwischen den Vertragspartnern verteilen. Da durch die Kassenzuweisungen aus dem Morbi-RSA bereits heute implizit eine regionaladäquate Verteilung erfolgt, ist ihre Finanzierung vergleichsweise unkompliziert – Regionalisierung ist zumindest innerhalb der GKV fair. Sie muss lediglich um angemessene Beiträge der Kommunen und anderer dort ergänzt werden, wo deren Leistungen integriert werden. Denkbar ist z. B., dass diese Leistungen von den regionalen Partnern beziehen bzw. einkaufen oder sich unmittelbar am Risiko und den Angeboten einer Region beteiligen. Ein wirtschaftliches Konzept vorausgesetzt, ist dies kein Zuschussgeschäft.

Insgesamt entwickelt sich so eine Pluralität von Geschäftsmodellen, Betriebsmodellen und Organisationen auf regionaler Ebene, die sowohl Komplexität als auch Chancen erhöhen, da sich bundesweit verschiedene Ansätze parallel einem Praxistest unterziehen und voneinander lernen. Integraler Bestandteil solcher Betriebs-, Organisations- und Geschäftsmodelle sind Konnektivität, digitale Lösungen und Datenanalysen. Hier können regionale Akteure nicht nur auf bestehende Anwendungen (Telemedizin, DiGAs, Managementsysteme etc.) zurückgreifen, sie schaffen auch einen Bedarf, dem Anbieter folgen werden. Populationsorientierte Versorgung etwa ist immer datengetrieben. Sie gelingt nur mit belastbaren, ausreichend detaillierten und schnell verfügbaren Informationen über die spezifischen Bedarfe vor Ort. Hier sind die Möglichkeiten

bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Dies bezieht sich auch auf eine vergleichende Gesundheitsberichterstattung, die besondere Bedarfe (auch Krisen) identifizieren kann. Letzteres ist eine Aufgabe für die Bundesebene, die so übergeordnete Handlungsbedarfe adressieren kann.

Evolution statt Revolution

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die regionale (und regional abweichende) Gestaltung auch in der Gesundheitsversorgung ein konzeptionell schlüssiges Prinzip darstellt. Es ist auch sichtbar geworden, dass regionale Lösungen nur auf der Basis von Freiräumen entstehen können, die neue Versorgungskonzepte und damit einhergehend Organisationsmodelle ermöglichen. Solchermaßen integrierte, populationsbasierte und bessere Gesundheitsversorgung lässt sich auch in win-win Geschäftsmodelle übersetzen – dies lehrt jedenfalls der Blick auf die Anziehungskraft des Gesundheitssektors für Kapitalgeber.

Neue Versorgungsstrukturen entstehen nicht über Nacht. Nach Lahnstein sind 30 Jahre vergangen bis die Zahl der Krankenkassen unter 100 gesunken ist. MVZ haben 20 Jahre nach ihrer Einführung einen Marktanteil unter 20%. Regionalisierung ist ebenfalls als ein schrittweiser evolutorischer Prozess angelegt. Dabei wird die bestehende Regelversorgung nicht über Nacht abgeschafft, sondern sukzessive durch regionale Lösungen überformt. Dies muss entlang mehrerer Achsen geschehen.¹⁷

1. **Gestaltung:** Regionalisierung braucht keine neuen Institutionen. Sie geht als Bottom-up-Prozess von engagierten

14 Nundy, Shantanu, Lisa A. Cooper, und Kedar S. Mate (2022): The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA* 327(6): 521.

15 Hager, Lutz (2021): Ambulante regionale Versorgungsnetze, in: Hildebrandt, Helmut; Stuppardt, Rolf (Hrsg.) *Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert*, Heidelberg: medhochzwei-Verlag: 305-318.

16 Hahn, Ursula; Hager Lutz (2021): Neue Player – neue Chancen? Neue Organisationsmodelle und die Logik der größeren Einheiten in der ambulanten Versorgung, in: *Welt der Krankenversicherung* 2/2021.

17 Ausführlicher dazu: Bundesverband Managed Care (2023): *Besser regional – Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann*, Berlin.

Versorgungsakteuren aus, die sich vor Ort zu „Gestalterkoalitionen“ zusammenschließen. Um Zusammenarbeit zu ermöglichen, müssen diese Freiräume erhalten, in deren Rahmen sie von bundesweiten Vorgaben abweichen können. Dazu gehört z. B. die Aufnahme von nicht zugelassenen Leistungserbringenden ebenso wie Partnern von außerhalb der SGB V und XI in einen regionalen Versorgungsvertrag, das Zulassen innovativer Vergütungsmodelle und die Möglichkeit, institutionen- und trägerübergreifend versorgungsrelevante Daten auszutauschen und Behandlungen zu koordinieren. Unter diesen Voraussetzungen könnten in einem ersten Schritt mit Unterstützung der Bundesländer bundesweit 30-50 Pilotregionen entstehen.

2. **Reichweite:** Regionalisierung perpetuiert nicht Insellösungen, sondern schafft populationsbezogene Versorgung. Um die gesamte Bevölkerung im Einzugsgebiet erreichen, ist in Abgrenzung zum Selektivvertragsprinzip eine Beteiligung aller vor Ort vertretenen Krankenkassen an einem Regionalvertrag erforderlich. Diesem „Regionaltarif“ können alle Leistungserbringenden vor Ort beitreten, um von den innovativen Strukturen und Vergütungsmodellen zu profitieren. Alternativ rechnen sie weiter wie gewohnt nach EBM und DRG ab. Alle übrigen Kassen lassen den Regionalvertrag gegen sich gelten; kassenindividuelle Selektivverträge bleiben unberührt.
3. **Finanzierung:** Regionalisierung erfolgt ohne zusätzliche Mittel. Sie greift stattdessen auf bestehende Finanzierungstöcke zurück. Neben den (durch den Morbi-RSA regionaladäquat verteilten) Versichertenbeiträgen kommen dafür auch weitere Quellen in Betracht, so z. B. Präventionsmittel, Teile des Innovationsfonds (insbesondere, wenn Projekte regional ausgerollt werden), Landesmittel (u. a. Krankenhausinvestitionsförderung), Gelder der Wirtschaftsförderung oder der EU-Strukturförderung. Denkbar wäre es darüber hinaus auch, Investitionsmittel durch gesundheitspezifische öffentliche Anleihen zu erschließen, die sich mit der Wirtschaftlichkeit der Geschäftsmodelle rentieren.

Fazit: Regionalisierung als politisches Projekt

Dieser Artikel hat Regionalisierung als Strukturreform positioniert – wenngleich viele Aspekte nur am Rande erwähnt oder verkürzt dargestellt werden konnten und weitere Vertiefung verdienen.

Regionalisierung dient dabei nicht einem Selbstzweck. Regionale Strukturen sind weder per se besser als der Status Quo, noch dürfen sie für eigennützige Ziele vereinnahmt werden. Eine weitere wichtige Klarstellung: Regionalisierung in dem hier gezeichneten Bild meint nicht die Verstaatlichung der Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene, sondern richtet sich im Wesentlichen an die Partner der Gesundheitsversorgung – neue Verbindungen in soziale Bereiche und kommunale Zuständigkeiten einschließend. Als Strukturreform geht Regionalisierung über deklaratorische Gesundheitsregionen und Förderprojekte hinaus.

Regionalisierung kann nicht nur die Reform sein, die sich leichter umsetzen lässt, sie kann auch die einzige Reform mit struktureller Wirkung sein, die sich überhaupt durchsetzen lässt.

So verstanden ist sie für die Modernisierung der Gesundheitsversorgung „mehr Wert“ als sektorale Reformen oder weitere Anbauten an ein ohnehin sehr windschiefes SGB-Gebäude. Entsprechend muss diese auch angelegt sein: mit erheblichen Modernisierungs-Freiräumen bis hin zu einer *carte blanche* z. B. in Fragen der Vergütung, als Einladung an die Gestaltungskraft von Krankenkassen, Versorgern und weiteren Partnern sowie als Instrument zur Erschließung der Produktivkräfte von populationsbasierter Gesundheitsversorgung.

Abschließend: Wie kann daraus ein politisches Projekt werden? Diese Frage führt zurück zu den Stein'schen Reformen, deren Motivation außerhalb ihres unmittelbaren Gegenstandsbereichs lag. Ebenso können auch hier größere Kräfte einer Modernisierung helfen. Auch eine gedankliche Verbindung zu regionalen Mechanismen der Energiewende oder einem „Deutschland-Tempo“, das durch De-Regulierung erreicht werden soll,

sind im Zweifel hilfreich. Und nicht zuletzt hat die Covid-Pandemie die Handlungsfähigkeit vor Ort gerade in der Gesundheitsversorgung eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Ein Glaubenssatz der Pandemie-Bekämpfung ist die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dieser bietet – wenn denn Taten folgen – einen Anschlusspunkt für Planung, Bedarfserhebung und die Formulierung von Handlungsstrategien auf regionaler Ebene.

Im engeren Sinne des politischen Betriebs kann Regionalisierung nicht nur die Reform sein, die sich leichter umsetzen lässt, weil sie Verantwortung für Reformbedarfe auf Dritte abschiebt, sie kann auch die einzige Reform mit struktureller Wirkung sein, die sich überhaupt durchsetzen lässt. Zudem eröffnet sie ein Laboratorium, aus dem sich politische Akteure bedienen können. Mit erprobten Lösungen lässt sich erfolgreich Politik machen. Diese Dynamik sorgt

im Zweifelsfall auch dafür, dass regionale Innovationen den Weg in das Gesamtsystem finden. Eine zeitliche Verzögerung im Anlauf kann so wieder aufgeholt werden. Und diese Erwartung können Akteure der Politik bereits in ihr Argumentarium aufnehmen. Nicht zuletzt kann Regionalisierung auch als eine Strategie

der Störung dienen, die die Einflussbasis bestimmter Interessengruppen destabilisiert.¹⁸ Auch dies kann Teil eines politischen Kalküls sein.

Subsidiarität als Binnen-Differenzierung der Gesundheitsversorgung ist die Alternative zu Politikverflechtung und Regionalisierung ist das missing link in unserem Gesundheitssystem – dies sogar in einem doppelten Sinne: als Brücke zu den Akteuren, die Gesundheitsversorgung vor Ort gestalten (können) sowie als Brücke in die Zukunft einer präventiv-inklusiven und populationsorientierten Gesundheitsversorgung.

¹⁸ Fierlbeck, Katherine (2016): The Politics of Regionalization, *HealthcarePapers* 16(1): 58–62.