

Krankenhaus-Report 2015

„Strukturwandel“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2015

Auszug Seite 211-234



14	Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze.....	211
	<i>Patrick Garre, Birgit Schliemann und Karl-Heinz Schönbach</i>	
14.1	Einführung.....	212
14.1.1	Ziele der Bedarfsplanung.....	212
14.1.2	Ziele der Versorgungsplanung	213
14.1.3	Sektorenübergreifende Versorgungsplanung	214
14.2	Stand der ambulanten Bedarfsplanung.....	214
14.2.1	Ziele der ambulanten Bedarfsplanung	214
14.2.2	Zuschnitt der Planungsregionen.....	215
14.2.3	Weiterentwicklung mit dem VStG.....	217
14.2.4	Einbezug ambulanter Behandlung in Einrichtungen.....	218
14.2.5	Reformbedarf nach dem Versorgungsstrukturgesetz.....	219
14.3	Stand der stationären Bedarfsplanung	220
14.3.1	Ziele der Krankenhausplanung.....	220
14.3.2	Grundlagen der Krankenhausplanung.....	220
14.3.3	Verknüpfung mit der Investitionsfinanzierung	221
14.3.4	Reformbedarf der Krankenhausplanung.....	222
14.3.5	Eckpunkte einer Reform der Krankenhausplanung.....	222
14.4	Sektorenübergreifende Leistungen	226
14.5	Entwicklung der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V.....	228
14.6	Fehlende Ansätze einer sektorenübergreifenden Planung	229
14.7	Fazit.....	233

14 Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze

Patrick Garre, Birgit Schliemann und Karl-Heinz Schönbach

Abstract

Gesundheitsversorgung gehört zum Kern sozialstaatlicher Daseinsvorsorge. In Deutschland erfolgt die Zulassung von Krankenhäusern nach Maßgabe einer Bedarfsplanung durch die Länder. Mit der Bedarfsplanung und Zulassung der ambulanten Ärzte hat der Staat die Kassenärztlichen Vereinigungen beauftragt. Der Beitrag stellt die Grundsätze der beiden Systeme vor, analysiert die Probleme und zeigt die Reformschritte auf. Die strikte Trennung der beiden Planungssysteme bedingt alloкатive Probleme. Rechtliche Grundlagen für eine „sektorenübergreifende“ Bedarfsplanung fehlen dagegen. „Gemeinsame Landesausschüsse“ dürfen lediglich Empfehlungen aussprechen. Da sich die medizinische Versorgung weithin ambulant teamorientiert entwickelt, stellt die Trennung der Planung, Zulassung und mit ihr verbundenen Finanzierungssysteme ein ungeöstes Problem der deutschen Gesundheitspolitik dar. Daher plädiert der Beitrag dafür, die Leistungen, die im Kern sektorenunabhängig erbracht werden können, nicht nur den Planungsprinzipien nach gleich zustellen, sondern bei den Vertrags- und Vergütungsprinzipien.

Health care is at the core of welfare state interest. In Germany, hospitals are accredited in accordance with requirement planning by the federal states, while requirement planning and licensure of office-based physicians is carried out by the regional associations of SHI-accredited physicians. The paper presents the principles of the two systems, analyses the problems and discusses the reform steps. The strict separation of the two planning systems leads to allocative problems. However, a legal basis for a “cross-sectoral” demand planning is missing. “Joint state committees” can only make recommendations. Since outpatient health care develops largely team-oriented, the separation of planning, accreditation and their associated financing systems is an unsolved problem of German health policy. Hence the article argues that benefits which can be provided sector independently should be treated equally – not only with respect to planning principles, but also to contracting and remuneration principles.

14.1 Einführung

Der nicht zuletzt aus einer langen obrigkeitsstaatlichen deutschen Tradition entstandene Nimbus planwirtschaftlicher Souveränität ist zumindest im Gesundheitswesen mehr als verblasst. Während stationär bei beträchtlichen Überkapazitäten eine extensive Versorgung stattfindet, warten die Patienten ambulant auf Facharzttermine und suchen auf dem Lande Hausärzte, obschon weltweit kein Land mehr Mediziner ausbildet und beschäftigt. Das Gesundheitswesen braucht mehr als planlose Erschöpfung aller Ressourcen. Welchen Rahmen geben dafür heute die ambulante und die stationäre Bedarfsplanung und ergeben sich bereits Ansatzpunkte für eine „sektorenübergreifende Bedarfsplanung“? Über diese Fragen will der vorliegende Beitrag nicht von der Buchhaltung bestehender Bedarfsplanung in die Utopie einer „gerechten“ und „flächendeckenden“ Versorgung vorstoßen. Vielmehr soll pragmatische Anforderungen und Ansätzen der Bedarfsplanung nachgegangen werden.

In den Ländern der Europäischen Union ist das Gesundheitswesen in der Regel staatlich organisiert. Rein marktwirtschaftliche Lösungen lassen sich kaum finden. Und das deutsche selbstverwaltete Gesundheitswesen ist ein historischer Sonderfall, der nur in Österreich auf Parallelen trifft. Auch dort hat der Staat als Garant der sozialen Daseinsfürsorge kunstvolle rechtliche Beziehungen entwickelt, um seine Garantien mit Aufträgen an die gesellschaftlichen Träger abzusichern und zu steuern. Eine besondere Rolle spielen dabei die ambulante und die stationäre Bedarfsplanung. Im Kern sollen sie die Sicherstellung der Versorgung begründen. Dabei sind im Rahmen dieses Beitrages nicht nur die jeweiligen Grundprobleme zu thematisieren, sondern auch Schnittstellenfragen und die Durchlässigkeit der Versorgungsbereiche. Denn die Trennung in einen ambulanten und stationären Sektor findet – bei deutscher Gründlichkeit nicht überraschend – nicht nur ihren Ausdruck in der Bedarfsplanung und Zulassung, sondern ist mit zahlreichen Leistungs-, Finanzierungs- und Inanspruchnahme-Regelungen verknüpft. Wenn also aufgrund der Vielfalt und des Wandels der Versorgungsoptionen und Versorgungsbedarfe der Ruf nach einer „sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“ immer lauter wird, sind mithin nicht nur sekundär anmutende „Planungsfragen“ adressiert, die sich mit Federstrichen lösen lassen sollten, sondern die weithin in rechtsförmigen Besitzständen formierte „Ordnung“ des Gesundheitswesens.

14.1.1 Ziele der Bedarfsplanung

Anspruch und Ziel der Bedarfsplanung ist es, für die Bevölkerung bzw. die Versicherten die politisch zugesicherte, jeweils bestmögliche medizinische Infrastruktur im Rahmen des unter konkurrierenden öffentlichen Zielen und Verwendungen Möglichen sicherzustellen. Dieser Anspruch weist historische, ökonomische und kulturelle Dimensionen auf und beinhaltet Wertentscheidungen, die sich langfristig entwickeln und aktualisiert werden, etwa mit den jeweils bereitgestellten Ausbildungskapazitäten, Infrastrukturen und Finanzvolumina. Bezogen auf den hier relevanten jeweiligen Stand der Bedarfsplanung und ihre Weiterentwicklung ist bedeutsam, wie

- sich insbesondere aufgrund der Zahl und Altersstruktur der Versicherten verändernde Bedarfskonstellationen mit

- sich insbesondere aufgrund der Zahl und Beschäftigtenstruktur im Gesundheitswesen verändernden Angebotskonstellationen

in Einklang gebracht werden. Der medizinische und technologische Fortschritt wirken darauf ein. Dabei sind Angebot und Nachfrage keineswegs a priori determiniert. Allerdings ist ihre Finanzierung in Deutschland für 90 Prozent der Bevölkerung kollektiv organisiert und politisch bestimmt. Von daher wird erwartet werden können, dass der begleitenden Bedarfsplanung keine unwichtige Rolle zukommt.

Anspruch der stationären Krankenhausplanung ist es nicht nur, die der jeweiligen Bevölkerungszahl und -struktur in einer Planungsregion bedarfsgerechte Krankenhausstruktur und -kapazität zuzuweisen. Derzeit hat der Staat auch die Aufgabe, eine seiner Planung adäquate Investitionsfinanzierung zu leisten. Nach den seit dem KHG 1972 geltenden Grundsätzen der dualen Krankenhausfinanzierung tragen die Krankenkassen und andere Träger die Benutzerentgelte, während die Investitionsmittel von den Ländern bereitgestellt werden sollen.

Anspruch der ambulanten Bedarfsplanung ist demgegenüber, die Ärzte, die von dem grundsätzlich eingeräumten Recht zur Niederlassung Gebrauch machen, so innerhalb der jeweiligen planungsrelevanten Arztgruppen auf die Planungsregionen zu verteilen, dass eine bedarfsorientiert gleichmäßige Verteilung erreicht wird. Diese Aufgabe ist der Selbstverwaltung der Kassenärztlichen Vereinigungen zugewiesen, die sie in Abstimmung mit den Verbänden der Krankenkassen wahrnimmt. Es handelt sich aufgrund der Niederlassungsfreiheit schon vom Ansatz her um eine Verteilungsplanung. Anders als bei der stationären Bedarfsplanung wird die PKV hier nicht einmal ins Benehmen gesetzt, obschon die Facharztgruppen weit überproportionale Zeitanteile auf Privatpatienten verwenden.

14.1.2 Ziele der Versorgungsplanung

Im Gegensatz zum rechtlich definierten Begriff der „Bedarfsplanung“ ist der meist mit dem Adjektiv „sektorenübergreifend“ ausgestattete Begriff der „Versorgungsplanung“ ein politischer Kampfbegriff, der auf die Mängel der Bedarfsplanung selbst verweist. Je mehr die Bedarfsplanung – wie zu zeigen sein wird – ihre Ziele verfehlt und die mit ihr verbundene Sektorentrennung versorgungsrelevante Fragen aufwirft, wird dieser politische Begriff en vogue, ohne wirklich selbst schon gefüllt zu sein. Da die Sektoren, wie oben angedeutet, nicht nur formalen Charakter haben, sondern auch „als solche“ materielle Ressourcen beanspruchen, kann ihre Abgrenzung zu zahlreichen Verzerrungen in der Angebots-, Anreiz- und Inanspruchnahme-Struktur führen. Demgegenüber ist die politische Zusicherung einer bedarfsgerechten Daseinsvorsorge an ihrer Nutzung zu messen. Auf Defizite aus dieser Sicht reagiert die Politik durchaus dialektisch. Einerseits wird die rechtlich systematische Trennung der Sektoren aufrechterhalten, andererseits werden intermediäre Versorgungsformen kreiert und mit jeweiligen Begründungen eingeführt. Dabei geht es zum einen um die Formen der ambulanten Behandlung von Krankenhäusern bis hin zur hinreichend unklaren „teilstationären Versorgung“, zum anderen um Bettenäquivalente außerhalb der Krankenhausplanung, wie sie etwa in Praxiskliniken hätten realisiert werden sollen. Auch wenn der KV-Vorbehalt der ambulanten Beteiligung der Krankenhäuser hier und da durchbrochen wurde, etwa beim ambulanten

Operieren oder der Spezialfachärztlichen Versorgung, bleiben die Sektorenöffnungen gegenüber dem Anspruch einer möglichst „Integrierten Versorgung“ unbefriedigend. Das gilt im Übrigen aus Sicht der Akteure und Nutzer gleichermaßen. Für die „Integrierte Versorgung“ wiederum wurde entsprechend eine eigene, quer zum übrigen Vertrags- und Finanzierungssystem stehende, aufwendig zu bewirtschaftende Form geschaffen. Doch mit dem politischen Kampfbegriff der „sektorenübergreifenden Versorgungsplanung“ kommt weiterhin zum Ausdruck, dass vieles bisher Stückwerk bleibt, systemisch nicht integriert und aus Sicht von Ärzten und Patienten nicht chancengleich und nutzergerecht ist.

14.1.3 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung wird zum Ziel haben, neben einer diskriminierungsfreien ambulanten Verteilungsplanung und einer tatsächlich gestaltenden stationären Bedarfsplanung die sich mit sektorenunabhängigen Leistungen ergebenden intermediären Versorgungsabschnitte so zu positionieren, dass eine hinreichend stetige, versorgungsgerechte Angebotsstufung ermöglicht wird. Dieser Beitrag skizziert dazu zunächst

- den Stand der ambulanten Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung,
- die inzwischen vielfältigen sektorenunabhängiger Leistungen und
- die Reichweite der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V,
- um auf dieser Grundlage Anforderungen an eine sektorenübergreifende oder besser sektorenunabhängige Bedarfsplanung einzuschätzen.

Dabei werden die Autoren über den engeren inhaltlichen Bezug zur Bedarfsplanung nur punktuell hinausgehen können. Für die Patienten wären durchgängige Versorgungsverläufe ohne Friktionen wünschenswert. Quer dazu stehen neben besitzstandsorientierten institutionellen Regelungen etwa auch unterkomplexe und unvereinbare Leistungszuschüsse und Vergütungssysteme.

14.2 Stand der ambulanten Bedarfsplanung

Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte in Deutschland und ihre regionale Verteilung richten sich nach den Bestimmungen des SGB V zur ambulanten Bedarfsplanung und des Zulassungsrechts. Details der Planung regeln die Partner der Selbstverwaltung in der Bedarfsplanungs-Richtlinie, während die Zulassungsvoraussetzungen durch eine Verordnung festgelegt werden. Die Grundzüge der ambulanten Bedarfsplanung werden in den folgenden Abschnitten skizziert.

14.2.1 Ziele der ambulanten Bedarfsplanung

Ziel der ambulanten Bedarfsplanung ist die Sicherstellung einer gleichmäßigen und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung. Um die drohende Ärzteschwemme abzuwenden, beauftragte der Gesetzgeber im Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) 1992 den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen mit der Erarbeitung einer

Bedarfsplanungs-Richtlinie, die Maßstäbe, Grundlagen und Verfahren zur Sicherung einer ausgewogenen Versorgung festlegen sollte. Der Auftrag fokussierte auf einen allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung und dessen Überschreitung (Übersversorgung) in einzelnen Arztgruppen sowie eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur. Die Richtlinie wurde nach ihrem Inkrafttreten über 20 Jahre fortlaufend ergänzt, erreichte die politischen Ziele jedoch nur zum Teil. Die Anzahl der niedergelassenen Ärzte stieg zwischen 1990 und 2012 immerhin um rund 56 Prozent an (Stackelberg und Partsch 2014). Im gleichen Zeitraum nahm die ungleiche Verteilung der Ärzte zu Gunsten von infrastrukturstarken Regionen mit guter soziodemografischer Bevölkerungsstruktur zu, während in weniger attraktiven städtischen Regionen und auf dem Land häufiger Versorgungsengpässe auftraten. Der Gesetzgeber reagierte 2011 mit dem Versorgungsstrukturgesetz (VStG) und trug dem nunmehr zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) auf, die Bedarfsplanungs-Richtlinie grundlegend zu überarbeiten, um den drohenden und in einigen Regionen bereits manifesten Ärztemangel, insbesondere im ländlichen Raum, zu verhindern oder langfristig zu verringern.

Die neue Richtlinie trat 2013 in Kraft (Gemeinsamer Bundesausschuss 2012). Auch für diese Fassung der Richtlinie ließ sich politisch nicht mehr als das Basisinstrumentarium einer Verteilungsplanung durchsetzen. Im Wesentlichen liefert sie einen bundesweiten Planungsrahmen und Rechtssicherheit für Entscheidungen der zuständigen Gremien. Dazu zählen die Landesausschüsse, die die Versorgung in den Planungsbereichen bewerten und über die Sperrung oder Entsperrung für weitere Niederlassungen entscheiden und zudem ermitteln, welche Regionen von bestehender, drohender bzw. lokaler Unterversorgung betroffen sind. Auf dieser Basis ermitteln sie arztgruppenspezifisch die Anzahl möglicher Zulassungen und schaffen damit die Voraussetzungen für Entscheidungen der Zulassungsausschüsse. Darüber hinaus präzisiert die Richtlinie den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, indem sie zur Transparenz der in regelmäßigen Abständen vorzulegenden Bedarfspläne beiträgt, die diese im Einvernehmen mit den Krankenkassen nach den Vorgaben der Richtlinie zu erstellen haben.

14.2.2 Zuschnitt der Planungsregionen

Bedarf ist in der ambulanten Bedarfsplanung als das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten definiert und wird mit arztgruppenspezifischen Verhältniszahlen errechnet. Die Verhältniszahlen wurden einmalig für das Jahr 1990 als gewichtete bundesweite Durchschnittswerte für unterschiedliche Raumtypen ermittelt und für einen allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad von 100 Prozent normativ festgelegt. Regionale Abweichungen vom Versorgungsgrad werden von den Landesausschüssen als Übersversorgung (ab 110 Prozent) bzw. Unterversorgung (unter 75 Prozent für Hausärzte und 50 Prozent für Fachärzte) ausgewiesen. Sie zeigen, welche Planungsbereiche nicht bedarfsgerecht versorgt sind.

Diese sehr robuste Methodik zur Abschätzung des Versorgungsbedarfs legte die Richtlinie von 1993 fest. Als bedarfsgerecht galten zuletzt 140 Verhältniszahlen, errechnet als das jeweils durchschnittliche Arzt-Einwohner-Verhältnis des Jahres 1990 für 14 Arztgruppen in neun (Verwaltungs-) Kreistypen, die nach Besiedlungs-

Abbildung 14–1

Versorgungsebenen und Planungsbereiche				
Versorgungs- ebene	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine FÄ-Versorgung	Spezialisierte FÄ-Versorgung	Gesonderte FÄ-Versorgung
	Mittelbereiche (883)	Kreise (5 Typen) + Ruhrgebiet (372)	Raumordnungs- regionen (97)	KV-Bezirke (17)
	Hausärzte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Augenärzte 2. Chirurgen 3. Frauenärzte 4. HNO-Ärzte 5. Hautärzte 6. Nervenärzte 7. Psychotherapeuten 8. Orthopäden 9. Urologen 10. Kinderärzte 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fachinternisten 2. Anästhesisten 3. Radiologen 4. Kinder- und Jugend- psychiater 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PRM-Mediziner 2. Nuklearmediziner 3. Strahlentherapeuten 4. Neurochirurgen 5. Humangenetiker 6. Laborärzte 7. Pathologen 8. Transfusions- mediziner
Planungs- bereich				
Arzt- gruppen				
Krankenhaus-Report 2015				WlDO

dichte differenziert wurden. Hinzu kam die Sonderregion Ruhrgebiet als weiterer Raumtyp. In der neuen Richtlinie 2012 modifizierte der G-BA dieses Vorgehen geringfügig: Statt für 14 gibt es nun für 23 Arztgruppen Verhältniszahlen, die insgesamt vier Versorgungsstufen mit geeigneten Raumtypen zugeordnet wurden. Unterscheidungsmerkmale für die Versorgungsstufe sind u. a. der Versorgungsauftrag, die Spezialisierungstiefe bzw. Entfernungen und die Erreichbarkeit (vgl. Abbildung 14–1).

In der aktuellen Bedarfsplanung werden Hausärzte in einer Versorgungsstufe für 883 Mittelbereiche geplant. Es gilt bundesweit eine Verhältniszahl: In einem Mittelbereich wird für 1 671 Einwohner jeweils ein Arztsitz geplant und zugelassen. Der Raumtyp „Mittelbereich“ wurde vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) entwickelt.¹ Er eignet sich besonders für die kleinräumige Planung einer Grundversorgung, da sich die Verflechtungsbeziehungen und Versorgungswege für Güter des täglichen Bedarfs um ein städtisches Mittelzentrum herum orientieren und für die Patienten die schnelle Erreichbarkeit sichergestellt ist. Für die weiteren Arztgruppen, die als Fachärzte unterschiedlich spezialisiert sind, wurden drei weitere Versorgungsstufen unterschieden und für diese jeweils ein anderer Raumtyp für die Planung gewählt: Für die allgemeine, die spezialisierte und die

¹ Um die räumliche Entwicklung zu analysieren, nutzt das BBSR Raumabgrenzungen und Raumtypisierungen, darunter Mittelbereiche, Großstadregionen und Raumordnungsregionen. Mittelbereiche sind gem. der Beschreibung des BBSR besonders wichtig für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung und damit für die Sicherstellung gleichwertiger Lebensbedingungen. Sie haben neben den Arbeitsmarktregionen eine wichtige Funktion für den Alltag der Menschen (BBSR 2012).

gesonderte fachärztliche Versorgung werden die Verhältniszahlen arztgruppenspezifisch für 372 Kreise, für 97 Raumordnungsregionen und für 17 KV-Regionen geplant.² Das vorrangige Ziel dieser Zuordnung zu spezifischen Raumtypen ist, dass die Erreichbarkeit in zumutbarer Weise gewährleistet und damit einer Verteilungs- und Zugangsgerechtigkeit Rechnung getragen wird. Die Planung der hausärztlichen und fachärztlichen Grundversorgung wurde mit diesem Anspruch kleinräumiger konzipiert. Die allgemeine fachärztliche Versorgung allein für Kreise zu planen, hätte die Probleme der bisherigen Bedarfsplanung fortgeschrieben. Deshalb wurden die Kreise zusätzlich nach fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien differenziert, die sich am Konzept der Großstadtregionen des BBSR orientieren. Dieses beschreibt die ambulanten (Mit-) Versorgungsbeziehungen zwischen Stadt, Umland und ländlichem Raum und bildet die Verflechtungen ab. Mit der Ermittlung der Verhältniszahlen nach diesem Konzept wurde insbesondere der Mitversorgungsleistung größerer Städte für das Umland Rechnung getragen.

14.2.3 Weiterentwicklung mit dem VStG

Obwohl die Bedarfsplanung der 90er Jahre andere Ziele als die heutige Planung verfolgte, änderte sich die Methode zur Bestimmung des Bedarfs an Ärzten bis heute nicht. Es sind zahlreiche Versuche unternommen worden, Versorgung „bedarfsgerechter“ zu planen und einen Populations- oder Morbiditätsbezug in die Bedarfsplanung aufzunehmen, um den erforderlichen Umfang der Versorgungsleistungen für eine Region zu ermitteln. Bislang konnte kein Vorschlag methodisch überzeugen.

Auf Betreiben der Länder erhielten die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem VStG zusätzlich die Möglichkeit, bei der Aufstellung ihrer Bedarfspläne aufgrund regionaler Besonderheiten im Sinne des § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V von der Richtlinie abzuweichen. Abweichungen sind insbesondere dann begründet, wenn „die regionale Demografie (z. B. ein über- oder unterdurchschnittlicher Anteil von Kindern oder älteren Menschen), die regionale Morbidität (z. B. auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten), sozioökonomische Faktoren (z. B. Einkommensarmut, Arbeitslosigkeit und Pflegebedarf)“ oder „räumliche Faktoren (z. B. Erreichbarkeit, Entfernung)“ (vgl. § 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der betroffenen Region nachweisbar sind. Der G-BA traf jedoch keine methodische Festlegung, die für die Errechnung der Abweichungen einzuhalten wäre. Damit bleibt es den Beteiligten der Selbstverwaltung auf Landesebene überlassen, Berechnungsmodelle zur Modifikation der Verhältniszahlen zu finden und ggf. zusätzliche Leistungsmengen mit den Partnern zu vereinbaren oder zu erproben.

² Bei den Angaben zur Anzahl der Planungsräume handelt es sich um die Ausgangssituation, die mit der Bedarfsplanungs-Richtlinie verabschiedet wurde. Tatsächlich wurden mehr Planungsräume geplant, indem in den von den Kassenärztlichen Vereinigungen aufzustellenden Bedarfsplänen von der Richtlinie abgewichen wurde.

14.2.4 Einbezug ambulanter Behandlung in Einrichtungen

Ambulante Einrichtungen im stationären Sektor schließen zunehmend Versorgungslücken oder -lücken für Patienten, die qualitativ auch bei hoher Arztdichte nicht von den niedergelassenen Ärzten ausreichend versorgt werden können, aber gleichwohl keiner vollstationären Versorgung bedürfen. Teamkompetenz, Interdisziplinarität und eine hohe Komplexität der Leistungen geben hier den Ausschlag. So können Sozialpädiatrische Zentren (SPZs) von den Zulassungsausschüssen ermächtigt werden, um die Versorgung von Kindern sicherzustellen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Hinzu kommen die psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) zur Versorgung von Patienten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch PIAs angewiesen sind. Der für diese Patienten typische „Drehtüreffekt“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung veranlasste den Gesetzgeber dazu, eine Brücke zwischen den Versorgungssektoren zu errichten. 2012 nahm der Gesetzgeber geriatrische Institutsambulanzen (GIAs) und psychosomatische Institutsambulanzen (PsIAs) in das SGB V auf, nach dem Koalitionsvertrag sind für 2014 Sozialmedizinische Ambulanzen für Erwachsene mit schweren Mehrfachbehinderungen zu erwarten. SPZs, PIAs, GIAs und PsIAs werden mit Ausnahme der GIAs ohne Bedarfsprüfung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Auch Hochschulambulanzen, psychologische Universitätsinstitute und Ausbildungsstätten nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Die KVen haben weder Einfluss auf die Ermächtigungen dieser Versorger noch erhalten sie Einblick in die abgerechneten Leistungen, da diese mit wenigen Ausnahmen ihre Vergütung direkt von den Krankenkassen erhalten. Die Krankenkassen wiederum haben nur bedingte Kenntnis über das tatsächliche Leistungsgeschehen, da die Leistungen überwiegend pauschaliert vergütet werden. Während die Anzahl der niedergelassenen Ärzte wie auch ihre abrechenbaren Leistungen durch die Gesamtvergütung reguliert werden, expandieren die ermächtigten Einrichtungen sowohl nach Anzahl als auch in der Leistungsmenge. Seit Jahren reklamieren die Krankenkassen, dass sie zunehmend von ihren definierten Versorgungsaufträgen abweichen und parallel die Versorgungsleistungen der niedergelassenen Ärzte übernehmen. Hinzu kommt die eigenständige unkontrollierte Proliferation der Ambulanzen, indem Satelliten ohne weitere Ermächtigung oder Genehmigung an neuen Standorten ausgegründet werden.

Vor diesem Hintergrund wurde das SGB V mit dem Versorgungsstrukturgesetz ergänzt und der G-BA aufgefordert, Regelungen zu beschließen, mit denen Ärzte bei der Berechnung des Versorgungsgrades berücksichtigt werden, die durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.³ Sowohl Einzeler-

³ Ermächtigungen sind gegenüber Zulassungen nachrangig und in der Regel davon abhängig, ob ein Bedarf zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung besteht. Sie werden z. T. nach Bedarfsprüfung durch die Zulassungsausschüsse zeitlich befristet ausgesprochen, aber ebenso vom Gesetzgeber „pauschal“ vergeben. Eine Anrechnung auf die Versorgungsgrade der Bedarfsplanung erfolgte bis zum entsprechenden Beschluss des G-BA in der Mitte des Jahres 2014 nicht.

mächtigungen sollten zur Anrechnung kommen als auch Ärzte, die in ermächtigten Einrichtungen Leistungen erbringen. Der G-BA sah sich vor die Frage gestellt, wie eine Anrechnung ohne Leistungstransparenz möglich ist und behalf sich mit einer pauschalen Anrechnung von 0,5 Arztsitzen je Einrichtung, für die keine Leistungstransparenz herstellbar ist. Dabei wurden nur die Einrichtungen einbezogen, deren Versorgung hohe Schnittmengen mit der ambulanten Versorgung aufweisen und die keinen zusätzlichen Ausbildungsauftrag haben. Gleichwohl war allen Beteiligten klar, dass die Regelungen für diesen Bereich langfristig nur mit einer zwingend herzustellenden Leistungstransparenz Bestand haben können und zukünftig eine geeignetere Integration dieser Leistungen in die Versorgungsplanung entwickelt werden muss.

14.2.5 Reformbedarf nach dem Versorgungsstrukturgesetz

Das mit großer Attitüde als „Landarztgesetz“ zur Stärkung der ländlichen Versorgung betitelte Versorgungsstrukturgesetz 2011 hat wesentliche Besitzstände der Ärzteschaft nicht infrage gestellt. Arztsitze werden weiterhin vererbt und verkauft, Bedarf wird nicht präzise ermittelt, Fehlverteilungen bestenfalls durch Zuwachs korrigiert. Der Einsatz verfügbarer Steuerungsinstrumente scheitert an der Akzeptanz der Ärzteschaft. Hierzu zählen ebenso Ausgleichsinstrumente einer pretialen Steuerung, mit der ein Finanzausgleich zwischen überversorgten und unterversorgten Regionen geschaffen werden könnte, wie die Anwendung des Vorkaufsrechts von Praxen in überversorgten Gebieten durch die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die kleinen Korrekturen in der Planung ermöglichen es nicht, die Versorgung so zu steuern, wie es angesichts der Veränderung der Versorgungslandschaft notwendig wäre. Das Verhältnis von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung bleibt auch mit der neuen Planung unbeeinflusst und führt zu einem wachsenden Anteil von Anbietern spezialisierter Leistungen.

Auch nach dem Versorgungsstrukturgesetz bleibt die ambulante Bedarfsplanung eine Verteilungsplanung, die mit der weltfremden Annahme arbeitet, dass auf jedem Arztsitz identische Leistungen im gleichen Umfang und mit derselben Qualität erbracht werden. Sie bietet zwar gute Anhaltspunkte zur Beschreibung der zahlenmäßigen regionalen Versorgungssituation. Ein präziseres Konzept zur Ermittlung von Versorgungsbedarf für einen bedarfsgerechten Zugang der GKV-Versicherten, das z. B. Diagnosen, Morbidität und Leistungsmengen aufnimmt und qualitative Bewertungen ermöglicht, wird jedoch an die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene delegiert. Diese sind nun aufgefordert, ihre Möglichkeiten auszuschöpfen und stehen vor den gleichen methodischen Problemen wie die Partner auf Bundesebene. Die wichtigsten Reformschritte stehen so weiterhin aus.

14.3 Stand der stationären Bedarfsplanung

14.3.1 Ziele der Krankenhausplanung

Bei der Sicherstellung der Krankenhausversorgung steht der Staat in unmittelbarer Verantwortung. Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern verpflichtet das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Bundesländer, Krankenhauspläne aufzustellen (§ 6 KHG). Mit der Krankenhausplanung soll erreicht werden, dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden.

14.3.2 Grundlagen der Krankenhausplanung

Die zuständige Landesbehörde stellt einen Krankenhausplan auf. Er weist den Stand und die vorgesehene Entwicklung einer bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung aus. Es fehlt jedoch an rechtlichen Vorgaben, in welchen zeitlichen Abständen dies zu erfolgen hat. In flächenmäßig großen Bundesländern wird die Landesplanung ggf. durch eine regionale Krankenhausplanung verfeinert. Zur Umsetzung dieser regionalen Landesplanung bilden die Länder häufig Versorgungsgebiete, die sich an den bestehenden Regierungsbezirken orientieren können oder auf den Grenzen anderer Gebietskörperschaften beruhen.

Als Rechtsgrundlage für die Landeskrankenhausplanung dienen zum einen das KHG, aber auch die entsprechenden Landeskrankenhausgesetze. Häufig bilden Vertreter der Verbände der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung und der Landeskrankenhausgesellschaften einen Planungsausschuss. Dieser hat jedoch nur beratende Funktion. Gibt es eine regionale Krankenhausplanung auf der Grundlage von Versorgungsgebieten, können auch regionale Planungsausschüsse eingerichtet sein.

Als operative Grundlage der Krankenhausplanung dienen nach den Landeskrankenhausgesetzen eine Bedarfsanalyse und eine Krankenhausanalyse (vgl. beispielhaft MGEPA 2013, S. 17ff). Die Bedarfsanalyse ist die Beschreibung des Bedarfs der Bevölkerung an Krankenhausbetten. Sie erfordert zum einen die Ermittlung des gegenwärtig zu versorgenden, zum anderen die Feststellung des zukünftigen Bedarfs an Krankenhausangeboten (Bedarfsprognose). Diese Analysen werden häufig mit der Hill-Burton-Formel (HBF)⁴ durchgeführt, die den Bettenbedarf auf der Grundlage von Einwohnerzahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und dem Auslastungs- bzw. Bettennutzungsgrad ermittelt. Es existieren weitere Berechnungsmethoden des Bettenbedarfs, die in verschiedenen Gutachten zur Krankenhausplanung Anwendung fanden. Die Krankenhausanalyse beschreibt die existierenden Strukturmerkmale der Versorgung in den einzelnen Krankenhäusern, die bereits in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind bzw. werden sollen. Diese Krankenhausbeschreibung insbesondere nach Standort, Bettenzahl und Fach-

4 HBF: $\text{Bettenbedarf} = \text{Einwohnerzahl} \cdot \text{Krankenhaushäufigkeit} \cdot \text{Verweildauer} \cdot 1\,001\,000 \cdot \text{Bettennutzungsgrad} \cdot 365 \text{ Tage}$

richtungen erfordert auch die Ermittlung der gegenwärtigen Einrichtungen und Ausstattung in den betreffenden Krankenhäusern.

Auf der Grundlage der Bedarfsanalyse und der Krankenhausanalyse wird im Krankenhausplan letztlich festgelegt, durch welche Krankenhäuser dem ermittelten Bedarf begegnet werden soll. Ist ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen, wird dem Haus in einem Feststellungsbescheid mitgeteilt, dass es einen Versorgungsauftrag übernehmen darf. Es handelt sich fortan um ein Plankrankenhaus. Die Krankenkassen müssen mit Plankrankenhäusern kontrahieren, die Krankenhäuser können ihre Leistungen vertraglich abrechnen. Neben den Plankrankenhäusern haben auch Hochschulkliniken und Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag einen Anspruch auf die Vergütung von Behandlungskosten. Die Krankenkassen haben das Recht, beim jeweiligen Land den Ausschluss eines Hauses aus dem Krankenhausplan zu beantragen. Eine Kündigung steht aber unter dem Genehmigungsvorbehalt des jeweiligen Landes. In Streitfällen könnten sich Länder, Krankenkassenverbände und Krankenhausträger beispielsweise auf einen Kapazitätsabbau in einzelnen Häusern oder auf die Zusammenlegung von Abteilungen oder ganzen Kliniken einigen. In der Praxis geschieht dies jedoch so gut wie nie.

In den Krankenhausplänen der Bundesländer wird unter anderem der Leistungsumfang jeder Klinik in verschiedenen Versorgungsstufen festgeschrieben. Krankenhäuser werden in Deutschland nach der Intensität der möglichen Patientenversorgung in meistens vier unterschiedliche Versorgungsstufen eingeteilt: in Häuser der Grundversorgung, Regelversorgung, Schwerpunktversorgung und Maximalversorgung, wobei die Länder hier durchaus andere Bezeichnungen nutzen. Die einzelnen Versorgungsstufen sind in den Landeskrankenhausgesetzen definiert. Häufig werden die ersten beiden Stufen zur Versorgungsstufe der Grund- und Regelversorgung zusammengefasst.

In der Krankenhausplanung wird zwischen zwei Planungsarten unterschieden, die Rahmen- und die Detailplanung. Handelt es sich bei der Krankenhausplanung um eine Rahmenplanung, so erhält das Krankenhaus lediglich Vorgaben zum Standort, zu den vorzuhaltenden Fachrichtungen und zur Anzahl der Gesamtbetten je Standort. Findet jedoch eine Detailplanung statt, so werden auch Vorgaben zum Bettenbedarf in Planbetten je Fachdisziplin und Standort gemacht. Diese Detaillierung bildet sich ggf. auch im Feststellungsbescheid ab.

Darüber hinaus gibt es bereits Bundesländer, die neben den oben beschriebenen traditionellen Planungskriterien auch andere Parameter wie die Qualität der Versorgung zumindest in Ansätzen berücksichtigen (vgl. Haverkock 2013, S. 9).

14.3.3 Verknüpfung mit der Investitionsfinanzierung

Für die Länder hat die Aufnahme einer Klinik in den Krankenhausplan auch finanzielle Folgen. Nach dem Prinzip der dualen Krankenhausfinanzierung sind sie verpflichtet, die Investitionskosten der Krankenhäuser zu tragen. Seit dem KHG von 1972 teilen sich die Krankenkassen und die Bundesländer die Kosten der stationären Versorgung nach dem Prinzip der dualen Finanzierung: Die Bundesländer sind für die Deckung der Investitionskosten der Häuser zuständig, die gesetzlichen Krankenkassen finanzieren die laufenden Betriebskosten der Einrichtungen. Nach

dem KHG haben Kliniken, die im Krankenhausplan eines Landes stehen, einen Rechtsanspruch auf staatliche Förderungen.

Bei der Investitionsförderung der Bundesländer unterscheidet man in:

1. Pauschalförderungen der Bundesländer. Die Höhe solcher pauschaler Hilfen bezieht sich in den meisten Fällen auf die Bettenzahl der Kliniken. Plankrankenhäuser können mit diesen Mitteln frei wirtschaften.
2. Einzelförderung nach einem Antrag des Klinikträgers, mit denen besondere Investitionen gedeckt werden können. Dazu muss das jeweilige Vorhaben in das Investitionsprogramm des Landes aufgenommen werden.

14.3.4 Reformbedarf der Krankenhausplanung

Können der ambulanten Bedarfsplanung – zumindest durch das Sperren überversorgter Gebiete – eine verteilende Wirkung und der Politik Reformbemühungen nicht abgesprochen werden, scheint die Krankenhausplanung der Länder von der Dynamik diagnosebezogener Fallpauschalen schlicht überrollt zu werden, ohne Gestaltungsanspruch und -kraft sowie weithin bar der notwendigen Ausstattung investiver Mittel. Die DRG-Dynamik hat zum einen eine deutliche Produktivitätssteigerung initiiert, die Überkapazitäten erzeugt hat. Zum anderen ist unverkennbar geworden, dass die ökonomisch angereizte Leistungsentwicklung Indikationsgrenzen gefährdet, die dem Patientenschutz dienen, und die Qualitätssicherung zurückbleibt. Insbesondere offenkundige Qualitätsprobleme zeigen auch den Ländern Reformbedarf an, dem sie sich nicht länger entziehen können. Die bloße Fortschreibung von Adresslisten als Rudiment einer Krankenhausplanung ist offen gescheitert. Daher hat die Große Koalition der 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages eine umfassende Krankenhausreform in seine Agenda genommen und eine gemeinsame Arbeitsgruppe mit den Ländern eingerichtet die auch die Krankenhausplanung neu konzipieren soll.

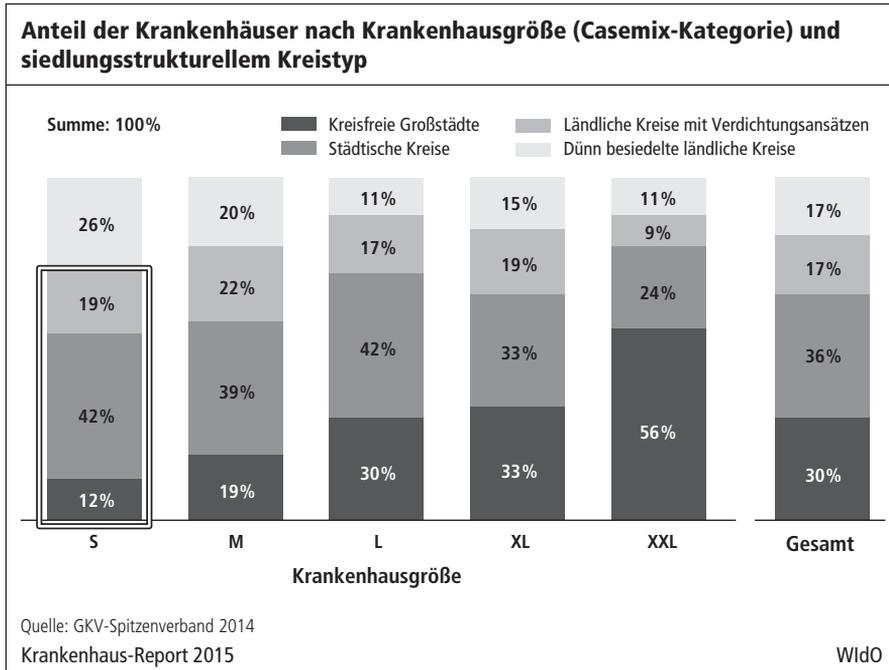
14.3.5 Eckpunkte einer Reform der Krankenhausplanung

Erreichbarkeitsorientierte Versorgungsplanung

Die am 16.12.2013 unterzeichnete Koalitionsvereinbarung⁵ der Großen Koalition stellt eine grundlegende Reform der Krankenhausplanung in Aussicht, die sich als erreichbarkeitsorientierte, mit Qualitätskriterien ausgestattete Versorgungsplanung am populationsbezogenen Bedarf der Bevölkerung orientieren soll. Ein solches Vorhaben adressiert zunächst die stationäre Notfallversorgung, die jedem Einwohner in allein aufgrund der Rettungszeiten angemessener Entfernung zur Verfügung stehen soll. Für Bedarfsräume, in denen die Bürger regelmäßig Einrichtungen der Daseinsvorsorge aufsuchen (vgl. BBSR), hat die Raumplanung, wie in Abschnitt 14.2 zur ambulanten Bedarfsplanung erwähnt, in Deutschland 883 „Mittelbereiche“ herausgearbeitet. Sie könnte auch einen Orientierungspunkt für die stationäre Notfallversorgung bilden.

⁵ Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, Berlin 16.12.2013.

Abbildung 14–2



Allerdings erscheint in einem solchen Erreichbarkeits-Radius darüber hinaus eine Bereitstellung von Kapazitäten für „planbare Leistungen“ nur dann rational, wenn die Leistungshäufigkeit in dem jeweiligen Mittelbereich eine qualitativ hochwertige, die Sicherheit des Patienten gewährleistende Versorgung erlaubt. Wenn aber schon etwa der Durchschnitt der kinderchirurgischen Abteilungen in Deutschland aufgrund des sinkenden Bedarfs inzwischen bei einer Auslastungsquote von 59% angekommen ist (Statistisches Bundesamt 2013b, S. 27), wird deutlich, wie schwierig es ist, solche Abteilungen in ländlichen Gebieten aufrechtzuerhalten. Es ist zweifellos sinnvoller, die ökonomische Leistungsfähigkeit von Kliniken im ländlichen Bereich dadurch zu unterstützen, dass dort unverzichtbare ambulante Sicherstellungsaufgaben übernommen werden, als planbare Leistungen wohnortnah zu ermöglichen, für die keine hinreichenden Qualitätsvoraussetzungen bestehen. Das Landkrankenhaus kann und sollte eher Teile der haus- und fachärztlichen Versorgung übernehmen, die ambulant nicht mehr sichergestellt werden können. Dagegen ist das Landkrankenhaus als „kleine Universitätsklinik“ überfordert und setzt die Versicherten vermeidbaren Risiken aus. An dieser Stelle ist Funktionswandel besser als Erhaltungssubvention.

Wenn nach wie vor über 50% der Krankenhäuser in Deutschland einen geringen Spezialisierungsgrad und mit weniger als 300 Betten eine suboptimale Betriebsgröße aufweisen, ist dies allerdings nicht primär ein Problem der ländlichen Versorgung. Über 75% der kleinen Kliniken ohne Spezialisierung befinden sich in verdichteten Räumen (vgl. Abbildung 14–2).

Die schlecht aufgestellten „kleinen Krankenhäuser“ in Ballungsräumen bilden den Kern der abzubauenen Überkapazitäten. Sie sind überdies maßgeblich an der angebotsinduzierten Überproduktion unzureichend qualitätsgesicherter stationärer Leistungen beteiligt. Da sie weder erreichbarkeitsorientiert bedarfsnotwendig noch qualitativ konkurrenzfähig sind, stehen sie für einen strukturfondsgeförderten Umbau der Krankenhauslandschaft ganz oben auf der Liste.

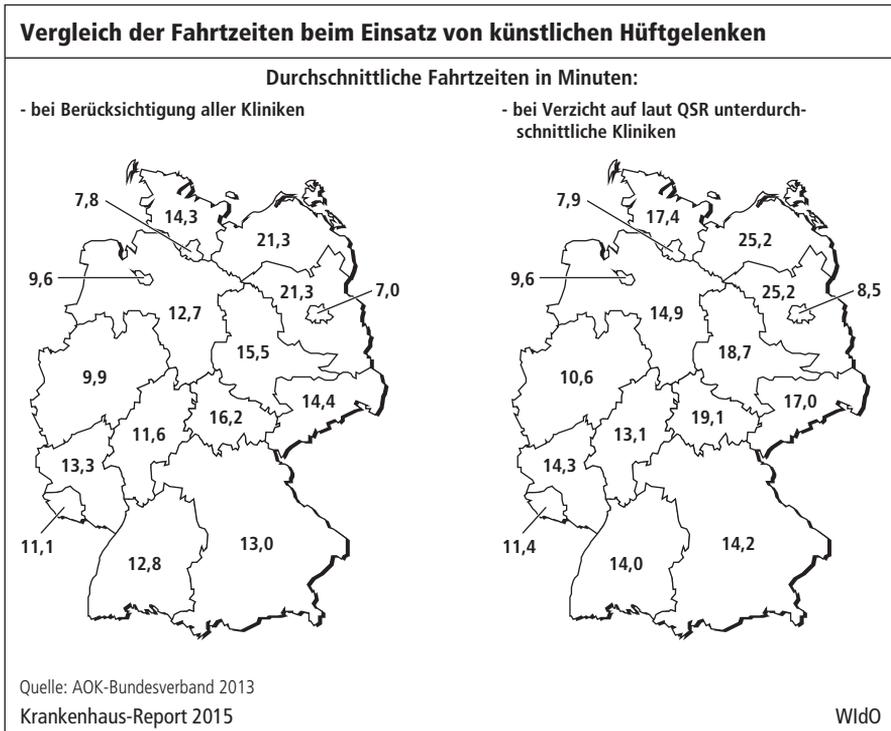
Zudem ist es ein politisches Ziel, den ambulanten Teil der Versorgung vergleichbar dem Schnitt der OECD-Länder auszubauen. Dieses Ziel wird unterstützt, wenn die ambulante Bedarfsplanung künftig insbesondere für die Notfallversorgung, das ambulante Operieren und die Spezialfachärztliche Versorgung sektorenunabhängig erfolgt. Bisher sind diese Bereiche in der Sicherstellung fragil oder dem Laissez Faire (wer kann, der darf) überlassen. Die sektorenunabhängige Versorgung sollte stattdessen in eine Bedarfsplanung einbezogen werden. Dabei kann einer kooperativen ambulanten Sicherstellung auf dem Lande die Umwidmung von Krankenhausanteilen in MVZs dienen, während die stationäre Notfallversorgung erhalten bleibt, wenn sie sicherstellungsnotwendig ist. Angesichts der demografischen Herausforderung im ländlichen Raum ist die Umwidmung und Neuausrichtung stationärer Versorgungsstandorte im Sinne ambulanter und/oder stationärer Zentren eine Chance, der auch mit Mitteln eines Strukturfonds und Innovationsfonds der Weg gebahnt werden sollte. In Ballungsräumen dagegen werden ambulante und stationäre Zentren spezialisierte, teils indikationsspezifische Angebote abbilden. MVZ, die bisher versorgungsinhaltlich konturlos geblieben sind, finden in der Spezialfachärztlichen Versorgung zur teamorientierten Leistungserbringung zusammen. Nach einer Anlaufphase ist ihr Einbezug in die ambulante Bedarfsplanung folgerichtig. Dies muss auch für das ambulante Operieren gelten. Der Sachverständigenrat hat in seinem Sondergutachten 2012 (Vgl. SVR-Gesundheit 2012) dezidierte Hinweise gegeben, wie diese Schnittstelle der ambulanten und stationären Versorgung schrittweise geordnet und einzelvertraglich in den Wettbewerb gegeben werden kann.

Qualitätsorientierte Versorgungsplanung

Während sich eine erreichbarkeitsorientierte Krankenhausplanung für die qualifizierte Notfallversorgung der Bevölkerung primär an der zeitlichen Erreichbarkeit orientieren kann, ist beim Gros der planbaren Leistungen eine Orientierung an Planungskriterien der Strukturqualität entscheidend. Wenn durch längere Fahrtzeiten Krankenhäuser mit einer qualitativ höherwertigen Versorgung erreicht werden können, kann die Fahrtzeit nicht entscheidend sein (vgl. Abbildung 14–3).

Das dominierende „Maß der Erreichbarkeit“ ist bei planbaren Leistungen nicht die Zeitspanne im Notfall, sondern die den Patienten zugesicherte Qualität der Versorgung. Die „zugesicherte Qualität“ ist die unter den Gegebenheiten des Landes medizinisch bestmögliche Leistung. Sie wird unter den im Gemeinsamen Bundesausschuss als qualitativ angemessen bewerteten Strukturanforderungen erbracht. Ein Qualitätswettbewerb der Leistungserbringer ist eine der zusätzlichen Optimierungsbedingungen. Es ist jedenfalls nicht angemessen, eine (Risiko-) Geburt in jeder Region wohnortnah zu ermöglichen, wenn damit ein vermeidbares lebenslanges Risiko für Mutter und Kind in Kauf genommen wird. Ebenso sind etwa in der Onkologie, beim Hüft- und Knieersatz oder bei seltenen Erkrankungen stationäre Zentren in der Lage, für den Patienten überlegene Behandlungsergebnisse zu erzielen.

Abbildung 14–3



Daher wird es ein Ziel der Krankenhausplanung sein, ergebnisrelevante Kriterien der Strukturqualität einschließlich der Indikationsqualität als weitere Planungskriterien verpflichtend in die Krankenhausplanung der Länder einzubeziehen und das Krankenhausfinanzierungsgesetz entsprechend zu ergänzen. Dazu bedarf es bundesweiter Vorgaben in Form von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die als unabhängig zu prüfende Leistungsvoraussetzungen in die Krankenhausplanung und -zulassung eingehen. Bei Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben muss eine Vergütung betroffener Leistungsbereiche rechtssicher ausschließbar sein. In letzter Konsequenz muss dem Krankenhaus der Versorgungsauftrag entzogen werden.

Dazu ist es gesundheitspolitisch erforderlich, sowohl Qualitätskriterien als auch Kriterien für die Feststellung der Bedarfsnotwendigkeit als „Leistungsvoraussetzungen“ eines Krankenhauses für die Krankenhausplanung bundesweit festzulegen. Nur so wird das Krankenhaus bei planbaren Leistungen wirksam an Qualitätsvorgaben gebunden. Erfüllt es diese nicht, darf es keine entsprechenden Leistungen erbringen. Einen Sicherstellungszuschlag erhält es aber nur soweit und solange, wie die Bedarfsnotwendigkeit ebenfalls kriteriengebunden bestätigt ist.

Allerdings kann „Planung“ immer nur einen Rahmen schaffen, in dem unter massiver Einflussnahme vielfältiger politischer Interessen kollektivvertragliche Regelungen und/oder wettbewerbliche Spielräume das Versorgungsgeschehen beeinflussen. Aber kollektivvertraglich dominierte Systeme sind aufgrund des Kontra-

hierungszwangs ohne Bedarfsplanung kaum steuerbar. Werden Sektorengrenzen obsolet, weil die Sektorenregime keine hinreichenden Lösungen mehr zulassen, fallen notwendige „sektorenunabhängige“ Leistungen sozusagen aus dem verfügbaren Regelungsrahmen.

14.4 Sektorenübergreifende Leistungen

Das Zulassungs- und Vertragsrecht der GKV ist in „Sektoren“ geregelt. Im Sprachgebrauch bilden Sektoren sich selbst rechtfertigende, hoheitlich gesetzte Zuständigkeiten ab, wie sie etwa bei Verlust staatlicher Souveränität als „Sektorengrenzen“ bekannt sind. Ist im Gesundheitswesen der Patient der Souverän, werden sie seine Akzeptanz finden müssen. Als Begründung wird er nachvollziehen, dass die notwendige „Zuhilfenahme eines Bettes“ ein relevanter Gesichtspunkt sein kann. Trifft dieser Gesichtspunkt nicht zu, wird eine Begründung für „Sektoren“ je nach Dringlichkeit und Komplexität des Gesundheitsproblems auf Akzeptanzprobleme stoßen bzw. schwer fallen. Wie schon im Problemkreis der ambulanten Bedarfsplanung unter Abschnitt 14.2.4 deutlich geworden, hat der Gesetzgeber, um Versorgungslücken zu schließen, stationäre Einrichtungen durch verschiedene Regelungen zur ambulanten Behandlung zugelassen. Allerdings fehlt diesen Versorgungsaufträgen meist ein präzise definierter und abgegrenzter Leistungsinhalt. Entsprechend herrschen pauschale Vergütungen vor und systematisch eingepasste Vertragsgrundlagen sind kaum zu finden (vgl. Leber 2010, S. 10 ff). Beteiligt sind

- die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a SGB V),
- die teilstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 39 SGB V),
- Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V),
- das ambulante Operieren (§ 115b SGB V),
- die Behandlung von seltenen Erkrankungen und schweren Verlaufsformen mit besonderen Krankheitsverläufen (§ 116b SGB V als Auslaufregelung des VStG),
- die psychiatrischen Institutsambulanzen (§ 118 SGB V),
- die Sozialpädiatrischen Zentren (§ 119 SGB V),
- die pädiatrischen Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a SGB V),
- die geriatrischen Institutsambulanzen (§ 118a SGB V),
- die psychosomatischen Institutsambulanzen (§ 118 Abs. 3 SGB V),
- die ambulanten Ermächtigungen von Krankenhausärzten (§ 116 ff. SGB V) und die
- ambulante Versorgung des Krankenhauses bei Unterversorgung (§ 116a SGB V).
- Zu verweisen ist zudem auf die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ (§ 116b SGB V) als Neuregelung des VStG.

Da hier keine Grundsatzdebatte zur Ambulantisierung der Versorgung zu führen ist, reicht es aus zu konstatieren, dass inzwischen zumindest für die Notfallversorgung, das ambulante Operieren und die Spezialfachärztliche Versorgung eine sektorale Sicherstellung schlicht überholt ist. Die Politik denkt zunehmend um:

- Dem Patienten kann der Zugang zum Krankenhaus nicht verwehrt werden, wenn die ambulante Notfallversorgung vertragsärztlich scheitert. Es wird politisch er-

forderlich, die Zuständigkeiten zu integrieren und die Rettungsmittel abzustimmen.

- Zudem wird der Einbezug der Krankenhäuser in die ambulante Sicherstellung künftig nicht auf die Notfallversorgung beschränkt bleiben können, wenn die demografische Herausforderung in strukturschwachen Räumen sichtbar wird.
- Für das ambulante Operieren ist die sektorale Zuordnung bereits vollständig entfallen. Verträge und Vergütungen werden dreiseitig vereinbart. Eine übergreifende Qualitätssicherung gibt es allerdings nicht.
- Ebenso ist der Sektorenbezug für die spezialfachärztliche Versorgung entfallen, bei der komplexe oder seltene Erkrankungen von spezialisierten Teams unter besonderen Anforderungen versorgt werden.

Aber kann deshalb schlicht auf eine Bedarfsplanung verzichtet werden? Es geht bei den genannten Versorgungsbereichen ja nicht um zu vernachlässigende Randbereiche. Bisher hat sich jedoch der für die Krankenversicherung zuständige Bundgesetzgeber der Steuerungsfrage sektorenunabhängiger Versorgungsbereiche nicht gestellt. Was nicht „ambulant“ in die Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen fällt oder stationär in den Sicherstellungsauftrag des Landes, bleibt im Ungefähren: Bedarfsplanung und vertragliche Einbindung bleiben zurück.

- Die konzeptionelle Integration der Notfalldienste in Verbindung mit den Rettungsdiensten und ein funktionsfähiges Entlass-Management werden ungeachtet des Regelungsbedarfs von Legislaturperiode zu Legislaturperiode geschoben. Voran kommt nur die weitere Abwälzung allgemeiner Kosten der Rettungsdienste auf die Krankenkassen.
- Die Öffnung der Krankenhäuser in vertragsärztlich unterversorgten Regionen findet bisher keine klaren gesetzlichen Vorgaben, sondern trifft weiter auf den Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen, wenn das Wort „Widerstand“ für diese Art Interessenvertretung missbraucht werden darf.
- Die Doppelstrukturen beim ambulanten Operieren zeitigen währenddessen einzelleistungsvergütet auf hohem Niveau sich weiter häufende Eingriffe, bei denen unter Verfall der Indikationsgrenzen iatrogene Risiken weiter steigen. Ungebremst zunehmende Knie-Arthroskopien etwa gelten inzwischen als evidenzbasiert nutzenfrei. Und obschon in Deutschland doppelt so viele Herzkatheder geschoben werden wie in der Schweiz, ist die Sterberate nach Herzinfarkt dort deutlich geringer als in Deutschland (Bruckenberg 2010). Diese und andere Hinweise zeigen, dass die Marke des medizinisch Nützlichen bei planbaren Eingriffen auch ambulant vielfach überschritten ist.
- Ganz anders verhält es sich in der Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), wo die Bildung indikationsspezifischer ambulanter Zentren für die Patienten zumindest durch interdisziplinäre Teams auf den Weg gebracht werden sollte. Die Formel „wer kann, der darf“ geriet dem Versorgungsstrukturgesetz 2011 zum Notfallsignal liberaler Gesundheitspolitik. Entsprechend wurde als unverbindlicher Einstieg in eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung das „gemeinsame Landesgremium“ auf den Weg gebracht und die ASV selbst verkürzt, verquast und auf eine mehrjährige Beratungsstrecke des G-BA verwiesen.

Ziel muss es dagegen sein, den Kern sektorenunabhängiger Leistungen populationsbezogen bedarfsgerecht abzuschätzen, auf geeignete Planungsregionen zu projizieren und möglichst effizient und für die Patienten offen im Zugang einschließlich der Wahlmöglichkeiten sicherzustellen. Die vertragliche Qualitätssicherung einschließlich der Indikationsqualität steht dabei vor einer ökonomischen Steuerung. Wenn die Länder gleichzeitig bewegt, wie eine hausärztliche und fachärztliche Grundversorgung einschließlich der stationären Notfallversorgung angesichts der demografischen und soziografischen Entwicklung künftig flächendeckend sicherzustellen sind, nähern wir uns dem Auftrag der „Gemeinsamen Landesgremien“.

14.5 Entwicklung der Gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V

Die Entwicklung der medizinischen Versorgung folgt dem Trend der Ambulantisierung. Niemand denkt daran, zusätzliche Krankenhäuser⁶ zu bauen. Aber die rechtlich starre vertragsärztliche Versorgung ist kein guter Rahmen für innovative Versorgungsstrukturen. Teils füllen Verträge der Integrierten Versorgung (§ 140 SGB V) die ambulanten Defizite. Der Aspekt des „Sektorenübergreifenden“ dient den Partnern vielfach dazu, sich den bestehenden rechtlichen Beschränkungen zu entziehen. Auseinandersetzungen, die sich daran knüpfen, betreffen auch die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich unterminiert sehen, und die Länder, die teils das Scheitern (versorgungs-) politisch attraktiver Projekte zu registrieren haben. Ein Mitwirkungsinteresse ist von daher naheliegend. Und so bestand unter den Ländern bereits im Vorfeld des Versorgungsstrukturgesetzes 2011 eine Diskussion, die ambulanten und stationären Bedarfsplanungsfunktionen zu verbinden. Sie begründeten ihr Anliegen u. a. damit, dass sie ihre Verpflichtung zur allgemeinen Daseinsvorsorge nur dann ausreichend wahrnehmen könnten, wenn ihnen die Beteiligung an der ambulanten Bedarfsplanung und Sicherstellung garantiert wird.

Beim VStG stand der Gesetzgeber zudem vor der Frage, ob beginnend mit der Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), bei der Krankenhäuser und Vertragsärzte gleichberechtigt tätig werden, eine „sektorenunabhängige Bedarfsplanung“ aufgebaut werden soll. Die Gesundheitsminister der Länder hatten dies zunächst einstimmig gefordert, waren jedoch überzeugt worden, dass die Zuspitzung der Leistungen auf „schwere Verläufe“ keine angebotsinduzierte Mengenentwicklung und besondere Ausgabenrisiken zulassen würde. So sollte auf eine Bedarfsplanung nach dem Slogan „wer kann, der darf“ völlig verzichtet werden können. Die zögerliche Einführung der ASV nach jahrelangem Streit im G-BA gibt dieser Einschätzung bisher Recht. Und die Entwicklung beim ambulanten Operieren wird politisch nicht problematisch gesehen.

Als politischer Platzhalter der Landesinteressen blieb es gleichwohl bei der Etablierung der Gemeinsamen Landesgremien in § 90a SGB V. Der Bundesgesetzgeber

6 Eine Ausnahme bildet Berlin, das aufgrund überdurchschnittlicher Bettenauslastung und anhaltender Zuwanderung ab 2015 1 500 zusätzliche Betten plant. Vgl. Tagesspiegel vom 19. August 2014.

ermöglichte den Ländern die Einrichtung von Landesgremien nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen, ohne ihnen jedoch direkten Einfluss auf ambulante Planungsaufgaben zuweisen zu können. Die Aufgaben der Gemeinsamen Landesgremien beschränken sich daher darauf, zur Aufstellung und Anpassung der durch die KVen im Einvernehmen mit den Kassen aufgestellten Bedarfspläne Stellung zu nehmen. Die Mittel, Vorschläge des Landesgremiums einzufordern, stehen den Ländern damit nun bestenfalls über aufsichtsrechtliche Umwege zur Verfügung.

Deutlich wegweisender für eine zukunftsorientierte Planung und Steuerung der Versorgung ist eine andere vom Gesetzgeber zugewiesene Kompetenz: Das Gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben. Diese Empfehlungen eignen sich dann zur Lösung regionaler Versorgungsaufgaben, wenn alle Beteiligten für die Entwicklung und Entscheidungsfindung an einen Tisch geholt würden. Wesentlich für die Tragfähigkeit dieser Empfehlungen ist die Zusammensetzung des Gremiums. Der Gesetzgeber schlägt vor, mindestens Vertreter des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft zu beteiligen, weist aber schon in der Begründung darauf hin, dass dieser Kreis zur Meinungsfindung auf zahlreiche weitere Akteure zu erweitern ist.

Mittlerweile haben zwar fast alle Bundesländer ein solches Gremium eingerichtet oder stehen kurz davor. Aber nur in wenigen Ländern hat das Gremium überhaupt schon getagt oder kann es gar Ergebnisse vorweisen. Der lange Weg zu seiner Etablierung hatte viele Gründe. Nicht zuletzt war die Einigung auf die Stimmenverhältnisse Dreh- und Angelpunkt vieler Verhandlungen. Mittlerweile hat die Mehrzahl der Gremien sich darauf geeinigt, keine Entscheidungen ohne eine Zweidrittel- oder Dreiviertel-Mehrheit zu treffen. Dies deutet auf den Willen hin, die Tragfähigkeit der Entscheidungen und die Umsetzungswilligkeit aller beteiligten Akteure zu stärken. Die Gemeinsamen Landesgremien können perspektivisch nur Einfluss gewinnen, wenn ihre Mitglieder die gemeinsamen Positionen in den sektorenspezifisch arbeitenden Gremien der ambulanten und stationären Bedarfsplanung ebenso vertreten.

14.6 Fehlende Ansätze einer sektorenübergreifenden Planung

Die oben dargestellte Entwicklung sektorenübergreifender Leistungen registriert den zunehmenden Bedarf an flexiblen, leistungsfähigen ambulanten Versorgungsangeboten für Patienten, die aus den Mustern einer eingriffsorientierten Reparaturmedizin herausfallen. Steht nicht die episodenhafte ärztliche Behandlung im Mittelpunkt der Versorgung, sondern eine achtsame, teamorientierte Versorgung ebenso behandlungs- wie betreuungs- und beratungsbedürftiger Patienten, seien sie chronisch krank oder in einem besonders komplikationsgeneigten Stadium einer schwerwiegenden Erkrankung, reicht der EBM als Grundlage nicht⁷. Kann und soll gleichwohl ambulant ver-

⁷ In der auf den Einzelarzt in seiner rechtlichen Stellung fixieren Betrachtungsweise des EBM endet die „Komplexgebühr“ i. d. R. schon bei der „Ordinations-“ oder „Konsultationsgebühr“. Auch mit

sorgt werden, fehlt es an einem geeigneten Rahmen. Während der Patientenbezug von Leistung und Vergütung stationär mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen medizinisch systematisch und betriebswirtschaftlich professionell berücksichtigt erscheint, bleibt die ambulante Vergütung bisher grundsätzlich arztbezogen. Vergütet werden ärztliche Verrichtungen, deren Patientenbezug sich auf die Abrechenbarkeit beschränkt. Der Diagnosebezug der Leistungen läuft sozusagen peripher mit. Entsprechend ist die Kodierung dekorativ, nicht vergütungsbegründend und frei von Richtlinien. Was als „Morbidity“ patientenbezogen dokumentiert wird, zahlt nur auf die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung ein. Die Verteilung⁸ dieser Gesamtvergütung bleibt dort eine einkommenspolitische Aufgabe.

Aus dem stationären Sektor heraus entwickelte ambulante Einrichtungen stehen neben den etablierten Steuerungs- und Verhandlungssystemen. In dem sektoreunabhängigen Teil der Versorgung in der GKV entsteht ein Regelungsdefizit, weil die Kassenärztlichen Vereinigungen als interessengebundene Instanzen ungeeignet scheinen und andere Akteure keine belastbaren, verantwortungsfähigen Konzepte anbieten. Auch im Wettbewerb stehende Krankenkassen beteiligen sich an dieser Debatte nicht. Je nach Entwicklung etwa der Spezialfachärztlichen Versorgung dürfte solche Apathie hohe Opportunitätskosten hervorbringen, wenn Ansätze zu einer sektorenübergreifenden Planung fehlen.

Bis dahin wird die Diskussion um eine „bessere Bedarfsplanung“ vor allem von ärztlicher Seite mit Argumenten geführt, die durch Einführung zusätzlicher soziodemografischer Merkmale dazu dienen sollen, einen „erhöhten Bedarf“ zu begründen (Stillfried und Czihal 2011). Nicht dass dies angesichts des gleichzeitig beschworenen Ärztemangels Sicherstellungseffekte versprochen hätte. Das Ziel ist die Anhebung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Gleichzeitig ließen die Verantwortlichen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auch in offiziellen Manifesten (KBV 2009) erkennen, dass die Sicherstellung insbesondere in strukturschwachen Regionen künftig nicht ohne die Krankenhäuser erfolgen könne. Von daher plädierten Experten der KBV für eine leistungsbezogene und nicht länger sitzbezogene Bedarfsplanung, wie sie insbesondere für die ASV vorgesehen, aber gesetzlich nicht realisiert wurde. Eine Bedarfsplanung der ASV der KV zuzuweisen hätte die gleichberechtigte Teilnahme der Krankenhäuser gestört. Und die Diskussion um eine sektoreunabhängige Versorgungsplanung als „Dritte Säule“ der Bedarfsplanung fand erst gar nicht statt. Einerseits steht dafür ein Gewährsträger ähnlich der KV oder dem Land nicht zur Verfügung. Und andererseits finden Wettbe-

der dafür prädestinierten Spezialärztlichen Versorgung gelingt die intendierte Komplexität nicht, wenn lediglich der EBM durchgesehen wird, um das Gesammelte anschließend aus dem plafonierten Teil der Gesamtvergütung zu nehmen, zumal wenn die Vergütungsteile an Ärzte verteilt werden, die weiterhin in Einzelpraxen über Fahrstunden verstreut nicht anders arbeiten als zuvor.

- 8 Nicht einmal die Hälfte der Positionen des EBM ist im betriebswirtschaftlichen Sinne kalkuliert. Eine unabhängige Kalkulation fehlt vollständig. Innerärztlich randständige Arztgruppen wie etwa die Schmerztherapeuten, deren Leistungen von den Krankenkassen höchst stetig vergütet werden, betrachten sich als in der Honorarverteilung auf immer neue Weise diskriminiert. Dass sie, wie beim Ärztetag 2014, hoffnungsvoll eine eigene Bedarfsplanungsgruppe beschließen (lassen), verdeutlicht die dort vermutete Kontinuität zwischen Planung und Zahlungsfluss. Doch die ambulante Bedarfsplanung knüpft an die Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer an.

werbskonzepte, die den Krankenkassen an dieser Stelle die Schlüsselfunktion zuweisen, keine Grundlage.

Eine sektorenübergreifende Betrachtung ist mithin noch nicht „institutionell“ orientiert, sondern bleibt problembezogen. Sie führt „patientenorientierte Ansätze“ zu einer Kritik der Bedarfsplanung an und zielt damit vor allem auf Schnittstellenfragen und die Durchlässigkeit der Versorgungsbereiche. Lösungen bei diesen Fragen sind auch keineswegs durch eine Perfektionierung der sektorenbezogenen Planung zu erreichen, sondern beziehen vielfältige, teils damit verbundene Vertrags- und Steuerungsregelungen ein. Sie betreffen vor allem die Arztzentrierung der Strukturvorgaben in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung als Drehscheibe der Versorgungssteuerung. Es ist ein Systemfehler des deutschen Gesundheitswesens, dass trotz komplexer, arbeitsteiliger und zunehmend teamorientierter Versorgung die „Planung“ ebenso wie die Berechtigung zur Behandlung allein an Arztgruppen bzw. die individuelle Befähigung des einzelnen Arztes geknüpft wird, ohne Strukturvoraussetzungen und erforderliche Spezialisierungen der Einrichtung zu bestimmen. Indikationsbezogene ambulante Zentren mit leistungsfähigen Teams fehlen, weil sie in der „Bedarfsplanung“, in den „Leistungsbeschreibungen“ und der „verrichtungsbezogenen Vergütung“ nicht vorgesehen sind. Immer mehr Spezialisten arbeiten mithin in Einzelpraxen oder versorgungsinhaltlich unbestimmten MVZ. Dieser Systemfehler setzt sich im Übrigen stationär fort. Experten aus der Praxis (Münch und Scheytt 2014) haben darauf hingewiesen, welches Potenzial an Produktivität und Qualität an dieser Stelle brachliegt.

Im Folgenden mögen drei Ansatzpunkte verdeutlichen, durch welche Schritte eine eher patientenorientierte Weiterentwicklung erreicht werden kann:

1. Während auch an der hausärztlichen Versorgung noch Ärzte teilnehmen, die mit hohen zeitlichen Anteilen hausarztferne Leistungen erbringen (Akupunktur, Psychotherapie), bleiben hier PKV- und IGeL-Anteile aufgrund des höheren Patientenbezuges verhältnismäßig. Davon kann bei immer mehr Fachärzten nicht die Rede sein. Eine überwiegende PKV/IGeL-Tätigkeit gehört dort zum Standard (vgl. Statistisches Bundesamt 2013a, S. 15 und detaillierter nach Facharztgruppen passim). Auch unterscheidet die Bedarfsplanung nicht, ob der Arzt 21 oder 40 Stunden in der Vertragspraxis tätig ist bzw. der mit dem Arztsitz verbundene Versorgungsauftrag für die 90 Prozent Versicherten der GKV erfüllt ist⁹. Die Bedarfsplanungsklarheit und -wahrheit ist eine nicht thematisierte offene Flanke. Die Diskussion um Ärztemangel und Wartezeiten ist nur nachzuvollziehen, wenn derlei Sitzflucht einbezogen wird. Stattdessen wäre mithin eine leistungsbezogene Bewertung und Zählung der Arztsitze angemessen.
2. Findet im Hinblick auf den Versorgungsauftrag der GKV für 90 Prozent der Versicherten in relevantem Umfang „Sitzflucht“ statt, muss sich dies durchaus nicht auf der Vergütungsseite der GKV niederschlagen, da die Vergütung hier in der Regel durch (kontaktbezogene) Pauschalen ausgelöst wird. In den Pauschalen sind ärztliche Verrichtungen zusammengefasst. Die Pauschale ist (naturgemäß) abrechnungsfähig, wenn auch nur Teile davon erbracht worden sind. Be-

⁹ Im Extremum steht etwa ein Gynäkologe mit vollem Arztsitz der GKV-Versorgung tatsächlich nur mit zehn Wochenstunden zur Verfügung, wenn er seine Tätigkeit knapp über der Grenze von 20 Stunden hält und wiederum die Hälfte davon auf PKV und IGeL verwendet.

richtet wird nun von verstopften Praxen und Wiederbestellungen, die innerärztlich als „notwendige Verdünnerfälle“ angesprochen werden. Dies thematisiert ohne Scheu den dauerwiederbestellten Patienten mit für die Wirtschaftlichkeitsprüfung unauffälliger Diagnose im Hinblick auf wiederholte Leistungen, die möglichst wenig ärztliche Arbeitszeit in Anspruch nehmen. Ihn im internen Praxiskreislauf zu halten, ist vergütungstechnisch attraktiv. Bei Patienten, bei denen gegenteilige Merkmale ausgeprägt sind, ist eine Disposition für den externen Praxiskreislauf gegeben. Patienten mit hohen Wartezeiten könnten i. d. R. solche externalisierten Praxisnutzer sein, die es schwer haben, feste Praxisbeziehungen aufzubauen. Jedenfalls sind auch GKV-Patienten nicht in gleichem Maße von langen Wartezeiten betroffen. Und die Hypothese, dass hier Patienten mit geringerem sozialem Status, die mit ihren Anliegen in der Arztpraxis weniger durchsetzungsfähig sind, gehäuft anzutreffen sind, scheint nicht gewagt.

Dagegen könnte eine zunehmend patientenbezogen und leistungsinhaltlich beschriebene „Legendierung“ der ärztlichen Leistungen mit richtlinienbewehrtem Diagnosebezug die Transparenz der Vergütung erhöhen. Eine unabhängige betriebswirtschaftliche Kalkulation des regelmäßigen Aufwandes solchermaßen beschriebener Leistungen sollte hinzutreten¹⁰. Das heißt: Nicht der (Patienten-) „Kontakt“ rechtfertigt die (ärztliche) Verrichtung, sondern das diagnosebezogen klassifizierte (Patienten-)Problem begründet je nach Komorbidität und Schweregrad eine (medizinische) Therapie. Entsprechend steht nicht eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Mittelpunkt, die nach der Häufigkeit ärztlicher Verrichtungen im Vergleich zur Fachgruppe fragt, sondern eine medizinische Qualitätssicherung. Eine solche inhaltlich nachvollziehbare ärztliche Versorgung ist dann auch einer betriebswirtschaftlich komplexen Kalkulation zugänglich. Ein solcher Ansatz erstreckt Prinzipien der DRG-Steuerung keineswegs schematisch auf die ambulante Versorgung. Auch bezieht er keineswegs hausärztliche Leistungen und fachärztliche Grundleistungen ein. Soll die Ambulantisierung der Medizin aber nicht an der bloßen Verteilungsorientierung der Vertragsärzte scheitern, bedarf es eines patientenbezogenen Allokationssystems.

3. Die Bedarfsplanung wurde mit dem VStG auf spezialisierte Fachgruppen ausgedehnt. Und tatsächlich nimmt der Anteil spezialisierter Ärzte zu Lasten der patientennahen Versorgung seit Jahren zu. Ärzte, die sich „eigentlich“ bedarfsbezogen unter Zuhilfenahme von Vergütungsanreizen¹¹ in strukturschwachen Gebieten – und nicht nur da – niederlassen sollten, werden weiterhin als Hochspezialisten ausgebildet und mit der Chance auf Niederlassung ausgestattet. Welchen Anteil der Kern ihrer spezialärztlichen Versorgung in der niedergelassenen Praxis noch hat, bleibt meist offen. Eine schon bei der Ausbildung zu setzende Verschiebung der Kapazitäten und Weiterbildungsstellen zu Lasten der fachärztlichen Disziplinen wäre mithin Sonntagsreden über Hausarztzulagen vorzuziehen.

10 Vgl. ausführlicher: Friedrich-Ebert-Stiftung: Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung, Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, April 2013, Seite 22 ff.

11 Der SVR-G schlägt eine 50-prozentige Zulage für strukturschwache Gebiete vor, wovon Gebiete unter 90 Prozent Versorgungsquote erfasst werden sollen. Die vorgeschlagene Finanzierung aus der Gesamtvergütung soll diesen Vorschlag praktikabel machen. Vgl. SVR-G 2014.

Ein institutioneller Bruch der „Bedarfsplanung“ mit einem Mandat der Sicherstellung bzw. eine Abkehr von der traditionellen „Versäulung“ des Gesundheitswesens im Sinne einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung wird erst dann geradezu zwangsläufig herbeigeführt werden (müssen), wenn eine der Säulen dauerhaft scheitert. Aufgrund der Entwicklung von Angebot und Nachfrage der ambulanten Versorgung kann dies in absehbarer Zeit für zahlreiche vertragsärztliche Planungsbezirke in strukturschwachen ländlichen Räumen erwartet werden. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat für dieses Szenario (SVR-Gesundheit 2014, Textziffern 161 ff.) vorgeschlagen, den Sicherstellungsauftrag ab einem Versorgungsgrad von 75 Prozent auf gesetzlicher Grundlage „einheitlich und gemeinsam“ auf die Krankenkassen zurückfallen zu lassen. In diesem Falle würde eine Instanz auf Landesebene in die Funktionen der KV eintreten. Das gesetzliche Verbot von Eigeneinrichtungen entfiere in diesem Falle ebenso wie die ambulante Sonderstellung der Krankenhäuser. Als Mittel der Wahl sieht der Rat für dieses Szenario Ausschreibungen vor (vgl. hierzu auch Schönbach 2010).

14.7 Fazit

Es ist ein grundlegendes Ziel staatlicher Gesundheitspolitik, anhand der ambulanten und stationären Bedarfsplanung eine gleichmäßige, flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung zu erreichen. Die Analyse im ambulanten ärztlichen und stationären Bereich hat gezeigt, dass die sektorale Bedarfsplanung diesen Ansprüchen kaum gerecht werden kann.

- Im ambulanten Bereich steigen die Arztzahlen bei zunehmender Ungleichverteilung des regionalen Angebots. Der vorgebliche Arztmangel dient als vergütungspolitisches Argument in der Öffentlichkeit. Die Reform der Bedarfsplanung bleibt bis zum Beleg ihrer Wirksamkeit Gegenstand weiterer Reformen¹².
- Im stationären Bereich kann von einer „Krankenhausplanung“ nicht mehr gesprochen werden. Ob eine hinreichende Reform durchsetzbar ist und die Bindung der Länder an bundesweite Kriterien der Erreichbarkeit und Strukturqualität als Leistungsvoraussetzung gelingt, ist offen. Alternative Ansätze für die stationäre Planung wurden in diesem Beitrag skizziert.
- Die an Versorgungsrelevanz zunehmenden sektorenunabhängigen, intermediären Leistungen werden weder sachgerecht in die ambulante Bedarfsplanung einbezogen noch mit eigenständigen bedarfsbezogenen Maßstäben versehen.

Ob es der Gesundheitspolitik gelingt, die sektorenunabhängige Versorgung eng zu begrenzen oder auf spezifische Versorgungsanlässe zu beschränken und durch hohe Qualitätsanforderungen zu determinieren, bleibt in diesem Beitrag offen. Allerdings haben sich bereits zahlreiche Hinweise ergeben, die für die Notwendigkeit einer sektorenübergreifenden Betrachtung sprechen.

¹² Die Vereinbarung der Großen Koalition beinhaltet, den Einkauf von Sitzen in übertarnten und die Öffnung von Krankenhäusern in unterversorgten Regionen stringenter gestalten. Vgl. Deutschlands Zukunft gestalten, 2.4. Gesundheit und Pflege.

Literatur

- AOK-Bundesverband. Blickpunkt Klinik. Dezember 2013.
- Brucknerberger E. Herzbericht 2009. Hannover 2010.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR). Laufende Raumbearbeitung – Raumbearbeitungen Verflechtungsbereiche Mittlerer Stufe – Mittelbereiche. <http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbearbeitung/Raumbearbeitungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html> (15. August 2014). Bonn 2012.
- Deutschlands Zukunft gestalten – Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin 2013.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des G-BA über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung G-BA (Bedarfsplanungs-Richtlinie). In der Neufassung vom 20. Dezember 2012 in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 17. April 2014.
- Haverkock T. Bewertung der Berücksichtigung von Qualitätsansätzen bei der Landeskrankenhausplanung aus Sicht des AOK-Bundesverbands. Berlin 2013.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung, Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten Medizin, Papier vom 25. November 2009.
- Leber W. § 115x – Spezialärztliche Versorgung: Ein Reformprojekt ab 2011. f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus 2010; 6: 572.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPa). Krankenhausplan 2015. Düsseldorf 2013.
- Münch E, Scheytt S. Netzwerkmedizin. Ein unternehmerisches Konzept für die altersdominierte Gesundheitsversorgung. Berlin: Springer 2014.
- Schönbach KH. Grenzen zwischen Krankenhäusern und Praxen überholt: Sektorenübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen, Gesundheits- und Sozialpolitik 2010; 2: 11–17.
- Stackelberg JM, Partsch M. Ambulante Patientenversorgung verbessern – Vorschläge und Forderungen des GKV-Spitzenverbandes Pressekonferenz Berlin, den 27.02.2014. http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressekonferenzen_gespraechе/2014_1/pk_2014_02_27_amb_versorgung/2014-02-27_Vortrag_ambulante_Versorgung_Stackelberg_Partсh.pdf (15. September 2014).
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 2 Reihe 1.6.1, Unternehmen und Arbeitsstätten: Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2011. Wiesbaden 2013a.
- Statistisches Bundesamt. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Grunddaten der Krankenhäuser 2012, Tabelle 2.2.3. Wiesbaden 2013b.
- Stilfried D, Czihal T. Möglichkeiten der fachgruppenspezifischen Risikoadjustierung der Verhältniszahlen für eine zeitgemäße Versorgungsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik 2011; 2: 26–33.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.
- SVR-Gesundheit – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Kurzfassung Gutachten 2014.