

Klaus Jacobs · Sabine Schulze (Hrsg.)



Sicherstellung der Gesundheitsversorgung

Neue Konzepte für Stadt und Land

Die WIdO-Reihe im KomPart-Verlag

KomPart
Ihr KommunikationsPartner

Kontakt:

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
im AOK-Bundesverband GbR
Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
E-Mail: wido@wido.bv.aok.de
Internet: www.wido.de

Klaus Jacobs, Sabine Schulze (Hrsg.)

Mit Beiträgen von:

Ingwer Ebsen, Claus Fahlenbrach, Stefan Greß,
Klaus Jacobs, Kathleen Lehmann, Jürgen Mahlzahl,
Hartmut Reiners, Karl-Heinz Schönbach, Sabine Schulze,
Thomas Uhlemann, Jürgen Wasem, Christian Wehner

© KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin 2011

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zulässig.

Redaktionelle Bearbeitung: Susanne Sollmann

Grafik: Ursula M. Mielke

Satz: Janin Schmidt

Design und Umschlaggestaltung: Désirée Gensrich

Titelfoto: demarco – Fotolia.com

Druck: H. Heenemann, Berlin

Internet: www.kompart.de

ISBN 978-3-940172-19-8

Inhalt

Vorwort	7
1 Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung	
Thomas Uhlemann, Kathleen Lehmann	11
1.1 Vorbemerkung	11
1.2 Hintergrund.....	12
1.3 Organisatorische, demografische und ökonomische Herausforderungen	15
1.4 Aktivitäten des Gesetzgebers.....	21
1.5 Von der Bedarfsplanung zur Versorgungsplanung	24
1.6 Fazit	31
1.7 Literatur	33
2 Krankenhausplanung in der Krise? Zum Stand und zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung	
Jürgen Malzahn, Christian Wehner und Claus Fahlenbrach.....	35
2.1 Einleitung	36
2.2 Stand der Krankenhausplanung	37
2.2.1 Einflussfaktoren auf das Planungsrecht der Bundesländer	37
2.2.2 Bewertung der gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausplanung.....	41
2.3 Vergleich der Planungspraxis der Bundesländer	44

2.3.1	Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Krankenhausplanung.....	44
2.3.2	Überprüfung der Zielerreichung der Krankenhausplanung anhand der Kapazitätsinanspruchnahme.....	50
2.4	Weiterentwicklung der Krankenhausplanung.....	59
2.4.1	Bisherige ordnungspolitische Konzeptionen und Ansätze	59
2.4.2	Vorschläge für Eckpunkte einer zukünftigen Ausrichtung der Krankenhausplanung	63
2.5	Literatur	68
3	Sicherstellung der medizinischen Versorgung: Aufgaben und Herausforderungen für die Länder	
	Hartmut Reiners.....	73
3.1	Allgemeine Ausgangspunkte.....	73
3.2	Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung: Sachstand und Probleme	76
3.2.1	Ambulante Versorgung.....	76
3.2.2	Stationäre Versorgung.....	82
3.3	Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung als gemeinsame Aufgabe von Landesbehörden und Selbstverwaltung.....	85
3.3.1	Sektorübergreifende Bedarfsplanung.....	87
3.3.2	Sicherstellung der medizinischen Versorgung.....	89
3.3.3	Zuständigkeiten in der Rechtsaufsicht	91
3.4	Ausblick.....	92
3.5	Literatur	94

4	Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen	
	Karl-Heinz Schönbach	97
4.1	Ausgangslage	98
4.2	Sicherstellung.....	100
4.3	Weiterentwicklung	105
4.4	Fazit	115
5	Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Spannungsfeld von Kollektiv- und Selektivverträgen	
	Stefan Greß, Ingwer Ebsen, Klaus Jacobs, Jürgen Wasem	117
5.1	Einleitung	117
5.2	Hintergrund von Vertragswettbewerb	120
5.3	Sicherstellung in einer Welt von ausschließlich Selektivverträgen.....	125
5.3.1	Gegenstand von Sicherstellung.....	126
5.3.2	Sicherstellung der ausreichenden Versorgung im Normalfall	127
5.3.3	Sicherstellung der ausreichenden Versorgung im Ausnahmefall.....	129
5.3.4	Kompetenzen der Bundesländer	131
5.4	Sicherstellung in einer Welt der Kollektiv- und Selektivverträge	132
5.5	Zusammenfassung	135
5.6	Literatur	138

6	Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: mehr Vielfalt und Produktivität statt fortgesetzter Planwirtschaft	
	Klaus Jacobs und Sabine Schulze	141
6.1	Defizite in der aktuellen Reformdebatte	141
6.2	Ansätze zur Erhöhung der Versorgungsproduktivität.....	146
6.2.1	Aufgabeneuverteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen.....	147
6.2.2	Neue ärztliche Organisations- und Erwerbsmodelle.....	151
6.2.3	Sektorübergreifende Versorgungsformen.....	155
6.3	Fazit und Ausblick.....	158
6.4	Literatur	162
	Autoren.....	165

Vorwort

Einerseits zunehmende Engpässe in der medizinischen Versorgung vor allem in ländlichen Regionen und andererseits ambulante und stationäre Hoch- und Überversorgung in Ballungszentren – so unterschiedlich präsentiert sich derzeit die Ausgangslage der Gesundheitsversorgung. Aber damit nicht genug, denn angesichts des demografischen Wandels sieht sich die Sicherstellung der Versorgung zunehmend mit veränderten Anforderungen konfrontiert: Es gibt immer mehr ältere Menschen, die gleich mehrere chronische Erkrankungen aufweisen und in hohem Maße auf eine kontinuierliche und abgestimmte Versorgung angewiesen sind.

Vor diesem Hintergrund steht die Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor großen Herausforderungen, denen das bestehende Regelwerk mit zentraler Bedarfsplanung und kollektiver Sicherstellung erkennbar nicht gewachsen ist. Für diese Einschätzung gibt es gleich mehrere Gründe. So sind die bestehenden Regularien in aller Regel strikt sektoral ausgerichtet; dadurch wird die im Hinblick auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit für notwendig gehaltene sektorübergreifende Versorgungsperspektive nicht nur nicht gefördert, sondern vielfach geradezu verbaut. Zudem erscheint ein starres zentrales Planungskonzept aber auch grundsätzlich ungeeignet, um gleichzeitig verschiedenen Aufgaben gerecht zu werden, die aus der immer größeren Heterogenität von Versorgungsregionen resultieren, die im direkten Nebeneinander von ländlichen Versorgungsengpässen und städtischer Überversorgung zum Ausdruck kommt. Schließlich hat das bestehende System mit zentraler Bedarfsplanung und kollek-

tiver Sicherstellung der Versorgung die bereits herrschenden oder zumindest drohenden Versorgungsengpässe im ländlichen Raum offensichtlich nicht verhindern können. Gleichzeitig ist dieses System in den hoch- und überversorgten Regionen, in denen der weit überwiegende Teil der Bevölkerung lebt, dafür verantwortlich, dass innovative Vertragsakteure zu wenig vertragswettbewerbliche Gestaltungsspielräume haben, mit deren Hilfe die zahlreichen Potenziale zur Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Versorgung gezielter als bislang erschlossen werden können.

Diese Publikation hat zum Ziel, die Reformdebatte über die Zukunft der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung mit einschlägiger Expertise zu bereichern. Dies betrifft die aktuell im Vordergrund stehenden Fragen der Verminderung und Vermeidung von Unter- und Überversorgung in bestimmten Regionen, geht darüber jedoch teilweise deutlich hinaus, indem Fragen einer grundlegenden Neuordnung von Bedarfsplanung und Sicherstellung im Kontext innovativer Vertrags- und Versorgungsstrukturen thematisiert werden.

In den sechs Beiträgen dieser Publikation werden verschiedene Facetten der aktuellen Reformdebatte zur Sicherstellung der Versorgung betrachtet. Im ersten Beitrag analysieren **Thomas Uhlemann** und **Kathleen Lehmann** die derzeitige vertragsärztliche Bedarfsplanung im Hinblick auf bestehende Steuerungsprobleme und aktuell diskutierte Reformoptionen. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Status quo der Krankenhausplanung sowie zukunftsfähigen Ansätzen zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung steht im Mittelpunkt des Beitrags von **Jürgen Malzahn**, **Christian Wehner** und **Claus Fahlenbrach**.

Hartmut Reiners befasst sich mit der Rolle der Länder und weiterer Akteure der Sicherstellung auf Landesebene. Seine Analyse umfasst sowohl eine Neudefinition der entsprechenden Aufgaben als auch Vorschläge zur zweckmäßigen Zuordnung von Zuständigkeiten, die sich aus den veränderten Anforderungen an die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf Landesebene ergeben.

Im Zentrum des Beitrags von **Karl-Heinz Schönbach** steht die sektorübergreifende Perspektive der Sicherstellung der medizinischen Versorgung, bei der das System der kollektiven Zulassung durch eine leistungsbezogene Vertragspflicht abgelöst wird. Eine dezidiert vertragswettbewerbliche Sicht nimmt auch der Beitrag von **Stefan Greß, Ingwer Ebsen, Klaus Jacobs** und **Jürgen Wasem** ein, der die Frage der Ausgestaltung der Sicherstellungsverantwortung in einem zunehmend selektivvertraglich gestalteten Versorgungssystem behandelt.

Im abschließenden Beitrag betrachten **Klaus Jacobs** und **Sabine Schulze** einen Aspekt, der bei jedem „normalen“ Dienstleistungsmanagement eine zentrale Rolle spielt, in dem mit normierten Verhältniszahlen und Regelleistungsvolumina weithin planwirtschaftlich geprägten System der Gesundheitsversorgung jedoch praktisch kaum vorkommt: die Produktivität der ambulanten medizinischen Versorgung. Angesichts der schon heute möglichen Vielfalt an unterschiedlichen Versorgungs-, Organisations- und Erwerbsformen gibt es beträchtliche Produktivitätspotenziale, die verschenkt zu werden drohen, wenn weiterhin an starren Planungskonzepten festgehalten wird.

Die inhaltliche Spannbreite der Beiträge dieser Publikation macht deutlich, dass es bei der künftigen Ausgestaltung des Ordnungsrahmens der Gesundheitsversorgung um weit mehr geht, als um die Ver-

hinderung von ärztlicher Unterversorgung in ländlichen Regionen. Vielmehr liegen in einer konsequenten Ausrichtung der Gesundheitsversorgung auf die Versorgungserfordernisse der Bevölkerung große Chancen für mehr Qualität, Wirtschaftlichkeit und Präferenzorientierung der Versorgung.

Berlin, im März 2011

Klaus Jacobs
Sabine Schulze

1 Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung¹

Thomas Uhlemann, Kathleen Lehmann

1.1 Vorbemerkung

Forderungen nach einer grundlegenden Reform der vertragsärztlichen Bedarfsplanung werden von fast allen Akteuren erhoben, die an der ambulanten Versorgung direkt oder indirekt beteiligt sind. Die Bedarfsplanung gebe keine Antwort auf den "tatsächlichen Versorgungsbedarf" einer alternden Gesellschaft, sie sei nicht in der Lage, Unterversorgung zu verhindern und regionale Besonderheiten der Versorgungssituation zu berücksichtigen, Planungskreise seien räumlich zu groß geschnitten, Arzt-Einwohner-Relationen seien nicht mehr zeitgemäß und Morbiditätsgesichtspunkte würden nicht in die Planung eingehen. Krankenkassen fordern schließlich einen Abbau von Überversorgung und eine konsequente Anwendung bestehender Steuerungsmöglichkeiten.

¹ Unserem Kollegen Pascal Kaiser gilt ganz besonderer Dank für vielfache Anregungen und seine freundliche Bereitschaft zur Diskussion auch in Zeiten größter Belastung.

1.2 Hintergrund

Die aktuelle vertragsärztliche Bedarfsplanung geht auf gesundheitspolitische Reformen vor allem durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) zu Beginn der 90er Jahre zurück. Dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wurde dabei die Aufgabe übertragen, über die Konzeptualisierung einer Bedarfsplanungs-Richtlinie die Verteilung von Ärzten bevölkerungsbezogen im Raum zu regeln.

Ziel der Bedarfsplanung in der Fassung ab dem 1. Januar 1993 war es, die Anzahl der Vertragsärzte in einem bestimmten Zielkorridor mit klar definierten Grenzen zur Über- bzw. Unterversorgung zu halten und damit auch eine bessere Verteilung der Ärzte im Raum zu erreichen. Der räumliche Bezug dieser Planung lag in Landkreisen und (kreisfreien) Städten, die bestimmten, vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung entwickelten Regionstypen zugeordnet werden konnten. Für alle zehn Regionstypen wurden für die einbezogenen Arztgruppen Verhältniszahlen abgeleitet, indem die Zahl der Einwohner zur Anzahl der praktizierenden Vertragsärzte jeder Arztgruppe in Beziehung gesetzt wurde.

Aufgrund der Regelungen, die durch das GSG implementiert wurden, konnten Planungskreise bei Überversorgung für einzelne Arztgruppen gesperrt werden, womit erstmalig eine differenzierte Angebotssteuerung im vertragsärztlichen Bereich möglich war.

Die Bedarfsplanung konnte das wesentliche Ziel einer Reduzierung des Arztzuwachses erreichen: die Zunahme der Anzahl an Vertragsärzten entwickelte sich weniger dynamisch als noch vor ihrer Implementierung. Parallel wurde auch eine gleichmäßigere Verteilung der Ärzte im Raum erreicht. Allerdings konnte dabei nicht verhindert

werden, dass immer mehr Planungskreise in den Status einer Überversorgung gerieten und dass überversorgte Planungskreise dies weiterhin blieben, da die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht keine Instrumente für den Abbau bestehender Überversorgung bereithielten. Statt dessen hat sich die Anzahl der in überversorgten Kreisen tätigen Vertragsärzte sogar noch erhöht: Insbesondere mit dem Verfahren der Sonderbedarfszulassung konnte die Sperrung von Planungskreisen für fachärztliche Neuzulassungen außer Kraft gesetzt werden, sodass im Lauf der Jahre in vielen Regionen bei fast allen Facharztgruppen außerordentlich hohe Versorgungsgrade erreicht wurden, die – folgt man der Bewertung durch den Sachverständigenrat in seinem Gutachten von 2001 (SVR 2001) – in höchstem Maße unnötig und unwirtschaftlich waren und auch heute noch sind.

Zwischen 1990 und 2009 hat sich die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte - trotz der damals konstatierten Ärzteschwemme - noch einmal um mehr als 47.000 bzw. 51,3 % erhöht. Die meisten Planungskreise sind nun über fast alle Arztgruppen für weitere Neuniederlassungen gesperrt. Von einem generellen Mangel an Ärzten kann deshalb keine Rede sein. Diese Situation steht in deutlichem Kontrast zur öffentlichen Diskussion, die in starkem Maß von projektierten Szenarien eines immer stärkeren und flächendeckenden Arztmangels bestimmt wird. Der Topos eines bestehenden oder drohenden Ärztemangels wird dabei von der Leistungsanbieterseite gern zum Auftakt von Vergütungsverhandlungen oder im Vorfeld politischer Honorarforderungen eingesetzt.

Prozentuale Angaben darüber, wie viele Vertragsärzte in den nächsten Jahren ihre Tätigkeit aus Altersgründen beenden, gehen oftmals von einem sehr niedrigen Alter bei der Beendigung der Praxistätigkeit aus und überschätzen dadurch den Nachbesetzungsbedarf. Bei der

Berechnung des Ersatzbedarfes an Ärzten wird zudem davon ausgegangen, dass jeder frei werdende Arztsitz auch wirklich wieder besetzt werden muss - was vor dem Hintergrund einer fast vollständigen Überversorgung freilich nicht evident ist. Praxen in überversorgten Kreisen und die häufig als „Hobbypraxen“ bezeichneten Kleinpraxen ohne relevanten Versorgungsbeitrag müssen tatsächlich nicht unbedingt erhalten bleiben. Selbst in den eher ländlichen Regionen geringer Bevölkerungsdichte muss unter Versorgungsgesichtspunkten nicht jeder frei werdende Sitz zwingend wiederbesetzt werden. Zum einen sinkt der ärztliche Versorgungsbedarf durch die Bevölkerungsdynamik (z. B. Wanderungsbewegungen, Rückgang der Bevölkerung), zum anderen verändern sich mit dem Wandel der Bevölkerungsstruktur (insbesondere durch die Alterung) auch die inhaltlichen Versorgungsansprüche. Vor diesem Hintergrund werden Einzelarztpraxen in Zukunft nicht immer und überall wirtschaftlich betrieben werden können. Hier muss deshalb nach intelligenten Lösungen gesucht werden, und solche Alternativen müssen zeitnah zur Verfügung stehen, denn die Versorgung mit Vertragsärzten ist bereits heute nicht in allen Regionen so, wie es versorgungsstrukturell wünschenswert wäre.

Vor allem in strukturschwachen Regionen abseits von Großstädten und Ballungsräumen fehlen Ärzte oder es ist zukünftig ein Mangel zu erwarten, wenn frei werdende Arztsitze zu einem großen Anteil nicht wieder besetzt werden können oder keine alternativen Versorgungsmöglichkeiten entwickelt werden. Besonders ungünstig stellt sich die Lage dar, wenn Schwierigkeiten der Wiederbesetzung mit einem hohen Durchschnittsalter noch praktizierender Ärzte in einer Region zusammenfallen; dies ist in einer Reihe von Kreisen vor allem in den östlichen Bundesländern der Fall. Betroffen ist hierbei jedoch vor allem die hausärztliche Versorgung.

1.3 Organisatorische, demografische und ökonomische Herausforderungen

Die Aufgaben und Herausforderungen einer zukünftigen Versorgungssteuerung resultieren vor allem aus fünf Entwicklungen:

1. Allokationsprobleme

Das seit 1993 gültige System der Bedarfsplanung konnte nicht verhindern, dass sich die Ungleichverteilung der vertragsärztlichen Ressourcen zwischen städtischen und ländlichen Regionen weiter fortsetzte. Mit der erheblichen Zunahme der Arztzahlen vor allem in attraktiven städtischen Regionen gibt es für Ärzte, die vor einer Niederlassungsentscheidung stehen, neben einigen Niederlassungsmöglichkeiten in nicht gesperrten Planungsbereichen genügend Optionen für Praxisübernahmen. Die Entscheidung für einen bestimmten Ort fällt dann häufig zugunsten strukturell ohnehin begünstigter Kreise und Städte aus.

In den für eine Niederlassung weniger attraktiven Gebieten werden hingegen mehr Praxen zur Nachbesetzung angeboten, als Bewerber vorhanden sind. Zusätzlich gibt es ggf. attraktive Stellenangebote an städtischen Krankenhäusern. Gerade in ländlichen Regionen beklagen ältere Praxisinhaber deshalb, dass sie nur unter großen Schwierigkeiten einen Nachfolger finden.

Solange Niederlassungsmöglichkeiten in attraktiven Städten und Kreisen bestehen, haben potenzielle Praxisstandorte in ländlichen, strukturschwachen Gebieten einen massiven Standortnachteil, der sich auch in einer geringeren Arztdichte ausdrücken wird. Hier scheuen viele Ärzte nicht nur aus beruflichen Gründen eine Niederlassung.

Der Privatpatientenanteil ist gegebenenfalls niedrig und der Anteil älterer, multimorbider Patienten mit hohem Behandlungsaufwand hoch, es sind häufig (Not-)Dienste zu leisten und die Aussichten für einen späteren Praxisverkauf sind schlechter. Je nach Region sind häufig Hausbesuche erforderlich und die Wege zu den Patienten sind sehr zeitaufwendig. Entscheidender für viele Ärzte ist jedoch die oftmals wenig attraktive soziale und kulturelle Infrastruktur der ländlichen Regionen: zu nennen sind hier vor allem fehlende Angebote an Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für den Partner, die schlechten Verkehrsverbindungen, fehlende Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten sowie ein mangelndes kulturelles Angebot.

Auch die großzügigsten Fördermaßnahmen im Vorfeld oder im Rahmen einer Niederlassung können die infrastrukturellen Nachteile einiger Regionen nicht vollständig ausgleichen (*siehe Abschnitt 1.4*). Hieraus resultiert ein erheblicher politischer Handlungsdruck.

Zum einen ist die Unterversorgung ländlicher Regionen versorgungspolitisch nicht akzeptabel. Zum anderen führt auch die Überversorgung zu unerwünschten Versorgungswirkungen. Sie erhöht den Konkurrenzdruck innerhalb der Ärzteschaft und setzt dadurch Anreize zur Fehlversorgung und zu einer medizinisch nicht induzierten Ausweitung der Leistungsmenge. Die Überversorgung ist im Ergebnis aber nicht nur wenig versorgungsgerecht, unwirtschaftlich und teuer, sie bindet auch personelle und finanzielle Mittel in ohnehin attraktiven Regionen. Diese Mittel werden in weniger gut oder sogar unterversorgten Regionen dringend benötigt, um den Versicherten ein hochwertiges Versorgungsangebot wohnortnah zur Verfügung stellen zu können.

Allokationsprobleme der vertragsärztlichen Versorgung zeigen sich auch in einem weiteren Bereich: Seit einigen Jahren verändern sich die Anteile der Haus- bzw. Fachärzte an der vertragsärztlichen Versorgung insgesamt zu Lasten der Hausärzte. Das Steuerungsziel, nach § 101 Abs. 1 Satz 2 SGB V über den Gemeinsamen Bundesausschuss Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur zur Verfügung zu stellen, gerät in Gefahr. Im OECD-Vergleich zeigt sich, dass in Deutschland ein ungewöhnlich geringer Anteil an Hausärzten einem sehr großen Anteil an Spezialisten (in Krankenhäusern und im ambulanten Bereich) gegenübersteht. Zu Recht stellt sich hier die Frage, ob dieses Ungleichgewicht versorgungspolitisch sinnvoll und effizient ist.

2. Demografische Entwicklung und veränderter Versorgungsbedarf

Der demografische Wandel fasst verschiedene Entwicklungen begrifflich zusammen: natürliche Bevölkerungsentwicklung (Geburten- vs. Sterberaten) und Wanderungen (Migrationssaldo). Unter Umständen führen vor allem Wanderungen versorgungspolitisch dann sehr schnell zu regional bedrohlich erscheinenden Situationen, wenn starke Abwanderungen in eine Entvölkerung von Kreisen und Städten münden.

Mittelfristig wird die demografische Veränderung der Gesellschaft durch einen erheblichen Rückgang der absoluten Bevölkerungszahl gekennzeichnet sein; die gleichzeitig fortschreitende Alterung verändert grundlegend die Nachfrage nach medizinischen Behandlungs- und Versorgungsleistungen. Ältere, oftmals multimorbide und chronisch kranke Menschen benötigen nicht unbedingt mehr, aber zu meist andere medizinische Leistungen als jüngere Menschen, und ältere sind nicht gleichermaßen mobil, das heißt, vor allem im Hausarztbereich werden eher wohnortnahe, flexible und koordinierte An-

gebote an Behandlung, und Betreuung erforderlich. Die Versorgung müsste dabei nicht allein von Ärzten getragen werden. Internationale Vergleiche zeigen, dass die Möglichkeiten, andere Fachberufe einzu-beziehen, in Deutschland nicht annähernd ausgeschöpft werden (*vgl. Schmacke 2008, 4*).

Alterung ist zumeist auch mit höheren Kosten für die Behandlung und Betreuung verknüpft. Eine zukunftsorientierte Planung des vertragsärztlichen Versorgungsangebots muss diesen Trend berücksichtigen und eine generations- und populationsbezogene Versorgung entwickeln. Denn mit der Koinzidenz von Alterung und Bevölkerungsrückgang gehen starke Veränderungen der Versorgungsanforderungen einher: Mit dem Rückgang der Anzahl von Frauen im fertilen Alter werden weniger Kinderärzte benötigt, mit dem Anstieg der Anzahl alter Menschen steigt der Bedarf an Ärzten mit geriatrischer/gerontologischer Ausbildung. Wanderungen dynamisieren natürliche Bevölkerungsentwicklungen und führen schon nach kurzer Zeit zu erheblichen regionalen Veränderungen der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Es ist fraglich, ob von Vertragsärzten, deren Niederlassung aus verschiedenen, nachvollziehbaren Gründen zumeist langfristig angelegt ist, eine Flexibilität erwartet werden darf, die eine gegebenenfalls mehrfache Verlegung des Praxisortes einschließt.

3. Diversifizierung der Organisationsformen der vertragsärztlichen Versorgung

Die zunehmende Anzahl von Berufsausübungsgemeinschaften, die Implementierung und Verbreitung von Medizinischen Versorgungszentren mit angestellten Ärzten sowie die Einrichtung von Zweigpraxen sind Beispiele veränderter Organisationsformen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Gesetzgeber hat in der Vergangenheit viele Regelungen getroffen, um die Möglichkeiten der ärztlichen Be-

rufsausübung zu flexibilisieren und offenbar werden einige dieser Möglichkeiten von den Ärzten gern angenommen. Dazu trägt eventuell der höhere Frauenanteil bei den Ärzten bei, vielleicht aber auch ein grundsätzlich verändertes ärztliches Selbstverständnis und eine Neubestimmung des Verhältnisses beruflicher und privater Lebensentwürfe. Gerade in Bezug auf die Versorgung in weniger dicht besiedelten, ländlichen Regionen könnte die klassische Einzelarztpraxis deshalb langfristig zu einem Sonderfall werden.

Auch neue Modelle der Einbeziehung nichtärztlicher Leistungserbringer (Schwester AGnES, VERAH-Konzept) sowie eine verstärkte Nutzung neuer Technologien (Telemedizin) können dazu führen, dass sich die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich verändert. Die geforderten intelligenten Lösungen zeichnen sich hier insofern ab, als solche neuen Versorgungskonzepte künftig dazu beitragen könnten, Versorgungsengpässe sowie Unterversorgung zu vermeiden.

Neudefinitionen des Anbieterpotenzials müssen daher ebenso in die Versorgungssteuerung einbezogen werden wie die bisher unberücksichtigten medizinischen Behandlungskapazitäten in stationären Einrichtungen. Auch dadurch können Versorgungsengpässe vermieden und intelligente, sektorübergreifende Versorgungsstrukturen geschaffen werden.

4. Finanzielle Entwicklung

Die von der Grundlohnbindung längst gelöste Finanzierung der Gesundheitsausgaben stößt an Systemgrenzen: Vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen Ressourcen erscheint es unverantwortlich, weiter auf Honorarforderungen der Anbieterseite wie der pharmazeutischen Industrie, der Krankenhäuser und einer sich immer weiter vergrößernden Ärzteschaft mit einer Beitragserhöhung für die Versi-

cherten der Gesetzlichen Krankenversicherung und die Arbeitgeber zu reagieren. Eine alternative Finanzierungsmöglichkeit über steuerfinanzierte Ergänzungen ist ebenfalls kritisch zu bewerten. Zum einen unterliegt die Steuerfinanzierung tendenziell konjunkturellen Einflüssen und ist aufgrund ihrer Abhängigkeit von politischen Entscheidungen zudem sehr strategiefähig. Die Rationalität solcher politischen Entscheidungen kann dabei weit außerhalb des Gesundheitswesens liegen. Zum anderen wäre auch eine im Rahmen der Steuerfinanzierung notwendige Erhöhung der Steuerlast gegenüber den Bürgern kaum zu verantworten. Eine dritte Möglichkeit könnte in der Erhebung von Zusatzbeiträgen gesehen werden. Hierbei würden sowohl die Beitragssätze als auch die Steuerausgaben stabil bleiben. Die höheren Gesundheitsausgaben wären dabei aber allein von den Versicherten zu finanzieren.

Dabei führt schon allein die enorme Steigerung der Anzahl an Vertragsärzten dazu, dass die Bereitstellung eines immer größeren Finanzvolumens zur Vergütung der Ärzte seitens der Leistungserbringer gefordert wird. Das Beitragsaufkommen kann mit den Honorarforderungen der Ärzteschaft freilich nicht Schritt halten.² Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen, da sich mit zunehmender Spezialisierung der medizinischen Fachdisziplinen immer neue Arztgruppen zu etablieren versuchen. Vor allem Sonderbedarfsfeststellungen und die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht-unterversorgten Kreisen weitet die Gruppe der ambulanten Leistungsanbieter erheblich aus. Da sich Deutschland hinsichtlich der Arztdich-

² Verschiedene Steuerungsversuche zur Begrenzung beispielsweise der sog. „freien Leistungen“ mit der Einführung qualifikationsgebundener Zusatzvolumen (QZV) führen nicht wirklich weiter; zwar können damit bundeseinheitliche Punktwerte realisiert werden, aber eben nur im Rahmen eines Leistungsmengengesamtbudgets.

te ohnehin international in der Spitzengruppe befindet, kann eine weiter steigende Anzahl an Vertragsärzten keine sinnvolle Maßnahme zur Verbesserung der Versorgung im vertragsärztlichen Bereich sein.

1.4 Aktivitäten des Gesetzgebers

Der Gesetzgeber hat auf bestehende Versorgungsdisparitäten reagiert und insofern auch die Bedeutung zukünftiger gesellschaftlicher Entwicklungen für die Gesundheitsversorgung antizipiert. Verschiedene Gesetze der letzten Jahre enthalten Regelungen, die zu einer Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung beitragen sollen:

- Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG): Inkrafttreten zum 01.01.2004,
- Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG): Inkrafttreten zum 01.01.2007,
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG): Inkrafttreten zum 01.04.2007,
- Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PWG): Inkrafttreten zum 01.07.2008,
- Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG): Inkrafttreten zum 01.01.2009.

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde/wurden zur Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung

- die Anstellung von Ärzten (§ 95 Abs. 9 SGB V) erleichtert,

- Teilzulassungen (häuftiger Versorgungsauftrag) ermöglicht,
- parallele Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich (Änderung des § 20 Zulassungsverordnung) erlaubt,
- die Einrichtung von Zweigpraxen an verschiedenen Orten (Änderung des § 24 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) zugelassen,
- die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften neu eingeführt,
- die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht-unterversorgten Planungskreisen ermöglicht,
- die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen (gemäß § 105 Abs. 1 SGB V, ab 2010 ersetzt durch Regelungen des § 87 Abs. 2e SGB V) auch in nicht-unterversorgten Planungskreisen optional ermöglicht und
- die Anstellung auch von Hochschullehrern durch Vertragsärzte (§ 95 Abs. 9a SGB V) zugelassen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde/wurden zur Vermeidung von Versorgungsengepässen

- die Altersgrenzenregelungen für Vertragsärzte (§ 95 Abs. 7 Sätze 3 bis 9) aufgehoben,
- die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Änd. Art 8 GKV-SolG durch Art 4a GKV-OrgWG) neu gefasst und
- eine Quote für diejenigen Leistungserbringer eingeführt, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln (§ 101 Abs. 4 SGB V).

Mit dem **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)** wurden zur Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisreize die Orientierungswerte entsprechend der jeweiligen Versorgungssituation (§ 87 Abs. 2e SGB V) regional differenziert, und zwar

- für den Regelfall
- bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie
- bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1

Die mit den Bestimmungen des § 87 Abs. 2e SGB V intendierte pretiale Steuerung wurde allerdings mit dem 2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetz ausgesetzt, bevor überhaupt eine konkrete Gestaltung der Anwendung zwischen den Vertragspartnern vereinbart werden konnte; mit dem nunmehr geplanten Versorgungsgesetz soll offenbar auch formell von einer Steuerung der Niederlassung über Zu- und Abschläge bei den Orientierungswerten abgesehen werden.

Außerdem wurde die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Feststellung von zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf in nicht-unterversorgten Planungskreisen (§ 101 Abs. 1 Nr. 3a SGB V) ermöglicht.

Mit dem **Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG)** wurde zur Flexibilisierung des ambulanten ärztlichen Angebots die Einrichtung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht.

Zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten Planungskreisen oder bei drohender Unterversorgung können seit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PWG) ärztliche Leistungen an

Praxisassistentinnen (gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V) delegiert werden (Schwester AGnES und ähnliche Versorgungsformen) oder zunächst über Modellvorhaben substituiert werden (gemäß § 63 3c SGB V).

All diese Regelungen des Gesetzgebers, vor allem aber die Liberalisierung des Berufsrechts, werden sich mittel- und langfristig auf die vertragsärztliche Versorgung in Form größerer Flexibilität im Niederlassungsverhalten auswirken.

1.5 Von der Bedarfsplanung zur Versorgungsplanung

Die eingangs thematisierten Defizite der bisherigen Bedarfsplanung erfordern eine neue Steuerung der Verteilung ambulant tätiger Ärzte und die Etablierung weiterer Einrichtungen der ambulanten medizinischen Versorgung, wenn eine flächendeckende verteilungsgerechte Versorgung trotz begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen nachhaltig erreicht werden soll.

Innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände werden deshalb verschiedene Lösungsvorschläge diskutiert, die im Folgenden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – skizziert werden.

Versorgungsstruktur und Versorgungssteuerung

Zunächst könnten mit einer Trennung von ärztlicher Primärversorgung, allgemeiner fachärztlicher Versorgung und spezialisierter fachärztlicher Versorgung die sehr unterschiedlichen ambulanten Leistungsbereiche spezifischer weiterentwickelt werden. Dies erscheint sachlich geboten, da an die jeweiligen Versorgungsbereiche ganz

unterschiedliche Anforderungen gestellt werden, z. B. bezüglich ihrer Erreichbarkeit für die Patienten oder der notwendigen Frequenz der Inanspruchnahme. Um diese Anforderungen in der Bedarfsplanung umzusetzen, bedarf es angepasster regionaler Bezugspunkte und eigener Kriterien für die Weiterentwicklung der jeweiligen Verhältniszahlen. Daneben erscheint es gerade im Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung notwendig, die Versorgungskapazitäten in der vertragsärztlichen Versorgung und im Krankenhaus gemeinsam zu betrachten und im Sinne einer sektorübergreifenden Versorgungssteuerung zu gestalten. Dies wäre auch die Voraussetzung, um diesen Versorgungsbereich, der aufgrund seiner Dynamik und der Anbieterpluralität in weiten Teilen für wettbewerbliche Modelle besonders geeignet erscheint, für Selektivverträge zu öffnen.

Ziel muss es dabei sein, in der ärztlichen Primärversorgung eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung aller Versicherten durch ein vergleichsweise engmaschiges Netz an Haus-, Kinder- und Frauenärzten zu gewährleisten. Bei den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse sind dabei auch regionalspezifische Bedürfnisse zu berücksichtigen. Der räumliche Planungsbezug sollte deshalb ggf. unterhalb der bisherigen Planungsbereiche auf der Ebene von Gemeindeverbänden, Gemeinden oder Stadtbezirken liegen. Die Verhältniszahlen wären auf die jeweilige Bevölkerungsstruktur und -entwicklung anzupassen. Daneben könnte auch eine Ergänzung der ärztlichen Primärversorgung durch nichtärztliche Leistungserbringer sowie die Nutzung von Telemedizin dazu beitragen, die Versorgung in ländlichen Gebieten zu verbessern und die Ärzte bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen. Denkbar sind hier auch flexible Alternativen zur klassischen Einzelarztpraxis. So könnte die Versorgung z. B. auch dadurch verbessert werden, dass Ärzte stundenweise in Gesundheitszentren tätig

sind und dabei von nichtärztlichen Leistungserbringern, wie etwa Gemeindegewerkschaften, unterstützt werden.

In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung ist eine größere Flexibilität in der Verteilung der Leistungsanbieter geboten, um das Angebot an fachärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich nachhaltig zu sichern. Das Netz an Versorgungseinrichtungen (Praxen, Ambulanzen, Arzt- oder zu schaffenden Gemeindegewerkschaftszentren) kann dabei im Vergleich zur ärztlichen Primärversorgung wesentlich weiter gespannt werden und auch in Zukunft den bisherigen Planungsbereichen entsprechen. Dadurch könnte die Verteilung der Ärzte innerhalb der Regionen zwar zu etwas ungleichen Inanspruchnahmefähigkeiten für die Patienten führen. Hierbei handelt es sich jedoch in erster Linie um stärker planbare und zumeist weiterführende Behandlungen, die von den Versicherten in der Regel weniger häufig benötigt werden. Auch weist ein spezialisierter Facharzt einen deutlich höheren Grad an Spezialisierung auf und benötigt damit für eine wirtschaftliche Praxisführung ein größeres Einzugsgebiet als ein Primärarzt. Um jedoch auch in weniger dicht besiedelten Gebieten eine qualitativ hochwertige fachärztliche Versorgung sicher stellen zu können, sollten dennoch Möglichkeiten zur Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens innerhalb eines Planungsbereiches geschaffen werden. Gleichzeitig muss die Versorgung flexibler gestaltet und um Alternativen zur klassischen Einzelarztpraxis ergänzt werden.

Eine sektorübergreifende Versorgungsplanung für die spezialisierte fachärztliche Versorgung könnte einen ersten Schritt zur Überwindung der sektoralen Trennung und damit zur Implementierung wirtschaftlicher und effizienter Versorgungsstrukturen darstellen. Spezialisierte fachärztliche Versorgungsbereiche könnten aus der allgemeinen fachärztlichen Versorgung herausgelöst und ihre Erbringung

sektorübergreifend organisiert werden. Denkbar wäre es dabei, die Leistungserbringung an eine zeitlich begrenzte Zulassung oder an eine gesonderte Ermächtigung zu knüpfen. Ziel ist ein qualitativ hochwertiges Angebot aller medizinischen Spezialdisziplinen, indem die fachärztliche Kompetenz in Zentren, Krankenhäusern und kooperierenden Einrichtungen (u. a. auch spezialisierten Praxen) gebündelt wird. Die spezialisierte fachärztliche Versorgung im ambulanten Bereich würde dabei künftig in enger Kooperation ambulanter und stationärer Einrichtungen erfolgen. Räumlich betrachtet könnte die sektorenübergreifende Planung beispielsweise auf Grundlage der KV-Gebiete erfolgen.

Die spezialisierte fachärztliche Versorgung erfordert noch einmal deutlich größere Planungsbereiche, da der Spezialisierungsgrad höher und das benötigte Einzugsgebiet damit noch einmal größer ist, als in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Daneben erfordern auch die Qualitätsanforderungen in diesem innovativen und oft hochtechnologischem Bereich gewisse Mindeststandards und Mindestmengen, die nur bei einer gewissen Konzentration des Leistungsangebotes gewährleistet sind. Auch ist eine sektorenübergreifende Versorgungssteuerung, die sowohl die Vertragsärzte als auch die Krankenhäuser einbezieht, sinnvoll nur auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen umsetzbar.

Die bisher in der Bedarfsplanung verwendeten Verhältniszahlen wurden letztlich auf Grundlage der Versorgungsdichte Anfang der 90er Jahre festgelegt. Die Grundannahmen der Verhältniszahlen sind erneut zu überprüfen und vor allem im Hinblick auf aktuelle und zu erwartende demografische Veränderungen der Gesellschaft zu modifizieren. Ob eine bestimmte Versorgungsdichte angemessen ist, muss jedoch weiterhin im Rahmen normativer Entscheidungen der Selbst-

verwaltung festgelegt werden, da „Bedarf“ an sich stets extern definiert ist und sich nicht etwa objektiv wissenschaftlich aus medizinischen Kennzahlen bestimmen, beispielsweise der Morbidität der Bevölkerung, ableiten lässt.

Der Bedarf an Ärzten kann dabei im Bereich der ärztlichen Primärversorgung und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in Form von Vollzeitäquivalenten statt wie bisher auf Grundlage einer Kopfzählungsplanung abgebildet werden. Eine Aufrundung rechnerisch ermittelter Kapazität auf die nächste volle Arztstelle könnte dabei entfallen, da durch Ermächtigungen, zeitlich befristete Zulassungen oder angestellte Ärzte auch Teilzeitkapazitäten zielgenau besetzt werden können. In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung könnte die Planung ggf. auch in Form von Zeitkontingenten oder Leistungsmengen erfolgen, wenn eine Abbildung auf der Grundlage von ärztlicher Kapazität - vor dem Hintergrund der sektorübergreifende Leistungserbringung und der immer weiter fortschreitenden Spezialisierung - nicht sachgerecht möglich ist.

Abbau von Allokationsproblemen

Die Beseitigung der Allokationsprobleme sollte ein zentrales Ziel einer neuen Versorgungsplanung sein. Überversorgung und Unterversorgung können nicht dauerhaft als Begleiterscheinungen einer in diesen Punkten unzureichenden Versorgungsplanung toleriert werden. Fehlallokationen schränken die Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitssystem für Versicherte in schlechter versorgten Regionen ein und binden gleichzeitig personelle und finanzielle Mittel in überversorgten Regionen, die dort fehlen, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Die Überversorgung kostet die GKV etwa 5 Mrd. Euro pro Jahr allein für ärztliches Honorar.

Der Abbau von Überversorgung ist eine Schlüsselaufgabe, um eine versorgungsgerechte Verteilung des vertragsärztlichen Angebots zu erreichen. Insgesamt fehlen etwa 800 Ärzte zur Vollversorgung; gleichzeitig sind ca. 25.000 Ärzte mehr zugelassen, als für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Eine zentrale Maßnahme könnte dabei in einem Ausbau der gesetzlichen Möglichkeiten des § 105 Abs. 3 SGB V (Möglichkeit zum Aufkauf von Praxen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu Marktpreisen) sein. Dadurch soll erreicht werden, dass frei werdende Vertragsarztsitze nur noch dann nachbesetzt werden, wenn dies unter Versorgungsgesichtspunkten erforderlich ist. Bisher muss jeder frei werdende Sitz zur Nachbesetzung ausgeschrieben werden, wodurch eine einmal bestehende Überversorgung de facto nicht abgebaut werden konnte, sondern sich weiter verfestigte.

Die Vermeidung von Unterversorgung gewinnt mit der Alterung der Gesellschaft wie auch der Ärzteschaft an Bedeutung. Steuerungsmöglichkeiten bleiben begrenzt, wenn sie nur auf eine Förderung der Niederlassung von Ärzten in bestimmten, standortbenachteiligten Gebieten abzielen. Möglicherweise wird erst eine Kombination verschiedener Maßnahmen die Versorgung in solchen Gebieten nachhaltig sichern können. Zu nennen sind hierbei insbesondere:

- Verbesserung der Flexibilität der Planung durch zeitlich befristete Vergabe von Zulassungen,
- Förderung ärztlicher Niederlassung durch ein konzertiertes koordiniertes Vorgehen der beteiligten Akteure (Kommunen, Krankenkassen, KVen) auf regionaler Ebene,
- Förderung ärztlicher Tätigkeit in schlecht versorgten Kreisen über finanzielle Fördermaßnahmen wie z. B. Vergütungszuschläge,

- Abbau von Überversorgung durch systematischen Aufkauf (und anschließende Stilllegung) von Praxen in überversorgten Gebieten,
- Stärkere Einbindung des stationären Bereichs in die Versorgung in unterversorgten Regionen (ggf. sektorübergreifende Versorgungsplanung, s. o.),
- Stärkere Einbindung nicht-ärztlicher Leistungserbringer.

Ein wichtiges Nebenziel der neuen Versorgungssteuerung läge in der Stärkung der ärztlichen Primärversorgung. Hierzu ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Primärversorgung und fachärztlicher Versorgung sicherzustellen und Überversorgung im fachärztlichen Bereich abzubauen. Der Ausgleich muss dabei planungsbereichs- und fachgruppenübergreifend geschehen. Die personellen Voraussetzungen vor allem des hausärztlichen Angebots sind zu verbessern, indem die Weiterbildung von Medizinabsolventen in der Allgemeinmedizin gefördert wird und bereits ausgebildete Allgemeinärzten an Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf gebunden werden.

Gesundheitszentren

Die Einrichtung von Gesundheitszentren in den Gemeinden (auch Gemeindegesundheitszentren oder Arztzentren) könnte eine wichtige Rolle gerade in ländlichen Kreisen geringer Dichte spielen, wenn die erforderliche Arztkapazität nicht über individuelle Niederlassungen zur Verfügung gestellt werden kann oder wenn ein zusätzlicher Versorgungsbedarf besteht.

Denkbar wäre es, dass das Management solcher Zentren durch medizinisch ausgebildete Kräfte, beispielsweise Gemeindeschwestern, unter ärztlicher Leitung erfolgt. Delegierbare Leistungen könnten durch die Gemeindeschwester erbracht werden. Die Kommunikation zwischen

Gemeindeschwestern und behandelnden Ärzten könnte – wie in verschiedenen Modellprojekten schon erfolgreich erprobt wird – durch Telemedizin verbessert werden.

Das Angebot regelmäßiger Arztprechstunden in den Gesundheitszentren durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen aus den umliegenden Gemeinden bzw. Krankenhäusern könnte dazu beitragen, eine kontinuierliche medizinische Betreuung der Versicherten zu gewährleisten.

1.6 Fazit

In der Öffentlichkeit diskutierte Forderungen nach einer Reform der Bedarfsplanung gehen oft von falschen Voraussetzungen aus.

Das versorgungsstrukturelle Hauptproblem liegt nicht in einer zu geringen Anzahl an Vertragsärzten insgesamt, sondern in räumlichen und arztgruppenbezogenen Fehlallokationen sowie in einem strukturellen Grundproblem: Rechtliche Regelungen limitieren eine weitere Flexibilisierung der Planung, da Zulassungen bisher nicht wieder rückgängig gemacht werden können und Praxen in überversorgten Kreisen nicht systematisch abgebaut werden können.

Der veränderte Versorgungsbedarf einer sich wandelnden Gesellschaft (demografische Entwicklung, Veränderungen der Morbidität) erfordert neue, flexiblere Versorgungskonzepte und ggf. neue Vertragskonstruktionen.

Die klassische Einzelarztpraxis ist kein Modell, mit dem die Versorgung mit medizinischen Leistungen vor dem Hintergrund zunehmenden

der Spezialisierung der ärztlichen Fachgebiete nachhaltig auch in sozial- oder infrastrukturell benachteiligten Regionen sichergestellt werden kann.

Um eine Versorgung zu erreichen, in der auch ländliche Regionen angemessen versorgt werden, in der bestehende Fehlverteilungen abgebaut werden und demografische Veränderungen innerhalb der Gesellschaft Berücksichtigung finden ohne dabei zusätzliche finanzielle Belastungen für die Versicherten zu erzeugen, ist es notwendig, den engen Rahmen einer Verteilungsplanung zu verlassen und die bisherige Bedarfsplanung als Versorgungssteuerung auf eine neue Grundlage zu stellen. Die Bereitstellung eines wohnortnahen hausärztlichen Angebots in strukturschwachen Gebieten erfordert neue intelligente Lösungen (Einrichtung von Gesundheitszentren, stärkere Einbindung der Pflegeberufe in die ambulante Versorgung).

Um spezialisierte fachärztliche Leistungen wirtschaftlich und in der gebotenen fachlichen Qualität erbringen zu können, sind sektorübergreifende Versorgungskonzepte nötig (Kooperation von ambulantem und stationärem Sektor, koordinierte Versorgungsplanung).

Die begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen erfordern effiziente Versorgungsstrukturen und vor allem einen Abbau der Überversorgung.

Eine weitere Flexibilisierung der vertragsärztlichen Planung setzt einen Abbau limitierender rechtlicher Rahmenbedingungen (Praxisweitergabe, Eigentumsproblematik durch § 103 SGB V, fehlende Möglichkeiten eines Abbaus von Überversorgung) voraus.

Eine zukunftsorientierte verteilungsgerechte Versorgungssteuerung hat pretiale Steuerungsmöglichkeiten zu nutzen, die Kapazitäten stationärer Leistungsanbieter einzubeziehen, die Begrenztheit der Ressourcen zu berücksichtigen und weitere Anreize zu schaffen, um Unterversorgung zu vermeiden und die teure und unwirtschaftliche Überversorgung abzubauen. Nur dann kann die vertragsärztliche Versorgung wirkungsvoll und nachhaltig sichergestellt werden.

1.7 Literatur

Albrecht M/Freytag A/Gottberg A/Storz P (2008), Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Die Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. Baden-Baden.

Andersen HH/Mühlbacher A (2004), Bedarfsplanung und demografische Entwicklung. Zum Einfluss der Bevölkerungsstruktur auf die hausärztliche Versorgung. Berlin: Berliner Zentrum Public Health.

Beivers A/Minartz C (2009), Ärztemangel in strukturschwachen Regionen. Zukunftsorientierte Lösungsansätze über die Sektorengrenzen hinweg. Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 1/09, 37–43.

Jacobs K/Schulze S (2010), Bauer sucht Arzt. Gesundheit und Gesellschaft, Jahrgang 13 (3), 20–25.

Kassenärztliche Bundesvereinigung KBV; (2008), Die Bedarfsplanung des ambulanten Sektors in Deutschland und die Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung. Berlin.

Klose J/Uhlemann T (2006), Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung – Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung. G+G Wissenschaft, Jahrgang 6 (3), 7–17.

OECD (2010), Health-Data-Report: Statistics and Indicators. www.oecd.org.

OECD (2009), Health at a Glance 2009: Key findings for Germany. www.oecd.org.

Reiners H (2009), Mythen der Gesundheitspolitik. Bern: Huber

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in der Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Baden-Baden: Nomos.

SVR – Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter-, und Fehlversorgung. Baden-Baden: Nomos.

Schmacke N (2008), Ärztemangel? Viele Fragen werden noch nicht diskutiert. Niedersächsisches Ärzteblatt 06/08, Diskussion.

Uhlemann T/Gutschmidt S (2003), Arztzahlen: Kein allgemeiner Engpass. Gesundheit und Gesellschaft, Jahrgang 6 (11), 43.

2 Krankenhausplanung in der Krise? Zum Stand und zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung

Jürgen Malzahn, Christian Wehner und Claus Fahlenbrach

Mit der budgetwirksamen Einführung des DRG-Systems in Deutschland im Jahr 2005¹ hat ein Auseinanderdriften von Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung einerseits sowie der Vergütung von Krankenhausleistungen andererseits begonnen. Während die angebotsorientierte staatlich gesteuerte Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in ihren Grundsätzen seit den 70er Jahren weitgehend unverändert geblieben ist, wurde die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip hin zu leistungsorientierter Vergütung durch die Einführung des DRG-Vergütungssystem konsequent weitergeführt (*Deutscher Bundestag 2001, 26*). Durch den folglich auftretenden Widerspruch zwischen staatlicher Angebotsplanung und wettbewerblicher Steuerung der Leistungserbringung ergibt sich eine Legitimationskrise der Krankenhausplanung. Der Beitrag beschreibt die Grundlagen der Krankenhausplanung und die aktuelle Planungspraxis der Bundeslän-

¹ Im Jahr 2003 war der optionale Umstieg für die somatischen Krankenhäuser auf die DRG-Abrechnung möglich, im Jahr 2004 wurde das DRG-System verbindlich vorgegeben. Im Zeitraum von 2003 bis 2004 wurde das DRG-System budgetneutral eingeführt. Ab 2005 begann die budgetwirksame, erst im Jahr 2010 endgültig abgeschlossene Konvergenz der krankenhausesindividuellen auf die landesweit einheitlichen Preise (Landesbasisfallwerte).

der im Vergleich, weist auf die Folgen der Gegensätze zwischen Plan- und Marktinstrumenten hin und stellt mögliche Reformoptionen dar. Diese werden im Licht der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen mit Blick auf ihre Realisierung bewertet. Abschließend werden die aus Sicht der Autoren für eine Weiterentwicklung der Krankenhausplanung zukünftig erforderlichen Schritte diskutiert.

2.1 Einleitung

Der zwischen den Regierungsparteien der 17. Legislaturperiode CDU, CSU und FDP geschlossene Koalitionsvertrag „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt“ vom 26. Oktober 2009 greift unter anderem die Krankenhausversorgung auf. Es wird ausgeführt, dass „Deutschland [...] leistungsfähige Krankenhäuser für eine hochwertige, innovative, flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung [braucht]“. Weiter heißt es, dass dafür die Grundlagen gesichert werden sollten und es effizienter Strukturen bedürfe (*CDU/CSU/FDP 2009, 89*). Für eine Diskussion zur Sicherstellung und Bedarfsplanung ist bedeutsam, dass die Regierungsparteien leistungsfähige Krankenhäuser als Grundvoraussetzung für eine flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung ansehen. Diese Grundvoraussetzung wurde von allen Gesundheitsministern der jüngeren Vergangenheit als gegeben angesehen. Die Erhöhung der Leistungsfähigkeit durch mehr Wirtschaftlichkeit und höhere Qualität zählte neben weiteren Teilzielen wie einer höheren Transparenz und einem stärkeren Wettbewerb der Krankenhäuser zu den Zielen, die mit der Einführung des leistungsorientierten DRG-Vergütungssystems verbunden waren (*Deutscher Bundestag 2001, 26; SVR 2007, 316; Tuschen/Trefz 2009, 53f.*). Insgesamt kann man davon ausgehen, dass das DRG-System dazu beigetragen hat, dass die Wirtschaftlichkeit und Qualität der stationä-

ren Versorgung in der Tat gestiegen sind und die Krankenhäuser damit leistungsfähiger geworden sind (*IGES 2010, IX-XVII; Deutscher Bundestag 2009, 5; SVR 2007, 331–333*).² Inwieweit das DRG-System sich allerdings mit der Krankenhausplanung und der Sicherstellung der stationären Patientenversorgung in Einklang befindet, gilt es im Folgenden zu bewerten.

2.2 Stand der Krankenhausplanung

2.2.1 Einflussfaktoren auf das Planungsrecht der Bundesländer

Es ist Aufgabe des Staates, eine ausreichende Versorgung mit Krankenhausleistungen für alle Bürger zu gewährleisten. Nach Artikel 20 Grundgesetz (GG) besteht eine „unverrückbare Verantwortung“ (*SVR 2007, 303*) des Staates, die Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu versorgen. Bei der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhausversorgung und der Regelung der Krankenhauspflugesätze gilt die konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 74 Nr. 19a GG. Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Ländern (§ 6 KHG), sodass diese verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu ge-

² Die ersten Ergebnisse der Auswirkung der DRG-Einführung auf die Versorgung liegen über den durch die Selbstverwaltung beauftragten ersten Forschungszyklus der Begleitforschung bisher lediglich für die Jahre 2004 bis 2006 vor und beziehen sich damit auf die Einführungsphase des DRG-Systems. Einige Auswirkungen des DRG-Vergütungssystems sind daher erst über einen längeren Betrachtungszeitraum beobachtbar (*IGES 2010, S. VIII*).

währleisten. Dazu stellen sie entsprechende Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Die in die Krankenhauspläne aufgenommenen sogenannten Plankrankenhäuser mit ihren Planbetten gelten als zugelassene Krankenhäuser und sind berechtigt, Krankenhausbehandlung zu erbringen und ihre Leistungen mit den Krankenkassen abzurechnen (§ 108 Nr. 1 SGB V). Es besteht ein genereller Kontrahierungszwang für die Krankenkassen, sodass die Aufnahme in den Krankenhausplan einer Lizenz zur Abrechnung von Krankenhausleistungen entspricht. Zugelassene Krankenhäuser sind auch solche, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, sowie Kliniken, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben (§ 108 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V). Das Land kann unter Berücksichtigung öffentlicher Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger zwischen verschiedenen Krankenhäusern entscheiden, welches den Zielen der Krankenhausplanung am weitesten gerecht wird (§ 8 KHG).³

Dieses weitreichende Planungsrecht der Bundesländer ist jedoch teilweise beeinflussbar bzw. eingeschränkt:

- Krankenhauspläne und Investitionsprogramme sind einvernehmlich mit den unmittelbar Beteiligten wie Krankenkassen und Landeskrankenhausgesellschaft zu regeln (§ 7 Abs. 1 KHG).
- Die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan gilt als Abschluss eines Versorgungsvertrags zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger. Im Einvernehmen mit der für die

³ Dies erfolgt in der Rechtsprechung konkret über ein Zwei-Stufen-Modell, bei dem zunächst die relevanten Krankenhäuser erfasst und in der zweiten Stufe ausgewählt werden, sofern ein Überangebot an Kapazitäten besteht (*Halbe 2010, 11*).

Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde kann zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Krankenhaus-träger eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbart werden, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird (§ 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V).

- Ein Versorgungsvertrag kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Kranken- und Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande (§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Ist es notwendig, aus mehreren geeigneten Krankenhäusern auszuwählen, entscheiden die Krankenkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Versorgungserfordernissen am besten gerecht wird (§ 109 Abs. 2 SGB V).
- Ein Versorgungsvertrag kann von jeder Vertragspartei gekündigt werden, jedoch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nur gemeinsam und aus bestimmten Gründen. Bei Plankrankenhäusern ist dafür eine Kündigung mit einem Antrag an die zuständige Landesbehörde zu verbinden, die über die Genehmigung entscheidet und dabei zu beurteilen hat, ob das Krankenhaus für die Versorgung unverzichtbar ist (§ 110 Abs. 1 und 2 SGB V).
- Sind im Krankenhausplan keine (abschließenden) Regelungen zur Bettenzahl oder Leistungsstruktur getroffen, werden diese durch die Krankenkassen und Krankenhäuser im Benehmen mit der Planungsbehörde ergänzend vereinbart (§ 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V).
- Den Krankenhäusern wird es ermöglicht, vor- und nachstationäre Behandlung sowie ambulante Krankenhausleistungen zu erbringen (z. B. §§ 115a, 115b und 116b SGB V). Diese werden nur bedingt durch die Landesbehörden geplant und sind dennoch teilweise ab-

hängig von der Zulassungsentscheidung des Bundeslandes. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn ein Krankenhaus hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V erbringt, die es nur durchführen darf, sofern es dazu bestimmt worden ist.

- Zusätzlich zur Vergütung der Krankenhausleistungen nach DRGs können zur Sicherstellung einer für die Bevölkerung notwendigen Vorhaltung von Leistungen weitere Zahlungen vereinbart werden, wobei die Landesregierungen abweichende Vorgaben machen können. Die Krankenkasse und das Krankenhaus vor Ort prüfen, ob die Voraussetzungen für einen Sicherstellungszuschlag gegeben sind (§ 17b Abs. 1 Satz 6 bis 9 KHG i.V.m. § 5 Abs. 2 KHEntG). Im Konfliktfall entscheidet allerdings die Planungsbehörde des Landes, ob bei einem bestimmten Krankenhaus ein Zuschlag zu zahlen ist – über die Höhe entscheiden die Vertragsparteien bzw. bei Nichteinigung die Schiedsstelle.
- Die Selbstverwaltung kann im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) für bestimmte planbare Leistungen Mindestmengen vorgeben, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist (§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Die praktische Umsetzung stellt sich in Abweichung vom Gesetzeswortlaut wie folgt dar: Sofern eine Leistung nicht in der Höhe der vorgegebenen Mindestmenge vereinbart wurde, können die betroffenen Leistungen vom Krankenhaus nicht mehr abgerechnet werden. Ausnahmen können hier allerdings durch die zuständige Landesbehörde erfolgen, sofern die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung gefährdet ist. Ebenfalls im G-BA können Beschlüsse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gefasst werden (§ 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2

SGB V).⁴ Diese Beschlüsse können nicht durch die Länder modifiziert werden.

- Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) von 2004 bestimmt, dass ein Krankenhaus auch dann in den Krankenhausplan aufzunehmen ist, wenn es „neben oder an Stelle eines anderen Krankenhauses geeignet wäre, den fiktiv vorhandenen Behandlungsbedarf zu decken“ (*Metzner 2009, 394; BVerfG 2004*).⁵
- Über die Landeskrankenhausgesetze besteht für die Bundesländer die Möglichkeit, die Vorgaben auf bundesgesetzlicher Ebene zu ergänzen und detailliertere Regelungen zu fixieren. Beispielsweise hat das Land Nordrhein-Westfalen die gesamte Investitionskostenförderung der Krankenhäuser auf leistungsbezogene Pauschalen umgestellt (*Koch et al. 2009, 60; Winterer 2009, 143*).

2.2.2 Bewertung der gesetzlichen Grundlagen der Krankenhausplanung

Insgesamt zeigt sich, dass die Länder zwar offiziell und jeweils letztverantwortlich den Sicherstellungsauftrag bei der Krankenhausplanung innehaben, aber de facto vielfach in ihrer Entscheidung beeinflusst werden. Insgesamt resultiert daraus eine Krankenhausplanung

⁴ Nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V bestimmt der G-BA Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

⁵ Die über die Aufnahme in den Krankenhausplan und über die Prüfung eines ungedeckten Bedarfs aufgrund bestehender Kapazitäten vorhandene Markteintrittsbarriere wird mit dieser Entscheidung gelockert (*Malzahn/Wehner 2010, 112*).

im Zusammenwirken von Planungsbehörden und Selbstverwaltungsinstitutionen, die zusätzlich noch von Gerichten beeinflusst wird. Durch die G-BA-Beschlüsse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden die Kompetenzen der Planungsbehörde faktisch eingeschränkt. Insbesondere durch das Urteil des BVerfG wurde auch die eigentliche Planungsfunktion der Länder relativiert. In letzter Konsequenz bedeutet diese Entscheidung nämlich, dass die Krankenhäuser nahezu immer die Aufnahme in den Krankenhausplan durchsetzen können (*BVerfG 2004*). Denn funktionsfähige Krankenhäuser dürften in der Regel keine Probleme haben, die Deckung eines fiktiv vorliegenden Behandlungsbedarfs prinzipiell nachzuweisen. Allerdings hat dies in der Praxis nur begrenzte Auswirkungen gehabt.

Wurde zu Beginn der Krankenhausplanung noch von Krankenhausbedarfsplanung gesprochen, findet sich seit Mitte der 80er Jahre nur noch der Begriff „Krankenhauspläne“ im Gesetz. Damit soll nicht die Planung des Bedarfs an stationärer Versorgung, sondern die Anpassung des Angebots an den Bedarf ausgedrückt werden (*Goedereis 1999, 117*). Die Krankenhausplanung stellt primär eine staatlich gesteuerte Angebots- und Kapazitätsplanung (einschließlich der Investitionskostenförderung) dar, wohingegen die Steuerung der Betriebskosten über die DRG-Vergütung erfolgt. Das wettbewerblich ausgerichtete DRG-System einerseits ist jedoch mit einem System der staatlichen Versorgungsplanung andererseits inkompatibel (*Neubauer 2007, 59*). Eine auf Durchschnittskosten basierende, leistungsorientierte Vergütung bedingt, dass eine Aufnahme in den Krankenhausplan allein für die wirtschaftliche Existenzsicherung des Krankenhauses nicht mehr ausreicht – ein Krankenhaus kann zwar im Krankenhausplan stehen, aber dennoch wirtschaftlich defizitär sein. Wird die finanzielle Situation nicht durch den Krankenhausträger kompensiert, ist die Betriebsaufgabe die logische „nicht plangemäße“ Konsequenz.

Zwar hat der Gesetzgeber die Möglichkeit implementiert, einen Sicherstellungszuschlag zu erheben, dieser ist allerdings an enge Voraussetzungen gebunden.⁶

Dieses Nebeneinander eines wettbewerblichen und eines planerischen Systems sowie die Zunahme der detaillierten Regularien und normativen Rahmenseetzungen der gesetzlich geregelten Selbstverwaltungsebene beeinträchtigen die Krankenhausplanung. Die zunehmend ambulante Ausrichtung der Krankenhäuser ist darüber hinaus ein Indiz dafür, dass die Bedarfsplanung sektorübergreifend erfolgen sollte.⁷ Die Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen an der Krankenhausplanung ist ohne sektorübergreifendes Konzept nicht ausreichend. Die beschriebene Ausgangssituation und der Rückzug der Länder aus der Investitionskostenfinanzierung (*Malzahn/Wehner 2010, 110f.*) führen dazu, dass die Vorgaben der bisherigen Krankenhausplanung durch die tatsächliche Situation der stationären Versorgung überholt werden (*SVR 2007, 309*). Die 80. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat dies auch erkannt und darauf mit ihren Eckpunkten reagiert (*GMK 2007, 2*). Darin wird konstatiert, dass die Detailtiefe der Krankenhausplanung in der Letztverantwortung der Länder zugunsten einer Rahmenplanung reduziert werden kann (*SVR*

⁶ Voraussetzung ist zum einen, dass ein vorgehaltenes Leistungsangebot, welches nur gering bzw. unregelmäßig genutzt wird, aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs und der damit einhergehenden geringen Auslastung über die Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar ist. Zum anderen muss dieses Leistungsangebot des Krankenhauses unter Berücksichtigung benachbarter Krankenhäuser zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig sein. Darüber hinaus ist zu prüfen, ob die Leistung durch ein anderes geeignetes Krankenhaus ohne Zuschlag erbracht werden kann (*Tuschen/Trefz 2009, 263*).

⁷ Vgl. zur Erforderlichkeit einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung auch *GMK 2010, 1f.*

2007, 311; AOLG 2007, 4). Vorstellbar ist eine Rahmenplanung, bei der sich die Planungsbehörden zunehmend aus konkreten Planungsentscheidungen zurückziehen und beispielsweise nur Fachgebiete ohne Teilgebiete oder Subspezialisierungen verplant werden (*Kortevob/Krafft 2009, 403; Goedereis 2009, 246*). In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, in welchen Bundesländern welche Art von Planungsverfahren angewendet wird.

2.3 Vergleich der Planungspraxis der Bundesländer

2.3.1 Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Krankenhausplanung

Die Planungspraxis der Bundesländer ist sehr heterogen, es lassen sich aber auch Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Planungsprozesse erkennen. Die Unterschiede liegen in den Beteiligten, den zuständigen Gremien, dem Planungsverfahren, dem Planungsgegenstand nach Planungstiefe und -breite sowie der Verwendung von Qualitätskriterien und angestrebten Mindestauslastungsquoten (*siehe Tabelle 1*). Informationen hierzu sind insbesondere aus den einzelnen Krankenhausplänen der Bundesländer und der jährlich erscheinenden Broschüre der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ zu entnehmen.

An der Krankenhausplanung beteiligt sind neben der zuständigen Landesbehörde vorwiegend die Landeskrankenhausgesellschaft und

die Landesverbände der gesetzlichen und privaten Krankenkassen bzw. ihre Arbeitsgemeinschaften. Diese Beteiligung ist allerdings eher sekundär in Form eines Anhörungs- bzw. Klagerechts bei bzw. nach Planungsentscheidungen (*Jacobs/Schulze 2010, 25*). In der Regel existieren in den Ländern sogenannte Krankenhausplanungsausschüsse, in denen die vorgenannten Beteiligten vertreten sind (*Goede-reis 1999, 118*) und in denen der Krankenhausplan beraten und in Abhängigkeit einvernehmlicher Lösungen erstellt wird. Variationen gibt es aber auch hier. In Brandenburg werden beispielsweise statt eines Krankenhausplanungsausschusses sogenannte Landes- und Gebietskonferenzen gebildet, die Vorschläge zum Krankenhausplan machen können. In Hessen findet dagegen eine Aufteilung nach Versorgungsgebieten statt, für die regionale Versorgungskonferenzen gebildet werden. Daneben partizipieren in einigen Bundesländern die Landesärztekammer, die Kassenärztliche Vereinigung sowie die Verbände der Kommunen, Landkreise und Städte bzw. Bezirke. Darüber hinaus werden teilweise auch Krankenhausträger, Berufsverbände, Gewerkschaften sowie weitere gesundheitspolitische Verbände des jeweiligen Bundeslandes einbezogen (*DKG 2009*).

Tabelle 1: Übersicht über die Krankenhausplanung je Bundesland nach Planungsverfahren und ausgewählten Planungsinhalten*

Bundesland	Detailplanung: Planbetten je Fachdisziplin und Standort	Rahmenplanung: Gesamtbetten je Standort bzw. Versorgungsgebiet	Qualitätskriterien	Auslastungsgrad (i. d. R. Somatik) ^{a)}	Auslastungsgrad Kinder/Jugendmedizin	Auslastungsgrad Psychiatrie/ Psychosomatik	Aktualität des Krankenhausplans
Baden-Württemberg	X		Strukturqualität	80 % – 85 %	75 %	90 %	2000
Bayern	X		nein, außer Palliativ	85 %	75 %	90 %	2009
Berlin	X		Qualitätsvorgaben	80 % – 90 %	75 %	90 %	2006
Brandenburg		X	Verweis auf G-BA Perinatologie	85 %	80 %	90 %	2008
Bremen	X		nein	87 % ^{b)}	80 %	nicht bekannt	2006-2009
Hamburg	X		nein	80 % – 90 % ^{d)}	75 %	90 %	2010
Hessen	X ^{c)}		ja	80 % – 90 % ^{b),d)}	75 %	90 %	2009
Mecklenburg-Vorpommern	X		Qualitätsanforderungen	85 %	75 %	90 %	2005
Niedersachsen	X		nein	85 %	90 %	90 %	2009
Nordrhein-Westfalen		X	Strukturqualität	77,5 % – 87,5 % ^{d)}	75 %	keine Angabe	2001
Rheinland-Pfalz	X		Strukturvorgaben	70 % – 85 % ^{d)}	75 %	keine Angabe	2003
Saarland	X		Mindestmenge Geburtshilfe	85 %	75 %	90 %	2006-2010
Sachsen		X	nein	80 % – 88 %	75 %	90 %	2010
Sachsen-Anhalt		X	Rahmenvorgaben	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	2008
Schleswig-Holstein		X	nein	86 % – 90 %	75 % – 80 %	88 % – 90 %	2009
Thüringen	X		Entwicklung von Strukturqualität	85 %	75 %	90 %	2006

* Die Vergleiche zur Planungspraxis der Bundesländer basieren überwiegend auf einer Synopse der Planungsansätze aus der DKG-Broschüre „Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern“ mit Stand Juli 2009. Diese Broschüre wird in enger Zusammenarbeit mit den Landeskrankengesellschaften regelmäßig aktualisiert. Die darin gemachten Angaben wurden stichprobenartig überprüft. Mögliche aktuellere Entwicklungen sind nicht berücksichtigt.

a) Ohne Belegabteilung; b) Ausnahmen in einzelnen Fachgebieten; c) ohne Standort; d) in Abhängigkeit der Verweildauer

Quelle: GEBERA 20009, DKG 2009

Wido 2011

Üblicherweise werden in den Krankenhausplänen Standorte, vorzuhaltende Fachgebiete und Ausbildungsstätten der Krankenhäuser ausgewiesen. In der Regel enthalten sie auch Aussagen über Versorgungsstufen und Trägerschaft der Krankenhäuser. Sofern Bettenkapazitäten ausgewiesen sind, werden diese einem Krankenhaus insgesamt oder differenziert nach Fachabteilungen zugeordnet. Aktuell findet überwiegend eine Detailplanung statt, bei der Krankenhausstandorte festgelegt und der Bettenbedarf in Planbetten nach Fachgebieten angegeben wird (*SVR 2007, 309*). Dabei können Details für Subdisziplinen wie Kardiologie als Teilgebiet der Inneren Medizin angegeben werden (*Goedereis 1999, 120*). In Bayern werden die Krankenhäuser beispielsweise nach Standort, Bettenzahl und teilstationären Plätzen sowie Fachrichtungen und Versorgungsstufen ausgewiesen (*DKG 2009, 26*). Davon abweichend existieren in den Bundesländern Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein Rahmenvorgaben. Darunter fällt auch die Planung nach Gesamtbetten je Standort oder Versorgungsbereich, d. h. häufig werden Fachabteilungen ausgewiesen, aber ein Bettenzahlbezug auf die Fachdisziplin erfolgt nicht (*GEBERA 2009, 6*). Damit unterscheidet sich der Detaillierungsgrad der Planungsvorgaben erheblich. Die Bundesländer scheinen unterschiedlich intensiv regulativ einzugreifen. Eine detaillierte und systematische Berücksichtigung komplementärer Versorgungsbereiche wie im ambulanten Bereich findet sich in den Krankenhausplänen nicht. Auch Extremvarianten wie eine reine Leistungsplanung auf Basis von DRGs oder Fallzahlen oder reine Rahmenvorgaben ohne nähere Konkretisierung finden sich in keinem Bundesland, obwohl entsprechende Verfahren in der Vergangenheit diskutiert wurden (*GEBERA 2009, 6*). Aktuell übernehmen die Bundesländer die strukturelle Rahmenplanung bis hin zur Detailplanung. Die Leistungsplanung erfolgt aber zwischen den Krankenkassen und Krankenhäusern, denn sie vereinbaren unter anderem Mengen und

Schweregrade. Die Auswirkung dieser Leistungsplanung, sofern sie einzelne DRGs betrifft, ist allerdings begrenzt, weil es für die Vergütungshöhe grundsätzlich nicht relevant ist, ob eine DRG-Leistung vereinbart ist oder nicht. Für die Vergütungshöhe ist am Ende nur entscheidend, ob die tatsächlich realisierte Summe der Relativgewichte aller abgerechneten DRG-Leistungen (Casemix) eines Abrechnungszeitraums größer oder kleiner als der entsprechende vereinbarte Wert ist. Weicht der vereinbarte vom tatsächlich umgesetzten Betrag ab, greifen Mehr- bzw. Mindererlösausgleiche auf den Differenzbetrag (*vgl. § 4 Abs. 3 KHEntgG*).

Eine Krankenhausplanung nach Qualitätskriterien ist derzeit nur in sehr geringem Umfang vorhanden. Sechs Bundesländer nennen gar keine Kriterien, Vorgaben oder Anforderungen zu Qualitätsaspekten im Krankenhausplan. In den übrigen Ländern werden Qualitätskriterien zumindest erwähnt, ohne dass konkrete Auswirkungen auf die Vergütung erfolgen. Insbesondere wird angeführt, dass die Forderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Strukturqualität und zu Mindestmengen zu erfüllen und als überwiegend verbindliche Vorgabe anzusehen sind. Die Länder selbst wollen zukünftig eine Krankenhausplanung, die Qualitätskriterien verstärkt berücksichtigt (*AOLG 2007, 4*). Die Neuausrichtung hin zu einer an Qualitätskriterien orientierten Krankenhausplanung wurde als ordnungspolitische Ausrichtung auf der 80. GMK vereinbart. Dabei wurde die Etablierung langfristig gesicherter Qualitätskriterien als Voraussetzung für einen Preiswettbewerb beispielsweise durch ein bundesweites und einheitliches Zertifizierungsverfahren als Eckpunkt aufgenommen (*GMK 2007, 3; SVR 2007, 311*). Auch Qualitätsindikatoren sollen als Instrument zur sektorübergreifenden Leistungsbewertung genutzt werden (*GMK 2010, 6*). Die Frage, welche Konsequenzen es hat, wenn die Qualitätsziele nicht erreicht werden, muss allerdings noch

beantwortet werden. Gesetzlich ist beispielsweise schon jetzt geregelt, dass bei Nichterreichen der Mindestmengen und einem dem Krankenhaus drohenden Verbot, eine bestimmte Leistung zu erbringen, die zuständige Landesbehörde Ausnahmeregelungen treffen kann, sofern die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung gefährdet ist. Die Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V sind hingegen als absolute Vorgaben anzusehen. Damit setzen die Beschlüsse des G-BA in bestimmten Bereichen qualitative Mindeststandards, die nur in Ausnahmefällen bei Mindestmengen durch die Länder modifiziert werden können. Eine weitere effektive Wirkung auf die Versorgung haben die zwingend zu erfüllenden Strukturqualitätsvorgaben einiger Operationen- und Prozedurenschlüssel wie beispielsweise für die Erbringung der neurologischen Frührehabilitation. Diese sind für die Abrechnung der jeweiligen DRG unbedingte Voraussetzung.

Die Bettenbedarfsermittlung für das Bundesland und die Krankenhäuser erfolgt vorwiegend nach der (modifizierten) Hill-Burton-Formel (SVR 2007, 309),⁸ die die Planungsparameter Einwohner, Fallzahl, Verweildauer und Auslastungsgrad einbezieht. Dabei werden generell empirische Daten fortgeschrieben bzw. aufbauend darauf Prognosen abgeleitet. Zum Teil sind diese Planungsansätze damit retrospektiv ausgerichtet, berücksichtigen aber prognostische Faktoren und Morbiditätsanalysen (GMK 2010, 4). Das resultierende Bettenvolumen wird im Nachhinein auf die einzelnen Einrichtungen verteilt (Goede-

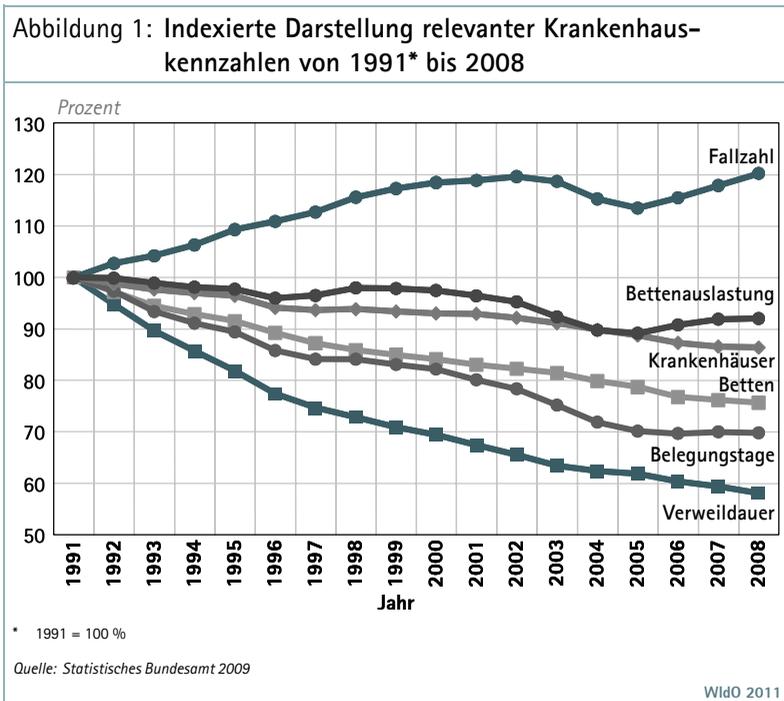
⁸ Zur Kritik an der Bettenbedarfsformel siehe beispielsweise Goedereis (1999, 152f.). Aktuell werden auch verschiedene andere Ansätze diskutiert, die auf Basis mehrerer Gutachten zur Bettenbedarfsermittlung entstanden sind. Diese haben sich nur zum Teil in der Krankenhausplanung durchgesetzt (DKG 2009, 13).

reis 1999, 122). Insgesamt ist bei der Anwendung der Bettenbedarfsformel kritisch zu bewerten, dass starke Tendenzen zur Fortschreibung der Ist-Strukturen bestehen. Der tatsächliche medizinische Bedarf wird nicht explizit ermittelt, es erfolgt allerdings ein Einbezug der Krankenhaushäufigkeit. Exogen vorgegeben für die Bettenbedarfsformel ist der allgemeine Bettennutzungsgrad. In vielen Bundesländern wird laut Krankenhausrahmenplan unter Berücksichtigung von Belegungsschwankungen 85 % für die Somatik als Normalauslastung und damit als Maßstab für eine bedarfsgerechte Versorgung angegeben (Weigl 2008, 2). Manche Bundesländer wie Bremen (87 %) weisen einen anderen, davon geringfügig abweichenden Auslastungsrichtwert aus. Andere geben verweildauerabhängige (Hessen, Nordrhein-Westfalen) oder fachabteilungsbezogene Auslastungsgrade (Baden-Württemberg, Berlin, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein) vor. Divergierende angestrebte Mindestauslastungsquoten werden bei der Kinder- und Jugendmedizin (überwiegend 75 oder 80 %) und in den psychiatrischen und psychosomatischen Fachdisziplinen (90 %) angegeben (siehe Tabelle 1).

2.3.2 Überprüfung der Zielerreichung der Krankenhausplanung anhand der Kapazitätsinanspruchnahme

In diesem Zusammenhang bietet eine vergleichende Betrachtung der tatsächlichen Bettenauslastung mit den angestrebten Mindestauslastungsquoten eine Möglichkeit, die Zielerreichung der Krankenhaus-

planung anhand des Kriteriums Nutzungsgrad zu bewerten.⁹ Die Abbildung 1 zeigt dazu zunächst die wesentlichen Kennzahlen des Krankenhaussektors (Statistisches Bundesamt 2009a) von 1991 bis 2008.



Beeindruckend ist die Fallzahlentwicklung mit einem Anstieg von 20 % gegenüber dem Ausgangsjahr 1991. Am stärksten zurückgegangen ist hingegen die Verweildauer – um 42 % von 14 Tagen im Jahr

⁹ Die Bettenauslastung bzw. der Nutzungsgrad gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in vom Hundert an. Hierzu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt.

1991 auf 8,1 Tage im Jahr 2008.¹⁰ Die Bettenauslastung weist 2008 mit einem Wert von 77,4 % nun das dritte Jahr in Folge einen mäßigen Anstieg auf. Insgesamt ist im Betrachtungszeitraum aber ein Rückgang der Bettenauslastung von 8 % zu beobachten – trotz eines Bettenabbaus von 24 %. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass der Abbau von Überkapazitäten auf lange Sicht noch nicht ausreichend erfolgt ist (*SVR 2007, 412; SVR-Wirtschaft 2008, 14*). Dabei ist es zunächst unerheblich, ob der Abbau überkapazitärer Betten durch Schließungen ganzer Krankenhäuser oder Abteilungen oder durch anteilige Bettenkürzungen in allen Krankenhäusern stattfand.

Diese bundesweite Betrachtung zeigt, dass über die staatliche Krankenhausplanung keine zielkonforme Kapazitätssteuerung für die bedarfsgerechte Versorgung zur Erreichung der Mindestauslastungsquoten im Jahr 2008 (und in den Vorjahren) erfolgte. Der von den meisten Bundesländern vorgegebene Mindestauslastungsgrad von 85 % wird national gesehen um 7,6 % unterschritten. Daraus kann geschlossen werden, dass die Betten, für die die vorgegebene Mindestauslastung unterschritten wurde, Potenzial für den Abbau von Überkapazitäten darstellen.¹¹ Anders als in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung existiert im stationären Bereich keine konkrete Definition von Über- und Unterversorgung, sodass der Vergleich von tatsächlicher und normativ vorgegebener Bettenauslastungsquote lediglich

¹⁰ Im Vergleich der OECD-Länder für das Jahr 2007 lag Deutschland mit einer durchschnittlichen Verweildauer für Akutfälle von 7,8 Tagen oberhalb des OECD-Durchschnitts von 6,5 Tagen (*OECD 2009, Folie 25*).

¹¹ Verfolgt man diesen Gedanken weiter, relativiert sich der Ärztemangel im Krankenhausbereich. Statt der nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft 5.000 dauerhaft offenen Arztstellen in den Krankenhäusern (*DKG 2010*) sind vielmehr mindestens 5 % stationäre Überkapazitäten abzubauen.

Hinweise auf Über- und Unterversorgung gibt (*Jacobs/Schulze 2010, 25*). Zu beachten ist jedoch, dass die Krankenhausplanung nicht nur die Mindestauslastung der Plankrankenhäuser berücksichtigt, denn in die Berechnung des tatsächlichen Auslastungsgrads gehen neben den Planbetten der Plankrankenhäuser beispielsweise auch Betten der Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag (Vertragsbetten) nach § 108 Nr. 3 SGB oder Betten der Hochschulkliniken ein, was ggf. zu Verzerrungen führen kann. Mit einer Anzahl von 443.000 stellten 2008 die nach KHG geförderten Planbetten ca. 90 % der Gesamtbettenzahl von ca. 500.000 Betten dar. Generell ist aber nicht davon auszugehen, dass die übrigen Bettenkategorien sehr viel geringer als die Planbetten ausgelastet sind und die tatsächliche Auslastung der Planbetten somit auf einem viel höheren Niveau liegen würde. In der Regel erfolgt für Vertrags- und sonstige Betten keine Investitionsförderung durch das Land, womit die Kostendeckung vorwiegend über die Auslastung erfolgen muss.¹² Zu berücksichtigen ist weiterhin, dass der tatsächlich errechnete Bettenauslastungsgrad über alle Betten nicht nach Fachdisziplinen wie Kinder- und Jugendmedizin unterscheidet, für die in fast allen Ländern ein geringerer Auslastungswert von ca. 75 % vorgegeben ist. Dagegen steht aber die viel höhere, normativ gesetzte Mindestauslastung von ca. 90 % im psychiatrischen und psychosomatischen Bereich, die unter Einbezug aller Bettenkategorien

¹² Anspruch auf Förderung haben nach § 8 Abs. 1 KHG die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser (Plankrankenhäuser). Das Statistische Bundesamt weist in den Übersichten zu den sachlichen Ausstattungen der Krankenhäuser die aufgestellten Betten aus. Dabei wird u. a. zwischen Betten, die bei der Bewilligung der Fördermittel nach dem KHG (§ 8 Abs. 1) zugrunde gelegt werden, und den Vertragsbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V unterschieden (*Statistisches Bundesamt 2009a*). Die Vertragsbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V stellen alle nicht geförderten aufgestellten Betten dar, für die Verträge mit den Krankenkassen über die Gewährung von Krankenhausbehandlung vorliegen (*Statistisches Bundesamt 2009b, 11*).

bei weitem nicht erreicht wird. Es ist anzunehmen, dass beide Sachverhalte in ihrer Wirkung eher gering sind und daher vernachlässigt werden können.

Analog zu den heterogenen Planungsverfahren in den Bundesländern haben auch die Anstrengungen um den Bettenabbau zu unterschiedlichen Ergebnissen geführt. Insgesamt ist der für Deutschland dargestellte Trend der Entwicklung der Krankenhauskennzahlen – hier Bettenentwicklung und Bettenauslastung – auch in den Bundesländern nachvollziehbar, variiert allerdings in seinem Ausmaß (*siehe Tabelle 2a und 2b*).

Entwicklung der Bettenzahl

In allen neuen Bundesländern sowie Stadtstaaten liegen die Veränderungsraten der Bettenzahlentwicklung des Jahres 2008 im Vergleich zu 1991 deutlich über dem Bundesdurchschnitt. In den Stadtstaaten wurde ein Viertel des Bettenbestandes von 1991 abgebaut, in den neuen Bundesländern sogar fast jedes dritte Bett. In Berlin betraf die Bettenreduktion sogar jedes zweite Bett (ca. 20.500 Betten, -51,4 %). Betrachtet man lediglich den Fünf-Jahres-Zeitraum von 2004 bis 2008, zeigt sich, dass das Land Nordrhein-Westfalen mit ca. 7.700 Betten absolut gesehen am meisten Betten abgebaut hat. Der stärkste prozentuale Gesamtbettenabbau ist seit 2004 im Saarland (-9,3 %), in Bremen (-9,2 %), Niedersachsen (-7,9 %) und Sachsen (-7,7 %) zu verzeichnen. Zu gleichen Ergebnissen kommt man bei der Betrachtung der Entwicklung der nach KHG geförderten Betten. Allerdings ist der Abbau der Gesamtbetten in Bremen stärker als die Reduktion der Planbetten. In den anderen drei genannten Ländern war der Abbau der Planbetten überproportional zur Minderung der Gesamtbetten. Mecklenburg-Vorpommern ist das einzige Land, das von 2004 bis 2008 die Gesamtbettenzahl aufgestockt hat (1,3 %).

Entwicklung der Bettenauslastung

Der Bettenabbau führte im Betrachtungszeitraum 1991 bis 2008 in den neuen Bundesländern zu einer höheren Bettenauslastung, in den übrigen Bundesländern ist die Bettenauslastung dagegen zurückgegangen (*vgl. auch Statistisches Bundesamt 2008, 7*). Den stärksten Sprung in der Bettenauslastung hat Brandenburg zu verzeichnen, wo sich die Inanspruchnahme um 10,8 % von 72,5 % in 1991 auf 80,3 % in 2008 erhöht hat. Im Zeitraum 2004 bis 2008 fällt auf, dass Mecklenburg-Vorpommern als einziges Land Betten aufgebaut und im gleichen Zeitraum die Bettenauslastung vermindert hat (-1,3 %). Eine relative Reduktion der Bettenauslastung verzeichnete darüber hinaus nur noch Sachsen-Anhalt (-0,8 %). Den höchsten prozentualen Zuwachs an Kapazitätsauslastung in Höhe von 8,6 % weist im Bundeslandvergleich Hamburg auf.

Die sehr unterschiedlichen Bemühungen der Länder zum Bettenabbau haben in den letzten Jahren nur zu einer marginalen Erhöhung der Bettenauslastung geführt. Unterstellt man eine generelle normative Mindestauslastung von 85 %, sind in 2008 in keinem Bundesland außer dem Saarland (85,1 %) die Betten mit einer derartigen Quote ausgelastet. Auch die Abweichungen von der in den landesindividuellen Krankenhausplänen angegebenen Normauslastung zur tatsächlich realisierten Inanspruchnahme sind teilweise sehr hoch. Dies hängt aber davon ab, welche Soll-Auslastungsquote als Vergleichsindex herangezogen wird. Eine mögliche Analysevariante ist, dass in den Bundesländern, in denen ein fachgebiets- oder verweildauerabhängiger Auslastungsgrad vorgegeben ist, lediglich die niedrigste vorgeschriebene Mindestauslastung mit der Ist-Auslastung verglichen wird. Dieser Ansatz illustriert, dass lediglich vier Bundesländer – Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz und das Saarland – die Soll-Auslastung erreichen oder überschreiten. Die Ursache liegt insbesondere in der

Vorgabe einer sehr niedrigen unteren Schwelle der Mindestauslastung begründet, die 80 % oder in Rheinland-Pfalz sogar nur 70 % beträgt. Interessanterweise sind Hamburg, das Saarland und Berlin auch die drei Länder, die die höchsten durchschnittlichen Kosten je Behandlungsfall aufweisen. Rheinland-Pfalz liegt hingegen im unteren Mittelfeld.¹³ Wird stattdessen der jeweils höchste vorgegebene Auslastungsgrad zugrunde gelegt, zeigt sich in allen Ländern außer dem Saarland eine Unterauslastung der Kapazitäten. Die größte Unterschreitung der Planvorgabe der Länder mit einer allgemeinen fachgebietsunabhängigen Auslastungsvorgabe hat dabei Bremen (-9,2 %), gefolgt von Bayern (-7,9 %), obwohl beide Bundesländer in den Jahren 2004 bis 2008 im Vergleich zum Durchschnitt einen überproportionalen bzw. nahezu durchschnittlichen Bettenabbau veranlasst haben.¹⁴

Insgesamt drängt sich ein kausaler Zusammenhang zwischen Bettenzahl und Überkapazitäten bei Nichterreichen der Mindestauslastung förmlich auf. Es scheint grundsätzlich schwierig, mit den derzeitigen Verfahren der Krankenhausplanung genau die Kapazitäten zu prognostizieren, die auch beansprucht werden. Schwankungen der Inanspruchnahme der Kapazitäten, insbesondere der Reservekapazitäten, sind als gegeben anzusehen und auf diese Art nicht „wegzuplanen“. Die zum Teil großen Abweichungen von der Normauslastung in man-

¹³ Die durchschnittlichen bereinigten Kosten je Krankenhausbehandlungsfall (einschließlich Aufwendungen für den Ausbildungsfonds) belaufen sich in Hamburg auf 4.137 Euro, im Saarland auf 3.997 Euro, in Berlin auf 3.962 Euro und in Rheinland-Pfalz auf 3.487 Euro (*Statistisches Bundesamt 2009c*).

¹⁴ Eine noch gründlichere Vorgehensweise wäre der Vergleich des tatsächlichen Nutzungsgrades der jeweiligen Bettenkategorien mit der entsprechenden bundeslandindividuellen Auslastungsvorgabe der Betten je Fachabteilung oder Verweildauer. Diese Informationen liegen aber aktuell so detailliert nicht vor.

chen Bundesländern legen aber die Frage nahe, ob die aktuelle staatliche Planung anders ausgestaltet werden muss.

Tabelle 2a: Bettenanzahl ^{a)} je Bundesland im Vergleich zur Normauslastung laut Krankenhausplan									
Bundesland	1991	1995	1999	2004	2008	absolute Veränderung 2008–1991	relative Veränderung 2008–1991	absolute Veränderung 2008–2004	relative Veränderung 2008–2004
Baden-Württemberg	68.962	67.904	64.523	62.387	59.224	-9.738	-14,1 %	-3.163	-5,1 %
Bayern	87.914	86.407	83.718	79.674	75.499	-12.415	-14,1 %	-4.175	-5,2 %
Berlin	39.895	33.785	24.170	20.531	19.407	-20.488	-51,4 %	-1.124	-5,5 %
Brandenburg	22.918	16.967	16.430	15.534	15.242	-7.676	-33,5 %	-292	-1,9 %
Bremen	7.291	6.955	6.360	5.877	5.336	-1.955	-26,8 %	-541	-9,2 %
Hamburg	15.292	14.563	13.650	11.848	11.426	-3.866	-25,3 %	-422	-3,6 %
Hessen	43.620	41.428	40.527	37.059	35.218	-8.402	-19,3 %	-1.841	-5,0 %
Mecklenburg-Vorpommern	16.008	12.526	11.510	10.390	10.525	-5.483	-34,3 %	135	1,3 %
Niedersachsen	55.804	53.332	48.452	45.518	41.905	-13.899	-24,9 %	-3.613	-7,9 %
Nordrhein-Westfalen	160.128	150.431	136.716	130.489	122.803	-37.325	-23,3 %	-7.686	-5,9 %
Rheinland-Pfalz	28.979	28.824	27.767	25.780	25.588	-3.391	-11,7 %	-192	-0,7 %
Saarland	9.461	8.623	8.101	7.351	6.671	-2.790	-29,5 %	-680	-9,3 %
Sachsen	42.761	31.668	29.994	28.507	26.316	-16.445	-38,5 %	-2.191	-7,7 %
Sachsen-Anhalt	25.572	19.617	18.689	17.332	16.622	-8.950	-35,0 %	-710	-4,1 %
Schleswig-Holstein	18.192	16.999	16.706	16.297	15.624	-2.568	-14,1 %	-673	-4,1 %
Thüringen	22.768	19.094	17.955	16.759	15.954	-6.814	-29,9 %	-805	-4,8 %
Bund	665.565	609.123	565.268	531.333	503.360	-162.205	-24,4 %	-27.973	-5,3 %

a) Die Zahlen für Bund stammen aus den Grunddaten der Krankenhäuser 2008, die bundeslandspezifischen Angaben aus den Grunddaten der Krankenhäuser des jeweiligen Jahres. Zum Teil sind Abweichungen beinhaltet. Die Bettenzahl beinhaltet alle Bettenkategorien.

b) Die in den Krankenhausplänen vorgegebene Mindestausstattung variiert bspw. nach Fachabteilung oder Verweildauer. Daher sind in der Tabelle z. T. Spanneiten angegeben.

c) Die Abweichung des tatsächlichen Nutzungsgrads von der oberen Schwelle der Normauslastung ergibt in allen Ländern bis auf dem Saarland eine Unterauslastung der Kapazitäten.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009a, DKG 2009

WILDO 2011

Tabelle 2b: Bettenauslastung^{a)} je Bundesland im Vergleich zur Normauslastung laut Krankenhausplan

Bundesland	1991 ^{a)}	1995 ^{a)}	1999 ^{a)}	2004	2008	relative Veränderung 2008-1991	relative Veränderung 2008-2004	Normauslastung ^{b)}	Abweichung der Ist-Auslastung von der unteren Schwelle der Normauslastung in 2008
Baden-Württemberg	85,3 %	82,4 %	81,7 %	74,3 %	74,5 %	-12,7 %	0,3 %	80 % - 85 %	-5,5 %
Bayern	84,6 %	83,1 %	83,7 %	74,1 %	77,1 %	-8,8 %	4,1 %	85 %	-7,9 %
Berlin	86,4 %	87,0 %	83,9 %	80,7 %	82,0 %	-5,1 %	1,6 %	80 % - 90 %	2,0 %
Brandenburg	72,5 %	80,2 %	83,2 %	79,1 %	80,3 %	10,8 %	1,6 %	85 %	-4,7 %
Bremen	87,9 %	81,6 %	78,7 %	75,9 %	77,8 %	-11,5 %	2,5 %	87 %	-9,2 %
Hamburg	87,3 %	81,3 %	81,2 %	75,5 %	82,0 %	-6,1 %	8,6 %	80 % - 90 %	2,0 %
Hessen	85,8 %	82,4 %	79,0 %	73,3 %	76,9 %	-10,4 %	4,9 %	80 % - 90 %	-3,1 %
Mecklenburg-Vorpommern	76,5 %	79,9 %	80,4 %	79,9 %	78,8 %	3,1 %	-1,3 %	85 %	-6,2 %
Niedersachsen	86,5 %	80,1 %	82,5 %	77,7 %	81,0 %	-6,3 %	4,3 %	85 %	-4,0 %
Nordrhein-Westfalen	86,9 %	80,9 %	81,1 %	74,6 %	75,7 %	-12,9 %	1,5 %	77,5 % - 87,5 %	-1,8 %
Rheinland-Pfalz	87,2 %	80,7 %	78,3 %	72,0 %	72,9 %	-16,4 %	1,3 %	70 % - 85 %	2,9 %
Saarland	88,4 %	84,0 %	83,4 %	79,7 %	85,1 %	-3,8 %	6,8 %	85 %	0,1 %
Sachsen	75,8 %	80,6 %	84,6 %	77,2 %	79,3 %	4,7 %	2,8 %	80 % - 88 %	-0,7 %
Sachsen-Anhalt	75,2 %	81,6 %	81,4 %	77,4 %	76,8 %	2,1 %	-0,8 %	keine Angabe	keine Angabe
Schleswig-Holstein	89,0 %	83,7 %	83,7 %	77,1 %	81,0 %	-9,0 %	5,1 %	86 % - 90 %	-5,0 %
Thüringen	74,5 %	77,6 %	81,7 %	75,5 %	78,1 %	4,8 %	3,4 %	85 %	-6,9 %
Bund	84,1 %	82,1 %	82,2 %	75,5 %	77,4 %	-8,0 %	2,5 %	-	-

a) Die Zahlen für Bund stammen aus den Grunddaten der Krankenhäuser 2008, die bundeslandspezifischen Angaben aus den Grunddaten der Krankenhäuser des jeweiligen Jahres. Zum Teil sind Abweichungen beinhaltet. Die Bettenzahl beinhaltet alle Bettenkategorien.
b) Die in den Krankenhausplänen vorgegebene Mindestausstattung variiert bspw. nach Fachabteilung oder Verweildauer. Daher sind in der Tabelle z. T. Spannweiten angegeben.
c) Die Abweichung des tatsächlichen Nutzungsgrads von der oberen Schwelle der Normauslastung ergibt in allen Ländern bis auf dem Saarland eine Unterauslastung der Kapazitäten.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2000/9a, DKG 2009

WiDO 2011

2.4 Weiterentwicklung der Krankenhausplanung

2.4.1 Bisherige ordnungspolitische Konzeptionen und Ansätze

Im Rahmen der Diskussion um Selektivverträge mit den stationären Leistungserbringern wurde schon frühzeitig darauf hingewiesen, dass ein wettbewerblich ausgerichtetes Vergütungssystem mit einem System von staatlicher Versorgungsplanung nicht kompatibel ist (*Leber/Malzahn/Wolff 2007, 102 ff.*). Die Länder sehen darüber hinaus die Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung für alle Bürger durch die Tendenz zu Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern gefährdet (*GMK 2010, 1*). Beim kollektiven System erfolgt die Leistungsplanung von Krankenhaus und Krankenkasse auf Basis der vorgegebenen staatlichen Kapazitätssteuerung, während beim selektiven Kontrahieren Krankenkasse und Krankenhaus über die Bereitstellung (von Kapazitäten) und die Vergütung der Krankenhausleistungen verhandeln. Um Unterversorgung zu vermeiden, sollte der Staat verstärkt eine Gewährleistungs- statt eine Erfüllungsverantwortung übernehmen. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) formulierte im Jahr 2007 folgende Prämissen für die zukünftige ordnungspolitische Ausrichtung der Krankenhausplanung hin zu einer Rahmenplanung (*SVR 2007, 418f.*):

- Das DRG-System wird nach dem Ablauf der Konvergenzphase als ein Fest- oder Höchstpreissystem mit einem einheitlichen Landesbasisfallwert weitergeführt. Durch dieses leistungsorientierte Vergütungssystem wird wirtschaftlich effizienten Krankenhäusern ermöglicht, Gewinne zu erzielen.

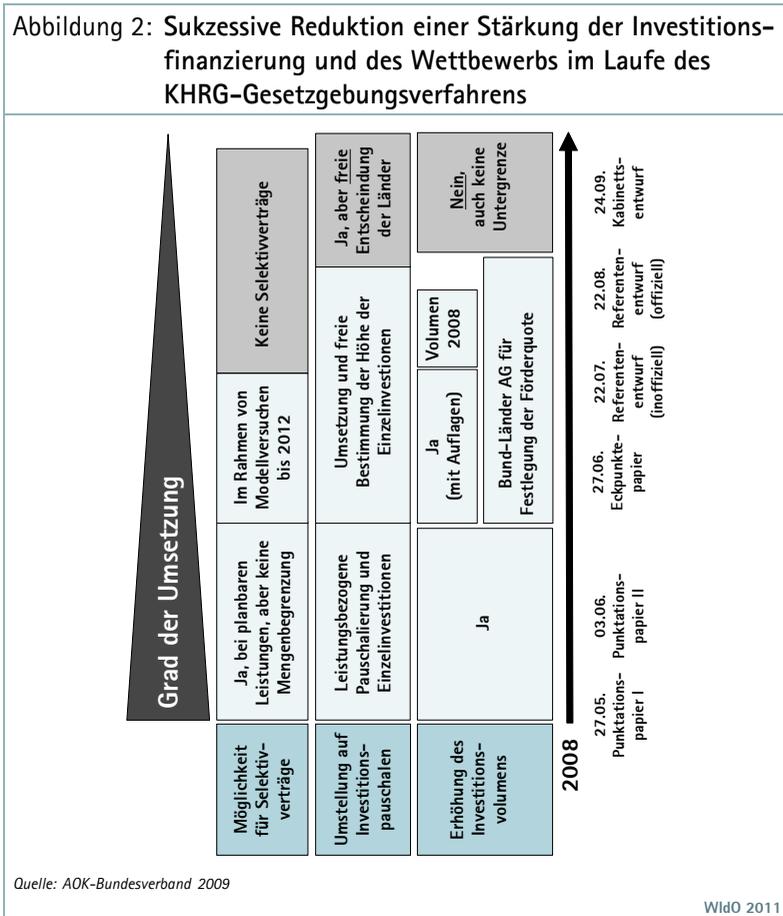
- Die duale Krankenhausfinanzierung wird von einer monistischen Variante abgelöst, in der die Investitionen aus den Vergütungen der Krankenhausleistungen finanziert werden. Dies würde die Planungssicherheit und -autonomie der Krankenhäuser bei Investitionsvorhaben erhöhen.¹⁵
- Integrierte Versorgung und selektives Kontrahieren entwickeln sich zu einem wesentlichen Bestandteil der Regelversorgung.

Der ordnungspolitische Rahmen für die Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 wurde durch das am 25.03.2009 in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vorgegeben. Den Prämissen des SVR für eine Anpassung der Krankenhausplanung wird das KHRG allerdings nur in einem Punkt gerecht: Das DRG-System wurde nach Ablauf der Konvergenzphase als Festpreissystem in den Regelbetrieb überführt (*Deutscher Bundestag 2008, 2*). Die beiden anderen Voraussetzungen – die Einführung einer monistischen Finanzierungsvariante verbunden mit leistungsbezogenen Investitionspauschalen sowie die Stärkung des selektiven Kontrahieren – waren zwar Bestandteile der ersten KHRG-Entwurfsversionen,¹⁶ wurden allerdings insbesondere aufgrund der Interventionen der Bundesländer (*GMK 2008*) nicht umgesetzt (*siehe Abbildung 2*). Die Länder waren darüber hinaus auch nicht bereit, das Volumen der Investitionsfinanzierung zu erhöhen oder den Status quo festzuschreiben (*Deutscher*

¹⁵ Dass die Finanzierung von Investitionen schon heute über Querfinanzierungen aus Eigenmitteln und unter anderem auch aus Pflegesätzen erfolgt, weil die Länder die Investitionsfinanzierung stark reduziert haben, wurde vielfach beschrieben (*Malzahn/Wehner 2010, 113 ff.*).

¹⁶ Ansätze zur Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern wurden u. a. auch als Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt (*vgl. Rürup et al. 2008*).

Bundestag 2009, 2). In der Vergangenheit war ein kontinuierlicher Rückgang der Investitionskostenförderung seitens der Bundesländer zu verzeichnen, was zu einer Finanzierungslücke bei den Krankenhausinvestitionen geführt hat. Deshalb ist davon auszugehen, dass Krankenhausinvestitionen aus den Vergütungen über die Pflegesätze teilweise refinanziert werden (Malzahn/Wehner 2010, 110 f.).



Bei optimistischer Betrachtung kann die Einführung leistungsbezogener Investitionspauschalen und die damit zusammenhängende Verpflichtung der Selbstverwaltung zur Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen (§ 10 KHG) über das KHRG als Grundlage für den ersten Schritt in Richtung monistische Finanzierung gesehen werden. Inhaltlich ist diese Entwicklung aber weder mit dem Thema Monistik noch mit der Verpflichtung zur Erhöhung oder Beibehaltung des Fördervolumens für Krankenhausinvestitionen verknüpft worden. Nach aktueller Gesetzeslage können die Länder frei entscheiden, ob sie die Investitionsbewertungsrelationen zur leistungsbezogenen Verteilung ihrer Investitionsmittel anwenden oder weiterhin die Einzel- und Pauschalförderung vorziehen. Damit bleiben sie sowohl hinsichtlich der Höhe der Investitionsmittel als auch des Verhältnisses von Pauschal- zur Einzelförderung völlig autonom (*Malzahn/Wehner 2009, 118 f.*).

Die Bundesländer bestehen auf ihren Planungsrechten, wollen sich jedoch nicht dazu verpflichten lassen, ihren Investitionsaufgaben in Anbetracht der Finanzierungslücke in angemessener Höhe nachzukommen. Diese Praxis könnte als Staatsversagen gewertet werden, da Sanktionsmöglichkeiten gegenüber den Bundesländern nicht bestehen – die Nichtfinanzierung bleibt für sie ohne Konsequenz. Möglicherweise gibt es dennoch Wege, das Verhalten der Länder rechtlich zu beeinflussen. Es wurde bisher nicht geklärt, ob beispielsweise der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds eine Basis für Prüfungen seitens des Bundesrechnungshofs darstellt. Sollte es Hinweise darauf geben, dass Krankenhausinvestitionen zweckwidrig aus den Mitteln des Gesundheitsfonds finanziert werden, müsste der Bundesrechnungshof einschreiten. Aktuell ist der Handlungsdruck für die Länder nicht übermäßig präsent. Denn zum einen ermöglichte 2009 das Konjunkturpaket II einen erheblichen Investitionszufluss für die Kranken-

häuser (*Burmann/Schwarz/Wehner 2009, 32; Deutscher Bundestag 2009, 3*). Zum anderen wurden den Krankenhäusern im gleichen Jahr Finanzhilfen in Millionenhöhe gewährt, wie die Steigerungsrate von 6,6 % je Versicherten bei den Ausgaben für Krankenhausleistungen im Vergleich zu 2008 belegt (*BMG 2010, 6*). Der finanzielle Druck bei den Kostenträgern wird hingegen mit drohenden Zusatzbeiträgen immer stärker. Auch die derzeit vermeintlich entspannte Finanzierungspraxis der Bundesländer für Krankenhausinvestitionen wird sicher wieder eskalieren, denn in der Bundespolitik reift zunehmend die Erkenntnis, dass bei den Ausgaben aus dem Gesundheitsfonds insgesamt gespart werden muss (*Thelen/Riedel 2010, 16*). Der Sparkurs wird vor den Leistungsausgaben der Krankenkassen für Krankenhausbehandlung nicht Halt machen. Damit werden auch Maßnahmen, um mögliche Quersubventionierungen für Investitionen aus der Betriebskostenfinanzierung seitens der Krankenkassen einzudämmen bzw. zu beenden, immer dringlicher. Vor diesem Hintergrund müssen mögliche Lösungsoptionen dargestellt und zügig umgesetzt werden.

2.4.2 Vorschläge für Eckpunkte einer zukünftigen Ausrichtung der Krankenhausplanung

Auf Basis seiner oben genannten Prämissen, die bislang nicht vollumfänglich realisiert wurden, hat der SVR im Jahr 2007 empfohlen, die Krankenhausplanung in eine Rahmenplanung mit drei zentralen Elementen weiterzuentwickeln.

- Die Länder lassen wie auch heute Krankenhäuser zur Versorgung zu. Dabei soll nicht mehr der eigentliche Bedarf geprüft, sondern

fokussiert die Qualität bewertet werden. Die Länder können im Rahmen der Zulassung Auflagen erteilen.

- Weiterhin übernehmen die Länder das Monitoring der Versorgungsstrukturen bezüglich der Kapazität, des Zugangs und der Qualität der erbrachten Leistungen.
- Außerdem erhalten sie ein Instrumentarium, um die Versorgung im Falle einer festgestellten oder drohenden Unterversorgung sicherzustellen. Dies kann über die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen erfolgen.

Auf dem Weg dahin sind im Wesentlichen ein ordnungspolitisches und ein inhaltliches planerisches Kernproblem zu lösen. Das ordnungspolitische Problem besteht unter anderem darin, die Machtbefugnisse zwischen zentralen bundespolitischen und dezentralen, auf Länderebene angesiedelten Strukturen und Entscheidungsbefugnissen auszutarieren. Klärungsbedürftig ist ebenfalls, wie normative Entscheidungen qualifiziert geprüft werden können. Mit anderen Worten: Zu klären ist, wie die „Gewaltenteilung“ operationalisierbar wird. Das ist mutmaßlich in einer abstrakten Diskussion nicht zu lösen, weil es nach wie vor an einem Ansatz mangelt, der die beschriebenen Hürden zufriedenstellend aus dem Weg räumt. Es ist zu bezweifeln, dass die Länder politischen Veränderungen zustimmen werden, wenn diese mit einem Verlust ihrer dezentralen Einflussmöglichkeiten einhergehen, ohne dass gleichzeitig eine konkret fassbare positive Neuausrichtung von Krankenhausplanung und -vergütung sichtbar wird. Insofern ist ein überzeugendes inhaltliches Konzept die notwendige Voraussetzung, um eine politische Lösung zu erreichen. Die GMK hat bereits erkannt, dass den Problemen der aktuellen Bedarfsplanung zu begegnen ist, indem Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigt werden und eine sektorübergreifende (Rahmen-)Planung ermöglicht wird (*GMK 2010, 1 und 6*).

Das inhaltliche Kernproblem besteht darin, Morbidität als Planungsparameter nutzen zu können, ohne dass die Leistungserbringer von einer hohen Morbidität profitieren. Da hohe Morbidität für die Leistungserbringer derzeit auch hohe Erlöse zur Folge hat, wird Morbidität als Planungsparameter durch finanzielle Anreize zwangsläufig stark verfälscht. So stieg die Anzahl der Hüftendoprothesen im Zeitraum von 2005 bis 2008 um ca. 10 % (*BQS 2006-2009*), was nicht nur mit demografischen Effekten erklärt werden kann. Es ist anzunehmen, dass die jährliche Steigerung von Mengen und Casemix in der stationären Krankenhausbehandlung um rund 3 % nicht ausschließlich Ausdruck einer Morbiditätszunahme ist, sondern auch Folge des Anreizes und damit unter anderem auch Ergebnis von Strategien, mit höherer Morbidität höhere Erlöse zu erzielen.

Bisherige leistungsplanerische Ansätze, die beispielsweise auf fachgebietsbezogene Morbiditätsanalysen auf der Ebene der DRG-Hauptgruppen (MDC) oder Basis-DRGs aufsetzen, gehen von dem aktuellen Vergütungssystem als gesetzt aus (*Platzköster et al. 2009, 429*). Zentral ist allerdings, wie ein entsprechendes Vergütungssystem ausgestaltet sein muss, um die richtigen Anreize für eine optimale Krankenhausstruktur zu setzen. Denn letztlich müssen die verantwortlichen Planungsinstitutionen Rahmenvorgaben für Leistungsmengen geben.¹⁷ Die Bundesländer hätten zukünftig lediglich eine Art Kontrollfunktion, um bei Abweichungen wie beispielsweise drohender

¹⁷ International werden die DRGs bereits zum Teil auch für die Krankenhausplanung genutzt (*Lüngen/Rath 2009, 142*). Es existieren Aussagen, dass eine Leistungsplanung auf Basis von DRG- oder Fallzahldaten als Eingriff in das Grundrecht der Krankenhäuser auf eine freie Berufsausübung (Art. 12 GG) gewertet werden könnte (*Brucknerberger 2003*). Insofern würde bei Umstellung auf eine solche Leistungsplanung die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage notwendig.

Unterversorgung ggf. zu intervenieren (*Platzköster et al. 2009, 429*). Im Notfallbereich kann die Leistungsplanung mit klassischen Instrumenten wie Rückgriff auf Altdaten geschehen. Angemessene Methoden zur Fortschreibung dieser Bedarfe können dafür entwickelt werden. In diesem Segment kann zunächst mit der Hill-Burton-Formel weitergearbeitet werden, weil die Fortschreibung der Vergangenheit bezüglich des Bedarfs in der Notfallversorgung nicht so strategiefähig wie die Morbidität bei elektiven Leistungen ist. Die Herausforderung besteht darin, im elektiven Bereich ein Vergütungssystem anzubieten, das nicht diejenigen Leistungserbringer belohnt, die zur Erlösmaximierung über Mengensteigerungen im Extremfall Gesunde operieren. Genauso wichtig ist es, dass unterlassene Leistungen an Patienten den Erlösinteressen der Leistungserbringer entgegenlaufen und zu spürbaren finanziellen Einbußen bei den Leistungserbringern führen. Sonst führt eine Leistungsplanung, die auf Morbiditätsbetrachtungen aus der Vergangenheit beruht, zwangsläufig zu gesundheitsökonomisch nicht verantwortbaren Überkapazitäten oder zu unerwünschter Unterversorgung.

Ein solches Vergütungssystem, bei dem die Morbidität nicht der entscheidende Manipulationsparameter wird, kann nur im Rahmen regionaler Modellprojekte entwickelt werden. In den Grundzügen muss eine Gesundheitsprämie pro Einwohner im Sinn einer Jahrespauschale für alle Leistungen vergütet werden, die unter den regionalen Leistungserbringern aufzuteilen ist. Damit hat man automatisch komplementäre Versorgungsstrukturen einbezogen. Zusätzlich können auch wirtschaftliche Mindestgrößen berücksichtigt werden. Gleichzeitig werden der Gesundheitszustand der Bevölkerung erfasst und Qualitätsindikatoren definiert, die sich nicht nachhaltig verschlechtern dürfen. Tritt dennoch eine Reduktion des Leistungsniveaus ein, hat dies negative ökonomische Konsequenzen für die Leistungserbringer.

Die Gesamtheit der Leistungserbringer hat den Auftrag, die vorhandenen Ressourcen so einzusetzen, dass die Gesundheit der Bevölkerung zumindest erhalten bleibt bzw. sich verbessert. Da in einem solchen Modell die Leistungserbringung nur dann ökonomisch sinnvoll ist, wenn es der Gesundheit der Versichertenpopulation dient, wird mit diesem Vergütungssystem ein Anreiz zur Verminderung von Über-, Unter- und Fehlversorgung gesetzt. Gleichzeitig wird dem Paradoxon begegnet, dass Leistungsmengen und ggf. -strukturen zwar auf Basis von Morbidität geplant werden müssen, die Morbidität aber als Planungsgröße untauglich wird, wenn sie den Leistungserbringern hohe Erlöse bzw. Gewinne sichert.

Insgesamt wird ein solches Vergütungsmodell im selektivvertraglichen Bereich mit einem begrenzten regionalen Ansatz auf Akzeptanz stoßen, weil es ohne großes Risiko Antworten auf momentane Herausforderungen liefern kann. Der Weg über einzelne Modellvorhaben ist dabei alternativlos, denn revolutionäre Eingriffe in das etablierte DRG-System im stationären Bereich, in die ambulante vertragsärztliche Vergütung oder in die Verantwortlichkeiten der Sicherstellung stehen verständlicherweise unter großen Vorbehalten. Das Missverhältnis zwischen Krankenhausplanung und -vergütung muss folglich über Modelle für selektive Vollversorgungsverträge geändert werden. Nach Beweis der Praxistauglichkeit können die Modellprojekte in eine flächendeckende regelhafte Anwendung ausgeweitet werden.

2.5 Literatur

AOL – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2007), Zukunft der Krankenhausversorgung – Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) zur Weiterentwicklung der Krankenhausversorgung unter Berücksichtigung der Finanzierungsfragen vom 16. November 2007.

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2010), Finanzentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Krisenjahr 2009 besser als erwartet – Krankenkassen erzielten nach dem vorläufigen Abschluss des Jahres 2009 einen Überschuss von 1,1 Mrd. Euro; Pressemitteilung Nr. 14. Berlin, 10. März 2010.

BQS – Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (2006 bis 2010), Qualität sichtbar machen – BQS-Qualitätsreporte 2005 bis 2008.

Brucknerberger E (2003), Die Auswirkungen des Fallpauschalensystems auf die Krankenhausplanung in Deutschland. Das österreichische Gesundheitswesen (ögz), Heft 1, 2–3.

Burmann S/Schwarz A/Wehner C (2009), Konjunkturspritze für die Kliniken. Gesundheit und Gesellschaft (G&G), Jahrgang 12 (12), 30–33.

BVerfG – Bundesverfassungsgericht (2004) 1 BVR 88/00, 04.03.2004.

CDU/CSU/FDP (2009), Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode, 26.10.2009.

Deutscher Bundestag (2001), 14. Wahlperiode, Drucksache 14/6893, Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz – FPG). 11.09.2001.

Deutscher Bundestag (2008), 16. Wahlperiode, Drucksache 16/11429, Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung – Drucksachen 16/10807, 16/10868: Entwurf eines Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG). 17.12.2008.

Deutscher Bundestag (2009), 16. Wahlperiode, Drucksache 16/13974, Situation der stationären Versorgung in bundesdeutschen Krankenhäusern. 03.09.2009.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2009), Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Juli 2009.

DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2010), Neue Wege gehen – Miteinander gegen den Ärztemangel – DKG zum Ärztemangel und zur drohenden ambulanten Unterversorgung der Patienten. Pressemitteilung vom 12. Januar 2010.

GEBERA – Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH (2009), Vorbereitendes Gutachten für den Krankenhausplan Rheinland-Pfalz mit Geltungszeitraum 01.01.2010 bis 31.12.2016 für das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen Rheinland-Pfalz. Düsseldorf, November 2009.

Goedereis K (1999), Finanzierung, Planung und Steuerung des Krankenhaussektors: Dualistik und Monistik im Strukturvergleich. Lohmar, Köln.

Goedereis K (2009), Einfluss auf die Versorgungslandschaft, in: Rau F/ Roeder N/ Hensen P (Hrsg.), Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, 239–253.

GMK – Gesundheitsministerkonferenz, 80. Gesundheitsministerkonferenz 2007 – Sonderkonferenz am 8. März 2007 in Stuttgart.

GMK – Gesundheitsministerkonferenz, 81. Gesundheitsministerkonferenz 2008 – Hautkonferenz am 2. und 3. Juli 2008 in Plön.

GMK – Gesundheitsministerkonferenz, 83. Gesundheitsministerkonferenz 2010 – Entschließung: Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Stand: 09.04.2010.

Halbe B (2010), Zwei-Stufen-Modell in der Krankenhausplanung. Klinik Markt Inside (kmi), Heft 9.

IGES-Institut (2010), G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG – Endbericht des ersten Forschungszyklus (2004 bis 2006). Berlin.

Jacobs K/Schulze S (2010), Bauer sucht Arzt. Gesundheit und Gesellschaft (G&G), Jahrgang 13 (3), 20–25.

Koch HJ/Schüller L/Tillmann A (2009), Die Baupauschale in Nordrhein-Westfalen – Ein Jahr nach der Reform gibt es zwar viele Antworten, aber noch mehr Fragen. führen und wirtschaften im krankenhaus (f&w) Heft 1, 60–66.

Kortevoß A/Krafft T (2009), Von der strukturierten Angebotsplanung zum Krankenhausmonitoring, in: Rau F/Roeder N/Hensen P (Hrsg.), Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, 403–412.

Leber WD/Malzahn J/Wolff J (2008), Elektiv wird selektiv – Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierenden Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009, in: Klauber J/Robra BP/Schellschmidt H (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2007: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart: Schattauer, 81–106.

Lüngen M/Rath T (2009) Auswirkungen der deutschen DRG-Einführung: Internationale Erfahrungen im Überblick, in: Rau F/Roeder N/Hensen P (Hrsg.), Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, 131–144.

Malzahn J/Wehner C (2010), Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf, in: Klauber J/Geraedts M/Friedrich J (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2010: Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise? Stuttgart. Schattauer, 107–125.

Metzner J (2009), Einfluss auf die Krankenhausplanung, in: Rau F/Roeder N/Hensen P (Hrsg.), Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, 391–402.

Neubauer G (2007), Von der staatlichen Angebotsplanung zur wettbewerblichen Nachfragesteuerung, in: Kampe W/Bächstadt KH (Hrsg.), Die Zukunft der Krankenhausfinanzierung. Landshut: WIKOM 56–76.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2009), Health at a Glance 2009 – OECD Indicators. 8. Dezember 2009, Zugriff am 10.03.2011 unter <http://www.oecd.org/health/healthataglance>.

Platzkoster C/Borges P/Roßbach C/Schottke K/Schmitz H (2009), Nutzung von DRG-Daten zur Krankenhausplanung; in: Rau F/ Roeder N/ Hensen P (Hrsg.), Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer, 413–430.

Rürup B/Albrecht M/Igel C/Häussler B (2008), Umstellung auf eine monetarische Finanzierung von Krankenhäusern – Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin, 12. März 2008.

Statistisches Bundesamt (2008), Krankenhauslandschaft im Umbruch – Begleitmaterial zur Pressekonferenz am 10. Dezember 2008 in Berlin.

Statistisches Bundesamt (2009a) Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2008; Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009b), Grunddaten der Krankenhäuser – Qualitätsbericht. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2009c), Gesundheit – Kostennachweis der Krankenhäuser 2008; Fachserie 12, Reihe 6.3. Wiesbaden.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007), Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.

SVR-Wirtschaft – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2008), Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/09. Wiesbaden.

Thelen P/Riedel D (2010), Union verschärft Druck auf Rösler, in: Handelsblatt, Ausgabe 7. April 2010, 16.

Tuschen KH/Trefz U (2010), Krankenhausentgeltgesetz – Kommentar mit einer umfassenden Einführung in die Vergütung stationärer Krankenhausleistungen. 2. Auflage, Stuttgart.

Weigl P (2008), Pressekonferenz „Krankenhauslandschaft im Umbruch“ – Statement von Vizepräsident Peter Weigl. Berlin, 10. Dezember 2008.

Winterer A (2009), Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW, in: Klauber J/Robra BP/ Schellschmidt H (Hrsg), Krankenhaus-Report 2008/2009 – Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart: Schattauer, 143–154.

3 Sicherstellung der medizinischen Versorgung: Aufgaben und Herausforderungen für die Länder¹

Hartmut Reiners

3.1 Allgemeine Ausgangspunkte

Die beiden letzten GKV-Reformen, das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007 haben an den Strukturen des GKV-Systems mehr verändert als alle vorhergehenden Reformen seit 1988. Das GKV-WSG hat zwei ebenso wichtige wie überfällige Schritte zu einer sachgerechten Wettbewerbsordnung in der GKV vollzogen. Der Gesundheitsfonds hat mit dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (M-RSA) die unsinnige Risikoselektion unattraktiv gemacht und die Türen für einen Kassenwettbewerb geöffnet, der sich auf die Versorgungsqualität und die mit den Leistungserbringern geschlossenen Verträge konzentriert. Dort sind nur große Kassen bzw. Kassenverbände überlebensfähig. Daher war es konsequent, parallel dazu

¹ Dieser Beitrag beruht auf den Diskussionen einer von den Ländern gebildeten Arbeitsgruppe mit dem Auftrag, Optionen für eine Neugestaltung der gesundheitspolitischen Kompetenzen der Länder zu entwickeln. Bei den Kolleginnen und Kollegen dieser AG möchte ich mich an dieser Stelle für die sachbezogenen, in einigen Punkten auch kontroversen Debatten bedanken, die wesentlich dazu beigetragen haben, meine hier wiedergegebenen persönlichen Gedanken zu Fragen der Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu schärfen.

den veralteten korporatistischen Strukturen des GKV-Systems den Garaus zu machen und die Zwangszuweisung der Krankenkassen zu Kassenverbänden abzuschaffen. Diese endgültige Abkehr von der berufsständischen Gliederung der GKV ist die logische Konsequenz der bereits 1992 im GSG beschlossenen Aufhebung des berufsständischen Pflichtkassenprinzips, das nur Angestellten eine (in Grenzen) freie Kassenwahl eröffnete.

Nicht ganz so mutig sind die im GMG begonnenen, und im GKV-WSG fortgesetzten Ansätze zur Reform der Versorgungsstrukturen. Mit der Einführung der Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), der Erweiterung der Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung (vor allem § 116b SGB V) und der verpflichtenden Einführung von Hausarztmodellen (§ 73b SGB V) wurden Schritte zur Stärkung von Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bzw. Ärzten unternommen. Man hätte sich konsequentere Lösungen denken können, aber immerhin wurden damit Akzente gesetzt, in welche Richtung zukünftige Reformen sich bewegen werden. Die mit der demografischen Entwicklung einhergehenden Veränderungen in der Morbiditätsstruktur der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt sind sowohl mit der institutionellen Trennung in ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen als auch mit dem auf Einzelpraxen zugeschnittenen Kassenarztsystem nicht in Einklang zu bringen. Damit ist aber auch zugleich das tradierte Kollektivvertragssystem mit seinen Kontrahierungszwängen in Frage gestellt.

Dieses vom Gesetzgeber initiierte Aufbrechen überholter Ordnungsprinzipien und die daraus folgenden Schritte in Richtung mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit verändern implizit auch das Verhältnis der Institutionen der Selbstverwaltung zu den politischen Steuerungs-

und Aufsichtsinstanzen. Es ist ein unter Politikern verbreiteter Irrtum zu glauben, Deregulierungen würden sie von unbequemen Steuerungs- und Kontrollaufgaben entlasten. Die dafür zuständigen Regierungsbehörden benötigen für diese unverzichtbare Funktion andere Regulierungsmechanismen und den neuen Aufgaben angepasste Zuständigkeiten. Wettbewerb ist an sich schon ein Steuerungsinstrument, das einen klaren, vom Staat gesetzten ordnungspolitischen Rahmen benötigt, wenn Fehlentwicklungen vermieden werden sollen. Das gilt umso mehr in dem von prinzipiellem Marktversagen geprägten Gesundheitswesen. Dort droht ohne eine Neuordnung der Steuerungs- und Kontrollkompetenzen eine politische Verantwortungslücke, die schwerwiegende wirtschaftliche und soziale Verwerfungen zur Folge haben kann. Betroffen sind davon vor allem die Sicherstellung und Bedarfsplanung der medizinischen Versorgung sowie die Rechtsaufsicht über die Organe des GKV-Systems.

Damit sind insbesondere die Funktionen der Länder in unserem föderalen Staat angesprochen. Das Grundgesetz gibt ihnen die Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge, zu der die Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung fraglos gehört. Diesem Verfassungsauftrag stehen Tendenzen einer zur Zentralisierung führenden Deregulierung im Gesundheitswesen gegenüber, durch die Steuerungs- und Aufsichtskompetenzen schleichend auf die Bundesebene verlagert werden. Zu dieser Entwicklung gehören insbesondere die Kassenfusionen, der Ausbau von Selektivverträgen in der vertragsärztlichen Versorgung sowie die Förderung der Integration von ambulanten und stationären Einrichtungen. Hinzu kommen politisch gewollte Flexibilisierungen in den Vertragsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern, die zentrale Fragen der Verantwortung für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung berühren. Vor diesem Hintergrund stehen die Länder in der Gesund-

heitspolitik vor einem Scheideweg. Sie haben die Wahl, entweder zunehmend gesundheitspolitische Kompetenz einzubüßen, oder grundlegende Reformen in Gang zu setzen, die ihnen neue Handlungsspielräume eröffnen, um ihrer verfassungsmäßigen Verantwortung gerecht werden zu können. Auch der Bund kann kein Interesse an einem regionalen Verantwortungsvakuum haben, das ihn selbst mit Aufgaben belasten würde, die er gar nicht angemessen wahrnehmen könnte.

3.2 Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung: Sachstand und Probleme

In der medizinischen Versorgung gilt ein zweigeteilter Sicherstellungsauftrag. Während die Länder die Verantwortung für die Planung und Finanzierung der Krankenhäuser tragen, überträgt das SGB V diese Aufgaben in der ambulanten Versorgung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Daraus ergeben sich Parallelstrukturen sowohl in den Versorgungseinrichtungen als auch in der politischen Verantwortung, die den sich aus der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt ergebenden Anforderungen schon lange nicht mehr gerecht werden.

3.2.1 Ambulante Versorgung

Gemäß § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) den Krankenkassen gegenüber eine ambulante ärztliche Versorgung zu gewährleisten, deren Umfang in § 73 Abs. 2 SGB V festgelegt ist. Sie erstreckt sich auf die

- Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten ärztlichen Versorgung,
- Kontrolle der Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten durch die Vertragsärzte einschl. der Verhängung von Disziplinarmaßnahmen,
- Durchführung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- Prüfung von Rechtmäßigkeit, Plausibilität und Wirtschaftlichkeit der Leistungsabrechnungen.

Den KVen wird im § 105 SGB V für die Erfüllung dieses Auftrags ein relativ weiter Spielraum gegeben. Sie dürfen „alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen“ ergreifen.

Dieser Sicherstellungsauftrag steht in direktem Zusammenhang mit der von den Krankenkassen mit „befreiender Wirkung“ gezahlten Gesamtvergütung (§ 85 SGB V). Seit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG) von 1997 haben die Krankenkassen aber mit jedem nachfolgenden Reformgesetz weiter ausgebaut Möglichkeiten erhalten, außerhalb der Gesamtvergütung stehende Leistungsverträge mit Vertragsärzten und Krankenhäusern abzuschließen:

- Das 2. GKV-NOG brachte die Strukturverträge, die es den Krankenkassen ermöglichen, Sonderverträge mit den KVen zur hausärztlichen Versorgung oder zu Praxisnetzen zu schließen. Auch können Modellvorhaben zu neuen Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen vereinbart werden (§§ 63 ff. SGB V).
- 2001 wurden strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (DMP) eingeführt, die gesondert vergütet werden und im RSA berücksichtigt werden (§§ 73c und 137f SGB V).

- Das Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003 führte mit dem § 73b SGB V die hausarztzentrierte Versorgung ein. Fortan sollten alle Krankenkassen ihren Versicherten Modelle anbieten, in denen diese sich verpflichten, nur zu von den Kassen ausgewählten Hausärzten zu gehen, die außerhalb der Gesamtvergütung honoriert werden. Die Soll-Regelung² wurde 2007 im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) in eine Muss-Bestimmung umgewandelt.
- Hinzu kommen die ebenfalls Schritt für Schritt erweiterten Möglichkeiten der Krankenhäuser, über die der KV unterstellten Ermächtigungen hinaus an der ambulanten Versorgung teilzunehmen (ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, Leistungen im Rahmen von DMP-Modellen und hochspezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V).

Für alle diese Vertragsarten geht der Sicherstellungsauftrag von der KV auf die jeweiligen Krankenkassen bzw. deren Verbände über.³ Mit ihrem Ausbau wird der Sicherstellungsauftrag der KV für die ambulante Versorgung ausgehebelt. Diese Entwicklung wird insbesondere durch die seit dem GKV-WSG geltende Verpflichtung der Krankenkassen, ihren Versicherten hausarztzentrierte Versorgungsmodelle anzubieten und entsprechende Verträge abzuschließen, beschleunigt. Mit einem Herauslösen dieses zentralen Teils der ambulanten Versorgung aus der Gesamtvergütung werden nicht nur die Honorarverteilungsfunktionen der KV reduziert, sondern auch deren Aufgaben in

² Soll-Regelungen bedeuten im Juristendeutsch, dass die angesprochenen Akteure etwas machen müssen, wenn sie es können.

³ Die Verträge nach § 116b SGB V sind insofern nicht ins Belieben der Krankenkassen gestellt, als die Länder die für derartige Verträge in Frage kommenden Krankenhäuser bestimmen können.

der Kontrolle der vertragsärztlichen Pflichten und der Qualitätssicherung beschnitten. Die Vorstellung, man könne der KV die Disziplinar-gewalt belassen, ohne dass ihr über die Honorarverteilung Sanktionsinstrumente zur Verfügung stehen, ist realitätsfremd. Ein zusätzliches Problem hat man sich mit dem auf Druck Bayerns im GKV-Organisations-Weiterentwicklungsgesetz (GKVOrgWG) vom Dezember 2008 ins SGB V eingefügten Abs. 4 des § 73b eingehandelt. Er verpflichtet die Krankenkassen, bis zum 30.06.2009, „Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte“ im jeweiligen KV-Bezirk vertreten. Diese Regelung hat die Gefahr verschärft, dass mit den Hausarztverträgen das öffentlich-rechtliche Monopol der KVen durch ein von der staatlichen Aufsicht nicht mehr zu kontrollierendes privates Monopol ersetzt wird. Denn es gibt nur eine Organisation, die diese Voraussetzung erfüllt: der Hausärzteverband. Anhand des § 73b SGB V wird besonders deutlich, welche ordnungspolitischen Fallstricke die Auflösung korporatistischer Strukturen im GKV-System enthält.

Ebenso unbefriedigend sind die Regelungen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erstellen im Einvernehmen mit den Krankenkassen sowie im Benehmen mit den Ländern gemäß § 99 SGB V die Bedarfspläne in der vertragsärztlichen Versorgung. Diese legen auf Basis der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Bedarfsplanungs-Richtlinien fest, in welchen Planungsbezirken für welche Arztgruppen Über- bzw. Unterversorgung vorliegt. Bei einer Überschreitung des Versorgungsgrades einer Arztgruppe in einer Planungsregion wird die Planungsbezirk für Neuzulassungen in der jeweiligen Arztgruppe gesperrt (§ 103 SGB V). Wird diese Marke um mehr als 25 v. H. in der hausärztlichen bzw. um mehr als 50 v. H. in der fachärztlichen Versorgung unterschritten,

können die für die Feststellung von Unter- bzw. Überversorgung verantwortlichen Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen Sicherstellungszuschläge festlegen. Sie können auch innerhalb der Planungsbereiche einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf feststellen (§ 100 Abs. 3 SGB V). In ostdeutschen KV-Bezirken wird davon bereits Gebrauch gemacht, indem teilweise die auf die Versorgungsbedarfe besser zugeschnittenen Altkreise der DDR-Bezirke die Grundlagen Entscheidungen über Unter- oder Überversorgung bilden.

Diese Bedarfsplanungsregeln wurden durch das Ende 1992 verabschiedete Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) als Reaktion auf eine damals heraufbeschworene „Ärztenschwemme“ aufgestellt. Mittlerweile ist auf geheimnisvolle Weise aus diesem angeblichen Überfluss ein Ärztemangel geworden, über den auf Ärztetagen ebenso lautstark wie faktenarm geklagt wird. Davon kann schon seit Jahren keine Rede sein. Tatsache ist, dass die Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte von 1998 bis 2008 um 6,9 % gestiegen ist. Allerdings verbirgt sich hinter diesem allgemeinen Anstieg ein erhebliches regionales Gefälle sowohl zwischen den als auch innerhalb der KV-Bezirke. So hatten Brandenburg und Niedersachsen am 31.12.2008 mit 807 bzw. 744 Einwohnern je Vertragsarzt deutlich geringere Versorgungsdichten als Bayern (634) oder Schleswig-Holstein (675).⁴ Diese Schieflage hängt u. a. mit einer mangelhaften Definition der Planungsregionen in den Bedarfsplanungs-Richtlinien zusammen. In Anlehnung an das Raumordnungsmodell des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung werden vier Regionstypen definiert: große Verdichtungsräume, Regionen mit Verdichtungsansätzen, ländliche Regionen sowie das Ruhr-

⁴ Ohne ermächtigte Ärzte. Quelle: KBV, Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen.

gebiet als Sonderregion. Diese Typen werden wiederum in Kernstädte, hoch verdichtete, normal verdichtete und ländliche Kreise unterteilt, denen jeweils unterschiedliche Einwohner-Arzt-Relationen in den verschiedenen Arztgruppen zugewiesen werden.

Für diese Regionstypen, denen Städte und Landkreise jeweils zugeordnet werden, sind jedoch keine auf die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung zugeschnittenen Relationen von Einwohnern pro Arzt entwickelt worden. Daraus haben sich vor allem zwei Fehlentwicklungen ergeben (*Fülöp et al. 2007*):

- Zum einen haben sich die kreisfreien Städte und Landkreise als eine für die Bedarfsplanung ungeeignete Bezugsgröße erwiesen, weil diese Schiefen in der Versorgungsdichte innerhalb ihres Gebietes nicht erfasst. In Brandenburg z. B. konzentrieren sich in den an Berlin angrenzenden Kreisen die Facharztpraxen auf die nahe dieser Grenze liegenden Orte, während die Berlin ferneren Gegenden deutlich schlechter versorgt sind. Innerhalb Berlins, das als einheitlicher Planungsbezirk behandelt wird, zieht es die Ärzte eher in Stadtteile wie Zehlendorf oder Wilmersdorf mit einem relativ hohen Anteil an Privatpatienten, als in die fast ausschließlich von Kassenpatienten bevölkerten Stadtteile im Osten der Stadt. Dadurch sind insbesondere in der fachärztlichen Versorgung große Versorgungsdisparitäten entstanden.
- Zum zweiten berücksichtigen die aus der Bundesraumordnung übernommenen Planungskategorien die Alters- und Morbiditätsstrukturen und den sich daraus ergebenden Behandlungsbedarf völlig unzureichend. Das unterscheidet die Bedarfsplanung in der ambulanten von der in der stationären Versorgung, wo diese Kriterien eine zentrale Rolle spielen.

Die Länder haben im Rahmen der Rechtsaufsicht über die KVen und die Landesausschüsse keine Möglichkeiten, auf diese Diskrepanzen in der ambulanten Versorgung Einfluss zu nehmen. Gleichwohl machen die Bürger nicht die eigentlich zuständigen KVen und Krankenkassenverbände für die Verwerfungen verantwortlich, sondern die jeweiligen Landesregierungen. Sie interessieren sich nicht für ordnungspolitische Grundsätze wie das Selbstverwaltungsprinzip. Wenn Politiker auf die Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenverbände verweisen, erweckt das nur den Eindruck, sie wollten sich vor der Verantwortung drücken und den „schwarzen Peter“ an andere weiterreichen. Es bedarf daher nicht nur einer Revision der Bedarfsplanungs-Richtlinien, sondern auch einer Neuordnung der Verantwortung der Selbstverwaltungsorgane und der Landespolitik für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

3.2.2 Stationäre Versorgung

In der stationären Versorgung ist die Verantwortung für die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung scheinbar klar geregelt. Sie wird gem. § 6 KHG von den Ländern wahrgenommen, wobei Näheres in deren Krankenhausgesetzen geregelt wird. Die in den von den Krankenhausbedarfsplänen aufgenommenen Einrichtungen haben Anspruch auf pauschale und projektbezogene Fördermittel des Landes, aus denen die Investitionskosten bestritten werden sollen. Die laufenden Betriebskosten sollen über Fallpauschalen und Sonderentgelte von den Krankenkassen gedeckt werden. Die Krankenkassen dürfen ihrerseits nur Verträge mit Hochschulkliniken, den in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäusern sowie mit Krankenhäusern abschließen, mit denen die Krankenkassenverbände einen gemeinsamen Versorgungsvertrag geschlossen

haben (§ 108 SGB V). Die im Rahmen zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassenverbänden vereinbarten Pflegesätze müssen die Landesbehörden genehmigen (§ 18 Abs. 5 KHG). So weit scheint die Sache klar zu sein: Die Länder legen fest, welche Krankenhäuser mit welchem Leistungsspektrum Anspruch auf Aufnahme in den Landeskrankenhausplan und entsprechende Fördermittel haben, und die Krankenkassen tragen die laufenden Kosten dieser Häuser.

Ganz so einfach ist die Sache jedoch nicht. Zum einen müssen die Krankenkassen nicht mehr mit allen Plankrankenhäusern kontrahieren. Eine Vertragskündigung mit einem Plankrankenhaus, die von allen Krankenkassen gemeinsam ausgesprochen werden müsste, ist zwar bislang m. W. noch nicht vollzogen worden. Aber die Drohung damit ist schon ein Mittel der Krankenkassen, auf die Bedarfsplanung der Länder Einfluss zu nehmen. Zum zweiten sind die Krankenkassen seit 1995 nicht mehr gezwungen, gemäß Selbstkostendeckungsprinzip die von den Krankenhäusern geforderten Pflegesätze zu erstatten. Damit ist de facto die Sicherstellung der Krankenhausversorgung nicht mehr allein Sache der Länder, weil diese auf einen Konsens mit den Krankenkassen sowohl in der Planung als auch in der Vergütung angewiesen sind. Das wird sich spätestens nach dem Ablauf der bei der Einführung der DRG-Fallpauschalen beschlossenen Konvergenzphase weiter zuspitzen. Kommt es dann in einem Krankenhaus zu Budgetdefiziten, müssen diese vom Träger gedeckt werden, was dieser kaum auf Dauer machen und ggf. eher die Schließung ins Auge fassen wird.

Hinzu kommt der schleichende Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung, der sich in einer je nach Land unterschiedlich ausgeprägten Verlagerung von der Einzel- zur Pauschalfinanzierung der

Krankenhausinvestitionen äußert. Der Anteil der Länder an der Krankenhausfinanzierung hat sich seit 1991 von 10 auf mittlerweile 5 % halbiert (*Leber 2008, 83 f.*). Länder wie Nordrhein-Westfalen sind zu einer „leistungsbezogenen Investitionsfinanzierung“ übergegangen, die von der im Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 festgelegten Trennung von Einzel- und Pauschalförderung endgültig Abschied nimmt (*Winterer 2009*). Es ist nur noch eine Frage der Zeit, wann endgültig von der dualen Krankenhausfinanzierung zu Gunsten eines monistischen Systems Abschied genommen wird. Wie dieser Übergang praktisch gestaltet werden kann, haben der Gesundheits-Sachverständigenrat und andere Gutachten gezeigt (*SVR-G 2007, Ziffern 558 ff.; Rürup et al. 2008*). Auch vor diesem Hintergrund verliert die Krankenhausbedarfsplanung der Länder an Legitimation und Stringenz.

Außerdem wird die Landesrankenhäuserplanung auch durch die vom Gesetzgeber geförderte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung tendenziell ausgehebelt. Zu nennen sind hier die vor- und nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V), das ambulante Operieren (§ 115b SGB V), Behandlungen im Rahmen von DMPs sowie hochspezialisierte Leistungen (§ 116b SGB V). Verstärkt wird diese Entwicklung durch den den Krankenhausträgern ermöglichten Aufbau von medizinischen Versorgungszentren (MVZ), die insbesondere für die Versorgung in ländlichen Regionen eine wachsende Bedeutung haben. Sie eröffnen kleineren, sonst kaum noch wettbewerbsfähigen Krankenhäusern neue Perspektiven in der ambulanten und teilstationären Versorgung.

Vor dem Hintergrund dieser hier nur grob skizzierten Erosion der traditionellen Grundlagen der Krankenhausplanung und der Sicherstellung der stationären Versorgung wäre es perspektivlos, weiter der

Schimäre einer von den Landesbehörden allein zu exekutierenden Krankenhausplanung aufzusitzen. Es wäre aber ebenso fahrlässig, diese Aufgabe dem Vertragswettbewerb unter den Krankenkassen zu überlassen. Das kann, wenn überhaupt, nur in Ballungszentren mit einem Überangebot an Krankenhausbetten einigermaßen funktionieren. Aber auch da müsste man mit regionalen Verwerfungen rechnen. Die Landespolitik trägt die politische Verantwortung dafür, dass ein bedarfsgerechtes Angebot in der stationären Versorgung in allen Regionen des Landes zur Verfügung steht. Sie muss die diesem Postulat Rechnung tragenden Regeln aufstellen, nach denen die Krankenkassen Versorgungsverträge mit den Krankenhausträgern abschließen. Das schließt Richtlinien für die Versorgungsqualität ebenso ein wie die Festlegung von Bevölkerungsrelationen in der Versorgungsdichte. Aber die Frage, mit welchen Krankenhäusern die Krankenkassen konkret zu kontrahieren haben, um diese Vorgaben zu erfüllen, muss nicht von der Landeskrankenhausplanung geregelt werden.

3.3 Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung als gemeinsame Aufgabe von Landesbehörden und Selbstverwaltung

Lässt man dem Ausbau des Selektivvertragssystems freien Lauf, entsteht eine nicht zu verantwortende Lücke im ordnungspolitischen Rahmen des Gesundheitswesens. Die Vorstellung, der Kassenwettbewerb allein werde schon für eine qualitativ hoch stehende Versorgung und eine angemessene regionale Verteilung der Ressourcen in allen Versorgungsbereichen sorgen, ist ausgesprochen weltfremd. Ein derart dereguliertes System führt ohne eine Neuordnung seines ordnungspolitischen Rahmens zu nicht mehr effektiv kontrollierbaren privaten

Oligopolen und zu regionaler Risikoselektion sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Ärzten und Krankenhäusern. Die vorhandenen Versorgungsdisparitäten würden sich weiter zuspitzen, da es für Ärzte und Krankenhäuser weit attraktiver ist, sich um das relativ problemlose und lukrative Geschäft mit der Versorgung wohlhabender Regionen und der Ballungszentren zu konzentrieren, als sich um die schwierige Aufgabe zu kümmern, auch in dünn besiedelten und sozial schwachen Regionen und Bezirken für eine gute medizinische Versorgung zu sorgen.

Mit den ihnen jeweils gegenwärtig zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumenten sind weder die Länder noch das GKV-System mit seiner gemeinsamen Selbstverwaltung in der Lage, diese Entwicklung in den Griff zu bekommen. Der Weg zurück zum reinen Kollektivvertragssystem ist weder politisch mehrheitsfähig, noch wäre er angesichts der sich immer weiteren differenzierenden Versorgungsnotwendigkeiten eine tragfähige Option. Das gilt auch für eine Übertragung der gesamten Verantwortung für die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung auf Bundes- und Landesbehörden. Ein derart radikaler ordnungspolitischer Paradigmenwechsel würde mehr Problem schaffen als lösen. Vielmehr muss die Aufgabenteilung zwischen Regierungsbehörden und GKV-Selbstverwaltung ebenso neu geordnet werden wie die Zuständigkeiten in der Aufsicht durch Bundes- und Landesbehörden.⁵

⁵ Es versteht sich, dass zu dieser ordnungspolitischen Neuordnung auch ein indikationsbezogenes Vergütungssystem gehört, das in seiner Systematik gleichermaßen für Krankenhäuser wie für ambulante Einrichtungen gilt (*vgl. Hildebrandt et al. 2009*). Auf die damit zusammenhängenden Fragen kann hier schon aus Platzgründen nicht eingegangen werden.

3.3.1 Sektorübergreifende Bedarfsplanung

Unter Fachleuten besteht schon seit Längerem kein Zweifel daran, dass wir eine integrierte, die tradierte Trennung in ambulante und stationäre Versorgung überwindende Bedarfsplanung benötigen. Die Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV hat diese Forderung bereits Ende der 1980er Jahre ebenso erhoben wie der Gesundheits-Sachverständigenrat in diversen Gutachten der 1990er und 2000er Jahre. Die Umsetzung dieses Postulats ist jedoch angesichts der bestehenden Trennung von Landesplanung in der stationären und der Zuständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung des GKV-Systems für die ambulante ärztliche Versorgung leichter gesagt als getan. An dieser Stelle kann nur grob skizziert werden, in welche Richtung dies vor dem Hintergrund der vorhandenen ordnungspolitischen Strukturen unseres Gesundheitswesens gehen kann, wobei klar ist dass der Teufel im Detail steckt. Es sind nämlich nicht nur unterschiedliche Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen betroffen, sondern auch voneinander abweichende Planungsgrundlagen und Instrumentarien zur Messung des Versorgungsbedarfes.

Dabei kann die politische Letztverantwortung nur bei den Ländern liegen. Sie müssen die allgemeinen Vorgaben für eine ausreichende und qualitativ gute Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern festlegen, was nicht heißt, dass dies ohne Beteiligung der Träger der gesundheitlichen Versorgung geschieht. Deren Einbindung in die Entscheidungsfindung muss gewährleistet sein, wie es ja auch heute schon in der Landeskrankenhausplanung üblich ist. Die Entscheidung darüber, wo welche Arztpraxen oder Krankenhäuser ihren Standort haben, sollte hingegen nicht vom Land festgelegt werden, sondern vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leis-

tungserbringern, die die vom Gesetz- bzw. Verordnungsgeber vorgegeben Qualitätsmaßstäbe zu erfüllen haben.

Eine wie auch immer im Detail gestaltete integrierte Bedarfsplanung bedarf einer einheitlichen Datengrundlage, die erst noch zu schaffen ist.

Diese mit absoluter Priorität zu erledigende Aufgabe kann nur mit fachlicher Unterstützung der Versorgungsforschung gelöst werden. In einem ersten Schritt müssen die vorhandenen Daten auf eine entsprechende Eignung hin überprüft werden. Ein wesentliches Problem besteht darin, regional hinreichend differenzierte Morbiditätsdaten zu ermitteln. Dafür bieten sich zum einen die vom Bundesversicherungsamt für den M-RSA erhobenen Daten an. Außerdem wären die Abrechnungsdaten der GKV, die Krankenhausdiagnosestatistik sowie Surveydaten wie z. B. die des Sozioökonomischen Panels (SOEP) auf ihre Verwendbarkeit hin zu überprüfen. Aus diesem Datencheck kann dann ein eine bundesweit einheitliche Grundlage für die regionale Versorgungsplanung erarbeitet werden. Dafür muss eine gesetzliche Regelung geschaffen werden, auf deren Basis der Gemeinsame Bundesausschuss mit wissenschaftlicher Unterstützung in regelmäßigen Zeitabständen zu aktualisierende Kennziffern erarbeitet und Standards für die Versorgungsplanung entwickelt.

Dieser allgemeine Rahmen sollte von den – wie beim Bundesausschuss – mit Vertretern der Krankenhausträger erweiterten Landesausschüssen in Abstimmung mit den Landesbehörden entsprechend den spezifischen Bedingungen in den Regionen ungesetzt werden. Dabei sollte eine bundeseinheitliche Festlegung nach Regionstypen der Bundesraumordnung (s. o.) entfallen. Auch sollte es dem Landesrecht vorbehalten sein, den genauen Ablauf und die Arbeitstei-

lung bei der Bedarfsplanung analog zu den Landeskrankenhausesetzen zu bestimmen. Es wäre grober Unfug, Stadtstaaten wie Hamburg oder Berlin das gleiche Planungsverfahren wie in Brandenburg oder Bayern überzustülpen. Wichtig ist nur, dass diese regionale Autonomie an bundeseinheitliche Vorgaben zur Versorgungsqualität gebunden ist. Das gebietet schon der Verfassungsauftrag der Länder, für alle Bürger gleiche Lebenschancen zu gewährleisten. Man wird zwar nie in ländlichen Regionen eine mit Großstädten vergleichbare Versorgungsdichte mit Fachärzten oder Krankenhäusern erreichen können; das ist weder wünschenswert noch finanzierbar. Aber die medizinische Versorgung muss so organisiert werden, dass die aus den größeren Entfernungen und einer niedrigeren Bevölkerungsdichte entstehenden Versorgungsabläufe angemessen berücksichtigt werden. Deshalb kommt z. B. der hausärztlichen Versorgung und integrierten Versorgungseinrichtungen in ländlichen Regionen eine sehr viel höhere Bedeutung zu als in Ballungszentren. Das gilt auch für den Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe, denen vor allem in der Betreuung älterer Patienten in ländlichen Regionen bzw. sozialen Problembezirken einen wachsenden Aufgabenbereich haben werden. (*SVR-Gesundheit 2009, Ziffern 951–959*).

3.3.2 Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Die wohl schwierigste Aufgabe besteht in der Neuordnung der Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung. Die Crux liegt in der Frage, welche Aufgaben die in Symbiose mit den Gesamtverträgen lebenden KVen noch haben, wenn die Selektivverträge immer weiter ausgebaut werden. Die radikale Lösung würde darin bestehen, das gesamte KV-System aufzulösen und den Sicherstellungsauftrag allein den Krankenkassen zu übertragen, die dafür gegenüber den

Aufsichtsbehörden die Garantie übernehmen. Abgesehen von den damit verbundenen organisatorischen Problemen, würde ein solcher Systembruch die Vertragsärzte aus ihren Verpflichtungen als Mitglieder einer Körperschaft des öffentlichen Rechts entlassen. Das hat gravierende Auswirkungen auf die Gewährleistung von Qualitätsstandards und das Disziplinarrecht. Es ist daher ratsam, dass die Vertragsärzte weiterhin Zwangsmitglieder der KV bleiben. Diese könnte aber unter einem gemeinsamen Verwaltungsdach in eine Hausarzt- und ein Facharzt-KV aufgeteilt werden, die sowohl für die Qualitäts- und Disziplinarfrage verantwortlich sind, als auch für die jeweiligen nach wie vor erforderlichen Kollektivverträge für die Erfüllung von Versorgungsstandards in der ambulanten Versorgung. Für die Selektivverträge sind in diesem System ausschließlich die Verträge schließenden Krankenkassen verantwortlich.

Die Sicherstellung der stationären Versorgung bleibt in diesem System bei den Ländern, mit einem allerdings erheblichen Unterschied zum geltenden Recht. Sie entscheiden nicht mehr konkret über die zugelassenen Plankrankenhäuser, sondern stellen sicher, dass den Bürgern in den Regionen des Landes eine der jeweiligen Alters- und Morbiditätsstruktur entsprechende Krankenhausversorgung zur Verfügung steht. Welche Krankenhäuser mit welchen Abteilungen dafür in Frage kommen, bleibt den Verträgen der Krankenkassen überlassen. Diese müssen so gestaltet sein, dass die Vorgaben der Landeskrankenhausplanung flächendeckend erfüllt werden. Andernfalls können die Länder deren Genehmigung verweigern und Nachbesserungen einfordern und ggf. durchsetzen.

Für die interne Organisation der Landesbehörden hätte eine solche integrierte Verantwortung für die Sicherstellung der gesamten medizinischen Versorgung erhebliche Auswirkungen. Die traditionellen

Krankenhausreferate müssten entsprechend umgewandelt werden und für die medizinische Versorgung insgesamt Verantwortung tragen. Das wäre eine deutliche Kompetenzerweiterung, die aber nicht notwendigerweise mit einem Personalausbau einhergehen muss. Die Gesundheitsabteilungen der Landesministerien und deren nachgeordneten Behörden müssten allerdings umgebaut und auf die neuen Aufgaben ausgerichtet werden. Die dafür erforderlichen Qualifikationen sind durchaus vorhanden. Das von Landespolitikern gern verwendete Argument, eine solche integrierte Planung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung sei ja gut und schön, aber leider habe man nicht die dafür geeigneten Leute, ist eine reine Schutzbehauptung. Das eigene personelle Potenzial ist besser, als die politische Führung oft glaubt. Man muss es nur motivieren und sachgerecht einsetzen.

3.3.3 Zuständigkeiten in der Rechtsaufsicht

Ein solches integriertes Sicherstellungssystem kann nur funktionieren, wenn die Landesbehörden die dafür erforderlichen Aufsichtskompetenzen haben. Diese sollten zwar nicht wie eine Fachaufsicht in das operative Vertragsgeschäft eingreifen können. Sie müssen aber Durchgriffsrechte für den Fall haben, dass die Vorgaben der Bedarfsplanung und die rechtlich festgelegten Kriterien für eine angemessene Versorgung erfüllt werden. Das ist mit dem geltenden Aufsichtsrecht nicht möglich, das die Funktion der Landesaufsichtsbehörden auf die Haushaltskontrolle der regionalen Krankenkassen und KVen beschränkt. Außerdem führt der politisch gewollte Zentralisationsprozess bei den Krankenkassen mitsamt der Tendenz zu Selektivverträgen dazu, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) nolens volens

immer mehr Zuständigkeiten auch für die Landesebene erhält, die es gar nicht angemessen und ortsnah wahrnehmen kann.

Vor diesem Hintergrund gibt es eigentlich nur eine tragfähige Lösung. Die geltende Aufteilung der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden vom Bund und den Ländern nach regionalen und bundesweit operierenden Institutionen muss zugunsten einer funktionalen Arbeitsteilung geändert werden. Bereits vor Jahren hat der damalige BVA-Präsident Daubenbüchel angeregt, die Aufsicht über die Haushalte der Krankenkassen dem Bund zu übertragen, während sich die Länder um das weitgehend auf der regionalen Ebene abspielende Geschäft der Versorgungsverträge kümmern sollten. Dieser Denkanstoß wurde damals mit dem Hinweis abgewürgt, das sei ohne Grundgesetzänderung nicht möglich, und die sei politisch nicht durchsetzbar. Inhaltliche Gegenargumente gab es eigentlich nicht. Der eingangs erwähnte GMK-Beschluss lässt auf einen Sinneswandel bei den Landespolitikern hoffen, der in ihrem eigenen Interesse ist. Damit sollen die mit einer solchen neuen Arbeitsteilung zwischen Bund und Ländern verbundenen rechtlichen und prozessualen Probleme gar nicht klein geredet werden. Aber die sind lösbar, wenn man nicht die Bedenken, sondern die damit verbundenen Chancen in den Vordergrund stellt.

3.4 Ausblick

Die hier nur grob skizzierten Grundzüge einer Neuordnung der Zuständigkeiten in der Bedarfsplanung, Sicherstellung und Aufsicht in der medizinischen Versorgung lassen zwangsläufig viele praktische Fragen unbeantwortet. Weder lässt ein solcher Beitrag dafür hinreichend Platz, noch ist die allgemeine Diskussion zu diesem Thema so weit gediehen, dass alle Probleme auch im Detail bereits definiert

sind. In einem so stark verrechtlichten Gesundheitswesen wie dem deutschen steckt der Teufel im Detail. Es wäre für jeden Autor gegenwärtig eine Überforderung, ein in sich geschlossenes, ökonomisch wie juristisch durchdachtes System präsentieren zu wollen, das auch noch politisch umsetzbar ist. Das kann nur einer gezielt und tabufrei geführten öffentlichen Diskussion überlassen bleiben. Meine über 20-jährige Erfahrung in der gesundheitspolitischen Praxis lässt mir auch keine Illusionen darüber, wie schwierig es sein wird, diese Überlegungen angesichts der Vielzahl und des Beharrungsvermögens der davon betroffenen Institutionen umsetzungsreif zu machen. Erfahrungsgemäß stoßen Veränderungen weder in der GKV-Finanzierung noch im Leistungsrecht auf einen so erbitterten Widerstand wie Organisationsreformen und Eingriffe in die Zuständigkeiten von Institutionen und korporatistischen Strukturen des Gesundheitswesens. Da wird stante pede eine gemeinsame Front von wirkungsmächtigen Bedenkenträgern aktiv, die nur ein Interesse eint: die Verhinderung einer ihre überkommenen Funktionen tangierende Reform.

Nicht nur in der Gesundheitspolitik sollte man die Zahl der Reformgegner überschaubar halten. Deshalb empfiehlt es sich, zunächst drei Reformbaustellen zu eröffnen:

- Absolute Priorität hat die Schaffung der Datengrundlage für eine integrierte Bedarfsplanung. Ist diese nicht vorhanden, kann man sich alle weiteren Überlegungen über institutionelle Reformen der Zuständigkeiten in der Bedarfsplanung und Sicherstellung sparen.
- Ebenso auf der aktuellen politischen Agenda steht die Neuordnung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit einer haus- und einer fachärztlichen Sektion. In einigen KVen ist diese Trennung intern bereits durch entsprechende Zuordnungen von Vorstandskompetenzen faktisch vollzogen.

- Bund und Länder sollten ein gemeinsames Konzept zur Aufteilung der Kompetenzen in der Aufsicht erarbeiten, das dem Bund die Aufsicht über die Kassenhaushalte und die GKV-Finzen überlässt, während die Länder die Versorgungsverträge überwachen.

Schon diese ersten Reformschritte bewegen sich auf interessenvermintem Gelände. Aber es gibt keine tragfähige Alternative, wenn man die solidarische Krankenversicherung und das Prinzip der Selbstverwaltung erhalten will.

3.5 Literatur

Fülop G. et al. (2007): Bedarfsgerechte Versorgungsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik 61. Jg., Heft 9–10: 57–63

Hildebrandt H. et al. (2009): Die Hohe Kunst der Anreize: Neue Vergütungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen und der Bedarf für Systemlösungen. Sozialer Fortschritt 58. Jg., Heft 7: 154–160

Leber W.-D. et al. (2008): Elektiv wird selektiv. Grundzüge eines wettbewerbsorientierten, nach Leistungen differenzierten Ordnungsrahmens für Krankenhäuser ab dem Jahr 2009.

Klauber J. et al. (Hrsg.) (2007): Krankenhausreport 2007: Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase? Stuttgart-New York (Schattauer): 81–106

Rürup B. et al. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung_2008 (Zugriff: 10.03.2011)

SVR-Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Baden-Baden (Nomos)

SVR-Gesundheit (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Baden-Baden (Nomos)

Winterer A. (2009): Neue Wege der Krankenhausfinanzierung – leistungsbezogene Investitionsförderung in NRW, Klauber J. et al.: Krankenhausreport 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren. Stuttgart-New York (Schattauer): 143–154

4 Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen

Karl-Heinz Schönbach

Sollen mit ordnungspolitisch fundierten Reformen Grundlagen für ein versorgungspolitisch leistungsfähiges, wettbewerblich effizientes und freiheitliches Gesundheitswesen geschaffen werden, bedarf es offener Analysen und Konzepte. Für die Gesetzgebung fehlt bis heute ein Konzept, wie eine angebotsorientierte Sicherstellung mit „Kollektivverträgen“ und eine nachfrageorientierte Sicherstellung mit „Selektivverträgen“ zusammenwirken können. Systemische Grundlage bleibt bisher das kollektivvertraglich geprägte System von Bedarfsplanung nach Sitzen, Zulassung für alle Krankenkassen und kollektiven Verträgen. Dieses System wird nicht vom Bedarf der Patientinnen und Patienten abgeleitet, sondern lässt alle approbierten Ärzte zu und reguliert im Nachhinein kollektiv. Der andauernde Sachzwang einer nachgehenden Regulierung aus der kollektiven Logik lässt inzwischen auch die Ärzte Alternativen suchen. Dieser „Sachzwang“ scheint auch für ein freiheitliches System der GKV mit Wettbewerb überholt. Denn inzwischen wurden sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Versorgung „morbidityorientierte“, d. h. nachfrageorientierte Maßstäbe gefunden, die sich am Patientenbedarf (Indikation und Schweregrad) sowie der ärztlichen Kunst (evidenzbasierte Leitlinien) und der Betriebswirtschaft (kostengleiche Fallgruppen) orientieren. Von daher und angesichts der erwarteten demografischen Entwick-

lung wird bei den folgenden Vorschlägen von einer schrittweise zu realisierenden Neuordnungsperspektive ausgegangen, um die Sektor-
grenzen zu überwinden. Dabei wandelt sich der angebotsorientierte
„Kontrahierungszwang“ der Krankenkassen zu einer bedarfsorientier-
ten „Vertragspflicht“.

4.1 Ausgangslage

In Deutschland war die Zahl der ambulant tätigen Ärzte und ihre
Verteilung über die ärztlichen Fachgebiete zu keiner Zeit höher oder
hätte sich ausgewogener dargestellt als gegen Ende dieses Jahrzehnts.
Ebenso haben die Vergütungen der gesetzlichen wie der privaten
Krankenversicherung der Finanzkrise zum Trotz historische Höchst-
stände erreicht. Wenn aus Sicht zahlreicher Ärzte und Patienten nach
Jahrzehnten der Reform gleichwohl Bürokratie, Verteilungsfragen
und Wartezeiten eher zunehmen, sollten die Grundlagen des kollekti-
ven Bedarfsplanungs-, Zulassungs- und Vergütungssystems grund-
legend wettbewerbsfähiger gestaltet werden. In der Vergangenheit ha-
ben wiederholte, teils im Verlaufe ihrer administrativen Vorbereitung
erneut überdachte Honorarreformen in der Ärzteschaft zu nachvoll-
ziehbarem Widerstand, Apathie und Abkehr geführt. Die Hausärzte
schaffen zurzeit in zahlreichen Vertragsbezirken durch freie Verträge
Vertragsgrundlagen außerhalb der kollektiven Gesamtvergütung oder
sind auf der Grundlage gesetzlicher Regelungen vor die Schiedsämter
gezogen.

Auch öffentlich sind geradezu paradoxe Reaktionen der Ärzteschaft
auf die mit einem Honorarplus von weit über 3 Mrd. Euro ausgestat-
tete Vergütungsreform 2009 noch präsent: Offenbar erreichen regio-
nale Gesamtvergütungen für die gesamte ambulante ärztliche Versor-

gung eine natürliche Leistungsgrenze, wenn und soweit sie der Vielfalt und Dynamik der Versorgungsstrukturen in der entwickelten ambulanten Versorgung nicht mehr gerecht werden können. Und jede neue Etappe der Reform verstärkt – in guter Absicht – Unsicherheit und Konfusion bei den niedergelassenen Ärzten, wo sie Stabilität und Ordnung herzustellen beabsichtigte. Nach der soundsovielten Honorarreform in Deutschland wandern Ärzte inzwischen ebenso nach England ab – das nur halb so hohe Gesundheitsausgaben hat – um dort besser zu verdienen als in Deutschland, wie sie sich etwa der Schweiz zuwenden, wo die Gesundheitsausgaben zwar kaum höher sind als hierzulande, der Arzt aber mehr Zeit für seine Patienten hat. Am Ende des Tages muss sich das kollektive Bedarfsplanungs- und Vergütungssystem andere Ärzte suchen. Das darf nicht sein.

Denn auch bei den Fachärzten werden zurzeit konkrete Bemühungen verstärkt, unmittelbare Vertragsbeziehungen mit den Krankenkassen einzugehen. Gerade die schier bis ins Letzte detaillierte, gebietskörperschaftlich geprägte Honorarplanung mit den verschiedensten Vergütungssegmenten wird auch von den Fachärzten nicht mehr akzeptiert. Sie war ein Hauptgrund dafür, dass Ärzte – insbesondere im wohlhabenden Süden der Republik – in Scharen privaten Zusammenschlüssen wie dem MEDI-Verbund folgen. Die bloße Abkehr von der „KV“ kann aber nicht das Ziel sein. Die ambulante Versorgung braucht ein neues, stabiles wettbewerbliches Fundament.

Für einen wettbewerblichen Neuanfang gilt: Der Arzt will das für den Patienten Sinnvolle tun und dafür verständlicherweise angemessen vergütet werden. Er will nicht immer neue, teils als unverständlich empfundene kollektive Honorarsysteme bedienen und sich nur „trotzdem“ noch um seine Patienten kümmern. Er will nicht fortgesetzt Honorarbescheide nachzuvollziehen versuchen, die mit seiner Praxis

nicht allzu viel zu tun haben und selbst von Fachleuten kaum nachvollzogen werden können. Kurzum: Alle Suche und das Hin und Her zentraler Honorarreformen von der Einzelleistungsvergütung zur Pauschale und zurück sind in einer modernen Gesellschaft vom Scheitern bedroht, und zwar deshalb, weil jeder informierte Arzt bei einem kollektiven Honorarsystem Wege findet, in einer großen Gruppe am Ende nicht der Dumme zu sein. Medizinisch begründetes Verhalten wird so von ökonomischen Kalkülen über die Maßen beeinflusst.

Was zentral geleistet werden muss, ist ein im Kern medizinisch begründetes, stabiles und an Patientenproblemen (Indikationen und Schweregraden) anknüpfendes Vergütungssystem, das dann auch betriebswirtschaftlich fundiert wird. Für die stationäre Versorgung ist mit den diagnosebezogenen Fallpauschalen (G-DRGs) eine international bewährte Lösung für Deutschland angepasst und erfolgreich eingeführt worden. Sie sollte auch für die ambulante Versorgung adaptiert werden und den geeigneten Maßstab für ein plurales Vertragssystem herstellen. Dieser Maßstab leistet wie ein Tarifvertrag „Transparenz“. Für den Leistungsaustausch bedarf es dann – wie in allen anderen Bereichen auch – konkreter Verträge ohne Kontrahierungszwang. Wer Wettbewerb sagt und Wettbewerb will, der muss auch Freiheit gewähren und Regeln aufstellen, unter denen das Vertragsprinzip gelten kann.

4.2 Sicherstellung

Niederlassung und ihre Entwicklung

Die Ärzte, deren Zahl gerade im letzten Jahrzehnt erheblich über den Bedarf gestiegen ist, werden in einer älter werdenden Gesellschaft

gebraucht. Die demografische Herausforderung der nächsten Jahrzehnte wird vielfach diskutiert. Von daher ist die Diskussion um die sogenannte Ärzteschwemme abgeklungen. Es gibt aber, gemessen am regionalen Behandlungsbedarf der Bevölkerung, eine höchst ungleiche Verteilung der Niederlassungen. Aus diesen Disparitäten aber gleich umgekehrt einen „Ärztmangel“ abzuleiten, ist verfehlt. Die Gründe für die Verteilungsprobleme liegen vielmehr woanders:

- Zum einen gelingt es der ambulanten Bedarfsplanung in der heutigen Form nicht, für eine angemessene regionale Verteilung der Ärzte zu sorgen. Und die Lücken, die die Bedarfsplanung offen lässt, sind bedeutsamer als ausgewiesen. Denn viele Planungsbezirke sind in den letzten Jahren zusammengelegt bzw. vergrößert worden – ganz Berlin etwa ist ein Planungsbezirk – und die Bezirke schließen heterogene Gebiete mit Über- und Unterversorgung ein. So gibt es etwa in Berlin-West über 100-mal mehr Psychotherapeuten als in Berlin-Ost.
- Zum anderen haben Ärzte in vielen Fällen eine fachärztliche Tätigkeit am Krankenhaus oder an einem Medizinischen Versorgungszentrum vorgezogen. Die Krankenhäuser sind inzwischen mit zahlreichen Formen für die ambulante Behandlung geöffnet. Damit findet ein immer größerer Teil der fachärztlichen Versorgung außerhalb der klassischen niedergelassenen Praxis statt.

Von daher ist es dringend angezeigt, dass zum einen der Gemeinsame Bundesausschuss die Planungs- oder besser „Versorgungsbezirke“ adäquater fasst, sektorübergreifend unter Einschluss der ambulanten Versorgung an den Krankenhäusern und MVZ definiert und so die tatsächliche Versorgungssituation spiegelt. Die Veränderung von Planungsbezirken muss einem öffentlichen Nachprüfungsverfahren unterzogen sein. Und vor allem muss die Verteilung konsequent mit

dem Vertragssystem verbunden werden. Es kann nicht sein, dass sich in übertensorgten Gebieten unter Kontrahierungszwang der Krankenkassen immer mehr Vertragsärzte niederlassen, während in deutlich unterversorgten Gebieten nach Zusatzvergütungen und Hilfe der Bürgermeister gerufen wird. Es bedarf mithin ökonomischer Anreize und Konsequenz. Die zuletzt auf alter Grundlage im Erweiterten Bewertungsausschuss von der Kassenseite gegen die Stimmen der KBV verabschiedeten Vergütungsanreize zur Abkehr von Über- und Unterversorgung sind demgegenüber allenfalls halbherzig, mit inkonsequenten Übergangszeiten versehen und von der Selbstverwaltung weiter reduzierbar.

Für die hausärztliche Versorgung ist es von Nachteil, dass die Zahl weitergebildeter Allgemeinmediziner trotz Sonderförderung weiter zurückgeht. Die dadurch entstehenden Versorgungslücken konnten bisher weithin durch hausärztlich tätige Internisten geschlossen werden. Grundlegender wirkt sich für die gesamte ambulante Versorgung aus, dass nachfolgende Ärztejahrgänge offenbar eine mit anderen Berufsgruppen vergleichbare Work-Life-Balance anstreben. Der Wertewandel führt an dieser Stelle zu komplexeren Anforderungen. Vor allem junge Ärztinnen, aber auch Ärzte schreiben auch dem privaten und dem Familienleben einen angemessenen Stellenwert zu und wissen kaum anders als ihre Generation flexible Arbeitszeiten zu schätzen. Selbst dort, wo aus betriebswirtschaftlichen Gründen, etwa mit Blick auf die gemeinsame Gerätenutzung, von einer Einzelpraxis nicht abgeraten wird, ist für Ärztinnen und Ärzte eine Tätigkeit etwa in Medizinischen Versorgungszentren sehr attraktiv.

Kurzum: Insbesondere eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung wird künftig vor allem in Ballungsräumen und Residenzstädten weiterhin gesichert sein. Im ländlichen Raum und kleineren Städten wird

sie nicht der Normalfall bleiben. Dies gilt umso mehr, wenn demografische Faktoren den Bedarf verändern. Ein dringend benötigtes, die fachärztliche Versorgung sicherstellendes System kann offenbar nur noch sektorübergreifend konzipiert sein und muss Krankenhäuser und MVZs einbeziehen. Von daher braucht es sektorübergreifender Bedarfsplanungs-, Vergütungs- und Vertragssysteme.

Vergütung und Leistungsentwicklung

Die Honorierung der Ärzte beruht auf ohne Alternative „einheitlich und gemeinsam“ vereinbarten kollektivvertraglichen Gesamtvergütungen, die die Krankenkassen je Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichten. Die Verteilung der Honorare an die Ärzte ist fast vollständig von dem Gesamtvertrag der einzelnen Krankenkasse mit der Kassenärztlichen Vereinigung entkoppelt. Die einzelne Krankenkasse kann in der Regel nur durch Sonderverträge und Zahlungen neben der Gesamtvergütung zumindest mittelbaren Einfluss auf die Versorgung ihrer Versicherten nehmen. Von daher ist der Kassenwettbewerb an der Drehscheibe der ambulanten ärztlichen Versorgung unterbrochen. Eine Ausnahme bilden die Integrierte und die besondere (haus-)ärztliche Versorgung.

Mit der Einführung „morbiditätsbedingter Gesamtvergütungen“ der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen wurde die Aufbringung der Mittel neu geregelt. Die Krankenkasse zahlt nun nach den beschlossenen Vergütungsmodellen in einem differenzierten, indikationsgetriebenen und versichertenspezifischen Zuschlagssystem morbiditätsorientierte Gesamtvergütungen an die Kassenärztliche Vereinigung. Damit soll der Zahlbetrag der Krankenkasse je Versicherten methodisch genau dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf der Versichertenstruktur der Krankenkasse nachgebildet werden. Und man möchte annehmen, die Krankenkasse wird dies

akzeptieren, weil ihre so exakt proportionierten Finanzmittel nun auch der guten ambulanten ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten zugute kommen. Und Ärzte werden diese Vergütung begrüßen, weil der so vergütete Behandlungsbedarf medizinisch und ökonomisch passt. Doch diese Erwartungen sind nicht erfüllt: Die Kassenärztliche Vereinigung führt die so indikationsbezogen gezahlten Gesamtvergütungen der Krankenkassen kassenübergreifend zusammen und zahlt an die Ärzte in weitem Umfang Pauschalen je Fall aus, und zwar ungeachtet des indikationsbedingten Behandlungsbedarfs. So hat das neue Honorarsystem – dem große Erwartungen vorausgingen – weit- hin für Unverständnis und Bürokratie gesorgt.

Für die Regelversorgung aus der regionalen Gesamtvergütung bleibt es danach bei der „Regelleistung“ und den Anreizen von Fallpauschalen ohne Indikationsbezug, deren Vergütungsvolumen mehr und mehr von ausgewählten „frei abrechenbaren Leistungen“ geschmälert wird. Da die regionale Gesamtvergütung „Fälle“ honoriert, werden in immer größerer Zahl „Fälle“ abgerechnet. Inzwischen resultieren daraus 17,8 Arztkontakte pro Versicherten und Jahr. In den skandinavischen Ländern etwa beträgt die Zahl der Arztkontakte rund fünf pro Versicherten und Jahr. Trotz Praxisgebühren und historisch niedrigem Krankenstand bewegen Ärzte offenbar immer mehr strukturierten und rationalisierbaren Behandlungsbedarf innerhalb des Praxiskreislaufs. Warnende Äußerungen der Ärzteschaft lassen aufhorchen. Durch die bisherige demografische Entwicklung kann diese Sorge nicht erklärt werden. Vielmehr werden offenbar planbare und in hoher Zahl reproduzierbare Behandlungsabläufe innerhalb des Systems der Fallpauschalen vorgezogen. Patienten, die diesem Muster nicht entsprechen und erhöht ärztliche Zeit erfordern, geraten vermehrt in den externen Praxiskreislauf. Neue Patienten mit unklaren Behandlungsproblemen schließlich werden mit bisher ungeahnten Wartezeiten konfrontiert.

Für die Ärzte offenbart sich dieses Anreizsystem als Taylorisierung ihres Arbeitstages, bei dem sie beklagen, für die wirklich Kranken oder ihnen im jeweiligen ärztlichen Fachgebiet besonders anvertrauten Patienten keine Zeit mehr zu haben. Die Vergütungen je Fall sinken wie zuvor die Vergütungen je Einzelleistung, zumal wenn die Kassenärztliche Vereinigung vorsorglich die Vorwegabzüge erhöhen muss. Und für die Patienten ergibt sich kein besseres Bild: Sie erleben Wartezeiten, Überfüllung und kurze Beratungszeiten. Obwohl ihre Beiträge nie höher waren als heute, nehmen Qualität und Service in der ambulanten Versorgung eher ab. Der Versicherte zahlt hohe Beiträge für Leistungen, über die er täglich in der Presse das Wort „Zweiklassenmedizin“ lesen kann.

4.3 Weiterentwicklung

Die schwarz-gelbe Koalition hat Anfang der 90er Jahre neben der Neukodifizierung des SGB V (GRG 1989) insbesondere die strikte Budgetierung der Leistungsausgaben eingeführt (GSG 1993). Sie hat aber auch mit Zustimmung der SPD im Bundesrat mit der Wahlfreiheit der Versicherten die Voraussetzungen für den Kassenwettbewerb geschaffen. Erst die schwarz-rote Koalition hat den Wettbewerbsansatz aufgegriffen (GKV-WSG 2007) und die Budgetierung abgeschafft (GKV-WG 2008). Offen ist noch die Weiterentwicklung durch die neue schwarz-gelbe Koalition.

Vertragsprinzip statt Kontrahierungszwang

Die ambulante ärztliche Versorgung war in der Entwicklung seit 1993 stets Drehscheibe der Konflikte um die Budgetierung und Steuerung, weil der Arzt als Verordnungsberechtigter der Krankenkasse weit mehr Ausgaben verursacht und verantwortet als sein eigenes Hono-

rar. Von daher ist es umso verständlicher, dass der einzelne Arzt Umstände vorzieht, die ihm ein kalkulierbares Honorar und Klarheit über seine Steuerungs Aufgabe bieten. Dies kann mit folgenden Mitteln erreicht werden:

- Von der Logik der Sache her kann die Krankenkasse, die mit der Kassenärztlichen Vereinigung quasi allen Ärzten gegenüber unter Kontrahierungszwang steht, dem einzelnen Arzt im Regelsystem kein kalkulierbares Honorar zusichern, sondern nur der Gesamtheit der ärztlichen Vertragspartner. Entschiede sich die Politik aber in einem wettbewerblichen Ansatz konsequent für eine Abkehr vom Kontrahierungszwang zwischen der Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. allen ihren Pflichtmitgliedern, würde die Krankenkasse auch kalkulierbare Honorare für den Arzt leisten können. Die heutige Kultur verschiedener, teils ineinander verschachtelter Vergütungssegmente mit teilweise abgestaffelten Bereichen und der damit verbundene Reparaturbetrieb könnten so überwunden werden. Als Stichwort sei auf Verträge mit einem Mix aus kontaktunabhängiger Jahres-Einschreibe-Pauschale beim Hausarzt verwiesen, auf Komplexhonorare mit klarem Indikationsbezug und qualifikationsgebundener Einzelleistungsvergütung. Gerade für die fachärztliche Versorgung böte sich ein sektorübergreifendes System diagnosebasierter Fallpauschalen an.
- Entschiede sich die Politik gegen den Kontrahierungszwang und folgerichtig für das freie Vertragsprinzip, würden auch die Grundlagen dafür geschaffen, den Arzt bei seinen strukturellen Steuerungsaufgaben für von ihm veranlasste Leistungen aus einer unklaren, umfassenden Pflicht zu entlassen. Nach dem Vertragsprinzip hätten die Vertragsparteien zu vereinbaren, wie und mit welchen Mitteln sie die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sicherstellen. Dass es dabei weiterhin gesetzlicher Grundlagen bedarf, steht

außer Frage. Der Gestaltungsbereich vertraglicher Regelungen würde sich (allerdings ebenso) ganz anders justieren, wie die konkrete Unterstützung des Arztes bei Entscheidungsprozessen größer würde. Als Stichwort sei hier nur auf kassenspezifische Arzneimittellisten verwiesen. Heute verstößt die gemeinsame Selbstverwaltung als öffentlich-rechtlicher Partner des Arztes schon gegen Kartellrecht, wenn sie dem Arzt etwa zur Arzneimittelauswahl konkretere Empfehlungen gibt. In einem System mit Kontrahierungszwang kann vom Arzt aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes alles gefordert werden, aber im Hinblick auf den einzelwirtschaftlichen Konkretisierungsvorbehalt eben nichts konkret. Entsprechend bleibt die Managementunterstützung „allgemein“. Das öffentlich-rechtliche System muss sein „Zwangsmitglied“ Arzt schon aus rechtlichen Gründen mit abstrakten, nicht entscheidungsnahen Empfehlungen schlicht allein lassen. Konkrete Unterstützung im Management gibt es nicht per Verwaltungsakt.

Das heutige Planungs-, Zulassung- und Vergütungssystem sichert mithin auf der Makro-Ebene der Gesamtvergütungen und Verordnungsvolumina scheinbar „berechenbare“ Ergebnisse, hinterlässt aber auf der Mikro-Ebene der Versorgung beim einzelnen Arzt inadäquate Informationen und damit verbundene Regeln. Werden solche inadäquaten Regeln verletzt, verbietet es sich meist, Verstöße tatsächlich zu sanktionieren. Die Regeln geraten zu Appellen und Mahnungen. Beispielsweise hat es in Deutschland trotz Dauerdiskussion seit 1989 (!) bis heute systematisch keine tatsächlich regressbewehrte Richtgrößenprüfung für Arzneimittel gegeben. Prüfungen, die Regresse erzeugt hätten, wurden wegen Daten- und/oder Rechtsfragen letztlich verworfen.

Ambulante DRGs für den Arzt

Die Einzelleistungsvergütung wählt im Kern „ärztliche Verrichtungen“ zu ihrem Maßstab. Deren sprunghafte Vermehrbarkeit ist bekannt. Werden dagegen Fallpauschalen vergütet, steigt die Zahl der Fälle in ungeahnter Art und Weise. Eine ordnungspolitische stabile, selbst lernende Lösung wählt dagegen einen medizinisch fundierten Maßstab, der – wie die DRGs im stationären Bereich – an Indikationen und Schweregraden von Patientenproblemen anknüpft. Die bereits für die Zukunft gesetzlich angemahnten „Komplexpauschalen“ weisen in diese Richtung. Aber solche Komplexpauschalen knüpfen immer noch im Kern an „Leistungen“ an. Ebenso richtet sich der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zurzeit geforderte „Zeitbezug“ der Vergütung, der ja im Kalkulationssystem des EBM bereits enthalten ist, auf die Vergütung nach Einzelleistungen. Dass Ärzte dann schneller arbeiten als in Durchschnittsvorgaben ist Teil der ärztlichen Kunst.

Demgegenüber ist ein wie bei den DRGs „indikationsbezogenes“ Vergütungssystem überlegen, bei dem nicht – wie heute im ambulanten Bereich – zwischen der Aufbringung der Gesamtvergütung (nach Indikationen) und der Verteilung der Mittel an den Arzt (nach Fällen) unterschieden wird. Bei ambulanten „DRGs“ werden insbesondere die niedergelassenen Fachärzte wie ihre Kollegen in den gleichen Fächern im Krankenhaus in vergleichsweise kurzer Übergangszeit zum medizinisch sachkundigen Kodieren finden. Wie im stationären Bereich wird ein Institut Indikationslegenden verknüpfen und Schweregrade so anordnen, dass diagnosebezogene Fallgruppen mit gleichem Ressourcenaufwand gebildet werden und vergütet werden können. Mit den ambulanten DRGs:

- kommen die Mittel mittels Indikationsbezug bei den Patientenproblemen an und bei dem Arzt, den der Patient frei wählt,

- findet der Arzt dazu eine Vergütung, die dem professionell guten Standard der ärztlichen Kunst in der Medizin entspricht,
- wird entsprechend die Therapiefreiheit in der ambulanten Versorgung wirtschaftlich geschützt, statt die ärztliche Kunst auf die geeignete Abrechnung verwenden zu müssen.

Dabei könnte der Effekt erhalten bleiben, dass die jeweilige Gesamtvergütung der jeweiligen Krankenkasse sich mit der Zunahme der gemessenen Morbidität erhöht. Denn wie im stationären Bereich wäre von den ambulant tätigen Ärzten bald eine verlässliche und stabile Kodierung nach Diagnosen zu erwarten, sodass alle gewinnen. Gewinnen wird auch die Qualität der Versorgung, weil die Vergütungen problemadäquat sind. Und aufgrund der höheren Therapiefreiheit wird eine sektorübergreifende Qualitätssicherung hinzukommen. Der gemeinsame Bundesausschuss arbeitet bereits an einem entsprechenden System. Die Anstrengungen sollten sicherlich unter Einbezug der Patientenvertreter intensiviert werden. Darüber hinaus ist jede Gruppe von Vertragspartnern bemüht, Qualität vertraglich zu fördern und verpflichtet, Qualitätsmanagement zu betreiben sowie Qualitätsberichte zu erstellen und zu veröffentlichen.

Und schließlich wird die Vertragsfreiheit des einzelnen Arztes gestärkt, wenn er individuell eine Vergütung nach dem gleichen Maßstab erhält, wie sie mit dem Kollektiv seiner Berufsgenossen in der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart wird. Dies ist gerade dann der Fall, wenn die Vergütung des Behandlungsbedarfs beim einzelnen Arzt nach der gleichen Methodik vollzogen wird wie die Gesamtvergütung durch die Krankenkassen bei der Kassenärztlichen Vereinigung. Auf die heute praktizierte, hoch komplexe „Bereinigung“ der kollektiven Gesamtvergütung zugunsten individuell vereinbarter Versorgungsaufträge kann dann verzichtet werden.

Von diesem indikationsbezogenen, bedarfsorientierten Maßstab der Vergütung bzw. der Vergütungsgerechtigkeit und dem Dumpingverbot ist die jeweilige konkrete Vertragsgestaltung zu unterscheiden. Arzt, MVZ oder Krankenhaus bzw. entsprechende Verbände müssen selbstverständlich frei sein, auf dieser Grundlage mit der Krankenkasse andere Vergütungsformen zu vereinbaren (Capitation, P4P, etc.). Und schließlich ist darauf hinzuweisen, dass für die Hausärzte, deren Gesamtvergütung ja bereits heute von der fachärztlichen Gesamtvergütung abgekoppelt ist, sowohl bei der Aufbringung der Mittel (Kopfpauschale) als auch bei der Vergütung (Grund- und Zusatzpauschalen) spezifisch geeignete Maßstäbe anzuwenden sind. Hier geben die Hausarztverträge den innovativen Maßstab der Diskussion.

Sektorübergreifende Bedarfsplanung

Wie bereits erwähnt und von der Ärzteschaft selbst postuliert, ist der ambulante Sektor unter sonst gleichen Bedingungen künftig nicht mehr in der Lage, ohne sektorübergreifenden Einbezug der ambulanten Leistungen des stationären Sektors eine qualifizierte und wohnortnahe fachärztliche Versorgung herzustellen. Der stationäre Sektor weist infolge der Reorganisation aufgrund des neuen diagnosebasierten Vergütungssystems der DRGs einen deutlichen Produktivitätssprung auf. Gemessen wird eine seit der Einführung der DRGs um 20 bis 30 % höhere Produktivität. Ein beträchtlicher Teil der zurzeit in den Krankenhäusern offenen Arztstellen ist in Häusern anzutreffen, die weniger als 75 % Auslastung aufweisen, obwohl die Auslastung von betriebswirtschaftlichen Anreizen gesteuert wird. Es ist eine vordringliche Aufgabe der Politik, die stationäre Bedarfsplanung und Investitionsfinanzierung mit dem Vergütungssystem zu synchronisieren, d. h. leistungsorientiert auszugestalten. Damit könnten auch besser als bisher bedarfsferne Kapazitäten aufgedeckt werden und ausscheiden. Die Produktivitätsgewinne des stationären Sektors könn-

ten auf diesem Wege sinnvoll und bedarfsgerecht für die ambulante Versorgung eingesetzt werden. Dazu bedarf es einer integrierten Sicht. Kurzum: Für den fachärztlichen Bereich sollte die Trennung ambulant – stationär aufgegeben werden.

Eine solche auch von der Ärzteschaft geforderte Integration kann allerdings nicht einfach durch gemeinsame „Planung“ von Angeboten bewältigt werden. In einem Wettbewerbssystem bewirtschaftet die GKV nicht „Kapazitäten“ oder „Sitze“, sondern stellt Leistungen sicher und vergütet sie nach Inanspruchnahme.

Von daher ist es zweifellos unverzichtbar, dass künftig eine sektorübergreifende ambulante Bedarfsplanung in adäquaten Versorgungsregionen formuliert wird, bei der die Partner der Sicherstellung zusammenwirken. Für die ambulant Beteiligten aus dem stationären Sektor sind dies die zuständigen Landesbehörden mit Unterstützung der Landeskrankenhausesellschaften und für den ambulanten niedergelassenen Bereich die Krankenkassen und ihre Vertragspartner in der allgemeinen und besonderen ärztlichen Versorgung. Die allgemeine ärztliche Versorgung wird von der Kassenärztlichen Vereinigung sichergestellt; die besondere von den jeweiligen Vertragspartnern.

Die sektorübergreifende Bedarfsplanung wird dann notwendigerweise leistungsorientiert sein müssen. Für die Planungsbereiche wird festgelegt, welche erwartete Leistungsmenge mindestens durch Verträge abgedeckt werden muss. Dabei kommt es im Wesentlichen bei den Hausärzten, Kinderärzten, Gynäkologen und Augenärzten auf die ungeteilte Sicherstellung einer wohnortnahen Präsenz an. Für alle übrigen ambulanten fachärztlichen Leistungen müssen die Sicherstellungspartner dagegen Qualifikationen, Häufigkeiten und maximal

zumutbare Wege festlegen. Wie diese populationsbezogen vereinbarten Sicherstellungsvorgaben dann mit der besten Qualität und dem besten Service mittels ambulanter, stationärer oder mobiler Vertragspartner hergestellt wird, muss dem Wettbewerb überlassen werden.

Demgegenüber wäre es rückwärtsgewandt und wettbewerbsfeindlich, bei der heutigen Bedarfsplanung nach Sitzen zu verharren und darüber hinaus moderne Betriebsformen wie MVZ dadurch zu behindern, dass eine Anteilmehrheit für Ärzte vorgeschrieben wird. Zum einen wird ein Krankenhaus sich nicht nach „Sitzen“ beteiligen lassen und auch niedergelassene Fachärzte nehmen bereits heute mit unterschiedlichen Arbeitszeiten an der ambulanten Versorgung teil. So stehen viele Ärzte nur die Mindestzeit von 20 Wochenstunden vertragsärztlich zur Verfügung und verwenden die übrige Zeit privatärztlich. Zum anderen aber können im Wettbewerb nur Ergebnisse und ihre Qualität zählen und nicht Ort oder Rechtsform der Leistungserbringung. Ein Vergütungsabschlag bei ambulanten Krankenhausleistungen wegen des Entfalls von Investitionsanteilen ist sachgerecht, soweit und solange die Investitionen hier außerhalb der Leistungsentgelte geregelt sind. Auch an dieser Stelle liegt schließlich unerledigter Reformbedarf und es ist ein Ärgernis, wenn Länder ihren Finanzierungsanteil vernachlässigen und dennoch eine leistungsbezogene monistische Finanzierung der Investitionen politisch blockieren.

Dabei kann die Gesundheitspolitik darauf bauen, dass die Vergütungssysteme ambulant wie stationär inzwischen diagnosebasiert und leistungsbezogen formuliert sind bzw. – wie hier vorgeschlagen – formuliert werden können. Die Bereitstellung von Leistungen in den Regionen harmonierte auf dieser Grundlage mit den Versorgungsverträgen, die angemessen vergütet werden. So werden für die Regionen zur Sicherstellung strukturiert Mindest-Leistungsmengen vorgegeben.

Krankenkassen schreiben ihre jeweiligen Anteile unter gleichen Bedingungen regional aus und weisen Verträge den Aufsichtsbehörden nach. Punktwerte können nach unten und Sicherstellungszuschläge nach oben begrenzt werden. Bei Abkehr von Ihrem Zwangscharakter kann sich die Kassenärztliche Vereinigung dauerhaft an diesem Verfahren beteiligen. Und schließlich wird die Aufgabe der notwendigen sektorübergreifenden Qualitätssicherung den Ärztekammern zugewiesen. Die Aufsicht über die Sicherstellung obliegt den Landesbehörden als Regulierungsinstanzen. Erfüllt die Krankenkasse ihre Vertragspflichten nach Feststellung des aufsichtführenden Landes nicht, wird sie im Anschlusszeitraum gesetzlich für das jeweilige Gebiet zur Kostenerstattung nach der privatärztlichen Gebührenordnung verpflichtet. Eine entsprechende Kürzung der Fondszuweisungen wäre demgegenüber das aufwendigere Verfahren.

Das sektorübergreifende Vergütungssystem ambulanter fachärztlicher Leistungen sollte wie betont als Fortsetzung und Weiterentwicklung des DRG-Systems gestaltet werden. Es bietet sich dazu an, das Institut für Entgelte im Krankenhaus (InEK) für den fachärztlichen Teil der Versorgung mit dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) zu verbinden, um die langjährige Erfahrung des InEK für die ambulante Versorgung zu nutzen.

Anzumerken sind sicherlich für eine solche Vorgehensweise schützende Rahmenbedingungen und Bestandsschutzfristen, die hier nicht im Detail anzuführen sind. Aber auch wenn der verfassungsrechtliche Gestaltungsspielraum des Bundesgesetzgebers für die Krankenversicherung groß ist und mit der skizzierten Lösung in keiner Weise überfordert würde, ist es ein Gebot der Fairness, bestehenden Praxen eine Vertragsschutzfrist einzuräumen. Dem entspricht auf der anderen Seite, dass auf jeglichen Dirigismus bei der Fragen der Betriebsgrößen und -formen verzichtet wird.

Exempel „Ambulantes Operieren“

Die in diesem Beitrag skizzierten Maximen können exemplarisch für das „Ambulante Operieren“ angewandt werden. Hier kann der so definierte Vertragswettbewerb unmittelbar parallel im stationären und vertragsärztlichen Sektor mit den Leistungen nach § 115b SGB V eingeführt werden. Dieser Leistungsbereich hat einige strukturelle Besonderheiten gegenüber anderen Versorgungssegmenten, die im Folgenden nur kurz benannt werden:

- Die Leistungen werden heute im stationären und im vertragsärztlichen Bereich extrabudgetär vergütet.
- Die Leistungen sind allgemein als elektiv anerkannt, weil sie im Krankenhaus nur auf Überweisung hin durchgeführt werden dürfen.
- In zahlreichen Regionen gibt es einen Wettbewerb um Patienten, sodass sich für ausgeschriebene Leistungen ausreichend viele Bieter finden werden.
- Für bestimmte Eingriffe sind Qualitätssicherungsinstrumente entwickelt bzw. befinden sich aktuell in der Entwicklung.

Um Qualitätsgewinne und Effizienzreserven erschließen zu können, sollte der zurzeit noch bestehende Kontrahierungszwang in der stationären und vertragsärztlichen Versorgung für den Bereich der Leistungen nach § 115b SGB V aufgehoben werden. Der Gesetzgeber schafft dazu unter Beteiligung der Selbstverwaltung eine einheitliche Leistungsdefinition. Die Vereinbarung von Preisen und Mengen entlässt der Gesetzgeber in den freien Wettbewerb. Das intensiviert zum Nutzen der Patienten wie der Beitragszahler den Leistungs- und Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern und Vertragsärzten. Wie oben dargelegt, käme den Bundesländern für die Versorgung beim Ambulanten Operieren, die selektivvertraglich vereinbart wird,

ordnungspolitisch ein „Wächteramt“ zu. Ihnen obläge die staatliche Kontrolle darüber, dass eine ausreichende, flächendeckende Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Wichtig ist zudem die Implementierung strikter Qualitätssicherung für alle Leistungen, wobei auf die Erfahrungen mit Routinedaten zurückgegriffen werden kann. Dadurch wird eine Überbürokratisierung bei den Leistungserbringern vermieden und trotzdem der Versuch vereitelt, mit nicht qualitätsgesicherter Medizin Marktanteile zu erreichen.

4.4 Fazit

Ein sektorübergreifender Wettbewerbsansatz, der die Sicherstellung der ambulanten Versorgung garantiert, die ambulanten Krankenhausleistungen einbezieht und kalkulierbare Vergütungen sichert, ist möglich. Statt des Kontrahierungszwangs mit jedem Anbieter muss es dabei eine leistungsbezogen sicherstellende Vertragspflicht der Krankenkassen geben. Statt der Zulassung aller potenziellen Anbieter und ihrer kollektiven Regulierung im Nachhinein wird die Einführung des Vertragsprinzips zu mehr Qualität und Verlässlichkeit auf der Mikroebene der Versorgung führen und die Management-Unterstützung der Ärzte nachdrücklich verbessern können. Der damit verbundene Wettbewerbsansatz wird insbesondere den Beteiligten auf der Makroebene zahlreiche neue Management- und Steuerungsaufgaben abverlangen. Der Wettbewerb muss sich aber auch im Hinblick auf die Sicherstellung in ansonsten unterversorgten ländlichen Gebieten bewähren. Dort auf der hier knapp skizzierten Grundlage „Versorgung“ auszuschreiben, würde sicherlich neue, leistungsfähige Angebots- und Leistungsstrukturen zutage fördern.

5 Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung im Spannungsfeld von Kollektiv- und Selektivverträgen

Stefan Greß, Ingwer Ebsen, Klaus Jacobs, Jürgen Wasem

5.1 Einleitung

Bei der Einführung von Elementen des Vertragswettbewerbs in die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung durch die gesetzlichen Krankenkassen spielt die Kompetenzverteilung bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und deren Ausgestaltung eine wichtige Rolle. Im Mittelpunkt steht die Frage, wer in einem System mit einem zunehmenden Anteil von Selektivverträgen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung verantwortlich sein soll. Sollen dies, wie bisher, die kassenärztlichen Vereinigungen (ambulante vertragsärztliche Versorgung) und die Bundesländer (stationäre Versorgung) sein? Sollen alternativ die gesetzlichen Krankenkassen diese Verantwortung übernehmen? Gibt es unter Umständen sogar eine dritte Möglichkeit der Kompetenzverteilung in einer Vertragswelt mit einer parallelen Existenz von Kollektiv- und Selektivverträgen? Und wie soll die Sicherstellung ausgestaltet werden? Wer überwacht mit welchen Instrumenten, ob sie hinreichend umgesetzt wird?

Die hier angesprochenen Fragen haben mit dem Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes an Bedeutung gewonnen. Der Gesetzgeber hat an mehreren Stellen den Verantwortungsübergang

für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in Selektivverträgen gesetzlich fixiert. So finden sich inzwischen weitgehend identische Regelungen sowohl in § 73b SGB V Abs. 4 (hausarztzentrierte Versorgung) als auch in § 73c SGB V Abs. 3 (besondere ambulante Versorgung) und in § 140a SGB V Abs. 1 (integrierte Versorgung):

„Soweit die ... Versorgung der Versicherten durch Verträge nach diesem Absatz durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Die Krankenkassen können den der hausarztzentrierten [besonderen ambulanten] Versorgung zuzurechnenden Notdienst gegen Aufwendungsersatz, der pauschalisiert werden kann, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sicherstellen lassen.“

Auch die im Kollektivvertragssystem für die Sicherstellung verantwortlichen Akteure sind kürzlich mit Diskussionsbeiträgen für die Neuordnung der Kompetenzverteilung im Rahmen der Sicherstellung an die Öffentlichkeit getreten (*Jacobs/Schulze 2010*). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung sieht zwar in ihren gesundheitspolitischen Vorschlägen zur Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung den Kollektivvertrag weiterhin als Basis für eine flächendeckende vertragsärztliche Versorgung an. Allerdings fordert die KBV auch eine sektorübergreifende Planung und die Einbindung der Bundesländer und der Kommunen in die Versorgungsplanung – dies allerdings nur bei Ärztemangel und in strukturschwachen Gebieten (*KBV 2010*).¹

¹ Dieser Vorschlag wurde auch in einer Beschlussempfehlung zur Reform der ärztlichen Versorgung auf einer Klausurtagung der CDU/CDU-Bundestagsfraktion am 11./12. März 2010 übernommen.

Die 82. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder hat in einem Beschluss vom 25. Juni 2009 gefordert, die politische Verantwortung für die medizinische Versorgung den Ländern zuzuordnen:

„Eine Neustrukturierung der Länderzuständigkeiten im Bereich der Ausgestaltung und Vereinbarung von regionalen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen sowie der Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen wird für erforderlich gehalten. Ziel der Länder ist es, ihre Steuerungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik entsprechend der Bedarfe und Handlungserfordernisse sichergestellt zu wissen und unter veränderten Rahmenbedingungen weiter zu entwickeln (GMK 2009).“

Ein Jahr später hat die 83. GMK die Forderung nach einer Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder noch einmal bekräftigt und dabei u. a. darauf verwiesen, dass die Tendenz zu Selektivverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern es den Ländern zunehmend erschwere, die Aufgabe der Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung wahrzunehmen (GMK 2010). Diese Einschätzung kann man teilen oder auch nicht - zur Gefährdung einer ausreichenden Versorgung dürfte zumindest bislang in keinem einzigen Fall die Existenz eines Selektivvertrags beigetragen haben, wohl aber die Untauglichkeit des kollektiven Sicherstellungsregimes. Unabhängig davon weist allerdings das derzeitige Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag in der Tat einige Widersprüche auf und bedarf insoweit einer grundsätzlichen Klärung in Gestalt eines konsistenten Ordnungsrahmens (*so auch CDU/CSU 2011: 16*).

Genau hier setzt die Fragestellung dieses Beitrags an. In zwei Gutachten für den AOK-Bundesverband hat ein interdisziplinär zusammengesetztes Team (Gesundheitsökonomie, Sozialrecht, Medizin) Vor-

schläge für die Implementierung von Vertragswettbewerb in die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung in der GKV gemacht (*Cassel et al. 2008; Ebsen et al. 2003*). Dabei wurden sowohl ein eher mittel- bis langfristig orientiertes Konzept als auch kurzfristig umsetzbare Reformschritte entwickelt. Die Kompetenzverteilung bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung, ihre Umsetzung und das Monitoring spielten dabei natürlich eine wichtige Rolle. In diesem Beitrag werden diese Überlegungen aufgegriffen und aktualisiert. Dazu wird zunächst der konzeptionelle Hintergrund für die Einführung von Vertragswettbewerb dargestellt (*Abschnitt 5.2*). Im Anschluss (*Abschnitt 5.3*) wird ein Konzept für die Sicherstellung der Versorgung in einer langfristigen Reformperspektive entwickelt, das alleine auf Selektivverträgen aufbaut. Dieses Konzept beruht hinsichtlich der Sicherstellung auf einer Kompetenzteilung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Bundesländern. In *Abschnitt 5.4* werden Übergangsregelungen in einer Parallelwelt von Kollektiv- und Selektivverträgen entwickelt. Der Beitrag schließt mit einem zusammenfassenden Ausblick.

5.2 Hintergrund von Vertragswettbewerb

Wettbewerb im Allgemeinen und Vertragswettbewerb im Besonderen darf im Gesundheitswesen kein Ziel an sich sein. Seine Ziele müssen vielmehr die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung sein. Zugleich muss sichergestellt werden, dass das Solidarprinzip erhalten bleibt. Mit Solidarprinzip ist hier gemeint, dass Leistungen nach dem medizinischen Bedarf unabhängig vom Einkommen bereitgestellt werden und die Finanzierung nach der ökonomischen Leistungsfähig-

keit unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko erfolgt.² Vertragswettbewerb ist Bestandteil eines umfassenden wettbewerblichen Gesamtkonzepts für die GKV. Wettbewerbliche Such- und Entdeckungsprozesse wecken das kreative Potenzial der Marktakteure und können maßgeblich zur Entwicklung innovativer sektorübergreifender Versorgungsformen beitragen. Dadurch können – über das Nachfrageverhalten der Kassen, die ihrerseits im Wettbewerb um Versicherte stehen – gleichzeitig Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung in der GKV nachhaltig verbessert werden. Zum wettbewerblichen Gesamtkonzept gehören der Abbau von Regulierung, die Erweiterung von Freiheiten für Leistungsanbieter und Krankenkassen und eine für alle Beteiligten geltende solidarische Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb in angemessener Weise reguliert und unerwünschte Auswirkungen des Wettbewerbs systematisch verhindert (*Ebsen et al. 2003; Wille 2009*).

Damit die Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte attraktive Versorgungsangebote anbieten können, vereinbaren sie mit ausgewählten Leistungserbringern Versorgungsverträge für ihre Versicherten. Da im Vertragswettbewerb nicht jeder Leistungserbringer zwangsläufig einen Vertrag bekommt, müssen die Leistungserbringer ihrerseits um innovative Versorgungskonzepte mit guter Qualität und günstigen Preisen bemüht sein. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen führt somit in der nächsten Stufe zum Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Die Krankenkassen werden ihrerseits darauf bedacht sein, sowohl den Preis als auch die Qualität der Leistungserbringer – und nicht etwa nur den Preis – in ihre Auswahlent-

² Auch eine Pauschalprämie ist in diesem Begriffsverständnis dann „solidarisch“, wenn sie mit einem angemessenen sozialen Ausgleich verbunden ist.

scheidungen einzubeziehen. Ansonsten besteht für die Kassen die Gefahr, dass sie bei einem Angebot schlechter Qualität aus dem Markt gedrängt werden, weil sich ihre Versicherten anderen Kassen zuwenden, die zum gleichen Preis (Zusatzbeitrag) eine höhere Versorgungsqualität bieten oder bei denen der höhere Preis mit einer deutlich höheren Qualität einhergeht. Über diesen Mechanismus werden in der nächsten Stufe (Wettbewerb der Leistungserbringer um Verträge) auch jene Leistungserbringer aus dem Markt gedrängt, die zwar günstig sind, aber eine schlechte Versorgungsqualität anbieten (*Ebsen et al. 2003*).

Voraussetzung für umfassenden Vertragswettbewerb ist der Verzicht auf die kollektiv regulierenden Verträge. Kollektive Verträge lassen den Krankenkassen nicht genügend Möglichkeiten, gemeinsam mit innovativen Leistungsanbietern neue Versorgungsformen zu entwickeln. Bisher ist im ärztlichen Bereich die Zulassung (ambulante vertragsärztliche Versorgung) oder die Aufnahme in den Krankenhausplan (stationäre Versorgung) Voraussetzung dafür, dass Leistungsanbieter einen Vertrag mit allen Krankenkassen bekommen. Für die Krankenkasse herrscht gegenüber zugelassenen Ärzten bzw. in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern Kontrahierungszwang (*Ebsen et al. 2003*).

Unter den Bedingungen von Vertragswettbewerb dagegen ist die wesentliche Voraussetzung für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der GKV ein Vertrag mit einer Krankenkasse. Im Wettbewerb der Leistungsanbieter um solche Verträge sind Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung – in durchaus unterschiedlich vorstellbaren Kombinationen – die entscheidenden Auswahlkriterien, die letztlich durch das Nachfrageverhalten der Versicherten gegenüber den Kassen gesteuert werden. Das ist nur möglich, wenn die Krankenkassen ei-

nerseits Verträge mit ausgewählten Leistungsanbietern schließen können und andererseits darauf angewiesen sind, im Wettbewerb mit anderen Kassen ihren Versicherten ein möglichst günstiges Verhältnis von Preis und Leistung anbieten zu müssen. Genauso wenig wie die Krankenkassen mit jedem Leistungsanbieter einen Vertrag abschließen müssen, dürfen Leistungsanbieter verpflichtet sein, Verträge mit allen Krankenkassen zu schließen. Dadurch erhalten die im Hinblick auf Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität überdurchschnittlich gut aufgestellten Leistungsanbieter eine entsprechend gute Verhandlungsposition gegenüber den Kassen. Damit wird auch deutlich, dass die Reformperspektive Vertragswettbewerb nicht nur eine Chance für Krankenkassen darstellt, die durch aktives Vertragsmanagement mit einem guten Preis-Leistungs-Verhältnis um Versicherte konkurrieren können, sondern auch für Leistungsanbieter, die über betriebswirtschaftliche Effizienzvorteile verfügen, welche sie unter der Rahmenbedingung kollektiver Verträge (insbesondere wenn diese mit Einheitspreisen verbunden sind) nicht voll ausschöpfen können. Im Vertragswettbewerb werden diese Leistungsanbieter gute Chancen haben, von den Krankenkassen attraktive Verträge zu erhalten, weil beide Vertragspartner – und damit letztlich die Versicherten – durch die Ausschöpfung von Effizienzreserven profitieren werden (*Ebsen et al. 2003*).

Im Vertragswettbewerb werden den einzelnen Krankenkassen Instrumente zur Verfügung gestellt, mit denen sie wirkungsvoll kontrollieren können, wie die eingesetzten Versichertenbeiträge verwendet werden. Gleichzeitig sind die Krankenkassen im Wettbewerb untereinander darauf angewiesen, ein möglichst günstiges Verhältnis von Beitrag und Versorgungsqualität anzubieten, um die eingeschriebenen Versicherten zu halten und neue Versicherte gewinnen zu können (*Ebsen et al. 2003*).

Wie oben schon angesprochen, bedarf die Implementierung eines umfassenden Vertragswettbewerbs einer solidarischen Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb in angemessener Art und Weise reguliert. Dazu gehört zuallererst ein Risikostrukturausgleich, der Anreize zur Risikoselektion wirkungsvoll neutralisiert. Dieses zentrale Element einer Wettbewerbsordnung hat der Gesetzgeber mit Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zum 1. Januar 2009 geschaffen. Weitere Elemente einer solchen Wettbewerbsordnung umfassen vor allem die Überwindung sektorspezifischer Regelungen und die Einführung eines transparenten und vergleichbaren Sets von Qualitätsindikatoren. Hier ist der Umsetzungsstand deutlich skeptischer zu beurteilen (*Greß 2007*), auch wenn der Gesetzgeber durch das GKV-WSG an einigen Stellen die Möglichkeiten der Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen verbessert hat (*Greß/Stegmüller 2008*).

Auch unter den Bedingungen von Vertragswettbewerb muss allerdings die Sicherstellung der Versorgung gewährleistet sein. Beim Übergang von Kollektivverträgen zu Selektivverträgen ist der Übergang von der Sicherstellung durch die kassenärztlichen Vereinigungen bzw. durch die Bundesländer zur Sicherstellung durch vertrags-schließende gesetzliche Krankenkassen zu regeln. Dabei sind zwei Vertragswelten zu unterscheiden: Erstens die langfristige Reformperspektive, wenn ausschließlich Selektivverträge geschlossen werden (*Abschnitt 5.3*), zweitens die kurz- bis mittelfristige Reformperspektive, in der Kollektiv- und Selektivverträge parallel existieren (*Abschnitt 5.4*).

5.3 Sicherstellung in einer Welt von ausschließlich Selektivverträgen

Im System des Vertragswettbewerbs haben grundsätzlich die Krankenkassen die Verantwortung dafür, ein ausreichendes Versorgungsangebot für ihre Versicherten zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig haben sie auch ein massives Interesse daran, denn andernfalls hätten sie mit Mitgliederverlusten zu rechnen. Es ist jedoch nicht im Sinne der Krankenkassen, Überkapazitäten zu finanzieren, denn in diesem Fall müssten sie aufgrund höherer Zusatzbeiträge ebenfalls Mitgliederverluste befürchten. Insofern führt im Vertragswettbewerb das Spiel von Angebot und Nachfrage grundsätzlich zu einer angemessenen Verteilung der Versorgungsangebote. Dennoch ist nicht auszuschließen, dass insbesondere in ländlichen Regionen Versorgungsdefizite auftreten. Es sollte Aufgabe der Länder sein, derartige Versorgungsdefizite rechtzeitig zu identifizieren und bei Bedarf gezielt zu intervenieren. Damit die Länder diese Aufgabe wahrnehmen können, wird ein bevölkerungsbezogenes Monitoringsystem auf der Grundlage bundesweit geltender einheitlicher Indikatoren für drohende bzw. bestehende Versorgungsmängel mit Interventionsmöglichkeiten zur rechtzeitigen Vermeidung bzw. Beseitigung dieser Mängel benötigt. Für erforderliche Interventionen der Länder sind entsprechende Kompetenzen zu schaffen.³

³ Die Abschnitte 5.3.1 bis 5.3.3 beruhen auf einer Aktualisierung der Ausführungen in Ebsen et al. 2003.

5.3.1 Gegenstand von Sicherstellung

Unter den Begriff der Sicherstellung wird vielfach eine Reihe unterschiedlicher Funktionen subsumiert. Im Kern geht es jedoch allein um die Sicherung des Zugangs der Versicherten der GKV (bzw. aller Einwohner) zu allen im Bedarfsfall erforderlichen Versorgungsleistungen innerhalb eines für zumutbar gehaltenen räumlichen und zeitlichen Rahmens. Diese Aufgabe wird gegenwärtig – getrennt für die ambulante ärztliche Versorgung und den Krankenhausbereich – durch gebietsbezogene Planung von Angebotskapazitäten wahrgenommen. Auf Basis der vertragsärztlichen Bedarfsplanung bzw. der Krankenhausplanung erfolgt die Zulassung einzelner Leistungsanbieter zur Versorgung. Zugelassene Leistungsanbieter haben einen Anspruch darauf, Versorgungsleistungen, die sie für GKV-Versicherte erbringen, gegenüber deren Krankenkasse abzurechnen. In der ambulanten ärztlichen Versorgung haben die KVen einen spezifischen Sicherstellungsauftrag, dessen Voraussetzungen im Vertragswettbewerb entfallen würden.

Die Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ist von der Sicherung des Zugangs aller Versicherten zu notwendigen Versorgungsleistungen – dies ist die eigentliche Sicherstellung im technischen Sinne – zu trennen; nur um Letztere geht es hier. Für die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots im Vertragswettbewerb sind zwei Fälle zu unterscheiden: der Normalfall (Sicherstellung der Versorgungsansprüche der Versicherten durch Vertragsabschlüsse der Krankenkassen mit Leistungsanbietern) und der Ausnahmefall (Vermeidung von Versorgungsdefiziten durch regelmäßige Gesundheitsberichterstattung/Monitoring und im Bedarfsfall Intervention durch die Länder).

5.3.2 Sicherstellung der ausreichenden Versorgung im Normalfall

Die GKV-Mitglieder entrichten ihre Beiträge und erhalten im Gegenzug für sich und ihre mitversicherten Angehörigen einen vom Umfang her einheitlichen Versorgungsanspruch. Es ist die Aufgabe der Krankenkassen, diesen Versorgungsanspruch im Bedarfsfall zu erfüllen. Dies geschieht im Regelfall durch entsprechende Vertragsabschlüsse mit Leistungsanbietern.

Wie diese Verträge im Hinblick auf die Art und Weise der Leistungserstellung konkret ausgestaltet sind, kann sich zwischen einzelnen Kassen, aber auch zwischen einzelnen Versorgungsregionen voneinander unterscheiden. So sind grundsätzlich die spezifischen Angebotsstrukturen interregional unterschiedlich entwickelt bzw. entwickelbar. In einwohnerstarken Ballungszentren kann eine Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsangebote nebeneinander bestehen, unter denen die Versicherten entsprechend ihren Präferenzen wählen können. Entsprechende Präferenz- und daraus folgend Angebotsunterschiede können sich etwa auf die zeitliche und räumliche Erreichbarkeit (unterhalb der für alle Versicherten zumutbaren Höchstgrenze) oder die individuelle Wählbarkeit unterschiedlicher Leistungsanbieter beziehen. In einwohnerschwachen ländlichen Regionen kann in der Regel wegen zu kleiner Präferenzgruppen eine solche Angebotsvielfalt dagegen nicht garantiert werden – und ist dort auch heute zu meist nicht realisiert.

Ist das Tätigkeitsgebiet einer Krankenkasse auf den Bereich eines oder mehrerer Länder beschränkt, muss sie verpflichtet werden, durch vertragliche Beziehungen mit Kassen in anderen Bundesländern sicherzustellen, dass ihre Versicherten bei Notfällen oder im Urlaub im

gesamten Bundesgebiet Versorgungsleistungen im Rahmen des Sachleistungsprinzips beanspruchen können. Das dürfte schon aus Wettbewerbsgründen unverzichtbar sein,⁴ müsste aber auch zur Sicherstellung der Versorgung bei Mobilität der Versicherten verpflichtend vorgegeben werden. Die Abwicklung der gegenseitigen Zahlungsansprüche der Kassen untereinander kann bilateral oder auch alternativ über eine bundesweite Clearingstelle geschehen.

In der öffentlichen Diskussion wird bisweilen darauf verwiesen, dass zumindest Teile der Krankenkassen kein Interesse daran hätten, ein ausreichendes Leistungsangebot bereitzustellen. Vielmehr hätten sie starke Anreize, besonders für solche Versicherte attraktiv zu erscheinen, die aufgrund ihres guten Gesundheitszustands voraussichtlich keine oder nur wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Diese Argumentation übersieht jedoch, dass Anreize zur Risikoselektion (auch im Hinblick auf räumlich unterschiedliche Risikostrukturen der Versicherten) unter den Bedingungen eines morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs – der für die Konzeption des Vertragswettbewerbs zentral ist – nicht mehr grundsätzlich bestehen. Vielmehr werden Krankenkassen, von denen bekannt ist, dass sie ihren Versicherten im Bedarfsfall keine ausreichende und damit auch aus Versichertensicht hinreichend attraktive Versorgung bieten können, im Wettbewerb auch bei besonders günstigen Beitragssätzen kaum nennenswerte Anteile der GKV-Versicherten für sich gewinnen können.

⁴ Ein regional begrenztes Angebot wäre für die Versicherten etwa so attraktiv wie ein Mobilfunksystem, das nicht überall funktioniert. Auch in diesem Wirtschaftssektor stellen Firmen ohne vollständige Netzabdeckung durch Verträge mit Konkurrenten sicher, dass ihre Kunden überall telefonieren können.

Eine umfassende gebietsbezogene Bedarfsplanung ist darum unter den Bedingungen eines geregelten Vertragswettbewerbs überflüssig. Generelle Ansprüche von Leistungsanbietern auf Leistungsvergütung durch die Kassen auf der Grundlage einer Bedarfsplanung wären in Bezug auf die erwünschten Steuerungswirkungen des Vertragswettbewerbs geradezu kontraproduktiv. Die sektoral getrennte Bedarfsplanung fortzusetzen wäre sogar doppelt kontraproduktiv, weil dadurch überdies der Abbau von unwirtschaftlichen Parallelstrukturen der Leistungserbringung und die Herausbildung integrierter Versorgungsformen behindert würden.

5.3.3 Sicherstellung der ausreichenden Versorgung im Ausnahmefall

Auch wenn davon ausgegangen werden kann, dass für den überwiegenden Teil der Bevölkerung in Bezug auf den Großteil des Versorgungsspektrums keine Versorgungsdefizite zu erwarten sind, ist für den Fall von punktuellen Marktversagen ein wirksamer Auffangmechanismus erforderlich. Marktversagen liegt vor, wenn die Kassen die Versorgung ihrer Versicherten nicht in ausreichendem Maß durch Vertragsabschlüsse mit Leistungsanbietern gewährleisten, und zwar sowohl in regionaler Hinsicht als auch bezüglich der Versorgungsinhalte, sodass in bestimmten Bereichen Versorgungslücken auftreten.

Den Ländern ist die Verantwortung und die Kompetenz einzuräumen, derartige Versorgungslücken zu verhindern. Dazu können die Länder eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung installieren. Im Rahmen eines bevölkerungsbezogenen sektorübergreifenden Monitoring-Systems werden mithilfe geeigneter Mangelindikatoren Versorgungslücken identifiziert. In diesem System sollten Indikatoren zum Zu-

gang zu verschiedenen Versorgungsebenen und angeboten (z. B. Wegstrecken und Wartezeiten für Patienten), zur Notdienstversorgung, zur Versorgung mit Medikamenten, Beratungsangeboten usw. enthalten sein. Gegenüber der bisherigen Bedarfsplanung sollte es sich aber um ein Instrumentarium handeln, das sich mehr am Gesundheitszustand und am tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientiert als an der reinen Standortfrage in Bezug auf Einrichtungskapazitäten.

Die Festlegung der maßgeblichen Indikatoren sowie der jeweiligen kritischen Schwellenwerte sollte nach bundesweit einheitlichen Vorgaben erfolgen, um gleiche Lebensverhältnisse zu schaffen. Diese Vorgaben könnte etwa der Gemeinsame Bundesausschuss festlegen.

Bereits die regelmäßige systematische Information über möglicherweise drohende Versorgungslücken hat eine wichtige Steuerungsfunktion in Bezug auf Standortentscheidungen von Leistungsanbietern bzw. auf die Vertragspolitik der Krankenkassen. Darüber hinaus ist es jedoch erforderlich, die Länder mit Interventionsmöglichkeiten auszustatten, um drohende bzw. tatsächliche Versorgungsdefizite zu beheben, wenn die Vertragsakteure von sich aus untätig bleiben. Um den jeweiligen regionalen Besonderheiten Rechnung zu tragen und Unterversorgung zu vermeiden, muss den Ländern ermöglicht werden, die Interventionsinstrumente gezielt und flexibel anzuwenden. Denkbar wäre hier zum einen, dass eine Krankenkasse – in der Regel diejenige mit dem größten regionalen Versichertenanteil – durch das jeweilige Land ermächtigt wird, nach § 140 Abs. 2 S. 1 SGB V (Kompetenz der Kassen zur Schaffung von Eigeneinrichtungen) selbst eine entsprechende Versorgungsstruktur aufzubauen. Die anderen Kassen wären entsprechend ihren jeweiligen Versichertenanteilen – ggf. morbiditätsadjustiert – an den Kosten zu beteiligen. Konkurrierende Kas-

sen könnten diese Preise unterbieten, um selbst den Auftrag zur Versorgung durch Eigeneinrichtungen zu erhalten. Damit blieben Wettbewerbsanreize erhalten. Alternativ könnten die Länder mit der Kompetenz ausgestattet werden, für die Leistungen von ihnen beauftragter Leistungserbringer Preise festzusetzen, die von den Kassen zu akzeptieren und gemäß ihren Versichertenanteilen anteilig zu entrichten sind. Diese Preise könnten von anderen Anbietern unterboten werden mit der Folge, dass diese dann den Versorgungsauftrag erhielten. Der Bundesgesetzgeber müsste Grundsätze normieren, die einerseits den Ländern einen möglichst großen Spielraum ließen, um den jeweiligen regionalen Gegebenheiten gerecht zu werden, die aber andererseits ausschließen, dass die Bundesländer auf diesem Wege regionale Infrastruktur aus anderen Regionen finanzieren lassen können.

5.3.4 Kompetenzen der Bundesländer

Das hier vorgestellte Konzept zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung im Vertragswettbewerb greift die in der Einleitung dargestellten Überlegungen der Gesundheitsministerkonferenz auf, wie die Zuständigkeiten der Länder im Bereich der Ausgestaltung und Vereinbarung von regionalen Versorgungsstrukturen neu gestaltet werden können. Einerseits würden die Bundesländer sektorspezifische Zuständigkeiten bei der Krankenhausplanung verlieren, andererseits würden sie sektorübergreifende Kompetenzen beim Monitoring der regionalen Versorgungsstrukturen und bei im Ausnahmefall notwendigen Interventionen hinzugewinnen. Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass in einer Welt der Selektivverträge – wie auch von der GMK gefordert – die Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen nach funktionalen Gesichtspunkten inhaltlich und organisatorisch neu geordnet werden muss. Dabei sollte die Aufsicht über das Haus-

halts- und Geschäftsgebaren der Krankenkassen und die Zulässigkeit der Satzung einheitlich auf Bundesebene erfolgen. Dies gilt unabhängig davon, ob die zu beaufsichtigenden Kassen in einem oder mehreren Ländern tätig sind. Durch diese Regelung wird sichergestellt, dass die Aufsicht über alle miteinander im Wettbewerb stehenden Kassen einheitlich erfolgt.

Die Aufsicht über die Zulässigkeit der von den Vertragspartnern im jeweiligen Land abgeschlossenen Versorgungsverträge sollten dagegen durchgängig die Länder wahrnehmen. Das ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass die Bundesländer die ihnen zugewiesene Aufgabe, Versorgungsdefizite zu vermeiden, erfüllen können. Die Bundesländer verlieren zwar im Interesse einer funktionalen Neuordnung einerseits die Aufsicht über das Haushalts- und Geschäftsgebaren der regional tätigen Krankenkassen, andererseits gewinnen sie jedoch bei der Aufsicht über das Vertragsgeschehen der bundesweit tätigen Krankenkassen Kompetenzen hinzu (*Ebsen et al. 2003*).

5.4 Sicherstellung in einer Welt der Kollektiv- und Selektivverträge

Die im vorigen Abschnitt vorgeschlagene Neuordnung der Zuständigkeiten und Kompetenzen bezieht sich auf die Endausbaustufe des Vertragswettbewerbs, in der Kollektivverträge keine Rolle mehr spielen. Es ist jedoch von einer längeren Übergangsphase auszugehen, in der Kollektiv- und Selektivverträge nebeneinander bestehen. Hier sind klare Regelungen für die Bereinigung von kollektiv vereinbarten Vergütungsvolumina zu finden, um eine Doppelfinanzierung zu vermeiden. Zudem muss auch in dieser Phase geklärt werden, wer für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich ist, damit in der ver-

traglichen Parallelwelt eine Chancengleichheit für Selektivverträge besteht.

Auf die weitgehend identischen Regelungen sowohl in § 73b SGB V Abs. 4 (hausarztzentrierte Versorgung) als auch in § 73c SGB V Abs. 3 (besondere ambulante Versorgung) und in § 140a SGB V Abs. 1 (integrierte Versorgung) wurde in *Abschnitt 5.1* schon hingewiesen.

Derzeit regelt § 75 Abs. 1 SGB V den Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die vertragsärztliche Versorgung einschließlich des Notdienstes in dem durch § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang. Diese Rechtsvorschrift drückt das Grundkonzept der vertragsärztlichen Versorgung aus, wonach KVen und KBV insoweit grundsätzlich umfassend und allein für die Leistungserbringung zuständig sind und dafür im Rahmen der Gesamtvergütung honoriert werden. Dieses Konzept wird durch eine zunehmende Zahl von Selektivverträgen in Frage gestellt.

Die Aufgabe, den Versorgungsanspruch der Versicherten im Bedarfsfall zu erfüllen, liegt im Konzept des Vertragswettbewerbs grundsätzlich bei den Krankenkassen, was durch §§ 73b Abs. 4 S. 6, 73c Abs. 3 S. 4 und 140a Abs. 1 S. 3 SGB V durch den Gesetzgeber anerkannt ist. Je mehr allerdings hierdurch die kollektive Sicherstellungsverantwortung ausgehöhlt wird, desto wichtiger werden Schutzvorkehrungen gegen ein Marktversagen im Leistungserbringungsmarkt. Daher sollte das oben beschriebene Monitoringsystem der Länder auf der Basis bundeseinheitlicher Kriterien auch in der Übergangsphase möglichst unverzüglich eingeführt werden, sobald Selektivverträge in einem nennenswerten Umfang abgeschlossen werden. Dies dürfte

schon allein durch die Verpflichtung der Krankenkassen erfüllt sein, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen, wenngleich hier der unglückliche gesetzgeberische Rückfall in ein zwangswises Kollektivsystem außerhalb der kassenärztlichen Vereinigungen (§ 73b Abs. 4 S. 2 und Abs. 4a SGB V) mit dem Markt auch die Möglichkeit von Marktversagen wieder reduziert hat.

Im Grundsatz ist in der Übergangsphase jedoch davon auszugehen, dass zunächst die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der mit ihnen geschlossenen Kollektivverträge den weit überwiegenden Teil der ambulanten Versorgung organisieren. Vor diesem Hintergrund erscheint es insbesondere sinnvoll, ihnen die Organisation des Notdienstes in der Übergangsphase weiterhin zu übertragen, zugleich aber zu gewährleisten, dass sich an der ambulanten und integrierten Versorgung teilnehmende Leistungserbringer, die über das selektive Vertragssystem einbezogen wurden, ebenfalls hieran beteiligen. Die diesbezüglichen Regelungen des GKV-WSG sind hinsichtlich der Organisation der Notdienste als weitgehend sachgerecht anzusehen.

Wie oben angesprochen ist es zwingend, dass Bereinigungen bestehender Kollektivvergütungen unabhängig von der Zustimmung der beteiligten Kollektivvertragspartner vorgenommen werden. Auch das hat der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-WSG anerkannt. Bereinigungen bei der sektoralen Bedarfsplanung im ambulanten oder stationären Bereich sind dagegen kein vorrangiges Problem des selektivvertraglichen Versorgungsgeschehens. An die Stelle einer staatlichen oder in kollektiver gemeinsamer Selbstverwaltung wahrgenommenen Bedarfsplanung tritt ja gerade die dezentrale Leistungsplanung der Krankenkassen. Anpassungen der sektoralen Bedarfsplanung sind damit aus der Sicht des selektiven Vertragsgeschehens nicht notwen-

dig, wohl aber im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit der weiterhin kollektivvertraglich geregelten Versorgung.

Je größer der Anteil der Selektivverträge an der Versorgung wird, desto kleiner wird jedoch der im Rahmen der Gesamtvergütung zu verteilende Ausgabenanteil. Damit wird es für Ärzte zunehmend unattraktiver, sich ausschließlich an der Kollektivversorgung zu beteiligen. Bei einem wachsenden Anteil selektivvertraglicher Versorgung erfolgt dementsprechend die Anpassung der Kapazitäten im Kollektivvertragssystem der ambulanten Versorgung automatisch. Entsprechendes gilt grundsätzlich auch für die stationäre Versorgung.

Hinzuweisen ist allerdings auf weiteren Anpassungsbedarf, der mit der Sicherstellung der Versorgung nicht unmittelbar zusammenhängt. Neben der Sicherstellung hat das Zusammenwirken von Kassen und KVen bzw. KBV in der sogenannten „gemeinsamen Selbstverwaltung“ und das mit der Krankenhausplanung verbundene System der Zulassung zur GKV-Versorgung auch qualitätssichernde Funktionen. Darüber hinaus hat die KBV insbesondere über den Gemeinsamen Bundesausschuss auch noch inhaltlich steuernde Aufgaben. Wenn sich der Vertragswettbewerb tatsächlich immer mehr durchsetzen sollte, muss für solche weiterhin unverzichtbaren Aufgaben irgendwann geprüft werden, inwieweit die vorhandenen Strukturen anzupassen sind. Dies ist nicht aktuell dringlich, sollte aber rechtzeitig durchdacht werden.

5.5 Zusammenfassung

Ein dezentral organisierter Vertragswettbewerb kann – im Gegensatz zu den politisch diskutierten staatlich/kollektiven Planungsausschüs-

sen – die Entwicklung von effizienten Versorgungsstrukturen im Rahmen von Such- und Entdeckungsprozessen effektiv fördern. Die Implementierung eines umfassenden Vertragswettbewerbs bedarf einer Wettbewerbsordnung, die den Wettbewerb in angemessener Art und Weise reguliert. Klare Regelungen zur Kompetenzverteilung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung gehören zu dieser Wettbewerbsordnung ebenso wie ein funktionierender Risikostrukturausgleich, die Überwindung sektorspezifischer Regelungen und die Einführung eines transparenten und vergleichbaren Sets von Qualitätsindikatoren.

Im Vertragswettbewerb haben grundsätzlich die Krankenkassen die Verantwortung, ein ausreichendes Versorgungsangebot für ihre Versicherten bereitzustellen. Gleichzeitig haben sie auch ein massives Interesse daran, denn andernfalls hätten sie mit Mitgliederverlust zu rechnen. Die Krankenkassen haben andererseits auch kein Interesse daran, Überkapazitäten zu finanzieren. Eine staatliche Krankenhausplanung durch die Bundesländer ist in einem solchen System ebenso entbehrlich wie die kollektive Bedarfsplanung. Dennoch ist auch in einem vertragswettbewerblich organisierten System nicht auszuschließen, dass insbesondere in ländlichen Regionen Versorgungsdefizite auftreten. Es sollte Aufgabe der Länder sein, derartige Versorgungsdefizite rechtzeitig zu identifizieren und bei Bedarf gezielt zu intervenieren. Damit die Länder diese Aufgabe wahrnehmen können, wird ein bevölkerungsbezogenes Monitoringsystem auf der Grundlage bundesweit geltender einheitlicher Indikatoren für drohende bzw. bestehende Versorgungsmängel mit Interventionsmöglichkeiten zur rechtzeitigen Vermeidung bzw. Beseitigung dieser Mängel benötigt. Für erforderliche Interventionen der Länder sind entsprechende Kompetenzen zu schaffen.

Einerseits würden damit die Bundesländer sektorspezifische Zuständigkeiten bei der Krankenhausplanung verlieren, andererseits würden sie jedoch sektorübergreifende Kompetenzen beim Monitoring der regionalen Versorgungsstrukturen und bei im Ausnahmefall notwendigen Interventionen hinzugewinnen. Ähnlich stellt sich die Situation bei der Neuorganisation der Aufsicht für die gesetzlichen Krankenkassen dar: Hier würden die Länder im Interesse einer funktionalen Neuordnung einerseits Kompetenzen für die Aufsicht über das Haushalts- und Geschäftsgebaren der regional tätigen Krankenkassen verlieren – was sie im Zuge des zunehmenden Konzentrationsprozesses und der damit stark abnehmenden Anzahl landesunmittelbarer Krankenkassen jedoch ohnehin tun. Andererseits gewännen sie bei der Aufsicht über das Vertragsgeschehen Kompetenzen bei der Aufsicht für die bundesweit tätigen Krankenkassen hinzu.

Neben klaren Regelungen für eine Bereinigung kollektiv vereinbarter Vergütungsvolumina zur Vermeidung von Doppelfinanzierung ist die Klärung der Verantwortlichkeit für die Sicherstellung der Versorgung eine zweite wichtige Rahmenbedingung, um die Chancengleichheit von Selektivverträgen in einer vertraglichen Parallelwelt von Kollektiv- und Selektivverträgen herzustellen. Insofern sind die diesbezüglichen Regelungen des GKV-WSG zumindest hinsichtlich der Organisation der Notdienste als weitgehend sachgerecht anzusehen. Die Einführung des angesprochenen Monitoringsystems wird allerdings bereits in der Parallelwelt von Selektiv- und Kollektivverträgen notwendig.

5.6 Literatur

Cassel D/Ebsen I/Greß S/Jacobs K/Schulze S/Wasem J (Hrsg.) (2008), Vertragswettbewerb in der GKV – Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK.

CDU/CSU (2011): Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten – 14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland, Beschluss der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion vom 22.02.2011, Berlin, mimeo.

Ebsen I/Greß S/Jacobs K/Szecsényi J/Wasem J (2003), Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn: AOK-Bundesverband – AOK im Dialog (Band 13).

GMK; Gesundheitsministerkonferenz (2009): Erhaltung der Ländergestaltungsmöglichkeiten in der Gesundheitspolitik. Beschluss der 82. GMK der Länder vom 25.6.2009, TOP 5.5; Download unter: <http://www.gmkonline.de> -> Beschlüsse (Zugriff am 10.03.2011).

GMK; Gesundheitsministerkonferenz (2010): Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Beschluss der 83. GMK der Länder vom 1.7.2010, TOP 5.1; Download unter: <http://www.gmkonline.de> -> Beschlüsse (Zugriff am 10.03.2011).

Greß S. (2007), Flickenteppich wird nur größer. WSG lässt schlüssiges Wettbewerbskonzept vermissen. GesundheitsNachrichten 2 (4): 2.

Greß S/Stegmüller K (2008), Gesetzliche Spielräume zur Entwicklung neuer Versorgungskonzepte – Eine systematische Analyse der einschlägigen Regelungen und deren Entwicklung, in: Amelung VE/Sydow J/Windeler A (Hrsg.), Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: Kohlhammer, 91–102.

Jacobs K./Schulze S (2010), Bauer sucht Arzt. Gesundheit und Gesellschaft 13 (3): 20–25.

KBV (2010), Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung – Gesundheitspolitische Vorschläge der KBV. Zugriff am 10.03.2011 unter <http://www.kbv.de/25545.html>.

Wille E. (2009), Zur notwendigen Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Chance nutzen. Mit selektiven Verträgen in Qualität und Wirtschaftlichkeit investieren. AOK-Bundesverband. Berlin: AOK im Dialog, Band 24, 15-46.

6 Sicherstellung der Gesundheitsversorgung: mehr Vielfalt und Produktivität statt fortgesetzter Planwirtschaft

Klaus Jacobs und Sabine Schulze

6.1 Defizite in der aktuellen Reformdebatte

Die aktuelle Debatte zur Zukunft der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in Deutschland wird vor allem vor dem Hintergrund bereits bestehender oder zumindest drohender Versorgungslücken in der ambulanten medizinischen Versorgung geführt, von denen besonders die hausärztliche Versorgung in ländlich strukturierten Regionen mit einer gleichzeitig schrumpfenden und alternden Bevölkerung betroffen ist. Im Mittelpunkt dieser Debatte stehen entsprechend Reformen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und Sicherstellung, die sich meist relativ eng an den bestehenden sektoralen Regularien orientieren. Das gilt etwa in Hinblick auf Forderungen nach einer kleinräumigeren Abgrenzung der Bedarfsplanungsregionen, einer erweiterten Genehmigung von Teilzulassungen von Vertragsärzten und Zweigpraxen oder einer verstärkten Berücksichtigung von Demografie- und Morbiditätsstrukturen der Bevölkerung. Mit solchen Maßnahmen soll die vertragsärztliche Bedarfsplanung flexibilisiert werden, um regional unterschiedlichen Angebots- und Nachfragekonstellationen besser gerecht werden zu können.

Das bestehende Bedarfsplanungsregime wird dabei allerdings kaum grundsätzlich in Frage gestellt. Das gilt auch für viele Reformvorschläge, die die strikt sektorale Ausrichtung der gegenwärtigen ambulanten und stationären Bedarfsplanung für überholt halten und durch eine sektorübergreifende Planungsperspektive zumindest ergänzen, wenn nicht gar vollständig ersetzen wollen. Auch diese Vorschläge halten nämlich in der Regel an der Grundlogik einer an Versorgungskapazitäten orientierten Bedarfsplanung nach mehr oder weniger zentral festgelegten Kriterien fest, auf deren Grundlage Zulassungen von Leistungserbringern zur Teilnahme an der Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen, die mit dem Anspruch auf Vergütung der für GKV-Versicherte erbrachten Versorgungsleistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen verbunden sind.

Im Kontext der aktuellen Reformdebatte erscheinen drei Aspekte bemerkenswert:

Erstens wird der Stellenwert der konkreten Bedarfsplanungsmethodik vielfach überschätzt. Das zentrale Problem in den dünnbesiedelten Landregionen, in denen bereits Versorgungslücken bestehen oder in absehbarer Zeit zu entstehen drohen, liegt nicht in erster Linie darin, dass für diese Regionen in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung nicht genug Arztsitze ausgewiesen werden, sondern dass ein zunehmender Teil der ausgewiesenen „Planstellen“ offenkundig nicht besetzt werden kann. Der bloße Ausweis einer größeren Zahl an Arztsitzen – etwa als Folge eines kleinräumigeren Zuschnitts der Planungsregionen oder der Berücksichtigung einer besonders ungünstigen Alters- und/oder Morbiditätsstruktur der regionalen Wohnbevölkerung – würde die Aufgabe der Besetzung von freien Arztsitzen noch kein Stück erleichtern. Dies ist aber auch gar nicht die Aufgabe der

Bedarfsplanung, sondern vielmehr ihrer praktischen Umsetzung im Rahmen der Sicherstellung im Sinne der „Sicherung des Zugangs der Versicherten der GKV (bzw. aller Einwohner) zu allen im Bedarfsfall erforderlichen Versorgungsleistungen innerhalb eines für zumutbar gehaltenen räumlichen und zeitlichen Rahmens“ (*Ebsen et al. 2003: 198*). Deren offenkundig dysfunktionale Ausgestaltung – und nicht etwa eine unzureichende Bedarfsplanung – stellt insofern das „eigentliche“ aktuelle Problem dar. Dabei wird zugleich deutlich, wie eng die Aufgabe der Vermeidung von Unterversorgung in bestimmten Regionen mit dem Abbau gleichzeitiger Überversorgung in vielen anderen Regionen zusammenhängt – könnten die durch den Abbau von Überversorgung eingesparten Finanzmitteln doch genutzt werden, um Unterversorgung gezielt entgegenzuwirken.

Zweitens wird in Bezug auf die Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung vielfach außer Acht gelassen, dass das bestehende Planungsregime, das weithin unverändert seit dem 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetz gilt, seinerzeit vor allem mit dem Ziel eingeführt wurde, eine weitere Zunahme der Anzahl ambulant tätiger Ärzte in solchen Regionen zu verhindern, die als überversorgt eingestuft wurden. Es war aber niemals das Ziel des Instrumentariums der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, drohender Unterversorgung entgegenzuwirken, so wie es ebenfalls nicht angestrebt wurde, bestehende Überversorgung abzubauen. Somit spricht schon einiges für ein gehöriges Maß an Vertrauen in die grundsätzliche Funktionsfähigkeit zentraler Planungssysteme, wenn zwei unterschiedliche Ziele – einerseits die Vermeidung von Unterversorgung insbesondere in ländlichen Regionen und andererseits der Abbau von Überversorgung vor allem in Ballungszentren – mithilfe der Weiterentwicklung eines Instrumentariums angestrebt werden, das ur-

sprünglich im Hinblick auf keines dieser beiden Ziele geschaffen wurde.

Drittens basiert die bestehende vertragsärztliche Bedarfsplanung weitgehend auf der Vorstellung einer einzigen, praktisch alternativlosen Form der Organisation ambulanter Versorgung, die sich unmittelbar aus der Zahl der beteiligten Ärzte ergibt. In der Sprache der Betriebswirtschaftslehre heißt das, dass für die Dienstleistung ambulante medizinische Versorgung eine limitationale Produktionsfunktion unterstellt wird, bei der es keinen Raum für andere Faktoreinsatzkombinationen mit unterschiedlicher Produktivität gibt. Diese Sicht mag für die Entstehungszeit der heutigen Bedarfsplanung zu Beginn der 1990er Jahre insofern noch verständlich sein, weil die damalige Versorgungsrealität nahezu ausschließlich von der klassischen Einzelarztpraxis geprägt war. Das ist jedoch lange vorbei. So wird etwa auch auf Ärzteseite darauf verwiesen, dass das durchschnittliche Arbeitszeitkontingent von ambulant tätigen Ärzten – auch als Folge der anhaltenden Feminisierung des Arztberufs (*vgl. Jacobs/Kip 2009*) – spürbar gesunken sei und somit selbst bei einer gestiegenen Zahl an Ärzten insgesamt ein geringeres ärztliches Arbeitszeitvolumen zur Verfügung stünde (*Bundesärztekammer 2009*). Dieser Hinweis ist grundsätzlich berechtigt, springt allerdings zu kurz. Es kommt nämlich nicht nur darauf an, wie viele Stunden die Ärzte im Durchschnitt beruflich tätig sind, sondern auch, was sie in ihrer Arbeitszeit konkret tun – welche Teile davon sie mit welchen Versorgungs- und Verwaltungstätigkeiten verbringen und wie sie dabei unterstützt werden: von Angehörigen anderer Berufsgruppen, aber auch durch den gezielten Einsatz technischer, nicht zuletzt auch telemedizinischer Hilfsmittel.

Konkret kommt die Vorstellung einer mit dem Inputfaktor Arzt verknüpften limitationalen Produktionsfunktion der ambulanten Versorgung bei zwei zentralen Regelungen zum Ausdruck:

- zum einen bei den in Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegten „einheitlichen Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung“ (§ 101 Abs. 1 SGB V), auf dessen Grundlage Über- bzw. Unterversorgung für einzelne Bedarfsplanungsregionen festgestellt wird, und
- zum anderen bei den arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina in der vertragsärztlichen Vergütung, nach deren Überschreiten vertragsärztliche Leistungen – „zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis“ mit abgestaffelten Preisen vergütet werden (§ 87b Abs. 2 SGB V).

Zu der zweiten Regelung beabsichtigt die Bundesregierung, dass in Regionen mit bestehender oder drohender Unterversorgung in Zukunft auf die Abstufung der Vergütung für Versorgungsleistungen jenseits der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina verzichtet werden soll (*BMG 2011: 6*). Dieses Vorhaben ist grundsätzlich plausibel, weil es in der Tat kontraproduktiv erscheint, die Ärzte in unterversorgten Regionen dafür zu bestrafen, dass sie mehr Patienten versorgen (müssen), als bei den allgemein festgelegten Vergütungsregelungen als „normal“ zugrunde gelegt wird. Es setzt jedoch voraus, dass diese Ärzte „produktionstechnisch“ überhaupt in der Lage sind, eine größere Zahl an Patienten ohne Abstriche bei der Versorgungsqualität zu versorgen, mit anderen Worten: dass sie eine höhere Versorgungsproduktivität aufweisen, als sonst allgemein unterstellt wird. Wenn es aber in unterversorgten Regionen möglich ist, dass Ärzte

mehr Leistungen erbringen können, ohne dass in der dadurch verursachten Überschreitung der Regelleistungsvolumina gleich eine verhinderungswürdige „übermäßige Ausdehnung“ ihrer Tätigkeit gesehen wird, müsste dies grundsätzlich auch in anderen Regionen möglich sein. Das hätte dann zur Folge, dass auch dort insgesamt weniger Ärzte für eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung erforderlich wären und somit ein Beitrag zu mehr Versorgungseffizienz geleistet werden könnte. Schlussfolgerungen dieser Art sucht man in der aktuellen Reformdebatte allerdings vergeblich.

6.2 Ansätze zur Erhöhung der Versorgungsproduktivität

Im Folgenden werden drei Ansätze zur Erhöhung der Produktivität der ambulanten ärztlichen Leistungserstellung betrachtet: die Aufgabenneuverteilung zwischen ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen, neue Organisations- und Erwerbsmodelle in der ambulanten ärztlichen Versorgung sowie sektorübergreifende Versorgungsmodelle. Diese Dreiteilung dient allerdings lediglich der besseren Darstellung von jeweils spezifischen Gesichtspunkten – in der Praxis spielen die mit diesen Ansätzen verknüpften Entwicklungsperspektiven vielfach zusammen. Das gilt auch für die jeweils kurz ergänzend angefügte Perspektive des gezielten Einsatzes von telemedizinischen Anwendungen (*vgl. dazu ausführlich Schröder et al. 2009*).

6.2.1 Aufgabenneuverteilung zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen

Aufgrund des demografischen Wandels ist davon auszugehen, dass die Zahl an chronisch kranken und multimorbiden Menschen in Deutschland spürbar wachsen wird. Das führt zugleich unmittelbar dazu, dass auch die Bedeutung der Primärversorgung zunehmen wird. Der Sachverständigenrat Gesundheit konstatiert jedoch für die Primärversorgung in Deutschland einen „Innovationsstau“, zu wenig sei dieser – gerade auch für viele chronische Erkrankungen zentrale – Versorgungsbereich bisher beachtet worden (*SVR-G 2009, Ziffer 638*).

Heute wird die Primärversorgung in Deutschland weitgehend mit hausärztlicher Versorgung gleichgesetzt, die ihrerseits nach wie vor durch das Leitbild der traditionellen hausärztlichen Einzelpraxis geprägt wird. Dagegen zeigen die Erfahrungen aus anderen Ländern, aber auch die Ergebnisse aus jüngeren Modellprojekten in Deutschland, dass Primärversorgung in einer sehr viel größeren Vielfalt von unterschiedlichen Versorgungskonzepten erbracht werden kann, die sich zunehmend durch eine starke Teamorientierung auszeichnen.

Charakteristisches Merkmal der Primärversorgung ist, dass sie eine Art „Eingangstür“ zur medizinischen Versorgung darstellt, denn hier findet in der Regel der Erstkontakt des Patienten mit der Gesundheitsversorgung statt. Damit ist die Verantwortung des Primärversorgers groß, und die an ihnen gestellten fachlichen Anforderungen sind hoch, um eine zielgerechte, kontinuierliche und gut koordinierte Versorgung gewährleisten zu können.

Idealerweise ist Primärversorgung patientenzentriert, umfassend und integrativ aufgebaut (*WHO 2008, S. 42*). Sie basiert auf dem Konzept einer festen Patientenbindung. Der Primärversorger ist erster und professioneller Ansprechpartner für den Patienten; bei ihm wird eine zentrale Patientenakte geführt, werden weitere Untersuchungen veranlasst, erfolgen Überweisungen zu Fachärzten und anderen Therapeuten, ggf. auch zur Versorgung psychologischer und sozialer Probleme, wird gezielte Krankheitsprävention betrieben usw. Dieses Aufgabenspektrum zeigt, dass die Primärversorgung einen sehr viel breiter gefassten Versorgungsansatz darstellt, als es bei der traditionellen Hausarztversorgung zumeist der Fall ist (*Boerma 2006: 6*).

Eine patientenzentrierte und integrative Primärversorgung erfordert, dass die Versorgungsstrukturen an die Patienten angepasst sein müssen und nicht etwa umgekehrt. Damit können jedoch zugleich nennenswerte Qualitäts- und nicht zuletzt auch Produktivitätspotenziale erschlossen werden. Speziell vor dem Hintergrund von Engpässen an Hausärzten in ländlichen Regionen lauten dabei zwei zentrale Stichworte für die (Re-)Organisation der Primärversorgung „Aufgabenneuverteilung zwischen (haus-)ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen“ sowie „Einsatz von Telemedizin“.

Erfahrungen aus anderen Ländern zeigen, dass viele Aufgaben, die in Deutschland nur von Ärzten wahrgenommen werden dürfen, auch auf entsprechend qualifizierte nichtärztliche Gesundheitsberufe übertragen werden können. Dazu zählen insbesondere auch viele zeitintensive Hausbesuche, aber auch einige medizinische Tätigkeiten, die über die heutigen Befugnisse von medizinischen Praxisassistentinnen und medizinisch-technischen Angestellten hinausgehen. Die dafür erforderliche qualifikatorische Aufwertung nichtärztlicher Gesundheitsberufe und die Neuverteilung der Versorgungsaufgaben erfordert aller-

dings ein starkes Umdenken und ein Aufbrechen der tradierten Beziehungen zwischen Ärzten und den anderen Gesundheitsberufen zugunsten einer kooperativen Zusammenarbeit ärztlicher und nichtärztlicher Fachkräfte in größeren Versorgungsteams – bei konsequenter Umsetzung über die reine Delegation ärztlicher Aufgaben hinaus bis hin zur Substitution ärztlicher Aufgaben durch entsprechend eigenständige Gesundheitsberufe wie etwa „Nurse Practitioners“ oder „Physician Assistants“ (*Höppner/Kuhlmey 2009: 8*).

Diese Berufsgruppen haben sich etwa in den USA in den 1960er Jahren etabliert, um einem Mangel an Hausärzten entgegenzuwirken und zugleich die Kosten des Gesundheitssystems zu begrenzen (*Howell 2010: 760 ff.*). Die nichtärztlichen Gesundheitsberufe können entscheidend dazu beitragen, die Produktivität der Primärversorgung insbesondere auch im ländlichen Raum zu erhöhen, indem sie dem traditionellen Hausarzt viele Aufgaben abnehmen, sodass diesem mehr Zeit für die Wahrnehmung von „eigentlich“ ärztlichen Aufgaben zur Verfügung steht. Diese Art der Arbeitsteilung ist in vielen Ländern, die schon immer dünn besiedelt waren – etwa in Skandinavien, Kanada oder Australien –, seit langem selbstverständlich – und war es auch in der DDR in Gestalt der Gemeindeschwester.

Im deutschen System der ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte, basierend auf einer vertragsärztlichen Bedarfsplanung mit entsprechender Zulassung von (Haus-)Ärzten waren solche Formen der Arbeitsteilung bislang völlig unbekannt. Immerhin hat es inzwischen überhaupt eine (zunächst probeweise) „Wiederbelebung“ der Gemeindeschwester im Rahmen des Modellprojekts AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) gegeben, was nicht zuletzt bei den unmittelbar betroffenen Patienten und den beteiligten Ärzten durchweg positiv aufgenommen wurde. Dabei

ist im hier betrachteten Kontext vor allem von Interesse, dass die große Mehrheit der beteiligten Hausärzte durch AGnES eine Entlastung ihrer Tätigkeit erfahren hat (*Hoffmann et al. 2011*).

AGnES und vergleichbare Modellkonzepte in Deutschland erfolgen im Rahmen einer klaren ärztlichen Aufgabendelegation. Insofern verfügt eine an den Hausarzt gebundene AGnES-Kraft über deutlich geringere Kompetenzen als etwa „Nurse Practitioners“ in den USA, die auf der Grundlage einer speziellen akademischen Ausbildung in der Regel teilweise Arzneimittel verschreiben, (Labor-)Untersuchungen veranlassen und Patienten an Fachärzte oder ins Krankenhaus überweisen dürfen. Dabei belegen wissenschaftliche Studien, dass sich die Behandlung durch Nurse Practitioners im Hinblick auf Gesundheitszustand, Zufriedenheit der Patienten, Anzahl der Facharztbesuche und Krankenhausaufenthalte nicht erkennbar von der Behandlung durch Ärzte unterscheidet und in der Primärversorgung somit keine Unterschiede in der Versorgungsqualität feststellbar sind (*Lenz et al. 2004*).

Die Produktivität in der Primärversorgung kann aber nicht nur durch eine veränderte Faktorkombination von ärztlichen und qualifizierten nichtärztlichen Gesundheitsberufen erreicht werden – auch die in den letzten Jahren deutlich verbesserten und ausgeweiteten telemedizinischen Möglichkeiten können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten. Das gilt etwa für die Telekommunikation und Kooperation zwischen Hausarzt und Gemeindeschwester und für das Telemonitoring von chronisch Kranken. Durch die gezielte Anwendung entsprechender telemedizinischer Maßnahmen lässt sich ebenfalls ein nennenswertes Ausmaß an Arztentlastung ohne Einbußen bei der Versorgungsqualität realisieren.

6.2.2 Neue ärztliche Organisations- und Erwerbsmodelle

Eine zweite Gruppe von Handlungsansätzen zur Erhöhung der Produktivität der ambulanten medizinischen Versorgung betrifft die (betriebs-)organisatorische „Aufstellung“ der vertragsärztlichen – haus- wie fachärztlichen – Versorgung. Hier hat zuletzt in vergleichsweise kurzer Zeit einige gravierende Änderungen gegeben, die – obwohl in ihren Folgewirkungen noch längst nicht an ihrem Ende angekommen – den ärztlichen Arbeitsmarkt in der ambulanten Versorgung schon jetzt spürbar verändert haben.

Da ist zunächst die seit 2004 in ganz Deutschland unter der Bezeichnung “Medizinisches Versorgungszentrum“ (MVZ) mögliche Form von ärztlich geleiteten, fachübergreifenden ambulanten Versorgungseinrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft, in denen Ärzte entweder als (niedergelassene) Vertragsärzte oder als Angestellte tätig sind. Nach Informationen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung waren zum Ende des 1. Quartals 2010 insgesamt rund 1.500 MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Von den etwas mehr als 7.500 dort tätigen Ärzten waren mit rund 6.200 über 82 % angestellt. Zum selben Zeitpunkt des Jahres 2005 hatte die Zahl der in MVZ tätigen Ärzte noch bei 183 gelegen – das heißt, sie ist in nur fünf Jahren um mehr als das Dreißigfache gestiegen. Dabei hat es einen kontinuierlichen Zuwachs von Quartal zu Quartal gegeben, der noch längst keine Sättigung erkennen lässt.

Weitere nennenswerte Möglichkeiten zu veränderten ärztlichen Beschäftigungsformen hat darüber hinaus insbesondere das 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) geschaffen. Danach dürfen Vertragsärzte nunmehr drei teil- oder vollzeitbeschäftigte Ärzte in ihrer Praxis auf Dauer anstellen (auf Antrag auch

mehr), darunter auch Ärzte anderer Facharztgruppen, wobei die Beschäftigungszeiten der angestellten Ärzte flexibel gestaltet werden können. Aber auch Praxisinhaber haben in Bezug auf ihre Arbeitszeit mehr Gestaltungsspielräume erhalten. War die Zulassung zu einem Vertragsarztsitz in der Vergangenheit stets mit einem vollen Versorgungsauftrag und der Verpflichtung des Arztes zu einer Vollzeit-Erwerbstätigkeit verbunden, erlauben die gesetzlichen Regelungen nunmehr auch die Möglichkeit einer Teilzulassung und der hälftigen Reduzierung des Versorgungsauftrags. Darüber hinaus hat das VÄndG auch Möglichkeiten zur Eröffnung von Zweigpraxen und zur Einrichtung von überörtlichen sowie Teil-Berufsausübungsgemeinschaften geschaffen.

Auch wenn die genannten Regelungen noch immer vergleichsweise neu sind und gewiss sehr viel mehr Zeit benötigen, um auf dem ambulanten ärztlichen Arbeitsmarkt stärker sichtbar zu werden, ist ihre Attraktivität für eine beständig wachsende Zahl von Ärzten – in Sonderheit gerade auch von Ärztinnen – schon heute unübersehbar. Der Gesetzgeber hat sich hiervon nicht zuletzt einen Beitrag zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung versprochen. So ist in der Begründung zur Einführung von MVZ sogar primär davon die Rede, dass sich diese Einrichtungen „durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen auszeichnen), die den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten“ (*Deutscher Bundestag 2003: 74*). Mit den MVZ werde „eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern“ liege (*ebenda: 108*).

Amelung/Lägel stellen bei den unterschiedlichen Zielsetzungen, die für die Gründung von MVZ genannt werden, ebenfalls zunächst eindeutig Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsvorteile in den Mittelpunkt, wenn unter anderem die Konzentration und Bündelung von fachübergreifender Kompetenz, eine patientenorientierte Organisationsstruktur, eine sehr gute Grundlage für das Versorgungsmanagement chronisch Kranker, flexiblere Öffnungszeiten und Vertretungsmöglichkeiten, Kooperation und Koordination der ärztlichen und nicht-ärztlichen Tätigkeiten durch gemeinsame Strukturen sowie effizientere Betriebsstätten durch zentralen Einkauf, Personalpool und gemeinsame Managementstrukturen aufgeführt werden (*Amelung/Lägel 2008: 48*).

Auch bei den Neuregelungen des VÄndG wird dem Ziel der Erleichterung ärztlicher Kooperationen im Interesse von mehr Versorgungsqualität und effizienz ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Konkret wurde dazu die Palette bereits bestehender Kooperationsformen (Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft, Praxisnetz oder belegärztliche Versorgung) um die überörtliche und die Teil-Berufsausübungsgemeinschaft erweitert. Dabei steht der neu eingeführte Begriff der Berufsausübungsgemeinschaft für alle Formen eines rechtlich verbindlichen Zusammenschlusses zwischen Teilnehmern der vertragsärztlichen Versorgung mit dem Ziel der gemeinsamen Berufsausübung. So können z. B. Ärzte in einer Teilberufsausübungsgemeinschaft ihren unabhängigen Vertragsarztsitz beibehalten und sich nur für die Behandlung von bestimmten Leistungen zusammenschließen – etwa bei einer Kooperation von Onkologen und Gynäkologen zur Behandlung von Krebspatientinnen (*Orlowski et al. 2007*).

Bei dem eingangs bereits angesprochenen Hinweis der Bundesärztekammer auf einen Rückgang des durchschnittlichen ärztlichen Ar-

beitszeitvolumens kommen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekte im Kontext unterschiedlicher Formen der ärztlichen Berufsausübung dagegen gar nicht erst vor. Obwohl es – so die dortige Botschaft (*Bundesärztekammer 2009*) – immer mehr Ärzte gibt, ist das ärztliche Arbeitszeitvolumen insgesamt gesunken – eine Folge des allgemeinen Trends zur Verkürzung der Wochenarbeitszeit, die sich durch den gleichzeitigen Anstieg des Anteils von Frauen am Arztberuf noch verstärkt. So wie früher von der Fiktion „Ein Arzt ist ein Arzt“ ausgegangen wurde, soll nun die Gleichsetzung „Eine ärztliche Arbeitsstunde ist eine ärztliche Arbeitsstunde“ akzeptiert werden. Arbeitsstunden können jedoch auch unterschiedlich genutzt werden. Wenn Ärzte ihre Arbeitszeit für eigentlich „arztfremde“ Aufgaben verwenden, also z. B. für die bereits angesprochene Erbringung von Versorgungsleistungen, die ebenso gut von Angehörigen nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe erbracht werden könnten, oder für Verwaltungs- und Managementaufgaben des Praxisbetriebs, verweist dies auf beträchtliche Produktivitätsdefizite. Diese Defizite fallen naturgemäß umso größer aus, je mehr „arztfremde“ Aufgaben von den Ärzten selbst wahrgenommen werden.

So bleibt vorerst festzuhalten, dass die neuen Organisations- und Erwerbsmodelle den ambulant tätigen Ärzten nicht nur deutlich verbesserte Realisierungschancen einer familien- und freizeitgerechteren „Work-Life-Balance“ bieten, sondern zugleich beträchtliche Qualitäts- und Produktivitätspotenziale für die Gesundheitsversorgung aufweisen, sei es durch die Übernahme von Managementaufgaben durch Spezialisten, durch verbesserte Kooperation zwischen Ärzten untereinander oder zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen. Auch hierbei kann überdies der gezielte Einsatz der bereits angesprochenen erweiterten telemedizinischen Anwendungsmöglichkeiten – hier vor allem in Bezug auf die Telekooperation zwischen am-

bulant tätigen Ärzten untereinander (z. B. Durchführung von Konsilien einschließlich der Übermittlung von Befunden und Befundbewertungen) – zusätzliche Unterstützung leisten.

6.2.3 Sektorübergreifende Versorgungsformen

Die Überwindung der starren sektoralen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung steht schon lange auf der gesundheitspolitischen Agenda. Eine definitionsgemäß verschiedene Leistungssektoren übergreifende, integrierte Versorgung birgt nach übereinstimmender Einschätzung zahlreicher Experten nennenswerte Qualitäts- und Effizienzpotenziale, insbesondere an den Schnittstellen der bestehenden Sektorengrenzen (*SVR-G 2009: Ziffer 1.190*).

Im Hinblick auf die Versorgung in immer dünner besiedelten ländlichen Regionen können sektorübergreifende Versorgungsmodelle nicht zuletzt auch für Fragen der Sicherstellung an Bedeutung gewinnen. So wird die Aufrechterhaltung einer „doppelten Facharztschiene“ in Praxen und Kliniken auf Dauer in vielen ländlichen Regionen kaum in wirtschaftlichem Betrieb möglich sein. Weder kleine Krankenhäuser noch ambulante Facharztpraxen können hier mit einer ausreichenden Auslastung rechnen, wenn gleichzeitig an Wegezeiten festgehalten werden soll, die für die Bevölkerung noch als zumutbar empfunden werden.

Dabei ist es zur Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung zunächst nachrangig, ob (ermächtigte) Krankenhausärzte künftig verstärkt auch ambulant tätig sind oder ob (niedergelassene) ambulante Fachärzte als Belegärzte auch stationäre Versorgungsleistungen erbringen. Für die Patienten ist vielmehr allein von Bedeu-

tung, dass ein ausreichendes Angebot an Versorgungsleistungen in zumutbarer zeitlicher und räumlicher Erreichbarkeit vorhanden ist. Demzufolge muss etwa ein unbesetzter Arztsitz für einen Augenarzt auch keine tatsächliche Sicherstellungslücke bedeuten, wenn eine benachbarte Augenklinik regelmäßige ambulante Sprechstunden anbietet. Denkbar ist unter den erweiterten Möglichkeiten des VÄndG aber z. B. auch, dass ein Arzt im Krankenhaus angestellt ist und gleichzeitig mit einer Teilzulassung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Neubauer/Minartz verweisen bei einer solchen Konstellation auch auf unmittelbar plausibel erscheinende Effizienzpotentiale: Ein Patient könne kontinuierlich von dem selben Arzt behandelt werden oder zumindest bereits frühzeitig mit dem behandelnden Krankenhausarzt in Kontakt treten; durch die Zentrierung von ambulanter und stationärer Versorgung an einem Ort könnten Doppeluntersuchungen vermieden werden (*Neubauer/Minartz 2009: 13*).

Schäg et al. sehen in der Herausbildung zentrierter Versorgungsformen gerade im Hinblick auf die demografische Entwicklung eine erfolgversprechende Perspektive. Als „struktureller Kern der Vernetzung und funktionelle Schaltstelle für die Sicherstellung der regionalen Krankenversorgung“ fungiert in ihrem Konzept ein allgemeinmedizinisch ausgerichtetes MVZ mit weiterer Beteiligung von regionalen Fachärzten und einem Krankenhaus, dessen Ärzte ebenfalls fachärztliche Sprechstunden leisten können (*Schäg et al. 2009: 78 f.*). Dieses Konzept geht ebenfalls über die „bloße Sicherstellung“ im Sinne der Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von Ärzten deutlich hinaus, indem dezidiert auf die Entwicklung und Umsetzung von sektorübergreifenden Behandlungspfaden und die Implementierung eines sektorübergreifenden Qualitätsmanagements gesetzt wird (*ebenda: 80*).

Auch in diesem Kontext eröffnet der gezielte Einsatz telemedizinischer Anwendungen zusätzliche Perspektiven – etwa im Hinblick auf Telekooperationen zwischen Regional- und Zentralkrankenhaus (Beispiele: das onkologische und das kardiologisch/herzchirurgische Konsilium oder die radiologische Zweitmeinung) sowie bestimmte Anwendungen der Teletherapie (z. B. in der Chirurgie).

Als Vertragsgrundlage für derartige Versorgungsformen bietet sich vor allem die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V an. Insbesondere die Entwicklung von populationsbezogenen (Voll-)Versorgungsmodellen (in Abgrenzung zu rein indikationsbezogenen Modellen) bietet gerade im ländlichen Raum erfolgversprechende Möglichkeiten zur Verhinderung von Sicherstellungsdefiziten. Solche Versorgungsmodelle können mit zentralen und dezentralen Komponenten sowie geeigneten pauschalierte Vergütungssystemen („Capitation“) für Versorgungsstrukturen sorgen, die arbeitsteilig organisiert und auf die jeweiligen regionalen Gegebenheiten abgestimmt sind (*SVR-G 2009: Ziffer 142 ff.*).

In den USA haben Modelle der integrierten Versorgung schon eine sehr viel längere Tradition, weshalb es auch bereits wesentlich ausgereifere und differenziertere Modelle dieser Versorgungsform gibt. Weil dort zudem – im Unterschied zu Deutschland – auch eine Integration von Versicherungs- und Versorgungsfunktion in einer Betriebseinheit möglich ist, können noch sehr viel weitergehende Produktivitäts- und Qualitätsvorteile realisiert werden – zugleich aber auch spezifische Akzeptanzprobleme entstehen, wie sie in Gestalt des so genannten „Managed-Care-Backlash“ zutage getreten sind (zu Gemeinsamkeiten und Unterschieden von integrierter Versorgung in den USA und in Deutschland vgl. *Jacobs/Schulze 2006*).

Eine vergleichsweise neue Entwicklung in den USA kommt in dem starken Wachstum von „Medical Homes“ zum Ausdruck – patientenzentrierten Versorgungseinheiten mit einem ausgeprägten Schwerpunkt auf einer guten Primärversorgung sowie der kontinuierlichen Versorgung von Chronikern, bei der allerdings letztlich weniger die sektorübergreifende Perspektive an der Schnittstelle ambulant/stationär, sondern mehr die stärkere Vernetzung im Rahmen der ambulanten Versorgung einschließlich gezielter Präventionsaktivitäten im Mittelpunkt steht. Dabei erfolgt betriebsorganisatorisch eine klare Loslösung von der klassischen (Einzel-)Arztpraxis durch den Einsatz von „Care Managern“ und Instrumenten zum „Performance-Management“ sowie insbesondere auch durch neue anreizorientierte Vergütungsformen (*Fields et al. 2010; Kilo/Wasson 2010*). Evaluationsstudien zufolge wirken sich Medical Homes sowohl positiv auf die Patientenzufriedenheit als auch auf die Stressbelastung der beteiligten Leistungserbringer aus (*Reid et al. 2010*); überdies konnten Qualitätssteigerungen und Kosteneinsparungen nachgewiesen werden (*Fields et al. 2010; Kilo/Wasson 2010*). Es gehört nicht allzu viel Fantasie dazu, sich entsprechende Modelle in der Zukunft auch in Deutschland als sinnvoll vorzustellen.

6.3 Fazit und Ausblick

Mit der Darstellung unterschiedlicher Ansätze für neue Organisationsformen in der ambulanten und integrierten Versorgung sollte in dem hier primär betrachteten Kontext der Sicherstellung der Versorgung vor allem darauf hingewiesen werden, dass mittlerweile vielfältige Ansätze zu unterschiedlichen Formen der medizinischen Leistungserstellung existieren, die jeweils direkte Auswirkungen auf Umfang, Struktur und Intensität der Beteiligung von Ärzten haben. Dabei

scheinen zudem einige dieser Ansätze erst am Anfang ihrer Entwicklung zu stehen. Im System der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und der darauf aufbauenden Sicherstellung kommen unterschiedliche Formen der Leistungserstellung – insbesondere auch im Hinblick auf ihre unmittelbaren Konsequenzen für die ärztliche Dienstleistungsproduktivität – jedoch nicht vor. Das gilt keineswegs allein für das bestehende System, sondern auch für die meisten Reformvorstellungen, die im Grundsatz an der arztzentrierten zentralen Bedarfsplanung mit einer darauf basierenden Zulassung – gleichbedeutend mit einem Kontrahierungszwang für alle Krankenkassen – festhalten. Lediglich die Planungsregionen kleinräumiger zu gestalten und/oder auf das ärztliche Arbeitszeitvolumen statt auf bloße Arztzahlen abzustellen, wird der aufgezeigten Vielfalt der schon heute und erst recht in Zukunft bestehender und denkbarer Angebotsformen ambulanter und sektorübergreifender Versorgung nicht einmal ansatzweise gerecht.

Es erschiene allerdings kaum vorstellbar, das heutige System der vertragsärztlichen Bedarfsplanung in halbwegs praktikabler Weise um zentrale Determinanten der ärztlichen Dienstleistungsproduktivität zu erweitern. So müsste in diesem Fall etwa darüber befunden werden, welches rechnerische „Substitutionsäquivalent“ ärztlicher Tätigkeit einer nichtärztlichen Vollzeitkraft vom Typ AGnES zuzuschreiben wäre, und zwar möglichst in einer regions(typen)spezifischen Differenzierung, um etwaige Unterschiede in den Häufigkeiten von Hausbesuchen und den jeweiligen Wegstreckenprofilen zu berücksichtigen. Noch weniger vorstellbar erschiene es wohl, Produktivitätsunterschiede etwa von Einrichtungen nach dem Vorbild eines Medical Home – in jeweils spezifischer Ausgestaltung – oder eines allgemeinärztlich ausgerichteten MVZ mit direkter Krankenhausanbindung gegenüber der traditionellen Einzelarztpraxis in einem zentralen Planungssche-

ma abzubilden. Selbst unverdrossen überzeugte Anhänger der generellen Funktionsfähigkeit zentraler Planwirtschaft dürften solche Weiterentwicklungen kaum ernsthaft in Erwägung ziehen.

Falsch wäre es aber auch, neue Organisationsformen der Versorgung mit höherer Produktivität auf ländliche Problemregionen begrenzen zu wollen, um dem speziell dort bestehenden oder drohenden Ärztemangel zu begegnen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches verlangt generell möglichst effiziente Versorgungsstrukturen, um die Verschwendung von Beitragsmitteln zu vermeiden. Wenn der verstärkte Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe und die Einrichtung kooperativer Versorgungsformen mit zeitgemäßen Erwerbsstrukturen und professionellem Management in der ambulanten und integrierten Versorgung im ländlichen Raum dazu führen, dass mehr Patienten pro Arzt ohne Einbußen in der Versorgungsqualität versorgt werden können, trifft dies auf verdichtete Regionen und Ballungszentren von Grundsatz her genauso zu. Ärzte, die nennenswerte Anteile ihrer Arbeitszeit mit Tätigkeiten verbringen, die Angehörige anderer Berufe – qualifizierte Gesundheitsberufe ebenso wie Fallmanager oder Verwaltungsexperten – mindestens genauso gut, in vielen Fällen womöglich sogar besser leisten können, darf es zu Lasten der Beitragszahler nirgendwo geben, genauso wenig wie unabgestimmte Behandlungen durch verschiedene Leistungserbringer etwa bei der immer größeren Zahl an multimorbiden älteren Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen.

Das bestehende System der zentralen Bedarfsplanung und Zulassung von Ärzten muss allein schon deshalb als überholt bezeichnet werden, weil es keine Berücksichtigung von Angebotsvielfalt zulässt und wegen seiner zwangsläufig starren zentralplanerischen Ausrichtung auch niemals hinreichend zulassen kann. Angebotsvielfalt wird aber

die Versorgungslandschaft in Deutschland in Zukunft in noch viel stärkerem Maße prägen als schon bisher (*vgl. auch Jacobs/Schulze 2010, Jacobs 2010*):

- innerhalb von Versorgungsregionen mit großer Bevölkerungszahl und dichte und einem großen Angebot unterschiedlicher Versorgungsformen in einem sinnvollerweise möglichst konsequent vertragswettbewerblich ausgestalteten Ordnungsrahmen, in dem sich ein Kontrahierungszwang der Krankenkassen im Regelfall nicht mehr auf zentral zugelassene Leistungserbringer, sondern auf selektiv zu kontrahierende Versorgungsleistungen für die Versicherten bezieht (*vgl. den Beitrag von Greß et al. in diesem Band*), aber auch
- zwischen Versorgungsregionen mit geringer Bevölkerungszahl und -dichte im ländlichen Raum, wo vermutlich – in der Regel in einer konzertierten Aktion, denn hier ist Vertragswettbewerb als Steuerungsinstrument kaum zielführend – letztlich immer nur ein oder zwei Versorgungsmodelle zum Tragen kommen, allerdings stets in Abhängigkeit von den jeweils spezifischen Angebots- und Bedarfskonstellationen vor Ort und damit in interregionaler Sicht durchaus unterschiedlich.

Das bisherige Bedarfsplanungsregime hat die dargestellten Entwicklungsprozesse in Richtung neuer und nicht zuletzt auch produktiverer Versorgungsmodelle zumeist eher behindert als unterstützt, weil sie in aller Regel nicht zu den hergebrachten Einheitsnormen passen – Normen hinsichtlich der Abgrenzung zwischen ambulant und stationär, zwischen Hausarzt und Facharzt, zwischen Ärzten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen und Normen bezüglich des Stellenwerts der Einzelarzt-Praxis, der ärztlichen Freiberuflichkeit usw. Das liegt grundsätzlich im Wesen von zentraler Planwirtschaft und wird sich

demzufolge auch nicht ändern, wenn die bestehenden Planungs- und Zulassungsregularien lediglich „weiterentwickelt“ und nicht grundsätzlich zur Disposition gestellt und durch vertragsbasierte Steuerungsstrukturen abgelöst werden.

6.4 Literatur

Amelung V, Lägel R (2008): Neue Versorgungsformen – Eine Idee setzt sich durch. In: Amelung V, Meyer-Lutterloh K, Schmid E et al. (Hrsg.): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren: Von der Idee zur Umsetzung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 35-75.

Boerma W G W (2006): Coordination and Integration in European Primary Care. In: Saltman R B; Rico A, Boerma W G W (Hrsg.): Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European Primary Care, Berkshire: Open University Press, 3-21.

Bundesärztekammer (2009): Arztmangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist. Analyse der Abteilung Statistik der Bundesärztekammer, vorgestellt auf der Pressekonferenz „Mehr Ärztinnen und Ärzte braucht das Land!“ am 21.04.2009 in Berlin.

BMG; Bundesgesundheitsministerium (2011): Entwurf eines Positionspapiers zum geplanten „Versorgungsgesetz“, Berlin, 23.02.2011, mimeo.

Deutscher Bundestag (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Gesetzentwurf der Fraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen, Bundestags-Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003.

Ebsen I, Greß S, Jacobs K, Szecsenyi J, Wasem J (2003): Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Vertragswettbewerb in der GKV zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung, AOK im Dialog Bd. 13, Bonn, 145-307.

Fields D, Leshen E, Patel K (2010): Driving Quality Gains And Cost Savings Through Adoption Of Medical Homes. In: Health Affairs, 29. Jg., Heft 5, 819-826.

Hoffmann W, Dreier A, van den Berg N (2011): Arztentlastende Delegationsmodelle: AGnES und CO. In: Günster C, Klose J, Schmacke N (Hrsg.): Versorgungs-Report 2011. Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Stuttgart: Schattauer, 227-237.

Höppner K, Kuhlmeier A (2009): Gesundheitsberufe im Wandel. Relation von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), 9. Jg., Heft 2, 7-14.

Howell JD (2010): Reflections On The Past And Future Of Primary Care, in: Health Affairs, May, 760-765.

Jacobs K (2010): Versorgung am Bedarf orientieren. In: AOK-Bundesverband (Hrsg.): Demografische Entwicklung – Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum, AOK im Dialog Bd. 25, Berlin, 41-57.

Jacobs K, Kip C (2009): Die ambulante ärztliche Profession – ein Beruf im Wandel. In: Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft (GGW), 9. Jg., Heft 4, 7-15.

Jacobs K, Schulze S (2006): Managed Care und integrierte Versorgung und den USA – Erfahrungen und Lehren für die Diskussion in Deutschland. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2005. Schwerpunkt: Wege zur Integration, Stuttgart: Schattauer, 81-97.

Jacobs K, Schulze S (2010): Bauer sucht Arzt. In: Gesundheit und Gesellschaft, 13. Jg., Heft 3, 20-25.

Kilo C M, Wasson J H (2010): Practice Redesign And The Patient-Centered Medical Home: History, Promises, And Challenges. In: Health Affairs, 29. Jg., Heft 5, 773-778.

Lenz E R, O'Neil Mundiger M, Kane R L, Hopkins S C, Lin S X (2004): Primary Care Outcomes in Patients treated by Nurse Practitioners or Physicians: Two-Year Follow-Up. In: Medical Care Research and Review, 61. Jg., Heft 3, September, 332-351.

Neubauer G, Minartz C (2009): Zentrierte Versorgung – Ziele und Optionen. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren, Stuttgart: Schattauer, 3-15.

Orlowski U, Halbe B, Karch T (2007): Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG). Chancen und Risiken. Heidelberg: C. F. Müller.

Reid R J, Coleman K, Johnson E A et al. (2010): The Group Health Medical Home at Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, And Less Burnout for Providers. In: Health Affairs, 29. Jg., Heft 5, 835-843.

SVR-G; Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Gutachten 2009, Bundestags-Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009.

Schäg M, Herrmann M, Klement A, Lichte T, Robra B-P (2009): Zentrierte Versorgungsformen als Antwort auf die Bevölkerungsentwicklung. In: Klauber J, Robra B-P, Schellschmidt H (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren, Stuttgart: Schattauer, 75-86.

Schräder W F, Lehmann B, Hezel F, Beckers R (2009): Entwicklung der Telemedizin im Land Brandenburg aus versorgungsinhaltlicher Sicht, AGENON – Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH, Berlin. Download: <http://www.masf.brandenburg.de/media/lbm1.a.1336.de/telemedizin.pdf>.

WHO (2008): Primary Health Care. Now More Than Ever, Genf.

Autoren

Prof. Dr. Ingwer Ebsen

Goethe-Universität Frankfurt am Main
Fachbereich Rechtswissenschaft
Grüneburgplatz 1
60323 Frankfurt am Main

Prof. Dr. Ingwer Ebsen lehrt Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/M.

Claus Fahlenbrach, MPH

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Claus Fahlenbrach ist als Referent in der Abteilung Stationäre Versorgung und Rehabilitation beim AOK-Bundesverband tätig.

Prof. Dr. Stefan Greß

Hochschule Fulda
Lehrstuhl für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie
Marquardstr. 35
36039 Fulda

Prof. Dr. Stefan Greß ist Dekan des Fachbereichs Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda und leitet das Fachgebiet Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie.

Dr. Klaus Jacobs

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des WIdO und leitet den Forschungs-
bereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen.

Kathleen Lehmann

GKV-Spitzenverband
Abteilung Ambulante Versorgung
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Kathleen Lehmann ist als Gesundheitsökonomin in der Abteilung Ambulante
Versorgung des GKV-Spitzenverbandes tätig.

Jürgen Malzahn

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Jürgen Malzahn ist Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung/Rehabilitation
im AOK-Bundesverband.

Hartmut Reiners

Herderstraße 5
10625 Berlin

Hartmut Reiners ist Ökonom und Publizist in Berlin und war vor seiner Pen-
sionierung im März 2010 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspoli-
tik im Gesundheitsministerium Brandenburg in Potsdam.

Karl-Heinz Schönbach

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Karl-Heinz Schönbach ist Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband.

Sabine Schulze

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Sabine Schulze ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsbereich Gesundheitspolitik und Systemanalysen des WIdO.

Dr. Thomas Uhlemann

GKV-Spitzenverband
Abteilung Ambulante Versorgung
Mittelstraße 51
10117 Berlin

Dr. Thomas Uhlemann arbeitet in der Abteilung Ambulante Versorgung im GKV-Spitzenverband und ist dort zuständig für Psychotherapie und Bedarfsplanung.

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Universität Duisburg/Essen
Lehrstuhl für Medizinmanagement
Schützenbahn 70
45127 Essen

Prof. Dr. Jürgen Wasem ist Inhaber des Alfred Krupp von Bohlen und Halbach Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen.

Christian Wehner

AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Christian Wehner ist Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung im AOK-Bundesverband für den Bereich Vergütung.