

Reformbedarf der Versorgungsstrukturen in der GKV

Systemdefekte behindern die Gesundheitspolitik¹

KARL-HEINZ SCHÖNBACH

Karl-Heinz Schönbach ist Geschäftsführer Versorgung beim AOK-Bundesverband in Berlin und Herausgeber der Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“, die bei der NOMOS Verlagsgesellschaft erscheint

Was die Erwartungen an die Gesundheitspolitik in der 18. Legislaturperiode anbetrifft, ist eine gewisse Besänftigung eingetreten. Ausgleich kehrt schon ein, weil eine Bürgerversicherung nicht mehr auf der Agenda steht. Und Grund zu Alarmismus fehlt auch den Protagonisten jener Interessen, die regelmäßig schnell mit „mehr Geld“ zu befriedigen sind. Dazu scheinen die wirtschaftlichen Erwartungen schlicht zu positiv. Sind aber ordentliche Umsatzzuwächse durchsetzbar, könnte zu viel politische Aufmerksamkeit nur nachgehenden Widerstand erzeugen. Forderungen nach mehr Patienten-, Qualitäts- und Teamorientierung treffen auf keine große Bühne. Ihnen kann meist politisch folgenlos zugestimmt werden. Denn sie finden ohnehin kaum einen Weg in die komplizierten rechtlichen und ökonomischen Anreizstrukturen des Gesundheitswesens. Garant dafür sind insbesondere die vielen Reformen überdauernden, wohl gehüteten Systemdefekte, die das Reformgeschäft still überlebt haben. Angesprochen sind insbesondere die Krankenausplanung, die Sektorentrennung, die ärztliche Honorarordnung, die Diskriminierung von Unternehmensformen und der übermäßige Spezialisierungsanreiz, der mehr und mehr die Fundamente der hausärztlichen Versorgung gefährdet. Ihnen soll die ganze Aufmerksamkeit in diesem Beitrag gelten.

Einleitung

Für die 18. Legislaturperiode sind in vielstimmigen Expertengremien einige wohl abgewogene Reformpapiere vorbereitet worden. Zwar herrscht in der UNION seit dem Leipziger Parteitag auch in der Gesundheitspolitik programmatisch Funkstille; zu danken ist aber etwa der

Arbeitsgruppe der Böll-Stiftung, die das Papier „Wie geht es uns morgen?“² vor

1 Grundlage für diesen Beitrag ist ein Referat, das der Autor bei den 18. „Bad Orber Gesprächen“ am 7. November 2013 in Berlin gehalten hat.

2 Vgl. Heinrich Böll Stiftung, „Wie geht es uns morgen?“, Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen, Band 11 der Reihe Wirtschaft und Soziales, Berlin 2013.

gelegt hat. Die Friedrich-Ebert-Stiftung hat diese Arbeit in zwei Kommissionen bzw. Schritten unternommen, mit denen die Papiere „Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung“³ und „Zukunft der Krankenhäuser“⁴ vorgestellt worden sind. Und die Zeitschrift „Gesundheits- und Sozialpolitik“ hat mit zahlreichen Autoren in zwei Sonderheften versucht, den Reformbedarf und seine Konturen herauszuarbeiten. Im Herbst 2012 erschien dazu ein Schwerpunktthema zur Krankenhausplanung⁵, das gezielt Autoren von Bundes- und Landesebene zusammengebracht hat. Und im Sommer 2013 wurde die Doppelausgabe „Zurück zur Reformpolitik“⁶ vorgelegt, mit der die Reformfelder aufbereitet wurden.

Bei den genannten Politikentwürfen fällt die Ernsthaftigkeit auf, mit der die Beteiligten ihre Arbeit getan haben. Der Patienten-, Qualitäts- und Teamorientierung in der Gesundheitsversorgung soll tatsächlich ein Weg durch den Paragraphenschubel eröffnet werden. Dazu hatte sich für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der Idee als wenig nachhaltig erwiesen, den interessenschwernen Verkrustungen durch Zulassungs- und Vertragsvorschriften unter Kontrahierungszwang nur mit Öffnungsklauseln beikommen zu wollen. Zwar war die versichertenorientierte Umdeklaration des Wertekanons der Marktwirtschaft auf die Krankenkassen, so der BMG-Ökonom Gunnar Griesewell, publizistisch erfolgreich und hatte Lufthoheit an den Runden Tischen verliehen: Eine „Solidarische Wettbewerbsordnung“ entsteht aber auf der Versorgungsseite nicht allein durch Öffnungsklauseln, wenn basale

sozial-, vertrags- und berufsrechtliche Teflonschichten jede ernsthafte Öffnung konterkarieren. Von daher gibt es bis auf glückliche Konstellationen keinen Vertragswettbewerb der Krankenkassen ohne adäquate Regulierung: Eine Erkenntnis, die den Sachverständigenrat Gesundheit (SVR-G, vgl. JG 2012) zu Empfehlungen⁷ bewegt hat, die dem Einzelvertragsprinzip zunächst an der Schnittstelle „ambulant-stationär“ zum Durchbruch verhelfen sollen.

Vorgehen

Mit diesem Beitrag soll nun versucht werden, vor diesem Hintergrund und insbesondere auf der Grundlage des Beitrages „Modernisierung der Versorgungsstrukturen in der Krankenversicherung“, den der Autor gemeinsam mit Jürgen Mazzahn veröffentlicht hat, eine Art „Orientierungsrahmen“ für die Strukturpolitik zu skizzieren. Ziel ist es, in 4 Schritten⁸ die Systemdefekte zu benennen, die die am meisten drängenden Probleme im Versorgungsbereich konservieren, und Systemkorrekturen sowie Grundsätze für die Politik und erste Maßnahmen vorzuschlagen, wie sie sich aus den genannten Diskussionen für die weitere Entwicklung der Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren ergeben. Dass dies nicht erneut eine wissenschaftlich begründende, das ganze Material transportierende Ausarbeitung sein soll, sondern eine pragmatische Handreichung, versteht sich in diesem Stadium der Diskussion von selbst. Ein Gewinn an Einfachheit, Prägnanz und Klarheit soll der erhoffte Lohn für dieses kleine Wagnis in vier Schritten sein.

Strukturreformen lassen sich politisch nur mit Problemen begründen, die aus Sicht aller Beteiligten unverkennbar durchgreifende Relevanz für die Versorgung aufweisen. Wird die Diskussion mit Blick auf die Versorgungsstrukturen zugespitzt, stehen grob drei Probleme im Vordergrund: Im stationären Bereich (1) treffen wir bei beträchtlichen Reserven einer qualitätsfördernden Spezialisierung auf ein Überangebot an Standorten, an denen eine inzwischen nicht mehr primär medizinisch, sondern erkennbar ökonomisch induzierte Vermehrung von Leistungen vor sich geht. Im fachärztlichen Bereich (2) entwickelt sich ein Run auf die Massenproduktion medizinischer Verrichtungen bei gleichzeitigen Zugangsproblemen für Kranke. Und an der Versorgungsbasis (3) könnte sich insbesondere in strukturschwachen Regionen ein zunehmender Mangel an Hausärzten ergeben: Was ist in der Versorgungspyramide passiert?

1. Das allseits als erfolgreich anerkannte stationäre Vergütungssystem mit indikationsorientierten Fallpauschalen hat die traditionell bettenorientierte Krankenhausplanung schlicht überrollt. Die Krankenhäuser haben in den letzten Jahren einen Produktivitätssprung geschafft, mit dem sie trotz Fallvermehrung rigide auf einer durchschnittlichen Auslastung ihrer Kapazitäten bei 75 Prozent verharren. Da Marktaustritte hohe materielle und immaterielle Kosten verursachen, ziehen es zahlreiche Kliniken entgegen der ökonomischen Logik vor, bei unveränderten oder sogar abnehmenden Entgelten je Leistung „mehr Leistungen“ zu erbringen. Diese ökonomisch „nicht erwartete“

3 Vgl. Friedrich Ebert Stiftung: „Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung“, Neuordnung der Versorgung im deutschen Gesundheitswesen, WISO Diskurs, April 2013.

4 Vgl. Friedrich Ebert Stiftung: „Zukunft der Krankenhäuser“. Mehr Qualität, flächendeckende Versorgung und gerechte Finanzierung, WISO Diskurs August 2013.

5 Vgl. Gesundheits- und Sozialpolitik, Sonderheft zum Reformbedarf der Krankenhausplanung, Baden-Baden (NOMOS), Heft 4 in 2012,

6 Vgl. Gesundheits- und Sozialpolitik, Doppelheft „Zurück zur Reformpolitik“, Baden-Baden (NOMOS), Heft 2-3 in 2013.

7 Vgl. SVR, Sondergutachten 2012, Kurzfassung, TZ 183 ff. zu den Wettbewerbsbedingungen an der Sektorengrenze zwischen ambulant und stationär.

8 Die Dosis macht das Gift.

Thematischer Orientierungsrahmen Schritt 1

	Problem	Systemdefekt
1	Übermaß an KH-Standorten	Fortschreibende, nicht leistungs-, sondern bettenbezogene KH-Planung ohne hinreichende Qualitätsindikatoren und Mindestmengen
	Zunahme ökonomisch induzierter KH-Leistungen	
2	Ungenügende ambulante Nutzung ärztl. und apparativer Kapazitäten der KH	Fehlende systematische Beteiligung der Krankenhäuser ambulant
	Erschwerter ambulanter Zugang zu Spezialisten	Trennung der ambulanten Behandlung nach Sektoren und in Gebiete
3	Zersplitterung der ambulanten ärztlichen Behandlung	Verrichtungsbezogene ärztliche Honorarordnung
		Diskriminierung von Unternehmensformen
3	Zunehmender Mangel an Hausärzten	Übermäßiger Spezialisierungsanreiz

Reaktion wird vom Management mit medizinisch fragwürdigen, ökonomisch formulierten Zielvereinbarungen für Chefärzte initiiert. Ihre Skandaloberfläche ist allgemein bekannt geworden und wird von den Ärztekammern offen beklagt. Im Ergebnis kommt der mit dem DRG-System initiierte Produktivitätssprung nicht der Versorgung zugute, sondern wendet sich unter Erosion von Indikationsgrenzen gegen die Versorgungsqualität. Die Rahmenbedingungen aus der Gesundheitspolitik der Länder mit nachvollziehend fortschreibender Krankenhausplanung mit sinkender Investitionsfinanzierung ignorieren die Zusammenhänge komplett.

2. Ein systematisches Einbringen „eigentlich“ verfügbarer stationärer Kapazitäten in die ambulante fachärztliche Versorgung findet bisher nicht statt. Entweder ist die Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich oder – wie beim alten § 116b SGB V – eine jeweilige Einzelentscheidung des Landes. Dies konserviert nicht nur auch von dieser Seite das ökonomische Auslastungsproblem der Krankenhäuser. Vielmehr leidet versorgungspolitisch der Zugang schwerwiegend kranker Patienten zu teamorientiert arbeitenden Spezialisten. Wegen der Zersplitterung der vertragsärztlichen Versorgung finden sie dort kaum eine Alternative. Dies ist Ausdruck einer wenig patientenorientierten Angebotsstruktur der vertragsärztlichen Versorgung.

3. Die zu kurz gesprungenen Neuregelungen des Versorgungsstrukturgesetzes zu einer „spezialfachärztlichen“ Versorgung bleiben bisher unwirksam. Von daher scheint es weiter uneingeschränkt attraktiv, sich als spezialisierter fachärztlicher Einzelkämpfer niederzulassen. Welche Leistungen in welcher Häufigkeit dann im fachärztlichen Sektor erbracht werden, entscheidet sich weniger an der Dringlichkeit von Patientenproblemen und dem Nutzen ärztlicher Verrichtungen für den Patienten als an der Attraktivität ihrer jeweiligen Vergütung. Denn anders als im stationären Bereich spielen nur für die ambulante „Gesamtvergütung“ Morbiditätskriterien zumindest marginal eine Rolle,

nicht aber für den Vergütungsmaßstab und die Honorarverteilung. Mit anderen Worten: Für die Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel werden Artefakte einer veränderten „Morbidität“ der Patienten herangezogen. Ein solcher Patientenbezug wird jedoch bei der Honorierung selbst strikt vermieden.

- Über- und Fehlversorgung jenseits der hausärztlichen Versorgung finanzieren mithin fortgesetzt ökonomische Spezialisierungsanreize. Der Hausarzt, der sich tatsächlich unmittelbar am jeweiligen Patientenproblem orientieren und präsent sein muss, statt in hoher Zahl spezialisierte Verrichtungen zu organisieren, erscheint ein bedauernswerter Fall. Das kann nicht im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung sein.

Als Nutzen dieser zugespitzten Darstellung wächst schon im 1. Schritt die berechtigte Einsicht, dass etwa ein beginnendes Hausarztproblem nicht mit „mehr Geld“ für Hausärzte zu lösen ist. Maßnahmen gegen die stationäre Überversorgung und die Bedarfsunabhängigkeit fachärztlicher Leistungen müssen hinzukommen.

Die in Schritt 1 gekennzeichneten Probleme sind für die Reformgesetze der letzten Jahrzehnte unerreichbar geblieben. Ursache dafür sind im Kern grundlegende Interessengegensätze der Akteure auf der Systemebene. Daher kann getrost von Systemdefekten gesprochen werden, die mit nachhaltigen Verstärkern verknüpft sind. Dem geht Schritt 2 nach:

- Die stationäre Versorgung gehört zum Sicherstellungsauftrag der Länder für Einrichtungen der allgemeinen Daseinsvorsorge. Leistungen der Krankenhäuser, die sie in ihren Krankenhausplan aufnehmen, sind von den Krankenkassen zu finanzieren.

a) Mit zunehmender Verschuldung der öffentlichen Hand und seit der Deutschen Einheit ziehen sich die Länder fiskalisch aus der Investitionsfinanzierung „ihrer“ Krankenhäuser zurück. Die Länder konkurrieren jedoch um Umsätze, die vor Ort Arbeitsplätze und Steuererträge schaffen. Dabei werden die Benutzerentgelte weithin von überbereichlichen Krankenkassen und inzwischen aus dem bundesweiten Gesundheitsfonds finanziert werden. Stationäre Überkapazitäten widersprechen den Landesinteressen mithin keineswegs. Von daher folgen die Krankenhauspläne der Länder ungeachtet ihrer Finanzierungszurückhaltung den einzelwirtschaftlichen Entscheidungen der Krankenhäuser und schreiben sie ihrerseits fort. Die Investitionen müssen die Krankenhäuser dann mit steigenden Umsätzen finanzieren.

b) Seit sich die Krankenhauslandschaften unter dem Wettbewerbs-einfluss des DRG-Systems strukturell erheblich wandeln, erkennen die Krankenhäuser eine „strukturierte“ Fortschreibung als störend. Die Länder sind daher dazu

Thematischer Orientierungsrahmen Schritt 2

	Systemdefekt	Verstärker
1	Planungsproblem: fortschreibende, nicht leistungs-, sondern bettenbezogene KH-Planung ohne hinreichende Qualitätsindikatoren	Föderalismusproblem: Land plant, Bund zahlt Krankenhäuser als Teil regionaler Wirtschaftsförderung Inflexibilität der Kollektivverträge und unzureichender Ordnungsrahmen für Einzelverträge
	Fehlende systematische ambulante Beteiligung der Krankenhäuser	Mangelnde Qualitätstransparenz und somit Nachfragekompetenz v. Kassen und Patienten
2	Trennung der ambulanten Behandlung nach Gebieten u. Sektoren Verrichtungsbezogene ärztl. Honorarordnung	Gebietsschutz für niedergelassene Ärzte und verzerrte (duale) Finanzierung der KH Duales Honorarsystem EBM versus GOÄ
	Diskriminierung von Unternehmensformen Übermäßiger Spezialisierungsanreiz	KV mit Verhandlungs- u. Verteilungsmonopol Niederlassung von Fachärzten auf Hausarztsitzen

übergegangen, ihre Vorgaben allgemeiner zu fassen und nicht mehr auf Abteilungsebene herunter zu brechen. An deren Stelle sind aber keineswegs die erforderlichen qualitativen, bedarfsoorientierten und die Arbeitsteilung der Krankenhäuser unterstützenden Vorgaben getreten. Fusionen, Bettenabbau, Fallvermehrung und Leistungsexplosion der Krankenhäuser sind mithin Ergebnis einer im Kern ungesteuerten Entwicklung aus dem DRG-System heraus. Dabei erweisen sich Leistungen mit hohem, rationalisierbaren Sachkostenanteil oder mit einem die Fallschwere erhöhendem Risikopotential keineswegs als unattraktiv. Während Patienten ambulant auf einen Facharzttermin oder den Platz beim Psychotherapeuten lange Wartezeiten in Kauf nehmen müssen, sind Herzkatheter, Hüftgelenke oder risikoreiche Wirbelverblockungen ohne jede Wartezeit zu haben. Für das Leistungsgeschehen gewinnt das Vergütungssystem aufgrund der entwerteten Planung mithin immer höheren Einfluss. Aber das Vergütungssystem entsteht fernab von jeder „Verantwortung für die Daseinsvorsorge“ in einem technokratischen Institut – und das macht sicherlich einen exzellenten Job. Nur die Frage nach einer bedarfsgerechten Versorgung kommt dabei so gar nicht vor: Die Länder sprechen heute selbstkritisch von einer Merkantilisierung der Krankenhäuser.

- Zwar haben auch heute schon mehr Patienten ambulant Berührung mit dem Krankenhaus als stationär. Desse[n] ungeachtet gründet die ambulante Beteiligung der Krankenhäuser immer noch auf eine Reihe ungeordneter Sonderstatuten zur Behebung vertragsärztlicher Versorgungsdefizite. Die jeweiligen Sonderregelungen eröffnen den Zugang ambulanter Patienten zum Krankenhaus und andere regeln die Vergütung. Lediglich beim Ambulanten Operieren gibt es eine Art Chancengleichheit, wenngleich auch hier fehlende Vertragsrechte der

Krankenkassen keinen qualitätsorientierten Wettbewerb ermöglichen.

Gleichwohl bleibt das Krankenhaus der Ort, an dem sich der Patient im Bedarfsfall einem Team von Spezialisten anvertrauen kann. Diese Sicherheit wird er in der ambulanten Versorgung vermissen. Leistungsbeschreibungen und Vergütung sind nicht am Patientenproblem und dem zu erwartenden Aufwand orientiert, bei dem Ärzte und Nichtärzte zusammenarbeiten. Maßstab ambulant ist vielmehr weiterhin die jeweilige ärztliche Verrichtung und ihre Vergütung in

Eine Gesundheitspolitik, die an Symptomen kuriert, ohne das verzweigte Anreizsystem zu beachten, repariert bald an unerwünschten Wirkungen, die sie selbst gesetzt hat.

der Einzelniederlassung: Teams lockt dieses Prinzip in der Versorgung nicht hervor. Gerade der schwerwiegend erkrankte Patient bleibt so darauf angewiesen, sich die Versorgung zu erlaufen. Ratschläge, wenn sie denn bei Überweisungen erbracht werden, geraten rechtlich bald in die Zone der Korruption, und Terminfolgen entziehen sich jeder Koordination. Allenfalls die Renditeinteressen der Immobilienbranche unterstützen heute sinnvolle Praxis-Cluster. Versorgungskonzepte fehlen weithin, auch wenn die Leitlinien von Fachgesellschaften schon medizinisch über den Tellerrand schauen. Organisatorische Leitplanen für die Versorgung finden sich zumindest für eine Handvoll chronischer Erkrankungen (DMP), ansonsten hofft der Patient auf den guten Arzt. Gott sei Dank meist erfolgreich.

Anders als der Begriff einer „morbiditysbezogenen ambulanten ärztlichen Gesamtvergütung“ erwarten lässt, wird die ambulante Versorgung weiterhin von einem standespolitischen Honorarverteilungssystem beherrscht. Die Gesamtvergütungen knüpfen an historischen Leistungsmengen in Punkten an, die mit den gemessenen Änderungen der Diagnosekodierung im Gebiet der jewei-

lichen KV fortgeschrieben werden. Kodierregeln dafür bestehen nicht. Will man gleichwohl von einem Fortschritt sprechen, endet er bei der Honorarverteilung. Außer für Einzelleistungen werden vier Fünftel der Vergütungen als kontaktbezogene Pauschalen ausgeschüttet. Anders als stationär besteht eine Verknüpfung der Honorarflüsse mit der patientenbezogenen Morbidity nicht. Es zählt, was für die Wirtschaftlichkeitsprüfung unkritisch abgerechnet werden kann. Der Arzt mit vielen kränkern Patienten oder Patienten mit unklarem Befund hat ein Problem, während dem anderen unkritische Verrichtungen in hoher Zahl vergütet werden.

Demgegenüber bedarf es für zahlreiche schwerwiegende Erkrankungen umfassenderer Versorgungsaufträge mit der entsprechenden Vergütung. Die seit 2004 gesetzlich geforderten ambulanten „Komplexgebühren“ sind aber bis heute nicht umgesetzt. Und die „spezialfachärztliche Versorgung“ des VStG versickert quer zu endlosen Debatten im G-BA in den tradierten Vertragsstrukturen. Der neue „Versorgungstypus“ wird ärztlich wegverhandelt, auch weil er Bedarfsplanung und Verträge schlicht ausgespart hatte. Die Protagonisten sind zutiefst ernüchtert. So ist die spezialfachärztliche Versorgung auf die („intersektorale“) Zone zwischen Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung verwiesen: Kollektivverträge greifen hier nicht, und Einzelverträge sind bisher nicht gewollt.

Ein weiterer, hinter den Kulissen wirksamer Systemdefekt behindert die Entwicklung der GKV an dieser Stelle: Die parallele Vergütung nach GOÄ und EBM. Würde, ähnlich der Nutzenbewertung beim AMNOG, die spezialärztliche Versorgung reüssieren, wäre der vom G-BA qualifizierte Leistungsumfang den Privatpatienten politisch kaum vorzuenthalten. Für die wie in der GKV definierte, medizinisch der GOÄ überlegene Teambehandlung dann in der PKV das Doppelte zu bezahlen verböte sich für die PKV nicht nur angesichts der Finanzlage. Die Zurückhaltung der Ärzte im G-BA wird sicherlich zumindest bis zu einer Koalitionsvereinbarung gelten. Man darf erwarten, dass sich an die-

ser Stelle niemand ins eigene Fleisch schneiden wollte:

- Heute bezahlt die PKV Unwirtschaftlichkeiten (Labor) und übermäßige Abrechnung, um einen Imagevorteil zu behaupten, den sie nur noch mit Mühe finanzieren kann. Die Grundlage dafür bildet eine weithin ungezügelte, verrichtungsbezogene Einzelleistungsvergütung.
- Die GKV leistet Gesamtvergütungen an die Kassenärztliche Vereinigung, die zu vier Fünfteln in Form von kontaktbezogenen Pauschalen verteilt werden dürfen. In zahlreichen Facharztgruppen nimmt der PKV-Umsatz seither weiter zu, weil die zwar deutlich steigende, aber pauschale Vergütung der GKV dem Arzt genug Zeit belässt, um den 10 Prozent PKV-Patienten 40 bis 50 Prozent seiner Zeit zu reservieren und zugunsten der Barkasse IGEL-Leistungen zu erbringen.
- Im Ergebnis haben sich die Wartezeiten der GKV-Versicherten in der letzten Legislaturperiode trotz 20 Prozent höherer Reinerträge der Facharztpräsenzen nicht verringert. Welchen Zeitanteil Fachärzte tatsächlich auf GKV- oder PKV-Patienten verwenden, kann den Abrechnungsdaten nicht entnommen werden. Abrechnungsklarheit und Abrechnungswahrheit geben etwa bei „Transparency“ zu den wildesten Spekulationen Anlass.
- Eine Harmonisierung der ambulanten Honorarsysteme wird erwartet. Ginge sie einem schlüs-

igen Wettbewerb der Versicherungssysteme voraus, sanierte der Gesetzgeber so nur die PKV auf Kosten des Solidarsystems. Unter so mangelhaften Voraussetzungen wäre einer Harmonisierung überlegen, wenn der BMG als Verordnungsgeber nach 20 Jahren Stillstand seiner Verpflichtung nachkäme, die GOÄ medizinisch und ökonomisch auf den Stand der Kunst zu bringen.

- Für die hausärztliche Versorgung bewegt sich der GKV-Umsatzanteil mit rund 80 Prozent ebenso im Rahmen des Erwarteten wie bei den Kinderärzten. Ausschlaggebend dafür dürfte allein schon der höhere Patientenbezug der hausärztlichen Tätigkeit sein. Inzwischen ist es aber keine Ausnahme mehr, wenn frei werdende Hausarztsitze insbesondere in Ballungsräumen von Fachärzten besetzt werden, die für hausärztliche Tätigkeiten zugelassen werden. Erbringen sie gleichwohl weiter fachärztliche Tätigkeiten, sollen ihre Vergütungen künftig keine Hausarztzulagen mehr aufweisen. Die Zulassung selbst an die Erfüllung hausärztlicher Tätigkeiten zu binden wird dagegen bisher nicht erwogen. Demgegenüber sollte grundsätzlich die private Verkäuflichkeit von Sitzen vermieden werden, die erst durch eine öffentliche Bedarfsplanung an Wert gewinnen. Ebenso kann es nicht weiter angehen, dass bei der privaten Entschädigung von Sitzen, die in einem Bezirk wegen Überversorgung entfallen sollen, der Ertragswert des PKV-Umsatzes öffentlich mit Beitragsgeldern der GKV aufgewogen wird.

Was wir sonst vom Hausarzt sagen können, ist, dass zu viel von ihm erwartet wird. Soll der Hausarzt von der Behandlung über die Verordnung zur Überweisung und Koordination alles können, was er tun soll, bedarf es ohne jeden Zweifel weit über den Einzelkämpfer hinausgehender kooperativer Strukturen und unterstützender Leistungen. HzV-Verträge bieten nur eine Option dafür, wenn sie wettbewerblich bleiben.

Der anschließende 3. Schritt dieser Betrachtung wird strategische Ansätze einschließen müssen, mit denen sich die Gesundheitspolitik von den Systemdefekten entfernen kann, um schließlich in einem 4. Schritt anzudeuten, wie solche Korrekturen umgesetzt werden können. Der 5. Schritt zeigt dann das Gesamttableau, vorgestellt mit allfälligen Notizen zur gebotenen politischen Bescheidenheit. Zunächst aber grob zu den notwendigen Korrekturen in Konsequenz des bisher Dargestellten:

- Für die stationäre Versorgung ist ein Übergang von der abteilungs- und bettenbezogenen Kapazitätsplanung zu einer populations- und morbiditätsbezogenen Versorgungsplanung nach Leistungen zwingend.
 - Dabei sollten auch für die Notfallversorgung Qualitätskriterien in die Planung eingehen und Spezialisierungsvorteile genutzt werden. Die modernen Rettungssysteme geben dafür höhere Spielräume, als sie bei der historischen Entstehung der meisten Krankenhausstandorte zugrunde gelegt werden konnten.

Thematischer Orientierungsrahmen Schritt 3

	Problem	Systemkorrektur
1	Übermaß an Krankenhausstandorten	Leistungsorientierte u. populationsbezogene KH-Planung mit Qualitätsindikatoren und Standards für die Erreichbarkeit
	Zunahme ökonomisch induzierter KH-Leistungen	
2	Ungenügende ambulante Nutzung ärztlicher und apparativer KH-Kapazitäten	Sektorenübergreifende Versorgungsplanung
	Erschwerter ambulanter Zugang zu Spezialisten	
	Zersplitterung der ambulanten ärztlichen Behandlung	Teamadäquate Unternehmensstrukturen
3	Zunehmender Mangel an Hausärzten	Fortdauernde Zulassungsbindung an Hausarztaufgaben

- b) Bei den für ihre Inanspruchnahme planbaren Leistungen sollte die wohnortnahe Erreichbarkeit stärker als bisher mit Spezialisierungsvorteilen aufzuwiegeln und letztere auch planerisch real durchzusetzen sein. Mehr als zwanzig kinderherzchirurgische Standorte in Deutschland ermöglichen nicht die Qualität der Versorgung, die Eltern mit allem Recht der Welt für ihre kranken Kinder verlangen.
- c) Die ambulante Behandlung der Krankenhäuser sollte schrittweise chancengleich mit der entsprechenden ambulanten Behandlung geregelt werden. Unklare Relikte, wie „teilstationäre“ Behandlung können entfallen. Stattdessen sind für gleiche ambulante Versorgungsaufträge unabhängig von der Trägerschaft gleiche Voraussetzungen zu schaffen.
2. Der vom Sektorendenken befreite Teil der ambulanten Versorgung, der weder der stationären, noch der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen ist, darf jedoch keinem ordnungspolitischen Vakuum ausgeliefert werden. Wird eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung für einen solchen, sich erweiternden Korridor der spezialärztlichen Versorgung aufgesetzt, ist zunächst eine Verbindung auf der Planungsebene dadurch herzustellen, dass auch ambulant „Leistungen geplant“ werden und nicht etwa nach historischen Maßen „Sitze verteilt“ werden. Erforderlich werden mithin

- a) eine populationsbezogene Versorgungsplanung für Planungsbezirke (erwarteter Bedarf an Leistungen in einem Planungsbezirk),
 b) eine patientenbezogene Definition der Versorgungsaufträge (möglichst koordiniert zu erbringender Leistungsumfang)
 c) und eine sektorenübergreifende vertragliche Sicherstellung der Versorgungsaufträge außerhalb der klassischen Zulassungs- und kollektiven Vertragssysteme.

Patientenbezogene Angebots- und Teamstrukturen können auf dieser Grundlage schrittweise erreicht werden. Sie entstehen nicht über Nacht. Da wegen der sektorenunabhängigen Rahmenbedingungen Kollektivverträge nicht in Betracht kommen und „keine“

Verträge (VStG) keine Lösung sind, müssen für die Umsetzung neue Wege gegangen werden.

Der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR-G) hat dazu in seinem Jahrestagung 2012 eine Umsetzung mit Einzelverträgen der Krankenkassen empfohlen, die nach gleichen ordnungspolitischen Vorgaben und Anforderungen geschlossen werden und Anreize für einen Qualitätswettbewerb geben, während die Preisebene etwa durch ein DRG-ähnliches leistungsbezogenes Vergütungssystem getragen werden kann.

Neben der Verbindung einer sektorenunabhängigen ambulanten Versorgung auf der Planungsebene (Leistungen) ist eine Verbindung auf der Vergütungsebene (indikationsbezogene Fallpauschalen) erforderlich, um ein chancengleiches Miteinander der Leistungserbringer zu ermöglichen. Verdeutlicht wird die Stellung der „sektorenunabhängigen Versorgung“ im folgenden Schema (s. Abb. 1)

Demgegenüber wird eingewandt, mit Einzelverträgen habe der Gesetzgeber bisher keine guten Erfahrungen ge-

macht. Schnell fallen Akronyme wie HzV und SAPV. Entsprechend ist zu berücksichtigen, dass eine einzelvertragliche Sicherstellung eine dezidierte regionale Versorgungsplanung erfordert, eine daraus abgeleitete einheitliche Vertragspflicht der Krankenkassen und eine einheitliche regionale Aufsicht. Von einer einheitlichen Leistungspflicht und Gebührenordnung wird ausgegangen. Unter diesen Voraussetzungen kann „bei Überversorgung“ der populations-

Nur eine auf das Patientenproblem bezogene Vergütung bringt die Ärzte zurück zur bedarfsgerechten Versorgung. Heute versickert ärztliche Arbeitszeit an den Defekten des (dualen) Honorarsystems.

bezogene Bedarf kontrahiert werden, ohne dass einzelne Anbieter a priori ausscheiden müssten. Ab einem bestimmten Grad von „Unterversorgung“ müssten einzelvertragliche Versorgungsaufträge gemeinsam vergeben werden, um eine allgemeine Sicherstellung zu erreichen.

3. Eine solche schlüssig vom Sektorendenken befreite Vertrags- und Vergütungslandschaft könnte zur Bildung

Abbildung 1: Schema Sektorenunabhängige Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

patientenbezogener Versorgungsstrukturen führen, zumal wenn nicht länger einzelne Unternehmensformen rechtlich diskriminiert werden. In einem Qualitätswettbewerb wären die Patienten in der Lage, qualitativ überlegene Angebote zu bevorzugen. Die Krankenkassen hätten einer solchen Abstimmung unter Qualitäts-gesichtspunkten durch Verträge und Information bzw. Beratung zu folgen bzw. den Weg zu bahnen. Dezierte ambulante Zentren hätten eine Chance. Sie entsprechen im Übrigen auch der von Ärztinnen und Ärzten individuell gewünschten arbeitsteiligen und mit ihren Werte- und Familien-präferenzen in Einklang stehenden Arbeitsorganisation. Der Arzt männlich autoritäre Art als Einzelkämpfer und Kleinunternehmer ist eine Figur aus dem schwarz-weiß Fernsehen.

Da die Krankenhäuser Teile der spezialisierten fachärztlichen Versorgung übernehmen und von daher die Bedingungen für spezialisierte Einzelkämpfer weniger attraktiv erscheinen, sollte der Spezialisierungsanreiz insgesamt gedämpft werden. Internisten wäre ggf. erneut ein Wahlrecht zugunsten hausärztlicher Versorgungsaufträge einzuräumen. Die hausärztliche Tätigkeit insgesamt sollte so an ärztlichem Zuspruch gewinnen. Wie anderes als in einem systemisch gefassten gesundheitspolitischen Ansatz wäre dies zu erreichen?

Eine nur sektorenfokussierte Gesundheitspolitik kommt gar nicht in die Nähe eines Lösungsweges. Gern wird dann eingewandt, die ambulante Beteiligung der Krankenhausärzte treibe die ambulanten Kosten und fülle zusätzlich Krankenhausbetten. Dem liegt die traditionelle Sicht zugrunde, mit Sektorenengrenzen ließen sich Kosten begrenzen. Dabei sind die Leistungen auslösenden und abrechnenden Entscheider ambulant wie stationäre Ärzte. Produzieren sie keine ambulanten Leistungen, so produzieren sie stationäre Leistungen. Ohne eine Bedarfsplanung nach „Leistungen“ und ohne daran geknüpfte Grenzen des Kontrahierungszwangs für Krankenkassen bieten Sektorenengrenzen zumindest an der falschen Stelle vor allem Sektorenprobleme in der Versorgung. Und die Frage nach der Zuhilfenahme eines Bettes ist schon lange keine sinnvolle Abgrenzung mehr.

Die Stichworte der Reformdiskussion gelten einer vergleichsweise komplexen Materie. Wenn es nun im 4. Schritt um „Grundsätze und Maßnahmen“ geht, fließen sicherlich Interessengesichtspunkte ein. Das ist einzuräumen. Denn in der Regel entzieht sich die Gesundheitsverwaltungswirtschaft durch eine interessenbasierte Diskussion mit frei oszillierenden Spezialisierungsgraden einer kritischen Beurteilung. Aber immerhin

dürfen die versorgungspolitischen Interessen von Krankenkassen als versichertennah gelten. Es beschäftigt von daher der zentrale Aspekt, ob und wenn ja welche zentralistischen Vorgaben oder Wettbewerb es braucht, sollen die vorgenannten Probleme überwunden werden.

1. Richtlinien des G-BA zur Versorgungsplanung

Für den stationären Sektor wird ein neues, gestuftes System der Krankenhausplanung benötigt. Dem Grundsatz der Einheitlichkeit der Lebensverhältnisse folgend und weil der Gesundheitsfonds eine Finanzierung nach bundeseinheitlichen Maßstäben sicherstellt, sollten die stationären Angebotsstrukturen als Zielgröße mit Populationsbezug bundesweit empfohlen und aktualisiert werden. Allein schon aufgrund des leistungsbezogenen Vergütungssystems sind auch die Angebotsstrukturen leistungsbezogen zu formulieren. Wie die Angebotsstrukturen krankenhausbezogen konkret zugeschnitten werden, bleibt dezentralen Entscheidungen überlassen. Je nach spezialisierungsnotwendiger Mindestgröße sind zudem bundeseinheitlich die Planungsmaßstäbe differenzierende Zeitspannen der Erreichbarkeit als Orientierungsgröße festzulegen. Diese Aufgabe sollte der Gesetzgeber nach wissenschaftlicher Aufbereitung dem Gemeinsamen Bundesausschuss zur Beratung für Richtlinien übertragen.

Thematischer Orientierungsrahmen Schritt 4

Systemkorrektur		Grundsatz i. V. m. Maßnahme			
Leistungsorientierte und populationsbezogene KH-Planung mit Qualitätsindikatoren und Standards für die Erreichbarkeit	Spezialisierungsvorteile bei Notfallstandorten berücksichtigen	Einheitliche, gemeinsame Verträge mit zugelassenen KH	Vergütung von patientenbezogenen Leistungen nach dem DRG-Prinzip auch als (Ziel) Maßstab für die ambulante Versorgung	Richtlinien des G-BA zur KH-Planung	
	Sicherstellende Vertragspflicht der Krankenkassen für elektive stationäre und (erweiterte) spezialärztlich ambulante Leistungen	Einheitliche Vertragspflicht der jeweiligen Krankenkasse nach der Versorgungsplanung des Landes unter bundeseinheitlichen Kriterien		Rahmenplanung des Landes	
Sektorenübergreifende Versorgungsplanung	Einheitliche, indikationsbezogene Vergütung spezialisierter ambulanter Leistungen	Komplexes Patientenproblem als Leistungsgegenstand		Entscheidungen der Landes-Vertragspartner mit Landesaufsicht	
Teamadäquate Unternehmensstrukturen				Monistische Finanzierung – Marktaustrittshilfen für KH erforderlich	
Fortdauernde Zulassungsbindung an Hausarztaufgaben		Weitergehende Anstellungs- und Delegationsbefugnisse innerhalb der Hausarztpraxis gem. Versorgungsauftrag		(Ziel-) Förderung spezialisierter ambulanter Einrichtungen mit fachärztlichen Teams für dezierte Krankheitsbilder (Rheuma, MS, Onkologie, etc.)	

2. Rahmenplanung des Landes

- a) Die eigentliche Sicherstellung der medizinischen Versorgung ist eine Aufgabe öffentlicher Daseinsvorsorge der Länder, die auf dem Sozialstaatsprinzip beruht. Sicherzustellen ist eine bedarfsorientierte Versorgung, wobei die Selbstverwaltung gemeinsam mit den Ländern die Rahmenplanung erstellt. Sie erstreckt sich auch auf die spezialisierten ambulanten Leistungen, die sektorenunabhängig geplant werden. Über die Richtlinien des Bundesauschusses hinaus hat das jeweilige Land dabei regionale Besonderheiten aufgrund der regionalen Morbidität und komplementärer Angebotsstrukturen sowie der regionalen Bevölkerungsdichte und Verkehrsinfrastrukturen zu berücksichtigen. Für eine stationäre Rahmenplanung sind folgende Bereiche zu unterscheiden:

Notfallversorgung mit einer qualitativ definierten Erreichbarkeit: Hier bietet sich der Rückgriff auf die in den Rettungsdienstgesetzen der Länder festgelegten Hilfsfristen an. So wird im Hessischen Krankenhausrahmenplan die Notfallversorgung als enge Verzahnung zwischen Rettungsdienst und Krankenhaus beschrieben. Die Regelentfernung zwischen Notfallort und Krankenhaus sollte 15 bis 25 km betragen. Somit ergeben sich rechnerisch ca. 35 km als Entfernung zwischen Notfallkrankenhäusern.

- b) Medizinische Hochschulstandorte der Länder: Auch wenn Uniklinika zum Teil überwiegend Krankheitsbilder behandeln, die mit geringerem Ressourceneinsatz ebenso gut und wohnortnäher von Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung versorgt werden könnten, haben die Länder für diese Krankenhäuser eine besondere Verantwortung. Daher werden die Universitätskrankehäuser von allen folgenden Regelungen ausgenommen und nur bei der Planung der Notfallversorgung berücksichtigt.
- c) Medizinische Leistungsbereiche für einheitliche und gemeinsame Versorgungsverträge: Neben der Notfallversorgung ist es für bestimmte Krankheitsgebiete sinnvoll, wenn sie

von allen grundsätzlich geeigneten Krankenhäusern unter Beibehaltung einer vollständigen Vertragspflicht der Krankenkassen erbracht werden können. Allerdings sollten hier Qualitätsvorgaben des G-BA oder anderer maßgeblicher Institutionen die Eignung mit ausschließendem Charakter bei Nichterfüllung untermauern, damit die Qualitätsvorgaben angemessen berücksichtigt werden.

3. Einheitliche Vertragspflicht der Krankenkassen

Im Hinblick auf den populationsbezogen geplanten „elektiven“ Teil der stationären Leistungen, die nicht einheitlich und gemeinsam kontrahiert werden, sollte ebenso wie für die sektorenunabhängig geplanten spezialisierten ambulanten Leistungen eine Umsetzung mit Einzelverträgen der Krankenkassen vorgesehen werden. Wie nun mehrfach angeführt, hat der SVR-G 2012 eine Neuordnung und einzelvertragliche Umsetzung der im Krankenhaus und vertragsärztlich chancengleich möglichen ambulanten Behandlung gefordert. Es brauchte dazu allerdings eine sektorenunabhängige Rahmenplanung nach „Leistungen“, statt einer Zulassung nach Sitzen, und für den bedarfsnotwendigen Kern der Versorgung einer Vertragspflicht der Krankenkassen. Sie gewährleistet die Sicherstellung der Versorgung und ermöglicht den Versicherten jeder Krankenkasse umfangreiche Wahlentschei-

den begrenzten Preiswettbewerb der Anbieter ermöglichen.

Für die sektorenunabhängige Versorgungsplanung spezialisierter ambulanter Leistungen macht es keinen Sinn, zwischen der ambulanten und stationären Erbringung in verschiedenen Trägerformen zu unterscheiden. Solche Unterscheidungen sorgen heute dafür, dass zum einen das ambulante Behandlungspotential in den Krankenhäusern bei weitem nicht ausgeschöpft wird. Ein hoher Anteil der Krankenhausfälle vermeidet heute nicht aus medizinischen, sondern aus vergütungsrechtlichen Gründen Sichtkontakt zur unteren Grenzverweildauer. So hat etwa der Anteil der Kurzlieger an allen Fällen unter dem Effizienz-Einfluss des DRG-Systems weiter auf rund 38 Prozent zugenommen. Zum anderen bliebe die mögliche Ambulantisierung der Versorgung mit spezialisierten ambulanten Zentren weiter hinter dem Möglichen zurück.

4. Entwicklung des ambulanten Vergütungssystems

Vom Grundsatz her sollten nicht einzelne ärztliche Verrichtungen und Diagnose- bzw. Therapieschritte das tragende Ordnungsprinzip bilden, sondern die indikations- und patientenbezogenen Behandlungsanlässe, von evidenzbasierten Leitlinien begleitet, klassifiziert nach Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Schweregraden. Diesen Behandlungsanlässen wird der für sie regelmäßig anfallende Behandlungsbedarf zugeordnet, der den mit Hilfe von Kalkulationspraxen unabhängig festgestellten betriebswirtschaftlich erforderlichen Aufwand der Leistungen abbildet. Für Einzelleistungen, die im Einzelfall erforderlich, aber nicht regelmäßig einzukalkulieren sind, werden unter qualitativen medizinischen und erst in letzter Hinsicht ökonomischen Gesichtspunkten Abrechnungsvoraussetzungen formuliert. Insgesamt soll die Vergütung dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf folgen, also den Bedarf des Patienten widerspiegeln. Bei der Weiterentwicklung der Vergütungsordnung darf sich dieses (Ziel-)Prinzip nicht wie bisher nur auf die Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen beschränken, sondern muss sich auch so weit wie möglich in der bedarfsgerechten Verteilung der Mittel an die Arztpraxen ausdrücken.

In diesem Sinne sollen die Abrechnungsbestimmungen und ökonomischen

Das DRG-System hat die veraltete KH-Planung überrollt. Eine erreichbarkeitsorientierte Planung mit Qualitätskriterien ist überfällig. Aber wer schützt uns vor KH-Abteilungen mit hoher Komplikationsquote?

dungen. Überschreiten die angebotenen Leistungsmengen den Korridor der Rahmenplanung, sollte für die jeweilige Krankenkasse zunächst eine Vertragspflicht gelten, die auf einen Anteil des Gesamtangebots begrenzt wird. Die Auswahl hat dann unter Beachtung von Qualitätskriterien zu erfolgen. Zweifellos sollte der Vertragskorridor aber auch

Thematischer Orientierungsrahmen Schritt 5

Problem	Systemdefekt	Verstärker	Systemkorrektur		Grundsatz i. V. m. Maßnahme		
Übermaß an KH-Standorten	Fortschreibende, nicht leistungs-, sondern bettenbezogene KH-Planung ... ohne hinreichende Mindestmengen und Qualitätsindikatoren	Krankenhäuser als Teil der regionalen Wirtschaftsförderung	Leistungsorientierte u. populationsbezogene KH-Planung mit Qualitätsindikatoren und Standards für die Erreichbarkeit	Spezialisierungsvorteile bei Notfallstandorten berücksichtigen	Einheitliche, gemeinsame Verträge mit zugel. KH	Vergütung patientenbezogener Leistungen nach dem DRG-Prinzip	Richtlinien des G-BA zur KH-Planung
Zunahme ökonomisch induzierter KH-Leistungen		Föderalismusproblem: Land plant, Bund zahlt		Sicherstellende Vertragspflicht der Krankenkassen für elektive stationäre und (erweiterte) speziellärztlich ambulante Leistungen	Einheitliche Vertragspflicht der jeweiligen Krankenkasse aufgrund der morbiditätsbezogenen Versorgungsplanung des Landes unter bundeseinheitlichen Kriterien		Rahmenplanung des Landes
Ungenügende ambulante Nutzung ärztl. und apparativer KH-Kapazitäten		Inflexibilität der Kollektivverträge und fehlende Selektivverträge		Sektorenübergreifende Versorgungsplanung	auch als (Ziel) Maßstab für die ambulante Versorgung	Monistische Finanzierung Marktaustrittshilfen für KH erforderlich	
Erschwerter ambulanter Zugang zu Spezialisten	Trennung der ambulanten Behandlung nach Gebieten u. Sektoren	Mangelnde Qualitätstransparenz und somit Nachfragekompetenz von Patienten und Krankenkassen	Einheitliche, indikationsbezogene Vergütung spezialisierter ambulanter Leistungen				
Zersplitterung der ambulanten ärztlichen Behandlung	Verrichtungsbezogene ärztliche Honorarordnung	duales Honorarsystem EBM versus GOÄ	Teamadäquate Unternehmensstrukturen	Komplexes Patientenproblem als Leistungsgegenstand	Fachärztliche Grundversorgung und Hausärzte als Primärärzte	Förderung spezieller ambulanter Einrichtungen mit fachärztlichen Teams für dedizierte Krankheitsbilder (Rheuma, MS, Onkologie, etc.)	
Zunehmender Mangel an Hausärzten	Diskriminierung von Unternehmensformen	KV mit Verhandlungs- u. Verteilungsmopol		2. Option für hausärztliche Internisten			
	Übermäßiger Spezialisierungsanreiz	Niederlassung von Fachärzten auf Hausarztsitzen	Fortdauernde Zulassungsbindung an HausarztAufgaben	Weitergehende Anstellungs- und Delegationsbefugnisse innerhalb der Hausarztpraxis gem. Versorgungsauftrag			

Anreize sich an der Förderungswürdigkeit der zu erbringenden Leistungen ausrichten. Bei den Hausärzten gilt es dabei insbesondere, der Versorgung chronisch kranker Patienten durch indikationsbezogene Zuschläge Rechnung zu tragen. In der spezialärztlichen Versorgung gilt es, komplexe Erkrankungen mit dokumentierter Einschlussdiagnose angemessen zu versorgen. Dabei muss der Zugang der Patienten zur Versorgung jeweils unabhängig von Einkommen und Sozialstatus erfolgen können. Allein preital induzierte Leistungsanreize durch die offensichtlich nicht mehr reformierbare GOÄ, die einzelne Versichertengruppen bevorzugen, sind nicht weiter hinzunehmen. Sinnvoll wäre vielmehr ein einheitliches Vergütungssystem, das für Innovation offen ist, die einen Patientennutzen haben.

5. Delegationsrechte des Hausarztes

Es geht mithin um eine Stärkung der ambulanten Versorgung, wenn stationäre Überkapazitäten abgebaut werden, wenn die Spezialisierung und Öffnung

der Krankenhäuser für sektorenunabhängige spezialisierte Leistungen gelingt und sich im vertragsärztlichen Bereich wieder mehr Ärztinnen und Ärzte für die hausärztlichen Aufgaben gewinnen lassen. Gleichwohl sind auch direkte Maßnahmen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung erforderlich. Dazu zählen die Sicherstellung professioneller Praxisstrukturen, ein modernes Praxismanagement mit elektronischer Dokumentation, die Koordination der Behandlungen auch bei Fachärzten, gezielte Über- und Einweisungen und vor allem „mehr Delegation“. Zu diesem Aspekt abschließend die Anmerkung, dass ein akademischer Streit um die Erprobung der Substitution ärztlicher Leistungen nach der entsprechenden Richtlinien des G-BA wenig weiter führt. Dem gegenüber könnte eine Diskussion um die Hausarztpraxis der Zukunft mit erweiterten Anstellungs- und Delegationsmöglichkeiten weiter führen. Werden diese Optionen bei der Definition hausärztlicher Leistungen bzw. Versorgungsaufträge berücksichtigt, ergeben sich Entwicklungschancen für die einzelne Praxis.

Fazit

Jede Legislaturperiode deutscher Gesundheitspolitik hat ein großes Problem gelöst und die GKV einen wichtigen Schritt voran gebracht. Als Beispiel können die Duale Krankenhausfinanzierung nach dem KHG von 1972 gelten, die Arzneimittelfestbeträge des GRG von 1989, die freie Wahl der Krankenkassen nach dem GSG von 1992 und so weiter. In der anstehenden Legislaturperiode steht sicherlich die Reform der Krankenhausplanung an. Bund und Länder müssen dazu zusammenarbeiten, was in einer Großen Koalition erleichtert ist. Ein Blick in die Statik der GKV und ihre Systembedingungen hilft, die Zusammenhänge nicht aus den Augen zu verlieren. So darf die Spezialärztliche Versorgung auf keinen Fall abgetan werden wie andere gesundheitspolitische Errungenschaften, die nie recht zum Leben erweckt werden konnten. Ebenso hilft das Verständnis über die ökonomischen Spezialisierungsanreize, wenn ein Mangel an Hausärzten tatsächlich verhindert werden soll.