

Reformkonzept des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Der Schutz und die Förderung der Gesundheit ist ein ganz wesentlicher Teil sozialstaatlicher Fürsorge. Ein flächendeckendes Angebot an medizinischer Versorgung und angemessene Zugangsmöglichkeiten für alle Bevölkerungsgruppen gehören deshalb auch zu den zentralen gesellschafts- und gesundheitspolitischen Zielen. Im vertragsärztlichen Bereich erfolgt die Steuerung des ärztlichen Angebotes heute in erster Linie über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht. Auch wenn dieses System bisher nicht alle Versorgungsprobleme lösen konnte, wurde damit doch vergleichsweise erfolgreich eine gleichmäßigere Verteilung der Leistungserbringer in der Fläche erreicht, als es ein freier, gänzlicher unregulierter Markt hätte erreichen können. Auch das Arztlwachstum konnte in den Ballungsregionen begrenzt werden. Um den sich ändernden Versorgungsbedürfnissen einer sich wandelnden Gesellschaft angemessen Rechnung zu tragen, muss das bestehende System jedoch weiterentwickelt werden. Der vorliegende Beitrag entwickelt vor diesem Hintergrund Vorschläge, um die bisherige Bedarfsplanung zu einer zukunftsfähigen Versorgungssteuerung umzugestalten.

■ Thomas Uhlemann, Kathleen Lehmann

Vorbemerkung und Problemanalyse

Die Versorgung durch Vertragsärzte ist nicht überall so, wie es wünschenswert wäre. In Agglomerationsräumen und vielen – vor allem städtischen – Regionen beträgt die Dichte an Ärzten ein Vielfaches dessen, was zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vereinbart worden ist.

Zwischen 1990 und 2007 hat sich die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte um ca. 46.000 erhöht (50%). Aufgrund der Überversorgung sind nun fast alle Planungsbereiche für weitere Neuniederlassungen gesperrt. Von einem generellen Mangel an Ärzten kann deshalb keine Rede sein und er ist zeitnah auch nicht zu erwarten.

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 die Aufgabe übertragen, über die Konzeptualisierung einer Bedarfsplanungs-Richtlinie die Verteilung von Ärzten bevölkerungsbezogen im Raum zu regeln.

*Dr. Thomas Uhlemann, Kathleen Lehmann
Abteilung Ambulante Versorgung beim GKV-Spitzenverband in Berlin*

Ziel der Bedarfsplanung in der Fassung ab dem 1. Januar 1993 war es, die Anzahl der Vertragsärzte in einem bestimmten Zielkorridor zu halten, der von definierten Grenzen zur Über- bzw. Unterversorgung begrenzt war. 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 über die einbezogenen Arztgruppen Verhältniszahlen abgeleitet, indem die Zahl der Einwohner zur Anzahl der praktizierenden Vertragsärzte jeder Arztgruppe in Beziehung gesetzt wurde.

Mit den Möglichkeiten, die das GSG für die Bedarfsplanung vorsah, konnten Planungskreise bei Überversorgung für einzelne Arztgruppen gesperrt werden. Damit war erstmalig eine wesentlich differenzierte Angebotssteuerung im vertragsärztlichen Bereich möglich.

Die Bedarfsplanung konnte auf der Basis des GSG das wesentliche Ziel einer Reduzierung des Arztlwachses erreichen, aber sie konnte trotz der Möglichkeit zur Sperrung von Planungsbereichen nicht verhindern, dass immer mehr Landkreise und Städte in den Status der Überversorgung gerieten und dass überversorgte Planungsbereiche weiterhin überversorgt blieben, da die Bedarfsplanung kein Instrument zum Abbau von Überversorgung bereithielt; Jahr für Jahr stieg die Anzahl der Ärzte im vertragsärztlichen Bereich immer weiter an.

Parallel zu dieser vor allem fachärztlichen Überversorgung fehlen aktuell Hausärzte in ländlichen Kreisen geringer Dichte, in strukturschwachen Regionen abseits von Großstädten und Ballungsräumen, oder es ist zukünftig dann regional ein Mangel zu erwarten, wenn freie werdende Arztstühle zu einem großen Anteil nicht wieder besetzt werden können.

Für Ärzte, die vor einer Niederlassungsentscheidung stehen, ist aufgrund der Sperrung vieler Planungskreise vor allem die Praxisübernahme eine realistische Option. Es gibt zwar ein relatives Überangebot an Praxen, aber die Preise für Praxen unterschieden sich erheblich in Abhängigkeit von der Gegend und der Fachgruppe. Niederlassungsentscheidungen, die üblicherweise für ein ganzes Berufsleben getroffen werden, orientieren sich an der Attraktivität eines Standortes und ggf. am Preis einer Praxis. In die Bewertung eines Standortes durch den Arzt, der sich niederlassen will, geht dabei ein ganzes Bündel von Gesichtspunkten ein; viele Aspekte haben mit dem Gesundheitssystem nichts zu tun. Die Entscheidung fällt verständlicherweise meist zugunsten strukturell ohnehin begünstigter Kreise und Städte aus. Denn solange Niederlassungsmöglichkeiten in attraktiven Städten und Kreisen bestehen, haben potentielle Praxisorte in ländlichen, strukturschwachen Gebieten einen massiven Standortnachteil. Viele Ärzte scheuen eine Niederlassung dort schon deshalb, weil der Privatpatientenanteil niedrig, zusätzliche (Not-)Dienste gegebenenfalls häufig und die Aussichten auf einen späteren Praxisverkauf schlecht sind. Hinzu kommen je nach Region weite, zeitaufwendige Wege bei den Hausbesuchen und eine wenig attraktive soziale und kulturelle Infrastruktur (Verkehrsanbindung, Einkaufsmöglichkeiten, kulturelles Angebot, Schulen).

Besonders ungünstig stellt sich die Lage aus versorgungspolitischer Perspektive dar, wenn Schwierigkeiten der Wiederbesetzung mit einem hohen Durchschnittsalter noch praktizierender Ärzte in einer Region zusammenfallen; das ist in einer Reihe von Landkreisen vor allem in den östlichen Bundesländern der Fall. Die Kassenzärztlichen Vereinigungen hatten und haben hier perspektivisch Probleme, ihren gesetzlichen Sicherstellungsauftrag nach § 105 SGB V zu erfüllen, da die favorisierte Einrichtung und Erhaltung von (Einzel-)Arztpraxen keine adäquate Antwort auf oftmals strukturell bedingte Versorgungsprobleme und insofern auch erfolglos ist. Denn aus den genannten Gründen lassen sich nicht genügend Ärzte in den benachteiligten Gegenden nieder.

Wenn die beschriebenen Standortnachteile aber selbst mit erheblichen finanziellen Anreizen und sonstigen Vergünstigungen für Ärzte nicht ausgeglichen werden können, dann steht in solchen Landkreisen die Einzelarztpraxis als alleinige Organisationsform der ambulanten Versorgung zur Disposition. Denn strukturelle Nachteile (der Kreise) wirken mit mehr oder weniger individuellen Niederlassungserwägungen (der Ärzte) sowie objektiven Bestimmungsfaktoren (der demographischen Entwicklung) zusammen und führen ggf. zu unerwünschten Ergebnissen, etwa einer zu geringen Dichte an medizinischen

Versorgungseinrichtungen. Ob eine solche geringe Dichte mit Qualitätseinbußen verbunden ist, muss im Einzelfall geklärt werden, denn ein Zusammenhang von Quantität des Leistungsangebots (Anzahl von Ärzten und Krankenhäusern) und Gesundheitschancen der Versicherten ist keineswegs evident. Mehr Ärzte bedeutet nicht unbedingt ein höheres Maß an Gesundheit und eine geringere Mortalität der Bezugsbevölkerung.

Allerdings haben auch Versicherte in abgelegenen Gegenden ein Anrecht auf einen vergleichbar guten Zugang zur medizinischen Versorgung.

Wenn nun – beispielsweise in ländlichen Kreisen geringer Dichte – ein wirtschaftlicher Betrieb von Einzelarztpraxen nicht in Aussicht gestellt werden kann, weil zu wenige Menschen in der Umgebung eines Standortes wohnen oder im Rahmen eines Strukturwandels die Bevölkerungszahl in einem Kreis erheblich zurückgeht, muss nach anderen Lösungen gesucht werden.

Gegebenenfalls erforderlich wird dabei eine weitere Flexibilisierung des Vertragsarztrechts sowie Änderungen solcher rechtlicher Rahmenbedingungen, die die Bedarfsplanung z.T. erheblich limitieren. Zu nennen sind hier insbesondere die Bestimmungen des § 103 Abs. 4 SGB V sowie des § 105 Abs. 3 SGB V.

§ 103 Abs. 4 SGB V sieht eine Möglichkeit zur Ausschreibung eines Vertragsarztsitzes für den Fall vor, dass in einem gemäß § 103 Abs. 1 und 2 SGB V zulassungsbeschränkten Planungsbereich eine Zulassung nach Erreichen der Altersgrenze, Tod, Verzicht oder Entziehung endet, und die Praxis von einem Nachfolger fortgeführt werden soll. Es geht dabei darum, die Veräußerbarkeit von Praxen auch im Fall von Zulassungsbeschränkungen zu ermöglichen, um die Eigentumsrechte der Praxisinhaber zu schützen (Artikel 14 GG).

Für die Versorgungssteuerung (Bedarfsplanung) liegt hierin ein Problem, da einmal geschaffene Vertragsarztsitze gegen den Willen der Praxisinhaber nicht abgebaut werden können; die Möglichkeit zur Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens schränkt damit die Bedarfsplanung ganz erheblich ein. Denn ein wesentliches Steuerungsziel der Bedarfsplanung liegt in der Sicherstellung eines flächendeckenden und gleichmäßigen Zugangs der Bevölkerung zur medizinischen Versorgung; Allokationsprobleme stehen dem entgegen.

Für Ärzte, die vor einer Niederlassungsentscheidung stehen, bedeutet die Zusicherung des § 103 Abs. 4 SGB V, dass Praxen verkauft oder weitergegeben werden können, dass bei einem Nachfrageüberhang (z.B. nach Praxen für bestimmte Fachgruppen in besonders attraktiven Planungsbereichen) extrem hohe Preise bezahlt werden müssen, die nicht den Verkehrswert der Praxis, sondern den Wert der Zulassung an einem bestimmten Ort widerspiegeln. Dieser Zusammenhang wird beispielsweise beim Verkauf von Psychotherapeutenpraxen deutlich: der materielle Wert der Praxen (Ausstattung, Einrichtung etc.) tendiert gegen Null, Patienten werden üblicherweise nicht von Nachfolgern

weiter behandelt, so dass auch ein hoher immaterieller Wert kaum zu begründen ist.

Da eine gleichmäßige und flächendeckende Versorgung als Steuerungsziel der Bedarfsplanung ebenso wie die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung im öffentlichen Interesse liegen (Gemeinwohlbelang) müssen die Rechtsgüter Schutz des Eigentums der bereits niedergelassenen Vertragsärzte einerseits und die Sicherung der Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (u.a. durch Abbau von Überversorgung) sowie flächendeckender Versorgung andererseits gegeneinander abgewogen werden.

Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Nachbesetzungsregelung nach § 103 Abs. 4 SGB V unter bestimmten Bedingungen aufgehoben werden kann. Weiterhin stellt sich die Frage, ob es Alternativen zu einer Begrenzung oder Aufhebung der Regelungen nach § 103 Abs. 4 SGB V gibt, d.h. ob die o.a. Ziele also auch in anderer Weise rechtssicher erreicht werden könnten.

Denkbar wäre in diesem Zusammenhang:

a) Anwendung und Erweiterung der Regelung in § 105 Abs. 3 SGB V, die die Möglichkeit zu einem Kauf (und anschließender Stilllegung) von Praxen durch KVen vorsieht. Das Gesetz sieht hierbei eine freiwillige Rückgabe der Zulassung durch solche Praxisinhaber vor, die 62 Jahre oder älter sind. Erweitert werden könnte diese Regelung durch einen Wegfall des Altersbezugs sowie durch Umwandlung der Kann-Bestimmung in eine verpflichtende Bestimmung bei Vorliegen von Überversorgung oder fehlendem Versorgungsbedarf.

b) Änderung der Voraussetzungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 95 SGB V. Ausbau der Möglichkeiten zu einer (ggf. auch langfristigen) zeitlich und inhaltlich befristeten Ermächtigung. Denkbar wäre z.B., dass Ärzte eine Ermächtigung für ein gesamtes Fachgebiet oder Teile eines Fachgebietes und über einen längeren Zeitraum (also beispielsweise 20 Jahre oder mehr) erhalten, um einerseits eine gewisse Planungssicherheit für erforderliche Investitionen zu gewährleisten, und andererseits Dispositionsspielräume für die Zeit nach Ablauf der Ermächtigung zu gewinnen.

Eine zukunftsorientierte verteilungsgerechte Versorgungsplanung hat neue Formen der Organisation ärztlicher Leistungen zu ermöglichen, die gesetzlich vorgesehenen prezialen Steuerungsmöglichkeiten zu nutzen und arztergänzende und arztersetzende Versorgungsmöglichkeiten zu entwickeln. Dabei sind die Kapazitäten stationärer Leistungsanbieter einzubeziehen, die Begrenztheit der Ressourcen zu berücksichtigen und Anreize zu schaffen, Unterversorgung zu vermeiden und die teure und unwirtschaftliche Überversorgung abzubauen. Nur dann kann die vertragsärztliche Versorgung wirkungsvoll und nachhaltig sicher gestellt werden.

Grundsätze

- Eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Primärversorgung ist die entscheidende Grundlage zur Gewährleistung optimaler Gesundheitschancen der Bevölkerung. Das Angebot an ärztlicher Primärversorgung muss für die Versicherten niedrigschwellig erreichbar sein.
- Zentrale Probleme bei der flächendeckenden medizinischen Versorgung liegen in räumlichen Fehlverteilungen der Ärzte und in der fachärztliche Überversorgung.
- Die Bereitstellung eines wohnortnahen hausärztlichen Angebots in strukturschwachen Gebieten erfordert neue intelligente Lösungen (u. a. Abkehr von der Fixierung auf Einzelarztpraxen, Einrichtung von Gesundheitszentren ergänzt durch mobile Versorgungseinheiten und Eigeneinrichtungen, stärkere Einbindung der Pflegeberufe in die ambulante Versorgung).
- Der veränderte Versorgungsbedarf einer sich wandelnden Gesellschaft (demographische Entwicklung, Veränderungen der Morbidität) verlangt nach neuen, flexibleren Versorgungs- und ggf. Vertragskonzepten.
- 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).
- 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.
- Die begrenzten finanziellen Ressourcen im Gesundheitswesen erfordern effiziente Versorgungsstrukturen und vor allem einen Abbau der Überversorgung.

Die folgenden Vorschläge zur Umsetzung dieser Grundsätze folgen der Maxime, dass zunächst und weitestgehend der Gestaltungsspielraum bestehender Regelungen auszuschöpfen ist, ehe neue gesetzliche Vorgaben angemahnt werden. In erster Linie ist die Selbstverwaltung gefordert, die bisherige Bedarfsplanung in eine zukunftsorientierte, verteilungsgerechte Versorgungsplanung zu überführen. Dennoch wird es sich nicht vermeiden lassen, dass der Gesetzgeber bestehende gesetzliche Rahmenbedingungen in einigen Punkten so modifiziert, dass eine nachhaltige Weiterentwicklung der Bedarfsplanung tragfähig umgesetzt werden kann

Lösungsvorschläge

Versorgungsstruktur klar regeln

Die vertragsärztliche Versorgung sollte künftig klar in die drei Versorgungsbereiche ärztliche Primärversorgung, allgemeine fachärztliche Versorgung und spezialisierte

fachärztliche Versorgung gegliedert werden. Zur ärztlichen Primärversorgung zählen dabei Hausärzte, Kinderärzte und Frauenärzte. Die übrigen Fachärzte werden der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugerechnet, sofern sie nicht zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehören. Hierzu zählen Anästhesisten, Chirurgen, vorwiegend operativ tätige Ärzte, Schwerpunktinternisten und Leistungsbereiche nach § 115b und 116b SGB V.

Die Leistungsbereiche gemäß §§ 115b SGB V und 116b SGB V sollten in die vertragsärztliche Versorgung einbezogen und grundsätzlich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden. Dadurch kann für diesen Bereich eine sektorübergreifende Planung vorgenommen werden. Diese erfordert auf Ärzteseite eine Beteiligung von Vertretern des stationären Versorgungsbereiches in den verantwortlichen Gremien auf Landesebene, um zu gewährleisten, dass sowohl die Interessen der Vertragsärzte, als auch die der Krankenhäuser angemessen berücksichtigt werden. Beide Leistungserbringergruppen sollten im Ergebnis die gleiche Chance zur Zulassung für die spezialisierte fachärztliche Versorgung erhalten. Die Stimmparität von Leistungserbringern und Krankenkassen muss hierbei insgesamt erhalten werden.

Die Landes- und Zulassungsausschüsse könnten bei Entscheidungen zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung auch Vertreter der Länder sowie Patientenvertreter einbeziehen. Ein Mitbestimmungsrecht der Länder ist insgesamt jedoch abzulehnen, da sie weder an der Finanzierung der ambulanten Versorgung beteiligt sind, noch über die notwendigen fachlichen und datengestützten Erkenntnisse verfügen, um die vertragsärztliche Versorgung an der Sektorengrenze sachgerecht fortentwickeln zu können. Bereits in Bezug auf die Landeskrankenhausplanung, für die die Länder verantwortlich sind, zeigen sich große regionale Unterschiede in der jeweiligen Planungssystematik. Gemeinsam ist den verschiedenen Landeskrankenhausplannungen jedoch, dass sie als Ansatzpunkt für eine sektorübergreifende Versorgungssteuerung in der ambulanten Versorgung nicht anwendbar sind.

Für die Weiterentwicklung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ist es entscheidend, dass die Voraussetzungen zur Erbringung von Leistungen nach § 115b SGB V und 116b SGB V für die Krankenhäuser an die Voraussetzungen zur Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung angepasst werden. Nach derzeitiger Gesetzeslage sind sie zur ambulanten Durchführung der im Katalog genannten Operationen und stationärsersetzenden Eingriffen nach § 115b SGB V zugelassen und müssen dies lediglich mitteilen (§ 115b Abs. 2 SGB V). Um hochspezialisierte Leistungen, seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf nach § 116b SGB V erbringen zu können, müssen sie im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhauses und unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden sein (vgl. § 116b Abs. 2 SGB V).

Beide Leistungsbereiche weisen eine sehr dynamische Mengenentwicklung auf, die auch im internationalen Ver-

gleich bemerkenswert ist und zum Teil nicht zuletzt Zweifel über die medizinische Notwendigkeit der betreffenden Eingriffe und Behandlungen begründet. Durch die fehlende Mengenbegrenzung wird jede erbrachte Leistung voll vergütet und es besteht ein klarer ökonomischer Anreiz zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung.

Es handelt sich dabei um Leistungen, die sowohl in der vertragsärztlichen Versorgung, als auch ambulant am Krankenhaus erbracht werden. Bisher findet jedoch keine gemeinsame Kapazitätsplanung statt. Dies ist derzeit grundsätzlich auch nicht umsetzbar, da die Landeskrankenhausplanung und die vertragsärztliche Bedarfsplanung neben unterschiedlichen Zuständigkeiten auch keinerlei inhaltliche Überschneidungspunkte aufweisen. Insbesondere sind beide Planungssysteme bisher nicht darauf ausgelegt, konkrete Leistungsmengen oder abgegrenzte Leistungsbereiche zu planen. Im Ergebnis kann derzeit nicht sicher gestellt werden, dass die spezialisierten ambulanten Leistungen nach § 115b SGB V und 116b SGB V flächendeckend in angemessenem Umfang zur Verfügung stehen.

Um allen Versicherten einen sachgerechten Zugang zu diesen Leistungsbereichen zu ermöglichen, ist es daher notwendig, eine gemeinsame Kapazitätsplanung durchzuführen und die Menge und die Verteilung des Leistungsangebotes zu steuern. Dies könnte durch die Einbeziehung der betreffenden Leistungsbereiche in die vertragsärztliche Versorgung erfolgen, wodurch die Verantwortlichkeiten klar geregelt und eine gemeinsame sektorübergreifende Bedarfsplanung ermöglicht würde. Die bisherigen Zulassungsvoraussetzungen gemäß § 115b SGB V und 116b SGB V wären entsprechend anzupassen.

Der medizinisch-technische Fortschritt und die ständig erweiterten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten erfordern dabei künftig auch ein flexibleres Zulassungssystem. Insbesondere muss eine Umsteuerung der Versorgung möglich sein, wenn aufgrund der medizinischen Entwicklungen oder des veränderten Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten neue Anforderungen entstehen. Deshalb ist es gerade im Bereich der sich schnell verändernden spezialisierten ambulanten Versorgung sinnvoll, das bisherige System der lebenslangen Zulassungen durch zeitlich bzw. inhaltlich beschränkte Zulassungen bzw. Ermächtigungen zu ersetzen.

Bedarfsplanung zur Versorgungsplanung weiterentwickeln

Die bereits angesprochene Dreiteilung der vertragsärztlichen Versorgung ist zukünftig auch in der Versorgungsplanung zu berücksichtigen. Da die drei Bereiche eine sehr heterogene Strukturen aufweisen und in jedem Bereich sehr unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung gestellt werden, ist es sachgerecht, für jeden Versorgungsbereich eigene Planungs- und Steuerungskriterien zu entwickeln.

Insbesondere muss dabei der regionale Planungsbezug an die Versorgungsbedürfnisse der Patienten angepasst

werden. Damit die ärztliche Primärversorgung auch in Zukunft flächendeckend und wohnortnah verfügbar ist, müssen die benötigten Behandlungskapazitäten unterhalb der bisherigen Planungsbereiche festgelegt werden. Hier hat sich gezeigt, dass der jetzige Zuschnitt teilweise zu großflächig war, wodurch es innerhalb der Planungsbereiche zu große Disparitäten in der Verteilung des ärztlichen Angebotes geben konnte. Daher erscheint es im Bereich der ärztlichen Primärversorgung sachgerechter, die Versorgungsplanung künftig auf Ebene der Gemeindeverbände, Gemeinden oder Stadtbezirke durchzuführen.

In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung können die bisherigen Planungsbereiche dagegen erhalten bleiben. Zwar kann auch hier die Verteilung der Ärzte innerhalb der Planungsbereiche zu ungleichen Inanspruchnahmemöglichkeiten führen. Da es sich bei der fachärztlichen Versorgung jedoch in der Regel um weiterführende Behandlungen handelt, die einen verhältnismäßig hohen Grad an Planbarkeit aufweisen, und von den Versicherten insgesamt deutlich seltener in Anspruch genommen werden, erscheint eine – im Gegensatz zu den Primärärzten – weniger engmaschige Verfügbarkeit der betreffenden Ärzte durchaus vertretbar. Dabei muss auch berücksichtigt werden, dass ein nicht in der ärztlichen Primärversorgung tätiger Facharzt einen deutlich höheren Grad an Spezialisierung aufweist und damit ein größeres Einzugsgebiet als ein Primärarzt benötigt, um seine Praxis wirtschaftlich führen zu können. Um jedoch auch in weniger dicht besiedelten Gebieten eine qualitativ hochwertige fachärztliche Versorgung sicher stellen zu können, sollten einerseits auch innerhalb eines Planungsbereiches Möglichkeiten zur Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens geschaffen werden und andererseits muss die Versorgung um Alternativen zur klassischen Einzelarztpraxis erweitert und damit flexibler gestaltet werden.

Die spezialisierte fachärztliche Versorgung ist wiederum anders zu bewerten, als die allgemeine fachärztliche Versorgung. Hier ist der Spezialisierungsgrad noch einmal deutlich höher und damit auch das Einzugsgebiet und die Zahl der Patienten, die für ein wirtschaftliches Leistungsangebot benötigt werden. Darüber hinaus ist auch unter qualitativen Gesichtspunkten eine gewisse Konzentration des Leistungsangebotes erforderlich. Da die betreffenden Leistungen sowohl von niedergelassenen Vertragsärzten, als auch von Krankenhäusern angeboten werden, muss eine sachgerechte Versorgungsplanung sektorübergreifend erfolgen. Dies ist regelmäßig nur auf Ebene der KVen möglich.

Dennoch kann auf eine Steuerung dieses Leistungsbereiches nicht gänzlich verzichtet werden. Denn es muss bundesweit sicher gestellt sein, dass die Versicherten Zugang zu spezialisierter fachärztlicher Versorgung haben und damit von innovativen Behandlungsmöglichkeiten profitieren können. Gleichzeitig muss eine zu große Angebotskonkurrenz zwischen den Leistungsanbietern verhindert werden, um zu vermeiden, dass diese einen ökonomischen Anreiz dazu haben, Leistungen erbringen, die medizinisch weder sinnvoll noch notwendig sind. Davor sind die GKV-Versi-

cherten als Patienten zu schützen, die einem unnötigen medizinischen Risiko ausgesetzt werden, und als Beitragszahler, die diese unnötigen Leistungen durch permanent steigende Beiträge finanzieren.

Zwar lassen die bisherigen gesetzlichen Rahmenbedingungen dem G-BA grundsätzlich auch den Spielraum, von der Vorgabe der Planungsbereiche auf Ebene der Stadt- und Landkreise abzuweichen. Es ist jedoch fraglich, ob ein regelmäßiges und inhaltlich klares Abweichen von dieser Vorgabe noch rechtskonform wäre. Dies wäre z.B. der Fall, wenn für den Bereich der ärztlichen Primärversorgung regelmäßig deutlich kleinere und für den Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung regelmäßig deutlich größere räumliche Bezüge zur Planungsgrundlage erhoben würden. Aufgrund der engen Verknüpfung der Bedarfsplanung mit dem Zulassungsrecht und dessen Auswirkungen sollte deshalb eine entsprechende gesetzliche Klarstellung erfolgen.

Neben dem regionalen Bezug müssen auch die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung angepasst werden. Diese wurden in den 90er Jahren festgelegt und seither kaum weiterentwickelt, was maßgeblich mit den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen zusammen hängt, die den G-BA in der fachlichen Weiterentwicklung der Bedarfsplanungsrichtlinie einschränken und bedingen, dass bei der Neufestlegung oder Neueinführung von Verhältniszahlen jeweils die Ist-Zahl der Ärzte in der Versorgung zum Sollstand gemäß der Bedarfsplanung erhoben wird. Insbesondere für die Trennung bereits geplanter Arztgruppen würden sich hieraus problematische Ergebnisse ergeben, da die bestehende Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht die Versorgungssituation bereits beeinflussen und die Ist-Verteilung z.B. der Schwerpunktinternisten damit keine direkte Ableitung der bedarfsgerechten Angebotsmengen und ihrer Verteilung erlaubt. Zur Ermittlung von Verhältniszahlen, die den sich verändernden Bedarf an medizinischer Versorgung in einer sich wandelnden Bevölkerung sachgerecht abbilden, muss der G-BA daher künftig die Freiheit erhalten, diese allein aufgrund fachlicher Erwägungen festzulegen.

Ein Detailproblem, dass im Zuge der Weiterentwicklung der Bedarfsplanung ebenfalls Berücksichtigung finden sollte, ist die Art der Kapazitätsplanung. Bisher wurde das Volumen an ärztlicher Kapazität, welches für eine angemessene Versorgung der Bevölkerung benötigt wird, in Ärzte je Bevölkerung abgebildet. Dabei wurden die rechnerisch ermittelten Werte grundsätzlich auf die nächste volle Arztstelle aufgerundet. Dies war unter der Voraussetzung sachgerecht, dass Versorgung vor allem durch die klassische Einzelarztpraxis sicher gestellt wird. Allerdings wurden die Möglichkeiten zur ärztlichen Berufsausübung seither deutlich flexibilisiert. Dabei wurden die Teilzeittätigkeit und die Tätigkeit im Angestelltenverhältnis etabliert und die Einzelarztpraxis um gemeinschaftliche Formen der Berufsausübung, wie z.B. Medizinische Versorgungszentren ergänzt. Diese Entwicklung muss auch in der künftigen Versorgungsplanung berücksichtigt werden, weshalb die Planung von der Kopfzählung auf eine Planung in Vollzeit-

täquivalenten umgestellt werden sollte. Eine Aufrundung der rechnerisch ermittelten Kapazität auf die nächste volle Arztstelle entfällt, denn rechnerisch ermittelte Kapazitäten, die keiner vollen oder hälftigen Zulassung entsprechen, können durch Ermächtigungen, zeitlich befristete Zulassungen oder angestellte Ärzte besetzt werden. In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung kann die Planung daneben in Zeitkontingenten oder Leistungsmengen erfolgen. Hier würde die Planung in ärztlicher Kapazität das versorgungsrelevante Leistungsvolumen aufgrund der fortschreitenden Spezialisierung und der sektorenübergreifenden Leistungserbringung nur unzureichend abbilden.

Unterversorgung bekämpfen

Obwohl es in Deutschland noch nie so viele Ärzte gab wie heute, und die Zahl der ambulant tätigen Ärzte seit 1990 um 50 v. H. zugenommen hat, gibt es einige Regionen, in denen die Arztdichte geringer ist, als im Sinne einer bedarfsgerechten Versorgung wünschenswert wäre. Einigen tendenziell unterversorgten Regionen stehen dabei jedoch zahlreiche überversorgte Regionen gegenüber, sodass insgesamt 800 Ärzte fehlen, um überall eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen und gleichzeitig 25.000 Ärzte mehr zugelassen sind als hierfür benötigt werden. Damit gibt es nach wie vor keinen generellen Ärztemangel und dazu wird es auch nicht kommen, wenn in den nächsten Jahren ein nicht unerheblicher Teil der Ärzte aus Altersgründen die Tätigkeit in einer Praxis beendet. Es gibt insgesamt genügend Ärzte. Sie sind allerdings nicht immer optimal verteilt.

Unterversorgung ist damit vor allem ein Allokationsproblem; das Steuerungsziel einer gleichmäßigen und flächendeckenden Versorgung wird in den meisten Regionen, aber nicht überall erreicht. Deshalb müssen auch künftig Maßnahmen zur Feststellung und Beseitigung von Unterversorgungssituationen ergriffen werden.

Die Zulassungsbeschränkungen haben sich dabei entgegen der allgemeinen Wahrnehmung als probates Mittel erwiesen. Sie haben das Arztzahlwachstum in den ohnehin bereits gut versorgten städtischen Regionen begrenzt und so dafür gesorgt, dass Ärzte sich auch in anderen Gebieten niedergelassen haben. Trotz der zunehmenden Überversorgung in den Städten hat sich die Verteilung der Ärzte im Raum entscheidend verbessert. Dies wird deutlich, wenn man die Zahl der offenen Planungsbereiche aus dem Jahr 1998 mit den aktuellen Werten aus dem Jahr 2010 vergleicht. Waren damals in den meisten Arztgruppen noch zwischen 20 und 30 v. H. der Planungsbereiche für Niederlassungen offen, sind es heute in der Regel zwischen 0 und unter 10 v. H.. Das heißt, inzwischen ist in den allermeisten Planungsbereichen flächendeckend eine Versorgung erreicht, die dem Zielwert der Bedarfsplanung voll entspricht oder diesen sogar überschreitet.

Zur Bekämpfung dennoch bestehender oder drohender Unterversorgungssituationen die vor allem im Bereich der hausärztlichen Versorgung auftreten, gibt es bereits heute viele Maßnahmen, die auch in Zukunft fortgeführt werden

sollten. Aufzuführen sind in diesem Zusammenhang insbesondere die Fördermaßnahmen nach §§ 105 SGB V und 87 Abs. 2e SGB V.

Zusätzlich sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen im Falle einer Unterversorgung künftig auch die Möglichkeiten zur Gründung von Eigeneinrichtungen stärker nutzen. Sie könnten ihren Sicherstellungsauftrag dabei auch durch die Anstellung von Ärzten erfüllen. Angestelltenverhältnisse erfahren innerhalb der Ärzteschaft einen wachsenden Zuspruch. Es wäre daher nur konsequent wenn auch die KVen den flexibleren Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung stärker Rechnung tragen würden. Um eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen ist es nicht immer notwendig, in einem Gebiet eine ärztliche Niederlassung zu erwirken. Eine Verbesserung der Versorgung wäre auch mit dem Angebot regelmäßiger Arztprechstunden geholfen. Dieses Angebot kann dabei auch von angestellten Ärzten ausgehen, die in Voll- oder Teilzeit tätig sind. Dass die flexibleren Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung, die der Gesetzgeber in den letzten Jahren installiert hat, tatsächlich zu einer Verbesserung der Versorgung führen zeigt sich im Übrigen sehr gut am Beispiel der Hausärzte: Die Zahl der Hausärzte, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, ist im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 um rund 4 v.H. gestiegen und erreichte mit 60.374 Ärzten einen neuen Höchstwert. Dieser Zuwachs ist dabei allein auf die Zunahme der Hausärzte zurückzuführen, die im Angestelltenverhältnis tätig sind, denn die Zahl der Vertragsärzte unter ihnen ging im gleichen Zeitraum leicht zurück (-0,8 v.H.). Vor diesem Hintergrund sollten die flexiblen Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung und insbesondere die ambulante Tätigkeit im Angestelltenverhältnis daher weiterhin gefördert werden. Im Bezug auf die Nachwuchsgewinnung für den hausärztlichen Bereich sind darüber hinaus weiterhin alle Möglichkeiten zur Förderung im Bereich der Aus- und Weiterbildung zu nutzen.

Vor allem im Bereich der fachärztlichen Versorgung sollte vor der Feststellung einer bestehenden oder drohenden Unterversorgung künftig auch überprüft werden, ob die benötigten Versorgungskapazitäten in angrenzenden Planungsbereichen zur Verfügung stehen und eine eventuelle Unterversorgung durch die Einbeziehung dieser Kapazitäten vermieden werden kann.

Neben all diesen Maßnahmen, kann die Versorgungssituation in Regionen, die von Unterversorgung betroffen oder bedroht sind, jedoch vor allem dadurch entscheidend verbessert werden, dass die bestehende Überversorgung konsequent abgebaut wird. Solange dies nicht geschieht, bestehen insbesondere im Zuge von Nachbesetzungsregelungen weiterhin Niederlassungsmöglichkeiten in den überversorgten Regionen, die durch ihre städtische Infrastruktur, durch ihre Lage oder ihre Bevölkerungsstruktur für die Übernahme einer ärztlichen Tätigkeit besonders attraktiv sind. Im Ergebnis lassen sich viele Ärzte nicht dort nieder, wo sie aus Versorgungsgesichtspunkten am dringendsten gebraucht werden.

Versorgung durch Gesundheitszentren verbessern

Als ergänzendes Versorgungskonzept zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung in der Fläche sollte bei bestehender oder drohender Unterversorgung die Möglichkeit zur Gründung von Gesundheitszentren geschaffen werden, in denen Ärzte verschiedener Fachrichtungen tageweise Sprechstunden abhalten. Träger solcher Einrichtungen könnten - unter Beteiligung von Krankenkassen und Gemeinden - Kassenärztliche Vereinigungen, Vertragsärzte, zugelassene Krankenhäuser und MVZ sein.

Die Gesundheitszentren könnten dabei einem Arzt oder von medizinisch besonders ausgebildetem Pflegepersonal, wie z. B. einer Gemeindeschwester, geführt werden. Die dort tätigen Ärzte könnten als Angestellte oder im Rahmen einer Ermächtigung tätig sein. Auch könnten sich Vertragsärzte im Rahmen einer Zweigpraxis an einem solchen Modell beteiligen. Daneben sollten aber Möglichkeiten einbezogen werden, die nicht allein die ärztliche Tätigkeit betreffen. So könnte ein Teil der Versorgung durch gut qualifiziertes nichtärztliches Personal, wie Gemeindeschwestern, erbracht und die kontinuierliche Versorgung von chronisch Kranken sowie die Koordination der Versorgung durch telemedizinische Anwendungen unterstützt werden.

Übersversorgung abbauen

Die bisherigen Regelungen für den Fall der Übersversorgung (§ 101 SGB V) sollten im Wesentlichen beibehalten werden. Eine Übersversorgung ist demnach zu vermuten, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 v. H. überschritten wird.

Die Feststellung von Übersversorgung in einem definierten Gebiet ermöglicht es, räumlich begrenzte Zulassungsbeschränkungen entsprechend § 103 SGB V auszusprechen mit dem Ziel, eine allgemeine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen. Hierzu wird eine Ausweitung vertragsärztlicher Tätigkeit in einem Gebiet durch Zuzug weiterer Ärzte eines bestimmten Fachgebiets untersagt.

Um die massive Übersversorgung in einigen Gebieten abzubauen, sollte eine Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen künftig nur noch dann erfolgen, wenn dies unter Versorgungsgesichtspunkten notwendig ist. Dabei sollte der Zulassungsausschuss flexibel auf die Versorgungsbedürfnisse reagieren können.

Zulassungsrecht flexibilisieren

Um die bestehende Bedarfsplanung zu einer wirkungsvollen Versorgungssteuerung weiterentwickeln zu können ist es notwendig, verschiedene rechtliche Vorschriften, insbesondere auch die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) anzupassen, die - abgesehen von den Ermächtigungen - bisher keine weiteren Regelungen für befristete Zulassungen enthalten. Ermächtigungen und befristete Zulassungen könnten aber ganz wesentliche Elemente einer weiteren Flexibilisierung der vertragsärztli-

chen Leistungserbringung und der Versorgungssteuerung bilden.

In der ärztlichen Primärversorgung und in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung könnte die Zulassung grundsätzlich nach dem bisherigen Muster erfolgen. In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung ist es jedoch notwendig, das bisherige System zu flexibilisieren und die klassische Zulassung um begrenzte Zulassungen bzw. Ermächtigungen zu ergänzen. Diese könnten sich entsprechend auf konkrete Leistungsbereiche, Leistungsinhalte oder ein bestimmtes Leistungsvolumen beziehen und gegebenenfalls zeitlich befristet werden.

Nachbesetzungen von Arztsitzen bieten ein erhebliches Steuerungspotential im Hinblick auf die Verteilung von Sitzen in der Fläche und auch unter der Perspektive der Mengensteuerung des Angebots an medizinischen Leistungen im vertragsärztlichen Bereich, um möglichst eine optimale Verteilung der Sitze und damit einen verteilungsgerechten Zugang aller Versicherten zu medizinischen Leistungen zu erreichen. Um eine echte Versorgungssteuerung zu erreichen müsste künftig auch das Verfahren der Praxisweitergabe bzw. Nachbesetzung stärker unter Versorgungsgesichtspunkten betrachtet werden.

Insbesondere sollten die Landes- und Zulassungsausschüsse bei der Neuzulassung von Vertragsärzten und bei Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen nach § 103 Abs. 4 SGB V in Zukunft regionalspezifische Versorgungsanalysen berücksichtigen, die die Verteilung der Leistungsanbieter und der Bevölkerung innerhalb der jeweiligen Planungsregionen abbilden. Eine Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in übersversorgten Regionen sollte nur noch dann erfolgen, wenn dies nach einer regionalspezifischen Versorgungsanalyse unter Versorgungsgesichtspunkten geboten erscheint. Dabei sollte der Zulassungsausschuss auch die Möglichkeit haben zu entscheiden, dass die Nachbesetzung durch einen Leistungsanbieter einer anderen bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe, in Form einer begrenzten Zulassung, einer Teilzulassung oder einer zeitlich befristete Ermächtigung erfolgt. Ist eine Nachbesetzung in übersversorgten Regionen unter Versorgungsgesichtspunkten nicht geboten, sollte der entsprechende Sitz auch nicht mehr besetzt werden. In einem solchen Fall sollte die Kassenärztliche Vereinigung das Ausscheiden des Arztes aus der Versorgung jedoch ggf. finanziell fördern können.

Um auch innerhalb einer Planungsregion eine bedarfsgerechte Versorgung zu erreichen, sollte der Zulassungsausschuss die Möglichkeit erhalten, Bewerber zu bevorzugen, die z.B. bereit sind, an einem vorab definierten Ort innerhalb einer Planungsregion tätig zu werden oder einen Teil ihrer Tätigkeit in einem angrenzenden, schlechter versorgten Planungsbereich, auszuüben. Dazu müsste den Zulassungsausschüssen lediglich eine rechtliche Grundlage zur Erteilung einer Zulassung mit Auflagen gegeben werden.

Die Verlegung eines Vertragsarztsitzes innerhalb einer Planungsregion ist bereits heute beim Zulassungsausschuss zu beantragen. Sie ist zu genehmigen, wenn Gründe der

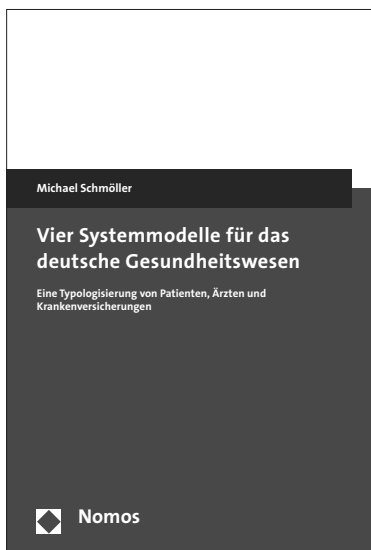
vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegen stehen. Diese Regelung wird in der Praxis jedoch unterschiedlich ausgelegt. Offenbar existieren verschiedene Auffassungen darüber, ob sich der Begriff „Vertragsarztsitz“ auf den Planungsbereich bezieht, für den die Zulassung erteilt wurde, oder auf den konkreten Ort der Leistungserbringung innerhalb eines Planungsbereiches. Im Ergebnis wird Umzugswünschen in der Regel zugestimmt, auch wenn sich die Versorgungssituation an dem bisherigen Ort der Leistungserbringung dadurch sehr wohl verändert. Das zentrale Beispiel für diese Problematik stellt der sehr große gemeinsame Planungsbereich Berlin dar. Hier hat die Genehmigungspraxis des Zulassungsausschusses dazu geführt, dass sich die Arztdichte in einigen Stadtbezirken, wie Lichtenberg oder Neukölln, deutlich verschlechtert hat, während sie in den wohlhabenderen Gegenden, wie Charlottenburg oder Wilmersdorf, stieg. Inzwischen kann davon ausgegangen werden, dass die Versorgung in einigen Berliner Bezirken unzureichend ist, während andere deutlich übertersorgt sind - eine Fehlallokation, die durch sachgerechte Entscheidungen des Zulassungsausschusses hätte verhindert werden können. Um derartige Entwicklungen in Zukunft zu vermeiden, sollte der Gesetzgeber

hier eine Klarstellung vornehmen. Zum einen müsste klar gestellt werden, dass es sich bei dem Vertragsarztsitz nicht um den Planungsbereich der Bedarfsplanung handelt, sondern um den konkreten Ort der Leistungserbringung. Zum anderen sollten Umzüge künftig abgelehnt werden, wenn der Zulassungsausschuss auf der Grundlage von regional-spezifische Versorgungsanalysen zu dem Ergebnis kommt, dass der beantragte Umzug nachteilige Auswirkungen auf die Versorgung an dem bisherigen Ort der Leistungserbringung haben würde.

Möglichkeiten für Selektivverträge erweitern

Alle drei Versorgungsbereiche stehen grundsätzlich für Selektiv-/Direktverträge von einzelnen Krankenkassen oder Zusammenschlüssen von Krankenkassen offen. Insbesondere für die spezialisierte fachärztliche Versorgung wird eine Vertragsvielfalt angestrebt und damit ein Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versorgungs- und Vertragsmodellen ermöglicht. Ziel eines solchen Wettbewerbs ist insbesondere eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei möglichst effizientem Ressourceneinsatz.

Aktuelle Neuerscheinung



Vier Systemmodelle für das deutsche Gesundheitswesen

Eine Typologisierung von Patienten, Ärzten und Krankenversicherungen

Von Dr. Michael Schmöller

2011, 427 S., brosch., 79,- €

ISBN 978-3-8329-6130-5

Die vorliegende Arbeit untersucht die Reaktion von Patienten, Ärzten und Krankenversicherungen auf die jüngsten Gesundheitsreformen in Deutschland. Sie zeigt vier Grundtypen von Verhaltensweisen, Denkmustern und Präferenzen auf, welche zu vier grundlegenden Wunschvorstellungen von einem künftigen deutschen Gesundheitssystem verdichtet werden können.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de



Nomos