

Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen

– Grundlagen, Definition, Problemanalyse

FRANZ KNIEPS,
VOLKER E. AMELUNG,
SASCHA WOLF

Prof. Dr. Volker Amelung ist Vorstandsvorsitzender des Bundesverbandes Managed Care e.V. und Professor am Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover

Franz Knieps ist Partner bei Wiese Consult und leitete von 2002 bis Ende 2009 die Abteilung Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung, Pflegesicherung im Bundesministerium für Gesundheit

Dr. Sascha Wolf ist Geschäftsführer des Bundesverbandes Managed Care e.V.

Das Gesundheitswesen in Deutschland kennt ein gleichzeitiges Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung – je nach Region, Stadtteil, Bevölkerungsgruppe, Versorgungsbereich oder Indikation. An dieser Feststellung hat sich auch eine Dekade nach der grundlegenden Bestandsaufnahme durch den Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wenig geändert. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über den gegenwärtigen Zustand und über zu erwartende Entwicklungen. Er beschreibt die rechtlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen für die Sicherstellung der Versorgung und die Planung von Kapazitäten und Versorgungsaufträgen. Er zeigt Beispiele auf, mit welchen Versorgungskonzepten und Steuerungsansätzen Überversorgung abgebaut und Unterversorgung behoben oder zumindest gelindert werden könnten. Dabei kommt der Politik in Bund, Ländern und Kommunen eine Schlüsselrolle zu, auch wenn es keinen alleinigen Lösungsansatz gibt, der überall Erfolg verspricht. Nur ein Zusammenwirken etablierter Akteure mit neuen Playern – wie zum Beispiel die Telekommunikationsindustrie und anderen Dienstleistern – wird den sehr unterschiedlichen Entwicklungen vor Ort gerecht werden können.

Die medizinische Versorgung in Deutschland zeichnet sich durch eine nahezu flächendeckend gute Erreichbarkeit sowie ein hohes Qualitätsniveau aus, wenn auch das deutsche Gesundheitssystem in internationalen Rankings kontinuierlich „durchgereicht“ wird (z. B. Health Consumer Powerhouse 2010 Rang 6, 2012 Rang 14). Die Leistungserbringung erfolgt in voneinander weit-

gehend abgeschotteten Sektoren, wobei der ambulante Bereich durch eine im internationalen Vergleich hohe Dichte an Hausärzten und eine historisch gewachsene, umfassende Facharztversorgung charakterisiert ist. In der Vergangenheit hat dies dazu geführt, dass die Diskussion um die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung von den Schlagworten „doppelte Facharztschi-

ene“ und „Überversorgung“ geprägt worden ist. Mittlerweile hat sich der Charakter der Diskussion jedoch verändert und es wird immer häufiger ein zukünftig drohender Ärztemangel nicht nur in strukturschwachen Regionen befürchtet, sondern gleichermaßen in „normalen“ Regionen wie weite Teile Niedersachsens (vgl. den Beitrag von Barjenbruch in diesem Heft).

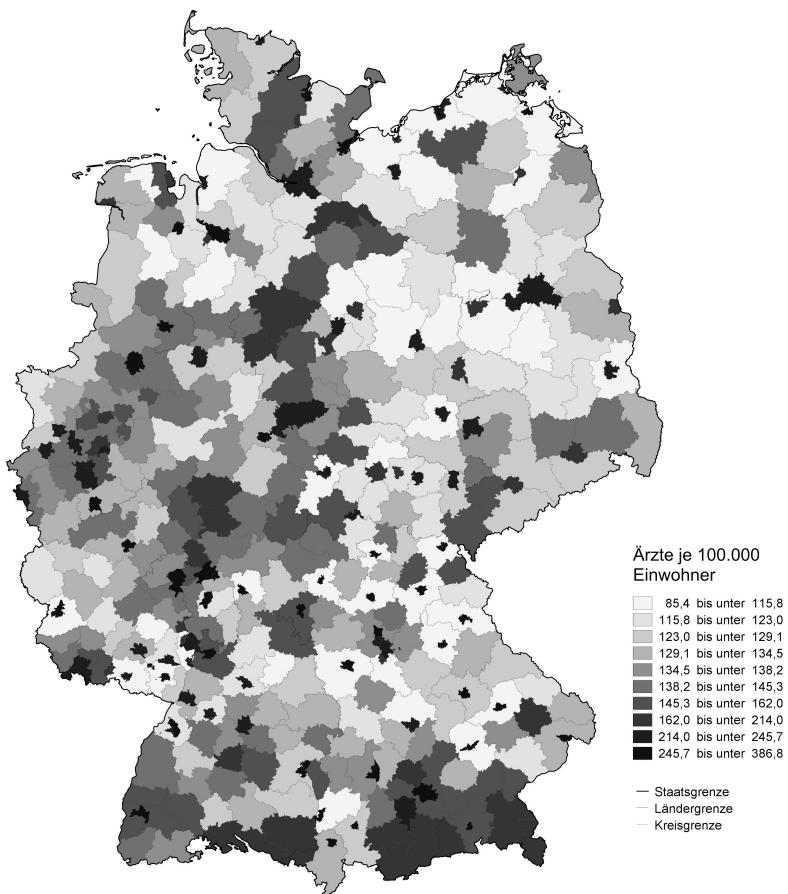
Dies veranlasste Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr in seiner Rede zur ersten Lesung des Versorgungsstrukturgesetzes am 23. September 2011 zu der Aussage: „Es bringt nichts, darüber zu streiten oder den drohenden Ärztemangel zu leugnen [...] Die Menschen werden uns danach beurteilen, ob wir ihnen eine medizinische Versorgung vor Ort gewährleisten.“ So richtig beide Feststellungen für sich genommen auch sein mögen, so wichtig ist es, sie inhaltlich voneinander abzugrenzen.

Fakt ist, dass immer weniger junge Medizinerinnen und Mediziner sich für eine Niederlassung in ländlichen Regionen entscheiden und vor allem sich in Zukunft dafür entscheiden werden. Die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung allein an dem Verhältnis der Anzahl von Ärzten und der Bevölkerung festmachen zu wollen, springt jedoch zu kurz. Wenn schwer zu versorgende Regionen dadurch charakterisiert sind, dass der Versorgungsbedarf der Bürger qualitativ und logistisch nicht mehr ausreichend über die traditionellen Versorgungsformen bedient werden kann, so müssen diese traditionellen Strukturen insgesamt auf den Prüfstand gestellt und weiterentwickelt werden. Neue kooperative Organisationsmodelle wie Ärztenetze und Medizinische Versorgungszentren, indikations- und populationsorientierte Versorgungsstrukturen, arztentlastende Delegation und Substitution sowie neue Mobilitätskonzepte und Technologien können entscheidend dazu beitragen, Behandlungsprozesse zu optimieren und die flächendeckende Versorgung vor Ort auch zukünftig zu gewährleisten.

1. Der Paradigmenwechsel in der gesundheitlichen Versorgung – von der Überversorgung zur Unterversorgung?

Als in den 90er Jahren die vertragsärztliche Bedarfsplanung eingeführt wur-

Graphik 1: Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner im Jahr 2010 (nach Arztgruppen)



Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Versorgungsatlas 2012.

de, geschah dies insbesondere mit dem Ziel, die so genannte „Ärzteschwemme“ zu verhindern (Monitor Versorgungsforschung, 2010). Im Gegensatz hierzu dominiert heute die Sorge vor Unterversorgung die gesundheitspolitische Debatte. Dabei ist die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte von 1990 bis 2009 um über 50 Prozent auf 139.612 angestiegen (Klose / Rehbein 2011).

Auch im internationalen Vergleich verfügt Deutschland nach wie vor über eine hohe Arztdichte. Mit 3,6 Ärzten je 1.000 Einwohner lag im Jahr 2008 die Quote deutlich über vergleichbaren Ländern wie Frankreich (3,3), Finnland (2,7), Großbritannien (2,6) oder den USA (2,4) (OECD Health Data 2010). Wie passt das zusammen? Ein genauerer Blick in die reale und gefühlte Versorgungsrealität kann dabei helfen, das vermeintliche Paradoxon aufzulösen.

a) Die Erwartungshaltung in Politik und Öffentlichkeit – Reale und gefühlte Versorgungslücken

Auf Liebgewonnenes verzichtet man ungern. Aufgrund der traditionell hohen Arztdichte ist die Anspruchshaltung, zumindest den Hausarzt, besser aber noch die am häufigsten aufgesuchten Fachärzte (z. B. Kardiologen, Orthopäden, HNO-Ärzte oder Augenärzte) wohnortnah erreichen zu können, in kaum einem anderen Land so ausgeprägt wie in Deutschland. Emotional aufgeladen wird die individuelle Wahrnehmung durch anekdotische Evidenz. Nicht nachbesetzte Arztpraxen, vermeintlich zu lange Wartezeiten beim Facharzt oder Sprechzeiten im einstelligen Minutenuntakt sind wohl jedem bekannt und bereits widerfahren. Die Sensibilität des Themas unterstreicht auch dessen Bedeutung für die Politik. Denn diese wird von einem Großteil der Bevölke-

rung immer daran gemessen werden, ob die gefühlte wohnortnahe ärztliche Versorgung gewährleistet ist.

De facto liegen jedoch nur bruchstückhafte Kenntnisse über aktuell vorhandene Versorgungslücken vor. Bis heute fehlt es in Deutschland an einem Verfahren, das flächendeckend ermittelt, wie hoch der Versorgungsbedarf vor Ort wirklich ist und wie dieser wohnortnah gesichert werden kann. Die auf Vergangenheitsdaten beruhende Bedarfsplanung kann das nicht leisten, denn weder das sozioökonomische Umfeld, die Morbiditätsentwicklung noch medizinische und technologische Entwicklungen werden von ihr berücksichtigt. Dabei liegt es auf der Hand, dass das gesellschaftliche Umfeld wie beispielsweise die Beschäftigungsquote, das Haushaltseinkommen oder das Bildungsniveau Einfluss auf die Morbidität ausüben. So sind beispielsweise Männer im Alter zwischen 45 und 64 Jahren mit einem Einkommen von weniger als 80 Prozent des Durchschnittsverdienstes bis zu fünfmal häufiger von gesundheitlichen Problemen betroffen als ihre Altersgenossen, die über ein Einkommen von mehr als 150 Prozent des durchschnittlichen Verdienstes verfügen (Lampert et al. 2005). Eine Bedarfsplanung, die solche Faktoren unberücksichtigt lässt, muss zwangsläufig an ihre Grenzen stoßen.

Selbst wenn die fachärztliche Versorgung auf dem Land noch nicht als defizitär beurteilt wird (Bock / Osterkamp / Schulte 2012), lässt sich auf der anderen Seite kaum bestreiten, dass zumindest punktuell erhebliche Versorgungslücken existieren. So lassen sich Wartezeiten von bis zu 8 Monaten auf einen Platz in der Psychotherapie kaum rechtfertigen. Die entscheidende Frage lautet jedoch, ob diese Situation durch eine zu geringe Anzahl an Psychotherapeuten oder eine ineffiziente regionale Verteilung verursacht wird. Der Versorgungsgrad mit Psychotherapeuten beträgt beispielsweise in tendenziell wohlhabenden Bezirken Berlins wie Steglitz-Zehlendorf bis zu fast 500 Prozent, während in sozial schwächeren Bezirken wie Marzahn-Hellersdorf nicht einmal 50 Prozent der Sollzahlen erreicht werden. Eine ebenfalls deutliche, wenn auch weniger stark ausgeprägte Ungleichverteilung lässt sich auch unter der gesamten Ärzteschaft feststellen. So kamen 2010 z. B.

im Jerichower Land in Sachsen-Anhalt 100 Leistungserbringer auf 100.000 Einwohner, während es in München 300 waren (vgl. Graphik 1). Eine Fehlallokation ärztlicher Ressourcen lässt sich mit diesen Zahlen zwar nicht nachweisen, aber zumindest vermuten.

Stehen wir heute eher vor den Problemen der gefühlten und punktuellen Unterversorgung, so wird sich die Situation perspektivisch drastisch verschärfen. Dies ist zum einen auf die strukturelle Überalterung der Ärzteschaft zurückzuführen. Während im Jahr 2000 nur 12,6 Prozent der Vertragsärzte 60 Jahre und älter waren, betrug deren Anteil im Jahr 2010 bereits 21,5 Prozent (KBV 2012). Um die heutige Anzahl von Ärzten aufrecht zu erhalten, schätzt die Kassenärztliche Bundesvereinigung bis zum Jahr 2020 einen „Ersatzbedarf“ von über 70.000 Medizinern (Kopetsch 2010).

Hinzu tritt andererseits ein spürbarer Mentalitätswandel unter jungen Medizinern. Nicht nur für Frauen, die mittlerweile mehr als zwei Drittel der Medizinstudenten ausmachen, sondern auch für ihre jungen männlichen Kollegen ist der niedergelassene Landarzt mit 24h-Rund-um-Notruf-Service und Wochenendeinsatz schon lange kein Traumjob mehr. In einer Umfrage des Hartmannbunds unter 4.396 Medizinstudierenden (auch im Folgenden Hartmannbund 2012) bevorzugen 66 Prozent der Befragten eine Gemeinschaftspraxis oder eine Praxiskooperation und 24 Prozent eine Anstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum. Nur zehn Prozent würden sich für eine Einzelpraxis entscheiden. Der Wille zur Kooperation ist dabei bei Frauen mit über 90 Prozent noch ausgeprägter als bei Männern (86 Prozent). Als wichtigster Grund gegen die Einzelpraxis wird an erster Stelle das finanzielle Risiko angebracht (72 Prozent). Kooperative Strukturen sind daher auch als vergleichsweise risikoarmes Einstiegsinstrument für junge Mediziner zu betrachten. So können sich 85 Prozent der Befragten vorstellen, nach einer bestimmten Zeit als angestellter Arzt in eine eigene Praxis zu wechseln.

Die Vorliebe für kooperative Arbeitsstrukturen bleibt nicht ohne Wirkung auf die Entwicklung des quantitativen ärztlichen Leistungsvolumens. So ist

kaum anzunehmen, dass ein angestellter, ambulant tätiger Arzt bereit ist, dauerhaft eine für die Einzelpraxis durchaus übliche wöchentliche Arbeitszeit von 50 Stunden (und die als besonders belastend wahrgenommenen Bereitschaftsdienste) zu akzeptieren. Hierfür spricht auch, dass in der Umfrage des Hartmannbunds 63 Prozent der Befragten „zu wenig Zeit für die Familie“ als Argument gegen die Einzelpraxis ins Feld führen. Der zu befürchtende Rückgang an ärztlichem Leistungsvolumen ist somit deutlich höher einzuschätzen als die rückläufige Anzahl an Ärzten vermuten lässt.

Auf die Frage hin, wo sie sich niederlassen würden, machten nur 9 Prozent der Befragten ihr Kreuz bei der Kategorie „auf dem Land“. Das Leitbild der klassischen dörflichen Einzelarztpraxis lässt sich mit den Präferenzen kommerzieller Ärzte offensichtlich nur begrenzt vereinbaren. Unter den Voraussetzungen für eine Tätigkeit auf dem Land oder in einer Kleinstadt spielen finanzielle Anreize für den ärztlichen Nachwuchs eine durchaus wichtige Rolle. So wünschen sich 59 Prozent der Befragten eine kostenlose Bereitstellung von Praxisräumlichkeiten und 47 Prozent Prämienzahlungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Krankenkassen. Geld allein wird das Problem jedoch nicht lösen. Mindestens ebenso wichtig

Die regionale Verteilung der Ärzte muss am lokalen Versorgungsbedarf orientiert werden.

sind dem Nachwuchs Rahmenbedingungen wie die Unterstützung bei der Kinderbetreuung (63 Prozent) oder einen Arbeitsplatz für den Lebenspartner (51 Prozent).

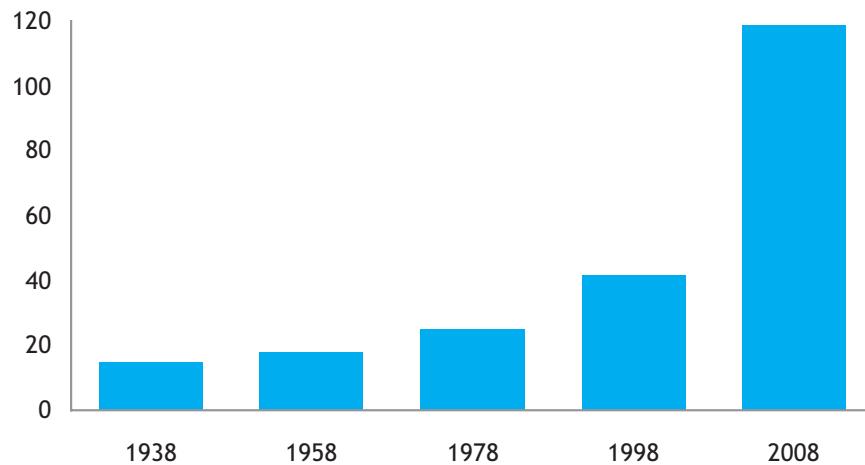
Somit bleibt festzuhalten, dass unter der Annahme gleich bleibender Versorgungsstrukturen das deutsche Gesundheitssystem zukünftig auf gravierende Versorgungslücken zulaufen wird. Umso wichtiger ist es zum einen, dafür Sorge zu tragen, dass die regionale Verteilung der Ärzte am lokalen Versorgungsbedarf orientiert wird. Zum anderen muss mit der Ressource Arzt ökonomisch umgegangen werden. Hierzu gehört es, den bürokratischen Aufwand für die Mediziner zu verringern sowie die Delegation an andere Berufsgruppen zu erleichtern.

b) Die Entwicklung der Gesundheitsberufe – Unterversorgung trotz steigender Zahl

Das Tätigkeitsfeld der deutschen Ärzte ist im internationalen Vergleich dadurch gekennzeichnet, dass es ein weit größeres Spektrum aufweist und auch Aufgaben beinhaltet, die ebenso gut durch andere, teilweise wirtschaftlicher arbeitende und womöglich auch geeigneter Berufsgruppen ausgeführt werden könnten. Erste Schritte in Richtung einer Neudefinition des ärztlichen Aufgabenspektrums durch verstärkte Delegation und Substitution werden in zahlreichen Pilotprojekten getestet. Dabei ist es durchaus bemerkenswert, dass unter neuem Label, beispielsweise AGnES, VeraH oder MoNi, auf Konzepte zurückgriffen wird, die in der ehemaligen DDR etabliert waren (Amelung / Wolf 2012).

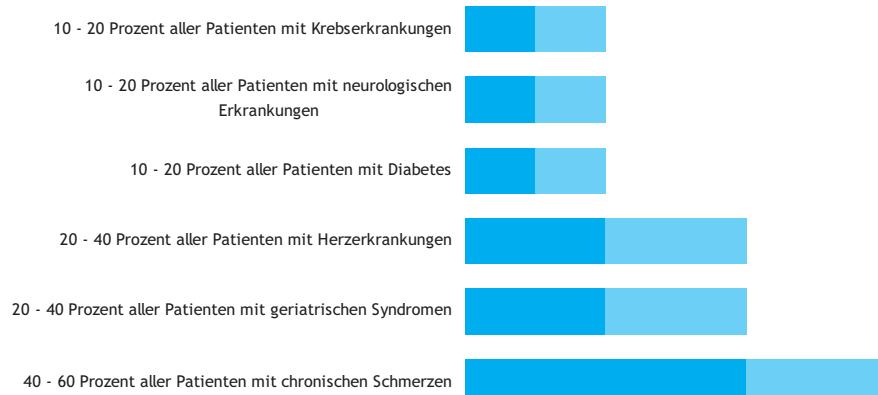
Ziel dieser Instrumente ist es, die Arbeitsbelastung der Ärzte zu reduzieren und gleichzeitig mehr Raum für eine Konzentration auf deren Kernkompetenzen zu schaffen. So liegt die durchschnittliche Wochenarbeitszeit deutscher Mediziner mit 50,6 Stunden deutlich über dem internationalen Niveau. Niederländische Kollegen weisen eine Wochenarbeitszeit von 48,1 Stunden auf, US-amerikanische sogar von nur 45,9 Stunden (Commonwealth Fund 2006). Dies liegt vor allem in der hohen Anzahl von Patientenkontakten begründet: Deutsche Ärzte führen in der Woche mit 243 Patienten mehr als doppelt so viele Konsultationen durch wie amerikanische (102) und immer noch deutlich mehr als ihre niederländischen Kollegen (141). Aber auch der Verwaltungs- und Bürokratieaufwand erweist sich in Deutschland mit 6,8 Stunden pro Woche als Zeitfresser (USA: 2,3 Stunden, Niederlande: 4,8 Stunden). Daher ist es wenig erstaunlich, dass deutsche Ärzte sich mit durchschnittlich 7,8 Minuten deutlich weniger Zeit pro Patientenkontakt nehmen können als amerikanische (19,1 Minuten) und niederländische (15,8 Minuten) Ärzte. Die hohe Kontaktrate mag einen der zahlreichen Gründe darstellen, warum das deutsche System im internationalen Vergleich des Euro Health Consumer Index aktuell nur auf Platz 14 rangiert, während sich die Niederlande kontinuierlich seit der

Graphik 2: Entwicklungen der Anzahl von Subspezialisierungen in den USA.



Quelle: American Board of Medical Specialties 2010

Graphik 3: Unter einer Depression als Begleiterkrankung leiden...



Quelle: Jochen Gensichen 2012, Hilfe für Körper und Seele, Gesundheit und Gesellschaft, Spezial 10

ersten Erhebung im Jahr 2005 – auch bei Anwendung unterschiedlicher Mengenparameter – unter den drei am besten bewerteten Gesundheitssystemen befindet (Health Consumer Powerhouse 2012).

Das AGnES-Projekt wurde daher nicht zuletzt aufgrund der Hoffnung einer arztentlastenden Wirkung initiiert. Im Rahmen des Konzepts wird der Hausarzt von einer speziell ausgebildeten Krankenschwester unterstützt, die mittels Kommunikationstechnik mit ihm in Verbindung steht. Nach Anweisung des Arztes übernimmt sie in Delegation Hausbesuche, wobei die vorbeugende, beratende und Therapie überwachende Tätigkeit im Vordergrund steht. Auch das Monitoring des Gesundheitszustandes des Patienten wird von ihr durchgeführt und ggf. telemedizinisch ergänzt. Die Evaluation zeigt, dass AGnES

dazu geeignet ist, zeitliche Kapazitäten bei Ärzten zu schaffen, ohne dass die Qualität der medizinischen Versorgung leidet. So bestätigten über 90 Prozent der 42 befragten und am Projekt beteiligten Hausärzten die arztentlastende Wirkung, die auf 360 Stunden pro Jahr geschätzt wird. Auch bei den Patienten stößt das Konzept auf Zustimmung. Von 667 befragten Patienten schätzen 98,7 Prozent AGnES-Schwestern als kompetente Ansprechpartner bei Gesundheitsfragen ein. 92,1 Prozent der Patienten zeigten sich davon überzeugt, dass die gemeinsame medizinische Betreuung von Hausarzt und AGnES eine vergleichbare Qualität mit einer üblichen hausärztlichen Betreuung aufweist (Hoffmann 2012).

Neue Gesundheitsberufe bzw. bestehende Berufe mit sich ändernden Tä-

tigkeitsfeldern entstehen jedoch nicht nur abseits, sondern auch innerhalb der Ärzteschaft. Das rasant wachsende medizinische Wissen führt zu einer zunehmenden Subspezialisierung. In den USA hat sich die Anzahl der medizinischen Fachbereiche zwischen 1998 und 2008 verdreifacht (vgl. Graphik 2). Auch in Deutschland ist ein vergleichbarer Trend zu beobachten. Enthielt die Muster-Weiterbildungsordnung 1976 der Bundesärztekammer noch 27 Gebietsbezeichnungen, 14 Teilgebietebezeichnungen und 15 Zusatzbezeichnungen, so ist deren Anzahl mittlerweile auf 32 Gebiete mit über 30 Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen sowie knapp 50 Zusatz-Weiterbildungen angestiegen (Bundesärztekammer 2010). Die fortschreitende Subspezialisierung der Ärzteschaft und die Entstehung neuer Gesundheitsberufe ist eine Folge der Morbiditätsentwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts, die eine Anpassung des Versorgungsangebots erzwingt.

c) Die Entwicklung von Morbidität – Lokale und regionale Differenzierungen

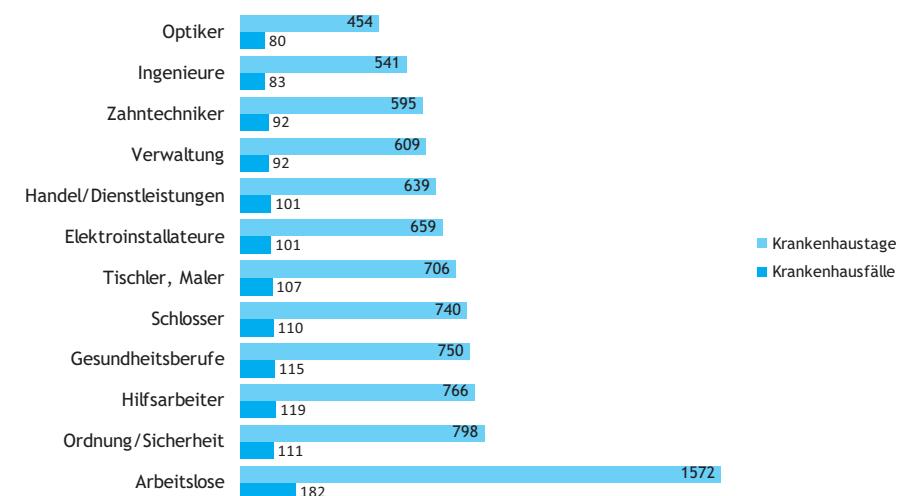
Auf der Makroebene ist es vergleichsweise einfach, Morbiditätsentwicklungen abzuschätzen. So leiden heute in Deutschland mehr als zehn Millionen Menschen unter chronischen Beschwerden. Das sind 46 Prozent aller Erkrankungen. Viele von ihnen sind multimorbid. Beispielsweise kann bei 40 bis 60 Prozent der Patienten mit chronischen Schmerzen gleichzeitig Depression diagnostiziert werden (vgl. Graphik 3). Sowohl die Bevölkerungsalterung als auch der medizinisch-technologische

Die Entstehung neuer Gesundheitsberufe ist eine Folge der Morbiditätsentwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts.

Fortschritt werden dazu führen, dass der Anteil der Chroniker bis 2020 um rund 15 Prozentpunkte zunehmen wird (Gensichen et al. 2006).

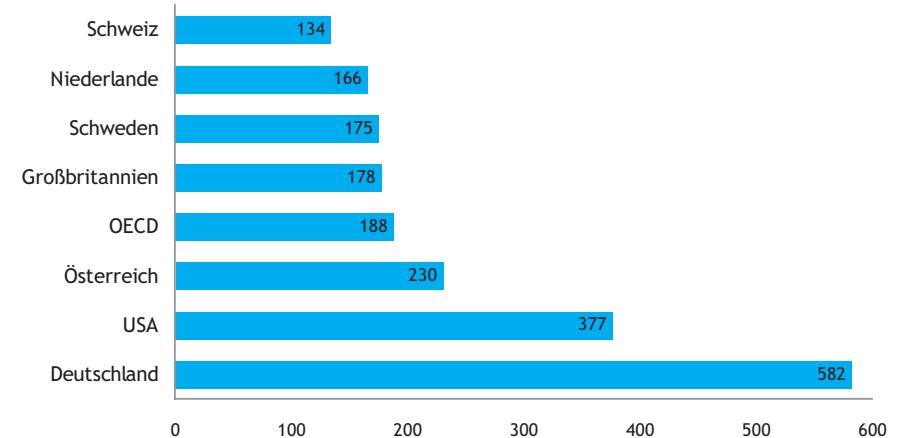
Auch die weithin bekannten Unterschiede in den Gesundheitsausgaben zwischen den Neuen und den Alten

Graphik 4: Anzahl Krankenhaustage und -fälle je 1000 Versicherte 2009



Quelle: BARMER GEK Report Krankenhaus 2010

Graphik 5: Maßnahmen der koronaren Angioplastie pro 100.000 Einwohner



Quelle: OECD Health Data 2011

Bundesländern sind durchaus erklärbar. So lassen sich die höheren Ausgaben in Ostdeutschland weitestgehend auf die dort vorhandene ältere Bevölke-

rungsstruktur zurückführen (Göppfarth 2001). Mit ausschlaggebend für die verbleibenden regionalen Unterschiede sind sozio-ökonomische Gründe. Insbesondere Arbeitslosigkeit übt einen negativen Einfluss auf den Gesundheitszustand aus. Nach dem Krankenhaus-Report der BARMER GEK kamen im Jahr 2010 auf 1.000 Arbeitslose 1.572 Aufenthaltstage im Krankenhaus. Hilfsarbeiter hingegen verbrachten mit 766 Tagen gerade einmal halb so viel Zeit in stationärer Behandlung. Bei körperlich

anspruchsvollen Handwerksberufen lag die Verweildauer bei 659 bis 740 Tagen (vgl. Graphik 4).

Sobald die Morbidität im Detail auf lokaler Ebene ermittelt werden soll, erweist sich der aktuelle Kenntnisstand als äußerst gering. Die verwendeten Routinedaten lassen nur begrenzte Rückschlüsse zu. Denn diese geben allein Auskunft darüber, welche medizinischen Leistungen abgerechnet worden sind. Eine Region ohne ärztliche Versorgung würde somit zu dem Trugschluss der vollkommenen Volksgesundheit führen. Die erbrachten und abgerechneten Leistungen hängen zudem sowohl von der individuellen medizinischen Einschätzung des behandelnden Arztes als auch von dessen eigennutzorientierten Verhalten ab. Das Ganze ähnelt der Ge-

schichte von Huhn und Ei: Ist die Arztdichte in manchen Regionen so hoch, weil die hohe Morbidität es erfordert? Oder erscheint die Morbidität höher als sie tatsächlich ist, weil die Konkurrenz unter den Ärzten in überversorgten Regionen Anreize zur angebotsinduzierten Nachfrage setzt? Antworten auf diese Fragen können durch Routinedaten nicht gefunden werden.

Entsprechend sind durchaus Zweifel angebracht, inwieweit von den durchgeführten Leistungen die Entwicklung des

Es sind Zweifel angebracht, inwieweit von den durchgeführten Leistungen die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung abgeleitet werden kann.

Gesundheitszustands der Bevölkerung abgeleitet werden kann. So lässt sich beispielsweise die im internationalen Vergleich unverhältnismäßig hohe Anzahl an Eingriffen bei chronischen koronaren Herzkrankheiten (z. B. Herzkatheter) sicherlich nicht allein auf die Morbidität zurückführen (vgl. Graphik 5). Auch der Anstieg stationärer Behandlungen um 11,8 Prozent zwischen 2005 und 2010 eröffnet zumindest Raum für Spekulation. So weist der aktuelle Krankenhaus-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK für diesen Zeitraum eine Verdoppelung der aus Krankenhaussicht lukrativen Wirbelsäulenoperationen aus (Klauber et al. 2012 a).

2. Herausforderungen und absehbare Entwicklungen

Das Gesundheitswesen sieht sich einem zweifachen exogenen Kostendruck ausgesetzt. Einerseits wirken sozio-demografische Faktoren auf eine wachsende Nachfrage hin. Andererseits führt die Explosion des Machbaren in der Medizin dazu, dass immer mehr Indikationen behandelbar, aber nicht unbedingt heilbar sind. Neue medizinische Möglichkeiten führen somit oftmals nicht zu einer Reduktion des Ausgabenvolumens, sondern verstärken den steigenden Ausgabentrend.

a) Der sozio-demografische Wandel

Die deutsche Bevölkerung unterliegt einem doppelten Alterungsprozess. Zum einen werden die Menschen immer älter. Lag die durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2006 für Männer noch bei 77,2 und für Frauen bei 82,4 Jahren, werden sich die Menschen im Jahr 2060 voraussichtlich an einer Lebenserwartung von über 85 bzw. über 89 Jahren erfreuen können (Statistisches Bundesamt 2009). Gleichzeitig führt die niedrige Geburtenrate von 1,4 Kindern pro Frau zu einer Schrumpfung der Bevölkerung. Beide Entwicklungen zusammengenommen haben entsprechend einen Anstieg der Altersquotienten zur Folge. Entfielen im Jahr 2008 auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter 34 Personen, die 65 Jahre oder älter

waren, werden es im Jahr 2060 doppelt so viele ältere Menschen sein. Noch erheblich stärker nimmt der Altenquotient 85 zu, der bezüglich des Pflegebedarfs von besonderer Bedeutung ist. Je nach Prognose-Variante des Statistischen Bundesamts wird dieser um das 5- bis 6-fache ansteigen.

Neben der demographischen Entwicklung verändern sich auch die Sozialstrukturen. Vor 20 Jahren lebten 11,4 Millionen Menschen in Deutschland in Singlehaushalten. 2011 waren es mit rund 20 Prozent der Bevölkerung 15,9 Millionen. Am höchsten liegt die Quote in den Stadtstaaten, angeführt von Berlin mit 31 Prozent, gefolgt von Hamburg und Bremen mit je 28 Prozent (Statistisches Bundesamt 2012). Die zunehmende Individualisierung an sich stellt noch kein Problem für das Gesundheitswesen dar. Dieses entsteht jedoch aufgrund deren sozioökonomischen Zusammensetzung. Die Armutgefährdungsquote der allein Lebenden ist mit 30 Prozent fast doppelt so hoch wie im Durchschnitt der Gesamtbevölkerung. Nur 74 Prozent der allein lebenden Männer zwischen 35 und 64 Jahren gehen einer Erwerbstätigkeit nach. Die empirisch nachweisbare Korrelation von geringem Einkommen bzw. sozialer Schicht und Gesundheitsausgaben lassen eine kostensteigernde Wirkung für das Gesundheitswesen erwarten (Lampert et al. 2005).

b) Die medizinisch-technische Entwicklung

Während außerhalb des Gesundheitswesens der technische Fortschritt durchwegs positiv bewertet und als Treiber für Produktivitätssteigerung und Wachstum angesehen wird, erfolgt die Einschätzung des medizinisch-technologischen Fortschritts differenzierter. Einerseits wird mit diesem zwar die Hoffnung auf eine Steigerung von Lebensqualität und -erwartung verbunden. Andererseits steht er als Synonym für wachsende Gesundheitsausgaben.

In der Tat erweist sich die Spannbreite des medizinisch-technischen Fortschritts als äußerst breit. Diese reicht vom pharmakologischen Fortschritt, über den medizinischen Fortschritt in Diagnose und Therapie, dem medizintechnischen Fortschritt bis hin zum organisatorischen Fortschritt (GVG 2006). In der Vergangenheit überwogen dabei zumeist kostenintensive Produkte gegenüber faktorsparenden Prozessinnovationen (Reimers 2009).

Mit der Ausbreitung innovativer Versorgungsformen, die insbesondere auf Koordinierung, sektorenübergreifender Prozesssteuerung und Vernetzung beruhen, gewinnen jedoch die effizienzfördernden organisatorischen Erneuerungen zunehmend an Bedeutung. Unterstützt wird diese Entwicklung durch IT-Technologien wie der Telemedizin, die beispielsweise den Konzept-

Der medizinisch-technologische Fortschritt steht als Synonym für wachsende Gesundheitsausgaben.

ten der Delegation eine neue Dynamik gebracht haben. Das Anwendungsfeld der Telematik geht jedoch weit darüber hinaus (vgl. den Beitrag von Wehmeier in diesem Heft). So kann durch Telekonsultationen die direkte Kommunikation zwischen Hausarzt und einem weit entfernten Spezialisten ermöglicht werden. Auch kann die dezentrale Nutzung teurer Großgeräte mit angeschlossener zentraler Befundung Investitions- und Personalkosten einsparen (Schöne 2005). Vor dem Hintergrund zunehmender chronischer Erkrankungen wird das

Telemonitoring weiter an Bedeutung gewinnen. Die Möglichkeit, den Gesundheitszustand des Patienten durchgehend zu überwachen, obwohl sich dieser nicht in einem Heim, sondern in den eigenen vier Wänden befindet, erhöht nicht nur die Qualität der Gesundheitsversorgung, sondern fördert darüber hinaus die Selbstständigkeit des Betroffenen und befördert die Lebensqualität (Schräder et al. 2009).

Damit die Telematik ihr volles Potenzial entfalten kann, müssen jedoch rechtliche und finanzielle Hürden überwunden werden. Die Patientenversorgung ist durch zahlreiche datenschutz-, haftungs- und berufsrechtliche Normen geregelt. Die Sicherstellung der Integrität und Vertraulichkeit der Daten genießt daher hohe Priorität. Hinzu treten haftungsrechtliche Risiken durch die Problematik der Verantwortungsabgrenzung zwischen behandelndem Arzt und Konsiliararzt. Fehlende Rechtssicherheit sollte daher schnellstmöglich beseitigt werden. Auch im Bereich der Finanzierung bestehen erhebliche Hemmnisse. IT-Lösungen sind dazu prädestiniert, sektorenübergreifende Schnittstellen zu schaffen und den reibungslosen Informationsaustausch zu gewährleisten. Die unterschiedlichen Vergütungssysteme von ambulanter und stationärem Sektor stehen dem jedoch entgegen. Eine systematische Integration einer sektorenübergreifenden Vergütung könnte dazu Beitragen, mehr Investitionen in moderne Kommunikationssysteme auszulösen (Dittmar et al. 2009).

Ein weiteres neues Feld, in das große Hoffnungen gesteckt wird, ist das der personalisierten Medizin, für die noch keine einheitliche Definition existiert. Grundsätzlich handelt es sich hierbei um den Einbezug individueller Charakteristiken des einzelnen Patienten, die über die reine Krankheitsdiagnose hinausgehen. Insbesondere im Bereich der Pharmakotherapie werden bereits durch den Einsatz von Biomarkern individuelle molekularbiologische Konstellationen ermittelt. Die Arzneimitteltherapie wird dadurch auf die genetische Individualität jedes Menschen zugeschnitten. Aber auch im Bereich der Medizintechnik befindet sich die personalisierte Medizin auf dem Vormarsch, sei es bei Prothesen und Implantaten oder der In-Vitro-Technologie.

Durch die Einbeziehung individueller Gegebenheiten soll die Genauigkeit von Krankheitsdiagnosen erhöht, die Treffsicherheit bei der Früherkennung von Risikopersonen und Krankheiten im präsymptomatischen Stadium verbessert sowie die gezielte Auswahl derjenigen Therapieoptionen, die für den jeweiligen Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit wirksam sind, ermöglicht werden (Hüsing et al. 2008). Darüber hinaus sollen die Patienten durch Kenntnis ihrer persönlichen Gesundheitssituation und ihrer Risikoprofile dazu angehalten werden, mehr Selbstverantwortung z. B. im Bereich der Prävention zu übernehmen.

3. Die Steuerung der gesundheitlichen Versorgung im Wandel

Die Steuerung des deutschen Gesundheitswesens ist durch einen pragmatischen Mix aus gesetzlichen und administrativen Vorgaben auf Bundes- und Landesebene, untergesetzlicher Normsetzung und umfassenden Kollektivverträgen auf der Ebene der gemeinsamen Selbstverwaltung sowie Selektivverträgen und Wettbewerb auf der einzelwirtschaftlichen Ebene gekennzeichnet. Speziell die Steuerung durch Rechtsetzung und Selbstverwaltung hat ihre Grenzen in der generell-abstrakten Betrachtungsweise gefunden, die regionalen und örtlichen Besonderheiten ebenso wenig gerecht werden können wie spezifischen Versorgungsproblemen. Daher ist eine Akzentverlagerung zu beobachten, die bei Steuerungsproblemen einerseits zu verstärkten gesetzgeberischen Aktivitäten geführt hat, andererseits Abweichungen und Alternativen zur herkömmlichen Globalsteuerung zulässt oder gar bewusst fördert.

a) Die rechtliche Bestimmung von Über- und Unterversorgung

Mit der Restaurierung des alten Kassenarztrechts aus der Vorkriegszeit durch das Gesetz über Kassenarztrecht vom 17.08.1955 wurde auch die Zulassungssteuerung neu geregelt. In der Zulassungsordnung, die vom Bundesminister mit Zustimmung des Bundesrates erlassen wurde, war eine Verhältniszahl von 1 zu 500 festgesetzt worden, die das Bundesverfassungsgericht 1960 im berühmten Kassenarztrur-

teil (BVerfGE 11, 30 ff.) wegen Verstoßes gegen die Berufsfreiheit des Artikel 12 Abs. 1 GG für verfassungswidrig erklärt wurde. Erst 16 Jahre später wurde mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Kassenarztrechts (KVWG) vom 28.12.1976 das Instrument der Bedarfsplanung in das Kassenarztrecht eingeführt. Es sollte die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung ermöglichen und war primär gegen ärztliche Unterversorgung gerichtet. Mit Inkrafttreten des SGB V durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 29.12.1988 rückte die Überversorgung stärker in den Fokus der Steuerung. Auf der Basis der Stichtagszahlen vom 31.12.1990 wurden die Bundes- und Landesausschüsse verpflichtet, Kriterien für die Über- und Unterversorgung generell in einer Bedarfsplanungsrichtlinie und entsprechend der regionalen Verhältnisse in räumlichen, arztgruppen- und kassenarztbezogenen Besonderheiten verbindlich zu konkretisieren. Ab dem 01.01.2003 wurde dann erneut die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Verhältniszahlen einzuführen, die fortan die schärfste Waffe gegen Überversorgung werden sollten. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 wurden die Bedarfsplanung um Morbiditätsfaktoren ergänzt und ambulante Krankenhausangebote einbezogen, regionale Differenzierungen ermöglicht und der Einfluss der Bundesländer ausgeweitet (Halbe et al. 2012). Materiell wird nach der Bedarfsplanungsrichtlinie Unterversorgung vermutet, wenn der geplante Bedarf um 25 Prozent in der hausärztlichen bzw. um 50 Prozent in der fachärztlichen Versorgung unterschritten wird. Überversorgung soll dann vorliegen, wenn der örtliche Bedarf um 10 Prozent überschritten wird (Einzelheiten bei Schnapp / Wigge 2006).

Für die Krankenhausplanung gibt es nur begrenzte bundesweit geltende Vorgaben. Vielmehr ist es Sache der einzelnen Bundesländer, eigene Kriterien für die Krankenhausplanung zu entwickeln und – in der Regel in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen – einen eigenen Krankenhausplan gesetzlich zu beschließen, der auch verbindliche Vorgaben für die Steuerung der Krankenhausinvestitionen enthält. Zudem zwingt § 109 SGB V die Kran-

kenkassen dazu, mit allen Plankrankenhäusern vertragliche Beziehungen zu haben und die Kosten für die Behandlung ihrer Versicherten in diesen Häusern zu übernehmen (ausführlich Huster / Kaltenborn 2012).

b) Die Grenzen der administrativen Bedarfsplanung

Weder im ambulanten noch im stationären Sektor haben immer ausgefeilte Planungsvorschriften und -techniken dem Entstehen und der Ausbreitung von echter oder gefühlter Über- und Unterversorgung entgegenwirken können.

Instrumente der Bedarfsplanung alleine helfen nicht, unbesetzte Arztsitze wieder zu besetzen oder leere Krankenhausbetten abzubauen.

Vielmehr haben sich diese Phänomene oft auf sehr engem Raum entwickeln können. Dies zeigt exemplarisch die Bedarfsplanungsregion Berlin, in der Unterversorgung in sozial schwächeren Bezirken und Ortsteilen neben massiver Überversorgung in zentral gelegenen oder wohlhabenderen Stadtteilen zu beobachten ist. Die Größe der Bedarfsplanungsregion Landkreis hat sich in der hausärztlichen Versorgung als ungeeignet erwiesen, den Versorgungsbedarf zu ermitteln und zu steuern (Hoffmann / van den Berg 2012). Auch helfen Planungsinstrumente allein nicht, unbesetzte Arztsitze wieder zu besetzen oder leere Krankenhausbetten abzubauen. Schließlich sind die sozio-ökonomischen Daten, die in eine Bedarfsplanung einfließen, nicht ausreichend, um tatsächliche Bedarfssituatoren abzubilden und zu prognostizieren. Letztendlich ist es entscheidend, welche Instrumente der Versorgungssteuerung eingesetzt werden und Wirksamkeit entfalten können, um Versorgungsbedarfe zu befriedigen.

c) Die Steuerungswirkung und Fehlanreize der Finanzierungs- und Honorierungssysteme

Ein besonderes Hindernis für eine am Bedarf orientierte Steuerung ist das unkoordinierte Nebeneinander von vertragsärztlicher und privatärztlicher Gebührenordnung. Die höchste Arztdichte korreliert in der Regel mit dem Anteil von Privatpatienten im jeweiligen Stadtteil oder in der jeweiligen Region. Aber auch innerhalb der jeweiligen Gebührenordnung und im für beide Versorgungssysteme geltenden DRG-System zur Bezahlung von Krankenhausleistungen wirken sich Verzerrungen, Ungerechtigkeiten und Fehlsteuerungen auf Berufsausübungentscheidungen und die Erbringung von Leistungen aus. Werden Leistungen nicht kostendeckend vergütet, werden sie nicht oder weniger erbracht. Bewirken Honorierungssysteme eine spürbare Überdeckung, liegt

der Verdacht nahe, dass dies die Ursache ist für eine medizinisch nicht indizierte Leistungsausweitung (Greß / Stegmüller 2011). Diese Erscheinungsformen bewegen sich zunehmend an der Grenze der ärztlichen Ethik und der eigenen professionellen Identität. Nur wenn ärztliche Ethik und die professionelle Identität die Moral deutlich vor die Honorierung setzen, lässt sich glaubhaft für eine Veränderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen einschließlich der Bezahlung streiten.

d) Kommunikation und Technologie als neuere Steuerungsinstrumente

Das deutsche Gesundheitswesen ist traditionell stärker zergliedert als vergleichbare Systeme in der westlichen Welt. Diese Gliederung und Spezialisierung hat dazu beigetragen, einen leichten Zugang zu allen Stufen der Versorgung zu ermöglichen und ein hohes Niveau insbesondere der Akutversorgung zu erreichen und auch in schwierigen ökonomischen und politischen Situationen zu erhalten. Man kann aber nicht die Augen davor verschließen, dass die Schnittstellen zwischen Versorgungssektoren die Orte sind, an denen eine kontinuierliche Patientenversorgung häufig

unterbrochen und personelle wie ökonomische Ressourcen verschwendet werden (Braun / Marstedt / Sievers 2011). Daher kommt es entscheidend darauf an, dass die Rahmenbedingungen auf eine Überwindung der Zersplitterung und Desintegration durch Kommunikation, Koordination und Kooperation hinwirken. Hier wurde in der traditionellen Regelversorgung und in den neuen Versorgungsformen im letzten Jahrzehnt viel verbessert, von einer befriedigenden Situation ist Deutschland noch weit entfernt (Knieps 2012). Neue Technologien, die andere Lebensbereiche revolutioniert haben, sind im deutschen Gesundheitswesen großer Skepsis ausgesetzt und setzen sich nur langsam durch. Die Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse, etwa aus den Lebenswissenschaften, bietet in Verbindung mit der technologischen Entwicklung ein unerhötes Potenzial zur Steuerung des Gesundheitswesens.

4. Die Überwindung der historischen Grenzen – Bisherige Bemühungen des Gesetzgebers um neue Versorgungskonzepte

Seit der Integration des Krankenversicherungsrechts in das Sozialgesetzbuch mit dem GRG hat der Gesetzgeber in fast jeder Legislaturperiode die rechtliche Steuerung des Gesundheitswesens an veränderte sozio-ökonomische Verhältnisse angepasst. Konstitutive Bedeutung hatte das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992, das in Auffüllung des Kompromisses von Lahnstein Wahlfreiheit, Wettbewerb und Risikostrukturausgleich zu den tragenden Steuerungsinstrumenten des Gesundheitswesens machte. In der Folge dieser Grundentscheidung haben viele Folgegesetze den Weg zu einer wettbewerblichen Orientierung des Gesundheitswesens verbreitert und mehr Flexibilität für die Entwicklung und Implementierung neuer Versorgungskonzepte eingeräumt. Zuletzt mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurden Gesetzesänderungen zur Verbesserung der Bedarfsplanung für die vertragsärztliche Versorgung und Maßnahmen zum Abbau von Unter- und Überversorgung sowie zur Förderung der spezialfachärztlichen Versorgung eingefügt. Von diesen Möglichkeiten haben zwar viele Vertragspartner im

deutschen Gesundheitswesen Gebrauch gemacht, am Primat der kollektivvertraglichen Regelversorgung hat sich allerdings bisher wenig geändert (Beispiele bei Ameling / Eble / Hildebrandt 2011).

a) Neue Organisations- und Betriebsformen in der ambulanten Versorgung

Das Idealbild der Kassenärztlichen Versorgung ist die Einzelarztpraxis in freier Unternehmerschaft. Dieses Idealbild ist nicht erst durch die Entwicklungen des letzten Jahrzehnts ins Wanken geraten. Eigeneinrichtungen der Krankenkassen, die zum Teil auf eine fast hundertjährige Geschichte zurückblicken, Ambulanzen und Polikliniken, die das Rückgrat der ärztlichen Versorgung in der früheren DDR bildeten, Praxisgemeinschaften und Gemeinschaftspraxen, die lange Zeit berufsrechtlich und in der Vergütung benachteiligt wurden, Sprengelärzte für knappschaftlich Versicherte sind nur einige der Beispiele dafür, dass es Alternativen zu dieser Einzelarztpraxis gab und gibt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 und dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006 wurden Medizinische Versorgungszentren mit freiberuflich tätigen oder angestellten Ärzten als neue Betriebsform der ambulanten Versorgung zugelassen und sozialrechtliche Hindernisse für flexible Organisationsformen beseitigt. So wurde die gleichzeitige Tätigkeit in der ambulanten und in der stationären Versorgung ebenso ermöglicht wie der Aufbau von Praxisaußenstellen. Die Anstellung von Ärzten in ärztlichen Praxen wurde erleichtert. Zumindest sozialrechtlich sind damit heute fast alle denkbaren Organisations- und Betriebsformen möglich, auch wenn das GKV-Versorgungsstrukturgesetz gerade die Gründung und den Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren in ärztlicher Hand erschwert hat.

Das Berufsrecht stellt in vielen Bundesländern ein spürbares Hindernis für flexible Betriebsformen dar. Außerdem ist die Einstellung der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber neuen Betriebsformen sehr unterschiedlich ausgeprägt. Speziell Kassenärztliche Vereinigungen in Stadtstaaten und urbanen Bundesländern zeigen weniger Fle-

xibilität und Initiative als ihre Schwesternorganisationen in Flächenstaaten mit spürbaren Versorgungsgängen.

b) Die hausarztzentrierte Versorgung und die Andockung fachärztlicher Versorgungskonzepte

Seit Jahrzehnten ist der Gesetzgeber bemüht, den Niedergang der hausärztlichen Versorgung aufzuhalten und den Beruf des Hausarztes attraktiver zu machen. Politische Appelle, Kann- und Sollvorschriften scheiterten jedoch am Widerstand der mehrheitlich von Facharztinteressen dominierten Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen. Daher wurden die Vorgaben für eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung in fast jedem Reformschritt verschärft. Entscheidender Durchbruch zur hausarztzentrierten Versorgung war das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

Die Vorgaben für eine Stärkung der hausärztlichen Versorgung wurden bei fast jeder Reform verschärft.

(GKV-WSG) vom 26.03.2007, das die Krankenkassen zum Abschluss von Selektivverträgen mit Interessenvereinigungen der Hausärzte verpflichtete. Selbst dann verweigerten sich die meisten Krankenkassen und setzten im Versorgungsstrukturgesetz eine Beschränkung der Vergütung in diesem Versorgungsbereich durch. Die skurrilen Alleingänge des bayerischen Hausärztechefs haben zudem mit dazu beigetragen, dass sich die hausarztzentrierte Versorgung dort nicht so entwickeln konnte wie im benachbarten Bundesland Baden-Württemberg (vgl. den Beitrag von Hermann / Graf in diesem Heft). Besondere Aufmerksamkeit verdient die Versorgungssituation in Baden-Württemberg auch deshalb, weil dort Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V mit dem besonderen Selektivverträgen nach § 73 c SGB V kombiniert werden, um eine abgestufte und abgestimmte Versorgung als Alternative zum Kollektivvertrag zu bieten. Inwieweit Selektivverträge den Besonderheiten regionaler, örtlicher und epidemiologischer Differenzierungen gerecht werden können (Jacobs / Schulze 2011), wird die künftige Entwicklung

zeigen. In jedem Fall hängt dies davon ab, dass Kollektiv- und Selektivverträge diskriminierungsfrei nebeneinander bestehen und Anreize für die versorgungspolitische Weiterentwicklung beider Vertragsformen gesetzt werden (Greß / Stegmüller 2011).

c) Die Schaffung eines dritten Sektors – Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung

Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber für seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonders schwerem Verlauf einen eigenständigen Versorgungsbereich zwischen der ambulanten und stationären Versorgung geschaffen. Dieser Bereich löst spätestens Ende 2013 die institutionelle Öffnung der Krankenhäuser durch Entscheidung der Landesregierungen ab. Wenn der Gemeinsame Bundesausschuss die gesetzlichen Vorgaben durch Richtlinien konkretisiert hat, können Vertragsärzte und Krankenhäuser, die die Qualitätsanforderungen erfüllen, ohne Bedarfsplanung in diesem Versorgungsbereich tätig werden und vorerst ihre Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab abrechnen. Später soll dann die Vergütung an das DRG-System angepasst werden. Diese Öffnung birgt Chancen und Risiken. Sie könnte zu einem Testfall für neue Steuerungsformen in der verkrusteten, sektorale geprägten Zweiteilung werden. Der Gesetzgeber hat allerdings die Chance verpasst, dieses Versorgungssegment für eine konsequent wettbewerbliche Versorgungssteuerung zu öffnen. Hier besteht – wie auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem jüngsten Gutachten (SVR-Gesundheit 2012) festgestellt hat, Änderungsbedarf an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung.

d) Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

Ein Instrument zur Behebung von tatsächlicher oder drohender Unterversorgung ist die Öffnung der Krankenhäuser, auch wenn die Krankenhäuser eher den Weg über die Gründung Medizinischer Versorgungszentren (vgl. dazu den Beitrag von Gaß in diesem Heft) wählen werden, um ihr Leistungsangebot zu

konsolidieren und einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation zu erbringen. Gerade die durch das VÄndG geschaffene Möglichkeit, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung tätig zu werden, ist eine attraktive Option für junge Ärztinnen und Ärzte. So vermeiden sie eine Lebensentscheidung, die häufig mit erheblichen Anfangsinvestitionen (Praxiskauf, Modernisierung der Geräte, Investitionen in Kommunikationstechnologie und einer entsprechenden persönlichen Ver-

Das Krankenhaus kann zum Nukleus einer abgestuften Versorgung werden, da es Organisations- und Managementerfahrung hat und jungen Ärzten den Sprung in die Niederlassung erleichtern kann.

schuldung verbunden sind). Häufig ist das Krankenhaus ein wichtiger Arbeitgeber in ländlichen Gebieten und vernachlässigten Stadtteilen. Dieses kann zum Nukleus einer abgestuften Versorgung werden, da es Organisations- und Managementerfahrung mit sich bringt und jungen Ärztinnen und Ärzten den Sprung in die Niederlassung erleichtern kann, (Klauber et al. 2012 b).

e) Vielfältige Wege zur Integrierten Versorgung – Vom indikationsspezifischen Vertrag zum populationsbezogenen Versorgungskonzept

Die meisten Freiheiten bei der Gestaltung der Versorgung bieten die Vorschriften zur Integrierten Versorgung, auch wenn noch weitere Lockerungen – wie etwa die Einbeziehung nicht zugelassener Leistungserbringer – denkbar wären. Speziell in der Kombination mit den Vorschriften über besondere Versorgungsformen sind vielfache Optionen denkbar und in der Praxis zu finden (Ameling / Eble / Hildebrandt 2011, Knieps 2012). Die Zukunft der Integrierten Versorgung hängt allerdings davon ab, inwieweit es gelingt, sich von simplen, in der Regel indikationsbezogenen Modellen, wie der Kooperation von Krankenhausträger und Rehabilitationseinrichtung, hin zu populations-

bezogenen Modellen zu entwickeln. Solche Populationsmodelle, die der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen favorisiert (SVR-Gesundheit 2009), beschränken sich noch auf einzelne Regionen, wie das prosper-Netz von Bundesknappschaft und DAK im Ruhrgebiet, im Saarland und in der Lausitz, oder das Projekt „Gesundes Kinzigtal“ in Baden-Württemberg. Ein bewusster Einsatz von Selektivvertragskonzepten zur Behebung der Unterversorgung

ist zwar angedacht (Jacobs / Schulze 2011), bewegt sich aber in der Regel noch in der Konzeptions- und Aufbauphase. Allerdings ist nicht zu erkennen, dass in den meisten Regionen Deutschlands reformfreudige Akteure aus Politik, Gesundheitswirtschaft und Selbstverwaltung neue Wege bei der Gestaltung der Versorgung vor Ort gehen (exemplarisch für das Land Brandenburg Baumgardt und für das Land Niedersachsen Barjenbruch in diesem Heft), um den Herausforderungen des soziodemografischen Wandels zu begegnen. In fast allen Bundesländern werden sie durch entsprechende Programme der Landesregierungen unterstützt und können zudem auf Fördermittel des Bundes und gemeinnütziger Stiftungen zurückgreifen.

f) Die Einbeziehung ausländischer Erfahrungen

Deutschland ist keine Insel. Auch andere Industriestaaten stehen vor den gleichen Herausforderungen. Entsprechend vielfältig sind die Initiativen überall dort, wo geografische Verhältnisse eine flächendeckende Versorgung erschweren. Von daher ist es durchaus lehrreich, den Blick über die Grenzen schweifen zu lassen (Schölkopf 2010) und zu prüfen, wie beispielsweise Österreich oder die Schweiz die Versorgung in abgelegenen Tälern sichern, die USA oder Kanada die Versorgung auf dem Land sicherstellen oder Großbritannien oder die Niederlande die Versorgung in sozial benachteiligten Stadtteilen organisieren. Auch der Blick nach Skandinavien hilft immer, wenn das Ziel eine integrierte, abgestimmte Versorgung ist. Schließlich ist es von besonderem Interesse, wie das

Nachbarland Frankreich mit den gleichen Problemen umgeht, denn hier dürfte ein Systemvergleich die meisten Parallelen aufzeigen. Ohne an dieser Stelle Einzelheiten zu vertiefen, muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass Deutschland in einer vergleichsweise luxuriösen Position ist, was die Ausstattung und die Finanzierung von Gesundheitsleistungen und –produkten angeht. Es wird angesichts der beschriebenen Entwicklungen zu spürbaren Veränderungen kommen, die nicht allein durch das Gesundheitswesen selbst abgefangen werden können, sondern nur mit Hilfe intelligenter Kommunikations- und Mobilitätskonzepte zu bewältigen sind. Vor allem aber müssen die Rahmenbedingungen zur Versorgungssteuerung weiter auf die Bewältigung dieser Herausforderungen ausgerichtet werden.

5. Reformbedarf in der nächsten Legislaturperiode

Die Debatte um echte oder gefühlte Unterversorgung wird auch die politische Agenda für die nächste Bundestagswahl bestimmen, selbst wenn Gesundheitspolitik nicht im Zentrum der ideologischen und politischen Debatten stehen wird. Dabei geht es weniger um die künftige Ausgestaltung des dualen Versicherungssystems als um die Sicherung eines adäquaten Zugangs zur hochwertigen Gesundheitsversorgung in der gesamten Republik. Ein Ausblick, der an dieser Stelle nur skizziert werden kann, fokussiert sich auf folgende Fragen:

a) Sicherstellung und Bedarfsplanung

Primär wird zu diskutieren sein, wer künftig in welchem Umfang für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich ist und welche Instrumente dafür benötigt werden. Ohne Zweifel tragen die Bundesländer die Letztverantwortung für die Ausformung der Daseinsvorsorge. Sie müssen dafür Sorge tragen, dass ein funktionsfähiges Gesundheitssystem für alle Bürgerinnen und Bürger zugänglich ist. Dies kann jedoch nicht bedeuten, dass hieraus das Recht oder gar die Pflicht des Staates abgeleitet wird, dieses System selbst zu betreiben. Vielmehr sprechen viele Gründe dafür, dass der Staat seine Gestaltungsrolle zurücknimmt und die Kompetenzen und

Möglichkeiten der Akteure des Gesundheitswesens zur Geltung kommen lässt. Folglich wäre es sinnvoll, die staatliche Kapazitätsplanung auf eine sektorübergreifende Rahmenplanung auf der Basis von Versorgungszielen und messbaren Indikatoren zu beschränken und die Ausfüllung dieser Planung den Vertragspartnern, also Krankenkassen und Leistungserbringern, zu überlassen. Dafür sollte die Planung integrativ für die ambulante und die stationäre Versorgung erfolgen und Rehabilitation und Pflege einbeziehen. Auch die Sanktionen zur Erfüllung der Rahmenvorgaben sollten überdacht werden. So könnte den Ländern das Recht zur Ersatzvornahme zur Durchsetzung des Kontrahierungszwangs eingeräumt werden und das Recht der Versicherten, sich die Leistung selbst zu beschaffen, erweitert werden. Auch könnten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds bewusst eingesetzt werden, um die Behebung von Unterversorgung zu erleichtern und den flächendeckenden Abschluss von Verträgen für jede Krankenkasse durchzusetzen, denn noch immer sind finanzielle Anreize ein wesentlicher Beweggrund für zielgerichtetes Verhalten.

Bei der Ausgestaltung des Finanzierung- und Honorarsystems kommt es darauf an, Trennendes zu überwinden und Integratives zu fördern.

b) Finanzierung und Honorierung

Bei der Ausgestaltung des Finanzierungs- und Honorierungssystems kommt es darauf an, Trennendes zu überwinden und Integratives zu fördern. Dies bedeutet vor allem, dass eine einheitliche Gebührenordnung für ärztliches Handeln geschaffen wird. Funktional wird dabei zwischen der (hausärztlichen) Grundversorgung und der fachärztlichen Versorgung zu unterscheiden sein. Während hausärztliche Pauschalen und Leistungen auch kontaktunabhängig sein können, wird die fachärztliche Pauschalierung sich stärker an das DRG-System orientieren müssen, damit die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung eingeebnet werden. In bei-

den Versorgungsbereichen sollten Einzelleistungen und Komplexpauschalen für besonders förderungswürdige Leistungen beibehalten werden und das Vergütungssystem um qualitätsorientierte Anreize (Pay for Performance) ergänzt werden. Schließlich ist zu diskutieren, ob hier ebenfalls Direktzuweisungen aus dem Fonds denkbar sind, um Innovationen zu fördern und die flächendeckende Sicherstellung zu gewährleisten. Besonders gefördert werden müssen die Aus- und Weiterbildung von Allgemeinmedizinern und die Aufwertung anderer Gesundheitsberufe (Höppner / Kuhlmeier 2009).

c) Kollektivvertrag und Selektivvertrag

Wer Innovationen will und neuen Versorgungskonzepten eine Chance einräumen will, muss Wettbewerb in der Versorgung zulassen. Wettbewerbliche Vertragskonzepte haben aber nur dann eine reelle Chance, wenn sie nicht von den Vertragspartnern der Kollektivverträge be- oder verhindert werden können. Deshalb sind die Rahmenbedingungen für Selektivvertragspartner so zu verändern, dass eine Diskriminie-

rung und Verträge zugunsten Dritter ausgeschlossen sind. Folglich sind sowohl die Vorgaben für Kollektivverträge als auch für Selektivverträge zu reformieren. So sollten grundsätzlich der Versorgungsauftrag und die wesentlichen Inhalte vertraglich fixiert werden und ihre Evaluation gesetzlich vorgeschrieben werden. Vor allem kommt es darauf an, die Bereinigung zwischen unterschiedlichen Vertragstypen wettbewerbsfreundlich und diskriminierungsfrei sowohl auf der Systemebene als auch auf der Ebene des einzelnen Arztes oder der einzelnen Institution auszugestalten. Dazu ist eine systematische Überarbeitung des Vertragsrechts zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erforderlich. ■

Literatur:

Amelung VE / Eble S / Hildebrandt H (Hrsg.) (2011), Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Amelung VE / Wolf S (2012), Kooperation, Integration, Delegation: Die Zukunft des ambulanten Sektors am Beispiel Deutschlands, in Wawrowsky G, Wiegele G, Pruckner J (Hrsg.), Arzt der Zukunft. Analyse und Perspektiven der niedergelassenen Medizin in Österreich, Verlagshaus der Ärzte GmbH, Wien.

BARMER GEK (2010), BARMER GEK Report Krankenhaus 2010, Schwerpunktthema: Trend in der Endoprothetik des Hüft- und Kniegelenks, Schwäbisch-Gmünd.

Bock C / Osterkamp N / Schulte C (2012), Fachärztliche Versorgung auf dem Land – Mangel oder fehlender Komfort?, Gesundheitsmonitor 4/2012, 1 ff.

Braun B / Marstedt G / Sievers C (2011), Zur Bedeutung von Schnittstellen und Übergängen im deutschen Gesundheitswesen, Gesundheitsmonitor 3/2011, 1 ff.

Bundesärztekammer (2010): (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25.5.2010.

Dittmar R / Wohlgemuth W / Nagel E (2009), Potenziale und Barrieren der Telemedizin in der Regelversorgung, GGW 9(4), 16-26.

Gensichen J / Muth C / Butzlaff M / Rosemann T / Raste H / Müller de Cornejo G et al. (2006): Die Zukunft ist chronisch – Das Chronic Care Modell in der deutschen Primärversorgung, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 10.

Göppfarth D (2001), Regionale Unterschiede der Morbidität und Ausgaben auf Basis der Daten des RSA, ZI-Fachtagung „Regionale Besonderheiten“, 25.5.2001 Berlin.

Greß S / Stegmüller K (2011), Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept, Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V.) (2006), Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts – Entwicklung von Bewertungskriterien, Stellungnahme der GVG, 137.

Hartmannbund (2012), Der Arztberuf von morgen – Erwartungen und Perspektiven einer Generation, Umfrage unter den Medizinstudierenden des Hartmannbundes „Wie sehen Sie Ihre Zukunft als Arzt oder Ärztin?“

Halbe B / Orlowski U / Preusker K / Schiller H / Wasem J (2012), Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) – Auswirkungen auf die Praxis, medhochzwei Verlag, Heidelberg.

Health Consumer Powerhouse (2012), Euro Health Consumer Index Report 2012.

Hoffmann W (2012), Neue Lösungen der berufsgruppenübergreifenden Kooperation, BMC-Fachtagung „Strategien für schwer zu versorgende Regionen“, 04.07.2012.

Hoffmann W / van den Berg N (2012), Gesundheitliche Versorgung in der Region, in: Weller M, Masterplan 2020, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Höppner K / Kuhlmeier A (2009), Gesundheitsberufe im Wandel – Relation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen, Gesundheit & Gesellschaft Wissenschaft (GGW) Heft 2, 7 ff.

Hüsing B / Hartig J / Bührlein B / Reiß T / Gaisser S (2008), Individualisierte Medizin und Gesundheitssystem, Arbeitsbericht Nr. 126, Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag, Berlin.

Huster S / Kaltenborn M (2010), Praxishandbuch Krankenhausrecht, Verlag C. H. Beck, München.

Jacobs K / Schulze S (Hrsg.) (2011), Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land, KomPart Verlag, Wiesbaden.

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2012), Grunddaten 2011 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, Berlin.

Klauber J / Geraedts M / Friedrich J / Wasem J (2012 a), Krankenhaus-Report 2013 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen? Wissenschaftliches Institut der AOK, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Klauber J / Geraedts M / Friedrich J / Wasem J (Hrsg.) (2012 b), Krankenhaus-Report 2012 – Schwerpunkt: Regionalität, Wissenschaftliches Institut der AOK, Schattauer Verlag, Stuttgart.

Klose J / Rehbein I (2011), Ärzteatlas 2011 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Wissenschaftliches Institut der AOK, Eigenverlag, Berlin.

Kopetsch T (2010), Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur und Arztaufentwicklung, 5. Auflage, Bundeszahnärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin.

Lampert T / Saß A-C / Häfleger M / Ziese T (2005), Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Robert Koch-Institut, Berlin.

Monitor Versorgungsforschung (2010), Titelinterview mit Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler, 2.

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

Reimers L (2009), Wie kommen Innovationen in den Gesundheitsmarkt, GGW, 9(1).

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2010), Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Gutachten 2009, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012), Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012, Eigenverlag, Bonn.

Schnapp FE / Wigge P (Hrsg.) (2006), Handbuch des Vertragsarztrechts – Das gesamte Kassenarztrecht, 2. Auflage, Verlag C. H. Beck, München.

Schölkopf M (2010), Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich – Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Schöne K (2005), Telemedizin – juristische Aspekte. Herzschrittmachertherapie und Elektrophysiologie, 16(3).

Schräder WF / Lehmann B / Hezel F / Beckers R (2009), Entwicklung der Telemedizin im Land Brandenburg aus versorgungsinhaltlicher Sicht, Berlin.

Statistisches Bundesamt (2009), Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 12. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung, Statistisches Bundesamt Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2012), Alleinlebende in Deutschland, Ergebnisse des Mikrozensus 2011, Statistisches Bundesamt Wiesbaden.

The image shows the front cover of a book titled 'Europäische Wirtschafts- und Sozialgeschichte'. The cover features a map of Europe at the top, followed by the title in large letters. Below the title, it says 'Hesse u.a. [Hrsg.]' and 'Hesse | Kleinschmidt | Reckendrees | Stokes [Hrsg.]'. At the bottom, it has the publisher's logo 'Nomos' and the word 'Nomos' again.

Europäische Wirtschafts- und Sozialgeschichte

Herausgegeben von
Jan-Otmar Hesse, Christian
Kleinschmidt, Alfred
Reckendrees und Ray Stokes
2013, ca. 350 S., geb., ca. 64,- €
ISBN 978-3-8329-7760-3
(Wirtschafts- und Sozialgeschichte des modernen Europa. Economic and Social History of Modern Europe, Bd. 1)
Erscheint ca. Mai 2013

Der Auftaktband präsentiert eine Auswahl von Themen, die das Profil der neuen Schriftenreihe umreißen. Renommierte europäische Autorinnen und Autoren geben einen inhaltlichen Überblick über aktuelle Forschungsthemen und verweisen auf Forschungskontroversen und -perspektiven.

www.nomos-shop.de/19568

Nomos