

Sicherstellungsfrage neu gestellt – Chancen für Direktverträge in der GKV?

Im Schatten der ungelösten Finanzierungsfragen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gerät auch die „Sicherstellungsfrage“ zunehmend in die Diskussion. Insbesondere in der haus- und fachärztlichen Versorgung wird für die Zukunft vielfach von einer drohenden Unterversorgung gesprochen und ein allgemeiner Ärztemangel unterstellt. Aber auch die Krankenhäuser bemängeln 5.000 dauerhaft nicht besetzbare Arztstellen. Mit den Ländern kritisieren sie eine tendenzielle Gefährdung der flächendeckenden Versorgung. Nur zu gerne argumentieren die Vertragspartner der GKV politisch mit einem angeblichen „Ärztemangel“, um Einkommenssteigerungen durchzusetzen. Vor dem Hintergrund dieser Diskussionen eignet sich darzustellen, welche Möglichkeiten zur Vertragsgestaltung sich innerhalb eines Ordnungsrahmens für die ärztliche Grundversorgung und spezialärztliche Versorgung bieten.

■ Jürgen Malzahn, Karl-Heinz Schönbach, Christian Wehner

1. Bedarfsplanung und flächendeckende Versorgung

Der zwischen den Regierungsparteien der 17. Legislaturperiode CDU, CSU und FDP geschlossene Koalitionsvertrag „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.“ vom 26. Oktober 2009 greift unter anderem die Thematik der flächendeckenden Versorgung auf (CDU/CSU/FDP 2009, 88-89). Insgesamt werden dort in der vertragsärztlichen Versorgung ein drohender Ärztemangel, steigende Patientenwartezeiten und Unterversorgung konstatiert. Diesen Tendenzen soll über die Bedarfsplanung und den Einfluss der Länder begegnet werden.

Trotz aller Diskussionen um die flächendeckende Versorgung zeigt sich bisher überwiegend eine Zufriedenheit der Deutschen mit ihrem Gesundheitssystem. Das Gesundheitssystem wird generell mit großer Mehrheit als gut eingeschätzt. In einer Umfrage in 2010 bewerteten 87 Prozent der Bürger – und damit mehr als im Vorjahr – die Gesundheitsversorgung in ihrer Region positiv. Dabei gibt es keine

nennenswerten Unterschiede zwischen der Gesundheitsversorgung auf dem Land oder in den Städten. Die Nähe zu praktischen Ärzten, Fachärzten und Krankenhäusern wird von jeweils mindestens 84 Prozent als eher gut bzw. gut bewertet (Gesundheitsbarometer 2010). Die zahlreichen Warnmeldungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) stehen damit im Widerspruch zur Wahrnehmung in der Bevölkerung (z. B. KBV/BÄK 2010). Im internationalen Vergleich wird Deutschland ein leistungsfähiges Gesundheitssystem bescheinigt, das für nahezu die gesamte Bevölkerung eine Versorgung gewährleistet. Im Vergleich zu anderen Ländern werden aber relativ hohe Ausgaben angeführt, die u. a. auf viele Krankenhausbetten und relativ hohe Ärzthonorare zurückzuführen sind (OECD 2009). Diese wiederum korrelieren mit einer hohen Arztdichte.

Die Bundesärztekammer selbst führt aus, dass „[...] auf die verschiedenen Probleme hingewiesen [werden muss], die sich aus der zunehmenden Arztdichte in dieser Größenordnung und der Veränderung der Struktur der Ärzteschaft ergeben“ (BÄK 2006). Mit der kassenärztlichen Bedarfsplanung wird festgelegt, wie viele Kassenärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen. Es wird in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Verhältniszahl „Einwohner je Arzt“ für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der

J. Malzahn, Arzt, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung, Rehabilitation im AOK-Bundesverband, Berlin

K.H. Schönbach, Dipl. Volkswirt, Geschäftsführer Versorgung im AOK-Bundesverband, Berlin

C. Wehner, Dipl.-Gesundheitsökonom, Referent in der Abteilung Ambulante Versorgung im AOK-Bundesverband, Berlin

vertragsärztlichen Versorgung vorgegeben (§ 101 Abs. 1 SGB V). Damit wird der normative Sollbestand an Ärzten definiert, der für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Insgesamt gibt es in Deutschland 395 Planungsbe- reiche (vergleichbar zu den Städten und Kreisen), in denen die Planung für 14 Arztgruppen erfolgt.

2. Arztdichte und Versorgungsgrad

Von den im Jahr 2008 insgesamt ca. 320.000 berufstätigen Ärzten in Deutschland sind 138.330 Ärzte ambulant tätig – gegenüber 99.825 in 1991. Dies entspricht einer bundesweiten Erhöhung der ambulant tätigen Ärzte seit 1991 um fast 40 Prozent. Diese Steigerungen führen zu einer Arztdichte von 390 berufstätigen Ärzten je 100.000 Einwohner – eine Verdoppelung seit den 70er Jahren. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland im Jahr 2007 mit rund 150 Allgemeinärzten auf 100.000 Einwohner einen der Spitzenplätze des Arztdichteranking ein (OECD-Durchschnitt 90) (OECD 2009). Innerhalb der OECD gibt es nur vier Länder (Belgien, Portugal, Frank- reich, Österreich), die eine höhere Allgemeinarztdichte aufweisen als Deutschland. Die Facharztdichte (200) liegt etwas über dem OECD-Durchschnitt (180) (OECD 2009; Braun/Marstedt 2010, 3f.).

Die Zahl der für die vertragsärztliche Versorgung relevan- ten Ärzte¹ beläuft sich in 2008 auf 135.388 Ärzte. Bundes- weit ergibt sich eine Zahl von 165 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte je 100.000 Einwohner. Zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es Unter- schiede. Die Stadtstaaten Bremen (222), Berlin (205) und Hamburg (199) weisen die höchste Arztdichte der Bundes- länder auf, gefolgt von Saarland und Bayern (jeweils 173). Diese Arztzahlen bezogen auf 100.000 Einwohner liegen in den neuen Bundesländern unterhalb des bundesdeut- schen Durchschnitts. Brandenburg hat dabei den nied- rigsten Wert (140) gefolgt von Sachsen-Anhalt (152). Diese Unterschiede zwischen den Ländern sind mit Ausnahme der Stadtstaaten allerdings vergleichsweise gering (Klose/ Rehbein 2011).

Ebenso das Bundesministerium für Gesundheit beschei- nigt dem ambulanten Sektor – auch im internationalen Vergleich – mit einer überdurchschnittlichen Ärztedichte eine „sehr gute“ Inputversorgung, da es immer mehr Ärzte pro Einwohner gibt (BMG 2009). Über alle in der Bedarfs- planung berücksichtigten Arztgruppen und KVen hinweg zeigt sich, dass das Plansoll an Ärzten bundesweit in 2008 um ca. 25 Prozent überschritten wird.² In allen einzelnen KVen beläuft sich der Gesamtversorgungsgrad auf über 100 Prozent. Bundesweit weisen zudem alle ärztlichen Fach- gruppen einen Versorgungsgrad von über 100 Prozent auf. Lediglich Sachsen-Anhalt hat bei den Hausärzten mit 94,4 Prozent einen Gesamtversorgungsgrad von weniger als 100 Prozent. Insgesamt kommen die Hausärzte allerdings auf einen Versorgungsgrad von 108 Prozent (Klose/Rehbein 2011).

In Ballungszentren sind Hausärzte zahlreich vertre- ten und tragen zu einer Überversorgung bei. Bei über 75

Prozent der Planungsbezirke ist ein hausärztlicher Ver- sorgungsgrad von über 100 Prozent erreicht und fast die Hälfte der Planungsbezirke gilt als Überversorgt. Es zeigt sich dabei kein „nennenswerter Unterschied“ zwischen Kernstädten und Regionen mit geringerer Bevölke- rungsdichte – ein „doctor drain“ in die Städte ist nicht feststell- bar (WR 2010, 6). Im fachärztlichen Bereich ist beinahe durchgängig eine Überversorgung zu verzeichnen, bei fast 90 Prozent aller Planungsbereiche lässt sich diese nachwei- sen (Klose/Rehbein 2011). Insbesondere in den städtischen Räumen wurden für einige Planungskreise für eine Vielzahl von Arztgruppen bereits Niederlassungssperren verhängt.

Diese Entwicklungen aller Arztgruppen zusammen dür- fen aber nicht auf alle Fachdisziplinen in jeder Einzelregi- on projiziert werden. Denn es gibt Indizien dafür, dass die zukünftige hausärztliche Versorgung in dünn besiedelten Gebieten gefährdet sein könnte. Überwiegend in den neu- en Bundesländern könnten Probleme mit der Wiederbeset- zung bei frei werdenden Arztstellen entstehen. Es gibt also nicht zu wenige Ärzte, diese sind nur suboptimal verteilt.

Das Instrumentarium der Bedarfsplanung für die Siche- rung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung hat es bisher nicht geschafft, eine gleichmäßige regionale Verteilung der Ärzte zu erreichen. Vielmehr wurde eine räumliche Fehlverteilung der Arztkapazitäten verursacht oder zumindest nicht verhindert (Schönbach 2010, 12). „[E]s liegt [...] ein spezifisches Verteilungsproblem vor, während der Behauptung eines allgemeinen Mangels an ärztlichem Personal die empirische Grundlage fehlt“ (WR 2010, 6). Die wachsenden Unterschiede im Versor- gungsgrad zwischen einzelnen Regionen sind vorhanden. „Insgesamt fehlen etwas 800 Ärzte zur Vollversorgung; gleichzeitig sind ca. 25.000 Ärzte mehr zugelassen als für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden“ (GKV-SV 2010, 5).

3. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Versorgungspolitische Reformen stehen in der Agenda zurzeit nicht oben an. Dennoch oder gerade deshalb wur- den von den Partnern der Selbstverwaltung im Gesund- heitswesen kontroverse Positionen bezogen, die beträcht- lichen Veränderungswillen anzeigen. Gerungen wird um die Sicherstellungsaufträge in den kommenden Jahren, in denen die flächendeckende Sicherstellung aufgrund der demographischen Entwicklung zu einer Herausforderung wird. In ländlichen Regionen nehmen Bevölkerungs- und ceteris paribus Arztzahl spürbar ab, während die Zahl älterer und behandlungsbedürftiger Versicherter vorüber- gehend ansteigt.

3.1 KBV: Sektorübergreifende Versorgungsplanung

In ihrem Zukunftspapier fordert die KBV unumwun- den, dass „[...] in jedem Bundesland ein Regionalverbund „Sektorübergreifende Versorgungsplanung“ als öffentlich-

rechtlicher Zweckverband gegründet wird. Der Regionalverband koordiniert die Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Bereich und der Länder für den stationären Bereich ländersübergreifend“ (KBV 2009, 4).

Der Begriff der „Sektorübergreifenden Versorgungsplanung“ beschreibt einen mehrdimensionalen Bruch mit der bisherigen Grundorientierung. Einerseits signalisiert er, dass die „verteilende“ Bedarfsplanung geltenden Rechts in der ambulanten Versorgung gescheitert ist und durch eine Versorgungsplanung zu ersetzen sei. Andererseits signalisiert der Begriff der „sektorübergreifenden Versorgungsplanung“, dass nicht hinnehmbare Sicherstellungslücken nur noch unter Zuhilfenahme der Krankenhäuser geschlossen werden können: So eröffnet die KBV eine neue Partnerschaft mit den Krankenhäusern, denen sie auch für die Zukunft anders als Kapitalgesellschaften nicht das Recht absprechen will, Träger von Medizinischen Versorgungszentren zu sein, die im Übrigen der Bedarfsplanung und Honorarsteuerung der Kassenärztlichen Vereinigungen unterliegen.

Unveränderbare Bedingung der KBV ist jedoch die ungeteilte körperschaftliche Zulassungs- und Vergütungshoheit der KVen innerhalb einer dann doch nur „koordinierenden“ Versorgungsplanung im Regionalverband. Weder eine unabhängige Stellung der für die ambulante Sicherstellung unverzichtbaren Krankenhäuser, noch eine tatsächliche Letztverantwortung der koordinierenden Länder wird in dem Zukunftspapier eingeräumt. Die entsprechende Linie wird in anschließenden standespolitischen Forderungen fortgesetzt, die KBV und die BÄK im Mai 2010 erhoben haben, um eine KV-unabhängige Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung wieder zurückzuführen. Nach geltendem Recht können Klinikambulanzen hoch spezialisierte Leistungen, die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant erbringen, wenn sie dazu eine Länderzulassung haben (§ 116b Abs. 2 SGB V). KBV und BÄK fordern, die Zulassung von Kliniken zur ambulanten Versorgung wieder von der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig zu machen. Dabei soll eine Zulassung des Krankenhauses grundsätzlich verwehrt sein, wenn die KV eine Ermächtigung eines Krankenhausarztes zur ambulanten Versorgung erteilt hat oder diese beantragt ist (Deutsches Ärzteblatt 2010). Obschon im Jahre 2010 allein das Vokabular fremd klingt, betont Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt auf den Punkt: „Das Instrument der Ermächtigung ist immer der richtige Weg gewesen.“

3.2 DKG: Wegfall der Sektorengrenzen

Die Gegenposition der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) formuliert im Juli 2010 ein überaus liberales Konzept, in dem Sektorengrenzen keine Rolle mehr spielen. Die DKG begrüßt, dass „[...] die Diskussion über die Sicherstellung einer stärker am Bedarf des Patienten orientierten ambulanten ärztlichen Versorgung in Gang gekommen

ist“ (DKG 2010, 1) und bezieht sich damit zweifellos auf den von der KBV eingeführten Begriff der „sektorübergreifenden Versorgungsplanung“. Um Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erbringen zu können, müssten Krankenhäuser hohe Qualitätsanforderungen erfüllen und eröffneten den Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten: „Das ambulante Sicherstellungsmonopol der KVen, die vertragsärztliche Bedarfsplanung mit Zulassungssperren und das System der Pauschalvergütung mit befreiender Wirkung [...] sind die zentralen Hemmnisse für die notwendige sektorübergreifende Verzahnung des ambulanten Leistungsspektrums von Vertragsärzten und Krankenhäusern“, so die DKG (DKG 2010, 2).

Die DKG schlägt eine Neugliederung der ambulanten Versorgung vor, bei der die „haus- und fachärztliche Grundversorgung“ von einer „spezialärztlichen Versorgung einschließlich des ambulanten Operierens“, stationsersetzender Eingriffe und ambulanter Institutsleistungen (§§ 115b, 116b Abs. 2 und 3, 116c SGB V) unterschieden wird:

- Für die „haus- und fachärztliche Grundversorgung“ soll es eine „sektorübergreifende Versorgungsplanung“ der KV unter Beteiligung der Länder, Kommunen und Landeskrankenhausesgesellschaften geben. Darüber hinaus sind finanzielle Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten und Ermächtigungen von Krankenhäusern durch die KV zu ermöglichen. Und schließlich beansprucht die DKG ihren Einbezug in den Bewertungsausschuss vertragsärztlicher Leistungen.
- Für die „spezialärztliche Versorgung“ können Krankenhäuser ebenso wie besonders qualifizierte Vertragsärzte, welche die Qualitätsanforderungen des G-BA erfüllen, den Verbänden der Krankenkassen gegenüber eine Bereiterklärung abgeben. Ambulante Zulassungsbeschränkungen oder ein Erlaubnisvorbehalt für die Einführung von Innovationen sollen der Vergangenheit angehören. Und schließlich erfolgt die Abrechnung unmittelbar gegenüber den Kostenträgern auf Grundlage einer Euro-Gebührenordnung.

Dem Konzept der DKG nach sind die Sektorengrenzen mithin hinsichtlich der relevanten Zulassungs-, Leistungs- und Finanzierungsregelungen entbehrlich. Mit diesen Regelungsebenen werden unumwunden Kernfunktionen der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgelöst: Jeder Arzt, der die Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllt, kann nach dem Maß des „medizinisch Machbaren“ Leistungen erbringen und den Kostenträgern nach einer Euro-Gebührenordnung in Rechnung stellen. Damit soll auch ambulant der Erlaubnisvorbehalt für medizinische Innovationen durch den G-BA entfallen. Kurzum: Die DKG buhlt mit regulatorischem Nihilismus um eine Mehrheit in den Fachgesellschaften.

3.3 GMK: Letztverantwortung der Länder

Zweifellos rekurren KBV und DKG gemeinsam, wenn auch mit unterschiedlichem Ergebnis, auf eine sektorü-

bergreifende Versorgungsplanung unter Koordination der Länder. Die Länder selbst fordern, um den erkannten Problemen begegnen zu können, „[...] muss die Bedarfsplanung künftig die Demografie und Morbiditätsentwicklung berücksichtigen und sich am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientieren, auf lokale Disparitäten angemessen reagieren, d. h. flexibel und kleinräumig gestaltet werden und sektorenübergreifende (Rahmen-) Planung ermöglichen“ (GMK 2010). Die Länder erwarten, an den Beratungen des G-BA zu Fragen der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung und zu sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren beratend beteiligt zu werden. Außerdem fordern sie vom Bundesgesetzgeber eine Ermächtigung, „[...] ihre Beteiligungsrechte im Landesauschuss nach § 90 SGB V nach Maßgabe des Landesrechts auszugestalten und wahrzunehmen. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung (sei) künftig erforderlich. Die für die Bedarfsplanung in der ambulanten und stationären Versorgung zuständigen Gremien werden durch ein sektorenübergreifendes Gremium ergänzt. Die rechtliche Ausgestaltung wird im SGB V und das Nähere durch Landesrecht geregelt“.

Mit der Forderung nach einem „ergänzenden Gremium“ für sektorübergreifende Aufgaben und der politisch geäußerten Absicht, die Sektorverantwortungen unberührt zu lassen, bleibt die GMK nicht nur hinter der DKG zurück, sondern beschränkt sich auch auf die im KBV-Zukunftskonzept zgedachte Moderatorenrolle, für die sich an anderer Stelle auch die BÄK ins Spiel bringt: „In regionalen Planungskonferenzen sollen die Ärztekammern, basierend auf ihren Daten und Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung, eine Moderatorenrolle übernehmen. Eingebunden sein sollen niedergelassene und Klinikärzte sowie die Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser der jeweiligen Region, aber auch die Organisationen der Pflegeberufe“ so BÄK-Vize Montgomery (Laschet 2010). Dass in diesem „Konzept“, wie im KBV-Zukunftspapier, Krankenkassen nicht vorkommen, unterstreicht die Auffassung, dass die Versorgungsaufträge wettbewerbsfrei zuzuweisen seien.

3.4 GKV-Spitzenverband: Wettbewerb um die spezialärztliche Versorgung

Der GKV-Spitzenverband hat im März 2010 ein Positionspapier zur Bedarfsplanung (GKV-SV 2010) vorgelegt. Nach Auffassung des Spitzenverbandes hat eine „[...] zukunftsorientierte verteilungsgerechte Bedarfsplanung die gesetzlich vorgesehenen pretialen Steuerungsmöglichkeiten zu nutzen, die Kapazitäten stationärer Leistungsanbieter einzubeziehen, die Begrenztheit der Ressourcen zu berücksichtigen und weitere Anreize zu schaffen, Unterversorgung zu vermeiden und teure und unwirtschaftliche Überversorgung abzubauen“ (GKV-SV 2010, 2).

Dabei geht es dem Spitzenverband zunächst im Kern darum, den Allokationsproblemen durch preisliche Anreize zu begegnen. Für Grenzfälle der Überversorgung sollen die bestehenden Möglichkeiten, Praxen anzukau-

fen und stillzulegen, verstärkt genutzt werden. Daneben werden zahlreiche pragmatische Optionen genannt, die Versorgung in der Fläche zu sichern (Gemeindeschwester, Shuttle-Service, Telemedizin bis hin zur Errichtung von Gesundheitszentren).

Für die erforderliche Architektur der Sicherstellung verbindet der Spitzenverband ähnlich der DKG eine „primärärztliche Grundversorgung“ mit einer „allgemeinen fachärztlichen Versorgung“, um davon eine neue Ebene der „spezialisierten fachärztlichen Versorgung“ zu unterscheiden:

- Eine engmaschige primärärztliche Grundversorgung soll - im bisherigen Bedarfsplanungsregime der vertragsärztlichen Zulassungs- und Landesausschüsse, aber nach Erreichbarkeitsparametern geplant - verstärkt nichtärztliche Leistungserbringer einbeziehen und Telemedizin nutzen.
- In dem gleichen Regime - wenn auch großräumiger - soll die allgemeine fachärztliche Versorgung geplant werden. Krankenhausärzte werden in diesem Segment auf Ermächtigung der KV hin einbezogen.
- Und schließlich grenzt der Spitzenverband ähnlich wie die DKG das hochwertige Angebot aller medizinischen Spezialdisziplinen durch Bündelung fachärztlicher Kompetenz in Zentren, Krankenhäusern und kooperierenden Einrichtungen ab. Im Rahmen einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung soll die spezialärztliche Versorgung aus Gründen der Qualitätssicherung in oder in enger Kooperation mit stationären Einrichtungen erbracht werden.

3.5 AOK-Bundesverband: Neuer Ordnungsrahmen für die spezialärztliche Versorgung

Der AOK-Bundesverband hat das Konzept des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der Diskussion zur Versorgungsstrategie 2011 aufgegriffen und ergänzt. Ausgangspunkt dabei ist, dass die fortschreitende Zentralisierung und Vereinheitlichung der Vertrags- und Vergütungssysteme sowohl in der stationären, als nun auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung die föderalen Planungs- und Gestaltungsspielräume ebenso kritisch verengen wie die notwendigen Wettbewerbsspielräume der Krankenkassen (Schönbach 2010). Von daher liegt eine schrittweise Abkehr vom Kontrahierungszwang im Versorgungsinteresse der Regionen, soweit bisherige Sicherstellungsformen bei vereinzelter Unterversorgung dauerhaft versagen bzw. bei verbreiteter doppelter Vorhaltung von Versorgungsstrukturen ambulant-stationär dennoch nicht die qualitativ besten Angebote zum Zuge kommen lassen.

Konzeptionell übereinstimmend mit dem GKV-Spitzenverband und ähnlich dem DKG-Modell unterscheidet der AOK-Bundesverband eine auf den ambulanten Sektor gründende „haus- und fachärztliche Grundversorgung“ von einer sektorübergreifenden „spezialärztlichen ambulanten Versorgung“.

3.5.1 Rahmenplanung der Länder

Die Aufsichtspflicht und damit Letztverantwortung für eine ambulante Versorgungsplanung haben ähnlich wie für den stationären Sektor die Länder innerhalb ihres Verfassungsauftrages für eine allgemeine Daseinsvorsorge, zu dem auch die Gewährleistung einer allen Bürgern zur Verfügung stehenden umfassenden medizinischen Versorgung gehört. Sie nehmen ihren verfassungsgemäßen Auftrag unmittelbar bzw. unter Rückgriff auf ihre Behörden wahr. Dazu gehören die Verbände der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesgesellschaften der Krankenhäuser.

Planungsmaßstab innerhalb des Landes sollen künftig nicht etwa Inputs wie „Betten oder Arztsitze“ sein, sondern (diagnosebezogene) Leistungen in der Form einer auf den Versorgungsbedarf der Bevölkerung bezogenen strukturierten Rahmenplanung. Danach wird festgelegt und weiterentwickelt, welche (gebiets-) ärztlichen Angebote und Qualifikationen in Relation zur Bevölkerungszahl und -struktur im jeweiligen Planungsbezirk vorhanden sein sollen. Dabei gehen die Kriterien der Erreichbarkeit und Zumutbarkeit von Wegestrecken in die jeweilige Planung ein. Für diese Rahmenplanung sind alle Beteiligten an der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der Patientenvertreter zu hören.

Für die Rahmenplanung haben die Länder im Bereich der GKV bundesweit verbindliche Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten: Richtlinien zu den Qualitätsanforderungen der Versorgung und neu zu entwickelnde Richtlinien zur strukturierten Versorgungsplanung. Solche Normen, die unabhängig von den Länderinteressen gebildet und beschlossen werden müssen, sind unverzichtbar. Dadurch scheiden aufgrund der Drittfinanzierung durch die Krankenkassen für die Länder unerwünschte Anreize aus, im Sinne einer falschen „Angebotsorientierung“ Bedarfe zu über- und Anforderungen zu unterschreiten. Förderaler Wettbewerb darf nicht auf Kosten der GKV finanziert werden.

Hinsichtlich ihres Verfassungsauftrags zur Gewährleistung einer umfassenden medizinischen Versorgung bedienen sich die Länder für die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung der Partner in den Länderausschüssen nach § 90 SGB V. Art und Umfang der von den Krankenkassen unmittelbar durch Selektivverträge sichergestellten Versorgung ist zu berücksichtigen. Für die stationäre Versorgung am Bett nehmen die Länder die Verantwortung mit den an der Planung Beteiligten zurzeit unmittelbar durch ihre Krankenhausplanung wahr.

3.5.2 Spezialärztliche Versorgung

Bei der sektorübergreifenden spezialärztlichen Versorgung stehen dagegen Vertragsärzte und Krankenhäuser im Wettbewerb. Adressaten der Sicherstellung sind von daher die Verbände der Krankenkassen. Da Angebote unabhängig von der jeweiligen Organisations- und Betriebsform einbezogen werden sollen, scheidet eine allein vertrags-

ärztliche Bedarfs- bzw. Versorgungsplanung aus. Die Landesausschüsse bleiben außen vor. Vielmehr garantieren die Landesverbände der Krankenkassen dem Land die Erfüllung der strukturierten Versorgungsplanung für die spezialärztliche Versorgung durch ihre Mitglieder und melden dem Land Vertragsabschlüsse bzw. legen Verträge ihrer Mitglieder vor.

Da sich Ärzte und Krankenhäuser bei den Krankenkassen gleichermaßen bereit erklären können, an der Versorgung teilzunehmen, schreiben die Krankenkassen oder ihre Verbände Versorgungsaufträge sektorübergreifend aus. Dabei bilden die Versorgungsstruktur- und Qualitätsanforderungen des G-BA, die die Länder zu beachten haben, für die Krankenkassen Mindestnormen. Dies muss im Übrigen auch für das Leistungsrecht gelten: Was als „Innovation“ deklariert wird, muss geprüft und vom G-BA bewertet werden, bevor eine „neue Leistung“ in großer Zahl in die Ambulanz getragen und abrechnet wird. Die Maßstäbe dafür sind bundesweit herzustellen. Vor Ort dagegen sind die einzelnen Verträge zu schließen: Weisen die jeweiligen Krankenkassen nicht hinreichende, von ihnen kontrahierte Versorgungskapazitäten nach, ist es Aufgabe des Landes, in Bezug auf die betroffene Krankenkasse im jeweiligen Planungsbezirk geeignete aufsichtsrechtliche Maßnahmen zu ergreifen. Damit können sich auch kleinere bzw. bereichsfremde Krankenkassen der Sicherstellung nicht entziehen. Ebenso wie für die Versorgungsstruktur und die Qualitätsanforderungen sind auch für die Vergütung bundesweit geltende Maßstäbe unverzichtbar. Sie verbinden Leistungskataloge mit Leistungsbeschreibungen und Vergütungsrelationen. Gebührenordnungen beschreiben dabei Standards, von denen in Verträgen abgewichen werden kann.

Wie auch von Ärzteseite inzwischen unumwunden eingeräumt wird, ist das vertragsärztliche Vergütungssystem kaum mehr reformierbar. Es hat eine Komplexität und ein Fehlsteuerungspotential erreicht, bei dem jede weitere Veränderung unkalkulierbare Instabilität erzeugen kann (Köhler 2010). Von daher ist ein ordnungspolitisch stabiles, selbst lernendes Vergütungssystem für die Zukunft unverzichtbar. Ein solches System braucht einen medizinisch begründeten Maßstab, der - wie die DRGs im stationären Bereich - an Indikationen und Schweregraden der Patienten anknüpft. Mit den bereits für die Zukunft gesetzlich angemahnten „Komplexpauschalen“ ist in die Richtung gezeigt. Aber solche Komplexpauschalen knüpfen immer noch zu stark an „Leistungen“ und deren ggf. medizinisch nicht begründeter Vermehrung an. Demgegenüber ist ein wie bei den DRGs „indikationsbezogenes“ Vergütungssystem überlegen, das nicht wie das ambulant bestehende zwischen Aufbringung der Gesamtvergütung (nach Diagnosen) und Verteilung der Mittel an den Arzt (nach Fällen) unterscheidet.

3.5.3 Ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung sowie stationäre Krankenhausversorgung

Für die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung müssen ebenso wie für die stationäre Versorgung im bestehenden Ordnungsrahmen Selektivverträge weiterhin möglich sein bzw. erleichtert werden. Für den stationären Bereich wird auf das Konzept selektiver Verträge für elektive Leistungen (Leber et al. 2007) verwiesen. Darüber hinaus sollten positive Erfahrungen der Beteiligten beim Wettbewerbsmodell für die „Spezialärztliche Versorgung“ dazu beitragen, auch für die stationäre Versorgungsplanung auf eine diagnose- und leistungsbezogene Rahmenplanung zu setzen.

Für die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung mit Praktikern, Allgemeinmedizinerinnen und insbesondere Gynäkologinnen, Pädiatern und Augenärztinnen

- erfolgt ähnlich dem DKG- und GKV-SV-Modell eine mit den Beteiligten an der Krankenhausplanung abgestimmte Versorgungsplanung des Landesausschusses Ärzte – Krankenkassen in adäquaten Versorgungsräumen. Für die Grundversorgung ist die wohnortnahe Präsenz der Ärzte erforderlich. Aufgrund der besonderen Problematik im ländlichen Raum werden sich Krankenhausärzte vereinzelt auch an der Grundversorgung beteiligen müssen. Die Sicherstellungsaufgabe liegt aber wie bisher bei der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. den Landesausschüssen. Dabei kann die KV in der Tat auf Ermächtigungen von Krankenhausärzten zurückgreifen, um ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Selektiv kontrahierte Versorgungsangebote der Krankenkassen sind einzubeziehen und übernehmen regional ggf. Hauptanteile der Sicherstellung.
- Zusätzlich hält es der AOK-Bundesverband für unerlässlich, die wohnortnahe Versorgung durch nichtärztliche Heilberufe (Fachassistentenkräfte, Pflegekräfte, etc.) zu verbessern und zu entlasten. Während evidenzbasierte „intuitive Medizin“ immer den Arzt als Spezialisten erfordert, der diagnostiziert und eine Therapie erarbeitet, ist evidenzbasierte „empirische Medizin“ auch durch nichtärztliche Fachkräfte in Zusammenarbeit mit dem Arzt zu leisten, wenn Befunde planmäßig erhoben und therapeutische Vorgaben zu erfüllen sind. Für das Zusammenwirken beider Seiten der Versorgung sind neue Organisationsmodelle erforderlich, wie sie mit dem AGNES-Modell (Arztentlastende, Gemeindefähige, E-Health-gestützte, Systemische Intervention) erprobt und eingeführt wurden.

Im internationalen Vergleich entwickelter Länder sind nichtärztliche Heilberufe von Zahl, Stellung und Anteil am Versorgungsauftrag deutlich stärker einbezogen als in Deutschland. Dies führt einerseits zu einer höheren Produktivität der Arztstunde mit den daran geknüpften Folgen und andererseits zu einem teils größeren Versorgungsangebot. Im Übrigen erhöht sich der Beschäftigungseffekt zusätzlicher Mittel im Gesundheitswesen (Döhler 1997).

4. Direktverträge für eine bedarfsgerechte Versorgung

Die demographische Entwicklung und die strukturellen Defizite im Planungs- und Vergütungssystem bringen Sicherstellungsrisiken mit sich, die sektor- und standespolitische Grenzen in Frage stellen. Alle Beteiligten haben sich in der Diskussion bereits ein Stück weit geöffnet. Länder, Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser halten eine sektorübergreifende Versorgungsplanung für unverzichtbar. Während Ärzte und Länder zunächst eine Moderation im Rahmen bestehender Sicherstellungsaufträge anstreben, gehen Krankenkassen und Krankenhäuser im Ziel einer sektorübergreifenden Sicherstellung der spezialärztlichen Versorgung weiter voran. Allerdings greift der Ansatz der DKG zu kurz, wenn er eine ambulante Versorgungsplanung auf die Grundversorgung beschränkt und wird ökonomisch unverantwortbar, wenn er für die spezialärztliche Versorgung die umfassende und unbegrenzte Abrechnungsfreiheit fordert. Eine angemessene, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung beruht auf Vertragsprinzipien und damit auf Direktverträgen, die hohe Qualität und Effizienz für die Versicherten transparent machen. Als Grundlage dafür werden die Länder ihren Verfassungsauftrag verantwortlich ausfüllen müssen, soll die jeweilige Sicherstellung auf einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung beruhen und nicht nur dort Zulassungen regeln, wo Standorte attraktiv erscheinen. Sie entwickeln sich mithin von einer bürokratisch empfundenen Genehmigungs- und Baubehörde zu verantwortlichen Versorgungs- und Controlling-Stellen, die das komplizierte Gleichgewicht zwischen notwendiger Planung/Sicherstellung mit ökonomisch erwünschtem Wettbewerb auf der Basis von strukturierten Leistungsmengen austarieren.

Literatur

- BÄK – Bundesärztekammer. Berufstätige Ärzte. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.1746.1748> 04.07.2006 (25. August 2010).
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Fragen und Antworten zur Vergütungsreform. Referat 224. Stand 20. April 2009.
- Braun B./Marstedt G. Mythen zur Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren. gesundheitsmonitor – ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung. 2/2010.
- CDU/CSU/FDP (2009). Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode, 26.10.2009.
- Deutsches Ärzteblatt. Ärzteschaft will ambulante Behandlung am Krankenhaus eingrenzen – BÄK und KBV wollen Zulassung eingrenzen. Deutsches Ärzteblatt online vom 6. Mai 2010.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung, Manuskript vom 21. 07.2010.
- Döhler M. Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt am Main u. a. 1997.
- Gesundheitsbarometer. Ernst & Young. Gesundheitsbarometer 2010 – Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland.
- GKV-SV – GKV-Spitzenverband. Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Bedarfsplanung. Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. 28.04.2010
- GMK – Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Beschluss der 83. GMK vom 1.7.2010.

- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (KdöR). Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung – Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten Medizin. Manuskript vom 20.11.2009.
- KBV/BÄK – Kassenärztliche Bundesvereinigung/Bundesärztekammer. Im Jahr 2020 gibt es 7.000 Hausärzte weniger. Arztzahlstudie – KBV und BÄK haben die aktualisierte Erhebung vorgestellt. Der Ärztemangel in Deutschland schreitet voran. Pressemitteilungen 2010. 03.09.2010.
- Klose J, Rehbein I. Ärztliche Versorgung: Mangel oder Allokationsproblem. In: Günster C, Klose J, Schmacker N (Hrsg). Versorgungs-Report 2011 – Schwerpunkt chronische Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer 2011.
- Klose J/Rehbein I/Uhlemann T: Arztatlas – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. 1. Auflage. Bonn 2007.
- Köhler A. Vertragsärzte brauchen ein komplett neues Honorarsystem. in: Ärztezeitung online, 30.07.2010.
- Laschet H. Bundesärztekammer plant den Aufbruch 24.08.2010. Ärztezeitung online. http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/616162/bundesaerztekammer-plant-aufbruch.html (Zugriff am 31.08.2010).
- Leber WD, Malzahn J, Wolff, J. Elektiv wird selektiv – Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009. Bonn, 12.03.2007.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. Gesundheit auf einen Blick – Deutsches Gesundheitswesen leistungsfähig aber teuer, Berlin/Paris – 8. Dezember 2009.

- http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de_34968570_35008930_44218_963_1_1_1_1,00.html (Zugriff am 02.09.2010)
- Schönbach, K.H. Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen – Grenzen zwischen Krankenhäusern und Praxen überholt. In: Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S) 2010; 2: 11-7.
- WR – Wissenschaftsrat. Trends der Hochschulmedizin in Deutschland. Bericht des Vorsitzenden zu aktuellen Tendenzen im deutschen Wissenschaftssystem. Sondersitzungen des Wissenschaftsrates. Berlin, 02.07.2010.

Fußnoten

- 1 Dazu zählen Vertragsärzte, Partner-Ärzte (nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 SGB V), angestellte Ärzte und ermächtigte Ärzte.
- 2 Bei der Berechnung der Gesamtversorgungsgrade wird für jede KV das summierte Soll (gemäß den Richtlinien der Bedarfsplanung) dem summierten Ist über alle Planungsbereiche und Arztgruppen gegenübergestellt. Dieser Wert gibt also Aufschluss darüber, ob es auf der jeweiligen Betrachtungsebene (KV bzw. Gesamtdeutschland) mehr oder weniger Ärzte gibt als nach den Richtlinien der Bedarfsplanung vorgesehen (Klose/Rehbein/Uhlemann 2007).

Das Sexuelle ist politisch



Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte

Nationale und internationale Perspektiven

Herausgegeben von Prof. Dr. Ulrike Busch

2010, 187 S., brosch., 39,- €, ISBN 978-3-8329-5943-2

Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung werden meist als sehr individuelle Themen begriffen. Dieser Sammelband ermöglicht einen Blick auf politisch und fachpolitisch relevante Aspekte dieser Lebensbereiche. Er zeigt, wie bedroht und verletzt das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung in vielen Regionen dieser Welt ist und welche dramatischen Folgen dies hat. Er zeigt auch, dass selbst in Europa oder in Deutschland diverse neue und alte Herausforderungen bewältigt werden müssen. Und er wirft einen Blick auf die Akteure in diesem Auseinandersetzungsprozess. Das Buch fasst sowohl für politisch Ambitionierte als auch für fachlich Interessierte, für Studierende sozialwissenschaftlicher Disziplinen wie für ProtagonistInnen dieser Diskurse vielfältige Facetten dieses Themas zusammen. Spannungsvolle Kontraste stehen dabei zugleich für die spezifischen Erfahrungsbereiche und Zugänge der AutorInnen.

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



Nomos