

# Bedarfsplanung und Sicherstellung – Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik

HARTMUT REINERS

Hartmut Reiners ist Ökonom und Publizist und war viele Jahre Referatsleiter im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg; Hartmut Reiners lebt in Berlin

**Die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung erfordert andere Zuständigkeiten für die Sicherstellung der medizinischen Versorgung. Die Länder müssen mehr Verantwortung übernehmen und gemeinsam mit dem GKV-System die Bedarfsplanung für das gesamte Gesundheitswesen gestalten. Auch die Arbeitsteilung in der Rechtsaufsicht zwischen den Bundes- und Landesbehörden muss neu geordnet werden.**

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder setzte in einer 2010 einstimmig verabschiedeten Entschließung Schwerpunkte zur „Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung“ (GMK 2010). In den Ländern sollten Gremien für die Bedarfsplanung der gesamten medizinischen Versorgung eingerichtet werden. Deren Ausgestaltung sollte im SGB V allgemein und durch Landesrecht konkret geregelt werden. Außerdem sollte der aufsichtsrechtliche Rahmen im GKV-System neu geregelt werden. Auf die politische Umsetzung dieser Entschließung warten wir heute noch. Das im Juli 2015 verabschiedete Versorgungsstärkungsgesetz sowie das einige Monate später beschlossene Krankenhausstrukturgesetz haben nichts an der systematischen Trennung in der Verantwortung für die Planung und Sicherstellung in der ambulanten und stationären Versorgung und dem schleichenden Kompetenzverlust der Länder in der Rechtsaufsicht geändert.

Vom Reformziel einer integrierten Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung ist im Koalitionsvertrag der neuen GroKo wenig zu spüren (<https://www.cdu.de/koalitionsvertrag-2018> : 93 ff.). Offenbar fehlt es an der Einigungsfähigkeit für eine grundlegende Reform. Wie in solchen Fällen üblich, soll ein Expertengremium

Reformvorschläge machen. Eine Bund-Länder-AG soll bis 2020 Vorschläge zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des ambulanten und stationären Systems erarbeiten. Dabei geht es um eine Reihe von miteinander zusammenhängenden ordnungspolitischen Fragen, die mit unterschiedlichen Akzenten schon seit 30 Jahren diskutiert werden. Bürstet man diese Debatte gegen den Strich, wird vor allem eine politische Konsequenz deutlich: Die Länder müssen mehr Verantwortung übernehmen, wenn sie nicht in der gesundheitspolitischen Bedeutungslosigkeit verschwinden wollen (Reiners 2017).

## **Bedarfsplanung und Sicherstellung der ambulanten Versorgung.**

Die Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung ist gemäß § 99 SGB V eine gemeinsame Aufgabe der KVen und der Landesverbände der Krankenkassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt Richtlinien fest, nach denen die Planung erfolgt. Sie wurden im Dezember 2012 neu strukturiert und zuletzt im Oktober 2015 fortgeschrieben (G-BA 2015):

- Es wird unterschieden in hausärztliche, allgemeine fachärztliche, spezialisierte fachärztliche und gesonderte fachärztliche Versorgung.

- Als Planungsbereiche gelten ein „Mittelbereich“ für die hausärztliche Versorgung, die Landkreise und kreisfreien Städte für die allgemeine fachärztliche Versorgung (u. a. Gynäkologen, Pädiater, Orthopäden, Augenärzte), die Raumordnungsregion für die spezialfachärztliche (vier Arztgruppen) und der KV-Bezirk für die gesonderte fachärztliche Versorgung (u. a. Pathologen, Laborärzte und Nuklearmediziner). Bei einem sich aus der besonderen demografischen oder geografischen Struktur einer Region ergebenden Bedarf können die Zulassungsausschüsse von diesen Vorgaben abweichen.
- Für die Planungsbereiche werden arztgruppenspezifische Verhältniszahlen von Einwohner pro Arzt festgelegt, die durch einen Demografiefaktor modifiziert werden können. Bei Überschreitung des Versorgungsgrads um zehn Prozent wird die Zulassung eingeschränkt. Unterversorgung gilt bei einer Unterschreitung des Versorgungsgrads in der hausärztlichen Versorgung um 25 Prozent und in der fachärztlichen Versorgung um 50 Prozent. Besondere Maßnahmen wie Honorarzuschläge können auch ergriffen werden, wenn in einer Region in absehbarer Zeit Unterversorgung droht.

Die Umsetzung dieser Bedarfsplanungsrichtlinien ist Aufgabe der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen. Faktisch liegt die Zuständigkeit für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung jedoch der bei jeweiligen KV. Gemäß § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben die KVen den Krankenkassen gegenüber eine ambulante ärztliche Versorgung zu gewährleisten, deren Umfang in § 73 Abs. 2 SGB V festgelegt ist. Sie erstreckt sich auf die

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

Die KVen dürfen laut § 105 SGB V für die Erfüllung dieses Auftrags „alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen“ ergreifen.

Dieser Sicherstellungsauftrag ist mit der von den Krankenkassen an die KVen gezahlten Gesamtvergütungen verknüpft (§ 85 SGB V). Aber seit dem GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 bekamen die Krankenkassen mit fast jedem nachfolgenden Reformgesetz weiter ausgebauten Möglichkeiten, außerhalb der Gesamtvergütung stehende Leistungsverträge mit Vertragsärzten und Krankenhäusern abzuschließen (Knieps und Reiners 2015: 245 ff.). Für die mit ausgewählten Arztgruppen oder –praxen vereinbarten Selektivverträge geht der Sicherstellungsauftrag auf die jeweiligen Krankenkassen bzw. deren Verbände über. Diese Entwicklung wurde durch die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ab 2008 eingeführte Verpflichtung der Krankenkassen gestärkt, ihren Versicherten hausarztzentrierte Versorgungsmodelle anzubieten. Da diese Verträge von einzelnen Kassen bzw. Kassenverbänden geschlossen werden, stehen sie auch unter keiner gemeinsamen Verantwortung der GKV und der KVen.

Dadurch droht ein Vakuum in der politischen Kontrolle der Sicherstellung. Die Länder haben sowieso im Rahmen der Rechtsaufsicht über die KVen und die Landesausschüsse nur eingeschränkte Möglichkeiten, auf die ambulante Versorgung Einfluss zu nehmen. Sie sind nur für die regionalen Kassen zuständig, die einen bundesweiten Marktanteil von nur einem guten Drittel haben. In einigen KV-Bezirken ist dieser Anteil noch deutlich niedriger. Für die oberregionalen Kassen ist das Bundesversicherungsamt zuständig. Es bedarf daher nicht nur einer Revision der Zuständigkeit für die Bedarfsplanung, sondern auch einer Neuordnung der politischen Verantwortung für die Sicherstellung der gesamten medizinischen Versorgung.

### Bedarfsplanung und Sicherstellung in der stationären Versorgung

In der stationären Versorgung haben gemäß § 6 KHG die Länder die Verantwortung für die Bedarfsplanung und Sicherstellung, deren Ausführung durch Landeskrankenhausesetze geregelt wird. Die in die Krankenhausbedarfspläne aufgenommenen Einrichtungen haben Anspruch auf Fördermittel des Landes, aus denen die Investitionskosten bestritten werden sollen. Die laufenden Betriebskosten sollen über Fallpauschalen und Sonderentgelte von den Krankenkassen gedeckt werden. Die Kran-

kenkassen dürfen ihrerseits nur Verträge mit Hochschulkliniken, den in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäusern sowie mit Krankenhäusern abschließen, mit denen die Krankenkassenverbände einen gemeinsamen Versorgungsvertrag geschlossen haben (§ 108 SGB V). Die zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenkassenverbänden vereinbarten Pflegesätze müssen die Landesbehörden genehmigen (§ 18 Abs. 5 KHG).

Soweit scheint die Aufgabenteilung zwischen Ländern und Krankenkassen klar geregelt zu sein. Die Realität ist jedoch komplizierter. Zum einen müssen die Krankenkassen nicht mit allen Plankrankenhäusern kontrahieren. Eine Vertragskündigung, die von allen Krankenkassen gemeinsam ausgesprochen werden müsste, ist zwar bislang m. W. noch nicht vollzogen worden. Aber die Drohung damit ist durchaus ein Mittel der Krankenkassen, auf die Bedarfsplanung der Länder Einfluss zu nehmen und die Schließung von Krankenhausabteilungen oder die Fusion von Krankenhäusern durchzusetzen. Zum zweiten haben Krankenkassen seit 1995 nicht mehr die Pflegesätze der Krankenhäuser nach dem Selbstkostendeckungsprinzip zu erstatten. Auch dadurch sind die Länder auf einen Konsens mit den Krankenkassen sowohl in der Planung als auch in der Finanzierung angewiesen. Zwar haben die Landtage stets das letzte Wort, aber dem gehen Verhandlungen und Gespräche voraus.

Dieses konsensorientierte System wird durch den schleichenden Rückzug der Länder aus der Krankenhausfinanzierung gefährdet, der sich vor allem in einer je nach Land unterschiedlich ausgeprägten Verlagerung von der Einzel- zur Pauschalfinanzierung der Krankenhausinvestitionen äußert. Dadurch hat sich der Anteil der Länder an der Krankenhausfinanzierung seit 1991 von 10 auf mittlerweile 5 Prozent halbiert. Etliche Länder wie Nordrhein-Westfalen sind zu einer „leistungsbezogenen Investitionsfinanzierung“ übergegangen, die von der im KHG festgelegten Trennung von Einzel- und Pauschalförderung Abschied nimmt (Winterer 2009). Mittlerweile bestreiten die Krankenhäuser die Hälfte ihrer Investitionen aus Eigenmitteln (Blum et al. 2015), d. h. vor allem aus den von den Krankenversicherungen gezahlten Pflegesätzen. Die Landespolitiker sollten sich endlich ehrlich machen und endgültig von der dualen Krankenhausfinanzierung zugunsten eines

monistischen Systems Abschied nehmen. Es gibt seit Jahren konkrete Vorschläge zu Realisierung dieses Ziels (SVR-G 2007: Ziffern 558 ff., Bataille/Coenen 2009).

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

Vor dem Hintergrund dieser hier nur grob skizzierten Erosion der traditionellen Grundlagen der Krankenhausplanung und der Sicherstellung der stationären Versorgung wäre es perspektivlos, weiter der Schimäre einer von den Landesbehörden allein zu exekutierenden Krankenhausplanung aufzusitzen. Die Landespolitik muss die politische Verantwortung für ein bedarfsgerechtes Angebot in der ambulanten und stationären Versorgung in allen Regionen des Landes übernehmen. Das schließt Richtlinien für die Versorgungsqualität ebenso ein wie die Festlegung von Bevölkerungsrelationen in der Versorgungsdichte. Aber die Frage, mit welchen Krankenhäusern die Krankenkassen konkret zu kontrahieren haben, um diese Vorgaben zu erfüllen, muss nicht von der Landeskrankenhausplanung geregelt werden.

### **Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung als gemeinsame Aufgabe von Landesbehörden und Selbstverwaltung**

Die Vorstellung, der Wettbewerb unter den Krankenkassen und Leistungserbringern könne aus sich heraus für eine qualitativ hoch stehende Versorgung und eine angemessene regionale Verteilung der Ressourcen in allen Versorgungsbereichen sorgen, geht an der Realität im Gesundheitswesen vorbei. Zum einen hat sich gezeigt, dass nicht die Versorgungsqualität der entscheidende Wettbewerbsparameter un-

ter den Krankenkassen ist, sondern die Beitragssatzhöhe. Der Ansatz, allein über Selektivverträge innovative Versorgungsformen zu erreichen, kann als gescheitert betrachtet werden (Reiners 2010). Lässt man dem Ausbau des Selektivvertragssystems freien Lauf, entsteht zudem eine nicht zu verantwortende Lücke im ordnungspolitischen Rahmen des Gesundheitswesens. Die vorhandenen Versorgungsdisparitäten würden sich weiter zuspitzen, da es für Ärzte und Krankenhäuser weit attraktiver ist, sich um das relativ problemlose und lukrative Geschäft der Versorgung wohlhabender Regionen und der Ballungszentren zu konzentrieren, als sich um die schwierige Aufgabe zu kümmern, auch in dünn besiedelten und sozial schwachen Regionen und Bezirken für eine gute medizinische Versorgung zu sorgen.

Mit den ihnen gegenwärtig zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumenten können weder die Länder noch die gemeinsame Selbstverwaltung in der GKV allein die wachsenden regionalen Versorgungsdisparitäten in den Griff bekommen. Der Weg zurück zum reinen Kollektivvertragssystem ist weder politisch mehrheitsfähig, noch wäre er angesichts der sich immer weiter differenzierenden Versorgungsnotwendigkeiten eine tragfähige Option. Das gilt auch für eine Übertragung der gesamten Verantwortung für die Bedarfsplanung und Sicherstellung der Versorgung auf Bundes- und Landesbehörden. Ein derart radikaler ordnungspolitischer Paradigmenwechsel würde mehr Problem schaffen als lösen. Vielmehr muss die Aufgabenteilung zwischen Regierungsbehörden und GKV-Selbstverwaltung ebenso neu geordnet werden wie die Zuständigkeiten in der Aufsicht durch Bundes- und Landesbehörden.

Es bedarf eines einheitlichen Ordnungsrahmens für die gesamte medizinische Versorgung (Leber und Wasem 2016). Das ist angesichts der komplexen Gemengelage bei den politischen Zuständigkeiten mit ihren zahlreichen Blockademöglichkeiten ein anspruchsvolles Vorhaben. Hier kann nur grob skizziert werden, in welche Richtung dieses Reformprojekt gehen sollte, wobei klar ist, dass der Teufel im Detail steckt. Aber klar ist, dass die Teilung der Zuständigkeiten für die Bedarfsplanung und

Sicherstellung der Versorgung zugunsten eines integrierten Systems abgeschafft werden muss (Gruhl 2017).

Die politische Letztverantwortung für die Sicherstellung der Versorgung kann nur bei den Ländern liegen, schon weil das Grundgesetz ihnen im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung von Bund und Ländern die Verantwortung für die allgemeine Daseinsvorsorge überträgt. Sie müssen die allgemeinen Vorgaben für eine ausreichende und qualitativ gute Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern festlegen. Das heißt nicht, dass dies ohne Beteiligung der Träger der gesundheitlichen Versorgung in der gemeinsamen Selbstverwaltung geschieht. Deren Einbindung in die Entscheidungsfindung muss gewährleistet sein, wie es ja auch heute schon in der Landeskrankenhausplanung üblich ist. Die Entscheidung darüber, wo welche Arztpraxen oder Krankenhäuser ihren Standort haben, sollte nicht vom Land getroffen, sondern in vertraglichen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern festgelegt werden. Diese haben die vom Gesetz- bzw. Ordnungsgeber vorgegebenen Versorgungsrichtlinien und Qualitätsmaßstäbe zu erfüllen.

**Die Landespolitik muss die politische Verantwortung für ein bedarfsgerechtes Angebot in der ambulanten und stationären Versorgung in allen Regionen des Landes übernehmen.**

Dieser allgemeine Rahmen könnte von den durch Vertreter der Krankenhausträger erweiterten Landesausschüssen in Abstimmung mit den Landesbehörden entsprechend den spezifischen Bedingungen in den Regionen umgesetzt werden. Auch sollten die Länder den Ablauf der Bedarfsplanung bestimmen. In diesem Sinn sollten die Landeskrankenhausgesetze zu Landesversorgungsgesetzen umfunktioniert werden. Diese regionale Autonomie sollte an bundeseinheitliche Vorgaben zur Versorgungsqualität gebunden sein. Das gebietet schon der Verfassungsauftrag der Länder, allen Bürger gleiche Lebenschancen zu gewährleisten. Man wird zwar nie in



ländlichen Regionen eine mit Großstädten vergleichbare Versorgungsdichte mit Fachärzten oder Krankenhäusern erreichen können, das ist weder wünschenswert noch finanzierbar. Aber die medizinische Versorgung muss so organisiert werden, dass die aus den größeren Entfernungen und einer niedrigeren Bevölkerungsdichte entstehenden Versorgungsabläufe angemessen berücksichtigt werden. Deshalb kommt z. B. der hausärztlichen Versorgung und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in ländlichen Regionen eine besonders große Bedeutung zu. Sie müssen vorrangig gefördert werden. Das gilt auch für den Einsatz nichtärztlicher Gesundheitsberufe, die vor allem in der Betreuung älterer Patienten in ländlichen Regionen oder sozialen Problembezirken einen wachsenden Aufgabenbereich haben werden (SVR-Gesundheit 2009: Ziffern 951-959).

### **Die wohl schwierigste politische Aufgabe besteht in der Neuordnung der Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung.**

Die wohl schwierigste politische Aufgabe besteht in der Neuordnung der Zuständigkeiten für die Sicherstellung der Versorgung. Dabei muss geklärt werden, welche Aufgaben die in Symbiose mit den Gesamtverträgen lebenden KVen noch haben, wenn das integrierte Versorgungssystem immer weiter ausgebaut wird. Die radikale Lösung würde darin bestehen, das gesamte KV-System aufzulösen und den Sicherstellungsauftrag allein den Krankenkassen zu übertragen, die dafür gegenüber den Aufsichtsbehörden die Garantie übernehmen. Ein solcher Systembruch würde die Vertragsärzte aus ihren Verpflichtungen als Mitglieder einer Körperschaft des öffentlichen Rechts entlassen. Das hat gravierende Auswirkungen auf die Gewährleistung von Qualitätsstandards und das Disziplinarrecht. Deshalb sollten die Vertragsärzte weiterhin Zwangsmitglieder der KV bleiben. Diese könnten unter einem gemeinsamen Verwaltungsdach in eine Hausarzt- und eine Facharzt-KV aufgeteilt werden, die sowohl für die Qualitäts- und Disziplinarfrage verantwortlich sind, als auch für die jeweiligen nach wie

vor erforderlichen Kollektivverträge für die Erfüllung von Versorgungsstandards in der ambulanten Versorgung. Für die Selektivverträge sind in diesem System ausschließlich die Verträge schließenden Krankenkassen verantwortlich.

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

Für die interne Organisation der Landesbehörden hätte eine solche integrierte Verantwortung für die Sicherstellung der gesamten medizinischen Versorgung erhebliche Auswirkungen. Die traditionellen Krankenhausreferate müssten für die gesamte medizinische Versorgung zuständig werden. In Brandenburg hat man diesen Schritt bereits vollzogen und das frühere Krankenhausreferat zum Referat „Gesundheitsversorgung, Gesundheitswirtschaft, Krankenhäuser, Rehabilitation“ erweitert. Die dafür erforderlichen personellen Qualifikationen sind durchaus vorhanden. Das von Landespolitikern gern verwendete Argument, eine solche integrierte Planung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung sei ja gut und schön, aber leider habe man nicht die dafür geeigneten Leute, ist eine reine Schutzbehauptung. Das personelle Potenzial in den Gesundheitsministerien ist besser als die politische Führung oft glaubt. Man muss es nur motivieren, besser ausstatten und sachgerecht einsetzen.

### **Neuordnung der Rechtsaufsicht**

Eine gemeinsame Verantwortung der Selbstverwaltungsorgane und der Landesbehörden für die Sicherstellung der

gesamten medizinischen Versorgung kann nur funktionieren, wenn die Landesbehörden die dafür erforderlichen Kompetenzen in der Rechtsaufsicht haben. Sie müssen Durchgriffsrechte für den Fall haben, dass die Vorgaben der Bedarfsplanung und die rechtlich festgelegten Kriterien für eine angemessene Versorgung nicht erfüllt werden. Mit dem geltenden Aufsichtsrecht, das die Funktion der Landesaufsichtsbehörden auf die Haushaltskontrolle der regionalen Krankenkassen und KVen beschränkt, funktioniert das nicht. Außerdem führt der durch den Kas senwettbewerb unvermeidliche Zentralisationsprozess dazu, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) zwangsläufig mehr Zuständigkeiten für die Verträge auf Landesebene erhält, die es gar nicht angemessen und ortsnahe wahrnehmen kann.

Vor diesem Hintergrund gibt es nur eine zielführende Lösung: Die Aufteilung der Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden vom Bund und den Ländern nach regionalen und bundesweit operierenden Institutionen muss zugunsten einer funktionalen Arbeitsteilung geändert werden. Bereits 2003 hat der damalige Präsident des Bundesversicherungsamts Rainer Daubenbüchel in einer Bund-Länder-AG vorgeschlagen, die Aufsicht über die Haushalte der Krankenkassen dem Bund zu übertragen, während sich die Länder um das weitgehend auf der regionalen Ebene abspielende Geschäft der Versorgungsverträge kümmern sollten. Dieser Denkanstoß wurde damals u. a. mit dem Hinweis abgewürgt, eine solche Neuordnung der Aufsicht sei politisch nicht mehrheitsfähig. Inhaltliche Gegenargumente gab es eigentlich nicht. Der eingangs erwähnte GMK-Beschluss aus dem Jahr 2010 ließ auf einen Sinneswandel bei den Landespolitikern hoffen, der in ihrem eigenen Interesse ist. Sicher bringt eine solche Reform der Aufsichtsbehörden rechtliche und prozessuale Probleme mit sich. Sie erfordert eine ständige Abstimmung zwischen dem BVA und den Aufsichtsbehörden der Länder. Zwei oder drei Mal im Jahr durchgeführte Aufsichtsbehördentagungen werden nicht reichen. Aber diese Organisationsprobleme sind lösbar, wenn man die damit verbundenen Chancen einer effektiven Rechtsaufsicht für die Landesgesundheitspolitik in den Vordergrund stellt.

## Literatur

**Bataille und Coenen 2009.** Monistik in der Krankenhausfinanzierung – Ist der Anfang gemacht? Wirtschaftsdienst 2/2009. <http://archiv.wirtschaftsdienst.eu/autor/marc-bataille>.

**Blum 2015.** Sanierungsfall Krankenhaus. Düsseldorf: DKVG.

**G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) 2015.** Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung. <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>.

**GMK (Gesundheitsministerkonferenz der Länder) 2010.** Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. [https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=83\\_05.01&jahr=2010](https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=83_05.01&jahr=2010).

**Gruhl 2017.** Die Mauer muss weg – ein Konzept für eine sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Gesundheits- und Sozialpolitik 71 (3-4), 24-31.

**Leber und Wasem 2016.** Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016, Stuttgart: Schattauer, 3-28

**Reiners 2010:** Kassenwettbewerb, Selektivverträge und die Rolle der Länder. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 64 (3): 11-15.

**Reiners 2017:** Integrierte Versorgungsstrukturen: Aufgaben der Länder. In: Brandhorst et al. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Wiesbaden: Springer VS, 387-402

**SVR-G (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) 2007.** Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. BT-drucksache 11/6339 vom 07.09.2007. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf>.

**SVR-G 2009.** Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. BT-Drucksache 16/13770 vom 02.07.2009. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>

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

## Erwartungen und Anforderungen an Dienstreisen – Dienstreisen in der Aushandlung



Edition Sigma

### Allzeit bereit, allzeit mobil?

Zur Rolle von Anerkennung und Reziprozität bei Dienstreisen

Von Dr. Katrin Roller

2018, ca. 340 S., brosch., ca. 69,- €

ISBN 978-3-8487-4864-8

eISBN 978-3-8452-8982-3

Erscheint ca. Mai 2018

[nomos-shop.de/37365](http://nomos-shop.de/37365)

Im Zentrum der Arbeit steht die betriebliche Aushandlung von Dienstreisen – die auf notwendige, selten untersuchte Verständigungsprozesse verweist. Aus wechselseitigen Erwartungen, Anforderungen und betrieblichen Rahmenbedingungen bilden die Mobilen handlungsleitende Reziprozitätsmuster.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: [www.nomos-elibrary.de](http://www.nomos-elibrary.de)

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen unter [www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



**Nomos**