

RPG

Band 23 | Heft 4 | 2014

4 | 2014

RECHT UND POLITIK IM GESUNDHEITSWESEN

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

- Ausgangslage für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum
- Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von zentralisierten Versorgungsstrukturen
- Mehr Bedarfsorientierung der Bedarfsplanung: Stand und Potenziale
- Gesundheit in Stadt und Land – Was ist Versorgung wert?

HERAUSGEBER

A. P. F. Ehlers
E. Deutsch
P. Oberender
E. Wille
M. Feldmann
J. Stoschek (Schriftleitung)

MITHERAUSGEBER

B. Bender
B. Brennecke
R. von Esebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Autoren des Heftes
Karl-Heinz Schönbach
Andreas Schmid
Martin Albrecht
Klaus H. Kober

Editorial

Es ist oft zu hören, das Gesundheitssystem sei eine Dauerbaustelle. Dem kann man eigentlich nicht widersprechen. In den vergangenen Jahrzehnten gibt es kaum ein Jahr, in dem nicht ein Reformgesetz auf den Weg gebracht wurde. Im Rückblick muss man jedoch feststellen, dass manche Gesetzesvorhaben auch eine eher kurze Halbwertszeit haben. Oder anders gesagt: Das System wird ständig neu justiert und den sich wandelnden Anforderungen angepasst.

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 wurden zwar die Weichen für eine wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems gestellt, in den Jahren danach ist der Mut des Gesetzgebers, den Kassen mehr Handlungsoptionen zur Verfügung zu stellen, um eine effiziente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, jedoch verloren gegangen. Ist der Kassen-Wettbewerb also gescheitert? Stehen wir vor einer Renaissance des korporatistischen Systems? Und was geschieht, wenn die gesetzlichen Krankenkassen ab 1. Januar 2015 ihre Beitragssätze wieder selbst festlegen können? Diese und weitere Fragen sollen beim Symposium der GRPG und im Vorfeld der Mitgliederversammlung aus wissenschaftlicher, politischer und praktischer Sicht beleuchtet und diskutiert werden. Thema des Symposiums: „Wettbewerb und korporatistisches System im Gesundheitswesen“.

Das Präsidium der GRPG würde sich sehr freuen, Sie am 16. Januar 2015 in den Räumen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin begrüßen zu dürfen. Das ausführliche Programm finden Sie in diesem Heft und aktuell im Internet unter www.grpg.de

Jürgen Stoschek

Josef-Jägerhuber-Str. 4

82319 Starnberg

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Ausgangslage für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Karl-Heinz Schönbach

99

Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von zentralisierten Versorgungsstrukturen

Andreas Schmid

106

Mehr Bedarfsorientierung der Bedarfsplanung: Stand und Potenziale

Martin Albrecht

111

Gesundheit in Stadt und Land – Was ist Versorgung wert?

Klaus H. Kober

116

Aus der Rechtsprechung

119

Buchbesprechung

105, 115, 120

Symposium und Mitgliederversammlung

123

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2.500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein. Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstraße 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

Recht und Politik im Gesundheitswesen

Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG)

Herausgeber

Prof. Dr. iur. Dr. med.
Alexander P. F. Ehlers
Widenmayerstraße 29
80538 München

Prof. Dr. Dr. iur. h.c. Dr S. med. h.c.
Erwin Deutsch
Universität Göttingen
Goßlerstraße 19
37073 Göttingen

Prof. Dr. Peter Oberender
Lehrstuhl VWL
Universität Bayreuth
Universitätsstraße 30
95447 Bayreuth

Prof. Dr. Eberhard Wille
Lehrstuhl VWL
Universität Mannheim, A5
68131 Mannheim

Dipl.-Betriebswirt Michael Feldmann
Säbener Straße 62
81547 München

Dipl.-Volkswirt Jürgen Stoschek
(Schriftleiter)
Josef-Jägerhuberraße 4
82319 Starnberg

Mitherausgeber

B. Bender
B. Brennecke
R. von Eisebeck
G. Fischer
O. Kirst
M. Linz
H. Platzer
U. A. Richter
G. Schneider
G. Schulte
A. Tecklenburg
V. Ulrich
A. Widmann-Mauz
Chr. Will

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) ist Publikationsorgan der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG).

Sie versteht sich als wissenschaftliches Forum, das der umfassenden und interdisziplinären Erörterung aller Fragen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie des Arzt-, Apotheken-, Arzneimittel-, Pharma und Gesundheitsrecht und des Rechts der assistierenden Berufe dient.

Veröffentlicht werden Beiträge aus medizinischer, juristischer, ökonomischer, sozialwissenschaftlicher und ethischer Perspektive. Jenseits von Verbands- und Parteiinteressen werden theoretische und empirische Ergebnisse zu praxisnahen Lösungskonzepten verknüpft.

Die Notwendigkeit der GRPG ergibt sich aus dem Interesse, in das das Gesundheitswesen in den vergangenen Jahren durch die steigenden Kosten gerückt ist. Die dadurch ausgelösten Diskussionen krankten neben einer teilweise verständlichen Interessengebundenheit vornehmlich an mangelnder medizinischer Ergebnisorientierung sowie einer zeitlich kurzfristigen und fachlich isolierten Perspektive.

Die Zeitschrift Recht und Politik im Gesundheitswesen (RPG) will dazu beitragen, diese Einseitigkeiten zu überwinden, um zu besseren Lösungen zu kommen.

Die Zeitschrift erscheint vierteljährlich.

Bestellungen (ISSN 0948–3209) nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Bezugspreis: 2011 (4 Hefte) Euro 170,– zuzüglich Versandkosten. Für Mitglieder ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten worden.

Der Bezugspreis ist im voraus zahlbar. Bestellungen nehmen jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen. Die Lieferung läuft weiter, wenn sie nicht bis zum 30.9. eines Jahres abbestellt wird.

Bei Adressenänderungen muss neben dem Titel der Zeitschrift die neue und alte Adresse angegeben werden. Adressenänderungen sollten mindestens 6 Wochen vor Gültigkeit gemeldet werden.

Hinweis gemäß § 4 Abs. 3 der Postdienst-Datenschutzverordnung: Bei Anschriftenänderung des Bezieher kann die Deutsche Bundespost POSTDIENST dem Verlag die neue Anschrift auch dann mitteilen, wenn kein Nachsendeantrag gestellt ist. Hiergegen kann der Bezieher innerhalb von 14 Tagen nach Erscheinen dieses Heftes bei unserer Frankfurter Verlagsanschrift widersprechen.

Verlag

PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.
Holmblick 10
24857 Fahrdrorf
Telefon 04621 39 29 951
Telefax 04621 39 29 949
E-Mail: info@planimed-online.de

Bankverbindung: Volksbank Ulm-Biberach
BLZ: 630 901 00 • Kto: 189 809 000 • Gerichtsstand: Schleswig • Anzeigenpreisliste: Es gilt die Preisliste Nr. 11 • Layout und Produktion: creative vision, 44534 Lünen

Alle Rechte vorbehalten. Geschützte Warenzeichen werden nicht immer besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Weder Herausgeber noch Verlag haften für Inhalte, Informationen sowie die Richtigkeit der Aktenzeichen, die verlagsseitig mit aller Sorgfalt wiedergegeben wurden.

© 2014 PLANiMED
Gesellschaft für Strukturdaten und Kommunikation.

Artikel aus dieser Zeitschrift werden referiert und geindext in der Online-Datenbank HECLINET (Health Care Literature Information Network) und dem **Informationsdienst Krankenhauswesen**.

Karl-Heinz Schönbach

Ausgangslage für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum¹

Der „ländliche Raum“ bleibt Sehnsuchtsort der Deutschen, doch drängt es sie angesichts der demografischen Entwicklung und auf der Suche nach sozialer Verwirklichung zunehmend in das Dickicht der Großstadt. Auf dem Lande aber wird es in einer Fülle von Siedlungen, die heute vielleicht fünf Haushalte haben, in 15 Jahren nur noch einen geben. Und während schon Ökonomen fragen, ob sich da eigentlich noch der Anschluss an die Wasserversorgung lohnt, tastet sich die Diskussion im Gesundheitswesen fragend an die Sicherstellung heran. Zumindest der Sachverständigenrat wartet mit einer Reihe nachvollziehbarer, praktischer Vorschläge auf. Dass sie an der luxuriös vertrackten Rechtsarchitektur des deutschen Gesundheitswesens nicht halt machen, ist mehr als berechtigt. Dazu soll der sich abzeichnende Problemhintergrund in diesem Beitrag beleuchtet werden.

1. Bevölkerungsentwicklung

Schon nach mittleren Prognosen der Bundesregierung (Bundesinnenministerium 2012) wird die Bevölkerungszahl in Deutschland allein bis 2030 um rund 5 Mio. Personen abnehmen. Dabei werden sich die Ballungsräume durch Zuwanderung aus ländlichen Räumen und aus dem Ausland (Migration) stabil entwickeln oder sogar weiter an Bevölkerung zunehmen. Verlierer sind insbesondere die östlichen Bundesländer (ohne Berlin) und ländliche Randlagen im Westen, aber auch die Ruhrregion, für die ein weiterer Einwohnerrückgang prognostiziert wird. Zahlreiche dieser Regionen werden Rückgänge um 20 Prozent und mehr zu verzeichnen haben (vgl. Abb. 1). Darunter fallen vor allem solche, die bereits in den Jahren von 1990 – 2010 in ähnlicher Dimension Einwohner verloren haben

und im Wettbewerb um Zuwanderer nicht Schritt halten können.

Der in kurzer Zeitspanne vollzogene Wandel in der politischen Bewertung der Einwanderung zeigt, wie nahe lange prognos-

tizierte Entwicklungen gerückt sind. Bei den genannten Veränderungen der Bevölkerungszahl unterstellt der Demografie-Bericht des Bundesinnenministeriums bereits langfristig einen positiven Migra-

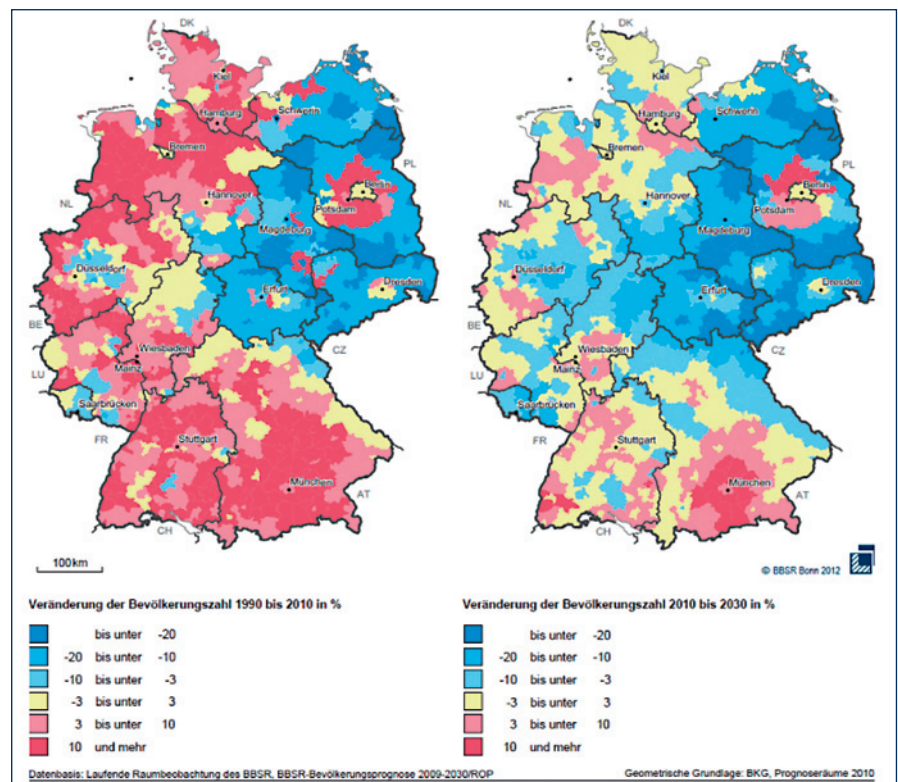


Abb. 1: Regionale Dynamik der Bevölkerungsentwicklung

¹ Vortrag anlässlich des Symposiums des Deutschen Roten Kreuzes und der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen vom 7. Oktober 2014 in der Akademie der Wissenschaften in Berlin zur „Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“.

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

tionssaldo von 200.000 Personen pro Jahr bzw. 20 Mio. Personen in 3 Dekaden. Das bedeutete bei einer als konstant betrachteten jährlichen Auswanderung von 600.000 Personen eine jährliche Zuwanderung von 700.000 – 800.000 Personen nach Deutschland. Dass die Zuwanderung in erster Linie die Ballungsräume erreicht, wird weithin unwidersprochen unterstellt. Eine Perspektive für die Provinz wird in der Diskussion nicht vermutet.

Die Prognosen fußen auf sicheren Bestandsgrößen. Die Zahl der Kinder je Frau erweist sich mit 1,4 seit Jahrzehnten als resistent gegenüber jeder politischen Intervention. Zusätzliche Investitionen in die Kinderbetreuung zielen in der Regel auf eine höhere Erwerbsbeteiligung der Frauen. Auch die steigende Lebenserwartung, die sich auf die erwarteten Sterbeziffern auswirkt, zeigt hohe Konstanz. Als in Grenzen unsicher muss allerdings der Zuwanderungssaldo betrachtet wer-

den. Die Unsicherheit steigt naturgemäß mit dem Prognosezeitraum.

Mit der Bevölkerungsentwicklung geht eine durchschnittliche Alterung einher, bei der die Zahl der unter 20jährigen bis zum Jahre 2030 im Durchschnitt um 17 % zurückgeht, während sich die Zahl der über 65jährigen um 33 % erhöht. Mit der Alterung nimmt ohne erfolgreiche Prävention auch die Dauer chronischer Erkrankungen zu. Gewiss aber steigt die Betroffenheit von altersbedingten Erkrankungen, wie die prognostizierte Zunahme etwa von Krebserkrankungen und Demenz veranschaulicht. In den von besonderem Bevölkerungsrückgang betroffenen Regionen wird die Zahl der 65jährigen und älteren noch deutlicher ausfallen. Dabei ist zu erwarten, dass die Tragfähigkeit der sozialen Netze aus Familie und Nachbarschaft abnimmt, weil die Jüngeren fehlen oder fortziehen, und aus den gleichen Gründen professi-

onelle Versorgung erschwert ist. Selbst wenn der Anteil der Gesundheitsberufe an allen Erwerbstätigen erwartungsgemäß weiter zunimmt, entsteht im ländlichen Raum eine Versorgungslücke.

Den Grafiken des Bundesinstitutes für Raumordnung ist unschwer zu entnehmen, dass insbesondere die östlichen Bundesländer vor besonderen Herausforderungen stehen. Sie weisen die höchsten Bevölkerungsrückgänge und die größte Alterung der Bevölkerung auf. Für die östlichen Bundesländer gehen die Landesämter für Statistik von 2005 bis 2030 von durchschnittlich mehr als 25 Prozent Rückgang der Erwerbspersonen aus. Damit wird das Ziel weiter gefährdet, die Lebensverhältnisse ökonomisch anzugleichen. Ohnehin ist die Lücke zwischen Ost und West beim BIP pro Einwohner seit 1996 praktisch unverändert. Allerdings geht etwa das Ifo-Institut Dresden davon aus, dass die Förderung künftig auf die Wachstums-Kerne konzentriert werden muss. Die (Wirtschafts-) Förderung für den ländlichen Raum wird zurückgefahren werden. Umso mehr wird es Aufgabe der Länder, eine vorausschauende Raumplanung zu betreiben, die den Kern der Gesundheitsversorgung einschließt.

2. Angebotsentwicklung

Es ist sicherlich zulässig, wenn auch diskussionsbedürftig, die Arztdichte im Land als ersten Indikator für die Angebotsituation der Gesundheitsversorgung heranzuziehen. Wie der Wissenschaftsrat gelegentlich der Diskussion um das Versorgungsstrukturgesetz 2011 betont hat, weist Deutschland weltweit die höchste Ausbildungsquote in der Medizin auf und eine der höchsten Arztdichten². Die Diskussion um eine Ärzteschwemme als

² So verzichtet die Schweiz quantitativ auf eine ihrer Arztdichte entsprechende Medizinerausbildung.

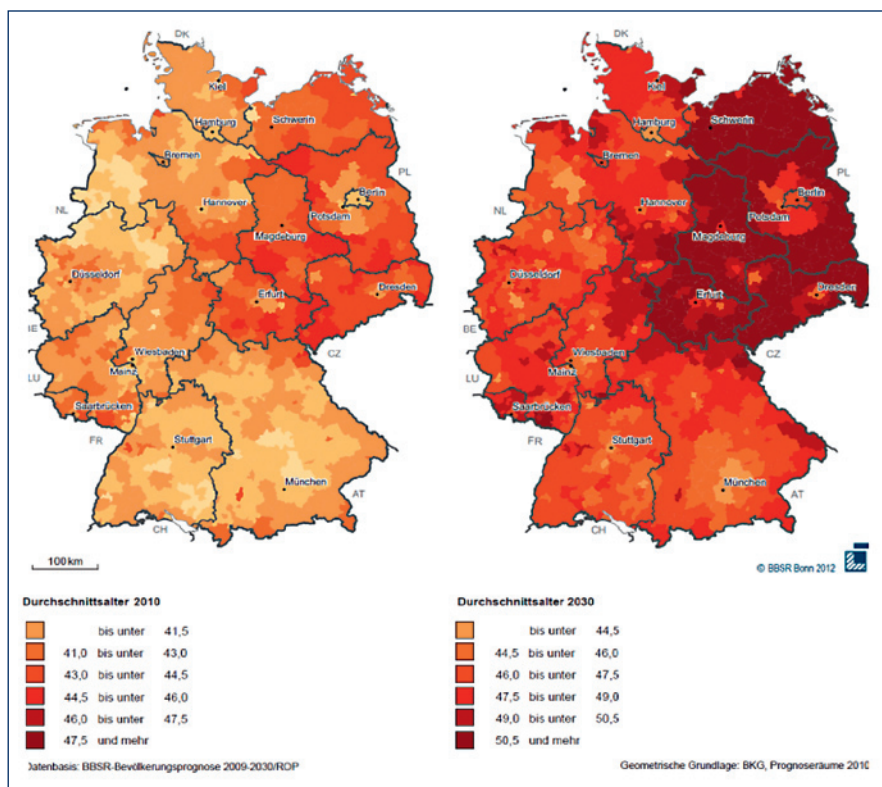


Abb. 2: Regionale Alterung der Bevölkerung 2010 bis 2030

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

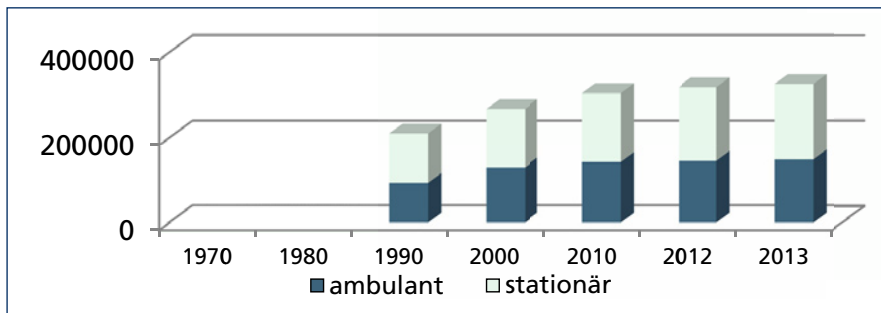


Abb. 3: Entwicklung der Arztzahlen 1990 bis 2013 nach Daten der BÄK

Folge sozialliberaler Bildungspolitik ließ die Gesundheitspolitik Anfang der 90er Jahre eine (verteilende) Bedarfsplanung einführen. Dessen ungeachtet steigen die Arztzahlen bei bisher insgesamt stagnierender Bevölkerungszahl weiter an, und zwar seit 2002 stärker stationär als ambulant (vgl. Abb. 3). Die im Vergleich nachlassende Niederlassung dürfte aber nicht Ergebnis der ambulanten Bedarfsplanung sein. Vielmehr binden die Krankenhäuser mehr Ärzte aufgrund der (europäischen) Arbeitszeitgesetzgebung und der Leistungs-Effekte des DRG-Systems.

Die Attraktivität des Arztberufes und die Neigung zum Medizinstudium sind ebenso hoch wie die Tonlage von Ärztefunktionären, die sich der Tarifpolitik verschrieben haben. Gleichwohl haben die ersten „geburtenschwachen Jahrgänge“ inzwischen auch das Medizinstu-

dium durchlaufen. Die damit insgesamt gesunkene Zahl an Medizinstudenten und Absolventen (Abb. 4) wird durch den steigenden Anteil studierender Frauen nicht völlig kompensiert. Gleichwohl sind inzwischen zwei Drittel der jungen Ärzte Ärztinnen. Deutlich zugenommen haben auch die Zahl der zugewanderten ausländischen Ärzte und die Neigung/Möglichkeit der Ärzte, im ambulanten Bereich angestellt statt freiberuflich zu arbeiten.

Arbeiteten nach Angaben der Bundesärztekammer im Jahre 1993 nur 10.275 ausländische Ärzte in Deutschland, sind es 2013 bereits 31.236. In Brandenburg etwa sind 900 von 7.900 (11 %, Bundesdurchschnitt rund 9 %) Ärzten eingewandert. Nicht nur verdreifacht, sondern vervierfacht hat sich zudem die Zahl der angestellten Ärzte ambulant von 5.397 (1993) auf 22.304 (2013).

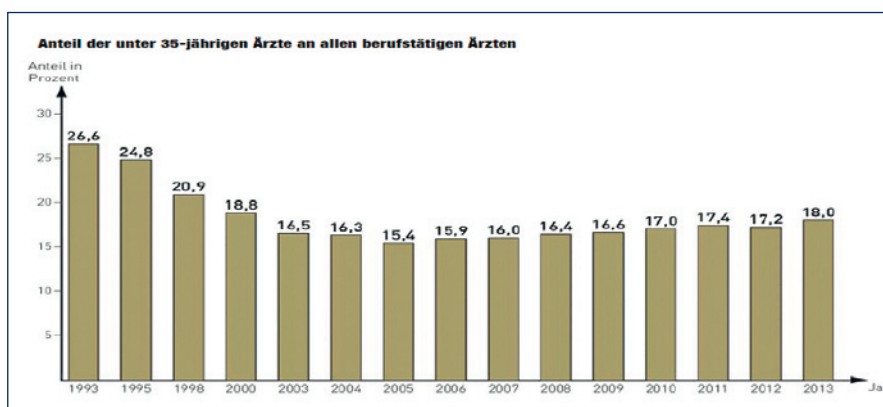


Abb. 4: Anteil der unter 35jährigen Ärzte am allen berufstätigen Ärzten nach Angaben der BÄK

Diskussionsbedürftig sind diese Angaben zur Bewertung der Angebotsentwicklung in erster Linie, weil sie die Bedarfsgerechtigkeit und die Produktivität der Ärzte nicht widerspiegeln. Die Bedarfsgerechtigkeit ist insbesondere zu hinterfragen, weil die zunehmende Spezialisierung der Ärzte in Disziplinen und Subdisziplinen von einem Rückgang der Generalisten nahe am Patienten begleitet wird. So erreicht die Zahl der Weiterbildungs-Abschlüsse in der Allgemeinmedizin zurzeit nur noch die Hälfte des bestandsichernden Bedarfs. Die Entwicklung zeigt Abb. 5.

Das gesundheitspolitisch angestrebte Verhältnis von hausärztlicher zur fachärztlichen Versorgung von 40 zu 60 kehrt sich um. Auch wenn ein gerütteltes Maß der psychotherapeutischen zur hausärztlichen Versorgung zu rechnen ist, bleibt die Entwicklung kritisch. Und die Psychotherapeuten sind in besonderem Maße einseitig auf die Ballungsräume konzentriert. Zudem ist unter Gesichtspunkten der Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung anzumerken, dass Fachärzte anders als patientennah arbeitende Hausärzte nach Angaben des Statistischen Bundesamtes³ weit überproportional privatärztlich tätig sind. So weist der Bertelsmann Gesundheitsmonitor für 2012 aus, dass in allen Siedlungsformen Anzahl und Erreichbarkeit von Fachärzten kritischer bewertet werden als von Hausärzten (Abb. 6). Zweifellos sind die Arbeitszeiten der Hausärzte für die GKV proportional zu dem Bevölkerungsanteil der Versicherten während fachärztlichen Arbeitszeiten weithin überproportional auf die PKV-Versicherten entfallen. Im ländlichen Raum mit geringerer Arztdichte folgt daraus bei vielfach hohen Patientenzahlen je Praxis eine hohe Arbeitsbelastung der

³ StBA, Kostenstruktur bei Arztpraxen, aus: Unternehmen und Arbeitsstätten, Fachserie 2, Reihe 1.6.1, 2007 und 2011.

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

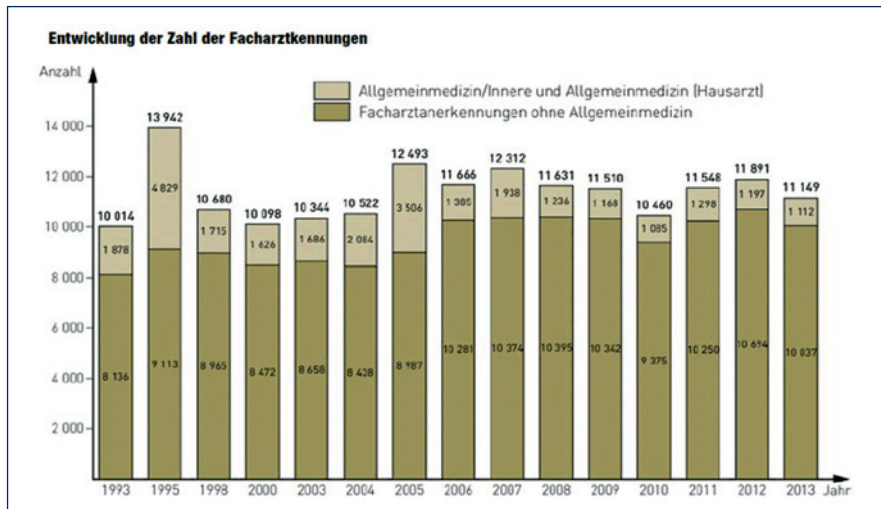


Abb. 5: Entwicklung der ärztl. Weiterbildungsabschlüsse von 1993 bis 2013 in der Allgemeinmedizin im Vgl. zu allen Abschlüssen (BÄK)

Hausärzte. So ist die hausärztliche Landarztpraxis den Stadtpraxen an Umsatz und Reinertrag überlegen.

Für die hausärztliche Landarztförderung steht daher der Ansatz im Mittelpunkt, die Tragfähigkeit der Praxis durch Medizinische Fachangestellte (VERAH, AGNES) zu erhöhen und ggf. strukturell die Anstellung oder Beteiligung eines zweiten Arztes in der Praxis zu ermöglichen. In ähnlicher Richtung wird an Lösungen für den Bereitschaftsdienst zu arbeiten sein. Honorarzuschläge leisten das nicht. Ihre Einführung mit dem Versorgungsstrukturgesetz ist vom Bewertungsausschuss der für die vertragsärztliche Vergütung aufgegriffen, von den Kassenärztlichen Vereinigungen unzureichend genutzt und schließlich gesetzlich wieder abgeschafft worden. Sich wie der SVR-G heute erneut darauf zu fokussieren hat populistischen Charakter.

Bei den nichtärztlichen Berufen steht die Assistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) nur pars pro toto. Anders als etwa in den USA oder Großbritannien hat die Entwicklung der modernen Medizin in Deutschland nach 1945 das Verhältnis von Ärzten zu nichtärztlichen Berufen kaum verändert. In den genannten

Ländern ist der Beschäftigungsanteil der nichtärztlichen Berufe dagegen deutlich gesteigert worden und hat die Arztproduktivität erhöht⁴. Auch in den skandinavischen Ländern oder Australien werden chronisch Kranke weithin von qualifizierten Krankenschwestern (Nurses) geführt, solange der Krankheitsverlauf keine ärztliche Änderung des Therapie-

4 Döhler, Marian: Die Regulierung von Professionsgrenzen, Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich, Frankfurt/New York 1997.

plans erfordert. Bei allen Bemühungen in Deutschland, die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu fördern, wird angesichts der erkennbaren Diskrepanzen auch hier kein Weg an der Aufwertung der nichtärztlichen Berufe vorbei gehen. Die Arztzentrierung der Prozesse und ihre (sozial) rechtliche Stellung sind dem Wandel ausgesetzt. Dies umso eher, als das Dogma der Freiberuflichkeit mit den Präferenzen der Mediziner zugunsten beruflicher Flexibilität und einer angemessenen „work-life-balance“ erodiert.

3. Versorgungsstrukturgesetz 2011

Das VStG 2011 hat im politischen Marketing als Landarztreform firmiert. Tatsächlich hat es in der Linie des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes die Residenzpflicht abgeschafft, um die ärztliche Tätigkeit an mehreren Standorten zu flexibilisieren. Vergütungszuschläge für Landärzte sind dagegen ins Leere gegangen, der notwendige Abbau von Praxen in übersorgten Gebieten auch. Die Hochleistung der neuen „Bedarfsplanung“ konnte funktional nur dazu führen, dass die administrativ „gewollte“ Verteilung

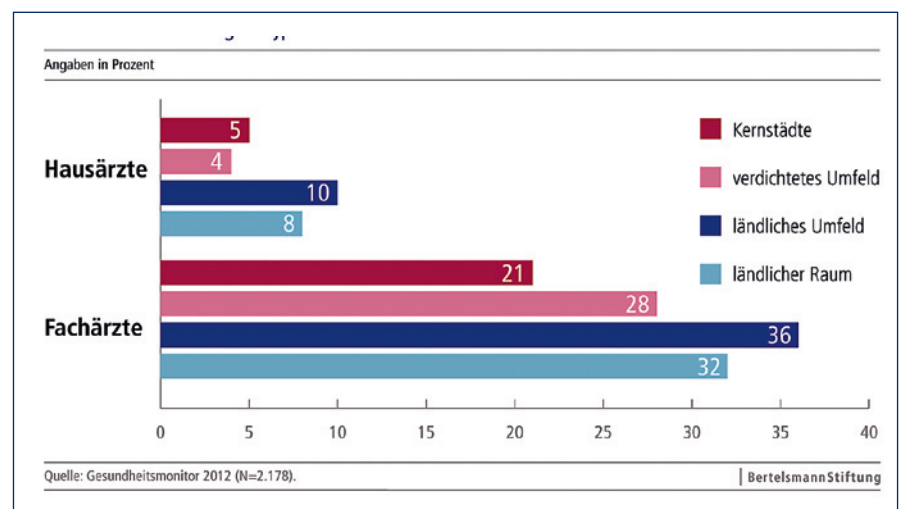


Abb. 6: Unzufriedenheit mit der Anzahl und Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzten nach Regionstypen unterschieden

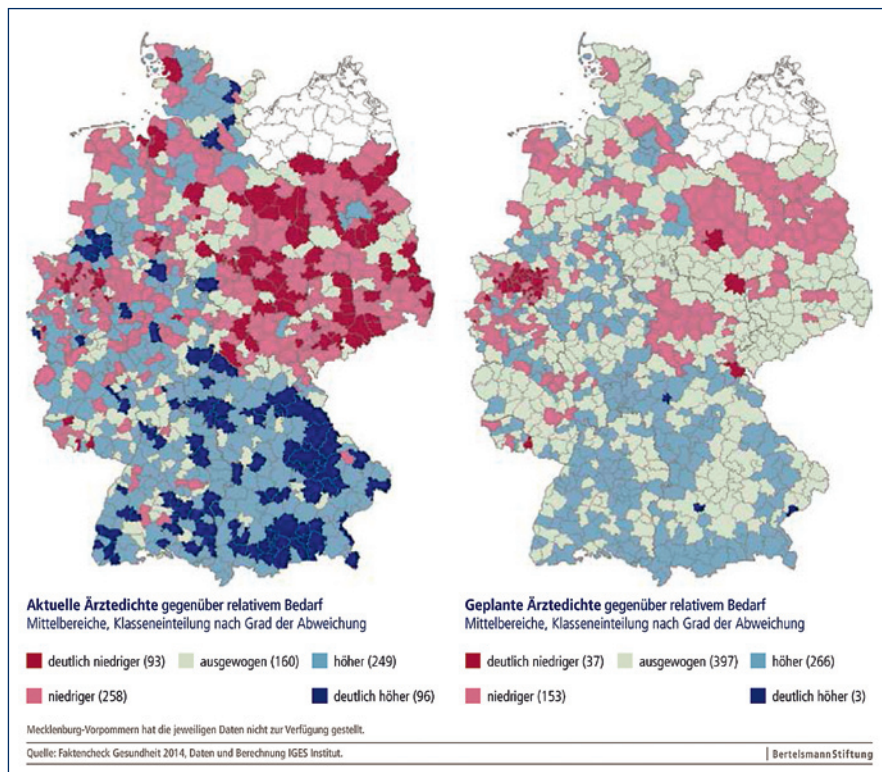


Abb. 7: Hausärztdichte nach Bereichen in der Bewertung der alten und der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2012).

regional gleichmäßiger beschrieben wird, ohne aber durch den Ausweis (nichtbesetzbarer) zusätzlicher Arztsitze eine rechnerische Unterversorgung in einem weithin überversorgten Land darzustellen. Abb. 7 zeigt den geänderten Blick der neuen Richtlinie. Durch neuen Zuschnitt der Planungsbezirke und veränderte Anhaltzahlen in den Raumtypen entsteht eine weitaus ausgewogenere Abbildung des relativen Bedarfs.

Die (tarif-) politische Vermarktung eines angeblichen Ärztemangels endete nach Schließen der Reformagenda. Die Überversorgung in den Zentren besteht danach ebenso robust wie einer drohenden Unterversorgung im ländlichen Raum nicht tarifpolitisch zu begegnen ist und sein wird. Der Sachverständigenrat hatte hier die sektorenübergreifende Ausschreibung von Versorgungsaufträgen als Mittel angesehen. Inzwischen sieht er als Ultima

Ratio den Übergang des Sicherstellungsauftrages⁵ an das Land, wenn Unterversorgung droht. Entsprechend sollen die Kommunen nach dem Arbeitsentwurf des Versorgungsstärkungsgesetzes das Recht erhalten, MVZ auch ohne die Zustimmung der KV zu gründen.

4. Krankenhausbedarf

Wie erwartet hat Deutschland die höchste Bettendichte in Europa, und der Zuschnitt der Krankenhausstandorte hält sich trotz beachtlicher Anpassungsprozesse aus der Einführung indikationsbezogener Fallpauschalen im historischen Maß. Zweifellos erlaubte die Einführung moderner Rettungsmittel heute in der Notfallversorgung weniger und leistungsfähigere Standorte. Ebenso ermöglicht der medi-

5 SVR-G 2014, Gutachten 2014, Bedarfsgerechte Versorgung, Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche.

zinische Fortschritt eine deutlich weitergehende Ambulantisierung der Medizin. Und für den verbleibenden Kern planbarer stationärer Leistungen wäre eine höhere Versorgungsqualität und Patientensicherheit erreichbar, wenn sie in qualifizierten Zentren mit höherer Spezialisierung erbracht würden. In zahlreichen Beiträgen dazu ist der Reformbedarf ebenso beschrieben wie das politische Beharrungspotential.

Wie Abb. 8 verdeutlicht, ist die Erreichbarkeit von Notfallstandorten in Deutschland heute auch in strukturschwachen ländlichen Räumen bedarfsgerecht. Die 20-Minuten-Grenze (PKW) wird selten überschritten. Zudem ist die Flächenabdeckung des ÖPNV bis auf Mecklenburg-Vorpommern, Teile der Schwäbischen Alb und das südliche Sachsen, gut. In den genannten Gebieten sind zusätzliche Vorkehrungen getroffen, teils wird mit Rufbussen gearbeitet.

Die Debatte um betriebswirtschaftlich und medizinisch nicht leistungsfähige Krankenhäuser unter 300 Betten richtet sich nicht gegen die „kleinen Krankenhäuser“ auf dem Lande. Achtzig Prozent dieser Häuser befinden sich in urbanen Räumen (Großstädte und Ballungsräume) und nur mit einem Anteil von 19 % im ländlichen Raum. Gleichwohl wird der demografisch bedingte Nachfragerückgang dort eine planvolle Arbeitsteilung von Standorten bewirken. Die vordringlichste Kooperation ist der integrierte Rettungs-, Notfall- und Bereitschaftsdienst, wie er im Lahn-Dill-Kreis in Hessen bereits erprobt wird.

Nach Prognosen des BBSR (vgl. Abb. 9), die Bestandszahlen demografisch fortschreiben, wird bis 2030 trotz des erwarteten Bevölkerungsrückgangs eine durchschnittliche Zunahme der Krankenhausfallzahl errechnet. In struk-

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

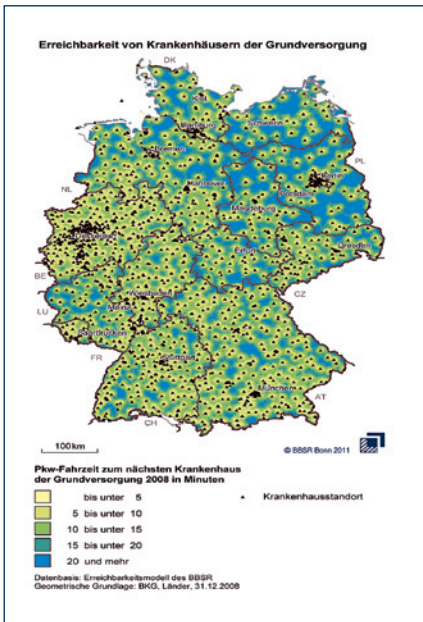


Abb. 8: Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung 2008

turschwachen ländlichen Räumen werden die KH-Fallzahlen dagegen deutlich sinken.

Von daher wird ein Wandel der KH-Standorte im ländlichen Raum naheliegen. Die Gesamtfallzahl geht dort zurück. Gleichzeitig wandern planbare Eingriffe qualitätsorientiert zunehmend in spezialisierte klinische Zentren. Der Ausweg der Landkrankenhäuser, aus betriebswirtschaftlichen Gründen Deckungsbeiträge mit elektiven Eingriffen zu erwirtschaften, ist auch aus Gründen der Patientensicherheit künftig verwehrt. Die Notfallstandorte sind gleichwohl sicherzustellen. Erleichtert wird dies ggf. durch Übernahme ambulanter Sicherstellung und Teilumwandlung in ein MVZ. Planung und Trägerschaft werden zunehmend in die Raumplanung der Länder integriert werden müssen.

5. Finanzierungsbedarf

Unter den kollektiven Gütern hat die Gesundheit bei konkurrierender Verwendung meist ein Argument mehr. Das ist

kein schlechtes Urteil, auch wenn Ökonomen gern den Investitionen ein Handicap nehmen würden. Aber bezahlt werden muss am Ende des Tages immer. Den Prognosen nach könnte die Zahl der Erwerbspersonen in Deutschland bis 2030 trotz Einwanderung mit dem genannten Saldo von 200.000 Migranten pro Jahr um 12 % zurückgehen (- 5 Mio.), auf 3 Jahrzehnte gerechnet um - 20 %⁶. Ein Großteil dieses Rückgangs betrifft, wie erwähnt, die östlichen Länder ohne Berlin. Selbst bei zunehmender Erwerbsbeteiligung und bei steigender Arbeitsproduktivität erwächst somit eine beträchtliche Herausforderung. Bisher hat Deutschland in erster Linie den Niedriglohnsektor ausgeweitet und die Beschäftigung erhöht. Arbeitsproduktivität und Reallöhne stagnieren trotz einer mäandernden Selbstwahrnehmung

6 Bundesministerium des Inneren, Demografie-Bericht, Berlin 2011.

als „reiches Land“. Dass angesichts der demografischen Herausforderung zulasten der kommenden Generationen gelebt wird, ist fortgesetzt politisches Bekenntnis. Den Konsolidierungsanspruch misst die Bundesregierung in den Tragfähigkeitsberichten der Haushalte⁷. Angesichts der dort diskutierten rechnerischen, demografisch bedingten Verschuldung ist das Beharren auf Haushaltskonsolidierung aktuell politisch nachvollziehbar(er). Von daher könnte es auch ratsam sein, die Effizienz des Gesundheitswesens nicht aus dem Auge zu verlieren. Ambulant fließen heute ohne relevanten Nutzen beträchtliche Ressourcen in die Überbehandlung der PKV und in IGeL-Leistungen. Ein Facharztanteil größer 40 Prozent gilt als nicht bedarfsgerecht.

7 Vgl. Bundesminister der Finanzen (Hrsg.), Dritter Bericht zur Tragfähigkeit der öffentlichen Finanzen, Berlin 2011.

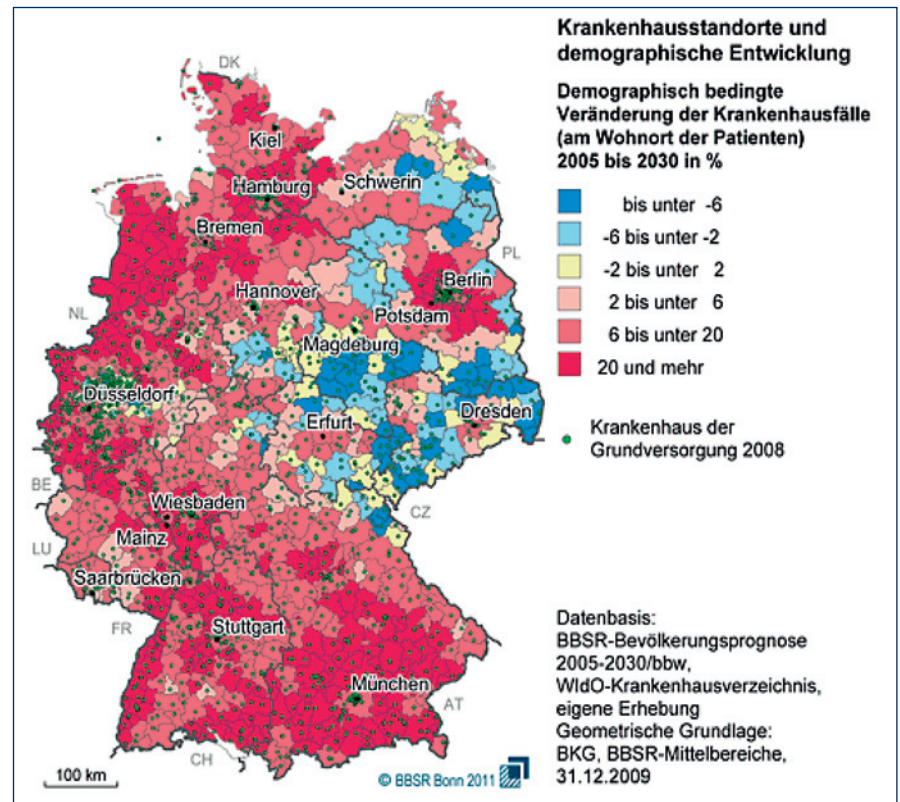


Abb. 9: Demografische Veränderung der Krankenhausfälle von 2005 auf 2030 bei unveränderten Standorten

Stationär sind allein nach Maßstäben der OECD mindestens 10 Prozent Krankenhausfälle, 20 Prozent der Betten und 30 Prozent der Standorte nicht bedarfsgerecht. Durch Netzwerkmedizin und ambulante Zentren ließe sich die Produktivität der Versorgung nach Einschätzung von Praktikern in 10 Jahren um 20 % steigern⁸. Der Telematik-Einsatz in der

⁸ Münch, E., Scheytt, S. Netzwerkmedizin. Ein unternehmerisches Konzept für die altersdominierte Gesundheitsversorgung, Berlin (Springer) 2014.

ambulanten Versorgung bleibt aus. Die dringend benötigte Kapitalzufuhr für zeitgemäße ambulante Unternehmenskonzepte wird rechtlich blockiert.

In einem System mit berufsbezogenen Einheitsverträgen in der Fläche sind die erforderlichen Effizienzsteigerungen nicht realisierbar. Erforderlich sind ein einheitliches, wettbewerbliches Versicherungssystem für GKV und PKV (Bürgerversicherung), die Vorgabe qualitativ hoher medizinischer und ökonomischer

Standards durch eine aktive Gesundheitspolitik und ein Wettbewerb nach einzelvertraglichen Prinzipien, der schnell über das Gurkenglas alibihafter Sub-Fonds hinaus positive Veränderung im Land aktiviert.

Autor:
Karl-Heinz Steinbach
AOK-Bundesverband
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Buchbesprechung

Martin Schölkopf, Holger Pressel, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich, Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin 2014, ISBN 978-3-95466-101-5, 304 S., 69,95 Euro. (1. Auflage: Berlin 2010, ISBN 978-3-939069-74-4)

Die Deutschen haben ein schizophrenes Verhältnis zu ihrem Gesundheitssystem: Werden sie im Ausland krank, treibt es die meisten so schnell wie möglich zurück ins deutsche Gesundheitswesen, der Markt für Versicherungen, die dafür die Kosten übernehmen, boomt. Bei Zufriedenheitsbefragungen lässt die Begeisterung aber schnell nach, im internationalen Vergleich rangieren die Deutschen da im Mittelfeld, hinter Tschechien, Estland und Slowenien – wie man in dem hier zu besprechenden Buch nachlesen kann (S. 228). In seiner Skepsis wird Otto Normalpatient bestärkt durch die Medien, die wiederum auf die Expertise von Experten zurückgreifen, die dann erklären, was in der Schweiz, in Holland, den USA oder Skandinavien

alles besser läuft. Es ist deshalb sehr verdienstvoll, dass der Unterabteilungsleiter für Pflegeversicherung im Bundesgesundheitsministerium Martin Schölkopf und der Leiter des Referats „Politik“ in der AOK Baden-Württemberg Holger Pressel gemeinsam fundierte Vergleiche über verschiedene Gesundheitssysteme vorlegen und gleichzeitig eine Übersicht über die europäische Gesundheitspolitik geben.

Die erste Auflage hatte Martin Schölkopf 2010 noch allein erarbeitet. Die Spuren, die die internationale Finanz- und Staatsschuldenkrise auch in vielen Gesundheitssystemen hinterlassen hat sowie „Obamacare“ haben zu Veränderungen geführt, die neben der Fleißarbeit der vielen Aktualisierungen es verständlich machen, dass dies nicht von einem Autor allein geleistet werden kann. Im Vergleich zur ersten Auflage ist es auch zu inhaltlichen Ausweitungen gekommen. So sind Überblicke über die Gesundheitssysteme von mittel- und osteuropäischen Staaten hinzugekommen. In der aktuellen Ausgabe sind über 30 Länderberichte enthalten,

die außerdem durch quantitative Daten ergänzt sind, was eine vergleichende Bewertung der verschiedenen Systeme erleichtert.

Wir werden also mit einer Welt im Wandel konfrontiert. Da ist es interessant, an welchen Stellen offenkundig kein Anpassungsbedarf besteht. Der „Zugang“ zu ärztlichen Leistungen ist und bleibt vorbildlich (S. 223; S. 238). Außerdem sind die jeweiligen Zusammenfassungen für das Kapitel, das sich mit Effizienz, Qualität und Nutzerorientierung befasst, in beiden Auflagen gleich (1. Aufl.: S. 195; 2. Aufl.: S. 238f). Sie schließen mit dem Nachholbedarf des deutschen Gesundheitswesens. Das ist neben der Zufriedenheit der Bevölkerung die Ergebnisqualität: „Hier findet sich Deutschland fast nie auf den ersten Plätzen, sondern meist im Mittelfeld oder als Nachzügler wieder“. Wenn es um Qualität geht, gilt im deutschen Gesundheitswesen offenkundig: Wie schnell ist wieder nichts passiert.

Andreas Meusch, Hamburg

Andreas Schmid

Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von zentralisierten Versorgungsstrukturen

In Politik, Wissenschaft und Selbstverwaltung wird diskutiert, ob und in welchem Umfang die Schließung von Krankenhäusern gefördert werden soll. Kontrovers erscheint dabei allerdings nur das Mittel, nicht das Ziel per se: der Abbau von Krankenhausstandorten und Überkapazitäten. Zugleich kämpfen viele Kommunen mit Vehemenz um den Erhalt ihrer Krankenhäuser und investieren zum Teil bei hohem wirtschaftlichem Risiko beachtliche Beträge in kleine Einrichtungen. Rückblickend kam es dabei in den letzten Jahren deutlich seltener zu tatsächlichen Schließungen von Standorten als gemeinhin vermutet. Viel häufiger werden vormals alleinstehende Krankenhäuser durch Fusionen auf Trägerebene in einen Verbund eingegliedert. Die Reduktion der Kapazitäten erfolgte über den Abbau von Betten bei sich auf Eigentümerebene ändernden Strukturen (Preusker et al. 2014; Schmid 2012).

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich zunächst mit der Frage nach der Zielgröße, die bei der angestrebten Reduktion der Krankenhauskapazitäten erreicht werden soll. Aufbauend darauf werden typische Argumentationslinien andiskutiert, die in der Diskussion um Kapazitätsabbau und Zentralisierung häufig anzutreffen sind. Dabei soll neben den avisierten Chancen auch auf mögliche Risiken und Nebenwirkungen eingegangen werden, die mit zentralisierten Versorgungsstrukturen einhergehen können.

Ein Blick in den internationalen Kontext unterstreicht den Eindruck, dass Deutschland gravierende Überkapazitäten in der stationären Versorgung hat. Während in Ländern wie Kanada, Großbritannien, Norwegen oder auch den USA weniger als 3,5 Betten je 1.000 Einwohner zur Verfügung stehen und Niederländer und Schweizer immerhin noch weniger als 5 Betten benötigen, liegt Deutschland nach Berechnungen der OECD mit 8,3 Betten im absoluten Spitzenfeld (SVR

2014, S. 410). Selbst wenn man berücksichtigt, dass direkte Vergleiche zwischen Ländern auf Basis aggregierter Daten und ohne Berücksichtigung des jeweiligen institutionellen Rahmens mit Vorsicht zu genießen sind, sind die Indizien stark. Innerhalb Deutschlands fallen dabei gravierende regionale Unterschiede ins Auge, die sich nicht alleine durch siedlungsstrukturelle Besonderheiten erklären lassen. So erscheint es zunächst plausibel, dass im von Ballungszentren geprägten Nordrhein-Westfalen ein Allgemeinkrankenhaus mit rund 108 km² im Schnitt das kleinste Einzugsgebiet aller Flächenstaaten hat. Der Unterschied von 703 km² in Mecklenburg-Vorpommern zu 224 km² in Bayern – beides Flächenstaaten – deutet jedoch darauf hin, dass auch die Versorgungsstrukturen per se sehr heterogen ausgeprägt sind. So führt die hohe Zahl sehr kleiner Krankenhäuser in Bayern dazu, dass weniger als 40.000 Einwohner auf ein Krankenhaus kommen, während in Mecklenburg-Vor-

pommern ein Krankenhaus zwischen 45.000 und 50.000 Einwohner versorgt. Unter anderem in Sachsen liegt dieser Wert sogar bei über 55.000 Einwohnern. Allein dieser deskriptive Vergleich macht deutlich, dass auch die gravierenden Unterschiede in der Inanspruchnahme zumindest teilweise auf die jeweilige Struktur der Versorgung zurückzuführen sind. Die Abweichungen sind auch hier beträchtlich: Während – bereinigt um Alter und Geschlecht – in weiten Teilen Baden-Württembergs weniger als 19,1 Krankenhausesfälle pro 100 Einwohner zu verzeichnen sind, liegt dieser Wert in anderen Regionen Deutschlands bei über 24, d. h. mehr als 20 % höher (SVR 2014, S. 412-417).

Es stellt sich demnach die Frage nach Ansätzen, über die eine angemessene Zahl, Größe und Verteilung von Krankenhäusern ermittelt werden kann. Begriffe wie Bedarfsnotwendigkeit oder Sicherstellung der Versorgung kombiniert mit Fragen der Qualität und Wirtschaftlich-

keit werden bei derartigen Diskussionen zwar häufig angeführt, es fehlt jedoch in der Regel eine angemessene und inhaltlich begründete Definition. Dementsprechend liefert die aktuell wachsende Zahl an methodisch interessanten Planungs- und Simulationsansätzen, welche die Schließung von Einrichtungen oder Abteilungen und die damit einhergehende Zentralisierung von verschiedenen Leistungsbereichen modellieren (siehe exemplarisch aktuelle Beiträge von Augurzy et al. 2014, Leber und Scheller-Kreinsen 2015 und Mennicken et al. 2014), zwar einen wichtigen Beitrag zu einer informierten Diskussion, die Frage nach einer angemessenen Versorgungsdichte können sie jedoch nicht lösen. Dabei geht der Trend zu einem starken Fokus auf Fahrzeiten und Erreichbarkeit, wobei die als angemessen erachteten Grenzwerte weitgehend normativer Natur sind und per Annahme gesetzt werden.¹

Recht ausführlich hat sich der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2000/2001 mit dem Begriff der bedarfsgerechten Versorgung im Kontext von Über-, Unter- und Fehlversorgung auseinandergesetzt (SVR 2001). Hierbei wird unter anderem zwischen einem subjektiven und einem objektiven Bedarf unterschieden. Letzterer „setzt die objektivierende Feststellung einer Krankheit bzw. Funktionseinschränkung (Behinderung) oder deren drohenden Eintritt voraus; er muss mit dem subjektiven Bedarf keineswegs deckungsgleich sein.“ (S. 122) Die daraus abgeleitete Definition des Behandlungsbedarfs orientiert sich damit eng an medizinischen

bzw. indikationsorientierten Aspekten. Damit ist sie für Fragen der Versorgungsstruktur nur sehr eingeschränkt anwendbar. Es lässt sich daraus beispielsweise nicht ableiten, wie viele Krankenhäuser zur Behandlung einer bestimmten Indikation in der Lage sein müssen oder wie weit diese von der zu versorgenden Patientengruppe maximal entfernt sein dürfen. In Bereichen der Notfallmedizin lässt sich in einzelnen Fällen unter Umständen noch ein auf Rettungszeiten bezogener Zusammenhang zu harten Outcome-Indikatoren wie Mortalität herstellen. Bei elektiven Eingriffen wird dies deutlich schwieriger, was sich am Beispiel der heterogenen Evidenz zur Geburtshilfe verdeutlichen lässt (Pilkington et al. 2008).

Das SGB ermöglicht über die Vorgaben in § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot) eine weitere Abwägung: Existieren verschiedene ausreichende und zweckmäßige Optionen zur Versorgung des Behandlungsbedarfs, ist die wirtschaftlichste zu wählen. In der konkreten Umsetzung lässt das SGB den beteiligten Akteuren große Spielräume, da beides – die Definition einer medizinisch angemessenen Versorgung wie auch ihrer wirtschaftlichen Bewertung – insbesondere in Bezug auf Versorgungsstrukturen nur schwer zu operationalisieren ist und – beeinflusst durch kulturellen und gesellschaftlichen Wandel – im Laufe der Zeit unterschiedlich interpretiert wird. Im Bericht des SVR 2014 wird der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit zwar ebenfalls ausführlich diskutiert, letztlich wird jedoch auch hier – gerade wenn es um die Frage bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen geht – auf eine pragmatische Arbeitsdefinition abgestellt, die lautet: „(...) *bedarfsgerechte Versorgung, d. h. eine bundesweit flächendeckende Versorgung auf hohem Qualitätsniveau (...)*“ (S. 35).

Entsprechend heterogen sind die in der Diskussion anzutreffenden Argumenta-

tionslinien hinsichtlich eines weiteren Abbaus und einer stärkeren Zentralisierung von Krankenhauskapazitäten, die im Folgenden grob und nicht abschließend in vier Gruppen eingeteilt werden sollen: Argumente mit primärem Bezug a) zur (*produktionsorientierten*) *Wirtschaftlichkeit*, b) zur *Qualität der medizinischen Leistung*, c) zur *Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung* und d) zum *Erhalt von Wahloptionen und allgemeinen Qualitätsanreizen*.

Betrachtet man zunächst die Wirtschaftlichkeit, so wird argumentiert, dass in vielen Regionen Überkapazitäten bestehen, die einer effizienten Leistungserbringung im Wege stehen. Ferner seien in größeren Einheiten *Economies of Scale* und *Scope* zu realisieren. Diese Punkte sind in weiten Teilen zutreffend und werden meist im Hinblick auf die produktive Effizienz von Krankenhäusern geäußert. Zu beachten ist dabei jedoch, dass Größe allein keine hinreichende Bedingung für die effiziente Leistungserbringung darstellt, sondern hierzu weitere Faktoren erfüllt sein müssen. Hierzu gehören unter anderem Anreize zum wirtschaftlichen Handeln und die Freiheit, notwendige organisatorische Umgestaltungen vornehmen zu können. Zu große oder inhaltlich überfrachtete Organisationen laufen zudem Gefahr, durch höhere Koordinations- und Bürokratiekosten die angestrebten Vorteile aufzuzehren.

In Bezug auf die Qualität erscheinen die Argumente für eine stärkere Zentralisierung besonders einleuchtend. Je öfter ein Arzt eine bestimmte Behandlung durchführt oder je mehr Behandlungen desselben Typs in einer Einrichtung erbracht werden, desto besser sind sie darin – es passieren weniger Fehler, die Qualität steigt. Dies ist intuitiv nachvollziehbar und wird vermutlich deshalb seltener als manch anderes Argument kritisch hinterfragt. Damit ist nicht gemeint, dass es nicht in dezidierten

¹ Augurzy et al. 2014 führen zumindest einen konkreten Vorschlag aus und argumentieren, dass sich das für sie zentrale Kriterium der Erreichbarkeit an den gängigen Vorgaben der Raumplanung orientieren solle. Betrachtet man die gravierenden Unterschiede zwischen realem Inanspruchnahmeverhalten und den Ergebnissen der Simulationen bei Mennicken et al. 2014 wird ferner deutlich, dass die Realisierung derartiger Strukturen drastische Verhaltensänderungen der Patienten bei der Krankenhauswahl erfordern würde.

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Indikationsbereichen wissenschaftlich gesicherte Evidenz zu diesem Zusammenhang gibt, die dann auch möglichst Eingang in die Versorgungspraxis finden sollte. Man muss sich jedoch vor Augen führen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss derzeit zu weniger als 10 Indikationsbereichen Mindestmengenregelungen erlassen hat, die sich meist auf hochkomplexe chirurgische Eingriffe wie Transplantationen beziehen und zum Teil juristisch mit Erfolg (u. a. Versorgung von Früh- und Neugeborenen) angefochten wurden. Dies steht in einem starken Kontrast zur intuitiv plausiblen Argumentation. Es zeigt sich, dass der statistische Nachweis nur äußerst schwer zu führen ist. Die Fallzahl ist in der Regel ein Faktor unter vielen, die Auswirkungen auf die Qualität haben. Sie lässt sich leicht messen und fängt viele nicht so leicht erfassbare Strukturmerkmale auf, erklärt häufig jedoch nur einen kleinen Teil der bestehenden Varianz. In anderen Worten: Auch über bestimmten Fallzahlgrenzen wird schlechte Qualität ange-troffen, auch unter solchen Grenzen kann gute Qualität geleistet werden – in beiden Bereichen ist die Streuung hoch.² Dies soll nicht als Argument gegen Mindestmengen per se verstanden werden – in Bereichen, in denen „die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist“ (§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V) und der diesbezügliche Nachweis geführt werden kann, soll dies auch umgesetzt werden. Das Argument „Größe führt zu Qualität“ eignet sich jedoch nicht, um pauschal für eine Zentralisierung von Versorgungsstrukturen und Ausdünnung der Versorgung in der Fläche zu werben oder daraus Zielgrößen hinsichtlich der Versorgungsdichte per se abzuleiten.

² Für die Komplexität, belastbare Evidenz für Mindestmengenregelungen zu generieren, siehe exemplarisch IQWiG 2012.

Ein weiterer Argumentationsstrang beschäftigt sich mit der Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung. Neben der Sicherstellungsproblematik fließen dabei häufig kommunal- und strukturelle Argumente ein: das Krankenhaus als Arbeitgeber, das Klinikum als Wirtschaftsfaktor einer Region. Dass letztere Probleme jedoch nicht über die Krankenversicherung gelöst werden können bzw. dürfen, ist aus einer versicherungsökonomischen Sichtweise heraus offensichtlich. Sofern Kommunen oder Bundesländer diesbezügliche Ziele mithilfe eigener Ressourcen verfolgen wollen, ist dies eine anders gelagerte Frage. Hinsichtlich der Frage der Sicherstellung bleibt das bereits beschriebene Problem klar definierter Vorgaben bestehen.³ Dabei zeigen sich auch in der konkreten Umsetzung zwischen den Bundesländern deutliche Unterschiede in der Interpretation (Augurzky et al. 2014).⁴ Meist wird im Rahmen dieses Argumentationsstrangs implizit die grundlegende Fragestellung nach der Förderung und Sicherung gleichwertiger Lebensverhältnisse aufgegriffen. Dass dieses auch im Grundgesetz formulierte Ziel von weiten Bevölkerungsgruppen geteilt wird, zeigt beispielsweise die Aufnahme eines diesbezüglichen Artikels in die bayerische Verfassung per Volksentscheid im Jahr 2013. Im Sozialgesetzbuch findet sich hierzu in § 70 (1) der Verweis darauf, dass eine „bedarfsgerechte und gleichmäßige (...) Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ ist. Es

³ In ländlichen Regionen wird ferner die Bedeutung eines stationären Versorgers für die Sicherstellung der ambulanten fachärztlichen Versorgung hervorgehoben (siehe hierzu exemplarisch auch SVR 2014, S. 613). Dabei ist jedoch zu bedenken, dass in den betroffenen Regionen nicht nur im Bereich der ambulanten, sondern auch im Bereich der stationären Versorgung ein akuter Fachkräftemangel zu verzeichnen ist.

⁴ Die zitierten Simulationsstudien zeigen ferner, dass es kaum Regionen gibt, in denen selbst nach weiteren Konsolidierungsrunden nicht zumindest ein Grundversorger in – wie auch immer definierter – „angemessener“ Entfernung erreichbar bleibt.

besteht somit die Herausforderung, über die eingangs beschriebenen, vagen Vorgaben des SGB einen einheitlichen Mindeststandard zu definieren. Dabei sind auch Fragen zu klären, ob beispielsweise die Erreichbarkeit (irgend)eines Anbieters ausreicht (Sicherstellungsmonopolist) oder ob die Option, zwischen verschiedenen Anbietern wählen zu können, ebenfalls einen Wert darstellt.

An diese Frage knüpft der letzte Argumentationsstrang an, der den Nutzen von Wahloptionen und allgemeinen Qualitätsanreizen thematisiert. Er negiert dabei keines der oben genannten Argumente, weist aber auf einen Aspekt hin, der aufgrund schwerer Greifbarkeit häufig übersehen wird, wenn schnelle Lösungen für akute Probleme gesucht werden.⁵ Es geht dabei um die bei Leistungserbringern entstehenden Anreize zur Qualitätsverbesserung, wenn einweisende Ärzte und Patienten die Wahl zwischen verschiedenen Anbietern haben. Krankenhäuser müssen sich dann aktiv um ihre Patienten bemühen. Dies kann – wie in den USA lange Zeit zu beobachten war – auch zu negativen Auswüchsen führen (Stichwort: *Medical Arms Race*). In Deutschland steht dem das DRG-basierte Vergütungssystem jedoch entgegen. Im positiven Sinne bleibt den Kliniken hierzulande primär über Qualität zu werben. Dies betrifft Qualität, wie sie durch einzelne Indikatoren sichtbar gemacht werden kann, aber auch darüber hinaus die Qualität der Versorgung im Allgemeinen. Wenn Patienten von negativen Erfahrungen in Krankenhäusern berichten, liegt dies häufig nicht zuerst an medizinischer Fehlversorgung, sondern beispielsweise an Stress und Belastung, die durch mangelhafte Betreuung und unklare Kommunikation entstanden. Den einweisenden Ärzten kommt bei

⁵ Zur umfangreichen Literatur zur Thematik siehe exemplarisch die Übersichtsarbeiten von Gaynor und Vogt 2000 sowie Gaynor und Vogt 2011.

der Bewertung der Versorgungsqualität eine zentrale Rolle zu. Der Nachweis für die These, dass diese Konkurrenzsituation der Krankenhäuser positive Auswirkungen auf die medizinische Qualität hat, ist äußerst schwer zu führen. Die Studie von Gaynor et al. (2013) ist ein Beispiel für eine Analyse, die die hier formulierte These stützt. Konkret kommen die Autoren dort zum Ergebnis, dass der Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten zu einer niedrigeren Mortalitätsrate führt, ohne die Kosten zu erhöhen.⁶

Wie ist mit diesem Sachverhalt umzugehen? In vielen ländlichen Regionen sind bereits heute beachtliche Strecken zum nächstgelegenen Krankenhaus zurückzulegen. Der zusätzliche Aufwand auf das übernächste auszuweichen, ist hier häufig prohibitiv. So finden beispielsweise Rinsche und Schmid (2015) bei einer Analyse von AOK-Daten für Bayern, dass im Jahr 2012 für eine Cholezystektomie in Regionen des Siedlungsstrukturellen Kreistyps 1 (kreisfreie Großstädte) nur 27 % der Patienten das nächstgelegene Krankenhaus aufsuchen, während es in Regionen des Typs 4 (dünn besiedelte ländliche Kreise) 71 % sind. Bei einer Lungenentzündung liegt das Verhältnis immer noch bei 38 % zu 65 %. Dem liegt zugrunde, dass mit weiteren Entfernungen für den Patienten im ökonomischen Sinne zunehmende Belastungen und Nutzeneinbußen entstehen. Folgt man den Argumenten des dritten Argumentationsstrangs, dann führt dies zu einer Benachteiligung der Bevölkerung im ländlichen Raum (immerhin 32 % der deutschen Bevölkerung leben in ländlichen Regionen des siedlungsstruk-

turellen Kreistyps 3 und 4; BBSR 2011).⁷ Wie oben ausgeführt, handelt es sich hierbei zunächst nicht um ein Problem, welches vorrangig eine Krankenversicherung zu beschäftigen hat, sondern um eine gesellschaftliche und strukturpolitische Frage. Es wird jedoch zu einem Problem der Krankenversicherung, wenn mittels der von Gaynor et al. (2013) untersuchten Mechanismen der Marktstruktur systematische Unterschiede in der medizinischen Qualität generiert werden. Dies beginnt bereits damit, dass Strukturen das Inanspruchnahme- und Gesundheitsverhalten beeinflussen können. Hierzu konnte exemplarisch festgestellt werden, dass beispielsweise bei zunehmenden Entfernungen zur nächsten Geburtsabteilung der Anteil der Hausgeburten steigt (Blondel et al. 2011). Dies muss nicht immer zwangsläufig zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität führen, ist in der Abwägung jedoch zu berücksichtigen. Es erscheint jedoch riskant, Strukturen zu schaffen, die nur schwer wieder revidiert werden können, ohne im Vorfeld die möglichen Konsequenzen in ihrer vollen Breite zu berücksichtigen.

Was sich aus keinem der Argumentationsstränge ableiten lässt, ist eine konkrete Zielgröße. Dies liegt zum einen daran, dass es sich in Teilen um eine gesellschaftliche Frage handelt, die nur normativ zu lösen ist. Hierzu gehört die Frage, welche Unterschiede zwischen Land und Stadt gesellschaftlich akzeptiert sind. Sind 30 Minuten Fahrzeit angemessen oder sind auch 45 Minuten akzeptabel? Ist man „selbst schuld“, wenn man das nächstgelegene Krankenhaus in 15 km Entfernung wählt, wo es doch in 25 km Entfernung ein besseres gibt? Zum ande-

ren sind auch in den oben beschriebenen Bereichen, die auf die medizinische Qualität Bezug nehmen, belastbare Zahlen nur schwer zu ermitteln. Es handelt sich um Grenzbereiche der Versorgungsforschung, der Gesundheitsökonomie und der Medizin, die auch wissenschaftlich noch nicht ausreichend diskutiert wurden. Die Gesundheitsökonomie bietet Analyse-rahmen (siehe bspw. die Diskussion in Ozegowski 2013), kommt jedoch nicht um die komplexe Quantifizierung der Nutzenkomponenten umhin. Umso wichtiger erscheint es, auch die mittel- und langfristig wirkenden Anreize zu berücksichtigen, die durch die Schaffung bestimmter Versorgungsstrukturen entstehen. Aufgrund der großen Unsicherheit in der Datenlage ist es durchaus auch kritisch zu hinterfragen, wie sinnvoll bundeseinheitliche und verbindliche Vorgaben für die Krankenhausplanung sind. Zwar wird man um eine derartige Definition schon aus pragmatischen Gründen nicht umhinkommen (Augurzky et al. 2014), die festgelegten Werte sollten jedoch mit der entsprechenden Vorsicht interpretiert und als Anhaltspunkte verstanden werden.

Abschließend sei noch darauf verwiesen, dass die verstärkt angestrebte sektorenübergreifende Versorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen mit einem stationären Leistungserbringer als Anker (SVR 2014) neben der horizontalen Konsolidierung auch zu einer vertikalen Integration führt. „Vorgelagerte“ Stufen, d. h. einweisende Ärzte, sind bspw. als Angestellte in einem zugehörigen MVZ auf den zugehörigen stationären Leistungserbringer ausgerichtet. Dies reduziert die Konkurrenzsituation weiter. Dasselbe gilt, wenn Krankenhäuser stationäre Leistungen direkt erbringen. Wird nun beispielsweise die Notwendigkeit eines Sicherstellungszuschlags von den Kostenträgern akzeptiert, bringt dies die Sicherstellungsmonopolisten in eine starke Ver-

⁶ Die Analyse wurde mit Daten des NHS in England durchgeführt und hat den Vorteil, dass im untersuchten Zeitraum eine Änderung in der Regulierung des Krankenhauswesens durchgeführt wurde, was eine gute Identifikation des Effekts von Marktstruktur auf Qualität erlaubt.

⁷ Auch Analysen, die direkt an der Marktstruktur, gemessen in Kennzahlen wie dem Herfindahl-Hirschman-Index, ansetzen, finden mit Bezug auf den deutschen Krankenhausmarkt in vielen Regionen hoch konzentrierte Märkte (Schmid und Ulrich 2013; Hentschker et al. 2014).

handlungsposition. Ohne den jeweiligen Sicherstellungsmonopolisten wird in den betroffenen Region künftig sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung nichts mehr gehen.

Zusammenfassend lassen sich drei Punkte ableiten: Erstens sollten Sicherstellungsmonopole wann immer möglich vermieden werden. Zweitens, in Regionen, in denen Sicherstellungsmonopole unumgänglich sind, müssen diese einer besonderen Kontrolle unterzogen werden, um die Nachteile von konzentrierten Märkten und reduziertem Konkurrenzdruck zu vermeiden. Ausschreibungs- und Kooperationsmodelle auch für einzelne Fachbereiche stellen hier eine mögliche Strategie dar. Drittens ist zu prüfen, wie die Mobilität von Patienten erhöht werden kann, sodass auch hierdurch die Wahlfreiheit und damit die Zahl potenzieller Konkurrenten in einem regionalen Markt erhöht wird. Zugleich gibt es einen klaren Forschungsbedarf, die Analyse von Versorgungsstrukturen hinsichtlich ihrer Versorgungsgüte weiter voran zu treiben und dabei insbesondere auch diejenigen Effekte zu berücksichtigen, die mittel- bis langfristig aufgrund verändernder Anreizstrukturen entstehen.

Literaturverzeichnis

- Augurzyk, Boris; Beivers, Andreas; Straub, Niels; Veltkamp, Caroline (2014): Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Positionen der Ersatzkassen zur Krankenhausplanung. Vorläufiger Endbericht zum Forschungsvorhaben des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek). RWI. Essen.
- BBSR (2011): Siedlungsstrukturelle Kreistypen 2011. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Bonn.
- Blondel, Béatrice; Drewniak, Nicolas; Pilkington, Hugo; Zeitlin, Jennifer (2011): Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France. In: *Health & place* 17 (5), S. 1170–1173. DOI: 10.1016/j.healthplace.2011.06.002.
- Gaynor, Martin; Moreno-Serra, Rodrigo; Propper, Carol (2013): Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service. In: *American Economic Journal: Economic Policy* 5 (4), S. 134–166. DOI: 10.1257/pol.5.4.134.
- Gaynor, Martin; Vogt, William B. (2000): Anti-trust and competition in health care markets. In: Anthony J. Culyer und Joseph P. Newhouse (Hg.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science (1), S. 1405–1487.
- Gaynor, Martin; Vogt, William B. (2011): Competition in health care markets. NBER Working Paper Series, Nr. 17208. National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Hentschker, Corinna; Mennicken, Roman; Schmid, Andreas (2014): Defining hospital markets - an application to the German hospital sector. In: *Health Economics Review* 4 (28), S. 1–17.
- IQWiG (2012): Literaturrecherche und Evidenzprüfung zur Überprüfung der Auswirkungen der Regelungen über Mindestmengen gemäß § 6 Abs. 5 Satz 2 der Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus. IQWiG-Berichte - Nr. 132. Köln.
- Leber, Wulf-Dietrich; Scheller-Kreinsen, David (2015): Marktaustritte sicherstellen. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hg.): *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer (in Vorbereitung).
- Mennicken, Roman; Kolodziej, Ingo W K; Augurzyk, Boris; Kreienberg, Rolf (2014): Concentration of gynaecology and obstetrics in Germany: Is comprehensive access at stake? In: *Health Policy* forthcoming. DOI: 10.1016/j.healthpol.2014.07.017.
- Ozegowski, Susanne (2013): Regionale Unterschiede in der ambulanten Versorgung: Ausmaß, Ursachen und Reformbedarf einer fehlenden Bedarfsgerechtigkeit der Ärzterverteilung. Berlin: OPUS.
- Preusker, Uwe K.; Müschenich, Markus; Preusker, Sven (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern - Deutschland 2003 - 2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.
- Rinsche, Florian; Schmid, Andreas (2015): Der Strukturwandel im Krankenhausmarkt am Beispiel Bayerns: Unterschiede im Querschnitt und Entwicklungen im Zeitverlauf. In: Jürgen Klauber, Max Geraedts, Jörg Friedrich und Jürgen Wasem (Hg.): *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer (in Vorbereitung).
- Schmid, Andreas (2012): Konsolidierung und Konzentration im Krankenhaussektor. Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenträgers. Baden-Baden: Nomos (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, 36).
- Schmid, Andreas; Ulrich, Volker (2013): Consolidation and concentration in the German hospital market: The two sides of the coin. In: *Health Policy* 109 (3), S. 301–310. DOI: 10.1016/j.healthpol.2012.08.012.
- SVR (2001): Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit - Band III - Über-, Unter- und Fehlversorgung, Bundesdrucksache 14/6871. Berlin.
- SVR (2014): Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Drucksache 18/1940.

Autor:

Prof. Dr. Andreas Schmid
JP Gesundheitsmanagement
Universität Bayreuth

Martin Albrecht

Mehr Bedarfsorientierung der Bedarfsplanung: Stand und Potenziale

Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde im Jahr 2012 eine Reform der ärztlichen Bedarfsplanung in die Wege geleitet. Anstatt – wie ursprünglich beabsichtigt – vor allem den Anstieg der Ärztezahlen zu verhindern, hat die Bedarfsplanung nun zum Ziel, den gesetzlich Versicherten gleichen Zugang zur ambulanten Versorgung zu sichern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben auf der Grundlage der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Jahresmitte 2013 ihre Bedarfspläne aufgestellt. Entspricht die neue Bedarfsplanung tatsächlich dem Ziel eines gleichmäßigen Zugangs zur ärztlichen Versorgung, der sich stärker am regionalen Versorgungsbedarf orientiert? Eine Zwischenbilanz.

Reform der Bedarfsplanung: Notwendigkeit und Kernpunkte

Auslöser für die Reform waren Mängel an der bisherigen Bedarfsplanung. Die zunehmende Kritik bezog sich auf das ausgeprägte Stadt-Land-Gefälle der ärztlichen Versorgung, aus dem sich auch die verbreitete Bezeichnung „Landärztegesetz“ für das Versorgungsstrukturgesetz ableitet. Insbesondere die Erreichbarkeit und der Zugang zu Fachärzten galten in vielen ländlichen bzw. strukturschwachen Regionen als unzureichend. Aber auch zwischen Regionen gleichen Typs verteilen sich die ärztlichen Versorgungsangebote teilweise sehr ungleich, beispielsweise im Vergleich ostdeutscher mit süddeutschen Regionen. Schließlich wurde der Alterung der Bevölkerung (und der Ärzteschaft) in der Bedarfsplanung bislang zu wenig Rechnung getragen.

Das folgende Beispiel illustriert die Defizite der alten Bedarfsplanung im Hinblick auf das kritisierte Stadt-Land-Gefälle

(Tabelle 1). Gemäß der bis Jahresende 2012 gültigen Bedarfsplanungsrichtlinie hatte ein Psychotherapeut in einem ländlichen Kreis mehr als 23 Tsd. Einwohner zu versorgen, in einer Kernstadt hingegen nur rd. 3.200 Einwohner, obwohl die Erreichbarkeit in Städten deutlich besser ist. Die Beschreibung der Versorgungssituation anhand von Versorgungsgraden verschleiert diese Unterschiede vollständig. Im konkreten Beispielfall war im Jahr 2008 der ländliche Kreis Hildburghausen

in Thüringen mit einem Versorgungsgrad von 134,7 % deutlich stärker „überversorgt“ als die Kernstadt Jena mit 114,6 %. Dabei gab es in Jena mit 37 mehr als die 9-fache Anzahl an Psychotherapeuten im Vergleich zu Hildburghausen, obwohl Jena nur etwa die 1,5-fache Anzahl an Einwohnern hatte. Würde man für ländliche Regionen dieselben Maßstäbe zugrunde legen, hätte Hildburghausen 21 anstatt 4 Psychotherapeuten benötigt.

Tabelle 1: Stadt-Land-Gefälle in der alten Bedarfsplanung am Beispiel der Psychotherapeuten in Thüringen (2008)

	Ländlicher Kreis (Hildburghausen)	Kernstadt (Jena)	Ländlicher Kreis auf Kernstadt-Niveau (Hildburghausen)
Einwohner	68.596	103.392	68.596
Einwohner je Psych. (Soll)	23.106	3.203	3.203
Anzahl Psych. (Soll)	3	32	21
Anzahl Psych. (Ist)	4	37	4
Einwohner je Psych. (Ist)	17.149	2.794	17.149
Versorgungsgrad	134,7 %	114,6 %	18,7 %

Quelle: IGES auf Basis G-BA (2010), KV Thüringen

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Auf der Grundlage des gesetzlichen Auftrags hat der G-BA die Bedarfsplanungsrichtlinie grundlegend verändert. Schwerpunkte der Neufassung waren die

- Definition von Versorgungsebenen mit jeweils unterschiedlichen Planungsbereichen: Mit zunehmender fachlicher Spezialisierung werden die Planungsbereiche räumlich größer abgegrenzt (Planung der Hausärzte auf Ebene von 883 Mittelbereichen, der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf Ebene der Kreisregionen, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung auf Ebene von Raumordnungsregionen);
- Berücksichtigung der sog. Mitversorgung in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung: Großstädten wird eine höhere Arztdichte zugestanden als den umliegenden Regionen;
- erstmalige Planung der gesonderten fachärztlichen Versorgung (auf Ebene der KV-Bezirke);
- Weiterentwicklung des Demografiefaktors;

- erstmalige Berücksichtigung ermächtiger Ärzte und Psychotherapeuten.

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie trat mit Beginn des Jahres 2013 in Kraft. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stellten auf dieser Grundlage erstmalig bis Mitte des Jahres 2013 neue Bedarfspläne auf. Das Versorgungsstrukturgesetz räumt ihnen die Möglichkeit ein, aufgrund regionaler Besonderheiten von den Vorgaben der Richtlinie abzuweichen.

Bewertung der Reform: Methodischer Ansatz

Eine Kernforderung in der Diskussion über die Reform der Bedarfsplanung lautete, die Fixierung auf historische Arzt-Einwohner-Relationen abzulösen durch eine stärker am tatsächlichen Versorgungsbedarf orientierte Verteilung der geplanten Arztsitze. Das IGES Institut hatte hierzu im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahr 2012 ein wissenschaftliches

Gutachten zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung vorgelegt (Albrecht, Nolting et al. 2012, 2012a). Darin hat es u. a. einen Bedarfsindex entwickelt, der die regionalen Unterschiede im Versorgungsbedarf umfassender abbildet und so die Grundlage einer stärker bedarfsgerechten Verteilungsplanung bilden kann. Für den Faktencheck Ärztedichte der Bertelsmann Stiftung hat das IGES Institut den Bedarfsindex weiterentwickelt und dafür verwendet, die neuen Bedarfspläne im Hinblick auf das Ziel einer stärkeren Bedarfsorientierung zu bewerten (Albrecht, Etgeton & Ochmann 2014).

Im Unterschied zu den Versorgungsgraden, die das Verhältnis zwischen der tatsächlichen und der geplanten Arztdichte darstellen, wird bei dieser Bewertung betrachtet, in welchem Ausmaß die regionalen Unterschiede der geplanten Arztdichten mit den regionalen Unterschieden im Versorgungsbedarf (gemessen anhand des Bedarfsindex) übereinstimmen (s. Abbildung 1). In einem

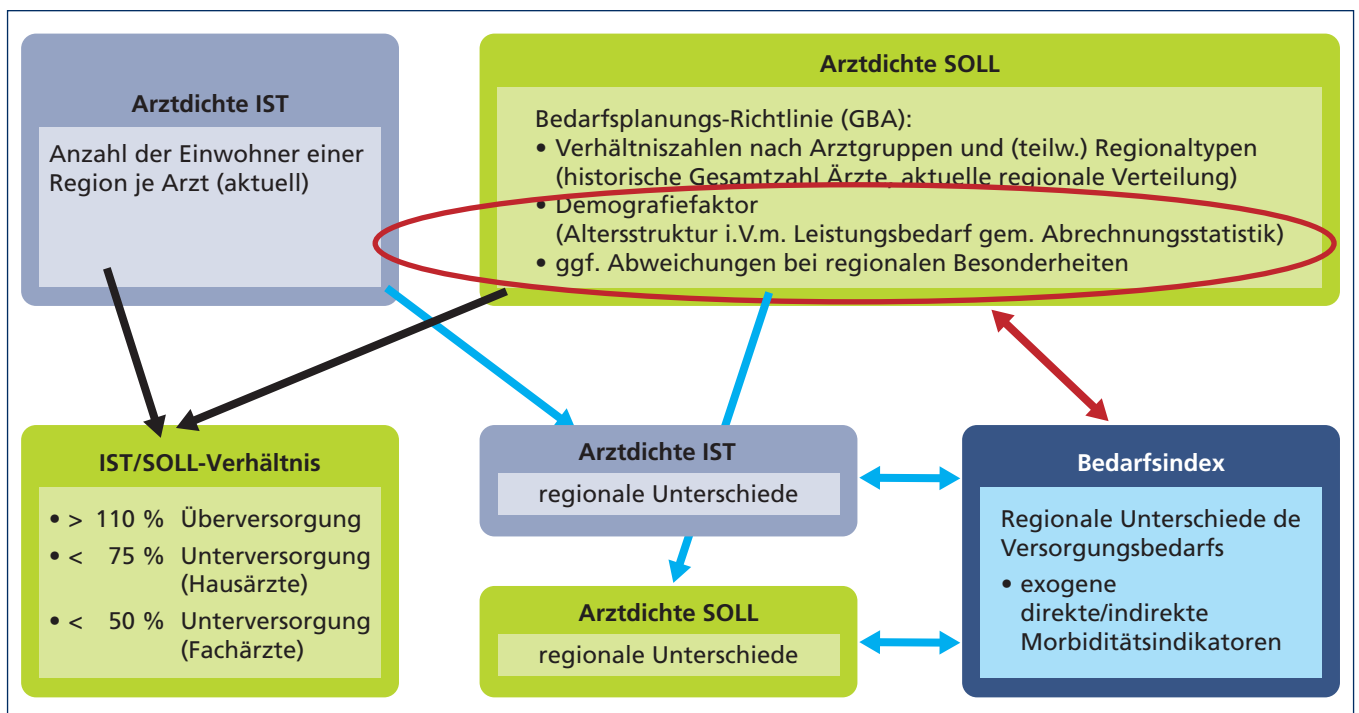


Abbildung 1: Beurteilung der Bedarfsorientierung der Bedarfsplanung

Quelle: IGES

zweiten Schritt wird dann ermittelt, ob sich gemäß der Planung die Abweichungen der regionalen Ärztedichten von den regionalen Bedarfsunterschieden im Vergleich zur Ist-Situation verringern.

Der Bedarfsindex misst hierbei die regionalen Bedarfsunterschiede im Vergleich zu den Vorgaben der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie umfassender und bezieht neben der regionalen demografischen Situation auch sozioökonomische Faktoren (Arbeitslosenquote, Einkommensarmut) sowie direkte Morbiditätsindikatoren (Pflegebedarf, Mortalität) ein. Der Wert des Index für eine Region gibt an, wie stark diese hinsichtlich dieser bedarfsbeeinflussenden Faktoren vom Bundesdurchschnitt abweicht und welcher Mehr- bzw. Minderbedarf sich hieraus für die ärztliche Versorgung ergibt (zur Methodik vgl. Albrecht, Nolting et al. 2012).

Datengrundlagen der Bewertung sind die im Rahmen der Bedarfsplanungen der KVen gemachten Angaben (Planungsblätter) zur Anzahl der Ärzte (Stand: 2013), Verhältniszahl (vor und nach Anpassung des Demografiefaktors), zum Versorgungsgrad sowie zu den Niederlassungsmöglichkeiten bzw. der Anzahl der Ärzte oberhalb der Sperrgrenze, jeweils differenziert nach ärztlichen Fachgruppen und Planungsbereichen.¹ Für den Bedarfsindex wurden die regionalstatistischen Informationen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) sowie die Bevölkerungs- und Pflegestatistiken des Statistischen Bundesamtes verwendet.

¹ Eine Ausnahme bildet die KV Mecklenburg Vorpommern, die ihre Planungsblätter nicht veröffentlicht bzw. zur Verfügung gestellt hat.

Ergebnisse: Mehr Bedarfsorientierung bei Hausärzten, aber nicht bei allgemeiner fachärztlicher Versorgung

Für die Beurteilung der Bedarfsorientierung wurden die Planungsregionen (Hausärzte: Mittelbereiche, allgemeine Fachärzte: Kreisregionen) jeweils nach ihrer Ärztedichte (Ist und Planung) sowie nach ihrem relativem Versorgungsbedarf (im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) angeordnet und in jeweils fünf gleich große Gruppen (Quintile) eingeteilt. Für jeden Planungsbereich wurde dann ermittelt, ob er bei der Ärztedichte (Ist und Planung) jeweils demselben Quintil zugeordnet wurde wie beim relativen Versorgungsbedarf.

Auf dieser Grundlage zeigt sich, dass sich die geplante regionale Verteilung der Hausärzte deutlich stärker an den regionalen Bedarfsunterschieden orientiert als ihre derzeitige Verteilung: Während gegenwärtig nur für knapp 19 % der Mittelbereiche die Abweichung der Arztdichte in etwa auch der Abweichung beim Bedarf entspricht, würde dies gemäß der neuen

Planung für nahezu die Hälfte (46 %) der Mittelbereiche gelten (Tabelle 2). Das heißt: Würde die Planung umgesetzt, wäre die regionale Verteilung der Hausärzte stärker am regionalen Versorgungsbedarf orientiert. Dieser Fortschritt ist im Wesentlichen auf drei grundlegende Reformelemente zurückzuführen:

- Durch den verpflichtenden Demografiefaktor wird in der Planung ein über- oder unterdurchschnittlicher Bedarf aufgrund der regionalen Altersstruktur berücksichtigt.
- Die Einwohner-Arzt-Verhältniszahl ist für alle Regionen identisch (Ausnahme: Ruhrgebiet). Es gibt somit keine Differenzierung mehr nach Regionstypen, wodurch in der Vergangenheit ein Stadt-Land-Gefälle bereits systematisch in der Planung angelegt war.
- Schließlich bewirkt die kleinräumigere Planung (Mittelbereiche anstatt Kreisregionen) eine stärkere Gleichverteilung der Hausärzte.

Ganz anders fällt der Befund für die allgemeine fachärztliche Versorgung aus (Tabelle 2): Bei den hausarztnahen Fachgruppen der Kinder- und Frauenärzte

Tabelle 2: Anteile der Planungsbereiche nach regionalen Abweichungen der Ärztedichte und des Bedarfs (2013): Ist vs. Planung

regionale Unterschiede: Ärztedichte und Bedarf	Übereinstimmungen Anteil der Planungsbereiche	Abweichungen
Hausärzte		
IST	18,7 %	81,3 %
Planung	46,4 %	53,6 %
Kinderärzte		
IST	29,6 %	70,4 %
Planung	24,9 %	75,1 %
Augenärzte		
IST	27,1 %	72,9 %
Planung	33,4 %	66,5 %
Frauenärzte		
IST	19,0 %	81,0 %
Planung	18,2 %	81,8 %

Quelle: IGES

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

Kinderärzte aktuell	32,9	11,1	10,1	16,3	23,6	5,9
Kinderärzte geplant	32,8	11,0	9,9	16,8	23,5	6,1
Augenärzte aktuell	35,8	9,8	9,2	15,9	23,3	6,1
Augenärzte geplant	34,2	10,1	8,9	16,3	24,6	5,9
Frauenärzte aktuell	36,0	10,1	9,3	15,5	22,8	6,3
Frauenärzte geplant	36,0	10,2	9,3	15,6	22,8	6,1

■ Großstadtzentrum
 ■ nahes Nebenzentrum
 ■ nahe Umgebung einer Großstadt
■ weitere Umgebung einer Großstadt
 ■ außerhalb der Umgebung einer Großstadt
 ■ Ruhrgebiet

Abbildung 2: Hausarztnahe Fachärzte: Verteilung Stadt-Land unverändert

Quelle: Bertelsmann Stiftung (2014)

sinkt beim Vergleich Planung mit Ist-Situation sogar der Anteil der Kreisregionen, in denen die Abweichung der Arztdichte in etwa auch der Abweichung beim Bedarf entspricht. Bei den Augenärzten erhöht sich dieser Anteil immerhin etwas, aber deutlich schwächer als bei den Hausärzten.

Dementsprechend bringt die neue Bedarfsplanung auch hinsichtlich des bestehenden Stadt-Land-Gefälles im Vergleich zur Ist-Situation keine spürbaren Änderungen: Betrachtet man die regionale Verteilung dieser allgemeinen Facharztgruppen auf die unterschiedlichen Regionstypen, so bleiben die dominierenden

Anteile der Großstädte nahezu unverändert, und die ländlichen Regionen gewinnen fast nichts dazu (Abbildung 2).

Hierbei macht sich bemerkbar, dass sich für die allgemeine fachärztliche Versorgung auch in der neuen Bedarfsplanung die Verhältniszahlen je nach Regionstyp unterscheiden: Viele Regionen außerhalb einer Großstadt erhalten aufgrund unterstellter Mitversorgungsbeziehungen eine geringere Arztdichte zugestanden. Für die hier ausgewählten Arztgruppen, insbesondere die Kinderärzte, lässt sich jedoch die Annahme einer kreisübergreifenden Mitversorgung in Frage stellen. Stattdessen erscheint auch hier ein wohnortnaher Zugang grundsätzlich nötig und würde, wie bei den Hausärzten, eine kleinräumigere Planung nahelegen.

Von der Möglichkeit, aufgrund regionaler Besonderheiten von den Vorgaben der

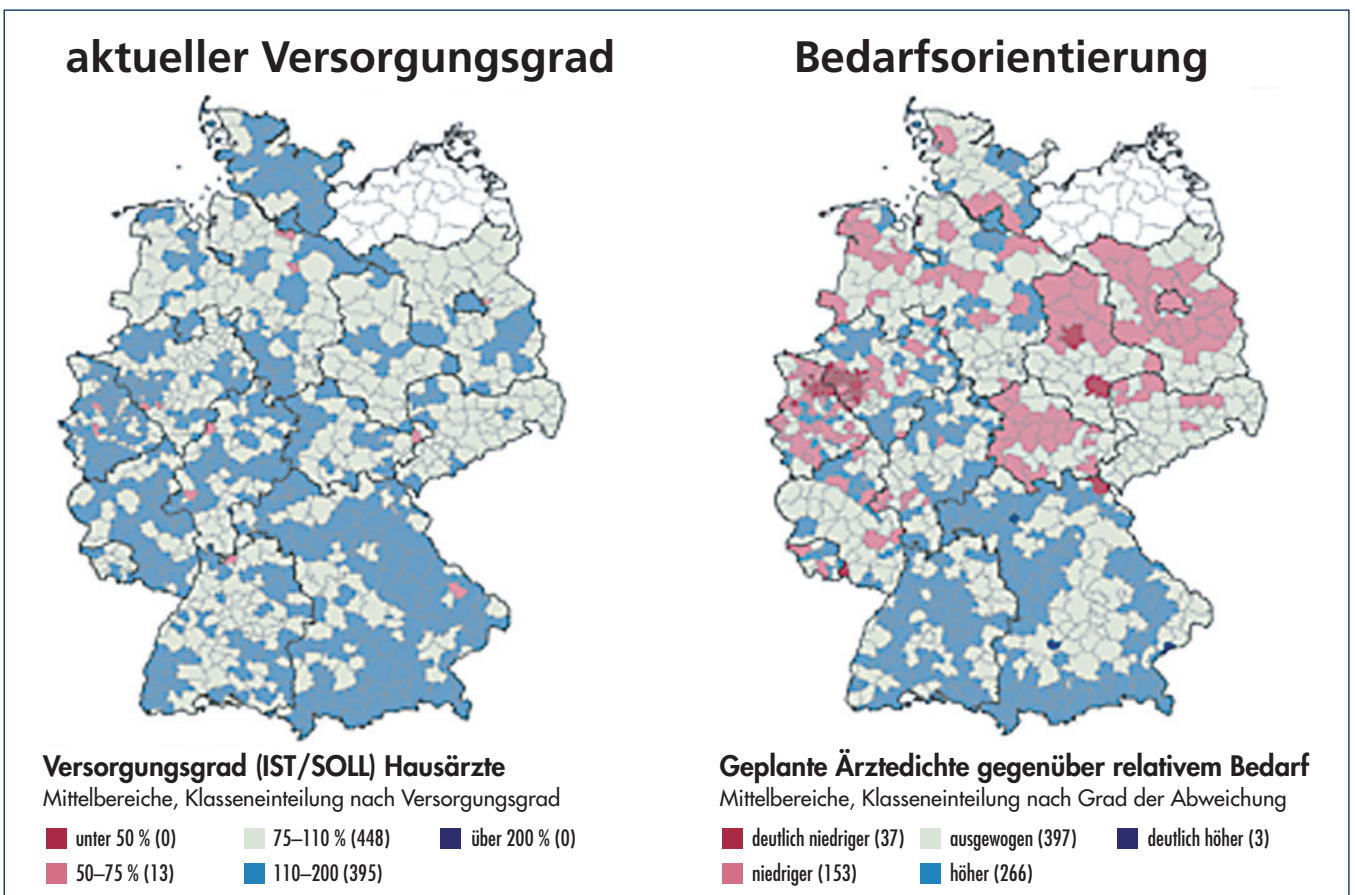


Abbildung 3: Versorgungsgrad und Bedarfsorientierung bei Hausärzten (2013)

Quelle: IGES; Albrecht, Etgeton & Ochmann (2014)

Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen, wurde bislang nur begrenzt Gebrauch gemacht. Bei der Planung der Hausärzte wurde in 25 Fällen (< 3 %) der Zuschnitt bzw. die Zuordnung der Mittelbereiche geändert. Für 4 % der Mittelbereiche wurden die Verhältniszahlen verändert. Anzeichen für eine auf regionaler Ebene divergierende Bedarfsplanung gibt es somit bisher nicht.

Fazit und Ausblick

Die neue Bedarfsplanung ist durch eine größere Bedarfsorientierung gekennzeichnet (Demografiefaktor). Für den hausärztlichen Bereich erhöht sie zudem die Anforderungen an die Erreichbarkeit (einheitliche Verhältniszahl und kleinräumigere Planungsbereiche). Die vor allem im Hinblick auf die hausarztnahen Fachärzte vielfach kritisierte Ungleichverteilung und räumliche Konzentration wird durch die neue Bedarfsplanung nicht grundlegend adressiert. Zahlreiche neben der Altersstruktur bedarfsbeeinflussende Faktoren werden in der neuen Bedarfsplanung nicht berücksich-

tigt und auch im Rahmen von Abweichungen aufgrund regionaler Besonderheiten bislang kaum aufgegriffen.

Im Unterschied zu den nach wie vor verwendeten Versorgungsgraden wäre eine differenziertere und umfassendere Darstellung der Bedarfs- und Versorgungssituation in den Regionen sinnvoll, wie es beispielsweise der hier verwendete Vergleich der Unterschiede bei geplanter Arztdichte und regionalem Bedarf gezeigt hat und wie es die kartografische Darstellung veranschaulicht (Abbildung 3).

Für die Einbeziehung weiterer bedarfsbeeinflussender Faktoren (sozioökonomische Situation, Morbiditätsindikatoren) könnte und sollte zukünftig die Möglichkeit stärker genutzt werden, aufgrund regionaler Besonderheiten von den Vorgaben der Bedarfsplanungsrichtlinie abzuweichen. Allerdings sollten dann zugleich hierfür einheitliche Kriterien etabliert werden, um zu vermeiden, dass regionale Bedarfsplanungen unabhängig vom Versorgungsbedarf zu divergierenden Zugangsmöglichkeiten für GKV-Versicherte führen.

Literatur

Albrecht M, Nolting HD, Schliwen A, Schwinger A (2012): Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung, Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 140f SGB V, Abschlussbericht, Berlin.

Albrecht M, Nolting HD, Schliwen A (2012a): Konzept zur Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 5/2012: 29-35.

Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R (2014): Faktencheck Gesundheit, Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte), Hg: Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

Bertelsmann Stiftung (2014): Faktencheck Gesundheit Ärztedichte: Bedarfsplanung plant am Bedarf vorbei, Gütersloh.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2010): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Fassungen von 2010, 2013 und 2014.

Autor:

Dr. Martin Albrecht
IGES-Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Buchbesprechung

Schlegel (Hrsg.); Musterverträge im Gesundheitswesen, 26. Aktualisierung; Stand: Dezember 2013; C.F. Müller

Die Musterverträge im Gesundheitswesen beinhalten alle wesentlichen Mustervertragswerke mit ausführlichen Kommentierungen rechtlicher und steuerlicher Art. Neben einer umfassenden Einfüh-

rung in die jeweilige Thematik werden auch alternative Vertragsgestaltungen angeboten.

Die aktuelle Ergänzungslieferung des Loseblattwerks mit CD-ROM enthält Aktualisierungen zur vertraglichen Beendigung einer Gemeinschaftspraxis, zum Praxiskauf- und Anteilsübertragungsvertrag sowie zur Thematik Heimbeförderung

für Apotheken. Zudem wird die Sammlung um den Text des neuen Bundesmantelvertrag-Ärzte ergänzt.

Das Gesamtwerk stellt nach wie vor eine wertvolle Hilfe in der Praxistätigkeit dar und bereichert jede Bibliothek.

Sonja Graßl, München

Klaus H. Kober

Gesundheit in Stadt und Land – Was ist Versorgung wert?¹

Die Diskussion um fehlende Ärzte, insbesondere in strukturell schwachen Landesteilen ist eines der vorherrschenden Themen unserer Zeit. Kaum ein Tag vergeht, ohne dass in den Medien über den „Landarztmangel“ berichtet wird. Dabei sind die Ursachen für fehlende Ärzte, bzw. eine regionale Unterversorgung äußerst vielschichtig. Für die nachhaltige Lösung des Problems kann es somit keinen Kardinalsweg geben. Vielmehr müssen auf der Basis wissenschaftlich valider Standortanalysen die notwendigen Lösungen herausgearbeitet werden. Dies ist die Voraussetzung um eine adäquate, d. h. bedarfsgerechte Versorgung der betroffenen Bevölkerung mit langfristig tragfähigen Lösungen zu erzielen. Dazu gehören auch Investitionen in eine verbesserte Infrastruktur des ländlichen Raums genauso wie beispielsweise die zielstrebige Entwicklung und Umsetzung von intersektoralen Angeboten zur Versorgung.

Der folgende Artikel zeigt wesentliche Ursachen und Einflussfaktoren des Problems auf. Er erläutert, wie mit Hilfe von wirtschaftswissenschaftlich fundierten Standortanalysen eine eindeutige Situationsbeschreibung und damit Planungssicherheit für die nähere Zukunft geschaffen werden kann.

Die Ursachen können im Kern in drei Bereichen zusammengefasst werden. Diese sind zugleich auch die künftigen Handlungsfelder:

- Infrastrukturelle Ursachen
- Berufsgruppenspezifische Ursachen
- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Infrastrukturelle Ursachen

- Regional rückläufige Bevölkerungsentwicklung bei gleichzeitig hohem Durchschnittsalter der zurückbleibenden Bewohner. Diese Menschen müssen aber ebenfalls adäquat versorgt werden.

- Wenig attraktive Rahmenbedingungen für potenzielle Leistungserbringer in ländlichen Regionen wie unzureichende Versorgung mit Breitband, problematische Verkehrsinfrastruktur, fehlende schulische sowie kulturelle Angebote und Einkaufsmöglichkeiten.
- Fehlende Beschäftigungsmöglichkeit für den (Ehe-) Partner.
- Eine zentralistische und damit wenig flexible Steuerung durch den Versorgungsauftrag nach § 99 SGB V. Diese hat in der Vergangenheit zu einer Ungleichverteilung der niedergelassenen Ärzte geführt. Ein u. a. daraus resultierender, äußerst problematischer Nebeneffekt, der in der öffentlichen Diskussion kaum beachtet wird, ist der

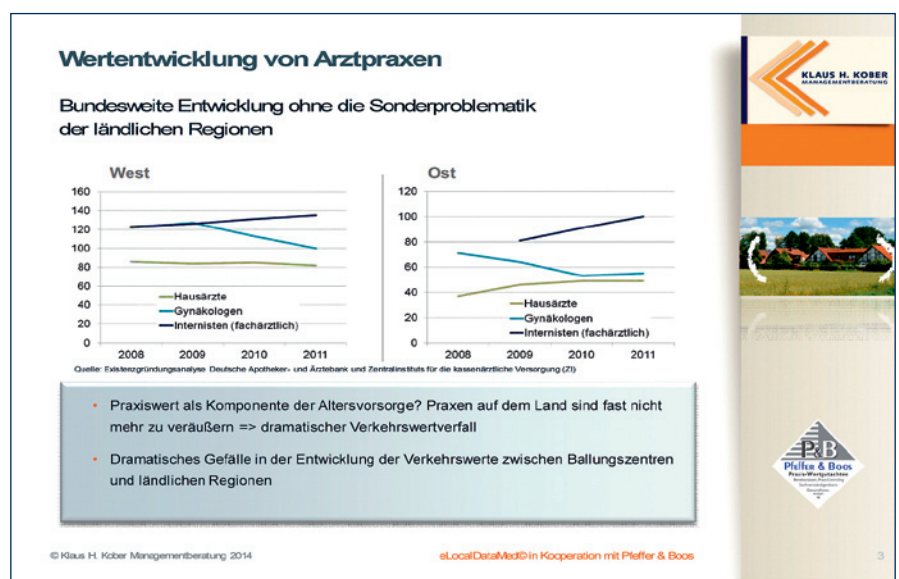


Abb.1: Wertentwicklung von Arztpraxen

Quelle: eigene Darstellung auf der Basis Deutsche Apotheker- und Ärztekammer und Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI)

dramatische Verkehrswertverfall von Praxen: Arztpraxen auf dem Land sind praktisch nicht mehr zu verkaufen! Das Konstrukt, Erlöse aus einer Praxisveräußerung als wesentlichen Bestandteil der eigenen Altersvorsorge zu berücksichtigen, funktioniert somit nicht mehr.

Berufsgruppen-spezifische Ursachen

- Die Wahrnehmung des Fachs Allgemeinmedizin ist in den letzten Jahren hinter „vermeintlich interessanteren“ Disziplinen wie z. B. Radiologie, Orthopädie, Kardiologie usw. deutlich zurückgeblieben.
- Fehlende Ausbildungskapazitäten im Bereich Allgemeinmedizin an den medizinischen Fakultäten.
- Hohes durchschnittliches Lebensalter der Praxisinhaber.
- Fehlende Entlastung der aktiven Praxisinhaber insbesondere von zeitraubenden, organisatorischen und administrativen Tätigkeiten.
- Das Potenzial einer besseren Vernetzung der Sektoren untereinander wird nicht ausgenutzt.

Gesellschaftliche Ursachen

- Die zunehmende Zahl weiblicher Medizinerinnen. Die jungen Frauen sind gut ausgebildet, zum Teil international erfahren und möchten gerne in ihrem Beruf arbeiten. Gleichzeitig aber auch Familie und Freizeit haben. Dabei konkurriert die Tätigkeit als niedergelassener Arzt bzw. in der Klinik mit anderen Beschäftigungsmöglichkeiten aus der Industrie, Wissenschaft, Lehre usw. ganz erheblich.
- Berufstätige legen heute mehr denn je besonderen Wert auf die gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie – Work-lifebalance –

Mögliche Ansatzpunkte zur Gestaltung der Situation vor Ort

Zu Beginn jeglicher Aktivität sollte eine wissenschaftlich fundierte Analyse der jeweiligen regionalen Situation stehen, dies kann bis auf Ebene eines Postleitzahlgebietes geschehen. Wesentliches Kriterium

einer solchen Analyse ist, dass sowohl volkswirtschaftliche Parameter als auch Daten der vorhandenen Versorgungsinfrastruktur immer in einem Zusammenhang betrachtet werden. Zu den zu betrachtenden volkswirtschaftlichen Daten gehören z. B. die demografische Entwicklung, Kaufkraft, Arbeitsmarktdaten usw. Auf diese Weise werden die individuellen Pro-

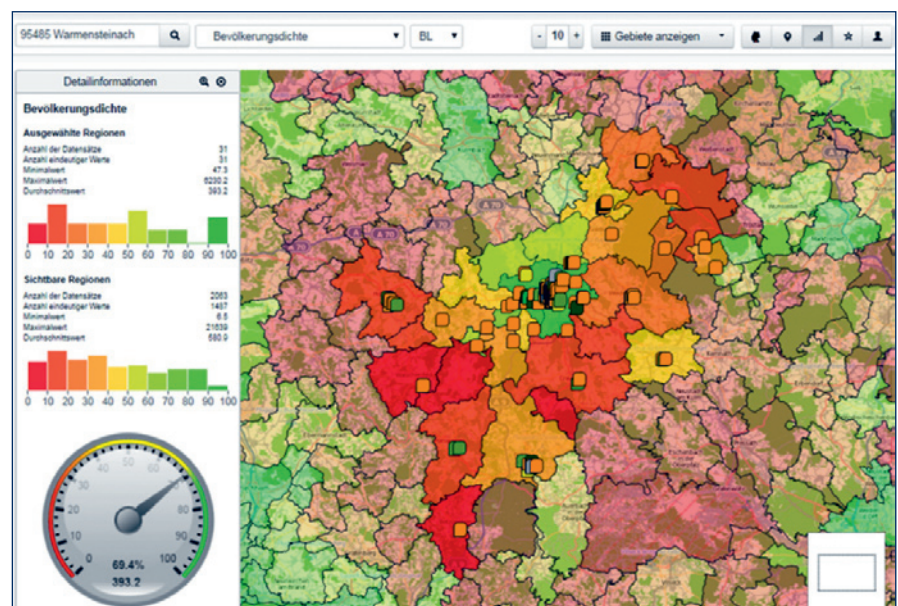


Abb. 2: Bevölkerungsdichte

Quelle: eLocalDatamed® von MedidataResearch GmbH Mannheim

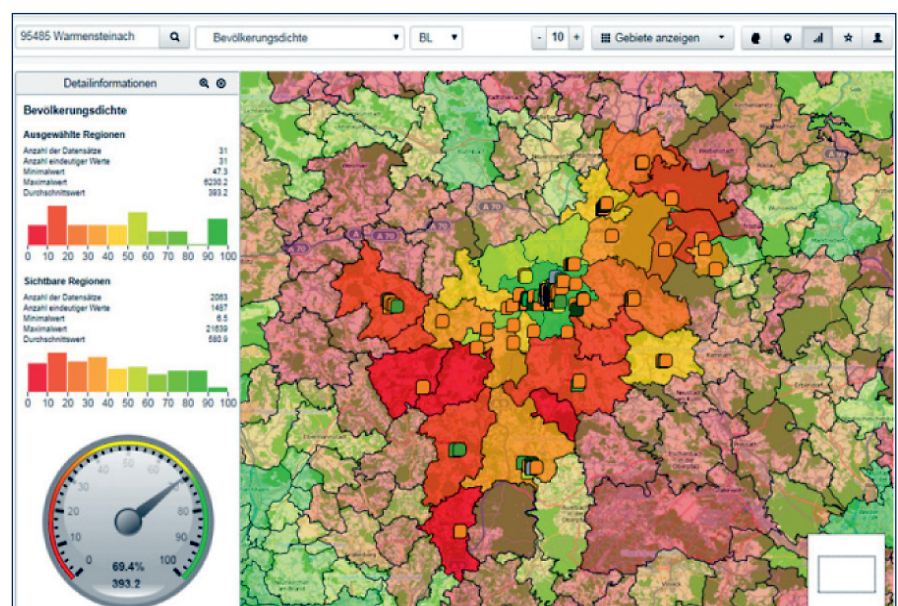


Abb. 3: Einwohner-Arzt-Relation einer Region und die Verteilung von (Fach-) arztstzen.

Quelle: eLocalDatamed® von MedidataResearch GmbH Mannheim

Die Zukunft der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

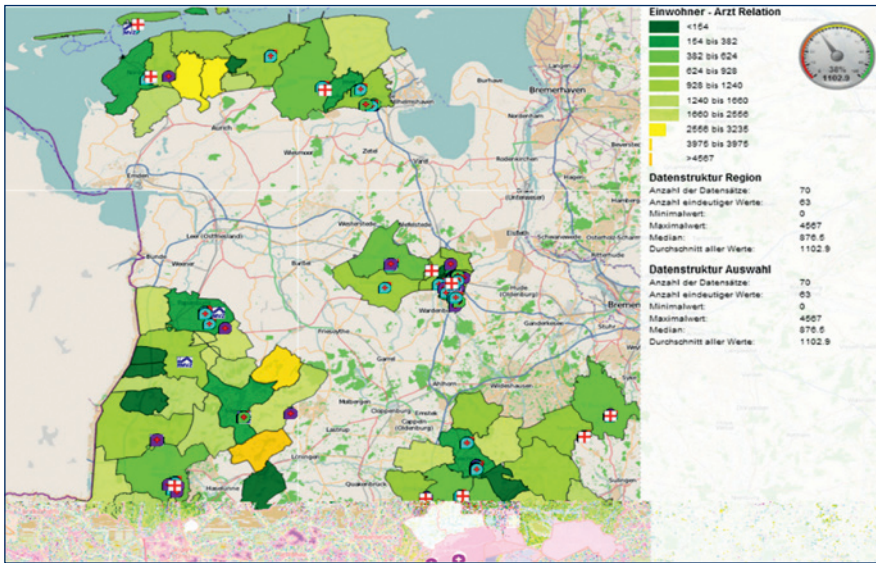


Abb. 4: Vergleich Einwohner–Arzt –Relation ausgewählter Regionen untereinander.

Quelle: eLocalDatamed® von MedidataResearch GmbH Mannheim

bleme vor Ort transparent und sind besser zu verstehen. Daraus lassen sich, für den jeweiligen Bedarf, maßgeschneiderte Lösungsansätze entwickeln.

Im Folgenden werden einige Analysebeispiele dargestellt.

Rote Flächen in aggregierten Bereichen kennzeichnen Gebiete mit sehr geringer Bevölkerungsdichte, grüne Gebiete haben eine hohe Bevölkerungsdichte.

Die Kennzahl Einwohner–Arzt–Relation Abb. 3, ermöglicht Rückschlüsse auf die Versorgungsdichte in einem Gebiet. In den grünen Bereichen entfallen auf jeden niedergelassenen Arzt weniger zu versorgende Patienten als in den roten Bereichen. So wird u. a. das Gefälle zwischen den Städten und deren Umland veranschaulicht. Somit können, nicht zuletzt aus Sicht des niederlassungswilligen Arztes Rückschlüsse auf die Werthaltig-

keit und damit Attraktivität einer Region gezogen werden.

Der Tacho in Abb.3 zeigt den Status der ausgewählten Region im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland. In der o.a. Abbildung haben somit 62 % der Regionen in Deutschland eine günstigere Einwohner-Arzt-Relation als die ausgewählten.

Die Abb. 4 und Abb. 5 sind Darstellungen von mehreren volkswirtschaftlichen Parametern unterschiedlicher Regionen im Vergleich. So lässt sich die eigene Situation im Bezug zu anderen Regionen besser einordnen.

Fazit

Wirtschaftswissenschaftliche Standortanalysen bis auf Postleitzahlenebene sind ein wichtiger Beitrag zur Versachlichung der Diskussion zwischen allen beteiligten Parteien. Die umfassende Abbildung von Informationen zur medizinischen Versorgungsinfrastruktur in Kombination mit volkswirtschaftlichen Daten leistet einen wertvollen Beitrag um die notwendige Infrastruktur langfristig und am tatsächlichen Bedarf orientiert zu gestalten. Eine weitere Voraussetzung zum Gelingen einer guten Versorgung ländlicher Regionen, ist die Steigerung deren Attraktivität und ein stärkeres Engagement für die Allgemeinmedizin, dann wird es auch in Zukunft eine gute Versorgung geben.

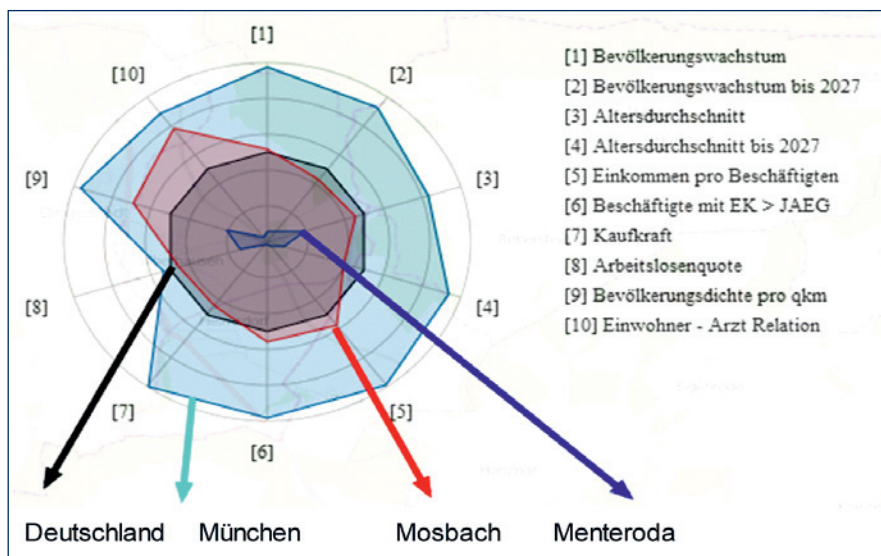


Abb. 5: Volkswirtschaftliche Parameter ausgewählter Regionen im Vergleich.

Quelle: eLocalDatamed® von MedidataResearch GmbH Mannheim

Autor:
Klaus H. Kober
Söllinger Straße 15
77836 Rheinmünster

BSG Urteil vom 28.08.2013 –

B 6 KA 36/12 R

Zur rückwirkenden Neufestsetzung einer Abrechnungsobergrenze bei der Anstellung von Ärzten in Job-Sharing-Verhältnissen. SozR 4 (vorgesehen)

BSG Beschluss vom 28.08.2013 –

B 6 KA 24/13 B

1. Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 (DÄ 2004, A 3129) ermächtigt eine KV zur Anpassung von Regelleistungsvolumina unter Sicherstellungsgesichtspunkten.
2. Rückschlüsse auf einen besonderen Versorgungsbedarf erlaubt ein besonders hoher Anteil der in einem speziellen Leistungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl. Als überdurchschnittlich ist ein Anteil der Spezialleistungen von mindestens 20% anzusehen.

LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 16.01.2013 – L 11 KA 122/10

Umfang der Ermittlungspflicht der KV bei vom Vertragsarzt beantragter Genehmigung zur substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. MedR 2013, 634

LSG Hamburg Urteil vom 25.04.2013 – L 1 KA 1/12

1. Eine Genehmigung zur Erbringung von Akupunkturleistungen darf nur gegenüber Vertragsärzten erteilt werden, für die diese Leistungen nicht fachfremd sind. Dabei handelt es sich um eine allgemeine Genehmigungsvoraussetzung, die die ausdrücklich normierten Genehmigungsvoraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur ergänzt. Ein Vertragsarzt, der in unzulässiger Weise sein Fachgebiet überschreitet, kann für die insoweit erbrachte Leistung keine Vergütung verlangen.
2. Fachärzte für innere und Allgemeinmedizin und praktische Ärzte können

Akupunkturleistungen unproblematisch berechnen. Die Erbringung und Abrechnung von Akupunkturleistungen ist einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verwehrt.

3. Bei den Akupunkturleistungen nach den Nrn. 30790 und 30791 EBM-Ä handelt es sich nicht um Leistungen, die keine fachspezifische Kompetenz erfordern. Leistungen der Körperakupunktur sind weder wesentlich noch prägend für das gynäkologische Fachgebiet.

SG München Urteil vom 27.02.2013 – S 38 KA 587/10

Die GOP 27311 ist nicht neben der GOP 01210 in Ansatz zu bringen, da sie fakultativer Leistungsinhalt der GOP 01210 ist.

SG Marburg Urteil vom 20.03.2013 – S 12 KA 83/12, S 11 KA 101/12

1. Zwingendes Abrechnungserfordernis ist die Angabe von Diagnosen auf den Behandlungs- und Abrechnungsausweisen. Dies gilt auch für Ärzte für Labormedizin. Eine Vergütungspflicht für die von einem Vertragsarzt ohne Angabe der Diagnose abgerechneten Leistungen nach dem SGB V besteht nicht (vgl. bereits BSG SozR 3-2500 § 295 Nr. 1 für die bis zum 31.12.1992 geltende Rechtslage).
2. Aufträge mit den Formulierungen „quant bakt Stuhluntersuchung aerob und anaerob“, „quant mykologische Diagnostik“ und „bakt Untersuchung anderer Materialien“ erfüllen nicht die Voraussetzungen für einen Überweisungsauftrag als Indikationsauftrag.

SG Marburg Urteil vom 25.09.2013 – S 12 KA 107/13

1. Das Aufdrehen eines Distraktors erfüllt nicht die Leistungslegende nach Nr. 2702 GÖÄ-82. Eine Feinjustierung verändert nicht den Apparat.

2. Der Verschluss eines Kieferhöhlenfensters ist im Zusammenhang eines OP-Eingriffs nicht gesondert nach Nr. 59 oder 51a BEMA abrechenbar, da der Wundverschluss Bestandteil der chirurgischen Hauptleistung ist (vgl. bereits SG Marburg, Urteil vom 20.6.2012 – S 12 KA 133/12 –, Berufung anhängig beim Hessischen LSG, Az.: L 4 KA 47/12).

BSG Urteil vom 20.03.2013 –

B 6 KA 27/12 R

1. Zusagen oder Erklärungen einer Krankenkasse, dem Versicherten eine bestimmte Leistung zu gewähren oder die Kosten dafür zu übernehmen, unterliegen keinem Formerfordernis.
2. Lediglich telefonisch übermittelte Erklärungen können jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen einen Vertrauensschutz des Arztes begründen. BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 106 Nr. 40

BSG Urteil vom 20.03.2013 –

B 6 KA 17/12 R

1. Krankenkassen können einen Regress gegen einen Arzt wegen fehlerhaft ausgestellter Arzneiverordnungen auch nach dessen Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung nur durchsetzen, indem sie bei der Prüfungsstelle die Festsetzung eines Regresses gegen den Arzt beantragen. Die Anrufung der Schlichtungsstelle und die unmittelbare Klage auf Schadensersatz beim Sozialgericht sind unzulässig.
2. Zum Gebot der persönlichen Unterzeichnung von Arzneiverordnungen im Fall eines ermächtigten Krankenhausarztes.
3. Zur Regresspflicht und zum Vorliegen eines Schadens im Fall fehlerhaft ausgestellter Arzneiverordnungen. SozR 4-5540 § 48 Nr. 2 = GesR 2013, 540 = ArztR 2013, 262

BSG Urteil vom 05.06.2013 – B 6 KA 40/12 R

1. Zur selbstständigen Anfechtbarkeit der Beratung nach § 106 Abs. 5a SGB V.
2. Betreuung von Pflegeheimbewohnern als Praxisbesonderheit. SozR 4 (vorgesehen)

LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 25.01.2013 – L 24 KA 88/09 WA

1. Für ein nicht zugelassenes Arzneimittel besteht weder eine Leistungspflicht der Krankenkasse noch ein Versorgungsanspruch des Versicherten. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sind nur solche Verordnungen zulässig, welche die Gewähr für Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit jeweils nach Maßgabe des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse bieten.
2. Bei einem Fertigarzneimittel ist allein maßgeblich, ob es nach Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit nach dem Arzneimittelgesetz zum Verkehr zugelassen worden ist. Für eine solche Überprüfung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ist kein Raum.
3. Fehlt die Verordnungsfähigkeit, so ist Unwirtschaftlichkeit gegeben. Der Zulassungsantrag für das Arzneimittel Wobe-Mugos E zur Langzeitbehandlung maligner Tumore und zur Metastasenprophylaxe wurde vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte durch Bescheid vom 09.06.1998 abgelehnt.
4. Für einen Regress im Rahmen von Honorarkürzungen bzw. beim Verordnungsregress nach § 106 SGB V besteht kein Verschuldenserfordernis des verschreibenden Vertragsarztes.

LSG Hamburg Urteil vom 28.02.2013 – L 1 KA 14/11

1. Regress der Krankenkasse wegen unzulässiger Verordnung eines Arzneimittels (Prüfmethoden).

2. Ist die für ein Fertigarzneimittel erforderliche Prüfung durchlaufen und dementsprechend für das Arzneimittel die Zulassung erteilt worden, so ist es grundsätzlich nur in diesem Umfang verordnungsfähig.

LSG Hamburg Urteil vom 28.02.2013 – L 1 KA 15/11

1. Regress der Krankenkasse wegen unzulässiger Verordnung eines Arzneimittels
2. Die hierbei angewandte Prüfmethode der Einzelfallprüfung ist insbesondere dann sachgerecht, wenn das individuelle Vorgehen eines Vertragsarztes in bestimmten einzelnen Behandlungsfällen hinsichtlich des Behandlungs- oder Verordnungsumfangs am Maßstab des Wirtschaftlichkeitsgebots überprüft werden soll.
3. Ist die für Fertigarzneimittel erforderliche Prüfung durchlaufen und dementsprechend für das Arzneimittel die Zulassung erteilt worden, so ist es grundsätzlich nur in diesem Umfang verordnungsfähig.
4. Wird das Arzneimittel außerhalb des zugelassenen Anwendungsgebietes eingesetzt, so kann es zu Lasten der Krankenkasse nur dann verordnet werden, wenn es sich um eine schwerwiegende bzw. lebensbedrohliche Krankheit handelt, keine andere Therapiemöglichkeit besteht und begründete Aussicht auf einen Behandlungserfolg gegeben ist. Für einen solchen off-label-use müssen Qualitätsstandards, die dem Einsatz im Rahmen der Zulassungsindikation vergleichbar sind, gewährleistet und hinreichend belegt sein. Ferner dürfen von der off-label-Indikation keine unzutraglichen Nebenwirkungen ausgehen. Dass das Arzneimittel Sandostatin zur Behandlung eines Merkelzellkarzinoms – bösartiger, sehr aggressiver Hauttumor – geeignet und unbedenk-

lich ist, ist bisher nicht ausreichend belegt.

SG Dresden Urteil vom 27.02.2013 – S 18 KA 141/11

1. Abweichend von § 106 Abs. 5 Satz 8 SGB V ist ein Vorverfahren vor dem Beschwerdeausschuss nach § 106 Abs. 5 Satz 3 SGB V auch dann durchzuführen, wenn der betroffene Vertragsarzt gegenüber dem Antrag einer Krankenkasse auf Festsetzung eines Regresses wegen des Verstoßes gegen einen Verordnungsausschluss auf Grund der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V ausdrücklich oder sinngemäß einwendet, er habe gemäß § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V wegen der besonderen medizinischen Umstände im Einzelfall das Arzneimittel zu Lasten der Krankenkasse verordnen dürfen, und Tatsachen benennt, die eine solche Ausnahmeindikation zumindest nicht von vornherein aus Rechtsgründen als ausgeschlossen erscheinen lassen.
2. § 31 Abs. 1 Satz 4 SGB V begründet eine Dokumentationsobliegenheit des Vertragsarztes. Zu dokumentieren sind die Umstände, aus denen der Arzt den Schluss zieht, dass die für den Verordnungsausschluss auf Grund der Arzneimittel-Richtlinie tragenden Erwägungen im konkreten Einzelfall nicht eingreifen.
3. Die medizinische Begründung im Einzelfall muss zeitnah zur Verordnung des Arzneimittels angefertigt werden und kann im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht nachgeholt werden.

**Mitgeteilt von
Prof. Günther Schneider,
Dresden**

Klauber, Jürgen; Geraedts, Max; Friedrich, Jörg; Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2014: Schwerpunkt: Patientensicherheit – Mit Online-Zugang zum Internetportal: www.krankenhaus-report-online.de; Stuttgart: Schattauer 2014; 504 Seiten, 54,99 Euro; ISBN 978-3-7945-2972-8

190.000 Behandlungsfehler, davon zehn Prozent tödlich, fünfmal so viele Tote durch Behandlungsfehler in Deutschland als durch Verkehrsunfälle. Diese Zahlen sind dem gut acht Seiten langen ersten Beitrags „Das Krankenhaus als Risikofaktor“ des aktuellen Krankenhausreports entnommen, der vom Leiter des Instituts für Gesundheitssystemforschung an der Universität Witten/Herdecke und Mitherausgeber des Reports Max Geraedts verfasst wurde. Sie haben es geschafft, das Thema Krankenhaus für einige Tage in der Publikumspresse in Deutschland in die Schlagzeilen zu bringen. Diese Rezension will hier nicht den Meinungsstreit zu diesem Artikel in den Vordergrund rücken, sondern verweist hier auf die allgemein zugängliche Berichterstattung¹. Auf zwei Aspekte soll aber hingewiesen werden:

- Es lassen sich praktisch keine Auswirkungen dieser kurzen, aufgeregten Debatte auf die aktuelle Diskussion über die Reform der Krankenhausfinanzierung erkennen. In der Bund-Länder-Arbeitsgruppe geht es um Macht- und Verteilungsfragen, in denen das Qualitätsargument instrumentali-

siert wird. Es bleibt Skepsis angebracht, ob über diese Machtfragen Qualität wirklich verbessert werden kann. Es zeigt einmal mehr, wie selbstreferenziell das politische System hier agiert. Niklas Luhmann hätte seine Freude daran, die Krankenhauspatienten in Deutschland wohl kaum.

- In der kurzen, öffentlichen Aufgeregtheit hat eine interessante These von Geraedts keine Rolle gespielt, sie sei deshalb hier hervorgehoben: „Die Chancen für die Gesundheit der Krankenhauspatienten, die in einer durchgängigen Fehlervermeidung liegen, übersteigen bei Weitem die zusätzlichen Chancen vieler neuer Therapieverfahren“ (S. 10f). Diese Auffassung hat eine breitere Resonanz und eine vertiefte Debatte verdient. Setzen wir die finanziellen und menschlichen Ressourcen richtig ein? Nein sagt hier eine relevante Stimme und die Entscheider nehmen es nicht einmal zur Kenntnis. Mehr als schade, weil eine notwendige Debatte nicht geführt wird, notwendig für das Gesundheitswesen und als gesellschaftliche Debatte über Eliterversagen. Zugespitzt bedeutet die These von Geraedts doch, dass das Gesundheitssystem Geld verschwendet, indem es sich für neue Therapieverfahren feiern lässt statt in die vorhandene Infrastruktur zu investieren.
- Offenkundig ist doch die Parallele zum Verfall der Verkehrsinfrastruktur, den die Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung initiiert hat: Für Politiker ist es attraktiver neue Straßen zu eröffnen als in die notwendige Sanierung der vorhandenen zu investieren. Die Zeitung stellt hier die Machtfrage, die man ohne Abstriche auch auf die Frage Investitionen in Fehlervermeidung vs. Investitionen in neue Therapieverfahren übertragen kann: „Die Sanierung von Straßen, Schienen und Brücken werde in Deutschland nicht nach Notwendig-

keit entschieden, sondern nach „Machtkriterien“. Im Bundeshaushalt stünden zwar umfangreiche Mittel für Straßen-Sanierungen, sagte Hofreiter der F. A. S.. Aber am Ende werde das meiste davon von den Ländern in neue Straßen gesteckt. Hofreiter sagte der F. A. S. weiter: „Sanierung macht Politikern nur Ärger. Aber Neubau ist schön“²

- Investitionen in neue Therapien statt in Fehlervermeidung im Gesundheitswesen bzw. in neue Straßen statt in Sanierung der vorhandenen Straßen: Lläuft in Deutschland etwas grundsätzlich falsch? Ist die Eitelkeit und die Profilierungschance für Entscheidungsträger – Chefärzte bzw. Kliniken hier bzw. Politiker dort – relevanter bei Entscheidungsfindungen über die Verwendung von Geldern der Bürger als der Nutzen der Menschen? Eine notwendige Debatte. Den Anstoß hat der Krankenhaus-Report gegeben.

Die ersten rund 200 von gut 500 Seiten des Krankenhaus-Reports sind dem Schwerpunkt Patientensicherheit gewidmet. Erfreulicherweise geht es hier um mehr als Behandlungsfehler. Vom Wasem-Lehrstuhl für Medizinmanagement stammt der Beitrag zu den Auswirkungen des Vergütungssystems, der für Pay-for-Performance Elemente sowie die bessere Berücksichtigung des Überleitungsmanagements in der Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen plädiert (S. 21). Wenig überraschend ist es, dass der von zwei Autorinnen der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. verantwortete Analyse des Patientenrechtegesetzes aus der Perspektive von Verbraucherschutz und Patientenvertretung zum Ergebnis kommt, dass das Beste am Patientenrechtegesetz ist, dass er revidiert werden kann (S. 25). Der befremdlichste Beitrag des Sammel-

¹ Pressemitteilung der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 24. Januar 2014: DKG zu fragwürdigen Zahlen des AOK-Krankenhausreport 2014: Krankenhäuser erwarten Entschuldigung der AOK; <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/11413>
Henrich, Anke: Sind Deutschlands Krankenhäuser schuld an 19.000 Toten?, in: Wirtschaftswoche online vom 27. 1. 2014
Schmidt, Lucia: Das vermeidbare Unglück, in: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung vom 26. 1. 2014, S. 54
Schrappe, Matthias: Der Streit um die Toten, in: Süddeutsche Zeitung vom 4. 1. 2014, S. 16
Teevs, Christian: Kliniklobby zerpfückt Todesfälle-Report der AOK, Spiegel online vom 24. 1. 2014

² Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung, 26. 4. 2014 <http://www.faz.net/aktuell/politik/inland/gruene-mauschelei-verhindert-strassensanierung-12911409.html>

bandes beschäftigt sich mit der Haftung für Fehler im Krankenhaus. Wie man dem Mitarbeiter „eines der größten Versicherungsmakler in Deutschland“³ dieses Thema anvertrauen kann, der im Interesse seines Arbeitgebers hinterfragen darf, ob „mittelfristig ausreichende Versicherungskapazitäten für die Krankenhäuser zur Verfügung stehen“ (S. 39), bleibt das Geheimnis der Herausgeber.

Die Wechselwirkungen zwischen der „Kultur“ in Organisationen mit den Berichts- und Lernsystemen zur Fehlervermeidung heben Günter Jonitz und Barbara Hoffmann von der Ärztekammer Berlin hervor und vier Autoren vom Kölner Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft referieren anschließend aus einer deutschlandweiten Befragung, die einen positiven Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Sozialkapital und der allgemeinen Einschätzung der Relevanz von Patientensicherheit bei den befragten ärztlichen Direktoren ergab.

Weitere Beiträge dieses Kapitels beschäftigen sich mit dem Fehlermanagement durch Notfallsimulationstraining für geburtshilfliche Teams, dem Zusammenhang von Mindestpersonalregelungen und Patientensicherheit sowie den Problemen von Krankenhaushygiene und Infektionsvermeidung. Klaus Döbler vom Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement und Mechthild Schmedders vom GKV-Spitzenverband plädieren dann in ihrem Beitrag zu Patientensicherheit und Innovation dafür, dass innovative Verfahren im Rahmen kontrollierter Studien in Zentren mit besonderer Expertise eingeführt werden sollen und zwei Autoren vom AOK-Bundesverband setzen sich in ihren Ausführungen über Regresse von Medizinproduktschäden dafür ein, den Kran-

ken- und Pflegekassen eine wichtige unterstützende Funktion bei der Durchsetzung der Ansprüche von geschädigten Patienten zu geben. Petra Thürmann vom Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie in Witten/Herdecke beschäftigt sich mit Lösungsansätzen dafür, dass rund fünf bis 15 Prozent aller stationär behandelten Patienten ein unerwünschtes Ereignis im Zusammenhang mit der medikamentösen Therapie haben und sieht wichtige Ansätze zur Fehlervermeidung im Einsatz elektronischer Unterstützungssysteme und der Berücksichtigung von Indikatoren der Arzneimittelsicherheit bei Qualitätsmessungen.

Zwei Autoren vom AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen erläutern in ihrem Beitrag zu Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung zur Patientensicherheit an zwei Beispielen, wie über einen strukturierten Dialog oder andere Interventionsformen die Patientensicherheit verbessert werden kann. Abschließend belegen zwei Mitarbeiter vom BQS-Institut für Qualität und Patientensicherheit in ihrem Aufsatz an zwei Beispielen, wie Versorgungsregister einen Beitrag zur Kosten-Nutzen Bewertung von Behandlungsverfahren und als Frühwarnsystem bei der Einführung einer medizinischen Innovation leisten können.

„Zur Diskussion“ sind die beiden Aufsätze im zweiten Teil des Reports überschrieben. Hier beschäftigen sich zunächst Boris Augurzky vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung und Andreas Beivers von der Münchner Hochschule Fresenius mit den Effekten der Krankenhausprivatisierung in Deutschland und kommen zu einem positiven Ergebnis, indem sie auf den relevanten Anteil von Einrichtungen und Fachabteilungen für die Grund- und Notfall- sowie für die Versorgung ländlicher Regionen hinweisen. Im zweiten Diskussionsbeitrag beschäftigen sich zwei Autoren vom Wissenschaftlichen Institut der

AOK (WidO) mit dem Zusammenhang von erbrachter Leistungsmenge und Outcome-Qualität in der Hüftendoprothetik. Sie weisen aufgrund der Studienlage eine messbar bessere Qualität bei hohen Operationszahlen nach. Keine Antwort liefert der Aufsatz aber auf die Frage, ob alle erbrachten Operationen medizinisch indiziert waren und wie bei medizinisch zweifelhafter Mengenausweitung die Qualitätsfrage zu beurteilen ist.

Gut 150 Seiten umfassen die drei letzten Teile des Reports, in denen in der Krankenhauspolitischen Chronik die wichtigsten Ereignisse zwischen Juli 2012 und der Jahresmitte 2013 dokumentiert sind. Anschließend werden in fünf Beiträgen die Daten des Statistischen Bundesamtes der Jahre 2011 und 2012 ausgewertet und analysiert. Torsten Schelhase vom Statistischen Bundesamt plädiert hier dafür, die traditionelle Diagnosestatistik durch die DRG-Statistik zu ersetzen, indem letztere um Merkmale der Diagnosestatistik erweitert wird und damit auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen genutzt werden kann (S. 356). Schließlich liefert das Krankenhaus-Directory für knapp 1.500 Krankenhäuser Angaben zu deren Grundcharakteristika, Leistungsmengen und ihrer Marktposition.

Uwe Deh, Vorstand im AOK-Bundesverband, hat auf der Pressekonferenz zur Vorstellung des Reports ausgeführt, dass die Krankenhauslandschaft vom Kopf auf die Füße gestellt werden müsse und eine Raumplanung für die Gesundheit als ersten Schritt gefordert. Er hat damit die Hürden für das, was der Krankenhausreport leisten soll, sehr hoch, zu hoch gehängt. Allerdings verdient es Respekt, wie die 45 Autoren des Reports relevante Pflöcke für die politischen Diskussionen der laufenden Legislaturperiode einschlagen und versuchen, eine emotionale Debatte zu versachlichen.

Dr. Andreas Meusch, Hamburg

3 Selbsteinschätzung der Ecclesia Gruppe, zu der der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH gehört, für die der Autor des Beitrags, Johannes Jaklin nach Angaben im Autorenverzeichnis (S. 489) arbeitet. <http://www.ecclesia-gruppe.de>

Wettbewerb und korporatistisches System im Gesundheitswesen

Freitag, 16. Januar 2015, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
Konferenzraum 1/2, Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Veranstalter: GRPG Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V.
Widenmayerstraße 29, 80538 München

Leitung und Moderation

Prof. Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers, München

Prof. Dr. Volker Ulrich, Bayreuth

Tagesablauf Symposium

9.30 Uhr	Registrierung der Teilnehmer	
10.00 Uhr	Korporatismus: Idee, Umsetzung und Handlungsbedarf aus rechtlicher Sicht	Prof. Dr. Stefan Huster Ruhr-Universität Bochum
	Der Rahmen muss stimmen: Wie kann Wettbewerb den Versicherten nutzen?	Uwe Deh AOK Bundesverband Berlin
	Kaffeepause	
	Podiumsdiskussion: „Wettbewerb unter den Rahmenbedingungen der Krankenversicherung - was bringt das?“	Uwe Deh, Berlin Prof. Dr. Stefan Huster, Bochum Karin Maag, MdB, Berlin Kordula Schulz-Asche, MdB, Berlin
12:30 Uhr	Mittagspause	Für die Teilnehmer steht ein Imbiss bereit
13.30 Uhr	Kassen-Wettbewerb: Wozu, womit, wohin?	Prof. Dr. Dieter Cassel Universität Duisburg-Essen
	Müssen ambulante und stationäre Versorgung weiterhin vor dem jeweils Anderen geschützt werden?	Dr. Andreas Gassen KBV, Berlin Thomas Reumann BWKG, Stuttgart
	Sind Rabattverträge und Frühe Nutzenbewertung ein Modell für andere Versorgungsfelder?	Prof. Dr. Eberhard Wille Universität Mannheim
	Wettbewerb und Korporatismus: Was kann und will der Gesetzgeber regeln?	PStS Annette Widmann-Mauz BMG, Berlin
16.00 Uhr	Ende des Symposions	

Mitgliederversammlung am 17. Januar 2015 in Berlin

10.00 Uhr bis ca. 15.00 Uhr, Grand Hotel Esplanade, Lützowufer 15, 10785 Berlin

Einladung und Tagesordnung werden den Mitgliedern der GRPG mit gesonderter Post zugesandt.

Antrag auf Mitgliedschaft

Hiermit stelle/n ich/wir Antrag auf Mitgliedschaft als

- Firma, Körperschaft oder Verband** Mitgliedsbeitrag € 1.300,- p. a.
 Patientenverband e.V. Mitgliedsbeitrag € 250,- p. a.
 Individualmitgliedschaft
 - Mitgliedsbeitrag € 180,- p. a.
 - Mitgliedsbeitrag ohne SEPA-Lastschriftmandat € 190,- p.a.

(Die Beiträge beinhalten den Bezug der Zeitschrift RPG)

Vorname, Name	
Firma/Verband/Behörde oder sonstiger Bezug zum Gesundheitswesen	
Position	
Privatanschrift	
Geschäftsanschrift	
Privat: E-Mail/Telefon/Fax	
Geschäft: E-Mail/Telefon/Fax	
Wie sind Sie auf die GRPG aufmerksam geworden?	
Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass meine/unsere Angaben von der GRPG gespeichert werden. Die Daten werden ausschließlich für Zwecke der GRPG verwendet.	
Datum	Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000578253
Mandatsreferenz: GRPG-Mitgliedsnummer.

Ich ermächtige die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e. V. GRPG, Widenmayerstraße 29, 80538 München, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der GRPG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Kreditinstitut	BIC
IBAN DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Ort, Datum	Unterschrift