

Krankenhaus-Report 2011

„Qualität durch Wettbewerb“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 173-196



13	Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	173
	<i>Karl-Heinz Schönbach, Christian Wehner und Jürgen Malzahn</i>	
13.1	Einleitung	174
13.2	Die aktuelle Sicherstellungsplanung als Auslaufmodell?	177
13.2.1	Grundlagen und Wirkung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung.....	177
13.2.2	Grundlagen und Wirkung der Krankenhausplanung	181
13.3	Weiterentwicklung der Bedarfsplanung	186
13.3.1	Versorgungspolitische Debatte im Schatten der Finanzreform – Konzepte der Leistungserbringerverbände und der Gesundheitsministerkonferenz	186
13.3.2	Einordnung aus Krankenkassensicht.....	190
13.4	Fazit.....	193
13.5	Literatur	194

13 Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Karl-Heinz Schönbach, Christian Wehner und Jürgen Malzahn

Abstract

Im Schatten der ungelösten Finanzierungsfragen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gerät auch die „Sicherstellungsfrage“ zunehmend in die Diskussion. Insbesondere in der haus- und fachärztlichen Versorgung wird für die Zukunft vielfach von einer drohenden Unterversorgung gesprochen und ein allgemeiner Ärztemangel unterstellt. Aber auch die Krankenhäuser bemängeln 5 000 dauerhaft nicht besetzbare Arztstellen. Mit den Ländern kritisieren sie eine tendenzielle Gefährdung der flächendeckenden Versorgung. Insofern ist eine kritische Bestandsaufnahme der tatsächlichen Versorgungssituation erforderlich. Denn nur zu gerne argumentieren die Vertragspartner der GKV politisch mit einem angeblichen „Ärztemangel“, um Einkommenssteigerungen durchzusetzen. Aber nicht die reine Anzahl der Ärzte und Betten ist für die Versorgungslage maßgeblich, sondern auch die Anreize für die Leistungserbringer aus den vorhandenen Vergütungssystemen. Ebenso ist es in diesem Zusammenhang unerlässlich, Vergleiche mit internationalen Systemen zu nutzen, damit die Effizienz des Gesundheitswesens mit seinen Strukturen bewertet werden kann. Spätestens hier entpuppt sich der argumentative Weg von der Ärzteschwemme zum Ärztemangel als politischer Hinterhalt.

In the wake of unresolved financial issues of statutory health insurance (SHI), the question of how to safeguard health care is also increasingly discussed. In particular, there is a fear of a future undersupply of primary and specialty care and a general shortage of physicians. But the hospitals also complain about 5,000 vacancies for physicians they are permanently unable to fill. Along with the federal states, they criticize that a nationwide supply of health care might be endangered. Accordingly, a critical stocktaking of the actual situation is required. Especially so, since the other SHI contract partners only too gladly argue that there is a „shortage of doctors“ to enforce income increases. However, not the sheer number of doctors and beds is essential for a sufficient supply, but also the incentives for providers from the existing financing systems. In this context, it is essential to use comparisons with international systems in order to be able to evaluate the efficiency of the health care system and its structures. At this point, the argumentative path from a physician glut to a physician shortage turns out to be a political ambush.

13.1 Einleitung

In den politischen Diskussionen zu Lebensbereichen, bei denen es für die Bürger um allgemeine und gleiche Verfügbarkeit von Leistungen sowie um Erreichbarkeit und Zugang zu diesen Leistungen geht, wird oftmals eine flächendeckende Versorgung angestrebt. Zur Gewährleistung dieser wird auch die Verteilung der Bevölkerung einbezogen. Im internationalen Vergleich zeigt sich für Deutschland bei der Einwohnerzahl in Bezug auf die Fläche eine relativ dichte Besiedelung. Unter den OECD-Ländern hat Deutschland trotz seiner großen Fläche immerhin die sechsthöchste Einwohnerzahl pro km².¹ Die statistischen 230 Einwohner pro km² sind allerdings nicht gleichmäßig verteilt, sondern zwischen den einzelnen Bundesländern bestehen große Unterschiede. Beispielsweise weisen die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen gemessen an der Bevölkerungsdichte die höchsten Werte für Einwohner je km² auf. Die drei Bundesländer mit der geringsten Bevölkerungsdichte sind Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt.² Bei einer weiteren Untergliederung auf Regionen lassen sich zudem Ballungszentren, urbane und ländliche Räume unterscheiden. Für jede dieser Regionen eine flächendeckende Versorgung zu garantieren, ist der vielfach geäußerte politische Anspruch.

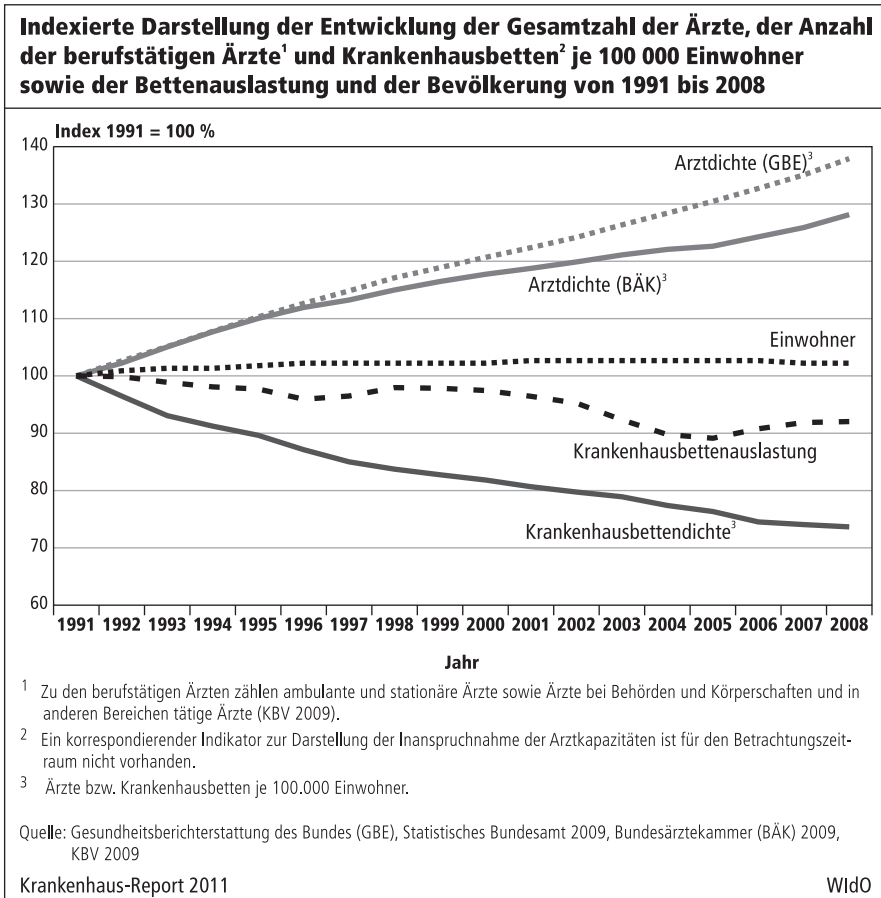
Insbesondere beim bedarfsgerechten Zugang zu medizinischen Leistungen wird nach Lösungen gesucht, die auf eine Vermeidung von Unterversorgung und einen Abbau von Überversorgung abzielen. So greift der zwischen den Regierungsparteien der 17. Legislaturperiode CDU, CSU und FDP geschlossene Koalitionsvertrag „Wachstum. Bildung. Zusammenhalt.“ vom 26. Oktober 2009 ebenfalls diese Thematik auf (CDU/CSU/FDP 2009, 88-89). Insgesamt konstatiert der Koalitionsvertrag in der vertragsärztlichen Versorgung einen drohenden Ärztemangel, steigende Patientenwartezeiten und Unterversorgung. Diesen Tendenzen soll über die Bedarfsplanung und den Einfluss der Länder begegnet werden. Diese Aussage trifft auch für den stationären Bereich zu, in dem eine flächendeckende Erreichbarkeit angestrebt wird. Allerdings vermeidet es die Bundesregierung, ebenso wie andere Institutionen, die Begrifflichkeit der flächendeckenden Versorgung inhaltlich zu konkretisieren – eine Legaldefinition der flächendeckenden Versorgung im Gesundheitswesen in Deutschland ist nicht vorhanden. Denn mutmaßlich würden damit Ziele gesetzt, die regional über- oder unterschritten werden könnten und dadurch konkreten Handlungsdruck erzeugten.

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

1 Die Bevölkerungsdichte beträgt in Großbritannien 245, in Japan 338, in Belgien 342, in den Niederlanden 400 und in Korea 485 Einwohner pro km² (OECD 2007).

2 Die Einwohnerdichte ist in Berlin besonders hoch mit 3849 Einwohnern pro km², darauf folgt Hamburg mit einem Wert von 2347 und Bremen mit 1637. In Mecklenburg-Vorpommern hingegen leben nur 72, in Brandenburg 86 und in Sachsen-Anhalt 116 Einwohner pro km². Insgesamt weist Deutschland bei einer Fläche von 357 111,91 km² und 82 002 356 Einwohnern einen Wert von 230 Einwohnern je km² auf (Statistisches Bundesamt 2010).

Abbildung 13–1



nennenswerten Unterschiede zwischen der Gesundheitsversorgung auf dem Land oder in den Städten. Die Nähe zu praktischen Ärzten, Fachärzten und Krankenhäusern wird von jeweils mindestens 84 Prozent als eher gut bzw. gut bewertet (Gesundheitsbarometer 2010). Die zahlreichen Warnmeldungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Bundesärztekammer (BÄK) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) stehen damit im Widerspruch zur Wahrnehmung in der Bevölkerung (z. B. KBV/BÄK 2010). Im EU-Vergleich zeigt sich, dass sich insgesamt ca. 86 Prozent der deutschen Patienten gut oder sogar sehr gut versorgt fühlen. Damit vertrauen die Deutschen ihren medizinischen Leistungserbringern mehr als die Bürger anderer EU-Staaten, die sich zu 57 Prozent gut und zu 13 Prozent sehr gut aufgehoben fühlen (Eurobarometer Spezial 2010, 27f.). In diesem Kontext ist zu klären, mit welchen bedarfs- und krankenhauplanerischen Ressourcen diese subjektive Bewertung des Leistungserbringeroutputs erzeugt wird, um eine Einschätzung des Effizienzgrads zu erhalten. Im internationalen Vergleich wird Deutschland ein leistungsfähiges Gesundheitssystem bescheinigt, das für nahezu die gesamte

Bevölkerung eine Versorgung gewährleistet. Im Vergleich zu anderen Ländern werden aber relativ hohe Ausgaben angeführt, die u. a. auf viele Krankenhausbetten und relativ hohe Arzthonorare zurückzuführen sind (OECD 2009).

Mit Blick auf die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland sind daher die korrespondierenden Strukturkennzahlen in der ambulanten und stationären Versorgung von besonderer Relevanz (vgl. Abbildung 13–1).

Die Bevölkerung (und die Bevölkerungsdichte) ist in Deutschland seit 1991 von 80,3 Mio. um 2 Prozent auf 82,0 Mio. Einwohner 2008 gestiegen und damit beinahe konstant geblieben. Stärkere Veränderungen haben sich bei der Zahl der vorgehaltenen Krankenhausbetten und Arztsitze ergeben. Bemerkenswert ist allerdings der gegensätzliche Verlauf der Arzt- und Krankenhausbettendichte trotz überwiegender Konstanz der Einwohnerzahlen. Die ursprüngliche Bettenzahl von 832 Betten je 100 000 Einwohner im Jahr 1991 wurde durch einen entsprechenden Bettenabbau um mehr als ein Viertel auf 613 Betten je 100 000 Einwohner im Jahr 2008 gesenkt. Trotz dieses Bettenrückgangs ist die bundesweite Auslastung der Betten über den gleichen Zeitraum nicht gestiegen, sondern sogar um ca. 8 Prozent gefallen. Die Anreize aus dem pauschalierenden DRG-Vergütungssystem zusammen mit der Verweildauerreduktion und die verstärkt ambulante Leistungserbringung sind die wesentlichen Faktoren für diese Entwicklung. Die Arztdichte als Maß zur Beschreibung der Anzahl der Ärzte bezogen auf 100 000 Einwohner ist bei den insgesamt berufstätigen Ärzten im gleichen Zeitraum dagegen um 28 Prozent gestiegen – von 304 im Jahr 1991 auf 390 im Jahr 2008.³ Bei Zugrundelegung der Gesamtzahl der Ärzte nach der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ergibt sich sogar eine 10 Prozent höhere Steigerung im gleichen Zeitraum: Statt 372 Ärzten sind 514 Ärzte pro 100 000 Einwohner bei den Ärztekammern registriert.

Zu untersuchen ist, ob diese Trends vor dem Hintergrund der konkurrierenden Leistungsausgabenbereiche dem Ziel einer flächendeckenden Versorgung dienlich sind. Die Bundesärztekammer weist selbst darauf hin, dass „[...] auf die verschiedenen Probleme hingewiesen [werden muss], die sich aus der zunehmenden Arztdichte in dieser Größenordnung und der Veränderung der Struktur der Ärzteschaft ergeben“ (BÄK 2006). Die aktuelle kollektivvertragliche Ausgestaltung und die strukturellen Rahmenbedingungen der ambulanten und stationären Versorgung gilt es im Folgenden zu bewerten.

³ Die Bundesärztekammer veröffentlicht Zahlen zur Arztdichte unter Verwendung der Einwohner je berufstätigem Arzt. Im internationalen Kontext hingegen wird die Zahl der Ärzte auf 100 000 Einwohner bezogen. Bei den ambulant tätigen Ärzten ergibt sich sogar eine Steigerung von 36 % von 124 Ärzten je 100 000 Einwohner im Jahr 1991 auf 169 Ärzte je 100 000 Einwohner im Jahr 2008.

13.2 Die aktuelle Sicherstellungsplanung als Auslaufmodell?

13.2.1 Grundlagen und Wirkung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung

Die vertragsärztliche Bedarfsplanung ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), bei denen der Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung liegt. Diese haben im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und im Benehmen mit der jeweiligen zuständigen Landesbehörde einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen (§ 99 SGB V), der der Entwicklung anzupassen ist. Dabei sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassenen Richtlinien maßgeblich. Eine sektorübergreifende Planung ist ebenfalls vorgesehen, indem neben der Raumordnung und Landesplanung auf die Beachtung der Ziele und Erfordernisse der Krankenhausplanung verwiesen wird.

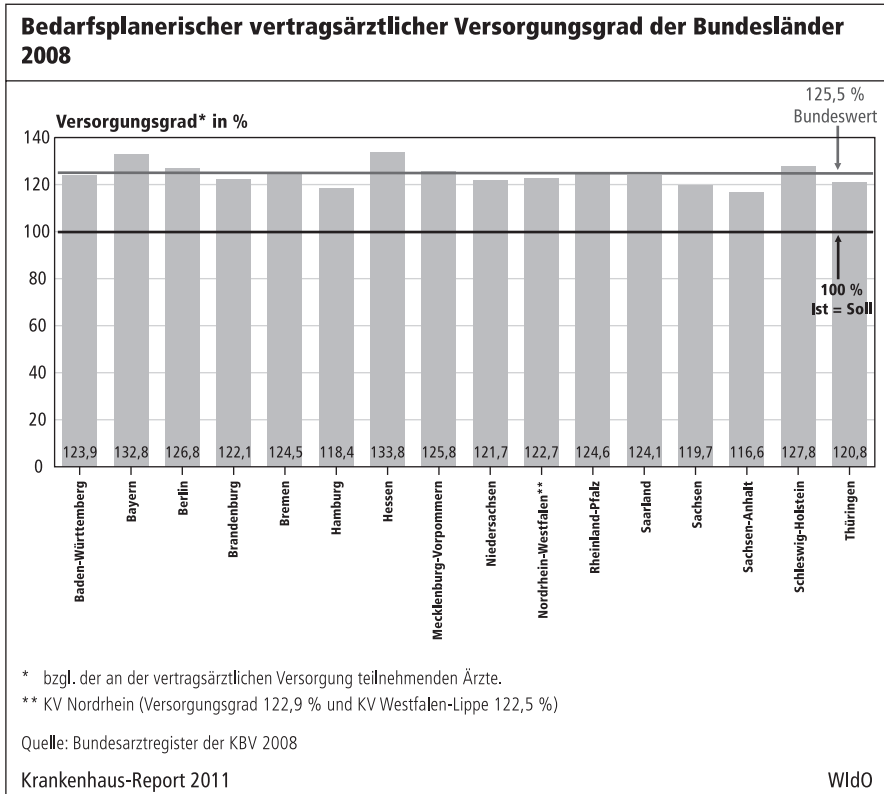
Mit der kassenärztlichen Bedarfsplanung wird festgelegt, wie viele Kassenärzte je Arztgruppe auf wie viele Einwohner kommen dürfen. Es wird in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eine Verhältniszahl „Einwohner je Arzt“ für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung vorgegeben (§ 101 Abs. 1 SGB V). Damit wird der normative Sollbestand an Ärzten definiert, der für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Insgesamt gibt es in Deutschland 395 Planungsbereiche (vergleichbar zu den Städten und Kreisen), in denen die Planung für 14 Arztgruppen erfolgt.

An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen die zugelassenen Ärzte teil;⁴ für diese Zulassung sind bestimmte Voraussetzungen zu erfüllen. Über die Zulassung wird der Vertragsarzt Mitglied der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung und zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung (§ 95 Abs. 3 SGB V) und zur Behandlung gesetzlich versicherter Patienten berechtigt und verpflichtet. Es besteht ein Kontrahierungszwang der gesetzlichen Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als Vertreter aller zugelassenen Ärzte und damit auch mit allen zur ambulanten Versorgung zugelassenen Ärzten (Jacobs und Schulze 2010, 25).

Anders als im stationären Sektor mit Betten ist die Ausstattung der Regionen mit Ärzten konkret gefasst und der jeweilige arztgruppenspezifische Versorgungsgrad über einen Soll-Ist-Vergleich ermittelbar. Vergleicht man den Ist-Bestand an Ärzten mit dem bedarfsgerechten „Soll“ an Ärzten, lässt sich der Versorgungsgrad ableiten. Bei Gleichheit beider Werte besteht ein Versorgungsgrad von 100 Prozent. In der vertragsärztlichen Bedarfsplanung liegt in einem Planungsbereich grundsätzlich Überversorgung vor, wenn der Ärztebedarf um mindestens 10 Prozent überschritten ist (§ 101 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Die Unterversorgung hingegen trennt nach haus- und fachärztlicher Versorgung. Danach wird von Unterversorgung gesprochen, wenn der Ärztebedarf der Hausärzte um mehr als 25 Prozent und der Ärztebedarf

⁴ Auch zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil (§ 95 Abs. 1 SGB V).

Abbildung 13–2



der Fachärzte um mehr als 50 Prozent unterschritten werden. Die Feststellung einer Ist- bzw. drohenden Unterversorgung sowie einer Überversorgung obliegt den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen (§ 100 Abs. 1 und § 103 Abs. 1 SGB V). Die Feststellung der Unterversorgung ist verbunden mit der Fristsetzung an die zuständige KV zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung. Dafür können verschiedene Maßnahmen wie Neuzulassungen oder Ermächtigung von Krankenhausärzten für die ambulante Versorgung erfolgen. Bei Überversorgung sind entsprechende regionale Zulassungsbeschränkungen anzuordnen, die zu einer Sperrung von Planungsbereichen für die jeweilige Arztgruppe führen können. Die Ärztevertreter warnen allerdings seit Jahren vor einem drohenden Ärztemangel (KBV/BÄK 2010), was es im Folgenden zu bewerten gilt.⁵

⁵ Anfang der 90er Jahre wurden die ersten Gebiete für Neuniederlassungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung gesperrt. Zuvor hatten die Neuregelungen der Bedarfsplanung und vorgeschaltete Übergangsregelungen im Rahmen des Gesundheitsstrukturgesetzes zu einer „Niederlassungswelle“ im Jahr 1993 geführt (Kopetsch 2003, 36). Nach diesen Regelungen unterlagen Ärzte, die bis zum 31. Januar 1993 die Zulassung zum Vertragsarzt beantragt hatten, verbunden mit einer Frist zur Praxiseröffnung, nicht den neuen Überversorgungsregelungen. Weiterhin war es ausschließ-

Von den im Jahr 2008 insgesamt ca. 320 000 berufstätigen Ärzten in Deutschland sind 138 330 Ärzte ambulant tätig – gegenüber 99 825 im Jahr 1991. Dies entspricht einer bundesweiten Erhöhung der ambulant tätigen Ärzte seit 1991 um fast 40 Prozent. Diese Steigerungen führen zu der oben bereits angeführten Arztdichte von 390 berufstätigen Ärzten je 100 000 Einwohner – eine Verdoppelung seit den 70er Jahren. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland im Jahr 2007 mit rund 150 Allgemeinärzten auf 100 000 Einwohner einen der Spitzenplätze des Arztdichteranking ein (OECD-Durchschnitt: 90) (OECD 2009). Innerhalb der OECD gibt es nur vier Länder (Belgien, Portugal, Frankreich, Österreich), die eine höhere Allgemeinärztdichte aufweisen als Deutschland. Die Facharztdichte (200) liegt etwas über dem OECD-Durchschnitt von 180 (OECD 2009; Braun und Marstedt 2010, 3f.).

Die Zahl der für die vertragsärztliche Versorgung relevanten Ärzte⁶ beläuft sich 2008 auf 135 388 Ärzte. Bundesweit ergibt sich eine Zahl von 165 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten je 100 000 Einwohner. Zwischen den einzelnen Bundesländern gibt es Unterschiede: Die Stadtstaaten Bremen (222), Berlin (205) und Hamburg (199) weisen die höchste Arztdichte der Bundesländer auf, gefolgt von Saarland und Bayern (jeweils 173). Diese Arztzahlen bezogen auf 100 000 Einwohner liegen in den neuen Bundesländern unterhalb des bundesdeutschen Durchschnitts. Brandenburg hat dabei den niedrigsten Wert (140) gefolgt von Sachsen-Anhalt (152). Diese Unterschiede zwischen den Ländern sind mit Ausnahme der Stadtstaaten allerdings vergleichsweise gering (Klose und Rehbein 2011).

Über alle in der Bedarfsplanung berücksichtigten Arztgruppen und KVen hinweg zeigt sich, dass das Plansoll an Ärzten 2008 bundesweit um ca. 25 Prozent überschritten wird (vgl. Abbildung 13–2).⁷ In allen einzelnen KVen beläuft sich der Gesamtversorgungsgrad auf über 100 Prozent, wobei die KV Hessen mit 133,8 Prozent den höchsten Wert aufweist, gefolgt von Bayern mit 132,8 Prozent. Diese liegen auch deutlich über dem bundesweiten Versorgungsgrad. Die KV Sachsen-Anhalt hat mit 116,6 Prozent, gefolgt von der KV Hamburg mit 118,4 Prozent, den niedrigsten Versorgungsgrad. Bundesweit weisen zudem alle ärztlichen Fachgruppen einen Versorgungsgrad von über 100 Prozent auf. Lediglich Sachsen-Anhalt weist bei den Hausärzten mit 94,4 Prozent einen Gesamtversorgungsgrad von weniger als 100 Prozent auf. Insgesamt kommen die Hausärzte aber auf einen Versorgungsgrad von 108 Prozent (Klose und Rehbein 2011).

Ein genereller Mangel an Fach- oder Hausärzten ist also weder bezüglich des Bundeslandvergleichs noch hinsichtlich der Facharztversorgung zu erkennen. Auf KV- bzw. Landesebene ist keine Unterversorgung feststellbar. Auch das Bundesmi-

denden Vertragsärzten möglich, auch in überversorgten Gebieten ihre Praxis an einen Nachfolger zu übergeben.

6 Dazu zählen Vertragsärzte, Partner-Ärzte (nach § 101 Absatz 1 Nr. 4 SGB V), angestellte Ärzte und ermächtigte Ärzte.

7 Bei der Berechnung der Gesamtversorgungsgrade wird für jede KV das summierte Soll (gemäß den Richtlinien der Bedarfsplanung) dem summierten Ist über alle Planungsbereiche und Arztgruppen gegenübergestellt. Dieser Wert gibt also Aufschluss darüber, ob es auf der jeweiligen Betrachtungsebene (KV bzw. Gesamtdeutschland) mehr oder weniger Ärzte gibt als nach den Richtlinien der Bedarfsplanung vorgesehen (Klose et al. 2007).

nisterium für Gesundheit bescheinigt dem ambulanten Sektor – auch im internationalen Vergleich – mit einer überdurchschnittlichen Ärztedichte eine „sehr gute“ Inputversorgung, da es immer mehr Ärzte pro Einwohner gibt (BMG 2009).

In Ballungszentren sind Hausärzte zahlreich vertreten und tragen zu einer Überversorgung bei. Bei über 75 Prozent der Planungsbezirke ist ein hausärztlicher Versorgungsgrad von über 100 Prozent erreicht und fast die Hälfte der Planungsbezirke gilt als überversorgt. Es zeigt sich dabei kein „nennenswerter Unterschied“ zwischen Kernstädten und Regionen mit geringerer Bevölkerungsdichte – ein „doctor drain“ in die Städte ist nicht feststellbar (WR 2010, 6). Im fachärztlichen Bereich ist beinahe durchgängig eine Überversorgung zu verzeichnen, bei fast 90 Prozent aller Planungsbereiche lässt sich diese nachweisen (Klose und Rehbein 2011). Insbesondere in den städtischen Räumen wurden für einige Planungskreise für eine Vielzahl von Arztgruppen bereits Niederlassungssperren verhängt.

Diese Entwicklungen aller Arztgruppen zusammen dürfen aber nicht auf alle Fachdisziplinen in jeder Einzelregion projiziert werden. Denn es gibt Indizien dafür, dass die zukünftige hausärztliche Versorgung in dünn besiedelten Gebieten gefährdet sein könnte. Bisher gibt es aber nur einen der 395 Planungsbezirke, der mit 69,1 Prozent Versorgungsgrad als unterversorgt gilt: Der Saalekreis in Sachsen-Anhalt, der zudem geographisch in der Nähe der überversorgten Stadt Halle a. d. Saale liegt. Trotz des Mehr an Hausärzten als für die Bedarfsplanung notwendig sind Schwankungen beim regionalen Versorgungsgrad festzustellen. „Einer Unterversorgung in einigen Landstrichen steht eine massive Überversorgung insbesondere in Ballungsgebieten und für Ärzte attraktiven Regionen gegenüber“ (Klose und Rehbein 2011). Überwiegend in den neuen Bundesländern könnten Probleme mit der Wiederbesetzung bei frei werdenden Arztstellen entstehen. Es gibt also nicht zu wenige Ärzte, diese sind nur suboptimal verteilt.

Das Instrumentarium der Bedarfsplanung für die Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung hat es bisher nicht geschafft, eine gleichmäßige regionale Verteilung der Ärzte zu erreichen. Vielmehr wurde eine räumliche Fehlverteilung der Arztkapazitäten verursacht oder zumindest nicht verhindert (Schönbach 2010, 12). „[E]s liegt [...] ein spezifisches Verteilungsproblem vor, während der Behauptung eines allgemeinen Mangels an ärztlichem Personal die empirische Grundlage fehlt“ (WR 2010, 6). Die wachsenden Unterschiede im Versorgungsgrad zwischen einzelnen Regionen sind vorhanden. „Insgesamt fehlen etwa 800 Ärzte zur Vollversorgung; gleichzeitig sind ca. 25 000 Ärzte mehr zugelassen als für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden“ (GKV-SV 2010, 5). Denn ein wirksames Mittel zum Abbau von Überversorgung ist nicht vorhanden. Ärzte dürfen sich grundsätzlich auch niederlassen, wenn in einem Planungsbereich eine Vollversorgung von 100 Prozent besteht – erst ab der Grenze von 110 Prozent ist dies nur über Ausnahmen möglich. Instrumente, die Versorgung nach dem Bedarf der Versicherten „planvoll“ zu beeinflussen, fehlen, von vereinzelt Sicherstellungszuschlägen und Sonderbedarfszulassungen als Notmaßnahmen abgesehen.

Überversorgung ist gemessen an dem bedarfsgerechten Versorgungsgrad unwirtschaftlich und ineffizient, denn die Arztressourcen werden nicht alloka-tions-effizient eingesetzt. Die Kosten dafür werden seitens des GKV-Spitzenverbandes auf ca. 5 Mrd. Euro pro Jahr allein für ärztliches Honorar geschätzt (GKV-SV 2010, 5).

Damit verbunden sind die vom Arzt veranlassten Ausgabensteigerungen, denn der Vertragsarzt entscheidet über die wesentlichen Leistungen der medizinischen Versorgung wie Arzneimittel und Krankenhauseinweisung (Kopetsch 2003). Bezogen auf die Bevölkerung hat Deutschland 2007 mit 227 je 1 000 Einwohner nach Österreich und Frankreich die höchste Zahl an Krankenhauseinweisungen (OECD-Mittel 158). Darüber hinaus hat die Zahl der Arztbesuche in keinem anderen Land so stark zugenommen wie in Deutschland und liegt über dem OECD-Durchschnitt (OECD 2009). Dies ist insbesondere der kollektivvertraglich geregelten komplexen Gesamtvergütung geschuldet, die Fälle honoriert und eine angebotsinduzierte Nachfrage zugunsten der ökonomischen Bilanz des Arztes fördert. Regional sind die Ärzte in Deutschland gleichmäßiger verteilt als in fast allen anderen OECD-Ländern (OECD 2009).

Darüber hinaus liegen die Ursachen des Verteilungsproblems insbesondere in der Bedarfsplanung selbst begründet, bei der nicht der tatsächliche Bedarf gesteuert wird, sondern die regionale Verteilung der Arztkapazitäten. Grundlage zur Bedarfsplanung sind die in den Richtlinien des G-BA festgelegten Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad von Ärzten je Einwohner, die zum Stichtag 31.12.1990 ff. bundeseinheitlich ermittelt wurden und bis heute Gültigkeit haben. Damit wurden die damaligen Angebotsstrukturen zementiert – aus einer Ist-Erhebung wurde eine Soll-Anforderung. Die Fortschreibung der Verhältniszahl aus 1990 hat Arztstrukturen in Bezug auf die Bevölkerungszahl konserviert (Kopetsch 2003). Betrachtet man die aktuellen Versuche der Selbstverwaltung, die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der Kollektivverträge weiterzuentwickeln, lassen sich ernsthafte Zweifel an der Effektivität des Systems kaum vermeiden. Nur über entsprechende Gegenmaßnahmen wird eine nachhaltige bessere vertragsärztliche Versorgung möglich sein. Zahlreiche Ideen wurden bereits in der Vergangenheit diskutiert (Jacobs und Schulze 2010, 21–23). Eine andersartige Bedarfsplanung hat sich nicht an Arzttinputfaktoren zu orientieren, sondern den notwendigen Bedarf zu ermitteln. Dies kann über die bevölkerungsbezogene Definition von der jeweils regional abzusichernden Versorgungsleistung geschehen.

Als besonders hemmend für eine optimale Bedarfsplanung zeigt sich das unzeitgemäße Festhalten an Besitzstandswahrungsinteressen. Natürlich ist für die KBV leicht festzustellen, dass sich Ärzte nur mit erheblichen Finanzanreizen in bestimmten ländlichen Regionen zur Niederlassung motivieren lassen, so lange die Alternative der Niederlassung in einer überversorgten Region grundsätzlich einfach weiter besteht. In einer echten Bedarfsplanung würde diese Möglichkeit vollständig ausgeschlossen und damit das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung wirkungsvoll beseitigt

13.2.2 Grundlagen und Wirkung der Krankenhausplanung

In der stationären Versorgung kommt den Bundesländern eine besondere Verantwortung zu. Nach Artikel 20 Grundgesetz (GG) besteht eine „unverrückbare Verantwortung“ (SVR 2007, 303) des Staates, die Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zu versorgen. Bei der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhausversorgung und der Regelung der Krankenhauspflegesätze gilt die konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern nach Artikel 74 Nr. 19a GG. Die Kranken-

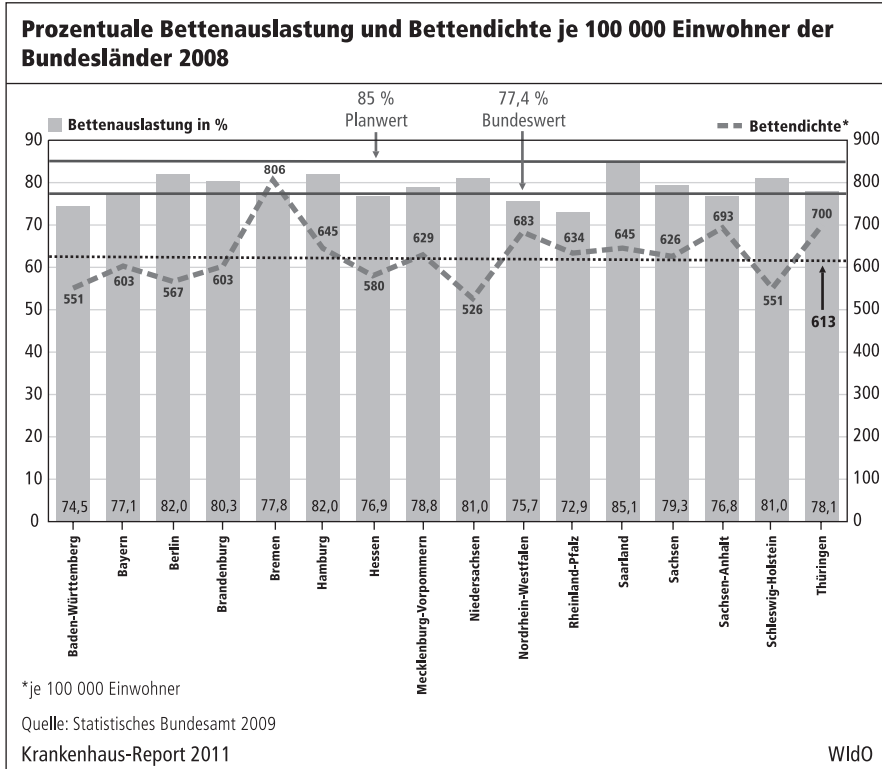
hausplanung wurde 1972 mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) auf eine neue Basis gestellt, nachdem vorher die Bundesländer der Ausfüllung ihrer Verantwortung nicht in vollem Umfang gerecht wurden. Zweck des KHG ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und so zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 KHG).

Der Sicherstellungsauftrag liegt bei den Ländern (§ 6 KHG), sodass diese verpflichtet sind, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten. Dazu stellen sie entsprechende Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Die in die Krankenhauspläne aufgenommenen sogenannten Plankrankenhäuser gelten als zugelassene Krankenhäuser und sind berechtigt, Krankenhausbehandlung zu erbringen und ihre Leistungen mit den Krankenkassen abzurechnen (§ 108 Nr. 1 SGB V). Es besteht ein genereller Kontrahierungszwang für die Krankenkassen, sodass die Aufnahme in den Krankenhausplan einer Lizenz zur Abrechnung von Krankenhausleistungen entspricht. Zugelassene Krankenhäuser sind auch solche, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, sowie Kliniken, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen haben (§ 108 Nr. 1 und Nr. 2 SGB V). Das Land kann unter Berücksichtigung öffentlicher Interessen und der Vielfalt der Krankenträger zwischen verschiedenen Krankenhäusern entscheiden, welches den Zielen der Krankenhausplanung am weitesten gerecht wird (§ 8 KHG). Dieses weitreichende Planungsrecht der Bundesländer ist insbesondere durch die Mindestmengenregelungen des G-BA für bestimmte planbare Leistungen (§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V) und die G-BA-Beschlüsse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (§ 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) sowie durch ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2004 zur Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan (Metzner 2009, 394; BVerfG 2004) eingeschränkt. Dennoch besitzen die Bundesländer im Krankensektor einen erheblichen Gestaltungsspielraum. Für eine Bewertung soll nun am Beispiel der Investitionsfinanzierung und der Bettenauslastung gezeigt werden, wo die Schwächen des aktuellen Planungssystems liegen.

Im KHG wurde die duale Finanzierung festgelegt, die vereinfacht besagt, dass die Betriebskosten der Krankenhäuser durch die Krankenkassen und die Investitionen durch die Bundesländer getragen werden. Im Jahr 1991 belief sich die Fördermittelquote der Länder nach KHG noch auf ca. 10 Prozent der Gesamtausgaben für Krankenhausbehandlung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung (PKV). Dies entsprach einem Fördervolumen von ca. 3,64 Mrd. Euro (DKG 2009, 96). Würde man die Preise aus 2008 zugrunde legen, betrug das Fördervolumen 1991 sogar 5,1 Mrd. Euro (Augurzky et al. 2010, 38). Die Investitionsfinanzierung der Länder wurde im weiteren Verlauf zunehmend reduziert – mittlerweile mit 2,69 Mrd. Euro im Jahr 2008 bis auf einen Wert, der nominal nicht einmal mehr drei Viertel des Förderbetrags aus 1991 beträgt und unter fünf Prozent der GKV- und PKV-Krankenhausaussgaben liegt.

Die Mindestinvestitionsrate eines Akutversorgungshauses wird heute verschiedenen Quellen zufolge mit ca. 10 Prozent beziffert. Die tatsächliche Investitionsrate schwankt je nach Berechnungsmethodik und zugrunde gelegter Bezugsbasis. Demnach betragen die durch Fördermittel 2008 getätigten Investitionen 5 Prozent des

Abbildung 13–3



Umsatzes (Augurzky et al. 2010, 39). In zahlreichen Ergebnisberichten ökonomisch erfolgreicher Klinikkonzerne werden allerdings 6 bis 17 Prozent des Umsatzes oder des Anlagevermögens als tatsächliche Investitionsquote aufgeführt. Die Fördermittel reichen somit zur Deckung der Investitionen nicht aus und es ergibt sich abhängig von der angenommenen erforderlichen Investitionsquote ein Finanzierungsdefizit, das durch Eigenfinanzierung seitens der Krankenhäuser u. a. aus den Vergütungen der Krankenhausleistungen querfinanziert werden muss. Es ist also festzustellen, dass die Länder ihrem gesetzlichen Auftrag zur Investitionskostenfinanzierung nicht nachkommen (Malzahn und Wehner 2010, 115).

Das zweite Beispiel für bestehende Defizite der aktuellen Planungspraxis ist die geringe Bettenauslastung der Krankenhäuser. Anders als in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung existiert im stationären Bereich keine konkrete Definition von Über- und Unterversorgung, sodass der Vergleich von tatsächlicher und normativ vorgegebener Bettenauslastungsquote lediglich Hinweise auf Über- und Unterversorgung gibt (Jacobs und Schulze 2010, 25).⁸ Vergleicht man die tatsächliche Bettenauslastung mit den angestrebten Mindestauslastungsquoten in den Bundeslän-

8 Zu den Einschränkungen und zugrunde gelegten Annahmen dieser Aussage vgl. Malzahn et al. (2010).

dern, kann damit die Zielerreichung der Krankenhausplanung anhand des Kriteriums Nutzungsgrad bewertet werden (vgl. Abbildung 13–3).⁹

Die Bettendichte beläuft sich 2008 in Deutschland auf 613 Betten je 100 000 Einwohner. Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen weisen eine vergleichsweise hohe Bettendichte auf. Bremen und Hamburg als Stadtstaaten und Behandlungszentren zeigen aufgrund der Versorgung umliegender Regionen verständlicherweise ebenfalls hohe Werte. Dies verdeutlicht, dass die Krankenhausplanung nicht an den Landesgrenzen aufhören darf, sondern die Grenzregionen und Patientenströme mit berücksichtigen muss. Vorstellbar wären auch länderübergreifende Vereinheitlichungen von Planungsgrößen.

Insbesondere der internationale Vergleich für das Jahr 2007 zeigt, dass Deutschland trotz eines erheblichen Bettenrückgangs im Verhältnis zur Bevölkerung immer noch sehr viele Krankenhausbetten hat. 570 Akutbetten je 100 000 Einwohner warten auf Patienten, im OECD-Durchschnitt sind es nur 380 Betten. Das aufgrund seiner dünnen Besiedelung schwerer zu versorgende Schweden kommt sogar nur mit 210 Krankenhausbetten je 100 000 Einwohner aus. Der Auslastungsgrad der Betten liegt in Deutschland mit 76 Prozent im OECD-Vergleich allerdings nahe beim Durchschnitt (75 Prozent) (OECD 2009).

Die Bettenauslastung weist in Deutschland 2008 mit einem Wert von 77,4 Prozent nun im dritten Jahr in Folge einen mäßigen Anstieg auf. Insgesamt ist von 1991 bis 2008 aber ein Rückgang der Bettenauslastung von 8 Prozent zu beobachten – trotz eines Bettenabbaus von 24 Prozent. Fast jedes vierte Bett der von den Krankenkassen und Bundesländern insgesamt vorgehaltenen Infrastruktur, nämlich ca. 503 360 Betten, steht leer. Dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass der Abbau von Überkapazitäten auf lange Sicht noch nicht ausreichend erfolgt ist (SVR 2007, 412; SVR-Wirtschaft 2008, 14). Überwiegend ist der Bettenabbau nicht krankenhauplanerisch bedingt, sondern auf Fusionen und Übernahmen zurückzuführen (Augurzky et al. (2010), 43). Der von den meisten Bundesländern vorgegebene Mindestauslastungsgrad von 85 Prozent (Weigl 2008, 2) wird damit national gesehen um 7,6 Prozent unterschritten. 2008 sind in keinem Bundesland außer dem Saarland (85,1 %) die Betten mit einer derartigen Quote ausgelastet. Auch die Abweichungen von der in den landesindividuellen Krankenhausplänen angegebenen Normauslastung zur tatsächlich realisierten Inanspruchnahme sind teilweise sehr hoch und betreffen je nachdem, welche Vergleichswerte zugrunde gelegt werden, die überwiegende Zahl der Bundesländer. Geht man beispielsweise von dem jeweils in einem Bundesland höchsten vorgegebenen Auslastungsgrad als Basis aus, zeigt sich in fast allen Ländern eine Unterauslastung der Kapazitäten (Malzahn et al. 2010).

Die Betten, für die die vorgegebene Mindestauslastung unterschritten wird, stellen ein Potenzial für den Abbau von Überkapazitäten dar. Ein kausaler Zusammenhang zwischen Bettenzahl und Überkapazitäten bei Nichterreichen der Mindestauslastung drängt sich förmlich auf. Durch die DRG-Einführung hat sich in Deutschland die Liegezeit pro Fall weiter verkürzt, sodass trotz einer Fallzahlsteigerung

⁹ Die Bettenauslastung bzw. der Nutzungsgrad gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in vom Hundert an. Hierzu wird die tatsächliche mit der maximalen Bettenbelegung in Relation gesetzt.

eine bedeutende Verminderung von Belegungstagen die Folge war. Die Bundesländer haben allerdings aufgeschoben, ihre Zielvorgaben entsprechend anzupassen. Es scheint grundsätzlich schwierig, mit den derzeitigen Verfahren der Krankenhausplanung genau die Kapazitäten zu prognostizieren, die auch beansprucht werden. Schwankungen der Inanspruchnahme der Kapazitäten, insbesondere der Reservekapazitäten, sind als gegeben anzusehen und auf diese Art nicht „wegzuplanen“. Die zum Teil großen Abweichungen von der Normauslastung in manchen Bundesländern legen aber die Frage nahe, ob die aktuelle staatliche Planung anders ausgestaltet werden muss.

Aufgrund der weit verbreiteten Unterauslastung in vielen Krankenhäusern wird in der stationären Versorgung selten eine Unterversorgung konstatiert. Laut einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) haben allerdings ca. 80 Prozent der Krankenhäuser Probleme, offene Arztstellen zu besetzen (Blum und Offermanns 2009, 27). Seit 2006 habe sich die Zahl der offenen Stellen vervierfacht. Der Arztmangel wird dabei oftmals mit der schwierigen wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser verknüpft (Mihm 2010). Vor dem Hintergrund der aktuellen Finanzentwicklung der Krankenhäuser wirkt diese Argumentation jedoch schwer nachvollziehbar.

Im Jahr 2008 erzielten fast 62 Prozent der Allgemeinkrankenhäuser einen Jahresüberschuss – eine leichte Zunahme gegenüber dem Vorjahr. Ungefähr 44 Prozent der Krankenhäuser erwartet dieses Ziel für 2009. Der Anteil der Krankenhäuser mit Verlusten betrug im Jahr 2008 ca. 20 Prozent und wird für 2009 auf etwa 26 Prozent prognostiziert (Blum und Offermanns, 70). Für das Jahr 2010 erwarten ca. 42 Prozent eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Der Krankenhaus Rating Report 2010 hingegen geht auf Basis der Jahresüberschüsse davon aus, dass sich die Situation 2009 und 2010 verbessert. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Verlust wird für 2009 auf 14 und für 2010 auf ungefähr 11 Prozent geschätzt. Im Jahr 2008 wiesen noch ca. 21 Prozent der untersuchten Krankenhäuser ein negatives Jahresergebnis auf. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem Jahresüberschuss über einem Prozent des Umsatzes wird von 52 Prozent im Jahr 2008 auf 77 Prozent im Jahr 2009 und 83 Prozent im Jahr 2010 geschätzt (Augurzyk et al. 2010, 109). Der konstatierte Arztmangel ist demnach nicht Folge einer angespannten wirtschaftlichen Situation, sondern beruht eher auf den bestehenden Überkapazitäten. Würde man nämlich den in zahlreichen Krankenhausplänen normativ vorgegebenen Bettennutzungsgrad von 85 Prozent als Zielerreichung vorgeben, müssten Krankenhauskapazitäten angepasst werden. Statt den genannten 5 000 offenen Stellen (DKG 2010a; Blum und Offermanns 2009, 28), würde dann mutmaßlich kein Mangel an Ärzten im stationären Sektor beklagt werden können.

Sowohl aus der rückläufigen Investitionsförderung als auch aus dem Vergleich der normativen mit der tatsächlichen Betteninanspruchnahme kann abgeleitet werden, dass die aktuellen gesetzlichen Verankerungen von Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung nicht krisenfest sind. Wenn die Länder aus wirtschaftlichen Gründen die Investitionsförderungen zurückführen, bedroht dies mindestens mittelfristig die stationäre Versorgung. Und sofern eine Planungsbehörde Überkapazitäten nicht beseitigt, belastet eine resultierende Unterauslastung über die zu finanzierende Vorhaltung der Infrastruktur die Beitrags- und Steuerzahler gleichermaßen. Eine Beseitigung dieser Fehlentwicklungen in diesen zentralen Punkten ist

nicht absehbar – Gesetzesänderungen bedürfen der Zustimmung des Bundesrats und die juristischen Mittel können im Einzelfall das generelle Systemversagen nicht ausreichend korrigieren. Die Politik hat die Wirkung des DRG-Systems, die dazu geführt hätte, dass unwirtschaftliche Krankenhäuser auf Dauer nicht mehr betrieben werden können, nicht zugelassen. Stattdessen verordnete der Gesetzgeber mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) für die Jahre 2009 und 2010 erhebliche Ausgabensteigerungen, die erforderliche Kapazitätsanpassungen im stationären Sektor verhindert haben (Malzahn und Wehner 2009, 34f.).

Nachdem kollektivvertragliche Systeme mit Kontrahierungszwang sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor keine Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung zu einem gesellschaftlich akzeptablen Preis erreicht haben, ist es erforderlich, über Alternativen zu den strukturell defizitären Ansätzen nachzudenken. Es zeigt sich, dass sowohl hinsichtlich der Arzt- als auch der Bettenkapazitäten Verteilungs- und Auslastungsprobleme bestehen. Die staatlichen Planungsmechanismen haben bisher nicht zu einer effizienten, bedarfsgerechten Versorgung geführt. Vor allem die zunehmende Ambulantisierung der medizinischen Versorgung wird einen stärker über die Planung in dem jeweiligen Sektor hinausgehenden Blick erforderlich machen. Ärzte haben in vielen Fällen eine fachärztliche Tätigkeit am Krankenhaus oder in Medizinischen Versorgungszentren. Die Krankenhäuser haben sich in der Vergangenheit sehr intensiv für zahlreiche Formen der ambulanten Behandlung geöffnet. Insbesondere die fachärztliche Versorgung findet also heute außerhalb der Arztpraxen statt. Die dadurch bedingte doppelte Vorhaltung fachärztlicher Kapazitäten ist ein Phänomen, das die Bedarfsplanung berücksichtigen muss. Nicht Zulassungen, sondern Verträge sollten über die Leistungserbringung entscheiden.

13.3 Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

13.3.1 Versorgungspolitische Debatte im Schatten der Finanzreform – Konzepte der Leistungserbringerverbände und der Gesundheitsministerkonferenz

Versorgungspolitische Reformen stehen in der Agenda zurzeit nicht obenan. Dennoch oder gerade deshalb werden von den Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen kontroverse Positionen bezogen, die beträchtlichen Veränderungswillen anzeigen (Schönbach 2010). Gerungen wird um die Sicherstellungsaufträge in den kommenden Jahren, in denen die flächendeckende Sicherstellung aufgrund der demographischen Entwicklung zu einer Herausforderung wird. In ländlichen Regionen nehmen Bevölkerungs- und ceteris paribus Arztlzahl spürbar ab, während die Zahl älterer und behandlungsbedürftiger Versicherter ansteigt.

Projektionen dazu hat der Sachverständigenrat Gesundheit (SVR) in seinem Gutachten „Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ (SVR 2009) vorgelegt. Der SVR beschreibt die besonderen Anforderungen an die generationenspezifische Versorgung und stellt sie in das Spannungsverhältnis zur demographischen Entwicklung.

Ebenso zeigen Aufträge und Beschlüsse der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder eine neue Sensibilität der vor Ort politisch Verantwortlichen für die Sicherstellungsfrage an. Im Auftrag der GMK hat im Jahre 2008 eine Arbeitsgruppe langfristige „Probleme der Primärversorgung in Deutschland“ angeführt (GMK 2008) und auf Reformbedarf bei der Bedarfsplanung verwiesen. Parallel hat der Gemeinsame Bundesausschuss Beratungen aufgenommen. Um von daher in der neuen Legislaturperiode nicht mit offenen Sicherstellungsfragen konfrontiert zu werden, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im November 2009 ihrerseits Stellung bezogen. Wenige Tage nach Konstituierung des neuen Bundestages legt die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Papier über „Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung“ vor (KBV 2009b). Bemerkenswert und impulsgebend für die weitere Diskussion ist das Eingeständnis, dass eine flächendeckende Sicherstellung künftig nur noch sektorübergreifend gewährleistet werden könne. In dieser Perspektive bewegen sich im Übrigen auch die im Juni 2010 vorgelegten Entschlüsse der GMK (GMK 2010).

In ihrem Zukunftspapier fordert die KBV unumwunden, dass „[...] in jedem Bundesland ein Regionalverbund „Sektorübergreifende Versorgungsplanung“ als öffentlich-rechtlicher Zweckverband gegründet wird. Der Regionalverbund koordiniert die Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Bereich und der Länder für den stationären Bereich länderübergreifend“ (KBV 2009b, 4).

KBV: Sektorübergreifende Versorgungsplanung

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

Unveränderbare Bedingung der KBV ist jedoch die ungeteilte körperschaftliche Zulassungs- und Vergütungshoheit der KVen innerhalb einer dann doch nur „koordinierenden“ Versorgungsplanung im Regionalverbund. Weder eine unabhängige Stellung der für die ambulante Sicherstellung unverzichtbaren Krankenhäuser noch eine tatsächliche Letztverantwortung der koordinierenden Länder wird in dem Zukunftspapier eingeräumt. Die entsprechende Linie wird in anschließenden standespolitischen Forderungen fortgesetzt, die KBV und die Bundesärztekammer (BÄK) im Mai 2010 erhoben haben, um eine KV-unabhängige Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung wieder zurückzuführen. Nach geltendem Recht können Klinikambulanzen hoch spezialisierte Leistungen, die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ambulant erbringen, wenn sie dazu eine Länderzulassung haben (§ 116b Abs. 2 SGB V). KBV

und BÄK fordern, die Zulassung von Kliniken zur ambulanten Versorgung wieder von der Kassenärztlichen Vereinigung abhängig zu machen. Dabei soll eine Zulassung des Krankenhauses grundsätzlich verwehrt sein, wenn die KV eine Ermächtigung eines Krankenhausarztes zur ambulanten Versorgung erteilt hat oder diese beantragt ist (Deutsches Ärzteblatt 2010). Obschon im Jahre 2010 allein das Vokabular fremd klingt, betont Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer, gegenüber dem Deutschen Ärzteblatt auf den Punkt: „Das Instrument der Ermächtigung ist immer der richtige Weg gewesen.“

DKG: Wegfall der Sektorengrenzen

Die Gegenposition der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) formuliert im Juli 2010 ein überaus liberales Konzept, in dem Sektorengrenzen keine Rolle mehr spielen. Die DKG begrüßt, dass „[...] die Diskussion über die Sicherstellung einer stärker am Bedarf des Patienten orientierten ambulanten ärztlichen Versorgung in Gang gekommen ist“ (DKG 2010b, 1) und bezieht sich damit zweifellos auf den von der KBV eingeführten Begriff der „sektorübergreifenden Versorgungsplanung“. Um Leistungen nach § 116b Abs. 2 SGB V erbringen zu können, müssten Krankenhäuser hohe Qualitätsanforderungen erfüllen und eröffneten den Versicherten mehr Wahlmöglichkeiten: „Das ambulante Sicherstellungsmonopol der KVen, die vertragsärztliche Bedarfsplanung mit Zulassungssperren und das System der Pauschalvergütung mit befreiender Wirkung [...] sind die zentralen Hemmnisse für die notwendige sektorübergreifende Verzahnung des ambulanten Leistungsspektrums von Vertragsärzten und Krankenhäusern“, so die DKG (DKG 2010b, 2).

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

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

Dem Konzept der DKG nach sind die Sektorengrenzen mithin hinsichtlich der relevanten Zulassungs-, Leistungs- und Finanzierungsregelungen entbehrlich. Mit diesen Regelungsebenen werden unumwunden Kernfunktionen der Kassenärztlichen

Vereinigungen aufgelöst: Jeder Arzt, der die Anforderungen der Qualitätssicherung erfüllt, kann nach dem Maß des „medizinisch Machbaren“ Leistungen erbringen und den Kostenträgern nach einer Euro-Gebührenordnung in Rechnung stellen. Damit soll auch ambulant der Erlaubnisvorbehalt für medizinische Innovationen durch den G-BA entfallen. Kurzum: Die DKG buhlt mit regulatorischem Nihilismus um eine Mehrheit in den Fachgesellschaften.

GMK: Letztverantwortung der Länder

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

Mit der Forderung nach einem „ergänzenden Gremium“ für sektorübergreifende Aufgaben und der politisch geäußerten Absicht, die Sektorverantwortungen unberührt zu lassen, bleibt die GMK nicht nur hinter der DKG zurück, sondern beschränkt sich auch auf die im KBV-Zukunftskonzept zgedachte Moderatorenrolle, für die sich an anderer Stelle auch die BÄK ins Spiel bringt: „In regionalen Planungskonferenzen sollen die Ärztekammern, basierend auf ihren Daten und Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung, eine Moderatorenrolle übernehmen. Eingebunden sein sollen niedergelassene und Klinikärzte sowie die Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser der jeweiligen Region, aber auch die Organisationen der Pflegeberufe“ so BÄK-Vize Montgomery (Laschet 2010). Dass in diesem „Konzept“, wie im KBV-Zukunftspapier, Krankenkassen nicht vorkommen, unterstreicht die Auffassung, dass die Versorgungsaufträge wettbewerbsfrei zuzuweisen seien. Auch Bundesminister Rösler spricht öffentlich vom Wert der „Einheit der Ärzteschaft“ und davon, etwa Hausärzte nicht „spalten“ zu wollen. Fern solcher Rückbesinnung und ordnungspolitisch konsequent – weil in seiner Deregulierungsansicht schlüssig – wenn auch praxisfern, scheint allein das DKG-Papier. Von daher ist eine Einordnung und Bewertung der skizzierten Vorschläge aus Sicht der Krankenkassen erforderlich.

13.3.2 Einordnung aus Krankenkassensicht

GKV-Spitzenverband: Wettbewerb um die spezialärztliche Versorgung

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

Dabei geht es dem Spitzenverband zunächst im Kern darum, den Allokationsproblemen durch preisliche Anreize zu begegnen. Für Grenzfälle der Überversorgung sollen die bestehenden Möglichkeiten, Praxen anzukaufen und stillzulegen, verstärkt genutzt werden. Daneben werden zahlreiche pragmatische Optionen genannt, die Versorgung in der Fläche zu sichern (Gemeindeschwester, Shuttle-Service, Telemedizin bis hin zur Errichtung von Gesundheitszentren).

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

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

AOK-Bundesverband: Neuer Ordnungsrahmen für die spezialärztliche Versorgung

Der AOK-Bundesverband (AOK-BV) hat das Konzept des GKV-Spitzenverbandes im Rahmen der Diskussion zur Versorgungsstrategie 2011 aufgegriffen und ergänzt. Ausgangspunkt dabei ist, dass die fortschreitende Zentralisierung und Vereinheitlichung der Vertrags- und Vergütungssysteme sowohl in der stationären als auch in der ambulanten ärztlichen Versorgung die föderalen Planungs- und Gestaltungsspielräume ebenso kritisch verengen wie die notwendigen Wettbewerbsspielräume der Krankenkassen. Von daher liegt eine schrittweise Abkehr vom Kontrahierungszwang im Versorgungsinteresse der Regionen, soweit bisherige Sicherstellungsformen bei vereinzelter Unterversorgung dauerhaft versagen bzw. bei verbreitet

doppelter Vorhaltung von Versorgungsstrukturen dennoch nicht die qualitativ besten Angebote zum Zuge kommen lassen.

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

Rahmenplanung der Länder

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

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

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

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

Spezialärztliche Versorgung

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

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

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

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

Ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung und stationäre Krankenhausversorgung

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

Für die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung mit Praktikern, Allgemeinmedizinern und insbesondere Gynäkologen, Pädiatern und Augenärzten

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

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

13.4 Fazit

Die demographische Entwicklung und die strukturellen Defizite im Planungs- und Vergütungssystem bringen Sicherstellungsrisiken mit sich, die sektor- und standespolitische Grenzen in Frage stellen. Alle Beteiligten haben sich in der Diskussion bereits ein Stück weit geöffnet. Länder, Krankenkassen, Ärzte und Krankenhäuser halten eine sektorübergreifende Versorgungsplanung für unverzichtbar. Während Ärzte und Länder zunächst eine Moderation im Rahmen bestehender Sicherstellungsaufträge anstreben, gehen Krankenkassen und Krankenhäuser im Ziel einer sektorübergreifenden Sicherstellung der spezialärztlichen Versorgung weiter voran. Allerdings greift der Ansatz der DKG zu kurz, wenn er eine ambulante Versorgungsplanung auf die Grundversorgung beschränkt und wird ökonomisch unverantwortbar, wenn er für die spezialärztliche Versorgung die umfassende und unbegrenzte Abrechnungsfreiheit fordert. Eine angemessene, bedarfsgerechte und wirt-

schaftliche Versorgung beruht auf Vertragsprinzipien und damit auf Direktverträgen, die hohe Qualität und Effizienz für die Versicherten transparent machen. Als Grundlage dafür werden die Länder ihren Verfassungsauftrag verantwortlich ausfüllen müssen, soll die jeweilige Sicherstellung auf einer sektorübergreifenden Versorgungsplanung beruhen und nicht nur dort Zulassungen regeln, wo Standorte attraktiv erscheinen. Sie entwickeln sich mithin von einer bürokratisch empfundenen Genehmigungs- und Baubehörde zu verantwortlichen Versorgungs- und Controlling-Stellen, die das komplizierte Gleichgewicht zwischen notwendiger Planung/Sicherstellung mit ökonomisch erwünschtem Wettbewerb auf der Basis von strukturierten Leistungsmengen austarieren.

13.5 Literatur

- Augurzyk B, Gülker R, Krolow S, Schmidt CM, Schmidt H, Schmitz H, Terkatz S. Krankenhaus Rating Report 2010 – Licht und Schatten. RWI: Materialien 59. Essen: RWI 2010.
- BÄK – Bundesärztekammer. Ärztestatistik der Bundesärztekammer zum 31.12.2008 – Auswertung der statistischen Zahlen 22.04.2009. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.7128> (25. August 2010).
- BÄK – Bundesärztekammer. Berufstätige Ärzte. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667.1746.1748> 04.07.2006 (25. August 2010).
- Blum K, Offermanns M. Krankenhaus Barometer – Umfrage 2009. Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Düsseldorf, Dezember 2009.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit. Fragen und Antworten zur Vergütungsreform. Referat 224. Stand 20. April 2009.
- Braun B, Marstedt G. Mythen zur Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren. gesundheitsmonitor – ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung, 2/2010.
- Burmans S, Malzahn J, Wehner C. Kliniken in Not? Gesundheit und Gesellschaft (G&G) 2008; 06: 31–5.
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht. 1 BVR 88/00. 04.03.2004.
- CDU/CSU/FDP. Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. 17. Legislaturperiode, 26.10.2009.
- Deutsches Ärzteblatt. Ärzteschaft will ambulante Behandlung am Krankenhaus eingrenzen – BÄK und KBV wollen Zulassung eingrenzen. Deutsches Ärzteblatt online vom 6. Mai 2010.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Juli 2009.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Neue Wege gehen – Miteinander gegen den Ärztemangel – DKG zum Ärztemangel und zur drohenden ambulanten Unterversorgung der Patienten. Pressemitteilung vom 12. Januar 2010a.
- DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft. Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Reform der ambulanten ärztlichen Versorgung, Manuskript vom 21. 07.2010b.
- Döhler M. Die Regulierung von Professionsgrenzen. Struktur und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsberufen im internationalen Vergleich. Frankfurt am Main u. a. 1997.
- Eurobarometer Spezial 327. Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung – Zusammenfassung. April 2010.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2010. <http://www.gbe-bund.de>.
- Gesundheitsbarometer. Ernst & Young. Gesundheitsbarometer 2010 – Verbraucherbefragung zur Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland.
- GMK – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020, Anlage zu TOP 5.1 der 81. GMK 2008.

- GMK – Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Stärkung der Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der medizinischen Versorgung. Beschluss der 83. GMK vom 1.7.2010.
- GKV-SV – GKV-Spitzenverband. Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Bedarfsplanung. Positionspapier der Krankenkassen zur sektorübergreifenden Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. 28.04.2010.
- Jacobs K, Schulze S. Bauer sucht Arzt. *Gesundheit und Gesellschaft (G&G)* 2010; 3: 20–5.
- KBV/BÄK – Kassenärztliche Bundesvereinigung/Bundesärztekammer. Im Jahr 2020 gibt es 7000 Hausärzte weniger. *Arztzahlstudie – KBV und BÄK haben die aktualisierte Erhebung vorgestellt. Der Ärztemangel in Deutschland schreitet voran.* Pressemitteilung 03.09.2010.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (KdöR). *Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2009a.*
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (KdöR). *Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung – Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten Medizin.* Manuskript vom 20.11.2009b.
- Klose J, Rehbein I. *Ärztliche Versorgung: Mangel oder Allokationsproblem.* In: Günster C, Klose J, Schmacker N (Hrsg). *Versorgungs-Report 2011 – Schwerpunkt chronische Erkrankungen.* Stuttgart: Schattauer 2011.
- Klose J, Rehbein I, Uhlemann T. *Ärztatlas – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten.* Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK 2007.
- Kopetsch T. *Entwicklung und Erfahrungen mit der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland.* *Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S)* 2003; 5–6: 34–8.
- Köhler A. *Vertragsärzte brauchen ein komplett neues Honorarsystem.* *Ärztezeitung online,* 30.07.2010.
- Laschet H. *Bundesärztekammer plant den Aufbruch* 24.08.2010. *Ärztezeitung online.* http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/616162/bundesaerztekammer-plant-aufbruch.html (Zugriff am 31.08.2010)
- Leber WD, Malzahn J, Wolff, J. *Elektiv wird selektiv – Ein Vorschlag für einen nach Krankenhausleistungen differenzierenden Ordnungsrahmen ab 2009.* Bonn, 12.03.2007.
- Malzahn J, Wehner C. *Zur Lage der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser – Bestandsaufnahme und Reformbedarf.* In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg). *Krankenhaus-Report 2010 – Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?* Stuttgart: Schattauer 2010; 107–25.
- Malzahn J, Wehner C, Fahlenbrach C. *Krankenhausplanung in der Krise? Zum Stand und zur Weiterentwicklung der Sicherstellung der stationären Versorgung.* In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg). *Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stand und Land.* Berlin: KomPart 2010.
- Malzahn J, Wehner C. *Reform der Krankenhausfinanzierung oder Geldsegen für Krankenhäuser: Wahlgeschenke und Stärkung der Ministerialien?* *Gesundheits- und Sozialpolitik (G+S)* 2009; 1: 32–6.
- Metzner J. *Einfluss auf die Krankenhausplanung.* In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg). *Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven.* Stuttgart: Kohlhammer 2009; 391–402.
- Mihm A. *In den Krankenhäusern fehlen 5000 Ärzte.* 16. Februar 2010. *FAZ.NET,* <http://www.faz.net/s/RubEC1ACFE1EE274C81BCD3621EF555C83C/Doc~E8F5CF89526A04E17B6FA90D1D093E305~ATpl~Ecommon~Scontent.html> (23. August 2010).
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. *OECD Broadband statistics – 8. OECD broadband penetration and population densities 2007.* <http://www.oecd.org/dataoecd/36/57/38449405.xls> (18. August 2010).
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. *Gesundheit auf einen Blick – Deutsches Gesundheitswesen leistungsfähig aber teuer.* Berlin/Paris, 08.12. 2009. http://www.oecd.org/document/19/0,3343,de_34968570_35008930_44218963_1_1_1_1,00.html (02. September 2010).
- Schönbach KH. *Sektorübergreifende Sicherstellung mit Vertragspflicht der Krankenkassen – Grenzen zwischen Krankenhäusern und Praxen überholt.* *Gesundheits- und Sozialpolitik (G + S)* 2010; 2: 11–7.

- Statistisches Bundesamt. Gebiet und Bevölkerung – Fläche und Bevölkerung, Stand 31.12.2008. Wiesbaden 2010. http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtabl.asp (18. August 2010).
- Statistisches Bundesamt. Gesundheit – Grunddaten der Krankenhäuser 2008, Fachserie 12, Reihe 6.1.1. Wiesbaden 2009.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Baden-Baden 2009.
- SVR-Wirtschaft – Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung. Die Finanzkrise meistern – Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/09. Wiesbaden 2008.
- Weigl P. Pressekonferenz „Krankenhauslandschaft im Umbruch“ – Statement von Vizepräsident Peter Weigl. Berlin, 10. Dezember 2008.
- WR – Wissenschaftsrat. Trends der Hochschulmedizin in Deutschland. Bericht des Vorsitzenden zu aktuellen Tendenzen im deutschen Wissenschaftssystem. Sommersitzungen des Wissenschaftsrates. Berlin, 02.07.2010.