



Gesundheitliche Versorgung
in Stadt und Land –

Ein Zukunftskonzept

Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept

Stefan Greß
Klaus Stegmüller

Hochschule Fulda
Fachbereich Pflege und Gesundheit

Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung
Februar 2011

Inhalt Impressum

Vorbemerkung	3
Abbildungen und Tabellen	4
Zusammenfassung	5
1. Einleitung	7
2. Regionale Aspekte der gesundheitlichen Versorgungsstruktur	8
2.1 Ärztliche Versorgung und Arztdichte nach Regionen	8
2.2 Stationäre Versorgung	17
3. Defizite der Bedarfsplanung im Status Quo	22
3.1 Defizite der vertragsärztlichen Bedarfsplanung	22
3.2 Defizite der Krankenhausplanung	23
4. Rahmenbedingungen für effektive Versorgungssteuerung	25
4.1 Aussagefähige kleinräumige Versorgungsindikatoren	25
4.2 Vereinheitlichung der Vergütungssysteme	26
4.3 Regionalisierung der Beitragskalkulation	27
5. Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung durch regionale Versorgungskonferenzen	29
5.1 Bildung regionaler Versorgungskonferenzen	29
5.2 Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung	31
5.3 Instrumente zum Abbau von Überversorgung	34
6. Literatur	35
Die Autoren	39

Diese Expertise wird vom Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung veröffentlicht. Die Ausführungen und Schlussfolgerungen sind von den Autoren in eigener Verantwortung übernommen worden.

Impressum: © Friedrich-Ebert-Stiftung | Herausgeber: Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung |
 Marktstrasse 10 | 65183 Wiesbaden | Fax 0611 34141529 | www.fes.de/hessen | Gestaltung: pellens.de |
 Titelfoto: dpa Picture Alliance | Druck: bub Bonner Universitäts-Buchdruckerei | ISBN: 978-3-86872-652-7

Vorbemerkung

Die Bereitstellung und Sicherung einer umfassenden Gesundheitsversorgung ist zentraler Bestandteil der öffentlichen Daseinsvorsorge und gehört zu den Kernaufgaben der Länder unter hoher Betroffenheit der kommunalen Ebene. Es wird jedoch zunehmend schwieriger, den Bedarf an medizinischen Leistungen in der Fläche aufrecht zu erhalten.

Dabei unterscheidet sich die gesundheitliche Versorgungssituation deutlich nach regionalen Strukturräumen. Während für den ländlichen Raum insbesondere die hausärztliche Versorgung in den letzten Jahren immer wieder im Mittelpunkt der politischen Diskussion stand, ist der offensichtlichen Konzentration von Versorgungsangeboten in städtischen Räumen bislang wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Diese verkürzte Betrachtungsweise lässt zahlreiche Dimensionen der gesundheitlichen Versorgung unberücksichtigt.

Lebenserwartung und Anzahl gesunder Lebensjahre differieren stark nach sozialem Status. Sozial belastete Stadtteile mit einer Klientel, die keinen hohen Ertrag verspricht, sind nicht attraktiv für Ärztinnen und Ärzte. Präventions- und Aufklärungsangebote erreichen vor allem Mittelschichten. Arzt-Patient-Interaktionen differieren nach Status und Bildungsgrad der Patienten. Veränderungen in den Rahmenbedingungen und in der Struktur der Ärzteschaft (mehr Frauen, weniger mithelfende Angehörige, flexiblere Lebensplanung) lassen eine gleichmäßige Versorgung und die Schaffung gleicher Gesundheitschancen immer schwieriger werden. Der demografische Wandel beschleunigt all diese Entwicklungen und verschärft regionale Gegensätze zusätzlich.

Das heutige gesundheitliche Versorgungssystem ist nur noch in unzureichendem Maße für die Herausforderungen der Zukunft gewappnet. Es wäre allerdings falsch, den Kollaps der Versorgung zu prognostizieren. Mit neuen Organisationskonzepten und differenzierten Lösungen je nach regionalen Bedürfnissen kann eine Gesundheitsversorgung für alle auf hohem Niveau gesichert werden. Das Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung möchte mit der vorliegenden Expertise die Diskussion und Entwicklung neuer Ideen anregen, wie eine zukunftssichere und flächendeckende Gesundheitsversorgung gestaltet werden kann.

Hierfür sind bereits in der Diskussion befindliche Lösungsvorschläge zur zukünftigen (nicht nur ärztlichen) Gesundheitsversorgung ebenso zu überprüfen wie eventuell weitere Lösungsvorschläge zu entwickeln. Zukünftige Versorgungskonzepte müssen zudem stärker als bisher die einzelnen Regionen mit ihren spezifischen Anforderungen definieren und dabei insbesondere auf sozial bedingte Gesundheitsbenachteiligungen eingehen.

Dieser Aufgabe müssen sich jenseits bestehender Strukturen alle Akteure stellen, die im Bereich der Gesundheitsversorgung Verantwortung tragen. Dann ist auch zukünftig eine moderne und hochwertige Gesundheitsversorgung für jede Bürgerin und jeden Bürger zu jedem Zeitpunkt und an jedem Ort möglich.

Nicole Nestler
Leiterin Landesbüro Hessen
Friedrich-Ebert-Stiftung

Vorbemerkung

**Abbildungen
Tabellen**

Abbildung 1: Arztdichte (berufstätige Ärztinnen und Ärzte) nach Bundesländern 2008	8
Abbildung 2: Entwicklung der Vertragsärzte in Deutschland nach Fach- und Allgemeinärzten/praktische Ärzte 1995 bis 2008	9
Abbildung 3: Vertragsärztinnen und -ärzte je 100.000 Einwohner nach Bundesländern (1.12.2008) . .	10
Abbildung 4: Regionale Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte 2010	11
Abbildung 5: Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte sowie hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten in Hessen 2009 nach Altersgruppen.	15
Abbildung 6: Bettendichte in Krankenhäusern (ohne Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) nach Bundesländern 2008.	18
Abbildung 7: Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung	20
Tabelle 1: Hausärztliche Versorgung in ausgewählten Planungsbereichen (2005)	12
Tabelle 2: Arztdichte nach ALG II-Beziehern in Kölner Stadtteilen	17
Tabelle 3: Defizite der Bedarfsplanung im Überblick	24
Tabelle 4: Bedarfsplanung und Sicherstellung für Stadt und Land	29

Zusammenfassung

Zusammenfassung

Auf Grundlage geltender Maßgaben der Bedarfsplanung ist die regionale Versorgungsstruktur hoch disparat und heterogen; die Probleme der gesundheitlichen Versorgung sind regional unterschiedlich ausgeprägt.

Die Versorgungsstruktur stellt sich in Deutschland in einer regionalen, kleinräumigen Betrachtung als heterogen und disparat dar. Nach den Maßstäben der geltenden Planungsgrößen stehen gut versorgte Regionen solchen – meist ländlich geprägten Räumen – gegenüber, die von einer zunehmenden Unterversorgung geprägt sind. Die Situation in diesen ländlichen Regionen ist bestimmt von einer niedrigen Bevölkerungsdichte, mittlerer bis niedriger durchschnittlicher Kaufkraft der Bevölkerung und einem erschwerten Zugang zum öffentlichen Personennahverkehr. Insbesondere die hausärztliche Grundversorgung in diesen Regionen wird in Zukunft wegen der geringen Attraktivität für den ärztlichen Nachwuchs gefährdet sein, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Kritisch stellt sich die Lage insbesondere in jenen Orten dar, wo ungünstige, sich wechselseitig verstärkende Faktoren zusammen kommen: Ein bereits vorhandener niedriger ärztlicher Versorgungsgrad, eine ungünstige demografische Entwicklung der Bevölkerung, ein im Vergleich hoher Altersanteil bei den Ärztinnen und Ärzten und Problemlagen bei der Wiederbesetzung aufgrund von regionalen Gegebenheiten.

Zugleich zeichnet sich auch in den städtischen Ballungsräumen eine zunehmend ungleiche Verteilung in der ärztlichen Versorgung ab, eine Situation, die weder ausreichend untersucht, noch hinreichend Eingang in die Problemwahrnehmung gefunden hat. Auch die stationäre Grundversorgung auf dem Land entwickelt sich wegen der zunehmend schwierigen Erreichbarkeit sowie der geringen Spezialisierungsmöglichkeiten der ländlichen Krankenhäuser defizitär; vice versa konzentrieren sich die Krankenhäuser infolge von Konzentrations- und Zentralisationsprozessen in Großstädten bzw. in den Ballungsgebieten.

Die Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung ist für eine effektive Versorgungssteuerung ebenso ungeeignet wie die derzeitige Krankenhausplanung der Länder.

Die bisherige kapazitätsorientierte Bedarfsplanung in der ambulanten ärztlichen Versorgung kann weder regionale Unterversorgung noch regionale Überversorgung verhindern. Die Krankenhausplanung der Bundesländer hinkt den dynamischen Spezialisierungstendenzen im Krankenhausmarkt ebenso hinterher wie dem fallenden Bedarf an Krankenhauskapazitäten als Folge des Verweildauerrückgangs nach Einführung der Fallpauschalen. Um die oben genannten Probleme in der gesundheitlichen Versorgung zu bekämpfen, ist daher eine an den regio-

nal differenzierten Versorgungsbedarfen orientierte, grundlegende Neuausrichtung des Steuerungsinstrumentariums für Bedarfsplanung und Sicherstellung notwendig.

Der Bundesgesetzgeber muss zentrale Rahmenbedingungen für Bedarfsplanung und Sicherstellung neu justieren.

Eine zentrale Rolle bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und beim Abbau von Überversorgung sollte zukünftig regionalen sektorübergreifenden Versorgungskonferenzen zukommen.

Die Verantwortung für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung ist regionalen Versorgungskonferenzen zu übertragen, in denen Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, stationäre Einrichtungen und Kommunen stimmberechtigt repräsentiert sind. Die Aufsicht über die regionalen Versorgungskonferenzen führen die Bundesländer. In den Versorgungskonferenzen sind Maßnahmen zur Sicherstellung zu entwickeln, zu koordinieren und zu implementieren. Die Versorgungskonferenzen sollten dazu die Möglichkeit erhalten, medizinische Versorgungszentren zu gründen und die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen zu fördern. Zur Finanzierung dieser Maßnahmen sind die Versorgungskonferenzen mit finanziellen Mitteln auszustatten, die von den stimmberechtigten Mitgliedern aufzubringen sind. Gleichzeitig sollten die Versorgungskonferenzen zum Abbau von Überversorgung dazu ermächtigt werden, Nachbesetzungsverfahren auszusetzen und den Kontrahierungszwang für zugelassene Leistungsanbieter zu lockern.

6

Zusammenfassung

Der Bundesgesetzgeber ist zu weit von den Eigenheiten der regionalen Versorgung entfernt, um die Details der Versorgung konkret zu regeln. Dies gilt – mit Ausnahme der Stadtstaaten – auch für die Bundesländer. Allerdings können und müssen zentrale Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der Versorgung auf der Bundesebene festgelegt werden. Dazu zählt ein bundesweit gültiges System an Indikatoren mit hohem Regionalbezug, aus dem ein Interventionsbedarf bei Unter- bzw. Überversorgung unmittelbar hervorgeht. Der Bundesgesetzgeber muss außerdem für eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme in der ambulanten ärztlichen Versorgung sorgen. Eine wichtige Konsequenz dieses Schrittes wäre, dass Regionen bzw. Stadtteile mit einem unterdurchschnittlich hohen Anteil an Privatpatienten für eine Niederlassung deutlich attraktiver werden würden. Auf Kassenseite sollten die finanziellen Anreize durch eine durchgehende Regionalisierung der Beitragskalkulation auch für bundesweit tätige Krankenkassen modifiziert werden.

1. Einleitung

Die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion um die gesundheitliche Versorgung konzentriert sich auf die Perspektive der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum. Diese Perspektive greift zu kurz, weil sie mehrere Versorgungsdimensionen vernachlässigt. Erstens stellt sie ausschließlich auf die ärztliche Versorgung ab – insbesondere im Hinblick auf Nachfolgeprobleme in der hausärztlichen Versorgung. Andere Dimensionen der gesundheitlichen Versorgung – stationäre gesundheitliche Versorgung, ambulante und stationäre pflegerische Versorgung und Rehabilitation – spielen eine allenfalls untergeordnete Rolle.

Zweitens beschränken sich Versorgungsprobleme nicht auf den ländlichen Raum. In Ballungsräumen spiegelt die geographische Verteilung von Versorgungseinrichtungen in hohem Ausmaß sozioökonomische Unterschiede in der Bevölkerung bzw. nach Stadtteilen wider. Auch diese regionalen und sozioökonomischen Disparitäten in Ballungsräumen müssen bei der Diskussion über die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung berücksichtigt werden.

Drittens schließlich wird die bisherige Versorgungssituation dem sich deutlich verändernden gesundheitlichen Problempanora-

ma (Chronifizierung, Multimorbidität), das zunehmend stärker begleitet wird durch einen nach sozioökonomischen Statusgruppen unterschiedlichen Versorgungsbedarf (soziallagenbedingte Gesundheitschancen), in nur unzureichendem Maße gerecht.

Die Autoren wollen mit dieser Expertise einen Beitrag dazu liefern, die oben angesprochenen Verkürzungen zu überwinden. Dazu wird in Abschnitt 2 zunächst ein Überblick über die regionalen Versorgungsunterschiede gegeben. Dabei kann nur auf das vorliegende Datenmaterial zurückgegriffen werden, das erhebliche Lücken aufweist. In Abschnitt 3 werden die systematischen Defizite in der Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung herausgearbeitet. Im folgenden Abschnitt leiten die Autoren zentrale Rahmenbedingungen für eine effektive regionale Bedarfsplanung ab. Im abschließenden Abschnitt wird als zentraler Bestandteil des hier entwickelten Zukunftskonzepts die Einrichtung regionaler Versorgungskonferenzen gefordert, die mit einem wirkungsvollen Instrumentarium zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung und zum Abbau von Überversorgung sowie mit entsprechenden Finanzmitteln ausgestattet werden müssen.

2. Regionale Aspekte der gesundheitlichen Versorgungsstruktur

8

Kapitel 2

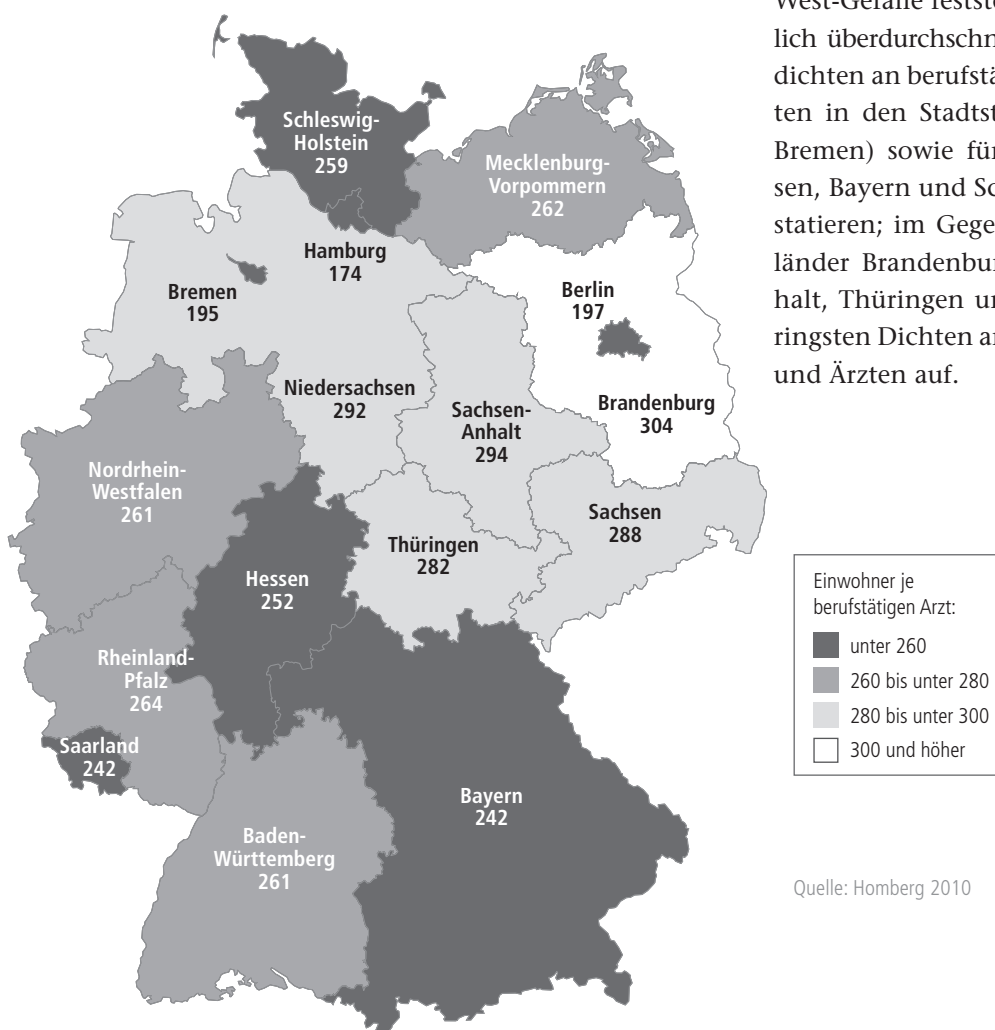
Im folgenden Abschnitt werden ausgewählte Aspekte der Versorgungsstruktur des ambulanten ärztlichen und stationären Versorgungsbereichs unter dem Gesichtspunkt ihrer regionalen Ausprägungen näher beleuchtet.

2.1 Ärztliche Versorgung und Arztdichte nach Regionen

In einer ersten Annäherung zeigen sich bei der bundesweiten Betrachtung der Arzt-/Einwohner-Relation in Abbildung 1 bereits beträchtliche landesspezifische Abweichungen vom Bundesdurchschnitt, der zum Stand Ende 2008 bei 257 Einwohnern je berufstätigem Arzt lag (Hoberg 2010). Neben einem Nord-Süd-Gefälle (mit Ausnahme Schleswig-Holsteins) lässt sich auch ein Ost-West-Gefälle feststellen. Zugleich sind deutlich überdurchschnittlich hohe Versorgungsdichten an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten in den Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, Bremen) sowie für die Flächenländer Hessen, Bayern und Schleswig-Holstein zu konstatieren; im Gegenzug weisen die Bundesländer Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Niedersachsen die geringsten Dichten an berufstätigen Ärztinnen und Ärzten auf.

Abbildung 1

Arztdichte (berufstätige Ärztinnen und Ärzte) nach Bundesländern 2008



Quelle: Hoberg 2010

2.1.1 Vertragsärztliche Versorgung

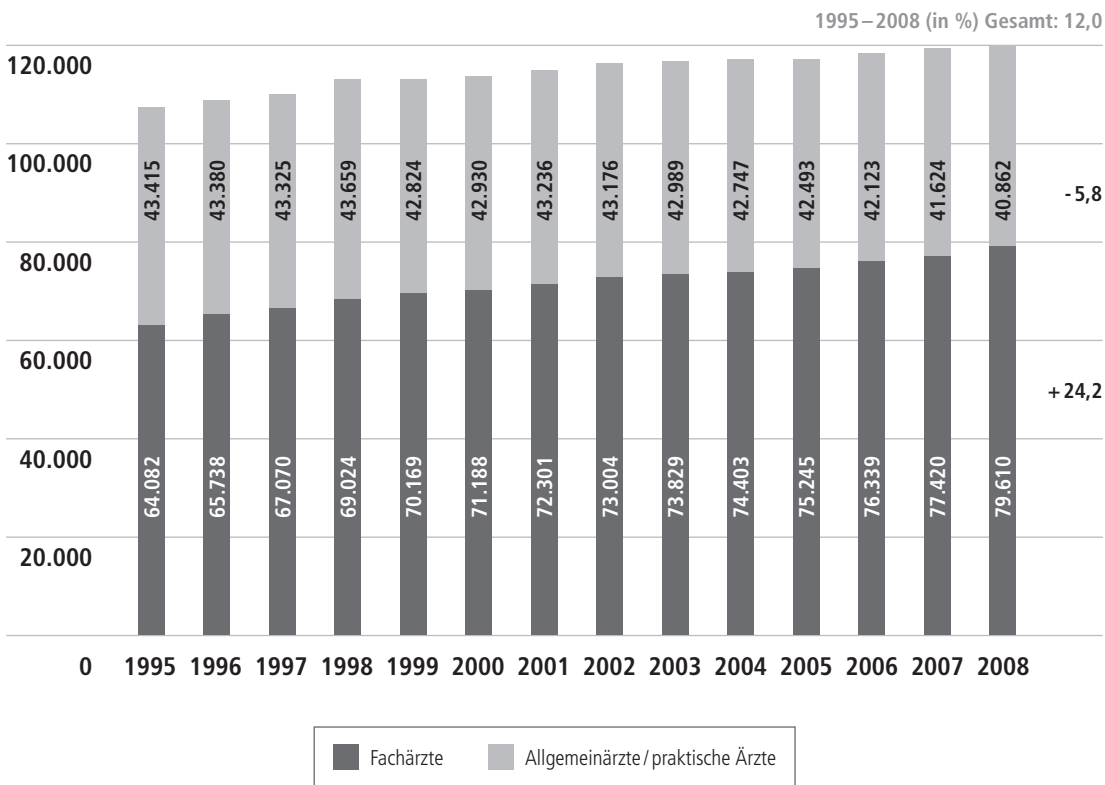
Die Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland ist auf der Basis der geltenden Bedarfsplanung für niedergelassene Ärzte durch eine stetig steigende Zahl von Vertragsärztinnen und -ärzten gekennzeichnet. Im Zeitraum von 1990 bis 2008 nahm die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte um rund 52% zu. Diese überdeutlichen Zuwachsraten haben eine in 1993 erfolgte Niederlassungswelle zum Hintergrund, die wiederum aufgrund der Neuregelungen der Bedarfsplanung und vorgeschalteter Übergangsregelungen ausgelöst worden war (Klose/Rehbein 2011). Doch selbst unter Berücksichtigung dieses Sondertatbestandes stieg nach Angaben des Bundesarztregisters der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Anzahl der Vertragsärztinnen und -ärzte in Deutschland im Zeitraum

von 1995 bis 2008 um 12% an. Festzustellen ist eine deutlich ausgeprägte Scherentwicklung zwischen der Vertragsarztgruppe „Allgemeinärzte/praktische Ärzte“ auf der einen und den „Fachärzten“ auf der anderen Seite. Diese Entwicklung stellt eine erste Besonderheit in der Vertragsarztentwicklung dar, die wiederum einen Teil der vertragsärztlichen Versorgungsproblematik insgesamt beschreibt. Gemessen an den Maßstäben der Bedarfsplanung nahm die Attraktivität einer allgemeinmedizinisch oder hausärztlichen Tätigkeit (-5,8%) im Vergleich zu einer fachärztlichen Tätigkeit (+24,5%) im genannten Zeitraum deutlich ab.

Wie bereits oben bei der Entwicklung der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte gezeigt, lässt sich auch bei der vertragsärztlichen Versorgung ein nach Bundesländern heterogenes Verteilungsmuster finden (Abbildung 3). Auch hier verzeichnen die Stadt-

Entwicklung der Vertragsärzte in Deutschland nach Fach- und Allgemeinärzten/praktische Ärzte 1995 bis 2008

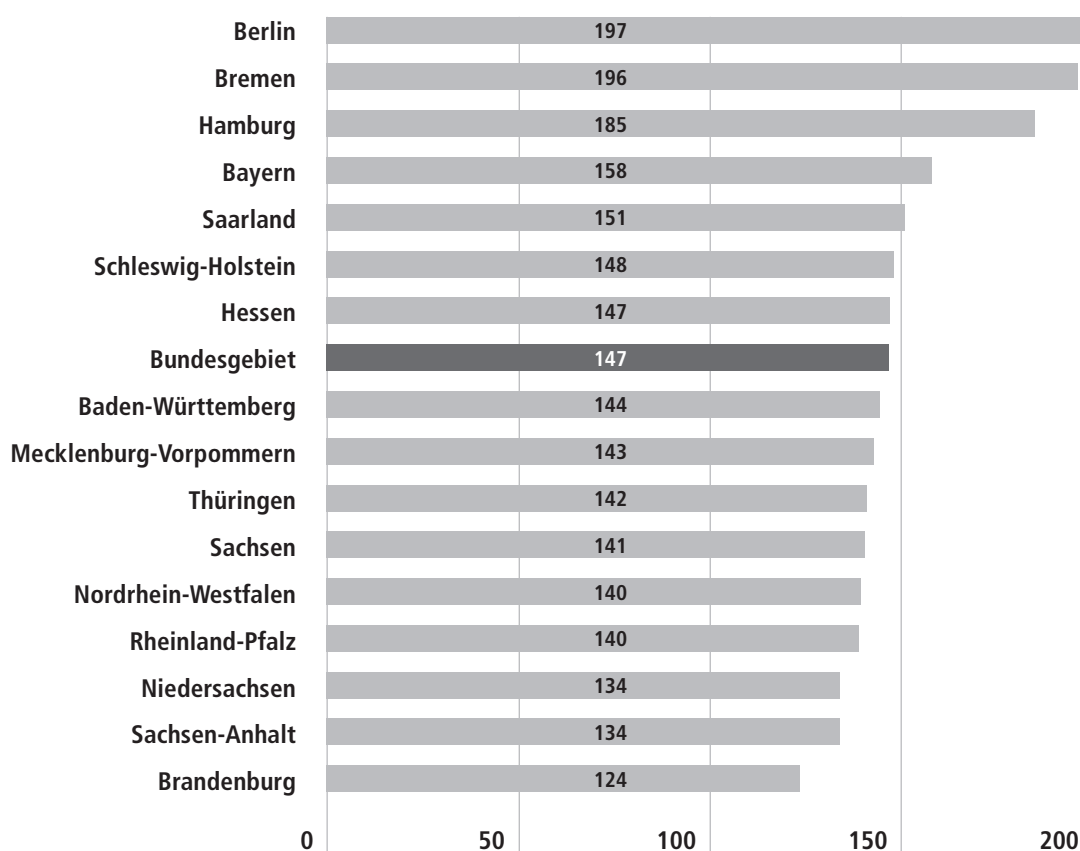
Abbildung 2



Quelle: Bundesarztregister der KBV.

Vertragsärztinnen und -ärzte je 100.000 Einwohner nach Bundesländern (1.12.2008)

Abbildung 3



Quelle: Bundesarztregister der KBV/StBA.

staaten Berlin, Bremen und Hamburg deutlich überdurchschnittliche Vertragsärztdichten, gefolgt von Bayern, dem Saarland, Schleswig-Holstein und Hessen. Sämtliche neue Bundesländer weisen jeweils unter dem Bundesdurchschnitt liegende Werte auf; das Land Brandenburg fällt als einziges Bundesland deutlich unter diesen Durchschnittswert.

2.1.2 Hausärztliche Versorgung

Unter primärärztlichen Versorgungsgesichtspunkten ist insbesondere die Gruppe der Allgemein- und praktischen Ärztinnen und

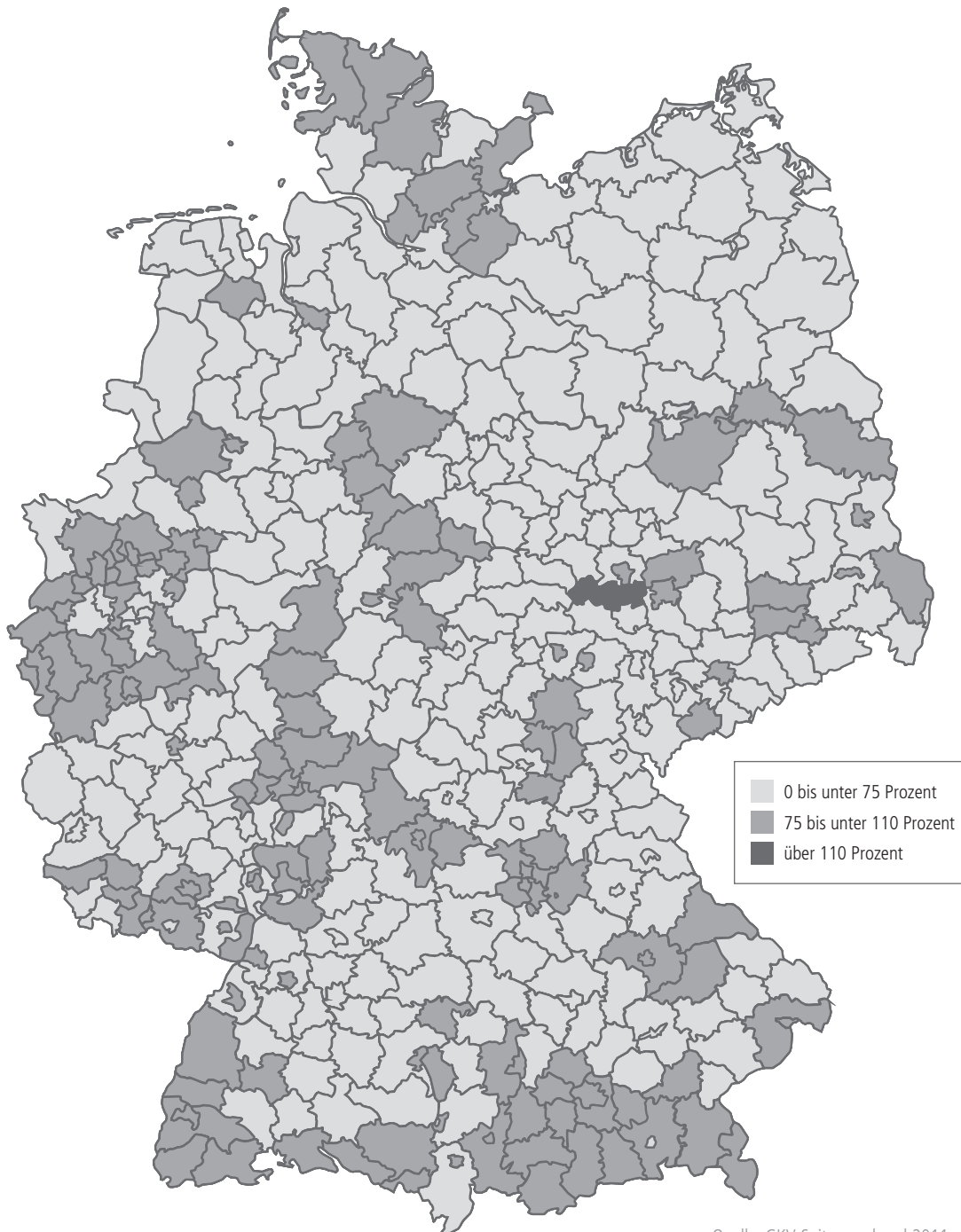
Ärzte von besonderem Interesse.¹ Bundesweit betrachtet liegt der Gesamtversorgungsgrad für hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte bei 108%. Mit anderen Worten ist für das Jahr 2009 bei dieser Arztgruppe entsprechend der Vorgaben der Bedarfsplanung das Planungssoll über alle 395 Planungsbereiche hinweg um 8% überschritten (Klose/Rehbein 2011).

Allerdings lassen sich für den hausärztlichen Bereich in einer auf die Planungsbereiche bezogenen Betrachtung deutliche regionale Unterschiede bei der Versorgungslage feststellen (Abbildung 4).

¹ Auf eine Betrachtung der fachärztlichen ambulanten Versorgung wird im Folgenden verzichtet. Bei den Fachärzten weisen nur einige wenige der insgesamt 395 Planungsbereiche in Deutschland eine Unterversorgung auf. Beinahe alle anderen verbleibenden Planungsbezirke sind aufgrund einer bestehenden Überversorgung gesperrt (Klose/Rehberg 2011).

Regionale Verteilung der Hausärztinnen und Hausärzte 2010

Abbildung 4



Quelle: GKV-Spitzenverband 2011

In einer ersten groben Annäherung ist erkennbar, dass die Versorgungsdichte in der Südhälfte Deutschlands höher ist als in der Nordhälfte und in der Osthälfte niedriger ist als in der Westhälfte. Die übertensorgten Planungsbereiche konzentrieren sich im Süden Baden-Württembergs und Bayerns so-

wie im Saarland, im Bereich Nordrhein, in Schleswig-Holstein und in Teilen Hessens. Die Planungsbereiche mit niedrigen Versorgungsgraden finden sich in Brandenburg, im nördlichen Niedersachsen und in Sachsen-Anhalt. Zwar liegt aktuell lediglich in einem Planungsbereich in Sachsen-Anhalt

eine Unterversorgung (unter 75%) vor, allerdings verzeichnen weitere 83 Planungsbereiche einen Versorgungsgrad unter dem Plansoll von 100% (Klose/Rehbein 2011).

Eine kleinräumige Betrachtung ausgewählter Planungsbereiche verdeutlicht die höchst disparate Versorgungslandschaft im hausärztlichen Bereich. Aus Tabelle 1 lässt sich ableiten, dass einer lokalen Unterversorgung in

vor allem ländlichen, als wenig attraktiv erachteten Regionen eine Überversorgung in Ballungsgebieten und für die Niederlassung attraktiven Regionen gegenüber steht (Uhlmann/Klose 2007).

Nach aktualisierten Angaben des Versorgungsreports 2011 hat sich die Zahl der Planungsbereiche, die im hausärztlichen Bereich als überversorgt gelten, gegenüber den

Kapitel 2

Hausärztliche Versorgung in ausgewählten Planungsbereichen (2005)

Tabelle 1

Planungsbereich		Zahl der Ärzte absolut		Versorgungsgrad in %	Zahl der Ärzte über / unter Soll
		Soll	Ist		
Bayern	München Stadt	789	1.109,3	140,8	320,3
	Garmisch Partenkirchen Lkr.	59	83,5	141,4	24,5
	Starnberg Lkr.	73	110,0	151,5	37,0
	Regensburg Stadt	83	108,0	131,1	25,0
	Passau Stadt u. Lkr.	161	196,6	122,3	35,6
	Würzburg Stadt	86	103,5	121,3	17,5
	Schweinfurt Stadt u. Lkr.	115	102,8	89,7	-12,2
	Hassberge Lkr.	60	54,0	90,6	-6,0
	Dillingen Lkr.	59	55,0	93,7	-4,0
Sachsen	Plauen Stadt, Voigtlandkr.	159	181,3	114,6	22,3
	Annaberg Lkr.	48	60,5	127,1	12,5
	Mittlerer Erzgebirgslkr.	52	49,5	96,9	-2,5
	Torgau-Oschatz	56	51,0	91,9	-5,0
Sachsen-Anhalt	Halle	153	180,8	118,6	27,8
	Magdeburg	145	162,3	112,1	17,3
	Jerichoer Land	61	52,2	86,0	-9,0
	Saalekreis	48	34,0	71,7	-14,0
	Dessau-Bitterfeld	122	101,0	83,3	-21,0
	Salzwedel	66	53,0	80,4	-13,0
Hamburg	Hamburg	1.095	1.192,0	108,8	97,0
Berlin	Berlin	2.143	2.524,0	114,4	381,0
Nordrhein	Stadt Essen	275	341,6	124,3	66,6
	Stadt Mülheim	80	94,5	118,7	14,5
	Aachen, Stadt	163	187,6	115,6	24,6
	Duisburg, Stadt	236	269,8	114,5	33,8
	Solingen, Stadt	104	103,0	99,6	-1,0
	Kreis Kleve	174	172,0	99,0	-2,0
	Wuppertal, Stadt	228	219,2	96,4	-8,8

Vorjahren noch weiter erhöht. Während nach den Maßstäben der Bedarfsplanung von den insgesamt 395 Planungsbereichen im hausärztlichen Bereich im Jahre 2006 zusammengenommen 150 als überversorgt galten (Versorgungsgrad höher als 110%), stieg deren Anzahl in 2009 auf 185 an; darüber hinaus lag in weiteren 126 Planungsbereichen der Versorgungsgrad zwischen 100 und 110% (Klose/Rehbein 2011).

Auch die regionalen Disparitäten haben sich in jüngster Zeit weiter verschärft: beliebte Niederlassungsadressen sind in 2009 nach wie vor Starnberg (mit einem Versorgungsgrad von 148,1%), Freiburg im Breisgau (143%), der Landkreis Garmisch Partenkirchen (131,4%), München (130,5%) und der Landkreis Berchtesgadener Land (129%). Für Hausärztinnen und Hausärzte wenig attraktiv sind beispielsweise weiterhin die Regionen Saalekreis (als bundesweit einzigem unterversorgten Planungsbereich mit einem Hausarzt-Versorgungsgrad von 69,1%) und Dessau/Landkreis Bitterfeld (77,5%) im Bundesland Sachsen-Anhalt, die niedersächsischen Landkreise Soltau-Fallingb. (78,3%) und Gifhorn mit (80%) sowie der brandenburgische Landkreis Uckermark (81,6%) (Klose/Rehbein 2011).

2.1.3 Hausärztliche Versorgung auf dem Land am Beispiel Hessens

Auch für Hessen bestätigt sich im Bereich der hausärztlichen Versorgungssituation das bekannte disparate Muster in der Versorgungslandschaft. Im hessenweiten Vergleich finden sich ungleiche Versorgungsgrade sowohl zwischen den insgesamt 26 Planungsbereichen als auch heterogene Verteilungen innerhalb der Planungsregionen selbst. So ist zum Stand April 2010 die Hälfte der hessischen Planungsbereiche aufgrund von Überversorgung an Hausärztinnen und Hausärzten bzw. hausärztlich tätigen Vertragsärztinnen und -ärzten gesperrt. In den restlichen 13 Planungsbereichen liegen die insgesamt 43 zu besetzenden Hausarztstühle in ihrer überwiegenden Mehrzahl in länd-

lichen Regionen des Odenwalds sowie in Ost- und Nordhessen (KV Hessen 2010).

Diese Momentaufnahme ist gekennzeichnet durch eine Reihe von Problem verschärfenden Entwicklungen für die hausärztliche Versorgung, die im Folgenden anhand einiger Aspekte am Beispiel der Versorgungssituation in Hessen dargestellt werden sollen. Diese Entwicklungen sind den jeweiligen regionalen Ausprägungen entsprechend mehr oder weniger stark auf nahezu alle ländlich strukturierten Regionen in Deutschland übertragbar.

Erstens ist die Erreichbarkeit des hausärztlichen Versorgungsangebotes angesichts der wenig ausgebauten öffentlichen Verkehrsinfrastruktur auf dem Land, insbesondere im Bereich des Öffentlichen Nahverkehrs, stark eingeschränkt; in vielen Landregionen ist die Wohnbevölkerung selbst an Werktagen auf die Nutzung des Individualverkehrs angewiesen. Das Problem der Erreichbarkeit wird zudem durch einen anhaltenden Trend verschärft: In großflächigen ländlichen Regionen, in denen in der Regel der Planungsbereich identisch mit dem Landkreis selbst ist, häufen sich in Übereinstimmung mit den Regularien der Bedarfsplanung zunehmend die Hausarztpraxen in der Stadt oder in stadtnahen Gebieten, während die Praxisdichte in den stadtfernen Umlandregionen und Landgemeinden ausdünnert. Als verallgemeinerbares Beispiel für eine solche disparate Versorgungssituation innerhalb eines überwiegend ländlich strukturierten Planungsbereiches kann der Landkreis Fulda gelten: Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen schwankt dort die Versorgungsrelation Einwohner/Hausarzt in den einzelnen Gebietsgemeinden bzw. Städten zwischen 890 und 4.280. Von einzelnen wenigen Besonderheiten abgesehen weichen vom Bedarfsplan-Normwert, der für den gesamten Planungsbereich bei 1.490 liegt, nur die ländlichen Gemeinden des Kreises nach oben, hingegen die Städte und stadtnahen Gemeinden des Landkreises sämtliche nach unten ab (Müller/Hessen 2010).

Kapitel 2

Im Landkreis Hersfeld-Rotenburg, einem stark ländlich strukturierten Versorgungsgebiet, zeigen sich anhand einer kleinräumigen Analyse der Hausarztdichten ebenfalls nach Mittel- und Grundzentren stark differenzierte Versorgungsgrade. Bei einer insgesamt rechnerisch an der Grenze zur Überversorgung liegenden Versorgungsquote verzeichnen im Landkreis die Mittelzentren eine signifikant höhere Hausarztdichte als die Grundzentren (Bächle et al. 2009). Nicht zuletzt sind es die innerhalb der bestehenden Planungsbereiche disparaten Versorgungssituationen, die die Forderungen nach einer am kleinräumigen Bedarf orientierten Neuausrichtung der Bedarfsplanung bzw. nach einem Neuzuschnitt der Planungsbereiche begründen.

Zweitens stellt sich auch die zukünftige Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Regionen Hessens sehr heterogen dar. Nach einer Studie der Hessen Agentur zur kleinräumigen Bevölkerungsentwicklung wird die Einwohnerzahl in Hessen bis zum Jahr 2030 im Durchschnitt insgesamt um 2,5% schrumpfen, allerdings nicht in allen Regionen Hessens gleichermaßen. Neben einem strukturraumbegründeten Nord-Südgefälle prognostiziert die Studie auch ein deutliches Stadt-Landgefälle (Hessen Agentur 2007): In den Städten bzw. städtischen Ballungsräumen wird der Schrumpfungsprozess weniger stark ausfallen bzw. es werden in den südlichen Agglomerationsräumen des Bundeslandes gar deutliche Bevölkerungszuwächse erwartet – so in Darmstadt, Offenbach, Frankfurt und Wiesbaden. Spiegelbildlich dazu sind es gerade die ländlich geprägten Regionen, überwiegend in Nord- und Osthessen gelegen, die zukünftig an Wohnbevölkerung verlieren werden. Dies bedeutet, dass in den ohnehin bereits dünn besiedelten ländlichen Gebieten des Landes Hessen ein überproportionaler Bevölkerungsrückgang zu verzeichnen sein wird – in einzelnen Landkreisen beträgt der für 2030 vorausgesagte Rückgang gar bis zu einem Fünftel der aktuellen Bevölkerung –, was eine zukünftige

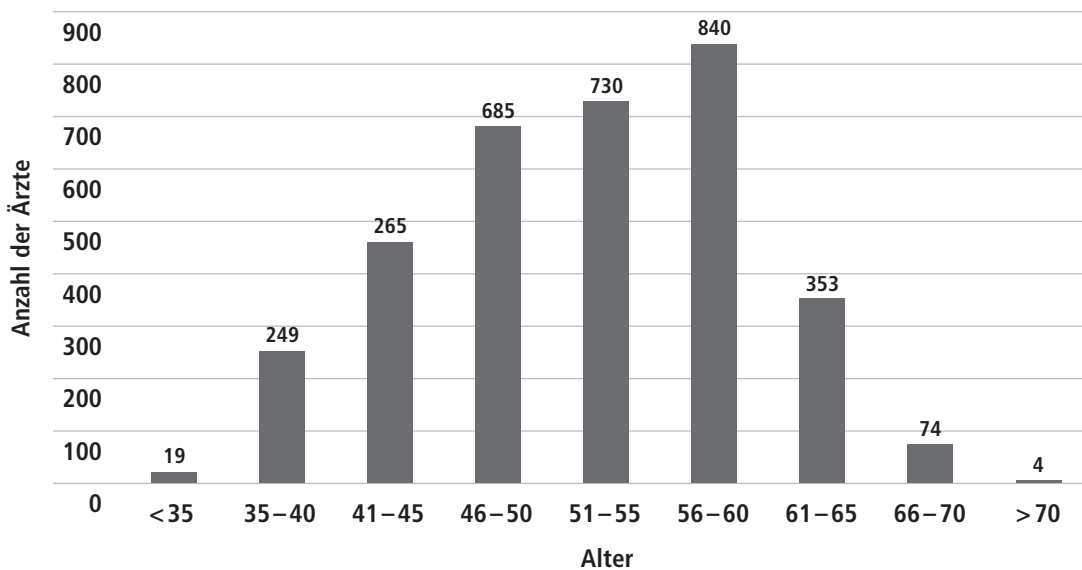
Verringerung der Arztdichte zur Folge haben bzw. eine flächendeckende hausärztliche Versorgung und aus Patientensicht deren Erreichbarkeit in Zukunft zusätzlich erschweren wird.

Drittens ist der Anteil der älteren Wohnbevölkerung in den ländlichen Regionen im Vergleich zu den Städten und städtischen Ballungsräumen heute schon überdurchschnittlich hoch. Der bereits angeführten Hessen Agentur-Prognose zufolge wird er in Zukunft aber gerade dort noch weiter überproportional steigen. Es sind auch hier die strukturschwachen, überwiegend ländlich geprägten Regionen im Odenwald, in Nord- und Osthessen, in denen der Anteil an über 65-jährigen und älteren Personen an der Wohnbevölkerung in 2030 um bis zu acht Prozentpunkte vom Landesdurchschnitt (28%) nach oben abweichen wird. Für einige ländliche Landkreise in Hessen beträgt nach dieser Prognose in 2030 der Anteil der älteren Bevölkerung (über 65-Jährige und älter) um bis zu 35%, wohingegen deren Anteil in den Städten und städtischen Großräumen vor allem im Süden des Landes im genannten Zeitraum stetig sinken wird (Hessen Agentur 2007). Da die Nachfrage nach gesundheitlichen und auch pflegerischen Versorgungsleistungen gerade in dieser Bevölkerungsgruppe besonders hoch ist, ist aufgrund des überdurchschnittlichen Altersprozesses der Bevölkerung in ländlichen Strukturräumen eine Verstärkung der disparaten Versorgungslage und eine Zuspitzung der Versorgungssituation insbesondere bei altersassoziierten Erkrankungen absehbar.

Viertens lässt die Altersstruktur der aktuell hausärztlich praktizierenden Ärztinnen und Ärzte einen für Hessen in fünf bis zehn Jahren beginnenden überdurchschnittlichen Wiederbesetzungsbedarf erwarten, der unter ceteris paribus-Bedingungen nur schwer zu decken sein wird (Abbildung 5). Nach Angaben der KV Hessen stellt sich die alterstrukturbedingte Situation regional in einzelnen

Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte sowie hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten in Hessen 2009 nach Altersgruppen

Abbildung 5



Quelle: KV Hessen..

KV-Bezirksstellen teilweise noch problematischer dar. So liegt beispielsweise der Anteil der über 55-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte in der KV-Bezirksstelle Marburg bereits aktuell bei rund 45 %.

Die aktuelle vertragsärztliche Versorgungssituation zusammenfassend lässt sich feststellen, dass als bestimmendes Merkmal sich mithin weniger das Problem eines generellen Mangels an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stellt als vielmehr deren ungleiche regionale Verteilung auf die jeweiligen Planungsbereiche und – in einigen ländlichen Räumen – deren Verteilung innerhalb dieser Planbezirke. Das Problem der Heterogenität wird sich perspektivisch ausweiten, da eine regional unterschiedliche demografische Bevölkerungsentwicklung sowie eine ungünstige Altersstruktur der Hausärzte gerade in solchen, meist ländlich geprägten Regionen anzutreffen ist, die aktuell bereits niedrige Versorgungsgrade aufweisen. Diese teils sich selbst verstärkenden Effekte verschärfen damit aktuell einen bereits seit Anfang der 1990er Jahre wirksamen Trend, der sich in Ballungsraum fernem, dünn besiedelten ländlichen Gebieten besonders gravie-

rend zeigt: Sie weisen neben dem niedrigsten Versorgungsniveau auch den geringsten Zuwachs an Ärztinnen und Ärzten auf, und es sind dort im Notfall weite Wege zu Spezialisten zurück zu legen (Segert/Zierke 2005).

Diesen Abschnitt zur hausärztlichen Versorgungssituation auf dem Land abschließend soll auf einen weiteren Aspekt hingewiesen werden, der ebenfalls als ein gewichtiger Aspekt für die hausärztliche Versorgung zu betrachten ist und der in der aktuellen Diskussion zur Versorgungssituation in ländlichen Regionen meist verkürzt unter dem Begriff der „Feminisierung des Arztberufes“ geführt wird. Richtig ist, dass der Anteil an Ärztinnen an der Gesamtzahl der berufstätigen Ärzteschaft in den vergangenen Jahren stetig stieg und mittlerweile einen Anteil von etwa 42 % erreicht hat (KBV 2010). In einigen Fachgebieten wie beispielsweise in der Allgemeinmedizin und Augenheilkunde liegt der Anteil der Ärztinnen an der berufstätigen Ärzteschaft inzwischen bei deutlich über 60 % (KBV 2010). In der Tendenz gilt dies gleichermaßen für die vertragsärztliche Versorgung, in der die weiblichen Vertrags-

ärzte in 2008 einen Anteil von 36% innehatten; bei den Partnerärzten lag der weibliche Anteil mit 48% und bei den angestellten Ärzten mit 68% erwartungsgemäß entsprechend höher (Jacobs/Kip 2009).

Zweifellos schwindet aus Sicht der jüngeren Generation von niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten die Attraktivität einer hausärztlichen Tätigkeit auf dem Land, wie das „Berufsmonitoring Medizinstudenten“ aus dem Jahr 2010 eindrucksvoll belegen konnte (Jacob/Heinz 2010). Lediglich für 16% der aktuell Medizinstudierenden stellt eine Niederlassung als Hausarzt/Hausärztin auf dem Land eine Option für ihre berufliche Zukunft dar. Gleichwohl sind die Ursachen hierfür vielschichtig und gehen weit über den Aspekt der „Feminisierung“ hinaus. Geschlechterunabhängig spielen neben dem Wunsch nach familienfreundlichen Arbeitsbedingungen und Arbeitszeiten im Zusammenhang mit dem zunehmenden Wunsch einer besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf insbesondere Fragen der lokalen Infrastruktur, der Unterstützung bei der Etablierung einer Arztfamilie im ländlichen Raum (Arbeitsplatzangebot für den Partner, Kinderbetreuung, schulisches Angebot), der Verringerung des bürokratischen Aufwands vor der Praxiseröffnung sowie finanzielle Anreize bei den Medizinstudierenden eine herausragende Rolle (Jacob/Heinz 2010).

2.1.4 Ärztliche Versorgung in Ballungsgebieten

Auch wenn die Verteilung von Versorgungsangeboten in Agglomerationsräumen noch vergleichsweise wenig untersucht ist, lassen sich auf der Basis bisheriger Erkenntnis dennoch spezifische Verteilungsmuster erkennen. Die haus- und fachärztliche Grundversorgung konzentriert sich in Regionen bzw. Stadtteilen mit hoher Attraktivität und vernachlässigt solche mit niedriger Kaufkraft, mit einem hohen Anteil von Personen mit Migrationshintergrund und Erwerbslosen.

Trotz eines in der Regel gut ausgebauten öffentlichen Personennahverkehrs erschweren finanzielle und soziokulturelle Barrieren den Zugang zu Versorgungseinrichtungen „jenseits der Bahngleise“ erheblich.

Am Beispiel der Stadt Köln hat eine aktuelle Untersuchung einen deutlich ungleich verteilten haus- und kinderärztlichen Versorgungsgrad zwischen so genannten privilegierten und sozial benachteiligten Stadtteilen aufgezeigt (Rauschenbach 2010). Als Indikator zur Charakterisierung der sozialen Lage wurde der Anteil der ALG II-Empfänger an der Bevölkerung im Stadtteil herangezogen. Den Ergebnissen der Studie zufolge stehen den Bewohnern in den benachteiligten Kölner Stadtteilen (über 15,5% ALG II-Empfänger) mit 5,7 am wenigsten Hausärzte pro 10.000 Einwohner zur Verfügung, der mittleren Gruppe (8,7 bis 15,5% ALG II-Empfänger) mit 6,7 ein Hausarzt mehr (pro 10.000 Einwohner) und in den privilegierten Stadtteilen (bis 8,7 ALG II-Empfänger) haben sich mit 9,1 mit Abstand am meisten Hausärzte niedergelassen. Für die Versorgung mit Kinderärzten ist die „Benachteiligungstendenz“ in noch stärkerem Maße ausgeprägt: Den Kindern in den reicheren Stadtteilen stehen fast doppelt so viele Kinderärzte zur Verfügung wie in den ärmeren Stadtteilen. Mit anderen Worten: Je privilegierter ein Stadtteil, desto höher ist die Arztdichte und vice versa.

Zwar verteilen sich der Untersuchung zufolge die nach den geltenden Maßstäben der ärztlichen Bedarfsplanung hausärztlich und kinderärztlich unterversorgten Stadtgebiete in etwa homogen über die drei nach Sozialstatusgruppen segregierten Stadtteile, allerdings konzentrieren die als überversorgt ausgewiesenen Versorgungsgebiete deutlich in den privilegierten Stadtteilen Kölns. Die Studie kommt demzufolge zum Ergebnis, dass „zwar keine soziale Benachteiligung einzelner Stadtteile bezüglich der Über- und Unterversorgung feststellbar ist, aber dennoch unabhängig der Bedarfsplanungsgren-

Arztdichte nach ALG II-Beziehern in Kölner Stadtteilen

Tabelle 2

Anteil Hilfsbedürftiger nach SGB II (gruppiert)	Hausärzte pro 10.000 Einw.	Kinderärzte pro 10.000 Einw.	N
bis 8,7 %	9,06	32,03	28
8,7 bis 15,5 %	6,67	15,74	30
über 15,5 %	5,69	12,53	28

Quelle: Rauschenbach 2010.

17

zen eine Benachteiligung in der Verfügbarkeit an Haus- und Kinderarztdichte segregierter Kölner Gebiete besteht...“. In den armen Stadtteilen besteht eine 27 % geringere Chance auf einen Hausarzt als in den reichen Gebieten (Rauschenbach 2010: 64).

Auch am Beispiel Berlins sind einer Pressemitteilung der Berliner Morgenpost vom 19.1.2011 zufolge die niedergelassenen Ärzte höchst ungleich verteilt: In den sozial benachteiligten Brennpunktbezirken der Hauptstadt, unter anderem in Neukölln, Marzahn-Hellersdorf, Lichtenberg, Treptow-Köpenick und im Wedding, ist die Arztdichte deutlich geringer als in den wohlhabenden Bezirken. Im Planungsbereich Berlin, der nach den Maßgaben der Bedarfsplanung wie gezeigt als deutlich überversorgt gilt, kommt zum Beispiel in Neukölln auf 1.600 Einwohner ein Hausarzt, während in Charlottenburg ein Hausarzt rechnerisch für 1.059 Einwohner zuständig ist. Noch deutlicher sind die Unterschiede bei den Gynäkologen: In Neukölln ist ein Arzt durchschnittlich für 11.144 Frauen zuständig, in Berlin-Mitte nur für 4.876 (Berliner Morgenpost vom 19.1.2011).

Gleichwohl die Ungleichverteilung der ärztlichen Versorgungsdichte in Ballungs- bzw. Agglomerationsräumen noch wenig untersucht ist bzw. hierzu notwendige Daten in der Regel nicht öffentlich zugänglich sind, spricht vieles dafür anzunehmen, dass die beiden genannten Beispiele als repräsentativ für die Versorgungssituation in anderen großstädtischen Räumen gelten dürften.

2.2 Stationäre Versorgung

Die Entwicklung der zentralen Indikatoren in der Krankenhausversorgung in Deutschland ist seit den 1990er Jahren durch einen stetigen Rückgang der Zahl an Krankenhäusern, den Abbau von Bettenkapazitäten und einer deutlichen Absenkung der Verweildauer bei einer gleichzeitigen Zunahme der Krankenhausfälle gekennzeichnet. Dieser anhaltende Umstrukturierungsprozess wird vor dem Hintergrund der Wirkungen der Fallpauschalen (DRGs) im Vergütungssystem für stationäre Leistungen, einem hohen Kostendruck, zunehmender Konzentrationsprozesse im stationären Sektor auch in Zukunft einen weiteren Abbau von Kapazitäten erwarten lassen.

Der sich fortsetzende Kapazitätsrückgang in Verbindung mit einem zunehmenden Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser trifft auf eine sich bereits inhomogen darstellende stationäre Versorgungslandschaft. Nach den wenigen vorliegenden strukturräumlichen Analysen der Krankenhausversorgung ist zu erwarten, dass sich die Entwicklung in Richtung einer verstärkten räumlichen Heterogenität weiter verstärken wird. Der zurückliegende Trend einer erkennbar starken Ausrichtung der Krankenhaus- und Bettenentwicklung an Standorten mittlerer und oberer Zentralität sowie der spiegelbildlich dazu vollzogene Kapazitätsrückgang in Städten und Gemeinden niedriger Zentralitätsstufe (Porzelius 2009) dürfte sich demnach fortschreiben. Zwar verfügt Deutschland bisher über eine – zumal im internationalen

Kapitel 2

Vergleich – durchschnittlich gute geografische Erreichbarkeit der Krankenhäuser, die sich aber regional sehr unterschiedlich darstellt, so dass bei einer weiteren Reduktion der Krankenhausanzahl die Erreichbarkeit in einzelnen Regionen stark eingeschränkt sein dürfte (Geraedts 2010).

Für das Jahr 2008 weist die amtliche Statistik in Deutschland 2.083 Krankenhäuser (ohne Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) mit insgesamt 503.360 Betten aus, was

einer Bettendichte von 61,3 Betten je 10.000 Einwohner entspricht. Die Bettendichte ist jedoch in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich hoch (Abbildung 6): In Bremen und Thüringen liegt sie deutlich über, in Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg und Hessen deutlich unter dem Bundesdurchschnitt. In den übrigen Bundesländern gruppiert sich die Bettendichte mit geringen Abweichungen um den Mittelwert.

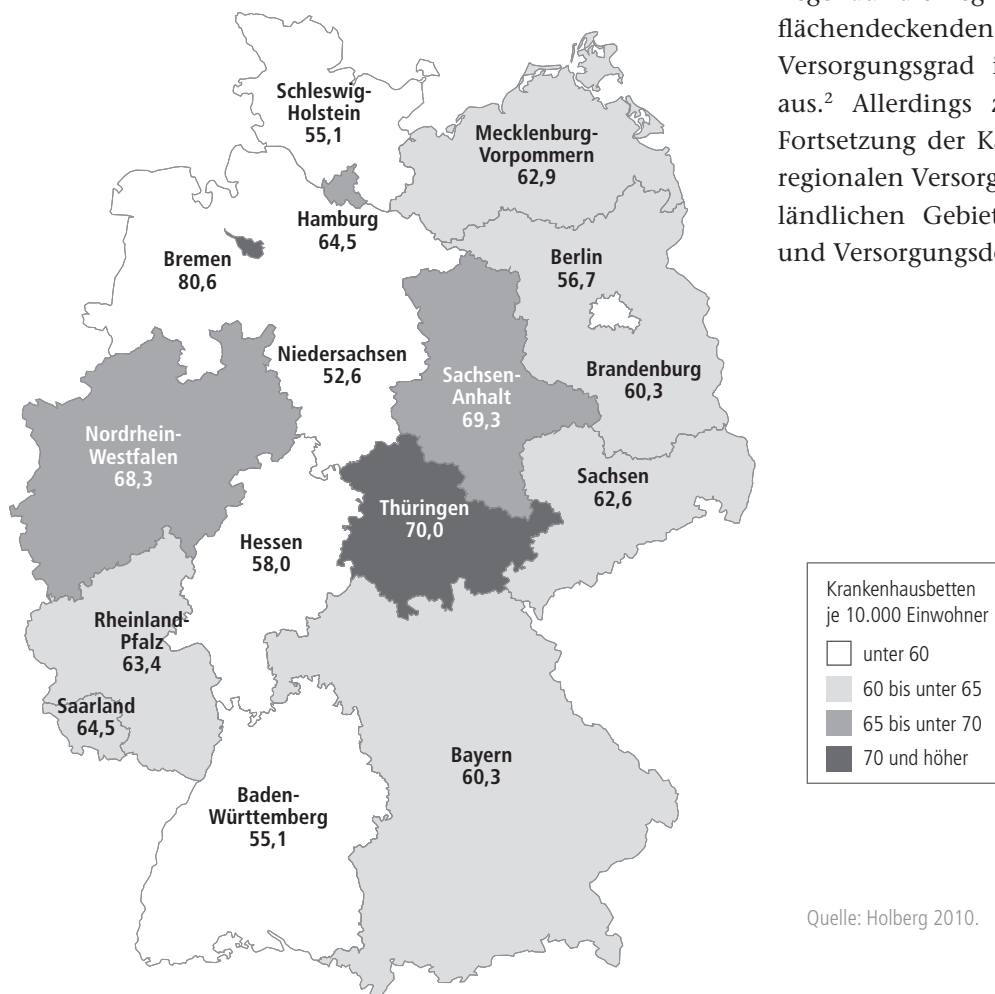
Die Unterschiede in der Bettendichte zwischen den Bundesländern, die kaum ein konsistentes Muster aufzeigen – allenfalls in der Tendenz vereinigungsbedingt höhere Kapazitäten in den neuen Bundesländern –, sagen zunächst nur wenig über einen in der Regel auf die Region hin zu bestimmenden flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der Grundversorgung aus.² Allerdings zeichnen sich bei einer Fortsetzung der Kapazitätsreduktion in der regionalen Versorgungsstruktur vor allem in ländlichen Gebieten punktuelle Engpässe und Versorgungsdefizite ab.

18

Kapitel 2

Abbildung 6

Bettendichte in Krankenhäusern (ohne Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen) nach Bundesländern 2008



Quelle: Holberg 2010.

² Wie engmaschig die Versorgung mit stationären Leistungen sein soll, ist jedoch durch den Gesetzgeber nicht definiert.

Diese Entwicklung trifft auf eine Struktur der ländlichen Krankenhausversorgung, die sich – insbesondere nach der Art der Trägerschaft – zwischen den Bundesländern erheblich unterscheidet (Beivers/Spangenberg 2008).³ „Generell lässt sich das ‚typische ländliche Krankenhaus‘ als ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung mit einer Bettenzahl unter 300 charakterisieren, gelegen in einem Mittel- oder Oberzentrum. Was die Trägerschaft anbetrifft, so wird etwa der Großteil der ländlichen Krankenhäuser in Bayern von der öffentlichen Hand getragen, während beispielsweise in Nordrhein-Westfalen freigemeinnützige Träger überwiegen. Vor allem in den neuen Ländern ist die Krankenhausversorgung auf dem Lande stärker von privater Trägerschaft und zum Teil von größeren Betriebseinheiten (400 bis 500 Betten) geprägt (Beivers/Spangenberg 2008: 91).“

2.2.1 Erreichbarkeit von Krankenhäusern

Die Anzahl an Krankenhäusern wird durch eine Vielzahl von Einflussfaktoren sowohl auf der Nachfrage- als auch der Angebotsseite determiniert, „deren gemeinsamer Effekt auf die zukünftige Krankenhausstruktur Deutschlands kaum vorhergesagt werden kann (Geraedts 2010: 102).“

Aus der Nutzer- respektive Patientenperspektive ist neben der Qualität des Leistungsangebotes dessen Erreichbarkeit ein zentraler Parameter, der den regionalen Versorgungsgrad bestimmt. Dies gilt insbesondere für Einrichtungen der stationären Grundversorgung. Nach einer Analyse des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung

(BBR) stellte sich der Versorgungsgrad der Bevölkerung gemessen an der Erreichbarkeit von Krankenhäusern im Jahr 2004 unter Zugrundelegung des Entfernungskriteriums für eine „wohnnortnahe Versorgung“ im Durchschnitt als gut dar: Rund ein Viertel der Bevölkerung konnte mit einem PKW das nächstgelegene Krankenhaus innerhalb von 10 Minuten erreichen, fast 98% innerhalb von 20 Minuten; nur für etwa 2,3% der Bevölkerung bedeutete es eine Anfahrtszeit von mehr als 20 Minuten (Spangenberg/Beivers 2009).

Allerdings zeigt die BBR-Analyse in einer Szenariobetrachtung, die die Veränderung der Wegezeiten bei Schließung des nächstgelegenen Krankenhauses ermittelt, zum Teil gravierende Veränderungen in der Erreichbarkeit, die angesichts einer zu erwartenden Fortschreibung des Kapazitätsabbaus und des Konzentrationsprozesses im stationären Sektor als realistisch einzuschätzen sind: „Dabei treten in ländlichen Regionen der neuen Länder, besonders in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und im nördlichen Sachsen-Anhalt, teilweise erhebliche potenzielle Verschlechterungen der Versorgungssituation im stationären Bereich großflächig hervor, die die dort heute schon längeren Anfahrtswege (...) deutlich überschreiten (Spangenberg/Beivers 2009: 437).“

Außer für Nordrhein-Westfalen zeigt das Szenario auch für alle übrigen westlichen Flächenländer kleinteilige Bereiche mit deutlichen Fahrzeitsteigerungen, die sich vielfach in ländlichen, grenz- oder küstennahen Regionen befinden. Wie nicht anders zu erwarten, erhöht sich der Zeitaufwand in

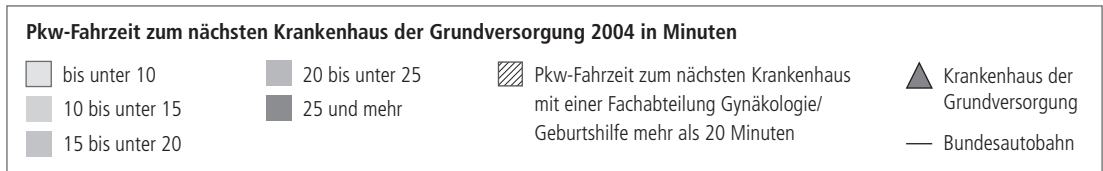
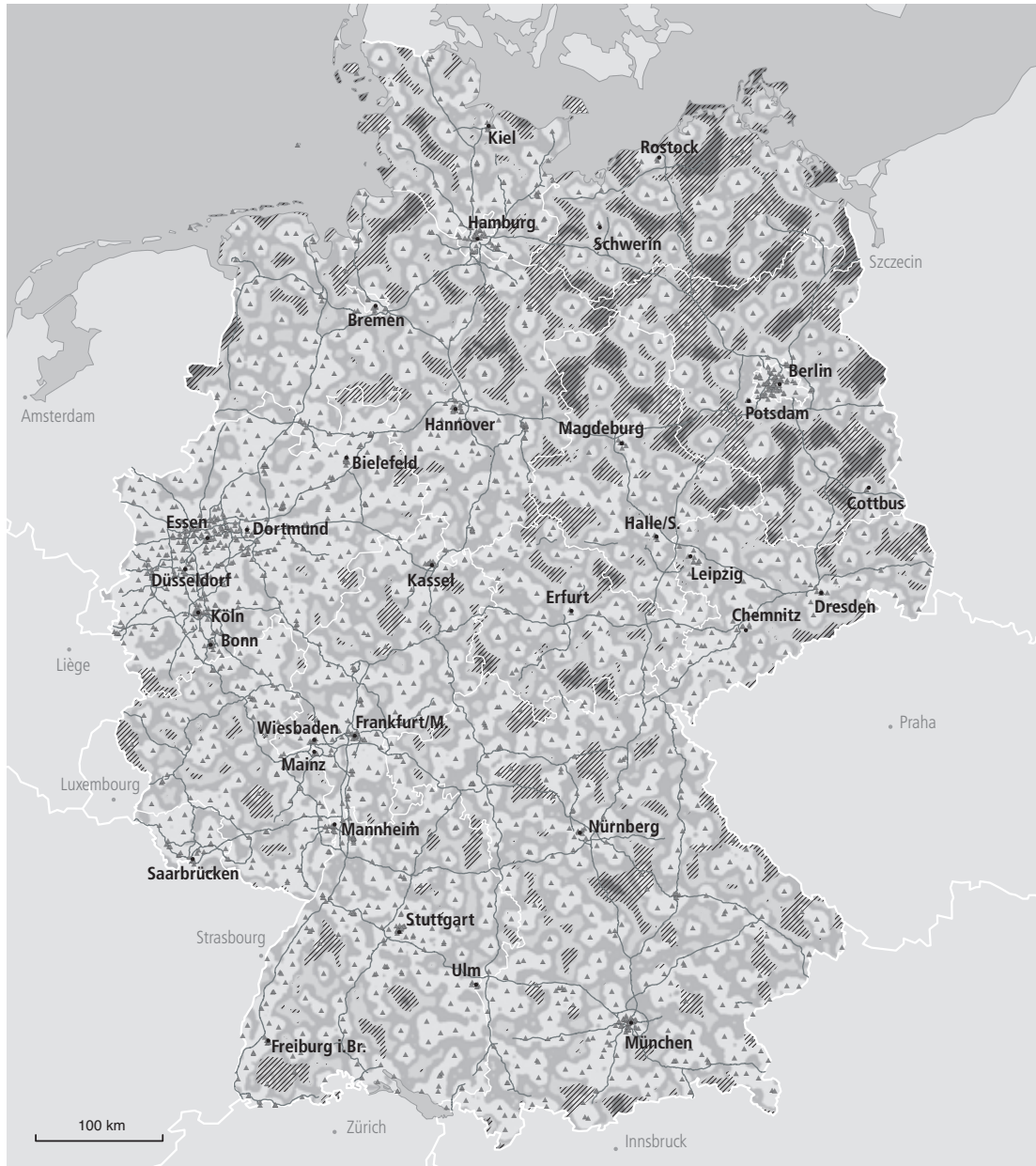
3 Neben der Bettendichte und der Art der Trägerschaft (öffentlich – freigemeinnützig – privat) lassen sich zwischen den Bundesländern darüber hinaus zum Teil deutliche Unterschiede auch bei der Anzahl der Krankenhäuser pro Million Einwohner und der Investitionsmittel pro Planbett feststellen (Geraedts 2010).

Erreichbarkeit von Krankenhäusern der Grundversorgung

Abbildung 7

20

Kapitel 2



Quelle: Erreichbarkeitsmodell des BBR Datengrundlage: Krankenhausverzeichnis des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WiDo), Stand Ende 2002.
Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung.

städtischen Zentren oder in deren Umland aufgrund der höheren Krankenhausdichte in diesen Regionen nur unterdurchschnittlich.

Da der BBR-Analyse die Wegezeiten in PKW-Minuten unterlegt sind, bleibt jedoch unberücksichtigt, dass sich die Situation der Erreichbarkeit für solche Bevölkerungsgruppen, die auf das Angebot des Öffentlichen Nahverkehrs angewiesen sind, bereits unter Status Quo-Bedingungen als äußerst beschwerlich darstellt. Die aufgezeigte Entwicklung wird eine Erreichbarkeit insbesondere in ländlichen Regionen und insbesondere für die dort wohnende ältere Bevölkerung in noch deutlichem Maße erschweren, wenn nicht gar verunmöglichen.

2.2.2 Spezialisierungsgrad der Krankenhäuser

Ein weiterer Faktor, der eine flächendeckende und zu tolerierbaren Konditionen erreichbare Krankenhausversorgung in Zukunft als gefährdet erscheinen lässt, besteht in einem sich mehr und mehr verstärkenden Trend zur Spezialisierung einzelner Krankenhäuser im Sinne einer Schwerpunktbildung in der Behandlung. Dies geschieht überwiegend in Reaktion auf die Einführung der Fallpauschalen und daraus resultierender Wirtschaftlichkeitserwägungen sowie auf Einweiserpräferenzen zu einer Behandlung in einem höher spezialisierten Krankenhaus. Diese Entwicklung dürfte insbesondere in ländlichen und/oder strukturschwachen Regionen über die Erreichbarkeitsproblematik hinaus zu weiteren unerwünschten Konsequenzen hinsichtlich des Versorgungsgrades und der Ausprägung regionaler Disparitäten führen, „da zwischen Spezialisierung und Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern einerseits und der wohnortnahen, flächendeckenden Versorgung andererseits Zielkonflikte bestehen (Rürup 2008).“

3. Defizite der Bedarfsplanung im Status Quo

Kapitel 3

In diesem Abschnitt werden die vertragsärztliche Bedarfsplanung und die Krankenhausplanung im Hinblick auf ihre Planungsgrundlagen und deren Defizite überblicksartig dargestellt.

3.1 Defizite der vertragsärztlichen Bedarfsplanung

Die Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und damit für die Bedarfsplanung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese haben gemäß § 99 SGB V im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie im Benehmen mit den zuständigen Landesbehörden nach Maßgabe der vom Gemeinsamen Bundesausschuss erlassenen Richtlinien auf Landesebene einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen und jeweils der Entwicklung anzupassen. Die Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung sind danach zu beachten. Schon nach den bestehenden gesetzlichen Regelungen ist damit eine sektorübergreifende Bedarfsplanung im Ansatz vorgesehen.

Bei der Operationalisierung der Bedarfsplanung kommt dem Gemeinsamen Bundesausschuss eine zentrale Rolle zu. Gemäß § 101 Abs. 1 SGB V hat er in Richtlinien Bestimmungen über einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Ver-

sorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung und Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur zu beschließen. Die angesprochenen Verhältniszahlen für den „allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad“ in insgesamt 395 Planungsbereichen wurden entsprechend der gesetzlichen Anforderungen erstmals zum Jahresende 1990 auf der Basis einer Ist-Erhebung ermittelt und in regelmäßigen Abständen fortgeschrieben.

Die Feststellung von Überversorgung (§ 101 SGB V) oder Unterversorgung (§ 100 SGB V) beruht auf dem Vergleich der oben genannten Verhältniszahlen (Soll-Werte) mit der tatsächlich gemessenen Versorgungsdichte. Überversorgung liegt gemäß dieser Definition in einem Planungsbereich vor, wenn die Soll-Werte um mehr als 10 % überschritten werden (§ 101 Abs. 1 S. 3 SGB V). Unterversorgung liegt dann vor, wenn die Soll-Werte in einem Planungsbereich um mehr als 25 % (Hausärzte) bzw. 50 % (Fachärzte) unterschritten werden.

Die Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen stellen das Eintreten von Über- bzw. Unterversorgung fest. Beim Vorliegen von Unterversorgung haben sie den für die betroffenen Gebiete zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen eine angemessene Frist zur Beseitigung oder Abwendung der Unterversorgung einzuräumen (§ 100 SGB V). Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maß-

nahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern (§ 105 SGB V). Beim Vorliegen von Überversorgung können die Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen regional begrenzte Zulassungsbeschränkungen aussprechen.

Das hier dargestellte Instrumentarium zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung hat eine Reihe von Schwächen. Erstens gehen die gesetzlichen Regelungen von der Fiktion aus, dass die oben als Soll-Werte bezeichneten Verhältniszahlen einen aussagefähigen Indikator für einen bedarfsgerechten Versorgungsgrad darstellen. Sie stellen jedoch im Gegenteil lediglich eine Fortschreibung der im Jahr 1990 vorhandenen Angebotsstrukturen dar. Die gemäß § 101 Abs. 2 SGB V mögliche Neufestlegung der Verhältniszahlen – beispielsweise zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung – ist nie erfolgt.

Zweitens sind die Planungsbereiche – die gemäß den gesetzlichen Regelungen den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen – zu grob und damit für eine effektive Bedarfsplanung nicht geeignet. Disparitäten innerhalb von Großstädten bzw. Landkreisen können – wie im vorangegangenen Abschnitt gezeigt – auf der Basis dieser Planungsgrundlage nicht erfasst werden. Beide Defizite führen dazu, dass die formalen Planungsgrundlagen und der tatsächliche Bedarf in den Regionen nur in Ausnahmefällen deckungsgleich sind.

Selbst wenn letzteres der Fall wäre, ist das gesetzliche Instrumentarium zum Abbau von Unter- und vor allem Überversorgung nicht geeignet. Die im Gesetz vorgesehenen Zulassungsbeschränkungen können allenfalls eine Zunahme von Überversorgung – bezogen auf einen Planungsbereich – abbauen. Die bestehende Überversorgung kann durch Zulassungsbeschränkungen nicht abgebaut werden, weil bestehende Arztsitze

wieder besetzt werden können. Damit muss letztlich auch das Instrumentarium zur Beseitigung zur Unterversorgung – insbesondere die nach § 105 SGB V mögliche Zahlung von Sicherstellungszuschlägen – ins Leere laufen, solange Ärztinnen und Ärzte auch Zugang zu finanziell attraktiveren überversorgten Planungsbereichen bekommen können.

3.2 Defizite der Krankenhausplanung

Die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung mit Krankenhausleistungen liegt bei den Bundesländern. Dafür haben sie gemäß § 6 KHG Krankenhauspläne und Investitionsprogramme aufzustellen. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist Grundlage für die Abrechnungsfähigkeit von Krankenhausleistungen mit den Krankenkassen. Das Planungsrecht der Bundesländer wird durch Befugnisse des Gemeinsamen Bundesausschusses eingeschränkt – beispielsweise im Rahmen der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 SGB V. Dennoch haben die Bundesländer im Krankenhaussektor einen erheblichen Gestaltungsspielraum.

Die Krankenhausplanung der Bundesländer erfolgt in der Regel unter Berücksichtigung der Komponenten Einwohnerzahl, Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzungsgrad. Aus diesen Komponenten wird nach der so genannten Hill-Burton-Formel der Bettenbedarf errechnet und auf die jeweiligen Standorte nach Abteilungen gegliedert verteilt (DKG 2010). Ähnlich wie die ambulante Bedarfsplanung orientiert sich damit auch die Krankenhausplanung an den bestehenden Kapazitäten, ohne jedoch explizit Verhältniszahlen für die Definition von Über- bzw. Unterversorgung vorzugeben. Der Vergleich von tatsächlicher und geplanter Auslastungsquote gibt damit zwar Hinweise für Über- und Unterversorgung, ist aber keine direkte Planungsgrundlage.

Kapitel 3

Die Problematik der Krankenhausplanung liegt vor allem in zwei Bereichen. Erstens kommen die Bundesländer ihren gesetzlich festgelegten Investitionsverpflichtungen für die von ihnen selbst geplanten Kapazitäten in unzureichender Art und Weise nach. Gemessen an den Ausgaben der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherungen für Krankenhausleistungen haben sich die Investitionen zwischen 1991 und 2008 halbiert (Schönbach et al. 2011). Dieses Defizit muss durch Eigenfinanzierung der Krankenhäuser bzw. Vergütungen der Krankenversicherer kompensiert werden. Zweitens klafft zwischen der tatsächlichen Bettenauslastung und der von den Bundesländern angestrebten Mindestauslastung eine erhebliche Lücke. Letzter liegt in den meisten Bundesländern bei 85%.⁴ Tatsächlich lag die durchschnittliche Auslastung im Jahr 2008 bei 77,4%. Insgesamt hat sich die Bettenauslastung zwischen 1991 bis 2008 um 8% verringert. Im gleichen Zeitraum haben die

Krankenhäuser 24% ihrer Betten abgebaut (Schönbach et al. 2011). Ursache der geringeren Auslastung ist vor allem die gefallene Verweildauer nach Einführung der Fallpauschalen (DRGs). Der Rückbau von Kapazitäten ist weit überwiegend auf Marktprozesse – insbesondere Fusionen und Übernahmen – zurückzuführen und ist nicht das Ergebnis von veränderten Planungsprozessen auf Landesebene (Augurzky et al. 2010).

Tabelle 3 fasst die Defizite der Bedarfsplanung in den beiden Sektoren zusammen. Wie die ambulante Bedarfsplanung schreibt die Krankenhausplanung bestehende Kapazitäten auf der Basis von Inputindikatoren fort (Lüngen/Büscher 2011). Notwendig wäre jedoch eine bevölkerungsbezogene Definition der jeweils zu erbringenden Versorgungsleistungen. Hierzu ist eine grundlegende Neuausrichtung des Steuerungsinstrumentariums für Bedarfsplanung und Sicherstellung notwendig.

Defizite der Bedarfsplanung im Überblick

Tabelle 3

	Vertragsärztliche Bedarfsplanung	Krankenhausplanung
Verantwortung für Sicherstellung	Kassenärztliche Vereinigungen	Bundesländer
Planungsregion	395 Planungsbereiche	16 Bundesländer
Zentrale Probleme	Übersversorgung in Ballungszentren Unterversorgung in ländlichen Regionen und einkommensschwachen Stadtteilen	Mangelnde Investitionsfinanzierung Geringe Auslastung Überkapazitäten
Ursachen für Probleme	Keine aussagefähigen Indikatoren für Bedarfsgerechtigkeit Zuschnitt der Planungsbereiche Mangelndes Instrumentarium für Beseitigung von Über- und Unterversorgung	Finanzausstattung der Bundesländer Planungsvorgaben der Bundesländer nicht aktuell Fortschreibung der bestehenden Kapazitäten

Quelle: Eigene Abbildung.

⁴ In Hessen liegt der Wert je nach Verweildauer zwischen 80 und 90 Prozent (DKG 2010).

4. Rahmenbedingungen für effektive Versorgungssteuerung

Durch das in den vorangegangenen Kapiteln beschriebene Nebeneinander von Überversorgung und Unterversorgung entsteht ein erhebliches Allokationsproblem (Klose/Rehbein 2011). Ein wesentliches Mittel zur effizienteren Allokation knapper Ressourcen auch auf gesellschaftlicher Ebene besteht darin, die Rahmenbedingungen für eine Umsteuerung dieser Ressourcen aus überversorgten Regionen in unterversorgte Regionen zu setzen. Zu diesem Zweck sind auf der Ebene des Bundesgesetzgebers eine Reihe zentraler Voraussetzungen zu schaffen. Die Philosophie hinter diesen Änderungen besteht nicht darin, dass zentrale Steuerungskompetenzen auf die Bundesebene verlagert werden. Die Aufgabe des Bundesgesetzgebers besteht vielmehr darin, adäquate Anreize für die Akteure auf der regionalen Ebene zu setzen.

4.1 Aussagefähige kleinräumige Versorgungsindikatoren

Die derzeitigen Indikatoren für die Bedarfsplanung – die Verhältniszahlen – sind keine aussagefähige Grundlage für eine bedarfsgerechte Versorgungssteuerung. Das würde sich auch dann nicht grundsätzlich ändern, wenn die Verhältniszahlen kleinräumiger – also unterhalb der Ebene des Stadt- bzw. Landkreises – erhoben werden könnten. Dies ist in jedem Fall notwendig – aber nicht hinreichend. Erstens ist die Verhältniszahl Arzt bzw. Ärztin pro Einwohner/in aus Sicht

der Bevölkerung wenig aussagefähig. Aus der Verhältniszahl geht nicht hervor, mit welchem zeitlichen Aufwand Patientinnen und Patienten Zugang zu medizinischer bzw. gesundheitlicher Versorgung erhalten können. Zweitens müsste eine sektorübergreifende Versorgungssteuerung auch die ärztliche Infrastruktur in stationären Einrichtungen erfassen können. Diese wird aber mit den derzeitigen Verhältniszahlen nicht abgebildet.

Aufgabe des Bundesgesetzgebers wäre es daher nicht nur, den Bundesländern die Möglichkeit zur Definition kleinräumiger und flexibel gestaltbarer Planungsregionen unterhalb der Ebene des Stadt- bzw. des Landkreises einzuräumen, sondern der Bundesgesetzgeber müsste aussagefähige und auf regionaler Ebene obligatorisch anzuwendende Indikatoren für die sektorübergreifende Versorgungssteuerung entwickeln. Auf der Basis dieser Indikatoren könnten mittels eines bevölkerungsbezogenen sektorübergreifenden Monitorings Versorgungslücken zielgenau und zeitnah identifiziert werden. Es sollte sich um ein Instrumentarium handeln, das sich mehr am tatsächlichen, epidemiologisch begründeten Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientiert als an reinen Einrichtungskapazitäten. Ein geeigneter Indikator würde die Erreichbarkeit medizinischer bzw. gesundheitlicher Versorgung unter Berücksichtigung von Wegstrecken und Wartezeiten abbilden müssen. Es müsste in regelmäßigen Abständen gemes-

Kapitel 4

sen werden, wie viel Zeit Patientinnen und Patienten aufwenden, um zu einem Anbieter medizinischer Grundversorgung zu gelangen.⁵ Analog könnte die Erreichbarkeit von Notdiensten, fachärztlichen und pflegerischen Angeboten erfasst werden. Bei dieser eher geographischen Dimension eines solchen Zugangsindikators müssten auch die lokalen Verkehrsgegebenheiten berücksichtigt werden. Eine Basierung alleine auf Fahrtzeiten im Pkw wäre daher nicht ausreichend. Die geographische Dimension müsste insbesondere in Ballungszentren sozial differenziert werden, indem der Zugang vulnerabler Bevölkerungsgruppen separat ausgewiesen wird (SVR 2007).

Ein solcher Indikator wäre erstens sektorübergreifend – es ist nicht definiert, welchem Versorgungssektor das entsprechende Versorgungsangebot angehören muss. Zweitens wäre dieser Indikator auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten relevant und vergleichbar. Im Ergebnis müsste die Erhebung dieses Indikators in einen kleinräumigen Versorgungsatlas als Grundlage für regionale Versorgungssteuerung münden.

Es ist sachlogisch, dass die Entwicklung der angesprochenen Indikatoren bundeseinheitlich erfolgen sollte. Es würde im Hinblick auf die entstehenden Transaktionskosten wenig Sinn machen, wenn regional unterschiedliche Indikatoren entwickelt und angewendet würden. Weniger eindeutig ist die Entscheidung, auf welcher Ebene Schwellenwerte für Über- bzw. Unterversorgung festgelegt werden. Mit anderen Worten müsste entschieden werden, innerhalb welchen Zeitraums Patientinnen und Patienten beispielsweise einen Anbieter der medizinischen Grundversorgung erreichen können müssten. Hier spricht im Sinne der Zuordnung zu

politischer Verantwortlichkeit aus Sicht der Autoren viel dafür, diese Entscheidung auf der Ebene des Landesgesetzgebers zu treffen.

4.2 Vereinheitlichung der Vergütungssysteme

Aus Sicht von Ärztinnen und Ärzten spielt bei der Entscheidung zur Niederlassung eine Reihe von Faktoren eine Rolle. Individuelle Präferenzen hinsichtlich geographischer Regionen sowie dem Angebot von kulturellen Einrichtungen, von Kinderbetreuung und anderen außerhalb der gesundheitlichen Versorgung liegenden Faktoren können im Rahmen der Versorgungssteuerung nicht beeinflusst werden. Allerdings ist das Nebeneinander von Überversorgung und Unterversorgung ein Indikator dafür, dass die Niederlassungsentscheidung auch von finanziellen Anreizen beeinflusst wird. Es dürfte unstrittig sein, dass Regionen bzw. Stadtteile mit einem hohen Anteil von privat versicherten Patientinnen und Patienten attraktiver für eine Niederlassung sind als Regionen bzw. Stadtteile, in denen der Anteil privat versicherter Personen eher niedrig ist. Je nach Fachgruppe können Ärztinnen und Ärzte für die gleiche Leistung mindestens den doppelten Betrag nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abrechnen wie auf der Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für gesetzlich Versicherte (EBM) (Walendzik et al. 2009). Darüber hinaus unterliegen die Leistungen nach GOÄ im Gegensatz zu den Regelungen des EBM bisher keiner Mengenbeschränkung.

Diese ökonomischen Anreize führen nicht nur zu einer bevorzugten Behandlung von Privatversicherten, sondern sind auch mit

⁵ Für eine beispielhafte Entwicklung eines solchen Indikators – allerdings nur für die stationäre Versorgung – vgl. (Lüngen/Büscher 2011).

ursächlich für die oben angesprochenen räumlichen Fehlallokationen. Eine Korrelation von Überversorgung mit einem überdurchschnittlichen Anteil von privat versicherten Patientinnen und Patienten ist daher nicht überraschend. Umgekehrt haben Regionen bzw. Stadtteile mit einem geringen Anteil privat versicherter Patientinnen und Patienten mit Unterversorgung zu kämpfen.

Die Angleichung der Vergütungssystematiken in GKV und PKV könnte die finanziellen Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Regionen bzw. Stadtteilen deutlich verstärken. Voraussetzung hierfür wäre allerdings, dass diese Angleichung für die Ärzteschaft insgesamt aufkommensneutral erfolgen würde. Der Gesetzgeber müsste eine Senkung der Vergütung für Privatversicherte mit einer Anhebung der Vergütung für gesetzlich Versicherte kombinieren (Greß 2009; Walendzik et al. 2009).⁶ Die von der Steuere Wirkung her erwünschte Konsequenz bestände in Einkommensgewinnen für Ärztinnen und Ärzte mit einem niedrigen Anteil von Privatversicherten. Gleichzeitig hätten Ärztinnen und Ärzte mit einem hohen Anteil privat versicherter Patientinnen und Patienten Einkommenseinbußen. Bisher unterversorgte Regionen bzw. Stadtteile würden für eine Niederlassung deutlich attraktiver werden – ohne dass diese Maßnahme alleine die bisherigen Fehlallokationen vollständig beseitigen könnte. Bestehende sozioökonomische Differenzen und daraus resultierende Unterschiede im Morbiditätsspektrum würden fortbestehen und die Niederlassungsentscheidung weiterhin zu Ungunsten bisher unterversorgter Regionen bzw. Stadtteile beeinflussen – allerdings in einem deutlich geringeren Umfang als im Status Quo.

4.3 Regionalisierung der Beitragskalkulation

Eine weitere Maßnahme zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Versorgungssteuerung besteht in der obligatorischen Regionalisierung der Beitragskalkulation für die Krankenkassen. Derzeit besteht auf dem Krankenkassenmarkt ein Nebeneinander von überregional und regional tätigen Krankenkassen – mit einer durch den zunehmenden Fusionsprozess ausgelösten Tendenz zu einem steigenden Anteil überregional tätiger Krankenkassen. Überregional tätige Krankenkassen kalkulieren einen überregionalen Beitrag, regional tätige Krankenkassen kalkulieren einen regionalen Beitrag. Diese Situation führt dazu, dass überregional tätige Krankenkassen in teuren Versorgungsregionen – etwa in den Stadtstaaten – ceteris paribus niedrigere Beiträge kalkulieren können als regional tätige Krankenkassen. In Regionen mit einer unterdurchschnittlich teuren Versorgungsstruktur tritt der umgekehrte Effekt ein. Überregional tätige Kassen müssen hier höhere Beiträge erheben als regional tätige Krankenkassen.

In der gegenwärtigen Situation ist diese Problematik nicht sonderlich ausgeprägt, weil bisher nur wenige Krankenkassen Zusatzbeiträge erheben. Dies wird sich ändern, da nach den Regelungen des im Januar 2011 in Kraft getretenen GKV-Finanzierungsgesetzes zukünftige Ausgabensteigerungen alleine über die Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert werden müssen. Die Zusatzbeiträge überregional tätiger Krankenkassen werden jedoch nicht regional differenziert sein. Bei steigenden Zusatzbeiträgen fließt damit in überregional tätigen Krankenkassen ein Teil der Beitragseinnahmen aus

⁶ Eine solche Maßnahme wäre nur im Rahmen der Einführung einer Bürgerversicherung oder zumindest in Verbindung mit dem Einbezug der Privatversicherten in den Risikostrukturausgleich der GKV finanzierbar.

Kapitel 4

preiswerteren Versorgungsregionen in teurere Versorgungsregionen. Das mag im Einzelfall angemessen und beabsichtigt sein. Unstrittig ist in diesem Zusammenhang beispielsweise, dass Regionen mit einem insgesamt aufwändigeren Versorgungsangebot häufig auch Versorgungsfunktionen für das Umland mit wahrnehmen. Die im Extremfall bundeseinheitlichen Beiträge bei regional mitunter extrem unterschiedlich teuren Versorgungsstrukturen (vgl. Abschnitt 2) verzerren jedoch nicht nur den Wettbewerb der Krankenkassen untereinander, sondern setzen auch allokativen Fehlanreize. Dieser Effekt wird noch dadurch verstärkt, dass auch die Kalkulation der Zuweisungen der Krankenkassen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (Gesamtvergütung) eher politischen Erwägungen folgt als dem regionalen Versorgungsbedarf. Als Konsequenz werden die Anreize zum Abbau von Überversorgung genauso vermindert wie die zur Verfügung stehenden Ressourcen zum Abbau von Unterversorgung.

Sachgerechter wäre eine zwingend regionale Beitragskalkulation auch überregional tätiger Krankenkassen.⁷ Als Beitragsregionen wären zunächst die Bundesländer zu defi-

nieren, die per Rechtsverordnung kleinräumigere Beitragsregionen vorsehen können. Kassen mit überregionalem Tätigkeitsgebiet könnten dann keine überregionalen Mischbeiträge mehr kalkulieren. Regionen mit einer weniger ausgebauten Versorgungsstruktur würden bei steigenden Zusatzbeiträgen nicht mehr pauschal zur Mitfinanzierung der höheren Kosten in den besser versorgten Regionen herangezogen. Durch diese Minderbelastung der Beitragszahler in den weniger ausgabeintensiven Regionen würden zugleich die finanziellen Spielräume zum Abbau von Unterversorgung erhöht (Wasem et al. 2007).

Aus Sicht der Autoren sollte parallel auch die Berechnung der Gesamtvergütung weniger politischen Erwägungen als regionalen Versorgungsnotwendigkeiten folgen. Notwendige Konsequenz der Regionalisierung der Beitragskalkulation wäre außerdem eine funktionale Neuordnung der Rechtsaufsicht der Krankenkassen, um das nicht immer produktive Nebeneinander von Aufsichtsbehörden für bundesunmittelbare Krankenkassen (Bundesversicherungsamt) und regionale Krankenkassen (Landesbehörden) zu beenden (Ebsen et al. 2003).

⁷ Hiervon zu trennen ist die Diskussion über mögliche Regionalkomponenten im Risikostrukturausgleich (Wasem et al. 2007).

5. Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung durch regionale Versorgungskonferenzen

Die bisherigen Ausführungen haben sich primär mit den Defiziten und Entwicklungsmöglichkeiten einer kleinräumigen, bedarfsgerechten und sektorübergreifenden Bedarfsplanung beschäftigt. Mit einem entsprechenden Instrumentarium ist im Idealfall die Identifikation von Regionen mit Über- bzw. Unterversorgung möglich. Diese verbesserte Bedarfsplanung muss jedoch mit einem durchsetzungsfähigen Instrumentarium zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung bei Unterversorgung und zum Abbau von Überversorgung begleitet werden. Dieses – teilweise neu zu entwi-

ckelnde Instrumentarium – sollte aus Sicht der Autoren durch neu zu installierende regionale Versorgungskonferenzen implementiert werden (für einen Überblick vgl. Tabelle 4).

5.1 Bildung regionaler Versorgungskonferenzen

Die Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung liegt bisher – wie oben beschrieben – bei den Kassenärztlichen Vereinigungen. Eine zentrale

Bedarfsplanung und Sicherstellung für Stadt und Land

Tabelle 4

Rahmenbedingungen	Einheitliches Vergütungssystem für GKV und PKV	Einheitlich und gemeinsam auf Bundesebene
	Regionale Beitragskalkulation für Krankenkassen	Festlegung auf Landesebene
Bedarfsplanung	Entwicklung aussagefähiger Versorgungsindikatoren	Einheitlich und gemeinsam auf Bundesebene
	Festlegung von kleinräumigen Planungsregionen	Festlegung auf Landesebene
	Festlegung von Schwellenwerten	Einheitlich und gemeinsam auf Landesebene
Sicherstellung	Bildung von regionalen Versorgungskonferenzen	Regional (Stadt- bzw. Landkreis)
	Ausstattung der Versorgungskonferenzen mit Finanzmitteln	Festlegung auf Landesebene
	Instrumente zur Sicherstellung der Versorgung	Entwicklung und Umsetzung regional unterschiedlich
	Instrumente zum Abbau von Überversorgung (Verzicht auf Nachbesetzung und auf Kontrahierungszwang für zugelassene Leistungsanbieter)	Entwicklung und Umsetzung regional unterschiedlich

Kapitel 5

Bedeutung kommt darüber hinaus den Landesausschüssen Ärzte und Krankenkassen zu. Die Kassenärztlichen Vereinigungen jedoch haben weder ihren Sicherstellungsauftrag durchgängig erfüllen, noch Überversorgung wirkungsvoll abbauen können. Gleiches gilt für die paritätisch zusammengesetzten Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen. Aus Sicht der Autoren ist dieses Defizit nicht nur auf die oben angesprochenen Mängel in der Bedarfsplanung zurückzuführen. Weitere Ursachen liegen – neben dem weitgehend stumpfen Instrumentarium zum Abbau von Über- und Unterversorgung – in der Zusammensetzung und überregionalen Verortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Landesausschüsse.

In den Kassenärztlichen Vereinigungen sind lediglich die in einer KV-Region zugelassenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte repräsentiert. Dieser relativ beschränkte Kreis wird in den Landesausschüssen noch um die Krankenkassen erweitert. Die KV-Region ist jedoch nicht nur für die Bedarfsplanung zu großräumig, sondern auch für die Sicherstellung. Es ist daher notwendig, auch die Sicherstellung der Versorgung stärker kleinräumig organisieren zu können. Hier bieten sich die Regionen der Stadt- und Landkreise an.

In jeder dieser Versorgungsregionen sollte aus Sicht der Autoren eine regionale Versorgungskonferenz gebildet werden, die die Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Landesausschüssen Ärzte und Krankenkassen übernimmt. Die Versorgungskonferenzen sind damit erstens dafür verantwortlich, bei Vorliegen von Unterversorgung Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung zu treffen (vgl. Abschnitt 5.2). Zweitens müssen sie bei Vorliegen von Überversorgung intervenieren, um Überkapazitäten abzubauen (vgl. Abschnitt 5.3).

In dieser Versorgungskonferenz sollten neben den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen auch Vertreter bzw. Vertreterinnen der jeweiligen Kommunen stimmberechtigt repräsentiert sein, um die vielfältigen Aktivitäten und Initiativen der Kommunen zur Sicherstellung der Versorgung mit koordinieren zu können. Um einen sektorübergreifenden Bezug der Versorgungskonferenzen herzustellen, sollten auch regionale Anbieter von stationären Leistungen vertreten sein. Die jeweiligen Vorsitzenden der Versorgungskonferenzen sind vom Land zu bestimmen. Das Votum der Vorsitzenden entscheidet bei Stimmgleichheit.⁸

Die Aufsicht über die regionalen Versorgungskonferenzen führen – auch im Sinne der Wahrnehmung der Letztverantwortung für das gesundheitliche Versorgungsangebot – die Bundesländer. Erweisen sich die regionalen Versorgungsausschüsse in Einzelfällen als nicht handlungsfähig, haben die Bundesländer das Recht und die Pflicht zur Ersatzvornahme.

Die Versorgungskonferenzen haben im Vergleich zur derzeitigen Teilung der Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung entscheidende Vorteile. Erstens sind die Versorgungskonferenzen sektorübergreifend organisiert und überwinden damit die bisher strikt sektorspezifische Bedarfsplanung. Ein zweiter – aus Sicht der Autoren entscheidender Vorteil – liegt in der Beteiligung der Kommunen. Schon heute ergreifen Kommunen Maßnahmen, um Unterversorgung besonders in ländlichen Regionen zu vermeiden (vgl. Abschnitt 5.2). Diese Maßnahmen sind jedoch nicht ausreichend koordiniert und nicht adäquat mit den Maßnahmen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesausschüssen abgestimmt. Eine solche Abstimmung könnte und müsste in den Versorgungskonferenzen erfolgen. Darüber hinaus könnten die Kommunen je

⁸ Damit folgen die Autoren auch den einstimmig beschlossenen Forderungen der 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder, die mehr Beteiligungsrechte der Länder auch in der ambulanten Bedarfsplanung gefordert hat.

nach Versorgungsregion autonom entscheiden, welche kommunalen Dienste an den Versorgungskonferenzen teilnehmen. So ist es in Ballungsregionen wahrscheinlich eher als im ländlichen Raum notwendig, soziale Arbeit und gesundheitliche Versorgung zu vernetzen. Letztlich entspricht die Vernetzung gesundheitlicher Versorgung mit Ressourcen des Gemeinwesens modernen Konzepten der effektiven Versorgung insbesondere von chronisch kranken Menschen (Coleman et al. 2009; Ham 2010).

5.2 Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung

Durch eine kleinräumigere Bedarfsplanung und die Übertragung des Sicherstellungsauftrags an regionale sektorübergreifende Versorgungskonferenzen könnten wichtige Voraussetzungen für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung geschaffen werden. Zu diesen Voraussetzungen würde auch die Vereinheitlichung der Vergütungssysteme in GKV und PKV zählen. Dennoch benötigen die Versorgungskonferenzen ein wirkungsvolles Instrumentarium für die Sicherstellung der Versorgung. Dieses Instrumentarium müssen die Versorgungskonferenzen dann anwenden, wenn die auf Landesebene definierten Schwellenwerte für die auf Bundesebene definierten Versorgungsindikatoren in einer der Planungsregionen unterschritten werden. Idealerweise erfolgt eine Intervention schon dann, wenn sich eine solche Entwicklung prognostizieren lässt.

Der Vorteil der Versorgungskonferenzen liegt darin, dass notwendige Interventionen im Bedarfsfall zwischen den beteiligten Leistungserbringern, den Kommunen und den Krankenkassen wirkungsvoll koordiniert werden können. So könnten etwa finanzielle Anreize wie Investitionszuschüsse und

Honorarzuschläge mit Infrastrukturmaßnahmen wie der Optimierung des Öffentlichen Personennahverkehrs und Fahrdiensten für Patientinnen und Patienten kombiniert werden. Darüber hinaus sollten die Versorgungskonferenzen auch die Kompetenz und die Finanzausstattung erhalten, in innovative Versorgungskonzepte zu investieren – etwa im Rahmen der Substitution und Delegation ärztlicher Leistungen an entsprechend ausgebildete nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Der entscheidende Vorteil der Versorgungskonferenzen liegt aus Sicht der Autoren darin, dass die in den Konferenzen vertretenen Akteure auf regionaler Ebene einen großen Spielraum zur Entwicklung und Umsetzung des angesprochenen Instrumentariums haben, das unten – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – näher erläutert wird.

Die Fähigkeit zur Nutzung dieses Spielraums hängt jedoch entscheidend davon ab, dass die Versorgungskonferenzen auch mit einem adäquaten Budget zum Einsatz dieses Instrumentariums ausgestattet werden. Durch die Ausstattung mit einem eigenen Budget unterscheidet sich die Versorgungskonferenz von auf den ersten Blick ähnlichen Konstrukten wie etwa der Gesundheitskonferenz nach § 21 des Hessischen Krankenhausgesetzes.⁹ Bei der Aufbringung der notwendigen Finanzmittel sollte der Grundsatz gelten, dass alle in den Versorgungskonferenzen beteiligten und stimmberechtigten Akteure zu diesem Budget beitragen. Pragmatische Kalkulationsgrundlage könnte nach dem Vorbild der im Jahr 2008 ausgelaufenen Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung ein einprozentiger Anteil an der Gesamtvergütung bzw. Krankenhausvergütungen sein. Dieser Finanzierungsbeitrag der Kassenärztlichen Vereinigung und der Krankenhäuser müsste durch einen komplementären Finanzierungsbeitrag der Kom-

⁹ Die Gesundheitskonferenzen in Hessen haben lediglich eine beratende Funktion, agieren nicht sektorübergreifend und beziehen sich auf die großräumigen Versorgungsregionen der Krankenhausplanung.

munen und der Krankenkassen in gleicher Höhe ergänzt werden. In Anbetracht der teilweise dramatischen Finanzausstattung der Kommunen wäre politisch zu prüfen, inwieweit die Bundesländer zur zumindest teilweisen Übernahme des Finanzierungsanteils der Kommunen verpflichtet werden könnten.

5.2.1 Strategien und Instrumente

Im eher ländlichen Raum lassen sich grundsätzlich zwei Strategien zur Sicherstellung der Versorgung unterscheiden. Die erste Strategie besteht in einer Konzentration von Versorgungseinrichtungen an zentralen Orten. Die Alternative besteht in einem dezentralen Ansatz (SVR 2009).

Maßnahmen im Rahmen der Dezentralisierungsstrategie bestehen zum einen in der verstärkten Substitution und Delegation von ärztlichen Leistungen (vgl. Abschnitt 5.2.2). Zum anderen könnten die Versorgungskonferenzen – wie heute schon die Kommunen und die Kassenärztlichen Vereinigungen – finanzielle Anreize zur dezentralen Niederlassung in Form von Investitionskostenzuschüssen, günstigen Darlehen, Ausfallbürgschaften und preiswerten Wohn- und Praxisräumen setzen (SVR 2009). Aus Sicht der Autoren ist die Effektivität dieser Strategie zwiespältig zu beurteilen. Zwar legen Patientinnen und Patienten großen Wert auf eine wohnortnahe Versorgung. Allerdings ist die Wirksamkeit der angesprochenen finanziellen Anreize zur dezentralen Niederlassung als kritisch einzuschätzen. Denn die neue Generation von Ärztinnen und Ärzten hat andere Anforderungen an ein ausgewogenes Verhältnis von Arbeit und Privat- bzw. Familienleben (Work-Life-Balance) als dies in der Vergangenheit der Fall war (vgl. Abschnitt 2.1.3). Finanzielle Anreize haben daher nur eine begrenzte Wirkung. Dezentral tätige Ärztinnen und Ärzte sind

außerdem überwiegend in Einzelpraxen tätig und damit nicht in kooperative Arbeitsstrukturen eingebettet. Dies erschwert nicht nur Vertretungsmöglichkeiten, sondern auch den regelmäßigen kollegialen Austausch – etwa im Rahmen von Fallkonferenzen und Qualitätszirkeln.

Vor diesem Hintergrund sprechen gute Argumente für eine Zentralisierungsstrategie. Je nach regionalen Gegebenheiten könnten die regionalen Versorgungskonferenzen genossenschaftlich organisierte Vernetzungen fördern – beispielhaft sei hier das vom Wiesbadener Rechtsanwalt Schade entwickelte Comunomed-Konzept genannt – oder die Gründung von medizinischen Versorgungszentren fördern. Beiden Ansätzen ist gemeinsam, dass die gesundheitliche Infrastruktur einschließlich der Notdienstversorgung unter Einbeziehung nicht-ärztlicher Berufsgruppen und kommunaler Angebote zentral und sektorübergreifend organisiert werden kann. Medizinische Versorgungszentren können darüber hinaus nach der neuesten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Gegensatz zu niedergelassenen Einzelärzten eine unbegrenzte Zahl von dezentralen Zweigpraxen errichten.¹⁰

Bisher ist das Recht zur Gründung von medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V Abs. 1 Leistungserbringern vorbehalten, die durch Zulassung, Vertrag oder Ermächtigung an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen. Aus Sicht der Autoren sollte es auch den regionalen Versorgungskonferenzen ermöglicht werden, medizinische Versorgungszentren zu gründen. Dies würde nicht nur die Umsetzung der Zentralisierungsstrategie im ländlichen Raum erleichtern, sondern wäre auch ein wichtiges Instrument zur Bekämpfung von Unterversorgung in sozial benachteiligten Quartieren in Ballungsräumen.

¹⁰ Allerdings darf jeder in einem Medizinischen Versorgungszentrum tätige Arzt an höchstens drei Standorten des medizinischen Versorgungszentrums tätig sein (Az B 6 KA 12/10 R).

Voraussetzung für eine erfolgreiche Zentralisierungsstrategie im ländlichen Raum ist, dass die Erreichbarkeit der weitgehend zentral organisierten Infrastruktur der gesundheitlichen Versorgung für die Patientinnen und Patienten gewährleistet ist. Zu diesem Zweck müssten die regionalen Versorgungskonferenzen Hol- und Bringdienste für die Patientinnen und Patienten ergänzend zum öffentlichen Personennahverkehr organisieren und – zumindest teilweise – finanzieren. Die entsprechenden Angebote könnten von den Bürgerinnen und Bürgern auch zur Nutzung weiterer zentral vorgehaltener Infrastrukturangebote der Kommunen genutzt werden.

5.2.2 Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten

Die ambulante gesundheitliche Versorgung in Deutschland ist im internationalen Vergleich außerordentlich arztzentriert. Die Möglichkeiten zur Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten sind sehr stark eingeschränkt. Die regionalen Versorgungskonferenzen sollten aus Sicht der Autoren die bestehenden Möglichkeiten in diesem Bereich nutzen und die Entwicklung von Delegations- und Substitutionsmodellen vorantreiben.

Delegationsmodelle sind in den vergangenen Jahren vor allem in unterdurchschnittlich versorgten und schwach besiedelten Regionen in Ostdeutschland entstanden. Erfahrungen wurden insbesondere mit dem an der Universität Greifswald entwickelten AGnES-Konzept (Arztentlastende Gemeindefähige E-Health-gestützte Systemische Intervention) gesammelt. In verschiedenen Modellprojekten haben spezielle qualifizierte AGnES-Fachkräfte (medizinische Fachangestellte und Pflegefachkräfte mit Zusatzqualifikation) Hausbesuche in der Häuslichkeit des Patienten und ohne Anwesenheit

des Arztes – teilweise mit Unterstützung telemedizinischer Instrumente – durchgeführt. Dabei haben die Fachkräfte im Auftrag des Arztes nicht nur diagnostische Parameter erhoben, sondern den Arzt auch bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes und des sozialen Umfelds der Patienten unterstützt (van den Berg et al. 2010).

Die Erfahrungen mit dem AGnES-Konzept haben den Gesetzgeber dazu bewogen, Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes 2008 nach § 87 Abs. 2b SGB V die Möglichkeit zur Delegation von Leistungen außerhalb der eigenen Praxis einzuräumen. Nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses ist für derartige Hausbesuche ein fester Beitrag von 17 Euro abrechenbar. In dieser Kostenpauschale für ärztlich angeordnete Leistungen anderer Personen sind anfallende Fahrtkosten enthalten. Nach den Erfahrungen aus den AGnES-Projekten ist diese Kostenpauschale nicht kostendeckend.¹¹ Die regionalen Versorgungskonferenzen sollten daher die Möglichkeit haben, Zusatzvergütungen für die qualitätsgesicherte Delegation ärztlicher Leistungen zu beschließen.

Im Gegensatz zu Delegationsmodellen sind Substitutionsmodelle in Deutschland bisher kaum erprobt. Potenzial gibt es hierfür jedoch durchaus (SVR 2007). In Deutschland können beispielsweise Physiotherapeutinnen und -therapeuten nur nach ärztlicher Verordnung aktiv werden. Das Heilpraktikergesetz verbietet den so genannten „Direct Access“ – Patientinnen und Patienten dürfen sich ohne vorherige ärztliche Verordnung nicht in eine physiotherapeutische Behandlung begeben. Internationale Forschungsergebnisse insbesondere aus den Niederlanden und Australien liefern Anhaltspunkte dafür, dass der direkte Zugang in die physiotherapeutische Praxis bei Vorliegen einer Reihe von Voraussetzungen die

11 Ein kostendeckender Hausbesuch wurde hier mit 21,58 € zzgl. Fahrtkosten kalkuliert (van den Berg et al. 2010).

Kapitel 5

Effizienz der gesundheitlichen Versorgung verbessern kann (Leemrijse et al. 2008; Oldmeadow et al. 2007). Zu diesen Voraussetzungen zählen insbesondere Kompetenzen der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten in den Bereichen Befunderhebung, Gefahrenausschluss, Evidenz von Behandlungsverfahren und Kommunikation. Die Effizienz der gesundheitlichen Versorgung soll vor allem durch Reduzierung von Arztbesuchen, den Rückgang von ärztlich veranlassten Leistungen und den schnelleren Zugang zu effektiven Behandlungsverfahren erfolgen.

Der Berufsverband selbstständiger Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (IFK) hat kürzlich ein durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz ermöglichtes Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3b SGB V mit der Krankenkasse BIG direkt gesund initiiert, in dem die Auswahl der therapeutischen Maßnahme, die Dauer der Behandlungsserie und die Frequenz der Behandlungseinheit den Therapeuten vorbehalten ist. Die regionalen Versorgungskonferenzen sollten die Möglichkeit bekommen, solche Modellvorhaben für Substitutionsmodelle in den Bereichen Pflege und Physiotherapie zu beschließen.

5.3 Instrumente zum Abbau von Überversorgung

Die Aufgabe der Versorgungskonferenzen besteht nicht nur darin, die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in der entsprechenden Region zu gewährleisten. Es muss aus Sicht der Autoren auch Aufgabe der Versorgungskonferenzen sein, bestehende Überversorgung wirkungsvoll abzubauen zu können. Bisher gibt es hierzu kein wirkungsvolles Instrumentarium. Das liegt vor allem daran, dass Arztsitze auch in überversorgten Regionen nachbesetzt werden können. Durch die entsprechenden Regelungen in § 103 Abs. 4 SGB V ist ein Abbau von Überversorgung damit faktisch ausgeschlos-

sen. Ein erstes Instrument zum Abbau von Überversorgung für die Versorgungskonferenzen bestünde folgerichtig darin, auf die Nachbesetzung von Vertragsarztsitzen in überversorgten Regionen verzichten zu können. Die Anwendung dieses Instruments würde die Attraktivität zur Niederlassung in überversorgten Regionen deutlich reduzieren und – in Kombination mit den angesprochenen Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung – die Attraktivität von unterversorgten Regionen deutlich erhöhen.

Aus Sicht der Autoren sollten die Versorgungskonferenzen außerdem die Möglichkeit erhalten, den Kontrahierungszwang der Krankenkassen für zugelassene Leistungsanbieter in überversorgten Regionen aufzuheben. Dies würde sowohl für die ambulante ärztliche Versorgung als auch für die Versorgung mit stationären Leistungen gelten. Die Krankenkassen könnten dann im Rahmen von Selektivverträgen zur Gewährleistung der für ihre Versicherten notwendigen gesundheitlichen Versorgung zwischen den zugelassenen Leistungsanbietern auswählen.

Das Potenzial von Vertragswettbewerb besteht nicht nur darin, auf regionaler Ebene Such- und Entdeckungsprozesse zur Optimierung der Versorgungsstrukturen auszulösen. Die Krankenkassen haben ein ausgeprägtes Interesse daran, für ihre Versicherten ein bedarfsgerechtes Versorgungsangebot zur Verfügung zu stellen. Andernfalls hätten sie mit Mitgliederverlust zu rechnen. Die Krankenkassen haben jedoch kein Interesse daran, Überkapazitäten und damit Überversorgung zu finanzieren. In diesem Fall müssten sie aufgrund höherer Beiträge ebenfalls Mitgliederverluste befürchten. Es ist daher davon auszugehen, dass die Öffnung von überversorgten Regionen für Selektivverträge Überkapazitäten und Überversorgung sowohl im ambulanten vertragsärztlichen Bereich als auch in der Versorgung mit Krankenhausleistungen wirkungsvoll abbauen kann.

6. Literatur

- Augurzky, B.; Gülker, R.; Krolop, S.; Schmidt, C. M.; Schmidt, C. M.; Schmitz, H.; Terkatz, S. 2010: Krankenhaus Rating Report 2010 – Licht und Schatten. Essen, RWI: Materialien 59.
- Bächle, M.; Auel, E.; Ebel, M.; 2009: „Land sucht Landarzt – wenn sich Fuchs und Hase Gute Nacht sagen...!“ Hessisches Ärzteblatt(1): 13-17.
- Beivers, A.; Spangenberg, M. 2008: „Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung.“ Informationen zur Raumentwicklung(1/2): 91 - 99.
- Coleman, K.; Austin, B. T.; Brach, C.; Wagner, E. H. 2009: „Evidence On The Chronic Care Model In The New Millennium.“ Health Affairs 28(1): 75 - 85.
- DKG 2010: Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: September 2010, Deutsche Krankenhausgesellschaft.
http://www.dkgev.de/media/file/8198.RS275-10_Anlage_Bestandsaufnahme_2010_160910.pdf.
 Download am 24. Januar 2011.
- Ebsen, I.; Greß, S.; Jacobs, K.; Szecsenyi, J.; Wasem, J. 2003: Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung – Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn, AOK-Bundesverband – AOK im Dialog (Band 13).
- Geraedts, M. 2010: Einflussfaktoren auf eine notwendige und sinnvolle Krankenhausanzahl. Krankenhaus Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise. Klauber, J.; Geraedts, M., Friedrich, J., Stuttgart, Schattauer: 97-106.
- GKV-Spitzenverband 2011: Zukunft der ambulanten Versorgung – differenzierte, sektorübergreifende Versorgungsplanung. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten der vertragsärztlichen Versorgung. Berlin, GKV-Spitzenverband.
- Greß, S. 2009: Angleichung der Vergütungssysteme? Weiterentwicklung der privaten Krankenversicherung. Dokumentation des gemeinsamen Workshops von Bundesärztekammer und PVS-Verband am 23. April 2009. Bundesärztekammer, PVS-Verband. Berlin, PVS-Verband: 80-86.
- Ham, C. 2010: „The ten characteristics of the high-performing chronic care system.“ Health Economics, Policy and Law 5: 71-90.
- Hessen Agentur 2007: Bevölkerungsvorausschätzung für die hessischen Landkreise und kreisfreien Städte. Eine Projektion für den Zeitraum von 2007 bis 2030 und eine Trendfortschreibung bis 2050. Wiesbaden, Report Nr. 720. Download unter http://www.hessen-agentur.de/mm/720_KreisGutachten_20_11_07_SW_Karten_komplett.pdf am 12 Januar 2011.

Kapitel 6

- Hoberg, R. 2010: Vorstellungen für eine regionale Versorgungsplanung von morgen. Vortrag auf dem Symposium „Die Gesundheit von morgen“ Robert-Bosch-Stiftung, 26. und 27. November 2010 in Stuttgart. Download unter http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/101126_Symposium_Hoberg_Praesentation.pdf am 13. Januar 2011.
- Jacob, R.; A. Heinz 2010: Berufsmonitoring Medizinstudenten: Bundesweite Befragung 2010 – Ergebnisdarstellung, Download unter <http://www.kbv.de/presse/37141.html> am 11. Januar 2011.
- Jacobs, K.; C. Kip 2009: „Die ambulante ärztliche Profession – Ein Beruf im Wandel.“ *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft* 9(4): 7-15.
- KBV 2010: Grunddaten 2009/2010 zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland, Download unter <http://www.kbv.de/publikationen/125.html> am 12. Januar 2011.
- Klose, J.; I. Rehbein 2011: Ärztliche Versorgung. Mangel oder Allokationsproblem. *Versorgungs-Report 2011*. Günster, C.; Klose, J.; Schmacke, N., Stuttgart, Schattauer: 199-226.
- KV Hessen 2010: Bedarfsplan zum Stand 15.04.2010, Download unter https://mitglieder.kvhessen.de/kvhmedia/Downloads/Mitglieder/Unternehmen+Praxis/Bedarfsplan+15_04_2010.pdf am 12. Januar 2011.
- Leemrijse, C.; Swinkels, I.; Veenhof, C. 2008: „Direct Access to Physical Therapy in the Netherlands: Results from the First Year in Community-Based Physical Therapy.“ *Physical Therapy* 88: 1-11.
- Lüngen, M.; Büscher, G. 2011: Wo in Deutschland sollen Krankenhäuser stehen? Ein empirischer Vorschlag. *Krankenhaus-Report 2011*. Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J.; Wasem, J., Stuttgart, Schattauer: 197-208.
- Müller, G.; Hessen, K. 2010: Ärztliche Versorgung – Projekt mit den Landkreisen, Präsentation im Rahmen der AG Ländliche Versorgung am 23.07.2010 (unveröffentlicht).
- Oldmeadow, L.; Bedi, H.; Burch, H.; Smith, J.; Leahy, E.; Goldwasser, M. 2007: „Experienced physiotherapists as gatekeepers to hospital orthopaedic outpatient care.“ *The Medical Journal of Australia* 186: 625-28.
- Porzelius, B. 2009: Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum Deutschlands: Eine GIS gestützte Analyse am Beispiel der Entwicklung in Baden-Württemberg. Magisterarbeit an der Universität Freiburg im Br. Download unter http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/6880/pdf/Magisterarbeit_Porzelius.pdf am 13. Januar 2011.
- Rauschenbach, A. 2010: Sozialer Status des Stadtteils und medizinische Versorgung in Köln. München, GRIN-Verlag.
- Rürup, B. 2008: Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Dowload unter http://www.iges.de/publikationen/gutachten/klinikfinanzierung_2008/e6471/infoboxContent6472/Expertise_Monistik_120308_ger.pdf am 5. Januar 2011.
- Schönbach, K.-H.; Wehner, C.; Malzahn, J. 2011: Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. *Krankenhaus-Report 2011*. Klauber, J.; Geraedts, M.; Friedrich, J.; Wasem, J., Stuttgart, Schattauer: 177-96.
- Segert, A.; Zierke, I. 2005: Regionale Ungleichheiten aus der Perspektive nachhaltiger Regionalentwicklung. Das Beispiel ländlicher Räume in Deutschland. Schriftenreihe der Universität Potsdam, Brandenburgische Umwelt Berichte.

- Spangenberg, M.; Beivers, A. 2009: Flächendeckende Krankenhausversorgung im DRG-Zeitalter. Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland – Standortbestimmung und Perspektiven. Rau, F.; Roeder, N.; Hensen, P., Stuttgart, Kohlhammer: 431-43.
- SVR 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin, Deutscher Bundestag. Drucksache 16/6339.
- 2009: Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Berlin, Deutscher Bundestag. Drucksache 16/13770.
- Uhlemann, T.; Klose, J. 2007: Bedarfsplanung vor dem Umbruch: Fehlallokationen in der Verteilung niedergelassener Ärzte. Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Janssen, C.; Borgetto, B.; Heller, G., Weinheim & München, Juventa: 125-48.
- van den Berg, N.; Kleinke, S.; Heymann, R.; Oppermann, R. F.; Jakobi, B.; Hoffmann, W. 2010: „Überführung des AGnES-Konzeptes in die Regelversorgung: Juristische Bewertung, Vergütung, Qualifizierung.“ *Das Gesundheitswesen* 72: 285-92.
- Walendzik, A.; Greß, S.; Manouguian, M.; Wasem, J. 2009: „Vergütungsunterschiede im ambulanten ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV und Modelle der Vergütungsangleichung.“ *Sozialer Fortschritt/German Review of Social Policy* 58(4): 63-69.
- Wasem, J.; Greß, S.; Jacobs, K. 2007: Gesundheitsfonds und Regionaldebatte I: Ordnungspolitischer Rahmen. *Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*. Göppfarth, D.; Greß, S.; Jacobs, K.; Wasem, J., St. Augustin, Asgard: 139-62.

Die Autoren

Professor Dr. Klaus Stegmüller und
Professor Dr. Stefan Greß
Hochschule Fulda,
Fachbereich Pflege und Gesundheit

