

# KRANKENVERSICHERUNG

- > *Bedarfsplanung – Weiterentwicklung*
- > *E-Health-Projekte richtig ausschreiben*
- > *Arzt-Auskunftssysteme für Versichertenberatung*
- > *Schlüsselfunktion Regionale Versorgungsverbände*

Ausgabe 2-3 | 2018



[www.welt-der-krankenversicherung.de](http://www.welt-der-krankenversicherung.de)

## **Der Herausgeberbeirat:**

*Bettina am Orde*

*Georg Baum*

*Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers*

*Roland Engehausen*

*Ulf Fink*

*Birgit Fischer*

*Dr. Rainer Hess*

*Dr. Volker Leienbach*

*Claus Moldenhauer*

*Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery*

*Dr. Robert Paquet*

*Dr. Uwe K. Preusker*

*Dr. Mani Rafi*

*Prof. Dr. Herbert Rebscher*

*Joachim M. Schmitt*

*Prof. Dr. Eberhard Wille*

**Herausgegeben von Rolf Stuppardt**



**Dr. Dominik Graf von Stillfried,**  
Geschäftsführer des ZI der  
KBV, Berlin



**Thomas Czihal,**  
stv. Geschäftsführer des ZI  
der KBV, Berlin

# Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

## Herausforderungen aus Sicht der vertragsärztlichen Versorgung

Wie viele Ärzte das Land in seinen Regionen braucht, regelt die sogenannte Bedarfsplanung. Ärzte sollen sich dort niederlassen, wo sie am dringendsten gebraucht werden. Lange Zeit gab es damit keine Probleme. Doch im Zuge von Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie der politischen Diskussion defizitärer ärztlicher Versorgung auf dem Land und des zeitnahen Zugangs zur ärztlichen Versorgung bei wachsenden Ungleichgewichten der Versorgungsgrade zwischen sozialökonomisch unterschiedlich strukturierten Versorgungsbezirken kam es zu einem politischen Paradigmenwechsel bei den Zielen der Bedarfsplanung. Auch die aktuellen Koalitionsvereinbarungen stellen dieses Thema als reformbedürftig heraus. Es muss eine Bedarfsplanung geben, die nicht am tatsächlichen regionalen Versorgungsbedarf vorbeigeht. Unsere Autoren setzen sich mit den Herausforderungen aus Sicht der Vertragsärzte damit auseinander.

Nach dem Entwurf des Koalitionsvertrages von CDU/CSU und SPD vom 7.2.2018 steht fest, dass die Planung der vertragsärztlichen Angebotskapazitäten reformiert werden wird. De lege lata werden die Richtlinien dafür im Unterausschuss Bedarfsplanung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) erarbeitet und dann durch das Plenum beschlossen.<sup>1</sup> Umgesetzt wird die Planung in den gemeinsamen Landesausschüssen und in den Zulassungsausschüssen der Kas-

senärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen (nicht allein der Kassenärztlichen Vereinigungen, wie im Koalitionsvertrag formuliert). Die Planung der Krankenhauskapazitäten obliegt den Bundesländern. Deren Einfluss soll nun künftig auch in der Planung und Steuerung der ärztlichen Kapazitäten deutlich gestärkt werden: Im Unterausschuss des GBA sollen sie ein Antragsrecht erhalten, in den Bedarfsplänen legen sie Gebiete ohne Zulassungssperren fest, in den Zulassungsausschüssen erhalten sie ein Antrags- und Mitberatungsrecht. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe soll zudem bis 2020 Vorschläge zur Planung, Gestaltung und Vergütung der sektorenübergreifenden Versorgung vorlegen. Grundsätzlich knüpfen die Koalitionäre damit an die Aufträge des Gesetzgebers aus dem GKV-VStG und dem GKV-VSG an den GBA an, die ambulante

Bedarfsplanung weiterzuentwickeln. Mit dem Auftrag an die Zulassungsausschüsse, in besonders übertensorgten Gebieten die Wiederbesetzung nicht bedarfsnotwendiger Praxissitze zu untersagen<sup>2</sup>, hat der Gesetzgeber die Bedeutung der inhaltlichen Ausgestaltung der Bedarfsplanung massiv gesteigert. Bis zum Inkrafttreten der 1993 unter Gesundheitsminister Seehofer eingeführten Niederlassungssperre diente die Bedarfsplanung primär dazu, den Strom Niederlassungswilliger relativ gleichmäßig zu verteilen. Seit Mitte der 1990er Jahre hingegen gelten die Verhältnis-

<sup>1</sup> <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/>

<sup>2</sup> Der Zulassungsausschuss prüft in Planungsbezirken mit einem Versorgungsgrad von 140 Prozent, d. h. einer Überschreitung der gemäß Verhältniszahl bedarfsnotwendigen Arztzahl um 40 Prozent, ob der einzelne Arztstuhl bedarfsnotwendig ist.

zahlen (Einwohner-Arzt-Relationen) de lege lata als Anhaltswert des absoluten Bedarfs an ärztlicher Versorgung. Gesetzestechnisch logisch knüpft daher die mit dem GKV-VSG in Kraft getretene ‚Aufkaufregelung‘<sup>3</sup> nicht bedarfsnotwendiger Praxen an der Feststellung der Überversorgung (vgl. § 101 SGB V) an. Formal sind zum Stand 31.12.2016 nach Angaben der KBV mittlerweile 3669 (92 Prozent) von insgesamt 4004 Planungsbereichen in der fachärztlichen Versorgung (Summe der Planungsbereiche über alle Fachgruppen) überversorgt (Tabelle 1). Faktisch steht dies vielfach in krassem Widerspruch zu dem von den Praxen und zu dem in der Bevölkerung wahrgenommenen Verhältnis zwischen verfügbaren Kapazitäten und dem Versorgungsbedarf.<sup>4</sup> Der Gesetzgeber hat diesen Mangel offenbar auch wahrgenommen und – gleichzeitig mit der Aufkaufregelung – ein Maßnahmenbündel aus Terminservicestellen, regionalen Strukturfonds und Niederlassungsförderung in Kraft treten lassen, mit dem die Kassenärztlichen Vereinigungen und ihre Vertragspartner einer drohenden Unterversorgung begegnen können sollen.

Paradox ist dabei, dass eben auch die Regionen, in denen Patienten und Lokalpolitik zunehmende Kapazitätsengpässe bemerken oder durch Zulassungsausschüsse eine drohende Unterversorgung konstatiert wird, rechnerisch heute noch als überversorgt gelten. So wurde bspw. in Berlin trotz eines Versorgungsgrades von 129 Prozent (überversorgt) zwischen Krankenkassen und Ärzten vereinbart, dass zehn zusätzliche Kinderärzte zugelassen werden sollen. Das Problem der bestehenden Bezugsgrößen in der Bedarfsplanung wird zudem deutlich, wenn man sich vergegenwärtigt, welche Effekte ein ‚Aufkauf‘ aller Praxen über einem Versorgungsgrad von 140 Prozent hätte. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) hat ausgerechnet, dass in diesem Falle – abzüglich der psychologischen Psychotherapeuten, die damals noch nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung waren – in etwa die Verhältniszahl erreicht würde, die in der Reichsversicherungsordnung von 1931 als Grundlage für eine Zulassungssperre zugrunde gelegt wurde: Damals galt ein Zulassungsbezirk als überversorgt, wenn mehr als ein Kassenarzt auf 600 Versicherte kam (Ab-

**§ 7**

**(1) Die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit erfolgt für örtliche Bezirke (Zulassungsbezirke).**

**(2) Für die kassenärztliche Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen werden so viel Ärzte zugelassen, daß auf je 600 Versicherte im Zulassungsbezirk ein Arzt trifft. Diese Verhältniszahl darf zugunsten der Ärzte, die am 1. Oktober 1931 im Arztregister eingetragen und drei Jahre als approbierte Ärzte dauernd tätig waren, und nach näherer Bestimmung des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen auch zugunsten anderer Gruppen von Ärzten vorübergehend geändert werden. Sind in einem Zulassungsbezirke mehr Ärzte zugelassen, als der Verhältniszahl im Satz 1 entspricht, so darf bis zur Erreichung dieser Zahl nur jede dritte freiverbende Stelle besetzt werden.**

Abbildung 1: Erste Festlegung der Verhältniszahl mit KV-Gründung 1931  
Quelle: 4. Verordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutz des inneren Friedens vom 8. Dezember 1931

bildung 1). Im Jahr 2015 betrug die Einwohner-Arzt-Verhältniszahl unter Berücksichtigung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte einschließlich der ca. 9.500 Ermächtigten aber ohne psychologische Psychotherapeuten 565. Wäre die ‚Aufkaufregelung‘ radikal umgesetzt, wäre die Verhältniszahl bei 601 Einwohnern je Vertragsarzt gelegen.

Besonders betroffen vom ‚Aufkaufgebot‘ wären insbesondere Internisten und Chirurgen aber auch Anästhesisten, Psychotherapeuten, Orthopäden, Kinderärzte – Fachgruppen also, in deren Spezialisierungstendenzen sich der medizinische Fortschritt niederschlägt, der seinerseits wiederum ermöglicht, dass mehr Leistungen ambulant erbracht werden können und weniger Leistungen stationär erbracht werden müssen (Tabelle 1).<sup>5</sup>

### Medizinischer Fortschritt = Ambulantisierung

Wesentliches Merkmal des medizinischen Fortschritts ist, dass der Anteil der ambulant durchführbaren Leistungen kontinuierlich steigt. Die HIV- und die die Diabetesversorgung sind Beispiele

für Behandlungen, die früher zwingend stationär durchgeführt werden mussten, können heute aber fast vollständig ambulant erbracht werden. Der Sachverständigenrat Gesundheit spricht folglich von einem ambulanten Potenzial<sup>6</sup> in der stationären Versorgung. Er verweist auf den hohen Anteil der Kurzlieger (2015: 45 Prozent) und konstatiert mit Blick auf bestimmte Leistungen, etwa ambulant durchführbarer Operationen, dass das ambulante Potenzial in deutschen Krankenhäusern im internationalen Vergleich in Deutschland sehr

3 Praxisaufkauf ist die umgangssprachliche Formulierung für § 103 Abs. 3a SGB V: Entscheidet der Zulassungsausschuss, dass eine nicht bedarfsnotwendige Praxis in einem Planungsbereich mit Zulassungsbeschränkung nicht fortgeführt wird, hat die Kassenärztliche Vereinigung den Eigentümer zu entschädigen.

4 KBV Versichertenbefragung 2017 zur fachärztlichen Versorgung (Folie 15 von 23), [http://www.kbv.de/media/sp/Praesentation\\_Ergebnisse\\_KBV\\_Versichertenbefragung\\_2017.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Praesentation_Ergebnisse_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf)

5 Czihal T et al (2015): Anzahl Ärzte oberhalb der Sperrgrenze gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/05. DOI: 10.20364/VA-15.05. Abrufbar unter <https://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsgsstrukturen/?tab=6&uid=56>

6 SVR Gesundheit Sondergutachten 2012: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf> Kapitel 6, S. 237

	Anzahl Planungsbereiche Versorgungsgrad >110%	Anzahl Planungsbereiche Versorgungsgrad >140%	Anzahl Planungsbereiche	Anteil > 110%	Anteil >140%
Fachinternisten	106	106	106	100%	100%
Chirurgen	377	286	385	98%	74%
Strahlentherapeuten	17	11	17	100%	65%
Transfusionsmediziner	16	10	16	100%	63%
Anästhesisten	93	57	93	100%	61%
Radiologen	104	52	106	98%	49%
Neurochirurgen	17	8	17	100%	47%
Psychotherapeuten	373	172	391	95%	44%
Laborärzte	16	6	16	100%	38%
Orthopäden	376	137	385	98%	36%
Nuklearmediziner	13	6	17	76%	35%
Urologen	369	130	385	96%	34%
Nervenärzte	369	129	385	96%	34%
Hautärzte	329	126	385	85%	33%
Humangenetiker	15	5	16	94%	31%
HNO-Ärzte	332	90	385	86%	23%
Kind.-Jug.-Psychiater	48	21	96	50%	22%
Pathologen	15	3	16	94%	19%
Frauenärzte	355	70	385	92%	18%
PRM-Mediziner	7	3	17	41%	18%
Augenärzte	322	55	385	84%	14%
Gesamt	3669	1483	4004	92%	37%

**Tabelle 1: Anteil übertensorgter Planungsbereiche in der fachärztlichen Versorgung**  
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis KBV Gesundheitsdaten (Stand zum 31.12.2016)

hoch ist. Dies wird durch Analysen zu einem deutschen Katalog ambulant sensibler Konditionen (ASK) unterstützt. Hierbei handelt es sich um Behandlungsanlässe, die bei guter ambulanter Behandlung weitestgehend ambulant behandelt werden könnten, sodass stationäre Aufnahmen hierfür nur in Ausnahmefällen erforderlich wären.<sup>7</sup> Geografische Analysen zeigen, dass das ambulante Potenzial bzw. die Häufigkeit von ASK-Fällen im Krankenhaus nicht gleichförmig über Deutschland verteilt sind.

Betrachtet man die Determinanten für die regionalen Unterschiede, so wird deutlich, dass die Versorgungsstrukturen eine große Bedeutung haben. Vereinfacht gesagt gilt: Überall dort, wo die vertragsärztlichen Versorgungsstrukturen vergleichsweise gut ausgebildet sind, ist die Häufigkeit dieser grundsätzlich vermeidbaren Krankenhausfälle systematisch reduziert; umgekehrt ist sie dort hoch, wo die ambulante Versorgungsstruktur schwächer und die stationären Versorgungsstrukturen ausgeprägter sind.<sup>8</sup> Die beiden Sektoren haben demnach über weite Strecken eine substitutive Beziehung. Es kann auch gezeigt werden, dass die Regionen mit ausgeprägter Ambulantisierung aus Sicht der Kostenträger effizienter sind.<sup>9</sup>

### Schlussfolgerungen für eine sektorenübergreifende Planung

Die Diskrepanz zwischen den bestehenden Verhältniszahlen, dem wahrge-

nommenen Mangel an Versorgungskapazität, den Veränderungen in der Medizin und der Bereitschaft von Politik und Kostenträgern, eine Finanzierung der Kapazitäten und ihrer Leistungen zu gewährleisten, markieren das Spannungsfeld des ‚Bedarfs‘. In Ermangelung einer objektiven Größe, muss die Bewertung des Bedarfs jeweils von der gegenwärtigen Versorgungslage ausgehen.

Ein Festhalten an den bisherigen Verhältniszahlen und eine rigorose Umsetzung der Aufkaufregelung würde die effizienten Versorgungsregionen ‚zurückbauen‘ und diese im Ergebnis weniger effizient machen. Um dies zu berücksichtigen müssten die Länder ihre bisherigen Prioritäten demnach deutlich verändern, um ihrer künftigen Verantwortung im Rahmen der vorgesehenen Kompetenzerweiterung gerecht zu werden. Da die Planungsansätze in den jeweiligen Sektoren bisher keinen Bezug aufeinander genommen haben, ist das Zustandekommen effizienter regionaler Versorgungsstrukturen bisher eher historisch-zufälligen Prozessen geschuldet. Um dies zu ändern, bedarf es einer klaren strategischen Ausrichtung, an die auch die Länder gebunden werden sollten.

Angesichts der Vielzahl älterer Krankenhäuser, deren meist rund 50 Jahre altes Design und deren oft lückenhafte technische und personelle Ausstattung kaum noch den Anforderungen heutiger Spitzenmedizin entsprechen, sind hier erhebliche Investitionen notwen-

dig. Würde etwa das Krankenhauserneuerungsprogramm Dänemarks als Referenzgröße genommen, müssten Bund und Länder in den kommenden 5 Jahren rund 80 Mrd. Euro in die stationären Versorgungsstrukturen investieren. Dabei reduziert Dänemark die Zahl der stationären Einrichtungen erheblich und setzt auf eine massive Ambulantisierung.<sup>10</sup> Ähnliche Anstrengungen lassen sich derzeit im Nachbarland Österreich beobachten. Im Rahmen einer integrierten sektorenübergreifenden Planung mit Ambulantisierungszielen<sup>11</sup> sollen vermehrt krankenhausersetzende intermediäre Strukturen, etwa bettenführende Hausarztpraxen, gefördert werden.<sup>12</sup>

Deutschland hat durch ein starkes fachärztliches Angebot in der vertragsärztlichen Versorgung eine besonders gute Basis für eine Ambulantisierungsstrategie. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Niederlassung ehemals stationär tätiger Fachärzte ein stetiger Technologietransfer in die ambulante Versorgung gewährleistet wird. Darüber hin-

7 Sundmacher L et al (2014): Ein konsentrierter deutscher Katalog ambulant-sensibler Diagnosen (Querschnitt aus dem Zeitraum 2009 bis 2011) Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/18. DOI: 10.20364/VA-15.18 abrufbar unter: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=69>

8 IGES Gutachten im Auftrag des BMG: Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V. Abrufbar unter [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014\\_3/140808\\_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014_3/140808_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf)

9 Czihal T et al. (2014): Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 14/05. DOI: 10.20364/VA-14.05. Abrufbar unter <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=53>

10 Busse R et al (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Diskussionspapier Nr. 7, Leopoldina, Halle/Saale Abrufbar unter: [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/Leo\\_Diskussion\\_Medizin\\_und\\_Oekonomie\\_2016.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf)

11 Vgl. den österreichischen Zielsteuerungsvertrag zwischen Bundes- und Landesregierungen mit dem Konzept eines ‚Best-Point of Care‘ und dem strategischen Ziel ‚Stärkung der ambulanten Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs und Optimierung des Ressourceneinsatzes‘. Abrufbar unter [https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/6/CH1443/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag\\_2017-2021\\_urschrift.pdf](https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/2/8/6/CH1443/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_2017-2021_urschrift.pdf)

12 [https://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gesundheitspolitik\\_international/article/957117/sicherstellung-alpenrepublik-setzt-primaerversorgung-team.html?sh=2&h=-1498731595](https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/957117/sicherstellung-alpenrepublik-setzt-primaerversorgung-team.html?sh=2&h=-1498731595)

aus müssen aber gerade in ländlichen Regionen auch andere institutionelle Lösungen zur Unterstützung des notwendigen, ambulant ausgerichteten Strukturwandels gefördert werden. Hierzu könnten bettenführende Praxen, Praxiskliniken sowie die Erweiterung des Belegarztprinzips zählen. Wie das Zi in einem im Juni 2017 vorgelegten Gutachten<sup>13</sup> gezeigt hat, könnte eine solche Förderung vergleichsweise einfach an bereits existierenden Regelungen im SGB V ansetzen. Darüber hinaus müssten die starren, ausschließlich an Referenzwerten der Vergangenheit ausgerichteten Vorgaben für die Gesamtverträge reformiert werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben hierzu im September 2017 einen Vorschlag vorgelegt, mit dem ein entsprechender Strukturwandel gefördert werden könnte.<sup>14</sup>

Insgesamt ergeben sich daraus folgende Thesen:

### 1. Strukturwandel gezielt fördern

Eine sektorenübergreifende Neuordnung der Planungs-, Gestaltungs- und Vergütungsstrukturen muss an eindeutigen inhaltlichen Zielen ausgerichtet werden. International gelten Versorgungsstrukturen als effizient und patientenfreundlich, die – ohne Rationierung – zu einer möglichst niedrigen Inanspruchnahme stationärer Versorgung führen. Dies basiert in der Regel auf einer Stärkung ambulanter ärztlicher und pflegerischer Versorgungsstrukturen sowie ergänzender Unterstützung etwa durch telemedizinische Angebote, einer Konzentration stationärer Versorgungsangebote und einer Verbesserung des Rettungsdienstes.<sup>15</sup>

### 2. Wer bestellt bezahlt

Wird die Planung mit dem Ziel der Ambulantisierung neu gestaltet, müssen in der ambulanten Versorgung zusätzliche Kapazitäten geschaffen und im stationären Bereich obsoletere Krankenhausstrukturen durch neue ersetzt werden. Beides verlangt erhebliche Investitionen. Diese müssen im Einklang mit den Versorgungsverträgen stehen, durch die die Regelversorgung finanziert wird. Die Entscheidungsrechte der Gesamtvertragspartner in der vertragsärztlichen Versorgung müssen dafür gestärkt werden, auch in der stationären Versorgung braucht es eine stärkere Entscheidungskompe-

tenz der Krankenkassen. Die Bundesländer Arbeitsgruppe muss geeignete Schlichtungsmechanismen vorsehen, damit Entscheidungs- und Beratungsrechte der Länder nicht zu Lasten Dritter ausgeübt werden. Im Zweifel müssten die Länder fehlende Finanzmittel aufbringen.

### 3. Gemeinsame Kriterien statt Rathauspolitik

Durch eine Stärkung der Länderrechte steht zu befürchten, dass Lokalpolitik in der Bedeutung steigt. Auch die Länder müssen daher auf überregionale Grundsätze der Planung verpflichtet werden. Neben dem Ambulantisierungsziel könnte eine Ausrichtung an Best-Practice-Beispielen bzw. Regionen praktische Hilfestellung geben.

### Ausgangspunkte

Unterstellt, der Gesetzgeber würde eine solche, auf die Stärkung der Ambulantisierung ausgerichtete Reform der der Bedarfsplanung angehen, welche Probleme wären zu lösen?

#### – Wandel der Bevölkerungs- und Bedarfsstrukturen

Die demografische Entwicklung umfasst weit mehr als eine graduelle Alterung der deutschen Bevölkerung. Aus Sicht der Bedarfsplanung ist entscheidend, dass der demografische Wandel regional sehr unterschiedlich verläuft. Ursächlich ist die Binnenwanderung. Dabei hat die Abwanderung der bildungs- und arbeitssuchenden, der jungen Frauen und vieler Familien aus ländlichen Regionen nicht nur einen Effekt auf die soziodemografische Zusammensetzung der zurückbleibenden Bevölkerung und der Bevölkerung am Zielort. Die demografischen Vorgaben erschweren mittel- bis langfristig die wirtschaftliche Stabilisierung der bereits heute weniger attraktiven Regionen.<sup>16</sup> Dies wiederum färbt ab auf Entscheidungen über Infrastrukturinvestitionen<sup>17</sup> und die Bereitschaft von Ärzten sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich, in die entsprechenden Regionen zu gehen.<sup>18</sup> Folgt man heutigen Bevölkerungsprognosen ist festzuhalten: Deutschland wird (voraussichtlich) heterogener. Das Zi hat die Implikationen dieser Entwicklung für den vertragsärztlichen Behandlungsbedarf ermittelt und dafür einen relativen Beanspruchungsindex (rBIX) entwickelt.<sup>19</sup>

Daraus wird deutlich, dass in den Abwanderungsregionen auch bei rückläufigen Bevölkerungszahlen noch ein steigender Behandlungsbedarf zu erwarten ist. Dieser Effekt gilt insbesondere für Fachrichtungen, die besonders in die Behandlung älterer Menschen eingebunden sind. In den Ballungsräumen mit großer Zuwanderung setzt die demografische Alterung verzögert ein. Je stärker sie zum Tragen kommt, desto stärker nehmen die Behandlungsbedarfe in diesen Regionen zu. Perspektivisch ergeben sich somit z.B. für die hausärztliche Versorgung Regionen, in denen der Behandlungsbedarf pro Versicherten allein aufgrund der demografischen Zusammensetzung der Bevölkerung bis zum Jahr 2035 um rund 23 Prozent abnimmt und Regionen, in denen eine Zunahme von etwa 40 Prozent bezogen auf das Basisjahr 2020 erwartet wird. Ähnliche Spannweiten zeigen sich bei den einzelnen fachärztlichen Disziplinen. Gegenüber dem Jahr 2020 verdreifacht sich der Interquartilsabstand zwischen den erwarteten Be-

13 Nagel et al. (2017): Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten im Auftrag des Zi. Abrufbar unter: [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten\\_ambulant\\_vor\\_station%C3%A4r\\_Mai\\_2017.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/Zi-Gutachten_ambulant_vor_station%C3%A4r_Mai_2017.pdf)

14 „Freie Bahn“ für den notwendigen Strukturwandel – Versorgungsziele und regionale Besonderheiten stärker berücksichtigen – Positionspapier der KBV. Abrufbar unter <http://www.kbv.de/html/31089.php>

15 Vgl. z.B. die bemerkenswerte Reform in der Region Canterbury, Neuseeland: Charles A (2017) Developing accountable care systems. Lessons from Canterbury, New Zealand. KingFund London. Abrufbar unter: <https://www.kingfund.org.uk/publications/developing-accountable-care-systems>

16 Vgl. BBSR 2017: [http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/lzr/lzr\\_node.html](http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/lzr/lzr_node.html)

17 Faktenblatt: Sind niedergelassene Ärzte zu ungleich verteilt? Abrufbar unter: [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/Faktenblatt\\_Arztverteilung.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Faktenblatt_Arztverteilung.pdf)

18 Erhart M et al. (2011): Regionale Charakteristiken erklären die Attraktivität eines Standortes für die Praxisniederlassung und zeigen Förderungsbedarfe zur Ansiedelung von Ärzten auf – eine Regressionsanalytische Modellierung. Vortrag, abrufbar unter: <http://www.egms.de/static/en/meetings/dkfv2011/11dkvf189.shtml>

19 Schulz M et al. 2016: Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 16/02. DOI: 10.20364/VA-16.02 Abrufbar unter: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=67>

darfsausprägungen für die 402 Kreise bis 2035. Diese Zunahme der Heterogenität in nur 15 Jahren wird eine deutlich größere Flexibilität der Bedarfsplanung notwendig machen. Erschwerend kommt hinzu: In wenigen Jahren werden rückläufige Bedarfe in strukturschwachen Regionen erwartet, in die heute – zu Recht – investiert wird, um aktuelle Versorgungsbedarfe abzudecken. Die größten Bedarfszuwächse hingegen werden in Regionen erwartet, die heute als besonders überversorgt gelten.

Nicht nur deshalb sollte das Stadt-Land-Gefälle in den Versorgungsgraden mit Vorsicht betrachtet werden. Bereits in einer früheren Veröffentlichung hat das Zi darauf hingewiesen, dass es notwendig sein kann, die Angemessenheit der rein altersstrukturbezogenen Bedarfskennzahlen durch Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur zu überprüfen.<sup>20</sup> In Abwanderungsregionen etwa kann es zusätzlich zu einer demografischen Alterung zu einer Verdichtung der Morbidität kommen (Healthy-Migrant-Effekt). In Regionen mit einem besonders hohen Anteil Alleinlebender, Pflegebedürftiger oder sozial Benachteiligter hingegen kann die Inanspruchnahme bei vergleichbarer Morbidität erhöht sein. Tatsächlich spricht Vieles dafür, dass nicht nur Deprivation das Inanspruchnahmeverhalten modifiziert. Auch das Leben in urbanen Räumen kann als solches eigene Verhaltensmuster bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen erzeugen. Während Deprivation mit einer stärkeren Inanspruchnahme hausärztlicher und stationärer Versorgung einhergeht, führt Urbanität zu einer höheren Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen.<sup>21</sup> Beide Effekte können sich überlappen und auch unterschiedliche Inanspruchnahmeverhalten zwischen Stadtteilen erzeugen.<sup>22</sup> Wer diese Faktoren berücksichtigen will, um die Bedarfsnotwendigkeit einer Versorgungseinrichtung zu beurteilen, muss jeweils anlassbezogene Analysen mit lokalem Bezug machen. Hierzu gehört dann einerseits die Bevölkerungsstruktur und deren erwartbarer Versorgungsbedarf und andererseits auch die Berücksichtigung der leistungstechnischen Ausrichtung der Versorgungseinrichtung und deren Einzugsbereich. Nicht selten haben spezialisierte Einrichtungen sehr große

Einzugsbereiche und damit eine überregionale Mitversorgungsfunktion.<sup>23</sup>

### – Arbeitsangebot je Arzt

Die heutige Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung setzt am Zulassungsumfang an; sie kennt den vollen und halben Zulassungsumfang. Bei den angestellten Ärzten wird auch mit Vierteln des Zulassungsumfangs gerechnet. Seit dem Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz (VÄndG) von 2007 haben sich die Versorgungsstrukturen bereits massiv verändert. Angestellte Ärzte nehmen stark zu. Sie unterscheiden sich nicht nur im Arbeitsumfang (Grafik), sondern auch in ihrer Versorgungsleistung. Je nach Fachgruppe liegt die Anzahl der behandelten Fälle und Leistungen für Selbständige bei 110 bis knapp 180 Prozent der Leistung von Angestellten, jeweils mit vollem Zulassungsumfang.<sup>24</sup> Das Zi hat anhand von Angaben aus dem Zi-Praxis-Panel (ZiPP) systematisch untersucht, wie sich die Arbeitsleistung nach Fach-, Alters- und Geschlechtsgruppen sowie nach Inhabern und Angestellten unterscheidet. Demnach liegt die Arbeitszeit bei Angestellten bei etwa der Hälfte derjenigen der Inhaber, die Arbeitszeit der 30-Jährigen bei etwa drei Viertel derjenigen der 50–60 Jährigen, die der Frauen bei etwa vier Fünftel derjenigen der Männer.<sup>25</sup> Zudem nehmen sich Frauen offenbar mehr Zeit je Fall, was auch die niedrigeren Fallzahlen erklärt.<sup>26</sup> Sofern diese Daten etwas über die künftigen Arztgenerationen aussagen, könnte das ärztliche Arbeitsangebot pro Kopf stark rückläufig sein. Faktisch kann derzeit nichts über die Veränderung dieser Parameter in den kommenden Jahren gesagt werden, aber wird deutlich, dass das Arbeitsangebot je Arzt ein Faktor ist, den die Planung in den Regionen im Auge haben muss, um ungeplanter Knappheit ärztlicher Leistungen rechtzeitig entgegen steuern zu können.

### – Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Die bestehenden regionalen Unterschiede in der intrasektoralen und der sektorenübergreifenden Arbeitsteilung in der medizinischen Versorgung sind – trotz weitgehend vereinheitlichter rechtlicher Vorgaben – erheblich. Dieses Phänomen kann für fast alle Leistungsbereiche, ambulant oder stationär – nicht nur in Deutschland, sondern international – beobachtet werden.<sup>27</sup>

Da diese regionalen Besonderheiten Ausdruck einer komplexen Interaktion individueller Verhaltensweisen ist und nicht ohne die Persönlichkeiten und die historische Entwicklung der Strukturen vor Ort nachvollziehbar sind, stellt sich die Frage, wie weit Veränderungen der Versorgungsstrukturen einer zentralen Planung über zugänglich sind, wenn hierdurch wirksam Koordination und Kooperation in der Versorgung verbessert werden sollen. Warum sind besondere Formen der Kooperation nicht ohne weiteres in der Breite reproduzierbar? Die Frage lässt sich nur an Beispielen beantworten: Kaiser Permanente etwa, oft zitiertes Beispiel gelungener Integration zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, setzt auf eine sehr stringente Auswahl seiner Ärzte: Ob Neuzugänge eine unbefristete Tätigkeit aufnehmen können, entscheiden die Kollegen nach 3-jähriger Probezeit. Erfolge des Modells „Das gesunde

20 von Stillfried D, Czihal T (2011): Möglichkeiten der fachgruppenspezifischen Risikoadjustierung der Verhältniszahlen für eine zeitgemäße Versorgungsplanung. *Gesundheit und Sozialpolitik* 65(2). Abrufbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2011-2-26/moeglichkeiten-der-fachgruppenspezifischen-risikoadjustierung-der-verhaeltniszahlen-fuer-einezeitgemaesse-versorgungsplanung-jahrgang-65-2011-heft-2>

21 Schulz M et al. (2016): Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs. *Gesundheitswesen* 78: 290–297 DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1396888>. Abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1396888.pdf>

22 von Stillfried D, Erhart M (2014) Was sagt das Gutachten wirklich? *KVHH-Journal* 1/2014: 13–15. Abrufbar unter [http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2009/10/71/01\\_14\\_kvhh\\_journal.pdf](http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2009/10/71/01_14_kvhh_journal.pdf)

23 Vgl. KV Hamburg: Entfernungsanalyse als Ergänzung zum Morbiditätsatlas Hamburg. Abrufbar unter [http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2014/10/648/14-12-12entfernungsanalyse\\_hamburg\\_gutachten\\_web.pdf](http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2014/10/648/14-12-12entfernungsanalyse_hamburg_gutachten_web.pdf)

24 Czihal u. von Stillfried (2016): Konsequenzen der Flexibilisierung des Zulassungsrechts auf die Produktivität in der vertragsärztlichen Versorgung. *Gesundheit und Sozialpolitik* 70(6). Abrufbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2016-6-27/konsequenzen-der-flexibilisierung-des-zulassungsrechts-auf-die-produktivitaet-in-der-vertragsaerztlichen-versorgung-jahrgang-70-2016-heft-6>

25 Zi-Praxis-Panel Jahresbericht 2015 S. 70 ff, insb. S. 88ff. Abrufbar unter <https://www.zi-pp.de/veroeffentlichungen.php>

26 ZiPP-Jahresbericht 2013 S. 36 ff

27 OECD (2014): *Geographic Variations in Health Care*. Abrufbar unter: <http://www.oecd.org/health/geographic-variations-in-health-care-9789264216594-en.htm>

Kinzigal' haben jahrelange Investitionen in Technik und Vertrauensaufbau zwischen den Beteiligten als Voraussetzung. Jeder, der versucht hat ein Ärztenetz aufzubauen, kennt den Overhead an persönlichem Engagement, den die Führungspersönlichkeiten investieren müssen, um die Praxen aktiv und an Bord zu halten. Im Ergebnis kommt es offenbar darauf an, was zu vertretbarem Aufwand unter den gegebenen Bedingungen von den Beteiligten vor Ort verhandelt und dauerhaft umgesetzt werden kann.

### Brennglas Notfallversorgung

Das Problem einer sektorenübergreifenden Kooperation zeigt sich besonders in der Notfallversorgung. In Deutschland wie nahezu allen Industrieländern besteht eine zunehmende Neigung insbesondere der jüngeren Versicherten, bei Unsicherheit oder bereits mäßig akutem Behandlungsbedarf direkt zur Inanspruchnahme einer Krankenhausnotaufaufnahme zu schreiten. In Deutschland ist insbesondere nach dem Wegfall der Praxisgebühr im Jahr 2013 ein massiver Anstieg der Direktinanspruchnahme von Krankenhausnotaufnahmen zu beobachten.<sup>28</sup> Um diesem Trend wirksam entgegen steuern zu können, bedarf es eines breitenwirksam beworbenen und von den Patienten wirklich akzeptierten Alternativangebots oder massiver Negativsanktion.<sup>29</sup> Das Alternativangebot besteht aus vielen Komponenten, die wirksam ineinander greifen müssen.<sup>30</sup> Es reicht von online-Ersteinschätzungsmöglichkeiten, einer verbesserten telefonischen Erreichbarkeit der ambulanten ärztlichen Versorgung, über Terminserviceangebote und direkter telefonischer Beratung bis zur Gestaltung des Zugangs zu den Krankenhäusern: Während an zentralen Notfallstandorten der Zugang zwingend über eine Ersteinschätzungseinheit gehen muss, die den Patienten in eine nahezu rund um die Uhr verfügbare Bereitschaftspraxis oder die Notaufaufnahme des Krankenhauses dirigieren können, müssten andere Krankenhausstandorte von der Notfallversorgung ausgeschlossen werden. Dies ist, wie das Zi in einem Diskussionspapier vom November 2017 gezeigt hat, nicht nur notwendig, um an den zentralen Standorten der Notfallversorgung ausreichende Patientenzahlen zu generieren, die eine aufwän-

dige Vorhaltung des Personals und der technischen Ausstattung rechtfertigen. Der Ausschluss der übrigen, heute schon eher gering frequentierten Standorte von der Notfallversorgung ist auch im Interesse der Patientensicherheit erforderlich.<sup>31</sup> Angesichts des steigenden Anteils der stationären Aufnahmen über die Notaufnahmen der Krankenhäuser, der 2015 bei rund 50 Prozent lag, ist der Ausstieg aus der Notfallversorgung für viele Standorte aber gleichbedeutend mit dem Einstieg in die Standortschließung – oder Umwandlung in eine überwiegend ambulant tätige Einrichtung.

Während die Eckpunkte einer solchen Entwicklung – Eignung der Krankenhausstandorte als zentrale Standorte der Notfallversorgung, Überführung anderer Standorte z. B. in Praxiskliniken oder bettenführende Gemeinschaftspraxen – zentral ermittelt werden können, dürften die konkreten Standortentscheidungen und deren erfolgreiche Umsetzung aber massiv vom Willen und der Veränderungsbereitschaft der Beteiligten vor Ort abhängig sein. Zudem wären damit zahlreiche Investitionsentscheidungen verbunden, die einer Förderung durch die mit der Planung sowie mit der Finanzierung der Leistungen betrauten Institutionen bedürfen. Hier liegen die Kompetenzen in der Regel auf der Ebene der Länder bzw. der Gesamtvertragspartner. Auf deren Ebene müssten dementsprechend Zulassungssperren angepasst werden, um etwa die Umwandlung stationärer Einrichtungen in überwiegend ambulant tätige Einrichtungen oder Widerspruch zur Bedarfsplanung zu ermöglichen. Der zusätzliche Behandlungsbedarf müsste in der vertragsärztlichen Vergütung ex ante berücksichtigt werden können, in den Mengenvereinbarungen der Krankenkassen mit den Krankenhäusern verringert und an Standorte der zentralen Notfallversorgung transferiert werden können. Die Investitionsmittel für den Strukturwandel auf Krankenseite müssten auf diese Vereinbarungen abgestimmt werden.

#### – Kompetenzen der gemeinsamen Selbstverwaltung stärken, um regionale Besonderheiten zu berücksichtigen

Die Notwendigkeit der Einheit von Planung und Finanzierung, die am Beispiel der Notfallversorgung unmittelbar ein-

sichtig ist, die Heterogenität der Versorgungsstrukturen als Ausgangslage und die Erkenntnis, dass ein Strukturwandel nur gelingt, wenn die Beteiligten vor Ort aktiv mitziehen, sprechen dafür, eine künftige sektorenübergreifende Planung keinesfalls als Detailplanung auf Bundesebene zu konzipieren. Um die – heute ohnehin nur in Grenzen gegebene – Vergleichbarkeit der Lebensverhältnisse trotz der demografisch bedingten Fliehkräfte möglichst aufrecht zu erhalten, könnte der GBA den regionalen Akteuren künftig einen Handlungskorridor stecken. Es macht dabei wenig Sinn, die zulässige Streubreite der Verhältniszahlen direkt festzulegen.

Für eine Stärkung der regionalen Kompetenzen besser geeignet wären Kennzahlen, die auf funktionale Defizite einer Planung vor Ort hinweisen. Nimmt man eine Anleihe aus der Diskussion um die Neustrukturierung der Notfallversorgung könnte etwa das Kriterium der Erreichbarkeit eine zentrale Rolle spielen. Auf Bundesebene würde es ausreichen je Fachgruppe bzw. Versorgungsebene, eine maximale Erreichbarkeit in Kilometer oder PKW-Fahrzeit zu definieren, die auch in dünn besiedelten Regionen Deutschlands in der Regel nicht überschritten werden darf. Ob diese Richtlinie eingehalten wird, lässt sich mittlerweile von jedem anhand eines Distanz- oder Fahrzeitenrechners im Internet überprüfen. Kann eine Überschreitung nachgewiesen werden, bestünde Handlungsbedarf, etwa für die Gesamtvertragspartner um geeignete Fördermaßnahmen zur Schließung der Versorgungslücke zu beschließen.

Eine Unterschreitung hingegen ist aus vielfachen Gründen möglich und sinnvoll. Aufgrund der gegebenen Inanspruchnahmesituation kann auf regio-

28 Vgl. <https://www.zi.de/presse/archiv/2017/17-mai-2017/>

29 Vgl.: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/78084/Notfallambulanzen-Haelfte-der-Patienten-stuft-die-Behandlung-als-nicht-dringlich-ein>

30 Vgl. Eckpunkte der KBV zur Notfallversorgung: <http://www.kbv.de/html/27975.php> oder Konzept des SVR-Gesundheit zur Notfallversorgung: [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/2017-09-08\\_Notfall\\_Webseite.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/2017-09-08_Notfall_Webseite.pdf)

31 Von Stillfried et al. (2017): Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf. Zi-Paper 11/2017. Abrufbar unter: [https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper\\_11-2017\\_Notfallversorgung.pdf](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_11-2017_Notfallversorgung.pdf)

ner Ebene ein einfaches Anforderungsprofil, z. B. in Form einer erwarteten Fallzahl für die Fachdisziplinen in der vertragsärztlichen Versorgung oder der Krankenhausaufnahmen nach DRG-Kapiteln erstellt werden. Diese Kennzahlen können, wenn sie durch Kennzahlen zum ärztlichen Arbeitsangebot dividiert werden, zu regionalen rohen Verhältniszahlen führen. Sie können anhand weiterer Faktoren plausibilisiert werden, etwa indem die Bevölkerungsstruktureffekte durch Standardisierung aufgehoben und die Inanspruchnahme mit der vergleichbaren Regionen verglichen wird. Ob Effekte einer besonderen Morbidität oder Sozialstruktur zu berücksichtigen sind, würde ggf. davon abhängig gemacht, ob in der Region ein besonderes Versorgungsproblem besteht, z. B. indem Versicherte über besondere Terminengpässe bzw. eingeschränkte faktische Verfügbarkeit der Praxen oder über lange Wege zu weit entfernten Praxen klagen. Hierbei ist auch zu prüfen, ob im Vergleich zu anderen gleichartigen Regionen etwa besondere Engpässe im ärztlichen Arbeitsangebot bestehen.

Grundsätzlich wäre diese Vorgehensweise sowohl im vertragsärztlichen wie im stationären Bereich möglich. Um den oben unterstellten Auftrag zu einer auf Förderung der Ambulantisierung ausgerichteten sektorenübergreifenden Planung gerecht werden zu können, müsste sich die Planung an Versorgungs- bzw. Versorgungsstrukturzielen orientieren. Hierbei wäre ausgehend von den (plausibilisierten) rohen regionalen Verhältniszahlen eine regional im Planungshorizont erreichbare Strukturveränderung zu vereinbaren. Als Benchmark könnten best-practice-Regionen dienen, in denen das ambulante Potenzial bereits vergleichsweise weit ausgeschöpft worden ist.<sup>32</sup> Wie schnell und wie stark die regionalen Strukturen an Kennzahlen aus best-practice-Regionen angepasst werden können, hängt u. a. auch von der Bereitschaft der Beteiligten vor Ort ab, ihre Region weiter zu

entwickeln. Notwendiger Bestandteil einer solchen Zielvereinbarung ist auch die verbindliche Bereitstellung von Finanzmitteln, im Bereich der Investitionen wie im Bereich laufender Vergütungen, um den Strukturwandel auch real zu ermöglichen. Der Bund könnte durch die Bereitstellung zusätzlicher Finanzmittel, ähnlich dem Innovationsfonds, zudem einen gewissen Wettbewerb um diese Zusatzmittel und die Reputation herbeiführen, um einen Strukturwandel anzuschieben. Unabhängig davon muss er Rechtsgrundlagen schaffen, durch die die Kostenträger direkt in die Planungsentscheidungen eingebunden werden und diese wiederum Bestandteil laufender Vergütungsvereinbarungen werden. Dies wiederum hätte auch zur Folge, dass Bedarfsplanungsentscheidungen schiedsfähig würden und eine fehlende Koordination zwischen den Sektoren durch entsprechende Schiedsstellenentscheidungen hergestellt werden könnte.

Der GBA würde diese modifizierte Bedarfsplanung über die Vorgabe zur Mindestreichweite hinaus allenfalls durch Bereitstellung des Instrumentenkastens zur Durchführung entsprechender Berechnungen, ggf. durch die Bereitstellung der Referenzdaten für die best-practice-Regionen sowie ggf. mit einer Berichterstattung über die Entwicklung fachgruppenspezifischer Verhältniszahlen und der Entwicklung der Regionen bei der Annäherung an die best-practice-Regionen begleiten.

### Handlungsbedarf

Im Vergleich zu seinen europäischen Nachbarn fehlt in Deutschland – spätestens bei den Ländern – ein politischer Konsens dafür, die Strukturen des Gesundheitswesens strukturell an den medizinischen Fortschritt anzupassen. Der Entwurf des Koalitionsvertrags bietet dafür zwar einige Ansatzpunkte aber auch Risiken. Das hohe ambulante Potenzial in der stationären Versorgung ist ein massiver Hinweis auf ineffiziente

Strukturen und zugleich Effizienzreserve, die eine erfolgreiche Reformpolitik erschließen kann. Eine Politik, die vorrangig auf den Strukturhalt insbesondere der stationären Versorgungsstrukturen zielt und diesen immer weitere Möglichkeiten eröffnet, durch zusätzliche ambulante Leistungsangebote auch veraltete oder nicht mehr angemessene stationäre Strukturen auszulasten, wäre kontraindiziert. Vielmehr müssen jetzt Grundlagen für einen erfolgreichen Strukturwandel geschaffen werden. Der Gesetzgeber muss dazu die Reform der Kapazitätsplanung mit einem verbindlichen Handlungsauftrag zur Förderung der Ambulantisierung verbinden. Notwendige Investitionen in die ambulante und stationäre Versorgung müssen auf die Realisierung der Effizienzreserven in der stationären Versorgung ausgerichtet werden. Dazu müssen sektorenübergreifende Planungsprozesse und laufende Versorgungsverträge bzw. entsprechende Vergütungsvereinbarungen eng aufeinander abgestimmt werden. Dies setzt der Entscheidungskompetenz der Länder und einer Detailplanung auf Bundesebene Grenzen. Um die jeweilige Ausgangslage und die hiervon ausgehenden Entwicklungspotenziale für einen effektiven Strukturwandel angemessen zu berücksichtigen, müssen die Entscheidungskompetenzen der regionalen Vertragspartner innerhalb eines breiten von der Bundesebene vorgegebenen Entscheidungskorridors gestärkt werden. Darüber hinaus kann die Kreativität des Wettbewerbs durch einen Wettbewerb der Regionen um zusätzliche Finanzmittel und Reputation durch ein kompetitives Förderprogramm des Bundes genutzt werden. ■

32 Czihal et al. (2014): Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 14/05. DOI: 10.20364/VA-14.05. Abrufbar unter <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=53>