Neue Wege in der Bedarfsplanung in Deutschland:

Haben wir ein Mengen- oder ein Verteilungs- bzw. Allokationsproblem?

Ende der 1980er Jahre haben die ärztlichen Standesvertreter vor einer sich abzeichnenden Ärzteschwemme gewarnt. Seitdem ist die Anzahl der praktizierenden Ärzte sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor kontinuierlich gestiegen (Bundesärztekammer 2010). Gleichzeitig nimmt die Einwohnerzahl in der Bundesrepublik Deutschland seit Jahren kontinuierlich ab (Statistisches Bundesamt 2010). Vor diesem Hintergrund erscheint die Intensität der Diskussion um einen Ärztemangel paradox und auf den ersten Blick nicht nachvollziehbar. Tatsächlich ist die Versorgungssituation von einer Koexistenz regionaler Unterversorgung einerseits bei gleichzeitig erheblicher Überversorgung andererseits gekennzeichnet. Um den zukünftigen Anforderungen Rechnung zu tragen, ist eine Versachlichung der Diskussion notwendig.

■ Axel C. Mühlbacher, Michael Wessels

1. Diskrepanz zwischen Angebot und Nachfrage vertragsärztlicher Leistungen: Ist eine optimale Allokation ohne Wettbewerb möglich?

1.1 Sicherstellung

Bereits die Vorhaltung von Kapazitäten zur Erstellung von Gesundheitsleistungen hat einen Nutzen für die Bevölkerung: Der Nutzen begründet sich in der Sicherheit, im Falle eines Unfalles oder einer Erkrankung versorgt zu werden. Gesundheitsökonomen bezeichnen dies als sog. Optionsgutcharakter der ärztlichen Leistungserbringung (Breyer / Zweifel / Kifmann 2005, S. 178). Die erforderliche Inanspruchnahme eines gewissen Anteils von Gesundheitsleistungen, insbesondere in Notfällen, kann im Vorfeld nicht geplant werden, da der Zeitpunkt und der Umfang des Eintritts von Notfällen ex ante nicht bekannt ist. Für diese Notfälle sind die entsprechenden Kapazitäten vorzuhalten, ohne dass diese kontinuierlich genutzt werden (z.B. Katastrophenschutz).

Zahlreiche Gesundheitsleistungen können jedoch anhand der erbrachten Leistungsmenge aus den Vorjahren durchaus bis zu einem gewissen Grad abgeschätzt und damit geplant werden (stationäre und ambulante Leistungen).

Um Risikoselektion im Rahmen des Wettbewerbs der gesetzlichen Krankenkassen zu verhindern, wurde ein Kontrahierungszwang für die gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Diese Regulierung ist eine zwingende Voraussetzung damit eine Diskriminierung der Versicherten ausgeschlossen werden kann; alleine jedoch nicht hinreichend. Vielmehr muss als konstitutives Element ein Sicherstellungsauftrag erteilt werden. Ein Kontrahierungszwang ohne eine gleichzeitige Sicherstellung von Leistungsmengen und/oder Qualität kann einen gleichen und gerechten Zugang aller Versicherten zur Versorgung nicht garantieren. Unterversorgung von Regionen oder Populationen wäre die Folge.

In diesem Kontext ist die Frage zu klären, wer und auf welcher Steuerungsebene mit dem Sicherstellungsauftrag

Prof. Dr. rer. oec. Axel C. Mühlbacher
Harkness Fellow in Healthcare Policy and Practice (The Commonwealth Fund), Duke Clinical Reserach Center (DCRI), Duke University, Durham, NC, USA and The Fuqua School of Business (FUQUA), Duke University, USA
Professor für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement, Institut für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement (IGM), Hochschule Neubrandenburg
Dr. rer. pol. Michael Wessels
Vertretungsprofessor für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement, Institut für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement (IGM), Hochschule Neubrandenburg

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

betraut wird. Übernehmen der Staat, die Leistungserbringer oder die Krankenversicherer (sog. Einkaufsmodelle) die Sicherstellung? Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob die Sicherstellung nur im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt (in Deutschland etwa 90% der Bevölkerung) oder als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe unter Einbeziehung aller Akteure (Bund, Länder, Kommunen) wahrgenommen werden soll.

1.2 Steuerung

Die ordnungspolitische Ausgestaltung der Bedarfsplanung wird stets normativen Charakter haben. Zu entscheiden ist, ob einer zentralstaatlichen Planung (top down-Ansatz) oder einer dezentralen marktwirtschaftlichen Ausgestaltung (bottom up-Ansatz) der Vorrang gegeben wird. In einer zentralstaatlichen Planung werden die tatsächlichen Angebotskapazitäten geplant; an diesen Kapazitäten muss sich die tatsächliche Inanspruchnahme ausrichten (Zerth 2005). Die Festlegung wird niemals nach den tatsächlichen Notwendigkeiten[1] erfolgen, sondern bedeutet staatlicherseits stets eine Anmaßung von Wissen darüber, welche und wie viele Kapazitäten erforderlich sind. Eine Steuerung über den Markt stellt hingegen eine pretiale Steuerung dar, bei der ex ante nicht das Ergebnis, sondern lediglich die Rahmenbedingungen in Form von Mindestanforderungen / Qualitätskriterien festgelegt werden. Im Wettbewerb um die besten Lösungen werden sich erst ex post Aussagen über die tatsächlich erforderlichen Kapazitäten treffen lassen. Damit erfolgt die Planung der Rahmenbedingungen auf der Makro-Ebene, während die konkrete Ausgestaltung durch die beteiligten Akteure auf der Mikroebene im Wettbewerb erfolgt (Oberender / Ecker / Zerth 2005).

2. Historische Entwicklung, Hintergründe und Rahmenbedingungen

2.1 Paradigmenwechsel der Steuerungsziele

Die Angst vor Unterversorgung: Der seinerzeitige Auftrag des Gesetzgebers an den Bundesausschuss Ärzte und Krankenkassen im Jahr 1977, die ersten Richtlinien zur Bedarfsplanung zu formulieren, basierte noch auf dem damals geltenden Sicherstellungsauftrag: „Ziel der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist es, den Versicherten und ihren Familienangehörigen eine bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung, die auch einen ausreichenden Notdienst und Bereitschaftsdienst umfasst, in zumutbarer Entfernung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie der Möglichkeiten der Rationalisierung und Modernisierung zur Verfügung zu stellen“. Es sollten Voraussetzungen geklärt werden „für die Feststellung, dass in bestimmten Gebieten eines Zulassungsbezirks eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder unmittelbar droht“ (Andersen / Schulenburg 1990, S. 176).

Die Wirtschaftlichkeit stand im Fokus: Nun war schon bei Verabschiedung der Richtlinien 1977 erkennbar, dass die stetig wachsende Zahl von Ärzten das Problem „Unterversorgung“ bald obsolet werden lässt. Seit Ende der 70er Jahre dominierte das Thema „Ärzteschwemme“; das Problem hieß „Überversorgung“. Im „Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung“ von 1986 wurde deshalb die „Gefährdung einer bedarfsgerechten, gleichmäßigen Versorgung in zumutbarer Entfernung“ durch die „Gefährdung der zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung auf Grund von Überversorgung“ ersetzt. Primäres Steuerungsmotiv war nicht mehr die Bedarfsgerechtigkeit, sondern die Wirtschaftlichkeit; das primär medizinische Paradigma wurde durch das primär ökonomische ersetzt.

Die heutige vertragsärztliche Bedarfsplanung geht auf das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992 zurück und trat mit Wirkung zum 1. Januar 1993 in Kraft. Sie existiert in ihren Grundstrukturen damit dem Grunde nach seit nunmehr fast 20 Jahren. Ziel der Bedarfsplanung war, den erheblichen Zuwachs von Vertragsärzten durch Festlegung von Grenzen einer Über- bzw. Unterversorgung einzudämmen. Gemessen an diesem Ziel war die Bedarfsplanung durchaus erfolgreich. Die Zunahme der Anzahl an Vertragsärzten entwickelte sich weniger dynamisch als noch vor der Implementierung der Bedarfsplanung; tatsächlich wuchs die Arztzahl aber kontinuierlich weiter (Klose / Uhlemann 2006). Gleichzeitig konnte die Bedarfsplanung nicht verhindern, dass es in Deutschland zu einer regionalen Disparität in der Versorgungsdichte gekommen ist. Während sich insbesondere in den urbanen Räumen ein besonders hohes Versorgungsangebot entwickelte, entstand in peripheren Regionen eine unterdurchschnittliche Versorgungsdichte (Wessels 2010).

Eine umfassende Analyse zur Entwicklung und Reformnotwendigkeit der Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung hat u.a. die Kassenärztliche Bundesvereinigung vorgelegt (KBV 2008). Im Fazit des Berichts heißt es zusammenfassend, dass die jetzige Form der Bedarfsplanung ihren Namen nicht verdiene (KBV 2008, S. 29). Nun mag man darüber streiten, ob und in welchem Ausmaß, in welchen Regionen und bei welchen (Fach-)Arztgruppen Ärztemangel, d.h. Unterversorgung, tatsächlich bereits vorliegt oder in absehbarer Zeit droht.[2] Die Behauptung allerdings, dass die jetzige Form der Bedarfsplanung ihrem Namen[3] nicht gerecht wird, ist zutreffend. Mit der heutigen Bedarfsplanung wird tatsächlich nicht der Bedarf, sondern die Verteilung der vorhandenen Kapazitäten geplant.

2.2 Rahmenbedingungen

Die Bedarfsplanung in der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung ist in einen Kontext verschiedener Regelungskreise im Sozialrecht eingebunden (Simon 2010, S. 183 ff.). Das Grundrecht auf freie Wahl des Berufes gilt auch für den ärztlichen Beruf (sog. „Kassenarzturteil“ des BVerfG vom 23. März 1960). Grundsätzlich besteht danach gemäß Art. 12 des Grundgesetzes Niederlassungsfreiheit für Ärzte und Zahnärzte.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Diese wird für die vertragsärztliche Versorgung allerdings eingegrenzt, wonach Zulassungsbeschränkungen grundsätzlich möglich sind.

Für die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung besteht der Grundsatz der freien Arztwahl, dieser wird jedoch gem. § 76 SGB V auf zugelassene Vertragsärzte und zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Ärzte eingeschränkt. In § 12 SGB V ist das sog. Wirtschaftlichkeitsgebot festgelegt, nach dem die Versorgung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen darf.

Eine Bedarfsplanung existiert sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Sie ist allerdings deutlich unterschiedlich geregelt.[4] Während die Kompetenz und Verantwortung für die stationäre Bedarfsplanung bei den Ländern liegt, ist für die ambulante Bedarfsplanung die Selbstverwaltung aus Ärzten bzw. Zahnärzten und Krankenkassen verantwortlich.

Die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung ist grundlegend in den §§ 72 ff. SGB V geregelt. Allgemeine Voraussetzungen und Anforderungen zur Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung enthalten die §§ 95 ff. SGB V. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen zur Bedarfsplanung sind in den §§ 99 bis 105 SGB V geregelt. Zur Präzisierung dieser gesetzlichen Regelungen erlässt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf der Grundlage des § 92 SGB V je eine Bedarfsplanungsrichtlinie für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung.

Die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) bzw. die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) ist in den §§ 77-81 SGB V geregelt. Danach sind diese dazu verpflichtet, in ihrem Bezirk für eine ausreichende vertragsärztliche Versorgung zu sorgen.

2.2.1 Bedarfsplanung Ärzte

Die Bedarfsplanung bezieht sich auf Landkreise und (kreisfreie) Städte, die bestimmten – vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung entwickelten – Regionstypen zugeordnet werden. Für diese Regionstypen wurde die Zahl der Einwohner zur Anzahl der praktizierenden Vertragsärzte jeder Arztgruppe in Beziehung gesetzt und damit Verhältniszahlen ermittelt, mit deren Hilfe die jeweiligen Versorgungsgrade bestimmt werden (G-BA 2010).

Nach der Bedarfsplanungsrichtlinie sind überversorgte Gebiete für Neuzulassungen zu sperren und in unterversorgten Gebieten Maßnahmen zu ergreifen, um Ärzte zur Niederlassung in diesen Regionen zu motivieren. Die ambulante vertragsärztliche Versorgung ist gem. §73 SGB V in eine haus- und fachärztliche Versorgung unterteilt. Die Inanspruchnahme von Fachärzten soll nach Möglichkeit nur nach vorheriger Überweisung durch den Hausarzt erfolgen.

Unterversorgung (§ 100 SGB V) liegt vor, wenn der Versorgungsgrad in der hausärztlichen Versorgung unter 75% und in der fachärztlichen Versorgung unter 50% liegt. Überversorgung (§101 SGB V) liegt vor, wenn in einem Planungsbereich der Versorgungsgrad um 10% überschritten wird. Die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen können räumlich begrenzte und arztgruppenspezifische Zulassungsbeschränkungen anordnen bzw. bei Wegfall der Überversorgung wieder aufheben. Grundsätzlich wird zwischen offenen, gesperrten und partiell entsperrten Planungsbereichen unterschieden (G-BA 2010).

- In einem offenen Planungsbereich besteht keine Zulassungsbeschränkung und der Versorgungsgrad liegt unter 110%. Eine freie Niederlassung für beliebig viele Ärzte ist so lange möglich, bis die 110%-Grenze erreicht wird.
- In einem gesperrten Planungsbereich wurde Überversorgung festgestellt, weil die allgemeine Verhältniszahl um mindestens 10% über der Einwohner/Arzt-Relation liegt. Diese Sperrung wird spätestens nach sechs Monaten überprüft.
- Sinkt in einem gesperrten Planungsbereich der Versorgungsgrad unter die 110%-Grenze, wird die Zulassungsbeschränkung teilweise aufgehoben und es liegt ein partiell entsperrter Planungsbereich vor. Neuzulassungen sind dann wieder möglich, bis die 110%-Grenze erreicht wird.

Daneben existieren die Instrumente des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs und Sonderbedarfszulassungen. Diese kommen zum Tragen, wenn trotz festgestellter Überversorgung in einem Planungsbereich, z. B. in entlegenen Regionen, Ärzte fehlen (quantitativer Sonderbedarf) oder Ärzte mit einer medizinischen Spezialisierung (qualitativer Sonderbedarf) fehlen.

2.2.2 Bedarfsplanung Zahnärzte

Die ambulante zahnärztliche Bedarfsplanung war lange weitgehend identisch wie der ambulante ärztliche Bereich geregelt. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wurden allerdings tief greifende Änderungen der zahnärztlichen Bedarfsplanung vorgenommen. Wesentliche Bestandteile der bisherigen Regelungen zur Bedarfsplanung in der vertragszahnärztlichen Versorgung wurden außer Kraft gesetzt (§§ 100 Abs. 4, 101 Abs. 6, 103 Abs. 8 SGB V). Eine festgestellte Überversorgung hat im vertragszahnärztlichen Bereich seit der Gesetzesänderung im Jahr 2007 keine zulassungsrechtlichen Konsequenzen. Damit ist die Bedarfsplanung im zahnärztlichen Bereich faktisch außer Kraft gesetzt. Sie findet nur noch statt, um einer möglicherweise drohenden Unterversorgung begegnen zu können. Demgegenüber besteht auch in überversorgten Bereichen Niederlassungsfreiheit für zugelassene Leistungserbringer. Es ist davon auszugehen, dass dies zu regionalen Versorgungsdisparitäten führen wird. Auch bei bundesweit steigenden Zahnarztzahlen besteht die

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Gefahr, dass sich in Ballungsräumen eine Konzentration von Zahnärzten ergibt, während gleichzeitig in peripheren, strukturschwachen Regionen eine regional begrenzte Unterversorgung entsteht.

2.2.3 Krankenhausbedarfsplanung

Für die stationäre Versorgung existiert nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem SGB V eine staatliche Planung, in der eine Förderung der Krankenhäuser durch die Bundesländer vorgesehen ist. Sofern die Länder ihrer Gewährleistungspflicht nicht selbst nachkommen können, müssen sie eine ausreichende Versorgung mit Krankenhausleistungen sicherstellen. Dies erfolgt durch die Aufstellung von Krankenhausplänen, die den unterstellten Bedarf der Bevölkerung an Krankenhausleistungen in dem jeweils erforderlichen Umfang festlegen. Bei Ihrer Planung haben die Länder den gesetzlich festgelegten Grundsatz der Trägervielfalt zu beachten (kommunale, frei-gemeinnützige und private Träger).

Die Krankenhauspläne umfassen im Wesentlichen eine Krankenhauszielplanung sowie eine Bedarfs- (Soll) und eine Krankenhausanalyse (Ist). Für die Krankenhäuser besteht allerdings kein Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 8 Abs. 2 KHG). Die zuständige Landesbehörde entscheidet unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird.

2.3. Bisherige Reformversuche

Die Entstehung der beschriebenen Versorgungsdisparitäten hat den Gesetzgeber veranlasst, mit zahlreichen Gesetzen der letzten Jahre zu intervenieren. Vorrangig waren dies:

- das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG),
- das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG),
- das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG),
- das Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG),
- das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PWG),
- das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, und aktuell
- das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG).

Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde das Ziel verfolgt, die vertragsärztliche Versorgung zu verbessern, indem die Anstellung von Ärzten (§ 95 Abs. 9 SGB V) erleichtert, Teilzulassungen (hälftiger Versorgungsauftrag) ermöglicht und die parallele Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich (Änderung des § 20 Zulassungsverordnung) erlaubt wurde. Gleichzeitig wurde die Einrichtung von Zweigpraxen an verschiedenen Orten (Änderung des § 24 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte) zugelassen und die Bildung überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaften neu eingeführt. Zur Förderung der ambulanten Versorgung wurden ergänzend die Feststellung zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht-unterversorgten Planungskreisen geregelt, die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen (gem. § 105 Abs. 1 SGB V) auch in nicht-unterversorgten Planungskreisen optional ermöglicht und die Anstellung von Hochschullehrern durch Vertragsärzte (§ 95 Abs. 9a SGB V) zugelassen.

Durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurden zur Vermeidung von Versorgungsengpässen die Altersgrenzen für Vertragsärzte (§ 95 Abs. 7 Sätze 3 bis 9 SGB V) aufgehoben, die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin (Änd. Art 8 GKV-SolG durch Art 4a GKV-OrgWG) neu gefasst und eine Quote für diejenigen Leistungserbringer, die ausschließlich Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch behandeln (§ 101 Abs. 4) eingeführt.

Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) wurde eine monetäre Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens durch differenzierte Punktwerte entsprechend der jeweiligen Versorgungssituation (§ 87 Abs. 2e SGB V) für den Regelfall, bei Feststellung von Unterversorgung oder drohender Unterversorgung gemäß § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V sowie bei Feststellung von Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 Satz 1SGB V eingeführt. Ergänzend wurde die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Feststellung von zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf in nicht-unterversorgten Planungskreisen (§ 101 Abs. 1 Nr. 3a SGB V) ermöglicht.

Mit dem Gesundheits-Modernisierungsgesetz (GMG) wurde u.a. zur Flexibilisierung des ambulanten ärztlichen Angebots die Einrichtung medizinischer Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht.

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PWG) ermöglichte zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung in unterversorgten Planungskreisen oder bei drohender Unterversorgung ärztliche Leistungen auf Praxisassistentinnen (gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V) zu delegieren[5] und ärztliche Leistungen zunächst über Modellprogramme (gemäß § 63 Abs. 3c SGB V) zu substituieren.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz haben die Selbstverwaltungspartner einen Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung erhalten. Diese soll in ihren Prinzipien an die neue leistungsbezogene Finanzierung der Betriebskosten angelehnt werden. Näheres werden Bund und Länder noch festlegen müssen. Unabhängig hiervon kann ein Land seine bisherige Art der Förderung ganz oder teilweise beibehalten. Die Investitionsfinanzierung hat indirekt Einfluss auf die Krankenhausplanung. Aus der heutigen dualen Krankenhausfinanzierung begründet sich das Planungsrecht der Länder. Bei einer Vereinheitlichung der Prinzipien der Betriebs- und

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Investitionskostenfinanzierung rückt die Diskussion über eine monistische Finanzierung zwangsläufig näher.

Aktuell wurde im Rahmen des GKV-Finanzierungsgesetzes (GKV-FinG) der Auftrag des Gesetzgebers aus dem GKV-WSG zur Festlegung von differenzierten Punktwerten als Grundlage für eine monetäre Steuerung des Niederlassungsverhaltens der Leistungserbringer wieder ausgesetzt; wenn auch zunächst nur für zwei Jahre. Faktisch hat damit dieses Steuerungsinstrument bislang nicht die Chance erhalten, die Wirksamkeit einer pretialen Steuerung des Niederlassungsverhaltens unter Beweis zu stellen.

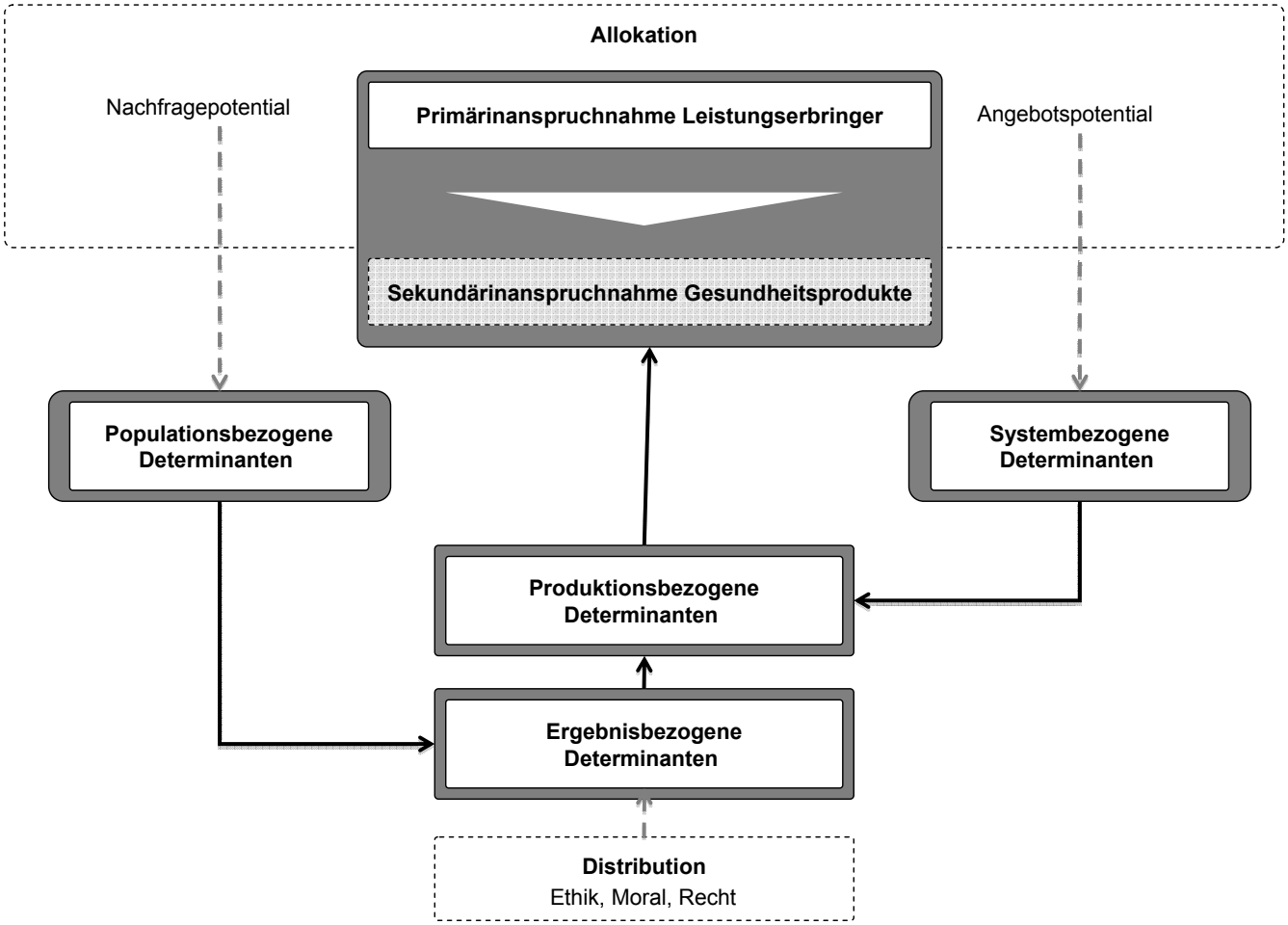
Im Ergebnis haben diese zahlreichen Reformen des Gesetzgebers trotz aller bestehenden Probleme zu einer erheblichen Liberalisierung des Vertragsarztrechts geführt, die eine deutliche Veränderung in den Angebotsstrukturen erwarten lässt. So wird auf Dauer in der ambulanten Versorgung nicht mehr ausschließlich die Einzelpraxis als Organisationsform dominieren. Insbesondere die hohen Investitionskosten und die damit erforderliche langfristige Planung bei der Niederlassung in einer Einzelpraxis lassen für junge Ärzte die Möglichkeit einer angestellten Tätigkeit zunehmend attraktiv erscheinen (SVR 2009, S. 852). Schon heute zeigen sich die Auswirkungen dieser Liberalisierung bei der steigenden Anzahl von angestellten Ärzten und Beschäftigungsverhältnissen in Teilzeit. Darüber hinaus steigt die Zahl von Zweigpraxen und Medizinischen Versorgungszentren kontinuierlich an (KBV, Bundesärztekammer 2010).

3. Determinanten der Bedarfsplanung

Eine optimale Allokation der Ressourcen in der GKV wird von einer Vielzahl unterschiedlicher Determinanten beeinflusst. Eine Übersicht der Zusammenhänge ergibt sich aus Abbildung 1.

Aus der Nachfrageperspektive (Patienten) ist in erster Linie das Behandlungsergebnis (Gesundheitszustand, Konsumentenzufriedenheit) relevant. Hingegen aus der Angebotsperspektive (Ärzte) sind in erster Linie die

Abbildung 1: Determinanten der Inanspruchnahme



Quelle: Eigene Darstellung

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Rahmenbedingungen der Leistungserbringung (Qualität, Kosten, Gewinn) von Bedeutung.

Bei der konkreten Ausgestaltung der Bedarfsplanung muss daher zunächst geklärt werden, was geplant werden soll. Sowohl der Input (Kapazitäten, Anzahl der Leistungserbringer) als auch der Outcome (Ergebnisse, Qualität und Menge der Leistungen) können Gegenstand der Planung sein. Während bei einer Planung der konkreten Kapazitäten insbesondere die Anzahl der potentiell verfügbaren Leistungserbringer im Fokus steht, steht bei einer Planung der Ergebnisse die erbrachte Menge medizinischer Leistungen im Vordergrund.

Der in Deutschland aktuell praktizierten Bedarfsplanung, liegt - wie in Kapitel 2 beschrieben, das Konzept einer Kapazitätsplanung (Input) zugrunde.

Bei einer Ergebnisplanung (Output) hingegen würden die Krankenversicherungen mit den Leistungserbringern Verträge über die vermutlich erforderliche Leistungsmenge schließen und hierfür die entsprechende Honorierung garantieren. Praktisch würde sich die Planung an den Erfahrungen bzw. der Leistungsmenge aus dem Vorjahr orientieren.

Damit bestehen zwei grundsätzlich unterschiedliche Ausrichtungen für eine Reform der Bedarfsplanung:

1. Umstellung auf eine Planung der Ergebnisse (Output)
2. Evolutionäre Weiterentwicklung der bestehenden Kapazitätsplanung

3.1 Planung der Ergebnisse

Einen Vorschlag für eine Ergebnisplanung haben Jacobs und Schulze (2010) vorgestellt. Dabei wird davon ausgegangen, dass es für die Erstellung von Gesundheitsdienstleistungen unterschiedliche Produktionsfunktionen gibt: Danach können Gesundheitsdienstleistungen mit unterschiedlichen Faktorkombinationen mit den Produktionsfaktoren Ärzten, nichtärztlichem Personal und medizinisch-technischem Gerät produziert werden. Nicht die unterschiedlichen Produktionsfunktionen werden als gut oder schlecht bewertet, sondern allein das Ergebnis, für das ein bestimmtes Maß „an Versorgungsleistungen auf einem hinreichenden Qualitätsniveau“ (Jacobs/Schulze 2010) garantiert werden muss.

Die Art und Weise der Leistungserstellung kann sich demnach regional unterscheiden und muss sich nach den vorhandenen Kapazitäten richten. Dies gilt insbesondere für das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Leistungen am Versorgungsumfang. Deshalb müsse sich Bedarfsplanung nicht länger auf die (Mindest-)Verfügbarkeit beziehen, sondern stattdessen den (Mindest-)Output der entsprechenden Dienstleistung in den Fokus nehmen (Jacobs/Schulze 2010).

Mit wie vielen Kapazitäten die Leistungserbringer dann die erforderliche Leistungsmenge erstellen, also wie viele Ärzte konkret zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, ist nicht mehr von der vereinbarten Honorierung abhängig. Je weniger Ärzte beteiligt sind, desto höher ist die zu erwartende Vergütung je Arzt. Für die Leistungserbringer würde einerseits zwar der Anreiz zur effizienten Leistungserbringung erhöht. Andererseits könnte dies zu Lasten der Qualität gehen, da parallel der Anreiz besteht, das geplante Ergebnis bzw. die vereinbarte Menge mit einer möglichst geringen Infrastruktur bzw. möglichst wenigen Leistungen zu erreichen. Daher muss ex ante zwingend ein Mindestmaß an Qualität definiert werden. Eine Ergebnisplanung muss daher mit einem intensiven Monitoring der Ergebnisqualität einhergehen.

Für eine Ergebnisplanung ist immer zwingend erforderlich, dass ausreichend Produktionskapazitäten am Markt vorhanden sind, die untereinander im Wettbewerb stehen. Monopolartige Strukturen (wie sie in einem System mit Kassenärztlichen Vereinigungen vorliegen) werden dem nicht gerecht. In Regionen, in denen nicht ausreichend Produktionskapazitäten (Arzt- und Fachkräftemangel) vorhanden sind, würde eine isolierte Ergebnisplanung zu kurz greifen.

3.2 Evolutionäre Weiterentwicklung der Kapazitätsplanung

An einer evolutionären Weiterentwicklung des bestehenden Systems der Bedarfsplanung arbeitet der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Exemplarisch kann der aktuell gefasste Beschluss zur Einführung eines Demografie-Faktors angeführt werden, mit dem die bestehenden Verhältniszahlen demografieadjustiert werden sollen (G-BA 2010).[6]

Neben dem Konzept der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband 2010; s. Beitrag von Dr. Uhlemann in dieser Schwerpunktausgabe) wird dort insbesondere das Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Einführung einer kleinräumigen Bedarfsplanung diskutiert (KBV 2008).

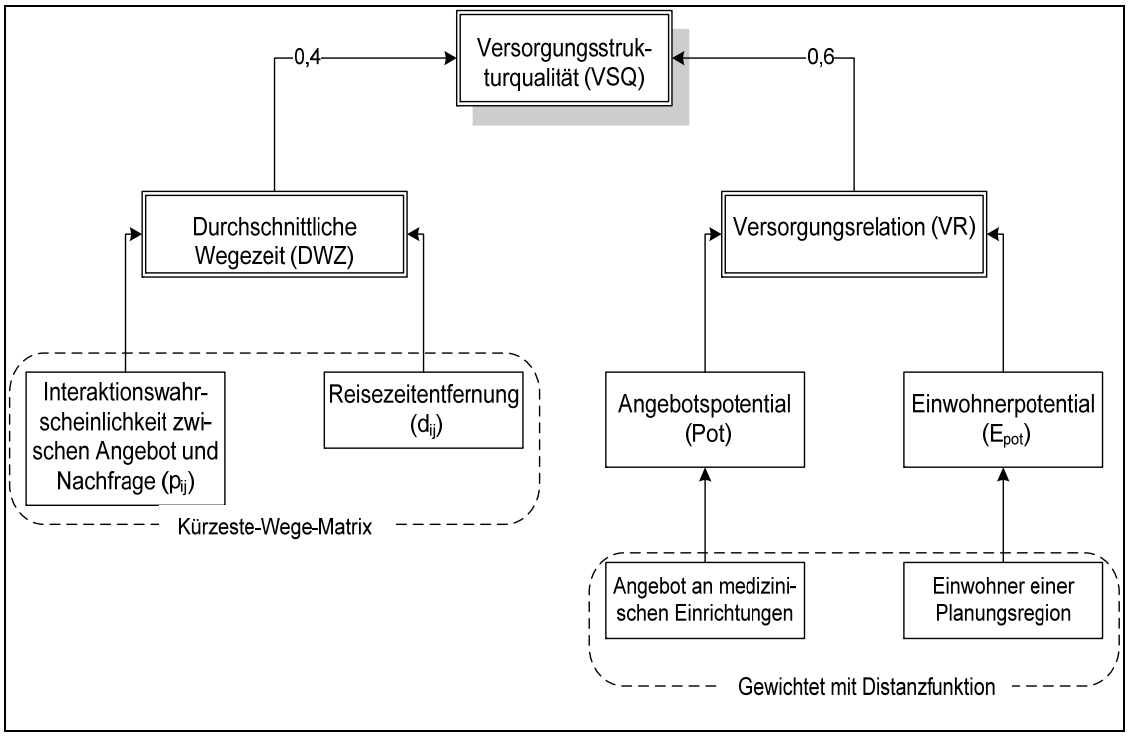
Das KBV-Konzept gründet neben einer `Kürzesten-Wege-Matrix´ primär auf einem Wahrscheinlichkeitsmodell zur Abbildung der Interaktionsbeziehungen zwischen den Anbieter- und Nachfragestandorten, welches basierend auf den Überlegungen von Huff (1963) durch Bökemann (1982) in ein regionalwissenschaftliches Modell integriert worden ist (Fülop 2007, S. 61). Fülop (2007) überträgt dieses regionalwissenschaftliche Modell auf Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in Österreich.

Die Versorgungsstrukturqualität (VSQ) im Modell der KBV ergibt sich aus der Erreichbarkeit (durchschnittliche Wegezeit) und der Versorgungsrelation (vgl. Abb. 2).

Angebotspotential: Die natürlichen und tatsächlichen Einzugsbereiche werden mittels kartographischer Verfahren dargestellt (Fülop 1999, S. 50). Dabei wird angenommen, dass ein Patient nach der infrastrukturellen Anbindung den nächstgelegenen Anbieter einer entsprechenden Fachrichtung in der minimalen Reisezeit aufsucht. In Ab-

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Abbildung 2: Modellskizze zur kleinräumigen Bedarfsplanung nach KBV (2008)



Quelle: Andersen / Mühlbacher 2009, S. 15

hängigkeit vom Spezialisierungsgrad der Anbieter variieren die Einzugsbereiche in ihrer Größe.

Nachfragepotential: Die Zahl, der in einem Versorgungsgebiet lebenden Einwohner (Nachfrager) ist die Basis für eine Prognose des Bedarfs notwendiger Kapazitäten. Hiervon abzugrenzen, sind die realen Einzugsbereiche, die durch die tatsächlichen Patientenwanderungen entsprechend der Anziehungskraft eines Anbieterstandortes (Angebotseinheiten) charakterisiert sind. Für eine derartige Darstellung der Patientenbewegungen und ihrer Bewertung ist die Integration von Infrastrukturdaten erforderlich.

Relation von Angebot und Nachfrage: Der Vergleich der natürlichen und tatsächlichen Einzugsgebiete erlaubt, die Übergänge der jeweiligen Einzugsbereiche relativ wirklichkeitsgetreu darzustellen. Hierzu werden die Lage eines Arztsitzes sowie dessen infrastrukturelle Anbindung mit der Nachfragerreaktion (aufgrund der bestehenden Versorgungssituation) in Beziehung gesetzt (Fülop 1997, S. 54ff.). Definition von Siedlungsflächen: Grundlegend für die Beschreibung ist die Veränderung der Bezugsgröße, die nicht gemeindebezogen ist, sondern sich an eigens zu diesem Zweck abgegrenzten Siedlungsflächen orientiert (vgl. Kopetsch et al. 2008, S. 40).

Kritik am Modell der KBV (2008) bezieht sich in erster Linie auf dessen unterschiedliche Verwendungskontexte. Derzeitig wird das Modell bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) als Unterstützung bei der individuellen Standortwahl für niederlassungswillige Ärzte (vorrangig aus betriebswirtschaftlicher Perspektive) eingesetzt.[7] Daneben kann das Instrument für kleinräumige Versorgungsanalysen genutzt werden, um in überversorgten und gesperrten Planungsregionen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf und qualitativen Sonderbedarf zu ermitteln.[8] Ein wesentlicher Kritikpunkt aber ist, dass neben der Forderung nach einer kleinräumigen Analyse das Problem der Prognosefähigkeit und Berücksichtigung von Morbiditätsinformationen im Modell der KBV nicht gelöst ist (Andersen/ Mühlbacher 2009).

3.3 Morbiditätsorientierte Bedarfsplanung

Eine Planung, die nur die Relation der Angebotskapazitäten zu den Versicherten berücksichtigt, greift zu kurz. Auf der Nachfrageseite berechnet sich das Inanspruchnahmerisiko nicht aus den zu versorgenden „Köpfen“ sondern vielmehr aus dem prognostizierten Inanspruchnahmerisiko, also der prognostizierten Morbidität der Bevölkerung einer Region. Hieraus ergibt sich die Forderung nach einer morbiditätsorientierten Ausgestaltung der Bedarfsplanung, die sich an den erbrachten Leistungen und damit der manifestierten Morbidität der Vorjahre orientiert. Dies macht eine Risiko- bzw. Morbiditätsadjustierung erforderlich.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

Kriterien zur Identifikation von Morbidität und Risikofaktoren

Informationen zur Person: Sozialstatus und regionale Angaben

- Alter
- Geschlecht
- Arbeitsstatus/Stellung im Beruf
- Wohnort
- Einkommen
- Rente
- Versicherungsstatus

Informationen über die Inanspruchnahme: Diagnosen und Ressourcenverbrauch

- ambulante Diagnose und Ressourcenverbracuh
- stationäre Diagnose und Ressourcenverbrauch
- Ressourcenverbrauch in der Vorsorge/Prävention
- Arzneimittelverbrauch
- Behinderungen

Informationen über die Selbsteinschätzung: Survey-Daten

- Selbstangaben zum Gesundheitszustand
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität
- Selbstangaben zur Risikoeinstellung

Das Grundprinzip der Risikoadjustierung liegt in der Identifikation und Gewichtung von prognoserelevanten Morbiditätskriterien und Risikofaktoren (vgl. Tucker et al. 2002). Die Risikofaktoren (risk factors) können auf Basis unterschiedlicher Informationsquellen identifiziert werden: demografische Daten (Alter und Geschlecht), Patientendaten der Inanspruchnahme, Survey-Daten aus Versichertenbefragungen und Diagnosen aus Leistungsdaten. Mit der Bestimmung durch diese Prognoseparameter wird versucht, im Basisjahr Aussagen über die Inanspruchnahme respektive Versorgungskosten zukünftiger Perioden zu machen. Bei der Identifikation von prognoserelevanten Morbiditätskriterien und Risikofaktoren können die im Folgenden exemplarisch dargestellten Kriterien herangezogen werden (vgl. Mühlbacher 2005).

Die bereits bestehenden Modelle der Risikoadjustierung lassen sich in einfache und diagnosebasierte Modelle unterscheiden. Die einfachen, auf demographischen Merkmalen basierenden Modelle bedürfen eines geringen Arbeits- und Verwaltungsaufwands. Informationen über Alter und Geschlecht eines Versicherten sind einfacher zu generieren. Die Prognosefähigkeit dieser Modelle ist aber im Vergleich gering. Sie sind nur dann anzuwenden, wenn die Anzahl der Versicherten eines Versichertenklientels (panel) sehr groß ist. Bei kleineren Versichertenpopulationen, wie sie häufig bei der Integrierten Versorgung vorkommen, ist eine differenziertere Methode anzuwenden („Risiko der kleinen Zahlen“). Diagnosebasierte Modelle berücksichtigen mehrere der oben genannten Morbiditätskriterien und Risikofaktoren. Zukünftig könnten bei der Risikoadjustierung auch Survey-Daten (Selbstangaben) zum Gesundheitszustand (self rated health), der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Health Related Quality Of Life (HQRL)) und zur Risikoeinstellung eingesetzt werden.

Die erforderlichen Daten zur Person und Inanspruchnahme liegen im Rahmen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches (Morbi-RSA) bereits heute beim Bundesversicherungsamt (BVA) vor. Dabei könnte die regionale Morbidität in den einzelnen Planungsbereichen (Kreise, Gemeinden, etc.) in Relation zur (durchschnittlichen) Gesamtmorbidität bundesweit gesetzt werden und damit Disparitäten in der Versorgungsdichte aufgezeigt werden (Andersen / Mühlbacher 2004).

Wird die Existenz angebotsinduzierter Nachfrage anerkannt, ist hierbei sicherlich problematisch, dass bestehende Versorgungsdisparitäten zu einer regional unterschiedlichen Leistungsmenge führen, die damit bereits ex ante in der Planung festgeschrieben würden. Kritisch ist sicherlich auch, dass dann ohne Festlegung einer Obergrenze für die Zulassung von Ärzten, systemimmanent ein Anreiz zur Leistungsausweitung vorhanden ist, um für zukünftige Jahre weitere Arztsitze mit einer gestiegenen Morbidität zu begründen.

Verkürztes Modell für eine morbiditätsorientierte Bedarfsplanung:

Das hier vorgestellte Modell fußt in erster Linie auf der Entwicklung von Bedarfskennziffern auf der Grundlage von Morbiditätsdaten aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), der Anzahl von Leistungserbringern und der Größe der zu versorgenden Bevölkerung. Die erstmalige Veröffentlichung zu Bedarfskennziffern geht auf Andersen und Schwarze (2003) zurück, die Bedarfsprofile zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems untersucht haben. Ein Vorgängermodell zur Berücksichtigung demografischer Veränderungen in der Bedarfsplanung auf der Grundlage des damaligen Risikostrukturausgleichs haben Andersen und Mühlbacher bereits im Jahr 2004 entwickelt.

I. Bundesweite Bedarfskennziffer (BKZ)

Die bundesweite Bedarfskennziffer ergibt sich aus der Summe aller abgerechneten Leistungen (LV – Leistungsvolumen) die durch alle zugelassenen Ärzte (Ä) erbracht wurden, im Verhältnis zu der bundesweiten Bevölkerung (EW - Einwohner).

$$BKZ_{bund} = \frac{\sum_{i=1}^{n} \ddot{A}_{bund} * \sum_{i=1}^{n} LV_{bund}}{\sum_{i=1}^{n} EW_{bund}}$$

II. Regionale Bedarfskennziffer (BKZ)

Die regionale Bedarfskennziffer wird auf die identische Art und Weise ermittelt, allerdings auf der Grundlage

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

der regional zu definierenden Daten. Dabei kann diese regionale Ausrichtung anhand verschiedener Kriterien vorgenommen werden, z.B. Bundesland, Stadt- / Kreisgrenze, Postleitzahl, etc.

$$BKZ_{reg} = \frac{\sum_{i=1}^{n} \ddot{A}_{reg} * \sum_{i=1}^{n} LV_{reg}}{\sum_{i=1}^{n} EW_{reg}}$$

III. Versorgungsrelation (VR)

Die Versorgungsrelation ergibt sich, indem die regionale Bedarfskennziffer ins Verhältnis zur bundesweiten Bedarfskennziffer gesetzt wird.

$$VR = \frac{BKZ_{reg}}{BKZ_{bund}}$$

Eine Versorgungsrelation (VR) von 1 zeigt an, dass die regionale Versorgungsdichte identisch ist mit der bundesweiten Versorgungsdichte. Ist VR>1 liegt im Vergleich zum Bundesdurchschnitt eine Überversorgung vor. Ist hingegen VR<1 liegt eine Unterversorgung vor.

Um eine bundesweit gleichmäßige Verteilung der Leistungserbringer zu erreichen, müsste in allen Regionen eine VR von 1 angestrebt werden. Darüber hinaus könnten, wie in der heutigen Bedarfsplanung, normativ Grenzwerte für Über- und Unterversorgung definiert werden und festgelegt werden, ab wann Konsequenzen in Form von Sicherstellungszuschlägen oder Zulassungssperren vorgenommen werden.

Dabei ist das Modell so flexibel, dass sowohl die Regionen, die Arzt- und Facharztgruppen sowie die zu versorgende Bevölkerung individuell festgelegt und voneinander abgegrenzt werden können. Die morbiditätsbezogene Ausrichtung ermöglicht darüber hinaus, die Morbidität entsprechend der im Morbi-RSA enthaltenen 80 Krankheiten zu differenzieren. Damit könnte die heute bereits übliche Planung unterschiedlicher (Fach-)Arztgruppen fortgesetzt werden und darüber hinaus nach Morbiditäten differenziert werden.

4. Aktuelle Herausforderungen und Probleme

Bedarfsgerechtigkeit und gleichmäßige Versorgung in zumutbarer Entfernung sind die Leitmotive in der Begründung einer Weiterentwicklung der Bedarfsplanung.

Leistungskapazitäten: Ein isolierter Blick auf die Entwicklung der Zahlen, der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte allein ist nicht ausreichend. Denn einer stetig – wenn auch in den letzten Jahren schwächer – wachsenden Zahl an Ärzten steht eine kontinuierlich sinkende Bevölkerungszahl gegenüber (Bundesärztekammer 2010, Destatis 2009). Allerdings wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die reinen Durchschnittszahlen immer weniger aussagekräftig sind; d.h. der Indikatorwert der Einwohner/Arzt-Relation sinkt. Sowohl die Bereitstellung der Arbeitskraft über die zur Verfügung stehenden Ärzte, wie auch die Inanspruchnahme kann nicht absolut betrachtet werden. So weist die Bundesärztekammer daraufhin, dass es vor allem zwei Trends sind, die die Leistungskapazität der Ärzte begrenzen (Bundesärztekammer 2010): Zum einen die Feminisierung des Berufs, zum anderen der allgemeine Trend zur Arbeitszeitverkürzung. Hinzu kommt, dass nach Angaben der KBV und Bundesärztekammer (2010) Ärztinnen im Durchschnitt eine erheblich geringere Wochenarbeitszeit aufweisen als Ärzte. Dies dürfte den allgemeinen Trend sinkender Arbeitszeit noch verstärken. Vor diesem Hintergrund muss bei einer Reform der Bedarfsplanung zukünftig zwingend auf die zur Verfügung stehenden Zeitkapazitäten und nicht auf die Pro Kopf-Zahlen der an der Versorgung teilnehmenden Ärzte abgestellt werden.

Quantitativer und qualitativer Leistungsbedarf und dessen regionale Verteilung: Von allerdings deutlich größerem Effekt für die Defizite der bisherigen Regelungen der Bedarfsplanung sind die demographischen Veränderungen. Das Statistische Bundesamt hat einen erheblichen Rückgang der Wohnbevölkerung in Deutschland von 82,4 Mio. Einwohnern im Jahr 2009 auf 69 bis 74 Mio. Einwohner im Jahr 2050 prognostiziert (Destatis 2009). Dieser Bevölkerungsrückgang wird unmittelbar Konsequenzen auf die Nachfrage bzw. den Bedarf an medizinischer Versorgung zeitigen und ist daher bei der zukünftigen Bedarfsplanung unbedingt zu berücksichtigen. Dabei dürfte weniger relevant sein, dass die Bevölkerung als Ganzes altert. Dies steigert zwar vermutlich den Versorgungs- und damit den Ärztebedarf, aber auf die Bundesrepublik insgesamt bezogen, dürfte dies – zumindest aktuell und mittelfristig – wohl kaum zu relevanten Versorgungsengpässen führen[9]. Wesentlich stärkere Veränderungen ergeben sich durch die Migrationstendenzen in ländlichen Regionen (siehe hierzu die Diskussion in den neuen Bundesländern, vgl. Andersen/Mühlbacher 2004, 2005). Die jungen und gesunden Personen wandern ab, die alten und kranken sowie weniger mobilen bleiben. Bezogen auf den Leistungsbedarf dürfte die reine Bevölkerungsentwicklung einen geringeren Effekt haben als die Veränderung der demographischen Strukturen. D. h., es wird Planungsbereiche geben, in denen die Prognosen unter Berücksichtigung populationsbezogener Informationen einen steigenden Versorgungsbedarf ergeben, auch wenn die Bevölkerung insgesamt sinkt (Andersen/Mühlbacher 2004, 2005). Aber nicht nur eine quantitative, sondern vielmehr eine qualitative Veränderung des Leistungsbedarfs ist zu erwarten. Aufgrund des steigenden Altersquotienten der Gesamtbevölkerung und der insgesamt gestiegenen Lebenserwartung, werden zukünftig beispielsweise vermutlich weniger Kinderärzte, dafür mehr Ärzte mit einer geriatrisch/gerontologischen Qualifikation benötigt (Elsner 2010).

Regionale Versorgungsdisparitäten: Das seit 1993 gültige System der Bedarfsplanung konnte eine Ungleichvertei-

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

lung der vertragsärztlichen Ressourcen nicht verhindern. Sie hat zu hohen Versorgungsgraden in fast allen Facharztbereichen und überwiegend auch im hausärztlichen Bereich geführt.

Die regionale Versorgungsdichte weicht jedoch zum Teil erheblich voneinander ab. Die aktuelle Versorgungssituation ist von einer Koexistenz erheblicher Überversorgung einerseits und regionaler Unterversorgung andererseits gekennzeichnet. Während einerseits bundesweit in einzelnen Regionen ca. 600 Ärzte für eine planungsgerechte Versorgung fehlen, sind gleichzeitig weit mehr als 25.000 Ärzte oberhalb eines planungsgerechten Versorgungsgrades zugelassen (Wessels 2010). Überversorgung ist aber nicht nur unwirtschaftlich und teuer (SVR 2001), sondern sie bindet auch personelle und finanzielle Ressourcen, die in weniger gut oder sogar unterversorgten Regionen dringend benötigt werden. Das Volumen der durch Überversorgung gebundenen Ressourcen wird aktuell auf bis zu 5 Milliarden Euro jährlich beziffert (GKV-Spitzenverband 2010). Im Ergebnis kann davon ausgegangen werden, dass damit kein Mengen-, sondern ein Verteilungs- bzw. Allokationsproblem vorliegt.

Vor diesem Hintergrund lassen sich für die heutige Bedarfsplanung die folgenden zentralen Problembereiche identifizieren:

- Die aktuell gültigen Rahmenbedingungen wurden Anfang der 1990er Jahre als Reaktion auf eine befürchtete „Ärzteschwemme“ aufgestellt. Davon kann man heute nicht mehr ausgehen. Vielmehr ist die aktuelle Versorgungssituation von einer Koexistenz erheblicher Überversorgung einerseits und regionaler Unterversorgung andererseits gekennzeichnet.
- Dies hängt u. a. mit einer mangelhaften Definition der Planungsregionen zusammen. Sie entsprechen in der Regel den Landkreisen und kreisfreien Städten (vgl. § 101 Abs. 1 S. 6 SGB V). Innerhalb der Landkreise, aber auch in großen Städten bzw. Ballungsgebieten gibt es erhebliche Unterschiede in der Arztdichte, die vor allem in ländlichen Regionen und sozialen Problembezirken der Städte unterdurchschnittlich ist.
- Es werden die Kriterien der allgemeinen Raumplanung zugrunde gelegt. Morbiditätsgesichtspunkte werden bislang nicht einbezogen. Migration und regionale Disparitäten im Altersquotient können so nicht berücksichtigt werden.
- Veränderungen in der Struktur der Ärzteschaft (wachsender Frauenanteil) und sich verändernde Einstellung im Verhältnis von Leben und Beruf finden ebenso keinen Niederschlag.
- Es findet keine sektorenübergreifende Planung statt. Der Auf- bzw. Abbau von Versorgungskapazitäten im stationären Sektor bleibt bei der ambulanten Bedarfsplanung bislang vollkommen unberücksichtigt (und vice versa). Der in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegene Anteil im stationären Sektor erbrachter ambulanter Leistungen (§§ 115a bis 119b SGB V) bleibt in der Bedarfsplanung aktuell völlig unberücksichtigt.

Fazit

Über das „ob“ der Notwendigkeit zur Reform der Bedarfsplanung kann vor dem Hintergrund der bestehenden Defizite nicht ernsthaft gestritten werden. Über das „Wie?“ besteht allerdings noch Uneinigkeit. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive existieren konkrete Lösungsoptionen für die identifizierten Defizite. Es wurde aufgezeigt, dass es verschiedene Ansätze für eine Reform gibt, über die sicherlich diskutiert werden muss. Letztlich wird es aber zeitnah zu normativen gesundheitspolitischen Entscheidungen kommen müssen, um bestehende Überkapazitäten abzubauen und gleichzeitig eine flächendeckende Versorgung in strukturschwachen Regionen sicherzustellen.

Referenzen / Literatur

Andersen, H. H. / Schulenburg, J.-M. v.d. (1990): Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb, Berlin.

Andersen, H. H. / Schwarze, J. (1997): Angebotsinduzierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb. Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen, Berliner Zentrum Public Health, Blaue Reihe.

Andersen, H. H. / Schwarze, J. (2003): Bedarfsprofile in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zur Analyse gruppenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Gesundheitsversorgungssystems, Berliner Zentrum Public Health, Blaue Reihe.

Andersen, H. H. / Mühlbacher, A. (2004): Bedarfsplanung und demographische Entwicklung. Zum Einfluß der Bevölkerungsstruktur auf die hausärztliche Versorgung, Berliner Zentrum Public Health, Blaue Reihe.

Andersen, H. H. / Mühlbacher, A. (2005): Morbidität, Bedarf und Vergütung. Methodische Grundlagen für Analysen über Zusammenhänge in der ambulanten Versorgung. Das Beispiel morbiditätsorientierter, regionalisierter Prognosen des Ärztebedarfs, in: Gesundheits- und Sozialpolitik: 5/6:20-30.

Andersen, H. H. / Mühlbacher, A. (2009): Die Bedarfsplanung des ambulanten Sektors in Deutschland und die Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung – Stellungnahme zum Bericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Beivers, Andreas / Minartz, Christof (2009): Ärztemangel in strukturschwachen Regionen – Zukunftsorientierte Lösungsansätze über die Sektorengrenzen hinweg, in: gpk – Gesellschaftspolitische Kommentare, Nr. 1/2009, S. 37-43.

Beske, Fritz / Drabinski, Thomas / Wolf, Jörn Henning (2002): Sicherstellungsauftrag in der vertragsärztlichen Versorgung - Standpunkte und Perspektiven, Kiel.

Bökemann, D. (1982): Theorie der Raumplanung – Regionalwissenschaftliche Grundlagen für die Stadt-, Regional- und Landesplanung. München und Wien.

Breyer, F. / Zweifel, P. / Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomik, 5. Aufl., Berlin / Heidelberg: Springer.

Bundesärztekammer (o.J.): Ärztemangel trotz steigender Arztzahlen – ein Widerspruch, der keiner ist.

Destatis (2009): Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland – Prognose bis zum Jahr 2050.

Dussault, G. et al. (2010): Investing in Europe´s health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration – Assessing future health workforce needs.

Elsner, U. (2010): Wie viel Ärzte braucht das Land?, in: ersatzkasse magazin, 90. Jg., 10./11.2010, S. 28-29.

Fülop, G. (1999): Raumplanung der Gesundheitsfürsorge in Österreich: Analyse und Steuerung regionaler Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung, Wien.

Fülop, G. (2007): Bedarfsgerechte Versorgungsplanung. Entwicklung eines Modells zur Bestimmung zwischenstandörtlicher Versorgungsbezie-

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.

hungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheits- und Sozialpolitik, 61(9-10): 57-63.
Fülop, G., Kopetsch, Th., Schöpe, P. (2007): Entwicklung eines Modells zur Bestimmung zwischenstandörtlicher Versorgungsbeziehungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik: 7/8:57-63.
Fülop, G., Kopetsch, Th., Schöpe, P. (2008): Einzugsbereiche von Arztpraxen und die Rolle der räumlichen Distanz für die Arztwahl der Patienten, Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin.
Gemeinsamer Bundesausschuss (2010), Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, zuletzt geändert am 26.11.2010
GKV-Spitzenverband (2010): Bedarfsplanung 2010 – Positionspapier der Krankenkassen zur Zukunft der Bedarfsplanung.
GMK - Gesundheitsministerkonferenz der Länder (2008): Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland
GMK - Gesundheitsministerkonferenz (2009): TOP 5.5 Gestaltungsmöglichkeiten der Länder in der Gesundheitspolitik, Beschluss der 82. Gesundheitsministerkonferenz 2009 – Hauptkonferenz am 24. und 25. Juni 2009 in Erfurt.
Huff, D.L. (1963): A Probability Analysis of Shopping Center Trading Areas. Land Economics Vol. 53.
Jacobs / Schulze (2010): Bauer sucht Arzt, in: G+G, 13. Jg., 3/2010, S. 20-25.
KBV (2008): Bericht: Die Bedarfsplanung des ambulanten Sektors in Deutschland und die Notwendigkeit ihrer Weiterentwicklung
Klose, J / Uhlemann, Th. / Gutschmidt, S. (2003): Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung, WIdO 48.
Klose, J. / Uhlemann, Th.(2006): Fehlallokationen in der vertragsärztlichen Versorgung. Abbau und Vermeidung von Über- und Unterversorgung, in: GGW, 3:7-17.
Klose, J. / Rehbein, I. / Uhlemann, Th. (2007): Ärzteatlas – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.
Kopetsch, T. (2003): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus. Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 2. aktualisierte und überarbeitete Auflage
Kopetsch, T. (2009): Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland zum 31.12.2008 – Ergebnisse der Ärztestatistiken der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Blaue Reihe 61/2009, Köln.
Kopetsch, T. / Schöpe, P. (2008): Einzugsbereiche von Arztpraxen und die Rolle der räumlichen Distanz für die Arztwahl der Patienten. Studie, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin
Mühlbacher, A. (2002): Integrierte Versorgung - Management und Organisation. Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
Mühlbacher, A. (2005): Methoden der Risikoadjustierung: Herausforderungen und Alternativen. Economic Policy Papers. Wirtschaftspolitische Blätter, Issue 52, No. 4/2005, pp. 540-548.
Oberender, P. O. / Ecker, T. / Zerth, J. (2005): Grundelemente der Gesundheitsökonomie, 2. Aufl., Bayreuth: P.C.O.
Potthoff, P.; Schneider, M. (2002): Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung – Endbericht.
Reiners, H. (2009): Mythen der Gesundheitspolitik. Bern.
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) (2000/2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über- Unter- und Fehlversorgung.
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Sondergutachten 2009, Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens.
Schröer, M. A. (2008): Disparitäten der ambulanten ärztlichen Versorgung. Eine exemplarische Untersuchung am Beispiel eines großstadtnahen Landkreises, Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
Simon, M. (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 3. überarbeitete und aktualisierte Aufl., Bern: Huber.
Spycher, S. (2004): Prognose und Planung in der Gesundheitsversorgung – Literaturanalyse und Expertengespräche zur Prognose und Planung des ambulanten medizinischen Personals in der Schweiz, in: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Arbeitsdokument 5, Bern.
Tucker, A./ Weiner, J./ Abrams, C. (2002): Risk Adjustment Methods. In: Wrightson, C. W. (2002): Financial strategy for managed care organizations: rate setting, risk adjustment and competitive advantage. Health Administration Press: Chicago, Illinois
Uhlemann, T. / Gutschmidt, S. (2003): Arztzahlen: Kein allgemeiner Engpass, in: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 6, Heft 11, Bonn.
Wessels, M. (2010): Regionale Versorgungsunterschiede in Deutschland, in: Die Ersatzkasse, 2/2010, S. 52-57.
Zerth, J. (2005): Flächendeckende Versorgung im Gesundheitswesen: eine Antwort aus liberaler Perspektive, in: ORDO, 56:261-286.

Fußnoten

1 Die in der gesundheitsökonomischen Literatur aufgestellte These, dass sich der Bedarf an medizinischen Leistungen und damit der Bedarf an Ärzten nicht objektivieren lässt, kann als bestätigt gelten (Andersen / Mühlbacher 2009). So hat der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2000/2001 formuliert: „Die Feststellung von Bedarf schließt also subjektive und gesellschaftliche, professionelle und wissenschaftliche Urteile über einen behandlungsbedürftigen Zustand, also Krankheit oder Behinderung, und auch professionelle bzw. wissenschaftliche Urteile über den möglichen bzw. hinreichend gesicherten Nutzen (benefit) von gegenwärtig verfügbaren Verfahren und Einrichtungen zur Behandlung dieses Zustandes ein“ (SVR 2000/2001, S. 27). Verkürzt definiert der SVR Bedarf „als Zustand, dessen Behandlung einen Nutzen erwarten lässt“ (ebd.). Und an anderer Stelle präzisiert er den „subjektiven Bedarf“ als Nachfrage bzw. als realisierte Nachfrage, also als Inanspruchnahme. „Diesem subjektiven Bedarf wird ein professionell (fachlich) oder wissenschaftlich bestätigter „objektiver Bedarf“ gegenübergestellt“ (SVR 2000/2001, S. 26).

2 Zur bereits seit Jahren andauernden kontroversen Diskussion zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern um einen vermeintlichen Ärztemangel vgl. Jacobs / Schulze 2010, Wessels 2010, Andersen / Mühlbacher 2009, Beivers / Minartz 2009, Reiners 2009, Schmacke et al. 2008, Andersen / Mühlbacher 2004 und 2005, Klose / Uhlemann / Gutschmidt 2003, Kopetsch 2003.

3 Der unscharfe, besser unzutreffende Begriff „Bedarfsplanung“ ist oft kritisiert worden. Denn weder soll noch kann der Versorgungsbedarf „geplant“ werden. Der im Gutachten von Potthof und Schneider (2002) vorgeschlagene Terminus „bedarfsorientierte Kapazitätsfestsetzung“ trifft den Sachverhalt besser; auch der Vorschlag „bedarfsgerechte Versorgungsplanung“ (Fülop/Kopetsch/Schöpe 2007) ist angemessener. Entscheidend ist, dass die jetzige Form nicht als bedarfsorientiert, geschweige denn als bedarfsgerecht bezeichnet werden kann.

4 Eine detaillierte Übersicht der unterschiedlichen Regelungen und Rahmenbedingungen zur Bedarfsplanung im ambulanten und stationären Sektor findet sich bei Jacobs / Schulze 2010.

5 Exemplarisch wird auf die bereits existierenden Modelle Schwester AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention) oder VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) verwiesen.

6 Zwar bestand Einvernehmen über die Tatsache, dass die demografische Entwicklung der Gesellschaft auch in der Bedarfsplanung einfließen muss, allerdings bestanden unterschiedliche Auffassungen zur Ausgestaltung eines Demografiefaktors. Im Ergebnis wurde der Beschluss gegen die Stimmen der Krankenkassen umgesetzt (Elsner 2010).

7 „Seit Ende Juni 2007 können die KVen das System nutzen und selbst online entsprechende Analysen durchführen“ (Pressemitteilung des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen vom 10.12.2007)

8 So heißt es in § 24 der „Richtlinie“, dass dem Zulassungsantrag eines Vertragsarztes entsprochen werden darf, wenn „nachweisbarer lokaler Versorgungsbedarf in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen eines großstädtischen Planungsbereiches oder eines großräumigen Landkreises“ besteht“.

9 Zur genaueren Analyse wären die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen zur Gültigkeit der Morbiditätsexpansionsthese bzw. der Kompressionsthese heranzuziehen. Aktuell hat die Kompressionsthese in der gesundheitsökonomischen Literatur einen leichten empirischen Vorteil, was den generellen Alterseffekt etwas dämpfen würde. Zum Stand der Diskussion vgl. SVR 2009, S. 108ff.

https://doi.org/10.5771/1611-5821-2011-1-53
Generiert durch IP '18.119.172.104', am 12.10.2024, 05:37:56.
Das Erstellen und Weitergeben von Kopien dieses PDFs ist nicht zulässig.