

Boris Augurzky und Andreas Beivers

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz: Richtung richtig, Umsetzung unklar

RWI Position #48 vom 8. Februar 2012

ZUSAMMENFASSUNG

Die steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und die abnehmende Zahl der Beitragszahler setzen das Gesundheitswesen unter wachsenden Finanzierungsdruck. In zahlreichen Regionen, wo der demographische Wandel besonders ausgeprägt verläuft, wird er die Tragfähigkeit des Systems gefährden. Daher stellt sich die Frage, wie auch zukünftig am Ziel der angemessenen und wohnortnahen medizinischen Versorgung der Bevölkerung festgehalten werden kann. Das am 1. Dezember 2011 vom Deutschen Bundestag beschlossene GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) weist dabei prinzipiell in die richtige Richtung: Eine Anpassung der Versorgungsstrukturen, vor allem an der Schnittstelle ambulant – stationär, und die Setzung flexibler Vergütungsanreize können helfen, regionale Über- und Unterversorgungen abzubauen. Auch die beabsichtigte Neudefinition der Aufgabenverteilung zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen, insbesondere ein Ausbau der Delegation ärztlicher Leistungen, kombiniert mit (mobilen) Versorgungskonzepten, ist durchweg positiv zu beurteilen.

Von einem rundum gelungenen Gesetz kann trotzdem nicht gesprochen werden: Die Richtung stimmt zwar, aber zu viele wichtige Fragen wurden offen gelassen und sollen erst im Nachgang durch noch zu erstellende Studien geklärt werden. Darüber hinaus wirkt das Gesetz als Ansammlung vieler Einzelthemen zu unterschiedlichen Problemfeldern – genannt seien beispielsweise die Auseinandersetzung mit innovativen Behand-

IMPRESSUM

Herausgeber

Rheinisch-Westfälisches Institut
für Wirtschaftsforschung e.V.

Hohenzollernstraße 1-3
45128 Essen
Tel. 0201 – 8149-0

Büro Berlin

Hessische Straße 10
10115 Berlin

Das RWI ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft.
Es wird vom Bund und vom Land NRW gefördert.

Schriftleitung

Prof. Dr. Christoph M. Schmidt

Redaktion und Ansprechpartner

Nils aus dem Moore,
Tel.: 030-2021598-15, nils.ausdemmoore@rwi-essen.de

Konzeption und Gestaltung

Julica Marie Bracht, Daniela Schwindt, Benedict Zinke

ISBN 978-3-86788-362-7

Alle Rechte vorbehalten. Essen 2012

www.rwi-essen.de/positionen

lungsmethoden oder die ebenfalls vorhandene Diskussion der Strukturen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Ein roter Faden ist in diesem gesundheitspolitischen Sammelsurium nicht zu erkennen. Eine stärkere Fokussierung auf den stationären Sektor, der einen wichtigen Beitrag zur wohnortnahen Versorgung liefert, wäre wünschenswert gewesen.

Damit die im Gesetz enthaltenen Lösungsansätze erfolgreich umgesetzt werden und so einen Beitrag dazu leisten können, dass die regionale Heterogenität der Versorgungsstrukturen wieder abgebaut wird und flächendeckend und dauerhaft eine angemessene Versorgung der Bevölkerung realisiert werden kann, sind vor allem drei Ergänzungen notwendig: Erstens müssen bundesweit einheitliche Mindestnormen für die regionale Versorgungsqualität definiert werden, zum Beispiel über zeitlich definierte Erreichbarkeitsmaße, weil die Krankenversicherungen bundesweit einheitlich finanziert werden. Ansonsten könnten sich Versorgungsregionen mit höheren Mindestnormen diese von anderen Regionen finanzieren lassen. Notwendig ist daher die Festlegung von klar abgegrenzten Versorgungsregionen, der bereitzustellenden Mindestkapazität ärztlicher Leistungen pro Versorgungsregion sowie der maximal akzeptablen Fahrzeit für die Patienten. Zweitens sollten für die Vergabe der im Krankenhausgesetz vorgesehenen Sicherstellungszuschläge klare Kriterien definiert werden. Es muss objektiv festgelegt werden, wann, an wen und in welcher Höhe diese Zuschläge zum Erhalt eines Krankenhausstandortes gewährt werden können. Schließlich sollte drittens die in den Eckpunkten zum Versorgungsgesetz vom April 2011 noch enthaltene, im Gesetz selbst aber nicht mehr zu findende Befragung der Bevölkerung durchgeführt werden. Durch die Befragung von Patienten oder sogar der Bevölkerung insgesamt könnten wichtige Informationen für die stärkere Regionalisierung und Flexibilisierung medizinischer Leistungen gewonnen und die gesellschaftliche Akzeptanz für die anstehenden Reformprozesse erhöht werden.

AUTOREN



Boris Augurzky

Leiter des Kompetenzbereichs Gesundheit im RWI, Leiter des Ausschusses „Stationäre Versorgung“ der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) und Geschäftsführer der Institute for Health Care Business (HCB) GmbH



Andreas Beivers

Studiendekan für Gesundheitsökonomie und Professor für Volkswirtschaftslehre an der Hochschule Fresenius in München. Mitglied im Editorial Board des Krankenhausreportes des Wissenschaftlichen Institutes der AOK

1. EINLEITUNG¹

Das deutsche Gesundheitswesen bietet für die gesamte Bevölkerung eine medizinische Versorgung auf hohem Niveau. Nach § 5 (1) SGB V besteht seit dem 1. Januar 2009 für jeden Bürger eine Krankenversicherungspflicht. Dies soll ermöglichen, dass jeder die Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch nehmen kann. Für seine Finanzierung wurden 2009 11,6% des Bruttoinlandsprodukts aufgewendet (Statistisches Bundesamt 2011). Weil einerseits die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen wächst und andererseits die Zahl der Beitragszahler abnimmt, steht das Gesundheitswesen unter wachsendem Finanzierungsdruck. Nicht zuletzt daher ist die Effizienz des Mitteleinsatzes in regelmäßigen Abständen zu hinterfragen.

Das Postulat der „gleichwertigen Lebensverhältnisse“ in der Bundesrepublik Deutschland führt dazu, dass die medizinische Versorgung nicht nur angemessen, sondern auch flächendeckend der Bevölkerung zur Verfügung steht (Beivers 2010). Dies ist ein wichtiges Element der öffentlichen Daseinsvorsorge, ihre Sicherstellung entspringt dem Sozialstaatsprinzip (Art. 20 I GG).

Eine große Zahl wissenschaftlicher Studien prognostiziert für Deutschland einen erheblichen Rückgang der Geburtenzahlen und eine sich daraus ergebende Alterung der Bevölkerung bis zum Jahr 2050 (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2011). Parallel dazu sind in vielen Regionen interne Migrationsströme zu beobachten (BBSR 2011). In einigen Regionen scheint daher auf lange Sicht ein drastischer Bevölkerungsschwund kaum abwendbar. Dies wird in den betroffenen Regionen die Tragfähigkeit wichtiger Infrastruktureinrichtungen der öffentlichen Daseinsvorsorge, darunter die Krankenhausversorgung, stark beeinflussen (Pütz, Spangenberg 2006).

Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist darüber hinaus ein erheblicher Strukturwandel zu beobachten. Er macht sich seit Beginn der 90er Jahre durch die von einigen so genannte „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens bemerkbar und äußert sich einerseits in einer zunehmenden Mittelknappheit der Kostenträger und Leistungserbringer sowie andererseits in einer zunehmenden Marktkonzentration (Beivers 2010). Vor diesem Hintergrund wird die flächendeckende Sicherstellung der medizinischen Versorgung kontrovers diskutiert.

Eine dauerhafte regionale Unter- oder Überversorgung entsteht, wenn sich die Preise für Leistungen in einem betroffenen regionalen Markt über längere Zeit nicht im Marktgleichgewicht befinden. Im Fall von Preisregulierung, wie sie in der vertragsärztlichen Versorgung besteht, kann dieser Fall rasch eintreten. Liegen die regulierten Preise, also die Honorare für ärztliche Leistungen, niedriger, als sie in einem unregulierten Markt wären, wird das Angebot an vertragsärztlichen Leistungen sinken. Im umgekehrten Fall wird dagegen ein Überangebot entstehen, das zunächst nicht genügend Nachfrage findet und

¹ Die Autoren danken Nils aus dem Moore für wertvolle Kommentare.

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

daher unter zu geringer Auslastung leidet. Weil die Nachfrageseite der Patienten jedoch kaum auf die Preise ärztlicher Leistungen reagiert und hier zugleich ein hohes Informationsdefizit in Bezug auf die erbrachte medizinische Leistung besteht, kann ein solches Überangebot jedoch selbst zu einer Steigerung der Nachfrage führen. Dieses Phänomen der so genannten angebotsinduzierten Nachfrage stellt eine Verschwendung wertvoller Ressourcen dar.

Das Anfang Dezember 2011 vom Deutschen Bundestag beschlossene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG), greift vor diesem Hintergrund mehrere relevante Problemfelder auf. Erstens existieren in Bezug auf die ärztliche Versorgung unter- und überversorgte Regionen in Deutschland (Klose, Rehbein 2011), mithin ist die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung vor allem in ländlich geprägten Regionen in Gefahr. Zweitens führt die Existenz von zum Teil parallelen Versorgungs- und Vergütungssystemen in der stationären und ambulanten akutmedizinischen Versorgung zu Ineffizienzen. Drittens befinden sich die gesetzlichen Krankenkassen seit Einführung des Gesundheitsfonds und der Zusatzprämien unter einem starken Wettbewerbsdruck und suchen nach Möglichkeiten, diesen an die Leistungserbringer weiterzugeben. Eng damit verknüpft ist die Finanzierung von Innovationen im Gesundheitswesen, die als einer der treibenden Kostenfaktoren angeführt werden (Häussler 2006).

2. DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ – INHALTE UND BEWERTUNG

Am 1. Dezember 2011 hat der Deutsche Bundestag das GKV-Versorgungsstrukturgesetz beschlossen. Es beinhaltet ein Bündel von Maßnahmen, um eine gute wohnortnahe ärztliche Versorgung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten – auch vor dem Hintergrund der zukünftigen Änderungen – sicherzustellen. Das Gesetz behandelt folgende Themenbereiche:

- ❏ Sicherstellung der ambulanten ärztlichen und ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung,
- ❏ Reform der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Vergütungssysteme,
- ❏ innovative Behandlungsmethoden,
- ❏ Weiterentwicklung des Gemeinsamen Bundesausschusses,
- ❏ Stärkung wettbewerblicher Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen und
- ❏ weitere Maßnahmen des Gesetzes, darunter eine Modifizierung der Zulassungsregelungen für MVZ.

Im Folgenden werden die wichtigsten Elemente des GKV-VStG vorgestellt und vor dem Hintergrund der oben geschilderten Problemfelder bewertet. Dabei wird bei der Darstellung des wesentlichen Inhalts und der Maßnahmen auf den Entwurf des Gesetzes vom 5. September 2011 (Deutscher Bundestag 2011) zurückgegriffen. Sich ergebende Änderungen im beschlossenen Gesetzestext, vor allem in Bezug auf die spezialfachärztliche Versorgung, wurden entsprechend angepasst.²

2.1 WEITERENTWICKLUNG DER BEDARFSPLANUNG

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 43):

- i „Flexibilisierung der Planungsbereiche: Planungsbereiche müssen künftig nicht mehr wie bisher den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird vorgegeben, die Planungsbereiche innerhalb einer vorgesehenen Frist so zu gestalten, dass sie einer flächendeckenden Versorgung dienen.
- i Berücksichtigung von Demographie bei der Anpassung der Verhältniszahlen: Dem Gemeinsamen Bundesausschuss wird gesetzlich aufgegeben, bei der Anpassung der Verhältniszahlen die demographische Entwicklung zu berücksichtigen.
- i Erweiterung der Möglichkeit zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen: Die sogenannte Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation wird zielgerichtet weiterentwickelt.“

Eine Flexibilisierung der Bedarfsplanung im Sinne eines sektorenübergreifenden, regionalen Versorgungskonzeptes ist begrüßenswert. Sie muss jedoch mit einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit der Leistungserbringer einhergehen. Dazu gehören auch die Anpassung der Abrechnungssystematiken sowie eine Aufhebung der sektorspezifischen Budgetierungen. Sinnvoll wären regionale Versorgungsbudgets. Eine Konkretisierung, inwiefern dies durch die Flexibilisierung der Planungsbereiche geschehen soll, ist im Gesetz allerdings nicht zu finden.

Die Anpassung der Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung ist sinnvoll, greift jedoch in der im Gesetz vorliegenden Ausführung zu kurz. Vielmehr sollte es auch eine Berücksichtigung der regionalen Morbidität jenseits der lokalen Alters- und Geschlechtsstruktur geben. Allerdings sollten nur solche Indikationen Eingang finden, die nicht möglicherweise durch eine angebotsinduzierte Nachfrage verzerrt werden können. Hier gilt es zu prüfen, inwieweit die bereits vorliegenden Er-

² Am 24. November 2011 haben das Bundesministerium für Gesundheit und die Koalitionsfraktionen nach Beratungen u.a. mit Vertretern der Bundesländer noch gewisse Änderungen gegenüber dem ursprünglichen Entwurf der Bundesregierung, welcher als Grundlage der Stellungnahme diente, vorgenommen. Diese betreffen v.a. den Bereich der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b SGB V (Preusker 2011).

kenntnisse mit dem Morbi-RSA³ verwendet werden können. Dies sollte durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)⁴ über eine wissenschaftliche Untersuchung geklärt werden.

Zur Erteilung von Sonderbedarfszulassungen fehlen jegliche Vorgaben, nach welchen Kriterien dies geschehen soll. Sind objektive, auf den medizinischen Bedarf bezogene Kriterien nicht vorhanden, so besteht die Gefahr, dass die Vergabe durch regionalpolitische Abwägungen beeinflusst wird. Hier sollten eindeutige Indikatoren herangezogen werden, wie die Bevölkerungsdichte oder die Überschreitung von (bundesweit einheitlichen) Erreichbarkeitsvorgaben. Die Definition von geeigneten Mindestnormen sollte im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung unter Einbeziehung von Aspekten und Methoden der Raumplanung analysiert werden.⁵

2.2 STÄRKUNG DER EINWIRKUNGSMÖGLICHKEITEN DER LÄNDER UNTER BERÜCKSICHTIGUNG REGIONALER BESONDERHEITEN

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 43): „Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Fragen der Bedarfsplanung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben künftig den im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellten Bedarfsplan den zuständigen Landesbehörden vorzulegen. Die Landesbehörden erhalten ein Beanstandungsrecht. Die regionalen Gremien erhalten den erforderlichen Gestaltungsspielraum, um die regionale Bedarfsplanung an den konkreten Versorgungsbedarf anzupassen, z. B. bei der Bestimmung der Planungsbereiche und den zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung festzulegenden Verhältniszahlen.

Die Beteiligungsrechte der Länder gegenüber dem jeweiligen Landesausschuss werden analog den Beteiligungsrechten des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss ausgestaltet. Dies bedeutet insbesondere, dass das Land die Rechtsaufsicht über den Landesausschuss erhält. Die Länder erhalten ein Mitberatungsrecht bei Sitzungen der Landesausschüsse. Die Länder erhalten das Recht, ein sek-

³ Parallel zur Einführung des Gesundheitsfonds wurde Anfang 2009 der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den gesetzlichen Krankenkassen in einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) überführt, der den Krankheitszustand der Versicherten – die so genannte Morbidität – berücksichtigt (vgl. für Details: Bundesversicherungsamt 2008).

⁴ Der G-BA ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

⁵ Zeitlich gestaffelte Erreichbarkeitsvorgaben in Abhängigkeit von den regionalen Verkehrsverhältnissen, wie sie auch im Rahmen der Rettungsdienstgesetze der Länder herangezogen werden, erschienen hier sinnvoll.

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

torübergreifendes Gremium auf Landesebene zu schaffen, wobei dessen nähere Ausgestaltung und Besetzung ebenfalls den Ländern überlassen bleibt. Die Beschlüsse dieses Gremiums haben Empfehlungscharakter.“

Das Mitberatungsrecht von Vertretern der Länder im G-BA ist nur dann sinnvoll, wenn die Länder auch die bei Umsetzung ihrer Empfehlungen entstehenden Zusatzkosten tragen müssen. Grundsätzlich sind dezentrale Strukturen zentralistischen vorzuziehen, wenn es um die Lösung regionaler Probleme geht. Dabei muss aber darauf geachtet werden, dass die dezentralen Entscheider jene Maßnahmen, die über das nötige Mindestmaß hinausgehen, selbst zu finanzieren haben. Es muss vermieden werden, dass es zu Lasten der bundesweiten Versichertengemeinschaft zu Trittbrettfahrerverhalten kommt.

Unabhängig von einer stärkeren Dezentralisierung müssen verbindliche Vorgaben auf der Bundesebene existieren. Unter Berücksichtigung der regionalen Zahlungsbereitschaft können diese auf den lokalen Versorgungsbedarf durchaus regional flexibel angepasst werden. Hier hat u.a. der G-BA die verantwortungsvolle Aufgabe, wissenschaftlich fundierte Bewertungskriterien zu erarbeiten.

2.3 FÖRDERUNG DES VERZICHTS AUF ZULASSUNGEN IN ÜBERVERSORGTE GEBIETEN

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 43): „Förderung des Verzichts auf Zulassungen in überversorgten Gebieten: Um Überversorgung abzubauen, wird die bestehende Möglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung finanziell zu fördern, erweitert. Zudem wird den Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglicht, bei der Ausschreibung von Vertragsarztsitzen zur Nachbesetzung in überversorgten Planungsbereichen ein Vorkaufsrecht auszuüben. Das wirtschaftliche Interesse des ausscheidenden Vertragsarztes an der Verwertung der Arztpraxis bleibt geschützt. Ein Vorkaufsrecht der Kassenärztlichen Vereinigung besteht nicht, wenn sich ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner des ausscheidenden Vertragsarztes oder ein Vertragsarzt, mit dem die Praxis bisher gemeinschaftlich ausgeübt wurde, um die Nachbesetzung bewerben.“

Der Fall überversorgter Regionen ist nur dann von Bedeutung, wenn die Überversorgung zu einer angebotsinduzierten Nachfrage führt. Dann müsste diese Überversorgung entsprechend abgebaut werden. Ein Weg dahin kann der im Gesetzestext aufgezeigte Aufkauf von Arztsitzen durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) sein. Die im Laufe der Zeit durch die Reduktion angebotsinduzierter Nachfrage entstehenden Einsparungen sollten ausreichen, um die nötigen Ankäufe zu finanzieren. Sollte indessen keine angebotsinduzierte Nachfrage existieren, wäre eine „Überversorgung“ sogar förderlich für den Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern und müsste nicht aktiv reduziert werden. In einem solchen Fall würde sich die Reduktion über das Ausscheiden schlecht ausgelasteter und damit unrentabler Arztpraxen von alleine einstellen. Da die empirische

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

Evidenz für oder gegen die Existenz angebotsinduzierter Nachfrage uneinheitlich ist und außerdem von der einzelnen Region abhängen kann, ist ohne weitere Forschung derzeit keine konkrete Handlungsempfehlung möglich. Theoretische Überlegungen und Indizien sprechen jedoch für die Existenz einer angebotsinduzierten Nachfrage.

Bei Einführung dieses (nicht wirklich neuen) Instrumentariums ist die einschränkende Regelung zu sehen, dass das Vorkaufsrecht der KV nicht besteht, wenn sich ein Kind, Ehegatte oder Lebenspartner des ausscheidenden Vertragsarztes auf die Nachfolge bewirbt. Fraglich bleibt auch, inwiefern die angedachte Systematik wirksam ist. Denn trotz einer Bedarfsplanung über die KV ist es in den vergangenen 20 Jahren zu den stark überversorgten Gebieten gekommen, was als Versagen der selbstverwalteten Planung interpretiert werden kann.

Zwar kann eine weitere Beschränkung des Zugangs zu „überversorgten“ Regionen bei manchen Ärzten zu der Entscheidung führen, in eine unterversorgte Region auszuweichen. Gleichwohl werden sich andere stattdessen auch für eine Beschäftigung im Krankenhaus oder in einer anderen Branche entscheiden. Der durch eine Reduktion von Arztsitzen hervorgerufene Zustrom in unterversorgte Gebiete dürfte sich insgesamt eher in Grenzen halten.

2.4 WEITERENTWICKLUNG DER STEUERUNG DES NIEDERLASSUNGSVERHALTENS ÜBER VERGÜTUNGSANREIZE

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes: (Deutscher Bundestag 2011: 43): „Alle Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind, werden grundsätzlich von der Abstufung ausgenommen. Die regionalen Vertragspartner erhalten die Option, Preiszuschläge für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern, die in strukturschwachen Gebieten tätig sind (z.B. mit höherer Versorgungsqualität), zu vereinbaren. Auch in der zahnärztlichen Versorgung wird eine Regelung zur Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfes geschaffen, um die Option zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei lokalem Versorgungsbedarf zu eröffnen. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält bei entsprechendem Versorgungsbedarf die Möglichkeit, einen Strukturfonds einzurichten, in den 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung seitens der Kassenärztlichen Vereinigung und ergänzend eine entsprechend gleich große Summe seitens der Krankenkassen einfließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit diesen Mitteln flexibel und ungebunden gezielte Maßnahmen für die Niederlassung ergreifen und finanzielle Anreize setzen.“

Ungleichgewichte, wie sie in Deutschland im Bereich der ambulant-ärztlichen Versorgung bestehen, sind typisch für planwirtschaftliche Systeme mit administrierten Preisen. Auf freien Märkten würden sich regionale Ungleichgewichte zwischen Angebot und Nachfrage über Preisadjustierungen von alleine ausgleichen. Aufgrund der Besonderheiten von Gesundheitsdienstleistungen sind völlig unregulierte Preise in diesem Bereich je-

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

doch kaum möglich. Dennoch erscheint eine stärkere Flexibilisierung hilfreich, um auf regionale Ungleichgewichte einwirken zu können. Es stellt sich jedoch die Frage, wie die bestehende Preisregulierung derart angepasst werden kann, dass sie sich natürlichen Marktprozessen annähert und somit bestehende Ungleichgewichte zumindest reduziert werden können. Hier liegt eine Flexibilisierung der Vergütung für ärztliche Leistungen nahe. Es ist jedoch zu bedenken, dass die Vergütung in unterversorgten Regionen solange steigen und umgekehrt in überversorgten solange sinken müsste, bis das Ungleichgewicht abgebaut ist. Unter „Vergütung“ sind hier in einem umfassenden Sinne auch die nicht-finanziellen Dimensionen der Attraktivität eines Standortes gemeint, beispielsweise die Frage, inwiefern familienfreundliche Arbeitsbedingungen herrschen.

Allerdings könnten die zur Gleichgewichtsbildung notwendigen Preisanpassungen, auch nach oben, erheblich ausfallen. Denkbar wäre, dass einem Arzt in einer unterversorgten ländlichen Region die doppelte Vergütung gezahlt werden müsste, weil möglicherweise sein Lebenspartner dort keine adäquate Anstellung finden kann. Es geht also nicht notwendigerweise nur um kleinere Anpassungen im einstelligen Prozentbereich, wie die Formulierung im Gesetztext nahe legt. Es liegt auf der Hand, dass solche Preisschübe kaum finanzierbar wären.

Insofern ist auch über andere Maßnahmen nachzudenken. Dazu gehört die im GKV-VStG vorgesehene und positiv zu bewertende Aufhebung der Residenzpflicht des Arztes. Ein in einer Stadt ansässiger Arzt kann demnach zukünftig seine Leistungen in der ländlichen Umgebung an bestimmten Tagen in der Praxis oder mobil anbieten. Ebenso sollen nun auch Krankenhäuser, Rehabilitationskliniken und medizinische Versorgungszentren (MVZ) in unterversorgten Gebieten die Versorgung mit übernehmen. Eine unterversorgte Region kann auch für die „mobile Versorgung“ durch die genannten medizinischen Anbieter freigegeben werden.

Die Leistungen am Patienten sollten dabei nach den geltenden Honorarsystemen abgerechnet werden, und der Leistungsanbieter muss eine zusätzliche, ausreichend hohe Vergütung für die Fahrtzeiten erhalten. Lokale Rettungsdienste könnten unterstützend eingebunden werden. Um die entstehende zusätzliche Vergütung zu begrenzen, sind außerdem möglichst viele ärztliche Leistungen zu delegieren bzw. zu substituieren.

Neben der Organisation der Versorgung ist darüber hinaus die Finanzierung der entstehenden Zusatzkosten zu klären. Wichtig dabei ist, dass Maßnahmen, die einen Zusatznutzen über einer vorgegebenen Mindestnorm versprechen, von den jeweiligen Nutznießern finanziert werden. Ohne eine enge Kopplung der Zusatzkosten an den Zusatznutzen würde rasch eine Trittbrettfahrermentalität entstehen. Kommunen könnten dann zu Lasten der bundesweiten Versichertengemeinschaft eine unangemessen luxuriöse Gesundheitsversorgung in ihrer Gemeinde erhalten oder schaffen.

2.5 ERMÄCHTIGUNG VON KRANKENHÄUSERN BEI LOKALEM VERSORGUNGSBEDARF UND VON ÄRZTINNEN UND ÄRZTEN, DIE IN REHABILITATIONS- ODER PFLEGEEINRICHTUNGEN TÄTIG SIND

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 43): „Ermächtigung von Krankenhäusern bei lokalem Versorgungsbedarf und von Ärztinnen und Ärzten, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind: Krankenhäuser können künftig auch dann, wenn der Landesausschuss für das Gebiet, in dem das Krankenhaus liegt, einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden. Zudem wird die bereits bestehende Möglichkeit, bei entsprechendem Versorgungsbedarf Krankenhausärztinnen und -ärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zu ermächtigen, erweitert um Ärztinnen und Ärzte, die in Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtungen tätig sind.“

Der Einbezug der stationären Kapazitäten zur Deckung des lokalen Versorgungsbedarfs ist sinnvoll. Damit ergibt sich neben der notwendigen Bedarfsdeckung zusätzlich sogar ein begrüßenswertes zusätzliches Wettbewerbselement. Eine vereinheitlichte, sektorenübergreifende Zuständigkeit bei der ambulanten Versorgung verlangt allerdings gleiche Wettbewerbsvoraussetzungen, nämlich eine Vereinheitlichung der sektorspezifischen Investitionsfinanzierung, was auf eine monistische Investitionsfinanzierung im Krankenhausbereich hinauslaufen müsste.

2.6 VERBESSERUNG DER RECHTSGRUNDLAGEN FÜR DEN BETRIEB VON EIGENEINRICHTUNGEN DURCH KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNGEN

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 44): „Verbesserung der Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen: Die Rechtsgrundlagen für den Betrieb von Eigeneinrichtungen durch Kassenärztliche Vereinigungen werden verbessert. Es wird klargestellt, dass die in Eigeneinrichtungen erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung und nicht aus den Verwaltungskosten der Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet werden.“

Generell spricht nichts gegen dieses Instrument. Es wird jedoch nicht ersichtlich, wie dadurch der Ärztemangel in den betroffenen Gebieten überwunden werden kann. Auch die Eigeneinrichtung einer KV würde Ärzte benötigen, um die Versorgung vor Ort sicherstellen zu können. Diese zu gewinnen, dürfte auch den KV nicht leichter fallen als den bisher vorhandenen Ärzten auf der (erfolglosen) Suche nach einem geeigneten Nachfolger.

2.7 DELEGATION ÄRZTLICHER LEISTUNGEN

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 44): „Delegation ärztlicher Leistungen: Die Nutzung von Delegationsmöglichkeiten von Leistungen zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten wird befördert. Die Partner der Bundesmantel-

verträge erhalten den Auftrag, bis 6 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes beispielhaft eine Liste delegationsfähiger Leistungen in der ambulanten ärztlichen Versorgung zu erstellen.“

Diese Regelung ist ausdrücklich zu begrüßen. Darüber hinaus sollte in einzelnen Bereichen nicht nur über die Delegation von Aufgaben, sondern gerade in unterversorgten Gebieten auch über die Abgabe von Leistungen (Substitution) wie im Beispiel der Gemeindeschwester AGnES (MUGV 2010) diskutiert werden⁶.

2.8 AMBULANTE SPEZIALFACHÄRZTLICHE VERSORGUNG (§ 116 B SGB V)

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 45): „Es wird stufenweise eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltenen Erkrankungen, hochspezialisierten Leistungen sowie bestimmten ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen als eigenständiger Bereich im Gesundheitsversorgungssystem der GKV mit gleichen Qualifikationsanforderungen für niedergelassene Vertragsärztinnen und Vertragsärzte und Krankenhäuser geschaffen. Die Konkretisierung und Ergänzung dieses Versorgungsbereichs erfolgt durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen gesetzlicher Vorgaben durch Richtlinien. Darin erfolgt für alle Leistungserbringer eine einheitliche Festlegung der jeweiligen medizinisch-inhaltlichen Anforderungen sowie der besonderen Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Grundsätzlich besteht freier Zugang für Leistungserbringer, wenn die Erfüllung der jeweils festgelegten Anforderungen nachgewiesen werden kann. Die Vergütung erfolgt vorläufig nach EBM. Mittelfristig wird eine diagnosebezogene Vergütungssystematik und -kalkulation entwickelt unter Berücksichtigung auch spezifischer Investitionsbedingungen.“

Zusätzlich wurden am 24. November 2011 durch das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit den Koalitionsfraktionen und Vertretern der Bundesländer gewisse Ergänzungen vorgenommen, die in den Gesetzestext Einzug gefunden haben. Hierunter zählen insbesondere (Preusker 2011):

- ❏ Die Begrenzung des Katalogs der § 116 b-Leistungen bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen sowie die Regelung eines vertragsärztlichen Überweisungsvorbehalts als Voraussetzung für eine ambulante spezialfachärztliche Versorgung bei diesen Erkrankungen.⁷

⁶ AGnES steht für „Arztentlastende Gemeinde-nahe E-Health-gestützte Systemische Intervention“. Ziel ist eine Entlastung der Hausärzte, indem ärztlichen Tätigkeiten auf speziell geschulte Pflegefachkräfte und Medizinische Fachangestellte delegiert werden (MUGV 2010).

⁷ „Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern. Hierzu gehören nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 insbesondere folgende schweren

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

- i Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung sollen nun auch drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen teilnehmen.⁸
- i Regelung zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.⁹

Der Ausbau der spezialfachärztlichen Versorgung ist zu begrüßen, weil er den ambulanten und den stationären Sektor näher zusammenbringt. Damit kann das ambulante Potenzial im Krankenhaus besser gehoben werden, das auf rund 6% aller stationären Fälle beziffert wird (Augurzky et al. 2011). Die Umwandlung vormals ambulanter in dann spezialfachärztlich-ambulante Versorgungsbereiche sollte allerdings vermieden werden, damit das System insgesamt nicht verteuert wird. Dies könnte durch eine klare, beispielsweise indikationsbezogene, Abgrenzung des regulären ambulanten Bereichs geleistet werden. Die Begrenzung des Katalogs der § 116 b-Leistungen bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen scheint jedoch fragwürdig. Wenn sich dieser Sektor als ein erfolgreicher Weg in die integrierte Versorgung herausstellen sollte, müssten vielmehr die Leistungen ausgeweitet werden. Dadurch könnte außerdem ein Wettbewerb zwischen den ambulanten und stationären Anbietern geschaffen werden.

Kritisch zu sehen ist indessen, dass zur Vergütung der spezialfachärztlichen Versorgung eine neue Abrechnungssystematik geschaffen werden soll. Die unterschiedlichen Abrechnungsmodi im stationären Bereich (Diagnosis Related Groups, DRG) und im ambulanten Bereich (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, EBM) scheinen die wünschenswerte Verzahnung der Sektoren eher zu behindern als zu fördern. Vielmehr bedarf die integrierte Versorgung auch einer integrierten Vergütung. Die spezialfachärztliche Versorgung sollte nicht als ein dritter Versorgungssektor mit weiterem Abrechnungskatalog hinzukommen. Vorteilhaft wäre eine Anbindung der spezialfachärztlichen Versorgung an das bestehende DRG-System mit modifizierten Relativgewichten – ähnlich wie bei Belegärzten. Damit bekämen Krankenhäuser einen Anreiz, ihre bis dato vollstationär behandelten Fälle künftig nach Möglichkeit ambulant-spezialfachärztlich zu versorgen. Anderenfalls läuft man Gefahr, dass Leistungen aus dem ambulanten Sektor umgelenkt werden und es so zu

Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen sowie hochspezialisierte Leistungen [...]“ (GKV-VStG, Neufassung des § 116 b Absatz 1 SGB V).

⁸ „[...] Bei Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116 b sind der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 3 sowie der erweiterte Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen nach Absatz 4 jeweils um drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und jeweils um drei weitere Vertreter des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen zu ergänzen“ (GKV-VStG, Neufassung des § 87 Absatz 5a SGB V).

⁹ „Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung ist nach Maßgabe der Vorgaben des Bewertungsausschusses nach § 87 a Absatz 5 Satz 7 in den Vereinbarungen nach § 87 a Absatz 3 um die Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sind. Die Bereinigung darf nicht zu Lasten des hausärztlichen Vergütungsanteils und der fachärztlichen Grundversorgung gehen“ (GKV-VStG, Neufassung des § 116 b Absatz 6 SGB V).

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

einer nicht gewünschten Verteuerung kommt. Auch sollte das spezialfachärztliche Vergütungssystem Anreize zur Kooperation setzen, um z.B. Doppeldiagnostiken zu vermeiden. Schließlich sollte bei der Ausarbeitung der Vergütungssystematik und der Vergütungshöhen darüber nachgedacht werden, neben den Krankheitsbildern und -formen auch Behandlungsverfahren und -methoden zu berücksichtigen.

Vorteilhaft ist, dass bei den Beschlüssen zur Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zur Vergütung der Leistungen der spezialfachärztlichen Versorgung künftig auch jeweils drei Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des GKV-Spitzenverbandes mitwirken werden. Inwiefern dies jedoch zu der geforderten integrierten Vergütung der spezialfachärztlichen Leistungen führen wird oder es dadurch nur zu erschwerten Verhandlungssituationen aufgrund unterschiedlicher Zielsetzungen kommen, bleibt abzuwarten. Da dem G-BA zur Regelung der Rahmenbedingungen für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung eine Frist bis Ende 2012 gewährt wird (GKV-VStG, Neufassung des § 116 b Absatz 4 SGB V), ist der Ausgang noch offen.

2.9 INNOVATIVE BEHANDLUNGSMETHODEN

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 45): „Der Gemeinsame Bundesausschuss kann innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Potential künftig zeitlich begrenzt unter strukturierten Bedingungen bei gleichzeitigem Erkenntnisgewinn unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens erproben. Die angemessene Beteiligung und Beratung der betroffenen Fachkreise im G-BA-Verfahren wird gesichert. Die Anbieter einer innovativen Methode erhalten das Recht beim Gemeinsamen Bundesausschuss eine Erprobung zu beantragen. Die Finanzierung der wissenschaftlichen Begleitung und Auswertung der Erprobung erfolgt über den Systemzuschlag nach § 139 c SGB V, die Hersteller werden an der Finanzierung beteiligt.“

Mit dem GKV-VStG werden gesetzliche Neuregelungen bei innovativen Behandlungsmethoden geschaffen. Dem Gesetz folgend erhält der G-BA ein neues Instrument für die Erprobung von nichtmedikamentösen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht mit hinreichender Evidenz belegt ist. Demnach kann der G-BA zukünftig innovative Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zeitlich begrenzt unter Aussetzung des Bewertungsverfahrens erproben. Dies ist ein wichtiger und zu begrüßender Schritt hin zu mehr Kosten-Nutzen-Transparenz im Gesundheitswesen.

Wichtig erscheint jedoch eine baldige und eindeutige Klärung über die Durchführungsweise des jeweiligen Bewertungsverfahrens, um langwierige Diskussionen über die Vorgehensweise – wie es aus dem Bereich der Kosten-Nutzen-Bewertung bei Arzneimitteln bekannt ist – zu verhindern.

2.10 STÄRKUNG WETTBEWERBLICHER HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN DER KRANKENKASSEN

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 45f): „Die Angebotsmöglichkeiten für Satzungsleistungen der Krankenkassen werden erweitert. Dabei geht es ausschließlich um Leistungen, die eine Krankenkasse zusätzlich zum allgemeinen Leistungskatalog gewähren kann. Darüber hinaus sollen die Krankenkassen auch Möglichkeiten einer spezifischen Leistungsgestaltung durch Verträge mit Beschäftigtengruppen sowie mit Patientenorganisationen und Behindertengruppen in Form von Gruppentarifen erhalten. Der Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung soll zusätzlich gestärkt werden, indem für bestimmte Versichertengruppen spezifische Angebote ermöglicht werden. Im Bereich von Gruppentarifen für Beschäftigungsgruppen sollen diese Tarife mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kombiniert werden, um die direkten und indirekten Krankheitskosten für Krankenkassen und Arbeitgeber zu reduzieren. Gruppentarife mit Patientenorganisationen und Behindertengruppen sollen zu einer stärker präventiv ausgerichteten und strukturierten Versorgung beitragen.“

Mehr Wettbewerbsparameter für die Krankenkassen sind generell zu begrüßen. Damit könnte sich der derzeit vorherrschende reine Preiswettbewerb zu einem Wettbewerb um Preis und Leistungen entwickeln. Es besteht jedoch die Gefahr, dass durch spezifische zusätzliche Satzungsleistungen eine gezielte Selektion der Versicherten erreicht werden kann, die für das System schädlich ist. Der durch das Gesetz forcierte Leistungswettbewerb sollte daher so angepasst werden, dass morbiditätsorientierte Selektionen nicht zulässig sind. Im Sinne der Kostendämpfung wäre es zielführender, wenn Kassen bei gesetzlich vorgegebenem Leistungskatalog mit den Leistungserbringern über Preise und Qualität der zu erbringenden Leistungen verhandeln könnten.

2.11 ZULASSUNGSREGELUNGEN FÜR MEDIZINISCHE VERSORGUNGSZENTREN (95 ABS. 1A SGB V)

Wesentlicher Inhalt und Maßnahmen des Gesetzes (Deutscher Bundestag 2011: 21, 45f., 71): „Die Zulassungsregelungen für Medizinische Versorgungszentren (MVZ) werden modifiziert mit dem Ziel, die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen zu sichern. Hierzu gehört insbesondere die Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser mit Ausnahmeregelung aus Versorgungsgründen für gemeinnützige Trägerorganisationen. Die Leitung der medizinischen Versorgung des MVZ muss rechtlich und faktisch in ärztlicher Hand liegen. Gründung ist nur in der Rechtsform einer Personengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung möglich, wie bei Nummer 31 § 95 aufgeführt.“

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

[...] So begründet der Betrieb eines medizinischen Versorgungszentrums in der Form einer Aktiengesellschaft die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen von Kapitalinteressen beeinflusst werden. Aktiengesellschaften weisen einen Gesellschafterverbund auf, der typischerweise lockerer ist als bei Personengesellschaften und GmbHs. Auch sind ihre Anteile generell umlauffähiger, der Einfluss der Mitglieder auf die Geschäftsführung ist geringer. Das führt dazu, dass bei der Aktiengesellschaft der Aspekt des kollektiven Kapitaleinsatzes zur Vermögensvermehrung typischerweise stärker im Vordergrund steht als bei anderen Gesellschaftsformen. Gegen die Zulassung der Aktiengesellschaft als Gründer von MVZ spricht auch, dass die Regelungen zur Praxisnachfolge von medizinischen Versorgungszentren nach § 103 Absatz 4d Satz 3 eine einfach zu treffende, eindeutige Aussage zu der Frage erfordert, ob die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zusteht. Diesem Erfordernis kann in Aktiengesellschaften wegen der einfacheren Übertragbarkeit von Aktien regelmäßig nicht in gleicher Weise Rechnung getragen werden, wie in Gesellschaften mit beschränkter Haftung.“

Die Beschränkung der MVZ-Gründungsberechtigung auf Vertragsärzte und Krankenhäuser sowie – per Ausnahmeregelung im Falle von Versorgungsengpässen – auf gemeinnützige Trägerorganisationen ist nicht einleuchtend. Das gilt auch für den Ausschluss der Rechtsform der Aktiengesellschaft, der verhindern soll, dass fremdes, renditeorientiertes Kapital in den Markt fließt. Es stellt sich die Frage, warum das Gesundheitswesen auf Kapital verzichten sollte, wenn es offenbar unter Ressourcenknappheit leidet, und warum der Kreis der Gründungsberechtigten eingeschränkt werden soll, wenn es offenbar regionale Versorgungsengpässe gibt. MVZ können dazu beitragen, die knappe Ressource „Arzt“ effizienter zu nutzen. Insofern sind sie kein Problem, sondern ein wichtiges Element zur Lösung jener Probleme, die das GKV-VStG notwendig gemacht haben.

3. NOTWENDIGE ERGÄNZUNGEN DES GKV-VStG

3.1 DEFINITION VON MINDESTNORMEN

Weil die Krankenversicherungen bundesweit einheitlich finanziert werden, müssen auch bundesweit einheitliche Mindestnormen definiert werden, etwa über Erreichbarkeitsmaße. Ansonsten könnten sich einzelne Regionen ihre höheren Mindestnormen von anderen Regionen finanzieren lassen. Natürlich sollte es den Regionen offenstehen, für sich selbst höhere Mindestnormen zu definieren. Allerdings müssten sie die resultierenden Mehrkosten auch selbst tragen. Umgekehrt gilt, dass im Falle der Unterschreitung die zur Erreichung der Mindestnorm anfallenden Kosten bundesweit getragen werden müssen.

Im ersten Schritt zur Definition einheitlicher Mindestnormen sollten eindeutige Kriterien definiert werden, mit denen unterversorgte Gebiete identifiziert werden können. Dafür müssen zunächst Versorgungsregionen festgelegt werden. In vielen Fällen sollten diese unterhalb der Kreisebene liegen, um ländliche und städtische Regionen trennen zu können. Anschließend muss die maximale Fahrtzeit der Bevölkerung zur nächst gelegenen

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

Arztpraxis festgesetzt werden. Auf dieser Basis kann der mindestens benötigte Bedarf an ärztlichen Kapazitäten aus der Bevölkerungszahl und der Altersstruktur in einer Versorgungsregion abgeleitet werden. Durch Abgleich des Bedarfs und des tatsächlichen Angebots können Über- und Unterversorgung sichtbar gemacht werden.¹⁰

Die Erreichbarkeit der Standorte ist ein zentrales Kriterium für die Einschätzung des Versorgungsgrads der Bevölkerung. Aus diesem Grund führt das Bundesinstitut für Bauwesen, Stadt- und Raumordnung (BBSR) im Rahmen der laufenden Raumbewertung für die Krankenhäuser der Grundversorgung Erreichbarkeitsanalysen für das Bundesgebiet auf Basis von Pkw-Fahrzeiten durch, um den Status der Flächendeckung zu untersuchen. Neueste Berechnungen des BBSR (BBSR 2011) zeigen, dass der Versorgungsgrad der Bevölkerung im ländlichen Raum allgemein als gut einzustufen ist. Nur wenige Räume fallen unter die 20-Minuten-Schwelle (Karte 1). Nahezu drei Viertel der Bevölkerung befinden sich innerhalb eines 10-Minuten-Radius und 97,5% innerhalb eines 20-Minuten-Radius um das jeweils nächste Krankenhaus der Grundversorgung. Lediglich 2,5% der Bevölkerung benötigen demnach mehr als 20 Minuten bis zum nächsten Krankenhaus.

Leider hat das vorliegende GKV-VStG keine solchen bundesweiten Mindestnormen definiert. Daher sollten im Nachgang Versorgungsregionen, Mindestkapazitäten an ärztlichen Leistungen je Versorgungsregion und maximale Fahrtzeiten festgelegt werden. Bei Unterschreiten der Mindestnorm in einer Region, z.B. durch das Ausscheiden eines Arztes, bestünde dann eindeutiger Handlungsbedarf. Wird kurzfristig kein Ersatz gefunden, würde die betroffene Region versuchen, Anreize zu schaffen, um einen neuen Arzt zu gewinnen. Bleiben diese Bemühungen nach einer gewissen Dauer erfolglos, wäre die Region für die mobile ärztliche Versorgung durch alle ambulanten und stationären medizinischen Leistungserbringer freigegeben. Eine Vergütung der Mobilität würde selektiv mit den Krankenkassen ausgehandelt.

Sollte eine bundesweit einheitliche Mindestnorm keinen Konsens finden, müsste auch die Finanzierung der Mindestnormen regionalisiert werden. Dies wäre über die Regionalisierung der Zusatzbeiträge der Krankenkassen möglich. Versicherte in Regionen mit hohen und damit teuren Mindestnormen würden höhere Zusatzbeiträge zahlen als Versicherte in Regionen mit günstigeren Mindestnormen. Dabei sollten die Zusatzbeiträge mindestens auf der Ebene differenziert werden können, auf der auch die Mindestnormen festgesetzt würden.

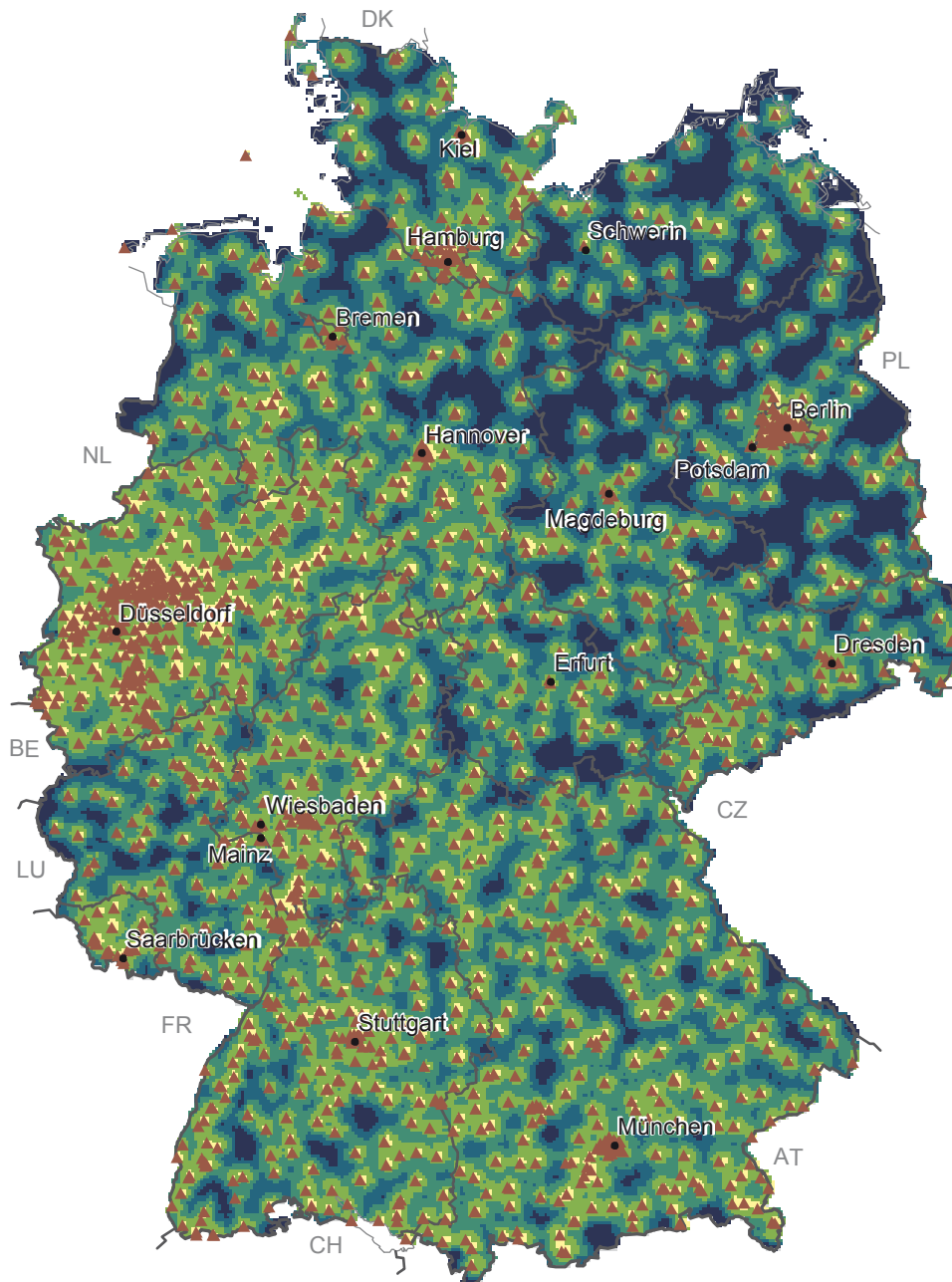
10 Derzeit dürften nur wenige Regionen unterversorgt sein. Das Niveau der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Deutschland ist im internationalen Vergleich sehr gut. Eine medizinische Grundversorgung ist für alle Bürger verfügbar und in der Regel im gesamten Bundesgebiet wohnortnah gesichert (BBSR 2011). Diese gute Versorgungslage ist in einigen Regionen und Bereichen der Gesundheitsversorgung allerdings zunehmend gefährdet.

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

Karte 1

Erreichbarkeit von Krankenhäusern

2008; Pkw-Fahrzeit zum nächstgelegenen Krankenhaus der Grundversorgung in Minuten



■ <5 ■ 5 bis 10 ■ 10 bis 15 ■ 15 bis <20 ■ >20 ▲ Krankenhaus der Grundversorgung

© BBSR Bonn 2011



Quelle: Erreichbarkeitsmodell des BBSR, Krankenhausverzeichnis des wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), eigene Erhebungen. – © BBSR Bonn 2011.

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

Darüber hinaus wären auch die Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Risikostrukturausgleich zu regionalisieren, jedoch nur in Bezug auf eine bundesweite Mindestnorm oder im Falle regional unterschiedlicher Mindestnormen auf den kleinsten gemeinsamen Nenner aller regionalen Mindestnormen. Dadurch würde vermieden, dass Krankenkassen eine Versichertenselektion nach Regionen betreiben.

3.2 SICHERSTELLUNGSZUSCHLÄGE

Zumindest einige Krankenhausstandorte sind von hoher Bedeutung für die Versorgung. Dies heißt aber nicht, dass alle Krankenhäuser im ländlichen Bereich, die wegen Tragfähigkeitsproblemen nicht mehr haltbar sind, subventioniert werden müssten. Vielmehr müssen die bereits angesprochenen Sicherstellungszuschläge nach § 17 b KHG konkretisiert werden, um deren Vergabe anhand messbarer Kriterien zu ermöglichen. So sieht § 5 Abs. 2 KHEntgG nur vor, „für die Vorhaltung von Leistungen, die aufgrund des geringen Versorgungsbedarfs mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbar und zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung bei einem Krankenhaus notwendig sind, [...] Sicherstellungszuschläge zu vereinbaren“. Objektive Aussagen, wann und vor allem in welcher Höhe diese Zuschläge zu vereinbaren sind, fehlen gänzlich. Ähnlich ist es im ambulanten Bereich.

Die Festlegung eines Kriterienkatalogs, wann, an wen und in welcher Höhe Sicherstellungszuschläge gewährt werden können, ist unerlässlich und hilft, deren Vergabe nachvollziehbar zu gestalten und die ungerechtfertigte Subventionierung einzelner Standorte zu vermeiden. Dies widerspricht auch dem Gebot der Wirtschaftlichkeit. Gerade wenn objektive medizinische Kriterien fehlen, besteht die Gefahr, dass in Einzelfällen, basierend auf der regionalwirtschaftlichen Bedeutung der (Krankenhaus-)Standorte, die Vergabe politisch beeinflusst wird (Beivers 2010). Darüber hinaus sind die Sicherstellungszuschläge heutigen Musters an die vorherrschende sektorale Krankenhausplanung angelehnt und sollten im Rahmen eines sektorenverbindenden Konzeptes angepasst werden. Leider nimmt das GKV-VStG darauf keinen Bezug.

3.3 BEFRAGUNG DER BEVÖLKERUNG

War in den Eckpunkten zum Versorgungsgesetz, vorgelegt vom Bundesministerium für Gesundheit am 9. April 2011, noch die Einrichtung einer unabhängigen Patientenbefragung mit dem Ziel der Etablierung eines Patientenrechtegesetzes vorgesehen, so ist dies im beschlossenen Gesetz nicht mehr zu finden. Eine vermehrte Befragung der Patienten oder sogar der Bevölkerung insgesamt kann jedoch ein wichtiger Schritt hin zu der im Gesetz gewünschten stärkeren Regionalisierung und Flexibilisierung sowie einer höheren Akzeptanz in der Bevölkerung sein.

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

Dies gilt insbesondere für die wohnortnahe Krankenhausversorgung, welche für die Bevölkerung eine große Bedeutung hat. Gerade in der jüngsten Vergangenheit konnte mehrfach beobachtet werden, dass die Regionalpolitik ebenso wie die regionale Bevölkerung an einem Krankenhausstandort festhalten, u.a. ausgedrückt durch Volksentscheide, auch wenn dies weder bedarfsgerecht noch betriebswirtschaftlich sinnvoll ist. Paradoxerweise ist gleichzeitig festzustellen, dass die regionalen Bevölkerungen die wohnortnahen (Grundversorgungs-)Krankenhäuser immer weniger nutzen und stattdessen verstärkt spezialisierte Einrichtungen in größeren Entfernungen aufsuchen (Friedrich, Beivers 2008).

Zwar ist die ursprünglich vorgesehene Befragung der Bürger nach Versorgungsqualität und -realität durchaus positiv zu beurteilen und sollte auch in die Entscheidungsfindung mit einbezogen werden. Jedoch ist die Konzeption zur Erfassung des Bürgerwillens, d.h. die genaue Ausgestaltung der Fragen, dabei von zentraler Bedeutung. Werden die betroffenen Bürger gefragt, ob sie für den Erhalt eines wohnortnahen Krankenhauses sind, ohne dass sie an den Kosten der fortgesetzten Bereitstellung direkt beteiligt werden, wird es immer eine Mehrheit für den Erhalt geben. Um diese „Freerider-Problematik“ (Wellisch 2000) zu vermeiden, sollten bei den durchzuführenden Umfragen die Kosten oder Entlastungen, welche sich aus den zur Wahl stehenden Alternativen für die Kommune ergeben würden, immer mit aufgeführt werden.

4. FAZIT

Das GKV-VStG adressiert viele relevante Herausforderungen der medizinischen Versorgung. Es enthält einige strukturelle Anpassungen, wie beispielsweise die geplante Implementierung der spezialfachärztlichen Versorgung als einen eigenständigen Bereich im Gesundheitsversorgungssystem der GKV. Kritisch anzumerken ist, dass die aufgeführten und im Rahmen dieser *RWI Position* bewerteten Elemente des Gesetzes noch kein in sich stimmiges und harmonisierendes Gesamtkonzept darstellen. Zusätzlich bleiben viele wichtige Einzelpunkte unverbindlich oder sollen erst im Nachgang detailliert werden - beispielsweise die Anpassung der Bedarfszahlen, die Vergütung und Definition der spezialfachärztlichen Versorgung oder das methodische Vorgehen bei der Bewertung von innovativen Behandlungsmethoden. Leider sind im Gesetz auch keine strukturellen Ansätze hin zu einer übersektoralen Bedarfsplanung erkennbar. Dies ist ein besonders bedauerliches Defizit, weil hier ein entscheidender Lösungsansatz zur Sicherstellung der regionalen Gesundheitsversorgung liegt.

Vielmehr scheinen in einigen Punkten klientelpolitische Einflüsse erkennbar zu sein, beispielsweise die Einschränkungen bei MVZ oder die Forderung nach Honorarzuschlägen bei Unterversorgung, jedoch ohne Honorarabschläge bei Überversorgung. So wäre u.a. auch ein Ausbau der Verhandlungsmöglichkeiten über die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) im Sinne einer Öffnungsklausel durchaus wünschenswert gewesen.

DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

Summa summarum bleibt festzuhalten: Viele der im GKV-VStG angesprochenen Aspekte weisen in die richtige Richtung, ihre erfolgreiche Umsetzung ist jedoch aufgrund der fehlenden Gesamtkonzeption und der nachgelagerten Ausarbeitung zahlreicher wichtiger Details fraglich. Die Berücksichtigung der drei in dieser *RWI Position* vorgestellten Handlungsempfehlungen würde die Aussichten für eine erfolgreiche Verwirklichung der mit dem GKV-VStG angestrebten Ziele deutlich erhöhen.

LITERATUR

- Augurzky, B., R. Gülker, S. Kropf, Ch.M. Schmidt, H. Schmidt, H. Schmitz und S. Terkatz (2011), Krankenhaus Rating Report 2011 – Die fetten Jahre sind vorbei. RWI Materialien 67. Essen.
- Beivers, A. (2010), *Ländliche Krankenhausversorgung in Deutschland: Eine gesundheitsökonomische Analyse*, Europäische Hochschulschriften. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.) (2006), Raumordnungsprognose 2020/2050: Bevölkerung, private Haushalte, Erwerbspersonen, Wohnungsmarkt. Berichte 23. Bonn.
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumordnung (Hrsg.) (2011), Bildung, Gesundheit, Pflege – Auswirkungen des demographischen Wandels auf die soziale Infrastruktur. BBSR-Berichte KOMPAKT 11 /2011. Bonn.
- Bundesversicherungsamt (Hrsg.)(2008), *So funktioniert der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds*. Bonn.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2011), Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). Gesetzentwurf der Bundesregierung. Drucksache 17/6906, 5. September 2011, Berlin.
- Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011. *Bundesgesetzblatt* 2011, Teil 1 Nr. 70, Bonn, 28. Dezember 2011.
- Friedrich, J. und A. Beivers (2009), Patientenwege ins Krankenhaus: Räumliche Mobilität bei Elektiv- und Notfallleistungen am Beispiel der Hüftendoprothesen. In J. Klauber, B.-P. Robra und H. Schellschmidt (Hrsg.), *Krankenhausreport 2008/9*, Schwerpunkt: Versorgungszentren. Bonn: Schattauer, 155–180.
- Häussler, B. (2006), Innovation im Gesundheitswesen: Kostentreiber oder Einsparpotenzial? *KrV, die Krankenversicherung* 2006 (1): 16–19.
- MUGV – Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz Brandenburg (Hrsg.) (2010), Ergebnisse der Modellprojekte nach dem AGnES-Konzept in den Ländern Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Referat Pressesprecherin und Öffentlichkeitsarbeit, Potsdam.
- Klose, J. und I. Rehbein (Hrsg.) (2011), *Ärzteatlas 2011 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin.
- Preusker, U.K. (2011), Ambulante spezialfachärztliche Versorgung kommt – Einschränkung auf „schwere Verlaufsformen“. *Klinik Markt inside* 9 (23): 1–7.
- Pütz, T. und M. Spangenberg (2006), Zukünftige Sicherung der Daseinsvorsorge. Wie viele Zentrale Orte sind erforderlich? *Informationen zur Raumentwicklung* 2006 (6/7): 337–344.
- von der Schulenburg und J.M., Greiner, W. (2007), *Gesundheitsökonomik*. 2., neu bearbeitete Auflage. Tübingen: Mohr-Siebeck.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2011), Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 1: Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern. Ausgabe 2011. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2006), 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden.



DAS GKV-VERSORGUNGSSTRUKTURGESETZ: RICHTUNG RICHTIG, UMSETZUNG UNKLAR

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2011), Gesundheitsausgaben steigen 2009 um 5,2% auf 278,3 Milliarden Euro, Pressemitteilung Nr.135 vom 06.04.2011. Wiesbaden.

Wellisch, D. (2000), Finanzwissenschaft I. Rechtfertigung der Staatstätigkeit. Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. München: Vahlen.

ZULETZT ERSCHIENENE RWI POSITIONEN

- #47 Der NRW-Haushalt für das Jahr 2011: Scheinerfolge bei der Konsolidierung
- #46 Der Weg zu nachhaltigen Finanzen: Weniger Soziales, mehr Investitionen
- #45 Die Kosten des Klimaschutzes am Beispiel der Strompreise
- #44 Perspektiven des Gesundheitssektors: Wachstumsmotor oder Milliardengrab?
- #43 Wer trägt den Staat?
- #42 Wirtschaftsleistung, Wertschöpfung und Wachstumspotenziale in Deutschland
- #41 Eine Wirtschaftsregierung für Europa?
- #40 Eine unbequeme Wahrheit
- #39 Wehrpflicht und Zivildienst a.D.
- #38 Ein gesundheitspolitisches Reformprogramm
- #37 Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
- #36 Erneuerbare Energien – Kosteneffizienz muss über weiteren Ausbau entscheiden
- #35 AKW-Laufzeiten: Versteigern statt Verschenken!

Die RWI Positionen im Internet: www.rwi-essen.de/positionen

RWI – Forschung und Politikberatung

Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (RWI) ist eines der führenden Zentren für wissenschaftliche Forschung und evidenzbasierte Politikberatung in Deutschland. Das Institut ist Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft. Es wurde 1926 gegründet und arbeitet seit 1943 in rechtlicher Selbständigkeit. Das RWI stützt seine Arbeiten auf neueste theoretische Konzepte und aktuelle empirische Methoden. In sieben Kompetenzbereichen werden ökonomische Zusammenhänge auf allen Ebenen erforscht – vom Individuum bis zur Weltwirtschaft. Die individuelle Prosperität steht in den Kompetenzbereichen „Arbeitsmärkte, Bildung, Bevölkerung“ sowie „Gesundheit“ im Vordergrund. Unternehmen und Märkte werden in „Unternehmen und Innovation“ sowie „Umwelt und Ressourcen“ untersucht. Die Kompetenzbereiche „Wachstum und Konjunktur“ sowie „Öffentliche Finanzen“ analysieren gesamtwirtschaftliche Fragestellungen. Der Kompetenzbereich „Daten“ versorgt die Wissenschaftler mit aktuellsten Methoden und Zahlen. Das RWI veröffentlicht Forschungsergebnisse und Beiträge zur Politikberatung in verschiedenen Publikationsreihen. Weitere Informationen im Internet unter www.rwi-essen.de.