

1 Bestehende Hindernisse einer effizienten und effektiven sektorenübergreifenden Versorgung in Deutschland

Eberhard Wille

1.1 Die sektorenübergreifende Versorgung mit erneuter Aktualität

Schon der Gesetzentwurf zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GKV-GMG) vom 08.09.2003 bezeichnete »die Überwindung sektoraler Grenzen bei der medizinischen Versorgung (als) ein weiteres wesentliches Ziel der Reform«(Fraktionen der SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN 2003, S.74). Über ein Jahrzehnt später, d. h. seit dem Jahre 2016, sieht der Innovationsfonds nach § 92a Abs. 1 SGBV die Förderung neuer Versorgungsformen vor und dabei »insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben«. Die Maßnahme, sektorenübergreifende Versorgungsprojekte über einen Innovationsfonds speziell zu fördern, deutet schon darauf hin, dass die Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung bis dahin hinter den Erwartungen zurückblieb.

Fast 15 Jahre nach Inkrafttreten des GKV-GMG fordert der GKV-Spitzenverband in seinem Positionspapier vom 28.06.2017 (S.12) eine Reform des ambulant-stationä-

ren Grenzbereichs als zentralen »Baustein der Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode«. Entsprechend beschäftigt sich die im Sommer 2018 eingesetzte Bund-Länder-Arbeitsgruppe »sektorenübergreifende Versorgung« mit dieser Problematik und legte am 08.05.2019 einen Arbeitsentwurf für ein Eckpunktepapier vor. Zwischenzeitlich unterbreiteten auch die Barmer Ersatzkasse (2019) Vorschläge für eine »Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung« und der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (2019) »ein Konzept für eine Struktur und Vergütung ärztlich intersektoraler Leistungen«. Die Notwendigkeit einer Reform der sektorenübergreifenden Versorgung steht somit seit vielen Jahren und derzeit wieder besonders im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen und entsprechender Vorschläge, es mangelt aber bisher offensichtlich an einer erfolgreichen bzw. zufriedenstellenden Umsetzung.

1.2 Zielsetzungen und Konzepte einer sektorenübergreifenden Versorgung

Hinsichtlich der Reformvorschläge für eine effizientere und effektivere sektorenübergreifen-

de Versorgung lassen sich drei verschiedene Zielsetzungen unterscheiden, die auch unter-

schiedliche Maßnahmen erfordern. Dies schließt nicht aus, dass zwischen diesen Zielsetzungen und ihren entsprechenden Maßnahmen Interdependenzen bestehen. Obgleich auch an den Schnittstellen der übrigen Leistungssektoren ein Reformbedarf existiert, konzentrieren sich die folgenden Ausführungen vor allem auf den ambulanten und stationären Bereich.

Die erste und grundlegende Zielsetzung betrifft die optimale Allokation von ambulanten und stationären Leistungen. Bei substitutiven Beziehungen zwischen diesen beiden Sektoren schreibt § 39 Abs. 1 SGB V eine ambulante Versorgung vor. Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten Sektor sollten im Sinne von Effizienz und Effektivität immer dann erfolgen, wenn sie die gesundheitlichen Outcomes, d. h. Lebenserwartung und -qualität, verbessern, den Präferenzen der Patienten besser entsprechen oder, was zumeist der Fall ist (siehe die Berechnungen von Wille und Erdmann 2011, S. 204 ff. sowie Albrecht und Al-Abadi 2019, S. 15 ff.) weniger knappe Ressourcen benötigen. Es geht somit darum, dass die jeweilige Behandlung im adäquaten Leistungsbereich stattfindet und keine sektorenspezifische Über-, Unter- oder Fehlversorgung entsteht. Wie zahlreiche Autoren konstatieren, besitzt Deutschland auch im Vergleich zu ähnlich entwickelten Gesundheitssystemen ein beachtliches derzeit noch nicht ausgeschöpftes Potential an Substitutionsmöglichkeiten von stationären durch ambulante Behandlungen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 290 ff.; Bund-Länder-AG »sektorenübergreifende Versorgung« 2019, S. 5; Augurzky 2019, S. 39).

Eine effiziente Erbringung von ambulanten und stationären Leistungen garantiert aber noch keine sektorenübergreifende Versorgung, bei der im Rahmen integrierter

Konzepte Haus- und Fachärzte sowie Krankenhäuser miteinander kooperieren und so ihre jeweiligen Behandlungen aufeinander abstimmen (Straub et al. 2016, S. 14 f.). Eine bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung bedarf im Sinne der zweiten Zielsetzung aus sektorenübergreifender Perspektive einer aufeinander abgestimmten Verzahnung der jeweils beteiligten Leistungssektoren (Barmer Ersatzkasse 2019, S. 11). Als geeignete Grundlage bietet sich auf dieser Ebene eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung an, die sich weniger an Arztsitzen und Krankenhausbetten, sondern an der Erbringung eines bestimmten Leistungsspektrums orientiert (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesens 2018, Ziffer 521). Eine in dieser Konzeption sektorenübergreifende Versorgung könnte auch an der Schnittstelle ambulant/stationär einen Preis- und Qualitätswettbewerb zwischen ambulante (Fach-)Ärzten und Krankenhäusern auslösen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Ziffer 207 ff; Klakow-Franck 2016).

Das Votum für eine integrierte sektorenübergreifende Versorgung lässt aber immer noch offen, ob diese auf der Grundlage von kollektiven Verträgen oder im Rahmen von Selektivverträgen erfolgt. Ein Qualitätswettbewerb in der Regie einzelner Krankenkassen kann nur im selektivvertraglichen Bereich stattfinden. Bei dieser dritten Variante der Zielsetzung, welche die beiden anderen mit einschließt, besitzen die einzelnen Krankenkassen die Möglichkeit, sich durch innovative Versorgungsangebote gegenüber ihren Versicherten wettbewerbsfähig zu profilieren. Dieser selektive Qualitätswettbewerb könnte ein Gegengewicht zu dem bisher eindeutig dominierenden Wettbewerb der Krankenkassen um günstige (Zusatz-) Beitragssätze bilden.

1.3 Die bisherige Entwicklung von Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung

Unabhängig vom kollektiven oder selektiven Vertragsbereich setzt ein funktionsfähiger Preis- und Qualitätswettbewerb an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor für die beteiligten Leistungserbringer und Krankenkassen gleiche Rahmenbedingungen voraus (siehe zum Folgenden auch Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018, Ziffer 571 ff). Dies gilt vor allem hinsichtlich:

- der Definitionen und Abgrenzungen der erbrachten Leistungen,
- der Qualitätssicherung mit einheitlichen (Mindest-)Standards,
- der Vergütungen sowie der Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten,
- der Zugangsmöglichkeiten und Genehmigungsbedingungen bei neuen Untersuchungsmethoden,
- den Preisen bei veranlassten Leistungen, z. B. bei Arznei- und Hilfsmitteln,
- den speziellen Regulierungen, wie z. B. Mindestmengen, Mengengrenzungen oder Sperrungen von Bereichen im Rahmen der Bedarfsplanung,
- den Möglichkeiten zur Teilnahme an Selektivverträgen sowie
- den sonstigen Regelungen der jeweiligen Bedarfsplanungen.

Vor diesem Hintergrund bietet das SGB V derzeit bei den medizinischen Versorgungszentren (§ 95), dem Innovationsfonds (§ 92a), den Praxisnetzen (§ 87b Abs. 2 und 4), und vor allem bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (§ 116b) und der besonderen Versorgung (§ 140a) Möglichkeiten für eine sektorenübergreifende Versorgung. Diese Optionen besitzen, wenn auch in stark unterschiedlichem Ausmaß, grundsätzlich das Potential, die Versorgung an der Schnittstelle

zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu verbessern.

Die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) bieten die Chance einer intensiveren Kooperation zwischen den teilnehmenden Haus- und Fachärzten und in der Trägerschaft von Krankenhäusern auch die Möglichkeit einer engeren Abstimmung zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung. In allen Bundesländern nahm der Anteil der Ärzte, die in MVZ arbeiten, seit 2010 zu mit einem besonders hohen Anteil in den ostdeutschen Bundesländern. Hinsichtlich ihrer Anzahl erhielten die MVZ insbesondere bei den Vertragsärzten einen starken Schub durch das am 23.07.2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG). Dieses strich allerdings in § 95 Abs. 1 die zuvor für die Gründung eines MVZ erforderliche »fachübergreifende Versorgung« und minderte damit die gesetzlichen Anforderungen an ärztliche Kooperationen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) fördert in den Jahren 2016 bis 2019 mit dem Innovationsfonds in Höhe von jährlich 225 Mio. Euro »neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen« (§ 92a Abs. 1 SGB V). Dies gilt, wie oben unter 1 erwähnt, besonders für Vorhaben, die auf eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung abzielen. Daneben fördert der G-BA im gleichen Zeitraum mit jährlich 75 Mio. Euro die Versorgungsforschung, die einen »Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung« in der GKV anstrebt (Abs. 2). Der Innovationsfonds wird, wenn auch befristet und mit einer Absenkung der jährlichen Fördersumme auf insgesamt jährlich 200 Mio. Euro, bis einschließlich 2024 fortgeführt. Es stehen dann mit einer etwas geänderten Gewichtung 160 Mio. Euro für neue Versorgungsformen und 40 Mio. Euro für die

Versorgungsforschung zur Verfügung. Obgleich eine abschließende Bewertung der ersten Förderungsphase noch aussteht, deuten die derzeit vorhandenen Informationen auf mehrere erfolgversprechende Projekte zur sektorenübergreifenden Versorgung hin.

Im Rahmen der Vergütung der niedergelassenen Ärzte schreibt § 87b Abs. 2 SGB V vor, dass der Verteilungsmaßstab »der kooperativen Behandlung von Patienten angemessenen Rechnung« trägt. Entsprechend müssen die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) anerkannten Praxisnetze eigene Vergütungsregelungen erhalten, die auch aus einem eigenen Honorarvolumen als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen (MGV) bestehen können. § 87b Abs. 4 SGB V sieht vor, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen »Kriterien und Qualitätsanforderungen für die Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze« bestimmt. Zu diesen strukturellen Anforderungen gehörten auch »Kooperationen mit anderen Leistungserbringern« (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018 Ziffer 640). Die Praxisnetze beteiligen sich häufig an innovativen Versorgungsprojekten, die sich aber überwiegend auf den vertragsärztlichen Bereich beziehen. Bei sektorenübergreifenden Konzepten bauen sie vielfach auf der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V auf.

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) umfasst »die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern« (§ 116b, Abs. 1 SGB V). Hierzu gehören (1) Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, wie z. B. HIV/AIDS oder Multiple Sklerose, (2) seltene Erkrankungen und Krankheitszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen, wie z. B. Tuberkulose und Muskoviszidose sowie (3) hochspeziali-

sierte Leistungen, wie z. B. CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen oder Brachytherapie. Bei den Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen strich das GKV-VSG vom 23.07.2015 das Erfordernis der »schweren Verlaufsformen«, welches auch im Gesetzentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 05.09.2011 fehlte.

Leistungen der ASV, deren Behandlungsumfang der G-BA bestimmt, können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und Krankenhäuser erbringen. Sie müssen dabei die jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen erfüllen und dies auch gegenüber dem erweiterten Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen unter Beifügung der entsprechenden Belege anzeigen. Da im Rahmen der ASV für alle interessierten (Fach-)Ärzte und Krankenhäuser die gleichen Rahmenbedingungen gelten, handelt es sich hier um eine aus theoretischer Sicht vielversprechende Konzeption. Die bisherige Entwicklung der ASV blieb jedoch deutlich hinter den Erwartungen zurück. Dies lag vor allem an den hohen Anforderungen und dem damit einhergehenden bürokratischen Aufwand, der viele potentiell interessierte Leistungserbringer abschreckte, und an der insbesondere aus Sicht der Krankenhäuser unzureichenden Vergütung. Diese erfolgt immer noch auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), obwohl § 116b Abs. 6 SGB V hier vorsieht, dass für die Vergütung der Leistungen der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KBV gemeinsam und einheitlich eine Kalkulationssystematik als diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro vereinbaren.

Im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V können die Krankenkassen Verträge mit bestimmten Leistungserbringern schließen. Diese Verträge ermöglichen eine »verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung« sowie besondere am-

bulante ärztliche Versorgungsverträge unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften (Abs.1). Die besondere Versorgung bietet auch die Grundlage, um die seit dem GKV-VSG nicht mehr im Gesetz verankerten Strukturverträge (vormals § 73a) und die besondere ambulante Versorgung (vormals § 73c) weiterhin durchzuführen. Als Vertragspartner der Krankenkassen sieht Abs. 3 vor:

- zur vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften,
- Träger von Einrichtungen, die eine besondere Versorgung durch zur Versorgung der GKV- Versicherten berechtigten Leistungserbringer anbieten,
- Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen,
- Praxiskliniken,
- pharmazeutische Unternehmen und Hersteller von Medizinprodukten sowie
- KVen zur Unterstützung von an der besonderen Versorgung teilnehmenden Mitgliedern.

Im Unterschied zu den vier obigen Optionen einer sektorenübergreifenden Versorgung gehört die besondere Versorgung ähnlich wie die Modellvorhaben nach § 63 ff. SGB V und die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b) zu den selektivvertraglichen Versorgungsformen, an denen Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte freiwillig teilnehmen. Die besondere Versorgung erlaubt, dass die Vertragspartner von den Vergütungsregelungen des SGB V abweichen und hier eine andere Honorierung vereinbaren können. Ferner besteht die Möglichkeit, zusätzliche Leistungen in die besondere Versorgung aufzunehmen, sofern hierzu kein ablehnender Beschluss des G-BA vorliegt. Die Krankenkas-

sen erhalten somit die Chance, sich über Vereinbarungen mit ausgewählten Leistungserbringern und zusätzlichen Leistungen sowie besonderen Versorgungskonzepten im Wettbewerb um Versicherte aussichtsreich zu positionieren. Das Gesetz zwingt die Vertragspartner in Abs. 2 allerdings, dazu die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung »spätestens 4 Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge« nachzuweisen.

Gemessen an dem Ausgabenanteil, den die besondere Versorgung mit nicht einmal 1 % an den GKV-Gesamtausgaben einnimmt, verlief ihre bisherige Entwicklung enttäuschend. Dabei erreichten im Jahre 2018 auch die gesamten Ausgaben für die selektivvertragliche Versorgung, d. h. unter Einschluss der Modellvorhaben und der hausarztzentrierten Versorgung, nur einen Anteil von ca. 3.3 % der gesamten Ausgaben für die Versorgung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser (Albrecht 2019, S. 5; siehe auch Ehlert u. a 2019, S. 189 ff.). Unter Integrationsaspekten fällt ins Gewicht, dass die besondere Versorgung eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung zwar ermöglicht, aber nicht zwingend voraussetzt, denn es reicht hier schon eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung aus. So weisen weder die Strukturverträge noch die besondere ambulante Versorgung, die nun unter die besondere Versorgung fallen, einen sektorenübergreifenden Bezug auf. Zudem entfiel mit dem GKV-VSG der ursprünglich im Gesetz enthaltene Populationsbezug als Sollvorschrift. Andererseits bildete die besondere Versorgung vielfach die Grundlage für andere Versorgungskonzepte, so z. B. bei den Praxisnetzen. Zudem vermochten die selektiven Verträge durch ihre wettbewerblichen Beziehungen zur kollektiven Vertragsgestaltung diese zu mehr Flexibilität zu bewegen bzw. zu zwingen.

1.4 Zum Integrationsgrad von Versorgungsformen

Der Integrationsgrad von Versorgungsformen lässt sich mit Hilfe der folgenden Kriterien klassifizieren und auch qualitativ einschätzen (vgl. Wille 2010, S. 101 f.; 2013, S. 81 ff.):

- Anzahl der beteiligten Einrichtungen,
- Vielfalt der einbezogenen Indikationen,
- Umfang der Leistungssektoren und
- räumliche Ausdehnung.

Dabei ermöglicht, wie Tabelle 1.1 zeigt, eine Kombination der beiden zentralen Kriterien Umfang der Leistungssektoren und Vielfalt der einbezogenen Indikationen den Integrationsgrad der jeweiligen Versorgungsform zu bestimmen. Der Integrationsgrad nimmt mit dem Umfang der Leistungssektoren und

der Vielfalt der einbezogenen Indikationen, d. h. in Abbildung 1 von links oben nach rechts unten, tendenziell zu. Unabhängig von ihrer jeweiligen Versorgungsqualität weist eine Gemeinschaftspraxis, in der mehrere Ärzte der gleichen Fachrichtung miteinander kooperieren und sich auf die Behandlung einer Krankheit beschränken, den niedrigsten Versorgungsgrad auf. Dies gilt auch für ein entsprechendes MVZ und ein Disease-Management-Programm (DMP), bei dem die Versorgung nur in einem Leistungssektor stattfindet. Die sektorenspezifische Versorgung kann auch mehrere oder alle Indikationen umfassen und die Behandlung einer Krankheit mehrere Leistungssektoren einschließen (► Tab. 1.1).

Tab. 1.1: Versorgungsformen nach ihrem Integrationsgrad: Vielfalt der Indikationen (Quelle: Baumann, M. 2006, S. 206; vgl. auch Wille 2013, S. 83.)

Vielfalt der Indikationen		Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor				
Umfang der Leistungssektoren	Prävention	Ambulante Behandlung	Stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Leistungssektoren
Indikation 1		Sektorenspezifische indikationsbezogene Versorgung	Sektorenspezifische indikationsbezogene Versorgung	Sektorenspezifische, partiell indikationsübergreifende Versorgung		
Indikation 2		Partiell sektorenübergreifende indikationsbezogene Versorgung				
Mehrere Indikationen	Vollständig sektorenübergreifende indikationsbezogene Versorgung					
Alle Indikationen		Indikationsübergreifende sektorenspezifische Versorgung				Sektoren- und indikationsübergreifende Versorgung

Die alle sektoren- und indikationenübergreifende Versorgung erreicht in diesem Schema den höchsten Integrationsgrad und bietet damit zugleich die Basis für eine in regionaler Hinsicht populationsorientierte Versorgung. Diese kann als besondere Versorgung nach § 140a SGB V mit Ausnahme der Modellvorhaben auch alle anderen Versorgungsformen, wie z. B. die hausarztzentrierte Versorgung und die DMPs, beinhalten. Im Hinblick auf

den Integrationsgrad dieser Versorgungsformen lässt sich vor allem im Vergleich mit populationsorientierten sektorenübergreifenden Konzepten der besonderen Versorgung nicht begründen, dass § 73b Abs. 1 SGB V den Krankenkassen vorschreibt, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, und die DMPs im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) spezielle Zuschüsse erhalten.

1.5 Reformvorschläge zur sektorenübergreifenden Versorgung

Seit Inkrafttreten des GKV-VStG am 01.01. 2012 erlaubt § 95 Abs. 1a SGB V nur noch die Gründung von MVZs in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform. Die Krankenhäuser als mögliche Träger dieser MVZs können aber in der Rechtsform einer Kapitalgesellschaften agieren. Dies legt eine Erweiterung der Rechtsformen bei den MVZ nahe. Zudem sprechen Integrationsaspekte für die Wiedereinführung des Erfordernisses einer »fachübergreifenden Versorgung«.

Förderungswürdige Praxisnetze der Stufen I und II sollten den Leistungserbringerstatus erhalten können. Die bisher enttäuschende Entwicklung der ASV könnte zunächst eine Entbürokratisierung der Teilnahmevoraussetzungen stimulieren. Gleiches gilt für die Schaffung eines speziellen Vergütungssystems, das die Teilnahme insbesondere für die Krankenhäuser finanziell attraktiver macht. Der Selbstverwaltung im G-BA fällt hier die Aufgabe zu, die im Gesetz vorgesehene diagnosebezogene Gebührenordnung zu konzipieren und umzusetzen.

Ein erheblicher Reformbedarf besteht im Zusammenhang mit der besonderen Versorgung im Bereich der wettbewerblich ausgestalteten selektiven Verträge. Zunächst könnte ein ergebnisoffener Wettbewerb zwischen der selektiven und der kollektiven Vertragsgestaltung einen Qualitätswettbewerb auch innerhalb der KVen auslösen. Dies bedeutet im Bereich der selektiven Verträge gleiche Chancen für alle konkurrierenden Vertragsformen und keinen Zwang zum Angebot einer bestimmten Variante, wie z. B. der hausarztzentrierten Versorgung, und keine finanzielle Förderung einer solchen, wie z. B. bei den DMPs. Diese können integrale Elemente im Rahmen einer umfassenderen besonderen Versorgung bilden und ihre Auswahl sollte nicht, wie § 137f. Abs. 1 festlegt, das Gesetz vorgeben, sondern den regionalen Vertragspartnern überlassen bleiben. Wenn überhaupt, verdienen Versorgungsformen mit einem hohen Integrationsgrad, wie populationsorientierte Konzepte, sofern sie bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, eine finanzielle Förderung.

Ein besonderes Hindernis für eine sektorenübergreifende Versorgung stellt der Wirtschaftlichkeitsnachweis der Projekte nach 4

Jahren dar. Abgesehen davon, dass sich der gesamte Nutzen von bestimmten Projekten, wie z. B. von präventiven Programmen, im Rahmen dieser Zeitspanne noch nicht hinreichend nachweisen lässt, erscheint diese Vorschrift im Hinblick auf die Interessen der Vertragspartner überflüssig. Der intensive Wettbewerb der Krankenkassen um günstige Beitragssätze sorgt bereits dafür, dass sie finanzielle Defizite bei diesen Projekten zu vermeiden suchen. In dieser Hinsicht sollte der Gesetzgeber den Vertragspartnern mehr Handlungsfreiheiten einräumen. Unter diesem Aspekt besitzt eine obligatorische Evaluation nur bei Versorgungsprojekten mit einer speziellen bzw. externen finanziellen Förderung eine Berechtigung.

Für eine Erweiterung und einen erfolgreicherer Verlauf der selektiven Verträge im Rahmen der sektorenübergreifenden besonderen Versorgung bedarf es auch eines stärkeren Einbezugs von Pflegeeinrichtungen, Rehakliniken, pharmazeutischen und Medizinprodukteherstellern sowie Apotheken. Letztere können derzeit nicht als gleichberechtigte Partner an der besonderen Versorgung teilnehmen, d. h. mit den Krankenkassen entsprechende Verträge nach § 140a Abs. 3 SGB V schließen. Dabei stellen sie für die Patienten bei vermuteten Krankheiten häufig die erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen dar. Schließlich gibt es im stationären Sektor keine Möglichkeit für einen Wettbewerb zwischen kollektiven und selektiven Verträgen. Dabei bietet sich zumindest für ein bestimmtes Spektrum ausgewählter, elektiver Krankenhausleistungen ein Einstieg in selektive Verträge mit den Krankenkassen an.

Insgesamt gesehen existiert somit bei den verschiedenen Versorgungsformen, die derzeit eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen, und hier insbesondere bei Konzepten im Rahmen selektiver Verträge eine Fülle von Hindernissen. Die entsprechenden Regelungen bedürfen, um hier nachhaltige Effekte zu erzielen, mit dem Ziel einer effizienteren und effektiveren Behandlung der Patienten

einer teilweise grundlegenden Reform. Die Bund-Länder-AG »sektorenübergreifende Versorgung« (2019, S. 6) empfiehlt hier bisher u. a. ambulante Versorgungsaufträge für stationäre Einrichtungen und einen gemeinsamen fachärztlichen Versorgungsbereich mit einheitlicher Vergütung. Diese Vorschläge lassen aber bei der sektorenübergreifenden Versorgung sowohl den integrativen Aspekt als auch den gesamten Bereich selektiver Verträge und die damit verbundenen Chancen nahezu ausgeblendet. Insofern steht trotz zahlreicher anderer Reformen eine aussichtsreiche, vor allem eine wettbewerbliche Ausgestaltung der sektorenübergreifenden Versorgung momentan nicht zu erwarten.

Literatur

- Albrecht, M. (2019): Wettbewerbspotentiale im Gesundheitswesen. IMPLICONplus, 05/2019.
- Albrecht, M., Albadi, T. (2019): Sektorenübergreifende Vergütung – Herausforderungen und Potentiale. Welt der Krankenversicherung, 8. Jg., Ausgabe 1, S. 14–18.
- Augurzky, B. (2019): Reformbedarf der akutstationären Versorgung. IMPLICONplus, 06/2019.
- Barmer Ersatzkasse (2019): Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung. Dienst für Gesellschaftspolitik, 25. April 2019, S. 11–15.
- Baumann, M. (2006): Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung- Beiträge zur effizienten Leistungserbringung im Gesundheitswesen? Eine institutionen-ökonomische Analyse. Bayreuth.
- Bundesregierung (2011): Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). BT-Drucksache 17/ 6906 vom 05. 09. 2011.
- Bund-Länder-AG »sektorenübergreifende Versorgung« (2019): Arbeitsentwurf für ein Eckpunktetpapier zur Vorbereitung der Sitzung auf Leitungsebene am 8. Mai 2019. Dienst für Gesellschaftspolitik, 30. Mai 2019, S. 5–10.
- Ehlert, A., Oberschachtsiek, D., Wein, T. (2019): Factors Driving German Physicians' Managed Care Participation. German Economic Review, Vol. 20, Issue 2, S. 171–193.
- Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversi-

- cherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG), BT-Drucksache 15/1525 vom 08.09. 2003.
- GKV-Spitzenverband (2017): Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017–2021, Berlin, den 28. Juni 2017.
- Klakow-Frank, R. (2016): Patientensteuerung und Koordinierung der Versorgung – ein Einsatzgebiet für Qualitätswettbewerb. In: Rebschläger, U., Schulte, C., Osterkamp, N. (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell, Köln, S. 36–53.
- Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (2019): Konzept für eine Struktur und Vergütung ärztlicher intersektoraler Leistungen. Dienst für Gesellschaftspolitik, 5. September 2019, S. 11–16.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012, Bern.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018, Berlin.
- Straub, C., Bosch-Cleve, B., Hölscher, A., Walther, A., Weineck, S. (2016): Versorgung patientenorientiert gestalten – Handlungsfelder für eine sektorenübergreifende Versorgung. In: Rebschläger, U., Schulte, C. Osterkamp, N. (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2016, Köln, S. 14–35.
- Wille, E. (2010): Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Versorgung. In: Rürup, B., IGES Institut GmbH, DIW Berlin e. V., DIW econ GmbH, Wille, E. (Hrsg.): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland, Baden-Baden, S. 97–149.
- Wille, E., Erdmann, D. (2011): Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung. Entwicklung, Stand und Perspektiven, Baden-Baden.
- Wille, E. (2013): Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung. In: Wille, E. (Hrsg.): Wettbewerb im Arznei- und Krankenhausbereich, Frankfurt a. M.: PL Academic Research, S. 79–106.

2 Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung: Fokus auf die Neuberechnung der Verhältniszahlen abhängig von der Morbiditäts- und Sozialstruktur in Deutschland

Leonie Sundmacher, das Gutachten Konsortium¹

2.1 Hintergrund

Die Sicherstellung eines bedarfsgerechten und wohnortnahen Zugangs zu einer effektiven und wirtschaftlichen Versorgung ist ein wesentliches Ziel im deutschen Gesundheitswesen. Daraus folgt die Aufgabe der ambulanten ärztlichen Bedarfsplanung, eine angemessene Kapazität und regionale Verteilung der benötigten Ärzte zu bestimmen. Zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2018 ein fachübergreifendes wissenschaftliches Gutachten in Auftrag gegeben. Die Gutachter des Konsortiums schlagen darin einen neuen Rahmen der Planung vor, der die wissenschaftlich begründete Ermittlung des Versorgungsbedarfs und dessen regionale Ausweisung in Arztkapazitäten in einem Konzept vereint. Durch die Bedarfsplanung an sich wird noch nicht gewährleistet, dass Ärzte die benötigten Leistungen auch dort anbieten, wo sie gebraucht werden. Die Ermittlung und räumliche Ausweisung des Versorgungsbedarfs ist jedoch ein notwendiger erster Schritt, um auf dieser Basis eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Steuerung der Versorgung zu ermöglichen. Im vorliegenden Beitrag sind Empfehlungen

des Gutachtens zusammengefasst. Insbesondere wird die Neuberechnung der Verhältniszahlen unter Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten beschrieben (Sundmacher et al., 2018).

2.1.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Feststellung des Versorgungsbedarfs

Die im Jahr 1977 eingeführte Bedarfsplanung wurde in den 1990er Jahren mit dem Ziel der Begrenzung der Zahl der Ärzte weiterentwickelt und setzte nicht an der Planung des Bedarfs an Leistungen an. Angesichts veränderter Rahmenbedingungen durch den demografischen Wandel und die Binnenmigration, insbesondere zwischen ländlichen und städtischen Räumen, hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) reagiert, um eine Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zu ermöglichen. Der infolge des GKV-VStG eingeführte Demografiefaktor unterstützt die notwendige Weiterentwicklung der Verhältniszahlen von einer angebotsbasierten Kennziffer hin zu einem an begründeten Determinanten orientierten Maß des Versorgungsbedarfs, sollte jedoch mehr als zwei Altersklassen berück-

¹ Laura Schang, Wiebke Schüttig, Ronja Fleming, Julia Frank-Tewaag, Isabel Geiger, Sebastian Franke, Ines Weinhold, Danny Wende und Thomas Brechtel.