

# 1 Das Gesundheitssystem in Deutschland – Rahmenbedingungen

Clarissa Kurscheid und Susanne Eble

Das Gesundheitswesen in Deutschland beruht auf historisch gewachsenen Strukturen, die den Anforderungen der heutigen Zeit nicht mehr gerecht werden. Da findet sich beispielsweise das 1955 eingeführte „Gesetz über das Kassenarztrecht“, mit dem die Strukturen der Selbstverwaltung wiederhergestellt wurden und bis heute Bestand haben (Kurscheid u. Beivers 2014, 22). Gleichzeitig unterliegt die Bevölkerung einem gesellschaftlichen Wandel, der sich sowohl in Demografie wie auch auf das sich wandelnde Krankheitspanorama auswirkt. Nachfolgend wird genau dieser Zusammenhang thematisiert, da die gesellschaftliche Herausforderung wie sie sich in der doppelten Alterung darstellt oder aber auch in sich verändernden Sozialmilieus mit einhergehender Migrationsthematik sich in einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen niederschlägt. Die vorgehaltenen Strukturen in der kollektivvertraglichen Versorgung können sowohl unter ökonomischen als auch organisatorischen Aspekten dieser steigenden Nachfrage bald nicht mehr in ausreichendem Maße nachkommen. Der Gesetzgeber ist seit vielen Jahren bestrebt, Anreize für Kooperationsformen im SGB V zu verankern. Eine der möglichen Kooperationsformen – die Arztnetze – haben sich im Laufe der letzten Jahre zunehmend professionalisiert und sind vielerorts schon in der Lage, Lösungen für existierende und bevorstehenden Herausforderungen in der alltäglichen Versorgung der Bevölkerung anzubieten.

Ärzte, die sich ambulant niederlassen, sind selbstständige Unternehmer, einst verhandelten sie die Preise mit den Patienten selbst, gaben sich dann eine Gebührenordnung, wie Behandlungen zu bezahlen sind. Mit den Krankenkassen und den KVen entstand eine daran angelehnte aber wesentlich restriktivere Regelung, die wir heute als Einheitlicher Bewertungsmaßstab kennen. Dennoch ist der Beruf des Mediziners immer noch ein freier Beruf, jedoch unterliegt er bestimmten Kriterien, wenn er sich an der Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Personen beteiligt. Folglich befinden sich Ärzte in einem Dilemma, welches sich einerseits in verwal-

tungs- und restriktionsintensiven Ausprägungen ausdrückt und andererseits in dem Grundgedanken des freien Berufes im Sinne eines selbstständigen Unternehmertums. Obwohl sich einzelne Ärzte passioniert für ihre Patienten einsetzen, wird die heutige Struktur und Organisation im Gesundheitswesen nach wie vor von Partikularinteressen bestimmt. Zudem sehen sich viele niedergelassene Ärzte nach wie vor als unabhängige Solisten, obwohl viele der derzeit auftretenden Krankheitsbilder eine Integration der Therapie quer über Fachdisziplinen, Berufsgruppen und Sektoren hinweg erfordert. Gleichzeitig entwickeln sich Krankenhäuser, anlehnend an dem medizinischen Fortschritt als staatliche Einrichtungen, die dem Schutz der Allgemeinheit vor Krankheit und Ansteckung dienen. Ausreichend stationäre Betten vorzuhalten, ist eine staatliche Aufgabe, die sich in Investitionen in die Infrastruktur der Krankenhäuser und Landeskrankenhausplänen ausdrückt.

So unterschiedlich die Entstehung und die Fortentwicklung der beiden Sektoren sind, so verschieden sind bis heute die Finanzierung und damit auch die Anreize, die damit gesetzt werden. Pauschalen fassen ambulante ärztliche Leistungen zusammen, Budgets begrenzen die Leistungsmenge, jenseits der Mindestanforderung entscheidet im Wesentlichen der Arzt über die Zeit, die er für gesetzlich Versicherte zur Verfügung stellt. Den stationären Sektor bestimmen dagegen DRGs und Investitionsentscheidungen der Länder, die für die Finanzierung der Bausubstanz und von Großgeräten zuständig sind. In Abhängigkeit dessen bedarf es innerhalb beider Sektoren unternehmerischer Entscheidungen in den Krankenhäusern wie auch in den meist Inhaber geführten Arztpraxen. Hierbei gilt es, staatliche Restriktionen zu beachten, aber ein Unternehmen auch finanziell ausgewogen zu leiten.

Auch die Verfügbarkeit von Versorgung ist von diesen historischen Entwicklungen bestimmt und präsentiert sich einerseits durch zunehmende Engpässe in der medizinischen Versorgung, vor allem in ländlichen Regionen, und andererseits durch ambulante und stationäre Hoch- und Überversorgung in Ballungszentren. Darüber hinaus sieht sich angesichts des demografischen Wandels die Sicherstellung der Versorgung zunehmend mit veränderten Anforderungen konfrontiert. So gibt es immer mehr ältere Menschen, die gleich mehrere chronische Erkrankungen aufweisen und in hohem Maße auf eine kontinuierliche und abgestimmte Versorgung angewiesen sind. Insbesondere in ländlichen Gebieten, in denen viele ältere und immobile Menschen leben, wird die Versorgung schwieriger. Unter Beachtung der genannten Problemlagen steht die Organisation der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor großen Herausforderungen, denen das bestehende Regelwerk mit zentraler Bedarfsplanung und kollektiver Sicherstellung erkennbar nicht gewachsen ist.

Vor dem Hintergrund bestehender Regularien, die in aller Regel strikt sektoral ausgerichtet sind, wird die im Hinblick auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit für notwendig gehaltene sektorenübergreifende Versorgungsperspektive nicht gefördert, vielfach wird sie geradezu verbaut.

Die Gesundheitspolitik versucht seit vielen Jahren, Wettbewerb und Qualität in das Gesundheitswesen zu bringen, indem zum Beispiel Leistungserbringer an Verträgen teilnehmen und sich in ihrem Angebot unterscheiden sollen. Gleichzeitig hält der Gesetzgeber aber immer wieder am starren zentralen Planungskonzept fest, welches nicht geeignet ist, um gleichzeitig verschiedenen Aufgaben gerecht zu werden, die aus der immer größeren Heterogenität von Versorgungsregionen resultieren. Diese kommen im direkten Nebeneinander von ländlichen Versorgungsengpässen und

städtischer Überversorgung zum Ausdruck. Schließlich hat das bestehende System mit zentraler Bedarfsplanung die bereits herrschenden oder zumindest drohenden Versorgungsengpässe im ländlichen Raum offensichtlich nicht verhindern können. Seine Grundlagen gehen auf das Gesundheitsreformgesetz (GRG) 1989 zurück. Bis heute wird als ‚bedarfsgerecht‘ das Verhältnis von Einwohnern und Ärzten zum 31.12.1990 zugrunde gelegt und schreibt damit Fehlversorgungen bis heute fort. Regionen, die 1990 unterversorgt waren, sind es bis heute und der Anreiz, sich in schon gut versorgten Regionen niederzulassen, ist nach wie vor groß. So wächst die Zahl der Ärzte in gut bis überversorgten Regionen eher weiter, während sie in strukturschwachen Regionen von einem ohnehin geringen Niveau aus sinkt.

### 1.1 Demografische Entwicklung und veränderter Versorgungsbedarf

Die ungleichen Versorgungsniveaus treffen zudem auf ein Land, in dem die Auswirkungen des demografischen Wandels schon deutlich werden.

Wenn über den demografischen Wandel gesprochen wird, müssen zwei wesentliche Entwicklungen betrachtet werden: Unter dem Begriff demografischer Wandel wurde in Deutschland in den letzten Jahren vor allem die natürliche Bevölkerungsentwicklung (Geburten- versus Sterberaten) (Statistisches Bundesamt 2016) betrachtet. Die immer älter werdende Gesellschaft erfordert sowohl in Bezug auf ihre Mobilität eine andere Versorgungsstruktur als auch in Bezug auf ihre Morbidität (chronische Erkrankungen) darüber hinaus auch einen anderen Versorgungsbedarf. Hinzu kommt, dass Dank der medizinisch-technologischen Entwicklung (chronische) Erkrankungen früher diagnostiziert und gleichzeitig erfolgreicher (und somit länger) therapiert werden.

Der demografische Wandel betrifft aber auch das Verhältnis von Erwerbstätigen und Ruheständlern – weniger Ärzte, weniger Pflegende, insgesamt weniger Menschen im erwerbsfähigen Alter werden einen höheren Anteil an älteren Menschen zu versorgen haben.

Zusammen mit dem sich ändernden Versorgungsbedarf erfordert das ein Umdenken in Sachen Delegation und Substitution, vor allem von medizinisch-pflegerischen Leistungen. Während in Deutschland sehr stark an der Kompetenz und Verantwortlichkeit des Arztes festgehalten wird, zeigen internationale Vergleiche, dass die Möglichkeiten, andere Fachberufe einzubeziehen, in Deutschland nicht annähernd ausgeschöpft werden (Kurscheid u. Beivers 2012). An diesen lässt sich zudem ablesen, dass die Delegation ärztlicher Tätigkeiten und die Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Gesundheitsberufen die zukünftigen Versorgungsprobleme nicht ausreichend lösen können. Zusätzlich bedarf es der modernen telemedizinischen Möglichkeiten, die eine vernetzte Versorgung bahnen und transsektorale Kooperationen ermöglichen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu schaffen.

### 1.2 Finanzielle Entwicklung

Die Beitragsfinanzierung der Gesundheitsausgaben stößt angesichts des demografischen Wandels an Systemgrenzen: Vor dem Hintergrund der begrenzten finanziellen

Ressourcen erscheint es unverantwortlich, auf Honorarforderungen der Anbieterseite mit einer Beitragserhöhung zu reagieren – egal ob durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam oder nur durch die Arbeitnehmer finanziert. Eine alternative Finanzierungsmöglichkeit über steuerfinanzierte Ergänzungen ist ebenfalls kritisch zu bewerten. Zum einen unterliegt die Steuerfinanzierung tendenziell konjunkturellen Einflüssen, zum anderen ist sie aufgrund ihrer Abhängigkeit von politischen Entscheidungen zudem sehr strategiefällig, zumal die Rationalität solcher politischen Entscheidungen dabei weit außerhalb des Gesundheitswesens liegen kann (Holzinger u. Augurzky 2015).

In den 2000er-Jahren waren die Gesetzesinitiativen der Gesundheitsminister, auch wenn sie den Wettbewerb zwischen den Akteuren verbessern wollten, auch als Gesetze zur Kosteneinsparung ausgestaltet, weil es aufgrund konjunktureller Abhängigkeiten der Sozialversicherung darum ging, finanzielle Defizite auszugleichen. Meist blickte man missgünstig auf die Finanzpolster der Privaten Krankenversicherung. Diese Spargesetze, zusammen mit der Neugestaltung der Beitragssätze, den Gesundheitsfonds und den Morbi-RSA, wirkten. Zusammen mit dem wirtschaftlichen Aufschwung seit 2010 wurden Gelder in den Gesundheitsfonds und die gesetzlichen Krankenkassen gespült, die sich Ende 2013 zu einem stattlichen Polster von über 30 Mrd. Euro (Statista 2016) anhäuferten. Der Gesundheitsminister der großen Koalition, Hermann Gröhe, konnte quasi aus dem Vollen schöpfen und hat in einer bemerkenswerten Geschwindigkeit den Koalitionsvertrag in Form von Gesetzesinitiativen abgearbeitet. Heraus kamen bis Ende 2015 sieben große Reformwerke<sup>1</sup>, bei denen kein einziges dieser Gesetze Einsparpotenziale aufwies. Im Gegenteil: Die Gesetze sahen direkte Ausgaben vor (Innovationsfonds: 1,2 Mrd. in vier Jahren für innovative Versorgungsprojekte und Versorgungsforschung, Strukturfonds: 500 Mrd. Euro zum Umbau unwirtschaftlicher Krankenhäuser). Aber auch Beschlüsse, deren Ausgaben Jahre später zum Tragen kommen, wie die Veränderung der Definition der Pflegebedürftigkeit. Das sind teilweise notwendige Regelungen, vor allem, um mit Blick auf die demografische sowie die medizintechnologische Entwicklung die zukünftigen Herausforderungen zu bewältigen. Daneben darf jedoch nicht vergessen werden, dass auch die Finanzierung des Gesundheitssystems über Jahre hinaus gedacht werden muss.

Dabei führt schon allein die Steigerung der Anzahl an Vertragsärzten und Ärzten mit zunehmender Spezialisierung der medizinischen Fachdisziplinen dazu, dass die Bereitstellung eines immer größeren Finanzvolumens zur Vergütung der Ärzte seitens der Leistungserbringer gefordert wird. Das Beitragsaufkommen allein kann mit den zukünftigen Ausgaben vermutlich nicht Schritt halten. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen, da die vor allem in dieser Legislaturperiode beschlossenen Gesetze in den kommenden Jahren einen Katalysatoreffekt auf die Gesundheitsausgaben haben werden. Eine nachhaltige Finanzierung wird auch in Zukunft eine der Herausforderungen sein, um unser Gesundheitssystem als das zu erhalten, was es heute ist: Ein solidarisches Gesundheitssystem mit wohnortnaher Versorgung und einem schnellen Zugang zur Innovation.

---

1 Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-FQWG (2014), Präventionsgesetz (2015), Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG (2015), Krankenhausstrukturgesetz – KHSG (2015), Hospiz- und Palliativ-Gesetz (HPG, 2015) Zweites Pflegestärkungsgesetz PSG-II (2015), E-Health-Gesetz (2015)

### 1.3 Technische Entwicklung

Zunehmend kann eine verstärkte Nutzung neuer Technologien dazu führen, dass sich die medizinische Versorgung im ambulanten Bereich verändert. Der Gesetzgeber hat in 2015 ein E-Health-Gesetz auf den Weg gebracht, das die schon längst geplante technologische Infrastruktur schnell umsetzen und den Weg für die Anpassung an künftige technologische Entwicklung bereiten soll. Im Zuge dieses Gesetzes wurde unter anderem die konkrete Einführung der elektronischen Gesundheitskarte mit Terminbindung und Strafzahlungen bei Verzögerung festgelegt, da sie zuvor über fast ein Jahrzehnt boykottiert wurde und dabei ca. 1,2 Mrd. Euro (Stand: 30.06.2015) verschlungen hat (Deutsche Apothekerzeitung 2015). Die eGK ist jedoch mittlerweile technologisch überholt, denn inzwischen haben Begriffe wie E-Health, Internetmedizin, Gesundheits-Apps, Wearables den Gesundheitsmarkt und das Gesundheitswesen erobert und werden ihn nachhaltig verändern (Zukunftsinstitut GmbH 2015). Neue Technologien wie Smartphones und Tablets können einfacher bedient werden, womit zunehmend auch ältere Patienten erreicht werden können. Der interessierte Patient findet inzwischen eine Fülle von Informationen zu seiner Erkrankung im Netz. Im Gegenzug wird der Arzt immer häufiger mit Patienten konfrontiert, die sich vor der Konsultation umfangreich im Internet informiert haben, teilweise aus nicht gesicherten Quellen, die darüber hinaus für den Patienten oftmals nicht mehr nachzuvollziehen sind (RSD GmbH 2015). Dies kann für das Arztgespräch zusätzliche Zeit erfordern – die der Arzt aufgrund der beschriebenen Entwicklung immer weniger zur Verfügung hat. Hier kann ein neuer Markt entstehen, der den Arzt in seiner Arzt-Patienten-Kommunikation und Aufklärung mit gesicherten Informationen unterstützt (Schäfer et al. 2015).

Die geforderten intelligenten technologischen Lösungen können, gekoppelt mit neuen Versorgungskonzepten, künftig dazu beitragen, Versorgungsengpässe sowie Unterversorgung zu kompensieren und die knapper werdende Ressource Arzt sinnvoll zu unterstützen. Im Hinblick auf die Zuwanderung anderer Kulturen können technologische Lösungen helfen, z.B. kulturelle oder sprachliche Hürden in der Versorgung zu überwinden.

### 1.4 Organisation der Versorgung

Die zunehmende Anzahl von Berufsausübungsgemeinschaften, die Implementierung und Verbreitung von Medizinischen Versorgungszentren mit angestellten Ärzten sowie die Einrichtung von Zweigpraxen sind Beispiele veränderter Organisationsformen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Gesetzgeber hat vor allem mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (GKV-VÄndG) 2007 und weiteren Gesetzesinitiativen viele Regelungen getroffen, um die Möglichkeiten der ärztlichen Berufsausübung zu flexibilisieren. Sowohl die Feminisierung des ärztlichen Berufsstandes, die sogenannte ‚Generation Y‘ und die sich verändernden privaten Lebensentwürfe machen eine flexiblere Gestaltung der ärztlichen Tätigkeit dringend erforderlich.

Neben den vielfältigen Möglichkeiten anstelle des Modells Einzelpraxis fördert der Gesetzgeber auch schon seit vielen Jahren die Vernetzung im ambulanten Bereich. Die damit verbundenen Anforderungen haben ihren Teil dazu beigetragen, dass sich die Arztnetze in der Vergangenheit zunehmend professionalisiert haben. Die Zahl

der losen (und häufig unverbindlichen) Netzverbände geht zurück, die schlagkräftigen und wirtschaftlich tragfähigen Netzwerkstrukturen nehmen zu. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in 2012 wurden Netze erstmals ins SGB V aufgenommen, seither gibt es Richtlinien, nach denen die KVen Praxisnetze anerkennen. Später wurde mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) in 2015 die mögliche Finanzierung für Netze aus dem allgemeinen Honorar durch die KVen gestärkt. Diese Regelung wurde im GKV-VSG von einer ‚Kann-Regelung‘ in eine ‚Muss-Regelung‘ verstetigt.

Ein weiteres Feld zur Verbesserung der Versorgung in der Fläche ist die Stärkung nichtärztlicher Leistungserbringer. Verschiedene Modellprojekte wie Schwester AGNES, VERAH und MoNi brachten seit 2004 die notwendigen Nachweise für Wirtschaftlichkeit und Verbesserung der Versorgung. Der ausdrückliche Wunsch des Gesetzgebers, nach Ausweitung der Abrechnungsmöglichkeiten wurde immer zögerlich umgesetzt. Seit 2013 ist nun die Abrechnung von nichtärztlichen Leistungen – erbracht durch eine nichtärztliche Praxisassistentin (NäPa) – möglich<sup>2</sup>.

Das Verfahren wurde in einer Delegations-Vereinbarung geregelt und EBM-Ziffern zur Abrechnung eingeführt.

## 1.5 Sektorenübergreifende Versorgung

Die sektorale Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland und die daraus resultierenden Probleme von Informations- und Kommunikationsbrüchen sind lange als nicht unerheblicher Kostenfaktor bekannt, der mit teilweise erheblichen Qualitätsverlusten einhergeht. Seit dem Sachverständigenratsgutachten, das 2001 die Begriffe Über-, Unter- und Fehlversorgung prägte, gibt es kein Gutachten, das nicht explizit auf die Missstände der sektoralen Versorgung mit all seinen Konsequenzen hinweist (Sachverständigenrat 2001). Die Bemühungen des Gesetzgebers, die sektorenübergreifende Versorgung mit unterschiedlichsten Anreizen zu versehen, hat bis dato keinen nachhaltigen Erfolg gezeigt. Eine Erklärung hierfür ist, dass den Akteuren weder genügend Zeit dafür gegeben, noch notwendige finanzielle Mittel ausreichend zur Verfügung gestellt wurden, um passende Infrastrukturen aufzubauen. Unterschiedlichste Instrumente wie die Öffnung der Krankenhäuser über das ambulante Operieren (§ 115 SGB V), der spezialfachärztlichen Versorgung § 116 SGB V o.ä., aber auch beispielsweise die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung haben noch nicht den Nachweis einer effizienten Versorgung erbracht. Dies wird wahrscheinlich auch nur schwer möglich sein und so lange keinen Erfolg bringen, solange keine integrierte Bedarfsplanung außerhalb der tradierten Trennung in ambulante und stationäre Versorgung auf den Weg gebracht ist. Weder die Bedarfsplanungsrichtlinie, noch das aktuelle Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) hat diese längst überfällige Fehlkonstruktion versucht zu reformieren. Die Enquete-Kommission zur Strukturreform der GKV hat diese Forderung bereits Ende der 1980er-Jahre ebenso erhoben wie der Gesundheits-Sachverständigenrat in diversen Gutach-

---

2 Anlage 24 des Bundesmantelvertrages: Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 30.08.2013, in Kraft getreten am 01.01.2015. Bei der Abrechnung ist zu beachten, dass die Ausbildung der NäPa den Anforderungen genügen muss, sowie ggf. Abrechnungsausschlüsse, z.B. nicht parallel zu Hausarztverträgen nach § 73b SGB V

ten der 1990er- und 2000er-Jahre. Die Umsetzung dieses Postulats ist jedoch angesichts der bestehenden Trennung von Landesplanung in der stationären und der Zuständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung des GKV-Systems für die ambulante ärztliche Versorgung schon deshalb schwierig, da es sowohl unterschiedliche Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen gibt, als auch voneinander abweichende Planungsgrundlagen und Instrumentarien zur Messung des Versorgungsbedarfs. Eine im Detail wie auch immer gestaltete integrierte Bedarfsplanung bedarf einer einheitlichen Datengrundlage, die es erst noch zu schaffen gilt. Zudem bedarf sie regionaler Versorgungsverantwortung.

Neben der Bedarfsplanung stehen einer sektorenübergreifenden Versorgung die unterschiedlichen Honorierungssystematiken im ambulanten und stationären System entgegen. Trotzdem hat der Gesetzgeber seit dem GKV-GMG in 2004 keine Gesetzesinitiative ausgelassen, um die sektorenübergreifende Versorgung voranzubringen: bislang in Form von Vertragsoptionen (§ 140a SGB V) oder in der Öffnung von Krankenhäusern (§§ 115a, b, 116a, SGB V) sowie der Schaffung eines 3. Sektors – der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV, § 116b SGB V).

Solange die Trennung der Sektoren in ihren Strukturen so bleibt und nur durch Eigeninitiative der Leistungserbringer überwunden werden kann, können Ärztenetze und Kooperationen diese Verbindung schaffen. So werden in regionalen Kooperationen intersektorale Behandlungspfade entwickelt, Überleitungsbogen benutzt, Inhalte von Entlassbriefen umgestaltet, wenn die Akteure der Sektoren miteinander in Kommunikation treten und arbeiten.

### 1.6 Allokation

Die Ungleichverteilung der vertragsärztlichen Ressourcen zwischen städtischen und ländlichen Regionen konnte das System der Bedarfsplanung nicht verhindern. Die bereits beschriebene Fehlallokation von ärztlichen Ressourcen spitzt sich insbesondere in den strukturschwachen Regionen zu, in denen nicht nur vermehrt ältere und chronisch erkrankte Menschen leben, sondern zunehmend Ärzte aus Altersgründen in den Ruhestand gehen. Das Durchschnittsalter der Ärzte steigt kontinuierlich, insbesondere bei den Hausärzten ist der Anteil der über 60-Jährigen mit 32% besonders hoch (KBV 2014). Die Nachbesetzung dieser Praxen gestaltet sich seit vielen Jahren schwierig. Finanzielle Anreize von z.B. KVen führten nur vereinzelt zum Erfolg. Die beruflichen und ökonomischen Gründe, die gegen eine Niederlassung in strukturell benachteiligten Gebieten sprechen, sind längst bekannt: Der Privatpatientenanteil ist meist niedrig und der Anteil älterer, multimorbider Patienten mit hohem Behandlungsaufwand ist hingegen hoch. Häufig sind Notdienste und ggf. Hausbesuche zu leisten. Je nach Region sind die Wege zu den Patienten sehr zeitaufwendig. Darüber hinaus sind die Aussichten für einen späteren Praxisverkauf deutlich schlechter als in attraktiven Städten. Entscheidender für viele Ärzte und deren Familien ist jedoch die oftmals wenig attraktive soziale und kulturelle Infrastruktur der ländlichen Regionen: Es sind die häufig fehlenden Angebote an Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen, geringe berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für den Partner, die schlechten Verkehrsanbindungen, fehlende Einkaufs- und Freizeitmöglichkeiten sowie ein mangelndes kulturelles Angebot.

Während in strukturschwachen Regionen ein politischer Handlungsdruck hinsichtlich der Sicherstellung einer nachhaltigen Versorgung im Vordergrund steht, zieht die Überversorgung andere unerwünschte Versorgungswirkungen nach sich. Der Konkurrenzdruck innerhalb der Ärzteschaft birgt die Gefahr, Anreize zur Fehlversorgung und zu einer medizinisch nicht induzierten Ausweitung der Leistungsmenge zu setzen. Die Überversorgung ist im Ergebnis aber nicht oder nur wenig versorgungsgerecht, unwirtschaftlich und teuer, sie bindet auch personelle und finanzielle Mittel in ohnehin attraktiven Regionen. Diese Mittel würden in weniger gut oder sogar unterversorgten Regionen dringend benötigt werden, um den Versicherten ein notwendiges Versorgungsangebot wohnortnah zur Verfügung stellen zu können.

## 1.7 Regionale statt großer Lösungen

Es überrascht nicht, dass gerade in unterversorgten Regionen viele Arztnetze entstanden sind. Die politische Steuerung vermag es bislang ebenso wenig wie die ärztliche Selbstverwaltung, Versorgungsprobleme kurzfristig zu lösen. Kein Zuschlag für Ärzte in strukturschwachen Regionen, keine Förderung von Medizinstudenten schafft unmittelbar Facharzttermine, die für die Mitbehandlung von komplexen chronischen Erkrankungen dringend erforderlich sind. Selektivverträge bieten flexiblere Antworten, um Unterversorgung bedarfsgerecht zu erhalten und zu finanzieren. Der Bedarf an zum Beispiel augenärztlichen Untersuchungen reicht ja vielleicht auch gar nicht für eine Niederlassung, muss aber dennoch einigermaßen wohnortnah gedeckt werden. Vertragskonstrukte, die Ärzten bedarfsgerechte Einsätze angemessen finanzieren, sind eine gute Antwort auf Versorgungsprobleme. Für die Organisation solcher regionalen Versorgungskonzepte braucht es Zusammenschlüsse von Ärzten, die als Verhandlungspartner zur Verfügung stehen.

Arztnetze können Partner in Verträgen sein, vom gemeinsamen Netzmanagement profitieren, Case Management etablieren oder Betriebe bei der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützen – die Einzelpraxis allein könnte solche Projekte nicht stemmen. Für die dringend notwendige Vernetzung im Gesundheitswesen ist die Vernetzung der ambulanten Akteure ein wichtiger erster Schritt. Ein zweiter wäre dann die konsequente regional organisierte Versorgung. Dabei ist es durchaus denkbar, dass eine Kerngruppe von lokalen Versorgungspartnern die Versorgungsverantwortung übernimmt und mit einem professionellen Management gemeinsam gestaltet, letztgenanntes ist zwar noch reines Wunschenken, jedoch hat der Gesetzgeber mit der Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen durch die KVen ein klares Zeichen für Vernetzung gesetzt. Anfang 2016 waren laut KBV 32 Netze bundesweit nach § 87b SGB V als Praxisnetz anerkannt (KBV 2016).

## Literatur

Deutsche Apothekerzeitung (2015) Millionen-Kosten: eGK muss ausgetauscht werden. URL: <https://www.deutsche-apotheker-zeitung.de/news/artikel/2015/06/30/Millionen-Kosten-eGK-muss-ausgetauscht-werden> (abgerufen am 10.03.2016)

Holzinger S, Augurzky B (2015). Netzwerkmedizin – Fakten. Diskurs. Perspektiven für die praktische Umsetzung. medhochzwei Verlag Heidelberg



- KBV (2014) Gesundheitsdaten: Niedergelassene Ärzte werden immer älter. URL: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php> (abgerufen am 10.03.2016)
- KBV (2016) Praxisnetze. URL: <http://www.kbv.de/html/18491.php> (abgerufen am 10.03.2016)
- Kurscheid C, Beivers A (2012) Vernetzte Versorgung – Modell für die Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel. In: Hellmann W (Hrsg.) Handbuch Integrierte Versorgung. 38. Aktualisierung. medhochzwei Verlag Heidelberg
- Kurscheid C, Beivers A (Hrsg.) (2014) Gesundheits- und Sozialpolitik. Kohlhammer Stuttgart
- RSD GmbH (2015) 4. Nationaler EPatient Survey 2015. Berlin
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001) Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bundestagsdrucksache 14/5660
- Schäfer M, Quiring O, Rossmann C, Hastall MR, Baumann E (2015) Gesundheitskommunikation im Wandel. Nomos Baden-Baden
- Statista (2016) Rücklagen von Krankenkassen (GKV) und Gesundheitsfonds in Deutschland in den Jahren von 2013 bis 2015 (in Milliarden Euro). URL: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/244333/umfrage/finanzierungssaldo-von-krankenkassen-gkv-und-gesundheitsfonds/> (abgerufen am 10.03.2016)
- Statistisches Bundesamt (2016). Bevölkerungsvorausberechnung. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Bevoelkerungsvorausberechnung.html> (abgerufen am 10.03.2016)
- Zukunftsinstitut GmbH (2015) Die Philips Gesundheitsstudie 2015. Frankfurt am Main