

Herausforderungen der regionalen Versorgung nach dem Versorgungsstrukturgesetz – Tagungsbericht –

Kerstin Palsherm (BGW) und Benjamin Röns (Sozialrechtsverbund Norddeutschland e. V.)

Am 15. November 2012 veranstaltete der Sozialrechtsverbund Norddeutschland e. V. (SVN) zusammen mit der DAK-Gesundheit im Hause der Techniker Krankenkasse (TK) in Hamburg die interdisziplinäre wissenschaftliche Tagung „Herausforderungen der regionalen Versorgung nach dem Versorgungsstrukturgesetz“.

Bei dem im Jahre 2008 gegründeten SVN handelt es sich um einen gemeinnützigen Zusammenschluss von Sozialleistungsträgern sowie Hochschullehrer/innen mit dem Ziel, das Sozialrecht in Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein zu fördern sowie die Begegnung von Wissenschaft und Praxis noch wirksamer zu gestalten.¹ Einmal im Jahr wird eine wissenschaftliche Tagung organisiert, um interdisziplinär ein übergeordnetes sozialversicherungsrechtliches Thema zu betrachten.² Ziel der Veranstaltung am 15. November 2012 war es, die Auswirkungen des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) auf die regionale Versorgung darzustellen und in Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis Lösungsansätze zu erarbeiten.

Dr. Jens Baas, Vorstandsvorsitzender der TK, hob in seiner Begrüßung hervor, dass eine Tagung zum GKV-VStG gerade für die TK als bundesweit agierende Krankenkasse, aber auch für alle anderen von diesem Gesetz tangierten Sozialversicherungs- und Sozialleistungsträger, von erheblicher Bedeutung sei und wünschte den Teilnehmer/innen in diesem Sinne eine erkenntnisreiche und spannende Tagung. *Dr. Eckhard Bloch*, Justiziar der DAK-Gesundheit und Sprecher des SVN, welcher die Tagung leitete, hob nach einer kurzen Selbstdarstellung des SVN hervor, dass der Schwerpunkt der Tagung auf der regionalen Versorgungsstruktur und somit auf der Sicherstellung flächendeckender medizinischer Versorgung liege. In diesem Sinne wünschte er den Zuhörerinnen und Zuhörern eine erkenntnisreiche Tagung und übergab

1 Weitere Informationen unter www.sozialrechtsverbund.de

2 Vgl. *Welti* [Hrsg.], Das Rehabilitationsrecht in der Praxis der Sozialleistungsträger, 2009; *Bieback* [Hrsg.], Neue Mitgliedschaft in der Sozialversicherung – Auf dem Weg in die Volksversicherung?, 2010; *Igl* [Hrsg.], Verbraucherschutz im Sozialrecht – Sozialleistungsberechtigte als Verbraucher, Nutzer und Mitgestalter sozialer Leistungen: Auf dem Weg zu einem eigenständigen Verbraucherschutz im Sozialrecht, 2011; *Schuler-Harms* [Hrsg.], Konsensuale Handlungsformen im Sozialleistungsrecht, 2012.

das Wort an *Dr. Thomas Flint*, Richter am Landessozialgericht Hamburg, welcher die Tagung in der Folge, wie auch in vergangenen Jahren, mit viel Sachverstand und Humor moderierte.

Den ersten Teil der Tagung eröffnete der Vortrag von *Prof. Dr. Bertram Häussler*, IGES Institut GmbH, zu den Problemen der regionalen Versorgungsstruktur. Einleitend stellte er fest, dass der Begriff der „Versorgungsstruktur“ ein Synonym für die Verfügbarkeit von Behandlungsressourcen sei und dass diesen ein objektiver Bedarf gegenüberstehe, welcher jedoch nur zur Inanspruchnahme führe, wenn zugleich ein subjektiver Bedarf gegeben und wenn die Inanspruchnahme durch ein adäquates Finanzierungssystem abgesichert ist. Da jedoch alle vorgenannten Größen regional sehr unterschiedlich verteilt sein können, bestehe die Befürchtung, dass die prinzipielle Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems im Einzelnen nicht ausgeschöpft werde. Weiterhin hänge die „Versorgungsstruktur“ auch von dem Angebot an tatsächlichen Leistungskapazitäten unterschiedlicher Versorgungsebenen und Professionen, der logistischen Struktur eines Versorgungsgebietes, der Zusammenarbeit der Einrichtungen sowie von Aktivitäten zur gesundheitlichen Aufklärung und Motivation der Bevölkerung ab. Zur Verdeutlichung dieser These ging er sodann auf die regionale Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen ein. Diesbezüglich legte er zuerst dar, dass man die psychotherapeutische Versorgung in Ballungsgebieten beinahe als übersättigt bezeichnen könne, sie jedoch bereits in den Peripherien deutlich abnehme und ländliche Gebiete schließlich schlichtweg unterversorgt seien. Diese ungleiche Versorgung führe zu Problemen beim Leistungszugang, welche sich in längeren Wege- und Wartezeiten niederschlagen. Zugleich dürfe man bei der Betrachtung der Versorgungsstruktur aber nicht auf der rein quantitativen Ebene verharren, sondern müsse sie auch aus funktionaler Sicht betrachten. So würde es sich empfehlen, den subjektiven Bedarf durch eine bessere Aufklärung über bestehende Behandlungsmöglichkeiten sowie über die Bedeutung von Gesundheitsprävention im Allgemeinen zu steigern. Resümierend führte *Prof. Dr. Häussler* aus, dass zur Verbesserung der regionalen medizinischen Versorgung neben dem reinen „Köpfe zählen“ daher auch eine eher funktionale Betrachtung der Versorgungsstruktur ratsam sei. Insbesondere eine „Landflucht“ der Betroffenen könnte hierdurch verhindert werden.

Dr. Rainer Hess, Ehemaliger Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses, widmete sich in der Folge der Frage der Lösungsmöglichkeiten für Defizite und Ungleichheiten in der regionalen Versorgungsstruktur. Diese seien zwar durch die im GKV-VStG enthaltenen Instrumente zur besseren Steuerung der regionalen Versorgung im Hinblick auf die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung und ihre Koordination mit der stationären Versorgung abgeschwächt worden. Den sich abzeichnenden Mangel in der Versorgung ländlicher Regionen

können sie nach seiner Ansicht jedoch nicht oder zumindest nicht alleine abwenden. Hierfür wäre vor allem eine bundeseinheitliche Grundstruktur der vertragsärztlichen Versorgung notwendig, welche durch die neu zu erlassende Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu realisieren sei. Grundzüge der neu zu erlassenden Bedarfsplanungsrichtlinie sollten dabei die Aufhebung der Stichtagsbindung, die Verfeinerung der Arztgruppenbildung, die Regionalisierung durch Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen mit dem Instrument der kleinräumigen Bedarfsplanung, die Berücksichtigung von Krankenhausangeboten anstatt von Sonderbedarfszulassungen sowie die Berücksichtigung regionaler Abweichungen bei den arztgruppenbezogenen Verhältniszahlen sein. In der neu zu erlassenden Bedarfsplanungsrichtlinie sollten jedoch auch, um regionale Besonderheiten in der Demografie und der Morbidität auszugleichen, weitergehende Differenzierungen vorgenommen werden. In diesem Zusammenhang hob er insbesondere die Gewährleistung der pflegerischen und geriatrischen Versorgung in ländlichen Regionen aufgrund der sich demografiebedingt ändernde Morbidität hervor. Ob die neue Richtlinie diese Vorgaben im Sinne einer besseren regionalen Versorgung umsetzt, könne aufgrund der andauernden Beratungen noch nicht beantwortet werden, jedoch ging *Dr. Hess* davon aus, dass das GKV-VStG diesbezüglich zumindest für eine ausreichende Sensibilisierung gesorgt hat.

Im Rahmen der folgenden Diskussion debattierte das Plenum intensiv über noch bestehende Mängel der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen. Insbesondere wurde hervorgehoben, dass neben den genannten Maßnahmen auch die stationäre pflegerische Versorgung verbessert werden müsste und der Korrelation zwischen ärztlicher Versorgung und dem Grad der Gesundheit der Bevölkerung mehr Beachtung geschenkt werden sollte.

Nach der Mittagspause beleuchtete *Dr. Bernard Gibis*, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Lösungsansätze des GKV-VStG zur neuen Bedarfsplanung. Einleitend stellte er fest, dass die Bedarfsplanung zwei übergeordnete Ziele verfolge: Zum einen lege sie die Zahl der Ärzte und Psychotherapeuten fest, die im System der GKV ambulante Leistungen erbringen. Zum anderen Sorge sie für eine gleichmäßige Verteilung der Zulassungen über das gesamte Bundesgebiet. Während frühere Bedarfsplanungen seiner Ansicht nach dem zweiten grundlegenden Ziel der Bedarfsplanung leider nicht ausreichende Aufmerksamkeit geschenkt haben und es daher zu Unterversorgungen im ländlichen Raum kam, sei der Aspekt der Verteilung von Ärzten und Psychotherapeuten, gerade im ländlichen Raum, mittlerweile in den Vordergrund getreten. Um diese Entwicklung weiter zu befördern, hat die KBV in ihrem Reformvorschlag zur neuen Bedarfsplanungsrichtlinie folgende Maßnahmen gefordert: Sicherstellung

eines gleichmäßigen Versorgungszugangs, Förderung der wohnortnahen Versorgung, feingliedrige Steuerung der hausärztlichen Versorgung, Planungssicherheit für vorhandene und neue ambulante Ärzte, Berücksichtigung von Mitversorgereffekten sowie die Vereinfachung der Versorgungsplanungssystematik. Man sollte aber auch nicht vergessen, dass die Bedarfsplanung nur ein Instrument zur Verbesserung der regionalen Versorgung sei, das GKV-VStG daneben aber auch eine Vielzahl anderer Regelungen zur Mitverantwortung der Länder, zur Förderung der Sicherstellung medizinischer Leistungen sowie Maßnahmen zur Stärkung der Attraktivität der Arzt- und Psychotherapieberufes enthalte, welche in gleichem Maße zur Verbesserung der regionalen Versorgung genutzt werden sollten. Abschließend äußerte sich *Dr. Gibis* zuversichtlich, dass die vorgenannten Instrumente im Zuge der Beratungen über die neue Bedarfsplanungsrichtlinie auch genutzt werden, um die regionale Versorgung zu verbessern. In seinem sich anschließenden Statement ging *Dr. Volker Möws*, Leiter der Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern der TK, im Schwerpunkt auf die Situation der regionalen Versorgung im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern ein und wies auf den Umstand hin, dass ein regionales Abweichen im Bereich der beiden Kernkriterien Demografie und Morbidität sicherlich wünschenswert sei, jedoch sollte diese Abweichung dann so konkret wie möglich formuliert werden, um zum gewünschten Erfolg führen zu können. Auch *Dr. Anja Tiedemann*, Gemeinsamer Bundesausschuss, sprach sich in ihrem Statement für die stärkere Berücksichtigung regionaler Besonderheiten aus, wobei sie diesbezüglich die Stärkung der Befugnisse auf Landesebene als geeignetes Mittel ansah.

Im Anschluss tauschte sich das Plenum über die Frage aus, welche diesbezüglichen Erfahrungen vor Ort gemacht wurden und wie diese dazu beitragen könnten, die künftige Bedarfsplanung zu optimieren.

Prof. Dr. Friedhelm Hase, Universität Bremen, beschäftigte sich in der Folge mit den neuen Instrumenten der Zulassung, wobei er eingangs darauf hinwies, dass es in der GKV kaum einen derart umstrittenen Regelungsbereich wie die Bedarfsplanung und die mit ihr zwingend verbundenen zulassungsrechtlichen Folgen gebe. So werde der Bedarfsplanung durch die ständige Rechtsprechung des BSG höchste verfassungsrechtliche Bedeutung zuerkannt, während ausgewiesene Fachleute ihr zumindest in ihrer bisherigen Form erhebliche Mängel attestieren. Seinerseits stellte er die These auf, dass die Zulassung als primäres Instrument der Bedarfsplanung in ihrer bisherigen Form ein konzeptionell nicht sehr überzeugendes, eher unflexibles und einseitig status-quo bezogenes Instrument sei. Nach seiner Ansicht resultieren die gegenwärtigen strukturellen Mängel der Bedarfsplanung aus dem Umstand, dass für einen längeren Zeitraum

die Tendenz bestand, als Bemessungsgrundlage der Bedarfsplanung die tatsächlichen Gegebenheiten des Jahres 1990 anzusetzen, was dazu führte, dass die Bedarfsplanung die tatsächliche Situation nicht mehr ausreichend berücksichtigte. Zwar sei derartigen Mängeln im Laufe des letzten Jahrzehnts entgegengesteuert worden und auch das GKV-VStG sei in diesem Zusammenhang als „relevanter Schritt nach vorn“ zu sehen, jedoch müsse man dazu übergehen, die Zulassungsbegrenzung im Rahmen der Bedarfsplanung nicht mehr nur als starres Planungsinstrument anzusehen, sondern sie vielmehr zur Flexibilisierung und Feinsteuerung der Bedarfsplanung einzusetzen. Abschließend äußerte *Prof. Dr. Hase* die Hoffnung, dass durch das Fortschreiten dieser Entwicklung die Bedarfsplanung zukünftig keine fast schon gewaltsame Drosselung des Zugangs zur kassenärztlichen Versorgung, sondern eine umfassende, sachlich fundierte und flexible Gewährleistung einer angemessenen Versorgungsstruktur darstellen wird. *Karl Nagel*, Leiter der Landesvertretungen Bremen und Mecklenburg-Vorpommern des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), ging in seinem Statement auf die einzelnen gesetzlichen Regelungen zum Zulassungsrecht ein und merkte im Hinblick auf eine Verbesserung der Bedarfsplanung kritisch an, dass das GKV-VStG zwar Neuregelungen zum Abbau von Unterversorgungen enthalte, jedoch keine zum Abbau von Überversorgungen. Dies sei ein Umstand, welcher aus seiner Sicht einer flexibleren Bedarfsplanung nicht unbedingt förderlich sei.

Nach den Vorträgen tauschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in reger Art und Weise über das Für und Wider von Zulassungsbeschränkungen im Bezug auf die Optimierung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung aus.

Die regionale Versorgung im europäischen Vergleich betrachtete schließlich *Dr. Sebastian Weber*, Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik. Nachdem er vorab darstellte, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung per se für jedes Land eine Herausforderung darstelle, verglich er in der Folge die jeweiligen Versorgungslagen in Schweden, Großbritannien, Italien, Frankreich und Spanien. In Schweden werde die Gesundheitsversorgung durch die regionale und kommunale Verwaltung sichergestellt, wobei die Gemeinden für die Versorgung ihrer Bevölkerung selbst verantwortlich sind. Großbritannien führe bezüglich der Sicherstellung der regionalen Versorgung seit dem Jahr 2012 eine Abkehr von der Steuerung durch den zentralisierten National Health Service hin zu einer Sicherstellung der Versorgung mittels Zusammenschlüssen von Hausarztpraxen auf regionaler Ebene durch, welche medizinische Leistungen für ihr jeweiliges Zuständigkeitsgebiet einkaufen. In Italien werde zwar ein landesweit einheitlicher Versorgungsstandard sowie ein nationaler Gesundheitsplan festgelegt, jedoch kann jede Region auch höhere Qualitätsstandards bestimmen. Die Sicherstellung der Versor-

gung obliegt dabei den jeweiligen Regionen. Frankreich begann im Jahr 2009 Einrichtungen auf regionaler Ebene zu schaffen, welche nunmehr die Verantwortung für die gesundheitliche und soziale Versorgung in den Regionen tragen. In Spanien bestehe eine Allgemeiner Gesundheitsdienst mit 17 regionalen Gesundheitsdiensten, welche in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung sicherstellen. Die Erstversorgung werde dabei über Gesundheitszentren sichergestellt, welche von den Patienten zuerst aufgesucht werden müssen. Als Fazit zog *Dr. Weber* den Schluss, dass sich die Gewährleistung der regionalen Versorgung angesichts der unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Europa zwar unterschiedlich ausprägen, sich jedoch insgesamt eine Entwicklung zu mehr regionalen Strukturen und Verantwortlichkeiten beobachten lässt.

Im Anschluss tauschte sich das Plenum über die verschiedenen Lösungsansätze auf europäischer Ebene aus und kam zu dem Schluss, dass unabhängig von den gewählten Methoden die Tendenz zu mehr regionaler Verantwortung auf jeden Fall zu begrüßen sei.

Sein abschließendes Resümee zur Tagung begann *Prof. Dr. Wolfgang Schütte*, Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, mit dem Verweis auf einen Beitrag in der Zeitschrift *Gesellschaft und Gesundheit* mit dem Titel „Null Bock auf Landleben“³. Die in diesem Werk veranschaulichte und sich immer weiter verschärfende Problematik der Landflucht ist seiner Ansicht nach einer der zentralen Anlässe der heutigen Veranstaltung. Positiv hob er diesbezüglich hervor, dass im Rahmen der Veranstaltung vielfältige Lösungsansätze erkennbar wurden. So zum Beispiel eine funktionalere Betrachtung der Versorgungsstruktur, die Beachtung der sich demografiebedingt ändernden Morbidität, die Stärkung der Attraktivität medizinischer Berufe sowie die Ausrichtung der Bedarfsplanung an zeitnahen Bezugswerten. Jedoch müsse auch herausgearbeitet werden, wie die vorgenannten Lösungsansätze im Einzelnen zu implementieren wären, um für die Praxis der regionalen medizinischen Versorgung auch einen entsprechenden Nutzen zu entfalten. Abschließend merkte *Prof. Dr. Schütte* an, dass in Zukunft mehr darauf geachtet werden sollte, die Bedarfsplanung aus Sicht der Leistungsberechtigten vorzunehmen, daher der Frage Berücksichtigung zu schenken, an welchem „Maßstab“ der Maßstab des Bedarfs eigentlich auszurichten ist.

Dr. Eckhard Bloch, Justiziar der DAK-Gesundheit und Sprecher des SVN, schloss die Tagung mit dem Hinweis darauf, dass sie ein gelungenes Beispiel dafür war, wie Praxis und Wissenschaft zum Nutzen der Versichertengemeinschaft zusammengebracht werden können.

3 *AOK-Bundesverband*, Null Bock auf Landleben, GuG Spezial 10/2010.

Weiterhin sprach er der TK seinen herzlichen Dank für die gelungene organisatorische Durchführung der Tagung aus und verabschiedete die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit dem Hinweis auf den im 2. Quartal 2013 im LIT-Verlag erscheinenden Tagungsband.