

WORKING PAPER FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Nummer 205, Februar 2021

Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen

Thomas Gerlinger

© 2021 by Hans-Böckler-Stiftung
Georg-Glock-Straße 18, 40474 Düsseldorf
www.boeckler.de



„Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen“ von Thomas Gerlinger ist lizenziert unter

Creative Commons Attribution 4.0 (BY).

Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/de/legalcode>)

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. von Schaubildern, Abbildungen, Fotos und Textauszügen erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

ISSN 2509-2359

Inhalt

Zusammenfassung.....	4
1. Einleitung	8
2. Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention	10
2.1 Aufwertung und Modernisierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention	10
2.2 Fehlsteuerungen und Unzulänglichkeiten	13
2.3 Institutionelle Fragmentierung und Koordinationsmängel.....	16
2.4 Die Rolle der Krankenkassen.....	18
2.5 Der Öffentliche Gesundheitsdienst.....	20
2.6 Zwischenfazit	23
3. Primärversorgung als integriertes Konzept für den Erstzugang zum Versorgungssystem.....	25
3.1 Mängel eines arztzentrierten Erstzugangs	25
3.2 Merkmale eines Primärversorgungsmodells	27
3.3 Zwischenfazit	29
4. Integration der Versorgungsstrukturen	30
4.1 Integrationsbedarf	30
4.2 Disease-Management-Programme	32
4.3 Hausarztzentrierte Versorgung	37
4.4 Ambulante Behandlung im Krankenhaus	42
4.5 Zwischenfazit	44
5. Medizinische Versorgungszentren.....	47
5.1 Merkmale und Reformziele	47
5.2 Entwicklung Medizinischer Versorgungszentren	49
5.3 Zwischenfazit	55
6. Versorgung in Stadt und Land.....	57
6.1 Vertragsärztliche Versorgung.....	57
6.2 Krankenhausversorgung	64
6.3 Zwischenfazit	72
7. Handlungsempfehlungen.....	75
Literatur.....	81

Zusammenfassung

Zu den bedeutendsten Qualitätsanforderungen eines modernen Gesundheitssystems zählt die Integration, also die umfassende und koordinierte Bearbeitung aller Gesundheitsprobleme über den gesamten Versorgungsweg von der Gesundheitsförderung und Primärprävention über die Krankenversorgung bis zur Rehabilitation und Pflege. So sind Krankheitsvermeidung und Krankenbehandlung mit einer Vielzahl sozialer und psychischer Faktoren verknüpft, die sich am besten in der engen Kooperation unterschiedlicher professioneller Akteure beeinflussen lassen. In der Krankenversorgung führt die Spezialisierung zu einer wachsenden Zahl an einzelnen Interventionen am Patienten oder an der Patientin. Verstärkt wird dieser Trend durch den demographischen Wandel, denn mit ihm wächst die Zahl multimorbider Menschen. Mit dem Zusammenwirken beider Prozesse steigt die Zahl der an der Behandlung eines Patienten oder einer Patientin beteiligten Spezialistinnen und Spezialisten. Daraus ergibt sich die Dringlichkeit einer umfassenden und kontinuierlichen Betreuung und Koordinierung in Krankenversorgung und Pflege.

Integration ist eine Herausforderung, die sich in allen Gesundheitssystemen reicher Länder stellt. Allerdings ist diese Herausforderung in Deutschland besonders groß, weil die Fragmentierung aus historischen Gründen hier besonders ausgeprägt ist. Dies liegt erstens an den unterschiedlichen Zuständigkeiten von Bund und Ländern auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik und den vielfältigen vertikalen Politikverflechtungen im Verhältnis beider Ebenen. Zweitens kommt das Nebeneinander von Staat und Sozialversicherungsträgern hinzu, insbesondere der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und ihren Akteuren. Drittens spielen unterschiedliche Kompetenzzuschreibungen an Leistungserbringer, die Träger mächtiger Interessen und zugleich zu einflussreichen Interessenverbänden zusammengeschlossen sind – ob als Körperschaften im Rahmen der GKV oder als freie Lobbyisten –, eine erhebliche Rolle bei der Gestaltung des Gesundheitssystems. Diese Konstellation bringt eine Vielzahl von formellen und informellen Veto-Spielern in der Gesundheitspolitik hervor und errichtet damit hohe Hürden für Reformen, auch für die Etablierung integrierter Versorgungsstrukturen.

Dies gilt zunächst für die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention. Diese haben in der jüngeren Vergangenheit eine deutliche Aufwertung erfahren. Dies kommt auf verschiedenen Handlungsfeldern zum Ausdruck, insbesondere in einer Modernisierung des Präventionsrechts, aber auch in einem Aufschwung einschlägiger Aktivitäten. Auf dem Gebiet der Krankenversorgung zeichnet sich Deutschland durch ei-

ne hohe Arzt- und Bettendichte und eine sehr gute Ausstattung mit medizinisch-technischen Geräten aus. Allerdings sind die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen nicht hinreichend eingestellt.

Gesundheitsförderung und Primärprävention nehmen nach wie vor einen viel zu geringen Stellenwert ein. Insbesondere gilt dies für solche Interventionen, die auf die Schaffung gesundheitsgerechter Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention) bzw. auf eine Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention zielen. Maßnahmen der reinen Verhaltensprävention, die im Allgemeinen als wenig nachhaltig einzustufen sind, haben nach wie vor ein erhebliches Gewicht. Zudem wird die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsförderung und Primärprävention durch die unzureichende Koordination der zahlreichen Akteure dieses Handlungsfelds eingeschränkt.

Das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz setzt an diesen Mängeln an. Krankenkassen haben in den letzten Jahren in Gesundheitsförderung und Prävention eine erhebliche Bedeutung erlangt und ihr Handeln spürbar professionalisiert. Allerdings ist zu bezweifeln, dass sie für eine komplexe Koordination von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in den unterschiedlichen Lebenswelten geeignet sind. Zudem haben sie aufgrund des Kassenwettbewerbs ein starkes Interesse an einer Konzentration auf im Allgemeinen wenig wirksame Formen der individuellen Verhaltensprävention.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst fristet ein Schattendasein und hat bisher nur teilweise die erforderlichen Modernisierungsprozesse in Richtung auf Gesundheitsförderung und Koordinierung von Akteuren in Verwaltung und Zivilgesellschaft vollzogen. Die Corona-Krise hat Politik und Gesellschaft die große Bedeutung der Gesundheitsämter für eine bevölkerungsbezogene Prävention in Erinnerung gerufen und Maßnahmen für ein Wiedererstarken des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgelöst.

Reformbedarf gibt es aber nicht nur in der Gesundheitsförderung und Prävention, sondern auch an der Schnittstelle dieser Bereiche mit der sozialen Fürsorge, der Pflege sowie der Beratung und Versorgung bei geringfügigeren Gesundheitsproblemen. Diese Handlungsfelder sind institutionell weitgehend voneinander getrennt. Dies führt dazu, dass individuelle Bedarfe häufig nicht erkannt, nicht angemessen bedient und bei der Versorgung bzw. Betreuung nicht aufeinander abgestimmt werden.

Die Krankenversorgung ist trotz zahlreicher Reformbemühungen nach wie vor durch eine unzureichende Koordination der Sektoren gekennzeichnet. Disease-Management-Programme und hausarztzentrierte Versorgung bringen eine Verbesserung der Handlungskoordination in der medizinischen Versorgung und stärken eine sektorenübergreifende

Versorgung. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus sind punktuell erweitert worden, insgesamt nach wie vor aber nur schwach entwickelt.

Medizinische Versorgungszentren haben in den letzten Jahren stark an Verbreitung gewonnen, werden ihrer ursprünglichen Absicht einer multiprofessionellen Kooperation aber nicht gerecht, sondern sind im Kern Kooperationsformen in der Medizin. Sie haben das Potenzial, zu einer Integration von ambulanter und stationärer Versorgung beizutragen, insbesondere zu einer gut koordinierten Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt. Gerade von Krankenhäusern getragene Medizinische Versorgungszentren könnten aber auch dazu neigen, Patienten in ein trägereigenes Haus einzuweisen, möglicherweise auch dann, wenn die Indikation für eine Krankenhauseinweisung zweifelhaft ist.

In der vertragsärztlichen Versorgung ist in benachteiligten Regionen vereinzelt eine Unterversorgung eingetreten, in anderen droht sie. Dies gilt insbesondere für die hausärztliche Versorgung, weil hier der großen Zahl der altersbedingt demnächst ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte eine deutlich geringere Zahl neuer Facharztabschlüsse gegenübersteht und der Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten gleichzeitig wächst. Allerdings kann mit Blick auf die gesamte Bundesrepublik nicht von einer Unterversorgung gesprochen werden. In der großen Mehrzahl von Zulassungsbezirken existiert – gemessen an den Verhältniszahlen der Bedarfsplanung – sogar eine Überversorgung mit Vertragsärztinnen und -ärzten. Der Bund sowie Länder, Kommunen und die Selbstverwaltung haben eine Vielzahl von Gegenmaßnahmen in die Wege geleitet, deren Erfolg aber bisher ausgeblieben ist. In der Krankenhausversorgung existieren ebenfalls regionale Ungleichgewichte bei einer verbreiteten Überversorgung in Ballungsräumen.

Durchgreifende Verbesserungen verlangen eine weitere Aufwertung von Gesundheitsförderung und Primärprävention. Dabei sind insbesondere solche Maßnahmen auszuweiten, die eine Verbesserung der Lebensverhältnisse („Verhältnisprävention“) und der Strukturen in den Lebenswelten der Menschen (z. B. Arbeit, Stadtteil, Kommune – „Setting-Ansatz“) in den Mittelpunkt rücken. Zugleich sind sie Aktivitäten in Gesundheitsförderung und Prävention stärker auf die Risikogruppen, insbesondere auf sozial Benachteiligte zu richten, weil diese im Allgemeinen den größten Belastungen ausgesetzt sind und zugleich über vergleichsweise geringe personale Ressourcen zur Bewältigung dieser Belastungen verfügen. Zugleich ist der Öffentliche Gesundheitsdienst finanziell, personell und technisch durchgreifend zu stärken. Dies sollte nicht nur mit dem Ziel geschehen, ihn bei der Durchführung seiner klassischen Aufgaben (Hygieneüberwachung, Identifikation von Risiken, Un-

terbrechung von Infektionsketten) zu unterstützen, sondern auch mit dem Ziel, ihn zur Initiierung und Koordination kommunaler und regionaler Aktivitäten in der Gesundheitsförderung zu befähigen.

An der Schnittstelle zwischen Gesundheitsförderung und Prävention, Krankenversorgung und sozialer Fürsorge können Primärversorgungsmodelle einen wichtigen Beitrag zu einer bedarfsgerechten Versorgung leisten. Primärversorgungsmodelle sind gemeindenahе, multiprofessionelle – also von Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Physiotherapeutinnen und -therapeuten und anderen Gesundheitsberufen getragene – Versorgungs- und Betreuungseinrichtungen, die einen niedrighschwelligен Eratzugang zum Versorgungssystem ermöglichen und ein umfassendes Leistungsspektrum anbieten.

Auf dem Gebiet der Krankenversorgung steht weiterhin die Überwindung der nach wie vor recht starren Grenzen zwischen den Versorgungssektoren, insbesondere zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, im Mittelpunkt. Erfolgreiche Bemühungen zur Integration von Versorgungsstrukturen und -verläufen wie Disease-Management-Programme und die hausarztzentrierte Versorgung sind auszubauen. Medizinische Versorgungszentren, die eine bessere Koordination sowohl innerhalb der ambulanten Versorgung als auch an den Übergängen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ermöglichen sollen, müssen in ihrer disziplinenübergreifenden, multiprofessionellen Ausrichtung gestärkt werden.

Ein Schlüssel für die Schaffung bedarfsgerechter und zugleich kosteneffizienter Versorgungsstrukturen ist die Etablierung einer sektorenübergreifenden, also die ambulante und die stationäre Versorgung integrierenden Bedarfsplanung. Grundsätzlich muss diese Bedarfsplanung in staatlicher Zuständigkeit unter demokratischer Beteiligung der Nutzerinnen und Nutzer sowie der Leistungsanbieter erfolgen. Zugleich sind rechtliche Möglichkeiten zu schaffen, die Krankenhäuser grundsätzlich für die ambulante Behandlung zu öffnen. Damit können sich auch die Funktionen von Krankenhäusern in Abhängigkeit von den jeweiligen Versorgungsbedarfen und Versorgungsstrukturen regional ausdifferenzieren.

1. Einleitung

Effektive und effiziente Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen sind ein tragender Pfeiler des Wohlfahrtsstaats. Sie tragen dazu bei, der Krankheitsentstehung vorzubeugen und Erkrankte schnell und gut zu versorgen (Sachverständigenrat 2018). Damit sind sie ein wichtiger Einflussfaktor auf Lebensdauer und Lebensqualität der Bevölkerung. Zugleich tragen effektive und effiziente Versorgungsstrukturen zu einer sparsamen Mittelverwendung im Gesundheitswesen bei und dämpfen damit den Anstieg der von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern aufgebrauchten Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Strukturen des deutschen Gesundheitswesens stehen aus unterschiedlichen Gründen vor großen Herausforderungen (Sachverständigenrat 2018). Im Zeichen des demographischen Wandels nimmt die Bedeutung chronischer Erkrankungen zu. Die Corona-Krise hat Politik und Gesellschaft schmerzlich in Erinnerung gerufen, dass der lange vernachlässigte Öffentliche Gesundheitsdienst für eine effektive bevölkerungsbezogene Präventionspolitik unverzichtbar ist.

Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung erfordern weit stärker als früher eine multiprofessionelle Kooperation und eine wirksame Koordination der Akteure und Handlungsebenen. Das deutsche Gesundheitswesen ist auf allen diesen Handlungsfeldern traditionell stark fragmentiert. Wichtige Gründe liegen in der föderalen Staatsordnung, im Nebeneinander von Staat und Sozialversicherungsträgern (Kießling 2016) und in unterschiedlichen Zuständigkeiten von Gesetzlicher Krankenversicherung und Ländern auf einigen Feldern der Gesundheitsversorgung (Tennstedt 1977).

Die vorliegende Analyse fragt danach, in welcher Weise sich die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems bei den Bemühungen um eine verbesserte Integration in der jüngeren Vergangenheit gewandelt haben und welche Schwachstellen sie nach wie vor aufweisen. Daran anknüpfend werden Handlungsempfehlungen für die weitere Richtung der Reformpolitik formuliert.

Die Analyse setzt sich zunächst mit der Organisation von **Gesundheitsförderung und Prävention** auseinander (Kapitel 2). Dabei gilt ein besonderes Augenmerk der institutionellen Fragmentierung dieses Handlungsfeldes und der Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das folgende Kapitel 3 befasst sich mit dem Problem eines niedrigschwiligen Zugangs zur Versorgung im Rahmen einer an der Schnittstelle von Prävention und Gesundheitsförderung angesiedelten **multiprofessionellen Primärversorgung**. Hintergrund ist der Befund, dass das deutsche Gesundheitssystem sehr arztzentriert ist, dieses

Merkmal den Zugang zum Versorgungssystem erschwert und eine nicht immer adäquate Hilfestellung begünstigt.

Die folgenden Kapitel rücken die Krankenversorgung in den Mittelpunkt. Die Kapitel 4 und 5 analysieren die Bemühungen um eine Überwindung der sektoralen Abschottung der unterschiedlichen Versorgungssektoren. Kapitel 4 befasst sich mit **Instrumenten** zur sektorenübergreifenden Integration von Versorgungsverläufen, den strukturierten Behandlungsprogrammen („Disease-Management-Programme“), der hausarztzentrierten Versorgung und der Erweiterung ambulanter Behandlungsmöglichkeiten am Krankenhaus. Es folgt eine Analyse der Einführung und Verbreitung **Medizinischer Versorgungszentren**, die vor allem zu einer besseren Koordinierung der Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung beitragen sollen. Sodann analysiert Kapitel 6 das Problem der regionalen Ungleichverteilung von Krankenversorgungseinrichtungen in der ambulanten und in der Krankenhausversorgung. Abschließend werden aus den Befunden Handlungsempfehlungen für eine Reform der Versorgungsstrukturen abgeleitet.

2. Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention

2.1 Aufwertung und Modernisierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention

In der deutschen Gesundheitspolitik lässt sich seit einigen Jahren eine wachsende Aufmerksamkeit für Gesundheitsförderung und Prävention feststellen. Ihre Aufwertung zeigt sich u. a. in folgenden Entwicklungen:

- Mit dem 2016 in Kraft getretenen Präventionsgesetz wurden die Rahmenbedingungen für eine koordinierte und zielgerichtete Präventionspolitik verbessert (Gerlinger 2016).
- Für die Gewerkschaften und die betrieblichen Interessenvertretungen der Arbeitnehmer hat die betriebliche Gesundheitspolitik weiter an Bedeutung gewonnen (Urban 2019), und auch auf Arbeitgeberseite zeigt sich insgesamt ein wachsendes Interesse an diesem Thema (Lenhardt 2017).
- Die Krankenkassen wurden als ein neuer Akteur der Gesundheitsförderung und Primärprävention etabliert und erlangten auf diesem Feld gerade in den letzten Jahren eine wachsende Bedeutung (Gene/Reese 2017).
- Auf einer Vielzahl von Handlungsfeldern werden Regelungen und Maßnahmen getroffen, die auf ein gesundheitsgerechtes Verhalten und die Vermeidung von Risikofaktoren zielen. Dafür stehen u.a. das 2007 verabschiedete Bundesnichtraucherschutzgesetz, das durch unterschiedlich weit gehende Regelungen in den Ländern umgesetzt wurde, aber auch verschiedene Maßnahmen wie etwa die Einschränkung der Werbung für Tabakprodukte, das Abgabeverbot für Rauchwaren für Personen unter 18 Jahre und die Pflicht des Arbeitgebers zur Gewährleistung des Nichtraucherschutzes in Arbeitsstätten.
- Weitere wichtige Handlungsfelder sind die Themenkomplexe „Ernährung“, „Bewegung“ und „Alkohol“. Hier weisen öffentliche Aufklärungskampagnen, vor allem getragen von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes und andere epidemiologisch relevante Krankheiten als mögliche Folgen einer ungesunden Lebensweise hin. Im Hinblick auf die Abgabe von Alkohol an Jugendliche und die Kennzeichnung von alkoholhaltigen Getränken sind gesetzliche Bestimmungen in den letzten Jahren verschärft worden. Bei den Themen „Ernährung“ und „Bewegungsmangel“ wird seit längerem über eine Kennzeichnungs-

pflicht von Lebensmitteln („Ampel“) oder einer Steuer auf besonders ungesunde Lebensmittel (z. B. eine Zuckersteuer) diskutiert.

Darüber hinaus hat der Bundesgesetzgeber das Gesundheitsförderungs- und Präventionsrecht in den zurückliegenden Jahren auf einigen Handlungsfeldern modernisiert. Dies gilt insbesondere für das Arbeitsschutzrecht, das mit dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 erstmals einheitlich gefasst wurde. Es stellt mit der Erweiterung bzw. Neuausrichtung der Schutzphilosophie, der Einführung neuer Präventionsinstrumente, der Orientierung auf eine stärkere Arbeitnehmerpartizipation und der inhärenten Dynamisierung des Schutzhandelns eine bedeutende Innovation des Präventionsrechts dar. Ähnliches gilt für die mit der Verabschiedung des Siebten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VII) im Jahr 1996 vorgeschriebene Erweiterung des Präventionsauftrags für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Lenhardt/Rosenbrock 2019).

Zur Modernisierung zählt auch die 1989 in Kraft getretene Beauftragung der Krankenkassen mit Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung (§ 20 SGB V). Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1999 wurden den Krankenkassen die Verfolgung innovativer Ziele, nämlich eine Verringerung der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen, und detaillierter Vorgaben für die Qualitätssicherung der von Krankenkassen getragenen Maßnahmen auferlegt, nämlich die Pflicht, Ziele, Zugangswege und Methoden unter Beteiligung unabhängigen Sachverständigen zu definieren. Das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz knüpfte an diese vor allem 1999 geschaffenen Grundlagen an und entwickelte sie weiter (Gerlinger 2016; Geene/Reese 2017).

Mit diesen Entwicklungen folgt die Politik einem gesellschaftlichen Makrotrend, genießt doch Gesundheit als Wert und Ziel in der Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert. Wenn politische Entscheidungsträger Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention ausweiten, wissen sie sich zumeist in Übereinstimmung mit breiten Teilen der Bevölkerung.

Allerdings erschöpft sich staatliche Präventionspolitik nicht in der bloßen Antwort auf sozialen Wandel. Vielmehr ist sie zugleich auch Ausdruck einer zielgerichteten Interessenpolitik, die weitgehende gesellschaftspolitische Implikationen aufweist. Im Zentrum der Legitimation für die Stärkung und Modernisierung der Prävention steht das Narrativ des demographischen Wandels und die von ihm ausgehenden Wohlstandgefährdung. Mit ihm wird ein breites Bedrohungsszenario konstruiert: eine drastische Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen und von Pflegebedürftigkeit und, damit einhergehend, ein erheblicher Kostenanstieg bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung, in der Kran-

kenversorgung noch verstärkt durch den medizinischen Fortschritt und die mit ihm verbundene Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten – dies alles bei sich deutlich verschlechternden Verhältniszahlen von Beitragszahlern und Leistungsempfängern. Dabei fängt das Problem – so die Problemdeutung – nicht erst im Rentenalter an. Mit dem Durchschnittsalter der Erwerbstätigen erhöht sich auch die Wahrscheinlichkeit von Produktivitätsverlusten aufgrund krankheitsbedingter Fehlzeiten und von Frühberentungsfällen.

Aus Sicht politischer Entscheidungsträger werden die steigende Zahl und der steigende Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung also zu einem sozialen und vor allem volkswirtschaftlichen Problem ersten Ranges. Gesundes und aktives Altern soll dem entgegenwirken; es wird zu einem Leitbild für alte Menschen und zu einem Ziel von Gesellschafts- und Gesundheitspolitik (van Dyk/Lessenich 2009).

Verstärkte Gesundheitsförderung und Primärprävention sollen dazu beitragen, Kosten für die medizinische und pflegerische Versorgung und den Versorgungsbedarf auf einen möglichst kurzen Zeitraum vor dem Ende eines nicht mehr zu verlängernden Lebens zu begrenzen („compression of morbidity“), um vor allem Arbeitgeber und öffentliche Haushalte von Ausgaben zu entlasten. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen seltener krank werden, die Belastungen bei der Arbeit besser bewältigen und bis zur – bereits erhöhten oder noch weiter zu erhöhenden – Regelaltersgrenze oder sogar noch länger arbeiten können. Ein gesundes und aktives Altern kann aber auch dazu befähigen, sich ehrenamtlich zu engagieren, selbst Familienangehörige zu pflegen oder auf anderen Feldern sozialer Dienstlungen tätig zu werden und so Ausgaben für professionelle Dienstleistungen zu begrenzen.

Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention sind in diesem Sinne Teil einer **Sozialinvestitionsstrategie**, die darauf zielt, nicht mehr primär – wie die klassische, redistributiv-kompensatorische Sozialpolitik – soziale Benachteiligungen abzufedern und Partizipationschancen für diese Gruppen zu verbessern, sondern vor allem Ausgaben für Soziales zu vermeiden und die Produktivitätspotenziale von Gesundheit zu erschließen.

Der Umbau von Sozialpolitik in Richtung auf Sozialinvestitionen zur Steigerung volkswirtschaftlicher Produktivität wird seit Jahren in zahlreichen Ländern verfolgt (Morel/Palier/Palme 2012; Midgley/Dahl/Wright 2017). So heißt es bereits 2013 in einer Mitteilung der Europäischen Kommission:

„Investing in health, starting from an early age, allows people to remain active longer and in better health, raises the productivity of the work force and lowers the financial pressure on health systems. Health promotion and preventive

health care are particularly important throughout life. In this context, it is also important to highlight the advantages deriving from investing in health and safety at work. [...] Later in life, health and active ageing policies enable people to make the most of their potential. The contributions of older people to society as carers for others or volunteers are often overlooked, and they should be given adequate support to pursue this." (European Commission 2013: 14).

Diese Sozialinvestitionsstrategie ist auch ein Kernelement der von der Europäischen Kommission vorgeschlagenen Strategie „Europe 4Health“ (Europäische Kommission 2020).

2.2 Fehlsteuerungen und Unzulänglichkeiten

Der skizzierten Aufwertung und Modernisierung von Gesundheitsförderung und Primärprävention stehen allerdings gravierende Mängel und problematische Tendenzen gegenüber. Insgesamt betrachtet haben die nichtmedizinische Primärprävention und die Gesundheitsförderung in der Gesundheitspolitik – gemessen an ihren Potenzialen – ein viel zu geringes Gewicht. Nach wie vor sind die Ausgaben gering. Die Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes bezifferte die Ausgaben für Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung im Jahr 2018 auf knapp 22,3 Milliarden Euro, das waren nur 5,7 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben in Höhe von knapp 391 Milliarden (Statistisches Bundesamt 2020a).

In diesen Zahlen sind zudem auch die Ausgaben für die Sekundärprävention, also die Krankheitsfrüherkennung, enthalten. Zwar gibt es viele Maßnahmen für den Gesundheitsschutz, die nicht bei den Gesundheitsausgaben erscheinen, denken wir z. B. an den Umweltschutz, aber dennoch verdeutlichen diese Zahlen, dass der Stellenwert der Prävention in der Gesundheitspolitik insgesamt gering ist. Die Krankenkassenausgaben für Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention beliefen sich im Jahr 2019 auf 0,63 Milliarden Euro, das entsprach 0,25 Prozent ihrer Gesamtausgaben (Tabelle 1).

Tabelle 1: Ausgaben für Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung

Leistungsarten	Ausgaben	
	in Mio. Euro	Anteil an den jeweiligen Gesamtausgaben
Prävention/Gesundheitsschutz, allgemeiner Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung (Gesundheitsausgabenrechnung des Bundes für 2018)	22.274	5,7 %
Prävention (Gesetzliche Krankenversicherung 2019)	630	0,25 %

Quelle: eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt 2020a und Bundesministerium für Gesundheit 2020a

Ein weiterer gravierender Mangel besteht in der Dominanz der individuellen Verhaltensprävention. Nach wie vor spielen Schulungen, Kurse, Informationen zu Themen wie Rauchen, Alkohol, Ernährung, Bewegung oder Stressbewältigung im Spektrum der Präventionsaktivitäten eine zentrale Rolle (Gerlinger/Rosenbrock 2021). Dabei gelten derartige Interventionsformen, wenn sie nicht mit einer Veränderung der Lebensverhältnisse, z. B. einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch den Abbau von arbeitsbedingtem Stress, einer Verbesserung der Luftqualität oder einem Ausbau der sozialen Sicherung, verknüpft werden, im Allgemeinen als wenig effektiv (Kolip et al. 2019). So ist denn auch die Qualitätssicherung bei Interventionskonzepten sehr entwicklungsbedürftig (ebd.). Zielgruppenspezifische, komplexe lebensweltbezogene und partizipativ gestaltete Prävention („Setting-Ansatz“), die sowohl auf risikounspezifische und -spezifische Gesundheitsbelastungen als auch auf individuelle und kollektive Gesundheitsressourcen einwirkt, spielt nur eine geringe Rolle. So entfällt der Löwenanteil der Krankenkassenausgaben für Gesundheitsförderung und Primärprävention nach wie vor auf die individuelle Verhaltensprävention (siehe Kapitel 2.4).

Ferner ist das Interesse an einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit als übergreifendem Ziel der Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionspolitik trotz der gestiegenen Aufmerksamkeit eher gering. Sie bleibt deutlich hinter den Herausforderungen und Möglichkeiten zurück, obwohl die Lebenserwartung und die Lebensjahre ohne Behinderung in Deutschland wie in anderen reichen Ländern nach wie vor entscheidend vom sozialen Status abhängen (z. B. Richter/Hurrelmann 2009; Geyer 2021). Den Einsatz von Ressourcen auf diesen Problem-

komplex zu konzentrieren ist nicht nur ein Gebot der Herstellung von Chancengleichheit, sondern könnte auch den Wirkungsgrad der eingesetzten Mittel erhöhen. Der geringe Stellenwert der Verringerung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen verweist auf ein weiteres Problem der Präventionspolitik: Sie orientiert sich generell zu wenig an gemeinsamen Zielen und richtet ihre Anstrengungen zu wenig auf besonders vulnerable Gruppen, z. B. auf sozial Benachteiligte, Arbeitslose oder Geflüchtete. Das 2016 in Kraft getretene Präventionsgesetz sieht Maßnahmen für eine effektivere Koordinierung der Akteure in Gesundheitsförderung und Primärprävention und eine stärkere Orientierung an gemeinsamen Zielen vor. Es wird abzuwarten sein, ob mit dieser Rechtsgrundlage das Ziel einer Verringerung der Ungleichheiten von Gesundheitschancen auch in der Praxis an Bedeutung gewinnt (siehe Kapitel 2.4).

Zudem ist die Rechtsetzung auf einigen Gebieten keineswegs konsequent, das geltende Recht wird nicht angemessen angewendet. So bleiben die deutschen Bestimmungen zur Tabakkontrolle deutlich hinter denen vieler europäischer Nachbarn zurück. Ein Werbeverbot, das in fast allen Ländern Europas gilt, ließ sich bis vor kurzem nicht durchsetzen und soll nun von 2022 an wirksam werden. Im Bereich des Arbeitsschutzes haben wir es zwar mit einem modernen Recht zu tun, das sich bisher aber nur teilweise in einer entsprechenden Präventionspraxis niederschlägt. Zahlreiche der aus der Arbeit erwachsenden Gesundheitsgefahren, wie prekäre Beschäftigung (Leiharbeit, befristete Beschäftigung etc.), die Dauer und Lage der Arbeitszeiten, die deutlich voranschreitende Arbeitsverdichtung mit ihren vielfältigen psychischen und somatischen Folgen (Stress, interessierte Selbstgefährdung, Burnout, psychische und psychosomatische Erkrankungen etc.) finden nicht die ihnen gebührende Beachtung. Zu den großen Problembereichen zählt die Umsetzung in Kleinbetrieben sowie die Durchführung der psychischen Gefährdungsbeurteilung (Beck 2011). Begünstigt werden diese Implementationsprobleme durch einen Abbau des Aufsichts- und Beratungspersonals im staatlichen Arbeitsschutz und bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Mit dem Rückgang der Kontrolldichte sinkt auch die Gefahr von Sanktionen, und damit steigt der Anreiz für Arbeitgeber, gesetzliche Vorschriften zu umgehen oder nicht so genau zu nehmen.

Somit stellt sich Präventionspolitik in Deutschland höchst widersprüchlich dar: Es lässt sich ein Nebeneinander von Tatendrang und Tatenlosigkeit, von Präventionsrealität und Präventionsrhetorik feststellen. Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt nach wie vor auf Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention. Komplexe partizipationsorientierte

Interventionen, die sich am Grundsatz einer verhältnisgestützten Verhaltensprävention orientieren, also den Wandel von Lebenswelten, z. B. am Arbeitsplatz oder im Quartier, mit der Steigerung individueller und kollektiver Ressourcen, also der Kompetenzen für ein gesundheitsgerechtes Verhalten (Ernährung, Bewegung, Suchtverhalten etc.), zu verknüpfen, nimmt einen noch viel zu geringen Stellenwert ein. Trends zur Modernisierung von Prävention und Gesundheitsförderung werden begleitet – und z. T. überlagert – von der Beharrungskraft struktureller Defizite sowie von der nicht hinreichenden Bearbeitung neu auftretender Probleme. Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionspolitik in Deutschland ist somit ein Flickenteppich mit z. T. ziemlich großen Löchern.

2.3 Institutionelle Fragmentierung und Koordinationsmängel

Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention und ihre Akteure sind institutionell hochgradig fragmentiert. Die Gründe liegen in der föderalen Staatsordnung (Rudzio 2015) und der Eigenschaft des deutschen Sozialstaats als eines Sozialversicherungsstaates (Kießling 2016). Diese Merkmale machen sich in der Organisation und Struktur der Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionspolitik in der vertikalen (Bund und Länder) sowie der horizontalen (diverse Sozialversicherungszweige) Differenzierung der Akteure auf diesem Handlungsfeld bemerkbar.

Der Bund ist in wichtigen Bereichen (Arbeitsschutz, Infektionsschutz, gesundheitlicher Verbraucherschutz) für die bundeseinheitliche Rechtsetzung zuständig, während die Länder neben der Umsetzung des Bundesrechts die Verantwortung für die öffentliche Gesundheit tragen und in deren Wahrnehmung eigene Landesgesetze zur öffentlichen Gesundheit bzw. Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst verabschieden. Die Kommunen tragen – verfassungsrechtlich als Teil der Länderverwaltung – die Verantwortung für die Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit, wobei die Gesundheitsämter eine wichtige Rolle spielen. Die Rechtsbestimmungen zur öffentlichen Gesundheit unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland, und auch die Gesundheitsförderungs- bzw. Gesundheitsschutzpraxis der Gesundheitsämter kann erheblich voneinander abweichen, nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch innerhalb eines Bundeslandes (Kuhn/Heyn 2015; Walter/Volkenand 2017).

Bringen allein schon diese föderalen Strukturen eine große Vielfalt in der Gesundheitsförderung und Primärprävention mit sich, so wird die

Unübersichtlichkeit noch durch die Zuständigkeiten der diversen Sozialversicherungsträger erhöht. Sie sind auf den genannten Feldern mit je eigenen gesetzlichen Präventionsaufträgen tätig (Walter 2003; Kießling 2016), aus denen je eigene Ziele und Handlungsroutinen erwachsen. Diese Merkmale begründen die große Zahl und die Heterogenität von Akteuren, Aufgaben, Interessen, Problemdeutungen, Zielen und Praktiken in der Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionspolitik, die in vielen Fällen eine effektive Handlungskoordination erschweren, wenn nicht verhindern (Kuhn 2013; Hartmann 2017).

Der Gesetzgeber reagierte auf die Abstimmungsprobleme in der Gesundheitsförderungs- und Primärpräventionspolitik, indem er mit dem Präventionsgesetz im Jahr 2016 eine neue institutionelle Struktur schuf, die eine stärkere Zielorientierung und effektive Handlungskoordination auf diesem Handlungsfeld gewährleisten soll. Im Zentrum dieser Struktur steht eine gemeinsame nationale Präventionsstrategie (§ 20d SGB V). Diese Präventionsstrategie soll in Form von bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention formuliert werden sowie die Erstellung eines Präventionsberichts umfassen. Die Rahmenempfehlungen sollen sich auf die „Festlegung gemeinsamer Ziele, vorrangiger Handlungsfelder und Zielgruppen, der zu beteiligenden Organisationen und Einrichtungen“ sowie auf Dokumentations- und Berichtspflichten beziehen (§ 20d Abs. SGB V).

Eine nationale Präventionskonferenz ist verantwortlich für die Entwicklung, Umsetzung und Fortschreibung der nationalen Präventionsstrategie (§ 20e SGB V). Die nationale Präventionskonferenz ist als Arbeitsgemeinschaft der Spitzenorganisationen der gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung konzipiert, die bei der Umsetzung eng zusammenwirken sollen. Die nationale Präventionskonferenz soll außerdem alle vier Jahre den nationalen Präventionsbericht erstellen. Ein nationales Präventionsforum, das „sich aus Vertretern der für die Gesundheitsförderung und Prävention maßgeblichen Organisationen und Verbände sowie der stimmberechtigten und beratenden Mitglieder der Nationalen Präventionskonferenz“ zusammensetzt, berät die Präventionskonferenz bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben (§ 20e Abs. 2 SGB V).

Schließlich werden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, zur Umsetzung der nationalen Präventionsstrategie auf Landesebene Rahmenvereinbarungen mit den Trägern der gesetzlichen Unfall- und der gesetzlichen Rentenversicherung und mit den für das Land zuständigen Stellen zu schließen (§ 20f SGB V). Die Krankenkassen sollen dabei auch die Belange der Pflegekassen wahr-

nehmen. Gegenstand dieser Rahmenvereinbarungen sind u. a. die einheitliche und gemeinsame Definition von Handlungsfeldern, die Koordination der Leistungen, die Klärung von Zuständigkeiten, die Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und die Zusammenarbeit mit anderen für Gesundheitsförderung und Prävention wichtigen Trägern.

Ob diese neue Struktur zu einer Überwindung der bisherigen Koordinierungsmängel führen wird, lässt sich noch nicht zuverlässig abschätzen. Die bisherigen Erfahrungen mit der Umsetzung zeigen, dass Kooperationshindernisse aufgrund unterschiedlicher Interessen bisher fortbestehen. Dessen ungeachtet ist zu bemängeln, dass das Präventionsgesetz darauf verzichtet, den Gesundheitsämtern in diesem Koordinierungsmodell verbindlich eine Rolle zuzuweisen.

2.4 Die Rolle der Krankenkassen

Die Krankenkassen spielen mittlerweile eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung und Primärprävention (siehe Kapitel 2.1). Mit dem Präventionsgesetz wurde ihre Position auf diesem Handlungsfeld weiter gestärkt (siehe Kapitel 2.3). Dieser Wandel kommt vor allem in einer steigenden Zahl von Gesundheitsförderungsprojekten und in einer Erhöhung der gesetzlich vorgesehenen Finanzmittel zum Ausdruck (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen/GKV-Spitzenverband 2019).

Traditionell befand sich die bevölkerungsbezogene Primärprävention in der Zuständigkeit der Länder und Kommunen, die entsprechende Aufgaben vor allem durch die Gesundheitsämter wahrnahmen. In Deutschland hat sich in den vergangenen knapp 30 Jahren damit eine duale Zuständigkeit für Gesundheitsförderung und Primärprävention entwickelt. Mit der herausgehobenen Bedeutung der Krankenkassen hat Deutschland eine Sonderstellung im internationalen Vergleich der sozialen Krankenversicherungsstaaten inne (Gerlinger 2019). Die parallelen Zuständigkeiten von Staat und Krankenkassen verstärken die oben (siehe Kapitel 2.3) genannten Koordinierungsprobleme auf diesem Handlungsfeld.

Jenseits dieser Koordinationsprobleme lassen sich aber auch grundsätzliche Zweifel formulieren, ob Krankenkassen tatsächlich geeignete Akteure der Gesundheitsförderung und Primärprävention sind. Erstens haben Gesundheitsförderungsprojekte in den meisten Fällen einen kommunalen Bezug. In einem modernen Verständnis von Gesundheitsförderung sind unmittelbare gesundheitsbezogene Interventionen eng

verknüpft mit erzieherischen, beratenden, sozialen, integrierenden und anderen unterstützenden Interventionen. Krankenkassen haben deutlich geringere Erfahrungen und Kompetenzen für eine Koordination dieser komplexen Maßnahmen. Zudem erstrecken sich ihre Kompetenzen nur auf einen kleinen Teil dieses Aufgabenspektrums.

Weit eher scheinen die Kommunen, ihre Verwaltungen und zivilgesellschaftliche Organisationen in den Kommunen hierfür geeignete Akteure zu sein (Luthe 2013a und 2013b; Bogumil/Seuberlich 2015). Jedenfalls ist nicht ersichtlich, warum Krankenkassen dies besser können sollten als kommunale Träger. Zweitens wird mit den Krankenkassen solchen Akteuren eine Schlüsselrolle auf diesem Handlungsfeld zugewiesen, die aus Wettbewerbsgründen ein starkes Interesse an Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention haben und aus diesem Grund an einer Gesundheitsförderung und Prävention durch die Gestaltung von Lebenswelten nur begrenzt interessiert sind. Die Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt für die Krankenkassen ökonomische Anreize, mit individuellen verhaltensbezogenen Angeboten (Kurse, Schulungen etc.), die sich primär an Gesunde oder Gesundheitsbewusste richten, ihre Attraktivität für Personengruppen mit einem geringen Behandlungsbedarf zu steigern und sich auf diese Weise Vorteile im Wettbewerb um einen niedrigen Zusatzbeitrag zu verschaffen.

Mit der erwähnten Formulierung von durch die Krankenkassen zu beachtenden Zielen und Qualitätsvorgaben im Gesundheitsreformgesetz von 1999 und deren Erweiterung mit dem 2016 in Kraft getretenen Präventionsgesetz verfolgt der Gesetzgeber die Absicht, dieser Tendenz Grenzen zu setzen. Das Präventionsgesetz macht zudem Mindestvorgaben über die Ausgaben für gemeinschaftlich von den Krankenkassen durchzuführende Maßnahmen sowie über das Ausgabenvolumen für betriebliche Gesundheitsförderung und für Maßnahmen nach dem – die Verbesserung von Lebensverhältnissen in den Mittelpunkt rückenden – Setting-Satz (2016: jeweils 2,00 Euro je Versicherten und Jahr). Im Zusammenwirken mit einer Ausgabenobergrenze für alle Maßnahmen nach §§ 20 ff. SGB V (2016: 7,00 je Versicherten und Jahr) ergibt sich zwar auch eine Obergrenze für Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention, aber dennoch belässt der gesetzliche Rahmen nach wie vor einen erheblichen Spielraum für die Durchführung derartiger Leistungen.

Tabelle 2 zeigt die Ausgaben der Krankenkassen für einzelne Leistungsarten der nichtmedizinischen Primärprävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2015, dem letzten Jahr vor dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes, und 2018. Auch wenn der Anteil von Maßnahmen

nach dem individuellen Ansatz deutlich zurückgegangen ist, so ist er nominal auch nach dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes weiter gestiegen. Nach wie vor entfallen die höchsten Ausgaben auf Maßnahmen der individuellen Verhaltensprävention.

Tabelle 2: Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für nicht-medizinische Primärprävention und Gesundheitsförderung 2015 und 2019

Präventionsform	Ausgaben					
	je Versicherten und Jahr (in Euro)	insgesamt (in Mio. Euro)	in %	je Versicherten und Jahr (in Euro)	insgesamt (in Mio. Euro)	in %
	2015			2019		
individueller Ansatz	2,87	203,2	64 %	3,08	225,3	36 %
betriebliche Gesundheitsförderung	1,08	76,2	24 %	3,28	239,9	38 %
Setting-Ansatz	0,54	38,1	12 %	2,27	165,6	26 %
insgesamt	4,49	317,5	100 %	8,64	630,8	100 %

Quelle: eigene Darstellung nach Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes/GKV-Spitzenverband 2016 und 2020

2.5 Der Öffentliche Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) und mit ihm die (kommunalen) Gesundheitsämter sind traditionell die Kerninstitutionen bevölkerungsbezogener Präventionspolitik. Dem ÖGD wird im Allgemeinen kein guter Zustand bescheinigt (hierzu und zum Folgenden: Schmacke 2013; Weth 2013; Teichert-Barthel 2013; Kuhn/Trojan 2017). Der Krisenbefund stützt sich auf zwei unterschiedliche Aspekte: erstens auf seine finanzielle und personelle Auszehrung, zweitens auf eine verbreite Neigung, in einem traditionellen Problemverständnis zu verharren.

Der ÖGD hatte bereits in den Nachkriegsjahrzehnten nicht mehr an seine vor allem in den Jahren der Weimarer Republik erlangte Bedeutung anknüpfen können (Lindner 2004). Das Konzept öffentlicher Gesundheitsvorsorge war in diesen Jahren zugunsten individualisierter Präventionskonzepte in den Hintergrund getreten. Damit stieg – maßgeblich auf Betreiben der organisierten Ärzteschaft – der niedergelassene Arzt zu einem wichtigen Akteur einer – nunmehr individualmedizinisch verstandenen – Prävention auf, nicht zuletzt im Bereich der Schwangerenvorsorge, der Mutterschafts- und Säuglingsbetreuung, die

noch in den Anfangsjahren der Bundesrepublik zu den Kernaufgaben des ÖGD gezählt hatten (Linder 2004; Kießling 2016).

Parallel dazu setzte die finanzielle Auszehrung des ÖGD ein, vor allem aufgrund der Bestrebungen von Ländern und Kommunen, ihre Ausgaben zu senken (Rosewitz/Webber 1990). Das hegemoniale Leitbild des individualmedizinisch-kurativ tätigen Arztes, der fortschreitende Kompetenzverlust des ÖGD und die im Vergleich zur Tätigkeit in der Niederlassung oder im Krankenhaus deutlich geringeren Einkommen der ÖGD-Ärzte trugen ein Übriges zum Ansehensverlust ärztlicher Tätigkeit im ÖGD bei. Diese Entwicklung setzte sich bis in die Gegenwart fort, auch wenn es immer wieder Versuche zur Revitalisierung des ÖGD gab und seine Aufgaben punktuell auch ausgeweitet wurden, vor allem auf das zunehmend als wichtig erkannte Feld der Gesundheitsberichterstattung (Schmacke 1995), das mittlerweile bereits zu einem klassischen Handlungsfeld des ÖGD aufgestiegen ist (Kurth et al. 2020).

Die Zahl der im ÖGD tätigen Ärzte ist in den letzten Jahrzehnten drastisch gesunken, nach Angaben der Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (BVÖGD) seit der Jahrtausendwende allein um ein Drittel (Teichert 2017). Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer gibt für den 31.12.2019 die Gesamtzahl der im Öffentlichen Gesundheitswesen tätigen Ärzte mit 793 an, davon 403 in Gesundheitsämtern (Bundesärztekammer 2020). Die allenthalben großen Nachwuchssorgen sind ein bedrorter Ausdruck der ÖGD-Krise.

Die Corona-Krise, die in ihr deutlich gewordene Bedeutung der Gesundheitsämter für die öffentliche Gesundheit und ihre angesichts der Unterfinanzierung großen Schwierigkeiten, diese Aufgaben zu erfüllen, haben die Aufmerksamkeit von Öffentlichkeit und Politik auf den beklagenswerten Zustand des ÖGD und die Notwendigkeit seiner Revitalisierung gelenkt. Vor diesem Hintergrund beschloss die Bundesregierung im September 2020 einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“, mit dem in einem Zeitraum von sechs Jahren zusätzliche Mittel in Höhe von insgesamt vier Milliarden Euro aufgewendet werden sollen, um insgesamt 5.000 neue Stellen im ÖGD zu schaffen und dessen technische Infrastruktur durchgreifend zu verbessern (Bundesministerium für Gesundheit 2020b). Es wird abzuwarten sein, welche Verbesserungen mit den Beschlüssen zur Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einhergehen.

Zweitens steht der ÖGD häufig wegen seiner inhaltlichen Ausrichtung in der Kritik: Diese sei mancherorts durch ein Verharren in der Wahrnehmung traditioneller Aufsichtsaufgaben und durch ein nicht mehr zeitgemäßes Problemverständnis geprägt (Schmacke 2013; Teichert-

Barthel 2013). Zu diesen traditionellen Aufgaben zählen v. a. die Gesundheits- bzw. Medizinalaufsicht, die Hygieneüberwachung und der Infektionsschutz. Die modernen Herausforderungen und Aufgaben, denen der ÖGD sich stellen müsse, umfassten hingegen die Gesundheitsförderung, die Koordination der zahlreichen lokalen und regionalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsakteure aus Zivilgesellschaft und Verwaltung (z. B. Burgi 2013; Lorentz et al. 2014; Kuhn/Trojan 2017).

So berechtigt diese Kritik ist, so verkürzt ist es, den ÖGD über einen Leisten zu schlagen, denn offenkundig ist die Varianz bei der Wahrnehmung von Aufgaben außerordentlich groß (Kuhn/Heyn 2015; Walter/Volkenand 2017). So gibt es auch Beispiele, in denen Gesundheitsämter jenseits ihrer klassischen Aufgaben vielfältige Aufgaben bei der Implementation einer modernen Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis wahrnehmen, etwa Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Gesundheitsförderung und Prävention oder die kommunale bzw. regionale Koordinierung unterschiedlicher gesundheitsrelevanter Sektoren (Kilian et al. 2013; Kuhn/Trojan 2017).

In den Bundesländern haben Gesundheitskonferenzen auf Landes- oder Regionalebene zu einer verbesserten Koordinierung von Akteuren in Prävention und Gesundheitsförderung beigetragen, allerdings ist die Wirksamkeit dieser Steuerungsgremien durch schwache Entscheidungsbefugnisse und vor allem durch den fehlenden Zugriff auf umfangreiche finanzielle Ressourcen eingeschränkt (Hollederer 2015). Gleichwohl bleiben, insgesamt betrachtet, viele Potenziale des öffentlichen Gesundheitsdienstes noch ungenutzt (Teichert-Barthel 2013). So ziehen Kuhn/Reisig (2016) folgende Zwischenbilanz der ÖGD-Modernisierung:

„Trotz dieser gelungenen Modelle und der Beobachtung, dass in zahlreichen großen, städtischen Gesundheitsämtern Gesundheitsförderung als Aufgabe etabliert werden konnte, wird der ÖGD in der Breite seinem Potenzial als Träger der Gesundheitsförderung im kommunalen Kontext nicht gerecht“ (Kuhn/Reisig 2016).

Ungeachtet dessen verfügt der ÖGD über zahlreiche große Stärken, die ihn zu einem wesentlichen und unverzichtbaren Akteur einer modernen Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik machen. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat diese Stärken folgendermaßen zusammengefasst:

„Der ÖGD hat traditionell einen bevölkerungsbezogenen Blickwinkel und arbeitet sozialkompensatorisch, gemeinwohlorientiert und frei von kommerziellen Interessen. Dies unterscheidet ihn von vielen anderen Akteuren des Gesundheitswesens. Wie kein anderer Akteur bündelt er zudem ein breites Spektrum an fachlicher Kompetenz aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen. Auf der örtlichen Ebene zeichnet er sich durch seine Bürgernähe und die Einbindung in die kommunalen Strukturen mit vielfachen Arbeitsbeziehungen zu

anderen kommunalen Behörden (z. B. Schul-, Sozial- oder Jugendamt) und Institutionen aus. Er verfügt über Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen Institutionen, Zielgruppen und Lebenswelten vor Ort (Krankenhäuser, Arztpraxen, Kindertagesstätten, Schulen, Senioren- und Pflegeheime, Wohnbezirken, Stadt- oder Gemeindeteilen usw.). Neben den bevölkerungsmedizinischen Aufgaben wird der ÖGD bei Bedarf für besondere Personengruppen auch individuellmedizinisch tätig und bietet aufsuchende Hilfen an“ (Gesundheitsministerkonferenz der Länder 2018).

Eine wichtige Voraussetzung für die Erschließung dieser Potenziale ist die Behebung des Ärztemangels im ÖGD. Der Bundesverband der Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst fordert aus diesem Grund deren tarifliche Gleichstellung mit den Krankenhausärzten. Problematisch ist allerdings, dass sich der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst e. V. (BVÖGD) 2017 einer Tarifgemeinschaft mit dem Marburger Bund mit der Absicht angeschlossen hat, die Einkommen der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD auf das Niveau der Krankenhausärztinnen und -ärzte zu heben.

Auch wenn man das Anliegen selbst teilen mag, so ist darauf hinzuweisen, dass neben den Ärztinnen und Ärzten in großer Zahl noch andere wichtige Berufsgruppen im ÖGD tätig sind, ohne die leistungsstarke Gesundheitsämter nicht vorstellbar sind. Zu diesen Berufsgruppen zählen medizinische Fachangestellte, Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Hygienekontrolleur/-innen, Sozialarbeiter/-innen und Verwaltungskräfte, Biolog/-innen, Sozial-, Gesundheits- und Rechtswissenschaftler/-innen, Pharmazeut/-innen, Psycholog/-innen, Epidemiolog/-innen und andere Gesundheitsberufe. Eine Stärkung des ÖGD wird die tariflichen Interessen dieser Gruppen in gleicher Weise zu berücksichtigen haben wie die der Ärztinnen und Ärzte.

2.6 Zwischenfazit

Gesundheitsförderung und Prävention haben in den letzten Jahren eine deutliche Aufwertung erfahren, weil gerade im Zeichen des demographischen Wandels Politik und Wirtschaft das ökonomische Potenzial von Gesundheit zu mobilisieren beabsichtigen. Ferner durchlaufen Gesundheitsförderung und Prävention einen Modernisierungsprozess. Strukturelle Probleme auf diesem Handlungsfeld bestehen aber fort: Partizipationsorientierte und Setting-basierte Interventionen haben einen zu geringen Stellenwert, ebenso die Verminderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen, während wenig effektive Maßnahmen der reinen Verhaltensprävention weiterhin stark verbreitet sind. Die Fragmentierung und Heterogenität der Akteure mit ihren je eigenen Präventionsauftra-

gen, Interessen, Ziele und Problemdeutungen erschweren eine wünschenswerte Handlungskoordination. Mit der Etablierung der Krankenkassen als wichtigen Akteuren der Gesundheitsförderung und nichtmedizinischen Primärprävention neben den traditionell zuständigen Ländern und Kommunen wurde ein Dualismus geschaffen, der dieses Problem zusätzlich verschärft. Das Präventionsgesetz hat vor diesem Hintergrund eine neue Koordinierungsstruktur geschaffen, deren Eignung sich in der Praxis allerdings erst noch erweisen muss.

Die Krankenkassen nutzen ihre Zuständigkeit für die Umwerbung „guter Risiken“, indem sie Maßnahmen der reinen Verhaltensprävention auflegen, die sich überwiegend an Gesunde oder an Gesundheitsbewusste wenden, um auf diese Weise ihre Ausgaben für die Krankenversorgung zu begrenzen und den Zusatzbeitrag als zentralen Parameter des Kassenwettbewerbs niedrig halten zu können. Die gesetzlichen Bestimmungen zur gemeinschaftlichen Verwendung eines Teils der aufgewendeten Mittel wirken dem nur unzureichend entgegen.

Der ÖGD leidet unter einer finanziellen und personellen Auszehrung und hat sich bisher nicht flächendeckend auf neue Herausforderungen eingestellt, die sich vornehmlich im Bereich der Gesundheitsförderung und der Koordination des Handelns von Akteuren aus Verwaltung und Zivilgesellschaft stellen. Die Maßnahmen zur finanziellen, personellen und technisch-infrastrukturellen Stärkung des ÖGD, die vor dem Hintergrund der in der Corona-Krise gemachten Erfahrungen beschlossen wurden, sind eine für die Bewältigung der Herausforderungen notwendige, aber nicht hinreichende Unterstützung. Um den dazu flächendeckend in die Lage zu versetzen, bedarf es eigenständiger inhaltlich-konzeptioneller Innovationsbemühungen der Länder und Kommunen.

3. Primärversorgung als integriertes Konzept für den Erstzugang zum Versorgungssystem

3.1 Mängel eines arztzentrierten Erstzugangs

Das Morbiditätspektrum in reichen Gesellschaften ist von chronischen Krankheiten bestimmt (Richter/Hurrelmann 2009). Gerade unter den Bedingungen der gesellschaftlichen Alterung greift auch Multimorbidität zunehmend um sich. Der Arzt ist im Krankheitsfall in der Regel die erste Anlaufstelle des professionellen Systems und bleibt nicht selten auch die einzige. Ärztliche Hilfe bei Krankheit ist in den allermeisten Fällen unverzichtbar. Dies gilt auch und gerade bei chronischen Krankheiten und Multimorbidität. Gerade hier ist der Versorgungsbedarf allein schon aus medizinischer Sicht bereits außerordentlich komplex. Chronische Krankheit und Multimorbidität sowie die gleichzeitig voranschreitende Spezialisierung in der medizinischen Versorgung haben zudem zur Folge, dass die Zahl der an der Versorgung eines Patienten beteiligten Ärzte und der Bedarf an Handlungskoordination zwischen ihnen wachsen.

Allerdings beschränkt sich die Komplexität der Bedarfe nicht allein auf die medizinische Versorgung. Chronische Erkrankungen sind in der Regel nicht heilbar. Daher treten mit ihnen Probleme für die Betroffenen auf, die jenseits des Handlungshorizonts der Medizin liegen. Krankheit, gerade chronische Krankheit, kann mit einem erzwungenen Rollenverlust oder mit einem Rollenwechsel verbunden sein, sie hat – auch deshalb – häufig psychische Begleiterscheinungen und kann Veränderungen in der alltäglichen Lebensführung erfordern.

Für die Bewältigung chronischer Erkrankungen ist es bedeutsam, dass die betroffenen Menschen in die Lage versetzt werden, mit ihnen umzugehen. Aus der Lebenssituation vieler Patienten, insbesondere älterer Menschen, können dafür aber erhebliche Hindernisse erwachsen. Zu ihnen zählen z. B. der Verlust an sozialen Kontakten, Einschränkungen in der Mobilität oder auch größere Schwierigkeiten, sich auf neue Begebenheiten und Anforderungen einzustellen. Dies gilt insbesondere für sozial Schwache, weil diese zumeist über geringere Ressourcen verfügen als Menschen mit einem höheren sozialökonomischen Status (Hurrelmann/Richter 2009).

Die Anforderungen an die Gesundheitsversorgung gerade bei chronischen Krankheiten und Multimorbidität gehen somit weit über die medizinische Versorgung hinaus, so wichtig sie auch ist. Auch sind Ärztinnen

und Ärzte nicht für alle gesundheitsbezogenen Probleme immer geeignete oder gar die besten Ansprechpartner. Notwendig sind auch die psychische, soziale und pflegerische Betreuung ebenso wie die Beratung alter Menschen, aber auch die Gesundheitsförderung und Prävention.

Bei der Krankenversorgung geht es häufig nicht nur um einen medizinischen Fall, sondern um eine Person, die unter verschiedenen Gesichtspunkten – nicht nur medizinischen – der Unterstützung bedarf. Daraus folgt auch, dass neben Ärztinnen und Ärzten auch Pflegekräfte, Hebammen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psycho- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen, Logopädinnen und Logopäden, Diätassistentinnen und Diätassistenten und andere Berufe an der Versorgung kranker Menschen beteiligt sein sollten. Diese Berufe sollten eng zusammenarbeiten, um sich an der besonderen Situation des Patienten oder der Patientin zu orientieren, und zugleich sollten sie die Bedarfe sozialer Gemeinschaften im Blick haben.

Das deutsche Gesundheitssystem ist auf diese Anforderungen nicht sonderlich gut vorbereitet. Dafür gibt es mehrere Gründe:

- Die Organisation und die Ressourcen des Gesundheitssystems sind stark auf die akutmedizinische Versorgung fokussiert. Ärztinnen und Ärzte stehen im Zentrum der Gesundheitsversorgung – oder besser: der Krankenversorgung. Andere Berufe verfügen kaum über eigenständige Entscheidungskompetenzen und dürfen zumeist nur auf ärztliche Anordnung tätig werden.
- Die Koordinierung der Leistungen ist allein schon in der medizinischen Versorgung stark verbesserungsbedürftig. Diese Koordinierungsfunktion sollte eigentlich die Hausärztin bzw. der Hausarzt ausüben (siehe Kapitel 4.2), jedoch bleibt der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte an allen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland hinter dem in anderen Ländern zumeist deutlich zurück und ist in den letzten Jahrzehnten im Übrigen deutlich gesunken.
- Schließlich ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland stark fragmentiert. Medizinische, pflegerische, therapeutische, psychologische und soziale Betreuung finden im ambulanten Bereich weithin überwiegend in getrennten Institutionen statt, deren Handeln nicht oder kaum koordiniert wird. Die Fragmentierung erschwert auch den Zugang von Betroffenen zu einer umfassenden Versorgung.

3.2 Merkmale eines Primärversorgungsmodells

Deutschland steht mit diesen Schwächen im internationalen Vergleich nicht allein, allerdings sind hier die Hürden für die Überwindung dieser Probleme besonders hoch. In einer Reihe von Gesundheitssystemen gibt es Bemühungen, diese Schwächen durch eine integrierte, koordinierte Grundversorgung zu vermeiden oder zu überwinden. Deren Ausgestaltung unterscheidet sich zwischen den Gesundheitssystemen. Manche Staaten (z. B. Schweden, Finnland, Kanada oder Spanien) organisieren ihre Gesundheitsversorgung flächendeckend über solche Modelle, während andere sie als Alternative zu Einzelpraxen etablieren (z. B. Schaeffer et al. 2015). Wenn Letzteres der Fall ist, geschieht dies oft, wie z. B. in Belgien oder den Niederlanden, in der Absicht, die Versorgung in strukturschwachen und benachteiligten Regionen oder Quartieren sicherzustellen (Hämel/Gerlinger 2020).

Derartige Modelle einer koordinierten, integrierten ambulanten Versorgung werden in der internationalen Diskussion als „Primary Health Care“ oder Primärversorgung bezeichnet. Sie gehen zurück auf die 1978 von der WHO verabschiedete Deklaration von Alma Ata (1978). Der Begriff „Primärversorgung“ bezeichnet die erste Ebene im Versorgungssystem, zu der Patienten unmittelbar Zugang haben (siehe hierzu und zum Folgenden z. B. Schaeffer/Hämel 2017 und 2019). In der Primärversorgungseinrichtung erfolgt der Erstkontakt bei der Gesundheitsversorgung. Daher sollte sie wohnortnah angesiedelt und somit für die gesamte Bevölkerung gut erreichbar sein.

Primärversorgung bietet ein möglichst umfassendes Leistungsspektrum und kann so einen Großteil des gesundheitsbezogenen Versorgungsbedarfs erfüllen. Dementsprechend können sich Bürger mit einer breiten Palette an Gesundheitsbelangen an Primärversorgungseinrichtungen wenden. Primärversorgungseinrichtungen erbringen nicht nur kurative, sondern auch präventive und rehabilitative Leistungen. Neben dem umfassenden Verständnis eines individuellen Bedarfs zeichnet sich Primärversorgung auch dadurch aus, dass sie die Gesundheit der Bevölkerung in dem jeweiligen Versorgungsgebiet in den Blick nimmt („Gemeindeorientierung“). Sie befassen sich also mit den gesundheitsbezogenen Problemlagen der Bevölkerung und ergreifen Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Rahmenbedingungen durch präventive oder gesundheitsfördernde Angebote.

Die dafür nötige Expertise erfordert ein breites Spektrum von Fachkräften. Daher können in der Primärversorgung Allgemein-, Kinder- und Frauenärzte und -ärztinnen, Pflegekräfte, Hebammen, Sozialarbeiterin-

nen und Sozialarbeiter, Psycho- und Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Ergotherapeutinnen und -therapeuten, Hebammen, Logopädinnen und Logopäden, Diätassistentinnen und Diätassistenten und andere Gesundheitsberufe tätig sein, wobei das Berufsspektrum selbstverständlich mit der Größe der Einrichtung variiert. Untersuchungen haben gezeigt, dass eine gut ausgebaute Primärversorgung eine hohe Behandlungsqualität aufweist und – z. B. durch die Vermeidung unnötige Krankenhauseinweisungen – auch kosteneffektiv ist (WHO 2018).

Eine Einführung von Primärversorgungsmodellen in das deutsche Gesundheitssystem stößt auf erhebliche Hürden, denn erstens ist kaum ein Gesundheitssystem derart arztzentriert wie das deutsche und zweitens erfordert die Primärversorgungsphilosophie ein Finanzierungsmodell, das neben den Krankenkassen noch andere Akteure, nicht zuletzt auch Länder und Kommunen, einbezieht. So ist es kein Zufall, dass sich Primärversorgungsmodelle vor allem in solchen Gesundheitssystemen finden, die staatlich organisiert sind und in denen zugleich die Kommunen eine eigenständige Verantwortung für die Gesundheitsversorgung tragen. Beispiele sind Finnland und Kanada (Schaeffer et al. 2015) sowie Schweden. Primärversorgungsmodelle müssten also nicht nur ärztlichen Widerstand überwinden, sondern würden auch eine Kooperationsbereitschaft von Krankenkassen, Ländern und Kommunen erfordern.

Allerdings hat auch im deutschen Gesundheitssystem der Gedanke der interprofessionellen Kooperation an Bedeutung gewonnen, etwa im Hinblick auf die Sicherstellung der Versorgung in benachteiligten Regionen. Jedoch beruhen Vorstellungen von interprofessioneller Kooperation immer noch auf der ärztlichen Weisungsbefugnis, wie etwa bei den Modellen VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) und AGnEs („Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health gestützte, Systemische Intervention“) (Mergenthal et al. 2013; Miralles et al. 2020). Zudem geht der Kern des Primärversorgungskonzepts über die bloße Schließung von Engpässen bei der Sicherstellung der medizinischen Versorgung hinaus. Immerhin bieten Medizinische Versorgungszentren Anknüpfungspunkte für die Etablierung von Primärversorgungseinrichtungen. Allerdings sind sie in ihrer gegenwärtigen Gestalt vom Konzept einer multiprofessionellen Kooperation und einer über die ärztliche Behandlung hinausgehende Gesundheitsversorgung in den meisten Fällen doch recht weit entfernt (siehe Kapitel 5).

3.3 Zwischenfazit

Primärversorgung bezeichnet ein niedrigschwelliges, umfassendes, gemeindenahes und multiprofessionelles Versorgungsangebot für den Erstzugang zum Gesundheitssystem. Gegenüber der für das deutsche Gesundheitssystem charakteristischen arztzentrierten Versorgung hat sie den Vorzug, dass es auch die über die medizinische Versorgung hinausgehenden Bedarfe in den Blick nimmt und bedient. Zugleich orientiert sich Primärversorgung an den gesundheitlichen Problemlagen der Bevölkerung in der Gemeinde oder im Stadtteil und beteiligt sich über entsprechende Angebote an der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. Eine Übertragung von Primärversorgungsmodellen auf das deutsche Gesundheitssystem steht vor erheblichen Schwierigkeiten, weil sie nicht nur die ärztliche Dominanz in der Grundversorgung überwinden müsste, sondern auch auf die gedeihliche Kooperation von Krankenkassen und Kommunen bei der Organisation und Finanzierung angewiesen wäre.

4. Integration der Versorgungsstrukturen

4.1 Integrationsbedarf

Dass die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitssystems modernisierungsbedürftig sind, ist spätestens seit den 1990er-Jahren ein unter gesundheitspolitischen Expertinnen und Experten weithin geteiltes Urteil. Im Zentrum der Kritik an ineffizienten Strukturen steht die wechselseitige Abschottung der Versorgungssektoren. Die Erscheinungsformen der mangelnden Integration sind unzureichende Informationsübermittlung, mangelhafte oder fehlende Absprachen über Behandlungsschritte und ein unzureichender Austausch von Fachwissen.

Wie der damalige Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) bereits 1994 konstatierte, führt die scharfe Trennung der Versorgungsbereiche zu einer „Diskontinuität der Behandlung, Betreuung und Verantwortlichkeit für den Patienten“, zu „Belastung des Patienten mit unnötiger und teilweise riskanter Diagnostik“, zu „Unterbrechungen der Therapie mit der damit einhergehenden Gefahr des Wirkungsverlustes“, zu „Informationsdefizite(n)“, zu „nicht optimal aufeinander abgestimmte(n) Behandlungen“ und zu einer „unzureichende(n) oder fehlende(n) Nachsorge“ (Sachverständigenrat 1994: Ziffer 353).

Ökonomisch ist mit der Abschottung der Versorgungssektoren demzufolge ein „vermeidbarer Kommunikationsaufwand“ und eine „unnötige parallele Vorhaltung medizintechnischer Kapazitäten“ in beiden Sektoren verbunden (ebd.). Folge der Integrationsdefizite sind schlechtere Heilungschancen, eine höhere Sterblichkeit bei zahlreichen – insbesondere chronischen – Erkrankungen sowie für viele Kranke eine geringere Lebensqualität. Zugespitzt ließe sich sagen: Der Ort der Behandlung richtet sich in Deutschland häufig nach den rechtlich definierten Zuständigkeiten der Versorgungseinrichtungen, weniger nach dem Versorgungsbedarf des Patienten.

Problematisch sind die Schnittstellen über alle Stufen des Gesundheitswesens hinweg. Es existieren Versorgungsbrüche

- bei der Inanspruchnahme ambulanter hausärztlicher und ambulanter fachärztlicher Versorgung,
- beim Übergang von der ambulanten zur stationären Versorgung und zurück,
- beim Übergang von der akutmedizinischen zur rehabilitativen Versorgung,

- beim Zusammenwirken von Medizin einerseits sowie Pflege, Sozialarbeit und anderen betreuenden Berufsgruppen andererseits.

Die Abschottung der Versorgungssektoren hat sich im deutschen Gesundheitswesen seit dem Ende des 19. Jahrhunderts nach und nach herausgebildet: durch die Festlegung unterschiedlicher institutioneller Zuständigkeiten für die Krankenversorgung und für die politische Steuerung der Versorgungssektoren sowie durch die Etablierung unterschiedlicher Regeln für die Vergütung von Leistungen. Der wohl prägnanteste Ausdruck der sektoralen Abschottung ist die gesetzliche Zuweisung des ambulanten Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahre 1931 (Tennstedt 1977).

Die Schaffung eines integrierten Versorgungssystems zählt zu den größten Herausforderungen für das Versorgungssystem in Deutschland (z. B. Badura/Iseringhausen 2005). Wichtigstes Merkmal einer integrierten Versorgung ist die umfassende und koordinierte Bearbeitung aller Gesundheitsprobleme über den gesamten Versorgungsweg von der Gesundheitsförderung und Primärprävention bis zur Rehabilitation und Pflege. Der Auf- und Ausbau integrierter Versorgungsformen ergibt sich aus zwei grundlegenden Entwicklungen in den Gesundheitssystemen reicher Länder:

- Die moderne Medizin ist durch eine rasch fortschreitende Spezialisierung gekennzeichnet. Wenn das zunehmend spezialisierte Wissen für die Versorgung nutzbar gemacht werden soll, wächst in der Tendenz die Zahl der Spezialisten, die an der Versorgung eines Patienten beteiligt sind. Damit einhergeht eine Aufspaltung des Behandlungsverlaufs in viele einzelne Interventionen einher, die unterschiedliche Institutionen und Personen ergreifen. Im Ergebnis droht der Gesamtüberblick über die Versorgung eines Patienten dabei verloren zu gehen. Daher bedarf es einer guten Koordination und Kooperation zwischen den beteiligten Versorgungseinrichtungen. Dies schließt eine Kontinuität über die Sektoren und Institutionen der Versorgung hinweg ein.
- Ein wachsender Integrationsbedarf ergibt sich aus einer Veränderung auf der „Nachfrageseite“: Mit dem demographischen Wandel wächst die Zahl alter und multimorbider Menschen. In der Tendenz steigt damit auch die Zahl der an der Behandlung eines Patienten beteiligten Spezialistinnen und Spezialisten. Diese Entwicklung verstärkt die skizzierten Tendenzen in der Medizin.

Integration ist somit eine zentrale Anforderung an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Zwar handelt es sich um ein übergrei-

fendes Problem moderner Gesundheitssysteme, jedoch stellt es sich im deutschen Gesundheitswesen mit besonderer Schärfe. Über die Notwendigkeit einer integrierten Versorgung lässt sich schnell ein breiter Konsens herstellen. Zugleich existieren aber höchst unterschiedliche Vorstellungen darüber, was unter Integration zu verstehen und wie sie herzustellen ist.

Vor dem Hintergrund der verbreiteten Kritik unternahm der Gesetzgeber insbesondere in den frühen 2000er Jahren Versuche, neue Versorgungsformen und -strukturen jenseits der traditionellen Regelversorgung auf den Weg zu bringen. Drei Instrumente zur Etablierung eines integrierten Versorgungssystems sollen im Folgenden näher betrachtet werden: die Einführung von Disease-Management-Programmen (§ 137f–g SGB V), die Einführung einer hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) sowie die Stärkung ambulanter Behandlung am Krankenhaus.

4.2 Disease-Management-Programme

Zu den wichtigsten Innovationen der Versorgungsstrukturen zählt die Einführung von Disease-Management-Programmen (DMPs). DMPs sind strukturierte Behandlungsprogramme für ausgewählte, weit verbreitete chronische Erkrankungen. DMP sollen eine hochwertige Versorgung gewährleisten und müssen daher besondere Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen für die Ausgestaltung der DMPs legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in einer Richtlinie fest. Er bestimmt auch, welche Indikationen sich für ein DMP eignen. Entwürfe für ein Programm müssen vor dem Inkrafttreten vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bewilligt werden. Im Zentrum von DMPs steht die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien, also symptom- oder indikationsbezogener Empfehlungen zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen gemäß dem jeweiligen Stand des medizinischen Wissens.

Zu den wichtigen Instrumenten dieser Programme zählen daher eine verbesserte Kooperation der beteiligten Leistungserbringer, ein kontinuierliches Qualitätsmanagement und spezifische Schulungen für Patienten und Leistungserbringer sowie eine kontinuierliche Evaluation. Die Ausgestaltung von DMPs soll sich aus dem jeweiligen Versorgungsbedarf ergeben und nicht der sektoralen Kompetenzverteilung zwischen den Leistungsanbietern folgen. Daher sind sie sektorenübergreifend konzipiert und stellen insofern auch ein Instrument für eine bessere Integration von Versorgungsverläufen und -strukturen dar.

DMPs wurden 2002 in die GKV eingeführt (§ 137 f–g SGB V). Ursprünglich waren sie mit kassenartenübergreifenden Risikostrukturaus-

gleich (RSA) verknüpft. Hintergrund waren die Fehlanreize des 1996 eingeführten Kassenwettbewerbs: Die Krankenkassen hatten keine Anreize, sich um die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker zu bemühen, weil sie damit ihre Attraktivität für diese Versichertengruppen erhöhen und ihnen damit höhere Kosten entstehen würden, die ihnen im Rahmen des RSA nicht erstattet wurden. Daher erhielten sie für jeden Versicherten/jede Versicherte, der/die sich in ein DMP einschrieb, eine pauschale Mittelzuweisung.

Um einen Missbrauch durch die Kassen zu verhindern und mit Hilfe der DMPs die Versorgung tatsächlich zu verbessern, wurden an sie die erwähnten besonderen Anforderungen gerichtet. Die Verknüpfung zwischen DMP und RSA entfiel mit der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs im Jahre 2009. Seitdem erhalten sie aus dem Gesundheitsfonds eine Programmkostenpauschale für jedes Jahr, in dem ein Versicherter in ein DMP eingeschrieben ist. Allerdings blieb der Grundsatz bestehen, dass diese Programme besondere Anforderungen erfüllen müssen. Die Kassen sind verpflichtet, DMPs aufzulegen und ihren Versicherten für die Teilnahme besondere Tarife anzubieten. Die Teilnahme an DMPs ist für die Versicherten und die Leistungserbringer aber freiwillig.

Mittlerweile hat der G-BA neun Indikationen festgelegt, die für eine Indikation in Frage kommen. Dies sind:

- Asthma bronchiale
- Brustkrebs
- chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung
- chronischer Rückenschmerz (beschlossen, zurzeit noch nicht in Kraft)
- Depressionen (beschlossen, zurzeit noch nicht in Kraft)
- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Osteoporose (beschlossen, zurzeit noch nicht in Kraft).

Ende Juni 2020 waren beim Bundesversicherungsamt (BVA) insgesamt knapp 9.000 DMPs zugelassen, für die mehr als 8,5 Millionen Einschreibungen von rund 7,2 Millionen Versicherten registriert waren. Dabei entfielen allein auf die DMPs Diabetes mellitus Typ 2 knapp 4,4 Millionen Einschreibungen und auf die DMPs Koronare Herzkrankheit mehr als 1,9 Millionen Einschreibungen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Registrierte Disease-Management-Programme und Zahl der DMP-Einschreibungen 2020

Indikation	Zulassungen	Teilnehmer am DMP	Versicherte, die in einem (oder mehreren) DMP eingeschrieben sind
Asthma bronchiale	1.496	1.032.672	
Brustkrebs	1.446	144.845	
chronisch obstruktive Lungenerkrankung	1.507	782.078	
Diabetes mellitus Typ 1	1.482	239.117	
Diabetes mellitus Typ 2	1.592	4.384.702	
koronare Herzkrankheit	1.495	1.935.507	
insgesamt	8.955	8.518.921	

Stand: 30.06.2020

Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung 2021

Die Befunde über die Qualität der DMP-Versorgung vermitteln ein uneinheitliches Bild. Evaluationen mit einem Kontrollgruppendesign, also einem Vergleich von DMP-Teilnehmern und -Nichtteilnehmern, sind eher selten (Birnbauer/Braun 2009; Fuchs et al. 2014). Insbesondere für die DMPs zum Diabetes mellitus Typ 2 liegen aufwendigere Evaluationen vor.

Vorliegende Studien geben Hinweise darauf, dass sich die Prozessqualität der DMP-Versorgung insgesamt positiv von der Regelversorgung abhebt. Die Behandlung im Rahmen von DMPs orientiert sich demzufolge häufiger an evidenzbasierten Leitlinien. Einige von ihnen zeigen, dass DMP-Patienten im Vergleich zu denen in der Regelversorgung bei einer Reihe von Prozessparametern (z. B. Durchführung von Augenuntersuchungen, Patienteninformation und -schulung) und Risikofaktoren (z. B. Blutdruck, HbA1c-Wert) Verbesserungen aufweisen sowie Komplikationen und Krankenhauseinweisungen seltener auftreten (Graf/Ullrich/Marschall 2008; van Lente/Willenborg 2009; Stock/Drabik/Büscher et al. 2010; Leinert/Maetzel/Olthoff 2011; Miksch/Ose/Szecsényi 2011; Stark/Schunk/Holle 2011). Andere Evaluationen kommen hingegen zu dem Ergebnis, dass ein medizinischer Nutzen nicht klar erkennbar sei (Linder/Ahrens/Köppel et al. 2011).

Auch Patientinnen und Patienten bewerten DMPs oftmals positiv. Bei einer Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) gaben 35 Prozent der DMP-Patienten an, dass sich ihr Gesundheitszustand seit dem Eintritt in das DMP verbessert habe. Auch waren DMP-

Patienten häufiger mit der Versorgung zufrieden als Patienten in der Regelversorgung (Zok 2008: 6). So zeigt die AOK-Befragung, „dass sich vor allem Patienten, die schon seit mehreren Jahren in einem DMP behandelt werden, langfristig besser versorgt fühlen und gesundheitsbewusster verhalten“ (van Lente 2011: 61). In einer anderen Befragung, die sich allerdings nur auf die Versorgung von Patienten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 bezog, nannten die Versicherten als Grund für die wahrgenommene Verbesserung der Versorgung am häufigsten Fortschritte im Bereich Information, Aufklärung und Beratung (ebd.). Auch nahmen DMP-Patientinnen und Patienten deutlich häufiger an Diabetes-schulungen teil als Patienten in der Regelversorgung (Stark/Schunk/Holle 2011: 79).

Allerdings sind Verbesserungen bei Prozessparametern nicht gleichzusetzen mit einer Optimierung der Ergebnisqualität oder einem größeren Nutzen für den Patienten. So konnten 58 Prozent der DMP-Patienten keine Verbesserung ihres Gesundheitszustands und mehr als zwei Drittel der Befragten bei zahlreichen Versorgungsaspekten (z. B. Gründlichkeit der Untersuchung, Zeitaufwand des Arztes) keine Veränderungen gegenüber der vorangegangenen Behandlung in der Regelversorgung feststellen (Zok 2008: 5). Auch bei objektiven Parametern ließen sich zwischen Patienten in DMPs und in der Regelversorgung kaum Verbesserungen feststellen.

Verbesserungen scheinen zu bestehen im Hinblick auf die Mortalität und die Lebensdauer. In Bezug auf andere Ergebnisparameter ergeben die vorliegenden Studien kein einheitliches Bild (Graf et al. 2009; Fuchs et al. 2014). Trotz festzustellender Behandlungsunterschiede zwischen DMPs und Regelversorgung sind auf der Grundlage bisheriger Evaluationen zumeist keine validen Aussagen über die Wirksamkeit von DMPs möglich (Beyer et al. 2006), denn die erhobenen Daten lassen ein zufriedenstellendes Kontrollgruppendesign nicht zu. Zudem ist es möglich, dass bei der Teilnahme am DMP Selbstselektionsprozesse eine erhebliche Rolle spielen, die die Effekte der DMPs verzerren. So konnte in früheren Untersuchungen gezeigt werden, dass in DMPs eingeschriebene Diabetiker jünger und gesünder sind als Diabetiker in der Regelversorgung (Häussler/Berger 2004; Häussler/Storz 2005).

Vermutlich werden mit den DMPs eher solche Patienten erreicht, die gesundheitsbewusst sind und bei denen das Optimierungspotential für den Umgang mit der Krankheit vergleichsweise gering ist – hingegen weniger solche Patienten, die in besonderer Weise von der Teilnahme an einem solchen Programm profitieren könnten. Ein solcher Effekt würde bedeuten, dass die skizzierten Unterschiede in der Behandlung und in den Behandlungsergebnissen zu einer Überbewertung des Nutzens

von DMPs verleiten. Ein Teil der den DMPs zugeschriebenen Vorzüge wäre in diesem Fall auf das ohnehin bessere Krankheitsmanagement der betreffenden Patienten zurückzuführen. Andere Untersuchungen relativieren allerdings diesen Sachverhalt (Graf et al. 2009).

Dessen ungeachtet ist aber die Annahme plausibel, dass in ein DMP eingeschriebene Patienten im Durchschnitt motivierter sind als die Nichtteilnehmer. Daher dürfte nur ein Teil der Verbesserungen in der Ergebnisqualität tatsächlich den Programmeigenschaften zuzuschreiben sein.

Die DMPs sind nicht nur in ihrer Wirksamkeit umstritten. Sie stoßen auch auf eine Reihe von Implementationsproblemen und bringen ihrerseits nicht nur erwünschte, sondern auch unerwünschte Effekte mit sich. Dies betrifft zunächst die Verknüpfung der DMPs mit dem Risikostrukturausgleich. Die mit ihrer Einführung im Jahr 2002 vorgenommene Ankoppelung hat unter den vorhandenen Anreizen zur Selektion guter Risiken überhaupt erst ein finanzielles Interesse der Krankenkassen an der Entwicklung besonderer Behandlungsprogramme für chronisch Kranke geschaffen.

Gleichzeitig brachte genau diese Verknüpfung aber erhebliche **Steuerungsprobleme** mit sich. Denn sie schuf bei den Krankenkassen ein Interesse daran, möglichst viele ihrer Versicherten zur Einschreibung in diese Programme zu bewegen, nicht unbedingt daran, die Patientinnen und Patienten in diesen Programmen auch möglichst gut zu versorgen (z. B. Häussler/Berger 2004; Bullmann/Straub 2006). So war denn auch die Qualität mancher DMPs zumindest in den Anfangsjahren durchaus umstritten. Zudem ist die Erweiterung des RSA um das Kriterium der DMP-Einschreibung auch anfällig für Manipulationen, weil nicht mehr allein objektive Merkmale der Versicherten (z. B. Alter, Geschlecht, Einkommen) für die Ermittlung von Finanzmittelzuweisungen herangezogen werden.

Mit den 2009 wirksam gewordenen Veränderungen der DMP-Finanzierung ist dieses Problem eher in den Hintergrund getreten, weil seither nur die besonderen Programm- bzw. Verwaltungskosten der DMPs im Risikostrukturausgleich berücksichtigt werden. Allerdings sind Fehlanreize damit nicht beseitigt. Nunmehr verlagert sich das Interesse der Krankenkassen darauf, eine hohe Zahl von Versicherten zu erreichen, die eine der im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich berücksichtigten Krankheiten aufweisen.

Darüber hinaus resultieren Probleme bei der DMP-Konzipierung und -Einführung aus der Fragmentierung der GKV-Akteure. Die Vielzahl der beteiligten Krankenkassen, KVen und anderer Vertragspartner führte zu einer sehr großen, sachlich kaum gerechtfertigten Zahl an einschlägigen Verträgen, erhöhte die Unübersichtlichkeit des DMP-Systems und

brachte überdies mit den zahlreichen aufwendigen Vertragsverhandlungen hohe Transaktionskosten mit sich.

Des Weiteren beklagen die beteiligten Akteure häufig die mit DMPs verbundene **Bürokratie**. Sie ergibt sich zum einen aus dem Akkreditierungsverfahren beim Bundesamt für Soziale Sicherung, zum anderen aus den Dokumentationspflichten, die den beteiligten Ärzten auferlegt werden. Vor diesem Hintergrund wurden die einschlägigen Bestimmungen mehrmals geändert. Eine Entlastung brachte die 2008 vollzogene Umstellung auf eine elektronische DMP-Dokumentation mit sich; gleichwohl ist der Aufwand nach wie vor überdurchschnittlich hoch.

Schließlich gab es in den Anfangsjahren in der Ärzteschaft starke Vorbehalte gegenüber Disease-Management-Programmen, die sich auf die mit ihnen verbundene Standardisierung ärztlichen Handelns bezogen. Ärzte sahen darin nicht selten eine Einschränkung ihrer Therapiefreiheit und eine Art „Kochbuchmedizin“, die den Besonderheiten des Einzelfalls nicht ausreichend Rechnung trage. Solche Einstellungen sind heute immer noch anzutreffen, dürften mittlerweile aber nicht mehr so stark verbreitet sein.

4.3 Hausarztzentrierte Versorgung

Hausärztinnen und Hausärzte sind eine Schlüsselfigur bei der Koordinierung des Leistungsgeschehens in der medizinischen Versorgung und damit auch für die Integration von Versorgungsverläufen- sowohl innerhalb der ambulanten Versorgung bei der Inanspruchnahme unterschiedlicher Fachärzte und -ärztinnen als auch bei der sektorenübergreifenden Versorgung. Ihnen werden folgende Aufgaben und Funktionen zugewiesen (siehe hierzu und zum Folgenden: Kochen 2017):

- Sie sollen mit ihrem breiten, auf das Allgemeine spezialisierten Wissen auf der Grundlage einer gewissen Vertrautheit mit der Biographie und den sozialen und lebensweltlichen Bezügen des Patienten oder der Patientin den Großteil der in einer Bevölkerung auftretenden Gesundheitsprobleme auf der geeigneten Interventionsstufe lösen (helfen). Typisch gerade für hausärztliche Tätigkeit soll eine „ganzheitliche“ Perspektive auf Krankheit sein und gerade nicht der (vor) schnelle Einsatz medizinisch-technischer und pharmakologischer Behandlungsinstrumente.
- Sie sollen diejenigen Akteure sein, die den Patienten oder die Patientin durch die Institutionen des Versorgungssystems geleiten, Informationen über Diagnosen und Therapien sammeln, sie zu einem Gesamtbild integrieren und die Behandlung des Patienten koordinieren.

Die umfassende und kontinuierliche Betreuungs- und Koordinierungsfunktion gewinnt angesichts des oben (siehe Kapitel 4.1) skizzierten Wandels in der medizinischen Versorgung – chronische Krankheiten und Multimorbidität bei gleichzeitiger Spezialisierung in der Medizin – weiter an Bedeutung. Die Kenntnis des Patienten/der Patientin und seines/ihrer sozialen Umfeldes sollte den Hausarzt eher als den Spezialisten in die Lage versetzen, auf die Kontextbedingungen der Krankheitsentstehung und -bewältigung einzugehen und somit die Gesundheitsressourcen des Patienten und der Patientin zu erkennen und zu mobilisieren. Dies ist auch wegen des hohen Anteils unspezifischer Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen sowie psychosozialer Krankheitsursachen geboten, die dem üblicherweise auf naturwissenschaftlich-somatische Krankheitsaspekte beschränkten Blick der Gebietsärztinnen und -ärzte entgehen.

Gleichzeitig geht der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung aber seit vielen Jahren zurück (KBV 2021a): Allein im Zeitraum zwischen Ende 2008 und Ende 2019 ging er von 40,1 Prozent auf 36,6 Prozent zurück (jeweils ohne psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten) (Tabelle 4). Dabei galt in den 1990er Jahren noch ein Anteil von 60 Prozent als wünschenswert. Im Vergleich zur Mitte der 1990er Jahre (62.477) ist die Zahl der Hausärztinnen und Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung bei insgesamt steigenden Arztzahlen sogar absolut deutlich zurückgegangen (Kopetsch 2010: 51).

Tabelle 4: Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte an allen Vertragsärztinnen und -ärzten (psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten) 2008 und 2019

	Hausärztinnen und Hausärzte	alle Vertragsärztinnen und -ärzte	Anteil
2008	54.238	135.388	40,1 %
2019	54.819	149.710	36,6 %

Anmerkung: jeweils am 31.12. des Jahres

Quelle: KBV 2021a

Auch die Zukunft der hausärztlichen Versorgung ist gefährdet, weil in den kommenden Jahren die Zahl der altersbedingt aus der Versorgung ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte die Zahl der Anerkennungen zum Facharzt oder zur Fachärztin für die hausärztlichen Disziplinen deutlich übersteigen wird (KBV 2021b). Ende 2019 waren 72,2 Prozent aller

Hausärztinnen und Hausärzte 50 Jahre oder älter, 35,2 Prozent sogar 60 Jahre oder älter (KBV 2021b). Vor diesem Hintergrund ist der Bedeutungsverlust der hausärztlichen Tätigkeit nicht nur ein wichtiger Grund für die konstatierten Koordinierungsmängel in der Vergangenheit, sondern gefährdet zugleich den Erfolg aktueller und künftiger Bemühungen um eine Versorgungsintegration. Dementsprechend gilt die Stärkung der hausärztlichen Versorgung als ein Schlüssel für die Verbesserung der Versorgungsqualität. Daneben schwang aber auch häufig die Erwartung mit, auf diese Weise Kosten einsparen zu können.

Bereits seit den späten 1980er Jahren hat der Gesetzgeber Maßnahmen ergriffen, um die Bedeutung des Hausarztes in der ambulanten Versorgung zu stärken. Zu diesem Zweck wurden in den zurückliegenden Jahren unterschiedliche Instrumente eingesetzt: Dazu zählten die Abgrenzung eines eigenständigen hausärztlichen Versorgungsbereichs von der fachärztlichen Versorgung sowie zahlreiche Bestimmungen, mit denen die Honorareinnahmen der Hausärzte erhöht und der Abstand zu den Facharztgruppen verringert werden sollte. Erst 2017 wurde zudem die Position der Hausärzte in den Vertreterversammlungen und den Vorständen der KVen gegenüber den Facharztdisziplinen gestärkt (Gerlinger 2019).

Ein bedeutendes Instrument zur Stärkung der hausärztlichen Koordinierungsfunktion ist die Einführung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V). War deren Einführung im GMG noch eine Soll-Bestimmung, so sind die Krankenkassen seit 2007 (GKV-WSG) dazu verpflichtet, flächendeckend eine hausarztzentrierte Versorgung sicherzustellen und zu diesem Zweck mit besonders qualifizierten Hausärzten und Hausärztinnen Verträge zu schließen (§ 73b Abs. 2 SGB V). An diesen Versorgungstypus stellt der Gesetzgeber besondere, über die hausärztliche Regelversorgung hinausgehende Anforderungen: Dazu zählen die Pflicht der beteiligten Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie und an speziellen hausärztlichen Fortbildungen, die „Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien“ sowie die „Einführung eines [...] wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements“ (§ 73 Abs. 2 SGB V).

Versicherte, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, verpflichten sich gegenüber der Krankenkasse, nur einen bestimmten, an diesem Versorgungstyp teilnehmenden Hausarzt aufzusuchen und fachärztliche Versorgung ausschließlich nach einer entsprechenden Überweisung durch den Hausarzt oder die Hausärztin in Anspruch zu nehmen (§ 73b Abs. 3 SGB V).

Für die Versicherten – wie auch für die Hausärztinnen und Hausärzte – ist die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung freiwillig (§ 73b Abs. 3 SGB V). Seit 2007 sind die Krankenkassen verpflichtet, den Versicherten, die an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, einen besonderen Tarif anzubieten. Auf diese Weise will der Gesetzgeber auch für die Versicherten einen Anreiz schaffen, sich an derartigen Versorgungsformen zu beteiligen. Die Krankenkassen können als Bonus eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigungen vorsehen (§ 53 Abs. 3 SGB V).

Die Krankenkassen sind verpflichtet, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung „mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten“ (§ 73b Abs. 4 SGB V). Die KVen können nur dann Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abschließen, wenn entsprechende Gemeinschaften hausärztlicher Leistungserbringer sie dazu ermächtigt haben oder kein Vertrag zustande gekommen ist (§ 73b Abs. 4 SGB V). Damit haben die Verbände der Hausärztinnen und -ärzte seit der Einführung der hausarztzentrierten Versorgung de facto ein Vertragsmonopol inne, weil in der Regel nur sie diese gesetzliche Voraussetzung erfüllen. Zugleich schreibt das SGB V fest, dass die ärztlichen Gemeinschaften die Einleitung eines Schiedsverfahrens beantragen können (§ 73b Abs. 4 SGB V). Der Schiedsperson obliegt es dann, die Vertragsbedingungen und die Honorarhöhe festzulegen.

Mit diesen Bestimmungen wurde die Position der Hausärzteverbände erheblich gestärkt. Sie haben es seither verstanden, die neue Situation zu nutzen und kräftige Honorarsteigerungen für die hausarztzentrierte Versorgung durchzusetzen. Vor diesem Hintergrund haben die Krankenkassen die gesetzlichen Regelungen kritisiert, viele von ihnen sehen die hausarztzentrierte Versorgung mit einer kritischen Distanz (Räker 2017). Die KVen standen ihnen zunächst ohnehin kritisch gegenüber, weil dieser Versorgungstyp ihr Vertragsmonopol aufhob.

Mittlerweile hat die hausarztzentrierte Versorgung eine beachtliche Verbreitung gefunden. Der Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen bezifferte die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für 2017 auf 6,9 Millionen (SVR 2018). Der Hausärzteverband nannte für dieses Jahr – im Hinblick auf die von ihm geschlossenen Verträge – 5,4 Millionen Teilnehmende und 17.000 teilnehmende Hausärzte (Hausärzteverband 2020).

Einzelne Kassen wie die AOK Baden-Württemberg, die eine Vorreiterrolle bei der Konzipierung und Vereinbarung von Hausarztverträgen einnimmt, gehen davon aus, dass mit ihnen die Versorgungsqualität

verbessert werden kann. So ergab eine Langzeitevaluation des zwischen der AOK, dem Hausärzterverband und dem MEDI-Verbund in Baden-Württemberg geschlossenen Vertrags, dass

- pro Jahr rund 1,2 Millionen unkoordinierte Facharztkontakte entfallen;
- bei 89.000 Patienten über 65 Jahre rund 5.400 weniger riskante Arzneimittelverordnungen pro Jahr auftreten;
- allein bei rund 166.000 Patienten mit koronarer Herzkrankheit pro Jahr rund 46.000 weniger Krankenhausstage zu verzeichnen sind;
- bei 119.000 teilnehmenden Diabetikern zwischen 2011 und 2016 rund 4000 schwerwiegende Komplikationen (Amputation, Dialyse, Erblindung, Herzinfarkt und Schlaganfall) vermieden wurden (AOK Baden-Württemberg 2020).

Zufriedenheitsbefragungen unterstützen diese Eindrücke allerdings nur teilweise. So stellten bei einer Befragung in Baden-Württemberg nur 3,4 Prozent der Antwortenden fest, dass die Behandlung viel besser geworden sei. 29,6 Prozent bewerten sie als etwas besser, 64 Prozent sahen hingegen keinen Unterschied (Prognos 2018: 33).

Allerdings deuten auch andere Evaluationen derartiger Programme auf Qualitätsverbesserungen hin. Im Vordergrund steht dabei eine bessere Koordinierung der Facharztkontakte, eine Vermeidung von Krankenhauseinweisungen, eine optimierte Arzneimitteltherapie sowie die Vermeidung schwerwiegender Komplikationen (z. B. Laux et al. 2015, Perlitz 2016; Wicke et al. 2018). Unterschiedliche Befunde gibt es aber im Hinblick auf erzielte Kosteneinsparungen. Nach Angaben der AOK-Baden-Württemberg ergibt sich in ihrem Hausarztvertrag trotz deutlich höherer Arzthonorare und der erforderlichen Investitionen in die ambulante Versorgung eine Kostenersparnis von 8,2 Prozent gegenüber der hausärztlichen Regelversorgung (Sauer 2020). Eine Untersuchung zum Hausarztvertrag der AOK Plus in Thüringen kommt zum Ergebnis, dass – zumindest in den ersten zwei Jahren – Mehrausgaben in der hausarztzentrierten Versorgung entstehen (Freytag et al. 2016). Es bleibt aber auch darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der Evaluation für einzelne Krankenkassen nicht ohne weiteres auf die Versichertenpopulationen anderer Krankenkassen übertragen werden können.

4.4 Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Der Gesetzgeber hatte mit dem „Gesetz über Kassenarztrecht“ von 1955 (GKAR) die damaligen niedergelassenen Kassenärzte mit einem Monopol zur ambulanten Behandlung von Kassenpatienten ausgestattet und damit die Krankenhäuser weitgehend von der ambulanten Behandlung von Kassenpatienten ausgeschlossen. Dieses Merkmal der Versorgungsstrukturen findet sich nur in wenigen anderen Gesundheitssystemen. Insbesondere in staatlichen Gesundheitssystemen, aber auch in manchen sozialen Krankenversicherungssystemen (z. B. Niederlande) ist die ambulante fachärztliche Versorgung ausschließlich oder ganz überwiegend am Krankenhaus angesiedelt (Mossialos et al. 2017). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind stets als Gegner einer Öffnung des Krankenhauses für die ambulante Behandlung in Erscheinung getreten.

Zu den bedeutendsten Ausnahmen von der Regel des ambulanten Behandlungsmonopols der Vertragsärzte zählt die Notfallbehandlung (§ 76 Abs. 1 SGB V). In diesem Fall sind die Krankenhäuser zur Behandlung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet. Ferner sind Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) – aus Gründen der Mediziner Ausbildung – zur ambulanten Behandlung berechtigt, allerdings nur in einem Ausmaß, das erforderlich ist, um den Notwendigkeiten von Lehre und Forschung Rechnung zu tragen (§ 117 SGB V). Schließlich können Krankenhäuser vom Zulassungsausschuss zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung ermächtigt werden. Diese Ermächtigung ist zu erteilen, „soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhäusern nicht sichergestellt wird“ (§ 116 SGB V).

Die Öffnung des Krankenhauses für die ambulante Behandlung war und ist vor diesem Hintergrund ein wichtiges Anliegen zur besseren Integration von Versorgungsverläufen. Auch auf diesem Gebiet hat der Gesetzgeber seit den 1990er Jahren eine Reihe von Maßnahmen ergriffen (siehe hierzu: Rosenbrock/Gerlinger 2014; Leber/Wasem 2016):

- Krankenhäuser dürfen seit 1993 GKV-Patienten vor- oder nachstationär ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln (§ 115a SGB V). Die vorstationäre Behandlung dient dazu, die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären oder die stationäre Versorgung vorzubereiten. Sie ist auf maximal drei von fünf Tagen vor Aufnahme der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung soll dazu beitragen, im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt

den Erfolg der stationären Behandlung zu sichern. Sie darf nur an höchstens sieben Tage innerhalb von vierzehn Tagen nach dem Ende der stationären Behandlung erfolgen.

- Krankenhäusern ist – ebenfalls seit 1993 – auch die Durchführung ambulanter Operationen gestattet (§ 115b SGB V).
- Seit 2004 können Krankenhäuser im Rahmen von Disease-Management-Programmen (§ 137f–g SGB V) ambulante Leistungen erbringen, soweit die Anforderungen an die ambulante Behandlung im Rahmen dieser Verträge dies erfordern (§ 116b Abs. 1 SGB V). Auch im Rahmen von Verträgen über besondere Versorgungsformen (also vor allem sektorenübergreifende Versorgungsmodelle) können Krankenhäuser ambulant behandeln, wenn die Vertragspartner sich darauf verständigen (§ 140a Abs. 1 SGB V).
- Zugelassene Krankenhäuser sind – ebenfalls seit 2004 – bei hoch spezialisierten ambulanten Leistungen, seltenen Krankheiten und Krankheiten mit besonderen Verläufen zur ambulanten Behandlung berechtigt (§ 116b Abs. 2 ff. SGB V).

Jeder einzelne dieser Schritte war politisch umkämpft und stieß auf deutliche Vorbehalte oder gar heftigen Widerstand von KBV und KVen. Zu einem grundlegenden Wandel der Rolle des Krankenhauses in der ambulanten Behandlung haben sie bisher nicht geführt. Die eingeführten Öffnungsbestimmungen sind nach wie vor stets als Ausnahme von der nach wie vor geltenden Regel des ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsmonopols konzipiert.

Dass die ambulante Versorgung ganz überwiegend von in freier Praxis und in Medizinischen Versorgungszentren (siehe Kapitel 5) tätigen Ärzten durchgeführt wird und die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach wie vor eine geringe Rolle spielt, belegen in eindrucksvoller Weise die Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Demzufolge wurden von den gut 6,1 Millionen Personen, die in den vier Wochen vor dem Befragungszeitpunkt in ambulanter Behandlung waren, knapp 5,6 Millionen (92 %) bei niedergelassenen oder angestellten Ärzten in ambulanten Einrichtungen behandelt, nur gut 0,5 Millionen (8 %) im Krankenhaus (Statistisches Bundesamt 2018a: 15). Die Zahl der im Krankenhaus durchgeführten ambulanten Operationen, die in den 1990er- und 2000er Jahren deutlich angestiegen war, stagniert seit Jahren bei knapp zwei Millionen (Klauber et al. 2016). Ende 2018 wurden knapp 1,9 Millionen ambulante Operationen im Krankenhaus durchgeführt (Statistisches Bundesamt 2020b).

4.5 Zwischenfazit

Der Gesetzgeber hat den für die Organisation der vertragsärztlichen und stationären Versorgung zuständigen Vertragsparteien seit den 1990er Jahren, insbesondere in den 2000er Jahren, eine Reihe von Optionen für die Modernisierung der Versorgungsstrukturen eröffnet und teilweise dafür sogar verbindliche Vorgaben gemacht. Das Ziel einer staatlicherseits angestoßenen Modernisierung der Versorgungsstrukturen haben vor allem die SPD und Bündnis 90/Die Grünen in den Jahren verfolgt, in denen sie die Leitung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) innehatten (1998–2009). Hingegen verhielt sich das BMG unter liberaler (2009 bis 2013) und konservativer Führung (seit 2013) auf diesem Handlungsfeld eher zurückhaltend.

Im Zentrum dieser Reformen stand der Versuch, die Abschottung der unterschiedlichen Versorgungssektoren zu überwinden, zu einer stärkeren sektorenübergreifenden Integration der Versorgungsverläufe zu gelangen und die Koordination der Leistungserbringer zu verbessern. Auf diese Weise sollten Qualität und Effizienz des Versorgungssystems erhöht werden. Besonders wichtige Instrumente zur Erreichung dieses Ziels waren die Schaffung von Disease-Management-Programmen, die Einführung einer hausarztzentrierten Versorgung und die stärkere Öffnung des Krankenhauses für die ambulante Behandlung von Kassenpatienten.

Disease-Management-Programme (DMPs) sollen die Behandlung chronischer Krankheiten verbessern, sind zu diesem Zweck sektorenübergreifend angelegt und orientieren sich an evidenzbasierten Behandlungsleitlinien. Mittlerweile existieren bundesweit mehr als 9.000 solcher Programme, die von einer großen Zahl der GKV-Patienten, insgesamt immerhin mehr als acht Millionen, in Anspruch genommen werden. Damit hat dieser Versorgungstyp eine beachtliche Verbreitung erreicht. Allerdings sind DMPs aktuell nur für sechs, allerdings weit verbreitete chronische Krankheiten möglich. Für drei weitere Erkrankungen sind sie bereits beschlossen und laufen in Kürze an, so dass sich die Zahl der Programme und der Teilnehmer in der nahen Zukunft weiter deutlich erhöhen dürfte. Allerdings bleibt festzuhalten, dass mit der erreichten Verbreitung die Potenziale von DMPs, auch knapp zwanzig Jahr nach ihrer Einführung, bei weitem noch nicht ausgeschöpft sind.

Aussagen zur Qualität von DMPs und deren Zusatznutzen gegenüber der Regelversorgung lassen sich nur mit Einschränkungen treffen, weil kaum Evaluationen mit einem Kontrollgruppendesign vorliegen. Evaluationen der beiden am häufigsten genutzten DMPs, denen zum Diabetes mellitus Typ 2 und zur koronaren Herzkrankheit, deuten darauf hin, dass

DMPs Vorteile im Hinblick auf Mortalität und Lebensdauer haben. Allerdings ist nicht auszuschließen, dass für einen Teil der Unterschiede zwischen DMP-Teilnehmenden und -Nichtteilnehmenden ein sozialer Selektionsbias verantwortlich ist. Befunde zu anderen Ergebnisindikatoren sind hingegen uneindeutig. Im Hinblick auf die Prozessqualität ist bedeutsam, dass an DMPs teilnehmende Patientinnen und Patienten offenkundig häufiger -allerdings bei weitem nicht immer – eine an evidenzbasierten Leitlinien orientierte Versorgung erhalten als Patientinnen und Patienten in der Regelversorgung. Genau dies ist aber auch ein deutlicher Hinweis darauf, dass sich die medizinische Versorgung eines erheblichen Teils der chronisch Kranken nach wie vor eben nicht an evidenzbasierten Leitlinien orientiert.

Die vorliegenden Daten – zwar nicht ganz frei von Unsicherheiten – deuten somit darauf hin, dass sich DMPs als ein Instrument zur Qualitätsverbesserung bei der Behandlung chronischer Krankheiten bewährt haben. Sowohl die Zahl DMP-fähigen Indikationen als auch die Zahl der Programme und der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sollten weiter erhöht werden.

Im Unterschied zu den DMPs zielt die **hausarztzentrierte Versorgung** auf eine bessere Koordination der Versorgung, unabhängig von der Indikation und mit Bezug sowohl auf die rein ambulante als auch auf die sektorenübergreifende Versorgung. Auch Programme zur hausarztzentrierten Versorgung haben mittlerweile Verbreitung gefunden, beteiligen sich an ihnen doch rund 5,4 Millionen Patientinnen und Patienten und etwa 17.000 Hausärztinnen und Hausärzte. Diese Zahl lässt sich jedoch auch unter dem Gesichtspunkt der Nichtteilnehmenden bewerten: Mehr als neunzig Prozent der rund 72 Millionen gesetzlich Krankenversicherten werden von derartigen Versorgungsmodellen bisher nicht erfasst.

Auch für die Bewertung der Versorgungsqualität in hausarztzentrierten Versorgungsmodellen liegen kaum Evaluationen mit einem Kontrollgruppendesign vor. Somit ist die Bestimmung ihres Zusatznutzens ebenfalls mit zahlreichen Unsicherheiten behaftet. Allerdings liegen zahlreiche Befragungen vor, die Verbesserungen in der Ergebnis- und vor allem in der Prozessqualität nahelegen. Allerdings ist dies auch kein durchgängiger Befund. In anderen Untersuchungen lassen sich keine oder nur geringe Unterschiede zwischen der hausarztzentrierten Versorgung und der hausärztlichen Regelversorgung feststellen. Allerdings haben sich Hoffnungen auf mit Hilfe der hausarztzentrierten Versorgung erzielbare Einsparungen nicht erfüllt.

Die **ambulante Behandlung am Krankenhaus** als drittes Instrument zur Verbesserung der Integration zeichnet sich dadurch aus, dass sie

nicht nur Chancen zu einer besseren Koordinierung von Versorgungsverläufen eröffnet, sondern nachgerade die Versorgung „aus einer Hand“ ermöglicht. Seit den 1990er Jahren hat der Gesetzgeber mit zahlreichen Detailbestimmungen die Rechte des Krankenhauses zur ambulanten Behandlung von Kassenpatienten punktuell erweitert. Jedoch sind sie stets formuliert als Ausnahme von der nach wie vor geltenden Regel des ambulanten Behandlungsmonopols der Vertragsärzte. Die ambulante Versorgung am Krankenhaus hat nur einen sehr kleinen Anteil sowohl an der vertragsärztlichen Versorgung als auch an der Krankenhausversorgung. Damit bleiben Chancen auf eine bessere sektorenübergreifende Versorgung ungenutzt. Welcher Leistungserbringer den Patienten oder die Patientin wo versorgt, richtet sich für den weit überwiegenden Teil der Behandlungsanlässe primär nach den rechtlich definierten Zuständigkeiten und nicht primär nach dem Behandlungsbedarf der Patientinnen und Patienten.

5. Medizinische Versorgungszentren

5.1 Merkmale und Reformziele

Im Zentrum der ambulanten Krankenversorgung stehen die in freier Praxis – in den meisten Fällen einer Einzelpraxis – niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Dieses Versorgungsmodell bietet allerdings keine idealen Voraussetzungen für die Koordinierung eines komplexen Leistungsgeschehens. Zumindest sind diese Anforderungen in kooperativen Versorgungsstrukturen leichter realisierbar. Vor diesem Hintergrund ließ der Gesetzgeber mit dem 2003 verabschiedeten GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) (BGBl. I: 2190) ab 2004 Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zur vertragsärztlichen Versorgung zu. MVZ sind „fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen“ (§ 95 Abs. 1 SGB V), in denen Ärzte mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen (als Selbständige oder Angestellte) die Versorgung übernehmen. Träger eines MVZ können alle zugelassenen Leistungserbringer nach dem SGB V sein.

Insbesondere Gemeinschaften von Ärzten und Krankenhäusern kommen für die Trägerschaft eines MVZ in Frage. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, aber auch pharmazeutische Unternehmen sind von der Trägerschaft ausgeschlossen, weil sie keine Leistungen unmittelbar am Patienten erbringen. Dabei können sich die MVZ „aller zulässigen Organisationsformen bedienen“ (§ 95 Abs. 3 SGB V), die geeignet sind, eine einheitliche Trägerschaft zu begründen. Diese kann sowohl in Organisationsformen des öffentlichen Rechts als auch in Organisationsformen privaten Rechts wie z. B. einer GmbH oder einer Aktiengesellschaft bestehen. Dabei muss ein MVZ stets unter ärztlicher Leitung stehen. MVZ sind Bestandteile der vertragsärztlichen Versorgung. Die Zulassung von MVZ unterliegt den Bestimmungen über die vertragsärztliche Bedarfsplanung.

MVZ sollen die fächer- und berufsübergreifende Kooperation im Gesundheitswesen erleichtern und so die ambulante Versorgungsqualität verbessern. Idealerweise arbeiten dort Ärzte unterschiedlicher Disziplinen und nichtärztliche Gesundheitsberufe (z. B. Pflegekräfte, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) unter einem Dach zusammen. Zum Zeitpunkt ihrer Etablierung zielten MVZ also nicht allein auf eine verbesserte Kooperation zwischen ärztlichen Fachgruppen, sondern bezogen sich explizit auch auf die berufsgruppenübergreifende Kooperation unter einem organisatorischen Dach.

Mit der Zulassung von MVZ verknüpft der Gesetzgeber das Ziel, im ambulanten Sektor eine stärkere Integration von Versorgungseinrichtungen und -verläufen zu erreichen. Für Ärztinnen und Ärzte kann ein MVZ durch die gemeinsame Nutzung von Räumen, Personal und medizinisch-technischen Geräten neben den fachlichen Vorteilen einer intensiveren Kooperation auch ökonomische Vorteile bieten. Dies macht sie auch zu einem interessanten Übernahmeziel für Private-Equity-Gesellschaften (Scheuplein et al. 2019; Deutscher Bundestag 2019). Zudem ermöglicht ein MVZ mit wachsender Größe auch eine stärkere Arbeitsteilung und begründet damit für die beteiligten Leistungserbringer auch die Aussicht auf geregelte Arbeitszeiten und eine Entlastung von bürokratischen Tätigkeiten (z. B. Leistungsabrechnung). Patienten wiederum können bei einer Versorgung im MVZ auf eine stärker interdisziplinär ausgerichtete Versorgung hoffen und mit kürzeren Wegen rechnen.

Zur Begründung für die Etablierung dieser neuen Organisationsform rückte der Gesetzgeber die Verbesserung der Kooperation zwischen Leistungserbringern und daraus erwachsende Vorteile für die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. So hieß es im damaligen Gesetzentwurf zum GMG: „Mit der Neuregelung entsteht die Möglichkeit, eine Versorgung ‚aus einer Hand‘ anzubieten. [...] Mit den medizinischen Versorgungszentren wird also eine neue Versorgungsform ermöglicht, deren Vorteil insbesondere in der erleichterten Möglichkeit der engen Kooperation unterschiedlicher ärztlicher Fachgebiete untereinander sowie mit nichtärztlichen Leistungserbringern liegt“ (Deutscher Bundestag 2003: 108).

Die mit der Gründung der MVZ beabsichtigte Verbesserung der interprofessionellen Kooperation nahm mitunter Bezug auf die Polikliniken in der DDR, die mit dem Einigungsvertrag weitgehend beseitigt worden waren. Die Zulassung der MVZ galt manchen auch als eine Korrektur dieser häufig als Fehler bezeichneten Strukturentscheidung. Insofern als auch Krankenhäuser als Träger von MVZ in Frage kamen, ermöglichten sie aber auch eine Verbesserung der Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Dies verweist auf einen weiteren – versorgungspolitisch bedeutsamen – Aspekt der Zulassung von MVZ: Sie eröffneten den Krankenhäusern einen weiteren Zugang zur ambulanten Versorgung (Gibis et al. 2016).

Darüber hinaus wurde und wird in Gesundheitspolitik und Wissenschaft eine Reihe weiterer Erwartungen mit der Zulassung von MVZ verbunden: Kehrseite der verbesserten Kooperation soll eine bessere Patientenversorgung sein, auch mit kürzeren Wegen für den Patienten; die Schaffung größerer Versorgungseinheiten soll Rationalisierungspotential erschließen, nicht zuletzt durch die gemeinsame Nutzung von

Räumen, Personal und medizinisch-technischen Geräten; MVZ sollen gleichsam als Inseln moderner Versorgung Innovationen im ambulanten Sektor anregen und insofern auch als Modernisierungskatalysatoren für die vertragsärztliche Versorgung insgesamt wirken.

Die wohl wichtigste Veränderung nahm aber das 2015 in Kraft getretene Versorgungsstärkungsgesetz (BGBl. I: 1211) vor: Seitdem ist erstens die Gründung eines MVZ nicht mehr nur bei arztgruppenübergreifenden, sondern auch bei arztgruppengleichen Zusammenschlüssen möglich (§ 95 Abs. 1 SGB V); zweitens können nun auch Kommunen ein MVZ „auch in der öffentlich rechtlichen Rechtsform eines Eigen- oder Regiebetriebs gründen“ (§ 95 Abs. 1a SGB V), ohne dass es einer Zustimmung der KVen bedarf (§§ 95, § 105 SGB V).

In dieser Optionserweiterung kommt eine steigende Komplexität der an die MVZ gerichteten Erwartungen zum Ausdruck: Sie sollen nicht mehr nur Kooperation und Integration verbessern, sondern nun auch die hausärztliche Versorgung stärken – vor allem daher die Möglichkeit zur Gründung arztgruppengleicher MVZ („Hausarzt-MVZ“) –, sondern auch einen Beitrag zur Lösung eingetretener oder heraufziehender Versorgungsprobleme in ländlichen Räumen leisten (siehe Kapitel 6). Zu dieser Komplexitätserweiterung zählt auch, dass der SVR als einen „zukunftsweisende[n] [...] Schritt“ in Betracht zieht, MVZ „unter Einbeziehung der ambulanten Pflege und anderer für eine bedarfsgerechte ländliche Versorgung wichtiger Dienste multiprofessionell zu erweitern und zu umfassenden Primärversorgungskonzepten weiterzuentwickeln“ (Sachverständigenrat 2014: Ziff. 625).

5.2 Entwicklung Medizinischer Versorgungszentren

MVZ haben seit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erheblich an Bedeutung gewonnen. Ende 2019 waren bundesweit mehr als 3.500 MVZ zugelassen, in denen fast 1.700 Vertragsärztinnen und -ärzte und mehr als 20.000 angestellte Ärztinnen und Ärzte tätig waren (Tabelle 5). Damit arbeiteten etwa zehn Prozent der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzte in einem MVZ (KBV 2021a). Diese neue Organisationsform hat seit ihrer Zulassung also erheblich an Bedeutung gewonnen und sich mittlerweile also fest in der vertragsärztlichen Versorgung etabliert. Auf sie entfällt bisher aber auch nur ein kleiner Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Nach wie vor stehen einzeln, in Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis tätige selbständige

Ärztinnen und Ärzte eindeutig im Zentrum des ambulanten Versorgungsgeschehens.

Tabelle 5: Zahl Medizinischer Versorgungszentren und der dort tätigen Ärzte 2004 bis 2019

Jahr	Zahl der MVZ	Vertragsärzte	Angestellte Ärzte
2004	70	144	107
2005	341	601	691
2006	666	928	1.696
2007	948	1.156	2.850
2008	1.206	1.266	4.270
2009	1.454	1.334	5.793
2010	1.654	1.332	7.278
2011	1.814	1.358	8.662
2012	1.938	1.441	10.476
2013	2.006	1.413	11.375
2014	2.073	1.346	12.119
2015	2.156	1.341	12.976
2016	2.490	1.449	14.560
2017	2.821	1.586	16.419
2018	3.173	1.639	19.740
2019	3.539	1.675	20.212

Quelle: KBV 2021c

Ende 2019 waren in mehr als drei Vierteln (79,7 %) dieser MVZ ausschließlich angestellte Ärzte tätig, in nur 3,4 Prozent der Einrichtungen (122) ausschließlich Vertragsärzte. Von den MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern arbeiteten fast alle (99,8 %) ausschließlich mit angestellten Ärzten (KBV 2021c). Im Durchschnitt arbeiteten 6,2 Ärzte in einem MVZ (Tabelle 6).

Tabelle 6: Kennzahlen für Medizinische Versorgungszentren am 31.12.2019

Gesamtzahl der MVZ	3.539
darunter: Vertragsärzte	1.517
Krankenhaus	1.589
Sonstige Träger	578
Gesamtzahl der im MVZ tätigen Ärzte	21.887
darunter: Ärzte im Anstellungsverhältnis	20.212
Vertragsärzte im MVZ	1.675
MVZ-Größe	Ø 6,2 Ärzte

vorwiegende Gründer	Krankenhäuser und Vertragsärzte
MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten	41,2 %
MVZ in Trägerschaft eines Krankenhauses	43,1 %
vorwiegende Rechtsformen	Gesellschaft mit beschränkter Haftung; Gesellschaft bürgerlichen Rechts
am häufigsten beteiligte Facharztgruppen	Hausärzte, Chirurgen und Orthopäden, fachärztliche Internisten

Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage von KBV 2021d

Die Annahme ist plausibel, dass nach 2004 eingeführte Veränderungen gesetzlicher Rahmenbestimmungen die Entwicklung der MVZ-Zahlen und der Trägerschaft beeinflusst haben: So stellte das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ab 2007 die Einzel- oder Gemeinschaftspraxen den MVZ bei den Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten gleich. Auch die klassischen Versorgungseinrichtungen können seitdem, sofern die entsprechenden Arztsitze verfügbar sind, in unbegrenzter Zahl angestellte Ärzte beschäftigen. Somit sind die betreffenden Träger bei einem solchen Vorhaben nicht mehr auf die Gründung eines MVZ angewiesen.

Die versorgungspolitisch vielleicht bedeutsamste mit der Zulassung von MVZ verbundene Veränderung – darauf ist oben bereits hingewiesen worden – ist die Schaffung eines weiteren Zugangs für Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung (Gibis et al. 2016). Der Anteil der in der Trägerschaft von Krankenhäusern befindlichen MVZ ist in den letzten Jahren gestiegen.

Diese Entwicklung dürfte zum einen in Zusammenhang mit gesetzlichen Änderungen stehen: Mit dem 2007 in Kraft getretenen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurden vorherige Beschränkungen für die Beschäftigung angestellter Ärzte durch niedergelassene Ärzte aufgehoben und erhielten auch Vertragsärzte das Recht, fachgebietsübergreifend eine unbegrenzte Zahl von Ärzten anzustellen.

Weiterhin mag der steigende Anteil von Krankenhäusern auch durch den erwähnten Ausschluss anderer zugelassener Leistungsanbieter nach dem SGB V von einer MVZ-Neugründung (Versorgungsstrukturgesetz) begünstigt worden sein. Jedoch ist die wachsende Rolle der Krankenhäuser unter MVZ-Trägern auch auf deren starkes Eigeninteresse an der Gründung von MVZ zurückzuführen, denn sie verbessern die Chancen, Verweildauern in der stationären Versorgung durch frühzeitige Entlassung und ambulante Nachsorge im hauseigenen MVZ zu verkürzen und die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu erhöhen. Für Krankenhäuser ist die Einweiserbindung und die langfristige Sicherung des

Krankenhausstandorts ein wichtiges Motiv für die MVZ-Gründung (KBV 2016: 21, 26). Allerdings birgt die einheitliche Trägerschaft von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen auch Risiken: So können krankenhausgetragene MVZ missbraucht werden, um Patientinnen und Patienten zur stationären Versorgung in das angeschlossene Krankenhaus des Trägers einzuweisen – und zwar auch dann, wenn dieses Krankenhaus nicht das am besten geeignete ist.

In den zurückliegenden Jahren hat sich der Anteil der Krankenhäuser an den MVZ-Trägern erhöht (KBV 2021c). Ende 2019 befanden sich 43 Prozent aller MVZ (absolut: 1.589) in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Ende 2015 betrieben 45 Prozent aller Krankenhäuser ein MVZ oder waren an einem MVZ-Betrieb beteiligt (Gibis et al. 2016). Eine Umfrage des Sachverständigenrats für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) gibt einen Hinweis auf die hohe Bereitschaft von Krankenhäusern, bestehende MVZ auszuweiten, bzw. auf Pläne, ein neues oder ein weiteres MVZ zu gründen (SVR 2012: Ziff. 330). Mit privaten Krankenhäusern als MVZ-Trägern dringen auch börsennotierte Kapitalgesellschaften in die vertragsärztliche Versorgung ein.

MVZ sollen – wie erwähnt – die Kooperation von Leistungserbringern verbessern und darüber hinaus auch als „Impulsgeber“ für Innovationen in der ambulanten Versorgung insgesamt wirken. Der SVR hält diese Aufgabe für „wohl noch bedeutsamer“ (Sachverständigenrat 2012: Ziff. 364) als den bloßen Anteil, der auf die Versorgung durch MVZ entfällt. Die Erwartung an eine Rolle als Innovationskatalysator gründet sich vor allem auf die mit der Größe von MVZ einhergehenden Möglichkeiten für die Organisation und Finanzierung der ambulanten Versorgung.

Belastbare Aussagen über die Leistungen von MVZ und deren Qualität im Vergleich zu den klassischen Organisationsformen ambulanter Versorgung lassen sich derzeit nicht treffen. Dies gilt zum einen für die Ergebnisqualität. Möglicherweise kann hier die Arbeit des erst jüngst errichteten Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen Abhilfe schaffen. Dies gilt zum anderen auch für die Prozessqualität. Weder lassen sich aufgrund der verfügbaren Daten Art, Intensität und Inhalt der Kooperation zwischen den Leistungserbringern eines MVZ ermitteln, noch ist klar, wie Patienten die Ärztinnen und Ärzte eines MVZ in Anspruch nehmen und ob und in welchem Ausmaß sie das MVZ überhaupt als einheitliches organisatorisches Dach wahrnehmen. Auch lässt sich nicht ermitteln, dass in den MVZ praktizierte Organisations- und Finanzierungsformen in die ambulante Versorgung ausgestrahlt hätten. Starke Anhaltspunkte dafür liegen nicht vor.

Vielmehr geben bereits die Strukturdaten Hinweise darauf, dass ein erheblicher Teil der MVZ die Grundidee dieser Organisationsform kaum angemessen umsetzen kann. Ende 2013 waren in immerhin 15 Prozent aller MVZ nur zwei Ärzte tätig und in beinahe der Hälfte aller MVZ (47 %) nur höchstens vier Ärzte (KBV 2016: 11). Zudem ist die durchschnittliche Zahl der Ärzte je MVZ seit 2015 wieder rückläufig (KBV 2021c). Derart kleine MVZ dürften kaum die erforderliche Fächerbreite und Spezialisierungen mitbringen, die für eine integrierte Versorgung im Zeichen des demographischen Wandels notwendig sind (Amelung 2011).

Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Zwar zielte der Gesetzgeber bei der Zulassung der MVZ nicht auf die Schaffung von Primärversorgungszentren (s. o.), aber eben doch auf die erwähnte Kooperation von Ärztinnen und Ärzten mit anderen Gesundheitsberufen. Dieses anfangs vorgesehene Strukturmerkmal der MVZ scheint mittlerweile weitgehend aus dem Blickfeld verschwunden zu sein. So ist die Zahl der MVZ seit 2016 – dem Jahr, in dem die Zulassung arztgruppengleicher MVZ in Kraft trat – besonders stark angestiegen (KBV 2021c; siehe Tabelle 5).

Es gibt keine Hinweise darauf, dass die interprofessionelle Kooperation zwischen Medizinern und Nicht-Medizinern im MVZ eine größere Rolle spielen würde, obwohl gerade sie große Chancen zur Verbesserung der Versorgungsqualität birgt (Brunnett et al. 2015). Allerdings ist dokumentiert, dass MVZ intensiv vor allem mit anderen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und mit Krankenhäusern kooperieren. Insbesondere die Kooperation mit anderen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und mit Pflegeheimen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen (KBV 2016).

Daten über die Tätigkeit nichtärztlicher Gesundheitsberufe in MVZ liegen nicht vor. Auch aus der Perspektive des Bundesgesundheitsministeriums spielt das Merkmal einer berufsgruppenübergreifenden Kooperation offenkundig keine Rolle mehr. So findet sich im Internetauftritt des BMG folgende Definition: „Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind rechtlich verselbständigte Versorgungseinrichtungen, in denen mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte unter einem Dach zusammenarbeiten“ (Bundesministerium für Gesundheit 2020c). Von anderen Berufsgruppen oder einer interprofessionellen Kooperation ist in diesem Stichwortartikel keine Rede mehr.

Auch zur ihnen seit 2015 zugeschriebene Funktion, zur Lösung von Versorgungsproblemen im ländlichen Raum beizutragen, haben die MVZ bisher keinen bedeutenden Beitrag geleistet, auch wenn man in Rechnung stellt, dass in Kleinstädten gelegene MVZ eine Versorgungsfunktion auch für das ländliche Umland wahrnehmen und Zweigpraxen

in den Zahlen zur räumlichen Verteilung von MVZ nicht enthalten sind (Sachverständigenrat 2012: Ziff. 365). Bisher konzentrieren sich MVZ in städtischen Ballungszentren. Während Ende 2019 in Kernstädten 46 Prozent (absolut 1.696) und in Ober- und Mittelzentren 38 Prozent der MVZ (absolut: 1.331) angesiedelt waren, hatten nur 15 Prozent (absolut: 512) ihren Standort in ländlichen Gemeinden (KBV 2019). Vereinzelte Gegenbeispiele (z. B. Rieser 2014) widersprechen diesem allgemeinen Befund nicht. Zwar ist die Annahme plausibel, dass die Beschäftigung als Angestellte und die Entlastung von den mit der Niederlassung verbundenen wirtschaftlichen Risiken und administrativen Aufgaben die Bereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte zu einer Tätigkeit in der ambulanten Versorgung erhöhen kann. Jedoch hat sich dies bisher stärker in den städtischen Zentren positiv niedergeschlagen.

Ob die seit 2015 eröffnete Möglichkeit zur arztgruppengleicher MVZ und zur Gründung von MVZ durch Gebietskörperschaften in dieser Hinsicht eine Trendwende einleiten kann, lässt sich aufgrund des erst kurzen Geltungszeitraums dieser Bestimmungen zurzeit noch nicht sagen. Vorliegende Untersuchungen über die Einstellungen von Funktionsträgern in Gebietskörperschaften lassen keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu (Steinhäuser et al. 2012; Barthen/Gerlinger 2016; Kuhn et al. 2018; Kleinschmidt 2019).

Eine Befragung von Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern sowie Landrätinnen und Landräten in Niedersachsen ergab, dass deren Bereitschaft zur Gründung von MVZ gering ist. Demzufolge bewerteten die Befragungsteilnehmer ein MVZ in kommunaler Trägerschaft überwiegend kritisch, wobei – immerhin – ein Drittel ein solches Modell für geeignet hielt (Kuhn et al. 2018). Auch Untersuchungen in Sachsen-Anhalt und Westfalen-Lippe belegen die Skepsis kommunaler Funktionsträger gegenüber einem Engagement zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung (Barthen/Gerlinger 2016; Kleinschmidt 2019).

Die kommunale Unterstützung zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung konzentriert sich demnach auf die Gewährung finanzieller Zuschüsse, auf Beratungsleistungen sowie auf den Aufbau von Netzwerken (ebd.). Tatsächlich ist bisher die Zahl der von Kommunen getragenen MVZ insgesamt sehr gering. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung listet Kommunen nicht eigenständig als Träger von MVZ auf, sondern integriert sie unter „sonstige Träger“. Eine eingehende Internet-Recherche ergab, dass im September 2020 in zehn Gemeinden oder Landkreisen MVZ existieren oder deren Einrichtung (für 2021) beschlossen wurde. In einer Reihe weiterer Gemeinden und Landkreise wurde über die Einrichtung eines MVZ diskutiert.

Die gemeinsame Trägerschaft von Krankenhaus und MVZ kann zu einer besseren Abstimmung der ambulanten Nachsorge stationär behandelter Patienten beitragen. Insofern haben MVZ auch das Potenzial, nicht nur zu einer stärkeren Integration in der ambulanten Versorgung, sondern auch zu einer verbesserten sektorenübergreifenden Kooperation zu führen. Allerdings zeigen die publik gewordenen Prämienzahlungen von Krankenhäusern an einweisende niedergelassene Ärzte auch, dass Krankenhäuser nicht auf selbst getragene MVZ angewiesen sind, um für einen Zustrom von Patienten zu sorgen.

5.3 Zwischenfazit

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) stellen eine neue Organisationsform in der vertragsärztlichen Versorgung dar, die die Kooperation zwischen den dort tätigen Ärztinnen und Ärzten untereinander und zwischen Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen verbessern und zugleich Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zu anderen Versorgungssektoren vermeiden soll. Die Zulassung von MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung ist Bestandteil einer Strategie, die die Versorgungsstrukturen des deutschen Gesundheitswesens auf die Anforderungen des demographischen Wandels, insbesondere des Bedeutungszuwachses von chronischer Krankheit und Multimorbidität sowie auf die zunehmende Spezialisierung in der Medizin einstellen soll.

MVZ haben sich mittlerweile fest als Organisationsform der Leistungserbringung in der ambulanten Versorgung etabliert. Ende 2019 arbeiteten dort – in ihrer großen Mehrheit als Angestellte – mehr als 20.000 Ärztinnen und Ärzte, also immerhin knapp zwölf Prozent der Vertragsärztinnen und -ärzte, sowie Vertragspsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten. Die in der Einzelpraxis, in Praxisgemeinschaft oder Gemeinschaftspraxis niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind zahlenmäßig nach wie vor die mit Abstand wichtigsten Akteure der vertragsärztlichen Versorgung. Der wachsende Zuspruch, dessen sich MVZ unter Ärztinnen und Ärzten erfreuen, ist Ausdruck eines Werte- und Einstellungswandels vor allem in der jüngeren Medizinergeneration: des wachsenden Wunsches nach begrenzten, flexiblen Arbeitszeiten und der Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie der wachsenden Abneigung gegenüber den mit einer Niederlassung verbundenen finanziellen Risiken und administrativen Aufgaben.

MVZ werden zu jeweils etwas mehr als 40 Prozent von Vertragsärztinnen und -ärzten sowie von Krankenhäusern getragen. Die Krankenhäuser haben als MVZ-Träger in den letzten Jahren an Gewicht gewon-

nen. Dieser Prozess dürfte sich in den nächsten Jahren fortsetzen. Wichtige Motive für die Krankenhäuser sind die Einweiserbindung und die langfristige Sicherung des Klinikstandorts.

Der Gesetzgeber hat die Rahmenbedingungen für die MVZ wiederholt geändert. Von besonderer Bedeutung ist die seit 2015 bestehende Möglichkeit, auch arztgruppengleiche MVZ zu gründen und den Gebietskörperschaften den Betrieb eigener VZ zu gestatten. Über die praktischen Auswirkungen dieser Regelungen lassen sich noch keine Aussagen treffen.

Die von Politik und Wissenschaft an die MVZ gerichteten Erwartungen sind vielfältiger geworden. MVZ sollen nicht mehr nur die horizontale und vertikale Kooperation verbessern, sondern auch einen Beitrag zur Bewältigung bestehender oder sich abzeichnender Versorgungsprobleme vor allem im ländlichen Raum leisten und als Impulsgeber für die Modernisierung der ambulanten Versorgung wirken.

So plausibel die an die MVZ gerichteten Erwartungen sind, so wenig Belastbares lässt sich gegenwärtig über die tatsächlichen Wirkungen der MVZ auf die Versorgungslandschaft sagen. Wie sich die ärztliche Kooperation in den MVZ gestaltet und ob sie den Erwartungen gerecht wird, bleibt noch weitgehend im Dunkeln. Auch valide Aussagen über die Ergebnisqualität der Versorgung lassen sich kaum treffen. Die multiprofessionelle, also auch andere Gesundheitsberufe einschließende Kooperation in den MVZ führt offenkundig eher ein Schattendasein. Allerdings haben die MVZ ihre Kooperation mit externen Partnern, vor allem mit anderen niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen, Krankenhäusern und Pflegeheimen, intensiviert. Darauf, dass MVZ bereits einen substantziellen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung in ländlichen Räumen leisten, deutet bisher wenig hin. Perspektiven für die Weiterentwicklung von MVZ könnten in ihrem Ausbau zu multiprofessionellen Primärversorgungseinrichtungen bestehen.

6. Versorgung in Stadt und Land

Die Sicherstellung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung ist in den letzten Jahren zu einem wichtigen Thema der Gesundheitspolitik geworden. Dies betrifft vor allem die vertragsärztliche Versorgung, aber auch die Krankenhausversorgung. Hintergrund für die Diskussionen in der vertragsärztlichen Versorgung sind die teilweise bereits eingetretenen oder sich abzeichnenden Gefahren einer Unterversorgung in benachteiligten Räumen, die dringend ein Handeln erfordern. In der Krankenhausversorgung wird die Frage nach der Zahl und Verteilung von Versorgungseinrichtungen hingegen oft mit der Qualität der Krankenhausversorgung in Verbindung gebracht.

6.1 Vertragsärztliche Versorgung

Anlass für die öffentliche Aufmerksamkeit, die dem Problem der wohnortnahen Versorgung zuteil wird, sind nicht allein die mancherorts bereits aufgetretenen Versorgungsmängel, sondern auch die aufgrund des Zusammenwirkens verschiedener Trends in den kommenden Jahrzehnten drohende Verschärfung der regionalen oder lokalen Unterversorgung.

Seit Jahrzehnten steigt in Deutschland bei nur geringfügig steigenden Bevölkerungszahlen zwar die Zahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte. Ende 2019 kamen in Deutschland 5,0 berufstätige Ärztinnen und Ärzte auf 1000 Einwohner (Bundesärztekammer 2020), 1991 waren es noch 3,0 gewesen (Bundesministerium für Gesundheit 2012: 6, 76). Absolut stieg die Zahl aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte zwischen 1991 und 2019 von 244.238 auf 402.119 (Bundesministerium für Gesundheit 2012: 76; Bundesärztekammer 2020), die Zahl der Vertragsärzte zwischen 1993 und 2019 von gut 115.000 auf gut 157.000 (Bundesministerium für Gesundheit 2012: 79; Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021a). Auch im internationalen Vergleich ist die Arztdichte in Deutschland außerordentlich hoch (OECD 2020; Eurostat 2020a).

Zu Recht ist immer wieder darauf hingewiesen worden, dass es in städtischen Zentren und großen Agglomerationsräumen zumeist eine – z. T. drastische – Überversorgung mit Ärztinnen und Ärzten gibt und bei keiner Arztgruppe, selbst nicht bei Hausärzten und -ärztinnen, von einer Unterversorgung gesprochen werden kann (Klose/Rehbein 2017). Vor allem in Ballungsräumen, aber auch in einigen aus anderen Gründen attraktiven Regionen, z. B. der Insel Sylt oder dem Landkreis Starnberg, werden die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung erheblich überschrit-

ten. Insofern gibt es keinen Ärztemangel, sondern nur ein Problem der bedarfsgerechten Verteilung von Ärztinnen und Ärzten. Aber genau dieses Problem besteht eben.

Diese Ungleichverteilung hat zahlreiche und sehr unterschiedliche Ursachen. Folgende Entwicklungen sollen hier hervorgehoben werden:

- Die Entwicklung in ländlichen Räumen ist durch sinkende Bevölkerungszahlen, einen steigenden Altenanteil, eine in der Folge rückläufige Geburtenrate, die Abwanderung insbesondere junger und qualifizierter Personen in die Großstädte sowie eine Erosion der ökonomischen, sozialen und kulturellen Infrastruktur gekennzeichnet. Diese Prozesse führten und führen in einen Teufelskreis zu einem weiteren Bevölkerungsrückgang. Arbeit und Leben in ländlichen Regionen verlieren somit für viele Menschen an Attraktivität. Ob und inwiefern die Erfahrungen der Corona-Pandemie diese Trends stoppen oder gar eine Bewegung einleiten, lässt sich gegenwärtig noch nicht absehen. Insbesondere fällt es schwer, junge Akademikerinnen und Akademiker, und darunter eben auch Ärztinnen und Ärzte, zur Aufnahme einer Berufstätigkeit in ländlichen Regionen zu bewegen. Erschwerend kommt hinzu, dass es den zumeist ebenfalls hoch qualifizierten Lebenspartnern schwerfällt, wohnortnah eine adäquate Beschäftigung zu finden.
- Dieses Problem wirkt sich auf die Versorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten umso stärker aus, als in dieser Gruppe der Anteil der über 60-Jährigen besonders hoch ist (KBV 2021a, siehe Kapitel 4.3) und daher ein erheblicher Teil von ihnen in absehbarer Zeit aus dem Berufsleben ausscheiden wird.
- Gleichzeitig bleibt der Anteil der Mediziner, die sich für eine Weiterbildung zum Facharzt bzw. zur Fachärztin für Allgemeinmedizin und somit für eine Tätigkeit als Hausärztin oder Hausarzt entscheiden, hinter der Zahl der altersbedingt ausscheidenden Ärztinnen und Ärzte zurück, auch wenn die Zahl der Facharztanerkennungen in den letzten Jahren wieder zugenommen hat (Bundesärztekammer 2020). Das Interesse von Studierenden an der hausärztlichen Tätigkeit geht im Verlauf des Studiums deutlich zurück. Vermutlich spielen hierfür unterschiedliche Gründe eine Rolle: eine Ausbildungskultur in der Medizin, die den Eindruck vermittelt, Allgemeinmedizin und Hausarzt-tätigkeit seien weniger anspruchsvoll oder interessant als andere Disziplinen bzw. Tätigkeitsfelder; das im Vergleich zu den meisten anderen Disziplinen geringe Einkommen von Hausärztinnen und Hausärzten; die besonderen beruflichen Belastungen, die eine Hausarzt-tätigkeit, insbesondere als Landarzt, mit sich bringt, nämlich lange Arbeitszeiten und ein nicht selten beklagtes „Einzelkämpferdasein“.

- Erschweren schon die im Vergleich zu vielen anderen Fachdisziplinen geringeren Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit die Rekrutierung hausärztlichen Nachwuchses, so verringert sich deren Bereitschaft zur Niederlassung in ländlichen Regionen oder in sozial benachteiligten Stadtteilen zusätzlich wegen der dort üblicherweise geringeren Möglichkeiten, ihre Einnahmen durch privatärztliche Tätigkeit zu erhöhen. Denn sowohl der Anteil von Privatpatienten als auch der von zahlungskräftigen GKV-Patienten, die am ehesten geneigt und in der Lage sind, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in Anspruch zu nehmen, ist dort zumeist unterdurchschnittlich. Die Vergütungen für identische Leistungen in der privatärztlichen Versorgung liegen erheblich über den Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung. In den letzten Jahrzehnten hat der Anteil der Einnahmen aus privatärztlichen Tätigkeiten stark zugenommen und mittlerweile ein beträchtliches Niveau erreicht (Statistisches Bundesamt 2018b).
- Die vertragsärztliche Bedarfsplanung hat es nicht verstanden, eine regional ausgewogene Verteilung von Ärztinnen und Ärzten zu gewährleisten. Das Anfang der 1990er Jahre entwickelte Instrumentarium erwies sich als unzureichend. Die Orientierung der angestrebten Arzt-Versicherten-Relationen an den Ist-Verhältnissen des Jahres 1990, die Ausrichtung der Planungsbereiche an den Grenzen von Stadt- und Landkreisen, die unzureichende Berücksichtigung von demographischen und Morbiditätskriterien sowie die Nichtberücksichtigung der Erreichbarkeit von Einrichtungen als Bedarfskriterium haben zu den skizzierten Ungleichheiten geführt (Greß/Stegmüller 2011). Zudem hat die Zulassungspraxis der gemeinsamen Selbstverwaltung es nicht verstanden, die Überversorgung gerade mit Fachärztinnen und Fachärzten in Ballungsräumen zu vermeiden oder abzubauen.

Vor diesem Hintergrund hat der Bundesgesetzgeber in den vergangenen Jahren, vor allem mit dem Versorgungsstrukturgesetz 2012 und dem Versorgungsstärkungsgesetz 2015, eine Reihe von Maßnahmen ergriffen, um eine Unterversorgung abzuwenden oder zu bekämpfen.

- Die Bedarfsplanung wurde reformiert. Die Planungsbereiche müssen nicht mehr den Stadt- und Landkreisen entsprechen. Die Möglichkeiten, regional von bundesweiten Verhältniszahlen abzuweichen, wurden erweitert. Für die hausärztliche Versorgung wurde ein neuer Planungsbereich mit kleineren Zulassungsbezirken geschaffen. Sie unterliegt damit also einer feingliedrigeren Planung, die eine größere Wohnortnähe der Versorgung gewährleisten soll. Standortwechsel werden für diese Gruppen erschwert, weil die Planungsbereiche klei-

ner sind. Dies geht einher mit einer Zunahme der Planzahlen für Hausärztinnen und Hausärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

- Die Länder erhalten bei der Behandlung von Bedarfsplanungsrichtlinien im G-BA ein Mitberatungsrecht, allerdings kein Mitentscheidungsrecht (§ 92 Abs. 7e SGB V), sowie ein Mitberatungsrecht im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (§ 90 Abs. 4 SGB V).
- Die Länder können auf Landesebene ein gemeinsames Landesgremium zur sektorenübergreifenden Versorgung bilden (§ 90a SGB V), das allerdings nur Empfehlungen aussprechen kann und über kein eigenes Budget verfügt. Schließlich erhalten die Landesbehörden das Recht, die Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu beanstanden (§ 90 Abs. 6 SGB V). Dieses Beanstandungsrecht gilt auch im Hinblick auf den vom Landesausschuss aufgestellten Bedarfsplan (§ 99 Abs. 1 SGB V).
- Der Spielraum für neue Versorgungskonzepte, mit denen Ärztinnen und Ärzte bzw. die Arztpraxis entlastet werden und damit mehr Patienten versorgen können, wird erweitert, indem z. B. mobile Versorgungskonzepte ausgebaut werden und die Erbringung telemedizinischer Leistungen zur Substitution eines direkten Arzt-Patient-Kontakts, die Delegation von Leistungen sowie die Errichtung von Zweitpraxen erleichtert wird.
- Zur vertragsärztlichen Versorgung werden neue Träger zugelassen. Kommunen können ohne Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung MVZ gründen (siehe Kapitel 5). Die Kassenärztlichen Vereinigungen können in unterversorgten Regionen Eigeneinrichtungen betreiben und sind verpflichtet, solche Eigeneinrichtungen zu etablieren, wenn sie eine festgestellte Unterversorgung auf anderem Wege nicht beheben können.
- Um Anreize zu schaffen, auch in strukturschwachen oder sozial benachteiligten Gebieten tätig zu werden, sollen solche Ärztinnen und Ärzte bei der Entscheidung über die Zulassung bevorzugt behandelt werden, die vorher in unterversorgten Gebieten praktizierten oder sich parallel an der Versorgung in unterversorgten Gebieten beteiligen.
- Bei festgestellter Unterversorgung wird die Möglichkeit der Ermächtigung von Krankenhäusern und Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Ärztinnen und Ärzte in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen erweitert.
- In überversorgten Gebieten sollen freiwerdende Vertragsarztsitze nur dann wiederbesetzt werden, wenn dies für die Versorgung sinnvoll

ist. Zu diesem Zweck erhält die KV ein Vorkaufsrecht, das allerdings nicht gilt, wenn Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner sich um die Nachbesetzung bewerben. Außerdem werden Möglichkeiten der KV erweitert, in überversorgten Gebieten den freiwilligen Verzicht auf die Zulassung finanziell zu fördern.

- Finanzielle Anreize sollen die Bereitschaft zur Niederlassung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen erhöhen. So wird die Abweichung der regionalen Vertragsparteien von bundesweiten Vorgaben zur Honorierung von Ärztinnen und Ärzten erleichtert. Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen in strukturschwachen Gebieten erbringen, können durch verschiedene Maßnahmen finanziell bessergestellt werden.
- Die KVen richten einen Strukturfonds ein, aus dem flexibel und ungebunden gezielte Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung finanziert werden (z. B. die Gewährung zinsgünstiger Kredite oder Zuschüsse zu Investitionskosten). In diesen Fonds zahlt die jeweilige KV bis zu 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung ein; die Krankenkassen fügen einen Betrag in gleicher Höhe hinzu.
- Schließlich soll eine Reihe von Maßnahmen dazu dienen, die Work-Life-Balance für Ärzte zu verbessern und ihnen so eine Entscheidung für die Niederlassung in strukturschwachen Regionen erleichtern (z. B. die Aufhebung der Residenzpflicht für Ärzte).

Die Bestimmungen zur Bedarfsplanung bieten in der Tat flexiblere Handlungsmöglichkeiten bei der Steuerung der vertragsärztlichen Zulassungen. Insbesondere gilt dies für die hausärztliche Versorgung, vor allem, weil hier das Planungsraster feingliedriger gestaltet wurde. Inwieweit die überarbeitete Richtlinie die bestehenden Ungleichgewichte tatsächlich vermindern kann, bleibt allerdings abzuwarten.

Im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung ist darauf hinzuweisen, dass sich mit einer Zunahme der Planzahlen in diesem Bereich noch nicht die Zahl der Facharztanerkennungen in der Allgemeinmedizin oder die Bereitschaft von Internistinnen und Internisten sowie von Kinderärztinnen und Kinderärzten zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung erhöht. Es ist also fraglich, ob überhaupt genügend Hausärztinnen und Hausärzte zur Verfügung stehen werden, die die neu ausgewiesenen Stellen besetzen können – ein Problem, das allerdings nicht durch eine Bedarfsplanungsrichtlinie gelöst werden kann.

In der fachärztlichen Versorgung hat sich das Planungsverfahren kaum geändert. Vor allem aber fehlt es der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie an einem wirksamen Instrumentarium zum Abbau der Überversorgung in Ballungsräumen. Dies allerdings hätte entsprechende gesetzli-

che Rahmenvorgaben für die gemeinsame Selbstverwaltung erfordert, für die der politische Wille des Gesetzgebers nicht vorhanden war.

Ganz unabhängig von diesen gesetzlichen Bestimmungen gibt es bereits seit Jahren Anstrengungen anderer Akteure, die mit eigenen Instrumenten versuchen, einer Unterversorgung entgegenzuwirken. Mittlerweile existiert eine kaum noch zu überblickende Vielfalt an Initiativen, Vorschlägen und Maßnahmen, an denen Bund, Länder, Städte, Gemeinden, Landkreise, aber auch Krankenkassen und KVen beteiligt sind.

Ein wichtiger Ansatzpunkt ist die Schaffung finanzieller Anreize für die Aufnahme ärztlicher Tätigkeit in dünn besiedelten Regionen. Akteure der Selbstverwaltung sowie Länder und Kommunen unterstützen des Öfteren Ärzte bei der Praxisübernahme oder -einrichtung finanziell. Einzelne Länder, so z. B. Sachsen-Anhalt, gewähren Studierenden der Medizin, die sich bereit erklären, später als Arzt im Land tätig zu sein, ein Stipendium oder ein Darlehen zur Finanzierung des Studiums. Auch einzelne Landkreise greifen zu derartigen Instrumenten. Allerdings sind solchen Aktivitäten auch enge Grenzen gesetzt. Die Haushaltssituation bei Ländern und Kommunen lässt ein größeres finanzielles Engagement häufig nicht zu. Außerdem ist die Legitimation solcher Maßnahmen oft schwierig, weil die Kommunen häufig nicht einmal ihre Pflichtaufgaben erfüllen können.

Kommunen stehen einem eigenen Engagement zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung überwiegend skeptisch gegenüber, auch wenn die Klage über eine drohende Unterversorgung und über Nachbesetzungsprobleme im ländlichen Raum und in kleineren Städten durchaus verbreitet ist. Die Gründe dafür sind unterschiedlich: fehlende finanzielle Ressourcen, die Furcht vor den finanziellen Risiken eines eigenen Engagements, fehlende Expertise und Verwaltungskapazitäten für die Bewältigung einer solchen Aufgabe (Barthen/Gerlinger 2016; Kuhn et al. 2018; Kleinschmidt 2019).

Eine durchgreifende Anhebung der Landarzthonorare über den Honorarverteilungsmaßstab der KVen stößt auf den Widerstand anderer Arztgruppen. Über die Wirksamkeit dieser und ähnlicher Maßnahmen ist wenig bekannt, weil es an systematischen Evaluationen mangelt. Einstweilen geschieht auf diesem Feld noch vieles nach dem Muster „trial and error“.

Schließlich richten sich manche Bemühungen auf die Entwicklung neuer Organisationsformen für die medizinische Versorgung, die z. T. auch neue Formen der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen beinhalten. Dazu gehören verschiedene Modelle zur Entlastung des Arztes oder der Ärztin durch die Delegation von Tätigkeiten an besonders

weitergebildete Pflege- oder medizinische Fachkräfte (Mergenthal et al. 2013; Miralles et al. 2020).

Der Vergleich zwischen Bedarfsplanungsvorgaben („Soll-Werten“) und tatsächlichen Verhältniszahlen („Ist-Werten“) verdeutlicht, dass das oben erwähnte Nebeneinander von Über- und Unterversorgung auch in den ersten Jahren nach dem Inkrafttreten der gesetzlichen Vorgaben für eine gleichmäßigere Verteilung von Ärztinnen und Ärzten fortexistiert. Bei allen Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterliegen, überschreiten die Versorgungsgrade im bundesweiten Durchschnitt den sich aus den Bedarfsplanungsrichtlinien ergebenden Soll-Wert. Besonders deutlich fiel diese Überschreitung im Jahr 2016 bei den Fachärztinnen und Fachärzten aus, aber auch bei Hausärztinnen und Hausärzten lag der Gesamtversorgungsgrad immerhin noch bei 108 Prozent (Klose/Rehbein 2017: 8).

Von den Hausärztinnen und Hausärzten abgesehen, waren bei allen Arztgruppen fast sämtliche Planungsbereiche überversorgt; nur bei den Hausärztinnen und Hausärzten gab es in erheblichem Umfang noch freie Planungsbereiche. Auf Landesebene aggregiert, lag bei dieser Gruppe in keinem Bundesland eine Unterversorgung vor. Rund 40 Prozent aller Planungsbereiche waren, legt man die vom G-BA vorgegebenen Verhältniszahlen unter Einschluss der Optionen zur regionalen Abweichung zugrunde, überversorgt (Klose/Rehbein 2017: 8). Insgesamt gab es bundesweit selbst in der hausärztlichen Versorgung einen Überschuss von insgesamt knapp 3.900 Ärzten (Klose/Rehbein 2017: 9). In manchen Planungsbezirken werden die Soll-Werte in nachgerade eklatanter Weise überschritten.

Die drohende oder bereits eingetretene Unterversorgung betrifft, wie erwähnt, vor allem strukturschwache Räume. 2016 existierte in der hausärztlichen Versorgung zwar nur in insgesamt 8 der bundesweit 957 Planungsbereiche eine Unterversorgung. Allerdings lag der Versorgungsgrad in 86 Planungsbereichen zwischen 75 und unter 90 Prozent, in weiteren 169 Planungsbereichen zwischen 90 und unter 100 Prozent (Klose/Rehbein 2017: 30). Bei vielen Arztgruppen reicht bereits die Aufgabe eines einzigen nicht wieder besetzten Vertragsarztsitzes aus, um eine Unterversorgung im Sinne der Bedarfsplanungsbestimmungen herbeizuführen.

Aber nicht nur ländliche strukturschwache Räume sind von Unterversorgung betroffen. Auch innerhalb von Großstädten und Ballungsräumen treten Ungleichgewichte in den Versorgungsgraden auf, nämlich vor allem zu Lasten solcher Stadtteile, in denen der Bevölkerungsanteil von Arbeitslosen oder Sozialhilfeempfängern hoch und der von Privatpatienten besonders niedrig ist (Gerlinger/Rosenbrock 2021).

Viele der genannten gesetzlichen Maßnahmen und der Initiativen anderer Akteure erscheinen sinnvoll. Inwieweit sie tatsächlich Wirkung entfalten, wird sich vermutlich erst mittelfristig herausstellen. Allerdings sind bereits jetzt erhebliche Zweifel angebracht, ob es mit ihnen gelingen wird, die Gefahren einer Unterversorgung vor allem in ländlichen Gebieten abzuwenden.

Zum einen ist zu kritisieren, dass weder der Gesetzgeber noch die Selbstverwaltung entschieden gegen die Überversorgung in Ballungsräumen vorgehen. Dies wird vor allem daran deutlich, dass die Vorgaben zum Kauf von Praxen in überversorgten Zulassungsbezirken durch die KVen nur an sehr weit definierte Bedingungen gebunden sind. Restriktivere Vorgaben könnten eine Überversorgung abbauen und womöglich dazu beitragen, den Strom der niederlassungswilligen Ärzte in Richtung auf unterversorgte oder von Unterversorgung bedrohte Regionen zu lenken.

Zum anderen ist es fraglich, ob die großen Hoffnungen, die sich auf die Wirkung finanzieller Anreize richten, wirklich berechtigt sind. Angesichts der verbreiteten Skepsis im Hinblick auf Leben und Arbeit in ländlichen Regionen müssten für viele Ärztinnen und Ärzte die finanziellen Anreize schon sehr stark sein, um sie zu einer Niederlassung dort zu bewegen.

6.2 Krankenhausversorgung

Deutschland weist im internationalen Vergleich eine sehr hohe Krankenhaus- und Bettendichte auf (OECD 2020). In der Europäischen Union verfügt kein anderer Mitgliedstaat über eine höhere Zahl an Betten je 1.000 Einwohner (Eurostat 2020b), und weltweit wird Deutschland nur von wenigen Staaten übertroffen. Dabei sind sowohl die Zahl der Krankenhäuser als auch die Bettenzahlen seit den 1970er Jahren in Deutschland stark zurückgegangen. Erst in den letzten Jahren hat sich die Bettenzahl stabilisiert (Statistisches Bundesamt 2020b).

Der Befund einer im internationalen Vergleich hohen Bettenzahl ist nicht der einzige, aber wohl der wichtigste Grund für die seit Jahren anhaltende Diskussion über die Krankenhausstrukturen in Deutschland. Aus ihm ziehen zahlreiche Beobachter, allen voran Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen sowie eine Reihe von Gesundheitsökonominnen, den Schluss, dass Deutschland mit Krankenhäusern und Krankenhausbetten überversorgt und eine drastische Reduzierung der Zahlen geboten sei (s. hierzu: Simon 2020). Zwar ist eine solche Schlussfolgerung nicht zwingend, denn die geringere Bettendichte in anderen Län-

den könnte auch ein Hinweis auf eine dortige Unterversorgung sein, die in einigen Ländern, wie z. B. in Großbritannien, den Niederlanden oder Schweden, in der Tat ja anzutreffen ist und dort zu teilweise langen Wartelisten bei bestimmten Eingriffen führt (Tikkanen et al. 2020; Schölkopf/Grimmeisen 2021).

Zudem ließe sich argumentieren, dass in Deutschland der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung europaweit nur von Italien übertroffen wird und die höhere Krankenhaushäufigkeit älterer Menschen auch einen höheren Bettenbedarf begründet. Schließlich sollte nicht in Vergessenheit geraten, dass Bettenzahl und Bettenbedarf auch im Zusammenhang mit der übergreifenden institutionellen Arbeitsteilung in einem Gesundheitssystem stehen. Daher sollten der internationale Datenvergleich mit Vorsicht und die Bewertung der Zahlen für Deutschland auch vor dem Hintergrund der hiesigen Versorgungsstrukturen erfolgen.

Ungeachtet dessen ist insbesondere in Agglomerationsräumen für bestimmte Fachabteilungen die Zahl der aufgestellten Betten aber derart hoch, dass man dort von einer Überversorgung ausgehen muss, auch wenn man in Rechnung stellt, dass die Krankenhäuser in Ballungsräumen eine Versorgungsfunktion für das nähere oder weitere Umland wahrnehmen.

Überkapazitäten sind sowohl aus Gründen der Versorgungsqualität als auch aus Kostengründen kritisch zu bewerten. Zum einen bieten sie den Kliniken Anlass und Möglichkeit für eine medizinisch nicht indizierte Erhöhung der Behandlungsfallzahlen mit dem Ziel einer Einnahmen- und Gewinnsteigerung. Zum anderen entstehen mit der Vorhaltung und erst recht mit einer medizinisch nicht indizierten Nutzung der freien Kapazitäten vermeidbare Kosten (Loos et al. 2019).

Zugleich sollten aber auch – wie die Corona-Krise drastisch gezeigt hat – ausreichende Kapazitäten für den Fall eines kurzfristigen, nicht vorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs vorgehalten werden.

In der politischen Diskussion über die Krankenhausversorgung geht es aber nicht allein um die Zahl der Betten. Daneben hat in den letzten Jahren ein anderer Aspekt an Bedeutung gewonnen: der Zusammenhang zwischen den Krankenhausstrukturen und der Versorgungsqualität (z. B. Loos et al. 2019). Dabei geht es um zweierlei:

- Häufig wird argumentiert, dass eine drastische Reduzierung der Krankenhaus- und Bettenzahlen helfen würde, die häufig unzureichende personelle und technische Ausstattung insbesondere in kleinen Häusern zu verbessern. Gerade wegen dieser Ausstattungsmängel seien diese Häuser häufig nicht in der Lage, Leistungen in der wünschenswerten und möglichen Qualität zu erbringen (Le-

ber/Scheller-Kreinsen 2018; Busse/Berger 2018, Loos et al. 2019). Aus dieser Perspektive würde eine Reduzierung der Bettenzahlen und insbesondere der Zahl kleiner Häuser zu einem effizienteren Personaleinsatz führen und könnte damit auch einen Beitrag zur Linderung des Fachkräftemangels in der stationären Versorgung leisten (Loos et al. 2019).

- Bei einer Reihe von Leistungen gibt es einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit, in der sie vom Arzt oder von der Ärztin, von der Fachabteilung oder von einem Krankenhaus pro Jahr erbracht werden, und ihrer Qualität. Insbesondere viele kleine Krankenhäuser führen – so eine weit verbreitete Kritik – solche diagnostischen Verfahren und Operationen aufgrund zu niedriger Fallzahlen nicht in der erforderlichen und möglichen Qualität durch – zum Nachteil für die Patientinnen und Patienten.

Für eine Reihe dieser Leistungen existieren seit einigen Jahren Mindestmengenregelungen. Dies sind Vorgaben über Mindestzahlen für bestimmte Leistungen, die ein Arzt bzw. eine Ärztin, eine Fachabteilung oder ein Krankenhaus pro Jahr erreichen muss, um sie mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen zu können. Diese Mindestmengenregelungen sollten – so das Argument – auf andere Leistungen, bei denen es Nachweise für oder starke Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität gibt, erweitert und verschärft werden, wenn entsprechende Erkenntnisse vorliegen. Zudem müsste die Anwendung dieser Regelungen durchgesetzt werden, was in der Vergangenheit keineswegs immer geschehen ist.

Die Ausweitung, Verschärfung und konsequente Durchsetzung von Mindestmengenregelungen dürfte erhebliche Auswirkungen auf die Krankenhausstrukturen in Deutschland haben. Sie liefe auf eine stärkere – häufig auch explizit geforderte und im Hinblick auf bestimmte Diagnosen (z. B. Brustkrebszentren) seit Jahren vorangetriebene – Zentrenbildung und Spezialisierung in der Krankenhausversorgung hinaus und würde dazu führen, dass zahlreiche kleine Häuser schließen müssten, wenn sie bisher erbrachte Leistungen nicht mehr mit den Krankenkassen abrechnen können. Daraus erwächst ein Dilemma: Eine Zentrenbildung und Spezialisierung würde sich, zumindest im Hinblick auf die davon betroffenen Leistungen, negativ auf ein anderes Qualitätsmerkmal des deutschen Gesundheitssystems auswirken, nämlich die Wohnortnähe und damit die schnelle Erreichbarkeit des Krankenhauses.

Unter den gesundheitspolitischen Akteuren sind es vor allem die Krankenkassen, die auf einen Bettenabbau und auf Krankenhausschließungen drängen. Sie versprechen sich davon sowohl Kosteneinsparun-

gen als auch Qualitätsverbesserungen. Insbesondere die Länder zeigen sich diesbezüglich weit skeptischer und weisen darauf hin, dass es die Wohnortnähe der Krankenhausversorgung zu erhalten gelte.

Dass es bei einer Reihe von Leistungen einen Zusammenhang zwischen Menge und Qualität gibt, ist unbestritten. Dies gilt vor allem für komplexe Eingriffe, die, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, nicht in großer Zahl anfallen und nicht zur Routine eines Fachgebiets zählen. Bei Routineeingriffen gelten im Allgemeinen die in der ärztlichen Weiterbildungsordnung vorgesehenen Mindestzahlen, ohne deren Erfüllung ein Arzt bzw. eine Ärztin den fraglichen Eingriff ohnehin nicht durchführen darf (Hess 2017). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinen Mindestmengenrichtlinien (§ 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V) solche Leistungen definiert (G-BA 2020). Dazu zählen die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Gewicht von weniger als 1.250 Gramm, der Einsatz von Kniegelenk-Totalendoprothesen, die Transplantationen von Leber und Niere sowie komplexe Operationen an der Speiseröhre und der Bauchspeicheldrüse.

Mindestmengen sind für eine Reihe von Eingriffen gut begründet, allerdings ist auch darauf hinzuweisen, dass die Zahl der durchgeführten Untersuchungen und Eingriffe nur einer von mehreren Bestimmungsfaktoren der Versorgungsqualität bei derartigen Leistungen ist. Zudem ist der Zusammenhang zwischen beiden Größen nicht immer – und nicht immer für alle behandlungsrelevanten Indikatoren – eindeutig (Gerst 2011; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg 2011; IQWiG 2020).

Damit kann sich bei der Identifikation der Gründe von Qualitätsmängeln auch die Option bieten, andere Einflussfaktoren in den Blick zu nehmen. Auch kleinere Häuser oder Fachabteilungen, die eine definierte Mindestmenge nicht erreichen, bleiben deshalb nicht notwendigerweise hinter der Qualität größerer Einrichtungen zurück. Zudem ist umstritten, welcher Zeitraum für die Leistungsfrequenz bei der Definition einer Mindestmenge berücksichtigt werden sollte. Vor diesem Hintergrund haben Krankenhäuser in der Vergangenheit des Öfteren erfolgreich gegen den Ausschluss von der Erstattungsfähigkeit geklagt (z. B. Gerst 2011; Gerst 2013).

Aus dem Zusammenhang zwischen Leistungsfrequenz und Qualität ergibt sich die Frage, ob dort, wo aufgrund einer aus Gründen der Qualitätssicherung bzw. -verbesserung unabweisbar gebotenen Zentrenbildung und Spezialisierung oder wegen der Nichterreichung von begründeten Mindestmengen die wirtschaftliche Existenzgrundlage von Krankenhäusern erodiert, eine Schließung der Häuser zu unterstützen ist. Auch Gewerkschaften, die die Arbeitsplatzinteressen der Beschäftigten vertreten, können hier in Begründungsnot geraten.

Gerade in Ballungsräumen dürften eine stärkere Konzentration und Spezialisierung ohne gravierende Nachteile für die *Fachkräfte* in den Krankenhäusern möglich sein: Erstens dürfte aufgrund des Fachkräftemangels hier kein Arbeitsplatzverlust drohen; zweitens könnten möglicherweise drohende Einkommenseinbußen über tarifvertragliche oder betriebliche Vereinbarungen vermieden werden, für die angesichts der gerade durch Konzentration und Spezialisierung zu erwartenden Synergieeffekte auch der wirtschaftliche Spielraum vorhanden sein sollte; drittens dürften sich bei einer Konzentration innerhalb einer Großstadt oder eines Ballungsraums auch Arbeitswege kaum verlängern, und wenn dies individuell doch einmal der Fall sein sollte, wären hier ebenfalls betriebliche Kompensationen denkbar. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sich die Situation für die *Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Bereichen Service und Logistik* durchaus anders darstellen kann. Für sie zeichnen sich im Falle von Schließungen oder Fusionen zufriedenstellende Lösungen nicht ab.

Freilich könnte dies anders aussehen, wenn kleine Häuser in ländlichen, strukturschwachen Räumen schließen würden. In solchen Fällen könnten sich durchaus gravierende Nachteile für die Beschäftigten einstellen. Ferner könnte dies auch die betreffenden Kommunen wirtschaftlich hart treffen, weil gerade in kleineren Städten der Beschäftigungseffekt örtlicher Krankenhäuser sehr hoch ist. Allerdings ist auch eine Beibehaltung von Krankenhausstandorten mit dem Hinweis auf solche Interessen schwer zu legitimieren, wenn gezeigt würde, dass die Versorgungsqualität in diesen Häusern aufgrund geringer Behandlungsfallzahlen hinter den Möglichkeiten und Erfordernissen zurückbleibt oder Patientinnen und Patienten gar einen Schaden durch die Behandlung erleiden können.

Jedoch greift der Ruf allein nach einem Bettenabbau zu kurz. Vielmehr sind regional differenzierte Konzepte erforderlich, die sich an den Besonderheiten der jeweils gegebenen Versorgungsbedarfe und Versorgungsstrukturen orientieren. Die Rolle des Krankenhauses kann demnach regional sehr unterschiedlich ausfallen. Gerade in ländlichen Regionen sollte ihnen eine Rolle als zentraler Akteur in der Versorgung und bei der Koordination der Leistungserbringer in einem regionalen Versorgungsnetz zukommen (siehe hierzu und zum Folgenden: Sachverständigenrat 2014; Neubauer 2017; Hildebrandt et al. 2017).

Dies kann neben der stationären Versorgung auch eine – möglicherweise durchgängige – ambulante Versorgung im Krankenhaus oder angeschlossenen MVZ einschließen. Solche Lösungen können vor allem in benachteiligten, vor allem ländlichen Regionen sinnvoll oder geboten sein, wo insbesondere eine wohnortnahe *fachärztliche* Versorgung im

Rahmen der traditionellen Strukturen (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis) nicht gewährleistet werden kann, weil sich wegen der wirtschaftlichen Risiken Ärztinnen oder Ärzte nicht zu einer Niederlassung bereitfinden.

Solche Optionen setzen voraus, dass der Gesetzgeber die für eine derart flexible Aufgabenwahrnehmung erforderlichen gesetzlichen Regelungen zur Öffnung des Krankenhauses trifft. Sie beinhalten, dass das Krankenhaus die Sektorengrenzen zur ambulanten Versorgung strukturell überwinden kann. Sie würde damit über die bisherige Praxis der Ermächtigung von Krankenhausärztinnen oder -ärzten, von Fachabteilungen oder ganzen Krankenhäusern durch die Zulassungsausschüsse im Fall einer festgestellten Unterversorgung hinausweisen. Denn diese Ermächtigung ist stets als Ausnahme von der Regel einer grundsätzlichen Zuständigkeit niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie von MVZ konzipiert. Weil die Ermächtigung stets auf das Fachgebiet und den Zeitraum der festgestellten Unterversorgung beschränkt wird, ist sie im Allgemeinen nicht langfristig angelegt und lässt einen strukturellen Funktionswandel des Krankenhauses nicht zu.

Um die Strukturanpassungen im Krankenhaussektor zu unterstützen, verpflichtete der Gesetzgeber mit der 2015 verabschiedeten Krankenhausstrukturreform die gesetzliche Krankenversicherung zur Einrichtung eines Krankenhausstrukturfonds. Demzufolge standen im Zeitraum 2016 bis 2018 für die dauerhafte Schließung eines Krankenhauses, für die standortübergreifende Konzentration von Versorgungseinrichtungen und für die Umwandlung von Krankenhäusern in integrierte Versorgungszentren jährlich 500 Millionen Euro zur Verfügung, die aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bereitgestellt wurden (§ 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG). Voraussetzung für die Mittelbereitstellung war, dass die Länder sich an den Kosten mit 50 Prozent beteiligen.

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz schrieb die Fortführung des Krankenhausstrukturfonds für die Jahre 2019 bis 2022 fest. Hierzu wurden den Ländern aus Mitteln des Gesundheitsfonds weitere 500 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Hinzu kam eine Reihe neuer Förderatbestände, wie z. B. die Bildung von Zentren für die Behandlung seltener, komplexer oder schwerwiegende Erkrankungen oder die Schaffung zentralisierter Notfallstrukturen. Wie in der ersten Phase können die Mittel aber nur bei einer entsprechenden Ko-Finanzierung durch die Länder abgerufen werden. Allerdings müssen sich die Länder seit 2019 nicht mehr 50 Prozent, sondern nur noch mit mindestens 25 Prozent an den einzelnen Vorhaben beteiligen. Der Strukturfonds hat die Schließung und Umwidmung einiger Krankenhäuser unterstützt, allerdings fällt er in der Höhe deutlich zu niedrig aus, um eine wirkliche Dynamik für die

Umwandlung der Krankenhauslandschaft erzeugen zu können (Augurzyky et al. 2020).

Bedarfsorientierte Versorgungsstrukturen lassen sich allerdings nicht durch eine isolierte Betrachtung der Krankenhausversorgung schaffen, sie erfordern vielmehr eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung. Bekanntlich ist die Bedarfsplanung für die medizinische Versorgung in Deutschland traditionell in die vertragsärztliche Bedarfsplanung der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen und in die Krankenhausbedarfsplanung der Länder getrennt. Hinzu kommt noch die Verantwortung der Länder für die Vorhaltung einer angemessenen Pflegeinfrastruktur (§ 9 SGB XI), für die diese in aller Regel die Kommunen in die Pflicht nehmen.

Die sektorale Trennung der Bedarfsplanung verhindert eine am Versorgungsbedarf und an der Versorgungseffizienz orientierte Kapazitätsplanung. Der Übergang zu einer integrierten, sektorenübergreifenden Bedarfsplanung wird in der Gesundheitspolitik seit Jahren von zahlreichen Akteuren gefordert. Einer Realisierung stehen vor allem die unterschiedlichen Interessen der Leistungserbringer sowie von Bund und Ländern entgegen.

In der jüngeren Gesetzgebung hat der Bund die Länder mit moderaten Schritten gestärkt. So hat der Gesetzgeber unter dem Eindruck verstärkter regionaler Disparitäten in der vertragsärztlichen Versorgung bei gleichzeitig auftretender oder sich abzeichnender Unterversorgung den Einfluss der Länder auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung – wenn auch sehr moderat – gestärkt. Diese haben mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes nunmehr ein Recht zur Teilnahme an den Beratungen über die Bedarfsplanung (§ 92 Abs. 7e SGB V) und können auf Landesebene die Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bedarfsplanung beanstanden (§ 99 Abs. 1 SGB V).

Ferner können sie auf Landesebene gemeinsam mit den KVen, mit den Verbänden der Krankenkassen und mit der Landeskrankenhausgesellschaft ein gemeinsames Gremium bilden, das Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung abgeben kann (§ 90a SGB V). Auf diese Weise will der Gesetzgeber den mit der getrennten Bedarfsplanung für die vertragsärztliche und für die stationäre Versorgung einhergehenden Fehlsteuerungen entgegenwirken.

Schließlich sind auch die Rechte der Kommunen bei einer festgestellten Unterversorgung mit Vertragsärztinnen und -ärzten gestärkt worden. Erstens können sie mittlerweile – wenn auch nur mit Zustimmung der zuständigen KV – „in begründeten Ausnahmefällen eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten be-

treiben“ (§ 105 Abs. 5 SGB V). „Ein begründeter Ausnahmefall kann insbesondere dann vorliegen, wenn eine Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann“ (§ 105 Abs. 5 SGB V), also z. B. zuvor ergriffene Maßnahmen der zuständigen KV nicht erfolgreich waren.

Zweitens können die Kommunen – auch ohne Zustimmung der KV – als Träger Medizinischer Versorgungszentren (§ 95 Abs. 1a SGB V) tätig werden (Gerlinger et al. 2018). Diese Bestimmungen stellen jedoch keine substanziellen Mitgestaltungsrechte der Länder und Kommunen in der vertragsärztlichen Versorgung dar und sind erst recht von einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung noch sehr weit entfernt.

Die Gesundheits- und Krankenversorgung und damit auch die Bedarfsplanung ist eine Aufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge. Der Staat trägt damit die Verantwortung dafür, dass Versorgungseinrichtungen in einer angemessenen Zahl und Verteilung vorgehalten werden. Diese Aufgabe kann nicht dem Markt oder wirtschaftlichen Erwägungen von Krankenhausträgern überlassen werden, weil dann wirtschaftliche Partikularinteressen Versorgungsaspekte in den Hintergrund treten lassen können.

In einem demokratisch verfassten Gemeinwesen sollte – gerade angesichts der Bedeutung von Krankenhäusern für Leben und Gesundheit der Bevölkerung – die Planung von Versorgungseinrichtungen Gegenstand demokratischer Teilhabe sein. Die Beteiligung der Betroffenen – ob in ihrer Eigenschaft als Nutzerinnen und Nutzer, Versicherte, Patientinnen und Patienten oder Bürgerinnen und Bürger – ist daher eine elementare Anforderung an die Gestaltung von Planungsprozessen (nicht nur) im Gesundheitswesen. Bisher wird die Planung in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung dieser Norm aber nicht wirklich gerecht. Auch der Hinweis, dass Planungsentscheidungen dem Genehmigungsvorbehalt der Landesregierungen unterliegen und insofern auch demokratisch legitimiert sind, kann nicht wirklich zufriedenstellen, weil sich Versorgungsbedarfe in der regionalen Lebenswirklichkeit höchst unterschiedlich darstellen und für die Lebenswirklichkeit der Bevölkerung höchst bedeutsam sind.

Traditionell bietet die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen wichtige Partizipationschancen für die Versichertenvertretungen bei der Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch bei Fragen der Krankenversorgung. Allerdings ist die soziale Selbstverwaltung der Krankenkassen und mit ihr die Versichertenvertreter allenfalls mittelbar an derartigen Planungsprozessen beteiligt. Nach der 1992 mit dem Gesundheitsstrukturgesetz auf den Weg gebrachten Organisationsreform der Gesetzlichen Krankenversicherung ist die Zuständigkeit der sozialen Selbstverwaltung auf Fragen von grundsätzlicher Bedeutung

beschränkt. Operative Entscheidungen liegen hingegen in der Kompetenz der Vorstände bzw. des hauptamtlichen Apparats der Krankenkassen. Zudem liegt die Hauptverantwortung für die Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung ohnehin – wie erwähnt – bei den KVen und die Krankenkassen müssen in der Krankenhausplanung ihren Einfluss auf die Länder mit anderen Akteuren teilen.

Ebenfalls sehr begrenzt ist bisher der Einfluss der Bürgerinnen und Bürger in Kommune und Region. Zwar haben die Bundesländer in den letzten drei Jahrzehnten regionale und kommunale Gesundheitskonferenzen etabliert, in denen eine Vielzahl von Akteuren über die sie betreffenden Probleme in Gesundheitsförderung Prävention, Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege berät – und sie in den Landesgesundheitsgesetzen auch festgeschrieben. Diese Gesundheitskonferenzen können zu einer verbesserten Koordinierung des Handelns in der Region und vor Ort beitragen, jedoch beschränken vor allem fehlende Entscheidungsbefugnisse und die fehlende Verfügung über finanzielle Ressourcen deren Wirksamkeit (Hollederer 2015).

Das Problem der demokratischen Beteiligung an der Krankenhausplanung wird von den Befürwortern eines drastischen Bettenabbaus kaum thematisiert (siehe als eine Ausnahme: Beiverts/Waehlert 2018). Die in den zurückliegenden Jahren gemachten Erfahrungen zeigen aber, dass Krankenhausschließungen Gegenstand heftiger Konflikte sein können und häufig auf den Widerstand der örtlichen Bevölkerung stoßen (ebd.).

Wenn in der Debatte über die Krankenhausstruktur überhaupt auf diesen Aspekt eingegangen wird, so beschränkt sich dies zumeist auf die Bekundung der Zuversicht, dass die Bürgerinnen und Bürger bei entsprechender Information über die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen in der weiteren Umgebung mit den beabsichtigten Schließungen einverstanden sein werden. Jedoch verlangt gerade die sich abzeichnende Verlagerung von Entscheidungen auf die regionale und lokale Ebene (Sachverständigenrat 2014) auch eine Stärkung der demokratischen Partizipation bei der Gesundheitssystemgestaltung in den Regionen und Kommunen.

6.3 Zwischenfazit

Die medizinischen Versorgungsstrukturen in Deutschland sind durch ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung geprägt. In vielen Ballungsräumen lässt sich im Hinblick auf ambulante und stationäre Kapazitäten auf vielen Gebieten eine Überversorgung feststellen. Insbesondere

in der ambulanten bzw. vertragsärztlichen Versorgung und hier wiederum in der hausärztlichen Versorgung ist in manchen benachteiligten Räumen, vor allem in strukturschwachen, ländlichen Gebieten, eine Unterversorgung eingetreten, in anderen zeichnet sie sich ab. Diese Unterversorgung wird sich angesichts der für viele Ärztinnen und Ärzte geringen Attraktivität ländlicher Räume und der Hausarztstätigkeit sowie angesichts der Altersstruktur der Hausärztinnen und Hausärzte in den nächsten Jahren weiter verstärken, wenn den genannten Trends politisch nicht entgegengewirkt wird.

In der vertragsärztlichen Versorgung hat der Gesetzgeber in den zurückliegenden Jahren eine Vielzahl von Maßnahmen ergriffen, um eine Unterversorgung abzuwenden. Sie werden ergänzt von vielfältigen Aktivitäten auf Landes-, regionaler und kommunaler Ebene. Die Wirksamkeit dieser Maßnahmen ist bisher nicht systematisch evaluiert worden. In manchen Fällen mögen diese Initiativen Erfolge gezeigt haben, eine allgemeine Entspannung der Situation oder gar eine Trendumkehr haben sie bisher nicht eingeleitet. Im Zuge der Reformen sind auch die Mitwirkungsrechte von Ländern und Kommunen bei der Sicherstellung der Versorgung erweitert worden, allerdings nur moderat. Kommunen haben bisher aber nur eine geringe Neigung an den Tag gelegt, die Möglichkeiten zur Trägerschaft von Versorgungseinrichtungen wahrzunehmen. Wichtige Gründe liegen in einem Mangel an finanziellen Ressourcen und fachlicher Expertise.

In der Krankenhausversorgung wird insbesondere von den Krankenkassen eine Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft mit dem Ziel einer Spezialisierung und Zentralisierung der Versorgung bei einem gleichzeitigen Bettenabbau gefordert. Neben der Einsparung von Kosten geht es hier vor allem um eine Verbesserung der Versorgungsqualität, denn für eine Reihe von Leistungen, insbesondere von komplexen Eingriffen, gibt es Hinweise auf oder Belege für einen Zusammenhang zwischen Leistungsfrequenz und Qualität – auch wenn diese Hinweise nicht immer eindeutig sind und auch nicht immer für alle Qualitätsparameter gelten. Kleine Krankenhäuser, so die Kritik, erreichen bei manchen Leistungen oftmals nicht die für eine gute Versorgungsqualität erforderlichen Mindestmengen.

Allerdings muss eine Zentralisierung und Spezialisierung nicht notwendigerweise mit einer Schließung kleiner Krankenhäuser einhergehen. Vielmehr können – gerade in strukturschwachen Regionen – Krankenhäuser wichtige Funktionen bei der Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung und bei der regionalen oder lokalen Koordinierung der Versorgung wahrnehmen. Wie diese Rolle ausgestaltet werden kann, ist abhängig von den regionalen Versorgungsbedarfen und -strukturen. Um

hier flexible Lösungen zu ermöglichen, bedarf es einer gesetzlich ermöglichten Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung.

Der Gesetzgeber versucht, mit der Einrichtung eines Strukturfonds eine Strukturbereinigung in der Krankenhausversorgung zu unterstützen. Allerdings sind die bereitgestellten Mittel zu gering, um durchgreifende Veränderungen zu ermöglichen. Grundsätzlich ist für die Schaffung einer am Versorgungsbedarf orientierten und dabei kosteneffektiven Versorgungsstruktur eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung in staatlicher Verantwortung erforderlich. Zugleich ist die Partizipation von Leistungserbringern und Nutzern zu stärken, insbesondere in den Regionen und Kommunen, zumal diese als Entscheidungsebenen für die Versorgung an Bedeutung gewinnen sollten.

7. Handlungsempfehlungen

Die vorangegangene Analyse wirft die Frage nach den geeigneten Maßnahmen für eine patientenorientierte Verbesserung der Versorgungsstrukturen auf. Dazu werden im Folgenden Handlungsempfehlungen formuliert. Dabei gilt, dass sich die Mängel nur durch eine Vielzahl von Maßnahmen auf den unterschiedlichsten Feldern der Gesundheits- und Krankheitsversorgung überwinden lassen. Den gordischen Knoten, der sich mit einem Schlag lösen ließe, gibt es in der Gesundheitssystemgestaltung nicht.

Die folgenden Empfehlungen basieren auf einem normativen Leitbild der Gesundheitsversorgung, dessen Eckpunkte sich folgendermaßen charakterisieren lassen:

- Die gesundheitspolitische Priorität sollte auf der Krankheitsvermeidung durch die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention liegen. Trotz allen medizinischen Fortschritts lassen sich viele chronische Erkrankungen, die das Krankheitsspektrum in reichen Gesellschaften dominieren, nicht heilen. Vielmehr müssen chronisch Kranke zumeist Einschränkungen ihrer Lebensqualität oder auch den vorzeitigen Tod in Kauf nehmen. Das Ziel von Gesundheitsförderung und Primärprävention sollte es sein, den Eintritt von chronischer Erkrankung, Behinderung und Pflegebedürftigkeit so weit wie möglich hinauszuschieben. Dies schließt das Ziel ein, bestehende Ungleichheiten – insbesondere soziale Ungleichheiten – bei Gesundheitschancen so weit wie möglich abzubauen.
- Die Strukturen in Krankenversorgung und Pflege haben sich am diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Bedarf der Bevölkerung zu orientieren. Dabei müssen die Versorgungseinrichtungen personell und technisch so ausgestattet sein, dass die Versorgung nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse erfolgen kann. Ferner ist die Erreichbarkeit der Einrichtungen in einer angemessenen Zeit ein wichtiges Ziel der Sicherstellung. Zugleich hat sich die Planung am Kriterium der Kosteneffizienz zu orientieren.
- Die Vorhaltung von Einrichtungen der Gesundheits- und Krankenversorgung ist eine Aufgabe der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge, die in die Zuständigkeit des Staates fällt. Sie darf weder dem Markt noch anderen ökonomischen Anreizsystemen überlassen, weil die Erfahrung zeigt, dass die daraus erwachsenden finanziellen Partikularinteressen der Bedarfsorientierung der Versorgung zuwiderlaufen können. In einem demokratischen Gemeinwesen muss die Planung der Versorgungseinrichtungen zugleich Gegenstand demokratischer Partizipation sein, zumal die Verteilung dieser Einrichtungen und der Zu-

gang zu ihnen aufs engste mit dem Leben und der Lebensqualität der Bürgerinnen und Bürger verbunden sind.

Aus diesen normativen Leitsätzen und dem konstatierten Reformbedarf lassen sich die nachfolgend aufgeführten Handlungsempfehlungen ableiten.

Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und nichtmedizinische Primärprävention sollten sich am Grundsatz der verhältnisgestützten Verhaltensprävention orientieren. Hier kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine herausragende Bedeutung zu. Er muss über die von der Bundesregierung im September 2020 beschlossenen Maßnahmen hinaus von Bund und Ländern finanziell, personell und technisch dauerhaft und nachhaltig gestärkt werden. Dies sollte nicht allein mit dem Ziel eines effektiveren Infektionsschutzes geschehen, sondern auch mit dem Ziel, eine flächendeckende Modernisierung des ÖGD und seine dringend notwendige Anpassung an neue Herausforderungen zu unterstützen. Besondere Herausforderungen liegen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und der hier erforderlichen Koordinierung von Akteuren in der Region und in der Kommune. Bei der Entwicklung entsprechender Konzepte sind nicht nur die Länder, sondern auch die Kommunen selbst gefordert.

Ein wichtiger Schritt zur Aufwertung des ÖGD ist seine durchgängige Beteiligung an der Umsetzung der im Rahmen des Präventionsgesetzes verfolgten nationalen Präventionsstrategie – auf Landesebene und in den Kommunen. Seine umfassende Beteiligung kann einen wichtigen Beitrag zur besseren Koordinierung der Akteure und damit zur Entwicklung einer kohärenten Gesamtstrategie in der Region und in der Kommune leisten.

Die Krankenkassen leisten als ein mittlerweile bedeutender Akteur in der Gesundheitsförderung und Primärprävention einen wichtigen Beitrag auf diesem Handlungsfeld. Allerdings setzt die Wettbewerbsordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung einen starken Anreiz zum Angebot – zumeist wenig wirksamer – rein verhaltenspräventiver Maßnahmen, um damit ihre Attraktivität für gesunde und gesundheitsbewusste Versicherte zu erhöhen und sich so Kostenvorteile im Kassenwettbewerb zu verschaffen. Diesem Anreiz ist durch ordnungspolitische Maßnahmen entgegenzuwirken. Eine denkbare Lösung ist die Bildung eines Präventionsfonds, in den die für dieses Handlungsfeld vorgesehenen Ausgaben der Krankenkassen fließen und aus dem sämtliche Maßnah-

men ausschließlich gemeinsam und einheitlich finanziert werden. Im Rahmen der gegenwärtig geschaffenen Zuständigkeiten kann die gesetzliche Festsetzung einer Ausgabenobergrenze für individuelle Verhaltensprävention, deren Höhe deutlich unterhalb des gegenwärtigen Ausgabenniveaus liegen sollte, einen Beitrag zu einer besseren Effektivität und Effizienz der Gesundheitsförderung leisten.

Primärversorgung

Der Aufbau eines multiprofessionellen, gemeindenahen Primärversorgungssystems, das einen niedrighwelligen Erstzugang ermöglicht und ein umfassendes Angebot für die Erstversorgung bereithält, ist ein wichtiges Element eines modernen, patientenorientierten Versorgungssystems. Primärversorgungskonzepte können insbesondere an der Schnittstelle von Prävention, sozialer Fürsorge, Beratung und Krankenversorgung bzw. Pflege zu einer Verbesserung der Versorgung beitragen.

Allerdings steht die Einführung eines solchen Systems vor außerordentlich großen Hürden, denn Primärversorgungskonzepte verknüpfen zum einen Aufgaben, die gegenwärtig getrennt von Krankenkassen und Kommunen wahrgenommen werden, zum anderen steht die ausgeprägte Statushierarchie der Gesundheitsberufe einer multiprofessionellen Kooperation entgegen.

Die Einführung von gesetzlich vorzusehenden Modellvorhaben zur Erprobung von Primärversorgungskonzepten kann ein erster Schritt zur Überwindung dieser Hindernisse sein. Dabei sind Krankenkassen, Länder und Kommunen auf eine enge Kooperation zu verpflichten. Die modellhafte Erprobung sollte begleitet werden von der Durchführung gezielter Weiterbildungsprogramme für die beteiligten nichtärztlichen Gesundheitsberufe. Medizinische Versorgungszentren könnten Anknüpfungspunkte für die Erprobung von Primärversorgungskonzepten sein.

Integrationsmodelle für die Krankenversorgung

Vorliegende Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass sich Disease-Management-Programme und die hausarztzentrierte Versorgung als Instrumente für eine leitliniengestützte, koordinierte, sektorenübergreifende Krankenversorgung bewährt haben. Die Zahl der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an diesen Versorgungsformen sollte deutlich erhöht werden. Zu diesem Zweck ist die Information der Versicherten über diese Projekte deutlich zu verbessern. Die obligatorische Ge-

währung eines Beitragsnachlasses durch die Krankenkassen für die Teilnahme an derartigen Modellen könnte ein zielführender finanzieller Anreiz zur Erhöhung der Teilnehmerzahlen sein. Wichtiger aber ist es, eine an Leitlinien orientierte, sektorenübergreifende Versorgung für alle Versicherten sicherzustellen und darauf die Qualitätssicherung auszurichten. Alle Krankenkassen sollten einen Zugang zu erfolgreichen Versorgungsinnovationen erhalten.

Medizinische Versorgungszentren

Das deutsche Versorgungssystem ist durch eine doppelte Vorhaltung von Facharztkapazitäten in der ambulanten Versorgung und am Krankenhaus geprägt. Medizinische Versorgungszentren können ein wirksames Instrument sein, um Versorgungsstrukturen und Versorgungsverläufe besser zu integrieren. Die Beteiligung an der oder die Übernahme von Medizinischen Versorgungszentren durch private Finanzinvestoren muss unterbunden werden, um der Unterordnung der Krankenversorgung durch kurzfristige Verwertungsinteressen entgegenzuwirken. Medizinische Versorgungszentren sind daraufhin zu überprüfen, ob sie für eine ungeeignete Patientensteuerung missbraucht werden. Ein etwaiger Missbrauch muss ebenfalls unterbunden werden.

Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Die bisher für die vertragsärztliche und für die Krankenhausversorgung getrennt durchgeführte Bedarfsplanung muss zu einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung zusammengeführt werden, die neben der akutmedizinischen Versorgung auch die Rehabilitation und die Pflege einschließt. Dies ist eine notwendige Voraussetzung, um bedarfsorientierte und zugleich kosteneffektive Versorgungsstrukturen zu schaffen. Weil die Krankenversorgung eine Kernaufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge ist, muss diese Bedarfsplanung eine staatliche Aufgabe sein. Die Landesgremien nach § 90a SGB V können für eine sektorenübergreifende Strukturplanung einen Anknüpfungspunkt bieten, müssen aber mit verbindlichen Entscheidungskompetenzen ausgestattet werden.

Die Vorhaltung von Versorgungseinrichtungen muss sich nach Anzahl, Verteilung, fachlicher Ausrichtung sowie personeller und technischer Ausstattung am Versorgungsbedarf der Bevölkerung orientieren. Eine Spezialisierung und Zentrenbildung in der Krankenhausversorgung ist für jene Leistungen sinnvoll, bei denen ein Zusammenhang zwischen

Leistungsfrequenz und Qualität existiert. Mindestmengen können ein sinnvolles Instrument der Qualitätssicherung sein. Zugleich ist bei festgestellten Qualitätsmängeln auch in kleinen Krankenhäusern zu prüfen, ob andere Möglichkeiten der Qualitätssicherung ausgeschöpft sind, bevor Krankenhäuser oder Fachabteilungen von der Behandlung ausgeschlossen werden.

Die Existenz bedarfsnotwendiger Krankenhäuser muss finanziell gesichert werden. Dies gilt insbesondere für – häufig kleinere – Krankenhäuser in strukturschwachen Gebieten.

Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung

Der weitgehende Ausschluss der Krankenhäuser von der ambulanten Behandlung ist ein strukturelles Hindernis für die Versorgungsintegration. Die Rolle und Funktion von Krankenhäusern muss flexibel an die jeweiligen regionalen und lokalen Versorgungsbedarfe und Versorgungsstrukturen angepasst werden können. Dieser Funktionswandel muss die Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter fachärztlicher Leistungen und die Koordinierung von Leistungserbringern einschließen. Dies gilt insbesondere in strukturschwachen Gebieten, in denen die Sicherstellung der Versorgung auf große Schwierigkeiten stößt. Daher sind die Krankenhäuser grundsätzlich für die ambulante Behandlung zu öffnen.

Demokratie in der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung muss demokratisch organisiert sein. Dies bedeutet, dass die Nutzerinnen und Nutzer sowie die für die Gesundheitsversorgung maßgeblichen Akteure des Gesundheitswesens und der Zivilgesellschaft einschließlich der Landesgesundheitskonferenzen an dieser Planung beteiligt werden müssen. Zudem müssen gerade angesichts des Bedeutungszuwachses regionalisierter Versorgungskonzepte auch die Betroffenen auf der regionalen und lokalen Handlungsebene in die Planung einbezogen werden.

Die soziale Selbstverwaltung und insbesondere die Versichertenvertretungen in den Krankenkassen(verbänden) sollten die Kapazitäts- bzw. Strukturplanung als ein essentielles Anliegen der Versichertengemeinschaft und als ihr eigenes Handlungsfeld verstehen. Zudem sollten sie wegen des Bedeutungszuwachses regional differenzierter Versorgungskonzepte die enge Zusammenarbeit mit regionalen und kommunalen für

die Entwicklung von Versorgungsnetzwerken relevanten Akteuren suchen.

Unterstützung der Kommunen bei der Errichtung von Eigeneinrichtungen

Die ambulante Versorgung in strukturschwachen, ländlichen Räumen wird allein durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte auf Dauer nicht sicherzustellen sein. Die Kommunen müssen bei der Gründung von Eigeneinrichtungen zur ambulanten Versorgung finanziell und fachlich durch das Land und die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt werden, um es ihnen zu ermöglichen, ihre Rechte zum Betrieb von Eigeneinrichtungen wahrzunehmen.

Literatur

- Augurzky, Boris/Heger, Dörte/Mensen, Anne/Pilny, Adam (2020): Fördermittel aus dem Krankenhausstrukturfonds – Anstoß zur dauerhaften Strukturveränderung? In: Jürgen Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen/Beivers, Andreas: Krankenhaus-Report 2020. Finanzierung und Vergütung am Scheideweg, Berlin: Springer, S. 315–326.
- Badura, Bernhard/Iseringhausen, Olaf (Hrsg.) (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation, Bern: Verlag Hans Huber.
- Barthen, Linda/Gerlinger Thomas (2016): Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt. Wahrnehmung, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister. In: Das Gesundheitswesen 78, S. 645–650.
- Bauer, Hartwig (2017): Mindestmengen in der Chirurgie – sind wir weit genug? In: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart: Schattauer, S. 107–131.
- Beck, David (2011): Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben, Berlin: edition sigma.
- Beivers, Andreas/Waehlert, Lilia (2018): Kann direkte Demokratie helfen, Bedarfsgerechtigkeit im Krankenhausmarkt adäquat zu erfassen? In: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (2018): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Stuttgart: Schattauer, S. 285–296.
- Beyer, Martin/Gensichen, Jochen/Szecsényi, Joachim/Wensing, Michel/Gerlach, Ferdinand M. (2006): Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen in Deutschland – Probleme der medizinischen Evaluationsforschung anhand eines Studienprotokolls. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 100, S. 355–363.
- Birnbaum, Dana Sophie/Braun Sebastian (2010): Evaluation von Disease Management Programmen – Bewertung der Methodik und der ersten Ergebnisse aus gesundheitsökonomischer Sicht. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 104, S. 85–91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2009.07.002>.
- Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie/Amhof, Robert (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2005: Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft, Gütersloh: Bertelsmann-Verlag, S. 32–40.

- Bogumil, Jörg/Seuberlich, Marc (2015): Gestalten statt Verwalten. Ressortübergreifende Präventionspolitik. Erfolgsfaktoren und Hindernisse in den KeKiz-Kommunen. Arbeitspapiere wissenschaftliche Begleitforschung „Kein Kind zurücklassen!“. Gütersloh/Bochum: Bertelsmann-Stiftung/Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung.
- Böhm, Katharina (2017): Kommunale Gesundheitsförderung und Prävention. Elemente, Potentiale und Hemmnisse einer präventiven und gesundheitsförderlichen kommunalen Gesundheitspolitik. In: Zeitschrift für Sozialreform 63, S. 275–299.
- Brandhorst, Andreas/Hildebrandt, Helmut/Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.) (2017): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer VS
- Bullmann, Catharina/Straub, Christoph (2006): DMP zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eigentlich sollte alles besser werden. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 100, S. 32–35.
- Bundesamt für Soziale Sicherung (2021): Disease Management Programme. Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme (Disease Management Programme – DMP) durch das Bundesamt für Soziale Sicherung.
<https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/disease-management-programme/dmp-grundlegende-informationen/>.
- Bundesärztekammer (2020): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019. <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2019/>.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Daten des Gesundheitswesens 2012, Berlin: BMG.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020a): Gesetzliche Krankenversicherung – Kennzahlen und Faustformeln. KF19 Bund, Stand: Juli 2020.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/KF2020Bund_Maerz_2020.pdf.
- Bundesministerium für Gesundheit (2020b): Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/kennzahlen-daten-bekanntmachungen.html>.

- Bundesministerium für Gesundheit (2020c): Medizinische Versorgungszentren.
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/ambulante-versorgung/medizinische-versorgungszentren.html>.
- Burgi, Martin (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden: Nomos.
- Busse, Reinhard/Bergner, Elke (2018): Weniger (Standorte, Betten und Fälle) ist mehr (Zugang, Qualität und Ergebnisse): Standpunkte der Gesundheitsökonomie, in: Janssen Dirk/Augurzky, Boris (Hrsg.): Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven – Entwicklungstendenzen – Handlungsstrategien, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 99–114.
- Deutscher Bundestag (2003): Gesetzentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG). Drucksache 15/1525 vom 08.09.2003.
- Deutscher Bundestag (2019): Wissenschaftliche Dienste – Dokumentation: Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, Berlin: Deutscher Bundestag.
- Europäische Kommission (2020): Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über ein Aktionsprogramm der Union im Bereich der Gesundheit (2021–2027) und zur Aufhebung der Verordnung (EU) Nr. 282/2014/EG („Programm EU4Health“). Brüssel, den 28.5.2020. COM(2020) 405 final.
- European Commission (2013): Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: Towards Social Investment for Growth and Cohesion – including implementing the European Social Fund 2014–2020. Brussels, 20.2.2013. COM(2013) 83 final.
- Eurostat (2020a): Gesundheitswesen – praktizierende Ärzte.
<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/health/data/main-tables>.
- Eurostat (2020b): Gesundheitswesen – Krankenhausbetten.
<https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/health/data/main-tables>.
- Freytag, Antje/Biermann, Janie/Ochs, Andreas/Lux, Gerald/Lehmann, Thomas/Ziegler, Jana/Schulz, Sven/Wensing, Michel/Wasem, Jürgen/Gensichen, Jochen (2016): Effekte hausarztzentrierter Versorgung. Eine Fallkontrollstudie mit Routinedaten. In: Deutsches Ärzteblatt 113: 791–797.

- Fuchs, Sabine/Henschke, Cornelia/Blümel, Miriam/Busse, Reinhard (2014): Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland. Abschätzung der Effektivität anhand einer systematischen Literaturübersicht. In: Deutsches Ärzteblatt 111, S. 453–463.
- Geene, Raimund/Reese, Michael (2017): Handbuch Präventionsgesetz. Neuregelungen der Gesundheitsförderung, Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Gerlinger, Thomas (2017): Der Gemeinsame Bundesausschuss als Governance-Struktur. In: Pfaff, Holger/Neugebauer, Edmund A.M./Glaeske, Gerd/Schrapp, Matthias (Hrsg.): Lehrbuch Versorgungsforschung. 2., überarb. Aufl, Stuttgart/New York: Schattauer, S. 295–300.
- Gerlinger, Thomas (2016): Präventionsgesetz, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention, Ergänzungsband 2016. Grafing: Verlag für Gesundheitsförderung, S. 135–142.
- Gerlinger, Thomas/Kutzner, Janina/Lückenbach, Caspar/Reiter, Renate/Schmidt, Phillip Florian (2018): Die Kommune als Akteur in der Gesundheitspolitik. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52, S. 103–126.
- Gerlinger, Thomas (2019): Die Organisation von Gesundheitsförderung und nichtmedizinischer Primärprävention in Krankenversicherungsstaaten. In: Staats, Martin (Hrsg.): Die Perspektive(n) der Gesundheitsförderung, Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 338–352.
- Gerlinger, Thomas/Rosenbrock, Rolf (2021): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 4. Aufl., Bern: Hogrefe (i.E.).
- Gerst, Thomas (2011): Qualitätssicherung: Mindestmengen vor dem Aus. In: Deutsches Ärzteblatt 108: A-1765.
- Gerst, Thomas (2013): Mindestmengen in der Neonatologie: Gericht entscheidet gegen den G-BA. In: Deutsches Ärzteblatt 110: A-9.
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) (2018): Beschlüsse der 91. GMK (2018), TOP 10.21: Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) – „Der ÖGD: Public Health vor Ort“. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018>.
- Geyer, Siegfried (2021): Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Erklärungen. In: Kriwy, Peter/Jungbauer-Gans, Monika (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie, Wiesbaden: Springer VS, S. 169–191.

- Gibis, Bernhard/Hofmann, Matthias/Armbruster, Susanne (2016): Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart: Schattauer, S. 111–125.
- Graf, Christian/Elkeles, Thomas/Kirschner, Wolf (2009): Gibt es einen Selektionsbias im DMP Diabetes? Ergebnisse einer Versichertenbefragung von DMP-Teilnehmern und nichtteilnehmenden Diabetikern. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 85, S. 74–81.
- Graf, Christian/Ullrich, Walter/Marschall, Ursula (2008): Nutzenbewertung der DMP Diabetes mellitus. Neue Erkenntnisse aus dem Vergleich von DMP-Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern anhand von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 62, S. 19–30.
- Greß, Stefan/Stegmüller, Klaus (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept, Wiesbaden: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Grohs, Stephan/Beinborn, Niclas/Ullrich, Nicolas (2020): Making Prevention Work. Preventive structures and policies for children, youth and families – Comprehensive report, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. DOI 10.11586/2020020.
- Grohs, Stephan/Reiter, Renate (2017): Vorbeugende Leistungen für Kinder und Jugendliche in Zeiten knapper Kassen. Bleibt noch Raum für Leistungen ohne subjektiven Rechtsanspruch? In: Zeitschrift für Sozialreform 63, S. 187–216.
- Günster, Christian/Klose, Joachim/Schmacke, Norbert (Hrsg.) (2011): Versorgungsreport 2011, Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Stuttgart: Schattauer.
- Hartmann, Anja (2017). Wem gehört die Prävention? Akteure, Institutionen und belief systems in einem kleinen Politikfeld mit großer Dynamik. In: Hoose, Fabian/Beckmann, Fabian/Schönauer, Anna-Lena (Hrsg.): Fortsetzung folgt. Kontinuität und Wandel von Wirtschaft und Gesellschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 251–270.
- Häussler, Bertram/Berger, Ursula (2004): Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung, Baden-Baden: Nomos.
- Häussler, Bertram/Storz, Philipp (2005): Disease-Management-Programme in der gesetzlichen Krankenversicherung: Unterschiede zwischen teilnehmenden und nicht teilnehmenden Diabetikern. in:

- Hess, Rainer (2017): Mindestmengen in der Struktursteuerung – eine rechtssystematische Bewertung. In: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (2017): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart: Schattauer, S. 133–150.
- Hildebrandt, Helmut/Gröne, Oliver/Pimperl, Alexander/Werner, Ulf/Huber, Birgit (2017): Das vernetzte Krankenhaus der Zukunft ist primär ein regionales Versorgungssystem – eine Skizze. In: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen: Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart: Schattauer., S. 167–183.
- Holleder, Alfons (2015): Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick. In: Das Gesundheitswesen 77, S. 161–167.
- IQWiG – Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2020): Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Qualität des Behandlungsergebnisses bei Nierentransplantation (inklusive Lebendspende). IQWiG-Berichte – Nr. 904, Köln 2020.
- Janssen Dirk/Augurzky, Boris (Hrsg.) (2018): Krankenhauslandschaft in Deutschland. Zukunftsperspektiven – Entwicklungstendenzen – Handlungsstrategien, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021a). Gesundheitsdaten: Mehr Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten.
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2021b). Gesundheitsdaten: Niedergelassene Ärzte werden immer älter.
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021c): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2019.
https://www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021d): Medizinische Versorgungszentren aktuell. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2019. <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf>.
- Kießling, Andrea (2016): Der deutsche Sozialstaat als Sozialversicherungsstaat und seine Auswirkungen auf das Präventionsrecht. In: Rechtswissenschaft 7, S. 597–624.
- Kilian, Holger/Block, Pia/Gerullis, Miriam/Lehmann, Frank (2013): Der ÖGD als koordinierender Akteur? (Mögliche) Rollen beim Aufbau kommunaler Präventionsketten. In: Prävention 36: 116–119.

- Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (2016): Einführung. In: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart: Schattauer, S. XV-XXV.
- Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.) (2017): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart: Schattauer.
- Kleinschmidt, Lara (2019): Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Eine Befragung unter Bürgermeister*innen und Oberbürgermeister*innen in Westfalen-Lippe zur Wahrnehmung und Bewertung der hausärztlichen Versorgungssituation ihrer Kommune sowie potenziellen Unterstützungsmaßnahmen, Masterarbeit, Bielefeld: Universität Bielefeld.
- Klose, Joachim/Rehbein Isabel (Hrsg.) (2017): Ärzteatlas 2017 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin: WIdO.
- Kochen, Michael M. (2017): Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 5., vollst. überarb. Aufl., Stuttgart: Thieme.
- Kolip, Petra/Ackermann, Günter/Ruckstuhl, Brigitte, Studer, Hubert (2019): Gesundheitsförderung mit System. Qualitätsentwicklung in Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. 2., vollst. überarb. Aufl., Bern: Hogrefe.
- Kopetsch, Thomas (2010): Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung, 5., aktualis. und komplett überarb. Aufl., Berlin: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kuhn, Joseph (2013): Prävention in Deutschland – eine Sisyphosgeschichte. In: Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft 13 (3), S. 22–30.
- Kuhn, Joseph/Heyn, Martin (Hrsg.) (2015): Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, Bern: Verlag Hans Huber.
- Kuhn, Joseph/Trojan, Alf (2017): Daten bereitstellen, Vernetzen, Koordinieren: Der Beitrag des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu regionaler Kooperation und Integration. In: Brandhorst, Andreas/Hildebrandt, Helmut/Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens, Wiesbaden: Springer VS, S. 353–372.
- Kuhn, Bertolt/Steinhäuser, Jost/Eberhard, Sveja/Hufenbach, Rolf/Amelung, Volker E. (2018): Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte. In: Das Gesundheitswesen 80, S. 711–718. <https://doi.org/10.1055/s-0042-121602>.
- Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (2011): Az.: L 7 KA 77/10 KL.

- Leber, Wulf-Dietrich/Scheller-Kreinsen, David (2018): Von der Landesplanung zur algorithmischen Marktregulierung. In: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (2018): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit, Stuttgart: Schattauer, S. 101–130.
- Leber, Wulf-Dietrich/Wasem, Jürgen (2016): Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus, Stuttgart: Schattauer, S. 3–28.
- Leinert, Johannes/Maetzel, Jakob/Olthoff, Christine (2011): Ergebnisse der AOK-Bundesauswertungen zur gesetzlichen Evaluation der deutschen Disease-Management-Programme. In: Günster, Christian/Klose, Joachim/Schmacke, Norbert (Hrsg.): Versorgungsreport 2011, Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Stuttgart: Schattauer, S. 62–68.
- Lenhardt, Uwe (2017): Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung: Interessenlagen – Handlungsbedingungen Sichtweisen. In: Fallner, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl., Bern: Hogrefe, S. 203–213.
- Lenhardt, Uwe/Rosenbrock, Rolf (2014): Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. In: Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4., vollst. überarb. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber, S. 333–344.
- Linder, Roland/Ahrens, Susanne/Köppel, Dagmar/Heilmann, Thomas/Verheyen, Frank (2011): Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. In: Deutsches Ärzteblatt 108, S. 155–162.
- Lindner, Ulrike (2004): Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München: R. Oldenbourg.
- Loos, Stefan/Albrecht, Martin/Zich, Karsten (2019): Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Lorentz, Christian/Hoffmann, A./Stender, Klaus-Peter/Trojan, Alf (2014): Gesundheitsförderung im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) am Beispiel Hamburgs. In: Prävention 37, S. 8–11.

- Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.) (2013a): Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden: Springer VS, S. 3–36.
- Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.) (2013b): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden: Springer VS.
- Medizinischer Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) und GKV-Spitzenverband (2016): Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2015, Essen: MDS.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen; GKV-Spitzenverband (2019): Präventionsbericht 2019. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2018, Essen, Berlin: MDS/GKV-Spitzenverband.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen; GKV-Spitzenverband (2020): Tabellenband zum Präventionsbericht 2020. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2019, Essen, Berlin: MDS/GKV-Spitzenverband.
- Mergenthal, Karola/Beyer, Martin/Güthlin, Corina/Gerlach, Ferdinand M. (2013): Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 107: 386–393.
- Miksch, Antje/Ose, Dominik/Szecsényi, Joachim (2011): Ergebnisse der ELSID-Studie, In: Günster, Christian/Klose, Joachim/Schmacke, Norbert (Hrsg.): Versorgungsreport 2011, Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Stuttgart: Schattauer, S. 73–77.
- Miralles, Jana Gisbert/Heintze, Christoph/Dini, Lorena (2020): Hausärztliche Delegationskonzepte in Nordrhein-Westfalen Ergebnisse der hausärztlichen Befragung zum Einsatz von EVA, VERAH, VERAH Plus zur Delegation definierter Tätigkeiten. In: Management der Gesundheitsversorgung 156, S. 50–58.
- Midgley, James/Dahl, Espen/Wright, Amy Conley (2017): Social investment and social welfare. International and critical Perspectives, Cheltenham: Edward Elgar.
- Morel, Nathalie/Palier, Bruno/Palme, Joakim (2012): Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges, Bristol: Policy Press.

- Neubauer, Günter (2017): Die Krankenhauslandschaft 2030 in Deutschland. In: Klauber, Jürgen/Geraedts, Max/Friedrich, Jörg/Wasem, Jürgen (2017): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart: Schattauer, S. 151–166.
- OECD (2020): Gesundheitsdaten. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2. Aufl., Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rieser, Sabine (2014): Medizinische Versorgungszentren: Chancen für ländliche Regionen. In: Deutsches Ärzteblatt 111, S. 994–995.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. überarb. Aufl., Bern: Verlag Hans Huber.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Rudzio, Wolfgang (2015): Das politische System der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Springer VS.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012): Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Deutscher Bundestag, Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Gutachten 2014: Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Deutscher Bundestag, Drucksache 18/1940 vom 26.06.2014
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Jahrgutachten 2018: Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Deutscher Bundestag, Drucksache 19/3180 vom 04.07.2018.
- Sauer, Jana (2020): Hausarztzentrierte Versorgung: 10-Jahres-Evaluation zeigt Versorgungsvorteile. <https://www.hausarzt.digital/politik/hausaerzteverband/10-jahres-evaluation-zeigt-versorgungsvorteile-41531.html>.
- Schaeffer, Doris/Hämel, Kerstin/Ewers, Michael (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada, Weinheim: Beltz Juventa.

- Schaeffer, Doris/Hämel, Kerstin (2017): Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In: Jungbauer-Gans, Monika/Kriwy, Peter (Hrsg.): Handbuch Gesundheitssoziologie, Wiesbaden: Springer VS, S. 1–18.
- Schaeffer, Doris/Hämel, Kerstin (2019): Integrierte Gesundheitszentren: Gemeinsam eine gute Versorgung sichern. In: Ländlicher Raum 70, S. 48–51.
- Scheuplein, Christoph/Evans, Michaela/Merkel, Sebastian (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor. Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Discussion Paper 19/01.
https://www.iat.eu/discussionpapers/download/IAT_Discussion_Paper_19_01.pdf.
- Schmacke, Norbert (1995): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert, Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.
- Schmacke, Norbert (1997): Die Herausforderung des Public-Health-Konzeptes für die Gesundheitsämter. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 5, S. 56–62.
- Schmacke, Norbert (2013): Gesundheitsförderung in der Kommune als Aufgabe des ÖGD. Zwischen versäumten Chancen und hartnäckigen Hoffnungen. In: Prävention 36, S. 124–126.
- Schölkopf, Martin/Grimmeisen, Simone (2021): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik, 4. Aufl., Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Simon, Michael (2020): Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Stark, Renée/Schunk, Michaela/Holle, Rolf (2011): Ergebnisse der KORA-Studien In: Günster, Christian/Klose, Joachim/Schmacke, Norbert (Hrsg.): Versorgungsreport 2011, Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen, Stuttgart: Schattauer, S. 78–83.
- Statistisches Bundesamt (2018a): Mikrozensus 2017. Fragen zur Gesundheit – Kranke und Unfallverletzte, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2018b): Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten 2015. Fachserie 2 Reihe 1.6.1: Unternehmen und Arbeitsstätten, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

- Statistisches Bundesamt (2020): Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/leistungsarten.html>.
- Statistisches Bundesamt (2020b): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinhäuser, Jost/Scheidt, Lea/Szecsényi, Joachim/Götz, Katja/Joos, Stefanie (2012): Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg. In: *Das Gesundheitswesen* 74, S. 612–617. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1308977>
- Stock, Stephanie/Drabik, Anna/Büscher, Guido/Graf, Christian/Ullrich, Walter/Gerber, Andreas et al. (2010): German Diabetes Management Programs Improve Quality of Care and Curb Costs. In: *Health Affairs* 29, S. 2197–2205.
- Teichert-Barthel, Ute (2013): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Prävention* 36, S. 99–102.
- Teichert, Ute (2017): "Wir sind mit unseren Themen wesentlich präsenter". In: *Deutsches Ärzteblatt (Ausgabe A)* 114, S. 1696-1697.
- Tennstedt, Florian (1977): *Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland*, Bonn: Verlag der Ortskrankenkassen.
- Tikkanen, Roosa/Osborn, Robin/Mossialos, Elias/Djordjevic, Ana/Wharton, George (Eds.) (2020): *International Profiles of Health Care Systems 2020*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/system-profiles>.
- Urban, Hans-Jürgen (2019): *Gute Arbeit in der Transformation. Über eingreifende Politik im digitalisierten Kapitalismus*, Hamburg: VSA.
- Van Dyk, Silke/Lessenich, Stephan (2009): Ambivalenzen der (De-)Aktivierung: Altwerden im flexiblen Kapitalismus. In: *WSI-Mitteilungen* 62, S. 540–546.
- Van Lente, Evert Jan (2011): Erfahrungen mit strukturierten Behandlungsprogrammen (DMPs) in Deutschland. In: Günster, Christian/Klose, Joachim/Schmacke, Norbert (Hrsg.): *Versorgungsreport 2011, Schwerpunkt: Chronische Erkrankungen*, Stuttgart: Schattauer, S. 55–83.
- Van Lente, Evert Jan/Willenborg, Peter (2009): Programme, die wirken. In: *Gesundheit & Gesellschaft* 12 (Spezial 9), S. 4–6.

- Walter, Ulla/Volkenand, Katrin (2017): Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. In: Das Gesundheitswesen 79, S. 229–237.
- Weth, Claus (2013): Kommunale Gesundheitsverwaltung. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden: Springer VS, S. 303–315.
- WHO – World Health Organization (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, Geneva: WHO.
https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
- WHO – World Health Organization (2018): Building the economic case for primary health care: a scoping review, o. O.: WHO
- Zok, Klaus (2008): Versorgungsgeschehen aus der Versichertenperspektive. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Versicherten. In: WIdO-monitor 5, S. 1–7.

Alle Webseiten wurden zuletzt am 24.1.2021 aufgerufen.

Die Strukturen der Gesundheits- und Krankenversorgung sind in Deutschland hochgradig fragmentiert. Dies führt zu vermeidbaren Versorgungsmängeln und Kosten. Eine Integration von Versorgungsstrukturen ist vor allem angesichts des Bedeutungszuwachses chronischer Erkrankungen dringend erforderlich. Die vorliegende Studie analysiert den Stand der gesundheitspolitischen Bemühungen um eine Integration von Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem. Sie benennt zentrale Herausforderungen und formuliert dazu Handlungsempfehlungen.
