



Regionale Gesundheitsversorgung: Neue Chancen für Ballungszentren und ländliche Gebiete

von Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel

Im Jahr 2005 prognostizierte die Unternehmensberatung Ernst & Young, dass in den kommenden 15 Jahren etwa ein Viertel der Krankenhäuser in Deutschland schließen müssten. Würde diese Vorhersage eintreten, müsste man auch von einer negativen Entwicklung für den regionalen ambulanten Heilberuflermarkt ausgehen. Doch diese Aussage erscheint zu pauschal, geht sie doch von einer gleichmäßigen Verteilung von Bedarf und Angebot aus. Eine differenziertere Betrachtung ist daher angebracht, die auch der Einwohnerverteilung in Deutschland Rechnung trägt. Nutzt man die in den jüngsten Reformen im Gesundheitswesen geschaffenen Möglichkeiten, eröffnen sich aber auch Chancen.

UNTERSCHIEDET MAN ZWISCHEN Ballungszentren (Städte mit über 100.000 Einwohnern) und ländlichen Gebieten (Gemeinden unter 100.000 Einwohnern), stellt man fest, dass etwa 40 % der deutschen Bevölkerung in Ballungszentren und 60% in ländlichen Gebieten leben. Die Entwicklung der regionalen Gesundheitsversorgung zeichnet sich in diesen Gebieten unterschiedlich ab.

STATUS QUO

Ländliche Gebiete verzeichnen seit einigen Jahren in ganz Deutschland eine Abwanderungstendenz der Patienten in die Ballungszentren. Das betrifft insbesondere Regionen, die etwa 40 bis 50 km von Ballungszentren entfernt liegen. Allein das Aufsuchen eines Spezialisten – häufig aufgrund einer Ausschlussdiagnostik – zwingt bislang viele Patienten in Ballungsregionen. Dort bleiben sie auch langfristig häufig in Facharztkreisen „hängen“. Dies hat mittelfristig einen Verlust der regionalen ambulanten Versorgungsstruktur zur Folge sowie einen Rückgang der Zuweiser für das Krankenhaus. Die Nachwuchsschwierigkeiten für Krankenhausärzte machen sich hier ebenso bemerkbar, wie mangelnder Nachwuchs für die niedergelassene Praxis. Das Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte liegt mittlerweile bei 51 Jahren – mit steigender Tendenz. Als Folge der Patientenabwanderung droht eine sinkende Auslastung der regionalen ambulanten und stationären Angebote und das wiederum führt zu einer sinkenden Auslastung der vorhandenen Ressourcen und einer sinkenden Wirtschaftlichkeit. Bei ambulanten Praxen droht der Praxiswertverfall, da die Praxis für Nachfolger nicht attraktiv ist, und dem regionalen Krankenhaus droht die Schließung zumindest einzelner Abteilungen.

Die ländlichen Region verlieren an Attraktivität. Niemand zieht mit einer jungen Familie in eine Region ohne ausreichende Gesundheitsversorgung. Damit wird das regionale Gesund-

heitsangebot im Wettbewerb der Regionen zu einem regionalpolitischen Faktor. Um dem entgegen zu wirken, bedarf es einer Erhöhung der Attraktivität der Gesundheitsleistungen vor Ort, einer höheren Auslastung der Ressourcen sowie des Angebotes von Spezialistenleistungen in der Region. **In Ballungsgebieten hingegen** herrscht ein zunehmender Wettbewerbsdruck, der insbesondere zur Notwendigkeit einer beständigen Zuweiserstruktur und dem Streben nach Exklusivität und Verbindlichkeit der Zusammenarbeit mit Zuweisern führt. Hier findet ein Verdrängungswettbewerb statt.

LÖSUNGSANSÄTZE FÜR EINE DIFFERENZIERTE GESUNDHEITSVERSORGUNG

Es ist wichtig festzustellen, dass Gesundheitsversorgung überall unterschiedlich ist und damit auch keine pauschalen Lösungen angeboten werden können. Sie sind abhängig vom bestehenden Angebot, der Nachfrage und Morbiditätsstruktur der Patienten, den bestehenden wirtschaftlichen Ressourcen etc. Insoweit sind die nachfolgenden Lösungsangebote regional anpassungsbedürftig, können aber als Denkanstöße dienen.

Das GKV-WSG sowie das Anfang 2007 in Kraft getretene Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und die jüngst in Kraft getretene Pflegereform führen weitreichende Liberalisierungen ein. Allein die Aufhebung der Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär, aber auch die zunehmende Verzahnung mit dem Pflegesektor stellt hier einen Meilenstein dar, der dazu beitragen kann, dass die dunkle Prognose sich nicht erfüllen muss.

Möglichkeiten in Ballungszentren

a) Stationär-ambulante Verzahnung
Wie bereits vielerorts praktiziert, können Krankenhäuser über ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) die ambulante Versorgung anbieten. Neu ist seit 2007, dass im Krankenhaus angestellte Ärzte auch im MVZ angestellt werden können. In der Vergangenheit hat es

sich als sinnvoll erwiesen, ein spezielles Leistungsspektrum zu fokussieren, z.B. ein Diabeteszentrum oder Demenzzentrum, in dem fach- und sektorenübergreifend medizinische Leistungen angeboten werden. Die Gründung eines MVZ wurde bislang insbesondere in Ballungsgebieten von den zuweisenden Ärzten mit ausbleibenden Zuweisungen quittiert, da sie eine ambulante Konkurrenz witterten. Sind sie jedoch in die medizinische Versorgung der Patienten eingebunden und liegt ein gemeinsames medizinisches Konzept vor, in welchem arbeitsteilig klare Behandlungsprozesse niedergelegt werden, können diese Animositäten vermieden werden. Die neuen Möglichkeiten aus dem Vertragsarztrecht ermöglichen nunmehr eine medizinische Einbindung der regionalen Praxen und einen gemeinsamen wirtschaftlichen Vorteil. Dabei kann das MVZ beispielsweise sich mit anderen Praxen im Rahmen einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft oder auch nur im Rahmen einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen. Dies ist beispielsweise bei einem Diabetes-MVZ mit einem niedergelassenen Augenarzt sowie mit anderen Fachgruppen sinnvoll, welche einen sinnvollen Beitrag zur Diabetesversorgung leisten. Darüber hinaus kann die vernetzte Struktur sich auch mit anderen Heilberufen verbinden, wie beispielsweise einem Sanitätshaus (für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom ein Mehrwertfaktor), einer Apotheke, Ernährungsberatern usw. Der regionale Vorteil dieser vernetzten Struktur liegt in einer verbindlichen Zusammenarbeit und gegenseitigen Zuweisung und damit in einem Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen, nicht vernetzten Versorgungsangeboten. Darüber hinaus ist eine solche Versorgungsstruktur geeignet, die Qualität der Versorgung durch ihre Interdisziplinarität sowie durch die sektorenübergreifende Versorgung der Patienten positiv zu beeinflussen. Es ist im Übrigen davon auszugehen,



Ländliche Gebiete und Ballungszentren: Differenzierte Lösungsansätze für die Gesundheitsversorgung müssen geschaffen werden. Die Liberalisierungen der jüngsten Gesetzgebungen eröffnen hier wie dort neue Chancen. FOTO: FOTO-FINE-ART & ULRICH BAUMHÖGGER – FOTOLIA

dass eine solche sektorenübergreifende Verzahnung der niedergelassenen Praxen sich positiv auf deren Praxiswert auswirkt.

Wichtig ist es dabei, ein medizinisch und gesundheitsökonomisch sinnvolles Konzept als Netzwerk von Leistungserbringern anzubieten. Damit erhöht sich der Wettbewerbsvorteil durch die Schaffung von Alleinstellungsmerkmalen gegenüber dem regionalen Wettbewerb. Es ist durchaus denkbar, dass Ballungsgebiete sich künftig durch eine erhöhte Anzahl von spezialisierten Netzwerken auszeichnen werden.

b) Teilnahme an Ausschreibungen

Die Anzahl der Direktverträge mit oder ohne Ausschreibungen für die medizinische Versorgung wird weiter zunehmen. Davon betroffen sind die hausärztliche Versorgung nach § 73b SGB V, die besondere ambulante Versorgung nach § 73c SGB V sowie die integrierte Versorgung nach § 140a ff SGB V. Mit der Schaffung eines (spezialisierten) Netzwerkes erhöht sich die Chance auf einen Direktvertrag mit einer Krankenkasse. Darüber hinaus erhöht sich die Attraktivität auch gegenüber dem Patientenmarkt, denn Direktverträge sorgen für eine Kanalisierung der Patientenströme durch die Krankenkasse. Aus diesem Grund erscheint eine weitreichende sektorenübergreifende Verzahnung für Leis-

tungserbringer in Ballungsgebieten sehr vorteilhaft.

Möglichkeiten in ländlichen Regionen

a) Teilzulassung von Krankenhausärzten

Die Öffnung der Sektorengrenzen hat gerade für ländliche Regionen einen besonderen Vorteil: die gleichzeitige Tätigkeit im Krankenhaus sowie als Vertragsarzt. Krankenhausärzte haben damit die Möglichkeit, sich im Rahmen einer Teilzulassung vertragsärztlich zu betätigen. Hierfür müssen sie mindestens 10 Stunden pro Woche für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehen. So kann ein Krankenhaus einen Arzt in einer nicht vollständig ausgelasteten Abteilung im Rahmen einer Teilzulassung ambulant vertragsärztlich tätig werden lassen. Dies kann in Räumen des Krankenhauses oder auch außerhalb des Krankenhauses in einer Praxis erfolgen. Der Arzt/die Ärztin kann sich auch mit einem niedergelassenen Kollegen im Rahmen einer Berufsausübungsgemeinschaft oder einer Praxisgemeinschaft zusammenschließen und dennoch im Krankenhaus stationäre Leistungen erbringen. Angenehmer Nebeneffekt für das Krankenhaus: fehlen in der Region beispielsweise spezialisierte Zuweiser, können diese über diesen Weg geschaffen werden.

Diese Konstellation kann auch aus der Perspektive der niedergelassenen Vertragsärzte betrachtet werden: sie können umgekehrt neben ihrer Tätigkeit als Vertragsärzte auch gleichzeitig im Krankenhaus tätig werden. Gemeinschaftspraxen können damit ihr Wirkungsspektrum erheblich erweitern und eine dauerhafte Bindung herstellen, was sich wiederum positiv für den Praxiswert auswirkt.

Diese Möglichkeit kann im Übrigen gerade in Regionen zum Einsatz kommen, in denen die niedergelassenen Praxen keinen Nachfolger finden. Diese Konstellation kann auch wirtschaftlich für den derzeitigen Praxisinhaber die einzige Chance darstellen, seine Praxis noch werthaltig zu veräußern – indirekt auch an das Krankenhaus.

Eine solche Konstellation sollte jeden Landrat und Bürgermeister erfreuen, denn sie stellt die regionale Gesundheitsversorgung ambulant und stationär sicher.

b) Einkauf von Spezialisten

Wie bereits oben beschrieben liegt ein Hauptproblem in der ländlichen Gesundheitsversorgung in dem Mangel an Spezialisten. Es ist dabei aber nicht notwendig, diese Spezialisten dauerhaft an einen Standort zu bringen. Vielmehr ist die ärztliche Leistung mobiler geworden. So kann beispiels-

weise eine Praxis in einer ländlichen Region ihre Infrastruktur für den Spezialisten bereit stellen und an ihn vermieten (Achtung: Gewerbesteuer!). Der Spezialist hält dann beispielsweise ein Mal pro Woche eine Spezialsprechstunde in der Praxis ab und erbringt die Leistung vor Ort.

Dies kann in Form einer überregionalen Berufsausübungsgemeinschaft, einer Zweigpraxis o.ä. erfolgen. Auch kann beispielsweise ein Krankenhaus einen Teil seiner Räumlichkeiten für Spezialsprechstunden zur Verfügung stellen. Der Vorteil einer solchen Struktur liegt darin, dass die Leistung zum Patienten kommt und nicht der Patient genötigt wird, die Leistung in entfernten Orten aufzusuchen. Außerdem erhöht sich mit einem solchen Angebot die Attraktivität des Standortes durch das Angebot von Spezialleistungen. Darüber hinaus sorgt eine solche Angebotsstruktur für die dauerhafte Sicherstellung der ambulanten und stationären Versorgung der Region.

FAZIT

Die Gesundheitsversorgung in

Deutschland bedarf einer differenzierten Betrachtung und eines differenzierten Lösungsangebotes. Es gibt viele unterschiedliche Möglichkeiten, die Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten und in Ballungszentren sicherzustellen. Die Verzahnung der Leistungen wird zunehmen müssen, um nicht zuletzt auch die Attraktivität des Standortes und der Leistungserbringer in Form von Praxis- und Unternehmenwert sicherzustellen. Die Patienten jedenfalls werden von dieser Neustrukturierung des Marktes profitieren, da sich diese nach dem Bedarf der Patienten ausrichten wird. ■



Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel

lehrt Gesundheitsrecht an der EUROP. FACHHOCHSCHULE FRESENIUS. Als Geschäftsführer leitet er die CURACONTROL GMBH und ist Partner der KANZLEI FÜR MEDIZINRECHT PROF. SCHLEGEL & KOLLEGEN.

www.aerztepost.net/autoren



Novelle im Endspurt

von Dr. Dr. Jürgen Weitkamp

Die heiße Phase der Novellierung der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) hat begonnen. Jetzt gilt es, seriös und bestimmt die Interessen der Zahnärzteschaft zu vertreten. Manche der bisherigen Pläne des Bundesgesundheitsministeriums für eine neue GOZ haben bei den Zahnärzten für Unverständnis gesorgt; in Teilbereichen sieht die BZÄK sogar die zahnmedizinische Versorgung in Gefahr. Und auch Ärzte sehen Grund zur Sorge – denn es liegt nahe, dass die neue GOZ zur Blaupause für die Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) werden wird.

DIE NOVELLE DER GOZ hat sich fast zu einem unendlichen Thema entwickelt. Seit Jahren drängen die Zahnärzte in Deutschland auf eine neue Gebührenordnung – eine moderne, zeitgemäße und dem wissenschaftlichen Fortschritt in der Zahnmedizin entsprechende Gebührenordnung. Doch die bisherigen Entwürfe des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) für eine neue GOZ entsprachen diesen Kriterien nicht! Mit Spannung wird daher der endgültige Referententwurf des BMG erwartet, der voraussichtlich während der Sommerpause vorgelegt werden soll. Und damit beginnt nun die heiße Phase des Novellierungsprozesses.

Die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) steht angesichts des endgültigen Entwurfs vor allem vor zwei

Fragen: Hat sich der berufspolitische Einsatz der vergangenen Monate ausgezahlt? Und welche Maßnahmen müssen in den kommenden Monaten noch ergriffen werden, um auf Bundes- und Länderebene weitere Verbündete zu finden? Spätestens im Herbst wird dann das Bundeskabinett über die neue GOZ abstimmen, ehe sich im Winter 2008/2009 der Bundesrat mit dem Entwurf befassen und das finale Votum abgeben wird. „In der ersten Jahreshälfte 2009“ soll die GOZ dann, laut BMG, rechtskräftig werden.

Doch das letzte Wort ist noch nicht gesprochen. Nicht immer war zielführend, was das BMG bisher an Ideen vorgelegt hat. Zu „bemächtig“ sind die Entwürfe des Ministeriums. Dabei droht sich die GOZ von einer Gebührenordnung in eine Erstattungsord-