

Daseinsvorsorge in der Gesundheitspolitik

Thomas Gerlinger

1. Einleitung

Der Begriff der *Daseinsvorsorge* beschreibt die Verantwortung des Staates für die Sicherstellung jener Leistungen und Strukturen, auf die Einzelne für ihre Existenzsicherung angewiesen sind, die sie aber aufgrund der fortschreitenden Arbeitsteilung und des wissenschaftlich-technischen Fortschritts gesellschaftlicher Verflechtungen nicht mehr allein gewährleisten können (Forsthoff 1938 und 1958). Die Gesellschaftsmitglieder müssen davon ausgehen können, dass diese Leistungen und Strukturen ohne Wenn und Aber zur Verfügung stehen, weshalb ihre Bereitstellung nicht von den Regeln des Marktes abhängig gemacht werden kann, sondern in der Verantwortung des Staates liegen muss.

Dabei sind nicht nur Bund und Länder, sondern in besonderer Weise auch die Kommunen gefordert. Zur staatlichen Daseinsvorsorge zählen bekanntlich Wasser- und Energieversorgung, Abwasserbeseitigung und Müllentsorgung, öffentlicher Personenverkehr und Bildung, aber auch die Gesundheits- und Krankenversorgung und die Vorhaltung einer entsprechenden Infrastruktur (Dahme/Wohlfahrt 2011; Klenk/Reiter 2012). Die öffentlich bereitgestellten Leistungen der Daseinsvorsorge repräsentieren, so Wolfgang Streeck, einen »alltäglichen Kommunismus, der unserem alltäglichen Kapitalismus unterliegt und ihn überhaupt erst ermöglicht« (Streeck 2019, S. 7).

Gesundheits- bzw. krankheitsbezogene Leistungen beschreiben wiederum ein weites Feld, das von der Gesundheitsförderung und Prävention über die Krankenversorgung bis hin zur Pflege und Palliativversorgung reicht. Im Folgenden soll es um einen Kernbereich dieses Spektrums gehen, nämlich die Vorhaltung einer angemessenen Infrastruktur für die stationäre und ambulante Krankenversorgung. Dieser Beitrag geht der Frage nach, welche Leistungen und Defizite auf diesem Feld anzutreffen sind, wodurch sich insbesondere die Defizite erklären und welche Möglichkeiten zur Problemlösung existieren.

Zunächst wird dargelegt, welche grundlegenden Anforderungen im Sinne einer Daseinsvorsorge an die Vorhaltung von Versorgungseinrichtungen zu stellen sind (Abschnitt 2). Sodann wird zunächst für die Krankenhausversorgung (Abschnitt 3), anschließend für die ambulante Versorgung (Abschnitt 4) der Ist-Zustand beschrieben und die Gründe für die existierenden Defizite erläutert. Anschließend werden Lösungsansätze vorgestellt und Hindernisse bei deren Umsetzung skizziert (Abschnitt 5).

2. Daseinsvorsorge in der Krankenversorgung

Ein gutes Krankenversorgungssystem muss gewährleisten, dass jede erkrankte Person in angemessener Zeit und so gut wie möglich versorgt wird. Im Mittelpunkt steht damit der Begriff der Bedarfsgerechtigkeit. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) kann man als Kompendium für die Anforderungen verstehen, die daraus erwachsen. So verlangt es – im Hinblick auf die gesetzliche Krankenversicherung – »eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten« (§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Und weiter:

»Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.« (§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V)

Diese Anforderungen, die sich primär auf die Leistungserbringung selbst beziehen, haben Implikationen für die Vorhaltung von Einrichtungen der Krankenversorgung: Diese müssen nach Anzahl, räumlicher Verteilung, fachlicher Ausstattung und personeller wie technischer Ausstattung so bemessen sein, dass ein adäquater Zugang der Bevölkerung möglich ist. Dabei sind auch regionale Unterschiede des Versorgungsbedarfs (z. B. Alter und Morbidität) und der Siedlungsstruktur zu berücksichtigen.

Daseinsvorsorge beinhaltet also die Kombination verschiedener Eigenschaften: schnelle Erreichbarkeit und damit Wohnortnähe der Versorgungseinrichtungen insbesondere in Notfällen, aber auch eine personell-technische Ausstattung von Versorgungseinrichtungen, die es erlaubt, Leistungen in hoher Qualität nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse zu erbringen. Zwischen diesen unterschiedlichen Gesichtspunkten müssen nicht zwangsläufig, können aber durchaus Widersprüche und Trade-offs auftreten. Zudem müssen die Leistungserbringer:innen unter Bedingungen handeln können, die es ihnen erlauben, ihr Handeln am Wohl der Patient:innen auszurichten.

Schließlich erstreckt sich Daseinsvorsorge noch auf einen weiteren, über die reine Krankenversorgung hinausweisenden und das soziale Sicherungssystem einschließenden Aspekt: Vorausgesetzt ist stets, dass der Zugang zu Versorgungseinrichtungen nicht durch soziale Hürden beschränkt werden darf.

Im Folgenden stehen zwei Aspekte im Mittelpunkt, die für die Daseinsvorsorge im Gesundheitssystem besonders problematisch sind: das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung bei der Vorhaltung von Einrichtungen der Krankenversorgung und der Bedeutungszuwachs privater Akteure, vor allem großer Finanzinvestoren, als Träger dieser Einrichtungen. Zunächst wird der Krankenhaussektor behandelt (Abschnitt 3), daran anschließend der Bereich der ambulanten Versorgung (Abschnitt 4).

3. Daseinsvorsorge im Krankenhaussektor

Der Krankenhaussektor ist der wohl am stärksten vom Staat geprägte Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Insbesondere die Länder spielen hier eine wichtige Rolle, denn sie haben den sogenannten Sicherstellungsauftrag inne, also die Verantwortung, eine bedarfsgerechte Krankenhausinfrastruktur sicherzustellen. Sie nehmen diese Aufgabe wahr, indem sie

- einen Krankenhausbedarfsplan erstellen (§ 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes/KHG) und damit über die in ihrem Zuständigkeitsbereich erforderlichen Krankenhäuser und Betten entscheiden und
- die für die Versorgung erforderlichen Investitionsmittel bereitstellen.

Die konkrete Durchführung der Krankenhausplanung wird von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabt: Während einige Länder sich auf Rahmenvorgaben wie die Standorte der Krankenhäuser beschränken und alles Weitere den Verhandlungen von Krankenkassen und Krankenhausträgern überlassen, arbeiten andere konkrete Vorgaben aus, die bisweilen sogar die Gliederung einzelner Abteilungen beinhalten (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019).

Deutschland weist im internationalen Vergleich trotz eines jahrzehntelangen kräftigen Bettenabbaus (Statistisches Bundesamt 2020) eine sehr hohe Bettendichte auf (OECD 2020; Eurostat 2021). Zahlreiche Expert:innen verbinden dies mit der Schlussfolgerung, dass in der Krankenhausversorgung – insgesamt betrachtet – erhebliche Überkapazitäten existieren (z.B. Loos/Albrecht/Zich 2019), und erhalten darin Unterstützung durch die Krankenkassen. Daher ist

die Forderung nach einem deutlichen Bettenabbau und einer Reduzierung der Krankenhausstandorte weit verbreitet.

Zwar ist einzuwenden, dass der internationale Vergleich und die hohe Bettendichte allein noch nichts über etwaige Überkapazitäten aussagen, denn die geringere Bettendichte in anderen Ländern kann auch ein Hinweis auf eine dortige Unterversorgung sein, die in einigen Ländern – wie z. B. Großbritannien, den Niederlanden oder Schweden – in der Tat anzutreffen ist und dort zu teilweise langen Wartelisten bei bestimmten Eingriffen führt (Tikkanen et al. 2020; Schölkopf/Grimmeisen 2021).

Darüber hinaus wäre darauf hinzuweisen, dass angesichts des demografischen Wandels in den kommenden Jahrzehnten ein Anstieg der Behandlungsfallzahlen in Krankenhäusern zu erwarten ist. Ob dieser Trend noch durch den medizinisch-technischen Fortschritt verstärkt wird oder ob eine weitere Verkürzung der Verweildauer je Behandlungsfall und die von der Medizintechnik getriebene Ambulantisierung der Krankenversorgung diesen Trend abschwächen oder gar überkompensieren werden, lässt sich kaum vorhersagen.

Schließlich hat sich während der Covid-19-Pandemie die hohe Bettendichte einschließlich der Intensivbetten als ein Vorzug des deutschen Gesundheitssystems erwiesen. Dennoch traten auch hier im Zuge der Pandemie Engpässe auf. Mahnen allein schon diese Erfahrungen zur Vorsicht bei der Diskussion über einen Bettenabbau, so wird man die Pandemieerfahrungen allerdings auch nicht als Legitimation für eine dauerhafte Aufrechterhaltung erheblicher Überkapazitäten heranziehen können.

Selbstverständlich erfordert eine auf Daseinsvorsorge gerichtete Krankenhausplanung auch die Vorhaltung von Kapazitäten für die adäquate Versorgung etwaiger Bedarfsspitzen. Ungeachtet dessen ist insbesondere in Ballungsräumen für bestimmte Fachabteilungen die Zahl der aufgestellten Betten aber derart hoch, dass man von einer Überversorgung ausgehen muss, auch wenn man in Rechnung stellt, dass die dort vorgehaltenen Krankenhäuser eine Versorgungsfunktion für das nähere oder weitere Umland wahrnehmen. Es geht also nicht nur um die Anzahl der Betten, sondern auch um deren räumliche Verteilung.

Die Debatte über die Krankenhausstrukturen schließt aber noch einen weiteren Aspekt ein, nämlich die Qualität des Leistungsgeschehens (z. B. Loos/Albrecht/Zich 2019), denn es gibt für eine Reihe von Leistungen – insbesondere für komplexe Eingriffe, die nicht zur Routine eines Fachgebiets gehören – Hinweise auf oder Belege für einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit, in der eine Behandlung durchgeführt wird, und deren Qualität. Dennoch werden derartige Leistungen oft auch in kleineren Häusern erbracht, oft zum Nachteil der Patient:innen.

Stattdessen sei, so die Kritik an den bestehenden Strukturen, bei zahlreichen planbaren Behandlungen eine Zentrenbildung und Spezialisierung erforderlich. Eine solche Konzentration könne zwar die Wege zwischen Wohnort und Krankenhausstandort verlängern, verbessere aber im Gegenzug die Versorgungsqualität. Auch wenn es kleine Häuser gibt, die bei den Qualitätsindikatoren für derartige Leistungen nicht schlechter abschneiden als manche größere, so gibt es doch eine Reihe von empirischen Hinweisen, die diese Kritik im Grundsatz stützen.

Neben der Krankenhausplanung erfordert die »bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern« (§ 1 Abs. 1 KHG) eine wirtschaftliche Sicherung der betreffenden Einrichtungen. Die sich daraus ergebende Pflicht der Länder zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen betrifft den Krankenhausbau, die Erstausrüstung der Krankenhäuser und die Neubeschaffung von Anlagegütern. Diese Verantwortung des Staates für die Krankenhausinvestitionen ist Ausdruck der verbreiteten Auffassung, dass die Gewährleistung ausreichender Versorgungskapazitäten Gegenstand der öffentlichen Daseinsvorsorge ist.

Die in den Landeskrankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser (»Plankrankenhäuser«) haben einen Rechtsanspruch auf Investitionsfinanzierung durch das Land. Im Unterschied zu den Investitionen werden die laufenden Betriebskosten eines Krankenhauses von den Krankenkassen getragen (»duale Finanzierung«; § 4 KHG). In der Praxis sind aber auch die Krankenhausträger an der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern beteiligt, indem sie etwaige Defizite durch Zuschüsse ausgleichen. Dies trifft besonders häufig öffentliche Träger, vor allem Kommunen.

Die meisten Länder haben ihre Pflicht zur Krankenhausfinanzierung in der Vergangenheit nicht oder nur unzureichend erfüllt (z. B. Augurzyk et al. 2011; Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019). Allein zwischen 1991 und 2018 sank der Anteil der gemäß dem KHG bewilligten Investitionsmittel am Bruttoinlandsprodukt (BIP) von 0,24 Prozent auf 0,09 Prozent (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019, S. 77), obwohl im gleichen Zeitraum der Anteil der Krankenhausaussgaben am BIP deutlich anstieg. Selbst nominal gingen die Investitionsmittel während dieses Zeitraums um 16 Prozent zurück. Im Jahr 2015 beliefen sich die Investitionen durch KHG-Fördermittel auf 3,5 Prozent des Krankenhausumsatzes (RWI 2017, S. 21).

Der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (2019) bezifferten für das Jahr 2019 den bestandserhaltenden Investitionsbedarf für die Krankenhäuser auf deutlich mehr als 6 Milliarden Euro, wohingegen sich die Summe der KHG-Fördermittel

im Jahr 2018 gerade einmal auf 3 Milliarden Euro belief (Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019).

Angesichts der Zurückhaltung der Länder setzen die Krankenhäuser in beträchtlichem Umfang Eigenmittel für ihre Investitionen ein (Augurzy et al. 2011, S. 36 ff.; Deutsche Krankenhausgesellschaft 2019) – eine vierte Quelle der Krankenhausfinanzierung. Dies setzt natürlich voraus, dass die Krankenhäuser tatsächlich Gewinne erwirtschaften, was auf viele von ihnen – insbesondere in öffentlicher Trägerschaft – nicht zutrifft.

Im Ergebnis führt die unzureichende Finanzierung von Krankenhausinvestitionen durch die Länder dazu, dass zahlreiche Krankenhäuser für die Wahrnehmung ihrer Versorgungsaufgaben nicht angemessen ausgestattet sind. Dieser Effekt ist mit dem Anliegen der Daseinsvorsorge nicht vereinbar.

Zur Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung tritt ein weiterer Aspekt, der für die Daseinsvorsorge in der Krankenhausversorgung von Bedeutung ist. Traditionell weist Deutschland eine gemischtwirtschaftliche Trägerstruktur auf, geprägt von öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Trägern. Dies ist auch heute noch der Fall, auch wenn seit Jahrzehnten private Träger auf dem Vormarsch sind.

Waren 1991 lediglich 14,8 Prozent aller Krankenhäuser (4,0 Prozent der Krankenhausbetten) in privater Trägerschaft, so war dieser Anteil im Jahr 2018 auf 37,6 Prozent (19,1 Prozent) gestiegen. Insbesondere hat der Anteil von großen Kapitalgesellschaften, vor allem von Aktiengesellschaften im Vergleich zu Ärzt:innen als privaten Trägern deutlich zugenommen. Der Zuwachs privater Krankenhäuser geht vor allem zulasten der öffentlichen Häuser, deren Anteil in diesem Zeitraum von 46,0 auf 28,7 Prozent zurückging. Allerdings stand 2018 noch fast jedes zweite Bett (48,0 Prozent) in einem öffentlichen Krankenhaus (Statistisches Bundesamt 2020).

Privatisierung kommt aber nicht allein im rückläufigen Anteil öffentlicher Träger zum Ausdruck, sondern auch im Wandel der Rechtsformen öffentlicher Krankenhäuser. Während 2002 nur 28,3 Prozent von ihnen in privatrechtlicher Form (z. B. als GmbH) geführt wurden, waren es 2017 bereits 59,8 Prozent (Statistisches Bundesamt 2018, S. 8). Unter den in öffentlich-rechtlicher Form betriebenen Krankenhäusern nahm der Anteil der rechtlich unselbstständigen Einrichtungen (z. B. Eigenbetriebe oder Regiebetriebe) gegenüber den rechtlich selbstständigen (z. B. Zweckverband, Anstalt oder Stiftung) stark ab. Ihr Anteil an allen öffentlichen Krankenhäusern sank in diesem Zeitraum von 56,9 Prozent auf 15,0 Prozent (Statistisches Bundesamt 2018, S. 8). Private Rechtsformen und ein rechtlich selbstständiger Status gestatten dem Krankenhaus eine größere Unabhängigkeit vom jeweiligen Träger.

Die Privatisierung von Krankenhäusern bringt unter dem Gesichtspunkt der Daseinsvorsorge erhebliche Probleme mit sich. Private Träger treffen betriebswirtschaftliche Entscheidungen unter Gewinnspekten. Steht bei öffentlichen Krankenhäusern – durchaus auch unter Verfolgung von Gewinninteressen – die Versorgungsfunktion im Mittelpunkt, so ist es bei privaten Trägern die Gewinnmaximierung. Dieses Ziel bestimmt das Bettenangebot und die Leistungserbringung ebenso wie die technische und personelle Ausstattung ihrer Häuser. So setzen viele private Krankenhäuser darauf, durch eine Spezialisierung Skaleneffekte zu erzielen und auf diesem Weg ihre Gewinne zu steigern. Derartige Entscheidungen mögen nicht immer mit dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung übereinstimmen.

Das Nebeneinander von öffentlichen und freigemeinnützigen Häusern einerseits und privaten Einrichtungen andererseits bringt eine Reihe von Problemen mit sich. Aufgrund der Spezialisierung und der höheren Behandlungsfallzahlen können private Einrichtungen kostengünstiger – und zum Teil auch in einer besseren Qualität – Leistungen erbringen. Dadurch verschlechtert sich die Kalkulationsbasis derjenigen – zumeist öffentlichen – Krankenhäuser, die aufgrund ihres Versorgungsauftrags nach wie vor die gesamte Palette an Leistungen und die dafür notwendige Infrastruktur vorhalten müssen, ohne an der Kostenersparnis bei standardisierbaren Leistungen teilhaben zu können (Böhlke et al. 2009).

Die Privatisierung von Krankenhäusern folgte und folgt keinem übergreifenden politischen Plan. Gleichwohl ist sie insbesondere aus wirtschaftsliberaler Perspektive ein durchaus erwünschter Trend, der die Folge einer Vielzahl von Einzelentscheidungen vor allem kommunaler Träger ist. Kommunen waren und sind angesichts ihrer prekären Haushaltslage häufig bemüht, sich ihrer nicht selten defizitären Krankenhäuser zu entledigen. Zudem folgten manche Kommunen in den 1990er- und 2000er-Jahren auch dem neoliberalen Zeitgeist, der in der Privatisierung kommunaler Aufgaben generell ein geeignetes Instrument für Kostensenkung und Qualitätsverbesserung sah. Konzepte des New Public Management drangen auch in die Krankenversorgung vor. Die seit 2011 verbindliche Schuldenbremse erhöhte den Druck zum Verkauf von Krankenhäusern weiter.

Es sank also sowohl die Fähigkeit als auch die Bereitschaft von Kommunen, Defizite ihrer Krankenhäuser zu decken. Häufig traten und treten in solchen Fällen private Kapitalgesellschaften auf, um potenziell profitable Häuser zu übernehmen und nach eigenen Vorstellungen umzugestalten. Zumeist gelingt es ihnen dann, die Krankenhäuser profitabel zu machen (Böhlke et al. 2009; Simon 2019a). Die Privatisierung des Krankenhaussektors schreitet auch aktuell weiter voran, auch wenn sich die Dynamik in den letzten Jahren etwas abgeschwächt hat (Simon 2019b).

4. Ambulante (vertragsärztliche) Versorgung

Ebenso wie die Krankenhäuser unterliegen auch die zur ambulanten Versorgung von Kassenpatient:innen zugelassenen Ärzt:innen (Vertragsärzt:innen) einer Bedarfsplanung. Den Sicherstellungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung haben aber nicht die Länder, sondern die Kassenärztlichen Vereinigungen inne.

Dieses Verfahren ist eingebunden in das für die gesetzliche Krankenversicherung charakteristische System der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzt:innen und Krankenkassen: Der Gesetzgeber legt einen Rechtsrahmen fest, der durch Verhandlungen der Verbände der Ärzt:innen und Krankenkassen ausgefüllt wird, wobei die dabei getroffenen Entscheidungen und vereinbarten Verträge der Genehmigung durch die zuständige Exekutive unterliegen (Gerlinger/Rosenbrock 2021). In diesem Rahmen legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzt:innen und Krankenkassen, nach gesetzlichen Rahmenvorgaben Sollwerte für das Verhältnis von Bevölkerung und Vertragsärzt:innen fest, und zwar für einzelne Arztgruppen und in den verschiedenen Raumordnungskategorien.

Auf der regionalen Ebene können die Landesausschüsse der Ärzt:innen und Krankenkassen von den bundesweiten Rahmenvorgaben abweichen, z. B. durch die Feststellung von alters- oder morbiditätsbedingten Sonderbedarfen. Bei einer Überversorgung, die beim Erreichen von 110 Prozent des Sollwerts vorliegt, muss der Zulassungsbezirk für die Zulassung weiterer Ärzt:innen geschlossen werden.

Eine Unterversorgung liegt dann vor, wenn die Ärztedichte in der hausärztlichen Versorgung weniger als 75 Prozent und in der fachärztlichen Versorgung weniger als 50 Prozent des Sollwerts beträgt. Dieses Planungsverfahren betrifft nur die Vertragsärzt:innen – Ärzt:innen, die ausschließlich Privatleistungen erbringen, werden dadurch nicht erfasst. Für sie gibt es somit keine Niederlassungsbeschränkungen.

Zwar sind die Verhältniszahlen, die der G-BA nach Arztgruppen und Gebietstypen zugrunde gelegt hat, nicht unbedingt ein valider Indikator für eine bedarfsgerechte Versorgung, denn sie beruhen im Hinblick auf den Versorgungsbedarf auf den Ist-Verhältnissen Anfang der 1990er-Jahre und nicht auf einer aktuellen objektiven Ermittlung. Zudem berücksichtigen sie nicht die in der Zwischenzeit in der ambulanten Versorgung eingetretene Veränderung der Versorgungssituation (geprägt vor allem durch medizinischen Fortschritt, demografischen Wandel und Verkürzung der stationären Verweildauer). Ungeachtet dessen gibt der Vergleich zwischen Bedarfsplanungsdaten und tatsächlichen Verhältniszahlen einen Hinweis auf die Versorgungslage bei einzelnen Arztgruppen und in einzelnen Regionen.

Der Blick auf die aggregierten Daten zeigt zunächst, dass die Gesamtzahl der Ärzt:innen in Deutschland – bei einer nur geringfügig steigenden Bevölkerungszahl – kontinuierlich ansteigt, auch in der vertragsärztlichen Versorgung (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021). Ebenso wie die Bettendichte ist auch die Arztdichte in der ambulanten Versorgung im internationalen Vergleich außerordentlich hoch (OECD 2020; Eurostat 2021).

Der Vergleich zwischen Bedarfsplanungsdaten und tatsächlichen Verhältniszahlen verdeutlicht, dass bei allen Ärztegruppen, die der Bedarfsplanung unterliegen, die Versorgungsgrade im bundesweiten Durchschnitt den Sollwert überschreiten, der sich aus den Bedarfsplanungsrichtlinien ergibt. Besonders deutlich fiel diese Überschreitung bei den Fachärzt:innen aus, aber auch bei Hausärzt:innen lag der Gesamtversorgungsgrad im Jahr 2016 immerhin noch bei 108 Prozent (Klose/Rehbein 2017, S. 8). Von den Hausärzt:innen abgesehen, waren bei allen Ärztegruppen fast sämtliche Planungsbereiche üerversorgt; nur bei den Hausärzt:innen gab es in erheblichem Umfang noch freie Planungsbereiche.

Auf Landesebene aggregiert, gab es bei den Hausärzt:innen in keinem Bundesland eine Unterversorgung. Rund 40 Prozent aller Planungsbereiche waren üerversorgt, legt man die vom G-BA vorgegebenen Verhältniszahlen unter Einschluss der Optionen zur regionalen Abweichung zugrunde (Klose/Rehbein 2017, S. 8). Insgesamt gab es bundesweit selbst in der hausärztlichen Versorgung einen Überschuss von insgesamt knapp 3.900 Ärzt:innen (Klose/Rehbein 2017, S. 9); in manchen Planungsbezirken werden die Soll-Werte in nachgerade eklatanter Weise überschritten.

Im Hinblick auf die Verteilung der Ärzt:innen wird aber deutlich, dass den erheblichen Überkapazitäten eine drohende oder bereits eingetretene Unterversorgung in einigen strukturschwachen Räumen gegenübersteht. 2016 existierte in der hausärztlichen Versorgung in insgesamt 8 der bundesweit 957 Planungsbereiche eine Unterversorgung. In weiteren 86 Planungsbereichen lag der Versorgungsgrad zwischen 75 und unter 90 Prozent, in 169 Planungsbereichen zwischen 90 und unter 100 Prozent (Klose/Rehbein 2017, S. 30). In vielen Disziplinen reicht bereits die Aufgabe eines einzigen nicht wieder besetzten Vertragsarztsitzes aus, um eine Unterversorgung herbeizuführen.

Das Nebeneinander von Üerversorgung und drohender oder bereits eingetretener Unterversorgung lässt sich im Verhältnis zwischen Ballungsräumen – sowie einigen aus anderen Gründen attraktiven Regionen, z. B. der Insel Sylt oder dem Landkreis Starnberg – einerseits und strukturschwachen Landstrichen andererseits erkennen. Darüber hinaus treten aber auch innerhalb von Ballungsräumen erhebliche Unterschiede in den Versorgungsgraden auf. Insbesondere Stadtteile, in denen der Bevölkerungsanteil von Arbeitslosen oder von Sozial-

hilfeempfänger:innen hoch und der von Privatpatient:innen besonders niedrig ist, weisen eine erheblich geringere Ärztedichte auf als wohlhabendere Bezirke und sind auf manchen Fachgebieten sogar von einer Unterversorgung betroffen.

Die Gründe für das Nebeneinander von Über- und Unterversorgung sind vielschichtig. Für viele Ärzt:innen ist die Niederlassung in ländlichen, strukturschwachen Regionen wegen der dortigen Lebensbedingungen unattraktiv. Ferner haben sie dort und in sozial benachteiligten Stadtteilen meist geringere Möglichkeiten als in Kernstädten, ihre Einnahmen durch privatärztliche Tätigkeit zu erhöhen, denn sowohl der Anteil von Privatpatient:innen als auch der von zahlungskräftigen GKV-Patient:innen ist dort gering.

Im Hinblick auf die hausärztliche Versorgung kommt hinzu, dass die Zahl der altersbedingt aus der Berufstätigkeit ausscheidenden Ärzt:innen die Zahl der Nachrücker:innen deutlich übersteigt und die Vergütung von Hausärzt:innen hinter vielen Facharztgruppen zurückbleibt (Gerlinger/Rosenbrock 2021). Ohne wirksame Interventionen dürften sich die Ungleichheiten bei der ärztlichen Versorgung weiter verschärfen, denn dass die skizzierten Trends zum Stillstand kämen geschweige denn sich umkehren würden, ist nicht zu erwarten.

Neben dem Problem der gleichzeitigen Über- und Unterversorgung ist die Privatisierung von Versorgungseinrichtungen für die Daseinsvorsorge in der vertragsärztlichen Versorgung von wachsender Bedeutung, auch wenn dies von der Öffentlichkeit nicht so stark wahrgenommen wird wie im Falle der stationären Versorgung. Große Kapitalgesellschaften dringen nicht nur in die stationäre, sondern auch in die ambulante Versorgung ein. Diese ist nach wie die Domäne frei niedergelassener Ärzt:innen, ob in Einzel- oder Gemeinschaftspraxen. Insofern basiert sie auf der Investition privaten Kapitals, aber eben nicht auf der Investition großer Kapitalgesellschaften. Genau dies ist im Begriff sich zu verändern. Der Weg, auf dem dies geschieht, ist die Investition in Medizinische Versorgungszentren (MVZ).

MVZ wurden erstmals 2004 zur ambulanten Versorgung von Kassenpatient:innen (»vertragsärztliche Versorgung«) zugelassen. Bei ihnen handelt es sich um ambulante Versorgungseinrichtungen, in denen Angehörige verschiedener ärztlicher Fachgruppen (als Selbstständige oder Angestellte) die Versorgung übernehmen. Träger eines MVZ können alle zugelassenen Leistungserbringer nach SGB V sein; insbesondere Ärztgemeinschaften und Krankenhäuser kommen dafür infrage. Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, aber auch pharmazeutische Unternehmen sind von der Trägerschaft ausgeschlossen, weil sie keine Leistungen unmittelbar am Patienten bzw. der Patientin erbringen.

MVZ sollen die fächer- und berufsübergreifende Kooperation im Gesundheitswesen erleichtern und so die ambulante Versorgungsqualität verbessern.

Idealerweise arbeiten dort Ärzt:innen unterschiedlicher Disziplinen und nicht-ärztliche Gesundheitsberufe (z. B. Pflegekräfte, Physiotherapeut:innen, Psychotherapeut:innen etc.) unter einem Dach zusammen. Die Zulassung von MVZ hatte zum Ziel, die Integration von Versorgungseinrichtungen und -verläufen zu beschleunigen und die Kooperation an den Schnittstellen zur Krankenhausversorgung zu verbessern.

Für Ärzt:innen 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. Zudem ermöglicht ein MVZ mit wachsender Größe auch eine stärkere Arbeitsteilung und begründet damit für die beteiligten Leistungserbringer:innen auch die Aussicht auf geregelte Arbeitszeiten und eine Entlastung von bürokratischen Tätigkeiten (z. B. Leistungsabrechnung). Patient:innen wiederum können bei einer Versorgung im MVZ auf eine stärker interdisziplinär ausgerichtete Versorgung hoffen und mit kürzeren Wegen rechnen. Ärzt:innen können in einem MVZ auch als Angestellte arbeiten, seit 2007 sogar in unbegrenzter Zahl (Gerlinger/Rosenbrock 2021).

MVZ haben seit ihrer Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eine rasante Entwicklung durchlaufen. Ende 2019 waren mehr als 3.500 MVZ zugelassen, in denen knapp 22.000 Ärzt:innen tätig waren, davon gut 20.000 als Angestellte. Damit arbeiteten mehr als 12 Prozent der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Ärzt:innen in einem MVZ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2021).

Immerhin 43,1 Prozent der MVZ, in absoluten Zahlen knapp 1.600, befanden sich Ende 2019 in der Trägerschaft von Krankenhäusern – mit steigender Tendenz. Krankenhäuser sind aus verschiedenen Gründen an der Gründung von MVZ interessiert: Zum einen verbessert sich mit einem hauseigenen MVZ die Chance, Verweildauern in der stationären Versorgung durch frühzeitige Entlassung und ambulante Nachsorge zu verkürzen. Zum anderen verbessert ein MVZ auch die Chance, die Zahl der Krankenhauseinweisungen zu erhöhen und so den Krankenhausstandort langfristig zu sichern (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2016, S. 21 und 26).

Allerdings birgt die einheitliche Trägerschaft von ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen auch Risiken. So können krankenhauseigene MVZ missbraucht werden, um Patient:innen zur stationären Versorgung in das angeschlossene Krankenhaus des Trägers einzuweisen – und zwar auch dann, wenn dieses Krankenhaus nicht das am besten geeignete ist. Eine Umfrage des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012, Ziffer 330) zeigt die hohe Bereitschaft bzw. die Pläne von Krankenhäu-

sern, ein MVZ zu gründen, bestehende MVZ zu vergrößern oder weitere MVZ zu errichten.

Das Eindringen großer Kapitalgesellschaften in die vertragsärztliche Versorgung vollzieht sich zum einen über die Trägerschaft von Krankenhäusern, denn unter denjenigen Krankenhäusern, die ein MVZ betreiben, befinden sich auch private Krankenhäuser. Zum anderen versuchten Private-Equity-Gesellschaften bereits kurz nach der Zulassung von MVZ im Jahr 2004, MVZ zu aufzukaufen oder Anteile an ihnen zu erwerben. Der Gesetzgeber schob dieser Praxis einen Riegel vor, indem er mit dem Versorgungsstrukturgesetz 2011 (BGBl. I, S. 2983) den Betrieb von MVZ auf Ärzt:innen, Krankenhäuser sowie Dialysesdienstleister beschränkte.

Private-Equity-Gesellschaften umgehen diese Regelung, indem sie Krankenhäuser aufkaufen, auch in der Absicht, auf diesem Wege MVZ gründen zu können (Deutscher Bundestag 2019; Bobsin 2019; Scheuplein/Evans/Merkel 2019), oder indem sie Anteile an MVZ erwerben, die es ihnen gestatten, Einfluss auf die betreffenden Einrichtungen auszuüben (z. B. Korzilius 2018; Scheuplein/Evans/Merkel 2019). Vor diesem Hintergrund ist die Vermutung begründet, dass solche Gesellschaften über ihre Trägerschaft von oder ihre Beteiligung an MVZ ungeachtet des tatsächlichen Versorgungsbedarfs die kurzfristigen Gewinninteressen ihrer Investor:innen verfolgen und die Unterordnung der medizinischen Versorgung unter ökonomische Verwertungsinteressen weiter verstärkt wird.

5. Lösungsansätze

Die Schaffung einer bedarfsgerechten Versorgungsinfrastruktur ist wie eingangs dargelegt eine zentrale Aufgabe der Daseinsvorsorge im Gesundheitswesen. Die skizzierten Probleme bei der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgungsinfrastruktur haben vielschichtige Ursachen. Daher gibt es auch nicht *das eine* Instrument oder *die eine* Maßnahme, die diese Probleme mit einem Schlag lösen würde.

Die Aufmerksamkeit bei der Daseinsvorsorge in der Krankenversorgung richtet sich traditionell – wie auch in anderen Bereichen – eher auf die Vermeidung einer Unterversorgung als einer Überversorgung, denn mit Unterversorgung geht eine Nichterfüllung eines als geboten oder zwingend zu erfüllenden Versorgungsbedarfs einher. Es leuchtet unmittelbar ein, dass dies mit wohlfahrtsstaatlichen Zielen und Grundsätzen nicht vereinbar ist.

Es ist aber auch darauf hinzuweisen, dass eine Überversorgung im Sinne einer Daseinsvorsorge nicht hinnehmbar ist, denn sie verursacht nicht nur un-

nötige Ausgaben für die Vorhaltung von Kapazitäten, sondern schafft für die Leistungsanbieter:innen auch Gelegenheit und Anreiz zur Durchführung medizinisch nicht notwendiger Behandlungen, die ihrerseits mit unnötigen Risiken, Belastungen oder gar Schäden für Patient:innen verbunden sein können. Inakzeptabel ist Überversorgung besonders dann, wenn ihr eine Unterversorgung in anderen Regionen gegenübersteht – aber auch, wenn Leistungsanbieter:innen ihre Leistungen an ihrem finanziellen Partikularinteresse und nicht am Versorgungsbedarf orientieren.

Im Hinblick auf die Krankenhausversorgung ist eine stärkere Zentralisierung und Spezialisierung auf jene Leistungen, bei denen sich ein Zusammenhang zwischen Leistungsfrequenz und Leistungsqualität nachweisen lässt, zwar sinnvoll. Der Entzug von Behandlungskompetenzen für Fachabteilungen in kleineren Krankenhäusern könnte in vielen Fällen aber die wirtschaftliche Existenz ganzer Häuser gefährden.

Daraus könnte jenseits überversorgter Ballungsräume gerade in ländlichen Räumen ein Problem für die Vorhaltung bedarfsgerechter Krankenhauskapazitäten erwachsen. Zugleich wird sich vor allem in ländlichen Regionen eine wohnortnahe fachärztliche Versorgung im Rahmen der traditionellen Strukturen (Einzel- und Gemeinschaftspraxen) kaum gewährleistet lassen, weil sich Ärzt:innen wegen der wirtschaftlichen Risiken nicht in ausreichender Zahl zu einer Niederlassung bereitfinden. Auch Kommunen, die mittlerweile Eigeneinrichtungen der ambulanten Versorgung betreiben dürfen, können – selbst wenn sie sich zur Wahrnehmung dieser Option entscheiden – nicht ohne Weiteres die Schwierigkeiten bei der Gewinnung von Ärzt:innen überwinden.

Hier kann den Krankenhäusern eine Rolle als zentralen Akteuren in der ambulanten fachärztlichen Versorgung und bei der Koordination der Leistungserbringer:innen in einem regionalen Versorgungsnetz zukommen (Hildebrandt et al. 2017). Die Zukunft der Versorgungsorganisation und damit auch die Rolle der Krankenhäuser kann also regional höchst unterschiedlich ausfallen. Dies kann neben der stationären Versorgung auch eine – möglicherweise durchgängige – ambulante Versorgung im Krankenhaus oder in angeschlossenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) einschließen (Sachverständigenrat 2014). Die Wahrnehmung solcher Optionen setzt voraus, dass der Gesetzgeber die für eine derart flexible Aufgabenwahrnehmung erforderlichen gesetzlichen Regelungen zur Öffnung der Krankenhäuser trifft.

Von herausragender Bedeutung für die Schaffung einer bedarfsgerechten Versorgungsinfrastruktur ist aber ein anderer Ansatzpunkt: die Durchsetzung einer sektorenübergreifenden, also die ambulante und die stationäre Versorgung integrierenden Bedarfsplanung. In Deutschland sind die Systeme der vertrags-

ärztlichen (ambulanten) und der stationären Bedarfsplanung, wie oben in Abschnitt 3 und Abschnitt 4 ausgeführt, traditionell strikt voneinander getrennt. Die Doppelzuständigkeit der Länder einerseits und der Kassenärztlichen Vereinigungen andererseits hat erheblich zu dem skizzierten Nebeneinander von Über- und Unterversorgung beigetragen.

Eine sektorenübergreifende Planung bedeutet nicht nur, die Planung für zwei nach wie vor getrennte Sektoren aufeinander abzustimmen, sondern auch, die Grenzen zwischen den Einrichtungen durchlässiger zu machen. Angesichts der unerwünschten Wirkungen einer sektoral getrennten Bedarfsplanung hat der Gesetzgeber in der jüngeren Vergangenheit eine Reihe von Maßnahmen für eine stärkere Abstimmung beider Planungssysteme ergriffen. Dabei geht es vor allem um eine stärkere Einflussnahme der Länder auf die vertragsärztliche Versorgung.

Allerdings sind die einschlägigen Gestaltungsrechte nach wie vor nur schwach ausgeprägt. So können die Länder zwar ein Gremium für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung einberufen, das aber nur Empfehlungen abgeben und keine verbindlichen Entscheidungen treffen kann (§ 90a SGB V). Die Mitwirkung der Länder an der vertragsärztlichen Bedarfsplanung ist auf ein Mitberatungsrecht zur Bedarfsplanungsrichtlinie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und auf ein Recht zur Beanstandung der Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und des von diesem aufgestellten Bedarfsplans begrenzt (§ 90 Abs. 6 SGB V; § 99 Abs. 1 SGB V).

Die Planung einer bedarfsgerechten Versorgungsinfrastruktur muss als Kernaufgabe der öffentlichen Daseinsvorsorge unter staatlicher Verantwortung durchgeführt werden. In einem demokratischen Gemeinwesen muss ein solcher Planungsprozess auch in demokratischer Partizipation der Betroffenen – ob nun in ihrer Eigenschaft als Nutzer:innen, Patient:innen, Versicherten oder Bürger:innen – erfolgen.

Damit ist auch die soziale Selbstverwaltung und sind insbesondere die Versichertenvertreter:innen gefordert. Zu den verbliebenen Zuständigkeiten der Selbstverwaltung zählen Aufgaben von grundsätzlicher Bedeutung und die Kontrolle des Vorstands (§ 197 Abs. 1 SGB V). Zwar lässt diese gesetzliche Vorgabe Interpretationsspielräume zu und wenden die einzelnen Kassen diese Rahmenbestimmung auch in unterschiedlicher Weise an, aber oft genug entzieht sich das operative Geschäft, zu dem auch Verhandlungen mit Leistungsanbieter:innen über die Vorhaltung von Kapazitäten gehören, eben doch dem Zugriff der sozialen Selbstverwaltung.

Den Versichertenvertretungen in den Krankenkassen(verbänden) stellen sich in diesem Zusammenhang vor allem zwei Herausforderungen: Erstens sollten

sie die Kapazitäts- bzw. Strukturplanung als ein essenzielles Anliegen der Versichertengemeinschaft und als ihr eigenes Handlungsfeld verstehen. Zweitens sollten sie, gerade wegen des Bedeutungszuwachses regional differenzierter Versorgungskonzepte, die enge Zusammenarbeit mit regionalen und kommunalen Akteuren suchen, die für die Entwicklung von Versorgungsnetzwerken relevant sind. Dies ist für die Selbstverwaltung eine große Herausforderung, insbesondere in jenen Kassenarten, die in der Tradition einer stark zentralisierten Verwaltung stehen oder zu klein sind, um angemessene regionale Bezüge in ihrer Selbstverwaltungstätigkeit herzustellen.

Die Widerstände gegen eine grundlegende Reform des Planungssystems und der Versorgungsstrukturen sind allerdings groß. So halten Kassenärztliche Vereinigungen und Länder entschlossen an ihren jeweiligen Bedarfsplanungsrechten fest. Die Organisationen der Ärzteschaft haben einen erheblichen Einfluss auf Politik und öffentliche Meinung, weshalb man sie als »informelle Veto-Spieler« bezeichnen kann, während die Länder sogar eine Rolle als »institutionelle Veto-Spieler« wahrnehmen.

Gegen den Abbau einer Überversorgung gibt es auf beiden Seiten starke Widerstände. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssten dafür Mittel aufwenden oder nachrückenden Ärzt:innen den Zugang zu begehrten Planungsbezirken sperren. Eine stärkere Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung lehnen sie entschieden ab, weil sie darin eine Gefahr für das (weitgehende) ambulante Versorgungsmonopol ihrer Mitglieder sehen.

Durch die Unterversorgung in benachteiligten Regionen und Quartieren sind weniger die Kassenärztlichen Vereinigungen betroffen, weil ihre Existenz und ihr Wirken weithin unbekannt sind und sie wegen der Nichterfüllung ihres Sicherstellungsauftrags auch sonst kaum Nachteile zu befürchten haben. Weit stärker bekommen die Verwaltungen der betreffenden Gebietskörperschaften die Auswirkungen von Unterversorgung zu spüren. Der Rückgriff auf punktuelle Ermächtigung von Krankenhäusern für die ambulante Behandlung ist ein bequemes Mittel, um der Unterversorgung entgegenzuwirken.

Die Länder fürchten bei Krankenhausschließungen den Protest der betroffenen Bevölkerung und damit verbundene politische Legitimationsverluste. Überdies sind Krankenhäuser ein wichtiger Wirtschaftsfaktor; ihre laufenden Kosten werden überwiegend von den Krankenkassen getragen. Die eigenen finanziellen Aufwendungen für die Vorhaltung einer Krankenhausinfrastruktur halten die Länder ohnehin in engen Grenzen, weil sie ganz überwiegend ihrer Pflicht zur Übernahme der Krankenhausinvestitionen nicht nachkommen.

Auch der Unterversorgung in benachteiligten Regionen und Quartieren lässt sich nur durch ein Bündel verschiedener Maßnahmen entgegenwirken.

Die Gesetzgebung der vergangenen Jahre beinhaltet eine Vielzahl solcher Initiativen. Diese reichten von der Flexibilisierung der Bedarfsplanung und der ärztlichen Vergütung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten über die Stärkung der allgemeinmedizinischen Ausbildung und finanzielle Anreize für die Aufnahme einer Landarztztätigkeit bis hin zum Einsatz mobiler Versorgungskonzepte und der Entwicklung telemedizinischer Angebote (Gerlinger/Rosenbrock 2021) – ohne bisher allerdings durchschlagenden Erfolg verzeichnen zu können.

Möglicherweise liegt dies auch daran, dass bisher eine ordnungspolitische Maßnahme unterblieben ist, die den finanziellen Anreiz zur Entscheidung für die Niederlassung in Ballungsräumen verringern würde: die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung. Sie würde neben anderen Effekten auch die Beseitigung der bisherigen Unterschiede zwischen vertragsärztlicher und privatärztlicher Versorgung mit sich bringen. Damit würde sie Ärzt:innen einen wichtigen Grund für die Entscheidung gegen eine Landarztztätigkeit nehmen.

Allerdings wäre auch dieser Schritt allein bei Weitem nicht ausreichend und müsste zudem hohe politische Hürden überwinden. Es bleibt darauf hinzuweisen, dass die geringe Neigung zur Aufnahme des Arztberufs in strukturschwachen Gebieten auch mit gesellschaftlichen Entwicklungen zusammenhängt, die sich der direkten Einflussnahme der Gesundheitspolitik entziehen.

Ein gegenüber den erörterten Planungs- und Finanzierungsfragen eigenständiges Problem stellt das Vordringen großer Finanzinvestoren in die Krankenhaus- und ambulante Versorgung und der damit verbundene Bedeutungszuwachs (kurzfristiger) Gewinninteressen zulasten der Bedarfsorientierung dar. Eine radikale Option wäre die Verstaatlichung privater Versorgungseinrichtungen. Freilich würde ein solcher Schritt erhebliche Kosten mit sich bringen, und es wäre abzuwarten, wie das Bundesverfassungsgericht in einem Verfahren, das ein solcher Schritt sicherlich nach sich zöge, entscheiden würde.

Eine andere Option wäre das Verbot der weiteren Privatisierung staatlicher Häuser, wie es z. B. in Frankreich existiert (Klenk/Reiter 2012). Damit ließe sich zwar die vollzogene Privatisierung nicht rückgängig machen, aber immerhin ein Voranschreiten auf diesem Weg verhindern. Allerdings würde dies auch voraussetzen, dass der Staat seine Verantwortung für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser tatsächlich in vollem Umfang wahrnimmt.

Im Hinblick auf die wachsende Rolle von Private-Equity-Gesellschaften in der ambulanten Versorgung bestünde eine Möglichkeit darin, privaten Finanzinvestoren die Beteiligung an ambulanten Versorgungseinrichtungen zu untersagen. Eine entsprechende gesetzliche Regelung wurde bereits 2011 mit dem Versorgungsstrukturgesetz (BGBl. I, S. 2983) verabschiedet, hat aber Schlupf-

löcher gelassen, die Finanzinvestoren auszunutzen wissen (Bobsin 2019). Eine konsequentere Regelung auf diesem Feld dürfte zu eher geringeren Widerständen führen, als sie auf anderen Feldern zu erwarten wären.

Die Hürden, vor denen Maßnahmen zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgungsinfrastruktur stehen, sind also hoch. Wichtige Gründe dafür liegen in der traditionell starken Fragmentierung des deutschen Gesundheitssystems. Diese hängt mit verschiedenen Faktoren zusammen:

- mit dem föderalen Staatsaufbau und den Politikverflechtungen zwischen Bund und Ländern, die nicht nur auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention, sondern auch auf dem Gebiet der Krankenversorgung anzutreffen sind (Rudzio 2015),
- mit der strukturellen Einbindung von Verbänden in die gesundheitspolitische Entscheidungsfindung des deutschen Krankenversicherungsstaates (»Selbstverwaltung«) und einer darin begründeten eigenständigen Rolle von Interessenverbänden (Mayntz 1992) und
- mit den unterschiedlichen Zuständigkeiten der Akteure der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen) und der Länder auf einigen Feldern der Gesundheitsversorgung, die Folge gesundheitspolitischer Weichenstellungen am Ende des 19. und im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts sind (Tennstedt 1977; Kießling 2016).

Das Zusammenwirken dieser Faktoren hat eine stattliche Anzahl von Akteuren hervorgebracht, die Träger starker Partikularinteressen und zugleich mit erheblichen Machtressourcen ausgestattet sind. Damit können sie als informelle oder gar formelle Veto-Spieler (Tsebelis 2002) in Erscheinung treten und wünschenswerte Reformen erschweren oder auch verhindern. Diese Merkmale des politischen Systems tragen bekanntlich häufig dazu bei, dass flexible Reaktionen auf neue Herausforderungen, auch im Sinne einer Daseinsvorsorge, erschwert werden.

Literatur

- Augurzyk, B./Gülker, R./Krolop, S./Schmidt, C.M./Schmidt, H./Schmitz, H./Terkatz, S. (2011): Krankenhaus Rating Report 2011. Die fetten Jahre sind vorbei, RWI Materialien 67, Essen.
- Bobsin, R. (2019): Finanzinvestoren in der Gesundheitsversorgung in Deutschland. 20 Jahre Private Equity – Eine Bestandsaufnahme, 4. Auflage, Hannover.

- Böhlke, N./Gerlinger, T./Mosebach, K./Schmucker, R./Schulten, T. (Hrsg.) (2009): Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten, Hamburg.
- Dahme, H.-J./Wohlfahrt, N. (2011): Handbuch Kommunale Sozialpolitik, Wiesbaden.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2019): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: Dezember 2019, www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/planung/ (Abruf am 9.7.2021).
- Deutscher Bundestag (2019): Wissenschaftliche Dienste – Dokumentation: Private Equity im deutschen Gesundheitssektor, Berlin.
- Dieterich, A./Braun, B./Gerlinger, T./Simon, M. (Hrsg.) (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Wiesbaden.
- Eurostat (2021): Krankenhausbetten (Tabellen-Code tps00046), <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00046/default/table?lang=de> (Abruf am 28.4.2021).
- ForsthoFF, E. (1938): Die Verwaltung als Leistungsträger, Stuttgart.
- ForsthoFF, E. (1958): Die Daseinsvorsorge und die Kommunen, Stuttgart.
- Gerlinger, T./Rosenbrock, R. (2021): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 4. Aufl., Bern (im Erscheinen).
- Hildebrandt, H./Gröne, O./Pimperl, A./Werner, U./Huber, B. (2017): Das vernetzte Krankenhaus der Zukunft ist primär ein regionales Versorgungssystem – eine Skizze, in: Klauber, J./Geraedts, M./Friedrich, J./Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten, Stuttgart, S. 167–183.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (o.J.): Entwicklungen der Medizinischen Versorgungszentren. Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2019, www.kbv.de/media/sp/mvz_entwicklungen.pdf (Abruf am 9.7.2021).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016): KBV 2020. Versorgung gemeinsam gestalten. Ein Konzept der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Stand: 20. Mai 2016, www.kbv.de/media/sp/2016-05-20_Konzept_KBV-2020.pdf (Abruf am 4.10.2021).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Gesundheitsdaten. Mehr Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php> (Abruf am 28.4.2021).
- Kießling, A. (2016): Der deutsche Sozialstaat als Sozialversicherungsstaat und seine Auswirkungen auf das Präventionsrecht, in: Rechtswissenschaft 7(4), S. 597–624.

- Klenk, T./Reiter, R. (2012): Öffentliche Daseinsvorsorge, privat organisiert? Ein deutsch-französischer Vergleich der Bereitstellung der Krankenhausinfrastruktur, in: Zeitschrift für Sozialreform 58(4), S. 401–425.
- Klose, J./Rehbein, I. (Hrsg.) (2017): Ärzteatlas 2017. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin.
- Korzilius, H. (2018): Investoren auf Einkaufstour, in: Deutsches Ärzteblatt (Ausgabe A) 115(39), S. 1688–1692.
- Loos, S./Albrecht, M./Zich, K. (2019): Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen, Gütersloh.
- Mayntz, R. (Hrsg.) (1992): Verbände zwischen Mitgliederinteressen und Gemeinwohl, Gütersloh.
- OECD (2020): Gesundheitsdaten (Health Care Resources: Hospital Beds), www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm (Abruf am 28.4.2021).
- Rudzio, W. (2015): Das politische System der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden.
- RWI = RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (2017): Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich. Endbericht. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Stand: 6. Dezember 2017, Essen.
- 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 10.7.2012.
- 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 26.6.2014.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Gutachten 2018. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, Deutscher Bundestag, Drucksache 19/3180 vom 4.7.2018.
- Scheuplein, C./Evans, M./Merkel, S. (2019): Übernahme durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor. Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, Gelsenkirchen.
- Schölkopf, M./Grimmeisen, S. (2021): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich, Länderberichte und europäische Gesundheitspolitik, Berlin.
- Simon, M. (2019a): Das deutsche DRG-System: Vorgeschichte und Entwicklung seit seiner Einführung, in: Dieterich, A./Braun, B./Gerlinger, T./Simon, M.

- (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme, Wiesbaden, S. 3–27.
- Simon, M. (2019b): Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht, in: Dieterich, A./Braun, B./Gerlinger, T./Simon, M. (Hrsg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme, Wiesbaden, S. 295–324.
- Statistisches Bundesamt (2018): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2020): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Streeck, W. (2019): Vorwort zur deutschen Ausgabe, in: Foundational Economy Collective: Die Ökonomie des Alltagslebens. Für eine neue Infrastrukturpolitik, Berlin, S. 7–30.
- Tennstedt, F. (1977): Geschichte der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gründung der Bundesrepublik Deutschland, Bonn.
- Tikkanen, R./Osborn, R./Mossialos, E./Djordjevic, A./Wharton, G. (Hrsg.) (2020): International Profiles of Health Care Systems 2020, www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf (Abruf am 9.7.2021).
- Tsebelis, G. (2002): Veto Players. How Political Institutions Work, Princeton.