

Bedarfsplanung und Planungsrichtwerte
in der ambulanten Versorgung –
eine Analyse von Regelungen in ausgewählten
europäischen Gesundheitssystemen

Thomas Gerlinger/Barbara Küpper

März 2015

Inhaltsübersicht	
Tabellenverzeichnis	4
1. Einleitung	5
2. Literaturrecherche	7
3. Zusammenfassung und Ergebnisse	8
4. Länderprofile	13
4.1 Deutschland	13
4.2 Dänemark	33
4.3 Finnland	40
4.4 Vereinigtes Königreich: Großbritannien und Nordirland	46
4.4.1 England	46
4.4.2 Schottland	56
4.5 Frankreich	65
4.6 Belgien	71
4.7 Niederlande	79
4.8 Schweiz	83
5. Schlussfolgerungen für die Bedarfsplanung in Österreich	86

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Planungssysteme der Länder	10
Tabelle 2 Bedarfsplanung: Einwohner/Arztrelation (Allgemeine Verhältniszahlen) für ausgewählte Arztgruppen im Jahr 2011.....	15
Tabelle 3 Planungsbezirke in der vertragsärztlichen Versorgung nach Versorgungsgrad 2010.....	17
Tabelle 4 Versorgungsgrade mit Vertragsärzten in Berlin Ende 2011	18
Tabelle 5 Arztdichte und Anteil von Hartz IV-Empfängern in Hamburger Stadtteilen im Jahr 2012	18
Tabelle 6 Planungsbereiche mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsgraden bei Hausärzten ¹ nach Kassenärztlichen Vereinigungen 2010	19
Tabelle 7 Planungsbereiche für die vertragsärztliche Versorgung ab dem 01.01.2013	26
Tabelle 8 Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nach Arztgruppen und Raumtypen	28
Tabelle 9 Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) in der hausärztlichen Versorgung, in der spezialisierten fachärztlichen und in der gesonderten fachärztlichen Versorgung.....	29
Tabelle 10 Zielzahlen für die Zulassung von Studenten an Universitäten, Fachhochschulen und in Berufsausbildungseinrichtungen.....	43
Tabelle 11 Faktoren die einen Einfluss auf Angebot und Nachfrage an Fachkräften haben	52
Tabelle 12 Education and Training Commissions for 2014/15.....	54
Tabelle 13 Jährliche Zulassungszahlen von Medizinabsolventen für die Facharztausbildung von 2008 bis 2018	75
Tabelle 14 Planungssysteme.....	87
Tabelle 15 Literaturrecherche: Datenbanken, Suchbegriffe und Treffer	89

1. Einleitung

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Analyse von Planungsrichtwerten für die ambulante Versorgung in ausgewählten europäischen Gesundheitssystemen. Er konzentriert sich auf solche Länder, deren volkswirtschaftliche Entwicklung und deren Gesundheitsversorgung sich auf einem mit Österreich vergleichbaren Niveau befindet. Sowohl Krankenversicherungssysteme als auch staatliche Gesundheitssysteme wurden in die Analyse einbezogen. Im Mittelpunkt stehen die in diesen Systemen maßgeblichen Planungskriterien und deren jeweilige Ausprägungen, der Entstehungskontext der betreffenden Planungssysteme und die an der Planung beteiligten Organisationen. Die Analyse bezieht sich nicht allein auf die Ärzte, sondern auf alle Gesundheitsfachberufe. Zudem wurden dort, wo es sich anbot, auch integrierte (also ambulante und stationäre Versorgungseinrichtungen integrierende) Planungsrichtwerte berücksichtigt.

Aus pragmatischen Gründen konzentriert sich die Recherche auf solche Gesundheitssysteme, für die aussagekräftige Informationen in deutscher oder englischer Sprache verfügbar sind. Darüber hinaus wurden auch Dokumente in französischer Sprache einbezogen. Der Bericht erfolgt auf der Grundlage einer Literaturrecherche, die sowohl auf die einschlägige Sekundärliteratur als auch auf einschlägige Quellen zurückgreift. Nach Sichtung der Literatur wurden schließlich folgende Länder in die Analyse einbezogen: Deutschland, Dänemark, Finnland, England, Schottland, Frankreich, Belgien, Niederlande und Schweiz.

Im Folgenden wird zunächst knapp das Vorgehen bei der Literaturrecherche erläutert. Kapitel 3 fasst die Ergebnisse des Berichts zusammen. Anschließend folgen die – nach einem gleichen Schema aufgebauten – Länderberichte, Hier werden eingangs relevante Merkmale der Gesundheitsversorgung und der Regulierung des Gesundheitssystems im jeweiligen Land erläutert. Daraufhin werden in groben Zügen der Entstehungszusammenhang des jeweiligen Planungssystems, sein jüngerer Wandel und die ihm zugrunde liegenden Motive skizziert. Daran schließt eine Darstellung der – sofern vorhanden – aktuellen Planungskriterien und ihrer Ausprägungen an. Der folgende Abschnitt befasst sich mit den an der Entwicklung der Planungskriterien beteiligten Akteuren. Abschließend werden die wichtigsten Merkmale knapp zusammengefasst.

Aufgrund der recht großen Ähnlichkeit mit dem österreichischen Gesundheitssystem wird zunächst das Länderprofil Deutschlands beschrieben, anschließend folgt Dänemark. Dies sind die Gesundheitssysteme, die sich bei den Planungsrichtwerten an Arzt-/Einwohner-Verhältniszahlen orientieren. Es folgen die Darlegungen über Finnland und – mit Bezugnahme auf England und Schottland – das Vereinigte Königreich. Hier werden die

Planung von Ausbildungskapazitäten und de-facto-Limitationen auf regionaler Ebene miteinander verknüpft. Darauf werden die Planungssysteme derjenigen Länderskizziert, die das zukünftige Arbeitskräfteangebot primär über die Zulassung zum Studium oder zur Weiterbildung beeinflussen: Frankreich, Belgien, die Niederlande und die Schweiz. Auf die Länderberichte folgen einige Schlussfolgerungen über Handlungsempfehlungen für die Bedarfsplanung in Österreich. Den Länderberichten wird eine Zusammenfassung der Ergebnisse vorangestellt.

2. Literaturrecherche

Zur Literatursuche wurden zunächst Übersichtswerke zum Gesundheitssystem des jeweiligen Landes herangezogen, insbesondere die *Health System Reviews* der in Betracht gezogenen Länder aus der Reihe *Health Systems in Transition* (HiT) des *European Observatory on Health Systems and Policies* begonnen. Die dort zitierte einschlägige Literatur wurde anschließend im Schneeballsystem gesichtet.

Des Weiteren wurden über die Suchmaske der Bibliothek sowie in den Datenbanken MEDPILOT, OECD iLibrary und Sowiport Suchbegriffe (Tab. 15) eingegeben und die Zahl der Resultate sowie die relevanten Treffer dokumentiert. Nach einem ersten Überblick über die Literatur wurden weitere, spezifischere Suchbegriffe generiert. Für die Literaturlauswahl wurden folgende Ein- bzw. Ausschlusskriterien festgelegt:

- Mit Blick auf die Aktualität wurde grundsätzlich nur Literatur ab dem Jahr 2000 berücksichtigt.
- Sofern nach dem Jahr 2000 in einem der betrachteten Gesundheitssysteme eine Reform mit Auswirkungen auf das Planungssystem erfolgte, wurde nur Literatur aus den Jahren nach dieser Reform eingeschlossen.
- Es wurden deutsche und englische Suchbegriffe und nur Literatur in diesen Sprachen verwendet. Im Einzelfall konnten ergänzend Dokumente in französischer Sprache einbezogen werden.

Zudem wurden Internetseiten einiger für das Planungssystem zentraler Organisationen (z.B. *NIVEL* und *Capaciteitsorgaan* in den Niederlanden; *Commission de planification de l'offre médicale* in Belgien; *Health Education England*) auf Dokumente und Hinweise sowie weitere Literatur zum Planungssystem des jeweiligen Landes hin analysiert.

Ergänzend zur Recherche über die Suchmasken der Datenbanken wurde entsprechend der Systematik der Universitätsbibliothek in Bielefeld im Bereich der Gesundheitswissenschaften an der Systemstelle Gesundheitssysteme (Gesundheitsökonomie, -politik, -verwaltung, Gesundheitsförderung) recherchiert.

Die Literaturrecherche wurde im Zeitraum von Mitte Mai bis Mitte September 2014 durchgeführt.

3. Zusammenfassung und Ergebnisse

Es lassen sich drei Strategien identifizieren, mit denen die untersuchten Länder auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Bedarf und Angebot von Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften in einem Land einzuwirken.

Zahl der Fachkräfte – Regulierung der Aus- und Weiterbildung

Die erste Strategie, die von den meisten der im Folgenden vorgestellten Länder verfolgt wird, zielt auf das zukünftige Arbeitskräfteangebot ab. Der Anhaltspunkt ist die Auswahl der Bewerber für die Ausbildung zum Arzt (oder teilweise anderer Gesundheitsfachberufe). Dies geschieht meist als Selektion der Studierenden, die am Beginn eines Medizinstudiums stehen, teilweise jedoch auch an der Schnittstelle zur praktischen Ausbildung.

Prognose mithilfe von Berechnungsmodellen

Verfolgt ein Land ausschließlich diese Strategie, so finden Berechnungsmodelle für die Zahl an landesweit benötigten Mediziner Anwendung. Da in vielen Ländern keine Regulierung in Bezug auf den Standort des Arztes angestrebt wird, findet eine örtliche Bedarfsplanung anhand von Planungsrichtwerten selten statt (siehe Tab. 1) (Roberfroid et al. 2008, 113) Umgekehrt werden – beispielsweise in Deutschland (Statistisches Bundesamt) und der Schweiz (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium) – Berechnungen über die künftige Zahl an Fachkräften durchgeführt, die auf verschiedenen Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung (Zahl, Alter) und zur damit assoziierten Entwicklung der Krankheitslast basieren. Diese werden jedoch primär zur Information und nicht als Parameter bei der Entscheidung über Kapazitäten in der Aus- und Weiterbildung oder für die Verteilung im Land verwendet. In den jeweiligen Länderprofilen findet eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Projektionsmodellen und verwendeten Parametern daher nicht statt.¹

Einfluss auf die Verteilung im Land

Die zweite Strategie zielt auf die aktuelle verfügbare Zahl an praktizierenden Ärzten und ihre Verteilung im Land ab. Zum einen gibt es Länder, in denen die Zahl der niedergelassenen Ärzte implizit oder explizit reguliert oder der Zugang zur praktischen Ausbildung an Bedingungen geknüpft wird. Zum anderen existieren verschiedene Anreizsysteme, z.B. um junge Ärzte zu bewegen, sich in Regionen mit niedriger Ärztedichte niederzulassen oder

¹ Eine aktuelle Übersicht von 26 Projektionsmodellen aus 18 Ländern gibt ein Review der OECD: Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013): "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en> [23.09.2014].

Verrentungen hinauszuzögern. Diese Anreizsysteme können aufgrund der Schwerpunktsetzung dieses Berichts nur am Rande Erwähnung finden.

Veränderungen in der Organisation der Leistungserbringung

Eine dritte Strategie nimmt – komplementär oder substitutiv zu den anderen beiden Strategien – Veränderungen in der Organisation der Leistungserbringung vor, um die Krankenversorgung sicherzustellen. Dies geschieht etwa durch die Delegation ärztlicher Aufgaben an Gesundheitsfachkräfte oder den Einsatz neuer Technologien (z.B. der Telemedizin). Auch dies stand nicht im Vordergrund der Literaturrecherche.

Die skizzierten Strategien stellen keine Alternativen dar, sondern können miteinander kombiniert werden. Solche Kombinationen finden sich denn auch in zahlreichen Ländern. Der Einsatz von Anreizen sowie die dritte Strategie, Veränderungen in der Organisation der Leistungserbringung, ist jedoch nicht Teil des vorliegenden Berichts.

Die Ausgestaltung von Planungskriterien hängt eng mit der Zielsetzung der Planung zusammen. Fasst ein Land eine Regulierung der Aus- und Weiterbildung ins Auge, so plant es diese auf der Grundlage von Projektionen und Prognosen. Bedient es sich einer Beschränkung der Niederlassungsfreiheit, so orientiert sie sich an Bedarfsindikatoren (z.B. der Verhältniszahlen von Ärzten und Jahrzehnten in Deutschland und/oder von Entfernungsparametern in Dänemark) , woher auch immer diese genommen werden. Die Planungssysteme der betrachteten Länder sind in ihren Zielsetzungen und in ihrer Ausgestaltung sehr unterschiedlich und somit kaum typologisierbar. Ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitssystemtyp (soziale Krankenversicherung oder nationaler Gesundheitsdienst) und dem Planungsverfahren lässt sich nicht erkennen.

Die hier besonders relevante zweite Strategie, also eine Regulierung der Niederlassung anhand bestimmter Planungsrichtwerte, wird aktuell in nur von wenigen der betrachteten Länder verfolgt. Weltweit geben zurzeit 70 Länder an, einen regulativen Ansatz zur besseren Verteilung von Ärzten zu verfolgen oder in der Vergangenheit Erfahrung mit einem solchen Ansatz gemacht zu haben. Unter den OECD-Staaten schränkt eine Mehrheit die Niederlassungsfreiheit von Ärzten, die eine ambulante Praxis eröffnen möchten, jedoch nicht direkt ein (Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 38). Unter den hier betrachteten Gesundheitssystemen fanden sich explizite, landesweit geltende Planungsrichtwerte nur in Deutschland und Dänemark. In beiden Ländern beschränkt sich die Planung auf Ärzte und bedient sie sich arztgruppenbezogener Arzt-/Einwohner-Verhältniszahlen. In Dänemark spielen in beschränktem Umfang noch Entfernungsparameter eine Rolle. In diesen Ländern geht die Bedarfsplanung auf die 1980er-Jahre zurück. Sie steht im Zusammenhang mit dem

Ziel, angesichts enger werdender sozialpolitischer Handlungsspielräume die Ausgaben auch im Gesundheitswesen zu begrenzen. Hintergrund ist – ausgesprochen oder unausgesprochen – die mit der Bedarfsplanung verbundene Erwartung der politischen Entscheidungsträger, dass eine Begrenzung der Arztzahlen ceteris paribus auch zu einer Begrenzung der Behandlungskosten führt. Dieser Erwartung liegt das Theorem von der arzinduzierten Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zugrunde. Später tritt das Motiv hinzu, im Lichte wachsender regionaler Disparitäten für eine ausgewogenere Verteilung von Ärzten zu sorgen und einer Unterversorgung entgegenzuwirken. Zumindest für Deutschland gilt, dass sich die Ermittlung der Verhältniszahlen nicht an einer rationalen Ermittlung des Versorgungsbedarfs orientiert, sondern beim Übergang zur Bedarfsplanung die gegebene Verteilung zum Ausgangspunkt genommen und fortgeschrieben wurde.

Tabelle 1 Planungssysteme der Länder

Länder	Planungsmodell ¹	Zahl der Fachkräfte (durch Regulierung der Aus-/Weiterbildung)	Verteilung im Land
Dänemark	Ärzte	-	v.a. Hausärzte
Finnland	branchenübergreifend	x	Stellenausschreibungen
England	Alle Gesundheitsfachberufe	x	x
Schottland	Alle Gesundheitsfachberufe	x	x
Deutschland	Ärzte	-	Keine Niederlassung in überversorgten Gebieten
Frankreich	Ärzte	x	-
Belgien	Ärzte	x	-
Niederlande	(Zahn-)Ärzte	x	-
Schweiz	Ärzte, Krankenpfleger und andere Gesundheitsfachkräfte	-	-

¹ Angelehnt an Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 17.

Quelle: Eigene Zusammenstellung (in Anlehnung an Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 17).

In den meisten Gesundheitssystemen steht bei staatlichen Interventionen zur Regulierung der Gesundheitsberufe die Beschränkung des Zugangs vor allem zum Arztberuf, teilweise auch zu anderen Berufen im Mittelpunkt. Sie ist Bestandteil einer mittel- oder langfristigen Infrastrukturplanung im Gesundheitswesen. In einigen Ländern (darunter in den Niederlanden, Belgien und Frankreich) setzen Restriktionen bei der Zulassung von Studenten zu Studien- oder Berufsausbildungsgängen der Gesundheitsversorgung oder im Laufe der Ausbildung an. Dazu werden Berechnungsmodelle genutzt, die verschiedene Faktoren wie etwa den aktuellen Bestand an Gesundheitsfachkräften, Prognosen über den Bedarf an Gesundheitsleistungen, die Entwicklung von Demographie und Krankheitslast sowie andere Gesichtspunkte berücksichtigen. Die berücksichtigten Faktoren, die Eigenschaften und die Transparenz des Berechnungsmodells sowie die Stellung und die Rolle der durchführenden Organisationen variieren zwischen den Ländern. Häufig werden die Berechnungen dazu genutzt, Ziele für die Zulassungszahlen zu formulieren und anschließend durch einen numerus clausus an den Universitäten umzusetzen. Teilweise werden Zulassungszahlen zwischen verschiedenen staatlichen Akteuren, Organisationen der Leistungserbringer und Bildungseinrichtungen ausgehandelt, in anderen Fällen werden sie per Gesetz verbindlich festgelegt. Die Berechnungsmodelle werden nicht nur mit Bezug auf die Berufsgruppe der Ärzte entwickelt, sondern in manchen Fällen auch für Prognosen über die benötigte Zahl an Gesundheitsfachkräften anderer Berufsgruppen wie beispielsweise Krankenpfleger (Niederlande), Physiotherapeuten (Belgien) etc. angewendet.

Eine an (landesweiten) Planungsrichtwerten orientierte Beschränkung der Niederlassung (Frankreich, Belgien, Niederlande, zumeist auch die Schweiz) findet sich hier nicht. In einigen dieser Länder (Finnland, England, Schottland, zeitweise die Schweiz) wird der Zugang zum Arztberuf aber auf kommunaler oder regionaler Ebene de facto eingeschränkt. In Finnland, England und Schottland wird durch dezentrale Akteure der Bedarf konkret festgelegt und beispielsweise direkt durch Stellenausschreibungen gedeckt, gleichzeitig werden aber auch regionale und nationale Planungsmodelle durch lokale Informationen gespeist.

Die Gründe für die – aus Sicht der Autoren überraschend – geringe Bedeutung von Planungsrichtwerten für die Verteilung von Ärzten lassen sich nicht mit letzter Sicherheit feststellen und dürften sich auch von Land zu Land unterscheiden. Bei einigen Ländern kommen als Gründe die geringe Fläche sowie die hohe Bevölkerungs- und Arztdichte in Betracht, die eine regionale Verteilung von Versorgungskapazitäten als nicht dringlich erscheinen lassen. In manchen Gesundheitssystemen können einheitliche Planungsrichtwerte nicht zur Geltung kommen, weil diese Systeme stark dezentralisiert sind

und die Regionen oder Kommunen über autonome Entscheidungskompetenzen bei der Gestaltung ihrer Gesundheitsversorgung verfügen. In vielen Ländern dürfte aber auch die Abneigung politischer Entscheidungsträger, ärztliche Interessen einzuschränken, eine Rolle spielen.

Literatur

Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M (2013): Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en> [30.07.2014].

Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J (2014): Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. URL: <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en> [16.09.2014].

Roberfroid, D., Stordeur, S., Camberlin, C., van de Voorde, C., Vrijens, F., Leonard, C (2008): Physician workforce supply in Belgium: Current situation and challenges. Health Services Research (HSR). Brüssel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE reports 72C. URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027309.pdf [10.08.2014].

4. Länderprofile

4.1 Deutschland

Das deutsche Gesundheitssystem ist in eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und in eine private Krankenversicherung (PKV) unterteilt. Eine Bedarfsplanung existiert nur in der GKV. Daher ist im Folgenden nur von dieser die Rede.

Grundmerkmale des Versorgungs- und Regulierungssystems

Die Zulassung von Ärzten zur vertragsärztlichen Versorgung unterliegt gesetzlichen Rahmenvorgaben, die durch die Bedarfsplanungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), das bedeutendste Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, konkretisiert werden. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) setzte mit Wirkung vom 1.1.1993 die seither lange Zeit unverändert gebliebenen und heute im Wesentlichen noch geltenden Gesetzesbestimmungen zur Bedarfsplanung in Kraft. Erst das 2012 in Kraft getretene „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ („GKV-Versorgungsstrukturgesetz“ – GKV-VStG) nahm am Bedarfsplanungsrecht eine Reihe von Veränderungen vor. Hintergrund dieser Novelle waren die wachsende regionale Ungleichverteilung ambulanter Versorgungseinrichtungen und der in einigen Regionen aufgetretene und sich zu verschärfen drohende Ärztemangel (Greß/Stegmüller 2011). Das GKV-VStG beauftragte den G-BA mit einer Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie. Diese überarbeitete Fassung trat zum 01.01.2013 in Kraft.

Entstehungszusammenhang des Planungssystems

Bis 1986 unterlag der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung für alle Ärzte mit den erforderlichen Qualifikationen keinen Beschränkungen. Grundlage war das berühmte Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichts von 1960 (BVerfG 11, 30: 45ff.), das eine Bindung der Kassenarztzulassung an bestimmte Verhältniszahlen für verfassungswidrig erklärt und damit für ein Vierteljahrhundert einer Steuerung der Vertragsarztzahlen einen Riegel vorgeschoben hatte.

Zulassungsbeschränkungen wurden erst wieder möglich mit dem zum 1.1.1987 in Kraft getretenen „Gesetz zur Verbesserung der kassenärztlichen Bedarfsplanung“ (BGBl. I: 2593), das im Kontext der staatlichen Kostendämpfungsbemühungen entstand. Gesetzgeber und Krankenkassen ließen sich von der – empirisch gut begründeten – Annahme der arztinduzierten Nachfrage von Gesundheitsleistungen leiten und gingen davon aus, dass mit einer steigenden Zahl der Ärzte unabhängig vom tatsächlichen Versorgungsbedarf auch das Leistungsvolumen ansteigt, weil jeder Arzt zunächst ein Interesse an einer Erhöhung seines Einkommens hat. Gleichzeitig erleichtern es ihm die Besonderheit der Arzt-Patient-

Beziehung (Informationsasymmetrie zu Lasten des Patienten) und der sozialen Krankenversicherung (Leistungserbringung zu Lasten eines nicht anwesenden Dritten), dieses Interesse auch zur Geltung zu bringen. Zulassungsbeschränkungen sind aus dieser Perspektive ein Instrument der Mengen- und Ausgabenbegrenzung. Aber auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Zulassungsbeschränkungen lange Zeit abgelehnt hatten, befürworteten nun derartige Maßnahmen (Deppe 1987). Sie sahen darin vor allem ein honorarpolitisches Instrument, denn Zulassungsbeschränkungen würden die Zahl jener Ärzte begrenzen, mit denen die bereits mit einem Vertragsarztsitz ausgestatteten Ärzte den angesichts der Kostendämpfungspolitik ohnehin nicht mehr so stark wachsenden Honorarkuchen teilen müssten.

Die neuen Regelungen blieben allerdings weitgehend unwirksam. Regionale Zulassungssperren waren zwar möglich, allerdings blieb das Tor zur vertragsärztlichen Versorgung nach wie vor weit geöffnet. So konnte der betreffende Bezirk erst bei einer 50-prozentigen Überschreitung der Bedarfszahlen für die Zulassung geschlossen werden. Aber selbst dann war eine Intervention nicht zwingend vorgeschrieben, denn die Selbstverwaltung musste mindestens die Hälfte aller Zulassungsbezirke offen halten.

Die sich zu Beginn der 1990er-Jahre zuspitzenden Finanzierungsprobleme in der GKV veranlassten den Gesetzgeber schließlich, mit dem GSG 1992 auch verschärfte Zulassungsbeschränkungen für die vertragsärztliche Versorgung zu verabschieden, die Grundlage der heutigen Bedarfsplanung sind. Diese neuen Vorgaben führten im Jahr 1993 zu einer Niederlassungswelle, in deren Verlauf die Zahl der Vertragsärzte um rund 10 % gegenüber dem Vorjahr anstieg.

4.1.1 Gesetzliche Rahmenvorgaben und die Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

Das Sozialgesetzbuch V (SGB V) weist dem G-BA für die ambulante Versorgung die Aufgabe zu, Richtlinien zur vertragsärztlichen Bedarfsplanung zu erlassen (§ 92 Abs. 1 SGB V, § 101 SGB V). Er hat in diesem Zusammenhang u.a. „einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung“ sowie „Maßstäbe für eine ausgewogene hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstruktur“ festzulegen (§ 101 Abs. 1 SGB V).

Auf dieser Grundlage haben die KVen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen bzw. den Vertretungen der Ersatzkassen auf Landesebene einen

Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung aufzustellen. Dabei müssen sie die „Ziele und Erfordernisse der Raumordnung und Landesplanung sowie der Krankenhausplanung“ beachten (§ 99 Abs. 1 SGB V). Die Bedarfspläne enthalten Angaben über bedarfsgerechte Verhältniszahlen (Einwohner je Arzt), die nach Arztgruppen sowie – bis 2012 – Raumgliederungstypen (Tab. 2) und Planungsbereichen (kreisfreie Städte, Landkreise) differenziert sind. Die paritätisch besetzten Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen stellen Unter- oder Überversorgung fest und schließen im Fall der Überversorgung einzelne Planungsbezirke gegebenenfalls für die Zulassung (§§ 100, 101 und 103 SGB V). Über die Zulassung einzelner Ärzte zur vertragsärztlichen Versorgung entscheiden die ebenfalls paritätisch aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen zusammengesetzten Zulassungsausschüsse, die für jeden Bezirk im Zuständigkeitsbereich einer KV gebildet werden (§ 96 SGB V).

Tabelle 2 Bedarfsplanung: Einwohner/Arztrelation (Allgemeine Verhältniszahlen) für ausgewählte Arztgruppen im Jahr 2011

Raumgliederung	Arztgruppe				
	Haus- ärzte	Augenärzte	HNO- Ärzte	Ortho- päden	Radiologen
Große Verdichtungsräume					
1 Kernstädte	1585	13177	16884	13242	25533
2 Hochverdichtete Kreise	1872	20830	28605	22693	61890
3 Normalverdichtete Kreise	1767	23298	33790	26854	83643
4 Ländliche Kreise	1752	23195	35403	30575	67265
Verdichtungsansätze					
5 Kernstädte	1565	11017	16419	13009	24333
6 Normalverdichtete Kreise	1659	22154	34822	26358	82413
7 Ländliche Kreise	1629	25778	42129	34214	156813
Ländliche Regionen					
8 Verdichtete Kreise	1490	19639	28859	20313	60678
9 Ländliche Kreise	1474	25196	37794	31398	136058
Sonderregion					
10 Ruhrgebiet	2134	20440	25334	22578	51392

Quelle: G-BA 2011: 21.

Von zentraler Bedeutung ist die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA. Die Planung erfolgt auf der Grundlage arztgruppenspezifischer Verhältniszahlen (Versicherte je Arzt). Dabei unterscheidet der G-BA zusätzlich zwischen insgesamt zehn Raumgliederungstypen (Tab. 2). Für jeden Raumgliederungstyp und jede Arztgruppe wird eine Verhältniszahl ermittelt, die den vertragsärztlichen Versorgungsbedarf ausweist. Seit 2010 zieht der G-BA zur Ermittlung der Verhältniszahlen zusätzlich einen Demographiefaktor heran, der den Anteil der über 60-Jährigen an der Bevölkerung in den jeweiligen Planungsbezirken und den besonderen Versorgungsbedarf dieser Gruppe berücksichtigt.

Überversorgung liegt vor, wenn diese Verhältniszahl um mehr als 10 % überschritten wird. In diesem Fall muss der Zulassungsbezirk für die weitere Zulassung gesperrt werden. Die Zulassung eines Arztes ist in diesem Bezirk erst wieder möglich, wenn ein Arzt (der betreffenden Arztgruppe) seinen Vertragsarztsitz aufgegeben oder – eher die Ausnahme – sich die Bevölkerungszahl so stark erhöht, dass ein zusätzlicher Vertragsarztsitz ausgeschrieben werden kann.

Unterversorgung liegt vor, wenn die Zahl der zugelassenen Ärzte den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % in der hausärztlichen Versorgung und um mehr als 50 % in der fachärztlichen Versorgung unterschreitet. Ist dies der Fall, so ist der zuständigen KV eine angemessene Frist zu Beseitigung der Unterversorgung einzuräumen (§ 100 Abs. 1 SGB V). Besteht die Unterversorgung auch nach Ablauf dieser Frist fort, so hat der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen Zulassungsbeschränkungen in anderen Bezirken anzuordnen (§ 100 Abs. 2 SGB V).

Als Maßstab für ein ausgewogenes Verhältnis von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung sieht der G-BA in seiner Bedarfsplanungsrichtlinie (§ 35) ein Verhältnis von 60:40 vor (G-BA 2011: 46). Bei der Besetzung von Hausarztsitzen sollen seit 2006 vorrangig Fachärzte für Allgemeinmedizin berücksichtigt werden (§ 103 Abs. 4 SGB V).

4.1.2 Regionale Ungleichheiten bei der Vorhaltung ambulanter medizinischer Versorgungseinrichtungen

Seit Jahrzehnten steigt in Deutschland bei nur geringfügig steigenden Bevölkerungszahlen die Zahl der berufstätigen Ärzte. Ende 2011 kamen 4,2 berufstätige Ärzte auf 1.000 Einwohner (Bundesärztekammer 2012), 1991 waren es noch 3,0 gewesen (BMG 2012: 6, 76). Absolut stieg die Zahl aller berufstätigen Ärzte zwischen 1991 und 2011 von 244.000 auf 342.000 (BMG 2012: 76), die Zahl der Vertragsärzte zwischen 1993 und 2011 von gut

115.000 auf knapp 140.000 (BMG 2012: 79). Auch im internationalen Vergleich ist die Arztdichte in Deutschland außerordentlich hoch (OECD 2014).

Zwar sind die zum Zweck der Bedarfsplanung vom G-BA nach Arztgruppen und Gebietstypen zugrunde gelegten Verhältniszahlen nicht unbedingt ein valider Indikator für eine bedarfsgerechte Versorgung, denn sie beruhen auf den Ist-Verhältnissen Anfang der 1990er Jahre und nicht auf der objektiven Ermittlung des Versorgungsbedarfs. Zudem berücksichtigen sie nicht die in der Zwischenzeit in der ambulanten Versorgung eingetretene Veränderung der Versorgungssituation (v.a. medizinischen Fortschritt, demographischen Wandel, 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.

Dieser Vergleich zeigt, dass bei allen Arztgruppen, die der Bedarfsplanung unterliegen, im bundesweiten Durchschnitt die Versorgungsgrade den sich aus den Bedarfsplanungsrichtlinien ergebenden Soll-Wert überschritten. Besonders deutlich fiel diese Überschreitung bei den Fachärzten aus, aber auch bei Hausärzten lag der Gesamtversorgungsgrad immerhin noch bei 108,0 Prozent. Von den Hausärzten abgesehen, waren bei allen Arztgruppen fast sämtliche Planungsbereiche überversorgt; nur bei den Hausärzten gab es in erheblichem Umfang noch freie Planungsbereiche. Dabei gab es bundesweit selbst in der hausärztlichen Versorgung einen Überschuss von insgesamt knapp 4.000 Ärzten (Klose/Rehbein 2011: 16). Selbst in diesem Versorgungssegment unterschritt nur ein Planungsbereich den kritischen Schwellenwert von 75 % der Planzahlen und galt damit als unterversorgt (Tab. 3).

Tabelle 3 Planungsbirke in der vertragsärztlichen Versorgung nach Versorgungsgrad 2010

Versorgungsgrad (%)	absolut
<75	1
75 bis <90	19
90 bis <100	63
100 bis <110	130
110 bis <150	182
≥ 150	0
Gesamt	395

Quelle: Klose/Rehbein 2011: 13.

Vor allem in den Ballungsräumen werden die Verhältniszahlen der Bedarfsplanung erheblich überschritten, nicht selten in nachgerade eklatanter Weise (Tab. 4).

Tabelle 4 Versorgungsgrade mit Vertragsärzten in Berlin Ende 2011

	Charlottenburg- Wilmersdorf	Steglitz- Zehlendorf	Mitte	Lichten- berg	Treptow- Köpenick	Neukölln
Augenärzte	152	148	127	127	98	75
Gynäkologen	199	120	145	117	75	62
Hautärzte	182	128	162	104	104	47
Psycho- therapeuten	441	279	155	73	97	77
Urologen	200	145	136	103	111	85

100 = Verhältniszahl Arzt/Versicherte gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie

Quelle: Der Tagesspiegel vom 23.07.2012 (nach Angaben der KV Berlin)

Tabelle 5 Arztdichte und Anteil von Hartz IV-Empfängern in Hamburger Stadtteilen im Jahr 2012

Stadtteil ¹	Anteil von Hartz IV- Empfängern	niedergelassene Ärzte je 1000 Einwohner
Wilhelmsburg	24,3	1,32
Billstedt	23,2	1,23
Steilshoop	22,4	0,57
Jenfeld	22,2	1,26
Groß Flottbek	0,8	5,46
Blankenese	1,0	7,30
Othmarschen	1,0	2,85
Wellingsbüttel	1,3	2,38

¹ Berücksichtigt wurden jeweils die vier Hamburger Stadtteile (mehr als 10.000 Einwohner) mit dem höchsten und dem geringsten Anteil von Hartz IV-Empfängern.

Quelle: Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig Holstein (2012); eigene Zusammenstellung.

Es gibt aber auch einige ländliche Regionen, die für eine Niederlassung offenkundig sehr attraktiv sind (Tab. 6).

Tabelle 6 Planungsbereiche mit den höchsten und niedrigsten Versorgungsgraden bei Hausärzten¹ nach Kassenärztlichen Vereinigungen 2010

KV	Planungsbereiche mit den höchsten Versorgungsgraden	Versorgungsgrad
Bayern	Landkreis Starnberg	148,4
Baden-Württemberg	Stadtkreis Freiburg im Breisgau	141,3
Bayern	Stadtkreis München	130,5
Bayern	Landkreis Garmisch-Partenkirchen	130,4
Westfalen-Lippe	Stadtkreis Hagen	129,1
	Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden	
Sachsen-Anhalt	Landkreis Altmarkkreis Salzwedel	80,7
Niedersachsen	Landkreis Soltau-Fallingb.ostel	80,3
Sachsen-Anhalt	Landkreis Jerichower Land	79,8
Sachsen-Anhalt	Stadtkreis Dessau/Landkreis Bitterfeld	79,2
Sachsen-Anhalt	Landkreis Saalkreis	64,8

¹ Allgemeinärzte, praktische Ärzte, nicht fachärztlich tätige Internisten ohne Kinderärzte.

Quelle: Klose/Rehbein 2011: 14.

Diese Ungleichverteilung ist Ergebnis des Zusammenwirkens unterschiedlicher Faktoren. Folgende Entwicklungen sind dabei hervorzuheben:

1. In der Vergangenheit wanderten viele Menschen jüngeren und mittleren Alters aus ländlichen Gebieten ab. Gleichzeitig rücken die geburtenstarken Jahrgänge nun in höhere Altersgruppen vor. Sinkende Bevölkerungszahlen, ein steigender Altenanteil, eine in der Folge rückläufige Geburtenrate, die Abwanderung insbesondere junger und qualifizierter Personen, ein Niedergang der ökonomischen, sozialen und kulturellen Infrastruktur führten und führen in einem Teufelskreis zu einem weiteren Bevölkerungsrückgang. Arbeit und Leben in ländlichen Regionen verloren somit für viele Menschen an Attraktivität (SVR 2012 u. 2014). Insbesondere fällt es schwer, junge Akademiker, und darunter eben auch Ärzte, zur Aufnahme einer Berufstätigkeit in ländlichen Regionen zu bewegen, denn sie sind in der Regel besonders sensibel für die damit einhergehenden Beschränkungen und Schwierigkeiten. Erschwerend kommt hinzu,

dass es den zumeist ebenfalls hoch qualifizierten Lebenspartnern schwer fällt, wohnortnah eine adäquate Beschäftigung zu finden.

2. Dieses Problem wirkt sich auf die Versorgung mit Hausärzten umso stärker aus, als diese Berufsgruppe besonders stark vom demographischen Wandel betroffen ist. Ende 2011 waren 15.335 Hausärzte (27,1 % aller Hausärzte) 60 Jahre oder älter. Der Anteil dieser Altersgruppe ist unter den Hausärzten deutlich höher als unter den Fachärzten. Im Jahr 2011 schieden 2.194 Hausärzte aus der Berufstätigkeit aus, nur 1.691 traten in die hausärztliche Versorgung ein (KBV 2012).
3. Gleichzeitig ist in der Vergangenheit der Anteil der Mediziner gesunken, die sich für eine Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und für eine Tätigkeit als Hausarzt entscheiden. So bezogen sich im Jahr 2011 nur 1.298 (11,2 Prozent) aller Facharztanerkennungen auf die Allgemeinmedizin (Bundesärztekammer 2012). Gerade Hausärzte sind für die Gewährleistung der Versorgung auf dem Land aber von besonderer Bedeutung. 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 Hausarztstätigkeit seien weniger anspruchsvoll oder interessant als andere Disziplinen bzw. Tätigkeitsfelder; das im Vergleich zu den meisten anderen Disziplinen geringe Einkommen von Hausärzten; die besonderen beruflichen Belastungen, die eine Hausarztstätigkeit, insbesondere als Landarzt, mit sich bringt, nämlich lange Arbeitszeiten und ein nicht selten beklagtes „Einzelkämpferdasein“.
4. Hausärzte erzielen im Durchschnitt geringere Einnahmen und Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit als die Angehörigen anderer Facharztgruppen. Erschwert schon dieser Sachverhalt die Rekrutierung hausärztlichen Nachwuchses, so verringert sich deren Bereitschaft, sich in ländlichen Regionen oder in sozial benachteiligten Stadtteilen niederzulassen, zusätzlich wegen der dort üblicherweise geringen 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 besonders gering. In der ambulanten privatärztlichen Versorgung werden die Leistungen von Ärztinnen und Ärzten mit festen Euro-Beträgen vergütet, die zudem mit einem Multiplikationsfaktor versehen werden, während in der vertragsärztlichen Versorgung die ärztliche Vergütung restriktiven Budgets und Mengengrenzungsregelungen unterliegt. Im Ergebnis liegen die Vergütungen für identische Leistungen in der privatärztlichen Versorgung erheblich über den Vergütungen in der vertragsärztlichen Versorgung. In den zurückliegenden Jahren hat der Anteil der Einnahmen aus privatärztlichen Tätigkeiten stark zugenommen und mittlerweile ein beträchtliches Niveau erreicht. Im Jahr 2007 entfielen immerhin 25,9 % der Einnahmen je

Praxisinhaber auf privatärztliche Tätigkeit (StBA 2009b: 16). Bei einzelnen Arztgruppen lagen die Anteile noch deutlich höher. So erreichten Hautärzte im Durchschnitt sogar einen Einnahmenanteil aus der Privatpraxis von 45,3 % und Orthopäden von 37,7 Prozent; Allgemein- und Praktische Ärzte kamen immerhin noch auf einen Anteil von 15,8 % (StBA 2009b: 16f.). 1979 hatte sich dieser Anteil im Durchschnitt aller Ärzte noch auf lediglich 13,1 % belaufen (Gerlinger/Deppe 1994: 41)

5. Die vertragsärztliche Bedarfsplanung hat es nicht verstanden, eine regional ausgewogene Verteilung von Ärzten zu gewährleisten. Das Anfang der 1990er Jahre entwickelte Instrumentarium erwies sich als unzureichend. Die Orientierung der angestrebten Arzt-/Versichertenrelationen 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 Fachärzten in Ballungsräumen zu vermeiden oder abzubauen. Der grundgesetzliche Auftrag zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse wurde bei der Verteilung ambulanter Versorgungskapazitäten somit nicht erfüllt (Art. 72 Abs. 2 GG).

Ohne wirksame Interventionen dürften sich die Ungleichheiten bei der ärztlichen Versorgung weiter verschärfen, denn es ist nicht sichtbar, dass die skizzierten Trends zum Stillstand kommen, geschweige denn sich umkehren.

Bedarfsplanung: Grenzen der Wirksamkeit und Rationalität

Die zum Teil mehr als deutliche Überschreitung der zugrunde gelegten Verhältniszahlen verweist auf deren geringe Rechtsbindung. Zumindest sind sie in den vergangenen Jahren von den beteiligten Akteuren auf breiter Front unterlaufen worden. Dabei dürften unterschiedliche Mechanismen – wie z.B. die Anmeldung von Sonderbedarfen – eine Rolle gespielt haben. Insofern hat sich die Bedarfsplanung in der Vergangenheit auch nur als begrenzt wirksam erwiesen. Zugleich liegt der Bedarfsplanung nicht jene Planungsrationale zugrunde, die der Begriff selbst suggeriert. Denn die Anfang der 1990er-Jahre festgeschriebenen Verhältniszahlen beruhen nicht etwa auf einem – nach welchen Kriterien auch immer – ermittelten Versorgungsbedarf der Bevölkerung, sondern schlicht auf den seinerzeit vorgefundenen Ist-Zahlen. Somit kommt in diesen Zahlen auch zum Ausdruck, dass der Gesetzgeber nicht gewillt war oder ist, in dieser Frage mit den Hauptbeteiligten – Ärzteschaft und Krankenkassen – Konflikte einzugehen. Im Grunde ist die schwierige Aufgabe der Ermittlung eines tatsächlichen Versorgungsbedarfs bis heute nicht in Angriff

genommen worden. Hier wäre im Grunde zu berücksichtigen, dass vielfältige Faktoren den Bedarf an Ärzten auch in der Zeit verändern. Dazu zählen u.a. der demographische und epidemiologische Wandel, der medizinische Fortschritt oder die Auswirkungen des Wandels von Versorgungsstrukturen (z.B. das Ausmaß der intersektoralen Kooperation) und Vergütungsmechanismen (z.B. die Einführung von DRGs für Krankenleistungen) sowie ihre Auswirkungen auf den Bedarf an ambulanten medizinischen Leistungen.

4.1.3 Veränderungen durch das Versorgungsstrukturgesetz

Vor dem Hintergrund der skizzierten Probleme nahm das 2012 in Kraft getretene GKV-VStG eine Reihe von Veränderungen am bisherigen Bedarfsplanungsrecht vor. Im Kern laufen die neuen Bestimmungen darauf hinaus, die Bedarfsplanung sowie die Regeln für die Zulassung von Ärzten zur vertragsärztlichen Versorgung zu flexibilisieren, um dem Ärztemangel in strukturschwachen Regionen entgegenzuwirken. Es beinhaltet zu diesem Zweck u.a. folgende Maßnahmen:

- Der G-BA hat zum 01.01.2013 die regionalen Planungsbereiche so festzulegen, „dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird“ (§ 101 Abs. 1 SGB V). Die Planungsbereiche müssen nun nicht mehr mit den Stadt- oder Kreisgrenzen zusammenfallen. Hintergrund dieser Bestimmung ist die vielfach geäußerte Kritik, dass die bisherige Orientierung der Bedarfsplanung an den Grenzen von kreisfreien Städten und Landkreisen keine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung garantiert, weil viele Planungsbezirke zu groß sind oder die Stadt- und Kreisgrenzen für die Definition von Planungsbezirken nicht immer geeignet sind. Der G-BA hat die Bedarfsplanungsrichtlinie mittlerweile überarbeitet. Sie sieht zum Teil erhebliche Veränderungen an der Planungspraxis vor (s. Abschnitt 5).
- Der G-BA hat auf dieser Grundlage die Verhältniszahlen neu zu berechnen und dabei „insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen“ (§ 101 Abs. 2 SGB V). Damit wird die Berücksichtigung der Alterszusammensetzung als Kriterium der Bedarfsplanung gesetzlich festgeschrieben und erhält für die Praxis der Bedarfsplanung ein stärkeres Gewicht als beim 2010 eingeführten Demografiefaktor.
- Der auf Landesebene von KVen und Krankenkassen zu erstellende Bedarfsplan kann von den Richtlinien des G-BA abweichen, „soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist“ (§ 99 Abs. 1 SGB V).
- Darüber hinaus stärkte das Versorgungsstrukturgesetz auch die Stellung der Länder in der Bedarfsplanung (Gerlinger 2012): Zwei von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder bestimmte Vertreter der Bundesländer haben nun ein Mitberatungsrecht in allen G-BA-Beratungen zur Bedarfsplanung (§ 92 Abs. 7e SGB V). Außerdem muss der auf

Landesebene erstellte Bedarfsplan den Landesbehörden vorgelegt werden; die Landesbehörden erhalten ein Beanstandungsrecht (§ 99 Abs. 1 SGB V).

- Schließlich wurden auch die Kriterien für die Vergabe eines Vertragsarztsitzes erweitert. Nun soll dabei auch berücksichtigt werden, ob die Bewerber „eine mindestens fünf Jahre dauernde vertragsärztliche Tätigkeit in einem Gebiet, in dem der Landesausschuss nach § 100 Absatz 1 das Bestehen von Unterversorgung festgestellt hat“, ausgeübt haben und „ob der Bewerber bereit ist, besondere Versorgungsbedürfnisse, die in der Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung definiert worden sind, zu erfüllen“ (§ 103 Abs. 4 SGB V). Bei Letzterem kann es z.B. darum gehen, „neben der Tätigkeit am Vertragsarztsitz im überversorgten Planungsbereich in gewissem Umfang auch in nahegelegenen schlechter versorgten Gebieten tätig zu sein“ (Bundestagsdrucksache 17/6906: 75). Auf diese Weise will der Gesetzgeber für Ärzte zusätzliche Anreize schaffen, in unterversorgten Gebieten tätig zu werden.

Neben diesen Bestimmungen zur Bedarfsplanung und zur vertragsärztlichen Zulassung enthält das Versorgungsstrukturgesetz noch eine Reihe weiterer Maßnahmen, um die ärztliche Versorgung in strukturschwachen Gebieten zu verbessern oder eine weitere Verschlechterung zu verhindern.

Ermöglichung neuer Versorgungskonzepte

Der Spielraum für neue Versorgungskonzepte, mit denen Ärzte bzw. die Arztpraxis entlastet werden und damit mehr Patienten versorgen können, wird erweitert:

- Mobile Versorgungskonzepte sollen ausgebaut werden können.
- Die Errichtung von Zweigpraxen soll ermöglicht werden.
- Die Delegation ärztlicher Leistungen soll erleichtert werden. Zu diesem Zweck wurden die Partner der Bundesmantelverträge beauftragt, eine Liste für delegationsfähige Leistungen vorzulegen.
- Die Telemedizin soll ausgebaut werden. Der Bewertungsausschuss legt fest, welche Leistungen der vertragsärztlichen Gebührenordnung telemedizinisch erbracht werden können und wie sie zu vergüten sind.

Zulassung neuer Träger zur vertragsärztlichen Versorgung

Erstmals ist es grundsätzlich möglich, dass auch andere Träger als niedergelassene Ärzte Versorgungseinrichtungen betreiben können. Wenn in einem Zulassungsbezirk Unterversorgung festgestellt ist und diese auf anderem Wege nicht beseitigt werden kann, kann die KV eigene Einrichtungen errichten oder können die betreffenden Gebietskörperschaften (Städte, Gemeinden, Landkreise) Kommunen – allerdings nur mit Zustimmung der KV – eigene Einrichtungen errichten.

Modifikation von Zulassungsbestimmungen

Um Anreize zu schaffen, auch in strukturschwachen oder sozial benachteiligten Gebieten tätig zu werden, sollen solche 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

Daneben gilt eine Reihe weiterer Bestimmungen:

- Die Verlegung eines Vertragsarztsitzes soll nur noch dann möglich sein, wenn dem keine Gründe der vertragsärztlichen Versorgung entgegenstehen. Der Hintergrund dieser Maßnahme ist die verbreitete Praxis von Ärzten, in Großstädten (z.B. in Berlin oder Hamburg) ihre Praxen aus ärmeren Stadtteilen (mit einer geringen Zahl von Privatpatienten) in reichere Stadtteile (mit einer hohen Zahl von Privatpatienten) zu verlegen. Dies führt in der Praxis bisweilen dazu, dass in einzelnen Stadtteilen Versorgungsengpässe entstehen.
- Bei festgestellter Unterversorgung wird die Möglichkeit der Ermächtigung von Krankenhäusern und Ärzten in Krankenhäusern zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf Ärzte in Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen erweitert.
- Um die partielle Überversorgung abzubauen, erhält die KV in überversorgten Gebieten ein Vorkaufsrecht für frei werdende Vertragsarztsitze. Dieses Vorkaufsrecht gilt nicht, 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.

4.1.4 Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss

Der G-BA legte im Dezember 2012 in Umsetzung des GKV-VStG Ende 2012 eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie vor (G-BA 2012a). Das neue Regelwerk trat zum 1.1.2013 in Kraft. Die neue Richtlinie sieht eine Reihe von Veränderungen gegenüber dem vorherigen Recht vor. Die neuen Regelungen sind flexibler als die alten und sollen es erlauben, entstandene „Versorgungslücken schneller zu erkennen und zu schließen“ (G-BA-2012b: 1). Mit ihnen soll es gelingen, die Ärzte gleichmäßiger zu verteilen und die Zuweisung von Arztsitzen stärker am tatsächlichen Versorgungsbedarf zu orientieren.

Ausgangspunkt der neuen Bedarfsplanung ist die Überlegung, dass die hausärztliche Versorgung möglichst vor Ort gewährleistet werden muss, während „Fachärzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad deutlich größere Einzugsgebiete versorgen können“ (ebd.). Daher sieht das neue Verfahren eine Differenzierung der Planungsbereiche vor,

denen die unterschiedlichen Arztgruppen in Abhängigkeit von deren Spezialisierungsgrad zugewiesen werden. Die alleinige Orientierung des vorherigen Planungsverfahrens an den Landkreisen und den Grenzen der kreisfreien Städte wird damit zugunsten eines differenzierteren Planungsrasters aufgegeben. Bei diesen neuen Planungsbereichen handelt es sich um a) den Mittelbereich, b) die kreisfreien Städte, Landkreise oder die Kreisregion, c) die Raumordnungsregion und d) das KV-Gebiet (§ 7):

- Der Mittelbereich entspricht dem Bereich der mittleren und großen kreisangehörigen Städte und ist damit kleiner als die zuvor zugrunde gelegten Landkreise und kreisfreien Städte.
- Die kreisfreien Städte und die Landkreise entsprechen den vorherigen Planungsbereichen.
- Die Raumordnungsregion fasst mehrere Landkreise und kreisfreie Städte zusammen. Es handelt sich um große Raumeinheiten, die häufig durch ein ökonomisches Zentrum und dessen Umland beschrieben sind. Raumordnungsregionen sind z.B. Nordthüringen oder Rhein-Main. In Deutschland gibt es 97 Raumordnungsregionen (ohne Hamburg und Berlin). Raumordnungsregionen sind also erheblich größer als Landkreise oder kreisfreie Städte.
- Der KV-Bezirk ist identisch mit den Landesgrenzen, außer in Nordrhein-Westfalen, wo es zwei KV-Bezirke gibt (Westfalen-Lippe, Nordrhein).

Die Arztgruppen werden den einzelnen Planungsbereichen und -verfahren folgendermaßen zugewiesen (s. auch Tab. 7):

- Der Mittelbereich ist der Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung (§ 11). Darunter fallen Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung sowie Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die sich für die hausärztliche Versorgung entschieden haben.
- Die Kreise und kreisfreien Städte sind die Planungsbereiche für die fachärztliche Versorgung (§ 12). Zu dieser Kategorie zählen Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen und Kinderärzte.
- Die Raumordnungsregion ist der Planungsbereich für die spezialisierte fachärztliche Versorgung (§ 13). Diesem Planungstyp sind Anästhesisten, fachärztliche Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Radiologen zugeordnet.
- Die KV-Region ist der Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung (§ 14). Darunter fallen Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten und Transfusionsmediziner, also zahlenmäßig jeweils kleine Arztgruppen.

Tabelle 7 Planungsbereiche für die vertragsärztliche Versorgung ab dem 01.01.2013

Planungsbereich	Größe	Anzahl der Planungsbereiche	Betroffene Arztgruppen
Mittelbereich (ein Raumtyp)	mittlere und große kreisangehörige Städte (kleiner als die zuvor zugrunde gelegten Landkreise und kreisfreien Städte)	886	Hausärztliche Versorgung
Kreisfreie Städte und Landkreise (fünf Raumtypen; Kreisregionen, Typisierung nach der Rolle in der Versorgung)	wie bisher	391	Allgemeine fachärztliche Versorgung: Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen, Kinderärzte
Raumordnungsregion (ein Raumtyp)	umfasst mehrere Landkreise und kreisfreie Städte (erheblich größer als bisher)	106 bzw. 97 ¹	Spezialisierte fachärztliche Versorgung: Anästhesisten, fachärztliche Internisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen
KV-Region (ein Raumtyp)	identisch mit den Grenzen der Bundesländer (Ausnahme: 2 Regionen in NRW)	17	Gesonderte fachärztliche Versorgung: Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische und Rehabilitationsmediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner

¹106 für fachärztliche Internisten und Radiologen, 97 für Anästhesisten sowie Kinder- und Jugendpsychiater.

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von: Rosenbock/Gerlinger 2014: 446ff.; SVR 2014: 354.

Die hausärztliche Versorgung unterliegt seit 2013 also einer feingliedrigeren Planung, die eine größere Wohnortnähe der Versorgung gewährleisten soll. Standortwechsel werden für diese Gruppen erschwert, weil die Planungsbereiche kleiner sind. Anders bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung: Hier werden mit der Vergrößerung der Planungsbereiche Praxisverlegungen leichter. Mit der gesonderten fachärztlichen Versorgung werden zusätzlich zu den 14 bisher berücksichtigten Arztgruppen weitere Disziplinen in die Bedarfsplanung einbezogen. Damit will der G-BA auch bei diesen Arztgruppen einen gleichmäßigeren Versorgungszugang gewährleisten. Die diesem Verfahren unterliegenden Arztgruppen sind zahlenmäßig jeweils sehr klein.

Darüber hinaus gibt die Bedarfsplanungsrichtlinie den Landesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen Instrumente an die Hand, die möglichst rasch eine bedarfsgerechte Versorgung im ländlichen Raum herbeiführen sollen. So können bestehende Zulassungsbeschränkungen während eines Übergangszeitraums von drei Jahren in einem neuen Planungsbereich beibehalten werden, bis alle ehemaligen Planungsbereiche, die innerhalb des neuen Planungsbereichs liegen, einen Versorgungsgrad von mindestens 100 % erreicht haben (§ 65). Darüber hinaus können die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen innerhalb einer Übergangszeit von drei Jahren in bestimmten Fällen auch Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad zwischen 100 und 110 % sperren (§ 67).

Im Allgemeinen ist eine Sperrung erst bei Erreichen eines Versorgungsgrads von 110 % möglich (§ 24). Hausärzte und Psychotherapeuten in ländlichen Regionen wurden von diesen Regelungen ausgenommen, um bei diesen Gruppen auch schon kurzfristig Zuwächse zu ermöglichen.

Schließlich wird auch der Demographiefaktor als Kriterium für den Versorgungsbedarf in der Richtlinie neu gefasst (§ 9). Die neue Richtlinie unterscheidet bei der Ermittlung des Leistungsbedarfs in einem Planungsbereich nun zwischen dem Bedarf der Versicherten im Alter von 65 und mehr sowie dem Bedarf der unter 65-Jährigen. Dabei wird dieser Bedarf auf die jeweiligen Arztgruppen bezogen. Der Demographiefaktor modifiziert die allgemeinen Verhältniszahlen für die jeweilige Arztgruppe. Mit diesem Verfahren will der G-BA präziser den arztgruppenspezifischen Versorgungsbedarf in einer Region erfassen.

Das neue Planungsinstrumentarium bietet 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 erhöht. Es ist also fraglich, ob überhaupt genügend 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 gesetzliche Rahmenvorgaben für die gemeinsame Selbstverwaltung erfordert, für die der politische Wille des Gesetzgebers nicht vorhanden war.

Neue Arzt-/Einwohner-Verhältniszahlen

Die 2012 verabschiedete Neufassung der Bedarfsplanungsrichtlinie sieht für die einzelnen Versorgungsbereiche neue Verhältniszahlen vor. In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung wird dabei nach fünf Raumtypen unterschieden (Tab. 8), deren Bildung sich an den Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung BBSR) (Näheres s. G-BA 2014, Anlage 6). Diese Raumtypen berücksichtigen auch die Versorgungsfunktionen der jeweiligen Typen für das jeweilige Umland.

Tabelle 8 Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) in der allgemeinen fachärztlichen Versorgung nach Arztgruppen und Raumtypen

Arztgruppe	Raumtyp				
	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4	Typ 5
Augenärzte	13.399	20.229	24.729	22.151	20.664
Chirurgen	26.230	39.160	47.479	42.318	39.711
Frauenärzte	3.733	5.619	6.606	6.371	6.042
Hautärzte	21.703	35.704	42.820	41.924	40.042
HNO-Ärzte	17.675	26.943	34.470	33.071	31.768
Nervenärzte	13.745	28.921	33.102	31.938	31.183
Orthopäden	14.101	22.298	26.712	26.281	23.813
Psychotherapeuten	3.079	7.496	9.103	8.587	5.953
Urologen	28.476	45.200	52.845	49.573	47.189
Kinderärzte	2.405	3.587	4.372	3.990	3.859

Die Verhältniszahl der Kinderärzte bezieht sich auf die „bis unter 18-Jährigen“.

Die Verhältniszahl der Frauenärzte bezieht sich auf die weibliche Bevölkerung.

Typ 1: Zentrum

Typ 2: Ergänzungsgebiet zum Zentrum

Typ 3: Engerer Verflechtungsraum

Typ 4: Weiterer Verflechtungsraum

Typ 5: Gemeindverbände außerhalb der Großstadtregionen

Quelle: Eigene Darstellung auf der Grundlage von: Rosenbock/Gerlinger 2014: 446ff.; SVR 2014: 354.

Im Unterschied zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung existieren in der hausärztlichen Versorgung, in der spezialisierten und in der gesonderten fachärztlichen Versorgung einheitliche Verhältniszahlen (Tab. 9).

Tabelle 9 Verhältniszahlen (ein Arzt je Anzahl Einwohner) in der hausärztlichen Versorgung, in der spezialisierten fachärztlichen und in der gesonderten fachärztlichen Versorgung

Arztgruppe	Einwohner je Arzt
Hausärztliche Versorgung	
Hausärzte	1.671
Spezialisierte fachärztliche Versorgung	
Anästhesisten	46.917
Radiologen	49.095
Fachinternisten	21.508
Kinder- und Jugendpsychiater	16.909
Gesonderte fachärztliche Versorgung	
Humangenetiker	606.384
Laborärzte	102.001
Neurochirurgen	161.207
Nuklearmediziner	118.468
Pathologen	120.910
Physikalische und Rehabilitations-Mediziner	170.542
Strahlentherapeuten	173.576
Transfusionsmediziner	1.322.452

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach: G-BA (2014): 11, 14 16.

Dabei erstreckt sich die Bedarfsplanungsrichtlinie ausschließlich auf die vertragsärztliche Versorgung. Für alle anderen Gesundheitsberufe existiert keinerlei Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung für Ärzte beschränkt sich auf die Definition von Verhältniszahlen und bezieht sich nicht auf Erreichbarkeitsmaße (Zeit, Entfernung).

4.1.5 Die Regulierung der Arztzahlen durch Steuerung der Ausbildungskapazitäten

Bei der Regulierung der Arztzahlen spielt die Veränderung der Kapazitäten für das Medizinstudium in Deutschland nur eine geringe Rolle. Die betreffenden Studienplatzzahlen werden von den Hochschulen oder von den jeweiligen Landesministerien anhand der personellen Ausbildungskapazitäten ermittelt. Die Aufnahmekapazität von Studienanfängern wird in der Mehrzahl der Länder (Baden-Württemberg, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen) durch ministerielle Rechtsverordnung festgelegt. Bayern, Berlin, Bremen und Rheinland-Pfalz haben diese Regelungsbefugnis an die Hochschulen weitergegeben. Dort wird die Aufnahmekapazität durch Hochschulsatzung festgelegt; allerdings ist diese vom Ministerium zu genehmigen (Winter et al. 2012: 36). In Nordrhein-Westfalen wurden für den Zeitraum von 2011 bis 2015 die Zahlen der Medizinstudienplätze für Studienanfänger jährlich um rund 10 % ausgebaut und dazu an fünf Universitäten Studienplätze oberhalb der Aufnahmekapazität durch das Land zusätzlich finanziert (Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen 2014). Keinerlei Planung oder Steuerung unterliegt die Zahl der Weiterbildungen und Facharztanerkennungen in den einzelnen ärztlichen Disziplinen.

Die Studierenden werden nach einem komplizierten Verfahren ausgewählt. Die Stiftung für Hochschulzulassung (hochschulstart.de, früher ZVS) gibt die Zahl der Studienplätze für Medizin, aufgeschlüsselt nach Studienorten für jedes Semester, bekannt. Für das Wintersemester 2014/15 stehen 8.999 Studienplätze deutschlandweit zur Verfügung, davon 40 am kleinsten Standort Oldenburg und 877 am größten Standort München (Stiftung für Hochschulzulassung 2014a). Die Auswahl der Studienanfänger wird durch die Studienstiftung für Hochschulzulassung bundesweit koordiniert. Sie erfolgt anhand drei verschiedener Quoten: der Abiturbestenquote (20 % der Studienplätze), der Wartezeitquote (20 %) und durch Auswahlverfahren, die die Hochschulen selbst festlegen (60 %). Die Auswahlverfahren durch die Hochschulen können aus einzelnen oder mehreren Faktoren wie der Abiturdurchschnittsnote, gewichteten Einzelnoten in relevanten Unterrichtsfächern, einem Studierfähigkeitstest, einer vorangegangenen Berufsausbildung, Angaben zu Ortspräferenzen oder anderen Kriterien bestehen (Stiftung für Hochschulzulassung 2014b).

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2012): Daten des Gesundheitswesens 2012, Berlin: BMG.

Bundesärztekammer (2012): Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2011. Alle Diagramme und Tabellen. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.10275> [30.11.2012].

Bundestagsdrucksache 17/6906: Gesetzentwurf der Bundesregierung: Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG). Drucksache vom 05.09.2011.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2011): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). URL: <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/bedarfsplanung/richtlinien> [23.12.2011].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2012a): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger Banz AT 31.12.2012 B7 vom 31. Dezember 2012, in Kraft getreten am 1. Januar 2013. URL: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-728/BPL-RL_2013-05-16.pdf [12.02.2013].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2012b): Zielgenau, flexibel, fristgerecht: G-BA reformiert ambulante ärztliche Bedarfsplanung. Pressemitteilung Nr. 35/2012 vom 20. Dezember 2012. URL: <http://www.g-ba.de/downloads/34-215-466/35-2012-12-20-Neufassung-BDPL.pdf> [12.02.2013].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2014): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, zuletzt geändert am 17. Juli 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger Banz AT 29.09.2014 B4 vom 29. September 2014, in Kraft getreten am 30. September 2014. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/4/> [06.01.2015].

Deppe, H.-U. (1987): Zulassungssperre: Ärzte in den Fesseln der Landespolitik, in: Deppe, H.-U.; Friedrich, H.; Müller, R. (Hrsg.) : Medizin und Gesellschaft, Jahrbuch 1: Ärztliches Behandlungsmonopol und ambulanter Sicherstellungsauftrag, Frankfurt a.M./New York: Campus, S. 37-67.

Gerlinger, T. (2012): Strukturentscheidungen zwischen politischer und finanzieller Verantwortung. Die Aufwertung der Länder bei der Steuerung ambulanter

Versorgungskapazitäten durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz. Vierteljahresschrift für Sozialrecht 30 (5): 341-352.

Gerlinger, T.; Deppe, H.-U. (1994): Zur Einkommensentwicklung bei niedergelassenen Ärzten, Frankfurt a.M.: VAS.

Greß, S.; Stegmüller, K. (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Wiesbaden: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2012b): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2011. <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=ebb840ce49fa1318c816783e3bc372a1&DocId=003765299&Page=1> [30.11.2012].

Klose, J.; Rehbein, I. (Hrsg.) (2011): Ärzteatlas 2011 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin: WIdO.

Ministerium für Innovation , Wissenschaft und Forschung des Landes Nordrhein-Westfalen (2014): Ausbau der Medizinstudienplätze. URL: <http://www.wissenschaft.nrw.de/hochschule/finanzierung/hochschulpakt/ausbau-der-medizinstudienplaetze> [23.09.2014]

Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) (2014): OECD Health Data 2014. URL: <http://www.oecd.org/berlin/themen/gesundheit.htm> [27.09.2014].

Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3., vollst. Überarb. Aufl., Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): Sondergutachten 2012: Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Bern u.a.: Verlag Hans Huber.

Sachverständigenrat für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, o.O.: SVR.

Stiftung für Hochschulzulassung (2014a): Studienangebot Medizin 2014/15. URL: <http://www.hochschulstart.de/index.php?id=4457> [23.09.2014].

Stiftung für Hochschulzulassung (2014b): Regeln der Studienplatzvergabe für die Studiengänge Medizin, Tiermedizin, Zahnmedizin und Pharmazie. URL: <http://www.hochschulstart.de/index.php?id=515> [23.09.2014].

Winter, M.; Rathmann, A.; Trümpler, D.; Falkenhagen, T. (2012): Entwicklungen im deutschen Studiensystem. Analysen zu Studienangebot, Studienplatzvergabe, Studienwerbung und Studienkapazität (HoF-Arbeitsbericht 7'2012). Hrsg. Vom Institut für Hochschulforschung (HoF) an der Martin-Luther-Universität, Halle-Wittenberg 2012. URL: http://www.hof.uni-halle.de/dateien/ab_7_2012.pdf [12.09.2014].

4.2 Dänemark

Grundmerkmale des Versorgungs- und Regulierungssystems

In den vier Ländern Skandinaviens (Dänemark, Finnland, Norwegen, Schweden) ist der Gesundheitsdienst traditionell auf Ebene der Landkreise und/oder Städte und Gemeinden organisiert. „In letzter Zeit gibt es allerdings deutliche Anzeichen für einen Paradigmenwechsel: eine Verlagerung von Kompetenzen an die Zentralregierung“ (Schölkopf/Pressel 2010, 41) – eine Entwicklung, die am frühesten in Dänemark und Norwegen begann. Dänemark organisiert seine Gesundheitsversorgung über einen öffentlichen Gesundheitsdienst, der der gesamten Bevölkerung zur Verfügung steht. Es handelt sich um ein steuerfinanziertes System. Die Gesundheitsversorgung ist in hohem Maße dezentral organisiert (Ettelt et al. 2008, 17). Die Rolle des Zentralstaats war bis Ende 2006 auf die Rahmengesetzgebung, die Formulierung von Empfehlungen und Zielvorgaben sowie die (Mit-)Finanzierung beschränkt (Schölkopf/Pressel 2010, 41f.). „Für die Planung und Sicherstellung der Gesundheitsversorgung sowie die Organisation und Finanzierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie die Trägerschaft diverser Leistungsangebote waren hingegen die Kommunen, insbesondere die Landkreise, zuständig“ (Schölkopf/Pressel 2010, 42).

Mit einer 2007 in Kraft getretenen Reform änderte sich diese Aufgabenteilung zwischen Zentralstaat und Kreisen bzw. Kommunen. Die Zahl der Gemeinden wurde drastisch reduziert, nämlich von 275 auf 98, und die 14 Landkreise wurden zu 5 Regionen (Region Kopenhagen, Mitteljütland, Nordjütland, Seeland und Süddänemark) mit jeweils zwischen 0,6 und 1,6 Millionen Einwohnern zusammengefasst. Diese Reform führte zu einem erheblichen Bedeutungsverlust der dezentralen Gebietseinheiten, insbesondere der Regionen. Diese verloren u.a. ihr Recht zur Erhebung eigener Steuern und die Entscheidung über den Bau von Krankenhäusern an den Zentralstaat (Ettelt et al. 2008, 17; Olejaz et al. 2012, xvii; Schölkopf/Pressel 2010, 42). Dadurch wurde der stark dezentralisierte Charakter des dänischen Gesundheitssystems spürbar zurückgenommen, dennoch blieb eine im Ländervergleich dezentralisierte Organisationsstruktur im Gesundheitssystem erhalten (Vranbaeck Christiansen 2005, zit. n. Wendt 2013, 258).

Die Strukturreform hatte eine partielle Umverteilung der Zuständigkeiten zur Folge: Der Staat nimmt neben der Rahmengesetzgebung auch Aufsichts- und Finanzierungsaufgaben wahr. Zudem steigt seine Verantwortung für spezifische Planungsaktivitäten etwa in der Qualitätssicherung und der Verteilung von medizinischen Fachabteilungen im stationären Sektor (Olejaz et al. 2012, xvii). Die Schaffung zentraler Organisationen wie der obersten Gesundheitsbehörde des Landes (*Sundhedsstyrelsen*), im Englischen *Danish Health and*

Medicines Authority (vor März 2012: *National Board of Health*), die eine stärkere Rolle in der Regulierung und Supervision der Gesundheitsversorgung spielen, stärken die zentralstaatliche Ebene gegenüber den Regionen. Dies soll auch dazu beitragen, einheitliche Standards in der Gesundheitsversorgung zu gewährleisten (Danish Health and Medicines Authority 2014; Ettelt et al. 2008, 17).

Die fünf Regionen haben die Verantwortung für die meisten Bereiche der Gesundheitsversorgung inne: Sie besitzen, leiten und finanzieren die öffentlichen Krankenhäuser; außerdem sind sie dafür zuständig, das Honorarsystem für die Dienstleistungen durch Arztpraxen der Hausärzte, Fachärzte, Physiotherapeuten, Zahnärzte und Pharmazeuten in der jeweiligen Region zu gestalten. Gesundheitsdienstleistungen werden fast ausschließlich durch öffentliche Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Es existieren nur wenige private, gewinnorientierte Krankenhäuser (hauptsächlich in Kopenhagen). Die Regionen organisieren somit die Gesundheitsversorgung für ihre Bevölkerung je nach dem jeweils gegebenen regionalen Bedarf und den vorhandenen Einrichtungen. Außerdem kann die jeweilige Region je nach Bedarf – selbstverständlich in dem gesetzten finanziellen und nationalen Rechtsrahmen – die angemessene Zahl an Personal und die Beschaffung geeigneter Ausrüstung anpassen (Ettelt et al. 2008, 17; Ministry of Health and Prevention 2008, 8f.; Olejaz et al. 2012, xvii; Vrangbaek 2013, 28; Wendt 2013, 258).

„Die Kommunalregierungen schließlich sind für die primäre Gesundheitsversorgung einschließlich der Gesundheitsversorgung für Kinder und den Schulgesundheitsdienst verantwortlich sowie für ambulante Pflegedienste, Alten- und Pflegeheime“ (Wendt 2013, 258). Die Gemeinden sind somit primär für die Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zuständig (Olejaz et al. 2012, xvii).

Die ambulante hausärztliche Versorgung erfolgt in Dänemark in der Regel durch niedergelassene, selbständig tätige Allgemeinmediziner, die zu rund zwei Dritteln in Gemeinschaftspraxen arbeiten. In Dänemark besteht die Möglichkeit, sich zwischen zwei Abrechnungsgruppen zu entscheiden. Personen der Gruppe 1 nehmen an einem Hausarztssystem teil. Dazu registrieren sich bei einem niedergelassenen Allgemeinmediziner, den sie in der Regel nur einmal im Jahr wechseln können. Für eine Facharztbehandlung benötigen sie eine vorherige Überweisung durch ihren Hausarzt. Die Absicherungsgruppe 2 ermöglicht dagegen einen freien Wechsel des Allgemeinmediziners sowie einen direkten Zugang zu niedergelassenen Fachärzten. Für Letzteres entschieden sich in den letzten Jahren regelmäßig weniger als 5 % der Bevölkerung, so dass fast alle Dänen an einem Hausarztssystem teilnehmen (Schölkopf/Pressel 2014, 43; Wendt 2013, 222).

Dem Hausarzt wird per Gesetz die Zuständigkeit für Patienten überwiesen die in seine Liste eingetragen sind. Er ist dafür verantwortlich, dass diese Patienten im Krankheitsfall die notwendigen Gesundheitsleistungen erhalten (Wendt 2013, 124). Im Durchschnitt ist ein Arzt für 1.600 Patienten zuständig. „Neben der Möglichkeit einer Überweisung an einen Facharzt oder in ein Krankenhaus kann der Hausarzt seine Patienten auch an weitere Anbieter von Gesundheitsleistungen wie Physiotherapeuten, Chiropraktiker oder an Einrichtungen der Hauskrankenpflege weiterleiten“ (Wendt 2013, 124). Das Fehlen von Allgemeinmedizinern in entlegenen Gebieten wird zunehmend als Problem gesehen, da dadurch längere Anfahrtswege und dementsprechend ein schlechterer Zugang zur Primärversorgung für einige Bevölkerungsgruppen besteht (Olejaz et al. 2012, 162). Seit 2011 ist es daher den Regionen erlaubt, eigene Kliniken mit im öffentlichen Dienst angestellten Allgemeinmedizinern zu eröffnen, um dem Mangel an Hausärzten in entlegenen Gebieten entgegenzuwirken. Zudem wurde es selbständigen Allgemeinmedizinern erlaubt, Zweigstellen in solchen Gebieten zu eröffnen und diese mit angestellten Allgemeinmedizinern zu besetzen (Pedersen/Bech/Vrangbæk 2011, 38).

„Neben den Hausärzten sind etwa 1.400 Physiotherapeuten in der ambulanten Versorgung tätig. Sofern eine Überweisung durch den Hausarzt erfolgt, werden ihre Leistungen ebenfalls teilweise über das Krankheitskosten-Rückerstattungs-System der dänischen Regionen vergütet. Bei Patienten mit schweren körperlichen Behinderungen kann diese Versorgung auch vollständig erstattet werden. Bei einer Behandlung durch einen der etwa 250 in Dänemark tätigen Chiropraktiker, die in diesem Fall ohne eine Überweisung durch den Hausarzt erfolgen kann, wird ebenfalls ein Teil der Kosten übernommen“ (Wendt 2013, 125). Die Hausärzte fungieren als Gatekeeper und überweisen Patienten an Fachärzte und in die Krankenhäuser. „Die ambulante fachärztliche Versorgung erfolgt durch niedergelassene Spezialisten oder durch die Ambulanzen der Krankenhäuser. Insbesondere bei den Spezialisten gab und gibt es noch immer teilweise sehr lange Wartezeiten.“ (Schölkopf/Pressel 2010, 43f.).

Im Vergleich zu den Allgemeinmedizinern, die annähernd gleich im Land verteilt sind, sind niedergelassene Fachärzte noch stärker in der Hauptstadt und anderen wohlhabenderen, städtischen Gebieten konzentriert. Es wird zukünftig vor allem in den ländlicheren Gebieten Dänemarks eine Herausforderung sein, genügend Fachkräfte für das Gesundheitssystem auszubilden. Seit Beginn des Jahrtausends findet daher eine aktive Rekrutierung aus dem Ausland statt (Olejaz et al. 2012, xix, 176).

4.2.1 Entstehungszusammenhang und Kontext des Planungssystems

Das dezentralisierte Gesundheitssystem wird durch die Koordinierung zwischen Gemeinden, Regionen und dem Staat geregelt. Das Ziel einer kohärenten Gestaltung des Gesundheitssystems wurde 1994 gesetzlich dadurch verankert, dass Regionen und Gemeinden vorgegeben wurde, einen gemeinsamen Gesundheitsplan für jeweils vier Jahre zu verabschieden. Dies sollte insbesondere dazu beitragen, die präventive und kurative Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem zu koordinieren sowie das Zusammenwirken des Gesundheitssektors und anderer Handlungsfelder, etwa der sozialen Sicherung, zu koordinieren (Olejaz et al. 2012, 32f.).

Der Staat kontrolliert das Angebot an Gesundheitsfachkräften dadurch, dass die Ausbildung für autorisierte Gesundheitsfachkräfte, beispielsweise für Spezialisten und Krankenpfleger, mit wenigen Ausnahmen öffentlich organisiert ist. Es liegt somit in der Verantwortung des Ministeriums für Gesundheit und Prävention, dass der Personalbedarf im Gesundheitswesen in Bezug auf die Fachbereiche, Inhalte und Kapazitäten gedeckt wird (Ministry of Health and Prevention 2008, 49; Olejaz et al. 2012, 40).

Die Interessensgemeinschaft der Regionen, Dänische Regionen, beeinflusst die Planung im Gesundheitswesen, indem sie den jährlichen finanziellen Rahmen der Regionen sowie die Vergütungs- und Arbeitsbedingungen der regionalen Angestellten als zentraler Arbeitgeber mit dem Staat verhandelt. Dadurch können die Regionen – als ein kollektiver Akteur – die Zahl der Mitarbeiter in Krankenhäusern und die Zahl der selbständigen Ärzte, deren Leistungen von den Regionen zu erstatten sind, in gewissem Maße regulieren (Olejaz et al. 2012, 32f.).

Seit 1976 gibt es darüber hinaus eine Planung von Allgemeinarztpraxen, um deren geographische Verteilung zu regulieren (Olejaz et al. 2012, 32f.). Dies geschieht durch eine Identifikationsnummer (*provider number*), die den Praxen in jeder Region zugeteilt wird. Diese Nummer identifiziert Ärzte, deren Leistungen durch das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem vergütet werden. Nur diesen Hausärzten werden Patienten in einer Liste zugeordnet (Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 40).

4.2.2 Planungskriterien

Die Zahl der Anbieter ist von den Regionen so festzulegen, dass die medizinische Versorgung gewährleistet ist und eine effiziente Verwendung der Ressourcen erreicht wird. Jede Veränderung in der Struktur der medizinischen Versorgung, wie etwa der Umzug oder die Fusion mit einer anderen Praxis und die Eröffnung einer Zweigstelle, müssen im Einklang

mit dem regionalen Gesundheitsplan stehn. Wenn es zu einem Mangel an Versorgungskapazitäten in den Praxen eines bestimmten Gebietes kommt, werden weitere Anbieter zugelassen. Zusätzlich dazu können Regionen mit den Hausärzten vereinbaren, dass sie zeitweise mehr Patienten aufnehmen, ihre Praxis verlegen oder sie in eine Region erweitern, in der eine Unterversorgung existiert. Seit April 2011 können Regionen zudem Allgemeinmedizinische Kliniken eröffnen, um die Patienten zu versorgen, die sonst unversorgt blieben, da sich kein qualifizierter Arzt dazu bereit erklärt, unter normalen Konditionen eine Identifikationsnummer zu übernehmen.

Entscheidungen über die Zahl der Anbieter basieren auf der Zahl an Patienten, die im Hausarztssystem in einem lokalen Gebiet eingeschrieben sind, den individuellen Wünschen des Allgemeinmediziners an Personal, dem Umsatz, der Länge der Patientenliste und der geographischen Distanz der Patienten zu den Praxen (Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 40).

4.2.3 Ausprägungen

Die Regionen limitieren die Zahl der Allgemeinmediziner, deren Leistungen erstattungsfähig sind, um die Kosten für Gesundheitsausgaben innerhalb der Region zu kontrollieren. Die Verhältniszahl der Allgemeinmediziner pro 1.000 Personen wird zwischen jeder Region und den Repräsentanten der Allgemeinmediziner, die in einer Region arbeiten, verhandelt. Die Möglichkeit eine Allgemeinmedizinische Praxis zu kaufen, hängt von der Autorisierung als Allgemeinmediziner durch das *Danish Health and Medicines Authority* und der Lizenz durch die Regionen ab. Nur wenige Ärzte arbeiten ohne eine solche Vereinbarung, ihre Leistungen sind dann nicht erstattungsfähig (Olejaz et al. 2012, 38, 40f.). Das erklärte Ziel lautet, dass alle Patienten im ganzen Land eine freie Wahl zwischen mindestens zwei Praxen in einer Distanz von 15 km haben. Die Hausärzte haben das Recht, die Liste bei einer Zahl von 1.600 Patienten zu schließen. Sie wird wieder geöffnet, wenn die Zahl der Patienten unter 1.475 fällt und wird automatisch geschlossen wenn sie 1.700 Patienten erreicht (Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 40).

Es existieren zudem bestimmte Quoten, beispielsweise für die Zahl an Physiotherapeuten. Zahnärzte dagegen können dort eine Praxis eröffnen, wo sie möchten, und bekommen ihre Leistungen von der Region zurück erstattet (Olejaz et al. 2012, 38, 40f.). Genauere Verhältniszahlen, differenziert nach Regionen und Arztgruppen, konnten trotz intensiver Recherche nicht ausfindig gemacht werden.

4.2.4 Organisationen

Die allgemeine Regulierung, Planung und Supervision der Gesundheitsversorgung findet auf nationaler Ebene durch das Ministerium für Gesundheit und das *Danish Health and Medicines Authority*, die oberste Gesundheitsbehörde des Landes, statt. Das *Danish Health and Medicines Authority* ist u.a. für die allgemeine Supervision von Gesundheitsfachkräften zuständig und erfüllt darüber hinaus wichtige Aufgaben bei der Entwicklung des Qualitätsmanagements. Diese Aufgaben werden in enger Zusammenarbeit mit Repräsentanten der medizinischen Fachgesellschaften erfüllt (Vranbaek 2013, 31f.).

Neben dem Ministerium für Gesundheit und Prävention, das u.a. für die Ausbildung der meisten Gesundheitsprofessionen zuständig ist und so Einfluss auf die Gesundheitsprofessionen hat, sind die fünf Regionen Dänemarks für die Festlegung von Quoten für Allgemeinmediziner und Physiotherapeuten zuständig. Ebenfalls beteiligt ist die *Danish Health and Medicines Authority*, die neben anderen Aufgaben die Lizenzen der Gesundheitsberufe vergibt und Daten bzw. Informationen über die Entwicklungen im dänischen Gesundheitswesen bereitstellt. Hat man die Lizenz der *Danish Health and Medicines Authority* erhalten, fehlt noch die Lizenz durch die Region: Die Zahl der Allgemeinmediziner, die eine solche Lizenz je Region erhalten, werden pro 1.000 Einwohner, oder beispielsweise über Quoten für Physiotherapeuten reguliert.

Das *Danish Health and Medicines Authority* entstand am 1. März 2012 aus der Zusammenlegung der *Danish Medicines Agency* und dem *National Board of Health*. Es ist die höchste Instanz in Bezug auf Gesundheit und Arzneimittel in Dänemark und hat ungefähr 700 Mitarbeiter aus den verschiedensten Fachrichtungen. Die zentralen Aufgaben liegen in der Zusammenarbeit mit Entscheidern, um ein gutes Gesundheitsniveau in der Bevölkerung Dänemarks zu erreichen und eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Zu ihren Aufgaben gehört die Lizenzierung und Überwachung von Arzneimitteln, die Autorisierung von insgesamt 18 verschiedenen Gesundheitsprofessionen, die Beratung und Bereitstellung von Informationen für die Bevölkerung, für Gesundheitsfachkräfte und andere Stakeholder sowie beispielsweise die Planung und Genehmigung von Behandlungspfaden (Danish Health and Medicines Authority 2014).

Literatur

Danish Health and Medicines Authority (2014): URL: <http://sundhedsstyrelsen.dk/en/about-us> [03.09.2014].

Ministry of Health and Prevention (2008): Health Care in Denmark. URL: http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/UK_Healthcare_in_dk/pdf.ashx [21.09.2014].

- Olejz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C (2012): Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(2):1-192.
- Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J (2014): "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. URL: <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en> [16.09.2014].
- Pedersen, K.M., Bech, M., Vrangbæk, K (2011): The Danish health care system: an analysis of strengths, weaknesses, opportunities and threats. The consensus report. Frederiksberg, Copenhagen Consensus Center.
- Schölkopf, M., Pressel, H (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Vranbaek, K (2013): The Danish Health Care System, 2013. In: Thomson, S., Osborn, R., Jun, M (2013): International Profiles of Health Care Systems, 2013. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Commonwealth Fund pub. no. 1717.28-36.
- Wendt, C (2013): Krankenversicherung oder Gesundheitsversorgung? Gesundheitssysteme im Vergleich. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

4.3 Finnland

Grundmerkmale des Versorgungs- und Regulierungssystems

In Finnland steht der gesamten Bevölkerung ein öffentlicher, kommunaler Gesundheitsdienst zur Verfügung. Die Kommunen bieten Gesundheitsleistungen über lokale Gesundheitszentren an und finanzieren diese. Parallel dazu ist eine nationale Krankenversicherung für alle Einwohner Finnlands obligatorisch. Durch den kommunalen Gesundheitsdienst werden allgemein- und fachärztliche, ambulante, stationäre und teilstationäre Behandlungen, sowie Leistungen der Rehabilitation und der allgemeinen Prävention finanziert. Die nationale Krankenversicherung finanziert das Kranken- und Mutterschaftsgeld, Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zum Teil Kosten für Medikamente, Krankentransporte und privatärztliche Behandlungen.

Es gibt in Finnland keine freie Arztwahl, die Patienten sind auf die Ärzte in ihrem lokalen Zentrum verwiesen. Im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems greift ein Hausarztssystem. Die Hausärzte fungieren als Gatekeeper, eine fachärztliche Behandlung setzt dementsprechend eine Überweisung durch den Hausarzt voraus. Die fachärztliche Behandlung erfolgt in den öffentlichen Krankenhäusern. Die nationale Krankenversicherung eröffnet gewisse Wahlmöglichkeiten bei der Inanspruchnahme von Ärzten. Sie übernimmt einen Teil der Kosten für Konsultationen von privat tätigen Ärzten, für Facharztbehandlungen ohne Überweisung sowie für Behandlungen in privaten Kliniken. Weitere Kosten können gegebenenfalls durch eine private Krankenversicherung abgedeckt werden (Schölkopf/Pressel 2010, 44ff.).

Die Rolle der zentralen Regierung, die durch das Ministerium für Soziales und Gesundheit repräsentiert wird, ist weitestgehend auf die Rahmensetzung für die Organisation und die grundlegenden Prinzipien der Gesundheitsversorgung durch nationale Gesetzgebung beschränkt. Die Verantwortung der Planung und Organisation der Gesundheitsversorgung ist größtenteils den Gemeinden Finnlands übertragen (Ettelt et al. 2008, 29). Zum Beginn des Jahres 2014 gab es 320 Gemeinden in Finnland (Statistics Finland 2014, 29) Sie organisieren die primäre Gesundheitsversorgung eigenständig innerhalb der Gemeinde sowie die sekundäre und tertiäre Versorgung in 20 Krankenhausbezirken, die jeweils aus mehreren Gemeinden bestehen. Die Zahl der Personen die in einem Krankenhausbezirk leben, variiert zwischen 100.000 und 1,2 Millionen (Ettelt et al. 2008, 30).

Aus der stark dezentralisierten Gesundheitsversorgung resultiert eine große Bandbreite an lokalen Experimenten und Reformen im finnischen Gesundheitssystem. Die Möglichkeiten der Gemeinden, miteinander zu kooperieren, Leistungen selbst anzubieten, mit anderen Gemeinden oder mit privaten Anbietern Verträge zu schließen, sind vielfältig. Auf diese

Weise entstanden eine Reihe von regionalen Kooperationen zwischen Gemeinden, integrierte primäre und sekundäre Versorgungsmodelle. Zum Teil wurden Leistungen an öffentliche und private Anbieter ausgelagert. Beispielweise schlossen sich neun Gemeinden im Nordosten Finnlands (mit etwa 85.000 Einwohnern) 2005 in einer Kooperation zusammen und bildeten eine neue regionale Verwaltungsbehörde, die für Dienstleistungen im Bildungs- sowie im Gesundheits- und Sozialwesen zuständig ist (OECD 2005, 77).

4.3.1 Entstehungszusammenhang und Kontext des Planungssystems

Die Planung der Gesundheitsversorgung ist in Finnland ebenfalls stark dezentralisiert und die Verantwortung für die Planung und Organisation der Leistungen ist auf die Gemeinden verteilt. Bis 1993 legten die Gemeinden den regionalen Gesundheitsbehörden Fünf-Jahrespläne vor, um sich für die staatliche Förderung zu qualifizieren. Diese Pläne waren stark reguliert und wurden in einen landesweiten Gesundheitsplan eingespeist. Mit der Abschaffung dieses Verfahrens durch eine Reform im Jahr 1993 findet nun auch keine zentralisierte Planung der Gesundheitsversorgung mehr statt. Seitdem erhalten die Gemeinden eine pauschale Abgeltung durch die Regierung für einzelne Dienstleistungsbereiche (Ettelt et al. 2008, 28).

In Finnland existiert kein zentralstaatlicher Mechanismus, um die Zahl der Gesundheitsfachkräfte nach geographischen Gesichtspunkten oder unter dem Gesichtspunkt des Versorgungsbedarfs zu regulieren. Da die Erbringung von Gesundheitsleistungen auf kommunaler Ebene organisiert wird, begrenzt die Zahl der ausgeschriebenen freien Stellen in einer Kommune die Möglichkeit der Ärzte, wenn sie auf der Suche nach einem geeigneten Standort sind (Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 38). Landesweit wird lediglich Einfluss auf die Ausbildung der Gesundheitsfachkräfte genommen. In den letzten Jahren wurden Bedarfsanalysen und Arbeitskräfteplanung im Kontext von Prognosen über die Entwicklung des Arbeitsmarktes durch die Ministerien für Bildung, Arbeit, Soziales und Gesundheit, Statistics Finland sowie Organisationen der Gemeinden durchgeführt (Vuorenkoski/Mladovsky/Mossialos 2008, 92). Die Planung der Zahl an Gesundheitsfachkräften ist dabei Teil einer regelmäßigen, branchenübergreifenden Überprüfung der Arbeitskräftenachfrage und des -angebots (Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 39). Seit 1991 findet dies alle vier Jahre in allen Branchen, einschließlich der Sozial- und Gesundheitsfürsorge, statt, um die Ausbildung und den langfristigen Bedarf an Arbeitskräften in den jeweiligen Branchen aneinander anzupassen (Dussault et al. 2010, 21). Auf der Grundlage der Prognose wirkt der Staat beratend auf die Anzahl der zuzulassenden Studenten im tertiären Bildungsbereich, der oberen Sekundarstufe und der beruflichen Fachausbildung ein (Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 39).

4.3.2 Planungskriterien

Die Personalplanung findet in zwei verbundenen Schritten statt. Im ersten Schritt wird der langfristige Bedarf an Arbeitskräften in den verschiedenen Branchen und Berufen durch das Regierungsinstitut für Wirtschaftsforschung in Zusammenarbeit mit vier Ministerien (für Arbeit und Wirtschaft, Finanzen, Bildung und Kultur sowie Soziales und Gesundheit) vorausberechnet. Die langfristige Prognose umfasst derzeit den Zeitraum von 2008 bis 2025 (Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 39). Basierend auf dieser langfristigen Prognose wandelt in einem zweiten Schritt ein Berechnungsmodell des nationalen Bildungsbeirats, der dem Ministerium für Bildung und Kultur nachgeordnet ist, die Nachfrage nach Arbeitskräften in Zielzahlen für die Zulassung von Studenten um. Das Ministerium für Bildung und Kultur benennt eine Expertengruppe aus den jeweiligen Branchen und Berufen, um den zukünftigen Bildungsbedarf festzustellen. Die Zielzahlen für die Zulassung werden alle vier Jahre von der Regierung als Teil eines Entwicklungsplans für Bildung und Forschung veröffentlicht (Dussault et al. 2010, 21; Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 39).

Im Berechnungsmodell werden Prognosen über die Gesundheitsausgaben (mit Bezug zu Prognosen über das Wachstum des Bruttoinlandsprodukts) verwendet, um Aussagen über das zukünftige Wachstum der Beschäftigtenzahlen im Gesundheitswesen zu treffen. Es wird ein Basisszenario für das Wirtschaftswachstum über den Prognosezeitraum und ein optimistischeres Szenario erstellt. Zusätzlich beinhalten aktuelle Prognosen ein drittes Szenario, das auf Ausgabenprognosen des Ministeriums für Soziales und Gesundheit beruht. Die drei verschiedenen Szenarien grenzen den geschätzten Bereich für die Zahl der zur Bedarfsdeckung voraussichtlich benötigten Studenten nach unten und oben ein.

In einer ersten Stufe trifft das Modell Prognosen über die Nachfrage an neuen Arbeitskräften je nach Sektor. Die zweite Stufe schlüsselt die Prognose nach Berufen in der Branche auf. Die absolute Nachfrage nach neuen Arbeitskräften (gemessen an der Zahl der offenen Stellen) wird durch die Verrechnung der Veränderungen in Nachfrage und Abgängen (aufgrund von Verrentung oder aus anderen Gründen) über den Prognosezeitraum hinweg ermittelt. Hier fließen ebenfalls aktuelle und projizierte Arbeitslosenquoten ein (Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 39).

4.3.3 Ausprägungen

Zielzahlen für die Zulassung von Studenten an Universitäten, Fachhochschulen und in Berufsausbildungseinrichtungen werden durch die Regierung alle vier Jahre als Teil einer

allgemeinen Arbeitskräfteplanung, im Einklang mit nationalen Zielen angenommen (Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 39). Der aktuelle Entwicklungsplan für 2011 bis 2016 enthält diese Angaben für Branchen wie die „Sozialen Dienste, Gesundheit und Sport“ (Tab. 10) sowie darin aufgeschlüsselt Zielzahlen für einzelne Bachelor- und Masterabschlüsse ebenso wie für Berufsausbildungen. Es werden Zugangszahlen aus dem Jahr 2009, Zielzahlen für das Jahr 2016 und ein Output für die einzelnen Berufe aufgeschlüsselt.

Tabelle 10 Zielzahlen für die Zulassung von Studenten an Universitäten, Fachhochschulen und in Berufsausbildungseinrichtungen

Branche und Professionalisierungsgrad	Zugänge 2009	Ziele für 2016	Output
Soziale Dienste, Gesundheit und Sport	17.324	18.590	15.337
Berufsausbildung	8.050	8.930	7.477
Fachhochschule (Bachelor-) Abschluss	7.552	7.700	6.046
Universität (Master-) Abschluss	1.722	1.960	1.714

Quelle: Ministry of Education and Culture 2012, 72.

In der Branche „Soziale Dienste, Gesundheit und Sport“ werden diese Zahlen auf folgende Ausbildungsgänge aufgeteilt: Soziale Arbeit, Gesundheitsfachkraft, Gesundheit und Soziale Arbeit, Zahnmedizin, Rehabilitation und Sport, Pharmazie, Medizin, technische Gesundheitsberufe, Tiermedizin und Kosmetik. Darüber hinaus werden Zielzahlen für das Angebot in der schwedisch-sprachigen Ausbildung nach Branchen aufgeteilt beziffert (Ministry of Education and Culture 2012, 72f.).

4.3.4 Organisationen

Zahlreiche Akteure (s.o.) sind an der branchenübergreifenden Bedarfsanalyse beteiligt: Ministerien, der nationale Bildungsbeirat, der finnische Verband der Regional- und Kommunalbehörden, Statistics Finland, das Finnische Zentrum für Pensionen und Forschungsinstitute (Dussault et al. 2010, 21). Eine am tatsächlichen regionalen Bedarf orientierte Ausschreibung von Stellen für Gesundheitsfachkräfte findet durch die jeweiligen Gemeinden im Rahmen ihres Versorgungsauftrages statt. Dadurch ist die Wahl der Ärzte beschränkt, wenn sie sich einen Standort suchen (Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 38).

4.3.5 Zukünftige Entwicklung

Aus ersten Eckpunkten einer umfassende Reform der sozialen Sicherung und der Gesundheitsversorgung, veröffentlicht Ende Juni 2014, geht hervor, dass eine Zentralisierung auf fünf Regionen stattfinden könnte, die jeweils verantwortlich für die soziale Sicherung und Gesundheitsversorgung für ein bestimmtes Gebiet werden. Das wichtigste Instrument dieser neu geschaffenen Regionen soll die Entscheidung über die Dienstleistungserbringung jeweils für einen Zeitraum von vier Jahren sein. Unter anderem soll daraus hervorgehen, wie soziale und gesundheitliche Dienstleistungen erbracht werden und wer für die Erbringung verantwortlich ist. Dazu sollen die Pflichten der Gemeinden und der gemeinsamen kommunalen Behörden für die Leistungserbringung festgelegt werden sowie die Ressourcen und die Finanzierung zugeteilt werden. Die Regionen der sozialen Sicherung und Gesundheitsversorgung sollen jährlich mit den Leistungserbringern verhandeln; das Ministerium für Soziales und Gesundheit soll die getroffene Entscheidung über die Leistungserbringung jeweils bestätigen. Das Ministerium soll jährlich mit den Regionen darüber verhandeln, wie die nationale Politik der sozialen Sicherung und Gesundheit in der jeweiligen Region implementiert wird.

Im Einklang mit der Entscheidung über die Leistungserbringung können die Gemeinden und die gemeinsamen kommunalen Behörden weiter selbst Leistungen erbringen. Sie können sie jedoch auch auslagern z.B. an Organisationen oder Unternehmen oder ein System von Service-Gutscheinen verwenden. Ein mit den Gemeinden abgestimmter Entwurf für ein solches Gesetz soll im Herbst 2014 zur Debatte an das Parlament gehen. Die Reform könnte, laut vorläufigem Zeitplan, bis 2017 umgesetzt werden (MSAH 2014a, 2014b).

Literatur

Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z (2010): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen. WHO im Auftrag des European Observatory on Health Systems and Policies.

Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S., Mays, N (2008): Policy brief. Capacity planning in health care. A review of the international experience. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 28-32.

Ministry of Education and Culture (2012): Education and Research 2011-2016. A development plan. Reports of the Ministry of Education and Culture, Finland 2012:3. URL: <http://www.minedu.fi /OPM/Julkaisut/julkaisulistaus?lang=en> [11.08.2014].

MSAH (2014a): Social welfare and health care reform. Key contents of the act on the arrangement of services. Terveys ja talous Association. Power-Point-Präsentation Seminar 27.06.2014. URL:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-31016.pdf
[31.07.2014].

MSAH (2014b): Press release 149/2014. A solution found for the social welfare and health care services reform. English translation of a press release originally issued in Finnish on 25.6.2014. URL: <http://www.stm.fi/en/pressreleases/pressrelease/-/view/1886238#en>
[31.07.2014].

OECD (2005): OECD Reviews of Health Systems – Finland. Paris: OECD Publications. URL: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8105191e.pdf?expires=1407761731&id=id&accname=ocid54026592&checksum=C4E49B5C91ED2BFB0A1113761CB2F377> [11.08.2014].

Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M (2013): Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en> [30.07.2014].

Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J (2014), "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en> [30.07.2014].

Statistics Finland (2014): Finland in Figures 2014. URL: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_fif_201400_2014_12308_net.pdf
[30.07.2014].

Schölkopf, M., Pressel, H (2014). Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Vuorenkoski, L., Mladovsky P., Mossialos, E (2008): Finland: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2008; 10(4): 1-168.

4.4 Vereinigtes Königreich Großbritannien und Nordirland

Grundmerkmale des Versorgungs- und Regulierungssystems

In Großbritannien, dem „Mutterland“ des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wurde 1946 der *National Health Service* (NHS) und damit die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für alle Einwohner eingeführt. Der NHS wird aus Steuermitteln des Zentralstaats finanziert und in England, Nordirland, Schottland und Wales separat verwaltet. Es gibt jedoch ein allumfassendes rechtliches Rahmenwerk und ähnliche Vergütungs- und Laufbahnstrukturen für Gesundheitsfachkräfte (Dussault et al. 2010, 19; Schölkopf/Pressel 2014, 14). Die Planungsstrukturen werden für England und Schottland separat dargestellt.

4.4.1 England

Organisationsstruktur des NHS heute

Die Verantwortung für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen liegt beim Parlament, dem Gesundheitsminister (engl.: *Secretary of State for Health*) und dem Gesundheitsministerium (engl.: *Department for Health*) (Harrison 2013, 37). Der NHS sorgt für die Bereitstellung der Gesundheitsversorgung für alle Einwohner, einschließlich der Leistungen durch Krankenhäuser und ärztliche Leistungen sowie der Verschreibung von Arzneimitteln. Durch den *Health and Social Care Act 2012* wurden einige wichtige Funktionen an eine neue Organisation, das *NHS Commissioning Board*, jetzt als *NHS England* bezeichnet, übertragen. *NHS England* ist für die Verwaltung des NHS Budgets, die Überwachung der neu gegründeten *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) sowie die Einhaltung der vom Gesundheitsminister festgelegten Ziele durch das NHS verantwortlich (Harrison 2013, 37, 40). Im Jahr 2013 hat sich die neue Organisationsstruktur des NHS in England dementsprechend erst vollständig entfaltet (HEE 2014a, 3).

Neben dem organisatorischen Überbau des NHS England gibt es vier regionale Teams für North of England, Midlands and East of England, London und South of England. Das Gebiet teilt sich weiter in *area teams* auf, die zuständig sind, „to lead the assurance of CCG plans“ (NHS England 2013a, 37). Sie sind außerdem direkt mit der Verantwortung für zentrale allgemeinmedizinische Leistungen, zahnmedizinische Leistungen, Optiker und Pharmazie betraut. Zu ihren Aufgaben gehören zudem *public health*-Programme, Impfungen und Screening-Programme. Sie können für weitere spezielle Leistungen zuständig sein.

Im Gebiet des regionalen Teams North of England liegen beispielsweise 68 der landesweit 211 CCGs. Die CCGs sind geographisch gesehen die kleinste Planungseinheit, die am nächsten am tatsächlichen Bedarf der Bevölkerung liegt. Sie müssen zum einen die Anforderungen durch die Regierung erfüllen, die Ziele des NHS England einbeziehen und

gleichzeitig ihre selbst gesetzten Ziele und die Bedürfnisse der Bevölkerung umsetzen. CCGs verhandeln als lokale Autorität mit den Stakeholdern vor Ort, um schlüssige Gesundheitspläne zu entwickeln. NHS England unterstützt sie dabei und behält den Überblick über alle CCGs. CCGs und lokale Teams arbeiten darüber hinaus mit ihren Nachbarn zusammen, um in einem größeren geographischen Raum über die Grenzen hinweg die Gesundheitsversorgung (etwa bei spezialisierten Leistungen oder Krankentransporten) zu gewährleisten (NHS England 2013a, 24; NHS England 2014a).

„Plans must be owned locally and driven by local needs.“ (NHS England 2013a, 25). Anders als in den Jahren zuvor schreibt die Anleitung *Everyone Counts: Planning for Patients 2014/15 to 2018/19* (NHS England 2013a) für die mittelfristigen Pläne der CCGs kein Verfahren vor, das festlegt, wie die jeweiligen Ziele erreicht werden sollen. Dennoch spielt NHS England eine Schlüsselrolle „in assuring that all plans are sufficiently robust, that they will collectively deliver our commitments and that all citizens across England are supported by equally high quality services. We need also to make sure the commissioning system is effective and efficient and that local flexibility does not translate into inefficiency or duplicated effort“ (NHS England 2013a, 25). Der *Health and Social Care Act* von 2012 schreibt außerdem vor, dass NHS England Ungleichheiten im Zugang zur Gesundheitsversorgung und deren Outcome bekämpft. Dementsprechend soll die Budgetallokation entsprechend der Pro-Kopf-Bevölkerung erfolgen und sowohl soziale Ungleichheiten als auch die Auswirkungen einer alternden Bevölkerung auf die Gesundheitsversorgung einbeziehen (NHS England 2013a, 45).

Organisationsstruktur vor dem Health and Social Care Act

Vor der Gesetzesänderung wurde die Gesundheitsversorgung seit 2006 durch 10 (vorher 28) strategische Gesundheitsbehörden (engl.: *Strategic Health Authorities* (SHAs)) gesteuert. Die Versorgung wurde vor Ort von über 151 (zuvor 303) lokalen Gesundheitsdiensten organisiert (wahlweise auch als Primärversorgungsgebiete übersetzt, engl.: *Primary Care Trusts* (PCTs)). PCTs organisierten und finanzierten mit ihnen zugewiesenen Budgets die ambulante und stationäre Versorgung durch Verträge mit den Leistungserbringern. Sie waren im Durchschnitt für jeweils 340.000 Einwohner zuständig (Dussault et al. 2010, 19; Schölkopf/Pressel 2014, 14).

Die CCGs haben nun die PCTs auf der lokalen Ebene als leistungsanbietende Organisation ersetzt. Damit verfolgt der Gesetzgeber die Absicht, dass die CCGs (bestehend aus Ärzten, Krankenpflegern und anderen Berufsgruppen) mutmaßlich vorwiegend anhand klinischer Maßstäbe entscheiden. Ziel ist es, laut Gesundheitsministerium, eine stärkere direkte Kontrolle durch Ärzte, Krankenpfleger und andere Gesundheitsfachkräfte zu gewährleisten.

Dies soll dem besseren Zuschnitt der lokal angebotenen Gesundheitsversorgung dienen. Auch wenn so der medizinische Beitrag betont wird, sind dennoch andere Professionen mit primär wirtschaftlichem Hintergrund (Manager, Buchhalter, etc.) weiterhin von großer Bedeutung (Department of Health 2013, Harrison 2013, 37).

Gesundheitsversorgung

Der stationäre und der ambulante Sektor Englands sind staatlich dominiert. Allein die Allgemeinärzte haben innerhalb des NHS ein, wenn auch reglementiertes, Niederlassungsrecht. Die ambulante ärztliche Versorgung erfolgt zu einem überwiegenden Teil durch selbständig tätige Allgemeinmediziner, die mittlerweile vermehrt in Gruppenpraxen tätig sind. Allgemeinmediziner sind jedoch nur auf dem Papier unabhängig, denn sofern die Patienten im Rahmen des NHS behandelt werden, sind sie vertraglich an den staatlichen Gesundheitsdienst gebunden. Auf einen Allgemeinmediziner kamen im Jahr 2012 durchschnittlich 1.562 Personen. Ein kleiner Teil der niedergelassenen Ärzte, etwa in weniger dicht besiedelten Gebieten, ist sogar direkt beim NHS beschäftigt. Die Allgemeinmediziner sind Gatekeeper für das Gesundheitssystem, da sie typischerweise die erste Anlaufstelle für Patienten darstellen und anschließend den weiteren Behandlungsweg vorgeben, also etwa an eine fachärztliche Behandlung überweisen. Die meisten Allgemeinmediziner stellen andere Gesundheitsfachkräfte wie etwa Krankenpfleger an, die die Überwachung und Messung beispielsweise von Blutdruck und kleinere Behandlungen, z.B. Wundbehandlung, übernehmen. Prinzipiell können Patienten ihren Allgemeinmediziner frei wählen, in der Praxis ist ihre Auswahl jedoch begrenzt, da viele bereits eine volle Liste haben und keine neuen Patienten mehr aufnehmen können. In einigen Gebieten bieten *walk-in center* primäre Versorgung an, ohne dass dort eine Registrierung notwendig wäre (Sutor 2013, 271f.; Harrison 2013, 38).

Fachärzte werden fast ausschließlich als Angestellte von NHS Krankenhäusern vergütet. Die meisten fachärztlichen ambulanten Behandlungen finden ebenfalls in Krankenhäusern statt. Bezahlungen für ambulante Konsultationen werden anhand national festgelegter Raten an die Krankenhäuser bezahlt. Einige Allgemeinmediziner, sogenannte *GPs with specialist interests*, bieten ebenfalls fachärztliche Konsultationen an (Harrison 2013, 39). Die primäre Zahnversorgung wird durch Verträge mit Zahnärzten oder Zahnarztpraxen für ein bestimmtes Versorgungslevel pro Jahr im Rahmen der national vorgegebenen Verträge geschlossen. Die meisten Zahnärzte bieten sowohl NHS-Leistungen als auch private Leistungen an. Augenärztliche Behandlung findet außerhalb von Krankenhäusern fast ausschließlich im privaten Sektor statt (Harrison 2013, 39).

Die CCGs, bestehend aus Ärzten, Krankenpflegern und anderen Gesundheitsfachkräften, sollen ihr Fachwissen einsetzen, um den lokalen Bedarf an Gesundheitsleistungen zu planen

und die Leistungen von Leistungserbringern einzukaufen, die die NHS Standards und Kosten erfüllen. Dazu können NHS-Krankenhäuser, soziale Unternehmen, freiwillige Organisationen oder private Anbieter gehören. Dies führe, so das Gesundheitsministerium, zu „better care for patients, designed with knowledge of local services and commissioned in response to their needs“ (Department of Health 2013).

4.4.1.1 Entstehungszusammenhang und Kontext des Planungssystems

Die Planung der Gesundheitsberufe fand vor dem Inkrafttreten des Health and Social care Act auf der lokalen Ebene statt. Die Leistungserbringer bedienten die Anforderungen der Kommissionen der PCTs und stellten sicher, dass letztendlich die angemessene Anzahl an Arbeitskräften vorhanden war. Ausgehend von den Plänen der Leistungserbringer erstellten die PCTs kombinierte Leistungs- und Personalpläne und leiteten diese an die SHAs weiter. Die SHAs waren dafür verantwortlich, dass lokale Organisationen ein effektives System zur Arbeitskräfteplanung hatten. Sie bildeten aus den Plänen der PCTs einen regionalen Plan und entwickelten umfassende Leistungs- und Personalpläne für die Region, anhand derer Aus- und Weiterbildungsziele definiert wurden. Die regionalen SHA-Pläne wurden vom *Centre for Workforce Intelligence* analysiert, zusammengefasst und anschließend durch nationale und regionale Beiräte überprüft. Das Gesundheitsministerium überwachte die SHA-Pläne und verteilte auf dieser Grundlage Budgets, die für die Weiterentwicklung der Arbeitskräfte eingesetzt wurden. Dabei verfolgte das Gesundheitsministerium eine Langzeitstrategie vor dem Hintergrund der politischen Ziele. Zudem wurde empfohlen, eine multiprofessionelle Zusammenarbeit zu unterstützen und eine dezentrale Fachkräfteplanung einzuführen, da diese auf lokaler Ebene flexibler sei (Boyle 2011, 153f., Dussault et al. 2010, 20).

In England standen Planung und Strategie für das Personal im Gesundheitswesen in den letzten Jahren weit oben auf der politischen Agenda und waren u.a. Gegenstand einer Untersuchungskommission des Unterhauses im Jahr 2007. Der Bericht offenbarte eine mangelnde Abstimmung zwischen der Fachkräfteplanung sowie der Planung von Leistungen und finanziellen Zuweisungen. Zudem bestand eine Diskrepanz zwischen dem Druck den nationalen politischen Schwerpunkten zu genügen und gleichzeitig dem lokalen Bedarf an Leistungen und Personal gerecht zu werden. Als Antwort auf den Bericht wurde in einem *Next Steps Review* die Umverteilung von Ressourcen zugunsten einer Grundversorgung und vor Ort in Auftrag zu gebender Leistungen festgelegt. Zudem wurde die stärkere Lenkungsfunktion der Krankenhäuser betont (Dussault et al. 2010, 19).

Durch die Änderung der Organisationsstruktur des NHS und die Schaffung neuer Institutionen, v.a. des *Health Education England* (HEE), hat sich die Planung ebenfalls geändert. In England findet heute sowohl eine langfristige Planung durch Prognosemodelle für den zukünftigen Bedarf und die Nachfrage an Gesundheitsleistungen als auch eine Steuerung der Personalressourcen durch Allokation von Budgets auf lokaler Ebene statt. Im Folgenden werden zunächst die wichtigsten beteiligten Organisationen vorgestellt.

4.4.1.2 Organisationen

NHS England

Die Aufgabe von NHS England, gegründet 2011, ist es, das durch die Regierung zugewiesene Budget sinnvoll im Gesundheitswesen einzusetzen. Das Mandat wird jährlich erneuert und an bestimmte Ziele geknüpft. Die Art und Weise, wie diese Ziele erreicht werden, kann flexibel durch NHS England direkt oder durch die CCGs entschieden werden (NHS England 2013a, 3). NHS England unterstützt und finanziert den Einkauf der Leistungen durch die lokalen CCGs und stellt sicher, dass die Ressourcen effizient für die bestmögliche Versorgung eingesetzt werden. Einige spezielle Leistungen werden weiterhin direkt durch NHS England zentral bereitgestellt, immer dann wenn dies effizienter ist (Department of Health 2013).

Monitor

Der Health and Social Care Act von 2012 hat zudem die Rolle von *Monitor* auf die ökonomische Regulierung der öffentlichen und privaten Anbieter ausgeweitet. *Monitor* lizenziert alle Leistungserbringer, deren Leistungen durch den NHS erstattet werden (Harrison 2013, 37, 40). Darüber hinaus soll es die Interessen der Patienten sichern und wahren sowie dafür sorgen, dass NHS -Leistungen effizient und in einem angemessenen Preis-Leistungs-Verhältnis stehen. Dies soll u.a. durch die Lizenzierung der Anbieter von Gesundheitsleistungen durch Monitor geschehen (Department of Health 2013).

Centre for Workforce Intelligence

Das *Centre for Workforce Intelligence* (CfWI) wird durch das Gesundheitsministerium, *Health Education England* und *Public Health England*, damit beauftragt, Daten, Instrumente und Beratung für Entscheidungsfindungen in Bezug auf die Arbeitsmarktpolitik auf nationaler und lokaler Ebene bereitzustellen. In diesem Zusammenhang betreibt das CfWI *Horizon scanning*, um die möglichen Herausforderungen, Chancen und wahrscheinliche, zukünftige Entwicklungen zu beobachten, die Einfluss auf die Arbeitskräfteplanung haben können. Außerdem werden plausible Szenarien erstellt und durch *Workforce modelling* die zukünftige Nachfrage und das Angebot auf der Basis dieser Szenarien errechnet und in Einklang

gebracht. Dadurch wird ein Vergleich zwischen den verfügbaren und den in Zukunft voraussichtlich benötigten Arbeitskräften ermöglicht. Schließlich betreibt das CfWI *Policy analysis*, um mögliche Einflüsse zukünftiger Gesetzgebung auf die verschiedenen Szenarien zu überprüfen und Entscheidungsträger darüber zu informieren (CfWI 2014).

Health Education England

HEE wurde im Juni 2012, im Zuge des *Health and Social Care Act* als *Special Health Authority* gegründet, übernahm im Oktober 2012 erste Funktionen und ist seit April 2013 vollständig in seinem Verantwortungsbereich, der Planung und Implementierung der Aus- und Weiterbildung der nächsten Generation von Gesundheitsfachkräften, etabliert (HEE 2013, 5). HEE stellt sicher, dass die Gesundheitsfachkräfte die jeweils benötigten Kompetenzen mitbringen und die Ausbildung erfahren, die sie benötigen um die Gesundheitsversorgung der Patienten zu verbessern. Es unterstützt ein Netzwerk von *Local Education and Training Boards*, welche die Ausbildung der Arbeitskräfte planen, sodass sie lokalen und nationalen Anforderungen genügen (Department of Health 2013).

HEE veröffentlichte am 17.12.2013 den ersten *Workforce Plan for England* (HEE 2013), der sich aus dem arbeitgeberorientierten Bedarf der dreizehn kommunalen *Local Education and Training Boards* (LETBs, dt.: kommunale Bildungs- und Ausbildungseinrichtungen) zusammensetzt und durch die Expertise einer Beratungsgruppe des HEE sowie weiteren Stakeholdern entstanden ist. Er ist gleichzeitig Grundlage für die Entscheidung der Investitionen, die 2014/15 vorgenommen werden. Vorausgegangen war der erste *National workforce planning guidance* des HEE im Jahr 2013, auf deren Grundlage die LETBs regionale Pläne verfassten. Für den Planungszeitraum 2015/16 wurde bereits darauf aufbauend ein neuer *HEE Workforce Planning Guidance 2014/15 for 2015/16* (HEE 2014a) veröffentlicht. Darin sind Zeitpläne und Zwischenziele festgelegt. Sie sind am akademischen Jahr ausgerichtet (zwischen April und November), um einen geeigneten Rahmen für die Investitionsplanung für 2015/16 zu schaffen (HEE 2013, 5; HEE 2014a, 3, 6f.).

Durch HEE ist erstmals eine Organisation in England mit einem festgelegten Budget (5 Millionen Pfund jährlich) nur für das aktuelle und das zukünftige Arbeitskräfteangebot zuständig. Außerdem wurden 2013 zum ersten Mal medizinische und nicht-medizinische Planungsentscheidungen zusammengeführt, um die Prioritätensetzung verbessern zu können. Durch die LETBs können kommunale Bedarfe mit der nationalen Politik abgestimmt werden. Auf diese Weise sollen begründete Entscheidungen über Investitionen in das aktuelle und zukünftige Arbeitskräfteangebot ermöglicht werden (HEE 2013, 5; HEE 2014a, 3).

Local Education and Training Boards

Die LETBs sind als regionale Präsenz dafür zuständig zu gewährleisten, dass die lokal Beauftragten und die Arbeitgeber, unter Berücksichtigung des Bedarfs der Patienten, im Vordergrund des Planungs- und Prognoseprozesses stehen (HEE 2014a, 3). Durch die Mitarbeit von Arbeitgebern und Fachkräften selbst sollen die LETBs die Qualität der Aus- und Weiterbildung verbessern und an den Bedarf der Patienten und Anbieter in ihrer Region anpassen. LETBs können flexibel in die Aus- und Weiterbildung investieren, um Innovationen und die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems voran zu treiben. Sie haben die Möglichkeit sicherzustellen, dass das Geld im System den Studenten mit dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Ausbildung folgt (HEE 2014c).

4.4.1.3 Planungskriterien

Zulassungszahlen zu Studium oder Weiterbildung

Seit 2012 ermittelt HEE die Zahl der benötigten Studienplätze für Gesundheitsfachkräfte systematisch. In die Arbeitsmarktplanung gehen mögliche zukünftige Bedarfe für bestimmte Positionen und das zukünftige Angebot anhand bestimmter Schätzungen ein.

Tabelle 11 Faktoren die einen Einfluss auf Angebot und Nachfrage an Fachkräften haben

Einfluss auf das Angebot	Einfluss auf die Nachfrage
das aktuelle Arbeitskraftangebot	veränderte Krankheitsbilder
die Rate des Arbeitskräfteabgangs von Ausbildungskursen	technologische Entwicklungen
die Rate der Fluktuation von Mitarbeiter	Einführung neuer Berufe oder regulatoriver Standards
das Renteneintrittsalter	finanzielle Bedingungen
der Zuwachs und Abgang aus und in andere Länder	neue Rollen die aktuelle Positionen substituieren

Quelle: HEE 2013, 19.

HEE arbeitet, ebenso wie die LETBs, in verschiedenen Planungszeiträumen. Neben den jährlichen *Workforce plans for England* gibt es ein *Fifteen year strategic framework*: Im Februar 2013 wurde ein Dokument veröffentlicht, das eine Planung für 15 Jahre darlegt. Darin werden verschiedene Einflüsse auf die Planung für einen solch langen Zeitraum genannt: Demografie, Technologie und Innovationen, soziale, politische und umweltbedingte Veränderungen, die heutige und zukünftige Erbringung von Dienstleistungen und die Erwartungen der Patienten und Mitarbeiter (HEE 2014a, 13f.; HEE 2014b).

Vor der Umstrukturierung des NHS stellten Dienstleister einen jährlichen Arbeitskräfteplan auf, um sicherzustellen, dass die zur Deckung des Versorgungsbedarfs benötigte Zahl an Arbeitskräften vorhanden war. Nun müssen Prognosen über einen Fünf-Jahres-Zeitraum erstellt werden. Damit wird berücksichtigt, dass die Ausbildung qualifizierten Personals in der Regel mehrere Jahre erfordert. Daher müssen die Pläne der CCGs im Einklang bzw. als Information für die Pläne der LETBs dienen. Umgekehrt müssen LETBs die CCGs bei ihrer Planung unterstützen. NHS England wird daher die CCG-Pläne auf den Input der LETBs hin überprüfen. Umgekehrt wird HEE bei der Überprüfung der LETB-Pläne kontrollieren, dass diese im Einklang mit den CCG-Service-Plänen angefertigt wurden (HEE 2014a, 29f.).

CCG-Pläne

In England können *comissioning arrangements*, also Umsetzungsmaßnahmen, die Verfügbarkeit von offenen Stellen in verschiedenen Regionen beeinflussen (Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 38). NHS England veröffentlichte ein Papier, das einen Rahmen für die Fünf-Jahres-Pläne der CCGs bildet: *Everyone Counts* setzt einen Rahmen, in dem die Beauftragten mit den Leistungserbringern und Partnern in den lokalen Regierungen einen ambitionierten, aber robusten Fünf-Jahres-Plan ausarbeiten, um die Kontinuität und Nachhaltigkeit einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten. Die Planungsunterstützung beinhaltet Hilfen, die die Beauftragten in die Lage versetzen sollen, die bestmöglichen Outcomes für ihr lokales Gebiet zu erreichen. Sie soll dabei helfen:

- strategische Pläne auszuarbeiten, die einen Fünf-Jahres-Zeitraum abdecken,
- einen auf den Outcomes fokussierten Ansatz zu entwickeln, mit einer ambitionierten aber gleichzeitig glaubhaften Kostenaufstellung wie dieser Plan zu erreichen ist,
- die Bevölkerung und damit die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten bei der Planung mit einzubeziehen,
- mehr Integration zwischen Leistungserbringern und Beauftragten zu erreichen,
- mehr Integration zwischen sozialen Dienstleistungen durch die Kooperation mit lokalen Gebietskörperschaften,
- die Pläne explizit auf den Umgang mit finanziellen Lücken und Risiken abzustimmen und Strategien zur Kostendämpfung einbeziehen (NHS England 2014b).

Durch die Budgets, die den lokalen CCGs für den Einkauf von Gesundheitsleistungen zur Verfügung stehen, werden auch die Personalkosten abgedeckt. Somit hat die Budgetallokation Einfluss auf die Personalpolitik und die Personalplanung durch die LETBs sowie englandweit durch HEE und umgekehrt. Detaillierte Budgetpläne für jedes CCG und einzelne spezielle Leistungen werden jeweils veröffentlicht. In der veröffentlichten Aufteilung der Budgetallokationen an die CCGs für die Jahre 2014/15 und 2015/16 wird eine neue

Formel verwendet, die die Veränderungen in der Bevölkerung besser widerspiegeln soll. In der veröffentlichten Tabelle finden sich die Budgets für die einzelnen CCG (NHS England 2013b).

4.4.1.4 Ausprägungen

HEE autorisiert 129 strukturierte Ausbildungsprogramme, um das zukünftige Personal in 110 verschiedenen Positionen zu schulen. Die übrigen Berufe werden durch klassische Bildungsmöglichkeiten an Universitäten, Colleges oder durch die Ausbildung am Arbeitsplatz erfasst. Es gibt 35 Ausbildungsprogramme für nichtmedizinische klinische Berufe und 94 Programme zur medizinischen und zahnmedizinischen Ausbildung, die darauf ausgelegt sind, Allgemeinmediziner, Zahnärzte und 78 verschiedene Berufe im beratenden Bereich und andere Mediziner hervorzubringen (HEE 2013, 19). Im *Workforce Plan for England* (HEE 2013) sind die Planungen für 2014/15 für die einzelnen Berufe dargelegt. Tabelle 11 zeigt daraus einige Beispiele.

Tabelle 12 Education and Training Commissions for 2014/15

Clinical Profession Education Programme	2013/14	2014/15	Zuwachs/ Rückgang	%
Adult Nurse	12.134	13.228	1.094	9,0 %
Children`s Nurse	2.151	2.182	31	1,4 %
Learning Disabilities Nurse	628	653	25	4,0 %
Mental Health Nurse	3.096	3.143	47	1,5 %
Midwives	2.563	2.563	0	0,0 %
Physiotherapist	1.488	1.490	2	0,1 %
Dietitian	329	336	7	2,1 %

Quelle: HEE 2013, 62

In der Allgemeinmedizin wurde auf der Grundlage von Prognosen des CfWI geplant, die Zahl der postgraduierten Trainingspositionen bis 2015 zu 50 % in der Allgemeinmedizin anzubieten. Dementsprechend sollen 3.250 der 6.500 Plätze bis 2015 in der Allgemeinmedizin erreicht werden. Für 2014/15 sind bereits 3.099 Ausbildungsplätze zu besetzen (HEE 2013, 7).

Literatur

Boyle, S (2011): United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(1):1-486.

CfWI (2014): Centre for Workforce Intelligence. URL: <http://www.cfw.org.uk/> [16.09.2014].

Department of Health (2013): The health and care system explained. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/the-health-and-care-system-explained/the-health-and-care-system-explained#what-the-changes-to-the-health-and-care-system-mean-for-patients-and-local-communities> [12.09.2014].

Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z (2010): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen. WHO im Auftrag des European Observatory on Health Systems and Policies.

Harrison, A (2013): The English Health Care System, 2013. In: Thomson, S., Osborn, R., Jun, M (2013): International Profiles of Health Care Systems, 2013. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Commonwealth Fund pub. no. 1717.37-44.

HEE (2013). Investing in People. For Health and Healthcare. Workforce Plan for England. Proposed Education and Training Commissions for 2014/15. URL: <http://hee.nhs.uk/wp-content/blogs.dir/321/files/2013/12/Workforce-plan-UPDATE-interactive.pdf> [16.09.2014].

HEE (2014a): Workforce Planning Guidance 2014/15. For 2015/16 Education Commissions. URL: <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/04/Workforce-planning-guidance-2014-15.pdf> [16.09.2014].

HEE (2014b): Strategic Framework. URL: <http://hee.nhs.uk/work-programmes/strategic-framework/> [16.09.2014].

HEE (2014c): Our LETBs. URL: <http://hee.nhs.uk/about/our-letbs/> [22.09.2014].

NHS England (2013a): Everyone Counts: Planning for Patients 2014/15 to 2018/19. URL: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/5yr-strat-plann-guid-wa.pdf> [22.09.2014].

NHS England (2013b): NHS allocations for 2013/14. URL: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/allocation-summary.pdf> [22.09.2014].

NHS England (2014a): About us. URL: <http://www.england.nhs.uk/about/> [16.09.2014]

NHS England (2014b): Strategic and Operational Planning 2014 to 2019. URL: <http://www.england.nhs.uk/ourwork/sop/> [22.09.2014].

Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J (2014): "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. URL: <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en> [16.09.2014].

Schölkopf, M., Pressel, H (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Sutor, D (2013): Markt und Staat im Gesundheitswesen. Eine Systemanalyse am Beispiel von Deutschland, den USA und dem Vereinigten Königreich. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

4.4.2 Schottland

Schottland ist das nördlichste Land des Vereinigten Königreiches und hat nur fünf Millionen Einwohner. Die meisten Menschen leben in einem *central belt*, der Glasgow und Edinburgh einbezieht. Die Bevölkerungsdichte ist im Vergleich zu den anderen Teilen des Vereinigten Königreiches sehr gering. Die Bevölkerungszahl ist in den letzten 50 Jahren zwar relativ stabil geblieben, jedoch bei steigendem Anteil der über 65-Jährigen (Steel/Cylus 2012, 1).

Die Regierung des Vereinigten Königreiches stellt dem schottischen Parlament ein gesamtes Budget zur Verfügung. Das *Department of Health* hat durch den Scotland Act 1998 die meisten Aufgaben, wie etwa die Regulierung der meisten Gesundheitsfachkräfte, übernommen. Es vertritt das gesamte Vereinigte Königreich im internationalen Rahmen (z.B. EU, WHO) (Steel/Cylus 2012, 20).

Gesundheitsleistungen werden in Schottland fast komplett aus Steuern finanziert und sind zu einem großen Teil kostenfrei für alle Einwohner zugänglich. Die Verantwortung für Gesundheit und die Gesundheitsversorgung liegt beim *Scottish Cabinet Secretary for Health, Wellbeing and Cities Strategy* der gegenüber dem schottischen Parlament Verantwortung trägt. Unterstützt durch die *Scottish Government health and social care directorates* erlassen die Minister Gesetze, überwachen die Gesundheitsversorgung durch den NHS und regulieren den kleinen unabhängigen Sektor (Steel/Cylus 2012, 18). Viele Zuständigkeiten sind an die 14 integrierten, geographisch abgegrenzten *NHS Boards* delegiert, die die Verantwortung für die Planung und die komplette Gesundheitsversorgung (akute, primäre Versorgung und Gemeindeggesundheitsdienst) für die Einwohner in ihrem Gebiet übernehmen. Ein Großteil des Budgets für Gesundheit wird an die *NHS Boards* transferiert. *NHS Boards* haben die Möglichkeit, die Ausgestaltung der lokalen Gesundheitsversorgung festzulegen und lokale Prioritäten zu setzen. Personal in den Krankenhäusern und Gemeinden ist direkt bei den *NHS Boards* angestellt. Die Überwachung der primären Versorgung wurde von den Boards an andere Organisationen delegiert, seit 2008 an 34 so genannte *Community Health Partnerships* (CHPs). Dies sind Komitees der jeweiligen *NHS Boards*, die verantwortlich für Planung und Leistungserbringung in der primären und gemeindeorientierten Gesundheitsversorgung sind. Sie schließen Verträge mit den selbständigen Vertragspartnern in der primären Versorgung, wie etwa mit Allgemeinmedizinern, Zahnärzten, Gemeindepharmazeuten, und erstatten ihnen die Leistungen, die sie für den NHS erbringen (CHP 2014, Steel/Cylus 2012, 17f., 23, 81).

Darüber hinaus unterstützen sieben spezielle *NHS Boards* und ein *public health body* die regionalen NHS Boards zusätzlich bei der Bereitstellung von wichtigen speziellen und

landesweiten Dienstleistungen, die am besten durch einzelne nationale Organisationen erbracht werden können. Darunter beispielsweise *NHS Education for Scotland* (Aus- und Weiterbildung für die Mitarbeiter des NHS Scotland) oder *Scottish Ambulance Service* (Notrufe und Krankentransport) (Scottish Government 2014).

Gesundheitsversorgung

Etwa 90 % der Patientenkontakte finden in der primären Versorgung in nichtstationären Einrichtungen statt. In den meisten Fällen beginnt und endet die Behandlung dort. Allgemeinärzte arbeiten zunehmend in interdisziplinären Teams mit Krankenpflegern, Hebammen, *health visitors* und anderen verwandten Gesundheitsfachberufen sowie Managern zusammen. Primäre Versorgung dient als Gatekeeper für die sekundäre und tertiäre Versorgung (Steel/Cylus 2012, 77, 80).

Die meisten Allgemeinmediziner (87 % der Praxen) sind selbständige Vertragspartner, die dem NHS ihre Leistungen anbieten. Der übrige Teil geht Verträge mit dem lokalen Board ein (9 %) oder wird direkt durch das Board angestellt (4 %). Die Zahl der Allgemeinmediziner, die in den letzten beiden Varianten ihre Leistung anbieten, ist in den letzten Jahren stark angestiegen. Die Flexibilität der Gesundheitsversorgung in ländlichen und benachteiligten Gebieten wird auf diese Weise erhöht. Jeder Bürger des Vereinigten Königreiches hat das Recht bei einem Allgemeinmediziner registriert zu sein und diesen ohne eigene Kosten zu konsultieren. Patienten können eine allgemeinmedizinische Praxis selbst wählen, wenn die jeweilige Liste für neue Patienten geöffnet ist und der Patient akzeptiert wird. Letzteres bedeutet zumeist, dass der Patient in einem Gebiet lebt, das durch die Praxis bedient wird (Steel/Cylus 2012, 81f.).

Um fachärztliche Versorgung in Anspruch zu nehmen, bedarf es, außer in Notfällen, einer Überweisung durch einen Allgemeinmediziner. Normalerweise überweist dieser an lokale Krankenhäuser, es kann jedoch an jede stationäre Einrichtung des NHS überwiesen werden (Steel/Cylus 2012, 85). Die sekundäre und tertiäre Versorgung wird hauptsächlich in stationären Einrichtungen stationär oder ambulant erbracht. In Schottland gehören diese Einrichtungen fast ausschließlich zum NHS; es gibt nur eine kleine Zahl an privaten Einrichtungen, darunter vier große Akutkrankenhäuser, die an den NHS vermietet sind. Die Versorgung wird durch angestellte Fachärzte, Assistenzärzte, Krankenpfleger, verwandte Gesundheitsberufe und Pharmazeuten erbracht (Steel/Cylus 2012, 83).

4.4.2.1 Entstehungszusammenhang und Kontext des Planungssystems

Ein Großteil der Planungsaktivitäten für die Gesundheitsversorgung findet auf der Ebene der

Boards statt. Das *Scottish Government Health Directorates* bildet einen Rahmen, in dem NHS Boards agieren und Ziele selbst spezifizieren. Seit 2007 ist dieser Vorgang eng mit dem übergreifenden *National Performance Framework* des *Scottish Government* verbunden. In diesem Rahmen legt jedes Board einen *local health plan*, der einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren abdeckt und einen strategischen *local delivery plan* vor, der mit den *directorates* vereinbart wurde und im Einklang mit der regionalen und nationalen Planung in übergreifenden Fragen steht (Steel/Cylus 2012, 29, 32).

Für Schottland existieren diverse Papiere, die von einer kontinuierlichen Auseinandersetzung mit der Arbeitskräfteplanung zeugen. Einige Dokumente sind auf der Homepage des *Information Services Division* (ISD) abrufbar. Dabei handelt es sich um eine Einheit des *NHS Nationale Services Scotland*, die seit über 40 Jahren essentielle Informationen und Dienstleistungen für den NHS Scotland und das *Scottish Government Health Department* und andere zur Verfügung stellt und dabei auf die Bedürfnisse des NHS Scotland als Gesundheitsdienstleister und Anbieter von sozialen Dienstleistungen eingeht. Die ISD veröffentlicht außerdem umfassende Daten über die verschiedenen Berufsgruppen, die im NHS Scotland tätig sind. Das Papier *Better Health, Better Care: Planning Tomorrow's Workforce Today* (2007) geht auf die neuen Herausforderungen in der Arbeitskräfteplanung für die darauf folgenden Jahre ein. Die im Juni 2013 veröffentlichte *2020 Workforce Vision „Everyone Matters“* behandelt die Gestaltung des zukünftigen Arbeitskräftereservoirs und geht auf Ziele und mögliche Herausforderungen für die zukünftige Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus gibt es ein Papier zur Umsetzung innerhalb dieses Rahmens für 2014-15 (ISD 2014).

Im Zuge der NHS Reform (Scotland) Act 2004 wurden alle NHS Boards gesetzlich verpflichtet, ein Arrangement für die Arbeitskräfteplanung zu treffen. Die NHS Boards sollten immer dann über ihre Grenzen zusammenarbeiten, wenn dies angebracht ist. Im April 2004 wurde der *Scottish Health Workforce Plan 2004 Baseline* veröffentlicht, der den Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen in Schottland beschreibt und die Strategie der Arbeitskräfteplanung im NHS Scotland und des *Scottish Executive Health Department* erörtert. Darauf aufbauend bot das *National Workforce Planning Framework 2005* einen Rahmen und eine Anleitung für die Arbeitskräfteplanung. Seitdem ist die Arbeitskräfteplanung gesetzlich vorgeschrieben. Damit erhielten die NHS Boards ein Instrument, das helfen soll, die Arbeitskräfteplanung als Schlüsselement der übergreifenden Planung im NHS Scotland zu etablieren (NHS Scotland 2005, 5f.).

Der darauf folgende *National Workforce Plan 2006* sollte zum einen den NHS Boards helfen, die zukünftigen Arbeitsmarktentwicklungen darzustellen und als Grundlage für die

Festlegung der Ausbildungskapazitäten im medizinischen, zahnmedizinischen und pflegerischen Bereich zu nutzen. Gleichzeitig dient er den an der Aus- und Weiterbildung beteiligten Anbietern als Information über die Bedürfnisse der zukünftigen Arbeitskräfte und mögliche Wege der zukünftigen Leistungserbringung. Dies wiederum beeinflusst die Arbeitskraft selbst. Somit ist die Arbeitskräfteplanung und -entwicklung ein kontinuierlicher, zyklischer Prozess (NHS Scotland 2006, 3).

Als die ursprüngliche Handreichung aus dem Jahr 2005 entwickelt wurde, war Arbeitskräfteplanung eine Neuerung im NHS Scotland. Aufgrund der damit gemachten Erfahrungen wurde eine *Revised Workforce Planning Guidance* erarbeitet und 2011 veröffentlicht. Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige Versorgung für die Patienten zu erreichen. Die Handreichung soll jene darin unterstützen, die für die Arbeitskräfteplanung verantwortlich sind, insbesondere bei der Entwicklung der Personalplanung in der Versorgung, für NHS Boards und Akteure auf regionaler Ebene. Die Anleitung kann auch in anderen Planungsbereichen unterstützen, insbesondere in der Finanz- und der Versorgungsplanung sowie in der integrierten Planung von Gesundheits- und sozialen Leistungen (Directorate für Health Workforce and Performance 2011, 1).

4.4.2.2 Planungskriterien

Die Anreicherung *Revised Workforce Planning Guidance 2011* stellt eine Planungsmethode in sechs Schritten vor, die eine integrierte Arbeitskräfteplanung im Sinne einer Zusammenarbeit zwischen Versorgungs-, Finanzplanern unter Berücksichtigung der *Local Delivery Plans* ermöglicht und auf andere Daten bzw. Informationsressourcen verweist, die dazu beitragen sollen, dass die Arbeitskräfteplanung evidenz-basiert stattfindet. Sie gibt einen Rahmen für die *Workforce Plans* der NHS Boards vor, die seit 2012 jeweils zum 30. Juni eines jeden Jahres veröffentlicht werden (Directorate für Health Workforce and Performance 2011, 2f., 17).

Six Step Methodology

Die Schritte werden im Folgenden zusammengefasst wiedergegeben:

1. *Defining the Plan*: Der erste Schritt im Planungsprozess soll u.a. einen Überblick über die Organisation geben und geographische Eckpunkte des Gebietes des NHS Boards liefern. Außerdem sollte über Zahl und Art der Leistungen sowie die Anzahl der Mitarbeiter informiert werden.
2. *Service Change*: Hier sollen Ziele und Vorteile möglicher Veränderungen, der zukünftige Kontext für die Gesundheitsversorgung sowie Gestaltungsmöglichkeiten formuliert werden. Daraus können bspw. mögliche Szenarien der Leistungserbringung entwickelt und der jeweilige Einfluss auf die Arbeitskräfte dargelegt werden. In diesen Prozess

sollen andere Stakeholder mit einbezogen werden. Es wird darauf hingewiesen, dass es nicht zu einer bloßen Wiederholung von Informationen etwa aus den *Local Delivery Plans*, Finanzierungsplänen oder Versorgungsplänen kommen soll. Es sollen jedoch ausdrücklich Informationen und der gesamte Kontext mit einbezogen werden. Mögliche Einflussfaktoren könnten Veränderungen bezüglich Demografie, Epidemiologie, Populationsprojektionen oder lokale bzw. nationale Gesundheitsziele oder -probleme sein. Auf der Ebene der lokalen Gesundheitsversorgung könnten sich etwa Öffnungszeiten oder die Qualifikationsbedarf der Arbeitskräfte (skill mix) ändern. Bezüglich des Altersprofils der Arbeitnehmer könnten Gesetzesänderungen (z..B. Arbeitsmarkt- oder Rentenreformen) Auswirkungen auf das durchschnittliche Alter beim Übergang in den Ruhestand haben. Auch sind Änderungen bei der faktisch vorhandenen Arbeitszeit durch eine höhere Zahl an Krankentagen, Weiterbildungen oder Auszeiten ergeben möglich. Dies ist auch bei einer Änderung der geschlechtlichen Zusammensetzung (z.B. Karrierebrüche oder längere Abwesenheiten) denkbar. Die Produktivität und Effizienz könnte sich ändern, etwa wenn es weniger Anforderungen in einem bestimmten Bereich gibt. Oder aber die Leistungserbringung durch die Verbesserung von Technologien, mit einem veränderten Anspruch an die Arbeitnehmer, oder dem Rückgang von benötigten Arbeitskräften einhergehen.

3. *Defining the Required Workforce*: In diesem Schritt wird der für die zukünftige Gesundheitsversorgung benötigte Zuschnitt der Arbeitskräftereservoirs dargestellt. Mit Hilfe von Modellen des *Scottish Government* können Projektionen berechnet werden in denen demographische Faktoren, technologische Fortschritte und sonstige Veränderungen einbezogen werden.
4. *Workforce Capability*: Die Charakteristika und die vorhandenen Daten über den Arbeitsmarkt im Gesundheitswesen werden beschrieben – beispielsweise Trends über die Ausschreibung von Stellen, Schwerpunkte in der Rekrutierung sowie mögliche Auswirkungen oder Zusammenhänge mit lokalen, regionalen oder nationalen Problemen. Zudem sollen Statistiken zum gesamten lokalen Arbeitsmarkt einfließen und Besonderheiten, z.B. eine hohe Jugendarbeitslosigkeit oder mögliche Engpässe in einer bestimmte Berufsgruppe, hervorgehoben werden. Dadurch kann landesweit ein aggregiertes Bild über die Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung durch das *Scottish Government* entstehen.
5. *Action Plan*: Der tatsächliche *Action Plan* hat eine hohe Priorität im Prozess, da so die zukünftigen Anforderungen an die NHS Boards formuliert werden. Darin sollten kurzfristige (innerhalb eines Jahres), mittelfristige (ein bis drei Jahre) und langfristige (drei bis fünf Jahre) Erfordernisse festgehalten werden. Neben den Fortschritten die gegenüber dem vorherigen *Workforce Plan* gemacht wurden, sollen Prioritäten für die Aus- und Weiterbildung formuliert werden. Ein integrierter Plan soll sicherstellen, dass

die Prioritäten sowohl auf lokaler als auch auf nationaler Ebene nachvollzogen und umgesetzt werden. Die Beschreibung der Struktur der Arbeitskräfteplanung im jeweiligen Board verdeutlicht dem *Scottish Government*, ob die Kompetenzen und Kapazitäten für die Planung vorhanden sind. Zudem wird auf Schwierigkeiten bei der Besetzung von Arbeitsplätzen hingewiesen, sowie auf Lücken bei den Kompetenzen oder dem Wissen der Fachkräfte. Mit Hilfe der Modelle des *Scottish Government* können Projektionen über die Größe und Beschaffenheit der benötigten Arbeitskräfte berechnet werden. Dieser Prozess soll jedes Jahr stattfinden, sodass sichergestellt werden kann, dass alle Aktivitäten hinsichtlich ihrer Fortschritte oder Nachbesserungen evaluiert werden und die Arbeitskräfteplanung kontinuierlich voranschreitet. Das NHS Board stellt die zukünftigen Ausbildungserfordernisse dar, die es dem *NHS Education for Scotland* (NES) und dem gesamten Ausbildungssektor ermöglichen, die Bedürfnisse für zukünftige Ausbildungsstrukturen zu erkennen und umzusetzen.

6. *Implementation and Monitoring*: Schließlich soll eine Reflektion über jegliche Einflüsse und nicht intendierten Konsequenzen und Entwicklungen stattfinden. Der Überwachungsprozess wird durch die vereinbarte NHS Board Komitee Struktur und das *Scottish Government* stattfinden (Directorate für Health Workforce and Performance 2011, 8ff.).

Projektionen

Das *Scottish Government and Social Care Directorate* verlangt zudem von den NHS Boards jährlich zu erstellende, auf mehrere Jahre angelegte Projektionen, um mögliche landesweite Trends über alle Berufsgruppen hinweg beobachten zu können. Von besonderer Bedeutung sind „kontrollierte“ Ausbildungsgruppen (medizinische und zahnmedizinische Berufe, Pflege und Hebammen), um die Zahl der Studienanfänger zu planen, denn aus den langfristigen Prognosen sollen Empfehlungen für die Zulassung von Studenten entstehen (Directorate für Health Workforce and Performance 2011, 2).

4.4.2.3 Ausprägungen

Eine kleine Auswahl aus den *Workforce Plans* zweier NHS Boards mag die Planung illustrieren:

Workforce Plan 2013/14 NHS Ayrshire & Arran

Ein Ziel des NHS Ayrshire & Arran ist es ein *Workforce Planning Programme Board* zu etablieren, dass in Zukunft eine Strategie für die Arbeitskräfteplanung entwickeln wird (NHS Ayrshire & Arran 2013, 30).

NHS Grampian Workforce Plan 2013

Zu den Prioritäten des NHS Grampian zählt die Erarbeitung eines spezifischen *Workforce Plan for Medical Staff*, der zukünftige Entwicklungen abschätzen zu können und die Einflüsse auf andere Berufsgruppen zu beleuchten. Außerdem sollen, basierend auf Vorarbeiten aus vorangegangenen Jahren, lokale Jobprofile für alle Mitarbeiter entstehen. So sollen Veränderungen im Aufgabengebiet der Berufe verglichen und beobachtet werden (NHS Grampian 2013, 31).

Projektionen

Jeder *Workforce Plan* enthält außerdem, wie oben beschrieben, Projektionen, die landesweit zusammengefasst werden. Die Projektion für das Jahr 2013/14 zeigte beispielsweise eine Zunahme der Stellen um 1.261,6 Vollzeitäquivalente (Anstieg um 0,9 %) in ganz Schottland. Aufgeteilt nach Berufsgruppen gibt es in der Medizin einen Anstieg um 220,1 Vollzeitäquivalente (um 1,9 %). Bei den Krankenpflegern und Hebammen wird ein Anstieg um 856 Vollzeitäquivalenten (um 1,5 %) prognostiziert. Dies entspricht unter den betrachteten Berufsgruppen dem größten, am Vollzeitäquivalent gemessenen Anstieg. Als weitere Berufsgruppen wurden verwandte Gesundheitsberufe (Anstieg: 115,1 Vollzeitäquivalente, entspricht einem Anstieg um 1,2 %), andere therapeutische Dienstleister (Anstieg: 28,9 Vollzeitäquivalente, entspricht einem Anstieg um 0,8 %) und Verwaltungsdienste (Anstieg: 47,2 Vollzeitäquivalente, entspricht einem Anstieg um 0,2 %) einbezogen. Diese Projektionen werden zudem für jedes der 14 NHS Boards einzeln dargestellt (Scottish Government 2013).

4.4.2.4 Organisationen

Die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung liegt beim *Scottish Cabinet Secretary for Health, Wellbeing and Cities Strategy*, der gegenüber dem schottischen Parlament Verantwortung trägt. Unterstützt durch die *Scottish Government health and social care directorates*, überwachen die Minister die Gesundheitsversorgung durch den NHS (Steel/Cylus 2012, 18).

NHS Boards

NHS Scotland besteht aus 14 regionalen NHS Boards (z.B. NHS Highland), die für den Schutz und die Verbesserung der Gesundheit der in ihr lebenden Bevölkerung und für die Gesundheitsversorgung vor Ort zuständig sind. Jedes Board besteht aus einem nicht-geschäftsführenden Vorsitzenden, der durch den Minister in einem offenen Auswahlverfahren ausgewählt wird. Daneben gibt es einen nicht-geschäftsführenden Direktor, einige sind ebenfalls durch Minister benannt, andere werden beispielsweise als

Repräsentanten verschiedener Interessensgruppen wie etwa der Angestellten der Boards gewählt. Normalerweise werden zusätzlich sechs geschäftsführende Direktoren aufgrund ihrer Position ernannt (z.B. Vorstandsvorsitzender, Medizinischer Direktor, Direktor der Krankenpflege, Direktor der Finanzen und Direktor Public Health).

Sieben spezielle *NHS Boards* und ein *public health body* unterstützen die regionalen NHS Boards zusätzlich bei der Bereitstellung von wichtigen speziellen und landesweiten Dienstleistungen. Darunter beispielsweise *NHS Education for Scotland* (NES), deren Aufgabe es ist, die Aus- und Weiterbildung für die Mitarbeiter des NHS Scotland zu gewährleisten und weiterzuentwickeln. *Scottish Ambulance Service* ist beispielsweise ebenfalls ein spezielles *NHS Board*, das dafür zuständig ist, fast 600.000 Unfälle und Notrufe entgegenzunehmen und 1,6 Millionen Patienten jährlich zum Krankenhaus und wieder nach Hause zu transportieren (Scottish Government 2014).

CHPs

CHPs sind Komitees eines jeden NHS Boards, die für die Planung und Erbringung der primären Gesundheitsversorgung und des Gemeindeggesundheitsdienstes verantwortlich sind. Die CHP Komitees bestehen aus Ärzten, Krankenpflegern, Krankenhausärzten, Repräsentanten des öffentlichen und gemeinnützigen Sektors, gewählten Mitglieder und des Managements. Als Mitglied des Komitees muss man innerhalb des Gebietes des CHP wohnen. Seit einer NHS Reform in Schottland im Jahr 2004 sind Boards angehalten, ein oder mehrere CHPs in ihrem Gebiet zu installieren, um die Lücke zwischen primärer und sekundärer Gesundheitsversorgung sowie zwischen Gesundheitsversorgung und den sozialen Diensten zu füllen. Momentan gibt es 36 CHPs in Schottland. Boards und andere Partner haben in Schottland unterschiedliche Arrangements ausgearbeitet, sodass es signifikante Unterschiede in Größe, Rolle, Funktion und Leitung der einzelnen CHPs gibt. Es haben sich im Überblick zwei Typen entwickelt: es gibt 29 Einheiten, die sich nur mit Gesundheit befassen und die CHPs genannt werden, und 7 integrierte Zusammenschlüsse (engl.: *Community Health and Care Partnerships* (CHCPs)) oder Zusammenschlüsse der Gemeindeggesundheits und sozialen Dienste (engl.: *Community Health and Social Care Partnership* (CHSCP)).

Unabhängig vom Typ sind alle CHPs gesetzliche Komitees oder Sub-Komitees der NHS Boards und schulden dementsprechend dem jeweiligen Board Rechenschaft. Die integrierten CHPs müssen sich außerdem gegenüber den betreffenden lokalen Gebietskörperschaften verantworten (CHP 2014, Steel/Cylus 2012, 23f.).

Local authorities

Zudem arbeiten 32 lokalen Gebietskörperschaften eng mit den NHS Boards zusammen, um eine effektive Leistungserbringung einer Reihe von Gemeindegesundheits- und sozialen Leistungen zu erreichen. Die Zusammenarbeit ist durch die Repräsentanz in den NHS Boards und durch die Mitgliedschaft in den CHPs formalisiert (Steel/Cylus 2012, 24).

Literatur

Directorate for Health Workforce and Performance (2011): Revised Workforce Planning Guidance 2011. CEL 32 (2011). URL: http://www.sehd.scot.nhs.uk/mels/CEL2011_32.pdf [22.09.2014].

CHPs (2014): Community Health Partnership website for Scotland. URL: <http://www.chp.scot.nhs.uk/index.php/chps> [21.09.2014].

NHS Ayrshire & Arran (2013): Workforce Plan 2013/14. URL: <http://www.nhsaaa.net/media/221507/wfplan1314v4.pdf> [20.09.2014].

NHS Grampian (2013): Workforce Plan 2013. URL: http://www.nhsgrampian.org/grampianfoi/files/Final_NHS_Grampian_Workforce_Plan_2013.pdf [20.09.2014].

NHS Scotland (2005): National Workforce Planning. Framework 2005. Full Report. URL: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/927/0017088.pdf> [22.09.2014].

NHS Scotland (2006): National Workforce Plan 2006. URL: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/160589/0043663.pdf> [22.09.2014].

ISD (2014): Workforce. Links. URL: <http://www.isdscotland.org/Health-Topics/workforce/links.asp> [21.09.2014].

Scottish Government (2014): NHS Board. URL: <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Workforce/NHS-Boards> [20.09.2014].

Scottish Government (2013): NHS Board Projected Staff in Post Changes in 2013/14. An Official Statistics Publication for Scotland. URL: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2013/08/7279/0> [20.09.2014].

4.5 Frankreich

Grundmerkmale des Versorgungs- und Regulierungssystems

Das Gesundheitssystem in Frankreich ist als Sozialversicherungssystem organisiert. Seit 2000 besteht eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die Eigenbeteiligungen vergleichsweise hoch sind, kommt den privaten Zusatzversicherungen, den *mutuelles*, eine beträchtliche Bedeutung zu. Sie versichern komplementär jene Leistungen, die das öffentliche System nicht abdeckt.

Gesundheitsdienstleistungen werden durch öffentliche und private Anbieter erbracht. Die Leistungserbringung im ambulanten Bereich erfolgt durch niedergelassene Ärzte, sowohl Haus- als auch Fachärzte, die üblicherweise in privaten, teilweise auch in Gemeinschaftspraxen, tätig sind. Eine Besonderheit stellt die Unterscheidung zwischen Ärzten mit festen Vergütungssätzen im *secteur 1* und einer zweiten Gruppe von Ärzten, *secteur 2*, dar, die ihr Honorar frei festlegen. Die Versicherten haben die freie Hausarztwahl. Wird der Versicherte durch den Hausarzt an einen Facharzt überwiesen, so fällt die Praxisgebühr für den Facharzt mit einem statt fünf Euro geringer aus (Schölkopf/Pressel 2014, 61ff.). Mediziner können sowohl als angestellte Krankenhausärzte tätig sein, über die Hälfte der Ärzte, Generalisten wie Fachärzte, haben sich jedoch frei in einer Praxis oder einer privaten Behandlungseinrichtung niedergelassen. Die Niederlassungsfreiheit gilt uneingeschränkt (Tiemann 2006, 47f.).

Die Ärztedichte liegt in Frankreich mit 3,4 Ärzten pro 1.000 Einwohner relativ nah am europäischen Durchschnitt und den Ärztedichten der Nachbarländer Deutschland und Italien. Die Ärzte sind jedoch nach Fachdisziplinen und regional bereits unterschiedlich verteilt. So bleiben etwa Hausarztstellen häufig unbesetzt. Außerdem variiert die Zahl der Ärzte pro 1.000 Einwohner in Übersee-Gebieten zwischen 2,4 bis 2,59 Ärzte zu beispielsweise 4,16 Ärzten pro 1.000 Einwohner in der Île-de-France. Simulationen des *Observatoire National de la Démographie des Professions Santé* (ONDPS) zeigen, dass zudem die Zahl der praktizierenden Ärzte durch eine Verrentungswelle sinken wird. Trotz des bereits gestiegenen *numerus clausus* könnte, laut Prognose, die Arztdichte auf 2,85 Ärzte pro 1.000 Einwohner sinken.

Der voraussichtliche Ärztemangel und die Ungleichverteilung der Ärzte innerhalb des Landes stellen die beiden zentralen Probleme der Bedarfsplanung dar. Der Ärztemangel könnte zudem die Ungleichverteilung verstärken und zu einem Mangel in bestimmten Fachrichtungen führen, wie er beispielweise bereits in der Anästhesie zu beobachten ist (Chevreul 2010, 153ff., Tiemann 2006, 47f.).

4.5.1 Entstehungszusammenhang und Kontext des Planungssystems

Um das zukünftige Arbeitskräfteangebot zu regulieren wird, an zwei Punkten in der Ausbildung der Ärzte angeknüpft: Der *numerus clausus* begrenzt die Zahl der Medizinstudenten und das *Epreuves Classantes Nationales* (ECN) dient als Leistungsprüfung, um die Absolventen nach sechs Jahren in eine Rangliste einzuteilen und den jeweils besseren Absolventen ein Entscheidungsrecht für die Wahl über die Ausbildung zum Facharzt vor denjenigen mit einem schlechteren Ergebnis zu gewähren (Bourgueil/Berland 2006, 25). Zuvor war die Prüfung nur für Studenten mit der Absicht einen Facharzt (statt Allgemeinmedizin) zu machen. Studenten konnten demnach ohne weitere Prüfung die Weiterbildung zum Allgemeinmediziner in ihrer Region beginnen. Um die Allgemeinmedizin aufzuwerten wird nun erst nach vierjähriger Ausbildung, wie bei anderen Fachdisziplinen die ebenfalls vier bis fünf Jahre Ausbildung bedürfen, der Titel des Hausarztes verliehen (Chevreul 2010, 155f.).

Bisher wurde versucht, Disparitäten zwischen regionalen Verhältniszahlen von Einwohnern pro Arzt durch eine Differenzierung des *numerus clausus* je nach Zahl der offenen Stellen für die praktische Ausbildung in der jeweiligen Region zu beheben. Regionen mit einer geringen Arztdichte wurden dementsprechend priorisiert (Chevreul 2010, 153ff.). Dies hat in den vergangenen dreißig Jahren dazu beigetragen, dass die regionalen Unterschiede reduziert wurden (Roberfroid et al. 2008, 114f.).

Nach Abschluss der praktischen Ausbildung finden allerdings keine Restriktionen mehr statt. Der Versuch, mit einem regionalen *numerus clausus* Einfluss auf die regionale Arztdichte zu nehmen, war nicht immer bzw. nicht in dem erwünschten Maße erfolgreich. 1980 praktizierten noch 80 % der Fachärzte, die seit fünf Jahren eine Zulassung hatten, in der Region, in der sie ihre Ausbildung durchliefen. Der Anteil sank jedoch auf 66 % im Jahr 2000. Viele Ärzte beginnen demzufolge ihre praktische Ausbildung in Regionen, in denen eine niedrigere Arztdichte vorherrscht, wandern anschließend aber in andere Regionen ab, um dort zu praktizieren. Zukünftig könnte sich diese Situation allerdings ändern, da in Regionen mit den günstigsten Bedingungen (z.B. Île-de-France, Provence – Alpes – Côte d’Azur) ein besonders hoher Anteil an älteren Ärzten praktiziert, die wegen ihrer bevorstehenden Berentung zukünftig tatsächlich ersetzt werden müssen (Roberfroid et al. 2008, 114f.).

Die regional differenzierte Zulassung zur Ausbildung wird ergänzt von anderen Maßnahmen. Zum einen werden Modellversuche zur Übertragung bisher von Ärzten wahrgenommener Aufgaben auf nichtmedizinische Gesundheitsfachkräfte durchgeführt. Zum anderen stellte die Regierung im Januar 2006 einen nationalen Demografieplan für Gesundheitsfachkräfte

vor (Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)). Neben anderen Instrumenten soll in diesem Rahmen der *numerus clausus* in medizinisch unterversorgten Gebieten angehoben werden. Darüber hinaus sollen finanzielle Anreize gesetzt werden, um Ärzte zur Niederlassung in solchen Gebieten zu veranlassen, z.B. durch die Zulassung von Gruppenpraxen. Im Jahr 2009 wurde weitere Anreize ermöglicht, um die Arbeit in unterversorgten Gebieten attraktiver zu gestalten und dem Problem der Ungleichverteilung der Ärzte zu begegnen. Außerdem werden in jedem Gebiet fünf Jahre im voraus Quoten für den Zugang zu Facharztdisziplinen festgelegt (Chevreul et al. 2010, 127). Das ONDPS machte zudem deutlich, dass es aufgrund der Bedeutung der Niederlassungsfreiheit keine Vorschläge zur regionalen Beschränkung der Arztlizenzen vorschlagen wird. Es gibt daher bislang keine Nachteile oder Beschränkungen für Ärzte, die in einer Region mit bereits hoher Arztdichte eine Praxis eröffnen (Bourgueil/Berland 2006, 25).

4.5.2 Planungskriterien

Das französische Ministerium für Gesundheit hat mit Hilfe des ONDPS durch eine zuständige Behörde, *La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistique* (engl.: *Directorate for Research, Studies, Evaluation and Statistics* (DREES)) ein Modell zur Projektion des zukünftigen Angebotes an Ärzten entwickeln lassen. Es dient der Prognose des zukünftigen Angebotes an Ärzten und ihren Eigenschaften wie Geschlecht, Alter, Fachrichtung, Region und Tätigkeitsbereich. Zudem sollen Informationen über den Zufluss und die Abgänge von Gesundheitsfachkräften während des Prognosezeitraumes bereitgestellt werden. Darüber hinaus werden verschiedene Szenarien und potenzielle Effekte politischer Veränderungen berücksichtigt. Der Projektionszeitraum umfasst die Jahre 2006 bis 2030 (Ono/Lafortune/Schoenstein 2013, 78).

Krankenpflege

Die Zahl der Studenten, die ein Studium an den *nursing schools* beginnen, wird seit 1983 jedes Jahr durch einen *numerus clausus* begrenzt. Auch hier wird es aufgrund des steigenden Bedarfs und aufgrund struktureller Aufgabenveränderungen und eines zunehmenden Arbeitsaufwands pro Patient einen Mangel an Krankenpflegern geben. Um den Bedarf zu decken hat die Regierung die Zahl der offenen Plätze seit 1999 stark erhöht: Von 18.270 in 1999 auf 30.000 in 2004 und 2005. Die Zahl der Bewerbungen reichte jedoch nicht aus um alle Positionen zu besetzen (Chevreul et al. 2010, 158).

4.5.3 Ausprägungen

Für das Studium der Medizin, Zahnmedizin und Entbindungspflege werden zunächst alle Studenten, die die grundlegenden Voraussetzungen erfüllen, zugelassen. Anschließend wird jedoch eine Prüfung durchgeführt, die den Zugang zum zweiten Studienjahr limitiert. Jedes Jahr wird per Ministerialverordnung die Zahl der Studienplätze (numerus clausus) für jede der 33 Bildungs- und Forschungseinheiten (Übersee-Gebiete eingeschlossen: 37) bekanntgegeben. Um einem drohenden Ärztemangel zu begegnen, wurde der numerus clausus auf nationaler Ebene erhöht (von 4.700 Studenten im Jahr 2002 zu 6.300 in 2005 und 7.000 pro Jahr für 2006 bis 2010) (Bourgueil/Berland 2006, 26).

Die zweite Phase der medizinischen Ausbildung dauert vier Jahre und beinhaltet sowohl theoretische als auch praktische Aspekte. Seit 2004 legen alle Studenten anschließend, im sechsten Ausbildungsjahr, eine landesweite Leistungsprüfung, den ECN, ab und können dann, in der Reihenfolge ihres Rankings wählen, welche Fachrichtung sie in der dritten Phase der Ausbildung einschlagen und wo sie einen Ausbildungsplatz antreten. Bei dem ECN handelt es sich um eine wettbewerbsorientierte Prüfung, denn Studenten können sich, je nach ihrem Rangplatz für die Ausbildungsplätze entscheiden. Die besten Studenten können also zuerst ihre Weiterbildungsrichtung wählen. Die Zahl der offenen Ausbildungsstellen, die die Studenten entsprechend der Rangliste auswählen können, ist stetig gestiegen: 2004 waren es noch 4.000, 2012 bereits 7.500 Ausbildungsplätze, 2016 sollen es etwa 8.000 sein. Darin reflektiert sich ein höherer numerus clausus, der den Zugang zum zweiten Studienjahr begrenzt.

Die Zahl der gestiegenen Facharztausbildungsplätze wurde von der Regierung genutzt, um mehr Plätze für Allgemeinmediziner zu schaffen. Sie machen 43 % der neu geschaffenen Plätze zwischen 2005 und 2012 aus (Chevreul 2010, 155f.; Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 31). Da die Allgemeinmedizin jedoch weiterhin nicht sehr attraktiv für Medizinabsolventen erscheint, nehmen Studenten die keinen guten Ranglistenplatz erreichen und demzufolge keinen bevorzugten Platz in einer anderen Facharzt Disziplin beginnen können, teilweise ein zweites Mal an der Prüfung teil. So blieben beispielsweise im Jahr 2005 600 Ausbildungspositionen in der Allgemeinmedizin unbesetzt (Bourgueil/Berland 2006, 25).

Sowohl der Zuwachs als auch die Verteilung der neuen Ausbildungsplätze auf die verschiedenen Facharzt Disziplinen ist ungleich zwischen den Regionen verteilt. Weil die erste Kohorte von Studenten, die 2004 den ECN absolvierten, erst 2012 dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stand, ist eine Evaluation des Einflusses auf die geographische Verteilung der Ärzte noch nicht möglich. Betrachtet man alle berufstätigen Ärzte in Frankreich, so praktizieren 63 % dort, wo sie auch ausgebildet wurden (7 % wurden im Ausland ausgebildet) (Chevreul 2010, 155f.; Ono/Schoenstein/Buchan 2014, 31).

4.5.4 Organisationen

Das Gesundheitsministerium setzt die jährliche Zulassungszahl für Medizinstudenten fest (Durand-Zaleski 2013, 45). Nach der Veröffentlichung diverser Berichte und Surveys wurde in den 1990er-Jahren die Notwendigkeit gesehen, mehr und bessere Informationen über die Alterszusammensetzung der Gesundheitsfachkräfte zu erheben. Das Ministerium für Gesundheit rief daraufhin das ONDPS im Jahr 2003 ins Leben. Vorrangig besteht die Aufgabe des ONDPS darin, Informationen über die Demographie der Gesundheitsfachkräfte zu sammeln, zu analysieren und eine präzise Kommunikation über die objektiven Informationen bereit zu stellen. Das ONDPS ist zudem an der Erforschung von Arbeitsbedingungen, Bedürfnissen der Gesundheitsfachkräfte sowie deren Weiterbildung interessiert und gewährt methodische Unterstützung für lokale und regionale Studien; es führt die erhobenen Daten und Ergebnisse zusammen und verbreitet sie. In seinen jährlich erscheinenden Berichten legt das ONDPS Informationslücken für die Steuerung von Personalressourcen sowie Lücken in der strategischen Planung auf nationaler und regionaler Ebene offen und informiert so politische Entscheidungsträger und andere Stakeholder (Bourgueil/Berland 2006, 24, Chevreul et al. 2010, 125f., Roberfroid et al. 2008, 126).

An der Spitze dieser Einrichtung steht ein für drei Jahre gewählter Präsident. Im Beirat, dem *conseil d'orientation*, der ebenfalls für drei Jahre nominiert wird, sind folgende Positionen qua Amt vertreten:

- der Generaldirektor für Gesundheit
- der Generaldirektor für Pflege,
- der Direktor für soziale Sicherung,
- der Direktor für Forschung, Studien, Evaluation und Statistik,
- der Direktor der nationalen Krankenkasse für Arbeitnehmer (*la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)*),
- der Direktor der nationalen Krankenkasse für ältere und behinderte Menschen (*la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)*).

Darüber hinaus werden zwölf qualifizierte Persönlichkeiten für den Beirat nominiert. Dabei handelt es sich etwa um führende Personen aus Berufsverbänden, Gewerkschaften, Forschung und Ausbildungseinrichtungen (Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes 2014).

Das ONDPS agiert in Zusammenarbeit mit *Observatoire des Professions de Santé* die in jeder Region vorhanden sind. Hier finden sich lokale Vertreter der Ärzte, der staatlichen Verwaltung, Krankenkassen, Krankenhausagenturen und medizinischen Fakultäten. Sie

koordinieren zudem Studien und andere Initiativen, die dazu dienen sollen, die Zahl der Arbeitskräfte im Einklang mit dem Bedarf zu bringen (Bourgueil/Berland 2006, 24).

Literatur

Bourgueil, Y., Berland, Y (2006): Health care human resource policy in France. In: Eurohealth, 2006; 12 (3): 24-26.

Chevreur, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C. and Mladovsky, P (2010): France: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2010; 12(6):1-291.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2014): *La composition du conseil d'orientation et des comités régionaux de l'ONDPS* (Die Zusammensetzung des Beirates und der regionalen Komitees). URL: <http://www.sante.gouv.fr/la-composition-du-conseil-d-orientation-et-des-comites-regionaux-de-l-ondps.html> [20.09.2014].

Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M (2013): Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwd-en> [30.07.2014].

Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J (2014): "Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses", OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en> [30.07.2014].

Roberfroid, D., Stordeur, S., Camberlin, C., van de Voorde, C., Vrijens, F., Leonard, C (2008): Physician workforce supply in Belgium: Current situation and challenges. Health Services Research (HSR). Brüssel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE reports 72C. URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027309.pdf [10.08.2014].

Schölkopf, M., Pressel, H (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Tiemann, S (2006): Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt. Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien – Analyse und Vergleich. Schriftenreihe der GVG, Bd. 53. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V.

Durand-Zaleski, I (2013): The French Health Care System, 2013. In: Thomson, S., Osborn, R., Jun, M (2013): International Profiles of Health Care Systems, 2013. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Commonwealth Fund pub. no. 1717.45-56.

4.6 Belgien

Grundmerkmale des Versorgungs- und Regulierungssystems

Der Sozialstaat in Belgien beruht auf dem Sozialversicherungsprinzip. Die Gesundheitsversorgung wird durch eine beitragsfinanzierte soziale Krankenversicherung im Umlageverfahren dominiert (Schölkopf/Pressel 2014, 65). Die Mehrheit der Ärzte ist in Belgien als unabhängige, selbständige Gesundheitsdienstleister tätig und erhält eine Einzelleistungsvergütung. Es herrscht freie Arztwahl durch die Patienten. Da es kein Überweisungssystem gibt, gilt der freie Zugang ebenfalls für Fachärzte und die Krankenhausversorgung. Häufig werden Fachärzte, auch in Krankenhäusern, als erste Anlaufstelle der Patienten im Gesundheitssystem genutzt.

Die ambulante Gesundheitsversorgung wird mehrheitlich in privaten Praxen erbracht. Mediziner (Haus- wie Fachärzte) arbeiten in Einzel- und Gemeinschaftspraxen, häufig ohne weitere Gesundheitsfachkräfte, abgesehen von einer Arzthelferin. Die meisten Gemeinschaftspraxen kooperieren mit integrierten Gesundheitspraxen, etwa Gesundheitshäusern (*maison médicale/wijgezondheidscentra*), in denen multidisziplinäre Teams mit meist mehreren Hausärzten, administrativen Kräften und Empfangspersonal, Pflegepersonal, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten arbeiten. Die Zahl dieser Praxen steigt. Das Angebot anderer Gesundheitsleistungen (Pharmazie, Zahnpflege) ist ebenfalls privat organisiert.

Hausärzte führen häufig Hausbesuche durch. 2008 waren beispielweise 32 % der Kontakte zu Allgemeinärzten Hausbesuche. Termine beim Facharzt finden dagegen häufig im Krankenhaus statt oder in Ambulanzen statt, die häufig am Krankenhaus angesiedelt sind. Eine Einzelbetrachtung der ambulanten, unabhängig von der stationären fachärztlichen Versorgung, weist dementsprechend Lücken auf. Die primäre Gesundheitsversorgung wird zum großen Teil durch andere Gesundheitsprofessionen wie Pflegepersonal und Physiotherapeuten erbracht. Das Pflegepersonal spielt außerdem eine Schlüsselrolle bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Erkrankungen und Einschränkungen. Die primäre Versorgung durch Pflegepersonal umfasst z.B. auch Wundversorgung und Diabetesbehandlung. Physiotherapeuten sind ebenfalls in die primäre Gesundheitsversorgung stark involviert. Dies lässt sich mit der alternden Bevölkerung und den zunehmenden, durch Lebensstil (bspw. Bewegungsmangel) verursachten Gesundheitsproblemen erklären (Gerken/Merkur 2010, 153ff.).

4.6.1 Entstehungszusammenhang und Kontext des Planungssystems

Ende der 1990er-Jahre gab es in Belgien eine der höchsten Arztdichten in industrialisierten Ländern, im Jahr 1995 lag sie bei 3,6 registrierten Ärzten pro 1.000 Einwohner. Die Annahme, dass es einen Zusammenhang zwischen einer hohen Arztdichte und einer entsprechend hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gibt, war ein zentrales Argument für Restriktionen des medizinischen Angebotes (Gerkens/Merkur 2010, 133f.). Darüber hinaus wurden regionale Unterschiede, darunter eine höhere Arztdichte im französischsprachigen Süden, als politisch nicht akzeptabel angesehen (Roberfroid et al. 2008, 5).

Seit 1996 ermöglicht das Gesetz über die Ausübung der medizinischen Tätigkeit es dem Bundesministerium für Gesundheit, die Zahl der im Krankenversicherungssystem praktizierenden Ärzte zu begrenzen. Auf Empfehlung des Komitees für die Planung des medizinischen Angebotes (frz.: *Commission de planification de l'offre médicale*, ndl.: *Planningscommissie*) wurde 1997 ein System mit *numerus clausus* vorgeschlagen. Demnach wird die Zahl der neuen Ärzte, die für die Weiterbildung und spätere Registrierung in der Krankenversicherung (engl.: *National Institute for Sickness and Disability Insurance* (INAMI/RIZIV)) zugelassen werden, reguliert (Roberfroid et al. 2008, 5). Der *numerus clausus* wurde 2004 eingesetzt, nachdem alle Studenten, die bereits vor der Entscheidung der Regierung eingeschrieben waren, ihre Ausbildung abschließen konnten. Ziel war es, die Zahl der praktizierenden Mediziner in der kurativen Versorgung zu begrenzen und durch die Ausgestaltung der Quoten die Diskrepanz der Arztdichte zwischen der französischen Gemeinschaft im Süden und der flämischen Gemeinschaft im Norden Schritt für Schritt zu reduzieren (Gerkens/Merkur 2010, 133f.). Die Regulierung ist flexibel gestaltet, die Quoten werden jedes Jahr unter der Aufsicht des Planungskomitees auf der Basis von möglichen Szenarien und Konsultationen mit Stakeholdern überarbeitet (Roberfroid et al. 2008, ii).

Es existiert jedoch kein allgemeiner Rahmen für eine Planung des medizinischen Angebotes. Das Planungskomitee ist bislang auf eine jährliche Beratung über die benötigte Zahl an Fachkräften beschränkt. Sie bezieht sich auf Ärzte, seit 1997 auch auf die Zahl an Physiotherapeuten und seit 1999 auf die Zahl an Krankenpflegern, Hebammen und Logopäden (Roberfroid et al. 2008, iii). Die Verantwortung für die Ausbildung von Personal im Gesundheitswesen liegt bei den jeweiligen Sprachgemeinschaften, wohin gegen die Föderalregierung für die Registrierung und Anerkennung von Qualifikationen zuständig ist. „Das föderale Recht sieht die Festsetzung von Zulassungsquoten für einen Berufsstand vor. Das erfordert eine Bedarfsanalyse für das Ende der Ausbildungszeit, wenn die neu ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte in den Arbeitsmarkt eintreten. Daher sind Prognosen des zukünftigen Personals im Gesundheitswesen notwendig.“ (Dussault et al. 2010, 15). „Die

Prognosemodelle wurden ursprünglich vom Gesundheitsministerium entwickelt, um die Auswirkungen verschiedener Szenarien auf das Arbeitskräftepotential der Zukunft zu testen.“ (Dussault et al. 2010, 16).

Die Ergebnisse werden nun im Planungskomitee diskutiert, die den Minister berät (Dussault et al. 2010, 16). Dieser Ansatz wurde immer wieder bewertet, verfeinert und ausgeweitet. So erfolgte 2003 eine wissenschaftliche Überprüfung der Szenarien und Modelle sowie die Verabschiedung eines Gesetzes zur Schaffung einer föderalen Datenbank der Gesundheitsfachkräfte (dem „Kataster“). Im Jahr 2005 wurde das Modell um Daten zum Konsum im Gesundheitsbereich erweitert, 2006 folgte der Start des ersten mehrjährigen Programms zur Unterstützung des Planungskomitees (Dussault et al. 2010, 16). „Ziele dieses ersten mehrjährigen Programms, genannt PLAN1.2006, sind a) eine „Harmonisierung“ aller Modelle in einem Modell, das allen Interessengruppen zur Verfügung steht, b) die Definition von Informationsbedürfnissen und Datenquellen für die zukünftige föderale Datenbank, und c) das Schließen von Lücken bei der Parameterschätzung, indem Untersuchungen von Fachleuten aus dem Gesundheitswesen verwendet werden. Das internetbasierte Modell steht den Vertretern der Interessengruppen zur Verfügung. Ein Modell wurde veröffentlicht und andere sind in Arbeit. Vier Untersuchungen wurden abgeschlossen und die Ergebnisse wurden mit den Interessenvertretern erörtert. Es stehen mehrere neue Datenquellen zur Verfügung. Die wichtigste davon ist die sogenannte „permanente Stichprobe“ – eine zufällige Stichprobe einer Gruppe potentieller belgischer Nachfrager von Gesundheitsdienstleistungen.

Ein neues mehrjähriges Programm befindet sich in der Entwicklung. Ziel ist es, die Untersuchungen zu Gesundheitsfachkräften zu wiederholen, die Nachfragekomponente des Modells zusätzlich zu den gesundheitsfachlichen Szenarien um bedarfsorientierte Szenarien zu erweitern und über das Zusammenführen dreier Datenquellen (Gesundheitsministerium, Landesinstitut für Kranken- und Invaliditätsversicherung (LIKIV) und die Datenbestände des nationalen Arbeitsmarktes) zuverlässigere und valide Daten zu bekommen. Die zusammengeführten Daten sollen es ermöglichen, Gesundheitsfachkräfte gemäß den internationalen Definitionen von „zur Berufsausübung zugelassen“, „fachlich aktiv“ und „praktizierend“ zu definieren. Seit Beginn dieses Prozesses wurde eine evidenzbasierte Strategie angestrebt, selbst vor dem Hintergrund begrenzter Daten. Die mehrjährigen Programme unterstützen sie nun durch den Einsatz von Instrumenten und Techniken des Projektmanagements, und dadurch, dass sie ein schlüssiges und mit der Zeit vorhersagbares, klares Projekt innerhalb eines manchmal schnell wechselnden politischen Kontextes anbieten.“ (Dussault et al. 2010, 16)

4.6.2 Planungskriterien

Ein angebotsorientiertes Modell dient der Schätzung der Zahl an Ärzten, die zur praktischen Ausübung zugelassen werden sollten. Das Modell berücksichtigt:

- die aktuelle Anzahl an Ärzten unter 74 Jahren,
- den jährlichen Zuwachs an Absolventen von den belgischen Universitäten,
- den Zustrom durch internationale Migration und
- den durch Ableben bedingten Rückgang an Ärzten.

Hinzu kommen weitere Faktoren, die die Produktivität beeinflussen können: die Feminisierung des Berufes, die Alterung des Gesundheitsfachpersonals sowie die Arbeitszeitreduzierung (die über einen langen Zeitraum hinweg eingeführt wurde). Das Modell dient der Darstellung möglicher Trends im Arbeitskräfteangebot und um Szenarien insbesondere in Bezug auf den Einfluss verschiedener Zuströme auf das zukünftige Arbeitskräfte(-angebot) zu betrachten (Gerkens/Mercur 2010, 134).

Eine alternative Aufzählung beschreibt die Parameter folgendermaßen:

- Anfangsbestand an Fachkräften des Berufsstandes nach Alter und Geschlecht,
- Alterung und Lebenserwartung von Gesundheitsfachkräften
- Aktivitätsgrad nach Alter und Geschlecht,
- eine globale Schätzung der Arbeitszeitverringerung,
- und Schätzungen im Hinblick auf Migration,
- Berufseintritt neuer Absolventen und
- Feminisierung der Absolventen (Dussault et al. 2010, 16).

„Auf der Nachfrageseite wird die aktuelle und prognostizierte Bevölkerung unterschieden nach Alter und Geschlecht, eingesetzt. Zunächst wurden Szenarien für Ärzte erstellt, dann für Zahnärzte, Physiotherapeuten und Pflegefachkräfte. Als Ergebnis dieser Prognosen wurden Zulassungsquoten für Zahnärzte und Physiotherapeuten festgelegt und angewandt.“ (Dussault et al. 2010, 16).

4.6.3 Ausprägungen

Die landesweiten Zulassungszahlen werden auf die beiden Sprachengemeinschaften (60 % flämische Gemeinschaft, 40 % französische Gemeinschaft) und nach Spezialisierung (43 % Allgemeinmediziner und 57 % Fachärzte) aufgeteilt. Die flämische Gemeinschaft versucht durch Eingangsprüfungen, die französische Gemeinschaft durch eine Selektion nach dem ersten Studienjahr die Quoten zu erreichen (Roberfroid et al. 2008, ii). Die landesweiten Quoten sollen nach der Basisausbildung (nach sieben Jahren) erreicht werden. Die Zahl der

Absolventen, die für eine Spezialisierung als Allgemeinmediziner oder für die Weiterbildung in anderen Facharzt Disziplinen zugelassen werden, ist somit limitiert. Die maximale Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums, die für die weitere Ausbildung in der praktizierenden Medizin zugelassen werden (Tab. 13), soll sich zu 60 % auf den niederländisch-sprachigen Teil der Bevölkerung und zu 40 % auf dem französisch-sprachigen Teil der Bevölkerung aufteilen. Außerdem sollen 43 % der Absolventen in der Allgemeinmedizin und 57 % in anderen Facharzttrichtungen ausgebildet werden (Gerkens/Merkur 2010, 134f., Roberfroid et al. 2008, 26).

Tabelle 13 Jährliche Zulassungszahlen von Medizinabsolventen für die Facharztausbildung von 2008 bis 2018

	2008-2011	2012	2013	2014	2015-2018
Zulassungszahlen	757 pro Jahr	890	975	1.025	1.230 pro Jahr

Quelle: Gerkens/Merkur 2010, 134.

Für einige Disziplinen wurde ein Mindestzahl an zuzulassenden Medizinabsolventen für die Ausbildung zum Facharzt festgelegt: Es sollen mindestens 300 Allgemeinärzte für die Jahre 2008 bis 2014 und 360 für die Jahre 2015 bis 2018 ausgebildet werden. In der Kinderpsychiatrie wurde ein Mindestzahl von 20 Fachärzten und 10 in der akuten Medizin sowie 5 Fachärzte pro Jahr (bis 2012) in der Notfallmedizin festgelegt. Für andere Fachrichtungen gibt es keine derartige Festlegung. Die Zahl der neuen Lizenzen für Zahnärzte wurde auf 140 pro Jahr von 2002 bis 2010, 150 für die Jahre 2011 bis 2013 und 160 für die Jahre 2014 bis 2015 begrenzt (Gerkens/Merkur 2010, 134f.).

Auch die Zahl der Physiotherapeuten, denen der Titel und das Recht zur Berufsausübung innerhalb des Krankenversicherungssystems gewährt werden, wurde auf 450 für die Jahre 2005 bis 2015 beschränkt. Diese Zulassungszahlen sind gleichfalls zu 60 % auf die niederländisch-sprachige Region und zu 40 % auf die französisch-sprachige Region aufgeteilt. Seit 2003 gibt es eine durch die Bundesregierung organisierte nationale Prüfung. Sie wählt diejenigen Physiotherapeuten aus, die eine Zulassungsnummer erhalten, wenn die Zahl der Kandidaten in den Gemeinschaften höher als die Quote liegt (Gerkens/Merkur 2010, 134f.; Roberfroid et al. 2008, 26f.).

Die flämische Gemeinschaft im Norden

Die flämische Gemeinschaft führt seit 1997 eine Eingangsprüfung durch, die die erfolgreichen Absolventen zum Studium der Medizin befähigt. Als offizielle

Ausbildungssprache findet der Test ausschließlich auf Niederländisch statt. Die Prüfung ermöglicht die Registrierung an einer Universität in der flämischen Gemeinschaft. Sie erfolgt universitätsübergreifend und wird durch das Ministerium organisiert. Es wird keine Rangliste gebildet. Wer die Prüfung besteht, kann sich ohne jede weitere Beschränkung an der Universität für das Medizinstudium registrieren. Die Prüfung umfasst naturwissenschaftliche Fragen (Physik, Biologie, Chemie und Mathematik) und Fragen im Rahmen der Allgemeinen sekundären Ausbildung. In einem zweiten Teil wird die Fähigkeit, Informationen (Daten und Grafiken) zu verstehen und zu verarbeiten, getestet. Eine Fallstudie überprüft die Kommunikations- und Recherchefähigkeit der Studienbewerber. Die Prüfung wird zweimal jährlich in Brüssel angeboten und kostet 30 Euro pro Bewerber. Nicht alle erfolgreichen Bewerber entscheiden sich für das Studium der Medizin oder Zahnmedizin. Eine niedrige Abbruchquote unter denjenigen, die das Studium tatsächlich beginnen, führt jedoch dazu, dass die Zahl der Studienabsolventen höher liegt als die Zahl der erteilten Lizenzen (Roberfroid et al. 2008, 28ff.).

Die französische Gemeinschaft im Süden

Die französische Gemeinschaft selektierte die Studierenden 1996 und 1997 zunächst auf der Grundlage der Resultate nach dem dritten Studienjahr. Nachdem 2003 der Selektionsprozess durch den Minister umgangen wurde, wurden alle Studenten nach dem dritten Studienjahr für das weitere Studium zugelassen. 2006 wurde der Selektionsmechanismus erneut angewendet, nun jedoch auf der Grundlage der Prüfungsergebnisse nach dem ersten Jahr. Die Zahl der Studienplätze wurde unter den Universitäten aufgeteilt. Eine begrenzte Zahl an Studenten (fünf pro Universität) wird an ausländische Studenten, außerhalb des Selektionsmechanismus, vergeben. Studenten, die nicht für das zweite Studienjahr zugelassen werden, können die erworbenen Creditpoints in anderen Fachrichtungen wie der Biomedizin, Chemie, Pharmazie, Biotechnologie, Physiotherapie und Rehabilitation anrechnen lassen. Darüber hinaus kann die Prüfung einmal wiederholt werden.

Nunmehr wird nach dem dritten Ausbildungsjahr eine Rangliste gebildet, in der die akademischen Resultate (maximal 80 Punkte) und allgemeine Kompetenzen (20 Punkte) der Studenten gemessen und diejenigen mit den besten Ergebnissen für das weitere Studium ausgewählt werden. Nach dem siebten Ausbildungsjahr werden die Studenten auf die Fachrichtungen (Allgemeinmedizin eingeschlossen) verteilt. 2004 und 2006 war die Zahl der Studenten im siebten Jahr um 8,7 % höher als die absolute, festgelegte Zahl an Weiterbildungspositionen. Auch aufgrund zeitweise ausgehebelter Selektionsmechanismen werden zwischen 2003 und 2005 höhere als die geplanten Absolventenzahlen erwartet (Roberfroid et al. 2008, 30f.). Die Einschränkungen auf Bundesebene bestehen jedoch

weiterhin, und es ist unklar, wie weiter mit den erfolgreichen, überschüssigen Absolventen verfahren werden wird (Gerkens/Merkur 2010, 134f.; Roberfroid et al. 2008, 26f.).

4.6.4 Organisationen

Die Regierung implementierte 1996 ein Komitee für die Planung des medizinischen Angebotes (*Commission de planification de l'offre médicale/ Planningscommissie*). Das Komitee berät den Minister für Gesundheit und Soziale Angelegenheiten in allen Dingen, die mit der Planung des Personalbedarfs im Gesundheitswesen zusammenhängen. Es besteht insgesamt aus 31 Mitgliedern, die vom König benannt werden. Die aktuelle Zusammensetzung kann auf der Internetseite abgerufen werden (Santé publique, Sécurité de la Chaîne et Environnement 2014). Sie besteht aus Vertretern der Universitäten (beider Gemeinschaften), der Krankenkassen, der Berufsverbände, der Organe der Föderal- und Gemeinschaftsregierungen, der Ministerien für Soziales sowie für öffentliche Gesundheit und des Landesinstituts für Kranken- und Invaliditätsversicherung (LIKIV) (Gerkens/Merkur 2010, 134; Dussault et al. 2010, 15; Santé publique, Sécurité de la Chaîne et Environnement 2014).

Zunächst bestand die Aufgabe des Komitees darin, den Bedarf an Ärzten und Zahnärzten unter Berücksichtigung des medizinischen Bedarfs, der Versorgungsqualität sowie des demografischen und sozialen Wandels für die Berufsgruppen zu ermitteln. 1997 wurde dieser Auftrag auf die Berufsgruppe der Physiotherapeuten und seit 1999 auf die Krankenpflege, Hebammen und Logopädie ausweitete (Roberfroid et al. 2008, 32). Das Komitee formuliert Vorschläge für die Zahl der jährlich zuzulassenden, berechtigten Absolventen pro Gemeinschaft (französische und flämische), die den Titel Arzt, Zahnarzt oder Physiotherapeut tragen dürfen. Darüber hinaus evaluiert das Komitee die Einflüsse ihrer Vorschläge auf die Ausbildung der Berufsgruppen. Es verfasst außerdem einen jährlichen Bericht über das Verhältnis zwischen dem Bedarf und der aktuellen Zahl an Studenten bzw. in Ausbildung befindlichen Personen, die den Titel Arzt, Zahnarzt oder Physiotherapeut anstreben (Gerkens/Merkur 2010, 134).

Literatur

Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W., Padaiga, Z (2010): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen. WHO im Auftrag des European Observatory on Health Systems and Policies.

Gerkens S., Merkur S (2010): Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(5):1-266. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF [11.08.2014].

Roberfroid, D., Stordeur, S., Camberlin, C., van de Voorde, C., Vrijens, F., Leonard, C (2008): Physician workforce supply in Belgium: Current situation and challenges. Health Services Research (HSR). Brüssel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE reports 72C. URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027309.pdf [10.08.2014].

Santé publique, Sécurité de la Chaîne et Environnement (2014): Commission de planification de l'offre médicale. URL: http://www.gezondheid.belgie.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/18054748_FR?fodnlang=fr#.VCKRuhZnEuJ [24.09.2014].

4.7 Niederlande

Grundmerkmale des Versorgungs- und Regulierungssystems

Die Niederlande hat eine dezentralisierte Politik- und Entscheidungsstruktur in vielen Bereichen, auch in der Gesundheitsversorgung. Die Regierung bildet einen rechtlichen Rahmen, die meisten Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung werden jedoch durch Verhandlungen zwischen den korporatistischen Akteuren (Leistungserbringer, Versicherer, manchmal Patienten und nationale oder regionale Akteure) gefällt. Dementsprechend liegt die Verantwortung für das Gesundheitssystem bei der Regierung, die Organisation der Gesundheitsversorgung liegt dagegen im Gesundheitsmarkt unter der Aufsicht der Regierung und den untergeordneten Institutionen (z.B. *Netherlands Board of Healthcare Institutions, College Bouw Zorginstellingen*) (Ettelt et al. 2008, 47).

Durch eine grundlegende Gesundheitsreform 2006 wurde die Zweiteilung der Versicherungspflicht in ein privates und durch eine Sozialversicherung organisiertes Krankenkassensystem beendet. Seither existiert ein einheitlicher Krankenversicherungsmarkt mit Versicherungspflicht für alle (Schölkopf/Pressel 2014, 76). Im Zuge der Reform haben die Leistungserbringer und die Versicherer an Kompetenzen in der Organisation der Gesundheitsversorgung weiter gewonnen. Die Niederlande haben ein weit entwickeltes Hausarztssystem; die niedergelassenen Hausärzte fungieren als Gatekeeper: Sie steuern die Versorgung für ihre Patienten und übernehmen einen Großteil der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Versicherten müssen sich für einen Hausarzt entscheiden und sind auf die Überweisung für die Konsultation eines Facharztes angewiesen. Die fachärztliche Versorgung, einschließlich der ambulanten, findet im Regelfall in den Krankenhäusern statt (Schölkopf/Pressel 2014, 79).

4.7.1 Entstehungszusammenhang und Kontext des Planungssystems

Die Planung der Versorgungskapazitäten wurde in den 1970er-Jahren zu einem zentralen Thema, da man die den Kosten in den sozialen Systemen kontrollieren wollte und die Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ungleich im Land verteilt waren. Durch die Reformen seit den 1980er-Jahren, die durch strikte Planung und Steuerung der Versorgungskapazitäten gekennzeichnet waren und in deren Folge integrierte Versorgungsketten aufgebaut wurden, konnten die Ausgaben im Gesundheitswesen im Griff gehalten werden. Dennoch wuchs die Skepsis an der interventionistischen Gesundheitspolitik. Vor diesem Hintergrund wurde 1986 das sogenannte unabhängige Dekker-Komitee eingerichtet, das 1987 mit dem Dekker-Report Vorschläge zur Deregulierung des Krankenversicherungssystems lieferte und den Wettbewerb im Gesundheitswesen proklamierte. Die Kapazitätsplanung wurde daraufhin schrittweise durch

einen marktorientierten Ansatz ersetzt, der statt einer Planung von oben auf Rahmensetzung und Marktregulierung fokussiert (Ettelt et al. 2008, 47f.; Tiemann 2006, 121).

1992 zog sich die Regierung dementsprechend von der Planung zurück und überließ sie den Berufsgruppen selbst. Zwischen 1992 und 1999 führten Berufsorganisationen eigene einschlägige Studien durch. Viele Berufsgruppen plädierten dafür, die Ausbildungskapazitäten zu erhöhen. Die Regierung entschied jedoch, da sie immer noch überwachend tätig war, den numerus clausus nicht zu erhöhen (Van Greuningen et al. 2012, 2).

In den späten 1990er Jahren entschied man sich aufgrund eines drohenden Mangels an Allgemeinmedizinern und Fachärzten, die Planung der medizinischen Berufe wieder zu rezentralisieren. 1999 riefen drei beteiligte Interessensgruppen (medizinische Berufe, die medizinischen Ausbildungsstellen und die Krankenversicherer) das *Advisory Committee on Medical Manpower Planning (Capaciteitsorgaan)* ins Leben. Es handelt sich dabei um ein unabhängiges Beratungsorgan mit dem Fokus auf der Prüfung der Ausbildungskapazitäten in den Niederlanden und dem Ziel, sie an den Personalbedarf in der Gesundheitsversorgung anzupassen (Van Greuningen et al. 2012, 3).

Heute ist direkte Planung in der Gesundheitsversorgung auf nationaler Ebene bzw. durch das Ministerium auf wenige Bereiche, wie den Bau von neuen Krankenhäusern, beschränkt. Dies ist im Zusammenhang mit einer insgesamt gewandelten Rolle des Gesundheitsministeriums von der maßgeblichen Steuerungsinstanz hin zu einer Rahmgebung, Regulierung und Supervision zu sehen. Der zuvor aktive Part in der Kapazitätsplanung der Gesundheitsversorgung ist weitgehend einer Überwachung und Qualitätssicherung gewichen (Ettelt et al. 2008, 47f.). Die niederländische Gesundheitspolitik beschäftigt nunmehr eher ein Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. Dieser manifestiert sich etwa in Schwierigkeiten, einen Hausarzt zu finden, in Wartelisten oder Absagen von Operationsterminen sowie einer zunehmenden Arbeitsbelastung der Ärzte und des Pflegepersonals. Die Planung des Arbeitskräftebedarfs ist daher ein wichtiges Instrument, um Vorhersagen über Mangel und Überschuss an Arbeitskräften treffen und kontrollierend in Form der Bereitstellung von Ausbildungsplätzen einschreiten zu können (Schäfer et al. 2010, 133).

Der Zugang von Medizinstudenten und von Absolventen zu Weiterbildungsstellen wird dagegen durch Kapazitätsplanung zentral reguliert (Schäfer et al. 2010, 97). Die Regierung wird durch das *Capaciteitsorgaan* (Kapazitätsplanungsorgan) beraten bei der Frage, wie groß die Kapazitäten für das Medizinstudium und für die Weiterbildungen in den einzelnen Fachrichtungen (auch der Allgemeinmedizin) sein sollen. Für andere Berufsgruppen gibt es kein vergleichbares Organ, aber dennoch ähnliche Berechnungen. Aufgrund der Größe und der dünnen Besiedelung spielt eine unausgewogene Verteilung von Leistungserbringern in

den Niederlanden jedoch keine große Rolle. Auch wenn es in einigen Großstädten Handlungsbedarf gibt um Angebot und Nachfrage an Hausärzten in Einklang zu bringen (Schäfer et al. 2010, 124).

4.7.2 Planungskriterien

Das Kapazitätsplanungsorgan verwendet ein Modell zur Vorausberechnung des Arbeitskräfteangebots an Ärzten, das vom NIVEL (*Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg/ Netherlands institute for health services research*) entworfen wurde. Das Modell basiert auf Projektionen (bspw. für 2020, 2025), denen Annahmen, mutmaßliche Schlussfolgerungen (heuristics) und Statistiken über die Nachfrage- und die Angebotsseite des Arbeitsmarktes im Gesundheitswesen zugrunde gelegt werden (Schäfer et al. 2010, 134).

Für die Krankenpflege existiert ein ähnliches Programm mit dem Namen *Regiomarge*. Es wurde durch verschiedene Organisationen im Bereich der Krankenpflege initiiert. Mit Hilfe des Programmes können nationale, regionale und lokale Organisationen relevante Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und Vorhersagen über das Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage für bestimmte Berufe im Bereich der Pflege erfolgen. Der Zugang zur Ausbildung von Pflegepersonal, Hebammen und ähnlichen Berufen kann begrenzt werden, jedoch erfolgt eine solche Begrenzung normalerweise nicht. Die Ausbildungsstätten können ihre Aufnahmekapazitäten daher de facto selbst festlegen (Schäfer et al. 2010, 107, 134).

4.7.3 Ausprägungen

Die Zulassung der Medizinstudenten ist in allen niederländischen medizinischen Fakultäten und Universitätsklinken durch einen numerus clausus kontrolliert, der durch das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Sport und das Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft festgelegt wird. Oberhalb einer bestimmten Abschlussnote werden die Bewerber jedoch unabhängig von den Kapazitäten automatisch zugelassen. Zudem wird ein kleiner Überschuss eingeplant. Die meisten medizinischen Fakultäten lassen darüber hinaus meist etwas mehr Studenten zu, als eigentlich empfohlen wird. Diese Selektion wurde eingeführt um einen Überschuss an Studenten und die Kosten der Medizinausbildung niedrig zu halten. Um Engpässe auf dem Arbeitsmarkt der Gesundheitsfachkräfte zu verhindern, wird der numerus clausus gelegentlich angepasst (Schäfer et al. 2010, 107, 134)

4.7.4 Organisationen

Die Vorausberechnungen werden in einer speziellen Arbeitsgruppe des Kapazitätsplanungsorgans diskutiert, das 1999 ins Leben gerufen wurde. Es dient als Beratungsorgan für den Zustrom in spezialisierte, postgraduierte Ausbildungsprogramme von Gesundheitsfachkräften in den Niederlanden. Die Arbeitsgruppe besteht aus Repräsentanten der Berufsgruppen, Krankenversicherer und Personen aus dem medizinischen Ausbildungsbereich. Die aus der Diskussion hervorgehende Zahl an neuen Fachärzten, die in einem bestimmten Zeitraum ausgebildet werden sollen, dient als Empfehlung für das Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft und wird mit diesem weiter diskutiert. Die Zahlen werden abschließend als Empfehlung an die medizinischen Fakultäten, Schulen und Universitäten als jährlich zuzulassende Zahl an Studenten weitergegeben. Zusätzlich gibt das Kapazitätsplanungsorgan Empfehlungen über Praktika und Weiterbildungspositionen innerhalb der medizinischen Ausbildungseinrichtungen (Schäfer et al. 2010, 133f.).

Literatur

Ettelt S., Nolte E., Thomson S., Mays N (2008): Policy brief. Capacity planning in health care. A review of the international experience. WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., van Ginneken, E (2010): The Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2010, 12(1):1-228.

Schölkopf, M., Pressel, H (2014): Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. 2. Aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Tiemann, S (2006): Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt. Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien – Analyse und Vergleich. Schriftenreihe der GVG, Bd. 53. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V.

Van Greuningen, M., Batenburg, R.S., Van der Velden, L.FJ (2012): Ten years of health workforce planning in the Netherlands: a tentative evaluation of GP planning as an example. In: *Human Resources for Health* 2012, 10:21. URL: <http://www.human-resources-health.com/content/10/1/21> [23.09.2014].

4.8 Schweiz

Grundmerkmale des Versorgungs- und Regulierungssystems

Das Gesundheitssystem spiegelt die föderale Struktur der Schweiz wider. Zuständig ist für das Gesundheitswesen, wie in der Sozialpolitik insgesamt, der jeweilige Kanton. Der Bund setzt rechtliche Rahmenbedingungen, insbesondere in der Krankenversicherung und diese wirken sich auf die kantonale Gesundheitspolitik aus. Die Krankenversorgung wird durch die Kantone und Gemeinden gewährleistet (Tiemann 2006, 135f.). Ambulante Leistungen werden in Arztpraxen, in einigen Krankenhauseinheiten und – besonders in Städten – in Polikliniken erbracht (Tiemann 2006, 147).

Die Versicherten haben laut Bundesgesetz über die Krankenversicherung die freie Wahl unter den zugelassenen Leistungserbringern, die für die jeweilige Krankheit geeignet sind und die freie Wahl der Spitäler ihres Wohnsitzkantons (Tiemann 2006, 159). Die Versicherten können sich jedoch auch in HMOs (die Leistungserbringung über Gruppenpraxen von Allgemein- und Fachärzten), in einem Praxisnetz oder in einem Hausarztssystem einschreiben und damit auf die freie Arztwahl verzichten. Im Gegenzug erhalten sie Prämienrabatte. Diese Möglichkeit nahmen im Jahr 2010 ca. 46 % der erwachsenen Schweizer wahr (Schölkopf, Pressel 2014, 75).

In der Schweiz gibt es zwar insgesamt eine außerordentlich hohe Arztdichte, über 95 % der Bevölkerung erreichen in weniger als 30 Minuten bzw. 15 km Distanz einen Arzt (Tiemann 2006, 150). Die uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit führt jedoch zu einer Ungleichverteilung der Ärzte innerhalb des Landes. So ist die Arztdichte in Großstadtzentren (wie Basel und Genf) deutlich höher als in peripheren Gebieten (etwa in den ländlichen Kantonen Appenzell oder Obwalden) (European Observatory on Health Care Systems 2000, 23; Tiemann 2006, 150).

4.8.1 Entstehungszusammenhang und Kontext des Planungssystems

„Wer über ein schweizerisches oder ein anerkanntes ausländisches Arztdiplom verfügt, vertrauenswürdig ist sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bietet, hat einen Rechtsanspruch auf die Erteilung der kantonalen Berufsausübungsbewilligung (BAB). Weitere fachliche Qualifikationen dürfen die Kantone nicht fordern.“ (Hänggeli 2010, 60).

Die BAB der kantonalen Gesundheitsbehörde reicht aus, um selbständig als Arzt tätig zu sein und eine Praxis zu führen. Anders als die Berufsausübungsbewilligung ist die Zulassung durch ein Kanton auf das Gebiet des ausstellenden Kantons beschränkt (Hänggeli 2010, 60).

Von der Berufszulassung ist die Zulassung zur Abrechnung der Tätigkeiten zulasten der obligatorischen Krankenversicherung zu unterscheiden. Ein Arzt ohne BAB darf ohne Kassenzulassung lediglich Selbstzahler behandeln und Leistungen zu Lasten von Zusatzversicherungen oder der Militär-, Invaliden- und Unfallversicherung erbringen.

Aufgrund der besonders hohen Arztdichte wurden zeitlich begrenzte Zulassungsbeschränkungen durch eine sogenannte Umsetzungsverordnung in den Kantonen ermöglicht. Der Zulassungsstopp wird durch die Kantone umgesetzt und ist demzufolge sehr unterschiedlich ausgestaltet. Der Gesetzgeber ließ diese Unterschiede bewusst zu, weil Ärztedichte und das Verhältnis unter den einzelnen Fachdisziplinen von Kanton zu Kanton teilweise stark variieren (Hänggeli et al. 2010, 61).

4.8.2 Ausprägungen

Zunächst wurde 2002 ein Zulassungsstopp bis Ende 2005 für neue Arztpraxen erwirkt, nachdem im gleichen Jahr die bilateralen Verträge mit der EU in Kraft getreten waren. Man fürchtete eine „Invasion“ von Ärzten aus anderen europäischen Ländern in die Schweiz und wollte dies auf diese Weise verhindern (Quelle: Cassis, Schweizer Ärztezeitung) (Hänggeli et al. 2010, 60). Nachdem das Parlament 2008 den Zulassungsstopp bis Ende Dezember 2009 verlängert und auf Gruppenpraxen ausgedehnt hatte und die Zeit für eine definitive Nachfolgeregelung nicht ausgereicht hatte, wurde im Juni 2009 als Übergangslösung der Zulassungsstopp mit zwei wichtigen Änderungen um zwei Jahre bis Ende 2011 verlängert. Der Zulassungsstopp wurde auf Spitalambulatorien ausgedehnt. Folgende Weiterbildungstitel wurden vom Zulassungsstopp ausgenommen: Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt und Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel sowie Kinder- und Jugendmedizin. Zudem können die Kantone die Zulassung an Bedingungen knüpfen.

Nachdem Ende 2011 eine mehrfach verlängerte Zulassungsbeschränkung ausgelaufen war, stieg die Zahl der Ärzte, die eine Zulassungsnummer zur Abrechnung zu Lasten der Krankenversicherung bekommen haben stark an. Daraufhin wurde im Juli 2013 erneut eine entsprechende Verordnung für drei Jahre eingeführt, während parallel an einer langfristigen Lösung gearbeitet wird. Der Bundesrat hat das Departement des Innern beauftragt diese langfristige Lösung zu finden (BAG 2013a). Über eine solche langfristige Lösung wurde an einem runden Tisch beraten, der einen partizipativen Ansatz zur Lösung von Grundsatzfragen vorsieht. Es nehmen Vertreter der Kantone, verschiedener Ärztevereinigungen, der Spitäler, der Apotheker, der Versicherer und der Patientenorganisationen daran teil (BAG 2013b). Ein im Februar 2015 in das Parlament eingebrachter Gesetzentwurf sieht angesichts steigender Arztzahlen eine Neuregelung vor.

Künftig sollen die Kantone entscheiden, ob und nach welchen Kriterien sie die Zulassung von Ärzten in ihrem Zuständigkeitsbereich regeln wollen. Gegenwärtig ist noch nicht absehbar, ob dieser Gsetzentwurf in der vorgelegten Form die parlamentarischen Hürden nehmen wird.

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (2013a): Revisionen der Krankenversicherung. Zulassungssteuerung. URL:

<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/13489/index.html?lang=de>

Zuletzt aktualisiert am: 30.07.2013 [15.05.2014].

Bundesamt für Gesundheit (2013b): Runder Tisch zur Steuerung der Versorgung im ambulanten Bereich vom 02.09.2013. URL:

https://www.news.admin.ch/message/index.html?lang=de&print_style=yes&msg-id=50068

[15.05.2014].

European Observatory on Health Care Systems (2000): Switzerland. *Health Care Systems in Transition*, European Observatory on Health Care Systems.1-82.

Hänggeli, C., Lang, G., Kraft, E., Bradke, S (2010): Freipraktizierende Ärztinnen und Ärzte. In: Kocher, G., Oggier, W (Hrsg.) *Gesundheitswesen Schweiz 2010-2012. Eine aktuelle Übersicht*. Bern: Verlag Hans Huber.

Tiemann, S (2006): *Gesundheitssysteme in Europa – Experimentierfeld zwischen Staat und Markt. Frankreich, Niederlande, Schweiz, Schweden und Großbritannien – Analyse und Vergleich*. Schriftenreihe der GVG, Bd. 53. Köln: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V.

5. Schlussfolgerungen für die Bedarfsplanung in Österreich

International vergleichende Evaluationen der Wirksamkeit von Planungssystemen und -verfahren liegen nicht vor. Es lässt sich also aufgrund der vorliegenden Daten keine Aussage darüber treffen, welche Systeme oder Verfahren besser oder schlechter geeignet sind, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten. Empfehlungen können sich daher nur aus den bei der Recherche gewonnen Eindrücken und aus Plausibilitätsüberlegungen ergeben. Sie lassen sich zu folgenden Aussagen verdichten.

1. Die Bedarfsplanung sollte die mittel- und langfristige Planung von Ausbildungskapazitäten (einschließlich der Absolventenzahlen) mit der Richtwerten zur regionalen Steuerung von aktuellen Bedarfszahlen verknüpfen. Eine Beschränkung allein auf die Planung von Absolventenzahlen reicht zur Vermeidung regionaler Ungleichgewichte in der Versorgung vermutlich nicht aus, weil angesichts der Mobilität in modernen Gesellschaften nicht davon ausgegangen werden kann, dass Ärzte sich in ihrer Heimatregion oder der Region ihres Ausbildungsortes (dauerhaft) niederlassen.
2. Bei der Festlegung von Planungsrichtwerten sollten Arzt-/Einwohner-Verhältniszahlen mit Erreichbarkeitsdaten kombiniert werden (Anfahrtszeiten, Entfernungen), um auch Patienten in dünn besiedelten Regionen einen angemessenen Zugang zu Versorgungseinrichtungen zu ermöglichen.
3. Arzt-/Einwohner-Verhältniszahlen sollten um demographische und epidemiologische Parameter ergänzt werden, um den realen Versorgungsbedarf der Bevölkerung in der Region und vor Ort möglichst genau abzubilden.
4. Dabei sollten zentralstaatlich vorgegebene Planungsrichtwerte als Soll-Werte konzipiert werden, von denen – in begründeten Ausnahmefällen – regionale abgewichen werden kann. Freilich muss eine solche Begründung im Falle einer Abweichung auch eingefordert werden. Allerdings erscheint es sinnvoll, den regionalen Entscheidungsträgern die notwendigen Handlungsspielräume zu gewähren.
5. Eine Planung sollte als integrierte Planung erfolgen. Sie sollte also nicht auf den ambulanten Sektor beschränkt bleiben, sondern die Kapazitäten in anderen Versorgungssektoren mit berücksichtigen.
6. Einwohner bzw. Patienten oder Versicherte oder deren Vertretungen sollten an der Bedarfsplanung beteiligt werden. Diese Beteiligung kann die Zielgenauigkeit und die Akzeptanz des Planungsverfahrens erhöhen.

Tabelle 14 Planungssysteme

Planungsstrukturen	Land	Planungskriterien	Ausprägungen	Beteiligte Organisationen
De facto Limitierung der Niederlassung (Ono/Schoenstein/ Buchan 2014, 39)	Finnland	Branchenübergreifende Bedarfsschätzung	Zulassungszahlen zum Studium, Zahl der offenen Stellen in den Gemeinden limitiert die Niederlassung	Ministerien, Regierungsinstitut für Wirtschaftsforschung, finnischer Verband der Regional- und Kommunalbehörden, Statistics Finland, Finnisches Zentrum für Pensionen und Forschungsinstitute, Gemeinden
	Das Vereinigte Königreich	Bedarfsermittlung, Prognose, verschiedene Planungsebenen	Zahl der Aus- und Weiterbildungsstellen und Verteilung werden umfassend und übergreifend betrachtet	Zahlreiche Institutionen die auf lokaler, regionaler und nationaler Eben zusammen arbeiten und Strukturen bilden
Eingeschränkte Niederlassungsmöglichkeiten nach Planung (Ono/Schoenstein/ Buchan 2014, 39, 62)	Dänemark	Praxiszulassungen entscheiden sich durch die Patientenlisten und die Distanz der Patienten zur nächsten Praxis (seit 2011)	Praxiszulassungen (Hausärzte)	Ministerium für Gesundheit und Prävention, Regionen, Danish Health and Medicines Authority
	Deutschland	Arzt/Patienten-Verhältniszahlen, verschiedene Planungsbereiche	Keine Praxiszulassungen für überversorgte Gebiete (seit 1993)	G-BA, KBV, KVen, Landesausschüsse der Ärzte, Landesverbände der Krankenkassen, Zulassungsausschüsse (Vertreter Ärzte und Krankenkassen)

Zulassung zu Studium und Weiterbildung	Belgien	Angebotsorientiertes Modell zur Bedarfsschätzung	Konkrete Zulassungszahlen für die Ausbildung zu Facharzttrichtungen und zugelassene Physiotherapeuten	Planungskommission gibt Empfehlung an Ministerium
	Finnland	Arbeitskräfteabgänge, Erwerbsquoten Berechnungsmodell	Ziele für die Zulassung von Studenten	Ministerien, nationaler Bildungsbeirat, finnischer Verband der Regional- und Kommunalbehörden, Statistics Finland, Finnisches Zentrum für Pensionen und Forschungsinstitute
	Niederlande	Modell zur Vorausberechnung des Arbeitskräfteangebots (Regiomarge für Krankenpflege)	Numerus clausus für die Zulassung von Medizinstudenten Regiomarge informierend für Ausbildungsstätten	Capaciteitsorgaan berät in Bezug auf Kapazitäten im Medizinstudium und für Weiterbildungen in den Fachrichtungen
	Frankreich	Offene Facharzt-Ausbildungsstellen je Region	Numerus clausus für das zweite Studienjahr, differenziert nach Regionen entsprechend der Zahl an offenen Ausbildungsstellen; ECN (Leistungsprüfung) nach sechs Jahren Ausbildung, Bildung einer Rangliste: Reihenfolge für die Wahl der Fachrichtung und Region für die praktische Ausbildung	Ministerium für Gesundheit, Observatoire National de la Démographie des Professions Santé (ONDPS), La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistique (DREES)

Tabelle 15 Literaturrecherche: Datenbanken, Suchbegriffe und Treffer

Datenbank	Suchbegriffe	Resultat	Relevante Treffer	Länder
OECD iLibrary	Workforce planning	28	2. Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M (2013): Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. doi:10.1787/5k44t787zcwben [30.07.2014].	International
	Capacity planning AND health	16	0	
	Regulation AND outpatient care	359	20. Schut, E., S. Sorbe and J. Høj (2013), "Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands", <i>OECD Economics Department Working Papers</i> , No. 1010, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5k4dlw04vx0n-en 69. Enhancing efficiency and reducing inequalities in health care OECD, Pages: 79–117 in <i>OECD Economic Surveys: Finland 2012</i> 102. Paris, V., M. Devaux and L. Wei (2010), "Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries", <i>OECD Health Working Papers</i> , No. 50, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxq9qbnr-en 118. Pia Maria Jonsson, Pirjo Häkkinen, Jutta Järvelin, Jukka Kärkkäinen (2013), Finland Pages: 133–146 in <i>Waiting Time Policies in the Health Sector : What Works?</i>	NLD FIN International
	Access AND ambulatory health care AND	124	2. Health workforce. OECD, Pages: 87–113 in <i>OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011</i> 6. Erneut: Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M (2013): Health Workforce	CHE

	workforce		Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. doi:10.1787/5k44t787zcwb-en [30.07.2014].	International
	Resource allocation AND outpatient care AND health	32	9., 10. Erneut: OECD Reviews of Health Systems: Switzerland, Finland 19. Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J (2014): Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses”, OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. doi:10.1787/5jz5sq5ls1wl-en [16.09.2014].	International
	Health workforce AND distribution	2.820	1. <i>The Looming Crisis in the Health Workforce: How can OECD countries respond? (2008): OECD Health Policy Studies.</i> Paris: OECD Publishing. 10. erneut: Ono, T., Lafortune, G., Schoenstein, M (2013): Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. doi:10.1787/5k44t787zcwb-en [30.07.2014].	International
	Demand AND healthcare AND workforce	988	2. <i>The Looming Crisis in the Health Workforce: How can OECD countries respond? (2008): OECD Health Policy Studies.</i> Paris: OECD Publishing.	International
	Bedarfsplanung (ambulant) Gesundheit	1	1. Ono, T., Schoenstein, M., Buchan, J (2014): Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses”, OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. doi:10.1787/5jz5sq5ls1wl-en [16.09.2014].	International
	Planungsrichtwert	0		
Sowiport	Workforce planning AND health	248	3. Curson, J.A.; Dell, M.E.; Wilson, R.A.; Bosworth, D.L.; Baldauf, B (2010): Who does workforce planning well. In: International Journal of Health Care Quality Assurance, 23 (2010), 1. 110-119.	International

			<p>5. Hurst, Keith (2006): Primary and community care workforce planning and development. In: Journal of Advanced Nursing, 55 (2006), 6. 757-769.</p> <p>6. Flynn, Betty; Kellagher, Main; Simpson, Jacqui (2010): Workload and workforce planning: tools, education and training. In: Nursing Management, 16 (2010), 10. 32-35.</p> <p>8. Kuhlmann, Ellen; Batenburg, Ronald; Groenewegen, Peter P.; Larsen, Christa (2013): Bringing a European perspective to the health human resources debate: A scoping study. In: Health Policy, 110 (2013), 1.</p> <p>75. Brocklehurst, Paul; Tickle, Martin (2012): Planning a dental workforce for the future for the National Health Service in the United Kingdom: What factors should be accounted for. In: Health Education Journal, 71 (2012), 3. 340-349.</p> <p>109. Scott, Janet M; Stubbings, Liz (2004): NHS workforce issues: implications for future practice. In: Journal of Health, Organisation and Management, 18 (2004), 3. 179-194.</p>	<p>GBR</p> <p>GBR</p>
	Capacity planning AND planning value AND health	81	0	
	Bedarfsplanung OR Planungsrichtwert	0		
	Distribution of health professionals AND regulation	23	0	

Regulation AND outpatient care	41	0	
Access AND regulation AND health workforce	8	0	
Demand AND outpatient care	98	0	
Access AND ambulatory health care	107	0	
Health workforce AND resource allocation	17	0	
Health workforce AND allocation	35	0	
Integrative AND capacity planning AND health	100	2. Ettelt, Stefanie; Fazekas, Mihaly; Mays, Nicholas; Nolte, Ellen (2012): Assessing health care planning -- A framework-led comparison of Germany and New Zealand von In: Health Policy, 106 (2012), 1. 50-59.	GER
Health workforce AND distribution	80	25. Anand, Sudhir; Barnighausen, Till (2012): Health workers at the core of the health system: Framework and research issues. In: Health Policy, 105 (2012), 2-3. 185-191.	International
Planification	0		

Health		[22.09.2014].	
NIVEL		<p>NIVEL. URL: http://www.nivel.nl/en [22.09.2014].</p> <p>Publikationen: Kuhlmann, E., Batenburg, R., Groenewegen, P.P., Larsen, C. Bringing a European perspective to the health human resources debate: a scoping study. Health Policy: 2013, 110(1), 6-13.</p> <p>Literaturverweis auf:</p> <p>Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. Assessing future health workforce needs. In: Policy Summary 2. WHO, on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 (Auf Deutsch): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen</p>	NLD
Committee for medical supply planning belgium	33.400.000	<p>4. Roberfroid, D., Stordeur, S., Camberlin, C., van de Voorde, C., Vrijens, F., Leonard, C (2008): Physician workforce supply in Belgium: Current situation and challenges. Health Services Research (HSR). Brüssel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE reports 72C. URL: https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027309.pdf [10.08.2014].</p> <p>8. Erneut: Ono, T., G. Lafortune and M. Schoenstein (2013): "Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries", OECD Health Working Papers, No. 62, OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwb-en [23.09.2014].</p>	BEL, International
Commission de planification de l'offre médicale belgique		<p>1. Commission de planification de l'offre médicale. URL: http://www.absym-bvas.be/spf-sante/commission-de-planification-de-l-offre-medicale [23.09.2014].</p> <p>Pour en savoir plus. URL: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningco</p>	BEL

			<p>mmission/index.htm#.U5yPFRb6nbR [23.09.2014].</p> <p>Commission de l'offre médicale. URL: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/index.htm#.U5ySkhb6nbQ [23.09.2014].</p> <p>Composition (wer sitzt dort, aus welchem Bereich kommt derjenige). Rapport annuelle 2012. URL: http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/StudiesPublication/index.htm#.U5yQmhb6nbR [23.09.2014].</p>	
Medical Education England	44.000.000		2., 3. Health Education England URL: http://hee.nhs.uk/ [23.09.2014].	England
CCG workforce planning	164.000		5. NHS bulletin. URL: http://www.england.nhs.uk/2013/12/20/bulletin-for-ccgs-issue-49-19-december-2013/ [23.09.2014]. Link zu: Everyone Counts: Planning for Patients 2014/15 to 2018/19 (http://www.england.nhs.uk/ourwork/sop/) http://www.england.nhs.uk/ourwork/sop/back-info/ [23.09.2014]. Strategic and Operational Planning 2014 to 2019 Link zum Dokument: NHS England. Everyone counts. Planning for Patients 2014/15. URL: http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/5yr-strat-plann-guid-wa.pdf [23.09.2014].	England
Clinical commission group health plan	157.000		2. Beispiel Luton: https://www.lutonccg.nhs.uk/page/?id=3302file:///C:/Users/BKUEPP~1/AppData/Local/Temp/1374575170_xqKy_planning_for_our_patients.pdf [23.09.2014].	England
National Health Services Scotland	56.700.000		1. NHS National Services Scotland. URL: http://www.nhsnss.org [23.09.2014].	Scotland

