Technische Universität Berlin

Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen

Im Auftrag der Bundesärztekammer

Johanna Nüsken und Reinhard Busse
11.04.2011

Inhalt

1. Einleitung 3
2. Modell zur Bedarfsplanung 4
3. Bedarfsplanung in Dänemark 6
4. Bedarfsplanung in England 9
5. Bedarfsplanung in Frankreich 12
6. Bedarfsplanung in den Niederlanden 16
7. Bedarfsplanung in Österreich 19
8. Bedarfsplanung in der Schweiz 24
9. Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung 31
Quellenangaben 34

1. Einleitung

Der gerechte Zugang zur Versorgung ist das Ziel der Bedarfsplanung. Hierbei wird sowohl eine homogene geografische als auch fachliche Verteilung angestrebt, damit der Bedarf einer Bevölkerung gedeckt werden kann ohne eine Überversorgung zu schaffen. Der Begriff der ‚Bedarfsplanung' ist irreführend, da Bedarf nicht geplant werden kann. Eine Schätzung des zukünftigen Bedarfs kann nur durch subjektiv gewählte Indikatoren erfolgen. Somit können keine genauen Aussagen getroffen werden (Fülop, Kopetsch, Hofstätter und Schöpe, 2008).

Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst den Bedarf an medizinischen Leistungen, darunter natürlich die Gesundheit der Bevölkerung, Demografie, technischer Fortschritt, Finanzierung im Gesundheitswesen etc. (Fazejkas et al., 2010). Diese Faktoren sollten bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs miteinbezogen werden. Grundsätzlich lassen sich drei Methoden der Bedarfsermittlung unterscheiden, die sich allerdings in Reinform kaum finden: angebotsorientierte, inanspruchnahmeorientierte und morbiditätsorientierte Schätzungen. Die angebotsorientierte Bedarfsermittlung basiert auf der Annahme, dass das existente Angebot dem Bedarf entspricht. Somit ergeben sich aus dem Verhältnis von Angebotskapazitäten zur Zahl der Einwohner sogenannte Angebotsziffern, wie die Zahl der Krankenhausbetten pro 1000 Einwohner, die zur Planung benutzt werden. Die zweite Methode, welche sich an der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen orientiert, gebraucht die bestehende Inanspruchnahme als Indikator für den Bedarf. Die Inanspruchnahmen von Fällen und Leistungen werden als Häufigkeitsziffern dargestellt. Die morbiditätsorientierte Bedarfsschätzung basiert auf dem Krankheitsartenmuster der Bevölkerung. Nach der Bildung von homogenen Patientengruppen, wie beispielsweise DRGs, wird für jede Gruppe der Gesundheitsbeeinträchtigungsgrad ermittelt sowie die notwendigen Versorgungsleistungen und Ressourcen. Krankheitshäufigkeitsziffern geben Aufschluss über den Bedarf, welcher nach Leistungsarten differenziert wird. Alle drei Methoden berücksichtigen die Bevölkerungsentwicklung (Eichhorn, 1988).

Die derzeitige Bedarfsplanung im deutschen Gesundheitssystem wird zunehmend als inadäquat erkannt. Der ermittelte Bedarf beruht überwiegend auf dem Angebot und zwar zum gegenwärtigen Zeitpunkt im stationären Sektor und zu einem zurückliegenden Zeitpunkt im ambulanten Sektor. Im Zuge der Überdenkung des deutschen Modells ist ein Blick auf andere Länder und deren Methoden zur Bedarfsplanung lehrreich. Dieser Bericht analysiert die Bedarfsplanung in Dänemark, England, Frankreich, den Niederlanden, Österreich und der Schweiz. Die Datengrundlage der Analyse ist durch Literaturrecherche vor allem von im Bereich der grauen Literatur geschaffen worden. Im Vordergrund stehen dabei vor allem die Ansatzpunkte der Bedarfsplanung im jeweiligen Land und die verwendeten Kriterien bei der Ermittlung des Bedarfs. Auch die Zuständigkeit für die Bedarfsplanung, sowie deren Durchführung und Ergebnisse werden betrachtet.

2. Modell zur Bedarfsplanung

Bedarfsplanung kann an unterschiedlichen Stellen im Gesundheitswesen ansetzen. Dies wird deutlich im von uns entwickelten Modell zur Darstellung der möglichen Ansatzpunkte der Bedarfsplanung (Abbildung 1). Der frühestmögliche Ansatzpunkt ist die Ausbildung der medizinischen Fachkräfte. Ein Numerus Clausus beschränkt in vielen Ländern den Zugang zum Medizinstudium, dadurch wird die zukünftige Zahl der Ärzte gesteuert. Die fachliche Verteilung der Ärzte kann durch die Zahl der Weiterbildungsplätze beeinflusst werden. Der zweite Ansatzpunkt ist die Zulassung zur Tätigkeit. Hier kann z.B. durch Lizenzvergabe die Anzahl der Praxen und Krankenhäuser reguliert werden. Der dritte Ansatzpunkt ist die Vergabe von Abrechnungsberechtigungen für ambulant tätige Ärzte oder die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Hierdurch wird der Regierung (oder von ihnen ermächtigten Akteuren) ermöglicht zu bestimmen, wer die Patienten bzw. den Großteil der Patienten behandelt. Die Regulierung von Versorgungsstrukturen, der vierte Ansatzpunkt, bietet ebenfalls Möglichkeiten eine dem Bedarf gerechte Versorgung zu ermöglichen. Hier gibt es eine Reihe von Optionen. Im ambulanten Sektor kann z.B. eine Verhältniszahl (Patienten pro Arzt) spezifiziert werden. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor kann die Anzahl und die Verteilung der medizinisch-technischen Großgeräte geregelt werden. Im stationären Sektor wurde früher häufig die Anzahl der Betten durch die Regierung vorgegeben, ebenso ist es möglich, dass die Zentralisierung bestimmter Behandlungen durch Schwerpunktfestlegungen geplant wird. Der fünfte Ansatzpunkt ist die Regulierung des Leistungsvolumens. Dies ist im stationären Sektor möglich durch die Festlegung von Fallzahlen und/ oder Mindestmengen.

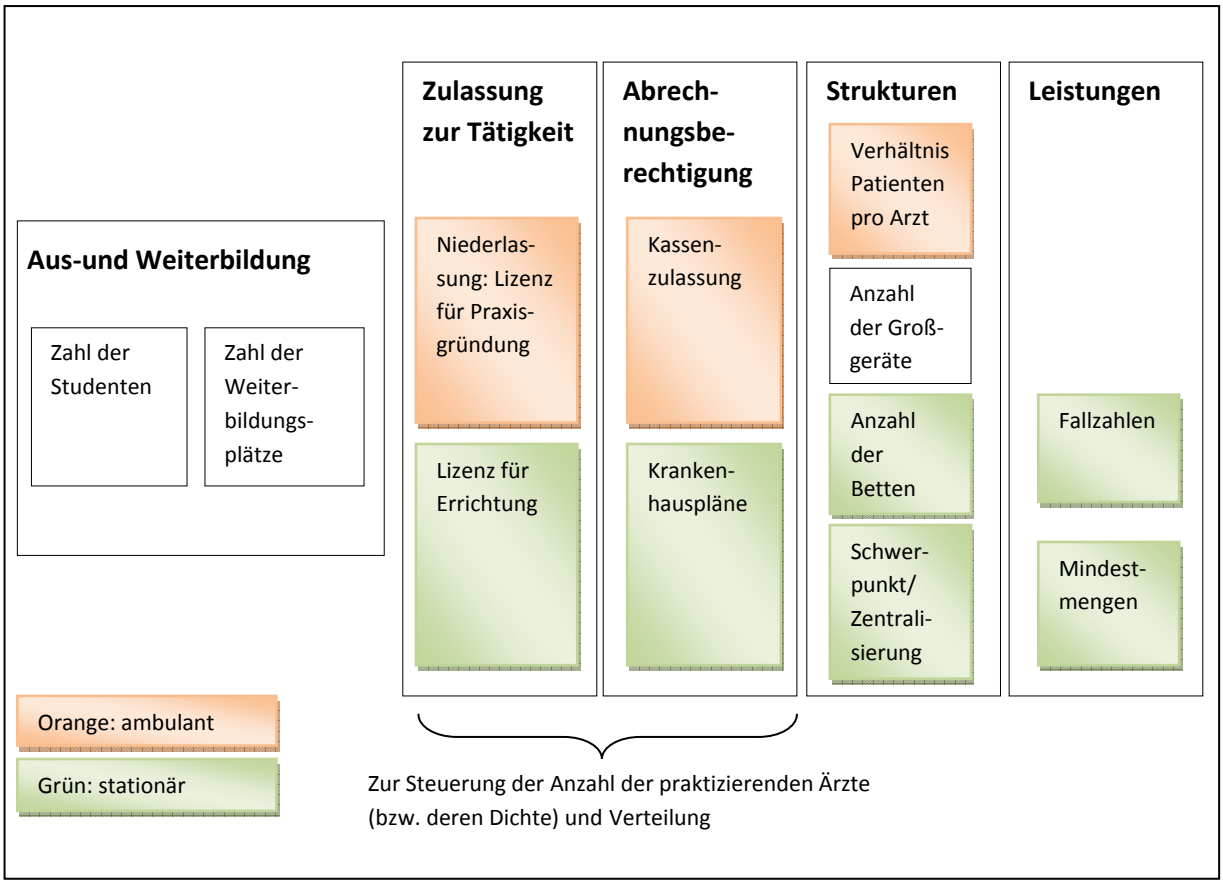

Abbildung 1: Ansatzpunkte der Bedarfsplanung (eigene Darstellung)

3. Bedarfsplanung in Dänemark

Die Planung in Dänemark setzt vor allem im ambulanten Bereich an, der stationäre Sektor hingegen wird hauptsächlich durch Budgetallokationen gesteuert. Es gibt keinen NC für Medizinstudenten, allerdings kann die Zahl der Studierenden beeinflusst werden. Eine ausgewogene fachliche Verteilung der Ärzte wird ebenfalls angestrebt. Die Niederlassung der Ärzte wird von den Regionen reguliert, es gibt präzise Angaben für die regionale Dichte von Hausärzten. Im stationären Bereich wird eine explizite Planung nur im Bereich der seltenen medizinischen Leistungen vorgenommen (siehe Abbildung 2).

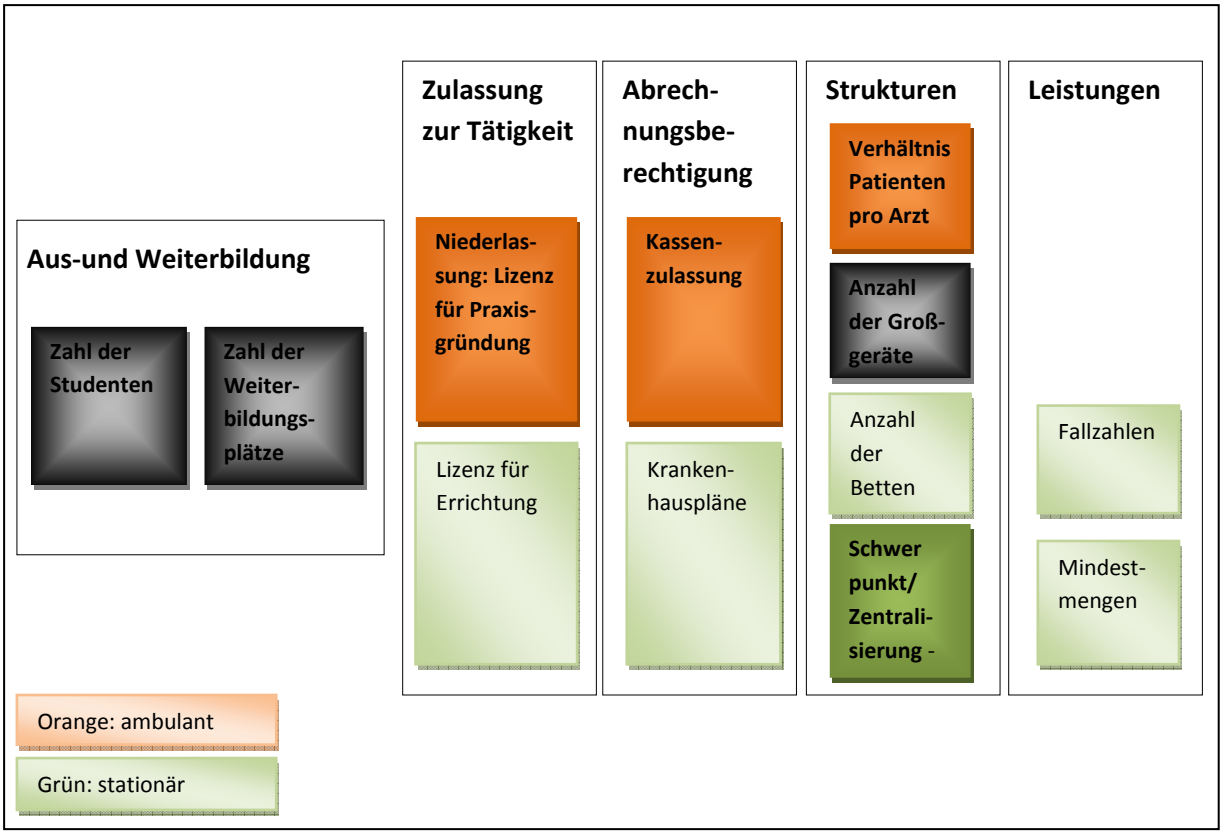

Abbildung 2: Ansatzpunkte der Bedarfsplanung in Dänemark (stärker farbig hervorgehobene Felder markieren die Ansatzpunkte) (eigene Darstellung)

Zuständigkeit

Die Verantwortung für die Bereitstellung von gesetzlichen Grundlagen und Führung des Gesundheitssystems, durch Prioritätenfestlegung und Absprachen mit den Regionen, obliegt dem Ministerium für Gesundheit (Strandberg-Larsen et al., 2007). Soweit wie möglich ist die Versorgungsplanung jedoch dezentralisiert, obwohl die Regierung die Budgetverhandlungen immer häufiger nutzt um Entwicklungen im Gesundheitssektor zu bestimmen. Die Regionen und Gemeinden entwickeln und implementieren Pläne für die Gesundheitsversorgung selbst (Ettelt et al., 2008). Die fünf Regionen stellen die Versorgung durch Verträge mit Leistungserbringern sicher. Öffentliche Krankenhäuser werden von den Regionen geleitet (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). Die Finanzierung von Hausärzten und Fachärzten obliegt ebenfalls den Regionen. Die Gemeinden kümmern sich um das Pflegeangebot, die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung

(Strandberg-Larsen et al., 2007). Zusammen mit dem Ministerium für Gesundheit beaufsichtig das Nationale Gesundheitsgremium die Versorgung auf regionaler Ebene. Das Gremium gibt Empfehlungen für unterschiedliche Gesundheitsthemen, regelt die Verteilung medizinisch technischer Großgeräte und die Versorgung mit außergewöhnlichen medizinischen Leistungen. Die Kompetenzen des Gremiums sollen in Zukunft ausgebaut werden, sodass der Einfluss auf die Planung im Gesundheitswesen ausgeweitet wird (Ettelt et al., 2008). Die Ausbildung medizinischen Fachpersonals ist staatlich organisiert und kann somit kontrolliert werden. Daran beteiligt sind das Ministerium für Wissenschaft, Technologie und Innovation, sowie spezielle Räte zur Ausbildung von Gesundheitspersonal (Strandberg-Larsen et al., 2007).

Planung und Umsetzung

Die Regionen und Gemeinden sind verpflichtet alle vier Jahre Gesundheitspläne zu erstellen. Der Planungsprozess variiert, in der Regel finden aber Seminare und Komiteetreffen zu spezifischen Themen statt. Die Gesundheitspläne beinhalten eine Beschreibung der Versorgungssituation und der Zusammenarbeit von Versorgungsebenen. Eine Analyse des Bedarfs an Gesundheitsleistungen ist ebenfalls in den meisten regionalen Plänen enthalten. Die Pläne werden an den Nationalen Rat für Gesundheit weitergeleitet, dort werden Empfehlungen erarbeitet, welche aber nicht verpflichtend sind (Ettelt et al., 2008).

Aus- und Weiterbildung

Da die Ausbildung medizinischer Fachkräfte staatlich geregelt ist, kann die Regierung Einfluss auf die Kapazitäten und den Inhalt des Studiums nehmen und somit den Bedürfnissen des Gesundheitssektors anpassen. Ein nationaler Rat, bestehend aus Repräsentanten der Regionen, Verbände der Fachkräfte und der Bildungsinstitutionen, gibt Empfehlungen bezüglich der Spezialisierungen und der Zahl der Weiterbildungsplätze. Der Nationale Rat für Gesundheit versucht die geographische und fachliche Verteilung zu steuern, indem zeitlich begrenzte Stellen in bestimmten Krankenhäusern und Stationen geschaffen werden, die zur Weiterbildung junger Ärzte bestimmt sind (Strandberg-Larsen et al., 2007).

Planung im ambulanten Sektor

Der ambulante Sektor wird von den Regionen innerhalb des nationalen gesetzlichen und finanziellen Rahmens und des regionalen Bedarfs gestaltet. Die meisten medizinischen Fachkräfte sind vertraglich in das Gesundheitssystem eingebunden und werden von den Regionen bezahlt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). Die Niederlassung von Ärzten wird geregelt durch die Autorisierung durch den Nationalen Rat für Gesundheit und die Lizenzerteilung durch die Regionen. Um Kosten einzudämmen ist die Zahl der Hausärzte, welche Kosten von den Regionen erstattet bekommen, limitiert. Die Zahl der Hausärzte pro 1000 Bewohner wird in Verhandlungen zwischen den Regionen und der Hausärztevereinigung festgelegt. Folglich ist auch die Zahl der Einwohner pro Arzt limitiert[1] . Niederlassungsquoten existieren für z.B. Physiotherapeuten (Strandberg-Larsen et al., 2007). Die hausärztliche Versorgung wird in Zukunft umstrukturiert werden. Um den stationären Sektor zu entlasten sollen die Kapazitäten in Praxen erweitert werden, sodass z.B. die Versorgung von chronischen Patienten über den ambulanten Sektor abgewickelt werden kann (Kronborg, 2008). Eine weitere Entwicklung des ambulanten Sektors ist die Zunahme der Zahl von Gruppenpraxen. Dieser Trend wird auch von der Regierung unterstützt, da dadurch eine 24-stündliche Versorgung besser sichergestellt werden kann (Strandberg-Larsen et al., 2007).

[1] Im Jahr 2003 waren es z.B. zwischen 1480 und 1651 Einwohner pro Hausarzt (Strandberg-Larsen et al., 2007).

Planung im stationären Sektor

Die Rahmenplanung des Gesundheitswesens sieht vor, dass die Regionen für die stationäre Versorgung verantwortlich sind (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). Die Planung des stationären Sektors wird hauptsächlich durch detaillierte Budgetplanung gesteuert, welche es den Regionen ermöglicht den Umfang, die Art und die Kosten der Krankenhausaktivitäten bestimmen. Abhängig vom Budget wird festgelegt, welche Leistungen von regionalen Krankenhäusern erbracht werden und welches Equipment gekauft wird. Allerdings muss in der Planung ebenfalls berücksichtigt werden, dass Patienten nicht an regionale Krankenhäuser gebunden sind, sondern frei wählen können, wo sie behandelt werden möchten. Des Weiteren müssen bestimmte Leistungen angeboten werden um die nationale Wartezeitgarantie einzuhalten. In diesem Zusammenhang gehen Regionen auch Verträge mit privaten Krankenhäusern ein, um die Versorgung innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens zu sichern (Strandberg-Larsen et al., 2007)

Die Verteilung medizinisch-technischer Großgeräte wird durch den Nationalen Rat für Gesundheit gesteuert (Ettelt et al., 2008). Dieser ist auch für Planung von seltenen medizinischen Leistungen, also Leistungen, die in etwa 10% der Patienten benötigen, zuständig. Die geographische Verteilung des Angebots von seltenen medizinischen Leistungen unterliegt genauen Vorgaben. Pro Region werden diese Leistungen von 1 bis maximal 3 Krankenhäusern angeboten. Wenn es um stark spezialisierte Leistungen geht, so wird die Ausübung in 1 bis maximal 3 Krankenhäusern im ganzen Land vorgesehen. Die Planung dieser Leistungen wird von den Regionen durchgeführt, allerdings ist die Bewilligung des Fachgebietsausschusses entscheidend. Seit 2008 hat der Ausschuss die Kompetenz, Bewerbungen der Regionen für die Ausübung von spezialisierten Leistungen zu akzeptieren oder abzulehnen. In Kooperation mit den Regionen und fachärztlichen Vereinigungen hat der Fachgebietsausschuss für alle 36 Spezialisierungen Anforderungen formuliert. Die Bewilligungsentscheidung ist abhängig von der Häufigkeit der zu behandelnden Krankheit, der benötigten Ressourcen, der Komplexität, etwaige Kapazitätsunterschieden zwischen den Regionen und geographischen Faktoren. Wenn eine Region die Zusage erhält, ist sie verpflichtet diese medizinische Leistung durchgängig bereitzustellen (Christiansen, 2010).

Intersektorale Zusammenarbeit

Eine Koordination der Aktivitäten von unterschiedlichen Verwaltungsebenen und Versorgungsbereichen wird vorangetrieben. In Gesundheitskoordinationskomitees werden formelle Absprachen zwischen den Regionen und Gemeinden getroffen. Diese sollen eine Zusammenarbeit in Bereichen ermöglichen, wo sich Zuständigkeiten überschneiden. Gemeint sind die Versorgung im stationären Sektor, Rehabilitation, Präventivmaßnahmen und Entlassung Hilfebedürftiger aus dem Krankenhaus (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). Die Absprachen zwischen den Regionen und Gemeinden erfordern eine Billigung des Nationalen Rates für Gesundheit. Die Bewilligungserteilung wird von Bedarfsanalysen, Qualitätsstandards, Ausbildungs- und Forschungsvoraussetzungen abhängig gemacht (Ettelt et al., 2008). Auch die Zusammenarbeit von Hausärzten und Krankenhäusern wird durch die Ernennung sogenannter Koordinatoren, welche eng mit den Stationen im Krankenhaus zusammenarbeiten und dann den lokalen Hausärzten Berichte zukommen lassen, ermöglicht (Strandberg-Larsen et al., 2007).

Ergebnisse

Zum jetzigen Moment gibt es eine regional ausgeglichene Verteilung der Hausärzte, die Zahl der Einwohner pro Arzt ist ungefähr gleich. Auch ist die Verteilung der Ärzte so gelungen, dass die Wegestrecken zu einer Praxis kurz sind. Trotzdem sieht sich Dänemark dem Problem gegenüber-

gestellt, dass es immer schwieriger wird, vor allem in ländlichen Gegenden, Ärzte zu rekrutieren. Als Antwort auf den Mangel an Ärzten wurde die Autorisierung von Ärzten ohne dänische Nationalität vereinfacht. Zukünftig wird jedoch nicht der Mangel an Ärzten ein Problem sondern die Weiterbildung: es gibt es so viele neue Medizinstudenten, dass man befürchtet, nicht genug Weiterbildungsplätze zur Verfügung stellen zu können (Strandberg-Larsen et al., 2007).

4. Bedarfsplanung in England

Die einzige Kapazität im englischen Gesundheitssystem, die zentral reguliert wird, ist die Zahl der Krankenhäuser. Die Errichtung eines neuen Krankenhauses bedarf einer behördlichen Genehmigung. Die restlichen im Modell (Abbildung 3) dargestellten Instrumente zur Bedarfsplanung werden nur indirekt verwendet. Es gibt keinen NC, aber da die Regierung die Studienplätze für Medizin finanziert, wird so auch die Zahl der Studienplätze beeinflusst (OECD, 2008). Außerdem beeinflusst die lokale und regionale Fachkräfteplanung die Strukturierung der Aus- und Weiterbildung. Da die Sicherstellung der Versorgung über lokale Verträge mit Dienstleistern garantiert wird, determinieren die Verträge die Zahl der Ärzte und Institutionen welche eine Zulassung zur Abrechnung erhalten. Die Leistungsverträge bieten des Weiteren Ansatzpunkte für die Regulierung von Strukturen und Leistungsvolumen.

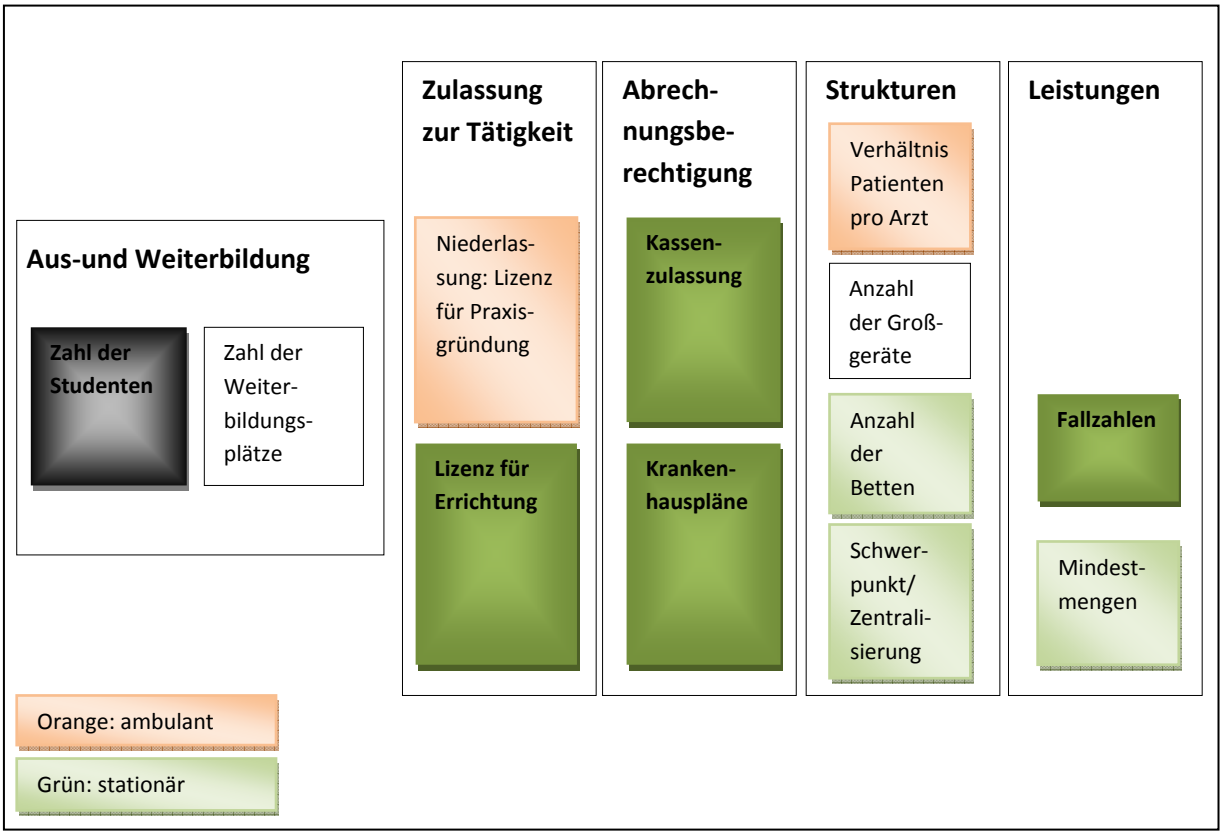

Abbildung 3: Ansatzpunkte der Bedarfsplanung in England (stärker farbig hervorgehobene Felder markieren die Ansatzpunkte) (eigene Darstellung)

Zuständigkeit

Das englische Gesundheitssystem (National Health System – NHS) ist hierarchisch strukturiert. Das Gesundheitsministerium hat eine überwachende Funktion, es legt die Rahmenbedingungen für die Gesundheitspolitik fest und verteilt die Finanzmittel an die Regionen. Die Überwachung erfolgt durch 10 ‚Strategic Health Authorities' (SHAs), welche sicherstellen, dass die Regionen die vom Ministerium

erwarteten Leistungen erbringen und finanzielle Absprachen eingehalten werden. Für die Versorgung zuständig sind die 151 ‚Primary Care Organizations' (PCOs), welche die lokalen Einheiten der NHS sind. Diese erhalten ein festes Budget, ermittelt durch eine demographisch und sozioökonomisch adjustierte Pro-Kopf Formel (Smith und Goddard, 2009; Boyle, 2010). Von den PCOs sind 145 sogenannte ´Primary Care Trusts' (PCTs), die verbleibenden 6 haben einen größeren Verantwortungsbereich, da sie zusätzlich auch für die Sozialfürsorge verantwortlich sind (Boyle, 2010).

Planung und Umsetzung

Die PCTs sind verantwortlich für geographisch bestimmte Populationen und die Sicherstellung einer nach den jeweiligen Bedürfnissen abgestimmten Versorgung. Diese wird garantiert durch Verträge mit selbständigen Hausarztpraxen und leistungsbezogenen Absprachen mit Krankenhäusern. Generell ist zu beobachten, dass die Planung der Versorgung immer mehr auf regionaler (SHA) oder lokaler (PCT) Ebene stattfindet, während die Steuerung auf nationaler Ebene durch Rahmenvorgaben, Gesundheitsziele und Prinzipienfestlegung für den NHS erfolgt. Diese nationalen Steuerungselemente werden alle 3 Jahre im Zuge der Finanzüberprüfung überarbeitet. Sogenannte ‚Local Delivery Plans' (LDPs), welche alle 3 Jahre von den PCTs erstellt werden müssen, enthalten Angaben für die Verteilung von Ressourcen. Hierbei werden die Finanzierung, der Arbeitskräfte- und der Kapazitäteneinsatz behandelt. Die LDPs orientieren sich an lokalem Bedarf und nationalen Prioritäten. In Kombination mit den Geschäftsplänen der NHS bilden die LDPs die Grundlage für die Erstellung eines SHA Versorgungsplan für eine Region, welche die Gesundheits- und Leistungsfortschritte für die nächste Periode festlegen (Ettelt et al., 2008).

Aus- und Weiterbildung

Kürzlich wurden eine nationale für die Personalplanung zuständige Behörde, das ‚Centre for Workforce Intelligence' (CfWI), und das ‚NHS Medical Education England' (MEE) als nationale Beratungsinstitutionen geschaffen. Im Allgemeinen sind die SHAs für die Arbeitskräfteplanung zuständig, dabei wird die medizinische separat von der nicht-medizinische Berufsplanung durchgeführt. Das NHS ‚Workforce Review Team' (WRT), Teil des CfWI, gibt jährlich Empfehlungen bezüglich der Medizinfachkräfteplanung ab (House of Commons, 2007). Von ihnen erhobene Daten werden mit Empfehlungen an die NHS weitergeben (CfWI, 2010).

In dem Bericht ‚High quality care for all: The NHS Next Stage Review' (2008) betrachtet das Ministerium auch die Fachkräfteplanung eingehend und kommt zu dem Entschluss, dass diese dezentralisiert werden muss. Die Verträge zwischen den PCTs und den Leistungserbringern bieten hierfür einen wichtigen Ansatzpunkt: die Leistungserbringer müssen vorweisen, dass sie eine Fachkräfteplanung eingerichtet haben, welche die Erfüllung des Versorgungsauftrages ermöglicht. Diese Pläne müssen auch Vorschläge für die Ausbildung und deren zukünftige Entwicklung beinhalten. Basierend auf diesen Plänen erstellen die PCTs einen Plan, welcher an die SHAs weitergeleitet wird. Die SHAs sind verantwortlich für die Erstellung eines regionalen Leistungsplans. Abhängig von diesem Leistungsplan wird die Ausbildung der Fachkräfte strukturiert. Die Pläne der unterschiedlichen SHAs unterscheiden sich stark in angewandter Methodik und Umfang. Die Unterschiede sind vor allem durch unterschiedlichen Einsatz von Finanzmitteln für die Planung zu erklären. Die SHA Londons beispielsweise hat Instrumente zur Fachkräfteplanung entwickelt, welche sowohl Angebots- als auch Bedarfsfaktoren in der Ermittlung mit einbeziehen (Imison, Buchan und Xavier, 2009). Das Modell ermöglicht eine quantitative Analyse des zukünftigen Fachkräftebedarfs im Klinikbereich. Es basiert auf sogenannten ‚Job Clusters', in welche die Fachkräfte je nach Qualifikation

geordnet werden. Diese Cluster werden dann mit einem Arbeitsort und für das Cluster typische Arbeitsaufgaben (Aktivität) verknüpft. Die Zeit, welche für die Aktivität benötigt wird, wird in Vollzeitäquivalenten gemessen. Hierbei werden u.a. die Aufenthaltsdauer der Patienten, die Zahl der ambulanten Patienten und die Zahl der Unfall- und Notaufnahmefälle berücksichtigt. Als nächstes wird die Produktivtät berechnet, d.h. die Zahl und Art der Arbeitskräfte die benötigt werden um eine bestimmte Aktivität durchzuführen. Verschiedene Szenarien werden erstellt, welche die Aktivität bzw. die Vollzeitäquivalente in der Zukunft ermittel. Die Szenarien unterscheiden sich bezüglich der Annahmen zu Veränderung in der Produktivität, in der Aufgabenverteilung (bzw. Rollenverteilung) und im Behandlungsort. Den Annahmen liegen Experteneinschätzungen zugrunde. Auf der Angebotsseite wird das Alter der Fachkräfte, bevorstehende Pensionierungen, der Zufluss neuer Fachkräfte aus den SHA London Bildungsstätten, Trends in der Arbeitszeit und die Dynamik der Fachkräfte zwischen den Clustern (z.B. durch Fortschreiten der Karriere) in den Projektionen des Fachkräfteangebots gemessen in Vollzeitäquivalenten berücksichtigt. Schließlich werden zukünftiger Bedarf an Fachkräften und zukünftiges Angebot gegenübergestellt. Je nach Bilanz werden Rahmenbedingungen in der Bildung oder im Gesundheitssystem angepasst (NHS London, nicht bekannt).

Planung im ambulanten Sektor

Eine dezentralisierte Fachkräfteplanung wird vom Ministerium auch für den Bereich der Hausärzte gefordert (Imison, Buchan und Xavier, 2009). Bis zum Jahr 2002 war das ‚Medical Practices Committee' verantwortlich für die geographische Verteilung der Hausärzte, trotzdem blieben Ungleichheiten in der Versorgung bestehen. Seit der Abschaffung des Komitees haben die PCTs die Aufgabe die Versorgungssituation in unterversorgten Gebieten zu verbessern. Dies unterstützt der Staat, indem Finanzmittel für alternative Versorgungskonzepte, wie die Zusammenarbeit von PCTs mit privaten Anbietern oder sozialen Unternehmen, bereit gestellt werden. Im Allgemeinen verteilen die PCTs Aufträge an die Hausarztpraxen und stellen ihnen ein indikatives Budget zur Verfügung, welches diese wiederum benutzen um die Versorgungsleistungen in Auftrag zu geben. So können Praxen autark über Investitionen entscheiden (Boyle, 2010).

Planung im stationären Sektor

In England wird nur die Errichtung von neuen Versorgungsinstitutionen zentral reguliert. Es findet keine Planung im Bezug auf die Anzahl der Krankenhausbetten, die Erbringung spezifischer medizinischer Leistungen oder dem Angebot von medizinisch-technischen Großgeräten statt (Paris, Devaux und Wei, 2010). Beeinflussung der Versorgung findet hauptsächlich durch Kapitalinvestmententscheidungen statt. Je nach Größe der Investition für den Aufbau von Kapazitäten, Informationstechnologie und Großgeräte können PCTs diese im Alleingang tätigen. Andernfalls benötigen sie eine Erlaubnis des SHA, des Ministeriums für Gesundheit oder des Finanzministeriums. Inwieweit den PCTs eine freie Hand bei den Investitionen gelassen wird hängt auch von deren Performanz ab. Auch die Investitionen von sogenannten ‚NHS Foundation Trusts' und ‚Private Finance Initiatives' sind reguliert (Ettelt et al., 2008).

Die PCTs steuern das Leistungsvolumen in ihrer Region durch die Verträge mit den Leistungserbringern. Krankenhäuser, welche von dem NHS betrieben werden, berechnen ihr zukünftiges Leistungsvolumen basierend auf dem Leistungsvolumen des vorhergehenden Jahres,

Wartelisten und Schätzwerten zum Aktivitätsgrad[2], welcher vonnöten ist, um das Ziel einer 18 wöchigen Wartezeit zu erreichen. Das errechnete Leistungsvolumen wird dann mit den PCTs verhandelt. Das Ergebnis der Verhandlungen wird nachfolgend in einem Abkommen über den zukünftigen Aktivitätsgrad dargestellt. Die Abkommen werden an die SHA weitergereicht, welche diese in die LDPs integriert (Ettelt et al., 2008).

Ergebnisse

Das Gesundheitskomittee des House of Commons stellt in einem Report von 2007 abschließend fest, dass die Planung der Arbeitskräfte Mängel aufweist. Es fehlen fachliches Wissen, Personal und Strukturen um eine bedarfsgerechte Fachkräfteplanung zu erstellen. Zum Teil kann dies durch eine konstante Umstrukturierung der Kompetenzfelder in den letzten Jahren erklärt werden. Sowohl lokale Strukturen, welche Informationen über den Arbeitskräftestatus liefern sollen, als auch die SHAs, verantwortlich für die Planung, oft aber mehr durch Finanzmanagement okkupiert, scheitern an ihren Aufgaben. Auch wird festgestellt, dass die dreijährige Laufzeit der LDPs viel zu kurz ist, um eine strategische Planung zu entwerfen, weshalb jegliche Bemühungen meist kurzfristige Ad-hoc Entscheidungen seien, um Engpässen entgegenzutreten (House of Commons, 2007). Trotz der nationalen Bemühungen die Fachkräfteplanung umzustrukturieren bleibt ein Mangel an Koordination zwischen den einzelnen Planungsebenen bestehen (Imison, Buchan und Xavier, 2009). Nicht nur die Planung der Fachkräfte ist problematisch auch die Verteilung der Ärzte zwischen den Regionen ist ungleich (Boyle, 2010).

5. Bedarfsplanung in Frankreich

In Frankreich liegt der Schwerpunkt in der Bedarfsplanung auf dem stationären Sektor (siehe Abbildung 4). Eine bedarfsabhängige Planung der Kapazitäten im ambulanten Sektor findet nicht direkt statt. Durch die die Regulierung der Anzahl der Medizinstudenten und deren Spezialisierungs-optionen wird der Zufluss von Ärzten in das Gesundheitswesen staatlich reguliert und somit unvermeidlich auch das Angebot im ambulanten Sektor beeinflusst. Die Niederlassung der Ärzte ist allerdings nicht geregelt (Sandier, Paris und Polton, 2004). Der stationäre Sektor bietet ein anderes Bild: dort werden die Kapazitäten und Anzahl der Versorgungseinrichtungen für jede Region festgelegt, auch das Leistungsvolumen wird streng reguliert. Dies wird ermöglicht durch Verträge mit den Leistungserbringern (Ettelt et al., 2008).

[2] Um die Wartezeiten (von der Überweisung durch den Hausarzt bis zum Besuch eines Spezialisten im Krankenhaus) zu verkürzen ist eine Strategie die Anhebung des Aktivitätslevels in den Institutionen.

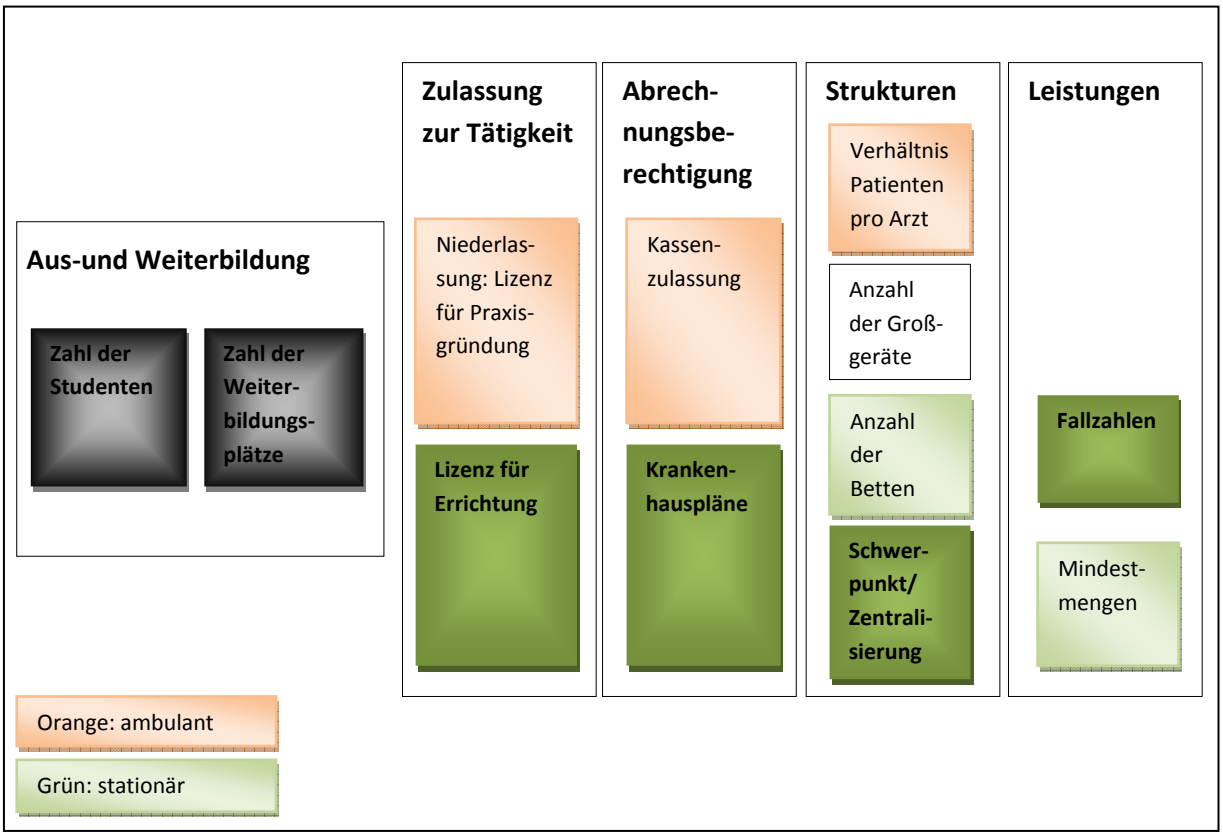

Abbildung 4: Ansatzpunkte der Bedarfsplanung in Frankreich (stärker farbig hervorgehobene Felder markieren die Ansatzpunkte)(eigene Darstellung)

Zuständigkeit

Für die Planung verantwortlich sind das Gesundheitsministerium und die ‚agences régionales de santé'. Für den stationären Sektor sind die 22 ‚agences régionales d'hospitalisation' (ARH) verantwortlich. In der Planung übernimmt das Ministerium eine leitende Rolle, während die Umsetzung auf regionalem Level durch die ARH und die regionalen Gesundheitskonferenzen (‚conférences régionales de santé') stattfindet. Des Weiteren sind Verbände der privaten und öffentlichen Krankenhäuser, Organisationen der Ärzte und des Pflegepersonals, Krankenkassen und Vertreter der Bevölkerung beim Planungsprozess involviert (Ettelt et al., 2008).

Planung und Umsetzung

Aus- und Weiterbildung

Wie anfänglich erwähnt wird die Anzahl der Ärzte insgesamt bzw. der Spezialisten kontrolliert. Es gibt einen Numerus Clausus, welcher den Zugangsfluss zum zweiten Jahr des Medizinstudiums regelt. Dieser wir auf nationaler Ebene festgesetzt und in den Regionen umgesetzt. Die Umsetzung in den Regionen erfolgt unter Berücksichtigung von bestehenden Ungleichheiten in der geographischen Verteilung von Ärzten. Die fachliche Verteilung der Ärzte, sprich die Anzahl von Hausärzten und Fachärzten, hängt davon ab, wie viele Plätze es für die Aufnahmeprüfung ins klinische Semester bzw. zur Weiterbildung (‚concours d'internat') in den Krankenhäusern gibt. Auf einen Mangel an Interesse an bestimmten Spezialisierungen, wie z.B. Anästhesie, reagiert das Ministerium mit einer Reservierung von Aufnahmeprüfungsplätzen für eben diese (Sandier, Paris und Polton, 2004).

Planung im ambulanten Sektor

Die nachfolgend beschriebene Planung des stationären Sektors, welche als dezentralisiert beschrieben werden kann, soll in Zukunft auch im ambulanten Sektor die Organisation der medizinischen Leistungen bestimmen; es gibt Pläne die Kompetenzen der ARH dafür auszubauen (Etttelt et al., 2008). Zum jetzigen Zeitpunkt aber kann allein das staatliche Eingreifen zur Sicherung der ambulanten Versorgung außerhalb der üblichen Öffnungszeiten als explizite Bedarfsplanung in diesem Sektor vermerkt werden (Couffinhal und Lucas, 2004).

Planung im stationären Sektor

Die Planung der Kapazitäten im Krankenhauswesen beginnt mit der Erstellung eines Kataloges durch das Ministerium, welcher Versorgungsleistungen enthält, die die Gesundheitsgebiete[3] zwingend in ihre Planung miteinbeziehen müssen[4]. Die Versorgung mit bestimmten medizinischen Leistungen, wie Vorsorgeuntersuchungen, obliegt dem Ministerium. Dies geschieht um der Gefahr wachsender Ungleichheit in der medizinischen Versorgung, als Folge der Dezentralisierung, vorzubeugen. Eine nationale Bedarfsanalyse geht der Katalogerstellung voraus. Mitunter bestimmen allerdings auch regierungspolitische Prioritäten welche Leistungen in den Katalog aufgenommen werden. Der Bedarf wird durch die ARH ermittelt, hierfür werden folgende Daten verwendet:

- Inanspruchnahme medizinischer Leistungen,
- Demografie,
- Mortalität
- Morbidität
- medizinisch technische Weiterentwicklung,
- Zukunftstendenzen bezüglich des Pflegeanspruchs.

Sowohl die technische Weiterentwicklung als auch allgemeine medizinische Trends werden von Experten, welche durch die ARH benannt werden und einen beträchtlichen Einfluss auf den Planungsprozess haben, eingeschätzt. Die Experten richten sich bei den Schätzungen nach epidemiologischen Daten und Entwicklungen in anderen Ländern. Als Referenz dienen hierbei häufig die Vereinigten Staaten. Die Schätzwerte und vorhanden Daten ermöglichen regionale Bedarfsanalysen. Regionale Daten werden dann untereinander verglichen um potentielle Über- oder Unterversorgung festzustellen und ultimativ den Bedarf einer Region zu bestimmen (Ettelt et al., 2008).

Regionsspezifische Prioritäten und Strategien für die Umsetzung der Planung werden in den regionalen Gesundheitskonferenzen besprochen. Hier werden alle Akteure, die an der Organisation, Finanzierung und Erbringung von Gesundheitsleistungen beteiligt sind, zusammengeführt. Hierzu gehören die Krankenkassen, Krankenhausverbände, Patientenvertreter und Fachpersonal. Gemeinsam werden lokale Bedürfnisse ermittelt und Strategien entworfen. Zehn Regionen identifizierten ein Versorgungsunterangebot für bestimmte Gegenden und Bevölkerungsschichten.

---

[3] Das Land wird anhand von sozioökonomischen Kriterien, der Zahl bereits bestehender medizinischer Ressourcen im stationären als auch im ambulanten Sektor und der Miteinbeziehung von Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken in sogenannte Gesundheitsgebiete unterteilt (Lucas-Gabrielli und Magali, 2007).

[4] Der derzeitige Katalog beinhaltet Leistungen aus folgenden Bereichen: Allgemeinmedizin, Chirurgie, Geburtshilfe, Rehabilitation, Intensivversorgung, bildgebende Verfahren in der Medizin, Psychiatrie, Palliativmedizin, die Versorgung von älteren Menschen, Kindern und Jugendlichen und ausgewählte Krankheiten wie chronisches Nierenversagen und Krebs (Ettelt et al., 2008)

Daraufhin wurden im Land rund 300 Gesundheitszentren eingerichtet, die einen 24 Stunden Service anbieten (Ettelt et al., 2008).

Das eigentliche Instrument der Planung ist das ‚schéma régional d'organisation sanitaire' (SROS), welches von den ARH entwickelt wird. Das SROS gilt für einen Zeitraum von 5 Jahren und definiert die Ziele der Gesundheitsversorgung, deren Prioritäten und die regionale Verteilung von Versorgungseinrichtungen. Zum Teil werden auch quantitative Vorgaben gemacht. Bereiche, welche von der Planung betroffen sind:

- Allgemeinmedizin
- Chirurgie
- Notfallversorgung
- Geburtshilfe
- Radiologie
- Kardiologie
- Psychiatrie
- Ausstattung mit medizinisch technischen Großgeräten

Die Planung im stationären Sektor betrifft sowohl öffentliche als auch private Krankenhäuser. Die Planung und Beaufsichtigung des Krankenhauswesens wird auf regionaler Ebene durchgeführt. Lediglich die Erbauung neuer Krankenhäuser und Notfallzentren bedürfen einer Lizenz der nationalen Regierung (Ettelt et al., 2008).

Das SROS dient als Rahmen für die Zulassung und vertragliche Bindung von Krankenhäusern. Die ARH verhandeln Verträge und Vereinbarungen zur Finanzierung mit den Krankenhäusern. Diese Verträge haben eine Laufzeit von 3 bis 5 Jahren und verpflichten die Krankenhäuser zur Erbringung von medizinischen Leistungen, Qualitätsbemühungen und Effizienz in der Versorgung (Sandier, Paris und Volton, 2004). Auch wird in diesen Verträgen die Ausstattung der Krankenhäuser spezifiziert, sowohl die Art als auch die Anzahl wird hier festgelegt. Damit kann das Leistungsvolumen ebenfalls vorgegeben werden. Hierfür werden sowohl die Zahl der Patienten, deren Aufenthaltsdauer, als auch Standorte und Behandlungen als Einheiten benutzt. Ausgedrückt werden die Vorgaben als Minimal- oder Maximalzahlen oder Raten bezogen auf vorhergehende Volumen (Ettelt et al., 2008).

Intersektorale Zusammenarbeit

Die SROS sind darauf abgestimmt, die Deckung des lokalen Bedarfs an Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Eine integrierte Versorgung wird ebenfalls vorangetrieben, da die Organisation von Präventionsarbeit, Reha und Langzeitpflege auch unter den Bereich des SROS fallen. Auch werden Koordinationsbemühungen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor und dem Sozialamt gefordert (Lucas-Gabrielli und Magali, 2007).

Ergebnisse

Die Verwendung eines Numerus Clausus hat zu einer Abnahme der Zahl der Ärzte beigetragen und eine Stabilisierung ermöglicht. Ein anhaltender Trend zur Spezialisierung kann wie in vielen europäischen Ländern auch in Frankreich beobachtet werden (Sandier, Paris und Polton, 2004).

Die Einführung der ARH wird kritisch bewertet. Im Besonderen die Verträge zwischen den Krankenhäusern und der ARH im Rahmen des SROS: da es nicht verpflichtend für die Krankenhäuser ist einen Vertrag mit der ARH einzugehen und es nur schwache Anreize dafür gibt, gab es im Jahr

2005 erst wenige Verträge (Bellanger und Mossé, 2005). Außerdem beanstanden die Krankenhäuser, dass die Festlegung des Leistungsvolumens die Möglichkeiten einschränkt, auf Veränderungen im Bedarf adäquat zu reagieren (Ettelt et al., 2008). Auch die Verteilung von Geldern im stationären Sektor wird bemängelt. Wenig transparente und langwierige Auswahlprozeduren und die Missachtung des realen Bedarfs an medizinischen Leistungen führen zu einer negativen Bewertung der ARH Krankenhauspläne (Guerro, Mossé und Rogers, 2009).

6. Bedarfsplanung in den Niederlanden

In den letzten Jahren wurde eine genaue Planung der Kapazitäten im niederländischen Gesundheitssystem politisch abgelehnt, vor allem, um den Wettbewerb zwischen Versorgungseinrichtungen nicht zu behindern (Maarse, 2007). Allein der Anpassung der Fachkräfteausbildung an den zukünftigen Bedarf wird große Beachtung geschenkt. Außerdem bedarf der Bau eines neuen Krankenhauses einer offiziellen Erlaubnis der Regierung (siehe Abbildung 5). Die Regierung legt zusätzlich fest, wo außerordentlich medizinische Leistungen erbracht werden. Beim Übrigen zählt man jedoch auf die Selbstregulierung des Gesundheitsmarktes (Ettelt et al., 2008; Maarse, 2007).

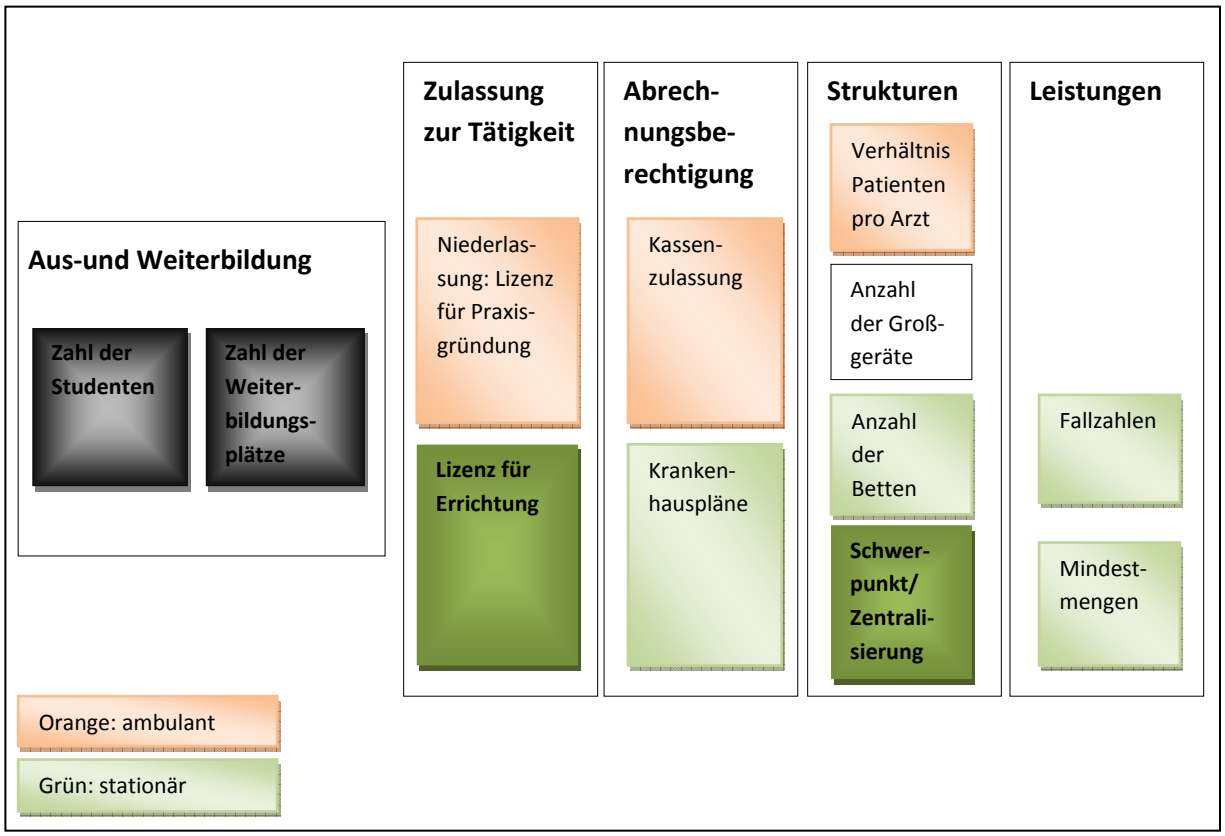

Abbildung 5: Ansatzpunkte der Bedarfsplanung in den Niederlande (stärker farbig hervorgehobene Felder markieren die Ansatzpunkte) (eigene Darstellung)

Zuständigkeit

Die Regierung legt die Rahmenbedingungen für den Gesundheitsmarkt fest (Ettelt et al., 2008). Das Zulassungsgesetz für Pflegeeinrichtungen (Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi)) sieht vor, dass die Einrichtungen nach und nach mehr Verantwortung für Investitionen und Kapazitätenplanung übernehmen und sich die Regierung daraus zurückzieht (Schäfer et al., 2010). Eine zentrale Rolle spielt der Staat jedoch in der Planung von außerordentlichen medizinischen Leistungen, wie z.B.

Organtransplantationen, genetischer Diagnostik und IVF (CEG, 2010). Hierfür benötigen die Institutionen entweder eine Erlaubnis des Gesundheitsministeriums oder sie werden per Regierungserlass dazu verpflichtet, diese Leistungen zu erbringen (Ettelt et al., 2008).

Die Planung der zukünftigen Zahl der Ärzte wird durch das Bildungsministerium durch die Festlegung eines Numerus Clausus für Studienanfänger und Empfehlungen durch das ‚Capaciteitsorgaan' bezüglich des Zugangs zur ärztlichen Weiterbildung gesteuert (Schäfer et al., 2010).

Planung und Umsetzung

Aus- und Weiterbildung

Die Frage, wie viele Ärzte zum jetzigen Zeitpunkt ausgebildet werden müssen um im Jahr X ein Equilibrium zwischen Angebot und Bedarf zu erreichen, soll das Modell beantworten, welches zur Fachkräfteplanung vom ‚Capaciteitsorgaan' entwickelt wurde (siehe Abbildung 6). Das Modell betrachtet nicht nur Faktoren des Angebots und der Nachfrage, sondern auch des Arbeitsprozesses, welche bestimmend auf den Bedarf einwirken. Das Modell wird benutzt, um für alle 36 unterschiedlichen Fachrichtungen Bedarfsvorhersagen zu treffen.

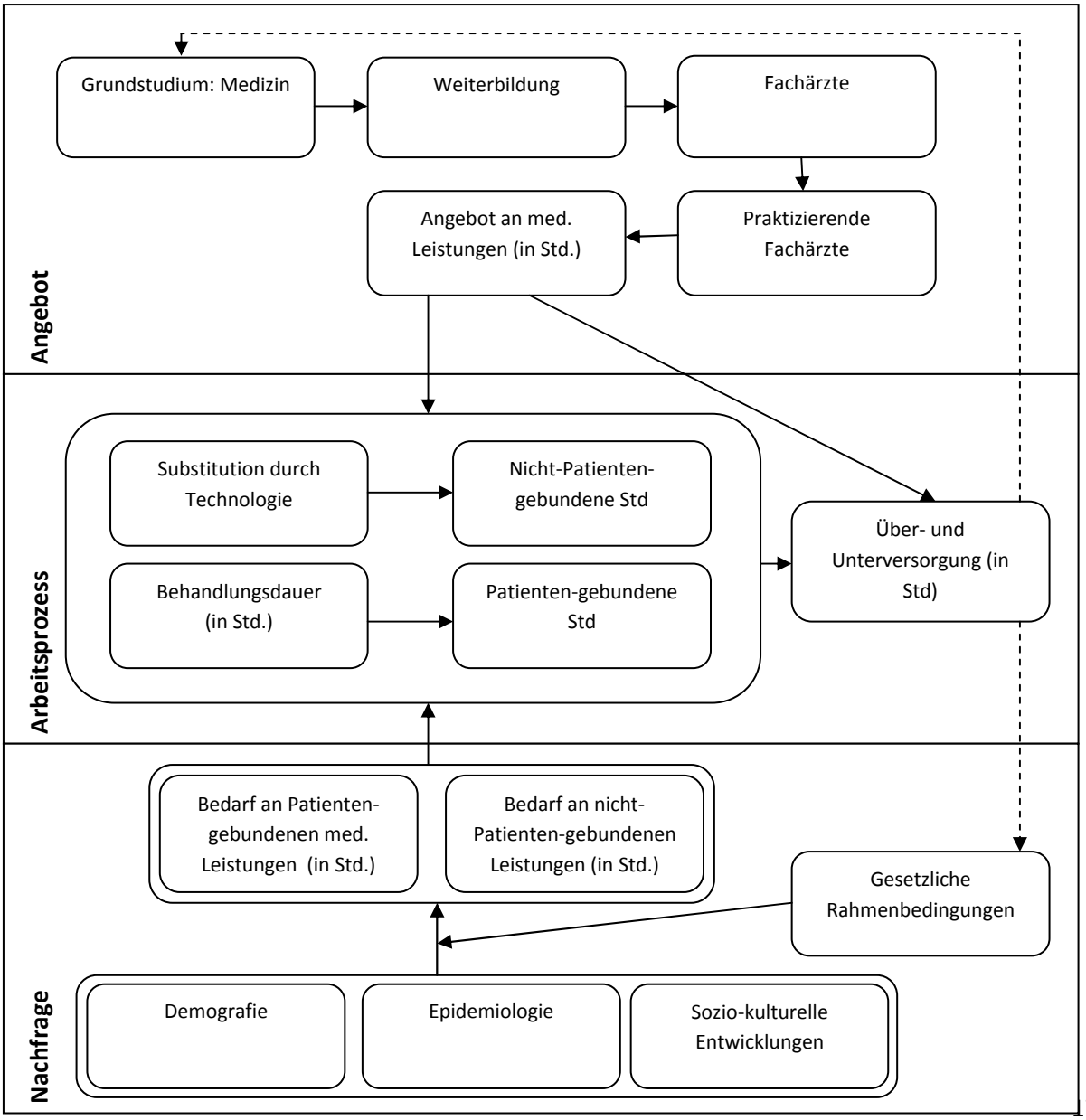

Abbildung 6: Vereinfachte Darstellung des Modells zur Kapazitätsplanung (Capaciteitsorgaan, 2009)

Die Nachfrage wird in Vollzeitäquivalenten gemessen und spiegelt die Zeit wider, welche Patienten von ihren Ärzten fordern. Abgeleitet wird diese Zeit von der aktuellen Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen und der unbeantworteten Nachfrage. Da schwierig zu ermitteln, wird die unbeantwortete Nachfrage mithilfe von Wartelisten und Experten eingeschätzt. Außerdem wird demografische Entwicklung betrachtet, indem die Veränderung der Nachfrage bezüglich des Alters mit im Jahr 2007 erhobenen Daten untersucht wird. Sozio-kulturelle Entwicklungen von Bedeutung, wie die zunehmende Mündigkeit der Patienten, werden mit hohen und niedrigen Schätzwerten in die Rechnung miteinbezogen.

Der Arbeitsablauf bezieht sich auf den Ersatz von ärztlichen Leistungen durch Technologien und die Effizienz in der Versorgung. Die Effizienz der Versorgung wird durch die Betrachtung der Dauer einer ärztlichen Beratung, der nicht-Patienten-bezogenen Arbeitszeit und der Über- und Unterversorgung ermittelt. Auch hier werden hohe und niedrige Schätzwerte benutzt.

Das Angebot wird, wie die Nachfrage, in Vollzeitäquivalenten gemessen und bezieht sich auf die Zeit, welche die Ärzte den Patienten zur Verfügung stellen. Es werden hierbei die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen und das nicht benutze Angebot betrachtet. Das unbenutzte Angebot wird anhand von Zahlen über arbeitslose Ärzte und emigrierende Ärzte geschätzt. Die Anzahl der praktizierenden Ärzte und der Anteil weiblicher Ärzte fließen in die Modellberechnungen mit ein. Eine Studie von 2005, welche Einsichten in Arbeitszeit der Ärzte ermöglicht, sowie Experteneinschätzungen zum Trend der Arbeitszeitreduktion werden ebenfalls als Determinanten des Bedarfs betrachtet. Die Zahl der jährlich neu pensionierten Ärzte sowie die Zahl der Ärzte in Ausbildung sind ebenfalls Angebotsindikatoren.

Aus der Anzahl der Patienten und der benötigten Zeit pro Patient als auch der Anzahl der Ärzte und der Zeit pro Arzt werden für 9 unterschiedlichen Szenarien, welche unterschiedliche Faktoren und unterschiedliche Schätzwerte einbeziehen, Bedarfsprognosen erstellt (Capaciteitsorgaan, 2009).

Planung im stationären Sektor

Um eine Zulassung zu erhalten, müssen Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige und transparente Verwaltung und finanzielle Steuerung aufweisen (Maarse, 2007). Des Weiteren werden Vereinbarungen zwischen Staat und Leistungserbringern getroffen, welche die Versorgung und deren Qualität sichern sollen. Allerdings sind diese Vereinbarungen nicht im Gesetz verankert (Legido-Quigley et al., 2008). Alle Krankenhäuser sind selbst für Rekonstruktionen und den Erwerb von Großgeräten zuständig (Schäfer et al., 2010). Investitionen im stationären Bereich werden mit Eigenkapital getätigt. Folglich hat das Krankenhaus Interesse an einer möglichst effizienten Versorgungsleistung und das Krankenhausmanagement ist angehalten detaillierte Planungen für den zukünftigen Bedarf zu erstellen (Ettelt et al., 2008).

Ergebnisse

Welche Auswirkungen die Liberalisierung des Gesundheitsmarkts auf die Versorgung hat und ob die Fachkräfteplanung zu einem gedeckten Bedarf in der Zukunft führt, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Jedoch können die im Folgenden beschriebenen Trends Aufschluss über die Versorgungslage geben. In der niederländischen Gesundheitsversorgung nimmt der Gesundheitssektor als Arbeitsmarkt an Bedeutung zu, während ein Viertel der ausgeschriebenen Stellen auf dem Gesundheitsmarkt schwer zu besetzen sind. Immer mehr Fachkräfte finden, dass es

zu wenig Personal gibt um die Versorgung sicherzustellen. Im Bereich der hausärztlichen Versorgung berichteten 15% der Menschen, die sich bei einem Hausarzt registrieren wollten von Schwierigkeiten einen Hausarzt mit freien Behandlungskapazitäten zu finden. Auch ist zu bemerken, dass die besser qualifizierten Ärzte im Krankenhaus bleiben und nicht in die hausärztliche Versorgung gehen. Der Mangel an Spezialisten hingegen ist beinahe überstanden (RIVM, 2008).

7. Bedarfsplanung in Österreich

In Österreich wird eine integrative Versorgungsplanung vorangetrieben. Das Bundesverfassungsgesetz (Art. 15 a) sieht eine andauernde Analyse und Weiterentwicklung der überregionalen und sektorenübergreifenden Gesundheitspolitik vor. Die Bedarfsplanung wird sich in Zukunft über alle Sektoren erstrecken; somit werden neben dem stationären Bereich, der ambulante, Reha-, Pflege- und Sozialbereich in die Planung miteinbezogen (ÖBIG, 2009). Der Planungsschwerpunkt liegt dabei auf den Strukturen der Gesundheitsversorgung, sowie auf Leistungsvolumen und der Bewilligung zur Kassenabrechnung (siehe Abbildung 7).

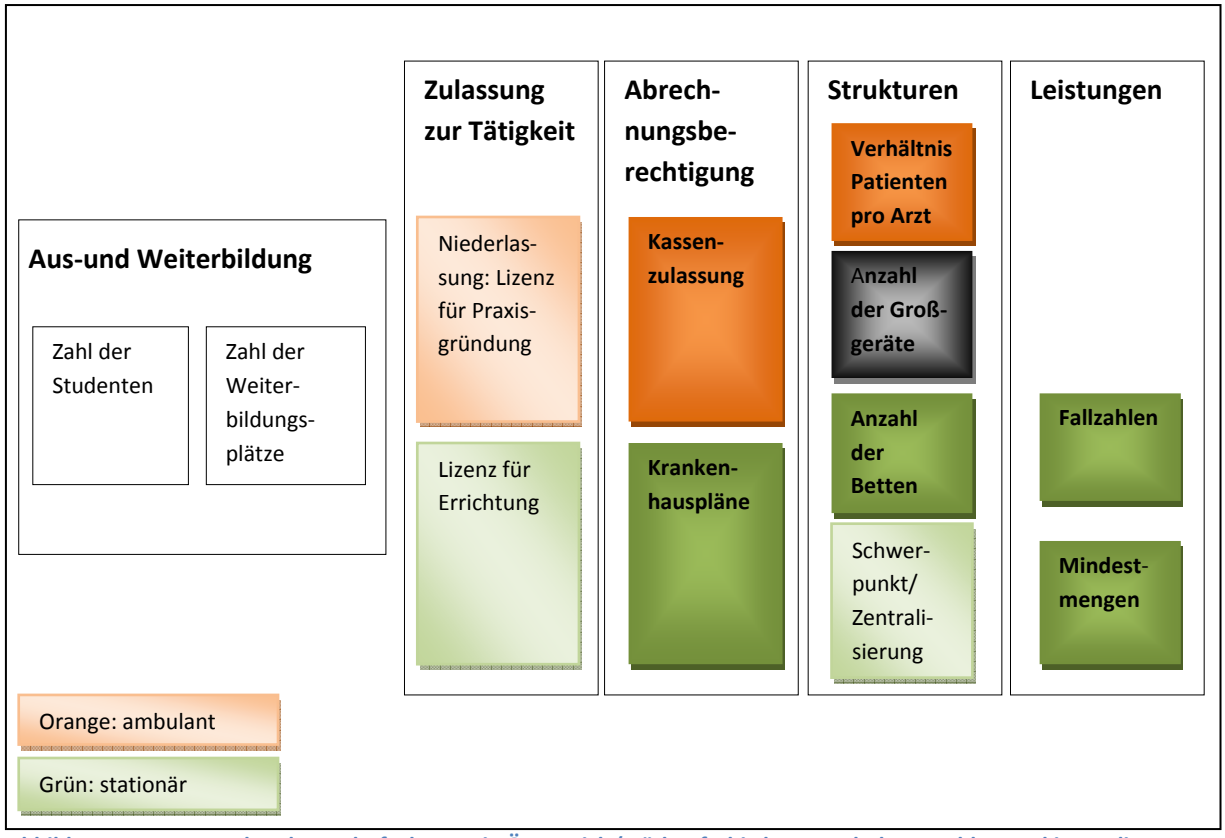

Abbildung 7: Ansatzpunkte der Bedarfsplanung in Österreich (stärker farbig hervorgehobene Felder markieren die Ansatzpunkte) (eigene Darstellung)

Zuständigkeit

Die Bundesgesundheitsagentur (BGA) erstellt die rechtlichen Rahmenbedingungen, welche die einzelnen Länder dann bei der regionalen Bedarfsplanung umsetzen müssen. Hierfür entwickelt die Bundesgesundheitskommission (BGK), Teil der BGA, den österreichischen Strukturplan (ÖSG). An der Erarbeitung des Strukturplans sind der Bund, die Länder, die Sozialversicherung, Städte und Gemeinden, konfessionelle Pflegeeinrichtungen, Patientenvertreter und die Österreichische Ärztekammer beteiligt. Es werden einvernehmliche Entscheidungen angestrebt, obwohl eine

Bundesmehrheit in der BGK besteht[5]. Der ÖSG ist lediglich ein Rahmenplan, die detaillierte Planung findet auf regionaler Ebene[6] durch den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) statt. In den einzelnen Bundesländern ist die Sozialversicherung hauptsächlich für den Bereich der niedergelassenen Ärzte und die Landesregierung für die Krankenhäuser verantwortlich. Die Zusammenführung beider im Rahmen der RSG-Entwicklung soll eine abgestimmte Planung der Sektoren ermöglichen (ÖBIG, 2010).

Planung und Umsetzung

Grundlage für die integrative Versorgungsplanung ist die Vereinbarung (Art 15 a B-VG) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, welche zwischen dem Bund und den Bundesländern abgeschlossen wurde. Die verbindliche Grundlage der Planung stellt der ÖSG dar, welcher einen Rahmen für die Planung der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) sowie für die Planung des Rehabilitationsbereichs und das Nahtstellenmanagement liefert (ÖBIG, 2010). Die RSG werden in den Gesundheitsplattformen der Bundesländer entwickelt, welche sowohl Vertreter der Landesregierung als auch der Sozialversicherung zusammenbringt. Der RSG ist nach außen nicht verbindlich. Rechtlich verbindliche Planungsmittel, welche auch für Träger von Gesundheitseinrichtungen gelten, sind (siehe Auch Abbildung 8):

- Der am ÖSG orientierte Landeskrankenanstaltenplan
- Bedarfsprüfungen als Grundlage von Bescheiden und rechtlichen Anpassungen
- Verordnungen und Bescheide, die den RSG rechtlich verbindlich für Dritte machen
- Stellenpläne und Gesamtvertrag im ambulanten Bereich nach Maßgaben des RSG

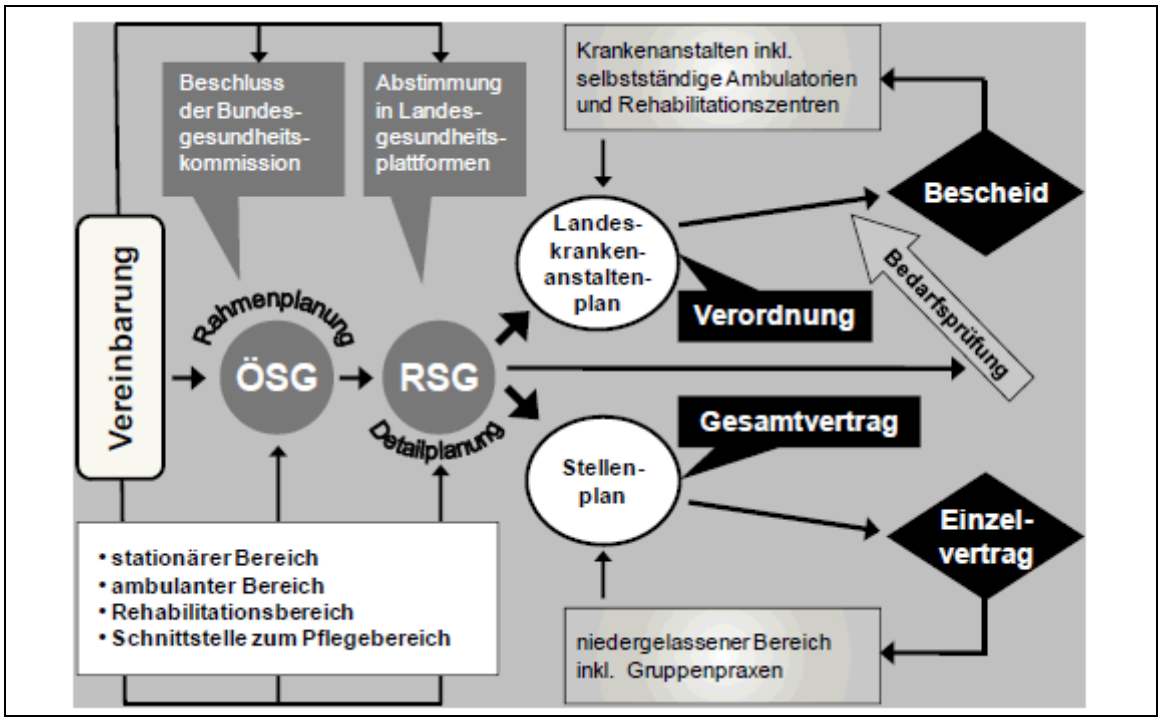

Abbildung 8: Rechtliche Umsetzung der integrierten Versorgungplanung (ÖBIG, 2010)

[5] laut Artikel 16 der Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundesverfassungsgesetz (BV-G) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl.I Nr. 105/2008)

[6] Für die Planung ist Österreich in Versorgungszonen und Versorgungsregionen unterteilt (ÖBIG, 2009).

Der Österreichische Strukturplan ist ein Leistungsangebotsplan und gibt die Vorgaben für die regionale Versorgungsplanung. Für die Planung ist Österreich in 4 Zonen und 32 Regionen unterteilt. Der ÖSG macht Kapazitätsvorgaben für den stationären und den ambulanten Sektor, sowie den Rehabilitations-, Pflege- und Sozialbereich. Er enthält eine Erfassung und Analyse des Versorgungszustandes, welche als Grundlage der Planung gilt. Im ÖSG 2008 ist der Versorgungstand von 2006/07 aufgeführt. Die Versorgungsplanung wird in 3 Matrizen dargestellt:

1) Die Planungsmatrix stellt mittels struktureller Indikatoren, wie Zahl der Betten und Zahl der Ärzte, und Prozessindikatoren, wie Krankenhausaufenthaltsdauer, die österreichische Versorgungsstruktur dar (Fazekas, Ettelt, Newbould und Nolte, 2010). Während die ambulante Versorgungssituation nur erfasst wird, gibt es für den stationären Bereich präzise Planungsaussagen über die Gesamtzahl stationärer Aufenthalte. Eine Aufschlüsselung nach Fachbereichen pro Versorgungszone und Bundesland wird ebenfalls präsentiert. Allerdings ist diese eine Grobabschätzung, hat keinen verbindlichen Charakter und dient lediglich als Information für die Planung des RSG. Des Weiteren werden Kriterien, nach denen eine Zusammenarbeit der Sektoren in Zukunft bewertet werden kann, aufgeführt (ÖBIG, 2009).
2) Die in der Planungsmatrix enthaltenen Indikatoren werden in der Versorgungsmatrix nach DRGs aufgeschlüsselt (Fazekas, Ettelt, Newbould und Nolte, 2010). Regionale Richtwerte für die Anzahl der stationären Aufenthalte sind angegeben. Dabei ist ein Toleranzbereich von +/- 25% spezifiziert. Im ÖSG 2008 sind die Richtwerte für das Jahr 2010 für ca. 450 DRGs pro Region angegeben Für Tagesaufenthalte werden ebenfalls Schätzwerte genannt. Alle Richtwerte werden der Ist-Situation von 2007 gegenübergestellt. Diese Richtwerte treten nun anstelle der bisher verwendeten maximalen Bettenanzahl. Sowohl die Versorgungsmatrix als auch die Planungsmatrix liefern keine Richtwerte, die garantieren, dass der Bedarf in der jeweiligen Region gedeckt wird (ÖBIG, 2009).
3) Die Leistungsmatrix legt Qualitätskriterien und Mindestfrequenzen für ausgewählte stationäre Leistungen fest. In Zukunft soll die Matrix auch auf die Grundversorgung ausgeweitet werden, dann werden die Leistungen den Versorgungsebenen zugeordnet (ambulant, stationär, tagesklinisch) (ÖBIG, 2009).

Neben Vorschriften für die regionale Planung beinhaltet der ÖSG auch die Großgeräteplanung für den stationären und ambulanten Sektor. Die Vorgaben betreffen die jeweiligen Bundesländer, welche dann die Kapazitäten auf genaue Standorte verteilen (ÖBIG, 2009).

Planung im ambulanten Sektor

Zum jetzigen Zeitpunkt enthält nur die Planungsmatrix Angaben über den nichtbettenführenden Bereich, allerdings sind diese beschränkt auf eine Darstellung der Versorgungssituation 2006/2007. Um eine einheitliche Planung des ambulanten Bereichs zu ermöglichen, muss zu allererst eine Datenbasis geschaffen werden. Der ÖSG sieht vor, dass die Datenbasis Information über den Leistungserbringer, die Patienten und die erbrachten Leistungen enthalten muss. Da zum jetzigen Moment keine Dokumentation dieser Daten stattfindet, verläuft die Analyse und Planung des ambulanten Sektors in vier Schritten:

1. Nutzung aller vorhandenen Daten zur Schaffung einer gemeinsamen Datenbasis
2. akkordierte Darstellung der Ist-Situation
3. regional differenzierte Planung
4. Abstimmung zwischen den Regionen

Hierfür wird die Einheit der ärztlichen Vollzeitäquivalente verwendet. Für die Planung im ambulanten Sektor gibt der ÖSG die Beachtung folgender Faktoren vor:

- Demografie
- Epidemiologie
- Inanspruchnahme
- Leistungsanbieterauslastung
- Wartezeiten
- Wegstrecken
- Public Health Grundsätze[7]

(ÖBIG, 2009)

In Österreich ist die Niederlassung von Ärzten bzw. die Praxisgründung nicht geregelt. Die Zulassung zur Kassenabrechnung hingegen wird geregelt.[8] Verträge zwischen Krankenkassen und den Ärztekammern (jeweils pro Versorgungsregion) sind die Planungsgrundlage für den ambulanten Sektor. Die Verträge legen die Anzahl der abrechnungsberechtigten Ärzte bzw. Praxen, sogenannte Kassenplanstellen, und deren Verteilung fest. Eine generelle Regel lautet, dass es mindestens zwei abrechnungsberechtigte Ärzte bzw. Praxen geben muss, die in einer angemessenen Zeit erreichbar sein müssen. Für die Planung steht den Krankenkassen das Programm ‚Regiomed' zur Verfügung. Das Programm gibt Empfehlungen für eine ausgewogene Versorgungsdichte. Hierbei werden nicht allein die bestehenden Praxen erfasst sondern auch andere Versorgungseinrichtungen, die ambulante Leistungen erbringen (Fülop, Kopetsch, Hofstätter und Schöpe, 2008).

Da im ambulanten Sektor noch keine DRGs eingeführt sind, werden bis zur Umstellung einheitliche Messgrößen wie z.B. Vollzeitäquivalente oder Versorgungseinheiten benutzt (ÖBIG, 2009). Grundlage aller Berechnungen ist der momentane Versorgungsstand gemessen in ambulant versorgungswirksamen ärztlichen Vollzeitäquivalenten. Um diesen zu ermitteln fand ein Abstimmungsprozess der beteiligten Einrichtungen statt. Um zukünftig eine homogene und objektive Planung in den Regionen zu ermöglichen, soll eine einheitliche Datenbasis geschaffen werden (Fülop et al./ ÖBIG). Für den ÖSG 2008 werden dafür Datengrundlagen aus den Jahren 2006/07 verwendet. Der Referenzwert ist die nationale Versorgungsdichte (ausgenommen Wien), angepasst durch die Miteinbeziehung von demographischen, geographischen und strukturellen Variablen (Hofmarcher, 2010). Es ist geplant, dass entsprechende Rahmenvorgaben für den ambulanten Sektor eingeführt werden. Die Vorgaben sollen in konkreten Zahlen das Zahlenverhältnis von Einwohnern und Fachrichtungen in einer Versorgungseinheit spezifizieren. Mitunter wird auch überlegt Erreichbarkeitswerte vorzugeben (Fülöp, 2009).

Am Beispiel von Salzburg kann die regionale Planung des ambulanten Sektors verdeutlicht werden. Sogenannte Regionalportraits, welche die aktuelle Versorgungssituation skizzieren, werden für die Planung verwendet. Sie dienen als Grundlage für Bedarfsschätzungen, die mittels zweier Varianten

[7] Mit Public Health Grundsätzen sind die rechtlichen Grundlagen, festgelegt in der Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundesverfassungsgesetz über Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in Österreich, gemeint.

[8] Patienten können die Leistungen von Ärzten ohne Kassenzulassung in Anspruch nehmen. Allerdings müssen diese direkt von den Patienten bezahlt werden. Die Krankenkassen erstatten dem Patienten 80% der Kosten, welche für dieselbe Leistung bei einem Arzt mit Abrechnungsberechtigung angefallen worden wäre (Fülop, Kopetsch, Hofstätter und Schöpe, 2008).

(Hauptvariante und dynamische Variante) mit unterschiedlicher Gewichtung der Planungsfaktoren berechnet werden. Faktoren die in der Planung berücksichtigt werden sind:

- Der demografische Wandel,
- Morbiditätsentwicklungen,
- Erreichbarkeit und Pendlerströme und
- Nahtstellenmanagement zwischen stationärem und ambulantem Bereich.

Auch bundesweite Planungsgrundsätze wurden während der Bestimmung des zukünftigen Versorgungsbedarfs miteinbezogen. In einem Simulationsmodell, entwickelt durch ÖBIG, ist die momentane regionale Versorgungsdichte, gemessen in Einwohner pro Facharzt, auf verschiedenen Ebenen (Bezirke, Versorgungsregionen, Bundesländer) dargestellt. Die Werte werden dann mit dem Bundesdurchschnitt (jeweils mit und ohne Einbezug von Wien) und dem Landesdurchschnitt verglichen, um Abweichungen festzustellen. Die Festlegung von Planungsrichtwerten erfolgt gegenüber diesen Durchschnitten, mit einem Toleranzbereich von +/- 25%. Folglich wird der sogenannte ‚Mindestanpassungsbedarf' festgestellt (Fülop et al., 2009). Für die Region Salzburg z.B. ergab die Analyse, dass ein Ausbau von ärztlichen Vollzeitäquivalenten im ambulanten Bereich in Zukunft von Nöten ist[9] (Fülop et al., 2009).

Planung im stationären Sektor

Im ÖSG werden explizit Richtwerte für den stationären Sektor genannt. Diese werden mittels Struktur- und Prozessindikatoren dargestellt. Auch Mindestfrequenzen für ausgewählte stationäre Leistungen werden festgelegt. Die angegeben Richtwerte wurden unter Berücksichtigung folgender Kriterien erarbeitet:

- Regionale Bevölkerungsstruktur
- Besiedlungsdichte
- Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßenverkehr
- Auslastungen bestehender Institutionen
- Entwicklungstendenzen der Medizin

Die Zahl der Betten, als Ausdruck der erforderlichen Versorgungdichte für unterschiedliche stationäre Bereiche, dient bei der Spezifizierung der Richtwerte als Messziffer. Die Festlegung eines Intervalls von +/- 25% ermöglicht den Versorgungsregionen regionsspezifische Merkmale zu berücksichtigen. Außerdem werden Angaben zur Erreichbarkeit der Versorgungseinrichtungen gemacht, diese müssen für mindestens 90% der Bevölkerung eingehalten werden.

Die Länder sind verpflichtet einen Krankenanstaltenplan zu erstellen, welcher sich an den Vorgaben des ÖSG orientiert. Der Wiener Krankenanstaltsplan 2010 z.B. legt die Standortstrukturen und die maximalen Bettenzahlen pro Fachrichtung und pro Krankenhaus fest. Des Weiteren werden die Standorte und Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte und strukturelle Qualitätskriterien festgelegt (WKAP 2010). Falls die Länder ihre Kapazitäten den Richtwerten für den stationären Sektor

[9] Unter Verwendung der Hauptvariante ergab sich ein zusätzlicher Bedarf von 2,5% für das Jahr 2010 und 6,1% für das Jahr 2020 im Vergleich zum Jahr 2008. Der dynamischen Variante zufolge ist der Bedarf an ärztlichen Vollzeitäquivalenten sogar noch deutlich höher, eine Anpassung müsste um 4,1% für 2010 und 19% für 2020 vorgenommen werden (Fülop et al., 2009).

nicht angleichen droht der Staat mit finanziellen Sanktionen[10], diese würden sich auf einen Wegfall von Staatsgeldern in der Höhe von 120 Millionen Euro belaufen (Hofmarcher, 2010).

Ergebnisse

Grundsätzlich sind positive Entwicklungen bezüglich der Effizienz der Pflege, der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer und der Produktivität festzustellen. Auch der Rückgang der Bettenanzahl ist zu bemerken, verursacht durch Gesundheitsreformen und beschleunigt durch die Bedarfsplanung (Hofmarcher, 2010). Im ÖSG wird nicht die Gesundheit der Bevölkerung oder deren Bedarf an medizinischen Leistungen erfasst. Dies soll jedoch geändert werden (Fazekas, Ettelt, Newbould und Nolte, 2010).

In der Kritik stand die österreichische Bedarfsplanung des ambulanten Sektors. Der Europäische Gerichtshof entschied im Frühjahr 2009, dass die unterschiedliche Handhabung für die Zulassung von selbstständigen Ambulatorien mit angestellten Ärzten und Gruppenpraxen unzulässig ist. Nur für Ambulatorien ist eine behördliche Genehmigung nötig; diese wird nur erteilt, wenn das bestehende Angebot an Vertragsärzten nicht ausreicht. Gruppenpraxen unterliegen nicht dieser Reglung, was der Europäische Gerichtshof als nicht schlüssig und deshalb nachbesserungsbedürftig einstuft (Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften, 2009).

8. Bedarfsplanung in der Schweiz

In der Schweiz wird die Zahl der Ärzte im ambulanten Sektor und die Anzahl der Betten bzw. das Leistungsvolumen (durch Spitallisten) im stationären Sektor dem Bedarf angepasst (siehe Abbildung 9) (Künzi, 2005; SDK, 2002). Bedarfsplanung wird als wichtiges Mittel zur Kostensenkung, zur Anpassung an Entwicklungen in der demografischen Struktur und Technologie, sowie als Koordinationsmechanismus zwischen Leistungserbringern verstanden (Ruefli, 2005). Die gesundheitliche Versorgung in der Schweiz wird zunehmend von der Spezialisierung der Ärzte, deren Konzentration in urbanen Gebieten und in der Unterversorgung von ländlichen Gebieten geprägt (Ruefli und Monaco, 2004).

[10] Da der Bund wenig Mitspracherecht in der Gestaltung des ambulanten Sektors hat, weil er sich nicht an der Finanzierung beteiligt müssen erst Wege gefunden werden um die Schaffung von wirksamen Sanktionen wie im stationären Sektor zu ermöglichen (Fülöp, 2009).

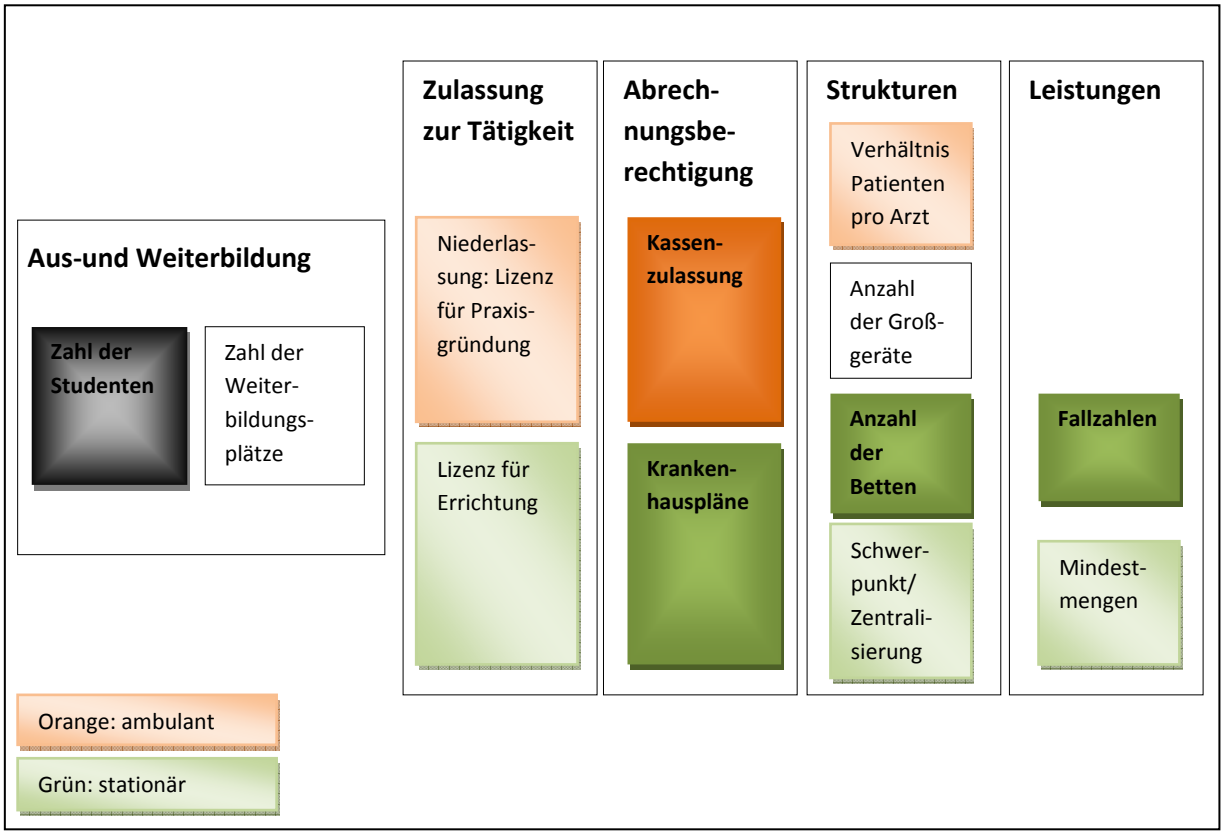

Abbildung 9: Ansatzpunkte der Bedarfsplanung in der Schweiz (stärker farbig hervorgehobene Felder markieren die Ansatzpunkte) (eigene Darstellung)

Zuständigkeit

Während der Bund die Rahmenbedingungen des Krankenversicherungssystems und damit der Gesundheitspolitik festlegt, entscheiden die Kantone autonom über Organisation, Finanzierung, Personal und Ausbildung im stationären Bereich (Ruefli, 2005). Die Folge der starken Dezentralisierung erklärt die großen Unterschiede zwischen den kantonalen Gesundheitssystemen; trotz der Übertragung von Kompetenzen auf den Bund ist eine national gesteuerte Planung zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Der Abstimmung und Konsensbildung zwischen Kantonen und den Kantonen und dem Bund dient die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren/innen (GDK) (OECD und WHO, 2006). Die Kantone sind verpflichtet eine Spitalliste zu erstellen, welche die stationären Institutionen bestimmt, die zu Lasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Leistungen erbringen (Ruefli, 2005). Die Gestaltungsmöglichkeiten der Kantone wird jedoch durch die Kompetenz des Bundes gegen die Spitallisten Recht zu sprechen beschränkt (Achtermann und Berset, 2006). Der ambulante Sektor wird im Wesentlichen von den Leistungserbringern und deren Verbänden gestaltet (Sager, Ruefli und Wälti, 2010).

Planung und Umsetzung

Aus- und Weiterbildung

Die Zahl der Medizinstudenten wird an einigen Universitäten durch einen Numerus Clausus reguliert, wobei das erfolgreiche Abschneiden bei einem Eignungstest als Zulassungskriterium dient (Künzi, 2005). Ein expliziter Bezug zwischen NC und Bedarfsplanung ist allerdings nicht feststellbar.

Planung im ambulanten Sektor

Im ambulanten Sektor haben die Kantone die Möglichkeit einen Zulassungsstopp für Praxisbewilligungen mit Kassenzulassung anzuwenden. Dieser ermöglicht es die Zulassung von neuen Ärzten, welche Leistungen zu Lasten der OKP erbringen, dem momentanen Bedarf anzupassen. Der Leistungstopp bezieht sich auf Spezialärzte und Apotheker, nicht aber auf Allgemeinmediziner, praktische Ärzte, Ärzte der Inneren Medizin, und Ärzte der Kinder- und Jugendmedizin (Art. 55a). Der Zulassungsstopp ist auf drei Jahre befristet. Die Maßnahme trat 2002 erstmalig in Kraft und wurde seither immer wieder in modifizierter Form[11] verlängert, da keine Nachfolgeregelung besteht. Die derzeitige Regelung ist bis zum Ende des Jahres 2011 gültig (Bundesamt für Gesundheit, 2009). In der ‚Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung'[12] ist die Zulassungssteuerung festgelegt. Des Weiteren sind Höchstzahlen und optimale Versorgungsdichten pro 100 000 Einwohner vom Bund angegeben. Die Zahlen basieren auf dem Ist-Zustand zur Zeit der Planung, mit Ausnahme von einigen Höchstzahlen, die für einige Kantone für bestimmte Berufsgruppen angepasst wurden (Bundesamt für Sozialversicherung, 2002). Kantone können selbstständig beschließen, ob sie die festgelegte Anzahl von Versorgungserbringern für bestimmte Kategorien missachten und nach lokalen Bedarfskriterien ein Urteil fällen. Droht eine Unterversorgung im Kanton können individuelle Ausnahmezulassungen erteilt werden (Bundesamt für Gesundheit, 2008).

Die Umsetzung des Zulassungsstopps in den Kantonen ist relativ einheitlich. Schon 2003 hatten 25 der 26 Kantone die Zulassungsbeschränkung eingeführt indem sie neue Niederlassungsgesuche grundsätzlich verwehrten. Der Zulassungsstopp wird pauschal angewandt, da es weniger aufwendig ist als für jeden Fachbereich eigene Zulassungsbedingungen zu erarbeiten (Sager, Ruefli und Wälti, 2010). Allerdings verwendeten nur 7 Kantone die vorgegebenen Höchstzahlen. Die Richtigkeit dieser Zahlen wird bezweifelt, da ihrer Erarbeitung keine Bedarfsanalyse zu Grunde liegt. Anstatt dessen wurden von der Hälfte aller Kantone eigene Kriterien angewandt. Was diese Kriterien sind, ist „konzeptionell als auch empirisch unbeantwortet" (Sager, Rueflic und Wälti, 2010, S. 42). Die Ausnahmezulassungen wurden sehr unterschiedlich angewandt (Ruefli und Monaco, 2004). Neben der Zulassungsbeschränkung unternehmen die Kantone eigenständig zahlreiche Versuche die Anzahl und Verteilung der Ärzte zu steuern (Sager, Ruefli und Wälti, 2010).

Planung im stationären Sektor

Im stationären Bereich wird entweder eine kapazitäts- oder leistungsorientiere Planung angewandt, dies können die Kantone entscheiden. Die Kapazitätsorientierte Planung ist ausschließlich auf die Anzahl der Betten fokussiert. Eine Planung der medizintechnischen Ausstattung der Krankenhäuser wird abgelehnt und ist nur in Übergangsphasen empfohlen. Die Anzahl der Betten wird entweder normativ oder analytisch bestimmt. Ersteres ergibt sich aus Verhandlungen zwischen Leistungserbringern, Versicherungen und politischen Instanzen über die Anzahl der Betten pro tausend Einwohner. Letzteres ist eine Berechnung des Bettenbedarfs, deren folgende Bestimmungsgrößen zu Grunde liegen:

---

[11] Die vorgenommenen Modifikation sind einerseits eine Reaktion auf die damals bestehende Möglichkeit zur Umgehung der Bedürfnisklausel, andererseits eine Beschränkung des Geltungsbereichs auf bestimmte Fachgruppen (Bundesamt für Gesundheit, 2009)

[12] Art. 1 Höchstzahl der Leistungserbringer nach den Artikeln 36 und 37 KVG und der Ärztinnen und Ärzte in Einrichtungen nach Artikel 36a KVG und Art. 55a Einschränkungen der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung

- Einwohneranzahl,
- demographische Entwicklung,
- Hospitalisationsrate,
- der Einfluss krankenhausexterner Leistungen auf die Hospitalisationsrate,
- die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die mittlere Bettenbelegung.

Optional können die saisonale Sonderbelastung, Zu- und Abwanderung von Patienten und Besonderheiten im interkantonalen bzw. überregionalen Angebot berücksichtigt werden. Die oben aufgeführten Bestimmungsgrößen leiten sich entweder von gegenwärtigen Daten ab, deren Veränderung prognostiziert wird, oder sind normative Vorgaben (SDK, 2002). Der Bedarf an Betten wird mithilfe folgender Formel ermittelt:

$$\frac{\text{Hospitalisationsrate je 1000 Einwohner} \times \text{Aufenthaltsdauer} \times \text{Einwohner}}{365 \times \text{mittlere Bettenbelegung}}$$

Der Bund verlangt keine Beweisführung der Bedarfsberechnungen. Gesetzt den Fall, dass diese allerdings Überkapazitäten ergeben, so müssen sie abgebaut werden. Hierbei kann das Kanton die eigene Vorgehensweise bestimmen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Kantonen bei der Umleitung von Patientenströmen ist ein mögliches Steuerungsmittel (Salzmann, 2003).

Der Übergang zu einem leistungsorientierten Vergütungssystem treibt die Abkehr von einer kapazitätsorientierten Planung hin zu einer leistungsorientierten Planung in der Schweiz an (SDK, 2002). Ein Arbeitsausschuss der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK)[13] erläutert im ‚Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung' die Elemente einer output-orientierten Bedarfsplanung im Spitalwesen. Anstatt der Anzahl an Betten fungieren dabei Krankenhausleistungen pro Fallgruppe als Maßeinheit. Der Vorgehensvorschlag der GDK für die kantonale Bedarfsplanung beinhaltet die in Abbildung 10 abgebildeten Schritte.

[13] Die Gesundheitsdirektorenkonferenz, ehemalig Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK), vereinigt die Regierungsmitglieder der Kantone, die für das Gesundheitswesen zuständig sind.

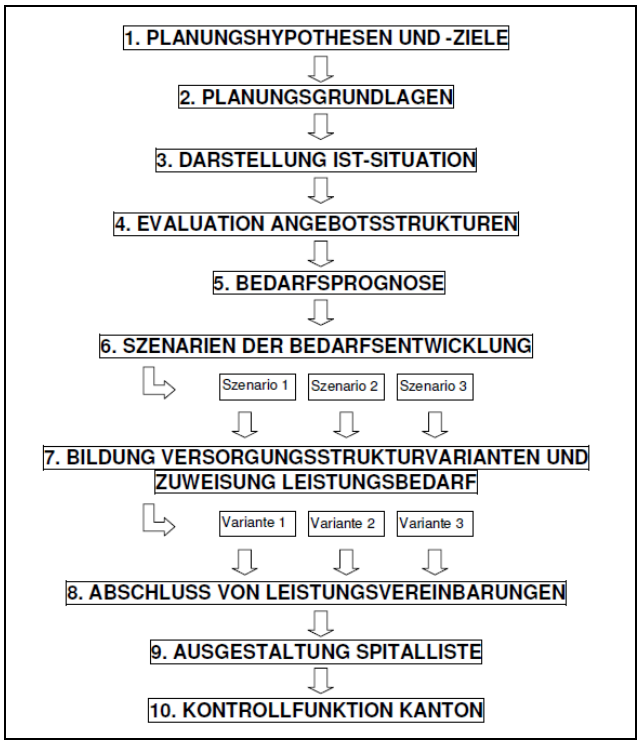

Abbildung 10: Kantonales Planungsmodell (GDK, 2005)

Die Bedarfsszenarien werden anhand unterschiedlicher Zielvorgaben und Gewichtungen der Bedarfsvariablen erstellt. Die Bedarfsvariablen sind den derzeitig verwendeten Faktoren zur Bestimmung des Bettenbedarfs ähnlich (siehe auch Abb.11):

- medizinisch-technische Entwicklung,
- demografische Entwicklung,
- epidemiologische Entwicklung,
- Aufenthaltsdauer und Hospitalisationsrate.

Auch hier werden sowohl analytische als auch normative Bestimmungsmethoden angewandt. Als Datengrundlage dienen Experteneinschätzungen, bereits bestehende kantonspezifische statistische Daten, registrierte Fallzahlen, Fachliteratur und Kennzahlen aus Referenzkantonen. Neben der Bedarfsprognose wird die Strukturanalyse als wichtiges Mittel für die leistungsorientierte Planung angesehen. Veränderungen in der Versorgungsstruktur, wie z.B. eine Verlagerung[14] in den ambulanten Sektor, bestimmen maßgeblich den Bedarf an Leistungen (GDK, 2005). Der ermittelte Bedarf an Leistungen zieht eine nach medizinischen, ökonomischen, politischen, geografischen und demografischen Gesichtspunkten bestimmte Ressourcenallokation nach sich (GDK, 2005).

[14] Neue Behandlungsmethoden ermöglichen, dass bestimmte Leistungen nicht mehr stationär erbracht werden müssen. Solche Entwicklungen in der Medizin sind nicht quantifizierbar und Prognosen können meist nur auf aggregierter Ebene gemacht werden. Dennoch sollten sie mithilfe von Experten, wie z.B. Kantonsärzte, in die Planung miteinbezogen werden (GDK, 2005)

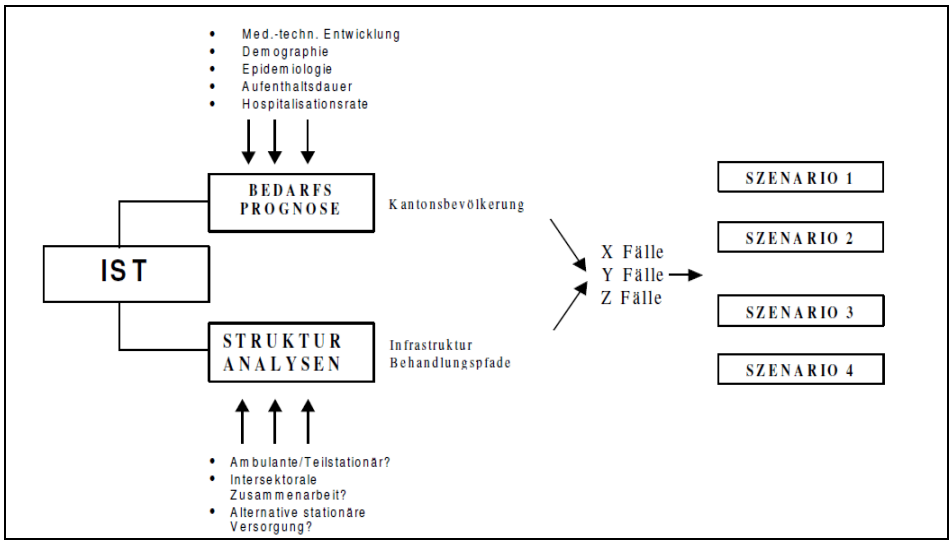

Abbildung 11: Übersicht Ablauf Bedarfsprognosen und Strukturanalysen (GDK, 2005)

Im Gegensatz zur ambulanten Planung ist die kantonale Umsetzung der Planungsvorgaben im stationären Bereich sehr unterschiedlich. Vor allem der Grad der Differenzierung von Versorgungsbereichen und die Einbeziehung privater Leistungsanbieter variiert. Die kantonale Spitalplanung ist in den jeweiligen Spitallisten beschrieben. Die eigentlichen Steuerungsinstrumente der Spitalplanung sind die Leistungsaufträge. Diese sind allerdings so vage formuliert, dass einerseits eine flexible Anwendung, andererseits aber keine explizite Steuerung der Krankenhauskapazitäten möglich ist. Nur 12 der insgesamt 30 Spitallisten[15] formulieren explizit Kapazitätsvorgaben. Vier allgemeine Vorgehensweisen in der Umsetzung der Spitalplanungsvorgaben können zwischen den Kantonen unterschieden werden:

1) Sieben Kantone nutzten Krankenhausschließungen ohne andere strukturelle Maßnahmen um Planungsvorgaben zu erreichen.
2) Eine strukturelle Reorganisation der Krankenhausversorgung, welche teilweise auch Schließungen beinhaltete, wurde von 10 Kantonen praktiziert.
3) Fünf Kantone setzen einen lineareren Bettenabbau ein.
4) Keine Veränderungen konnten lediglich bei 4 Kantonen beobachtet werden. Strukturelle Maßnahmen, neben den Schließungen und Bettenabbau, sind Zweckumwandlungen, Zusammenschlüsse, Abbau von Leistungsbereichen und Veränderungen in der Führungsstruktur und Finanzierung (Ruefli, 2005).

Ergebnisse

Die Bedarfsplanungsbemühungen im ambulanten Sektor lösten eine unmittelbare Reaktion aus: die Ankündigung einer Zulassungsstoppeinführung rief eine 3½-mal so hohe Zahl an Berufsausübungsbewilligungsgesuchen vor dem Inkrafttreten der Regelung hervor (Ruefli und Monaco, 2004). Ferner attestieren Ruefli und Monaco dem Zulassungsstopp eine verstärkende Wirkung auf die Attraktivitätsabnahme des Ärzteberufs, ein höheres Durchschnittsalter der niedergelassenen Ärzte, die wachsende Spezialisierung und die verlängerte Verweildauer der Ärzte in Spitälern. Im Allgemeinen wird dem Zulassungsstopp eine neutrale Kostenwirkung zugeordnet, wodurch es als Kostendämpfungsinstrument ungeeignet ist (Ruefli und Monaco, 2004).

[15] Die 26 Kantone haben entweder eine oder mehrere Spitallisten; insgesamt gab es im Jahr 2004 30 Spitalllisten (Ruefli, 2005).

Eine spätere Wirkungsanalyse kritisiert die erste Auswertung als verfrüht und stellt fest, dass die Anwendung des Zulassungsstopps in den Kantonen in keinerlei Zusammenhang mit einer dem Bedarf angepassten Steuerung steht (Sager, Ruefli und Wälti, 2010).

Zwischen 1995 und 2007 ist in der Schweiz eine degressive Zunahme der Anzahl der Ärzte zu beobachten[16]. Die Anzahl neu eröffneter Arztpraxen ist jedes Jahr seit 2004 zurückgegangen. Seit 2007 ist wieder eine leichte Zunahme zu beobachten, diese ist durch den Zusammenhang zwischen Zulassungsstopp und der Zahl freipraktizierender Ärzte zu erklären. Ein wesentlicher Nachteil des Zulassungsstopps ist die Wirkung auf die Verweildauer der Ärzte im Krankenhaus und damit auch die Verstärkung des Trends der Spezialisierung (Sager, Ruefli und Wälti, 2010). Die Möglichkeit der Ausnahmezulassung ist nicht ausreichend um die Unterversorgung in ländlichen Gebieten zu beheben. Sager, Ruefli und Wälti stellen fest, dass das Niederlassungsverhalten der Ärzte bestimmt wird durch andere Faktoren[17] als die alleineige Verfügbarkeit einer Praxis (2010).

Im stationären Bereich ist eine Reduktion der Bettenzahl um 10,5% zwischen 1997 und 2003 zu beobachten. Es ist jedoch anzumerken, dass dies lediglich als Fortsetzung eines 1985 einsetzenden Trends zu sehen ist. Der Rückgang der Bettenkapazitäten ereignete sich zum größten Teil in den öffentlichen und staatlich subventionierten Krankenhäusern. Angetrieben durch den Sparzwang ist hauptsächlich eine sinkende Aufenthaltsdauer für die Bettenreduktion verantwortlich. Es besteht kein direkter Zusammenhang zur Spitalplanung (Ruefli, 2005).

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium prognostiziert einen eklatanten Mangel an medizinischen Fachkräften, vor allem in der hausärztlichen Versorgung (OBSAN, 2009). Dies macht weitere Bemühungen in der Schweizer Bedarfsplanung unabdingbar.

[16] Im Jahr 2007-2008 ist erstmalig ein Rückgang festzustellen. Allerdings muss in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass dies wahrscheinlich auf eine Veränderung in der Datenerhebungsmethode zurückzuführen, die zum gleichen Zeitpunkt stattfand (Sager, Ruefli und Wälti, 2010).

[17] Angeführt werden die Attraktivität der Umgebung, die Nähe zu einem Krankenhaus und ein gutes Arbeitsumfeld (Sager, Ruefli und Wälti, 2005).

9. Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung

Ausgehend von der Beschreibung der Bedarfsplanung in den sechs Ländern ist besonders hervorzuheben, dass alle Länder eine Umstrukturierung der Bedarfsplanung vornehmen oder vorgenommen haben. Auch ist ein gemeinsamer Trend hin zu einer dezentralisierten und leistungsorientierten Planung der Gesundheitsversorgung festzustellen. Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Planung werden im Folgenden behandelt.

Bedarfsanalysen finden meist im Zuge der Erstellung von Plänen zu den Kapazitäten und Leistungen im Gesundheitswesen statt. Bis auf die Schweiz und die Niederlande erstellen alle Länder Pläne: Gesundheitspläne in Dänemark, ‚local delivery plans' (LDPs) in England, ‚schéma régional d'organisation sanitaire' (SROS) in Frankreich und der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG). In den Niederlanden und in England wird eine Fachkräfteplanung durchgeführt, auch hier wird der Bedarf an medizinischen Leistungen in die Planung miteinbezogen. Das Hauptmotiv der Bedarfsplanung ist dabei nicht immer die bedarfsgerechte Versorgung sondern die Kostendämmung im Gesundheitswesen, wie in Dänemark und der Schweiz.

Wer ist für die Planung zuständig?

Eine dezentralisierte Planung kann in Dänemark, England, Frankreich, Österreich und der Schweiz beobachtet werden. Rahmenvorgaben und zum Teil auch Richtwerte werden auf nationaler Ebene festgelegt, eine detaillierte Planung und die Umsetzung erfolgen jedoch auf regionaler Ebene. Obwohl die Planung in den Niederlanden nicht als zentralisiert beschrieben werden kann, da eine strikte Planung des Gesundheitswesens kategorisch abgelehnt wird, werden die vier verwendeten Steuerungsinstrumente auf nationaler Ebene angewandt.

Wo setzt die Bedarfsplanung an?

	Dänemark	England	Frankreich	Niederlande	Österreich	Schweiz	Gesamt
Zahl der Studienplätze	x	(x)	x	x		x	5
Zahl der Weiterbildungsplätze	x		x	x			3
Lizenz für Praxisgründung	x						1
Lizenz für die Errichtung eines Krankenhauses		x	x	x			3
Kassenzulassung	x	(x)			x	x	4
Krankenhauspläne		(x)	(x)		x	x	4
Verhältnis Patienten pro Arzt	x				(x)	x	3
Anzahl med.-techn. Großgeräte	x		x		x		3
Anzahl der Betten					x	x	2
Schwerpunkt/ Zentralisierung	x		x	x			3
Fallzahlen		(x)	(x)		x	x	4
Mindestmengen					x		1

Tabelle 1: Instrumente der Bedarfsplanung; (x): Sonderfälle, Erläuterungen im Text

Tabelle 1 stellt die von den sechs Ländern verwendeten Bedarfsplanungsinstrumente zusammen. Am häufigsten wird in der Planung bei der Aus- und Weiterbildung sowie den Versorgungsstrukturen angesetzt. Alle Länder bis auf Österreich regulieren die Zahl der Studenten. Es ist allerdings zu bemerken, dass England und Dänemark keinen NC verwendet, dennoch hat der Staat Einfluss auf die Zahl der Studienplätze. Die Zahl der Weiterbildungsplätze wird in Dänemark, Frankreich und den Niederlanden reguliert. Sowohl in England als auch in den Niederlanden wird der Fachkräfteplanung eine große Aufmerksamkeit zuteil. In den Niederlanden wurde ein komplexes Modell entwickelt mit dessen Hilfe die Ausbildung dem zukünftigen Bedarf angepasst werden kann. In England ist die Fachkräfteplanung den Regionen überlassen, einige haben ebenfalls Modelle für die Prognosen bezüglich des Bedarfs und Angebots von Fachkräften entwickelt.

In vier Ländern wird die Zulassung zur Tätigkeit reguliert, wobei nur Dänemark die Niederlassung im ambulanten Sektor durch Lizenzvergabe reguliert. In England, Frankreich und den Niederlanden ist eine offizielle Genehmigung für die Erbauung eines neuen Krankenhauses notwendig. Die Schweiz und Österreich, welche die Niederlassung im ambulanten Sektor per se nicht regulieren, steuern die Zahl der niedergelassenen Ärzte durch die Abrechnungsberechtigung. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die in eine Liste aufgenommen werden müssen, um zur Abrechnung befähigt zu sein. In Dänemark wird nicht nur die Niederlassung sondern auch die Kassenzulassung als Instrument verwendet. In England und Frankreich findet eine Abrechnungsbemächtigung indirekt über Verträge zwischen den Regionen und Leistungserbringern statt.

Jedes der sechs Länder verwendet mindestens ein Strukturinstrument. Das Verhältnis von Patienten pro Arzt wird in Dänemark explizit festgelegt, in der Schweiz werden ebenfalls Höchstzahlen und die optimale Versorgungsdichte spezifiziert. In Österreich sind nationale Rahmenvorgaben für die Versorgungsdichte zukünftig geplant, bis jetzt erfolgt die Planung in den Regionen nicht koordiniert. Eine Großgeräteplanung wird in Dänemark, Frankreich und Österreich vorgenommen. Während die Schweiz dies nur in Übergangsphasen empfiehlt. Es ist zu beachten, dass die Anzahl der Großgeräte auch indirekt durch die Zentralsierung spezifischer medizinischer Leistungen in bestimmten Krankenhäusern (in Dänemark) oder Investitionsauflagen für Krankenhäuser (in England) gesteuert

werden kann. Die Anzahl der Betten, früher ein häufig benutztes Planungsmittel, wird nur noch in Österreich und der Schweiz verwendet. Allerdings wird in beiden Ländern eine Abkehr von der kapazitätsorientierten Planung vorangetrieben. Die Versorgung mit besonderen medizinischen Leistungen wird in Dänemark, Frankreich und den Niederlanden, durch eine Zentralisierung der Leistungen in bestimmten Krankenhäusern, sichergestellt.

Fallzahlen für den stationären Bereich werden in Österreich mit einem Toleranzbereich von +/- 25% festgelegt. In der Schweiz wird die Verwendung von Fallzahlen vorangetrieben, allerdings ist die regionale Umsetzung noch recht unterschiedlich. In England und Frankreich werden die Fallzahlen indirekt durch Leistungsverträge bestimmt. Mindestmengen werden im Zuge der Bedarfsplanung nur in Österreich spezifiziert. Dies bedeutet aber nicht, dass Mindestmengen nicht auch in den anderen Ländern verwendet werden, dort geschieht es aber nicht im Zusammenhang mit den Bedarfsplanungsinstrumenten.

Der allgemeine Trend ist eine Abkehr von der kapazitätsorientierten Planung hin zur leistungsorientierten Planung. Hierfür werden in den Niederlanden, Frankreich, Dänemark, der Schweiz und England Leistungsverträge zu Steuerung des Leistungsvolumens verwendet. Im

Vergleich mit den anderen Ländern werden in Dänemark und in Österreich am meisten und in den Niederlanden am wenigsten Instrumente der Bedarfsplanung angewandt.

Welche Kriterien werden in der Bedarfsplanung verwendet?

Es lassen sich vier Kategorien von Kriterien, die in der Bedarfsplanung verwendet werden, unterscheiden: Bevölkerungskriterien, Versorgungskriterien, Entwicklungskriterien und Rahmenkriterien. Diese sind im Nachfolgenden aufgelistet:

1) Bevölkerung
    - Einwohneranzahl *
    - Demografie (Alters- und Geschlechtsstruktur)*
    - Epidemiologie*
    - Mortalität
    - Besiedlungsdichte
2) Bestehende Versorgung
    - Inanspruchnahme medizinischer Leistungen
    - Auslastung besehender Institutionen
    - Hospitalisationsrate
    - Aufenthaltsdauer
    - Bettenbelegung
3) Einflussreiche Entwicklungen in der Zukunft
    - Medizinisch-technische Entwicklungen*
    - Entwicklungstendenzen der Medizin*
    - Sozio-kulturelle Entwicklungen
    - Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor *
4) Rahmenbedingungen
    - Public Health Grundsätze
    - Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die mit dem Sternchen gekennzeichneten Kriterien werden in mehr als einem Land während der Planung verwendet. Es ist zu beachten, dass keine Information über verwendete Kriterien für Dänemark und England vorliegen. Auch macht die Auflistung keine Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer sowie leistungsorientierter und kapazitätsorientier Planung. Die meisten Kriterien werden in Österreich verwendet, die wenigsten in den Niederlanden.

Findet eine intersektorale Planung statt?

Eine intersektorale Planung ist noch in keinem Land zu beobachten. Allerdings entwickeln Österreich, Frankreich und Dänemark eine solche Planung. Dies ist notwendig da auch die intersektorale Zusammenarbeit bei der Gesundheitssorge vorangetrieben wird. Eine Umlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Sektor macht eine intersektorale Planung notwendig.

Welches Land erzielt gute Ergebnisse?

Alle untersuchten Länder stoßen auf Schwierigkeiten in ihrer Bedarfsplanung und der Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen. Demzufolge gibt es kein Land, welches herausragend abschneidet. Auch ist häufig eine Beurteilung der jeweiligen Planung zum jetzigen Zeitpunkt noch

nicht möglich, da erst kürzlich Umstrukturierungen in der Planung stattgefunden haben. Probleme mit der hausärztlichen Versorgung gibt es nur nicht in Dänemark. Auch eine ungleiche Verteilung der Ärzte, sowohl fachlich als auch regional ist ein Problem. In England und Frankreich werden zusätzlich die für die Planung neu eingeführten Systeme kritisiert.

Quellenangaben

Achtermann, W. & Berset, C. (2006). Gesundheitspolitiken in der Schweiz – Potential für eine nationale Gesundheitspolitik. Band 1 – Analyse und Perspektiven. Bundesamt für Gesundheit (BAG).

Bellanger, M.M. & Mossé, P.R. (2005). The search for the Holy Grail: combining decentralized planning and contracting mechanisms in the French health care system. *Health Economics*. 14: S119-S132.

Boyle,S. (2010). Health Systems in Transition: United Kingdom/England. Health System Review 2010. WHO Copenhagen, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. To be published.

Bundesamt für Gesundheit. (2008). Krankenversicherung: Verordnung zum Zulassungsstopp für Leistungserbringer wird verlängert. Retrieved on 18-10-2010, from: http://www.bag.admin.ch/aktuell/00718/01220/index.html?lang=de&msg-id=19520

Bundesamt für Gesundheit. (2009). Verordnung vom 3.Juli 2002 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Vorgesehene Änderung per 1. Januar 2010. Änderungen und Kommentar im Wortlaut.

Bundesamt für Sozialversicherung. (2002). Medienmitteilung vom 9. Dezember 2002. Ärztestopp: von Kantonen angepasste Höchstzahlen. Retrieved 20-10-2010, from: http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/medieninformationen/archiv/index.html?msgsrc=/2002/d/02120901.htm&lang=de

Capacitietsorgaan. (2009). Capaciteitsplan 2009. Tussentijds advies instroom voor de medische vervoglopleiding huisartsgeneeskunde. Utrecht.

Centre for Workforce Intelligence (CfWI). (2010). About us – Who we are. Retrieved 30-11-2010, from: http://www.cfwi.org.uk/about

Centrum voor ethiek en gezondheid(CEG). (2010).Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Retrieved 15-11-2010, from: http://www.ceg.nl/cgi-bin/wetr.pl?id=7

Christiansen, T. (2010). Specialty planning. *Health Policy Monitor*. Retrieved 06-10-2010, from: http://www.hpm.org/survey/dk/a15/1

Couffinhal, A., Lucas, V.(2004). Reorganization of after hours ambulatory care. *Health Policy Monitor*, April 2004. Available at http://www.hpm.org/survey/fr/a3/4

Eichhorn, S. (1988). In: Zweifel, P. (Ed.). *Beiträge zur Gesundheitsökonomie 17: Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen*. Gerlingen: Bleicher.

Ettelt, S. , Nolte, E., Thomson, S, Mays, N. & International Healthcare Comparisons Network. (2008). Policy Brief: Capacity planning in health care – A review of international experience. WHO Copenhagen, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Fazejkas, M., Ettelt, S., Newbould, J. & Nolte, E. (2010). Framework for assessing, improving and enhancing healthcare planning. RAND Europe.

Fazekas, M., Ettelt,S., Newbould,J. & Nolte, E. (2010). Framework for assessing, improving and enhancing healthcare planning. RAND Europe.

Fülöp, G. (2009).Wozu brauchen wir den ÖSG? Gesundheit Österreich GmbH (gög) Magazin. Issue no 3. Retrieved on 02-12-2010, from: http://www.goeg.at/media/magazine/Magazin_09_03.pdf

Fülop, G. et al. ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft MBH. (2009). Endbericht: Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung im Bundesland Salzburg. Im Auftrag von Land Salzburg, Salzburger Gebietskrankenkasse und Ärztekammer für Salzburg. Retrieved 06-12-2010, from: http://www.salzburg.gv.at/endbericht_bedarfsplanung_ambulante_versorgung

Fülöp, G., Kopetsch, T., Hofstätter, G. & Schöpe, P. (2008). Regional distribution effects of ‚needs planning' for office-based physicians in Germany and Austria – methods and empirical findings. *Journal of Public Health*. 16: 447-455.

Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften. (2009). Pressemitteilung Nr 21/09. Urteil des Gerichtshofs in der Rechtssache C-196/07. Hartlauer Handelsgesellschaft mbh/ Wiener Landesregierung u.a. Die Österreichische Reglung über die Errichtung privater Krankenanstalten ist mit dem Gemeinschaftsrecht nicht vereinbar. Retrieved 08-12-2010, from: http://curia.europa.eu/jcms/upload/docs/application/pdf/2009-03/cp090021de.pdf

Gesundheit Österreich GmbH –Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). (2009). Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2008. Wien, im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur.

Gesundheit Österreich GmbH –Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG). (2010). Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2008. Wien, im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur.

Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). (2005). Leitfaden zur leistungsorientierten Spitalplanung: Bericht des Arbeitsausschusses „Leistungsorientierte Spitalplanung" zuhanden des Vorstandes der GDK, Bern.

Guerro, I, Mossé, P.R. & Rogers, V. (2009). Hospital investment policy in France – Pathways to efficiency and the efficiency of pathways. *Health Policy*. 93: 35-40.

Hofmarcher, M.M. & Rack, H. (2006). Health Care Systems in Transition: Austria. WHO Copenhagen, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Hofmarcher, M.M. (2010). Excess Capacity and Planning: Kain tortures Abel. *Health Policy Monitor*. Retrieved on 24-09-2010, from: http://www.hpm.org/survey/at/a15/2

House of Commons Health Committee (2007). *Workforce Planning: Fourth report of session 2006–07, vol 1*. HC 171-1. London: The Stationery Office. Retrieved 29-11-2010, from: www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmhealth/171/171i.pdf

Imison, C., Buchan, J. & Xavier, S. (2009). *NHS Workforce Planning - Limitations and possibilities*. London: King's Fund.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Ministry of the Interior and Health). (2010). Healthcare in Denmark. Retrieved 15-12-2010, from: http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/UK_Healthcare_in_DK.aspx

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (Ministry of the Interior and Health). (2005). The local government reform – in brief. Retrieved 15-12-2010, from: http://www.sm.dk/data/Lists/Publikationer/Attachments/291/Kommunal_UK_screen.pdf

Kronborg, C. (2008). General practice organisation. *Health Policy Monitor*. Retrieved 06-10-2010, from: http://www.hpm.org/survey/dk/a11/6

Künzi, K. (2005). Grundversorgungsmedizin in der Schweiz. Stand der Diskussionen zur Frage der Grundversoger/innen/ Hausärzt/innen und ihre zahlenmässige Entwicklung. Büro für abeits- und sozialpolitische Studien (BASS). Im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit. Bern, Schweiz.

Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. & Glinos, I.A. (2008). Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. World health organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Lucas-Gabrielli, V. & Magali, C. (2007). Regional healthcare planning. *Health Policy Monitor*. Retrieved on 17-09-2010, from: http://www.hpm.org/survey/fr/a10/4

Maarse, H. (2007). Health reform - one year after implementation. *Health Policy Monitor*. Available at http://www.hpm.org/survey/nl/a9/1

NHS London. (unknown). Workforce for London – Scenario Modelling. Retrieved 04-01-2011, from: http://www.london.nhs.uk/webfiles/Corporate/Workforce%20Strategy/Workforce%20for%20London%20Scenario%20Modelling.pdf

OECD. (2008). The looming crisis in the health workforce: how can OECD countries respond? OECD Health Policy Studies. Retrieved 07-10-2010, from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-looming-crisis-in-the-health-workforce_9789264050440-en

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) &World Health Organisation (WHO). (2006). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. OECD Publishing.

Paris, V. , Devaux, M. & Wei, L. (2010). Health Systems Institutional Characteristics: A survey of 29 OECD countries. OECD Health Working Papers No. 50.

RIVM (2008). Zorgbalans. Retrieved 15-11-2010, from: http://www.rivm.nl/vtv/object_class/zb2008beroepenl.html

Ruefli, C. & Monaco, G. (2004) Wirkungsanalyse Bedürfnisabhängige Zulassungsbeschränkungen für neue Leistungserbringer (Art. 55a KVG). Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsprogramm KVG II. Forschungsbericht Nr. 3/04. Bundesamt für Sozialversicherung, Bern.

Ruefli, C. (2005). Wirkungsanalyse kantonale Spitalplanungen. Forschungsprogramm KVG II. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern.

Sager, F., Ruefli, C. & Wälti, M. (2010). *Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Möglichkeiten der Steuerung durch die Kantone* (Obsan Dossier 10). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Salzmann, H. (2003). Bundesratspraxis zu Spitalplanung und Spitallisten. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). Retrieved on 23-09-2010, from: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Spitalplanung_und_Spitallisten/Bundesrats-Praxis_Planung-Spitalliste-d.pdf

Sandier, S., Paris, V. & Polton, D. (2004). Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 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*, 12(1):1–229.

Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK). (2002). Revidierte Empfehlungen zur Spitalplanung, zur Pflegeheimplanung, zur Spitalliste, zur Pflegeheimliste nach Artikel 39 KVG. Retrieved 26-10-2010, from: http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Spitalplanung_und_Spitallisten/Rev-Empfehlungen-d.pdf

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (OBSAN). (2009). Bis 2020 benötigen die Institutionen im Gesundheitswesen 25'000 zusätzliche qualifizierte Fachkräfte. Retrieved 11-11-2010, from: http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/01/01.html

Smith, P. & Goddard, M.(2009). The English National Health Service: An economic health check. OECD Economics Department Working Paper No. 717. Available at: www.oecd.org/Working_Papers

Strandberg-Larsen, M., Nielsen, M., Vallgårda, S., Krasnik, A., Vrangbæk, K. & Mossialos, E. (2007). Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(6): 1–164.

van der Velden, L., Hingstman, L., van der Windt, W., Arnold, E. (2008). Raming benodigde instroom per medische en tandheelkunidge vervolopleiding 2009-2019/2025. Utrecht: NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) / Prismant .

Wiener Krankenanstaltenplan 2010 (WKAP 2010). Verordnung der Wiener Landesregierung mit der der WKAP 2010 erlassen wird. LGB1 2010/35.