

Klaus Wingenfeld

Zur Entwicklung der Großgeräteplanung in der Bundesrepublik

Im Jahre 1982 wurden erstmals gesetzliche Regelungen zur Steuerung der Verbreitung und Nutzung medizinischer Großgeräte geschaffen. Seit diesem Zeitpunkt sind kostenintensive technische Anlagen (wie Computertomographen, Kernspintomographen, Strahlentherapie- oder Lithotripsiegeräte) einer Bedarfs- und Standortplanung unterworfen, mit der eine wirtschaftliche und regional ausgewogene Versorgung sichergestellt werden soll. Die Normierung der Großgeräteplanung hat nach langen und teilweise heftigen Auseinandersetzungen mit dem Gesundheitsreformgesetz einen vorläufigen Abschluß gefunden. Heute, zehn Jahre nach der Einführung rechtlicher Vorschriften, droht jedoch das definitive Scheitern der Planungsbemühungen: Die Sozialgerichte haben in jüngerer Zeit Entscheidungen gefällt, mit denen unverzichtbare Grundlagen der Großgeräteplanung in Frage gestellt werden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sehen sich derzeit kaum noch in der Lage, eine Bedarfs- und Standortplanung im ambulanten Sektor durchzusetzen.

Im Rückblick erscheint die aktuelle Krise der Großgeräteplanung als konsequente Folge einer Reihe politischer Versäumnisse. Sie ist das Resultat einer Politik, die sich weniger um die Gestaltung der medizinischen Versorgung als um einen Kompromiß zwischen den widersprüchlichen Interessen der beteiligten Institutionen, Vertretungsorgane und Leistungsanbieter bemühte.

Die folgende Darstellung dreht sich nicht so sehr um die Frage, ob die mit der Planung angestrebten Ziele auch erreicht wurden. Vielmehr geht es darum, die Entwicklung des Planungsinstrumentariums vor dem Hintergrund politischer Kräfteverhältnisse und strukturell bedingter Erfordernisse zu problematisieren. Von Beginn an stellte sich die Frage, wie eine Großgeräteplanung angesichts der rigiden Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung überhaupt realisiert werden konnte. Während im Krankenhausbereich aufgrund des Finanzierungssystems von vornherein Einflußmöglichkeiten bestanden, unterlag der ambulante Sektor der kassenärztlichen Selbstverwaltung und war somit gegen Interventionen von außen weitgehend abgesichert. Sobald die Verbreitung von Geräten gesteuert werden sollte, die in beiden Versorgungsbereichen Anwendung fanden, wurde die Überwindung der institutionellen Trennung

zum entscheidenden Problem. Das Ziel, Überkapazitäten zu vermeiden und eine ökonomisch sinnvolle Versorgungssituation herzustellen, ließ sich nur mit Hilfe einer wirksamen Abstimmung zwischen beiden Versorgungsbereichen durchsetzen. Im folgenden ist u.a. zu zeigen, inwieweit und auf welche Art und Weise diesem zentralen Erfordernis Rechnung getragen wurde.

Die Ausgangssituation

Die ursprüngliche Triebfeder für die Schaffung rechtlicher Normen war eine facettenreiche Auseinandersetzung um die Computertomographie (CT), deren Verbreitung Mitte der 70er Jahre einsetzte. Mit der CT wurde ein prestigeträchtiges Verfahren eingeführt, das bereits während der Erprobung außerordentlich euphorische Erwartungen geweckt hatte und vielversprechende Weiterentwicklungen in Aussicht stellte. Es ist daher nicht verwunderlich, daß bei den Krankenhäusern ein lebhaftes Interesse an der Beschaffung von CT-Geräten entstand. Da es sich um eine diagnostische Methode handelte, deren Nutzung weder aus technischen noch aus medizinischen Gründen dem stationären Sektor vorbehalten bleiben mußte, stieß die CT auch bei den niedergelassenen Ärzten auf wachsende Nachfrage. Anfang 1979 gab es bundesweit – trotz der hohen Investitionskosten – 36 Computertomographen in radiologischen Arztpraxen. Der stationäre Sektor war mit insgesamt 83 Geräten ausgestattet. Zum gleichen Zeitpunkt lagen bereits 41 weitere Bestellungen vor¹. Innerhalb weniger Jahre hatte die Gerätekapazität ein Ausmaß erreicht, das nach den damaligen Bedarfsvorstellungen nicht mehr weit von einer Überversorgung entfernt war. Dennoch schien sich die Verbreitung der CT mit wachsender Geschwindigkeit fortzusetzen. Im Zuge dieser Entwicklung entstand eine besondere Konfliktsituation:

Die Krankenkassen warnten davor, daß eine wirtschaftliche Auslastung der Krankenhausgeräte nicht mehr zu gewährleisten sei und daher unnötige Kosten entstünden. Die Ortskrankenkassen beispielsweise machten bereits Ende der 70er Jahre deutlich, daß sie nicht gewillt waren, überschüssige Versorgungskapazitäten bei der CT über die Pflegesätze zu finanzieren². Sofern ein Gerät nicht als bedarfsgerecht einzustufen war, sollten dessen Betriebskosten bei den Pflegesatzverhandlungen unberücksichtigt bleiben. Gemeint waren damit insbesondere jene Kliniken, die sich CT-Geräte aus freien Mitteln ihrer Träger, also ohne Abstimmung mit der Landes-

behörde angeschafft hatten. In diesem Kontext ist bemerkenswert, daß die Kassen die von der CT verursachten Kosten im ambulanten Sektor zunächst wenig thematisierten. Ausschlaggebend hierfür war vermutlich, daß zu diesem Zeitpunkt die meisten Geräte in Krankenhäusern aufgestellt waren und bei einigen Kassen ohnehin die Auffassung vorherrschte, die CT sei schwerpunktmäßig dem stationären Sektor zuzuordnen³.

Die Landesbehörden, zuständig für die Finanzierung der Krankenhausinvestitionen, sahen sich mit einer Vielzahl von Förderanträgen konfrontiert. Schon wegen der zunehmend engeren Spielräume in den Finanzhaushalten konnten sie kein Interesse daran haben, diese Forderungen ohne weiteres zu erfüllen. Aus ihrer Sicht kam es darauf an, die Versorgungskapazität im Krankenhausbereich auf hinreichendem, aber möglichst niedrigem Niveau zu begrenzen. Um jedoch dem Druck der Krankenhäuser auf Dauer standhalten zu können und nicht als 'Bremsen' des medizinischen Fortschritts zu erscheinen, mußte eine eher restriktive Bewilligungspolitik mit überzeugenden Argumentationen versehen und in ein Gesamtkonzept eingebunden werden. 1978 und 1979 entwickelten einige Länder erste planerische Vorgaben, die Bedarfsfestlegungen, Wirtschaftlichkeitskriterien und z.T. auch konkrete Standortentscheidungen beinhalteten.

Zu diesem Zeitpunkt aber war eine von der kassenärztlichen Versorgung unabhängige Bedarfsplanung nicht mehr denkbar. Im Bundesdurchschnitt entfielen rund 30 % aller CT-Geräte auf den ambulanten Sektor, in Nordrhein-Westfalen sogar nahezu die Hälfte⁴. Im Ergebnis mußte die Berücksichtigung des ambulanten Leistungsangebotes die restriktive Orientierung der Länder noch verstärken. Abgesehen von besonderen fachlichen Erfordernissen bestand für die Förderung eines Krankenhausgerätes keine Veranlassung, wenn der regionale Bedarf bereits durch niedergelassene Radiologen gedeckt wurde. Restriktionen konnten aber auch ganz andere Formen annehmen. 1979 erklärte beispielsweise das bayerische Sozialministerium, daß die ein Jahr zuvor beschlossene Neufassung der Zulassungsordnung für Ärzte nicht ohne Folgen für die öffentliche Förderung von CT-Geräten in Krankenhäusern bleiben könnte. Es sei damit zu rechnen, daß die Berechtigung der Krankenhausradiologen zur ambulanten Versorgung von Kassenpatienten mit CT-Leistungen von den Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft und ggf. widerrufen werde. Unter diesen Umständen sei es nicht mehr möglich, Leistungen für ambulante Patienten bei der Bedarfsfeststellung zu

berücksichtigen. Eine Klinik konnte also nur dann auf eine Bewilligung hoffen, wenn es realistisch erschien, daß das beantragte CT-Gerät mit Untersuchungen an Krankenhauspatienten – aus dem eigenen Hause oder aus anderen Kliniken – genügend ausgelastet werden konnte⁵.

Für die *niedergelassenen Radiologen* war die Situation zunächst wenig problematisch. Sofern sie über die entsprechende Qualifikation, geeignete technische bzw. räumliche Voraussetzungen und die erforderlichen Finanzmittel verfügten, konnten sie über die Anschaffung eines CT-Gerätes frei entscheiden. Das wirtschaftliche Risiko einer zu geringen Geräteauslastung schien vorerst vernachlässigbar. Vorsorglich bemühte sich die kassenärztliche Selbstverwaltung darum, einen möglichst großen Teil der Untersuchungsnachfrage dem ambulanten Sektor zu sichern. Das Mittel dazu war die Verweigerung oder der Widerruf der Ermächtigung von Krankenhausradiologen, ambulante CT-Leistungen zu erbringen. Den Krankenhäusern sollte die Durchführung ambulanter Untersuchungen nur dann gestattet sein, wenn keiner der in der Nähe praktizierenden Radiologen über ein CT-Gerät verfügte⁶.

Die *Krankenhäuser* sahen ihre Chancen auf eine rasche Anschaffung von Computertomographen zunehmend schwinden. Sie bewerteten die Entscheidungen der Landesbehörden über die Bewilligung der Investitionsmittel als zu restriktiv und das Antragsverfahren als zu langwierig⁷. Eine Finanzierung der Investition aus Eigenmitteln war aufgrund der hohen Gerätepreise, aber auch aus rechtlichen Gründen nicht unproblematisch⁸. Die Ausweichstrategie, ein Gerät durch den Krankenträger oder andere Quellen zu finanzieren, provozierte die Drohung der Krankenkassen, die Betriebskosten über die Pflegesätze nicht abzurechnen. Die Ankündigung der kassenärztlichen Selbstverwaltung, Krankenhausradiologen von der ambulanten Erbringung von CT-Leistungen zumindest teilweise auszuschließen, war schon für sich genommen ein Ärgernis; daß dies aber – wie in Bayern – eine Verschärfung der Kriterien bei der Mittelbewilligung zur Folge hatte, machte die ganze Angelegenheit zu einem zusätzlichen Hindernis für die Großgerätebeschaffung. Die Krankenhäuser standen vor einem Dilemma: Einerseits wurde es zunehmend schwieriger, auf eigene Faust zu handeln und die Genehmigung der Landesbehörde zu umgehen. Andererseits erschien es wenig aussichtsreich, die Länder zu einer großzügigen Förderungspraxis zu bewegen. Zwar bemühte man sich nach Kräften, politischen Druck in diese Richtung zu erzeugen, doch solange die

Behörden auf international anerkannte Bedarfszahlen und vor allem auf das nicht unbeachtliche Versorgungsangebot im ambulanten Sektor verweisen konnten, mußte der Umfang der bewilligten Mittel hinter den Erwartungen der Krankenhäuser zurückbleiben.

Die Situation Anfang der 80er Jahre war also im wesentlichen durch zwei Konfliktkonstellationen geprägt:

- Für die Länder und die Krankenkassen entstanden mit der Verbreitung der CT zusätzliche Ausgaben, die durch eine Begrenzung der Gerätezahl möglichst gering gehalten werden sollten. In erster Linie richtete sich dieses Interesse gegen einen allzu hohen Verbreitungsgrad der Computertomographie im stationären Sektor und trat somit dem Bedürfnis der Krankenhäuser nach einer raschen und ungehinderten Anschaffung entgegen.
- Die Konkurrenz zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Radiologen hatte sich erheblich verschärft. Die Verbreitung der Computertomographie in der kassenärztlichen Versorgung wurde von den Krankenhäusern zunehmend als Hindernis für die Anschaffung und Nutzung eigener Geräte empfunden. Beide Parteien bemühten sich nach Kräften, ihren Anspruch auf die CT gegen die andere Seite durchzusetzen. Da die Krankenhäuser jedoch nicht autonom entscheiden konnten, sondern auf die jeweilige Landesbehörde angewiesen waren, befanden sie sich gewissermaßen in der schwächeren Position.

Eine Lösung der durch die Computertomographie aufgeworfenen Probleme schien allein in der Steuerung der Gerätediffusion zu liegen. Da die CT in beiden Versorgungsbereichen eingesetzt wurde, war eine sinnvolle Bedarfs- und Standortplanung nur unter Einbeziehung des ambulanten Sektors möglich. In dieser Hinsicht allerdings waren neue Konflikte unvermeidlich: Während keiner der Beteiligten die Forderung nach einer Steuerung im stationären Sektor in Frage stellte, mußte mit erheblichem Widerstand gegen Eingriffe in die Dispositionsfreiheit der Kassenärzte gerechnet werden.

Die Anfänge der rechtlichen Normierung

Vor diesem Hintergrund nehmen sich die 1982 in Kraft getretenen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Reichsversicherungsordnung (RVO) eher als halbherziger Kompromiß denn als klare politische Lösung aus. Der Gesetzgeber beschränkte sich darauf, allen Beteiligten ein wenig entgegenzukommen, ohne

die Bedingungen der Großgerätediffusion grundlegend neu zu gestalten:

Die novellierte Fassung des KHG verpflichtete die Krankenhäuser, »Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte (...) mit der zuständigen Landesbehörde abzustimmen«⁹. Kosten für den »nicht wirtschaftlichen« Betrieb von Großgeräten, deren Anschaffung bzw. Nutzung nicht abgestimmt wurde, konnten im Pfllegesatz keine Berücksichtigung finden¹⁰.

Wie wir gesehen haben, verfügten die Landesbehörden faktisch bereits vor der Gesetzesnovellierung über ein Steuerungsmittel in Form der Investitionsförderung. Unabhängig davon, ob ein CT-Gerät über Kredite oder eine Sonderförderung finanziert werden sollte – den Ländern blieb stets die Möglichkeit, die beantragten Mittel zu versagen. Die neue Abstimmungspflicht als solche schuf daher keine grundlegend veränderte Situation. Entscheidend war vielmehr die Definitionsgewalt zur Einstufung eines Gerätes als 'bedarfsgerecht'. Damit entstand eine Sanktionsmöglichkeit gegenüber Krankenhäusern, die sich ein Großgerät unabhängig von der Landesplanung beschaffen wollten. Es gab zwar kein Mittel, die Nutzung eines nicht genehmigten Großgerätes zu unterbinden, das betreffende Krankenhaus mußte dann allerdings in Kauf nehmen, die entstehenden Betriebskosten nicht über die Pflegesätze decken zu können. Diese Regelung wiederum griff die schon lange zuvor angeordnete Weigerung der Krankenkassen auf und kann insofern ebenfalls nicht als Novum gewertet werden. Allerdings dürften sich die Durchsetzungschancen dieses Sanktionsmittels durch die rechtliche Absicherung erheblich verbessert haben.

Vergleichbare Steuerungs- und Sanktionsmittel für den ambulanten Sektor waren hingegen nicht vorgesehen. Der neue § 368n Abs. 8 der RVO übertrug den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Aufgabe, bei der Diffusion und Nutzung ambulanter Großgeräte darauf »hinzuwirken«, daß regionale Versorgungsbedürfnisse berücksichtigt und ein wirtschaftlicher Einsatz der Geräte gesichert werde. Zugleich wurden die Kassenärzte verpflichtet, eine beabsichtigte Anschaffung bzw. Nutzung von Großgeräten der Kassenärztlichen Vereinigung anzuzeigen. Es gab weder ein Bewilligungsverfahren noch eine Sanktionsmöglichkeit für den Fall einer Pflichtverletzung. Während Krankenhäuser nach wie vor auf die Zustimmung der Landesbehörde angewiesen waren, blieb die Entscheidungsfreiheit des niedergelassenen Arztes weiterhin unberührt.

Die rechtliche Fixierung der vorgefundenen Verhältnisse und

somit der Verzicht auf eine Neugestaltung waren das charakteristische Merkmal der politischen Orientierung, von der sich die Gesetzgebung hatte leiten lassen. Das vorrangige Ziel scheint darin gelegen zu haben, der Forderung nach einer Planung nachzukommen, ohne schwerwiegende Konflikte zu riskieren. Das Interesse der Länder und Krankenkassen war in den Vorschriften des KHG weitgehend berücksichtigt worden, und auch die Krankenhäuser konnten nunmehr eine Vereinfachung und Beschleunigung des Bewilligungsverfahrens erwarten. Die Regelungen der RVO waren so unverbindlich, daß nicht einmal der Verdacht einer staatlichen Einmischung in die kassenärztliche Autonomie aufkommen konnte. Mit Kritik seitens der Ärzteschaft war also nicht zu rechnen. Zwar mußte statt dessen ein heftiger Widerspruch der Krankenhäuser in Kauf genommen werden, doch erschien dies zunächst weniger problematisch als eine Auseinandersetzung mit den politisch mächtigen Standesorganisationen und der kassenärztlichen Selbstverwaltung.

Diese halbherzige, letztlich nur auf den stationären Sektor bezogene Regelung der Großgeräteplanung konnte auf Dauer keine hinreichende Lösung sein. Eine Standortplanung, die über keine wirksamen Steuerungsmittel im ambulanten Sektor verfügte, mußte das Ziel einer regional ausgewogenen und wirtschaftlichen Versorgung zwangsläufig verfehlen. Außerdem wurde dem zentralen Anliegen der Krankenhäuser, die Verbreitung der Computertomographie im ambulanten Bereich zu bremsen und wenigstens ähnliche Bedingungen für die Großgerätebeschaffung herzustellen, in keiner Weise Rechnung getragen; dadurch mußte sich der Konkurrenzkampf um die CT weiterhin verschärfen. Die Kritik setzte folgerichtig vor allem an der »Ungleichbehandlung« von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern an. »Beim Krankenhaus muß abgestimmt werden, im Arztbereich gibt es nur ein 'Hinwirken'.«¹¹. Es wurde befürchtet, daß sich das Versorgungsangebot der Computertomographie infolge der unterschiedlichen Normierung einseitig im ambulanten Sektor konzentrieren könnte. Ins Zentrum der Auseinandersetzung rückte die Forderung nach einer wirksamen Steuerung im Bereich der kassenärztlichen Versorgung.

Initiativen zur Schaffung gesetzlicher Regelungen für den ambulanten Sektor

Die Offensive zur Änderung der RVO-Vorschriften begann mit dem »Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung des wirtschaftlichen Einsatzes

von medizinisch-technischen Großgeräten in der kassenärztlichen Versorgung«, der im November 1983 vom Bundesland Hessen in den Bundesrat eingebracht wurde¹². Der Entwurf zielte auf die Schaffung einer Bedarfs- und Standortplanung, die mit der jeweiligen Landesbehörde abzustimmen war. Ferner wurde eine den Regelungen im stationären Sektor analoge Sanktionsmöglichkeit vorgeschlagen: Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen sollte darüber befinden, ob die Anschaffung eines Großgerätes mit den Standortvorgaben des Bedarfsplanes übereinstimmte. Bei fehlender Übereinstimmung wäre der Landesausschuß befugt gewesen, die Vergütung der entsprechenden Leistungen zu untersagen. Dieser Vergütungsausschluß hätte es nahezu unmöglich gemacht, ein entgegen den Vorgaben des Bedarfsplanes aufgestelltes Gerät zu finanzieren.

Einige der vorgeschlagenen Regelungen – vor allem die Verpflichtung zur Bedarfsplanung und die Beteiligung der Krankenkassen – hielt die Mehrheit des Bundesrates für nicht opportun. Insbesondere das CDU-regierte Land Baden-Württemberg drängte darauf, den hessischen Vorschlag durch eine moderate Lösung zu ersetzen. Die hessische Initiative wurde vom Bundesrat schließlich mit folgenden Modifikationen übernommen¹³:

- Statt die Großgerätediffusion im ambulanten Sektor zum Gegenstand von Bedarfsplänen zu machen, legte sich der Bundesrat auf ein Verfahren der Einzelfallentscheidung fest. Damit entfiel auch die Pflicht zur Abstimmung mit den Landesbehörden. Einflußmöglichkeiten wurden den Ländern nur noch bei der Festlegung von »Grundsätzen« für die Versorgung mit Großgeräten eingeräumt.
- Anders als im hessischen Entwurf vorgesehen sollte die Genehmigung eines Großgerätes durch die KVen allein erfolgen, d.h. ohne Beteiligung der Krankenkassen.
- Der Gesetzentwurf wurde ferner ergänzt um den Rechtsanspruch des niedergelassenen Arztes, unter bestimmten, nachprüfbaren Voraussetzungen die Zustimmung zur Anschaffung bzw. Nutzung eines Großgerätes zu erhalten. Die Entscheidung der KV wäre damit rechtlich anfechtbar geworden.
- Schließlich sollte die Möglichkeit der Mitbenutzung von Großgeräten im stationären Sektor durch entsprechende Regelungen sichergestellt werden.

Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß diese Veränderungen als Zugeständnis an die Interessen der niedergelassenen Ärzte gemeint waren.

Immerhin blieb der Kern des Vorhabens – Genehmigungspflicht und Vergütungsausschluß – in dem vom Bundesrat verabschiedeten Gesetzentwurf erhalten. Unbeschadet dessen hielt es die Bundestagsfraktion der SPD für angebracht, den hessischen Vorschlag nahezu unverändert zu übernehmen und als »Entwurf eines Gesetzes zu Ergänzung des Kassenarztrechtes« vorzulegen¹⁴. Seit Mitte des Jahres 1984 sah sich der Bundestag also mit zwei Gesetzentwürfen konfrontiert, die eine klare Stellungnahme zur Frage der staatlich verordneten Steuerung im ambulanten Sektor verlangten.

Die Gesetzesinitiativen erzeugten heftige Reaktionen der Ärztevertretungen sowie standespolitisch orientierter Politiker. Erstmals drohte eine Regelung, die die ärztliche Investitionsfreiheit nachhaltig eingeschränkt hätte. Der Charakter der Großgerätediskussion änderte sich grundlegend: Während sie bis zur Novellierung von KHG und RVO von der Frage nach den Kosten und dem geeigneten Standort – Arztpraxis oder Krankenhaus – dominiert wurde, rückte nunmehr der Streit um die Legitimität staatlicher Eingriffe in die Dispositionsfreiheit des niedergelassenen Arztes in den Vordergrund. Daß der vom Bundesrat beschlossene Gesetzentwurf die Autonomie ärztlicher Selbstverwaltung weitgehend unangetastet ließ, schien dabei gar nicht ins Gewicht zu fallen. Schon der Umstand, daß staatliche Instanzen die Regelungskompetenz eines bislang autonom verwalteten Bereiches beanspruchten, erfüllte aus der Sicht der Planungsgegner den Tatbestand einer staatlichen Gängelung¹⁵.

Neuorientierung der kassenärztlichen Selbstverwaltung: Die Großgeräte-Richtlinien

Für die kassenärztliche Selbstverwaltung war die Situation durchaus brisant. Die unkontrollierte Verbreitung der CT hatte nicht nur eine rasch wachsende Versorgungskapazität im ambulanten Sektor zur Konsequenz, sondern auch erhebliche regionale Ungleichgewichte¹⁶. Die Unvereinbarkeit des Investitionsverhaltens der niedergelassenen Radiologen mit dem Ziel einer gleichmäßigen und rationellen Versorgung konnte kaum noch geleugnet werden. Es kam noch hinzu, daß bei der Verbreitung der Kernspintomographie ähnlich problematische Tendenzen sichtbar wurden. Obwohl die medizinische Evaluation des neuen Verfahrens gerade erst begonnen hatte, lag 1983 bereits eine verhältnismäßig große Zahl von Bestellungen aus dem ambulanten Sektor vor¹⁷. Durch diese Entwicklungen wurde der

ohnehin schon starke politische Druck zur Einführung von Planungsvorschriften noch verschärft. Die Verabschiedung einer gesetzlichen Regelung war unter diesen Umständen nicht mehr auszuschließen.

Darüber hinaus sah sich die kassenärztliche Selbstverwaltung mit zunehmenden Interessengegensätzen innerhalb der Ärzteschaft konfrontiert. Insbesondere mit der Verbreitung von Computer- und Kernspintomographie hatte sich eine kleine Gruppe spezialisierter Radiologen herausgebildet, die verhältnismäßig teure Leistungen erbrachten und damit einen überdurchschnittlichen Teil der Gesamtvergütung beanspruchten. Aufgrund des Finanzierungssystems konnte dies letztlich nur zu Lasten anderer Ärzte geschehen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) versuchte 1984, dieses Problem durch eine pauschale Kürzung der Honorare für CT-Untersuchungen zu entschärfen. Auf Dauer konnte eine Politik der Honorarsenkung jedoch schwerlich durchzuhalten sein, denn sie provozierte einen erheblichen und in seiner Wirkung nicht zu unterschätzenden Druck seitens der Radiologen, die über ein CT-Gerät verfügten¹⁸. Demgegenüber erschien eine Politik zur Begrenzung der Leistungsmengen durch eine Beschränkung der Gerätezahl als die elegantere, weil weniger konfliktrträgliche Lösung.

Sowohl der wachsende politische Druck von außen als auch die zunehmenden Widersprüche innerhalb der Ärzteschaft waren ausschlaggebend für die kassenärztliche Selbstverwaltung, Kompromißbereitschaft gegenüber der Forderung nach einer Großgeräteplanung zu signalisieren. Es kam allerdings darauf an, den eigenen Kompetenzbereich von gesetzlichen Vorgaben freizuhalten. Folgerichtig entwickelte die KBV eine Gegeninitiative für eine Selbstverwaltungslösung unter Beteiligung der Krankenkassen: Im Frühjahr 1985, acht Monate nachdem der Bundesratentwurf in den Bundestag eingebracht worden war, hatten sich die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf einen Maßnahmenkatalog zur Verbreitung und Nutzung medizinischer Großgeräte im ambulanten Sektor geeinigt¹⁹. Kernstück war der Vorschlag, Richtlinien für eine Bedarfs- und Standortplanung der KVen und Regelungen für den Vergütungsausschluß bei Nutzung nicht genehmigter Großgeräte zu schaffen. Als flankierende Maßnahme zur Begrenzung der Leistungsmenge wurde u.a. die Einführung eines Formulars angekündigt, auf dem der überweisende Arzt die Notwendigkeit einer Computer- oder Kernspintomographie begründen und die entsprechenden Voruntersuchungen nachweisen mußte.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen verabschiedete

bald darauf die »Richtlinien für den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten (Großgeräte-Richtlinien-Ärzte)«²⁰, die im März 1986 in Kraft traten. Künftig sollten Entscheidungen über den Standort ambulanter Großgeräte durch den Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen getroffen werden. Als Kriterium enthielten die Richtlinien u.a. Meßzahlen zur erwünschten Versorgungsdichte, die auch das stationäre Leistungsangebot in Rechnung stellten. Außerdem wurde auf die Pflicht des Arztes verwiesen, die beabsichtigte Anschaffung und Nutzung eines Großgerätes anzuzeigen und an einem Beratungsgespräch bei der KV teilzunehmen. Entscheidend aber waren die vorgesehenen Sanktionsmöglichkeiten: Zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Krankenkassenverbänden sollten »Regelungen über den Ausschluß der Vergütung von Leistungen getroffen werden, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden.« Demgemäß wurde in den Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) folgende Bestimmung aufgenommen: »Zur Ausführung ärztlicher Sachleistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten (...) bedarf der Arzt der Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zustimmung ist zu versagen, wenn die vom Arzt beabsichtigte Anschaffung (...) mit der Standortplanung für medizinisch-technische Großgeräte (...) nicht übereinstimmt.«²¹ Damit wurde erstmals ein dem stationären Sektor vergleichbares Steuerungsinstrument für die kassenärztliche Versorgung geschaffen. Die Standortplanung erfolgte im jeweiligen Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen; über den Vergütungsausschluß sollte die zuständige Kassenärztliche Vereinigung entscheiden.

Durch die Einführung dieser Richtlinien, die in einzelnen Punkten (z.B. Standortplanung und Beteiligung der Krankenkassen) über den Gesetzentwurf des Bundesrates noch hinausgingen, wurde der Forderung nach einer gesetzlichen Regelung nachhaltig der Boden entzogen. Wenngleich es nicht an kritischen Einwänden gegenüber einzelnen Vorschriften fehlte, waren die Richtlinien das beste Mittel, die Konfliktsituation auf eine für alle Beteiligten akzeptable Weise zu bereinigen:

Die Spitzenverbände der *Krankenkassen* hatten die Gesetzesinitiativen zunächst begrüßt, favorisierten aber, nachdem die KBV Kompromißbereitschaft signalisiert hatte, schließlich doch eine Selbstverwaltungslösung. Möglicherweise versprachen sie sich davon bessere Einflußmöglichkeiten, denn eine Beteiligung der Kassen war im

Entwurf des Bundesrates nicht mehr vorgesehen. Daß sich der Vorschlag der SPD durchsetzen würde, war angesichts der Mehrheitsverhältnisse im Parlament kaum zu erwarten.

Die Forderung der *Krankenhäuser* und einiger *Bundesländer*, ein wirksames Steuerungsinstrument für den ambulanten Sektor zu schaffen, war weitgehend erfüllt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft war an der Erstellung der Richtlinien sogar beteiligt worden.

Der *Gesetzgeber* stand nicht mehr vor der Notwendigkeit, zu den Grenzen der ärztlichen Selbstverwaltung Stellung zu beziehen. Wie immer die Entscheidung über die Gesetzentwürfe ausgefallen wäre, sie hätte erheblichen Zündstoff geliefert, also entweder einen heftigen Protest der Ärzteschaft gegen die 'staatliche Gängelung' oder den Fortbestand, vielleicht sogar die Intensivierung des politischen Drucks seitens der Planungsbefürworter zur Folge gehabt.

Die *Kassenärztliche Selbstverwaltung* hatte zwar einige Kompromisse in Kauf nehmen müssen, das Risiko eines staatlichen Eingriffs jedoch erheblich vermindert. Außerdem war sie, wie bereits dargestellt, inzwischen selbst an einem Steuerungsinstrument interessiert.

Sogar für die *niedergelassenen Radiologen* hatte die Auseinandersetzung letztlich zu einem akzeptablen Ergebnis geführt. Die Bedingungen für eine Großgerätebeschaffung waren mit den Richtlinien zweifellos verschärft worden; die Auseinandersetzung hatte sich jedoch über einen so langen Zeitraum erstreckt, daß alle interessierten Ärzte Gelegenheit fanden, Geräte anzuschaffen bzw. eine beabsichtigte Anschaffung anzumelden und damit die neuen Restriktionen zu umgehen. Mitte der 80er Jahre gab es einen regelrechten Investitionsboom, und als die Richtlinien in Kraft traten, hatten sich viele niedergelassene Ärzte bereits versorgt²².

Angesichts der veränderten Lage war die Verabschiedung eines Gesetzes nicht mehr zu erwarten. Mit der Mehrheit von CDU/CSU und FDP entschied sich der Bundestag ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der Großgeräte-Richtlinien, die Gesetzentwürfe des Bundesrates und der SPD abzulehnen: Die neuen Richtlinien seien geeignet, die mit den Entwürfen angestrebten Ziele zu erreichen, daher bedürfe es keiner gesetzlichen Vorschrift²³.

Wie schon Anfang der 80er Jahre zog man es vor, politischen Konfrontationen aus dem Weg zu gehen. Unter diesem Gesichtspunkt war es durchaus ratsam, die Regelung der Verständigung zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärztlicher Selbstverwaltung zu überlassen. Für die konkrete Gestalt der Steuerungsinstrumente machte das keinen sehr großen Unterschied. Schon

wenige Jahre später jedoch sollte sich das Fehlen gesetzlicher Grundlagen als Achillesferse der Großgeräteplanung erweisen.

Das Gesundheits-Reformgesetz (GRG)

Das am 1.1.1989 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch (SGB) V hat neue Vorschriften für die Großgeräteplanung geschaffen. Sie erwecken den Eindruck, als hätte der Bund seine Zurückhaltung zugunsten einer stärker gestaltenden Politik aufgegeben. § 122 SGB V sieht die Einrichtung von Großgeräteausschüssen auf Länderebene vor, die sich aus Vertretern der Krankenkassen, der KVen, der Krankenhäuser und der zuständigen Landesbehörde zusammensetzen. Ihre Aufgabe besteht darin, »Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte« abzustimmen. »Das Ergebnis der Abstimmung ist vom Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien sowie von den zuständigen Stellen bei der Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung medizinisch-technischer Großgeräte nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz zu beachten.« Die Entscheidungen im Großgeräteausschuß sollen »einvernehmlich« getroffen werden. Ist dies nicht möglich, geht die Entscheidungskompetenz auf die zuständige Landesbehörde über.

Die zweite wichtige Regelung findet sich in § 92 des neuen SGB V. Danach beschließt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen Richtlinien über die »Bedarfsplanung sowie den bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten«. Hierbei »sind auch Regelungen über den Ausschluß der Vergütung solcher Leistungen zu treffen, die mit nicht in die Standortplanung einbezogenen medizinisch-technischen Großgeräten erbracht werden«.

§ 92 hat somit die Selbstverwaltungslösung von 1986 rechtlich verankert; die Formulierung ist teilweise wörtlich aus den Großgeräte-Richtlinien übernommen worden. Wenngleich Bedarfsplanung und Vergütungsausschluß erstmals als gesetzlicher Auftrag festgeschrieben worden sind, handelt es sich also nicht um eine Neuregelung. Interessanter ist in dieser Hinsicht § 122. Dem Gesetzeswortlaut nach sind mit den Großgeräteausschüssen neue Planungsinstanzen gemeint, deren Zuständigkeit den Krankenhausbereich und die kasernenärztliche Versorgung gleichermaßen umfaßt. Die Teilung der Planungskompetenz zwischen Landesbehörden und KVen wäre dadurch aufgehoben. Besonders hervorzuheben ist die Entscheidungs-

befugnis der Länder im Falle einer Nichteinigung: Erstmals wäre es staatlichen Behörden möglich, unmittelbar in die Bedarfsplanung der kassenärztlichen Selbstverwaltung einzugreifen.

Inwieweit diese Lesart wirklich der aktuellen Rechtslage entspricht, ist allerdings schwer zu beurteilen. Nach amtlicher Begründung bestand das Ziel der neuen Vorschriften darin, die unterschiedlichen Normen der Großgeräteplanung zusammenzuführen. Im Ergebnis haben sie allerdings mehr Unklarheiten erzeugt als beseitigt. Mit § 122 SGB V wurden Neuregelungen in Kraft gesetzt, ohne die nach wie vor geltenden Bestimmungen des KHG anzupassen. Unklar ist vor allem, ob die Landesbehörde oder der Großgeräteausschuß die Verwaltungsakte mit Außenwirkung setzt, in welchem Verhältnis die im KHG ebenso wie im SGB V vorgesehenen Abstimmungsverfahren zueinander stehen und wessen Entscheidungen anfechtbar sind. In einem Gesetzeskommentar heißt es lapidar: »Es sind 3 Lösungen denkbar; keine läßt sich mit Gesetz und Gesetzesbegründung voll in Einklang bringen.«²⁴ Ähnlich verworren sind die Zuständigkeiten für die kassenärztliche Versorgung. Der Landesausschuß der Ärzte und Krankenkassen hat einerseits die Großgeräte-Richtlinien nach §92 SGB V, zugleich aber das Abstimmungsergebnis des Großgeräteausschusses nach § 122 zu beachten. Das GRG hat völlig offen gelassen, wo welche Entscheidungen getroffen werden und wer an wessen Beschlüsse eigentlich gebunden ist. Folge dieses Versäumnisses war u.a. ein offener Streit zwischen dem Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen und dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. Dieser hatte die neuen, im Juni 1989 verabschiedeten Großgeräte-Richtlinien beanstandet, weil sie seiner Auffassung nach mit den Vorschriften des SGB V nicht zu vereinbaren waren. Außerdem kam es zu einer Reihe gerichtlicher Verfahren, in deren Verlauf die Gerichte widersprüchliche Auffassungen zu § 122 vertreten haben²⁵.

Mit dem GRG ist eine reichlich desolante Situation mit vielen offenen Fragen entstanden, deren Klärung wieder einmal der Praxis, d.h. der Einigung zwischen den Beteiligten auf Landesebene oder der gerichtlichen Auseinandersetzung vorbehalten bleibt. Über die Motive des Gesetzgebers kann man nur spekulieren. Es ist kaum anzunehmen, daß die Mängel des GRG auf Unkenntnis in der Formulierung gesetzlicher Vorschriften beruhen. Schon in den Beratungen des Gesetzes hat man eindringlich auf die fehlende Stringenz hingewiesen, Korrekturen sind jedoch nicht vorgenommen worden. Somit bleibt nur die Schlußfolgerung, daß der Gesetzgeber bewußt

auf halbem Wege stehen geblieben ist. Die Umorientierung zu einer wirksamen Gestaltung der Großgeräteplanung mit Hilfe der Gesetzgebung wurde letztlich nicht vollzogen.

Gerichtliche Einwände

Die innere Widersprüchlichkeit der neuen Gesetzeslage war zwar außerordentlich problematisch, als entscheidender Schwachpunkt erwies sich jedoch der Verzicht auf eine konkrete und detaillierte Rechtsgrundlage für die Großgeräteplanung im ambulanten Sektor. Dies war vorhersehbar; die politisch Verantwortlichen haben das Risiko entweder unterschätzt oder bewußt in Kauf genommen. Bereits anläßlich des Scheiterns der Gesetzentwürfe im Jahre 1986 wurde davor gewarnt, daß eine Selbstverwaltungslösung aufgrund fehlender gesetzlicher Absicherung ausgehebelt werden könnte²⁶.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 1.10.1990²⁷. Ein Kardiologe wollte die zuständige KV auf dem Rechtsweg dazu zwingen, die mit seinem Großgerät erbrachten Leistungen zu vergüten, obwohl das Gerät nicht als bedarfsgerecht anerkannt worden war. Die KV hatte die Vergütung unter Hinweis auf die Großgeräte-Richtlinien und die entsprechenden Regelungen des § 25 Abs. 4 BMV-Ä verweigert. »Das Großgerät des Klägers«, so auch die Auffassung des BSG, »übersteigt – unstreitig – die für die Beklagte geltende Standortplanung.«²⁸ In Frage stand also nicht, ob die KV die vorhandenen Bestimmungen korrekt angewendet hatte, sondern die Rechtmäßigkeit dieser Bestimmungen selbst. Das BSG entschied zugunsten des Kardiologen und erklärte den Vergütungsausschluß für unzulässig. In der Begründung heißt es, daß Regelungen über den Vergütungsausschluß nicht, wie in den Großgeräte-Richtlinien vorgesehen, zwischen der KBV und den Bundesverbänden der Krankenkassen (BMV-Ä) vereinbart werden könnten. »Einen Auftrag dieses Inhalts zu erteilen, war der Richtliniengeber nicht ermächtigt.«²⁹ Beim Vergütungsausschluß handele es sich um eine Regelungsmaterie, die verfassungsrechtliche Fragen berühre, insbesondere die Freiheit der Berufsausübung. Hierzu bedarf es – so das BSG – einer konkreten gesetzlichen Ermächtigung, die den Entscheidungsrahmen genau definiert. Da eine solche gesetzliche Vorschrift nicht existiere, seien die Bestimmungen zum Vergütungsausschluß im BMV-Ä unwirksam³⁰.

Somit war das Sanktionsmittel, das die Bedarfs- und Standortplanung durchsetzungsfähig machte, schlagartig außer Kraft gesetzt.

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen beschloß daraufhin eilig eine revidierte Fassung der Richtlinien, die die umstrittenen Regelungen nicht mehr delegierte, sondern selbst enthielt³¹. Die grundsätzlichen Bedenken des BSG gegenüber einer Selbstverwaltungsregelung ohne klare gesetzliche Absicherung waren damit allerdings nicht ausgeräumt. Entscheidend ist, daß das Gericht einen Zusammenhang zwischen der Großgerätenutzung einerseits und verfassungsrechtlich garantierten Freiheiten andererseits hergestellt hat. Ein Vergütungsausschluß setzt nach Auffassung des BSG »gänzlich neue, die Freiheit der Berufsausübung wesentlich beschränkende Strukturen«. Der Arzt büße die Freiheit der Wahl seiner technischen Geräte »in einem Ausmaße ein, das bis zur Verhinderung derjenigen Berufsausübung reichen kann, die als Facharztstätigkeit zwingend mit dem Einsatz eines solchen Gerätes verbunden ist, etwa als Radiologe oder Nuklearmediziner«³².

Keine der bestehenden gesetzlichen Regelungen genügt der Forderung des BSG nach einer hinreichenden Absicherung solcher Maßnahmen, die die Nutzungsmöglichkeit eines Großgerätes im ambulanten Sektor einschränken. Dies gilt auch für § 92 SGB V, in dem der Vergütungsausschluß erstmals gesetzlich verankert wurde. Das Gericht hat unmißverständlich darauf hingewiesen, daß es gegenüber der Rechtswirksamkeit dieser Vorschrift großen Zweifel hegt.

Die seither ergangenen Sozialgerichtsurteile haben sich der Auffassung des BSG weitgehend angeschlossen und damit eine Situation geschaffen, in der die Großgeräteplanung im ambulanten Sektor praktisch aufgehoben ist. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erklärte im Oktober 1991, daß die Genehmigungspflicht und der Vergütungsausschluß infolge der Rechtsprechung der Sozialgerichte nicht mehr durchgesetzt werden können³³. Mittlerweile scheint sich die Tendenz zu verstärken, Großgeräte von vornherein zu bewilligen, um den wenig aussichtsreichen und mit Prozeßkosten verbundenen Gang durch die Instanzen zu vermeiden. Schon wird die Befürchtung laut, daß sich die Zahl der ambulant betriebenen Computertomographen in absehbarer Zeit auf 600 Geräte verdoppeln könnte³⁴.

Stehen wir also vor dem Ende der Großgeräteplanung? Der einzige Ausweg aus der verfahrenen Situation scheint darin zu liegen, schleunigst nachzuholen, was schon seit zehn Jahren versäumt wurde: die Schaffung einer gesetzlichen Grundlage für die Großgerätesteuerung im ambulanten Sektor, die klare Kompetenzzuweisungen enthält und den besonderen ermächtigungsrechtlichen Anforderungen

genügt. Ob und wann der Gesetzgeber diesen Schritt vollziehen wird, ist allerdings völlig unklar. Außerdem stellt sich die Frage, inwieweit Bedarfsplanung und Vergütungsausschluß in der kassenärztlichen Versorgung überhaupt noch eine Perspektive haben. Die Rechtsprechung jedenfalls tendiert dazu, die freie Anschaffung und Nutzung eines Großgerätes als ein Recht zu interpretieren, welches dem niedergelassenen Arzt durch die Verfassung garantiert ist. Folgt man der Argumentation des BSG, so wäre es angesichts der verfassungsrechtlichen Problematik opportun, auf das Sanktionsmittel des Vergütungsausschlusses ganz zu verzichten und auf andere Instrumente zurückzugreifen. Das aber wäre das definitive 'Aus' für die Großgeräteplanung. Eine Leistungsmengenbegrenzung mit Hilfe von Honorarverteilungsmaßstäben, Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Qualitätskontrollen ist schwer genug zu realisieren; eine Bedarfs- und Standortplanung dürfte mit diesen Mitteln jedoch undurchführbar sein.

Schluß

Die Entwicklung der Großgeräteplanung ist ein Paradebeispiel für die Erfahrung, daß Steuerung im Gesundheitswesen ohne klares Konzept, ohne die rasche und konsequente Durchsetzung geeigneter Rahmenbedingungen früher oder später zum Scheitern verurteilt ist. Eine Politik, die sich in erster Linie durch Halbherzigkeit, Kompromißbereitschaft und allzu große Rücksichtnahme auf die Interessen der einzelnen Beteiligten auszeichnet, verfehlt zwangsläufig die angestrebten Ziele.

Es ging darum, die Verbreitung einer im stationären wie im ambulanten Sektor eingesetzten Technik zu steuern. Aufgrund der Finanzierungsstrukturen und der damit gegebenen Zuständigkeit der Länder war eine Planung im Krankenhausbereich relativ leicht durchzusetzen. Sollte aber auch der ambulante Sektor einbezogen werden, bedurfte es einer Intervention, die zwangsläufig mit einer Einschränkung der Dispositionsfreiheit niedergelassener Ärzte verbunden war. Darin bestand die zentrale politische Herausforderung für jedes Planungskonzept, denn hier drehte es sich um die Grundsatzfrage nach den Grenzen der kassenärztlichen Autonomie. Angesichts des Konfliktpotentials hat man sich dieser Herausforderung jedoch nicht gestellt, sondern abgewartet und auf Selbstregulierung gehofft: Die ersten gesetzlichen Vorschriften von 1982 haben auf eine wirksame Regelung für den ambulanten Sektor gänzlich verzichtet.

Planung setzte hier erst vier Jahre später ein, allerdings entstand mit der Selbstverwaltungslösung eine Schwachstelle, die sich bald als verhängnisvoll erweisen sollte. Das GRG schließlich scheiterte an mangelnder Stringenz und versäumte es zudem, die rechtliche Absicherung für die kassenärztliche Versorgung nachzuholen. Danach bereitete es kaum noch Schwierigkeiten, das bestehende Planungs-instrumentarium auszuhebeln.

Welche Konsequenzen sind zu erwarten, wenn Planung im ambulanten Sektor nicht mehr durchgesetzt werden kann? Für die Verbreitung von Therapiegeräten ergäben sich vermutlich keine besonderen Veränderungen, denn sie haben in der ambulanten Versorgung immer schon eine untergeordnete Rolle gespielt. Einige Diagnosegeräte mit relativ hohem Verbreitungsgrad, wie die Gamma-Kamera und Anlagen zur digitalen Subtraktionsangiographie, sind nach den neuen Großgeräte-Richtlinien nicht mehr genehmigungspflichtig. Betroffen wären daher in erster Linie Computer- und Kernspintomographen. Die folgende Tabelle illustriert die Verbreitung dieser Geräte seit 1982.

Computer- und Kernspintomographie: Entwicklung der Gerätezahlen

	Computertomographen		Kernspintomographen	
	amb.	stat.	amb.	stat.
1982	85	232	–	–
1984	113	248	6	12
1986	203	283	24	17
1988	263	331	37	41
1990	269	367	56	62
1991	304	396	79	77

Nach verschiedenen Quellen. Standorte unabhängig von den Eigentumsverhältnissen.

Es fällt auf, daß die Computertomographie im ambulanten Sektor ab 1988 in eine Phase der Stagnation eingetreten ist. Diese Entwicklung dürfte z.T. auf die Wirkung der Großgeräte-Richtlinien zurückzuführen sein, z.T. aber auch darauf, daß nach dem Geräteboom Mitte der 80er Jahre nur noch wenig Nachfrage vorhanden war. 1991 hat die Zahl der Geräte wieder kräftig zugenommen, und es steht zu erwarten, daß die Steigerungstendenz weiter anhält. Gerade in dieser Situation wären steuernde Eingriffe dringend erforderlich, um der ohnehin schon bestehenden Überversorgung entgegenzuwirken: Bereits 1990 lag die Zahl der CT-Geräte fast doppelt so hoch wie der Richtwert, der sich aus den Bedarfsannahmen der im gleichen Jahr verabschiedeten Großgeräte-Richtlinien errechnen läßt.

Unabsehbar wären ferner die Konsequenzen für die neuen Bundesländer, in denen die Großgerätediffusion noch am Anfang steht. Nach dem jetzigen Stand der Dinge scheint eine Neuauflage der alten Probleme – zu viele Geräte, zu hohe Leistungsmengen, regionale Ungleichgewichte – geradezu vorprogrammiert. Zusätzlich verschärft wird die Situation durch die chronische Finanznot der Landesbehörden, die zur Folge haben könnte, daß die Versorgungslandschaft maßgeblich durch Geräteanschaffungen im ambulanten Sektor geprägt wird. Wenn es daher nicht gelingt, eine wirksame Abstimmung zwischen beiden Versorgungsbereichen herzustellen, bestehen kaum noch Aussichten für eine sinnvolle Gestaltung des Leistungsangebotes.

Inwieweit sich die derzeitige Krise beheben läßt, bleibt abzuwarten. Es wäre allerdings ein bescheidenes Ergebnis, wenn nach zehn Jahren Planung nichts weiter bliebe als die Feststellung, daß die unkontrollierte Verbreitung medizinischer Großgeräte ein wenig verzögert wurde.

Korrespondenzanschrift:

Institut für Medizinische Soziologie der Universität
Domagkstr. 3 – W-4400 Münster

Anmerkungen

- 1 Angaben nach K.H. Graeve: Ganzkörper-»Scanner« – das Millionending, in: Die Krankenversicherung, Juli 1979, S.182-188.
- 2 Vgl. Die Ortskrankenkasse 61 (1979), S.688f.
- 3 Vgl. ebd.
- 4 Vgl. K.H. Graeve, a.a.O., S.186.
- 5 Vgl. Mitteilungen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft Nr. 12 vom 3. Oktober 1979, S.2.
- 6 Vgl. H.J. Wirzbach: Computer-Tomographen: Nicht planlos irgendwo hinstellen, in: Der deutsche Arzt 30 (1980), Nr. 9, S.25f.
- 7 Vgl. J. Abshoff: Die Versorgung mit Computer-Tomographen im stationären Bereich am Beispiel Nordrhein-Westfalens, in: Das Krankenhaus 71 (1979), S.369-375.
- 8 Vgl. etwa das Urteil des Verwaltungsgerichtes Freiburg vom 28.8.1980, auszugsweise abgedruckt in: Das Krankenhaus 74 (1982), S.179f.
- 9 § 11a KHG Satz 1 (in der Fassung von 1984: § 10).
- 10 Vgl. § 17 KHG Abs. 3. Der Wortlaut dieser Vorschrift läßt die Interpretation zu, daß Kosten von nicht genehmigten Geräten zu berücksichtigen sind, sofern sie »wirtschaftlich« betrieben werden. Mit der Novellierung des KHG im Jahre 1984 wurde diese Möglichkeit grundsätzlich ausgeschlossen. Eine Deckung über den Pflegesatz sollte danach allein von der ordnungsgemäßen Bewilligung durch die Landesbehörde abhängig sein.

- 11 R. Zuck: Die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte dargestellt am Beispiel des Computer-Tomographen, in: *Medizinrecht* 3 (1985), S.137-140, hier S.139.
- 12 BR-Drucksache 499/83.
- 13 BT-Drucksache 10/1625; vgl. auch R. ZUCK, a.a.O., S.140.
- 14 BT-Drucksache 10/1329.
- 15 Vgl. z.B. K. Faltlhauser: Medizinisch-technische Großgeräte – Staatliche Investitionslenkung? In: *Arbeit und Sozialpolitik* 1984, S.304-307.
- 16 Vgl. hierzu S. Kirchberger/K. Wingefeld: *Strukturdaten zur Leistungsentwicklung in der stationären und ambulanten Versorgung mit Großgeräten*, Projektbericht, März 1990.
- 17 Vgl. N. Fischer: Medizinisch-technische Großgeräte. Ohne Planung und Steuerung geht es nicht, in: *Die Ersatzkasse* 1983, S.410-413.
- 18 Vgl. *Medical Tribune* vom 21.12.1984.
- 19 Vgl. *Die Ortskrankenkasse* 67 (1985), S.506f.
- 20 Beilage zum *Bundesanzeiger* Nr. 60 vom 27.3.1986.
- 21 §25 Abs. 4 BMV-Ä.
- 22 Vgl. S. Kirchberger/K. Wingefeld, a.a.O., S.14f.
- 23 Vgl. BT-Drucksache 10/6099.
- 24 K. Brandecker u.a.: *Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegegesetzverordnung und Folgerecht. Kommentare*, Wiesbaden 1976ff, hier: 3.1989, S.100a.
- 25 Vgl. E. Bruckenberger: Abstimmung medizinisch-technischer Großgeräte in der Bundesrepublik Deutschland, in: *Das Krankenhaus* 82 (1990), S.274-283 und 324-331, sowie P. Lubecki: *Medizintechnische Großgeräte. Standortplanung nach dem GRG*, in: *Die Ortskrankenkasse* 72 (1990), S.459-462.
- 26 Vgl. BT-Drucksache 10/6099, S.4.
- 27 Az.: 6 RKa 30/89.
- 28 Urteilsbegründung, S.9. 29. Ebd., S.11.
- 30 Vgl. ebd., S.15ff.
- 31 Abgedruckt in: *Deutsches Ärzteblatt* 88 (1991), Ausgabe B, S.343f.
- 32 Urteilsbegründung, S.16f.
- 33 Vgl. P. Lubecki: Einsatz von Großgeräten. Neue Modelle gefordert, in: *Die Ortskrankenkasse* 73 (1991), S.492-495.
- 34 Vgl. ebd., S.493.