

Hon.-Prof. Dr. Felix Wallner

Kammeramtsdirektor Ärztekammer für Oberösterreich

Modell einer sektoren- übergreifenden fachärztlichen Peripherieverversorgung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche Form verwendet und diese meint damit, sofern nicht anders angegeben, jeweils beide Geschlechter.

1. Neue Ausgangsbedingungen	46
2. Verschränkung der fachärztlichen Versorgung	47
3. Konkretes Modellprojekt Kirchdorf	49
4. Modellbedingungen und offene Fragen	51
5. Schlussbemerkung	54

Die historisch gewachsene, strikte Trennung zwischen Kassen- und Spitalsärzten war bisher sowohl von Seite der Krankenkassen als auch von Seite der Landesvertretung ein unbestreitbarer Grundsatz. Nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsströme der beiden Sektoren war eine Lockerung dieser strikten Trennung bis vor wenigen Jahren sogar undenkbar. Da aber besonders in ländlichen Gebieten eine dringende Nachfrage nach fachärztlichen Leistungen besteht, gleichzeitig aber die Krankenhausversorgung zunehmend eingeschränkt wird, bietet sich eine Auflockerung der derzeitigen Situation als vielversprechender Mittelweg zwischen spitalsärztlicher und niedergelassener Versorgung an. Der vorliegende Beitrag betrachtet am Modell der Ausgliederung der pädiatrischen Abteilung in Kirchdorf in eine Gruppenpraxis die angestellten juristischen Überlegungen und Problemstellungen und diskutiert darüber hinaus die Erfordernisse für eine zukünftige Umsetzung ähnlicher Projekte einer sektorenübergreifenden fachärztlichen Peripherieverversorgung.

1. Neue Ausgangsbedingungen

Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz 1994 hatte spürbare Auswirkungen auf die Peripheriekrankenanstalten. Gerade kleine Krankenanstalten in ländlichen Regionen hatten traditionell einen relativ niedrigen Personalstand an Ärzten, allerdings natürlich auch in der Regel kleinere Abteilungen und ein weniger breites Leistungsspektrum als die Spitäler in den Ballungsgebieten. Das KA-AZG hat damit Schluss gemacht, dass Spitalsärzten schrankenlos Arbeitszeiten abverlangt werden konnten. Dies hatte zur Konsequenz, dass Abteilungen, die rund um die Uhr versorgt werden müssen, einen Mindeststand von sechs bis sieben Fachärzten aufweisen müssen, damit die (ohnehin über die EU-Grenzen noch hinausgehenden) derzeitigen österreichischen Höchstarbeitszeiten überhaupt eingehalten werden können. Der Gesetzgeber hat praktisch zeitgleich mit dem KA-AZG versucht, diese Problematik dadurch zu entschärfen, dass das Krankenanstaltenrecht für Standardkrankenhäuser die fachärztlichen Anwesenheitserfordernisse außerhalb der Regeldienstzeiten (also in der Nacht, an Feiertagen und Wochenenden) explizit reduziert. Die Wirkung dieser Maßnahme ist aber dadurch beschränkt, dass gerade in den peripheren Standard-Krankenhäusern typischerweise regelmäßig Abteilungen eingerichtet sind, die eine Versorgung rund um die Uhr benötigen (Interne, Chirurgie, Unfallchirurgie, Anästhesie) bzw. Fächer dazukommen (Geburtshilfe), bei denen es ungeachtet der gesetzlichen Lockerungen unverantwortbar wäre, auf eine fachärztliche Anwesenheit zu verzichten.

Die Anforderungen des KA-AZG haben daher in den 90er Jahren gerade in den Peripheriekrankenanstalten zu einem rasant steigenden Facharztbedarf geführt. Dazu kommt, dass die EU zuletzt darauf aufmerksam geworden ist, dass die österreichische Umsetzung des KA-AZG gegen EU-Recht verstößt und wohl mit Sicherheit davon auszugehen ist, dass in aller nächster Zukunft die Höchstarbeitszeitgrenzen weiter eingeschränkt und damit unter Umständen der Facharztbedarf in den Peripheriekrankenanstalten nochmals ansteigen wird.

Die letzten Jahre waren dadurch geprägt, dass die Gesundheitspolitik noch stärker als in der Vergangenheit an Finanzziele ausgerichtet war. Teil der Strategie, die Kostenentwicklung im Gesundheitsbereich einzudämmen, ist es, durch gesetzliche und gesundheitspolitisch-planerische Maßnahmen die Versorgungsaufgaben von Peripheriekrankenhäusern zu reduzieren, um damit Personal- und Finanzressourcen einzusparen. Mehrere KAKuG (Kranken- und Kuranstaltengesetz)-Novellen seit 2001 haben sogenannte reduzierte Organisationsformen eingeführt. Dazu gehören etwa Satellitendepartements (bettenführende Einrichtungen mit eingeschränktem Leistungsangebot, die peripher eingerichtet von einer Mut-

terabteilung geleitet werden), dislozierte Wochenkliniken (durch eine Mutterabteilung mitversorgte bettenführende Einrichtungen für Behandlungen mit kurzer Verweildauer), dislozierte Tageskliniken und die noch relativ neuen „Standardkrankenanstalten der Basisversorgung“ (Standardkrankenanstalten mit nur mehr einer Abteilung für Innere Medizin und in Form einer dislozierten Wochen- oder Tagesklinik geführten Chirurgie).

Es verwundert daher nicht, dass nicht nur Ärzte, sondern auch die regionale Bevölkerung und die Kommunalpolitik immer mehr befürchten, dass die Spitalsversorgung im ländlichen Bereich, letztendlich aber die gesamte periphere fachärztliche Versorgung zunehmend in Frage gestellt wird.

Diese Entwicklung wird nicht nur als Problem der schwindenden medizinischen Versorgung der ländlichen Bevölkerung erlebt, sondern auch als Bedrohung des Wirtschaftsstandorts, da gerade Krankenanstalten oft zu den größten Dienstgebern, aber auch Einkäufern der Region gehören. Es wird daher auch fieberhaft nach Lösungen gesucht, eine derartige Schwächung des ländlichen Raums zu verhindern, indem die regionalen Ressourcen optimiert eingesetzt werden. Dies betrifft nicht nur die finanziellen, sondern mittlerweile vor allem auch die ärztlichen Personalressourcen. Die beschriebenen Entwicklungen werden in den nächsten Jahren noch dadurch verschärft werden, dass der großen Anzahl vor der Pension stehender Ärzte kein entsprechender Nachwuchs gegenübersteht und anzunehmen ist, dass es für junge Ärzte, die sich ihren Arbeitsplatz aussuchen können, wenig attraktiv ist, sich für ein Peripheriekrankenhaus zu entscheiden.

2. Verschränkung der fachärztlichen Versorgung

Die ärztliche Versorgung ist in Österreich generell dadurch geprägt, dass der extramurale Bereich durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger finanziert wird, der Spitalsbereich hingegen überwiegend (vor allem, was den Kostenzuwachs anlangt) aus Steuermitteln der Länder. Korrespondierend dazu werden die Ordinationen der niedergelassenen Ärzte, auch Fachärzte, in der Regel über Kassenverträge honoriert, während die Spitalsleistungen (einschließlich der Spitalsambulanzen) über die Landes-Gesundheitsfonds abgerechnet werden.

Traditionell findet sich auch – vor allem außerhalb von Wien – eine klare Trennung zwischen Kassen- und Spitalsärzten. Die Kassen haben seit Jahrzehnten darauf Wert gelegt, dass niedergelassene Ärzte, mit denen sie Verträge eingehen, sich hauptberuflich und primär den Kassenpatienten widmen. Aber auch die Standesvertretungen der Ärzte waren an einer Trennung interessiert, um die Einkommensmöglichkeiten für ihre Mitglieder möglichst gerecht aufzuteilen.

Unter dem Eindruck der jüngsten Entwicklungen, sowohl was die Perspektiven der Peripheriekrankenanstalten anlangt, aber auch angesichts der immer geringer werdenden Anzahl nachrückender junger Ärzte, kommt es allerdings zunehmend zu Diskussionen, ob das Konzept der totalen Trennung zwischen Kassenmedizin und Spitälern in der Peripherie tatsächlich noch zeitgemäß ist. Diese Diskussion gibt es wohl in den meisten Bundesländern, im Folgenden kann allerdings nur auf die in Oberösterreich laufende Debatte eingegangen werden.

Weiterhin außer Frage steht, dass in den städtischen Gebieten die Trennung Sinn macht. In den Städten gelten die historischen Gerechtigkeitsargumente der Standesvertretung noch immer, weil es genügend Fachärzte gibt, die ausschließlich in der Ordination tätig sein wollen und können und umgekehrt die Spitäler – nicht zuletzt durch ihre gegenüber den Peripheriekrankenhäusern bessere Situation bei den Sondergebühren – noch einigermaßen in der Lage sind, ihren Personalbedarf zu decken. Dazu kommt, dass es in den städtischen Spitälern wegen der größeren Abteilungen und des umfangreicheren Leistungsspektrums zu einer zeitlichen Belastung kommt, die das zusätzliche Führen einer Kassenordination ohnehin nicht möglich macht. Dazu kommt schließlich, dass in der Stadt gar nicht genügend Kassenverträge zur Verfügung stünden, um allen Spitalsärzten einen solchen anbieten zu können. Eine selektive Vergabe von Kassenverträgen oder überhaupt eine Konkurrenz von Spitalsärzten mit Kassenvertrag mit ausschließlich kassenärztlich tätigen Fachärzten wäre aber wohl auch aus Gründen der Wettbewerbsverzerrung kaum vorstellbar.

Hingegen wird von Entscheidungsträgern in unserer Standesvertretung die Situation für den Peripheriebereich aus folgenden Gründen durchaus differenzierter gesehen:

Zunächst gibt es teilweise gar keine Bewerber mehr für Fachärzte-Kassenstellen in Peripherieregionen. Vor allen Dingen aber kommen eventuelle Bewerber in der Regel aus dem (Peripherie-)Krankenhaus am Standort der Kassenpraxis. Es wird nun häufig von den im Spital tätigen Ärzten als Ungerechtigkeit empfunden, dass einer der Ärzte aus dem Team in die Kassenpraxis ausscheiden kann und damit nicht mehr mit den allgemein als immer problematischer empfundenen Nacht-

diensten belastet wird. Peripheriekrankenhäuser haben außerdem in der Regel geringere Sonderklasseeneinnahmen als städtische Spitäler, sodass auch die wirtschaftliche Situation der Ärzte oft sehr unbefriedigend ist. Die Vergabe des (in der Regel einzigen) Kassenvertrags am Peripheriestandort an einen Spitalsarzt wird daher von den anderen oft als Bevorzugung erlebt. Dazu kommt, dass die Ärzte in den Peripheriekrankenhäusern (vor allem, wenn sich der Trend fortsetzt, das Leistungsspektrum weiter einzuschränken) durchaus Valenzen hätten, zumindest miteinander im Rahmen einer Gruppenpraxis die kassenfachärztliche Versorgung in der Region zu übernehmen.

Die Notwendigkeit einer strikten Trennung zwischen Kassen- und Spitalsmedizin wird daher innerhalb der Entscheidungsträger in unserer Landesvertretung nicht mehr so strikt gesehen wie noch in der Vergangenheit.

Umgekehrt erkennen auch die finanzierenden Institutionen, Krankenkasse und Land, die Chance, durch eine Personalverschränkung zwischen Spitals- und Kassenärzten zu einer besseren Ressourcennutzung (insbesondere der Personalressourcen) zu kommen. Vor allem sehen die Rechtsträger dies als Möglichkeit, für Ärzte die Tätigkeit an der Peripherie interessanter zu machen und damit Personalvakanz aufzufüllen.

3. Konkretes Modellprojekt

Kirchdorf

Unter dem Eindruck dieser Diskussion kam es in Oberösterreich, konkret im LKH-Kirchdorf, vor zwei Jahren zur Einführung eines neuen Modells, das genau dieses veränderte Bild einer fachärztlichen peripheren Versorgung verwirklicht. Damals stand einerseits die Kassenstelle eines Kinderfacharztes vor der Ausschreibung, andererseits war im Zuge einer oberösterreichweiten Spitalsreform unklar, ob die Pädiatrieabteilung des Krankenhauses gehalten werden kann. Bewältigt wurde diese Problematik dadurch, dass das Ärzteteam an der pädiatrischen Abteilung gemeinsam den vakanten Kassenvertrag in Form einer Gruppenpraxis übernommen hat, wobei diese neue Struktur von folgenden Eckpunkten ausgeht:

- Alle Ärzte der Abteilung (das gilt also auch bei einem Personalwechsel) haben die Möglichkeit, an der Gruppenpraxis teilzunehmen.

- Die Gruppenpraxis bietet erweiterte Ordinationszeiten an, übernimmt allerdings gleichzeitig während dieser Ordinationszeiten auch die bisher in der Spitalsambulanz erbrachten Leistungen, die Spitalsambulanz ist daher nur noch außerhalb der Ordinationszeiten zugänglich.
- Die Ordination wird außerhalb des Dienstvertrags betrieben, allerdings nicht nur aus Kassenmitteln finanziert, sondern auch vom Rechtsträger aus den Einsparungen, die sich durch die weitgehende Schließung der Ambulanz ergeben.

Diese Vorgangsweise wurde deshalb gewählt, weil sie eine Reihe von – mittlerweile auch eingetretenen – Vorteilen versprochen hat:

- Mit dieser Lösung konnte eine genügend große Mannschaft an Fachärzten erhalten und damit der Bestand der Kinderabteilung am LKH-Kirchdorf gerettet werden.
- Wegen der trotzdem erforderlichen Reduktion des Dienstes werden zwar keine Nacht-Anwesenheitszeiten mehr geleistet; die weiterhin bestehende Rufbereitschaft von Kinderfachärzten sowie die weiterhin im Krankenhaus vorgehaltenen Betten erlauben es aber, stationär behandlungsbedürftige Kinder weiterhin wohnortnahe zu betreuen.
- Die im Team teilnehmenden Kinderfachärzte nutzen die während ihrer Ausbildung gewonnene Expertise nicht nur für ambulante Leistungen, sondern für ein deutlich größeres Behandlungsspektrum.
- Die fatale Trennung zwischen Spitalsambulanzen und Ordinationen, die kaum erfolgreich steuerbar ist, wird überwunden.
- Durch die gemeinsame Nutzung der Infrastruktur für Ordinations- und Ambulanzleistungen entstehend Synergien.
- Durch die Schließung der Ambulanz tagsüber kommt es zu Kosteneinsparungen beim Rechtsträger.

4. Modellbedingungen und offene Fragen

Die Ausarbeitung des Modells Kirchdorf war nicht nur für die beteiligten Ärzte, sondern auch für die beteiligten Institutionen Neuland und wurde daher umfassend erörtert. Natürlich war bewusst, dass damit nicht nur ein konkretes Problem gelöst wird, sondern dass dieses Modell auch präjudiziell wirken könnte, weshalb auch allen Seiten daran gelegen war, verallgemeinerungsfähige Prinzipien aufzustellen.

Als solche wurden folgende Regeln festgelegt, die für alle Verschränkungsmodelle in Peripherieregionen gelten sollen:

- **Allgemeine Zugänglichkeit**
Eines der Grundprinzipien besteht darin, dass es zu keiner selektiven Vergabe des Kassenvertrags kommen soll, sondern alle an der jeweiligen Abteilung des Peripheriekrankenhauses tätigen Spitalsärzte die Möglichkeit haben, an einer Gruppenpraxis teilzunehmen, die die Ordination betreibt.
- **Umsetzung des Modells nur in Peripherieregionen**
Das Modell eignet sich nur für Peripherieregionen und dort auch nur für Fächer, für die nur ein einziger Kassenvertrag vorgesehen ist. Ein Nebeneinander zwischen einer von Spitalsärzten betriebenen Gruppenpraxis und einem ausschließlich niedergelassenen tätigen Kassenarzt wäre nicht vorstellbar.
- **Demokratische Struktur**
Die Spitalshierarchie soll nicht in die Gruppenpraxis übertragen werden; in der Gruppenpraxis sollen alle Ärzte gleichberechtigt als Gesellschafter teilnehmen; anders etwa als bei der Aufteilung der Sondergebühren soll es auch zu keiner Bevorzugung des Abteilungsleiters kommen, sondern soll jeder Teilnehmer an der Gruppenpraxis entsprechend seines Leistungsanteils am Gewinn beteiligt sein.
- **Freiberuflichkeit**
Der Kassenvertrag darf nicht mit dem Rechtsträger abgeschlossen werden; systemkonform sind Vertragspartner des Krankenversicherungsträgers ausschließlich freiberuflich tätige Ärzte (bzw. die von ihnen gemeinsam gebildete Gruppenpraxis).
- **Einschluss der Ambulanztätigkeit**
Alle ambulanten Leistungen, daher nicht nur die Kassenleistungen, sondern auch die Leistungen der Spitalsambulanz sollen geschlossen von der Gruppen-

praxis erbracht werden; neben dem Kassenhonorar muss die Gruppenpraxis daher auch eine Abgeltung der übernommenen Spitalsambulanzleistungen durch den Rechtsträger erhalten.

- Kein Umstellungszwang
Niedergelassene Kassenärzte, die derzeit in der Peripherie tätig sind, dürfen nicht gezwungen werden, auf ein neues Modell umzustellen; eine Umstellung setzt daher voraus, dass ein Kassenvertrag vakant wird.
- Kontroversiell diskutiert wurde, ob die Gruppenpraxis auch in den Räumen des Spitals geführt werden könnte; im konkreten Modell Kirchdorf wurde schließlich Einvernehmen darüber erzielt, diese Ordination bewusst außerhalb des Spitals zu führen.

Naturgemäß besteht bei neuen Modellen die Tendenz, sich vorrangig auf die Fragen zu konzentrieren, die konkret gelöst werden müssen. Es ist aber auch klar, dass eine Erweiterung des Modells „Pädiatrie Kirchdorf“ eine ganze Reihe von zusätzlichen Fragen aufwirft, die beantwortet werden müssen, aber fraglos auch lösbar wären:

- Auswahl der Fächer?
Es besteht zwar völliger Konsens, dass die Verschränkung der fachärztlichen Versorgung nur in Peripherieregionen Sinn macht, allerdings stellt sich die Frage, ob wirklich alle Fächer sinnvollerweise erfasst werden sollen. Dies gilt vor allem für die Innere Medizin, weil Interne Abteilungen auch in Peripheriekrankenhäusern noch immer verhältnismäßig groß sind und sich daher die Frage stellt, ob nicht auch in der Peripherie eine Entflechtung weiterhin zweckmäßig wäre. Klar ist allerdings, dass diese Entflechtungsnotwendigkeit umso mehr abnimmt, je geringer das Leistungsspektrum der Abteilung wird.
- Übertragung des Modells auch für nicht kassentypische Fächer?
In vielen Peripherieregionen gibt es keine Kassenverträge für Chirurgie oder Unfallchirurgie, weil das Kassenspektrum nur einen kleinen Teil des ambulanten Leistungsspektrums dieser Fächer ausmacht. Da die Gruppenpraxis aber auch die Leistungen der Spitalsambulanz übernehmen soll, stellt sich die Frage, ob dann nicht auch zusätzliche Kassenverträge für diese Fächer in Peripherieregionen angezeigt wären. Dies gilt letztlich auch für die Anästhesie, für die (zumindest in Oberösterreich) nirgendwo Kassenverträge bestehen, aber natürlich auch ambulante Leistungen im Rahmen der Spitalsambulanz erbracht werden.
- Fächer mit besonderem Infrastrukturbedarf?
Vor allem für die Radiologie, die es natürlich an allen Peripheriekrankenhäusern gibt, stellt sich die Frage, ob der eingeschlagene Weg sinnvoll ist bzw. inwieweit er allenfalls Adaptierungen bedarf. Hier stellt sich vor allem die Frage, bei

welchen Geräten es Sinn macht, sie jedenfalls nur einmal anzuschaffen, weil sie nicht parallel genutzt werden müssen.

- **Ausweitung um zusätzliche Fächer?**
Die Verschränkung der Fachärzte und die damit verbundene Verbreiterung der wirtschaftlichen Basis könnte auch dazu genutzt werden, Fächer in die Peripherie zu bringen, die es unter Umständen derzeit weder ambulant noch im Spital gibt; für diese würden wohl keine neuen Abteilungen geschaffen werden; allerdings könnte auf diesem Weg das Konsiliarangebot zur Betreuung konservativ behandelter Patienten (etwa neurologisch oder psychiatrisch) oder das Operationsangebot im Tagesklinikbereich (z.B. Augen, HNO) erweitert und damit nicht nur das ambulante, sondern letztendlich auch das vor Ort verfügbare basis-stationäre Leistungsangebot verbessert werden.
- **Einbindung des privaten Sektors?**
Derzeit ist es durchaus nicht ungewöhnlich, dass auch in Peripherieregionen Spitalsärzte Privatpraxen anbieten, die von bestimmten Bevölkerungsgruppen auch gerne genutzt werden. Um diesen Bedarf weiter abzudecken, müssten jedenfalls Lösungen gefunden werden, die es Verschränkungsmodellen erlauben, auch Privatpatienten weiterhin in der Ordination zu behandeln.
- **Sondergebührentauglichkeit der neuen Modelle?**
Typischerweise sind zwar die Sondergebühreneinnahmen in Peripheriekrankenanstalten geringer, trotzdem gibt es natürlich genügend Nachfrage, die auch in Verschränkungsmodellen weiterhin abgedeckt werden muss. Dabei ist zu prüfen, inwieweit die derzeitigen Sondergebührenvereinbarungen tauglich sind, neue Modelle (insbesondere, wenn es um eine Verbreiterung der konsiliarärztlichen und tagesklinischen Leistungen geht) abzudecken.
- **Kostenabgrenzung zwischen Kasse und Rechtsträger?**
Da die Finanzierung der Gruppenpraxis sowohl über die Krankenversicherungsträger (für die Kassenleistungen) als auch über den Rechtsträger (für die ausgelagerten Ambulanzleistungen) erfolgt, stellt sich die Frage der Abgrenzung der Kostenübernahme. Dies insbesondere deshalb, weil die Entwicklung der Patienten und Leistungen nicht statisch ist und daher Klarheit herrschen muss, inwieweit die Kostenträger auch den Aufwand für die Leistungsdynamik untereinander aufteilen.
- **Zusammenarbeit mit einem Leitspital?**
Je eingeschränkter der Leistungsumfang des Peripheriekrankenhauses ist, umso mehr stellt sich natürlich die Frage der Zusammenarbeit mit einem Schwerpunktspital; dies zum Einen im Hinblick auf die Möglichkeit, Patienten weiterzuleiten, die vor Ort nicht versorgt werden können, dies aber auch

vor dem Hintergrund, dass eine Zusammenarbeit zwischen Peripherie- und Schwerpunktspital dazu genutzt werden kann, Ärzten aus den Peripheriekrankenhäusern eine Mitarbeit im erweiterten Leistungsangebot eines Schwerpunktspitals zu ermöglichen – bzw. umgekehrt Ärzten aus einem Schwerpunktspital ein Aushelfen an der Peripherie zu ermöglichen (vgl. dazu auch das Konzept der Bundeskurie der angestellten Ärzte „Spitalsärzte in /Spitalsärzte 2025“, das in diesem Heft abgedruckt ist).

- Trennung bzw. Auflösung der Verschränkung?
Eine Zusammenarbeit im Rahmen einer Gruppenpraxis – vor allem im Hinblick darauf, dass diese die Bildung einer gemeinsamen Trägergesellschaft erfordert – kann auf Dauer natürlich nur funktionieren, wenn die beteiligten Ärzte sich nicht „auseinanderleben“. Da es dafür keine Garantie gibt, muss von Beginn an auch die Auflösung der Gruppenpraxis und damit die Auflösung des Verschränkungsmodell mitbedacht und dafür Vorsorge getroffen werden.

5. Schlussbemerkung

Der Weg, die Spitalsversorgung an der Peripherie dadurch zu erhalten, dass es zu einer personellen Verschränkung mit der kassenärztlichen Versorgung kommt, erscheint nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Modell Kirchdorf als ein durchaus gangbarer. Er wäre jedenfalls ein Weg, auch in der Peripherie die bestehende Infrastruktur der Krankenanstalten sinnvoll zu erhalten, die Kompetenz der dort tätigen Fachärzte möglichst weit auszuschöpfen und der ländlichen Bevölkerung möglichst kurze Wege zur fachärztlichen Versorgung zu garantieren. Die Umsetzung dieses Modells setzt allerdings Geduld voraus, weil solche Modelle den Beteiligten nicht mit der Brechtstange aufgezwungen werden können und daher immer ein „window of opportunity“ abgewartet werden muss, das die Einführung eines derartigen neuen Modells konkret gestattet. Die Einführung des Modells setzt weiter voraus, dass es zu einer fairen Zusammenarbeit zwischen den beiden großen Financiers des Gesundheitssystems, also den Krankenversicherungsträgern und den Ländern, kommt, bei der keiner der Partner den Eindruck hat, übervorteilt zu werden. Aus der Vergangenheit heraus ist eine gewisse Skepsis nachvollziehbar, ob die Entscheidungsträger im Gesundheitssystem diese beiden Anforderungen erfüllen können. Angesichts der unübersehbaren Bedrohung der stationären Versorgung in Peripherieregionen wäre die Zeit aber wohl reif, auch solche Modelle ins Auge zu fassen.