

## **Unterrichtung**

durch die Bundesregierung

**Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung  
der Entwicklung im Gesundheitswesen**

**Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung**



## Inhaltsübersicht

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>18</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>26</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>29</b>
<b>Einleitung</b>	
<b>1 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung?</b>	<b>45</b>
<b>2 Herausforderung durch den demografischen Wandel</b>	<b>53</b>
<b>Teil I: Die sektorale ambulante und stationäre Versorgung – Strukturmerkmale und Potenziale</b>	
<b>3 Ambulante Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung</b>	<b>71</b>
<b>4 Inanspruchnahme von Leistungen im ambulanten Sektor</b>	<b>105</b>
<b>5 Vergütung von ambulanten Leistungen</b>	<b>131</b>
<b>6 Stationäre Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung</b>	<b>155</b>
<b>7 Inanspruchnahme von Leistungen im stationären Sektor</b>	<b>175</b>
<b>8 Krankenhausfinanzierung</b>	<b>227</b>
<b>9 Planung der ambulanten und stationären Kapazitäten im europäischen Vergleich</b>	<b>275</b>
<b>10 Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen im internationalen Vergleich</b>	<b>313</b>
<b>Teil II: Zukunftsperspektiven – Eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung</b>	
<b>11 Konkrete Ansätze sektorenübergreifender Versorgung</b>	<b>363</b>
<b>12 Steuerung der Patientenwege</b>	<b>433</b>
<b>13 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung</b>	<b>521</b>
<b>14 Sektorenübergreifende Ausgestaltung der Notfallversorgung</b>	<b>547</b>

**Teil III: Bedarfsgerechte, koordinierte Versorgung in ausgewählten Indikationsbereichen**

**15 Bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen 613**

**16 Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen 683**

**Zusammenfassung**

**17 Empfehlungen für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung 761**

## Vorwort

Der Rat legt hiermit sein Gutachten 2018 mit dem Titel „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ vor. Er erfüllt damit seinen in § 142 Abs. 2 Satz 1 SGB V formulierten Auftrag, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen.

Im Rahmen der Erarbeitung des Gutachtens hat der Rat eine Vielzahl von Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Der Austausch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Verbänden und Institutionen war überaus hilfreich für die Erstellung des Gutachtens. Der Rat konnte zudem fachkundige Informationen im Bundesministerium für Gesundheit einholen. Der Rat dankt ebenso den Expertinnen und Experten, die uns im Rahmen von Anhörungen an ihrem Wissen, ihren Erfahrungen und Einschätzungen haben teilhaben lassen.

Für wichtige Anregungen und Hinweise bedankt sich der Rat besonders bei Katrin Beck, „Weisse Liste“; Dr. Gregor Botero, GKV-Spitzenverband; Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, DRK Schmerz-Zentrum Mainz und Deutsche Schmerzgesellschaft; Thomas Czihal, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung; Prof. Dr. Arno Deister, Zentrum für Psychosoziale Medizin des Klinikums Itzehoe und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Dr. Julian Dilling, GKV-Spitzenverband; Prof. Dr. Christoph Dodt, Klinikum Bogenhausen und Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin; Juliane Düvel, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld; Michael Erhart, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung; Dr. Johannes Fechner, Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg; Helge Franz, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin; Dr. Bernhard Gibis, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Dr. Markus M. Grabka, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung; Jürgen Graf, AOK Baden-Württemberg; Christian Günster, Wissenschaftliches Institut der AOK; Dr. Iris Hauth, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer Krankenhaus Berlin-Weißensee und Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Joachim Heuer, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung; Matthias Hofmann, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Thomas Isenberg, Deutsche Schmerzgesellschaft; Sebastian John, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Franz Krause, GKV-Spitzenverband; Dr. Andreas Krokotsch, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Nord; Dr. Roland Laufer, Deutsche Krankenhausgesellschaft; Markus Leibner, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung; Axel Mertens, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen; Johannes Mieth, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld; Ricarda Milstein, Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg; Prof. Dr. Martin Möckel, Charité Berlin; Prof. Dr. Johannes Pantel, Institut für Allgemeinmedizin, Universität Frankfurt; Karola Pötter-Kirchner, Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses; Simon Rass, Kassenärztliche Bundesvereinigung; Prof. Dr. Heike Schnoor, Lehrstuhl für Rehabilitationspsychologie und -pädagogik sowie Beratung, Universität Marburg; Dr. Thomas Sitte, Deutsche

PalliativStiftung; Dr. Dominik Graf von Stillfried, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung; Dr. Thomas Uhlemann, GKV-Spitzenverband; PD Dr. Bernward Vieten, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld; Marcel Weigand, „Weisse Liste“; Dr. Markus Wörz, Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses; Dr. Brigitte Wrede, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin; Stephan Zähres, Wissenschaftliches Institut der AOK.

Nachdem das für sektorenübergreifende bedarfsgerechte Steuerung exemplarische Kapitel „Notfallversorgung“ weitgehend fertiggestellt war, hat der Rat am 7. September 2017 ein Werkstattgespräch durchgeführt und seine wichtigsten Analysen und Empfehlungen zu dem Thema vorgestellt. An der Podiumsdiskussion nahmen neben Ratsmitgliedern Minister Hermann Gröhe, MdB, Georg Baum von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Dr. Andreas Gassen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Johann-Magnus von Stackelberg vom GKV-Spitzenverband sowie Prof. Dr. André Gries von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin teil. Das große Interesse aus den Bereichen Politik, Gesundheitsversorgung, Selbstverwaltung und Gesundheitsforschung bestärkte den Rat in seinen Überlegungen zur bedarfsgerechten Weiterentwicklung und Steuerung der Notfallversorgung. Der Rat dankt allen, die sich mit vielfältigen sachverständigen Anregungen in das Werkstattgespräch eingebracht haben.

Zur Erarbeitung dieses Gutachtens hat der Rat aus verschiedenen Quellen Daten eingeholt. Den hieran beteiligten Institutionen, insbesondere dem Wissenschaftlichen Institut der AOK, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der „Weissen Liste“, dem GKV-Spitzenverband, dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, der Agentur deutscher Arztnetze, dem Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung und dem Statistischen Bundesamt ist der Rat zu großem Dank verpflichtet.

Zudem hat der Rat eine eigene Befragung unter psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie niedergelassenen Ärzten und Psychologen zur koordinierten Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen durchgeführt. Den zahlreichen hieran teilnehmenden Krankenhäusern und Praxen sei ebenfalls ausdrücklich gedankt.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat erneut auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank. Der Rat dankt Dr. Meike Appelrath (seit Juni 2017), Christa Richter (bis Juli 2017), Dr. David Herr, Janine Hinkler (seit Juli 2017), Dr. Anja Hohmann (bis Juni 2017), Robert Messerle (seit Juni 2017), Christa Richter (bis Juli 2017), Dr. Alice Sanwald (bis Dezember 2016), Sandra Teichmann, Dr. Thomas Topf (bis März 2017), Dr. Jens Weßling (bis März 2017), Sabine Van den Berghe (bis Dezember 2016), Dr. Yauheniya Varabyova (seit Februar 2017), Dr. Raphaela Wagner, Dr. Philip Wahlster (seit September 2017) sowie Dr. Frank Niggemeier als Leiter der Geschäftsstelle. Auch den Auszubildenden des Bundesministeriums für Gesundheit sei für ihre Hilfe gedankt.

Zu mehrfach verwendeten Abkürzungen wird jeweils zu Beginn eines Kapitels einmal die ausgeschriebene Version angegeben; ergänzend gibt es ein Abkürzungsverzeichnis. Redaktionsschluss für dieses Gutachten war der Mai 2018.

Das vorliegende Gutachten bemüht sich um gendersensible Formulierungen. Sofern aus Gründen der besseren Lesbarkeit häufiger die grammatikalisch so genannte „männliche“ Form verwandt wird, sind doch immer Menschen *jeglicher* Geschlechtsidentität gemeint.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn/Berlin, im Juni 2018

**Ferdinand Gerlach**

**Wolfgang Greiner**

**Marion Haubitz**

**Gabriele Meyer**

**Jonas Schreyögg**

**Petra Thürmann**

**Eberhard Wille**





## Gliederung

<b>Vorwort</b>	<b>5</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>18</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>26</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>29</b>
<b>Einleitung</b>	
<b>1 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung?</b>	<b>45</b>
1.1 Optimum an Gesundheit durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung	45
1.2 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und zur Sicherung des Patientenwohls	46
1.3 Gesundheitskompetenz und kundige Lotsen zur bedarfsgerechten Navigation durch ein komplexes Gesundheitssystem	48
1.4 Literatur	51
<b>2 Herausforderung durch den demografischen Wandel</b>	<b>53</b>
2.1 Einleitung	53
2.2 Bevölkerungsvorausberechnung	57
2.3 Europäischer Vergleich	64
2.4 Literatur	67
<b>Teil I: Die sektorale ambulante und stationäre Versorgung – Strukturmerkmale und Potenziale</b>	
<b>3 Ambulante Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung</b>	<b>71</b>
3.1 Einleitung	71
<b>3.2 Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung</b>	<b>71</b>
3.2.1 Strukturen der Ärzte und Psychotherapeuten im niedergelassenen Bereich	71
3.2.2 Ärztliche Versorgung	73
3.2.3 Psychotherapeutische Versorgung	79
<b>3.3 Ersatzbedarf bis zum Jahr 2035 und seine Einflussfaktoren</b>	<b>81</b>
3.3.1 Effekte der derzeitigen Altersstruktur	81
3.3.2 Weitere Determinanten	86
<b>3.4 Die ambulante Bedarfsplanung</b>	<b>90</b>
3.4.1 Grundprinzipien der Bedarfsplanung	90
3.4.2 Aktuelle Versorgungsgrade	94
<b>3.5 Empfehlungen</b>	<b>98</b>
3.5.1 Morbiditäts- und Leistungsorientierung	99

3.5.2	Nachbesetzung von Arzt- und Psychotherapeutensitzen	100
<b>3.6</b>	<b>Literatur</b>	<b>102</b>
<b>4</b>	<b>Inanspruchnahme von Leistungen im ambulanten Sektor</b>	<b>105</b>
<b>4.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>105</b>
<b>4.2</b>	<b>Vertragsärztliche Versorgung im Kollektivvertrag</b>	<b>109</b>
4.2.1	Entwicklung der Arztkontakte und Behandlungsfälle	109
4.2.2	Entwicklung nach Arztgruppen	112
4.2.3	Anzahl behandelnder Ärzte	115
<b>4.3</b>	<b>Patientencharakteristika und Behandlungsanlässe</b>	<b>117</b>
4.3.1	Patientencharakteristika	117
4.3.2	Behandlungsanlässe	122
4.3.3	Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen PKV und GKV	126
<b>4.4</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>126</b>
<b>4.5</b>	<b>Literatur</b>	<b>128</b>
<b>5</b>	<b>Vergütung von ambulanten Leistungen</b>	<b>131</b>
<b>5.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>131</b>
<b>5.2</b>	<b>Struktur der vertragsärztlichen Vergütung</b>	<b>133</b>
5.2.1	Bestandteile der vertragsärztlichen Gesamtvergütung	133
5.2.2	Mengen- und Preiskomponente der vertragsärztlichen Gesamtvergütung	135
5.2.3	Die Rolle der Morbidität bei der Festsetzung der Mengenkompente	138
5.2.4	Die Bestimmung der Preiskomponente	142
<b>5.3</b>	<b>Zusammenfassung und Empfehlungen</b>	<b>143</b>
5.3.1	Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des bestehenden Systems	143
5.3.2	Chancen und Grenzen einer qualitätsorientierten Vergütung	145
5.3.3	Weitere Ansätze zur gezielten Anreizsetzung	149
<b>5.4</b>	<b>Literatur</b>	<b>150</b>
<b>6</b>	<b>Stationäre Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung</b>	<b>155</b>
<b>6.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>155</b>
<b>6.2</b>	<b>Entwicklung der stationären Angebotskapazitäten</b>	<b>156</b>
<b>6.3</b>	<b>Ambulantisierung in Krankenhäusern</b>	<b>157</b>
<b>6.4</b>	<b>Derzeitige Krankenhausplanung und Handlungsbedarf</b>	<b>163</b>
6.4.1	Bettenorientierung der derzeitigen Krankenhausplanung	164
6.4.2	Morbiditätsorientierte Planung	167
6.4.3	Planungstiefe und Planungskompetenzen	170
<b>6.5</b>	<b>Zusammenfassung der Empfehlungen</b>	<b>172</b>
<b>6.6</b>	<b>Literatur</b>	<b>173</b>
<b>7</b>	<b>Inanspruchnahme von Leistungen im stationären Sektor</b>	<b>175</b>
<b>7.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>175</b>

<b>7.2</b>	<b>Krankenhausstruktur</b>	<b>178</b>
7.2.1	Behandlungsformen und deren Gesamtentwicklung in Krankenhäusern	178
7.2.2	Krankenhausgröße	179
7.2.3	Art der Trägerschaft	183
7.2.4	Fachabteilungen	188
<b>7.3</b>	<b>Demografische und Morbiditätsstruktur der Patienten</b>	<b>190</b>
7.3.1	Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten	190
7.3.2	Behandlungsanlässe	191
7.3.3	Operationen und medizinische Prozeduren	196
<b>7.4</b>	<b>Qualität der in Anspruch genommenen Leistungen</b>	<b>199</b>
7.4.1	Übersicht über die Qualitätsberichterstattung in Deutschland	199
7.4.2	Externe Qualitätssicherung	201
7.4.3	Qualitätssicherung mit Routinedaten	205
7.4.4	Patientenzufriedenheit	210
<b>7.5</b>	<b>Einflussfaktoren in den bisherigen multivariaten Analysen auf die Inanspruchnahme</b>	<b>216</b>
<b>7.6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>218</b>
<b>7.7</b>	<b>Literatur</b>	<b>221</b>
<b>8</b>	<b>Krankenhausfinanzierung</b>	<b>227</b>
<b>8.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>227</b>
<b>8.2</b>	<b>Neuausrichtung der Investitionsfinanzierung</b>	<b>228</b>
8.2.1	Rückblick: Entwicklung der Investitionsfördersummen	228
8.2.2	Status quo: die duale Krankenhausfinanzierung	235
8.2.3	Krankenhausfinanzierung in der Monistik	238
8.2.4	Alternative Lösungsansätze in der Investitionsfinanzierung	241
<b>8.3</b>	<b>Reformbedarf bei der Betriebskostenfinanzierung</b>	<b>243</b>
8.3.1	Das deutsche DRG-System	243
8.3.2	Differenzierung nach Versorgungsstufen	247
8.3.3	Pauschale Vergütungselemente	248
8.3.4	Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung	250
8.3.5	Veränderungen der Relativgewichte	250
8.3.6	Streuung der Basisfallwerte	252
<b>8.4</b>	<b>Sonderfall: Finanzierung der Universitätsmedizin</b>	<b>254</b>
8.4.1	Sonderrolle der Universitätskliniken	254
8.4.2	Finanzielle Rahmenbedingungen	255
8.4.3	Jüngste Reformansätze	261
8.4.4	Finanzierung der Universitätsmedizin in anderen Ländern	263
<b>8.5</b>	<b>Zusammenfassung und Empfehlungen</b>	<b>265</b>
<b>8.6</b>	<b>Literatur</b>	<b>270</b>

<b>9</b>	<b>Planung der ambulanten und stationären Kapazitäten im europäischen Vergleich</b>	<b>275</b>
<b>9.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>275</b>
<b>9.2</b>	<b>Planung der ambulanten Angebotskapazitäten im europäischen Vergleich</b>	<b>276</b>
9.2.1	Status quo der geografischen Verteilung der ambulanten Angebotskapazitäten	276
9.2.2	Spektrum der Steuerung der ambulanten Angebotskapazitäten in Europa	278
9.2.3	Länderbeispiele für ambulante Kapazitätsplanung	284
<b>9.3</b>	<b>Planung der stationären Angebotskapazitäten (Krankenhausplanung) im europäischen Vergleich</b>	<b>289</b>
9.3.1	Status quo der stationären Angebotskapazitäten	289
9.3.2	Spektrum der Krankenhausplanung in Europa	290
9.3.3	Länderbeispiele für stationäre Kapazitätsplanung	297
<b>9.4</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>302</b>
<b>9.5</b>	<b>Literatur</b>	<b>305</b>
<b>10</b>	<b>Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen im internationalen Vergleich</b>	<b>313</b>
<b>10.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>313</b>
<b>10.2</b>	<b>Gesundheitsausgaben</b>	<b>316</b>
10.2.1	Preisniveauindizes	316
10.2.2	Gesundheitsausgaben pro Kopf	317
10.2.3	Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP und nach Sektor	319
10.2.4	Direktzahlungen privater Haushalte	320
<b>10.3</b>	<b>Leistungen des Gesundheitssystems</b>	<b>323</b>
10.3.1	Anzahl der Krankenhausbetten und Verteilung nach Trägerschaft	323
10.3.2	Krankenhausbehandlungen und durchschnittliche Verweildauer	324
10.3.3	Hüft- und Knieendoprothesenoperationen	327
10.3.4	Bildgebende Verfahren	328
<b>10.4</b>	<b>Zugang zur Gesundheitsversorgung</b>	<b>331</b>
10.4.1	Ärzte und Pflegende	331
10.4.2	Ärzte und Pflegende in Krankenhäusern	332
10.4.3	Arztkontakte pro Patient	333
10.4.4	Wartezeiten auf einen Arzttermin	336
10.4.5	Behandlungszeiten von Hausärzten	338
10.4.6	Inanspruchnahme der Notfallambulanzen	339
10.4.7	Zugang zu medizinischer Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten	340
10.4.8	Finanzielle Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung	341
<b>10.5</b>	<b>Qualität und Effektivität der Versorgung</b>	<b>342</b>
10.5.1	Lebenserwartung	342
10.5.2	Gesundheitsstatus im Zusammenhang mit dem Einkommen	343
10.5.3	Subjektives Gesundheitsempfinden	344

10.5.4 Krankenhausfälle mit ausgewählten ambulant-sensitiven Diagnosen	346
10.5.5 Mortalität 30 Tage nach der Krankenhauseinweisung	347
10.5.6 Mortalität bei den häufigsten Krebserkrankungen	349
10.5.7 Effizienz der Gesundheitsversorgung	354
<b>10.6 Zusammenfassung und Empfehlungen</b>	<b>357</b>
<b>10.7 Literatur</b>	<b>358</b>

## **Teil II: Zukunftsperspektiven – Eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung**

<b>11 Konkrete Ansätze sektorenübergreifender Versorgung</b>	<b>363</b>
<b>11.1 Einleitung</b>	<b>363</b>
<b>11.2 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung</b>	<b>365</b>
11.2.1 Rahmenbedingungen	365
11.2.2 Entwicklung und Stand der einbezogenen Krankheiten	368
11.2.3 Potenzial und Effekte der ASV	371
<b>11.3 Die besonderen Versorgungsformen</b>	<b>372</b>
11.3.1 Empfehlungen des Rates vor dem GKV-VSG	372
11.3.2 Anpassungen durch das GKV-VSG und derzeitiger Stand	374
<b>11.4 Medizinische Versorgungszentren</b>	<b>379</b>
11.4.1 Definition	379
11.4.2 Rechtliche Grundlagen	380
11.4.3 Entwicklung der Anzahl und Struktur der Medizinischen Versorgungszentren	383
11.4.4 Auswirkungen des GKV-VSG seit dem Jahr 2015	391
<b>11.5 Praxisnetze</b>	<b>395</b>
11.5.1 Definition	395
11.5.2 Rechtliche Grundlagen	397
11.5.3 Entwicklung der Anzahl und Struktur	408
11.5.4 Evaluation der Qualität und Effizienz	411
<b>11.6 Zusammenfassung und Empfehlungen</b>	<b>416</b>
<b>11.7 Literatur</b>	<b>420</b>
<b>12 Steuerung der Patientenwege</b>	<b>433</b>
<b>12.1 Einleitung</b>	<b>433</b>
<b>12.2 Steuerungsinstrument Gatekeeping</b>	<b>436</b>
12.2.1 Definition	436
12.2.2 Einsatz in Deutschland	436
12.2.3 Einsatz im internationalen Vergleich	440
<b>12.3 Steuerungsinstrument Selbstbeteiligung</b>	<b>445</b>
12.3.1 Definition	445
12.3.2 Einsatz in Deutschland	448

12.3.3 Einsatz im internationalen Vergleich	453
<b>12.4 Steuerungsinstrument Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen</b>	<b>455</b>
12.4.1 Definition	455
12.4.2 Einsatz in Deutschland	459
12.4.3 Einsatz im internationalen Vergleich	471
<b>12.5 Steuerungsinstrument Entlassungsmanagement als Beispiel für interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	<b>475</b>
12.5.1 Definition	475
12.5.2 Einsatz in Deutschland	477
12.5.3 Einsatz im internationalen Vergleich	484
<b>12.6 Rolle der Digitalisierung bei Steuerungsprozessen im Versorgungsablauf</b>	<b>485</b>
12.6.1 Informationsaustausch zwischen den Sektoren und Professionen	488
12.6.2 Telemonitoring	492
12.6.3 Auswirkungen der Digitalisierung auf Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen	495
<b>12.7 Empfehlungen</b>	<b>496</b>
12.7.1 Empfehlungen zum Gatekeeping	496
12.7.2 Empfehlungen zur Selbstbeteiligung	498
12.7.3 Empfehlungen zu Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen	499
12.7.4 Empfehlungen zum Entlassungsmanagement	500
12.7.5 Empfehlungen zur Digitalisierung	501
<b>12.8 Literatur</b>	<b>503</b>
<b>13 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung</b>	<b>521</b>
<b>13.1 Einleitung</b>	<b>521</b>
<b>13.2 Kernprinzipien für eine Reform der ambulanten und stationären Versorgungsplanung</b>	<b>523</b>
13.2.1 Planung auf regionaler Ebene und aus einer Hand	524
13.2.2 Finanzielle Verantwortung mit Planungskompetenz verknüpfen	525
13.2.3 Sektorenübergreifendes Vergütungssystem: gleiche Honorierung für gleiche Leistungen	525
13.2.4 Planung an Morbidität orientieren	527
13.2.5 Prospektive Ausrichtung der Planung und Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts	528
13.2.6 Sektorenübergreifende Leistungsorientierung	529
13.2.7 Interdisziplinäre Teams als Leistungserbringer berücksichtigen	530
13.2.8 Anwendung einer (noch zu entwickelnden) sektorenübergreifenden Qualitätssicherung	531
<b>13.3 Konzepte sektorenübergreifender Angebotskapazitätsplanung</b>	<b>533</b>
13.3.1 Modell einer konsequent morbiditäts- und leistungsorientierten sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung	533
13.3.2 Modell einer leistungsorientierten, sektorenübergreifend hybriden Angebotskapazitätsplanung	538
<b>13.4 Zusammenfassung und Empfehlungen</b>	<b>542</b>
<b>13.5 Literatur</b>	<b>544</b>

<b>14</b>	<b>Sektorenübergreifende Ausgestaltung der Notfallversorgung</b>	<b>547</b>
<b>14.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>547</b>
<b>14.2</b>	<b>Angebotsstruktur</b>	<b>550</b>
14.2.1	Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst	550
14.2.2	Notfallversorgung im Krankenhaus	555
14.2.3	Rettungsdienst	561
<b>14.3</b>	<b>Entwicklung der Inanspruchnahme</b>	<b>567</b>
14.3.1	Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst	571
14.3.2	Notfallversorgung im Krankenhaus	573
14.3.3	Rettungsdienst	579
<b>14.4</b>	<b>Empfehlungen</b>	<b>582</b>
14.4.1	Koordination der Notfallversorgung über eine Integrierte Leitstelle	582
14.4.2	Zusammenarbeit von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Krankenhausnotaufnahme in einem Integrierten Notfallzentrum	584
14.4.3	Förderung des Angebots in der ambulanten Versorgung	592
14.4.4	Weiterbildung des ärztlichen Personals im Bereich Notfallmedizin	593
14.4.5	Rettungsdienst	594
14.4.6	Digitale Vernetzung	596
14.4.7	Fazit	596
<b>14.5</b>	<b>Literatur</b>	<b>598</b>

### **Teil III: Bedarfsgerechte, koordinierte Versorgung in ausgewählten Indikationsbereichen**

<b>15</b>	<b>Bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen</b>	<b>613</b>
<b>15.1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>613</b>
15.1.1	Volkskrankheit Rückenschmerzen	613
15.1.2	Potenzielle Leistungserbringer und therapeutische Optionen	614
<b>15.2</b>	<b>Der Rückenschmerzpatient im ambulanten Sektor</b>	<b>616</b>
15.2.1	Konsultation eines Arztes	616
15.2.2	Bildgebende diagnostische Verfahren	621
15.2.3	Erklärungsansätze für das <i>Evidence-Practice Gap</i>	624
15.2.4	Medikamentöse Therapie	626
15.2.5	Nichtmedikamentöse Behandlungsansätze	628
15.2.6	Verordnung von Physiotherapie	633
15.2.7	Interventionelle Schmerztherapie – ambulant	639
15.2.8	Disease-Management-Programm und Verträge über eine besondere Versorgung	640
<b>15.3</b>	<b>Der Rückenschmerzpatient im stationären Sektor</b>	<b>643</b>
15.3.1	Krankenhausaufenthalte	643
15.3.2	Operationen am Rücken	655
15.3.3	Zweitmeinung vor Rückenoperationen	658

15.3.4 Interventionelle Schmerztherapie – stationär	662
15.3.5 Multimodale Schmerztherapie	664
<b>15.4 Empfehlungen</b>	<b>667</b>
15.4.1 Patienteninformation und -aufklärung	667
15.4.2 Sicherung einer leitliniengerechten Versorgung	667
15.4.3 Stärkung der evidenzbasierten Physiotherapie	668
15.4.4 Zweitmeinungsverfahren bei Wirbelsäulenoperationen	669
15.4.5 Häufigkeit und Angemessenheit von Wirbelsäulenoperationen	670
15.4.6 Notaufnahmen: stationäre Aufnahmen verhindern	670
<b>15.5 Literatur</b>	<b>671</b>
<b>16 Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen</b>	<b>683</b>
<b>16.1 Einleitung</b>	<b>683</b>
<b>16.2 Wandel der Versorgung von der Psychiatrie-Enquete bis heute</b>	<b>685</b>
<b>16.3 Status quo der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen</b>	<b>686</b>
16.3.1 Prävalenz und Bedeutung psychischer Erkrankungen	686
16.3.2 Ambulante und stationäre Planung	689
16.3.3 Entwicklung der Angebotskapazitäten	691
16.3.4 Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen	702
16.3.5 Zusammenfassung zum Status quo	706
<b>16.4 Neuere Ansätze zur sektorenübergreifenden und innovativen Versorgung</b>	<b>706</b>
16.4.1 Reform der Psychotherapie-Richtlinie	707
16.4.2 Stationsäquivalente Behandlung	709
16.4.3 Selektivverträge nach § 140a SGB V	710
16.4.4 Modellvorhaben nach § 64b SGB V	710
16.4.5 Innovationsfonds-Projekte	711
16.4.6 Zusammenfassung und Ausblick zu innovativen Versorgungsformen	715
<b>16.5 Reform der Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser: PEPP und PsychVVG</b>	<b>716</b>
16.5.1 Psych-PV	716
16.5.2 PEPP als pauschalierendes Entgeltsystem	717
16.5.3 Anreizwirkungen durch PEPP	719
16.5.4 Zusammenfassung und Ausblick zur Finanzierung	721
<b>16.6 SVR-Befragung zur Koordination in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen</b>	<b>722</b>
16.6.1 Beurteilung der aktuellen Angebotssituation – Unterversorgung im ambulanten Sektor?	724
16.6.2 Status quo und Zukunft der Koordination	727
16.6.3 Ambulant-sensitive Krankenhausfälle – Potenzial für Ambulantisierung?	729
16.6.4 Notfallversorgung – teilweise substituierbar?	730
16.6.5 Finanzierung und PsychVVG	732
16.6.6 Modellvorhaben nach § 64b SGB V und Selektivverträge nach § 140a SGB V	732



16.6.7 Anregungen der Befragungsteilnehmer zu den Rahmenbedingungen	736
16.6.8 Zusammenfassung und Einordnung der Befragungsergebnisse	737
<b>16.7 Empfehlungen</b>	<b>739</b>
16.7.1 Stärkere Verbindlichkeit der Koordinationsverantwortung, „Staffelmodell“	739
16.7.2 Bedarfsplanung: Ausweitung der ambulanten Kapazitäten?	740
16.7.3 Versorgung der Patientengruppen mit dem größten Bedarf	743
16.7.4 Stärkung der Attraktivität der psychiatrischen Leistungserbringung	744
16.7.5 Koordinierung freier Therapieplätze	744
16.7.6 Förderung intensiver und multimodaler Angebote im ambulanten Bereich	745
16.7.7 Prüfung eines maßvollen Aufbaus von geschützten Heimplätzen	748
16.7.8 Proaktiver Einbezug der Digitalisierung und der Telemedizin	749
16.7.9 Ein umfassender Politikansatz zur Prävention von psychischen Erkrankungen	751
<b>16.8 Literatur</b>	<b>752</b>

## Zusammenfassung

<b>17 Empfehlungen für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung</b>	<b>761</b>
<b>17.1 Executive Summary: Steuerung zum Patientenwohl</b>	<b>761</b>
17.1.1 Ambulante Angebotskapazitäten und Vergütung	762
17.1.2 Planung und Finanzierung von Krankenhäusern	763
17.1.3 Sektorenübergreifende Versorgung	764
17.1.4 Steuerung von Patientenwegen	765
17.1.5 Zukünftige Ausgestaltung der Notfallversorgung	767
17.1.6 Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen	768
17.1.7 Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen	769
17.1.8 Einladung zur Diskussion	770
<b>17.2 Zusammenstellung der Empfehlungen</b>	<b>771</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1:	Altersaufbau Deutschlands der Jahre 1990 und 2015 im Vergleich .....	54
Abbildung 2-2:	Altersausgabenprofile der Leistungsausgaben ohne Krankengeld pro Versichertentag der GKV für das Jahr 2016 .....	55
Abbildung 2-3:	Altersausgabenprofile der Leistungsausgaben je Versichertentag ohne Krankengeld in der GKV für das Jahr 2016 .....	56
Abbildung 2-4:	Altenquotient 65 der Jahre 2015 und 2035 .....	62
Abbildung 2-5:	Altenquotient 65 in Europa, sortiert nach dem Altenquotient 65 im Jahr 2035 .....	65
Abbildung 3-1:	Übersicht der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten zum 31. Dezember 2017 .....	73
Abbildung 3-2:	Entwicklung der Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte von 2008 bis 2017 .....	74
Abbildung 3-3:	Entwicklung der Anzahl der Haus- und Fachärzte in der vertragsärztlichen Versorgung von 2000 bis 2016 .....	77
Abbildung 3-4:	Entwicklung der Altersstruktur der Ärzte und psychologischen Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung von 2007 bis 2016 .....	81
Abbildung 3-5:	Kumulierter Bruttoersatzbedarf mit einem Austrittsalter aus der vertragsärztlichen Versorgung von 65 Jahren für die Jahre von 2016 bis 2035 .....	82
Abbildung 3-6:	Anteil der Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten nach Teilnahmeumfang von 2009 bis 2017 .....	86
Abbildung 3-7:	Entwicklung der Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung, gewichtet nach Teilnahmestatus, zwischen 2009 und 2017 .....	89
Abbildung 3-8:	Anteile der Planungsbereiche mit bestimmten Versorgungsgraden im Jahr 2017 .....	95
Abbildung 3-9:	Regional unterschiedliche Versorgungsgrade (in Prozent) bei den Hausärzten .....	96
Abbildung 3-10:	Regional unterschiedliche Versorgungsgrade (in Prozent) bei den Orthopäden .....	97
Abbildung 3-11:	Regional unterschiedliche Versorgungsgrade (in Prozent) bei den Fachinternisten .....	98
Abbildung 4-1:	Gesetzliche Normen ambulanter Leistungen im SGB V .....	106
Abbildung 4-2:	Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung im Jahr 2016 .....	107
Abbildung 4-3:	Entwicklung des ambulanten Operierens sowie von Leistungen nach § 140a SGB V durch Vertragsärzte von 2010 bis 2016 .....	108
Abbildung 4-4:	Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle sowie der Behandlungsfälle je Arzt von 2009 bis 2015 in der vertragsärztlichen Versorgung .....	110
Abbildung 4-5:	Entwicklung der Leistungsmenge* und der Anzahl der Behandlungsfälle von 2009 bis 2015 in der vertragsärztlichen Versorgung .....	111
Abbildung 4-6:	Anteil der Hausärzte und Fachärzte an allen Ärzten/Psychotherapeuten im Jahr 2015 .....	114
Abbildung 4-7:	Behandlungsfälle und Ärzte je 100 000 GKV-Versicherte nach KVen im Jahr 2015 .....	114
Abbildung 4-8:	Behandlungsfälle bei (ärztlichen/nichtärztlichen) Psychotherapeuten und (ärztliche/nichtärztliche) Psychotherapeuten je 100 000 GKV-Versicherte nach KVen im Jahr 2015 .....	115
Abbildung 4-9:	Anzahl abrechnender Praxen/Betriebsstätten je Versicherten von 2009 bis 2016 .....	116
Abbildung 4-10:	Anzahl der Arztkontakte nach Alter und Geschlecht im Jahr 2007 .....	118

Abbildung 4-11:	Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter im Jahr 2016.....	119
Abbildung 4-12:	Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2016 und 2010.....	119
Abbildung 4-13:	Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015, getrennt nach Hausarzt/Facharzt.....	120
Abbildung 5-1:	Entwicklung der Gesamtvergütung und Anteile der MGV, EGV und Bereinigung .....	134
Abbildung 5-2:	Unbereinigte Gesamtvergütung je Versicherten in Euro im Jahr 2015 nach KV-Bezirken.....	135
Abbildung 5-3:	Das Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses inkl. Komprimierung .....	139
Abbildung 5-4:	Schematische Darstellung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten .....	140
Abbildung 5-5:	Rechnerische bundesweite diagnosebezogene und demografische Veränderungsdaten von 2013 bis 2018 .....	141
Abbildung 5-6:	Einflussgrößen von gesundheitlichen Outcomes .....	147
Abbildung 6-1:	Entwicklung von Kennzahlen der Krankenhäuser im Zeitraum zwischen 2007 und 2016.....	156
Abbildung 6-2:	Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern nach Trägerschaft im Zeitraum zwischen 2007 und 2016 .....	157
Abbildung 6-3:	Ausgabenvolumina für ambulante Krankenhausleistungen nach gesetzlichen Normen (SGB V) von 2012 bis 2016 .....	159
Abbildung 6-4:	Entwicklung der ambulanten Operationen im Krankenhaus und im Vertragsarztbereich.....	160
Abbildung 6-5:	Entwicklung der stationären Fallzahlen differenziert nach Verweildauer von 2007 bis 2016 .....	161
Abbildung 6-6:	Prognosemodell der Akutsomatik im Kanton Zürich .....	170
Abbildung 7-1:	Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen .....	176
Abbildung 7-2:	Behandlungsformen in Krankenhäusern.....	179
Abbildung 7-3:	Anzahl der Krankenhäuser nach der Bettenzahl von 2007 bis 2016 .....	180
Abbildung 7-4:	Anzahl der vollstationären Fälle nach der Bettenzahl in den Jahren 2007 und 2016.....	180
Abbildung 7-5:	Regionale Verteilung der vollstationären Behandlungsfälle differenziert nach der Krankenhausgröße im Jahr 2016 .....	181
Abbildung 7-6:	Anteil der stationären Fälle und der ambulanten Operationen nach der Trägerschaft in den Jahren 2007 und 2016 .....	183
Abbildung 7-7:	Anteil der vollstationären Fälle nach der Trägerschaft im Jahr 2016 .....	184
Abbildung 7-8:	Marktanteil öffentlicher Krankenhäuser nach Zahl der vollstationären Behandlungsfälle im Jahr 2016.....	185
Abbildung 7-9:	Marktanteil freigemeinnütziger Krankenhäuser nach Zahl der vollstationären Behandlungsfälle im Jahr 2016.....	186
Abbildung 7-10:	Marktanteil privater Krankenhäuser nach Zahl der vollstationären Behandlungsfälle im Jahr 2016.....	187
Abbildung 7-11:	Standorte von Einrichtungen der vier größten privaten Klinikketten im Jahr 2016.....	188
Abbildung 7-12:	Fallzahl und mittlere Verweildauer nach Fachabteilungen in den Jahren 2007 und 2016.....	189

Abbildung 7-13:	Alters- und Geschlechtsstruktur der vollstationären Patienten in den Jahren 2007 und 2016 .....	191
Abbildung 7-14:	Krankenhausfälle nach Aufnahmeanlass .....	192
Abbildung 7-15:	Fallzahl nach Diagnosekapiteln im Jahr 2016 .....	193
Abbildung 7-16:	Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen (ICD-Dreisteller) vollstationär behandelter Frauen und Männer (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle), Fallzahl in Tausend in den Jahren 2007 und 2016 .....	195
Abbildung 7-17:	Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln im Jahr 2016 .....	197
Abbildung 7-18:	Die 10 häufigsten Operationen vollstationär behandelter Frauen in den Jahren 2007 und 2016 .....	198
Abbildung 7-19:	Die 10 häufigsten Operationen vollstationär behandelter Männer in den Jahren 2007 und 2016 .....	199
Abbildung 7-20:	Regionale Auswertung der Patientenzufriedenheit von 2012 bis 2017.....	212
Abbildung 8-1:	Grundstruktur der dualen Krankenhausfinanzierung .....	228
Abbildung 8-2:	Entwicklung der KHG-Fördermittel .....	230
Abbildung 8-3:	Entwicklung der KHG-Fördermittel pro Einwohner.....	231
Abbildung 8-4:	Investitionsquoten der Bundesländer im Jahr 2015.....	233
Abbildung 8-5:	Finanzierungsströme und Vertragsbeziehungen in der dualen Finanzierung.....	236
Abbildung 8-6:	Finanzierungsströme und Vertragsbeziehungen in der Monistik .....	241
Abbildung 8-7:	Entwicklung der Anzahl der vollstationären Fälle und Belegungstage in den Krankenhäusern im Zeitraum zwischen 1991 und 2016.....	244
Abbildung 8-8:	Erlösbestandteile für Krankenhäuser .....	246
Abbildung 8-9:	Streuung der Landesbasisfallwerte .....	253
Abbildung 8-10:	Entwicklung der Ausgaben für FuL an den Hochschulen, insgesamt und im Wissenschaftsgebiet Medizin und Gesundheitswissenschaften.....	256
Abbildung 8-11:	Verteilung der Drittmiteleinahmen der medizinischen Einrichtungen und Gesundheitswissenschaften der Universitäten nach Mittelgebern .....	258
Abbildung 9-1:	Übersicht über Steuerungsoptionen mit dem Ziel einer hinreichenden Anzahl und geografisch ausgeglichenen Verteilung von Gesundheitsfachkräften .....	280
Abbildung 9-2:	Übersicht über die Dimensionen der stationären Planung mit Beispielen für einzelne Planungsverfahren .....	291
Abbildung 10-1:	Preisniveauidizes* im Gesundheitswesen und im Krankenhaus im Jahr 2014 ....	317
Abbildung 10-2:	Gesundheitsausgaben pro Kopf in OECD-Ländern differenziert nach der Finanzierungsquelle im Jahr 2016.....	318
Abbildung 10-3:	Gesundheitsausgaben als Anteil des Bruttoinlandsproduktes in OECD-Ländern differenziert nach Sektor im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr).....	320
Abbildung 10-4:	Anteil von gesundheitsbezogenen Direktzahlungen privater Haushalte am durchschnittlichen Haushaltseinkommen in OECD-Ländern und deren Zusammensetzung im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr), ohne Ausgaben für Langzeitpflege.....	322
Abbildung 10-5:	Verteilung der Krankenhausbetten aller Krankenhäuser nach Trägerschaft in OECD-Ländern im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr) .....	324
Abbildung 10-6:	Behandlungen in Akutkrankenhäusern und durchschnittliche Verweildauer in OECD-Ländern im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr) .....	326
Abbildung 10-7:	Entwicklung der Fallzahlen in Akutkrankenhäusern in ausgewählten OECD-Ländern von 2006 bis 2015 (oder bis zum letztverfügbaren Jahr) .....	327

Abbildung 10-8:	Anzahl aller Hüft- und Knieendoprothesenoperationen pro 1 000 Einwohner über 65 Jahre in 23 OECD-Ländern im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr) .....	328
Abbildung 10-9:	Bildgebende Untersuchungen je 1 000 Einwohner in OECD-Ländern im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr).....	330
Abbildung 10-10:	Gesamtzahl* der Ärzte und Pflegenden pro 1 000 Einwohner (Kopfzahlen) im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr).....	332
Abbildung 10-11:	Anzahl der Ärzte und Pflegenden (Vollzeitäquivalent) im Krankenhaus pro 1 000 Belegungstage im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr) .....	333
Abbildung 10-12:	Subjektive Einschätzung von Patienten zu durchschnittlichen Arztkontakten in den letzten zwölf Monaten .....	335
Abbildung 10-13:	Anteil der Patienten, die in den letzten zwölf Monaten auf einen Arztbesuch aufgrund langer Wartezeiten verzichtet haben .....	336
Abbildung 10-14:	Subjektive Wahrnehmung der Wartezeiten.....	337
Abbildung 10-15:	Behandlungszeiten und Hausarztzufriedenheit mit der verfügbaren Zeit in ausgewählten OECD-Staaten.....	338
Abbildung 10-16:	Stationäre Notaufnahmen pro 1 000 Einwohner und Quotient aus stationären Notaufnahmen und gesamten Notaufnahmen in verschiedenen Ländern im Jahr 2014 (oder im letztverfügbaren Jahr).....	339
Abbildung 10-17:	Anteil der Patienten mit Angabe, die Notfallambulanzen aufgrund der Nichtverfügbarkeit einer Primärversorgung aufgesucht zu haben .....	340
Abbildung 10-18:	Anteil der Patienten mit der Angabe, dass der Zugang zur Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten ohne Aufsuchen der Notfallambulanzen schwierig sei.....	341
Abbildung 10-19:	Anteil an Patienten, die aus finanziellen Gründen eine ambulante Behandlung vermieden haben, im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr) .....	342
Abbildung 10-20:	Lebenserwartung von Frauen und Männern bei der Geburt im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr).....	343
Abbildung 10-21:	Anteil der Patienten mit mindestens zwei chronischen Erkrankungen* unterteilt nach Einkommensklassen** im Jahr 2016.....	344
Abbildung 10-22:	Anteil der Erwachsenen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, nach obersten und untersten Einkommensquintilen im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr).....	345
Abbildung 10-23:	Krankenhausfälle ausgewählter ambulant-sensitiver Diagnosen pro 100 000 Einwohner standardisiert nach Alter und Geschlecht* in 21 OECD-Ländern im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr).....	347
Abbildung 10-24:	30-Tage-Mortalität pro 100 Krankenhauseinweisungen standardisiert nach Alter (ab 45 Jahren und Geschlecht in 22 OECD Ländern im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr) .....	349
Abbildung 10-25:	Alters- und geschlechtsstandardisierte Mortalität bei den häufigsten Krebserkrankungen in 24 OECD-Ländern im Jahr 2014 (oder im letztverfügbaren Jahr).....	351
Abbildung 10-26:	5-Jahres-Überlebensrate bei den häufigsten Krebserkrankungen in 28 OECD-Ländern, Mittelwert der Jahre von 2010 bis 2014 .....	353
Abbildung 10-27:	Input-, Output- und Kontextfaktoren, die zur Analyse der Effizienz von Gesundheitssystemen verwendet werden .....	356
Abbildung 11-1:	Entwicklung der interdisziplinären Teams im Rahmen der ASV nach Quartalen ....	370
Abbildung 11-2:	Entwicklung der MVZs nach Trägerschaft von 2004 bis 2016 .....	384
Abbildung 11-3:	Regionale Verteilung der Trägerschaft der MVZs im Jahr 2016 und Anteil der Krankenhausträgerschaft in Prozent.....	385

Abbildung 11-4:	Entwicklung der MVZs nach Rechtsform von 2004 bis 2016 .....	386
Abbildung 11-5:	Entwicklung der MVZs nach Art der Berufsausübung in Prozent von 2004 bis 2016 .....	387
Abbildung 11-6:	Regionale Unterschiede in der Art der Berufsausübung in MVZs nach KV-Region im Jahr 2016 .....	387
Abbildung 11-7:	Anteil der in MVZs arbeitenden Ärzte an allen ambulant tätigen Ärzten nach Bundesländern in den Jahren 2010 und 2016.....	388
Abbildung 11-8:	Anteil der ambulant tätigen Ärzte in MVZs nach Arztgruppen im Jahr 2016.....	389
Abbildung 11-9:	Kooperationshäufigkeit von MVZs mit anderen Leistungserbringern in den Jahren 2008, 2011 und 2014.....	391
Abbildung 11-10:	Anzahl neu zugelassener MVZs nach Trägerschaft .....	392
Abbildung 11-11:	Neugründungen von MVZs in den Jahren 2015 und 2016 nach räumlicher Ansiedlung und Art der Berufsausübung .....	393
Abbildung 11-12:	Die Entwicklung von Praxisnetzen im Zeitverlauf und ausgewählte rechtliche Änderungen.....	398
Abbildung 11-13:	Strukturanforderungen für anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V sowie Versorgungsziele und deren Kriterien im Überblick.....	401
Abbildung 11-14:	Regionale Verteilung von Praxisnetzen .....	408
Abbildung 11-15:	Anerkannte besonders förderungswürdige Praxisnetze nach § 87b SGB V .....	409
Abbildung 11-16:	Beteiligung von Vertragsärzten an Praxisnetzen nach Praxisform, Praxisgröße, Alter und Beschäftigungsform in Prozent aller Befragten .....	411
Abbildung 12-1:	Anzahl der Teilnehmer an hausarztzentrierten Versorgungsmodellen nach § 73b SGB V ab dem Jahr 2009 und Verhältnis der Patientenzahlen gegenüberdem Jahr 2009 (Index) .....	438
Abbildung 12-2:	Formen der Selbstbeteiligung im Überblick .....	447
Abbildung 12-3:	Entwicklung der Zuzahlungen von gesetzlich Versicherten seit dem Jahr 2005 ....	450
Abbildung 12-4:	Anzahl GKV-Versicherte mit Zuzahlungsbefreiung (1 % bzw. 2 %).....	451
Abbildung 12-5:	Arten von Gesundheitsinformationen im Kontext der Versorgungskette .....	456
Abbildung 12-6:	Quellen der Information über Gesundheitsthemen.....	459
Abbildung 12-7:	An den Fallbesprechungen zum Entlassungsmanagement beteiligte Berufsgruppen.....	478
Abbildung 12-8:	Standardisiertes Entlassungsmanagement mit Institutionen für Patienten mit poststationärem Pflege- oder Versorgungsbedarf .....	479
Abbildung 12-9:	Potenziale der Digitalisierung .....	486
Abbildung 12-10:	Zielgruppen und Nutzer der einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte .....	490
Abbildung 13-1:	Status quo der ambulanten und stationären Kapazitätsplanung .....	523
Abbildung 13-2:	Konzept einer sektorenübergreifenden Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung (Morbiditätsanalyse, Leistungsplanung, Kapazitätsplanung, Überprüfung).....	536
Abbildung 13-3:	Konzept einer sektorenübergreifend hybriden Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung.....	541
Abbildung 14-1:	Aufbau der Notfallversorgung in Deutschland (Status quo).....	548
Abbildung 14-2:	Verteilung der allgemeinärztlich ausgerichteten Notdienstpraxen mit festem Standort.....	551
Abbildung 14-3:	Ambulante Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte .....	568

Abbildung 14-4:	Ambulante Notfälle bei Vertragsärzten und im Krankenhaus nach Alter und Behandlungsort im Jahr 2015 .....	569
Abbildung 14-5:	Anlaufstellen der Patienten außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten .....	570
Abbildung 14-6:	Ambulante Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte im ärztlichen Bereitschaftsdienst je Kassenärztlicher Vereinigung .....	571
Abbildung 14-7:	Ambulante Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst nach Alter .....	572
Abbildung 14-8:	Ambulante Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte in den Notaufnahmen je Kassenärztlicher Vereinigung .....	574
Abbildung 14-9:	Ambulante Notfälle in den Notaufnahmen nach Alter .....	575
Abbildung 14-10:	Entwicklung vollstationärer Fälle nach Aufnahmeanlass .....	577
Abbildung 14-11:	Entwicklung der Ausgaben der GKV für Rettungsfahrten .....	580
Abbildung 14-12:	Entwicklung der Leistungsfälle für Rettungsfahrten je 1 000 Versicherte .....	581
Abbildung 14-13:	Entwurf einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären Notfallversorgung .....	586
Abbildung 15-1:	Anteil der GKV-Versicherten, die in den Jahren 2009 bis 2015 aufgrund von Rückenschmerzen einen Arzt aufgesucht haben.....	616
Abbildung 15-2:	Anteil der AOK-Versicherten, die im Jahr 2010 aufgrund von Rückenschmerzen einen Arzt aufgesucht haben.....	617
Abbildung 15-3:	Anzahl ambulanter Behandlungsfälle bei Haus- und Fachärzten aufgrund von Rückenschmerzen je 1 000 Versicherte .....	618
Abbildung 15-4:	Entwicklung der Anzahl ambulanter Behandlungsfälle bei Haus- und Fachärzten aufgrund von Rückenschmerzen je 1 000 Versicherte.....	619
Abbildung 15-5:	Ärztliche Vorgehensweise bei Rückenschmerzpatienten nach Fachrichtung .....	620
Abbildung 15-6:	Anzahl bildgebender Maßnahmen bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz in Deutschland von 2006 bis 2010 .....	622
Abbildung 15-7:	Anteil der Rückenschmerzpatienten mit Bildgebung von 2006 bis 2010 .....	623
Abbildung 15-8:	Befragung von Patienten zu ihrer Meinung und ihrem Verhalten bei Rückenschmerzen .....	625
Abbildung 15-9:	Initiator des medizinischen Vorgehens bei Rückenschmerzpatienten laut Angabe der Patienten .....	626
Abbildung 15-10:	Mengenentwicklung der Opioidverordnungen bei Patienten mit lumbalem Rückenschmerz .....	628
Abbildung 15-11:	Anzahl abgerechneter GOPs 30791 in der GKV in den Jahren 2010 bis 2016 .....	633
Abbildung 15-12:	Physiotherapeutische Verordnungen bei den AOK-Versicherten im Jahr 2016 .....	634
Abbildung 15-13:	Anzahl abgerechneter GOPs 34504, 34503 und 30724 in der GKV in den Jahren 2010 bis 2016 .....	640
Abbildung 15-14:	Entwicklung der Anzahl der vollstationären Patientinnen und Patienten mit den Hauptdiagnosen M48, M51 und M54 in den Jahren 2000 bis 2016.....	646
Abbildung 15-15:	Krankenhausfälle wegen lumbaler Rückenleiden nach Hauptdiagnose 2006 bis 2014 (Fälle je 10 000 Versichertenjahre) .....	647
Abbildung 15-16:	Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Hauptdiagnose M54 je 100.000 Einwohner nach Kreisen .....	648
Abbildung 15-17:	Krankenhausinanspruchnahme aufgrund der Hauptdiagnose M54 je 100 000 Einwohner.....	649
Abbildung 15-18:	Anteil der Krankenhauspatienten mit den Hauptdiagnosen M48, M51 und M54, bei denen im Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt eine Bildgebung mittels Röntgen, CT und MRT durchgeführt wurde.....	651

Abbildung 15-19:	Anteil der Krankenhauspatienten mit den Hauptdiagnosen M48, M51 und M54, die im Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt Opioide oder Antidepressiva verordnet bekommen haben .....	651
Abbildung 15-20:	Behandlung während des Krankenhausaufenthaltes nach Hauptdiagnose .....	653
Abbildung 15-21:	Entwicklung der Anzahl der fünf häufigsten kodierten OPS-Prozeduren an der Wirbelsäule (OPS 5-83) von 2007 bis 2016 .....	656
Abbildung 15-22:	Anzahl der Prozeduren 5-831 (ohne 5-831.6 und 5-381.7), 5-836 und 5-839.6 nach Bundesländern und relative Veränderung zwischen 2007 und 2015 .....	657
Abbildung 15-23:	Untersuchungen und Behandlungen, bei denen die Möglichkeit einer Zweitmeinung von Patienten für wichtig erachtet wird.....	661
Abbildung 15-24:	Gründe für das Einholen einer Zweitmeinung .....	662
Abbildung 15-25:	Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Prozeduren mit den OPS 8-910, 8-914 und 8-917 im Krankenhaus von 2007 bis 2016 .....	663
Abbildung 15-26:	Durchschnittliche Verweildauer in Tagen nach Diagnose (M48, M51, M54) und durchgeführter Therapie im Krankenhaus .....	664
Abbildung 15-27:	Entwicklung der Anzahl der durchgeführten Prozeduren mit der OPS 8-918 und der OPS 8-91c im Krankenhaus von 2007 bis 2016.....	666
Abbildung 16-1:	Komplexes und fragmentiertes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen .....	684
Abbildung 16-2:	Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Diagnosegruppen von 2000 bis 2016.....	687
Abbildung 16-3:	Erwerbsminderungsrenten in Deutschland aufgrund verschiedener Krankheitsbereiche von 1995 bis 2015 .....	688
Abbildung 16-4:	Entwicklung der im psychischen Bereich tätigen Fachärzte nach Gebietsbezeichnungen.....	697
Abbildung 16-5:	Relativer Anteil ambulant, stationär und sonstig tätiger Ärzte in den Gebietsbezeichnungen „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ und „Nervenheilkunde“ in den Jahren 2002 und 2017 .....	698
Abbildung 16-6:	Ärzte und Psychologen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Bedarfsplanungsgruppen in den Jahren von 2002 bis 2017 (Zählung nach Köpfen).....	699
Abbildung 16-7:	Versorgungsgrade bei den Nervenärzten zum Stichtag 31. Dezember 2017 .....	700
Abbildung 16-8:	Versorgungsgrade bei den Psychotherapeuten zum Stichtag 31. Dezember 2017 .....	701
Abbildung 16-9:	Anzahl der Krankenhausbetten in der Erwachsenenpsychiatrie und Psychosomatik von 1995 bis 2016 .....	702
Abbildung 16-10:	Stationäre Fallzahlen in der Erwachsenenpsychiatrie (inkl. Sucht) und Psychosomatik (in dieser Statistik als „Psychotherapeutische Medizin“) in den Jahren von 2000 bis 2016 .....	703
Abbildung 16-11:	Mittlere Verweildauern in der stationären Erwachsenenpsychiatrie (inkl. Sucht) und Psychosomatik (in dieser Statistik als „Psychotherapeutische Medizin“) in den Jahren von 2000 bis 2016.....	704
Abbildung 16-12:	Verordnungen von Psychopharmaka von 2006 bis 2016 in DDDs .....	705
Abbildung 16-13:	Schema über typische Zugangswege und über die Antrags- und Genehmigungsabläufe in der ambulanten Psychotherapie .....	709
Abbildung 16-14:	Aufbau des PEPP-Klassifikationssystems.....	718
Abbildung 16-15:	Regionale Verteilung der Befragungsteilnehmer (aggregiert) und der Bevölkerung, als Anteile derjenigen in einem Bundesland an allen Befragungsteilnehmern bzw. an der Gesamtbevölkerung .....	723



Abbildung 16-16:	Beurteilung der Wartezeiten in der Region durch psychiatrische und psychosomatische Kliniken sowie Niedergelassene (aggregiert) .....	725
Abbildung 16-17:	Beurteilung der vorhandenen Angebotsstrukturen der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung aus Sicht der Befragungsteilnehmer (aggregiert) .....	726
Abbildung 16-18:	Status quo der Koordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag aus Sicht der Befragungsteilnehmer .....	728
Abbildung 16-19:	Berufsgruppen mit dem größten Anteil an der Koordinationsarbeit in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken .....	728
Abbildung 16-20:	Auswirkungen der Modellvorhaben nach § 64b SGB V aus Sicht der an Modellvorhaben beteiligten Befragungsteilnehmer (n = 14).....	734
Abbildung 16-21:	Auswirkungen der Selektivverträge nach § 140a ff. SGB V aus Sicht der Befragungsteilnehmer mit Selektivverträgen (n = 45).....	735
Abbildung 16-22:	Modell einer gestuften Versorgung mit Angeboten unterschiedlicher Intensität.....	748

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 2-1:	Übersicht über die Annahmen ausgewählter Varianten der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung .....	59
Tabelle 2-2:	Gegenüberstellung der AQs und HQs für die Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf verschiedenen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung .....	60
Tabelle 2-3:	Altenquotient 65 nach Bundesland für die Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf verschiedenen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung .....	61
Tabelle 2-4:	Altenquotient 65 nach Stadtstaaten, den Flächenländern West und Ost für die Jahre 2015, 2025 und 2035 im Vergleich verschiedener Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung .....	62
Tabelle 2-5:	Hochbetagtenquotient 85 nach Bundesland für die Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf verschiedenen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung .....	63
Tabelle 2-6:	Gegenüberstellung Altenquotient 65 und Hochbetagtenquotient 85 für die Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf verschiedenen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung .....	64
Tabelle 3-1:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nach Bundesland in den Jahren 2000 und 2016 .....	75
Tabelle 3-2:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ausgewählter Fachgruppen in den Jahren 2000 und 2016 .....	78
Tabelle 3-3:	Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeuten nach Bundesland von 2000 bis 2016 .....	80
Tabelle 3-4:	Kumulierter Bruttoersatzbedarf bis zum Jahr 2025 .....	84
Tabelle 3-5:	Kumulierter Bruttoersatzbedarf bis zum Jahr 2035 .....	85
Tabelle 3-6:	Vergleich der geleisteten Wochenarbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland im Jahr 2016 .....	87
Tabelle 3-7:	Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel .....	90
Tabelle 3-8:	Die Arztgruppen der Bedarfsplanung nach Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2013 .....	92
Tabelle 4-1:	Behandlungsfälle und Leistungsbedarf in Euro je 1 000 GKV-Versicherte in den zehn größten Abrechnungsgruppen im Jahr 2015 .....	113
Tabelle 4-2:	Anzahl kontaktierter Praxen nach Fachgruppen jeweils in Prozent aller Versicherten im Jahr 2016 .....	117
Tabelle 4-3:	Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche pro Patient im letzten Quartal nach verschiedenen soziodemografischen Faktoren in den Jahren 2000, 2005, 2011, 2013 und 2016 .....	121
Tabelle 4-4:	Anteil der Versicherten, bei denen ein ICD-Dreisteller mindestens einmal im Jahr 2015 gesichert kodiert wurde .....	123
Tabelle 4-5:	Die fünf häufigsten Behandlungsanlässe einzelner Abrechnungsgruppen im Jahr 2015 .....	125
Tabelle 6-1:	Betten in Krankenhäusern im Jahr 2016 .....	164
Tabelle 7-1:	Übersicht über die ausgewählten Verfahren zur Qualitätsberichterstattung in Deutschland .....	201
Tabelle 7-2:	Ausgewählte Qualitätsindikatoren im Jahr 2015 und deren Entwicklung seit 2009 .....	204
Tabelle 7-3:	Übersicht über die QSR-Indikatoren .....	206
Tabelle 7-4:	Multivariate Regressionsanalyse zum SMR-Index .....	209

Tabelle 7-5:	Mehrebenen-Regressionsanalyse zur Patientenzufriedenheit.....	214
Tabelle 8-1:	KHG-Fördermittel der Bundesländer im Jahr 2015.....	232
Tabelle 8-2:	Sonderregelungen zur Finanzierung der Universitätsmedizin .....	264
Tabelle 9-1:	Überwiegende Art der Beschäftigung von Haus- und Fachärzten in europäischen Ländern.....	278
Tabelle 9-2:	Leistungsgruppen im Bereich Bewegungsapparat in der Züricher Krankenhausplanung .....	301
Tabelle 10-1:	Übersicht über die Bevölkerungsstruktur und die Wirtschaftskraft in OECD-Ländern im Jahr 2015.....	315
Tabelle 11-1:	Beschlussfassung und Inkrafttreten der Regelungen zur ASV .....	369
Tabelle 11-2:	Häufigste Facharztkombinationen im Jahr 2015 innerhalb eines MVZ.....	389
Tabelle 11-3:	Anzahl fachgleicher MVZs im Jahr 2016 nach Fachgruppen.....	392
Tabelle 11-4:	Förderung von Praxisnetzen in den Kassenärztlichen Vereinigungen .....	404
Tabelle 12-1:	Angaben von Hausärzten zur ambulanten, primärärztlichen Versorgung in verschiedenen Ländern in Prozent, alphabetisch sortiert .....	434
Tabelle 12-2:	Vergleich von Gatekeeping-Modellen verschiedener Gesundheitssysteme .....	441
Tabelle 12-3:	Übersicht über die aktuellen Zuzahlungen in der GKV .....	449
Tabelle 12-4:	Selbstbeteiligungen im vergleichenden Überblick von vier Ländern .....	453
Tabelle 12-5:	Beispielhaft ausgewählte Anbieter von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen in Deutschland .....	465
Tabelle 12-6:	Stand der Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung in ausgewählten Ländern .....	472
Tabelle 12-7:	Qualitätspotenziale zur Steigerung des Patientennutzens im Rahmen des Entlassungsmanagements .....	480
Tabelle 12-8:	Organisationsaspekte medizinischer Behandlungen .....	489
Tabelle 14-1:	Die zehn häufigsten Behandlungsanlässe nach ICD-10-Kapiteln bei Vertragsärzten im Bereitschaftsdienst für das Jahr 2015.....	573
Tabelle 14-2:	Die zehn häufigsten Behandlungsanlässe für ambulante Notfälle nach ICD-10-Kapiteln im Krankenhaus für das Jahr 2015.....	576
Tabelle 15-1:	Die zehn häufigsten Diagnosen im ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. als Notfall kodierte Diagnosen in der regulären vertragsärztlichen Versorgung (zusammengefasst) im Jahr 2015.....	621
Tabelle 15-2:	Nichtmedikamentöse Therapieempfehlungen bei Rückenschmerzen nach der Nationalen VersorgungsLeitlinie .....	629
Tabelle 15-3:	Die zehn häufigsten Diagnosen in Notfallambulanzen im Jahr 2015.....	644
Tabelle 15-4:	Hauptdiagnosen M40 bis M54 der Krankenhauspatienten im Jahr 2016 sortiert nach Häufigkeit.....	645
Tabelle 15-5:	Erneuter rückenbezogener Krankenhausaufenthalt (M40-M54) in den 365 Tagen nach dem Indexaufenthalt.....	654
Tabelle 15-6:	Zweitmeinungsprogramme, die den Indikationsbereich Orthopädie umfassen.....	659
Tabelle 16-1:	Leistungsangebote („Funktionseinheiten“) in der psychiatrisch- psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung aus Sicht der Patienten .....	692
Tabelle 16-2:	Anzahl und Anteil der Ärzte verschiedener Fachgruppen, die psychotherapeutische Leistungen nach EBM-Kapitel 35 abrechnen. Stand 2011.....	693

Tabelle 16-3:	Zentrale Kennzahlen der Abrechnungsgruppen „Psychiatrie“ und „Psychotherapeuten“ im 4. Quartal 2015.....	695
Tabelle 16-4:	Übersicht über ambulante Leistungserbringer in der psychiatrisch- psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung nach Berufsgruppen mit ihren Qualifikationswegen und der Art ihrer Bedarfsplanung.....	696
Tabelle 16-5:	Grunddaten der an der Befragung teilgenommenen Kliniken und Praxen/MVZs (Mittelwerte und in Klammern Mediane) .....	723
Tabelle 16-6:	Von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie Niedergelassenen geschätzte Wartezeiten auf psychiatrisch- psychotherapeutische bzw. psychosomatische Angebote (aggregiert) .....	724
Tabelle 16-7:	Sicht von Niedergelassenen und Kliniken zur Quantität der vorhandenen psychiatrischen und psychosomatischen Angebote und zu einem möglichen perspektivischen Aufbau oder Abbau von Versorgungsangeboten .....	727
Tabelle 16-8:	Passende Versorgungsangebote für Patienten, die nicht in der Notaufnahme richtig sind, aus Sicht der Befragungsteilnehmer aus psychiatrischen Kliniken .....	731
Tabelle 16-9:	Ursachen für Fehlinanspruchnahmen der Notfallstrukturen psychiatrischer Kliniken aus Sicht der Befragungsteilnehmer aus psychiatrischen Kliniken .....	732

**Abkürzungsverzeichnis**

AdA	Agentur deutscher Arztnetze
ACO	<i>Accountable Care Organization</i>
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
a. F.	alte Fassung
afgis	Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem
AG	Aktiengesellschaft
AG	Arbeitsgruppe (Kapitel 16)
AIDS	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AkdÄ	Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
AKF	Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft
AKTIN	Verbesserung der Versorgungsforschung in der Akutmedizin in Deutschland durch den Aufbau eines Nationalen Notaufnahmeregisters
ÄL	ärztlicher Leistungsanteil
AMG	Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz)
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
ApoG	Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz)
App	<i>Application software</i>
APPEND	Appendektomie
AQ	Altenquotient
aQua	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASK	ambulant-sensitive Krankenhausfälle
ASV	ambulante spezialfachärztliche Versorgung
ASV-RL	Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
AU	Arbeitsunfähigkeit
AV	absolute Veränderung

AVBayRDG	Verordnung zur Ausführung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BAG Schweiz	Bundesamt für Gesundheit
BAO	Bundesärzteordnung
BAH	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller
BayRDG	Bayerisches Rettungsdienstgesetz
BÄK	Bundesärztekammer
BB	Brandenburg
BBSR	Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BDC	Berufsverband der Deutschen Chirurgen
BDO	BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
BE	Berlin
BerlinHECOR	<i>Berlin Centre for Health Economics Research</i>
BEW	Bewegungsapparat
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BfR	Bundesinstitut für Risikobewertung
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BiB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BIG direkt gesund	BundesInnungskrankenkasse Gesundheit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKG	Bundesamt für Kartographie und Geodäsie
BKK	Betriebskrankenkasse
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMI	Bundesministerium des Innern
BMJV	Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz
BMVZ	Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung
BMV-Ä	Bundemantelvertrag – Ärzte

BMWi	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
BPflV	Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung)
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BQS	Institut für Qualität & Patientensicherheit
BrAVo	Benchmarking regionale Arztnetz-Versorgung
BRH	Bundesrechnungshof
BSG	Bundessozialgericht
BT	Bundestag
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
BtM	Betäubungsmittel
BVA	Bundesversicherungsamt
BVÄG	Bundesverband der Ärztenossenschaften Deutschlands
BW	Baden-Württemberg
BY	Bayern
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
CC	<i>Condition Category</i>
CCG	<i>Clinical Commissioning Group</i>
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CEEBIT	<i>Continuous Evaluation of Evolving Behavioral Intervention Technologies</i>
CHE	Cholezystektomie
CHOP	Schweizerische Operationsklassifikation
CMI	Case Mix Index
CNGE	<i>Collège National des Enseignants Généralistes</i>
CONCORD-3	<i>Global surveillance of trends in cancer survival, 2000-2014</i>
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern
CT	Computertomografie
DAK	Deutsche Angestelltenkasse
DDD	<i>defined daily doses</i>

DDR	Deutsche Demokratische Republik
DE	Deutschland
DESI	<i>Digital Economy and Society Index</i>
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
Destatis	Statistisches Bundesamt
DEWI	Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGINA	Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGSS	Deutsche Schmerzgesellschaft
DGW	Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie
dggö	Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DMH	Dringliche Medizinische Hilfe
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
DIW	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
DIW Econ	Beratungsunternehmen des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
D(K)HD	Dringlicher (Kinderärztlicher) Hausbesuchsdienst
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DMP	Disease-Management-Programm
DNEbM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	<i>Diagnosis Related Group</i>
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>



DVSG	Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen
DWG	Deutsche Wirbelsäulengesellschaft
DxG	Diagnosegruppe
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EDV	elektronische Datenverarbeitung
eEPA	einrichtungsübergreifende elektronische Patientenakte
eG	eingetragene Genossenschaft
eGK	elektronische Gesundheitskarte
E-Health	<i>Electronic Health</i>
EGV	extrabudgetäre Gesamtvergütung
EHIS	<i>European Health Interview Survey</i>
EHTEP	Implantation einer Hüftgelenkendoprothese bei Coxarthrose
EKIV	Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
EPA	elektronische Patientenakte
EQS	externe Qualitätssicherung
EU	Europäische Union
Eurostat	Statistisches Amt der Europäischen Union
e. V.	eingetragener Verein
FALK	Freie Allianz der Länder-KVen
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FEISA	Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt
FPV	Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 (FPV 2017)
FRHOST	Implantation einer Hüftgelenkendoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur
FuL	Forschung und Lehre
G-AEP	<i>German appropriate evaluation protocol</i> = Grundlage für die Beurteilung der Notwendigkeit stationärer Behandlungen
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss

GBE-Bund	Gesundheitsberichterstattung des Bundes
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
GEDA	Gesundheit in Deutschland aktuell
GERAC-Studien	<i>German Acupuncture Trials, 2002–2007</i>
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GiT	gastrointestinale Tumoren
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GMG	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz)
GKV-GRG	Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz)
GKV-NOG	Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Neuordnungsgesetz)
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GKV-VÄndG	Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz)
GKV-VSG	Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)
GKV-VStG	Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz)
GKV-GStrukG	Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsstrukturgesetz)
GKV-OrgWG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV- Organisationsstruktur-Weiterentwicklungsgesetz)
GKV-WSG	Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GOP	Gebührenordnungsposition
GSSt	Großer Senat für Strafsachen
GWB	Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (Kartellgesetz)
HB	Freie Hansestadt Bremen

HCC	<i>Hierarchical Condition Category</i>
HE	Hessen
HH	Freie und Hansestadt Hamburg
HHI	Herfindahl-Hirschman-Index
HHVG	Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HKG	Hessische Krankenhausgesellschaft
HM	Heilmittel
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HQ	Hochbetagtenquotient
HVM	Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigungen
H <sub>z</sub> V	Hausarztzentrierte Versorgung
IBR	Investitionsbewertungsrelationen
ICD	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Version, <i>German Modification</i>
IFK	Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
IGES	Forschungs- und Beratungsinstitut für Infrastruktur- und Gesundheitsfragen
IKK	Innungskrankenkasse
ILS	Integrierte Leitstelle
InBA	Institut des Bewertungsausschusses
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
INKAR	Indikatoren zur Raum- und Stadtentwicklung
INTEGRAL	10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal in Aufbau- und Konsolidierungsphase
INZ	Integriertes Notfallzentrum
IPDAS	<i>International Patient Decision Aids Standards</i>
IQM	Initiative Qualitätsmedizin

IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IT	Informationstechnik
ITI	<i>Information Theory Index</i>
ISHMT	<i>International shortlist for hospital morbidity tabulation</i>
IV	Integrierte Versorgung
IVENA eHealth	Interdisziplinäre Versorgungsnachweis eHealth
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KFRG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausgesetz)
KHGG NRW	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
KHSG	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)
KHEntG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHRG	Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz)
KI	Konfidenzintervall
KK	Kaufkraft
KKP	Kaufkraftparität
KM 6	Statistik: gesetzlich Krankenversicherte
KMK	Kultusministerkonferenz
KN	Kennzahlennummer
KNIETEP	Implantation einer Kniegelenkendoprothese
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV/KVen	Kassenärztliche Vereinigung/Vereinigungen
LA	Leistungsausgabe
LAG	Landesarbeitsgemeinschaft
LB	Leistungsbedarf

LGZ	Lokales Gesundheitszentrum für Primär- und Langzeitversorgung
LKG	Landeskrankenhausgesellschaft
LQS	Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung
LSG	Landessozialgericht
MAMBO	Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, Bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Musterberufsordnung-Ärzte)
MdB	Mitglied des Bundestages
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MFA	medizinische Fachangestellte
MGV	morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MH	<i>Medical Home</i>
M-Health	<i>Mobile Health</i>
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
MIND	Minimaler Notfalldatensatz
MISSOC	Mutual Information System on Social Protection
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MP	Mecklenburg-Vorpommern
MRT	Magnetresonanztomografie
MQNK	Medizinisches Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MW	Mittelwert
NAMSE	Nationaler Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen
NaSSA	noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum
NAV-Virchow-Bund	Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands
NäPa	nichtärztliche Praxisassistenten
NHS	<i>National Health Service</i>
NI	Niedersachsen
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NNIS	<i>National Nosocomial Infections Surveillance</i>
NotSanG	Gesetz über den Beruf der Notfallsanitäterin und des Notfallsanitäters (Notfallsanitätergesetz)

NotSan-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter
NRW	Nordrhein-Westfalen
NSAR	nicht steroidale Antirheumatika
NUB	neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
NVI	nicht vertragskonforme Inanspruchnahme
NVL	Nationale VersorgungsLeitlinien
NW	Nordrhein-Westfalen
OECD	<i>Organisation for Economic Co-Operation and Development</i>
OP	Operation (auch Operationsaal)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PatRG	Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz)
PartGG	Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe (Partnerschaftsgesellschaftsgesetz)
PCI	perkutane Koronarintervention (therapeutischer Herzkatheter)
PCIoHI	perkutane Koronarintervention (therapeutischer Herzkatheter) bei Patienten ohne Herzinfarkt
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
PENS	perkutane elektrische Nervenstimulation
PEQ	<i>Patients' Experience Questionnaire</i>
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PEP-Praxis	patientennah erreichbare Portalpraxis
PH	pulmonale Hypertonie
PHQ-8	<i>Patient Health Questionnaire</i>
PiA	Psychotherapeut in Ausbildung
PiNo-Nord	Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken
PIA	psychiatrische Institutsambulanz
PKV	private Krankenversicherung
PlanQI	planungsrelevante Qualitätsindikatoren
PrimAIR	Konzept zur primären Luftrettung in strukturschwachen Gebieten

PSY	psychiatrische und psychosomatische Fälle
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
PsychVVG	Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen
Qesü-RL	Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QS	Qualitätssicherung
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
QuATRo	Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten
QUALICOPC	<i>Quality and Costs of Primary Care in Europe</i> (Studie)
QuE	Gesundheitsnetz Qualität & Effizienz eG
QiSA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QZV	qualitätsgebundenes Zusatzvolumen
RettG NRW	Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz-NRW)
Reha	medizinische Rehabilitation
RDG BW	Gesetz über den Rettungsdienst Baden-Württemberg (Rettungsdienstgesetz-BW)
RKI	Robert Koch-Institut
RLV	Regelleistungsvolumen
RP	Rheinland-Pfalz
RSA	Risikostrukturausgleich
RSG	Regionale Strukturpläne Gesundheit
RWI	Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung (vormals Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung)
RWTH Aachen	Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen
R-HCC	<i>Rest Hierarchical Condition Category</i>
SAPV	spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB II	Sozialgesetzbuch Zweites Buch Grundsicherung für Arbeitsuchende
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VI	Sozialgesetzbuch Sechstes Buch Gesetzliche Rentenversicherung

SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch Soziale Pflegeversicherung
SGB IX	Sozialgesetzbuch Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen
SGB XII	Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch Sozialhilfe
SH	Schleswig-Holstein
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
SL	Saarland
SMART	<i>Sequential Multiple Assignment Randomized Trial Method</i>
SMH	Schnelle Medizinische Hilfe
SMR	Standardisiertes Mortalitäts- bzw. Morbiditätsratio
SN	Sachsen
SOEP	sozioökonomisches Panel
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SSNRI	selektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI	selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
ST	Sachsen-Anhalt
StaBS	Standardbewertungssystem
STABW	Standardabweichung
STarT Back	<i>Subgroup Targeted Treatment</i>
StGB	Strafgesetzbuch
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SVR	Sachverständigenrat
Tbc	Tuberkulose
Telnet@NRW	Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung
TENS	transkutane elektrische Nervenstimulation
TH	Thüringen
TIGER	Transsektionales Interventionsprogramm zur Verbesserung der Geriatrischen Versorgung in Regensburg
TK	Techniker Krankenkasse



TL	technischer Leistungsanteil
TMF	Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung
UN	<i>United Nations</i>
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland
VBE	Vereinbarung zur Bestimmung von Besonderen Einrichtungen für das Jahr 2017 (VBE 2017)
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
vdek	Verband der Ersatzkassen
VÄndG	Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (Vertragsarztrechtsänderungsgesetz)
VO	Verordnung
VPT	Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe
VUD	Verband der Universitätsklinika Deutschlands
WCPT	World Confederation for Physical Therapy
WD	Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages
WHO	<i>World Health Organization</i>
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
Wiki	Autorensystem für Webseiten
WINEG	Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland
ZiPP	Zi-Praxis-Panel
4QD	4 Qualitätsdimensionen (Qualitätskliniken.de)



## **Einleitung**



---

# 1 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung?

---

## 1.1 Optimum an Gesundheit durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

1. Viele Menschen bezeichnen Gesundheit als „das höchste Gut“, und in der Tat sind wir auch in Deutschland bereit, erhebliche finanzielle Mittel für die gesundheitliche Versorgung aufzuwenden. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beliefen sich im Jahr 2017 auf knapp 231 Milliarden Euro (BMG 2018), insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben sogar rund 374 Milliarden Euro und damit etwa 11,5 % des Bruttoinlandsproduktes (Destatis 2018a, 2018b).

2. Auch wenn damit viel Geld für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht: Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden, und eventuell unnötig verausgabte Mittel, etwa für nicht indizierte Wirbelkörperoperationen oder Linksherzkatheter („Übersorgung“), fehlen möglicherweise dort, wo sie für eine gute medizinische Versorgung an anderer Stelle notwendig sind, z. B. bei der zum Teil unzureichenden pflegerischen oder palliativmedizinischen Betreuung schwerkranker Menschen („Unterversorgung“).<sup>1</sup> Es ist daher, vor allem im Rahmen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems, letztlich im Interesse aller Beteiligten, dass aus jedem im Gesundheitswesen eingesetzten Euro ein Optimum an Gesundheit bzw. an Patientenwohl resultiert.<sup>2</sup>

3. Genau dieser Grundgedanke liegt dem gesetzlichen Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zugrunde. Er soll laut § 142 SGB V „unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden

---

<sup>1</sup> Als weitere Kategorie unzureichender Mittelverwendung hat der Rat die „Fehlversorgung“ benannt (vgl. SVR 2001).

<sup>2</sup> Darüber hinaus können Ressourcen, deren Verwendung für das Patientenwohl nicht nötig ist, nutzenstiftend in anderen Lebensbereichen eingesetzt werden.

Überversorgungen und [...] Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ aufzeigen.

4. In seiner Stellungnahme zur Krankenhausversorgung hat der Deutsche Ethikrat „das Patientenwohl“ als ethisches Leitprinzip der Sorge um den kranken Menschen herausgearbeitet. Diese Sorge soll die Selbstbestimmung des Patienten achten und ermöglichen sowie eine hohe Behandlungsqualität und Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten (Deutscher Ethikrat 2016, Seite 37 ff.). Die Frage, wie das Wohl der Patienten am besten erreicht und nachhaltig finanziert werden kann, beschäftigt den Rat unter medizinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten. Sie zieht sich wie ein roter Faden durch die bisherigen Gutachten und wird wohl auch die zukünftigen prägen.

5. Manchen mag dieser Ansatz technokratisch erscheinen, doch steht er zu der gesundheitsbezogenen Sorge um den Einzelnen nicht im Gegensatz, sondern in einem notwendigerweise komplementären Verhältnis: Damit der einzelne Mensch und sein Wohl im Mittelpunkt des konkreten ärztlichen, pflegerischen und sonstigen gesundheitsbezogenen Bemühens stehen kann, muss in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem darauf geachtet werden, dass die vorhandenen Ressourcen (Personal, Strukturen und technische Möglichkeiten ebenso wie finanzielle Mittel) effektiv und effizient genutzt werden. Fehlentwicklungen ist daher gegenzusteuern.

6. Allein schon angesichts des fortschreitenden medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischen Wandels, der Ausweitung mancher Angebotsstrukturen sowie der Vielzahl der beteiligten Menschen und Interessen wird das Gesundheitssystem auch in Zukunft der ständigen kritischen Analyse sowie der Weiterentwicklung bzw. Adaptation durch Politik und Selbstverwaltung bedürfen.

## **1.2 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und zur Sicherung des Patientenwohls**

7. Das vorliegende Gutachten nimmt wesentliche „Stellschrauben“ jetziger und vor allem auch zukünftiger Entwicklungen in den Blick und folgt dem Grundgedanken einer bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, ein Optimum an Gesundheit zu erreichen.

8. Für den aktuellen Weiterentwicklungsbedarf der Gesundheitsversorgung sieht der Rat das Konzept der – mehr oder weniger aktiven – Steuerung der Inanspruchnahme und auch des Angebots als bedeutsam an. Steuerung lässt sich allgemein verstehen als „Hinführung zu einem bestimmten Ziel“. Im Falle des Gesundheitswesens könnte dieses Ziel allgemein mit dem oben erläuterten Begriff Patientenwohl bezeichnet werden.

9. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht können auf der Angebotsseite grundsätzlich drei verschiedene Koordinationsmechanismen, die alle bereits im deutschen Gesundheitswesen genutzt werden, eine mehr oder weniger zielorientierte Steuerungsfunktion übernehmen: Neben Markt- und Preismechanismen (Beispiel: Arzneimittel-Rabattverträge) können korporative Ko-

ordination (Beispiel: Selbstverwaltung durch Körperschaften des öffentlichen Rechts) oder öffentliche Planung bzw. budgetäre Willensbildung (Beispiel: Krankenhausplanung und -finanzierung) eine allokativen Funktion übernehmen und damit eine Steuerungswirkung zur Optimierung der Versorgungsstrukturen ausüben. Im Hinblick auf das jeweils für den und vom einzelnen Menschen angestrebte Patientenwohl könnten je nach Situation des oder der Betroffenen folgende fünf Wege der Zielerreichung unterschieden werden:

- Prävention und Gesundheitsförderung (Verhaltens- und Verhältnisprävention) als Erhaltung und Stärkung der Gesundheit<sup>3</sup>,
- Therapie (aufgrund vorhergehender Diagnose) im Sinne der Wiederherstellung der physischen und/oder psychischen Gesundheit<sup>4</sup>,
- Rehabilitation als Wieder- oder Neuaneignung von Fähigkeiten des Körpers oder der Psyche nach bzw. aufgrund einer Erkrankung,
- Pflege als professionelle Betreuung und Unterstützung eines Menschen in seiner Genesung sowie
- palliative Versorgung als professionelle Betreuung und Begleitung eines Menschen in seiner letzten Lebensphase.

**10.** Die vorstehenden Analysen lassen erkennen, dass es in unserem Gesundheitswesen weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt und insofern „Steuerungsdefizite“ bestehen. Solche Defizite müssen nicht notwendig durch *mehr*, sondern können auch durch *gezieltere* Steuerung ausgeglichen werden. Auch weil die Strukturen des Gesundheitssystems sehr komplex und schwer überschaubar sind, hält der Rat an der ein oder anderen Stelle eine entschlossener bedarfsorientierte Steuerung für notwendig: Zum einen müssen Ausbau und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zukünftig zum Teil effektiver und effizienter gesteuert werden. Dies gilt insbesondere für die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie für die noch immer viel zu hohe Mauer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Zum anderen müssen zum Teil auch die Patienten und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems besser „gesteuert“ werden. Auf dieser Steuerung von Patientenwegen im komplexen Versorgungssystem liegt ein besonderer Fokus des Gutachtens.

**11.** Der Rat ist sich bewusst, dass das Wort „Steuerung“, auf Menschen und menschliches Miteinander angewendet, missverständlich ist. Niemand möchte fremdbestimmt werden. Das Wort „Steuerung“ scheint auf den ersten Blick schlecht mit dem Verständnis von „Patientenwohl“ zusammenzupassen, wonach die primäre Sorge die sein muss, die Selbstbestimmung des

---

<sup>3</sup> Der vom Ethikrat gewählte Begriff „Patientenwohl“ ist hilfreich, um deutlich zu machen, dass nicht immer – z. B. beim unheilbar Kranken – Gesundheit das Ziel von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sein kann, aber immer das physische und psychische Wohl der betroffenen Menschen gemäß ihrer Selbstbestimmung angestrebt werden soll (nach der ehrgeizigen Definition der Weltgesundheitsorganisation ja sogar auch das soziale Wohlbefinden). Allerdings gerät der vom Ethikrat im ausschließlichen Blick auf den Bereich Krankenhausversorgung konzipierte Begriff an Grenzen, wenn Prävention in die Verantwortung von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung miteinbezogen wird: Gesundheitliche Aufklärung und Prävention haben ja gerade zum Ziel, das „Patientwerden“ von Menschen zu verhindern, indem sie sie zum Schutz ihres physischen und psychischen Wohlbefindens befähigen und ermutigen bzw. durch entsprechende Ausgestaltung der Lebensverhältnisse zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

<sup>4</sup> Insofern eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit nicht immer möglich ist, fallen hierunter auch alle Maßnahmen, die Gesundheit so weit wie möglich wiederherstellen, z. B. solche, die kausal nicht völlig beseitigbare Schmerzen minimieren und damit zur Steigerung der Lebensqualität beitragen.

Patienten zu achten und sie (im Falle ihrer krankheitsbedingten Einschränkung: wieder) zu ermöglichen. Unser Gesundheitssystem ist jedoch eine so „komplizierte Konstruktion“<sup>5</sup>, dass spezielles Orientierungswissen und (Selbst-)Steuerung unerlässlich sind, will man sich als selbstbestimmungsfähiger Mensch darin so bewegen, dass man zu seinem Ziel gelangt.<sup>6</sup>

**12.** Zur Wahrung der Selbstbestimmung zeichnen sich insofern zwei Möglichkeiten ab, die sich nicht ausschließen, sondern sich ergänzen: Zum einen macht man sich kundig über die Optionen, die es in diesem System gibt. Damit ist vor allem die sogenannte Gesundheitskompetenz (*health literacy*) angesprochen, deren Stärkung auch der Rat bereits wiederholt gefordert hat. Der aufgeklärte, mündige Patient, der sich selbst im Gesundheitssystem zurechtfindet, muss soweit wie möglich Ziel und Verpflichtung der Gesundheitspolitik bleiben.

**13.** Die andere – ergänzende – Möglichkeit ist, sich in bestimmten Situationen einem Lotsen anzuvertrauen. Das Bild des kundigen, verlässlichen Lotsen, den der Kapitän an Bord des eigenen Schiffes holt, um mit seiner Hilfe in schwierigem Fahrwasser sicher das Ziel zu erreichen, wurde schon öfter auf die Situation des Patienten im Gesundheitssystem angewendet. Verschiedentlich wurde auch dafür plädiert, dass entsprechend qualifizierte, primärversorgende Hausärzte diese Funktion im Rahmen eines gestuften Versorgungssystems übernehmen sollten.

### **1.3 Gesundheitskompetenz und kundige Lotsen zur bedarfsgerechten Navigation durch ein komplexes Gesundheitssystem**

**14.** Die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft) im Jahresgutachten 2017/2018 geforderte „bessere Navigation der Patienten durch das komplexe Gesundheitssystem“ (SVR Wirtschaft 2017, Seite 30) ist auch dem Rat ein wichtiges Anliegen. Exemplarisch und besonders dringlich gehört dazu die Zusicherung einer wartezeitminimierten, effektiven Behandlung in medizinischen Notfällen.<sup>7</sup> Man könnte dies als „schwachen Paternalismus“ bezeichnen, der noch immer die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten achtet, insofern er einen bestimmten Weg nicht verpflichtend vorschreibt, sondern über – in diesem Gutachten näher beschriebene – gezielte Anreize eine sinnvoll gestufte Versorgung fördert. Ein solcher schwacher Paternalismus im Gesundheitssystem ist in dem Maße gerechtfertigt, als er von den demokratisch dazu Befugten in vorgesehenen Verfahren beraten und beschlossen wurde, transparent, anfechtbar und korrigierbar bleibt, nicht zwingt, sondern nahelegt bzw. anreizt und ausschließlich zum Schutz des Patientenwohls, vor allem auch vor Über- und Fehlversorgung, erfolgt. Dieses ist, wie oben erörtert, nicht nur auf das

<sup>5</sup> Diese Feststellung trifft der Ethikrat mit Blick allein auf die Krankenhausversorgung und folgert, dass „deren umfassendes Verständnis ein intensives Spezialwissen erfordert“. Angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems insgesamt hält der Rat beide im Folgenden skizzierten Orientierungsoptionen für geeignet und angezeigt, um dem Primat der Selbstbestimmung gerecht zu werden.

<sup>6</sup> Die Forderung nach speziellem Orientierungswissen und verantwortlicher (Selbst-)Steuerung lässt sich mutatis mutandis auch auf die Institutionen der Selbstverwaltung und ihre Rolle im Ausbau und in der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen übertragen.

<sup>7</sup> Hierzu fordert auch das Jahresgutachten 2017/2018 des SVR Wirtschaft, durch eine „effektivere Steuerung der Patienten [...] zu verhindern, dass Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser ohne akuten Notfall aufsuchen, diese von der Versorgung von schwerwiegenden akuten Notfällen abhalten und so teure Krankenhauskapazitäten binden.“



Individuum bezogen zu denken, sondern auch bezogen auf die Solidargemeinschaft aller Beitragszahler und potenziellen zukünftigen Patientinnen und Patienten, die erwarten dürfen, dass Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit nachhaltig gewährleistet sind, wenn sie ihrerseits Bedarf an Gesundheitsversorgung haben.

**15.** Dass das Gesundheitssystem dem Bedarf des einzelnen Patienten (an hochwertiger Gesundheitsversorgung gemäß seiner Selbstbestimmung) wie dem Bedarf aller Versicherten an dauerhafter Verfügbarkeit solcher Gesundheitsversorgung gerecht werden muss, führt zu dem normativen Konzept der Bedarfsgerechtigkeit<sup>8</sup>. Diesem Konzept zufolge soll jeder und jede Krankenversicherte in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten, die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht, d. h., die er oder sie nach möglichst objektiven Kriterien benötigt. Obgleich dieser objektive Bedarf in zeitlicher Hinsicht einem Wandel unterliegt und darüber hinaus in Grenzen ein nicht messbares Konstrukt bleibt, lässt sich die auf ihm aufbauende bedarfsgerechte Versorgung mithilfe positiver und negativer Kriterien zumindest tendenziell charakterisieren. Dabei bleibt zu unterscheiden zwischen dem medizinisch objektiven Bedarf, den eine durch hochwertige Studien evidenzbasierte oder zumindest empirisch begründete Mehrheitsmeinung einschlägiger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler definiert, und dem Angebot von aus Mitteln der Solidargemeinschaft zu finanzierenden Leistungen, das eine dazu befugte Instanz (in Deutschland etwa der Gemeinsame Bundesausschuss) als „bedarfsgerecht“ festlegt.

**16.** Eine bedarfsgerechte Versorgung sollte sich primär am Schweregrad der Krankheit oder an der Behinderung des Patienten und der konkreten Lebenssituation orientieren und nicht von seinem Vermögen, Einkommen, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und Beruf oder seiner sozialen Schicht oder Herkunft abhängen. Zudem erfordern die Kriterien der Effektivität und Effizienz im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung die Bereitstellung solcher Gesundheitsleistungen, die als notwendige Bedingung eine hinreichende Evidenz aus patientenorientierten Studien und eine wirtschaftlich vertretbare Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen.

**17.** Der objektive Bedarf, wie im Vorherigen erläutert, ist zu unterscheiden von dem subjektiven und dem latenten Bedarf sowie von der Selbstbestimmung des Patienten.

**18.** Der subjektive Bedarf entspricht dem Bedürfnis eines Patienten, d. h. seinen individuellen Präferenzen. Dabei können zwei Individuen trotz gleichen Alters und Geschlechts und identischer Morbiditätsmerkmale und -schwere sowie anderer exogener Einflussfaktoren, z. B. aufgrund divergierender Sicherheitsbedürfnisse, einen unterschiedlichen subjektiven Bedarf aufweisen. Dieser äußert sich dann in einer voneinander verschiedenen Nachfrage nach Gesundheitsversorgung, d. h. etwa hinsichtlich Präventionsleistungen, Kontrolluntersuchungen und Arztbesuchen. Sofern diese Abweichungen in einem gewissen Toleranzbereich bleiben, wird es vertretbar sein, dem subjektiv bedürftigeren Patienten diejenigen Leistungen zukommen zu lassen, die ihm zu seinem Wohlbefinden verhelfen können. Im Falle knapper Ressourcen wird allerdings die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit das entscheidende Kriterium sein müssen und ggf. ein Aufklärungsgespräch darüber nötig sein, warum eine subjektiv gewünschte Maßnahme nicht (mehr) erbracht werden kann. (Augurzky et al. 2012; Berger et al. 2013)

---

<sup>8</sup> Der Rat knüpft im Folgenden an die einschlägigen Ausführungen in seinem Gutachten 2014 an (SVR 2014, Textziffer 1 ff.). Zur aktuellen Diskussion um das „Konstrukt“ Bedarfsgerechtigkeit vgl. insbesondere Herr et al. (2018) und Robra/Spura (2018).

**19.** Von einem latenten Bedarf wäre zu sprechen, wenn eine Leistung medizinisch objektivierbar zwar sinnvoll und notwendig wäre, aber a) der Patient darüber nicht informiert ist oder seinen Zustand falsch einschätzt oder b) eine solidarische Finanzierung dieser Leistung nicht vorgesehen ist oder c) die Nutzung der entsprechenden Gesundheitsleistung aus anderen Gründen, beispielsweise wegen mangelnder Angebotskapazitäten, nicht erfolgt. Im Fall a) ist ein Aufklärungsgespräch angezeigt. Falls dieses Gespräch dazu führt, dass die objektiv angezeigte Behandlung abgelehnt wird, wäre der Patientenwille grundsätzlich zu respektieren. Im Fall b) wäre, so der Patient den bislang latenten Bedarf erfüllt sehen möchte, eventuell nach Ausnahmeregelungen zu suchen, die eine solidarische Finanzierung ermöglichen. Im Fall c) wäre dafür Sorge zu tragen, dass ausreichende Angebotskapazitäten in zumutbarer örtlicher Nähe zum Patienten verfügbar sind.

**20.** Unter dem Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit stellt sich im Rahmen der solidarisch finanzierten GKV auch die Frage nach dem Umfang des Leistungskataloges und der mit ihm einhergehenden effizienten und effektiven Leistungserbringung. Unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten bilden derzeit weniger das – aus internationaler Perspektive umfangreiche – Spektrum des Leistungskataloges der GKV als vielmehr der nichtindikations- und situationsbezogene Einsatz der jeweiligen Leistungen und ihre zu intensive Nutzung das zentrale medizinische und ökonomische Problem. Dies gilt insbesondere unmittelbar für die Behandlungen innerhalb der Leistungssektoren und an deren Schnittstellen, aber auch mittelbar für die jeweiligen Angebotskapazitäten, die eine medizinisch wie ökonomisch problematische angebotsinduzierte Nachfrage erzeugen können.

**21.** Das vorliegende Gutachten behandelt das Kriterium Bedarfsgerechtigkeit primär im Zusammenhang mit dem Konzept der Steuerung, dessen Anwendung auf der Nachfrage-, aber auch auf der Angebotsseite erörtert wird. In Teil I werden Strukturmerkmale und Potenziale im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland sowie auch international untersucht. Dabei werden Angebotskapazitäten und Planungsinstrumente, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die jeweilige Vergütung bzw. Finanzierung dargestellt. In Teil II werden Zukunftsperspektiven einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt, wobei konkrete Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung, zur Steuerung von Patientenwegen, zur Angebotsplanung sowie exemplarisch zur zukünftigen Ausgestaltung der Notfallversorgung im Mittelpunkt stehen. In Teil III wird eine bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen sowie von Patienten mit psychischen Erkrankungen behandelt.

**22.** Wir hoffen, mit den nachstehenden Ausführungen einen Beitrag zur Gewährleistung des Patientenwohls auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu leisten, und freuen uns auf eine lebhafte Diskussion unserer Analysen und Empfehlungen mit Gesundheitspolitik, Selbstverwaltung, Forschung und Öffentlichkeit.

## 1.4 Literatur

- Augurzky, B., Felder, S., Gülker, R., Mennicken, R., Meyer, S., Wasem, J. et al. (2012):  
Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht:  
Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. RWI - Leibniz-Institut für  
Wirtschaftsforschung, Essen.
- Berger, B., Gerlach, A., Groth, S., Sladek, U., Ebner, K., Mühlhauser, I. und Steckelberg, A. (2013):  
Competence training in evidence-based medicine for patients, patient counsellors,  
consumer representatives and health care professionals in Austria. A feasibility study. *Z  
Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 107(1): 44–52.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018): Vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV.  
KV 45.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018a): Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern.  
URL:  
[www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html) (abgerufen am 25.05.2018).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018b): Inlandsproduktsberechnung: Wichtige  
gesamtwirtschaftliche Größen. URL:  
[www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/Gesamtwirtschaft.html](http://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/Gesamtwirtschaft.html) (abgerufen am 25.05.2018).
- Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus.  
Stellungnahme.
- Herr, D., Hohmann, A., Varabyova, Y. und Schreyögg, J. (2018): Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit  
in der stationären Versorgung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J.  
(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit.  
Schattauer, Stuttgart: 23–38.
- Robra, B.-P. und Spura, A. (2018): Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen - ein Konstrukt. In:  
Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018.  
Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Schattauer, Stuttgart: 3–22.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001):  
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung.  
Gutachten 2000/2001. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014):  
Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte  
Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen  
Entwicklung) (2017): Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten  
2017/18.



---

## 2 Herausforderung durch den demografischen Wandel

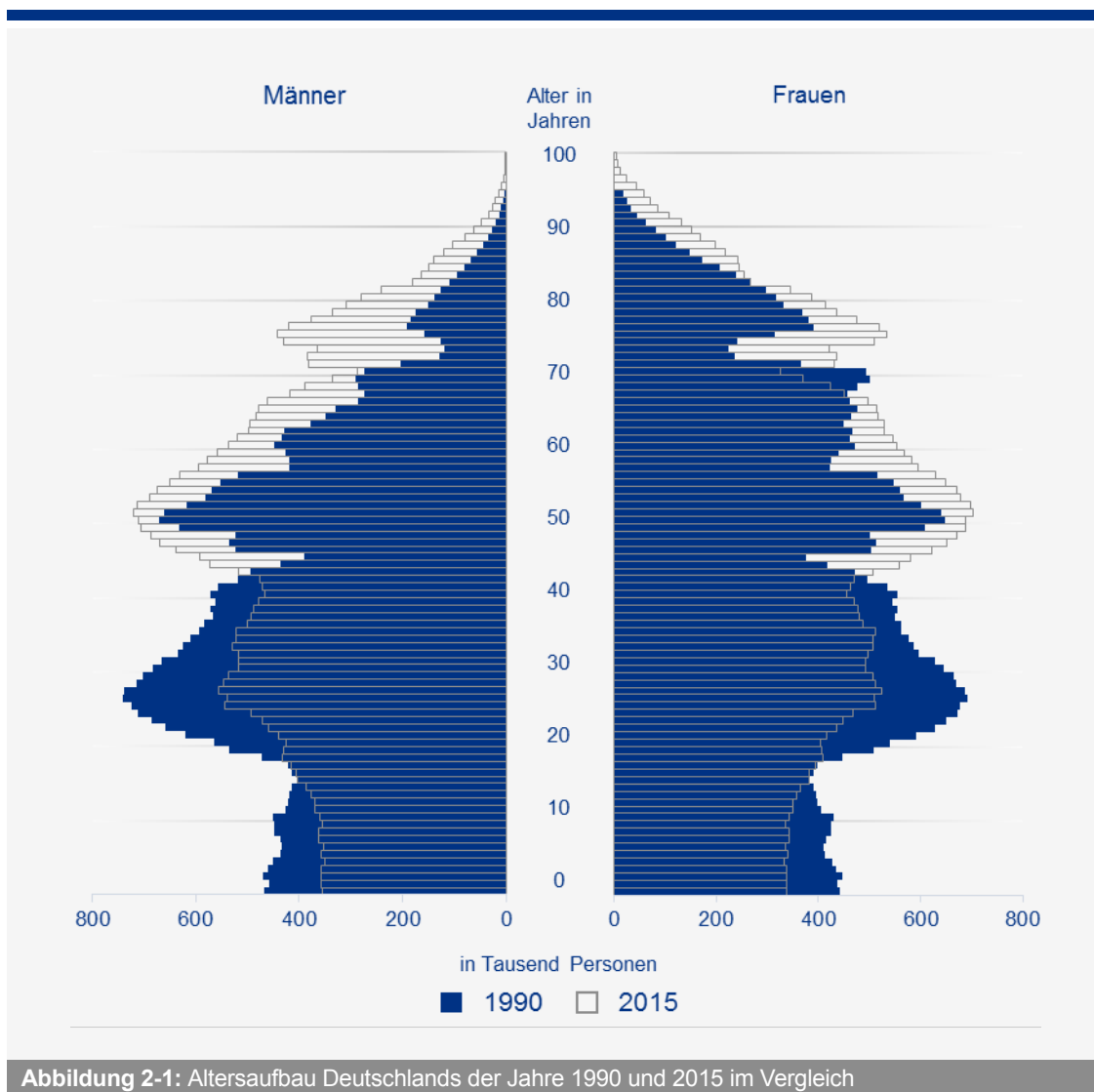
---

### 2.1 Einleitung

**23.** Die durch den demografischen Wandel bedingten Veränderungen und Herausforderungen einer alternden Gesellschaft sind seit Langem Teil der öffentlichen und politischen Debatte. Eine alternde Bevölkerung stellt durch ihre Auswirkungen auf die Nachfrage- und Angebotsstruktur zusätzliche Anforderungen an eine bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Sowohl hinsichtlich der spezifischen Inanspruchnahme der verschiedenen Sektoren als auch hinsichtlich der Inanspruchnahme innerhalb eines Sektors existieren altersspezifische Unterschiede (siehe Kapitel 4 zur ambulanten Inanspruchnahme und Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme), gleichzeitig verändert sich auch das Angebot (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und zur Bedarfsplanung).

Die Aussicht auf zukünftige Herausforderungen sollte jedoch nicht den Blick darauf verstellen, dass der demografische Wandel in Deutschland bereits in vollem Gange ist. Schon seit den 1970er-Jahren kann die Anzahl der geborenen Kinder die Elterngeneration nicht mehr ersetzen. Mehr Menschen sterben, als Kinder geboren werden. Um die Veränderung der Bevölkerungsstruktur und die zukünftige Entwicklung zu verdeutlichen, bietet sich die Darstellung der Altersverteilung in einer Bevölkerungspyramide wie in Abbildung 2-1 an.

Die Abbildung stellt den Bevölkerungsaufbau nach Geschlecht und Alter in den Jahren 1990 und 2015 dar. Deutlich wird, dass die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er zunehmend ein höheres Erwerbslebensalter erreicht haben und dass sie zahlenmäßig nicht durch die nachfolgenden Generationen der jüngeren Erwerbstätigen ersetzt werden konnten. Infolgedessen hat sich das Medianalter, d. h. das Alter, das die Bevölkerung in eine jüngere und eine ältere Hälfte teilt, im Zeitraum von 1990 bis 2015 von 37 auf 46 Jahre erhöht. Darüber hinaus deutet sich bereits eine deutliche Abnahme der Bevölkerungszahl bis zum Jahr 2060 an. Diese Entwicklung wird aller Voraussicht nach nicht reversibel sein, denn weder eine unter jetzigen Bedingungen erwartbare höhere Zuwanderung noch eine Erhöhung der Geburtenrate können die Disparitäten zwischen den Generationen, die sich aus dem aktuellen Bevölkerungsaufbau ergeben, ausgleichen (Destatis 2015).



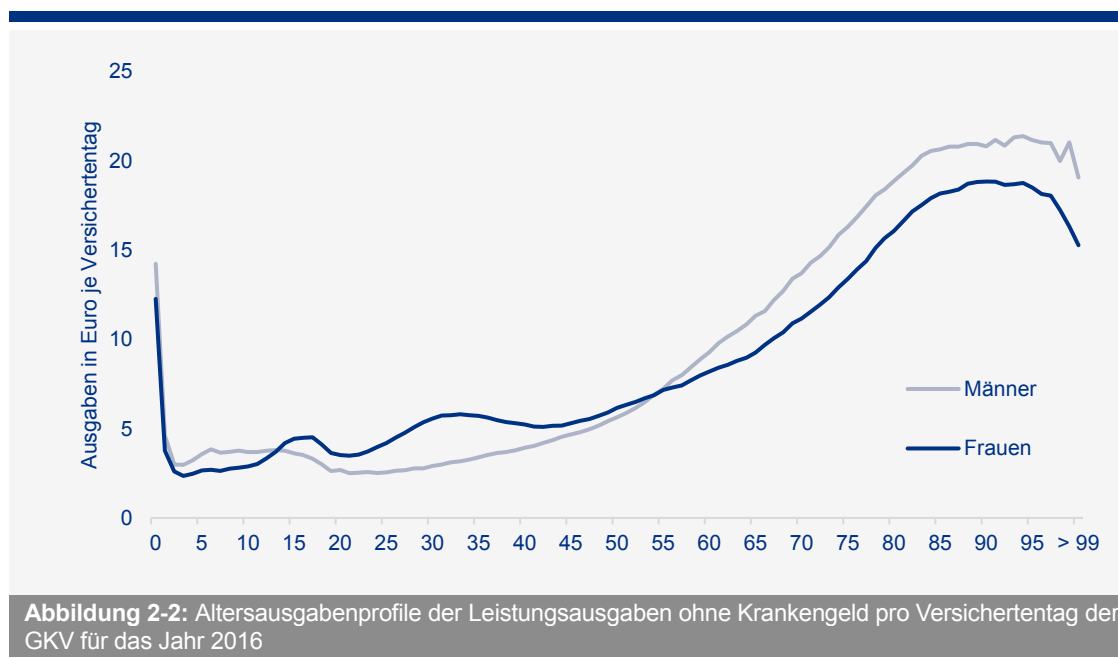
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2015).

**24.** Der demografische Alterungsprozess der Bevölkerung wird erheblichen Einfluss auf die Sicherstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung in Deutschland haben.<sup>9</sup> So stellt die Demografie nicht nur eine wesentliche Determinante der Nachfrage nach medizinischer Behandlung und der dazugehörigen Gesundheitsausgaben, sondern auch des Angebots an Arbeitskräften im Gesundheitswesen dar (SVR 2009; Wille/Ulrich 1991). Eine wachsende Zahl alter Menschen kann u. a. bedeuten, dass medizinische Leistungen verstärkt in Anspruch genommen werden (RKI 2015). Ob bzw. in welchem Umfang die Alterung der Gesellschaft Auswirkungen auf die Gesundheitsausgaben hat, ist jedoch Gegenstand intensiver Diskussionen (Medikalisierungs- (Gruenberg 1977) versus Kompressionsthese (Fries et al. 1984), siehe auch Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme).

**25.** Abbildung 2-2 visualisiert den Zusammenhang zwischen Alter und Leistungsausgaben der GKV auf der Basis von Daten zum Risikostrukturausgleich des Bundesversicherungsamtes

<sup>9</sup> Für die Auswirkungen auf die anderen sozialen Sicherungssysteme siehe z. B. Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016).

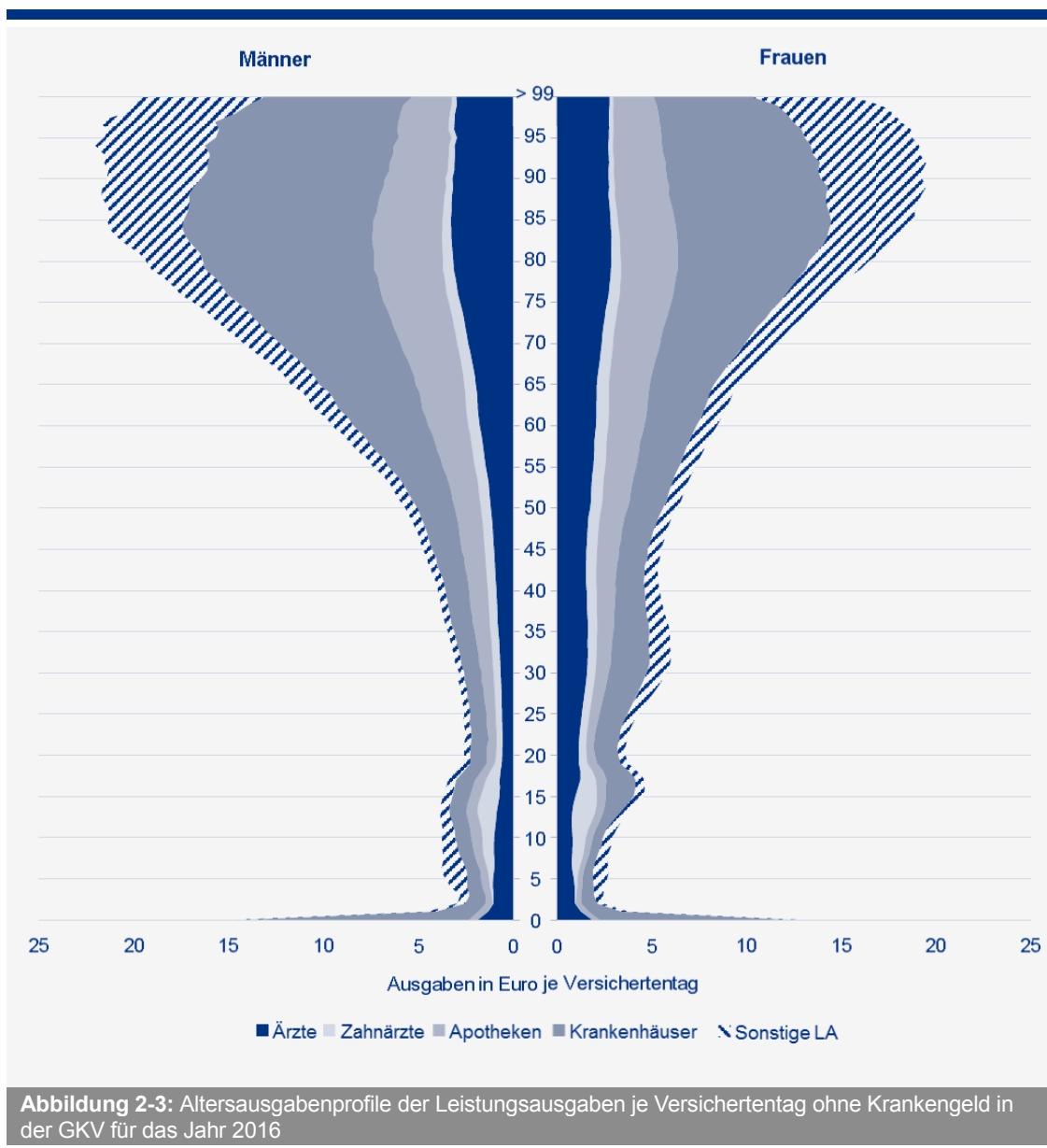
(BVA). Diese Daten zeigen, dass mit zunehmendem Alter der Versicherten die Kosten ihrer medizinischen Versorgung stark ansteigen. So gaben die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2016 für eine 25-jährige Frau 4,29 Euro pro Versichertentag aus (2,61 Euro für einen 25-jährigen Mann). Für eine 60-Jährige wurden bereits 8,39 Euro (9,53 Euro bei Männern) und für eine Frau von 85 Jahren 18,89 Euro pro Tag (21,38 Euro bei Männern) von der GKV finanziert. Auffällig ist, dass ca. ab dem 85. Lebensjahr die Leistungsausgaben der GKV pro Versichertem nur noch gering steigen und ca. ab dem 95. Lebensjahr sinken. Möglicherweise wird sich dieser Knick aufgrund der steigenden Lebenserwartung in der Zukunft in ein höheres Lebensalter verschieben.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BVA (2018).

**26.** Ein ähnlicher Verlauf lässt sich auch bei den Ausgaben für Krankenhausleistungen und Arzneimittel feststellen. Bei den Arzneimitteln setzt jedoch das Absinken der Ausgaben bereits ab ca. dem 85. Lebensjahr ein. Im Gegensatz dazu steigen die Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung pro Versichertentag, wie in Abbildung 2-3 dargestellt, schwächer und nur etwa bis zum 80. Lebensjahr an. Sie verbleiben danach auf diesem Niveau, d. h., die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung sinkt bis ins hohe Alter nicht.

**27.** Diese unterschiedlichen Entwicklungspfade führen dazu, dass sich die Kostenanteile der verschiedenen Versorgungsbereiche im Alter verschieben. Entfallen bei 20-jährigen Männern und Frauen noch ca. 20 % bzw. ca. 30 % der Ausgaben auf die vertragsärztliche Versorgung, während die Krankenhäuser für ein Drittel der Ausgaben stehen, hat mit dem Renteneintritt der Anteil der vertragsärztlichen Versorgung an den Gesamtausgaben auf ca. ein Fünftel abgenommen. In den höheren Lebensjahren nimmt die relative Bedeutung der vertragsärztlichen Versorgung weiter ab, da insbesondere ab ca. dem 80. Lebensjahr die Ausgaben für Pflege zunehmend ansteigen, während sich der relative Anteil der Ausgaben für Krankenhäuser zunächst auf hohem Niveau stabilisiert und anschließend leicht zurückgeht.



Sonstige Leistungsausgaben (LA) sind z. B. die Ausgaben für die Pflege.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BVA (2018).

**28.** Neben dem sich erhöhenden medizinischen Versorgungsbedarf einer älter werdenden Gesellschaft ist einer der wichtigsten Aspekte das sich verändernde Verhältnis zwischen der Anzahl der Personen im Erwerbsalter und der Zahl von älteren Menschen, die mit dem Alter zunehmend auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind. So determinieren der Umfang und die Struktur der Bevölkerung wesentlich die verfügbaren personellen Ressourcen, die zur Deckung des Bedarfs und der daraus resultierenden Nachfrage nach medizinischen Leistungen zu einem gegebenen Zeitpunkt zur Verfügung stehen (SVR 2009). Veränderungen in Umfang und Struktur wirken sowohl auf die Nachfrage als auch auf das potenzielle Angebot an medizinischen Leistungen. Bevölkerungsvorausberechnungen können daher über zu erwartende künftige gesundheitspolitisch relevante Veränderungen informieren, um den sich in diesem Kontext abzeichnenden Herausforderungen frühzeitig begegnen zu können.



## 2.2 Bevölkerungsvorausberechnung

**29.** Um die Spannweite möglicher zukünftiger Entwicklungen in Umfang und Struktur der Bevölkerung zu analysieren, veröffentlicht das Statistische Bundesamt Vorausberechnungen, die die Entwicklung der Bevölkerung unter bestimmten Annahmen simulieren. Die neuesten Prognosen wurden mit der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung im April 2015 vorgestellt und im Jahr 2017 teilweise aktualisiert. Das Statistische Bundesamt schätzt, ausgehend vom Basisjahr 2013, die aus heutiger Sicht absehbaren demografischen Entwicklungen für Deutschland bis zum Jahr 2060.

Der Umfang und die Struktur der zukünftigen Bevölkerung sind, ausgehend von der aktuellen Situation, insbesondere durch die Entwicklung der Lebenserwartung und der Geburtenhäufigkeit sowie durch Wanderungsbewegungen innerhalb und durch Fortzüge von und Zuzüge nach Deutschland beeinflusst. Um die Unsicherheit bezüglich der Entwicklung dieser Parameter darzustellen, veröffentlicht das Statistische Bundesamt acht verschiedene Varianten und drei Modellrechnungen, die die Auswirkungen unterschiedlicher Ausprägungen und Kombinationen dieser Parameter widerspiegeln (Destatis 2015). Das Statistische Bundesamt bestimmt dabei anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Übergangswahrscheinlichkeiten für jeden Jahrgang und jedes Jahr bis zum Jahr 2060 den Anteil der Überlebenden. Die Überlebenswahrscheinlichkeiten können, basierend auf den Annahmen der Einflussfaktoren, für jedes vorausberechnete Jahr adjustiert werden, um z. B. den Einfluss der Veränderung der Lebenserwartung darzustellen.

**30.** Um den veränderten Ausgangsbedingungen aufgrund der starken Zuwanderung in den Jahren 2014 und 2015 Rechnung zu tragen, wurde außerdem eine Variante der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung auf der Basis des Jahres 2015 aktualisiert, wobei das Statistische Bundesamt davon ausgeht, dass selbst eine starke Migration wie im Jahr 2015 nur sehr eingeschränkte Auswirkungen auf die langfristige Bevölkerungsentwicklung hat (Destatis 2016). Da außerdem aufgrund der großen Unsicherheit über die auf die Zuwanderung folgende Binnenwanderung die aktualisierten Ergebnisse nicht auf Bundeslandebene vorliegen, wird diese Variante nur ergänzend dargestellt.

**31.** Im Folgenden werden die Ergebnisse anhand von vier ausgewählten Varianten vorgestellt, die für zwei mögliche Trends der demografischen Einflussfaktoren jeweils eine Unter- bzw. Obergrenze anzeigen.

Die beiden ersten Varianten (Variante 1 und Variante 2)<sup>10</sup> nehmen an, dass Geburten- und Sterbetrends ihrem langfristigen Verlauf auch in Zukunft weiter folgen werden. Die Varianten unterscheiden sich jedoch in der Annahme zur Nettozuwanderung nach Deutschland. So geht Variante 1 von einer schwächeren und Variante 2 von einer stärkeren Zuwanderung aus. Bei Variante 1 (schwächere Zuwanderung) wird unterstellt, dass nach einer anfangs hohen jährlichen Nettozuwanderung von 500 000 Personen pro Jahr ab dem Jahr 2021 von einer Reduktion der Zuwanderung auf 100 000 im Jahr ausgegangen werden kann; das bedeutet durchschnittlich 130 000 Personen pro Jahr bis zum Jahr 2060. Bei Variante 2 (starke Zuwanderung) wird angenommen, dass die jährliche Nettozuwanderung von 500 000 Personen im Jahr bis zum Jahr

<sup>10</sup> Die Benennung orientiert sich dabei an der vom Statistischen Bundesamt vorgenommenen Nomenklatur der Varianten bzw. Szenarien.

2021 allmählich auf 200 000 absinkt, dies entspricht durchschnittlich 230 000 Personen jährlich bis zum Jahr 2060.

In der im Jahr 2017 aktualisierten Variante 2-A wird neben dem Einbezug des Basisjahres 2015 – und damit der Berücksichtigung der starken Zuwanderung in den Jahren 2014 und 2015 – hingegen unterstellt, dass die Nettozuwanderung 750 000 Personen im Jahr 2016 betrug, die Wanderungsannahmen ab dem Jahr 2019 jedoch mit der ursprünglichen Variante 2 übereinstimmen (Destatis 2017).<sup>11</sup>

Sowohl in der Variante 2 als auch in der Variante 2-A hat das Statistische Bundesamt damit im Vergleich zur vorherigen 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung aus dem Jahr 2009 in den aktuellen Prognosen bereits eine erhöhte Zuwanderung im Laufe des Jahres 2015 berücksichtigt. Durch diese erhöhte Zuwanderung erwartet das Statistische Bundesamt, dass der in der 12. Vorausberechnung vorhergesagte Beginn des Rückgangs der Bevölkerungszahl für das Jahr 2015 sich nun um ca. fünf Jahre mindestens auf das Jahr 2020 verschieben wird. Insgesamt wird durch die Zuwanderung der erwartete Rückgang etwas weniger stark ausfallen als noch im Jahr 2009 vorausgesagt.

Unter den genannten Annahmen der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung stellt Variante 1 eine Untergrenze und Variante 2(-A) eine Obergrenze für die Bevölkerungsgröße in Deutschland im Jahr 2060 dar. Beide Varianten gehen von einem Anstieg der Lebenserwartung um 7 Jahre (Männer) bzw. 6 Jahre (Frauen) und von einer annähernd konstanten Geburtenhäufigkeit von 1,4 (1,5 bei 2-A) Kindern je Frau aus. Variante 1 und Variante 2(-A) können entsprechend als Grenzen eines Korridors angesehen werden, in dem sich die zukünftige Altersstruktur und Bevölkerungsgröße bewegen werden, wenn sich die längerfristigen demografischen Trends der letzten Jahrzehnte fortsetzen.

Wie sich die Grenzen des Korridors verschieben, wenn es zu einer Veränderung der demografischen Trends bezüglich der Lebenserwartung und der Geburtenhäufigkeit kommt, analysieren die Variante 6 (relativ junge Bevölkerung) und Variante 3 (relativ alte Bevölkerung). Während bei Variante 6, wie bei den vorangegangenen Varianten 1 und 2, von einem moderaten Anstieg der Lebenserwartung und, wie in Variante 2, von einer stärkeren Zuwanderung (durchschnittlich 230 000 Personen pro Jahr bis 2060) ausgegangen wird, erhöht sich die Annahme zur Geburtenhäufigkeit auf 1,6 Kinder je Frau. Daraus ergibt sich im Vergleich zu der Prognose in Variante 3, mit den Annahmen einer annähernd konstanten Geburtenrate bei 1,4 und einer geringeren Zuwanderung von ca. 130 000 pro Jahr bis 2060, aber einer erhöhten Lebenserwartung, eine durchschnittlich jüngere Bevölkerung. Entsprechend stellt Variante 6 hinsichtlich der Bevölkerungsstruktur die unter den getroffenen Annahmen wohl positivste und Variante 3 die negativste Prognose dar.

**32.** Die Übersicht in Tabelle 2-1 stellt die Annahmen der verschiedenen Prognosen gegenüber, dabei wird im Folgenden der Zeitraum 2015 bis 2035 genauer untersucht. Für über diesen

---

<sup>11</sup> Andere Prognosen wie die von Eurostat oder dem Bundesministerium des Innern halten eine noch größere Zuwanderung von durchschnittlich 270 000 bzw. sogar 300 000 Personen für möglich, wodurch sich der Beginn des Bevölkerungsrückgangs bis in die 2030er-Jahre verschieben könnte (BMI 2017; Eurostat 2017b). Eine Nettozuwanderung von 300 000 Personen entspräche dabei dem Durchschnitt der Jahre 1990 bis 2015 (BMI 2017). Ob bzw. wann die Einwohnerzahl Deutschlands zurückgehen wird, ist demnach je nach Prognose unterschiedlich. Allen gemein ist jedoch die Feststellung, dass die Alterung der Bevölkerung deutlich voranschreiten wird.

Zeitraum hinausgehende Prognosen sei auf die Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes verwiesen (Destatis 2017).

Entwicklung	Variante	Annahmen zu		
		Geburtenhäufigkeit (Kinder je Frau)	Lebenserwartung bei Geburt im Jahr 2060	Wanderungssaldo (durchschnittliche Personen pro Jahr)
Kontinuität bei schwächerer Zuwanderung	Variante 1	annähernd konstant bei 1,4	moderater Anstieg bei Jungen um 7 und bei Mädchen um 6 Jahre	500 000 im Jahr 2015, absinkend auf 100 000 ab dem Jahr 2021
Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung	Variante 2			500 000 im Jahr 2015, absinkend auf 200 000 ab dem Jahr 2021
Relativ junge Bevölkerung	Variante 6	leicht ansteigend auf 1,6		
Relative alte Bevölkerung	Variante 3	annähernd konstant bei 1,4	starker Anstieg bei Jungen um 9 und bei Mädchen um 8 Jahre	500 000 im Jahr 2015, absinkend auf 100 000 ab dem Jahr 2021
Kontinuität bei stärkerer Zuwanderung, Basisjahr 2015	Variante 2-A	annähernd konstant bei 1,5	moderater Anstieg bei Jungen um 7 und bei Mädchen um 6 Jahre, etwas geringer als in der Variante 2	750 000 im Jahr 2016, absinkend auf 200 000 ab dem Jahr 2021

**Tabelle 2-1:** Übersicht über die Annahmen ausgewählter Varianten der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Destatis (2015, 2017).

**33.** Um die Ergebnisse der verschiedenen Prognosen zu veranschaulichen, bietet sich der sogenannte Altenquotient (AQ) an. Er vergleicht die ältere (nicht mehr erwerbsfähige/-tätige) Bevölkerung mit der Bevölkerung im Erwerbsalter. So bestimmt sich beispielsweise der AQ<sub>65</sub><sup>12</sup> ( $AQ_{65}$ ) als Relation zwischen den mindestens 65 Jahre alten Einwohnern und der Anzahl der Einwohner zwischen 20 bis unter 65 Jahren multipliziert mit 100.

$$AQ_{65} = \frac{\text{Anzahl Einwohner ab 65 Jahren}}{\text{Anzahl Einwohner von 20 bis unter 65 Jahren}} * 100$$

**34.** Verschiebt sich in der Zukunft der Ausstieg aus dem Erwerbsleben jedoch systematisch auf ein höheres Lebensalter, z. B. auf 68 Jahre, verringert sich die Anzahl der Personen im Rentenalter und erhöht sich die Anzahl der Personen, die einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Eine entsprechende Anhebung des Renteneintrittsalters führt ceteris paribus zu

<sup>12</sup> Der Altenquotient 65 ( $AQ_{65}$ ) bestimmt also die Anzahl an Personen über 65 Jahren je 100 Personen zwischen 20 und 65 Jahren. Die in diesem Zusammenhang oft genutzte Altersgrenze von 65 Jahren spiegelt dabei nicht die tatsächliche Relation von nichterwerbstätigen Einwohnern und Erwerbstätigen wider, da gerade bei Unterschieden in der Erwerbsbiografie das Ausscheiden in sehr unterschiedlichem Alter erfolgen kann. „Insofern ist der Altenquotient eine Rechengröße zur Abschätzung potenzieller Abhängigkeit der älteren – im Wesentlichen nicht mehr erwerbstätigen – Bevölkerungsgruppe von der Bevölkerung im potenziell erwerbsfähigen Alter“ (BiB 2017).

einem niedrigeren AQ. Um diese Entwicklung ebenfalls zu berücksichtigen, wird im Folgenden auch der AQ mit der Grenze von 68 bzw. 70 Jahren dargestellt. Die Auswertung in Tabelle 2-2 verdeutlicht die erheblichen Auswirkungen, die eine Erhöhung des Austrittsalters<sup>13</sup> aus dem Berufsleben haben wird. So verringert sich in der Variante 2 die Anzahl der zu versorgenden älteren Einwohner um rund 20 pro 100 Erwerbstätige (ca. 35 %). Dabei ist Folgendes zu beachten: Neben der Verringerung der Anzahl der zu versorgenden älteren Personen verkürzt sich durch diese Erhöhung auch der Zeitraum, während dessen eine nicht mehr erwerbstätige Person durch die erwerbstätige Bevölkerung unterstützt wird.

**35.** Da, wie in Abbildung 2-2 ersichtlich, die höchsten Leistungsausgaben ungefähr ab der Mitte des neunten Lebensjahrzehnts zu verzeichnen sind, ist in Tabelle 2-2 außerdem der sogenannte Hochbetagtenquotient 85 (HQ<sub>85</sub>) angegeben und bezeichnet das Verhältnis der ab 85-Jährigen zur Erwerbsbevölkerung.

	Annahmen der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung								
	Varianten 2015		Varianten 2025			Varianten 2035			
	1/2	2-A	1	2	2-A	1	2	2-A	
<b>AQ<sub>65</sub></b>	35,0	34,7	42,5	41,9	40,9	56,6	54,6	53,1	
<b>AQ<sub>68</sub></b>	27,7	27,5	32,7	32,2	31,4	44,5	43,1	41,8	
<b>AQ<sub>70</sub></b>	24,1	24,0	27,4	26,9	26,3	37,0	35,8	34,8	
<b>HQ<sub>85</sub></b>	4,5	4,4	7,1	7,0	6,8	8,3	8,0	7,7	

**Tabelle 2-2:** Gegenüberstellung der AQs und HQs für die Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf verschiedenen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung

AQ = Altenquotient, HQ = Hochbetagtenquotient.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2015, 2017).

**36.** Der Blick in die Tabelle 2-2 zeigt, dass unabhängig von der gewählten Variante zukünftig mehr Ältere der Bevölkerung im Erwerbsalter gegenüberstehen. Im Jahr 2015 kamen in Deutschland auf 100 Personen im Erwerbsalter 35 Personen, die mindestens 65 Jahre alt waren. Bei einer kontinuierlichen demografischen Entwicklung und einer schwächeren Zuwanderung werden es im Jahr 2035 bereits ca. 57 ältere Menschen sein. Auch die höhere Zuwanderung in den Jahren 2014 und 2015 sowie die daraufhin angepassten höheren Zuwanderungsprognosen führen nur zu einem etwas niedrigeren Quotienten von ca. 53 Personen pro 100 Personen im Erwerbsalter. Somit werden im Jahr 2035 nicht einmal mehr zwei Personen im Erwerbsalter einem potenziellen Rentenbezieher gegenüberstehen, dagegen standen im Jahr 2015 noch knapp unter drei Menschen im Erwerbsalter einem Menschen über 65 gegenüber.

**37.** Obwohl sich diese generelle Alterung Deutschlands nicht aufhalten lässt, ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung nicht in allen Bundesländern gleichmäßig verlaufen wird. Attraktive Regionen erhalten Zuzug, aus strukturschwachen Regionen wandert ein Teil der erwerbsfähigen Bevölkerung z. B. auf der Suche nach Arbeit ab. Untersucht man daher die Entwicklung nach Bundesländern, wird deutlich, dass es eine klare Dreiteilung zwischen Stadtstaaten, westdeutschen und ostdeutschen (ohne Berlin) Bundesländern gibt. In der folgenden

<sup>13</sup> Die grundsätzlichen Aussagen des AQ<sub>65</sub> gelten auch beim AQ<sub>68</sub> und beim AQ<sub>70</sub>.

Tabelle 2-3 wird für den Bund und die Bundesländer der AQ<sub>65</sub> der Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf den Prognosen der Variante 1 und 2 dargestellt.

	Annahmen der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung				
	Varianten 2015	Varianten 2025		Varianten 2035	
		1 und 2	1	2	1
<b>Berlin</b>	30,4	33,9	33,2	41,8	39,9
<b>Bremen</b>	34,9	39,4	38,7	50,4	48,3
<b>Hamburg</b>	29,6	30,9	30,4	39,5	38,3
<b>Baden-Württemberg</b>	32,8	39,9	39,1	53,9	51,9
<b>Bayern</b>	32,7	39,1	38,3	52,9	50,8
<b>Hessen</b>	33,6	40,1	39,4	53,9	51,8
<b>Niedersachsen</b>	36,5	44,0	43,4	60,5	58,6
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	34,4	41,4	40,8	56,1	54,3
<b>Rheinland-Pfalz</b>	34,9	44,7	44,0	61,4	59,4
<b>Saarland</b>	38,0	49,7	48,9	66,6	64,3
<b>Schleswig-Holstein</b>	38,7	45,5	44,9	62,7	60,9
<b>Brandenburg</b>	39,1	54,0	53,5	73,2	71,4
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	38,2	55,1	54,5	72,4	70,4
<b>Sachsen</b>	43,3	53,1	52,6	62,9	61,4
<b>Sachsen-Anhalt</b>	42,9	57,2	56,6	73,4	71,6
<b>Thüringen</b>	41,0	55,7	55,1	70,3	68,5
<b>Deutschland</b>	35,0	42,5	41,9	56,6	54,6

**Tabelle 2-3:** Altenquotient 65 nach Bundesland für die Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf verschiedenen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2015).

**38.** Während sich der durchschnittliche AQ<sub>65</sub> in den Stadtstaaten im Vergleich in Variante 2 bis zum Jahr 2035 nur leicht auf 40 erhöht, wird er insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern auf rund 67 steigen und damit deutlich höher sein als derjenige in den westdeutschen Bundesländern (ca. 54). Die Ergebnisse in der Tabelle 2-4 deuten darauf hin, dass sich die aktuelle Entwicklung der Bevölkerung in den ostdeutschen Bundesländern auch in den westdeutschen Bundesländern und den Stadtstaaten bemerkbar machen wird. So lag der durchschnittliche AQ<sub>65</sub> in der Variante 2 in Ostdeutschland im Jahr 2015 bei ca. 41. Diesen Wert werden die westdeutschen Bundesländer durchschnittlich im Jahr 2025 erreichen. In den Stadtstaaten wird sich dieser Wert erst im Jahr 2035 einstellen.

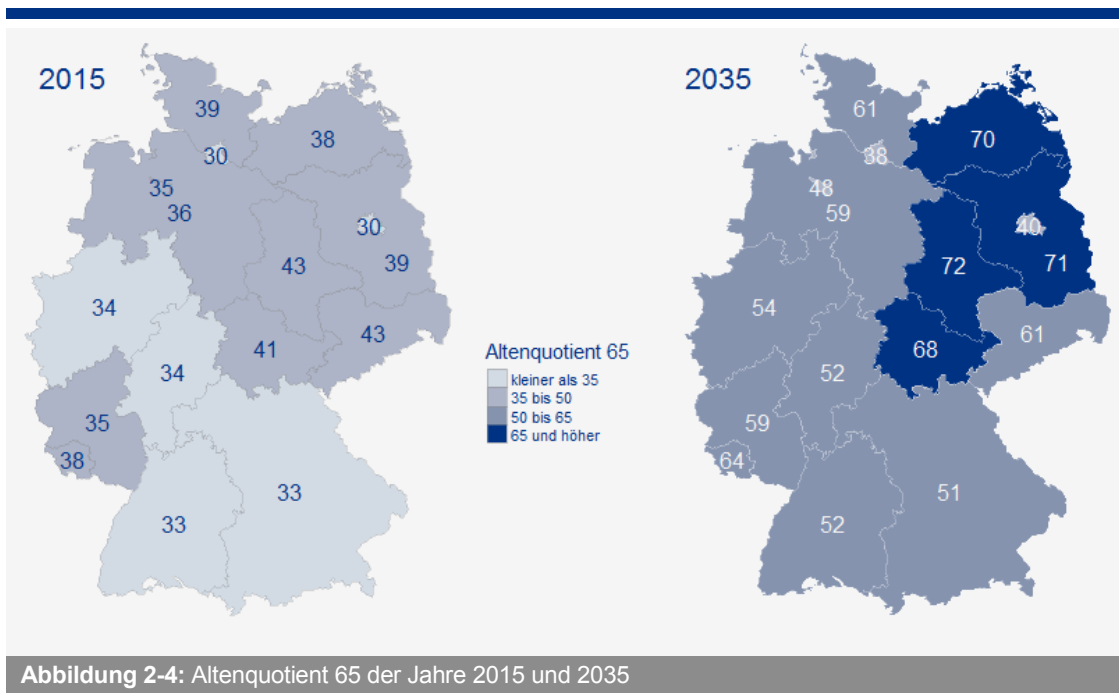
**39.** Auch wenn die stärkere Zuwanderung seit 2014 für einen langsameren Anstieg der Alterung sorgt, wird auch dies die regionalen Unterschiede nicht aufheben, wie ein Vergleich mit der Variante 2-A zeigt.

	Annahmen der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung					
	Varianten 2015		Varianten 2025		Varianten 2035	
	2	2-A	2	2-A	2	2-A
Stadtstaaten	30,7	30,7	33,0	32,2	40,3	39,3
Flächenländer West	34,3	33,9	40,7	39,7	54,1	52,5
Flächenländer Ost	41,3	40,9	54,0	52,9	67,3	65,4

**Tabelle 2-4:** Altenquotient 65 nach Stadtstaaten, den Flächenländern West und Ost für die Jahre 2015, 2025 und 2035 im Vergleich verschiedener Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2017).

40. So zeigt sich bei einem Blick auf die Entwicklung des  $AQ_{65}$  in den Bundesländern im Zeitraum von 2015 bis 2035, dass die Alterung zwar Deutschland insgesamt betrifft, sich das Ausmaß aber regional stark unterscheidet und dies zu größeren Unterschieden als heute führen wird. Gemäß den Prognosen der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung „vergreist“ der Osten, während Berlin mit seiner weiterhin relativ jungen Bevölkerung als „Insel der Jugend“ einen noch stärkeren Kontrast inmitten der Flächenländer Ost bilden wird. Die Entwicklung im Rest der Republik ist von geringeren Disparitäten geprägt, zeigt jedoch auch etwas schneller alternde Regionen wie das Saarland (+ 26 Prozentpunkte) und Rheinland-Pfalz (+ 24 Prozentpunkte).



**Abbildung 2-4:** Altenquotient 65 der Jahre 2015 und 2035

Basierend auf Variante 2.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2015). Kartendaten: © GeoBasis-DE/BKG 2014

41. Die Pflegebedürftigkeitsrate und die Kosten für die medizinische Versorgung steigen mit zunehmendem Alter. Wie bereits dargestellt, verzeichnen die über 85-jährigen Versicherten

die höchsten Leistungsausgaben pro Tag. Um einen Eindruck zu vermitteln, wie sich die Bevölkerungsgruppe der über 85-Jährigen zu der Gruppe der Erwerbstätigen (20 bis unter 65 Jahren) regional entwickelt, wird der  $HQ_{85}$  nach Bundesländern in Tabelle 2-5 dargestellt. Wie der  $AQ_{65}$  steigt auch der  $HQ_{85}$  unabhängig von der gewählten Annahme. So werden im Jahr 2035 im Vergleich zum Jahr 2015 fast doppelt so viele Hochbetagte den Personen im Erwerbsalter gegenüberstehen. Erwartungsgemäß werden insbesondere die ostdeutschen Bundesländer mit den Auswirkungen eines überdurchschnittlich hohen  $HQ$  konfrontiert werden. Den geringsten Quotienten weisen die Stadtstaaten, allen voran Hamburg, aus.

	Annahmen der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung				
	Varianten 2015 1 und 2	Varianten 2025		Varianten 2035	
		1	2	1	2
<b>Berlin</b>	3,4	5,8	5,7	6,8	6,5
<b>Bremen</b>	4,7	7,0	6,9	8,1	7,8
<b>Hamburg</b>	4,0	5,6	5,5	6,2	6,0
<b>Baden-Württemberg</b>	4,3	6,7	6,6	7,9	7,6
<b>Bayern</b>	4,1	6,3	6,2	7,6	7,3
<b>Hessen</b>	4,4	6,6	6,5	8,0	7,7
<b>Niedersachsen</b>	4,7	7,4	7,3	8,9	8,6
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	4,5	6,9	6,8	8,0	7,7
<b>Rheinland-Pfalz</b>	4,7	7,2	7,1	8,6	8,3
<b>Saarland</b>	5,0	8,2	8,0	9,6	9,2
<b>Schleswig-Holstein</b>	4,6	7,8	7,7	9,7	9,4
<b>Brandenburg</b>	4,4	8,9	8,8	10,1	9,8
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	4,3	9,0	8,8	10,0	9,7
<b>Sachsen</b>	5,8	9,6	9,5	10,5	10,3
<b>Sachsen-Anhalt</b>	5,2	9,5	9,4	11,0	10,7
<b>Thüringen</b>	4,9	9,0	8,9	10,5	10,2
<b>Deutschland</b>	4,5	7,1	7,0	8,3	8,0

Tabelle 2-5: Hochbetagtenquotient 85 nach Bundesland für die Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf verschiedenen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2015).

**42.** Variante 1 und 2 unterstellen Kontinuität bezüglich Lebenserwartung und Geburtenhäufigkeit. Wie sich die Bevölkerungsstruktur durch Veränderung dieser demografischen Trends entwickeln würde, wurde in den Varianten 6 (relativ alte Bevölkerung mit stark steigender Lebenserwartung) und 3 (relativ junge Bevölkerung mit höherer Geburtenrate) untersucht. Die Ergebnisse der Schätzung in Tabelle 2-6 machen deutlich<sup>14</sup>, dass weder eine erhöhte Zuwanderung und ein nur moderater Anstieg der Lebenserwartung noch eine Erhöhung der Geburtenrate die Alterung der Bevölkerung in Deutschland aufhalten können.

<sup>14</sup> Die Daten liegen nur auf Bundesebene vor.

	Annahmen der koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung			
	Altenquotient 65		Hochbetagtenquotient 85	
	Variante 6 <i>Relativ alte Bevölkerung</i>	Variante 3 <i>Relativ junge Bevölkerung</i>	Variante 6 <i>Relativ alte Bevölkerung</i>	Variante 3 <i>Relativ junge Bevölkerung</i>
<b>2015</b>	35,0	35,0	4,5	4,5
<b>2025</b>	42,9	41,8	7,3	7,0
<b>2035</b>	57,8	54,5	9,0	8,0

**Tabelle 2-6:** Gegenüberstellung Altenquotient 65 und Hochbetagtenquotient 85 für die Jahre 2015, 2025 und 2035 basierend auf verschiedenen Annahmen der Bevölkerungsvorausberechnung

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2015).

**43.** Der demografische Wandel wird Deutschland also verändern. Unabhängig vom betrachteten Szenario bleibt festzuhalten, dass es weniger Kinder geben wird, die Einwohner durchschnittlich älter werden und die Bevölkerung insgesamt langfristig schrumpfen wird.

Dies ist ein Prozess, der sich nicht singulär in Deutschland abspielt. In Japan sinkt die Bevölkerungszahl bereits seit dem Jahr 2010, für China wird diese Entwicklung ab dem Jahr 2030 erwartet (BMW i 2017; UN 2017). Ein Blick in die Länder der Europäischen Union (EU) zeigt, dass auch dort ähnliche Entwicklungen zu verzeichnen sind. Es lässt sich in diesem Vergleich jedoch ebenfalls feststellen, dass Deutschlands Entwicklung innerhalb Europas nicht unbedingt typisch ist.

## 2.3 Europäischer Vergleich

**44.** Europa als Ganzes altert. Mit Ausnahme von Schweden erwartet Eurostat für jedes Land der EU bis zum Jahr 2025 einen Anstieg des Medianalters. Betrachtet man den AQ<sub>65</sub>, so ist sogar in allen Mitgliedsstaaten eine Zunahme zu erwarten.

**45.** Doch die Ausgangsbedingungen dieser demografischen Entwicklung sind (im Jahr 2015) in Europa sehr unterschiedlich (siehe Kapitel 10 zum internationalen Vergleich der Inanspruchnahme). Es gibt sehr „junge“ Länder wie Irland, dessen Medianalter bei unter 37 Jahren liegt. Länder wie Frankreich, Großbritannien, aber auch Polen und die Slowakei verzeichnen hingegen ein Medianalter in einem Bereich von 39 bis 41. Die „alten“ Länder wie Griechenland und Italien liegen bei einem Medianalter von über 43 bzw. sogar über 45. In Deutschland liegt das Medianalter bei fast 46, womit es im Jahr 2015 den Spitzenplatz innerhalb der EU innehat.

**46.** Auch bei der Betrachtung des aussagekräftigeren AQ<sub>65</sub> ergibt sich ein ähnliches Bild (siehe Abbildung 2-5). Deutschland rangiert im Jahr 2015 mit einem Quotienten von ca. 35 hinter Griechenland und Italien an dritter Stelle und damit über dem europäischen Durchschnitt von ca. 31 (Eurostat 2017a). Wie in Abbildung 2-5 ebenfalls ersichtlich, wird auch die demografische Entwicklung in Europa sehr unterschiedlich verlaufen. In einigen Ländern mit einer heute relativ jungen Bevölkerung wie Litauen erhöht sich der Altersdurchschnitt der Bevölkerung relativ schnell, während z. B. Schweden trotz seiner relativ alten Bevölkerung im Jahr 2015 bis zum Jahr 2035 wesentlich langsamer altern wird. Deutschland hingegen wird seinen Platz an der Altersspitze Europas behalten und den Abstand zu den meisten vergleichbaren



west- und nordeuropäischen Staaten vergrößern. Eine ältere Gesellschaftsstruktur wird im Jahr 2035 nur in Litauen sowie in den drei südeuropäischen Staaten Griechenland, Italien und Portugal zu finden sein.

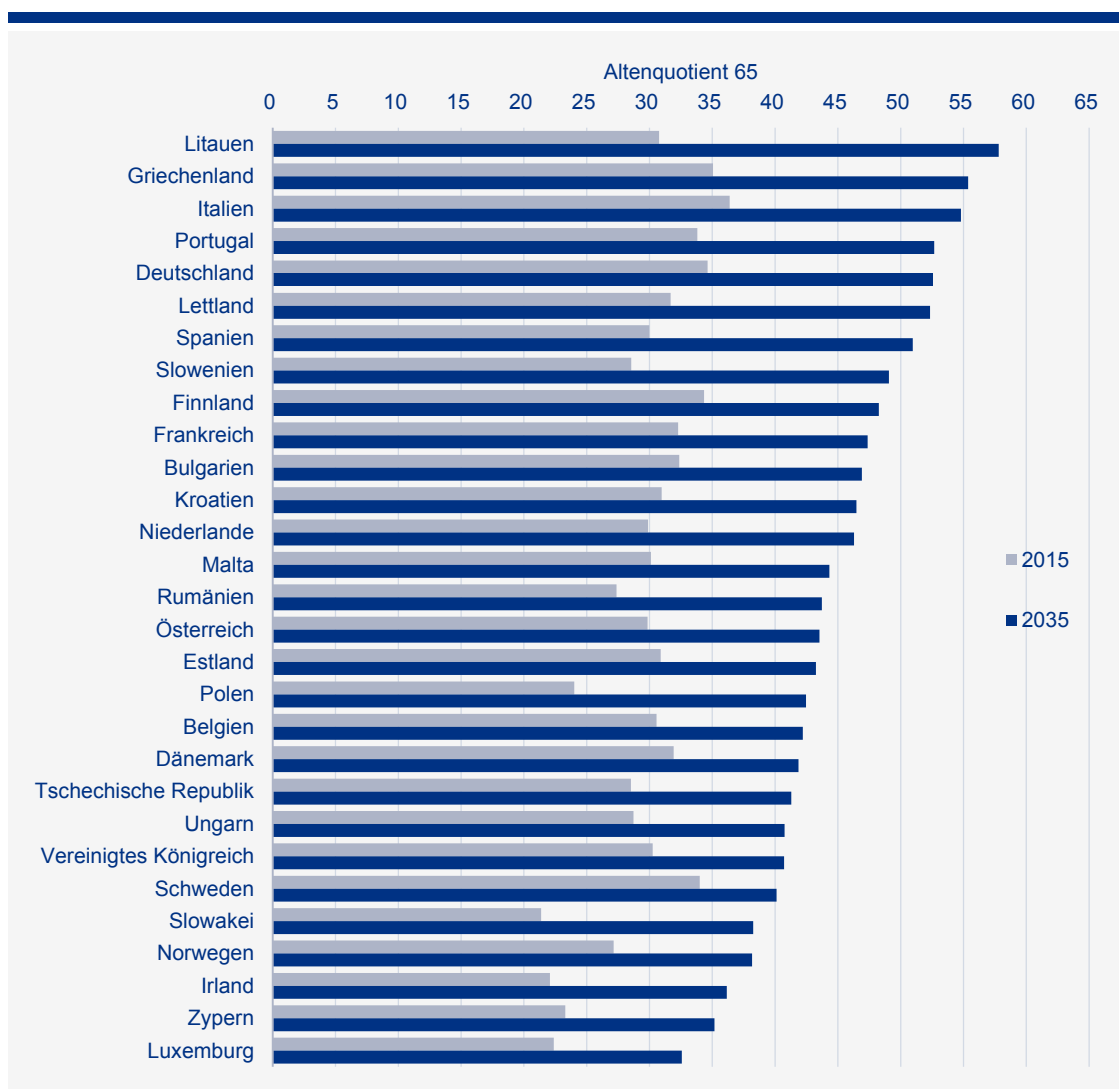


Abbildung 2-5: Altenquotient 65 in Europa, sortiert nach dem Altenquotient 65 im Jahr 2035

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2017a).

47. Diese demografisch unterschiedliche Entwicklung hat, wie einleitend erwähnt, insbesondere drei Einflussfaktoren, auf die im Folgenden kurz eingegangen werden soll: die Zuwanderung, die Lebenserwartung und die Geburtenhäufigkeit.

48. Die starken wirtschaftlichen Unterschiede innerhalb Europas führen neben der Außenwanderung auch zu einer binneneuropäischen Migration. Mit Einsetzen der europäischen Wirtschaftskrise in den Jahren 2007/2008 gewannen die west- und nordeuropäischen Staaten, allen voran Deutschland, weiter an Attraktivität. Seit einigen Jahren wandern daher allein aus den anderen EU-Staaten mehr als 300 000 Bürger jährlich in Deutschland ein. In Relation zur Bevölkerung verzeichnen andere Staaten wie Norwegen, Österreich und die Schweiz sogar eine

noch größere Zuwanderung. Diese strukturell verjüngende Entwicklung verlangsamt die Alterung in ganz West- und Nordeuropa, wovon auch Deutschland stark profitiert (Berlin Institut 2017).

**49.** Die Lebenserwartung gleicht sich in Europa immer mehr an. Die osteuropäischen Länder mit einer heute insbesondere bei Männern relativ niedrigen Lebenserwartung verzeichnen die größten Sprünge. Deutschland liegt mit der erwarteten Steigerung der Lebenserwartung von Neugeborenen von 3 bis 3,5 Jahren bis zum Jahr 2035 im europäischen Mittelfeld und ordnet sich hier in die Gruppe seiner west- und nordeuropäischen Nachbarn ein (Eurostat 2017a).

**50.** Trotz dieser zwei Entwicklungen, die Deutschland ähnlich betreffen wie viele andere west- und nordeuropäische Länder, zeigte Deutschland bislang hinsichtlich der demografischen Entwicklung ein besonderes Profil. Der Grund hierfür lag in der Geburtenhäufigkeit. Obwohl sie nirgends in Europa groß genug ist, um die Bevölkerungszahl langfristig zu stabilisieren, unterschied sich Deutschland hier bisher mit einer Geburtenziffer von etwa 1,5 stark von seiner eigentlichen „Peer-Group“ (z. B. Frankreich mit fast 2,0, Vereinigtes Königreich mit 1,8 oder Dänemark mit 1,7). Es zeichnete sich durch eine west- und nordeuropäische Wirtschaftskraft aus, hatte jedoch eine Geburtenziffer wie die süd- und osteuropäischen Staaten (Berlin Institut 2017). Gemäß den aktuellsten Eurostat-Daten änderte sich dies jedoch mit dem Jahr 2016. So stieg die Anzahl der Geburten in Deutschland im Jahr 2016 um 7 % auf etwa 790 000 (Destatis 2018). Die Geburtenziffer lag mit 1,59 Kindern je Frau fast exakt im europäischen Durchschnitt von 1,60 (Destatis 2018; Eurostat 2018).

**51.** Inwieweit die bisherigen Prognosen eintreffen werden, dass sich Deutschland im Jahr 2035 mit 1,55 Kindern je Frau am unteren Ende Europas befinden wird (Eurostat 2017a), weit entfernt vom Spitzenreiter Frankreich mit fast 2, ist daher fraglich. Grundsätzlich ist aber davon auszugehen, dass der demografische Alterungsprozess in Deutschland einen tiefgreifenden Einfluss auf die Sicherstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung haben wird. Die öffentliche und politische Debatte zur Steuerung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung sollte dieser Entwicklung daher entsprechend Rechnung tragen.

## 2.4 Literatur

- Berlin Institut (Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung) (2017): Europas demografische Zukunft. Wie sich die Regionen nach einem Jahrzehnt der Krisen entwickeln, Berlin.
- BiB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung) (2017): Altenquotient. URL: [www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/A/altenquotient.html](http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/A/altenquotient.html) (abgerufen am 09.05.2018).
- BMI (Bundesministerium des Innern) (2017): Jedes Alter zählt „Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen“. Eine demografiepolitische Bilanz der Bundesregierung zum Ende der 18. Legislaturperiode.
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2017): Schlaglichter der Wirtschaftspolitik. Monatsbericht Juni 2017.
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2018): GKV-Ausgabenprofile nach Alter, Geschlecht und Hauptleistungsbereichen, 1996-2016. URL: [www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen.html](http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/datenzusammenstellungen-und-auswertungen.html) (abgerufen am 04.05.2018).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2015): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2016): Alterung der Bevölkerung durch aktuell hohe Zuwanderung nicht umkehrbar. Pressemitteilung Nr. 021 vom 20.01.2016. URL: [www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16\\_021\\_12421.html](http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421.html) (abgerufen am 04.05.2018).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Aktualisierte Rechnung auf Basis 2015.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018): Geburtenanstieg setzte sich 2016 fort. Pressemitteilung 115/18. URL: [www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/03/PD18\\_115\\_122.html](http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/03/PD18_115_122.html) (abgerufen am 03.05.2018).
- Eurostat (2017a): Basisvorausberechnung: demographische Bilanzen und Indikatoren. URL: [www.ec.europa.eu/eurostat/data/database?node\\_code=proj](http://www.ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=proj) (abgerufen am 08.05.2018).
- Eurostat (2017b): Bevölkerungsvorausschätzungen. URL: [www.ec.europa.eu/eurostat/data/database?node\\_code=proj](http://www.ec.europa.eu/eurostat/data/database?node_code=proj) (abgerufen am 08.05.2018).
- Eurostat (2018): Fruchtbarkeitsziffern nach Alter. URL: [www.appssso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo\\_frate&lang=de](http://www.appssso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_frate&lang=de) (abgerufen am 08.05.2018).
- Fries, J. F., Nesse, R. M., Schneider, E. L. und Brody, J. A. (1984): Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 310(10): 659–660.
- Gruenberg, E. M. (1977): The failures of success. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 55(1): 3–24.

- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Nomos, Baden-Baden.
- UN (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division) (2017): World Population Prospects: The 2017 Revision.
- Wille, E. und Ulrich, V. (1991): Bestimmungsfaktoren der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). In: Hansmeyer, K.-H. (Hrsg.): Finanzierungsprobleme der sozialen Sicherung. Duncker & Humblot, Berlin: 9–115.
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (2016): Nachhaltigkeit in der sozialen Sicherung über 2030 hinaus.

## **Teil I:**

# **Die sektorale ambulante und stationäre Versorgung – Strukturmerkmale und Potenziale**



---

## 3 Ambulante Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung

---

### 3.1 Einleitung

**52.** In Deutschland wird die ambulante Versorgung gesetzlich Krankenversicherter durch die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen und ermächtigten Ärztinnen und Ärzte sowie psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten<sup>15</sup> sichergestellt. Ihre Tätigkeit unterliegt dabei einigen Regulierungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Insbesondere wird die Zahl der Praxissitze durch die sogenannte Bedarfsplanung begrenzt.

Im folgenden Kapitel werden die ambulanten Angebotskapazitäten auf zwei Ebenen analysiert. Zum einen wird die Entwicklung der Angebotskapazitäten der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne der Arzt- und Psychologenzahlen (Kopfzahlen) zwischen 2000 und 2017 analysiert (siehe Abschnitt 3.2). Daran schließt sich eine Prognose zum Bruttoersatzbedarf an Haus- und Fachärzten sowie an psychologischen Psychotherapeuten bis zum Jahr 2035 an (siehe Abschnitt 3.3). Zum anderen werden die Mechanismen der ambulanten Bedarfsplanung skizziert und der Status quo der Versorgungssituation anhand der aktuellen Versorgungsgrade dargestellt (siehe Abschnitt 3.4). Es werden abschließend Potenziale zur Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung dargestellt (siehe Abschnitt 3.5).

### 3.2 Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung

#### 3.2.1 Strukturen der Ärzte und Psychotherapeuten im niedergelassenen Bereich

**53.** Ärzte können außer als Vertragsärzte auch als Partnerärzte, angestellte Ärzte oder ermächtigte Ärzte (§ 95 Abs. 1 SGB V) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die größte Gruppe sind die niedergelassenen Vertragsärzte. Die Zulassung als Vertragsarzt setzt den Eintrag in ein Arztregister voraus, das von den KVen geführt wird. Vertragsärzte waren in der Vergangenheit typischerweise als Selbstständige in einer eigenen Einzelpraxis tätig. Jedoch hat

---

<sup>15</sup> Im Folgenden werden sie zusammenfassend als Ärzte und Psychotherapeuten bezeichnet.

der Anteil der gemeinschaftlich geführten Praxen bereits seit den 1970er-Jahren zugenommen (Rosenbrock/Gerlinger 2014).

Ärzte können daneben Partner in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit einem bereits zugelassenen Vertragsarzt werden (Partnerärzte).<sup>16</sup> Dies eröffnet die Möglichkeit der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in einer Region mit Zulassungsbeschränkungen. Bedingung ist jedoch, dass der Leistungsumfang der BAG zulasten der GKV nicht wesentlich<sup>17</sup> über dem bisherigen Leistungsumfang des bereits zugelassenen Arztes liegt (§ 101 Abs. 1 Nr. 4 SGB V).

Darüber hinaus können einzelne Vertragsärzte bis zu drei Ärzte, bei medizinisch-technischen Leistungen vier und auf Antrag noch mehr Ärzte in ihrer Praxis auf Dauer anstellen (Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) § 14a). Angestellte Ärzte können weiterhin zur vertragsärztlichen Versorgung bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) (siehe Kapitel 11 zur sektorenübergreifenden Versorgung) und bei einer BAG beschäftigt sein.

Neben der Tätigkeit als Vertragsarzt können Ärzte<sup>18</sup> auch durch den Zulassungsausschuss, ein von Vertretern der zuständigen KV und den Krankenkassen besetztes Gremium, ermächtigt werden, gesetzlich Versicherte ambulant zu behandeln. Dies ist möglich, wenn eine Unterversorgung besteht oder droht.

**54.** Gemäß den Vorschriften des § 95 SGB V können auch psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten zulasten der GKV zugelassen bzw. ermächtigt werden. Ähnlich wie die Ärzte können sie weiterhin als Partner und als angestellte Therapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung tätig sein.

**55.** Zum 31. Dezember 2017 waren gemäß Bundesarztregister 147 350 Ärzte und 25 297 psychologische Psychotherapeuten zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen (siehe Abbildung 3-1). Von den teilnehmenden Ärzten waren 105 934 als Vertragsärzte, 649 als Partnerärzte, 9 290 als ermächtigte Ärzte und 31 477 Ärzte in einem Angestelltenverhältnis tätig. Die teilnehmenden psychologischen Psychotherapeuten unterteilten sich in 23 040 Vertragspsychotherapeuten, 1 533 angestellte, 497 Partner- und 227 ermächtigte Therapeuten auf.

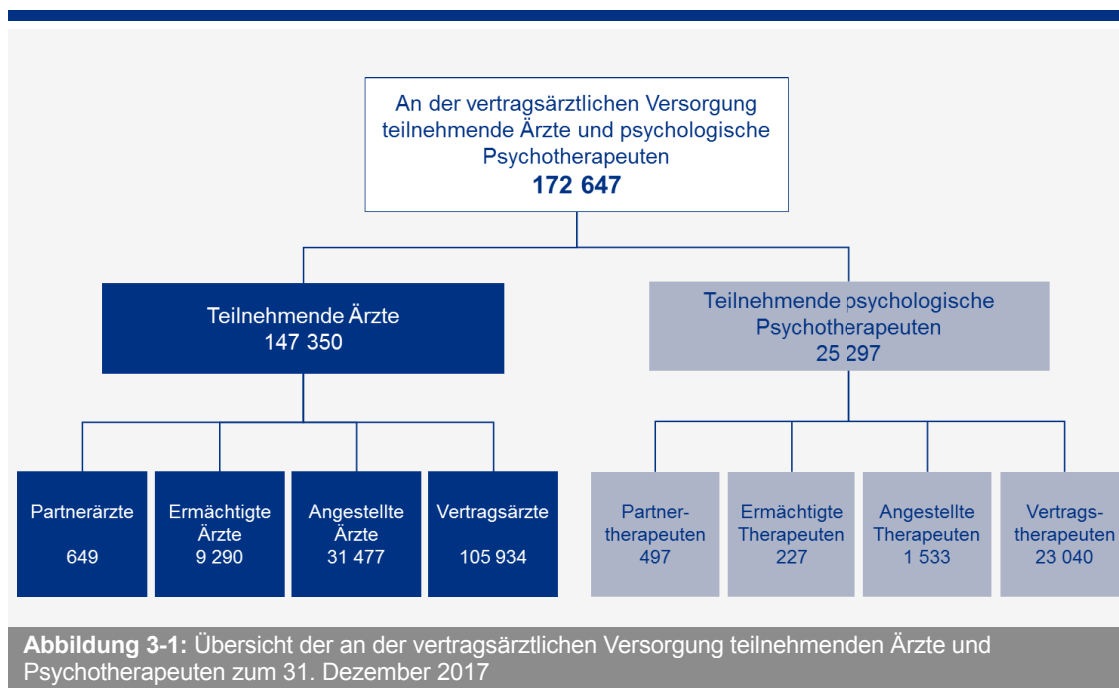
---

<sup>16</sup> Diese Möglichkeit ist eine Form des Jobsharings. Eine andere Möglichkeit wird durch eine Anstellung eines anderen Arztes dargestellt.

<sup>17</sup> In der Regel nicht mehr als 3 % der bisherigen Leistungen (KBV 2016).

<sup>18</sup> Krankenhausärzte, Ärzte aus Rehaeinrichtungen, aber auch Ärzte, die keine Approbation nach deutschen Rechtsvorschriften besitzen, sondern eine Berufserlaubnis.





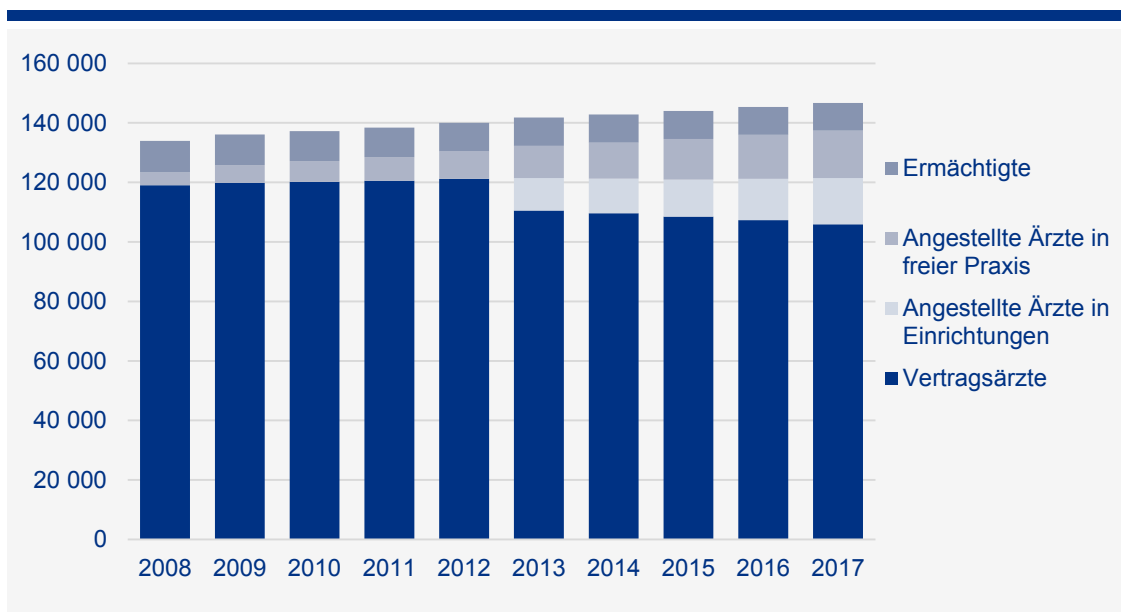
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018c).

### 3.2.2 Ärztliche Versorgung

Vergleicht man die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte aus dem Jahr 2017 mit denen aus dem Jahr 2000, so zeigt sich, dass sie sich stetig erhöht hat. Die Abbildung 3-2 veranschaulicht diese Entwicklung. So waren im Jahr 2017 ca. 20 500 Ärzte mehr in der vertragsärztlichen Versorgung tätig als im Jahr 2000. Dies entsprach einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum von 0,9 % zwischen 2000 und 2017.

In der Darstellung in Abbildung 3-2 fällt die Zunahme der angestellten Ärzte auf, insbesondere ab dem Jahr 2013. Dies ist zum Teil auf die in den Daten erst seit dem Jahr 2013 verfügbare Kennzeichnung von angestellten Ärzten, die in Einrichtungen<sup>19</sup> tätig sind, zurückzuführen. In den Jahren zuvor wurden diese Ärzte den Vertragsärzten zugeordnet. Jedoch zeigen der überdurchschnittliche Anstieg der angestellten Ärzte in freier Praxis mit 14,6 % pro Jahr zwischen 2000 und 2017 und die jährliche Zunahme der angestellten Ärzte in Einrichtungen mit 9,3 % seit dem Jahr 2013, dass zunehmend von der Möglichkeit der Ausübung des Arztberufes in einem Angestelltenverhältnis Gebrauch gemacht wird.

<sup>19</sup> Darunter fasst die KBV MVZs, Einrichtungen nach § 311 SGB V, KV-Eigeneinrichtungen und kommunale Eigeneinrichtungen.



**Abbildung 3-2:** Entwicklung der Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte von 2008 bis 2017

Bis zum Jahr 2012 wurden die angestellten Ärzte in Einrichtungen den Vertragsärzten zugeordnet. Partnerärzte stellen unter 1 % der teilnehmenden Ärzte dar und werden daher nicht ausgewiesen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018c).

**56.** Betrachtet man die vertragsärztliche Versorgung nach Bundesländern seit dem Jahr 2000, zeigt sich, dass die Anzahl der teilnehmenden Ärzte in den Stadtstaaten, insbesondere in Hamburg, überdurchschnittlich zugenommen hat (siehe Tabelle 3-1). So stieg die Anzahl der Ärzte in Hamburg von 2000 bis 2016 um mehr als ein Viertel. Trotz der bereits stark überdurchschnittlichen Ärztedichten stellen die Stadtstaaten also weiterhin sehr attraktive Ziele für Ärzte dar.

Im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sticht bei den alten Bundesländern insbesondere Hessen heraus. Hier lag der Anstieg der Ärztezahl nur etwa halb so hoch wie im Bundesdurchschnitt. Ein unterdurchschnittliches Wachstum der teilnehmenden Ärzte zeigten auch die ostdeutschen Bundesländer, hier besonders Sachsen-Anhalt mit einer Zunahme von lediglich 2 % und Thüringen mit 4 %. Setzt man jedoch die Zahl der teilnehmenden Ärzte mit der Anzahl der im Bundesland lebenden Einwohner ins Verhältnis, wie auf der rechten Seite der Tabelle 3-1 dargestellt, wird deutlich, dass in den neuen Bundesländern die Ärztedichte teilweise stärker als im Bundesdurchschnitt gewachsen ist. Durch den Rückgang der Bevölkerung in den neuen Bundesländern stehen dort heutzutage trotz des nur moderaten Wachstums der Ärzteschaft deutlich mehr Ärzte je Einwohner zur Verfügung als im Jahr 2000.<sup>20</sup>

<sup>20</sup> So verlor z. B. Sachsen-Anhalt seit dem Jahr 2000 fast 15 % seiner Bevölkerung.

		Anzahl Ärzte			Ärzte je 100 000 Einwohner		
		2000	2016	Veränderung 2000 bis 2016	2000	2016	Veränderung 2000 bis 2016
Stadtstaaten	Berlin	6 573	7 652	+16 %	194	214	+10 %
	Bremen	1 323	1 535	+16 %	200	226	+13 %
	Hamburg	3 213	4 100	+28 %	187	226	+21 %
Alte Bundesländer	Baden-Württemberg	16 164	18 946	+17 %	154	173	+13 %
	Bayern	20 227	23 364	+16 %	165	181	+9 %
	Hessen	9 638	10 429	+8 %	159	168	+6 %
	Niedersachsen	11 436	13 506	+18 %	144	170	+18 %
	Nordrhein-Westfalen	26 355	30 834	+17 %	146	172	+18 %
	Rheinland-Pfalz	6 034	6 919	+15 %	150	170	+14 %
	Saarland	1 680	1 912	+14 %	157	192	+22 %
	Schleswig-Holstein	4 231	5 015	+19 %	152	174	+15 %
Neue Bundesländer	Brandenburg	3 463	4 023	+16 %	133	161	+21 %
	Mecklenburg-Vorpommern	2 719	2 928	+8 %	153	182	+19 %
	Sachsen	6 408	7 321	+14 %	145	179	+24 %
	Sachsen-Anhalt	3 743	3 811	+2 %	143	170	+19 %
	Thüringen	3 625	3 759	+4 %	149	174	+17 %
<b>Deutschland</b>		126 832	146 054	+15 %	154	177	+15 %

**Tabelle 3-1:** Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nach Bundesland in den Jahren 2000 und 2016

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018); KBV (2018c).

**57.** Wird darüber hinaus bei der Betrachtung der Entwicklung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte ein längerer Zeitraum untersucht, zeigt sich ebenfalls, dass vor allem die neuen Bundesländer und das Saarland eine deutliche Zunahme der Ärztedichte in der vertragsärztlichen Versorgung verzeichneten. Während dies in den neuen Bundesländern hauptsächlich auf den erwähnten Bevölkerungsrückgang zurückzuführen ist, weist das Saarland zwar ebenfalls einen Rückgang der Bevölkerung auf, aber gleichzeitig auch seit dem Jahr 1993 eine stark überdurchschnittliche Steigerung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (Destatis 2018; KBV 2018c). Das Wachstum der Anzahl der Ärzte stellt jedoch lediglich einen groben Indikator für die Angebotskapazität dar. So bleibt insbesondere unklar, welche Art der vertragsärztlichen Versorgung die Ärzte anbieten, denn diese gliedert sich nach § 73 SGB V u. a. in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung<sup>21</sup>.

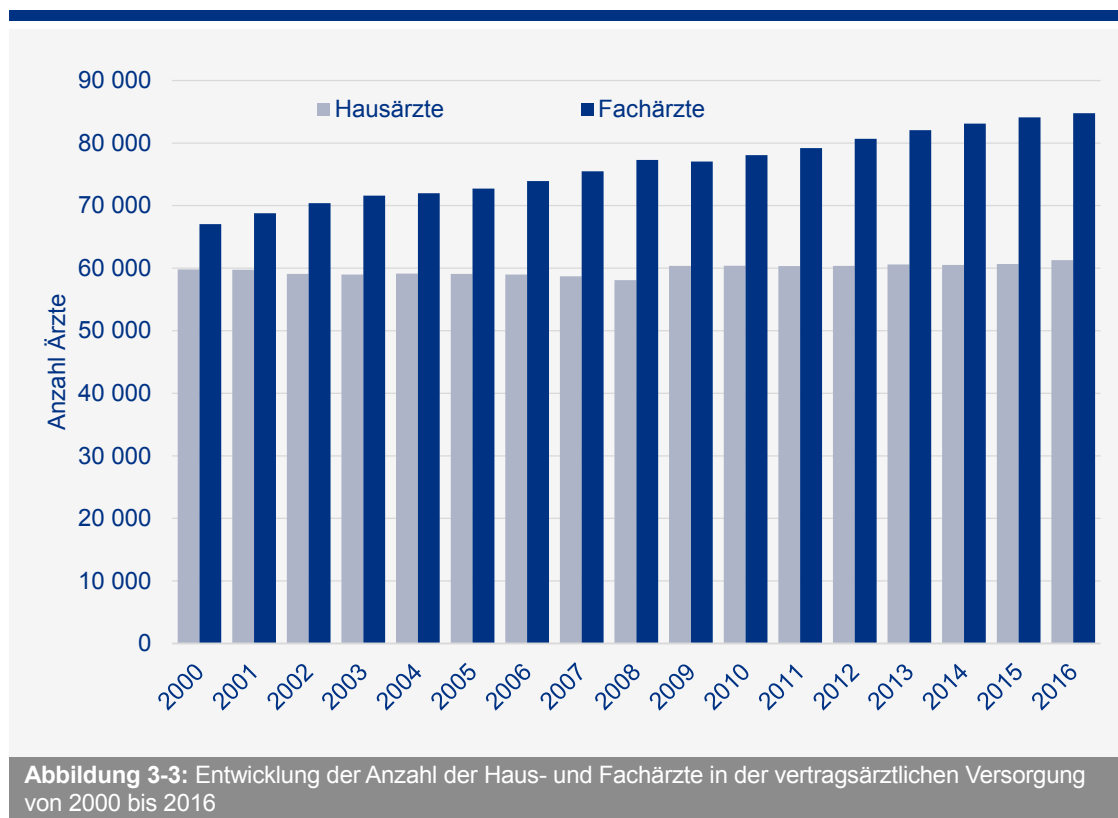
**58.** Gemäß § 73 Abs. 1a SGB V können neben den Allgemein- und Kinderärzten auch Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die sich für die hausärztliche Versorgung entschieden haben, sowie Ärzte, die zum 31. Dezember 2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, und Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind, an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Zum 31. Dezember 2016 partizipierten 61 273 Ärzte an der hausärztlichen Versorgung. Der Anteil der Hausärzte an allen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten lag bei ca. 42 %. Die übrigen zugelassenen Ärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Die fachärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten wurde zum 31. Dezember 2016 durch 84 781 Ärzte gewährleistet. Sie stellten damit ca. 58 % der teilnehmenden Ärzte.

**59.** Vergleicht man diese Zahlen mit denen aus dem Jahr 2000, wird deutlich, dass der Zuwachs der in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte vor allem auf eine Zunahme der Fachärzte zurückgeht. Während deren Anzahl um ca. 26 % stieg, blieb die Zahl der Hausärzte relativ stabil um die 60 000. Der leichte Zuwachs ist höchstwahrscheinlich ein statistisches Artefakt, da seit dem Jahr 2009 auch angestellte Hausärzte in der Statistik ausgewiesen werden, was vorher aufgrund fehlender Kennzeichnung nicht möglich war. Ohne diese Ergänzung um angestellte Hausärzte im Jahr 2009 läge die Anzahl der ausgewiesenen Hausärzte im Jahr 2016 unter dem Niveau des Jahres 2000.

**60.** Die vermehrte Niederlassung von Fachärzten (siehe Abbildung 3-3) ist dabei auch ein Zeichen der wachsenden ambulanten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Diese Möglichkeiten führen dazu, dass früher nur stationär durchführbare Behandlungen nun ambulant erbracht werden können (z. B. ambulantes Operieren, Chemotherapien). Die daraus folgende Verlagerung der fachärztlichen Versorgung aus dem stationären in den ambulanten Sektor verstärkt daher den Anstieg der ambulanten fachärztlichen Kapazitäten.

---

<sup>21</sup> Auch Hausärzte sind Fachärzte für Allgemeinmedizin. Zur besseren Lesbarkeit wird hier die umgangssprachliche Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärzten verwendet.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018c).

**61.** Das Verhältnis der Anzahl von Haus- und Fachärzten hat sich somit seit den 1990er-Jahren umgekehrt. So waren laut Berechnung des Rates im Jahr 1993 noch ca. 60 % der teilnehmenden Ärzte Hausärzte (SVR 2009). Die Entwicklung macht deutlich, dass das in § 101 Abs. 1 Nr. 2 SGB V auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) übertragene Steuerungsziel der Bereitstellung einer ausgewogenen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsstruktur in Gefahr gerät.

**62.** Die vorherigen Ausführungen haben gezeigt, dass der Zuwachs der Anzahl der Ärzte auf eine Zunahme der spezialisierten Fachärzte zurückzuführen ist. Jedoch nahm die Zahl der Ärzte auch innerhalb der fachärztlichen Fachgruppen nicht gleichmäßig zu. Bei den Arztgruppen, wie sie in Tabelle 3-2 anhand ihrer Spezialisierung unterschieden werden, gibt es Gruppen, die allgemeine fachärztliche Versorgung erbringen – wie beispielsweise Haut-, Hals-Nasen-Ohren(HNO)- und Augenärzte sowie Gynäkologen –, und weitere – wie Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen und Radiologen –, die typischerweise erst auf Veranlassung (Überweisung) anderer niedergelassener Ärzte oder Krankenhausärzte tätig werden. So zeigt sich, dass vor allem hochspezialisierte Fachrichtungen wie Neurochirurgen, Nuklearmediziner und Laborärzte sowie die fachärztlich tätigen Internisten die größten Zuwachsraten verzeichneten. Demgegenüber wuchs die Anzahl von HNO- und Augenärzten nur unterdurchschnittlich.

	2000	2016	Veränderung
Anästhesiologie	3 474	3 942	+13 %
Ärztliche Psychotherapie	3 553	6 038	+70 %
Augenheilkunde	5 380	6 146	+14 %
Chirurgie	5 434	6 119	+13 %
Gynäkologie	10 682	12 264	+15 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	4 109	4 457	+8 %
Dermatologie	3 477	3 882	+12 %
Innere Medizin (fachärztlich)*	5 310	9 822	+85 %
davon: Gastroenterologie	419	1 397	+233 %
davon: Kardiologie	1 208	2 450	+103 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	491	1 051	+114 %
Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin	6 711	7 509	+12 %
Laboratoriumsmedizin	722	1 218	+69 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	815	1 215	+49 %
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	5 566	5 852	+5 %
Neurochirurgie	280	1 059	+278 %
Nuklearmedizin	426	953	+124 %
Orthopädie	5 272	7 069	+34 %
Pathologie	658	1 059	+61 %
Radiologie, diagnostische Radiologie**	3 113	4 038	+30 %
Urologie	2 776	3 288	+18 %

**Tabelle 3-2:** Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ausgewählter Fachgruppen in den Jahren 2000 und 2016

\* Fachärzte für Innere Medizin, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (außer Ermächtigte) und sich nicht für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden haben. Ermächtigte Ärzte sind in dieser Gruppe nicht enthalten, da sie nicht eindeutig dem fachärztlichen oder dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet werden können.

\*\* Ohne Strahlentherapie.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018c).

### 3.2.3 Psychotherapeutische Versorgung

**63.** Eine ähnliche Zunahme wie bei den Ärztinnen und Ärzten kann auch bei den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten beobachtet werden. Deren Zahl nahm zwischen 2000 und 2016 von 13 496 um ca. 76 % auf 23 812 zu. Setzt man diese Zahl mit der im Bundesland lebenden Bevölkerung in Relation, zeigt sich, wie bei den teilnehmenden Ärzten auch, eine klare Dreiteilung in Stadtstaaten, ost- und westdeutsche Bundesländer (siehe Tabelle 3-3). Insbesondere die Stadtstaaten besitzen mit über 50 Therapeuten auf 100 000 Einwohner eine weit überdurchschnittliche Dichte an psychologischen Psychotherapeuten. Die niedrigste Therapeutendichte weisen die neuen Bundesländer auf, insbesondere Brandenburg mit 16 und Mecklenburg-Vorpommern mit 17 Therapeuten je 100 000 Einwohner. Die alten Bundesländer haben mit durchschnittlich 26 Therapeuten je 100 000 Einwohner etwas höhere Werte.

Auffällig ist, dass es in den neuen Bundesländern eine weit überdurchschnittliche Zunahme der psychologischen Psychotherapeuten seit dem Jahr 2000 gab. Die Entwicklung der Therapeutendichte zeigt jedoch, dass in diesen Bundesländern im Jahr 2000 auch eine weit unterdurchschnittliche Relation zwischen Therapeuten und jeweiliger Bevölkerung bestand. Entsprechend stellt dieses starke Wachstum einen Nachholeffekt dar.

		Anzahl Psychotherapeuten			Therapeuten je 100 000 Einwohner		
		2000	2016	Veränderung 2000 bis 2016	2000	2016	Veränderung 2000 bis 2016
Stadtstaaten	Berlin	1 242	1 981	+60 %	37	55	+51 %
	Bremen	305	352	+15 %	46	52	+12 %
	Hamburg	689	987	+43 %	40	55	+36 %
Alte Bundesländer	Baden-Württemberg	1 892	2 909	+54 %	18	27	+48 %
	Bayern	2 012	3 597	+79 %	16	28	+69 %
	Hessen	1 492	2 433	+63 %	25	39	+59 %
	Niedersachsen	1 161	1 989	+71 %	15	25	+71 %
	Nordrhein-Westfalen	2 939	5 209	+77 %	16	29	+78 %
	Rheinland-Pfalz	484	877	+81 %	12	22	+80 %
	Saarland	154	267	+73 %	14	27	+86 %
	Schleswig-Holstein	406	628	+55 %	15	22	+50 %
Neue Bundesländer	Brandenburg	139	443	+219 %	5	18	+232 %
	Mecklenburg-Vorpommern	71	301	+324 %	4	19	+367 %
	Sachsen	254	994	+291 %	6	24	+324 %
	Sachsen-Anhalt	97	419	+332 %	4	19	+405 %
	Thüringen	159	426	+168 %	7	20	+202 %
<b>Deutschland</b>		<b>13 496</b>	<b>23 812</b>	<b>+76 %</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>+76 %</b>

**Tabelle 3-3:** Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden psychologischen Psychotherapeuten nach Bundesland von 2000 bis 2016

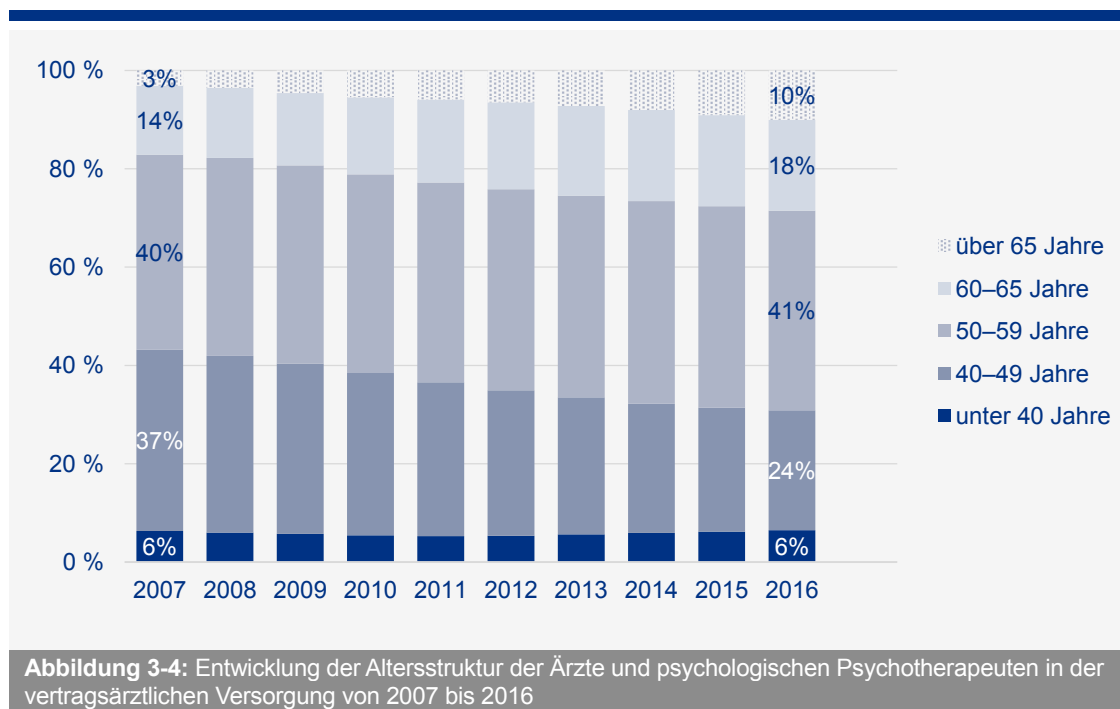
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018); KBV (2018c).



### 3.3 Ersatzbedarf bis zum Jahr 2035 und seine Einflussfaktoren

#### 3.3.1 Effekte der derzeitigen Altersstruktur

**64.** Die beschriebene Zunahme der Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte sowie der Psychotherapeutinnen und -therapeuten konnte nicht die Auswirkungen des demografischen Wandels auf das Durchschnittsalter ausgleichen. So stieg das Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden in den letzten zehn Jahren von 51,4 Jahren im Jahr 2007 auf 54,0 Jahre im Jahr 2016. Abbildung 3-4 zeigt, dass sich der Anteil der über 50-jährigen Ärzte und Psychotherapeuten in den letzten zehn Jahren kontinuierlich erhöht hat. Darüber hinaus fällt auf, dass ein zunehmend größerer Teil der Ärzte und Psychotherapeuten auch nach Überschreiten der gesetzlichen Regelaltersgrenze (65 Jahre und fünf Monate im Jahr 2016) weiterhin in der ambulanten Versorgung gesetzlich Krankenversicherter tätig war.



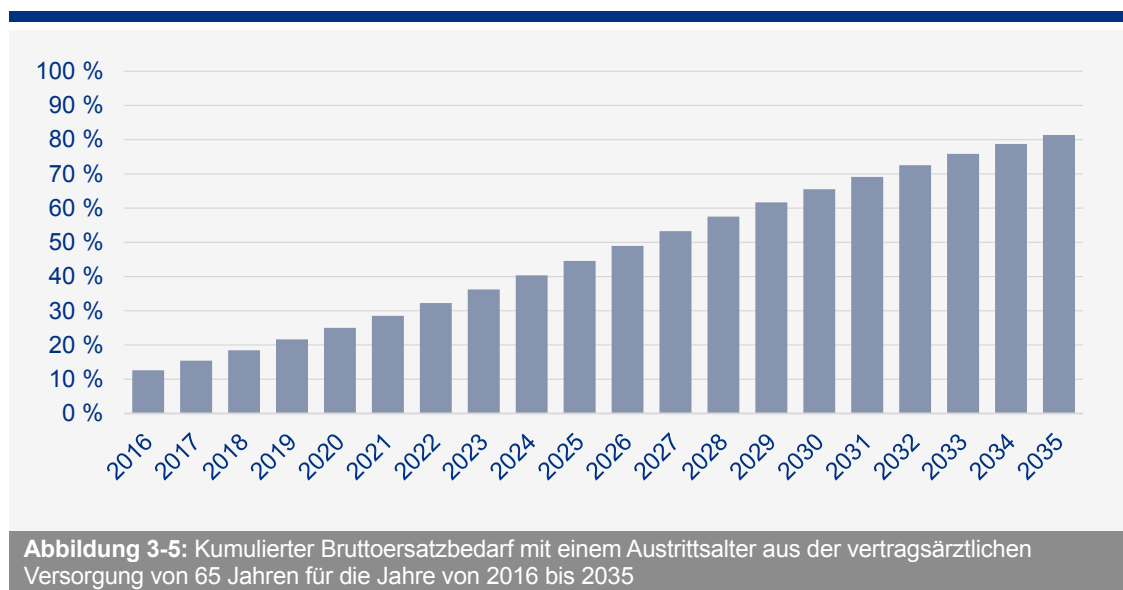
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018c).

**65.** Die Altersstruktur der heute praktizierenden Ärzte und Psychotherapeuten bestimmt weitestgehend die Anzahl der Personen, die in den kommenden Jahren und Jahrzehnten in den Ruhestand treten und die, falls die Versorgung auf heutigem Niveau sichergestellt werden soll, ersetzt werden müssten. Um die Auswirkungen dieser Entwicklung auf die zukünftige Angebotskapazität abschätzen zu können, wird im Folgenden die Altersstruktur der teilnehmenden Ärzte untersucht. Auf dieser Basis wird dann der Bruttoersatzbedarf bestimmt, der sich allein aus dem altersbedingten Ausscheiden der Ärzte und Psychotherapeuten aus der vertragsärztlichen Versorgung ergibt. Nimmt man an, dass keine neuen Personen in die vertragsärztliche Versorgung eintreten, lässt sich der Bruttoersatzbedarf bestimmen, der als eine Art Benchmark angibt, wie viele Personen notwendig wären, um z. B. das gleiche Versorgungsniveau zu erhalten, wie es im Jahr 2016 ohne Betrachtung nachfrageseitiger Änderungen bestand. In jedem Jahr altern die

Ärzte und Psychotherapeuten um ein Jahr und per Annahme scheiden alle über der Altersgrenze aus der vertragsärztlichen Versorgung aus. Aufgrund des Fehlens von neu hinzukommenden Ärzten und Psychotherapeuten in dem Modell bestimmt die kumulierte Anzahl aller bis zu diesem Zeitpunkt ausgeschiedenen Ärzte und Psychotherapeuten den Bruttoersatzbedarf.<sup>22</sup>

**66.** Für den Bruttoersatzbedarf wird im Folgenden zusätzlich angenommen, dass die Ärzte und Psychotherapeuten ihre Tätigkeit in der vertragsärztlichen Versorgung mit dem Erreichen des 60., 65. und 67. Lebensjahres einstellen. Dabei approximiert die erste Altersgrenze das derzeitige Medianalter<sup>23</sup> der aus der vertragsärztlichen Versorgung austretenden Ärzte und Psychotherapeuten von etwa 60 Jahren<sup>24</sup>. Die beiden nächsten Altersgrenzen dienen als Annäherung an das aktuelle gesetzliche Renteneintrittsalter von 65 Jahren und fünf Monaten im Jahr 2016 und das geplante bei Erreichen des 67. Lebensjahres im Jahr 2035.

Abbildung 3-5 vermittelt einen Eindruck von der Untergrenze hinsichtlich des in den nächsten 20 Jahren anfallenden Bruttoersatzbedarfs für den Fall, dass die Ärzte und Therapeuten mit dem 65. Lebensjahr aus der vertragsärztlichen Versorgung austreten. Es zeigt sich, dass bei allen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden bis zum Jahr 2025 fast 50 % ersetzt werden müssten. Bis zum Jahr 2035 wären es sogar 81 % oder ca. 138 000 Personen, die neu in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen werden müssten, um das Niveau aus dem Jahr 2016 zu erreichen.



Der hier dargestellte kumulierte Bruttoersatzbedarf ergibt sich allein basierend auf dem altersbedingten Ausscheiden der Ärzte aus der vertragsärztlichen Versorgung.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017).

<sup>22</sup> Die Abwanderung ins Ausland (im Jahr 2016 waren dies 1 965 Ärztinnen und Ärzte, davon 59 % Deutsche) und die Einwanderung aus dem Ausland (im Jahr 2016 waren dies 4 088 Ärztinnen und Ärzte, mit 737 kamen die meisten aus Syrien) werden hierbei ebenfalls ignoriert (BÄK 2018).

<sup>23</sup> Das durchschnittliche Austrittsalter liegt aktuell bei ca. 58 Jahren (KBV 2017).

<sup>24</sup> Dabei wurde als Abgang gezählt, wer zum 31. Dezember 2015, nicht aber zum 31. Dezember 2016 im Bundesarztregister verzeichnet war. Die Identifikation der Person erfolgt über die Arztregister/Eintragsnummer. Zu den Abgängen zählen also neben Eintritten in den Ruhestand auch Wechsler in eine andere, nicht vertragsärztliche medizinische Tätigkeit oder in ein anderes Arztregister.

**67.** Die Auswertungen zeigen, dass ein größer werdender Teil der Teilnehmenden bis weit jenseits des gesetzlichen Rentenalters tätig ist. Um dieser Entwicklung in der Prognose des Bruttoersatzbedarfs Rechnung zu tragen, wird eine zusätzliche Variante mit 70 Jahren als eine Abschätzung der oberen Grenze durchgeführt. Die Berücksichtigung verschiedener Altersgrenzen erlaubt es, die Auswirkungen einer Verlängerung der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auf den Bruttoersatzbedarf abzuschätzen. Auch bei der Abschätzung der oberen Grenze mit einer Altersgrenze von 70 Jahren wären immer noch 111 000 oder ca. 65 % bis zum Jahr 2035 zu ersetzen.

Dieser Bedarf verteilt sich aber nicht gleichmäßig auf die verschiedenen Fachgruppen. So zeigt die Tabelle 3-4 die Ergebnisse der Schätzung zum Bruttoersatzbedarf an Ärzten und Therapeuten nach Fachgruppen bis zum Jahr 2025 und die Tabelle 3-5 diejenigen bis zum Jahr 2035. Legt man die niedrigste Altersgrenze zugrunde, d. h. das derzeitige Median-Austrittsalter aus der vertragsärztlichen Versorgung der Ärzte im Jahr 2016 von 60 Jahren, wird deutlich, dass unter dieser Annahme in den nächsten 20 Jahren der Großteil der heute in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärzte durch Nachrückende ersetzt werden muss.

Auf der Basis eines gesetzlichen Renteneintrittsalters von ca. 65 Jahren im Jahr 2016 reicht das Spektrum von 30 % Ersatzbedarf bis zum Jahr 2025 bei den Neurochirurgen bis zu 62 % bei den ärztlichen Psychotherapeuten. Vor allem die Hausärzte haben einen hohen Bruttoersatzbedarf. So müssten beispielsweise bis zum Jahr 2025 mehr als 26 000 und bis zum Jahr 2035 noch einmal ca. 19 000 Hausärzte in die vertragsärztliche Versorgung nachrücken.

Den größten durch die Altersstruktur vorgegebenen Bruttoersatzbedarf weisen jedoch die ärztlichen Psychotherapeuten auf. So müssen ca. 95 % der 6 038 im Jahr 2016 tätigen ärztlichen Psychotherapeuten bis zum Jahr 2035 ersetzt werden, sollten sie mit 65 aus der vertragsärztlichen Versorgung austreten.

**68.** Dem Bruttoersatzbedarf stehen jährlich etwa 24 000 Studienanfänger<sup>25</sup> im Fach Humanmedizin gegenüber (Destatis 2017a). Von ihnen will gemäß einer Umfrage der KBV ein Großteil auch in der ärztlichen Versorgung tätig werden, nur für unter 1 % aller Studierenden kommt dies nicht infrage (KBV 2015). Ein kleiner Teil, etwa 5 %, schließt darüber hinaus eine spätere Arbeit in Deutschland aus. Hinsichtlich der Art der Berufsausübung stellt für 90 % der Studierenden das Dasein als angestellter Arzt eine attraktive Option dar, die Niederlassung kommt nur für 74 % infrage. Dem großen Ersatzbedarf an Hausärzten steht dabei ein geringes Interesse der Studierenden gegenüber. Eine Niederlassung als Hausarzt ist nur für 37 % denkbar, nur 9 % der Studierenden würden sich zum Zeitpunkt der Befragung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin entscheiden. Die Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) bestätigt, dass die Anzahl der berufstätigen Ärzte im stationären Bereich in den letzten zehn Jahren mit etwa 44 000 neuen Ärztinnen und Ärzten etwa dreimal so stark zugenommen hat wie im ambulanten Bereich. Die in sonstigen Bereichen<sup>26</sup> oder ohne ärztliche Tätigkeit<sup>27</sup> registrierten Ärzte blieben konstant bei einem Anteil von 6 % bzw. 24 %.

<sup>25</sup> In der Medizin brechen unter 10 % der Studierenden ihr Studium ab (Heublein et al. 2014).

<sup>26</sup> Wehrdienstleistende Ärzte, Ärzte bei Behörden und Körperschaften sowie in Industrie und Forschung ärztlich tätige Ärzte.

<sup>27</sup> Dies sind vor allem (zu 70 %) Ärzte im Ruhestand, unter 3 % der registrierten Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit sind berufs fremd tätig.

Bruttoersatzbedarf 2025	Austritt aus der vertragsärztlichen Versorgung mit			
	60 Jahren	65 Jahren	67 Jahren	70 Jahren
Anästhesiologie	72 %	47 %	36 %	21 %
Ärztliche Psychotherapie	83 %	62 %	52 %	38 %
Augenheilkunde	58 %	40 %	32 %	22 %
Chirurgie	72 %	47 %	37 %	23 %
Gynäkologie	63 %	40 %	32 %	22 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	61 %	41 %	32 %	22 %
Hausärztinnen und -ärzte	68 %	49 %	41 %	30 %
Dermatologie	59 %	37 %	28 %	18 %
Innere Medizin (fachärztlich)	66 %	41 %	32 %	20 %
davon: Gastroenterologie	57 %	32 %	24 %	16 %
davon: Kardiologie	63 %	38 %	29 %	17 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	64 %	35 %	28 %	18 %
Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin	61 %	40 %	32 %	20 %
Laboratoriumsmedizin	64 %	41 %	31 %	21 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	60 %	37 %	28 %	19 %
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	67 %	43 %	35 %	24 %
Neurochirurgie	55 %	30 %	23 %	15 %
Nuklearmedizin	62 %	35 %	27 %	17 %
Orthopädie	55 %	33 %	25 %	16 %
Pathologie	63 %	41 %	31 %	20 %
Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	64 %	47 %	40 %	28 %
Radiologie, diagnostische Radiologie*	61 %	37 %	27 %	16 %
Urologie	62 %	39 %	30 %	19 %

Tabelle 3-4: Kumulierter Bruttoersatzbedarf bis zum Jahr 2025

\* Ohne Strahlentherapie.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017).

Bruttoersatzbedarf 2035	Austritt aus der vertragsärztlichen Versorgung mit			
	60 Jahren	65 Jahren	67 Jahren	70 Jahren
Anästhesiologie	97 %	88 %	83 %	72 %
Ärztliche Psychotherapie	99 %	95 %	92 %	83 %
Augenheilkunde	86 %	74 %	68 %	58 %
Chirurgie	98 %	90 %	84 %	72 %
Gynäkologie	93 %	81 %	74 %	63 %
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	91 %	78 %	72 %	61 %
Hausärztinnen und -ärzte	93 %	84 %	78 %	68 %
Dermatologie	89 %	76 %	69 %	59 %
Innere Medizin (fachärztlich)	94 %	83 %	77 %	66 %
davon: Gastroenterologie	94 %	79 %	71 %	57 %
davon: Kardiologie	94 %	82 %	76 %	63 %
Kinder- und Jugendpsychiatrie	93 %	82 %	75 %	64 %
Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin	90 %	77 %	71 %	61 %
Laboratoriumsmedizin	93 %	82 %	76 %	64 %
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	93 %	79 %	71 %	60 %
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	95 %	84 %	77 %	67 %
Neurochirurgie	90 %	76 %	68 %	55 %
Nuklearmedizin	94 %	82 %	75 %	62 %
Orthopädie	91 %	76 %	68 %	55 %
Pathologie	91 %	79 %	75 %	63 %
Psychologische und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	86 %	76 %	72 %	64 %
Radiologie, diagnostische Radiologie*	90 %	77 %	72 %	61 %
Urologie	93 %	82 %	75 %	62 %

**Tabelle 3-5: Kumulierter Bruttoersatzbedarf bis zum Jahr 2035**

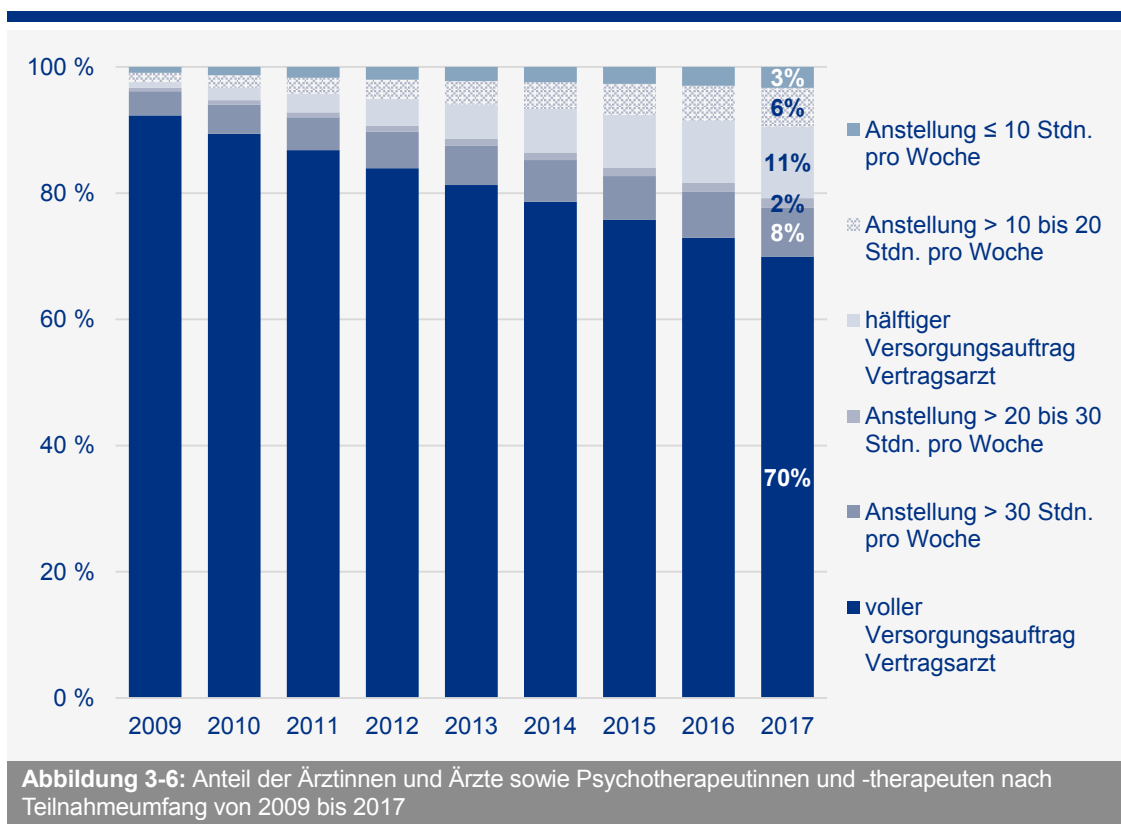
\* Ohne Strahlentherapie.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017).

### 3.3.2 Weitere Determinanten

**69.** Die obigen Ausführungen zur vergangenen und zukünftigen Entwicklung der Angebotskapazität basieren ausschließlich auf einer Betrachtung der Kopffzahlen. Für sich genommen lassen sich jedoch aus diesen Zahlen ohne weitere Analysen keine fundierten Schlussfolgerungen bezüglich des Arbeitsvolumens und der Ergebnisse der vertragsärztlichen Versorgung sowie bezüglich der Effektivität und Effizienz der medizinischen Leistungserbringung treffen (SVR 2001).

**70.** Drei wichtige Trends, deren Auswirkungen sich teilweise gegenseitig verstärken, sollten bei der Betrachtung des Angebots an vertragsärztlicher Versorgung berücksichtigt werden. Zum einen zeigen Auswertungen des Bundesarztregisters, dass seit dem Jahr 2009 der durchschnittliche Teilnahmeumfang zurückgegangen ist (KBV 2018d). Wie Abbildung 3-6 ausweist, nahm zwischen 2009 und 2017 der Anteil der Ärztinnen und Ärzte sowie der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die keinen vollen Versorgungsauftrag wahrnehmen, deutlich zu.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018d).

**71.** Zum anderen haben insbesondere jüngere Ärztinnen und Ärzte im Durchschnitt eine geringere Wochenarbeitszeit als ältere. Dies zeigt der KBV-Ärzte-monitor 2016, eine repräsentative Befragung der an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden durch die KBV und den NAV-Virchow-Bund. Dort gaben die unter 45-Jährigen eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 48,9 Stunden an, während sie bei den über 45-Jährigen bei durchschnittlich 52,8 Stunden lag (KBV/NAV-Virchow-Bund 2016).

**72.** Die dritte zu beobachtende Entwicklung ist die Zunahme des Anteils der Ärztinnen an der Gesamtärzteschaft. Lag ihr Anteil im Jahr 2000 bei ca. 32 %, so stieg er bis zum Jahr 2016 auf knapp 45 % (KBV 2018c). Für die Zukunft dürfte der Anteil weiter steigen, denn in Deutschland waren im Wintersemester 2015/2016 ca. 61 % der Studierenden der Humanmedizin weiblich (Destatis 2017b). Aus dieser Entwicklung ergeben sich u. a. Konsequenzen für die verfügbare Angebotskapazität in der vertragsärztlichen Versorgung. So zeigt z. B. der KBV-Ärztemonitor (KBV/NAV-Virchow-Bund 2016), dass im Jahr 2016 die normale reguläre Arbeitszeit von ambulant tätigen Ärztinnen (48,0 Wochenstunden) bei ca. 87 % der von ambulant tätigen Ärzten (55,2 Wochenstunden) lag. Eine höhere Teilzeitquote bei den Ärztinnen wird auch anhand der Auswertung des Mikrozensus in Tabelle 3-6 deutlich. Die Daten zeigen, dass die regelmäßige Wochenarbeitszeit bei Ärzten höher ist als bei Ärztinnen.

Arbeitsstunden	Ärztinnen	Ärzte
unter 21	11,0 %	4,9 %
21–31	14,8 %	2,9 %
32–35	6,2 %	2,4 %
36–39	4,8 %	4,1 %
40	26,7 %	24,5 %
41–44	4,8 %	4,9 %
45 und mehr	31,9 %	56,3 %

**Tabelle 3-6:** Vergleich der geleisteten Wochenarbeitszeit von Ärztinnen und Ärzten in Deutschland im Jahr 2016

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2016).

**73.** Auch wenn ein Teil der geringeren durchschnittlichen Arbeitszeit von Ärztinnen mit dem allgemeinen Trend zur Reduzierung der Wochenarbeitsstunden, insbesondere unter den jüngeren<sup>28</sup> und den angestellten<sup>29</sup> Ärzten beiderlei Geschlechts, erklärt werden kann, zeigt sich doch, dass die aufgezeigten Unterschiede, vor allem angesichts des höheren Anteils an Teilzeitbeschäftigungen unter den Ärztinnen, einen signifikanten Einfluss auf die Versorgungslandschaft haben werden (Wille/Erdmann 2011).

<sup>28</sup> So entspricht die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Ärztinnen mit 48,0 Stunden fast der durchschnittlichen Wochenarbeitszeit aller Ärztinnen und Ärzte unter 45 mit 48,9 Stunden (KBV/NAV-Virchow-Bund 2016).

<sup>29</sup> Angestellte Ärzte geben eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 44,1 Stunden im Vergleich zu 53,9 bei Selbstständigen an (KBV/NAV-Virchow-Bund 2016). Der Anteil der Angestellten ist bei Ärztinnen mit ca. 22 % höher als bei Ärzten mit ca. 14 % (KBV 2018c).

**74.** Die beschriebene Entwicklung deutet darauf hin, dass sich die angebotene Arbeitsleistung je Arzt und Therapeut seit dem Jahr 2000 verringert hat und voraussichtlich auch in Zukunft weiter abnehmen wird. Entsprechend ist die Anzahl der Personen in der vertragsärztlichen Versorgung in der Vergangenheit zwar gestiegen, wie sich jedoch die angebotene Versorgungskapazität in Vollzeitäquivalenten entwickelt hat, lässt sich daraus nicht exakt ableiten. Eine reine Betrachtung der Kopffzahlen kann daher nur einen ungefähren Eindruck von der vergangenen und der zukünftigen Veränderung der Angebotskapazität vertragsärztlicher Leistung bieten.

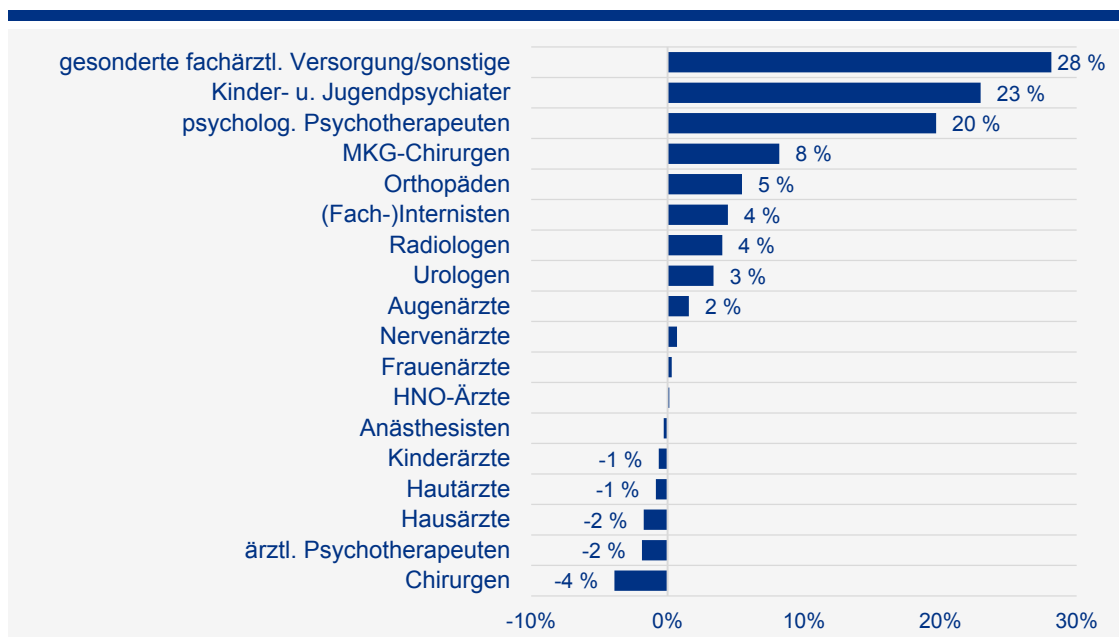
**75.** Wie stark sich die Reduzierung der Arbeitsleistung je Arzt auf das angebotene vertragsärztliche Angebot auswirkt, hat das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) in einer Studie zur Produktivitätsentwicklung von Ärzten untersucht (Czihal/Stillfried 2016). Die Studie zeigt, dass die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten von 2009 bis 2015 um ca. 10 % gestiegen ist. Nach Gewichtung mit dem Teilnahmeumfang reduziert sich das Wachstum der angebotenen vertragsärztlichen Leistungen auf 2,8 %<sup>30</sup>. Die Daten des Bundesarztregisters aus dem Jahr 2016 bestätigen diesen Trend. Einer Steigerung der Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten von 1,5 % steht eine gewichtete Zunahme von lediglich 0,3 % gegenüber. Es zeigt sich sogar, dass die Angebotskapazität in einigen Fachgruppen trotz Zunahme an Köpfen abgenommen hat (KBV 2018d).

**76.** Insbesondere die eher grundversorgenden Facharztgruppen (Hautärzte, Kinderärzte, aber auch die Hausärzte selbst) verzeichneten eine Abnahme der mit dem Teilnahmeumfang gewichteten vertragsärztlichen Kapazität. Demgegenüber zeigten eher spezialisierte Fachrichtungen, wie Fachinternisten und die gesonderte fachärztliche Versorgung, aber auch psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychiater von 2009 bis 2016 auch nach dieser Gewichtung eine zum Teil starke Zunahme. Abbildung 3-7 stellt die Entwicklung der Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung gewichtet nach dem Teilnahmeumfang zwischen 2009 und 2016 dar.

---

<sup>30</sup> Grundsätzlich wird in häftige und volle Versorgungsaufträge unterschieden. Darüber hinaus wurden alle Anstellungen kleiner 10 Stunden als Viertel-, jene zwischen 10 und 20 Stunden als häftige, jene zwischen 20 und 30 Stunden als Dreiviertel- und jene ab 30 Stunden als volle Versorgungsaufträge gezählt.





**Abbildung 3-7:** Entwicklung der Ärzte und Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung, gewichtet nach Teilnahmestatus, zwischen 2009 und 2017

Die Arztgruppeneinteilung ist in den hier zugrunde liegenden Daten abweichend von vorhergehenden Darstellungen.

HNO-Ärzte = Hals-Nasen-Ohren-Ärzte

MKG-Chirurgen = Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018d).

**77.** Die Bruttoersatzbedarfsschätzung auf der Basis von Kopffzahlen hat die beschriebenen Auswirkungen des Alters auf die Angebotskapazität, die Zunahme der Teilzeit und die allgemeine Reduktion der angebotenen Arbeitsstunden und Substitutionsbeziehungen zwischen Arztgruppen und zwischen Ärzten und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe nicht berücksichtigen können. In Anbetracht vergangener Trends kann der Einfluss dieser Faktoren möglicherweise nicht quantifiziert, jedoch deren Richtung auf den Bedarf an Ärzten prognostiziert werden. So ist z. B. zu erwarten, dass sich die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit pro Arzt bis zum Jahr 2035 weiter verringert. Daraus resultiert ein noch höherer Bedarf an Ärzten, als es die obigen Schätzungen erwarten lassen, um den gleichen Umfang an vertragsärztlichen Leistungen wie heute sicherzustellen.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass es durch den medizinisch-technischen Fortschritt zunächst infolge einer Verschiebung des Verhältnisses zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu einem höheren Bedarf an vertragsärztlicher Versorgung kommen wird. In die umgekehrte Richtung kann aus der Delegation und Substitution zwischen den Arztgruppen und anderen medizinischen Berufen und Versorgungsformen ein geringerer Bedarf erwachsen. Eine Übersicht über die Einflussfaktoren gibt Tabelle 3-7.

Verstärkung	Verminderung
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Steigerung des Versorgungsbedarfs infolge des demografischen Wandels</li> <li>• Steigendes Durchschnittsalter der Ärzte</li> <li>• Auswanderung</li> <li>• Zunahme administrativer Aufgaben</li> <li>• Fehlende Möglichkeit zur Delegation von Aufgaben aufgrund des Fachkräftemangels in den Gesundheitsfachberufen</li> <li>• Abnahme der Zahl bzw. des Arbeitsvolumens erwerbstätiger Ärzte <ul style="list-style-type: none"> <li>– Längere familienbedingte Erwerbsunterbrechung</li> <li>– Zunahme der Teilzeitarbeit</li> <li>– Steigendes Durchschnittsalter der Ärzte</li> <li>– Präferenz für Arbeitszeitreduktion („Freizeit vor Bezahlung“)</li> <li>– Zunehmende Arbeit im Angestelltenverhältnis</li> </ul> </li> <li>• Systematische Arbeitszeiterfassung</li> <li>• Arbeitsreduktion infolge der aktuell bestehenden Vergütungsanreize</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevölkerungsrückgang</li> <li>• Zunehmende Zahl an Studienplätzen</li> <li>• Integration und qualifizierte Zuwanderung</li> <li>• Neue Arbeitsverteilung, Delegation</li> <li>• Entlastung von Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben</li> <li>• Nutzung von Informationssystemen</li> <li>• Erhöhung der Zahl bzw. des Arbeitsvolumens erwerbstätiger Ärzte <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf</li> <li>– Bessere Wiedereinstiegsmöglichkeiten nach familienbedingter Erwerbsunterbrechung</li> <li>– Steigerung der Attraktivität der kurativen Tätigkeit (z. B. flache Hierarchien, geänderte Dienstmodelle)</li> <li>– Altersgerechte Arbeitsgestaltung</li> </ul> </li> <li>• Arbeit parallel zu den Altersbezügen</li> <li>• Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>– Veränderung der Versorgungsstrukturen, z. B. bessere Verzahnung stationär/ambulant, Abbau von Doppelstrukturen</li> <li>– Reduktion von Krankenhausbetten</li> </ul> </li> <li>• Reduktion von Fehlverteilungen</li> </ul>

Tabelle 3-7: Einflussfaktoren auf einen zukünftigen Ärztemangel

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an SVR (2012).

78. Trotz dieser Limitationen bieten die Abschätzungen zum altersbedingten Ausscheiden der Ärzte und Therapeuten jedoch zumindest Hinweise für mögliche zukünftige Versorgungsengpässe und können somit genutzt werden, um gezielt und frühzeitig mögliche Lösungen zu erarbeiten.

## 3.4 Die ambulante Bedarfsplanung

### 3.4.1 Grundprinzipien der Bedarfsplanung

79. Die Planung der an der GKV-Versorgung teilnehmenden ambulanten Angebotskapazitäten im Sinne von Praxissitzen für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten („Bedarfsplanung“) obliegt den KVen. Sie erfolgt anhand von Planungsbereichen, für die über Verhältniszahlen Soll-Werte für unterschiedliche Arztgruppen je Einwohner festgelegt werden. Die Versorgungsgrade in Prozent ergeben sich als Quotient aus Ist und Soll. Unterversorgung ist gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA anzunehmen und kann dann vom Landesausschuss, bestehend aus Ärzten und Krankenkassen, festgestellt werden, wenn der Versorgungsgrad bei Hausärzten unter 75 % bzw. bei Fachärzten unter 50 % liegt (G-BA 2017a). Bereits zuvor kann festgestellt werden, dass Unterversorgung droht, besonders wenn die Altersstruktur der

vorhandenen Ärzte dies perspektivisch erwarten lässt. Umgekehrt gelten Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von über 110 % als überversorgt.

Aus den Feststellungen können sich Konsequenzen ergeben. So stehen für (drohend) unterversorgte Regionen bestimmte Förderinstrumente bereit (siehe Textziffer 84), überversorgte Planungsbereiche werden typischerweise für Neuzulassungen gesperrt. Ausnahmen davon sind Sonderbedarfszulassungen. Die Verhältniszahlen werden auf Basis eines historischen Stichtages (Stand aus dem Jahr 1990 für die meisten Facharztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung, Stand aus dem 1995 für Hausärzte bzw. Stand aus dem Jahr 1999 bei den Psychotherapeuten) aus den damaligen Ist-Zahlen fortgeführt, sie sind also nicht das Ergebnis einer originären, empirisch fundierten Bedarfsmessung.

**80.** Zum 1. Januar 2012 ist das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) in Kraft getreten, infolgedessen die zur Konkretisierung der Verhältniszahlen maßgebliche Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA zum 1. Januar 2013 reformiert wurde (SVR 2014). Ausgangspunkt waren u. a. Allokationsprobleme bei den Angebotskapazitäten mit ausgeprägten regionalen Disparitäten. Es gilt seitdem eine Aufteilung der Arztgruppen in vier Kategorien (Tabelle 3-8). Die Planung ist infolge des GKV-VStG tendenziell kleinräumiger geworden (z. B. mit ca. 1 000 Planungsbereichen<sup>31</sup> bei den Hausärzten) und umfasst vorher nicht geplante Arztgruppen bei der gesonderten fachärztlichen Versorgung. Die KVen haben zudem mehr Möglichkeiten bekommen, die Planung regional zu flexibilisieren, beispielsweise über angepasste Verhältniszahlen oder Abweichungen von den Planungsbereichsgrenzen. Ermächtigte Ärzte und Psychotherapeuten werden bei der Zählung berücksichtigt.

---

<sup>31</sup> Mit gewisser Variabilität aufgrund von jährlichen regionalen Anpassungen.

Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Hausärzte	Augenärzte Chirurgen Frauenärzte Hautärzte HNO-Ärzte Kinderärzte Nervenärzte Orthopäden Urologen Psychotherapeuten	Radiologen Kinder- und Jugendpsychiater Fachinternisten Anästhesisten	Humangenetiker Laborärzte Neurochirurgen Nuklearmediziner Pathologen Physikalische und Rehabilitationsmediziner Strahlentherapeuten Transfusionsmediziner
ein Raumtyp (Mittelbereiche)	fünf Raumtypen (Kreisregionen; Typisierung nach Rolle in der Versorgung)	ein Raumtyp (Raumordnungsregionen)	ein Raumtyp (KV-Region)
ca. 1 000* Planungsbereiche	ca. 400* Planungsbereiche	ca. 100* Planungsbereiche	17 Planungsbereiche
eine Verhältniszahl, lokale Korrekturfaktoren	fünf Verhältniszahlen, lokale Korrekturfaktoren	eine Verhältniszahl, lokale Korrekturfaktoren	eine Verhältniszahl, ggf. Korrekturfaktoren

**Tabelle 3-8:** Die Arztgruppen der Bedarfsplanung nach Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie im Jahr 2013

\* Die Zahl der Planungsbereiche variiert abhängig von regionalen Entscheidungen über Planungsbereichszuschnitte aufgrund von regionalen Besonderheiten (KBV 2018b).

KV = Kassenärztliche Vereinigung.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an SVR (2014).

**81.** Ein veränderter Demografiefaktor, der arztgruppenspezifisch ist, soll die im Bundesgebiet unterschiedliche Altersverteilung der Bevölkerung berücksichtigen (G-BA 2017a). Dazu wird das regionale Verhältnis der über 65-Jährigen zu den bis 65-Jährigen im Vergleich zum bundesweiten Verhältnis errechnet (G-BA 2017b). Ein ausschließlich auf Bundesebene berechneter Leistungsbedarfsfaktor gibt als ebenfalls empirische Größe den Mehrbedarf der über 65-Jährigen an abgerechneten Leistungen an, er unterscheidet sich je nach Arztgruppe.<sup>32</sup> Die Kombination beider Faktoren erlaubt die Berechnung des demografisch bedingten Mehrbedarfs einer Region. Zudem können regionale Besonderheiten in Form von regionaler Morbidität, sozioökonomischen und räumlichen Faktoren berücksichtigt werden.

**82.** Zusammengefasst besteht mit dem Verhältniszahlensystem ein bundesweit einheitliches Rahmenkonzept für die ambulante ärztliche Kapazitätsplanung. Dies ist in vielen anderen europäischen Staaten nicht der Fall (siehe Abschnitt 9.2). Zugleich gibt es in Deutschland größere Möglichkeiten der regionalen Anpassung.

<sup>32</sup> Der Leistungsbedarfsfaktor beträgt beispielsweise 1,55 für die HNO-Ärzte, aber 5,482 für die Urologen (G-BA 2017b). Für die Kinderärzte, die Kinder- und Jugendpsychiater und die gesonderte fachärztliche Versorgung gilt kein Demografiefaktor.

**83.** Bestimmte, inzwischen durchaus heterogene Arztgruppen wie die „Nervenärzte“ (beinhalten Neurologen und Psychiater) oder Fachinternisten (beinhalten Nephrologen, Rheumatologen usw.) werden weiterhin gemeinsam beplant. Dies bedeutet, dass die Versorgung speziell z. B. mit Psychiatern oder Rheumatologen nicht vollständig transparent ist (siehe Abschnitt 16.3.3). Im Gutachten 2014 hat der Rat daher empfohlen, diese Gruppen getrennt zu beplanen (SVR 2014). Eine weitere Besonderheit gilt bei der Gruppe der Psychotherapeuten. Sie beinhaltet psychologische und ärztliche Psychotherapeuten (letztere mit unterschiedlichen Facharztweiterbildungen) sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Mit dem Ziel eines gefächerten Angebots gelten bestimmte Quotenregelungen, konkret mindestens 25 % der psychotherapeutischen Sitze für ärztliche Psychotherapeuten und mindestens 20 % für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

**84.** Zur Vermeidung von Unterversorgung stehen den KVen verschiedene Sicherstellungsmaßnahmen zur Verfügung, z. B. Sicherstellungszuschläge für Vertragsärzte, Investitionskostenzuschüsse und Eigenbetriebe. Bei eingetretener Unterversorgung muss der Zulassungsausschuss zudem Krankenhäuser für das betroffene Fachgebiet zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen. Die Maßnahmen werden in unterschiedlichem Ausmaß genutzt (vgl. KV-Befragung im SVR-Gutachten 2014, Abschnitt 6.3). Die spezifischen Maßnahmen gegen Überversorgung wie ein Aufkauf von Arztsitzen wurden in der Vergangenheit wenig genutzt, daher wurde im Gutachten 2014 eine veränderte Aufkaufregelung für überzählige frei werdende Arztsitze als „Soll-Regelung“ ab 110 % vorgeschlagen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde im Jahr 2015 letztlich eine Soll-Regelung für Planungsbereiche ab einem Versorgungsgrad von 140 % eingeführt. Es gibt bis heute allerdings keine Hinweise, dass seit dieser gesetzlichen Neuerung von einem Arztsitzaufkauf in relevantem Umfang Gebrauch gemacht würde.

**85.** Um zu untersuchen, ob der auf diese Weise ermittelte Bedarf mit dem subjektiven Bedarf der Versicherten bzw. Patienten korreliert, wurden in einer Studie Versicherte zu ihrer Einschätzung der medizinischen Versorgung in ihrer Region repräsentativ befragt. Anschließend wurden diese Ergebnisse als Maß für eine subjektive Bedarfseinschätzung herangezogen und mit den Ergebnissen der Bedarfsplanung verglichen (Schang et al. 2016). Beim direkten Vergleich waren die subjektive (d. h. die Wahrnehmung der Versicherten) und die objektive Bedarfseinschätzung (d. h. der ermittelte Versorgungsgrad) nicht deckungsgleich, sie korrelierten aber miteinander: In Gebieten mit einer hohen Arztdichte war der Anteil an Krankenversicherten, die eine Unterversorgung wahrnahmen, geringer. Bei annähernd gleicher Arztdichte reagierten insbesondere Versicherte in ländlichen Regionen sensibler mit der Wahrnehmung einer Unterversorgung. Eine mögliche Erklärung dieser Stadt-Land-Disparität sind längere Wegzeiten zu Ärzten in ländlichen Regionen, die schneller zu einer Wahrnehmung von Unterversorgung führen. Auch in einer repräsentativen Befragung waren GKV-Versicherte aus dem ländlichen Raum mit der medizinischen Versorgung eher unzufrieden (25 % ländlich versus 12 % städtisch). Vor allem im Hinblick auf die Wartezeiten auf einen Facharzttermin waren besonders viele Krankenversicherte aus ländlichen Regionen unzufrieden (33 % ländlich versus 18 % städtisch; forsa 2018). Um den Bedarf in ländlichen Regionen besser adressieren zu können, werden daher weitere Parameter wie ein Bedarfsindex, der regionale Unterschiede auf der Basis von Daten abbildet, für eine detailliertere Regionalplanung empfohlen (Schang et al. 2016).

86. Mit dem GKV-VSG, das zum 25. Juli 2015 in Kraft getreten ist, ist der G-BA beauftragt worden, die Bedarfsplanungs-Richtlinie weiterzuentwickeln. Auftrag des G-BA ist es insbesondere, die sogenannten Verhältniszahlen zu überprüfen und dabei auch die Sozial- sowie die Morbiditätsstruktur bundesweit in die Planung einzubeziehen, um die Planung näher am tatsächlichen Versorgungsbedarf auszurichten. Die Prüfung soll zudem „insbesondere für die Arztgruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und der Psychotherapeuten die Möglichkeit zu einer kleinräumigen Planung berücksichtigen“ (BMG 2016). In diesem Rahmen wurde seitens des G-BA ein umfangreiches Gutachten zur Bedarfsplanung in Auftrag gegeben (Beerheide 2018), das allerdings bis Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht wurde.

### 3.4.2 Aktuelle Versorgungsgrade

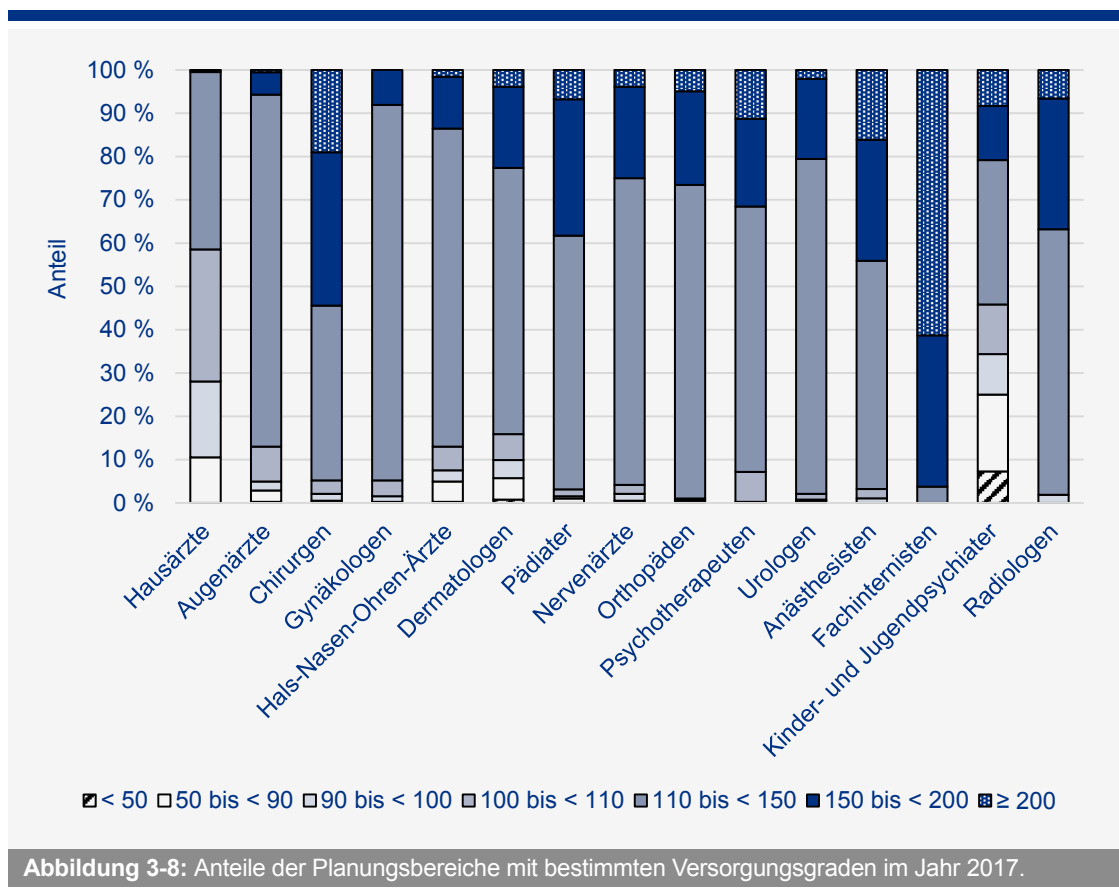
87. Im Folgenden werden orientierende Daten zu den aktuellen Angebotskapazitäten dargestellt. Gemessen an den Vorgaben der derzeitigen Bedarfsplanung erscheint die Versorgung mit niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten in Deutschland sehr gut. So gibt es in den meisten Facharztgruppen kaum Planungsbereiche mit einem geringeren Versorgungsgrad als 100 % (Abbildung 3-8). In den Fachgebieten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung trifft dies nur auf jeweils höchstens 10 % der Planungsbereiche zu, meist sogar nur auf 1 % bis 2 % der Planungsbereiche (dies ist der Fall bei den Chirurgen, Gynäkologen, Pädiatern, Nervenärzten, Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen), so der Stand aus dem 2017 (KBV 2018e). In der spezialisierten fachärztlichen Versorgung kommen bei drei Gruppen (Anästhesisten, Fachinternisten, Radiologen) kaum Planungsbereiche unter 100 % vor (1 % bis 2 % der Planungsbereiche). Deutlich abweichend zeigen sich hingegen die Kinder- und Jugendpsychiater als vierte Gruppe der spezialisierten fachärztlichen Versorgung mit 34 % der Planungsbereiche, die einen Versorgungsgrad von unter 100 % aufweisen. Auch die hausärztliche Versorgung unterscheidet sich deutlich von der Mehrzahl der fachärztlichen Versorgung, dort haben 28 % der Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von unter 100 %.<sup>33</sup>

Die meisten Planungsbereiche finden sich im Korridor von 110 % bis 150 % Versorgungsgrad. Formell stark überversorgte Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von über 200 % finden sich in größerer Zahl vor allem bei den Fachinternisten (61 %), bei den Chirurgen (19 %), den Anästhesisten (16 %) und den Psychotherapeuten (11 %).

Für eine Interpretation all dieser Werte muss allerdings berücksichtigt werden, dass sich die Bedarfsplanung an historischen Stichtagen orientiert und nicht auf einer objektiven, grundständigen Bedarfsanalyse beruht. Zudem können sich angebotsseitig der medizinisch-technische Fortschritt und nachfrageseitig die Inanspruchnahme durch Patienten in verschiedenen Fachgebieten in unterschiedlichem Maße entwickelt haben, sodass sich der Bedarf mit der Zeit entsprechend unterschiedlich verändert hat.

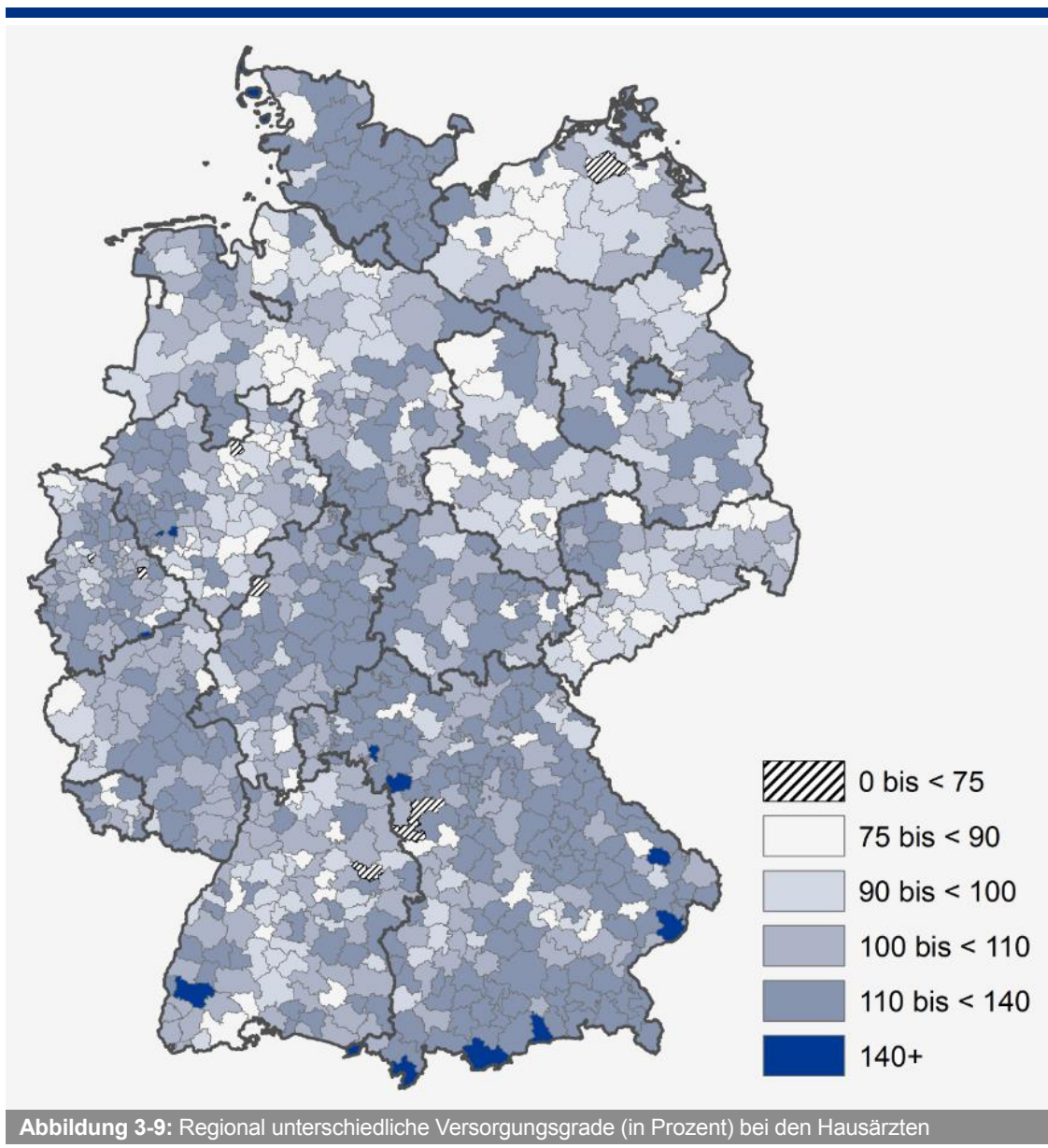
---

<sup>33</sup> In 8 von 970 hausärztlichen Planungsbereichen (Stand Ende 2017) liegt der Versorgungsgrad bei unter 75 % und damit im Bereich bereits bestehender Unterversorgung (KBV 2018e).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018d, 2018e).

**88.** Wengleich die Bedarfsplanung für einen gewissen regionalen Ausgleich sorgt, so zeigen sich dennoch regionale Unterschiede bei den Versorgungsgraden. Dies ist besonders bei den Fachgebieten der Fall, in denen nicht alle Arztsitze besetzt werden können und also Planungsbereiche unter 100 % vorhanden sind. Exemplarisch zeigt sich dies bei den Hausärzten, wo Versorgungsgrade von 61 % bis 208 % vorkommen (Abbildung 3-9). Hierbei weisen die Mittelbereiche allerdings sehr unterschiedliche Größen auf, so umfassen sie Bereiche mit 9 bis 2 100 Hausärzten und Einwohnerzahlen von 10 000 bis 3,5 Millionen (Berlin). Dadurch entstehen planerische Unschärfen. Zugleich können die unterschiedlichen Versorgungsgrade im Einzelfall auch Ergebnis bewusster Entscheidungen der Zulassungsausschüsse in Planungsbereichen mit regionalen Besonderheiten sein. Dennoch muss gerade bei den Hausärzten von einer tatsächlichen oder drohenden Mangelsituation in manchen Gebieten ausgegangen werden, die von den Versorgungsgraden zumindest teilweise abgebildet wird (vgl. SVR 2014, Abschnitt 6.5). Um diesen Mangel zu adressieren, wurden bereits einige Maßnahmen getroffen, um den Anteil der Medizinabsolventen zu erhöhen, die sich für eine allgemeinmedizinische Weiterbildung und spätere Niederlassung entscheiden.

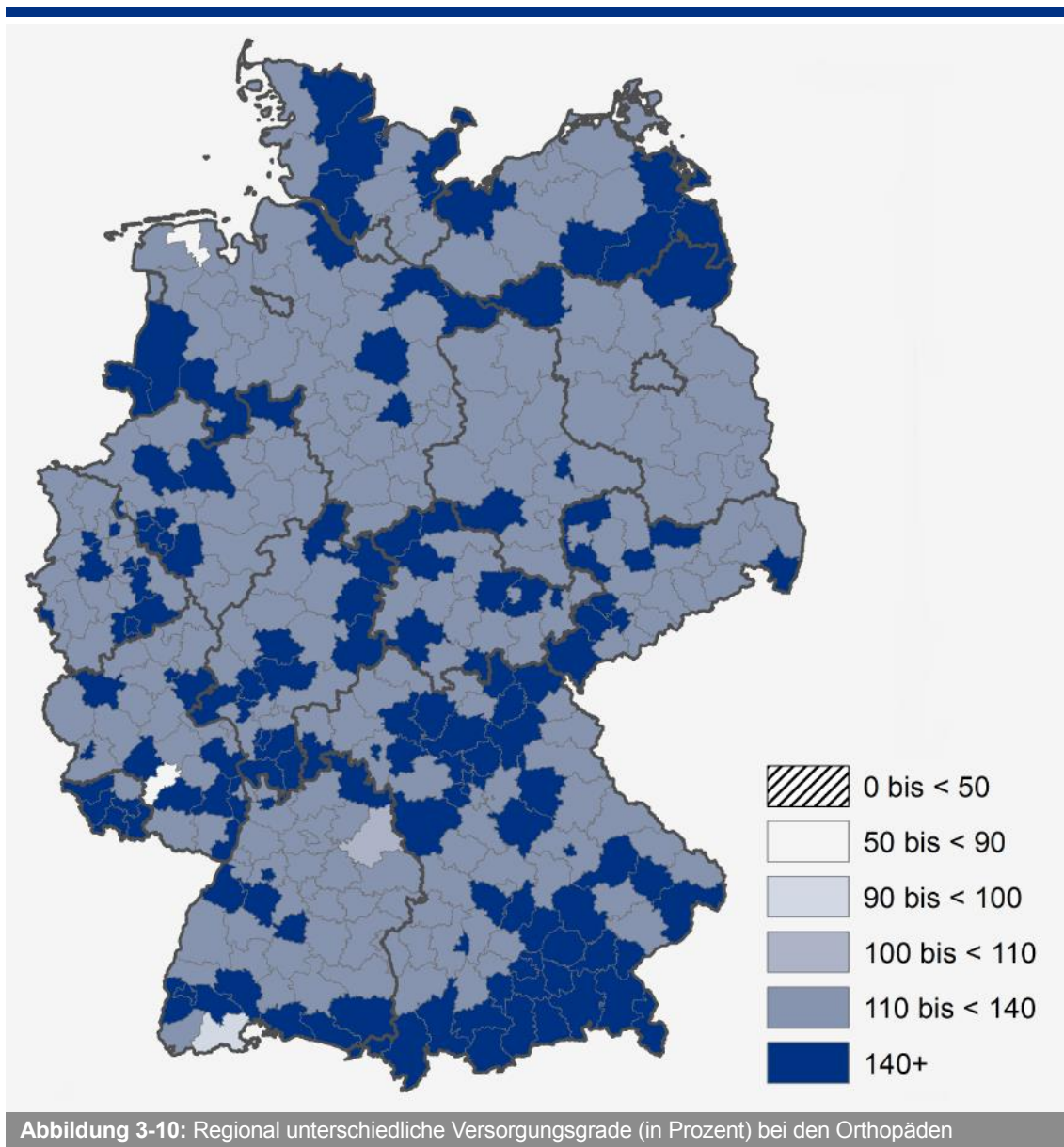


Quelle: KBV (2018a).

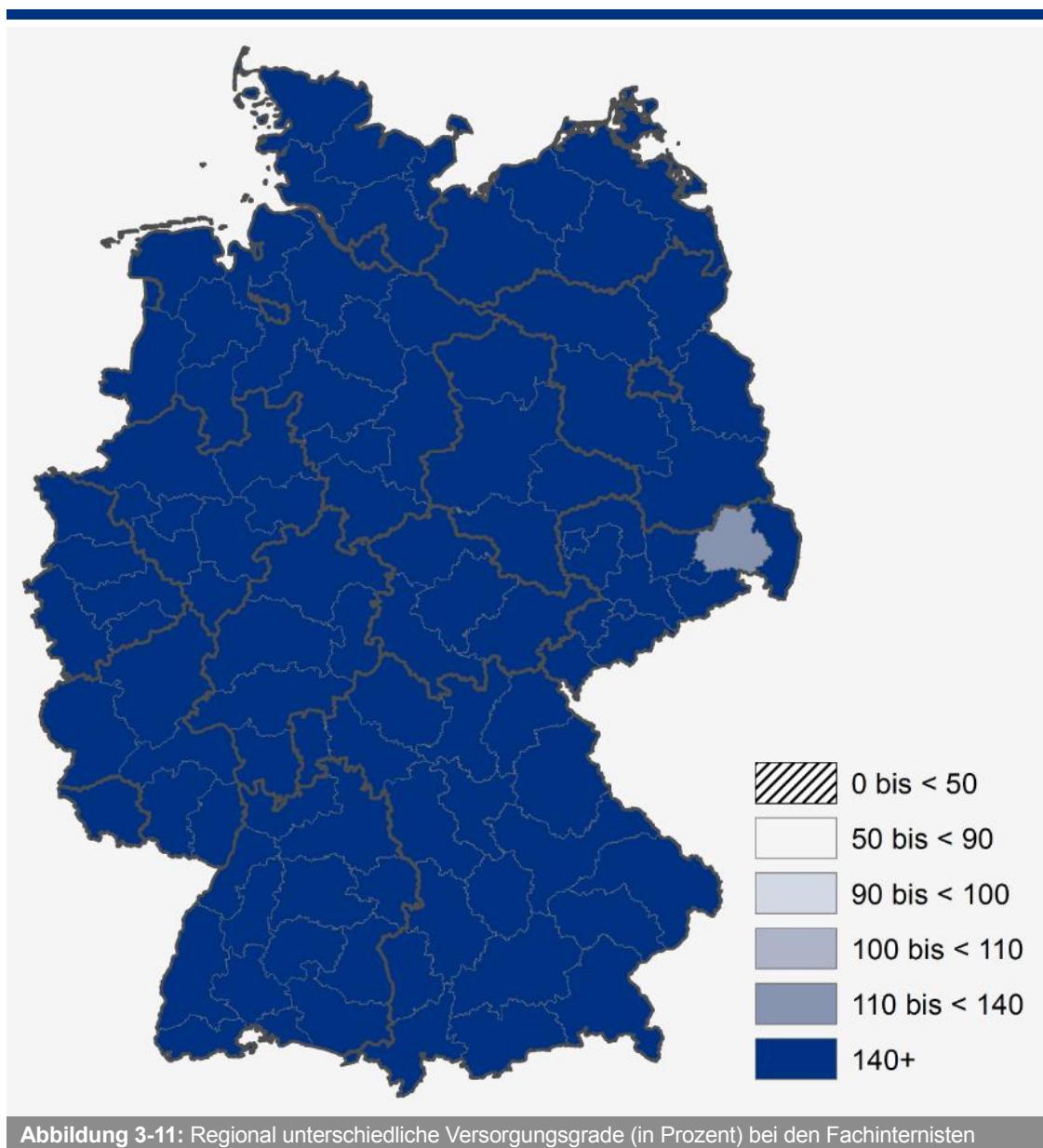
**89.** Auch bei anderen Facharztgruppen gibt es nicht unerhebliche regionale Unterschiede bei den Versorgungsgraden. Als Beispiel für eine Gruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung zeigt Abbildung 3-10 die Versorgungsgrade bei den Orthopäden, die von 81 % bis 277 % in den Planungsbereichen variieren (KBV 2018e). Abbildung 3-11 zeigt am Beispiel der Fachinternisten, dass sich regionale Unterschiede auch auf einem sehr hohen Niveau zeigen. So decken die Versorgungsgrade eine Spanne von 135 % bis 345 % ab, wobei fast alle Planungsbereiche formal über der Grenze von 140 % liegen, ab der frei werdende Arztsitze aufgrund von Überversorgung aufgekauft werden sollen. Die Gründe für eine unterschiedliche Attraktivität von Planungsbereichen und für eine trotz Bedarfsplanung verbleibende Ungleichheit in der Versorgungsdichte sind komplex. Im Ergebnis sind allerdings nicht alle Gebiete in Deutschland gleich gut versorgt. Eine Studie zeigte beispielsweise, dass ein höherer Privatversicherantenanteil mit einer höheren Ärztedichte korreliert (Sundmacher/Ozegowski 2016). Ungeachtet der



genauen Kausalität bedeutet dies, dass Menschen in sozial schwächeren Gebieten tendenziell auch einen etwas schlechteren (wenngleich im internationalen Vergleich immer noch guten) Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung haben.



Quelle: KBV (2018a).



Quelle: KBV (2018a).

### 3.5 Empfehlungen

**90.** Das bestehende System der ambulanten Bedarfsplanung hat, auch im internationalen Vergleich (siehe Abschnitt 9.2), einige wichtige Stärken und berücksichtigt bereits verschiedene Faktoren wie z. B. die Demografie. Zugleich sind einige Weiterentwicklungen denkbar, die die Planung noch zielgerichteter machen könnten, ohne sie zu kleinteilig zu gestalten. Im Folgenden werden mehrere diesbezügliche Anregungen dargestellt. Weitergehende Überlegungen in diese Richtung finden sich in Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung.

### 3.5.1 Morbiditäts- und Leistungsorientierung

**91.** Die derzeitige Bedarfsplanung schreibt im Wesentlichen die Arzt-zu-Einwohner-Verhältnisse eines historischen Stichtages fort und berücksichtigt dabei die tatsächliche Morbidität allenfalls indirekt, z. B. über die Demografie. Dem objektiven Bedarf nähert sich das Planungssystem so aber nur an. Eine stärkere Berücksichtigung der Morbidität könnte den objektiven Bedarf möglicherweise besser approximieren. Ein zusätzlicher Vorteil eines Morbiditätsbezugs könnte auch sein, dass versorgungsspezifische Schlussfolgerungen für verschiedene Indikationsbereiche sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor gezogen werden könnten.

**92.** Die bisherige ambulante Planung orientiert sich an Arztsitzen für Praxen und MVZs. Die tatsächlich erbrachten Leistungen gehen nur indirekt ein, z. B. über eine Mindestsprechstundenzeit von 20 Wochenstunden. Diese ist im BMV-Ä zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband (GKV-SV) für einen vollen Vertragsarztsitz festgelegt. Im Koalitionsvertrag 2018 wurde vereinbart, dass die Mindestsprechstundenzeit auf 25 Stunden erhöht werden soll. Hinsichtlich der Versorgungsrelevanz einer Anhebung der Mindestsprechstundenzeit ist zu berücksichtigen, dass die tatsächlich am Patienten erbrachte Arbeitszeit unabhängig von den Praxisöffnungszeiten zu sehen ist. Die Betriebszeit kommt der patientenbezogenen Arbeitszeit näher, ihr ist allerdings noch die Leistungszeit außerhalb der Praxis (z. B. für Hausbesuche) hinzuzurechnen. Daher ist von Bedeutung, auf welchen genauen Parameter sich die „Sprechstundenzeit“ bezieht. Bei einer Erhebung des Zi mit Angaben von knapp 4 000 Ärzten berichteten nur 8,1 % der Einzelpraxen<sup>34</sup> eine Praxisbetriebszeit von unter 25 Stunden pro Woche (Bezugsjahr 2015; Leibner et al. 2018). Bei den Öffnungszeiten lagen die Angaben bei 10,3 % der Praxen unter 25 Stunden pro Woche. Unter 20 Stunden Betriebszeit lagen 6,6 % der Praxen, unter 20 Stunden Öffnungszeit nur 2,0 %. Der Mittelwert über alle Einzelpraxen lag bei 38,8 Stunden Betriebszeit und 33,5 Stunden Öffnungszeit. Eine wichtige Limitation der Daten ist, dass es sich um Eigenangaben der Ärzte handelt. Eine Prognose über die Auswirkungen einer gesetzlichen Änderung der Mindestsprechstundenzeit ist somit sehr schwierig.

**93.** Es kann bei den Mindestsprechstunden unabhängig von der unklaren Definition des Sprechstundenbegriffs auch dadurch zu Ungenauigkeiten kommen, dass sie auf Ermächtigungen und Institutsambulanzen schwerer anwendbar sind. Es findet außerdem keine Überprüfung der Öffnungszeiten oder der Betriebszeiten statt, vor allem Letzteres wäre auch methodisch äußerst schwierig.

**94.** Es sind daneben verschiedene Verbesserungen bei den Regelungen zur Bedarfsplanung denkbar, auch wenn stets eine Balance aus zielgerichteter Planung und genügend Freiraum für regionale Besonderheiten im Blick behalten werden muss. Eine stärkere Leistungsorientierung bei der Planung könnte, wie auch eine Morbiditätsorientierung, hilfreich bei der planerischen Verschmelzung des ambulanten mit dem stationären Sektor sein. Aufgrund der sektorenübergreifenden Bedeutung beider Aspekte wird auf sie in Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung näher eingegangen.

---

<sup>34</sup> Bei dieser Auswertung wurden zunächst nur Einzelpraxen berücksichtigt.

### 3.5.2 Nachbesetzung von Arzt- und Psychotherapeutensitzen

**95.** Es gibt Hinweise darauf, dass derzeit im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren das Praxiseigentum häufig zu einem den Sachwert weit übersteigenden Preis verkauft wird, den der Übernahmekandidat in Erwartung einer Übernahme auch des Vertragsarztsitzes zu zahlen bereit ist. Anzunehmen ist, dass er sich erhofft, bei Übereinkommen mit dem praxisabgebenden Vertragsarzt über eine Übernahme der Praxis auch beim (eigentlich davon unabhängigen) Nachbesetzungsverfahren des Sitzes bevorzugt zum Zuge zu kommen. Vor allem Kassenärzte in Ballungsgebieten und Großstädten profitieren durch den allgemeinen Bevölkerungszuzug von einer höheren Nachfrage und damit von höheren Preisen für ihre vertragsärztliche Praxis. Zugleich sind aus der Versorgung ausscheidende Kassenärzte in ländlichen, bereits drohend unterversorgten Gebieten strukturell benachteiligt, da durch noch freie, „kostenlose“ Sitze in ihrem Versorgungsgebiet der Vertragsarztsitz bei Abgabe (fast) keinen Wert mehr besitzt.

Dabei sieht die Gesetzeslage bereits jetzt vor, dass der Zulassungsausschuss unabhängig von möglichen vorangegangenen Einigungen zwischen dem praxisabgebenden Arzt und einem Übernahmekandidaten über die Nachfolge entscheiden kann. Doch könnte man das KV-Zulassungssystem so reformieren, dass Kassenarztsitze nicht nur de jure, sondern auch de facto ohne Eigentumsrechte vergeben werden. In diesem Sinne sollte der Gesetzgeber den impliziten Weiterverkauf von Kassenarztsitzen im Rahmen von Nachbesetzungsverfahren einschränken. Eine entsprechende Änderung würde nicht gegen die verfassungsrechtliche Eigentumsgarantie (Artikel 14 I GG) verstoßen, da juristisch die öffentlich-rechtliche Zulassung und das private Praxiseigentum „getrennte juristische Ebenen“ und „nicht in einer Art juristischer Symbiose verbunden“ sind (Steiner 2011). Dabei sollte darauf geachtet werden, dass der Sachwert der Praxis, der bei Übernahme an den bisherigen Inhaber gezahlt wird, von unabhängigen Gutachtern bemessen wird. Ein weit darüber hinausgehender Wert<sup>35</sup>, den der Nachfolger dem reinen Standort der Praxis beimisst, darf hingegen keine Rolle spielen. Für Praxisinhaber, die in den letzten Jahren vor Wirksamwerden der neuen Regelung eine Praxis zu einem hohen Preis übernommen haben und die Praxis innerhalb der nächsten Jahre wieder abgeben, ohne dass der gezahlte Übernahmepreis bereits vollständig abgeschrieben wäre, ist eine Übergangsregelung zu finden.

**96.** Auch besteht bis heute keine Transparenz bezüglich der gezahlten Übernahmepreise. Aufgrund des öffentlichen Interesses daran, dass der gezahlte Übernahmepreis für die Praxis nicht regelmäßig den Verkehrswert überschreitet, erscheint es gerechtfertigt, eine Regelung einzuführen, dass die tatsächlich gezahlten Übernahmepreise zukünftig dem Zulassungsausschuss gemeldet und ggf. mit regionalem Bezug veröffentlicht werden.

**97.** Außerdem sollte ein frei gewordener und an die KV zurückgefallener Kassenarztsitz anschließend unter obligatorischer Beachtung der Qualifikation der Bewerber auf Zeit (beispielsweise 30 Jahre bei MVZs und BAGs; bei einzelnen Vertragsärzten bis zur Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit) vergeben werden. Durch eine zeitlich limitierte Zulassung der in MVZs eingebrachten Arztsitze kann vermieden werden, dass eine größere Zahl an Arztsitzen

---

<sup>35</sup> Neben dem Sachwert sollte bei dem Übernahmepreis ein gewisser ideeller Wert der Praxis berücksichtigt werden. Dieser ideelle Wert umfasst beispielsweise den Wert der Praxisreputation, aber nicht den Wert des Rechts zur Abrechnung von Leistungen mit der KV.

dauerhaft der Bedarfsplanung durch die KVen entzogen ist. Eine entsprechende Regelung für bereits bestehende Sitze ist hierbei zu entwickeln.

**98.** Zusätzlich sollten bei der Vergabe von Kassenarztsitzen KVen auch Vorgaben für die zu erbringenden Leistungen im Rahmen von Versorgungsaufträgen machen können. Damit kann sichergestellt werden, dass zur Versorgung erforderliche Praxen tatsächlich ein Fachgebiet in seiner vollen Breite, inklusive der notwendigen Grundversorgungsleistungen, abdecken (z. B. die Augenhintergrundkontrolle und die ophthalmologische Versorgung von Diabetikern bei Augenärzten). Anhand eines Abgleichs mit den abgerechneten Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) könnte die Erfüllung dieses Leistungsspektrums nach einem festgelegten Zeitraum überprüft werden. Um flexibel auf sich ändernde Versorgungsrealitäten reagieren zu können, könnte aber das Zulassungsspektrum auf Antrag auch verändert werden.

**99.** In manchen Planungsbereichen ist absehbar, dass mehrere Ärzte aus der Versorgung mehr oder weniger gleichzeitig ausscheiden, sodass die Planungsbereiche trotz noch regulärem Versorgungsgrad als drohend unterversorgt angesehen werden sollten. Um die Kontinuität der Versorgung in diesen Regionen sicherzustellen, sollten in Planungsbereichen mit dieser Konstellation Möglichkeiten geschaffen werden, einen in den nächsten fünf Jahren absehbar aufzugebenden Kassenarztsitz bereits innerhalb dieses Zeitraums nachzubesetzen.

### 3.6 Literatur

- BÄK (Bundesärztekammer) (2018): Ärztestatistik zum 31.12.2017.
- Berheide, R. (2018): 15 Minuten zum Hausarzt, 30 Minuten zum Facharzt. 3. Mai 2018. Deutsches Ärzteblatt. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/94914/15-Minuten-zum-Hausarzt-30-Minuten-zum-Facharzt](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94914/15-Minuten-zum-Hausarzt-30-Minuten-zum-Facharzt) (abgerufen am 09.05.2018).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2016): Definition Bedarfsplanung. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bedarfsplanung/?L=0](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/b/bedarfsplanung/?L=0) (abgerufen am 09.05.2018).
- Czihal, T. und Stillfried, D. von (2016): Konsequenzen der Flexibilisierung des Zulassungsrechts auf die Produktivität in der vertragsärztlichen Versorgung. G&S 70(6): 27–31.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2016): Ergebnisse des Mikrozensus zum Arbeitsmarkt. Erwerbsbeteiligung der Bevölkerung. Fachserie 1, Reihe 4.1.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017a): Studienanfänger/-innen absolut und am Altersjahrgang in Deutschland nach Fächergruppen und Studienbereichen. Fachserie 11, Reihe 4.1.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017b): Studierende: Deutschland, Semester, Nationalität, Geschlecht, Studienfach.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018): Bevölkerung: Bundesländer, Stichtag.
- forsa (forsa Politik- und Sozialforschung GmbH) (2018): Einstellung der Bevölkerung zum Thema GKV-Finanzierung und -Versorgung. URL: [www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2018/pk-forsa-umfrage/\\_jcr\\_content/par/download\\_3/file.res/05\\_Text\\_Forsa-Umfrage.pdf](http://www.vdek.com/presse/pressemitteilungen/2018/pk-forsa-umfrage/_jcr_content/par/download_3/file.res/05_Text_Forsa-Umfrage.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2017a): Bedarfsplanungs-Richtlinie. 15.12.2016 BAnz AT 31.05.2017 B2.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2017b): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Änderungen der Regelungen zum Demografiefaktor.
- Heublein, U., Richter, J., Schmelzer, R. und Sommer, D. (2014): Die Entwicklung der Studienabbruchquoten an den deutschen Hochschulen. Statistische Berechnungen auf der Basis des Absolventenjahrgangs 2012. Forum Hochschule.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2015): Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. URL: [www.kbv.de/media/sp/2015\\_04\\_08\\_Berufsmonitoring\\_2014\\_web.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2015_04_08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016): Jobsharing-Praxen dürfen künftig mehr Leistungen anbieten. URL: [www.kbv.de/html/1150\\_23165.php](http://www.kbv.de/html/1150_23165.php) (abgerufen am 09.05.2018).

- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Altersstruktur der Teilnehmenden für die Jahre 2000, 2010, 2015 und 2016. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018a): Grafische Aufbereitung der regionalen Versorgungsgrade durch die KBV. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018b): Planungsregionen und Verhältniszahlen. URL: [gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17013.php](https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17013.php) (abgerufen am 09.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018c): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018d): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten nach Teilnahmeumfang, 2009-2017.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018e): Versorgungsgrade in den Planungsbereichen. URL: [gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php](https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php) (abgerufen am 09.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands) (2016): Ärztemonitor 2016. URL: [www.kbv.de/html/aerztemonitor.php](http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php) (abgerufen am 12.05.2018).
- Leibner, M., Zwiener, H., Meschenmoser, M., von Stillfried, D. (2018): Öffnungs- und Betriebszeiten sowie Arbeitszeiten in Praxen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten – Daten aus dem Zi-Praxis-Panel. Zi-Paper 13/2018.
- Rosenbrock, R. und Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollst. überarb. Aufl. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Schang, L., Schüttig, W. und Sundmacher, L. (2016): Unterversorgung im ländlichen Raum. Wahrnehmung der Versicherten und ihrer Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle. In: Böcken, J., Braun, B. und Meierjürgen, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Bertelsmann Stiftung: 58–85.
- Steiner, U. (2011): Verfassungsfragen des Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Abs. 4 SGB V. Neue Zeitschrift für Sozialrecht 20(18): 681–720.
- Sundmacher, L. und Ozegowski, S. (2016): Regional distribution of physicians. The role of comprehensive private health insurance in Germany. Eur J Health Econ 17(4): 443–451.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014):  
Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte  
Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.

Wille, E. und Erdmann, D. (2011): Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer  
flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung. Entwicklung, Stand und Perspektiven.  
1. Aufl. Nomos, Baden-Baden.



---

## 4 Inanspruchnahme von Leistungen im ambulanten Sektor

---

### 4.1 Einleitung

**100.** Die Inanspruchnahme ambulanter Leistungen kann bei verschiedenen Leistungserbringern erfolgen. Die maßgebliche und zumeist mit der ambulanten Versorgung beschriebene Ebene ist die vertragsärztliche Versorgung. Zur Teilnahme an ihr sind zugelassene Ärztinnen und Ärzte, zugelassene Medizinische Versorgungszentren (MVZs) sowie ermächtigte Ärztinnen und Ärzte und Einrichtungen berechtigt. Die Erbringung der Leistungen kann dabei sowohl innerhalb kollektiv- als auch innerhalb selektivvertraglicher Bedingungen erfolgen. Neben der vertragsärztlichen Versorgung bestehen vielfältige weitere Versorgungsformen, die ebenfalls zum Bereich der ambulanten Versorgung zu zählen sind. Zu nennen sind beispielsweise das ambulante Operieren im Krankenhaus gemäß § 115b SGB V, diverse Ambulanzen und seit dem Jahr 2012 die ambulante spezialfachärztliche Versorgung<sup>36</sup> (ASV) nach § 116b SGB V.

**101.** Abbildung 4-1 gibt einen Überblick über die verschiedenen Formen ambulanter Leistungserbringung und ihre rechtliche Verankerung. Dazu zählen sowohl im Rahmen des Kollektivvertrages als auch innerhalb von Selektivverträgen erbringbare ambulante Leistungen von niedergelassenen Ärzten sowie ambulante Leistungen, die von Krankenhäusern erbracht werden können. Aus der Abbildung lässt sich die Breite der Möglichkeiten für ambulante Leistungserbringung entnehmen, die auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen im SGB V basieren.

---

<sup>36</sup> Auch wenn sie ebenfalls innerhalb des Kollektivvertrages erbracht wird, gehört sie nicht zur vertragsärztlichen Versorgung.

<p><b>Ergänzung der kassenärztlichen Versorgung im Kollektivvertrag nach §§ 82 ff.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ermächtigte Krankenhausärzte (§ 116, § 95)</li> <li>• Notfallambulanzen (§ 75, § 76)</li> <li>• Ambulante Behandlung via Terminservicestellen (§ 75)</li> <li>• Praxiskliniken (§ 122, § 115)</li> <li>• Ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a)</li> </ul>	<p><b>Erweiterung der Krankenhaustätigkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor- und nachstationäre Versorgung (§ 115a)</li> <li>• Teilstationäre Versorgung (§ 39)</li> <li>• Pseudostationäre Versorgung (Stundenfälle) (§ 39)</li> <li>• Ambulantes Operieren im Krankenhaus (§ 115b)</li> </ul>
<p><b>Ambulanzen für spezielle Patientengruppen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118)</li> <li>• Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a)</li> <li>• Sozialpädiatrische Zentren (§ 119)</li> <li>• Ambulante Behandlung (§ 116b alt)</li> <li>• Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b neu)</li> <li>• Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120)</li> <li>• Hochschulambulanzen (§ 117)</li> </ul>	<p><b>Besondere Versorgungsformen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b)</li> <li>• Strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) (§ 137f)</li> <li>• Integrierte Versorgung (§ 140a-d alt)</li> <li>• Besondere Versorgung (§ 140a neu, § 73a alt, § 73c alt)</li> <li>• Modellvorhaben (§ 63)</li> </ul>

**Abbildung 4-1: Gesetzliche Normen ambulanter Leistungen im SGB V**

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Leber/Wasem (2016).

**102.** Die Bedeutung der einzelnen Bereiche kann auf Basis der amtlichen Statistik zu den Rechnungsergebnissen der Krankenkassen abgeschätzt werden. In dieser Statistik können für das Jahr 2016 etwa 44,7 Milliarden Euro der ambulanten Versorgung zugerechnet werden<sup>37</sup> (siehe Abbildung 4-2). Hiervon entfiel mit fast 40 Milliarden Euro der Großteil auf die Versorgung durch Vertragsärzte, auf die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser entfielen etwa 4,7 Milliarden Euro.

<sup>37</sup> Hierzu wurden die Schlüsselnummern der amtlichen Statistik 04000, 04003, 04010, 04030, 04033, 04036, 04040, 04043, 04060, 04080, 04090, 04610, 04613, 05183, 05280, 05299P, 05300, 05430, 05433, 05440, 05443 und 05700 einbezogen. Sie inkludieren, abweichend von den sonst berichteten Daten zur ambulanten und stationären Versorgung (siehe z. B. Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung), u. a. die Ausgaben für Dialysesachkosten, Früherkennung sowie ambulante Krankenhausleistungen unter ambulanter Inanspruchnahme.

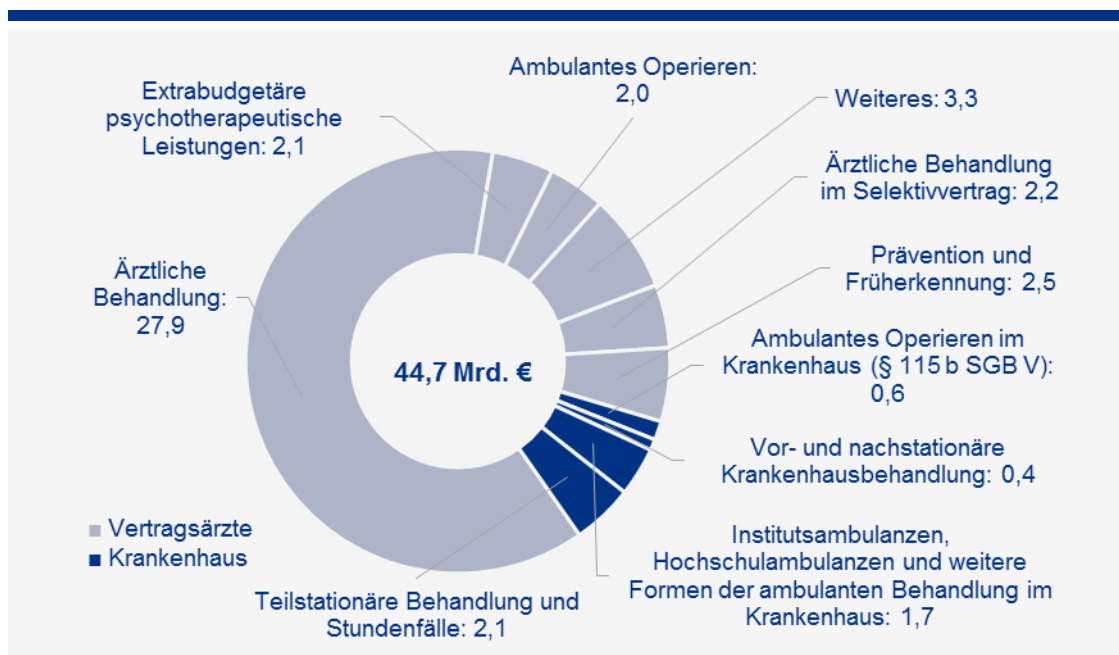
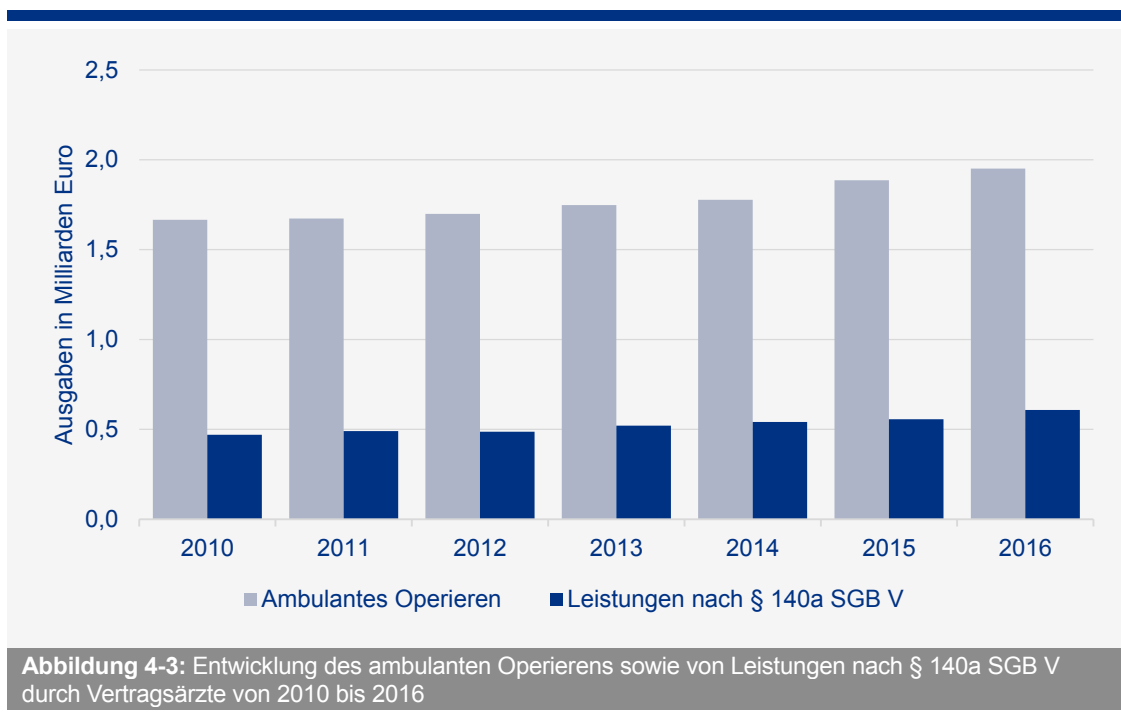


Abbildung 4-2: Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung im Jahr 2016

Angaben in Milliarden Euro. Gerundete Werte.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017a); GKV-SV (2018b).

**103.** Auf die Entwicklung einiger der ambulanten Krankenhausleistungen wie teil-, vor- und nachstationäre Maßnahmen wird in Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme eingegangen. In Abbildung 4-3 wird die Veränderung zweier wichtiger vertragsärztlicher Leistungen an der ambulant-stationären Schnittstelle von 2010 bis 2016 dargestellt: das ambulante Operieren und die integrierte bzw. besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Das ambulante Operieren wuchs seit dem Jahr 2010 mit 2,7 % jährlich, die integrierte Versorgung nahm um 4,4 % jährlich zu. Im Vergleich dazu stiegen die gesamten Ausgaben für die ambulante ärztliche Versorgung seit dem Jahr 2010 um etwa 4,6 % jährlich (BMG 2017a; GKV-SV 2018b). Die ASV blieb mit durch Vertragsärzte erbrachte Leistungen in Höhe von 3 Millionen Euro im Jahr 2016 deutlich hinter den ursprünglichen Erwartungen zurück (siehe Kapitel 11 zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017a).

**104.** Neben der reinen Ausgabenbetrachtung ist nur für einzelne Bereiche eine weitergehende Analyse der Inanspruchnahme möglich (siehe entsprechende Abschnitte in den Kapiteln 7 zur stationären Inanspruchnahme und 11 zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung). Für eine Vielzahl der Bereiche wie Hochschulambulanzen (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung), sozialpädiatrische Zentren etc. existieren keine weiteren zentralen Daten, sodass die genaue Entwicklung der dortigen Inanspruchnahme weitestgehend unbekannt ist.

**105.** Bei der Betrachtung der verfügbaren Daten ist außerdem zu beachten, dass es mehrere Gründe gibt, weswegen Rückschlüsse auf das Versorgungsgeschehen aus den Abrechnungsdaten nur eingeschränkt möglich sind. Dazu zählen u. a. folgende:

- Die Fokussierung der Abrechnungssystematik auf den Behandlungsfall, der die gesamte von einer Praxis innerhalb eines Quartals an einem Versicherten einer Krankenkasse vorgenommene Behandlung zusammenfasst (§ 21 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)), führt dazu, dass z. B. die Anzahl der Arztkontakte im Längsschnitt nicht mehr valide vergleichbar ist.
- In den Daten eines Behandlungsfalls ist teilweise kein direkter Zusammenhang zwischen Diagnosen und Leistungen herstellbar.
- Die Abrechnungsdiagnosen müssen außerdem nicht mit den Behandlungsanlässen, die ggf. anhand der Patientenakten identifiziert werden könnten, übereinstimmen (Czwikla et al. 2016; Horenkamp-Sonntag 2017). Wie die Kodierqualität der vertragsärztlichen Abrechnungsdiagnosen insgesamt zu beurteilen ist, bildet insbesondere in der Selbstverwaltung den Gegenstand intensiver Diskussionen (vgl. z. B. Drösler/Neukirch 2014; IGES 2012; InBA 2017).

- Der Einfluss von Betreuungsstrukturverträgen und Verträgen der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auf die Diagnosestellung sowie die Hinweise auf auffällige Veränderungen bestimmter ambulanter Diagnoseeinträge (Drösler et al. 2017) sind bei der Betrachtung von auf Abrechnungsdaten basierenden Diagnoseanalysen ebenfalls zu berücksichtigen.

## 4.2 Vertragsärztliche Versorgung im Kollektivvertrag

### 4.2.1 Entwicklung der Arztkontakte und Behandlungsfälle

**106.** Die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung kann anhand verschiedener Kennzahlen betrachtet werden. Eine naheliegende Definition ist dabei die des Arzt-Patienten-Kontaktes. Als Arztkontakt wird dabei jegliche Inanspruchnahme eines Arztes verstanden, häufig werden dazu jedoch auch Kontakte gezählt, bei denen lediglich ein Rezept ausgestellt wird.

**107.** Im Schnitt haben neun von zehn Versicherten mindestens einen Arztkontakt pro Jahr (RKI 2012), wobei diese Zahlen aufgrund außerordentlicher Ereignisse wie z. B. Grippewellen schwanken können. Die durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte wird dabei stark von einem kleinen Anteil der Patienten beeinflusst, die sehr häufig zum Arzt gehen. So stellte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) für das Jahr 2007 durchschnittlich 17 Arzt-Patienten-Kontakte<sup>38</sup> fest, während der Median bei 11 lag; etwa 16 % aller Patienten nahmen dabei 50 % aller Arztkontakte in Anspruch (Riens et al. 2012). Daten aus Umfragen zur Häufigkeit von Arztkontakten weisen häufig deutlich geringere Anzahlen von etwa acht bis neun jährlichen Arztkontakten<sup>39</sup> aus (Rattay et al. 2013; siehe Kapitel 10 zum internationalen Vergleich der Inanspruchnahme). Auswertungen des sozioökonomischen Panels (SOEP) ergeben eine jährliche Arztkontaktfrequenz von etwa 13 für das Jahr 2016, bei sinkender Tendenz (DIW Berlin 2018). Die Unterschiede beruhen vermutlich darauf, dass in Umfragen vor allem direkte Arztkontakte von den Befragten einbezogen werden, während in den Abrechnungsdaten auch nicht persönliche Kontakte wie Laboruntersuchungen, Rezeptabholungen etc. als Arztkontakt gezählt werden können. Darüber hinaus ist zu vermuten, dass hoch- und multimorbide Patienten in Befragungen unterrepräsentiert sind (RKI 2015).

**108.** Mit der Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen im Jahr 2008 wurde der Behandlungsfall die vorherrschende Bezugsgröße für die vertragsärztliche Abrechnung, die Anzahl der Arzt-Patienten-Kontakte ist seitdem nicht mehr direkt aus den Abrechnungsdaten ableitbar. Der BMV-Ä definiert den Behandlungsfall dabei als die „gesamte von derselben Arztpraxis (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), MVZ) innerhalb desselben Kalendervierteljahres an demselben Versicherten ambulant zulasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung“ (§ 21 BMV-Ä).

**109.** Im Unterschied zu den Arzt-Patienten-Kontakten stellt der Behandlungsfall also eine stärker pauschalisierte Betrachtung dar. Aufgrund der Bedeutung für die Abrechnung sind

---

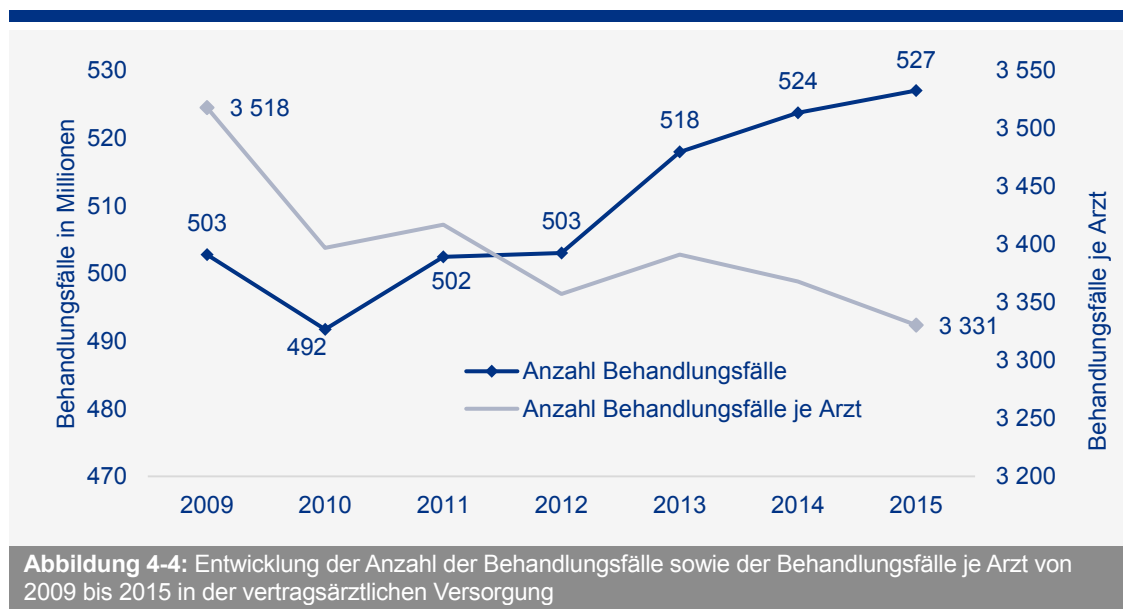
<sup>38</sup> Nur bei Vertragsärzten. Im Jahr 2007 wurde noch die sogenannte Praxisgebühr erhoben.

<sup>39</sup> Ohne Einschränkung auf Vertragsärzte, also z. B. inkl. Zahnmediziner.

jedoch detaillierte Informationen für diese Kenngröße verfügbar. So ist gemäß dem Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87c SGB V die Zahl der Behandlungsfälle zwischen 2009 und 2015 um etwa 5 % gestiegen (siehe Abbildung 4-4), während gleichzeitig die Anzahl der Ärzte in der ambulanten Versorgung um 11 % zunahm (KBV 2017b). Dies führte dazu, dass die Anzahl der Behandlungsfälle je Arzt um 5 % zurückgegangen ist. Angesichts des Trends der abnehmenden Arbeitszeiten je Arzt ist diese Entwicklung jedoch nicht überraschend (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung).

**110.** Der Anstieg der Inanspruchnahme ist somit gemäß den berichteten Fallzahlen mit einem durchschnittlichen jährlichen Wachstum zwischen 2009 und 2015 von nur 0,8 % gering. Es fällt jedoch auf, dass seit dem Jahr 2013, mit dem Wegfall der Praxisgebühr, mit 1,6 % jährlich eine deutlich stärkere Zunahme zu beobachten ist. Je Versicherten bedeutet diese Entwicklung, dass die Anzahl der Behandlungsfälle pro Jahr und Versicherten von etwa 7,2 auf 7,5 Fälle gestiegen ist.

**111.** Der Honorarbericht der KBV berichtet dabei stets nur Daten aus der kollektivvertraglichen Versorgung für Praxen mit zugelassenen Ärzten. Das bedeutet, dass dort Leistungen von ermächtigten Ärzten sowie von Ärzten, die unter einen sonstigen Zulassungsstatus fallen<sup>40</sup>, nicht enthalten sind. Für die gesamte vertragsärztliche Versorgung nennt die KBV insgesamt 553 Millionen Behandlungsfälle im Jahr 2014, also etwa 5 % mehr als bei ausschließlicher Betrachtung der Zugelassenen (siehe Abbildung 4-4). Außerdem sind Behandlungsfälle, die über einen Selektivvertrag<sup>41</sup> abgerechnet werden, ebenfalls nicht in den Daten enthalten. Dies führte mit dem zunehmenden Anteil der selektivvertraglichen Versorgung in den letzten Jahren, vor allem in den Jahren 2009 bis 2011, zur Erosion der Datengrundlage.



Praxen mit zugelassenen Ärzten (ohne Ermächtigte und sonstige Organisationsformen).

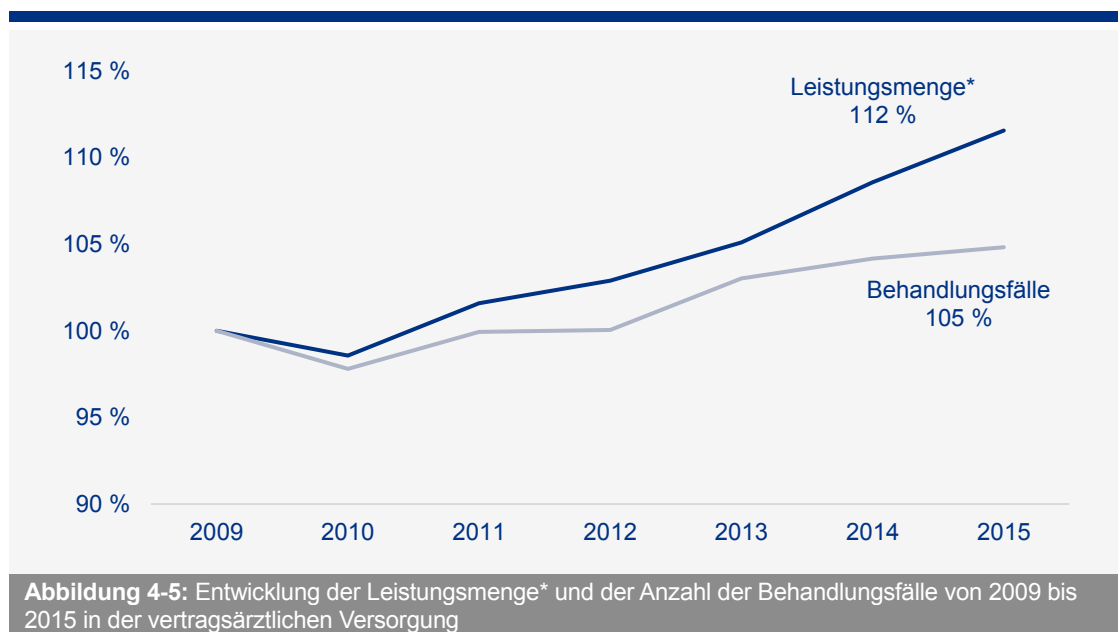
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

<sup>40</sup> Dazu gehören z. B. Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), kommunale Eigeneinrichtungen, Notdienstzentralen.

<sup>41</sup> Genauer: über einen Selektivvertrag, der nicht über die KV abgerechnet wird.

**112.** Die Betrachtung der Behandlungsfälle erlaubt aufgrund der Pauschalierung nur eingeschränkte Schlussfolgerungen zur Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung. Eine andere Grundlage bietet die Entwicklung der Leistungsmenge, also der Summe der durch die Ärzte erbrachten Leistungen. Hierzu kann die abgerechnete Punktmenge herangezogen werden. Es ist jedoch zu beachten, dass sich diese Punktmenge durch Neubewertungen von Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) auch verändern kann, ohne dass sich die dahinterliegenden erbrachten Leistungen geändert haben. So wurde z. B. zur Förderung von nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) zum 1. Januar 2017 durch automatisch hinzugesetzte Gebührenordnungspositionen die abgerechnete Punktmenge angehoben, ohne dass dieser Erhöhung eine Änderung der Leistung selbst gegenüberstand. Die Herausrechnung dieser sogenannten Katalogeffekte ist jedoch aufgrund der vielfältigen Überarbeitungen des EBM sehr komplex. Grundsätzlich lässt sich aber festhalten, dass die EBM-Anpassungen bisher zumeist einen die Leistungsmenge erhöhenden Effekt hatten. Eine genaue Bestimmung ist aber insbesondere bei der Betrachtung längerer Zeitreihen kaum sachgerecht möglich. Dem gegenüber steht die Tatsache, dass die pauschalierte Struktur des EBM auch bei der Betrachtung der Leistungsmenge eine dämpfende Wirkung hat, da z. B. die Versichertenpauschale unabhängig von der Häufigkeit der Inanspruchnahme innerhalb eines Quartals einmal je Behandlungsfall abgerechnet wird.

Für die Gesamtbetrachtung ist außerdem eine Umrechnung der in Euro bewerteten Leistungen in Punkte erforderlich. Dies betrifft insbesondere Kostenpauschalen, wie z. B. die Dialysesachkosten. Abbildung 4-5 zeigt, dass die so gebildete Leistungsmenge stärker gestiegen ist als die Anzahl der Behandlungsfälle, die je Behandlungsfall erbrachte Leistungsmenge also angestiegen ist. Gegenüber den Behandlungsfällen wuchs die Leistungsmenge etwa 2 % jährlich, also mehr als doppelt so stark.



\* In Punkten, Euro-Leistungen mit konstantem Punktwert umgerechnet, ohne Herausrechnung von Katalogeffekten. Praxen mit zugelassenen Ärzten (ohne Ermächtigte und sonstige Organisationsformen).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

**114.** Bei der Betrachtung der Behandlungsfälle auf regionaler Ebene ist in den meisten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine ähnliche Entwicklung zu beobachten. Die Leistungsmenge steigt stärker als die Fallzahl, wobei dieser Trend in einigen Regionen wie Berlin oder Niedersachsen erst seit dem Jahr 2014 zu beobachten ist. Auffällig sind die Ergebnisse bei den KVen in Bayern und Baden-Württemberg. Dort war vom Jahr 2009 zum Jahr 2010 ein Rückgang der Fallzahl und Leistungsmenge zu beobachten, in Baden-Württemberg fällt außerdem die nur sehr geringe Steigerung in den Folgejahren auf. Beide Effekte liegen darin begründet, dass in Bayern und Baden-Württemberg ein wesentlicher, insgesamt zunehmender Anteil der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb des Kollektivvertrages stattfand bzw. stattfindet.

In Bayern wurde im Dezember 2010 der erst ein Jahr zuvor geschlossene Vertrag zur HzV zunächst von der AOK Bayern und daraufhin auch von weiteren Krankenkassen fristlos gekündigt (Hibbeler 2010), sodass dies für einen „Knick“ im Verlauf der kollektivvertraglichen Versorgung sorgte. Dieser Effekt ist selbst auf bundesweiten Auswertungen wie in Abbildung 4-5 deutlich sichtbar. Im Gegensatz zu der in Bayern mit heftigen Auseinandersetzungen verbundenen selektivvertraglichen Versorgung<sup>42</sup> werden die in Baden-Württemberg abgeschlossenen Selektivverträge sowohl seitens vieler Krankenkassen als auch seitens vieler Ärztevertreter positiv wahrgenommen (vgl. z. B. AOK Baden-Württemberg et al. 2017). Dies führt dazu, dass mittlerweile etwa ein Viertel aller Versicherten in Baden-Württemberg in einen Selektivvertrag eingeschrieben ist (siehe Abschnitt 12.2 zum Gatekeeping). Durch die zunehmende Versorgung außerhalb des Kollektivvertrages wird es für Baden-Württemberg und Bayern (in anderen KVen spielt die selektivvertragliche Versorgung bislang eine untergeordnete Rolle) daher zunehmend schwierig, die Entwicklung der ambulanten Inanspruchnahme zu beurteilen, denn ähnlich aufbereitete Daten wie für den Kollektivvertrag stehen für die selektivvertragliche Versorgung nicht zentral zur Verfügung.

#### 4.2.2 Entwicklung nach Arztgruppen

**115.** Die Inanspruchnahme von Ärzten im Rahmen der ambulanten Versorgung konzentriert sich gemäß der Befragung „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ mit durchschnittlich 3,2 jährlichen Arztkontakten insbesondere auf die hausärztliche Versorgung. An zweiter Stelle werden dort die Zahnmediziner<sup>43</sup> mit 1,6 Kontakten pro Jahr genannt. Bei Frauen sind überdies Gynäkologen mit 1,4 jährlichen Arztkontakten häufiger Ansprechpartner (Rattay et al. 2013). Dieses Inanspruchnahmeverhalten lässt sich auch in den Abrechnungsdaten wiederfinden, wie die Anzahl der Behandlungsfälle in Tabelle 4-1 zeigt. Neben den Hausärzten und den MVZs verzeichnen die Gynäkologen mit fast 600 jährlichen Behandlungsfällen je 1 000 GKV-Versicherte die höchste Inanspruchnahme. Psychotherapeuten, die in der Inanspruchnahme nach Behandlungsfällen nicht unter den häufigsten zehn auftauchen, sind gemessen an der Leistungsmenge an vierter Stelle, noch vor der Augenheilkunde. Dies liegt an der im Vergleich zu anderen Abrechnungsgruppen hohen Behandlungsintensität je Behandlungsfall, in

---

<sup>42</sup> Vgl. z. B. Korzilius 2015.

<sup>43</sup> Sie sind in die folgenden Auswertungen nicht einbezogen.



der Regel sieht ein Psychotherapeut seine Patienten mindestens einmal wöchentlich (siehe Kapitel 16 zur Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen).

Abrechnungsgruppe*	Behandlungsfälle je 1 000 GKV-Versicherte	Leistungsbedarf in Tausend Euro je 1 000 GKV-Versicherte
Allgemeinmedizin/hausärztliche Internisten	2 418	155
MVZs und Einrichtungen nach § 311 SGB V**	996	53
Gynäkologie	595	31
Augenheilkunde	391	23
Kinder- und Jugendmedizin	313	19
Orthopädie	285	16
Dermatologie	283	11
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	260	12
Urologie	159	9
Pathologie	135	4

**Tabelle 4-1:** Behandlungsfälle und Leistungsbedarf in Euro je 1 000 GKV-Versicherte in den zehn größten Abrechnungsgruppen im Jahr 2015

\* Diese Abrechnungsgruppen-Zuordnung orientiert sich an den Abrechnungsbestimmungen des EBM, da sich die regionalen Regelungen zur Zuordnung von Ärzten zu Arztgruppen teilweise deutlich unterscheiden (vgl. KBV 2017b).

\*\* Einrichtungen nach § 311 SGB V sind z. B. die Polikliniken in der ehemaligen DDR.  
MVZs = Medizinische Versorgungszentren.

Praxen mit zugelassenen Ärzten (ohne Ermächtigte und sonstige Organisationsformen).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017b); KBV (2017a).

**116.** Betrachtet man die Inanspruchnahme rein nach der Unterteilung hausärztlicher gegenüber fachärztlicher Versorgung, so zeigt sich, dass etwa 60 % der Leistungen auf den fachärztlichen Versorgungsbereich und etwa 40 % auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallen (siehe auch Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung). Ungefähr dieses Verteilungsmuster weisen die Versorgungsbereiche auch hinsichtlich der Anzahl der Ärzte auf, wie in Abbildung 4-6 dargestellt. Der Abbildung kann auch entnommen werden, dass in den Stadtstaaten mit zwei Dritteln ein noch größerer Anteil der Ärzte dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen ist. Dies deutet auf ihre Bedeutung als Mitversorger für andere Regionen hin. Diese Funktion wird noch einmal verdeutlicht, wenn, wie in Abbildung 4-7, die Ärztdichte gegenüber der Anzahl der Behandlungsfälle je 1 000 GKV-Versicherte dargestellt wird. Auch hier zeigen die drei Stadtstaaten deutliche Unterschiede zu den anderen KVen. Sie weisen eine wesentlich höhere Anzahl an Fällen je 1 000 GKV-Versicherte und eine höhere Ärztdichte auf. Dies liegt darin begründet, dass dort viele Versicherte mit Wohnort außerhalb dieser KV die Ärztinnen und Ärzte in Anspruch nehmen.

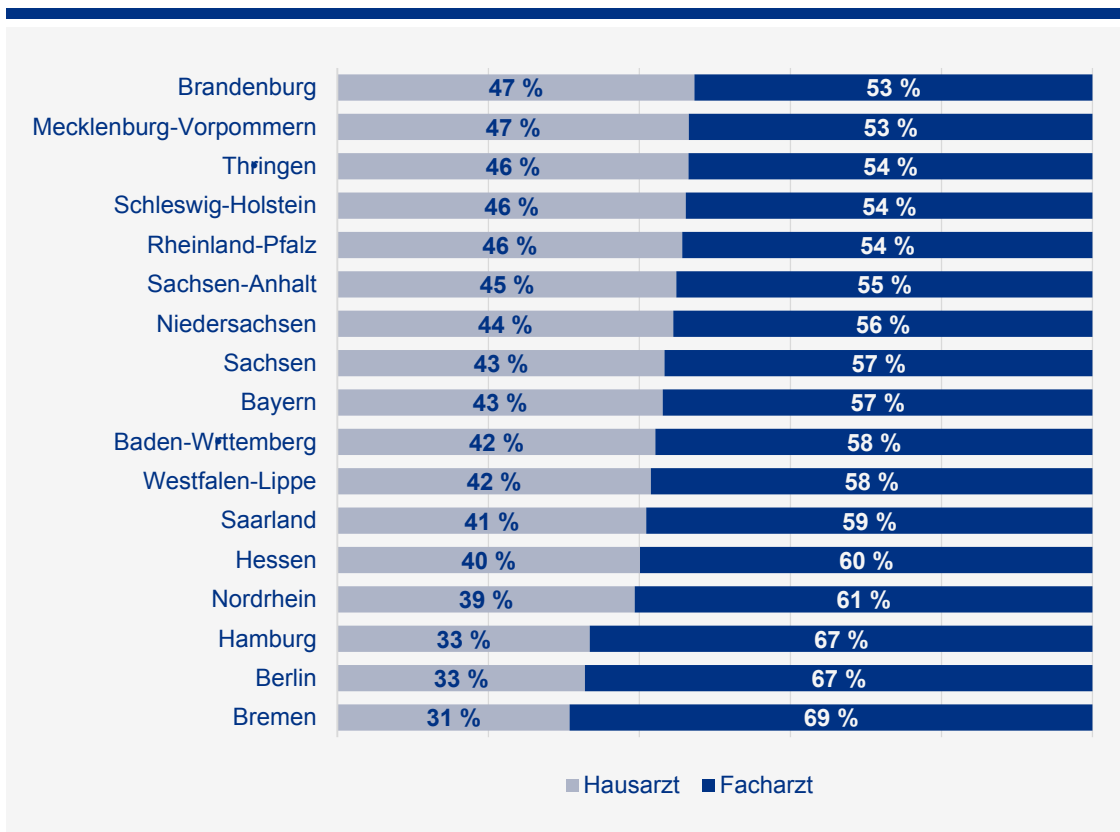


Abbildung 4-6: Anteil der Hausärzte und Fachärzte an allen Ärzten/Psychotherapeuten im Jahr 2015

Praxen mit zugelassenen Ärzten (ohne Ermächtigte und sonstige Organisationsformen).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

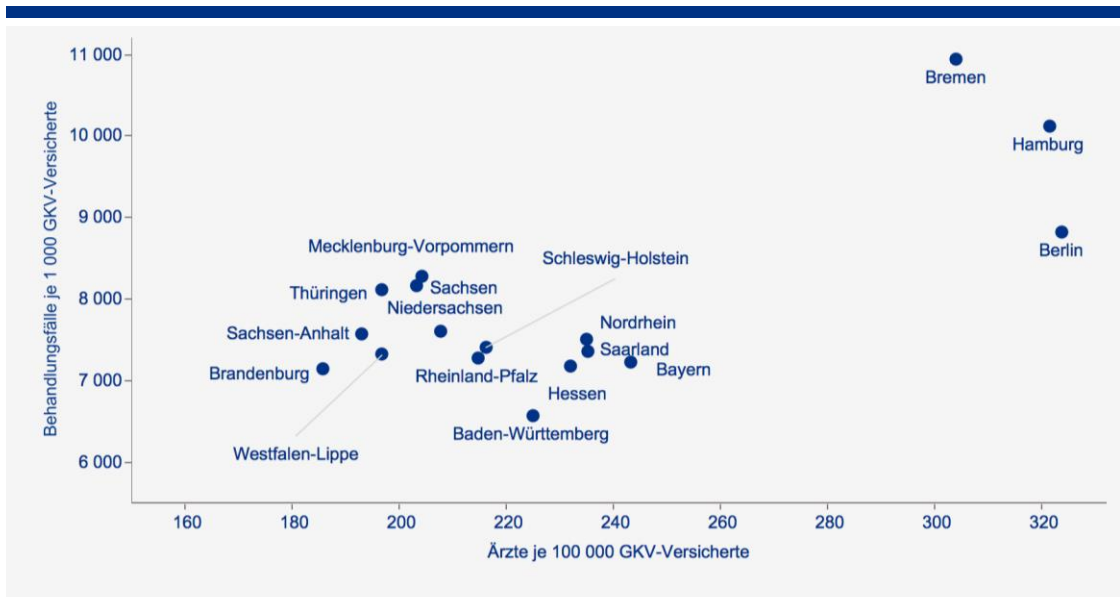


Abbildung 4-7: Behandlungsfälle und Ärzte je 100 000 GKV-Versicherte nach KVen im Jahr 2015

Praxen mit zugelassenen Ärzten (ohne Ermächtigte und sonstige Organisationsformen).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017b); KBV (2017a).

117. Betrachtet man nur die Gruppe der Psychotherapeuten, ist ein starker Zusammenhang zwischen der Anzahl der Therapeuten und der Inanspruchnahme zu beobachten (siehe

Abbildung 4-8). Inwiefern dies auf eine angebotsinduzierte Nachfrage oder aber auf eine Unterversorgung in den Gebieten mit niedriger Inanspruchnahme hindeutet, kann anhand dieser Daten nicht beurteilt werden (siehe hierzu auch Kapitel 16 zur Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen).

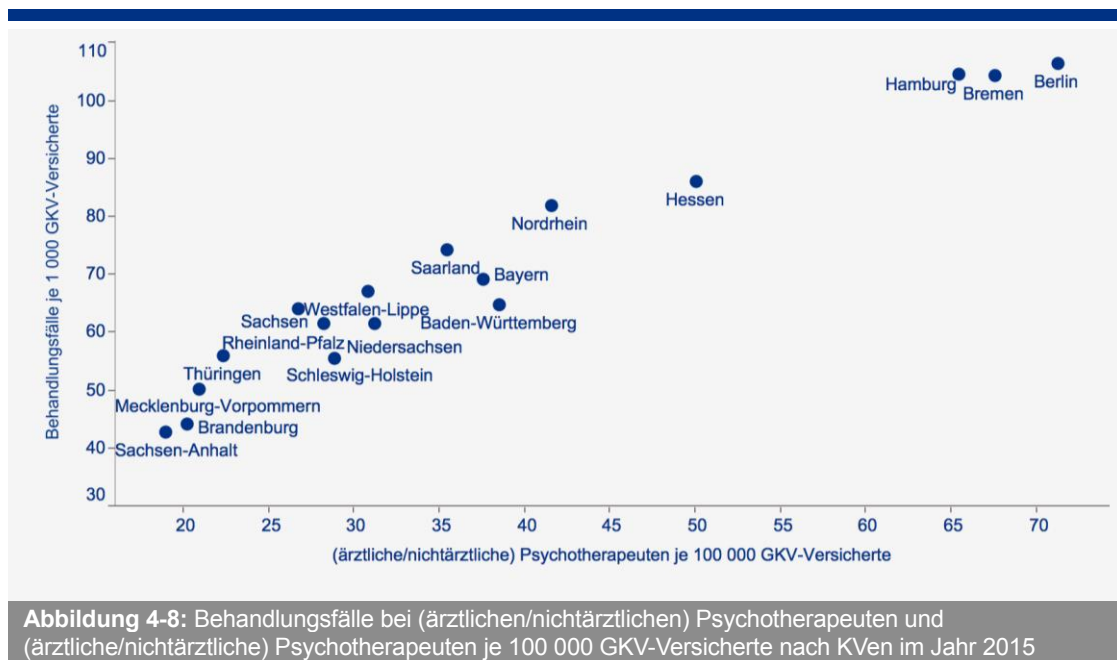


Abbildung 4-8: Behandlungsfälle bei (ärztlichen/nichtärztlichen) Psychotherapeuten und (ärztliche/nichtärztliche) Psychotherapeuten je 100 000 GKV-Versicherte nach KVen im Jahr 2015

Praxen mit zugelassenen Ärzten (ohne Ermächtigte und sonstige Organisationsformen).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017b); KBV (2017a).

#### 4.2.3 Anzahl behandelnder Ärzte

**118.** Interessant ist auch die Frage, wie viele unterschiedliche Ärzte die Versicherten innerhalb eines Jahres aufsuchen. Eine Zuordnung ist prinzipiell über die lebenslang festgeschriebenen Arztnummern möglich. Eine Zuordnung zu den Betriebsstättennummern erscheint aber insofern noch sinnvoller, als bei der Behandlung durch einen anderen Arzt z. B. innerhalb einer Gemeinschaftspraxis nicht von einem Arztwechsel im eigentlichen Sinne die Rede sein kann. Abbildung 4-9 ist zu entnehmen, wie hoch der Anteil der Versicherten ist, die keinen Arzt bzw. bis zu vier und mehr Praxen innerhalb eines Jahres im Zeitraum von 2009 bis 2016 aufgesucht haben.<sup>44</sup> Die Daten beziehen sich zudem nur auf die vorrangig behandelnden Ärzte, d. h., die Fachgebietsbezeichnungen Radiologie, Labormedizin und Pathologie sowie nicht eindeutig Definierte wurden nicht berücksichtigt. Es zeigt sich innerhalb dieser Zeit keine deutliche Änderung oder Tendenz. Eine Veränderung hätte z. B. im Zusammenhang mit der Abschaffung der Praxisgebühr zu erwarten sein können. Lediglich der Anteil der Versicherten, die vier und mehr Arztpraxen innerhalb eines Jahres aufsuchen, steigt seit dem Jahr 2010 kontinuierlich an, wenn auch nur geringfügig. Bedenkt man, dass verschiedene Arztbesuche im Rahmen von Früherkennungsmaßnahmen regelmäßig empfohlen werden (z. B. beim Gynäkologen, Hautarzt

<sup>44</sup> Bei diesen Daten ist zu berücksichtigen, dass sie nur das Versichertenkollektiv der BARMER GEK beinhalten, das bundesweit 10,3 % der Bevölkerung umfasst, wobei der Anteil in den einzelnen Bundesländern zwischen 5,4 % (Bremen) und 16,9 % (Brandenburg) schwankt.

oder Urologen), erscheint die Anzahl von drei oder vier jährlichen Arztkontakten wiederum nicht sehr hoch – vielmehr überrascht dann der hohe Anteil derjenigen Versicherten, die keine oder nur eine Praxis pro Jahr aufsuchen.

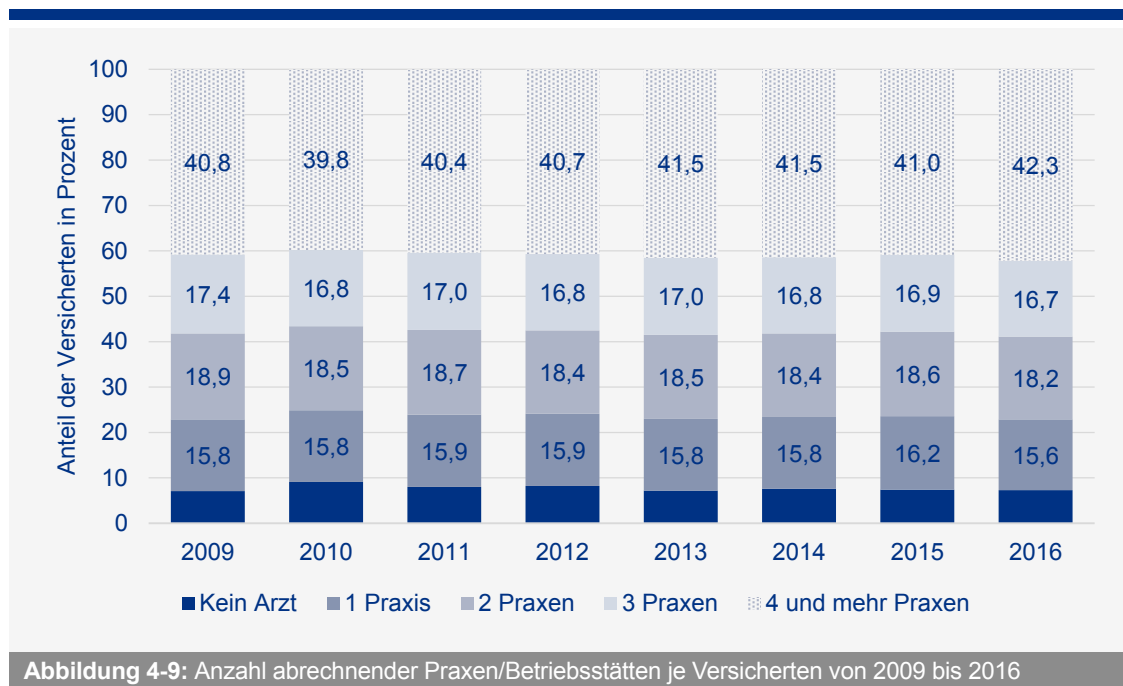


Abbildung 4-9: Anzahl abrechnender Praxen/Betriebsstätten je Versicherten von 2009 bis 2016

Ausgeschlossen sind Ärzte, die vorrangig diagnostisch tätig sind (Radiologie – Nuklearmedizin, Labormedizin, Pathologie) oder nicht eindeutig zugeordnet werden können.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER (2017, 2018), BARMER GEK (2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016).

**119.** Betrachtet man die Häufigkeit der Inanspruchnahme mehrerer Praxen innerhalb eines Jahres getrennt nach Fachgebieten, so zeigt sich ein heterogenes Bild (siehe Tabelle 4-2). Für Hausärzte (inklusive internistischer) und Gynäkologen gilt, dass die Versicherten hier häufig mehrere unterschiedliche Ärzte innerhalb eines Jahres aufsuchen. Hierbei handelt es sich allerdings auch um die Arztgruppen, die insgesamt am häufigsten kontaktiert werden, weshalb auch Inanspruchnahmen von Vertretungen während der Urlaubszeiten der Stammpraxis oder am Urlaubsort der Versicherten eine Rolle spielen dürften. Einer einzigen Praxis treu sind die meisten Patienten bei der Fachgruppe der Psychotherapeuten und der Urologen, allerdings sind dies auch die Arztgruppen, die insgesamt von den wenigsten Versicherten aufgesucht werden.

	Kein Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	≥ 4 Praxen
<b>Alle Ärzte</b>	6,9	11,0	12,8	12,7	56,5
<b>Vorrangig behandelnde Ärzte*</b>	7,3	15,6	18,2	16,7	42,3
<b>Hausärzte (inkl. internistischer)</b>	21,5	42,3	24,8	8,1	3,3
<b>Internisten (ohne Hausärzte)</b>	81,6	14,0	3,4	0,8	0,2
<b>Gynäkologen</b>	73,9	12,7	11,2	1,7	0,5
<b>Augenärzte</b>	75,0	22,7	2,0	0,2	0,0
<b>Orthopäden</b>	78,9	18,3	2,4	0,3	0,0
<b>Hautärzte</b>	81,2	15,8	2,7	0,3	0,0
<b>Hals-Nasen-Ohren-Ärzte</b>	81,7	16,7	1,5	0,2	0,1
<b>Chirurgen</b>	87,1	11,5	1,2	0,1	0,0
<b>Kinderärzte</b>	87,9	8,4	2,7	0,8	0,3
<b>Urologen</b>	90,8	8,7	0,5	0,0	0,0
<b>Nervenärzte</b>	89,3	9,2	1,2	0,2	0,0
<b>Psychotherapeuten</b>	97,3	2,5	0,1	0,0	0,0

**Tabelle 4-2:** Anzahl kontaktierter Praxen nach Fachgruppen jeweils in Prozent aller Versicherten im Jahr 2016

\* Ausgeschlossen sind Ärzte, die vorrangig diagnostisch tätig sind (Radiologie – Nuklearmedizin, Labormedizin, Pathologie) oder nicht eindeutig zugeordnet werden können.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER (2018).

## 4.3 Patientencharakteristika und Behandlungsanlässe

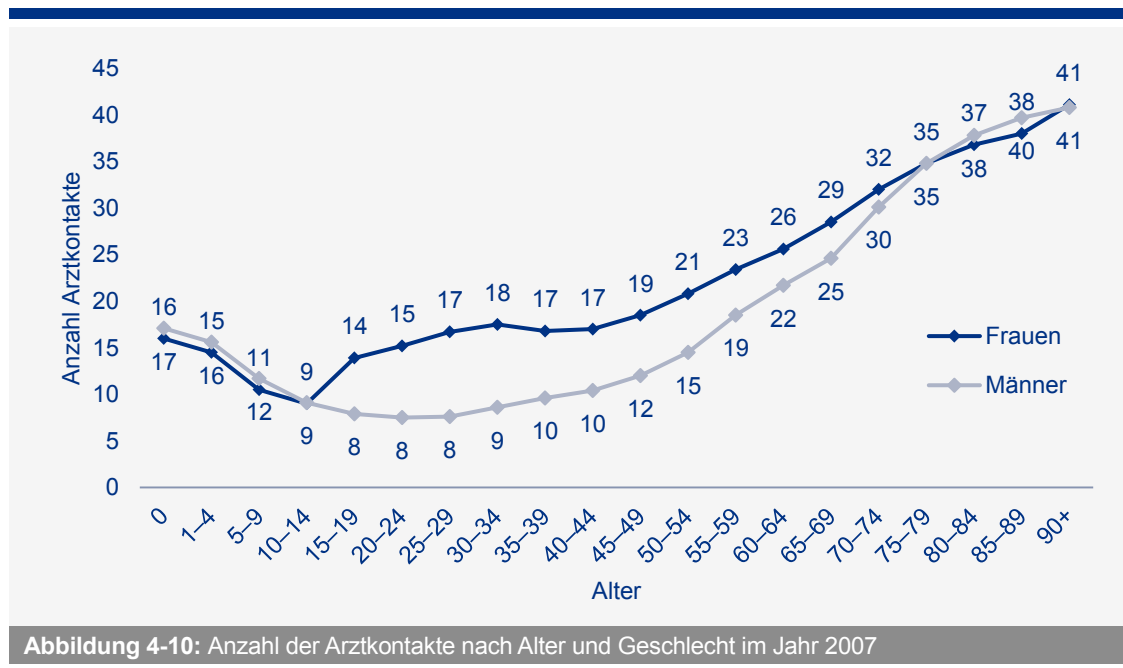
**120.** Wie in Abschnitt 4.1 bereits erläutert wurde, ist die Aussagekraft der Abrechnungsdaten für das Versorgungsgeschehen eingeschränkt. Die Frage, welches Patientenkollektiv aus welchen Behandlungsanlässen wie oft einen Arzt aufsucht, lässt sich anhand verschiedener Auswertungsmöglichkeiten nur ansatzweise beantworten.

### 4.3.1 Patientencharakteristika

#### *Arztbesuche nach Alter und Geschlecht*

**121.** Da die Anzahl der Arztkontakte seit Einführung der pauschalierten Vergütung im Jahr 2008 in den Abrechnungsdaten nicht mehr im Einzelnen nachzuvollziehen ist, bilden die Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2007 die letzte vollständige Datengrundlage zur Anzahl von Arztkontakten nach Alter und Geschlecht (siehe Abbildung 4-10). Wie in den vorhergehenden

Abschnitten dargestellt, ist die Gynäkologie nach der Allgemeinmedizin das am häufigsten in Anspruch genommene Fachgebiet in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Besuche im Zusammenhang mit Verhütung, Schwangerschaft und Geburt führen dazu, dass Frauen ab Beginn der Pubertät eine deutlich höhere Anzahl an Arztkontakten aufweisen als Männer. Männer beginnen erst in höherem Alter, insbesondere mit dem Eintritt in das Rentenalter, die vertragsärztliche Versorgung in größerem Umfang in Anspruch zu nehmen. Die Kontaktfrequenz erreicht erst ab einem Alter von etwa 75 Jahren den gleichen Stand bei beiden Geschlechtern und unterscheidet sich damit von der Inanspruchnahme im stationären Sektor (siehe Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme).



Einbezogen werden auch Arztkontakte wegen Krankschreibungen, Verordnungen etc.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER GEK (2010).

**122.** Möchte man aktuellere Daten heranziehen, so ist dies nur in einer anderen Darstellungsform möglich, z. B. als Anteil der Personen mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr. Abbildung 4-11 ist dieser Anteil nach Altersgruppen und Geschlecht für das Jahr 2015 für das Versichertenkollektiv der BARMER zu entnehmen. Es ist ersichtlich, dass es sich bei der Altersgruppe der 25- bis 29-jährigen Männer um die Gruppe mit dem höchsten Anteil von Personen ohne jeglichen Arztkontakt im ambulanten Bereich innerhalb eines Jahres handelt, doch auch in dieser Gruppe liegt der Anteil nur bei etwa 17 %. Bei Frauen gibt es nur im Kindesalter eine Phase (etwa im Alter von 5 bis 15 Jahren), in der ein gewisser Anteil keinen ambulanten Arztkontakt hat, davor und danach liegt der Anteil der Frauen mit mindestens einem Arztkontakt pro Jahr bei über 95 %.

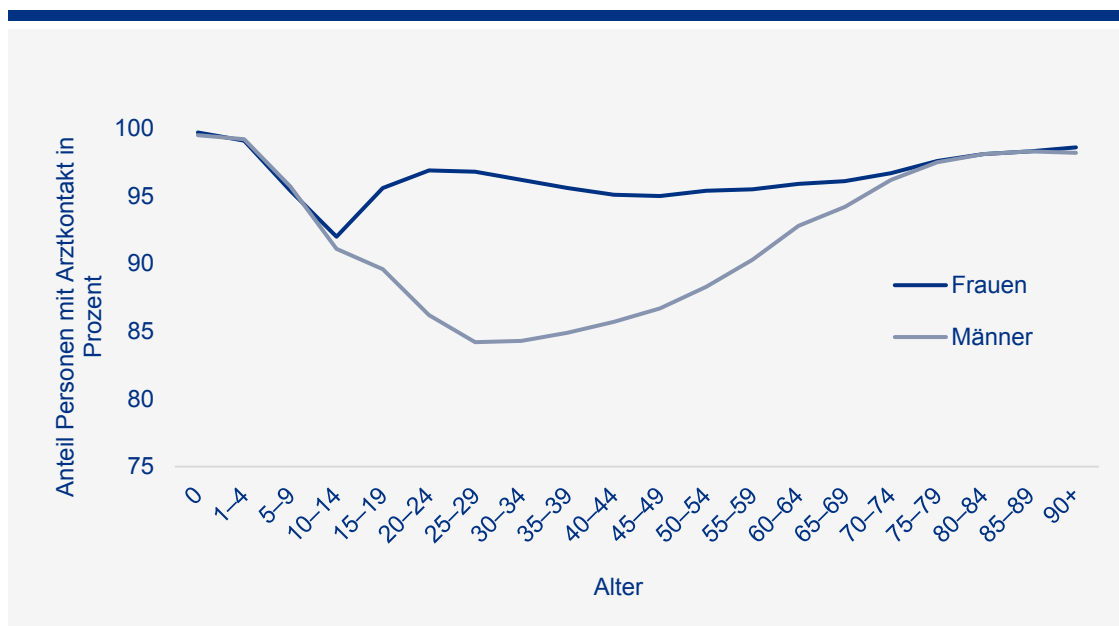


Abbildung 4-11: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter im Jahr 2016

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER (2018).

**123.** Andere Möglichkeiten der Auswertung sind die Anzahl der Behandlungsfälle sowie die Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen. Die Tendenz ist bei allen Darstellungsformen aber die gleiche und in Abbildung 4-12 ersichtlich: Im Alter zwischen 15 und 70 Jahren haben Frauen deutlich häufiger Arztkontakte als Männer. Im längsschnittlichen Vergleich zeigt sich, dass die Inanspruchnahme insgesamt seit dem Jahr 2010 um etwa 6 % zugenommen hat, am stärksten in den Altersbereichen ab 80 Jahren. Der absolute Abstand zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme bei Männern und der bei Frauen hat sich dabei im Alter zwischen 15 und 55 Jahren zwar weiter vergrößert, jedoch nur leicht.

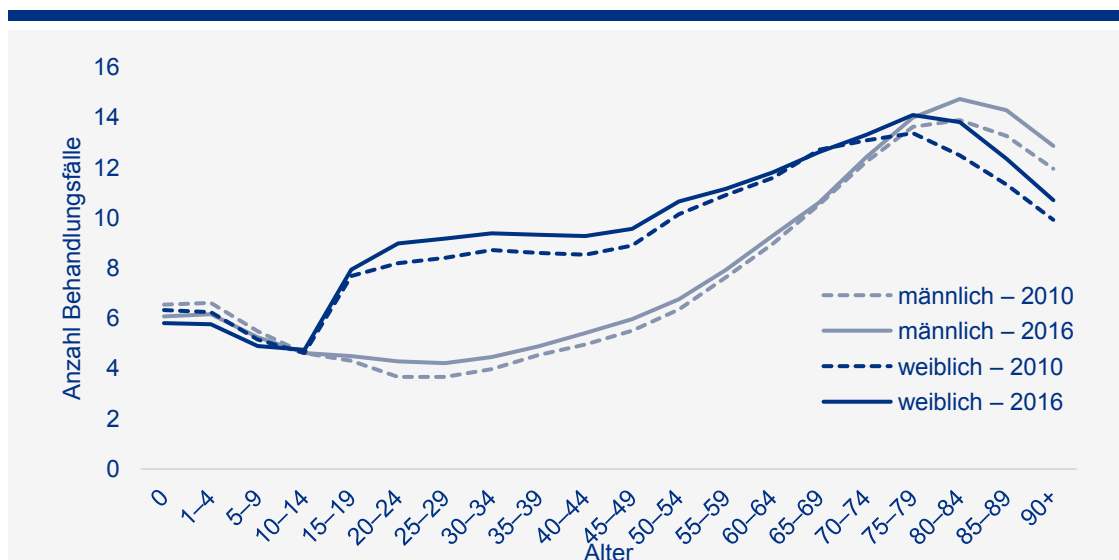


Abbildung 4-12: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter in den Jahren 2016 und 2010

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER (2018); BARMER GEK (2012).

**124.** Abbildung 4-13 bestätigt, dass diese deutlich höhere Inanspruchnahme seitens der weiblichen Versicherten im Alter zwischen 15 und 70 Jahren vor allem in häufigeren Facharztbesuchen wie z. B. in der Gynäkologie begründet ist. Hinsichtlich der hausärztlichen Inanspruchnahme sind nur kleinere Unterschiede erkennbar.

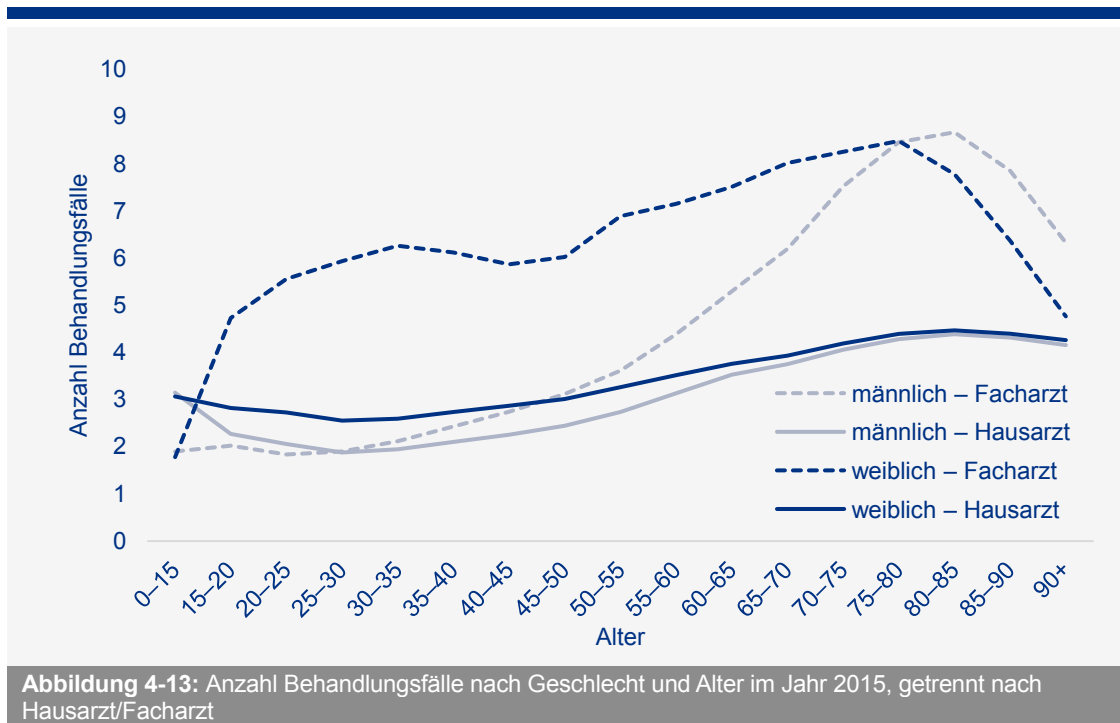


Abbildung 4-13: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter im Jahr 2015, getrennt nach Hausarzt/Facharzt

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GKV-SV (2018a).

#### *Weitere patientenbezogene Einflussfaktoren auf die Häufigkeit von Arztbesuchen*

**125.** Alter und Geschlecht sind wichtige Einflussfaktoren für die Inanspruchnahme von ärztlicher Versorgung. Daneben existieren jedoch noch weitere patientenbezogene Einflussfaktoren: So hat insbesondere der subjektive Gesundheitszustand Einfluss auf die Anzahl der Arztkontakte. Im Ergebnis wenig überraschend suchen Frauen und Männer mit einer subjektiv als schlecht wahrgenommenen Gesundheit häufiger eine Arztpraxis auf als Frauen und Männer mit einer sich selbst attestierten guten oder sehr guten allgemeinen Gesundheit (Rattay et al. 2013). Auswertungen des SOEP bestätigen dies (siehe Tabelle 4-3).

**126.** Bezüglich des Sozialstatus bzw. der Bildung zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse. So wiesen Befragte im Rahmen des *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) mit hohem Sozialstatus im Durchschnitt weniger Arztkontakte auf als solche mit niedrigerem Sozialstatus (siehe Tabelle 4-3). Ein hoher sozioökonomischer Status war bei gleichem medizinischen Bedarf<sup>45</sup> häufiger mit einem direkten Facharztbesuch und seltener mit einem Hausarztbesuch verbunden (Bremer/Wübker 2013). Studien zur Multimorbidität und zu den damit

<sup>45</sup> In der Studie wurde der medizinische Bedarf durch das Vorhandensein verschiedener chronischer Krankheiten, eventuell vorliegender Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen sowie durch Alter und Geschlecht der Person definiert.



verknüpften Einflussfaktoren kamen zu dem Schluss, dass das Alter, das Geschlecht und ein niedriger sozioökonomischer Status eindeutige Determinanten der Multimorbidität sind (Violan et al. 2014).

	2000	2005	2011	2013	2016
<b>Geschlecht</b>					
Männer	4,1	3,8	3,7	3,4	3,3
Frauen	4,8	4,1	4,0	3,5	3,5
<b>Alter</b>					
unter 40 Jahren	3,3	3,1	2,9	3,0	2,8
40 bis 59 Jahre	3,8	3,7	3,4	3,5	3,5
60 Jahre und älter	4,7	4,5	3,9	3,6	3,6
<b>Berufsbildung</b>					
ohne Abschluss	4,5	4,2	3,6	3,6	3,6
mittlerer Abschluss	4,0	3,8	3,6	3,5	3,4
Hochschule	3,4	3,6	3,2	3,3	3,1
<b>Monatliches Haushaltseinkommen*</b>					
bis unter 1 000 Euro	5,0	4,3	3,7	3,9	4,2
1 000 bis 2 000 Euro	4,2	4,2	3,7	3,6	3,6
2 000 bis 3 000 Euro	3,9	3,7	3,5	3,3	3,3
Mehr als 3 000 Euro	3,5	3,5	3,1	3,1	2,9
<b>Gesundheitszustand</b>					
sehr gut	2,1	2,1	1,8	2,0	1,9
gut	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3
zufriedenstellend	3,7	3,4	3,3	3,1	3,1
weniger gut	6,0	5,7	4,9	4,9	4,8
schlecht	10,0	8,6	7,2	7,7	7,9
<b>Insgesamt</b>	<b>4,5</b>	<b>4,0</b>	<b>3,8</b>	<b>3,5</b>	<b>3,4</b>

**Tabelle 4-3:** Durchschnittliche Anzahl der Arztbesuche pro Patient im letzten Quartal nach verschiedenen soziodemografischen Faktoren in den Jahren 2000, 2005, 2011, 2013 und 2016

\* Inflationsbereinigte Nettoeinkommen in Preisen im Jahr 2010.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von DIW Berlin (2018).

**128.** Das Zi fand außerdem Unterschiede im Sinne eines West-Ost-Gefälles mit weniger alters- und geschlechtsstandardisierten Arztkontakten in den neuen Bundesländern (von 15 in Sachsen bis 17 in Mecklenburg-Vorpommern) als in den alten Bundesländern und Berlin (von 17 in Nordrhein bis 19 im Saarland) (Riems et al. 2012). Ein Befund, den die Daten des SOEP unterstützen. Gemäß den dortigen Angaben lag die durchschnittliche (jedoch nicht alters- und geschlechtsstandardisierte) Arztkontaktfrequenz im Jahr 2016 in Westdeutschland bei 13,6, in Ostdeutschland hingegen bei 12,6 (DIW Berlin 2018). Weitergehende Untersuchungen zeigten, dass die bevölkerungsbezogene Morbidität und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen mit dem Ausmaß räumlicher sozialer Deprivation assoziiert sind (Schulz et al. 2016). Auch den Grad der Urbanität verbanden die Analysen des Zi mit einer Steigerung der Inanspruchnahme.

**129.** Rattay et al. und andere fanden in Befragungsstudien hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen bzw. zwischen den Bundesländern (Prütz/Rommel 2017; Rattay et al. 2013).

#### 4.3.2 Behandlungsanlässe

**130.** Tabelle 4-4 stellt dar, welche Diagnosen<sup>46</sup> bei den Versicherten der GKV im Jahr 2015 am häufigsten kodiert wurden. Hierbei wurde jede als gesichert kodierte Diagnose innerhalb des Jahres gezählt, unabhängig von weiteren Kriterien wie z. B. dem im Risikostrukturausgleich verwendeten Kriterium von mindestens in zwei Quartalen kodierten Diagnosen (M2Q). Bluthochdruck ohne definierte organische Ursache, also eine essenzielle (primäre) Hypertonie, wurde bei über einem Viertel der Versicherten diagnostiziert. Wie bei der mit einer Prävalenz von 25 % zweithäufigsten Diagnose Rückenschmerz (siehe hierzu auch Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen) wurde diese Erkrankung insbesondere im hausärztlichen Versorgungsbereich festgestellt. Im fachärztlichen Versorgungsbereich überwiegen mit Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern (19 %) und sonstigen nichtentzündlichen Krankheiten der Vagina (12 %) Diagnosen aus dem Spektrum der am häufigsten besuchten Facharztgruppen der Augenheilkunde und der Gynäkologie (siehe auch Tabelle 4-5). Außerdem sind unter den fünf häufigsten fachärztlichen Diagnosen zwei Z-Diagnosen zu finden. Sie beschreiben keine Erkrankung, sondern Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Hierzu gehören z. B. Mammografien, kontrazeptive Maßnahmen, aber auch Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern sowie Zustände wie Probleme in Bezug auf Arbeit, psychosoziale Umstände und Pflegebedürftigkeit.

---

<sup>46</sup> In Deutschland werden Diagnosen nach der zehnten Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification (ICD-10) kodiert.

Alle Diagnosen		
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	28 %
M54	Rückenschmerzen	25 %
Z12*	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	21 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	20 %
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	19 %
Diagnosen aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich		
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	27 %
M54	Rückenschmerzen	20 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	19 %
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	18 %
Z00*	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16 %
Diagnosen aus dem fachärztlichen Versorgungsbereich		
Z12*	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	19 %
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	19 %
Z30*	Kontrazeptive Maßnahmen	13 %
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	12 %
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	11 %

**Tabelle 4-4:** Anteil der Versicherten, bei denen ein ICD-Dreisteller mindestens einmal im Jahr 2015 gesichert kodiert wurde

\* Mit sogenannten Z-Diagnosen werden Faktoren charakterisiert, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GKV-SV (2018a).

**131.** Tabelle 4-5 schlüsselt die Herkunft der Diagnosen auf, indem für die fünf Abrechnungsgruppen mit den meisten Behandlungsfällen im Jahr 2015 (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Augenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin sowie Orthopädie) die fünf häufigsten dokumentierten Diagnosen dargestellt werden. Bei diesen Daten ist allerdings zu berücksichtigen, dass alle dokumentierten Diagnosen berücksichtigt wurden, d. h. neben den gesicherten Diagnosen auch die Diagnosen mit dem Zusatzkennzeichen „ausgeschlossen“, „Verdacht auf/zum Ausschluss von“ und „Zustand nach“.

Insbesondere die Diagnose I10 („essenzielle (primäre) Hypertonie“), die bei den Allgemeinmedizinern auf Platz 1 liegt, zählt auch bei vielen weiteren Arztgruppen zu den häufigsten Diagnosen. So liegt die Diagnose auch bei den meisten Abrechnungsgruppen der Inneren Medizin (ohne Schwerpunkt sowie Schwerpunkte Kardiologie, Angiologie, Nephrologie, Hämato-

logie/Onkologie, Pneumologie und Rheumatologie) sowie in der Anästhesiologie und der Urologie auf den ersten drei Plätzen der häufigsten Diagnosen. Hieran wird allerdings deutlich, dass die dokumentierten Diagnosen nicht immer den tatsächlichen Behandlungsanlass darstellen, sondern vielmehr zusätzlich bestehende Diagnosen darstellen. Anders als im Rahmen der stationären Versorgung wird im ambulanten Bereich keine Hauptdiagnose kodiert, welcher der ausschlaggebende Behandlungsanlass zu entnehmen ist.

Die Diagnose M54 („Rückenschmerzen“), die in der Orthopädie auf Platz 1 und in der Allgemeinmedizin auf Platz 3 liegt, belegt ebenfalls bei anderen Abrechnungsgruppen die vorderen Plätze, so z. B. in der Chirurgie Platz 2, in der Neurologie, der Neurochirurgie, der Orthopädie und der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin sogar Platz 1 der häufigsten Diagnosen. Die Diagnose F32 („depressive Episode“), die in der Allgemeinmedizin auf Platz 5 rangiert, ist in den Abrechnungsgruppen der Psychiatrie, der Nervenheilkunde, der Psychotherapie sowie der Neurologie jeweils auf einem der ersten drei Plätze.

**132.** Krankheiten wie Rückenschmerzen, Diabetes oder Hypertonie, die bei den Allgemeinmedizinern zu den häufigsten Diagnosen zählen, liegen insbesondere bei älteren Patienten auch gleichzeitig vor. So waren in einer Analyse der Abrechnungsdaten von über 65-Jährigen etwa zwei Drittel der Patienten multimorbid (van den Bussche et al. 2011). Mehrere Studien identifizierten dabei verschiedene Krankheitscluster, die bei multimorbiden Patienten von Bedeutung sind. So treten gemäß Analysen auf Basis der MultiCare-Kohortenstudie mit etwa 3 000 älteren Patienten (65 Jahre und älter) zum einen Angststörungen, Depressionen, Schmerzen und somatoforme Störungen und zum anderen kardiovaskuläre Erkrankungen und Stoffwechselstörungen oftmals gemeinsam als Krankheitsbilder auf (Schäfer et al. 2012). Ein systematischer Review von Prados-Torres et al. kam zu dem Schluss, dass bei Patienten mit Multimorbidität neben anderen, z. B. kardiovaskulären, metabolischen und psychischen Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen muskuloskeletale Erkrankungen häufig als weiteres Muster beobachtet werden können (Prados-Torres et al. 2014).

Jede der Gruppen stellt dabei unterschiedliche Herausforderungen an die Behandlung und bedingt damit unterschiedliche Folgekosten (Eckardt et al. 2017), die bei der zukünftigen Steuerung der Gesundheitsversorgung zu beachten sind. So zeigen auch die Analysen zu den diagnosebezogenen Veränderungsdaten in Abschnitt 5.2, dass die hier aufgelisteten Multimorbiditätsmuster starke Treiber der Morbiditätsveränderung sind.

ICD	Diagnose	Anteil
<b>Allgemeinmediziner/hausärztliche Internisten</b>		
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	38,1 %
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	22,8 %
M54	Rückenschmerzen	17,0 %
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	13,7 %
F32	Depressive Episode	9,6 %
<b>Gynäkologie</b>		
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	45,6 %
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	30,0 %
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	25,9 %
N95	Klimakterische Störungen	15,8 %
Z01	Sonstige spezielle Unters. u. Abklärungen bei Pers. ohne Beschwerden oder angeg. Diagnose	14,7 %
<b>Augenheilkunde</b>		
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	76,8 %
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	26,5 %
H40	Glaukom	25,6 %
H53	Sehstörungen	20,9 %
H26	Sonstige Kataraktformen	19,1 %
<b>Kinder- und Jugendmedizin</b>		
Z00	Allgemeinunters. u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	21,1 %
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichn. Lokalisationen der oberen Atemwege	17,3 %
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	13,6 %
F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	9,9 %
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	9,5 %
<b>Orthopädie</b>		
M54	Rückenschmerzen	35,6 %
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	20,0 %
M47	Spondylose	16,0 %
M17	Gonarthrose	15,9 %
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	15,2 %

**Tabelle 4-5:** Die fünf häufigsten Behandlungsanlässe einzelner Abrechnungsgruppen im Jahr 2015

Die Behandlungsanlässe sind die häufigsten dokumentierten Diagnosen im 2. bzw. 3. Quartal des Jahres 2015 und beziehen sich auf die Behandlungsfälle (nicht auf die Versicherten). Sie können daher von den Angaben in Tabelle 4-4 abweichen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

### 4.3.3 Unterschiede in der Inanspruchnahme zwischen PKV und GKV

**133.** Wartezeiten können den Zugang zur medizinischen Versorgung erheblich beeinflussen und im Ergebnis durch eine verzögerte Behandlung zu einem für den Patienten schlechteren Gesundheitsstatus führen. Insbesondere Patienten mit einem akuten Behandlungsbedarf können durch unangemessene Wartezeiten geschädigt werden. Zugleich können im Rahmen der ärztlichen Termingestaltung oftmals gesundheitlich unbedenkliche Wartezeiten in Kauf genommen werden. Inzwischen besteht dennoch ein zunehmendes politisches Interesse, die Unterschiede zwischen PKV- und GKV-Versicherten hinsichtlich der Wartezeiten zu verringern.

**134.** Laut einer Versichertenbefragung der KBV sind die Unterschiede zwischen den Wartezeiten für PKV- und GKV-Versicherte allerdings grundsätzlich gering. So gaben 48 % der GKV-Versicherten und 45 % der PKV-Versicherten an, einen Termin bei einem Haus- oder Facharzt sofort oder mit einem Tag Wartezeit erhalten zu haben (KBV 2017c).<sup>47</sup> Bei der Betrachtung der Fachärzte ergab sich mit 27 % der GKV-Versicherten und 30 % der PKV-Versicherten ein leicht anderes Bild. Bei einer Wartezeit von über drei Wochen lag der Anteil der GKV-Versicherten mit 30 % gegenüber einem Anteil der PKV-Versicherten von 16 % jedoch deutlich höher. Die relativ längeren Wartezeiten für gesetzlich Versicherte sind u. a. auf die im Vergleich zur GKV häufig höhere Vergütung für gleiche Leistungen in der PKV und auf die Budgetierung innerhalb der GKV zurückzuführen. So werden zum Quartalsende Leistungen, die über Pauschalen und Globalbudgets vergütet werden, seltener erbracht (Himmel/Schneider 2017). Insbesondere die quartalsbezogene Pauschalierung setzt Anreize, Patienten nicht innerhalb eines Quartals zu behandeln, sondern ihre Behandlung auf zwei Quartale zu verteilen. Dennoch bleibt angesichts des geringen Anteils der PKV-Versicherten die Frage offen, ob Wartezeiten für GKV-Versicherte durch eine einheitliche Honorierung signifikant gesenkt werden können.

## 4.4 Zusammenfassung

**135.** Die Inanspruchnahme des ambulanten Sektors ist von einer Vielzahl unterschiedlicher Rechtsgrundlagen sowie von der Abgrenzung zwischen Kollektiv- und Selektivvertrag geprägt. Eine zentrale Datenerfassung existiert im Rahmen selektivvertraglicher Regelungen nicht, sodass ein umfassender Überblick nur schwer möglich ist und zunehmend schwieriger wird. Hier wäre eine einheitliche, zentrale Datenzusammenführung zu begrüßen, um das ambulante Versorgungsgeschehen in seiner Gänze beurteilen zu können.

**136.** Aus den zur Verfügung stehenden Daten lässt sich ableiten, dass die ambulante Inanspruchnahme sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen den Altersgruppen differiert. Von den jährlich über 500 Millionen Behandlungsfällen entfallen bei einem Versichertenanteil von etwa 52 % ca. 60 % der Fälle auf Frauen. Dies ist vor allem auf häufigere Facharztbesuche z. B. im Rahmen von Früherkennungsmaßnahmen zurückzuführen. Die Inanspruchnahme steigt mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern insbesondere durch zusätzliche Facharztbesuche stark an. Die Entwicklung der hausärztlichen Inanspruchnahme im Alter ist infolge der starken Pauschalierung in der Abrechnung nur unzureichend beurteilbar,

<sup>47</sup> Dies umfasst auch die Angaben, dass der Arzt ohne Termin aufgesucht wurde oder kein Termin notwendig war. Insbesondere Ersteres führt mit einem Anteil von 12 % gegenüber 6 % dazu, dass GKV-Versicherte insgesamt ähnliche Wartezeiten benennen.

sodass zumindest auf Basis der hier vorliegenden Daten unklar bleibt, wie häufig ein Patient tatsächlich den Hausarzt aufsucht.

**137.** Betrachtet man die Anzahl der Ärzte und der Behandlungsfälle je 100 000 GKV-Versicherte nach KV-Regionen, so fällt auf, dass die Stadtstaaten im Vergleich zu den anderen Regionen sehr hohe Werte aufweisen. Dies liegt u. a. darin begründet, dass dort auch viele Versicherte mit Wohnort außerhalb dieser KV die Ärztinnen und Ärzte in Anspruch nehmen, mithin die Stadtstaaten große Mitversorgungsaufgaben übernehmen.

**138.** Insgesamt suchen gut 40 % der Versicherten innerhalb eines Jahres mindestens vier verschiedene Arztpraxen auf. Bedenkt man, dass verschiedene Arztbesuche im Rahmen von Früherkennungsmaßnahmen regelmäßig empfohlen werden (z. B. für die Früherkennung von Brust- oder Darmkrebs) und Vertretungen während der Urlaubszeiten die Zahlen erhöhen, erscheint diese Inanspruchnahme von Leistungen jedoch nicht grundsätzlich zu hoch.

Nach den Hausärzten, auf die mit großem Abstand die meisten Behandlungsfälle entfallen, folgen eher grundversorgende Abrechnungsgruppen wie die Gynäkologie, die Augenheilkunde sowie die Kinder- und Jugendmedizin. Bei Hausärzten und auch arztgruppenübergreifend sind essenzielle Hypertonie und Rückenschmerzen die am häufigsten kodierte Diagnosen. Bei der Gruppe der Fachärzte dominieren die Früherkennung auf Neubildungen sowie Diagnosen aus dem augenärztlichen und gynäkologischen Bereich die Liste der am häufigsten kodierte Diagnosen. Insbesondere im hausärztlichen Versorgungsbereich finden sich damit Erkrankungen wieder, die bei Patienten höheren Alters zumeist nur einen Teil eines multimorbiden Krankheitsbildes darstellen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, der aus der Multimorbidität folgenden strukturellen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und der damit verbundenen Ausgabenentwicklungen erscheint eine bedarfsgerechte Strukturierung und Steuerung unerlässlich.

**139.** Es gilt allerdings zu berücksichtigen, dass die kodierte Diagnosen nicht immer dem primären Behandlungsanlass entsprechen müssen. Um das Versorgungsgeschehen besser beurteilen zu können, wäre es hilfreich, wenn auch im ambulanten Bereich – so wie im Rahmen des Diagnosis-Related-Group (DRG)-Systems im Krankenhaus – der primäre Behandlungsanlass für einen Arztbesuch erfasst und übermittelt würde. Letztlich lässt sich daher auf Basis der vorhandenen Abrechnungsdaten nur eingeschränkt beurteilen, ob und in welchem Ausmaß eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung mit Leistungen im ambulanten Sektor vorliegt.

## 4.5 Literatur

- AOK Baden-Württemberg, Hausärzterverband Baden-Württemberg und MEDI Verbund Baden-Württemberg (2017): Gesundheitspolitik muss klare Signale setzen: Vorfahrt für mehr Versorgungswettbewerb durch echte Alternativen zur Regelversorgung. Positionspapier zur Bundestagswahl.
- BARMER (2017): Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER (2018): Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2010): BARMER GEK Arztreport. Auswertungen zu Daten bis 2008. Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2011): BARMER GEK Arztreport 2011. Auswertungen zu Daten bis 2009. Schwerpunkt: Bildgebende Diagnostik – Computer- und Magnetresonanztherapie. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2012): BARMER GEK Arztreport 2012. Auswertungen zu Daten bis 2010. Schwerpunkt: Kindergesundheit. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2013): BARMER GEK Arztreport 2013. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2014): BARMER GEK Arztreport 2014. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2015): BARMER GEK Arztreport 2015. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2016): BARMER GEK Arztreport 2016. Auswertungen zu Daten bis 2014, Schwerpunkt: Alter und Schmerz. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017a): Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV. KJ1.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017b): Mitglieder und Versicherte der GKV. KM6.
- Bremer, P. und Wübker, A. (2013): Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Haus- und Facharztleistungen in Deutschland. *Präv Gesundheitsf* 8(1): 15–21.
- Czwikla, J., Domhoff, D. und Giersiepen, K. (2016): ICD-Codierqualität ambulanter Krebsdiagnosen in GKV-Routinedaten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 118-119: 48–55.
- DIW Berlin (Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung) (2018): Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Drösler, S. und Neukirch, B. (2014): Evaluation der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.
- Eckardt, M., Brettschneider, C., van den Bussche, H. und König, H.-H. (2017): Analysis of Health Care Costs in Elderly Patients with Multiple Chronic Conditions Using a Finite Mixture of Generalized Linear Models. *Health Econ* 26(5): 582–599.



- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2018a): Auswertung der ambulanten Inanspruchnahme. Datenauswertung auf Anfrage des SVR.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2018b): Auswertung der DRG-Abrechnungsstatistik zur teilstationären Behandlung.
- Hibbeler, B. (2010): Hausarztverträge in Bayern: AOK und Ersatzkassen kündigen fristlos. Dtsch Arztebl 107(51-52): A 2535.
- Himmel, K. und Schneider, U. (2017): Ambulatory Care at the End of a Billing Period. Research Paper No. 14. Hamburg Center for Health Economics.
- Horenkamp-Sonntag, D. (2017): Versorgungsforschung und Qualitätsmessung mit GKV-Routinedaten. Nomos.
- IGES (IGES Institut) (2012): Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK.
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2017): Analysen der Diagnoseeinträge in der Datengrundlage des Bewertungsausschusses für die Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsraten für das Jahr 2016. URL: [institut-ba.de/publikationen/BerichtAnalyseDiagnosenGSP7\\_AGmGA.pdf](http://institut-ba.de/publikationen/BerichtAnalyseDiagnosenGSP7_AGmGA.pdf) (abgerufen am 16.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017a): Honorarbericht für das dritte Quartal. Sonderthema: Top 20 Behandlungsanlässe je Abrechnungsgruppe.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017b): Honorarbericht für das vierte Quartal 2015. Sonderthema: Jahresbericht zur Entwicklung des Honorarumsatzes und der Gesamtvergütungen für das Jahr 2015.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017c): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Mai/Juni 2017. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). URL: [www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php](http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php) (abgerufen am 16.05.2018).
- Korzilius, H. (2015): Hausarztzentrierte Versorgung: In Bayern eskaliert der Streit. Dtsch Arztebl 112(19): A-848.
- Leber, W.-D. und Wasem, J. (2016): Ambulante Krankenhausleistungen - ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart: 3–26.
- Prados-Torres, A., Calderón-Larrañaga, A., Hanco-Saavedra, J., Poblador-Plou, B. und van den Akker, M. (2014): Multimorbidity patterns. A systematic review. J Clin Epidemiol 67(3): 254–266.
- Prütz, F. und Rommel, A. (2017): Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(4): 88–94.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E. et al. (2013): Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Bundesgesundheitsbla 56(5): 832–844.

- Riens, B., Erhart, M. und Mangiapane, S. (2012): Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin.
- Schäfer, I., Hansen, H., Schön, G., Höfels, S., Altiner, A., Dahlhaus, A. et al. (2012): The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. first results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res* 12(1): 89.
- Schulz, M., Czihal, T., Erhart, M. und Stillfried, D. von (2016): Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs. *Gesundheitswesen* 78(5): 290–297.
- van den Bussche, H., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G. et al. (2011): Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC Public Health* 11(1): 101.
- Violan, C., Foguet-Boreu, Q., Flores-Mateo, G., Salisbury, C., Blom, J., Freitag, M. et al. (2014): Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care. A systematic review of observational studies. *PLoS ONE* 9(7): e102149.

---

## 5 Vergütung von ambulanten Leistungen

---

### 5.1 Einleitung

**140.** Wie in Kapitel 4 zur ambulanten Inanspruchnahme dargestellt, existiert eine Vielzahl unterschiedlicher gesetzlicher Normen für die ambulante Versorgung. Infolgedessen stellen sich auch die Vergütungsregelungen verschieden dar. So werden die Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren und der medizinischen Behandlungszentren unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (siehe z. B. Abschnitt 8.4 zur Finanzierung der Universitätsmedizin). Die Vergütung der im Krankenhaus oder in stationären Pflegeeinrichtungen von ermächtigten Ärzten sowie die in ermächtigten Einrichtungen erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen und solche, die im Rahmen einer Zweitmeinung oder infolge der Vermittlung durch Terminservicestellen durch zugelassene Krankenhäuser erbracht werden, erfolgt hingegen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung (§ 120 SGB V). Für die Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sieht der Gesetzgeber gemäß § 116b Abs. 6 SGB V eine eigene Kalkulationssystematik mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen vor. Es lässt sich derzeit jedoch nicht absehen, wann diese in Kraft treten könnte. In der Zwischenzeit gelten die Preise des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) analog zur vertragsärztlichen Versorgung und für dort nicht abgedeckte Leistungen erfolgt eine gesonderte Vergütung (siehe Kapitel 11 zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung).

**141.** Hinsichtlich der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen entrichten die Krankenkassen nach § 85 SGB V eine Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen löste sich dabei mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) aus dem Jahr 2007 von der Koppelung an die Steigerung der beitragspflichtigen Einnahmen. Das GKV-WSG zielte mit dem neuen System ab dem Jahr 2009 darauf ab, das Morbiditätsrisiko grundsätzlich von den Vertragsärzten auf die Krankenkassen zu übertragen. Zugleich erfolgte eine Dynamisierung der Gesamtvergütungen durch die Nutzung eines diagnosebasierten Versichertenklassifikationssystems und die Einführung einer Euro-Gebührenordnung mit einheitlichen Punktwerten.

Die vertragsärztliche, kollektivvertragliche Gesamtvergütung kann dabei auf drei Ebenen betrachtet werden:

- auf der Finanzierungsebene, die Vereinbarungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den KVen und die daraus resultierenden Gesamtvergütungen beinhaltet,
- auf der Verteilungsebene aufseiten der Ärzteschaft, auf der die Verteilung der Mittel aus der Gesamtvergütung von den KVen an die Ärzte in Form von Honoraren auf der Grundlage der Honorarverteilungsmaßstäbe (HVM) und der abgerechneten Leistungen erfolgt, sowie
- auf der Verteilungsebene aufseiten der Krankenkassen, die beschreibt, welche Anteile der Gesamtvergütung von welcher Krankenkasse zu tragen sind, und deren Aufteilung insbesondere auf Basis der Anteile des Vorjahresquartals erfolgt.

**142.** Bis zum Jahr 2012 war das Vergütungssystem durch den starken Einfluss des Bewertungsausschusses geprägt, der umfangreiche bundesweite Vorgabekompetenzen besaß (Knieps/Reiners 2015). Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 trug jedoch zahlreichen Forderungen nach einer stärkeren Regionalisierung und Flexibilisierung der Gesundheitsversorgung Rechnung (vgl. Beiträge in Wille/Knabner 2011) und versuchte die gesundheitliche Versorgung mehr als bisher am regionalspezifischen Bedarf auszurichten (Rüger et al. 2014). Dazu wurden den regionalen Gesamtvertragspartnern viele der zuvor auf Bundesebene verorteten Aufgabengebiete übertragen. So schuf das GKV-VStG die rechtliche Grundlage, um bei den Vereinbarungen zur Gesamtvergütung in regionaler Hinsicht sowohl der besonderen Morbiditätsstruktur der Versicherten als auch den Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur Rechnung zu tragen. Mit dieser Intention wandelte das GKV-VStG verschiedene Vorgabekompetenzen des Bewertungsausschusses auf der Finanzierungsebene in Empfehlungen um (Staffeldt/Repschläger 2015):

- Festlegungen zu den extrabudgetär zu vergütenden Leistungen,
- die morbiditätsbedingten und demografischen Veränderungsraten,
- die Veränderung der Leistungsmenge aufgrund von Leistungsverlagerungen zwischen dem vertragsärztlichen und dem stationären Sektor sowie
- der Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs.

Das im Jahr 2015 in Kraft getretene GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) führte mit dem § 87a Abs. 4a SGB V die sogenannte Konvergenzregel ein, die den regionalen Gesamtvertragspartnern für das Jahr 2017 Vereinbarungen zu einer einmaligen Erhöhung der Gesamtvergütung ermöglichte, insofern sie „im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war“. Außerdem legte das GKV-VSG u. a. neue Regelungen zur Förderung anerkannter Praxisnetze (siehe Kapitel 11 zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung) und zur Vergütung der Hochschulambulanzen (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung) fest.

**143.** Auch für die ärztseitige Verteilungsebene entfiel mit dem GKV-VStG die bundeseinheitliche Regelung, sodass die Verteilung der Gesamtvergütungen gemäß § 87b SGB V wieder durch die von den KVen im Benehmen (zuvor Einvernehmen) mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen festgesetzten regionalen HVMs erfolgt. Aus den von den KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Basis des bundesweiten Orientierungswertes und des EBM gemeinsam und einheitlich vereinbarten regionalen

Euro-Gebührenordnungen erfolgt in Verbindung mit dem regionalen Behandlungsbedarf und dem regionalen HVM die Bildung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina, die zusammen mit weiteren Regelungen wie z. B. den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina die Obergrenze der Leistungsmenge bestimmen, die ein Vertragsarzt erbringen und voll abrechnen kann. Sie bilden daher im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ein Instrument der Mengensteuerung. Diese Regelungen sollen gemäß § 87b Abs. 2 SGB V verhindern, dass der Vertragsarzt seine Tätigkeit „über seinen Versorgungsauftrag [...] oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausdehnt“. Entsprechend erfolgt bei einem Leistungsumfang oberhalb der jeweiligen Obergrenze die Honorierung der überschüssigen Leistungen mit abgestaffelten Preisen.

**144.** Hinsichtlich der Bestimmung der Aufsatzwerte und der Anteile der Krankenkassen an der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV), also der krankenkassenseitigen Verteilungsebene, und für die Bereinigung der Gesamtvergütungen beschließt der Bewertungsausschuss hingegen weiterhin Vorgaben.

## 5.2 Struktur der vertragsärztlichen Vergütung

### 5.2.1 Bestandteile der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

**145.** Die vertragsärztliche Gesamtvergütung setzt sich im Wesentlichen aus zwei Teilen<sup>48</sup> zusammen:

- der MGV, die gemäß § 87a Abs. 3 SGB V von den KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen vereinbart wird und damit einer Mengensteuerung unterliegt,
- der Vergütung für Leistungen, die außerhalb der MGV zum vollen Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden – die sogenannten Einzelleistungen. Deren Vergütung wird als extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) bezeichnet und gilt gemäß § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V für Leistungen, die besonders förderungswürdig sind oder bei denen „medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung“ eine Vergütung außerhalb der MGV erforderlich ist. Dies betrifft z. B. Impfungen, das ambulante Operieren und Leistungen im Rahmen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie.

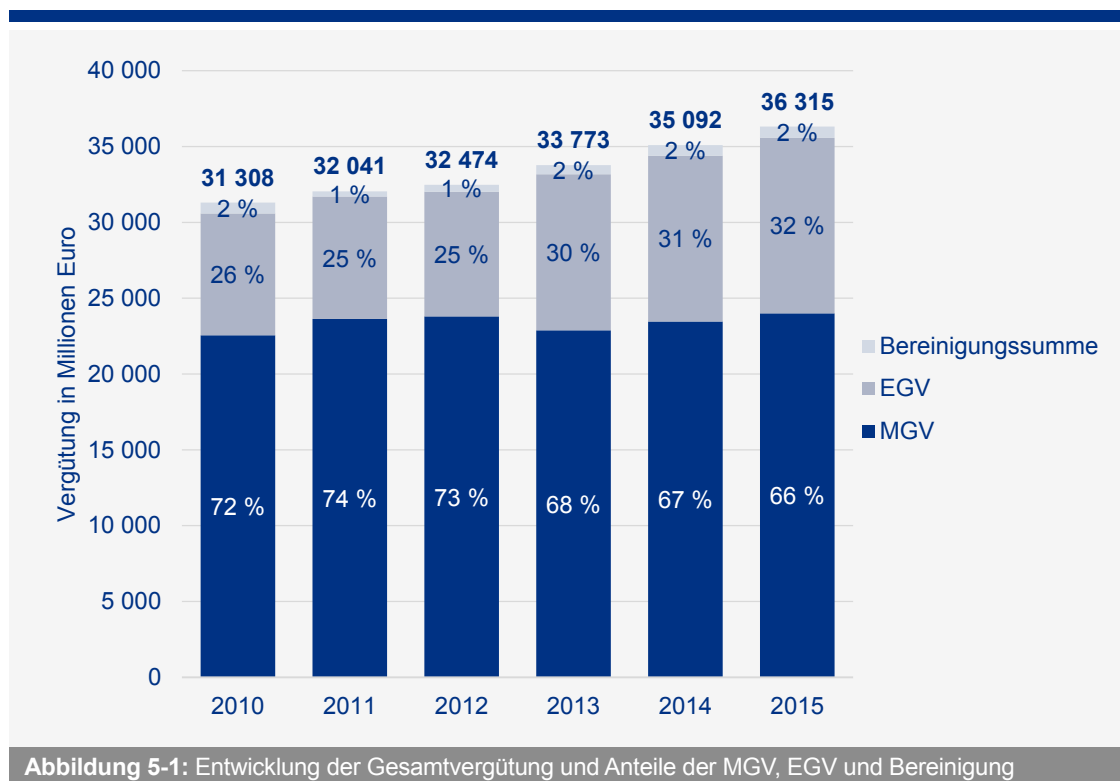
Wie in Kapitel 4 zur ambulanten Inanspruchnahmedargestellt, hat darüber hinaus die Bereinigung der MGV aufgrund von Selektivverträgen Einfluss auf die Höhe der Gesamtvergütung. Um die Höhe der Gesamtvergütung längsschnittlich zu vergleichen, wird daher häufig auf die unbereinigte Gesamtvergütung zurückgegriffen, bei der die Bereinigungssummen

---

<sup>48</sup> Darüber hinaus kann auch die nicht vertragskonforme Inanspruchnahme (NVI) als weiterer Vergütungsbestandteil gezählt werden. Dies betrifft Leistungen für im Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte, für die eine Bereinigung der MGV stattgefunden hat, die die Versicherten aber außerhalb des Selektivvertrages in Anspruch genommen haben. Dies kann z. B. der Fall sein, wenn ein Teilnehmer der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) von einem Hausarzt behandelt wird, der nicht an der HzV teilnimmt. Diese Leistungen werden dann ebenfalls zum vollen Preis der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

rechnerisch wieder zugesetzt werden. Relevanz hat dies vor allem für die KV-Bezirke Baden-Württemberg und Bayern.

**146.** Abbildung 5-1 stellt die Entwicklung der unbereinigten Gesamtvergütung seit dem Jahr 2010 dar. Es ist zu erkennen, dass im Jahr 2013 der Anteil der EGV sprunghaft anstieg und im Jahr 2015 ca. ein Drittel der Gesamtvergütung ausmachte. Dies lag in der „Ausdeckelung“ der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie, also der Herausnahme dieser Leistungen aus der MGV und der folgenden Einzelleistungsvergütung. Insgesamt stieg die Gesamtvergütung zwischen den Jahren 2010 und 2015 um etwa 3 % jährlich von 31,3 Milliarden Euro auf 36,3 Milliarden Euro.



**Abbildung 5-1:** Entwicklung der Gesamtvergütung und Anteile der MGV, EGV und Bereinigung

EGV = extrabudgetäre Gesamtvergütung, MGV = morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

Ein Vergleich der unbereinigten Gesamtvergütung je Versicherten zwischen den KVen für das Jahr 2015 in Abbildung 5-2 zeigt regionale Unterschiede. Insbesondere Mecklenburg-Vorpommern fällt mit einer um 13 % über dem Bundesdurchschnitt liegenden Vergütung auf, aber auch die Stadtstaaten Bremen und Berlin liegen 9 % bzw. 4 % über dem Durchschnitt. Die niedrigste unbereinigte Gesamtvergütung je Versicherten verzeichnet der KV-Bezirk Westfalen-Lippe mit 6 % unter dem Bundesdurchschnitt. Darüber hinaus fällt auf, dass die ostdeutschen KVen und die Stadtstaaten eher leicht überdurchschnittliche und die westdeutschen Flächenländer eher leicht unterdurchschnittliche Vergütungen je Versicherten verzeichnen.

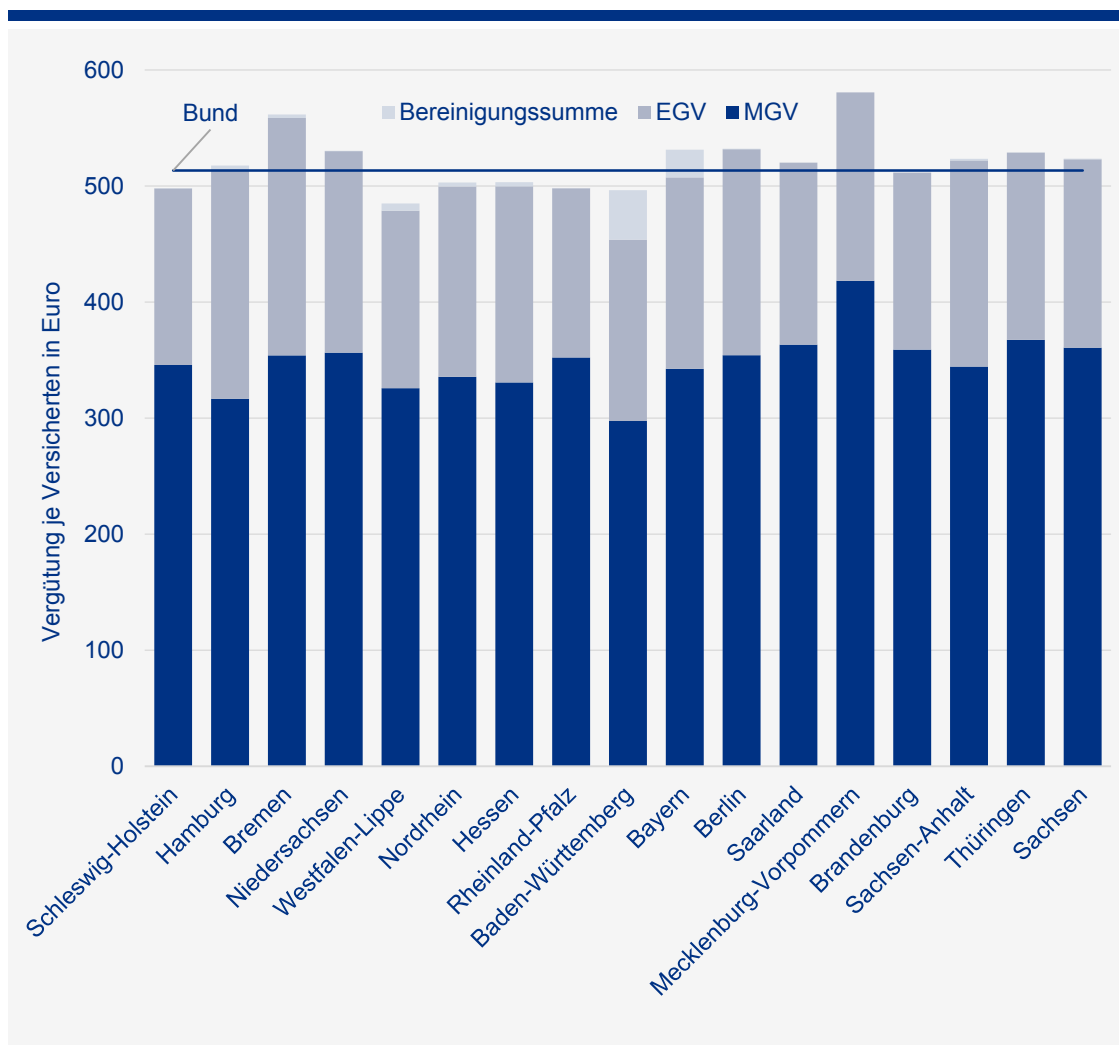


Abbildung 5-2: Unbereinigte Gesamtvergütung je Versicherten in Euro im Jahr 2015 nach KV-Bezirken

Die Bereinigungssummen wurden rechnerisch wieder zugesetzt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

147. Die mit § 87a Abs. 4a SGB V eingeführte Möglichkeit einer einmaligen Erhöhung der Gesamtvergütung im Jahr 2017, insofern diese „im Jahr 2014 unbegründet zu niedrig war“, ist in diesen Zahlen des Jahres 2015 noch nicht berücksichtigt. Daten zur Gesamtvergütung im Jahr 2017 werden erst nach Veröffentlichung des Gutachtens vorliegen. Berichte zu den Honorarabschlüssen für das Jahr 2017 aus dem März 2018 legen jedoch nahe, dass von dieser Möglichkeit zumindest in Teilen Gebrauch gemacht wurde (Ärzte Zeitung 2018a, 2018b).

### 5.2.2 Mengen- und Preiskomponente der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

148. Gemäß § 87a Abs. 3 SGB V vereinbaren die KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich jährlich bis zum 31. Oktober die für das Folgejahr von den Krankenkassen mit befreiender Wirkung an die jeweilige KV zu entrichtende MGV für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort im Bezirk der KV.

Die Vereinbarungen der Vertragsparteien zur MGV beinhalten einerseits ein vereinbartes Punktzahlvolumen auf der Grundlage des EBM, d. h. „den mit der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten verbundenen Behandlungsbedarf“, und andererseits den zugehörigen Punktwert in Euro. Der EBM bestimmt die von den Vertragsärzten abrechnungsfähigen Leistungen sowie deren Inhalt und legt nach § 87 Abs. 2 SGB V „ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander“ fest. Der auf dieser Basis vereinbarte morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf stellt gemäß § 87a Abs. 3 SGB V die „notwendige medizinische Versorgung“ und damit die Mengenkomponekte dar, der zugehörige vereinbarte Punktwert die Preiskomponekte (vgl. IGES 2014). Während die Preiskomponekte für die gesamte vertragsärztliche Vergütung gilt<sup>49</sup>, zielt die Mengenkomponekte ausschließlich auf die MGV, da in der EGV entsprechend dem abgerechneten Volumen ohne Mengengrenzung vergütet wird.

**149.** Die Bezeichnung des Punktwertes als Preiskomponekte ist dabei unstrittig. Hinsichtlich der Bezeichnung des vereinbarten Punktzahlvolumens als Mengenkomponekte ließe sich jedoch einwenden, dass das Punktzahlvolumen zahlreiche preisliche Bestandteile enthält, da es im Rahmen des Standardbewertungssystems (StaBS) auf einer kostenbasierten Leistungsbewertung aufbaut. Diese Leistungsbewertung beinhaltet jedoch keine Abgabepreise vertragsärztlicher Leistungen, sondern bezieht sich ausschließlich auf die Inputebene, indem die Preise der eingesetzten Produktionsfaktoren genutzt werden. Erst durch die Verknüpfung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs in Punkten mit dem Punktwert entstehen monetäre Bewertungen der ärztlichen Leistungen und mit ihnen die Preise. Die im Rahmen des EBM bewerteten vertragsärztlichen Leistungen spiegeln hingegen lediglich ein Werteverhältnis zueinander wider, legen jedoch keinen „Außenwert“ fest.

**150.** Erstmalig vereinbarten die regionalen Gesamtvertragspartner im Jahr 2009 den Behandlungsbedarf und orientierten sich dabei an der historischen Leistungsmenge der ärztlichen Behandlungen in EBM-Punkten. Die Anpassung dieses morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs ist seitdem von den regionalen Gesamtvertragspartnern jährlich zu vereinbaren und soll nach § 87a Abs. 4 SGB V an dem für das Vorjahr vereinbarten und bereinigten Behandlungsbedarf aufsetzen. Grundlage für die Anpassung sind dabei insbesondere Veränderungen

- der Zahl der Versicherten der Krankenkassen,
- der Morbiditätsstruktur der Versicherten aller Krankenkassen,
- von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) beruhen,
- des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor sowie
- aufgrund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung.

---

<sup>49</sup> Mit Ausnahme der in Euro bewerteten extrabudgetären Leistungen.



**151.** Die Vereinbarung über die Anpassung des Behandlungsbedarfs, also der Mengenkomponte, obliegt den regionalen Gesamtvertragspartnern, sie haben dabei jedoch Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses zu beachten. So soll zur Vereinbarung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur für jeden Bezirk einer KV vom Bewertungsausschuss einerseits eine Veränderungsrate basierend insbesondere auf den Behandlungsdiagnosen gemäß § 295 Abs. 1 Satz 2 und andererseits eine Veränderungsrate auf Basis demografischer Kriterien (Alter und Geschlecht) jährlich bis zum 31. August beschlossen werden. Die Gesamtvertragspartner haben anschließend beide Raten gewichtet für die Weiterentwicklung anzuwenden (zur Berechnung der Veränderungsrate siehe Abschnitt 5.2.3).

**152.** Hinsichtlich der Preiskomponte legt § 87 Abs. 2e SGB V fest, dass jährlich bis zum 31. August zunächst ein bundeseinheitlicher Punktwert als Orientierungswert festzulegen ist. Auf dessen Grundlage vereinbaren die regionalen Gesamtvertragspartner gemeinsam und einheitlich jeweils bis zum 31. Oktober eines Jahres den regionalen Punktwert, der für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr Anwendung findet. Sie können dabei Zu- und Abschläge vom bundeseinheitlichen Orientierungswert beschließen, um so „regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen“ (§ 87a Abs. 2 SGB V). Zudem können zur Verbesserung der Versorgung der Versicherten in Gebieten mit bestehender oder drohender Unterversorgung, für besonders förderungswürdige Leistungen und für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern Zuschläge vereinbart werden. Den regionalen Vertragspartnern steht hier also ein erheblicher Gestaltungsspielraum zu, insbesondere da sie bei der Vereinbarung von Zu- und Abschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V nicht an das Prinzip der Vorjahresanknüpfung gebunden sind (BSG 2017).

**153.** Unter normativen und positiven Gesichtspunkten sollten dabei für die vertragsärztliche Gesamtvergütung sowohl auf der Makro- als auch auf der Mesoebene neben bundes-, landes- und regionalspezifischen Zielen auch bestimmte weitere Komponenten berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen gehören hierzu insbesondere die Anzahl der Versicherten sowie ihre Struktur in Bezug auf Alter, Geschlecht und Morbidität. Mit Blick auf das Angebot sind insbesondere die medizinische Infrastruktur und die damit einhergehenden Versorgungs- und Kostenstrukturen zu nennen. Die Berücksichtigung nachfrageseitiger Einflussfaktoren, wie sie im Rahmen der Weiterentwicklung der MGW erfolgt, erscheint dabei unter normativen Gesichtspunkten zwingend notwendig. Die Einbeziehung angebotsseitiger Faktoren kann hingegen dazu dienen, temporäre Anreize zur Erfüllung ausgewählter Ziele zu setzen. Diese Ziele können z. B. der Abbau einer Unterversorgung, die Förderung bestimmter Behandlungsmethoden oder eine vermehrte Substitution von stationären durch ambulante Leistungen sein.

**154.** Entsprechend werden – wie eingangs dargestellt – in der gesetzlichen Regelung gemäß § 87a Abs. 4 SGB V nachfrageseitige Faktoren explizit im Rahmen der Anpassung des Behandlungsbedarfs genannt und bei der Fortentwicklung des Behandlungsbedarfs entsprechend berücksichtigt. Hinsichtlich des Einbezugs angebotsseitiger Faktoren wie der regionalen Kosten- und Versorgungsstruktur sehen die geltenden gesetzlichen Regelungen diesen vor allem bei der Preiskomponte in Form des regionalen Punktwertes vor, nicht aber beim morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf bzw. bei der Mengenkomponte. Dies erscheint hinsichtlich der Kostenstruktur folgerichtig, da sie ausschließlich die Preiskomponte der vertragsärztlichen Leistungen betrifft. Jedoch können auch regionale

Besonderheiten der Versorgungsstruktur, wie z. B. eine überdurchschnittliche (Fach-)Ärzte-dichte mit einem hohen Spezialisierungsgrad, eine hohe Krankenhausdichte oder eine Mitversorgung für andere Regionen mit Auswirkungen auf den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf einhergehen. Lediglich bei „Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor“ ist jedoch aktuell die partielle Berücksichtigung von aus Besonderheiten der regionalen Versorgungsstruktur erwachsenden (Veränderungen von) Effekten vorgesehen.

### 5.2.3 Die Rolle der Morbidität bei der Festsetzung der Mengenkompente

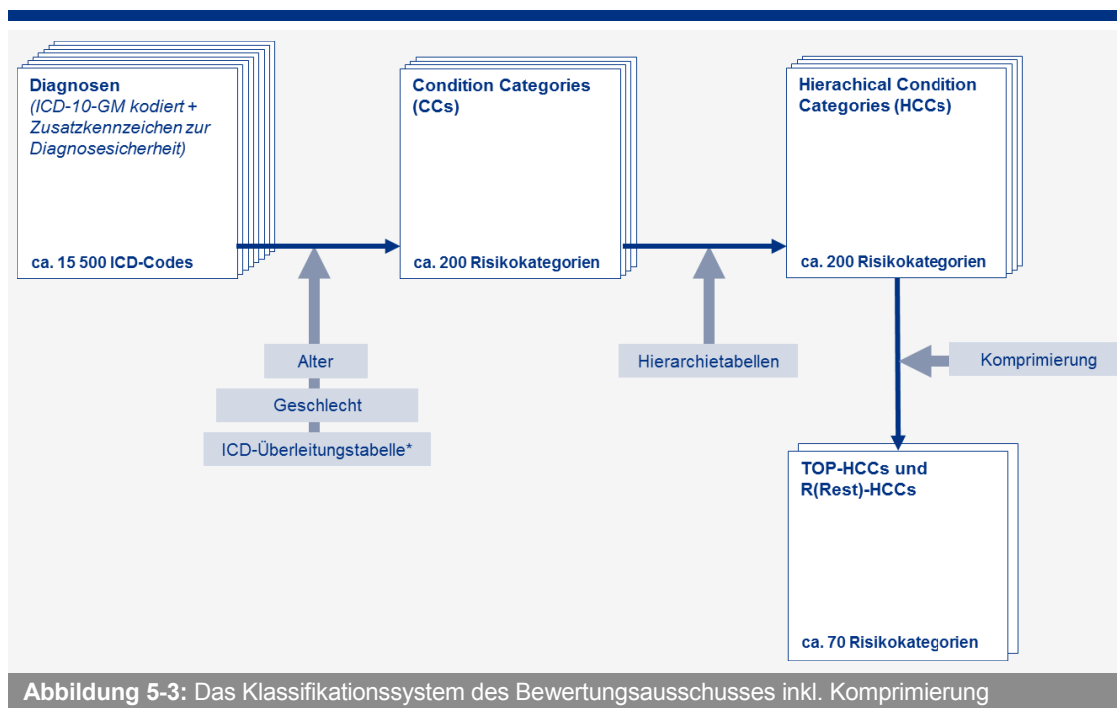
**155.** Die Berechnung der morbiditätsbedingten Veränderungsdaten erfolgt auf Basis eines vom Bewertungsausschuss erworbenen und vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) für den vertragsärztlichen Versorgungsbereich angepassten Klassifikationssystems. Mit dem im Jahr 2012 in Kraft getretenen GKV-VStG wurde das Klassifikationssystem auch explizit im Gesetz verankert. § 87a Abs. 5 SGB V schreibt vor, dass „zur Ermittlung der diagnosebezogenen Rate [...] das geltende Modell des Klassifikationsverfahrens anzuwenden“ ist, wobei die Möglichkeit seiner Fortentwicklung eingeräumt wird. Das Modell umfasst ein Versichertenklassifikationssystem und ein Verfahren zur Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten. Das Berechnungsverfahren besteht dabei aus einem zweijährig prospektiven Schätzmodell und einem auf den Ergebnissen dieses Regressionsmodells aufbauenden Algorithmus zur Bestimmung der diagnosebezogenen Veränderungsdaten.

**156.** Die Methodik des Klassifikationssystems lässt sich grundsätzlich in die folgenden aufeinander aufbauenden Schritte unterteilen (vgl. Berger et al. 2017 für eine genauere Erläuterung):

- Zunächst erfolgt eine überwiegend organsystembezogene Zuordnung der Diagnosen zu mindestens einer von etwa 200 Risikokategorien (*Condition Category* (CC)) unter medizinischen und ökonomischen Aspekten.
- Anschließend werden die sich so ergebenden Risikokategorien hierarchisiert und *Hierarchical Condition Categories* (HCCs) gebildet. Ziel ist es, dass die schwerwiegenderen Erkrankungen oder Zustände die weniger schwerwiegenden dominieren und der Einfluss von Variationen in der Kodierung im Zuge der Behandlung durch einen oder mehrere Ärzte begrenzt wird.
- Ausgehend von den HCCs erfolgt die sogenannte Komprimierung der Risikokategorien, um nach vorgegebenen Kriterien<sup>50</sup> eine Auswahl der HCCs als aktuell etwa 40 TOP-HCCs zu erreichen. Die verbleibenden, nicht ausgewählten HCCs werden organsystembezogen zu 30 R(Rest)-HCCs und einer „untersten Symptomkategorie“ zusammengefasst.

<sup>50</sup> Hierzu zählen gemäß dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 400. Sitzung am 31. August 2017 die ökonomische Relevanz der HCC (das Produkt aus vorläufigem Relativgewicht und der Prävalenz), deren vorläufige Relativgewichte als Parameter für den Schweregrad sowie die Beiträge der HCC zur erklärten Varianz des Klassifikationsmodells.

Abbildung 5-3 fasst diese Schritte grafisch zusammen.



**Abbildung 5-3:** Das Klassifikationssystem des Bewertungsausschusses inkl. Komprimierung

\* Die Überleitung findet über ca. 800 Diagnosegruppen (DxG) statt, dieser Zwischenschritt ist für die Klassifikation jedoch unerheblich.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Berger et al. (2017).

Das Klassifikationsverfahren zielt darauf ab, den Versicherten zum einen auf der Grundlage von Diagnosen diagnosebezogene Risikokategorien zuzuordnen. Dabei verpflichtet § 295 Abs. 1 Satz 2 SGB V die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen, die Diagnosen nach der gültigen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (aktuell ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln (ICD-10-GM). Zum anderen wird den Versicherten auch nach Alter und Geschlecht jeweils genau eine demografisch bedingte Risikokategorie zugeordnet. Der Anteil dieser Alters- und Geschlechtsgruppen an dem durchschnittlichen Risikowert (siehe unten) beträgt etwa ein Drittel.

**157.** Auf Basis der den Versicherten jahresbezogen zugeordneten Risikokategorien (insgesamt etwas über 100) erfolgt anschließend die Berechnung der diagnosebezogenen Veränderungsraten wie folgt (vgl. Berger et al. 2017 für eine genauere Erläuterung):

- Zunächst werden bundeseinheitliche Kostengewichte und daraus bestimmte Relativgewichte auf der Grundlage eines zweijährig prospektiven Modells errechnet. Die Bestimmung der Relativgewichte erfolgt anhand einer gewichteten, multiplen linearen Regressionsrechnung nach der Methode der kleinsten Quadrate. Dabei bilden der MGV-Leistungsbedarf in Punkten des jeweils neuesten Datenjahres, zuletzt des Jahres 2015, die abhängige Variable und die Ausprägungen der den Versicherten zwei Jahre zuvor zugeordneten Risikokategorien, zuletzt im Jahr 2013, die unabhängigen Variablen. Durch die Prospektivität des Modells werden

für chronische Krankheiten tendenziell höhere Gewichte geschätzt als für akute Krankheiten<sup>51</sup>.

- Auf Basis dieser Relativgewichte erfolgt die Ermittlung der KV-spezifischen Veränderungsrate der Morbiditätsstruktur, indem zunächst für alle<sup>52</sup> Versicherten die individuellen Risikowerte als Summenprodukt der Relativgewichte und der Ausprägungen der Risikokategorien gebildet werden. Der Morbiditätsindex ergibt sich dann als gewichteter Mittelwert dieser Risikowerte; die Veränderungsrate stellt die Veränderung des Morbiditätsindex von einem Jahr zum nächsten dar. So stellt die Veränderung des Morbiditätsindex des Jahres 2015 zum Morbiditätsindex des Jahres 2014 die diagnosebezogene Veränderungsrate für das Jahr 2018 dar, wobei die Relativgewichte mit den Daten des Jahres 2013 bestimmt wurden.<sup>53</sup>

Abbildung 5-4 verdeutlicht den Ablauf schematisch.

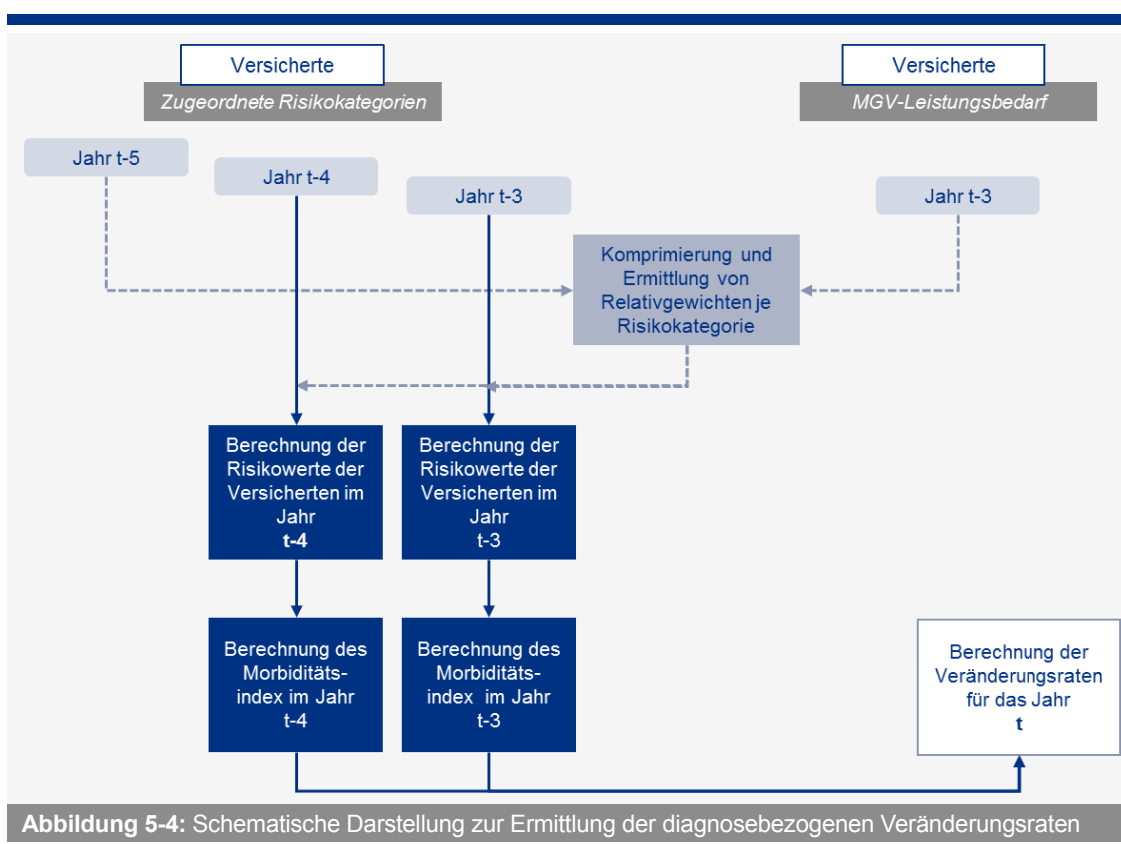


Abbildung 5-4: Schematische Darstellung zur Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Betzin et al. (2017).

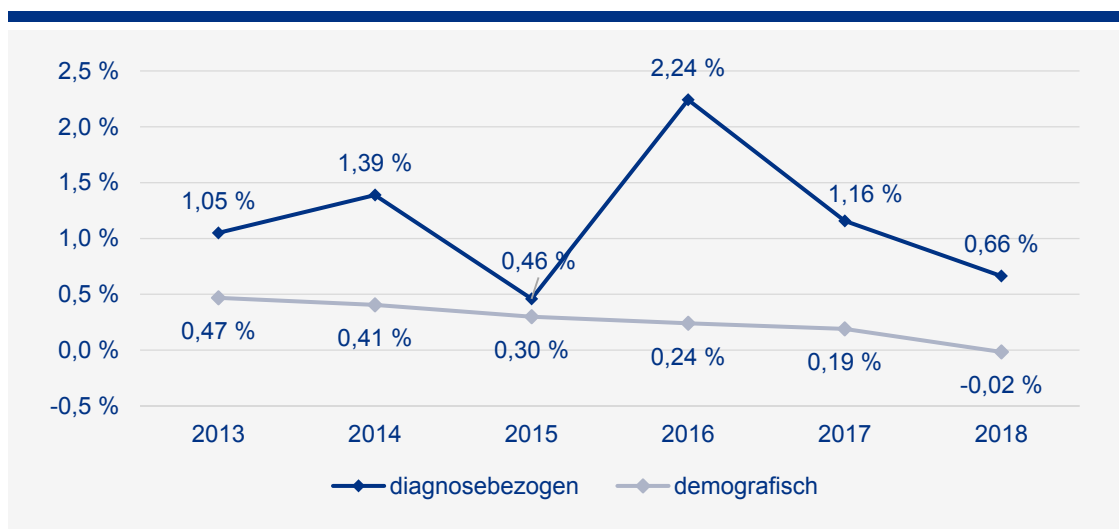
<sup>51</sup> Die akute Krankheiten werden dabei im Rahmen des sogenannten nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gemäß § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V gesondert berücksichtigt.

<sup>52</sup> Es existieren dabei verschiedene Ausschlussregelungen für Versicherte und separate Regelungen für die Berücksichtigung von Teilnehmern an Selektivverträgen (vgl. Berger et al. 2017).

<sup>53</sup> Aufgrund der Beschlüsse des Bewertungsausschusses zu den erforderlichen Datenlieferungen wird – bedingt durch die Datenverfügbarkeit – mit dem zweijährigen Prognosemodell faktisch eine dreijährige Zeitdifferenz überbrückt. Die zur Anwendung kommenden relativen Gewichte der Risikokategorien überbrücken sogar eine fünfjährige Differenz.

**158.** Die demografischen Veränderungsrate werden hingegen mittels der den Versicherten zugeordneten alters- und geschlechtsspezifischen Risikokategorien bestimmt. Hierzu werden in einem zweijährig prospektiven Regressionsmodell mit dem relativen Leistungsbedarf eines Versicherten eines Jahres als abhängige Variable und den alters- und geschlechtsspezifischen Risikokategorien der Versicherten zwei Jahre zuvor als unabhängige Variablen demografische Relativgewichte berechnet. Anhand dieser Relativgewichte wird mit den Versichertenanzahlen der KM6-Statistik anschließend je KV ein Demografieindex als gewichteter Mittelwert der Relativgewichte der einzelnen Risikokategorien berechnet. Die Veränderung dieses Demografieindex von einem Jahr zum nächsten stellt dann die demografische Veränderungsrate dar.

**159.** Im Regelfall sind die demografischen Veränderungsrate niedriger als die diagnosebezogenen Veränderungsrate, in mehreren KVen sogar negativ, und unterliegen geringeren jährlichen Schwankungen, wie Abbildung 5-5 in Form der rechnerischen bundesweiten Raten darstellt. Auffallend ist insbesondere der starke Anstieg der diagnosebezogenen Veränderungsrate vom Jahr 2015 zum Jahr 2016. Hintergrund könnte dabei einerseits die Abschaffung der Praxisgebühr sein, da die Rate für das Jahr 2016 mit den Datenjahren 2012 und 2013 berechnet wurde, andererseits die zum Jahreswechsel 2012/2013 vorherrschende starke Grippewelle (vgl. RKI 2013). So zeigt ein Blick auf die Einzelbeiträge zu den diagnosebezogenen Veränderungsrate, wie sie vom InBA veröffentlicht werden, dass für das Jahr 2016 allein „Andere Erkrankungen HNO-Bereich“ (als 1 von 105 Risikokategorien) im Schnitt ungefähr 0,25 % bis 0,30 % zur Veränderungsrate von etwa 2,2 % beigetragen haben (InBA 2017c). Auch die psychischen Erkrankungen, auf deren Versorgung in Kapitel 16 eingegangen wird, haben in den letzten Jahren einen relativ hohen Einfluss auf die diagnosebezogenen Veränderungsrate gehabt. So hatten die „bipolare[n] Störungen, depressive Episoden“ und die „Persönlichkeitsstörungen“ einen Beitrag von etwa 0,20 % bis 0,25 % zur Veränderungsrate von etwa 1,2 % für das Jahr 2017 (InBA 2018b). Hohe Einzelbeiträge lieferten darüber hinaus Stoffwechselstörungen sowie muskuloskeletale Erkrankungen.



**Abbildung 5-5:** Rechnerische bundesweite diagnosebezogene und demografische Veränderungsrate von 2013 bis 2018

Gewichtete Zusammenfassung der regionalen Veränderungsrate anhand der Versichertenanzahlen der jeweiligen Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017); InBA (2018a).

**160.** Grundlage der Berechnungen bildet die sogenannte Geburtstagsstichprobe, die von den Krankenkassen bereitgestellte pseudonymisierte Versichertenstammdaten und von den KVen übermittelte pseudonymisierte ärztliche Abrechnungsdaten zusammenführt. In die Stichprobe gehen die Daten von allen Versicherten ein, die an festgelegten Kalendertagen eines beliebigen Monats Geburtstag haben; sie umfasst etwa 10 Millionen Versicherte jährlich. Es handelt sich um ein rollierendes Panel, bei dem sich die ausgewählten Geburtskalendertage jährlich partiell ändern.

#### 5.2.4 Die Bestimmung der Preiskomponente

**161.** Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen sowie ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander (vgl. § 87 Abs. 2 SGB V). Er enthält neben allgemeinen Abrechnungsbestimmungen über 2 000 Gebührenordnungspositionen. Letztere gliedern sich in arztgruppenübergreifende allgemeine Gebührenordnungspositionen (GOPs), arztgruppenübergreifende spezielle GOPs sowie einen hausärztlichen und fachärztlichen Bereich mit weiteren arztgruppenspezifischen Abschnitten. Darüber hinaus werden Kostenpauschalen aufgeführt, deren Bewertung im Gegensatz zu den anderen GOPs nicht in Form von Punkten, sondern durch feste Eurobeträge ausgedrückt und nicht mittels des Orientierungswertes jährlich angepasst wird.

**162.** Basis der Kalkulationssystematik zur Bewertung der verschiedenen GOPs ist dabei die Unterscheidung in einen ärztlichen Leistungsanteil (ÄL) und einen technischen Leistungsanteil (TL). Während der ÄL im Wesentlichen die Arbeitszeit des Arztes und den sich daraus ergebenden kalkulatorischen Arztlohn in Form einer Opportunitätskostenbestimmung repräsentiert, inkludiert der TL sowohl alle real in der Praxis anfallenden Kosten, z. B. Personalkosten, die Praxismiete, Aufwendungen für Apparate und EDV, als auch kalkulatorische Kosten wie kalkulatorische Eigenkapitalverzinsung. Im Unterschied zur Vergütung im Krankenhaus erfolgt also keine separate Betrachtung und Finanzierung der Investitionskosten, sondern die Investitionskosten stellen einen integralen Bestandteil bei der Bestimmung der ärztlichen Vergütung dar. Jedoch kann eine solche Regelung Anreize zur Mengenausweitung von insbesondere stark technisch bezogenen Leistungen setzen, da mit jeder zusätzlichen Leistung nicht nur die damit verbundenen variablen Kosten, sondern unter Umständen ebenfalls die bereits refinanzierten sprungfixen<sup>54</sup> Kosten zusätzlich vergütet werden (vgl. InBA 2012).

Der TL wird dabei mittels eines an das betriebliche Rechnungswesen angelehnten Verfahrens unter Nutzung von Kostenerhebungen des Statistischen Bundesamtes, von Aufwands- und Ertragsrechnungen, aber auch von Expertenschätzungen ermittelt. Dabei werden die verschiedenen Aufwände zunächst Kostenarten (Gemeinkosten, Einzelkosten) zugeordnet und anschließend auf Kostenstellen (z. B. Sprechzimmer, Labor) aufgeteilt. Das Verfahren soll alle in der Praxis anfallenden Kosten auf die jeweiligen Kostenträger umlegen, um auf dieser Basis anschließend für jede Leistung relative Preise ermitteln zu können (IGES 2010). Ziel der Systematik ist dabei, dass ein Praxisinhaber in einer Einzelmodellpraxis bei durchschnittlicher

<sup>54</sup> Sprungfixe Kosten bezeichnen Kosten, die innerhalb eines bestimmten Intervalls der Leistungsmenge fix sind, aber ab einer bestimmten Leistungsmenge durch zusätzlich notwendige Investitionen auf ein höheres Niveau steigen. Ist z. B. ein technisches Gerät zu 100 % ausgelastet, ist für die Durchführung zusätzlicher Leistungen die Anschaffung eines weiteren Geräts notwendig.

Leistungs- und Kostenstruktur sowie durchschnittlicher Effizienz bei der Erbringung der Leistungen bei einer Vollzeit-GKV-Tätigkeit seine Kosten vollständig deckt und einen Überschuss in Höhe des kalkulatorischen Arztlohns erzielt (InBA 2012). Die Kalkulation selbst erfolgt dabei mittels des nicht veröffentlichten Standardbewertungssystems (STABS). Erste Schritte hinsichtlich einer auf Kalkulationspraxen basierenden Vergütungssystematik wurden bereits vom InBA durch eine Kooperation mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) unternommen (siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung).

**163.** Wie eingangs dargestellt, entstehen erst mit dem Punktwert die Preise der ärztlichen Leistungen. Ebenso wie die Mengenkomponente wird auch die Preiskomponente jährlich weiterentwickelt. Bei dieser Anpassung der Preiskomponente sind gemäß § 87 Abs. 2g SGB V insbesondere

- die Entwicklung der relevanten Investitions- und Betriebskosten,
- die Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven sowie
- die allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen

zu berücksichtigen, soweit sie nicht bereits durch eine Weiterentwicklung der Bewertungsrelationen des EBM bzw. durch im EBM vorgesehene Abstufungsregelungen in die Kalkulation eingehen.

Basis dieser Anpassung stellen dabei die dem Bewertungsausschuss jeweils aktuellsten vorliegenden Daten dar, im Regelfall die des vor- und vorvorigen Jahres für die Veranschlagung der Veränderung für das Folgejahr (vgl. InBA 2018a). Auch wenn dabei grundsätzlich ein datengestütztes Verfahren zur Anwendung kommt – welches außerhalb des Kreises der Beteiligten aus der Selbstverwaltung jedoch kaum publik ist – können durch unterschiedliche normative Festsetzungen der zu berücksichtigenden Faktoren sowie über die unterschiedlichen Annahmen hinsichtlich der Höhe der Effekte große Unterschiede bei den vorzunehmenden Anpassungen entstehen. So forderte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) für das Jahr 2018 eine Erhöhung des Orientierungswertes um 2,4 %, der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hielt hingegen eine „Null-Runde“ für angemessen (KBV 2017b). Im Ergebnis wurde durch den Erweiterten Bewertungsausschuss eine Erhöhung von 1,18 % festgelegt (InBA 2017b).

## 5.3 Zusammenfassung und Empfehlungen

### 5.3.1 Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des bestehenden Systems

**164.** Im aktuell gültigen Vergütungssystem stellen sowohl ärztliche Organisationen und Institute (vgl. u. a. KBV 2017c; Ryll et al. 2014; Stillfried 2016) als auch die Krankenkassen und ihre Verbände (vgl. u. a. GKV-SV 2013, 2016, 2017) Weiterentwicklungsbedarf fest. Für die KBV ist dabei „die Weiterentwicklung der Gesamtverträge durch einen rückwärts gewandten Datenkranz begrenzt“ (KBV 2017c, Seite 2). Sie sieht eine sachgerechte Anpassung der Basiswerte, also die Abkehr vom System der Vorjahresanknüpfung bei der Weiterentwicklung der Gesamt-

vergütung, als wesentliche Voraussetzung für nachhaltige, leistungsfähige Versorgungsstrukturen. Sie fordert außerdem die schrittweise Entbudgetierung ärztlicher Leistungen (KBV 2018), wodurch letztendlich die Vereinbarungen zur MGV entfallen würden.

Für den GKV-SV stellte sich das System als „ein instabiles, überaus komplexes und in seinen Auswirkungen kaum noch kalkulierbares Vergütungssystem“ (GKV-SV 2013, Seite 13) dar. In neueren Positionierungen wird jedoch festgehalten, dass die „morbiditybedingte Gesamtvergütung [...] sich als funktionsfähig erwiesen“ habe (GKV-SV 2017, Seite 23). Es wird allerdings gefordert, dass ausschließlich morbiditybezogene Einflussfaktoren bei der Ermittlung der diagnosebezogenen Veränderungsrate berücksichtigt werden dürfen. Einflüsse von Kodiereffekten oder der Veränderung administrativer Vorgaben zur Kodierung, die laut GKV-SV in die Berechnung einfließen, müssten durch geeignete Maßnahmen ausgeschaltet werden.

**165.** Beide Seiten sehen dabei unterschiedliche Anreizstrukturen des aktuellen Vergütungssystems vorherrschen. So wird vonseiten der KVen/KBV angeführt, dass ohne die adäquate Bestimmung des derzeit existierenden regionalen Morbidityniveaus die Fortschreibung des Behandlungsbedarfs auf eine Normativierung faktischer Gegebenheiten hinausläuft (vgl. z. B. Argumentation in LSG Sachsen-Anhalt 2013)<sup>55</sup>. Vor dem Hintergrund der auf absehbare Zeit niedrigen demografischen Veränderungsrate fordert sie außerdem eine stärkere Gewichtung der diagnosebezogenen gegenüber der demografischen Rate.<sup>56</sup> Durch den sich ergebenden „Dauerzwangsrabatt der Ärzte an die Krankenkassen“ (KBV 2017d), der sich in Form der abgestaffelten Honorare äußere, gebe es Fehlanreize hinsichtlich der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen und der Investitionen in die Praxen. Die bestehende Budgetierung wird dabei von der KBV auch im Rahmen der aktuellen Diskussion zu Wartezeiten angeführt.

Seitens der Krankenkassen wird vom GKV-SV hingegen festgestellt, dass die geltenden Regelungen grundsätzlich Leistungsgerechtigkeit und Morbidityorientierung gewährleisten. Insbesondere durch Kodiereffekte werde aber die Entwicklung des Vergütungssystems verzerrt, so gebe es Anreize zur übermäßigen Ausweitung der Kodierung von ärztlichen Behandlungsdiagnosen (Betzin et al. 2017). Die im Rahmen des morbidityorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) geführte Diskussion zu Betreuungsstrukturverträgen und zur gezielten ambulanten Kodierung bestimmter Erkrankungen könne auch Auswirkungen im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesamtvergütungen haben. Zum Teil werden entsprechende Vergütungssteigerungen infolge veränderter Kodierung von den KVen auch explizit als Erfolg genannt (vgl. Beneker 2017). Die Kassenseite sieht daher die demografische Rate als Korrektiv für durch Kodiereffekte beeinflusste diagnosebezogene Raten (vgl. Betzin et al. 2017).

**166.** Neben diesen grundsätzlich divergierenden Positionen besteht auch hinsichtlich der konkreten Weiterentwicklung des in § 87a Abs. 5 SGB V festgelegten geltenden Modells des Klassifikationsverfahrens Uneinigkeit. Dies führte dazu, dass genau geregelte Analyseaufträge an das InBA nur unter Beteiligung des Vorsitzenden des Erweiterten Bewertungsausschusses

---

<sup>55</sup> Die geltenden gesetzlichen Regelungen sehen gemäß Bundessozialgericht (BSG) jedoch keine Neubestimmung vor (BSG 2014).

<sup>56</sup> Die KBV führt dabei die doppelte Berücksichtigung von Alter und Geschlecht sowohl in der demografischen als auch in der diagnosebezogenen Veränderungsrate an (vgl. Gutachten im Auftrag des Zi und der KBV von Drösler et al. 2016).



abgestimmt werden konnten (vgl. InBA 2016a). Das Vorgehen zur weiteren Arbeit auf Fach-ebene musste im Jahr 2017 durch den Bewertungsausschuss beschlossen werden (vgl. InBA 2017a). Es lässt sich mithin feststellen, dass eine Fortentwicklung des Modells unter diesen Bedingungen nur schwer vorstellbar ist.

**167.** Hinsichtlich der Preiskomponente soll grundsätzlich ein datengestütztes Verfahren zur Anpassung des Orientierungswertes zur Anwendung kommen (InBA 2016b). Infolge der oft normativ zu setzenden Einflussgrößen fanden auch hier in den letzten Jahren intensive Verhandlungen über die zu berücksichtigenden Faktoren, insbesondere zur Berücksichtigung des Arztlohns (vgl. DIW Econ 2016; Stillfried/Czihal 2014), statt. So wird vonseiten der Ärzteschaft gefordert, dass der Orientierungswert jeweils so anzupassen sei, dass ein Vertragsarzt das jährlich angepasste tatsächliche Referenzeinkommen – das eines Oberarztes im Krankenhaus – erreichen könne (Stillfried/Czihal 2014). Seitens der Krankenkassen wird hingegen argumentiert, dass der durchschnittliche Überschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit stärker als das Referenzeinkommen steige und eine zusätzliche Anpassung daher nicht begründbar sei (prognos 2015). Neben dieser Frage wird des Weiteren über die Höhe des Referenzeinkommens bzw. über den angemessenen Vergleichsmaßstab diskutiert. Die Forderungen reichen hierbei von einem Einkommen zwischen Fach- und Oberarztgehalt (Greß 2015) bis hin zu einem deutlich über dem Oberarztgehalt liegenden Arzteinkommen (Neubauer 2014).

Einen weiteren Aspekt der Verhandlungen zum Orientierungswert stellt die Entwicklung der relevanten Investitions- und Betriebskosten dar. Während die KBV einen Investitionsstau anmerkt und entsprechenden Nachholbedarf bei den Investitionskosten sieht (KBV 2017b), möchte der GKV-SV deren Entwicklung an besonders wirtschaftlich arbeitenden Praxen orientieren (vgl. prognos 2014). Infolge der oft recht knappen Beschlussfassungen, in denen zumeist lediglich der neue Orientierungswert festgelegt wird, ist eine Nachvollziehbarkeit für Außenstehende kaum gegeben. So verbleiben die hinsichtlich der Preiskomponente im Rahmen der Verhandlungsführung und Kompromissfindung normativ festgelegten Einflussfaktoren unklar.

**168.** Auf regionaler Ebene stellen sich durch die Verlagerung vieler Entscheidungen auf die Landesebene die Verhandlungen als langwierige Prozesse dar. Regelmäßig werden die bis zum 31. Oktober eines Jahres für das Folgejahr zu treffenden Vereinbarungen erst mit deutlichem Verzug getroffen (Ärzte Zeitung 2018a, 2018b). Vielfach erfolgten dabei Schiedsamtverfahren, die in der Vergangenheit öfter anschließend beklagt wurden (vgl. BSG 2014, 2017).

### 5.3.2 Chancen und Grenzen einer qualitätsorientierten Vergütung

**169.** Obgleich es zum grundlegenden Ansatz der bisher beschriebenen kosten- bzw. aufwandsorientierten Vergütung vertragsärztlicher Leistungen auf absehbare Zeit keine Alternative gibt, kann es insbesondere vor dem Hintergrund der stärkeren ambulantenstationären Verzahnung (siehe Teil II des Gutachtens) sinnvoll sein, über andere Vergütungsschwerpunkte nachzudenken. So trägt die kosten- bzw. aufwandsorientierte Vergütung nur der Strukturqualität, nicht aber der Prozess- und Ergebnisqualität Rechnung. Somit besteht ihr Nachteil aus normativer Sicht in ihrer Inputorientierung, die keine qualitativen Elemente integriert. Sie läuft damit Gefahr, eine gute Behandlung zu schlecht und eine schlechte zu gut zu

vergüten. Hingegen erscheint die Betrachtung der Prozessqualität als Indikator für den Behandlungserfolg vielversprechend, insoweit sie auf einer Diagnosestellung basiert, die von den Fachgesellschaften ausgearbeitete Standards und Leitlinien beinhaltet. Dessen ungeachtet bildet weder die Struktur- noch die Prozessqualität eine Garantie für das Erreichen einer hohen Behandlungsqualität (vgl. Amelung et al. 2015).

**170.** Zur Fokussierung auf das Patienteninteresse und damit insbesondere auf die gesundheitlichen Outcomes liegt es daher nahe, insbesondere die Ergebnisqualität zu betrachten und neben deren Berücksichtigung in der Qualitätssicherung auch die Vergütung der ärztlichen Leistungen hieran zu orientieren. Eine qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütung könnte einen Kontrast zum bisher dominierenden Beitragssatzwettbewerb unter den Krankenkassen auf der Einnahmenseite der GKV darstellen (SVR 2012, Textziffer 32 ff.) und einen Qualitätswettbewerb unter den Leistungserbringern auslösen. Eine ergebnisorientierte Vergütung führt selbst bei höheren Honoraren nicht zwangsläufig zu Mehrausgaben, denn die in dieser Hinsicht qualifiziertere und erfolgreichere Behandlung kann (vor allem mittel- bis langfristig) auch mit niedrigeren Behandlungsausgaben einhergehen.

**171.** Als unerwünschte Nebenwirkungen einer ergebnisorientierten Vergütung können allerdings u. a. eine gezielt verzerrte Dokumentation und eine Risikoselektion mit einer Benachteiligung sozial vulnerabler Gruppen auftreten. Wenn diese Diskriminierung ältere multimorbide Patienten betrifft, dann schadet die ergebnisorientierte Vergütung gerade jenem Personenkreis, dem sie vornehmlich Nutzen stiften sollte (vgl. Schrappe 2015). Zudem gehen mit der Messung der Gesundheitsoutcomes methodische und prozedurale Herausforderungen einher. So spielen z. B. Ort und Zeitpunkt der Messung – vor allem bei einer sektorenübergreifenden Behandlung von chronisch kranken Patienten – eine für das Ergebnis entscheidende Rolle. Zahlreiche Behandlungseffekte schlagen sich zeitlich verzögert und teilweise nicht in dem sie verursachenden Leistungsbereich, sondern in einem benachbarten nieder (vgl. SVR 2012, Textziffer 207 ff.). Validere Informationen hierüber vermögen nur sektorenübergreifende, längerfristig angelegte Versorgungsstudien zu liefern. Eine wirkungsgerechte, ergebnisorientierte Vergütung vertragsärztlicher Leistungen setzt letztlich eine strikte bzw. empirisch belastbare Beziehung zwischen einer medizinischen Behandlung und der durch sie verursachten Veränderung der gesundheitlichen Outcomeparameter voraus.

**172.** Ein zentrales Problem einer Überprüfung der Ergebnisqualität liegt somit, wie Abbildung 5-6 veranschaulicht, in dem komplexen Ursache-Wirkungs-Geflecht begründet, das zwischen einer Veränderung der gesundheitlichen Outcomes und den sie beeinflussenden vielfältigen Faktoren besteht (Wille 1999). Eine Veränderung dieser outcomeorientierten Ergebnisparameter hängt nicht nur von der Qualität der ärztlichen Behandlung, sondern auch vom selbstverantwortlichen Mitwirken des Patienten bzw. von dessen Adhärenz ab. Der Patient nimmt in diesem Prozess der gesundheitlichen Leistungserstellung nicht nur die Position eines Nutzers, sondern die Rolle eines mitwirkenden (Ko-)Produzenten ein, sodass das Ergebnis und damit die Veränderung der Outcomeparameter ein *joint product* im Sinne einer Kombination aus ärztlicher Leistung und korrespondierendem Verhalten des Patienten darstellt (Wille 1986). Darüber hinaus wirken neben sozialem Status und Lebensstil sowie prädisponierenden Faktoren als individuelle Variable noch zahlreiche aus der Perspektive des Gesundheitswesens transsektorale Determinanten, wie z. B. die Qualität des Bildungswesens, der ökologischen Umwelt, der Wohnverhältnisse und der Arbeitsbedingungen, auf die gesundheitlichen

Outcomes ein. Es kommt in der Regel zu einer Überlagerung der Effekte, die von diesen die Ergebnisqualität beeinflussenden Faktoren ausgehen.

**173.** Die Problematik, die Veränderung von outcomeorientierten Ergebnisparametern einer speziellen Behandlung verursachungsgerecht zuzuordnen und auf dieser Basis zu vergüten, stellt sich im vertragsärztlichen Bereich vor allem bei chronischen Krankheiten, bei denen die Adhärenz der – meist multimorbiden – Patienten eine wesentliche Voraussetzung für den Behandlungserfolg bildet. Da die Adhärenz der Patienten in erheblichem Maße vom sozialen Status der jeweiligen Patienten abhängt, erzielen niedergelassene Ärzte, die in einer Region mit einem überdurchschnittlichen Anteil an sozial vulnerablen Gruppen praktizieren, auch bei guter bzw. gleicher Leistungsqualität schlechtere Behandlungsergebnisse als ihre Kollegen an anderen Orten und damit eine niedrigere bzw. unterdurchschnittliche Vergütung. Erschwerend kommt hinzu, dass es in Regionen mit einem hohen Anteil an sozial vulnerablen Versicherten bzw. Patienten zumeist auch nur einen geringen Anteil an privat Versicherten gibt, wobei in Regionen mit vielen Privatpatienten zumeist mehr Fachärzte niedergelassen sind (Sundmacher/Ozegowski 2016). Eine durchgehend ergebnisorientierte Vergütung vertragsärztlicher Leistungen droht in diesen Regionen die Anreize für eine Niederlassung weiter zu senken und damit die Entstehung einer Unterversorgung zu fördern oder eine solche, sofern sie bereits existiert, noch zu verschärfen.

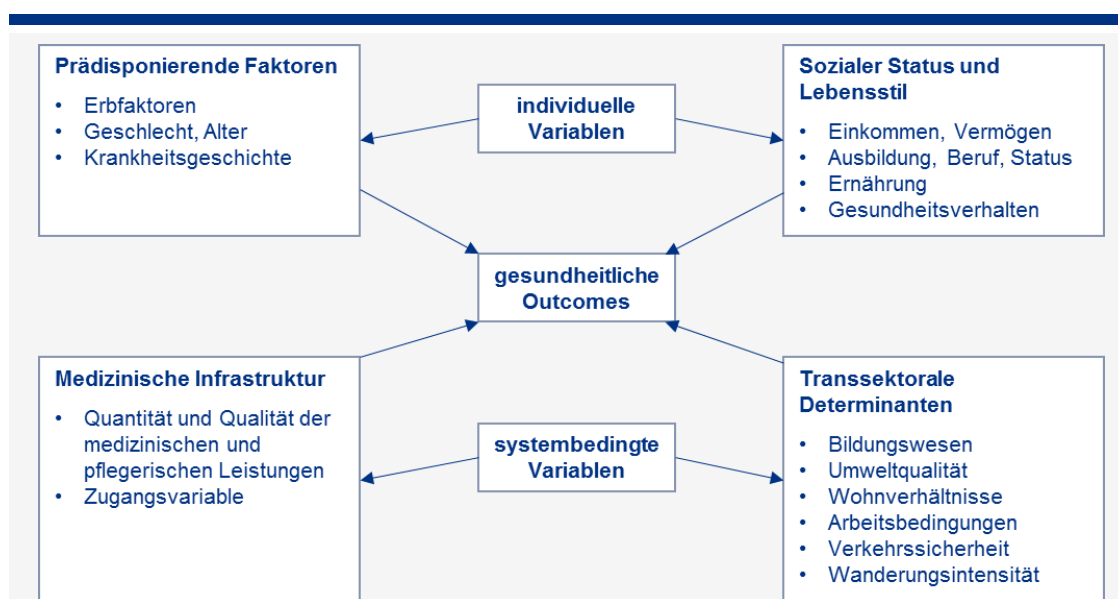


Abbildung 5-6: Einflussgrößen von gesundheitlichen Outcomes

Quelle: SVR (2001). Grafisch angepasst.

**174.** Der Befund, dass sich infolge der komplexen gesundheitlichen Leistungserstellung beobachtbare Veränderungen von Outcomeparametern auf Basis des derzeit verfügbaren Wissens in der Regel nicht verursachungsgerecht einer speziellen ärztlichen Behandlung zuordnen lassen und damit keine generelle ergebnisorientierte Vergütung ermöglichen, bedeutet nicht, bei der vertragsärztlichen Vergütung auf qualitative Elemente zu verzichten bzw. entsprechende Bemühungen um ihre Implementierung einzustellen (Meusch 2014). Es bietet sich vielmehr ein breiterer Ansatz an, der in seinen Komponenten von der Struktur- über die Prozess- bis zu einer Annäherung an die Ergebnisqualität reicht. Es geht im Sinne einer Zielorientierung somit darum, auf mehreren Ebenen des Leistungsgeschehens möglichst viele

qualitative Elemente bei der vertragsärztlichen Vergütung zu berücksichtigen. Unabhängig von diesen methodischen Herausforderungen besteht ferner die Schwierigkeit, sowohl die gesundheitlichen Outcomes als auch die eingehenden Faktoren mittels geeigneter Indikatoren zu messen (vgl. SVR 2012).

**175.** Der Gesetzgeber setzt bei der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen wie oben dargestellt schwergewichtig bei einer aufwands- bzw. kostenorientierten Bewertung an. Nach § 87 Abs. 2 SGB V erfolgt die Bewertung der Leistungen „auf der Grundlage von sachgerechten Stichproben bei vertragsärztlichen Leistungserbringern auf betriebswirtschaftlicher Basis“. Entsprechend stehen in diesem Kontext der Zeit- und Leistungsaufwand, die relevanten Investitions- und Betriebskosten, die Kostenstrukturen und die Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung (§ 87a Abs. 4 SGB V) im Mittelpunkt und weniger die Art der ambulanten Behandlung oder die mit ihrer Hilfe erzeugten gesundheitlichen Effekte.

**176.** Der Gesetzgeber geht – wiederum innerhalb des kollektivvertraglichen Systems – über die aufwands- bzw. kostenorientierte Vergütung vertragsärztlicher Leistungen aber noch hinaus, indem er im Rahmen der fachärztlichen Versorgung bei der Abbildung von Grund- und Zusatzpauschalen nach § 87 Abs. 2c SGB V „die Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen“ fordert. Um „der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen“, können vernetzte Praxen sogar gemäß § 87b Abs. 2 SGB V als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen ein eigenes Honorarvolumen erhalten, müssen mindestens aber besondere Vergütungsregelungen erhalten. Voraussetzungen hierfür bilden eine „Verbesserung der ambulanten Versorgung“ und eine Anerkennung des Praxisnetzes durch die KV (siehe Kapitel 11 zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung).

**177.** Neben den Praxisnetzen bestehen auch im kollektivvertraglichen System weitere Möglichkeiten, qualitative Elemente in die vertragsärztliche Vergütung einfließen zu lassen. So können nach § 128 Abs. 6 SGB V die Krankenkassen mit Leistungserbringern quasi auf Mikroebene Vereinbarungen über finanzielle Anreize für die Mitwirkung an der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und „die Verbesserung der Qualität der Versorgung bei der Verordnung von Leistungen“ schließen. Zudem eröffnet § 135 Abs. 4 SGB V den KVen und den Krankenkassen sowie deren Verbänden die Option „zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung“, quasi auf Mesoebene gesamtvertragliche Vereinbarungen zu schließen. Die teilnehmenden Ärzte erhalten bei Erfüllung der Teilnahmebedingungen Zuschläge zu den Vergütungen. Insgesamt bietet das kollektivvertragliche System somit eine Fülle von Möglichkeiten, qualitative Elemente der Versorgung in die vertragsärztliche Vergütung einzubeziehen. Je mehr und intensiver die Vertragsparteien diese Chancen nutzen, umso geringer fallen für die Krankenkassen und niedergelassenen Ärzte die Anreize aus, selektive Verträge zu vereinbaren.

**178.** Die Finanzierung der Zuschläge zur vertragsärztlichen Vergütung, welche die an Qualitätsprogrammen teilnehmenden Ärzte im kollektivvertraglichen System erhalten, erfolgt in der Regel für die Krankenkassen budgetneutral, d. h. aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der jeweiligen KV. Sofern bei selektiven Verträgen keine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung stattfindet – was in der Vergangenheit zumeist der Fall war –, finanzieren die Krankenkassen diese vertraglichen Leistungen zusätzlich. Insofern bestätigen sich die anfänglichen Befürchtungen vieler Ärzte nicht, dass die Krankenkassen mithilfe

selektiver Verträge versuchen, über eine niedrigere Vergütung die Effizienzgewinne überdurchschnittlich wirtschaftlicher niedergelassener Praxen abzuschöpfen. Da die niedergelassenen Ärzte an den selektiven Verträgen freiwillig teilnehmen und zumeist höhere Honorare als im kollektivvertraglichen System erzielen, besteht aus dieser Perspektive derzeit kein Anlass zur Kritik an dieser optionalen Vertragsform. Selektive Verträge könnten in eng abgegrenzten Bereichen auch – überwiegend in Form von Surrogatparametern – ergebnisorientierte Elemente in die Vergütung der teilnehmenden Ärzte aufnehmen. Sollten auf diese Weise im Zuge von Versorgungsstudien und mit ihnen einhergehenden Lerneffekten Erfolge eintreten, könnte auf mittlere Frist auch das kollektivvertragliche System durch Anpassung hiervon profitieren.

### 5.3.3 Weitere Ansätze zur gezielten Anreizsetzung

**179.** Die hausärztliche Versorgung sollte derart reformiert werden, dass der Quartalsbezug aufgegeben wird, der bis heute den Anreiz setzt, Patienten mindestens einmal im Quartal, also viermal im Jahr, und Chroniker aufgrund des quartalsweise abrechenbaren Chronikerzuschlags bei mehreren Kontakten sogar noch häufiger zu sehen. Denkbar wäre eine Jahrespauschale, die unabhängig von den tatsächlichen Kontaktzahlen ist, sofern mindestens ein Kontakt im Jahr erfolgt. Sie sollte morbiditätsorientiert ausgestaltet werden, um unterschiedliche medizinische Bedarfe abzubilden. Die Pauschale würde auch den Koordinierungsaufwand des Hausarztes als erste Anlaufstelle bei multimorbiden Patienten honorieren. Dabei muss beachtet werden, dass Fehlanreize zur Überweisung des Patienten – im Sinne einer unnötigen Verlagerung der Behandlung auf andere Fachärzte – begrenzt und entsprechend monitoriert werden. Ein solches Vergütungssystem bedarf der genauen Zuordnung eines Patienten zu einem bestimmten Arzt, für den er sich wie bei der HzV frei entscheiden kann (siehe Abschnitt 12.2 zum Gatekeeping). Zusätzlich könnten bestimmte Leistungen im Rahmen separater Leistungskomplexe zusätzlich zu den Pauschalen vergütet werden, um keinen Anreiz zu setzen, wichtige, aber besonders aufwendige oder kostenträchtige Leistungen nicht zu erbringen. Ein Beispiel dafür ist die Betreuung von Pflegeheimpatienten.

**180.** Wie bereits im Gutachten 2014 gefordert, sollten außerdem deutlich stärkere Anreize geschaffen werden, um die ärztliche Tätigkeit und Niederlassung in von Unterversorgung bedrohten oder betroffenen Regionen zu fördern. Da Analysen nahelegen, dass nichtmonetäre Faktoren von größerem Gewicht sind als monetäre Größen (Günther et al. 2010), erscheint neben der Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein entsprechend sehr deutlicher Vergütungszuschlag notwendig. Als ein Mittel zur Sicherstellung der flächendeckenden ärztlichen Versorgung sollte daher ein Vergütungszuschlag von 50 % auf alle ärztlichen Grundleistungen der hausärztlichen und allgemeinen fachärztlichen Versorgung sowie der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung für Arztsitze in von Unterversorgung bedrohten Regionen eingeführt werden (sogenannter Landarztzuschlag, vgl. SVR 2014). Alternativ zum einheitlichen 50 %-Zuschlag wäre auch eine gleitende Bezuschussung, abhängig vom Versorgungsgrad, mit einem Höchstsatz von 50 % denkbar. Die Zuschläge sollten dabei zulasten derjenigen Ärzte aller Fachgruppen vergütet werden, die in nicht unterversorgten Planungsbereichen tätig sind, z. B. aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der jeweiligen KV. So könnten Einflussfaktoren auf die Niederlassung, die außerhalb des Einflussgebietes der Gesundheitspolitik liegen (vgl. Scholz et al. 2015), zumindest teilweise kompensiert werden.

## 5.4 Literatur

Amelung, V., Jensen, S., Krauth, C. und Wolf, S. (2015): Pay-for-Performance: Märchen oder Chance einer qualitätsorientierten Vergütung? *G+G Wissenschaft* 13(2): 7–15.

Ärzte Zeitung (2018a): Hessen: Einigung im Honorar-Streit! 08.03.2018. URL: [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/958681/hessen-einigung-honorar-streit.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/958681/hessen-einigung-honorar-streit.html) (abgerufen am 04.05.2018).

Ärzte Zeitung (2018b): KV Westfalen-Lippe: Kurs auf die Konvergenz. 07.03.2018. URL: [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/958600/kv-westfalen-lippe-kurs-konvergenz.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/958600/kv-westfalen-lippe-kurs-konvergenz.html) (abgerufen am 04.05.2018).

Beneker, C. (2017): Präzise Kodierung wird in Bremen weiter belohnt. *Ärzte Zeitung* (126-229D): 17.

Berger, I., Hinz, A. und Looschen, K. (2017): Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsdaten für das Jahr 2017 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Freigegeben durch die Trägerorganisationen des Instituts des Bewertungsausschusses am 6. Dezember 2017. Institut des Bewertungsausschusses.

Betzin, J., Bomke, A. und Staffeldt, T. (2017): Weiterentwicklungsbedarf Anpassungsfaktor Morbidität. *GKV 90 Prozent*. Das E-Magazin des GKV-Spitzenverbandes. 04/Ausgabe, März 2017. URL: [www.gkv-90prozent.de/grafiken/04\\_tiefer-geblickt\\_morbidaet-und-verguetung.pdf](http://www.gkv-90prozent.de/grafiken/04_tiefer-geblickt_morbidaet-und-verguetung.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).

BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017): Mitglieder und Versicherte der GKV. *KM6*.

BSG (Bundessozialgericht) (2014): Festsetzung der jahresbezogenen Veränderung der Morbiditätsstruktur durch das Schiedsamt. *B 6 KA 6/14 R* vom 13.08.2014.

BSG (Bundessozialgericht) (2017): Anforderungen an die Festlegungen von regionalen Zuschlägen zum Orientierungswert zur Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten bei der Kostenstruktur. *B 6 KA 5/16 R* vom 10.05.2017.

DIW Econ (2016): Berücksichtigung des „Arztlohnes“ bei der Anpassung des Orientierungswertes. Gutachten für den GKV-Spitzenverband.

Drösler, S., Neukirch, B., Ulrich, V. und Wille, E. (2016): Weiterentwicklungsbedarf des Versichertenklassifikationsverfahrens im Anwendungskontext der vertragsärztlichen Versorgung. Gutachten im Auftrag von KBV und Zi.

GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2013): Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung – Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung. Reformoptionen des GKV-Spitzenverbandes, Berlin.

GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2016): #weiterdenken. Geschäftsbericht 2015.

GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2017): Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021, Berlin.

- Greß, S. (2015): Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung: gutachterliche Stellungnahme für den GKV-Spitzenverband.
- Günther, O. H., Kürstein, B., Riedel-Heller, S. G. und König, H.-H. (2010): The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment. A stated preference study of young physicians in Germany. *Health Serv Res* 45(1): 212–229.
- IGES (IGES Institut) (2010): Plausibilität der Kalkulation des EBM. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.
- IGES (IGES Institut) (2014): Zur Frage der Sachgerechtigkeit einer Basisanpassung der regionalen Gesamtvergütungen (Konvergenz der Vergütungen). Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2012): Bekanntmachung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 288. Sitzung zu Grundsätzen und Eckpunkten zur Änderung und Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 22. Oktober 2012. URL: [institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22\\_ba288\\_9.pdf](http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2012-10-22_ba288_9.pdf) (abgerufen am 06.05.2018).
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2016a): Bekanntmachung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 382. Sitzung am 31.08.2016 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten [...]. URL: [institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-08-31\\_ba382\\_3.pdf](http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-08-31_ba382_3.pdf) (abgerufen am 05.05.2018).
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2016b): Bekanntmachung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Entscheidungserhebliche Gründe zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 383. Sitzung am 21. September 2016 zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V [...]. URL: [institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21\\_ba383\\_eeg\\_3.pdf](http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2016-09-21_ba383_eeg_3.pdf) (abgerufen am 07.05.2018).
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2017a): Bekanntmachung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Beschluss des Bewertungsausschusses aus seiner 400. Sitzung am 31.08.2017 über das zur Ermittlung der diagnosebezogenen bzw. demografischen Veränderungsraten für das [...]. URL: [institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-08-31\\_ba400\\_4.pdf](http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-08-31_ba400_4.pdf) (abgerufen am 07.05.2018).
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2017b): Bekanntmachung der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 4 SGB V. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 52. Sitzung am 19.09.2017 zur Festlegung gemäß § 87 Absatz 2e SGB V und [...]. URL: [institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-09-19\\_eba52.pdf](http://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-09-19_eba52.pdf) (abgerufen am 07.05.2018).
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2017c): Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2016 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Einzelbeiträge zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten. URL: [institut-ba.de/publikationen/Einzelbeitraege\\_Diagnosebezogene\\_VR\\_KM87a2015.xlsx](http://institut-ba.de/publikationen/Einzelbeitraege_Diagnosebezogene_VR_KM87a2015.xlsx) (abgerufen am 04.05.2018).

- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2018a): Bekanntmachung der Beschlüsse des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V. Beschlüsse des Bewertungsausschusses aus seiner 288., 315., 334., 335., 359., 383. und 402. Sitzung. URL: [institut-ba.de/ba/beschluesse.html](http://institut-ba.de/ba/beschluesse.html) (abgerufen am 07.05.2018).
- InBA (Institut des Bewertungsausschusses) (2018b): Bericht des Instituts des Bewertungsausschusses zur Weiterentwicklung des Klassifikationssystems sowie zur Ermittlung der Veränderungsraten für das Jahr 2017 gemäß § 87a Abs. 5 SGB V. Einzelbeiträge zu den diagnosebezogenen Veränderungsraten. URL: [institut-ba.de/publikationen/Einzelbeitraege\\_Diagnosebezogene\\_VR\\_KM87a2016.xlsx](http://institut-ba.de/publikationen/Einzelbeitraege_Diagnosebezogene_VR_KM87a2016.xlsx) (abgerufen am 04.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017a): Honorarberichte der Jahre 2011 bis 2015.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017b): Kassen verhindern nötige Honorarsteigerung - Orientierungswert gegen Stimmen der KBV festgelegt. URL: [www.kbv.de/html/1150\\_31147.php](http://www.kbv.de/html/1150_31147.php) (abgerufen am 04.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017c): Positionspapier Ärztliche Versorgung. „Freie Bahn“ für den notwendigen Strukturwandel – Versorgungsziele und regionale Besonderheiten stärker berücksichtigen.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017d): Weg mit Dauerzwangsrabatt der Ärzte an Krankenkassen. URL: [www.kbv.de/html/2017\\_32218.php](http://www.kbv.de/html/2017_32218.php) (abgerufen am 04.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018): Versorgung nach Bedarf, nicht nach Budgets. URL: [www.kbv.de/html/2018\\_32954.php](http://www.kbv.de/html/2018_32954.php) (abgerufen am 04.05.2018).
- Knieps, F. und Reiners, H. (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Kontroversen. 1. Aufl. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- LSG Sachsen-Anhalt (Landessozialgericht Sachsen-Anhalt) (2013): Rechtmäßigkeit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen; Anpassung des Behandlungsbedarfs im Vergleich zum Vorjahr; Vereinbarung der jeweils jahresbezogenen Veränderungen der Morbiditätsstruktur. L 9 KA 4/13 KL, 13.11.2013.
- Meusch, A. (2014): Qualitätswettbewerb: Kulturwandel durch Pay for Performance (P4P)? IMPLICONplus (10).
- Neubauer, G. (2014): Kriterien zur Bewertung des Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit. Präsentation beim ZI Forum am 12. November 2014 in Berlin.
- prognos (2014): Wirtschaftlichkeitsreserven im Rahmen der Bestimmung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2g Nr. 2 SGB V. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.
- prognos (2015): Der „Arztlohn“ und die Anpassung des Orientierungswertes. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2013): 19 Wochen Grippe – Vorbeugen vor der neuen Grippewelle. Gemeinsame Pressemitteilung des Robert Koch-Instituts, des Paul-Ehrlich-Instituts und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. URL:



- [www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2013/08\\_2013.html](http://www.rki.de/DE/Content/Service/Presse/Pressemitteilungen/2013/08_2013.html)  
(abgerufen am 04.05.2018).
- Rüger, A., Maier, W., Voigtländer, S. und Mielck, A. (2014): Regionale Unterschiede in der Ärztedichte: Analyse zur ambulanten Versorgung in Bayern. G+G Wissenschaft 14.
- Ryll, A., Leppin, S. und Tümer, D. (2014): Gesundheitsökonomie in der vertragsärztlichen Vergütung: Die Messung der Morbiditäts-strukturveränderungen der GKV-Versicherten. In: Matusiewicz, D. und Wasem, J. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven. Duncker & Humblot, Berlin (Schriften der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt, 30): 159–185.
- Scholz, S., Graf von der Schulenburg, J.-M. und Greiner, W. (2015): Regional differences of outpatient physician supply as a theoretical economic and empirical generalized linear model. Hum Resour Health 13: 85.
- Schrappe, M. (2015): Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Staffeldt, T. und Repschläger, U. (2015): Angleichung der vertragsärztlichen Vergütungen – staatlich verordnete Nivellierung der Versorgung auf Kosten der Versicherten. In: BARMER GEK (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2015.
- Stillfried, D. von (2016): Gibt es einen Entwicklungspfad für die ambulante Versorgung? In: Wille, E. (Hrsg.): Entwicklung und Wandel in der Gesundheitspolitik. 20. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen. Peter Lang: 67–98.
- Stillfried, D. von und Czihal, T. (2014): Vergütung in der ambulanten Versorgung: Ärztliche Arbeitszeit beim Orientierungswert berücksichtigen. Dtsch Arztebl 111(4): 114–117.
- Sundmacher, L. und Ozegowski, S. (2016): Regional distribution of physicians. The role of comprehensive private health insurance in Germany. Eur J Health Econ 17(4): 443–451.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Wille, E. (1986): Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen. In: Wille, E. (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen, Frankfurt: 91–126.
- Wille, E. (Hrsg.) (1999): Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden.
- Wille, E. und Knabner, K. (Hrsg.) (2011): Dezentralisierung und Flexibilisierung im Gesundheitswesen. 15. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen. Lang, Frankfurt.



---

## 6 Stationäre Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung

---

### 6.1 Einleitung

**181.** Die Sicherstellung der stationären medizinischen Versorgung wird in der Bundesrepublik Deutschland durch den Staat wahrgenommen. Die staatliche Verantwortung für die Krankenhausversorgung leitet sich aus dem in Artikel 20 des Grundgesetzes (GG) verankerten Sozialstaatsprinzip ab. Aufgrund dieser Verpflichtung zur Daseinsvorsorge finden sich staatliche Regulierungen im deutschen Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen, von der Krankenversicherung über die Bedarfsplanung im ambulanten Bereich bis zur Krankenhausplanung und Investitionsförderung. So verordnet der Staat seinen Bürgern beispielsweise eine Versicherungspflicht und plant bzw. veranlasst die Planung der medizinischen Versorgungsnetze. Nachfrageseitig führt die obligatorische (faktische) Vollversicherung dazu, dass die Krankenhausversorgung in einem staatlich gesteuerten Teilsystem stattfindet. Dieses Teilsystem ist dadurch gekennzeichnet, dass Zahler, Nachfrager und Konsument von Gesundheitsleistungen nicht dieselbe Person sind.<sup>57</sup> Infolgedessen bleibt die Offenbarung der Zahlungsbereitschaft der Konsumenten für eine medizinische Leistung aus.

**182.** Die akutstationäre Versorgung wird in Deutschland durch Krankenhäuser gewährleistet, die nach § 2 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als „Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können“, definiert sind. Die Sicherstellung und Planung der stationären Versorgung obliegt seit dem KHG aus dem Jahr 1972 den Ländern. Aus diesem Sicherstellungsauftrag leitet sich keine direkte Verpflichtung zum Betrieb landeseigener Krankenhäuser ab, sondern lediglich die Verpflichtung, den Betrieb von Krankenhäusern durch vielfältige Krankenhausträger in einer bedarfsgerechten Weise zu ermöglichen und sicherzustellen. Der Betrieb von Krankenhäusern kann sowohl von öffentlichen als auch von privaten und freigemeinnützigen Trägern übernommen werden. In Landeskrankenhausgesetzen kann dieser Sicherstellungsauftrag an Kommunen übertragen werden. So bestimmt beispielsweise das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG

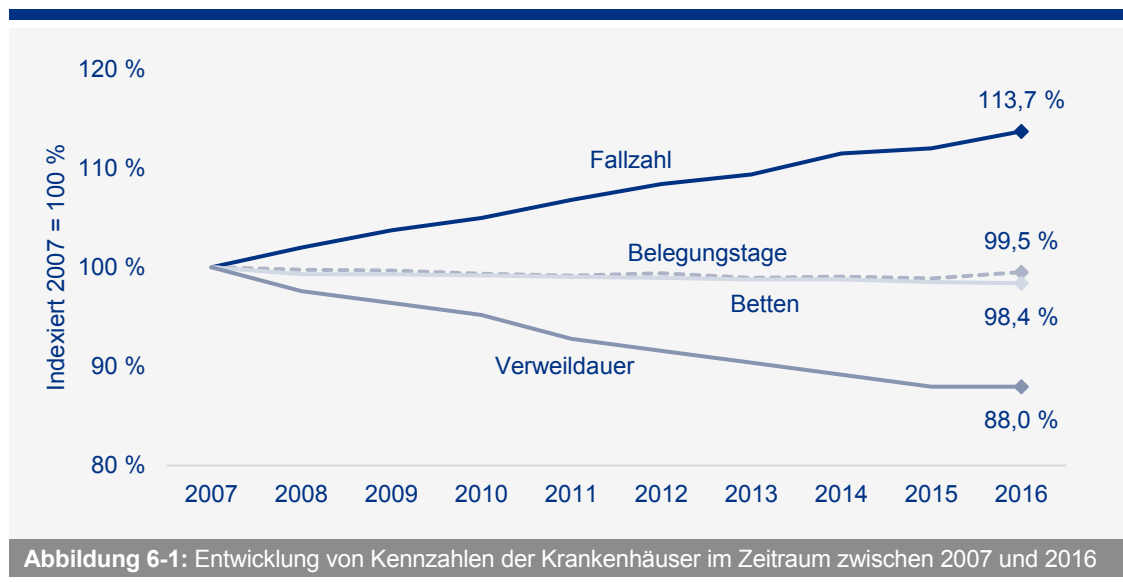
---

<sup>57</sup> Die Zahlung wird von der Krankenversicherung übernommen, die Nachfrage hängt zum großen Teil vom Arzt ab und der Patient tritt als Konsument der Gesundheitsleistungen auf (Schneider 1998).

NRW) gemäß § 1 Abs. 3: „Krankenhausträger sind in der Regel freie gemeinnützige, kommunale, private Träger und das Land. Falls sich kein anderer geeigneter Träger findet, sind Gemeinden und Gemeindeverbände verpflichtet, Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben, kreisangehörige Gemeinden jedoch nur, wenn sie die erforderliche Finanzkraft besitzen.“ Sollten andere als öffentliche Träger den ihnen übertragenen Versorgungsauftrag nicht erfüllen können, so bleibt demnach die Kommune und letztlich das Land in der Pflicht, auch durch die Verwendung eigener Finanzmittel oder den Betrieb von Krankenhäusern die Versorgung sicherzustellen (Simon 2009).

## 6.2 Entwicklung der stationären Angebotskapazitäten

**183.** Die stationäre Versorgung der Patienten erfolgte laut Statistischem Bundesamt im Jahr 2016 durch insgesamt 1 951 Krankenhäuser, die sich in 1 607 allgemeine Krankenhäuser und 344 sonstige Krankenhäuser unterteilten (Destatis 2018b). Der seit Anfang der 1990er-Jahre anhaltende Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser (Rolland 2005) setzte sich in den letzten zehn Jahren fort. Standen im Jahr 2007 noch 2 087 Krankenhäuser für die stationäre Versorgung bereit, verringerte sich ihre Anzahl bis zum Jahr 2016 auf 1 951 (-6,5 %). Im gleichen Zeitraum erhöhte sich jedoch die stationäre Fallzahl von 17,2 Millionen auf 19,5 Millionen stationär behandelte Fälle (+13,7 %; siehe Abbildung 6-1). Die Anzahl aller aufgestellten Betten sank in diesem Zeitraum von knapp 507 000 auf rund 499 000 Betten (-1,6 %). Diese gegenläufige Entwicklung ist durch eine stetig sinkende durchschnittliche Verweildauer gekennzeichnet, die seit dem Jahr 2007 von 8,3 Tagen auf 7,3 Tage im Jahr 2016 zurückging (-12,0 %). Die Belegungstage weisen einen leicht rückläufigen Trend auf. Die Gesamtzahl der Belegungstage hat sich im Beobachtungszeitraum von rund 143 Millionen auf 142 Millionen (-0,5 %) reduziert.

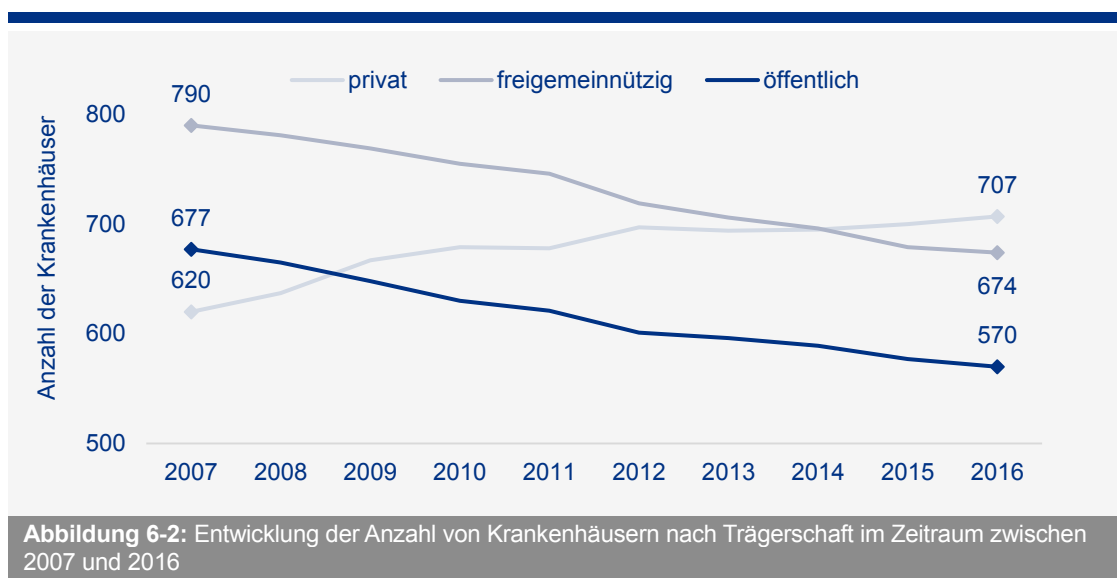


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b).

**184.** Im Jahr 2016 befanden sich 570 (29,2 %) Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft. Weitere 674 (34,5 %) Krankenhäuser wurden von freigemeinnützigen Trägern und 707 (36,2 %) in privater Trägerschaft betrieben. In Bezug auf die Trägerschaft der Krankenhäuser ist somit nahezu eine gleichmäßige Verteilung zu erkennen. Allerdings werden von privaten

Betreibern tendenziell kleinere Krankenhäuser mit weniger Betten unterhalten, sodass, gemessen an Bettenkapazitäten, öffentliche Einrichtungen mit 47,9 % den größten Anteil vor den freigemeinnützigen (33,5 %) und den privaten Trägern (18,7 %) stellen.

**185.** Wie Abbildung 6-2 zu entnehmen ist, hat sich die Struktur in Bezug auf die Trägerschaft seit dem Jahr 2007 verändert. Während die Anzahl der öffentlich und freigemeinnützig betriebenen Krankenhäuser seit dem Jahr 2007 zurückging, erhöhte sich die Anzahl der privaten Krankenhäuser. Gemessen an der Bettenkapazität ist der Marktanteil öffentlicher Krankenhäuser im Zeitraum zwischen 2007 und 2016 um 1,5 Prozentpunkte und der Marktanteil freigemeinnütziger Krankenhäuser um 1,6 Prozentpunkte gesunken, während der Marktanteil privater Krankenhäuser um 3,1 Prozentpunkte gestiegen ist (Destatis 2018b).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b).

**186.** Weitere Kennzahlen zur Entwicklung der stationären Versorgung sind in Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme und in Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung zu finden.

### 6.3 Ambulantisierung in Krankenhäusern

**187.** Der medizinische Fortschritt ermöglicht es, dass viele Eingriffe ambulant in gleicher Qualität und zu geringeren Kosten als stationär erbracht werden können. Ambulantisierung kann dabei in zwei Dimensionen betrachtet werden. Zum einen versteht man unter Ambulantisierung die Substitution stationärer medizinischer Behandlungen durch ambulante Behandlungen, beispielsweise eine Knieoperation, die nicht stationär im Krankenhaus, sondern ambulant bei einem niedergelassenen Facharzt oder auch ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird. Die ambulante Operation wäre in diesem Fall also stationsersetzend, die Patienten würden nicht stationär im Krankenhaus behandelt. Im weiteren Sinne kann unter der Ambulantisierung auch die Vermeidung stationärer Aufenthalte durch (vorhergehende) ambulante Behandlung gefasst werden. Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn ein Patient mit Diabetes wegen guter Blutzucker- und Blutdruckeinstellung im ambulanten Bereich gar nicht erst aufgrund von Komplikationen in einem Krankenhaus vorstellig werden müsste. Durch die gute ambulante Versorgung

würde der Krankenhausaufenthalt also gänzlich vermieden. Auch für den Bereich der Notfallversorgung, in dem der ambulante ärztliche Bereitschaftsdienst und der Rettungsdienst neben den Notaufnahmen der Krankenhäuser stattfinden, ergibt sich Potenzial zur möglichen Ambulantisierung. Der Notfallversorgung ist in diesem Gutachten ein gesondertes Kapitel gewidmet (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung).

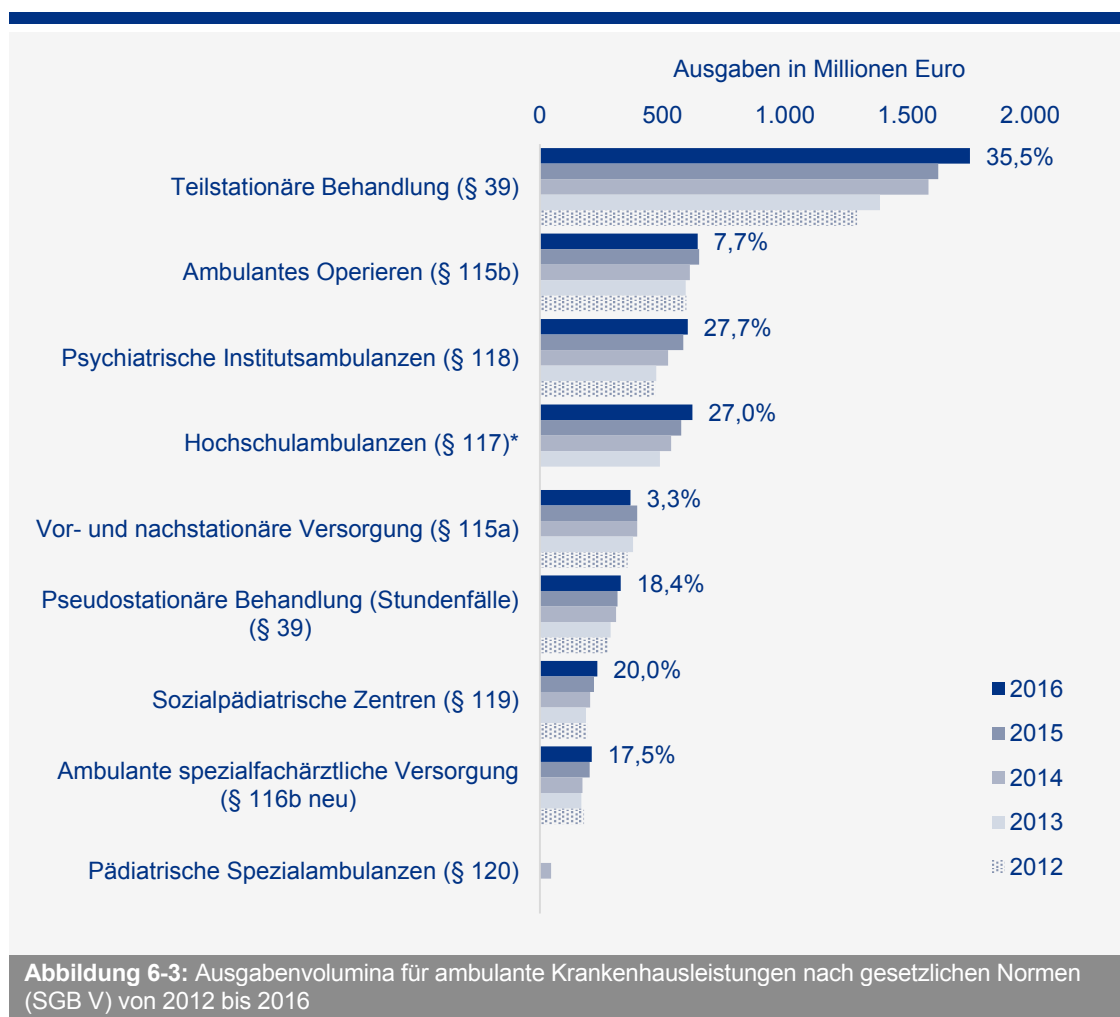
**188.** Neben einer größeren Kosteneffektivität von über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechneten ambulanten Leistungen gegenüber stationären Leistungen bietet die ambulante Behandlung weitere Vorteile für Versicherte. Diese Vorteile können in medizinischen Bereichen verortet sein, etwa in Form einer geringeren Exposition gegenüber Krankheitserregern im Krankenhaus, geringerer psychischer Belastungen durch den stationären Aufenthalt oder auch einer Präferenz der Patienten für ambulante Operationen (BAO 2018). Dem gegenüber steht eine potenziell schlechtere Nachsorge, da außerhalb von Krankenhäusern – je nach Region – eine engmaschige medizinische Versorgung schwieriger zu gestalten ist. Insbesondere wenn im Nachgang einer Operation Komplikationen auftreten, bei denen schnell gehandelt werden muss, ist eine stationäre gegenüber einer rein ambulanten Operation vorteilhaft. Für einen Vergleich sollten daher nur Leistungen herangezogen werden, bei denen die Qualität unter Berücksichtigung des patientenindividuellen Risikos in allen Behandlungsstadien mindestens gleichwertig ist.

**189.** In Deutschland wurden insbesondere seit den 1990er-Jahren Anstrengungen unternommen, die Ambulantisierung voranzutreiben und damit einhergehend auch die sektorale Trennung des Gesundheitswesens aufzuheben. Durch den sukzessiven Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten für Krankenhäuser entstand eine Vielzahl von Einzelregelungen, unter denen das Krankenhaus an der ambulanten Versorgung partizipieren kann (SVR 2012). Die Möglichkeiten, nach denen das Krankenhaus ambulante Leistungen anbieten kann, folgen keiner ordnungspolitischen Systematik. Vielmehr unterliegen die Leistungen, aufgrund ihrer historischen Entwicklung als jeweilige Einzellösungen, einer Vielzahl verschiedener gesetzlicher Normen. Um eine gewisse Orientierung zu ermöglichen, haben Leber/Wasem eine Gruppierung der vorhandenen gesetzlichen Normen in vier Blöcke vorgeschlagen: Ergänzung der kassenärztlichen Versorgung, Erweiterung der Krankenhaustätigkeit, Ambulanzen für spezielle Patientengruppen und besondere Versorgungsformen (Leber/Wasem 2016; siehe auch Kapitel 4 zur ambulanten Inanspruchnahme, Abbildung 4-1).

**190.** Die Heterogenität ambulanter Krankenhausleistungen findet sich auch in der Vielzahl der Vergütungsmechanismen wieder. So werden beispielsweise pseudostationäre Behandlungen nach dem Diagnosis-Related-Group (DRG)-System abgerechnet, ambulante Operationen jedoch weitgehend nach dem EBM, teilstationäre Leistungen wiederum nach hausspezifischen Tages- und Fallpauschalen und besondere Versorgungsformen nach frei vereinbarten Verträgen (Leber/Wasem 2016). Das Ziel, die sektorale Trennung zu durchbrechen, wurde durch die verschiedenen Einzellösungen zur Öffnung der Krankenhäuser bisher nicht umfassend erreicht. Hierzu bedarf es eines systematischeren Ansatzes, der die Kooperationsmöglichkeiten sowie die Bedarfsplanung, die Vergütung und die Qualitätssicherung über die Sektorengrenzen hinweg koordiniert (Leber/Wasem 2016).

**191.** Trotz der Defizite in der Ausgestaltung der ambulanten Krankenhausleistungen lässt sich im Allgemeinen ein Trend hin zu ambulanten Krankenhausleistungen ausmachen. So hat sich das Ausgabenvolumen für viele ambulante Krankenhausleistungen in den letzten Jahren

erhöht, wie aus Abbildung 6-3 zu erkennen ist. Lediglich bei den Ausgaben für ambulantes Operieren und für vor- und nachstationäre Versorgung sind leichte Rückgänge zwischen den Jahren 2015 und 2016 zu verzeichnen. Der größte Zuwachs ist bei den Ausgaben für teilstationäre Behandlungen zu beobachten, die im Zeitraum von 2012 bis 2016 um 460 Millionen Euro gestiegen sind, was einem relativen Anstieg von 35,5 % entspricht. Vor dem Hintergrund der großen Ausgabenblöcke in der GKV, der Krankenhausausgaben in Höhe von 73 Milliarden Euro und der Ausgaben für die ambulante Versorgung in Höhe von 37 Milliarden Euro im Jahr 2016 ist das Gesamtvolumen der ambulanten Leistungen im Krankenhaus jedoch verhältnismäßig gering (GKV-SV 2017). Zudem ist unklar, inwieweit es sich bei den zusätzlichen Volumina um stationersetzende ambulante Behandlungen handelt.



\*Bei den Hochschulambulanzen wurde die relative Veränderung von 2013 bis 2016 berechnet.

Prozentangaben stellen die relative Veränderung von 2012 bis 2016 dar.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2018); GKV-SV (2018).

**192.** Abbildung 6-4 stellt die Entwicklung der ambulanten Operationen im Krankenhaus und im Vertragsarztbereich dar, wobei die Daten für den Vertragsarztbereich nur zwischen den Jahren 2009 und 2015 vorliegen. Hinsichtlich der Fallzahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus zeigt sich eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 2,0 %. Zwischen den Jahren 2015 und 2016 ist sogar ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Dies ist umso bemerk-

kenswerter, als ein internationaler Vergleich zeigt, dass Deutschland eine verhältnismäßig geringe Quote an ambulanten Operationen aufweist (Brökelmann/Toftgaard 2013). Für die Zahl der ambulanten Operationen im Vertragsarztbereich ist seit dem Jahr 2009 eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 2,4 % zu beobachten.

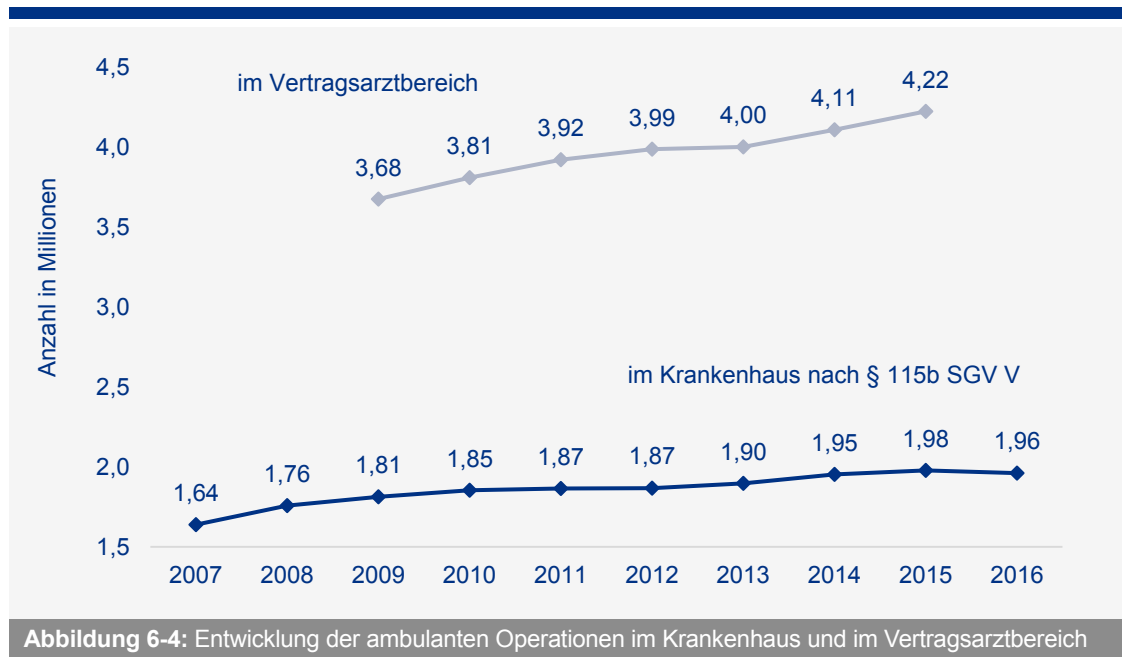
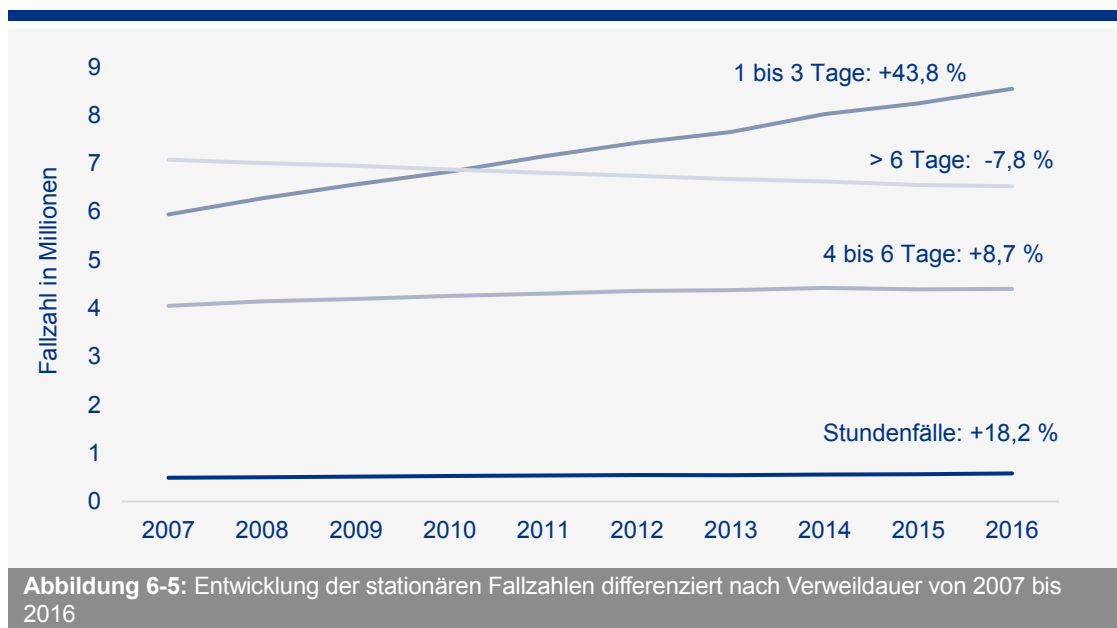


Abbildung 6-4: Entwicklung der ambulanten Operationen im Krankenhaus und im Vertragsarztbereich

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b); Zi (2017).

**193.** Die Betrachtung im Zeitablauf zeigt einen deutlichen Anstieg der stationären Fälle mit einer Verweildauer von weniger als 6 Tagen (siehe Abbildung 6-5). Die Zahl der Kurzlieger (Fälle mit einer Verweildauer von 1 bis 3 Tagen) ist von 5,9 Millionen im Jahr 2007 auf 8,5 Millionen im Jahr 2016 besonders stark (um 43,8 %) gestiegen. Die Zahl der Stundenfälle und Fälle mit einer Verweildauer zwischen 4 und 6 Tagen ist moderat um 18,2 % bzw. 8,7 % gestiegen. Die Entwicklung der Anzahl der Fälle mit einer Verweildauer von über 6 Tagen weist dabei einen gegensätzlichen Verlauf auf. Die Anzahl dieser Fälle sank von 7,1 Millionen im Jahr 2007 auf 6,5 Millionen im Jahr 2016 (um 7,8 %). Eine der denkbaren Erklärungen für den starken Anstieg der Zahl der Fälle mit einer verhältnismäßig kurzen Verweildauer könnte der medizinisch-technische Fortschritt sein. Zudem setzt das DRG-System Anreize zur Verkürzung der Verweildauer. Ungeachtet dessen könnte es aufgrund der unzureichenden Vergütung für ambulant durchgeführte Operationen zu stationären Aufnahmen von Patienten kommen, die ambulant behandelt werden könnten (Schreyögg et al. 2014). Eine Analyse der Daten über ambulante Operationen wäre notwendig, um diese Fragestellung zu klären.





Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018a).

**194.** Ungeachtet dessen sollte, unter der Prämisse gleichwertiger Leistungserbringung, das Vergütungssystem die Anreize derartig setzen, dass ambulante, ressourcenschonende Operationen gefördert werden. Die Nutzung der Ambulantisierungspotenziale würde somit dazu beitragen, die stationären Fallzahlen im Krankenhaus zu verringern und Kosten zu sparen. Aus medizinischen und sozialen Gründen bestünde selbstverständlich auch weiterhin die Möglichkeit einer stationären Aufnahme.<sup>58</sup> In diesem Zusammenhang sollten aber auch die besseren Möglichkeiten der Nachsorge in einer stationären Einrichtung nicht gänzlich außer Acht gelassen werden, da auch nichtmonetäre Faktoren die Entscheidung für oder gegen ambulante Operationen in relevantem Maße beeinflussen.

**195.** Um den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten zu forcieren, sollte für einen definierten Katalog<sup>59</sup> an ambulanten Leistungen eine einheitliche Vergütung kalkuliert werden. Diese Vergütung sollte unabhängig davon, ob eine solche ambulante Leistung von einem Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich erbracht wird, in der gleichen Höhe abgerechnet werden (Schreyögg 2017; SVR 2012; siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung). Um die Attraktivität ambulanter Leistungen für Krankenhäuser zu erhöhen und die Markteintrittsbarrieren initial zu reduzieren, sollten die Vergütungssätze ausgehend vom DRG-System ermittelt und zwischen den derzeitigen Abrechnungsmöglichkeiten nach EBM und DRG (oberhalb der derzeitigen EBM-Sätze) angesiedelt werden. Um den Krankenhäusern einen Anreiz zur Substitution von stationären durch ambulante Fälle zu bieten, sollte die Höhe der Vergütung zunächst so bemessen sein, dass Krankenhäuser mit den derzeitigen Strukturen die Leistungen ambulant kostendeckend erbringen können. Im weiteren Verlauf der Zeit und im Zusammenhang mit der fortschreitenden Ambulantisierung und den

<sup>58</sup> Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) haben einen gemeinsamen Katalog von medizinischen und sozialen Kriterien (*German appropriate evaluation protocol* (G-AEP)) erarbeitet, der als bundesweiter Maßstab für Fehlbelegungsprüfungen dient.

<sup>59</sup> Dieser Katalog könnte auf der Basis des gemeinsamen Kataloges der Spitzenverbände der Krankenkassen und der DKG zur Prüfung der Fehlbelegung und unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen zusammengestellt und zwischen den Selbstverwaltungspartnern konsentiert werden.

Weiterentwicklungen des DRG-Systems (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung) sollten diese Vergütungssätze fortwährend evaluiert und gesenkt werden.

**196.** Das derzeitige DRG-System würde dabei erhalten bleiben. Wenn es die Art und Schwere der Erkrankung nicht zulässt, können diese grundsätzlich ambulant zu erbringenden Leistungen in einem solchen konsentierten Katalog weiterhin durch die Krankenhäuser stationär erbracht und im Rahmen des DRG-Systems vergütet werden. Die Notwendigkeit einer vollstationären Aufnahme müsste dann z. B. durch Begleiterkrankungen oder das Risiko postoperativer Komplikationen begründet werden. Neben den gleichen Vergütungsbedingungen sind einheitliche Vorgaben zur Qualitätssicherung eine essenzielle Voraussetzung (siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung).

**197.** Wie eingangs dargestellt, erschöpft sich das Potenzial für die Ambulantisierung allerdings nicht in der Substitution von stationären durch ambulante Leistungen. Insbesondere die Vermeidung von stationären Aufnahmen durch eine gute ambulante Versorgung bietet großes Potenzial sowohl für das Patientenwohl als auch für Kosteneinsparungen. Diese durch gute ambulante Versorgung vermeidbaren Fälle fasst man unter dem Begriff der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASKs) zusammen. In diesem Zusammenhang spielen insbesondere die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen, aber auch effektive Akutbehandlungen, Früherkennung und sonstige Primärprävention durch Verhaltensempfehlungen eine Rolle (Sundmacher et al. 2015). Die Hebung dieser Potenziale ist in besonderem Maße geboten, da nicht nur Kosten gespart würden, die damit zur Finanzierung anderer Maßnahmen im System zur Verfügung stünden, sondern vor allem die gesundheitliche Versorgung der Patienten besser gestaltet würde. Durch eine gute medikamentöse Einstellung und Überwachung von chronischen Erkrankungen können eine Vielzahl von Krankenhausaufhalten dieser Patientengruppe vermieden und eine höhere Lebensqualität erreicht werden. Nach Auswertungen von Sundmacher et al. sind von ca. 5,0 Millionen ambulant-sensitiven Fällen gemäß Experteneinschätzung tatsächlich ca. 3,7 Millionen Krankenhausaufhalte vermeidbar (Sundmacher et al. 2015). Damit verbunden ergäbe sich ein stationäres Einsparpotenzial von ca. 7,2 Milliarden Euro.<sup>60</sup> Die ASK-Kataloge dienen allerdings nicht nur der Quantifizierung des Einsparpotenzials, sondern können vor allem auch dazu dienen, die Qualität im ambulanten Sektor zu messen, und somit ein Element eines mehr leistungsorientierten Vergütungssystems im ambulanten Bereich darstellen (SVR 2012).

**198.** Die Forschung und Weiterentwicklung der ASK-Kataloge bietet daher großes Potenzial in Bezug auf die Ambulantisierung und die Vermeidung einer übermäßigen Inanspruchnahme stationärer Leistungen. Ein Ausbau der vorhandenen Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität der ambulanten Versorgung bei chronischen Erkrankungen, u. a. eine Fokussierung von Arbeitsabläufen auf die Bedürfnisse chronisch kranker Menschen (vgl. das *Chronic-Care-Modell* von Wagner et al. 1996), und eine durch Hausärzte versorgungsstufenübergreifend koordinierte Versorgung nach dem *Medical-Home-Konzept* (SVR 2009) wären daher förderlich, um das Potenzial der ASKs auszuschöpfen. In diesem Zusammenhang könnte die (analoge und digitale) Vernetzung von ambulanten Ärzten hilfreich sein, um durch die Erkennung und die strukturierte Behandlung von Patienten mit ambulant-sensitiven Diagnosen spätere Krankenhausaufhalte

<sup>60</sup> Dieses Gesamtpotenzial würde durch die notwendigen Umstrukturierungen der ambulanten Versorgung entsprechend reduziert (Sundmacher et al. 2015). Insgesamt sei darauf hingewiesen, dass diese Schätzungen das maximal mögliche Potenzial wiedergeben. Das realistisch erreichbare Einsparpotenzial wird sicherlich deutlich darunter liegen.

zu verhindern (siehe Kapitel 11 zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung). Darüber hinaus spielt aber auch die Ausweitung der Gesundheitskompetenz der Patienten eine Rolle, um eine effektive Behandlung chronischer Krankheiten sowie die Nutzung präventiver Angebote zu verbessern. Der Patient nimmt dabei nicht nur die Position eines Nutzers, sondern auch die Rolle eines mitwirkenden (Ko-)Produzenten ein, sodass das Behandlungsergebnis auch vom selbstverantwortlichen Mitwirken des Patienten bzw. von dessen Adhärenz abhängt (siehe Kapitel 5 zur ambulanten Vergütung).

## 6.4 Derzeitige Krankenhausplanung und Handlungsbedarf

**199.** Das Ziel der staatlichen Krankenhausplanung ist es, „eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen“ (§ 6 KHG in Verbindung mit §1 KHG). Die Krankenhausplanung im Sinne einer Standortplanung kann zudem das Ziel einer erreichbaren flächendeckenden Versorgung verfolgen. Über diese rechtlich definierten Aufgaben der Krankenhausplanung hinaus können Bedarfsprognosen auch genutzt werden, um eine Überversorgung zu vermeiden oder zumindest zu verringern. So können mithilfe von Methoden der Krankenhausplanung grundsätzlich historisch gewachsene Überkapazitäten erkannt und abgebaut werden, die ansonsten aufgrund des nicht funktionierenden Marktmechanismus weiter fortbestehen würden. Allerdings bergen planerische staatliche Eingriffe die Gefahr, aufgrund verschiedenster Faktoren zu Fehlallokationen und einer ineffizienten Struktur des Angebots zu führen. Diese Faktoren umfassen falsche Annahmen und ungenaue Prognosemethoden, geringen direkten wirtschaftlichen Druck bei den Planern, Informationsdefizite sowie eine eingeschränkte Flexibilität, auf Veränderungen reagieren zu können. Dennoch wird vor dem Hintergrund der Verpflichtung des Staates, eine erreichbare und qualitativ hochwertige Versorgung mit sozial tragbaren Beitragssätzen zu gewährleisten, eine Planung der stationären Versorgung als grundsätzlich sinnvoll und notwendig angesehen.

**200.** Aus § 6 Abs. 1 KHG ergibt sich für die Länder die Verpflichtung zur Erstellung von Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen. Die Krankenhauspläne sollen den Bedarf des betreffenden Bundeslandes abbilden und werden jährlich von den jeweiligen Ländern fortgeschrieben. Die Richtlinien für die Krankenhausplanung werden in den Bundesländern in eigenen Landeskrankenhausgesetzen bestimmt (DKG 2017). Infolge dieser gesetzlichen Regelungen existieren weder eine einheitliche, bundesweite Planung von Krankenhauskapazitäten noch einheitliche Regelungen zur Investitionsförderung von Krankenhäusern. Stattdessen finden in den Bundesländern unterschiedliche Planungsmethoden Anwendung. Wird ein Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen und ein entsprechender Feststellungsbescheid versandt, so kann das Krankenhaus im Rahmen und im Umfang seines Versorgungsauftrags Leistungen zu Lasten der GKV erbringen. Außerdem erwirbt es einen grundsätzlichen Rechtsanspruch auf Investitionsförderung (§ 8 KHG; Busse et al. 2017).

#### 6.4.1 Bettenorientierung der derzeitigen Krankenhausplanung

**201.** Die Entwicklung von Krankenhausplänen soll dazu dienen, eine bedarfsgerechte, erreichbare Krankenhausversorgung der Bevölkerung zu organisieren. Zielgröße der Planung ist vorwiegend die notwendige Kapazität der Krankenhäuser, gemessen in aufgestellten Betten. Die durch die Krankenhausplanung für ein Land ermittelte Bettenkapazität ist stark von verwendeten Planungsmethoden und -determinanten abhängig. Da, wie eingangs erwähnt, die konkrete Ausgestaltung der Krankenhauspläne Ländersache ist, unterscheiden sich nicht nur die Planungsmethoden, sondern auch die Prognosen der für die bedarfsgerechte Krankenhausversorgung notwendigen Krankenhausbettenzahl und Bettendichte von Land zu Land (DKG 2017). So weist beispielsweise das Land Bremen mit 767,9 Betten je 100 000 Einwohner im Jahr 2016 bundesweit die höchste Bettendichte auf, während Baden-Württemberg mit nur 512,5 Betten je 100 000 Einwohner den letzten Platz nach Bettendichte belegt (siehe Tabelle 6-1). Die durchschnittliche Bettenauslastung liegt in den beiden Bundesländern mit 79,2 % bzw. 77,3 % dennoch auf einem ähnlichen Niveau.

Bundesland	Betten je 100 000 Einwohner	Nutzungsgrad in Prozent	Anzahl der Betten
Baden-Württemberg	512,5	77,3	55 940
Niedersachsen	528,5	80,0	41 942
Schleswig-Holstein	559,3	77,1	16 053
Berlin	567,4	84,5	20 127
Hessen	583,9	77,0	36 170
Bayern	590,7	77,5	76 128
Brandenburg	614,2	80,1	15 291
Rheinland-Pfalz	622,0	74,2	25 248
Sachsen	634,3	79,2	25 902
Mecklenburg-Vorpommern	638,6	76,8	10 291
Saarland	651,5	86,4	6 490
Nordrhein-Westfalen	669,2	76,7	119 645
Hamburg	697,5	83,6	12 547
Sachsen-Anhalt	709,3	74,2	15 894
Thüringen	733,0	77,5	15 866
Bremen	767,9	79,2	5 184
<b>Deutschland</b>	<b>605,6</b>	<b>77,9</b>	<b>498 718</b>

Tabelle 6-1: Betten in Krankenhäusern im Jahr 2016

Sortiert aufsteigend nach Betten je 100 000 Einwohner.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b).

**202.** Dieser direkte Vergleich erlaubt nur einen ersten Einblick in die unterschiedlichen Strukturen in den Ländern, kann jedoch nicht für belastbare Aussagen über die Krankenhausplanung und -versorgung verwendet werden. Viele Einflussfaktoren wie die regionale Morbidität, die Bevölkerungs- und die Altersstruktur sowie weitere sozioökonomische Faktoren spielen hierbei ebenso eine Rolle wie die Struktur und die Organisation der regionalen medizinischen Versorgung. Ein gut ausgebauter und leistungsfähiger ambulanter Sektor könnte beispielsweise

für eine geringere notwendige Kapazität an Krankenhausbetten (mit-)verantwortlich sein. Eine solche Substitutionsbeziehung zwischen ambulanten und stationären Leistungen ist sehr wahrscheinlich. Die Diskrepanz der Bettendichten wie auch die gegenläufige Entwicklung von Fallzahlen und Bettenanzahl gibt Anlass zu der Vermutung, dass die derzeitige Krankenhausplanung den Bedarf nicht korrekt abbildet. Es ist fraglich, ob die Bettenanzahl für eine optimale Krankenhausplanung, insbesondere vor dem Hintergrund einer leistungsorientierten Vergütung, die relevante Zielgröße ist.

**203.** Der Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung gemäß § 17b Abs. 9 KHG zeigte einen ausgeprägten Zusammenhang zwischen den zeitlichen Veränderungen der mittleren Verweildauer und den zeitlichen Veränderungen der Fallzahlen auf Krankenhausebene (Schreyögg et al. 2014) auf. Insbesondere in Krankenhäusern mit einer starken Verkürzung der Verweildauern war dabei eine große Steigerung der Fallzahlen zu beobachten. Die kausale Richtung für diesen Zusammenhang stellte sich allerdings als nicht eindeutig heraus. Einerseits ist es denkbar, dass Krankenhäuser durch medizinischen Fortschritt und kürzere Liegedauern in der Lage sind, vermehrt Patienten aufzunehmen, da frei werdende Kapazitäten wieder vergeben werden können. Andererseits ist es möglich, dass Krankenhäuser die Verweildauern mit dem Ziel verkürzen, eine Fallzahlsteigerung durch neue Aufnahmen zu erreichen. Den Ergebnissen der Studie zufolge spricht die Tatsache, dass insbesondere in denjenigen Krankenhäusern viele neue Fälle behandelt werden, in denen ein Rückgang der mittleren Verweildauer zu beobachten war, für eine suboptimale Krankenhausplanung. Bei einer optimalen Planung müsste das Krankenhaus die Nachfrage ohne Verkürzung der Verweildauern decken können. Ebenso müsste auch eine Verkürzung der Verweildauern, die beispielsweise durch bessere Behandlungsmethoden oder Prozesse bedingt ist, dazu führen, dass frei werdende Kapazitäten abgebaut werden können (Schreyögg et al. 2014).

**204.** Die Gründe für nicht optimale Planungsergebnisse liegen nicht nur in der Bettenorientierung der Krankenhausplanung, sondern auch in den verwendeten Planungsmethoden. Die derzeitigen Planungen basieren überwiegend auf der seit Langem weitverbreiteten Hill-Burton-Formel, die auf eine bettenorientierte Bedarfsprognose anhand der Einwohnerzahlen, der Verweildauern, der Krankenhaushäufigkeiten und der Bettennutzungsgrade zielt (DKG 2017):

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{\text{Einwohnerzahl} * \text{Krankenhaushäufigkeit} * \text{Verweildauer} * 100}{\text{Bettennutzungsgrad} * 1000 * 365}$$

**205.** Die Einwohnerzahlen beruhen dabei auf Bevölkerungsprognosen der Länder über den Zeitraum der Krankenhausplanungsperiode. Die Verweildauern werden als die durchschnittliche Anzahl von stationären Tagen eines Falls bestimmt, wobei der Aufnahme- und der Entlassungstag zusammen als ein Tag gezählt werden. Als Krankenhaushäufigkeit geht das Verhältnis von innerhalb eines Jahres stationär behandelten Einwohnern zu der gesamten Einwohnerzahl einer Region in die Berechnung ein. Der Bettennutzungsgrad wird als Verhältnis von Pfl egetagen zu den zur Erbringung zur Verfügung stehenden Bettenkapazitäten berechnet.

**206.** Ein auf diese Weise ermittelter Bettenbedarf ist sensitiv gegenüber den eingesetzten Parametern und Einflüssen, die auf diese Parameter einwirken. Die Krankenhaushäufigkeit soll die Morbidität bzw. den Bedarf in einer Region approximieren. Die Krankenhaushäufigkeit ist jedoch aufgrund ihres retrospektiven Charakters nur eingeschränkt geeignet, die zukünftig notwendigen Kapazitäten zu ermitteln, da eine Planung auf Basis historischer Daten zur Häufigkeit

einer stationären Aufnahme mögliche zukünftige Entwicklungen in der Morbidität der Bevölkerung, Entwicklungen der Medizintechnik und insbesondere auch Verschiebungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor außer Acht lässt<sup>61</sup>. Darüber hinaus haben Krankenhäuser einen durch das Vergütungs- oder Investitionsförderungssystem bedingten Anreiz zur Beeinflussung der Krankenhaushäufigkeit durch Fallzahlausweitung. Da die Hill-Burton-Formel nicht zwischen angebots- und nachfrageinduzierten Veränderungen der Parameter zu unterscheiden vermag<sup>62</sup>, führen steigende Fallzahlen, unabhängig von deren Ursache, zu einer höheren ermittelten Bettenkapazität. Dies bietet den Krankenhäusern die Möglichkeit, indirekt Einfluss auf die Bettenkapazitäten der Folgejahre zu nehmen.

**207.** Ähnlich verhält es sich mit der Verweildauer, da längere durchschnittliche Liegezeiten zu einem höheren ermittelten Bettenbedarf führen. Für die Krankenhäuser besteht in Bezug auf eine Ausweitung der Verweildauern allerdings der Zielkonflikt zwischen einer fallindividuellen Maximierung des Deckungsbeitrages aus der DRG-Vergütung und einer eher indirekten Einflussnahme auf das Ergebnis der Krankenhausplanung.

**208.** Für den Bettennutzungsgrad wird meist keine Berechnung auf Basis historischer Daten erstellt, die die Versorgungsrealität zumindest approximieren könnte. Stattdessen wird der Bettennutzungsgrad überwiegend vom zuständigen Landesministerium vorgegeben (DKG 2017). Dies eröffnet die Möglichkeit, den zu ermittelnden Bettenbedarf und damit einhergehende öffentliche Ausgaben für Krankenhäuser aktiv politisch zu steuern. Infolgedessen würde der errechnete Bettenbedarf nicht die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendige Kapazität widerspiegeln, sondern eine politisch gewünschte Kapazität.

**209.** Auch andere Planungsmethoden wie beispielsweise Befragungen von medizinischen Fachgesellschaften in Rheinland-Pfalz können die Möglichkeit einer angebotsinduzierten Mengenausweitung beinhalten. Die resultierende Überschätzung der benötigten Bettenkapazitäten kann eine zusätzliche Fallzahlausweitung weiter begünstigen (Schreyögg et al. 2014).

**210.** Abgesehen von den beschriebenen Problemen, die sich direkt aus den Planungsmethoden ergeben, führt die Verflechtung von Krankenhausplanung und Investitionsförderung zu weiteren Anreizproblemen, die eine Mengenausweitung und eine Ausweitung der Planbetten begünstigen können. Die pauschale Investitionsförderung der Länder ist, sowohl in ihrer Höhe als auch in ihrer Organisation, sehr heterogen (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung). Die Organisationsformen reichen von einer vorzugsweise planbettenorientierten bis hin zu einer ausschließlich fallorientierten Investitionsförderung (DKG 2017). Da in der Mehrzahl der Länder die Anzahl der Betten noch immer eine wichtige Rolle für die Pauschalförderung von Investitionen spielt, haben Krankenhäuser häufig einen zusätzlichen finanziellen Anreiz, möglichst viele Planbetten vorzuhalten. Selbst ungenutzte Planbetten haben für Krankenhäuser bei einer bettenorientierten Investitionsförderung einen finanziellen Vorteil (Neubauer/Gmeiner

---

<sup>61</sup> Diese werden, beispielsweise im Berliner Krankenhausplan, durch Korrekturfaktoren für Morbidität, medizinisch-technischen Fortschritt, Ambulantisierung und allgemeine Rahmenbedingungen durch pauschalen Abzug von 5 % von den mittels Hill-Burton-Formel berechneten Planbetten berücksichtigt (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2015). In Hamburg wird der zu erwartenden Verweildauerverkürzung bis zum Jahr 2020 mit einem Abzug von 0,2 Tagen in allen Leistungsbereichen mit Ausnahme der Geriatrie, der Strahlenheilkunde, der Nuklearmedizin und der Kinderheilkunde Rechnung getragen (Freie und Hansestadt Hamburg 2016).

<sup>62</sup> Eine nachfrageseitig wirkende höhere durchschnittliche Morbidität schlägt sich ebenso im ermittelten Bettenbedarf nieder wie eine angebotsseitige Ausweitung von Fallzahlen der Krankenhäuser.

2015). Zusätzlich vorgehaltene Betten bieten wiederum ihrerseits den Anreiz, zusätzliche Deckungsbeiträge durch Mengenausweitung zu erwirtschaften. Auch eine fallorientierte oder fall-schwereorientierte Pauschalförderung bietet Fehlanreize zur Ausweitung der Leistungen.

**211.** Die derzeitige Planung der Bettenzahlen führt demzufolge nicht zu optimal am Leistungsgeschehen und am medizinischen Bedarf ausgerichteten Krankenhauskapazitäten. Überdies missachtet die starre Ausrichtung der Krankenhausplanung auf den Bettenbedarf mögliche andere planungsrelevante Größen wie die Personal- und die Geräteausstattung. Vor dem Hintergrund einer leistungs- und fallorientierten DRG-Vergütung stellen die Personal- und die Geräteausstattung im Krankenhaus eher limitierende Faktoren dar als die derzeitige Planungsgröße Krankenhausbett. Eine auf medizinische Leistungen ausgerichtete Krankenhausplanung könnte die zur Erbringung ebendieser Leistungen notwendigen bzw. optimalen Personal- und Gerätebedarfe berücksichtigen.

#### 6.4.2 Morbiditätsorientierte Planung

**212.** Eine bedarfsgerechte Krankenhausplanung sollte sich einzig am medizinischen Bedarf der Bevölkerung ausrichten. Hierzu ist der Fokus auf die Identifikation relevanter demografischer, epidemiologischer und medizintechnischer Einflussgrößen zu richten, mithilfe derer eine optimale Krankenhausplanung die Nachfrage und Verweildauern prognostizieren und die Steuerung der Kapazitäten in kürzeren Zeitabständen (von 1 bis 2 Jahren) ermöglichen würde (Schreyögg et al. 2014). Auf diese Weise könnte die tatsächliche nachfragebedingte Veränderung der benötigten Krankenhausleistungen von den angebotsbedingten Einflüssen getrennt und die Krankenhausplanung nachfrageorientiert gestaltet werden. Zudem böte sich durch die kürzeren Zeitabstände der Prognosen die Möglichkeit, mit einer Kapazitätsanpassung schneller auf medizinische Innovationen zu reagieren.

**213.** Die Identifikation und Messung dieser Einflussfaktoren sowie die valide Prognose der Nachfrage nach stationären Leistungen ist keine triviale Aufgabe. Beispielsweise müssen die erwarteten Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts, insbesondere auf die Verweildauern, aber auch in Bezug auf neue Behandlungsmöglichkeiten, in der Krankenhausplanung berücksichtigt werden, um die Folgen neuer Behandlungsmethoden angebots- und nachfrageseitig zu erfassen. Die Prognose dieser medizinisch-technischen Entwicklungen und die Erfassung der Präferenzen in der Bevölkerung sind komplex, aber unter Einbeziehung wissenschaftlicher Studien möglich. Die stetige Auswertung von Arbeiten im Bereich des *Health Technology Assessment* liefert Anhaltspunkte hinsichtlich der Auswirkungen neuer Prozeduren auf die Verweildauern und das mögliche Behandlungsspektrum. Des Weiteren sollten Erhebungen zu Behandlungspräferenzen in der Bevölkerung erfolgen, deren Ergebnisse in die Krankenhausplanung einfließen können.

**214.** Anders als bisher sollte eine Veränderungsprognose damit nicht primär auf historischen stationären Daten basieren, weil die Datenbasis nur bereits eingetretene Krankheitsfälle umfasst. Eine solche Fortschreibungsplanung kann dazu führen, dass Über- oder Unterversorgungszustände, die zum Ausgangszeitpunkt bestehen, weiterhin manifestiert werden. Um die morbiditätsbedingte Entwicklung der Nachfrage nach stationären Leistungen abschätzen zu können, muss von Daten ausgegangen werden, die es erlauben, die Nachfrage vor der Erbrin-

gung einer stationären Leistung zu prognostizieren. Dazu sollten Routinedaten aus dem ambulanten Bereich die Grundlage bilden, um den Bedarf an stationären Behandlungen bzw. die Morbidität abzuschätzen.<sup>63</sup> Außerdem sollten Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamtes herangezogen werden, um Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, u. a. Zu- und Wegzüge, Geburten und Sterbefälle, zu berücksichtigen.<sup>64</sup> So würde der zukünftige Bedarf an stationären Leistungen plausibel aus der Kombination aus Bevölkerungs- und epidemiologischen Daten abgeleitet.

**215.** Basis der Bedarfsprognose sollten demnach Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, zur Mortalität und Morbidität sowie Prognosen über den medizinisch-technischen Fortschritt und die Präferenzentwicklung der Versicherten sein. In Leistungsbereichen, in denen eine Prognose aus ambulanten Daten aufgrund fehlender ambulanter Vorgeschichte der Patienten nicht möglich ist, sollten historische Krankenhausdaten hinzugezogen werden, um eine Art Basismorbidität zu ermitteln. Dies betreffe vor allem originäre Notfälle, die nicht aus Vorerkrankungen resultieren, wie beispielsweise Verletzungen oder Verbrennungen. Indem sich die Krankenhausplanung weniger an Strukturmerkmalen des Krankenhauses (Betten pro Abteilung) und mehr an den Patientencharakteristika der dort behandelten Patienten orientiert, könnten dem Bedarf dieser Patienten entsprechende Leistungsaufträge pro Krankenhaus definiert werden (siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung).

**216.** Als problematisch für die Bedarfsprognose erweist sich die eingeschränkte Verfügbarkeit von Routinedaten für wissenschaftliche und Planungszwecke. Um die Nachfrage nach stationären Leistungen besser prognostizieren zu können, wäre es optimal, Individualdaten der gesamten Bevölkerung auszuwerten, die einzelnen Fällen zugeordnet werden können (siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung). Der Zugang zu und die wissenschaftliche Nutzung von Daten nach § 301 SGB V in Verbindung mit ambulanten Daten nach § 295 SGB V ist daher notwendig, um eine verlässliche Prognose über die Entwicklung auf der Nachfrageseite zu ermöglichen. Ersatzweise können aber auch Daten auf Landkreis- oder Bundeslandebene verbunden werden. Dies ist bereits jetzt möglich und wurde in einigen Arbeiten genutzt (siehe beispielsweise Schreyögg et al. 2014).

**217.** Basierend auf einer Nachfrageprognose könnte eine auf Leistungen und Geräte- und Personalausstattung ausgerichtete Krankenhausplanung, die sowohl Qualitätskriterien als auch den medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritt berücksichtigt, den tatsächlichen Bedarf genauer prognostizieren und einer Unter- oder Überversorgung entgegenwirken. Zudem sollte es durch kürzere Planungsintervalle ermöglicht werden, mit einer Kapazitätssteuerung schneller auf medizinische Innovationen zu reagieren. Es existieren in anderen Ländern bereits Modelle, die sich mit der Weiterentwicklung der Kapazitätsplanung beschäftigen (Delamater et al. 2013; Kuntz et al. 2007; Rechel et al. 2010). Diese bestehenden Modelle sollten weiterentwickelt und ggf. auf die Situation in Deutschland angepasst werden, um eine genauere Prognose, insbesondere der Nachfrage, in den Bundesländern zu ermöglichen.

---

<sup>63</sup> Die ambulanten Abrechnungsdaten haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert und sind auch für viele Diagnosen über mehrere Quartale nutzbar.

<sup>64</sup> Diese Daten stehen auf Landkreisebene zur Verfügung.

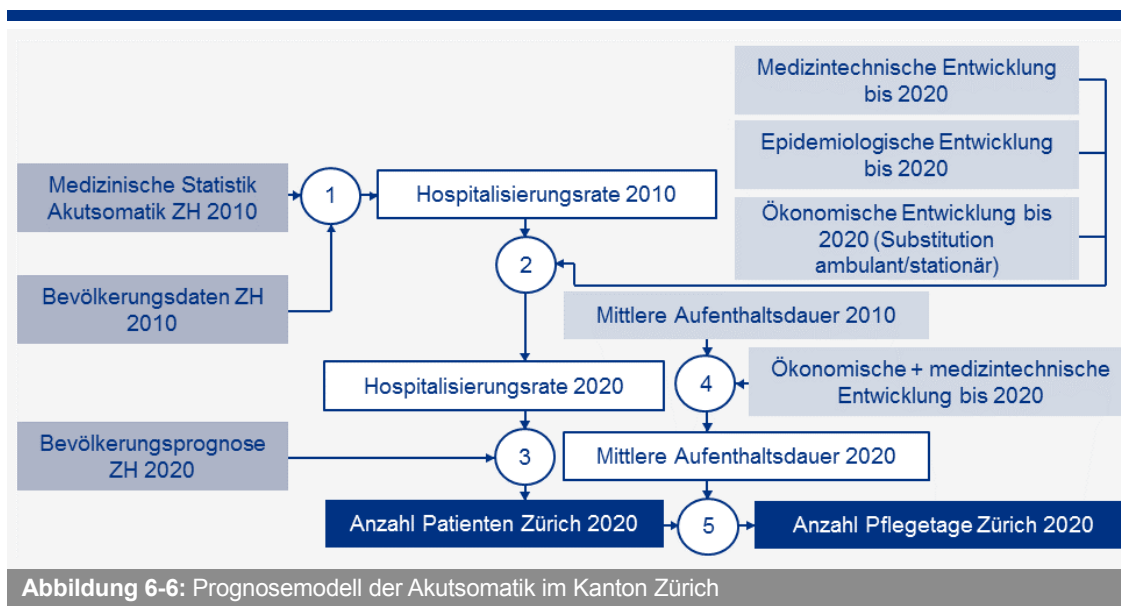


### Exkurs: Progressive Krankenhausplanung am Beispiel der Spitalplanung im Kanton Zürich

**218.** Mit der Spitalplanung 2012 wurde im Kanton Zürich die Ausrichtung der Krankenhausplanung von der Betten- auf eine Leistungsorientierung umgestellt, indem der Bedarf an medizinischen Leistungen wie beispielsweise Kaiserschnitten, Blinddarm- oder Hüftoperationen in den Vordergrund gerückt wurde (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2011). Dafür wurden rund 145 Leistungsgruppen mit leistungsspezifischen Anforderungen definiert. Die Bedarfsprognose sah bewusst von einer einfachen Trendfortschreibung ab und setzte stattdessen auf ein alternatives Verfahren mit expliziter Berücksichtigung von demografischen, epidemiologischen, medizinisch-technischen und ökonomischen Einflussfaktoren. Als Prognosehorizont wurde das Jahr 2020 und damit ein Prognosezeitraum von rund zehn Jahren gewählt.

Wie Abbildung 6-6 veranschaulicht, erfolgte die Prognose über die Patientenzahlen und Pfl egetage für das Jahr 2020 im Fachbereich Akutsomatik in fünf Schritten. Im ersten Schritt wurden aus den Daten der medizinischen Statistik und der Bevölkerungsstatistik die DRG- und altersspezifischen Hospitalisierungsraten des Jahres 2010 berechnet. Im zweiten Schritt wurden die Hospitalisierungsraten für das Jahr 2020 unter Berücksichtigung der zukünftigen medizinisch-technischen und epidemiologischen Entwicklung sowie der Substitution von stationären durch ambulante Behandlungen prognostiziert. Im dritten Schritt wurden die Patientenzahlen für das Jahr 2020 ermittelt, indem die alters- und DRG-spezifischen Hospitalisierungsraten des Jahres 2020 mit der erwarteten Wohnbevölkerung des Kantons Zürich multipliziert wurden. Der vierte Schritt beinhaltete die Schätzung der mittleren Aufenthaltsdauern für das Jahr 2020 unter Berücksichtigung der erwarteten medizinisch-technischen und ökonomischen Entwicklungen basierend auf den Aufenthaltsdauern des Jahres 2010. Im fünften und letzten Schritt wurden die Pfl egetage im Jahr 2020 durch die Multiplikation der alters- und DRG-spezifischen Patientenzahlen des Jahres 2020 mit den entsprechenden Aufenthaltsdauern im Jahr 2020 berechnet.

Die Entwicklung der Fallzahlen und Pfl egetage in den ersten Jahren zeigte, dass die Bedarfsprognose in der Spitalplanung 2012 die Entwicklung korrekt prognostiziert hat und der Bedarf mit Ausnahme der Bereiche Kinder- und Jugendpsychiatrie und der wohnortnahen Rehabilitation gedeckt war (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2013). Im Sinne einer „rollenden Planung“ werden periodisch (rund alle 3 Jahre) gewisse konzeptionelle Anpassungen an den Spitalisten vorgenommen (Kanton Zürich 2014). Die erste Anpassung erfolgte insbesondere bezüglich der Weiterentwicklung der Leistungsgruppen und der Qualitätsanforderungen unter Einbezug der Listenspitäler zum 1. Januar 2015 (Regierungsrat des Kantons Zürich 2014). Mittlerweise haben die meisten Kantone die Methodik der Züricher Spitalplanung komplett oder in wesentlichen Teilen übernommen (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2016).



ZH = Zürich.

Quelle: Kanton Zürich Gesundheitsdirektion (2011). Grafisch angepasst.

### 6.4.3 Planungstiefe und Planungskompetenzen

**219.** Standortbezogene Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung betreffen die Feststellung definierter Angebotskapazitäten nach medizinischen Gebieten und Standorten. Die Krankenhausplanung strebt an, diese Entscheidungen mit den Ergebnissen der Bedarfsprognose kompatibel zu machen. Dabei unterscheidet sich die Planungstiefe in den Bundesländern. So werden durch eine Rahmenplanung in einigen Ländern die Bettenzahlen als Gesamtbettenzahl, teilweise auch träger- anstelle standortbezogen, festgelegt. Die Fachgebiete werden dabei zwar benannt, aber eine Bettenanzahl wird nicht vorgegeben (u. a. in Bayern, Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern). In anderen Ländern wird zu einer Detailplanung gegriffen, wobei für jeden Standort nicht nur eine Gesamtbettenanzahl, sondern auch je Fachgebiet bzw. Fachabteilung die Bettenanzahl ausgewiesen wird (z. B. in Bremen, Niedersachsen, dem Saarland, Sachsen, Thüringen; DKG 2017).

**220.** Für eine bessere Steuerung des Versorgungsgeschehens bedarf es einer methodischen Vereinheitlichung der Krankenhausplanung, für die auch der Detaillierungsgrad festzulegen ist. Hierfür wäre eine neue bundeseinheitliche und empirisch abgeleitete Definition von Versorgungsstufen sinnvoll (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung). Die Versorgungsstufen sollten dabei auf Fachabteilungsebene ermittelt werden, da ein Krankenhaus je nach Leistungsschwerpunkt verschiedene Versorgungsniveaus aufweisen kann. Wie in Kapitel 8 näher dargestellt, investieren die Länder zu wenig in die Krankenhäuser, was zu einer Zweckentfremdung der Betriebskostenfinanzierung geführt hat. Da die Länder nur noch einen marginalen Teil der entstehenden Kosten tragen, wäre es folgerichtig, von einer Detail- zu einer Rahmenplanung überzugehen. Dabei sollte die bisherige, auf die einzelnen Bundesländer beschränkte Krankenhausplanung durch eine gemeinsame Rahmenplanung der betreffenden Länder und des Bundes zur Sicherstellung der Versorgung ergänzt werden.

**221.** Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSg) aus dem Jahr 2015 wurde eine explizite Qualitätskomponente als planungsrelevante Größe für die Krankenhausplanung eingeführt. Am 31. August 2016 hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) einen Bericht zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) veröffentlicht. Auf dieser Grundlage hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, das Verfahren der PlanQI zum 1. Januar 2017 zu beginnen. In der ersten Phase der Umsetzung ging es in erster Linie um notwendige Interventionen der Planungsbehörden, falls der Strukturierte Dialog die Versorgungsmängel nicht beheben können sollte (siehe Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme, Abschnitt 7.4.2). Zur Umsetzung sollten die Krankenhäuser seit Jahresbeginn 2017 quartalsweise Daten für elf Qualitätsindikatoren der Bereiche Geburtshilfe, gynäkologische Operationen und Mammachirurgie – welche bereits Teil der bestehenden externen stationären Qualitätssicherung waren – liefern. Die Geltung dieser PlanQI kann nach § 6 Abs. 1a KHG durch Landesrecht eingeschränkt oder auch durch weitere Qualitätsanforderungen ergänzt werden. Krankenhäuser, die das geforderte Qualitätsniveau nicht erreichen, dürfen nach § 8 Abs. 1a KHG nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden.

**222.** Das KHSg hat zwei weitere wichtige Planungsmaßnahmen erstmalig auf der Bundesebene adressiert. Erstens bekam der G-BA Regelungskompetenzen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen. Damit wurde die bislang landesplanerische Entscheidung über die Vorhaltung eines Krankenhauses durch die bundesweit gültigen Vorgaben ersetzt. Zum anderen wurde auf Bundesebene der Strukturfonds geschaffen, der die Marktaustritte mitfinanzieren und damit die notwendige Strukturbereinigung unterstützen soll. Obwohl den Ländern die Möglichkeit gegeben wurde, die bundesweiten Regelungen durch Landesrecht ganz oder teilweise auszuschließen, werden diese Entwicklungen als Paradigmenwechsel von der Landesplanung zur Marktregulierung bezeichnet (Klein-Hitpaß et al. 2015).

**223.** In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob der Bund auch bei der stationären Planung verstärkt Zuständigkeiten erhalten sollte (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung). Dafür spricht die Tatsache, dass die Ländergrenzen oftmals nicht den Einzugsbereichen der Krankenhäuser entsprechen. Insbesondere in Ballungsgebieten versorgen Krankenhäuser einen großen Anteil an Patienten aus anderen Bundesländern. So hatten im Jahr 2016 rund 12 % der in Berlin vollstationär versorgten Patienten einen Wohnsitz außerhalb von Berlin, in Hamburg kamen 27 % der Patienten aus anderen Bundesländern und in Bremen waren es knapp 32 % der Patienten (Destatis 2018a). Eine Konzentration der Planung von Krankenhäusern in bundeslandübergreifenden Gebieten beim Bund würde zur Lösung vieler Schnittstellenprobleme beitragen. Ferner würde dies ermöglichen, die Planung von Spezialeinrichtungen länderübergreifend anzugehen. Wie in Kapitel 8 weiter erläutert wird, sollte ein Mitspracherecht bei der Krankenhausplanung mit einer Beteiligung des Bundes an der Investitionsförderung einhergehen.

## 6.5 Zusammenfassung der Empfehlungen

**224.** Die Ambulantisierung medizinischer Leistungen ermöglicht es, bei einem beachtlichen Teil der Patienten viele Eingriffe zu geringeren Kosten durchzuführen, ohne damit die Qualität der Versorgung zu gefährden. Um Anreize für ressourcenschonende und die Patienten häufig weniger belastende ambulante Eingriffe zu setzen, sollte in Anlehnung an international gewonnene Erkenntnisse ein Katalog von ambulanten Prozeduren definiert werden, die unabhängig davon, ob die tatsächliche Leistungserbringung ambulant oder stationär erfolgt, in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Dies könnte ein Übergang zum sektorenübergreifenden Vergütungssystem sein (siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung).

**225.** Außerdem ist eine Reduktion von stationären Aufnahmen durch eine verbesserte ambulante Versorgung in bestimmten Bereichen anzustreben. Dies könnte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle erreicht werden (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung). Die Fokussierung von Arbeitsabläufen auf die Bedürfnisse chronisch kranker, multimorbider Patienten und eine in der Regel durch Hausärzte versorgungsstufenübergreifend koordinierte Versorgung und damit einhergehend eine Vernetzung von ambulanten Ärzten wären daher zweckdienlich. Darüber hinaus sollten die Ausweitung der Gesundheitskompetenz der Versicherten und die Nutzung präventiver Angebote gefördert werden, um vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu reduzieren (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege).

**226.** Die derzeitige bettenorientierte Planung bildet den medizinischen Bedarf nicht optimal ab und sollte durch eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. -strukturen und anderer wichtiger Zielgrößen, wie Personal- und Geräteausstattung, ersetzt werden. Zu begrüßen wären ein Monitoring der Zielerreichungsgrade und ggf. kürzere Planungsintervalle, die sowohl Qualitätskriterien als auch den medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritt in Betracht ziehen.

**227.** Die Prognose über die Nachfrage sollte nicht primär auf historischen stationären Daten basieren, sondern Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, Mortalität und Morbidität sowie Prognosen über den medizinisch-technischen Fortschritt und die Präferenzentwicklung von Patienten berücksichtigen. Hierzu sollte der Zugang zu und die wissenschaftliche Nutzung von Daten nach § 301 SGB V in Verbindung mit ambulanten Daten nach § 295 SGB V sichergestellt werden (siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung).

**228.** Die bundesweite Diskrepanz der Bettendichten, die sich zum Teil aus verschiedenen Planungsmethoden ergibt, weist auf die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung der Krankenhauspläne hin. Die bislang auf Bundesländergrenzen beschränkte Detailplanung sollte durch eine gemeinsame Rahmenplanung zur Sicherstellung der Versorgung ergänzt werden. Der Bund sollte dabei in die bundeslandübergreifende Planung von Krankenhäusern in Grenzregionen sowie in die Planung hochspezialisierter Zentren eingebunden werden.

## 6.6 Literatur

- BAO (Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.) (2018): Gründe & Vorteile. Ambulantes Operieren - einfach zeitgemäß. URL: [www.operieren.de/content/e3224/e308/e331/e2020/](http://www.operieren.de/content/e3224/e308/e331/e2020/) (abgerufen am 04.05.2018).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018): Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV. KJ 1.
- Brökelmann, J. D. und Toftgaard, C. (2013): Survey on incidence of surgical procedures and percentage of ambulatory surgery in 6 European countries. *Ambul Surg* 19(4): 116–120.
- Busse, R., Schreyögg, J. und Stargardt, T. (2017): *Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis*. 4. Auflage. Springer.
- Delamater, P. L., Shortridge, A. M. und Messina, J. P. (2013): Regional health care planning: a methodology to cluster facilities using community utilization patterns. *BMC Health Serv Res* 13(1): 333.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018a): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018b): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (Stand: August 2015).
- Freie und Hansestadt Hamburg (2016): Krankenhausplan 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2017): GKV-Kennzahlen.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2018): Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Kanton Zürich Gesundheitsdirektion (2011): Zürcher Spitalplanung 2012. Strukturbericht September 2011.
- Kanton Zürich Gesundheitsdirektion (2013): Gesundheitsversorgung 2013. Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie.
- Kanton Zürich Gesundheitsdirektion (2016): Gesundheitsversorgung 2016. Akutsomatik, Rehabilitation, Psychiatrie.
- Klein-Hitpaß, U., Leber, W.-D. und Scheller-Kreinsen, D. (2015): Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser. *G+G Wissenschaft* 15: 15–23.
- Kuntz, L., Scholtes, S. und Vera, A. (2007): Incorporating efficiency in hospital-capacity planning in Germany. *Eur J Health Econ* 8(3): 213–223.
- Leber, W.-D. und Wasem, J. (2016): Ambulante Krankenhausleistungen - ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber, J., Geraedts, M.,

- Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart: 3–26.
- Neubauer, G. und Gmeiner, A. (2015): Krankenhausplanung am Scheideweg. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2015: Strukturwandel. Schattauer, Stuttgart.
- Rechel, B., Wright, S., Barlow, J. und McKee, M. (2010): Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows. *Bulletin of the World Health Organization* 88: 632–636.
- Regierungsrat des Kantons Zürich (2014): 799. Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (Änderungen ab 1. Januar 2015).
- Rolland, S. (2005): Krankenhäuser in Deutschland 2003. *Wirtschaft und Statistik* 8: 838–848.
- Schneider, U. (1998): Der Arzt als Agent des Patienten: Zur Übertragbarkeit der Principal-Agent-Theorie auf die Arzt-Patient-Beziehung. *Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere*, 02/1998. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät.
- Schreyögg, J. (2017): Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Schattauer, Stuttgart: 13–25.
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. und Geissler, A. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG Endbericht. Hamburg Center for Health Economics.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2015): Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin.
- Simon, M. (2009): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Sundmacher, L., Schüttig, W. und Faisst, C. (2015): Krankenhausaufenthalte infolge ambulant-sensitiver Diagnosen in Deutschland. Ludwig-Maximilians Universität München, Fachbereich Health Services Management, Fakultät Betriebswirtschaft.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Wagner, E. H., Austin, B. T. und von Korff, M. (1996): Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q* 74(4): 511–544.
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2017): Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.

---

## 7 Inanspruchnahme von Leistungen im stationären Sektor

---

### 7.1 Einleitung

**229.** Die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen hängt von einem breiten Spektrum möglicher Faktoren ab, die bereits seit den 1960er-Jahren mithilfe verschiedener Forschungsansätze systematisiert wurden (Cummings et al. 1980). Im vorliegenden Gutachten wird als Analyserahmen das Verhaltensmodell nach Andersen verwendet, das sich dank seiner vergleichsweise umfassenden Konzipierung international vielfach als Bezugsmodell für die Analyse der Inanspruchnahme bewährt hat. Das Modell wurde seit seiner Einführung Ende der 1960er-Jahre fortwährend weiterentwickelt (Andersen 1968; Andersen 1995; Andersen et al. 2014). Die Darstellung des Modells auf dem Stand des Jahres 2014 erfolgt in Abbildung 7-1 und wird nachfolgend erläutert.

**230.** Das Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hebt zunächst die Kontext- und die individuellen Bedingungen hervor, die jeweils in die drei folgenden Kategorien aufgeteilt sind: Prädisposition, Voraussetzungen und Bedarf. Im Gegensatz zu den individuellen Bedingungen werden die Kontextbedingungen aggregiert betrachtet. Unter dem Begriff Prädisposition werden alle Merkmale zusammengefasst, die sich indirekt auf die Inanspruchnahme auswirken. Dazu gehören im gesamtgesellschaftlichen Kontext demografische (z. B. Alters- und Geschlechtsstruktur der Bevölkerung) und soziale Merkmale (z. B. ethnische Vielfalt oder Bildungs- und Beschäftigungsgrad) sowie die herrschende Grundhaltung der Bevölkerung in Bezug auf kulturelle und gesellschaftspolitische Normen (z. B. Solidaritätsprinzip). Die individuelle Prädisposition bezieht sich auf die individuellen demografischen, genetischen und sozialen Merkmale und auf die persönliche Grundhaltung (z. B. die eigene Einstellung und Kenntnis über Gesundheit und Versorgungseinrichtungen).

**231.** Die kontextbezogenen Voraussetzungen bezeichnen die durch die Gesundheitspolitik geschaffenen Rahmenbedingungen (z. B. eine Praxisgebühr oder ein Hausarztmodell), finanzielle Ressourcen (z. B. Landeshaushalt für Gesundheitsversorgung) und strukturelle Bedingungen (z. B. Art der Trägerschaft, personelle Ausstattung). Die personenbezogenen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen werden nach finanziellen (z. B. Krankenversicherungsstatus) und sozialen Faktoren (z. B. emotionale und informative Unterstützung durch Familienangehörige) unterschieden. Im gesellschaftlichen Kontext wird der

Bedarf indirekt durch Umweltbedingungen (z. B. Luft- und Wasserverschmutzung) oder direkt durch Bevölkerungsindizes (z. B. HIV/AIDS-Prävalenz) approximiert.

**232.** Schließlich wird innerhalb der individuellen Bedingungen nach dem wahrgenommenen Bedarf (z. B. Atemnot als subjektives Empfinden von Atembeschwerden) einerseits und dem durch ein professionelles Urteil objektivierten Bedarf (z. B. Diagnose von Atemnot durch den Arzt mithilfe körperlicher Untersuchungen) andererseits differenziert.

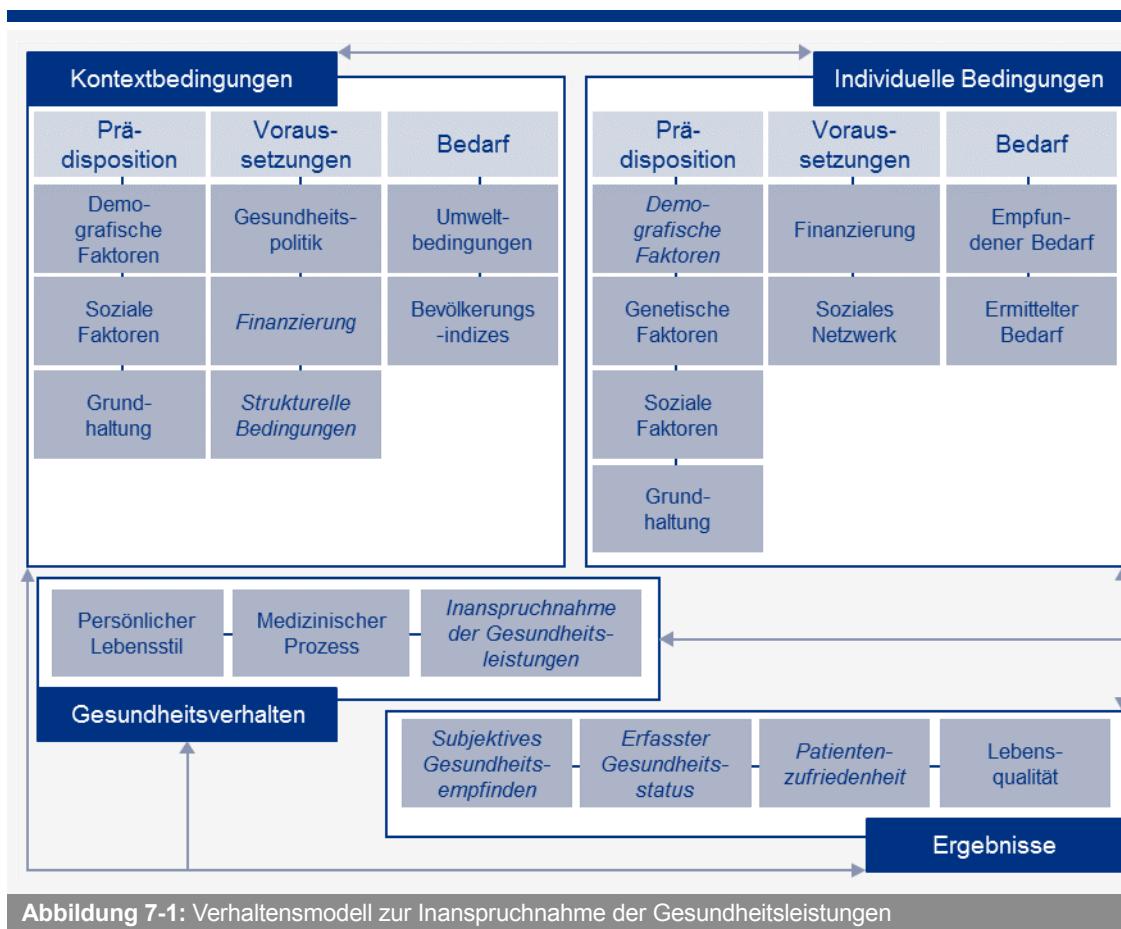


Abbildung 7-1: Verhaltensmodell zur Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen

Die Textmarkierung (kursiv) spiegelt die Faktoren, die innerhalb dieses Kapitels analysiert werden, wider.

Quelle: Andersen et al. (2014). Grafisch angepasst (Übersetzung aus dem Englischen).

**233.** Im Zentrum des Modells stehen das Gesundheitsverhalten und dessen Auswirkung auf die Ergebnisse der Inanspruchnahme. Das Gesundheitsverhalten wird durch den persönlichen Lebensstil (z. B. Ernährung), den medizinischen Prozess (bzw. das Verhalten der Leistungserbringer in der Kommunikation mit dem Patienten) und die persönliche Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen (z. B. Häufigkeit von jährlichen Arztkontakten, Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen) charakterisiert. Die Ergebnisse zeigen sich einerseits im subjektiven Gesundheitsempfinden und im erfassten Gesundheitsstatus und andererseits in der Lebensqualität und der Zufriedenheit. Ein bedeutsamer Teil des Modells ist der Rückkopplungsmechanismus, der mithilfe von Pfeilen in Abbildung 7-1 dargestellt wird. So werden die Ergebnisse durch den Kontext, durch individuelle Bedingungen und durch das Gesundheitsverhalten beeinflusst, wirken sich aber umgekehrt auch auf den Kontext und die individuellen Bedingungen sowie das Gesundheitsverhalten aus.



**234.** Das vorliegende Kapitel liefert Eckdaten zur aktuellen Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in Deutschland und stellt deren Entwicklung seit der Einführung des Diagnosis-Related-Group (DRG)-Systems im Jahr 2004 dar. Das Erkenntnisinteresse gilt insbesondere den auf Basis der Datenverfügbarkeit ausgewählten und in der Abbildung 7-1 kursiv hervorgehobenen individuellen und strukturellen Merkmalen, dem Gesundheitsverhalten sowie den Ergebnissen der Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen. Hierfür wird in Abschnitt 7.2 zunächst auf die Gesamtentwicklung der Inanspruchnahme von vollstationären und nicht vollstationären Behandlungen in deutschen Krankenhäusern eingegangen. Zudem werden die Kontextbedingungen aus dem Verhaltensmodell nach Andersen aufgegriffen und dabei die strukturellen Bedingungen in Bezug auf die Eigenschaften von Krankenhausstrukturen beleuchtet. Der nachfolgende Abschnitt 7.3 widmet sich den individuellen Bedingungen des Verhaltensmodells und gibt die demografischen Faktoren der vollstationären Patienten wieder. Außerdem wird in diesem Abschnitt das Gesundheitsverhalten im Hinblick auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme von vollstationären Gesundheitsleistungen anhand der Anzahl der beanspruchten Diagnosen und Prozeduren beschrieben. Danach werden in Abschnitt 7.4 die Ergebnisse der Inanspruchnahme vonseiten des subjektiven und erfassten Gesundheitsstatus sowie der Patientenzufriedenheit geschildert. Zum Schluss werden in Abschnitt 7.5 die Ergebnisse multivariater Analysen aus der Literatur herangezogen, um die Beziehungen und Wechselwirkungen mehrerer Aspekte des Verhaltensmodells deutlich zu machen und die Determinanten der Inanspruchnahme aufzuzeigen.

**235.** Als Datenquellen wurden die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) sowie die Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes in aggregierter Form herangezogen. Darüber hinaus wurden die Informationen aus den strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V verwendet (G-BA 2017). Qualitätsberichte geben einen Überblick über die Strukturen und Leistungen der Krankenhäuser, so etwa über das Diagnose- und Behandlungsspektrum, die Häufigkeit einer Behandlung und die Personalausstattung. Außerdem werden Indikatoren zur externen Qualitätssicherung auf der Krankenhausebene darin dargestellt. Zur Analyse der Veränderung der Ergebnisse des externen Qualitätssicherungsverfahrens auf der Bundesebene wurde die Bundesauswertung vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) genutzt (IQTIG 2018). Zur Darstellung der Ergebnisqualität nicht nur während des Krankenhausaufenthaltes, sondern auch danach wurden die Daten aus dem Projekt zur Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) herangezogen (WIdO 2018). Des Weiteren wurden die Informationen über Patientenzufriedenheit aus der Befragung der „Weissen Liste“ verwendet (Weisse Liste 2017a). Zuletzt wurden die regionalen Faktoren mithilfe der Indikatoren zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR) des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erhoben (BBSR 2018).

## 7.2 Krankenhausstruktur

### 7.2.1 Behandlungsformen und deren Gesamtentwicklung in Krankenhäusern

**236.** Die medizinisch-technische und gesundheitspolitische Entwicklung hat dazu geführt, dass die Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus zunehmend über die klassische vollstationäre Behandlung hinausgehen. Das Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus umfasst neben der vollstationären Behandlung auch teilstationäre, vor- und nachstationäre, pseudostationäre sowie ambulante Behandlungsformen (zur Ambulantisierung in Krankenhäusern siehe Abschnitt 6.3). Die Abgrenzung zwischen den einzelnen Behandlungsformen ist oft problematisch (Hedermann 2014) und wird im Folgenden kurz dargelegt.

**237.** Eine vollstationäre, d. h. ganztägige Aufnahme erfordert eine Prüfung durch das Krankenhaus, ob das Behandlungsziel nicht mithilfe anderer, weniger kostenintensiver Behandlungsformen wie der ambulanten Versorgung erreicht werden kann. Die teilstationäre Behandlungsform erfordert eine teilweise Eingliederung in die Behandlungsabläufe der jeweiligen Krankenhausstation, die Infrastruktur des Krankenhauses wird dabei zeitlich eingeschränkt mit einer Dauer von weniger als 24 Stunden und regelmäßig wiederholt in Anspruch genommen. Die häufigsten Beispiele für teilstationäre Behandlungen sind Dialyse und Chemotherapie sowie die Unterbringung der Patienten in Tages- und Nachtkliniken. Bei den vor- und nachstationären Behandlungsformen handelt es sich um grundsätzlich ambulante Behandlungsformen, die zeitlich und inhaltlich mit einer vollstationären Behandlung zusammenhängen (z. B. Laboruntersuchungen zur Operationsvorbereitung oder notwendige Untersuchungen nach der Operation). Am häufigsten werden die vor- und nachstationären Behandlungsformen in den Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin in Anspruch genommen (Bölt 2018). Die pseudostationären Behandlungen sind sogenannte Stundenfälle, bei denen Aufnahme- und Entlassungstag identisch sind. Ambulante Operationen können gemäß § 115b SGB V von den Krankenhäusern erbracht werden, die ihre Teilnahme am ambulanten Operieren gegenüber den Krankenkassen anzeigen. Sonstige ambulante Behandlungen umfassen Bereiche wie die Ergänzung der kassenärztlichen Versorgung, Ambulanzen für spezielle Patientengruppen und besondere Versorgungsformen (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung).

**238.** Die Entwicklung einiger nach Datenverfügbarkeit ausgewählter Behandlungsformen seit dem Jahr 2007 ist in Abbildung 7-2 dargestellt. Die Zahl der vollstationären Fälle ist im Zeitraum von 2007 bis 2016 von 17,2 Millionen auf 19,5 Millionen um 13,4 % erheblich gestiegen. Dagegen sind die nicht vollstationären Behandlungsfälle in absoluten Zahlen immer noch verhältnismäßig gering geblieben, obgleich ein erheblicher Wachstumstrend bei den Behandlungsformen, die mit der vollstationären Behandlung zusammenhängen (d. h. vor- und nachstationäre Behandlungen), erkennbar ist. Demnach stieg die Gesamtzahl der vor- und nachstationären Behandlungsformen von 3,5 Millionen im Jahr 2007 um über 60 % auf 5,7 Millionen im Jahr 2016. Bei den teilstationären Behandlungsformen ist ein Anstieg von jeweils 0,6 Millionen auf 0,8 Millionen Fälle zu verzeichnen. Die Anzahl der ambulanten Operationen ist in diesem Zeitraum um 0,3 Millionen auf 2,0 Millionen Fälle gestiegen.

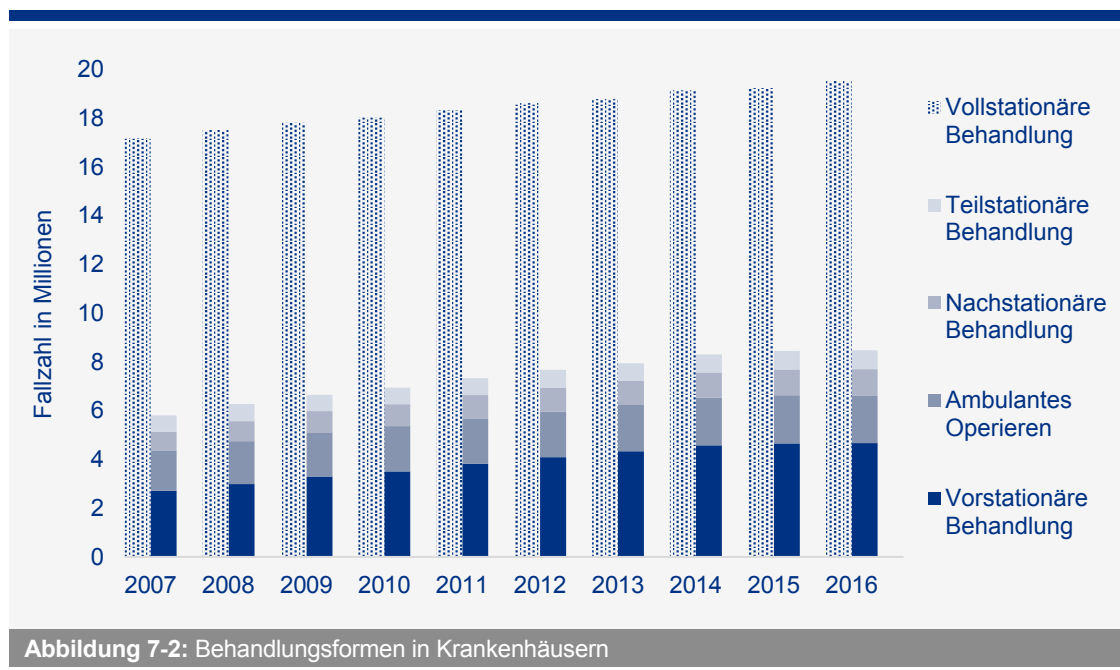
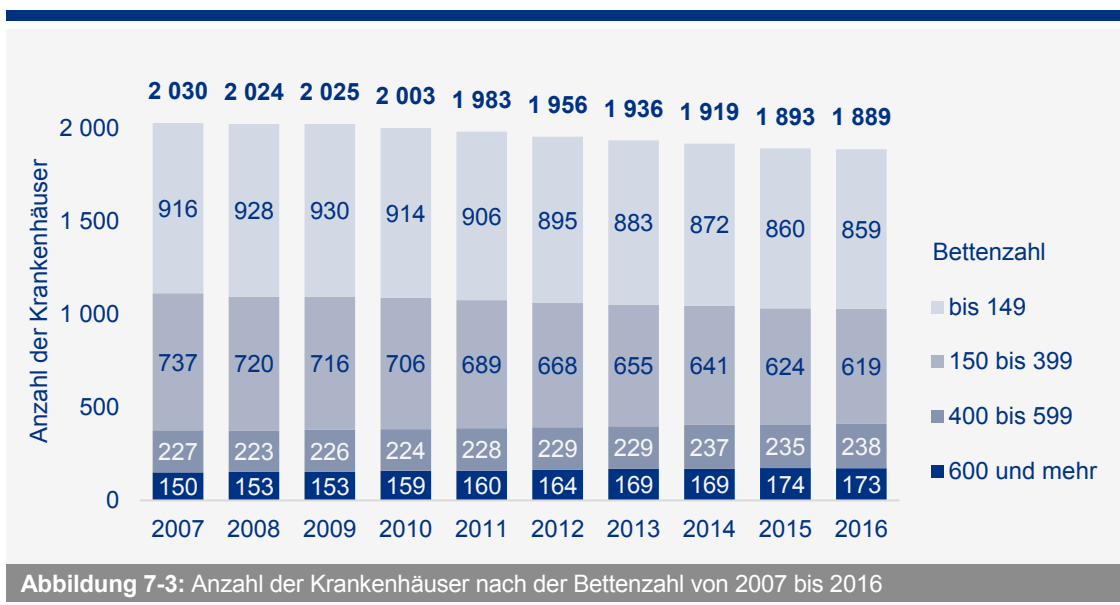


Abbildung 7-2: Behandlungsformen in Krankenhäusern

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018c).

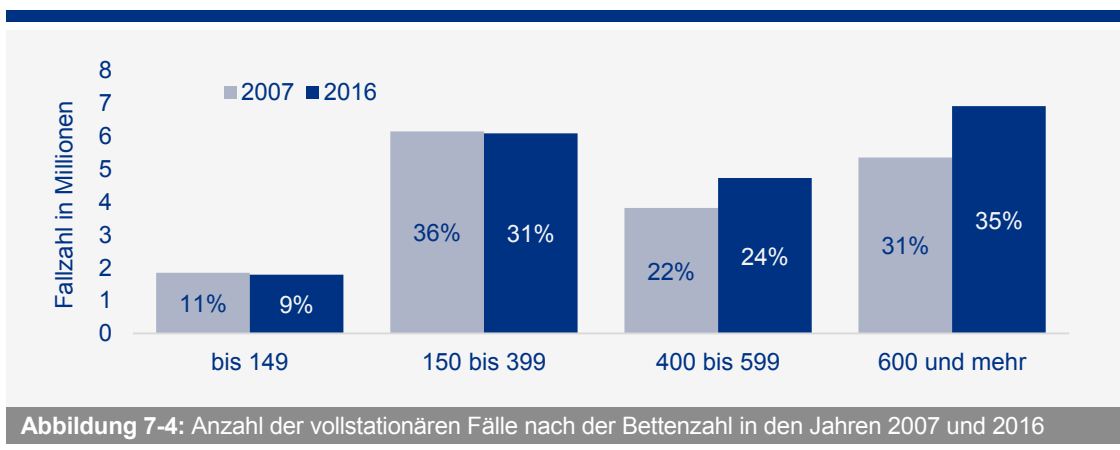
### 7.2.2 Krankenhausgröße

**239.** Wie in Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung dargestellt, ist in den letzten zehn Jahren ein anhaltender Rückgang der Anzahl von Krankenhäusern zu beobachten. Im Jahr 2016 gab es in Deutschland 1 889 Krankenhäuser und damit 141 (7 %) Einrichtungen weniger als im Jahr 2007. Der Rückgang lässt sich nicht allein auf Schließungen zurückführen, sondern auch Krankenhausfusionen reduzieren rein formal die Zahl der Einrichtungen, obwohl sie als Betriebsstätten weiterhin existieren. Dabei werden fusionierte Einrichtungen nach dem Zusammenschluss einer höheren Größenklasse zugeordnet. Diese Entwicklung spiegelt sich in dem Anstieg der Zahl großer Einrichtungen mit 600 und mehr Betten von 150 im Jahr 2007 auf 173 im Jahr 2016 (+15 %) und der Zahl von allgemeinen Krankenhäusern in der Größenklasse zwischen 400 und 599 Betten von 227 auf 238 (+5 %) im gleichen Zeitraum wider (siehe Abbildung 7-3). Gleichzeitig nahm die Zahl der Krankenhäuser in der Größenklasse zwischen 150 und 399 Betten von 737 im Jahr 2007 auf 619 im Jahr 2016 (-16 %) und die Zahl der kleinen Krankenhäuser (unter 150 Betten) von 916 auf 859 (-6 %) im Beobachtungszeitraum wesentlich ab. Die Gesamtzahl der Betten in Krankenhäusern mit 400 und mehr Betten ist dabei von 259 000 im Jahr 2007 auf 286 000 im Jahr 2016 (+10,9 %) gestiegen. Die Anzahl der Betten in Krankenhäusern mit unter 400 Betten ist hingegen von 251 000 auf 213 000 (-14,5 %) gesunken (Destatis 2018c).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018c).

**240.** Gemessen an der Anzahl der Behandlungsfälle hatten im Jahr 2007 die allgemeinen Krankenhäuser in der Größenklasse zwischen 150 und 399 Betten mit 36 % einen maßgeblichen Anteil am gesamten Patientenvolumen in der vollstationären Versorgung (siehe Abbildung 7-4). Im Jahr 2016 waren es aber Krankenhäuser mit über 600 Betten, die die meisten Patienten (35 %) vollstationär behandelten. In absoluten Zahlen ist ein Anstieg von 9,7 Millionen Fällen im Jahr 2007 auf 10,8 Millionen Fälle im Jahr 2016 (+8,5 %) in Krankenhäusern mit unter 400 Betten und von 22,1 Millionen auf 26,4 Millionen (+17,4 %) in Krankenhäusern mit über 400 Betten zu verzeichnen.



Die Prozentzahlen stellen den Anteil an allen Behandlungsfällen im betreffenden Jahr dar.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018c).

**241.** Die Bettenzahl ist eine wichtige Kenngröße und Planungsgrundlage für die an der Krankenhausfinanzierung beteiligten Institutionen (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung). Die regionale Verteilung von Krankenhäusern verschiedener Größenklassen unterscheidet sich maßgeblich nach Bundesland. So wurden im Jahr 2016 in Hamburg mehr als die Hälfte aller Patienten in Krankenhäusern mit über 600 Betten vollsta-

tionär behandelt (siehe Abbildung 7-5). Im Saarland wurde dagegen knapp die Hälfte aller Patienten in Krankenhäusern der Größenklasse zwischen 150 und 400 Betten versorgt. Die Versorgung von Patienten in den kleinen Krankenhäusern (150 und weniger Betten) war bundesweit in Bayern und Niedersachsen mit einem Anteil von 14,2 % bzw. 13,2 % am meisten verbreitet.

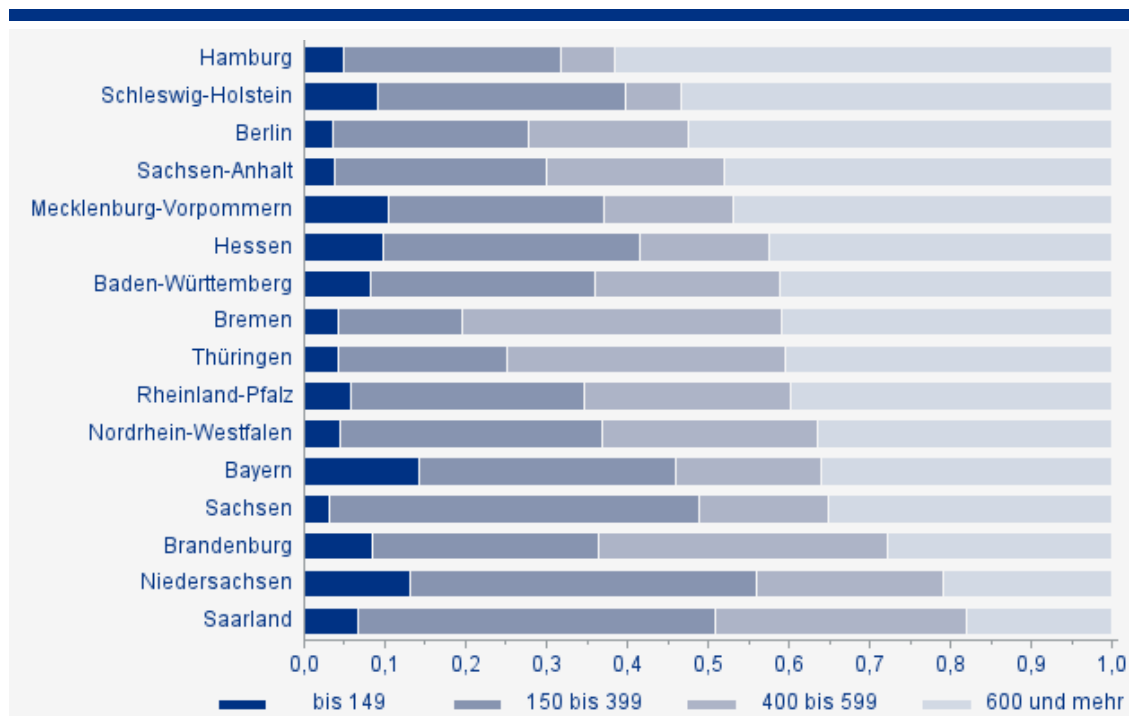


Abbildung 7-5: Regionale Verteilung der vollstationären Behandlungsfälle differenziert nach der Krankenhausgröße im Jahr 2016

Absteigend sortiert nach Anteil der Behandlungsfälle in Krankenhäusern mit 600 und mehr Betten.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von G-BA (2018).

### Mindestmengen

**242.** Insgesamt lässt sich festhalten, dass die deutsche Krankenhauslandschaft durch einen relativ hohen Anteil von kleinen und mittleren Krankenhäusern charakterisiert ist. In anderen Ländern (z. B. in den skandinavischen Ländern) ist dagegen ein Trend zur Konzentration der Leistungserbringung an wenigen Krankenhausstandorten zu verzeichnen (Henriksen 2017; Johannessen et al. 2017; Saltman/Teperi 2016). Durch eine verstärkte Konzentration und eine damit einhergehende höhere Spezialisierung der Leistungserbringung wird angestrebt, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern und einen effizienten Ressourceneinsatz zu befördern.

**243.** In Deutschland legt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) seit dem Jahr 2004 Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen außergewöhnlich schwieriger und gefährlicher Operationen fest (§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V), da diese besonders qualifiziertes Personal und eine bestimmte Ausstattung erfordern. Diese Mindestanforderungen haben zum Ziel, an zentralen Stellen optimale strukturelle Voraussetzungen für spezifische Leistungen zu schaffen, und begünstigen somit Spezialisierungstendenzen der Krankenhäuser. Solche Mindestanforderungen gibt es z. B. in der Kinderonkologie und

der Kinderherzchirurgie, bei der Behandlung von Bauchaortenaneurysmen, bei minimalinvasiven Herzklappeninterventionen und bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen.

**244.** Neben den Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gibt es auch Mindestmengenvorgaben für einen Katalog planbarer Leistungen (§ 136b Abs. 1 SGB V). Diese Vorgaben zielen explizit darauf, die Qualität des Behandlungsergebnisses zu steigern. Die derzeit geltenden Mindestmengenvorgaben in sieben Leistungsbereichen (z. B. Herzchirurgie, Leber-, Nieren- und Stammzelltransplantation) beziehen sich auf die Fallzahl des den Eingriff durchführenden Krankenhauses. Arztbezogene Mindestmengen, wie im Jahr 2004 zunächst für Eingriffe am Ösophagus und am Pankreas vorgegeben, gelten seit dem Jahr 2006 nicht mehr. Durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde das Instrument der Mindestmengen weiterentwickelt. So muss der Krankenhausträger gegenüber den Krankenkassen jährlich nachweisen, dass die Mindestmenge im jeweils nächsten Kalenderjahr höchstwahrscheinlich erreicht wird, andernfalls besteht kein Vergütungsanspruch.

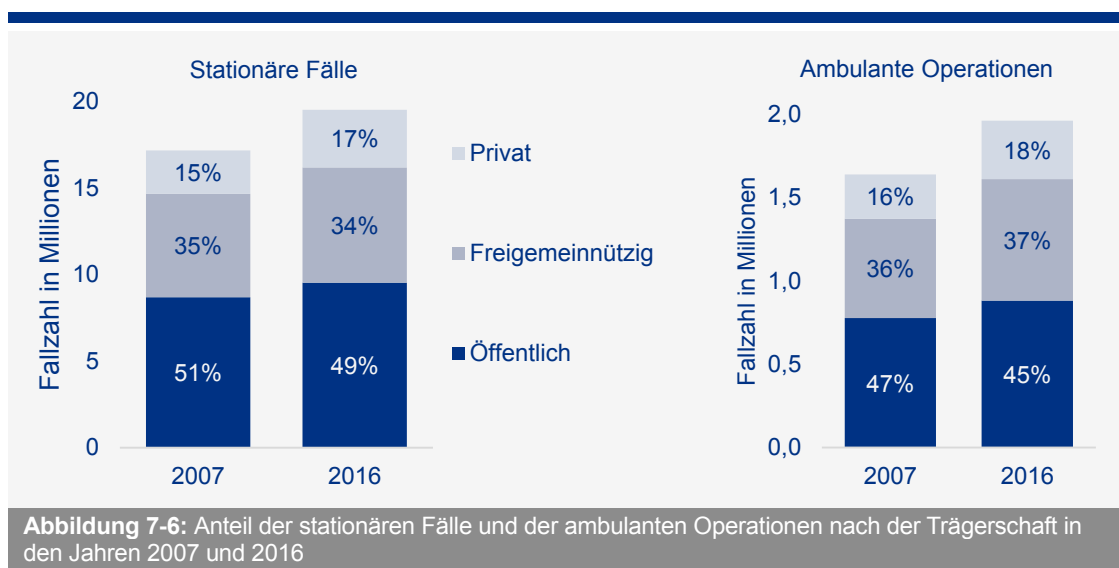
**245.** Hintergrund für die Einführung von Mindestmengen ist die Annahme, dass die Häufigkeit der durchgeführten Eingriffe und die Qualität des Behandlungsergebnisses voneinander abhängig sind. Den Zusammenhang zwischen der erbrachten Fallmenge und der Versorgungsqualität belegen zahlreiche internationale Studien (siehe Übersichtsarbeiten von Morche et al. (2016), Pieper et al. (2013), Reames et al. (2014)). Dieser Zusammenhang ist jedoch von dem jeweiligen Leistungsbereich und von der Betrachtungsebene (Krankenhaus oder Arzt) abhängig. Zudem sind konkrete Mindestmengen schwierig abzuleiten, zumal die Behandlungsergebnisse einzelner Krankenhäuser oder Ärzte mit kleiner Fallzahl aufgrund einer zu geringen Stichprobengröße schwer zu bewerten sind.

**246.** Bisherige Studien zur Mindestmengeneinführung in Deutschland zeigten eine anhaltende Tendenz zum Nichterreichen von Mindestmengenvorgaben (Peschke et al. 2014). So haben im Jahr 2011 rund 4,5 % aller Eingriffe, auf die die Mindestmengenregelungen anzuwenden waren, in Krankenhäusern mit Fallzahlen unter Mindestmengenvorgaben stattgefunden. Der Anteil der Krankenhäuser, die die Mindestmengenvorgaben nicht erfüllten, ist nur im Leistungsbereich „Komplexe Pankreaseingriffe“ signifikant von 64,6 % auf 48,7 % zurückgegangen. In den anderen Leistungsbereichen hat sich dieser Anteil über den Zeitraum von 2005 bis 2011 nicht signifikant verändert und lag im Jahr 2011 mit 68 % im Leistungsbereich „Komplexe Ösophaguseingriffe“ am höchsten. Eine beabsichtigte Zentralisierung der Leistungserbringung ist damit nicht zu verzeichnen. Die jüngste Untersuchung zur Ergebnisqualität zeigte in bestimmten Leistungsbereichen eine signifikant geringere Mortalität bei Eingriffen in Krankenhäusern, die die Mindestmengenvorgabe erreichten (Nimptsch et al. 2017). Diese Leistungsbereiche umfassten Eingriffe am Ösophagus und am Pankreas, Nierentransplantationen<sup>65</sup> und Knietotalendoprothesen. Bei Lebertransplantationen und Stammzelltransplantationen bestätigte sich dieser Zusammenhang dagegen nicht.

<sup>65</sup> Bei den Nierentransplantationen zeigt allerdings die sekundäre Auswertung der Daten der Qualitätssicherung nach § 137a SGB V keine Hinweise, dass Zentren mit niedrigen Transplantationszahlen eine geringere Qualität aufweisen (Krämer et al. 2018). Das gilt auch in Bezug auf Berichte der Prüfungs- und Überwachungskommission der Bundesärztekammer (BÄK 2018).

### 7.2.3 Art der Trägerschaft

**247.** Auch bei den Krankenhausträgern vollzieht sich ein allmählicher Strukturwandel. Wie Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung zeigt, reduzierte sich die Zahl der öffentlichen und gemeinnützigen Einrichtungen in den letzten zehn Jahren kontinuierlich, während die Zahl der privaten Einrichtungen weiter anstieg. Im Hinblick auf die Entwicklung der Verteilung der vollstationären Behandlungsfälle im Zeitraum von 2007 bis 2016 sank der Anteil der Fälle bei öffentlichen Einrichtungen von 51 % auf 49 % und bei freigemeinnützigen Einrichtungen von 35 % auf 34 %, der Anteil der vollstationären Behandlungsfälle in den privaten Einrichtungen wuchs dabei von 15 % auf 17 % (siehe Abbildung 7-6). Bei der Verteilung der ambulanten Operationen zwischen den Anbietern verschiedener Trägerschaften stieg der relative Anteil der privaten und gemeinnützigen Einrichtungen, bei letzteren von 36 % auf 37 %.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018c).

**248.** Die Inanspruchnahme von vollstationären Leistungen nach Trägerschaft der Einrichtung unterscheidet sich regional (siehe Abbildung 7-7). In Bayern wurden im Jahr 2016 die meisten vollstationären Patienten in öffentlichen Krankenhäusern behandelt. In Hamburg wurden dagegen bundesweit die wenigsten Patienten in öffentlichen Krankenhäusern und die meisten Patienten in privaten Einrichtungen behandelt. In Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen wurden jeweils mehr als 50 % der Patienten in freigemeinnützigen Krankenhäusern behandelt.

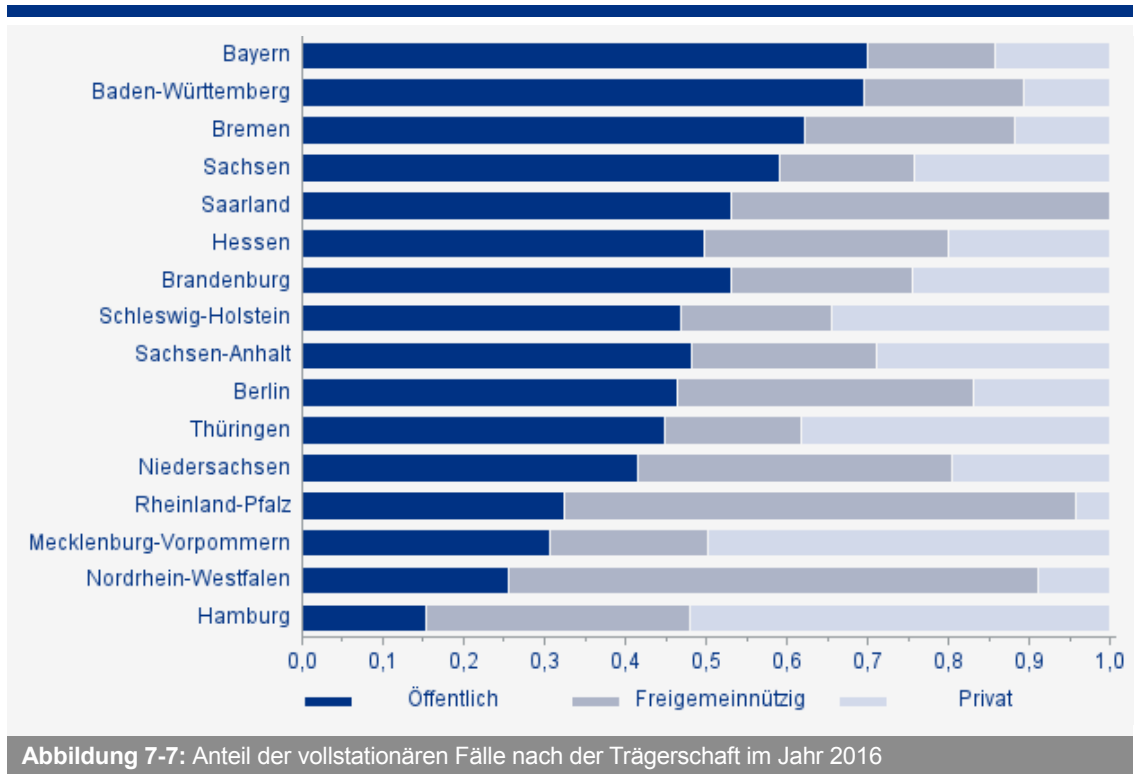
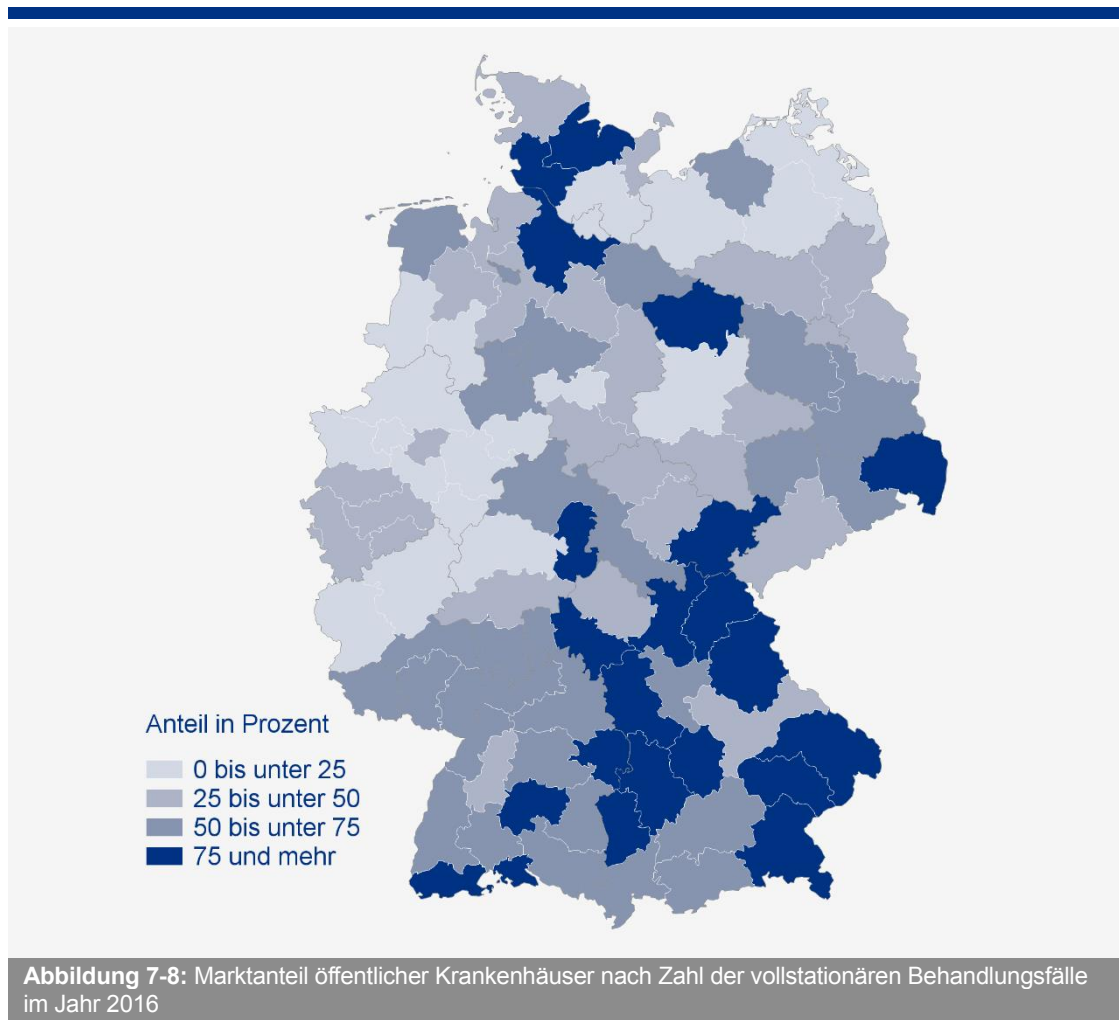


Abbildung 7-7: Anteil der vollstationären Fälle nach der Trägerschaft im Jahr 2016

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von G-BA (2018).

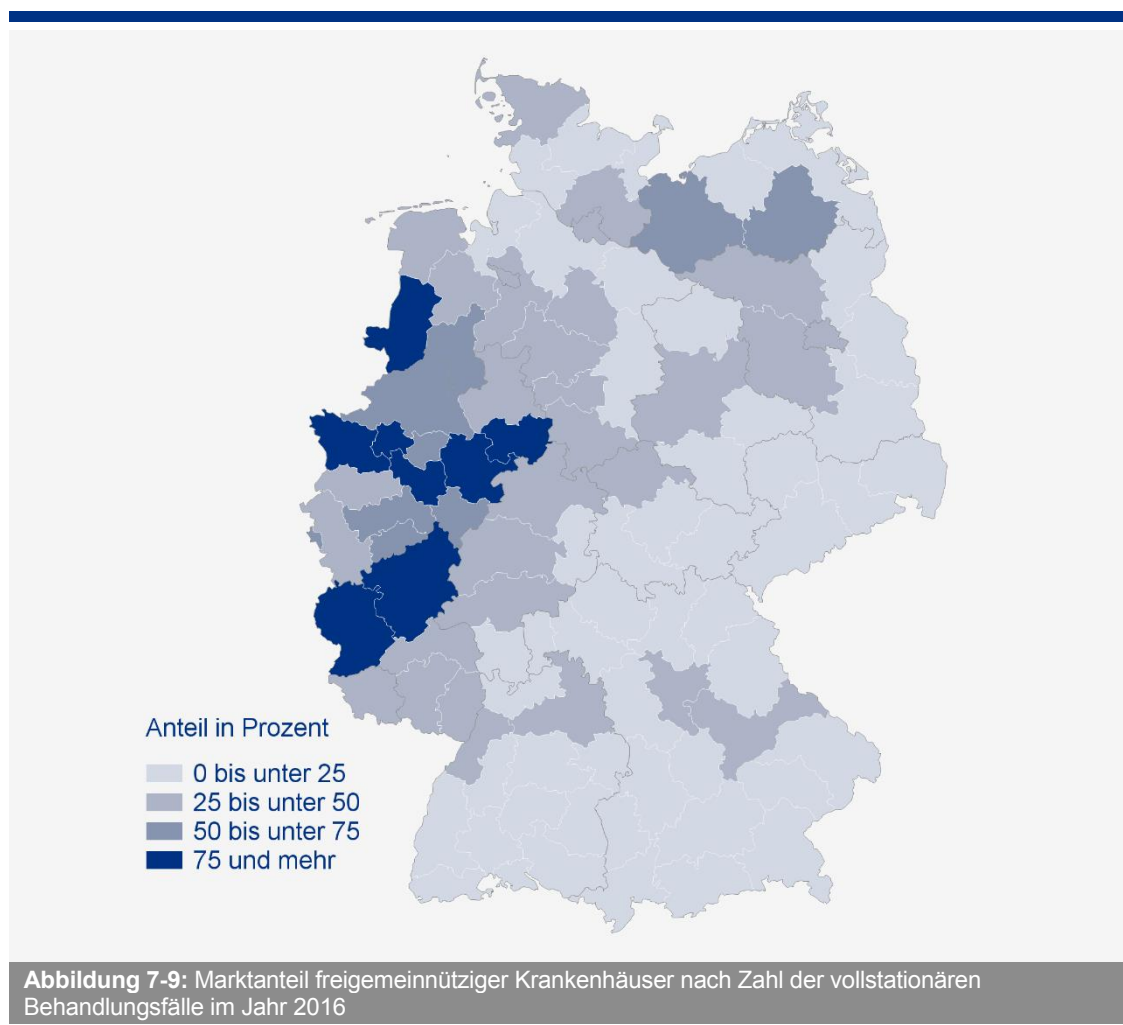


**249.** Deutliche Unterschiede der Inanspruchnahme nach der Art der Trägerschaft sind auch innerhalb der Bundesländer zu verzeichnen. Der Marktanteil öffentlicher Krankenhäuser gemessen an der Zahl der vollstationären Behandlungsfälle in den 96 Raumordnungsregionen ist in Abbildung 7-8 dargestellt. Im Durchschnitt lag der Marktanteil öffentlicher Krankenhäuser im Jahr 2016 bei 46,8 %. Der Marktanteil öffentlicher Krankenhäuser fiel in Süddeutschland und in Teilen Niedersachsens, Sachsens, Sachsen-Anhalts und Schleswig-Holsteins besonders hoch aus.



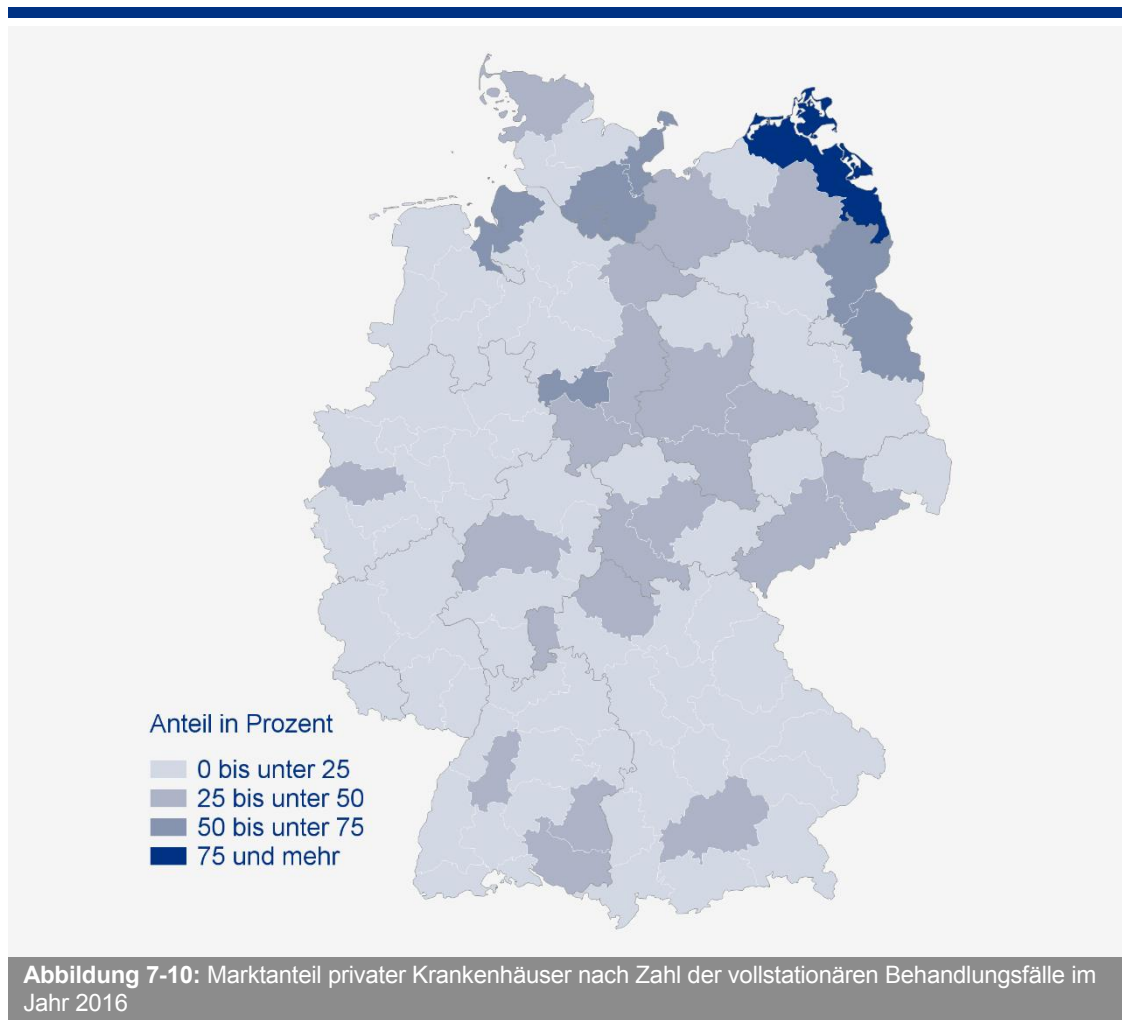
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von G-BA (2018).

**250.** Die regionale Verteilung der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen in freigemeinnützigen Einrichtungen ist in Abbildung 7-9 dargestellt. Der Marktanteil gemeinnütziger Krankenhäuser betrug im Jahr 2016 im Bundesdurchschnitt 30,8 %. Die Raumordnungsregionen, in denen über die Hälfte der vollstationären Behandlungen in freigemeinnützigen Einrichtungen vorgenommen wurden, befinden sich in Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt.



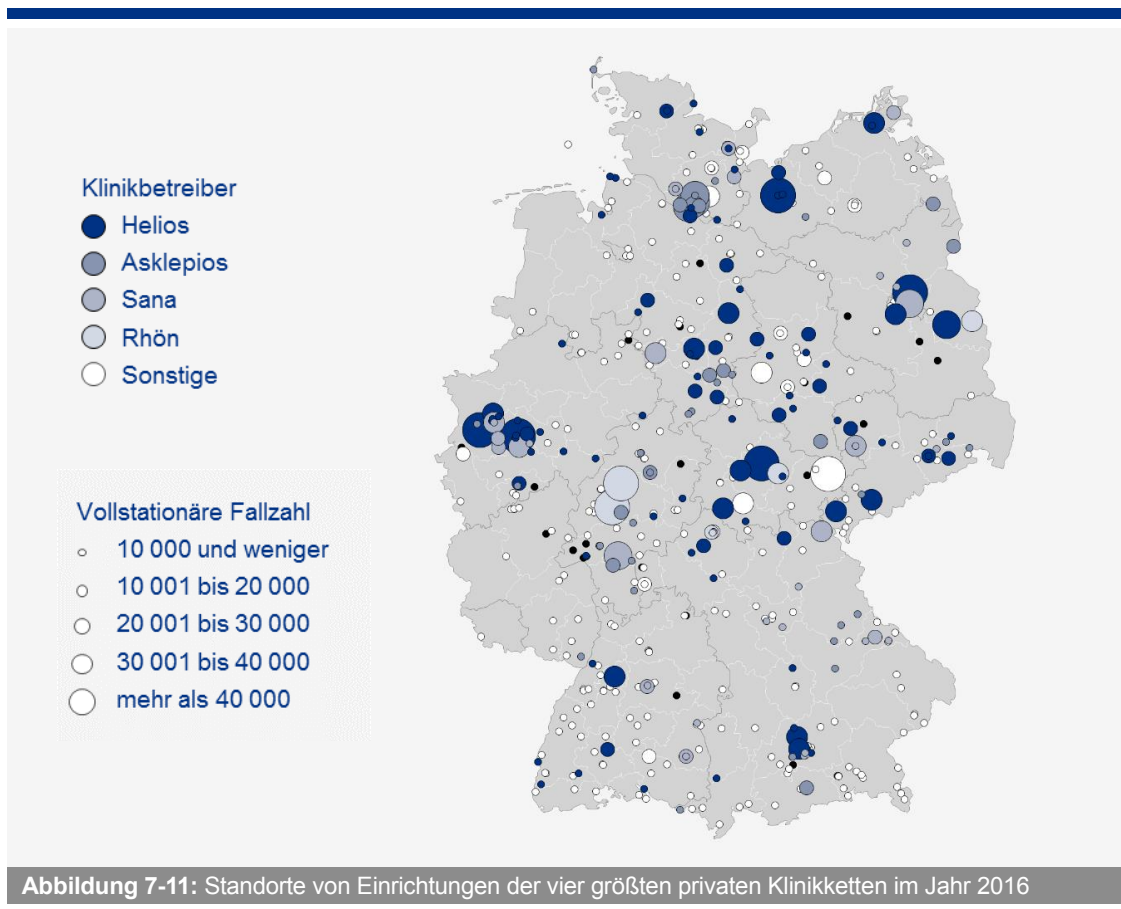
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von G-BA (2018).

**251.** Der Marktanteil privater Krankenhäuser ist in Abbildung 7-10 dargestellt. Über alle Raumordnungsregionen hinweg lag der Anteil privater Krankenhäuser im Jahr 2016 bei 22,4 %. Die Karte verdeutlicht den überdurchschnittlichen Marktanteil privater Krankenhäuser in Ostdeutschland, Hamburg und in Teilen Niedersachsens, Schleswig-Holsteins, Hessens, Bayerns und Baden-Württembergs.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von G-BA (2018).

**252.** Die vier größten privaten Klinikketten – Helios, Asklepios, Sana und Rhön – hatten im Jahr 2016 insgesamt einen Anteil von 66,7 % an den in privaten Krankenhäusern vollstationär behandelten Patienten. Dabei wurden die meisten Patienten (1,2 Millionen) in den Helios-Kliniken an 98 Standorten vollstationär behandelt, gefolgt von Asklepios (0,5 Millionen an 50 Standorten), Sana (0,4 Millionen an 40 Standorten) und Rhön (0,2 Millionen an 7 Standorten; siehe Abbildung 7-11). Besonders auffällig ist dabei die hohe Anzahl der Standorte, an denen im Jahr 2016 weniger als 10 000 Patienten vollstationär behandelt wurden. Mit wenigen Ausnahmen gehören die meisten privaten Standorte, an denen über 10 000 Patienten behandelt wurden, einer der vier größten privaten Klinikketten. Während in den Einrichtungen der vier größten Klinikketten im Durchschnitt 11 669 Patienten pro Standort vollstationär behandelt wurden (Median = 8 102), betrug die durchschnittliche Zahl der vollstationären Behandlungen bei sonstigen privaten Klinikbetreibern 3 249 pro Standort (Median = 1 658).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von G-BA (2018).

#### 7.2.4 Fachabteilungen

**253.** Abbildung 7-12 stellt die Inanspruchnahme von vollstationären Krankenhausleistungen differenziert nach allgemeinen<sup>66</sup> Fachabteilungen dar. Wie im Jahr 2007 waren auch

<sup>66</sup> Psychiatrische Fachabteilungen werden in Kapitel 16 zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen betrachtet.

im Jahr 2016 die Fachabteilungen für Innere Medizin die patientenstärksten in Deutschland. Rund 7 Millionen Fälle waren im Jahr 2016 den Fachabteilungen für Innere Medizin zuzuordnen, was einem Anteil von rund 36,4 % an allen Fällen in allgemeinen Fachabteilungen entsprach. Im Vergleich zu 2007 hat sich die Anzahl dieser Fälle um 18,2 % erhöht. Die mittlere Verweildauer in den Fachabteilungen für Innere Medizin hat sich in diesem Zeitraum von 7,7 Tagen auf 6,5 Tage und somit um 15,6 % reduziert. Die mittlere Verweildauer über alle Fachabteilungen hinweg ist dabei von 8,3 Tagen im Jahr 2007 auf 7,3 Tage im Jahr 2016 (um 13,7 %) gesunken.

**254.** Die Fachabteilungen für Chirurgie waren im Jahr 2016 mit rund 4 Millionen Fällen die zweitgrößten in Deutschland und haben einen Anstieg der Fallzahl von 10,0 % gegenüber dem Jahr 2007 erlebt. Die mittlere Verweildauer in den Fachabteilungen für Chirurgie ist in diesem Zeitraum von 8,4 Tagen auf 6,9 Tage um 17,9 % gesunken.

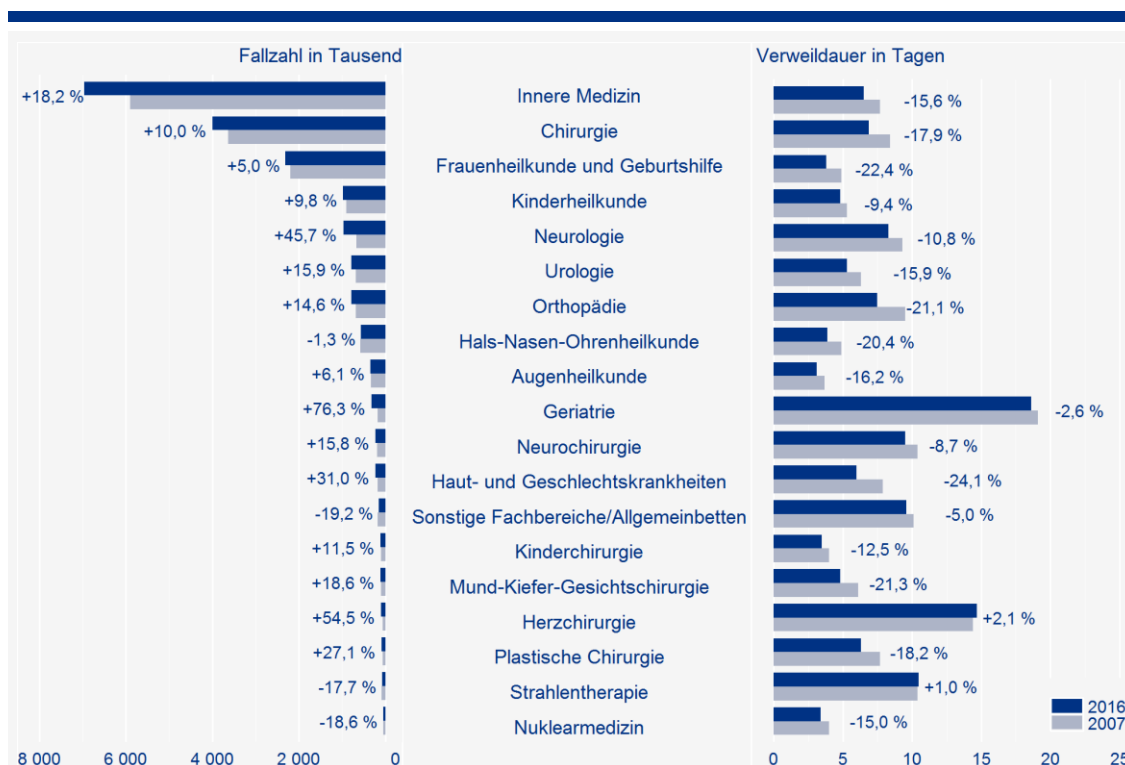


Abbildung 7-12: Fallzahl und mittlere Verweildauer nach Fachabteilungen in den Jahren 2007 und 2016

Die Prozentangaben stellen die Veränderung der Fallzahlen von 2007 bis 2016 dar.

Das Statistische Bundesamt definiert Fachabteilungen gemäß der Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung des leitenden Arztes bzw. der leitenden Ärztin.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018c).

**255.** Die Fachabteilungen für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde gehören mit der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin zu den wenigen Fachabteilungen, in denen in den letzten zehn Jahren ein Rückgang der Fallzahl festzustellen war. So ist die Anzahl der Fälle in den Fachabteilungen für Strahlentherapie und für Nuklearmedizin um 17,7 % bzw. 18,6 % zurückgegangen, allerdings ist der gesamte Anteil dieser Fälle mit 0,6 % an allen allgemeinen Fachabteilungen relativ gering. Der Rückgang ist möglicherweise auf die Tatsache zurückzuführen, dass sowohl in der Strahlentherapie als auch in der Nuklearmedizin vermehrt Untersuchungen und Behandlungen in den ambulanten Bereich verlagert werden (Krüll/Debatin 2013).

**256.** Als weitere bemerkenswerte Veränderungen in den letzten zehn Jahren sind die starken Anstiege der Fallzahl in den Fachabteilungen für Geriatrie, Herzchirurgie und Neurologie von 76,3 %, 54,5 % bzw. 45,7 % zu erwähnen. Diese Fachabteilungen haben tendenziell viele ältere Patienten. Außerdem ist in den Fachabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten ein erheblicher Anstieg der Fallzahl um 31,0 % zu verzeichnen. Dieser Anstieg ist insbesondere auf die Zunahme von bösartigen Neubildungen der Haut (um 38,1 %), von Infektionen, die vorwiegend durch Geschlechtsverkehr übertragen werden (um 19,9 %), und von Krankheiten der Haut und der Unterhaut (um 26,1 %) zurückzuführen (Destatis 2018b).

**257.** In fast allen Fachabteilungen hat ein Rückgang der Verweildauer stattgefunden. In den Fachabteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten ist dieser Rückgang mit 24,1 % am größten. Der oben erwähnte Anstieg der Fallzahl in diesen Fachabteilungen bei gleichzeitigem Rückgang der Verweildauer resultiert in einer quasi unveränderten Anzahl der Belegungstage (+0,4 %). In den Fachabteilungen für Herzchirurgie und für Strahlentherapie ist dagegen ein Anstieg der mittleren Verweildauer um 2,1 % bzw. 1,0 % zu beobachten. Es ist denkbar, dass der Anstieg der mittleren Verweildauer in den Fachabteilungen für Herzchirurgie mit der Veränderung der Patientenstruktur in diesen Fachabteilungen zusammenhängt, da der Anteil von Patienten im Alter von 80 Jahren und älter von 9,8 % im Jahr 2007 auf 12,9 % im Jahr 2016 erheblich gestiegen ist (Destatis 2018b).

**258.** Es ist zu beachten, dass für die statistische Fachabteilungsabgrenzung die Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung des sie leitenden Arztes bzw. der sie leitenden Ärztin maßgeblich ist. Wenn also beispielsweise eine Unfallchirurgin eine Abteilung für Kinderchirurgie leitet, dann werden die Fälle dort zur Unfallchirurgie und nicht zur Kinderchirurgie gezählt. Das Statistische Bundesamt schätzt aber die Abweichung zur Fachabteilungsbezeichnung in den Einrichtungen als sehr gering ein. Zudem könnten die Veränderungen der Fallzahlen im zeitlichen Verlauf auf die Veränderungen in der Zuordnung der Subdisziplinen und auf die Veränderungen im Behandlungsspektrum der Fachabteilungen zurückzuführen sein.

## 7.3 Demografische und Morbiditätsstruktur der Patienten

### 7.3.1 Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten

**259.** Im Jahr 2016 waren von den insgesamt 20,0 Millionen Patienten, die vollstationäre Krankenhausleistungen in Anspruch genommen haben, rund 52,4 % weiblich und 47,6 % männlich (Destatis 2018b). Im Jahr 2007 entfielen von den insgesamt 17,5 Millionen Fällen 53,4 % auf Frauen und 46,6 % auf Männer. Bezogen auf die altersstandardisierte Bevölkerung wurden im Jahr 2016 etwa 24 Frauen und 23 Männer je 100 Einwohner vollstationär behandelt. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist ein Anstieg von 7,3 % bzw. 6,6 % in der altersstandardisierten Fallzahl je 100 Einwohner von Frauen bzw. Männern zu verzeichnen.

**260.** Abbildung 7-13 veranschaulicht die Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten, die in den Jahren 2007 und 2016 vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden. Bei einer genaueren Betrachtung der standardisierten Alters- und Geschlechtsstruktur der Patienten in den Jahren 2007 und 2016 zeigt sich, dass in den meisten Altersgruppen mehr Männer als Frauen vollstationär behandelt wurden. Bei den 15- bis 44-Jährigen werden zwar mehr Frauen als

Männer behandelt, dies ist jedoch auf Fälle zurückzuführen, bei denen es sich um Schwangerschaften und Geburten handelte. Die bedeutsamste Entwicklung ist vor allem der Anstieg der Fallzahl um knapp 4 je 100 Einwohner bei Frauen und um knapp 5 je 100 Einwohner bei Männern in der Altersgruppe der 75-jährigen und älteren Patienten. Zudem ist eine bedeutsame Zunahme der Fallzahl um knapp 3 je 100 Einwohner bei den 25- bis 44-jährigen Frauen zu beobachten.<sup>67</sup>

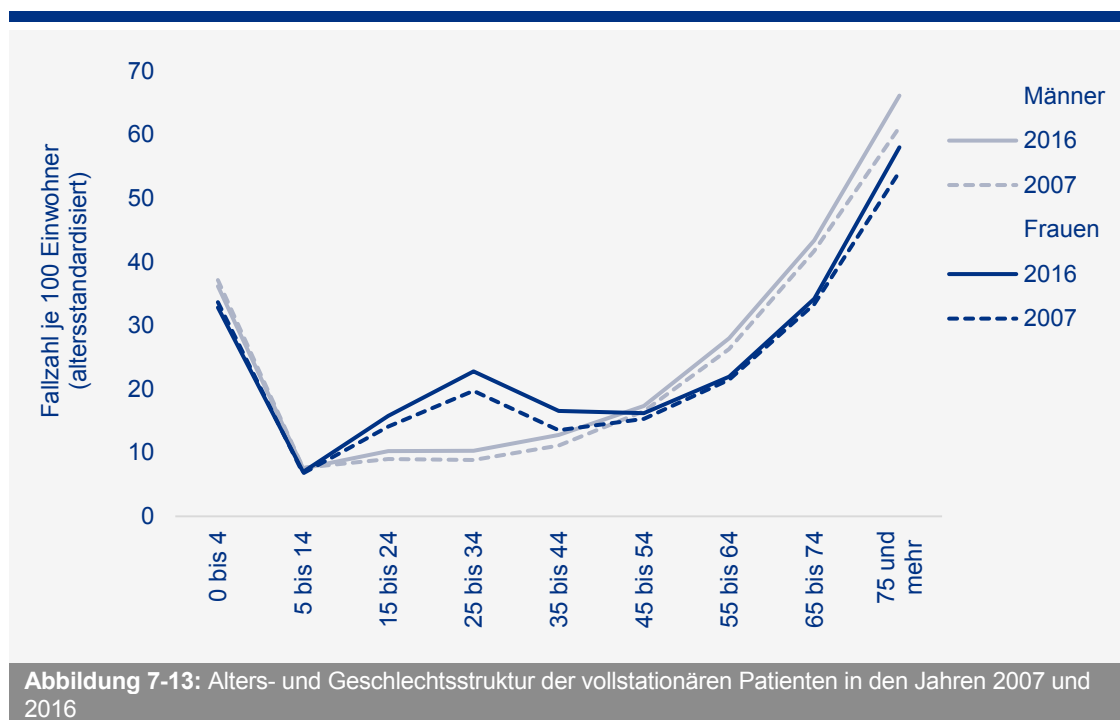


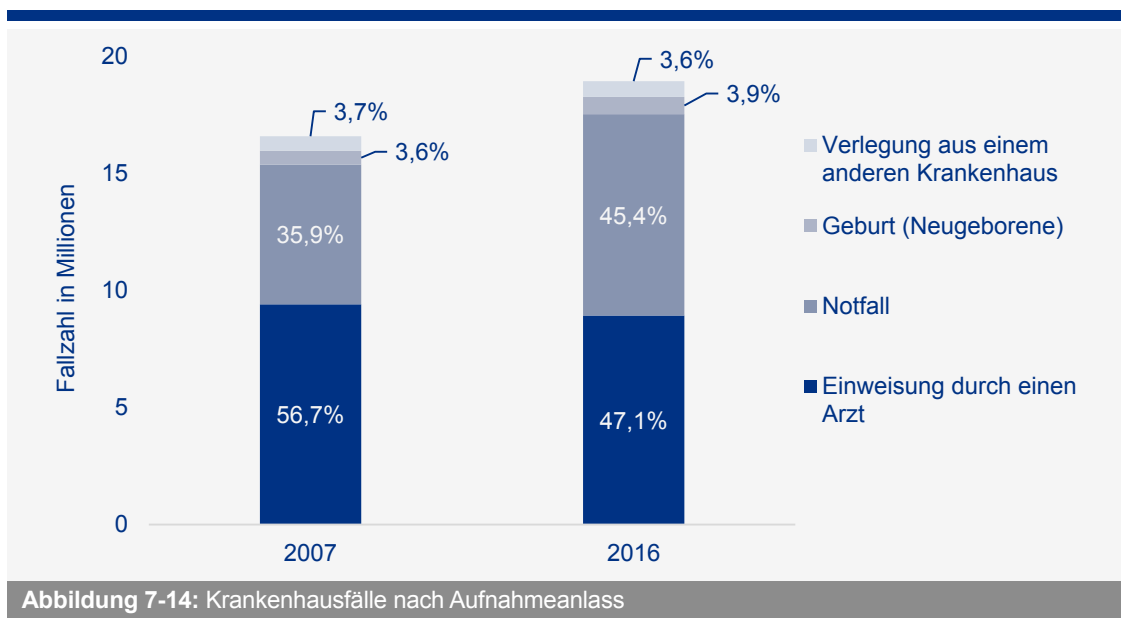
Abbildung 7-13: Alters- und Geschlechtsstruktur der vollstationären Patienten in den Jahren 2007 und 2016

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b).

### 7.3.2 Behandlungsanlässe

**261.** Abbildung 7-14 stellt die häufigsten Aufnahmeanlässe in den Jahren 2007 und 2016 vergleichend gegenüber. Im Jahr 2016 erfolgte bei 47,1 % der Fälle die Aufnahme in die vollstationäre Krankenhausbehandlung aufgrund einer ärztlichen Einweisung. Bei 45,4 % wurde die Krankenhausaufnahme als Notfall dokumentiert. In 3,9 % bzw. 3,6 % der Fälle erfolgte die Aufnahme aufgrund einer Geburt bzw. Verlegung aus einem anderen Krankenhaus. Im Vergleich zum Jahr 2007 sind die Aufnahmen aufgrund einer Einweisung durch einen Arzt sowohl absolut als auch relativ gesunken. Dagegen sind die Aufnahmen als Notfall deutlich gestiegen. In Kapitel 14 zur Notfallversorgung wird der Anstieg dieser Behandlungsfälle im Detail untersucht und auch die Problematik der Kodierung des Aufnahmeanlasses veranschaulicht.

<sup>67</sup> In diesem Kontext sei darauf verwiesen, dass hier die Veränderung der Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur der Patienten im Krankenhaus dargestellt wird. Dies erlaubt keine Aussage über den Einfluss einer Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung auf die Veränderung der Fallzahlen. Hierfür wäre die Nutzung bevölkerungsbezogener Daten erforderlich.



Die Prozentangaben stellen den Anteil an der Gesamtfallzahl im betreffenden Jahr dar.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018a).

**262.** Die Entwicklung der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen variiert zwischen verschiedenen Hauptdiagnosen. In Deutschland werden die Diagnosen nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) kodiert. Abbildung 7-15 stellt eine Rangliste der Diagnosekapitel geordnet nach der Anzahl von weiblichen und männlichen Patienten im Jahr 2016 in den jeweiligen Kategorien dar. An erster Stelle lagen die Krankheiten des Kreislaufsystems, die im Jahr 2016 für 12,9 % bzw. 16,6 % der Krankenhausbehandlungen bei Frauen bzw. Männern verantwortlich waren. Im Vergleich zum Jahr 2007 hat sich die Zahl dieser Behandlungsfälle um 8,6 % bei Frauen bzw. um 14,7 % bei Männern erhöht.





Abbildung 7-15: Fallzahl nach Diagnosekapiteln im Jahr 2016

Absteigend sortiert nach der Gesamtfallzahl (Frauen und Männer).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b).

**263.** „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte Folgen äußerer Ursachen“ stellten im Jahr 2016 das zweithäufigste kodierte Diagnosekapitel dar. Auf diese Diagnosen entfielen 9,7 % bzw. 10,0 % der insgesamt durchgeführten vollstationären Behandlungen bei Frauen bzw. Männern. Die Inanspruchnahme hat sich seit dem Jahr 2007 um 17,6 % bzw. 14,0 % bei Frauen bzw. Männern erhöht. Ebenfalls bedeutsam nach dem Anteil der Gesamtfallzahl waren im Jahr 2016 bei Frauen die Hauptdiagnosen, die den Kapiteln „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“

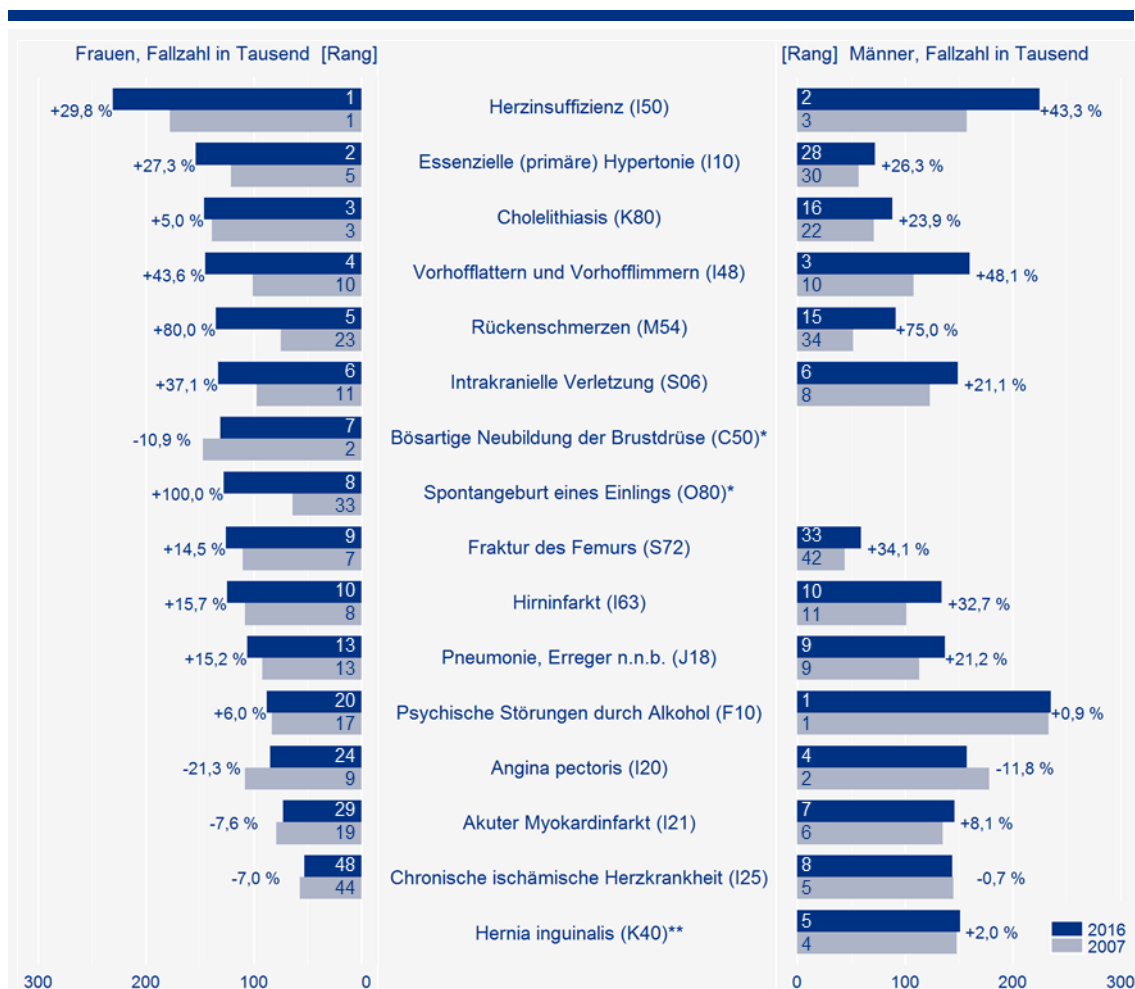
(10,2 %), „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (9,7 %), „Krankheiten des Verdauungssystems“ (9,0 %) und „Neubildungen“ (8,7 %) zuzuordnen waren. Bei Männern waren im Jahr 2016 die häufigsten Hauptdiagnosen den Kapiteln „Krankheiten des Verdauungssystems“ (10,7 %), „Neubildungen“ (9,9 %) und „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (8,2 %) zuzuordnen.

**264.** Die größten relativen Veränderungen im Zeitraum von 2007 bis 2016 gab es bei Frauen in den Diagnosekapiteln „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“<sup>68</sup> (37,2 %), „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (28,0 %) und „Krankheiten des Atmungssystems“ (15,6 %) zu beobachten. Bei den männlichen Patienten sind die Fallzahlen in den Diagnosekapiteln „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“ (45,2 %), „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ (36,5 %), „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“ (28,2 %) und „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (20,3 %) am deutlichsten gestiegen.

**265.** Abbildung 7-16 stellt eine Rangliste der zehn häufigsten Hauptdiagnosen bei Frauen dar. Im Jahr 2016 wurden rund 231 000 Frauen (2,2 % aller Fälle) mit der Hauptdiagnose „Herzinsuffizienz“ vollstationär behandelt. Auch im Jahr 2007 war dies der häufigste Behandlungsanlass bei Frauen. Andere bedeutsame Hauptdiagnosen waren im Jahr 2016 die „Essenzielle (primäre) Hypertonie“, „Cholelithiasis“, „Vorhofflattern und Vorhofflimmern“ sowie „Rückenschmerzen“. Im Hinblick auf die relative Entwicklung in den letzten zehn Jahren ist bei Frauen der Anstieg der Fallzahl mit der Hauptdiagnose „Spontangeburt eines Einlings“ (von Rang 33 im Jahr 2007 auf Rang 8 im Jahr 2016) und der Hauptdiagnose „Rückenschmerzen“ (von Rang 23 im Jahr 2007 auf Rang 5 im Jahr 2016) auffällig (siehe Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen).

---

<sup>68</sup> Unter die Diagnosegruppe „Symptome“ fallen Krankheitssymptome oder (Labor-)Befunde, deren Ursache nicht festgestellt werden kann (z. B. körperliche Beschwerden ohne zugrunde liegende bzw. feststellbare krankhafte Organveränderungen).



**Abbildung 7-16:** Die 10 häufigsten Hauptdiagnosen (ICD-Dreisteller) vollstationär behandelter Frauen und Männer (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle), Fallzahl in Tausend in den Jahren 2007 und 2016

\* Die Diagnose ist nicht in der Liste der 50 häufigsten Hauptdiagnosen bei Männern.

\*\* Die Diagnose ist nicht in der Liste der 50 häufigsten Hauptdiagnosen bei Frauen.

n.n.b. = nicht näher bezeichnet.

Absteigend sortiert nach der Fallzahl bei Frauen im Jahr 2016.

Die Prozentangaben stellen die Veränderungen der Fallzahlen von 2007 bis 2016 dar.

Bei der Ermittlung der häufigsten Diagnosen wird die ICD-Diagnose „Z38 Lebendgeborene nach dem Geburtsort“ nicht berücksichtigt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b).

**266.** Der Vergleich der Anzahl häufigster Behandlungsanlässe zeigt, dass beide Geschlechter unterschiedlich von Krankheiten betroffen sind. So lagen im Jahr 2016 bei männlichen Patienten die „Psychischen Störungen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ an erster Stelle und waren für rund 235 000 Behandlungsanlässe (2,5 % aller Behandlungsfälle) bei Männern verantwortlich. Auch im Jahr 2007 waren die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ der wichtigste Behandlungsgrund. Weitere Hauptdiagnosen, die im Jahr 2016 nur bei männlichen Patienten zu den zehn häufigsten Behandlungsanlässen zählten, waren beispielsweise „Angina pectoris“ und „Hernia inguinalis“ (d. h. Leistenbruch). Die größten Übereinstimmungen zwischen Männern und Frauen anhand der Anzahl der Behandlungsfälle ergaben sich demnach bei den Diagnosen „Herzinsuffizienz“, „Vorhofflattern und Vorhofflimmern“ und „Intrakranielle Verletzung“. Die Entwicklung der Anzahl der Behandlungsfälle zeigt insbesondere

einen Anstieg der Behandlungsfälle aufgrund der Hauptdiagnose „Vorhofflattern und Vorhofflimmern“ (von Rang 10 im Jahr 2007 auf Rang 3 im Jahr 2016).

### 7.3.3 Operationen und medizinische Prozeduren

**267.** Die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinmedizinischen Maßnahmen im stationären Bereich gemäß § 301 SGB V und beim ambulanten Operieren gemäß § 295 SGB V wird vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) erarbeitet. Der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) ist eine Adaption der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Der OPS ist eine wichtige Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem, für die Vergütung der ambulanten Operationen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser.

**268.** Im Jahr 2016 wurden in den Krankenhäusern insgesamt 58,6 Millionen Operationen und Prozeduren durchgeführt. Davon entfielen 49,1 % auf weibliche und 50,9 % auf männliche Patienten (Destatis 2018a). Nach Kapitelebene entfielen die meisten Operationen und Prozeduren bei Frauen auf „Operationen“ (30,5 %), gefolgt von „Nichtoperativen therapeutischen Maßnahmen“ (23,5 %), „Bildgebender Diagnostik“ (20,6 %), „Diagnostischen Maßnahmen“ (17,4 %), „Ergänzenden Maßnahmen“ (7,5 %) und „Medikamenten“ (0,5 %) (siehe Abbildung 7-17). Bei den männlichen Patienten wurden dagegen „Nichtoperative therapeutische Maßnahmen“ (27,9 %) am häufigsten veranlasst, gefolgt von „Operationen“ (26,7 %), „Bildgebender Diagnostik“ (21,4 %), „Diagnostischen Maßnahmen“ (19,0 %), „Ergänzenden Maßnahmen“ (4,3 %) und „Medikamenten“ (0,6 %). Auffällig ist dabei die Tatsache, dass bei männlichen Patienten im Durchschnitt mehr Operationen und Prozeduren je Behandlungsfall in den Kapiteln „Diagnostische Maßnahmen“, „Bildgebende Diagnostik“ und „Nichtoperative therapeutische Maßnahmen“ durchgeführt werden als bei weiblichen Patienten. So wurden im Jahr 2016 pro Behandlungsfall bei Männern bzw. Frauen insgesamt 3,1 bzw. 2,7 Operationen und Prozeduren durchgeführt, dabei waren auf Kapitelebene folgende Anzahlen der Prozeduren pro Fall zu verzeichnen: „Diagnostische Maßnahmen“ (0,6 bei Männern vs. 0,5 bei Frauen), „Bildgebende Diagnostik“ (0,7 vs. 0,6) und „Nichtoperative therapeutische Maßnahmen“ (0,9 vs. 0,6) (Destatis 2018a).

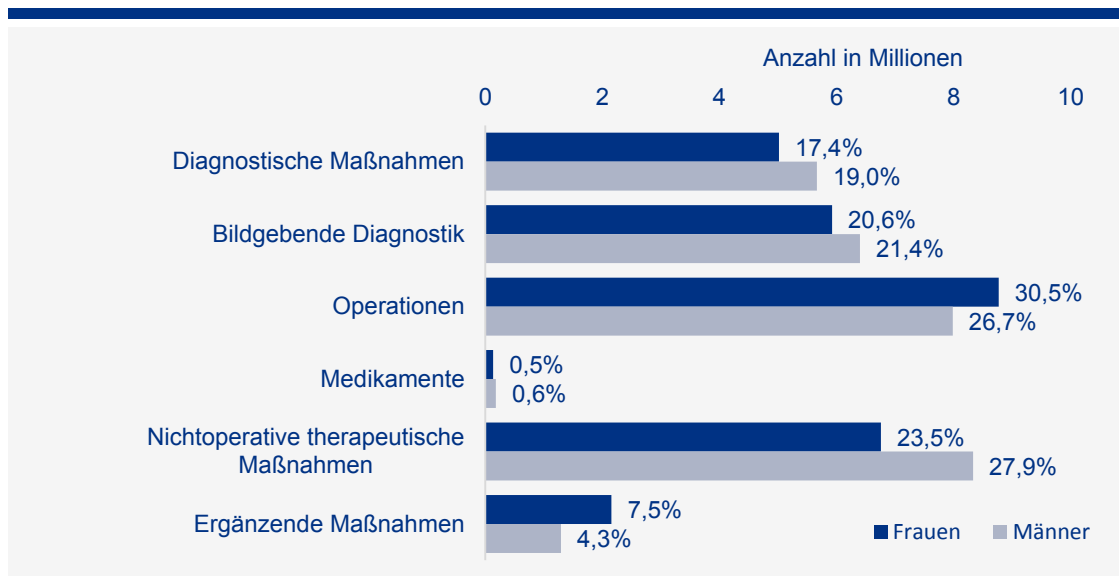
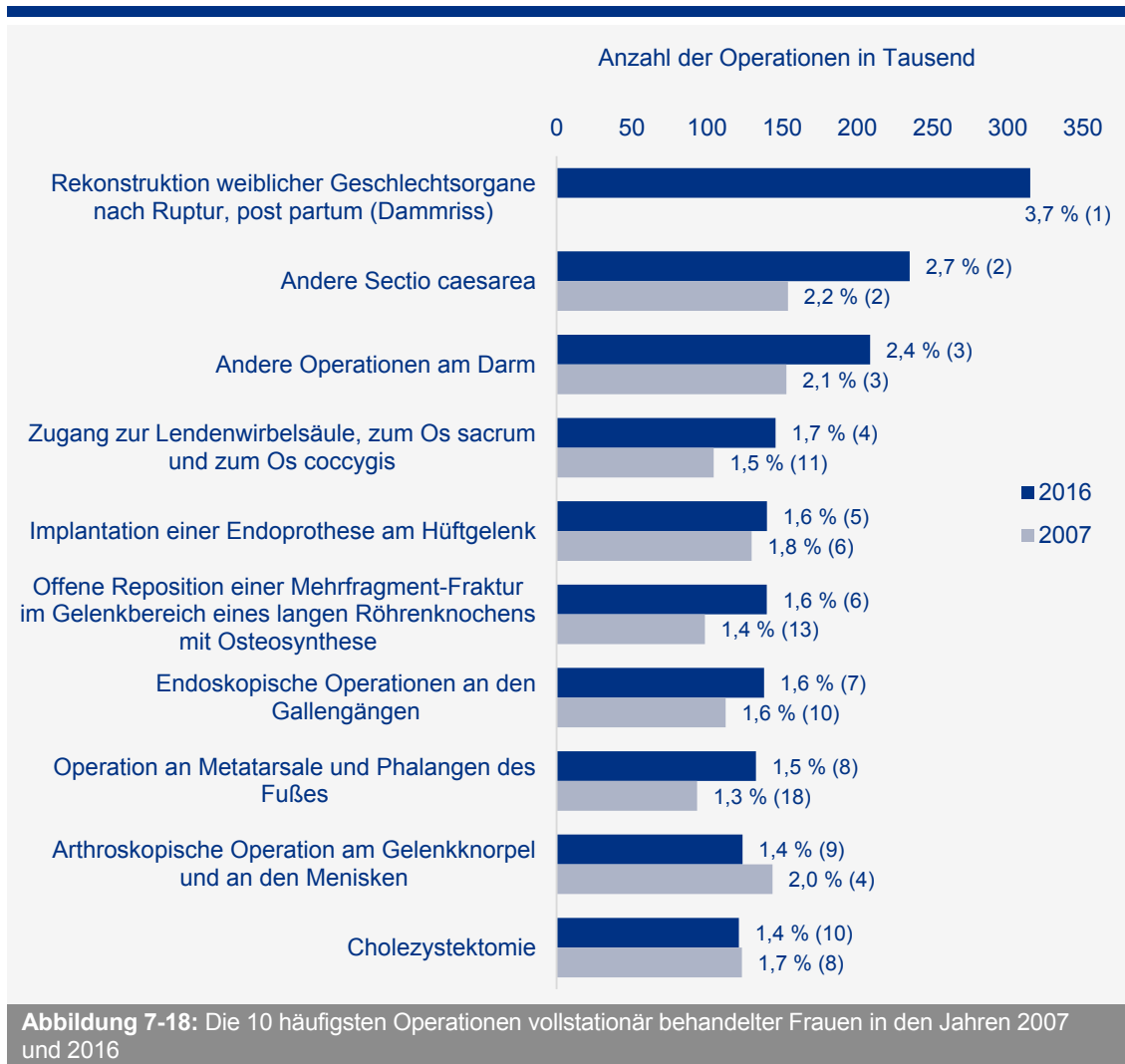


Abbildung 7-17: Operationen und Prozeduren nach OPS-Kapiteln im Jahr 2016

Die Prozentangaben stellen den Anteil an der Gesamtzahl der Prozeduren bei Frauen bzw. Männern dar.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018a).

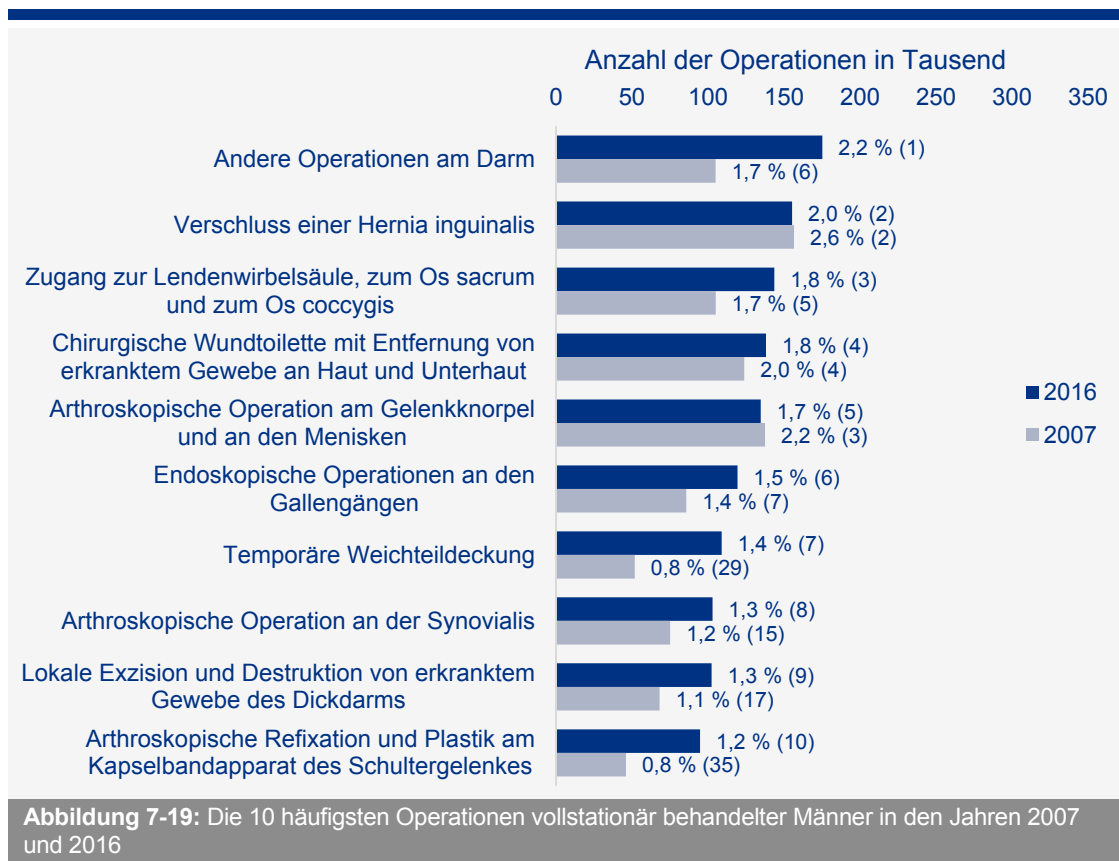
**269.** Abbildung 7-18 gibt einen Überblick über die zehn häufigsten bei Frauen durchgeführten Operationen im Jahr 2016, aufgeschlüsselt nach Vierstellern des OPS. Dabei erfolgten bei Frauen am häufigsten die „Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach Ruptur/Dammriss“ (3,7 % aller Operationen), „Andere Sectio caesarea“ (2,7 %) und „Andere Operationen am Darm“ (2,4 %). Seit dem Jahr 2007 ist der Anstieg der Anzahl der orthopädischen Operationen insbesondere am „Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis“ (von Rang 11 im Jahr 2007 auf Rang 4 im Jahr 2016), bei der „Offenen Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese“ (von Rang 13 auf 6) und bei der „Operation an Metatarsale und Phalangen des Fußes“ (von Rang 18 auf 8) auffällig.



An der rechten Seite der Balken ist jeweils der prozentuale Anteil an den gesamten Behandlungsfällen im betreffenden Jahr dargestellt. Zusätzlich wird in der Klammer der jeweilige Rang bezüglich der Anzahl der Behandlungsfälle angegeben.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b).

**270.** Bei Männern lagen an erster Stelle „Andere Operationen am Darm“ (2,2 % aller Operationen), gefolgt vom „Verschluss einer Hernia inguinalis“ (2,0 %), vom „Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis“ (1,8 %) und der „Chirurgischen Wundtoilette mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut“ (1,8 %; siehe Abbildung 7-19). Verglichen mit dem Jahr 2007 ist ein bedeutender Anstieg bei den „Arthroskopischen Operationen an der Synovialis“ (von Rang 15 auf 8), der „Arthroskopischen Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes“ (von Rang 35 auf 10) und bei der „Temporären Weichteildeckung“ (von Rang 29 auf 7) zu verzeichnen.



An der rechten Seite der Balken ist jeweils der prozentuale Anteil an den gesamten Behandlungsfällen im betreffenden Jahr dargestellt. Zusätzlich wird in der Klammer der jeweilige Rang bezüglich der Anzahl der Behandlungsfälle angegeben.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b).

## 7.4 Qualität der in Anspruch genommenen Leistungen

### 7.4.1 Übersicht über die Qualitätsberichterstattung in Deutschland

**271.** Die Qualitätsberichterstattung ist ein relativ junges Instrument der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. Ihre Aufgabe ist es, durch regelmäßige Bereitstellung von Qualitäts- und Leistungsdaten den Informationsbedürfnissen der Patienten und Patientenorganisationen gerecht zu werden sowie Vergleiche zwischen Leistungsanbietern zu ermöglichen.

chen. Diese können wiederum direkte und indirekte Steuerungswirkungen auf das Leistungsgeschehen nach sich ziehen (Hensen 2016). Demnach kann das einrichtungsinterne Vorhandensein von primären und sekundären Qualitätsdaten dazu beitragen, die Versorgung wirksamer zu gestalten und entsprechende Anreize für Mitarbeiter und Führungskräfte zu setzen. Die Veröffentlichung von Qualitätsdaten mit einem regionalen oder auch bundesweiten Bezug kann weiterhin einen Qualitätswettbewerb mit anderen Leistungsanbietern anregen und zur Marktberreinigung durch Selektionswirkungen führen. Darüber hinaus werden Qualitätsdaten gemäß dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen KHSG künftig auch bei der Gestaltung der Krankenhausplanung und -vergütung genutzt.

**272.** Qualitätsdaten zu Krankenhäusern lassen sich in Deutschland aus verschiedenen Datenquellen ableiten (siehe Tabelle 7-1). Eine verpflichtende Erhebung und vergleichende Darstellung von Qualitätsdaten erfolgt auf Grundlage gesetzlicher Festlegungen. Hierzu zählen der strukturierte Qualitätsbericht der Krankenhäuser nach § 137 Abs. 3 SGB V sowie die im Rahmen von Einrichtungszertifizierungen geforderten Qualitätsberichte (z. B. KTQ-Qualitätsbericht). Parallel zu den verpflichtenden Qualitätsvergleichen haben sich in den letzten Jahren verschiedene freiwillige Initiativen und Projekte etabliert, die sich bezüglich ihrer Datengrundlagen und Zielsetzungen unterscheiden (Emmert et al. 2016). Die prominentesten Beispiele hierfür sind die QSR, die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und 4QD-Qualitätskliniken. Einen langfristigeren Blick auf die Qualitätsergebnisse bei verschiedenen Indikationsbereichen bieten Register der Fachgesellschaften (z. B. das Endoprothesenregister der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie oder das Wirbelsäulenregister der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG)). Das Projekt „Weisse Liste“ der Bertelsmann Stiftung veröffentlicht ergänzend zu den Struktur- und Qualitätsinformationen der Krankenhäuser Befragungsergebnisse zur Patientenzufriedenheit.



Verfahren	Beteiligte Institutionen	Datengrundlage	Teilnahme	Berichte öffentlich
Strukturierter Qualitätsbericht der Krankenhäuser	G-BA, IQTIG, (früher: BQS, aQUA)	Alle zugelassenen Krankenhäuser	Verpflichtend (nach § 137 SGB V)	Ja
KTQ-Qualitätsbericht	KTQ	299 Krankenhäuser, 43 Praxen und MVZs	Verpflichtend im Rahmen einer KTQ-Zertifizierung	Ja
Qualitätssicherung mit Routedaten	AOK-Bundesverband, WIdO, Helios Kliniken, FEISA	Abrechnungsdaten und Versichertenstammdaten von AOK-Patienten. Kliniken mit mehr als 30 AOK-Fällen	Freiwillig	Ja
Initiative Qualitätsmedizin (IQM)	Medizinische Fachgesellschaften, IQM, WIdO, Bundesärztekammer	Abrechnungsdaten von 400 Krankenhäusern aus Deutschland und der Schweiz	Freiwillig	Nur der Bundesdurchschnitt
4QD-Qualitätskliniken	Private Klinikketten und Zweckverbände freigemeinnütziger Krankenhäuser	Eigens erhobene Daten durch rund 300 Mitgliedskliniken	Freiwillig	Ja
Register der Fachgesellschaften (z. B. das Wirbelsäulenregister)	Fachgesellschaften (z. B. DGW)	Eigens erhobene Daten aus den teilnehmenden Kliniken	Meistens freiwillig, verpflichtend im Rahmen einer Zertifizierung	Nein
Weisse Liste	Bertelsmann Stiftung	Strukturierter Qualitätsbericht, Versichertenbefragung (PEQ)	Freiwillig	Ja

**Tabelle 7-1:** Übersicht über die ausgewählten Verfahren zur Qualitätsberichterstattung in Deutschland

4QD = vier Qualitätsdimensionen, aQUA = Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, BQS = Institut für Qualität & Patientensicherheit, DGW = Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie, G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss, IQM = Initiative Qualitätsmedizin, IQTIG = Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, KTQ = Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, FEISA = Forschungs- und Entwicklungsinstitut für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt, MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum, PEQ = Patients' Experience Questionnaire, SGB = Sozialgesetzbuch, WIdO = Wissenschaftliches Institut der AOK.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hensen (2016).

**273.** Im Folgenden werden die Eckdaten für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus drei unterschiedlichen Datenquellen dargestellt. Die Statistiken sollen dazu dienen, unmittelbar erkennbare Versorgungsprobleme aufzugreifen und eine Basis für eine Diskussion der Steuerungsmechanismen zu liefern.

#### 7.4.2 Externe Qualitätssicherung

**274.** Die Qualitätsdarstellung im strukturierten Qualitätsbericht stützt sich vor allem auf die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung. Alle nach § 108 SGB V zugelassenen

Krankenhäuser sind verpflichtet, zur Sicherung der Qualität bestimmte Leistungen zu dokumentieren. Die Zahl der veröffentlichungspflichtigen Indikatoren ist von 29 im Erfassungsjahr 2007 auf 216 im Erfassungsjahr 2016 gestiegen. Somit ist der strukturierte Qualitätsbericht aus der internationalen Perspektive eines der umfassendsten Verfahren zur Qualitätsdarstellung. Allerdings wird vielfach kritisiert, dass diese von den Krankenhäusern selbstberichteten Daten manipulationsanfällig sind. Auch müssen erst seit der Einführung des KHSG im Jahr 2016 100 % der Fälle berichtet werden. Zuvor mussten für die überwiegende Zahl der Indikatoren nur 80 % bzw. 95 % der Fälle berichtet werden. Es ist bislang noch weitgehend unklar, ob die Qualitätsberichterstattung zu einer Verbesserung objektiver Ergebnisqualität geführt hat.

**275.** Die externe Qualitätssicherung wird als Teil des strukturierten Qualitätsberichts erhoben und veröffentlicht. Der G-BA wurde bei der Umsetzung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) von verschiedenen Institutionen unterstützt. In den Jahren 2006 bis einschließlich 2009 war das BQS Institut für Qualität & Patientensicherheit damit beauftragt, die datengestützte externe Qualitätssicherung für alle deutschen Krankenhäuser durchzuführen. In den Jahren 2010 bis 2015 lag die Verantwortung für die QS-Verfahren beim Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQUA-Institut). Derzeit unterstützt das im Jahr 2015 gegründete IQTIG den G-BA bei der Fortführung und Weiterentwicklung der sektoralen und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Der häufige Wechsel der Zuständigkeit für die externe Qualitätssicherung hat zu einer Reihe von Brüchen in der Datenbankstruktur geführt, sodass eine Langzeitanalyse der Ergebnisse nur eingeschränkt möglich ist.

**276.** Die jeweiligen QS-Verfahren werden vom G-BA in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) und in der Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) jährlich definiert. In der QSKH-Richtlinie wird nach direkten und indirekten Verfahren unterschieden. Direkte Verfahren beziehen sich auf Transplantationen oder herzchirurgische Maßnahmen mit relativ geringen Fallzahlen, die direkt in der Bundesauswertungsstelle ausgewertet werden. Indirekte Verfahren sind alle anderen QS-Verfahren, deren Datensätze von den Krankenhäusern an die zuständigen Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS), Landeskrankenhausesellschaften (LKGs) oder Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gesendet werden.

**277.** Die QS-Verfahren nach der Qesü-RL unterscheiden sich hiervon, da sowohl ambulante als auch stationäre Leistungserbringer einbezogen werden. Die Ergebnisbewertung wird von den KVen, den LKGs und den Verbänden der Krankenkassen einschließlich Ersatzkassen durchgeführt und von Fachkommissionen aus Experten aus dem ambulanten und stationären Bereich unterstützt. Das erste sektorenübergreifende QS-Verfahren „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ ist Anfang des Jahres 2016 gestartet und betrifft Untersuchungen und Eingriffe an den Herzkranzgefäßen bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Herzinfarkt droht oder akut abgewendet werden soll. Das zweite sektorenübergreifende QS-Verfahren „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ existiert seit dem Jahr 2017 und zielt auf die Sicherung der Qualität von chirurgischen Eingriffen, die sowohl stationär als auch ambulant in Krankenhäusern oder von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden.

**278.** Der Qualitätsreport liefert detaillierte Informationen zu den Ergebnissen der externen Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Der aktuelle Qualitätsreport 2016 ist der zweite unter

der Regie des IQTIG und beinhaltet die Auswertung der rund 2,5 Millionen Datensätze von den 1 544 teilnehmenden Krankenhäusern zu 24 QS-Verfahren nach QSKH-RL mit insgesamt 238 Qualitätsindikatoren. Zusätzlich ist im Januar 2016 das erste QS-Verfahren nach Qesü-RL „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ hinzugekommen, dessen 28 Indikatoren in diesem Qualitätsreport jedoch noch nicht berichtet wurden.

**279.** Die Prüfungen auf Vollständigkeit und Plausibilität der Daten spielen bei den QS-Verfahren eine wichtige Rolle. Die Dokumentationsrate für jedes QS-Verfahren eines Krankenhauses wird gesondert berechnet und bei einer Dokumentationsrate von unter 100 % mit einem Qualitätssicherungsabschlag<sup>69</sup> für jeden nicht dokumentierten Datensatz in Höhe von 150 Euro bestraft. Ab dem Erfassungsjahr 2015 wird bei wiederholter Unterdokumentation in demselben Leistungsbereich die Höhe der Sanktionen verdoppelt. Neben der Validität und der Reliabilität der Daten ist auch die Risikoadjustierung wichtig, um einen fairen Qualitätsvergleich zu gewährleisten. Insgesamt 68 der 266 Indikatoren sind mittels verschiedener Regressionsmodelle oder einer Stratifizierung risikoadjustiert.

**280.** Auf der Krankenhausebene wird der strukturierte Dialog ausgelöst, wenn das Indikatoregebnis eines Krankenhausstandortes außerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Der Strukturierte Dialog findet zwischen dem Krankenhaus und entweder dem IQTIG (direktes Verfahren) oder den Partnern der externen Qualitätssicherung auf Landesebene (indirektes Verfahren) statt. Es soll den Leistungserbringern die Möglichkeit zur Erklärung der im Vorjahr entstandenen Auffälligkeiten und ggf. zur Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen geben. Im Jahr 2015 waren insgesamt knapp 16 000 Ergebnisse rechnerisch auffällig, wovon knapp 10 000 im Jahr 2016 im Strukturierten Dialog geprüft wurden. Bei den restlichen Auffälligkeiten wurden entweder nur Hinweise versandt oder es handelte sich um Sondersituationen.

**281.** Um eine längerfristige Übersicht über die bundesweiten Ergebnisse der externen Qualitätssicherung zu verschaffen, wurde das IQTIG gebeten, die Jahresergebnisse rückwirkend darzustellen. Tabelle 7-2 gibt einen Überblick über die Bundeswerte der QS-Indikatoren, für die sowohl eine Vergleichbarkeit im zeitlichen Verlauf sichergestellt als auch ein Referenzbereich definiert war. Die Vergleichbarkeit im zeitlichen Verlauf bezieht sich auf den Zeitraum zwischen 2009 und 2015. Die Referenzbereiche der Qualitätsindikatoren bilden einen zu fordernden Standard in der Patientenversorgung ab und werden empirisch aus der aktuellen Versorgungssituation als erwartete Qualität ermittelt. In dieser Form lagen Ergebnisse für 18 QS-Indikatoren in elf Indikationsbereichen vor. Insgesamt lässt sich festhalten, dass sich die Bundeswerte der meisten Indikatoren zwischen den Jahren 2009 und 2015 verbessert haben. Lediglich beim Indikator „Eingriffsdauer bis 45 Minuten“ im Leistungsbereich „Herzschrittmacher-Aggregatwechsel“ hat sich der Bundeswert im zeitlichen Verlauf etwas verschlechtert.

---

<sup>69</sup> Gemäß der QSKH-RL, zuletzt geändert am 21. September 2017.

KN	Bezeichnung des Indikators	Fallzahl	Ergebnis 2015 (Referenz)	AV seit 2009
<b>Ambulant erworbene Pneumonie</b>				
2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	271 352	98,33 % (>= 95,00 %)	+5,01 %
<b>Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)</b>				
12001	Neurologische Komplikationen bei elektiver oder dringlicher Operation	15 210	1,26 (<= 2,85 %)	-1,01 %
<b>Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)</b>				
2282	Neurologische Komplikationen bei elektiver oder dringlicher Operation	8 718	0,92 (<= 3,04 %)	-0,20 %
2280	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	7 264	0,15 (<= 1,81 %)	-0,07 %
<b>Geburtshilfe</b>				
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	26 708	96,06 (>= 90,00 %)	+3,51 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mind. 2 Tagen	7 918	96,26 (>= 95,00 %)	+3,63 %
<b>Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)</b>				
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	38 700	1,33 (<= 5,00 %)	-0,80 %
<b>Herzschrittmacher-Aggregatwechsel</b>				
210	Eingriffsdauer bis 45 Minuten	18 575	94,62 (>= 60,00 %)	-2,74 %
1096	Chirurgische Komplikationen	18 575	0,12 (<= 1,00 %)	-0,21 %
<b>Herzschrittmacher-Implantation</b>				
1103	Chirurgische Komplikationen	77 188	0,80 (<= 2,00 %)	-0,15 %
<b>Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation</b>				
1089	Chirurgische Komplikationen	11 822	0,72 (<= 2,00 %)	-0,10 %
<b>Karotis-Revaskularisation</b>				
603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose, offen-chirurgisch	14 315	98,90 (>= 95,00 %)	+5,02 %
604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose, offen-chirurgisch	9 130	99,69 (>= 95,00 %)	-2,40 %
<b>Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie</b>				
2286	Neurologische Komplikationen bei elektiver oder dringlicher Operation	5 214	1,53 (<= 4,13 %)	-0,22 %
2284	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	4 415	0,32 (<= 2,20 %)	-0,23 %
<b>Koronarchirurgie, isoliert</b>				
332	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	31 053	94,93 (>= 90,00 %)	+1,88 %
2259	Neurologische Komplikationen bei elektiver oder dringlicher Operation	29 451	0,90 (<= 2,24 %)	-0,10 %
2257	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	28 406	0,24 (<= 1,04 %)	-0,19 %

**Tabelle 7-2:** Ausgewählte Qualitätsindikatoren im Jahr 2015 und deren Entwicklung seit 2009

AV = absolute Veränderung, KN = Kennzahlnummer, NNIS = *National Nosocomial Infections Surveillance*.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von IQTIG (2018).

**282.** Um systematische und kontinuierliche Qualitätsvergleiche von stationären Leistungsanbietern zu ermöglichen, sollte nach Möglichkeit die Vergleichbarkeit aller QS-Indikatoren im zeitlichen Längsschnitt sichergestellt werden. Außerdem sollte auf die methodischen Probleme von selbstberichteten Informationen eingegangen werden, indem die Selbsterhebungen – in den dafür geeigneten Indikationen – durch Abrechnungsdaten substituiert, ergänzt und validiert werden. Dabei ist die Verwendung von Methoden zur Risikoadjustierung notwendig. Auch der Aufbau einer sektorenübergreifenden externen Qualitätssicherung (EQS) sollte zügig vorangetrieben werden.

### 7.4.3 Qualitätssicherung mit Routinedaten

**283.** Die QSR ist ein Projekt, das Ende des Jahres 2002 unter Beteiligung des WIdO, des AOK-Bundesverbandes, der Helios-Kliniken und des Forschungs- und Entwicklungsinstituts für das Sozial- und Gesundheitswesen Sachsen-Anhalt (FEISA) begonnen wurde. Beim QSR-Verfahren bilden bundesweite Abrechnungsdaten vollstationär behandelter Patienten die Datengrundlage, wobei neben den Klinikdaten vom stationären Aufenthalt auch AOK-Daten zum poststationären Verlauf einbezogen werden. Dies hat den Vorteil, dass auch Ereignisse nach einem Krankenhausaufenthalt in die Bewertung einfließen. In dem Projekt QSR werden häufige und ökonomisch relevante Krankheitsbilder in verschiedenen medizinischen Disziplinen betrachtet, deren Kodierung relativ stabil gegenüber möglichen Störeffekten und unabhängig vom Vergütungssystem ist. Dabei wird ausdrücklich die Implementierung einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung angestrebt. Die QSR-Indikatoren werden für Patienten in einer Vielzahl der Rechercheportale zur Kliniksuche dargestellt (z. B. AOK-Krankenhausnavigator, DAK-Krankenhauskompass, IQM, Klinikführer der Techniker Krankenkasse (TK), Qualitätskliniken.de, „Weisse Liste“ der Bertelsmann Stiftung).

**284.** Um einen Überblick über die sektorenübergreifende Qualität zu erhalten, wurde das WIdO gebeten, dem Rat Informationen zu risikoadjustierten QSR-Indikationen auf der Krankenhausebene zur Verfügung zu stellen. Insgesamt standen aufbereitete Statistiken zu QSR-Indikatoren in sechs Leistungsbereichen zur Verfügung. Dabei wurden vollstationäre Krankenhäuserfälle von AOK-Versicherten aus den Bereichen Viszeralchirurgie, Orthopädie und Kardiologie aus den Jahren 2013 bis 2015 berücksichtigt. Die Abrechnungsdaten von Patienten wurden ein Jahr nachverfolgt, sodass in der Nachuntersuchung die Daten bis Ende 2016 ausgewertet wurden. In der Statistik waren nur Krankenhäuser aufgeführt, die in den Jahren 2013 bis 2015 mindestens 30 AOK-Fälle versorgt haben.

**285.** Tabelle 7-3 gibt eine Übersicht über die dem Rat vorliegenden Daten in sechs Leistungsbereichen. Diese Leistungsbereiche umfassten Appendektomie, Cholezystektomie, Implantation einer Hüftgelenkendoprothese bei Coxarthrose, Implantation einer Hüftgelenkendoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur, Implantation einer Kniegelenkendoprothese und therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt. Dabei wurden im Zeitraum von 2013 bis 2015 zur Ermittlung der QSR-Indikatoren Fälle von 499 bis 968 Kliniken je nach Leistungsbereich einbezogen. Die Gesamtfallzahl je Leistungsbereich variierte zwischen knapp 97 000 Fällen im Leistungsbereich Appendektomie und rund 144 000 Fällen im Leistungs-

bereich Cholezystektomie. Die Zahl der im Durchschnitt pro Klinik einbezogenen Fälle lag zwischen 109 im Leistungsbereich Appendektomie und 218 im Leistungsbereich „therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt“.

**286.** Das Spektrum der verwendeten QSR-Indikatoren im jeweiligen Leistungsbereich umfasste Komplikationen, Reinterventionsraten und Sterblichkeit. Dabei wurde stets das Verhältnis zwischen tatsächlich beobachteten und erwarteten Ereignissen in einem Krankenhaus als *standardisierte Mortalitäts- bzw. Morbiditätsrate* (SMR) gebildet. Diese statistisch zu erwartenden Ereignisse wurden mittels einer logistischen Regression und unter Berücksichtigung von demografischen und klinischen Merkmalen der behandelten Patienten (Alter, Geschlecht und bestimmten Begleiterkrankungen) berechnet. Die QSR-Indikatoren (d. h. Komplikationen, Reinterventionsraten und Sterblichkeit) wurden je Leistungsbereich im jeweiligen SMR-Index zusammengefasst. Dabei bedeutet ein SMR-Index von 1 eine durchschnittliche Anzahl von unerwünschten Ereignissen. Ein SMR-Index von 2 bedeutet, dass in einem Krankenhaus doppelt so viele unerwünschte Ereignisse aufgetreten sind, als statistisch zu erwarten waren. Ein SMR-Index von 0,5 bedeutet dagegen, dass in einem Krankenhaus nur die Hälfte der erwarteten Ereignisse auftrat. Wie erwartet lag der SMR-Index in allen Leistungsbereichen im Durchschnitt knapp über oder unter 1 (siehe Tabelle 7-3). Bemerkenswert sind die Unterschiede in der Streubreite der SMR-Indexwerte rund um deren Mittelwert. Die größte Standardabweichung war in den Leistungsbereichen Appendektomie und Implantation einer Kniegelenkendoprothese zu beobachten. Hier lag die durchschnittliche Entfernung aller SMR-Werte zum Mittelwert bei 0,62. Um die Faktoren, die mit den beobachteten Unterschieden zwischen den Kliniken hinsichtlich der erreichten Qualität zusammenhängen, näher zu untersuchen, wurde eine multivariate Regressionsanalyse durchgeführt.

Leistungs- bereich	Anzahl von Kliniken	Fallzahl (Summe)	Fallzahl (MW)	Min.	SMR-Index		
					MW	STABW	Max.
APPEND	891	96 868	109	0,00	1,05	0,62	5,25
CHE	968	144 142	149	0,00	1,02	0,46	6,09
EHTEP	861	130 764	152	0,00	1,08	0,55	4,11
FRHOST	921	117 730	128	0,39	1,07	0,26	2,67
KNIETEP	829	134 393	151	0,00	1,09	0,62	5,95
PCIoHI	499	109 015	218	0,19	0,95	0,33	2,84

**Tabelle 7-3:** Übersicht über die QSR-Indikatoren

APPEND = Appendektomie, CHE = Cholezystektomie, EHTEP = Implantation einer Hüftgelenkendoprothese bei Coxarthrose, FRHOST = Implantation einer Hüftgelenkendoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur, KNIETEP = Implantation einer Kniegelenkendoprothese, MW = Mittelwert, PCIoHI = therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt, SMR = standardisierte Mortalitäts- bzw. Morbiditätsrate, STABW = Standardabweichung.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von WIdO (2018).

### *Multivariate Regressionsanalyse*

**287.** Für die multivariate Regressionsanalyse wurden die vom WIdO aufbereiteten Statistiken zu QSR-Indikatoren mit den strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136b SGB V und den regionalen INKAR des BBSR zusammengeführt. Im Fokus der Analyse standen Strukturmerkmale eines Krankenhauses und – je nach Leistungsbereich – einer entsprechenden Fachabteilung. Da der Datensatz vom WIdO keinen Fachabteilungsschlüssel enthält, wurden die QSR-

Indikatoren nach Leistungsbereichen den Fachabteilungen zugeordnet, in denen diese Leistungen überwiegend erbracht werden. So wurden die Leistungsbereiche Appendektomie und Cholezystektomie den Fachabteilungen für Viszeralchirurgie und für allgemeine Chirurgie zugeführt. Die Leistungsbereiche „Implantation einer Hüftgelenkendoprothese bei Coxarthrose“, „Implantation einer Hüftgelenkendoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur“ und „Implantation einer Kniegelenkendoprothese“ wurden den Fachabteilungen für Orthopädie, für Unfallchirurgie oder für allgemeine Chirurgie mit dem Schwerpunkt Orthopädie zugeordnet. Da die Fachabteilungen für Kardiologie in den strukturierten Qualitätsberichten nicht eindeutig identifiziert werden konnten, wurde der Leistungsbereich „Therapeutischer Herzkatheter bei Patienten ohne Herzinfarkt (PCIoHI)“ aus der Analyse ausgeschlossen.

**288.** Die Variablen auf der Fachabteilungs- und Krankenhausebene wurden anhand der Informationen in den strukturierten Qualitätsberichten ermittelt. Die relative Größe der Fachabteilung wurde als das Verhältnis der Anzahl der stationären Behandlungen in der Fachabteilung zur Gesamtfallzahl des Krankenhauses berechnet. Diese Variable ist insofern nützlich, als Fachabteilungen mit einer hohen relativen Größe oft zu den Schwerpunktbereichen des Krankenhauses gehören. Als Maß zur Messung des Spezialisierungsgrades wurde der *Information Theory Index* (ITI)<sup>70</sup> auf der Basis von 132 diagnostischen Gruppen<sup>71</sup> verwendet (Farley/Hogan 1990). Die Verhältniszahl von Pflegenden zu Patienten wurde anhand der Gesamtanzahl von Pflegenden in Vollzeitäquivalenten in der Fachabteilung zur Gesamtzahl der Hauptdiagnosen in 132 diagnostischen Gruppen, adjustiert für deren mittlere Verweildauer, kalkuliert. Die Variablen auf der Krankenhausebene (Größe und Trägerschaft) wurden ebenfalls aus den strukturierten Qualitätsberichten entnommen.

**289.** Die regionalen Faktoren wurden der BBSR-Datenbank entnommen und auf der Ebene der Raumordnungsregionen gemessen. Als Variable zur Altersstruktur wurde der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahren verwendet. Die Arbeitslosenquote ist der Anteil der Arbeitslosen an den zivilen Erwerbspersonen. Die regionale Finanzkraft ist über die Einkommensteuer je Einwohner approximiert. Die Anzahl der Allgemeinärzte wurde je 100 000 Einwohner berechnet. Um den Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern für die jeweilige Raumordnungsregion zu ermitteln, wurde der Herfindahl-Hirschman-Index (HHI) verwendet. Der HHI berechnet sich aus der Summe der quadrierten Marktanteile der Krankenhäuser in einer bestimmten Raumordnungsregion.

**290.** Tabelle 7-4 stellt die Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse dar. In der Regressionsanalyse zeigt sich, dass die Behandlungsqualität sowohl bei der „Implantation einer Hüftgelenksendoprothese bei Coxarthrose“ als auch bei der „Implantation einer Kniegelenksendoprothese“ mit zunehmender, relativer Größe und zunehmender Spezialisierung einer Fachabteilung steigt. In den anderen Leistungsbereichen ist kein signifikanter Zusammenhang zwi-

---

<sup>70</sup> Der ITI-Spezialisierungsindex berechnet sich unter Berücksichtigung der bundesweiten Verteilung von Hauptdiagnosen auf 132 diagnostische Gruppen in einer Fachabteilung. Keine Spezialisierung liegt vor, wenn die Verteilung der Hauptdiagnosen auf die diagnostischen Gruppen exakt der bundesweiten Verteilung entspricht. Ein spezialisiertes Krankenhaus ist dagegen dadurch gekennzeichnet, dass sich die Fälle auf nur wenige diagnostische Gruppen verteilen.

<sup>71</sup> Nach internationaler Kurzliste für die tabellarische Erfassung der Krankenhausmorbidity (*International shortlist for hospital morbidity tabulation, ISHMT*)

schen dem SMR-Index einerseits und der relativen Größe der Fachabteilung oder der Spezialisierung andererseits zu beobachten. Auch die Verhältniszahl von Pflegenden zu Patienten hat keinen signifikanten Zusammenhang mit dem SMR-Index.

**291.** Im Leistungsbereich „Implantation einer Hüftgelenks-Endoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur“ hatten öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser einen signifikant niedrigeren SMR-Index als private Krankenhäuser. Diese Ergebnisse sind aber über die verschiedenen Leistungsbereiche hinweg nicht konsistent. Auch zwischen der Krankenhausgröße und der Qualität der Leistungserbringung ist kein systematischer Zusammenhang festzustellen.



	Index SMR	APPEND	CHE	EHTEP	FRHOST	KNIETEP
<b>Konstante</b>		-1,127 ***	-0,199	-0,805 *	-0,457 **	-1,396 ***
<b>Fachabteilung</b>						
Relative Größe		-0,011	0,042	0,331 ***	-0,055	0,184 *
Spezialisierung		-0,014	0,008	0,137 ***	-0,024	0,094 **
Pflegende/Patient		0,124	0,127	0,036	0,020	0,211
<b>Krankenhaus</b>						
Größe (600 und mehr Betten)						
bis 149 Betten		0,083	-0,019	-0,083	-0,014	0,078
150 bis 399 Betten		0,077	-0,051	0,089	-0,003	0,089
400 bis 599 Betten		0,019	-0,037	-0,032	-0,066 **	0,044
Trägerschaft (Privat)						
Öffentlich		-0,020	0,001	-0,044	-0,069 **	0,069
Freigemeinnützig		-0,071	-0,046	-0,023	-0,074 ***	0,084
<b>Regionale Faktoren†</b>		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Tabelle 7-4: Multivariate Regressionsanalyse zum SMR-Index

Die abhängige Variable (Qualitätsindikator) wurde mit einem negativen Vorzeichen versehen. Ein positiver (negativer) Koeffizient weist auf höhere (niedrigere) Qualität hin.

Signifikanzniveaus: \*\*\* < 0,01; \*\* < 0,05; \* < 0,1.

APPEND = Appendektomie, CHE = Cholezystektomie, EHTEP = Implantation einer Hüftgelenkendoprothese bei Coxarthrose, FRHOST = Implantation einer Hüftgelenkendoprothese oder Osteosynthese bei Hüftfraktur, KNIETEP = Implantation einer Kniegelenkendoprothese.

† Regionale Faktoren: Altersstruktur, Arbeitslosenquote, Finanzkraft, Allgemeinärzte, Wettbewerb.

Quelle: Eigene Auswertung auf Basis von BBSR (2018); G-BA (2017); WIdO (2018).

**292.** Auf Basis der durchgeführten Analyse kann ein Einfluss von verschiedenen Strukturparametern auf die Qualität der stationären Leistungserbringung nicht eindeutig festgestellt werden. Lediglich bei planbaren orthopädischen Operationen ist ein positiver Zusammenhang zwischen der Spezialisierung und der Qualität zu verzeichnen<sup>72</sup>. Auch eine aktuelle Auswertung des WIdO zeigte einen positiven Zusammenhang zwischen der Spezialisierung und den Überlebenschancen von Darmkrebspatienten (Klauber et al. 2018). Der Auswertung zufolge hatten Patienten in zertifizierten Zentren bessere Langzeitüberlebensraten als in anderen Krankenhäusern. Zudem stehen der hohe Spezialisierungsgrad und die hohe relative Größe der Fachabteilung in der Regel mit der hohen Anzahl der erbrachten elektiven Leistungen in Verbindung. Der Zusammenhang zwischen den erbrachten Leistungsmengen und der Qualität beim elektiven Hüft- und Kniegelenkersatz (weniger Komplikationen bei höherer Fallzahl) ist gut belegt (Jeschke et al. 2016; Jeschke/Günster 2014).

**293.** Die Analyseergebnisse sollten vor dem Hintergrund der Einschränkungen in den zugrunde liegenden Daten vorsichtig interpretiert werden. So konnten die Krankenhausabrechnungsdaten aufgrund von teilweise abweichenden Fachabteilungsschlüsseln sowie teilweise fehlenden Standortdifferenzierungen nicht immer eindeutig einer zuständigen Fachabteilung bzw. einem Krankenhausstandort in den strukturierten Qualitätsberichten (G-BA 2017)

<sup>72</sup> Im Unterschied zu nichtplanbaren Operationen tritt bei planbaren Planoperationen ein Selektionseffekt bei den Zuweisungen auf (Melton 1985).

zugeordnet werden<sup>73</sup>. Da der klinikbezogene SMR-Index nur bei ausreichender Fallzahl, d. h. bei mindestens 30 AOK-Fällen innerhalb von drei Jahren, berechnet wurde und damit für die Analyse zur Verfügung stand, konnten Effekte bei den Kliniken, die eine Operation nur sehr selten (d. h. weniger als 30 AOK-Fälle in drei Jahren) durchführen, nicht untersucht werden. Zusätzlich ist zu beachten, dass die Daten des WIdO aufgrund der spezifischen Versichertenstruktur der AOK nur teilweise repräsentativ für die Gesamtbevölkerung Deutschlands sind. So weisen die AOKs einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Mitgliedern aus dem gewerblichen Bereich auf, während Angestellte unter den Mitgliedern eher unterrepräsentiert sind (SVR 2015). Allerdings machen die AOK-Patienten rund ein Drittel aller Krankenhauspatienten aus. Zudem werden Unterschiede in den Komorbiditäten der Patienten im risikoadjustierten Komplikationsoutcome (SMR-Index) berücksichtigt. Dennoch wäre es wichtig, dass sich andere Krankenkassen an der QSR beteiligen.

#### 7.4.4 Patientenzufriedenheit

**294.** Immer mehr Patienten wünschen sich zusätzliche Informationen über die Behandlungsqualität in Krankenhäusern und orientieren sich dabei an den Erfahrungen ehemaliger Patienten. In der aktuellen Literatur gibt es immer mehr Hinweise darauf, dass Patientenzufriedenheit stark mit wichtigen Qualitätsindikatoren wie Wirksamkeit der Behandlung, Vermeidung von Komplikationen und Patientensicherheit korreliert (Doyle et al. 2013). Ein Überblick über die internationale Literatur stellte fest, dass der Qualitätsindikator Patientenzufriedenheit von Patienten als bedeutsamer wahrgenommen wurde als harte Ergebniskriterien wie Mortalität und Komplikationsraten (Romppel/Grande 2014).

**295.** Allerdings müssen im Rahmen der Zufriedenheitsforschung verschiedene konzeptuelle und methodische Probleme beachtet werden. So kann Patientenzufriedenheit nur dann als Kriterium der Qualität von stationärer Versorgung gelten, wenn die Befragungsergebnisse das Behandlungsangebot und die therapeutische Atmosphäre eines Krankenhauses widerspiegeln und nicht von bereits bestehenden Vorurteilen, Einstellungen und Erwartungen der Patienten geprägt sind (Böcker 1989). Da Zufriedenheit von den Erwartungen an die Realität maßgeblich beeinflusst ist, sind Patienten mit geringen Erwartungen bei gleicher objektiver Realität zufriedener als Patienten mit hohen Erwartungen (Spießl et al. 1997). Gleichzeitig resultieren aus einer kognitiven Dissonanz zwischen Erwartung und Realität bestimmte Anpassungsvorgänge, da Patienten selten in der Lage sind, die nicht zufriedenstellenden Leistungen des Krankenhauses aktiv zu verändern (Erzberger et al. 1989). Die kognitive Anpassung an die Situation führt zu einer resignativen Zufriedenheit bzw. zu einer Pseudozufriedenheit. Auch die stark ausgeprägte Informationsasymmetrie in der Arzt-Patienten-Beziehung trägt zu den in allen medizinischen Bereichen gefundenen hohen Zufriedenheitsraten bei, weil Patienten durch ihre Erkrankungen auf Hilfe von Ärzten und Therapeuten angewiesen sind und sich selten frei für oder gegen die angebotene Leistung entscheiden können (Siegrist et al. 2002).

---

<sup>73</sup> Die Datensituation wird sich ab dem Jahr 2020 mit Einführung eines bundesweiten Verzeichnisses der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen und der Übermittlung einer Standortnummer im Abrechnungsdatensatz verbessern (vgl. § 293 Abs. 6 SGB V).

**296.** Seit Ende 2011 befragen die AOKs und die BARMER gemeinsam mit der „Weissen Liste“ bundesweit gesetzlich Krankenversicherte zu ihren Erfahrungen im Krankenhaus. Grundlage der Befragung ist der wissenschaftlich fundierte Fragebogen *Patients' Experience Questionnaire* (PEQ), der von der Bertelsmann Stiftung und dem ehemaligen Schweizer „Verein Outcome“ entwickelt wurde. Die Versicherten, die mindestens 18 Jahre alt sind und mehr als eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben, werden zwei bis acht Wochen nach ihrem Krankenhausaufenthalt angeschrieben. Die Befragung umfasst 15 Fragen zu den Bereichen „Weiterempfehlung durch Patienten“, „Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung“, „Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung“ und „Zufriedenheit mit Organisation und Service“. Basis für die Bewertung der Zufriedenheit bildet eine 6-Punkte-Likert-Skala mit Ausprägungen zwischen beispielsweise „voll und ganz“ (1) bis „überhaupt nicht“ (6). Darüber hinaus werden die Patienten gebeten, demografische Angaben u. a. zu Alter und Geschlecht zu machen und ihre subjektive Wahrnehmung hinsichtlich der Verbesserung des Gesundheitszustandes zu geben.

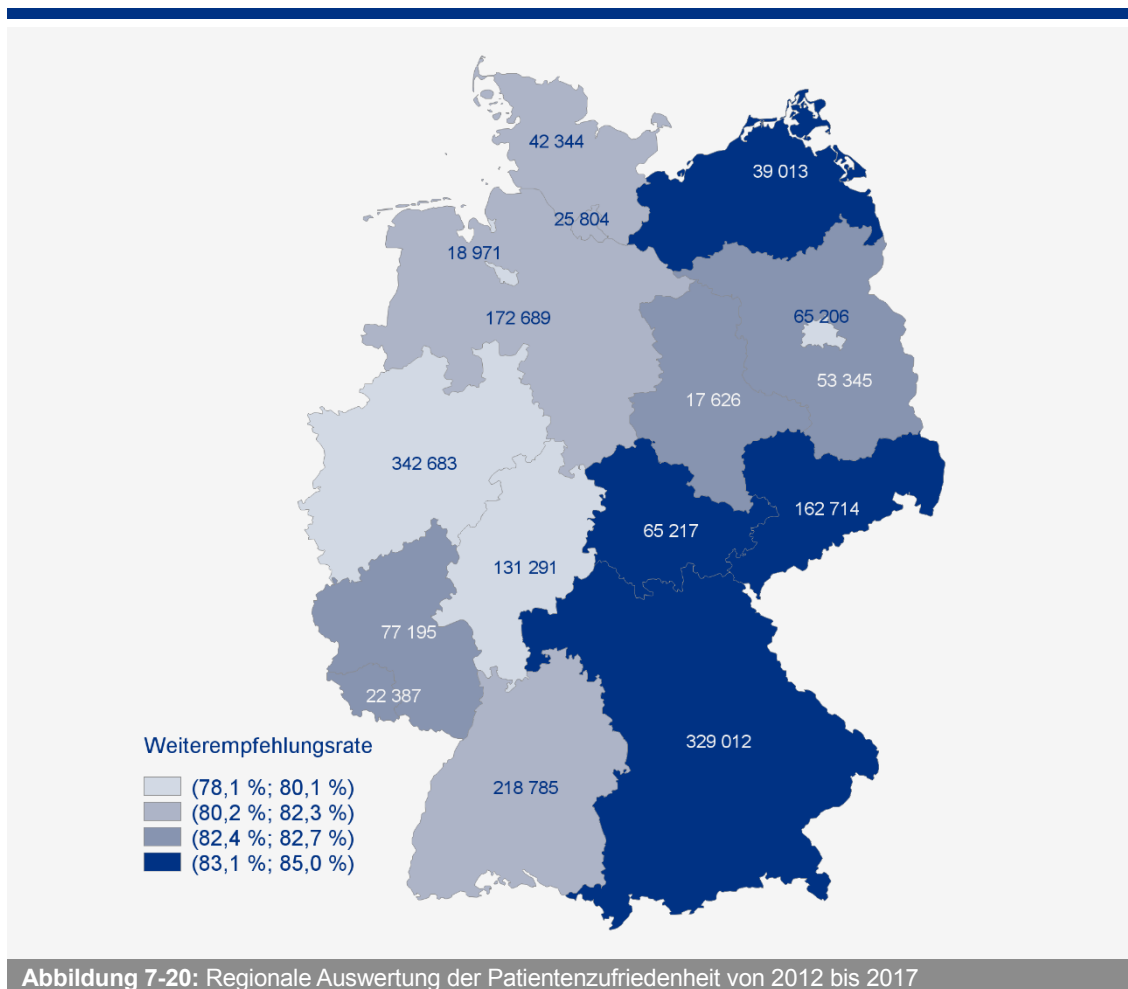
**297.** Zur Untersuchung der Entwicklung der Patientenzufriedenheit im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme stationärer Gesundheitsleistungen hat die „Weisse Liste“ dem Rat einen PEQ-Datenauszug bereitgestellt. Die Auswertung der Befragungswellen in den Jahren 2012 bis 2017 von knapp 1,8 Millionen antwortenden Versicherten (Rücklaufquote von rund 40 %) zeigte, dass die meisten Patienten mit ihrer Krankenhausbehandlung zufrieden waren. Dabei waren bundesweit 81,9 % der Befragten bereit, das Krankenhaus ihrem besten Freund oder ihrer besten Freundin weiterzuempfehlen<sup>74</sup>. Die Aufteilung nach Befragungskategorien zeigte, dass Patienten am meisten mit der ärztlichen Versorgung (Mittelwert = 82,6 %) und der pflegerischen Betreuung (81,4 %) zufrieden waren, während die Zufriedenheit mit Organisation und Service (78,0 %) sowie das subjektive Empfinden der Verbesserung des Gesundheitszustandes (75,8 %) etwas geringer waren. Innerhalb der Kategorien zeigte sich, dass sowohl bei der ärztlichen Versorgung als auch bei der pflegerischen Betreuung Aspekte wie die Aufklärung über die Behandlung und die Gewährung des Mitspracherechts schlechter bewertet wurden als der respektvolle Umgang und die fachliche Kompetenz des Personals. In der Kategorie „Organisation und Service“ wurden die Wartezeiten während des Krankenhausaufenthaltes am schlechtesten bewertet, gefolgt vom Essen und von der Sauberkeit im Krankenhaus sowie der Organisation der Entlassung. Die Organisation der Aufnahme wurde dagegen in dieser Kategorie am besten bewertet.

**298.** Die aggregierte Auswertung wies damit auf Verbesserungspotenziale in einzelnen Bereichen der Krankenhausversorgung hin, etwa bei der Berücksichtigung von Patientenwünschen und der Gewährleistung von angemessenen Informationen seitens der Ärzte und Pflegenden (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege), bei der Organisation des Aufenthaltes im Hinblick auf die Wartezeiten und die Entlassung sowie bessere Essensversorgung und Sauberkeit. Eine gezielte Schulung des Personals in diesen Bereichen würde die Zufriedenheit der deutschen Krankenhauspatienten mit der Krankenhausversorgung am effektivsten steigern.

---

<sup>74</sup> Zur Ermittlung der Weiterempfehlungsrate wurden die Antworten in einen Prozentwert umgewandelt, sodass bei der im PEQ einheitlich bei jeder Frage verwendeten sechsstufigen Antwortskala die „1“ als bestmögliche Bewertung für 100 % und die „6“ als schlechtestmögliche Bewertung für 0 % steht (Weisse Liste 2017b).

**299.** Abbildung 7-20 stellt regionale Unterschiede in den Weiterempfehlungsraten auf Bundeslandebene dar. Dabei würden Patienten in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen sowie in Bayern das Krankenhaus am häufigsten weiterempfehlen. Die niedrigsten Weiterempfehlungsraten sind dagegen in Berlin, Bremen, Hessen und Nordrhein-Westfalen zu verzeichnen. Die hohen Weiterempfehlungsraten in Ostdeutschland sind möglicherweise auf die seit der Wiedervereinigung getätigten Investitionen für die Modernisierung der Krankenhausstrukturen zurückzuführen (Steinmann et al. 2004; Tiemann/Schreyögg 2009). Zudem könnte das Ergebnis durch historisch gewachsene Unterschiede in den Erwartungshaltungen bezüglich der Krankenhausversorgung in Ost- und Westdeutschland erklärt werden.



Die farbliche Markierung spiegelt den Prozentwert der Patienten wider, die das Krankenhaus weiterempfehlen würden. Zur Ermittlung der Weiterempfehlungsrate wurden die Antworten in einen Prozentwert umgewandelt, sodass bei der im PEQ einheitlich bei jeder Frage verwendeten sechsstufigen Antwortskala die „1“ als bestmögliche Bewertung für 100 % und die „6“ als schlechtestmögliche Bewertung für 0 % steht (Weisse Liste 2017b).

Die Anzahl der ausgewerteten Fragebögen je Bundesland ist zusätzlich angezeigt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Weisses Liste (2017a).

**300.** Die Auswertung auf der Fachabteilungsebene zeigte, dass die im Durchschnitt höchsten Weiterempfehlungsraten (Spannweite von 86 % bis 89 %) in den Fachabteilungen für Nuklearmedizin, Orthopädie, Augenheilkunde, Herzchirurgie, Plastische Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu verzeichnen waren. Die niedrigsten Weiterempfehlungsraten erhielten dagegen Fachabteilungen für Allgemeine Psychiatrie, Gastroenterologie, Nephrologie,

Geriatrie und Endokrinologie (Spannweite von 75 % bis 79 %). Über die Gründe für dieses Ergebnis kann ohne nähere Untersuchung allenfalls spekuliert werden. Als eine Möglichkeit ist denkbar, dass die Fachabteilungen mit den niedrigsten Weiterempfehlungsraten auch diejenigen sind, die einen höheren Anteil an Notfallbehandlungen aufweisen und die dadurch die Abläufe auf den Stationen nur erschwert optimieren können. Die Weiterempfehlungsraten in diesen Fachabteilungen fallen womöglich auch deshalb niedriger aus, weil dort tendenziell mehr Patienten mit chronischen Krankheiten und einem hohen Leidensdruck behandelt werden, der durch einen Krankenhausaufenthalt oft nur bedingt gelindert werden kann.

### *Multivariate Regressionsanalyse*

**301.** Die bisherigen Übersichtsarbeiten machen deutlich, dass die Patientenzufriedenheit das Ergebnis unterschiedlichster Einflussfaktoren auf der individuellen, der fachabteilungs- und krankenhausbezogenen sowie der regionalen Ebene sein kann (Cleary/McNeil 1988; Shirley/Sanders 2013). Häufig wird eine gegenseitige Abhängigkeit zwischen diesen Faktoren vermutet, beispielsweise zwischen der Krankenhausgröße und der Trägerschaft. Die nachfolgende multivariate Analyse isoliert die einzelnen Einflussfaktoren bei gleichzeitiger Berücksichtigung aller übrigen Variablen.

**302.** Als Datengrundlage wurden die Informationen für das Berichtsjahr 2015 aus den strukturierten Qualitätsberichten gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und die Informationen der „Weissen Liste“ über Patientenzufriedenheit und subjektives Gesundheitsempfinden verwendet. Es wurden nur solche Fachabteilungen in die Analyse eingeschlossen, die mindestens 30 Fragebogen der „Weissen Liste“ und die vollständigen Daten in den strukturierten Qualitätsberichten aufwiesen. Darüber hinaus wurden die regionalen Indikatoren des BBSR genutzt.

**303.** Die Patientencharakteristika wurden anhand der Befragungswerte der „Weissen Liste“ erhoben. Dabei wurde der Gesundheitszustand mithilfe der Angaben von Patienten zur Frage, ob der Gesundheitszustand sich durch den Krankenhausaufenthalt verbessert hatte, ermittelt. Es wurden insgesamt 13 Fachabteilungsarten<sup>75</sup> in die Analyse eingeschlossen, die eine Mindestanzahl von 50 Fachabteilungen einer Art aufwiesen. Die Fachabteilungsarten „Allgemeine Psychiatrie“ sowie „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ wurden von vornherein aufgrund der erfahrungsgemäßen Besonderheiten bei der Zufriedenheitsmessung unter den entsprechenden Patienten aus der Analyse ausgeschlossen. Zur Indikation verschiedener Fachabteilungsarten wurden Dummyvariablen genutzt. Sie sollen der Tatsache Rechnung tragen, dass verschiedene Fachabteilungsarten über verschiedene Abläufe und Organisationen verfügen sowie unterschiedliche Patientengruppen behandeln. Die Definition der Variablen auf der Fachabteilungs- und Krankensebene sowie auf der regionalen Variablen entspricht der in Abschnitt 7.4.3.

**304.** Tabelle 7-5 stellt die Ergebnisse der multivariaten Regressionsanalyse zu den vier Dimensionen der Patientenzufriedenheit („Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung“, „Zufriedenheit mit der pflegerischen Betreuung“, „Zufriedenheit mit Organisation und Service“ und „Gesamtzufriedenheit“) dar. Die Stichprobe setzt sich aus den Befragungen von 242 956 Patienten in 3 545 Fachabteilungen von 1 154 Krankenhäusern zusammen.

<sup>75</sup> Fachabteilungsarten: Allgemeine Chirurgie (n = 904); Innere Medizin (698), Orthopädie (340), Urologie (292), Neurologie (253), Kardiologie (241), Unfallchirurgie (224), Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (167), Gastroenterologie (108), Neurochirurgie (96), Augenheilkunde (93), Dermatologie (78), Pneumologie (51).

Zufriedenheit mit ...	Ärzten	Pflege	Service	Insgesamt
<b>Konstante</b>	-1,865 ***	-1,989 ***	-2,842 ***	-2,056 ***
<b>Patientencharakteristika</b>				
Alter	0,004 ***	0,002 ***	0,006 ***	0,008 ***
Männliches Geschlecht	0,001	0,055 ***	0,016 ***	0,008 *
Gesundheitszustand	0,342 ***	0,271 ***	0,279 ***	0,459 ***
<b>Fachabteilung</b>				
Relative Größe	0,120 ***	0,131 ***	0,195 ***	0,242 ***
Spezialisierung	0,094 ***	0,085 ***	0,094 ***	0,152 ***
Pflegende/Patient	-0,208 ***	-0,248 ***	-0,378 ***	-0,441 ***
<b>Krankenhaus</b>				
Größe (600 und mehr Betten)				
bis 149 Betten	0,046 ***	0,099 ***	0,224 ***	0,099 ***
150 bis 399 Betten	0,023 ***	0,065 ***	0,142 ***	0,068 ***
400 bis 599 Betten	-0,002	0,023 ***	0,070 ***	0,011
Trägerschaft (privat)				
öffentlich	0,003	0,031 ***	0,023 ***	0,037 ***
freigemeinnützig	0,012 **	0,046 ***	0,055 ***	0,095 ***
<b>Regionale Faktoren†</b>	ja	ja	ja	ja
<b>Fachabteilungsart</b>	ja	ja	ja	ja

Tabelle 7-5: Mehrebenen-Regressionsanalyse zur Patientenzufriedenheit

Die abhängige Variable (Patientenzufriedenheit) wurde mit einem negativen Vorzeichen versehen. Ein positiver (negativer) Koeffizient weist auf höhere (niedrigere) Zufriedenheitswerte hin.

Signifikanzniveaus: \*\*\* < 0,01; \*\* < 0,05; \* < 0,1.

† Regionale Faktoren: Altersstruktur, Arbeitslosenquote, Finanzkraft, Allgemeinärzte, Wettbewerb.

Quelle: Eigene Auswertung auf Basis von BBSR (2018); G-BA (2017); WIdO (2018).

**305.** Die Ergebnisse sind über die vier Dimensionen hinweg im Großen und Ganzen konsistent. Es zeigt sich, dass ältere und männliche Patienten tendenziell höhere Zufriedenheitswerte aufweisen. Die Tatsache, dass ältere Patienten tendenziell bessere Zufriedenheitswerte aufweisen, wurde in der internationalen Literatur mehrfach bestätigt (siehe die Übersichtsarbeit von Shirley/Sanders 2013). Das Geschlecht hatte dabei – im Gegensatz zu der Analyse des Rates – keinen Einfluss auf die Patientenzufriedenheit (Shirley/Sanders 2013). Außerdem kann festgehalten werden, dass die subjektive Wahrnehmung der Verbesserung des Gesundheitszustandes eine wesentliche Rolle bei der Patientenzufriedenheit spielt. Auch die Übersichtsarbeit von Shirley/Sanders (2013) bestätigt, dass Patienten, die ihren Gesundheitszustand als positiv wahrnehmen, mit höheren Zufriedenheitswerten gekennzeichnet sind (Shirley/Sanders 2013).

**306.** Auf der Fachabteilungsebene schneiden Fachabteilungen mit höherem Spezialisierungsgrad und höherer relativer Größe besser ab als solche mit niedrigerem Spezialisierungsgrad und kleinerer relativer Größe. Die Untersuchung von Augurzky et al. zur Patientenzufriedenheit in deutschen Krankenhäusern anhand der Befragungswerte der TK kam ebenfalls

zu dem Schluss, dass Krankenhäuser mit einem höheren Spezialisierungsgrad<sup>76</sup> höhere Patientenzufriedenheit erreichten (Augurzky et al. 2017). Die Verhältniszahl von Pflegenden zu Patienten steht in einem negativen Zusammenhang mit der Patientenzufriedenheit. Der negative Zusammenhang zwischen der Verhältniszahl von Pflegenden zu Patienten und der Patientenzufriedenheit ist unerwartet, da die bisherigen Studien überwiegend von einem positiven Zusammenhang berichtet haben (vgl. z. B. Hockenberry/Becker (2016); Kutney-Lee et al. (2009), Kraska et al. (2017))<sup>77</sup>.

**307.** Auf der Krankenhausebene zeigt sich, dass kleinere Krankenhäuser eine höhere Patientenzufriedenheit erreichen als solche mit über 600 Betten. Freigemeinnützige und öffentliche Krankenhäuser schneiden in Bezug auf die Patientenzufriedenheit besser ab als private Krankenhäuser. Die Untersuchung von Kraska et al. hat ebenfalls die PEQ-Daten verwendet und gezeigt, dass kleinere Krankenhäuser höhere Zufriedenheitswerte aufwiesen als größere Krankenhäuser und freigemeinnützige Krankenhäuser höhere Zufriedenheitswerte aufwiesen als private Krankenhäuser (Kraska et al. 2017). Die Untersuchung von Augurzky et al. hat mithilfe der Befragungswerte der TK gezeigt, dass – anders als in der Analyse des Rates – private Krankenhäuser in Bezug auf die Patientenzufriedenheit schlechter abschneiden als öffentliche (Augurzky et al. 2017).

**308.** Es sollte beachtet werden, dass die möglichen Aussagen auf Basis der Datenlage limitiert sind. Auf der Patientenebene fehlen Informationen zu weiteren soziodemografischen Faktoren sowie zum Schweregrad und zu Begleiterkrankungen. Es wäre außerdem vorteilhaft, ein objektives Maß der Verbesserung des Gesundheitszustandes zu verwenden. Die Auswertungen der Pflegepersonalzahlen stehen nur jährlich zur Verfügung und berücksichtigen die verschiedenen Qualifikationen der Pflegenden nicht. Auch die Fallzahl konnte nur durch eine durchschnittliche Verweildauer für ausgewählte Diagnosegruppen adjustiert werden und bezieht sich nicht auf die Anzahl tatsächlicher Pflgetage. Somit dient die Verhältniszahl von Pflegekraft und Patient nur einer Approximation der tatsächlichen Pflegeintensität pro Patient. Auch weitere mögliche strukturelle Unterschiede auf der Fachabteilungs- und Krankenhausebene konnten nicht in vollem Maße kontrolliert werden.

**309.** Die abgeleiteten deskriptiven und analytischen Ergebnisse können einige Anstöße für eine patientenzentrierte Gesundheitsversorgung geben. Entsprechend benötigen Krankenhäuser Organisationskonzepte, die es ermöglichen, den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Eine entscheidende Rolle spielen dabei Kommunikation, Information und Aufklärung im Umgang mit Patienten. Ein Krankenhausaufenthalt führt in den meisten Fällen zu Angst und Unsicherheit des Patienten, die durch offene Kommunikation, transparente Informationen und emotionale Unterstützung genommen werden können. Deshalb ist es notwendig, den Patienten in den Mittelpunkt der Organisationsschwerpunkte zu stellen sowie eine patientenorientierte Kommunikation und effiziente Abläufe in der Fachabteilung und im Krankenhaus für eine optimale Interaktion zwischen Patienten und Fachkräften zu fördern.

**310.** Die bewährten Konzepte zur Verbesserung der Servicequalität und der Patientenzufriedenheit sollten angewendet sowie neue erfolgversprechende Methoden evaluiert und eingeführt werden. So zielt beispielsweise das Modell der Bereichspflege darauf, innerhalb einer

---

<sup>76</sup> Der Spezialisierungsgrad wurde auf der Krankenhausebene ermittelt.

<sup>77</sup> Das Verhältnis von Pflegenden zu Patienten wurde auf der Krankenhausebene berechnet.

vorhandenen Stationsstruktur kleinere Pflegegruppen zu bilden und dem examinierten Pflegepersonal zuzuordnen (Säcker 2015). Auch eine ärztliche Zuordnung der Verantwortlichkeit zu der jeweiligen Pflegegruppe ist sicherzustellen. Mithilfe dieses Konzeptes entstehen für die Patienten insofern Vorteile, als die Patienten in kleinen Gruppen von einer überschaubaren Anzahl von Pflegenden betreut werden. Dadurch können die Patienten eine Beziehung zu den jeweiligen Pflegenden aufbauen. Leicht erkennbare Kommunikations- und Ansprechpartner tragen zu einem transparenten Informationsfluss bei (Säcker 2015).

**311.** Moderne bauliche und apparative Infrastruktur ist nicht nur der Leistungserstellung förderlich, sondern kann auch positiv zum Patientenwohlbefinden beitragen. Dieses Phänomen wird unter dem Begriff *Healing Architecture* zusammengefasst (Fischer 2015). Es gibt eine wachsende Anzahl wissenschaftlicher Studien, die einzelne Aspekte der Krankenhausarchitektur und des Designs, wie Zugang zur Natur, Lichtverhältnisse im Bettzimmer, Raumaufteilung und Kunstwerke, untersuchen (vgl. die umfassende Übersichtsarbeit von Iyendo et al. 2016). Diese Studien zeigen, dass die räumliche Umgebung Auswirkungen auf die Zufriedenheit und die Genesung der Patienten haben kann. Außerdem stehen die bauliche Infrastruktur und Ansteckungsgefahr mit krankenhausspezifischen Keimen im positiven Zusammenhang. Die Hygiene im Krankenhausbau lässt sich einerseits durch Einzelzimmer anstelle von Mehrbettzimmern oder durch separate Bewegungsflächen für Patienten und Personal und andererseits durch eine bessere Gestaltung von Funktionsabläufen beeinflussen.

## 7.5 Einflussfaktoren in den bisherigen multivariaten Analysen auf die Inanspruchnahme

**312.** Da die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen von vielen Faktoren gleichzeitig beeinflusst wird, können Untersuchungen einzelner Faktoren nur eingeschränkt Informationen zu sämtlichen Determinanten bzw. den einflussreichsten Faktoren der Inanspruchnahme liefern. In der internationalen Literatur wurden mögliche Einflüsse auf die Inanspruchnahme mithilfe multivariater Regressionsanalysen vielfach untersucht. Der Literaturüberblick von Boer et al. hat sich in der Zusammenfassung der Erkenntnisse aus über 50 Studien auf das Verhaltensmodell nach Andersen gestützt und festgestellt, dass die Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen seitens chronisch kranker Patienten insbesondere durch Krankenhauscharakteristika (z. B. Lehrkrankenhausstatus und Krankenhausgröße), individuelle Bedarfsfaktoren (Schweregrad der Erkrankung und Symptome sowie Komplikationen) und Ergebnisse (Lebensqualität, subjektives und ermitteltes Gesundheitsempfinden) beeinflusst wurde. Dabei nahmen chronisch kranke Patienten mit Depressionen und psychologischen Problemen besonders häufig Krankenhausleistungen in Anspruch, was für gezielte Interventionsprogramme für diese Patientengruppen sprechen würde. Dagegen wurde den individuellen Prädispositionsfaktoren (Alter, Geschlecht, Familienstand) und Voraussetzungen (Einkommen, Versicherungsstatus, soziales Netzwerk) relativ wenig Relevanz im Hinblick auf das Inanspruchnahmeverhalten eingeräumt (Boer et al. 1997). Der nachfolgende Literaturüberblick von 139 Studien mit einem Bezug zum Verhaltensmodell nach Andersen hat sich der Verwendung von kontextbezogenen Variablen in der Untersuchung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gewidmet (Phillips et al. 1998). Diese umfassende Übersichtsarbeit kam zu dem Schluss,



dass die kontextbezogenen Faktoren nur unzureichend berücksichtigt wurden, und empfiehlt eine verstärkte Nutzung der Datensätze und Modelle, die diese Faktoren einbeziehen.

**313.** In den jüngsten Studien wurde überwiegend zwischen den angebotsseitigen Faktoren, die im Verhaltensmodell nach Andersen unter dem Begriff „Voraussetzungen“ zusammengefasst sind, und nachfrageseitigen Faktoren, die sich auf die Elemente „Prädisposition“ und „Bedarf“ beziehen, differenziert. Diese Studien zeigten, dass zu einem Großteil die angebotsseitigen Faktoren die Inanspruchnahme beeinflusst haben (Cutler et al. 2013; Finkelstein et al. 2016; Sommers et al. 2008). Der Effekt der angebotsseitigen Faktoren besteht beispielsweise dann, wenn die finanziellen Anreize im Vergütungssystem einen Anstieg des Case Mix bzw. der Fall schwere eines Krankenhauses bewirken (Dafny 2005). Allerdings sind die Erkenntnisse zu angebotsseitigen Einflüssen aus der internationalen Literatur nur bedingt auf die Inanspruchnahme im deutschen Krankenhausmarkt übertragbar, da sich die vorherrschenden Rahmenbedingungen (z. B. das DRG-System) zu einem gewissen Grad zwischen den Ländern unterscheiden.

**314.** In deutschem Kontext haben Augurzky et al. für den Zeitraum von 2006 bis 2010 auf der Grundlage der fallpauschalenbezogenen Daten den Anstieg des Case Mix genauer erforscht und einen Effekt der finanziellen (Fehl-)Anreize im DRG-System auf die Fallzahlentwicklung festgestellt (Augurzky et al. 2012). Allerdings stützte sich diese Analyse auf mehrere problematische Annahmen, z. B. darauf, dass alle untersuchten Krankenhäuser das gleiche DRG-Spektrum anbieten oder die Deckungsbeiträge einzelner DRGs im zeitlichen Verlauf nicht variieren. Schreyögg et al. haben die Daten gemäß § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) für eine ökonomische Analyse verwendet, um den Einfluss von Veränderungen der DRG-Gewichte auf eine Veränderung der Fallzahlen zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigten, dass das Angebot der stationären Leistungen auf eine Veränderung von Marktpreisen reagierte, indem die Veränderungen der DRG-Gewichte zu Veränderungen der Fallzahlen führten. Außerdem hatte eine Veränderung der Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe einen signifikanten Einfluss auf die Veränderung der DRG-Gewichte und somit wurden die DRG-Gewichte nicht nur durch die sich ändernden Kosten der Kalkulationshäuser, sondern auch durch die Zusammensetzung der Stichprobe determiniert (Schreyögg et al. 2014).

**315.** Die wesentlichen Komponenten des nachfrageseitigen Einflusses sind die demografische Entwicklung sowie die Mortalitäts- und die Morbiditätsentwicklung. Der wissenschaftliche Diskurs findet überwiegend zwischen den Thesen der Morbiditätskompression (Fries et al. 1984) und der Medikalisierung (Gruenberg 1977) statt. Die Morbiditätskompressionsthese geht davon aus, dass die steigende Lebenserwartung mit einem Anstieg der gesunden Lebensjahre einhergeht, wobei die ausgeprägte Morbidität und damit auch die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen in ein höheres Alter verschoben werden. Dem steht die Medikalisierungsthese (bzw. Morbiditätsexpansion) gegenüber, wonach die steigende Lebenserwartung mit dem medizinisch-technologischen Fortschritt zusammenhängt und die Zahl der chronisch Kranken und Multimorbiden in den höheren Lebensjahren ansteigt. Empirisch wurde dem Einfluss des Alters auf die Inanspruchnahme der Gesundheitsleistungen in zahlreichen Studien nachgegangen. Die wegweisende Studie von Zweifel et al. (1999) gibt dem Alter die Rolle einer Nebelkerze (*Red herring*), da die Zeit kurz vor dem Tod, in der ein wesentlicher Teil der lebenslangen Leistungsausgaben entsteht, der entscheidende Einflussfaktor auf die Inanspruchnahme darstelle. Diese Schlussfolgerung wurde in weiteren Studien, die auf Längsschnittdaten zugreifen, bestätigt (Seshamani/Gray 2004; Wong et al. 2011). Andere Studien widersprachen dieser

Aussage und zeigten auf Basis ihrer empirischen Daten, dass der Einfluss des Alters den Einfluss der Zeit bis zum Tod überwog (Karlsson/Klohn 2014). Da in diesen Studien die Zeit bis zum Tod anstelle des tatsächlichen Einflussfaktors „Gesundheitsstatus“ verwendet wurde, verschwand oft der Effekt dieses Parameters, nachdem für Morbidität kontrolliert wurde (van Baal/Wong 2012). Der Review von Meijer et al. kam zu dem Schluss, dass unter Berücksichtigung vielseitiger Faktoren im Verhaltensmodell nach Andersen eine wechselseitige und sich gegenseitig verstärkende Wirkung zwischen dem Alter und dem Gesundheitsstatus einerseits und dem medizinisch-technischen Fortschritt andererseits besteht (Meijer et al. 2013).

**316.** In Deutschland hat eine aktuelle Studie den gemeinsamen Einfluss der demografischen Merkmale und des Gesundheitsstatus auf über die Hälfte aller Gesundheitsausgaben beziffert (Göpfarth et al. 2016). Im stationären Bereich haben Blum/Offermanns auf Basis von Daten der externen Qualitätssicherung für vier ausgewählte Leistungsbereiche mit hohen Fallzahlsteigerungen den Zusammenhang zwischen Fallzahlentwicklung und Indikationsstellung untersucht (Blum/Offermanns 2012). Die Autoren haben keinen eindeutigen Nachweis einer medizinisch nicht indizierten Leistungsausweitung gefunden. Allerdings ist zu beachten, dass die Studie von Blum/Offermanns die Daten der externen Qualitätssicherung verwendet, weshalb die Aussagekraft der Ergebnisse durch die methodischen Probleme des Datensatzes eingeschränkt ist. Neuere Untersuchungen in Deutschland unter Verwendung ökonometrischer Methoden und einer sehr guten Datenbasis haben gezeigt, dass die Verschiebungen in den Bevölkerungszahlen über das Altersspektrum zumindest den größten nachfrageseitigen Einfluss auf die Fallzahlen hatten (Schreyögg et al. 2014). Außerdem wurde die Nachfrage nach Krankenhausleistungen deutlich positiv von der Mortalität und der Veränderung der Morbidität beeinflusst (Schreyögg et al. 2014). Insgesamt wiesen die nachfrageseitigen Faktoren dabei einen geringen bis moderaten Einfluss auf die Inanspruchnahme auf. Konkret wurde berechnet, dass der Einfluss der messbaren nachfrageseitigen Faktoren (Morbidität, Überlebenswahrscheinlichkeit und Zeit bis zum Tod) für ca. ein Fünftel der Veränderung der Inanspruchnahme stationärer Leistungen in Deutschland im Zeitraum von 2008 bis 2011 verantwortlich war<sup>78</sup> (Krämer/Schreyögg 2017).

## 7.6 Zusammenfassung

### *Krankenhausstruktur*

**317.** Während die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle in den letzten zehn Jahren erheblich gestiegen ist, hat sich die Anzahl der nicht-vollstationären Behandlungen nicht wesentlich erhöht. Dennoch ist ein Anstieg der nicht-vollstationären Behandlungsformen vor allem bei den vorstationären bzw. nachstationären Behandlungen, welche mit der vollstationären Behandlung zusammenhängen, zu beobachten. Da Deutschland im internationalen Vergleich einen verhältnismäßig geringen Anteil an ambulanten Operationen aufweist, ist anzunehmen, dass ein erhebliches Potenzial zur Ambulantisierung besteht. Um eine Ambulantisierung von vollstationären Fällen zu fördern, sollten die finanziellen Anreize verbessert werden (siehe Abschnitt 6.3).

---

<sup>78</sup> Die Autoren haben die Veränderungen der Arbeitslosigkeit als ein Instrument für die Veränderungen der Morbidität verwendet, um das Endogenitätsproblem zu umgehen.

**318.** Die deutsche Krankenhauslandschaft ist durch eine überproportional hohe Anzahl von kleinen und mittleren Krankenhäusern gekennzeichnet. Das führt dazu, dass Krankenhäuser hochkomplexe Leistungen erbringen, ohne über die für eine angemessene Qualität notwendige Ausstattung und Expertise zu verfügen. Gleichzeitig werden diese Leistungen möglicherweise unterhalb einer empirisch ableitbaren kritischen Menge erbracht. Deshalb sollten für Indikationen, bei denen die Versorgung in spezialisierten Strukturen vorteilhaft ist, formale Strukturvorgaben festgelegt werden. Der Ansatz der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PlanQI) sollte dabei konsequent weiterentwickelt und hinsichtlich ihrer Wirkung evaluiert werden. Darüber hinaus sollte beim Vorhandensein klarer Evidenz für den Zusammenhang zwischen der Fallzahl und der Versorgungsqualität für diese Leistungsbereiche eine Mindestmenge zur Sicherung der Qualität – je nach Evidenz auf Arzt- oder Fachabteilungsebene – festgeschrieben werden. Wie bereits durch das KHSG angestoßen, sollte darüber hinaus das Nichterreichen einer festgelegten Mindestmenge unmittelbare Konsequenzen auf die Vergütung von Leistungen haben.

**319.** Außerdem führt die Überversorgung an kleinen und mittleren Krankenhäusern insbesondere in Ballungsgebieten zu einem ineffizienten Einsatz von knappen Investitionsmitteln. Daher sollten der Abbau von stationären Überkapazitäten, die Konzentration des Leistungsangebots auf weniger Standorte und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen vorangetrieben werden (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung).

#### *Demografische und klinische Merkmale der Patienten*

**320.** Bisherige Studien haben gezeigt, dass die nachfrageseitigen Faktoren wie die Entwicklung von Mortalität und Morbidität sowie die Verschiebung der Bevölkerungszahlen über das Altersspektrum einen geringen bis moderaten Einfluss auf die Inanspruchnahme haben. Dabei geht ein höheres Alter nicht unbedingt mit höheren Fallzahlen einher, sondern auch die Zeit bis zum Tod spielt eine wesentliche Rolle. Weitere Forschung ist erforderlich, um den Einfluss anderer nachfrageseitiger Faktoren wie beispielsweise der sich ändernden Präferenzen der Bevölkerung auf Fallzahlveränderungen abschätzen zu können.

**321.** Die meisten vollstationären Krankenhausbehandlungen werden sowohl bei Frauen als auch bei Männern durch Krankheiten des Kreislaufsystems veranlasst. Bei Männern sind zudem die „Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ der wichtigste Behandlungsanlass im Krankenhaus. Des Weiteren sind in den letzten zehn Jahren große relative Veränderungen in den Diagnosekapiteln „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“ und „Infektiöse und parasitäre Krankheiten“ sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten. Ob der beobachtete Anstieg auf eine echte Zunahme oder auf Änderungen in der Kodierung zurückzuführen ist, ist anhand der vorhandenen Statistiken nicht feststellbar und bedarf einer näheren Betrachtung. Außerdem sind deutliche Anstiege der Fallzahl im Diagnosekapitel „Krankheiten des Atmungssystems“ bei Frauen und in den Diagnosekapiteln „Krankheiten der Haut und der Unterhaut“ und „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ bei Männern zu verzeichnen. In den vergangenen zehn Jahren ist zudem ein erheblicher Anstieg von orthopädischen Eingriffen sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten. Dazu gehören beispielsweise Operationen an der Wirbelsäule und am Schultergelenk, wobei die Evidenzlage für diese Eingriffe oftmals unklar ist und jede Operation ein Gesundheitsrisiko für den einzelnen Patienten darstellt.

### *Qualität*

**322.** Eine Vielzahl an Instrumenten und Initiativen der verpflichtenden und freiwilligen Qualitätsberichterstattung trägt dazu bei, dass Patienten und Interessengruppen regelmäßig informiert werden und die Möglichkeit erhalten, Leistungsanbieter zu vergleichen. Allerdings sind viele Nutzer durch die Menge und Vielfalt der Informationen (unterschiedliche Websites als „Krankenhauswegweiser“) überfordert. Daher bedarf es neben reiner Informations- und Wissensvermittlung auch der Vermittlung von Medien- und Informationskompetenzen, damit Nutzer mit den unterschiedlichen Informationssystemen umgehen, relevante Informationskanäle auszuwählen und die erhaltenen (und teilweise widersprüchlichen) Informationen einschätzen können (SVR 2012). Außerdem sollten die Zusammenführung vorhandener Qualitätsinformationen durch eine unabhängige öffentliche Stelle und eine gute Zugänglichkeit über das vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) geplante „Nationale Gesundheitsportal“ (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege) angestrebt werden.

**323.** Die bundesweite EQS liefert Erkenntnisse zur Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität und unterstützt systematische und kontinuierliche Qualitätsvergleiche von stationären Leistungsanbietern. Um eine valide Vergleichbarkeit der Krankenhäuser zu gewährleisten, sollte den methodischen Problemen von selbstberichteten Informationen Rechnung getragen werden. So sollten Selbsterhebungen – je nach Indikation – durch Abrechnungsdaten substituiert, ergänzt und validiert werden. Dabei sind Methoden zur Risikoadjustierung unentbehrlich. Außerdem sollte der Aufbau einer sektorenübergreifenden EQS beschleunigt werden. Die sektorenübergreifende EQS bildet einen wichtigen ordnungspolitischen Rahmen für einen fairen Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern, der die Ambulantisierung von stationären Leistungen befördern dürfte (SVR 2012).

## 7.7 Literatur

- Andersen, R. (1968): A behavioral model of families' use of health services. Center for Health Administration Studies, Chicago.
- Andersen, R. M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 36(1): 1–10.
- Andersen, R. M., Davidson, P. L. und Baumeister, S. E. (2014): Improving Access to Care in America: Individual and Contextual Indicators. In: Kominski, G. F. (Hrsg.): *Changing the U.S. health care system. Key issues in health services policy and management*. 4. ed. Jossey-Bass, San Francisco, Calif.: 33–70.
- Augurzky, B., Felder, S., Gülker, R., Mennicken, R., Meyer, S., Wasem, J. et al. (2012): *Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht: Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes*. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M. und Wuckel, C. (2017): *Krankenhaus Rating Report 2017. Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung?* medhochzwei Verlag.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2018): *Transplantationsmedizin*. URL: [www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/transplantationsmedizin/](http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/transplantationsmedizin/) (abgerufen am 04.05.2018).
- BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung) (2018): *Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung (INKAR)*.
- Blum, K. und Offermanns, M. (2012): *Einflussfaktoren des Fallzahl- und Case Mix-Anstieges in deutschen Krankenhäusern. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft*. Deutsches Krankenhausinstitut.
- Böcker, F. M. (1989): Zufriedenheit psychisch Kranker mit der psychiatrischen Klinikbehandlung. *Psycho* 15(8): 34–42.
- Boer, A. G. de, Wijker, W. und Haes, H. C. de (1997): Predictors of health care utilization in the chronically ill: a review of the literature. *Health Policy* 42(2): 101–115.
- Bölt, U. (2018): *Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2015*. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit*. Schattauer, Stuttgart: 341–376.
- Cleary, P. D. und McNeil, B. J. (1988): Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*: 25–36.
- Cummings, K. M., Becker, M. H. und Maile, M. C. (1980): Bringing the models together: an empirical approach to combining variables used to explain health actions. *J Behav Med* 3(2): 123–145.
- Cutler, D., Skinner, J., Stern, A. D. und Wennberg, D. (2013): *Physician beliefs and patient preferences: a new look at regional variation in health care spending*. National Bureau of Economic Research (NBER). URL: [cowles.yale.edu/sites/default/files/files/lunch/cutler-140402.pdf](http://cowles.yale.edu/sites/default/files/files/lunch/cutler-140402.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).

- Dafny, L. S. (2005): How do hospitals respond to price changes? *Am Econ Rev* 95(5): 1525–1547.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018a): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Diagnosen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018b): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018c): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- Doyle, C., Lennox, L. und Bell, D. (2013): A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open* 3(1): e001570.
- Emmert, M., Meszmer, N., Simon, A. und Sander, U. (2016): Internetportale für die Krankenhauswahl in Deutschland: Eine leistungsbereichsspezifische Betrachtung. *Gesundheitswesen* 78(11): 721–734.
- Erzberger, C., Derivaux, J. C. und Ruhstrat, E.-U. (1989): Der zufriedene Patient? Die auffallend positive Bewertung von Krankenhausleistungen durch die Patienten. Ein Erklärungsversuch aus sozialpsychologischer Sicht. *MMG* (14): 140–145.
- Farley, D. E. und Hogan, C. (1990): Case-mix specialization in the market for hospital services. *Health Serv Res* 25(5): 757.
- Finkelstein, A., Gentzkow, M. und Williams, H. (2016): Sources of geographic variation in health care: Evidence from patient migration. *Q J Econ* 131(4): 1681–1726.
- Fischer, D. (2015): Patientenorientierung in Ausstattung und Architektur. In: Fischer, A. (Hrsg.): *Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Konzepte, Methoden, Implementierung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin: 283–298.
- Fries, J. F., Nesse, R. M., Schneider, E. L. und Brody, J. A. (1984): Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N Engl J Med* 310(10): 659–660.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2017): Qualitätsbericht der Krankenhäuser, 2015. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018): Qualitätsbericht der Krankenhäuser, 2016. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Göpffarth, D., Kopetsch, T. und Schmitz, H. (2016): Determinants of regional variation in health expenditures in Germany. *Health Econ* 25(7): 801–815.
- Gruenberg, E. M. (1977): The failures of success. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* 55(1): 3–24.
- Hedermann, D. (2014): Die Abgrenzung von ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Behandlung im Krankenhaus. *GesundheitsRecht* 13(6): 321–326.
- Henriksen, H. E. (2017): Introduction to the Danish Healthcare System. Ministry of Health.
- Hensen, P. (2016): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis. Springer Gabler, Wiesbaden Lehrbuch.

- Hockenberry, J. M. und Becker, E. R. (2016): How do hospital nurse staffing strategies affect patient satisfaction? *ILR Review* 69(4): 890–910.
- IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (2018): Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Iyendo, T. O., Uwajeh, P. C. und Ikenna, E. S. (2016): The therapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complement Ther Clin Pract* 24: 174–188.
- Jeschke, E. und Günster, C. (2014): Zum Zusammenhang von Behandlungshäufigkeit und -ergebnis in der Hüftendoprothetik. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2014. Schwerpunkt: Patientensicherheit*: 227–242.
- Jeschke, E., Gehrke, T., Günster, C., Hassenpflug, J., Malzahn, J., Niethard, F. U. et al. (2016): Five-year survival of 20,946 unicondylar knee replacements and patient risk factors for failure: An analysis of German insurance data. *JBJS* 98(20): 1691–1698.
- Johannessen, K. A., Kittelsen, S. A.C. und Hagen, T. P. (2017): Assessing physician productivity following Norwegian hospital reform: A panel and data envelopment analysis. *Soc Sci Med* 175: 117–126.
- Karlsson, M. und Klohn, F. (2014): Testing the red herring hypothesis on an aggregated level: ageing, time-to-death and care costs for older people in Sweden. *Eur J Health Econ* 15(5): 533–551.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.) (2018): *Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit*. Schattauer, Stuttgart.
- Krämer, B. K., Breitzkreuz, T., Krüger, B. und Banas, B. (2018): Sekundäre Datennutzung - Nierentransplantation. Daten der externen stationären Qualitätssicherung im Indikationsbereich Nierentransplantation aus den Jahren 2007 bis 2014 (noch nicht veröffentlicht).
- Krämer, J. und Schreyögg, J. (2017): Examining demand-side determinants of growing hospital admissions in Germany. Hamburg Center for Health Economics.
- Kraska, R. A., Weigand, M. und Geraedts, M. (2017): Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. *Health Expect* 20(4): 593–600.
- Krüll, A. und Debatin, J. F. (2013): Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) an einem Universitätsklinikum. *Zbl Chir* 138(01): 57–63.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F. und Aiken, L. H. (2009): Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Aff* 28(4): w669-w677.
- Meijer, C. de, Wouterse, B., Polder, J. und Koopmanschap, M. (2013): The effect of population aging on health expenditure growth: a critical review. *Eur J Ageing* 10(4): 353–361.
- Melton, L. J. (1985): Selection bias in the referral of patients and the natural history of surgical conditions. *Mayo Clin Proc* (12): 880–885.
- Morche, J., Mathes, T. und Pieper, D. (2016): Relationship between surgeon volume and outcomes: a systematic review of systematic reviews. *Syst Rev* 5(1): 204.

- Nimptsch, U., Peschke, D. und Mansky, T. (2017): Mindestmengen und Krankenhaussterblichkeit–Beobachtungsstudie mit deutschlandweiten Krankenhausabrechnungsdaten von 2006 bis 2013. *Gesundheitswesen* 79(10): 823–834.
- Peschke, D., Nimptsch, U. und Mansky, T. (2014): Umsetzung der Mindestmenvorgaben–Analyse der DRG-Daten: Eine retrospektive Studie der Jahre 2005 bis 2011. *Dtsch Arztebl Int* 111(33-34): 556–563.
- Phillips, K. A., Morrison, K. R., Andersen, R. und Aday, L. A. (1998): Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Serv Res* 33(3 Pt 1): 571.
- Pieper, D., Mathes, T., Neugebauer, E. und Eikermann, M. (2013): State of evidence on the relationship between high-volume hospitals and outcomes in surgery: a systematic review of systematic reviews. *J Am Coll Surg* 216(5): 1015-1025. e18.
- Reames, B. N., Ghaferi, A. A., Birkmeyer, J. D. und Dimick, J. B. (2014): Hospital volume and operative mortality in the modern era. *Ann Surg* 260(2): 244.
- Romppel, M. und Grande, G. (2014): Qualität der Gesundheitsversorgung–Was wollen Patienten wissen? *Public Health Forum* 2(22): 32–34.
- Säcker, M. (2015): Prozesse und Abläufe auf der Station patientenorientiert gestalten. In: Fischer, A. (Hrsg.): *Servicequalität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Konzepte, Methoden, Implementierung*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin: 135–148.
- Saltman, R. B. und Teperi, J. (2016): Health reform in Finland: current proposals and unresolved challenges. *Health Econ Policy Law* 11(3): 303–319.
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. und Geissler, A. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG Endbericht. Hamburg Center for Health Economics.
- Seshamani, M. und Gray, A. (2004): Ageing and health-care expenditure: the red herring argument revisited. *Health Econ* 13(4): 303–314.
- Shirley, E. D. und Sanders, J. O. (2013): Patient satisfaction: implications and predictors of success. *JBJS* 95(10): e69.
- Siegrist, K., Schlebusch, P. und Trenckmann, U. (2002): Fragen wir den Kunden. Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. *Psychiat Prax* 29(4): 201–206.
- Sommers, B. D., Beard, C. J., D'amico, A. V., Kaplan, I., Richie, J. P. und Zeckhauser, R. J. (2008): Predictors of patient preferences and treatment choices for localized prostate cancer. *Cancer* 113(8): 2058–2067.
- Spießl, H., Cording, C. und Klein, H. E. (1997): Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 91(8): 761–765.
- Steinmann, L., Dittrich, G., Karmann, A. und Zweifel, P. (2004): Measuring and comparing the (in) efficiency of German and Swiss hospitals. *Eur J Health Econ* 5(3): 216–226.



- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2015): Krankengeld. Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015. Hogrefe, Bern.
- Tiemann, O. und Schreyögg, J. (2009): Effects of ownership on hospital efficiency in Germany. *Business Research* 2(2): 115–145.
- van Baal, P. H.M. und Wong, A. (2012): Time to death and the forecasting of macro-level health care expenditures: Some further considerations. *J Health Econ* 31(6): 876–887.
- Weisse Liste (2017a): Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Weisse Liste (2017b): Methodendokument. Versichertenbefragung mit dem Patients' Experience Questionnaire (PEQ).
- WIdO (Wissenschaftliches Institut der AOK) (2018): Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Wong, A., van Baal, P. H.M., Boshuizen, H. C. und Polder, J. J. (2011): Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ* 20(4): 379–400.
- Zweifel, P., Felder, S. und Meiers, M. (1999): Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Econ* 8(6): 485–496.



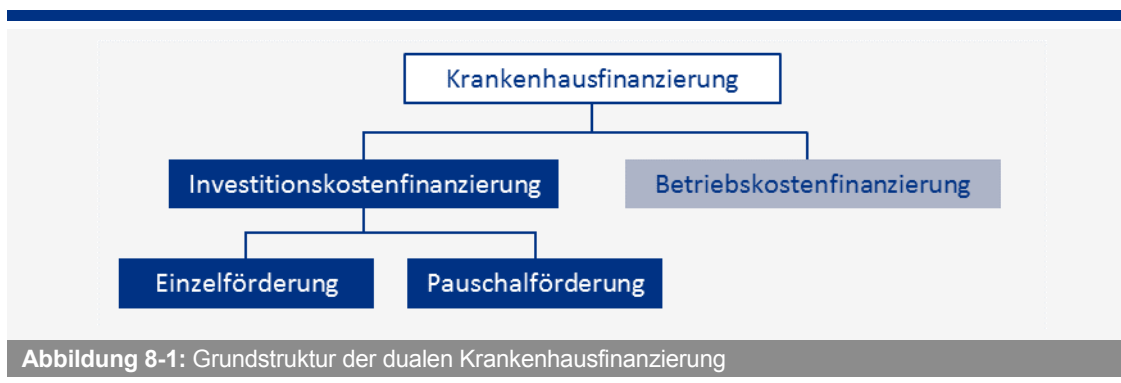
---

## 8 Krankenhausfinanzierung

---

### 8.1 Einleitung

**324.** Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland basiert auf einem dualen Finanzierungssystem. Dieses duale Prinzip leitet sich aus der Daseinsvorsorgeverpflichtung des Staates ab und unterteilt die Finanzierung in die Investitionskostenfinanzierung auf der einen und die Betriebskostenfinanzierung auf der anderen Seite (siehe Abbildung 8-1). Dem Grundgedanken der Daseinsvorsorge folgend ist die Vorhaltung der stationären Krankenversorgung Aufgabe des Sozialstaates und somit aus allgemeinen Steuermitteln zu finanzieren. Die erste Säule der dualen Finanzierung bildet die Investitionsfinanzierung der in den Krankenhausplan und das Investitionsprogramm der Länder aufgenommenen Krankenhäuser aus Steuermitteln. Die Vergütung der erbrachten Krankenhausleistungen wird nicht als primäre staatliche Aufgabe aufgefasst, sondern durch die Versicherungsgemeinschaft erbracht. In diesem Sinne wird die zweite Säule der dualen Krankenhausfinanzierung aus der Vergütung der Betriebskosten für die Leistungserbringung durch die Krankenkassen gebildet (Simon 2009). Darüber hinaus haben Krankenhäuser gemäß § 17 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die Möglichkeit, durch Wahlleistungen, die den Patienten direkt in Rechnung gestellt werden, zusätzliche Einnahmequellen zu generieren. Grundsätzlich ist zwischen medizinischen Wahlleistungen (z. B. Chefarztbehandlung, zusätzliche diagnostische Maßnahmen, gesundheitsfördernde Maßnahmen) und nicht-medizinischen Wahlleistungen (Unterbringung in einem Ein- bzw. Zweibettzimmer, Unterhaltungsangebote wie Fernseher oder Internet sowie besondere Serviceleistungen wie Wäscheservice) zu unterscheiden.



Quelle: Eigene Darstellung.

## 8.2 Neuausrichtung der Investitionsfinanzierung

### 8.2.1 Rückblick: Entwicklung der Investitionsfördersummen

**325.** Die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser soll nach § 4 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), neben leistungsgerechten Erlösen aus Pflegesätzen, der Vergütung von vor- und nachstationären Behandlungen sowie für ambulantes Operieren, durch die Übernahme der Investitionskosten durch die Bundesländer erfolgen. Wie bereits in Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung dargestellt, folgt die Investitionsfinanzierung in den Ländern keinen einheitlichen Regeln. Vielmehr finden sich verschiedene Ausgestaltungsformen, nach denen die Länder Investitionen im Krankenhausbereich fördern.

**326.** In den meisten Bundesländern teilt sich die Investitionsförderung in Pauschal- und Einzelförderung. Die Pauschalförderung dient der Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter sowie der Vornahme von kleinen baulichen Maßnahmen. Dazu sollen nach § 9 Abs. 3 KHG feste jährliche Pauschalbeträge dienen, in deren Verwendung das Krankenhaus, im Rahmen einer definierten Zweckbindung, grundsätzlich frei ist. Die Pauschalförderung setzt sich meistens aus einer bettenbezogenen Grundpauschale und einer fallbezogenen Leistungspauschale zusammen (DKG 2017). Die Einzelförderung nach § 9 Abs. 1 und 2 KHG wird auf Antrag des Krankenhauses für große Investitionen gewährt. Zu solchen Großinvestitionen zählen insbesondere der Bau von Krankenhäusern und deren Ausstattung mit notwendigen Anlagegütern sowie die Wiederbeschaffung von Anlagegütern, die eine durchschnittliche Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren haben. Darüber hinaus definiert § 9 Abs. 2 KHG weitere mögliche Fördertatbestände, die jeweils zusätzlichen Bedingungen unterliegen, u. a. Nutzungsentgelte für Anlagegüter, Anlaufkosten, Lasten aus Darlehen für förderungsfähige Anlagegüter, die vor Aufnahme in den Krankenhausplan beschafft wurden, Ausgleich für Abnutzung von Anlagegütern, Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern und Umstellung von Krankenhäusern oder Krankenhausabteilungen auf andere Aufgaben.

**327.** Einige Länder haben ihre Art der Investitionsförderung reformiert. So erfolgt beispielsweise in Brandenburg seit dem Jahr 2013 keine Trennung mehr zwischen Pauschal- und

Einzelförderung, stattdessen gibt es eine einheitliche Investitionspauschale für alle Fördertatbestände des § 9 KHG<sup>79</sup> (DKG 2017). Nordrhein-Westfalen hat im Jahr 2008 die Einzelförderung durch eine Baupauschale gemäß § 18 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) ersetzt. Demzufolge erhalten die Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen für bauliche Investitionen pauschale Beträge, die sich in ihrer Höhe insbesondere nach Volumen und Schwere der Fälle richten (Morton et al. 2015). Die Baupauschale darf nicht nur zur Finanzierung der Errichtung von Krankenhäusern (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau), sondern auch zur Finanzierung von Krediten für entsprechende Investitionsmaßnahmen genutzt werden (Koch et al. 2009). Da die Planung einiger Investitionen sich über einen längeren Zeitraum erstreckt, werden nicht alle Fördermittel jährlich verbraucht, sondern teilweise bis zur Abwicklung entsprechender Maßnahmen angespart (Augurzky et al. 2016). Ende des Jahres 2017 hat die Landesregierung in NRW beschlossen, dass eine zielgerichtete Einzelförderung künftig neben der Pauschalförderung eingeführt werden sollte, um Verbünde von Krankenhäusern, die Behandlungsschwerpunkte unter sich aufteilen, zu fördern (Reisener 2017).

**328.** Die Höhe der von den Bundesländern bereitgestellten Investitionsfördersumme ist seit Jahren rückläufig. Abbildung 8-2 zeigt die Entwicklung der Gesamtfördersumme, d. h. Pauschal- und Einzelförderung, für Deutschland seit dem Jahr 1991. Um die allgemeine Geldentwertung zu berücksichtigen und die realen (d. h. um Inflationseffekte bereinigten) Fördermittel darzustellen, wurde unter Zuhilfenahme des Verbraucherpreisindex<sup>80</sup> mit dem Basisjahr 2010 eine Preisbereinigung vorgenommen. Die Darstellung veranschaulicht, dass die Fördersumme nicht nur real, sondern auch nominal in den letzten 25 Jahren deutlich gesunken ist. Die reale Förderung belief sich im Jahr 2015 auf ca. 50 % des Wertes aus dem Jahr 1991. Auch die nominale Fördersumme ist in diesem Zeitraum um ein knappes Viertel gesunken. Eine vergleichbare Entwicklung zeigt sich ebenfalls, wenn als Bezugsgröße für die reale Fördersumme Krankenhausbetten oder -fälle herangezogen werden.

---

<sup>79</sup> Mit Ausnahme des § 9 Abs. 2 Nr. 5 KHG (Erleichterung der Schließung von Krankenhäusern).

<sup>80</sup> Der Verbraucherpreisindex wird hier in Ermangelung eines echten Preisindex für Krankenhausinvestitionen genutzt, um die allgemeine Geldwertentwicklung zu berücksichtigen. Die Kostenstruktur für Krankenhausinvestitionen weicht allerdings vom zugrunde liegenden Warenkorb ab. Die berechneten realen Werte sind dennoch geeignet, die Fördermittelentwicklung vor dem Hintergrund der allgemeinen Geldwertentwicklung zu approximieren.

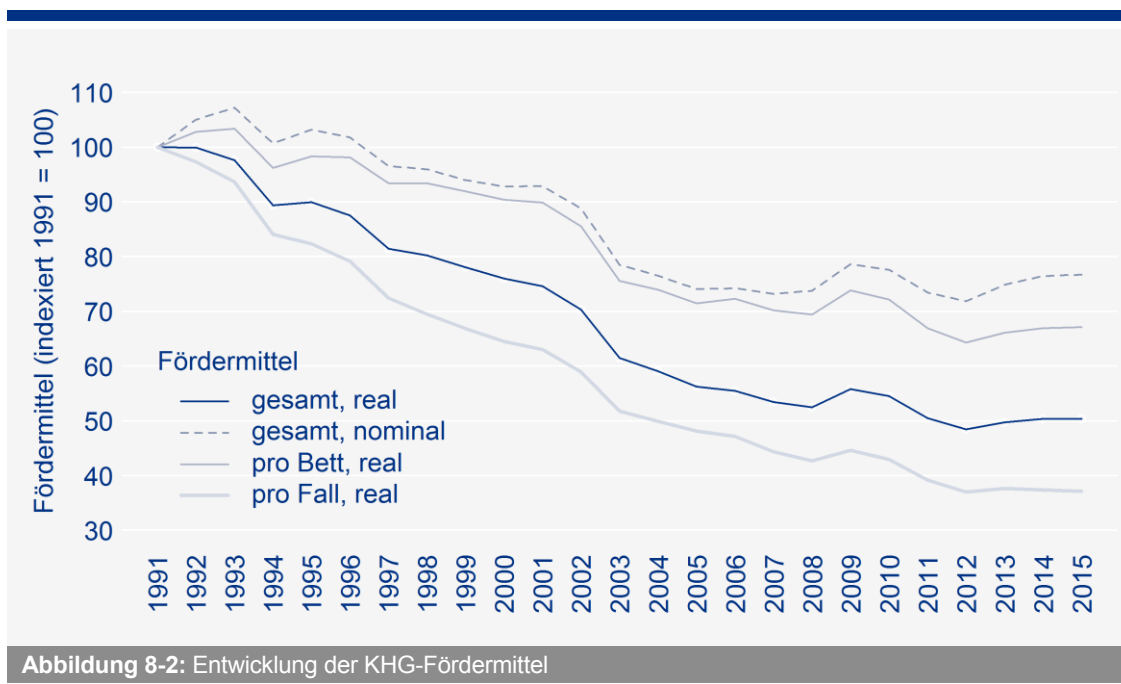


Abbildung 8-2: Entwicklung der KHG-Fördermittel

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b); DKG (2017).

**329.** Der Bezug der Fördermittel auf endogene Größen wie Betten oder Fälle kann allerdings zu Fehlschlüssen führen, da beispielsweise aufseiten der Länder Möglichkeiten zur Einflussnahme über die Krankenhausplanung bestehen. Zur Darstellung der Entwicklung der Fördermittel in Deutschland wird daher zusätzlich als Bezugsgröße auf die Zahl der Einwohner abgestellt (siehe Abbildung 8-3). Betrachtet man die Fördermittel für das gesamte Bundesgebiet seit dem Jahr 1991 in Bezug auf die Zahl der Einwohner, so finden sich auch hier, sowohl real<sup>81</sup> als auch nominal, sinkende Fördermittelsummen je Einwohner. Das Problem der unzureichenden Investitionen könnte durch die wirtschaftlichen Implikationen des demografischen Wandels (z. B. abnehmende Steuereinnahmen) noch weiter verschärft werden.

<sup>81</sup> Verbraucherpreisindex, Basisjahr 2010.

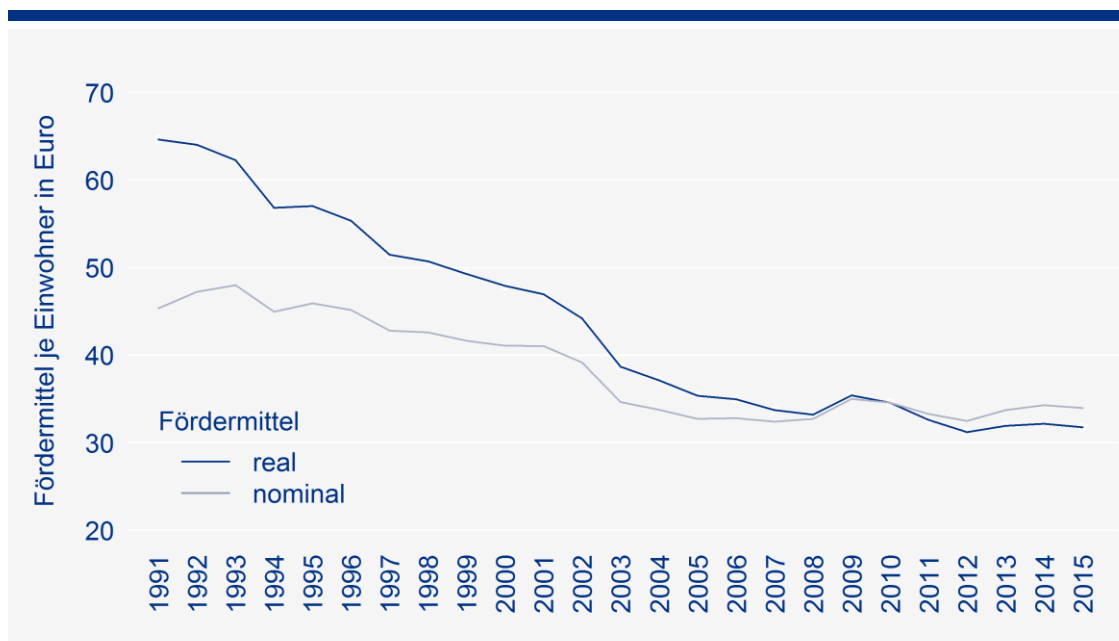


Abbildung 8-3: Entwicklung der KHG-Fördermittel pro Einwohner

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b); DKG (2017).

**330.** Bei der Betrachtung der Fördersummen auf Bundeslandebene sind insbesondere Mitversorgungseffekte, aber auch unterschiedliche Morbiditäten<sup>82</sup> und Anfangsausstattungen<sup>83</sup> zu beachten. Von Interesse ist dennoch die Spannweite, mit welcher in den Bundesländern Investitionsförderung betrieben wird. Tabelle 8-1 zeigt die Fördermittel für das Jahr 2015 auf Bundeslandebene. Im Jahr 2015 schwankten die Fördermittel pro Fall zwischen 65 Euro in Sachsen-Anhalt und 204 Euro in Baden-Württemberg. Es ist zu erkennen, dass die vier finanzstarken Gebirgerländer im Länderfinanzausgleich Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg und Hessen hohe Fördermittelsummen pro Fall ausweisen. Nur der Stadtstaat und Profiteur des Länderfinanzausgleichs Bremen weist ähnlich hohe Fördermittel pro Fall aus.

<sup>82</sup> Morbidität bezieht sich sowohl auf die unterschiedliche ökonomische Fallschwere, die durch den Case Mix Index (CMI) abgebildet wird, als auch auf das medizinische Krankheitsspektrum und die medizinischen Fallschweren.

<sup>83</sup> In diesem Zusammenhang sei insbesondere auf die zusätzliche Förderung der Infrastrukturen in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GKV-GStrukG) im Zeitraum von 2002 bis 2014 hingewiesen. Pro Belegungstag wurden 5,62 Euro durch die Kostenträger für privatwirtschaftliche Finanzierung oder unmittelbare Investitionsförderung gezahlt (Artikel 14 Abs. 1 *GKV-GStrukG*).

Bundesland	Gesamt pro Fall in Euro	Gesamt pro Einwohner in Euro	Pauschal in Millionen Euro	Einzel in Millionen Euro	Gesamt in Millionen Euro
<b>Baden-Württemberg</b>	204	40	160	277	<b>437</b>
<b>Bremen</b>	184	58	17	22	<b>39</b>
<b>Hamburg</b>	181	51	31	60	<b>91</b>
<b>Hessen</b>	177	39	96	146	<b>242</b>
<b>Bayern</b>	169	39	214	286	<b>500</b>
<b>Niedersachsen</b>	163	35	122	153	<b>276</b>
<b>Schleswig-Holstein</b>	157	33	41	53	<b>94</b>
<b>Brandenburg</b>	142	32	0	83	<b>83</b>
<b>Sachsen</b>	130	32	71	60	<b>131</b>
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	128	33	23	30	<b>53</b>
<b>Rheinland-Pfalz</b>	127	30	51	69	<b>120</b>
<b>Berlin</b>	117	27	57	40	<b>96</b>
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	113	29	317	198	<b>515</b>
<b>Saarland</b>	102	29	14	15	<b>29</b>
<b>Thüringen</b>	86	23	20	30	<b>50</b>
<b>Sachsen-Anhalt</b>	65	17	20	19	<b>39</b>
<b>Deutschland</b>	<b>145*</b>	<b>34*</b>	<b>1254**</b>	<b>1540**</b>	<b>2794**</b>

**Tabelle 8-1: KHG-Fördermittel der Bundesländer im Jahr 2015**

\* Mittelwert.

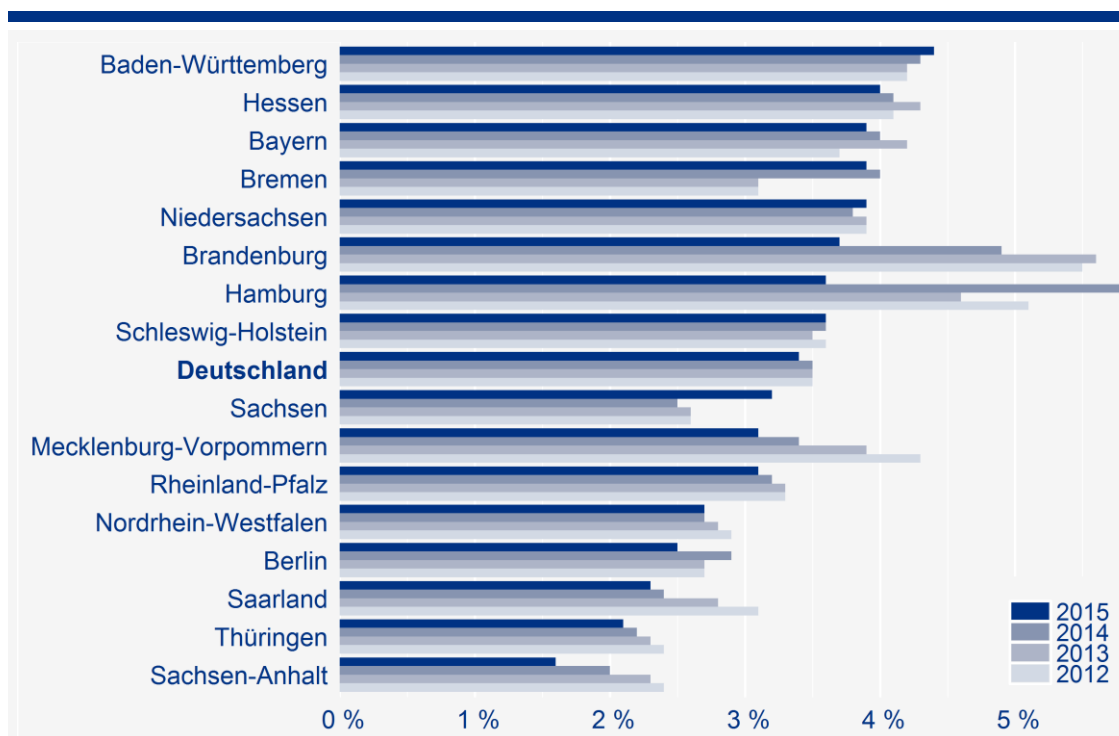
\*\* Summe.

Absteigend sortiert nach gesamten KHG-Fördermitteln pro Fall.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b); DKG (2017).



**331.** Die deutlichen Unterschiede in der Verteilung der KHG-Fördermittel auf der Bundeslandebene finden sich erwartungsgemäß auch in den anhand bereinigter Kosten der Krankenhäuser ermittelten Investitionsquoten wieder<sup>84</sup> (siehe Abbildung 8-4). Die bundesweite Krankenhaus-Investitionsquote von 3,4 % im Jahr 2015 liegt deutlich unter der gesamten volkswirtschaftlichen Quote<sup>85</sup> von 19,2 % im selben Jahr. Dabei ist eine erhebliche Variation nicht nur zwischen den Ländern, sondern auch im zeitlichen Verlauf zu erkennen.



**Abbildung 8-4:** Investitionsquoten der Bundesländer im Jahr 2015

Absteigend sortiert nach KHG-Fördermittel pro Fall.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018b); DKG (2017).

**332.** Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die Investitionsförderung in Deutschland deutlich geringer ausfiel als in anderen Industrienationen (Augurzky et al. 2017a). So betragen im Jahr 2015 die Pro-Kopf-Investitionen in der Schweiz 199 Euro, gefolgt von Dänemark (99 Euro), den Niederlanden<sup>86</sup> (77 Euro) und Frankreich (76 Euro). Dagegen lagen die Investitionsmittel je Einwohner in Deutschland bei 34 Euro (siehe Tabelle 8-1). Selbst unter Berücksichtigung der (geschätzten) Eigeninvestitionen der deutschen Krankenhäuser ergaben sich deutlich geringere Werte in Deutschland (58 Euro pro Einwohner; Augurzky et al. 2017a).

**333.** Die niedrigen Fördermittelsummen und die daraus entstehende Förderlücke führen zu einem investiven Nachholbedarf in deutschen Krankenhäusern. Die Höhe der jährlichen Förderlücke und der daraus über die Zeit entstandene kumulierte Investitionsstau sind schwierig zu

<sup>84</sup> Investitionsquote = KHG-Fördermittel/bereinigte Krankenhauskosten.

<sup>85</sup> Volkswirtschaftliche Quote = Bruttoinvestitionen/Bruttoinlandsprodukt (BIP).

<sup>86</sup> Berichtsjahr 2014.

beziffern und werden in verschiedenen Studien in unterschiedlicher Höhe angegeben<sup>87</sup>. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) ermittelte mithilfe der veröffentlichten Investitionsbewertungsrelationen auf Basis der relevanten Diagnosis-Related-Group(DRG)-Fallmenge und ergänzt um den Bundespflegesatzverordnung(BPflV)-Bereich einen Investitionsbedarf von 5,85 Milliarden Euro für das Jahr 2015 (DKG 2017). Abzüglich der tatsächlichen Investitionsförder-summe von 2,79 Milliarden Euro ergäbe sich demnach eine Förderlücke von 3,06 Milliarden Euro für das Jahr 2015.

**334.** Allerdings wurden die bisherigen Schätzungen des jährlichen Investitionsbedarfs auf der Basis der derzeitigen Krankenhauslandschaft durchgeführt. Mit Blick auf die vorhandenen stationären Überkapazitäten sollten im Rahmen einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung wesentlich weniger Investitionen getätigt werden. Durch verschiedene Strukturbereinigungsmaßnahmen (z. B. Abbau von Überkapazitäten vor allem in Ballungsräumen, effizientere Nutzung von Gebäuden sowie Operations- und Großgeräten durch Konzentrationsmaßnahmen sowie verstärkte Ambulantisierung von Krankenhausleistungen) könnte der Investitionsbedarf langfristig verringert werden, auch wenn kurzfristig zusätzliche Investitionen für Strukturveränderungen benötigt würden. Nach Schätzungen des aktuellen Gutachtens des Leibniz-Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) ergibt sich ein Investitionsbedarf von rund 11 Milliarden Euro, um bundesweit die Soll-Krankenhausstruktur von Sachsen zu erreichen (Augurzky et al. 2017a). Die Heranziehung von Sachsen als Benchmark wird im Gutachten dadurch begründet, dass sowohl die Kapitalausstattung als auch die Krankenhausstrukturen der sächsischen Krankenhäuser im innerdeutschen Vergleich am besten bewertet sind.

**335.** Vor dem Hintergrund sinkender Fördermittel der Länder gewinnen Investitionen aus Eigenmitteln für die Kliniken an Bedeutung. In den Jahren 2012 bis 2014 stammte nach einer Befragung der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO und des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) die Hälfte der getätigten Investitionen aus öffentlichen Mitteln, die andere Hälfte wurde über Eigenmittel, den Kapitalmarkt und sonstige Quellen (z. B. Spenden, Fördervereine, Trägerzuschüsse) finanziert (Morton et al. 2015). Durch den abnehmenden Anteil der öffentlichen Investitionsförderung am gesamten erforderlichen Investitionsvolumen erhöht sich der Druck auf die Kliniken, durch Erlöse aus DRGs, Zusatzentgelten und Wahlleistungen zusätzliche Eigenmittel zu erwirtschaften, die in Investitionen fließen können. Als Konsequenz entsteht möglicherweise eine angebotsinduzierte Nachfrageausweitung, die sich in einer unsachgemäßen Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen niederschlägt. Dieser Anreiz könnte neben anderen Faktoren zu steigenden Fallzahlen in der stationären Versorgung beitragen.

**336.** Da sich die Länder zunehmend aus ihrer finanziellen Verantwortung zurückziehen, stellen sie die Legitimation ihrer Verantwortung für die Krankenhausplanung mehr und mehr infrage. Die planerische Einflussnahme auf die Kapazitäten sollte nicht von der finanziellen Verantwortung entkoppelt werden. Dies gilt auch für den Prozess einer schleichenden Monistik, in

---

<sup>87</sup> In einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) in Zusammenarbeit mit der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG wurde der jährliche Investitionsbedarf mittels einer repräsentativen Krankenhausbefragung auf mindestens 6,8 Milliarden Euro beziffert (Morton et al. 2015). Der „Krankenhaus Rating Report 2017“ geht unter Berücksichtigung des jährlichen Abschreibungsbedarfs sowie des preisbedingten Aufschlags für förderfähige Anlagegüter von 5,4 Milliarden Euro Investitionsbedarf aus (Augurzky et al. 2016). Des Weiteren ergibt der Ansatz der Benchmark von ostdeutschen Krankenhäusern zur Ermittlung des Soll-Zustandes einen förderfähigen Investitionsbedarf von 6,6 Milliarden Euro (Augurzky et al. 2017a).

dem sich die Länder nach und nach aus der finanziellen Verantwortung zurückziehen, ohne Planungskompetenzen an Finanzierungsträger abzugeben. Vor diesem Hintergrund sollte die Finanzierungsstruktur im stationären Bereich neu geordnet werden.

### 8.2.2 Status quo: die duale Krankenhausfinanzierung

**337.** Wie eingangs in diesem Kapitel beschrieben, basiert die derzeitige Krankenhausfinanzierung auf zwei Säulen. Die Investitionsförderung obliegt den Ländern, während die Betriebskosten der Krankenhäuser von den Krankenversicherungen getragen werden. Abbildung 8-5 stellt die Finanzierungsströme in der dualen Finanzierungsform, wie sie aktuell organisiert ist, schematisch dar. Die Breite der Pfeile entspricht dabei der relativen Größe der krankenhaushausrelevanten Finanzströme im Jahr 2015 und dient einer Orientierung über die relativen Größen verschiedener Finanzierungsquellen. So betrug die Investitionsförderung der Länder 2,8 Milliarden Euro, davon waren 1,5 Milliarden Euro auf die Einzelförderung und 1,3 Milliarden Euro auf die Pauschalförderung zurückzuführen (DKG 2017). Die GKV zahlte 70,3 Milliarden Euro für die Betriebskosten der Krankenhäuser (GKV-SV 2017), etwa ein Drittel der GKV-Gesamteinnahmen<sup>88</sup>. Von der PKV wurde im Jahr 2015 ein Betrag von 7,4 Milliarden Euro zur Finanzierung der Betriebskosten beigesteuert, was ungefähr einem Fünftel der Beitragseinnahmen der PKV (ohne Pflegeversicherung) von 34,6 Milliarden Euro entsprach (Verband der Privaten Krankenversicherung 2016).

**338.** Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 24. November 2016 bundeseinheitliche Regelungen für die Vereinbarung der Sicherstellungszuschläge gemäß § 136c Abs. 3 SGB V zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern beschlossen. Die Sicherstellungszuschläge könnten zukünftig rund 80 Krankenhäuser erhalten, die zwar Defizite aufgrund eines geringen Versorgungsbedarfs aufweisen, aber dennoch für eine flächendeckende Basisversorgung unverzichtbar sind (G-BA 2016). Die neue Regelung erhöht die Kompetenz der Länder, die nun auf Antrag einer der Vertragsparteien überprüfen, ob die Voraussetzungen für Sicherstellungszuschläge auch tatsächlich vorliegen. Zudem können die zuständigen Landesbehörden im Einzelfall von den Gesetzesvorgaben für Sicherstellungszuschläge abweichen.

---

<sup>88</sup> Die GKV finanziert sich insbesondere über die Versichertenbeiträge und den Bundeszuschuss aus Steuermitteln für versicherungsfremde Leistungen. Die Versichertenbeiträge stellten im Jahr 2015 mit 194,8 Milliarden Euro den größten Teil der Einnahmen des Gesundheitsfonds von insgesamt 206,2 Milliarden Euro dar (BVA 2018). Der Bundeszuschuss zum Gesundheitsfonds betrug 11,4 Milliarden Euro (BVA 2018), allerdings entfiel nur rund ein Drittel der GKV-Ausgaben aus dem Gesundheitsfonds auf die Krankenhäuser, und somit sind rechnerisch nur rund 3,8 Milliarden Euro für die Krankenhausfinanzierung relevant.

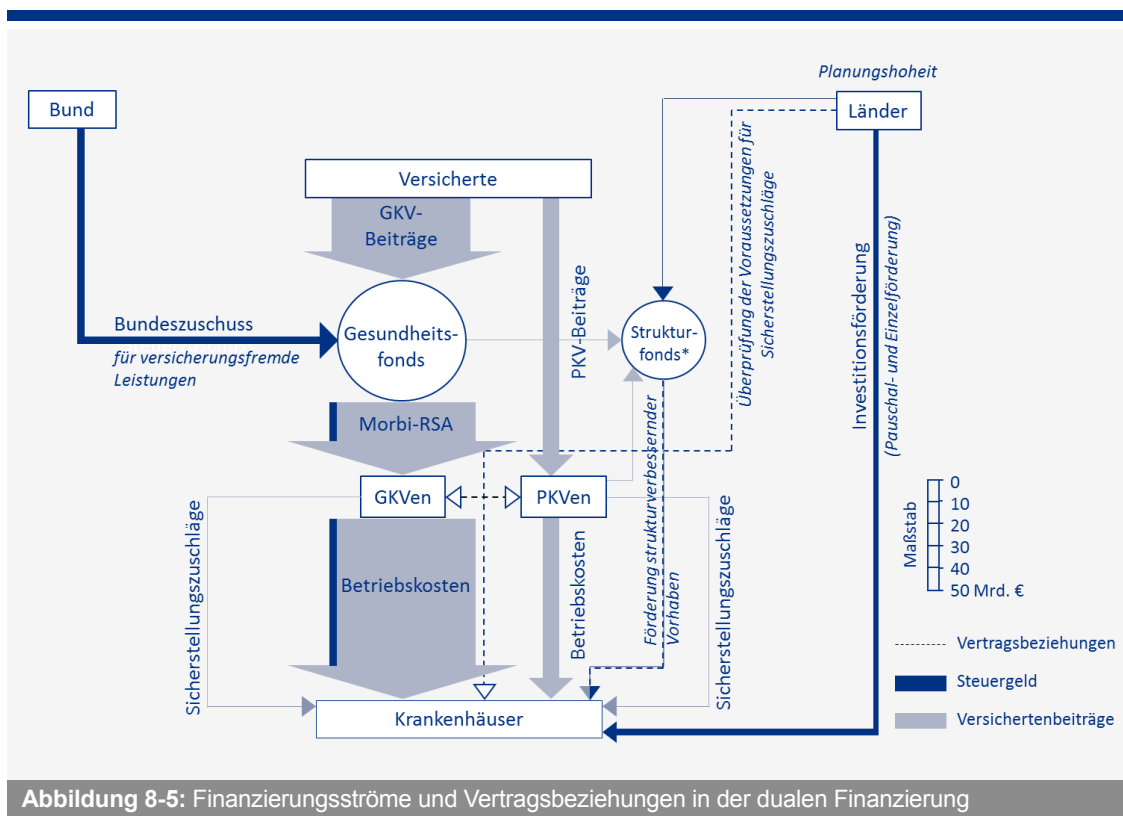


Abbildung 8-5: Finanzierungsströme und Vertragsbeziehungen in der dualen Finanzierung

\* Der Strukturfonds ist eine zeitlich begrenzte Maßnahme.

Die Breite der Pfeile spiegelt die relative Größe der krankenhaushausrelevanten Finanzierungsströme im Jahr 2015 wider. GKV = gesetzliche Krankenversicherung, Morbi-RSA = morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, PKV = private Krankenversicherung.

Quelle: Eigene Darstellung.

### Strukturfonds

**339.** Der mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) neu errichtete Strukturfonds stellt zunächst in den Jahren 2016 bis 2018 insgesamt bis zu einer Milliarde Euro zur Förderung strukturverbessernder Vorhaben bereit. Im Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 12. März 2018 wurde festgehalten, dass der Strukturfonds für weitere vier Jahre in Höhe von einer Milliarde Euro jährlich fortgesetzt werden soll. Das Bundesversicherungsamt (BVA) ist mit der Verwaltung des Strukturfonds und der Prüfung der Anträge der Länder beauftragt. Insbesondere sollen der Abbau von akutstationären Überkapazitäten, die Konzentration des Leistungsangebots auf weniger Standorte und die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen gefördert werden. Hierzu werden einmalig bis zu 495,3 Millionen Euro aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds zur Verfügung gestellt und gemäß dem Königsteiner Schlüssel<sup>89</sup> auf die Länder verteilt. Die PKV kann auf freiwilliger Basis

<sup>89</sup> Der Königsteiner Schlüssel richtet sich zu zwei Dritteln nach dem Steueraufkommen und zu einem Drittel nach der Bevölkerungszahl der einzelnen Länder.

zusätzliche Mittel in den Strukturfonds einzahlen. Die Länder, die eine Förderung aus dem Strukturfonds beantragen, müssen einen Beitrag in gleicher Höhe zuschießen<sup>90</sup>. Außerdem wird den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, durch eine finanzielle Beteiligung des Trägers an der zu fördernden Einrichtung ihren 50-prozentigen Förderanteil zu reduzieren.

**340.** Eine Befragung der Landesministerien für Gesundheit durch das RWI sowie die Daten des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) haben ergeben, dass der Fokus der rund 150 bis zum Ende der Antragsfrist (31. Juli 2017) eingereichten Projekte weniger auf der Umwandlung oder dem Abbau von Kapazitäten und mehr auf der Konzentration des Leistungsangebots liegt (Augurzky et al. 2017b; Augurzky et al. 2017a). Die beantragten Projekte weisen hohe Ausschöpfungsquoten der den Ländern zustehenden Fördervolumina auf. Demnach lag bei den meisten Bundesländern das beantragte Volumen bei über 100 % des verfügbaren Fördervolumens, in Niedersachsen sogar bei über 300 % und in Baden-Württemberg bei über 500 %. Nur in Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen betrug das Ausschöpfungsvolumen weniger als 100 %. Die hohe Inanspruchnahme des Strukturfonds im Krankenhausmarkt spricht für den Erfolg der erstmaligen Initiative auf der Bundesebene insofern, als eine gewünschte Dynamik in Bezug auf die Strukturbereinigung ausgelöst wurde.

#### *Investitionsbewertungsrelationen*

**341.** Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) aus dem Jahr 2009 ist die Möglichkeit geschaffen worden, dass die Länder eine Investitionsförderung über leistungsorientierte, fallbezogene Investitionspauschalen vornehmen. Dieses System beabsichtigt, eine höhere Zielgenauigkeit in der Investitionsförderung und eine bessere Planbarkeit für einzelne Krankenhäuser zu erreichen. Zudem ist eine Annäherung an das DRG-System intendiert, da, so Rosenbrock/Gerlinger, die staatliche Investitionsfinanzierung der Wettbewerbsförderung zwischen Krankenhäusern und der Kapazitätssteuerung über die preisliche Steuerung im DRG-System entgegensteht (Rosenbrock/Gerlinger 2014).

**342.** Um die Umstellung auf eine leistungsorientierte Investitionsförderung zu ermöglichen, wurde durch das KHRG die Entwicklung bundeseinheitlicher Investitionsbewertungsrelationen (IBR) in § 10 KHG aufgenommen. Die Systematik ist hierbei analog zum DRG-Abrechnungssystem, indem Fällen ein Relativgewicht zugeordnet wird. Durch Multiplikation des Relativgewichts mit dem ermittelten Investitionsfallwert, der den Investitionsbedarf für einen durchschnittlichen Fall abbildet, wird der für die Behandlung nötige Kapitaleinsatz berechnet. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) wurde mit der Berechnung der IBR beauftragt. Der erste Katalog wurde für das Jahr 2014 vorgelegt und wird jährlich angepasst. Die vom InEK als mittlerer Investitionsfallwert kalkulierte Bezugsgröße beträgt 322,93 Euro für das Jahr 2017 (DKG 2017).

**343.** In der Wahl der Investitionsförderungsform sind die Länder jedoch auch weiterhin frei. Berlin hat als erstes Bundesland die IBR zum 1. Juli 2015 eingeführt (DKG 2017). Seit dem Jahr 2016 erfolgt die Investitionskostenförderung auch in Hessen über pauschalierte DRG-Zuschläge. In Brandenburg, Bremen, Sachsen-Anhalt und im Saarland wird die Einführung der IBR

---

<sup>90</sup> Die Landesbeteiligung erfolgt zusätzlich zur jährlichen regulären Investitionskostenförderung der Jahre 2016 bis 2018, wobei die jährlichen Investitionsaufwendungen in diesem Zeitraum mindestens der durchschnittlichen Fördersumme der Jahre 2012 bis 2014 oder dem Niveau der Investitionsförderung im Jahr 2015 gleichkommen müssen.

diskutiert (Augurzky et al. 2017a; DKG 2017). Neben der grundsätzlichen Entscheidung, ob das System eingeführt werden soll, obliegt auch die Auswahl einer relevanten Bezugsgröße und der spezifischen Umsetzungsform den einzelnen Bundesländern. Es bleibt dabei den Ländern überlassen, zu welchem Anteil sie ihre Investitionsmittel über die bisherige Pauschal- und Einzelförderung oder über die IBR verteilen wollen.

**344.** Der Rat steht der Investitionsförderung, die ausschließlich an die Falleistungsmenge der Krankenhäuser gekoppelt ist, kritisch gegenüber. Die häufig aufgrund von lokalen politischen Interessen aufrechterhaltenen Überkapazitäten führen, insbesondere im Zusammenspiel mit den – ebenfalls politisch beeinflussten – unzureichenden Investitionsfördermitteln, zu einem hohen ökonomischen Druck auf die Krankenhäuser, der sich in einer medizinisch teilweise nicht indizierten Mengenausweitung äußert (Schreyögg et al. 2014). Durch die Fallbezogenheit der Investitionsförderung werden für die Krankenhäuser zusätzliche Anreize gesetzt, ihren Umsatz über die Ausweitung der Fallmenge zu erhöhen. Zwar würde die Investitionsförderung durch die Fallbezogenheit transparenter, jedoch ist sie nur bedingt geeignet, die Unterfinanzierung zu beseitigen, insbesondere dann, wenn die Fördersumme gesetzlich gedeckelt ist. Dies führt nur zu einer Umverteilung der Mittel und potenziell zu weiterer Mengenausweitung, gleichzeitig wird so der Status quo der Versorgungsstrukturen zementiert.

**345.** Um parallel zur DRG-Vergütung entstehende Mengenanreize zu umgehen, empfiehlt der Rat eine Umstellung der fallbezogenen Investitionsförderung auf pauschale, versorgungsstufenspezifische Zahlungen. Dazu sollte ein Stufenkonzept entwickelt werden, das den Krankenhäusern je nach ihrer Versorgungsrolle, den individuellen Vorhaltungskosten und dem damit einhergehenden Investitionsbedarf pauschale Fördersummen zuteilt. Um Planungssicherheit für die Krankenhäuser zu schaffen, wäre es notwendig, die Pauschalen für die jeweiligen Stufen nachvollziehbar zu berechnen, in regelmäßigen Zeitabständen zu überprüfen und anzupassen. Durch die versorgungsstufenbezogene Investitionsförderung würden potenziell vorhandene Unterschiede in den Investitionskostenstrukturen, z. B. durch die Vorhaltung von Notfallambulanzen, unabhängig von Fallzahlen ausgeglichen. Die Anreize, die für Investitionen zur Verfügung stehenden bzw. benötigten Mittel durch Mengenausweitung zu erhöhen, würden so vermindert.

### 8.2.3 Krankenhausfinanzierung in der Monistik

**346.** Die Empfehlung zur Umstellung von der dualen auf die monistische Finanzierung wurde bereits vielfach, nicht nur vom Rat, ausgesprochen (Monopolkommission 2008; Rürup et al. 2008; SVR 2007, 2012, 2014; SVR Wirtschaft 2008, 2012). Die monistische Finanzierung bedeutet, dass die Krankenversicherungen sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten der Krankenhäuser finanzieren. Ein monistisches Finanzierungssystem wäre unabhängiger von politischen Zyklen bzw. fiskalischen Zwängen, die derzeit die Planungssicherheit der Krankenhäuser beeinflussen und eine nötige Strukturbereinigung bislang verhindern (SVR 2007). Die bisherigen Vorschläge zur Einführung eines monistischen Finanzierungssystems unterscheiden sich jedoch im Hinblick auf die möglichen Ausgestaltungsformen. Insbesondere stellen sich die Fragen, wie der höhere Finanzierungsbedarf von den Krankenversicherungen gedeckt werden kann und wie sich die Investitionsmittel adäquat an die Krankenhäuser verteilen lassen.

**347.** Der mit der monistischen Finanzierung verbundene höhere Finanzierungsbedarf der Krankenversicherungen kann entweder durch eine Erhöhung des Beitragssatzes oder aus Steuermitteln des Bundes oder der Länder gedeckt werden. Würden die Krankenkassen die Investitionskosten in Höhe von 2,8 Milliarden Euro finanzieren, müsste der derzeitige durchschnittliche Beitragssatz von 15,7 % um 0,2 Prozentpunkte angehoben werden (BVA 2016). Von der reinen Beitragsfinanzierung der Investitionskosten wurde allerdings bislang abgeraten, da die Erhöhung des Beitragssatzes zur Steigerung der Lohnnebenkosten führt und der politischen Zielsetzung stabiler Krankenkassenbeitragssätze widerspricht (Bataille/Coenen 2009; Monopolkommission 2008; Rürup et al. 2008; SVR 2007; SVR Wirtschaft 2008, 2012).

**348.** Um einen Anstieg der Krankenkassenbeiträge zu vermeiden, können die Krankenkassen entweder finanziell entlastet werden, beispielsweise durch den Wegfall der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, oder aus den Steuermitteln des Bundes und der Länder bezuschusst werden (Hermann 2006; SVR 2007). Für Steuerzuschüsse zur Finanzierung der Krankenhausinvestitionen spricht die Tatsache, dass Teile der Krankenhausinvestitionen (insbesondere die Vorhaltung von Krankenhauskapazitäten in ausreichender Menge und Qualität) den Charakter öffentlicher Aufgaben haben (Rürup et al. 2008). Außerdem wird damit eine Verschiebung finanzieller Lasten zum Vorteil der Bundesländer und zulasten der Versicherten umgangen (Rürup et al. 2008). Hinsichtlich der Art der Zuweisung von Steuermitteln für Krankenhausinvestitionen wurden eine Umleitung der bisherigen Investitionsförderung der Länder in den Gesundheitsfonds (Monopolkommission 2008), ein Vorwegabzug vom Umsatzsteueraufkommen der Länder in den Gesundheitsfonds (Rürup et al. 2008) und ein Bundeszuschuss in den Gesundheitsfonds (SVR 2007; SVR Wirtschaft 2008, 2012) vorgeschlagen. Die Einbindung der PKV sowie der Finanzausgleich zwischen den Bundesländern stellen dabei wesentliche Herausforderungen dar (Monopolkommission 2008; Rürup et al. 2008; SVR 2007). Ein aktuelles Gutachten des RWI untersucht die jeweiligen Vor- und Nachteile verschiedener Maßnahmen zur Aufstockung von Krankenhausinvestitionen unter Berücksichtigung der unerwünschten Nebeneffekte (z. B. in Bezug auf mögliche Wettbewerbsverzerrungen; Augurzky et al. 2017a). Eine optimale Aufteilung der Finanzierungslasten für die Investitionsförderung auf Bund, Länder und Krankenkassen kann wissenschaftlich nicht abgeleitet werden, sondern ist Ergebnis der politischen Willensbildung.

**349.** In Bezug auf die Verteilung von Investitionsmitteln an Krankenhäuser wird in den bisherigen Vorschlägen zwischen fallbezogenen Investitionszuschlägen (Rürup et al. 2008; SVR 2007; SVR Wirtschaft 2008, 2012) und selektivem Kontrahieren (Monopolkommission 2008) unterschieden. Die fallbezogenen Investitionszuschläge stehen seit dem Jahr 2014 in Form der vom InEK kalkulierten IBR zur Verfügung. Die fallpauschalierte Bezahlung könnte zwar für die Krankenhäuser den Anreiz setzen, ihre Investitionsmittel effizient einzusetzen und in eine effiziente Leistungserstellung zu investieren (SVR 2007). Allerdings bleibt der absolute Umfang der Investitionen eine exogen bestimmte Größe, da keine Verbindung über Marktpreise zwischen den Patienten als Nachfragern und den Krankenhäusern als Anbietern besteht (Bataille/Coenen 2009). Wie oben erläutert, sieht der Rat allerdings bei der expliziten Kopplung der Investitionsförderung an die Fallzahlen eine potenzielle Gefahr der Mengenausweitung.

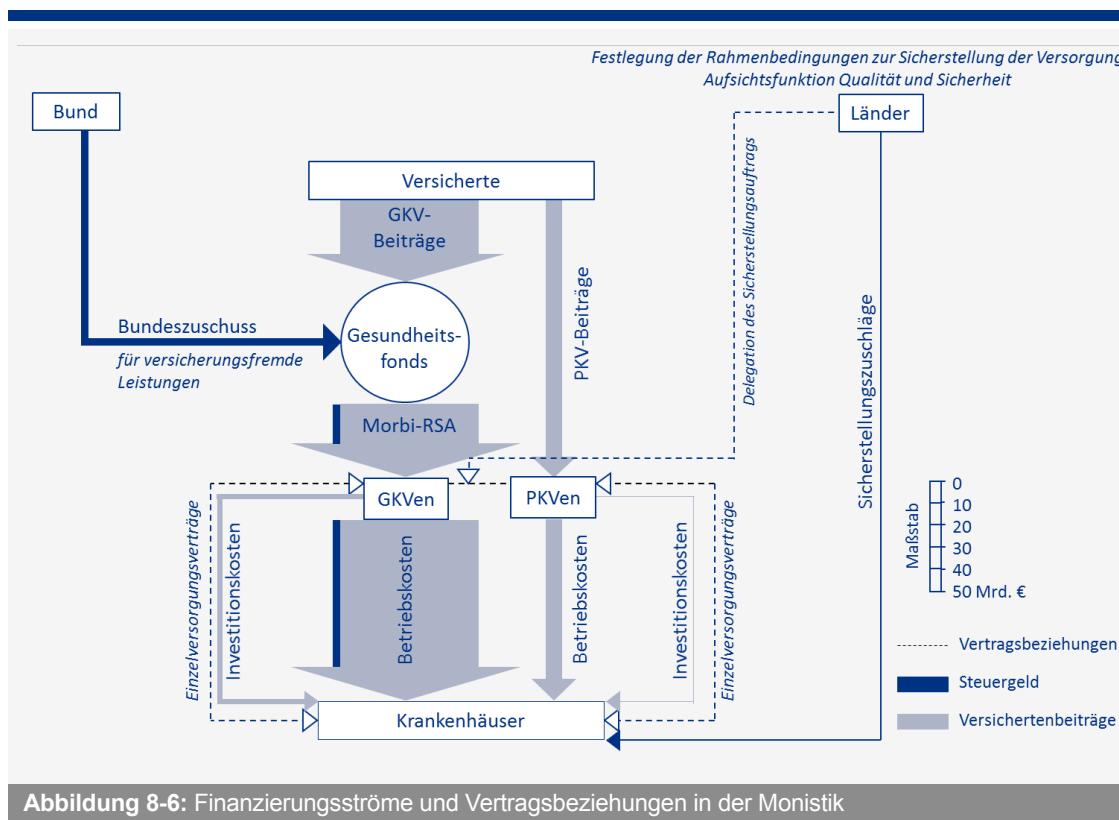
**350.** Eine weitere Möglichkeit der Verteilung von Investitionsmitteln an Krankenhäuser besteht im selektiven Kontrahieren über Preis und Qualität der zu erbringenden Leistungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern (Monopolkommission 2008). In dem Mo-

dell der Monopolkommission würden die Krankenkassen ihren Versicherten Optionstarife anbieten, die die Versicherten in der Krankenhauswahl im Bereich der elektiven Leistungen beschränken. Die Vorteile selektiver Verträge liegen in den Effizienz- und Effektivitätsverbesserungen (SVR 2012), aber auch in der Möglichkeit der Ausrichtung an den Präferenzen unterschiedlicher Versicherter und daher in der marktendogenen Bestimmung der verwendeten Technologien (Bataille/Coenen 2009).

**351.** Der Rat empfiehlt beim Übergang zur monistischen Finanzierung sowohl den Leistungsumfang als auch den Investitionsbedarf der Krankenhäuser über Einzelversorgungsverträge zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern festzulegen. Demnach würden Einzelversorgungsverträge zusätzlich zur Finanzierung der Betriebskosten auch die Vergabe von Investitionsmitteln regeln. Hierzu wäre grundsätzlich eine gemeinsame Verhandlung aller Verbände der Kassen mit den Krankenhäusern sinnvoll, die zu einem kollektiven Kontrahieren der Krankenkassen mit den einzelnen Krankenhäusern führen würde. Dazu könnten sowohl der Versorgungsgrad als auch Mindestqualitätsstandards Kriterien darstellen, nach denen die Vertragskrankenhäuser ausgewählt würden. Durch die einzelvertraglichen Lösungen wird ermöglicht, eine Strukturbereinigung zu erreichen, indem in überversorgten Gebieten nicht mit allen Krankenhäusern kontrahiert wird. Der damit einhergehende höhere Finanzierungsbedarf von GKV und PKV könnte einerseits durch Bereitstellung von Steuermitteln durch den Bund und die Länder und andererseits aus den vereinnahmten Versichertenbeiträgen gedeckt werden, wobei die Aufteilung unter Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen einem politischen Entscheidungsprozess unterliegen sollte.

**352.** Die bisherige Krankenhausplanung durch die Bundesländer wird aufgegeben und an ihre Stelle tritt eine Rahmenplanung zur Sicherstellung der Versorgung. Analog zur Delegation des Sicherstellungsauftrags an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in der ambulanten Versorgung ist auch im Krankenhausbereich die ultimative Verantwortung des Landes für die stationäre Versorgung von der Delegation des Sicherstellungsauftrags an die Krankenkassen nicht berührt. Sollte die Versorgung gefährdet sein, so hat letztlich das Land für die Aufrechterhaltung der bedarfsnotwendigen Krankenhausstrukturen einzustehen. Anders als bisher sollte die Zahlung der Sicherstellungszuschläge für basisversorgungsrelevante Krankenhäuser aus allgemeinen Steuermitteln des Landes erfolgen und nicht von den Krankenkassen aus Versicherungsbeiträgen erbracht werden. Abbildung 8-6 gibt einen Überblick über die resultierenden Vertragsbeziehungen und Finanzierungsströme in der Monistik.





Die Breite der Pfeile spiegelt die relative Größe der krankenhausesrelevanten Finanzierungsströme im Jahr 2015 wider. Der zusätzliche Finanzierungsbedarf der Krankenkassen zur Deckung der Investitionskosten kann entweder durch eine Erhöhung des Beitragsatzes oder aus Steuermitteln des Bundes oder der Länder gedeckt werden und ist hier nicht abgebildet.

GKV = gesetzliche Krankenversicherung, Morbi-RSA = morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, PKV = private Krankenversicherung.

Quelle: Eigene Darstellung.

### 8.2.4 Alternative Lösungsansätze in der Investitionsfinanzierung

**353.** Der Übergang zur monistischen Finanzierungsstruktur scheiterte bisher stets an dem politischen Willen der Länder, die fürchteten, durch eine monistische Finanzierung ihre Planungshoheit zu verlieren (Rosenbrock/Gerlinger 2014). Um der derzeitigen Unterfinanzierung in der Investitionsförderung entgegenzuwirken und die gegenwärtigen Überkapazitäten abzubauen, sind daher alternative Lösungsansätze notwendig. Der Rat begrüßt daher die im Koalitionsvertrag festgehaltene Absicht der Bundesregierung, den Strukturfonds für weitere vier Jahre fortzusetzen. Aus Sicht des Rates ist der Strukturfonds gut geeignet, um die Bereinigung der Krankenhausstrukturen zu befördern und die Investitionsförderung der Länder, die sich überwiegend auf Bestandsinvestitionen bezieht, zu ergänzen. Allerdings sollte der Fonds künftig einen stärkeren Schwerpunkt im Bereich der Schließung von Krankenhäusern, nicht nur einzelner Abteilungen, in überversorgten Gebieten setzen.

**354.** Da für nachhaltige Strukturveränderungen auch ein planbares Niveau an Investitionsförderung erforderlich ist, sollten eine Verstetigung des Fonds und eine Erweiterung des finanziellen Rahmens erfolgen. Künftig sollten alle Krankenhäuser durch den Strukturfonds förder-

fähig sein, z. B. auch die derzeit ausgeschlossenen Universitätskliniken. In der aktuellen Ausgestaltung des Strukturfonds werden die Fördermittel durch den Gesundheitsfonds und somit auf Kosten der GKV-Versicherten bereitgestellt. Da die Vorteile der Förderung auch den PKV-Versicherten zugutekommen, sollte eine gleichmäßige Beteiligung der PKV-Versicherten sichergestellt werden. Die Beteiligung der PKV könnte entweder durch einen zu zahlenden Pflichtbetrag direkt an das BVA oder über einen Rechnungszuschlag auf die abzurechnenden Leistungsentgelte sichergestellt werden (Klein-Hitpaß et al. 2015). Das vom Rat favorisierte Modell wäre die Finanzierung des Fonds aus Steuermitteln des Bundes. In Bezug auf die Herkunft der Mittel ist aufgrund der staatlichen Verpflichtung zur Vorhaltung von Krankenhausstrukturen die Übernahme der Pauschalförderung durch den Staat begründet. Die Übertragung dieser Verpflichtung von den Bundesländern auf den Bund würde dem in Artikel 72 des Grundgesetzes (GG) verankerten Postulat zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse nachkommen.

**355.** Im Gegenzug für die eingezahlten Mittel sollte der Bund in Form einer neu zu schaffenden, permanenten Bund-Länder-Kommission Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Gebieten erhalten, wobei eine länderübergreifende Strukturbereinigung und eine besser koordinierte Versorgung mit hochspezialisierten Behandlungskapazitäten angestrebt würde. Für die länderübergreifenden Förderzwecke könnte ein bestimmter Anteil des Fonds reserviert werden, der im Rahmen eines Antragsverfahrens mit gemeinsamen Bewerbungen mehrerer Bundesländer verteilt würde. Es sollte ein länderübergreifender föderaler Krankenhausversorgungsplan vom Bund im Benehmen mit den Ländern aufgestellt werden. Länder, die sich an der Erstellung beteiligt haben und die Vorgaben dieses Plans in ihrem Landeskrankenhausplan vollumfänglich berücksichtigen, würden Anspruch auf die Fördermittel aus dem für die länderübergreifenden Förderzwecke reservierten Anteil des Fonds haben.

**356.** Die Sicherstellung der Krankenhausversorgung bleibt primäre Aufgabe der Bundesländer. Folglich sollte die Feststellung der Sicherstellungszuschlagsfähigkeit eines Krankenhauses auf Grundlage der G-BA-Kriterien vom jeweiligen Bundesland übernommen werden. Darüber hinaus sollte die Zahlung der Sicherstellungszuschläge selbst, im Gegensatz zur jetzigen Regelung, von den Ländern aus allgemeinen Steuermitteln an die basisversorgungsrelevanten Krankenhäuser erfolgen und nicht von den Krankenkassen aus Versicherungsbeiträgen erbracht werden.

#### **Exkurs: Das Superkrankenhaus-Programm in Dänemark**

**357.** Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des erheblichen Kostenanstiegs im Gesundheitswesen hat Dänemark im Jahr 2007 eine grundlegende Reform auf den Weg gebracht. Die Reform sieht vor, die dänische Krankenhauslandschaft deutlich umzugestalten und die stationäre Gesundheitsversorgung in den sogenannten Superkrankenhäusern zu konzentrieren. Die Strukturreform beabsichtigt, neun Krankenhäuser bis zum Jahr 2025 fundamental zu modernisieren und sieben weitere Kliniken neu zu errichten (Preusker 2017). Auslöser der Reform ist die Auffassung, dass hochwertige Medizin nur in solchen Krankenhäusern geleistet werden kann, die auch in ihrer baulichen, medizinisch-technischen und IT-Infrastruktur auf dem modernsten Stand sind. Wesentliches Ziel der Reform ist es, effizientere Strukturen und schlanke Prozesse zu schaffen, was mit einem Rückgang der Bettenzahl um 20 % (Henriksen 2017) und der Reduzierung der durchschnittlichen

Verweildauer auf drei Tage<sup>91</sup> einhergehen soll. Durch eine verstärkte Konzentration von Leistungen und eine entsprechende Spezialisierung soll dieses Vorhaben die Möglichkeit eröffnen, auch in Zukunft eine gute medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Im ländlichen Dänemark bedeutet die Schließung kleinerer Krankenhäuser für die Patienten oft längere Wege zum Krankenhaus, deswegen wird derzeit die prähospitalen Struktur mit Notarztwagen und flächendeckendem Hubschraubereinsatz ausgebaut und weitere Gesundheitshäuser mit niedergelassenen Ärzten werden etabliert.

Mit der Reform wurde die Zahl der bis dahin 14 Ämter (Kreise) und 271 Kommunen des Landes auf nur noch fünf Regionen und 98 Kommunen reduziert und die Zuständigkeit für die Finanzierung der Gesundheitsversorgung überwiegend beim Staat angesiedelt (Preusker 2017). Insgesamt wurden rund 6,38 Milliarden Euro an Finanzmitteln für die Bau- bzw. Modernisierungsprojekte eingeplant (Preusker 2017). Der dänische Staat hat mit der Reform eine Gesundheitssteuer in Höhe von anfänglichen 8 % des zu versteuernden Einkommens eingeführt (Andersen/Jensen 2010), die schrittweise gesenkt wird und zum 1. Januar 2019 auf 0 % zurückgehen soll. Die fünf Regionen sind für die Sicherstellung und Erbringung von Gesundheitsleistungen zuständig, dürfen aber selbstständig keine Steuern erheben, sondern erhalten vom Staat entsprechende Zuweisungen zur Finanzierung der Gesundheitsaufwendungen. Die Zuweisungen betragen rund 80 % der Gesamtgesundheitskosten der Regionen und werden zum Großteil auf der Grundlage von demografischen und sozialen Faktoren der jeweiligen Region ermittelt (Preusker 2017). Die übrigen 20 % werden von den Kommunen aus einer eigens vereinnahmten Einkommensteuer aufgebracht (Preusker 2017). Die Kommunen sind für die Rehabilitation, die Prävention, die Behandlung von Drogen- und Alkoholabhängigkeit sowie für die gesamte Altenpflege verantwortlich.

Die Umsetzung solch einer umfangreichen Reform in Dänemark wurde möglicherweise dadurch begünstigt, dass Dänemark über ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem verfügt, in dem es weniger Akteure und Interessenvertreter gibt als in Deutschland. Weitere begünstigende Faktoren sind die intensive Nutzung von digitalen Technologien, die verhältnismäßig souveräne Position der professionell Pflegenden und die zentrale Rolle des Hausarztes. Außerdem sind die Übergänge zwischen ambulanter und stationärer Behandlung durchlässiger als in Deutschland. Die fließende Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems soll weiterhin zur Umsetzung der Reform beitragen. Bei einer Übertragung von Dänemarks Krankenhausstruktur mit einem Krankenhaus pro 250 000 Einwohner auf Deutschland würden hierzulande 330 komplett ausgestattete Krankenhäuser rund um die Uhr Patientenversorgung leisten (Busse et al. 2016).

## 8.3 Reformbedarf bei der Betriebskostenfinanzierung

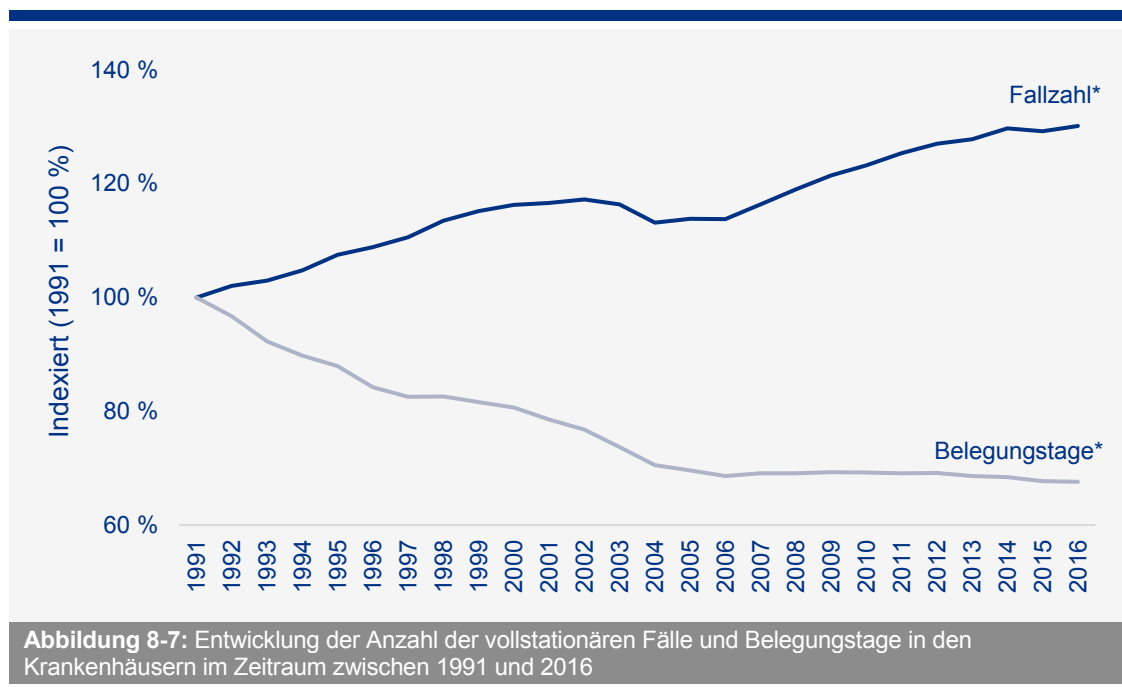
### 8.3.1 Das deutsche DRG-System

**358.** Das deutsche DRG-System wurde im Jahr 2004 in Anlehnung an die *Australian Refined DRG* eingeführt. Seitdem hat das deutsche DRG-System die Transparenz in der Versorgung und

<sup>91</sup> Die Zeit in der Aufnahmestation und in den Patientenhotels wird in dieser Statistik nicht mitgerechnet.

Vergütung deutlich erhöht und sollte daher grundsätzlich erhalten bleiben, wenn auch weiter entwickelt bzw. modifiziert werden. So führte die verpflichtende Abrechnung über die pauschalierende Leistungsvergütung zu weitreichenden Veränderungen der Anreizstrukturen für stationäre Leistungserbringer. So kann der deutliche Anstieg der stationären Fallzahlen in Deutschland seit Einführung des DRG-Systems zum Teil auf die veränderte Anreizstruktur zurückgeführt werden (Schreyögg et al. 2014). Der Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG zeigte, dass medizinische Gruppen mit eher planbarem Charakter (z. B. Spondylose) im Analysezeitraum zwischen 2007 und 2012 besonders große Fallzahlsteigerungen aufwiesen, während Gruppen mit medizinisch eher akutem Charakter (z. B. akuter Herzinfarkt) hingegen durch geringe Fallzahlsteigerungen gekennzeichnet waren (Schreyögg et al. 2014). In Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen wird ausführlich auf die Entwicklung der Anzahl der Krankenhausaufenthalte von Patienten mit Rückenschmerzen eingegangen.

**359.** Abbildung 8-7 zeigt die indexierte Entwicklung von Kennzahlen der Krankenhäuser in den Jahren vor und nach der Einführung des DRG-Systems. Dabei zeigt sich bei der vollstationären Fallzahl ein stetiger Anstieg, der im Zeitraum um die Einführung des DRG-Systems kurz stagnierte, wobei die durchschnittliche Wachstumsrate zwischen 1991 und 2004 bei 1,0 % und die Wachstumsrate zwischen 2005 und 2016 mit 1,2 % auf einem ähnlichen Niveau lag. In Bezug auf die Entwicklung der Belegungstage zeigt sich dagegen ein deutlicher Unterschied vor und nach der Einführung des DRG-Systems. So sank die Zahl der Belegungstage vor der Einführung des DRG-Systems im Durchschnitt mit jährlich 2,6 %, während das Absinken der Zahl der Belegungstage seit der Einführung des DRG-Systems stagnierte (Wachstumsrate -0,4 %).



\* Standardisiert auf die Einwohnerzahl.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018a).

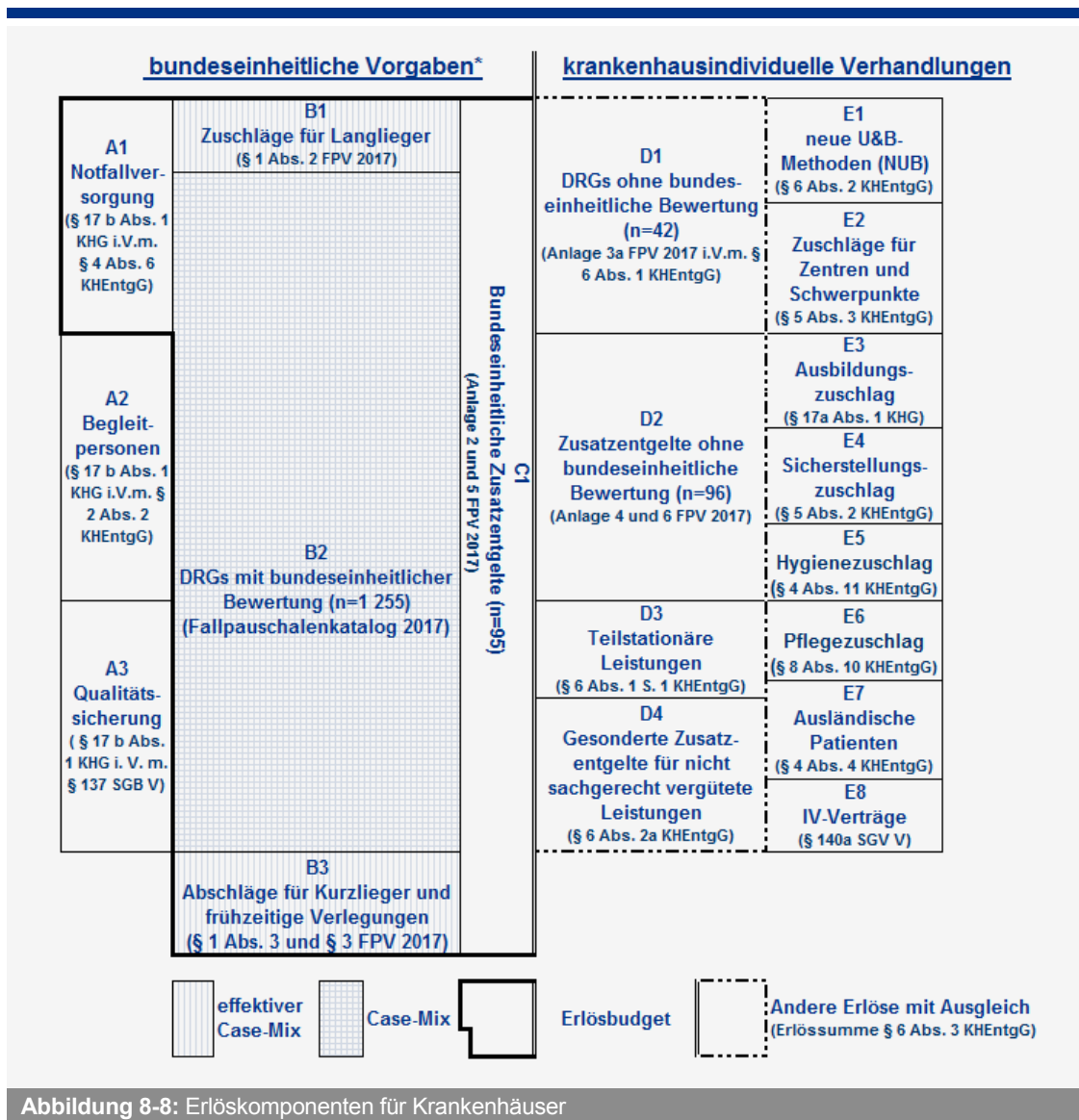
**360.** Durch die Patientenklassifikation mittels der DRG werden Krankenhausfälle auf der Grundlage ihrer Diagnose, des Schweregrades und der Art der Behandlung in ökonomisch möglichst homogene Gruppen zusammengefasst. Diesen Gruppen wird ein Relativgewicht zugeord-

net, das in Bezug zu den durchschnittlichen Fallkosten, also einem Referenzfall, steht. Die Relativgewichte stellen somit die erste von zwei Preiskomponenten im DRG-System dar und bilden das relative Wertverhältnis der DRGs untereinander ab. Die zweite Preiskomponente ist der sogenannte Basisfallwert. Der Basisfallwert spiegelt die durchschnittlichen Kosten des Referenzfalls wider. Durch die Multiplikation von Relativgewicht und Basisfallwert erhält man die DRG-Vergütung für einen Fall. Im DRG-System wird somit der Referenzfall mit einem Relativgewicht von 1 bewertet, d. h., der Referenzfall würde mit den durchschnittlichen Fallkosten vergütet. Relativgewichte größer 1 werden demnach mit mehr als den durchschnittlichen Fallkosten vergütet, DRGs, die mit einem geringeren Relativgewicht bewertet sind, entsprechend geringer. Darüber hinaus werden tagesbezogene Zu- und Abschläge berechnet, wenn ein Patient kürzer als eine für die jeweilige DRG definierte untere Grenzverweildauer bzw. länger als die obere Grenzverweildauer im Krankenhaus verbleibt.

**361.** Abbildung 8-8 illustriert verschiedene Erlösbestandteile für Krankenhäuser. Die Summe aller Relativgewichte, die um die Zu- und Abschläge ergänzt wurden, bildet den effektiven Case Mix eines Krankenhauses. Multipliziert man diesen effektiven Case Mix mit dem Basisfallwert, so erhält man die Gesamtvergütung, die durch DRGs erwirtschaftet wurde. Das Erlösbudget beinhaltet die Summe der Gesamtvergütung aus DRGs (B1, B2 und B3) und bundeseinheitlichen Zusatzentgelten (C1) und wird um die Abschläge für Nichtteilnahme an der Notfallversorgung (A1) verringert. Zu den Entgelten innerhalb der Erlössumme gehören DRGs und Zusatzentgelte ohne bundeseinheitliche Bewertung (D1 und D2), Entgelte für teilstationäre Leistungen (D3) und gesonderte Zusatzentgelte für nicht sachgerecht vergütete, hochspezialisierte Leistungen (D4). Zu den sonstigen Einnahmen gehören Zuschläge für Begleitpersonen und Qualitätssicherung (A2 und A3), Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) (E1), Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte (E2), Ausbildung (E3), Sicherstellung (E4), Hygiene (E5) und Pflege (E6), Leistungen für ausländische Patienten (E7) und Vergütung aus der Integrierten Versorgung (IV) (E8). Neben den in Abbildung 8-8 enthaltenen Erlösbestandteilen haben die Krankenhäuser die Möglichkeit, weitere Erlöse zu erzielen, beispielsweise durch das Erbringen ambulanter Leistungen, Forschungs- und Lehrleistungen, Wahlleistungen oder vor- und nachstationärer Behandlungen.

**362.** Wie bereits dargestellt, wird derzeit der überwiegende Anteil der Betriebskosten über DRGs vergütet. Im Koalitionsvertrag aus dem Jahr 2018 ist jedoch beabsichtigt, die Krankenhausvergütung auf eine Kombination von DRGs und einer Pflegepersonalkostenvergütung umzustellen. Die DRGs wären entsprechend um die Pflegekosten (ca. 15 Milliarden Euro) zu bereinigen. Im Ergebnis stünde ein Pflegebudget, das den krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarf vergütet. Hintergrund dieser angestrebten Neuregelung ist die Annahme, dass ein Teil der deutschen Krankenhäuser zu wenige Pflegenden beschäftigt. Da das DRG-System mit seinem inhärenten Anreiz zur Kostenminimierung auch eine Minimierung der Pflegekosten befördert, wird die Inkludierung der Pflegekosten im DRG-System als Ursache für die zu geringe Pflegeausstattung gesehen. Grundsätzlich ist es korrekt, dass das DRG-System Krankenhäuser incentiviert, eine dem Durchschnitt aller Krankenhäuser oder eine darunterliegende Pflegeausstattung zu gewährleisten. Daher erscheint es sinnvoll, diesen Anreiz, der für andere Kostenarten im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots wichtig ist, im Falle der Pflegekosten zu mindern oder zu drehen. Eine Veränderung dieses Anreizes wäre auf verschiedenen Wegen möglich und könnte auch innerhalb des DRG-Systems erfolgen, ohne die Pflegekosten herauszulösen und im Sinne eines Selbstkostendeckungsprinzips zu vergüten. Beispielsweise wäre es denkbar, den

durch das Krankenhaus auszugebenden Pflegeanteil<sup>92</sup> normativ festzuschreiben und ihn im DRG-System schrittweise zu erhöhen. Eine Vergütung der Pflegekosten analog zum früheren Selbstkostendeckungsprinzip beinhaltet zahlreiche Risiken. Sie könnte u. a. den Anreiz zur Verweildauerverkürzung und mithin auch zu Prozessinnovationen reduzieren. Darüber hinaus wäre es unklar, ob tatsächlich in solchen Krankenhäusern Pflege aufgebaut wird, in denen bisher zu wenige Pflegendе vorgehalten werden, denn genau um diese geht es bei der Regelung.



\* Ausnahme: Einstufung als besondere Einrichtung gemäß der Vereinbarung zur Bestimmung von besonderen Einrichtungen (VBE).

FPV = Fallpauschalenvereinbarung, IV = Integrierte Versorgung, i.V.m = in Verbindung mit, NUB = neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Quelle: Busse et al. (2017). Grafisch angepasst.

<sup>92</sup> Hierbei wäre eine transparente und nachvollziehbare Definition der patientennahen Pflegetätigkeiten notwendig.

### 8.3.2 Differenzierung nach Versorgungsstufen

**363.** Im derzeitigen DRG-System gibt es keine originäre Unterscheidung nach Versorgungsstufen. Die Einführung des DRG-Systems war darauf ausgerichtet, alle Versorger in ein einheitliches Vergütungssystem zu integrieren. Durch den sogenannten Einhausansatz des DRG-Systems, der zur Berechnung der DRGs genutzt wird, wird diese Zielvorgabe in die Praxis umgesetzt. Der Erlös aus einer DRG berechnet sich daher unabhängig von der Versorgungsstufe des Krankenhauses durch die Kombination von effektivem Relativgewicht und Landesbasisfallwert. Dadurch sollte es vonseiten der Leistungsvergütung für einen Fall keine Unterschiede zwischen kleinen Regelversorgern und Maximalversorgern geben.

**364.** Die Angebote der Krankenhäuser unterscheiden sich jedoch je nach Versorgungsstufe deutlich hinsichtlich Komplexität, Menge und Vorhaltungskosten voneinander. In den verschiedenen Versorgungsstufen werden unterschiedlich komplexe Fälle mit ebenso unterschiedlich komplexen Behandlungsmethoden versorgt. Durch die aktuelle Berechnungsweise der DRGs kann das gesamte Leistungsspektrum der Versorgungsstufen nicht adäquat dargestellt werden. Der Versuch, das komplette Spektrum der Fallkomplexität in einer vergütungsgerechten Art und Weise abzubilden, führte zu einer starken Ausdifferenzierung der Fallpauschalen. Die Anzahl der DRGs und insbesondere die Anzahl der abrechenbaren Sondertatbestände sind dabei stetig gewachsen. So stieg die Anzahl der abrechenbaren DRGs von 664 im Jahr 2003 auf zuletzt 1 292 DRGs im Jahr 2018 (InEK 2003, 2017). Hinzu kommen rund 200 Zusatzentgelte sowie Zuschläge und Abschläge, beispielsweise die durch das KHSG präzisierten Zentren- und Sicherstellungszuschläge. Die Ausdifferenzierung und die Ergänzung des Vergütungssystems durch Zuschläge und Abschläge verfolgte das Ziel, eine Vergütungsgerechtigkeit unter den verschiedenen Versorgungsstufen herzustellen, um einen fairen Wettbewerb zu ermöglichen. Durch die starke Differenzierung der DRGs werden Behandlungsfälle sehr detailliert abgebildet, sodass die Intention eines pauschalierenden Systems untergraben wird. Die große Zahl abrechenbarer DRGs führt nicht nur zu einem unübersichtlichen und komplexen Vergütungssystem, sondern weist nicht zuletzt auch durch die starke Prozedurenorientierung Elemente eines Einzelleistungsvergütungssystems auf. Die Anreize zur Fallzahlausweitung, die mit einem Einzelleistungsvergütungssystem einhergehen, bestehen auch hier. Zudem können Krankenhäuser davon profitieren, einer interventionellen Maßnahme den Vorzug vor einer konservativen Behandlung zu geben, um die Zusatzentgelte für die durchgeführten Prozeduren vergütet zu bekommen.

**365.** Unklar bleibt allerdings, ob die Mischformen aus DRG-Erlösen und zahlreichen Zusatzentgelten sowie Zu- und Abschlägen tatsächlich zu einer größeren Vergütungsgerechtigkeit führen. Die stetige Erweiterung um weitere Zu- und Abschläge sowie die weitere Ausweitung der Anzahl der DRGs (+35 für das Jahr 2017 und +37 für das Jahr 2018) lassen vermuten, dass die Vergütung nicht als angemessen für die unterschiedlichen Versorgungsstufen wahrgenommen wird. Vielmehr ist es naheliegend, dass der Grund für die wahrgenommene Unangemessenheit der Vergütung in den strukturellen Unterschieden der Kosten zwischen verschiedenen Versorgungsstufen liegt, die durch den Einhausansatz nicht abgebildet werden (Schreyögg 2017). So ist es wahrscheinlich, dass die Kostenstrukturen eines Maximalversorgers aufgrund der spezifischen Vorhaltungskosten von denen einer mittleren oder kleinen Klinik der Grundversorgung

systematisch abweichen. Darüber hinaus könnten sich auch die Kostenniveaus in der Erbringung von Leistungen unterscheiden.<sup>93</sup>

**366.** Deshalb wird eine explizite Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System empfohlen, z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte wie in Österreich und der Schweiz (Fischer 2013; Leitungsausschuss Gesundheitsstatistik beider Basel 2009). Eine Differenzierung nach Versorgungsstufen im DRG-System würde sowohl für versorgungsrelevante Kliniken der Grund- und Regelversorgung („Landkrankenhäuser“) als auch für hochspezialisierte Maximalversorger und Universitätskliniken eine angemessenere Betriebskostenfinanzierung ermöglichen und auch eine Rückkehr von einer prozedurenbezogenen zu einer diagnosebezogenen Ausgestaltung der DRGs befördern. Die derzeit heteroge Definition von Versorgungsstufen ist hierfür nicht geeignet. Vielmehr sollte eine neue bundeseinheitliche und empirisch abgeleitete Definition von Versorgungsstufen erfolgen. Die Versorgungsstufen sollten dabei auf Fachabteilungsebene<sup>94</sup> ermittelt werden, da ein Krankenhaus je nach Leistungsschwerpunkt verschiedene Versorgungsniveaus aufweisen kann. Somit könnten Fehlanreize zur Mengenausweitung und Bevorzugung operativer Behandlungen reduziert und die Bedingungen für einen fairen Wettbewerb verbessert werden.

**367.** Zur Ermittlung der Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen wären qualitativ hochwertige wissenschaftlich-empirische Untersuchungen unter Berücksichtigung verschiedener struktureller Charakteristika und deren zahlreicher Interaktionen notwendig. Mithilfe der Daten der Kalkulationsstichprobe des InEK sollte wissenschaftlich untersucht werden, ob es tatsächlich strukturelle Unterschiede zwischen den Kosten der Versorgungsstufen gibt, die eine Differenzierung der Vergütung rechtfertigen können. Zu diesem Zweck wäre es unumgänglich, die Daten der Kalkulationsstichprobe für die wissenschaftliche Verwendung zur Verfügung zu stellen, wie es in anderen europäischen Ländern ohnehin üblich ist. Darüber hinaus sollte ein unabhängiges Institut durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Ausarbeitung eines Konzeptes zur Differenzierung des DRG-Systems, unter Berücksichtigung der aus der Überprüfung des Einhausansatzes gewonnenen Erkenntnisse, beauftragt werden.

### 8.3.3 Pauschale Vergütungselemente

**368.** Der Anteil des DRG-Erlösbudgets an der gesamten Krankenhausvergütung beträgt in Deutschland gemäß verschiedenen Berechnungen zwischen 74 % und 90 % (Augurzky/Schmitz 2013; Mang et al. 2007). In anderen OECD-Ländern ist dieser Anteil wesentlich geringer und liegt teilweise nur im Bereich von 40 % bis 50 % (Schreyögg 2017). In einigen Ländern wird mit dem DRG-Erlösbudget zudem lediglich die Höhe von Krankenhausetats bestimmt (Schreyögg 2017). Die vergleichsweise niedrige Budgetrelevanz anderer Erlösbestandteile in der Gesamtvergütung der Krankenhäuser wirft Zweifel auf, ob diese zahlreichen Ergänzungen (siehe Abbildung 8-8) die vorhandenen Fehlanreize im deutschen DRG-System beheben können.

<sup>93</sup> Auch der Extremkostenbericht des InEK deutet in diese Richtung, indem er zeigt, dass Krankenhäuser mit systematisch höheren Kosten pro Fall gleichzeitig niedrigere mittlere Deckungen der Kostenausreißer aufweisen (InEK 2018). Maximalversorger und Universitätskliniken hätten demnach ein doppeltes Problem.

<sup>94</sup> Gemäß den Fachabteilungsschlüsseln nach § 301 SGB V.



**369.** Um die Fehlanreize zur Mengenausweitung im deutschen DRG-System zu mindern, sollten die zusätzlichen Erlösbestandteile einen höheren Anteil an der Krankenhausvergütung als derzeit darstellen. Dabei wäre eine Erhöhung des Anteils pauschaler Vergütungselemente durch gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft, flankiert durch Vorgaben zur Mittelverwendung, sinnvoll. Demzufolge sollten die Vorhaltungskosten der kleinen ländlichen Kliniken für bedarfsnotwendige Leistungen pauschal vergütet werden, während der besondere Vorhaltungsbedarf der Maximalversorger für hochspezialisierte Medizin in der Gesamtvergütung umfangreicher als derzeit berücksichtigt werden sollte. Auch eine gestufte Vergütung Integrierter Notfallzentren (INZs) trägt zu einer stärkeren Pauschalierung der Betriebskostenfinanzierung bei (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung).

**370.** Allgemeiner gefasst sollten die Kosten, die in keinem direkten Zusammenhang mit der Fallzahl stehen, aus der falleleistungsorientierten Vergütung gelöst und pauschal vergütet werden. So könnten auch gezielt die Besonderheiten an beiden Extremen der Versorgungslandschaft berücksichtigt werden. Das KHSG geht dabei einen ersten Schritt durch die Präzisierung der Sicherstellungs- und Zentrenzuschläge. Allerdings haben die Zuschläge derzeit zu wenig Umsatzrelevanz, als dass sie ausreichen würden, die Fehlanreize zur Mengenausweitung zu mindern. Die weitere Ausweitung dieser nicht falleleistungsorientierten Vergütungskomponenten für besondere Versorgungs- und Vorhaltungskosten würde deren Budgetrelevanz erhöhen und damit den ökonomischen Druck zur Ausweitung der Fallzahlen verringern.

**371.** Pauschale Vergütungen sollten also dort stattfinden, wo Kosten keinen direkten Bezug zur stationären Fallmenge haben, beispielsweise bei Vorhaltungskosten für die Notfallversorgung, für Quarantäneeinheiten sowie Verbrennungs- und Traumazentren.<sup>95</sup> Sollten strukturelle Unterschiede in den Kostenniveaus verbleiben, die versorgungsstufenspezifisch sind und nicht ausschließlich aufgrund der individuellen Betriebsführung bestehen, so können diese Kostenstrukturunterschiede innerhalb des DRG-Systems zielgerichteter über Kostenstrukturgewichte abgebildet werden als über Zu- und Abschläge.

**372.** Die Ansätze im KHSG in Richtung qualitätsorientierter Vergütung durch die Erhebung von Qualitätszu- oder -abschlägen könnten einen zusätzlichen Einfluss auf die Mengenentwicklung im Krankenhaus nehmen. Auch wenn die praktische Umsetzung dieses Gesetzesvorhabens momentan aufgrund des Fehlens von Qualitätsindikatoren mit angemessener Risikoadjustierung noch durchaus kritisch gesehen wird (Roeder et al. 2015), ist dies ein wichtiger Schritt weg von der rein mengenorientierten Vergütung.

**373.** Sollten sich die Unterschiede in den Kostenstrukturen empirisch nicht bewahrheiten, so würden entsprechende Zuschläge, die auf den Ausgleich der Kostenstrukturunterschiede gerichtet sind, generell obsolet. Die wissenschaftliche Untersuchung der versorgungsstufenspezifischen Kostenstrukturunterschiede ist daher in jedem Fall aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive wünschenswert, um das Vergütungssystem angemessen und empirisch fundiert auf die tatsächliche Kostensituation der Krankenhäuser anpassen zu können.

---

<sup>95</sup> Zwar könnten Quarantäneeinheiten sowie Verbrennungs- und Traumazentren gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG als besondere Einrichtungen definiert werden und somit zeitlich befristet aus dem pauschalierenden Entgeltsystem ausgenommen werden. Eine entsprechende Vereinbarung wurde jedoch bisher zwischen den Selbstverwaltungspartnern für die besagten Einheiten nicht getroffen.

### 8.3.4 Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

**374.** Eine gesonderte Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung wird kontrovers diskutiert (Rojahn 2011). Gegenwärtig wird die Weiterbildung indirekt durch die Krankenkassen über das DRG-System finanziert. Zu den Kosten der Weiterbildung zählen nicht nur die Gehälter der Ärzte in Weiterbildung, sondern z. B. auch ihre längeren Operationszeiten, der Zeitaufwand der Weiterbilder und eine (temporär) geringere Effizienz auf den Krankenhausstationen (Rojahn 2011). Mit dem KHRG wurde die Selbstverwaltung nach § 17b KHG beauftragt zu prüfen, ob zur sachgerechten Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung Zu- oder Abschläge auf die DRGs in Abhängigkeit vom Umfang und von der Qualität der Weiterbildung gewährt werden sollten. Der Handlungsbedarf wird indessen von den Partnern der Selbstverwaltung verschieden beurteilt. Die Krankenkassen behaupten, dass die Kosten der Weiterbildung mit den vorhandenen Finanzmitteln abgegolten sind, und fordern Abschläge auf die DRG-Vergütung für Krankenhäuser, die keine Fachärzte weiterbilden. Die DKG vertritt dagegen die Auffassung, dass die Mehrkosten der Weiterbildung nicht vollständig gedeckt werden, und fordert extrabudgetäre Zuschläge, beispielsweise über eine Prämie für erfolgreich abgeschlossene Facharztweiterbildungen (DKG 2009). Aktuell wird zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung die allgemeinmedizinische Weiterbildung gemäß § 75a SGB V gesondert gefördert. Außerdem werden mit dem durch das KHSG geänderten § 4 Abs. 9 KHEntgG im Rahmen des Hygieneförderprogramms die in den Jahren 2016 bis 2019 begonnenen Facharztweiterbildungen in den hierauf bezogenen Bereichen (z. B. Infektiologie) gesondert gefördert.

**375.** Um Anreize für eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung zu setzen, sollten die durch die Weiterbildung entstehenden Zusatzkosten aus der DRG-Kalkulation ausgegliedert und – ähnlich wie in der Ausbildung von Pflegenden – in einem separat kalkulierten Weiterbildungsfonds gebündelt werden. Die damit zur Verfügung stehenden Mittel sollten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung monatsweise ad personam (entsprechend den Regelweiterbildungszeiten nach Muster-Weiterbildungsordnung) zugeordnet werden. Erst bei konkreter Beschäftigung als Arzt in Weiterbildung fließen diese nach dem sogenannten Rucksack-Modell dem jeweiligen Weiterbilder (Kliniken oder Praxen) zu. Da die Weiterbildung damit einen eigenen „Preis“ erhält und die Ärzte in Weiterbildung je Beschäftigungsmonat einen Weiterbildungszuschlag „mitbringen“, auf diese Weise also zu potenten Nachfragern werden, hätten Weiterbilder (erstmalig) einen dezidierten Anreiz, eine strukturierte und attraktive ärztliche Weiterbildung sicherzustellen.

### 8.3.5 Veränderungen der Relativgewichte

**376.** Der überwiegende Teil des Umsatzes eines Krankenhauses ist von der Summe der Relativgewichte, dem Case Mix, abhängig. Je mehr und je schwerere Fälle ein Krankenhaus behandelt, desto höher ist tendenziell dessen Case Mix und damit auch die Vergütung aus DRGs. Steigen die Relativgewichte, so steigt auch der Umsatz. Die Höhe der Relativgewichte hat somit einen Einfluss auf die Anreizstrukturen der Krankenhäuser. Es konnte gezeigt werden, dass die Krankenhäuser auf Veränderungen der Relativgewichte von einem Jahr auf das nächste mit einer Veränderung der Fallzahlen reagieren (Schreyögg et al. 2014). Es kann daher auch vermutet werden, dass die Relativgewichte einen Einfluss auf die Indikationsqualität haben. Diese Vermutung wurde durch eine qualitative Studie zu den Wahrnehmungen von Ärzten in deutschen

Krankenhäusern insofern bestätigt, als dass die befragten Ärzte über unnötige Behandlungen, die infolge betriebswirtschaftlicher Vorgaben veranlasst wurden, berichteten (Wehkamp/Naegler 2017).

**377.** Um die Indikationsqualität zu verbessern, könnten verschiedene Maßnahmen in betreffenden Leistungssegmenten ergriffen werden. In Abhängigkeit von der Indikation sollte bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen entweder ein Zweitmeinungsverfahren oder eine Dokumentationspflicht oder eine Kombination von beidem gefordert werden. Zur Weiterentwicklung des bereits existierenden Zweitmeinungsverfahrens für planbare und besonders mengenanfällige Eingriffe sollte es zu einer obligatorischen Maßnahme vor der Durchführung eines Eingriffs gemacht werden. Dabei sollte gewährleistet werden, dass die Ärzte, die sich am Zweitmeinungsverfahren beteiligen, frei von Interessenkonflikten (z. B. durch einen gemeinsamen Krankenhausträger) sind. Dafür könnte die Selbstverwaltung eine Liste mit den Vertrauensärzten erstellen. Die fachliche Kompetenz der am Zweitmeinungsverfahren beteiligten Ärzte sollte – wie bereits schon teilweise geregelt – durch bestimmte Qualifikationsmerkmale sichergestellt werden (z. B. einschlägige, aber nicht zwingend identische Facharztweiterbildung und mehrjährige stationäre oder ambulante Tätigkeit). Zudem sollten planbare sogenannte mengenanfällige operative Eingriffe der Nachweispflicht unterliegen, beispielsweise über eine verpflichtende Teilnahme an einem entsprechenden Register. Die verpflichtende Eingabe in das entsprechende Register könnte auch mit der Erstattung der Leistung verknüpft werden. Ebenso wichtig wäre es dabei, die tatsächliche Steuerungswirkung dieser Maßnahmen systematisch zu evaluieren.

**378.** Da die Relativgewichte nicht fix sind, sondern vom InEK auf Grundlage einer sich ändernden Kalkulationsstichprobe berechnet werden, ändert sich mit den teilweise deutlichen Schwankungen der Relativgewichte auch die Anreizstruktur für die Krankenhäuser. Die Änderungen in den Relativgewichten sind nicht primär auf die Kostenänderungen in den Krankenhäusern zurückzuführen, sondern vor allem Änderungen in der am Ende für die Kalkulation herangezogenen Stichprobe sind hierfür ursächlich (Schreyögg et al. 2014). Das KHSG sieht an dieser Stelle Anpassungen in Bezug auf die Zusammensetzung der Kalkulationsstichprobe vor. Zur Umsetzung der Vorgaben des § 17b Abs. 3 KHG haben die Vertragsparteien auf Bundesebene eine Vereinbarung zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation geschlossen, wobei unterrepräsentierte Klinikgruppen zur Teilnahme verpflichtet werden können. Am 31. Oktober 2016 wurden erstmals mittels Losverfahren unter notarieller Begleitung zufällig 40 Krankenhäuser ausgewählt. Allerdings haben sieben private Krankenhäuser die Datenlieferung verweigert, da aus Sicht des InEK die Sanktionen für die ausbleibende Kalkulationsteilnahme zu niedrig sind<sup>96</sup> (Balling 2017). Am 22. September 2017 erfolgte die zweite Ziehung von Krankenhäusern unter notarieller Begleitung, wobei insgesamt 80 Ziehungen durchgeführt wurden.

**379.** Die Erhöhung der Repräsentativität ist ein wichtiger Schritt, um die Kosten korrekt in den DRGs abzubilden. Insbesondere für Klinikträger mit guten Kostenstrukturen bestehen derzeit Anreize, nicht Teil der Kalkulationsstichprobe zu sein, um die DRG-Kalkulationen nicht zu Ungunsten der (eigenen) Krankenhäuser ausfallen zu lassen. Jedoch reichen die Maßnahmen des KHSG nicht, um Schwankungen der Relativgewichte gänzlich auszuschließen. Daher ist dar-

---

<sup>96</sup> Das betreffende Krankenhaus muss im ersten Jahr mit einem pauschalen Abschlag in Höhe von 14 000 Euro rechnen. Vom zweiten bis zum fünften Jahr gilt ein jährlich steigender Abschlag in Höhe von 15 Euro, 30 Euro, 60 Euro bzw. 90 Euro je nicht verwertbaren (bzw. fehlenden) voll- und teilstationären Krankenhausfall.

über nachzudenken, trotz dieser Maßnahmen eine konstante repräsentative Kalkulationsstichprobe anzustreben (Schreyögg et al. 2014). Dies könnte über zwei Wege erreicht werden. Zum einen durch eine tatsächliche Betrachtung identischer Krankenhäuser und deren Leistungsspektren über die Jahre und zum anderen durch eine technische Konstanthaltung<sup>97</sup>, die über Änderungen statistischer Annahmen erreicht werden könnte.

### 8.3.6 Streuung der Basisfallwerte

**380.** Die zweite Preiskomponente im DRG-System, die Basisfallwerte, bilden die durchschnittlichen Kosten des Referenzfalls ab. Die Basisfallwerte wurden bis zum Jahr 2005 krankenhausesindividuell vereinbart und schwankten von Krankenhaus zu Krankenhaus erheblich. Sie sind historisch gewachsen und aus den Vorgängervergütungen abgeleitet. Daher entsprach die Variation der Basisfallwerte zwischen den Krankenhäusern nicht unbedingt den tatsächlichen Unterschieden in den Kosten. Seit dem Jahr 2005 werden zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundeslandebene sogenannte Landesbasisfallwerte vereinbart. Die krankenhausesindividuell vereinbarten Basisfallwerte wurden bis zum Jahr 2009 schrittweise an die jeweiligen Landesbasisfallwerte angenähert. Die Landesbasisfallwerte unterlagen allerdings ihrerseits ebenfalls einer hohen Variation über die Länder.

**381.** Zu Beginn der Konvergenzphase im Jahr 2005 lag die Abweichung zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landesbasisfallwert bei 17,1 %. Abbildung 8-9 stellt die Entwicklung der Landesbasisfallwerte und des Mittelwertes dar. Um die Streuung der Landesbasisfallwerte zu verringern, sollten sich in einer sich anschließenden Konvergenzphase im Zeitraum von 2009 bis 2014 alle Landesbasisfallwerte auf einen Bundesbasisfallwert zubewegen und innerhalb eines festgelegten Korridors um den Bundesbasisfallwert befinden. Bis zum Jahr 2014 konnte so die Abweichung zwischen dem höchsten Landesbasisfallwert in Rheinland-Pfalz und den niedrigsten Werten, die der unteren Korridorgrenze entsprachen, auf 6,7 % verringert werden. Zwar führte diese Konvergenz zu einer abnehmenden Variation der Landesbasisfallwerte, jedoch lagen auch im Jahr 2016 noch nicht alle Landesbasisfallwerte im festgelegten Korridor um den Bundesbasisfallwert (aktueller Bundesbasisfallwert im Jahr 2017: 3 376,11 Euro; obere Grenze: 3 460,51 Euro; untere Grenze: 3 341,67 Euro). Derzeit liegt der Landesbasisfallwert in Rheinland-Pfalz als einzigem Bundesland oberhalb des Korridors. Dieser Wert soll allerdings innerhalb von sechs Jahren ab 2016 an den geltenden Bundesbasisfallwertkorridor angeglichen werden, wodurch sich die Variation weiter verringern wird (Rau 2015). Zudem fasst das KHSG den Basisfallwertkorridor enger, indem die untere Korridorgrenze von 1,25 % unterhalb des Bundesbasisfallwertes auf 1,02 % angehoben wurde. Der Unterschied zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landesbasisfallwert hat mit zuletzt 5,7 % im Jahr 2017 weiter abgenommen, wie in Abbildung 8-9 zu erkennen ist.

---

<sup>97</sup> Durch statistische Methoden kann eine fiktive konstante Stichprobe aus den vorhandenen Daten erzeugt werden. Um eine konstante und repräsentative Stichprobe in Bezug auf verschiedene beobachtbare Merkmale der Krankenhäuser zu erhalten, werden beispielsweise bei Ausscheiden eines Merkmalsträgers aus der Stichprobe die Ergebnisse der in der Stichprobe verbliebenen Merkmalsträger auf die ursprünglichen und festgelegten Stichprobenanteile hochgerechnet. So erhält man eine über die Perioden hinweg konstante Stichprobenzusammensetzung in Bezug auf die beobachteten Merkmale.

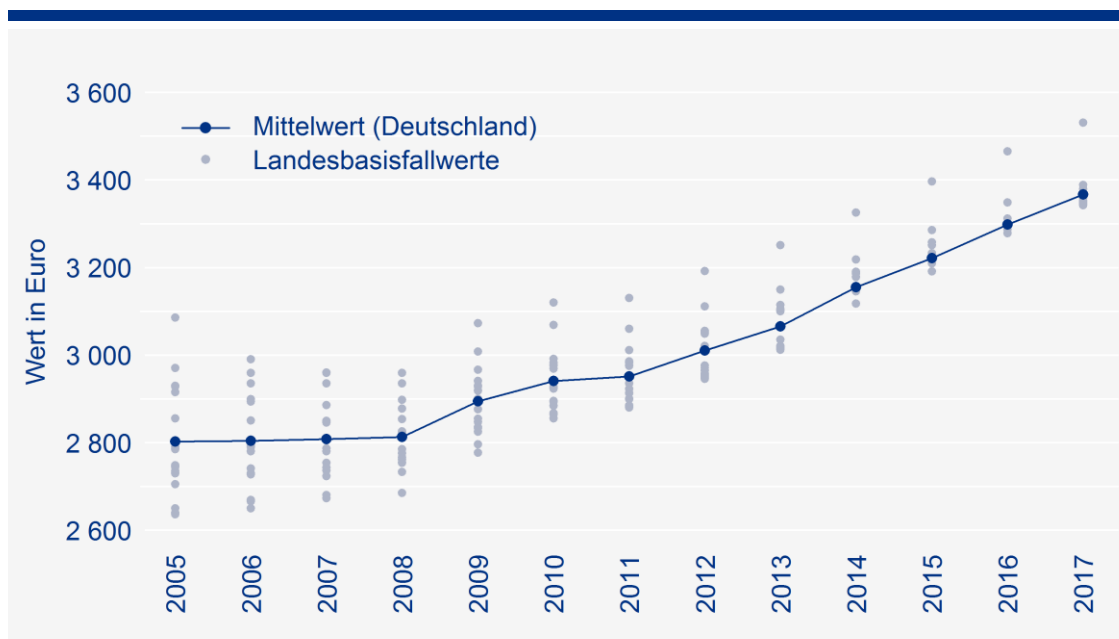


Abbildung 8-9: Streuung der Landesbasisfallwerte

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von vdek (2017).

**382.** Nach einer im Dezember 2013 im Auftrag des BMG vorgelegten Studie des RWI sind die Unterschiede in den Landesbasisfallwerten im Bezugsjahr 2007 nur zu rund einem Drittel auf Kosten- und Versorgungsunterschiede in den Ländern zurückzuführen. Der überwiegende Teil der Variation der Landesbasisfallwerte basiert jedoch auf ökonomisch nicht erklärbaren historischen Unterschieden (Augurzky/Schmitz 2013). Eine Streuung der Landesbasisfallwerte ist daher nicht zu empfehlen, da sie lediglich Unterschiede der historischen Krankenhausbudgets widerspiegelt, die nicht auf Krankenhaus- oder Bundeslandstrukturen rückführbar sind. Der Bundesbasisfallwertkorridor in seiner derzeitigen Form soll jedoch den identifizierten regionalen Unterschieden in den Kostenstrukturen Rechnung tragen, indem er eine geringe Variation um den Bundesbasisfallwert toleriert. Infolgedessen kommt es nach wie vor zu Unterschieden in der Vergütungshöhe für identische Leistungen der Krankenhäuser und zu einer Quersubvention durch Versichertenbeiträge aus Niedrigpreisregionen in Hochpreisregionen. Es wäre daher denkbar, die Variation abzuschaffen, indem zum bundeseinheitlichen Basisfallwert abgerechnet würde. Dies könnte zu einer weiteren Verringerung des Verwaltungsaufwands und zur Vergütungstransparenz beitragen. Des Weiteren müssten in den Ländern keine aufwendigen Verhandlungen mehr stattfinden, die viele Ressourcen binden. In den meisten Bundesländern haben die Verhandlungen in der jetzigen Form ohnehin keinen Mehrwert, da das Ergebnis für die derzeitigen zehn Landesbasisfallwerte, die auf der unteren Korridorgrenze des Bundesbasisfallwertes liegen, de facto bereits vor den Verhandlungen durch die Ermittlung der unteren Korridorgrenze feststeht (Rau 2015). Mit dem KHSG ist beabsichtigt, ab dem Jahr 2021 den Verhandlungen um die Landesbasisfallwerte wieder mehr Bedeutung einzuräumen, indem die Bundesbasisfallwerte erst nach den Verhandlungen der Landesbasisfallwerte festgelegt werden sollen. Abweichungen der Landesbasisfallwerte vom berechneten Korridor sollen dann durch unterjährige Ausgleichszahlungen von den Krankenhäusern abgerechnet werden. Die Ausgleichsbeträge sollen jeweils zum 30. April jeden Jahres vereinbart werden (Rau 2015). Durch diese Regelungen entsteht neuer bürokratischer Aufwand, der durch einen bundeseinheitlichen Basisfallwert vermieden würde.

**383.** Um den tatsächlichen regionalen Kostenunterschieden Rechnung zu tragen, könnte ein Bundesbasisfallwert ermittelt werden, der dann mit einer automatisierten regionalen Komponente versehen würde. Das heißt, es müsste jährlich ein regionaler Preisindex aus einem Warenkorb von Produkten und Dienstleistungen berechnet werden, die Krankenhäuser für ihren Leistungserstellungsprozess einkaufen bzw. beziehen. Beispielsweise werden sich die Preise für einen Reinigungsservice regional, z. B. nach Landkreisen, deutlich unterscheiden, während die Löhne für Pflegende keiner großen Variation unterworfen sind. Der derzeit auf Bundesebene ermittelte Kostenorientierungswert nach § 10 Abs. 6 KHEntgG ermittelt die tatsächliche Kostenentwicklung in den Krankenhäusern nicht spezifisch genug und ist daher als Basis für Vergütungsanpassungen nur begrenzt geeignet. Das Grundproblem ist, dass sich die im derzeitigen Kostenorientierungswert berücksichtigten Erzeugerpreise auf Warenkörbe beziehen, die die Preisentwicklung der Volkswirtschaft insgesamt, aber nicht die für den Krankenhausmarkt relevanten Produkte und Dienstleistungen reflektieren (Schreyögg 2017). Die Weiterentwicklung des Orientierungswertes ist zwar Teil des KHSG und soll bis zum Jahr 2018 umgesetzt sein (Rau 2015), allerdings hat der Gesetzgeber nicht spezifiziert, in welche Richtung der Kostenorientierungswert entwickelt werden soll.

## 8.4 Sonderfall: Finanzierung der Universitätsmedizin

### 8.4.1 Sonderrolle der Universitätskliniken

**384.** Universitätskliniken zählen zu den größten medizinischen Einrichtungen in der Patientenversorgung. Im Jahr 2016 gab es in Deutschland 35 Universitätskliniken, die im Durchschnitt über 1 285 vollstationäre Betten verfügten (Destatis 2018b). Dagegen hatte ein nicht-universitäres Krankenhaus im Durchschnitt 256 Betten. Insgesamt wurden im Jahr 2016 rund 1,9 Millionen Patienten in den Universitätskliniken stationär aufgenommen, was einem Anteil von knapp 10 % aller vollstationären Fälle entsprach (Destatis 2018b). Dazu kamen rund 11,9 Millionen Patienten, die im Jahr 2016 an den Universitätskliniken ambulant versorgt wurden (G-BA 2018).

**385.** Als Krankenhäuser der höchsten medizinischen Versorgungsstufe, der Zentralversorgung und der Maximalversorgung behandeln Universitätskliniken überdurchschnittlich schwere und seltene Erkrankungen und führen oft Eingriffe durch, die mangels Ausstattung und Expertise in keinem anderen Krankenhaus vorgenommen werden können (Deutscher Bundestag 2016). Der Case Mix Index (CMI), der die durchschnittliche Schwere der Patientenfälle beschreibt, betrug im Jahr 2014 über alle Universitätskliniken hinweg 1,5 (Klauber et al. 2016). Dagegen lag der CMI von 38 nichtuniversitären Maximalversorgern mit über 1 000 Betten bei 1,1. Auch die Anzahl der Basis-DRGs, die die Breite des Behandlungsspektrums eines Krankenhauses widerspiegelt, lag für Universitätskliniken mit durchschnittlich 488 über dem Wert der nichtuniversitären Maximalversorger von 456 (Klauber et al. 2016).

**386.** Der wesentliche Unterschied zwischen den Universitätskliniken und nichtuniversitären Krankenhäusern ist, dass der Auftrag zur Krankenversorgung in Verzahnung mit Forschung und Lehre (FuL) erfüllt wird. Von den Universitätskliniken sind die sogenannten Lehrkrankenhäuser abzugrenzen, die auf vertraglicher Grundlage klinische Ausbildungsaufgaben wahrnehmen (Deutscher Bundestag 2016). Neben der Krankenversorgung sowie FuL

nehmen Universitätskliniken Aufgaben der ärztlichen Fort- und Weiterbildung sowie der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Angehörigen nichtärztlicher Berufe wahr (Deutscher Bundestag 2016). Die Bereitstellung von Lehre, Forschung und Weiterbildung durch die Universitätskliniken spiegelt sich in einer vergleichsweise niedrigeren Facharztquote wider. So lag im Jahr 2016 der Anteil der Fachärzte an den Universitätskliniken bei 51,1 %, während dieser Anteil bei den nichtuniversitären Maximalversorgern 53,5 % betrug (G-BA 2018).

**387.** Aufgrund der besonderen Rolle der Universitätskliniken als Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen ist für sie auch umfangreiche Erfahrung in der Grund- und Regelversorgung notwendig. Universitäre Forschung beschränkt sich nicht ausschließlich auf hochspezialisierte Leistungen und auch die Aus- und Weiterbildung der Ärzte bedarf eines möglichst breiten Patientenspektrums. Zudem übernehmen einige Universitätskliniken die Funktion des Grundversorgers, weil kein anderes Krankenhaus eine ortsnahe Versorgung gewährleistet oder weil bestimmte Fachabteilungen (z. B. Augenheilkunde) nur im Universitätsklinikum vorgehalten werden. Außerdem kommen zahlreiche Patienten mit weniger aufwendigeren Erkrankungen als Notfälle, auf Einweisung durch den niedergelassenen Arzt oder aufgrund der Verlegung aus einem anderen Klinikum in die Universitätskliniken. Die Umsteuerung dieser Fälle in Krankenhäuser anderer Versorgungsstufen ist derzeit nur sehr eingeschränkt möglich.

**388.** Die Fehlentwicklungen in der Krankenhausfinanzierung sind für Universitätskliniken mit ihrer Sonderrolle für das Gesundheitssystem besonders spürbar. So lag das jährliche Defizit der Hochschulkliniken in den Jahren 2012 bis 2014 im dreistelligen Millionenbereich, wobei im Jahr 2014 rund zwei Drittel der Hochschulkliniken ein negatives Jahresergebnis erzielten (Wienke 2016). Hauptursächlich für die schlechte finanzielle Lage der Unikliniken sind die zurückgehende Investitionsförderung seitens der Bundesländer und der unzureichende Ausgleich der Kostensteigerungen durch Ertragssteigerungen im DRG-System sowie die inadäquat berücksichtigte Sonderrolle der Universitätskliniken im Finanzierungssystem (Mau/Gaede 2014). Wie die vorherigen Abschnitte dieses Kapitels zeigen, betreffen die ersten beiden Probleme auch andere Krankenhäuser. Speziell in der Universitätsmedizin werden im Zeitraum zwischen 2016 und 2025 Investitionsmittel für wichtige Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen in Höhe von rund 12 Milliarden Euro fehlen (KMK 2016).

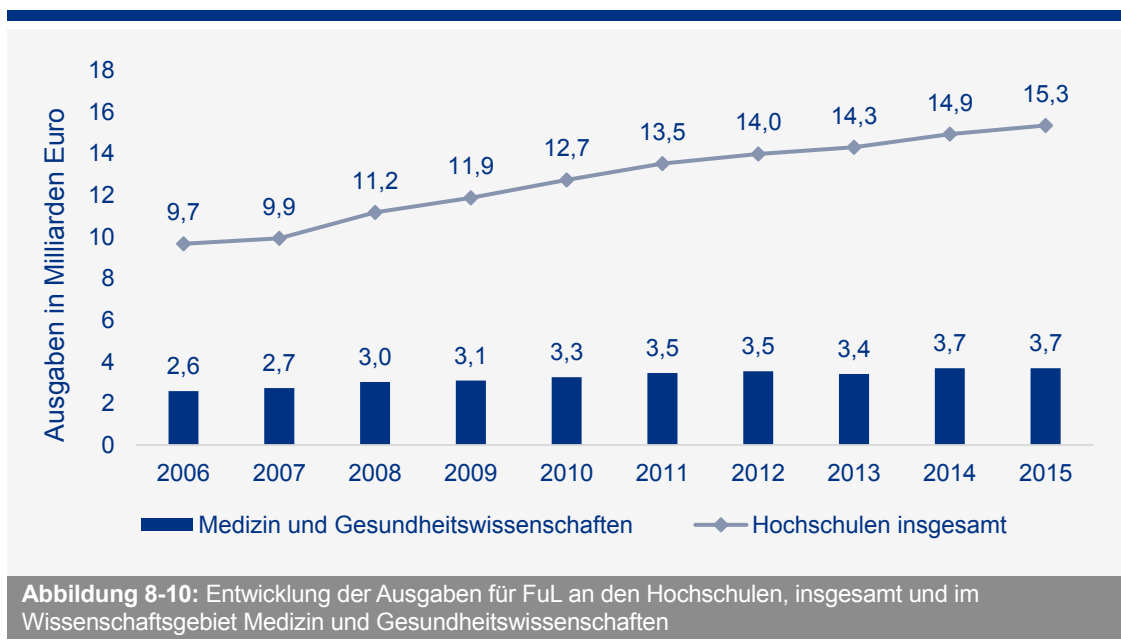
#### 8.4.2 Finanzielle Rahmenbedingungen

**389.** Die finanziellen Rahmenbedingungen für die Universitätskliniken unterscheiden sich von denen anderer Krankenhäuser. Die allgemeinen Regeln über die öffentliche Investitionsförderung gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1 KHG gelten für Universitätskliniken nicht. Stattdessen finden sich spezielle Finanzierungsregelungen in den jeweiligen Landeshochschulgesetzen bzw. in den Landesgesetzen über Universitätskliniken. Aufgrund des Funktionszusammenhangs zwischen Krankenversorgung sowie FuL werden Universitätskrankenhäuser in der Regel sowohl aus dem Gesundheits- als auch aus dem Hochschulsystem finanziert. Das Konzept der dualen Finanzierung gilt jedoch grundsätzlich auch für die Universitätskliniken, wobei die Investitionskosten und die Kosten für FuL hauptsächlich durch öffentliche Mittel finanziert werden, während die laufenden Betriebskosten durch Leistungsentgelte und sonstige Erträge (z. B. Wahlleistungen) gedeckt werden (Deutscher Bundestag 2016).

**390.** Die Investitionsförderung der Universitätskliniken ist seit der verfassungsrechtlichen Reform der bundesstaatlichen Ordnung (Föderalismusreform) nicht mehr im Katalog der Gemeinschaftsaufgaben von Bund und Ländern enthalten und fällt seitdem in die alleinige Zuständigkeit der Länder (Deutscher Bundestag 2016). Als Kompensation für das im Jahr 2006 ausgelaufene Hochschulbauförderungsgesetz stehen den Ländern gemäß Artikel 143c Abs. 1 Satz 1 GG ab dem 1. Januar 2007 bis Ende 2019 jährlich 695,3 Millionen Euro aus dem Bundeshaushalt zur Verfügung. In Fällen von überregionaler Bedeutung können Bund und Länder auf der Grundlage von Vereinbarungen in Artikel 91b Abs. 3 GG bei der Förderung von Forschungsbauten an Hochschulen einschließlich Großgeräten zusammenwirken.<sup>98</sup>

### *Finanzierung der Forschung und Lehre*

**391.** Die Finanzierung der Kosten für FuL durch Landeszuführungsbeträge ist in den Hochschulgesetzen bzw. den Gesetzen über die Universitätskliniken der Länder teilweise ausdrücklich festgeschrieben. Gemäß der Finanzstatistik des Statistischen Bundesamtes betragen die Ausgaben für FuL an den Hochschulen im Wissenschaftsgebiet Medizin und Gesundheitswissenschaften 3,7 Milliarden Euro im Jahr 2015. Damit entsprachen die Aufwendungen für medizinische FuL an Hochschulen knapp einem Viertel der gesamten Aufwendungen für FuL an Hochschulen in Höhe von 15,3 Milliarden Euro. Längerfristig betrachtet betrug der Gesamtzuwachs der Ausgaben für FuL in der Hochschulmedizin im Zeitraum von 2006 bis 2015 insgesamt 42,4 % mit einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von 4,0 % (siehe Abbildung 8-10). Im gleichen Zeitraum nahmen die Ausgaben für FuL an allen Hochschulen um insgesamt 58,8 % bzw. durchschnittlich 5,3 % pro Jahr überproportional stark zu.



FuL = Forschung und Lehre

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2017b).

<sup>98</sup> Zwischen dem 1. Januar 2007 und dem 31. Dezember 2013 stellte der Bund jährlich einen Betrag von 298 Millionen Euro zur Verfügung. Die Länder mussten sich an der Finanzierung in derselben Höhe beteiligen wie der Bund.



**392.** Beim Statistischen Bundesamt sind über die Finanzierungsstruktur der Aufwendungen für FuL keine Daten verfügbar. Stattdessen wird die Art der gesamten Hochschuleinnahmen nach Verwaltungseinnahmen, Drittmitteln und anderen Zuweisungen und Zuschüssen differenziert. Da die Finanzierung von FuL jenseits der Grundfinanzierung durch die Länder hauptsächlich durch Drittmittel erfolgt, kann aus diesen Angaben die Finanzierungsstruktur der FuL approximiert werden. Die Gesamteinnahmen der medizinischen Einrichtungen bzw. der Fächergruppe Gesundheitswissenschaften betragen im Jahr 2015 rund 18,0 Milliarden Euro, wovon der Großteil (89,8 %) auf Verwaltungseinnahmen und 9,7 % auf Drittmittel sowie 0,5 % auf andere Zuweisungen entfielen (Destatis 2017a). Zum Vergleich betragen die Einnahmen im Jahr 2006 insgesamt 11,7 Milliarden Euro, wobei der Anteil der Verwaltungseinnahmen 88,2 % und die Anteile der Drittmittel bzw. anderen Zuweisungen 8,8 % bzw. 3,0 % ausmachten. Somit war im letzten Jahrzehnt eine Steigerung des Drittmittelanteils zu verzeichnen.

**393.** Die Struktur der Drittmiteleinnahmen (siehe Abbildung 8-11) ist insofern informativ, da unterschiedliche Förderer in der Regel Projekte in verschiedenen Forschungskategorien fördern. Mit öffentlichen Mitteln werden in erster Linie Projekte der grundlagen- und krankheitsorientierten Forschung gefördert, klinische Studien sind dagegen zumeist von der Finanzierung privater Dritter – vor allem der Pharmaindustrie – abhängig (Deutscher Bundestag 2016). Des Weiteren differenziert das System der leistungsorientierten Mittelvergabe die „Wertigkeit“ der Drittmittel nach Förderern. Während nach Begutachtung zugewiesenen Mitteln der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) – gefolgt von Mitteln der EU und des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) – ein besonders hoher Wert beigemessen wird, haben nicht begutachtete Drittmittel aus der gewerblichen Wirtschaft die geringste Wertigkeit (Böhmer et al. 2011).<sup>99</sup> Insgesamt ist die Höhe der Drittmittelfinanzierung in der Hochschulmedizin von 0,9 Milliarden Euro im Jahr 2006 auf 1,6 Milliarden Euro im Jahr 2015 gestiegen. Im Jahr 2015 war die DFG mit 28,9 % der größte Drittmittelgeber in der Hochschulmedizin. Der Bund verzeichnete einen Anteil von 20,5 %. Mit rund 28,1 % war die gewerbliche Wirtschaft in der medizinischen Forschung vergleichsweise bedeutsam als Drittmittelgeber vertreten. Allerdings ist in den letzten zehn Jahren ihr Anteil unter den Drittmittelgebern deutlich zurückgegangen, während der Anteil der Drittmittel der DFG und des Bundes im gleichen Zeitraum gestiegen ist. Die von der EU bereitgestellten Drittmittel haben im Jahr 2015 nur 6,9 % ausgemacht, womit ihr Finanzierungsbeitrag einen vergleichsweise geringen Anteil an den gesamten Drittmitteln der Hochschulmedizin darstellte.

---

<sup>99</sup> Ausschlaggebend für die unterschiedliche Gewichtung der Drittmittel sind die unterschiedlich rigorosen Review-Verfahren bei der Mittelvergabe. Außerdem gerät die Finanzierung von Hochschulforschung durch die gewerbliche Wirtschaft oft in den Verdacht fehlender wissenschaftlicher Unabhängigkeit.

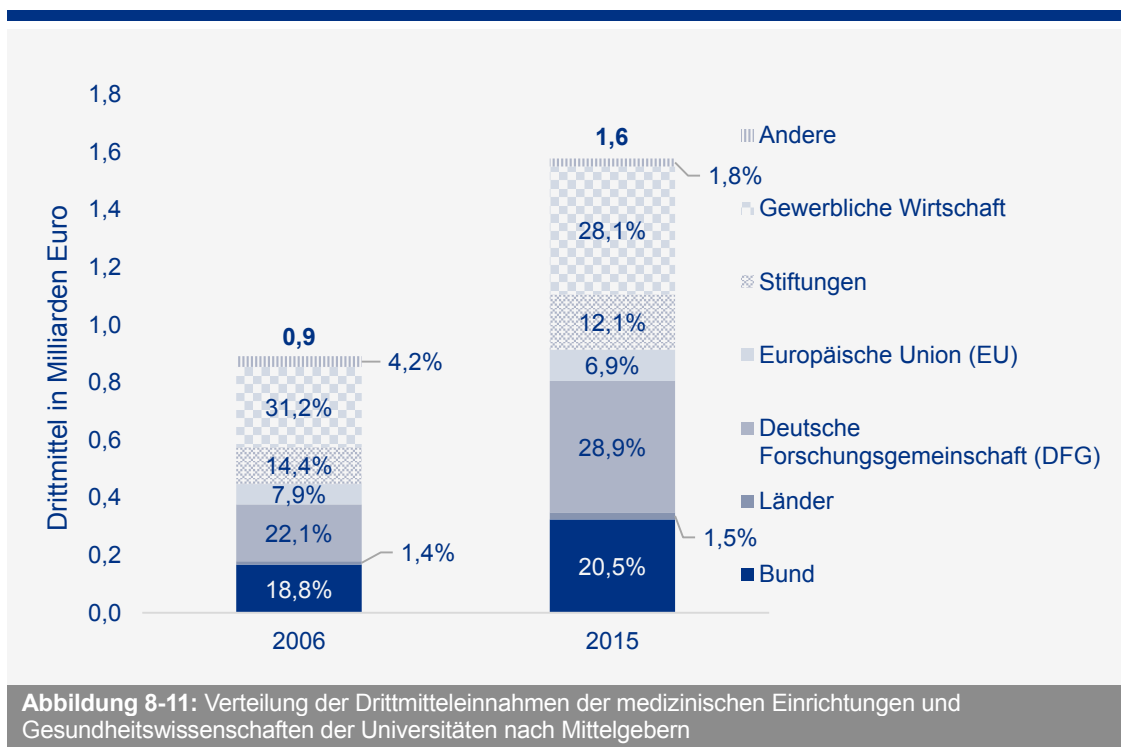


Abbildung 8-11: Verteilung der Drittmiteinnahmen der medizinischen Einrichtungen und Gesundheitswissenschaften der Universitäten nach Mittelgebern

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2017a).

**394.** Die unzureichende Bereitstellung von Grundmitteln durch die Länder für die Finanzierung der Hochschulmedizin und die relative Zunahme der Drittmittelfinanzierung könnten weitreichende Konsequenzen für die Durchführung von Forschung und den Innovationserfolg haben. Zwar ermöglichen Drittmiteinnahmen eine Ausweitung der Forschung im Bereich der Hochschulmedizin und wirken durch die wettbewerblich orientierte Vergabe möglicherweise leistungsfördernder als die Grundmittel. Allerdings könnte aufgrund der geschaffenen Anreize der Drittmittelfinanzierung eine Umorientierung bei den Forschungsschwerpunkten die Folge sein, da die Forschungsprojekte nach Fördermöglichkeiten ausgerichtet werden. Während Projekte mit geringen Förderungsperspektiven aufgegeben würden, würde sich stattdessen die Hochschulforschung auf überwiegend einzelne ausgewählte Bereiche fokussieren. Insbesondere die Grundlagenforschung könnte dabei in Gefahr geraten. Außerdem werden Drittmittelprojekte in der Hochschulmedizin aus Wettbewerbsgründen nicht kostendeckend angeboten, sondern die Forschungseinrichtungen bezuschussen häufig ihre Forschungsvorhaben aus der Grundfinanzierung. Dabei ist gemäß dem EU-Beihilfeverbot<sup>100</sup> eine Vollkostenfinanzierung eine notwendige Voraussetzung für die Auftragsforschung.

**395.** Durch die Gegenüberstellung von positiven und negativen Auswirkungen der Drittmittelfinanzierung wird deutlich, dass eine ausgewogene Finanzierungsstruktur der Forschung an Universitätskliniken zu bevorzugen wäre. Dabei sollte eine optimierte Zusammensetzung zwischen Grund- und Drittmitteln angestrebt werden, um die inhaltliche Vielfalt der Forschung zu gewährleisten. Um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, sollte sichergestellt werden, dass die Finanzierung von Drittmittelprojekten auf Basis von Vollkosten erfolgt. Eine wesentliche Be-

<sup>100</sup> Artikel 107 Abs. 1 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union.

dingung hierfür ist größere Transparenz hinsichtlich der tatsächlichen Vollkosten bei durchgeführten Forschungsprojekten, um Doppelfinanzierungen der bereits aus Grundmitteln finanzierten Personal- oder Sachressourcen zu verhindern.

### *Betriebskostenfinanzierung*

**396.** Die Betriebskosten für die stationäre Krankenversorgung decken die Universitätskliniken zum großen Teil durch die vereinbarten oder festgelegten Behandlungsentgelte. Entsprechende Finanzierungsregelungen finden sich in den jeweiligen Landeshochschulgesetzen bzw. in den Gesetzen der Länder über die Universitätskliniken, die an die bundesrechtliche Bestimmung des § 4 Nr. 2 KHG anknüpfen. Somit sind Universitätskliniken bei der Finanzierung von stationären Leistungen grundsätzlich den gleichen Regelungen wie andere Krankenhäuser unterworfen. Allerdings besteht die zentrale Herausforderung darin, die Finanzierung von FuL durch den Staat auf der einen Seite und die Finanzierung der Krankenversorgung durch die Krankenkassen auf der anderen Seite zu trennen. Während die meisten Bundesländer pauschal 20 % der Gesamtkosten für die Krankenversorgung als Aufwand für FuL erstatten, sehen einige Bundesländer (z. B. Bayern und das Saarland) eine Trennungsrechnung vor (Deutscher Bundestag 2016).

**397.** Zusätzlich zur stationären Krankenversorgung stellen Universitätskliniken auch ambulante Versorgung bereit. Neben den vielfältigen – auch anderen Krankenhäusern offenstehenden – Regelungen zur ambulanten Versorgung (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung) stellen Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V eine wichtige Säule in der ambulanten universitären Versorgung dar. Im Jahr 2016 wurden rund 4,1 Millionen GKV-Versicherte mit einem Erlösvolumen von 622,9 Millionen Euro in den Hochschulambulanzen behandelt (BMG 2018). Die Hochschulambulanzen wurden ursprünglich nur für FuL vorgesehen, allerdings wurden dort zunehmend Patienten mit schweren Erkrankungen behandelt (Reifferscheid et al. 2016). Die Ausgestaltung der Vergütung der Hochschulambulanzen wird regional- bzw. klinikspezifisch zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit den jeweiligen Universitätskliniken vereinbart (§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Hauptsächlich werden Hochschulambulanzen über Quartalspauschalen finanziert, zusätzlich existieren jedoch zahlreiche weitere Einzelentgelte und Vergütungspauschalen (Reifferscheid et al. 2016).

**398.** Die Sonderrolle der Universitätskliniken führt außerdem dazu, dass sie aufgrund der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung als Multiservicedienstleister agieren und dementsprechend durch eine andere Organisationsstruktur gekennzeichnet sind als nicht-universitäre Krankenhäuser. In der internationalen Literatur findet sich Evidenz dafür, dass die Krankenversorgung an Krankenhäusern, die Lehraufgaben wahrnehmen, weniger effizient erbracht wird als in reinen Versorgungshäusern (siehe Übersichtsarbeiten von Hollingsworth 2003, 2008). Auch in Deutschland bestätigen empirische Studien die Tatsache, dass Universitätskliniken niedrigere Effizienzwerte aufweisen als nichtuniversitäre Krankenhäuser (Schreyögg/Reitzenstein 2008; Tiemann/Schreyögg 2009). Dieses Ergebnis ist einerseits auf die enge Verzahnung der Krankenversorgung mit FuL und den dadurch entstehenden Mehraufwand zurückzuführen. Andererseits sind Universitätskliniken im Bereich der Krankenversorgung durch Extremkostenfälle, zunehmende ambulante Versorgung an Hochschulambulanzen, interdisziplinäre Krankenversorgung, hohe Vorhaltungskosten (u. a. für die Notfallversorgung, hochspezialisierte Zentren, Innovationszentren), einen überproportionalen Anteil an

Ärzten in Weiterbildung und durch organisatorische Mehrkosten finanziell stärker belastet als andere Krankenhäuser (Albrecht et al. 2013). Diese Besonderheiten sind im DRG-System trotz vergleichsweise hoher Partizipation der Universitätskliniken an der Kalkulationsstichprobe des InEK nicht ausgeglichen. Die Ausrichtung auf schwerkranke Patienten, medizinische Innovationen und Erforschung sowie Behandlung seltener und neuer Krankheiten bedeutet im pauschalierten Vergütungssystem, das Durchschnittskosten zugrunde legt, für Universitätskliniken ein wirtschaftliches Risiko (Tecklenburg 2017). Im Folgenden wird insbesondere auf die Extremkostenfälle und die Hochschulambulanzen eingegangen.

### *Extremkostenfälle*

**399.** Der Extremkostenbericht des InEK zeigt auf Basis der zusätzlich erhobenen Informationen bei den Kalkulationskrankenhäusern für das Datenjahr 2016, dass die Hochschulkliniken und andere Maximalversorger bei Extremkostenfällen oder Kostenausreißern<sup>101</sup> deutlich unterfinanziert waren (InEK 2018). Von 222 untersuchten Krankenhäusern wiesen 139 Krankenhäuser eine unterdurchschnittliche Belastung je Fall durch die Kostenausreißer (davon ein Krankenhaus der Gruppe von Universitätskliniken und Maximalversorgern) auf, während 106 Krankenhäuser eine überdurchschnittliche Belastung aufwiesen (davon 13 Krankenhäuser der Gruppe von Universitätskliniken und Maximalversorgern). Insgesamt zeigte die Analyse des InEK, dass die durchschnittliche Belastung durch Kostenausreißer für Universitätskliniken und Maximalversorger höher war als für die nichtuniversitären Krankenhäuser.

**400.** Im intertemporalen Vergleich wiesen 12 Krankenhäuser in der Gruppe von Hochschulkliniken und Maximalversorgern eine Kostenunterdeckung der Extremkostenfälle von 51,1 Millionen Euro auf, somit war eine Zunahme der Kostenunterdeckung um 3,6 Millionen Euro gegenüber dem Jahr 2015 zu verzeichnen (InEK 2018). Andererseits haben 210 nicht-universitäre Krankenhäuser eine Überdeckung der Extremkostenfälle von 44,9 Millionen erreicht, die im Vergleich zum Vorjahr quasi unverändert blieb. Eine Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf andere Universitätskliniken und Maximalversorger ist allerdings nur eingeschränkt möglich, da aufgrund der vom InEK verwendeten Definition der Extremkostenfälle eine andere Zusammensetzung der Stichprobe zu einer abweichenden Identifikation der Fälle als Kostenausreißer führen würde.

**401.** Die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), die sich seit dem Jahr 2002 an der Kostenkalkulationen des InEK beteiligt, hat Extremkostenfälle als solche definiert, die mehr als 20 000 Euro kosten und deren Erlöse weniger als die Hälfte der angefallenen Kosten decken (Tecklenburg 2017). Für das Jahr 2011 fielen 320 Fälle unter diese Definition und verursachten insgesamt ein Defizit von 8 Millionen Euro. Die Unterdeckung pro Fall betrug rund 25 000 Euro. Bei den von der MHH erfassten Extremkostenfällen zeigte sich eine Streuung über das gesamte DRG-System mit einer Häufung bei Brandverletzten und bei großen rekonstruktiven chirurgischen Eingriffen. Außerdem fiel in früheren Erfassungsjahren bei den Extremkostenfällen auf, dass überdurchschnittlich viele dieser Patienten von anderen Krankenhäusern zugewiesen wurden.

**402.** Zusammenfassend ist die erhebliche Kostenunterdeckung bei den Universitätskliniken im Vergleich zu nichtuniversitären Krankenhäusern auf den überproportionalen Anteil

---

<sup>101</sup> Die Ermittlung von Lower- und Upper-Kostenausreißern erfolgt durch das InEK in Orientierung an den statistischen Verteilungsfunktionen (z. B. logarithmische Normalverteilung; InEK 2018).

von besonders aufwendigen Behandlungen in Hochschulkliniken und bei anderen Maximalversorgern und auf den dafür erforderlichen Vorhalteaufwand zurückzuführen (Wienke 2016). Die Analyse der MHH-Daten zeigt, dass trotz zahlreicher Anpassungen des DRG-Systems das Problem der Extremkostenfälle weiterhin existiert. Eine anhaltende Unterdeckung der Extremkostenfälle führt dazu, dass Universitätskliniken und Maximalversorger das Risiko tragen, einen wirtschaftlichen Misserfolg zu erleiden (Tecklenburg 2017).

### *Hochschulambulanzen*

**403.** Die Vergütung von Hochschulambulanzen weist nach Angaben der Universitätskliniken ebenfalls kein kostendeckendes Niveau auf (Richter-Kuhlmann 2014). Insbesondere die hochspezialisierte tertiäre<sup>102</sup> Ambulanzversorgung an den Universitätskliniken erfordert eine aufwendige Diagnostik und Therapie, die durch Quartalspauschalen nicht ausfinanziert ist (Albrecht et al. 2013). Eine Untersuchung der Daten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)<sup>103</sup> hat ergeben, dass 43 % des Erlösvolumens der Hochschulambulanzen im Jahr 2013 auf Quartalspauschalen mit einer durchschnittlichen Höhe von 82 Euro entfielen (Reifferscheid et al. 2016). Weitere wesentliche Abrechnungsposten umfassten den Sprechstundenbedarf, die Computertomografie(CT)- und die Magnetresonanztomografie(MRT)-Untersuchungen sowie die Laboratoriumsmedizin. In Bayern und Baden-Württemberg wurden aufgrund der differenzierten Vergütungssituation überdurchschnittlich viele verschiedene Abrechnungspositionen dokumentiert (bis zu 350), dabei lag in Bayern der Mittelwert der Vergütung pro Erstkontakt bei 99 Euro und in Baden-Württemberg bei 167 Euro. In den anderen Bundesländern wurden meistens nur ein bis zwei verschiedene Quartalspauschalen und nicht mehr als 50 unterschiedliche Entgeltpositionen abgerechnet, und so lag die durchschnittliche Vergütung des Erstkontaktes bei 75 Euro. Der bundesweite Mittelwert der Vergütung des Erstkontaktes betrug 105 Euro. Aufgrund der unzureichenden Transparenz bei der Datenerfassung konnten die Autoren nicht beurteilen, welchen Stellenwert die FuL gegenüber der spezialisierten ambulanten Versorgung einnahm und ob eine seitens der Universitätskliniken beklagte Unterfinanzierung der Hochschulambulanzen tatsächlich bestand (Reifferscheid et al. 2016).

#### **8.4.3 Jüngste Reformansätze**

**404.** Um sich der Probleme in der Finanzierung der Universitätsmedizin anzunehmen, hat der Gesetzgeber einige Neuregelungen auf Bundesebene verabschiedet. So sollen die Änderungen des Artikels 91b Abs. 1 GG sowie die Verabschiedung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG), des Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetzes (HHVG) und des KHSG zu mehr Gerechtigkeit in der Vergütung der stationären Leistungserbringer beitragen. Der bereits durch den Gesetzgeber begonnene Weg zur Verbesserung der finanziellen Rahmenbedingungen der Universitätskliniken, aber auch der Maximalversorger sollte konsequent weitergegangen werden.

<sup>102</sup> Spezielle ambulante Versorgung im Gegensatz zur primärärztlichen Grundversorgung und zur grundständigen fachärztlichen Versorgung.

<sup>103</sup> Der Datensatz enthält Angaben zu knapp 1,4 Millionen Fällen und deckt somit bundesweit knapp 40 % der Fälle der GKV in den Hochschulambulanzen im Jahr 2013 ab.

**405.** Am 1. Januar 2015 kam es zu einer erneuten Änderung des Artikels 91b Abs. 1 GG, die im Unterschied zur alten Fassung ausdrücklich die Lehre als Feld der Zusammenarbeit von Bund und Ländern aufnahm, sofern eine überregionale Bedeutung gegeben ist. Zudem wurde das Zusammenwirken von Bund und Ländern bei der Förderung von Wissenschaft, Forschung und Lehre ohne eine zeitliche Einschränkung ermöglicht. Damit ist eine Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten von Bund und Ländern im Hochschulbereich verbunden. Aus Sicht der Unikliniken wird kritisiert, dass durch die Änderungen im Artikel 91b Abs. 1 GG nicht automatisch mehr Geld ins System fließen, sondern eine Umverteilung der vorhandenen Mittel stattfinden würde (Borgwardt 2015). Demnach bestünde der positive Effekt der Änderungen lediglich in der Beseitigung der Umgehungstatbestände, da Bund und Länder Hochschulen nun institutionell fördern können und nicht nur zeitlich begrenzte Projekte.

**406.** Mit dem GKV-VSG vom 23. Juli 2015 wurden die Aufgaben der Hochschulambulanzen – über die zuvor de jure auf FuL beschränkten Leistungen hinaus – um eine Behandlungsermächtigung für Patienten ergänzt, „die wegen Art, Schwere oder Komplexität ihrer Erkrankung einer Untersuchung oder Behandlung durch die Hochschulambulanz bedürfen“. Grundsätzlich darf dieser erweiterte Patientenkreis nur nach Überweisung durch einen Facharzt behandelt werden. Um welche Patientengruppen es sich genau handelt, mussten der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die DKG festlegen. Nachdem die Verhandlungen bezüglich der festzulegenden Patientengruppen scheiterten, hat das erweiterte Bundesschiedsamt provisorische Patientengruppen definiert und eine dreijährige Evaluationsphase vorgesehen, mit der eine empirische Datengrundlage für die künftige Festlegung der Patientengruppen geschaffen werden sollte (Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung 2016). Ebenfalls durch den Beschluss der Schiedsstelle wurde ein neues Vergütungskonzept für die Hochschulambulanzen vereinbart (Bundesschiedsstelle 2016). Es wurden verstärkte Dokumentationspflichten vorgesehen, wobei fortan Behandlungsfälle den Bereichen „Forschung und Lehre“, „Patientengruppen nach Art, Schwere oder Komplexität“ sowie „regionale Besonderheiten“ zugeordnet werden. Darüber hinaus sind Behandlungsfälle einem eindeutigen Krankenhausstandort und einer Fachabteilung zuzuordnen. Im Rahmen der bundeseinheitlichen Vergütungsstruktur wird es in Zukunft maximal 50 Pauschalen je Hochschulambulanz geben. Da die Art und Höhe der Vergütungsentgelte durch die Vereinbarungspartner nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V auf der Bundeslandebene festgelegt werden, bleibt abzuwarten, welche finanziellen Auswirkungen das neue Vergütungskonzept auf die Hochschulambulanzen haben wird. Ferner wurde mit der Verabschiedung des HHVG am 4. April 2017 der Zugang der Patienten zu NUB<sup>104</sup> in den Hochschulambulanzen gestärkt, die nun in den Hochschulambulanzen unter derselben Voraussetzung angewendet werden dürfen wie in der stationären Versorgung. Dadurch wurde der bisher für Hochschulambulanzen gültige Grundsatz des Verbots mit Erlaubnisvorbehalt durch den Grundsatz der Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt ersetzt.

**407.** Eine bessere Finanzierung der besonderen Aufgaben der Hochschulmedizin wurde außerdem durch die Strukturreformen im KHSG vom 10. Dezember 2015 intendiert. Die im KHSG vorgesehenen Zuschläge für gute Qualität oder für besondere Aufgaben von Zentren sowie

<sup>104</sup> Gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG sind als NUB neuartige und innovative Arzneimittel, Medizinprodukte und Verfahren bezeichnet, „die mit den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 7 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG noch nicht sachgerecht vergütet werden können und die nicht gemäß § 137c des SGB V von der Finanzierung ausgeschlossen worden sind“.

die Teilnahme an der Notfallversorgung sollten Universitätskliniken zugutekommen (VUD 2015). Laut dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD) überwiegen jedoch im KHSG finanzielle Belastungen für Universitätskliniken. Insgesamt könnten ihnen zwischen 150 und 250 Millionen Euro im Jahr durch den Wegfall des Versorgungszuschlags, den Abbau der Überversorgungen bei sinkenden Sachkosten und die Einführung eines Fixkostendegressionsabschlags fehlen (VUD 2015). Außerdem wurde seitens des VUD bemängelt, dass das KHSG keine Lösung für die Extremkostenfälle vorsehe. Aus Sicht des Gesetzgebers werden allerdings im gesamten Krankenhaussektor Mehrausgaben für die Kostenträger in Höhe von rund 0,9 Milliarden Euro im Jahr 2016 und allmählich steigend bis rund 2,5 Milliarden Euro im Jahr 2020 durch das KHSG erwartet (BMG 2017). Diese Mehrausgaben werden zum Teil durch Minder Ausgaben in dreistelliger Millionenhöhe dank strukturell wirkender Maßnahmen (z. B. Zweitmeinung bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen, Qualitätssicherungsmaßnahmen und Mengensteuerung) ausgeglichen.

#### 8.4.4 Finanzierung der Universitätsmedizin in anderen Ländern

**408.** Ein Blick in andere Industrieländer mit DRG-basierten Vergütungsmodellen soll mögliche Lösungen zur Vergütung der Universitätsmedizin aufzeigen. Dafür wird im Folgenden hauptsächlich auf die Erkenntnisse aus zwei Vergleichsstudien (Fischer 2013; Loos et al. 2014) zurückgegriffen. Außerdem wird weitere aktuelle Literatur herangezogen und durch Expertenbefragungen ergänzt.

**409.** Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass in anderen Industriestaaten der Mehraufwand von Universitätskliniken durch akademische Lehre und fachärztliche Weiterbildung sowie durch die Behandlung besonders schwerer Fälle mithilfe verschiedener Sonderregelungen ausgeglichen wird (siehe Tabelle 8-2). Diese Sonderregelungen sind zwar meistens für alle Krankenhäuser offen, in der Praxis sind sie aber hauptsächlich für Universitätskrankenhäuser und Maximalversorger relevant, da es sich dabei um vorwiegend in dieser Umgebung erbrachte Leistungen handelt.

**410.** Im Hinblick auf die FuL sind in allen betrachteten Ländern Sonderregelungen vorhanden, um die Lehre und Forschung zu finanzieren. Im Bereich der fachärztlichen Weiterbildung fällt auf, dass Deutschland im Gegensatz zu den fünf ausgewählten Vergleichsländern keine Sonderregelungen hat. Dies wird hierzulande seit Jahren kontrovers diskutiert (siehe Abschnitt 8.3.4). Ein Beispiel für ein Modell zur Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung könnte England darstellen. Dort existiert ein zentrales Budget, um die Ausbildung und Weiterbildung zum Facharzt finanziell zu unterstützen. Im Jahr 2014 wurde die Finanzierung der fachärztlichen Weiterbildung weitgehend reformiert und ein bisheriges komplexes und intransparentes System durch ein neues Modell ersetzt. Dieses Modell sieht zwei Zahlungskomponenten an die Krankenhäuser vor. Die erste Komponente sind einheitliche jährliche Zahlungen pro Weiterbildungsplatz, die an die regionale Kaufkraft angepasst sind, im Sinne von Aufwandsentschädigungen zur Abdeckung der Lehrkosten (*tariffs*). Die zweite Komponente sind regional angepasste und weiterbildungsjahrbezogene Beiträge zu den Löhnen der Ärzte in der Weiterbildung (*salary contributions*), die rund die Hälfte des Lohnes abdecken (The National Association of Clinical Tutors 2016). Der nationale Satz für die Aufwandsentschädigungen der Weiterbildungskosten im Geschäftsjahr 2017/2018 betrug 12 152 Britische Pfund

pro Weiterbildungsplatz und die Lohnsubvention variierte je nach Weiterbildungsjahr zwischen 19 105 und 26 468 Britischen Pfund pro Weiterbildungsplatz (Department of Health 2017).

Sonderregelungen	Deutschland	Österreich	England	Niederlande	Vereinigte Staaten	Schweiz	
FuL	Lehre	✓	✓	✓	✓	✓	
	Forschung	✓	✓	✓	✓	✓	
	Fachärztliche Weiterbildung		✓	✓	✓	✓	
Krankenversorgung	Vorhaltungskosten	✓	✓	✓	✓	✓	
	Komplexe Fälle	✓	✓	✓	✓	✓	
	Seltene Erkrankungen	✓	✓	✓	✓	✓	
	Intensivmedizin		✓	✓	✓	✓	
	Notfälle			✓			
	Teure Medikamente	✓	✓	✓	✓		
	Teure Implantate	✓		✓			
	Langlieger	✓	✓	✓	✓	✓	
	Hochkostenfälle					✓	
	Transplantation		✓				
	Interdisziplinäre Konsultationen				✓		
	Mittellose Patienten					✓	✓
	Lokale Lohnkosten und Lebenskosten	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Investitionskosten	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Tabelle 8-2: Sonderregelungen zur Finanzierung der Universitätsmedizin

FuL = Forschung und Lehre.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Fischer (2013) und erweitert für Deutschland und die Schweiz.

**411.** Im Bereich der Krankenversorgung werden Mehrkosten der Universitätskliniken zum Teil leistungsorientiert innerhalb des länder-eigenen DRG-basierten Vergütungssystems refinanziert. Für die Vergütung der verbleibenden Mehrkosten in der Krankenversorgung existieren unterschiedliche Sonderregelungen (Fischer 2013). So werden in Österreich und in der Schweiz (Kopf et al. 2014) erhöhte Kosten über strukturbezogene Faktoren auf den Basispreis vergütet. Damit werden hohe Vorhaltungskosten und komplexe Fälle in den Universitätskliniken anerkannt. In den Niederlanden gibt es Zuschüsse für die Maximalversorgung. In England werden Zuschläge auf den Basispreis für hochspezialisierte Leistungen, die überwiegend in Universitätskliniken stattfinden, erhoben. Neben strukturbezogenen Vergütungen existieren in den Vergleichsländern auch leistungsbezogene Vergütungen für kostenintensive Behandlungen, die einen Bezug zum Behandlungsfall aufweisen, aber über das DRG-System hinausgehen (z. B. Förderung des Transplantationswesens in Österreich). Während die Zuschläge für die Universitätsmedizin in den meisten Ländern auf nicht fundiert abgeleiteten und politisch ausgehandelten Beträgen basieren, wird in England und in den USA mit ökonomischen Modellen gearbeitet, um die Mehrkosten der Universitätsmedizin zu ermitteln.



## 8.5 Zusammenfassung und Empfehlungen

**412.** Die gegenwärtige duale Krankenhausfinanzierung, nach der die Bundesländer die Investitionskosten und die Krankenkassen die Betriebskosten tragen, ist mit zahlreichen Problemen behaftet. Bei der Investitionsförderung sehen sich die Krankenhäuser mit der Situation konfrontiert, dass die vorhandenen Investitionsmittel der Länder, auch infolge eines Überangebots an Krankenhäusern und einer Überversorgung mit Krankenhausleistungen, nicht ausreichen, um die Investitionserfordernisse zu decken. Dieses Dilemma erhöht den Druck auf Krankenhäuser, für diesen Zweck Überschüsse durch steigende Fallzahlen in der stationären Versorgung zu generieren, während die medizinische Notwendigkeit für zumindest einen Teil der zusätzlichen Fälle angezweifelt werden kann.

**413.** Auch die Vergütung der Krankenhausbetriebskosten enthält, trotz aller Verdienste des DRG-Systems zur Erhöhung der Transparenz, zahlreiche Fehlanreize. So kann die dominante Stellung des DRG-Systems innerhalb der Krankenhausvergütung mit seiner inhärenten Fallorientierung eine zusätzliche Mengenausweitung befördern. Der Einhausansatz innerhalb des DRG-Systems, d. h. die Annahme einheitlicher Kostenstrukturen über alle Versorgungsstufen hinweg, kann eine Benachteiligung von Krankenhäusern mit besonderen Versorgungsstrukturen zur Folge haben und bewirkt außerdem eine immer weitergehende Differenzierung des DRG-Systems durch zusätzliche DRGs und Zusatzentgelte. Die auch dadurch entstandene Prozedurenorientierung des DRG-Systems setzt vielfach den Anreiz der Bevorzugung operativer versus konservativer Therapieformen. Zuletzt hat auch die derzeitige Praxis der Ermittlung von Basisfallwerten wettbewerbsverzerrende Wirkungen.

**414.** Die Fehlentwicklungen in der Krankenhausfinanzierung sind für Universitätskliniken aufgrund des Funktionszusammenhangs zwischen Krankenversorgung, Forschung und Lehre besonders gravierend. Als Lösungen für die Probleme der aktuellen Krankenhausfinanzierung empfiehlt der Rat folgende Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Investitionskostenfinanzierung, der Betriebskostenfinanzierung und der Finanzierung der Universitätsmedizin:

### *Investitionskostenfinanzierung*

**415.** Aufgrund des bei gegebenen Versorgungsstrukturen unzureichenden Anteils der Ländermittel an der Gesamtfinanzierung von Krankenhäusern ist grundsätzlich ein Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung zu erwägen. In der Monistik würden GKV und PKV sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten der Krankenhäuser finanzieren. Der damit einhergehende höhere Finanzierungsbedarf von GKV und PKV könnte einerseits durch Bereitstellung von Steuermitteln seitens des Bundes und der Länder und andererseits aus vereinnahmten Versichertenbeiträgen gedeckt werden, wobei die Aufteilung unter Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen einem politischen Entscheidungsprozess unterliegen sollte. Um mengenausweitende Anreize zu vermindern und eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen zu befördern, sollte die Verteilung der Investitionsmittel an Krankenhäuser jedoch nicht über fallbezogene Investitionszuschläge, sondern im Rahmen selektiver Einzelversorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern erfolgen. Die einzelvertraglichen Lösungen werden die begonnene Strukturbereinigung beschleunigen, indem Wettbewerbskräfte entfaltet und Schwerpunkte in der Investitionsförderung gesetzt werden.

**416.** Da jedoch ein politischer Konsens zum Übergang zur Monistik bislang nicht gefunden werden konnte und auch in Zukunft ungewiss ist, bedarf es anderer Maßnahmen, um der derzeitigen Unterfinanzierung in der Investitionsförderung entgegenzuwirken und die gegenwärtigen Überkapazitäten abzubauen. Die im Koalitionsvertrag festgehaltene Absicht der Bundesregierung, den Strukturfonds für weitere vier Jahre fortzusetzen, ist sinnvoll. Aus Sicht des Rates ist der Strukturfonds gut geeignet, um die Bereinigung der Krankenhausstrukturen zu beschleunigen und die Investitionsförderung der Länder, die sich oftmals primär auf Bestandsinvestitionen bezieht, zu ergänzen. Allerdings sollte der Fonds künftig einen stärkeren Schwerpunkt im Bereich der Schließung von Krankenhäusern, nicht nur einzelner Abteilungen, in überversorgten Gebieten setzen. Um den erforderlichen Strukturwandel der Krankenhauslandschaft in den nächsten Jahrzehnten nachhaltig zu unterstützen, sollten eine Verstärkung des Fonds sowie eine Erweiterung des finanziellen Rahmens erfolgen. Künftig sollten alle Plankrankenhäuser durch den Strukturfonds förderfähig sein und auch die Universitätskliniken, die derzeit ausgeschlossen sind. Anstelle der derzeitigen Kofinanzierung aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV ist der Bundesanteil des Fonds aus Steuermitteln durch den Bund zu finanzieren. Die Übernahme der Investitionsförderung durch den Staat ist durch die staatliche Verpflichtung zur Daseinsvorsorge begründet. Als Kompensation für die eingezahlten Mittel sollte der Bund in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission inhaltlich Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Gebieten erhalten, um eine länderübergreifende Strukturbereinigung sowie eine besser koordinierte Versorgung mit hochspezialisierten Behandlungskapazitäten zu ermöglichen. Für die länderübergreifenden Förderzwecke könnte ein bestimmter Anteil des Fonds reserviert werden, der im Rahmen eines Antragsverfahrens mit gemeinsamen Bewerbungen mehrerer Bundesländer verteilt würde. Darüber hinaus sollte ein länderübergreifender föderaler Krankenhausversorgungsplan vom Bund im Benehmen mit den Ländern aufgestellt werden.

#### *Betriebskostenfinanzierung*

**417.** Das deutsche DRG-System hat die Transparenz in der Versorgung und Vergütung deutlich erhöht und sollte daher erhalten bleiben. Allerdings weist es zahlreiche Fehlanreize auf, die auch zu Wettbewerbsverzerrungen führen, und sollte deswegen weiterentwickelt werden. Dabei sollte zunächst der Einhausansatz einer Überprüfung unterzogen werden. Dieser Ansatz hat im Status quo die Konsequenz, dass eine Vergütungsgerechtigkeit zwischen den Versorgungsstufen über die Differenzierung von DRGs zu Zusatzentgelten angestrebt wird. Diese sind in den letzten Jahren stetig ausgeweitet worden, u. a. verbunden mit der Problematik, dass häufig Prozeduren als Kostentrenner fungieren. Durch diese Ausweitung wird das Vergütungssystem zunehmend verkompliziert, während die damit intendierte Vergütungsgerechtigkeit umstritten ist. Deshalb wird eine Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System empfohlen, z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte wie in Österreich und der Schweiz. Eine Abkehr vom uniformen Einhausansatz würde sowohl für versorgungsrelevante Kliniken der Grund- und Regelversorgung („Landkrankenhäuser“) als auch für hochspezialisierte Maximalversorger und Universitätskliniken eine angemessenere, versorgungsstufenadäquate Betriebskostenfinanzierung ermöglichen und somit die Voraussetzungen für einen fairen Wettbewerb verbessern. Eine Differenzierung nach Versorgungsstufen im DRG-System würde auch eine Rückkehr von einer prozedurenbezogenen zu einer diagnosebezogenen Ausgestaltung der DRGs befördern, was Fehlanreize in Richtung operativer

Behandlungen reduzieren könnte. Zur Bestimmung der Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen wären wissenschaftlich empirische Untersuchungen unter Berücksichtigung verschiedener struktureller Charakteristika und deren zahlreicher Interaktionen notwendig. Die Versorgungsstufen sollten dabei nicht auf Krankensebene, sondern auf Fachabteilungsebene ermittelt werden, da ein Krankenhaus je nach Fachabteilung verschiedene Versorgungsniveaus aufweisen kann. Für diesen Zweck wäre es notwendig, die Daten der Kalkulationsstichprobe für eine regelhafte wissenschaftliche Verwendung zur Verfügung zu stellen.

**418.** Im internationalen Vergleich haben die falleleistungsorientierten DRGs in Deutschland eine sehr hohe Budgetrelevanz in der Gesamtvergütung der Krankenhäuser. In den letzten Jahren wurden durch den Gesetzgeber verschiedene Entgelt- und Zuschlagsarten hinzugefügt (u. a. die Sicherstellungs- und Zentrenzuschläge). Zur Behebung der Fehlanreize im deutschen DRG-System sollte dieser Weg weiter beschritten werden, jedoch sollten diese zusätzlichen Vergütungskomponenten einen höheren Anteil an der Krankenhausvergütung aufweisen als derzeit. Ein wichtiger Baustein bei der Differenzierung der DRG-Vergütung wäre eine Stärkung pauschaler Vergütungselemente durch eine gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft, flankiert von Vorgaben zur Mittelverwendung. Demnach würden kleinen ländlichen Kliniken die Vorhaltungskosten für bedarfsnotwendige Leistungen pauschal vergütet, während bei Maximalversorgern der besondere Vorhaltungsbedarf hochspezialisierter Medizin in der Gesamtvergütung umfangreicher als derzeit berücksichtigt würde. Auch eine gestufte Vergütung Integrierter Notfallzentren (INZ) trägt zu einer stärkeren Pauschalierung bei (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung). Diese Maßnahmen dienen nicht in erster Linie einem Ausgleich von Kostenunterschieden zwischen den Versorgungsstufen (siehe oben), sondern der Erhöhung der Budgetrelevanz von mengenunabhängigen Vergütungskomponenten und mithin einer Reduktion des Mengenanzweizes.

**419.** Die vorhandenen empirischen Erkenntnisse zeigen, dass die zahlreichen Veränderungen der Relativgewichte von einem Jahr zum nächsten zu einer Veränderung der Fallzahlen in bestimmten Indikationen führen. Um eine mögliche Fehlversorgung und Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Krankenhäusern zu verhindern, sollten Maßnahmen zur Verbesserung der Indikationsqualität ergriffen werden. Je nach Indikation sollte bei mengenanfälligen planbaren Eingriffen entweder ein Zweitmeinungsverfahren oder eine Dokumentationspflicht oder eine Kombination von beidem gefordert werden. Der bereits eingeschlagene Weg des Gesetzgebers zur Einrichtung eines Zweitmeinungsverfahrens für planbare und besonders mengenanfällige Eingriffe sollte konsequent weiterverfolgt werden, indem das bereits existierende Zweitmeinungsverfahren zu einer obligatorischen Maßnahme vor der Durchführung eines Eingriffs weiterentwickelt wird. Dabei sollte sichergestellt werden, dass die Ärzte, die sich am Zweitmeinungsverfahren beteiligen, frei von Interessenkonflikten, z. B. durch einen gemeinsamen Krankenhausträger, sind. Dies könnte durch eine Liste mit Vertrauensärzten, erstellt von der Selbstverwaltung, erfolgen. Unabhängig davon sollte die fachliche Kompetenz der am Zweitmeinungsverfahren beteiligten Ärzte – wie bisher schon teilweise geregelt – durch bestimmte Qualifikationsmerkmale sichergestellt sein (z. B. einschlägige, aber nicht zwingend identische Facharztweiterbildung und mehrjährige stationäre oder ambulante Tätigkeit). Eine Dokumentations- und Begründungspflicht für mengenanfällige Operationen, beispielsweise über eine verpflichtende Meldung an ein Register mit entsprechendem Detailgrad, ist ebenfalls zu empfehlen. Die verpflichtende Eingabe in das entsprechende Register

könnte auch mit der Erstattung verknüpft werden. Ebenso wichtig wäre es dabei, die tatsächliche Steuerungswirkung dieser Maßnahmen systematisch zu evaluieren.

**420.** Da die Relativgewichte des DRG-Systems auf der Grundlage einer sich ändernden Kalkulationsstichprobe berechnet werden, ändert sich mit den teilweise deutlichen Schwankungen der Relativgewichte auch die Anreizstruktur für die Krankenhäuser. Daher sollte die zur Berechnung der Relativgewichte herangezogene Kalkulationsstichprobe konstant gehalten werden. Diese Konstanzhaltung könnte entweder über eine langjährige Betrachtung identischer Krankenhäuser mit ihren Leistungsspektren oder über eine statistische Konstanzhaltung einer repräsentativen Stichprobe anhand von beobachtbaren Merkmalen der Krankenhäuser erfolgen.

**421.** Die Variation der Basisfallwerte zwischen den Krankenhäusern bzw. Bundesländern reflektiert nur zu einem geringen Teil die tatsächlichen regionalen Kostenunterschiede. Der überwiegende Teil der Variation der Basisfallwerte basiert jedoch auf ökonomisch nicht erklär-baren historischen Unterschieden. Um den tatsächlichen regionalen Kostenunterschieden Rechnung zu tragen, sollten daher die Basisfallwerte mit einem automatisierten regionalen Bestandteil ausgestattet werden. Hierfür müsste zunächst ein Bundesbasisfallwert erstellt werden, der sich auf einen Preisindex aus einem repräsentativen krankenhausspezifischen Warenkorb von Produkten und Dienstleistungen stützt. Anschließend wird dieser Basisfallwert anhand von Regionalisierungsfaktoren dem krankenhausspezifischen Preisniveau der jeweiligen Regionen (z. B. Landkreise) angepasst. Komplexe Verhandlungen um Erhöhungen der landesspezifischen Basisfallwerte könnten so entfallen.

#### *Finanzierung der Universitätsmedizin*

**422.** Universitätskliniken agieren aufgrund der Einheit von Forschung, Lehre und Krankenversorgung als Multiservicedienstleister und unterscheiden sich dementsprechend in ihrer Organisationsstruktur deutlich von anderen Krankenhäusern. Zudem sind sie als Krankenhäuser der höchsten medizinischen Versorgungsstufe verpflichtet, Patienten mit überdurchschnittlich schweren und seltenen Erkrankungen aus anderen Krankenhäusern aufzunehmen. Daher nehmen sie in der Krankenhausversorgung eine Sonderrolle ein, die bei einer Weiterentwicklung der Krankenhausvergütung in Deutschland Berücksichtigung finden sollte. Die oben bereits erläuterten Empfehlungen zur Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems, u. a. die pauschale Vergütung definierter Vorhaltungsleistungen, werden auch zu einer sachgerechteren Vergütung der Universitätskliniken als Maximalversorger beitragen.

**423.** Darüber hinaus sollten die durch den Gesetzgeber bereits begonnenen Änderungen in der Vergütung, die der speziellen Situation von Universitätskliniken und teilweise auch anderen Maximalversorgern in stärkerem Maße Rechnung tragen, ausgebaut und weiterverfolgt werden. In anderen Staaten sind solche Sondervergütungskomponenten für Universitätskliniken und Maximalversorger stärker ausgeprägt als in Deutschland. Dabei sollte eine Lösung zur Vergütung von Extremkostenfällen gefunden werden, z. B. durch die Einführung eines Risikopools. Darüber hinaus könnten Zuschläge für ausgeschriebene Innovationszentren zur Erprobung bestimmter innovativer Verfahren mittelfristig das NUB-Verfahren ablösen. Auch Zuschläge für die Vorhaltung definierter Kapazitäten für Katastrophen und Epidemien sollten erwogen

werden. Außerdem sollten die Zuschläge für spezialisierte Zentren (z. B. für seltene Erkrankungen) weiterentwickelt werden und – finanziell besser ausgestattet – primär Universitätskliniken bzw. Maximalversorger adressieren.

**424.** Zuletzt sollten Wettbewerbsnachteile durch die Weiterbildungsleistung insbesondere, aber nicht nur von Universitätskliniken und Lehrkrankenhäusern vermieden und Anreize für eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung gesetzt werden. Hierfür könnte generell, also für alle weiterbildenden Kliniken und Praxen, durch entsprechende Bereinigung der Vergütung ein Weiterbildungsfonds eingerichtet werden. Die damit zur Verfügung stehenden Mittel sollten Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ad personam zugeordnet werden und erst bei konkreter Beschäftigung als Arzt in Weiterbildung nach dem sogenannten Rucksack-Modell dem jeweiligen Weiterbilder (Kliniken oder Praxen) entsprechend der Weiterbildungsdauer zufließen.

**425.** Um eine inhaltliche Vielfalt der universitären Forschung zu gewährleisten, sollte eine ausgewogene Zusammensetzung zwischen Grund- und Drittmitteln angestrebt werden. Einerseits sollte die in den letzten Jahren erfolgte deutliche Zunahme der Drittmittelfinanzierung aus Bundesmitteln um eine Erhöhung des Anteils an der Forschungsfinanzierung seitens der Länder ergänzt werden. Andererseits sollte künftig bei der Finanzierung von Drittmittelprojekten, insbesondere durch das BMBF und die DFG, sichergestellt werden, dass sie auf der Basis von Vollkosten erfolgt und der Overheadanteil entsprechend erhöht wird.

## 8.6 Literatur

- Albrecht, M., Kroemer, H. K. und Strehl, R. (2013): Finanzierung der Universitätsmedizin: an der Grenze der Belastbarkeit. *Dtsch Arztebl* 110(3): A65-A68.
- Andersen, P. T. und Jensen, J.-J. (2010): Healthcare reform in Denmark. *Scand J Public Health* 38(3): 246–252.
- Augurzky, B. und Schmitz, H. (2013): Wissenschaftliche Untersuchung zu den Ursachen unterschiedlicher Basisfallwerte der Länder als Grundlage der Krankenhausfinanzierung. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, B., Beivers, A., Emde, A., Halbe, B., Pilny, A., Straub, N. und Wuckel, C. (2017a): Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, B., Janßen-Timmen, R., Pilny, A., Rappen, H., Wuckel, C., Emde, A. et al. (2016): Investitionsbarometer NRW: Forschungsprojekt im Auftrag der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C. M. und Wuckel, C. (2017b): Krankenhaus Rating Report 2017. Strukturfonds – beginnt jetzt die große Konsolidierung? medhochzwei Verlag.
- Balling, S. (2017): InEK unzufrieden mit Kalkulationsstichprobe. URL: [www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/31685-inek-unzufrieden-mit-kalkulationsstichprobe/](http://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/31685-inek-unzufrieden-mit-kalkulationsstichprobe/) (abgerufen am 17.05.2018).
- Bataille, M. und Coenen, M. (2009): Monistik in der Krankenhausfinanzierung. Ist der Anfang gemacht? *Wirtschaftsdienst* 89(2): 119–127.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017): Krankenhausstrukturgesetz (KHSG). URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/khsg/?L=0](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/k/khsg/?L=0) (abgerufen am 19.05.2018).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018): Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV. KJ 1.
- Böhmer, S., Neufeld, J., Hinze, S., Klode, C. und Hornbostel, S. (2011): Wissenschaftler-Befragung 2010: Forschungsbedingungen von Professorinnen und Professoren an deutschen Universitäten. IFQ-Working Paper No. 8, März 2011. URL: [www.forschungsinfo.de/publikationen/download/working\\_paper\\_8\\_2010.pdf](http://www.forschungsinfo.de/publikationen/download/working_paper_8_2010.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- Borgwardt, A. (2015): Neuer Artikel 91b GG: was ändert sich für die Wissenschaft?
- Bundesschiedsstelle (2016): Vereinbarung bundeseinheitlicher Grundsätze zur Vergütungsstruktur und Leistungsdokumentation der Hochschulambulanzen (Hochschulambulanz-Struktur-Vereinbarung - HSA-SV) gemäß § 120 Absatz 3 Satz 4 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., Berlin. 4/2016, 09.12.2016.

- Busse, R., Ganten, D., Huster, S., Reinhardt, E. R., Suttorp, N. und Wiesing, U. (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Oktober 2016, Diskussion Nr. 7. Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale).
- Busse, R., Schreyögg, J. und Stargardt, T. (2017): Management im Gesundheitswesen: Das Lehrbuch für Studium und Praxis. 4. Auflage. Springer.
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2016): Schätztableau für 2016 und 2017 aus der Schätzung vom 12./13.10.2016. Schätztableau des GKV-Schätzerkreises.
- BVA (Bundesversicherungsamt) (2018): Ein- und Auszahlungen des Gesundheitsfonds.
- Department of Health (2017): 2017-18 Education & training placement tariffs. Tariff guidance and prices from 1st April 2017.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017a): Bildung und Kultur. Finanzen der Hochschulen.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017b): Bildung und Kultur. Monetäre hochschulstatistische Kennzahlen. 2015.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018a): Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018b): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen.
- Deutscher Bundestag (2016): Wissenschaftlicher Dienst. Begriff, Rechtsformen und Finanzierung der Universitätskliniken in Deutschland. 16.02.2016. Aktenzeichen: WD 9-3000-007/16. Ausarbeitung.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern (Stand: August 2015).
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) : Ergebnis der Selbstverwaltung nach § 17b KHG zum Prüfauftrag und der Einführung von Zu- oder Abschläge für die ärztliche Weiterbildung gem. § 17b Abs. 1 Satz 17 KHG. Pressemitteilung, 17. August 2009. URL: [www.dkgv.de/dkg.php/cat/157/aid/6280/title/Ergebnis\\_der\\_Selbstverwaltung\\_nach\\_\\_17b\\_KHG\\_zum\\_Pruefauftrag\\_und\\_der\\_Einfuehrung\\_von\\_Zu-\\_oder\\_Abschlaege\\_fuer\\_die\\_aerztliche\\_Weiterbildung\\_gem.\\_\\_17b\\_Abs.\\_1\\_Satz\\_17\\_KHG](http://www.dkgv.de/dkg.php/cat/157/aid/6280/title/Ergebnis_der_Selbstverwaltung_nach__17b_KHG_zum_Pruefauftrag_und_der_Einfuehrung_von_Zu-_oder_Abschlaege_fuer_die_aerztliche_Weiterbildung_gem.__17b_Abs._1_Satz_17_KHG) (abgerufen am 03.05.2018).
- Erweitertes Bundesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung (2016): Vereinbarung über die Patientengruppen in den Hochschulambulanzen gemäß § 117 Absatz 1 Sätze 3 und 4 SGB V zwischen dem GKV-Spitzenverband KdöR, Berlin, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung KdöR, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin. BSA-Ä 2-16, 18.11.2016.
- Fischer, W. (2013): Universitätsmedizin und DRGs. Eine Recherche in Österreich, Grossbritannien, den Niederlanden und den USA. Zentrum für Informatik und wirtschaftliche Medizin, Wolfertswil.

- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2016): Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen für Krankenhäuser: Bundeseinheitliche Regelungen beschlossen. Pressemitteilung.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018): Qualitätsbericht der Krankenhäuser, 2016. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2017): GKV-Kennzahlen.
- Henriksen, H. E. (2017): Introduction to the Danish Healthcare System. Ministry of Health.
- Hermann, C. (2006): Monistik ante portas - Notwendigkeit und Wege des Umstiegs auf eine effizienzorientierte Krankenhausfinanzierung. In: Klauber, J., Robra, B.-P. und Schellschmidt, H. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch.
- Hollingsworth, B. (2003): Non-parametric and parametric applications measuring efficiency in health care. *Health Care Manag Sci* 6(4): 203–218.
- Hollingsworth, B. (2008): The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Econ* 17(10): 1107–1128.
- InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) (2003): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2004. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Band I: Projektbericht, Siegburg.
- InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) (2017): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2018. Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht, Siegburg.
- InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) (2018): Extremkostenbericht gem. § 17b Abs. 10 KHG für 2018. Systematische Prüfung statistisch ermittelter Kostenausreißer des Datenjahres 2016, Siegburg.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.) (2016): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. *Krankenhaus-Directory 2014*. Schattauer, Stuttgart.
- Klein-Hitpaß, U., Leber, W.-D. und Scheller-Kreinsen, D. (2015): Strukturfonds: Marktaustrittshilfen für Krankenhäuser. *G+G Wissenschaft* 15: 15–23.
- KMK (Kultusministerkonferenz) (2016): Solide Bauten für leistungsfähige Hochschulen Wege zum Abbau des Sanierungs- und Modernisierungstaus im Hochschulbereich.
- Koch, H. L., Schüller, L. und Tillmann, A. (2009): Die Baupauschale in Nordrhein-Westfalen. *f&w* (1): 60–66.
- Kopf, R., Genewein, A., Erb, L. und Müller, C. (2014): Eine vergleichende Analyse der Basisfallwerte in der Schweiz und in Deutschland. *Schweizerische Ärztezeitung* (95): 1658–1663.
- Leitungsausschuss Gesundheitsstatistik beider Basel (2009): Die neue Spitalfinanzierung, Basel.
- Loos, S., Albrecht, M., Sander, M. und Schliwen, A. (2014): Forschung und Innovation in der Universitätsmedizin. Studien zum deutschen Innovationssystem.



- Mang, H., Kunzmann, U. und Bauer, M. (2007): Diagnosis Related Groups–Sicherheit und Aufteilung von Erlösen aus anästhesiologischer Perspektive. *Anaesthesist* 56(9): 867–876.
- Mau, J. und Gaede, K. (2014): Nur 13 Prozent geht es wirtschaftlich gut. *kma* 19(03): 26–31.
- Monopolkommission (2008): Hauptgutachten XVII: Weniger Staat, mehr Wettbewerb.
- Morton, A., Blum, K. und Offermanns, M. (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und Deutsches Krankenhausinstitut.
- Preusker, U. K. (2017): Auf Reform programmiert. Studienreise Dänemark 2017. G+G.
- Rau, F. (2015): Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau. *Krankenhaus* 12: 1121–1139.
- Reifferscheid, A., Wasem, J. und Thomas, D. (2016): Hochschulambulanzen. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2016*. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart: 85–96.
- Reisener, T. (2017): NRW plant Prämie für Schwerpunkt-Kliniken.
- Richter-Kuhlmann, E. (2014): Hochschulambulanzen: Vergütungswege unklar. *Dtsch Arztebl* (111).
- Roeder, N., Bunzemeier, H. und Heumann, M. (2015): Das KHSG und seine potenziellen Auswirkungen auf die Leistungsvergütung der Krankenhäuser. *Krankenhaus* 7: 626–635.
- Rojahn, J. (2011): Wer bezahlt die ärztliche Weiterbildung? *Lege artis* 1(05): 296–302.
- Rosenbrock, R. und Gerlinger, T. (2014): *Gesundheitspolitik: Eine systematische Einführung*. 3. vollständig überarbeitete Auflage. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Rürup, B., Albrecht, M., Igel, C. und Häussler, B. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Berlin.
- Schreyögg, J. (2017): Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2017*. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Schattauer, Stuttgart: 13–25.
- Schreyögg, J. und Reitzenstein, C. von (2008): Strategic groups and performance differences among academic medical centers. *Health Care Manage Rev* 33(3): 225–233.
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. und Geissler, A. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG Endbericht. Hamburg Center for Health Economics.
- Simon, M. (2009): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Gutachten 2007. Nomos, Baden-Baden.

- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2008): Die Finanzkrise meistern - Wachstumskräfte stärken. Jahresgutachten 2008/09.
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2012): Stabile Architektur für Europa - Handlungsbedarf im Inland. Jahresgutachten 2012/13.
- Tecklenburg, A. (2017): Hochschulmedizin als Unternehmensrisiko. In: Albrecht, M. und Töpfer, A. (Hrsg.): Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus. 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken. 2. Auflage. Springer: 181–186.
- The National Association of Clinical Tutors (2016): A Guide to the Funding & Accountability of Medical Education. An explanatory document to help leaders, business managers and finance staff understand the new tariff structures for Medical Education. Registered Charity No. 295172.
- Tiemann, O. und Schreyögg, J. (2009): Effects of ownership on hospital efficiency in Germany. Business Research 2(2): 115–145.
- vdek (Verband der Ersatzkassen) (2017): Landesbasisfallwerte 2017.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (2016): Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung, Köln.
- VUD (Verband der Universitätsklinika Deutschlands) (2015): Krankenhausreform: Wenig Hoffnung für Uniklinika. Pressemitteilung 02.09.2015. URL: [www.uniklinika.de/fileadmin/user\\_upload/Pressemitteilungen/2015/01.10.15/Pressemappe\\_komplett.pdf](http://www.uniklinika.de/fileadmin/user_upload/Pressemitteilungen/2015/01.10.15/Pressemappe_komplett.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- Wehkamp, K.-H. und Naegler, H. (2017): The Commercialization of Patient-Related Decision Making in Hospitals. A Qualitative Study of the Perceptions of Doctors and Chief Executive Officers. Dtsch Arztebl Int 114(47): 797.
- Wienke, A. (2016): Verbesserung der Finanzsituation der Hochschulkliniken in Deutschland. Orthopädie und Unfallchirurgie - Mitteilungen und Nachrichten 5(05): 464–465.

---

## 9 Planung der ambulanten und stationären Kapazitäten im europäischen Vergleich

---

### 9.1 Einleitung

**426.** Die Planung der ambulanten und stationären Angebotskapazitäten ist eine wichtige Aufgabe der Gesundheitspolitik, da die Sicherstellung der infrastrukturellen und personellen Voraussetzungen für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ein Teil der Daseinsvorsorge ist. Dabei wenden die Staaten in Europa verschiedene Strategien und Planungsinstrumente an. Dieses Kapitel beleuchtet zum einen die Steuerung der Anzahl und Verteilung von ambulant tätigen Ärzten und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe sowie zum anderen die Krankenhausplanung. Jeweils drei Länderbeispiele für die ambulante und die stationäre Kapazitätsplanung illustrieren die Bandbreite der Planungstiefe und einzelne für Deutschland interessante Aspekte in höherem Detailgrad.

**427.** Definitivisch kann der Prozess der Planung im Gesundheitswesen nach verschiedener Systematik unterteilt werden. Eine in der Literatur des Öfteren verwendete Unterscheidung ist die nach strategischer und operativer Planung (Ettelt et al. 2008; Figueras et al. 1993). Die strategische Planung meint dabei in einem ersten Schritt die Festlegung genereller Planungsziele und -prinzipien sowie übergeordneter Rahmenbedingungen. Besonders in diese Phase fällt die politische Verhandlung mit beteiligten Institutionen und Stakeholdern (Fazekas et al. 2010). Die operative Planung übersetzt die Ziele dann in einem zweiten Schritt in konkrete Entscheidungen und Handlungen und beinhaltet die Allokation von Ressourcen wie z. B. Gebäuden und Personal (Ettelt et al. 2006). Begriffe mit einem ähnlichen Bedeutungsinhalt, die besonders im Kontext der Krankenhausplanung gebräuchlich sind, sind die der Rahmenplanung (dann ähnlich der strategischen Planung) und der Detailplanung (dann ähnlich der operativen Planung).

**428.** Von einer Autorengruppe wurden im Jahr 2010 einige Kriterien aufgestellt, anhand derer die Angebotsplanung in Gesundheitssystemen systematisch untersucht werden kann (Fazekas et al. 2010). Hierzu zählen beispielsweise die Transparenz der Planungskriterien, die Balance zwischen zentraler und dezentraler Planung, die Einbeziehung sowohl der politischen Rahmenbedingungen als auch technischer Details, die Datenbasis der Planung und das Spannungsfeld zwischen langfristiger Strategie und kurzfristiger Flexibilität (Fazekas et al. 2010). Einige dieser Aspekte wurden auch bei der folgenden Analyse berücksichtigt, zugleich zeigt sich,

dass gerade der Transparenz der operationalen Planungsprozesse in den betrachteten Gesundheitssystemen sehr unterschiedliche Bedeutung zugemessen wird.<sup>105</sup>

## 9.2 Planung der ambulanten Angebotskapazitäten im europäischen Vergleich

**429.** Qualifizierte Gesundheitsfachkräfte<sup>106</sup> in hinreichender Anzahl sind eine wichtige Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung. Neben der absoluten Anzahl an und der Qualifikation von Fachkräften ist auch die geografische Verteilung von Bedeutung, um für alle Bürgerinnen und Bürger eines Landes einen möglichst gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen zu gewährleisten. Dies gilt vor allem für die ambulanten Angebotskapazitäten (z. B. Ärzte in Praxen und Polikliniken) und dabei umso mehr, je stärker die erbrachten Leistungen der Grundversorgung zuzuordnen sind. So ist die gleichmäßige Verteilung angebotener hausärztlicher Leistungen bedeutsamer als die spezialisierter fachärztlicher Leistungen.

**430.** Im Folgenden wird zunächst der Status quo der geografischen Verteilung von ambulant tätigen Fachkräften in verschiedenen Ländern Europas umrissen. Anschließend wird dargestellt, in welchem Kontext regulatorische Maßnahmen der „Bedarfsplanung“<sup>107</sup> stehen und welche europäischen Länder sie nutzen, um einer Unter- oder Überversorgung entgegenzuwirken und das Ziel einer geografisch ausgewogenen Verteilung zu erreichen.

Bei der Untersuchung der Einflussnahme auf Anzahl und Verteilung von Fachkräften ist eine umfassende Betrachtung verschiedener Maßnahmen und Berufsgruppen sinnvoll (Lopes et al. 2015). Im Rahmen dieser Darstellung wird der Schwerpunkt auf die Regulierung speziell der Niederlassung von Ärzten gelegt, da sie in Deutschland derzeit das hauptsächliche Verfahren gezielter ambulanter Angebotsplanung darstellt (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung) und ein Vergleich mit anderen Ländern daher von Interesse ist. Drei Länderbeispiele veranschaulichen das breite Spektrum an diesbezüglicher Regulierungsintensität.

### 9.2.1 Status quo der geografischen Verteilung der ambulanten Angebotskapazitäten

**431.** Bezogen auf die ambulante Versorgung ist in nahezu allen europäischen Staaten eine ungleiche Verteilung von Ärzten und anderen Gesundheitsfachkräften zu beobachten, was zunehmend als Problem angesehen wird (Ono et al. 2014). In einer Erhebung der Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) aus dem Jahr 2012 haben fast alle Länder<sup>108</sup> angegeben, dass bei ihnen eine ungleiche Ärzteverteilung vorliegt (OECD 2014).

---

<sup>105</sup> Ein positives Beispiel sind hier einige Schweizer Kantone, die ihre Planungsmethode und ihre Entscheidungsfindungsprozesse teilweise detailliert öffentlich verfügbar machen.

<sup>106</sup> Mit diesem Begriff sind alle im Gesundheitswesen beruflich Tätigen gemeint.

<sup>107</sup> Zum Begriff der Bedarfsplanung siehe Abschnitt 3.4.1.

<sup>108</sup> Nur die Niederlande, Italien, Luxemburg und die Slowakei haben dies im Jahr 2012 nicht angegeben. In der Befragungswelle aus dem Jahr 2016 war diese Frage nicht enthalten.

Nicht selten bestehen Ungleichheiten zwischen urbanen und sozioökonomisch stärkeren Regionen auf der einen und ländlichen oder auch sozioökonomisch schwächeren und vom demografischen Wandel stärker betroffenen Regionen auf der anderen Seite (siehe SVR 2014). Als ursächlich für Ungleichverteilungen wird vielfach eine geringere Attraktivität bestimmter Regionen angeführt. Dies betrifft einerseits Faktoren, die unabhängig von der beruflichen Tätigkeit sind (insbesondere infrastrukturelle Faktoren wie Verkehrswege, Schulen und Kindergärten sowie kulturelle Angebote), andererseits berufsbezogene Faktoren wie die Arbeitsbedingungen oder die Verdienstmöglichkeiten. Bei Ärzten ist der Verdienst in ländlichen Regionen allerdings nicht selten sogar tendenziell besser als in den großen Stadtgebieten (so etwa bei Hausärzten in Deutschland ca. 10 % höher und bei Hausärzten in Frankreich ca. 15 % höher, siehe Ono et al. 2014). Dies gilt oft auch, wenn man eine in ländlichen Regionen höhere Wochenarbeitszeit berücksichtigt, die sich jedoch in Deutschland im Mittel nicht erheblich von derjenigen in der Stadt unterscheidet (Zi 2017).<sup>109</sup> Unter den genannten Faktoren werden allerdings nicht die Verdienstmöglichkeiten, sondern zunehmend die Rahmenbedingungen für die Familie besonders priorisiert (Roick et al. 2011; Herr/Götz 2014). Letztlich wird die Gesamtkonstellation auf dem Land dann oft als unattraktiver bewertet. Es ist allerdings sehr unterschiedlich, was als „ländliche Region“ bezeichnet wird: Die Bevölkerungsdichte ist dabei in ländlichen Regionen Deutschlands noch vergleichsweise hoch (etwas über 100 Einwohner pro km<sup>2</sup>), in skandinavischen Länder ist sie deutlich geringer (z. B. etwas über 10 Einwohner pro km<sup>2</sup> in ländlichen Regionen Schwedens, siehe Ono et al. 2014).<sup>110</sup>

**432.** Für die Betrachtung von Steuerungsoptionen ist die Art der Berufsausübung von Bedeutung. In einigen europäischen Ländern sind ambulant tätige Ärzte (überwiegend) selbstständig/freiberuflich tätig; in den anderen sind sie (überwiegend) als Angestellte eines öffentlichen Gesundheitsdienstes beschäftigt (Tabelle 9-1). Ersteres ist u. a. in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen („Bismarck“-Gesundheitssystemen, van der Zee/Kroneman 2007) wie Deutschland, Frankreich oder den Niederlanden der Fall. Letzteres ist der Fall in den meisten Ländern mit staatlichen, steuerfinanzierten Gesundheitsdiensten („Beveridge“-Gesundheitssystemen) wie Italien, Spanien, dem Vereinigten Königreich oder Schweden. Allerdings gibt es auch in manchen staatlich organisierten Gesundheitssystemen selbstständig wirtschaftende Ärzte in privaten Praxen, beispielsweise in Dänemark (Olejaz et al. 2012).

---

<sup>109</sup> Im Mittel 48 Stunden in städtischen gegenüber 50 Stunden in ländlichen Regionen, wobei der Unterschied durch ärztliche Tätigkeit an Patienten zustande kommt (Zi 2017).

<sup>110</sup> Hier ist speziell die Bevölkerungsdichte in ländlichen Regionen gemeint. Ländliche Regionen sind gemäß OECD/Eurostat definiert als Regionen, in denen mehr als 50 % der Bevölkerung in lokalen ländlichen Gegenden wohnen (*rural local administrative units*) und in denen es kein städtisches Zentrum mit mehr als 200 000 Einwohnern und mehr als 25 % der Bevölkerung der Region gibt. Für Details der Typologie vgl. die Eurostat-Daten (Eurostat 2017a). Die durchschnittliche Bevölkerungsdichte für Gesamtdeutschland liegt bei 229 Einwohnern pro km<sup>2</sup>.

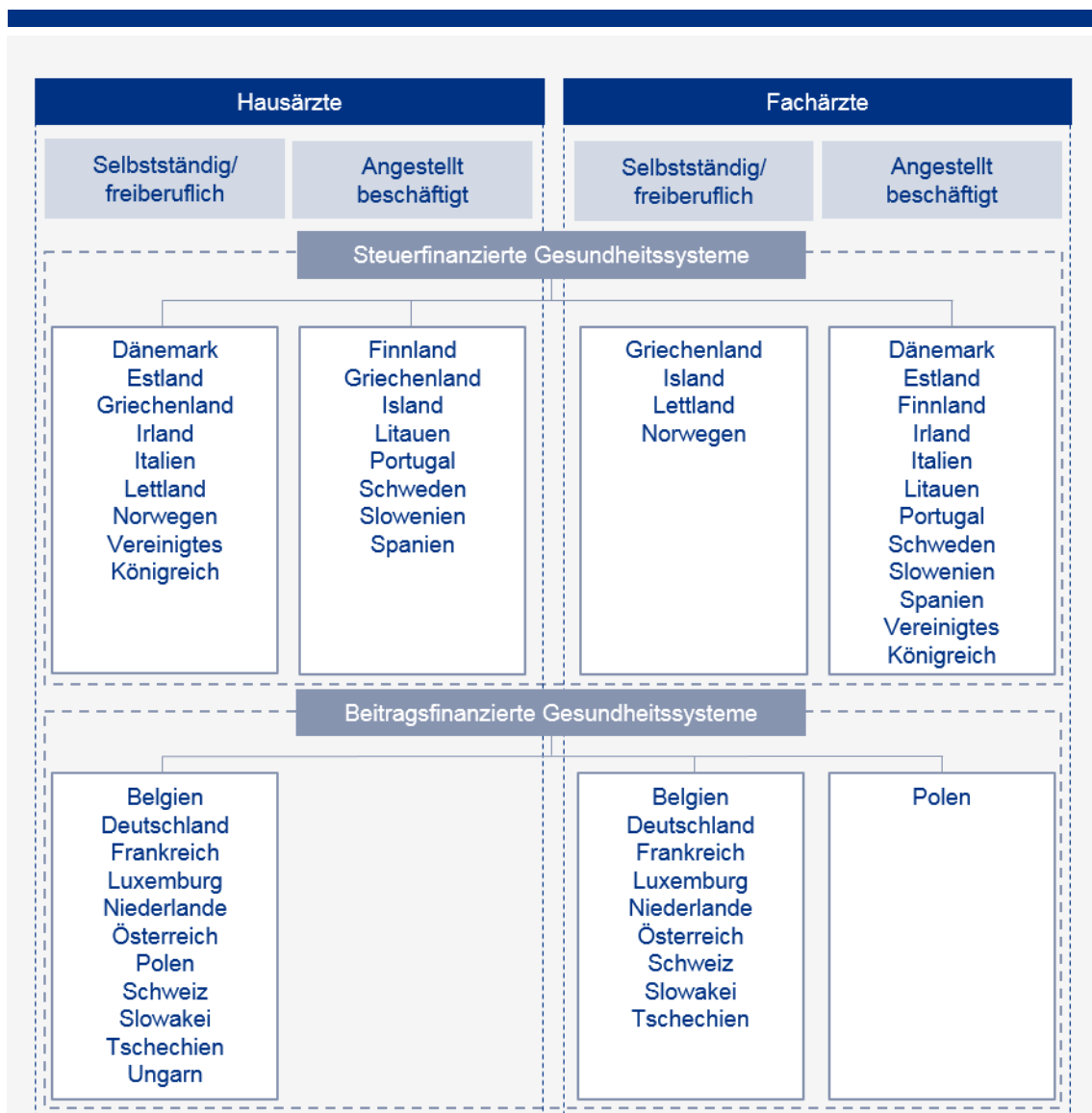


Tabelle 9-1: Überwiegende Art der Beschäftigung von Haus- und Fachärzten in europäischen Ländern

In den Ländern mit beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen sind in der Regel sowohl die Haus- als auch die Fachärzte selbstständig/freiberuflich tätig.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2016); Schölkopf/Pressel (2017); Health Systems in Transition (2018).

### 9.2.2 Spektrum der Steuerung der ambulanten Angebotskapazitäten in Europa

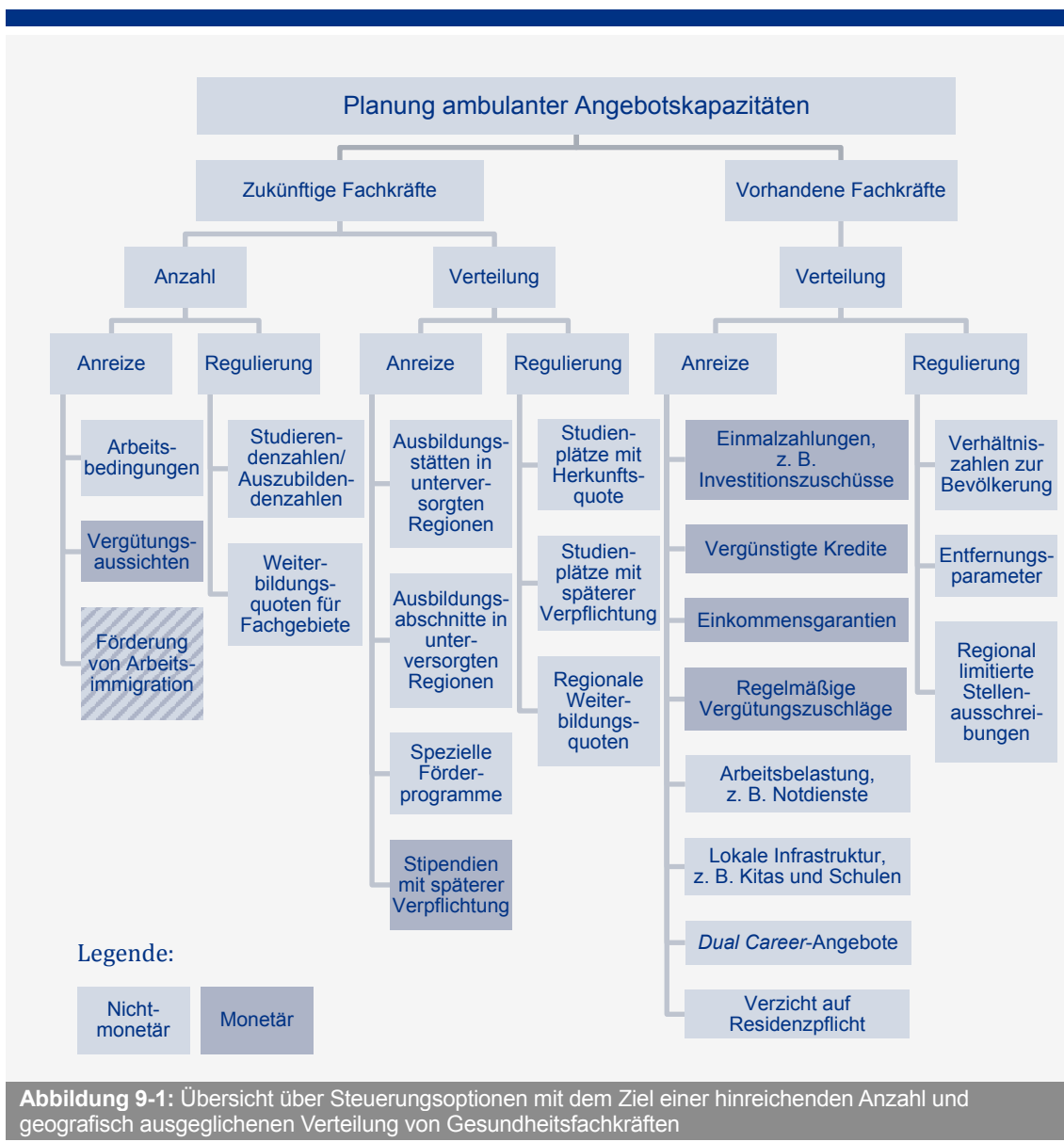
433. Aus übergeordneter Perspektive eines Staates oder einer Selbstverwaltung bestehen unterschiedliche Optionen, um auf das Angebot von Ärzten und Psychologen sowie Angehörigen der Gesundheitsfachberufe Einfluss zu nehmen. Abbildung 9-1 zeigt eine Systematik möglicher Strategien mit einigen Beispielen. Grundsätzlich können Maßnahmen auf die zukünftigen oder die vorhandenen Fachkräfte gerichtet sein. Außerdem ist zu unterscheiden, ob sie auf eine hinreichende Anzahl oder eine gleichmäßige geografische Verteilung abzielen. Ihrem Wesen nach können die Maßnahmen in Anreize und regulatorische Eingriffe unterteilt werden. Die Anreize

wiederum können monetärer oder nichtmonetärer Art sein. Untersuchungen der Präferenzen angehender Ärzte, beispielsweise aus Deutschland (Günther et al. 2010) und Norwegen (Holte et al. 2015), deuten darauf hin, dass nichtmonetäre Faktoren ausschlaggebender als monetäre sind bzw. große Geldbeträge<sup>111</sup> nötig wären, um nichtmonetäre Nachteile (z. B. die Entfernung von Kindertagesstätten oder Jobmöglichkeiten für die Partnerin oder den Partner<sup>112</sup>) auszugleichen.

---

<sup>111</sup> In einem *Discrete-Choice*-Experiment in Deutschland von Günther et al. (2010) beispielsweise monatliche 109 Euro als marginale Kompensation pro Busminute zur Kindertagesstätte; in alternativer Berechnung ca. 9 000 Euro monatlich für den Unterschied zwischen den von den Autoren als typisch veranschlagten Charakteristika einer ländlichen gegenüber einer urbanen Praxisstätte.

<sup>112</sup> Siehe zur Relevanz der Partnerin bzw. des Partners auch Staiger et al. 2016.



Die Auflistung ist beispielhaft und nicht abschließend. Die deutsche Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen fällt unter die Regulierungsinstrumente zur Verteilung der vorhandenen Fachkräfte.

Quelle: Eigene Darstellung.

### 9.2.2.1 Steuerung der zukünftigen Fachkräfte durch Aus- und Weiterbildungsplätze in Europa

**434.** Die zukünftige Zahl der verfügbaren Gesundheitsfachkräfte wird wesentlich durch Maßnahmen der Aus- und Weiterbildung gesteuert, beispielsweise über Studierendenzahlen und Auszubildendenzahlen oder Quoten für bestimmte Weiterbildungsstellen, etwa für die Facharztweiterbildung. Solche Steuerungsmaßnahmen der Aus- und Weiterbildung werden in vielen europäischen Ländern angewendet.

**435.** Als Grundlage für die Planung von Studienplätzen und Weiterbildungsstellen werden häufig Prognosemodelle des zukünftigen Bedarfs und Angebots erstellt (Lopes et al. 2015), etwa



für die nächsten 10 oder 20 Jahre. Die Prognosemodelle sind unterschiedlich komplex. Manche ziehen eine Reihe von Faktoren heran, beispielsweise die Anzahl jährlicher Studien- und Ausbildungsabschlüsse, die Altersverteilung in einer Berufsgruppe, das mittlere Rentenalter, die Arbeitsmigration oder die Entwicklung der durchschnittlichen Arbeitszeit (für eine umfassende Übersicht siehe Ono et al. 2014). Die Modelle betrachten allerdings selten regionale Aspekte, sondern in aller Regel die nationale Ebene (Ono et al. 2013).

**436.** Frankreich ist ein Beispiel für eine sehr genaue regulatorische Steuerung der ärztlichen Weiterbildungsstellen, also für Berufsanfänger. Anhand der Studienabschlussnoten wird eine Rangliste gebildet, nach der die Weiterbildungsstellen sowohl bezüglich der Facharzttrichtung als auch bezüglich des Ortes gewählt werden (Gerlinger/Küpper 2015). Die verfügbaren Weiterbildungsstellen je Fachrichtung sind also in Anlehnung an eine regionale Arbeitskräfteplanung begrenzt und werden kompetitiv vergeben (Miani et al. 2015). In Belgien existieren Begrenzungen der Weiterbildungsstellen, die weniger kleinteilig ausfallen, aber separat für Flandern und Wallonien sowie für Haus- und Fachärzte gelten (Stordeur/Léonard 2010). Auch in den Niederlanden und in England gibt es, anders als etwa in Deutschland, eine Steuerung der Weiterbildungsplätze (Miani et al. 2015).

**437.** Im Hinblick auf die Steuerung der Verteilung von Studienabsolventen auf unterschiedliche Fachrichtungen spielen neben solcher Regulierung und den schwerer zu beeinflussenden fachlichen Interessen zudem aber auch Qualitätsmerkmale der jeweiligen Weiterbildungen sowie monetäre Aussichten eine Rolle. In manchen Ländern existieren Weiterbildungsinstitutionen, die an medizinische Fakultäten angebunden sind und zum Ziel haben, auch in der Weiterbildungsphase neben dem Erfahrungslernen aus der praktischen Tätigkeit (*training on the job*) universitäres Wissen in einer strukturierten Weise zu vermitteln. Beispiele hierfür sind die Niederlande und England (Miani et al. 2015). Dies geht einher mit formalen Lehrveranstaltungselementen, teilweise auch mit Präsenztagen, z. B. im Rahmen der niederländischen allgemeinmedizinischen Weiterbildung (Miani et al. 2015). In Frankreich müssen Weiterbildungsbefugte Nachweise über eine einführende pädagogische Ausbildung erbringen (CNGE 2012). Maßnahmen wie die genannten zur Förderung von Qualität und Struktur in der Weiterbildung können Ansatzpunkte sein, wenn ein versorgungspolitisches Ziel besteht, die Weiterbildungszahlen in bestimmten Fachrichtungen zu steigern, etwa in der Allgemeinmedizin (SVR 2014).

**438.** Auch finanzielle Anreize können bereits während der Ausbildung angewendet werden, um die spätere Weiterbildung in bestimmten Fachrichtungen oder Regionen zu fördern (z. B. Stipendien). Hierfür gibt es Erfahrungen hauptsächlich im außereuropäischen Raum, z. B. in den Vereinigten Staaten (Rabinowitz et al. 2008). Es existiert wenig Evidenz für die Wirksamkeit finanzieller Anreize allein (Dolea et al. 2010). Es finden sich allerdings einzelne Beispiele für kombinierte Programme mit z. B. einem Stipendium und inhaltlicher Förderung. Außerdem gibt es Hinweise für einen Zusammenhang zwischen einer Herkunft von Studierenden aus ländlichen Regionen und einer späteren Tätigkeit in solchen Regionen. Während daher z. B. in Japan und Australien die Herkunft aus ländlichen Regionen teilweise als Zulassungskriterium herangezogen wird (Matsumoto et al. 2008), ist dies in Europa nicht üblich und wäre aus Gleichberechtigungsgründen z. B. in Deutschland rechtlich auch nicht zulässig.

### 9.2.2.2 Steuerung der vorhandenen Fachkräfte in Europa

**439.** Die regionale Verteilung der vorhandenen, vollständig weitergebildeten Gesundheitsfachkräfte kann über verschiedene monetäre und nichtmonetäre Mechanismen angereizt oder mit konkreten verbindlichen Regelungen, zum Teil auf gesetzlicher Grundlage, direkt gesteuert werden. Zu Letzteren gehört die deutsche Bedarfsplanung, bei der es sich um eine ambulante Angebotskapazitätsplanung für Ärzte (mit Facharztstatus<sup>113</sup>) und Psychotherapeuten handelt (siehe Abschnitt 3.1). Im Folgenden werden Maßnahmen mit Bezug auf ärztliche Arbeitskräfte betrachtet, da hierfür die Datenlage besser ist als für andere Gesundheitsfachkräfte und die Maßnahmen am häufigsten etabliert sind.

Bei einem Vergleich der ärztlichen Niederlassungssteuerung in Deutschland mit anderen europäischen Ländern ist allerdings der Kontext von Bedeutung: In Deutschland ist eine im internationalen Vergleich recht wohnortnahe Verfügbarkeit von Ärzten Standard und die Arzt-Patienten-Kontaktzahlen gelten als vergleichsweise eher hoch<sup>114</sup>, wodurch der geografischen Verteilung von Ärzten besondere Aufmerksamkeit zukommt. Darüber hinaus sind die Gesundheitssysteme anderer Länder hinsichtlich des Professionenmixes teilweise weniger arztzentriert. Wenn beispielsweise Pflegende mehr oder höherqualifizierte Aufgaben übernehmen, sind die benötigten Kapazitäten ambulanter Ärzte insgesamt geringer und ihre geografische Verteilung ist etwas weniger prioritär als in Deutschland.

**440.** In mehreren skandinavischen Ländern beispielsweise haben professionell Pflegende einige Aufgaben von Ärzten übernommen, etwa in Schweden, Finnland und Dänemark (Forde et al. 2016). Aber auch in Großbritannien – wenn auch mit weniger langer Tradition – sind Pflegende stärker in den allgemeinmedizinischen Praxisalltag eingebunden als in Deutschland. Sie können dort etwa bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes als erste Ansprechpartner für bestimmte Anliegen fungieren und nach entsprechender Qualifikation ggf. ein spezifisch begrenztes Verschreibungsrecht<sup>115</sup> erhalten (Bourgueil et al. 2005). Auch in Schweden gibt es seit dem Jahr 1994 eine solche Möglichkeit für die professionell Pflegenden in Gesundheitszentren, wobei vorab ärztlicherseits die Behandlungsstrategie festgelegt wird (Wilhelmsson/Foldevi 2003). In manchen Ländern gibt es eine pflegekraftbasierte Telefontriage mit bedarfsabhängiger Weiterleitung zu Allgemeinmedizinern (z. B. in den Niederlanden).

#### *Steuerung der Ärzteverteilung durch finanzielle Anreize*

**441.** Finanzielle Anreize können beispielsweise in regelmäßigen Zuschlägen zum Einkommen, in Investitionskostenzuschüssen bei Praxiseröffnungen oder in Einkommensgarantien während der ersten Jahre einer Niederlassung bestehen. Bei einer OECD-Befragung aus dem Jahr 2016 hat über ein Dutzend europäischer Länder angegeben, entsprechende Maßnahmen

<sup>113</sup> Ausnahme: die nur noch ca. 5 000 „praktischen Ärzte“, die sich ohne Facharztweiterbildung in einem für die hausärztliche Tätigkeit qualifizierenden Gebiet in Deutschland niedergelassen haben, was inzwischen nicht mehr möglich ist, und die in der Bedarfsplanung mit beplant werden.

<sup>114</sup> Die unterschiedlichen Daten zu Kontaktzahlen aus verschiedenen Quellen, z. B. vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi; siehe von Stillfried 2012) oder von der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2016a) sind hinsichtlich der Zählweise schwer vergleichbar und zudem aus unterschiedlichen Jahren (siehe Abschnitt 4.2.1).

<sup>115</sup> Beispielsweise in bestimmten Konstellationen für manche Antibiotika, Impfstoffe, Antiemetika und orale Kontrazeptiva.

speziell mit dem Ziel einer besseren geografischen Ärzteverteilung anzuwenden (Belgien, Tschechien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Lettland, Norwegen, Portugal, Slowenien, Schweiz, Vereinigtes Königreich; OECD 2016).

Es sind noch mehr, wenn man die Länder hinzunimmt, die finanzielle Anreize zur Förderung der Allgemeinmedizin oder anderer Fachrichtungen mit (drohendem) Mangel anwenden. Ferner kann über finanzielle Anreize versucht werden, Ärzte im Rentenalter länger in der ärztlichen Tätigkeit zu halten. Für alle finanziellen Anreize gilt, dass der Nutzen aufgrund der vielen interdependenten Einflüsse nicht leicht zu evaluieren ist und dass grundsätzlich ein erhebliches Risiko von Mitnahmeeffekten besteht, sie also ohne Steuerungswirkung ausgegeben werden (Ono et al. 2014). Die Evidenz für die Wirksamkeit solcher finanzieller Anreize ist insgesamt sehr begrenzt. Die meisten Studien wurden zudem außerhalb Europas, am häufigsten in den Vereinigten Staaten, durchgeführt (Bärnighausen/Bloom 2009; Dolea et al. 2010). Aufgrund schwieriger Randomisierbarkeit kann praktisch nie ein Selektionsbias zugunsten der finanziellen Anreizprogramme ausgeschlossen werden, was die Interpretation zusätzlich erschwert (Bärnighausen/Bloom 2009). Ein Cochrane Review zur Effektivität der Programme aus dem Jahr 2009 fand die methodischen Probleme der Studien sogar so erheblich, dass keine Studie eingeschlossen wurde (Grobler et al. 2009).<sup>116</sup>

#### *Steuerung der Ärzteverteilung durch Einschränkungen der Niederlassung*

**442.** Eine konkrete Steuerung der Standorte von Ärzten, etwa durch Einschränkungen der Niederlassungsfreiheit bzw. der Zulassungen zur Abrechnung mit Krankenkassen, besitzt den Vorteil, dass sie kaum (direkte) Kosten verursacht und mitunter recht effektiv sein kann. Allerdings müssen sie politisch mehrheitsfähig sein und durchgesetzt werden. Teilweise können sie auch umgangen werden, etwa wenn Praxen mit ausschließlicher Privatabrechnung eröffnet werden. Ein Vergleich der Restriktionen ärztlicher Niederlassung zum Zweck der Regulierung von Ärztedichte und Ärzteverteilung ist aus deutscher Perspektive besonders von Interesse, weil sie der Kern der „Bedarfsplanung“ der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind.

**443.** Es ist bei einem Vergleich zunächst zu unterscheiden zwischen Ländern, in denen ambulant behandelnde Ärzte überhaupt selbstständig niedergelassen (oder in vergleichbarer Weise) arbeiten, und solchen mit öffentlichen Gesundheitsdiensten, in denen sie überwiegend angestellt sind (siehe Tabelle 9-1). Wenn in Ländern mit öffentlichem Gesundheitsdienst keine Niederlassungsfreiheit existiert, ist eine entsprechende Restriktion zur Vermeidung von regionaler Über- und Unterversorgung auch nicht notwendig. Stattdessen erfolgt die Steuerung von Arztzahlen über die Ausschreibung von Stellen. Dies kann dezentral z. B. durch kommunale Strukturen erfolgen, beispielsweise im Vereinigten Königreich oder in Finnland (Vuorenkoski et al. 2008).

**444.** Doch auch unter den Ländern mit grundsätzlich selbstständigen, niedergelassenen Ärzten regulieren nur wenige die Niederlassung so konkret und systematisch, wie es in Deutschland der Fall ist. Im europäischen Raum sind dies im engeren Sinn noch Dänemark, Norwegen und Slowenien (vor allem für die Hausärzte; OECD 2016; siehe auch Ono et al. 2014), wobei die Unterschiede im grundsätzlichen Aufbau dieser Gesundheitssysteme zu berücksichtigen sind.

---

<sup>116</sup> Dabei bezieht sich der Review nicht nur auf finanzielle Anreize, sondern auch auf ausbildungsbezogene bzw. Stipendienprogramme mit dem Ziel der besseren geografischen Verteilung von Gesundheitsfachkräften (*health professionals*).

Ein System, das konkrete, verbindliche Planungsrichtwerte mit Arzt-zu-Einwohner-Verhältniszahlen nutzt, gibt es neben Deutschland vor allem in Dänemark und Norwegen, dort allerdings recht ausdifferenziert und teilweise kleinteiliger als in Deutschland (siehe Abschnitt 9.2.3; siehe Gerlinger/Küpper 2015).

Hingegen gilt beispielsweise in den Niederlanden und der Schweiz Niederlassungsfreiheit, was auch zu Ungleichverteilungen der Praxen führen kann (De Pietro et al. 2015).

**445.** Manche europäischen Länder limitieren zwar die Weiterbildungsstellen sehr gezielt – nicht nur deren absolute Zahl, sondern auch regional –, gewähren den vollständig weitergebildeten Ärzten dann aber uneingeschränkte Niederlassungsfreiheit. Beispiele hierfür sind Frankreich und Belgien. Dies kann dazu führen, dass Ärzte ihre Weiterbildung noch in einer Region mit eher niedriger Arztdichte durchführen, anschließend aber in eine andere Region abwandern (Gerlinger/Küpper 2015).

**446.** Es ist zusammenfassend festzustellen, dass eine größere Zahl europäischer Länder die Aus- und Weiterbildungszahlen steuert (z. B. über die Zahl der Studienplätze) oder mit Blick auf die geografische Verteilung von Ärzten zu finanziellen Anreizen greift. Der Nutzen finanzieller Anreize konnte allerdings bisher kaum mit hochqualitativen Studien nachgewiesen werden. Untersuchungen der Präferenzen angehender Ärzte deuten darauf hin, dass nichtmonetäre Faktoren tendenziell ein erfolgversprechender Ansatz zur Steigerung der Attraktivität sonst unbeliebter, vor allem ländlicher Regionen sein könnten. Eine konkrete Umsetzung – gerade bei infrastrukturellen Ungleichheiten – ist aber eine große Herausforderung. Betrachtet man diejenigen Länder, in denen Ärzte selbstständig niedergelassen tätig sind, so restringiert nur ein Teil von ihnen die Niederlassung weitergebildeter Haus- und Fachärzte über ein einheitliches, differenziertes System. In manchen Ländern existiert volle Niederlassungsfreiheit. Aber auch in einem Land mit niedergelassenen Ärzten kann eine – dann dezentralere – Regulierung der geografischen Verteilung erfolgen, indem auch wirtschaftlich selbstständige Ärzte mit eigener Praxis vorgegebene und detaillierte vertragliche Vereinbarungen mit öffentlichen Einrichtungen schließen müssen.

### 9.2.3 Länderbeispiele für ambulante Kapazitätsplanung

**447.** Mit Blick auf die besondere Bedeutung der Regulierung ärztlicher Niederlassung im deutschen Gesundheitssystem wird dieser Aspekt im Folgenden mit drei Länderbeispielen genauer beleuchtet. Dargestellt werden Dänemark als ein Land mit direkter Regulierung, Finnland als ein Land mit dezentraler Steuerung der ambulanten Arztdichte und die Niederlande als ein Land ohne Einschränkungen der Niederlassungsfreiheit. Dabei sind unterschiedliche Grundcharakteristika der drei Länder zu berücksichtigen. So handelt es sich bei Dänemark und Finnland um steuerfinanzierte, bei den Niederlanden um ein beitragsfinanziertes Gesundheitssystem. Die Darstellung verzichtet darauf, die Auswirkungen der Maßnahmen zu bewerten, die angesichts der Landesspezifika typischerweise schwierig zu analysieren sind.

### 9.2.3.1 Ambulante Kapazitätsplanung in Dänemark

**448.** Die Bürgerinnen und Bürger in Dänemark sind Mitglieder einer steuerfinanzierten Krankenversicherung und können Zusatzversicherungen abschließen. Das Gesundheitswesen ist traditionell sehr dezentral organisiert. Es gibt mit den Kommunen, den Regionen und dem nationalen Staat drei Planungsebenen. Dabei hatten die Regionen lange eine große Bedeutung (Olejaz et al. 2012). Im Zuge einer umfangreichen Reform im Jahr 2007 wurde ihr Einfluss allerdings zugunsten einer stärkeren Zentralisierung mit vergrößerten regionalen Strukturen deutlich eingeschränkt. Seitdem gibt es unterhalb der nationalstaatlichen Ebene fünf Regionen und 98 Kommunalregierungen, insgesamt hat die nationale Ebene mehr Kompetenzen übernommen (Ettelt et al. 2008; Vrangbæk 2015).

Die Arztzahlen in Dänemark liegen mit 3,5 Ärzten pro 1 000 Einwohnern insgesamt etwas über dem OECD-Durchschnitt (OECD 2015; siehe Abschnitt 10.4.1) und sind in den letzten 15 Jahren um ca. 27 % gestiegen<sup>117</sup>, es existieren aber in ländlichen Regionen teilweise Nachwuchsprobleme, insbesondere bezüglich bestimmter Facharztgruppen, auch bei Hausärzten. Prozentual sind die Hausärzte unter allen Ärzten mit ca. 20 % in der Minderzahl (OECD 2016), was in anderen skandinavischen Ländern ebenfalls der Fall ist (Gerlinger/Küpper 2015). Nichtsdestoweniger haben sie eine zentrale Stellung im dänischen Gesundheitssystem (Forde et al. 2016), zumal nur etwa 10 % bis 20 % ihrer Patientenkontakte zu Überweisungen und Einweisungen führen (Pedersen et al. 2012).

**449.** Sowohl die nationale Regierung als auch die Regionen sind wesentlich in die Planung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern eingebunden. Die Kommunen sind im Gesundheitswesen für die Prävention und Gesundheitsförderung zuständig (Ettelt et al. 2008; Vrangbæk 2015). Es gibt jährliche Budgetverhandlungen zwischen allen drei Ebenen mit Vereinbarungen über die Allokation finanzieller Mittel. Beispielsweise werden zweckgebundene Fördermittel vergeben (Olejaz et al. 2012). Es gibt weitere konkrete zentrale Vorgaben, etwa soll die Wartezeit auf einen Arzttermin einen Monat nicht überschreiten (Olejaz et al. 2012).

**450.** Die ambulante fachärztliche Versorgung erfolgt in Dänemark durch selbstständige, niedergelassene Ärzte und vor allem durch die Ambulanzen der Krankenhäuser (Schölkopf/Pressel 2017). Hausärzte sind in Dänemark fast ausschließlich selbstständig und in eigenen Räumlichkeiten tätig (Forde et al. 2016), werden dabei aber über ein Vertragsverhältnis mit den regionalen Behörden sehr eng reguliert, von der geografischen Verteilung der Praxen über die Vergütungsmodalitäten und die Anzahl der Patienten bis hin zu den Öffnungszeiten. Außerhalb der regulären Öffnungszeiten der Hausarztpraxen greift eine rotierende Bereitschaftszuständigkeit mit einer arztgeführten<sup>118</sup> Telefontriage (Forde et al. 2016). Seit einer Vereinbarung zwischen der Ärzteorganisation und den Regionen im Jahr 2011 wird auch ein Modell mit angestellten Ärzten erprobt, um vor allem Nachwuchs für den ländlichen Raum zu gewinnen (Pedersen et al. 2012). Dieses Modell hat sich allerdings bisher nicht stark verbreitet (Forde et al. 2016).

Die Vergütung der Hausärzte erfolgt kombiniert einzelleistungsbezogen und mit Pauschalen je Patient pro Quartal, wobei Letztere etwa 30 % des Einkommens ausmachen (Olejaz et al.

<sup>117</sup> Dies gilt allerdings nicht für Hausärzte, deren absolute Zahl seit dem Jahr 2007 sogar leicht gesunken ist.

<sup>118</sup> Ausnahme: Kopenhagen, wo die Telefontriage pflegekraftgeführt ist.

2012). Zwei Drittel der Hausärzte arbeiten inzwischen in (kleineren) Gemeinschaftspraxen (Pedersen et al. 2012). Fast alle Patientinnen und Patienten haben sich in ein Gatekeeping-Modell eingeschrieben, das sie an einen Hausarzt bindet und ihnen dafür finanzielle Vorteile gewährt.

Für eine Niederlassung mit Erstattung durch die öffentliche Krankenversicherung benötigen Hausärzte zum einen eine Lizenz von einer nationalen Behörde (*Danish Health and Medicines Agency*), zum anderen eine Lizenz durch die Region (Identifikationsnummer). Ein Gremium aus Ärzteorganisation, Region und Kommune vergibt die Identifikationsnummern. Durch die Vergabe ergibt sich eine sehr kleinräumige geografische Steuerung der Hausarztkapazitäten, zumal ihre Anzahl sich an der Zahl der Patienten und den geografischen Gegebenheiten orientiert (Ono et al. 2014). Dabei soll jeder Patient Wahlfreiheit zwischen mindestens zwei Hausärzten in einem Umkreis von 15 Kilometer haben (Ono et al. 2014). Die Identifikationsnummern können zwischen Ärzten (unter behördlicher Überprüfung der formalen Qualifikation) weiterverkauft werden (Pedersen et al. 2012).

**451.** Alle vier Jahre muss von Regionen und Kommunen ein regionaler Gesundheitsplan vorgelegt werden. Jegliche Veränderung der Praxis, wie eine räumliche Verlegung, eine Zusammenlegung oder die Eröffnung einer Zweigniederlassung, muss im Einklang mit diesem Gesundheitsplan erfolgen (Gerlinger/Küpper 2015).

**452.** Neben der konkreten Steuerung der Niederlassungen wird auf Einzelarztebene Einfluss darauf genommen, wie viele Patienten versorgt werden: Die Patientenliste wird bei Unterschreiten von 1 475 Patienten automatisch erweitert und bei Überschreiten von 1 700 Patienten gesperrt. Ab 1 600 Patienten kann ein Arzt seine Liste selbst sperren (Forde et al. 2016). Bei entsprechendem Versorgungsbedarf kann der Arzt auch vereinbaren, dass er nur temporär mehr Patienten aufnimmt oder dass er die Praxis verlegt. Außerdem dürfen die Regionen seit April 2011 auch eigene allgemeinmedizinische Einrichtungen eröffnen, um andernfalls unversorgte Patienten zu versorgen (Olejaz et al. 2012).

### 9.2.3.2 Ambulante Kapazitätsplanung in Finnland

**453.** In Finnland gibt es einen öffentlich-kommunalen, primär steuerfinanzierten Gesundheitsdienst mit nationaler Krankenversicherung (Lehto et al. 2015; Vuorenkoski et al. 2008). Kommunale Gesundheitszentren mit unterschiedlichen Gesundheitsfachkräften sind die erste Anlaufstelle für Patienten und seit den 1970er-Jahren prägend für das finnische Gesundheitssystem (SVR 2014). Der Erstkontakt erfolgt häufig bei spezialisierten Pflegenden (Raivio et al. 2014). Hausärzte, die in den Gesundheitszentren angestellt sind, fungieren als Gatekeeper. Es gibt derzeit keine freie Arztwahl (Gerlinger/Küpper 2015; Schöllkopf/Pressel 2017). Die Arztdichte in Finnland liegt mit 3 Ärzten pro 1 000 Einwohnern knapp unter dem OECD-Durchschnitt, sie stieg in den letzten 15 Jahren um ca. 23 % an (OECD 2015). Neben Ärzten und Pflegenden sind in den multiprofessionellen kommunalen Gesundheitszentren typischerweise Angehörige weiterer Gesundheitsfachberufe tätig, beispielsweise Physiotherapeuten, Sozialarbeiter oder Psychologen (Korpela et al. 2012; SVR 2014). Teilweise werden aus den Gesundheitszentren heraus auch präventive, rehabilitative und weitere über die unmittelbare

Gesundheitsversorgung hinausgehende Dienstleistungen erbracht.<sup>119</sup> Die fachärztliche Behandlung erfolgt in der Regel an öffentlichen Krankenhäusern, die bislang ebenfalls nicht frei wählbar, sondern den Wohngemeinden zugeordnet sind (Schölkopf/Pressel 2017). Es bestehen Ansätze, die Versorgung der hausärztlichen und der sich anschließenden fachärztlichen Behandlung auch strukturell stärker zu integrieren (Korpela et al. 2012).

**454.** Die Planung im Gesundheitswesen ist seit dem Jahr 1993 stark dezentralisiert, die Verantwortung liegt im Wesentlichen bei den Gemeinden (Ettelt et al. 2008; Lehto et al. 2015). Es gibt 311 Gemeinden, die sehr unterschiedlich viele Einwohner haben, von wenigen Hundert bis über 635 000 in Helsinki. Bei einer insgesamt sehr niedrigen Bevölkerungsdichte von nur 18 Einwohnern pro km<sup>2</sup> (Eurostat 2017b)<sup>120</sup> existieren viele Gemeinden mit weniger als 10 000 Einwohnern, die kleinste Gemeinde (Luhanka) hat nur 756 Einwohner.

**455.** Einige Eigenschaften des finnischen Gesundheitssystems werden nicht selten als Vorbild gelobt, etwa der interdisziplinäre Ansatz in der Primärversorgung (Kokko 2009). Hinsichtlich des ausgeprägten Dezentralisierungsprozesses wird allerdings von manchen Autoren kritisch angemerkt, er habe teilweise zu einer weniger kohärenten Gesundheitsversorgung mit vielen einzelnen Akteuren und größeren regionalen Unterschieden geführt (Kokko 2009). Außerdem hätten besonders kleine Gesundheitszentren Schwierigkeiten, genügend qualifiziertes Personal zu gewinnen. Die Entwicklung geht daher wie schon in anderen nordischen Ländern tendenziell in Richtung einer gewissen Rezentralisierung (Saltman et al. 2012). Seitens der Regierung ist gesetzlich u. a. eine Verschiebung von Verantwortlichkeiten von den Gemeinden in Richtung regionaler Strukturen geplant (Lehto et al. 2015).

**456.** In Finnland existiert keine zentrale geografische Planung der ambulanten Angebotskapazitäten (Gerlinger/Küpper 2015). Faktisch gibt es aber eine klare Steuerung der Standortwahl von Ärzten, da die Gemeinden, die für die meisten Gesundheitsleistungen verantwortlich sind, über die ausgeschriebenen Arztstellen die Standorte vorgeben (Ono et al. 2014). Die Gemeinden kooperieren auf unterschiedliche Weise und können sowohl Leistungen selbst anbieten als auch mit anderen Gemeinden oder privaten Anbietern Verträge schließen (Gerlinger/Küpper 2015).

**457.** Auf die zukünftige Zahl an Ärzten und weiteren Gesundheitsfachkräften wird hingegen von zentralerer Stelle Einfluss genommen: Die Regierung erstellt regelmäßig Prognosen über die Entwicklung des Arbeitsmarktes mit unterschiedlich optimistischen Szenarien. Alle vier Jahre werden die Nachfrage nach und das Angebot an Arbeitskräften im Gesundheitswesen überprüft (Dussault et al. 2010). Auf dieser Grundlage werden Zielzahlen für die Zulassung an Universitäten, Fachhochschulen und Berufsbildungseinrichtungen veröffentlicht.

---

<sup>119</sup> Manche Autoren betonen die Unterscheidung durch das Vokabular *primary health care centres* bzw. *joint health and social centres* (Korpela et al. 2012).

<sup>120</sup> Stand 2015: Es handelt sich um die niedrigste Bevölkerungsdichte in der EU. Zum Vergleich Deutschland: 229 Einwohner/km<sup>2</sup>.

### 9.2.3.3 Ambulante Kapazitätsplanung in den Niederlanden

**458.** Auch in den Niederlanden herrscht eine dezentralisierte Struktur im Gesundheitswesen vor, das seit einer Reform im Jahr 2006 als einheitliches Pflichtversicherungssystem aufgebaut ist (Kroneman et al. 2016). Es gibt mehrere korporatistische Akteure, die in Gremien zusammenarbeiten.

Die Ärztedichte liegt mit 3,3 Ärzten pro 1 000 Einwohner im OECD-Mittel und ist in den letzten 15 Jahren um 40 % angestiegen (OECD 2015). Insgesamt gelten die Niederlande als ein Land mit eher geringen Problemen bei der geografischen Verteilung von Ärzten (van Hassel/Kenens 2013; Miani et al. 2015). Als mögliche Gründe werden die geringe Fläche und die hohe Bevölkerungsdichte aufgeführt (Gerlinger/Küpper 2015). Hinsichtlich der Gesamtzahl an Ärzten wird für die Zeit um das Jahr 2000 ein relevanter Mangel sowohl an Hausärzten als auch an verschiedenen Fachärzten beschrieben (Höppner/Maarse 2003), der sich inzwischen, nicht zuletzt infolge von Prognose- und Planungsbemühungen, aber gelegt habe (van Greuningen 2016). Bei allenfalls einzelnen lokalen Knappheiten an Hausärzten wird daher aktuell nicht von einem Ärztemangel gesprochen (Miani et al. 2015; Kroneman et al. 2016). Eher wird davon ausgegangen, dass dieser in der Zukunft wieder auftreten könnte – vor allem bei bestimmten Fachgruppen wie Psychiatern oder Geriatern (van Greuningen 2016).

**459.** Die Gesundheitsversorgung ist geprägt durch ein Gatekeeping-Modell der Hausärzte, die durch Überweisungen und Einweisungen den Behandlungsverlauf prägen. Die Patienten müssen sich bei einem Hausarzt registrieren, sind in der Wahl dieses Arztes aber frei (Miani et al. 2015). Mittlerweile dominieren gemeinschaftliche Ausübungsverhältnisse wie Gemeinschaftspraxen oder interdisziplinäre Gesundheitszentren (van Hassel/Kenens 2013). Die ambulante fachärztliche Versorgung erfolgt in der Regel an Krankenhäusern (Schölkopf/Pressel 2017), wobei die dortigen Fachärzte mehrheitlich (ca. 60 %) selbstständig tätig sind, die anderen sind angestellt (Kroneman et al. 2016).

**460.** Bis Anfang der 1990er-Jahre existierte eine relativ starke staatliche Planung. Seitdem, und noch einmal verstärkt seit dem Jahr 2006, hat sich der Staat weitgehend aus der Planung zurückgezogen und versteht sich eher als Regulierer eines wettbewerbsorientierten Marktes (Kroneman et al. 2016; Gerlinger/Küpper 2015). Auf hausärztlicher Seite beispielsweise gibt es keinen Kollektivvertrag, sondern regionale Hausarztvereinigungen verhandeln mit den regionalen Krankenversicherern, darüber hinaus können auch einzelne Hausärzte Selektivverträge abschließen (Finkenstädt 2015). Es gibt allerdings keine direkte geografische Steuerung der ambulanten Kapazitäten und dementsprechend Niederlassungsfreiheit für weitergebildete Ärzte.

**461.** Der Fachkräftebedarf wird seit dem Jahr 2000 mit einem komplexen Prognosemodell geschätzt (Höppner/Maarse 2003; van Greuningen 2016), das auf unterschiedlichen empirischen Daten und auf Expertenmeinungen basiert. In der Konsequenz werden die Zulassungen zum Medizinstudium und zu den einzelnen ärztlichen Weiterbildungsfächern zentral gesteuert, wobei tendenziell ein gewisser Überschuss eingeplant wird (Gerlinger/Küpper 2015). Für andere Berufsgruppen gibt es weniger klare Beschränkungen. Für Pflegekräfte beispielsweise wird der Bedarf geschätzt, die Ausbildungsstätten können aber im Wesentlichen selbst über ihre Aufnahmezahlen entscheiden.



## 9.3 Planung der stationären Angebotskapazitäten (Krankenhausplanung) im europäischen Vergleich

**462.** Die Planung stationärer Kapazitäten liegt in Deutschland in der Verantwortung der Bundesländer (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung). Im Folgenden wird die Krankenhausplanung in anderen europäischen Staaten beleuchtet. Hierbei wird danach unterschieden, wie stark sich der Staat planerisch betätigt, auf welcher räumlichen Ebene (national, regional, lokal) die Planung durchgeführt wird und ob es Verflechtungen zwischen den Ebenen gibt. Es werden auch die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen für Kliniken sowie die zugrunde liegenden Prinzipien der Krankenhausplanung angesprochen. Abschließend wird die Krankenhausplanung dreier Länder (Österreich, Dänemark, Schweiz) beispielhaft dargestellt. Bestimmte Aspekte, die für den deutschen Versorgungskontext als Inspiration relevant sein könnten, werden dabei detaillierter ausgeführt.

### 9.3.1 Status quo der stationären Angebotskapazitäten

**463.** Zentrale empirische Kennzahlen wie stationäre Betten oder Fälle haben sich im Zeitverlauf in den europäischen Staaten unterschiedlich entwickelt (siehe Kapitel 10 zum internationalen Vergleich der Inanspruchnahme). Dabei ist die Vergleichbarkeit zwar wegen einiger methodischer Erschwernisse wie teilweise ungleicher Definitionen eingeschränkt. Vereinzelt gibt es auch Verzerrungen durch Krankenhaustourismus in Grenzregionen (Geissler/Busse 2015; Reinke/Miliniewitsch 2014). Dennoch können orientierende Erkenntnisse gewonnen werden.

So haben alle europäischen Länder niedrigere Bettendichten als Deutschland, das mit über 8 Betten pro 1 000 Einwohner selbst im weltweiten Vergleich eine Spitzenstellung einnimmt (OECD 2017; siehe Abschnitt 10.3.1).<sup>121</sup> Auch die Krankenhausedichte ist in der überwiegenden Zahl der Länder niedriger (Augurzky et al. 2014). In Deutschland hat zudem der Anteil der Krankenhäuser in privater Trägerschaft deutlich zugenommen, was nicht in allen EU-Ländern der Fall ist (siehe Abschnitt 10.3.1). Da diese Krankenhäuser in Deutschland aber überwiegend auch für die GKV-Versorgung zur Verfügung stehen, werden sie ebenso wie die öffentlichen oder freigemeinnützigen Krankenhäuser mitgeplant. In einigen anderen Ländern haben die Krankenhäuser in privater Trägerschaft hingegen keinen öffentlichen Versorgungsauftrag und werden schon daher nicht in der Planung berücksichtigt.

Außerdem ist in Deutschland nach Österreich die zweithöchste Anzahl an Krankenhausfällen je Einwohner zu registrieren (235 Fälle je 1 000 Einwohner, Stand 2015; siehe Abschnitt 10.3.2). Während die Fallzahlen in Deutschland weiter steigen, sinken sie im internationalen Vergleich (u. a. in Österreich) oder bleiben auf niedrigem Niveau stabil. Zugleich ist die mittlere Krankenhausverweildauer mit 7,6 Tagen die höchste aller europäischen Länder.

---

<sup>121</sup> Bei den OECD-Zahlen ist allgemein zu beachten, dass in der Regel Krankenhäuser ohne öffentlichen Versorgungsauftrag bei den Zählungen nicht berücksichtigt werden.

### 9.3.2 Spektrum der Krankenhausplanung in Europa

#### 9.3.2.1 Ausgangsbedingungen für die Krankenhausplanung

**464.** Bereits die Ausgangsbedingungen für die Krankenhausplanung sind in europäischen Ländern nicht gleich. So unterscheiden sich Krankenhäuser in ihrer Rolle für die Versorgung. In einigen Ländern sind sie neben Notfällen und stationären Behandlungen auch (teilweise oder vollständig) für die ambulante fachärztliche Behandlung zuständig. Wo dies der Fall ist, hat die Krankenhausplanung auch erhebliche Relevanz für die Anfahrtswege und die Versorgungsdichte in der ambulanten Versorgung. Beispiele hierfür sind die nordeuropäischen Länder, in denen am Krankenhaus angestellte Fachärzte ambulant behandeln und auf die Vorhaltung einer doppelten Facharztschiene weitgehend verzichtet wird (Preusker 2012). Ein weiteres Beispiel sind die Niederlande, wo ebenfalls viele ambulante Behandlungen am Krankenhaus durchgeführt werden, wobei die dort tätigen Fachärzte überwiegend selbstständig und eher selten angestellt sind (außer in Unikliniken, dort ist es gängiger; Kroneman et al. 2016).

**465.** Die freie Krankenhauswahl gilt grundsätzlich in den allermeisten Staaten in Europa, jedenfalls unter den öffentlichen Krankenhäusern (MISSOC 2017; Schölkopf/Pressel 2017). Ausnahmen von diesem Prinzip sind wenige Staaten: Spanien<sup>122</sup>, Portugal, das Vereinigte Königreich<sup>123</sup> und Ungarn. In Deutschland sind die Krankenhäuser aufgeteilt in verschiedene Versorgungsstufen mit zunehmender Spezialisierung (Grund-, Regel-, Schwerpunkt- und Maximalversorger); eine stationäre Versorgungspyramide dieser Art ist auch in anderen Staaten gängig.

**466.** Sehr erheblich unterscheidet sich die Bevölkerungsdichte, die im Rahmen der Planungen berücksichtigt werden muss: In Deutschland beträgt sie 231 Einwohner pro km<sup>2</sup> (Stand 2018), in den meisten Ländern ist sie geringer, beispielsweise in Dänemark mit 129 Einwohnern pro km<sup>2</sup> oder in Schweden mit gar nur 21 Einwohnern pro km<sup>2</sup> (Preusker 2012). In den Niederlanden hingegen ist sie mit 410 Einwohnern pro km<sup>2</sup> höher als in Deutschland.

**467.** Im Folgenden wird auf einzelne Dimensionen der stationären Angebotskapazitätsplanung näher eingegangen. Abbildung 9-2 zeigt hierzu eine Übersicht. Die deutsche Krankenhausplanung erfolgt nach diesem Schema dezentral ohne systematische Koordinierung und ohne zentrale Planung von Großgeräten (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung) sowie hinsichtlich der Planungstiefe teilweise mit und teilweise ohne Festlegung der Größe einzelner Fachabteilungen (je nach Bundesland). Sie erfolgt im Wesentlichen kapazitätsorientiert und fortschreibend mit einwohnerbezogenen Verhältniszahlen, allerdings unter Einbezug der Demografie. Sie umfasst auch die Krankenhäuser in privater Trägerschaft, aber nur diejenigen mit öffentlichem Versorgungsauftrag (der GKV). Bei der Investitionskostenfinanzierung ist in Deutschland theoretisch eine hohe Kongruenz von Planungs- und Finanzierungsverantwortung (der Bundesländer) gegeben, die allerdings durch die „schleichende Monistik“ (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung) aufgeweicht ist. Bei den Betriebskosten ist wegen der Kostenübernahme durch die (überregionale) Krankenversicherung keine Kongruenz gegeben.

<sup>122</sup> Außer in bestimmten spanischen Regionen (*Comunidades Autónomas*), ansonsten Zuweisung nach Wohnort.

<sup>123</sup> Entscheidung in der Regel durch den einweisenden Arzt. Bei bestimmten Indikationen kann der Patient zwischen einer Auswahl an Krankenhäusern (zwei bis fünf) wählen.

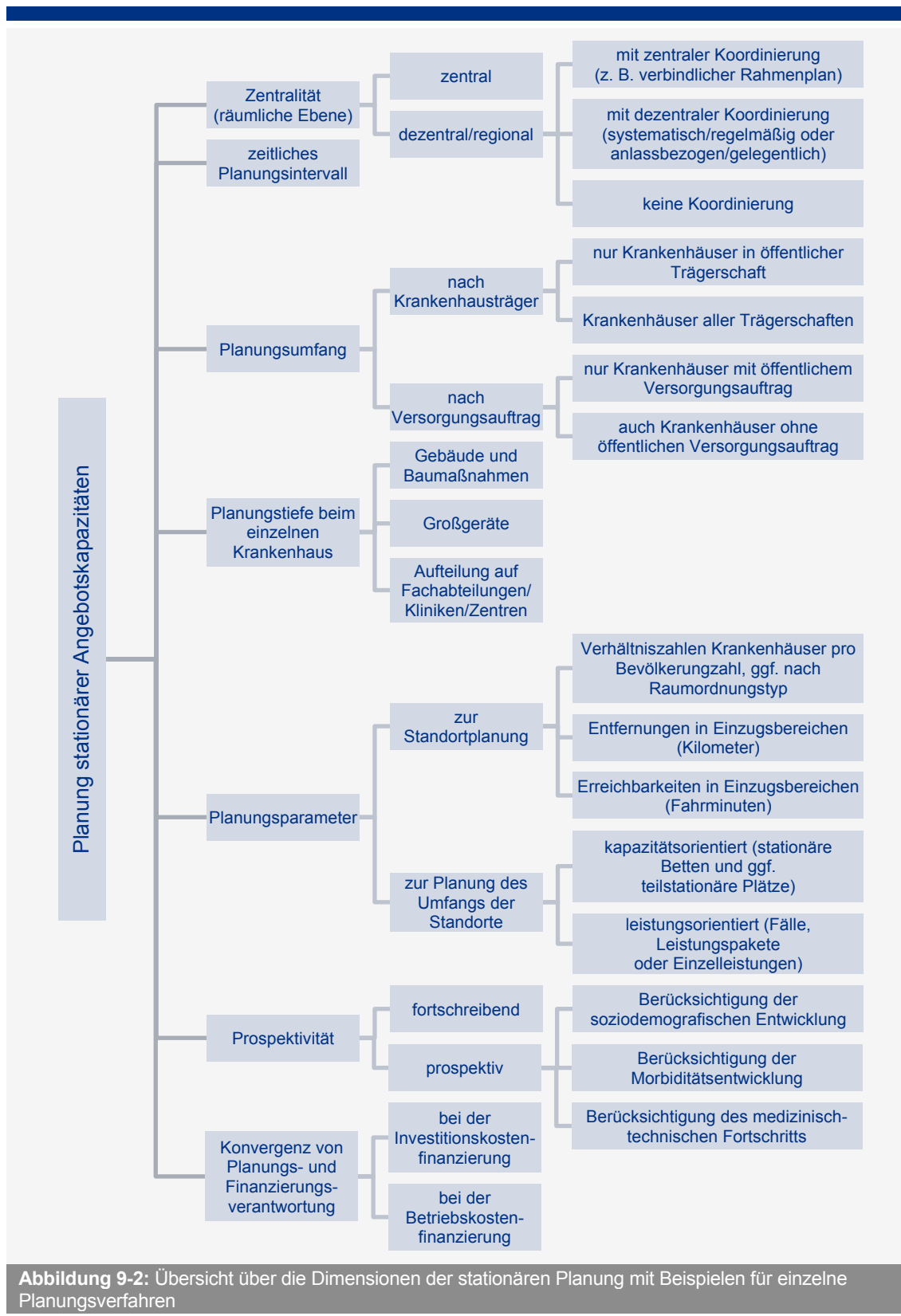


Abbildung 9-2: Übersicht über die Dimensionen der stationären Planung mit Beispielen für einzelne Planungsverfahren

Die Aufstufung ist nicht abschließend.

Quelle: Eigene Darstellung.

### 9.3.2.2 Zentralität der Krankenhausplanung

**468.** Die Kernaufgaben der Krankenhausplanung werden in den europäischen Ländern überwiegend in regionaler Zuständigkeit, d. h. unterhalb der nationalen Ebene verantwortet (Rechel et al. 2009). Die strategische und die operative Planung fallen dabei nicht immer zusammen. Die strategische Planung kann ganz oder teilweise auf zentraler Ebene erfolgen (etwa in Frankreich, Italien und Portugal), vollständig auf regionaler Ebene wie in Deutschland und Spanien oder noch kleinräumiger – regional bis lokal – wie in Finnland oder Schweden. Zumindest übergeordnete nationale Rahmenpläne gibt es in vielen Ländern, Deutschland ist hier eine bemerkenswerte Ausnahme. Das Planungsintervall solcher Rahmenpläne liegt häufig zwischen drei und fünf Jahren (z. B. Chevreul et al. 2015; Cylus et al. 2015; Ferré et al. 2014; García-Armesto et al. 2010; Ringard et al. 2013; Simões et al. 2017).

**469.** Die operative Planung erfolgt tendenziell gleichräumig oder kleinräumiger als die strategische Planung, schließlich müssen konkrete Entscheidungen unter Kenntnis der lokalen Versorgungsstrukturen getroffen werden. Sie ist aber selten vollständig frei von einer gewissen „vertikalen Integration“ (Rechel et al. 2009) im Sinne von nationalstaatlichen Bezügen – beispielsweise oben erwähnten Rahmenplänen oder anderen Formen der Einflussnahme wie Finanzierungsvorbehalten bei Neubauten oder Vetorechten (Schölkopf/Pressel 2017). Die folgenden Beispiele zeigen zudem, dass es keinen Zusammenhang zwischen der Zentralität der Krankenhausplanung und dem Finanzierungssystem eines Gesundheitssystems (steuerfinanziert oder beitragsfinanziert) gibt.

**470.** Portugal ist ein Beispiel für ein Land mit vorwiegend steuerfinanziertem Gesundheitsdienst und weitgehend national zentralisierter Krankenhausplanung, auch wenn es inzwischen regionale Gesundheitsorganisationen mit eigenen Budgets gibt (Simões et al. 2017). Deren Autonomie beschränkt sich aber im Prinzip auf die Primärversorgung, während gerade die Krankenhausplanung in nationaler Hand verbleibt (Simões et al. 2017).

**471.** Ein Beispiel für eine enge Verflechtung der regionalen mit der nationalen Ebene ist das beitragsfinanzierte Österreich, wo ein nationaler Rahmenplan mit zahlreichen Vorgaben erstellt wird, an den sich die regionalen Pläne anpassen müssen (siehe Länderbeispiel in Abschnitt 9.3.3.1). In Frankreich sind die Ebenen ebenfalls verflochten: Die regionalen Gesundheitspläne werden von 26 „Agenturen“ ausgearbeitet und müssen sich für bestimmte Aspekte an nationalen Vorgaben ausrichten, die politische Prioritäten der nationalen Regierung aufgreifen können (Chevreul et al. 2015). Dies passt zu einer historisch bedingt zentralistischen Ausrichtung des französischen „aktiven“ Staates. Die Gesundheitsagenturen sind zwar finanziell begrenzt autonom, inhaltlich aber nicht unabhängig, sondern „auf Armlänge“ unter Aufsicht (Klenk/Reiter 2013). Das nationale Ministerium kann wichtige Krankenhausentscheidungen wie Neubauten oder größere Umplanungen mit einem Veto belegen (Klenk/Reiter 2013). Auch Italien ist ein Beispiel für nationale Vorgaben, die in Teilen verbindlich sind für die Gesundheitspläne, die auf regionaler Ebene erarbeitet werden (Rechel et al. 2009).

**472.** In Spanien ist die Autonomie der Regionen sehr ausgeprägt: Hier entscheiden regionale Behörden eigenständig über einzelne Vereinbarungen mit Leistungserbringern (García-Armesto et al. 2010). Damit die Planungs- mit der Finanzierungsverantwortung verknüpft ist, bekommen die Regionen einen Anteil am nationalen Steueraufkommen und können darüber

verfügen. Auch in der Schweiz ist die Planung auf die Kantone regionalisiert (siehe Länderbeispiel in Abschnitt 9.3.3.3).

**473.** In Dänemark, einem Land mit steuerfinanziertem Gesundheitssystem, ist die Krankenhausplanung inzwischen deutlich zentralisierter als früher (siehe Länderbeispiel in Abschnitt 9.3.3.2). Auch in Norwegen ist die Kapazitätsplanung relativ zentralisiert, da der nationale Staat Eigentümer der fünf regionalen Gesundheitskonzerne ist (Preusker 2012). Dies gilt besonders für hochspezialisierte Krankenhausleistungen (z. B. Organtransplantationen): Der Gesundheitsminister kann über die Vergabe und den Widerruf solcher Leistungen an einzelne Krankenhäuser bestimmen. Großinvestitionen wie Krankenhausneubauten benötigen die Zustimmung der nationalen Regierung (Ringard et al. 2013). In Schweden und Finnland, ebenfalls steuerfinanzierte Gesundheitssysteme, verantworten die regionalen Gebietskörperschaften die allgemeine Krankenhausplanung relativ autonom (in Schweden: Provinziallandtage mit Ausschüssen für Krankenhausplanung; in Finnland: Kommunen mit Krankenhausräten). Doch auch in Schweden hat der Zentralstaat einen Einfluss zumindest auf den Teilbereich der hochspezialisierten Versorgungsleistungen. Sie werden nach einem Auswahlprozess durch ein eigenes Komitee befristet auf fünf Jahre an einen Teil der größten Krankenhäuser (Universitätskliniken und sogenannte Regionalkrankenhäuser) übertragen (Preusker 2012). In dem Komitee sind sowohl die Provinziallandtage als auch nationale Forschungs- und Verwaltungsexperten vertreten. In Finnland nimmt der Zentralstaat durch die Vergabe von Fördergeldern für politisch gewollte Projekte Einfluss (Preusker 2012).

**474.** Im Vereinigten Königreich ist zu unterscheiden zwischen den nationalen Gesundheitsdiensten von England, Schottland, Wales und Nordirland, die jeweils steuerfinanziert sind und eigenständig agieren. Auch innerhalb dieser Gesundheitsdienste wird auf eine zentrale Krankenhausplanung verzichtet, es wird darauf gesetzt, dass sich über Vertragsmodelle ein bedarfsgerechtes Angebot „quasi naturwüchsig“ (Schölkopf/Pressel 2017) herausbildet. Inzwischen gibt es in England allerdings 44 lokale Entwicklungspläne (*sustainability and transformation plans*), die zwischen dem *National Health Service* (NHS) und lokalen Verwaltungen vereinbart werden und sich u. a. mit der Entwicklung der Krankenhauskapazitäten beschäftigen. Teilweise sehen die Pläne eine Zentralisierung von Krankenhausstandorten oder die Reduktion von Betten vor. Zwar gibt es eine überregionale strategische Ausrichtung bei der Erstellung der Pläne, sie ist aber nicht verbindlich für die regionale Ebene (Ewbank et al. 2017).

**475.** Viele Länder Mittel- und Osteuropas (Polen, Tschechien, Slowakei) haben wenig Erfahrung mit der Krankenhausplanung oder verzichten bewusst darauf, die stationären Kapazitäten zentral zu planen. In Polen wurde allerdings zuletzt eine umfangreiche Reform angestoßen. Im Rahmen derer wird der Staat voraussichtlich eine Strukturbereinigung und Zentralisierung der umfangreichen, aber unterfinanzierten Krankenhauslandschaft herbeiführen, indem er ein Netzwerk größerer Kliniken auswählt, die zukünftig fast die gesamte öffentliche Finanzierung erhalten. In diesem Rahmen wird voraussichtlich auch die Gesamtbettenzahl stärker gesteuert (OECD/European Observatory 2017; Polska Federacja Szpitali 2017).

**476.** Betrachtet man hinsichtlich der Zentralität der Krankenhausplanung die zeitliche Entwicklung über einige Jahre, so finden sich Veränderungen in beide Richtungen: In den nordeuropäischen Ländern sind teilweise Tendenzen zu beobachten, die Planung stärker zu zentralisieren, besonders in Dänemark (siehe Länderbeispiel in Abschnitt 9.3.3.2; Preusker 2012; Olejaz et al. 2012), in einzelnen Aspekten auch in Norwegen (Hagen/Kaarbøe 2006).

Demgegenüber hat sich der Staat in den Niederlanden seit dem Jahr 2006 neben der ambulanten Bedarfsplanung auch aus der Krankenhausplanung zunehmend zurückgezogen und konzentriert sich auf eine Rolle als Marktregulierer (Kroneman et al. 2016). Genehmigungspflichten durch das nationale Gesundheitsministerium wurden reduziert.

### 9.3.2.3 Kapazitäts- versus Leistungsplanung

**477.** Die meistgenutzte, traditionelle Planungseinheit sind Krankenhausbetten, sie ist in den meisten Ländern mit systematischer Planung gängig, z. B. in Italien und Finnland (Geissler/Busse 2015). In einzelnen Ländern ist allerdings eine Verschiebung hin zu mehr Leistungsplanung bzw. volumenorientierter Planung zu beobachten. In Österreich beispielsweise wird regional auf der Basis stationärer Fälle und unabhängig von Betten geplant. Die Krankenhausplanung in mehreren Kantonen der Schweiz wurde aufwendig anhand stationärer Daten und mit einer konsequenten Leistungsorientierung neu konzipiert (siehe Länderbeispiel in Abschnitt 9.3.3.3).

**478.** Die Planungstiefe wird in den Staaten unterschiedlich gehandhabt (Geissler/Busse 2015), oft wird die Bettenaufteilung auf einzelne Fachabteilungen den Krankenhäusern überlassen. Bis heute sind fortschreibende Planungsverfahren in Europa der Standard. Es gibt jedoch verschiedene Ansätze, datenbasiert eine vermehrt prospektive Ausrichtung zu erreichen. In Frankreich werden für die Gesundheitspläne beispielsweise epidemiologische Daten hinzugenommen (Rechel et al. 2009), in der Schweiz werden wissenschaftliche Expertisen zur medizinisch-technischen und epidemiologischen Entwicklung durchgeführt (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2016).

### 9.3.2.4 Kongruenz von Finanzierungs- und Planungsverantwortung

**479.** Die europäischen Länder unterscheiden sich hinsichtlich der Frage, ob die Institutionen und politischen Ebenen, welche die Krankenhausplanung durchführen, auch die jeweilige Verantwortung für die Finanzierung der Kliniken tragen.

**480.** Auf der Einnahmenseite stehen je nach Gesundheitssystem Steuermittel oder Sozialversicherungsbeiträge (oder eine Kombination aus beidem) zur Verfügung. Hinsichtlich der Erhebung von Steuern gibt es unterschiedliche Konstellationen: In einigen Ländern haben die regionalen Körperschaften das Recht, eigene Steuern zu erheben, in anderen Ländern bekommen sie Steuereinnahmen vom Nationalstaat zugewiesen. Ersteres ist der Fall etwa in Finnland und Schweden in Form von regional erhobenen Einkommensteuern (Häkkinen 2010; Preusker 2012).<sup>124</sup> In Dänemark hingegen erhebt der Zentralstaat die Steuern und weist dann einen Teil den Regionen zu. Ähnlich verlaufen die Finanzströme in Spanien und Italien, wo der Zentralstaat verschiedene Steuereinnahmen an die Regionen zuweist, die sie dann in eigener Verantwortung im Gesundheitswesen verausgaben können.

**481.** Auf der Ausgabenseite gibt es bei der Finanzierung von Krankenhäusern unterschiedliche Grundprinzipien: Die laufenden Betriebskosten und die Investitionskosten können

<sup>124</sup> Die Einkommensteuern machen den Großteil der Gesundheitskosten aus. Hinzu kommen zentralstaatliche Zuschüsse, besonders in Norwegen (Preusker 2012).

entweder gemeinsam oder separat finanziert werden. Dabei sind bei den Betriebskosten Globalbudgets, Tagespauschalen, Fallpauschalen und Einzelleistungsvergütungen möglich. Sofern Investitionen separat finanziert werden, kommen Pauschal- und Einzelförderungen infrage (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung). Alle Finanzierungssysteme haben jeweils unterschiedliche Anreize und Fehlanreize. Während beispielsweise Tagespauschalen tendenziell Fehlanreize in Richtung langer Liegezeiten bei einer geringeren Anzahl durchgeführter Leistungen setzen, ist bei Einzelleistungsvergütungen ein umgekehrter Fehlanreiz in Richtung einer hohen Anzahl von Leistungen bei tendenziell kürzeren Verweildauern vorhanden (Ensor et al. 2009). Fallpauschalenorientierte Diagnosis-Related-Group(DRG)-Systeme können als ein Versuch gesehen werden, die Transparenz und Wirtschaftlichkeit zu erhöhen, sind aber auch nicht ohne Kritik (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung).

**482.** Die Finanzierung von Krankenhauskapazitäten in Europa ist primär im öffentlichen Sektor verankert (Rechel et al. 2009). In den meisten Ländern besteht eine strikte Trennung zwischen Investitions- und Betriebskosten (Schölkopf/Pressel 2017). Hierbei ist allerdings schon dadurch die vergleichende Analyse erschwert, dass in den einzelnen Ländern die Definition dessen, was unter „Investitionskosten“ (*capital costs*) fällt, unterschiedlich ist (Schreyögg et al. 2005; Augurzky et al. 2017).

**483.** Hinsichtlich der Finanzierung der Betriebskosten wird in der Mehrzahl der europäischen Länder ein DRG-Finanzierungssystem angewendet (Cylus/Irwin 2010; OECD 2016) – unabhängig davon, ob die Fallpauschalen aus Sozialversicherungsbeiträgen oder aus Steuermitteln finanziert werden. Die DRG-Systeme werden jedoch sehr unterschiedlich genutzt. Oftmals dienen sie nur als Budget- und weniger als Preissystem, ähnlich dem deutschen pauschalierten Entgeltsystem zur Finanzierung psychiatrischer Krankenhausleistungen (PEPP; siehe Kapitel 16 zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen). Im Gegensatz zu Deutschland haben die fallleistungsorientierten DRGs in anderen Ländern in der Regel eine geringere Budgetrelevanz in der Gesamtvergütung der Krankenhäuser (Schreyögg 2017). In einer OECD-Abfrage aus dem Jahr 2016 haben 21 Staaten Angaben zur Hauptfinanzierungsquelle ihrer öffentlichen Akutkrankenhäuser gemacht, davon vergüten 13 Staaten hauptsächlich mit DRGs (in der Regel kommen aber noch andere Finanzierungsquellen hinzu).<sup>125</sup> Von diesen 13 Staaten wiederum gaben fünf an, dass die DRGs auch die Investitionskosten mit abdecken. In den Ländern, in denen die Investitionskosten getrennt sind, werden sie aus Steuermitteln gezahlt.

Die DRG-Systeme wiederum sind in der Regel wie in Deutschland jeweils national einheitlich aufgebaut (z. B. in Frankreich und in Österreich), aber es gibt im bisher sehr dezentral organisierten Finnland auch den Fall, dass es innerhalb eines Staates nicht nur Kommunen mit und ohne DRG-System, sondern auch mit unterschiedlich ausgestalteten DRG-Systemen gibt. Es kann zusätzlich noch dahingehend unterschieden werden, ob die DRG-Vergütung für öffentliche und private Kliniken identisch funktioniert. In Frankreich beispielsweise gelten für private

<sup>125</sup> Die 13 Staaten sind Österreich, Belgien, Tschechien, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Italien, Polen, Slowenien, die Schweiz, Großbritannien und Litauen. Neun Staaten haben globale Budgets (*prospective global budgets*) als Hauptfinanzierungsquelle angegeben, dies sind Dänemark, Island, Irland, Lettland, Luxemburg, Norwegen, Portugal, Spanien und Schweden (OECD 2016). Keine Angaben bei dieser Abfrage machten die Niederlande und Estland. Doch auch in Estland sind DRGs nicht der einzige, aber der Hauptbestandteil der Krankenhausfinanzierung (Lai et al. 2013). In den Niederlanden gilt ein abgewandeltes DRG-Konzept mit sogenannten *Diagnosis Treatment Combinations* (Kroneman et al. 2016).

gewinnorientierte Krankenhäuser (gegenüber öffentlichen und gemeinnützigen) etwas andere Bedingungen, die national ausgestalteten DRG-Vergütungen beinhalten für diese Krankenhäuser weder die Personalkosten noch bestimmte Bildungs- und Laborkosten (Or 2009).

**484.** Für die Frage der Kongruenz zwischen Planungs- und Finanzierungsverantwortung ist allerdings nicht entscheidend, nach welchem System das Geld an die Krankenhäuser alloziert wird, sondern vor allem, von welcher Ebene die Kosten getragen werden. Dabei sind die höheren und langfristig anfallenden Betriebskosten von besonderer Relevanz. Die Krankenhausinvestitionskosten hingegen machen typischerweise nur einen verhältnismäßig geringen Anteil an allen Kosten im Gesundheitswesen aus (WHO 2016b),<sup>126</sup> ziehen dann aber für mehrere Jahrzehnte umfangreiche Betriebskosten nach sich (Rechel et al. 2009). In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen kann je nach Ausgestaltung eine hohe oder eine niedrigere Kongruenz von Finanzierungs- und Planungsverantwortung gegeben sein. Eine hohe besteht beispielsweise, wenn sowohl die Planung als auch die Verausgabung der Betriebskosten auf der gleichen dezentralen Ebene erfolgen. Dies ist etwa in Finnland der Fall (Häkkinen 2010). Wenn die Betriebskosten der Krankenhäuser von (nationalen) Sozialversicherungen getragen werden, dann ist die Kongruenz eher reduziert – wie es auch in Deutschland der Fall ist. Mehrausgaben durch eine umfangreiche Krankenhausinfrastruktur treffen dann finanziell nur zum Teil die Regionen (in Deutschland: die Bundesländer), die einzeln für die Planung zuständig sind. Dies könnte möglicherweise dazu führen, dass geringere Anreize für die regionalen Institutionen bestehen, die Bettenkapazitäten im Rahmen ihrer Planungsverantwortung zu begrenzen (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung). Umgekehrt formuliert könnte es aus denselben Anreizkonstellationen heraus in den Ländern mit hoher Kongruenz von Planung und Finanzierung zu einer Unterausstattung mit Krankenhausbetten kommen, die dann beispielsweise in Wartezeiten resultiert.

### 9.3.2.5 Verzahnung der stationären mit der ambulanten Planung

**485.** Die Krankenhausplanung wird in den meisten europäischen Staaten detaillierter gehandhabt als die ambulante Planung. Die ambulante Kapazitätsplanung erfolgt nur in wenigen Ländern anhand national einheitlicher Kriterien wie in Deutschland (siehe Abschnitt 9.1). Bei der Krankenhausplanung hingegen finden sich einige sehr differenzierte und methodisch anspruchsvolle Ansätze. Einige Länder verzahnen die ambulante und die stationäre Kapazitätsplanung auch ausdrücklich. Teilweise erfolgt dies auf der Bedarfsprognoseebene oder spezifisch für den Personalbedarf (z. B. in den Niederlanden), teilweise betrifft es aber auch die direkte Standortplanung (England, Dänemark, teilweise auch Finnland).

Ein Ansatz zur besseren Verzahnung könnte die Verwendung ähnlicher Parameter (z. B. Erreichbarkeitsfristen) im ambulanten und im stationären Sektor sein. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) beispielsweise verwendet solche (BMASGK 2018).

<sup>126</sup> Die Investitionskosten für Krankenhäuser machen in aller Regel unter 10 % aller Gesundheitsausgaben aus. Bei der WHO liegen hierzu für 2013 beispielsweise Daten aus Deutschland (3,3 %), Österreich (6,8 %), Italien (4,9 %) und Norwegen (5,3 %) vor (WHO 2016b). Die gesamten Krankenhauskosten hingegen sind für knapp ein Drittel aller Gesundheitsausgaben verantwortlich. Dies waren z. B. im Jahr 2015 in Deutschland 28 %, in Österreich 34 %, in Italien 32 % und in Norwegen 29 % (OECD 2017).



### 9.3.3 Länderbeispiele für stationäre Kapazitätsplanung

**486.** Im Folgenden wird die Krankenhausplanung in drei Ländern dargestellt und dabei auf für Deutschland relevante Unterschiede in der Planungsweise eingegangen. Es handelt sich bei Österreich und der Schweiz um beitragsfinanzierte, bei Dänemark um ein steuerfinanziertes Gesundheitssystem.

#### 9.3.3.1 Krankenhausplanung in Österreich

**487.** In Österreich existiert eine national-regional verzahnte Krankenhauskapazitätsplanung für die ca. 9 Millionen Einwohner: Mit dem ÖSG wird ein Rahmenplan auf nationaler Ebene erstellt. Er ist regionalisiert und erreichbarkeitsorientiert und enthält Vorgaben für die Standort- und Leistungsplanung, außerdem zahlreiche konkrete Strukturqualitätsvorgaben (Beispiele siehe Textziffer 489; BMASGK 2018). Der Strukturplan betrifft sowohl den stationären als auch den ambulanten Sektor sowie den Rehabereich. Er wird vom Bund, von den Bundesländern und der Sozialversicherung gemeinsam beschlossen. Verschiedene Institutionen wie die Ärztekammer und gesetzliche Interessenvertretungen können vorab Stellung nehmen; es gibt allerdings auch Kritik seitens der österreichischen Ärztekammer, dass die mehrwöchigen Fristen zu kurz seien und kritische Stellungnahmen zu wenig berücksichtigt worden seien (Mühlgassner 2017). Der Plan enthält Planungsaussagen mit einem Horizont von drei Jahren und Orientierungswerte mit einem Horizont von acht Jahren. Auf Länderebene konkretisieren „Regionale Strukturpläne Gesundheit“ (RSG) den ÖSG im Sinne einer Detailplanung; sie sind in Abstimmung mit der Bundesebene und entsprechend den Vorgaben des ÖSG, der insofern für die RSG rechtsverbindlich ist, zu erstellen.

**488.** Im ÖSG ist eine Analyse der Ist-Situation enthalten, dabei wird auf mehrere Kriterien zurückgegriffen, u. a. auf demografische, sozioökonomische und epidemiologische Merkmale der Bevölkerung, auf die Altersstruktur der Ärzte sowie auf die Inanspruchnahme und Auslastung von bestehenden Versorgungsangeboten (BMASGK 2018). Aktuelle stationäre Fallzahlen werden auf regionaler Ebene erfasst. Der Strukturplan enthält auch für jede Region in Österreich eine Übersicht darüber, von welchen Krankenhäusern die Region konkret versorgt wird. Bei der Zuordnung spielen Erreichbarkeiten die zentrale Rolle, nicht Zuständigkeiten einzelner Bundesländer.

**489.** Im ÖSG werden Planungsrichtwerte für die akutstationären Kapazitätsdichten definiert. Dabei werden spezifisch für alle Fächer Erreichbarkeitsfristen in Pkw-Minuten bis zur nächstgelegenen Fachabteilung festgelegt (z. B. Chirurgie und Innere Medizin: 45 Minuten; Neurologie: 60 Minuten; Strahlentherapie: 90 Minuten). Außerdem wird ein Korridor für die fachspezifische Kapazitätsdichte festgelegt, die sogenannte Bettenmessziffer mit Minimal- und Maximalwerten für Betten je 1 000 Einwohner (z. B. Innere Medizin 1,08 bis 1,81; Chirurgie: 0,42 bis 0,70; Neurologie: 0,18 bis 0,31).

Auch werden Mindestbettenzahlen für eine „qualitativ und wirtschaftlich optimierte minimale Betriebsgröße“ einer Fachabteilung angegeben (z. B. Kinderpsychosomatik: 6 Betten; Augenheilkunde: 20 Betten; Innere Medizin, Chirurgie und Neurologie: 30 Betten). Ausgewählte Spezialversorgungsbereiche werden mit Standorten, Kapazitäten und Zuordnung der zu versorgenden Regionen geplant. Dazu werden ergänzende Planungskriterien angelegt, z. B.

„mindestens 300 000 Einwohner im Einzugsbereich eines gefäßchirurgischen Zentrums“ oder „mindestens 2 500 Geburten im Umfeld einer Neugeborenen-Intensivstation“ (BMASGK 2018: 44). Bei der Schwerbrandverletztenversorgung wird zur Bedarfsschätzung u. a. auch ein Vergleich mit Deutschland und der Schweiz angestellt. Für Transplantationszentren gelten Mindesterfahrungsmengen bei den verantwortlichen Fachärzten, z. B. mindestens 40 erfolgte Nierentransplantationen als Voraussetzung für die Implantation und mindestens 20 entnommene Nieren als Voraussetzung für die Explantation.

Die Festlegung von Mindestbettenzahlen kann außer einem ökonomischen Nutzen auch Vorteile für die Behandlungsqualität bieten. Es gibt weitere Strukturqualitätsvorgaben für bestimmte Arten von Leistungen. So wird detailliert festgelegt, welche Art von Ausstattung in bestimmten Versorgungsbereichen vorgehalten werden muss und welche diagnostischen und therapeutischen Verfahren durchführbar sein müssen, beispielsweise bei unterschiedlichen Stufen der intensivmedizinischen Stationen, bei Stroke-Units und bei onkologischen Zentren, jeweils unterteilt nach Versorgungsstufen (z. B. interdisziplinäres onkologisches Zentrum, onkologischer Schwerpunkt, assoziierte onkologische Versorgung).

**490.** Die österreichische Planung ist leistungsorientiert ausgerichtet. In einer „stationären Versorgungsmatrix“ werden auf regionaler Ebene indikationsspezifische Richtwerte für die Anzahl der stationären Fälle definiert. Im aktuellen Plan (Stand: April 2018) werden neben dem Ist-Stand Richtwerte für die Jahre 2020 und 2025 ausgewiesen (BMASGK 2018). Sowohl stationär als auch ambulant sind darüber hinaus Voraussetzungen für die Erbringung der Leistungen festgelegt. In der „stationären Leistungsmatrix“ werden Mindeststrukturqualitätsparameter für alle Behandlungen bzw. Eingriffe definiert, z. B. die Mindestversorgungsstufe des erbringenden Krankenhauses und die Erfordernisse bezüglich vorzuhaltender Intensivstationen. Großgeräte werden in einem eigenen „Großgeräteplan“ national, aber hinunter bis auf die Ebene aller einzelnen Krankenhausstandorte geplant und ausgewiesen. Es ist Aufgabe der Regionen, die Vorgaben des nationalen Plans in eigener Verantwortung umzusetzen und beispielsweise die genaue Allokation von Betten in einzelne Einrichtungen vorzunehmen.

### 9.3.3.2 Krankenhausplanung in Dänemark

**491.** In Dänemark erfolgt zurzeit eine große zentralisierende Krankenhausreform, die mit einer grundsätzlichen Neustrukturierung der Verwaltungsstruktur einhergeht, die Auswirkungen auf den gesamten öffentlichen Sektor hat (siehe auch Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung, im Rahmen dessen die dänische Reform mit dem Fokus auf die Finanzierung dargestellt wird). Die Struktur wurde als zu kleinräumig angesehen und im Jahr 2007 reformiert: Die Anzahl der Gemeinden wurde von 271 auf 98 reduziert und die 13 Landkreise zu 5 Regionen verschmolzen (Olejaz et al. 2012). Auch die Steuererhebung wurde auf die nationale Ebene zentralisiert. Die Hauptverantwortung für die übergeordnete Krankenhausplanung liegt seitdem bei einer nationalen Behörde, der *Danish Health Authority*, die dem Gesundheitsministerium nachgeordnet ist. Die Regionen haben weiterhin Aufgaben in der Detailplanung von Krankenhäusern und bei der Vertragsgestaltung zwischen Kliniken und ambulanten Leistungserbringern. Die lokalen Gemeinden haben eng umschriebene Zuständigkeiten, z. B. bei der Prävention und der Rehabilitation.

**492.** In den zehn Jahren seit Beginn der Reformen wurde die Landschaft der Akutkrankenhäuser bereits erheblich zentralisiert, teilweise mit umfangreichen Neubauten (sogenannte Superkrankenhäuser). Im Ergebnis kommen in Dänemark im Mittel ca. 250 000 Einwohner auf ein Krankenhaus, in Deutschland sind es hingegen ca. 50 000 Einwohner je Krankenhaus (Leopoldina 2016).<sup>127</sup> Besonders hochspezialisierte Krankenhausleistungen werden in Dänemark an bestimmten Krankenhäusern konzentriert erbracht (Sundhedsstyrelsen 2015). Die Reformen sollen bis zum Jahr 2025 abgeschlossen sein. Die Hauptziele in dem Prozess sind die Erhöhung der Qualität durch größere Leistungsmengen je Klinik (OECD 2013), die Erhöhung der administrativen Effizienz durch Verschlanung der Strukturen und die erhebliche Stärkung des zentralstaatlichen regulatorischen Einflusses (Christiansen/Vrangbæk 2017). Hinsichtlich der resultierenden Kennzahlen sollen die Bettenzahlen und Verweildauern reduziert werden. Die Regierung verspricht sich von dem Programm einen hohen jährlichen Produktivitätszuwachs (2 %), der sich zwar tatsächlich bereits andeutet, sich aber langfristig noch erweisen muss (Christiansen/Vrangbæk 2017).

Die Zahl der Kliniken, die in Dänemark im Besitz der Regionen sind, hat sich inzwischen von 40 Kliniken an 82 Standorten auf 21 Kliniken an 68 Standorten reduziert (Christiansen/Vrangbæk 2017). Für diese Strukturbereinigung wurden erhebliche Finanzinvestitionen aus Steuermitteln eingesetzt (siehe Exkurs im Abschnitt 8.2.4). Ebenso wurden neue Patientenwege in der Notfallversorgung vorgegeben (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung), etwa mit Telefonleitstellen, deren Besetzung allerdings strittig ist, sodass sie in manchen Regionen von Pflegenden und in anderen Regionen von Allgemeinärzten besetzt sind. Ein wesentlicher Bestandteil der Reform ist die vollständige Digitalisierung der Patientenakten mit einer Informationsübertragungsmöglichkeit bereits aus dem Rettungswagen (Dänische Regionen 2016). Um die Bedeutung der erwarteten Qualitätsverbesserungen zu unterstreichen, wurde ein neues Programm mit stationären Qualitätsindikatoren aufgelegt. Für die Versorgung in Notaufnahmen im Krankenhaus wurden diese Qualitätsindikatoren durch einen Delphi-Prozess konsentiert (Madsen et al. 2016). Beispiele für ausgewählte Indikatoren sind die Sieben-Tage-Mortalität, kurzfristige Wiederaufnahmen (innerhalb von 72 Stunden), die Zeit von einem Schlaganfall bzw. Herzinfarkt bis zur medikamentösen bzw. interventionellen Behandlung, die Zeit von einem Trauma bis zur Bildgebung und die Zeit bis zur ärztlichen Ersteinschätzung.

**493.** Es handelt sich in Dänemark um eine in Europa in den letzten Jahren beispiellose Zentralisierung im stationären Sektor, deren langfristige Ergebnisse auch für andere europäische Länder von großem Interesse sein werden. Die politische Durchsetzbarkeit der Krankenhauskonzentration hängt eng mit der Veränderung der Verwaltungsstruktur zusammen (Christiansen/Vrangbæk 2017). Die Wege verlängern sich für die Einwohner, dies wird aber überwiegend für den erwarteten Zuwachs an Qualität akzeptiert, der auch medial in den Vordergrund gestellt wurde. Die Wartezeiten sind bisher stabil geblieben. Zudem wurden lokale Widerstände gegen die Schließung von Kliniken oftmals durch die Umwandlung in andere Gesundheitseinrichtungen abgemildert (Christiansen/Vrangbæk 2017).

---

<sup>127</sup> Diese Betrachtung der Krankenhauszahlen ist unabhängig von den Bettenzahlen je Einwohner.

### 9.3.3.3 Krankenhausplanung in der Schweiz

**494.** Die 26 Kantone in der Schweiz verantworten die Kapazitätsplanung auf regionaler Ebene (De Pietro et al. 2015). Zunächst im Kanton Zürich und später in zahlreichen anderen Kantonen wurde die Krankenhausplanung von einer Betten- auf eine Leistungsplanung umgestellt. Zu diesem Zweck wurden diagnosebezogene Leistungsgruppen definiert, die „medizinisch sinnvolle Einheiten bilden“ und modular aufgebaut sind (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2016). Im Folgenden wird exemplarisch die Züricher Planung dargestellt (siehe auch Abschnitt 8.2.4).

In einem ersten Schritt wurden die Leistungsgruppen von Fachärzten aus verschiedenen Krankenhäusern basierend auf den Klassifikationssystemen ICD-10 (Diagnosekodes)<sup>128</sup>, CHOP (Schweizerische Operationsklassifikation) und teilweise DRG (Fallgruppen) eigens entwickelt.<sup>129</sup> In einem zweiten Schritt wurde für jede Leistung entschieden, welche Anforderungen für ihre Erbringung gelten sollen. Dazu wurden die Komplexität von Diagnostik und Behandlung sowie die benötigten infrastrukturellen und personellen Kapazitäten beurteilt (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2016). Nach einer weiteren Überarbeitung existieren schließlich 145 Leistungsgruppen, wovon 20 das „Basispaket“ von Grundversorgungsleistungen der Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie bilden (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2016). Daneben gibt es ein „Basispaket Elektiv“ mit Leistungsgruppen aus verschiedenen Fächern. Hinzu kommen spezialisierte Leistungsgruppen, z. B. zwölf im Bereich des Bewegungsapparats (Tabelle 9-2). Jeder später entstehende Krankenhausfall kann dann einer Leistungsgruppe zugeteilt werden.

---

<sup>128</sup> International werden Diagnosen nach der zehnten Revision der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10) kodiert.

<sup>129</sup> Da es um die Zusammenfassung medizinisch gleich komplexer Leistungen ging, basieren die Züricher Leistungsgruppen weniger auf DRGs, die in ihrer Konstruktion auf gleich kostenintensive Leistungen ausgelegt sind, und mehr auf ICD und CHOP (Kanton Zürich Gesundheitsdirektion 2016).

Hauptbereich und Leistungsbereich	Leistungsgruppe	
	Kürzel	Bezeichnung
Bewegungsapparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat
	BEW2	Orthopädie
	BEW3	Handchirurgie
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
	BEW5	Arthroskopie des Knies
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie
	BEW9	Knochentumore
	BEW10	Plexuschirurgie
BEW11	Replantationen	

**Tabelle 9-2:** Leistungsgruppen im Bereich Bewegungsapparat in der Züricher Krankenhausplanung

Quelle: Kanton Zürich Gesundheitsdirektion (2016). Grafisch angepasst.

Für die Quantifizierung der zu vergebenen Leistungsaufträge wird in Zürich eine Bedarfsprognose durchgeführt. Sie basiert wiederum auf den DRG-, ICD- und CHOP-Daten der Krankenhaushäufigkeit. Zwar wurde das Jahr 2010 als Referenzjahr angelegt mit der Prämisse, dass in dem Jahr weder Unter- noch Überversorgung bestehe. Dennoch wendet sich die Bedarfsprognose bewusst von einer reinen Trendfortschreibung ab. Stattdessen berücksichtigt sie demografische, epidemiologische und ökonomische Einflussfaktoren über einen Horizont von zehn Jahren. Dazu gehören neben altersgruppenspezifischen Hospitalisierungsraten pro DRG die zukünftige medizinisch-technische und epidemiologische Entwicklung<sup>130</sup> sowie die abzusehende Substitution von stationären durch ambulante Leistungen. In einem nächsten Schritt werden vorherzusehende Veränderungen der Bevölkerung berücksichtigt<sup>131</sup>, dann werden die voraussichtlichen mittleren Liegedauern im Jahr 2020 und schließlich werden die voraussichtlichen Pflgetage im Jahr 2020 berechnet.

Die Leistungsaufträge werden schlussendlich selektiv und befristet auf zwei bis drei Jahre an einzelne Krankenhäuser vergeben. Hierzu müssen die Kliniken bestimmte Strukturkriterien nachweisen, außerdem müssen Mindestfallzahlen erfüllt werden. Für Leistungsgruppen mit

<sup>130</sup> Zur Begutachtung der medizinisch-technischen und der epidemiologischen Entwicklung wurde jeweils ein externes Gutachten vergeben. Das medizinisch-technische Gutachten geht beispielsweise von einer Zunahme von Katheterablationsbehandlungen bei Arrhythmien, von Herzklappenersätzen und von Revisionsendoprothesen aus. Das epidemiologische Gutachten geht von einer Zunahme von Geburten, kardiovaskulären Risikofaktoren, Sportunfällen und Krebspatienten bei einer gleichzeitigen Abnahme von Schenkelhalsfrakturen aus. Die Auswirkungen der epidemiologischen Entwicklungen werden aber insgesamt als eher gering eingeschätzt.

<sup>131</sup> Die demografische Entwicklung wird hierbei, anders als die Hospitalisationsraten, kleinräumig auf Gemeindeebene prognostiziert.

hohem Notfallbezug wurden vier Notfalllevels mit jeweils eigenen Strukturqualitätsvoraussetzungen definiert, z. B. bezüglich der Facharztqualifikationen der vorzuhaltenden Ärzte zu bestimmten Tages- und Nachtzeiten.

**495.** Im Rahmen von interkantonalen Vereinbarungen zur hochspezialisierten Medizin wurden bestimmte Leistungen definiert, die nicht mehr der kantonalen Planung unterliegen, sondern in übergeordneten Arbeitsgruppen geplant werden. Gerade auch zur interkantonalen Vergleichbarkeit von Leistungen haben mehr als zehn weitere der 26 Kantone das Züricher Prognosemodell und die Züricher Leistungsgruppen übernommen. Dieser Umstand ist besonders von Vorteil für solche Krankenhäuser, die Leistungsaufträge aus verschiedenen Kantonen erhalten. Auch interkantonale Patientenströme werden berücksichtigt.

## 9.4 Zusammenfassung

**496.** Bei einer Betrachtung der Angebotskapazitätsplanung in Europa kann zwischen der allgemeinen Vorausplanung des zukünftig verfügbaren Personals sowie der konkreten ambulanten und stationären Kapazitätsplanung unterschieden werden.

Zunächst ist festzustellen, dass eine größere Zahl europäischer Länder die Ausbildungs- und Studienplätze von Ärzten und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe steuert und einige Länder (z. B. Frankreich) auch die ärztlichen Weiterbildungsstellen steuern. Diese Personalplanung ist sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor von Bedeutung. Manche Länder wie die Niederlande verwenden daher von vorneherein einen sektorenübergreifenden Ansatz bei der Prognose ihres Fachkräftebedarfs.

**497.** Hinsichtlich der direkten ambulanten Kapazitätsplanung greifen viele Staaten zu finanziellen Anreizen, um die geografische Verteilung vor allem von Ärzten zu steuern. Der Nutzen solcher finanzieller Anreize konnte allerdings bisher kaum mit hochqualitativen Studien nachgewiesen werden. Untersuchungen der Präferenzen angehender Ärzte deuten darauf hin, dass nichtmonetäre Faktoren tendenziell ein erfolgversprechender Ansatz zur Steigerung der Attraktivität sonst unbeliebter, vor allem ländlicher Regionen sein könnten. Eine konkrete Umsetzung – gerade bei infrastrukturellen Ungleichheiten – ist aber eine große Herausforderung.

Betrachtet man diejenigen Länder, in denen Ärzte selbstständig niedergelassen tätig sind, so restringiert nur ein Teil von ihnen diese Niederlassung weitergebildeter Haus- und Fachärzte über ein einheitliches, differenziertes System. In manchen Ländern existiert volle Niederlassungsfreiheit. In Deutschland ist die Bedarfsplanung vergleichsweise methodisch sehr ausdifferenziert. In diesem Bereich lassen sich daher aus dem Blick auf europäische Länder nur eingeschränkt methodische Inspirationen für eine mögliche Weiterentwicklung der deutschen Planung niedergelassener Ärzte gewinnen. Es kann auch eine dezentrale Regulierung der geografischen Verteilung erfolgen, wenn wie in Dänemark wirtschaftlich selbstständige Ärzte mit eigener Praxis vorgegebene, detaillierte vertragliche Vereinbarungen mit öffentlichen Einrichtungen schließen müssen. Eine solche Steuerung auf Einzelarzzebene kann dann in den Auswirkungen auf den einzelnen Arzt sogar über die Planung in Deutschland hinausgehen.

**498.** Die stationäre Kapazitätsplanung wird in europäischen Ländern überwiegend von staatlichen Institutionen verschiedener Raumebene verantwortet. Sie erfolgt mehrheitlich regional. Wie auch bei der ambulanten Planung ist ein bewertender Ländervergleich schwer

möglich und durch zahlreiche Limitationen eingeschränkt. Beispielsweise haben alle anderen europäischen Staaten weniger Einwohner als Deutschland, sodass eine Planung auf nationaler Ebene weniger Umfang und Komplexität bedeutet. Teilweise werden unterschiedliche Zählweisen quantitativer Kennzahlen verwendet (siehe Kapitel 10 zum internationalen Vergleich der Inanspruchnahme). Beispielsweise werden die Stundenfälle bei den Krankenhausfällen oder die Psychatriebetten bei den Krankenhausbetten mitgezählt. Generell kann oft nur schwer beurteilt werden, ob ein Land bei der Beschränkung von Kapazitäten lediglich Überversorgung vermeidet oder ob z. B. Wartezeiten ein Hinweis auf Unterversorgung sind.

Einzelne Erkenntnisse und Inspirationen können aber trotz aller Limitationen genutzt werden. Die Länderbeispiele zeigen dies unter den Aspekten „Bund-Länder-Rahmenplan“ (Österreich), „Zentralisierung mit Einzelförderung“ (Dänemark) und „leistungsorientierte Planung“ (Schweiz). So erscheint Deutschland im europäischen Vergleich als eine Ausnahme mit seinem im Prinzip vollständigen Verzicht auf eine zentrale Koordinierung der regional verantworteten Krankenhausplanung. Denn der Entwicklungstrend in anderen Ländern zeigt insgesamt klar in Richtung einer stärkeren Zentralisierung. Bemerkenswert sind insbesondere die Zentralisierungstendenzen in nordeuropäischen Ländern, die darauf hindeuten, dass diese traditionell eher dezentral beplanten Länder Vorteile durch einen höheren Koordinierungsgrad sehen. Am weitesten geht dies in Dänemark, wo die Regierung zentral gesteuert mithilfe gezielter großer Investitionen eine neue, höher konzentrierte Krankenhausstruktur etabliert.<sup>132</sup> Italien, Frankreich und England sind (bevölkerungsreichere) Beispiele für unterschiedliche Verzahnungsformen der nationalen und regionalen Ebene mit einer überregionalen Koordination, die sich besonders auf die höher spezialisierte Versorgung und die Versorgung in Binnengrenzregionen bezieht. Dies erfolgt dort allerdings ohne eine so starke Einzelförderung und direkte Planungsintervention wie in Dänemark. Auch andere europäische Länder mit einer regionalen staatlichen Planung verzichten in aller Regel nicht auf einen nationalen Rahmenplan. In Österreich erfolgt eine solche Zusammenarbeit auf der Bundes- und Länderebene bei der Erstellung eines nationalen Strukturplans, der verbindlich für die regionale Detailplanung ist. Der Plan umfasst nicht nur hochspezialisierte Leistungen wie Organtransplantations- und Schwerbrandverletztenversorgung, sondern auch zentral definierte Erreichbarkeits- und Strukturqualitätsparameter für die allgemeine Versorgung, darunter fachspezifische Verhältniszahlen von Betten je 1 000 Einwohner.<sup>133</sup> Sektorenübergreifende Erreichbarkeitsparameter könnten möglicherweise auch in Deutschland verwendet werden. Hier gilt es wiederum zu berücksichtigen, dass die Einwohnerzahl Österreichs einem der großen deutschen Bundesländer entspricht,<sup>134</sup> sodass eine nationale Planung u. a. deswegen in Deutschland komplexer wäre als in Österreich. Ähnliches gilt für die Schweiz, die dennoch ein gutes Beispiel für eine dezentrale Planung mit überregionaler (hier: überkantonalen) Koordination ist.

Während die Österreicher in ihrer Krankenhausplanung bereits Fälle statt Betten planen, ist die Schweizer Planung, speziell die Züricher Planung, ein noch weiter gehendes Beispiel für einen Übergang zu einer leistungsorientierten Planung, bei der inhaltlich begründete Leistungsaufträge befristet an Krankenhäuser vergeben werden. Die Züricher Planungsverantwortlichen

---

<sup>132</sup> Es ist bereits erwogen worden, das Prinzip in abgewandelter Form auf Deutschland zu übertragen (Leopoldina 2016).

<sup>133</sup> Jeweils mit einem Korridor („Bettenmessziffer minimal“ und „Bettenmessziffer maximal“).

<sup>134</sup> Die Einwohnerzahl Österreichs liegt zwischen der von Baden-Württemberg (ca. 11 Millionen Einwohner) und der von Niedersachsen (ca. 8 Millionen Einwohner).

haben für die Prognose medizinisch-technischer und epidemiologischer Entwicklungen Gutachten in Auftrag gegeben, auch die Demografie wird berücksichtigt. Komplexe prospektive mathematische Modelle zur Allokation von stationären Kapazitäten, wie sie in der wissenschaftlichen Literatur teilweise diskutiert werden, kamen bisher allerdings praktisch nicht zum Einsatz (Geissler/Busse 2015).

**499.** Eine zentrale Herausforderung für die künftige Kapazitätsplanung ist die stärker sektorenübergreifende Planung. Manche Länder sind weiter fortgeschritten als Deutschland in dem Bemühen, den ambulanten und den stationären Sektor zumindest mit ähnlichen Parametern zu planen. Hinsichtlich einer Leistungsorientierung bei der Planung ist der Vorteil zu betonen, dass in diesem Rahmen interprofessionelle Aspekte mitberücksichtigt werden können, beispielsweise bei einer Planung, die Leistungsaufträge an Primärversorgungsteams vergibt. Allerdings fällt es weiterhin schwer, Vorbilder für eine wirklich konsequent sektorenübergreifende Planung zu finden. Im Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung werden einzelne der in diesem Kapitel dargestellten Erkenntnisse aus anderen Ländern aufgegriffen und bei Überlegungen zu einer möglichen sektorenübergreifenden Planung in Deutschland berücksichtigt.



## 9.5 Literatur

- Augurzky, B., Krolop, S., Hentschker, C., Pilny, A. und Schmidt, C. M. (2014): Krankenhaus Rating Report 2014. medhochzwei Verlag, Heidelberg.
- Augurzky, B., Beivers, A., Emde, A., Halbe, B., Pilny, A., Straub, N. und Wuckel, C. (2017): Stand und Weiterentwicklung der Investitionsförderung im Krankenhausbereich. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Endbericht. RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung, Essen.
- Bärnighausen, T. und Bloom, D. E. (2009): Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 9: 86.
- BMASGK (Österreichisches Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Hrsg.) (2018): ÖSG – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 6. April 2018 beschlossenen Anpassungen. Wien.
- Bourgueil, Y., Marek, A. und Mousquès, J. (2005): The participation of nurses in primary care in six European countries, Ontario and Quebec. *Issues in Health Economics Analysis* 95. Institute for Information in Health Economics, Paris. URL: <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES095.pdf> (abgerufen am 15.05.2018).
- Chevreur, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I. und Hernández-Quevedo, C. (2015): France: Health System Review. *Health Systems in Transition* 17(3): 1–218.
- Christiansen, T. und Vrangbæk, K. (2017): Hospital centralization and performance in Denmark – ten years on. COHERE discussion paper No. 7/2017. Odense, Dänemark.
- CNGE (Collège National des Enseignants Généralistes) (2012): La charte des maîtres de stage universitaires (MSU). URL: [www.cnge.fr/le\\_cnge/textes\\_de\\_reference\\_du\\_cnge/la\\_charte\\_des\\_maitres\\_de\\_stage\\_universitaires\\_msu/](http://www.cnge.fr/le_cnge/textes_de_reference_du_cnge/la_charte_des_maitres_de_stage_universitaires_msu/) (abgerufen am 15.05.2018).
- Cylus, J. und Irwin, R. (2010): The challenges of hospital payment systems. *Euro Observer* 12(3). URL: [eurodrugs.eu/publications/EuroObserver\\_Autumn2010.pdf](http://eurodrugs.eu/publications/EuroObserver_Autumn2010.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Cylus, J., Richardson, E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C. und Steel, D. (2015): United Kingdom: Health system review. *Health Systems in Transition* 17(5): 1–125.
- Dänische Regionen (2016): Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen, Sundheds- og Ældreministeriet (Danish Regions, National Board of Health, Ministry of Health and Elderly): Danske akutmodtagelser – status 2016 (Danish acute facilities – status 2016). Copenhagen. URL: [www.regioner.dk/media/3084/statusrapport-om-akutmodtagelserne.pdf](http://www.regioner.dk/media/3084/statusrapport-om-akutmodtagelserne.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F. und Quentin, W. (2015): Switzerland: Health System Review. *Health Systems in Transition* 17(4): 1–288.

- Dolea, C., Stormont, L. und Braichet, J.-M. (2010): Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 88: 379–385.
- Dussault, G., Buchan, J., Sermeus, W. und Padaiga, Z. (2010): Analyse des zukünftigen Personalbedarfs im Gesundheitswesen. WHO. URL: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/124554/e94295G.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124554/e94295G.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Ensor, T., Kruger, J. und Lievens, T. (2009): Note on international experience of financing hospitals. *Oxford Policy Management*. URL: [www.opml.co.uk/sites/default/files/Note%20on%20international%20experience%20of%20financing%20hospitals%20090909\\_0.pdf](http://www.opml.co.uk/sites/default/files/Note%20on%20international%20experience%20of%20financing%20hospitals%20090909_0.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Ettelt, S., Nolte, E., Thomson, S. und Mays, N. (2006): Health care capacity planning – a review of international experience. *London School of Hygiene & Tropical Medicine, London*. URL: <http://www.international-comparisons.org.uk/summary-planning.pdf> (abgerufen am 15.05.2018)
- Ettelt S., Nolte, E., Thomson S. und Mays, N. (2008): Capacity planning in health care. A review of the international experience. *World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies*. Kopenhagen.
- Eurostat (2017a): Urban-rural typology. URL: [ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Urban-rural\\_typology](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Urban-rural_typology) (abgerufen am 15.05.2018).
- Eurostat (2017b): Bevölkerungsdichte. URL: [ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00003&plugin=1](http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=de&pcode=tps00003&plugin=1) (abgerufen am 15.05.2018).
- Ewbank, L., Thompson, J. und McKenna, H. (2017): URL: [www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers](http://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers) (abgerufen am 15.12.2017).
- Fazekas, M., Ettelt, S., Newbould, J. und Nolte, E. (2010): Framework for assessing, improving and enhancing healthcare planning. Final report. *RAND Europe, Cambridge*.
- Ferré, F., de Belvis, A. G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W. und Maresso, A. (2014): Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition* 16(4): 1–168.
- Figueras, J. (1993): Effective health care planning – the role of financial allocation mechanisms. *University of London, London*.
- Finkenstädt, V. (2015): Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz. *WIP-Diskussionspapier 4/2015*. URL: [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Ambulante\\_aerztliche\\_Versorgung\\_Deutschland\\_Niederlande\\_Schweiz.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/DATEN/Veroeffentlichungen/Ambulante_aerztliche_Versorgung_Deutschland_Niederlande_Schweiz.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Forde, I., Nader, C., Socha-Dietrich, K., Oderkirk, J. und Colombo, F. (2016): Primary Care Review of Denmark. *OECD, Paris*. URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Primary-Care-Review-of-Denmark-OECD-report-December-2016.pdf> (abgerufen am 15.05.2018).

- García-Armesto, S., Begoña Abadía-Taira, M., Duán, A., Hernández-Quevedo, C. und Bernal-Delgado, E. (2010): Spain: Health system review. *Health Systems in Transition* 12(4): 1–295.
- Geissler, A. und Busse, R. (2015): Stationäre Angebotskapazitäten im internationalen Vergleich. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2015*. Schattauer, Berlin.
- Gerlinger, T. und Küpper, B. (2015): Bedarfsplanung und Planungsrichtwerte in der ambulanten Versorgung – eine Analyse von Regelungen in ausgewählten Gesundheitssystemen. Universität Bielefeld, Bielefeld.
- Grobler, L., Marais, B. J., Mabunda, S. A., Marindi, P. N., Reuter, H. und Volmink, J. (2009): Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev* Cd005314.
- Günther, O. H., Kürstein, B., Riedel-Heller, S. G. und König, H.-H. (2010): The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment: A stated preference study of young physicians in Germany. *Health Serv Res* 45(1): 212–229.
- Hagen, T. P. und Kaarbøe, O. M. (2006): The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy* 76(3): 320–333.
- Häkkinen, U. (2010): Financing of hospital care in Finland. *Euro Observer* 12(3): 10–12.
- Health Systems in Transition (2018): Buchreihe des European Observatory on Health Systems and Policies. URL: [www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits](http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits) (abgerufen am 15.05.2018).
- Herr, D. und Götz, K. (2014): Wie wollen Mediziner heute arbeiten? Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld. *GGW* 14(3): 7–15.
- Holte, J. H., Kjaer, T., Abelsen, B. und Olsen J. A. (2015): The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. *Soc Sci Med* 128: 1–9.
- Höppner, K. und Maarse, J. A. M. (2003): Planung und Sicherung der hausärztlichen Versorgung in den Niederlanden. *GGW* 3: 21–31.
- Kanton Zürich Gesundheitsdirektion (2016): Gesundheitsversorgung 2016. Akutsomatik Rehabilitation Psychiatrie. Gesundheitsversorgungsbericht. Kanton Zürich, Zürich.
- Klenk, T. und Reiter, R. (2013): Public Services, privately provided? The case of hospital infrastructure policy in Germany and France, Panel “The new Policies of Privatization”, 1st International Conference on Public Policy (ICPP), Grenoble.
- Kokko, S. (2009): Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *Int J Integr Care* 9: e86.
- Korpela, J., Elfvengren, K., Kaarna, T., Tepponen, M. und Tuominen, M. (2012): Collaboration process for integrated social and health care strategy implementation. *Int J Integr Care* 12: e42.

- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. und van Ginneken, E. (2016): Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 18(2): 1–239.
- Lai, T., Habicht, T., Kahur, K., Reinap, M., Kiivet, R. und van Ginneken, E. (2013): Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition* 15(6): 1–196.
- Lehto, J., Vrangbæk, K. und Winblad, U. (2015): The reactions to macro-economic crises in Nordic health system policies: Denmark, Finland and Sweden, 1980–2013. *Health Econ Policy Law* 10(1): 61–81.
- Leopoldina (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.) (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. Diskussion Nr. 7. Leopoldina, Halle (Saale). URL: [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/Leo\\_Diskussion\\_Medizin\\_und\\_Oekonomie\\_2016.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Lopes, M. A., Almeida, Á. S. und Almada-Lobo, B. (2015): Handling healthcare workforce planning with care: where do we stand? *Human Res Health* 13: 38.
- Madsen, M. M., Eiset, A. H., Mackenhauer, J., Odby, A., Christiansen, C. F., Kurland, L. und Kirkegaard, H. (2016): Selection of quality indicators for hospital-based emergency care in Denmark, informed by a modified-Delphi process. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 24: 11.
- Matsumoto, M., Inoue, K. und Kajii, E. (2008): A Contract-Based Training System for Rural Physicians: Follow-Up of Jichi Medical University Graduates (1978-2006). *J Rural Health* 24(4): 360–368.
- Miani, C., Hinrichs, S., Pitchforth, E., Bienkowska-Gibbs, T., Disbeschl, S., Roland, M. und Nolte, E. (2015): Best practice: Medizinische Aus- und Weiterbildung aus internationaler Perspektive. RAND Europe, Cambridge. URL: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research\\_reports/RR600/RR622z1/RAND\\_RR622z1.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR600/RR622z1/RAND_RR622z1.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- MISSOC (Gegenseitige Informationssysteme für soziale Sicherheit) (2017): Vergleichende Tabellen. Tabelle zur freien Krankenhauswahl. Kategorie II: Krankheit Sachleistungen, Punkt 2: Wahl des Krankenhauses und Zugang zum Krankenhaus. [www.missoc.org](http://www.missoc.org) (abgerufen am 15.05.2018).
- Mühlgassner, A. M. (2017): Österreichischer Strukturplan Gesundheit – Ziel verfehlt. *Österreichische Ärztezeitung*. URL: [www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2017/oeaez-11-10062017/oesterreichischer-strukturplan-gesundheit-oesg-oeaek.html](http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2017/oeaez-11-10062017/oesterreichischer-strukturplan-gesundheit-oesg-oeaek.html) (abgerufen am 15.05.2018).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2013): OECD Reviews of Health Care Quality: Denmark 2013. Rising standards. Paris. URL: [www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-denmark-2013\\_9789264191136-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-denmark-2013_9789264191136-en) (abgerufen am 15.05.2018).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2014): OECD Health Systems Characteristics Survey 2012. URL: [www.oecd.org/els/health-systems/characteristics-2012-results.htm](http://www.oecd.org/els/health-systems/characteristics-2012-results.htm) (abgerufen am 15.05.2018).

- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2015): Health at a glance. URL: [www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance\\_19991312](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312) (abgerufen am 15.05.2018).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2016): OECD Health Systems Characteristics Survey 2016. URL: [qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc](http://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc) (abgerufen am 15.05.2018).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017): Statistik „Health care resources, hospital beds“. URL: [stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183](http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30183) (abgerufen am 15.05.2018).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)/European Observatory on Health Systems and Policies (2017): Poland: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel. URL: [dx.doi.org/10.1787/9789264283510-en](http://dx.doi.org/10.1787/9789264283510-en) (abgerufen am 15.05.2018).
- Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A. und Hernández-Quevedo, C. (2012): Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition* 14(2): 1–192.
- Ono, T., Lafortune, G. und Schoenstein, M. (2013): Health Workforce Planning in OECD Countries: A Review of 26 Projection Models from 18 Countries. OECD Health Working Papers No. 62, OECD Publishing, Paris. URL: [dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwd-en](http://dx.doi.org/10.1787/5k44t787zcwd-en) (abgerufen am 15.05.2018).
- Ono, T., Schoenstein, M. und Buchan, J. (2014): Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses. OECD Health Working Papers, No. 69, OECD Publishing. URL: [dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en](http://dx.doi.org/10.1787/5jz5sq5ls1wl-en) (abgerufen am 15.05.2018).
- Or, Z. (2009): Activity based payment in France. *Euro Observer* 11(4). URL: [eurodrugs.projects.tu-berlin.de/publications/EuroObserver\\_Winter\\_2009.pdf](http://eurodrugs.projects.tu-berlin.de/publications/EuroObserver_Winter_2009.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Pedersen, K. M., Andersen, J. S. und Søndergaard, J. (2012): General Practice and Primary Health Care in Denmark. *J Am Board Fam Med* 25 Suppl. 1: 34–38.
- Polska Federacja Szpitali (2017): Health Care System in Poland 2017. URL: [www.pfsz.org/english/](http://www.pfsz.org/english/) (abgerufen am 15.05.2018).
- Preusker, U. (2012): Erfahrungen mit der Krankenhausplanung in Nordeuropa. *G+S* 4: 60–66.
- Rabinowitz, H. K., Diamond, J. J., Markham, F. W. und Wortman, J. R. (2008): Medical school programs to increase the rural physician supply: a systematic review and projected impact of widespread replication. *Acad Med* 83(3): 235–243.
- Raivio, R., Holmberg-Marttila, D. und Mattila, K. J. (2014): Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *Br J Gen Pract* 64(627): e657–e663.
- Rechel, B., Wright, S., Edwards, N., Dowdeswell, B. und McKee, M. (2009): Investing in hospitals of the future. WHO, Kopenhagen, Dänemark.
- Reinke, N. und Miliniewitsch, M. (2014): Modell Niederlande – ein Vorbild für die stationäre Versorgung in Nordrhein-Westfalen? *Das Krankenhaus* 106(3): 220–225.

- Ringard, Å., Sagan, A., Sperre Saunes, I. und Lindahl, A.K. (2013): Norway: Health system review. *Health Systems in Transition* 15(8): 1–162.
- Roick, C., Heider, D., Günther, O. H., Riedel-Heller, S. G. und König, H.-H. (2011): Prädiktoren für die Niederlassungsabsicht angehender Psychiater. Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland. *Psychiat Prax* 38: 397–404.
- Saltman, R., Vrangbaek, K., Lehto, J. und Winblad, U. (2012): Consolidating national authority in Nordic health systems. *Eurohealth* 18(3): 21–24.
- Schölkopf, M. und Pressel, H. (2017): Das Gesundheitswegen im internationalen Vergleich: Gesundheitssystemvergleich und europäische Gesundheitspolitik. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Schreyögg, J., Stargardt, T., Velasco-Garrido, M. und Busse, R. (2005): Defining the „Health Benefit Basket“ in nine European countries. *Eur J Health Econ* 6: 2–10.
- Schreyögg, J. (2017): Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2017*. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Simões, J., Augusto, G. F., Fronteira, I. und Hernández-Quevedo, C. (2017): Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition* 19(2): 1–184.
- Staiger, D. O., Marshall, S. M. und Goodman, D. C. (2016): Association between having a highly educated spouse and physician practice in rural underserved areas. *JAMA* 315(9): 939–941.
- Stordeur, S. und Léonard, C. (2010): Challenges in physician supply planning: the case of Belgium. *Human Resour Health* 8: 28.
- Sundhedsstyrelsen (2015): Specialised hospital services. Principles of national planning in Denmark. Kopenhagen, Dänemark. URL: [www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~/\\_media/3499BD6FE4894BF1B75A27CAD2A3AB29.ashx](http://www.sst.dk/da/planlaegning/specialeplanlaegning/~/_media/3499BD6FE4894BF1B75A27CAD2A3AB29.ashx) (abgerufen am 15.05.2018).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- van der Zee, J., Kroneman, M. W. (2007): Bismarck vs. Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. *BMC Health Serv Res* 7: 94.
- van Greuning, M. (2016): Health workforce planning in the Netherlands. NIVEL, Utrecht, Niederlande. URL: [https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Health\\_workforce\\_planning\\_Netherlands.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Health_workforce_planning_Netherlands.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- van Hassel, D. und Kenens, R. (2013): Cijfers uit de registratie van huisartsen: peiling 2012. NIVEL, Utrecht, Niederlande. URL: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Cijfers-uit-de-registratie-van-huisartsen-peiling-jan-2012.pdf> (abgerufen am 15.05.2018).

- von Stillfried, D. (2012): Fünf Fragen zur Zahl der Arztkontakte an Dominik von Stillfried. Ärzteblatt, URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/49601/Fuenf-Fragen-zur-Zahl-der-Arztkontakte-an-Dominik-von-Stillfried](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/49601/Fuenf-Fragen-zur-Zahl-der-Arztkontakte-an-Dominik-von-Stillfried) (abgerufen am 15.05.2018).
- Vrangbæk, K. (2015): The Danish Health Care System. In: Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R. und Sarnak, D. (Hrsg.): International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund, New York, USA. URL: [www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857\\_mossialos\\_intl\\_profiles\\_2015\\_v7.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Vuorenkoski, L., Mladovsky, P. und Mossialos, E. (2008): Finland: Health system review. Health Systems in Transition 10(4): 1–168.
- WHO (World Health Organization) (2016a): Outpatient contacts. URL: [gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa-indicators/hfa\\_543-6300-outpatient-contacts-per-person-per-year/](http://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa-indicators/hfa_543-6300-outpatient-contacts-per-person-per-year/) (abgerufen am 15.05.2018).
- WHO (World Health Organization) (2016b): European health for all database (HFA-DB): Total capital investment expenditure on medical facilities as % of total health expenditure. URL: [data.euro.who.int/hfadb/](http://data.euro.who.int/hfadb/) (abgerufen am 15.05.2018).
- Wilhelmsson, S. und Foldevi, M. (2003): Exploring views on Swedish district nurses' prescribing – a focus study in primary health care. J Clin Nurs 12: 643–650.
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) (2017): Zi-Praxis-Panel. Tabellenband 2015. URL: [www.zi-pp.de/xls/ZiPP\\_Jahresbericht\\_2015\\_Tabellensammlung.xlsm](http://www.zi-pp.de/xls/ZiPP_Jahresbericht_2015_Tabellensammlung.xlsm) (abgerufen am 15.05.2018).





---

## 10 Inanspruchnahme von ambulanten und stationären Leistungen im internationalen Vergleich

---

### 10.1 Einleitung

**500.** Dieses Kapitel umfasst einen Überblick über die zentralen Aspekte der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im internationalen Vergleich. Dafür wird überwiegend auf die Datenbank *Health Statistics* der *Organisation for Economic Co-Operation and Development* (OECD) zurückgegriffen. Die Daten werden großteils für die aktuellsten verfügbaren Jahre 2015 bzw. 2016 dargestellt, in wenigen Ausnahmen werden aber auch die Länderstatistiken für das letztverfügbare Jahr (sofern innerhalb der letzten fünf Jahre) verwendet. Trotz des erheblichen Aufwands, den die OECD bei der Datenaufbereitung betreibt, liegen nicht immer für alle Länder für den Beobachtungszeitpunkt Zahlen vor, weshalb die Anzahl der dargestellten Länder pro Abbildung variieren kann. Obwohl die OECD die weitere Vereinheitlichung der Statistiken stets anstrebt, werden die Daten in den einzelnen Ländern oftmals unterschiedlich erhoben und zusammengestellt. Auch direkte Befragungen von Ärzten und Patienten in verschiedenen Ländern können durch Unterschiede im Verständnis der Fragestellung verzerrt sein. Die damit einhergehenden spezifischen Limitationen werden für jeden der hier dargestellten Parameter separat diskutiert.

**501.** Der OECD<sup>135</sup> gehören inzwischen 35 Länder an, die eine heterogene Gruppe nicht nur hinsichtlich der Bevölkerungszahl und der Wirtschaftskraft, sondern auch hinsichtlich der Altersstruktur der Bevölkerung darstellen (siehe Tabelle 10-1). Hinsichtlich der Altersstruktur fällt auf, dass Deutschland mit 13,1 % den zweitniedrigsten Anteil der unter 15-Jährigen aufweist. Ähnlich gering ist dieser Anteil in Japan (13,0 %), Italien (13,7 %) und Korea (13,9 %). Der Anteil der über 65-Jährigen ist dagegen in Deutschland mit 21,1 % relativ hoch (siehe Kapitel 2 zum demografischen Wandel). Nur in Japan (26,0 %) und in Italien (22,4 %) ist der Anteil der über 65-Jährigen noch höher. Das Medianalter ist in Japan (46,3 Jahre), Italien (45,9 Jahre) und Deutschland (45,9 Jahre) im OECD-Vergleich entsprechend am höchsten. Allerdings weisen

---

<sup>135</sup> Die OECD wurde in den 1960er-Jahren von insgesamt 20 Staaten als gemeinsame Institution mit dem Ziel der wirtschaftlichen Integration und Entwicklung gegründet. Die inzwischen 35 Mitgliedsstaaten verteilen sich auf Nord- und Südamerika, Europa und Asien (OECD 2017b).

viele Länder mit hohem Pro-Kopf-Einkommen ein Medianalter von über 40 Jahren auf. Es gibt nur wenige Länder mit hohem Einkommen, die eine gravierend andere Bevölkerungsstruktur aufweisen als Deutschland, z. B. Irland und die Vereinigten Staaten.

**502.** In Bezug auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf adjustiert nach Kaufkraftparität (KKP)<sup>136</sup> liegt Deutschland mit 40 591 Euro über dem OECD-Durchschnitt von 35 145 Euro. Um ein möglichst breites Spektrum von Vergleichsländern einzubeziehen, aber gleichzeitig eine gewisse Relevanz für den deutschen Kontext zu gewährleisten, wurden bei den nachfolgenden Analysen Mexiko und Chile nicht berücksichtigt, da das BIP pro Kopf in diesen Ländern weniger als die Hälfte des deutschen Einkommens beträgt.

**503.** Unterschiede bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und bei den Kosten des Gesundheitssystems könnten z. T. auch durch unterschiedliche Altersstrukturen in den OECD-Ländern beeinflusst werden. Durch eine fehlende Altersstandardisierung in den OECD-Daten ist die Vergleichbarkeit der Länder somit erheblich eingeschränkt. Da eine direkte Altersstandardisierung das Vorhandensein der Informationen über die altersspezifischen Parameter für jedes zu vergleichende Land voraussetzt, ist eine solche Altersstandardisierung mit den verfügbaren Daten nicht möglich. Um die Altersstruktur in der Analyse dennoch zu berücksichtigen, werden einzelne Größen in Relation zum Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre dargestellt und diskutiert.

**504.** Im Folgenden werden zunächst die Höhe der Gesundheitsausgaben und ihre Finanzierung gegenübergestellt (siehe Abschnitt 10.2). Danach folgt die Darstellung der stationär und ambulant erbrachten Leistungen (siehe Abschnitt 10.3). Anschließend wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung verglichen (siehe Abschnitt 10.4). Schließlich werden die Qualität und die Effektivität der Gesundheitsversorgung betrachtet (siehe Abschnitt 10.5). Die hier präsentierten Abbildungen und Tabellen müssen aufgrund der Unterschiede in der Datenerfassung in den jeweiligen Ländern und in den Strukturen der Gesundheitssysteme sowie der teilweise unterschiedlichen Bezugsjahre und demografischen Verteilungen in den Ländern mit Vorsicht interpretiert werden. Unter Beachtung dieser Einschränkungen soll dieses Kapitel über die Unterschiede in den Gesundheitssystemen von Deutschland und anderen OECD-Ländern informieren, um den Status quo des deutschen Gesundheitssystems international einzuordnen.

---

<sup>136</sup> Bei einer Adjustierung nach KKP wird die Kaufkraft eines definierten Warenkorbs unter Berücksichtigung unterschiedlicher Wechselkurse und Preise in den zu vergleichenden Ländern zugrunde gelegt.

	Median- alter	Anteil 0–14 Jahre in %	Anteil 65+ Jahre in %	Bevölkerung in Millionen	BIP pro Kopf in Euro KKP
Japan	46,3	13,0	26,0	128,0	34 260
<b>Deutschland</b>	<b>45,9</b>	<b>13,1</b>	<b>21,1</b>	<b>81,7</b>	<b>40 591</b>
Italien	45,9	13,7	22,4	59,5	31 748
Portugal	43,9	14,1	20,7	10,4	24 934
Griechenland	43,3	14,5	19,9	11,2	21 870
Österreich	43,2	14,1	18,8	8,7	42 186
Spanien	43,2	14,9	18,9	46,4	29 598
Slowenien	43,0	14,7	18,0	2,1	26 579
Finnland	42,5	16,4	20,3	5,5	35 708
Lettland	42,5	15,1	19,3	2,0	20 684
Schweiz	42,2	14,8	18,0	8,3	53 809
Niederlande	42,1	16,8	17,9	16,9	42 063
Ungarn	41,7	14,4	17,5	9,8	22 339
Dänemark	41,6	16,8	19,0	5,7	41 298
Estland	41,6	16,1	18,8	1,3	24 365
Tschechien	41,4	15,1	18,0	10,6	28 268
Belgien	41,3	17,0	18,1	11,3	38 534
Frankreich	41,2	18,3	18,9	64,5	35 522
Schweden	40,9	17,3	19,6	9,8	40 819
Korea	40,8	13,9	13,0	50,6	30 145
Kanada	40,5	16,0	16,1	35,9	37 792
Vereinigtes Königreich	40,2	17,6	18,1	65,4	35 166
<b>[OECD-35]</b>	<b>40,0</b>	<b>17,3</b>	<b>16,7</b>	<b>36,5</b>	<b>35 145</b>
Polen	39,7	14,9	15,6	38,3	22 420
Luxemburg	39,3	16,4	14,0	0,6	87 499
Norwegen	39,2	18,0	16,3	5,2	52 319
Slowakei	39,2	15,3	14,1	5,4	24 999
Vereinigte Staaten	37,6	19,2	14,6	319,9	48 100
Australien	37,4	18,8	15,0	23,8	40 147
Neuseeland	37,3	20,0	14,6	4,6	31 654
Irland	36,9	21,7	13,2	4,7	58 260
Island	36,0	20,3	13,7	0,3	40 029
Chile	33,7	20,8	10,4	17,8	19 233
Israel	30,2	27,9	11,2	8,1	31 670
Türkei	29,9	25,6	7,8	78,3	21 099
Mexiko	27,5	27,5	6,5	125,9	14 370

**Tabelle 10-1:** Übersicht über die Bevölkerungsstruktur und die Wirtschaftskraft in OECD-Ländern im Jahr 2015

BIP = Bruttoinlandsprodukt; KKP = Kaufkraftparität.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

## 10.2 Gesundheitsausgaben

### 10.2.1 Preisniveauindizes

**505.** Um volkswirtschaftliche Größen international vergleichbar zu machen, ist eine Umrechnung mit aktuellen Wechselkursen nicht ausreichend, da die Kaufkraft (KK) stark unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Allerdings ist das typische Konzept der gesamtwirtschaftlichen KKP für das Gesundheitssystem nur bedingt geeignet, da der zugrunde liegende Warenkorb Gesundheitsleistungen nicht detailliert genug abbildet (Schreyögg et al. 2008). Deshalb sollten gesundheitsspezifische KKP angewendet werden, um Gesundheitspreise international zu vergleichen. Dabei wird zwischen den inputorientierten Verfahren, die sich überwiegend nach den Preisen der Produktionsfaktoren im Gesundheitswesen richten, und den outputorientierten Verfahren, die auf Preisen für Gesundheitsleistungen basieren, unterschieden (Lorenzoni/Koechlin 2017). Die OECD und Eurostat<sup>137</sup> berechnen mittels eines outputorientierten Verfahrens KKP für das Gesundheitswesen und den Krankenhausmarkt (Koechlin et al. 2017). Die Marktpreise für Gesundheitsleistungen sind aufgrund der Preiskontrolle bzw. -regulierung im Gesundheitswesen relativ schwer zu bestimmen und werden durch die OECD und Eurostat mithilfe administrativer Daten und repräsentativer Befragungen aufwendig erhoben (Koechlin et al. 2017).

**506.** Abbildung 10-1 stellt die Preisniveauindizes im Gesundheitswesen allgemein und speziell in Krankenhäusern im Jahr 2014 im internationalen Vergleich normiert auf Basis von 33 OECD-Mitgliedsländern<sup>138</sup> dar. Preisniveauindizes werden aus dem Quotienten aus KKP und Wechselkursen berechnet. So lag im Jahr 2014 der Preis für einen Warenkorb bestimmter Gesundheitsleistungen mit identischem Nutzen in Deutschland 9 % unter dem OECD-33-Preisindex. Am teuersten waren Gesundheitsleistungen in Norwegen, in der Schweiz und in Schweden, am preisgünstigsten in der Tschechien, in Polen und in Ungarn. Der Warenkorb mit identischen Krankenhausleistungen kostete in Deutschland 8 % weniger als im OECD-Durchschnitt. Die gleichen Krankenhausleistungen kosteten in der Schweiz, in Luxemburg und in Norwegen ungefähr doppelt so viel wie in Deutschland. Am wenigsten kosteten Krankenhausleistungen dagegen in Ungarn, Lettland und Polen. Zusammengefasst sind Gesundheitsleistungen in Deutschland daher eher kostengünstig zu erhalten.

---

<sup>137</sup> Eurostat ist das statistische Amt der Europäischen Union (EU) mit dem Auftrag, Statistiken auf europäischer Ebene bereitzustellen, die Vergleiche zwischen Ländern und Regionen ermöglichen.

<sup>138</sup> Ohne Mexiko und Chile.

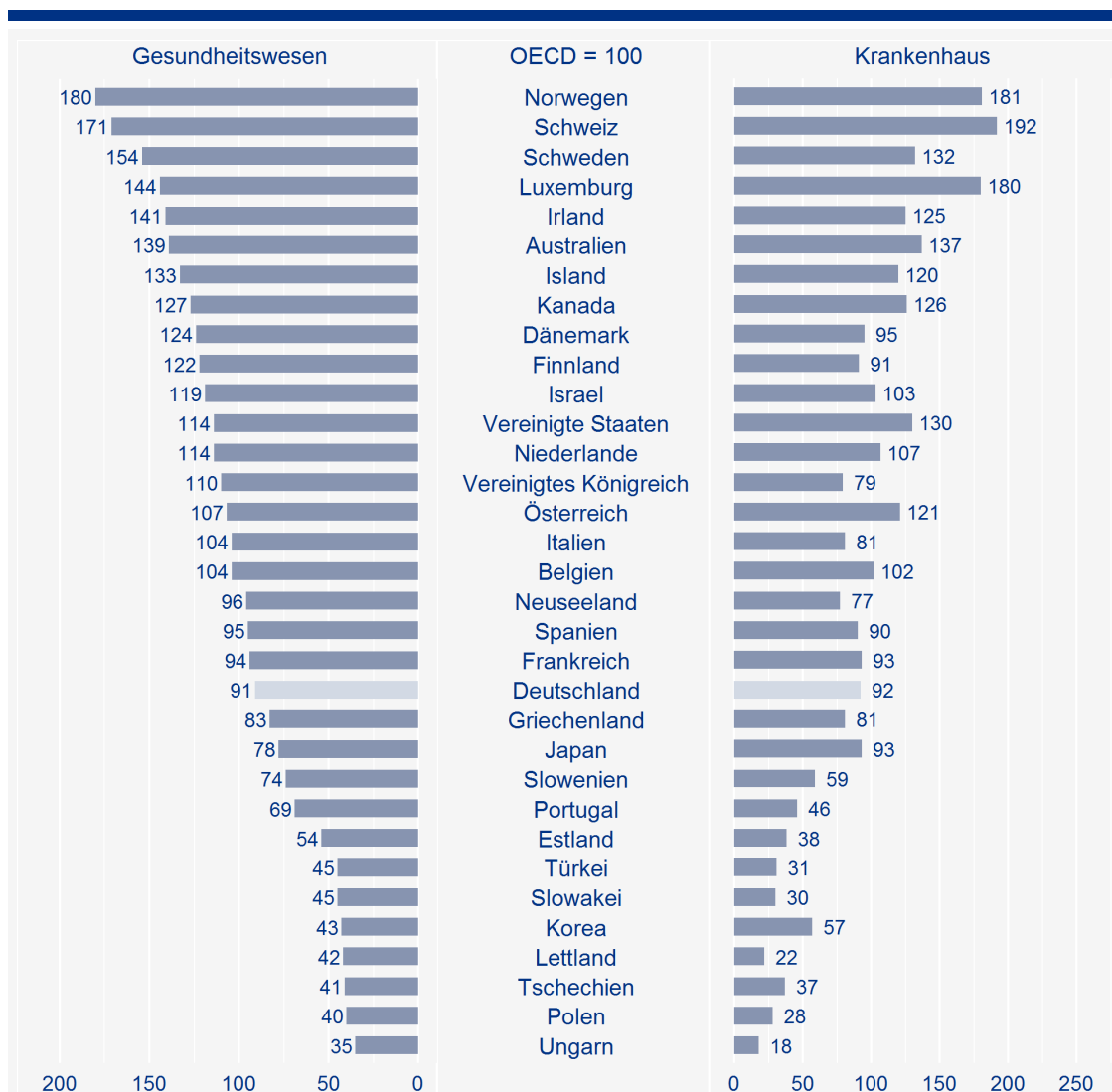


Abbildung 10-1: Preisniveauidizes\* im Gesundheitswesen und im Krankenhaus im Jahr 2014

\* Quotienten aus Kaufkraftparitäten (KKPs) und Wechselkursen.

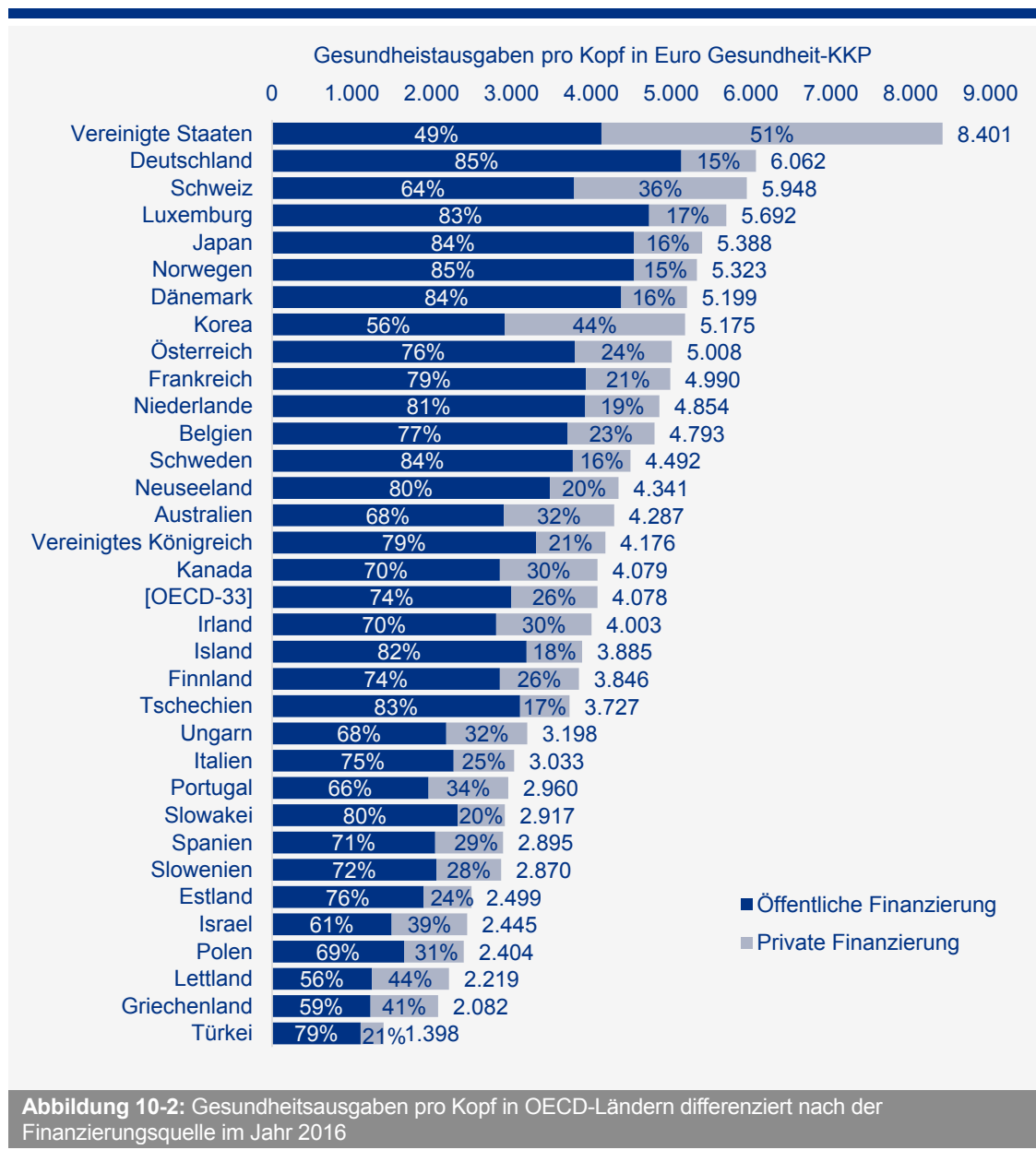
Alle Angaben in Prozent, OECD = 100 %.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

### 10.2.2 Gesundheitsausgaben pro Kopf

507. In Abbildung 10-2 werden die Gesundheitsausgaben im Jahr 2016 in Relation zur Bevölkerungszahl und mit Anwendung der KKPs für das Gesundheitswesen dargestellt. Der Vergleich macht deutlich, dass sich die OECD-Länder in der Höhe ihrer Ausgaben stark unterscheiden. Die höchsten Gesundheitsausgaben wiesen die Vereinigten Staaten mit knapp 8 401 Euro pro Kopf auf. Deutschland belegte mit großem Abstand Platz zwei innerhalb der OECD-Vergleichsgruppe. Hierzulande wurden 6 062 Euro pro Kopf für die Gesundheitsversorgung ausgegeben. Die Gesundheitsausgaben pro Kopf in der Schweiz liegen auf einem ähnlichen Niveau

wie in Deutschland. Obwohl aufgrund der bereits erwähnten Datenqualität eine direkte Altersstandardisierung nicht möglich ist, kann man davon ausgehen, dass die Gesundheitsausgaben pro Kopf in Deutschland unter Berücksichtigung der älteren Bevölkerung hierzulande geringer als in der Schweiz ausfallen würden. Zugleich sind die Gesundheitsausgaben in Deutschland im OECD-Vergleich auch unter qualitativer Berücksichtigung der Altersstruktur relativ hoch, was für eine andere Preis-Mengen-Kombination in Deutschland spricht. Hohe Gesamtausgaben trotz vergleichsweise geringer Preisniveaus erklären sich durch höhere Behandlungszahlen. Dieser Aspekt wird in den nachfolgenden Abschnitten näher beleuchtet.



KKP = Kaufkraftparität.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

**508.** Die Differenzierung nach den Finanzierungsquellen weist auf Unterschiede in der Organisationsstruktur der Gesundheitssysteme hin. Eine öffentliche Finanzierung kann durch

Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge erfolgen, während eine private Finanzierung sich meistens aus Prämien für eine freiwillige, private Krankenversicherung und aus Zuzahlungen aus privater Hand zusammensetzt. Dabei dominiert in den meisten betrachteten Ländern die öffentliche Finanzierung der Gesundheitsversorgung. In Deutschland und in Norwegen wurde die Gesundheitsversorgung im Jahr 2016 zu 85 % aus öffentlichen Mitteln finanziert. Eine auffällig schwache Rolle spielt die öffentliche Finanzierung dagegen in den Vereinigten Staaten, wo weniger als die Hälfte der Gesundheitsausgaben aus öffentlichen Quellen finanziert wurde, aber auch in Korea, Lettland und Griechenland ist sie mit unter 60 % vergleichsweise gering.

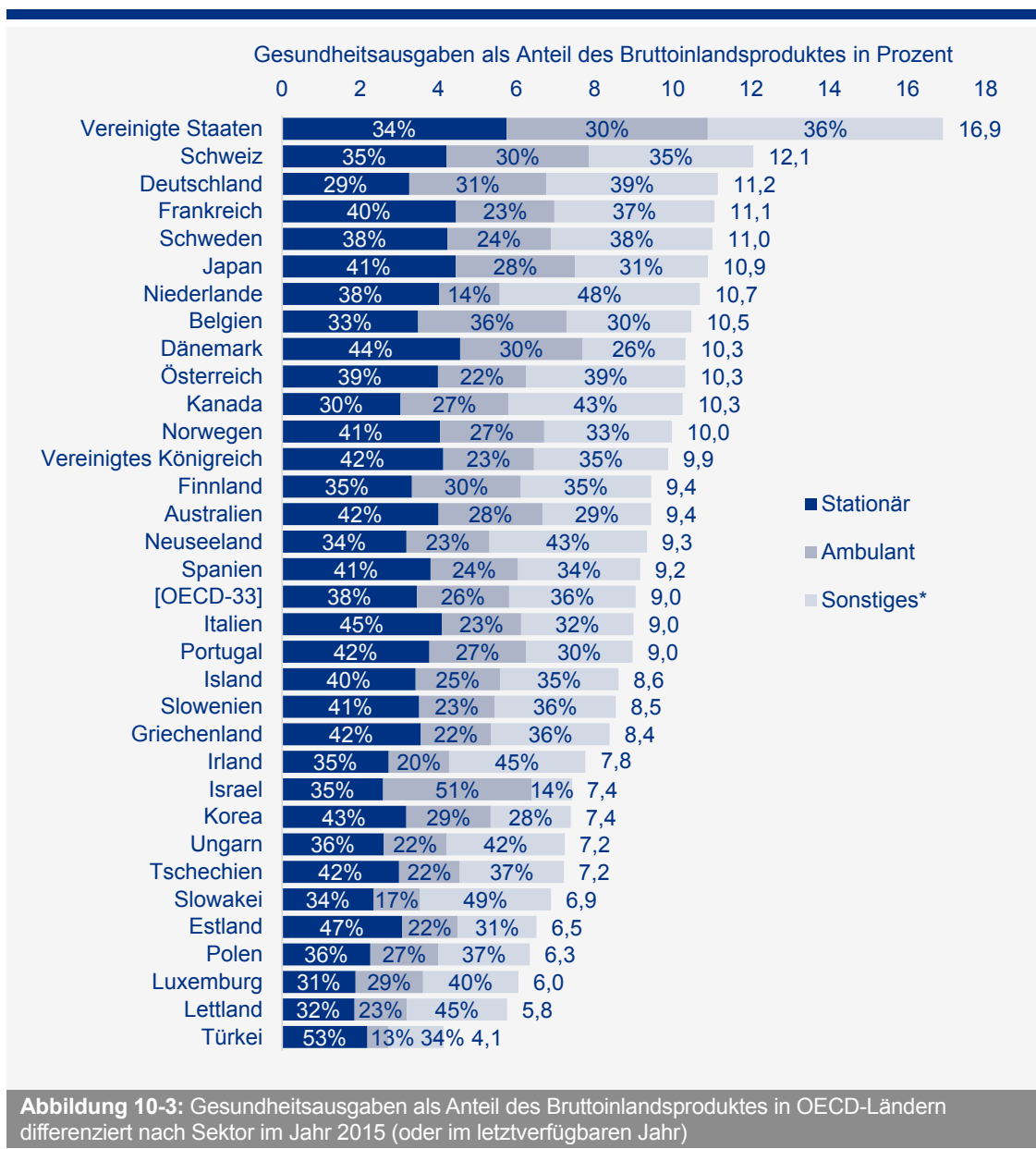
### 10.2.3 Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP und nach Sektor

**509.** Die gesamten Gesundheitsausgaben in Relation zum BIP waren im Jahr 2015 in den Vereinigten Staaten mit Abstand am höchsten (siehe Abbildung 10-3). Dort wurden 16,9 % des BIP für Gesundheit verausgabt. Deutschland wies einen Wert von 11,2 % auf und lag damit nach der Schweiz auf Platz drei aller OECD-Länder. In Frankreich und Schweden lag der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP auf einem ähnlichen Niveau wie in Deutschland. Allerdings hätte Deutschland im Falle einer direkten Altersstandardisierung durch die ältere Bevölkerung und die mit dem Alter steigenden Gesundheitsausgaben voraussichtlich geringere Gesundheitsausgaben als Frankreich und Schweden.

**510.** Differenziert nach Sektoren<sup>139</sup> waren die Ausgaben in Deutschland fast gleichmäßig zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor verteilt und betragen jeweils rund 30 % der Gesamtausgaben. Im internationalen Vergleich war damit der Anteil der Ausgaben im stationären Sektor vergleichsweise gering, während der Anteil der Ausgaben im ambulanten Sektor entsprechend hoch ausfiel. Im OECD-33-Durchschnitt lagen die Anteile der Ausgaben im stationären und im ambulanten Sektor bei 38 % bzw. 26 %. Dieser Unterschied ist primär auf die Tatsache zurückzuführen, dass Facharztbehandlungen in Deutschland einschließlich der entsprechenden Ausgaben für Arzneimittel im ambulanten Sektor stattfinden, während Fachärzte in anderen OECD-Ländern überwiegend an sogenannten *Outpatient Departments* im Krankenhaus angesiedelt sind.

**511.** Eine genauere Betrachtung der sonstigen Kosten weist auf weitere Unterschiede in den Kostenstrukturen verschiedener Gesundheitssysteme hin. In einem internationalen Vergleich von elf OECD-Staaten stellte sich heraus, dass im Jahr 2016 die administrativen Kosten für Planung, Regulation und Verwaltung des Gesundheitssystems in Deutschland mit 5 % nach den Vereinigten Staaten (8 % der Gesamtkosten) relativ hoch waren, während sie in anderen Ländern lediglich 1 % bis 3 % der Gesamtkosten betragen. Langzeitpflege trug in Schweden mit 26 % zu den Gesamtkosten bei, in Australien lediglich 2 %. Diesbezüglich betrug der Kostenanteil in Deutschland 16 %, was dem OECD-11-Mittelwert entsprach. Ausgaben für präventive Angebote betragen in Deutschland 3 % der Gesamtausgaben, was ebenfalls dem Mittelwert der elf betrachteten Staaten entsprach, mit dem höchsten Anteil (6 % der Gesamtausgaben) in Kanada (Papanicolas et al. 2018).

<sup>139</sup> Nach Definition der OECD zählen zu den Kosten des stationären Sektors die Kosten für Akutkrankenhäuser und psychiatrische Kliniken. Zu den Kosten des ambulanten Sektors zählen die Kosten für haus-, fach- und zahnärztliche Praxen, Medizinische Versorgungszentren und andere medizinische Angebote, die die Versorgung des Patienten zu Hause ermöglichen.



\* Sonstiges beinhaltet Langzeitpflege, Prävention, Nebendienstleistungen (z. B. Labordienstleistungen, Rettungsdienst), Einzelhandel (z. B. Apotheken) und administrative Dienstleistungen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

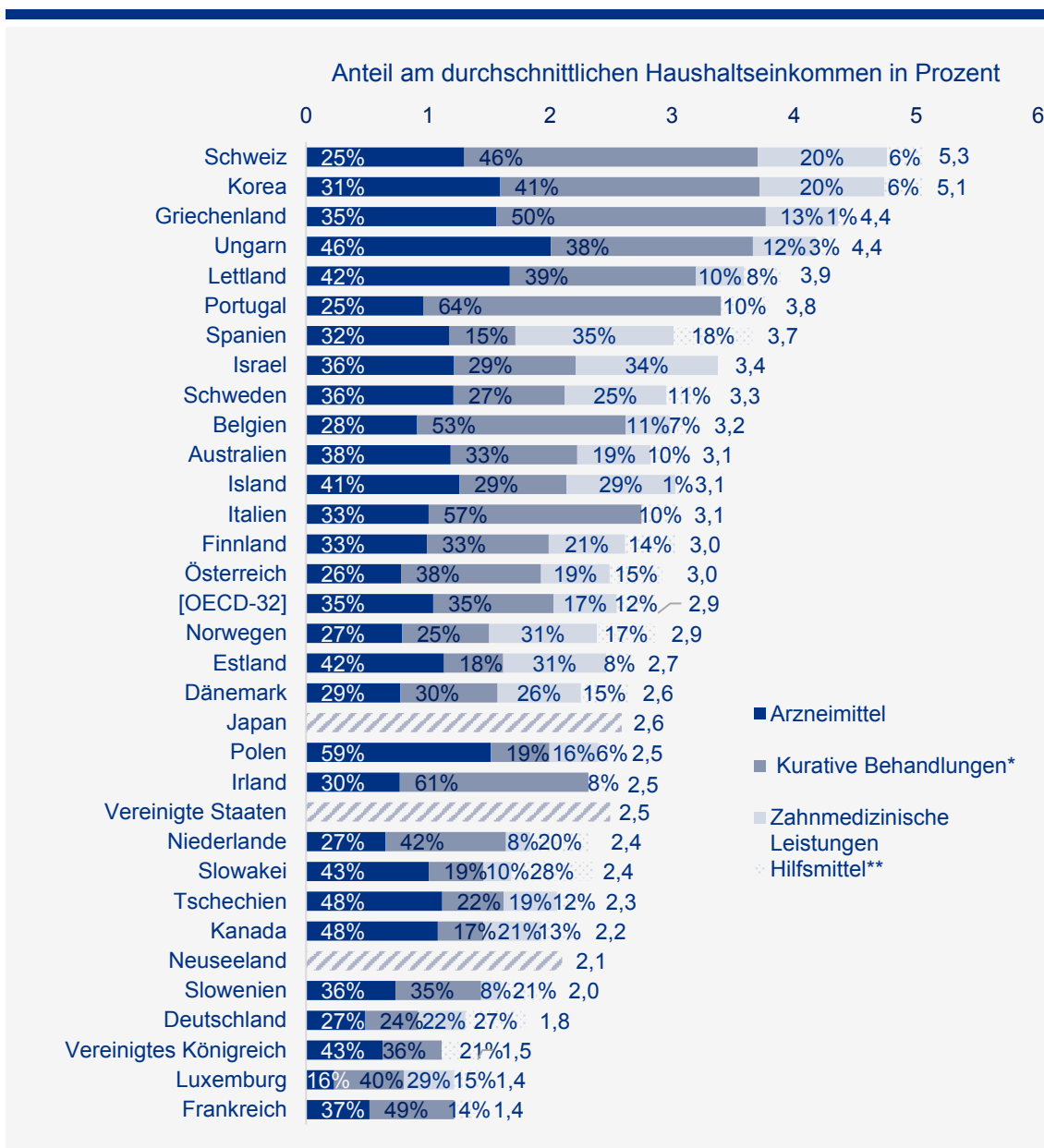
#### 10.2.4 Direktzahlungen privater Haushalte

**512.** Direktzahlungen privater Haushalte (*out-of-pocket payments*) sind Ausgaben für medizinische Leistungen, die nicht über eine Versicherung oder über staatliche Beiträge gedeckt sind, und beinhalten sowohl Zahlungen für Leistungen außerhalb des Leistungskataloges als auch absolute sowie proportionale Zuzahlungen zu den Kosten der medizinischen Versorgung. Direktzahlungen sind im internationalen Vergleich ein wichtiger Indikator für die Zugänglichkeit der medizinischen Versorgung, da sie auf finanzielle Hürden, vor allem für Patienten mit geringem Einkommen, hinweisen können (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege).



Die finanzielle Belastung der Haushalte durch gesundheitsbezogene Direktzahlungen variierte von 1,4 % des jeweiligen durchschnittlichen Haushaltseinkommens in Frankreich und Luxemburg bis hin zu 5,1 % in Korea und 5,3 % in der Schweiz (siehe Abbildung 10-4). Die hohe finanzielle Belastung der Haushalte in der Schweiz und in Korea durch Direktzahlungen muss auch vor dem Hintergrund der relativ hohen privaten Gesundheitsausgaben (siehe Abbildung 10-2) gesehen werden. In Deutschland lagen die Direktzahlungen je Haushalt für Gesundheit mit 1,8 % deutlich unter dem OECD-32-Durchschnitt von 3,0 %. Hierbei muss beachtet werden, dass die Unterschiede in der Höhe der Direktzahlungen durch die unterschiedliche Breite der jeweiligen Leistungskataloge der Nationalstaaten, durch den Anteil an Personen mit Zusatzversicherungen, welche die teilweise sehr hohen Zuzahlungen in einigen Ländern (beispielsweise Zuzahlungen für Arzneimittel in Frankreich) abdecken, sowie durch die Unterschiede in den Schätzmethode teilweise erklärt werden (Frey et al. 2011).

**513.** Hinsichtlich der Zusammensetzung der Direktzahlungen fällt in Deutschland vor allem der relativ hohe prozentuale Anteil an Ausgaben für Hilfsmittel, die zumeist nur über Festbeträge von der gesetzlichen Krankenversicherung mitgetragen werden, auf. Dieser Anteil liegt lediglich in der Slowakei mit 28 % noch höher. Der hohe Anteil an Direktzahlungen für Arzneimittel in Ländern wie Kanada und einigen osteuropäischen Staaten wie Polen und Ungarn legt nahe, dass dort neben Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel zusätzlich hohe Ausgaben für frei verkäufliche Arzneimittel getätigt werden (OECD 2017b). Trotz einer ähnlichen Situation in Deutschland liegt dieser Anteil hier bei lediglich 27 % und damit unter dem OECD-32-Durchschnitt von 35 %. Die Direktzahlungen für zahnmedizinische Leistungen stellen einen signifikanten Beitrag der gesamten Direktzahlungen in den meisten betrachteten Ländern dar, da zahnärztliche Leistungen oftmals nicht vollständig von der Krankenversicherung getragen werden. Der Anteil der Direktzahlungen für zahnmedizinische Leistungen lag in Deutschland bei 22 %. Zusammenfassend spricht das für im internationalen Vergleich relativ geringe finanzielle Hürden im Zugang zur medizinischen Versorgung, die im Rahmen des GKV-Leistungskataloges in Deutschland erbracht wird.



**Abbildung 10-4:** Anteil von gesundheitsbezogenen Direktzahlungen privater Haushalte am durchschnittlichen Haushaltseinkommen in OECD-Ländern und deren Zusammensetzung im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr), ohne Ausgaben für Langzeitpflege

\* Kurative Behandlungen beinhalten auch stationäre Aufnahmen, Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

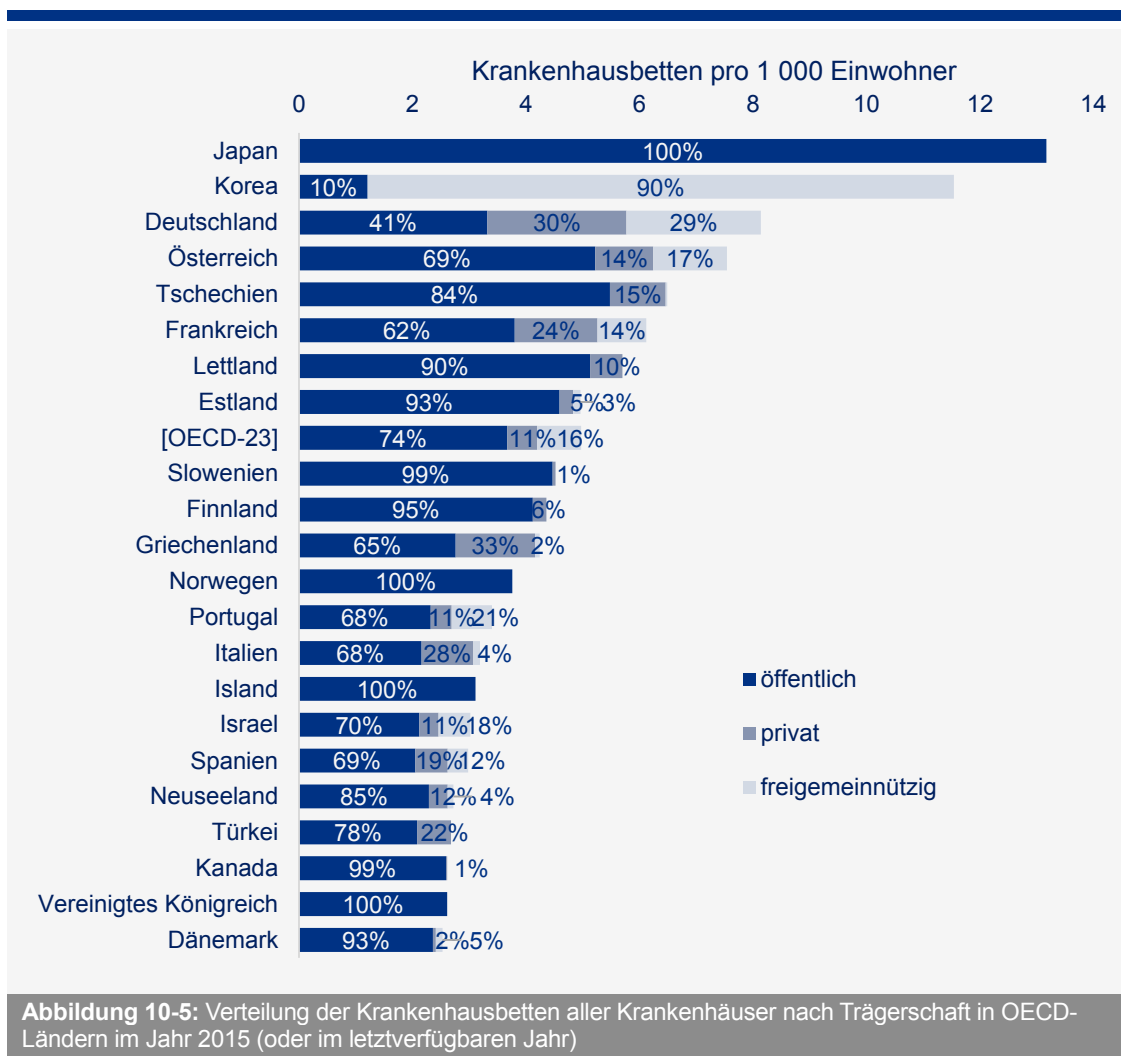
\*\* Hilfsmittel inklusive Kontaktlinsen, Hörgeräten, Rollstühlen etc. Der Prozentanteil für Hilfsmittel ist nicht angezeigt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

## 10.3 Leistungen des Gesundheitssystems

### 10.3.1 Anzahl der Krankenhausbetten und Verteilung nach Trägerschaft

**514.** Für den internationalen Vergleich der Krankenhausversorgung wurden zunächst Daten zur Bettendichte im Jahr 2015 einbezogen, die für 23 OECD-Länder vorlagen (siehe Abbildung 10-5). Die geringste Anzahl verzeichnete Dänemark mit 2,4 Betten pro 1 000 Einwohner. Deutschland hingegen hatte nach Japan (13,2 Betten) und Korea (11,5) die höchste Bettendichte mit 8,1 Betten pro 1 000 Einwohner. In Japan und Korea kann die hohe Bettendichte durch „soziale Aufnahmen“ erklärt werden, da ein Großteil der Krankenhausbetten für die Langzeitpflege von älteren Patienten ausgelegt sind (OECD 2017b). Der OECD-23-Durchschnitt lag im Vergleich bei 5,0 Betten pro 1 000 Einwohner. Im internationalen Vergleich fällt zudem auf, dass die Trägerschaft der Krankenhäuser nach Bettenzahl in Deutschland annähernd gleich verteilt war auf private (30 %), freigemeinnützige (29 %) und öffentliche Kliniken (40 %). Im OECD-Durchschnitt waren die meisten Klinikbetten (74 %) hingegen öffentlich, in einigen Ländern sogar zu 100 %.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

### 10.3.2 Krankenhausbehandlungen und durchschnittliche Verweildauer

**515.** Um die Einschränkungen der Vergleichbarkeit durch die unterschiedliche Organisation der Gesundheitsversorgung in den betrachteten Ländern zu reduzieren, beziehen sich die nachfolgenden Zahlen ausschließlich auf die Akutversorgung im stationären Sektor. Abbildung 10-6 stellt Behandlungszahlen in Akutkrankenhäusern<sup>140</sup> und die durchschnittliche Verweildauer im Jahr 2015 vergleichend dar. In den Krankenhausfällen je 1 000 Einwohner zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den OECD-Ländern. Österreich wies im Jahr 2015 mit 238 Fällen je 1 000 Einwohner den höchsten Stand auf, knapp gefolgt von Deutschland mit 235 Fällen je 1 000 Einwohner, was im Einklang mit der hohen Bettendichte in diesen Ländern steht. Damit lag Deutschland weit über dem OECD-Durchschnitt von 151 Behandlungsfällen je 1 000 Einwohner. Wie bereits in Abbildung 10-2 dargestellt, hat

<sup>140</sup> Ohne psychiatrische Kliniken, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen.

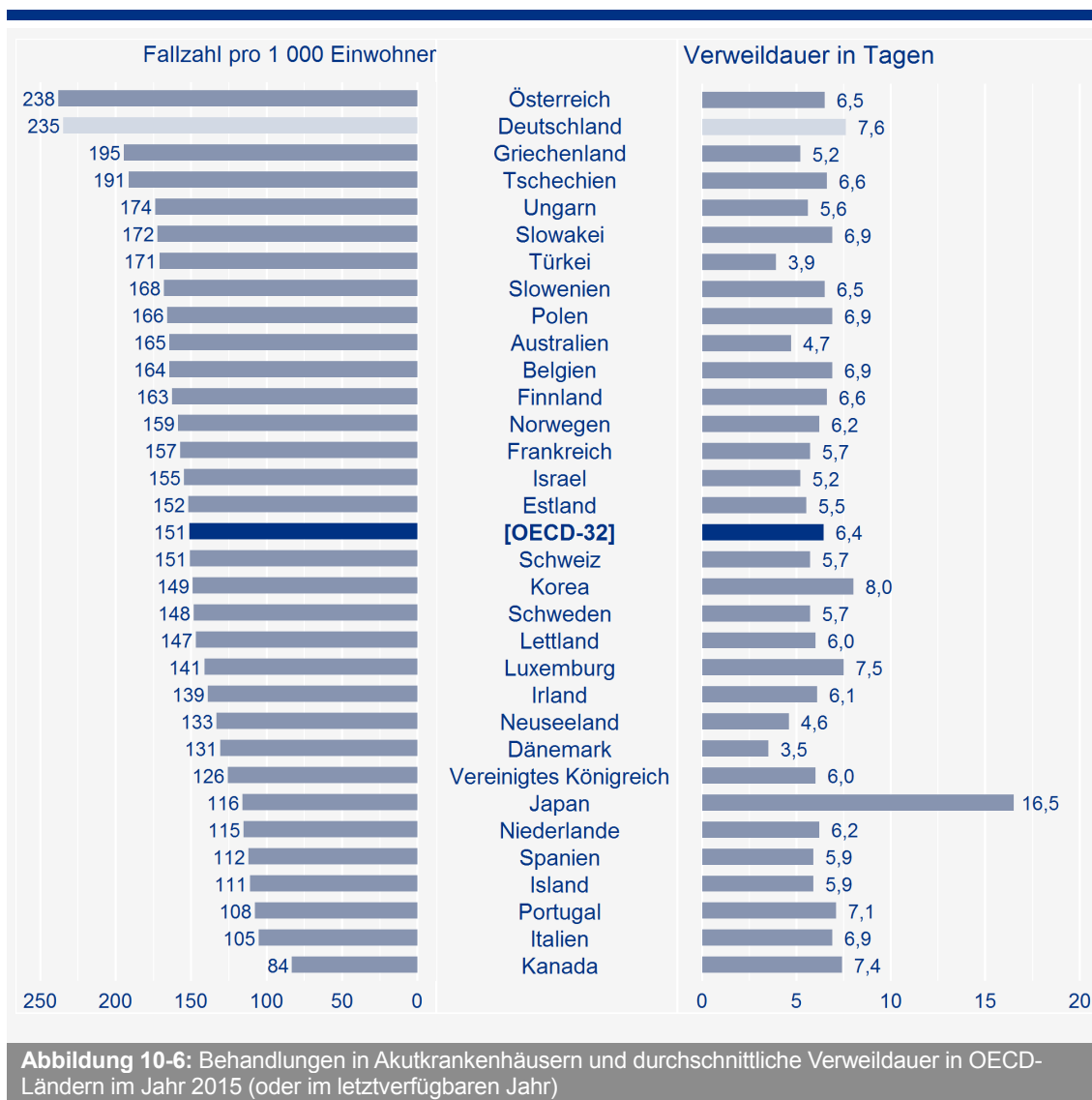
Deutschland vergleichsweise geringe Preise pro Krankenhausfall, was einerseits ein Hinweis darauf sein könnte, dass Krankenhäuser mehr Fälle behandeln müssen, um kostendeckend zu arbeiten. Andererseits können angesichts überdurchschnittlich hoher Fallzahlen die geringen Preise auch durch eher leichtere Krankenhaufälle, deren Behandlung auch ambulant möglich gewesen wäre, erklärt werden (siehe Absatz 10.2.1).

**516.** Außerdem waren die deutschen Krankenhäuser durch eine vergleichsweise hohe durchschnittliche Verweildauer gekennzeichnet. Zwar lag Deutschland deutlich unterhalb des Spitzenreiters Japan (16,5 Tage), dennoch betrug hierzulande die durchschnittliche Verweildauer 7,6 Tage und wies damit nach Korea (8,0 Tage) den dritthöchsten Wert innerhalb der OECD-Länder auf. Dabei muss beachtet werden, dass sowohl in Korea als auch in Japan soziale Aufnahmen (*social admissions*) die durchschnittliche Verweildauer bei kurativen Behandlungen nach oben verzerren könnten. Bei den sozialen Aufnahmen werden fragile alte Menschen in Krankenhäusern untergebracht, wenn ihre Angehörigen nicht in der Lage sind, sie zu pflegen (Rhee et al. 2015).

**517.** Bei Betrachtung der Verweildauer bei bestimmten Indikationen bestätigt sich die überdurchschnittliche Verweildauer in Deutschland im internationalen Vergleich. So ist beispielsweise die stationäre Verweildauer nach einem Herzinfarkt bei Betrachtung von 22 OECD-Ländern in Deutschland mit 10,2 Tagen am höchsten, während die Verweildauer in Dänemark (4,0 Tage) und Schweden (4,3 Tage) am kürzesten ausfällt. Ein Krankenhausaufenthalt aufgrund von Diabetes mellitus führt in Deutschland zu einer durchschnittlichen Verweildauer von 11,3 Tagen, die bei einem Vergleich von 24 OECD-Ländern lediglich in Korea (23,6 Tage), Tschechien (12,7 Tage) und Österreich (12,6 Tage) übertroffen wird. Auch für Diabetes zeichnen sich Dänemark (5,8 Tage) und Schweden (6,2 Tage) durch die kürzesten Verweildauern aus. Bei Betrachtung der Diagnosen M00 bis M99 aus dem ICD-Kapitel<sup>141</sup> „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ rangiert Deutschland nach Ungarn (12,5 Tage) mit 10,7 Tagen auf dem zweiten Platz, die geringste Verweildauer ist wieder in Dänemark (3,6 Tage) und Schweden (4,4 Tage) zu verzeichnen. Als Beispiel für orthopädische Indikationen kann die Verweildauer aufgrund einer Arthrose in Knie und Hüfte herangezogen werden. Krankenhausaufenthalte aufgrund einer Kniearthrose sind in Deutschland mit 13,9 Tagen nach Korea (17,4 Tage), Ungarn (15,8 Tage) und Österreich (14,4 Tage) am längsten. Eine Hüftarthrose führte in Deutschland nach Ungarn (17,1 Tage), Tschechien und Korea (jeweils 15,9 Tage) und Österreich (14,8 Tage) zu einer Verweildauer von 14,4 Tagen. In beiden Indikationen war die geringste durchschnittliche Verweildauer in Dänemark (Kniearthrose: 2,6 Tage; Hüftarthrose: 2,5 Tage) und Schweden (Kniearthrose: 3,3 Tage; Hüftarthrose: 3,5 Tage) zu beobachten.

---

<sup>141</sup> International werden Diagnosen nach der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) kodiert.



\* Absteigend sortiert nach der Fallzahl pro 1 000 Einwohner.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

**518.** Bei Betrachtung der Entwicklung der Fallzahlen in den letzten zehn Jahren in Abbildung 10-7 fällt auf, dass die Fallzahlen in Deutschland auf einem bereits hohen Niveau weiter anstiegen. In anderen europäischen Staaten mit einer ähnlichen Wirtschaftskraft blieben sie entweder stabil oder fielen. Dass diese Entwicklung wenig mit der demografischen Entwicklung zusammenhängt, zeigt der Vergleich zwischen Deutschland und Italien. Deutschland und Italien haben eine sehr ähnliche Altersstruktur. Während in Italien die Fallzahlen seit Jahren sinken, steigen sie in Deutschland im gleichen Zeitraum. Mögliche Gründe für diesen Anstieg in Deutschland können eine mangelnde Nutzung von Ambulantisierungspotenzialen sein sowie ein Vergütungssystem mit ausgeprägten Mengenanreizen (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung).

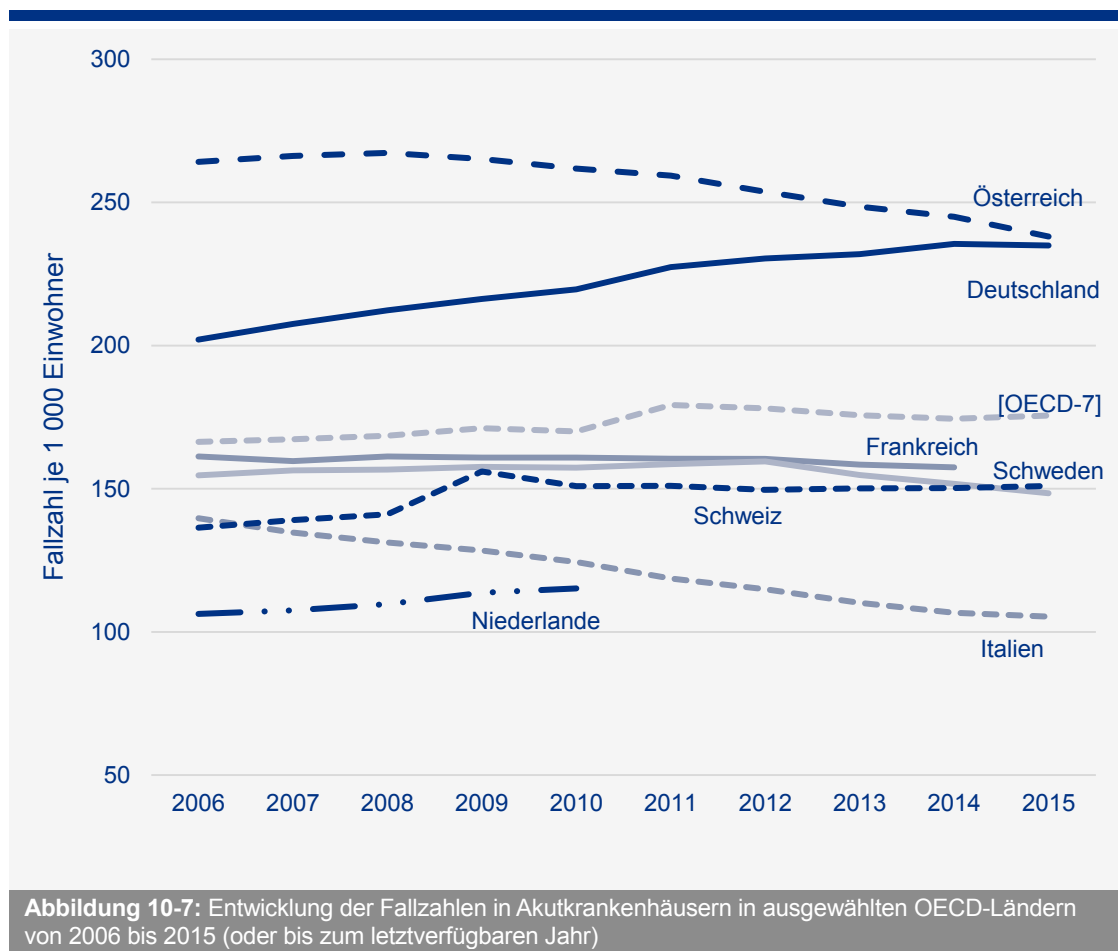


Abbildung 10-7: Entwicklung der Fallzahlen in Akutkrankenhäusern in ausgewählten OECD-Ländern von 2006 bis 2015 (oder bis zum letztverfügbaren Jahr)

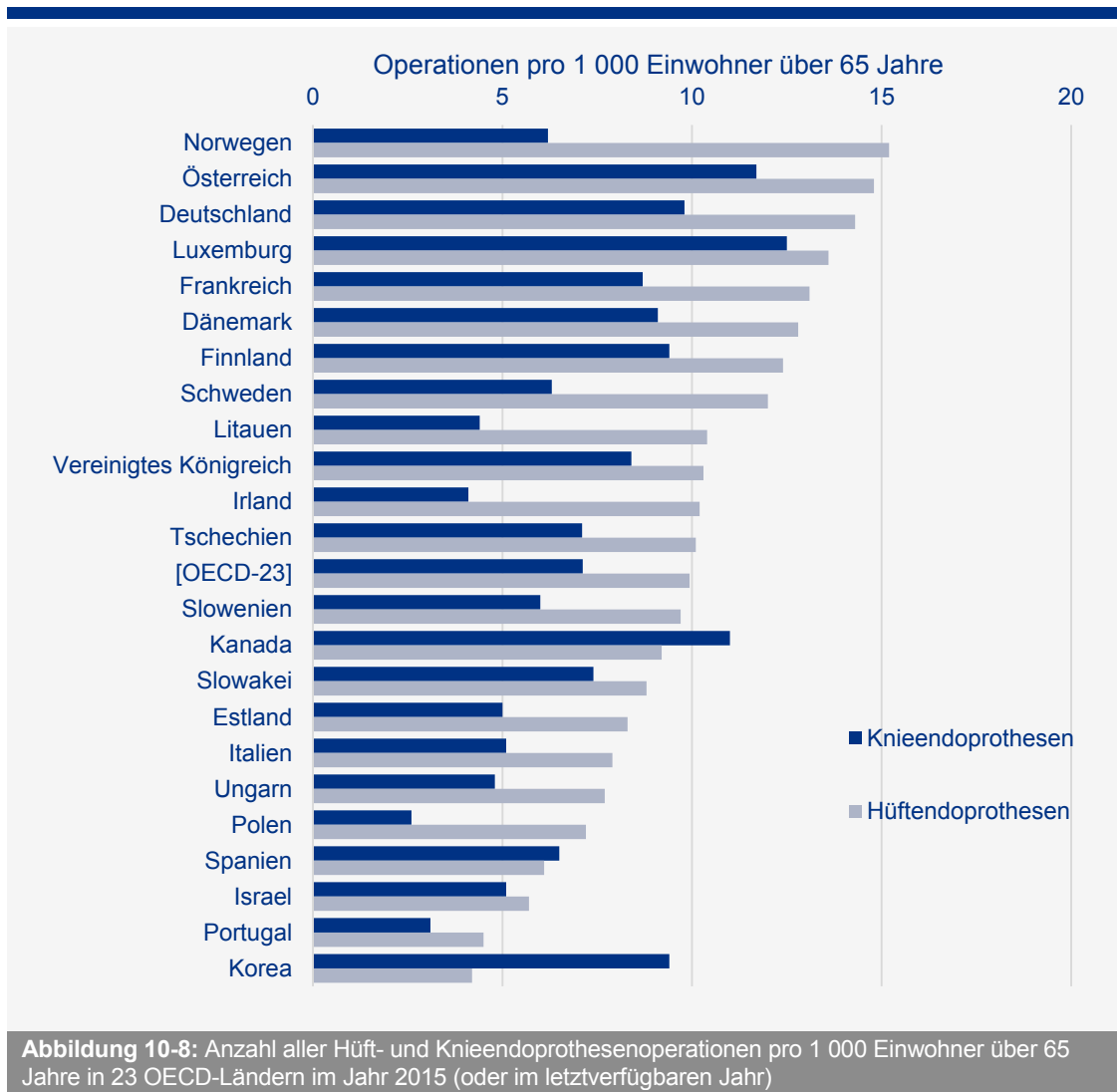
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

### 10.3.3 Hüft- und Knieendoprothesenoperationen

**519.** Die Gefahr angebotsinduzierter Operationen aufgrund von Fehlanreizen im stationären Sektor ist immer wieder Gegenstand von Diskussionen in Deutschland. In Abbildung 10-8 ist die Anzahl der Knie- und Hüftendoprothesenoperationen in Relation zur Bevölkerung über 65 Jahre im internationalen Vergleich dargestellt. Im internationalen Vergleich lag Deutschland bei den Knieendoprothesen mit 9,8 Operationen pro 1 000 Einwohner über 65 Jahre auf dem vierten Platz nach Luxemburg, Österreich und Kanada. In Deutschland wurden nach Norwegen und Österreich auch die meisten Hüftendoprothesenoperationen mit 14,3 Operationen pro 1 000 Einwohner über 65 Jahre durchgeführt.

**520.** Dabei muss beachtet werden, dass die hier dargestellten Daten altersunabhängig alle Operationen ins Verhältnis zur Bevölkerung über 65 Jahre setzen und daher nicht altersstandardisiert berichtet werden. Auch nach einer Altersstandardisierung wären jedoch keine diametral anderen Ergebnisse zu erwarten, da sich in verschiedenen Studien gezeigt hat, dass der Einfluss der Altersstruktur auf die Fallzahlen und Eingriffe nicht der primäre Treiber ist (Kumar/Schoenstein 2013). Dies spiegelt sich auch in der Darstellung wider, denn Italien und Portugal weisen neben Deutschland und Japan die ältesten Bevölkerungen auf, gehören aber zu

den Ländern mit den geringsten Operationen pro 1 000 Einwohner. Offensichtlich spielen andere Faktoren, insbesondere die jeweiligen Vergütungssysteme in den OECD-Ländern, eine erhebliche Rolle bei den Fallzahlsteigerungen in Krankenhäusern (siehe Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen; Wubulhasimu et al. 2016).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

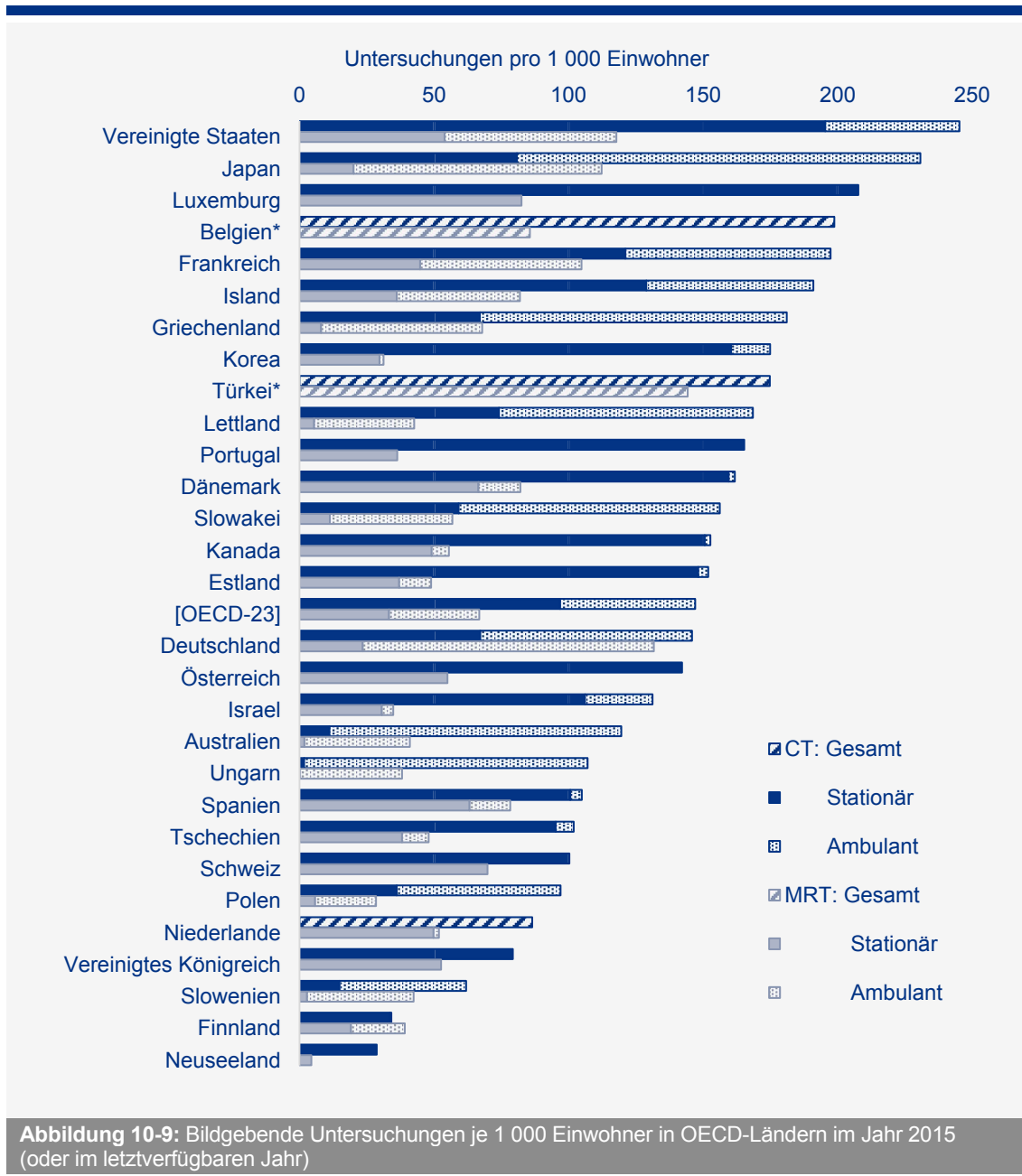
#### 10.3.4 Bildgebende Verfahren

**521.** Abbildung 10-9 stellt die Verbreitung der bildgebenden Untersuchungsverfahren pro 1 000 Einwohner in 23 OECD-Ländern im Jahr 2015 dar. In Deutschland lag die Anzahl an Computertomografie(CT)-Untersuchungen im stationären und ambulanten Bereich mit 143,8 pro 1 000 Einwohner leicht über dem OECD-23-Durchschnitt von 137,4 Untersuchungen pro 1 000 Einwohner. Die meisten CT-Untersuchungen wurden in den Vereinigten Staaten (245,3 pro 1 000 Einwohner), Japan (230,8) und Luxemburg (207,7) durchgeführt. Die meisten Magnetresonanztomografie(MRT)-Untersuchungen im stationären und ambulanten Bereich wurden mit



144,3 pro 1 000 Einwohner in der Türkei durchgeführt, knapp gefolgt von Deutschland mit 131,3 pro 1 000 Einwohner. Damit lag die Anzahl der MRT-Untersuchungen in Deutschland weit über dem OECD-Durchschnitt von 66,6 pro 1 000 Einwohner. Die Tatsache, dass in Deutschland vergleichsweise mehr MRT- als CT-Untersuchungen durchgeführt wurden, deutet darauf hin, dass CT-Untersuchungen in manchen Fällen durch MRT-Untersuchungen substituiert werden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass in Deutschland der Problematik der Strahlenbelastung bei CT-Untersuchungen und – bei bestimmten Indikationen – besserer Aussagekraft der MRT-Untersuchung größere Bedeutung zugemessen wird.

**522.** Überdurchschnittlich viele CT-Untersuchungen wurden in Deutschland mit 82,3 % stationär durchgeführt (OECD-Mittelwert 58,6 %). Dies könnte darauf hinweisen, dass in Deutschland CT-Untersuchungen eher bei schweren, stationären Fällen (Intensivpatienten mit Beatmung, Herzschrittmacher etc.) angewendet werden. Eine weitere Ursache könnte in einer angebotsinduzierten Nutzung freier CT-Kapazitäten im stationären Bereich vorliegen, insbesondere zur Absicherung bzw. zum Ausschluss von Diagnosen (z. B. Lungenembolie), sowie dem Trend zu mehr Schnittbildgebung in der Diagnostik vieler Krankheitsbilder, die mittels CT erheblich schneller und besser durchgeführt werden kann. Zugleich wurden in Deutschland lediglich rund die Hälfte aller MRT-Untersuchungen (45,3 %) stationär durchgeführt, was unter dem OECD-Durchschnitt von 68,6 % lag. Insgesamt verhielten sich die Anzahlen der durchgeführten Diagnostiken in den jeweiligen Sektoren proportional zu den dort zur Verfügung stehenden CT- und MRT-Bildgebungsgeräten. Die Ergebnisse einer mithilfe der OECD-Daten durchgeführten Korrelationsanalyse zeigten zudem, dass dieser Zusammenhang im ambulanten Sektor stärker ausgeprägt war (Korrelationswerte CT = 0,74; MRT = 0,83) als im stationären Sektor (Korrelationswerte CT = 0,45; MRT = 0,36). Eine Interpretation dieser Ergebnisse ist schwierig, da man hierfür die Indikationen wissen müsste. So ist für eine frühe Schlaganfalldiagnostik eine MRT absolut notwendig, und es gibt Versorgungsengpässe in Deutschland, nicht nur aufgrund der Geräteverteilung, sondern auch aufgrund der Betriebszeiten (nicht außerhalb der Kernarbeitszeiten). Demgegenüber scheint im orthopädischen Bereich häufig eine ambulante Überdiagnostik mit zweifelhaften therapeutischen Konsequenzen (siehe Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen) stattzufinden.



\* Keine Aufteilung nach Sektor möglich.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

## 10.4 Zugang zur Gesundheitsversorgung

### 10.4.1 Ärzte und Pflegende

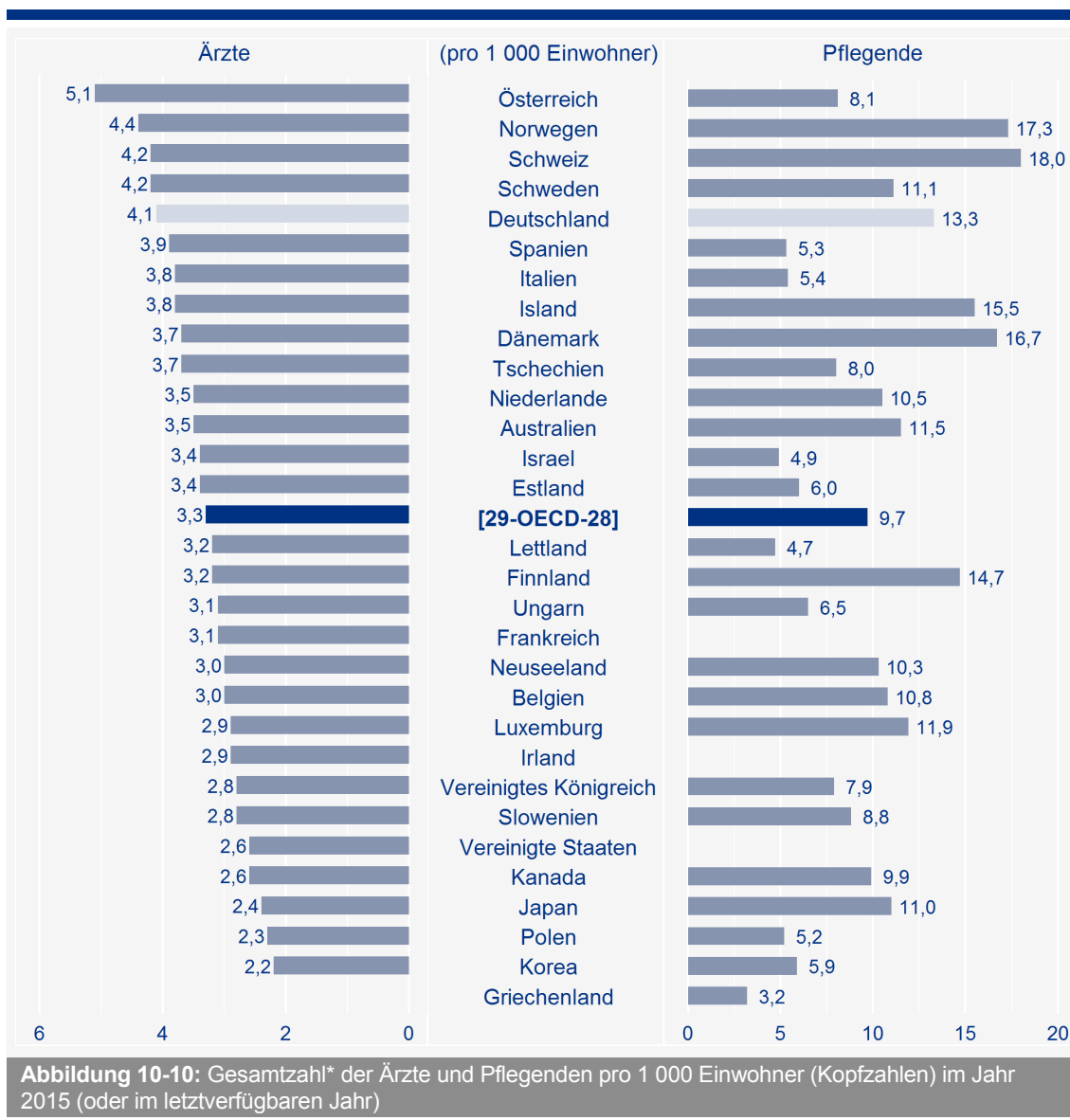
**523.** Abbildung 10-10 stellt die Gesamtzahl (d. h. im ambulanten und stationären Bereich) der Ärzte und Pflegenden in den Gesundheitssystemen der OECD-Länder vergleichend dar. Bei einer Betrachtung der Ausstattung mit ärztlichem Personal im Jahr 2015 wird deutlich, dass Deutschland mit 4,1 Ärzten pro 1 000 Einwohner deutlich über dem internationalen Durchschnitt von 3,3 lag. Die meisten Ärzte pro 1 000 Einwohner wurden mit 5,1 in Österreich verzeichnet, die wenigsten in Japan, Polen und Korea.

**524.** Das in Deutschland beobachtete Gefälle der Ärztedichte zwischen Stadt und Land zeigt sich auch in anderen Ländern (Ono et al. 2014). Demnach sind die größten Unterschiede zwischen der Ärztedichte in den ländlichen und den städtischen Regionen in der Slowakei, in Tschechien und in Griechenland zu verzeichnen, die wenigsten in Japan und Korea sowie in der Türkei.

**525.** Die zeitliche Betrachtung (in Abbildung 10-10 nicht dargestellt) zeigt einen klar steigenden Trend in der Ärztedichte in allen OECD-Ländern außer in Frankreich, wo die Anzahl der Ärzte lediglich proportional zur Bevölkerung wuchs. Dabei unternehmen viele Länder Anstrengungen, um die Ausbildungskapazitäten für Mediziner, vor allem im Hinblick auf Allgemeinmediziner, zu erhöhen (OECD 2017a).

**526.** Auch beim Vergleich der Ausstattung mit Pflegenden fällt auf, dass sich die OECD-Länder in der Anzahl der Pflegenden pro 1 000 Einwohner stark unterscheiden. Deutschland lag mit 13,3 Pflegenden pro 1 000 Einwohner weit über dem OECD-Durchschnitt von 9,5. Die Schweiz (18,0), Norwegen (17,3) und Dänemark (16,7) hatten international die höchsten Zahlen für Pflegende pro 1 000 Einwohner. Die wenigsten Pflegenden pro 1 000 Einwohner hatten dagegen Griechenland (3,2) und Lettland (4,7). Zugleich kann im zeitlichen Verlauf ein steigender Trend über alle OECD-Länder hinweg beobachtet werden (hier nicht dargestellt). So ist die durchschnittliche Anzahl der Pflegenden pro 1 000 Einwohner von 7,3 im Jahr 2000 auf 9,0 im Jahr 2015 gestiegen (OECD 2017a). Einschränkend muss an dieser Stelle erwähnt werden, dass hier lediglich Kopffzahlen dargestellt werden und nicht die tatsächlich verfügbare Arbeitskraft in Form von Vollzeitäquivalenten.

**527.** Die unterschiedliche Ausstattung mit Ärzten und Pflegenden in den einzelnen OECD-Ländern kann z. T. auf die unterschiedliche Finanzlage und die unterschiedlichen Finanzstrukturen zurückgeführt werden. Auch lassen die Unterschiede vermuten, dass Gesundheitssysteme stark variierende Aufgabenspektren für Ärzte und Pflegende haben. Außerdem könnten die Unterschiede in der Ausstattung mit medizinischem Personal auf die Ausbildung und Weiterbildung der Ärzte und insbesondere der Pflegenden zurückgeführt werden. Innerhalb der Pflege werden unterschiedliche Qualifikationen ebenfalls nicht berücksichtigt. Hierzu gibt das Gutachten ausführlichere Analysen im Kapitel 9 zum europäischen Vergleich der Angebotsplanung. Des Weiteren könnte die Organisation der Versorgung im ambulanten und stationären Sektor eine Auswirkung auf die Zusammenstellung der Personalzahlen haben.



\* Im ambulanten und im stationären Bereich.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

#### 10.4.2 Ärzte und Pflegende in Krankenhäusern

**528.** Die OECD-Statistik enthält hinsichtlich der Personalausstattung in Krankenhäusern nur für wenige Länder Daten (siehe Abbildung 10-11). Dabei lag Deutschland mit 0,9 Ärzten pro 1 000 Belegungstage unter dem internationalen Durchschnitt von 1,4. Die meisten Ärzte pro 1 000 Belegungstage waren in Dänemark, Island und Norwegen, die wenigsten in Japan und Belgien zu verzeichnen. Diese Unterschiede sind zum großen Teil auf die Organisation der ambulanten fachärztlichen Versorgung zurückzuführen, da die fachärztliche Versorgung sowohl durch niedergelassene Ärzte in eigener Praxis (z. B. in Deutschland, Österreich und Frankreich) als auch ambulant im Krankenhaus (z. B. in Australien, Großbritannien) oder in Praxis und Krankenhaus (z. B. Deutschland) stattfinden kann.

**529.** Betrachtet man die Ausstattung mit Pflegenden, so lag Deutschland – trotz insgesamt überdurchschnittlich vieler Pflegenden pro 1 000 Einwohner – mit 2,2 Vollkräften pro 1 000 Belegungstage auch hier deutlich unter dem OECD-Durchschnitt von 4,2. Diese Beobachtung kann durch die insgesamt hohen Fallzahlen hierzulande erklärt werden, die die Anzahl an Pflegenden pro Belegtag verringern. Die meisten Pflegenden pro 1 000 Belegungstage waren in Dänemark, Island und Norwegen tätig, die wenigsten in Ungarn.

**530.** Die OECD-Statistik zu Pflegenden kann aufgrund zahlreicher Limitationen (Schreyögg/Milstein 2016) lediglich einer groben Orientierung dienen. So werden in dieser Statistik nur examinierte Angehörige der Gesundheitsberufe angegeben, die auch direkt im Krankenhaus angestellt sind. In Deutschland erfolgt zudem keine verpflichtende Registrierung, weshalb die Daten auf einer Approximation der Agentur für Arbeit basieren. Deshalb könnte es zu einer Unterschätzung der Zahlen kommen, vor allem für jene Länder, die viele Pflegenden mit einer Ausbildung unter drei Jahren einsetzen oder die Pflegenden nicht direkt im Krankenhaus anstellen. Des Weiteren variiert die Auswahl sowohl der erfassten Pflegeberufsgruppen als auch der Krankenhäuser, die ihre Personalzahlen an die OECD berichten.

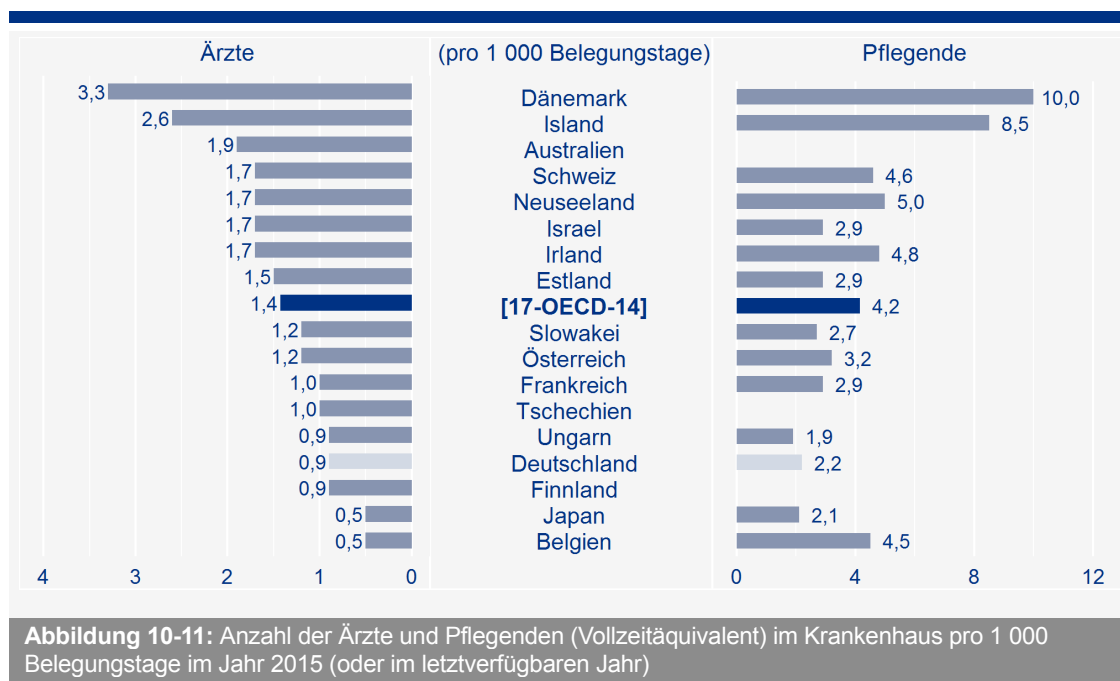


Abbildung 10-11: Anzahl der Ärzte und Pflegenden (Vollzeitäquivalent) im Krankenhaus pro 1 000 Belegungstage im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr)

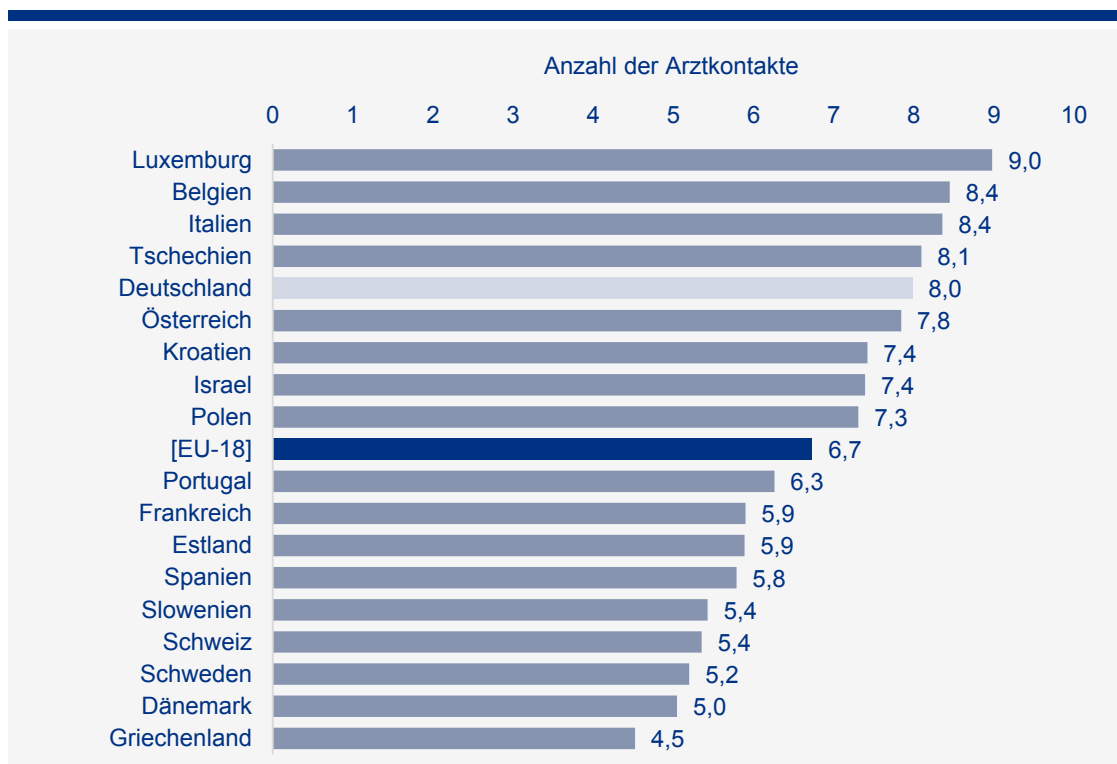
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

### 10.4.3 Arztkontakte pro Patient

**531.** Das Inanspruchnahmeverhalten in verschiedenen Gesundheitssystemen ist von zahlreichen Faktoren beeinflusst. Insbesondere der Zugang zur ambulanten Versorgung spielt dabei eine große Rolle. Die Anzahl der jährlichen ambulanten Arztkontakte pro Patient (ermittelt für die meisten Länder aus administrativen Daten) rangierte von 2,9 in Schweden bis hin zu 16,0 in Korea bei einem OECD-Durchschnitt von 7,2. Deutschland bewegte sich mit 10,0 Arztkontakten pro Jahr im oberen Mittelfeld. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass laut OECD lediglich Abrechnungsdaten von gesetzlich Krankenversicherten die Datengrundlage bilden. Außerdem

können die Daten aufgrund der quartalsweisen Abrechnungen von Fällen in Deutschland einen geringeren, von den tatsächlichen Kontaktzahlen nach unten abweichenden Wert ausweisen, falls ein Versicherter einen Arzt mehrmals pro Quartal aufsucht (siehe Kapitel 4 zur ambulanten Inanspruchnahme und Kapitel 5 zur ambulanten Vergütung). Zum Vergleich weisen die Daten der BARMER für das Jahr 2015 im Durchschnitt 14,7 jährliche Arztkontakte aus. Während es im Jahr 2007 noch 18,1 Arztkontakte pro Jahr gab, kam es durch die Umstellung der Abrechnung mit Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen ab dem Jahr 2008 zu einer geringeren Zahl an dokumentierten Arztkontakten (BARMER 2017). In einigen Ländern (Irland, Italien, Niederlande, Neuseeland, Spanien, Schweiz) werden nicht administrative Statistiken, sondern Befragungswerte verwendet, um die jährlichen Arztkontakte zu erfassen (OECD 2017a). In Deutschland wurden im Rahmen der repräsentativen Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) im Jahr 2017 die Anzahl der Arztbesuche pro Jahr in ordinalskalierten Häufigkeitsgruppen abgefragt, die somit keine Mittelwertberechnung erlauben. Dabei gab die mit 31 % größte Versichertengruppe 3 bis 5 Arztbesuche pro Jahr an (KBV 2017).

**532.** Da die OECD-Statistik erhebliche Unterschiede bei der Datenerfassung in den jeweiligen Ländern aufweist, können Befragungswerte anhand einheitlicher Kriterien die Untersuchung der Häufigkeit der Arztkontakte ergänzen. In der europaweiten Umfrage *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE) wurden Menschen in der Europäischen Union (EU) im Alter von über 50 Jahren befragt, wie häufig sie in den vergangenen zwölf Monaten einen Arzt gesehen haben (Börsch-Supan et al. 2013; Börsch-Supan 2017; Malter/Börsch-Supan 2017). Laut dieser Umfrage wies Luxemburg mit 9,0 Arztbesuchen im Jahr die höchste Kontakthäufigkeit auf (siehe Abbildung 10-12). Deutschland lag mit 8,0 Arztkontakten im Jahr auf dem fünften Platz und damit über dem EU-18-Durchschnitt von 6,7. Die niedrigste Kontakthäufigkeit war in Griechenland mit 4,5 durchschnittlichen Arztkontakten im Jahr zu verzeichnen.



**Abbildung 10-12:** Subjektive Einschätzung von Patienten zu durchschnittlichen Arztkontakten in den letzten zwölf Monaten

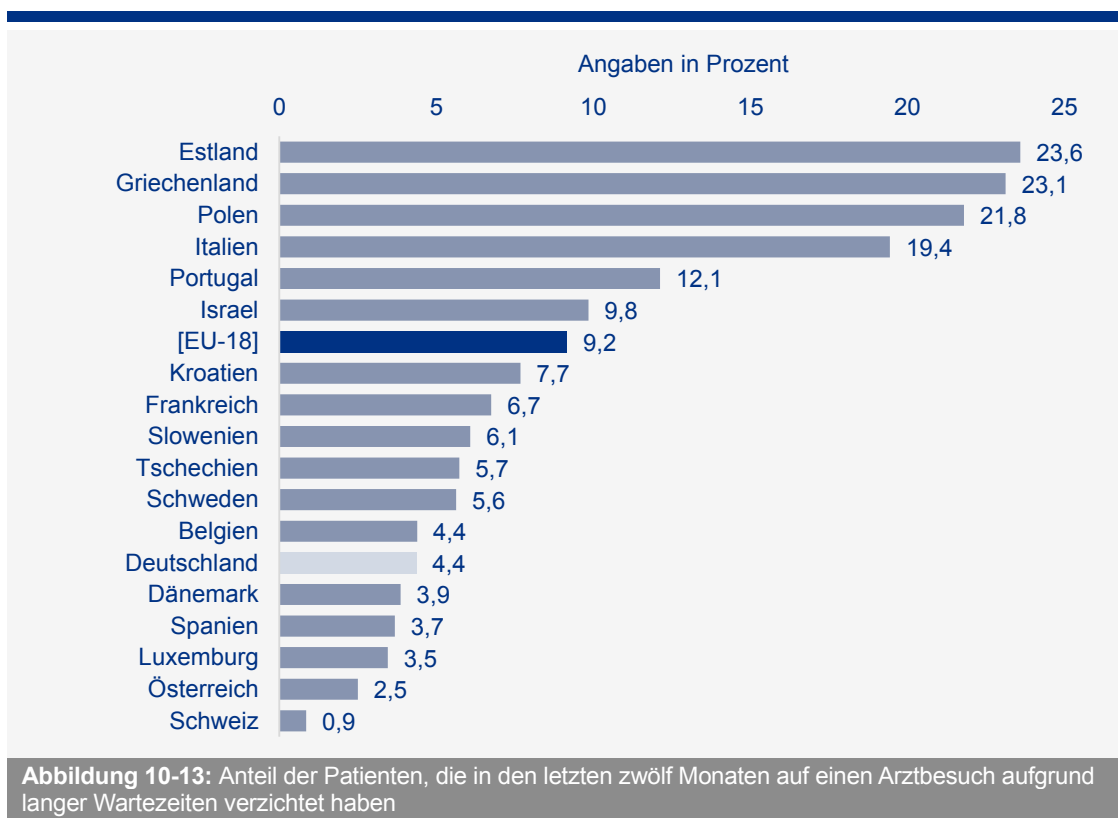
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Börsch-Supan (2017).

**533.** Im internationalen Vergleich kann die Variation in der Anzahl der Arztkontakte durch kulturelle Faktoren sowie durch unterschiedliche Versorgungswege und Vergütungssysteme erklärt werden. Länder mit leistungsbezogenen Vergütungssystemen wie Korea wiesen überdurchschnittliche Arztkontakte auf, während Ärzte in Ländern wie Schweden und Finnland pauschal vergütet wurden und dementsprechend weniger Anreize zur Mengenausweitung hatten. Dabei muss beachtet werden, dass eine Pauschalvergütung zu Unterversorgung beitragen kann, indem Patienten aufgrund fehlender Anreize für den Leistungserbringer zu wenige Termine oder ihre Termine zu spät erhalten. Das deutsche Vergütungssystem im ambulanten Sektor führt durch eine Kombination von Pauschalierung und Budgetierung einerseits zur Bevorzugung leichterer Fälle (durch Pauschalierung) sowie chronisch erkrankter Patienten („Chronikerpauschale“) und andererseits zur Reduktion des Behandlungsangebots nach dem Überschreiten der Regelleistungsvolumina. Weiterhin wird in manchen Ländern wie beispielsweise Schweden nichtärztliches Gesundheitspersonal in der primärärztlichen Versorgung öfter eingesetzt, wodurch sich der Bedarf, einen Arzt zu konsultieren, weiter reduziert (Delamaire/Lafortune 2010). Eine dritte Gruppe mit unterdurchschnittlicher Anzahl an Arztkontakten bilden Länder wie die Schweiz oder die Vereinigten Staaten, in denen Ärzte leistungsbezogene Einzelvergütungen erhalten, aber Patienten teilweise hohe Zuzahlungen leisten müssen.

#### 10.4.4 Wartezeiten auf einen Arzttermin

**534.** Wartezeiten auf einen Arzttermin sind ein wichtiger Indikator für den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Zugleich muss bei einem internationalen Vergleich von Wartezeiten beachtet werden, dass die Länder bei deren Erfassung unterschiedlich vorgehen. Während in einigen Ländern transparente Wartelisten existieren, erfassen andere Länder ihre Wartezeiten entweder gar nicht oder die Statistiken werden nicht veröffentlicht (Kopetsch 2015). Dagegen werden bei internationalen Befragungen einheitliche Fragenkataloge verwendet, die es ermöglichen, Wartezeiten in den unterschiedlichen Ländern anhand gleicher Kriterien zu erheben. Allerdings besteht bei solchen Befragungsergebnissen die Gefahr einer Verzerrung, da sich die Ergebnisse auf selbstgeschätzte Wartezeiten beziehen.

**535.** In der europaweiten repräsentativen Umfrage SHARE wurden Menschen im Alter von über 50 Jahren befragt, ob sie in den vergangenen zwölf Monaten einen Arzttermin aufgrund langer Wartezeiten vermieden haben (Börsch-Supan et al. 2013; Börsch-Supan 2017; Malter/Börsch-Supan 2017). Die Ergebnisse dieser Umfrage verdeutlichen, dass sich Wartezeiten im Ländervergleich erheblich unterscheiden (siehe Abbildung 10-13). Während in Deutschland nur 4,4 % der befragten Patienten aufgrund langer Wartezeiten auf einen Arzttermin verzichten mussten, gaben dies in Estland, Griechenland und Polen jeweils über 20 % der Befragten an. Im EU-18-Durchschnitt waren es 9,2 %, die einen Arzttermin aufgrund langer Wartezeiten vermieden haben. Die wenigsten Menschen mussten mit jeweils 0,9 % bzw. 2,5 % in der Schweiz und in Österreich aufgrund langer Wartezeiten auf einen Termin verzichten.

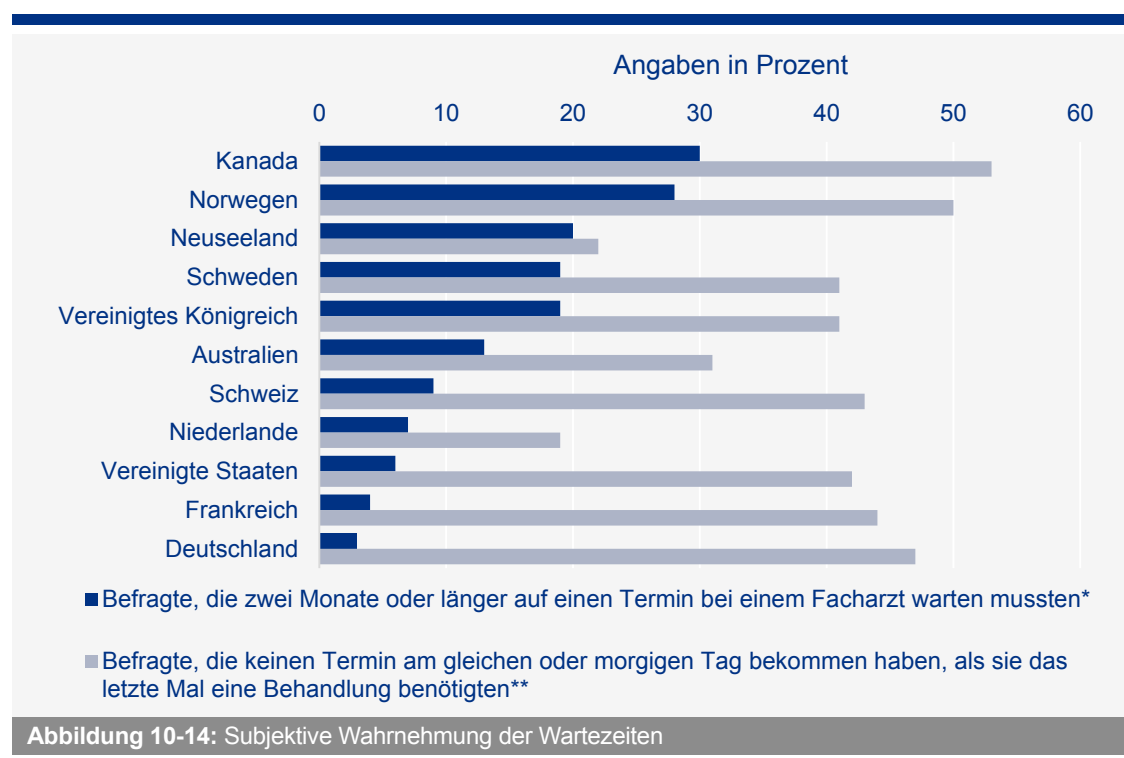


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Börsch-Supan (2017).



**536.** Eine weitere Umfrage des *Commonwealth Fund* aus dem Jahr 2016, in der knapp 27 000 Erwachsene ab 18 Jahren aus elf Industrienationen befragt wurden, hat den Anteil der Befragten, die zwei Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten mussten, ermittelt (siehe Abbildung 10-14). Der Umfrage zufolge musste in Kanada und Norwegen knapp ein Drittel aller Befragten zwei Monate oder länger auf einen Termin beim Facharzt warten. In Deutschland und in Frankreich waren es dagegen nur 3 % bzw. 4 % der Befragten. Insgesamt lag der Anteil von Patienten, die am gleichen oder am nachfolgenden Tag einen Termin bekamen, als sie das letzte Mal eine Behandlung benötigten, in neun der elf untersuchten Ländern über 40 % und war nur in den Niederlanden mit 19 % relativ gering. Deutschland verzeichnete dabei mit 47 % nach Kanada (53 %) und Norwegen (50 %) den höchsten Anteil. Dieses Ergebnis spiegelt sich sehr gut in den Ergebnissen der KBV-Versichertenbefragung wider. Hier gaben 46 % der Versicherten an, einen Termin sofort oder mit einem Tag Wartezeit erhalten zu haben (KBV 2017).

**537.** Außerdem bleibt bei den hier dargestellten Ergebnissen unklar, ob sich die Befragten dabei auf einen Facharzt- oder auf einen Hausarzttermin bezogen. Zudem wurde die Dringlichkeit des Termins (insbesondere ob es sich um einen Notfall gehandelt hat) nicht kommentiert. Vorbehaltlich dieser Limitation lässt sich feststellen, dass die Wartezeiten in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern relativ gering sind.



\* Anteil aller Patienten, die einen Facharzt in den letzten zwei Jahren gesehen oder benötigt haben

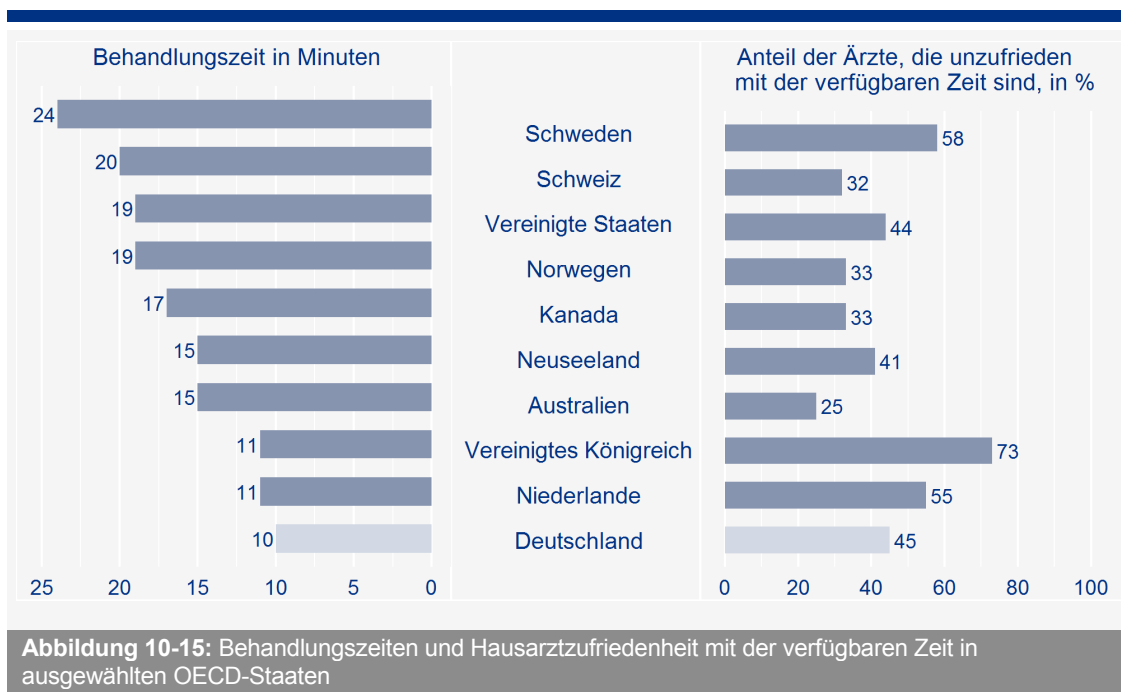
\*\* Anteil aller Patienten, die einen Termin bei einem Arzt benötigten.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Osborn/Schneider (2015); Osborn/Squires (2016).

### 10.4.5 Behandlungszeiten von Hausärzten

**538.** Die Unterschiede in der Anzahl an Arztkontakten pro Jahr erklären z. T. auch die Unterschiede bei den Behandlungszeiten im Vergleich von zehn OECD-Ländern (siehe Abbildung 10-15). So waren die ärztlichen Konsultationen in Schweden bei lediglich 2,9 Arztkontakten pro Jahr mit durchschnittlich 24 Minuten am längsten. Die Behandlungszeiten in Deutschland waren in der Vergleichsgruppe mit 10 Minuten am kürzesten, gefolgt von den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich mit jeweils 11 Minuten. In diesen Ländern war auch die Unzufriedenheit der Ärzte mit der zur Verfügung stehenden Zeit pro Patient mit am größten. Eine Ausnahme bildet hierbei Schweden, das mit einer Unzufriedenheit der Ärzte bezüglich der Behandlungszeiten von 58 % auf Platz zwei lag. Am häufigsten waren die Ärzte im Vereinigten Königreich (73 %) mit der zur Verfügung stehenden Behandlungszeit pro Patient unzufrieden. Somit können bei dieser Betrachtung weder die tatsächliche Zeit pro Patient noch die Vergütungssysteme in der Gruppe der hier genannten Länder, die von der Pauschalvergütung bis hin zur einzelleistungsbezogenen Vergütung reichen, die Unzufriedenheit der Ärzte vollständig erklären.

**539.** Gemäß einer systematischen Übersichtsarbeit, die Studien aus 67 Staaten einbezieht, rangierte die primärärztliche Behandlungszeit zwischen 48 Sekunden in Bangladesch bis hin zu 22,5 Minuten in Schweden (Irving et al. 2017). Hierbei stellten die Autoren einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Behandlungszeit pro Patient und der Zufriedenheit der Ärzte mit der Behandlungszeit fest. Über alle Länder und Studien hinweg identifizierten die Autoren eine signifikante positive Korrelation zwischen der Behandlungszeit und den Gesundheitsausgaben pro Patient und den Hausärzten pro 1 000 Einwohner.



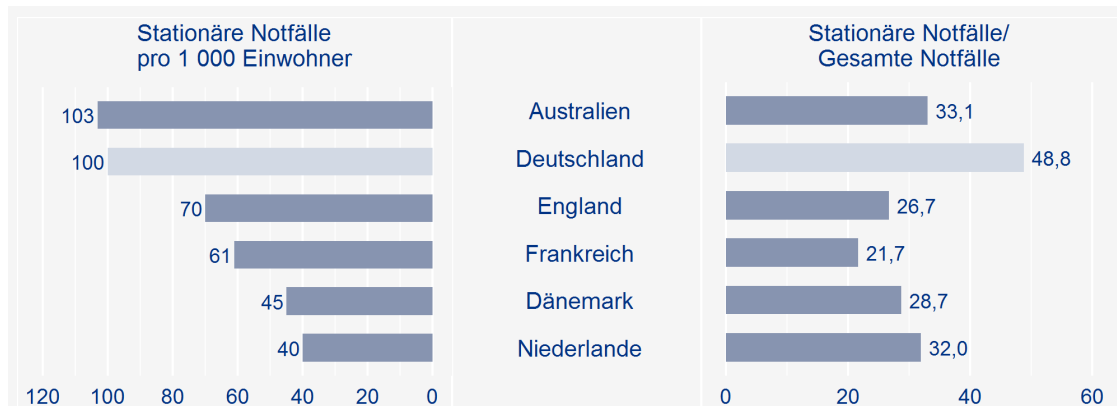
**Abbildung 10-15:** Behandlungszeiten und Hausarztzufriedenheit mit der verfügbaren Zeit in ausgewählten OECD-Staaten

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Osborn/Schneider (2015).

#### 10.4.6 Inanspruchnahme der Notfallambulanzen

**540.** In Bezug auf die Notfallversorgung zeigt sich in den letzten Jahren international wie auch in Deutschland ein Anstieg der Fallzahlen. Die OECD registrierte in den damals 34 Mitgliedsländern einen Anstieg der Notfallbehandlungen um 5,2 %, von 29,3 Fällen pro 100 Einwohner im Jahr 2001 auf 30,8 Fälle pro 100 Einwohner im Jahr 2011 (Berchet 2015). Die Gründe für diesen Anstieg entsprechen qualitativ den Gründen, die auch in Deutschland zu steigenden Fallzahlen führen, etwa ein sich änderndes Patientenverhalten sowie Steuerungsdefizite in der Notfallversorgung und der primärärztlichen Versorgung (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung). Nichtsdestotrotz zeigt Deutschland noch immer recht niedrige einwohnerbezogene Prävalenzen in den Notfallambulanzen von 8,8 % im Jahr 2011, wobei hier nur die stationär aufgenommenen Notfälle erfasst wurden. Die insgesamt höchste Prävalenz von 70 % in Portugal, in die alle Besucher einer Notfallambulanz einbezogen sind, weist auf die Schwierigkeiten bei der Vergleichbarkeit des Notfallaufkommens in verschiedenen Ländern hin. International erschweren verschiedene Notfalldefinitionen, aber auch die Organisation der Versorgungswege in den Gesundheitssystemen einen Vergleich der Notfallzahlen (Berchet 2015).

**541.** Abbildung 10-16 veranschaulicht die stationären Notfälle pro 1 000 Einwohner, die in Australien und Deutschland mit jeweils 103 bzw. 100 am höchsten waren. Die niedrigste Anzahl an stationären Notfällen wiesen hingegen die Niederlande und Dänemark mit jeweils 40 bzw. 45 Notfällen pro 1 000 Einwohner auf. Zugleich wies Deutschland im Verhältnis zur Summe aller Notfälle mit 48,8 % die höchste Wahrscheinlichkeit für eine stationäre Aufnahme auf. In Frankreich betrug dieser Quotient hingegen lediglich 21,7 %. Auf diese Beobachtung wird im Kapitel 14 zur Notfallversorgung näher eingegangen.

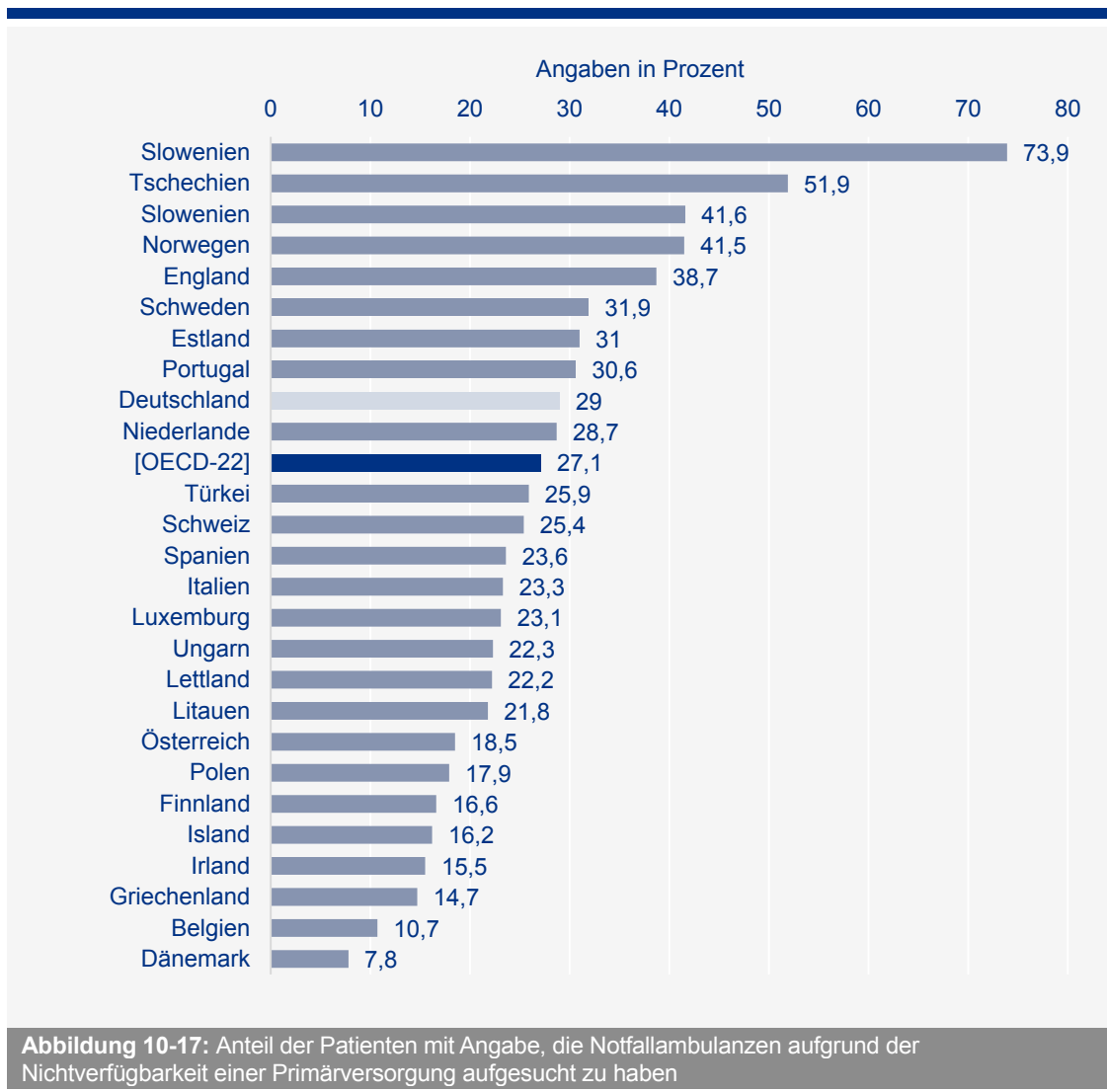


**Abbildung 10-16:** Stationäre Notaufnahmen pro 1 000 Einwohner und Quotient aus stationären Notaufnahmen und gesamten Notaufnahmen in verschiedenen Ländern im Jahr 2014 (oder im letztverfügbaren Jahr)

Quelle: Krankenhausreport (Klauber et al. 2017).

**542.** Ein internationaler Vergleich der Ursachen für steigende Notfallzahlen zeigte, dass viele Patienten die Notfallambulanzen aufsuchen, weil ein Primärversorgungsangebot nicht verfügbar war. Dies kann anhand der Befragungsdaten aus der Studie *Quality and Costs of Primary Care in Europe* (QUALICOPC) zwischen 2011 und 2013 in Abbildung 10-17 veranschaulicht werden. In Slowenien traf das auf 73,9 % der Patienten in einer Notfallambulanz zu, in Deutschland auf 29,0 %. Im OECD-22-Durchschnitt waren 27,1 % der Patienten aufgrund eines fehlenden

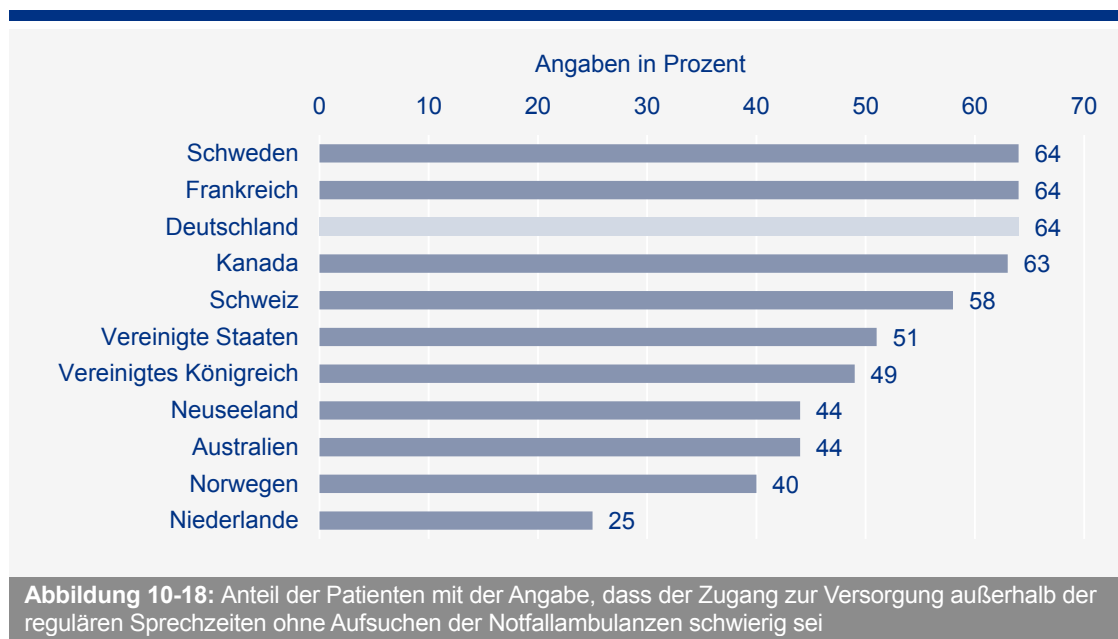
Primärversorgungsangebots auf Notfallambulanzen ausgewichen. Dänemark wies dabei mit 7,8 % den geringsten Anteil auf.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von van den Berg et al. (2016).

#### 10.4.7 Zugang zu medizinischer Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten

**543.** Eine repräsentative telefonische Patientenbefragung in elf OECD-Ländern (Osborn/Squires 2016) zeigte Unterschiede beim Zugang zur medizinischen Versorgung außerhalb der regulären Sprechzeiten (Abbildung 10-18). So sagten 64 % der Patienten in Deutschland sowie Frankreich und Schweden, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung außerhalb der landesüblichen, regulären Sprechzeiten ohne Inanspruchnahme der Notaufnahme schwierig sei. Dieser Anteil war in Kanada mit 63 % ähnlich hoch. In den Niederlanden war auch in dieser patientensteuerungsrelevanten Frage der Anteil mit 25 % am geringsten.

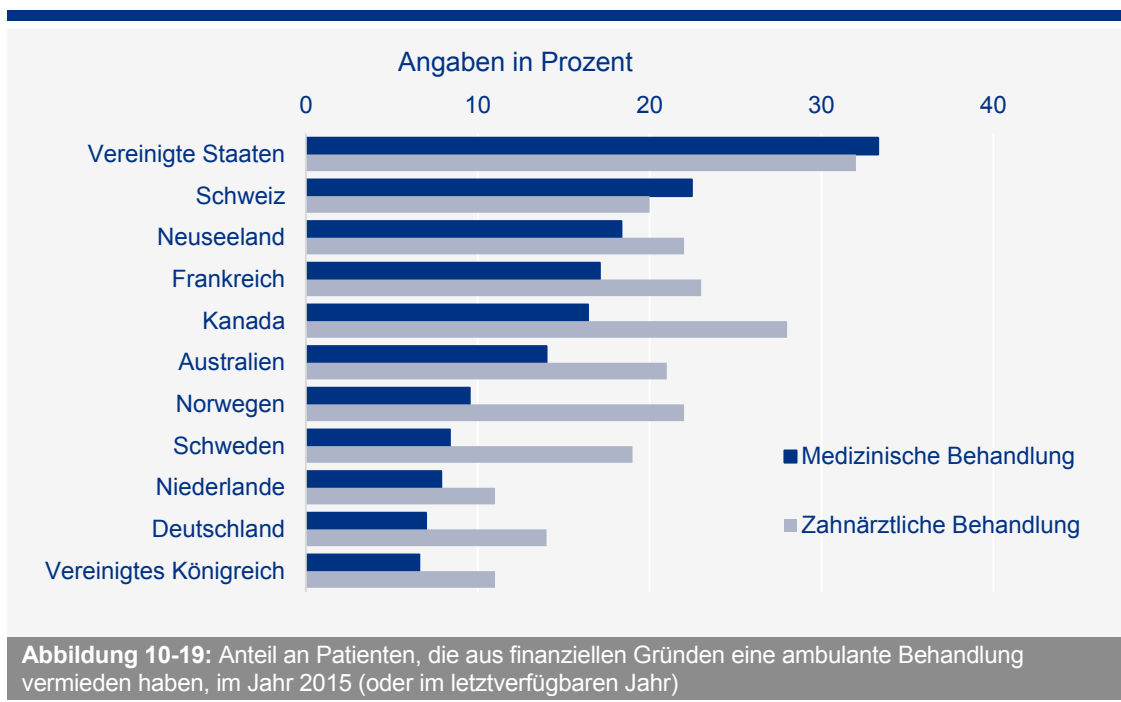


Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Osborn/Squires (2016).

#### 10.4.8 Finanzielle Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung

**544.** Eine Ursache für einen eingeschränkten Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung können die dabei anfallenden Kosten für den Patienten sein. Obwohl im Vergleich von elf OECD-Ländern die meisten Länder ihren Bürgern eine allgemeine Gesundheitsabsicherung (*Universal Health Coverage*) bieten, gibt es Patienten, die aus finanziellen Gründen auf eine Behandlung verzichten. Besonders deutlich ist dieses Verhalten bei zahnärztlichen Behandlungen, die in den wenigsten Gesundheitssystemen vollständig (d. h. ohne Zuzahlung durch den Patienten) durch eine Versicherung gedeckt werden. Die prozentualen Anteile von Patienten, die aus finanziellen Gründen auf eine zahnärztliche Behandlung verzichtet haben, schwankten zwischen 11 % in England und den Niederlanden bis hin zu 32 % in den Vereinigten Staaten (Abbildung 10-19). Deutschland hatte dabei mit 14 % direkt nach den Niederlanden und England einen vergleichsweise geringen Anteil an Patienten.

**545.** Interessant ist auch der Vergleich des Anteils der Patienten, die aufgrund der Kosten auf eine ambulante ärztliche Behandlung verzichten haben. Hier war der Anteil in den Vereinigten Staaten mit 33 % am höchsten, was durch das dortige fragmentierte Gesundheitssystem (d. h. ohne *Universal Health Coverage*) erklärt werden kann. In der Schweiz war der Anteil mit 22 % ebenfalls relativ hoch. Auch hier sind die Patienten mit z. T. hohen Direktzahlungen konfrontiert (siehe Abschnitt 10.2.4). Deutschland und England wiesen mit 7 % den niedrigsten Anteil von Patienten auf, die eine medizinische Behandlung aus finanziellen Gründen vermieden haben.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Osborn/Squires (2016).

## 10.5 Qualität und Effektivität der Versorgung

### 10.5.1 Lebenserwartung

**546.** Die Lebenserwartung wird zwar oft als Parameter für die Effektivität eines Gesundheitssystems herangezogen, der Beitrag der Gesundheitsversorgung zur Lebenserwartung ist aber nur einer von vielen. Der Einfluss von staatlichen Ausgaben auf die Lebenserwartung wurde beispielsweise in einer aktuellen, regressionsanalytischen Untersuchung von 31 europäischen Gesundheitssystemen unter Berücksichtigung von Indikatoren der Versorgung (z. B. Ärzte- und Krankenhausbettendichte) sowie Indikatoren der Versorgungsqualität (z. B. Krankenhausmortalitätsraten) und Risikofaktoren (z. B. Alkoholkonsum pro Einwohner) untersucht. Ein Ergebnis dieser Analyse war, dass der generelle Einfluss von Ausgaben im transsektoralen Bereich (z. B. Bildung, Verkehr und ökologische Umwelt) auf die Lebenserwartung stärker ist als der von Gesundheitssystemausgaben (van den Heuvel/Olaroiu 2017). Trotzdem kann die Lebenserwartung auch im Hinblick auf die Qualität und die Effektivität der Gesundheitsversorgung betrachtet werden, um deren Beitrag besser einschätzen zu können.

**547.** In Deutschland lag die Lebenserwartung bei der Geburt im Jahr 2015 bei 83,1 Jahren für Frauen bzw. 78,3 Jahren für Männer (Abbildung 10-20). Damit lag die Lebenserwartung für Frauen in Deutschland beim OECD-Durchschnitt und für Männer knapp über dem OECD-Durchschnitt. Japan führte die Liste der Lebenserwartungen mit 87,1 Jahren bei den Frauen an, bei den Männern war Island mit 81,2 Jahren der Spitzenreiter.

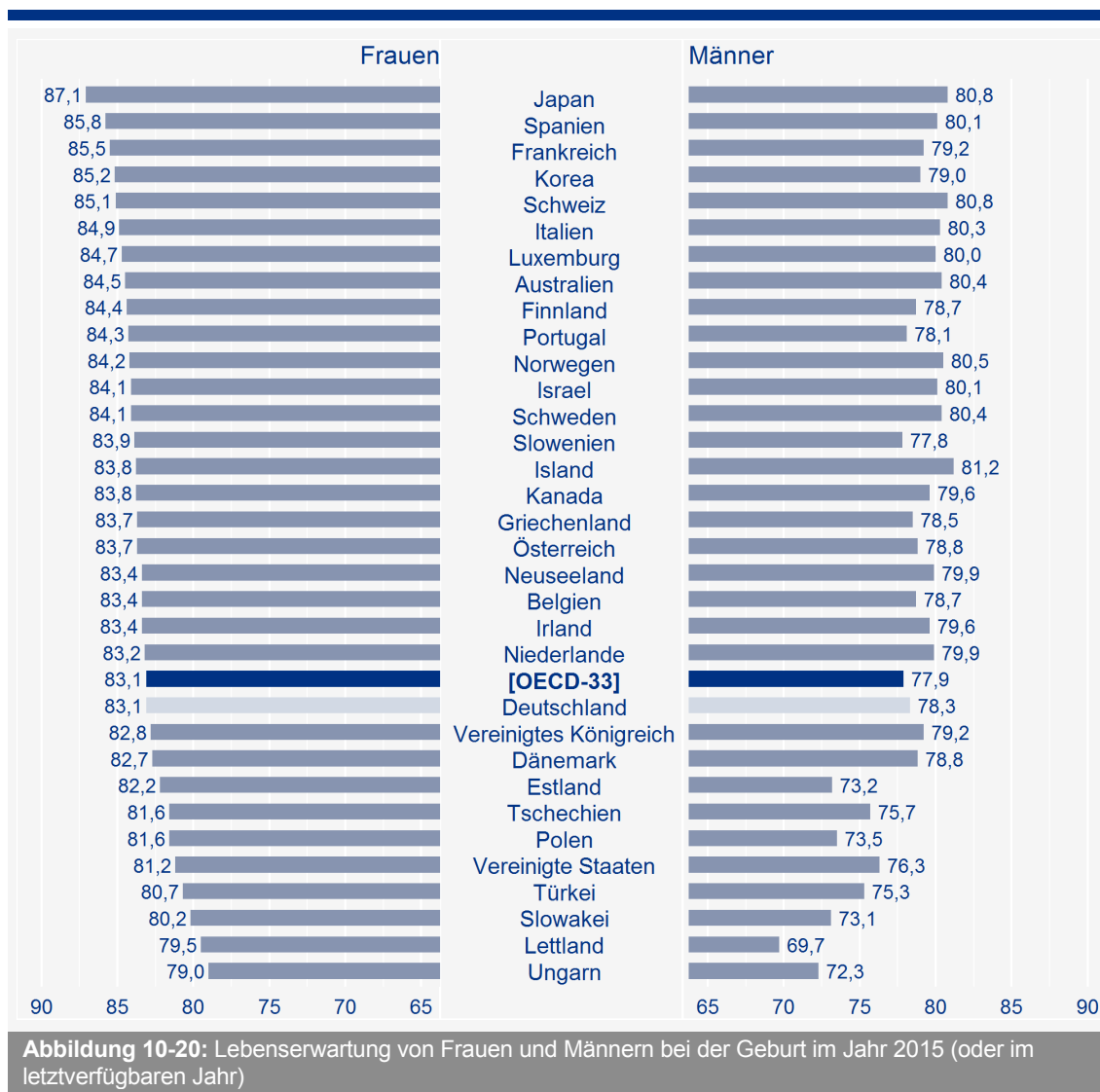


Abbildung 10-20: Lebenserwartung von Frauen und Männern bei der Geburt im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr)

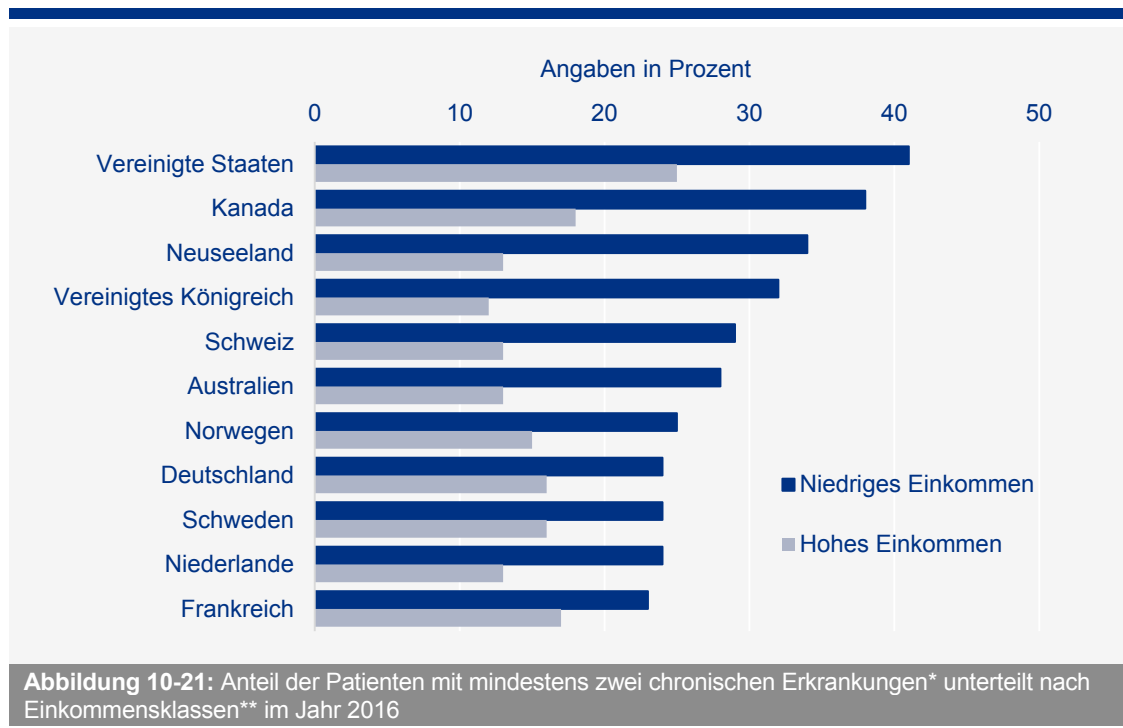
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

### 10.5.2 Gesundheitsstatus im Zusammenhang mit dem Einkommen

**548.** Der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status (und insbesondere dem Einkommen) einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits wurde bereits in zahlreichen Studien nachgewiesen (Lago et al. 2018; Wagstaff/van Doorslaer 2000). Dieser Zusammenhang ist qualitativ zumeist so ausgeprägt, dass ein niedrigeres Einkommen mit einer schlechteren Gesundheit einhergeht (Lago et al. 2018). Weitere Ursachen hierfür sind neben den einkommensbedingten Unterschieden sowohl im Lebensstil als auch im Gesundheitsverhalten zu finden.

**549.** Dabei zeigten sich zwischen den Ländern erhebliche Unterschiede beim Einfluss des Einkommens auf den Gesundheitszustand (Abbildung 10-21). Insgesamt waren die Unterschiede in den Anteilen an multimorbiden Patienten zwischen den einkommensschwachen und den einkommensstarken befragten Patienten in den angloamerikanischen Ländern und der

Schweiz am größten. Die geringsten Unterschiede zwischen beiden Einkommensgruppen wiesen Deutschland, Schweden und Frankreich auf. Interessanterweise bewegten sich die Anteile der multimorbiden Patienten in der einkommensstarken Gruppe (mit Ausnahme der Vereinigten Staaten) zwischen 12 % und 18 %. In den Vereinigten Staaten war der Anteil der multimorbiden Patienten sowohl in der Gruppe mit einem hohen Einkommen (25 %) als auch in der Gruppe mit einem niedrigen Einkommen (41 %) im internationalen Vergleich am höchsten. Unterschiede in der einkommensabhängigen Multimorbidität zwischen den Ländern lassen sich somit eher durch die erheblich schwankenden Anteile multimorbider Patienten in der Gruppe der einkommensschwachen Patienten erklären.



\* Chronische Erkrankungen waren: Gelenkschmerzen oder Arthritis; Asthma oder chronische Lungenerkrankung, Diabetes, Herzkrankheit, Bluthochdruck.

\*\* Niedriges bzw. hohes Einkommen wird als weniger bzw. mehr als 50 % des Medianeinkommens berechnet.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Osborn/Squires (2016).

### 10.5.3 Subjektives Gesundheitsempfinden

**550.** Der Anteil der Erwachsenen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, lag im Jahr 2015 in Deutschland mit 64,5 % etwas unter dem OECD-33-Durchschnitt von 66,9 % (Abbildung 10-22). Zugleich bestanden in Deutschland im Jahr 2015 große Unterschiede im subjektiven Gesundheitsempfinden von 27 Prozentpunkten zwischen den Einkommensgruppen des niedrigsten (51 %) und jenen des höchsten Einkommensquintils (78 %). In allen betrachteten Ländern war ein gutes oder sehr gutes Gesundheitsempfinden bei Befragten mit hohem Einkommen häufiger als bei denen mit niedrigem Einkommen. Die größten einkommensassoziierten Unterschiede waren in Estland (41,1 Prozentpunkte), Lettland (35,4) und der Tschechien (32,6) zu verzeichnen. Die geringsten einkommensassoziierten Unterschiede waren wiederum in Australien (8,3 Prozentpunkte), Spanien (8,8), Griechenland (9,0) und Italien (9,1)



zu verzeichnen. In Neuseeland, Spanien und Israel war dagegen ein nichtlinearer Zusammenhang zu beobachten. In diesen Ländern lag der Anteil der Erwachsenen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichneten, für die Gesamtbevölkerung unter den Anteilen der Erwachsenen mit niedrigem bzw. hohem Einkommen.

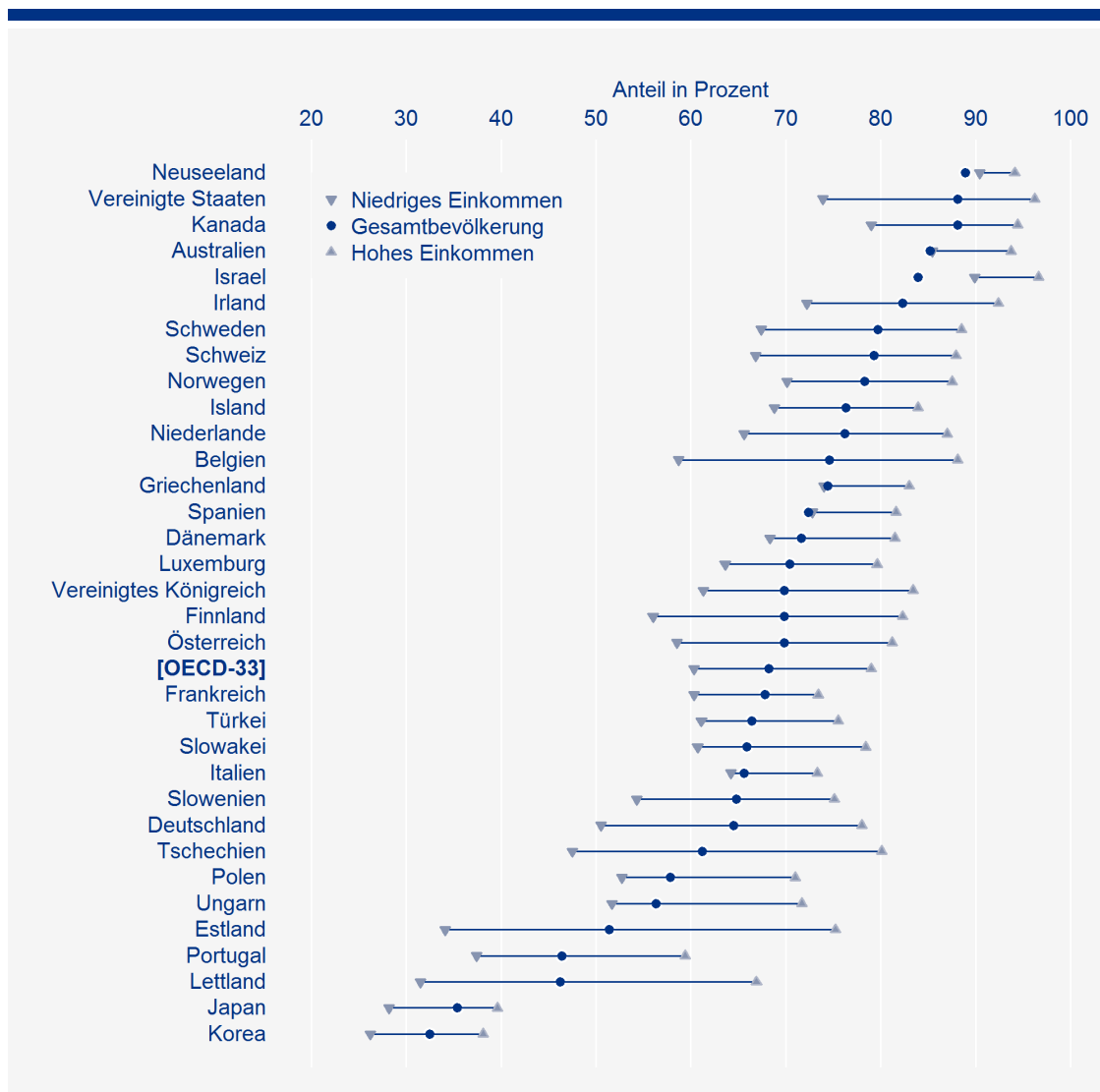


Abbildung 10-22: Anteil der Erwachsenen, die ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bezeichnen, nach obersten und untersten Einkommensquintilen im Jahr 2015 (oder im letztverfügbaren Jahr)

\* Für Neuseeland, Kanada, die Vereinigten Staaten und Australien ist wegen abweichender Fragebogen ein methodischer Bias nach oben möglich.

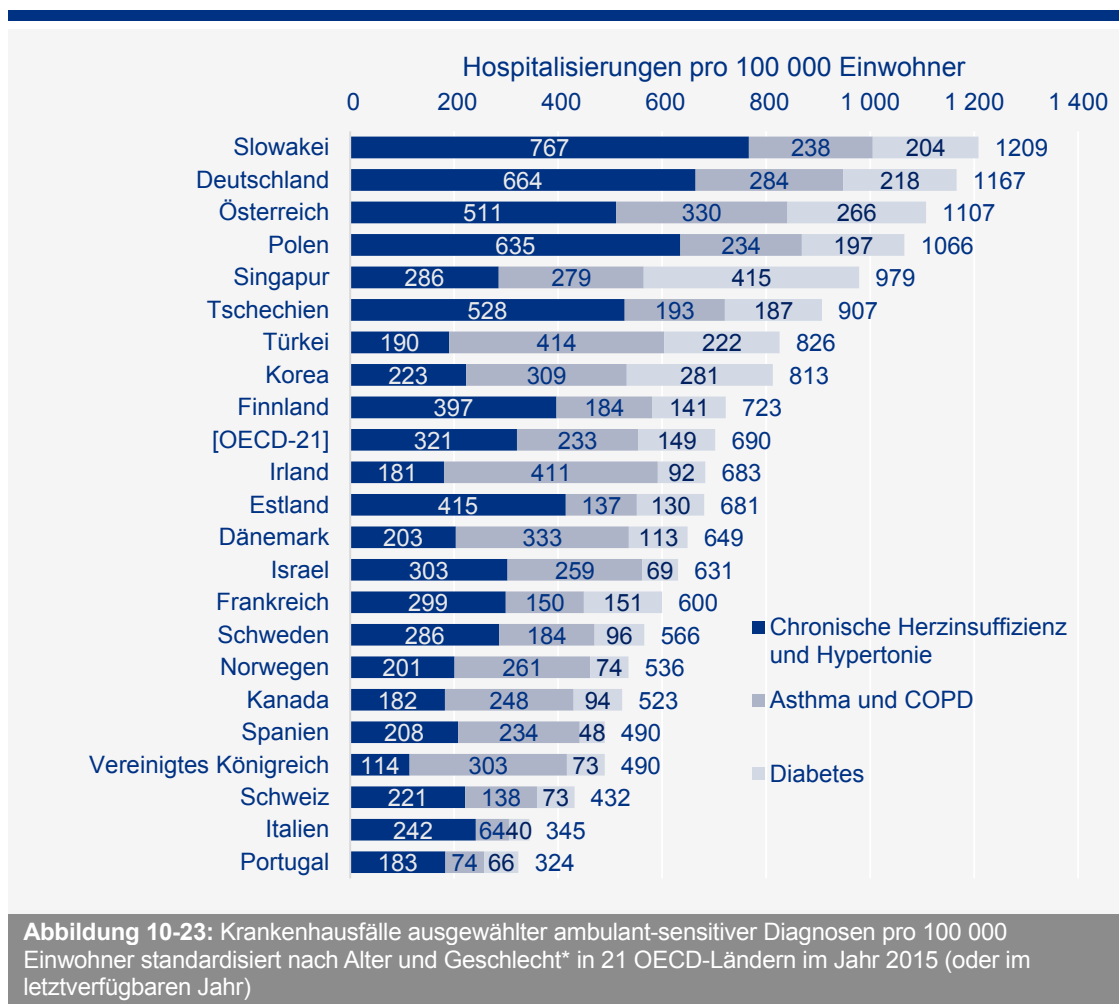
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

551. Bei der Interpretation muss beachtet werden, dass ältere Bevölkerungen wie die Deutschlands eher einen schlechteren Gesundheitszustand berichten. Diese altersabhängige Verschlechterung tritt vor allem nach dem 45. und dem 65. Lebensjahr auf (OECD 2017b). Dies könnte beispielsweise der Grund dafür sein, dass die relativ junge Bevölkerung in Irland mit 82,3 % einen hohen Anteil der Erwachsenen mit gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand auf-

wies. Auch sind in allen OECD-Ländern die Anteile an Männern, die eine gute bis sehr gute Gesundheit berichteten, höher als die Anteile an Frauen (OECD 2017b). Die Staaten mit den geringsten Anteilen an Befragten mit gutem bis sehr gutem Gesundheitszustand waren Korea und Japan mit 32,5 % bzw. 35,4 %, gefolgt von Lettland und Portugal mit 46,2 % und 46,4 %. Die vergleichsweise geringen Anteile an Befragten in Korea und Japan, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut bezeichnen, sind umso bemerkenswerter, als diese Länder die Liste der Lebenserwartung anführen. Dies könnte durch kulturelle Faktoren oder die oben genannten altersabhängigen Angaben über das Gesundheitsempfinden erklärt werden.

#### 10.5.4 Krankenhausfälle mit ausgewählten ambulant-sensitiven Diagnosen

**552.** Ein Indikator für die Effektivität der ambulanten Versorgung ist die Anzahl der ambulant-sensitiven Krankenhausfälle pro 100 000 Einwohner. Chronische Herzinsuffizienz, Hypertonie, Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und Diabetes sind ambulant-sensitive Erkrankungen, die durch ein effektives primärärztliches Management anhand der verfügbaren evidenzbasierten Leitlinien im ambulanten Bereich gut behandelt werden können. Während im OECD-21-Durchschnitt krankheitsübergreifend 690 vermeidbare Hospitalisierungen in den oben genannten fünf Indikationsbereichen pro 100 000 Einwohner erfolgen, erfolgen mit 1 167 Hospitalisierungen überdurchschnittlich viele davon in Deutschland (Abbildung 10-23). Nur in der Slowakei werden mit 1 209 Krankenhausfällen pro 100 000 Einwohner noch mehr Patienten in diesen ambulant-sensitiven Indikationsbereichen hospitalisiert. Eine mögliche, angebotsinduzierte Ursache für die hohe Prävalenz an ambulant-sensitiven Krankenhausfällen in Deutschland könnte die hohe Krankenhausbettendichte sein (siehe Abbildung 10-5). Ein krankheitsspezifischer Hinweis auf Verbesserungspotenziale ist die höhere Rate an Hospitalisierungen aufgrund von chronischer Herzinsuffizienz und Hypertonie in Deutschland, die beim direkten Vergleich mit dem Vereinigten Königreich auffällt. Der Vergleich mit der Schweiz, mit Italien und Portugal, welche die geringsten Prävalenzen an Krankenhauseinweisungen aufgrund der hier dargestellten ambulant-sensitiven Diagnosen aufwiesen, zeigt wiederum, dass eine Reduktion an vermeidbaren Krankenhauseinweisungen für die genannten Erkrankungen möglich ist. Im Hinblick auf Herzinsuffizienz konstatierte bereits der Qualitätsmonitor der AOK, dass Patienten unkoordiniert verschiedene Versorgungsangebote wahrnehmen. Vermeidbare Krankenhausfälle können u. a. die Folge der durch mangelnde Koordination bedingten Versorgungslücken sein (Dormann et al. 2017). Einen Beitrag zu einer besseren Patientensteuerung im Sinne einer Reduktion von Krankenhausaufnahmen kann hierbei ein strukturiertes Entlassmanagement unter Einbezug aller an der Versorgung des Patienten beteiligten Gesundheitsberufe sein (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege). Beispielsweise kann die Betreuung von Patienten mit Herzinsuffizienz durch eine *Heart Failure Nurse* das Selbstmanagement der Patienten verbessern und die Anzahl an Rehospitalisierungen reduzieren (Bohner et al. 2012). Daher sollte das proaktive Angebot von Patienteninformationen zum Thema Selbstmanagement (z. B. das Erkennen von Symptomen einer möglichen Verschlechterung) einen höheren Stellenwert erhalten (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege).



\* Bevölkerung ab 15 Jahren.

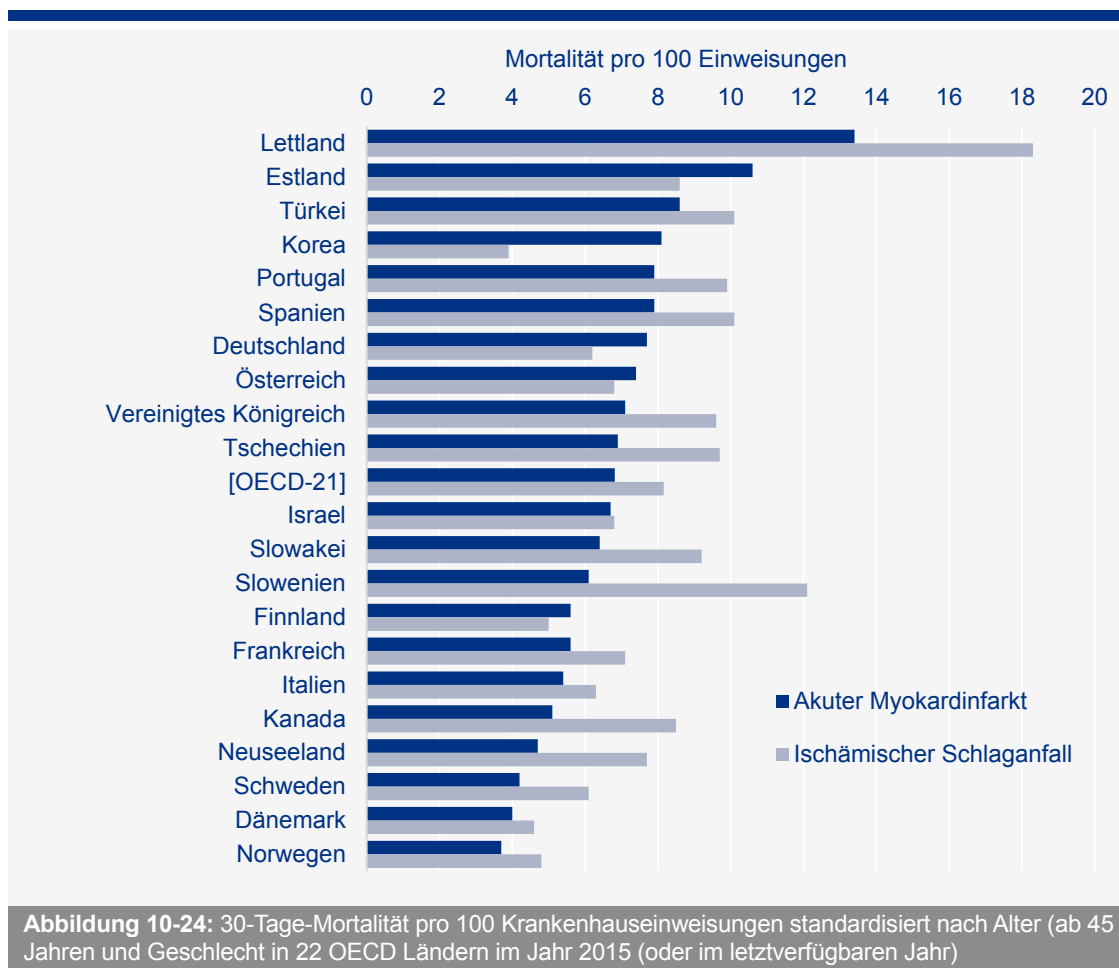
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

### 10.5.5 Mortalität 30 Tage nach der Krankenhauseinweisung

**553.** Der ischämische Schlaganfall und der akute Myokardinfarkt sind Erkrankungen, die einer schnellstmöglichen Behandlung bedürfen, um Langzeitschäden zu vermeiden. Insbesondere der ischämische Schlaganfall ist eine der häufigsten Ursachen für körperliche Behinderung im Alter. Ein Indikator für die Qualität der Akutversorgung ist die Mortalität 30 Tage nach der Krankenhauseinweisung. Im OECD-21-Durchschnitt lag die Mortalität bei ischämischem Schlaganfall bei 8,2 Todesfällen pro 100 Krankenhauseinweisungen und bei akutem Myokardinfarkt bei 6,8 (Abbildung 10-24). Die meisten Todesfälle pro 100 Krankenhauseinweisungen verzeichnete Lettland mit 18,3 Todesfällen infolge eines ischämischen Schlaganfalls bzw. 13,4 durch einen akuten Myokardinfarkt. Norwegen und Dänemark wiesen hingegen nur 4,8 bzw. 4,6 Todesfälle pro 100 Krankenhauseinweisungen nach einem ischämischen Schlaganfall und 3,7 bzw. 4,0 Todesfälle infolge eines akuten Myokardinfarktes auf. Dabei sollte beachtet werden, dass sich die durch den Myokardinfarkt verursachte Gesamtsterblichkeit nicht in allen Ländern proportional zur Mortalität nach 30 Tagen verhält. Insbesondere Norwegen befindet sich bei einem Vergleich mit 24 OECD-Ländern in dem Quartil mit der höchsten Mortalität durch einen

Myokardinfarkt. Unklar ist, inwiefern eine Verzerrung aufgrund des Anfahrtsweges und der präklinischen Versorgung eine Rolle spielt. Deutschland rangierte – trotz der vergleichsweise sehr hohen Versorgungsdichte – hinsichtlich der Mortalität infolge eines akuten Myokardinfarktes nur leicht unter dem OECD-Durchschnitt mit 7,7 Todesfällen pro 100 Einweisungen. Für den ischämischen Schlaganfall lag die Mortalität bei 6,2 und damit bereits klar unter dem OECD-Durchschnitt.

**554.** Beide Werte sollten auch vor dem Hintergrund der hohen Krankenhausdichte in Deutschland interpretiert werden. Insbesondere bei der Behandlung des akuten Myokardinfarktes ist eine zielgerichtete Steuerung des Patienten in ein Krankenhaus mit einem Herzkatheterlabor notwendig. Allerdings kann es momentan aufgrund fehlender Standards in der Strukturqualität vorkommen, dass ein Patient zunächst teilweise oder vollständig in einem Krankenhaus ohne Katheterbereitschaft behandelt wird, obwohl eine adäquate Behandlung in einem voll ausgerüsteten Krankenhaus nur wenige Kilometer entfernt möglich gewesen wäre (Dormann/Klauber 2016). Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte daher auch Richtlinien für eine gezielte Einweisung beinhalten. Eine Konzentration der Notfallversorgung in Integrierten Notfallzentren (INZs), wie im Kapitel 14 zur Notfallversorgung dargestellt, ist in diesem Sinne eine Möglichkeit, die Sterblichkeit nach einem akuten Myokardinfarkt weiter zu senken. Beim ischämischen Schlaganfall spielt neben der Verringerung der Mortalität insbesondere auch die Vermeidung von schwerster Behinderung eine große Rolle. Die Kapazitäten für eine zeitnahe Intervention sind in Deutschland jedoch in weiten Bereichen nicht gegeben.



\* Daten für Deutschland aus dem Jahr 2014.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

### 10.5.6 Mortalität bei den häufigsten Krebserkrankungen

**555.** Abbildung 10-25 zeigt vergleichend die alters- und geschlechtsstandardisierte Mortalität bei den häufigsten Krebserkrankungen im Jahr 2014. Kolorektalkarzinome sind die dritthäufigste Krebsdiagnose bei Männern und die zweithäufigste Diagnose bei Frauen über alle OECD-Länder hinweg. In vielen Ländern gibt es dazu etablierte Screeningprogramme, deren Zielgruppe zumeist über 50-Jährige sind, die aber in der genauen Ausgestaltung insbesondere der Screeningmethodik und -frequenz oft unterschiedlich strukturiert sind. Die Mortalität aufgrund eines Kolorektalkarzinoms hat sich in den letzten Jahren in vielen OECD-Staaten reduziert. Trotzdem bestand im Jahr 2014 im OECD-25-Durchschnitt immer noch eine Mortalität von 25,1 Todesfällen im Vergleich zu 28,5 Todesfällen pro 100 000 Einwohner vor zehn Jahren. In Deutschland lag die Mortalität mit 22,6 Todesfällen pro 100 000 Einwohner unter dem Durchschnitt. Allerdings zeigte sich gerade in osteuropäischen Staaten wie Slowenien, der Slowakei und Tschechien eine anhaltend hohe Mortalität. Die höchste Mortalität lag dabei in Ungarn mit 43,7 Todesfällen pro 100 000 Einwohner vor.

**556.** Brustkrebs ist bei Frauen die Krebserkrankung mit der höchsten Inzidenz und der höchsten Prävalenz in den OECD-Ländern. Die meisten OECD-Staaten haben Screeningprogramme zur Früherkennung implementiert, was inzwischen auch der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entspricht (OECD 2017). Die Abnahme der Brustkrebsmortalität kann u. a. durch effektivere Behandlungsoptionen erklärt werden. Im OECD-25-Durchschnitt betrug die Mortalität 26,7 Todesfälle pro 100 000 Frauen. Die durch Brustkrebs verursachten Mortalität war in Island mit 32,3 Todesfällen pro 100 000 Frauen im OECD-Vergleich am höchsten. Deutschland lag mit 28,8 Todesfällen pro 100 000 Frauen über dem OECD-25-Durchschnitt, was auf ein Verbesserungspotenzial hinsichtlich der Behandlungsqualität hinweisen könnte. Nach Spanien war die Mortalität in den skandinavischen Ländern Finnland, Schweden und Norwegen am geringsten.

**557.** Das Prostatakarzinom ist das häufigste Karzinom bei Männern. Im OECD-25-Durchschnitt starben im Jahr 2014 pro 100 000 Männer 34,1 an einem Prostatakarzinom, wobei sich die Mortalität in der letzten Dekade um 14,6 % verringert hat. Während in Japan die Mortalität mit 13,2 Todesfällen pro 100 000 Männer am geringsten war, war sie in Estland mit 54,4 Todesfällen am höchsten. Mit 30,7 Todesfällen pro 100 000 Einwohner war die Mortalität in Deutschland geringer als im OECD-24-Durchschnitt. Verglichen mit den Ländern der geringsten Mortalität wie Japan, Israel und den Vereinigten Staaten ist allerdings möglicherweise noch weiteres Potenzial für eine bessere Behandlung gegeben.

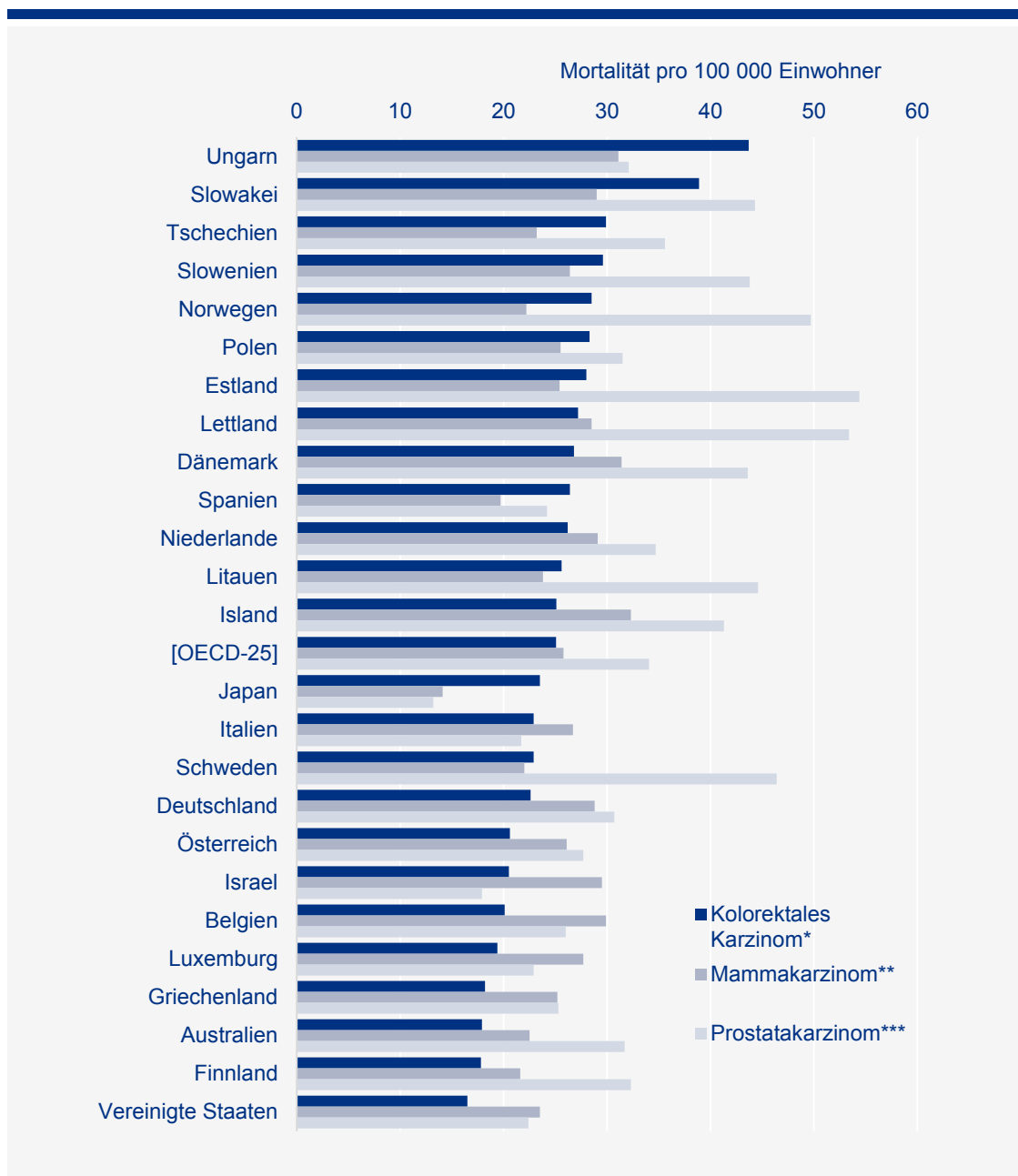


Abbildung 10-25: Alters- und geschlechtsstandardisierte Mortalität bei den häufigsten Krebserkrankungen in 24 OECD-Ländern im Jahr 2014 (oder im letztverfügbaren Jahr)

\* Sortiert nach Mortalität infolge eines kolorektalen Karzinoms.

\*\* Mortalität beim Mammakarzinom pro 100 000 Frauen.

\*\*\* Mortalität beim Prostatakarzinom pro 100 000 Männer.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von OECD (2017b).

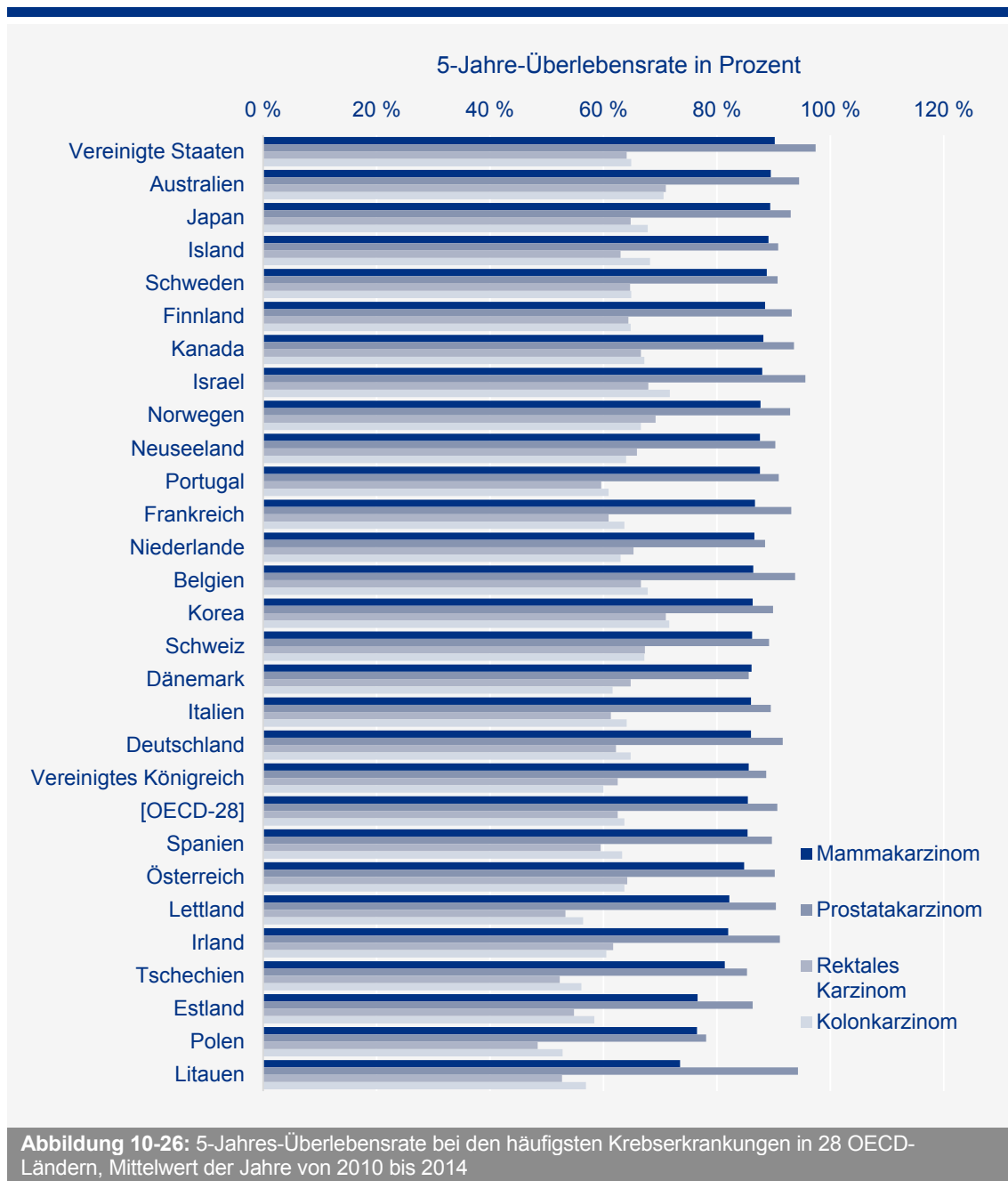
558. Die aktuellsten Daten zu Überlebensraten nach verschiedenen Krebserkrankungen wurden im Rahmen der Studie CONCORD-3 erhoben. Diese Studie aggregierte weltweite Registerdaten von 37,5 Millionen Patienten, die im Zeitraum von 2000 bis 2014 eine Krebsdiagnose erhalten haben. Insbesondere die 5-Jahres-Überlebensrate ist bedeutsam, um die Effektivität der medizinischen Versorgung von Krebserkrankungen zwischen Krebsarten einerseits und verschiedenen Gesundheitssystemen andererseits vergleichen zu können. Zusammenfassend

zeigen die Ergebnisse, dass die Überlebensraten weltweit über den betrachteten Zeitraum in einem Großteil der Länder steigen. Insbesondere die Vereinigten Staaten, Kanada, Australien, Neuseeland und die skandinavischen Länder zeigen die höchsten Überlebensraten bei den meisten Krebserkrankungen.

**559.** Abbildung 10-26 bestätigt diese Aussage für die häufigsten Krebserkrankungen. Während zwischen 2010 und 2014 im OECD-28-Durchschnitt 62,5 % bzw. 63,7 % der Patienten mit einem Rektal- bzw. einem Kolonkarzinom innerhalb eines 5-Jahres-Zeitraumes nach der Diagnose noch lebten, zeigen die höchsten Überlebensraten Israel (Kolonkarzinom: 71,7 %, Rektalkarzinom: 67,9 %), Korea (Kolonkarzinom: 71,6 %, Rektalkarzinom: 71,0 %) und Australien (Kolonkarzinom: 70,6 %, Rektalkarzinom: 71,0 %). Zugleich war die Überlebenswahrscheinlichkeit von Patienten mit einem dieser Karzinome nach fünf Jahren in den osteuropäischen Staaten Polen (Kolonkarzinom: 52,8 %, Rektalkarzinom: 48,4 %), in Tschechien (Kolonkarzinom: 56,1 %, Rektalkarzinom: 52,3 %) und in Lettland (Kolonkarzinom: 56,4 %, Rektalkarzinom: 53,3 %) am geringsten. Deutschland lag dabei mit einer 5-Jahres-Überlebensrate von 64,8 % bei einem Kolonkarzinom bzw. 62,2 % bei einem Rektalkarzinom leicht über dem OECD-Durchschnitt.

**560.** Auch bei der 5-Jahres-Überlebensrate bei einem Mammakarzinom lag Deutschland mit 86,0 % leicht über dem OECD-28-Durchschnitt von 85,5 %. Insgesamt war die Überlebensrate in den Vereinigten Staaten, in Australien und Japan mit jeweils 90,2 %, 89,5 % bzw. 89,4 % am höchsten, während die Wahrscheinlichkeit, an Brustkrebs zu sterben, in Litauen, Polen und Estland angesichts einer 5-Jahres-Überlebensrate von jeweils 73,5 %, 76,5 % bzw. 76,6 % am höchsten war. Polen bildete auch das Schlusslicht bei der 5-Jahres-Überlebensrate des Prostatakarzinoms mit 78,1 %. Deutschland lag mit 91,6 % – ähnlich wie beim Mammakarzinom – leicht über dem OECD-Durchschnitt von 90,5 %. Die höchsten Überlebensraten hatten wiederum die Vereinigten Staaten (97,4 %), Litauen (94,3 %) und Kanada (93,6 %) zu verzeichnen.





Sortiert nach Überleben des Mammakarzinoms .

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Allemani et al. (2018).

**561.** Schlussfolgerungen auf Basis einer ausschließlichen Betrachtung der 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit können immer noch dadurch limitiert sein, dass Staaten mit großflächig angelegten Screeningprogrammen und einer engmaschigen primärärztlichen Überwachung höhere Inzidenzen aufweisen können. Bei gleichbleibender Mortalität könnten diese Staaten in-

folge der nicht immer vergleichbaren Anfangszeitpunkte (*Lead Time Bias*) und der Überdiagnose<sup>142</sup> veränderte Überlebensraten aufweisen. Dass Deutschland in den betrachteten 5-Jahres-Überlebensraten nur leicht vom OECD-Durchschnitt abwich, überrascht angesichts der Tatsache, dass Deutschland im Jahr 2014 kaufkraftbereinigt nach Luxemburg und der Schweiz die höchsten Ausgaben für onkologische Behandlungen pro Kopf in Europa aufwies (Jönsson et al. 2016). Um mögliche Gründe für die Effizienzunterschiede in der onkologischen Versorgung verschiedener Staaten identifizieren zu können, bedarf es einer valideren Datengrundlage, die erst durch weitere Studien generiert werden muss.

### 10.5.7 Effizienz der Gesundheitsversorgung

**562.** Für einen Vergleich der Effizienz der Gesundheitsversorgung in verschiedenen Ländern können unterschiedliche Methoden und Datengrundlagen verwendet werden. In einer systematischen Übersicht von 22 Studien, die die Effizienz der Gesundheitsversorgung in OECD-Staaten untersucht haben, zeigten sich große Unterschiede in den Studiendesigns und -methoden. Die Metaanalyse ergab niedrige Korrelationen zwischen den Länderrankings, was auf eine mangelnde interne Validität der Effizienzschätzungen hinweist (Varabyova/Muller 2016). Die nun dargestellten Studien verdeutlichen diese Einschätzung.

**563.** Der Internationale Währungsfonds analysierte für Slowenien die Effektivität der Staatsausgaben u. a. im Gesundheitssektor (IMF 2015). Dazu wurde die Effizienzgrenze aus der Lebenserwartung und den Gesundheitsausgaben pro Einwohner nach KKP im internationalen Vergleich berechnet. Im Ergebnis schlussfolgerten die Autoren, dass das slowenische Gesundheitssystem im Vergleich zu dem anderer Länder nicht effizient ist. Die Aussagekraft dieser Effizienzgrenzenbetrachtung ist allerdings eingeschränkt. Obwohl die Schweiz vergleichsweise hohe Gesundheitskosten pro Einwohner ausweist, sind Japan und die Schweiz mit einer ähnlich hohen Lebenserwartung nahe der Effizienzgrenze lokalisiert. Das Beispiel Japan zeigt, dass eine höhere Lebenserwartung nicht nur durch höhere Gesundheitsausgaben erklärt werden kann. Für einen validen Vergleich der Effizienz von Gesundheitssystemen müssen daher unbedingt auch andere Faktoren berücksichtigt werden.

**564.** In einer Studie der EU wurde diese Limitation adressiert, indem eine Effizienzgrenze unter Berücksichtigung der individuellen alters-, geschlechts- und landesspezifisch adjustierten Lebensstilfaktoren wie Alkoholkonsum, Raucherstatus und Body-Mass-Index erstellt wurde (Europäische Kommission 2015). Insgesamt zeigte sich dabei, dass bereits in der für verschiedene Lebensstilfaktoren unadjustierten Analyse höhere Gesundheitsausgaben zu einer höheren Lebenserwartung führten. Obwohl auch der Zusammenhang zwischen einer gesunden Lebensführung und der Lebenserwartung nachweisbar war, wichen die für Lebensstilfaktoren adjustierten Ergebnisse nur geringfügig von den unadjustierten Ergebnissen ab. Zwei Erklärungen der Autoren, die man auch als Schlussfolgerung aus der Analyse betrachten kann, waren, dass eine gesündere Lebensführung zum einen auch mit Kosten (beispielsweise durch Präventionspro-

---

<sup>142</sup> Überdiagnose liegt vor, wenn durch das Screening Tumoren entdeckt werden, die sich spontan zurückbilden oder nur sehr langsam wachsen und damit auch unbehandelt die Lebenserwartung eines Patienten nicht beeinträchtigen würden.

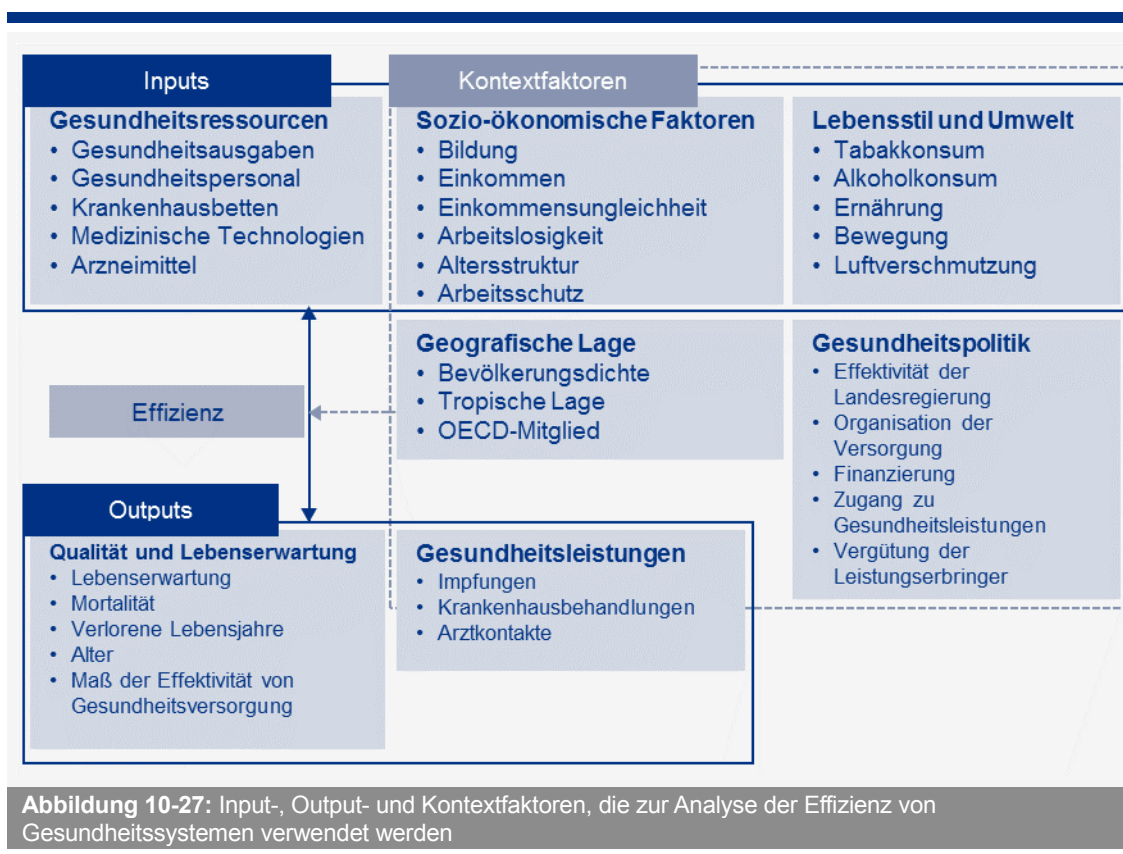
gramme) verbunden ist. Zum anderen könnte der positive Effekt auf die Effizienz, den eine gesunde Lebensführung hinsichtlich einer längeren Lebenserwartung verursacht, durch steigende Gesundheitskosten im Alter niveliert werden.

**565.** Daneben gibt es auch Ansätze, die die Effizienz der Gesundheitsversorgung über Lebensstilfaktoren hinaus unter spezifischerer Berücksichtigung der Inputs analysieren. Eine Analyse auf Basis von OECD-Daten berücksichtigte in einem ersten Modell neben den Gesundheitsausgaben auch versorgungsspezifische Inputs (beispielsweise die Ärztedichte, die Betten pro Einwohner) und in einem zweiten Modell noch zusätzliche nicht versorgungsspezifische Inputs (beispielsweise Gemüse- und Obstkonsum, BIP; (Hadad et al. 2013). Anschließend wurde noch einmal der Einfluss von sozioökonomischen und institutionellen Parametern (z. B. der Anzahl der Krankenversicherungen oder ob ein Gatekeeping-System vorliegt) auf die Ergebnisse überprüft. Im Gegensatz zu der eben beschriebenen Studie (Europäische Kommission 2015) führte die Berücksichtigung der nicht versorgungsspezifischen Inputs im zweiten Modell zu einem gänzlich anderen Länderranking. Dabei zeichneten sich die Länder Tschechien, Estland, Island, Japan, Polen, Portugal, Slowenien und Südkorea durch effiziente Gesundheitssysteme in beiden Modellen aus. In einer weiteren Analyse zeigte sich, dass bei Verwendung einer anderen Methode zur Ermittlung der Effizienz Island versorgungsbezogene Inputs am effizientesten nutzte, während in Japan nicht versorgungsbezogene Inputs am effizientesten zur Lebenserwartung beitrugen.

**566.** Eine weitere Möglichkeit, die Effizienz der Gesundheitsversorgung zu betrachten, bietet ein Ranking des Commonwealth Fund, das zum Großteil auf Parametern der länderübergreifenden Befragungen von Patienten und Ärzten basiert. Von den fünf betrachteten Domänen wurden für das Ranking der Domänen „Versorgungsprozess“ und „Gesundheitswerte“ neben den Parametern aus Umfragen auch Daten der OECD und der WHO herangezogen. Anschließend wurden die Domänen gleichwertig zum Gesamtranking zusammengefasst. In dem daraus resultierenden Gesamtranking belegte Deutschland lediglich den achten Platz von elf Staaten. Neben einer niedrigen Effizienz in Bezug auf den Versorgungsprozess waren dabei vor allem die Vergleichswerte bei Gesundheitsergebnissen ausschlaggebend (Schneider et al. 2017; Schneider/Squires 2017). Die Zusammenstellung des Rankings aufgrund von Umfrageergebnissen ist einerseits eine Stärke dieses Rankings, da hierbei die Perspektive von Patienten und Ärzten direkt einfließen konnte. Andererseits sind bei den durchgeführten Telefonumfragen die Fallzahlen oft gering und die Selbstauskunft macht sie anfällig für Verzerrungen. Darüber hinaus werden Ergebnisse durch Veränderungen besonders stark beeinflusst. So wird eine Verbesserung in einem schlechten System zu einer deutlich besseren Beurteilung führen. Obwohl manche der verwendeten Parameter als Indikatoren für die Effizienz eines Gesundheitssystems verwendet werden können, ist die Klassifizierung der Effizienz nach einzelnen Parametern oftmals nicht aussagekräftig. Bei Betrachtung des Effizienzrankings belegten die Vereinigten Staaten den letzten Platz, was konsistent zu den Ergebnissen der letzten Jahre und zum allgemein fragmentierten Zustand des amerikanischen Gesundheitssystems passt. Zugleich überrascht, dass das Vereinigte Königreich angesichts des vorletzten Platzes bezüglich der Gesundheitsergebnisse das effizienteste Land ist.

**567.** Insgesamt zeigt sich, dass die in den Vergleichen verwendeten Variablen und Methoden sowie die Gruppe an eingeschlossenen Staaten zu stark variierenden Ergebnissen führen und abschließende Aussagen über die Effizienz erschweren. Die Limitationen von vergleichen-

den Effizienzbetrachtungen von Gesundheitssystemen sind insbesondere aufgrund der heterogenen Datenverfügbarkeit immer noch groß. Selbst kleine Änderungen in den Daten können das Ranking verändern. Während bestimmte Gesundheitssysteme in einem Modell effizient sind, sind sie in einem anderen ineffizient. Zudem ist die Zuordnung von Outputs zu Inputs häufig schwierig, da Gesundheit kein ausschließlich dem Gesundheitssystem zuordenbares Produkt ist (Cylus et al. 2016). Effizienz ist ein komplexes Produkt und, wie in Abbildung 10-27 veranschaulicht, auch von geografischen, sozioökonomischen und weiteren Kontextfaktoren abhängig. Wie bereits in der Einführung dieses Kapitels beschrieben, war eine Altersstandardisierung der hier dargestellten Parameter zumeist nicht möglich. Die Verfügbarkeit von altersstratifizierten Daten wäre in diesem Sinne ein erster notwendiger Schritt, um eine bessere internationale Vergleichbarkeit der Effizienz verschiedener Gesundheitssysteme zu ermöglichen. Politischen Entscheidungsträgern können die derzeit vorliegenden Studien kaum eine aussagekräftige Orientierungshilfe geben.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Varabyova/Muller (2016).

## 10.6 Zusammenfassung und Empfehlungen

**568.** Im internationalen Vergleich werden Potenziale einer besseren Gesundheitsversorgung in Deutschland deutlich. Insgesamt ist der Zugang zur medizinischen Versorgung in Deutschland sehr gut. Der Anteil der Patienten, die aus finanziellen Gründen eine Behandlung vermeiden, ist im Vergleich zu den anderen OECD-Ländern gering. Auch die Wartezeiten in Deutschland sind bei Heranziehung anderer Länder als Vergleichsmaßstab als gering anzusehen. Der lediglich unterdurchschnittliche Anteil der deutschen Bevölkerung, der in der Eigenwahrnehmung einen guten oder sehr guten Gesundheitsstatus berichtet, und die im OECD-Vergleich durchschnittliche Lebenserwartung zeigen, dass der Zugang zur und die Qualität der Gesundheitsversorgung nicht die einzigen Parameter sind, die zu einem gesunden Leben auch in der Selbsteinschätzung beitragen. Insbesondere die positive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit geht in Deutschland mit überdurchschnittlichen sozioökonomischen Differenzen einher.

**569.** Zudem gibt es auch in der ambulanten Versorgung Verbesserungspotenziale, die sich auf eine bessere primärärztliche Koordination der Versorgung und eine stärkere, interdisziplinäre Zusammenarbeit beziehen. Diese Schnittstellen und Kommunikationsprobleme in der ambulanten Versorgung können u. a. durch die Einführung einer elektronischen Patientenakte wie beispielsweise in Dänemark verbessert werden (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege). Zur Verbesserung der zunehmend komplexen Koordinierung von Patienten sollten – neben Ärzten – vermehrt andere Gesundheitsberufe beteiligt werden (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege).

**570.** Die Effizienzpotenziale, die hier vorhanden sind, lassen sich aufgrund der eingeschränkten Qualität internationaler Daten oftmals nicht quantifizieren, wie am Beispiel der Effizienzbetrachtung hinsichtlich der onkologischen Versorgung deutlich geworden ist. Um gesundheitspolitisch von den Besten lernen zu können, bedarf es daher einer detaillierten und besseren Vergleichbarkeit internationaler Daten, beispielsweise über eine direkte Alters- und Geschlechtsstandardisierung. Auf der Grundlage der vorhandenen Daten werden bei einem Blick auf die im internationalen Vergleich hohe Rate an Krankenhausfällen bereits Potenziale deutlich. Deutschland hat – nach Österreich – die höchsten stationären Fallzahlen pro Einwohner und eine der höchsten Krankenhausbettendichten. Zugleich tragen die Struktur und die Steuerung – beispielsweise von nicht voll katheterausgestatteten, aber an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäusern bei akuten Notfällen wie einem Myokardinfarkt – dazu bei, dass Patienten nicht immer am Ort des besten Versorgungsangebots behandelt werden. Zudem ist die Anzahl an vermeidbaren Krankenhausfällen aus der Perspektive des internationalen Vergleichs relativ hoch.

## 10.7 Literatur

- Allemani, C., Matsuda, T., Di Carlo, V., Harewood, R., Matz, M., Nikšić, M. et al. (2018): Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 391(10125): 1023–1075.
- BARMER (2017): Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- Berchet, C. (2015): Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. *OECD Health Working Papers* (83).
- Bohner, K., Zeller, H. und Saxer, S. (2012): Effektivität und Effizienz von Advanced Practice Nurses bei Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz. *Pflegewissenschaft* (6).
- Börsch-Supan, A. (2017): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 6.0.0. SHARE-ERIC.
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F. et al. (2013): Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Int J Epidemiol* 42(4): 992–1001.
- Cylus, J., Papanicolas, I. und Smith, P. (2016): Health System Efficiency: How to make measurement matter for policy and management. *European Observatory Health Policy Series*.
- Delamaire, M. L. und Lafortune, G. (2010): Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers* (54).
- Dormann, F. und Klauber, J. (Hrsg.) (2016): Qualitätsmonitor 2017. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Dormann, F., Klauber, J. und Kuhlen, R. (2017): Qualitätsmonitor 2018. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Europäische Kommission (2015): Comparative efficiency of health systems, corrected for selected lifestyle factors. URL: [ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems\\_performance\\_assessment/docs/2015\\_mace\\_report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/systems_performance_assessment/docs/2015_mace_report_en.pdf) (abgerufen am 09.05.2018).
- Frey, M., Liechti, D. und Feer, M. (2011): Direkte Gesundheitsausgaben der privaten Haushalte: Out-Of-Pocket-Zahlungen und Kostenbeteiligungen in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Neuchâtel.
- Hadad, S., Hadad, Y. und Simon-Tuval, T. (2013): Determinants of healthcare system's efficiency in OECD countries. *Eur J Health Econ* 14(2): 253–265.
- IMF (International Monetary Fund) (2015): Republic of Slovenia. Technical Assistance Report. Establishing a Spending Review Process. IMF Country Report No. 15/265. URL: [www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2015/cr15265.pdf](http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2015/cr15265.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).

- Irving, G., Neves, A. L., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A. und Holden, J. (2017): International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 7(10): e017902.
- Jönsson, B., Hofmarcher, T., Lindgren, P. und Wilking, N. (2016): Comparator report on patient access to cancer medicines in Europe revisited. IHE Report. IHE, Lund.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Mai/Juni 2017. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). URL: [www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php](http://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php) (abgerufen am 16.05.2018).
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.) (2017): Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Schattauer, Stuttgart.
- Koechlin, F., Konijn, P., Lorenzoni, L. und Schreyer, P. (2017): Comparing hospitals and health prices and volumes across countries: a new approach. *Soc Indic Res* 131(1): 43–64.
- Kopetsch, T. (2015): Facharzttermine im internationalen Vergleich: Geringe Wartezeiten in Deutschland. *Dtsch Arztebl* 112(31-32): A-1318.
- Kumar, A. und Schoenstein, M. (2013): Managing hospital volumes: Germany and experiences from OECD countries. *OECD Health Working Papers* (65).
- Lago, S., Cantarero, D., Rivera, B., Pascual, M., Blázquez-Fernández, C., Casal, B. und Reyes, F. (2018): Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a systematic review. *Z Gesundh Wiss* 26(1): 1–14.
- Lorenzoni, L. und Koechlin, F. (2017): International Comparisons of Health Prices and Volumes: New Findings. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). URL: [www.oecd.org/health/health-systems/International-Comparisons-of-Health-Prices-and-Volumes-New-Findings.pdf](http://www.oecd.org/health/health-systems/International-Comparisons-of-Health-Prices-and-Volumes-New-Findings.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).
- Malter, F. und Börsch-Supan, A. (2017): SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots. Munich Center for the Economics of Aging, München.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017a): Health at a Glance 2017: OECD Indicators, Paris.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017b): Health Statistics 2017.
- Ono, T., Schoenstein, M. und Buchan, J. (2014): Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. *OECD Health Working Papers* (69).
- Osborn, R. und Schneider, E. (2015): Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. The Commonwealth Fund.
- Osborn, R. und Squires, D. (2016): The Commonwealth Fund 2016. International Health Policy Survey of Adults in 11 Countries. The Commonwealth Fund.
- Papanicolaos, I., Woskie, L. R. und Jha, A. K. (2018): Health care spending in the united states and other high-income countries. *JAMA* 319(10): 1024–1039.

- Rhee, J. C., Done, N. und Anderson, G. F. (2015): Considering long-term care insurance for middle-income countries: comparing South Korea with Japan and Germany. *Health Policy* 119(10): 1319–1329.
- Schneider, E. C. und Squires, D. (2017): From Last to First — Could the U.S. Health Care System Become the Best in the World? *N Engl J Med* 377(10): 901–904.
- Schneider, E., Sarnak, D., Squires, David, Shah, Arnav und Doty, M. (2017): Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care. The Commonwealth Fund. URL: [www.commonwealthfund.org/interactives/2017/july/mirror-mirror/](http://www.commonwealthfund.org/interactives/2017/july/mirror-mirror/) (abgerufen am 03.05.2018).
- Schreyögg, J. und Milstein, R. (2016): Expertise zur Quantifizierung der Pflegezahlen in Deutschland sowie zum Überblick über die normative Bestimmung des Pflegebedarfes in ausgewählten OECD-Ländern. Im Auftrag der Expertenkommission „Pflegepersonal im Krankenhaus“ im Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Hamburg Center for Health Economics.
- Schreyögg, J., Tiemann, O., Stargardt, T. und Busse, R. (2008): Cross-country comparisons of costs: the use of episode-specific transitive purchasing power parities with standardised cost categories. *Health Econ* 17(S1): 95–103.
- van den Berg, M. J., van Loenen, T. und Westert, G. P. (2016): Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Fam Pract* 33(1): 42–50.
- van den Heuvel, W. J. und Olaroiu, M. (2017): How Important Are Health Care Expenditures for Life Expectancy? A Comparative, European Analysis. *J Am Med Dir Assoc* 18(3): 276.e9 - 276.e12.
- Varabyova, Y. und Muller, J.-M. (2016): The efficiency of health care production in OECD countries: A systematic review and meta-analysis of cross-country comparisons. *Health Policy* 120(3): 252–263.
- Wagstaff, A. und van Doorslaer, E. (2000): Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annu Rev Public Health* 21: 543–567.
- Wubulhasimu, P., Brouwer, W. und Baal, P. (2016): The impact of hospital payment schemes on healthcare and mortality: evidence from hospital payment reforms in OECD countries. *Health Economics* 25(8): 1005–1019.



**Teil II:**  
**Zukunftsperspektiven – Eine bedarfsgerechte  
sektorenübergreifende Versorgung**



---

# 11 Konkrete Ansätze sektorenübergreifender Versorgung

---

## 11.1 Einleitung

**571.** Neben bestehenden Ineffizienzen und Ineffektivitäten innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche leidet die Gesundheitsversorgung in Deutschland vor allem an der unzureichenden Koordination und Kooperation an den jeweiligen Schnittstellen der immer noch stark abgeschotteten Sektoren. Es existiert quasi eine „unsichtbare Mauer“ zwischen der Prävention, der ambulanten und der stationären Behandlung sowie der Rehabilitation und der Pflege (Amelung et al. 2017; Europäische Kommission 2017). Die zu geringe Durchlässigkeit und Flexibilität an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor behindern insbesondere die Hebung des aktuellen und künftigen Potenzials der ambulanten Versorgung (Stiftung Münch 2016). Dabei handelt es sich bei der „Ambulantisierung“ um einen vom medizinischen Fortschritt und vom verbesserten Gesundheitszustand der Patienten, der zunehmend mehr ambulante Eingriffe ermöglicht, getriebenen globalen Trend (Neubauer 2016). Die Substitution von stationären durch ambulante Leistungen vermag die Qualität und Effizienz der Versorgung zu verbessern und dürfte in der Regel auch den Präferenzen der Patienten entsprechen. Vor diesem Hintergrund fordert der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) eine „Reform des ambulanten-stationären Grenzbereichs“ als „zentralen Baustein der Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode“ (GKV-SV 2017).

**572.** Der Rat hat sich zuletzt in seinem Sondergutachten 2012 eingehend mit grundlegenden Problemen und Lösungsansätzen an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor beschäftigt und sich in diesem Kontext für einen sektorenübergreifenden und populationsorientierten Qualitätswettbewerb ausgesprochen (SVR 2012, Textziffer 164 ff.). Wegen der zu erwartenden künftig zunehmenden Bedeutung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor sah er schon in seinem Sondergutachten 2009 hier den zentralen Ansatzpunkt für eine Intensivierung des Qualitätswettbewerbs zwischen niedergelassenen (Fach-)Ärzten und Krankenhäusern (SVR 2009, Textziffer 1138 ff.). Zugleich sollte diese Stelle den Ausgangspunkt eines Wandels von der bisherigen stark sektoralen zur angestrebten populationsorientierten Versorgung markieren.

**573.** Ein funktionsfähiger Qualitäts- und Preiswettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär zwischen den niedergelassenen (Fach-)Ärzten und den Krankenhäusern setzt zunächst gleiche Rahmenbedingungen voraus. Sie betreffen vor allem (SVR 2009, Textziffer 915):

- die Leistungsdefinitionen,
- die Qualitätssicherung mit einheitlichen (Mindest-)Standards,
- die Vergütung einschließlich der Investitionsfinanzierung und der Vorhaltekosten,
- die Zugangsmöglichkeiten zu neuen Behandlungsmethoden und deren Genehmigung,
- die Preise von veranlassten Leistungen, z. B. bei Arznei- und Hilfsmitteln,
- spezielle Regulierungen, wie z. B. Mindestmengen, Mengenbegrenzungen oder gesperrte Bereiche im Rahmen einer Bedarfsplanung, sowie
- die Optionen zur Vereinbarung von Selektivverträgen mit den Krankenkassen.

**574.** Jenseits von wettbewerblichen Beziehungen an der Schnittstelle ambulant/stationär können Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte mit dem Ziel einer effektiven und effizienten Versorgung der Patienten auch kooperieren. Unabhängig von informellen Kooperationen, die es zum Wohle der Patienten wohl schon immer gab, ermöglicht § 115 SGB V dreiseitige Verträge und Rahmenempfehlungen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten. Diese Verträge zielen darauf ab, durch eine „enge Zusammenarbeit zwischen Vertragsärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung der Versicherten zu gewährleisten“. Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten können die Krankenhäuser auch dazu befähigen, ihre Marktanteile zu sichern und ihr Wachstumspotenzial zu erweitern. So hat z. B. das Universitätsklinikum Heidelberg im Rahmen des § 117 SGB V derzeit 45 Kooperationsverträge mit niedergelassenen Ärzten bzw. Arztpraxen abgeschlossen und auch ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) zusammen mit einer niedergelassenen Praxis gegründet (Gürkan 2018). Die Kooperationsverträge mit den niedergelassenen Ärzten beinhalten vor allem die Arbeitsteilung bei prästationärer Diagnostik, die Teilnahme an allgemein-/fachärztlichen Netzwerken, den elektronischen Informationsaustausch und die Weiterbildung von Ärzten des Klinikums in niedergelassenen Praxen.

**575.** Über diese dreiseitigen Verträge und bilateralen Kooperationen hinaus bietet das SGB V für den Auf- und Ausbau einer sektorenübergreifenden, integrierten Gesundheitsversorgung folgende spezifische gesetzliche Grundlagen (ähnlich Greß/Schnee 2017):

- Die oben aufgelisteten Rahmenbedingungen für einen zielorientierten Qualitäts- und Preiswettbewerb zwischen niedergelassenen (Fach-)Ärzten und Krankenhäusern sind im kollektivvertraglichen System der GKV derzeit nur bei der mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22. November 2011 eingeführten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V umgesetzt. Der Rat begrüßte seinerzeit die Einführung eines einheitlichen Rechtsrahmens für die ASV als einen „ersten positiven Schritt“, betonte in diesem Kontext aber auch, dass sich „die volle Tragweite der Neufassung dieser Versorgungsebene“ erst erkennen und beurteilen lässt, wenn der Gemeinsame

Bundesausschuss (G-BA) in seinen Richtlinien den Versorgungsumfang konkretisiert hat (SVR 2012, Textziffer 304 und 385). In dieser Hinsicht forderte er, „nach und nach weitere an der Schnittstelle verordnete Leistungen in diesen Bereich“ zu überführen (SVR 2012, Textziffer 385). Auch um den Bedenken der Krankenkassen vor einer allzu starken Mengenausweitung in diesem Bereich Rechnung zu tragen, sprach sich der Rat für eine selektivvertragliche Gestaltung der ASV aus, die zugleich eine Festlegung von Mengen, Preisen und Qualität ermöglichen würde (SVR 2012, Textziffer 341). Die dazu erforderliche Budgetbereinigung müsste dann sowohl die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte als auch die substituierten stationären Leistungen im Diagnosis-Related-Group(DRG)-System bei den Krankenhauserlösen umfassen (zu Entwicklung und Stand der ASV siehe ausführlicher unter Abschnitt 11.2);

- spezielle Versorgungsformen, zu denen die Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V, die strukturierten Behandlungsprogramme nach §§ 137f–g SGB V und die besondere Versorgung nach § 140a gehören. Alle diese Versorgungsformen erlauben eine sektorenübergreifende Versorgung, setzen sie aber nicht als *conditio sine qua non* voraus (siehe hierzu unter Abschnitt 11.3)
- die Medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V, insbesondere bei einer Trägerschaft durch die Krankenhäuser (siehe unter Abschnitt 11.4),
- die sich derzeit sehr dynamisch entwickelnden Praxisnetze, die teilweise auch auf die speziellen Versorgungsformen, z. B. die besondere Versorgung nach § 140a SGB V, zurückgreifen (siehe unter Abschnitt 11.5) sowie
- den Innovationsfonds nach § 92a SGB V, der insbesondere darauf abzielt, Vorhaben zu fördern, „die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben“. Entsprechend gehören zu den im Gesetz aufgelisteten Förderkriterien vor allem „die Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen“ sowie „interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle“. Ergebnisse zu den entsprechenden Projekten liegen aber bisher noch nicht vor.

## 11.2 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung

### 11.2.1 Rahmenbedingungen

**576.** Vor Einführung der ASV durch das GKV-VStG vom 22. November 2011 oblag die Entscheidungskompetenz zur Genehmigung ambulanter Behandlungen durch Krankenhäuser seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26. März 2007 gemäß § 116b SGB V den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Bei den Landesbehörden konnten die Krankenhäuser entsprechende Anträge stellen, um an der ambulanten Behandlung von Patienten mit seltenen Erkrankungen und besonderen Krankheitsverläufen, wie z. B. Rheuma, Krebs oder multiple Sklerose, teilzunehmen. Dabei schwankten die Bewilligungsquoten dieser Anträge innerhalb der Bundesländer von 0 % im Saarland und 6 % in Baden-Württemberg bis über 88 % in Berlin und Schleswig-Holstein sowie fast 97 % in Bremen (SVR

2012, Textziffer 323). Die Neufassung des § 116b SGB V durch das GKV-VStG ermöglichte nun auch den niedergelassenen (Fach-)Ärzten, unter gleichen Rahmenbedingungen wie die Krankenhäuser in diesem Behandlungs- bzw. Geltungsbereich tätig zu werden. Im Rahmen der ASV können somit sowohl Krankenhäuser als auch niedergelassene Ärzte, sofern sie die geforderte Qualifikation besitzen, gemeinsam hochspezialisierte ambulante Leistungen erbringen.

**577.** Der Gesetzgeber übertrug die detaillierte Ausgestaltung der ASV dem G-BA, der diesen Leistungsbereich in einer speziellen Richtlinie regelt. Darin konkretisiert er nach § 116b Abs. 4 SGB V die im Gesetz aufgelisteten Erkrankungen, bestimmt deren Behandlungsumfang, spezifiziert die personellen, sächlichen und organisatorischen Anforderungen und konkretisiert die Anforderungen an die Qualitätssicherung. Darüber hinaus enthält die entsprechende ASV-Richtlinie (ASV-RL) u. a. noch Vorgaben zur Rechtsgrundlage und zum Geltungsbereich der ASV, zur Zusammenarbeit mit Patienten und Selbsthilfeorganisationen, zu den Mindestmengen sowie zur Evaluation, Dokumentation und Patienteninformation (G-BA 2013; vgl. auch den Überblick in KBV 2014).

**578.** Leistungen zur ASV können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer sowie zugelassene Krankenhäuser erbringen, soweit sie „die hierfür jeweils maßgeblichen Anforderungen und Voraussetzungen“ erfüllen (§ 116b Abs. 2 SGB V). Zudem setzt die Teilnahme an der ASV die Zusammenarbeit in einem fachübergreifenden interdisziplinären Team voraus, das aus einer Teamleitung, den übrigen Mitgliedern des Kernteams sowie hinzuzuziehenden Fachärzten besteht. Niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser, die für eine bestimmte Indikation an der ASV teilnehmen möchten, müssen dem erweiterten Landesausschuss die Erfüllung sämtlicher Anforderungen und Voraussetzungen nachweisen. Die im Bezirk jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV) bereits nach § 90 SGB V existierenden Landesausschüsse aus Vertretern der KV und der Landesverbände der Krankenkassen sind zu diesem Zweck um Vertreter der jeweiligen Landeskrankenhausesgesellschaft erweitert. Sofern der erweiterte Landesausschuss keine Einwände erhebt, besitzt der Leistungserbringer nach Ablauf einer Frist von zwei Monaten die Berechtigung zur Teilnahme an der ASV. Diese Berechtigung gilt aber nur für eine bestimmte, d. h. die beantragte Indikation und nicht für das gesamte Spektrum der Krankheiten innerhalb der ASV.

**579.** Berechtigte Leistungserbringer müssen ihre Teilnahme an der ASV den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen, der KV und der Landeskrankenhausesgesellschaft anzeigen und dabei auch den Erkrankungsbereich, auf den sich die Berechtigung bezieht, angeben und die Teamleitung sowie die übrigen Mitglieder des Kernteams benennen. Niedergelassene Ärzte dürfen nur mit dem Fachgebiet bzw. dem Schwerpunkt, für das bzw. den sie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine Zulassung besitzen, an der ASV teilnehmen. Im Unterschied zu den hinzuziehenden Fachärzten besteht bei der Versorgung eines ASV-Patienten zwischen den Mitgliedern des Kernteams kein Überweisungserfordernis. Die niedergelassenen Ärzte, die an der ASV teilnehmen, behandeln in ihrer Praxis in der Regel auch Patienten mit anderen Erkrankungen. Die Patienten nehmen freiwillig an der ASV teil, es bedarf hierzu keiner Teilnahmeerklärung bzw. Einschreibung.

**580.** Die zur Behandlung im Rahmen der ASV berechtigten interdisziplinären Teams können sich nur aus niedergelassenen Ärzten oder Krankenhausärzten, aber auch aus einer Kombination aus Praxis- und Klinikärzten zusammensetzen. Für die Versorgung von Patienten

mit onkologischen Erkrankungen fordert § 116b Abs. 4 SGB V eine sektorenübergreifende Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten. Für andere Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 1 SGB V kann der G-BA ebenfalls eine sektorenübergreifende Kooperation vorsehen, worauf er aber bisher verzichtete (Jenschke et al. 2017). Dabei kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit entsprechend der ASV-RL grundsätzlich auch im Rahmen von vertraglich vereinbarten Kooperationen erfolgen. Innerhalb des interdisziplinären Teams besitzt die Leitung, die dem Kernteam angehört, die Aufgabe, die Versorgung der Patienten fachlich und organisatorisch zu koordinieren. Die Mitglieder des Kernteams sind verpflichtet, die spezialfachärztlichen Leistungen „am Tätigkeitsort der Teamleitung oder zu festgelegten Zeiten mindestens an einem Tag der Woche“ anzubieten (ASV-RL). Hinsichtlich der personellen Anforderungen legt die ASV-RL für jede Krankheit verpflichtend fest, welche Fachärzte dem Kernteam angehören, wobei für die Mitglieder des interdisziplinären Teams der Facharztstatus Voraussetzung ist. Zum Behandlungsumfang der ASV gehören sowohl Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) als auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Es gilt somit hier wie bisher nur im stationären Sektor der Verbots- und nicht der Erlaubnisvorbehalt, der die Anwendung neuer Behandlungsmethoden einschränkt oder zumindest hinauszögert.

**581.** Die Anlagen zur ASV-RL enthalten dezidierte Angaben zu den personellen Anforderungen hinsichtlich der Teamleitung, des Kernteams sowie der hinzuzuziehenden Fachärzte. So erfolgt z. B. die Versorgung der Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle durch ein interdisziplinäres Team, dessen Kernteam folgende Fachdisziplinen umfasst und dessen Teamleitung eine davon aufweist:

- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie oder
- Strahlentherapie oder
- Innere Medizin und Gastroenterologie oder
- Allgemeinchirurgie oder Viszeralchirurgie oder
- bei Schilddrüsenkarzinom oder Nebenschilddrüsenkarzinom auch Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder Nuklearmedizin.

Zudem besitzen auch Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis der Zusatzweiterbildung medikamentöser Tumortherapie, denen bis zum 31. Dezember 2015 eine entsprechende Zulassung und Genehmigung zur Teilnahme an der Onkologievereinbarung seitens der zuständigen KV erteilt wurde, die Berechtigung, an der Versorgung der Patienten mitzuwirken.

**582.** Ähnlich detaillierte Anforderungen stellen die Anlagen bei diesen Indikationsgruppen an die von den interdisziplinären Teams zu erbringenden Mindestmengen. So muss das Kernteam mindestens 230 Patienten dieser Erkrankungen mit gesicherter Diagnose behandeln. Für die Berechnung dieser Mindestmengen gilt die Summe aller Patienten in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen. Darüber hinaus fordert die ASV-RL hier zur Durchführung der tumorspezifischen Leistungen als zusätzliche Zulassungsvoraussetzung die Erfüllung von einem der beiden folgenden Kriterien:

- Mindestens ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie muss durchschnittlich 120 Patienten mit soliden oder hämatologischen Neoplasien pro Quartal und Arzt betreuen, darunter 70 mit medikamentöser Tumortherapie behandeln, davon 30 Patienten mit nachweisbarer intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung.
- Mindestens ein Facharzt einer anderen Arztgruppe des Kernteams muss die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten mit soliden Neoplasien pro Quartal und Arzt nachweisen, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser oder intrakavitärer oder intraläsionaler Behandlung.

Die geforderten Mindestmengen gelten über den gesamten Zeitraum der ASV-Berechtigung.

**583.** Die ASV gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung und es gilt hier auch nicht der Bundesmantelvertrag. Die Vergütung aller Leistungen erfolgt für Praxis- und Klinikärzte extrabudgetär zu festen Preisen (KBV 2014). Der Gesetzgeber sieht in § 116b Abs. 6 SGB V für die ASV eine eigene Gebührenordnung bzw. Kalkulationssystematik mit diagnosebezogenen Gebührenpositionen in Euro vor. Er beauftragt im Gesetz den GKV-SV, die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit der Aufgabe, einheitlich und gemeinsam eine solche spezielle Gebührenordnung zu vereinbaren. Es lässt sich derzeit nicht absehen, wann eine solche diagnosebezogene Gebührenordnung vorliegt bzw. in Kraft treten kann und wie es um die Beratungen zu ihrer Erarbeitung steht (Jenschke et al. 2017). Bis zum Inkrafttreten der vom Gesetzgeber anvisierten Gebührenordnung gelten die Preise des EBM und für darin nicht enthaltene Leistungen erfolgt eine gesonderte Honorierung: Im Appendix zur ASV-RL finden sich sämtliche bei einer ASV-Erkrankung abrechenbaren Leistungen, wobei der erste Abschnitt die Gebührenpositionen des EBM enthält und der zweite Abschnitt Leistungen, die keine Bestandteile des EBM darstellen.

### 11.2.2 Entwicklung und Stand der einbezogenen Krankheiten

**584.** Die ASV umfasst nach § 116b Abs. 1 SGB V „die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern“. Hierzu gehören die folgenden drei Kategorien:

- Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, wie z. B. onkologische und rheumatologische Erkrankungen, HIV/AIDS oder multiple Sklerose,
- seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen, wie z. B. Tuberkulose, Mukoviszidose oder Hämophilie sowie



- hochspezialisierte Leistungen, wie Computertomografie(CT)-/ Magnetresonanztomografie(MRT)-gestützte interventionelle schmerz-therapeutische Leistungen oder Brachytherapie.

Das Gesetz gibt bei den Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen 9, bei den seltenen Erkrankungen 14 und bei den hochspezialisierten Leistungen 2, d. h. die oben aufgeführten Indikationen vor. Der G-BA kann diesen Katalog nach § 116b Abs. 5 SGB V um weitere Indikationen ergänzen, wovon er bisher aber keinen Gebrauch machte (Jenschke et al. 2017). Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 11. Juli 2015 erweiterte das Krankheitsspektrum der ASV, indem es bei den Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen das Erfordernis der „schweren Verlaufsformen“ strich.

**585.** Tabelle 11-1 gibt einen Überblick über das Beschlussdatum und das Inkrafttreten der bis Mai 2018 in die ASV aufgenommenen Indikationen. Der G-BA erarbeitet derzeit die Konkretisierung für Tumoren der Haut (Froschauer et al. 2018). Hinsichtlich ihres Inkrafttretens beläuft sich die Anzahl der ASV-Krankheiten bisher somit auf acht, was einen sehr bescheidenen Anteil an den im Gesetz vorgegebenen Indikationen ausmacht. Angesichts dieser langsamen Konkretisierungen der Krankheitsbereiche dürfte die Abarbeitung des gesetzlich vorgesehenen Indikationskataloges wohl noch mehrere Jahre dauern (ähnlich Froschauer et al. 2018).

Regelung	Beschlussdatum	Inkrafttreten
ASV-Richtlinie Paragrafenteil	21. März 2013	20. Juli 2013
Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	19. Dezember 2013	24. April 2014
Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	20. Februar 2014	26. Juli 2014
Marfan-Syndrom	22. Januar 2015	30. Juni 2015
Gynäkologische Tumoren	23. Januar 2015	10. August 2016
Pulmonale Hypertonie	17. Dezember 2015	1. Juni 2016
Mukoviszidose	15. Dezember 2016	18. März 2017
Rheumatologische Erkrankungen (Erwachsene, Kinder/Jugendliche)	21. Dezember 2017	19. April 2018
Urologische Tumoren	21. Dezember 2017	26. April 2018
Morbus Wilson	16. März 2018	noch nicht in Kraft
Ausgewählte seltene Lebererkrankungen	17. Mai 2018	noch nicht in Kraft

Tabelle 11-1: Beschlussfassung und Inkrafttreten der Regelungen zur ASV

Quelle: Froschauer et al. (2018). Ergänzt.

**586.** Der Zeitpunkt des Inkrafttretens der jeweiligen Indikation spielt für ihre zukünftige Entwicklung im Rahmen der ASV insofern eine relevante Rolle, als nach drei Jahren die Übergangsfrist der alten Fassung des § 116b SGB V ausläuft. Dies bedeutet, dass dann die Genehmigung für die ambulante Behandlung durch die zuständigen Landesbehörden endet und die Krankenhäuser die ambulante Behandlung dieser Krankheiten nicht mehr abrechnen

können. Sofern sie die ambulante Behandlung dieser Krankheiten jedoch weiterhin durchführen möchten, verbleibt als Alternative nur die Teilnahme an der ASV. Es steht daher zu erwarten, dass das Auslaufen von Übergangsfristen für die Zulassungen nach der alten Fassung des § 116b SGB V in Verbindung mit dem anstehenden Inkrafttreten der rheumatologischen Erkrankungen den ASV-Zulassungen einen neuen Schub verleihen wird.

**587.** Ein Blick auf die Entwicklung der in den jeweiligen Indikationen tätigen interdisziplinären Teams in Abbildung 11-1 bestätigt diese These zumindest für die Vergangenheit. Nach Auslaufen der Übergangsfristen für Tuberkulose und gastrointestinale Tumoren im April bzw. Juli 2017 stieg die Anzahl der ASV-Teams vor allem bei den gastrointestinalen Tumoren fast sprunghaft an. Von den 163 interdisziplinären Teams, die bis zum 21. März 2018 eine Zulassung und eine Teamnummer durch die ASV-Serviceestelle erhielten, entfielen mit 114 Teams fast 70 % auf gastrointestinale Tumoren (GKV-SV 2018). Von den übrigen Indikationen erreichten die Tuberkulose 35 Teams, die gynäkologischen Tumoren 8, die pulmonale Hypertonie 4 und die Mukoviszidose 1; für die Indikation Marfan-Syndrom fand sich bisher erst 1 Team. Die Krankheiten gastrointestinale Tumoren und Tuberkulose vereinigten damit zusammen fast 92 % aller bisherigen ASV-Zulassungen auf sich. Das Auslaufen der Bestands-genehmigungen für gynäkologische Tumoren einschließlich Mammakarzinom im August 2019 könnte das Wachstum der interdisziplinären Teams in einem ähnlichen Umfang stimulieren.

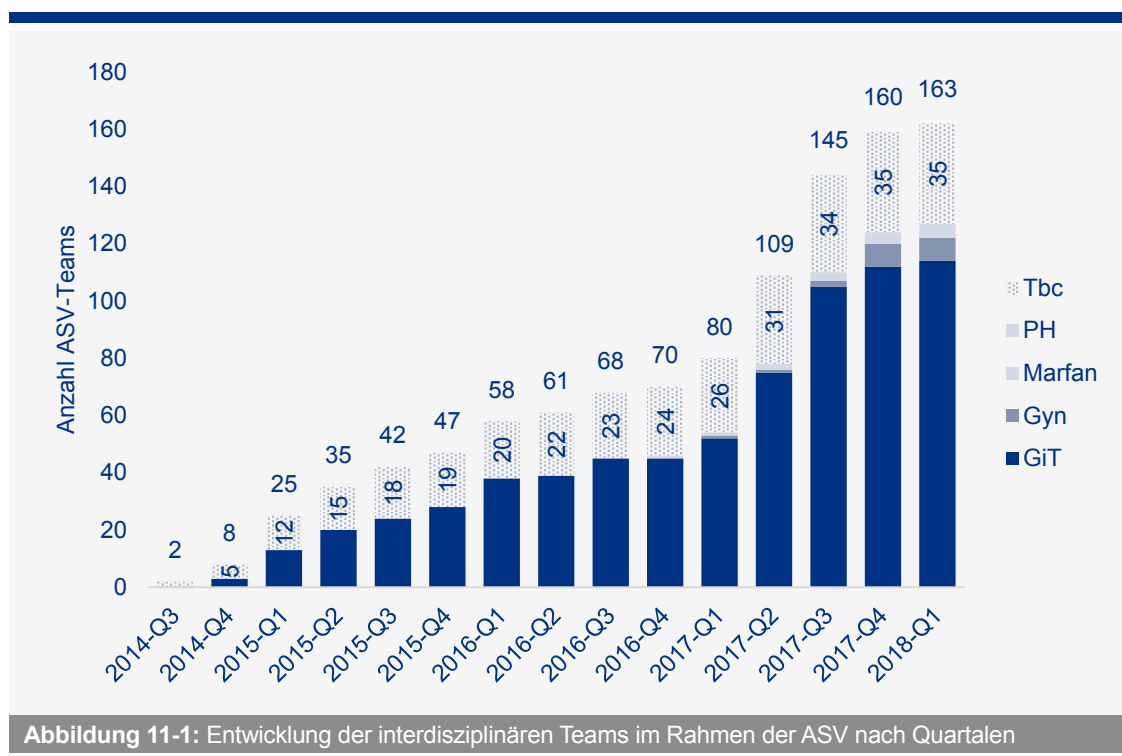


Abbildung 11-1: Entwicklung der interdisziplinären Teams im Rahmen der ASV nach Quartalen

Tbc = Tuberkulose, PH = pulmonale Hypertonie, Gyn = gynäkologische Tumoren inkl. Subspezialisierungen, GiT = gastrointestinale Tumoren.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GKV-SV (2018).

**588.** Die interdisziplinären ASV-Teams konzentrierten sich bisher stärker auf die alten Bundesländer und hier vor allem auf verdichtete Räume (GKV-SV 2018). So fanden sich 77 % der Teamleitungen in Städten mit mehr als 50 000 Einwohnern und nur 3 % in ländlichen Gemeinden mit weniger als 5 000 Einwohnern (Froschauer et al. 2018). Bei der Teamleitung

dominierten zwar bisher die Krankenhausärzte, dies gilt aber nicht für die Kernteams und noch weniger für die hinzuziehenden Ärzte (Froschauer et al. 2018; Jenschke et al. 2017).

### 11.2.3 Potenzial und Effekte der ASV

**589.** Die ASV bildet hinsichtlich ihrer Rahmenbedingungen für einen zielorientierten Qualitäts- und Preiswettbewerb, wie schon oben in Abschnitt 11.1 angedeutet, in konzeptioneller Hinsicht unter ordnungs- und wettbewerbspolitischen Aspekten einen vielversprechenden Ansatz. Dies gilt auch für die im Rahmen der ASV vom Gesetzgeber vorgesehene neue diagnosebezogene Gebührenordnung. Die ASV bietet zudem hinsichtlich ihres gesetzlichen Rahmens den strukturell am weitesten gehenden Ansatz für eine sektorenübergreifende Versorgung der Patienten (Orlowski 2016). Entgegen vielfacher Befürchtungen scheint der Verzicht auf eine spezielle Mengensteuerung nicht zu einer unverhältnismäßigen Ausweitung der Leistungen geführt zu haben (Jaeckel/Rüsenberg 2016), was aber vermutlich eine Folge der sehr exklusiven Krankheitsauswahl mit einem überschaubaren Versorgerkreis ist.

**590.** Gleichwohl blieb die bisherige Entwicklung dieses Konzeptes deutlich hinter ihrem vermuteten Potenzial und den damit einhergehenden ursprünglichen Erwartungen zurück. Unbeschadet unterschiedlicher Sichtweisen und Beurteilungen in der Literatur gelang bisher mithilfe der ASV kein „Durchbruch für eine sektorenübergreifende Struktur“ (Amelung et al. 2017) mit einer beachtlichen Schöpfung des noch immer in der deutschen Gesundheitsversorgung bestehenden ambulanten Potenzials. Andererseits gilt es bei einem derzeitigen Zwischenfazit zu differenzieren, ob die bisher zögerliche Entwicklung auf grundlegende Systemfehler des Konzeptes oder auf Startschwierigkeiten zurückging (Munte/Wildenhain 2017). Es standen und stehen einer erfolgreichen und quantitativ relevanten Entwicklung der ASV vor allem folgende Hindernisse entgegen:

- Viele Vertreter der Vertragsärzteschaft und der Krankenhäuser misstrauten der ASV von Beginn an und argwöhnten, dass sie der jeweils anderen Seite erhebliche Vorteile verschaffen würde (Amelung et al. 2017; ähnlich Klakow-Franck 2016). Diese negative Einstellung trug vermutlich dazu bei, dass der G-BA bei der Konkretisierung der einzelnen Krankheitsbereiche nur sehr schleppend vorankam (Jenschke et al. 2017).
- Die, wie oben unter Abschnitt 11.2.1 am Beispiel der gastrointestinalen Tumoren aufgezeigten, sehr hohen Anforderungen an die Nachweise der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen im Rahmen des Zulassungsverfahrens stellten „für viele an der ASV grundsätzlich interessierte Leistungserbringer eine hohe Barriere“ dar (Klakow-Franck 2016).
- Das von der Konzeption der ASV her als reines Antragsverfahren vorgesehene *Procedere* gestalteten manche Landesausschüsse mit ihren Vorgaben fast zu einem neuen Zulassungsverfahren aus (Dengler 2017, Seite 778). Die durchschnittliche Anzahl der dort einzureichenden Seiten lag bei 300 bis 500.

- Da sich die ASV bisher im kollektivvertraglichen System befindet, bilden die unterschiedlichen Vergütungen für ambulante und stationäre Behandlungen und Eingriffe<sup>143</sup> vor allem bei den Krankenhäusern Hindernisse bei ihrer Entscheidung, an der ASV teilzunehmen (vgl. auch Greß/Schnee 2017).

Insgesamt gesehen entspricht die ASV zur Lösung der Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und dem stationären Leistungsbereich unter ordnungs- und insbesondere wettbewerbspolitischen Aspekten weitgehend den vom Rat postulierten konzeptionellen Anforderungen. Dies gilt sowohl für die allgemeinen Rahmenbedingungen für die Teilnahme als auch für die vom Gesetz vorgesehene Gebührenordnung. In dieser Hinsicht kann die ASV durchaus als Benchmark für alternative Lösungsansätze dienen. Vor diesem Hintergrund muss die bisherige empirische Zwischenbilanz mit ihrer bescheidenen Entwicklung der in die ASV einbezogenen Indikationen und der Anzahl der disziplinären Teams enttäuschen. Das bisherige Fazit könnte damit lauten: „gut konzipiert, aber nicht adäquat umgesetzt“. Allerdings könnte das Auslaufen der alten Regelung des § 116b SGB V und die Einführung weiterer vom Gesetz vorgegebener Indikationen der ASV in den nächsten Jahren neuen Schwung verleihen. Ob eine solche Entwicklung zur Lösung der Schnittstellenprobleme zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor dann in einem hinreichenden Ausmaß beizutragen vermag, lässt sich derzeit noch nicht beurteilen.<sup>144</sup>

## 11.3 Die besonderen Versorgungsformen

### 11.3.1 Empfehlungen des Rates vor dem GKV-VSG

**591.** Zu den besonderen Versorgungsformen gehören nach § 53 Abs. 3 SGB V:

- die Modellvorhaben nach §§ 63–65 SGB V,
- die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) nach § 73b SGB V,
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach §§ 137f–g SGB V und
- die besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Diese ersetzte mit Inkrafttreten des GKV-VSG die damaligen integrierten Versorgungsformen nach §§ 140a–d und schließt nun auch die Strukturverträge (ehemals § 73a SGB V) sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung (ehemals § 73c SGB V) ein.

Einen unmittelbaren sektorenübergreifenden Bezug besitzen von diesen besonderen Versorgungsformen, wie oben angedeutet, nur die Modellvorhaben, die strukturierten Behandlungsprogramme und die besondere Versorgung. Obgleich dies für die HzV und die besondere ambulante ärztliche Versorgung in dieser Form nicht gilt, haben die Krankenkassen in diesem Kontext die Möglichkeit, mit hochqualifizierten ambulanten Praxen Facharztverträge über Leistungen abzuschließen, die der EBM nicht vorsieht und die praktisch stationäre

<sup>143</sup> So lagen z. B. die Kosten von Ein-Tages-Fällen im Krankenhaus gegenüber einer ambulanten Behandlung bei Hernienoperationen um 33,6 %, bei Venenoperationen um 59,5 %, bei Hallux-valgus-Operationen um 19,7 % und bei Kataraktoperationen um 7,6 % höher (vgl. Wille/Erdmann 2011).

<sup>144</sup> Zumal Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen, seltene Erkrankungen und hochspezialisierte Leistungen eher untypisch für die allgemeine Versorgung sind.

Leistungen abbilden (vgl. zu einem solchen Vertrag im Fachgebiet der Kardiologie: AOK Baden-Württemberg et al. 2017). Diese Verträge im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung können ihrerseits auf hausarztzentrierten Verträgen aufbauen.

**592.** Der Rat hat bereits in seinem Sondergutachten 2009 (SVR 2009, Textziffer 863 ff.) und in seinem Sondergutachten 2012 (SVR 2012, Textziffer 387 ff.) mehrere Vorschläge für eine Weiterentwicklung der besonderen Versorgungsformen im Sinne einer Erweiterung der selektiven Vertragsoptionen und einer stärkeren sektorenübergreifenden Orientierung unterbreitet:

- Während sich die Krankenkassen bei allen anderen besonderen Versorgungsformen für etwaige Verträge mit den Leistungserbringern frei entscheiden können, schreibt § 73b Abs. 1 SGB V den Krankenkassen verpflichtend vor, „ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) anzubieten“. Ein solcher Kontrahierungszwang widerspricht grundsätzlich der Vertragsfreiheit, nach der es allen potenziellen Vertragspartnern auch freisteht, auf Vertragsabschlüsse zu verzichten (so inzwischen auch GKV-SV 2017). Zudem lässt sich eine solche Privilegierung der HzV innerhalb der besonderen Versorgungsformen unter sektorenübergreifenden Aspekten nicht ohne Weiteres begründen. Unbeschadet dieser ordnungspolitischen Einwände diene das verpflichtende Angebot einer HzV dazu, den zunächst stockenden selektiven Vertragswettbewerb maßgeblich zu fördern und vermochte auch teilweise innovative Projekte zu initiieren.
- Der Gesetzgeber unterwarf mit dem GKV-Finanzierungsgesetz vom 22. Dezember 2010 die HzV und mit dem GKV-VStG auch die besondere ambulante Versorgung sowie die integrierten Versorgungsformen dem Postulat einer strikten Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V. Um nicht eine Erhebung bzw. Erhöhung eines Zusatzbeitrages zu verursachen, bedurften bei diesen selektiven Verträgen Mehrausgaben in einem Sektor vertraglich abgesicherter oder bereits erfolgter Einsparungen in einem anderen Leistungsbereich. Diese Regulierung, die noch mit strikten aufsichtsrechtlichen Prüfungen durch die zuständigen Aufsichtsbehörden einherging, engte den Spielraum für innovative Projekte stark ein und behinderte so den Wettbewerb zwischen den selektiven Verträgen sowie zwischen diesen und den konkurrierenden Kollektivverträgen.
- Die integrierten Versorgungsformen nach §§ 140a–d SGB V sollten nicht nur, wie die Modellvorhaben und die strukturierten Behandlungsprogramme, eine sektorenübergreifende Versorgung ermöglichen, sondern eine solche auch als notwendige Bedingung voraussetzen. Diese besondere Versorgungsform würde dann unter sektorenübergreifenden und integrativen Aspekten den anspruchsvollsten Ansatz mit der Möglichkeit und dem Ziel einer Populationsorientierung bilden.
- Die strukturierten Behandlungs- bzw. Disease-Management-Programme (DMPs) genießen innerhalb der besonderen Versorgungsformen auch nach Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zum 1. Januar 2009 insofern noch eine Sonderstellung, als die Krankenkassen hier für jeden eingeschriebenen Versicherten eine jährliche Pauschale für entsprechende

Leistungs- und Verwaltungsausgaben erhalten. Unbeschadet potenzieller Vorzüge dieser Versorgungsform (Schramm 2018) erscheint diese Sonderstellung spezieller DMPs nach Einführung des Morbi-RSA auch insofern problematisch, als sie gegenüber sektorenübergreifenden Ansätzen im Rahmen der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V einen erheblich niedrigeren Integrationsgrad aufweisen (vgl. auch Drösler et al. 2017). Zudem führte vor dem Jahr 2009 das ausgeprägte Interesse der Krankenkassen an hohen Einschreibequoten und nach Einführung des Morbi-RSA an lückenlosen Kodierungen ambulanter Diagnosen dazu, dass sie im Rahmen der DMPs vornehmlich mit KVen kontrahierten und auf selektive Verträge mit ausgewählten Leistungserbringern verzichteten. Im Sinne von Versorgungskonzepten, die möglichst viele Indikationen und mehrere Leistungssektoren umfassen, können und sollten die DMPs integrale Bestandteile von sektorenübergreifenden Ansätzen darstellen.

- Da die bei aufwendigen Projekten notwendige Bereinigung der ambulanten ärztlichen Vergütung eines der zentralen Hindernisse für den Abschluss von selektiven Verträgen bildete, präsentierte der Rat in seinem Sondergutachten 2012 neben dem damals geltenden auch alternative Bereinigungsverfahren (SVR 2012, Textziffer 399 ff.).
- Die selektiven Verträge konzentrierten sich bisher faktisch weitgehend auf die ambulante Versorgung, d. h., die Krankenhäuser beteiligten sich im Rahmen der integrierten Versorgungsformen oder der DMPs nur in geringem Maße. Der Rat schlug deshalb bereits im Jahr 2007 vor, den stationären Sektor für ein bestimmtes Spektrum an ausgewählten Leistungen, z. B. für elektive Eingriffe bzw. Behandlungen, selektivvertraglich zu öffnen (SVR 2007, Textziffer 529). Dies könnte nicht nur einen Preiswettbewerb auslösen, sondern auch den Qualitätswettbewerb zwischen den Krankenhäusern intensivieren.
- Insgesamt empfahl der Rat eine Erweiterung der Vertragsfreiheiten und einen Abbau der (Über-)Regulierungen (vgl. auch Behrens-Potratz/Posselt 2017 zu Befragungsergebnissen bei Krankenkassen).

### 11.3.2 Anpassungen durch das GKV-VSG und derzeitiger Stand

**593.** Angesichts des geringen Anteils der sektorenübergreifenden integrierten Versorgung, die zudem meist aus „Add-on-Verträgen“ bestand, d. h. die Regelversorgung nur ergänzte und nicht ersetzte, reformierte das GKV-VSG die besonderen Versorgungsformen durch zahlreiche Anpassungen. Mehrere dieser Reformschritte trugen – zumindest tendenziell – auch den damaligen Empfehlungen des Rates Rechnung.

- Es entfiel sowohl für die hausärztliche als auch für die besondere Versorgung die sogenannte präventive Aufsicht und damit die Vorlagepflicht dieser Verträge vor ihrem Wirksamwerden gegenüber den zuständigen Aufsichtsbehörden. Die strikte Anbindung dieser Verträge an die Beitragssatzstabilität des § 71 SGB V stellte eines der gewichtigsten Hindernisse für die Inangriffnahme innovativer Versorgungsprojekte dar. Die Verträge können nun zeitweilig auch ein Ausgabenwachstum

vorsehen, das über der durchschnittlichen Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen liegt. Mit dem Verzicht auf die präventive Aufsicht trug der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung, dass nahezu jeder Investition im Planungsstadium hinsichtlich ihrer künftigen Erträge ein gewisses, nahezu unvermeidbares Risiko innewohnt. Von dieser Entbindung der Verträge an die Beitragssatzstabilität bleibt die allgemeine staatliche Aufsicht über die Krankenkassen nach § 87 ff. SGB V unberührt.

- Die Modalitäten einer Bereinigung der jeweiligen Gesamtvergütung stellten für die Krankenkassen in vielen Fällen den entscheidenden Grund dar, auf die Inangriffnahme von Verträgen zu den besonderen Versorgungsformen zu verzichten. Das GKV-VSG schuf für die hausärztliche Versorgung in § 73b Abs. 7 SGB V und für die besondere Versorgung analog in § 140a Abs. 6 SGB V detailliertere Regelungen für die Bereinigung der entsprechenden Budgets. Die Bereinigung hat u. a. rechtzeitig zum vertraglich vereinbarten Zeitpunkt des Beginns der Versorgung zu erfolgen und die Morbiditätsstruktur der in das Projekt eingeschriebenen Versicherten zu berücksichtigen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann die Krankenkasse auch eine vorläufige Bereinigung durchführen.
- Bei den Modellvorhaben nach § 63 SGB V entfällt in Absatz 5 die Festlegung von Zielen, Dauer, Art und allgemeinen Vorhaben zur Ausgestaltung sowie von Bedingungen für die Teilnahme von Versicherten in der Satzung.
- Krankenkassen sehen sich nicht mehr gezwungen, in § 73b Abs. 3 SGB V Einzelheiten der Teilnahme an der HzV in ihrer Satzung zu regeln.
- Die Strukturverträge (ehemals § 73a SGB V) und die besondere ambulante Versorgung (ehemals § 73c SGB V) erscheinen nun nicht mehr explizit im Gesetz, die Krankenkassen können diese Verträge aber weiterhin im Rahmen des neugefassten § 140a SGB V schließen. Dadurch entfällt bei den Verträgen zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung das bisherige Satzungsanfordernis.
- Die Verträge zur hausarztzentrierten und zur besonderen Versorgung können auch Leistungen umfassen, die über den Leistungsumfang der Regelversorgung hinausgehen. Dies gilt auch für Vereinbarungen, die wie reine Managementverträge ausschließlich die Organisation der Versorgung betreffen. Diese Erweiterung vermag effizienzsteigernde Prozessinnovationen auszulösen.

**594.** Das GKV-VSG enthält zu den besonderen Versorgungsformen noch weitere Reformmaßnahmen, bei denen aus Sicht des Rates die Bewertung teilweise ambivalent ausfällt.

- An den Verträgen zur besonderen Versorgung nach § 140a Abs. 3 SGB V können nun wieder, wie schon vor dem Jahr 2004 bzw. dem GKV-Modernisierungsgesetz (GKV-GMG) vom 14. November 2003, auch die KVen teilnehmen. Bei den von ihnen mit den Krankenkassen geschlossenen Vereinbarungen handelt es sich allerdings nicht um kollektive, sondern um selektive Verträge. Die Mitwirkung der KVen bietet die Chance, die besondere Versorgung hinsichtlich der teilnahmeberechtigten Partner auf eine breitere Basis zu stellen und damit zu einer Intensivierung der Projekte beizutragen und möglicherweise auch die Probleme bei der Budget-

bereinigung etwas abzumildern. Hinsichtlich der im Gesetz vorgesehenen Vertragspartner der Krankenkassen gilt es allerdings kritisch festzustellen, dass die bisherigen Verträge kaum Krankenhäuser, Rehakliniken, Pflegeeinrichtungen, pharmazeutische oder Medizinproduktehersteller einbeziehen. Im Unterschied zu diesen Organisationen bzw. Gruppen von Leistungserbringern können die Apotheken nicht unmittelbar als gleichberechtigte Partner an der besonderen Versorgung teilnehmen, sondern nur mittelbar über § 129 Abs. 5b SGB V. Dieser Paragraph setzt für die Beteiligung der Apotheken eine öffentliche Ausschreibung der Angebote voraus, was eine Mitwirkung der Apotheken an der besonderen Versorgung bisher weitgehend verhinderte. Dabei könnten die Apotheken, die für die Patienten häufig die erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen darstellen, vor allem durch ihre Unterstützung eines gezielten Medikationsmanagements dazu beitragen, Effizienz und Effektivität integrierter Versorgungskonzepte zu verbessern. An die Stelle ihrer bisherigen Vergütung würde eine vergleichsweise günstigere Honorierung im Rahmen von netzinternen Vereinbarungen treten.

- Wohl als Ersatz für die suspendierte Anbindung der besonderen Versorgung an die Beitragsatzstabilität fordert § 140a Abs. 2 SGB V nun den Nachweis der Wirtschaftlichkeit „spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der zugrunde liegenden Verträge“. Abgesehen davon, dass der Vierjahreszeitraum für Projekte, deren Erträge erst mit einer erheblichen zeitlichen Verzögerung anfallen, nicht ausreicht, erscheint das Erfordernis eines Nachweises der Wirtschaftlichkeit in diesem Kontext weder ordnungspolitisch noch ökonomisch erforderlich. Sofern die Krankenkassen hier keine Förderung von Dritten, wie z. B. aus dem Innovationsfonds, erhalten, betreiben sie diese Projekte auf eigene Rechnung und tragen damit auch das entsprechende Risiko. Es besteht insofern ordnungspolitisch kein Grund, sie zum Nachweis ihrer Wirtschaftlichkeit zu zwingen und damit ihre Gestaltungsspielräume einzuengen. Überdies führt der intensive Wettbewerb der Krankenkassen um niedrigere Beiträge dazu, dass sie hohe finanzielle Risiken meiden und im Falle von unrentablen Projekten schnellstmöglich die Konsequenzen ziehen.
- Die besondere Versorgung ermöglicht nach § 140a Abs. 1 SGB V Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern über „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie [...] besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“. Die besondere Versorgung schafft damit eine gesetzliche Grundlage für innovative, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte, stellt aber andererseits – wie schon zuvor die integrierten Versorgungsformen – mit dem Kriterium „interdisziplinär fachübergreifend“ recht bescheidene Ansprüche an den Integrationsgrad der insgesamt infrage kommenden Projekte. Der Verzicht auf den sektorenübergreifenden Aspekt als konstitutives Element des § 140a SGB V kommt nun auch darin zum Ausdruck, dass er die Strukturverträge und die besondere ambulante ärztliche Versorgung einschließt. Unbeschadet der Bedeutung dieser beiden Vertrags- bzw. Versorgungskonzepte fehlt ihnen zwangsläufig die sektorenübergreifende Orientierung. Die Streichung des Populationsbezuges als Sollvorschrift aus dem ehemaligen §§ 140a–d SGB V erscheint unter diesen Aspekten zwar nachvollziehbar, mindert jedoch den integrativen Anspruch der besonderen



Versorgung. Es fehlt damit weiterhin eine eigenständige gesetzliche Grundlage für eine Versorgungsform, die eine sektorenübergreifende Koordination als konstitutives Element bzw. als notwendige Bedingung voraussetzt und idealerweise eine Populationsorientierung anstrebt. Solche Projekte sollten im Falle einer staatlichen Förderung der integrierten Versorgung dann auch Priorität genießen. Der durch das GKV-VSG eingeführte Innovationsfonds trägt dieser Forderung derzeit möglicherweise Rechnung<sup>145</sup>, aber es handelt sich hier bislang um ein temporäres Projekt.

- Neben den bereits seit Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme bestehenden Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit sowie chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (§ 321 SGB V) soll der G-BA nach § 137 f. Abs. 1 SGB V bis zum 31. Dezember 2016 weitere „geeignete chronische Krankheiten“ festlegen und insbesondere Richtlinien für die Behandlung von Rückenleiden und Depressionen erlassen. Für eine solche Erweiterung der DMPs sprechen keine ökonomischen Gründe bzw. negativen Anreize, denn die Zuweisungen aus dem Morbi-RSA decken inzwischen im Durchschnitt zu 99 % die entsprechenden Ausgaben, sodass die Krankenkassen bei Durchführung effizienter Programme keine erheblichen Unterdeckungen bei diesen Krankheiten mehr befürchten müssen. Im Sinne einer Erweiterung der Gestaltungsspielräume von Krankenkassen sollte es diesen überlassen bleiben, für welche DMPs sie sich entscheiden, d. h., es bedarf hier keiner Vorgabe von sechs oder acht Indikationen, die dann eine Sonderstellung genießen.
- Umfangreiche sektorenübergreifende Praxisnetze und populationsorientierte Versorgungskonzepte können, wie schon oben erwähnt, DMPs als zentrale Elemente enthalten, wobei sich deren Auswahl auch an regionalen Gegebenheiten ausrichten kann bzw. sollte. Eine solche Integration der DMPs in übergreifende Versorgungsformen legen auch die Gemeinsamkeiten nahe, die zwischen diesen beiden Konzepten bestehen (Wille 2013). So nehmen an beiden Versorgungsformen Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte freiwillig teil und die Ausgestaltung der Vergütung sowie die Modalitäten der Arztwahl durch die Patienten bleiben den Vertragspartnern überlassen. Der Gesetzgeber stellt bei beiden Konzepten explizit die sektorenübergreifende Versorgung und das Qualitätsziel in Verbindung mit einer ausreichenden Dokumentation heraus. Ferner zielen beide Versorgungsformen darauf ab, den Patienten als (Ko-)Produzenten seiner Gesundheit in den Behandlungsprozess zu integrieren und zu einem Selbstmanagement zu veranlassen. Schließlich gewährt der Gesetzgeber im Rahmen beider Konzepte den Vertragsparteien an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung spezielle Gestaltungsmöglichkeiten, insbesondere hinsichtlich der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser. Mit der Suspendierung der Sonderstellung der DMPs und ihrer Integration in

---

<sup>145</sup> Nach § 92 Abs. 1 SGB V gehören zu den Förderkriterien des Innovationsfonds insbesondere u. a. „die Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen“ sowie „interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle“.

übergreifende Versorgungsnetze sollte dann auch die Verpflichtung der Krankenkassen für eine externe Evaluation dieser Programme, die § 137 f. Abs. 4 SGB V derzeit vorschreibt, entfallen. Die bisherigen Evaluationen, die auf Vergleichen ohne Kontrollgruppen basierten, zeigten zwar einige Verbesserungen medizinischer Parameter und Fortschritte der Prozessqualität, vermochten aber bei uneinheitlichen Ergebnissen hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität keinen kausalen Nutzenbeleg für die DMPs zu erbringen (Adrion/Hodek 2016; Wille 2013). Für übergeordnete Fragestellungen, die über das einzelne DMP hinausweisen, sollten aber weiterhin öffentlich geförderte Evaluationen mit überzeugendem Studiendesign durchgeführt werden, z. B. im Rahmen des Innovationsfonds.

- Während selektive Verträge im stationären Sektor bisher kaum eine Rolle spielten, führte das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10. Dezember 2015 in § 110a in Verbindung mit § 136b Abs. 1 Nr. 4 SGB V die Erprobung von Qualitätsverträgen zu vier Leistungen oder Leistungsbereichen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern ein<sup>146</sup>. Diese befristeten Verträge sollen entsprechende Anreize „zur Förderung einer qualitativ hochwertigen stationären Versorgung“ setzen. Der GKV-SV und die DKG vereinbaren spätestens bis zum 31. Juli 2018 Rahmenvorgaben für die Qualitätsanforderungen, bei deren Nichtzustandekommen die Schiedsstelle den Inhalt festlegt. Dieser zaghafte Einstieg in selektive Qualitätsverträge vermag bestenfalls langfristige Wirkungen zu enthalten und dürfte zur Lösung der derzeitigen Probleme im Grenzbereich von ambulanter und stationärer Versorgung kaum einen nennenswerten Beitrag leisten (ähnlich Leber 2017). Hierzu bedarf es, wie oben angedeutet, weitergehender Flexibilisierungen des kollektiven Vertragssystems im stationären Sektor. Beispiele für solche Flexibilisierungen wären etwa die Teilaufhebung des Kontrahierungszwanges und damit der Möglichkeit selektiver Verträge bei elektiven Eingriffen oder die generelle Öffnung zu selektiven Verträgen und damit zum Kontrahieren mit von den Krankenkassen bevorzugten, aus ihrer Sicht qualifizierten Leistungserbringern. Beide Reformen setzen allerdings eine Bereinigung des Krankenhausbudgets voraus. Schließlich bieten selektive Verträge mit den Krankenkassen den Krankenhäusern auch die Chance, neben den stationären auch ambulante Leistungen miteinzubeziehen und damit einen Beitrag zur Lösung der derzeitigen Schnittstellenprobleme zu leisten.
- Da bei sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten eine Vielzahl von geradezu intendierten Leistungsaustauschen stattfindet, könnte das Antikorruptionsgesetz, das am 4. Juni 2016 in Kraft trat, hier Fragen ihrer Rechtmäßigkeit aufwerfen. Die Auslegung der entsprechenden Vorschriften sollte sicherstellen, dass dieses Gesetz erwünschte Kooperationsformen nicht erschwert oder in diesem Kontext hemmende Unsicherheiten schafft (Weinrich 2016).

---

<sup>146</sup> Nach einem Beschluss des G-BA vom Mai 2017 handelt es sich hierbei um (1) die endoprothetische Gelenkversorgung, (2) die Prävention der postoperativen Delirs bei der Versorgung von älteren Patienten, (3) die Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten sowie (4) die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus.

## 11.4 Medizinische Versorgungszentren

### 11.4.1 Definition

**595.** Das Konzept einer fach- sowie berufsgruppenübergreifenden ambulanten Versorgung von Patienten geht in seinen Grundzügen bereits auf die poliklinischen Versorgungsstrukturen der ehemaligen DDR zurück. Als Poliklinik wurden ambulante Einrichtungen eines Krankenhauses, einer Universitätsklinik oder eines Betriebs bezeichnet, die durchschnittlich über sechs Fachabteilungen, eine zahnärztliche Abteilung, physikalische Therapien, eine Apotheke und ein Labor verfügten. Abhängig vom Standort standen Polikliniken unter der Leitung einer Universität, eines Krankenhauses, eines Betriebs oder einer Kommune (BMVZ 2016; Simon 2013).

Mit Inkrafttreten des Einigungsvertrages wurde jedoch eine schnelle Abwicklung des Polikliniksystems eingeleitet. Das Versorgungskonzept einer fach- und berufsgruppenübergreifenden ambulanten Versorgung aus einer Hand wurde aber stets weiter verfolgt: Mit dem GKV-GMG wurden zum 1. Januar 2004 neben niedergelassenen Vertragsärzten auch MVZs zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt (Gerlinger 2017).

**596.** Von der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und dem daraus entstehenden Wettbewerb versprach man sich, Effizienzreserven zu erschließen und Innovationen zu fördern. Der Leitgedanke bei der MVZ-Gründung zeichnete sich dabei durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen vertragsärztlichen oder ebenfalls zugelassenen angestellten Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen und anderen Leistungserbringern wie z. B. der nicht-ärztlichen Heilberufe aus. Im Vordergrund standen die Vernetzung der einzelnen Akteure sowie eine sektorenverbindende Zusammenarbeit, die zu einer optimalen Abstimmung bei allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie zu einer effizienteren Behandlung von komplexen Krankheitsbildern beitragen sollte (Behnsen 2004). Die Zusammenarbeit unter einem Dach sowie in einheitlicher Trägerschaft sollte Patienten kürzere Wege, einen schnelleren Informationsaustausch zwischen behandelnden Ärzten und eine umfassende Versorgung aus einer Hand bieten. Einen weiteren Vorteil dieser Neuerung sah man in der Möglichkeit, Ärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen zu lassen, ohne dass die Ärzte gleichermaßen die wirtschaftlichen Risiken einer Praxisgründung eingehen müssen (Deutscher Bundestag 2003). Neben der fachlichen Arbeitsteilung versprach man sich auch ökonomische Vorteile durch die gemeinsame Nutzung von Räumen und medizinisch-technischen Geräten, durch Optimierungen im Abrechnungs-, Zuweiser- und Überweisermanagement, durch gemeinsam geführte Einrichtungen wie beispielsweise einen Patientenbring- oder -holdienst und die Einrichtung von flexiblen Arbeitszeitmodellen (Rosenbrock/Gerlinger 2014; SVR 2009).

**597.** Die Leitung eines MVZ erfolgt stets durch einen Arzt oder eine Ärztin. Damit soll sichergestellt werden, dass die im MVZ erbrachten Leistungen den vertragsarztrechtlichen Anforderungen genügen (Knieps/Amelung 2010). In einem MVZ können sowohl selbstständige als auch angestellte Ärzte und Psychotherapeuten arbeiten. Daraus ergeben sich verschiedene MVZ-Varianten. In der ersten Variante arbeiten ausschließlich selbstständig tätige Ärzte. Ihre persönliche Zulassung ruht und wird von der MVZ-Zulassung überlagert. In der Angestelltenvariante, die von derzeit rund drei Viertel aller in Deutschland zugelassenen MVZs gewählt

wurde, ist das MVZ als juristische Person Zulassungsinhaber. In der Mischvariante arbeiten sowohl Vertragsärzte als auch angestellte Ärzte.

**598.** Die Vergütung von medizinischen Leistungen, die in einem MVZ erbracht werden, entspricht der Vergütung der Vertragsärzte bzw. der Vergütung einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG). Ein großes und indikationsspezifisch breit gefächertes MVZ kann im Vergleich zu einer anderen Organisationsform wirtschaftliche Vorteile erzielen. Durch die Vielzahl verschiedener Fachgruppen innerhalb eines MVZ, die u. a. auch die Spezialisierung einzelner MVZ-Mitglieder begünstigt, kann das Leistungsspektrum sowohl für selbstzahlende Kassenpatienten als auch für Privatpatienten umfangreicher und somit attraktiver als in einer Einzelpraxis oder in einer BAG sein. Ferner können wirtschaftlich ertragreiche Leistungen (z. B. kostenintensive apparategestützte Untersuchungsmethoden) als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in der Regel seltener in Einzelpraxen angeboten werden (Frielingsdorf 2009). Gemeinsam betriebene IGeL-Zentren, die auch in einem MVZ angesiedelt sein können, ermöglichen strategische Kooperationsmodelle, die zu wirtschaftlich erfolgreichen Versorgungsstrukturen führen können. Kritisch zu hinterfragen wäre jedoch die medizinische Notwendigkeit der jeweiligen Leistungen.

#### 11.4.2 Rechtliche Grundlagen

**599.** Mit der Einführung von MVZs als weiterer Versorgungsform der GKV erfolgte eine Abkehr vom bisher geltenden Grundsatz, dass die ambulante Versorgung nahezu ausschließlich durch selbstständig tätige Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten sichergestellt wird. Die Anstellung von Ärzten war nur in der Praxis eines Vertragsarztes möglich, wodurch die Ausübung der ambulanten Behandlung in der Rechtsform einer juristischen Person mit ausschließlich angestellten Ärzten bis dahin nicht zulässig war. Während für Vertragsärzte und BAGs diese Beschränkungen der Organisationsformen weiterhin bestehen, können MVZs gemäß § 95 Abs. 1 Satz 3 SGB V auch als juristische Person betrieben werden (Wigge 2004). Der daraus resultierende wettbewerbliche Druck auf niedergelassene Ärzte sowie die Neuerung, dass MVZs auch von Krankenhäusern gegründet werden können, sollte aus Sicht des Gesetzgebers aus Gründen der Konkurrenzfähigkeit verstärkt zu einer Zunahme von größeren, fachübergreifenden Organisationseinheiten und regionalen Konzentrationen führen.

**600.** Im Zuge des GKV-VStG wurden umfassende Maßnahmen ergriffen, um MVZs stärker zu reglementieren.<sup>147</sup> Dazu zählt auch die Neufassung der Gründungsvoraussetzungen, die seit dem 1. Januar 2012 nur noch zugelassene Ärzte, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Dialyseleistungen nach § 126 Abs. 3 SGB V und gemeinnützige Träger als Gründer für MVZs

<sup>147</sup> Weitere Regelungen des GKV-VStG bezogen sich auf den Bestandsschutz, die Rückumwandlung von Anstellungen in Vertragsarztzulassungen, die Genehmigungsfähigkeit von Zweigpraxen, bei der zukünftig neben der Versorgungsverbesserung am neuen Tätigkeitsort auch die Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz zu berücksichtigen ist, sowie auf die Stilllegungsbefugnis des Zulassungsausschusses (BMVZ 2011; Wigge 2012). Beim Nachbesetzungsverfahren sieht die Neuerung des § 103 Abs. 4c SGB V vor, dass eine Praxis weitergeführt werden kann, indem ein MVZ den Vertragsarztsitz übernimmt und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen im MVZ angestellten Arzt weitergeführt wird. Jedoch wird bei der Auswahl eines Praxisnachfolgers ein MVZ nur dann als gleichrangig berücksichtigt, wenn die Mehrheit der Geschäftsanteile und der Stimmrechte bei den im MVZ tätigen Ärzten liegt. Andernfalls steht anderen Bewerbern ein Vorkaufsrecht zu. Dieser Nachrang gilt auch für Krankenhäuser und führt zu einem direkten Wettbewerbsnachteil von Krankenhaus-MVZ zugunsten von niedergelassenen Ärzten. Indirekt werden auch Ärzte benachteiligt, die sich in einem Krankenhaus-MVZ anstellen lassen möchten (Wigge 2012).

vorsieht. Zuvor war die Gründung auch durch Apotheken, Psychotherapeuten und durch Leistungserbringer von Gesundheitsfachberufen möglich. Infolge des gesetzlichen Bestandsschutzes existieren daher weiterhin einzelne MVZ-Ketten.<sup>148</sup>

Zusätzlich wurden die zulässigen Rechtsformen auf die Personengesellschaft (z. B. Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR)), die eingetragene Genossenschaft oder die Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) begrenzt. In Bezug auf die MVZ-Leitung wurde mit dem GKV-VStG ergänzt, dass der leitende Arzt selbst im MVZ tätig sein muss und in medizinischen Fragen weisungsfrei ist. Der Hintergrund dieser Begrenzungen lag u. a. in der Zunahme der MVZ-Gründungen durch finanzstarke Investoren, insbesondere im Bereich der Labormedizin und der operierenden Augenheilkunde, die kaum oder keinen fachlichen Bezug zur medizinischen Versorgung hatten.<sup>149</sup> Hierin sah der Gesetzgeber die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen über die Maßen durch Kapitalinteressen beeinflusst werden (BMVZ 2011; Schmidbauer et al. 2013; Wigge 2012). Unangetastet von den Neuerungen des GKV-VStG sind MVZs in Krankenhausträgerschaft, bei denen das Krankenhaus selbst jedoch als Aktiengesellschaft (AG) geführt wird.

**601.** Mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen GKV-VSG wurden die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Errichtung von MVZs weiterentwickelt. Die ursprünglich im GKV-GMG verankerte „fachübergreifende Versorgung“, die zum damaligen Zeitpunkt Voraussetzung einer MVZ-Gründung war, wurde durch die Streichung des Begriffs „fachübergreifend“ in § 95 Abs. 1 SGB V abgeschafft.<sup>150</sup> Durch die Möglichkeit, bei der Errichtung eines MVZ auf eine zweite Fachrichtung zu verzichten, stellt das MVZ nun eine Alternative zu Einzelpraxen mit angestellten Ärzten und BAGs dar: Bei einer BAG handelt es sich um einen örtlichen, überörtlichen oder KV-übergreifenden Zusammenschluss von mehreren Ärzten. Neben der gemeinschaftlichen Patientenversorgung werden auch Räume und Praxiseinrichtungen gemeinschaftlich genutzt. In der BAG führen die beteiligten Ärzte eine gemeinsame Patientenakte, die Abrechnung und Dokumentation der erbrachten Leistungen sowie die Haftung erfolgen durch die Gemeinschaft.

**602.** Zwischen einer BAG und einem MVZ existieren sowohl mehrere Gemeinsamkeiten als auch einige relevante Unterschiede. Die Gemeinsamkeiten bestehen vor allem darin,

- dass beide ärztliche Gemeinschaften im Abrechnungsverhältnis gegenüber den KVen und den Patienten als wirtschaftliche Einheit auftreten,
- dass sich beide aus Vertragsärzten und angestellten Ärzten zusammensetzen können,
- dass auch bei der BAG nicht dem einzelnen Arzt als Mitglied eine Anstellungsgenehmigung nach § 32b Ärzte-Zulassungsverordnung erteilt wird, sondern der Gemeinschaft als Ganzes (vgl. Bundessozialgericht (BSG): B 6 KA 24/15 R vom 4. Mai 2016),

---

<sup>148</sup> Insbesondere in der Labormedizin und der Augenheilkunde.

<sup>149</sup> Für weitere Erläuterungen zur amtlichen Begründung vgl. Deutscher Bundestag 2011b zu § 95 Abs. 1a SGB V.

<sup>150</sup> Damit wurden auch rein zahnärztliche MVZs möglich. Auf sie wird im Rahmen des Kapitels jedoch nicht eingegangen.

- dass die Einstellung eines Vertragsarztes oder die Anstellung eines unselbstständigen Arztes nur im Rahmen bzw. unter Beachtung der Bedarfsplanung erfolgen kann,
- dass die Gesellschafter z. B. gegenüber Patienten und Krankenkassen persönlich haften bzw. selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder Sicherheitsleistungen nach § 232 BGB abgeben (für MVZs: § 95 Abs. 2 SGB V),
- dass beide die Tätigkeit an mehreren räumlich getrennten Praxissitzen ausüben und
- dass beide fachübergreifend und fachgleich tätig werden können.

**603.** Wesentliche Unterschiede zwischen einer BAG und einem MVZ betreffen zunächst die Rechtsform und damit einhergehend die Trägerschaft. Sofern die Gesellschafter keine Partnerschaft nach dem Partnerschaftsgesellschaftsgesetz (PartGG) beschließen, erfolgt die Gründung einer BAG üblicherweise in Form einer GbR. Dagegen ermöglicht § 95 Abs. 1 SGB V die Gründung eines MVZ in der Rechtsform einer Personengesellschaft, einer eingetragenen Genossenschaft, einer GmbH oder in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform. Im Unterschied zu einer BAG kann ein MVZ somit zusätzlich als GmbH sowie in Erweiterung durch das GKV-VSG auch in einer öffentlich-rechtlichen Rechtsform als Eigen- oder Regiebetrieb gegründet werden. Diese Erweiterung der Gründungsmodalitäten erleichterte die Gründung von MVZs durch Kommunen.<sup>151</sup>

**604.** Die Gründung eines MVZ kann im Gegensatz zur Gründung einer BAG auch in der Trägerschaft von Krankenhäusern erfolgen, wodurch sich hinsichtlich einer integrierten Versorgung der Patienten weitreichende Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen. So kann ein MVZ Patienten, die einer stationären Behandlung bedürfen, in das Krankenhaus des Trägers überweisen und anschließend wieder die ambulante Nachsorge übernehmen, ohne dass diese Überweisungen mit dem Antikorruptionsgesetz im Gesundheitswesen in Konflikt geraten. Sofern die Nachfrage nach ambulanten Leistungen in Verbindung mit wirtschaftlichen Aspekten eine Erweiterung des MVZ nahelegen, kann es im Rahmen der Bedarfsplanung voll- und teilzeitbeschäftigte Ärzte in unbegrenzter Zahl einstellen. Dagegen darf ein einzelner Vertragsarzt nach § 14a des Bundesmantelvertrages – Ärzte (BMV-Ä) nicht mehr als drei voll- oder teilzeitbeschäftigte Ärzte einstellen, deren Arbeitszeitumfang insgesamt dem dreier vollbeschäftigter Ärzte entspricht. Das neuerliche Urteil des BSG, dass nicht der einzelne Arzt als Mitglied einer BAG, sondern die BAG als Ganzes die Anstellungsgenehmigung erhält, könnte bedeuten, dass auch eine BAG nur bis zu drei Ärzte einstellen darf.

**605.** Im Hinblick auf die Gefahr, dass die Zulassungsausschüsse in überversorgten Gebieten Nachbesetzungen ablehnen, besitzt die Gründung eines MVZ aus Sicht der Betreiber gegenüber der Wahl einer BAG zumindest mittelbar eindeutige Vorzüge. Zunächst lässt sich die Ablehnung

---

<sup>151</sup> Zusätzlich wurde Kommunen die Möglichkeit einer anderen Sicherheitsleistung nach § 232 BGB gegeben, da sie faktisch nach kommunalrechtlichen Bestimmungen keine selbstschuldnerische Bürgschaft abgeben dürfen (Sedlaczek/Pütz 2016). Diese Neuregelung ist besonders in ländlichen Regionen mit drohender Unterversorgung relevant, da Kommunen nun aktiv die medizinische Versorgung beeinflussen und sicherstellen können. Des Weiteren wurden die Vertretungsmöglichkeiten von freigestellten oder unbesetzten Arztsitzen gelockert, da nun genehmigte Anstellungen auch dann vertreten werden können, wenn eine arbeitsrechtliche Freistellung vorliegt, die Anstellung beendet wurde und die Nachbesetzung noch aussteht oder der Angestellte verstorben ist (Sedlaczek/Pütz 2016).

der Nachbesetzung nach § 103 Abs. 3a und 4 SGB V für BAG und MVZ dadurch vermeiden, dass der frei werdende Sitz durch einen Nachfolger weitergeführt wird, der mindestens drei Jahre lang im Angestelltenverhältnis oder im gemeinschaftlichen Praxisbetrieb in der betreffenden BAG bzw. im betreffenden MVZ tätig war. Da nach § 95 Abs. 4a SGB V für MVZ die Nachbesetzung einer Arztstelle auch bei Zulassungsbeschränkungen möglich ist, besteht eine weitere Möglichkeit darin, dass der abgebende Arzt zuvor ins Angestelltenverhältnis wechselt. Hier reichte bisher in der Regel eine Mindesttätigkeitsdauer als angestellter Arzt von sechs Monaten (vgl. Sedlaczek/Pütz 2016, Seite 103). Das BSG fordert aber hier nun in seinem Urteil vom 4. Mai 2016 (B 6 KA 24/15 R) grundsätzlich eine Tätigkeitsdauer von drei Jahren<sup>152</sup>. Diese Hürde bei der Vermeidung einer Ausschreibung betrifft zwar formal eine BAG und ein MVZ gleichermaßen, wirkt sich bei einem MVZ aber vergleichsweise weniger gravierend aus, da ein MVZ im Durchschnitt weitaus mehr angestellte Ärzte mit einer Tätigkeitsdauer von über drei Jahren beschäftigt. Zudem kann der Gesellschafter eines MVZ in der Rechtsform einer GmbH im Gegensatz zu einer BAG auch dann Gesellschafter bleiben, wenn er zum Zwecke der Anstellung auf seine Zulassung verzichtet.

**606.** Insgesamt gesehen besitzt ein MVZ gegenüber einer BAG aus Sicht der Träger in Bezug auf

- die Vielfalt der Rechtsformen und der Trägerschaft,
- die Möglichkeit, unselbstständige Ärzte in gewünschter Zahl einzustellen, sowie
- die Option, die Ausschreibung und damit den Aufkauf von Arztsitzen zu vermeiden,

eindeutige komparative Vorzüge. Der Gesetzgeber setzt damit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung offensichtlich von der einzelnen Arztpraxis, bei der beim Wechsel eines Sitzes zwangsläufig immer eine Ausschreibung stattfindet, über die BAG bis zum MVZ spürbare Anreize zur Wahl größerer Einheiten. Diese Maßnahmen dienen u. a. dem Ziel, eine intensivere Kooperation zwischen den Ärzten zu erreichen.

### 11.4.3 Entwicklung der Anzahl und Struktur der Medizinischen Versorgungszentren

#### *Anzahl*

**607.** Zur Darstellung der MVZ-Entwicklung in Deutschland wurden verschiedene Datenquellen herangezogen: Jahresbasierte Daten zur Differenzierung nach Trägerschaft, Rechtsform, Art der Berufsausübung und räumlicher Ansiedelung wurden für die Jahre 2004 bis 2016 von der KBV bereitgestellt. Vertiefte Einblicke in die Entwicklung von Kooperationen sowie in die Versorgung in ländlichen Regionen wurden dem MVZ-Survey 2014 entnommen (Gibis et al. 2016). Eine quartalsweise Betrachtung der KBV-Daten für die Jahre 2015 und 2016 liefert detaillierte Einblicke, in welchem Ausmaß die MVZ-Gründungen seit Inkrafttreten des GKV-VSG zugenommen haben und welche Rolle MVZs in kommunaler Trägerschaft einnehmen (siehe Abschnitt 11.4.4).

Die Gesamtzahl der MVZs stieg seit dem Einführungsjahr 2004 von 70 auf insgesamt 2 490 im Jahr 2016 an (siehe Abbildung 11-2). Nach einem starken Wachstum in den Anfangsjahren

<sup>152</sup> Bereits bestandsmäßig erteilte Anstellungsgenehmigungen bleiben davon unberührt und können auch als Grundlage einer späteren Nachbesetzung dienen.

mit mehreren Hundert jährlichen Neugründungen flachte das Wachstum insbesondere ab dem Jahr 2012 stark ab. Mit dem Jahr 2016 und den neuen Bedingungen des GKV-VSG verzeichneten die MVZs jedoch eine steigende Attraktivität mit einem Anstieg um 334 MVZs, mehr als in jedem anderen Jahr seit ihrer Einführung.

**608.** Eine Differenzierung nach Trägerschaft zeigt, dass zu Beginn MVZs überwiegend in Vertragsarztträgerschaft gegründet wurden. Die Krankenhäuser holten jedoch auf, sodass im Jahr 2015 mit 910 MVZs gleich viele MVZs in Krankenhaus- bzw. Vertragsarztträgerschaft existierten. Während sich damit zwischen 2007 und 2015 die Anzahl der Vertragsarztträgerschaften knapp verdoppelte, stieg die Trägerschaft durch Krankenhäuser in diesem Zeitraum auf das Dreifache. Im Vergleich zu MVZs in Vertragsarztträgerschaft verzeichneten MVZs in Krankenhausträgerschaft damit insbesondere von 2012 bis 2015 eine höhere Wachstumsrate von etwa 6 % (gegenüber etwa 3 % pro Jahr).

Erst im Jahr 2016, dem ersten Jahr nach Inkrafttreten des GKV-VSG, änderte sich dieser Trend. Die Anzahl der MVZs in der Trägerschaft von Vertragsärzten wuchs im Jahresvergleich um 23 %. MVZs in Krankenhausträgerschaft verzeichneten ebenfalls einen starken Anstieg von 11 %, blieben damit aber hinter den MVZs der Vertragsärzte zurück.

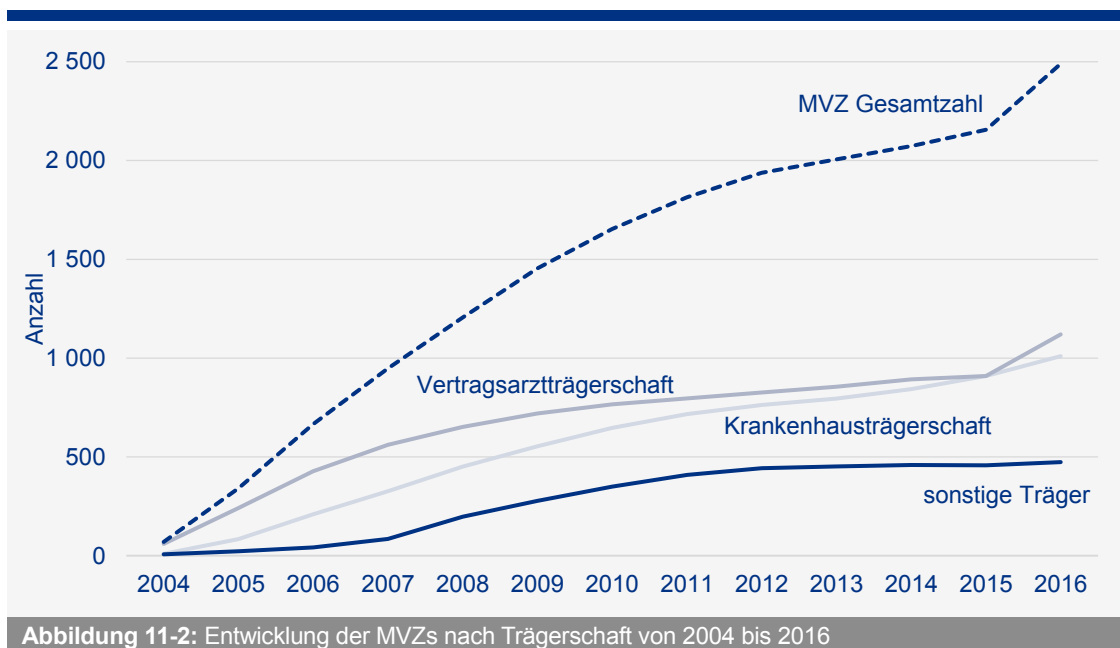


Abbildung 11-2: Entwicklung der MVZs nach Trägerschaft von 2004 bis 2016

MVZ = Medizinische Versorgungszentren.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).

**609.** In absoluten Zahlen gibt es die häufigsten Krankenhausträgerschaften in Bayern, Niedersachsen und Hessen (siehe Abbildung 11-3), wobei prozentual betrachtet der Anteil dieser Trägerschaft in den ostdeutschen KV-Regionen<sup>153</sup> mit 61 % deutlich höher als in den westdeutschen KV-Regionen ist (KBV 2016a). Die Entwicklung der Anzahl von MVZs in

<sup>153</sup> Berechnung ohne Berlin.



sonstiger Trägerschaft<sup>154</sup> nahm von 2007 bis 2012 überproportional zu, seit dem Jahr 2012 ist sie mit etwa 470 jedoch nahezu unverändert.

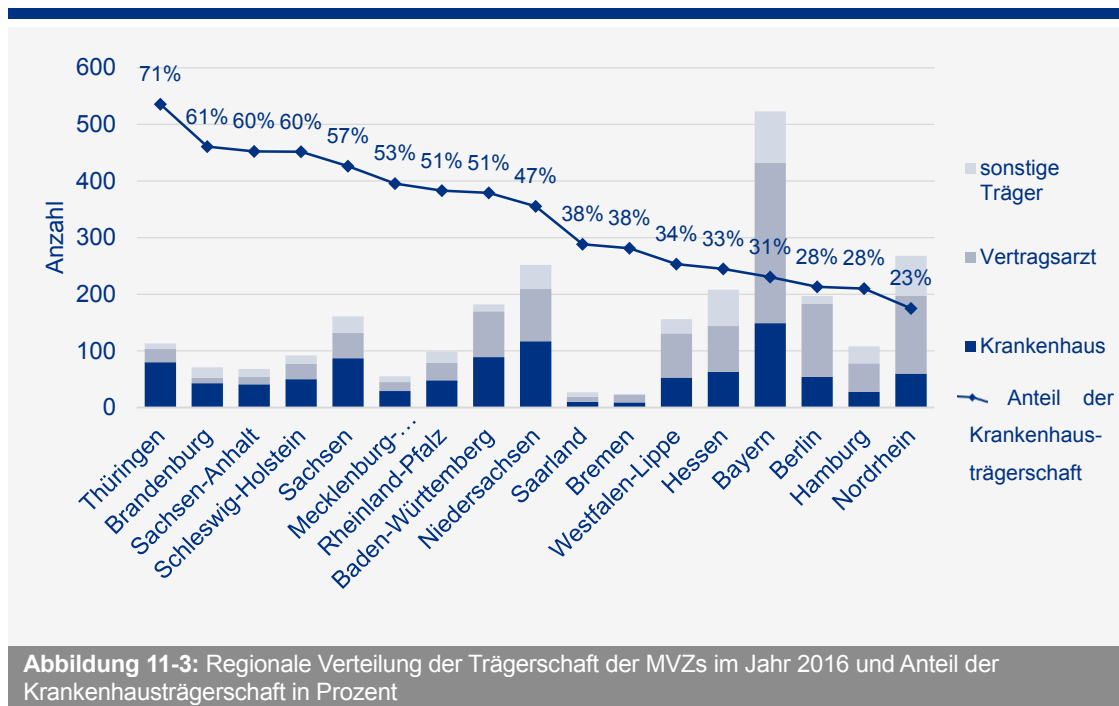


Abbildung 11-3: Regionale Verteilung der Trägerschaft der MVZs im Jahr 2016 und Anteil der Krankenhausträgerschaft in Prozent

Sortiert nach Anteil der Krankenhausträgerschaft.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).

**610.** Bei der MVZ-Gründung wurde in den ersten Jahren für die Mehrheit der MVZs noch die Rechtsform der GbR gewählt. Seit dem Jahr 2007 entwickelten sich jedoch die GmbH-MVZs inklusive der gGmbH-MVZs zur klar bevorzugten Rechtsform. Waren im Jahr 2009 bereits knapp 50 % aller MVZs eine (g)GmbH, stieg deren Anteil bis zum Jahr 2016, insbesondere mit Inkrafttreten des GKV-VStG, weiter auf 68 % an. Die sonstigen Rechtsformen<sup>155</sup>, die in den Anfangsjahren noch eine gewisse Relevanz mit einem Anteil von 10 bis 15 % hatten, verloren nach Inkrafttreten des GKV-VStG<sup>156</sup> stark an Bedeutung und stellten im Jahr 2016 nur noch für weniger als 5 % aller MVZs die Rechtsform dar (siehe Abbildung 11-4).

<sup>154</sup> In der Kategorie „sonstige Träger“ werden alle Träger zusammengefasst, die keine Vertragsärzte und Krankenhäuser sind, wie beispielsweise Apotheken und Physiotherapeuten (seit dem Jahr 2012 können sie keine MVZs mehr gründen). Seit Inkrafttreten des GKV-VStG fallen auch Kommunen hierunter.

<sup>155</sup> Unter „sonstige Rechtsform“ fallen Einzelunternehmen, Partnerschaften, Genossenschaften, AGs und als „Sonstige“ gemeldete MVZs.

<sup>156</sup> Ein nicht weiter quantifizierbarer Anteil der Absenkung geht auch auf eine Umstellung der Abfragesystematik zum Stichtag 31. Dezember 2012 seitens der KBV zurück.

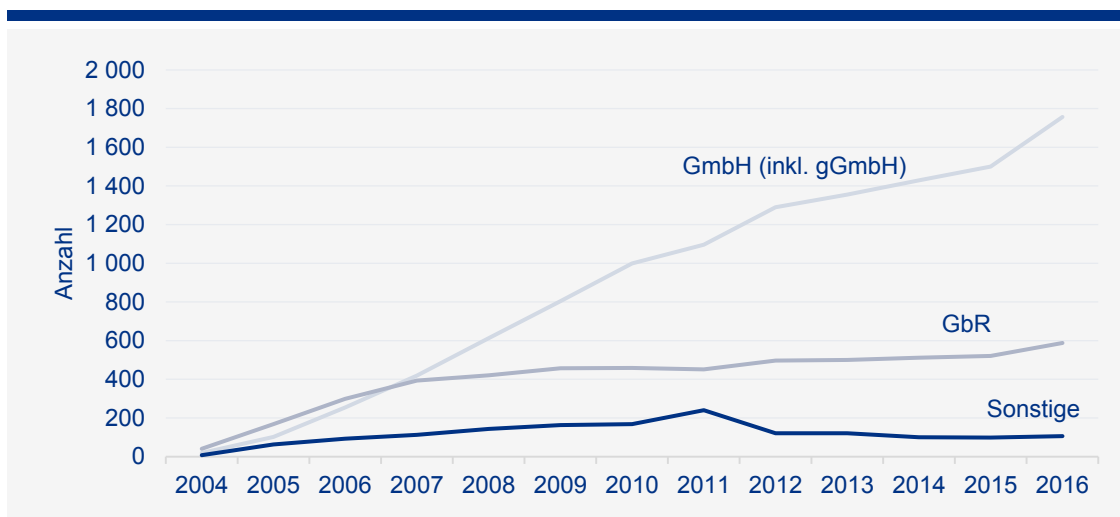


Abbildung 11-4: Entwicklung der MVZs nach Rechtsform von 2004 bis 2016

GbR = Gesellschaft bürgerlichen Rechts, (g)GmbH = (gemeinnützige) Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).

**611.** Die Veränderungen ab den Jahren 2012 und 2016 verdeutlichen die Wirkung der Gesetzesänderungen auf die Gründungsvoraussetzungen. Die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der MVZ-Anzahl betrug vom Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (GKV-VÄndG) im Jahr 2007 bis zum Inkrafttreten des GKV-VStG im Jahr 2012 ca. 22 %. Im Gegensatz dazu sank die Wachstumsrate für die Zeitspanne vom GKV-VStG bis zum GKV-VSG im Jahr 2015 auf unter 5 % pro Jahr. Erst mit dem GKV-VSG erfuhren die MVZs im Jahr 2016 wieder eine starke Dynamik.

### Struktur

**612.** Abbildung 11-5 zeigt die prozentuale Entwicklung der MVZ-Anteile nach Art der Berufsausübung. Es ist ersichtlich, dass sich seit dem Jahr 2004 der prozentuale Anteil an MVZs, die sich ausschließlich aus Vertragsärzten zusammensetzen, von 34 % auf knapp 4 % im Jahr 2016 reduziert hat. Im Gegensatz dazu stieg der Anteil der MVZs, in denen nur angestellte Ärzte arbeiten, um mehr als das 2,5-Fache auf 74 % an. Die durchschnittliche Arzanzahl eines MVZ hat sich von 2004 bis 2015 um drei Personen erhöht. Im Jahr 2015 waren damit im Durchschnitt 6,6 Ärzte<sup>157</sup> in einem MVZ beschäftigt. Im Jahr 2016 sank die durchschnittliche Arzanzahl erstmals seit Einführung der MVZs leicht um 0,2 auf 6,4 Ärzte, was auf den steigenden Anteil der MVZs in Vertragsarztträgerschaft zurückzuführen ist. Insgesamt arbeiten knapp 10 % aller ambulant tätigen Ärzte in einem MVZ.

<sup>157</sup> Es handelt sich um eine Durchschnittsgröße aus angestellten Ärzten und Vertragsärzten.

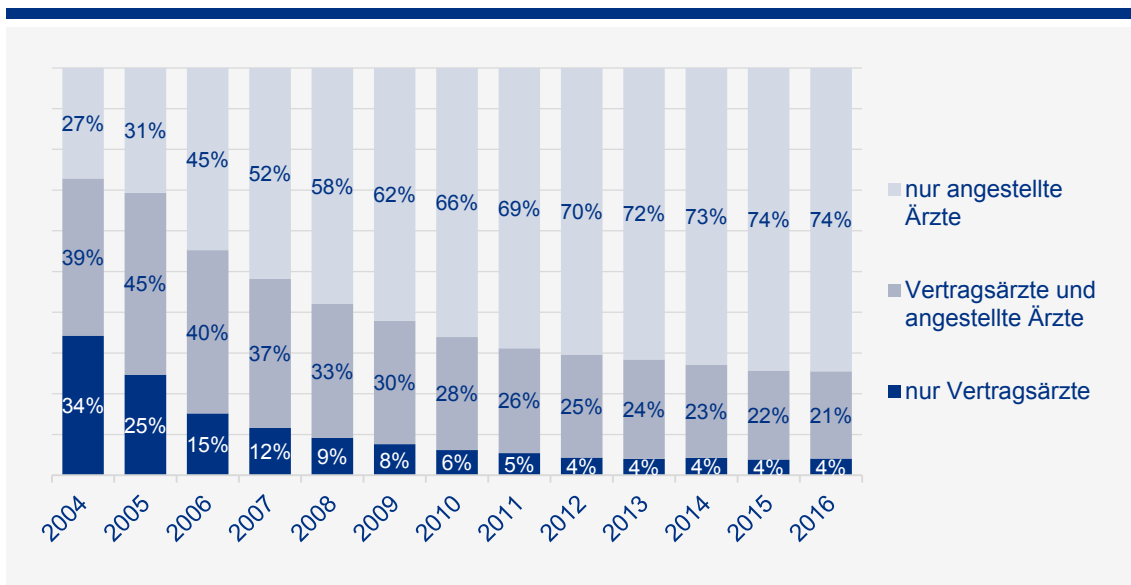


Abbildung 11-5: Entwicklung der MVZs nach Art der Berufsausübung in Prozent von 2004 bis 2016

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).

**613.** Zwischen den KVen unterscheidet sich dabei die Art der Berufsausübung zum Teil deutlich, wie Abbildung 11-6 zeigt. So arbeiten noch in etwa 40 % der Berliner MVZs angestellte Ärzte und Vertragsärzte zusammen, während dies in Mecklenburg-Vorpommern nur noch für 5 % der MVZs zutrifft. Gleichzeitig existiert in Brandenburg, Sachsen-Anhalt und im Saarland kein MVZ, in dem nur Vertragsärzte arbeiten.

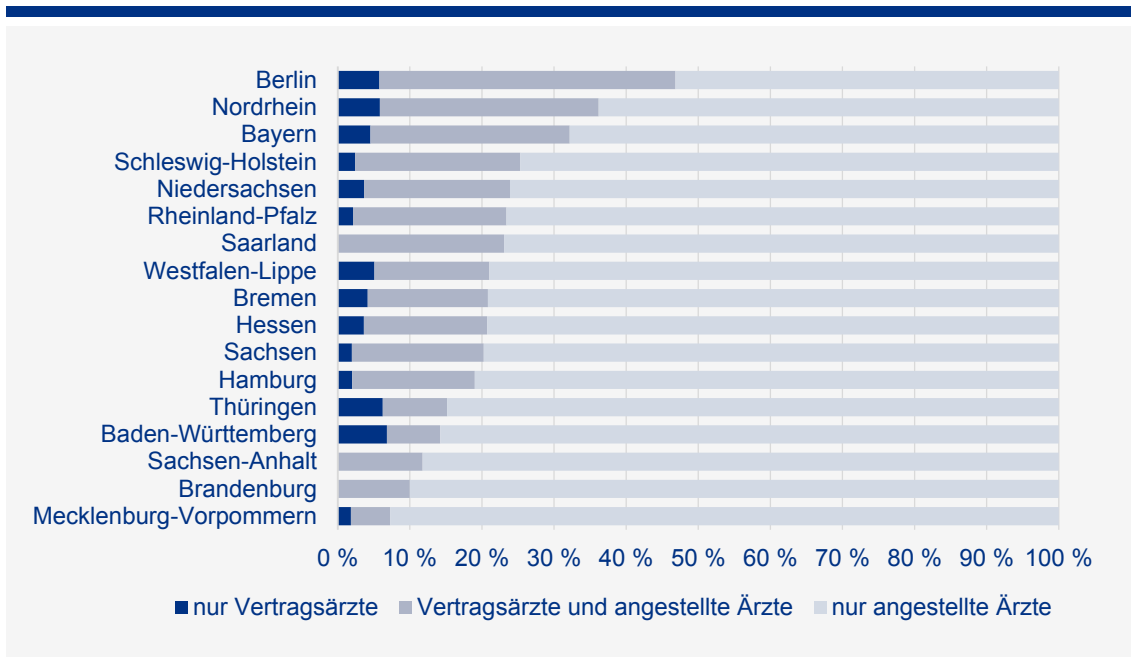
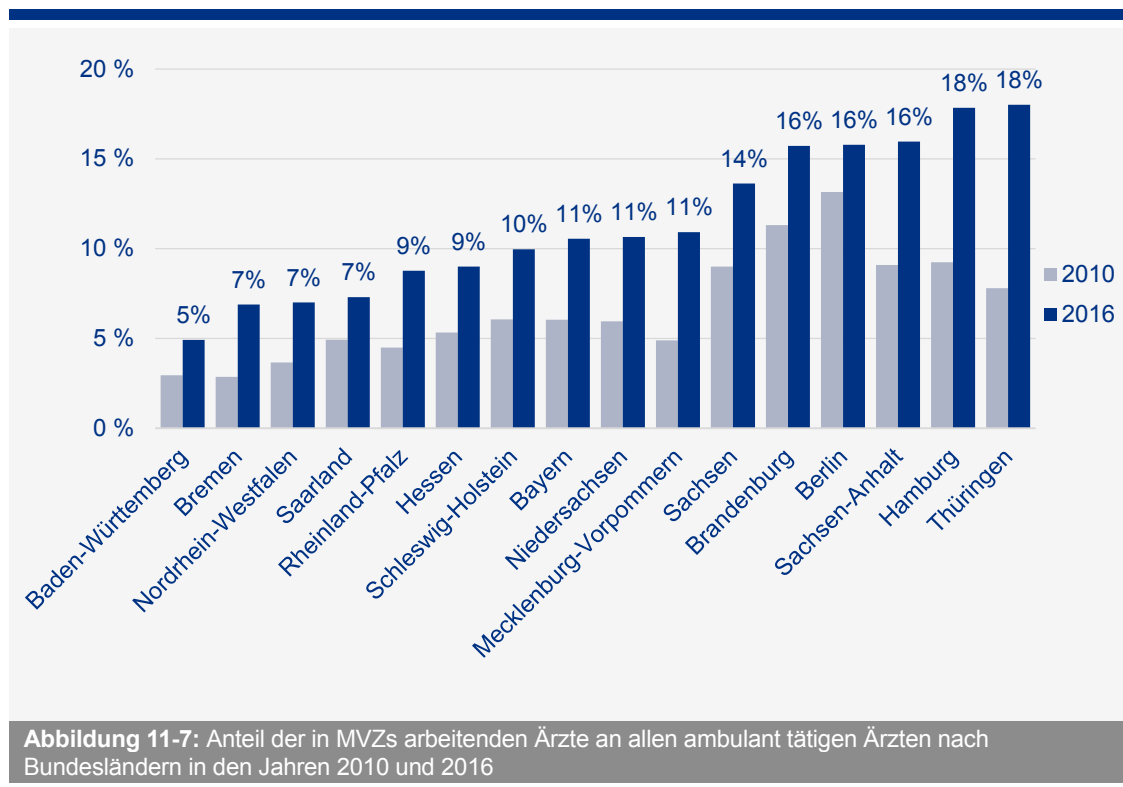


Abbildung 11-6: Regionale Unterschiede in der Art der Berufsausübung in MVZs nach KV-Region im Jahr 2016

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).

**614.** Die regionale Betrachtung der MVZs zeigt außerdem, dass in allen Bundesländern der Anteil der Ärzte, die in MVZs arbeiten, zugenommen hat. Allerdings ist dieser Anteil in den ost-deutschen Bundesländern besonders hoch. In Thüringen arbeitet demnach inzwischen fast jeder fünfte ambulant tätige Arzt in einem MVZ, während es in Baden-Württemberg nur jeder 20. ist (siehe Abbildung 11-7).



Sortiert nach dem Anteil im Jahr 2016.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

**615.** Die Darstellung der häufigsten Facharztkombinationen zeigt für das Jahr 2015 für knapp 10 % aller MVZs eine Kombination aus Hausärzten und Fachinternisten (siehe Tabelle 11-2). Aus den Daten ist allerdings nicht ersichtlich, aus wie vielen Ärzten sich die angeführte Anzahl je Fachkombination zusammensetzt. Demzufolge werden dort beispielsweise Kombinationen aus einem Hausarzt und einem Fachinternisten oder auch aus einem Hausarzt und zehn Fachinternisten als gleichwertig berücksichtigt. Auf dem zweiten Rang folgen Kombinationen aus Fachinternisten, wobei aufgrund der Datenlage nicht ersichtlich ist, ob es sich mehr um fachgleiche oder um fachübergreifende Facharztkombinationen handelt. Auffällig ist die Kombination aus Radiologen und Nuklearmedizinern, die die fünfthäufigste Facharztkombination in MVZs darstellt. Vermutlich handelt es sich hierbei um Zusammenschlüsse, die durch die hohen Investitionskosten der medizinisch-technischen Geräte bedingt sind.

Facharztkombination in MVZs	Anzahl der MVZs mit jeweiliger Kombination
Hausärzte/Fachinternisten	193
Fachinternisten/Fachinternisten	73
Laborärzte/Mikrobiologen	68
Anästhesisten/Augenärzte	45
Radiologen/Nuklearmediziner	39
Hausärzte/Frauenärzte	38
Chirurgen/Orthopäden	34
Hausärzte/Chirurgen	26
Hausärzte/Nervenärzte	23
Orthopäden/physikalisch-rehabilitative Mediziner	18

Tabelle 11-2: Häufigste Facharztkombinationen im Jahr 2015 innerhalb eines MVZ

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

**616.** Als Resultat dieser Entwicklung ergibt sich, dass ein Viertel aller ambulant tätigen Radiologen in einem MVZ beschäftigt ist (siehe Abbildung 11-8). Arztgruppen, die eher geringere Investitionskosten verzeichnen, scheinen hingegen BAGs oder Einzelpraxen zu bevorzugen.

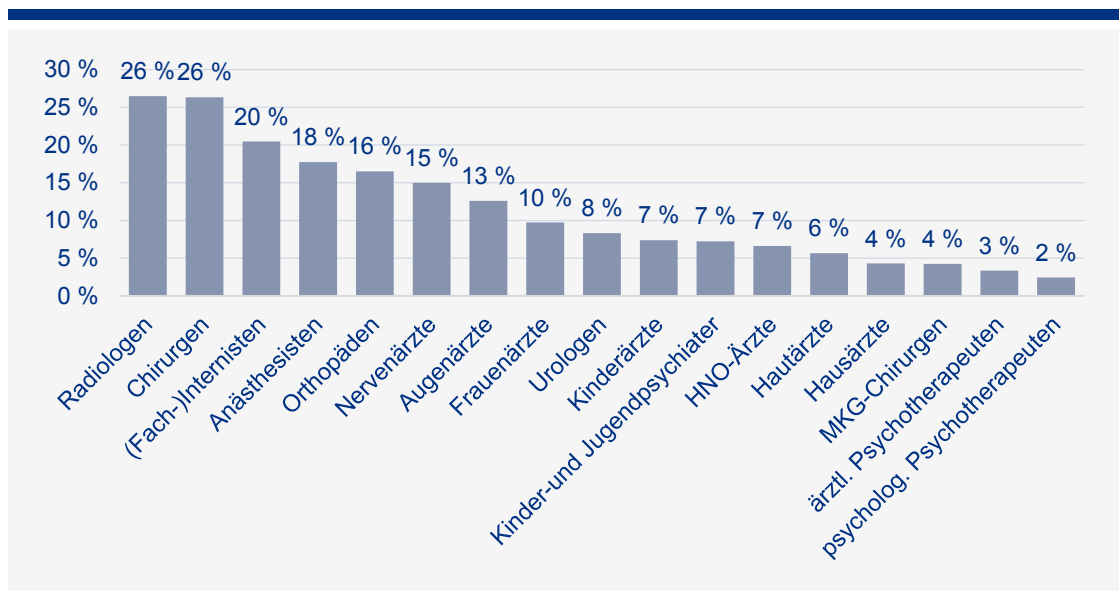


Abbildung 11-8: Anteil der ambulant tätigen Ärzte in MVZs nach Arztgruppen im Jahr 2016

HNO-Ärzte = Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, MKG-Chirurgen = Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017a).

**617.** Zur Erhebung der MVZ-Entwicklung führt die KBV regelmäßig Umfragen durch. Neben den Grunddaten, die auf Basis einer Befragung der 17 KVen erhoben werden, wurden im Jahr 2014 auch Angaben von 339 MVZ-Geschäftsführern bzw. ärztlichen Leitern hinsichtlich der

wirtschaftlichen Situation, der Kooperation und Vernetzung von MVZs ausgewertet (Gibis et al. 2016). Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse der Befragung dargelegt. Die laut MVZ-Umfrage am häufigsten genannten Gründe, die zu einer MVZ-Gründung geführt haben, sind verbesserte Zukunftsperspektiven, die Möglichkeit, Ärzte anzustellen, die Nutzung von Synergieeffekten, die Erhaltung der Marktposition, ein breiteres Leistungsangebot und eine erweiterte Position in der ambulanten Versorgung. Seltener genannte Gründe einer Gründung liegen in der Entlastung von Verwaltungsaufgaben, in einem verringerten Investitionsrisiko sowie in flexibleren Arbeitszeiten. Im Vergleich zur MVZ-Umfrage im Jahr 2005 haben die damals zentralen Gründe (z. B. erweiterte Position am ambulanten Markt, Effizienzsteigerung, bessere Marketingmöglichkeiten) für eine MVZ-Gründung an Relevanz verloren. Eine Differenzierung der Gründungsmotive nach MVZ-Trägerschaft zeigt, dass die überwiegenden Gründe von Krankenhaus-MVZs in der Einweiserbindung sowie in der langfristigen Sicherung des Klinikstandortes liegen (Gibis et al. 2016).

**618.** Die Kooperationsintensität zwischen den Ärzten und den Angehörigen der Gesundheitsfachberufe der an den Surveys teilnehmenden MVZs hat von 2008 bis 2014 deutlich zugenommen (siehe Abbildung 11-9). Zudem ist die Kooperation mit anderen niedergelassenen Ärzten für 92,9 % der befragten MVZs im Jahr 2014 „sehr häufig/häufig“. Dies entspricht gegenüber dem Jahr 2011 einer Steigerungsrate von 7,6 Prozentpunkten innerhalb von drei Jahren. Auch die Kooperationsintensität mit Krankenhäusern (83,5 %) und Apotheken (54,9 %) ist für die Befragten relevant. Die Kooperationsintensität bei Heilberufen wie den Ergotherapeuten und den Logopäden ist im Vergleich zu den Vorjahren leicht rückläufig. Zudem hat die Kooperationsbereitschaft mit Rehabilitationseinrichtungen und Sozialdiensten/sozialen Einrichtungen leicht abgenommen. Die gegenwärtige Situation in der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Institutionen, vor allem die Kooperation mit Krankenhäusern und anderen Praxen, bewertet dabei die Mehrzahl der MVZs als gut oder sehr gut (Zi 2018).

**619.** Die Kooperationsbereitschaft unterscheidet sich auch nach Gemeindegröße. Insgesamt kooperieren MVZs in ländlichen Regionen am häufigsten mit verschiedenen Leistungserbringern. Im Vergleich zu MVZs in Kernstädten kooperieren MVZs in ländlichen Regionen etwa doppelt so häufig mit Sanitätshäusern, Physiotherapeuten und Pflegeheimen. In ländlichen Regionen werden zudem die Entlastung von Verwaltungsaufgaben, eine bessere Wettbewerbsfähigkeit im Vergleich zur Einzelpraxis, die Einweiserbindung und die langfristige Sicherung des Klinikstandortes als ursprüngliche Beweggründe für die MVZ-Gründung genannt. Zukünftige Herausforderungen sehen MVZs in ländlichen Regionen in der Besetzung ärztlicher Stellen, in der Versorgung einer hohen Anzahl von älteren Patienten und in der Notwendigkeit einer hohen Anzahl von Hausbesuchen. Dieser Effekt ging auch schon aus dem MVZ-Survey des Jahres 2011 hervor und zeigt die Abwanderung der jüngeren Bevölkerung in städtische Gebiete sowie einen daraus resultierenden höheren Anteil älterer Personen in ländlichen Gebieten (vgl. Gibis et al. 2016).

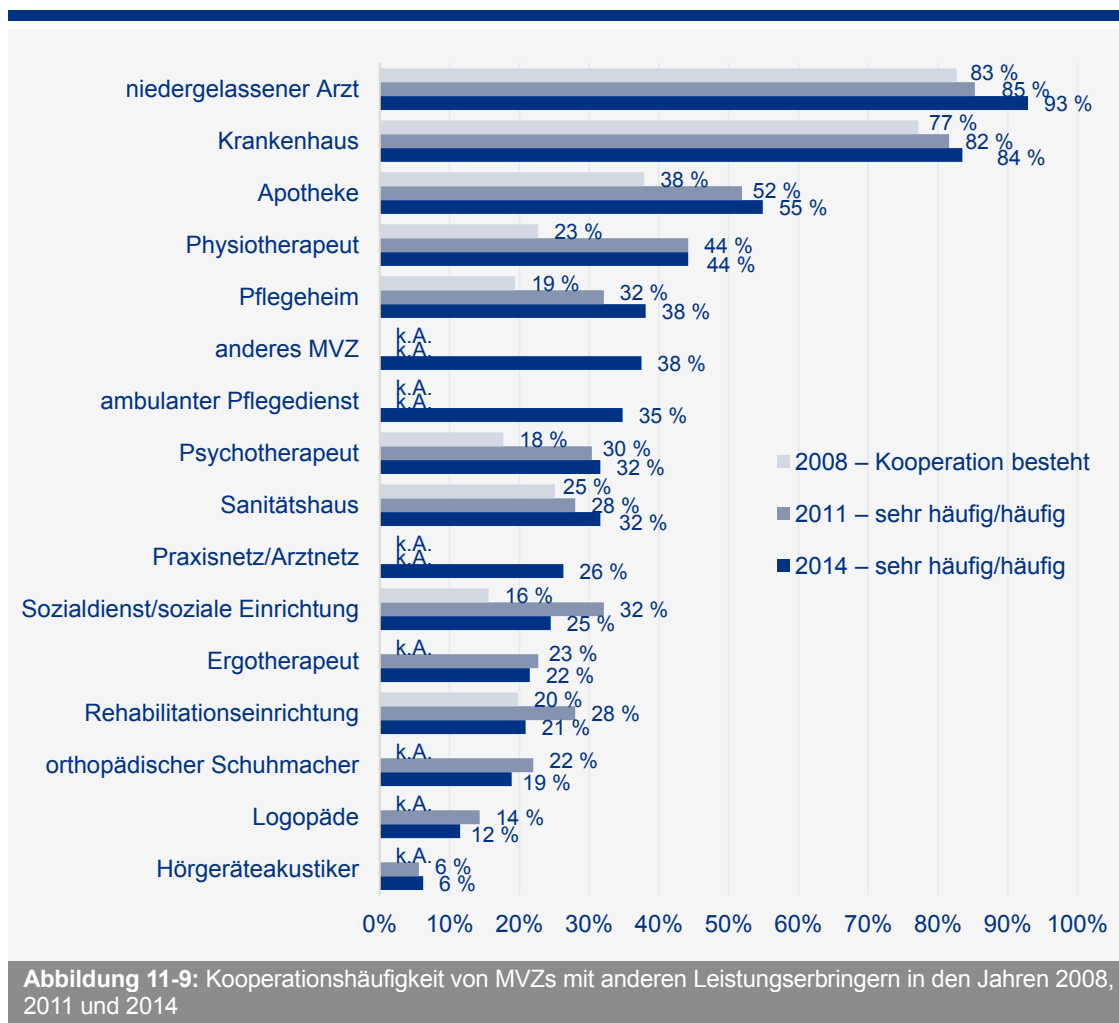


Abbildung 11-9: Kooperationshäufigkeit von MVZs mit anderen Leistungserbringern in den Jahren 2008, 2011 und 2014  
 Die Anzahl der Befragten lautet: MVZ-Survey 2008 (n = 286), MVZ-Survey 2011 (n = 414) und MVZ-Survey 2014 (n = 339).

Quelle: Gibis et al. (2016). Grafisch angepasst.

#### 11.4.4 Auswirkungen des GKV-VSG seit dem Jahr 2015

**620.** Eine detaillierte Betrachtung der neu gegründeten MVZs nach Trägerschaft, Rechtsform, Art der Berufsausübung und räumlicher Ansiedlung für die einzelnen Quartale der Jahre 2015 und 2016 ermöglicht es, erste Tendenzen nach Inkrafttreten des GKV-VSG zu analysieren (siehe Abbildung 11-10)<sup>158</sup>. Die Differenzierung nach Trägerschaft zeigt, dass bei den Krankenhaus-MVZs vor Inkrafttreten des GKV-VSG im Juli 2015 noch eine rückläufige Gründungsaktivität zu beobachten war. Mit dem vierten Quartal 2015 stieg sie jedoch sprunghaft an und erreichte mit 45 Neugründungen allein im ersten Quartal 2016 fast den Wert des gesamten Jahres 2014. Anschließend kehrte die Gründungsaktivität langsam auf das vorherige Niveau zurück. Die Entwicklung der MVZs in Vertragsarztträgerschaft verzeichnete

<sup>158</sup> Abweichungen zu den Jahreswerten resultieren dabei aus dem Sachverhalt, dass in den Quartalsangaben Neuzulassungen ohne Differenzenbildung mit zwischenzeitlich geschlossenen MVZs ausgewiesen werden. Die Jahreswerte stellen hingegen Stichtagsangaben zur Gesamtzahl dar.

ebenfalls einen sprunghaften Anstieg. Mit Beginn des ersten Quartals 2016 vervierfachte sich die Anzahl quartalsweiser Neugründungen auf 60 und blieb auch in den Folgequartalen auf diesem hohen Niveau. Dies führt dazu, dass der Anteil der MVZs in Vertragsarztträgerschaft an allen MVZs erstmals seit Jahren wieder anstieg.

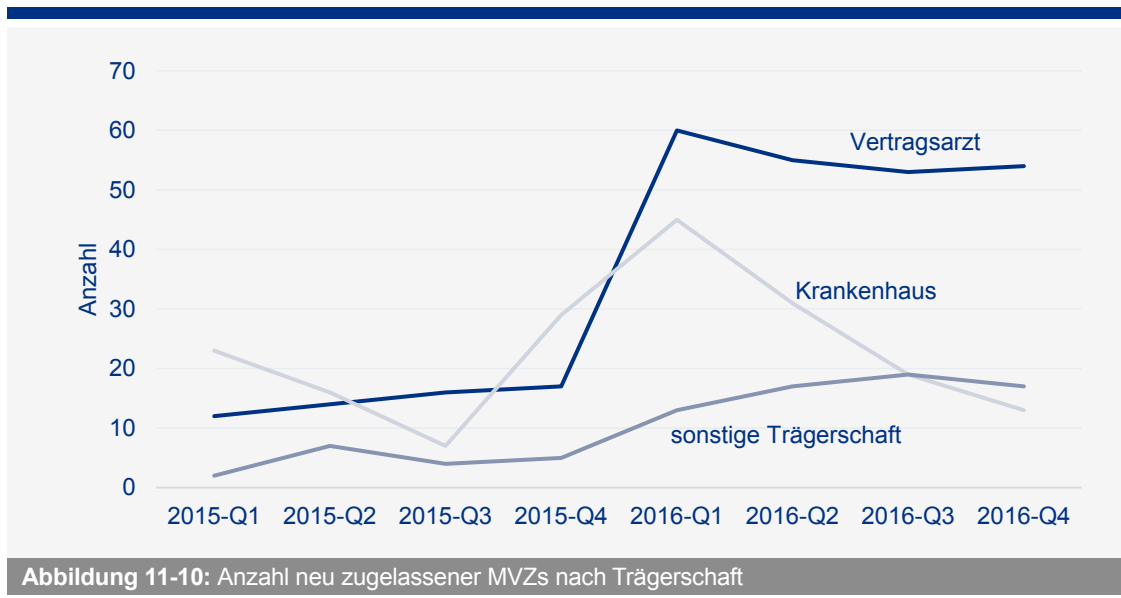


Abbildung 11-10: Anzahl neu zugelassener MVZs nach Trägerschaft

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).

**621.** Die neue Möglichkeit, nun auch fachgruppengleiche MVZs zu gründen, wurde im Jahr 2016 bereits in 315 MVZs genutzt (siehe Tabelle 11-3).

Fachgruppe	Anzahl der fachgleichen MVZs der Fachgruppe
Augenärzte	44
Frauenärzte	42
Hausärzte	41
Orthopäden	26
Laborärzte	25
Chirurgen	19
Fachärztliche Internisten	15
Nervenärzte/Neurologen/Psychiater	14
Fachärzte für diagnostische Radiologie	13
Anästhesisten	11
Weitere	65

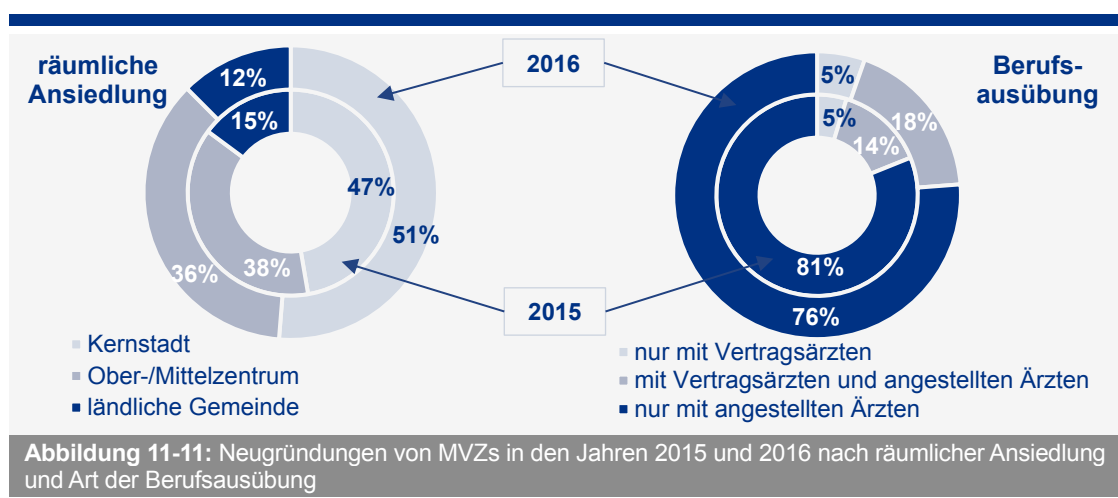
Tabelle 11-3: Anzahl fachgleicher MVZs im Jahr 2016 nach Fachgruppen

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).



**622.** Hinsichtlich der Wahl der Rechtsform zeigte sich im Verlauf des Jahres 2016 ein rückläufiger Anteil der Gründungen als GmbH, die mit etwa 65 % im vierten Quartal 2016 jedoch weiterhin für die Mehrheit der MVZs die bevorzugte Rechtsform darstellte.

In den Jahren 2015 und 2016 wurden zum überwiegenden Teil MVZs gegründet, in denen ausschließlich angestellte Ärzte beruflich tätig werden. Der leichte Anstieg neu gegründeter MVZs mit Vertragsärzten und angestellten Ärzten auf einen Anteil von 18 % im Jahr 2016 (siehe Abbildung 11-11) bestätigt sich im Gesamtbild unter Berücksichtigung der geschlossenen MVZs nicht (siehe Abbildung 11-5). Dies impliziert, dass auch in MVZs in Vertragsarztträgerschaft angestellte Ärzte dominieren. Bei der geografischen Ansiedlung wird deutlich, dass sowohl im Jahr 2015 als auch im Jahr 2016 ca. 90 % der Neuzulassungen in Kernstädten und Ober-/Mittelzentren erfolgt sind. Insgesamt haben im Jahr 2016 nur knapp 12 % der Neuzulassungen in ländlichen Regionen stattgefunden.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).

**623.** Bereits vor Inkrafttreten des GKV-VSG konnten Kommunen mit Zustimmung der zuständigen KV in begründeten Ausnahmefällen Eigeneinrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung betreiben, sofern sie für die Sicherstellung der Versorgung notwendig waren (§ 105 Abs. 5 SGB V). Darüber hinaus besteht für Kommunen seit Einführung der MVZs die Möglichkeit, sie durch in ihrem Besitz befindliche Krankenhäuser gründen zu lassen und die bis zum GKV-VSG bestehenden rechtlichen Hürden so zu umgehen. Im Rahmen des § 105 Abs. 5 SGB V wurde daher bundesweit bislang einzig in Büsum (Schleswig-Holstein) ein kommunales MVZ gegründet, um der dort drohenden Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung entgegenzuwirken. Seit dem Frühjahr 2015 existiert dort ein kommunal geführtes Hausarztzentrum mit vier<sup>159</sup> Ärzten, die dort als Angestellte einer 100-prozentigen Tochtergesellschaft der Gemeinde arbeiten (Kuhn/Amelung 2015). Die Gemeinde ist dabei der Betreiber der Einrichtung und trägt das wirtschaftliche Risiko. Neben einem ärztlichen Leiter übernimmt die Ärztenossenschaft Nord die kaufmännische Leitung, die sich stellvertretend für die Gemeinde um alle administrativen Aufgaben wie beispielsweise die Geschäftsführung und das Personal- und Abrechnungsmanagement kümmert. Die Vergütung der beteiligten Ärzte erfolgt nach einer *Profit-Center*-Regelung. Diese Regelung besteht aus zwei Komponenten,

<sup>159</sup> Die Angabe bezieht sich auf den Gründungszeitraum im April 2015.

wobei die angestellten Ärzte ein Festgehalt und eine leistungsabhängige Umsatzbeteiligung erhalten (Schnack 2015).

#### **Exkurs: Büsumer Hausärzteeentrum**

**624.** Neben den 5 000 Einwohnern werden im Badekurort Büsum jährlich über 100 000 Tagesurlauber und Übernachtungsgäste medizinisch versorgt. Aufgrund der ergebnislosen Suche nach Praxismachfolgern und dem drohenden ambulanten Notstand verabschiedete die KV Schleswig-Holstein ein Förderprogramm, bei dem Kommunen bei der Errichtung von kommunal geführten Ärzteeentren finanziell unterstützt werden. Die Gemeinde Büsum erhielt durch das Programm Fördergelder in Höhe von ca. einer Viertelmillion Euro. Neben dem Ärzteehaus wurde durch den Träger das Gesundheitszentrum um eine Apotheke, eine Physiotherapieeinrichtung und ein Kurmittelhaus erweitert. Insgesamt investierte die Gemeinde über eine Million Euro in die Errichtung des Ärzteeentrums.

**625.** Die Struktur des Büsumer Hausärzteeentrums steht beispielhaft für zukünftige kommunal geführte MVZs, die seit den gesetzlichen Neuerungen des GKV-VSG auch ohne drohende Unterversorgung gegründet werden können. Die zusätzliche Öffnung für fachgleiche Versorger lässt auch in Zukunft eine steigende Anzahl von MVZ-Gründungen erwarten. Inwieweit die Kommune als Träger eines medizinischen Gesundheitszentrums zu einer flächen-deckenden wohnortnahen Sicherstellung der ärztlichen Versorgung beizutragen vermag, wird erst in den kommenden Jahren ersichtlich sein. Die durch das GKV-VSG neu geschaffenen Möglichkeiten werden aktuell nur wenig genutzt. So waren dem Bundesverband Medizinische Versorgungszentren – Gesundheitszentren – Integrierte Versorgung (BMVZ) im August 2017 lediglich fünf kommunale MVZs bekannt (Müller 2017).

**626.** Eine Befragung der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH), in der 411 Bürgermeister und 38 Landräte in Niedersachsen zu den Hauptgründen einer MVZ-Errichtung in kommunaler Trägerschaft befragt wurden, kommt zu einem kritischen Ergebnis. Zusammengefasst wurde von 70 % der Befragten ein Ärztemangel wahrgenommen, dies gilt insbesondere für Augenärzte. Danach folgt ein Mangel an Hausärzten, Kinderärzten, Orthopäden und HNO-Ärzten. Jedoch sehen nur 30 % der Befragten in der neu geschaffenen Möglichkeit, MVZs in kommunaler Trägerschaft zu gründen, ein geeignetes Instrument, 60 % der Befragten sind skeptisch. Zu den genannten Hauptgründen zählten dabei Angst vor finanzieller Überforderung, Haftungsrisiken bei Behandlungsfehlern, fehlende Kompetenz sowie die Ansicht, dass eine adäquate Sicherstellung der ambulanten Versorgung nicht zu den kommunalen Aufgaben gehört (Frisch 2016a, 2016b). Zu den häufigsten Maßnahmen, die in den Kommunen bereits ergriffen wurden, zählten laut Umfrage die finanzielle Förderung von Ärzten (30 % der Befragten), die Beratung von Ärzten (24 %), Kooperationen z. B. mit den KVen (19 %), die Bereitstellung von Praxisräumen (17 %), Imagekampagnen (15 %), die Gewährung von Darlehen sowie die Bereitstellung von Grundstücken (jeweils 10 %) und die Förderung von Studierenden (8 %) (Osterloh 2016).

**627.** Nach Inkrafttreten des GKV-VSG zeigt sich, dass die Intention einer gut erreichbaren medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen trotz erweiterter Gründungsvoraussetzungen bisher nicht eingetreten ist. Abbildung 11-11 verdeutlicht, dass auch im Jahr 2016 mit etwa 12 % nur eine Minderheit der Neuzulassungen in ländlichen Regionen stattgefunden hat. Eine weitere ursprüngliche Absicht lag in der Erwartung, dass sich größere

Organisationseinheiten bilden würden, um zukünftig als konkurrenzfähiger Wettbewerber an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Laut dem MVZ-Survey aus dem Jahr 2014 besteht ca. ein Drittel der MVZs aus bis zu drei Ärzten, der Durchschnitt beläuft sich im Jahr 2016 jedoch auf 6,4 Ärzte je MVZ mit erstmals wieder sinkender Tendenz. Diese hohe Streuung sowie der Anteil von 74 % Angestellten-MVZs gibt Grund zur Annahme, dass einige große MVZs mit einer hohen Anzahl von angestellten Ärzten vertreten sind. Bezüglich der räumlichen Struktur ist zudem zu erwarten, dass sie weiterhin eher in Kernstädten sowie in Ober-/Mittelzentren angesiedelt sein werden. Eine Möglichkeit zum weiteren Ausbau der MVZs in ländlichen Regionen könnte daher in einer Vernetzung von kleineren MVZs liegen, die sich an verschiedenen Orten befinden.

## 11.5 Praxisnetze

### 11.5.1 Definition

**628.** Die Arbeit im Netz, also in einem vielfältig verflochtenen System (Bibliographisches Institut 2017), ist im Bereich der Gesundheitsversorgung der Regelfall. Versicherte sind zumeist bei verschiedenen Ärzten Patienten, werden von ihnen zu anderen Ärzten überwiesen und zum Teil gemeinsam behandelt. Diese Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten können daher als empirische Netzwerke betrachtet werden. Von dieser sich aus dem Versorgungsalltag ergebenden Vernetzung ist jedoch die gezielte, institutionalisierte Art der Zusammenarbeit in Praxisnetzen abzugrenzen.

Für diese Form der strukturierten ärztlichen Zusammenarbeit sind neben dem Begriff „Praxisnetz“ häufig Synonyme wie „Arztnetz“, „Ärztetenz“ oder „vernetzte Praxen“ zu finden. Im Folgenden soll einheitlich der Begriff „Praxisnetz“ verwendet werden<sup>160</sup>, der mittlerweile auch in das SGB V aufgenommen wurde.<sup>161</sup> Es existiert jedoch kein einheitliches Konzept, was ein Praxisnetz kennzeichnet. Die Agentur deutscher Arztnetze (AdA), eine Interessenvertretung vieler deutscher Praxisnetze, definiert sie als „regionale Zusammenschlüsse von Ärzten zur Optimierung ihrer beruflichen und wirtschaftlichen Situation. Durch die gezielte und systematische Kooperation wird die Versorgung der Patienten vor Ort der demografischen Entwicklung angepasst“ (AdA 2017d). Die KBV sieht Praxisnetze als „Zusammenschlüsse von selbstständig tätigen Vertragsärzten verschiedener Fachrichtungen und Psychotherapeuten. Deren Anspruch ist es, eine interdisziplinäre, kooperative, wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung zu organisieren mit dem Ziel, die Qualität sowie die Effizienz der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit zu steigern“ (KBV 2015).

---

<sup>160</sup> Zusätzlich existieren ähnliche Begrifflichkeiten wie der „Praxisverbund“, der jedoch einen konkreten, in der Musterberufsordnung-Ärzte (MBO-Ä) definierten berufsrechtlichen Terminus und daher kein Synonym darstellt.

<sup>161</sup> Der Begriff „vernetzte Praxen“ wurde zwischenzeitlich ebenfalls aufgenommen, ist in der aktuellen Fassung aber bereits wieder entfallen.

Kernelement beider Definitionen ist, dass sich die Ärzte in der Absicht einer gezielten Versorgung zusammenschließen. Dies unterscheidet Praxisnetze von den empirischen, erst aus der Versorgung entstehenden Netzwerken.

**629.** Aus dem Obigen ergibt sich, dass vor allem Vertragsärzte als mögliche Mitglieder der Praxisnetze gesehen werden, jedoch können anderen Definitionen zufolge auch MVZs und Krankenhäuser Mitglieder sein (vgl. Schrewe 2016). Darüber hinaus haben viele Praxisnetze Kooperationen mit Leistungserbringern, die nicht Mitglieder des Netzes sind; also mit anderen Ärzten, Krankenhäusern, aber auch mit Physiotherapeuten, Apotheken oder Pflegediensten.

**630.** Neben dieser eher engen Abgrenzung lassen sich jedoch auch viele Strukturen als Praxisnetze verstehen, die kaum über den regelmäßigen Meinungsaustausch oder den gemeinsamen Einkauf hinausgehen und keine gemeinsamen Ziele zur Verbesserung der Versorgung und Prozesse verfolgen. So unterscheiden Gibis et al. drei grundlegende Netztypen (Gibis et al. 2017):

- aus Managementstrukturen heraus entstandene Netze, deren Zusammenhalt sich aus der Existenz des gemeinsamen Managements ergibt und bei denen vor allem Effizienzgedanken und finanzielle Aspekte eine Rolle spielen,
- Praxisnetze, die sich rund um die Entwicklung von IT-Strukturen herausgebildet haben, sowie
- Praxisnetze, die aus einem kollegialen Kern entstanden sind („Ärztetammtische“) und sich über die Jahre professionalisiert haben.

In der heutigen Zeit nähern sich jedoch alle drei Typen an und definieren zumeist gemeinsame Ziele, da weder ein rein finanzielles Engagement noch eine reine IT-Orientierung oder eine rein kollegiale Zusammenarbeit langfristig Erfolg versprechen (Gibis et al. 2017). Da das Praxisnetz jedoch kein geschützter Begriff ist, lässt sich von dieser Bezeichnung kaum etwas über die Struktur und die Ziele ableiten.

**631.** Eine konkret definierte Begrifflichkeit im Bereich der Praxisnetze sind hingegen die seit dem Jahr 2013 durch das GKV-VStG im § 87b SGB V verankerten „besonders förderungswürdigen Praxisnetze“. Sie unterscheiden sich von den vorgenannten Praxisnetzen dadurch, dass es Instanzen gibt – die KVen –, die anhand definierter Kriterienkataloge die besondere Förderungswürdigkeit anerkennen<sup>162</sup> und entsprechende Fördermaßnahmen festlegen.

**632.** Das Konzept der vernetzten Versorgung findet auch außerhalb Deutschlands großen Anklang. So ist in der Schweiz jeder vierte Versicherte in Vertragsmodelle unter der Beteiligung von Praxisnetzen eingeschrieben (Huber 2017). In den Vereinigten Staaten wurden durch den *Patient Protection and Affordable Care Act* im Jahr 2010 die *Accountable Care Organizations* (ACOs) geschaffen, die als Gruppen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern die koordinierte Versorgung von Patientengruppen mit mindestens 5 000 Versicherten verantworten (Barnes et al. 2014). In England wurden im Rahmen des *Health and*

<sup>162</sup> In § 87b Abs. 2 SGB V werden „Praxisnetze, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen anerkannt sind“, erwähnt und in § 87b Abs. 4 SGB V auf die „Anerkennung besonders förderungswürdiger Praxisnetze nach Absatz 2 Satz 2“ verwiesen. Es stellt sich daher die Frage, ob es auch anerkannte Praxisnetze ohne besondere Förderungswürdigkeit gibt. Jedoch wird in der Begründung des Gesundheitsausschusses, auf dessen Anregung der § 87b SGB V modifiziert wurde, explizit auf § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V verwiesen. Dort wird die Anerkennung gemäß den Richtlinien der KVen festgelegt (Deutscher Bundestag 2011a).

*Social Care Act* im Jahr 2012 die *Clinical Commissioning Groups* (CCGs) als Zusammenschluss regionaler Hausärzte geschaffen, denen die Verantwortung für die Versorgung der lokalen Bevölkerung übertragen wurde. So können CCGs Verantwortung für über eine Million Versicherte tragen (Healthcare Leader News 2017). Sowohl die ACOs als auch die CCGs gehen damit weit über den Status der meisten Praxisnetze in Deutschland hinaus, zeigen aber, welche Entwicklungen mittelfristig möglich wären.

**633.** Daher scheint die Entwicklung der Praxisnetze in Deutschland nicht am Ende angelangt. Wie erwähnt, wurden mit dem GKV-VStG besonders förderungswürdige Praxisnetze im SGB V verankert. Als nächsten Schritt fordern einzelne Vertreter der Praxisnetze, unterstützt z. B. durch die KV Westfalen-Lippe (Schlingensiepen 2017a), dass sie den Leistungserbringerstatus zugesprochen bekommen, um einerseits eine Gleichstellung mit Krankenhäusern und Kommunen bei der Gründung von MVZs zu erhalten und andererseits auch Ärzte anstellen zu können (AdA 2017c; Interessengemeinschaft „Leistungserbringerstatus für Ärztenetze“ 2017; Schrewe 2016). Andere Vertreter sehen durch den Leistungserbringerstatus jedoch das Selbstverständnis als selbstständige Freiberufler in Gefahr (vgl. Fricke 2018).

## 11.5.2 Rechtliche Grundlagen

### *Entwicklung vernetzter Strukturen in der Gesetzgebung*

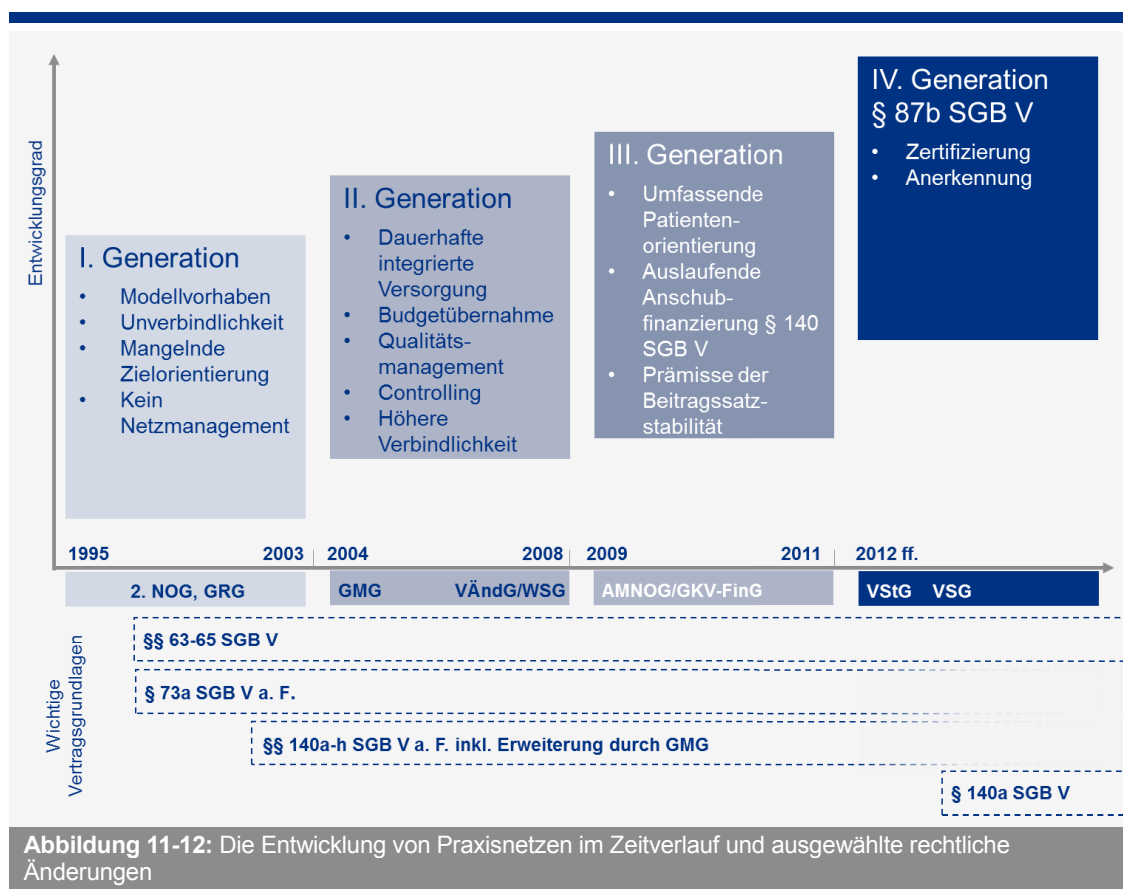
**634.** Die ersten vernetzten Strukturen in der vertragsärztlichen Versorgung entstanden bereits Mitte der 1990er-Jahre vor dem Hintergrund der zunehmenden Kostensensibilität im Gesundheitswesen und den von einigen Ärzten als unzulänglich wahrgenommenen Rahmenbedingungen. Es bildeten sich vielfältige Arten der Kooperation heraus, die von losen Netzwerken zum kollegialen Informationsaustausch über gemeinsame Qualitätszirkel bis hin zu gefestigten Strukturen mit eigener Verwaltung reichten. Wer dabei die *Idee* der Praxisnetze in die deutsche Gesundheitspolitik einbrachte, ob sie infolge der Gründungsinitiativen durch Vertragsärzte entstand oder aber als neue Versorgungsform durch die Spitze der KBV vorbereitet wurde, ist heute nicht mehr ohne Weiteres feststellbar (vgl. Erbsen 2003). Die Idee fand jedoch breite Unterstützung und wurde als erfolgversprechende Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung wahrgenommen. Gerade angesichts umstrittener GKV-Reformen wurden Praxisnetze von den Ärzten als Möglichkeit gesehen, wirtschaftlicher zu arbeiten und sich auf der Kostenseite zu entlasten (Lieschke 1999). Auf der anderen Seite erhoffte sich die Politik schon damals, die Abschottung der Sektoren durch Versorgungsnetze, die auch den stationären und den paramedizinischen Versorgungsbereich miteinbeziehen, aufheben zu können (Clade 1999).

Nicht wenige Zusammenschlüsse fanden jedoch auch vor dem Hintergrund der politischen Diskussion über die Existenzberechtigung der KVen statt (Korzilius 2011). Angesichts befürchteter Schwächungen der KVen beteiligten sich diese vereinzelt an Praxisnetzen mit dem Ziel, möglichst alle regionalen Ärzte dort zu versammeln und die ärztlichen Interessen außerhalb der Körperschaft zu vertreten.<sup>163</sup> Diese Art der Beteiligung wurde jedoch später gerichtlich verboten, was zu von den KVen unabhängigen Interessenvertretungen führte

<sup>163</sup> So z. B. der MEDI-Verbund in Baden-Württemberg. Er wurde 1999 unter Beteiligung der KV Nordwürttemberg als damals größtes Praxisnetz mit ca. 2 500 Teilnehmern gegründet (Krüger-Brand 1999).

(Erbsen 2003). Aus dieser Entwicklung entstand zwischen den Ärztkooperationen und den KVen ein Spannungsfeld, das regional sehr unterschiedlich ausgeprägt war.<sup>164</sup> Manche Körperschaften sahen die Praxisnetze durch die Zersplitterung der Versorgung als Bedrohung ihrer Existenzgrundlage (Baur 2002), während andererseits die KBV und die KVen bereits im Jahr 2000 umfängliche Hilfsdokumente für Praxisnetze bereitstellten (Gibis et al. 2017).

**635.** Diese Spannungen begleiteten die rechtliche Entwicklung der Praxisnetze, die in vier Phasen eingeteilt werden kann (siehe Abbildung 11-12).



**Abbildung 11-12:** Die Entwicklung von Praxisnetzen im Zeitverlauf und ausgewählte rechtliche Änderungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wambach (2013).

**636.** Die I. Generation der Praxisnetze entstand aus der Professionalisierung der Netzwerkstrukturen infolge des zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes (2. GKV-NOG) im Jahr 1997. Zielsetzung des Gesetzes war u. a. die Einführung besonderer, über den Kollektivvertrag hinausreichender Versorgungsformen. Das 2. GKV-NOG führte zu diesem Zweck den Abschluss von Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V ein, die zur Weiterentwicklung der Verfahrens-, Organisations-, Finanzierungs- und Vergütungsformen der Leistungserbringung vereinbart werden können. Darüber hinaus wurden Strukturverträge in Form des § 73a SGB V a. F. ins Gesetz aufgenommen. Sie erlaubten es, die Verantwortung für die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung sowie der ärztlich verordneten oder veranlassten

<sup>164</sup> So sprach sich z. B. der Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztenossenschaften Deutschlands (BVÄG) stark für Ärztenossenschaften und Praxisnetze als Alternativen zum körperschaftsgebundenen KV-System aus (Herberger 2014).

Leistungen inkl. der Budgetverantwortung auf einzelne Hausärzte oder Praxisnetze zu übertragen (Gabriel/Beckmann 2016; Korff et al. 2013).

Ogleich mit diesen Paragrafen der Begriff „vernetzte Praxen“ erstmals explizit Einzug ins Gesetz fand und Praxisnetze in die Verträge eingebunden werden konnten, setzten beide Versorgungsformen Vereinbarungen mit den KVen voraus<sup>165</sup>. Dennoch entstanden in dieser Zeit eine Reihe von Kooperationen, welche Qualitätsverbesserungen bei gleichzeitigen finanziellen Einsparungen zum Ziel hatten. Die in die Praxisnetze gesetzten Hoffnungen erfüllten sich zum Großteil jedoch nicht (Rosenbrock/Gerlinger 2014).<sup>166</sup>

Gegenüber der Rechtslage nach dem 2. GKV-NOG setzte das GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG) im Jahr 2000 erheblich erweiterte Rahmenbedingungen für Kooperationen in der Versorgung durch. So wurde erstmalig die dauerhafte Möglichkeit der sektorenübergreifenden integrierten Versorgung in Form der §§ 140a–h SGB V a. F. geschaffen. Sie ermöglichte den Krankenkassen den Abschluss von Versorgungsverträgen mit einer Vielzahl von Trägern, darunter auch mit „Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Ärzte“ (§ 140b Abs. 2 SGB V a. F.). Zusätzliche Kooperationsmöglichkeiten ergaben sich für Praxisnetze durch die Reform der Beteiligung an Modellvorhaben nach § 63 SGB V.<sup>167</sup> Diese neuen Bedingungen verbesserten die Versorgungsmöglichkeiten der Praxisnetze, führten jedoch aufgrund verschiedener Faktoren wie der hohen Komplexität und den weiterhin nötigen Rahmenvereinbarungen mit den KVen für Verträge nach §§ 140a–h SGB V a. F. nicht zur erhofften Modernisierung des gesamten Versorgungssystems (Rosenbrock/Gerlinger 2014).

**637.** So entstand die II. Generation der Praxisnetze erst mit dem GKV-GMG im Jahr 2004 infolge eines starken Schubes zur Integration und Professionalisierung der Netzstrukturen. Die integrierte Versorgung wurde vollständig auf individualvertraglicher Ebene und damit außerhalb des Sicherstellungsauftrags der KVen geregelt, Rahmenvereinbarungen entfielen und der Kreis der Vertragspartner wurde nochmals erweitert. Dies ermöglichte es, dass auch Träger wie Managementgesellschaften, die selbst keine medizinischen Leistungen erbringen, in die Verträge einbezogen werden konnten.<sup>168</sup> Eine Anschubfinanzierung in Höhe von 1 % der jährlichen Vergütung für vertragsärztliche sowie voll- und teilstationäre Leistungen führte zu einer Explosion der Anzahl an Verträgen der integrierten Versorgung, an denen häufig auch Praxisnetze beteiligt waren (Rosenbrock/Gerlinger 2014).

Die II. Generation zeichnete sich durch eine höhere Verbindlichkeit der Zusammenarbeit und durch die Einführung von Qualitätsmanagementstandards aus. Ein netzübergreifendes

---

<sup>165</sup> Hinsichtlich der Modellvorhaben nur, insofern die vertragsärztliche Versorgung betroffen war.

<sup>166</sup> Ein prominentes Beispiel war das Praxisnetz Berliner Ärzte und Betriebskrankenkassen/Techniker Krankenkasse, das im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 63 SGB V sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung erhöhen wollte. Dieses Netz, an dem im Jahr 1999 10 % aller Berliner Ärzte und mehr als 20 000 Versicherte teilnahmen, zeichnete sich neben der Einführung von Mindestkriterien u. a. für die EDV-Vernetzung und die Sprechzeiten insbesondere durch sein Vergütungsmodell des kombinierten Budgets aus. Dieses auch heute wieder diskutierte Modell sollte Anreize zur Gesamtkostenminimierung schaffen, konnte die Erwartungen am Ende jedoch nicht erfüllen und wurde daher wie zahlreiche andere der Mitte bis Ende der 1990er-Jahre gegründeten Netze eingestellt (Hajen et al. 2011). Grund dafür war u. a. eine fehlende Netztreue der Patienten, die insbesondere im großstädtischen Raum eine Vielzahl anderer Leistungserbringer in Anspruch nehmen können.

<sup>167</sup> So wurden die zuvor vorausgesetzten Vereinbarungen mit den KVen gestrichen.

<sup>168</sup> Reine Managementverträge, die ausschließlich die Organisation der Versorgung betreffen, wurden erst mit dem GKV-VSG ausdrücklich für zulässig erklärt.

Controlling ermöglichte die Orientierung am US-amerikanischen Managed-Care-Modell, was mit einer teilweisen Budgetübernahme durch die Praxisnetze einherging (Laag et al. 2013). In den folgenden gesetzgeberischen Reformen wie dem GKV-VÄndG und dem GKV-WSG lag der Fokus verstärkt auf anderen Formen der ärztlichen Kooperation und Versorgung, so u. a. auf den Medizinischen Versorgungszentren (siehe Abschnitt 11.4), der Anstellung von Ärzten und dem Vertragswettbewerb z. B. in Form der HzV.

**638.** Die Entwicklung der III. Generation von Praxisnetzen fand daher abseits größerer rechtlicher Änderungen statt. Vor dem Hintergrund der auslaufenden Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung erfolgte eine zunehmende Hinwendung zu Themen wie dem Einsparcontracting<sup>169</sup>. Die anwachsende Bedeutung der Informations- und Kommunikationstechnologie sowie das Entstehen einzelner regionaler Vollversorgungsmodelle führten zu inhaltlich und organisatorisch stark heterogenen Netzen (Gabriel/Beckmann 2016).

In diesem Zeitraum begannen die Praxisnetze jedoch, sich selbst verstärkt miteinander zu vernetzen, bundesweite Interessenvertretungen aufzubauen und politische Forderungen zu erheben. Diese Bemühungen mündeten darin, dass das GKV-VStG den Paragraphen zur Vergütung und Honorarverteilung der Ärzte im Jahr 2012 um die Möglichkeit eines eigenen Honorarvolumens für gesondert anerkannte Praxisnetze ergänzte<sup>170</sup>. Dies galt dem Ziel, „der kooperativen Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen angemessen Rechnung zu tragen“ (§ 87b Abs. 2 SGB V). Das GKV-VStG erweiterte im Jahr 2015 die Vergütungsregelung, in dem die bis dahin bestehende Kann-Regelung zu einer verbindlichen Förderung umgewandelt und ergänzend die Möglichkeit geschaffen wurde, Praxisnetze mit Mitteln des Strukturfonds einer KV zu fördern.

**639.** Infolge dieser Regelungen entstand die IV. Generation der Praxisnetze, die Generation § 87b. In Abgrenzung zu den vorherigen Generationen mussten nun die KVen über die besondere Förderungswürdigkeit einzelner Praxisnetze entscheiden, sodass seitdem eine formale Trennung in anerkannte Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V und die sonstigen Praxisnetze möglich ist. Für die Umsetzung dieser Unterscheidung wurde die Selbstverwaltung<sup>171</sup> beauftragt, eine Rahmenvorgabe mit Kriterien und Qualitätsanforderungen für förderungswürdige Praxisnetze zu beschließen. Im Zeitraum vor und während der Erarbeitung dieser Vorgaben wurde die Idee lokaler Verbundbildungen insbesondere in den Vereinigten Staaten im Rahmen des *Affordable Care Acts* aufgegriffen. Die Orientierung an Versorgungszielen sowie das Festlegen entsprechender Indikatoren für den Nachweis der Zielerreichung der ACOs in den amerikanischen Vorgaben fand entsprechenden Niederschlag bei der Entwicklung der Anforderungen an deutsche Praxisnetze (Gibis et al. 2017).

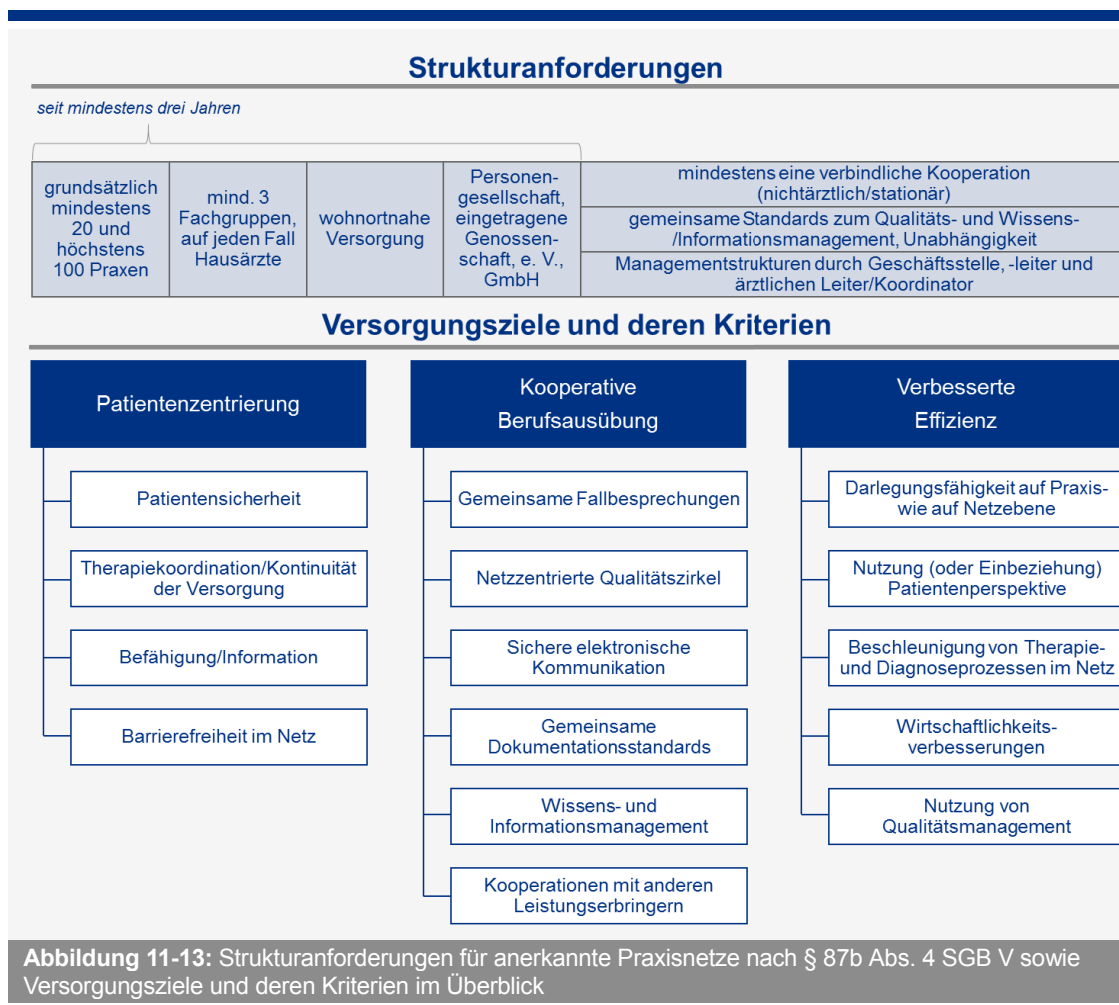
**640.** Am 1. Mai 2013 veröffentlichte die KBV schließlich im Benehmen mit dem GKV-SV die Rahmenvorgabe für Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V (KBV/GKV-SV 2013), deren Struktur in Abbildung 11-13 dargestellt ist.

<sup>169</sup> Einsparcontracting bedeutet hier, dass sich die einen Vertrag abschließende Managementgesellschaft ausschließlich aus den durch sie organisierten Einsparungen der betreuten Versicherten gegenüber den normalerweise zu erwartenden Kosten finanziert. Diese Kosten können z. B. anhand von Vergleichsversicherten bestimmt werden.

<sup>170</sup> Jedoch innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

<sup>171</sup> Die KBV im Benehmen mit dem GKV-SV.





Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV/GKV-SV (2013).

**641.** Die Rahmenbedingungen definieren die Strukturanforderungen, die alle Praxisnetze erfüllen und gegenüber der jeweiligen KV nachweisen müssen. Dazu gehört, dass die Praxisnetze grundsätzlich aus nicht mehr als 100 und nicht weniger als 20 Praxen bestehen sollen. Aus Gründen des Versorgungsradius und/oder der Größe bzw. Bevölkerungsdichte der Versorgungsregion kann von dieser Soll-Größe jedoch abgewichen werden. Es ist außerdem erforderlich, dass neben der zwingenden Teilnahme von Hausärzten mindestens zwei weitere ärztliche Fachgruppen vertreten sind. Mit dem Ziel, die wohnortnahe Versorgung zu fördern, gibt die Rahmenvorgabe außerdem vor, dass alle teilnehmenden Praxen ein wohnortbezogenes, zusammenhängendes Gebiet erfassen müssen. Auch die möglichen Rechtsformen werden vorgegeben. Personengesellschaften, eingetragene Genossenschaften, eingetragene Vereine (e. V.) und GmbHs sind zulässig, womit die wesentlichen Rechtsformen von Praxisnetzen abgedeckt sind (KBV/GKV-SV 2013). Um Ad-hoc-Anerkennungen neugegründeter Netze entgegenzuwirken, müssen diese Anforderungen für eine Anerkennung bereits seit mindestens drei Jahren Bestand haben (Gibis et al. 2017).

Darüber hinaus werden weitere strukturelle Anforderungen erhoben, die keiner zeitlichen Vorgabe unterliegen. Dazu gehört das Vorliegen einer verbindlichen versorgungsorientierten Kooperation mit einem nichtärztlichen oder einem stationären Leistungserbringer. Außerdem sehen die Rahmenvorgaben gemeinsame Standards hinsichtlich des Qualitätsmanagements, der

Beteiligung an Maßnahmen zum Wissens- und Informationsmanagement und hinsichtlich der Unabhängigkeit gegenüber Dritten wie z. B. Pharmaunternehmen vor. Um die professionelle Verwaltung sicherzustellen, wird erwartet, dass ein Netzmanagement vorhanden ist, was am Vorhandensein einer Geschäftsstelle inkl. Leitung sowie eines ärztlichen Leiters bzw. Koordinators festgemacht wird (KBV 2015).

**642.** Neben diesen strukturellen Grundanforderungen legt die Rahmenvereinbarung drei Versorgungsziele für Praxisnetze fest: Patientenzentrierung, kooperative Berufsausübung und verbesserte Effizienz. Zur Konkretisierung dieser Ziele werden verschiedene Kriterien genannt, auf deren Basis eine Anerkennung in drei aufeinander aufbauenden Stufen (Basisstufe, Stufe I und Stufe II) erfolgt.

So werden z. B. zur Erfüllung des zum Ziel Patientenzentrierung gehörenden Kriteriums Patientensicherheit auf der Basisstufe Medikationschecks gefordert, um Wechselwirkungen bei Polymedikation zu vermeiden. Für die Anerkennung der Stufe I ist zusätzlich ein netzintern abgestimmter Medikationsplan notwendig. Für die höchste Anerkennung als Stufe II muss ein Praxisnetz schließlich den Einsatz von Praxisverwaltungssystemen nachweisen, die ein Medikationsmanagement inkl. Monitoring ermöglichen. Für jedes Versorgungsziel und Kriterium wurden entsprechende gestufte Anforderungen aufgestellt, die u. a. gemeinsame Fallbesprechungen, netzeigene zertifizierte Qualitätszirkel, an das Netz angepasste Behandlungspfade und eine starke IT-bezogene Harmonisierung umfassen. Für eine detaillierte Übersicht über diese vielfältigen Anforderungen sei an dieser Stelle z. B. auf die KBV verwiesen (KBV 2015).

**643.** Die Rahmenvorgabe der KBV legt als weiteren Dokumentationsstandard außerdem fest, dass jedes anerkannte Praxisnetz unter einer einheitlichen Nummer, ähnlich einer ASV-Teamnummer<sup>172</sup>, jährliche Versorgungsberichte über die KVen an die KBV übermitteln muss. Diese Berichte enthalten Strukturinformationen zum Netz wie die Anzahl teilnehmender Ärzte oder Fachgruppen, die abgedeckten Postleitzahlbereiche, aber auch Behandlungsinformationen wie z. B. Listen der durchgeführten Qualitätszirkel oder die Anzahl der Medikationschecks. Mittelfristig sind hierzu entsprechende Veröffentlichungen durch die KBV und die KVen zu erwarten. Aufgrund der Zeitspanne, die zwischen Anerkennung eines Netzes und erstmaliger Übermittlung dieser Berichte liegt, sind aktuell (Stand Mai 2018) jedoch nur lückenhafte, nicht aggregiert auswertbare Daten verfügbar (Gibis et al. 2017).

Diese Anforderungen stellen einen hohen Anspruch an die Dokumentation innerhalb der Praxisnetze, da die Erfüllung der Kriterien alle fünf Jahre unaufgefordert gegenüber der KV nachzuweisen ist. Manche KVen sehen dafür Erklärungen der Praxisnetze als ausreichend an und führen Prüfungen nur bei Bedarf durch, andere KVen wie z. B. die KV Bayerns fordern Nachweise durch die Vorlage der Verträge, das Führen von Listen aller Fallbesprechungen, das Vorhandensein von Prozessbeschreibungen etc. (Greppmeir 2014).

**644.** Auf Basis dieser Rahmenvorgaben hatten die KVen bis Oktober 2015 eigene Richtlinien zu verabschieden. Mittlerweile wurden in allen KVen mit Ausnahme der KV Niedersachsen Richtlinien erlassen. In Niedersachsen wurde zwar eine Richtlinie zur Förderung

---

<sup>172</sup> Die ASV-Teamnummer ist eine eindeutige, an jedes an der ASV teilnehmende Team vergebene Nummer, die der Identifikation und Abrechnung des Teams gilt.

von Praxisnetzen beschlossen<sup>173</sup>, die Anerkennung der Praxisnetze erfolgt jedoch ohne eigene Richtlinie gemäß der Rahmenvorgabe der KBV. Alle weiteren KVen orientieren sich stark an der Rahmenvorgabe bzw. übernehmen sie wie im Fall der KV Baden-Württemberg. Die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V ist damit bundesweit relativ einheitlich geregelt. Wie der Tabelle 11-4 zu entnehmen ist, gibt es jedoch weitreichende Unterschiede hinsichtlich des Umfangs und der Instrumente der Netzförderung.

**645.** Aktuell sehen 15 der 17 KVen (außer Thüringen und Berlin) eine Förderung vor (Stand Mai 2018). Mehrere KVen fördern dabei die Praxisnetze nach ihrer Anerkennung mit einem Einmalbetrag, der je nach Stufe und KV zwischen 10 000 und 100 000 Euro liegt. Die KV Sachsen-Anhalt unterstützt Netze hingegen ausschließlich im Zeitraum von einem Jahr vor der Anerkennung mit 1 000 Euro als Gründungskostenzuschuss. Andere KVen wie Hessen, Saarland und Baden-Württemberg vergüten die Teilnahme an anerkannten Praxisnetzen mit 100 bis 200 Euro je Arzt und Quartal und setzen dafür zum Teil Bedingungen wie die Teilnahme an Qualitätszirkeln. Derartige Förderungen sind, da aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung kommend, jedoch häufig begrenzt. So kappt die KV Hessen die jährliche Verwaltungskostenpauschale bei 100 000 Euro. Zusätzlich werden Projekte hälftig mit bis zu 50 000 Euro gefördert, jedoch ebenfalls begrenzt auf KV-weit 500 000 Euro jährlich (Zink 2016).

Die umfangreichste Förderung konnten Netze wohl in Westfalen-Lippe, dem selbsternannten „Land der Arzt- und Praxisnetze“ (KV Westfalen-Lippe 2017) erhalten. Dort vereinbarten die gesetzlichen Krankenkassen und die KV erstmals im Jahr 2015 und zuletzt im Jahr 2017 eine zweckgebundene Förderung von 5 Millionen Euro außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (KV Westfalen-Lippe 2018). Diese erlaubte es, dass neben der Grundförderung von 100 000 Euro je Praxisnetz und Stufe sowie 25 000 Euro quartalsweiser Förderung ein Ideenwettbewerb mit zusätzlicher Förderung für innovative Projekte erfolgte (KV Westfalen-Lippe 2016). Ähnlich großzügig zeigt sich die KV Schleswig-Holstein, die Praxisnetze mit 100 000 Euro jährlich aus dem Sicherstellungsfonds der KV fördert.

**646.** Insgesamt lassen sich diese Fördermöglichkeiten über alle KVen hinweg wie folgt zusammenfassen: Die finanzielle Unterstützung von Qualitätszirkelarbeit, die Bezuschussung von Verwaltungskosten, Einmalzahlungen, Zahlungen zur Einzelprojektfinanzierung, Anpassungen der Mengenbegrenzung für teilnehmende Ärzte oder (Punktwert-)Zuschläge für die abgerechneten Leistungen.

---

<sup>173</sup> Sogar vor der Verabschiedung der KBV-Rahmenvorgaben.

KV	Förderung
<b>Baden-Württemberg</b>	Zuschlag von 100 Euro/Arzt und Quartal auf das RLV/QZV-Volumen
<b>Bayern</b>	Zuschlag von 125 Euro/Arzt und Quartal auf das RLV/QZV-Volumen (maximal 400 000 Euro); einmalige Förderung über Strukturfonds von 40 000 Euro möglich
<b>Berlin</b>	Förderung nur auf Antrag, Beschluss durch Vertreterversammlung notwendig
<b>Brandenburg</b>	Förderung des eArztbriefes mit 5 Cent für anerkannte Praxisnetze
<b>Bremen</b>	10 000 Euro Einmalförderung je Netz
<b>Hamburg</b>	Projektförderung von 5 000 bis 20 000 Euro jährlich, maximal die Hälfte der Projektkosten
<b>Hessen</b>	Verwaltungskostenpauschale von 100 Euro bis 200 Euro je Arzt und Jahr. Projektförderung aus dem Strukturfonds von bis zu 50 000 Euro, maximal die Hälfte der Projektkosten. KV-weite Kappung bei 500 000 Euro für Projekte und 100 000 Euro für die Verwaltungskostenpauschale
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	Förderung anerkannter Netze über den HVM mit Zuschlag auf das RLV von 2 %
<b>Niedersachsen</b>	Zuschlag von 300 Euro/Arzt zum RLV je Quartal (maximal 62 500 Euro). Managementpauschale von 6 000, 5 000 bzw. 3 000 Euro in den ersten drei Jahren. 1 Mio. Euro Netzförderung aus dem Sicherstellungsfonds der KV begrenzt auf maximal 50 000 Euro pro Projekt, maximal 2 Projekte je Netz
<b>Nordrhein</b>	Strukturfördersumme für Basisanerkennung 40 000 Euro, für Stufen I und II je 10 000 Euro. KV-weite Kappung bei 600 000 Euro Jahresförderung.
<b>Rheinland-Pfalz</b>	10 bis 25 Euro je Arzt und Quartal; außerdem organisatorische Unterstützung
<b>Saarland</b>	Bis zu 100 Euro je Arzt und Sitzung für Teilnahme an bis zu zwei Qualitätszirkeln/Quartal, Gesamtvolumen: 70 000 Euro/Quartal
<b>Sachsen</b>	Bis zu 20 Cent je Vorjahresquartalsbehandlungsfall. Projektförderung von 50 000 Euro jährlich; Erstattung von 20 % der förderfähigen Kosten, KV-weite Kappung bei 200 000 Euro jährlich
<b>Sachsen-Anhalt</b>	Förderung im beantragten Einzelfall von 1 000 Euro pro Netz zur Unterstützung des Erreichens der Rahmenvorgaben. Zuschlag von 10 Cent je Behandlungsfall
<b>Schleswig-Holstein</b>	100 000 Euro jährlich Netzförderung aus dem Sicherstellungsfonds der KV. Zusätzlich HVM-Zuschlag von 10 Prozent auf Restpunktwert
<b>Thüringen</b>	keine Förderung
<b>Westfalen-Lippe</b>	100 000 Euro Einmalförderung je Netz und Stufe, 25 000 Euro je Netz und Quartal Aufrechterhaltung der richtlinienkonformen Netzstruktur, Ideenwettbewerb für innovative Projekte zur zusätzlichen Förderung; jedoch nur bei Gegenfinanzierung durch Krankenkassen (2018 ausgelaufen)

**Tabelle 11-4:** Förderung von Praxisnetzen in den Kassenärztlichen Vereinigungen

RLV = Regelleistungsvolumen, QZV = qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen, HVM = Honorarverteilungsmaßstab, KV = Kassenärztliche Vereinigung.

Quelle: AdA (2017a). Ergänzt.

**647.** Es lässt sich also festhalten, dass in der Mehrzahl der KVen die als besonders förderungswürdig anerkannten Netze nach § 87b Abs. 4 SGB V durch eine gesonderte Vergütung gefördert werden, diese Förderung aber angesichts des Volumens in vielen KVen nur geringe Anreize zur Etablierung von Praxisnetzen schafft. In den KVen mit höherer Förderung wie Westfalen-Lippe und Schleswig-Holstein sind entsprechend auch mehr anerkannte Praxisnetze zu finden. Festzuhalten ist auch, dass trotz gesetzlichen Auftrags einige KVen noch immer keine gesonderten Vergütungsregelungen vorweisen (Stand Mai 2018).

**648.** Ein Aspekt dieser zum Teil zögerlichen Umsetzung bis hin zur Blockadehaltung stellt sicherlich die Förderung der Praxisnetze *innerhalb* der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung dar, die durch Teile der Ärzteschaft als „vergifteter Apfel“ aufgrund der Förderung durch Umverteilung angesehen wird (Gassen 2015). Andererseits wäre bei einer vollständigen Vergütung aus einem separaten, extrabudgetären Topf voraussichtlich eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ähnlich den Selektivverträgen notwendig, was die Komplexität wesentlich erhöhen würde. In diesem Zusammenhang wäre dann ggf. auch über Einschreibemodelle nachzudenken, was die Hürden der Versorgung in Praxisnetzen ebenfalls erhöhen könnte.

**649.** Interessant hinsichtlich der Vergütung der Praxisnetze ist, dass sich bis heute kein sogenanntes Honorarnetz etabliert hat, das über ein eigenes Honorarbudget abrechnet, sondern alle bisher geförderten Netze konventionell über den EBM abrechnen (Gibis et al. 2017). Die bereits in den Entstehungszeiten der Praxisnetze geforderte Budgetmitverantwortung (vgl. z. B. Tophoven 1999) existiert zwar in vielen – auch nicht geförderten – Praxisnetzen, u. a. durch Beteiligung an Verträgen, die die Durchführung eines Wirtschaftlichkeitsvergleichs mit geteilten Gewinnen enthalten (so z. B. für das Gesundheitsnetz Nürnberg, vgl. Wambach/Lindenthal 2015), ein eigenes Honorarsystem existiert jedoch noch nicht.

**650.** Das Gesunde Kinzigtal, eines der „Leuchtturmprojekte“ der vernetzten und sektorenübergreifenden Versorgung in Deutschland (Weatherly 2007), wird jedoch ab 2018 von der bisherigen Budgetmitverantwortung auf ein neues Vergütungsmodell umgestellt. Dieses Modell sieht vor, dass die Vergütung erstmals vollumfänglich an eine Managementgesellschaft ausgegliedert wird und damit komplett außerhalb des Kollektivvertrages und des EBM erfolgt (OptiMedis AG 2017; Osterloh 2017).

### *Praxisnetze im Berufsrecht*

**651.** Neben den rechtlichen Einschränkungen, denen Kooperationen von Ärzten im Sozialrecht unterliegen, sind auch berufsrechtliche Vorgaben zu beachten. Die Berufsordnungen der Ärztekammern orientierten sich lange am Bild der in der Einzelpraxis niedergelassenen selbstständigen Ärzteschaft. So verabschiedete erst der 100. Ärztetag im Jahr 1997 infolge der Entwicklung der vernetzten Strukturen eine Begriffsbestimmung des „Praxisverbundes“. Der Praxisverbund gilt forthin als zulässige Form der kooperativen Berufsausübung von weiterhin selbstständigen Ärzten mit eigenen Praxissitzen. Die Vereinbarung eines Praxisverbundes ist in schriftlichen Verträgen festzuhalten und der Ärztekammer vorzulegen. Dies resultiert aus der Sorge, dass Praxisverbünde Verfahrensweisen entwickeln, die den Wettbewerb zulasten nicht teilnehmender Ärzte verändern. Um dies zu verhindern, sieht die Musterberufsordnung-Ärzte (MBO-Ä) außerdem eine diskriminierungsfreie, allen Ärztinnen und Ärzten offenstehende Teilnahme an einem Praxisverbund vor. Abweichungen hiervon müssen einschließlich der

maßgeblichen Kriterien für die Teilnahmebeschränkungen gegenüber der Ärztekammer offengelegt werden.

Hinsichtlich der naheliegenden Frage, wie mit Überweisungen innerhalb und außerhalb des Verbundes zu verfahren ist, legt die MBO-Ä ferner fest, dass medizinisch gebotene oder gewünschte Überweisungen nicht behindert werden dürfen. Gleichwohl bleibt damit die Möglichkeit offen, sofern die genaueren vertraglichen Maßnahmen wie z. B. eine Patienteneinschreibung nicht ohnehin anderes regeln, dass Verbundsärzte den Patienten empfohlen werden dürfen (Deutscher Ärztetag 1997; Erbsen 2003). Der 100. Ärztetag sah außerdem gemäß der MBO-Ä aus dem Jahr 1997 die Bildung von Praxisverbänden nur unter Beteiligung der KVen vor.

**652.** Obgleich damit eine erste Abgrenzung des Praxisverbundes bereitstand, erfüllten viele Praxisnetze der I. Generation (und auch einige der heutigen Netze) mit ihrer zumeist informellen und beliebigen Kooperation diese Voraussetzungen nicht (Scholz 1999). Um die Vorgaben der MBO-Ä an die reale Entwicklung anzupassen, entfiel daher die Bindung an die KVen bereits auf dem 103. Ärztetag im Mai 2000. Den rechtlichen Rahmenbedingungen folgend, ermöglichte der Ärztetag darüber hinaus auch die Kooperation mit Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehakliniken sowie mit Angehörigen der Gesundheitsfachberufe (Erbsen 2003) und setzte damit die seitdem weitgehend unveränderten Rahmenbedingungen für Praxisnetze in der MBO-Ä.

### Exkurs: Das Antikorruptionsgesetz und seine Auswirkungen auf Praxisnetze

**653.** Der Bundesgerichtshof (BGH) stellte mit Urteil vom 29. März 2012 fest, dass niedergelassene Ärzte auf Basis der bestehenden Gesetze grundsätzlich keine Täter von Korruptionsdelikten sein können (vgl. BGH GSSt 2/11). Damit löste er Diskussionen um die Korruption im Gesundheitswesen aus, die letztendlich den Gesetzgeber veranlassten, durch das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen die beiden neuen Paragraphen § 299a und § 299b zur Bestechlichkeit bzw. Bestechung im Gesundheitswesen im Strafgesetzbuch zu verankern. Die neue Regelung sieht für Angehörige eines Heilberufes mit staatlicher Ausbildung Freiheitsstrafen von bis zu drei, in besonders schweren Fällen bis zu fünf Jahren vor, wenn sie im Rahmen der Berufsausübung einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung fordern oder anbieten<sup>174</sup>, um bei

- der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
- dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind,
- der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise zu bevorzugen.

Obgleich der Gesetzgeber in der Gesetzesbegründung ausdrücklich klarstellte, dass die berufliche Kooperation politisch gewünscht und im Interesse des Patienten ist (Deutscher Bundestag 2015), führte diese Neuregelung zu großer Unsicherheit bei den Heilberuflern. Denn vor dem Hintergrund der komplexen Regelungen, die im Rahmen der ärztlichen Zusammenarbeit getroffen werden, besteht Uneinigkeit, wo die Grenze zwischen Kooperation und Korruption im Rahmen von grundsätzlich zulässigen Konstrukten der Zusammenarbeit verläuft (Bahner et al. 2016). Viele prüfen daher ihre bestehenden Kooperationsmodelle und beenden sie zum Teil (Deutsches Ärzteblatt 2017). Auch einige Praxisnetze sehen das Antikorruptionsgesetz als Bedrohung ihrer Geschäftsmodelle, denn für sie gelten trotz der vielfältigen Kooperationen in Praxisnetzen grundsätzlich die gleichen Regeln wie für alle niedergelassenen Mediziner (Gerlof 2016).

Gleichwohl enthalten auch das Berufs- und das Sozialrecht bereits Vorschriften, die auf die ärztliche Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten abzielen. Bereits aus ihnen ergeben sich vier Prinzipien, die im Rahmen von Kooperationen stets berücksichtigt werden sollten. Dies sind das Äquivalenzprinzip (Leistung und Gegenleistung sollten in einem angemessenen Verhältnis stehen), das Trennungsprinzip (strikte Trennung von Vorteilsgabe und Zuwendung), das Transparenzprinzip (Offenlegung aller Finanzflüsse) sowie das Dokumentationsprinzip (schriftliche und vollständige Abfassung aller Leistungsverhältnisse). Doch auch unter Wahrung dieser vier Prinzipien kann eine Kooperation als Korruption gewertet werden. Daher ist eine weitverbreitete Empfehlung, die Vertragsbedingungen für Kooperationen im Einzelfall zu prüfen, auch wenn dies zu einem zusätzlichen Bedarf an Rechtsberatung führt (Fritz/Kayser 2017; KBV 2016c; Weinrich 2016). Gleichwohl ist festzustellen, dass ein großer Graubereich geschaffen wurde.

<sup>174</sup> Bzw. sich versprechen lassen oder annehmen oder versprechen oder gewähren.

### 11.5.3 Entwicklung der Anzahl und Struktur

#### *Anzahl*

**654.** Zu Beginn der I. Generation der Praxisnetze entstanden Mitte der 1990er-Jahre in verschiedenen Orten Deutschlands erste Initiativen wie das Praxisnetz Berliner Ärzte, die Netzgemeinschaft Medizin und Mehr im Jahr 1995 in Bünde/Ostwestfalen oder die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (Erbsen 2003; MQR 2017; MuM 2017).<sup>175</sup> Bis zur Jahrtausendwende stieg die Anzahl auf ca. 300 (Deutsches Ärzteblatt 2000).<sup>176</sup> Die Größe der Netze variierte dabei stark, Netze mit weniger als 20 Ärzten waren ebenso zu finden wie Kooperationen von über 500 Teilnehmern.

**655.** Mit der Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung wuchs die Anzahl der Praxisnetze weiter.<sup>177</sup> Der Schwerpunkt dieser Entwicklung lag in Nordrhein-Westfalen, wo mehr als ein Drittel aller Praxisnetze beheimatet war (Preuß 2009). Die AdA geht aktuell von bundesweit ca. 400 Netzen aus, wovon sich ein Großteil weiterhin in Nordrhein-Westfalen befindet, gefolgt von Baden-Württemberg und Bayern. Auffallend ist der deutliche Unterschied zwischen den alten Bundesländern sowie den neuen Bundesländern und den Stadtstaaten, wie Abbildung 11-14 zeigt.<sup>178</sup> Die ostdeutschen Bundesländer sowie die Stadtstaaten verzeichnen bei der dreifachen Einwohnerzahl zusammen weniger Praxisnetze als Hessen (AdA 2018).

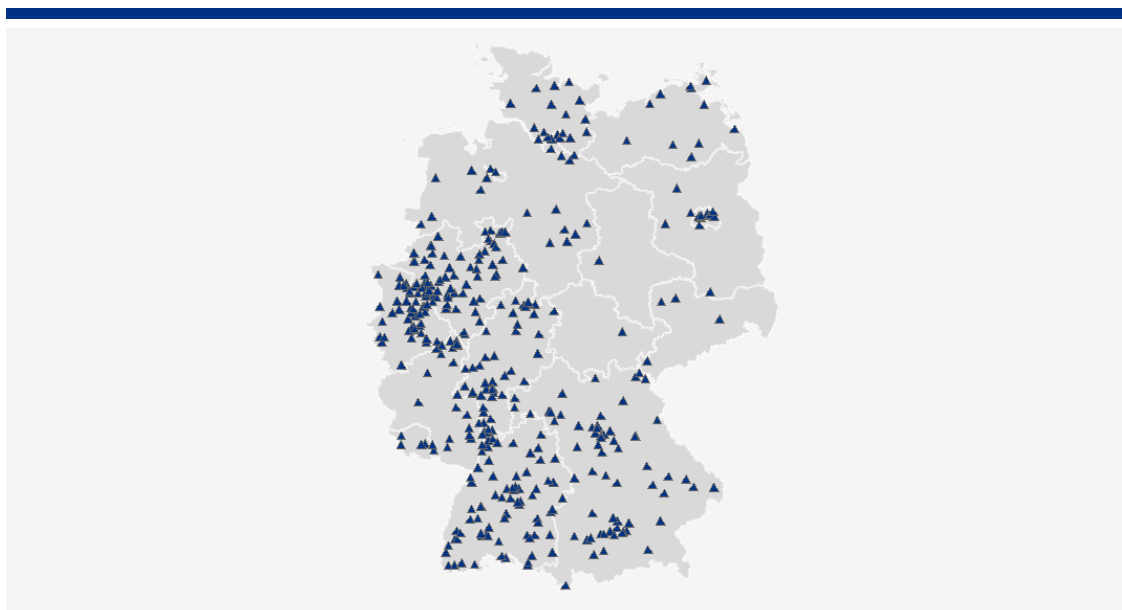


Abbildung 11-14: Regionale Verteilung von Praxisnetzen

Stand Mai 2018.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von AdA (2018).  
Kartendaten: © GeoBasis-DE/BKG 2014

<sup>175</sup> Aufgrund der Vielfalt der Netzinitiativen können hier nur exemplarische Aufzählungen dargestellt werden. Sie stellen eine urteilsfreie Auswahl dar.

<sup>176</sup> Andere Quellen sprechen sogar von über 400 (Erbsen 2003).

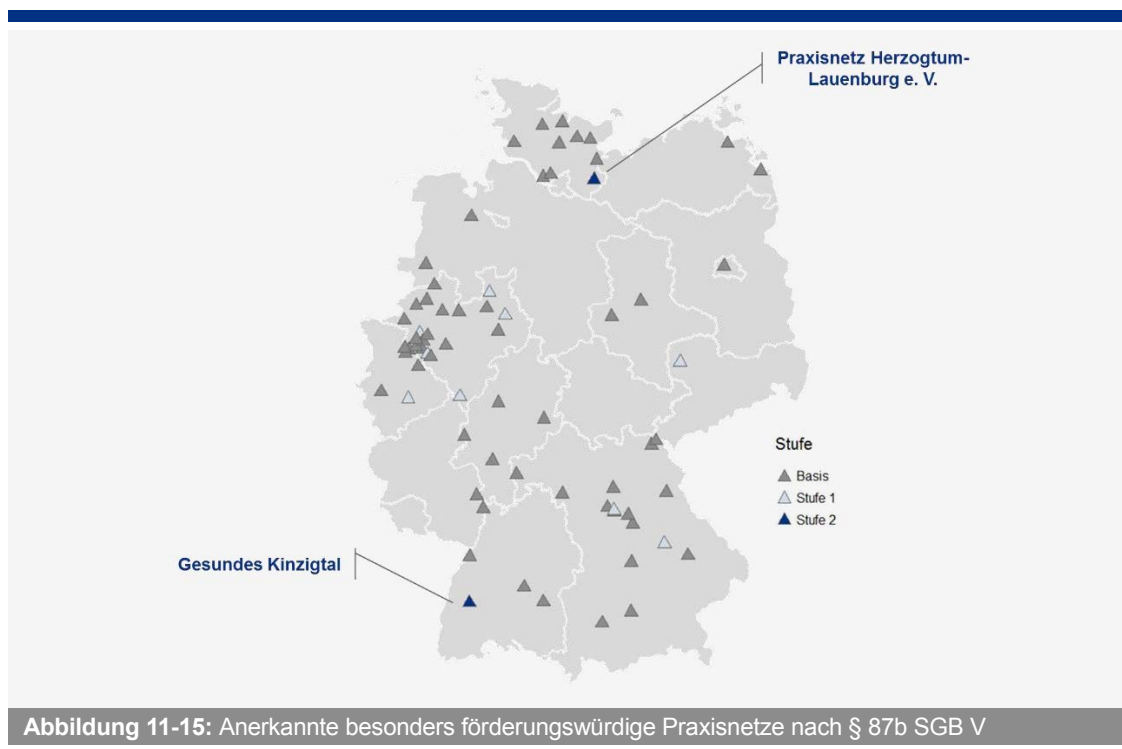
<sup>177</sup> Verlässliche Angaben sind jedoch kaum zu finden, so wurden für das Jahr 2009 fast 700 Praxisnetze geschätzt (Preuß 2009), im Jahr 2011 gab es dann gemäß den Angaben der KBV zwischen 600 und 800 Praxisnetze (Korzilius 2011), anderen Zählungen nach sogar über 900 (Flintrop 2011).

<sup>178</sup> Regionale Unterschiede finden sich auch bei den MVZs (siehe Abschnitt 11.4).



**656.** Die reine Anzahl der Praxisnetze hat für die Versorgung zunächst jedoch keine Bedeutung, da, wie eingangs dargestellt, Kooperationen auch aus rein kollegialen oder wirtschaftlichen Interessen erfolgen können.<sup>179</sup>

Aufschlussreicher ist daher die Anzahl der als besonders förderungswürdig anerkannten Praxisnetze nach § 87b Abs. 4 SGB V. Nach Angaben der KVen kommen für diese Anerkennung deutschlandweit nur ca. 90 Netze potenziell infrage (Gibis et al. 2017), d. h. weniger als ein Viertel aller Praxisnetze. Angesichts dieser geringen Anzahl sprechen die 70 anerkannten Praxisnetze trotz der anfänglich eher zögerlichen Verabschiedung der Anerkennungs- und Förderrichtlinien für eine recht schnelle Umsetzung (AdA 2017b; Gibis et al. 2017).



Stand Mai 2018.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018).  
Kartendaten: © GeoBasis-DE/BKG 2014

**657.** Auffällig ist, dass die meisten Praxisnetze bisher nur in der Basisstufe anerkannt sind. So sind lediglich neun der 70 Netze als Stufe I und zwei Netze als Stufe II anerkannt (KBV 2018, Stand Mai 2018). Dies ist jedoch einerseits darauf zurückzuführen, dass z. B. in der KV Bayerns zunächst Richtlinien für die Basisstufe verabschiedet wurden und erst später auch die Anerkennung der höheren Stufen festgelegt wurde (Deutsches Ärzteblatt 2016). Andererseits ist auch weiterhin eine Entwicklung zu verzeichnen. So waren Ende 2016 erst sechs Netze auf Stufe I oder II anerkannt, Ende 2017 bereits elf.

<sup>179</sup> So hatten 1998/99 gemäß Baur nur 28 Praxisnetze Verträge mit Krankenkassen, immerhin 13 weitere Verträge mit KVen, der große Rest jedoch stellte eine rein interärztliche Form der Kooperation dar, ohne auf die vom SGB V gesetzten Gestaltungsmöglichkeiten zurückzugreifen (Baur 2002). In den Folgejahren stagnierte die Anzahl der Praxisnetze, die Verträge mit den Krankenkassen abschlossen (Baur 2002; Erbsen 2003). Erst mit der Anschubfinanzierungsphase der integrierten Versorgung änderte sich dies. Am Ende der Anschubfinanzierung nahmen an ca. zwei Dritteln der Verträge zur integrierten Versorgung niedergelassene Ärzte teil, die wiederum häufig in Form von Praxisnetzen als Vertragspartner auftraten (Grothaus 2009).

### *Struktur*

**658.** An den 70 anerkannten Praxisnetzen beteiligen sich aktuell ca. 6 000 Vertragsärzte (Gibis et al. 2017). Für Praxisnetze insgesamt betrachtet liegt die Beteiligungsquote gemäß Umfragen der KBV und des NAV-Virchow-Bundes bei ca. einem Viertel bis einem Drittel der ungefähr 170 000 im vertragsärztlichen Bereich arbeitenden Ärzte (KBV 2017c; KBV/NAV-Virchow-Bund 2012, 2014, 2016). Diese Umfragen zeigen zudem, dass zusätzlich fast die Hälfte der noch nicht in ein Praxisnetz eingebundenen Ärzte überlegt, sich in Zukunft zu beteiligen.

Auch wenn die Beteiligung und das Interesse an Praxisnetzen in den letzten Jahren Schwankungen unterliegt<sup>180</sup>, ist erkennbar, dass vor allem größere Praxen mit mehr als drei Vollzeitstellen und bereits in Gemeinschaftspraxen, Praxisgemeinschaften oder MVZs kooperierende Ärzte an Praxisnetzen beteiligt sind. Auch zeigen gemäß den Umfrageergebnissen angestellte Ärzte eine leicht höhere Beteiligungsquote als selbstständige Ärzte. Im Gegenzug sind jedoch die Überlegungen, sich in Zukunft an einem Praxisnetz zu beteiligen, bei Einzelpraxen, Selbstständigen und kleineren Praxen weiter verbreitet. Bei einem Drittel bis ca. der Hälfte dieser sich noch im Entscheidungsprozess befindlichen Ärzte hat sogar schon eine Beratung zur Teilnahme an einem Praxisnetz stattgefunden.<sup>181</sup>

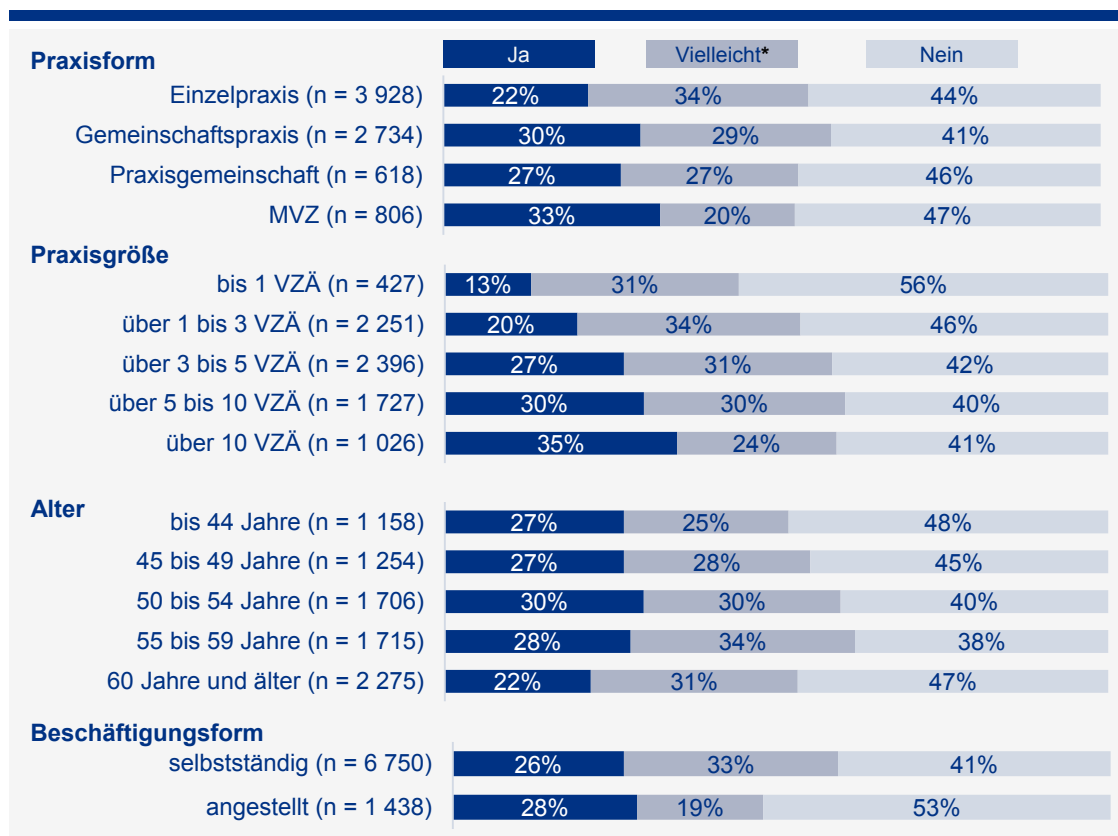
**659.** Hinsichtlich der Altersstruktur der Praxisnetze ist auffällig, dass die über 60-jährigen sowie die jungen Ärztinnen und Ärzte unter 44 Jahren in geringerem Maße daran teilnehmen bzw. in geringerem Maße an der Teilnahme interessiert sind als mittlere Altersgruppen. Die Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen ist im Vergleich häufiger beteiligt und zeigt ein größeres Interesse (KBV/NAV-Virchow-Bund 2012, 2014, 2016).

Ausgewählte Ergebnisse der 2016er-Umfrage der KBV und des NAV-Virchow-Bundes sind in Abbildung 11-16 zusammengestellt. Auch wenn bereits viele Ärzte an Praxisnetzen beteiligt sind, legen die Befragungen nahe, dass noch ein größeres Potenzial zur weiteren Beteiligung vorhanden ist.

---

<sup>180</sup> So gaben im Jahr 2012 27 %, im Jahr 2014 32 % und im Jahr 2016 26 % der befragten Haus- und Fachärzte an, an einem Praxisnetz beteiligt zu sein. Diese Unterschiede können aber z. B. aus unterschiedlichen Stichproben resultieren.

<sup>181</sup> In diesem Zusammenhang ist auffällig, dass bei den MVZs der Anteil der Ärzte, die nicht in einem Praxisnetz arbeiten, aber über eine Beteiligung nachgedacht haben („vielleicht“), sehr gering ist. Es liegt die Vermutung nahe, dass ein Unterschied zwischen den MVZs in Krankenhaus- und jenen in Vertragsarztträgerschaft besteht. Eine Überprüfung dieser These ist mit den vorliegenden Daten jedoch nicht möglich.



**Abbildung 11-16:** Beteiligung von Vertragsärzten an Praxisnetzen nach Praxisform, Praxisgröße, Alter und Beschäftigungsform in Prozent aller Befragten

\* „Vielleicht“ stellt den Anteil derjenigen dar, die aktuell nicht an einem Praxisnetz teilnehmen, aber darüber nachgedacht haben/nachdenken.  
VZÄ = Vollzeitäquivalent.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV/NAV-Virchow-Bund (2016).

#### 11.5.4 Evaluation der Qualität und Effizienz

**660.** Eine Evaluation, ob und wie die Anerkennung und Förderung der Praxisnetze nach § 87b SGB V eine Veränderung der Qualität in der Versorgung und der Betreuung der Patienten verursacht hat, ist aufgrund der relativ kurzen Zeitspanne seit der Verabschiedung der Rahmenvorgabe respektive der Richtlinien der KVen nur schwer möglich.<sup>182</sup> Die Praxisnetze selbst, unabhängig von der konkreten Anerkennung, bestehen jedoch bereits lang genug, um grundsätzlich ausreichend Zeit für eine Evaluation zu bieten. Dennoch finden sich in der Literatur kaum Überblicksanalysen, die eine generelle Beurteilung der möglichen Versorgungsverbesserung durch diese Art der kooperativen Behandlung erlauben.<sup>183</sup> Die vorhandenen

<sup>182</sup> Dennoch soll im Folgenden u. a. auf die Versorgungsberichte einzelner Praxisnetze und die darin enthaltenen Qualitätskennzahlen eingegangen werden. Eine aggregierte Auswertung ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht möglich (Gibis et al. 2017).

<sup>183</sup> Mangels finanzieller Förderung wurde nur bei wenigen Modellvorhaben nach § 63 SGB V die eigentlich geforderte wissenschaftliche Begleitung durchgeführt.

Evaluationen legen darüber hinaus zumeist einen starken Fokus auf die finanziellen Ergebnisse der Versorgung in Praxisnetzen.

**661.** Im Ausland liegt der Fokus von Evaluationen hingegen zumeist auf dem sogenannten *Triple Aim*. Dies ist ein Framework, das als Ansatz zur Optimierung der Gesundheitsversorgung drei Zieldimensionen festlegt: eine bessere Behandlung des einzelnen Patienten sowohl objektiv als auch im subjektiven Empfinden, die Verbesserung des Gesundheitsstatus der betrachteten Bevölkerung insgesamt und ein effizienterer Ressourceneinsatz (vgl. Berwick et al. 2008). Hinsichtlich der vorhandenen Evaluationen zur vernetzten Versorgung stellen Hendrikx et al. jedoch fest, dass die zur Evaluation genutzten Indikatorensets meist nur Teilbereiche des *Triple Aim* abbilden. Darüber hinaus erschwert die große Vielfalt der verwendeten Kennzahlen einen Vergleich zwischen verschiedenen Projekten (Hendrikx et al. 2016).

**662.** Weitere Studien konzentrieren sich daher auch im Ausland größtenteils auf den ökonomischen Erfolg der vernetzten Versorgung, die in Form der ACOs und CCGs zum Teil deutlich weitreichender als in Deutschland ist. Analysen der ACOs in den Vereinigten Staaten fanden Anzeichen für relevante Einsparungen (McWilliams et al. 2016; Song et al. 2014). McWilliams et al. konnten zeigen, dass insbesondere unabhängige *Primary-Care*-Netzwerke eine deutlich größere Einsparung zu erreichen scheinen als vollintegrierte Organisationen, bei denen Krankenhäuser finanziell beteiligt sind. Einzelne Studien, die auch eine qualitative Bewertung der Programme zum Ziel hatten, sowie erste Analysen der von den ACOs selbst veröffentlichten Qualitätsparameter fanden diesbezüglich nur geringfügige Verbesserungen (McConnell et al. 2017; McWilliams et al. 2013; Muhlestein/Hall 2014). Angesichts unterschiedlicher Ergebnisse sowie hoher initialer Implementierungskosten gehen die Bewertungen auseinander, ob die ACOs zumindest moderate Effizienzgewinne erzielen oder ob sie darin gescheitert sind, eine effizientere Versorgung zu gewährleisten (Blackstone/Fuhr 2015; Colla/Fisher 2017; Schulman/Richman 2016; Song/Fisher 2016).

Erfahrungen zu den CCGs in England liegen bisher kaum vor. Qualitative Studien zeigen, dass sich infolge der weit gesteckten Rahmenbedingungen sehr heterogene Strukturen entwickelten und die CCGs Verantwortung für Versichertenpopulationen von unter 100 000 bis zu 1 Million Versicherten übernehmen (Checkland et al. 2016).<sup>184</sup> Übergreifende Analysen zu Einsparungen bzw. Versorgungsverbesserungen liegen aber bisher nicht vor.

Für die Schweiz ermittelten Trottmann et al. für die Behandlung in Ärztenetzwerken im Vergleich zur Behandlung in der Regelversorgung Kosteneinsparungen von über 10 % (Trottmann et al. 2012). Auch andere Studien aus der Schweiz legen nahe, dass signifikante Einsparungen erreicht werden können, insbesondere bei Modellen der integrierten Versorgung mit Praxisnetzen, in denen Ärzte in die finanzielle Verantwortung einbezogen werden (Reich et al. 2012). Weitere Analysen europäischer Projekte zur integrierten Versorgung, zum Teil unter Beteiligung von Praxisnetzen, fanden eher gemischte Ergebnisse (Busse/Stahl 2014).

**663.** In Deutschland existieren zur I. Generation der Praxisnetze nur exemplarische Evaluationen, die sich auf einige wenige Praxisnetze konzentrieren. Für verschiedene Praxisnetze lagen zwar Evaluationskonzepte vor (vgl. z. B. Wille/Robra 2002), sie wurden aus ökonomischen Gründen jedoch nicht umgesetzt. In den verfügbaren Analysen wurde für die I.

---

<sup>184</sup> Zum Vergleich: Am Gesunden Kinzigtal nehmen ca. 10 000 Versicherte teil, am Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz ca. 15 000 (Gesundes Kinzigtal 2017; QuE 2017).

Generation festgestellt, dass die angestrebte verbesserte Wirtschaftlichkeit in der Versorgung kaum erreicht wurde (Baur 2002). Einzig hinsichtlich der Verordnung von Arzneimitteln waren dauerhafte Einsparungen zu beobachten. Gleichwohl konnten trotz zumindest annähernd gleicher Kosten zum Teil strukturelle Verbesserungen erzielt werden. Bezeichnend für diese I. Generation ist aber, dass Patientenbefragungen zeigten, dass vielen Patienten gar nicht bewusst war, in Praxisnetzen behandelt worden zu sein, und ansonsten nur marginale Verbesserungen feststellbar waren. Weitere Studien wie z. B. von Purucker et al. konzentrierten sich hauptsächlich auf die Struktur der frühen Praxisnetze, insbesondere auf ihren Reifegrad hinsichtlich der Prozesse und IT-Systeme, und basierten dazu auf Umfragen, maßen aber nicht den Versorgungsoutput der Netzwerke (Braun/Greiner 2010; Gerardy 2010; Purucker et al. 2009).

**664.** Seit einigen Jahren gibt es jedoch in Deutschland Ansätze, die Qualität der vernetzten Versorgung systematisch zu analysieren und zu vergleichen. So stellten Laag et al. das Kennzahlensystem BrAVo vor, das anhand existierender GKV-Routinedaten die Messung von Qualität und Wirtschaftlichkeit erlauben soll (Laag et al. 2013).<sup>185</sup> Erste Untersuchungen dieser Indikatoren geben Hinweise darauf, dass die Versorgung in Praxisnetzen tendenziell ökonomischer ist, trotz zum Teil überdurchschnittlich morbider Patienten. Ein ähnliches Ziel verfolgt das Projekt QuATRo, das Praxisnetzen eine Einschätzung der Versorgungsqualität im Vergleich mit anderen Netzen und mit dem landesweiten Durchschnitt ermöglichen soll. Auch im Rahmen dieses Projektes wird von den vorliegenden Routinedaten ausgegangen, die im Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung (QiSA) zusammengefasst werden. Gemäß ersten Analysen dieser Indikatoren soll die Versorgung durch die Praxisnetze eine höhere Qualität als die Regelversorgung bieten (AOK-BV 2017). Weitere grundsätzliche Überlegungen zur Erfolgsmessung in der integrierten vernetzten Versorgung wurden ebenfalls bereits veröffentlicht (Pimperl et al. 2015), Anwendungen der vorgestellten Messinstrumente jedoch nicht. Diese Situation beruht nicht zuletzt wohl auch darauf, dass die automatische und valide Erhebung von Qualitätsindikatoren kein leicht erreichbares Ziel ist (Melle et al. 2013).

**665.** Eine Ausnahme hinsichtlich der Evaluation stellt das Versorgungsprojekt Gesundes Kinzigtal dar. Deren Gesellschafter, das Medizinische Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal (MQNK), war das erste von aktuell zwei als Stufe II anerkannten Praxisnetzen in Deutschland<sup>186</sup>. Bereits zu Beginn des Vorhabens im Jahr 2005 wurde Wert auf eine interne und externe Evaluation gelegt, sodass eine Vielzahl von Beiträgen zur Versorgungsqualität im Kinzigtal zu finden ist (u. a. Hildebrandt et al. 2012; Schubert et al. 2016; Siegel/Stößel 2013).<sup>187</sup>

**666.** Die von Schubert et al. durchgeführten Analysen legen dabei nahe, dass einige qualitätsbezogene Indikatoren (6 von 18 betrachteten) zu Krankheiten wie der chronischen koronaren Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Demenz, Depression, Diabetes, Osteoporose und Rückenschmerzen, aber auch indikationsübergreifende Indikatoren wie vermeidbare

---

<sup>185</sup> Mit den Schwierigkeiten, die Routineabrechnungsdaten der GKV zur Evaluation zu nutzen, beschäftigen sich u. a. Siegel et al. 2016. Die aktuelle Debatte zur Diagnosequalität in der ambulanten Versorgung und zu den dort vorliegenden Manipulationsanreizen zeigt weitere Probleme bei der Evaluation auf Basis von Abrechnungsdaten (vgl. u. a. Bauhoff et al. 2017; Deutscher Bundestag 2016; Drösler et al. 2017; Wille/Thüsing 2017).

<sup>186</sup> Das zweite Netz ist das Praxisnetz Herzogtum-Lauenburg e. V.

<sup>187</sup> Die für das Gesunde Kinzigtal eingerichtete Evaluations-Koordinierungsstelle Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal (EKIV) gibt über 40 Publikationen auf ihrer Website [www.ekiv.org/](http://www.ekiv.org/) an.

Krankenhausaufenthalte sich innerhalb der integrierten Versorgung durch das Praxisnetz tendenziell besser entwickeln als bei vergleichbaren Versicherten, die im kollektivvertraglichen System behandelt werden (Schubert et al. 2016). Pimperl et al. fanden, dass die untersuchte Mortalitätskennzahl *Years of potential life lost/gained* ebenfalls eine leicht positive Tendenz (0,1 weniger „verlorene“ Jahre je Versicherten) zeigte (Pimperl et al. 2017). Trotz dieser durchgängig positiven Evidenz zur Versorgung im Gesunden Kinzigtal bei gleichzeitiger positiver finanzieller Effizienzentwicklung (Groene 2016; Hildebrandt et al. 2015; Siegel/Stößel 2013) bleibt jedoch festzuhalten, dass die gefundenen Effekte in ihrer Höhe relativ wenig ausgeprägt sind. Im Rahmen des vom Innovationsfonds geförderten Projektes INTEGRAL erfolgt aktuell eine Evaluation, die für die Jahre 2005 bis 2015 einen Vergleich zur Regelversorgung ermöglichen soll (G-BA 2018a). Zu beachten ist aber, dass sich durch die besondere Situation des Kinzigtals, u. a. hinsichtlich der geringen Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten außerhalb des Netzes und der sich daraus ergebenden hohen Netztreue, Schlussfolgerungen nicht vollständig auf andere, insbesondere großstädtische Räume übertragen lassen.

**667.** Auch wenn die Publikationsdichte des Kinzigtals nicht erreicht wird, veröffentlichen andere Praxisnetze ebenfalls Versorgungsberichte, denen Hinweise zur Versorgungsqualität entnommen werden können. So erstellt das Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg (QuE), ein Stufe-I-Netz, seit der Gründung im Jahr 2005 jährliche Qualitätsberichte.<sup>188</sup> Das QuE erhebt dabei Qualitätsindikatoren sowie weitere Parameter zur Einschätzung der Versorgungsqualität der mehr als 15 000 eingeschriebenen Versicherten und vergleicht sie mit dem landesweiten Durchschnitt (Wambach/Lindenthal 2015). Der Vergleich der Durchschnittswerte zu ausgewählten DMP-Qualitätsindikatoren zwischen den Hausarztpraxen im QuE und allen bayerischen Hausarztpraxen zeigt z. B., dass bei den DMPs zu Diabetes mellitus Typ II und zur koronaren Herzkrankheit die Indikatoren bei der Versorgung durch das Praxisnetz zum Teil sehr deutlich über den bayerischen Durchschnittswerten liegen (Wambach/Lindenthal 2015).

**668.** Zum Bereich der koronaren Herzkrankheit wurde im Nürnberger Praxisnetz erstmals die Umsetzung eines kompletten QiSA-Indikatorensets in der Praxis erprobt. Evaluationen hierzu lagen im Mai 2018 jedoch noch nicht vor.

**669.** Auch wenn die wissenschaftliche Evidenz einige Anzeichen für eine effizientere Versorgung bietet, kann bisher nur zum Teil auch eine qualitativ höherwertige Versorgung durch vernetzte Strukturen wie Praxisnetze nachgewiesen werden. Vor dem Hintergrund, dass Studien ohne konkrete Belege für Veränderungen der Versorgung – ob medizinisch oder ökonomisch – vermutlich seltener publiziert werden, scheinen die bisherigen Ergebnisse daher ernüchternd.

**670.** Es gibt jedoch verschiedene Studien, die nahelegen, dass die Existenz und Durchführung eines Qualitätsmanagements, das für viele Praxisnetze einen hohen Stellenwert hat und für anerkannte Netze sogar vorgeschrieben ist, selbst zur Erhöhung der Qualität beitragen kann (Goetz et al. 2015; Szecsenyi et al. 2011). Gleichwohl liegen auch Studien vor, gemäß denen die Einführung des Qualitätsmanagements von einigen an Praxisnetzen

---

<sup>188</sup> Das zweite Stufe-II-Netz in Deutschland, das Praxisnetz Herzogtum Lauenburg e. V., hat Ende 2016 ebenfalls einen ersten Versorgungsbericht veröffentlicht, in dem erwähnt wird, dass die Therapien im Ärztenetz im Ländervergleich deutlich leitlinienkonformer durchgeführt werden.

beteiligten Ärzten als Einschränkung der beruflichen Freiheit gesehen wird (Kühlein et al. 2016).

**671.** Für eine bessere Bewertung des Mehrwertes von Praxisnetzen sind daher umfangreichere, auch netzübergreifend vergleichende Evaluationen notwendig. Die geplanten Versorgungsberichte durch die KVen bzw. die KBV können vermutlich erste Einblicke in das Versorgungsgeschehen in geförderten Praxisnetzen bereitstellen, für die Beurteilung der Qualität und Effizienz werden sie jedoch nicht ausreichen. Hier besteht Nachbesserungsbedarf.

**672.** Zu überlegen ist auch, wie insbesondere in großstädtischen Räumen mit einer geringen Netztreue der Patienten umgegangen werden kann. Denn durch die Vielzahl der alternativen Behandlungsmöglichkeiten außerhalb des Netzes ist es in einem solchen Umfeld sehr herausfordernd, eine feste Patientenbindung aufzubauen. Ohne eine hinreichende Patientenbindung kann das Ziel einer gesteuerten, abgestimmten Behandlung jedoch konterkariert werden (siehe Abschnitt 12.2 zum Gatekeeping).

**673.** Neben dem Ziel einer qualitativ höherwertigen Versorgung der Patienten zeichnen sich Praxisnetze vielerorts dadurch aus, dass sie innovative Konzepte früh erproben und einsetzen können. Durch das Vorhalten professioneller Strukturen sind sie bevorzugter Ansprechpartner für Projekte. Sei es bei prozessualen Veränderungen wie der Nutzung des Peer-Reviews (vgl. KBV 2016b) oder bei Aspekten der Digitalisierung wie der Einführung des eArztbriefes (vgl. Gassen 2015), der Nutzung telemedizinischer Anwendungen (vgl. Schlingensiepen 2017b) oder der elektronischen Patientenakte (vgl. Höhl 2012), Praxisnetze sind an vielen dieser Projekte beteiligt.

**674.** Durch die regionale Verwurzelung, die Integration verschiedener Fachrichtungen, sektorenübergreifende Kooperationsvereinbarungen und ein eigenes Netzmanagement für einen effizienten Ressourceneinsatz nehmen Praxisnetze daher in vielen Bereichen eine Vorreiterrolle ein. Dies führt dazu, dass Praxisnetze bei vielen Projekten des Innovationsfonds, aber auch bei der Durchführung von Studien eine zunehmend wichtige Rolle spielen.<sup>189</sup>

---

<sup>189</sup> So sind Praxisnetze bei Projekten zu neuen Versorgungsformen wie z. B. INVEST in Billstedt/Horn (G-BA 2018b), einem Prototyp für eine integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Räumen, bei Telnet@NRW (G-BA 2018e), einem telemedizinischen, intersektoralen Netzwerk, bei TIGER (G-BA 2018f), einem transsektionalen Interventionsprogramm zur Verbesserung der geriatrischen Versorgung, und bei MAMBO (G-BA 2018c), einem bedarfsorientierten ambulanten Versorgungsmanagement für multimorbide Menschen, beteiligt. Auch an Projekten zur Versorgungsforschung sind Praxisnetze beteiligt (vgl. z. B. G-BA 2018d).

## 11.6 Zusammenfassung und Empfehlungen

**675.** Die in diesem Kapitel behandelten Versorgungsmodelle, d. h. die ASV, die besonderen Versorgungsformen, die MVZs und die Praxisnetze, haben von ihrer Konzeption her grundsätzlich das Potenzial, sowohl einzeln als auch in Kombination die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung zu verbessern. Alle diese Konzepte zielen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung und Intensität, im Rahmen der Gesundheitsversorgung auf Qualitätsverbesserungen und/oder finanzielle Einsparungen ab.

**676.** Was die zeitliche Entwicklung dieser Versorgungsmodelle betrifft, so machten die Praxisnetze ab Mitte der 1990er-Jahre den Anfang und nutzten ab dem Jahr 1998 auch teilweise mit den Modellvorhaben und Strukturverträgen die gesetzlichen Grundlagen der besonderen Versorgungsformen mit ihren über den Kollektivvertrag hinausgehenden Versorgungsalternativen. Nach einer Abschwächung der zunächst sehr dynamischen Entwicklung löste die Anschubfinanzierung in Höhe von 1 % der jährlichen ambulanten und stationären Budgets von 2004 bis 2008 bei den besonderen Versorgungsformen nach §§ 140a–d SGB V eine massive Steigerung der Verträge aus, von der häufig auch die Praxisnetze profitierten. Im Unterschied zu den Praxisnetzen verlangsamte sich mit Auslaufen der Anschubfinanzierung und mit Einführung des Morbi-RSA das Wachstum der besonderen Versorgungsformen insbesondere bei den Verträgen nach § 140a SGB V und den strukturierten Behandlungsprogrammen nach §§ 137f–g SGB V. Dabei gilt es allerdings zu berücksichtigen, dass zahlreiche Praxisnetze, insbesondere solche mit einer ausgeprägt sektorenübergreifenden Orientierung, auf der gesetzlichen Grundlage der besonderen Versorgungsformen bzw. dem § 140a SGB V aufbauten.

Das Konzept der Praxisnetze gewann ab den Jahren 2012 und 2015 durch das GKV-VSG für die niedergelassenen Ärzte insofern an zusätzlicher Attraktivität, als § 87b Abs. 2 SGB V für von den KVen anerkannte Netze gesonderte Vergütungsregelungen vorschreibt und auch die Möglichkeit der Bildung eigener Honorarvolumina als Teil der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen eröffnet. Zudem sieht das Gesetz in Absatz 4 für besonders förderungswürdige Netze, die bestimmte Kriterien und Qualitätsanforderungen erfüllen, eine finanzielle Förderung vor. Nach der Rahmenvorgabe gehört zu den Anforderungen u. a. eine verbindliche versorgungsorientierte Kooperation mit einem nichtärztlichen oder stationären Leistungserbringer. Hinsichtlich der regionalen Verteilung verzeichneten bisher die westlichen Flächenländer und hier insbesondere Nordrhein-Westfalen erheblich mehr Praxisnetze als die östlichen Bundesländer und die Stadtstaaten.

**677.** Die MVZs, die ebenfalls integrale Elemente von Praxisnetzen darstellen können, erlebten seit ihrer Einführung mit dem GKV-GMG im Zeitraum von 2004 bis 2012 einen starken Aufschwung, der sich dann bis zum Jahr 2015 spürbar abschwächte. Mit dem Jahr 2016, d. h. dem ersten Jahr nach Inkrafttreten des GKV-VSG, ist wieder ein stärkeres Wachstum der MVZs feststellbar. Diese unterschiedliche Entwicklung der Anzahl von MVZs geht in starkem Maße auf gesetzliche Eingriffe hinsichtlich der möglichen Träger dieser Einrichtungen zurück. Bei ihrer Einführung konnten neben Vertragsärzten und Krankenhäusern auch Apotheker, Psychotherapeuten und Leistungserbringer von Gesundheitsfachberufen MVZs gründen. Diese Erlaubnis galt darüber hinaus für alle zulässigen Organisationsformen des privaten und öffentlichen Rechts, d. h. auch für die Rechtsformen einer GmbH und einer AG. Das GKV-VStG



schränkte diese Möglichkeiten, MVZs zu gründen, dann auf zugelassene Ärzte und Krankenhäuser sowie Erbringer von Dialyseleistungen und gemeinnützige Träger ein und sah als zulässige Rechtsformen nur noch die Personengesellschaft, die eingetragene Genossenschaft oder eine GmbH vor. Das GKV-VSG erweiterte die mögliche Trägerschaft dann wieder, indem es nicht nur die Gründung von fachübergreifenden, sondern auch die von fachgleichen MVZs erlaubt. Eine Differenzierung nach der Trägerschaft der MVZs zeigt, dass zu Beginn die Gründungen durch Vertragsärzte eindeutig dominierten, dann aber die Anzahl der MVZs in der Trägerschaft der Krankenhäuser stärker anstieg, sodass hier im Jahr 2015 ein Gleichstand eintrat. Seit dem Jahr 2016 ist hingegen wieder ein etwas stärkeres Wachstum der MVZs von Vertragsärzten zu verzeichnen. In regionaler Hinsicht spielen die MVZs in den östlichen KV-Regionen eine bedeutsamere Rolle und der Anteil der MVZs, die sich in der Trägerschaft von Krankenhäusern befinden, fällt hier auch deutlich höher als in den westlichen KV-Regionen aus.

**678.** Von allen hier behandelten Versorgungskonzepten zielt die ASV am unmittelbarsten auf das ungenutzte Substitutionspotenzial an der Schnittstelle ambulant/stationär und auf einen effizienz- und effektivitätssteigernden Wettbewerb zwischen niedergelassenen (Fach-)Ärzten und Krankenhäusern. Bei der mit Wirkung zum 1. Januar 2012 eingeführten ASV traten die zugehörige Richtlinie zum 20. Juli 2013 und von den 25 im Gesetz vorgegebenen Indikationen bisher nur sechs Krankheiten in Kraft. Entsprechend schleppend verlief bis zum ersten Quartal 2017 die Entwicklung der für die Behandlung zuständigen interdisziplinären Teams. Wie bereits bei den Indikationen Tuberkulose und GiT zu beobachten, verließ das Auslaufen der Übergangsfristen für die Zulassung der Krankenhäuser nach der alten Fassung des § 116b SGB V der ASV einen kräftigen Schub, was künftig einen etwas stärkeren Anstieg der interdisziplinären Teams erwarten lässt. Gleichwohl blieb die bisherige und sich unter den gegebenen Bedingungen abzeichnende Entwicklung deutlich hinter den Erwartungen und konzeptionellen Möglichkeiten der ASV zurück. Für dieses insgesamt eher enttäuschende Ergebnis zeichnen sich vornehmlich die sehr hohen Anforderungen an die Nachweise der erforderlichen Teilnahmevoraussetzungen sowie das aufwendige Antragsverfahren bei den Landesausschüssen verantwortlich.

**679.** Die in diesem Kapitel behandelten Versorgungskonzepte basieren teilweise auf Kollektiv- und teilweise auf Selektivverträgen und es bestehen hier auch einige Überschneidungen. Die ASV gehört in ihrer bisherigen Ausgestaltung eindeutig zum kollektiven Vertragssystem, den besonderen Versorgungsformen liegen hingegen ausschließlich selektive Verträge zugrunde, während MVZs in beiden Systemen vorkommen. Sofern sich die Praxisnetze aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanzieren, agieren sie im kollektiven Vertragssystem, sie können aber ebenso mit selektiven Verträgen auf dem § 140a SGB V aufbauen. Selbst bei Praxisnetzen mit selektiven Verträgen entscheidet nach § 87b Abs. 2 und 4 die jeweilige KV darüber, ob es sich um anerkannte bzw. förderungswürdige Netze handelt. Unter ziel- und ordnungspolitischen Aspekten stellen weder kollektive noch selektive Verträge einen Selbstzweck dar, es geht vielmehr darum, in welchen Konstellationen das jeweilige Vertragssystem die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung besser zu realisieren vermag.

**680.** Obgleich die besonderen Versorgungsformen mit ihren selektiven Verträgen noch immer nur einen sehr geringen Anteil der Gesamtausgaben der GKV ausmachen (siehe Kapitel 4 zur ambulanten Inanspruchnahme) trugen sie doch maßgeblich dazu bei, das zuvor stark verkrustete deutsche Gesundheitswesen und mit ihnen auch die Versorgung an der Schnittstelle

zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor etwas aufzulockern. Ein positiver Effekt der selektiven Verträge bestand auch darin, dass sie im Wettbewerb mit den kollektiven Verträgen die KVen zu mehr Flexibilität und teilweise auch zu innovativem Handeln bewegten bzw. zwangen. Diese Aspekte sprechen für einen ergebnisoffenen Wettbewerb zwischen kollektiven und selektiven Verträgen unter gleichen Rahmenbedingungen. Über die Frage, welchem Vertragssystem jeweils der Vorzug gebührt, sollen in einem wettbewerblichen System die Leistungserbringer und die Krankenkassen und nicht zuletzt die Patienten und Versicherten mit ihrer Nachfrage nach Gesundheitsleistungen entscheiden. Gleiches gilt für die Entwicklung von MVZs, bei denen auch die Präferenzen der Leistungserbringer, insbesondere der jungen Ärztinnen und Ärzte, eine besondere Rolle spielen.

**681.** Unabhängig von der Entscheidung für die kollektive oder die selektive Vertragsgestaltung leiden die in diesem Kapitel vorgestellten Versorgungskonzepte unter zu starken und die Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung eher behindernden Regulierungen bzw. Einschränkungen wie vor allem:

- Unbeschadet der Notwendigkeit von Qualitätserfordernissen behindern die extrem hohen Anforderungen an die Teilnahmevoraussetzungen eine prosperierende Entwicklung der ASV.
- Bei den MVZs schränkte das Gesetz den ursprünglich weiten Kreis von möglichen Trägern ebenso ein wie bestimmte Rechtsformen. Es erscheint kaum nachvollziehbar, dass für MVZs als zulässige Rechtsform nur Personengesellschaften, eingetragene Genossenschaften und GmbHs infrage kommen, während die Krankenhäuser als Träger dieser Einrichtungen auch die Rechtsform einer AG wählen können.
- Die HzV besitzt zweifellos das Potenzial, die Effektivität und Effizienz der ambulanten Behandlung zu steigern. Sofern diese potenziellen Vorzüge die Krankenkassen überzeugen, bedarf es hier aus grundsätzlichen ordnungspolitischen Erwägungen keines Kontrahierungszwanges, der sich im Vergleich mit anderen besonderen Versorgungsformen unter sektorenübergreifenden Aspekten auch nicht überzeugend begründen lässt. Der hier vom Gesetzgeber gewählte Weg zur Förderung des selektiven Vertragswettbewerbs und innovativer Projekte ist jedoch aus pragmatischen Gründen nachvollziehbar.
- Mit Einführung des Morbi-RSA besitzt die jährliche Pauschale für entsprechende Leistungs- und Verwaltungsausgaben bei den DMPs keine Berechtigung mehr, zumal die DMPs nur eine sehr begrenzte sektorenübergreifende Orientierung aufweisen. Zudem sollte der Gesetzgeber die hier infrage kommenden Krankheiten nicht zentral festlegen, sondern ihre Auswahl den regionalen Partnern vor Ort überlassen.
- Bei den Verträgen nach § 140a SGB V fordert Absatz 2 spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden der Verträge den Nachweis der Wirtschaftlichkeit. Da die Krankenkassen bei diesen Verträgen keine finanzielle Förderung von Dritten erhalten, besteht kein ordnungspolitischer Grund für diese Regulierung, zumal der intensive Wettbewerb um niedrige Beitragssätze die Krankenkassen zu einer finanziellen Disziplin zwingt.

- Die Apotheker sollten wieder die Möglichkeit erhalten, als gleichberechtigte Partner an der besonderen Versorgung teilzunehmen und nicht nur mittelbar über § 129 Abs. 5b SGB V.
- Um weitere Optionen für die regionale Versorgung zu ermöglichen, sollten nach § 87b Abs. 4 als besonders förderungswürdig anerkannte Praxisnetze der Stufen I und II künftig den Leistungserbringerstatus erhalten können.
- Trotz der nun vorgesehenen Erprobung von Qualitätsverträgen zu vier Leistungen oder Leistungsbereichen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern bietet der stationäre Sektor auch bei planbaren bzw. elektiven Eingriffen weiterhin keine Möglichkeit für einen effektivitäts- und effizienzsteigernden Wettbewerb zwischen kollektiven und selektiven Verträgen.

**682.** Die Einbeziehung der Strukturverträge und der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung in die besondere Versorgung bedeutet, auf den vom Rat empfohlenen sektorenübergreifenden Aspekt als konstitutives Element des § 140a SGB V zu verzichten. Entsprechend fehlt nun auch der Populationsbezug einer integrierten Versorgung in Form einer Soll-Vorschrift. Es entfällt damit die Möglichkeit, sektorenübergreifende populationsorientierte Versorgungskonzepte im Rahmen der besonderen Versorgungsformen speziell zu fördern. Angesichts der Probleme einer adäquaten Budgetbereinigung betrifft dies vor allem innovative Versorgungskonzepte, die zu Anfang hohe Kosten verursachen, aber erst mit einer zeitlichen Verzögerung Qualitätsverbesserungen und/oder Kosteneinsparungen bewirken. Angesichts des intensiven Wettbewerbs um niedrige Beitragssätze scheuen die Krankenkassen aus nachvollziehbaren Gründen die Inangriffnahme solcher unter Versorgungsaspekten eigentlich erwünschter Projekte. Dieser Aspekt liefert eine gewisse Berechtigung dafür, innovative sektorenübergreifende Versorgungskonzepte – trotz einiger ordnungspolitischer Bedenken gegenüber diesem Instrument – mithilfe des Innovationsfonds finanziell zu fördern.

## 11.7 Literatur

- AdA (Agentur deutscher Arztnetze) (2017a): Anerkannte Praxisnetze. URL: [www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/anerkannte\\_praxisnetze\\_c\\_agentur\\_deutscher\\_arztnetze\\_20170519.pdf](http://www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/anerkannte_praxisnetze_c_agentur_deutscher_arztnetze_20170519.pdf) (abgerufen am 12.05.2018).
- AdA (Agentur deutscher Arztnetze) (2017b): Daten zu Ärztenetzen. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- AdA (Agentur deutscher Arztnetze) (2017c): Gesundheitspolitisches Grundsatzprogramm zur Bundestagswahl 2017.
- AdA (Agentur deutscher Arztnetze) (2017d): Was sind Arztnetze? URL: [www.deutsche-aerztenetze.de/ueber\\_netze/was\\_sind\\_arztnetze.php](http://www.deutsche-aerztenetze.de/ueber_netze/was_sind_arztnetze.php) (abgerufen am 12.05.2018).
- AdA (Agentur deutscher Arztnetze) (2018): Liste der Netze in Deutschland. URL: [www.deutsche-aerztenetze.de/ueber\\_netze/liste\\_der\\_netze\\_in\\_deutschland.php?](http://www.deutsche-aerztenetze.de/ueber_netze/liste_der_netze_in_deutschland.php?) (abgerufen am 12.05.2018).
- Adrion, N. und Hodek, J. (2016): Die Effektivität und Effizienz der Disease-Management-Programme im deutschen Gesundheitswesen – wie aussagekräftig sind die bisherigen externen Evaluationsergebnisse gem. §137f Abs. 4 SGB V? *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(6): 288–294.
- Amelung, V., Gerlach, F. M., Gruhl, M., Ozegowski, S., Prüfer-Storcks, C., Schaeffer, D. und Straub, C. (2017): Patient First! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Positionspapier. WISO Diskurs. Friedrich-Ebert-Stiftung.
- AOK Baden-Württemberg, MEDI Verbund Baden-Württemberg und BNK Service GmbH (2017): Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V vom 10.12.2009. In der Fassung vom 01.04.2017.
- AOK-BV (AOK-Bundesverband) (2017): QuATRo-Projekt bringt QISA-Indikatoren in die Anwendung. URL: [www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/praxis/index\\_14315.html](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/qisa/praxis/index_14315.html) (abgerufen am 12.05.2018).
- Bahner, B., Bechtler, O., Hartmannsgruber, K., Piltz, M. und Schulz-Hillenbrand, R. (2016): Kooperation oder Korruption? Würzburger Erklärung zur Angemessenheit der ärztlichen Vergütung innerhalb von medizinischen Kooperationen. URL: [www.beatebahner.de/lib.medien/Wuerzburger%20Erklaerung.pdf](http://www.beatebahner.de/lib.medien/Wuerzburger%20Erklaerung.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).
- Barnes, A. J., Unruh, L., Chukmaitov, A. und van Ginneken, E. (2014): Accountable care organizations in the USA: Types, developments and challenges. *Health Policy* 118(1): 1–7.
- Bauhoff, S., Fischer, L., Göppfarth, D. und Wuppermann, A. C. (2017): Plan Responses to Diagnosis-Based Payment: Evidence from Germany's Morbidity-Based Risk Adjustment. *J Health Econ* (56): 397–413.
- Baur, R. (2002): Die erste Generation Arztnetze. Bestandsaufnahme und Bewertung im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Basel, im März 2002. AOK-Bundesverband.

- Behnen, E. (2004): Medizinische Versorgungszentren – die Konzeption des Gesetzgebers (I). Krankenhaus (8): 602–606.
- Behrens-Potratz, A. und Posselt, J. (2017): Integrierte Versorgung - Befragungsergebnisse bei Krankenkassen und Handlungsbedarf. Welt der Krankenversicherung 6(5): 104–109.
- Berwick, D. M., Nolan, T. W. und Whittington, J. (2008): The triple aim: care, health, and cost. Health Aff 27(3): 759–769.
- Bibliographisches Institut (2017): Duden | Netz | Rechtschreibung, Bedeutung, Definition, Synonyme, Herkunft. URL: [www.duden.de/rechtschreibung/Netz](http://www.duden.de/rechtschreibung/Netz) (abgerufen am 12.05.2018).
- Blackstone, E. A. und Fuhr, J. P. (2015): The Economics of Medicare Accountable Care Organizations. Am Health Drug Benefits 9(1): 11–19.
- BMVZ (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e.V.) (2011): Das MVZ im Versorgungsstrukturgesetz – Ein Bericht zur Verbandsarbeit und eventuellen Handlungsnotwendigkeiten für das einzelne MVZ.
- BMVZ (Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e.V.) (2016): Gesundheitszentren. URL: [www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/gesundheitszentren/](http://www.bmvz.de/wissenswertes/mvz-information/gesundheitszentren/) (abgerufen am 12.05.2018).
- Braun, S. und Greiner, W. (2010): Gesundheitsökonomische Evaluation der Integrierten Versorgung "OPTI-MuM". Gesundheitswesen 72(12): e71-7.
- Busse, R. und Stahl, J. (2014): Integrated care experiences and outcomes in Germany, the Netherlands, and England. Health Aff 33(9): 1549–1558.
- Checkland, K., McDermott, I., Coleman, A. und Perkins, N. (2016): Complexity in the new NHS: Longitudinal case studies of CCGs in England. BMJ Open 6(1).
- Clade, H. (1999): Gesundheitsstrukturreform 2000: Weichenstellung für die integrierte Versorgung. Dtsch Arztebl 96(17): A-1101.
- Colla, C. H. und Fisher, E. S. (2017): Moving forward with accountable care organizations some answers, more questions. JAMA Intern Med 177(4): 527–528.
- Dengler, R. (2017): Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV): „Gut gemeint, schlecht gemacht“. Dtsch Arztebl 114(18): A878-881.
- Deutscher Ärztetag (1997): (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte vom 100. Deutschen Ärztetag. MBO-Ä.
- Deutscher Bundestag (2003): Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG). 08.09.2003. Aktenzeichen: 15/1525. Drucksache.
- Deutscher Bundestag (2011a): Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). 30.11.2011. Aktenzeichen: 17/8005. Drucksache.
- Deutscher Bundestag (2011b): Gesetzesentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung

- (GKV Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG). 05.09.2011. Aktenzeichen: 17/6906. Drucksache. Deutscher Bundestag.
- Deutscher Bundestag (2015): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. 21.10.2015. Aktenzeichen: 18/6446. Drucksache.
- Deutscher Bundestag (2016): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Mögliche „Krankfärberei der Versicherten“ durch gesetzliche Krankenkassen. 11.11.2016. Aktenzeichen: 18/10318. Drucksache.
- Deutsches Ärzteblatt (2000): Ärztenetze: Boom hält an. URL: [www.aerzteblatt.de/archiv/24933/Aerztenetze-Boom-haelt-an](http://www.aerzteblatt.de/archiv/24933/Aerztenetze-Boom-haelt-an) (abgerufen am 11.05.2018).
- Deutsches Ärzteblatt (2016): Netzagentur lobt neue Fördermöglichkeiten in Bayern. 12. Juli 2016. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/69503/Netzagentur-lobt-neue-Foerdermoeglichkeiten-in-Bayern](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/69503/Netzagentur-lobt-neue-Foerdermoeglichkeiten-in-Bayern) (abgerufen am 12.05.2018).
- Deutsches Ärzteblatt (2017): Antikorruptionsgesetz verunsichert Kooperationsärzte am Krankenhaus. 6. Juni 2017. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/76183/Antikorruptionsgesetz-verunsichert-Kooperationsaerzte-am-Krankenhaus](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/76183/Antikorruptionsgesetz-verunsichert-Kooperationsaerzte-am-Krankenhaus) (abgerufen am 12.05.2018).
- Drösler, S., Garbe, E., Hasford, J., Schubert, I., Ulrich, V., van de Ven, W. et al. (2017): Sondergutachten zu den Wirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs.
- Erbsen, M. C. (2003): Praxisnetze und das Berufsrecht der Ärzte. Der Praxisverbund als neue Kooperationsform in der ärztlichen Berufsordnung. Zugl.: Heidelberg, Univ., Diss., 2002-2003. Lang, Frankfurt am Main. Recht & Medizin, 64.
- Europäische Kommission (2017): State of Health in the EU. Companion Report 2017.
- Flintrop, J. (2011): Studie zu Ärztenetzen: Mehr als eine Übergangserscheinung. Dtsch Arztebl 108(33): 103.
- Fricke, A. (2018): KBV-Netzkonferenz: Arztnetze suchen ihre Rolle im Gesundheitswesen. 07.05.2018. Ärzte Zeitung. URL: [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/963322/kbv-netzkonferenz-arztnetze-suchen-ihre-rolle-gesundheitswesen.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/963322/kbv-netzkonferenz-arztnetze-suchen-ihre-rolle-gesundheitswesen.html) (abgerufen am 17.05.2018).
- Frielingsdorf, O. (Hrsg.) (2009): Professionelle Leitung eines MVZ. Komprimiertes Hintergrundwissen zu Management-Aufgaben im MVZ. ecomed Medizin, Heidelberg.
- Frisch, J. (2016a): Kommunale MVZ: Oft Gedankenspiel, selten Realität. 04.07.2016. Ärzte Zeitung. URL: [www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/mvz/article/910767/kommunale-mvz-oft-gedankenspiel-selten-realitaet.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/mvz/article/910767/kommunale-mvz-oft-gedankenspiel-selten-realitaet.html) (abgerufen am 12.05.2018).
- Frisch, J. (2016b): Kommunale MVZ: Risiken sorgen für Gründermangel. 12.07.2016. Ärzte Zeitung. URL: [www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/mvz/article/915757/kommunale-mvz-risiken-sorgen-gruendermangel.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/mvz/article/915757/kommunale-mvz-risiken-sorgen-gruendermangel.html) (abgerufen am 12.05.2018).

- Fritz, M. und Kayser, C. (2017): Kooperationen im Gesundheitswesen. Chance und Fallstricke. In: Pfannstiel, M. A., Focke, A. und Mehlich, H. (Hrsg.): Management von Gesundheitsregionen III. Gesundheitsnetzwerke zur Optimierung der Krankenversorgung durch Kooperation und Vernetzung. Springer Fachmedien, Wiesbaden.
- Froschauer, S., Jenschke, C. und Munte, A. (2018): Ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Zartes Pflänzchen. f&w 35(2): 124–126.
- Gabriel, J. und Beckmann, H.-J. (2016): Finanzierungsmöglichkeiten von (Ärzte-)Netzwerken. In: Eble, S. und Kurscheid, C. (Hrsg.): Gesundheitsnetzwerke: Strategie, Konzeption, Umsetzung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Gassen, A. (2015): Das Versorgungsstärkungsgesetz und seine Auswirkungen auf Arztnetze. Symposium: Praxisnetze - Randerscheinung von heute oder Blaupause für die Versorgung von morgen? Berlin, 20. März 2015. Vortrag. Agentur deutscher Arztnetze (AdA). URL: [www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/2015-03-20\\_vsg-und-praxisnetze\\_drgassen.pdf](http://www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/2015-03-20_vsg-und-praxisnetze_drgassen.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2013): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V- ASV-RL) in der Fassung vom 21. März 2013, zuletzt geändert am 20. Juli 2017, in Kraft getreten am 11. Oktober 2017.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018a): INTEGRAL – 10-Jahres-Evaluation der populationsbezogenen integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal in Aufbau- und Konsolidierungsphase – G-BA Innovationsfonds. URL: [innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/integral-10-jahres-evaluation-der-populationsbezogenen-integrierten-versorgung-gesundes-kinzigtal-in-aufbau-und-konsolidierungsphase.2](http://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/integral-10-jahres-evaluation-der-populationsbezogenen-integrierten-versorgung-gesundes-kinzigtal-in-aufbau-und-konsolidierungsphase.2) (abgerufen am 12.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018b): INVEST Billstedt/Horn – Hamburg Billstedt/Horn als Prototyp für eine Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. URL: [innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedtischen-regionen.73](http://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/invest-billstedt-horn-hamburg-billstedt-horn-als-prototyp-fuer-eine-integrierte-gesundheitliche-vollversorgung-in-deprivierten-grossstaedtischen-regionen.73) (abgerufen am 12.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018c): MAMBO – Multimorbide Menschen in der ambulanten Betreuung: Patientenzentriertes, Bedarfsorientiertes Versorgungsmanagement. URL: [innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/mambo-multimorbide-menschen-in-der-ambulanten-betreuung-patientenzentriertes-bedarfsorientiertes-versorgungsmanagement.92](http://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/mambo-multimorbide-menschen-in-der-ambulanten-betreuung-patientenzentriertes-bedarfsorientiertes-versorgungsmanagement.92) (abgerufen am 12.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018d): PrimA-QuO – Optimierte primärärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten und Störungen – G-BA Innovationsfonds. URL: [innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/prima-quo-optimierte-primaeraerztliche-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen-mit-psychischen-auffaelligkeiten-und-stoerungen.31](http://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/prima-quo-optimierte-primaeraerztliche-versorgung-von-kindern-und-jugendlichen-mit-psychischen-auffaelligkeiten-und-stoerungen.31) (abgerufen am 12.05.2018).

- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018e): Teln@NRW – Telemedizinisches, intersektorales Netzwerk als neue digitale Struktur zur messbaren Verbesserung der wohnortnahen Gesundheitsversorgung. URL: [innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/telnatnrw-telemedizinisches-intersektorales-netzwerk-als-neue-digitale-struktur-zur-messbaren-verbesserung-der-wohnortnahen-gesundheitsversorgung](http://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/telnatnrw-telemedizinisches-intersektorales-netzwerk-als-neue-digitale-struktur-zur-messbaren-verbesserung-der-wohnortnahen-gesundheitsversorgung).<sup>84</sup> (abgerufen am 12.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018f): TIGER – Transsektionales Interventionsprogramm zur Verbesserung der Geriatrischen Versorgung in Regensburg. URL: [innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/tiger-transsektionales-interventionsprogramm-zur-verbesserung-der-geriatrischen-versorgung-in-regensburg](http://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/tiger-transsektionales-interventionsprogramm-zur-verbesserung-der-geriatrischen-versorgung-in-regensburg).<sup>107</sup> (abgerufen am 12.05.2018).
- Gerardy, L. (2010): Zukunftsmodell Ärztenetzwerke. Eine empirische Untersuchung der Auswirkungen auf die Healthcare Industrie. 1. Auflage. Eul, Lohmar, Köln.
- Gerlinger, T. (2017): Medizinische Versorgungszentren: Entwicklung und Perspektiven. In: BARMER (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2017.
- Gerlof, H. (2016): Anti-Korruptionsgesetz: Die Furcht der Arztnetze. 02.05.2016. Ärzte Zeitung. URL: [www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/netze\\_kooperation/article/910436/anti-korruptionsgesetz-furcht-arztnetze.html](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/netze_kooperation/article/910436/anti-korruptionsgesetz-furcht-arztnetze.html)? (abgerufen am 12.05.2018).
- Gesundes Kinzigtal (2017): Gesundheit kennt keine Grenzen. Jahresbericht 2016 der Gesundes Kinzigtal GmbH.
- Gibis, B., Armbruster, S. und Hofmann, M. (2017): Praxisnetze: Stand der Anerkennung und Entwicklungschancen. In: Pundt, J. (Hrsg.): Vernetzte Versorgung. Lösung für Qualitäts- und Effizienzprobleme in der Gesundheitswirtschaft? 1. Auflage. Apollon University Press, Bremen.
- Gibis, B., Armbruster, S., Hofmann, M., Lubs, S. und Tille, F. (2016): 4. MVZ-Survey der KBV. Medizinische Versorgungszentren in Deutschland. Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2017): Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017-2021, Berlin.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2018): ASV-Teams und -Patienten. Stand zum 21. März 2018.
- Goetz, K., Hess, S., Jossen, M., Huber, F., Rosemann, T., Brodowski, M. et al. (2015): Does a quality management system improve quality in primary care practices in Switzerland? A longitudinal study. *BMJ Open* 5(4).
- Greppmeier, K. (2014): Der lange Marsch. Anerkennung und Förderung von Praxisnetzen - Umsetzungsstand in den Regionen. In: Berlin-Chemie AG (Hrsg.) (2014): Förderung nach § 87b SGB V. Neue Möglichkeiten für Netze, Berlin (PraxisWissen. Schriftenreihe zur Theorie und Praxis in neuen Versorgungsformen).
- Greß, S. und Schnee, M. (2017): Wege zur integrierten und sektorenübergreifenden Versorgung. *G+G Wissenschaft* 17(3): 7–15.



- Groene, O. (2016): Wie wirtschaftlich ist die Integrierte Versorgung „Gesundes Kinzigtal“.  
Parlamentarischer Abend, 6. Juni 2016, Vertretung des Landes Baden-Württemberg, Berlin.  
OptiMedis AG.
- Grothaus, F.-J. (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik  
Deutschland 2004-2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen  
von Verträgen zur integrierten Versorgung. Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung  
gGmbH.
- Gürkan, I. (2018): Vernetzte Strukturen- Kooperationsphilosophie des Universitätsklinikums  
Heidelberg. Vortrag im Rahmen des 1. Heidelberger Forum Gesundheitsversorgung am  
19.01.2018.
- Hajen, L., Paetow, H. und Schumacher, H. (2011): Gesundheitsökonomie. Strukturen -  
Methoden - Praxisbeispiele. 6., überarb. und erw. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart.
- Healthcare Leader News (2017): Is this the beginning of the end for CCGs? Healthcare Leader  
News. 20. April 2017. URL: [www.healthcareleadernews.com/article/beginning-end-ccgs](http://www.healthcareleadernews.com/article/beginning-end-ccgs)  
(abgerufen am 13.05.2018).
- Hendriks, R. J.P., Drewes, H. W., Spreeuwenberg, M., Ruwaard, D., Struijs, J. N. und Baan, C. A.  
(2016): Which Triple Aim related measures are being used to evaluate population  
management initiatives? An international comparative analysis. Health Policy 120(5): 471–  
485.
- Herberger, G. (2014): Ärztenetze und Genossenschaften müssen sich über ihre Rolle klar  
werden! perspektiv, 2. Bundesverband der Ärztenetzgenossenschaften.
- Hildebrandt, H., Pimperl, A., Schulte, T., Hermann, C., Riedel, H., Schubert, I. et al. (2015): Triple  
Aim – Evaluation in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal – Gesundheitszustand,  
Versorgungserleben und Wirtschaftlichkeit. Bundesgesundheitsbla 58(4): 383–392.
- Hildebrandt, H., Schulte, T. und Stunder, B. (2012): Triple Aim in Kinzigtal, Germany. Improving  
population health, integrating health care and reducing costs of care – lessons for the UK?  
Journal of Integrated Care 20(4): 205–222.
- Höhl, R. (2012): E-Patientenakte - viele Vorteile für Ärzte und Patienten. 28.06.2012. Ärzte  
Zeitung. URL: [www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/praxis\\_edv/article/816809/e-  
patientenakte-viele-vorteile-aerzte-patienten.html?sh=3&h=1223442396](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxis_edv/article/816809/e-patientenakte-viele-vorteile-aerzte-patienten.html?sh=3&h=1223442396) (abgerufen am  
12.05.2018).
- Huber, F. (2017): Medizin und Ökonomie widersprechen sich nicht – Managed Care macht es  
vor. Ther Umsch 73(1): 791–795.
- Interessengemeinschaft „Leistungserbringerstatus für Ärztenetze“ (2017): Die Zeit ist reif:  
Leistungserbringerstatus für qualifizierte Ärztenetze.
- Jaeckel, R. und Rösenberg, R. (2016): Bestandsaufnahme zur ASV. Wundertüte mit Gestalt. f&w  
33(6): 544–546.
- Jenschke, C., Munte, A., Froschauer-Häfele, S. und Pöttgen, S. (2017): Sektorengrenzen ade?  
Analyse der Entwicklung der Versorgungsstrukturen in der ASV. In: BARMER (Hrsg.):  
Gesundheitswesen aktuell 2017.

- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2014): PraxisWissen: ASV ambulante spezialfachärztliche Versorgung. Interdisziplinär in Praxen und Kliniken. URL: [www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen\\_ASV.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_ASV.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2015): PraxisWissen: Praxisnetze. URL: [www.kbv.de/html/praxisnetze.php](http://www.kbv.de/html/praxisnetze.php) (abgerufen am 12.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016a): Medizinische Versorgungszentren aktuell zum Stichtag 31.12.2016. URL: [www.kbv.de/media/sp/mvz\\_aktuell.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/mvz_aktuell.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016b): Peer Review in der ambulanten Versorgung. Bericht zum Pilottest im Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz Nürnberg eG. URL: [www.kbv.de/media/sp/Bericht\\_Pilottest\\_Peer\\_Review\\_Gesundheitsnetz\\_QuE\\_2016.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Bericht_Pilottest_Peer_Review_Gesundheitsnetz_QuE_2016.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016c): PraxisWissen: Richtig Kooperieren. Mit Praxisbeispielen und Informationen zum Anti-Korruptionsgesetz. URL: [www.kbv.de/media/sp/Broschuere\\_Kooperation.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Broschuere_Kooperation.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017a): Ambulante Angebotsstrukturen. KBV Gesundheitsdaten, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister und MVZ-Statistik.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017b): MVZ-Statistik der KBV.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017c): Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister. Stand zum 31.12.2016.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018): Anzahl anerkannter Praxisnetze. Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2013): Rahmenvorgabe für die Anerkennung von Praxisnetzen nach § 87b Abs. 4 SGB V. Ausfertigung 16.04.2013. URL: [www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe\\_Anerkennung\\_Praxisnetze\\_Ausfertigung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Rahmenvorgabe_Anerkennung_Praxisnetze_Ausfertigung.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands) (2012): Ärztemonitor 2012. URL: [www.kbv.de/html/aerztemonitor.php](http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php) (abgerufen am 12.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands) (2014): Ärztemonitor 2014. URL: [www.kbv.de/html/aerztemonitor.php](http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php) (abgerufen am 12.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands) (2016): Ärztemonitor 2016. URL: [www.kbv.de/html/aerztemonitor.php](http://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php) (abgerufen am 12.05.2018).
- Klakow-Franck, R. (2016): Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung. Zwischen Bedarf und Bürokratie. *Gesundheit und Politik* (6): 14–19.

- Knieps, F. und Amelung, V. E. (2010): Medizinische Versorgungszentren - Eine innovative und attraktive Antwort auf die Herausforderungen an die ambulante Versorgung. G&S 64(5): 17–21.
- Korff, L., Jahn, R. und Weegen, L. (2013): Versorgungsmanagement. Besondere Versorgungsformen. In: Wasem, J., Staudt, S. und Matusiewicz, D. (Hrsg.): Medizinmanagement. Grundlagen und Praxis. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Korzilius, H. (2011): Versorgungsmesse der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Netzwerker bei der Arbeit. Dtsch Arztebl 108(19): A 1037–A 1039.
- Krüger-Brand, H. E. (1999): MEDI-Praxisverbund gestartet. Dtsch Arztebl 96(45): 23.
- Kühlein, T., Madlo-Thiess, F., Wambach, V. und Schaffer, S. (2016): Zehn Jahre Qualitätsmanagement: Wahrnehmung und Stellenwert aus Sicht von Hausärzten in einem Ärztenetz. Gesundheitswesen.
- Kuhn, B. und Amelung, V. E. (2015): Gemeinden unter Druck – Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten Ärztlichen Versorgungsproblemen spielen? G&S 69(6): 16–24.
- KV Westfalen-Lippe (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) (2016): Praxisnetze in Westfalen-Lippe – Krankenkassen investieren erfolgreich in innovative Versorgung. Pressemitteilung 22.02.2016. URL: [www.kvwl.de/presse/pm/2016/2016\\_02\\_22.htm](http://www.kvwl.de/presse/pm/2016/2016_02_22.htm) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Westfalen-Lippe (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) (2017): Praxisnetze: Land der Arzt- und Praxisnetze. Broschüre der KVWL.
- KV Westfalen-Lippe (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) (2018): Der Sockel für künftige Honorarsteigerungen in Westfalen-Lippe ist kräftig gewachsen. KVWL kompakt (3): 4–7.
- Laag, S., Ullrich, W., Maydell, B. von und Pankratz, M. (2013): Zwischen Kollektivsystem und Pay-for-Performance. In: BARMER GEK (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2013.
- Leber, W.-D. (2017): Qualitätsorientierung und Strukturbereinigung – Das KHSG in der Umsetzungsphase. In: Wille, E. (Hrsg.): Neuerungen im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich zwischen Bedarf und Finanzierung. 21. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen. Peter Lang, Frankfurt am Main (Allokation im marktwirtschaftlichen System, Band 73): 107–134.
- Lieschke, L. (1999): KBV-Symposium zu Praxisnetzen: Die Zukunft gehört der integrierten Versorgung. Dtsch Arztebl 96(14): A898.
- McConnell, K. J., Renfro, S., Chan, B. K.S., Meath, T. H.A., Mendelson, A., Cohen, D. et al. (2017): Early Performance in Medicaid Accountable Care Organizations: A Comparison of Oregon and Colorado. JAMA Intern Med 177(4): 538–545.
- McWilliams, J. M., Hatfield, L. A., Chernew, M. E., Landon, B. E. und Schwartz, A. L. (2016): Early Performance of Accountable Care Organizations in Medicare. N Engl J Med 374(24): 2357–2366.

- McWilliams, J. M., Landon, B. E. und Chernew, M. E. (2013): Changes in health care spending and quality for Medicare beneficiaries associated with a commercial ACO contract. *JAMA* 310(8): 829–836.
- Melle, C., Kardel, U., Wendel, P., Pimperl, A. und Wetzell, M. (2013): Pilottest AQUIK-Indikatoren in Gesundes Kinzigtal. Zusammenfassung des Projektberichts.
- MQR (Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg) (2017): Die MQR – das erste Ärztenetz in Deutschland. URL: [www.mqr.de/](http://www.mqr.de/) (abgerufen am 04.05.2018).
- Muhlestein, D. und Hall, C. (2014): ACO Quality Results: Good But Not Great. *Health Affairs*. URL: [healthaffairs.org/blog/2014/12/18/aco-quality-results-good-but-not-great/](http://healthaffairs.org/blog/2014/12/18/aco-quality-results-good-but-not-great/) (abgerufen am 13.05.2018).
- Müller, S. (2017): Warum gibt es nicht mehr Kommunen mit eigenem MVZ? Bundesverband Medizinische Versorgungszentren-Gesundheitszentren-Integrierte Versorgung e.V. (BMVZ). URL: [www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/warum-gibt-es-nicht-mehr-kommunen-mit-eigenem-mvz/](http://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/warum-gibt-es-nicht-mehr-kommunen-mit-eigenem-mvz/) (abgerufen am 13.05.2018).
- MuM (MuM - Medizin und Mehr) (2017): Geschichte - MuM - Medizin und Mehr. URL: [www.mum-buende.de/wer-wir-sind/aerztenetz/geschichte](http://www.mum-buende.de/wer-wir-sind/aerztenetz/geschichte) (abgerufen am 13.05.2018).
- Munte, A. und Wildenhain, S. (2017): Woran scheitert die ambulante spezialärztliche Versorgung? Ein Hilferuf für die Sektorenüberwindung. *IMPLICATIONplus* (5).
- Neubauer, G. (2016): Ambulantisierung der Krankenhäuser. *IMPLICATIONplus* (9).
- OptiMedis AG (2017): Gesundes Kinzigtal führt 2018 Direkthonorierung für ärztliche Leistungspartner ein. URL: [optimedis.de/aktuelles/742-optimedium-april-2017?start=2](http://optimedis.de/aktuelles/742-optimedium-april-2017?start=2) (abgerufen am 04.05.2018).
- Orlowski, U. (2016): Potential der Kliniken. Grenzen von gestern. *f&w* 33(4): 343–344.
- Osterloh, F. (2016): Ärztliche Versorgung auf dem Land: Die Kommunen sind gefordert. *Dtsch Arztebl* 113(18): A852-853.
- Osterloh, F. (2017): Vertragsärztliches Honorar: Regionale Lösungen für die Vergütung. *Dtsch Arztebl* 114(6).
- Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H., Busse, R., Glaeske, G. und Hildebrandt, H. (2015): Economic Evaluation of Integrated Care Systems - Scientific Standard Specifications, Challenges, Best Practice Model. *Gesundheitswesen* 77(12): e184-e193.
- Pimperl, A., Schulte, T., Mühlbacher, A., Rosenmüller, M., Busse, R., Groene, O. et al. (2017): Evaluating the Impact of an Accountable Care Organization on Population Health: The Quasi-Experimental Design of the German Gesundes Kinzigtal. *Popul Health Manag* 20(3): 239–248.
- Preuß, K.-J. (2009): Status: Ärztenetze in Deutschland. Übergangerscheinung, konstitutives Element der ambulanten Versorgung oder gar Lösungsansatz? *Monitor Versorgungsforschung* 2009(02).
- Purucker, J., Schicker, G., Böhm, M. und Bodendorf, F. (2009): Praxisnetz-Studie 2009. Arbeitspapier. Universität Erlangen-Nürnberg.

- QuE (Gesundheitsnetz Qualität und Effizienz) (2017): Unternehmensportrait.
- Reich, O., Rapold, R. und Flatscher-Thöni, M. (2012): An empirical investigation of the efficiency effects of integrated care models in Switzerland. *Int J Integr Care* 12(Jan-Mar): e2.
- Rosenbrock, R. und Gerlinger, T. (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 3., vollst. überarb. Auflage. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Schlingensiepen, I. (2017a): KV Westfalen-Lippe: Praxisnetze aufzuwerten sichert Versorgung. 02.10.2017. *Ärzte Zeitung*. URL: [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/944252/kv-westfalen-lippe-praxisnetze-aufzuwerten-sichert-versorgung.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/944252/kv-westfalen-lippe-praxisnetze-aufzuwerten-sichert-versorgung.html) (abgerufen am 12.05.2018).
- Schlingensiepen, I. (2017b): Praxis-Preis 2017: Elektronische Visite erhält TÜV-Siegel. 21.07.2017. *Ärzte Zeitung*. URL: [www.aerztezeitung.de/praxis\\_wirtschaft/praxismanagement/article/940220/praxis-preis-2017-elektronische-visite-erhaelt-tuev-siegel.html?sh=2&h=660030912](http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/praxismanagement/article/940220/praxis-preis-2017-elektronische-visite-erhaelt-tuev-siegel.html?sh=2&h=660030912) (abgerufen am 12.05.2018).
- Schmidbauer, B., Kremer, C. und Kremer, R. (2013): Gesetzliche Krankenversicherung. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ; das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem aktuellen Stand mit allen seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG erfolgten Änderungen. 17. Aufl., Rechtsstand: 1. Februar 2013. Leitfadenverl. Sudholt, Münsing Wolfs Sozial-Leitfäden.
- Schnack, D. (2015): Vorzeigeobjekt am Nordseestrand. 18.09.2015. *Ärzte Zeitung*. URL: [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/gp\\_specials/aerzte\\_fuer\\_deutschland/article/893417/aerztehaus-buesum-vorzeigeobjekt-nordseestrand.html?sh=1&h=2020081338](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gp_specials/aerzte_fuer_deutschland/article/893417/aerztehaus-buesum-vorzeigeobjekt-nordseestrand.html?sh=1&h=2020081338) (abgerufen am 13.05.2018).
- Scholz, K. (1999): Berufsrechtliche Anforderungen an Praxisnetze. *Niedersächsisches Ärzteblatt* (12): 10–12.
- Schramm, A. (2018): Vorbild für vernetzte Versorgung. *G+G* 21(3): 16–17.
- Schrewe, C. (2016): Gesundheit gemeinsam verantworten. Zur Position der Praxisnetze in Deutschland. Praxisnetz Herzogtum Lauenburg, Praxisnetz Herzogtum Lauenburg Management GmbH und Ärztenetz Lippe GmbH.
- Schubert, I., Siegel, A., Köster, I. und Ihle, P. (2016): Evaluation der populationsbezogenen „Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal“ (IVGK). Ergebnisse zur Versorgungsqualität auf der Basis von Routinedaten. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* (117): 27–37.
- Schulman, K. A. und Richman, B. D. (2016): Reassessing ACOs and health care reform. *JAMA* 316(7): 707–708.
- Sedlaczek, D. und Pütz, W. (2016): MVZ Neuregelungen erweitern Gestaltungsmöglichkeiten. Praxis Freiberufler Beratung, 04/2016. IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH, Berlin.
- Siegel, A. und Stöbel, U. (2013): Evaluation der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. Bisherige Ergebnisse. *Public Health Forum* 21(1): 11.

- Siegel, A., Köster, I., Maun, A. R., Niebling, W. und Schubert, I. (2016): Evaluation einer regionalen integrierten Vollversorgung mit GKV-Routinedaten – Probleme und Herausforderungen. *Public Health Forum* 24(1): 417.
- Simon, M. (2013): *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 4., vollst. überarb. u. erw. Auflage. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Song, Z. und Fisher, E. S. (2016): The ACO Experiment in Infancy – Looking Back and Looking Forward. *JAMA* 316(7): 705–706.
- Song, Z., Rose, S., Safran, D. G., Landon, B. E., Day, M. P. und Chernew, M. E. (2014): Changes in health care spending and quality 4 years into global payment. *N Engl J Med* 371(18): 1704–1714.
- Stiftung Münch (2016): *Ambulantisierung als Chance zur Überwindung der Sektorengrenzen? 2. Luncheon Roundtable 2016, München, 27. April 2016*. URL: [www.stiftung-muench.org/ambulantisierung-als-chance-zur-ueberwindung-der-sektorengrenzen/](http://www.stiftung-muench.org/ambulantisierung-als-chance-zur-ueberwindung-der-sektorengrenzen/) (abgerufen am 13.05.2018).
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): *Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007*. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): *Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009*. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Szecsényi, J., Campbell, S., Broge, B., Laux, G., Willms, S., Wensing, M. und Goetz, K. (2011): Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. *CMAJ* 183(18): E1326-33.
- Tophoven, C. (1999): Praxisnetze – Innovation des Gesundheitssystems Netzärzte im Versorgungsalltag. *Internist* 40(7): M203-M206.
- Trottmann, M., Beck, K. und Kunze, U. (2012): Steigern Schweizer Ärztenetzwerke die Effizienz im Gesundheitswesen? Eine Analyse auf mittlere Frist. *Schweizerische Ärztezeitung* 93(4): 125–127.
- Wambach, V. (2013): *Startschuss oder Fehlstart? Die Netzförderung in den Regionen*. Workshop § 87b SGB V. Berlin, 22. Februar 2013. Vortrag. URL: [www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/prsentation\\_87\\_b\\_veit\\_wambach\\_neu\\_4.pdf](http://www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/prsentation_87_b_veit_wambach_neu_4.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- Wambach, V. und Lindenthal, J. (2015): Den Kinderschuhen entwachsen - Arztnetze in Deutschland leisten wertvollen Beitrag zur Optimierung der lokalen Versorgungssituation. *Bundesgesundheitsbla* 58(4-5): 374–382.

- Weatherly, J. N. (2007): Leuchtturmprojekte integrierter Versorgung und medizinischer Versorgungszentren. Innovative Modelle der Praxis. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care.
- Weinrich, C. (2016): Anti-Korruptionsgesetz: Sachstand und Auswirkungen auf Kooperationen. ADA/KBV-Netzkonferenz „Innovation und Kooperation“. Berlin, 29.04.2016. Vortrag. URL: [www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/07\\_weinrich\\_2016-04-29\\_ada.pdf](http://www.deutsche-aerztenetze.de/uploads/files/07_weinrich_2016-04-29_ada.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- Wigge, P. (2004): Medizinische Versorgungszentren nach dem GMG. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 9(4): 241–244.
- Wigge, P. (2012): MVZ-Gründungen nach dem Versorgungsstrukturgesetz. 26.09.2012. URL: [www.management-krankenhaus.de/topstories/gesundheitsoekonomie/mvz-gruendungen-nach-dem-versorgungsstrukturgesetz](http://www.management-krankenhaus.de/topstories/gesundheitsoekonomie/mvz-gruendungen-nach-dem-versorgungsstrukturgesetz) (abgerufen am 13.05.2018).
- Wille, E. (2013): Wege zur Einbeziehung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMPs) in die integrierte Versorgung. Gutachten im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V. (DGIV). In: Wille, E. (Hrsg.): Wettbewerb im Arzneimittel- und Krankenhausbereich. Peter Lang, Frankfurt am Main (Allokation im marktwirtschaftlichen System, 67): 79–106.
- Wille, E. und Erdmann, D. (2011): Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung. Entwicklung, Stand und Perspektiven. 1. Auflage. Nomos, Baden-Baden.
- Wille, E. und Robra, B.-P. (2002): Evaluationskonzept für das Praxisnetz Berlin. In: Preuß, K.-J., Rübiger, J., Sommer, J. H. und Andersen, H. H. (Hrsg.): Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle; Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA. Schattauer, Stuttgart.
- Wille, E. und Thüsing, G. (2017): Neuordnung der Kassenaufsicht. Bestandsaufnahme und Reformoptionen.
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2018): Erste Ergebnisse aus dem MVZ-Panel für 2016. Fachinformation vom 27. April 2018. URL: [www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Fachinformation\\_MVZ.PDF](http://www.zi.de/fileadmin/images/content/PMs/Fachinformation_MVZ.PDF) (abgerufen am 14.05.2018).
- Zink, M. (2016): Praxisnetze – Synergie durch Kooperation. Auf den Punkt. Kassenärztliche Vereinigung Hessen (3): 10–13.





---

## 12 Steuerung der Patientenwege

---

### 12.1 Einleitung

**684.** Konzepte zur besseren Steuerung der Versorgung enthalten im Regelfall sowohl eine Optimierung der Angebots- und Vergütungsstrukturen als auch nachfrageseitige Anreizsetzungen (siehe z. B. in den Kapiteln 14 und 15 zur Notfallversorgung und zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen), um Über-, Unter- und Fehlversorgung zu vermeiden. In den vorherigen Kapiteln wurde bereits eine Vielzahl von Empfehlungen zur Planung und Finanzierung der Angebotskapazitäten abgeleitet. Im Folgenden sollen nun Möglichkeiten betrachtet werden, die patientenseitige Nachfrage bzw. die Inanspruchnahme im Hinblick auf eine bedarfsgerechtere Versorgung zu koordinieren. Steuerungsinstrumente, die geeignet erscheinen, eine vom objektiven Bedarf (siehe einleitendes Kapitel 1) abweichende, patientenseitige Nachfrage zu vermeiden bzw. zu verringern, werden hierbei untersucht.

**685.** Der Rat hat in seinen Gutachten wiederholt auf die Defizite in der Kooperation zwischen Leistungserbringern bzw. Sektoren und der Koordination der Gesundheitsversorgung einzelner, vor allem mehrfacherkrankter Patienten hingewiesen (z. B. SVR 2009). Der Stellenwert der Koordination nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Nach einer Studie des *Commonwealth Fund* wurden bei einer Umfrage von Hausärzten in verschiedenen Ländern einige Defizite deutlich (siehe Tabelle 12-1). So werden bei der Versorgung von chronisch kranken Patienten lediglich 28 % der Hausärzte in Deutschland durch einen Fallmanager oder eine medizinische Fachangestellte (MFA) unterstützt. Zudem geben nur 16 % der Ärzte in Deutschland an, stets darüber benachrichtigt zu werden, wenn ihr Patient die Notaufnahme aufsucht und aus dem Krankenhaus entlassen wird.<sup>190</sup> Gleichzeitig ist in Deutschland der elektronische Austausch von Patientenakten mit Kollegen wenig verbreitet. Die mangelnde Digitalisierung könnte dabei auch erklären, dass 52 % der deutschen Hausärzte den Zeitaufwand für Administration als großes Problem ihrer Arbeitsbedingungen sehen (Osborn et al. 2015). Die bei allen untersuchten Ländern geringste Teilnahmequote von 19 % limitiert allerdings die Aussagekraft dieser Ergebnisse für Deutschland (höchste Teilnahmequote bestand mit 47 % in Schweden). Da im Umkehrschluss also 81 % der

---

<sup>190</sup> In Deutschland bekommt der in der Regelversorgung behandelnde Arzt (Haus- oder Facharzt) üblicherweise einen Brief bei Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus. In dieser Frage wurde dieser Vorgang mit einer Benachrichtigung bei Aufsuchen einer Notaufnahme durch die Patienten verknüpft, was die geringe Zustimmung der Befragten erklären könnte.

befragten Ärzte in Deutschland die Fragen nicht beantwortet haben, kann hier ein *Response Bias* zu einer Verzerrung der Ergebnisse beigetragen haben. Wie diese Beispiele dennoch illustrieren, besteht hinsichtlich Kooperation und Koordinierung international und in Deutschland weiterhin großes Verbesserungspotenzial.

Land	Medizinische Fachangestellte oder Fallmanager zur Unterstützung der Patienten mit chronischen Erkrankungen	Hausärzte werden immer benachrichtigt, wenn ihre Patienten eine Notaufnahme aufsuchen und aus dem Krankenhaus entlassen werden	Ärzte können die Patientenakten elektronisch mit Kollegen außerhalb ihrer Praxis austauschen	Ärzte halten den administrativen Zeitaufwand für das Hauptproblem
Australien	81	14	34	21
Deutschland	28	16	22	52
Kanada	64	23	19	20
Neuseeland	90	43	75	20
Niederlande	92	59	70	60
Norwegen	65	25	82	9
Schweden	85	4	67	27
Schweiz	60	21	57	50
Vereinigtes Königreich	96	32	60	21
Vereinigte Staaten	66	26	42	54

**Tabelle 12-1:** Angaben von Hausärzten zur ambulanten, primärärztlichen Versorgung in verschiedenen Ländern in Prozent, alphabetisch sortiert

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von The Commonwealth Fund (2015).

**686.** National wird das Thema Patientensteuerung aktuell insbesondere in Bezug auf die Notfallversorgung diskutiert (siehe Kapitel 14). Doch damit einher geht auch eine zunehmende Kritik an der allgemeinen Steuerung in der Regelversorgung. So bemängelt der Hartmannbund eine fehlende Patientensteuerung, die zu Termin- und Kapazitätsproblemen sowie oftmals zu unnötigen Doppeluntersuchungen führte (Hartmannbund 2016). Als Mitursachen von wachsenden Steuerungsdefiziten werden von ärztlicher Seite auch der breite Zugang zu nur teilweise evidenzbasierten Gesundheitsinformationen („Dr. Google“) sowie die Anspruchshaltung bezüglich einer umfänglichen Behandlung von Bagatellerkrankungen gesehen, da die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung als kostenlos wahrgenommen werden. Als Lösung werden u. a. verstärkte Anreize zu primärärztlichen Gatekeeping-Modellen beispielsweise durch vergünstigte Wahltarife genannt, die vorsehen, dass immer zuerst der Hausarzt aufgesucht wird. Auch der Deutsche Ärztetag forderte 2016 „intelligente und pragmatische Instrumente zur Steuerung der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zu entwickeln“. Ziel soll sein, „die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, zunächst einmal im Sinne einer Mengensteuerung, so zu organisieren und zu lenken, dass sie – stets unter Berücksichtigung medizinisch

notwendiger Erfordernisse – in einem gedeckelten System nicht unbegrenzt in Anspruch genommen werden können“ (BÄK 2016a). Zudem könnten finanzielle Steuerungselemente wie z. B. eine Kontaktgebühr oder andere Formen der Selbstbeteiligung zu einer bedarfsgerechten Versorgung beitragen.

**687.** Die sektorenübergreifende Steuerung der Patienten wird auch durch die fehlende Permeabilität zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor gestört (Klakow-Franck 2016). Bisherige Lösungsansätze zur Überwindung dieser Sektorengrenze fokussieren sich auf die Implementierung neuer integrierter Versorgungsangebote außerhalb der Regelversorgung und die Einführung eines Entlassungsmanagements, das im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) aus dem Jahr 2015 nochmals präzisiert wurde. Eine interdisziplinäre, sektorenübergreifende Koordination soll ebenso durch die enge Betreuung durch den Hausarzt im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMPs) (§ 137f SGB V) und durch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) (§ 116b SGB V) umgesetzt werden (siehe Kapitel 11 zu Ansätzen der sektorenübergreifenden Versorgung). Auch Medizinische Versorgungszentren (MVZs), die sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhäusern gegründet werden können, können in diesem Sinne als Versorgungsform gesehen werden, die die Koordination der Patientenversorgung verbessern soll (Klakow-Franck 2016). Die Gemeinsamkeit all dieser Ansätze ist der Aspekt der Patientensteuerung, die bestenfalls auch mit der Zielsetzung einer stärkeren Patientenorientierung verbunden ist.

**688.** Aufgrund der Vielzahl der möglichen, aber auch der bereits implementierten Maßnahmen für eine koordinierte Patientensteuerung fokussiert sich dieses Kapitel auf die Steuerungswirkung der vier spezifischen Interventionen Gatekeeping, Selbstbeteiligung, Patienteninformation und Entlassungsmanagement. Diese Auswahl veranschaulicht exemplarisch das Spektrum angebots- und nachfrageseitiger Interventionen zur Steuerung der Patientenwege. Grundsätzlich hat der Patient in Deutschland die Möglichkeit, den Hausarzt oder direkt den Facharzt aufzusuchen, von diesen kann er im Bedarfsfall eine Überweisung zu einer stationären Behandlung im Krankenhaus erhalten. Darüber hinaus ist, wie im Kapitel 14 zur Notfallversorgung beschrieben, eine zunehmende Inanspruchnahme der Notaufnahmen zu beobachten.

**689.** Gatekeeping und Entlassungsmanagement beschreiben Maßnahmen, die spezifische Versorgungswege des Patienten adressieren. Im Sinne der mit dem Gatekeeping verbundenen Lotsenfunktion konsultiert der Patient im medizinischen Bedarfsfall immer zuerst ein in der Regel hausärztliches Angebot auf der Primärversorgungsebene und der Patient kann nur mit einer Überweisung anschließend einen spezialisierten Facharzt auf der Sekundärversorgungsebene aufsuchen. Vorgegeben wird im Rahmen des Gatekeepings also eine gestufte, bedarfsgerechte Inanspruchnahme der Versorgungsebenen. Weiterhin ist das Entlassungsmanagement eine Steuerungsmöglichkeit, um Patienten einen koordinierten Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung zu ermöglichen. Patienteninformation und Selbstbeteiligung sind an allen Schnittstellen der Versorgung zu sehen, da Information und finanzielle Sanktionierung grundsätzlich bei allen Behandlungsentscheidungen eine Rolle spielen können. Dabei kann evidenzbasierte Patienteninformation den Patienten bei der Entscheidung unterstützen, ob er eine bestimmte Maßnahme trotz Selbstbeteiligung in Anspruch nehmen sollte. Zusätzlich kann Patienteninformation als eine übergreifende Maßnahme gesehen werden, die auf Patienten in allen Versorgungsabläufen steuernd wirken kann.

## 12.2 Steuerungsinstrument Gatekeeping

### 12.2.1 Definition

**690.** Laut Definition des Rates handelt es sich beim Gatekeeping um ein Konzept, bei dem „jede Behandlungsepisode mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt beginnt“ (SVR 2009). Sowohl auf der Primärversorgungsebene als auch auf der Sekundärversorgungsebene bleibt die freie Arztwahl davon unberührt. Die Lotsenfunktion des Hausarztes macht Gatekeeping zu einem potenziell vielversprechenden Instrument, um durch Stärkung der primärärztlichen Versorgung eine Verbesserung der Patientensteuerung und der Versorgungsqualität zu erreichen. Die primärärztliche Versorgung wird als zentraler Teil der Versorgung gesehen, im Rahmen derer die Mehrheit der präventiven und kurativen Behandlungen durchgeführt wird (Kringos et al. 2010). Sie soll ein leicht zugängliches, umfassendes sowie kontinuierliches Versorgungsangebot mit koordinierender Funktion zu anderen Versorgungsangeboten sein. Der Hausarzt kann Überweisungen zu Spezialisten und anderen Gesundheitsberufen veranlassen. Eine mit Gatekeeping-Ansätzen verbundene, zentrale Koordination durch den Hausarzt soll durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Übertherapie sowie durch eine umfassende Übersicht über die verordneten Medikamente zu einer gezielteren Leistungssteuerung führen. Somit kann die medizinische Versorgung der Patienten qualitativ verbessert und die ungezielte Inanspruchnahme von Fachärzten<sup>191</sup> reduziert werden (Zentner et al. 2010).

Gatekeeping ist international in zahlreichen Ländern und mit verschiedenen Ansätzen implementiert. In manchen Ländern haben Patienten die freie Arztwahl, in anderen Ländern werden Patienten anhand ihres Wohnortes einem bestimmten Primär- bzw. Hausarzt zugeordnet.<sup>192</sup> Weiterhin kann die Teilnahme an Gatekeeping entweder freiwillig oder verpflichtend sein (OECD 2016a). Bei einem verpflichtenden Gatekeeping können Patienten ohne Überweisung vom Primärarzt Fachärzte nur auf eigene Kosten konsultieren. Bei einem für den Patienten freiwilligen Gatekeeping können verschiedene Anreize wie Zuzahlungen, Bonusprogramme oder ein strukturiertes, umfassendes Versorgungsangebot eingesetzt werden, um den Patienten dazu zu motivieren, immer zuerst den Hausarzt aufzusuchen.

### 12.2.2 Einsatz in Deutschland

**691.** Die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) kann als erstes Konzept gesehen werden, das Gatekeeping-Aspekte in Deutschland implementierte. Im Jahr 2004 schuf der Gesetzgeber im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GKV-GMG) mit dem § 73b SGB V die Grundlage

---

<sup>191</sup> Auch Hausärzte sind Fachärzte für Allgemeinmedizin. Zur besseren Lesbarkeit wird hier die umgangssprachliche Unterscheidung zwischen Haus- und Fachärzten verwendet.

<sup>192</sup> In Dänemark existiert beispielsweise ein freiwilliges Listensystem mit finanziellen Anreizen für den Patienten (siehe Abschnitt 9.2.3.1). Dazu kann jeder Patient einen bestimmten Hausarzt auswählen und sich auf dessen Liste einschreiben, falls sie nicht aufgrund zu hoher Nachfrage (bis zu 1 700 Patienten) gesperrt ist. Anschließend ist der Patient mindestens drei Monate an diesen spezifischen Hausarzt gebunden. Inzwischen sind 98 % aller dänischen Patienten in ein solches Listensystem eingeschrieben (Forde et al. 2016; Pedersen et al. 2012).

für HzV-Verträge. Vertragspartner der HzV sind die Krankenkassen und einzelne vertragsärztliche Leistungserbringer (d. h. Hausarztpraxen), Gemeinschaften vertragsärztlicher Leistungserbringer oder KVen.

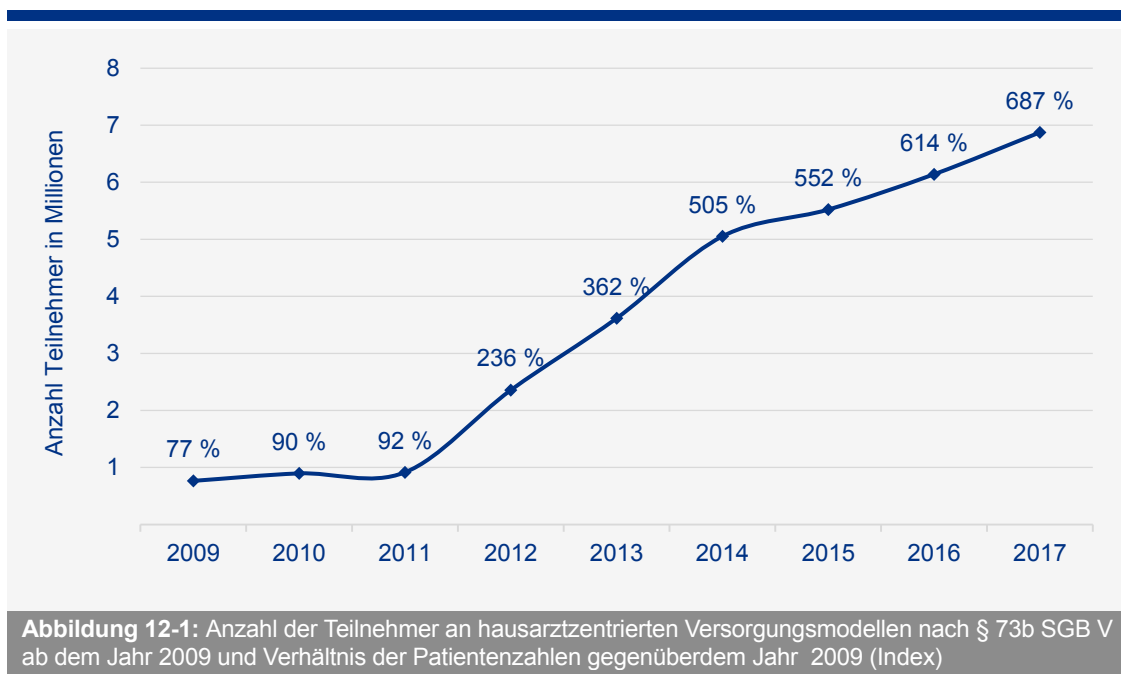
**692.** Das Ziel der HzV ist die qualitätsgesicherte und leitlinienorientierte Steuerung der Versorgung durch den Hausarzt. Die Teilnahme an der HzV nach § 73b SGB V ist für den Patienten freiwillig. Die Vorteile für den Patienten liegen in der Koordination komplexer Behandlungen durch den Hausarzt, ggf. in Zusatzleistungen (z. B. Früherkennungsuntersuchungen, Prävention) und in einer Behandlung anhand evidenzbasierter Leitlinien. Zusätzlich erhalten Patienten im Rahmen mancher HzV-Verträge einen Bonus (Beerheide 2016).<sup>193</sup> Dafür verpflichtet sich der Patient, immer zuerst den von ihm gewählten Hausarzt zu konsultieren. Ausnahmen hiervon bilden Termine bei Augen-, Frauen- und Zahnärzten sowie Notfälle.

Damit einher geht die gesetzliche Verpflichtung eines teilnehmenden Hausarztes, strukturierte Qualitätszirkel und allgemeinmedizinische Fortbildungsmaßnahmen zu besuchen, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und Patienten anhand von evidenzbasierten Leitlinien zu behandeln. Für Hausärzte bedeutet die Teilnahme an einem HzV-Vertrag eine Aufwertung ihrer Funktion als Koordinator und erste Anlaufstelle des Patienten. Durch die finanzielle Unterstützung bei der Ausbildung von Versorgungsassistentinnen für die Hausarztpraxis (VERAH) können die Versorgungsaufgaben auf verschiedene Berufsgruppen verteilt und die Versorgung chronisch Kranker strukturierter erfolgen (Mergenthal et al. 2013). Die Patientenversorgung im Rahmen der HzV erfolgt zusätzlich oder alternativ zum Kollektivvertrag. Die in der Regel deutlich erhöhte Vergütung ist für Vertragsärzte auch finanziell attraktiv.

**693.** Besonders in der Anfangsphase (ab dem Jahr 2004) sahen KVen und Krankenkassen die selektivvertragliche Vergütung der HzV kritisch. Die KVen befürchteten einen Bedeutungsverlust, während für die Kassen die damit einhergehenden Kosten im Vordergrund standen. Als die Krankenkassen aufgrund fehlender Anreize keinen Gebrauch von dieser neuen vertraglichen Option machten, wurde im Jahr 2007 durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) eine Umsetzungspflicht für alle Krankenkassen eingeführt, die im Jahr 2009 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der GKV (GKV-OrgWG) nochmals verschärft wurde. Seitdem ist die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten, dargestellt in Abbildung 12-1, stark angestiegen. Das stärkste Wachstum gab es zwischen den Jahren 2011 und 2012 mit einem Zuwachs um 1,3 Millionen Teilnehmer bzw. auf 308 % des Niveaus im Jahr 2009. Im Jahr 2017 waren mittlerweile 6,9 Millionen Versicherte in HzV-Modelle eingeschrieben (BMG 2018a).

---

<sup>193</sup> Eingeschriebene AOK-Versicherte in Baden-Württemberg erhalten beispielsweise eine Zuzahlungsbefreiung für Arzneimittel.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2018a).

**694.** Bei Betrachtung von HzV-Verträgen (ohne Add-on-Verträge, die rein zusätzliche Leistungen zum Kollektivvertrag anbieten und keine Leistungen ersetzen) waren nach Zahlen des deutschen Hausärztesverbandes im Jahr 2017 4,5 Millionen Patienten eingeschrieben, die sich auf etwa 17 000 teilnehmende Ärzte verteilten. Insbesondere Bayern und Baden-Württemberg waren hierbei mit 3,4 Millionen eingeschriebenen Versicherten am stärksten vertreten. Das Honorarvolumen aus HzV-Verträgen betrug im Jahr 2016 1,03 Milliarden Euro (Deutscher Hausärztesverband 2017).

**695.** Inzwischen fordert neben dem Hausärztesverband auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein flächendeckendes Gatekeeping durch den Hausarzt, das an Wahltarife mit geringeren Beiträgen für den Versicherten gebunden ist (Beerheide 2016; KBV 2016). In der repräsentativen KBV-Versichertenbefragung im Jahr 2015 gaben 68 % der Befragten an, dass sie für einen Wahltarif mit geringeren Beiträgen ein Hausarztmodell akzeptieren würden. Damit einhergehend stimmten 58 % der Befragten zu, dass vor dem Facharztbesuch immer erst ein Hausarzt konsultiert werden sollte. Die Zustimmung war dabei bei Männern und Versicherten aus ländlichen oder ostdeutschen Regionen etwas höher. Die Arztwahl ihrer Krankenkasse überlassen würden hingegen nur 22 % der Befragten (KBV 2015).

**696.** Ob die HzV das Ziel einer wirtschaftlicheren, medizinisch effizienteren und qualitativ höherwertigen Versorgung für die Versicherten erreicht, wurde in einigen Studien bereits evaluiert. Zwischen 2008 und 2010 wurde die Teilnahme von AOK-Versicherten an der HzV in Baden-Württemberg im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie untersucht (Gerlach/Szecsényi 2013; Laux et al. 2013). Dazu wurden Versicherte, die in die HzV eingeschrieben waren, mit Versicherten verglichen, die regelmäßig in derselben hausärztlichen Praxis behandelt wurden. Anschließend wurde in einem multivariaten Mehrebenenregressionsmodell für soziodemografische Unterschiede zwischen beiden Gruppen adjustiert. Trotzdem ist eine Selbstselektion besonders motivierter und bedürftiger Patienten in die HzV bei diesem Studiendesign nicht auszuschließen. Versicherte, die in die HzV eingeschrieben waren, hatten pro

Halbjahr mit 38 % signifikant mehr Hausarztkontakte; gleichzeitig lagen die Facharztbesuche mit und ohne Überweisung moderat um 29,8 % bzw. 12,5 % niedriger. Zudem war eine signifikante Reduktion des Anteils der Patienten mit Polymedikation und Me-too-Verordnungen<sup>194</sup> sowie der Arzneimittelgesamtkosten feststellbar. Für das Beobachtungsjahr 2014 waren auch die Gesamtkosten für in HzV eingeschriebene Patienten trotz um 21,2 % höherer Kosten für hausärztliche Leistungen im Vergleich zu nicht eingeschriebenen Patienten insgesamt um 3,7 % geringer (Beyer et al. 2011; Gerlach/Szecsényi 2016). Die leitliniengerechte Pharmakotherapie bei Herzinsuffizienz erfolgte in der HzV-Gruppe signifikant öfter (Roehl et al. 2013). Die positiven Effekte der koordinierenden Funktion der Hausärzte im Rahmen der HzV wurden in einer Evaluation zwischen 2011 und 2012 bestätigt. Während die Anzahl der Hausarztbesuche in der HzV-Versichertengruppe um 16,6 % höher lag, war die Anzahl der Facharztbesuche mit und ohne Überweisung um 39,3 % bzw. 20,5 % geringer. Auch aufgrund der überdurchschnittlichen Einschreibequoten von älteren, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten schlussfolgerten die Autoren, dass insbesondere geriatrische Patienten von der Einschreibung in die HzV profitieren konnten (Laux et al. 2015). Zudem zeigte eine ergänzende Befragung von an der HzV beteiligten Hausärzten, dass deren Arbeitszufriedenheit im Vergleich zu der von Ärzten in der Regelversorgung höher war (Gerlach/Szecsényi 2013).

**697.** Im Hinblick auf die Gesamtkosten der Patientenversorgung konnte eine neuere, retrospektive Fall-Kontroll-Studie innerhalb einer 18-monatigen Interventionsdauer, die anhand von Abrechnungsdaten der AOK Plus in Thüringen den Effekt der HzV bei 40 298 Teilnehmern untersucht hat, (noch) keine signifikanten Einsparungen nachweisen (Freytag et al. 2016). Signifikante Einsparungen im Vergleich zu nicht in die HzV eingeschriebenen Versicherten der mittels *Propensity Score Matching* gebildeten Kontrollgruppe waren zwar durch Reduktion der Konsultationen verschiedener Hausärzte (-41,4 %), der Facharztbesuche ohne Überweisung (-5,8 %) und einer Reduktion der Arzneimittelkosten (-3,9 %) zu verzeichnen. Zugleich wurden diese Einsparungen durch signifikant höhere Kosten von im Durchschnitt 3,7 zusätzlichen Hausarztkontakten (+47,4 %), mehr Hausbesuchen (+5,0 %), zusätzlichen Facharztkontakten mit Überweisung (+4,1 %) sowie einem Anstieg der Krankenhausfälle (+4,3 %) nivelliert. Auch in dieser Studie waren die in HzV-Programmen eingeschriebenen Versicherten deutlich älter als die Nichtteilnehmer (64,8 versus 56,9 Jahre). Die im 18-monatigen Beobachtungszeitraum um 17,7 % gestiegene Einschreibung der HzV-Teilnehmer in DMPs ist ein Hinweis auf eine intensivere Betreuung von chronisch erkrankten, multimorbiden Patienten. Dieser zusätzliche Betreuungsaufwand könnte daher auch eine Erklärung für die ausbleibende Reduktion der Gesamtkosten sein (Freytag et al. 2016).

**698.** Auch in einer Telefonbefragung der KBV konnte gezeigt werden, dass vor allem ältere Versicherte, Versicherte aus Kleinstädten sowie Versicherte mit einem niedrigen Bildungsstand in ein HzV-Programm eingeschrieben sind (Schnitzer et al. 2011). Spiegelbildlich fällt bei Betrachtung von nicht in die HzV eingeschriebenen Versicherten auf, dass gerade Versicherte in Großstädten, Personen mit höherem Bildungsgrad und Frauen<sup>195</sup> besonders häufig selbstständig den Facharzt aufsuchen. Somit führte gemäß der Ergebnisse dieser

<sup>194</sup> Me-too-Verordnungen (engl. me too = ich auch) bezeichnen Verordnungen von Arzneimitteln, die einen geringfügig veränderten chemisch verwandten Wirkstoff zu einem bereits zugelassenen Wirkstoff beinhalten und i. d. R. deutlich teurer sind (sogenannte Scheininnovationen).

<sup>195</sup> Frauen gehen auch häufiger zum Facharzt, wenn die Inanspruchnahme von Früherkennungsleistungen statistisch kontrolliert wird.

Telefonbefragung die Einschreibung in die HzV zu einer Angleichung der Inanspruchnahme von Fachärzten zwischen verschiedenen soziodemografischen Gruppen (Schnitzer et al. 2011). Auch im internationalen Vergleich konnte gezeigt werden, dass obligatorische Überweisungen zu Fachärzten durch den Hausarzt zu einer Angleichung des Inanspruchnahmeverhaltens zwischen Patienten hohen und niedrigen Bildungsstands führen (Reibling/Wendt 2010).

**699.** Da zum Zeitpunkt der Datenerhebung der hier vorgestellten Studien zum Teil noch die „Praxisgebühr“<sup>196</sup> von den Versicherten gezahlt werden musste, sollten die Ergebnisse mit Vorsicht interpretiert werden. So nutzten einige Patienten einen Termin am Anfang eines Quartals beim Hausarzt, um gebührenbefreite Überweisungen zu verschiedenen Fachärzten zu erhalten. Durch den Wegfall dieser Zuzahlung (Streichung des § 28 Abs. 4 SGB V) könnten sich die Unterschiede in den Konsultationsfrequenzen anderer Haus- und Fachärzte der eingeschriebenen Versicherten im Vergleich zu nicht eingeschriebenen Versicherten noch weiter erhöht haben. Um den Zusammenhang zwischen HzV-Einschreibung und patientenrelevanten Endpunkten zu beurteilen, sind daher weitere Langzeiterhebungen notwendig.

### 12.2.3 Einsatz im internationalen Vergleich

**700.** Die *Organisation for Economic Co-Operation and Development* (OECD) beobachtet einen vermehrten Einsatz von Gatekeeping-Maßnahmen in den europäischen Staaten. Aufgrund der Zunahme multimorbider Patienten mit zunehmend komplexen Behandlungspfaden wird empfohlen, die Struktur der Primärversorgung so zu reformieren, dass auch die Koordinationsarbeit systematisch organisiert<sup>197</sup> und vergütet wird (OECD 2016a). In einer internationalen Hausarztbefragung in zehn Ländern berichteten 20 % der deutschen Hausärzte, dass sie bei Vorstellung eines Patienten in der Notaufnahme immer informiert werden (vgl. 68 % in den Niederlanden). Auch gaben 27 % der deutschen Hausärzte an, dass sie bei Entlassung des Patienten aus einem Krankenhaus immer benachrichtigt werden (vgl. 69 % in den Niederlanden). Lediglich 16 % aller befragten Hausärzte konnten beiden Aussagen zustimmen im Vergleich zu 59 % in den Niederlanden (Osborn et al. 2015; The Commonwealth Fund 2015).<sup>198</sup> Aus diesen Parametern ergibt sich bei einem länderübergreifenden Vergleich, dass Deutschland im Hinblick auf eine koordinierte, hausärztliche Patientenversorgung lediglich auf dem achten Platz rangiert.

**701.** Im Jahr 2009 wurde das Thema Gatekeeping vom Rat im Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ anhand einer systematischen Übersichtsarbeit auf der Grundlage der internationalen Literatur analysiert (SVR 2009). Von insgesamt 24 eingeschlossenen Studien zeigten zusammenfassend

---

<sup>196</sup> Die Praxisgebühr beschreibt eine Zuzahlung in Höhe von 10 Euro, die die Versicherten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers leisten, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt ist.

<sup>197</sup> Der vermehrte Einsatz von Fallmanagern, die den Patienten in seinen Behandlungspfaden unterstützen, kann beispielsweise die Organisation verbessern.

<sup>198</sup> Allerdings muss die Aussagekraft doch hinterfragt werden, da auch in Deutschland in der Regel alle einweisenden Ärzte und der vom Patienten benannte Hausarzt einen Entlassungsbrief nach einem Krankenhausaufenthalt erhalten. Auch bei ambulanter Behandlung in einer Notaufnahme wird ein Bericht verfasst.



13 einen positiven, neun keinen und zwei einen negativen Effekt von Gatekeeping. Einschränkend musste dabei festgestellt werden, dass der Effekt des Gatekeepings aufgrund der Einbettung in komplexe Versorgungsprogramme meist nicht eindeutig auf den deutschen Versorgungskontext übertragen werden kann. Deutliche Hinweise zeigten sich hingegen zu einem positiv steuernden Effekt der Überweisungspraxis von Haus- zu Fachärzten. Daher kam der Rat damals bereits zu dem Schluss, dass Gatekeeping vor allem im Rahmen eines koordinierten Versorgungsprogramms erfolgen sollte. Da Gatekeeping als komplexe Intervention aus verschiedenen Maßnahmen gesehen werden kann, sind pauschale internationale Vergleiche ohne Berücksichtigung des Gesundheitssystemkontextes nicht ohne Weiteres aussagekräftig (Velasco Garrido et al. 2011; Zentner et al. 2010).

**702.** Tabelle 12-2 zeigt eine Übersicht zu Gatekeeping-Systemen in verschiedenen Ländern. Tendenziell ist Gatekeeping eher in steuer- als in beitragsfinanzierten Gesundheitssystemen implementiert. Im Hinblick auf die wachsende Bedeutung von Patientenautonomie und partizipativer Entscheidungsfindung sind Gatekeeping-Ansätze, die Patienten den Zugang zu Fachärzten unnötig einschränken (z. B. für eine Zweitmeinung), ggf. mit einer geringeren Patientenzufriedenheit assoziiert (Bjornsson et al. 2013; Greenfield et al. 2012). Auch ist eine ungenügende Steuerung durch Gatekeeper denkbar. So sollen beispielsweise einige niederländische Hausärzte in ihrer Rolle als Gatekeeper den Wünschen der Patienten in einer Weise nachkommen, die zu einer bereits bestehenden Überversorgung beiträgt (Wammes et al. 2014). Ein Grund dafür könnte die pauschalierte Vergütung in der dortigen hausärztlichen Versorgung sein. Daher sollte berücksichtigt werden, dass eine weitere Stärkung der primärärztlichen Versorgung bei ungenügender bzw. nicht bedarfsgerechter Steuerung zu einer Überversorgung führen kann. Ein statistischer Vergleich von Ländern mit und ohne Gatekeeping konnte keine signifikanten Unterschiede in den nationalen Gesundheitsausgaben nachweisen (Greenfield et al. 2016).

Land	Müssen sich Patienten auf einen bestimmten Hausarzt festlegen?	Hausärztliche Überweisung zu Facharzt erforderlich?	Selbstbeteiligung bei fachärztlichen Konsultationen	Vergütungsregel für hausärztliche Betreuung
<b>Australien</b>	nein	ja (aber Anreize zum Besuch bestimmter Ärzte)	vollständige Deckung in öffentlichen Krankenhäusern, Zuzahlung bei Fachärzten außerhalb	Einzelleistungsvergütung, Capitation*, Pay for performance**
<b>Belgien</b>	nein, aber finanzielle Anreize für Patienten	finanzielle Anreize für Patienten	Zuzahlung von 2,50 € bis 25,50 € je nach Art der Versorgungsleistung/ des Patientenstatus	Einzelleistungsvergütung, Capitation
<b>Dänemark</b>	nein, aber finanzielle Anreize für Patienten	ja	bei festem Hausarzt ohne Zuzahlung	Einzelleistungsvergütung, Capitation

**Tabelle 12-2:** Vergleich von Gatekeeping-Modellen verschiedener Gesundheitssysteme

Land	Müssen sich Patienten auf einen bestimmten Hausarzt festlegen?	Hausärztliche Überweisung zu Facharzt erforderlich?	Selbstbeteiligung bei fachärztlichen Konsultationen	Vergütungsregel für hausärztliche Betreuung
<b>Deutschland</b>	nein, aber finanzielle Anreize für Patienten	nein (bei freiwilliger Einschreibung in HzV eingeschränkt)	ohne Zuzahlung für gesetzlich krankenversicherte Patienten bei ambulanten Vertragsärzten	Einzelleistungsvergütung
<b>Finnland</b>	ja	ja	Zuzahlung von 27,50 € pro Besuch bei einem Facharzt im Krankenhaus bis maximal 90,30 € Zuzahlung bei bestimmten chirurgischen Leistungen	globales Budget
<b>Frankreich</b>	nein, aber finanzielle Anreize für Patienten	ja (aber mit höherer Zuzahlung)	Zuzahlung von 1 € pro Besuch, plus Selbstbeteiligung von 30 % mit primärärztlicher Überweisung, 70 % ohne Überweisung	Einzelleistungsvergütung, Pay for performance
<b>Irland</b>	ja	ja	vollständige Deckung bei Facharztbesuchen in öffentlichen Krankenhäusern	Einzelleistungsvergütung, Capitation
<b>Israel</b>	nein	nein	Zuzahlung von 25 ILS (ca. 6 €) pro Quartal für unbegrenzte Anzahl von Besuchen bei demselben Facharzt	k. A.
<b>Italien</b>	ja	ja	Zuzahlung von bis zu 36 € für Leistungen im Rahmen des nationalen Versorgungsplans, 10 € feste Zuzahlung durch nationale Gesetzgebung	Capitation
<b>Japan</b>	nein	nein	Versicherung mit 30 % Selbstbeteiligung	k. A.
<b>Kanada</b>	nein, aber finanzielle Anreize für Patienten	ja	ohne Zuzahlung (ambulant oder Poliklinik)	k. A.
<b>Neuseeland</b>	nein, aber finanzielle Anreize für Patienten	ja	ohne Zuzahlung	k. A.

Fortsetzung von Tabelle 12-2: Vergleich von Gatekeeping-Modellen verschiedener Gesundheitssysteme

Land	Müssen sich Patienten auf einen bestimmten Hausarzt festlegen?	Hausärztliche Überweisung zu Facharzt erforderlich?	Selbstbeteiligung bei fachärztlichen Konsultationen	Vergütungsregel für hausärztliche Betreuung
Niederlande	nein	ja	ohne Zuzahlung, sobald der maximale Eigenanteil von 350 € erreicht ist	Einzelleistungsvergütung, Capitation, Pay for performance
Norwegen	ja	ja	Selbstbeteiligung von 307 Kr (ca. 33 €) bis zu einer jährlichen Obergrenze	Einzelleistungsvergütung, Capitation
Österreich	nein	nein	meistens ohne weitere Zuzahlung bei Vertragsärzten (10 € jährliche Zahlung)	Einzelleistungsvergütung
Polen	nein	ja	ohne Zuzahlung	Einzelleistungsvergütung, Capitation
Portugal	ja	ja	Zuzahlung von 7,50 € pro Besuch (aber mehr als 60 % der Bevölkerung von Zuzahlung befreit)	Capitation, Pay for performance, globales Budget
Schweiz	nein, aber finanzielle Anreize für Patienten	ja (bei Teilnahme an HMO eingeschränkt)	10 % Selbstbeteiligung mit jährlicher Obergrenze	Einzelleistungsvergütung, Capitation
Slowenien	ja	ja	15 % Selbstbeteiligung	Einzelleistungsvergütung, Capitation
Spanien	ja	ja	ohne Zuzahlung	Capitation, Pay for performance, globales Budget
Tschechien	nein	nein	Selbstbeteiligung 1,20 € pro Besuch	Einzelleistungsvergütung, Capitation, Pay for performance
Vereinigtes Königreich	nein	ja	ohne Zuzahlung	Einzelleistungsvergütung, Capitation, Pay for performance
Vereinigte Staaten	nein	nein, Überweisung erforderlich (bei HMOs etc.)	variiert in verschiedenen Tarifen	k. A.

**Fortsetzung von Tabelle 12-2: Vergleich von Gatekeeping-Modellen verschiedener Gesundheitssysteme**

\* Capitation beschreibt ein prospektives Vergütungssystem, bei dem die Krankenkassen durch eine ex ante entrichtete Pauschale das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer übertragen (SVR 2009).

\*\* Pay for performance beschreibt die (einzel-)leistungsbezogene Vergütung auf der Grundlage von Qualitätsindikatoren, die aus krankheitsspezifischen Leitlinien abgeleitet wurden (SVR 2009).

HMO = Health Maintenance Organization, k. A. = keine Angabe.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Greenfield et al. (2012); OECD (2016b).

**703.** Ein mit der deutschen HzV vergleichbares System ist das belgische *Medical-Home*(MH)-Modell, das auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität bei gleichbleibenden Kosten zielt. Das Konzept bietet Patienten eine umfassende primärärztliche Versorgung in einem interdisziplinären Team und einer langfristigen Arzt-Patienten-Beziehung sowie die Erfassung aller medizinischen Patientendaten in einem *Global Medical File*. Eine Evaluation des MH-Modells ergab, dass Patienten öfter leitliniengerecht sowie weniger und gezielter mit Antibiotika behandelt wurden und Patienten mit Diabetes besser versorgt wurden (Moureaux et al. 2015). Während die Kosten insgesamt konstant blieben, konnte eine Verschiebung der Kostenanteile von Fachärzten, Arzneimitteln und Labortests zu der primärärztlichen Versorgung für MH-Patienten beobachtet werden. Ein Unterschied zu den Ergebnissen der deutschen HzV-Evaluationen ist dabei, dass vor allem jüngere Patienten die Behandlung in einem MH in Anspruch genommen haben (Perelman et al. 2013). Ein Grund könnte sein, dass das MH als Koordinations-einrichtung auch bei sozialen Problemen ausgelegt ist. Im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells sind der soziale Hintergrund des Patienten, seine Lebenssituation sowie die Kontextfaktoren wesentliche Elemente, um ein Gesundheitsproblem effektiv zu behandeln (Seger/Ellies 2017). Eine englische Studie zeigte bereits, dass nicht nur die regelmäßige Betreuung durch den Hausarzt, sondern darüber hinaus auch die langjährige und vertrauensvolle Beziehung zwischen Arzt und Patient für eine Reduktion der ambulant-sensitiven Krankenhaus-einweisungen entscheidend ist (Barker et al. 2017).

**704.** In England ist Gatekeeping seit über 100 Jahren Bestandteil der Gesundheitsversorgung durch den *National Health Service* (NHS; (Loudon 2008). Dennoch ist auch hier die Debatte über die Vor- und Nachteile des Gatekeepings aktuell (Greenfield et al. 2016). Diskutiert wird in diesem Kontext beispielsweise eine Beobachtungsstudie von 19 europäischen Gesundheitssystemen, bei der Gatekeeping mit einer geringeren Ein-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit bei Krebserkrankungen assoziiert wurde (Vedsted/Olesen 2011). Eine für England mögliche Ursache könnte eine verspätete Diagnosestellung sein (Hawkes 2014; Vedsted/Olesen 2011).

**705.** Gatekeeping wurde bereits in verschiedenen Varianten implementiert, in denen der Hausarzt durch finanzielle Anreize oder ein festes Budget zur Reduktion der Überweisungen an Fachärzte motiviert wird (Allard et al. 2011; Dusheiko et al. 2007). Zugleich erhöhen solche Anreize die Gefahr, dass der Patient nicht im Sinne der besten medizinischen Versorgung optimal versorgt wird (Lauridsen 2009). Auf Deutschland ist dieses Argument allerdings nicht ohne Weiteres übertragbar; hier führte die Teilnahme an einem Hausarztmodell zum Abbau von Zugangsbarrieren bzw. von Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung (Schnitzer et al. 2011). Bei freier Arztwahl in Deutschland ist ein höherer sozioökonomischer Status mit häufigeren Facharztbesuchen assoziiert (Reibling/Wendt 2012; Schnitzer et al. 2011). Dieser Zusammenhang weist darauf hin, dass die Auswirkungen von Gatekeeping-Maßnahmen in verschiedenen Gesundheitssystemen unterschiedlich sein können.

**706.** In Frankreich wurde bereits im Jahr 2005 ein freiwilliges Gatekeeping-System implementiert, das finanzielle Anreize für Versicherte bietet, wenn sie vor dem Aufsuchen eines Spezialisten immer zuerst ihren bevorzugten Arzt (Haus- oder Facharzt) konsultieren (Dourgnon/Naiditch 2010). Insgesamt wurde das Angebot von den meisten Versicherten in Anspruch genommen, die zum größten Teil ihren bisherigen Hausarzt zu ihrem bevorzugten Arzt machten. Die gewünschten Einsparungen konnten dabei nicht erreicht werden, da der restriktivere Zugang zu Fachärzten durch höhere fachärztliche Entgelte kompensiert wurde (Dourgnon/Naiditch 2010; Isabelle Durand-Zaleski 2008).

**707.** In der Schweiz können sich Patienten in freiwillige Gatekeeping-Programme einschreiben. Ein Anreiz für Patienten ist die mit der freiwilligen Teilnahme verbundene Reduktion der Prämienzahlungen (Tandjung et al. 2015). Es konnte nachgewiesen werden, dass die freiwillige HzV gerade für chronisch kranke Patienten Vorteile bringt. Beispielsweise führte die Einschreibung in ein Managed-Care-Programm bei Patienten mit kardiovaskulären Erkrankungen, chronischen Atemwegserkrankungen und Diabetes zu einer signifikanten relativen Risikoreduktion um 13 % für Hospitalisierungen und zu signifikanten relativen Kosteneinsparungen (Huber et al. 2016). Allerdings sind die Ergebnisse aufgrund unterschiedlicher Vertrags- und Versorgungsbedingungen zwischen Versicherten und Ärztenetzwerken nur eingeschränkt übertragbar. Aufgrund des qualitätssteigernden und kosteneinsparenden Potenzials des Gatekeepings wurde im Jahr 2012 in einer Volksabstimmung darüber entschieden, ob Managed Care verpflichtend eingeführt werden soll. Das Schweizer Bundesamt für Gesundheit konstatierte im Vorfeld, dass „Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen verbessert werden sollten, insbesondere durch eine bessere Zusammenarbeit und Koordination zwischen allen Leistungserbringern“ (BAG, vor der Abstimmung vom 17. Juni 2012). In der Volksabstimmung zu der Frage stimmten 76 % der Schweizer gegen die Vorlage, da vor allem die Einschränkung der freien Arztwahl in der Bevölkerung sehr negativ wahrgenommen wurde, während potenzielle gesundheitliche Vorteile wenig Beachtung in der öffentlichen Diskussion fanden.

**708.** Die Frage, welche Effekte bei der Abschaffung von bereits implementierten Gatekeeping-Maßnahmen auftreten, wurde ebenfalls untersucht. Eine amerikanische Studie, die die Auswirkungen auf den *Harvard Community Health Plan* bei Abschaffung des Gatekeepings untersuchte, zeigte, dass es nach der Abschaffung zu weniger Hausarztbesuchen und einer gleichbleibenden Zahl von Facharztbesuchen kam (Ferris et al. 2001; Ferris et al. 2002).

**709.** Insbesondere Patientengruppen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems konnten in einer schwedischen Studie von der Selbstüberweisung zum Physiotherapeuten ohne Überprüfung durch den Hausarzt durch eine Reduktion der Wartezeiten und Kosten sowie die Verbesserung der Patientenzufriedenheit und des Schmerzempfindens profitieren (Middleton 2016; Nordeman et al. 2006).

## 12.3 Steuerungsinstrument Selbstbeteiligung

### 12.3.1 Definition

**710.** Unter Selbstbeteiligung im weiteren Sinne versteht man den Anteil der Behandlungskosten, der von den Versicherten/Patienten selbst getragen wird. Neben Kostenbeteiligungen an medizinischen Leistungen zählen hierzu auch Ausgaben für frei verkäufliche Medikamente, Hilfsmittel sowie andere Direktzahlungen privater Haushalte.

Selbstbeteiligung im engeren Sinne bezieht sich auf im Rahmen der GKV erbrachte Leistungen und beinhaltet im Grundsatz drei verschiedene Erhebungsformen: Beitrags- bzw. Prämienanpassungen, Zuzahlungen sowie Selbstbehalte. So können bei Zuzahlungen prozentuale Beteiligungen an den Behandlungskosten oder absolute Beteiligungen in Form von Gebühren wie einer Arztkontaktgebühr oder als Festbetrag erhoben werden. Bei Selbstbehalten (auch: *Franchise*) werden die Kosten medizinischer Leistungen bis zu einem vereinbarten Betrag von den

Patienten in Gänze selbst getragen. Dieser Höchstbetrag kann sich sowohl auf die einzelne Behandlung als auch auf einen Zeitraum, in der Regel ein Jahr, beziehen. Die erste Option wird auch *Abzugsfranchise* und die zweite *Integralfranchise* genannt. Bei der Zuzahlung in Form von Festbeträgen ist die Regelung entgegengesetzt zum Franchise, da in diesem Fall der Versicherer die Behandlungskosten bis zu einer bestimmten Höhe übernimmt. Übersteigen die anfallenden Kosten diesen Betrag, müssen alle weiteren Leistungen von den Versicherten selbst getragen werden. Bei dieser Form besteht damit als einzige der genannten Varianten die Möglichkeit, dass Patienten bei kostengünstiger Inanspruchnahme eine Selbstbeteiligung gänzlich vermeiden können. Eine weitere Art, die Selbstbeteiligung mit der Inanspruchnahme insgesamt zu verknüpfen, stellen Beitrags- bzw. Prämienanpassungen dar. So können bei geringer Nutzung von Gesundheitsleistungen Rückerstattungen ausgeschüttet werden oder zukünftige Beiträge anhand verschiedener Risiko- oder Schadensklassen gestaffelt werden. Im weiteren Sinne stellen auch Leistungsbeschränkungen wie die individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), deren Nutzen in der Regel nicht belegt sind, eine Form der 100-prozentigen Selbstbeteiligung dar. Leistungsbeschränkungen werden dabei, in Abgrenzung zu den anderen drei Formen, pauschal nicht mehr von den Krankenkassen erstattet. Demnach besteht hierbei kein direkter Zusammenhang zwischen den tatsächlich beanspruchten Gesundheitsleistungen innerhalb des Leistungskataloges und der Höhe der jeweiligen Selbstbeteiligung.

**711.** Selbstbeteiligungsregelungen können sehr unterschiedlich ausgestaltet sein. Differenzierungen in deren Höhe sind dabei sowohl nach Leistung wie auch nach unterschiedlichen Patientenmerkmalen (insbesondere nach Einkommenshöhe oder Chronikerstatus) möglich. So kann die Inanspruchnahme bestimmter Leistungen (beispielsweise präventiver Maßnahmen) durch geringere Kostenbeteiligungen eher gefördert werden, während es bei anderen das Ziel ist, durch entsprechend höhere Eigenbeteiligungen eine geringere Inanspruchnahme zu erzielen. Im Weltgesundheitsbericht aus dem Jahr 2013 werden wesentliche Kriterien einer verantwortungsbewussten und nachhaltigen Gesundheits-/Sozialpolitik ausgewiesen: der kostenlose Zugang zur Primärversorgung, Regelungen zu Selbstbeteiligungsbefreiungen für bestimmte Gruppen und Reduktion oder Befreiung der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen von den Kosten stationärer Leistungen sowie selbstbeteiligungsfreier Zugang zur Behandlung epidemiologisch relevanter Krankheiten (WHO 2013). Die konkrete Ausgestaltung von Selbstbeteiligungsregelungen und -formen ist immer auch in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheits- und Sozialsystem sowie dessen historischer Entwicklung zu betrachten. Ein Überblick über die verschiedenen Optionen ist in Abbildung 12-2 gegeben.



Abbildung 12-2: Formen der Selbstbeteiligung im Überblick

IGeL = Individuelle Gesundheitsleistungen.

Quelle: Eigene Darstellung.

**712.** Bei der Wirkung von Selbstbeteiligungen ist zwischen Finanzierungs- und Steuerungseffekten zu unterscheiden:

#### 1. Finanzierungseffekte

Selbstbeteiligungen führen dazu, dass sich der Anteil der Solidarkomponente verringert und damit die solidarische Finanzierung des Gesundheitssystems fiskalisch stabilisiert werden kann<sup>199</sup>.

#### 2. Steuerungseffekte

Kostenbeteiligungen können zu einer Dämpfung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen seitens der Nutzer führen und gleichzeitig als Korrektiv einer angebotsinduzierten Nachfrage sowie einer (unzweckmäßigen) Leistungsausweitung seitens der Anbieter entgegenwirken.

**713.** Die Diskrepanz zwischen objektivem und subjektivem Bedarf wurde bereits als eine Ursache für eine Unter-, Über- und Fehlversorgung identifiziert (SVR 2014). Ein als *Moral Hazard* bezeichnetes Verhalten kann Auswirkungen sowohl auf die Entstehung von Krankheiten (ex ante), im Sinne risikoreichen Handelns, als auch auf den Umgang mit und die über den objektiven Bedarf hinausgehende Beanspruchung von medizinischen Leistungen im Krankheitsfall (ex post) haben. Steuerungseffekte sind hier insbesondere in den Fällen relevant, bei denen dem Nutzer ein (versicherungsbekundeter) Mehrkonsum unterstellt wird, der über den objektiven Bedarf hinausgeht. Inwiefern *Moral-Hazard*-Verhalten in der Gesundheitsversorgung tatsächlich in der Realität vorhanden ist, wird in der Literatur seit geraumer Zeit kontrovers diskutiert.

<sup>199</sup> In steuerfinanzierten Gesundheitssystemen bedeutet dies eine Absenkung des Steuersatzes. In sozialversicherungsfinanzierten Gesundheitssystemen können entsprechend die Beitragssätze abgesenkt werden, demnach indirekt auch die Lohnnebenkosten.

Dennoch weisen einige experimentelle Studien darauf hin, dass Kostenbeteiligungen durchaus eine Option darstellen, den Steuerungsproblemen im Gesundheitswesen konstruktiv zu begegnen (Aron-Dine et al. 2013; Hajek et al. 2017; Heuer 2016; Hoh/Honekamp 2010). Voraussetzung für eine entsprechende Selbststeuerung der Patienten durch Kostenbeteiligung ist allerdings eine ausreichende Transparenz und Information der Betroffenen über Behandlungsalternativen sowie deren Wirksamkeit und Kosten.

### 12.3.2 Einsatz in Deutschland

**714.** Selbstbeteiligungen sind seit längerer Zeit fester Bestandteil auch des deutschen Gesundheitssystems. Im Rahmen des im Jahr 2004 eingeführten GKV-GMG erhielt das Selbstbeteiligungssystem<sup>200</sup> neue Regelungen (u. a. § 28 Abs. 4 SGB V a. F., §§ 31, 61 ff. SGB V). Dort wurde festgelegt, dass alle gesetzlich Versicherten über 18 Jahre bei Arzt- und Zahnarztbesuchen, Arzneimitteln, häuslicher Krankenpflege, Verbands-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Krankenhausbehandlung sowie ambulanter und stationärer Rehabilitation eine Zuzahlung von 10 %, jedoch nicht mehr als 10 Euro und mindestens 5 Euro tragen (siehe Tabelle 12-3). Bei Beträgen unter 5 Euro sind die Kosten in ganzer Höhe vom Versicherten zu tragen. Die aktuellen Zuzahlungen sind im Vergleich mit anderen Ländern moderat (Busse et al. 2015).

**715.** Daneben wird in § 53 SGB V den Krankenkassen die Möglichkeit eingeräumt, ihren Versicherten vergünstigte Wahltarife anzubieten. Eine Möglichkeit sind hierbei Wahltarife nach § 53 Abs. 1 SGB V, bei denen der Versicherte einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten gegen eine Prämienzahlung übernimmt (Selbstbehalt). Weiterhin kann der Versicherte eine Prämie erhalten, wenn er im Rahmen eines Wahltarifs nach § 53 Abs. 2 SGB V Leistungen zulasten der Krankenkasse nicht in Anspruch genommen hat (Beitragsrückerstattung). Während der Versicherte bei Wahlтарifen nach § 53 Abs. 1 SGB V also ein finanzielles Risiko eingeht, entstehen dem Versicherten bei Wahlтарifen nach § 53 Abs. 2 SGB V im Falle eines Leistungsanspruches keine zusätzlichen Kosten. Beide Tarife können auch miteinander kombiniert werden. Die maximal auszahlbare Prämie darf aber 900 Euro nicht überschreiten.

**716.** Allerdings nimmt nur eine geringe Anzahl an Versicherten die Wahltarife in Anspruch. Von 2009 bis 2016 stieg die Anzahl der Versicherten in Selbstbehalt-Wahlтарifen nach § 53 Abs. 1 SGB V auf einem niedrigen Niveau von 278 000 auf ca. 420 000. Beitragsrückerstattungs-Wahlтарife nach § 53 Abs. 2 SGB V wurden ebenfalls wenig in Anspruch genommen. Hier stieg die Anzahl der eingeschriebenen Versicherten von 170 000 im Jahr 2009 auf ca. 205 000 im Jahr 2016 (BMG 2017c). Auch gemäß der repräsentativen KBV-Versichertenbefragung aus dem Jahr 2015 würden lediglich 22 % der Versicherten im Rahmen eines Wahlтарifs einen Teil der Behandlungskosten selbst zahlen wollen. Insbesondere jüngere und höher gebildete Versicherte zeigten eine größere Bereitschaft (bis zu 35 %). Zugleich würden 68 % der Befragten einen Wahlтарif mit einem verpflichteten Hausarztmodell akzeptieren (KBV 2015; siehe auch Abschnitt 12.2 zum Thema Gatekeeping).

---

<sup>200</sup> Der Gesetzgeber hat dabei verschiedene Arten der Selbstbeteiligung unter „Zuzahlungen“ subsummiert.



	Zuzahlung*	Grenzen/Ausnahmen
<b>Arznei- und Verbandmittel</b>	10 %	mind. 5 € und max. 10 €
<b>Fahrkosten</b>	10 % pro Fahrt	mind. 5 € und max. 10 €
<b>Häusliche Krankenpflege</b>	10 % zzgl. 10 € pro Verordnung	max. 28 Tage pro Jahr
<b>Haushaltshilfe</b>	10 % pro Kalendertag	mind. 5 € und max. 10 €
<b>Heilmittel</b>	10 % zzgl. 10,- € pro Verordnung	
<b>Hilfsmittel</b>	10 % pro Hilfsmittel	mind. 5 € und max. 10 € **
<b>Krankenhausbehandlung</b>	10 € pro Tag	max. 28 Tage pro Jahr
<b>Stationäre Vorsorge</b>	10 € pro Tag	
<b>Medizinische Rehabilitation</b>	10 € pro Tag	max. 28 Tage pro Jahr bei Anschlussbehandlung
<b>Medizinische Vorsorge und Rehabilitation (Mütter/Väter)</b>	10 € pro Tag	
<b>Soziotherapie</b>	10 % pro Tag	mind. 5 € und max. 10 €
<b>Zahnersatz</b>	35 bis 50 %	abhängig von der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

**Tabelle 12-3:** Übersicht über die aktuellen Zuzahlungen in der GKV

\* Kinder und Jugendliche sind generell von den Zuzahlungen befreit (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres); Ausnahme: Zahnersatz und Fahrkosten.

\*\* Ausnahme: Hilfsmittel des täglichen Verbrauchs, 10 % je Verordnung, max. 10,- Euro pro Monat.

Quelle: Eigene Darstellung.

**717.** Insgesamt haben die gesetzlich Versicherten im Jahr 2016 7,1 Milliarden Euro in Form von Zuzahlungen geleistet, dies entspricht etwa 3,2 % der Ausgaben der GKV. Mit fast 50 % setzen sich diese Kostenbeteiligungen zum Großteil aus der Beteiligung am Zahnersatz zusammen. Weitere größere Posten waren die Zuzahlungen zu Arznei- und Verbandmitteln sowie Hilfsmitteln aus Apotheken sowie die Beteiligung an der Krankenhausbehandlung und die Zuzahlungen zu sonstigen Heil- und Hilfsmitteln. Im Vergleich zum Jahr 2007 ist die Höhe der Zuzahlungen um etwa 3 % zurückgegangen. Dies ist jedoch hauptsächlich auf den Wegfall der Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V a. F. (Praxisgebühr), die jährlich 2 Milliarden Euro erbrachte, zurückzuführen (siehe Abbildung 12-3). Ohne Betrachtung der Praxisgebühr betrug der mittlere jährliche Anstieg seit dem Jahr 2007 etwa 3 % und war damit geringer als das jährliche allgemeine Ausgabenwachstum von etwa 4 % (Destatis 2018). In Konsequenz nimmt die relative Bedeutung des Steuerungsinstrumentes Selbstbeteiligung in der GKV kontinuierlich ab.

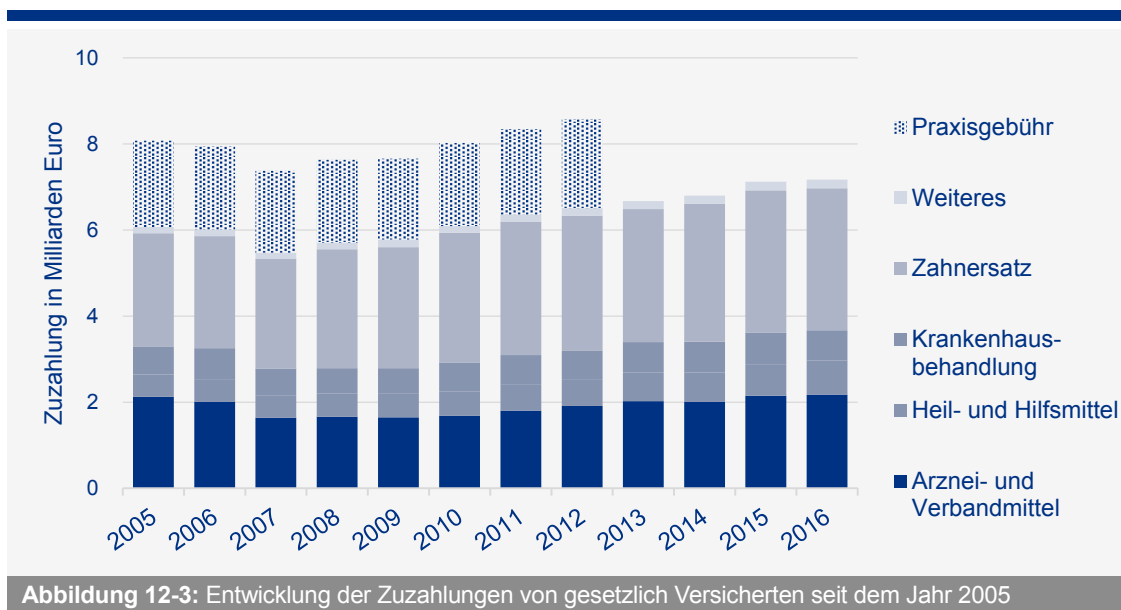


Abbildung 12-3: Entwicklung der Zuzahlungen von gesetzlich Versicherten seit dem Jahr 2005

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017a); Destatis (2018).

**718.** Für Arzneimittel beschränken eine minimale Zuzahlungshöhe von 5 Euro sowie die maximale Höhe von 10 Euro die prozentuale Selbstbeteiligung auf einen Arzneimittelpreisbereich zwischen 50 und 100 Euro. Die Deckelung der Zuzahlung bei höherpreisigen Arzneimitteln begrenzt somit die mögliche Steuerungswirkung. Laut Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) lagen die durchschnittlichen Kosten rezeptpflichtiger, ärztlich verordneter Arzneimittel pro Packungseinheit im Jahr 2014 bei 57,59 Euro, also an der unteren Grenze der bestehenden Regelung. Bei im Durchschnitt neun rezeptpflichtigen Packungen lagen die Pro-Kopf-Ausgaben je Patient, ebenfalls in 2014, bei durchschnittlich 518 Euro (BAH 2015). Hier wird ersichtlich, dass die steuernde Wirkung der Zuzahlungsform nur bedingt zu greifen vermag. Es kommt hinzu, dass laut BAH mehr als 50 % des Gesamtumsatzes auf Arzneimittel entfallen, die in überwiegendem Maße für chronisch Kranke, Multimorbide oder schwerwiegende Erkrankungen angewendet werden (z. B. Antineoplastika, Immunsuppressiva, Antidiabetika oder Antithrombotika), auf die im Wesentlichen die vorhandenen Zuzahlungsbefreiungen abzielen.

**719.** Für Patienten gilt seit dem Jahr 2004 eine sogenannte Überforderungs- oder auch Sozialklausel, die vor einer finanziellen Überforderung der Privathaushalte durch die anteiligen Gesundheitsausgaben schützen soll (Hajen et al. 2017). In § 62 SGB V<sup>201</sup> ist festgehalten, dass die maximale Belastungsgrenze bei 2 %, die für chronisch Kranke bei 1 % des Bruttoeinkommens liegt. Ist diese Belastungsgrenze innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, wird nach Beantragung eine Befreiungsbescheinigung durch die zuständige Krankenkasse für das laufende Jahr ausgestellt (BMG 2018b). In Abbildung 12-4 ist dargestellt, wie sich die absoluten Zahlen der von der Zuzahlung befreiten gesetzlich Versicherten innerhalb der letzten

<sup>201</sup> § 62 SGB V Belastungsgrenze: (1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. [...]

zehn Jahre entwickelt haben. Deutlich wird dabei vor allem, dass der überwiegende Anteil der Versicherten unter die 1 %-Regelung der chronischen Erkrankungen fällt (im Jahr 2016: 6 006 439 Versicherte; unter die 2 %-Grenze: 302 789 Versicherte, vgl. BMG 2017c). Insgesamt machte der Anteil zuzahlungsbefreiter Versicherter im Jahr 2016 in der GKV 8,8 % aus, allerdings mit breiter Spannweite zwischen den einzelnen Krankenkassen.

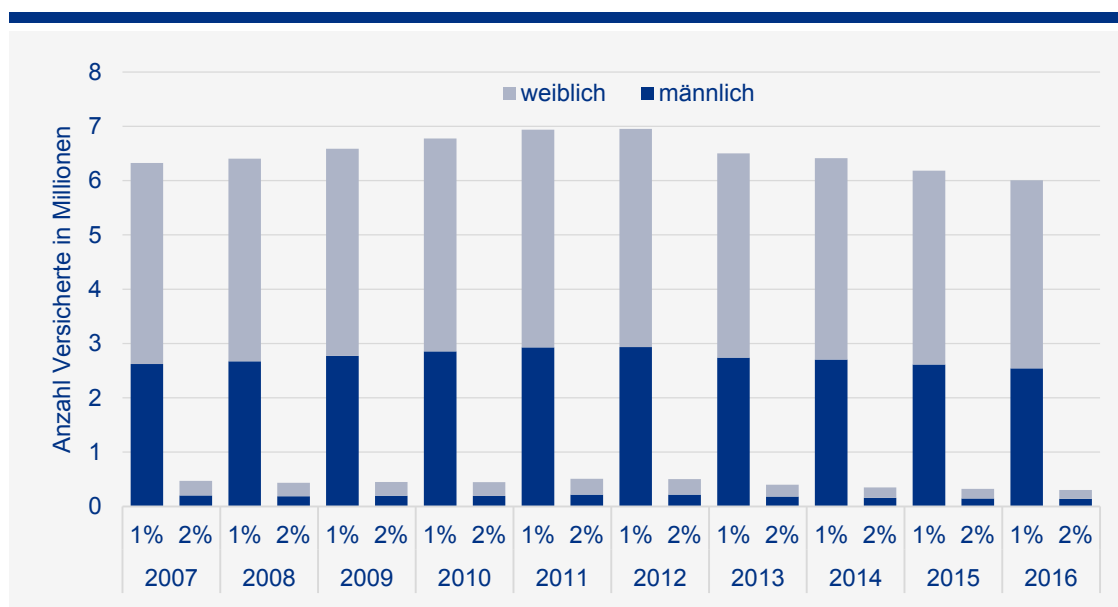


Abbildung 12-4: Anzahl GKV-Versicherte mit Zuzahlungsbefreiung (1 % bzw. 2 %)

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017c).

**720.** Der von 2007 bis 2012 ansteigende Trend von Zuzahlungsbefreiungen ist seit dem Jahr 2013 wieder etwas rückläufig, was zumindest teilweise auf die Abschaffung der Praxisgebühr Ende des Jahres 2012 zurückzuführen sein dürfte. Die Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen wurde in zwei Berliner Kliniken zwischen den Jahren 2001/2002 und 2006/2007 untersucht. Dabei wurde eine anteilige Zunahme der angemessenen Nutzung der Notaufnahme festgestellt, die möglicherweise auf die steuernde Wirkung der Praxisgebühr zurückgeführt werden kann (David et al. 2013). Auch in den Auswertungen im Kapitel 14 zur Notfallversorgung zeigt sich der deutlichste Anstieg in den absoluten Notfallzahlen zwischen den Jahren 2012/13 bei Abschaffung der Praxisgebühr. Eine Untersuchung von Schreyögg und Grabka hat das Inanspruchnahmeverhalten der gesetzlich Versicherten mit dem der Privatversicherten in Deutschland zwischen 2000 und 2006 in der Einführungsphase der Praxisgebühr mit Daten des sozioökonomischen Panels (SOEP) verglichen (Schreyögg/Grabka 2010). Sie kamen zu dem Schluss, dass diese Form der Selbstbeteiligung keinen (nachhaltigen) Einfluss auf das quartalsbezogene Inanspruchnahmeverhalten der GKV-Versicherten hatte. Dementsprechend schlussfolgern sie, dass die Zuzahlungsregelung in diesem Fall einen reinen Finanzierungseffekt hatte, während der ursprünglich beabsichtigte Steuerungseffekt nicht nachgewiesen werden konnte (Schreyögg/Grabka 2010). Kunz und Winkelmann fanden in einer neueren Analyse der SOEP-Daten ebenfalls keinen relevanten Steuerungseffekt (Kunz/Winkelmann 2017), eine Analyse von Büscher et al. basierend auf ambulanten Abrechnungsdaten der AOKs fand hingegen Hinweise, dass die Praxisgebühr die Inanspruchnahme in Teilen beeinflusst haben könnte (Büscher et al. 2014). Insgesamt betrachtet finden sich nur wenige Belege, dass die Praxisgebühr einen wesentlichen steuernden Effekt gehabt haben

könnte. Der schwache Effekt der Praxisgebühr könnte aber auch ihrer Ausgestaltung geschuldet sein. Wirksamer wäre möglicherweise nicht eine Einmalzahlung pro Quartal, sondern z. B. eine Zahlung für jeden einzelnen Besuch beim Facharzt ohne primärärztliche Überweisung gewesen (dggö 2012).

**721.** Selbstbeteiligungen werden durchaus kritisch diskutiert (Jacobs 2015): Geringe Zuzahlungen hätten demnach kaum signifikante Steuerungswirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten, aber einen solidarisch fragwürdigen Finanzierungseffekt. Hohe Selbstbeteiligungen hätten dagegen durchaus einen steuernden Effekt und könnten die GKV-Ausgaben kurzfristig senken, könnten jedoch sowohl bezüglich verteilungs- als auch hinsichtlich gesundheitspolitischer Folgen problematisch sein. Dabei wird das Risiko thematisiert, dass medizinisch notwendige Leistungen aufgeschoben oder unterlassen werden könnten und dass Folgeschäden mit entsprechenden Kostenwirkungen entstehen könnten. Zudem sei es nicht angemessen, die Versicherten aus Gründen der Steuerung an Kosten zu beteiligen, weil ein Großteil der Ausgabenausweitungen durch Faktoren bedingt sei, die nur eingeschränkt durch den Einfluss der Patienten verändert werden können (z. B. hohe Preise bei innovativen Arzneimitteln). Damit zusammenhängend wird betont, dass der überwiegende Teil der Ausgaben durch chronische Erkrankungen entsteht, bei denen eine steuernde Wirkung durch Selbstbeteiligung aufgrund der Überforderungsregelungen nach § 62 SGB V kaum erzielbar sei, während die steuerungsrelevanten „Bagatellerkrankungen“ nur einen sehr geringen Teil der Ausgaben ausmachten.

**722.** Steuernde Wirkungen von Selbstbeteiligungen könnten – sofern dafür keine einkommensbezogene Befreiungsregelung vorgesehen ist – insbesondere bei älteren und einkommensschwachen Versicherten gezeigt werden, während die Effekte in oberen Einkommensklassen weniger deutlich waren. In einer Studie zu Wirkungen von Selbstbeteiligungen im stationären Bereich konnte gezeigt werden, dass die Steuerungswirkungen von Zuzahlungen in diesem Sektor gering sind (Hafsteinsdóttir/Siciliani 2012). Dies wird darauf zurückgeführt, dass eine Steuerung der Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen mittels Selbstbeteiligung wenig geeignet erscheint, weil ein Einfluss der Patientinnen und Patienten auf eine übernotwendige Inanspruchnahme in diesem Bereich nahezu auszuschließen ist. Die Selbstbeteiligungen sollten aber idealerweise proportional zur Elastizität der Nachfrage auf Preisveränderungen gestaltet sein (Breyer 2010). Wenn die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen (völlig) unabhängig vom Preis bleibt, wäre eine Zuzahlung durch die Patienten auf einen reinen Finanzierungseffekt beschränkt. Die in Deutschland von den Versicherten zu zahlende Tagespauschale von jeweils 10 Euro für die ersten zehn Tage im Krankenhaus wird dementsprechend auch eher als Verpflegungseigenbeitrag angesehen, da den Patienten Leistungen zukommen, die im regulären Leben ebenfalls erbracht werden müssten und außerhalb des medizinischen Versorgungsspektrums liegen. Eine steuernde Wirkung ist von dieser Zahlung nicht zu erwarten.

**723.** Anders stellt sich die Situation im Bereich der Notfallversorgung dar, bei der die Patientinnen und Patienten durchaus einen gewissen Einfluss vor allem auf die Versorgungsebene (ambulante Praxis, Bereitschaftsdienst der KVen, Notfallaufnahmen der Krankenhäuser) der Notfallbehandlungen haben, wie in Kapitel 14 näher erläutert wird. Die Reform der Notfallversorgung bietet in besonderer Weise das Potenzial zur Steuerung des Patientenstroms in die der Schwere des Notfalls angemessenen Behandlungsalternative. Eine Selbstbeteiligung in Form einer Kontaktgebühr sollte erwogen werden, wenn die in Kapitel 14 beschriebenen organisatorischen Veränderungen keine ausreichende Entlastung der Behandlung von Notfällen in der falschen Versorgungsebene zeigen.

**12.3.3 Einsatz im internationalen Vergleich**

**724.** Die Zuzahlungsregeln sind international sehr unterschiedlich ausgestaltet, wie beispielhaft aus Tabelle 12-4 deutlich wird.

	Frankreich	Deutschland	Vereinigtes Königreich	Japan
<b>Arzneimittel-sektor</b>	fixe Zuzahlung von 0,50 € pro Verordnung (max. 50 € pro Jahr) plus eine prozentuale Zuzahlung von 35 bis 100 % in Abhängigkeit von der Kategorie*	prozentuale Zuzahlung von 10 % (aber mindestens 5 € und max. 10 €)	fixe Zuzahlung von 8.05 £ (ca. 9 €) für lediglich 6 % aller Verordnungen	prozentuale Zuzahlung von 30 %** plus Mengenberücksichtigung zwischen 0,40 bis 1,20 \$ (ca. 0,30 bis 1,00 €)
<b>Stationärer Sektor</b>	20 % Zusatzversicherungen; 16 bis 20 € Selbstkosten für stationäre Leistungen für max. 31 Tage pro Jahr	10 € pro Kalendertag für max. 28 Tage pro Jahr	keine	prozentuale Zuzahlung von 30 %
<b>Ambulanter ärztlicher Sektor</b>	30 % Zusatzversicherungen; 1 bis 4 € pro Tag bei max. 50 € pro Jahr	keine (Leistungsbegrenzungen)	keine (Leistungsbegrenzungen)	30 % prozentuale Zuzahlungen für alle ambulanten Leistungen***
<b>Anteilige Gesundheitsausgaben der Privathaushalte****</b>	7,0 %	13,0 %	14,8 %	16,4 %

**Tabelle 12-4:** Selbstbeteiligungen im vergleichenden Überblick von vier Ländern

\* Einteilung der Arzneimittel in 4 Kategorien: wichtig; mäßig; gering; unzureichend (Kosten-Nutzen-Analyse).  
 \*\* Kinder < 7 Jahren haben 20 % Zuzahlung, Personen ≥ 70 Jahre mit Einkommen unterhalb des Durchschnitts 10 %.  
 \*\*\* Kinder < 3 Jahren mit 10 % Zuzahlungen, Personen > 74 Jahre zwischen 10 % und 20 % (einkommensabhängig).  
 \*\*\*\* Im Jahr 2014.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Eurostat (2017); WHO (2017).

**725.** Der Zuzahlungsumfang in Deutschland verteilt sich gleichmäßig über die Bereiche ärztliche und zahnärztliche Versorgung, Medikamente sowie Heil- und Hilfsmittel (siehe Kapitel 10 zum internationalen Vergleich der Inanspruchnahme). Auch bei isolierter Betrachtung des Arzneimittelsektors ergeben sich für Deutschland im europäischen Vergleich verhältnismäßig geringe Zuzahlungen sowie eine umfangreiche Erstattungsfähigkeit rezeptpflichtiger Arzneimittel (Busse et al. 2015). Im europäischen Vergleich unterscheiden sich die meisten Zuzahlungsregelungen je nachdem, welche Art von Leistungen und welche Sektoren in Anspruch genommen werden. Lediglich in der Schweiz wird eine leistungsunabhängige Franchise erhoben, die mit einer prozentualen Regelung kombiniert ist. In einer Übersichtsarbeit wurde dem deutschen Gesundheitssystem im internationalen Vergleich bestätigt, dass die Zuzahlungsregelungen als moderat einzustufen sind, was jedoch nicht ausschließt, dass insbesondere im unteren Einkommenssegment dennoch finanzielle Barrieren im Zugang zu medizinischen Leistungen entstehen (Lauerer et al. 2013).

**726.** Innerhalb einer vergleichenden Betrachtung (Hossein/Gerard 2013) von Selbstbeteiligungstrends wurden Selbstbehalte, Zusatzversicherungen und Zuzahlungen in drei großen Sektoren des Gesundheitswesens (Arzneimittel-, ambulanter und stationärer Sektor) zwischen Frankreich, Deutschland, Japan, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten gegenübergestellt. Alle fünf Länder haben verschiedene Maßnahmen zur Berücksichtigung besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen (beispielsweise bei chronischen Erkrankungen, Kindern oder Geringverdienenden). Obgleich in allen Ländern zwischen 2000 und 2010 in mindestens einem der drei betrachteten Sektoren die Kostenbeteiligungen gestiegen sind, ist dennoch der prozentuale Anteil der Zuzahlungen im Verhältnis zu den Gesamtausgaben gesunken (Hossein/Gerard 2013). Die Autoren begründen diese Entwicklung mit der Tatsache, dass im genannten Zeitraum insbesondere die Zuzahlungsregelungen für vulnerable Bevölkerungsgruppen höhere finanzielle Belastungen effektiv begrenzt haben. Zu einem sehr ähnlichen Ergebnis kommen Hajek et al. in einer aktuellen Längsschnittstudie (Hajek et al. 2017).

**727.** Sowohl nationale als auch internationale empirische Studien, die sich mit den Auswirkungen von Selbstbeteiligungen auf die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen befassen, sind zum überwiegenden Teil nicht mehr aktuell und lassen begründete Zweifel an der Übertragbarkeit entstehen. Die vermutlich bekannteste internationale Studie, das *RAND Health Insurance Experiment*, stammt aus den USA und liegt mittlerweile fast 40 Jahre zurück (Brook et al. 1984). Dennoch beruft sich eine Vielzahl aktuellerer Publikationen auf die Ergebnisse. Die Studie hatte als Hauptergebnis, dass das Verhalten der Versicherten durch eine Selbstbeteiligung durchaus beeinflusst werden kann und somit neben dem Finanzierungs- auch der Steuerungseffekt belegt wurde.

**728.** Auch eine vergleichende analytische Studie (Huber 2009) zwischen Versicherten aus Deutschland und der Schweiz kam zu dem Ergebnis, dass Kostenbeteiligungen durchaus in der Lage sind, Anreize zum sorgsameren Umgang mit Gesundheitsleistungen sowie zur Kostenreduktion zu setzen. Ebenso wie bei dem RAND-Experiment war allerdings keine Differenzierung zwischen notwendiger und überversorgender Inanspruchnahme möglich (Aron-Dine et al. 2013). Diese Limitation verweist auf die Schwierigkeit, den subjektiven Bedarf eindeutig vom objektiven Bedarf zu trennen. Diese Differenzierung wird vor dem Hintergrund allgemein steigender Präferenzen für Gesundheit und einem infolgedessen wachsenden dritten Markt zunehmend schwieriger. Ein medizinischer Bedarf, der ex post einer Über- oder Fehlversorgung zugeordnet werden kann, lässt keine Aussage darüber zu, ob dieser Bedarf auch ex ante bereits als solcher vom Patienten zu erkennen war. Somit ist für eine wirksame Selbstbeteiligung die Gesundheitskompetenz des Patienten durch Patienteninformation, um die Angemessenheit der Inanspruchnahme abzuschätzen, essenziell. Insofern konnte anhand der vorliegenden Daten nicht bewertet werden, ob die Kostenbeteiligung jeweils eine eindeutig positiv oder negativ zu bewertende Reduktion der Inanspruchnahmen bewirkt hat. Ob ein erhöhtes Risiko des Unterlassens oder Hinauszögerns notwendiger gesundheitlicher Maßnahmen aufgrund von Selbstbeteiligungen vorliegt, konnte somit ebenfalls nicht eindeutig belegt werden.

## 12.4 Steuerungsinstrument Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen

### 12.4.1 Definition

#### *Information in der Gesundheitsversorgung*

**729.** Für eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ist der Zugang zu Wissen eine unabdingbare Voraussetzung (SVR 2014). Die Bereitstellung von vertrauenswürdigen Wissensressourcen für Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten hat einen zunehmenden Stellenwert erlangt. Die demografische und epidemiologische Transition führt zu einem zunehmend höheren Anteil der älteren Bevölkerung und einer steigenden Bedeutung chronischer Erkrankungen. Chronische Erkrankungen eröffnen in der Regel Entscheidungskorridore, und Entscheidungen über Diagnostik, Therapie und präventive Maßnahmen können ohne Zeitdruck und unter Berücksichtigung individueller Präferenzen und Einstellungen getroffen werden. Die Erweiterung der Behandlungsoptionen und -angebote und die Ausweitung von Behandlungsindikationen bedingen jedoch einen höheren Informationsbedarf.

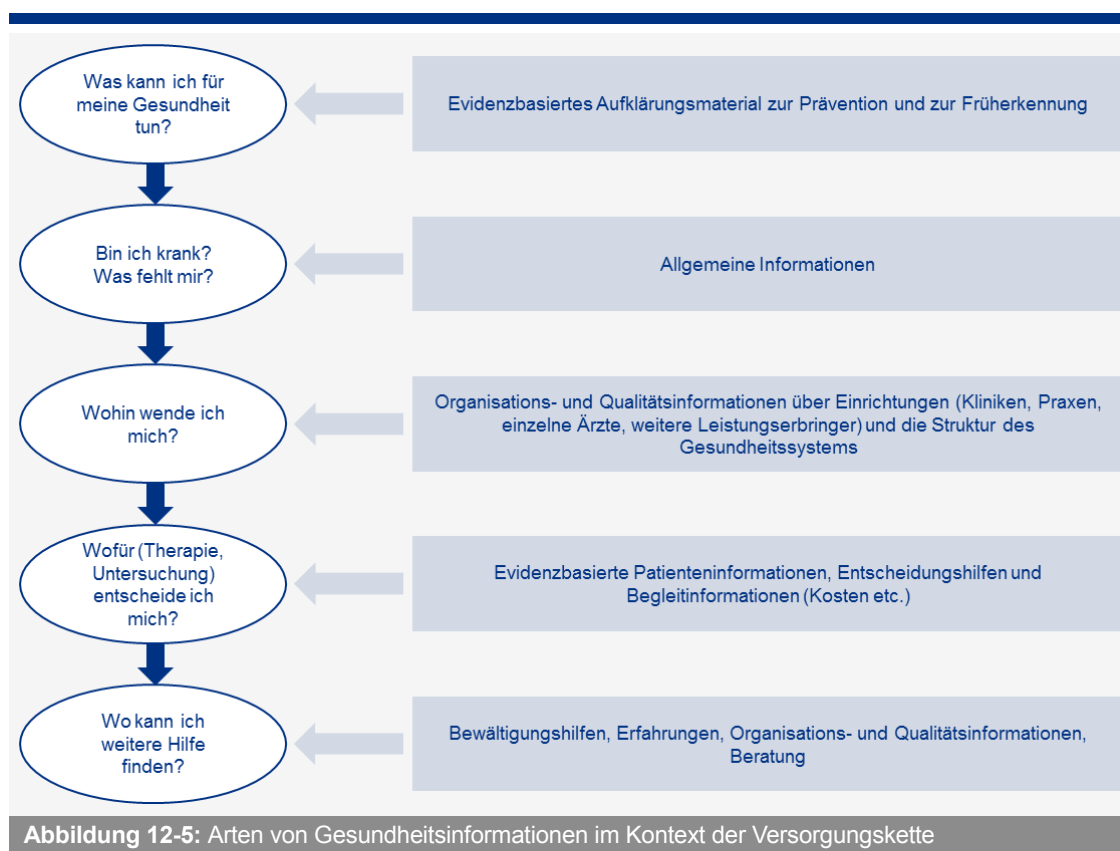
**730.** Dieser Bedarf entsteht auch aus der zunehmenden Orientierung an der Patientenzentrierung als Leitbild der Gesundheitsversorgung. In Deutschland wurde dies z. B. im Rahmen des Forschungsförderschwerpunktes „Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ bereits im Jahr 2000 durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung unterstützt. Der Wechsel von der Rolle des unbeteiligten Laien zum mündigen Patienten erfordert, dass Patientinnen und Patienten nicht nur über ihre Gesundheit belehrt werden und die Entscheidung für sie getroffen wird. Ihnen muss auch durch Stärkung ihrer Handlungskompetenz und das Angebot von angemessenen Informationsgrundlagen eine aktive Teilnahme an Informations- und Entscheidungsprozessen ermöglicht werden. Das im Jahr 2013 beschlossene Patientenrechtegesetz (PatRG) begründet umfangreiche Informationspflichten der Behandelnden u. a. zur Diagnose sowie zu Risiken und Chancen der Behandlung und fordert deren Erläuterung in einer verständlichen Weise (BMJV 2018).

**731.** Angemessene Informationsgrundlagen für klinische Gesundheitsentscheidungen müssen in diesem Zusammenhang evidenzbasiert sein, d. h. den aktuell besten wissenschaftlichen Beweis zu allen entscheidungsrelevanten Aspekten des Themas ausgewogen, relevant und verständlich präsentieren<sup>202</sup>. Die Kriterien für die Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen und deren Anforderungen an Qualität, Transparenz, Inhalt und Vermittlung wurden durch das Deutsche Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) mit der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ und der „Leitlinie für die Erstellung von evidenzbasierten Gesundheitsinformationen“ erarbeitet (DNEbM 2016; Lühnen et al. 2017).

**732.** Die umfassende Information und Einbindung der Patientinnen und Patienten wird dabei in allen Schritten der Versorgungskette benötigt, um eine bedarfsgerechte Versorgung von Gesundheitsleistungen zu erreichen (siehe Abbildung 12-5). Sie beginnt mit evidenzbasierten Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung. Im Rahmen der Früherkennung sind

<sup>202</sup> Informationen für Patientinnen und Patienten können z. B. auch struktureller Natur sein, wie Informationen über das Gesundheitssystem. Diese Informationen sollten ebenfalls dem besten Kenntnisstand entsprechen, fallen jedoch nicht unter die Definition der evidenzbasierten Gesundheitsinformation.

ausgewogene Informationen über die Vor- und Nachteile von Screeningmethoden notwendig, um informierte Entscheidungen zu ermöglichen. Treten Krankheitssymptome auf, benötigen die Erkrankten Informationen, um ihre Situation einschätzen und über die für sie passende weitere Versorgung entscheiden zu können. Entscheiden sie sich für die ärztliche Behandlung, benötigen sie Organisations- und Qualitätsinformationen, um den richtigen Bereich (siehe z. B. Kapitel 14 zur Notfallversorgung), aber auch einen konkreten Leistungserbringer zu wählen.<sup>203</sup> Im Anschluss an die Behandlung, ob erfolgreich oder nicht, können weitere Informationen für die Nachversorgung oder Bewältigung erforderlich sein. Darüber hinaus ist es nicht ausreichend, dass Patientinnen und Patienten Gesundheitskompetenz zum Erhalt und zur Förderung ihrer eigenen Gesundheit besitzen. Auch die Strukturen des Gesundheitssystems sollten bekannt sein, um Qualitäts- und Leistungsinformationen einschätzen und die Versorgungsstruktur adäquat und bedarfsgerecht in Anspruch nehmen zu können.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Säger (2006).

**733.** Eine bedarfsgerechte Steuerung bezeichnet hier, im Gegensatz zu den weiteren im Kapitel dargestellten Steuerungsmechanismen, nicht die Steuerung der Patientinnen und Patienten in bestimmte, als bedarfsgerecht erachtete Strukturen und Versorgungspfade, sondern meint die informierte Mitwirkung bei der Steuerung der Versorgung durch die Patientinnen und Patienten selbst. Die Steuerung erfolgt also durch das *Empowerment* der Betroffenen, Entschei-

<sup>203</sup> Einen anderen Weg, diese Entscheidung zu erleichtern, stellt z. B. das Gatekeeping dar (siehe Abschnitt 12.2).



dungen zu ihrer Gesundheitsversorgung gemäß ihren Präferenzen zu treffen. Die Bedarfsgerechtigkeit ist hier daher stets aus der die individuellen Präferenzen einschließenden Patientenperspektive zu verstehen.

**734.** Es handelt sich somit um die Unterscheidung zwischen dem aus Bedürfnissen bzw. Wünschen des Versicherten entspringenden subjektiven Bedarf und dem normativen Konzept des objektiven Bedarfs, demzufolge aus möglichst objektiven Kriterien ein quantitativer und qualitativer Bedarf der Gesundheitsversorgung abgeleitet werden kann (SVR 2014). Wenngleich Steuerungskonzepte im Regelfall die Nachfrage und Nutzung am objektiven Bedarf ausrichten wollen, ist dies nicht damit gleichzusetzen, dass das subjektive Empfinden nicht beachtet werden sollte. Wie der Rat im Jahr 2014 formulierte, gilt es, unter Achtung der individuellen Präferenzen der Bürgerinnen und Bürger über möglichen Nutzen und potenziellen Schaden von Leistungen aus einer „objektiven Perspektive“ heraus umfassend zu informieren (SVR 2014). Die endgültige, informierte Entscheidung obliegt jedoch immer den Bürgerinnen und Bürgern. Ziel der in diesem Abschnitt dargestellten Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen ist daher auch nicht die Erarbeitung und Darstellung evidenzbasierter Informationen als Selbstzweck, sondern deren Einbettung in die Kommunikation mit den Bürgerinnen und Bürgern bzw. Patientinnen und Patienten, um durch beste Evidenz informierte Entscheidungen zu ermöglichen.

**735.** Von dieser individuellen Entscheidungsebene sind Entscheidungen oder Interventionen abzugrenzen, die die Ebene der öffentlichen Gesundheit (*Public Health*) betreffen. Hier findet ein anderer Abwägungsprozess statt, der nicht zwangsläufig individuelle Präferenzen berücksichtigen kann, wie z. B. bei Maßnahmen der Rauchprävention. Zur Aufklärung z. B. über die Strukturen der Gesundheitsversorgung, wie in Kapitel 14 zur Notfallversorgung vorgeschlagen und durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zu verschiedenen anderen Themen bereits betrieben, können breite Kampagnen in den sozialen Medien, bei YouTube, im Fernsehen etc. ratsam sein. Jedoch sollte evaluiert werden, ob die erwünschten Effekte eintreten. Dies wurde bisher nur vereinzelt nachgewiesen (siehe z. B. Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen).

**736.** Der Begriff der evidenzbasierten Gesundheitsinformation steht in engem Zusammenhang mit dem Konzept der *Health Literacy* bzw. Gesundheitskompetenz. Denn Gesundheitsinformationen in Form von relevanten, evidenzbasierten Informationen stellen zwar die Grundlage dar, auf der eine informierte Entscheidungsfindung überhaupt erst erfolgen kann. Diese setzt jedoch außerdem auch eine entsprechend entwickelte Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger bzw. der Patientinnen und Patienten voraus, die es ihnen ermöglicht, die zugrunde liegenden Sachverhalte sowie die Konsequenzen ihrer Entscheidungen beurteilen zu können. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass einerseits die Gesundheitskompetenz gestärkt wird und andererseits Gesundheitsinformationen adressatengerecht und evidenzbasiert aufbereitet werden (Hoffmann et al. 2014).

**737.** Derartig aufbereitete Informationen können gezielt zur Stärkung der Gesundheitskompetenz beitragen (siehe z. B. Abschnitt 15.2.5.1 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen). Verzerrte Gesundheitsinformationen und unzureichende Möglichkeiten, deren Güte einzuschätzen, können hingegen auch Anreize zur Über-, Unter- und Fehlversorgung setzen. So wird z. B. regelmäßig zu Winterbeginn über den Mangel in der Allgemeinbevölkerung an

Vitamin D berichtet. Gleichzeitig wird der Einfluss eines niedrigen Vitamin-D-Spiegels auf verschiedene Befindlichkeiten, Zustände und Krankheiten betont, u. a. Osteoporose, Diabetes, kardiovaskuläre Erkrankungen, multiple Sklerose. Die Nutzung von Vitamin-D-Präparaten wird nahegelegt. Die wissenschaftlichen Belege für die meisten der behaupteten Bereiche der Krankheitsvermeidung stehen jedoch aus oder sind widersprüchlich (Bjelakovic et al. 2014; Bolland et al. 2016; Schlereth/Badenhoop 2016; Zhao et al. 2017). Eine undifferenzierte Bestimmung des Vitamin-D-Spiegels in der Allgemeinbevölkerung ist nicht wissenschaftlich begründet, und ob der Ausgleich eines Vitamin-D-Mangels prognostisch günstig ist, ist nicht wissenschaftlich gesichert. Lediglich für bestimmte Erkrankungen wie beispielsweise Rachitis, Osteoporose und sekundären Hyperparathyreoidismus können die Bestimmung und der Ausgleich eines Vitamin-D-Mangels sinnvoll sein. Ohne spezifische Symptome gibt es jedoch keinen Anlass zum Screening des Vitamin-D-Spiegels. Dennoch dürfte die Art von Kampagnenberichterstattung u. a. dazu geführt haben, dass die Anzahl der Tests auf Vitamin-D-Mangel in den letzten Jahren stark zugenommen hat (Sattar et al. 2012). Auch die Verordnungen von Vitamin-D-Präparaten steigen seit Jahren (Mengel/Dollen 2017).

### ***Entscheidungshilfen und evidenzbasierte Gesundheitsinformationen***

**738.** *Decision Aids* bzw. Entscheidungshilfen sind Formate, auf bester Evidenz basierende Informationen adressatengerecht darzubieten. Ihr Ziel ist es, eine qualifizierte informierte Entscheidung der Patientinnen und Patienten zu Früherkennungsmaßnahmen, Behandlungen und weiteren Eingriffen zu ermöglichen. Dabei legen sie keine bestimmte Entscheidung nahe, sondern sollen die Patientinnen und Patienten dazu anregen, ihre Einstellung zu reflektieren, ihre Wertvorstellungen abzuwägen und dies in die Entscheidungsfindung einfließen zu lassen (Lenz et al. 2012). Entscheidungshilfen dienen dabei als Ergänzung – nicht als Ersatz – der Arzt-Patienten-Interaktion. Sie können in verschiedener Form erstellt werden: Sowohl Prospekte als auch interaktive Medien mit Video- und Audiounterstützung können je nach Kontext genutzt werden, um den Patienten auf einen Besuch bei seinem Arzt/seiner Ärztin vorzubereiten<sup>204</sup> oder während des Gesprächs<sup>205</sup> herangezogen zu werden. Als Minimalkriterium sollten Entscheidungshilfen über die verschiedenen Optionen und deren Nutzen und Schaden aufklären (Elwyn et al. 2006). Darüber hinausgehend können zur Beurteilung der Qualität einer Entscheidungshilfe u. a. die *International Patient Decision Aids Standards* (IPDAS) herangezogen werden. Sie fragen u. a. danach, ob die Entscheidungshilfen auf umfassenden, kritischen und aktuellen Übersichten über die wissenschaftliche Evidenz basieren. Obwohl die Evidenzbasierung für Entscheidungshilfen selbstverständlich erscheint, folgt der Erstellungsprozess oft nicht den Kriterien für die Erstellung evidenzbasierter Gesundheitsinformation (Montori et al. 2013). Bei der Verwendung des Begriffes Entscheidungshilfen wird im Folgenden jedoch die Nutzung evidenzbasierter Gesundheitsinformationen unterstellt.

**739.** Manche Behandlungsentscheidungen erfordern aufgrund ihrer Komplexität trotz hoher Gesundheitskompetenz und hochwertiger Entscheidungshilfen zusätzliche Unterstützung. Individualisiertes Coaching, das auch die Klärung der Patientenpräferenzen einschließt, kann bei komplizierten Entscheidungen die informierte Entscheidungsfindung ermöglichen. Die Rolle

<sup>204</sup> Dies sind Entscheidungshilfen/*patient decision aids* im engeren Sinne.

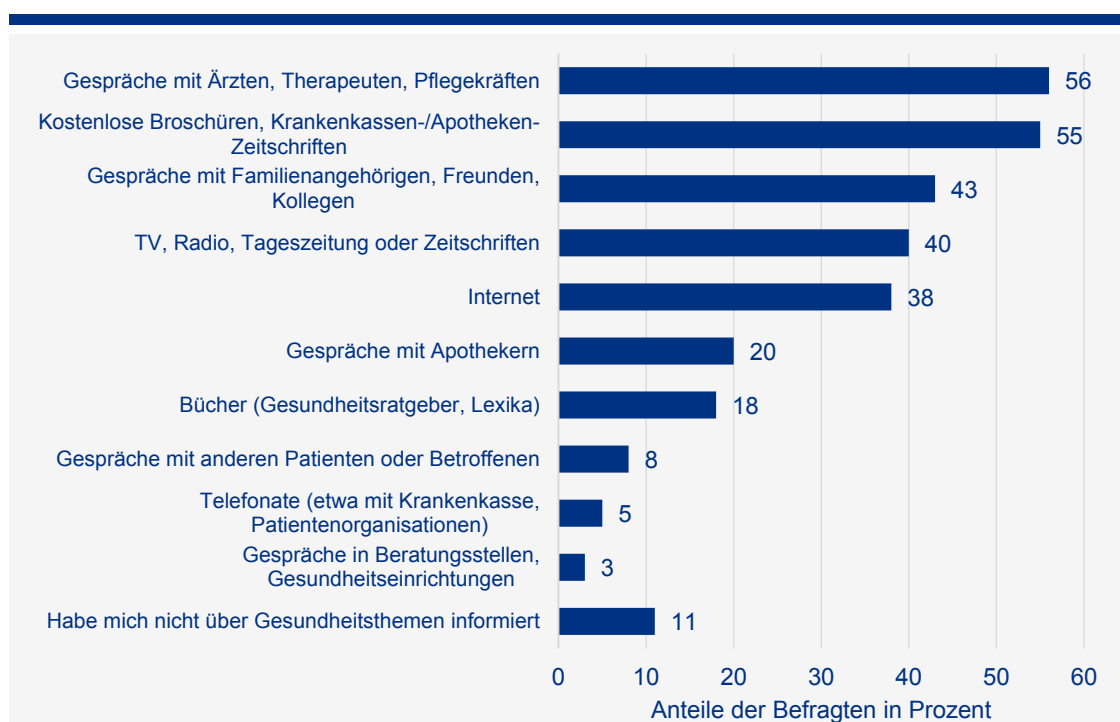
<sup>205</sup> Auch als Konversationshilfen bezeichnet.

dieser *decision coaches* könnte im Rahmen eines interprofessionellen und teamorientierten Ansatzes sowohl von Angehörigen der Gesundheitsfachberufe als auch von Ärzten ausgefüllt werden (Légaré/Thompson-Leduc 2014). Wichtig erscheint dabei, dass die *decision coaches* selbst entsprechende vorbereitende Trainings erhalten (Lenzen et al. 2017).

### 12.4.2 Einsatz in Deutschland

#### *Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen – der Bedarf*

**740.** Etwa 40 Millionen Menschen und damit ungefähr zwei Drittel aller Internetnutzerinnen und -nutzer informieren sich hierzulande im Internet zu Gesundheitsfragen (Destatis 2016). Anlass für die Suche können u. a. anstehende Arztbesuche sein oder die vorhergehende Frage, ob ein Arzt aufgesucht werden sollte (Zschorlich et al. 2015). Trotz der hohen und steigenden Nutzungsfrequenz zeigen repräsentative Befragungen, dass das Internet als Informationsquelle für Gesundheitsthemen nicht den vordersten Rang einnimmt (siehe Abbildung 12-6). Als wichtigere Quellen werden Gespräche mit Gesundheitsfachpersonal, aber auch mit Familie und Freunden sowie Zeitschriften, Broschüren und Medien wie das Fernsehen und das Radio genannt.



**Abbildung 12-6:** Quellen der Information über Gesundheitsthemen

Anteile der Befragten in Prozent, die die jeweilige Quelle in den letzten zwölf Monaten zur Information über Gesundheitsthemen genutzt haben; Mehrfachangaben möglich.

Quelle: Baumann/Czerwinski (2015). Grafisch angepasst.

**741.** Auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte nehmen wahr, dass die Patientinnen und Patienten zunehmend häufiger eine eigene Recherche zu medizinischen Fragen betreiben. So gaben in einer Umfrage 98 % von 804 Befragten an, dass ihre Patientinnen und Patienten sich

häufiger als früher vorab informieren. Für fast 90 % gehört daher das Gespräch zu vorab recherchierten Informationen zum täglichen Geschäft. Häufigste Themen sind dabei Therapien und Krankheitssymptome, aber auch Krankenkassenleistungen (Bittner 2016).

**742.** Zu den Auswirkungen der informierten Patientinnen und Patienten auf das Arzt-Patienten-Verhältnis existieren viele Forschungsarbeiten. Die Mehrheit der Studien kommt aktuell zu dem Ergebnis, dass Ärztinnen und Ärzte auf diese im Internet erlangten Informationen eher ablehnend oder irritiert reagieren (vgl. Roper/Jorm 2017). Dies ist auch in Erhebungen aus Deutschland der Fall, wo Ärztinnen und Ärzte den Einfluss des weiten Informationsangebots und des Interesses an Gesundheitsthemen eher zwiespältig beurteilen und nur knapp die Hälfte in selbstinformierten Patientinnen und Patienten die Chance positiver Veränderung sieht. Dies könnte auch darin begründet sein, dass etwa 40 % der 804 befragten niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die selbst recherchierten Informationen als Gemisch mehr oder weniger zutreffender Aussagen einschätzten und dass etwa ein Drittel der Meinung ist, Selbstinformationen verwirrten die Patientinnen und Patienten und beeinträchtigten das Vertrauen in die ärztlichen Fähigkeiten (Bittner 2016).

**743.** Zur Beurteilung, ob eine Information wissenschaftlich fundiert und objektiv bzw. nicht von spezifischen Interessen gesteuert ist, fehlt die Kenntnis von Beurteilungskriterien. Denn Gesundheitsinformationen, sowohl internetbasiert als auch in anderen Medien, können oft verzerrt und interessengeleitet sein (Kerschner et al. 2015). Infolgedessen werden Krankheitsrisiken und positive Effekte medizinischer Maßnahmen meist überschätzt, während ihr potenzieller Schaden unterschätzt wird (Hoffmann/Del Mar 2015, 2017; Mühlhauser et al. 2014; Wegwarth/Gigerenzer 2011). Da es den Patientinnen und Patienten als zumeist medizinischen Laien kaum möglich ist, die Güte und inhaltliche Validität der Gesundheitsinformationen einzuschätzen, werden als patientenseitige Qualitätskriterien häufig Aspekte wie das Erscheinungsbild bzw. die Herkunft der Informationen herangezogen. So werden Informationen, die in der hausärztlichen Praxis ausliegen, per se für glaubwürdig gehalten (Sänger 2017). Auch im Internet werden Informationen entweder allgemein als glaubwürdig eingeschätzt oder die Einschätzung erfolgt aufgrund formaler Kriterien wie dem Aufbau und Design der Website (Zschorlich et al. 2015).

**744.** In den Erhebungen des Gesundheitsmonitors befürwortet etwa die Hälfte aller Befragten die partizipative Entscheidungsfindung (PEF), also das gemeinsam verantwortete Erarbeiten gesundheitsrelevanter Entscheidungen durch Arzt/Therapeut und Patient (Braun/Marstedt 2014). Es bleibt hierbei jedoch zu beachten, dass das zugrundeliegende Verständnis der PEF in diesen Erhebungen unklar bleibt. Denn PEF bedeutet nicht zwangsläufig, dass evidenzbasierte Gesundheitsinformationen genutzt werden<sup>206</sup>.

**745.** Im Rahmen des Förderschwerpunktes „Patient als Partner im Medizinischen Entscheidungsprozess“ geförderte Projekte untersuchten die Effekte der PEF bei verschiedenen Erkrankungen aus dem psychoneurologischen Bereich (z. B. Depression und Alkoholismus) und dem internistisch-chirurgischen Bereich (z. B. Atemwegsinfekte bei Kindern und Brustkrebs). Sie stellten u. a. in clusterrandomisierten kontrollierten Studien günstige psychosoziale und entscheidungsprozessbezogene Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung fest (Bieber et al.

<sup>206</sup> Analog zu den Entscheidungshilfen sei auch hier darauf verwiesen, dass die PEF nur unter Verwendung von evidenzbasierten Informationen sinnvoll erscheint und die Begriffsverwendung in diesem Kapitel dies daher voraussetzt.

2016). So stiegen z. B. in den Interventionsgruppen mit partizipativer Entscheidungsfindung die Patientenzufriedenheit und die Behandlungstreue an. Im Hinblick auf krankheitsbezogene Endpunkte befanden jüngere Übersichtsstudien die Studienlage zur partizipativen Entscheidungsfindung jedoch für unbefriedigend (Hauser et al. 2015). Es besteht weiterer Forschungsbedarf. Bei den Erfolgsparametern der Studien, die partizipative Entscheidungsfindung untersuchen, sind nicht immer klinische gesundheitsbezogene Erfolgsparameter die erste Wahl. Ein Angebot mit ausgewogenen, auf bestem wissenschaftlichen Beweis basierenden Informationen mit Angaben zu Unsicherheit und Wissenslücken kann unter Abwägung der Patientenpräferenzen auch zu informierten Entscheidungen führen, die ein schlechteres medizinisches Ergebnis bewirken.

### *Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen – das Ziel*

**746.** Im Juni 2017 hat der damalige Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe zusammen mit 14 Partnern aus der Selbstverwaltung und Interessenvertretung im Gesundheitswesen eine gemeinsame Erklärung zur Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“ unterzeichnet. Diese Allianz sieht die Verpflichtung vor, im jeweiligen Zuständigkeitsbereich Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitswissens zu entwickeln und umzusetzen. Ziel sind ein Zuwachs an Gesundheitsbildung, guten Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen sowie die Verständlichkeit in der direkten Kommunikation zwischen Ärzten bzw. Vertretern anderer Gesundheitsfachberufe und Patienten. Anfang 2018 wurde darüber hinaus der Nationale Aktionsplan Gesundheitskompetenz vorgestellt, der 15 Empfehlungen zur Förderung der Gesundheitskompetenz auf struktureller und individueller Ebene enthält. Sie umfassen die Empfehlungen, die Gesundheitskompetenz in allen Lebenswelten zielgruppengerecht zu fördern, das komplexe und unübersichtliche Gesundheitssystem, wo möglich, nutzerfreundlich weiterzuentwickeln sowie einen Schwerpunkt auf Menschen mit chronischen Erkrankungen zu legen. Bei der Umsetzung der Empfehlungen soll auf Gruppen mit schlechteren sozioökonomischen Grundvoraussetzungen besonders eingegangen, die Partizipation und Teilhabe gestärkt und dabei auch die Kooperation zwischen den verschiedenen gesellschaftlichen Akteuren gefördert werden (Schaeffer et al. 2018). Des Weiteren fordert der Aktionsplan, die Forschung zur Gesundheitskompetenz auszubauen und die Chancen der Digitalisierung im Rahmen der Umsetzung zu ergreifen.

**747.** Eine weitere Initiative aus dem Umfeld der Allianz für Gesundheitskompetenz ist die Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Erstellung eines Konzeptes für ein nationales Gesundheitsportal, das vertrauenswürdige, wissenschaftlich belegte und unabhängige Gesundheitsinformationen zusammenführen soll (IQWiG 2018). Ziel ist die Schaffung einer gemeinschaftlichen Plattform als zentrales deutsches Angebot zu Gesundheitsfragen. Denn selbst erfahrene Nutzerinnen und Nutzer des Internets können angesichts des Angebots überfordert sein, qualitativ hochwertige Informationen zu identifizieren. Verschiedene Anbieter evidenzbasierter Gesundheitsinformationen sollen daher auf dem Portal unter Nutzung gemeinsamer Qualitätsstandards und unter Beibehaltung ihrer Eigenständigkeit eingebunden werden (BMG 2017b). Der mittlerweile vorgestellte Konzeptentwurf stellt fest, dass ein nationales öffentliches Gesundheitsportal das wachsende Interesse an schnell zugänglichen, zuverlässigen und „zentral“ abrufbaren Informationen befriedigen kann, und führt dazu Erfahrungen aus anderen europäischen Staaten wie Großbritannien, Österreich oder Dänemark an. Zum Erreichen dieses Ziels sei aber die konsequente Orientierung an Nut-

zerbedürfnissen und die ständige Berücksichtigung des technischen Fortschritts zwingend notwendig. Zielgruppe des zu schaffenden Portals ist die Bevölkerung Deutschlands, wobei Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz und mit Schwierigkeiten im Umgang mit gesundheitsrelevanten Informationen besondere Aufmerksamkeit erhalten sollen.

**748.** Das Konzept legt zunächst die grundsätzlichen Anforderungen an den Portalträger sowie an die Inhaltegeber (*Content-Partner*) dar und definiert anschließend sieben inhaltliche Module. Zur nutzerorientierten, neutralen, objektiven und umfassenden Information der Bevölkerung setzt das IQWiG einen kommerziell unabhängigen, gemeinnützigen und den wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichteten Träger voraus. Gleiches gilt für die Inhaltegeber, die außerdem inhaltsbezogene Transparenzanforderungen sowie modulspezifische Qualitätsanforderungen erfüllen müssen, um akkreditiert zu werden. Da derartige Anforderungen bei einer möglichst schnellen Umsetzung des Portals mit großer Wahrscheinlichkeit nicht in vollem Umfang erreicht werden können, sieht das IQWiG einen mehrstufigen Aufbau des Portals vor, um ggf. schrittweise inhaltliche Module einbauen zu können.

**749.** Zu diesen Modulen gehören zuvorderst die evidenzbasierten Gesundheitsinformationen und Präventionsmaßnahmen. Hierfür wurde basierend auf einer im Rahmen der Konzepterstellung durchgeführten Befragung eine weite Auswahl von Anbietern identifiziert. Der Zweck der beiden Module soll darin bestehen, die Suche, Auswahl und Bewertung von Informationen zu unterstützen, indem dort bestehende Angebote nach objektiven Qualitätsaspekten zielgerichtet auf das Informationsverhalten und die -bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer zusammengeführt werden. Dabei soll eine verständliche Aufbereitung der verwendeten Qualitäts- und Evidenzanforderungen das Bewusstsein für deren Bedeutung schärfen. Neben der Bereitstellung von Gesundheitsinformationen sind vier Navigatormodule geplant, die zu geeigneten Versorgungspfaden steuern sollen. Dazu sollen sie Orientierung zu Versorgungsangeboten und zu den entsprechenden institutionellen Ansprechpartnern bieten, einen Überblick über die klinischen Studien bereitstellen und die Bewertung aktueller Medienberichte enthalten. Aufgrund des breiten Anspruchs des Portals ist außerdem bereits von Beginn an die Entwicklung eines wissenschaftlichen Qualitätssicherungs- und Evaluationskonzeptes vorgesehen. Dies soll neben der vorbereitenden Erhebung des Gesundheitsbedarfs- und Informationsverhaltens auch die Beobachtung der Nutzungsdaten im laufenden Betrieb sowie wiederholte repräsentative Befragungen umfassen, um Änderungen im Informationsverhalten berücksichtigen zu können. Außerdem sollen die Ziele des Portals mit den evaluierten Wirkungen verglichen werden, um die Anpassung und Weiterentwicklung des Portals voranzutreiben.

**750.** Grundlage bei der Erarbeitung des Konzeptes waren u. a. umfangreiche Vorarbeiten des IQWiG beim Aufbau und Betrieb des Internetangebots [www.gesundheitsinformation.de](http://www.gesundheitsinformation.de). Dort stellt das IQWiG seit dem Jahr 2006 von ihm erarbeitete evidenzbasierte Gesundheitsinformationen bereit. Gesetzliche Grundlage dieses Informationsportals ist die „Bereitstellung von für alle Bürgerinnen und Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung sowie zu Diagnostik und Therapie von Krankheiten mit erheblicher epidemiologischer Bedeutung“ (§ 139a Abs. 3 Nr. 6 SGB V).

**751.** Die Allianz für Gesundheitskompetenz könnte der Anstoß zu einer national konzentrierten Initiative sein, die Voraussetzungen für die konsequente Umsetzung des im Jahr 2013 in Kraft getretenen PatRG zu schaffen. Mit diesem hat der Gesetzgeber deutlich gemacht, dass in

Behandlungssituationen eine informierte Entscheidung zu erreichen ist. Umfragen zeigen jedoch, dass das Wissen über diese Rechte in Deutschland eher wenig verbreitet ist, mit sinkender Tendenz (Euler/Böcken 2016). Dabei soll das PatRG die Voraussetzungen fördern, die für eine partizipative Entscheidungsfindung über Gesundheitsfragen (*Shared Decision Making*) gelten (Rummer/Scheibler 2016): den wechselseitigen Informationsaustausch zwischen Patient und Arzt und ggf. anderen Angehörigen von Gesundheitsfachberufen, die aktive Beteiligung beider am Prozess der Entscheidungsfindung, die gegenseitige Information im Verlauf des Prozesses, die Zustimmung zur Behandlungsentscheidung und die Bereitschaft zur aktiven Umsetzung.

**752.** Auch der Nationale Krebsplan hat im Jahr 2015 einen Paradigmenwechsel vollzogen und die informierte Entscheidung im Zusammenhang mit der Krebsfrüherkennung als ein zentrales Ziel definiert (Richter-Kuhlmann 2015). Evidenzbasierte Entscheidungshilfen wurden vom IQWiG erstellt und werden in Kürze im Rahmen von aktiven Einladungsverfahren für die Früherkennungsuntersuchungen des Zervixkarzinoms und des Kolonkarzinoms starten. Für die Brustkrebsfrüherkennung ist das aktive Einladungsverfahren seit Jahren etabliert. Die Entscheidungshilfen und Einladungsschreiben wurden aktualisiert. Mit den Einladungen soll eine ausgewogene und verständliche Information über die Vorteile und Nachteile der Krebsfrüherkennungsmaßnahme erfolgen. Nicht die hohe Teilnahmerate an den Früherkennungsprogrammen ist vorrangig, sondern die individuelle informierte Entscheidung. Befördert wurden diese Entwicklungen zudem durch das im Jahr 2013 in Kraft getretene Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetz (KFRG). Im Nationalen Krebsplan wurde im Jahr 2017 die Querschnitts-Arbeitsgruppe „Gesundheitskompetenz und Patientenorientierung in der Onkologie“ eingesetzt, die u. a. die Ergebnisse des Förderschwerpunktes „Forschung im Nationalen Krebsplan“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) diskutiert.

**753.** Die Konkretisierung der Empfehlungen des Nationalen Krebsplans wurde in der Roadmap 2020 festgelegt. Hier ist auch die stärkere Einbeziehung der Gesundheitsfachberufe gefordert. In diesem Kontext wäre es denkbar, akademisch ausgebildete Pflegende und ggf. MFAs für Beratung und Informationsmanagement im Kontext informierter Entscheidungsfindung verstärkt einzusetzen (Berger-Höger et al. 2015).

**754.** Die Initiative der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und deren Fachgesellschaften „Gemeinsam Klug Entscheiden“ möchte durch ausgewählte Empfehlungen zu prioritären Themen die Versorgungsqualität verbessern und u. a. auch die partizipative Entscheidungsfindung im Arzt-Patienten-Dialog systematisieren und stärken (Nothacker et al. 2017). Durch die Bereitstellung zielgerichteter Informationen soll ein Beitrag zur Verringerung von Über-, Unter- und Fehlversorgung geleistet werden. „Gemeinsam Klug Entscheiden“ versteht sich als Weiterentwicklung der aus den USA und Kanada kommenden Initiative *Choosing Wisely*, in der sich wissenschaftliche Fachgesellschaften mit unnötigen oder gar schädlichen medizinischen Leistungen auseinandersetzen. Durch die Einbindung von Patienten- und Verbraucherorganisationen wurden die zu hinterfragenden medizinischen Optionen breit publik gemacht (siehe *Choosing Wisely* 2016). *Choosing Wisely* erstreckt sich international mittlerweile auf 20 Länder (Levinson et al. 2018). Erste Analysen der nordamerikanischen Initiative zeigen, dass die TOP-5-Listen, die im *Choosing Wisely* bereitgestellt werden, mehrheitlich „eminenzbasiert“ und nicht durchgängig wissenschaftlich vertrauenswürdig sind (Horvath et al. 2016; Horvath/Siebenhofer 2017). Eine Trendanalyse der Auswirkungen von *Choosing Wisely*-Empfehlungen in sieben ausgewählten Bereichen zeigt nur geringfügige Ver-

änderungen der Inanspruchnahme (Rosenberg et al. 2015). Eine kanadische Arbeitsgruppe analysierte anhand der IPDAS-Kriterien die Materialien, die Patienten im Rahmen von *Choosing Wisely-Kanada* zur Verfügung gestellt werden. Nur zwei von insgesamt 24 Informationsressourcen erfüllten diese Minimalkriterien für Entscheidungshilfen (Légaré et al. 2016). Der Wert von *Choosing Wisely* ist daher bislang wissenschaftlich nicht belegt (Casarett 2016; Meyer 2017). Die Wirkungen und unerwünschten Wirkungen auf klinisch relevante Ergebnisse sind daher weiterhin sorgsam gemäß wissenschaftlicher Kriterien zu evaluieren (Levinson et al. 2018). Dabei erscheint es nicht ausreichend, im Vorher-nachher-Vergleich zu bestimmen, ob beispielsweise weniger Röntgenbilder gemäß *Choosing-Wisely*-Empfehlung gemacht wurden, denn zeitgleich könnten Ersatzleistungen wie Computertomografie(CT)-Untersuchungen vermehrt durchgeführt worden sein (Meyer 2017).

**755.** Die deutsche Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften (Nothacker et al. 2017) sowie die österreichische (Horvath/Siebenhofer 2017) haben die Schwächen der nordamerikanischen Initiative sorgsam analysiert und zum Ausgangspunkt ihres Vorgehens gemacht (Horvath/Siebenhofer 2017; Nothacker et al. 2017). „Gemeinsam Klug Entscheiden“ wird auch durchaus Potenzial zugeschrieben, so u. a. aus medizinethischer Sicht, da Ärztinnen und Ärzte für ihre Verpflichtung zur treuhänderischen Ressourcenverwaltung mit dem Zweck einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung sensibilisiert würden (Schöne-Seifert 2017). Der Nachweis des Nutzens, ob die Initiativen die erhofften klinischen Effekte auch tatsächlich erzielen und ob Patientinnen und Patienten besser an der Entscheidungsfindung partizipieren, steht jedoch noch aus. Es kann also keine Aussage über die Angemessenheit der Initiativen, deren Steuerfunktion und den tatsächlichen Impact auf Über-, Unter- und Fehlversorgung gemacht werden.

#### *Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen – die Praxis*

**756.** In der aktuellen Praxis existiert hierzulande bislang anstelle eines nationalen, einheitlichen Gesundheitsportals mit geprüften Informationen zu Gesundheitsthemen, die als Grundlage der informierten partizipativen Entscheidungsfindung genutzt werden können, eine Vielzahl diverser Anbieter mit unterschiedlichen Interessen. Allerdings fehlt den Bürgerinnen und Bürgern wie erwähnt oft die kritische Gesundheitskompetenz, um aus dem pluralen Informationsangebot die relevanten wissenschaftsbasierten und nicht verzerrten Informationen herauszufinden, wie sie von einzelnen Anbietern bereits zur Verfügung gestellt werden.

**757.** So besteht für die Patienten bereits ein vielstimmiges, häufig jedoch nicht entscheidungsrelevantes Angebot von öffentlicher und korporatistischer Seite, sowohl vonseiten der Leistungserbringer als auch vonseiten der Krankenkassen und der Behörden bzw. Ministerien. Weitere Institutionen wie die BzgA, die Verbraucherzentralen und die „Unabhängige Patientenberatung“ stellen ebenfalls Gesundheitsinformationen bereit. Dazu kommen Angebote von wissenschaftlichen Instituten wie dem Robert Koch-Institut (RKI) oder dem Max-Planck-Institut. Viele Universitäten bieten ebenfalls Entscheidungshilfen an. Private Anbieter wie die Bertelsmann Stiftung, Fachgesellschaften, die Stiftung Gesundheitswissen und Wissenschaftlernetzwerke ergänzen die bislang wenig strukturierte Informationsvielfalt. Besteht der Bedarf an Information und Beratung durch Selbstbetroffene, können Patienten außerdem Unterstützung bei Selbsthilfegruppen finden. Neben den seriösen Anbietern von Gesundheitsinformationen besteht eine Vielzahl von Angeboten, die interessengeleitet und irreführend sind, wie z. B. eine Analyse der Internetangebote zum Thema Kontrazeptiva ergab (Boeschen et al. 2015).



**758.** Dem bestehenden Portal des IQWiG gesundheitsinformation.de, das als umfangreiches Nachschlagewerk für evidenzbasierte Gesundheitsinformationen dienen und Orientierung in dieser Informationsflut bieten soll, fehlt die Bekanntheit, um als erste Anlaufstelle für die Bürgerinnen und Bürger zu fungieren. So erhält die Website jährlich etwas mehr als 10 Millionen Aufrufe (Koch 2017), das englische Pendant *NHS Choices* wird demgegenüber etwa 10 Millionen Mal jede *Woche* aufgerufen (NHS 2017). So steht gesundheitsinformation.de hinsichtlich der Bekanntheit und der Vertrauenswürdigkeit bei der Befragung des Gesundheitsmonitors im Jahr 2016 auch weit hinter anderen deutschen Websites zurück, auf denen über Gesundheitsthemen informiert wird (Bittner 2016).

**759.** Mit der zunehmenden Digitalisierung drängen neue Beteiligte ins Blickfeld. „Dr. Google“ ist häufig erster Ansprechpartner bei der Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet (Baumann/Czerwinski 2015). Apple bietet seinen Kunden das Sammeln ihrer Gesundheitsinformationen an, die mit diesen an wissenschaftlichen Studien teilnehmen können (*Research Kit*), auf deren Basis Entwickler, aber auch medizinische Apps zur Diagnose und Beratung der Apple-Kunden entwickeln sollen (*Care Kit*). Andere Anbieter ziehen entsprechend nach. Weitere Internetunternehmen wie Facebook veranstalten eigene Gesundheitsgipfel und stellen Plattformen bereit, auf denen Patienten Informationen und Erfahrungen zu ihren Erkrankungen austauschen können. Daneben drängt eine Vielzahl kleiner Start-ups auf den Markt, die zum Teil krankheitsspezifische Apps, aber auch komplette Diagnosetools anbieten.

**760.** Die folgende Tabelle 12-5 gibt einen Überblick über verschiedene Angebote in Deutschland, erhebt jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit und enthält keine Beurteilung hinsichtlich der Evidenzbasierung der Informationen. Ergänzend sei an dieser Stelle z. B. auf die Aufstellung des IQWiG im Konzeptentwurf für das nationale Gesundheitsportal verwiesen (IQWiG 2018).

Anbieter/Angebot	Beschreibung
<b>Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (afgis)</b>	Das afigis stellt keine eigenen Gesundheitsinformationen bereit, sondern ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiertes Qualitäts- und Qualifizierungsnetzwerk, das zur Kennzeichnung von qualitativ hochwertigen Gesundheitsinformationsangeboten dienen soll.
<b>Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)</b>	Die AWMF wirkt an den Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) mit und wird Informationen im Rahmen der Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ bereitstellen.
<b>Apotheken</b>	Neben den Ärztinnen und Ärzten stellen die Apotheken einen wichtigen Anlaufpunkt für Patienten dar. Sie werden sowohl bei allgemeinen gesundheitsbezogenen Fragen als auch zu konkreten Krankheitssymptomen sowie vor allem bei Arzneimittelfragen kontaktiert.
<b>Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft (AKF)</b>	Der AKF hat das Ziel, Gesundheitsinformationen unter frauenspezifischen Gesichtspunkten auf Basis von evidenzbasierten Kriterien und Literaturrecherchen zu erarbeiten und zu vermitteln.
<b>Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)</b>	Die AkdÄ bietet evidenzbasierte Therapieempfehlungen zu ausgewählten, besonders stark verbreiteten Krankheitsbildern an.

**Tabelle 12-5:** Beispielhaft ausgewählte Anbieter von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen in Deutschland

Anbieter/Angebot	Beschreibung
<b>Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)</b>	Das ÄZQ wird als Einrichtung der ärztlichen Selbstverwaltung gemeinsam von der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) getragen. Es stellt, auch unter Nutzung von Drittanbietern, unter <a href="http://www.patienten-information.de">www.patienten-information.de</a> Patientenleitlinien als Teil der NVL, Checklisten für Gesundheitsangebote, Kurzinformationen und Wörterbücher mit allgemeinverständlichen Erläuterungen von Fachbegriffen bereit (Schaefer/Kirschning 2010). Darüber hinaus hat das ÄZQ Standards für gute Arztbewertungsportale entwickelt und stellt diese unter <a href="http://www.arztbewertungsportale.de">www.arztbewertungsportale.de</a> bereit.
<b>Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)</b>	Das BfR hat als Grundlage des gesundheitlichen Verbraucherschutzes den gesetzlichen Auftrag, fachlich unabhängig über Risiken zu informieren, die Lebensmittel, Stoffe und Produkte für den Verbraucher bergen können.
<b>Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)</b>	Die BzGÄ nimmt Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung in Lebenswelten der gesetzlich Versicherten, insbesondere in Kindertageseinrichtungen, in sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, in Schulen sowie in den Lebenswelten älterer Menschen, wahr. Angebote sind z. B. <a href="http://www.maennergesundheitsportal.de">www.maennergesundheitsportal.de</a> und <a href="http://www.frauengesundheitsportal.de">www.frauengesundheitsportal.de</a> .
<b>Bundesärztekammer (BÄK)</b>	Neben der Beteiligung am ÄZQ bietet die BÄK u. a. Patienteninformationen und Gesundheitstipps an.
<b>Bundezahnärztekammer (BZÄK)</b>	Die BZÄK hat auf ihrer Website verschiedene Broschüren und Informationen sowohl zu allgemeinen Themen wie der Mundhygiene als auch zu speziellen Aspekten wie z. B. Informationen zur Zahngesundheit als Krebspatient zusammengetragen.
<b>Cochrane</b>	Cochrane stellt die systematischen Übersichtsarbeiten zur Evidenzlage medizinischer Therapien und Diagnostikangebote über Cochrane Kompakt ( <a href="http://www.cochrane.de/de/cochrane-kompakt">www.cochrane.de/de/cochrane-kompakt</a> ) laienverständlich zur Verfügung. Außerdem werden Gesundheitsinformationen in dem Blog <a href="http://wissenwaswirkt.org">wissenwaswirkt.org</a> dargestellt.
<b>Deutsche AIDS-Hilfe</b>	Die Deutsche AIDS-Hilfe bietet Basisinformationen über HIV/AIDS, Geschlechtskrankheiten und Hepatitis sowie einen Überblick über Schutz- und Behandlungsmöglichkeiten an. Außerdem werden Beratung und Selbsthilfe angeboten.
<b>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)</b>	Die DEGAM stellt, neben der Beteiligung an der Erstellung von NVL (siehe AWMF), auf ihrer Website Patienteninformationen zu Medikamenten und verschiedenen Krankheitsbildern bereit.
<b>Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)</b>	Die DKG bietet auf dem ONKO-Internetportal Informationen sowie eine Übersicht über Beratungsangebote und Links zur Suche von Kliniken, Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus unterstützt sie das Leitlinienprogramm Onkologie, zu dem auch Patientenleitlinien bereitgestellt werden.
<b>Deutsche Krebshilfe</b>	Die Deutsche Krebshilfe trägt durch Informationsmaterial und -veranstaltungen zur Patienteninformation bei und bietet zusammen mit der Deutschen Krebsgesellschaft eine telefonische Beratung im Rahmen des Infonetzes Krebs. Darüber hinaus unterstützt sie das Leitlinienprogramm Onkologie, zu dem Patientenleitlinien bereitgestellt werden.
<b>Fachgesellschaften</b>	Die Fachgesellschaften stellen Patienteninformationen auf den eigenen Websites (z. B. <a href="http://www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html">www.awmf.org/leitlinien/patienteninformation.html</a> ) bereit und unterstützen die Entwicklung von Versorgungsleitlinien wie z. B. den NVL oder dem Leitlinienprogramm Onkologie.

Fortsetzung von Tabelle 12-5: Beispielhaft ausgewählte Anbieter von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen in Deutschland

Anbieter/Angebot	Beschreibung
<b>Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation</b>	Im Bereich der Rehabilitation erfolgt die Information und Beratung u. a. durch die gemeinsamen Servicestellen für Rehabilitation. Zum Aufgabenspektrum gehören die Information über z. B. Leistungsvoraussetzungen und Leistungen der Rehabilitationsträger, die Bedarfsklärung und die allgemeine Beratung über z. B. besondere Hilfen im Arbeitsleben. Außerdem unterstützen und koordinieren sie z. B. bei der Vorbereitung von Entscheidungen und bei der Information des zuständigen Rehabilitationsträgers (BAR 2010).
<b>Google</b>	Google ist Einstiegspunkt vieler Nutzer bei der Online-Suche nach Gesundheitsinformationen und plant außerdem eigene Gesundheitsinformationen aufzubereiten, wie dies in der englischen Variante bereits teilweise umgesetzt wurde (Koch/Thranberend 2015).
<b>Harding-Zentrum für Risikokompetenz</b>	Das an die Max-Planck-Gesellschaft angebundene Harding-Zentrum für Risikokompetenz stellt u. a. Faktenboxen bereit, die die beste verfügbare Evidenz zu Fragen aus dem diagnostischen und therapeutischen Bereich verständlich darstellen sollen ( <a href="http://www.harding-center.mpg.de/de/gesundheitsinformationen/faktenboxen">www.harding-center.mpg.de/de/gesundheitsinformationen/faktenboxen</a> ).
<b>Helmholtz Zentrum München</b>	Das Helmholtz Zentrum München stellt als Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt Informationsdienste zu chronischen Lungenerkrankungen, Allergien und Diabetes bereit.
<b>IGeL-Monitor</b>	Der IGeL-Monitor ( <a href="http://www.igel-monitor.de">www.igel-monitor.de</a> ) wird vom medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen betrieben. Das Angebot hat das Ziel einzelne individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) wissenschaftlich fundiert zu bewerten, um als Entscheidungshilfe für Versicherte für oder gegen eine IGeL zu dienen.
<b>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)</b>	Unter <a href="http://www.themencheck-medinin.iqwig.de">www.themencheck-medinin.iqwig.de</a> können Bürgerinnen und Bürger Vorschläge zur wissenschaftlichen Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden an das IQWiG senden. Das IQWiG trifft eine Auswahl aus den Vorschlägen und bearbeitet die Themen. Außerdem stellt das IQWiG unter <a href="http://www.gesundheitsinformation.de">www.gesundheitsinformation.de</a> im Rahmen des gesetzlichen Auftrags nach § 139a Abs. 3 Nr. 6 SGB V von ihm erarbeitete, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen bereit.
<b>Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)</b>	Die KBV beteiligt sich an verschiedenen Informationsangeboten wie <a href="http://www.patienten-information.de">www.patienten-information.de</a> , ist u. a. Träger des ÄZQ in der Medizin, stellt jedoch auch über ihre eigene Homepage unter <a href="http://www.kbv.de/html/service_fuer_patienten.php">www.kbv.de/html/service_fuer_patienten.php</a> verschiedene Informationen für Patienten bereit.
<b>Krankenkassen</b>	Fast alle Krankenkassen bieten persönliche Beratungen an. Darüber hinaus existieren verschiedene weitere Informationsangebote. Sie umfassen sowohl Informationen zu sozial- und versicherungsrechtlichen Fragen wie den Versicherungsbeiträgen und Kostenübernahmeregelungen als auch die Auskunft und Beratung zu Gesundheitsthemen sowie die Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsinstanzen und Versorgungsdiensten. Ebenfalls angeboten wird Unterstützung bei vermuteten Behandlungsfehlern gemäß § 66 SGB V.
<b>Krebsinformationsdienst</b>	Der Krebsinformationsdienst ist ein Angebot des Deutschen Krebsforschungszentrums und bietet den Zugang zu aktuellen Informationen über die Krebsforschung und Prävention sowie über Standards in Diagnostik, Therapie und Nachsorge. Anfragen werden telefonisch und per E-Mail beantwortet. Themen sind sowohl die Behandlung von Krebs als auch das Leben mit Krebs, beispielsweise Informationen zu supportiven oder palliativen Therapien. Informationen zu den Grundlagen der Krebsentstehung und Hilfe bei der Suche nach geeigneten Ansprechpartnern werden ebenfalls angeboten (Weg-Remers 2014).

Fortsetzung von Tabelle 12-5: Beispielhaft ausgewählte Anbieter von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen in Deutschland

Anbieter/Angebot	Beschreibung
<b>Landesärztekammern</b>	Die meisten der 17 Landesärztekammern bieten Beratung für Patientinnen und Patienten sowie Gesundheitsinformationen an. Zum Angebot gehören u. a. die Aufklärung über Angebote der medizinischen Versorgung sowie die Hilfe bei der Suche nach Ärztinnen und Ärzten (Schaeffer/Dierks 2012).
<b>Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL)</b>	Die BÄK, die KBV und die AWMF entwickeln wissenschaftlich begründete NVL, die redaktionell durch das ÄZQ aufbereitet und herausgegeben werden.
<b>Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)</b>	Der ÖGD gehört zu den traditionsreichen Institutionen auf dem Gebiet der Beratung und Information in Deutschland. Die konkreten Institutionen, die seine Aufgaben wahrnehmen, sind auf den verschiedenen Ebenen des Staates angesiedelt und umfassen z. B. das Robert Koch-Institut (RKI) oder das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) auf Bundesebene oder die Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene. Zu den Aufgaben des ÖGD zählen u. a. die Prävention von Infektionskrankheiten sowie die Beratung und Hilfe für psychisch und suchtkranke Menschen (Teichert 2015). Auch auf Landesebene bieten verschiedene Ministerien wie z. B. das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege und Behörden wie z. B. die Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Informationen an.
<b>Patientenstellen</b>	Bundesweit bieten 11 Patientenstellen, die von gemeinnützigen Vereinen (Gesundheitsläden, Gesundheitszentren) getragen werden, Aufklärung über Patientenrechte, Beratung und Hilfe bei Beschwerden über Mängel im Gesundheitssystem, Hilfe bei Verdacht auf Behandlungsfehler und Versicherungsfragen, Vermittlung von Betroffenenkontakten und Orientierungshilfe im Gesundheitssystem (Schaefer/Kirschning 2010).
<b>Pharmazeutische Industrie</b>	Nach den gesetzlichen Bestimmungen dürfen lediglich Ärzte und Apotheker Informationen zu verschreibungspflichtigen Arzneimitteln bereitstellen. Doch neben der direkten Bewerbung rezeptfreier Arzneimittel kann die pharmazeutische Industrie allgemeine Aufklärung zu bestimmten Krankheiten, das sogenannte <i>Disease-Education-Advertisement</i> , betreiben. Verschiedene Pharmaunternehmen bieten daher Gesundheitsinformationen an, oft in Kooperationen mit Patientenorganisationen. Finanzielle Zuwendungen von pharmazeutischen Unternehmen bergen jedoch das Risiko, verzerrte Urteile über Arzneimittel abzubilden, indem sie den Nutzen der Arzneimittel über- und die Risiken unterschätzen (Koch/Lieb 2016). Ein Großteil der Unternehmen möchte in Zukunft die patientenzentrierte Kommunikation wie Informationsmaterialien, Betreuungsangebote oder Smartphone-Dienste ausbauen (Accenture 2016).
<b>Qualitätsberichte der Krankenhäuser</b>	Unter <a href="http://www.g-ba.de/qualitaetsbericht">www.g-ba.de/qualitaetsbericht</a> geben die Qualitätsberichte einen Überblick über die Strukturen und Leistungen der Krankenhäuser und können mittels verschiedener Kliniksuchmaschinen zum Vergleich der Krankenhäuser genutzt werden.
<b>Robert Koch-Institut (RKI)</b>	Das Robert Koch-Institut (RKI) bietet auf dem aktuellen Forschungsstand basierende Gesundheitsinformationen. Der Fokus liegt auf Infektionskrankheiten, deren Verbreitungsgrad sowie auf Maßnahmen zum Schutz vor Ansteckung. Dazu entwickelt das RKI in der <i>Ständigen Impfkommission Impfpfehlungen für Deutschland und klärt über sie auf</i> .
<b>Stiftungen</b>	Verschiedene Stiftungen bieten in Deutschland Gesundheitsinformationen an. So ist die Bertelsmann Stiftung insbesondere am Projekt „Weisse Liste“ ( <a href="http://www.weisse-liste.de">www.weisse-liste.de</a> ) beteiligt, das eine Arzt- und Krankenhaussuche sowie Entscheidungshilfen anbietet. Andere Beispiele sind die Stiftung Gesundheit, die u. a. <a href="http://www.arzt-auskunft.de">www.arzt-auskunft.de</a> betreibt, und die Stiftung Gesundheitswissen, eine von der PKV ins Leben gerufene gemeinnützige Stiftung bürgerlichen Rechts. Sie soll verständliche Entscheidungshilfen über Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten anbieten, die auf wissenschaftlicher Grundlage erarbeitet werden. Aktuell beschränkt sich das Angebot jedoch noch auf wenige Krankheitsbilder.

Fortsetzung von Tabelle 12-5: Beispielhaft ausgewählte Anbieter von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen in Deutschland

Anbieter/Angebot	Beschreibung
<b>Stiftung Warentest</b>	Die Stiftung Warentest hält eine umfangreiche Medikamentendatenbank mit Bewertungen sowie ergänzenden Informationen, etwa Risiken und Nebenwirkungen, bereit.
<b>Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)</b>	Die UPD wird gemäß § 65b SGB V vom GKV-Spitzenverband gefördert und hat zum Ziel, eine neutrale, qualitätsgesicherte und kostenfreie Patientenberatung in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen anzubieten. Hierzu stehen regionale Beratungsstellen und die Beratung per Internet und Telefon auch mehrsprachig zur Verfügung. Die Fördermittel werden jeweils für eine Laufzeit von sieben Jahren vergeben, sodass die hinter der UPD stehende Organisation wechseln kann bzw. im Jahr 2016 das erste Mal wechselte.
<b>Universitäten</b>	Verschiedene Universitäten wie z. B. die Universität Hamburg ( <a href="http://www.gesundheit.uni-hamburg.de">www.gesundheit.uni-hamburg.de</a> ) oder die Charité bieten Gesundheitsinformationen sowohl zu konkreten Krankheiten als auch zu allgemeinen Themen wie u. a. der Wirkung von Medikamenten und der Aussagekraft medizinischer Tests. Eine andere Form der Patienteninformation stellen Patientenuniversitäten dar (z. B. Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover; GesundheitsUni des Universitätsklinikums Jena; Patientenuniversität des Klinikums Braunschweig), an denen Gesundheits- und Krankheitswissen an Patienten und die interessierte Bevölkerung vermittelt wird.
<b>Verbraucherzentralen</b>	Die Verbraucherzentralen engagieren sich seit Ende der 1980er-Jahre in der Patienteninformation und Beratung. Die Verbraucherzentralen beraten dabei vorrangig zu Angeboten und Leistungen des Gesundheitswesens und helfen bei sozial- und versicherungsrechtlichen Fragen im Sinn einer Wegweiser- und Vermittlungsstelle (Kranich 2012, 2015).
<b>Wikipedia</b>	Auf der freien Enzyklopädie Wikipedia.de gibt es zu verschiedensten Gesundheitsthemen Beiträge, die von Nutzern erstellt wurden und bei der Suche nach verschiedenen Themengebieten in Suchmaschinen häufig einen der ersten Treffer darstellen (Bach/Scharkow 2015). Gemäß einer älteren Studie erfüllten die Artikel nicht die Kriterien der evidenzbasierten Patienteninformationen, dies galt jedoch in gleichem Umfang für Vergleichsangebote einzelner Krankenkassen (Mühlhauser/Oser 2008). Neben Wikipedia gibt es verschiedene weitere Wikis, die sich mit medizinischen Themen beschäftigen (siehe z. B. Brulet et al. 2015).
<b>Zertifizierte Organkrebszentren</b>	Neben der spezialisierten und fachübergreifenden Versorgung der Patienten bieten die von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Organkrebszentren ( <a href="http://www.oncomap.de">www.oncomap.de</a> ) Patienteninformationen und Beratung an.

**Fortsetzung von Tabelle 12-5:** Beispielhaft ausgewählte Anbieter von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen in Deutschland

Quelle: Eigene Darstellung.

**761.** Neben den Anbietern allgemeiner Gesundheitsinformationen existieren spezielle Projekte, die sich an besonders unterstützungsbedürftige Gruppen wenden. Denn viele Entscheidungshilfen sind computerorientiert und erfordern eine gute Gesundheitskompetenz, um die präsentierten Informationen einzuschätzen. Einkommensschwächere Gruppen nutzen sie weniger und tendieren zu passiverem Verhalten in der medizinischen Entscheidungsfindung (Braun/Marstedt 2014; Say et al. 2006). Die Ursachen hierfür können sowohl in der Person und deren Kommunikationsstil als auch in der Einschätzung der Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Mitwirkungs- und Informationswünsche dieser Patientinnen und Patienten liegen (Ernst et al. 2014). Dabei können gerade diese Patientengruppen von der informierten partizipativen Entscheidungsfindung profitieren, indem das Gesundheitswissen gesteigert wird und auch hier eine informierte Entscheidung erreicht werden kann. So können durch die informierte PEF Ungleichheiten im Vergleich zu einkommensstärkeren Gruppen, die von sich aus bereits über ein höheres Gesundheitswissen verfügen und eher an Gesundheitsentscheidungen teilnehmen,

beseitigt werden (Durand et al. 2014). Vor diesem Hintergrund kann der „Gesundheitskiosk“ in Hamburg gesehen werden, der einen niedrighschwelligen Zugang zur Gesundheitsberatung bieten soll (siehe Exkurs).

#### Exkurs: Gesundheitskiosk

**762.** Ein neues Setting zur Patientenkoordination und -information wird derzeit im Rahmen des durch den Innovationsfonds geförderten Projektes „INVEST Billstedt/Horn“ erprobt: Der deutschlandweit erste „Gesundheitskiosk“. In dem Projekt, das durch eine patientenorientierte, integrierte Vollversorgung die gesundheitlichen Chancen der Bevölkerung in deprivierten Teilgebieten in Großstädten – am Beispiel der Hamburger Stadtteile Billstedt und Horn – verbessern soll, kommt dem „Gesundheitskiosk“ eine zentrale Aufgabe zu. Der „Gesundheitskiosk“ versteht sich als eine niedrighschwellige und unterstützende Stadtteilinstitution, an die sich die Menschen mit allen ihre Gesundheit betreffenden Anliegen wenden können. Ein multiprofessionelles Team – bestehend aus Angehörigen der Pflegeberufe, Arzthelfern, Ernährungsberatern, Gesundheitswissenschaftlern und Case Managern – steht als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Leistungen und Maßnahmen im Gesundheitskiosk umfassen z. B. Gesundheitsberatung zu Prävention und Ernährung, Vor- und Nachbereitung von Arztgesprächen, Unterstützung beim Verstehen und Ausfüllen von Formularen (z. B. Einschreibung in Versorgungsprogramme), Weiterleitung an Ärzte oder auch an Hilfs- und Community-Einrichtungen (z. B. Pflegeberatung, Integrationskurse, Familien- und Erziehungsberatung) sowie ggf. die Übernahme einer Case-Management-Funktion. Die Mitarbeiter sprechen zusätzlich zu Deutsch die in den Stadtteilen am häufigsten genutzten Sprachen wie z. B. Türkisch, Russisch, Französisch, Dari, Farsi, Spanisch, Englisch und Portugiesisch. Ziel ist es, die Gesundheitskompetenz und Eigenverantwortung der Bevölkerung, die durch Einkommensschwäche und multiple Deprivation geringere Gesundheitschancen aufweist, zu stärken. Es soll einerseits der Zugang zu den Regelangeboten des Gesundheitswesens erleichtert werden, um z. B. eine zu späte Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen zu vermeiden, andererseits soll auch die Inanspruchnahme einer inadäquaten Versorgungsebene (z. B. unnötiger Krankenhausbesuch) verhindert werden. Durch die Informationsvermittlung, Aufklärung sowie Vor- und Nachbesprechung von Arztterminen in der jeweiligen Muttersprache stellt der Gesundheitskiosk auch eine Entlastung der Arztpraxen dar. Letztlich soll das Versorgungsmodell im Sinne eines *Triple-Aim-Ansatzes* zu einer höheren Zufriedenheit sowohl bei den Patienten als auch bei den Leistungserbringern führen sowie zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und zu einer Reduzierung der Ausgaben.

Die Evaluation des Projektes steht noch aus, Ergebnisse sind im Jahr 2020 zu erwarten. Grundsätzlich kann der Gesundheitskiosk als Strukturinnovation und bedarfsorientiertes Steuerungselement verstanden werden, das dazu beitragen kann, eine Über-, Unter- und Fehlversorgung in sozialräumlich problematischen Stadtteilen zu reduzieren – vor allem durch eine verbesserte Patienteninformation und ein damit einhergehendes *Empowerment* der Patienten. Eine Übertragung auf Stadtteile mit ähnlicher Struktur – niedriges Durchschnittseinkommen, hohe Arbeitslosenquote, hoher Migrantanteil – in anderen Großstädten erscheint grundsätzlich möglich.

Seinen Ursprung hat der Gesundheitskiosk in Finnland (finnisch: *Terveyskioski*). In diesen auch *Walk-in-Clinics* genannten Einrichtungen arbeiten ausschließlich *Nurse Practitioners*,

Betreiber ist in Finnland die jeweilige Kommune. Die Angebote umfassen neben Gesundheitsinformation auch Angebote der Primärversorgung, z. B. Impfungen, Blutzucker- und Blutdruckmessungen oder die Versorgung kleinerer Wunden. Zudem werden dort spezifische Thementage zu Gesundheitsthemen veranstaltet. Auch in den USA nimmt die Zahl entsprechender Einrichtungen zu, die dort auch *Retail Clinic* genannt werden und in der Regel ebenfalls in großen Einkaufszentren angesiedelt sind.

**763.** Weitere besonders unterstützungsbedürftige Gruppen sind z. B. Patienten mit sogenannten seltenen Erkrankungen, also Erkrankungen, von denen nicht mehr als 5 von 10 000 Menschen betroffen sind. Diese zumeist komplexen und chronischen Krankheitsbilder haben oft einen genetischen Hintergrund, sind nicht heilbar und beeinflussen die Lebensqualität und -erwartung erheblich. Für die Betroffenen wurde daher unter Koordination vom BMG, dem Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen im Jahr 2010 der Nationale Aktionsplan für Menschen mit Seltenen Erkrankungen erarbeitet (NAMSE). Eine der Maßnahmen war die Schaffung eines Informationsportals mit zielgruppenspezifischen Informationen für Betroffene, deren Angehörige sowie für medizinische, therapeutische und pflegerische Leistungserbringer ([www.portal-se.de](http://www.portal-se.de)). Denn wie bei Gesundheitsinformationen im Allgemeinen trifft auch auf die seltenen Erkrankungen zu, dass bereits viele Informationsangebote verfügbar sind, aber die Qualität der Informationen intransparent ist. Das neue Internetangebot bietet daher eine qualitätsgeprüfte Übersicht über die relevanten Sekundärinformationen. Es trägt damit nicht zur weiteren Informationsflut bei, sondern stellt Informationen und den Zugang zu weiteren Anbietern zielgerichtet bereit (Geschäftsstelle des NAMSE 2017).

#### 12.4.3 Einsatz im internationalen Vergleich

**764.** Auch international sind viele Patientinnen und Patienten mit dem Umfang ihrer Einbeziehung in sie betreffende Gesundheitsentscheidungen unzufrieden (Kiesler/Auerbach 2006). So gaben im Median der von Kiesler und Auerbach betrachteten Studien 52 % der Befragten an, nicht ausreichend informiert zu sein. In neueren Erhebungen der OECD gaben hingegen im Schnitt 87 % der Befragten an, verständliche Informationen von ihrem Arzt erhalten zu haben (OECD 2017). Mit Ausnahme von Polen, Spanien und Estland verzeichnet die OECD auch durchgehend hohe Zustimmungsraten hinsichtlich der Einbindung in gesundheitsbezogene Entscheidungen. Beide Aussagen erlauben jedoch keine Rückschlüsse auf die Güte und die Evidenzbasierung der bei der Entscheidungsfindung genutzten Gesundheitsinformationen.

**765.** Die Rahmenbedingungen und die Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung sind international sehr unterschiedlich ausgeprägt, wie Tabelle 12-6 darstellt. Viele Länder untermauerten die Patienteninformations- und -entscheidungsrechte wie in Deutschland durch entsprechende Gesetzgebung. So trafen z. B. Norwegen und Frankreich umfassende gesetzliche Regelungen. Im Vereinigten Königreich wurde hingegen erst durch ein Urteil des Supreme Courts die Einbeziehung des Patienten in Gesundheitsentscheidungen obligatorisch. In Dänemark ist das Angebot informierter partizipativer Entscheidungsfindung den Leistungserbringern überlassen. Ebenso unterschiedlich wie die gesetzlichen Rahmenbedingungen ist der Einsatz der Entscheidungshilfen. Während sie in Deutschland aktuell vor allem in Krebsfrüherkennungsmaßnahmen angewendet werden, werden sie in

Norwegen in die meisten klinischen Behandlungspfade integriert. Entwickelt werden die Entscheidungshilfen dort im Wesentlichen durch ein staatliches Institut. Zumeist lässt sich jedoch beobachten, dass die Entwicklung und der Einsatz der Entscheidungshilfen abhängig von individuellen Projekten und Förderern sind. Dies führt dazu, dass insbesondere bei der systematischen Umsetzung der informierten Entscheidungsfindung durch evidenzbasierte Gesundheitsinformationen im klinischen Alltag in fast allen betrachteten Ländern Verbesserungsbedarf gesehen wird.

Land	Politische und gesetzliche Rahmenbedingungen	Entwicklung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen	Ausblick
<b>Dänemark</b>	Keine explizite gesetzliche Erwähnung des Patienteneinbezugs. Jedoch Einbezug als nationaler Qualitätsindikator.	Noch im Anfangsstadium, aber aktuelle Fördermittel haben dazu beigetragen, den Prozess voranzutreiben.	Steigendes Interesse an der PEF existiert, ist jedoch noch weit von der Regelversorgung entfernt
<b>Deutschland</b>	Das Gesetz für Patientenrechte aus dem Jahr 2013 hat umfassende Informations- und Beteiligungsrechte festgelegt.	Medizinische Entscheidungshilfen werden vor allem für die nationalen Screeningverfahren für Krebserkrankungen entwickelt.	Konstante Forschungsförderprogramme existieren, jedoch sind im Bereich der Entwicklung und Implementierung von Entscheidungshilfen sowie bei Trainingsprogrammen noch verstärkte Anstrengungen notwendig.
<b>Frankreich</b>	Bereits im Jahr 2002 wurden umfassende Informations- und Beteiligungsrechte gesetzlich festgelegt, die durch weitere Gesetze konkretisiert und ausgebaut wurden.	Es existiert kein strukturierter Prozess zur Erstellung von Entscheidungshilfen auf nationaler Ebene, jedoch forschen viele individuelle Projekte zur PEF, insbesondere zu Krebserkrankungen.	Ärzte zeigen zunehmendes Interesse an der PEF. Trotz früher gesetzlicher Regelungen verläuft die Entwicklung jedoch langsam.
<b>Italien</b>	Auflistung des Patienteneinbezugs im Nationalen Gesundheitsplan im Jahr 2010.	Verschiedene individuelle Projekte forschen aktiv an Entscheidungshilfen.	Stärkere Anstrengungen sind notwendig, um die bestehende Forschung in den klinischen Alltag zu übersetzen.
<b>Niederlande</b>	Erste Prinzipien der PEF mit Fokus auf die Patienteninformation wurden bereits im Jahr 1995 verabschiedet. Aktuell wird die Gesetzgebung überarbeitet.	Entscheidungshilfen wurden für verschiedene Anwendungsgebiete erstellt, z. B. in der Onkologie (Prävention, Behandlung, Nachversorgung), aber auch in der Gynäkologie, bei chronischen Krankheiten etc.	Die Nutzung der PEF wird separat vergütet. Für verschiedene Erkrankungen wurden digitale Plattformen mit Entscheidungshilfen sowie deren Integration in die klinischen Versorgungspfade implementiert.
<b>Norwegen</b>	Mit dem im Jahr 1999 verabschiedeten Patientenrechtsgesetz wurden umfassende Informations- und Beteiligungsrechte festgelegt. Auf allen Systemebenen rangiert die PEF unter den wichtigsten Strategiezielen.	Das Institut für Evidenz im Gesundheitswesen trägt wesentlich zur Erstellung von Entscheidungshilfen bei. Sie sind z. B. in den klinischen Standard-Patientenpfaden implementiert.	Strukturell ist die PEF bereits explizit und fest implementiert. Entsprechende Kommunikationsschulungen wurden kürzlich begonnen.

**Tabelle 12-6:** Stand der Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung in ausgewählten Ländern



Land	Politische und gesetzliche Rahmenbedingungen	Entwicklung von evidenzbasierten Entscheidungshilfen	Ausblick
<b>Schweiz</b>	Keine nationale Regelung, da es unter die Kompetenz der Kantone fällt. PEF wird vom Schweizer Ärzteverband und weiteren Organisationen als ideales Modell angesehen.	Der Fokus von Entscheidungshilfen liegt bisher auf der Prävention.	PEF wird in allen Ebenen der medizinischen Ausbildung eingebunden und weitere Bemühungen, PEF verstärkt anzuwenden, werden unternommen.
<b>Spanien</b>	Das Recht der Patienten auf Autonomie, auf Informationen zu und Teilhabe an Gesundheitsentscheidungen wurde Anfang der 2000er-Jahre gesetzlich festgelegt.	Entscheidungshilfen wurden für verschiedene Krankheiten entwickelt. Das Konzept der PEF wird aber nicht als Voraussetzung einer qualitätsorientierten Versorgung gesehen.	Eine Strategie zur elektronischen Verknüpfung von Entscheidungshilfen und Leitlinien wird erarbeitet. Kommunikationskurse beginnen, auch PEF-Aspekte abzudecken.
<b>Vereinigte Staaten</b>	Der <i>Affordable Care Act</i> legte im Jahr 2010 Richtlinien für die Finanzierung, Entwicklung, Zertifizierung und Implementierung von Entscheidungshilfen fest.	Für die Erstattung bestimmter Behandlungen ist die Anwendung von Entscheidungshilfen zwingend vorgeschrieben. Verschiedene Ansätze der Nutzung von Entscheidungshilfen (innerhalb und außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung) werden untersucht.	Entscheidungshilfen werden laut Eigenschätzung der Kliniken häufig genutzt. Zumeist existieren sie jedoch nur in rudimentärer Form, ohne Orientierung an methodischen Grundlagen.
<b>Vereinigtes Königreich</b>	Die PEF ist Teil der im Jahr 2011 veröffentlichten Verfassung des <i>National Health Service</i> (NHS), wird von maßgeblichen Berufsorganisationen unterstützt. Ein Urteil des Supreme Court legte im Jahr 2015 die PEF als zwingend fest.	Eine zentrale Website hält qualitätsgesicherte Patienteninformationen und Entscheidungshilfen vor.	PEF ist vereinzelt in Lehrplänen enthalten, eine systematische Umsetzung fehlt bislang. Die starke Betonung der Effizienz- und Einsparvorteile der PEF riskiert, Widerstand bei Ärzten und Patienten zu wecken.

**Fortsetzung von Tabelle 12-6:** Stand der Umsetzung der partizipativen Entscheidungsfindung in ausgewählten Ländern

PEF = partizipative Entscheidungsfindung.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Bottacini et al. (2017); Coulter et al. (2017); Dahl Steffensen et al. (2017); Härter et al. (2017); Kasper et al. (2017); Moumjid et al. (2017); Perestelo-Perez et al. (2017); Selby et al. (2017); Spatz et al. (2017); van der Weijden et al. (2011); van der Weijden et al. (2017).

### **Internationale Evidenz für Entscheidungshilfen**

**766.** Zu den Wirkungen von Entscheidungshilfen liegen internationale systematische Übersichtsarbeiten vor. Der kürzlich in der fünften Fassung aktualisierte *Cochrane Review* von Stacey et al. hat die Effekte von Entscheidungshilfen im Kontext verschiedener Behandlungs- und Screeningentscheidungen untersucht und 105 Studien<sup>207</sup>, davon 89 zur Vorbereitung auf Arzt-Patienten-Gespräche, mit über 30 000 Teilnehmern eingeschlossen (Stacey et al. 2017). Es konnte gezeigt werden, dass Entscheidungshilfen das Wissen, die Risikowahrnehmung sowie informierte Entscheidungen befördern und die Zufriedenheit mit den getroffenen Entschei-

<sup>207</sup> Sowohl von explizit evidenzbasierten als auch von anderen Entscheidungshilfen.

dungen verbessern. Unentschiedenheit und Passivität der Patienten sowie Entscheidungskonflikte aufgrund subjektiv unzureichender Information wurden reduziert. Zudem senkten Entscheidungshilfen bei bestimmten Krankheitsbildern den Anteil der Patientinnen und Patienten, die sich für elektive, invasive Operationen entschieden, zugunsten konservativer Behandlungen. Die Teilnahme am PSA-Test zur Früherkennung des Prostatakrebses ging ebenfalls zurück. Die Länge der Arzt-Patienten-Konsultation stieg dabei im Median von 21 auf 24 Minuten. Nachteilige Effekte konnten nicht gefunden werden (Stacey et al. 2017). In einem weiteren *Cochrane Review* konnten Coxeter et al. zeigen, dass Entscheidungshilfen zur partizipativen Entscheidungsfindung die Antibiotikaverschreibungen von Hausärzten bei akuten Atemwegsinfektionen reduzieren konnten (Coxeter et al. 2015).

**767.** In einer systematischen Übersichtsarbeit unterzogen Stacey et al. die im *Cochrane Review* zu Entscheidungshilfen einbezogenen Studien einer tiefergehenden Betrachtung mit Fokus auf Coaching bzw. Anleitung (Stacey et al. 2013). Gemäß ihren Analysen konnten mit Coaching begleitete Entscheidungshilfen das Wissen der Patienten weiter steigern. Zu anderen Endpunkten wie z. B. zur Zufriedenheit oder zum Umfang von Entscheidungskonflikten zeigten sich jedoch keine oder keine aussagekräftigen Veränderungen.

Kennedy et al. konnten zeigen, dass ein ergänzendes Coaching die Hysterektomierate bei Hypermenorrhö senken konnte (Kennedy et al. 2002). In Deutschland wurden randomisierte kontrollierte Studien in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit multipler Sklerose und duktalem Mammakarzinom in situ durchgeführt. Erste Studienergebnisse legen nahe, dass das Coaching durch spezialisierte Pflegefachkräfte eine geeignete Methode ist, eine informierte gemeinsame Entscheidungsfindung zu begünstigen (Berger-Höger et al. 2017, 2018).

**768.** Zusammenfassend betrachtet lag der Schwerpunkt der Analysen zu Entscheidungshilfen und Patienteninformationen zumeist auf kurzfristigen Endpunkten der Patientenwahrnehmung wie einer Zunahme des Patientenwissens und der Verringerung von Entscheidungskonflikten. Vereinzelt legt Evidenz nahe, dass durch zielgerichtete Patienteninformation und die informierte partizipative Entscheidungsfindung in bestimmten Bereichen Fehlinanspruchnahmen vermieden werden können. Zugleich ist die Frage, ob die informierte partizipative Entscheidungsfindung den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten im Sinne klinischer Endpunkte empirisch verbessern kann, auf Basis der vorliegenden Studien nur unzureichend beantwortet worden (Clayman et al. 2015; Shay/Lafata 2015).

**769.** Darüber hinaus umfasst die informierte partizipative Entscheidungsfindung neben der Patientenperspektive weitere Aspekte wie z. B. die Wahrnehmung und Einbindung der Ärztinnen und Ärzte (Elwyn et al. 2016). In einem Review zu Barrieren und begünstigenden Faktoren des PEF-Prozesses wurde festgestellt, dass Patientenkompetenz allein nicht ausreichend für den Erfolg der partizipativen Entscheidungsfindung ist (Joseph-Williams et al. 2014). Ungleichgewichte in der Arzt-Patienten-Beziehung und die wahrgenommene Akzeptanz bzw. Ablehnung der Patientenbeteiligung stellen große Hürden dar, die trotz umfangreicher Aufklärung der Patienten deren Beteiligung behindern kann. Ohne umfassendere Analysen bleibt auch unklar, welche Auswirkungen auf das Gesundheitssystem bestehen. Sowohl die ökonomischen Auswirkungen in Form von potenziellen Effizienzgewinnen als auch mögliche strukturelle Änderungen durch verstärkte Zusammenarbeit zwischen Arzt, Patient und Angehörigen anderer Gesundheitsfachberufe sind bisher kaum untersucht (Elwyn et al. 2016; Walsh et al. 2014).

## 12.5 Steuerungsinstrument Entlassungsmanagement als Beispiel für interprofessionelle Zusammenarbeit

### 12.5.1 Definition

#### *Interprofessionelle Zusammenarbeit*

**770.** Die Bezeichnung der interdisziplinären oder interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen wird vielfach als Sammel- oder Oberbegriff für verschiedene Formen berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit genutzt. Es besteht ein Grundkonsens, dass bei dieser Form der Kooperation alle Beteiligten auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten und ihre Arbeit unter dieser gemeinsamen Perspektive – idealerweise der bestmöglichen und zugleich effizienten Versorgung des Patienten – koordinieren. Interprofessionelle Kooperation erfordert damit einen regelmäßigen und direkten Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten, z. B. in Form von Fallbesprechungen im interprofessionellen Team.

**771.** Auch der Begriff der multidisziplinären Zusammenarbeit wird mitunter als Synonym verwendet. In einer engeren Auslegung könnte man aber die multidisziplinäre Patientenversorgung – in Abgrenzung zur interdisziplinären – als eine schwächere und weniger verbindliche Form der Zusammenarbeit bezeichnen. Zwar sind auch bei der multidisziplinären Versorgung mehrere Berufsgruppen an der Versorgung eines Patienten beteiligt, sie erbringen ihre Leistungen aber eher additiv, arbeiten also mehr oder weniger „nebeneinanderher“.

**772.** Der Rat hat sich in vergangenen Gutachten bereits mehrfach mit der interprofessionellen Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe auseinandergesetzt und dabei Potenziale zur Qualitätsverbesserung und Effizienzsteigerung in der Versorgung identifiziert. Als zwei zentrale Probleme wurden dabei eine unzureichende sektorenübergreifende Versorgung und ein Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen genannt (SVR 2007). Daher bildet das im Folgenden erwähnte Entlassungsmanagement ein Beispiel dafür, inwieweit interprofessionelle, sektorenübergreifende und patientenorientierte Zusammenarbeit zu einer bedarfsgerechten und besseren Versorgung führen kann.

#### *Entlassungsmanagement*

**773.** Für den Begriff Entlassungsmanagement liegt keine einheitliche Definition vor. Allgemein wird darunter „das geplante und strukturierte Vorgehen zur Übergabe einer Patientin und eines Patienten aus der akutstationären Versorgung an andere Leistungserbringer im Nachsorge- oder Rehabilitationsbereich oder auch in die ambulante Betreuung“ verstanden (Müller 2010). Entlassungsmanagement kann somit als eine Form des Schnittstellenmanagements verstanden werden mit dem Ziel, eine Versorgungskontinuität zu gewährleisten und Patienten bei der Bewältigung des Übergangs in ein anderes Versorgungssetting zu unterstützen (vgl. z. B. Wingenfeld 2011).

**774.** Dieser Definition zufolge ist Entlassungsmanagement ein Prozess – und keine vereinzelte Maßnahme –, der sich der komplexen Aufgabe der Sicherstellung der Weiterversorgung und der Vorbereitung von Patienten und Angehörigen auf die Probleme und Anforderungen nach der Entlassung widmet. Es spielt dabei keine Rolle, in welche Versorgungsumgebung der Patient wechselt – ob in eine stationäre Rehabilitationseinrichtung, ein Altenheim, eine betreute

Wohngemeinschaft oder das eigene Zuhause. Es ist auch unerheblich, ob eine Weiterversorgung durch Einrichtungen, durch Angehörige oder auch in Form der Selbstpflege des Patienten erfolgt.

**775.** Im deutschen Sprachraum gibt es neben dem überwiegend verwendeten Begriff Entlassungsmanagement jedoch noch verschiedene weitere Bezeichnungen. So wird im SGB V von Entlassmanagement gesprochen. Darüber hinaus werden in der Literatur u. a. die Begriffe Entlassungsplanung oder -vorbereitung, Überleitungsmanagement oder Pflegeüberleitung genutzt (Deimel/Müller 2012; Wingenfeld 2005). Jeder dieser Begriffe beschreibt jedoch die umfassende Aufgabe, für die Patienten eine bedarfsgerechte Weiterversorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen und die Patienten und deren Angehörige auf die Versorgungssituation zu Hause vorzubereiten (Wingenfeld 2005).

**776.** Auch im internationalen Raum fehlt eine präzise Begrifflichkeit für das umschriebene Aufgabenfeld. Hier hat sich die Bezeichnung *Discharge Planning* durchsetzen können, aber auch Begriffe wie *Discharge Management* oder *Transitional Care* finden Verwendung.

**777.** Entlassungsmanagement ist ein Beispiel für eine in besonderem Maße bedeutsame interprofessionelle Zusammenarbeit. Es ist unstrittig, dass Entlassungsmanagement prinzipiell als eine interdisziplinäre Aufgabe anzusehen ist (Heberlein 2017). Häufig nimmt dabei die Pflege die entscheidende Koordinationsfunktion ein (DNQP 2009). Aber auch der Sozialdienst eines Krankenhauses kann diese Rolle übernehmen (DVSG 2013) und dabei zusätzliche Hilfestellung z. B. bei der Antragstellung für verschiedene im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt benötigte Leistungen leisten. Oft werden sogenannte Case Manager mit der Organisation des Entlassungsmanagements betraut (siehe folgender Exkurs).

#### **Exkurs: Case Manager**

**778.** Im Rahmen des Entlassungsmanagements können sogenannte Case Manager die übergeordnete Koordinierungsfunktion einnehmen. Der Case Manager ist ein vergleichsweise junges Rollenprofil im Gesundheits- und Sozialwesen – in manchen Einrichtungen ist die Bezeichnung Patientenkoordinator, Fallkoordinator, Patientenlotse oder Fall- und Belegungsmanager eher geläufig. Das Berufsbild des Case Managers stammt ursprünglich aus den USA und bezeichnet eine Fachkraft, welche die Schnittstelle zwischen Ärzten, Pflegefachkräften und Therapeuten darstellt und deren Dienstleistungen für die Patienten organisiert und koordiniert. Die Rolle des Case Managers wird überwiegend von Pflegenden und Sozialarbeitern wahrgenommen, die über eine entsprechende Weiterbildung verfügen.

Der Begriff Case Manager stellt allerdings keine geschützte Berufsbezeichnung dar. So gibt es auch keine gesetzlich festgelegten Richtlinien, denen die Weiterbildungen inhaltlich oder organisatorisch folgen müssen. Verschiedene Institute, Akademien und Hochschulen bieten entsprechende Qualifikationen an, doch sowohl die Zugangsvoraussetzungen als auch die Dauer der Weiterbildung variieren erheblich. Die Teilnehmer erhalten nach dem Abschluss ein institutsinternes Zertifikat.

Die im Jahr 2006 gegründete Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management setzt sich für die Verbreitung und Entwicklung von Case Management in Deutschland ein, z. B. durch ein Zertifizierungssystem, das die Qualität von Ausbildungen und Weiterbildungen zum Case Manager sichern soll.

### 12.5.2 Einsatz in Deutschland

**779.** Die Feststellung, dass die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und hier vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems darstellen, ist nicht neu (SVR 2012). Der Übergang aus dem stationären in den poststationären – und damit in den ambulanten ärztlichen bzw. pflegerischen oder aber rehabilitativen – Bereich stellt seit jeher eine besonders relevante und oftmals mit Versorgungsbrüchen einhergehende Schnittstelle im deutschen Gesundheitssystem dar (vgl. z. B. Schaeffer/Moers 1994). Durch die Tendenz zur Verkürzung der Krankenhausverweildauer hat das Entlassungsmanagement insbesondere seit Einführung des Diagnosis-Related-Group (DRG)-Systems in Deutschland an Bedeutung gewonnen.

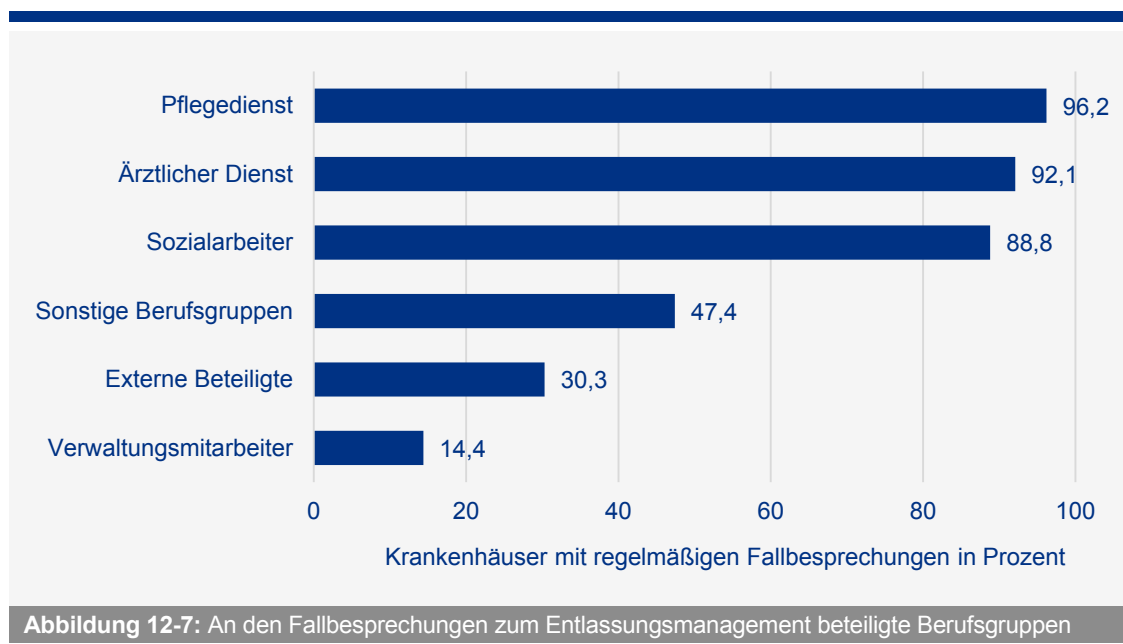
**780.** Bereits im Jahr 2007 wurde mit dem GKV-WSG der Anspruch der Versicherten auf ein effektives Versorgungsmanagement beim Übergang von einem Krankenhausaufenthalt zu einer nachstationären Versorgung (§ 11 Absatz 4 SGB V) erstmals gesetzlich verankert. Leistungserbringer sowie Krankenkassen wurden dadurch verpflichtet, geeignete Maßnahmen für eine sachgerechte Anschlussversorgung der Versicherten durchzuführen. Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) aus dem Jahr 2012 wurde der Anspruch der Versicherten auf ein Entlassungsmanagement im Krankenhaus weiter konkretisiert. Mit der Verankerung des Anspruchs im § 39 SGB V wurde das Recht auf ein Entlassungsmanagement mit dem Recht auf Krankenhausbehandlung gleichgesetzt. Daraus ergibt sich für alle im Krankenhaus behandelten Patienten ein gesetzlicher Anspruch auf ein Entlassungsmanagement.

**781.** Mit dem GKV-VStG im Jahr 2015 wurde das Entlassungsmanagement weiter entwickelt. Zum einen wurden die bisher begrenzten Möglichkeiten der Krankenhäuser ausgedehnt, Nachbehandlungen zu veranlassen und Leistungen zu verordnen. Verantwortliche Krankenhausärztinnen und -ärzte können nunmehr Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Übergangszeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen sowie Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Zum anderen wurden der GKV-Spitzenverband (GKV-SV), die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) gesetzlich beauftragt, einen verbindlichen Rahmenvertrag über das Entlassungsmanagement zu schließen und die Anforderungen im Einzelnen zu konkretisieren. Zwar sollten die Vertragspartner bereits bis zum 31. Dezember 2015 einen Rahmenvertrag schließen, sie konnten sich allerdings nicht auf die Vertragsinhalte einigen, sodass das Bundesschiedsamt angerufen werden musste. Gegen die Entscheidung des Bundesschiedsamtes erhob die DKG Klage. Da sich die Vertragspartner schließlich auf eine Änderungsvereinbarung verständigen konnten, zog die DKG die Klage zurück und der Rahmenvertrag konnte zum 1. Oktober 2017 in Kraft treten.

**782.** Auch wenn angesichts der erst kurzen Zeit noch keine systematische Evaluation der neuesten Regelungen zum Entlassungsmanagement vorliegt, wird von verschiedenen Seiten ein erhöhter bürokratischer Aufwand in Zusammenhang mit den neuen Regelungen kritisiert (Deutsches Ärzteblatt 2017, 2018).

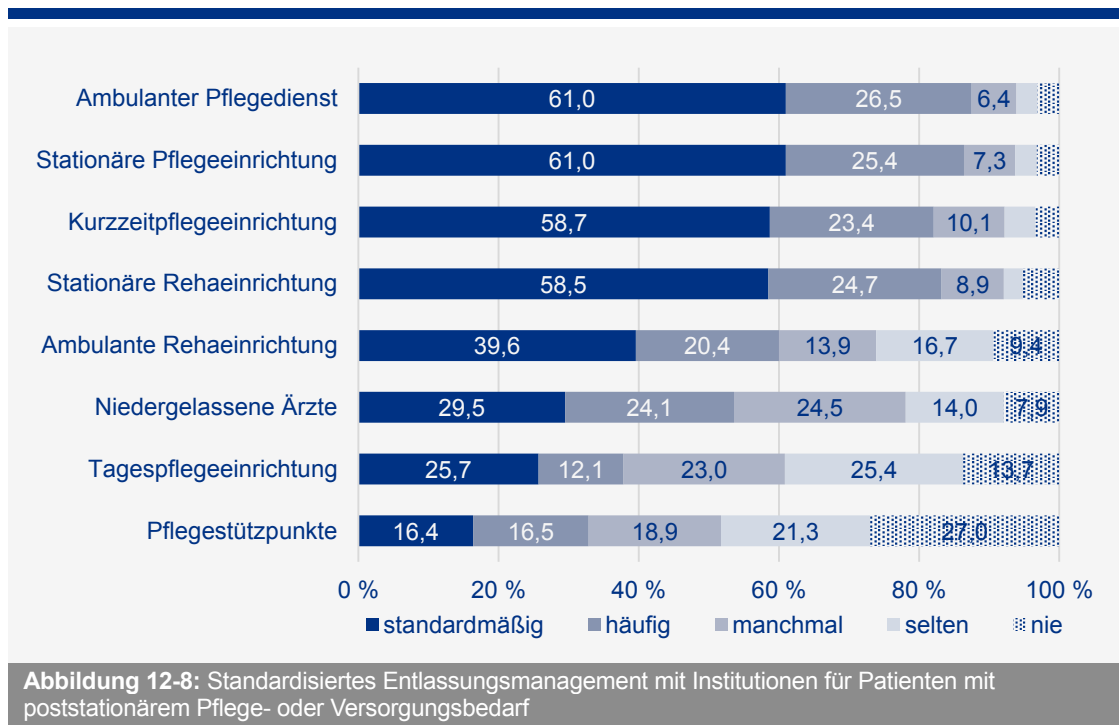
**783.** Evaluationen zu einem früheren Zeitpunkt, noch vor Inkrafttreten der jetzt gültigen Regelungen, existieren ebenfalls in sehr eingeschränktem Maße. So führte das Deutsche Krankenhausinstitut im Auftrag der DKG im Jahr 2013 eine Befragung in allen Allgemeinkranken-

häusern ab 50 Betten durch, die Rücklaufquote betrug 43 %, dies entsprach 673 Krankenhäusern (DKI 2014). Dreiviertel der an der Befragung teilnehmenden Krankenhäuser führen das Entlassungsmanagement mittels eines schriftlichen Standards durch. Dabei ist der Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege (DNQP)“ der am meisten genutzte Standard (63,3 %), viele Krankenhäuser verfügen aber auch (zusätzlich) über einen hauseigenen Standard (54,3 %). In zwei Dritteln der Krankenhäuser gibt es Organisationseinheiten oder Stellen, die speziell für das Entlassungsmanagement zuständig sind. Vier von fünf Krankenhäusern verfügen über speziell qualifizierte Fachkräfte, die schwerpunktmäßig für das Entlassungsmanagement zuständig sind (z. B. Case Manager, Fachkräfte für Patientenüberleitung, Krankenhaus-Sozialdienst). Mit 96,2 % ist am häufigsten die Pflege an den multiprofessionellen Besprechungen im Rahmen des Entlassungsmanagement beteiligt, gefolgt von 92,1 % ärztlichen Mitarbeitern und 88,8 % Sozialarbeitern (siehe Abbildung 12-7).



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an DKI (2014).

**784.** Die Krankenhäuser wurden auch befragt, wie häufig und mit welchen Institutionen ein standardisiertes Entlassungsmanagement bei Patienten mit poststationärem Pflege- oder Versorgungsbedarf erfolgt. Am häufigsten findet demnach ein standardisiertes Entlassungsmanagement mit stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten statt, gefolgt von Kurzzeitpflegeeinrichtungen und stationären Rehaeinrichtungen. Mit niedergelassenen Ärzten, Tagespflegeeinrichtungen und Pflegestützpunkten findet die standardisierte Zusammenarbeit deutlich seltener statt (siehe Abbildung 12-8).



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an DKI (2014).

**785.** In einer Befragung von Patienten zu ihren sektorenübergreifenden Behandlungserfahrungen gab ein Drittel der Patienten mit Unterstützungsbedarf im Rahmen der Entlassung aus dem Krankenhaus an, diese Unterstützung nicht oder nur teilweise bekommen zu haben (Nöst et al. 2014).

**786.** Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (aQua-Institut) wurde im Jahr 2014 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der Erstellung einer Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren für Entlassungsmanagement beauftragt, die wiederum als Entscheidungsgrundlage bei der Beauftragung der Entwicklung eines einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens für Entlassungsmanagement dienen soll. Basierend auf einer umfangreichen Literatursuche und -analyse wurden folgende patientenrelevante Endpunkte im Sinne ergebnisbezogener Qualitätspotenziale identifiziert (aQua-Institut 2015):

- keine ungeplanten Wiederaufnahmen ins Krankenhaus,
- keine ambulante Notfallbehandlung nach der Entlassung,
- keine Versorgungslücken nach Beendigung der Krankenhausbehandlung,
- der Patient fühlt sich selbstbestimmt und kompetent im Versorgungsprozess.

**787.** In Bezug auf diese Aspekte konnten bisher Mängel in der Umsetzung des Entlassungsmanagements festgestellt werden. Die Steigerung des Patientennutzens in diesen Endpunkten ist dem Bericht des aQua-Instituts zufolge eines der wichtigsten Ziele in einem Qualitätssicherungsverfahren Entlassungsmanagement. Die in diesem Zusammenhang identifizierten Qualitätspotenziale sind Tabelle 12-7 zu entnehmen. Die Kommunikation und der Informationsaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern werden dabei als ein wesentliches Qualitätspotenzial genannt.

**Qualitätspotenziale****1) Die Rahmenbedingungen für das Entlassungsmanagement sind festgelegt**

- Abläufe und Verantwortlichkeiten des Entlassungsmanagements sind festgelegt
- Der Entlassungsverantwortliche ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt
- Sicherstellung eines Ansprechpartners nach Entlassung
- Evaluierung der im Rahmen der Entlassungsplanung initiierten Maßnahmen

**2) Die Versorgungsrisiken und der Unterstützungsbedarf sind erkannt und Maßnahmen initiiert**

- Durchführung einer Risikoeinschätzung
- Durchführung eines differenzierten Assessments
- Durchführung eines Evaluationsassessments

**3) Eine Kommunikation zwischen den prozessteilnehmenden Leistungserbringern findet rechtzeitig statt und alle notwendigen Informationen werden übermittelt**

- Frühzeitige und adäquate Information aller prozessteilnehmenden Leistungserbringer
- Information der Medikamentenanpassungen an die nachsorgenden Leistungserbringer
- Zeitnahe Zurverfügungstellung der endgültigen Entlassungsdokumente
- Die Entlassungsdokumente enthalten alle für die Weiterversorgung relevanten Informationen

**4) Der Patient wird in seinem Selbstmanagement unterstützt**

- Adäquate Aufklärung, Beratung und Schulung
- Entlassungsgespräch mit dem behandelnden Arzt
- Aushändigung einer Checkliste zur Eigenkontrolle der Entlassung
- Aufklärung über Medikamente und Mitgabe eines Medikationsplans

**5) Der Patient wird bedarfsgerecht und zeitnah nachbehandelt und weiterversorgt**

- Kontinuierliche Versorgung mit Arzneimitteln
- Bedarfsgerechte und zeitnahe Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln
- Gewährleistung eines zeitnahen Haus-/Facharzttermins
- Zeitnaher Beginn einer medizinischen Rehabilitation
- Bedarfsgerechte und zeitnahe Weiterversorgung mit ambulanten/stationären Pflegeleistungen und häuslicher Krankenpflege

**Tabelle 12-7:** Qualitätspotenziale zur Steigerung des Patientennutzens im Rahmen des Entlassungsmanagements

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an aQua-Institut (2015).



**789.** Es ist insgesamt unstrittig, dass die Kommunikation das zentrale Element eines guten Entlassungsmanagements ist – sowohl zwischen Krankenhaus und Patient bzw. Angehörigen, als auch innerhalb der interprofessionellen Behandlungsteams sowie zwischen den Leistungserbringern der unterschiedlichen Sektoren.

**790.** Die Bundesärztekammer (BÄK) hat in ihrer Veröffentlichung „Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen“ u. a. auch Vorschläge zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Aufgabenverteilung im Rahmen des Entlassungsmanagements gemacht (BÄK 2016b). Demnach sollte die Entlassungsplanung grundsätzlich bereits mit der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus beginnen. Die Vorbereitung ist eine interprofessionelle Aufgabe, die im Team abgesprochen werden muss, um den Bedarf des Patienten zu berücksichtigen. Sie lässt sich z. B. umsetzen durch eine abschließende Fallkonferenz oder Stationsbesprechung oder interprofessionelle Visiten. Die Dokumentation der jeweiligen Berufsgruppe erfolgt dabei gemeinsam im Krankenhausinformationssystem.

Spezifische interprofessionelle Abstimmungen seien insbesondere notwendig bei geriatrischer bzw. gerontopsychiatrischer Versorgung, onkologischer Versorgung, Palliativversorgung, psychiatrischen Erkrankungen, notwendiger Wohnraumanpassung, Fehl- und Mangelernährung sowie Dauerbeatmung.

**791.** Die BÄK hat die Kernaufgaben der einzelnen Berufsgruppen – ärztlich, pflegerisch, therapeutisch, Diätassistenz, Sozialarbeiter – im Rahmen der Entlassung wie folgt umschrieben (BÄK 2016b):

Als ärztliche Aufgaben werden u. a. die Zusammenführung aller Befunde und des bisherigen Verlaufs mit abschließender Beurteilung, das Entlassungsgespräch mit dem Patienten und die Klärung aller offenen Fragen, das zeitnahe Ausfüllen der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation zur Qualitätssicherung sowie die möglichst frühzeitige Information des Hausarztes bzw. weiterbehandelnden Arztes vor Entlassung über die geplante Entlassung und die notwendigen Folgemaßnahmen (z. B. Verordnung häuslicher Krankenpflege oder Arznei-, Hilfs- und Heilmittel) definiert (BÄK 2016b). Letztgenannte Maßnahme wird aufgrund der neu getroffenen Regelungen zum Entlassungsmanagement nun ggf. weniger prioritär eingestuft, obwohl die Information des Hausarztes bzw. weiterbehandelnden Arztes weiterhin zentral ist.

Die pflegerischen Aufgaben im Rahmen des Entlassungsmanagements sind ebenso umfangreich und betreffen u. a. die Festlegung des pflegebezogenen Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs (z. B. Wundversorgung oder Katheterpflege), die Abklärung von Erfahrungswissen und Ressourcen des Patienten und seiner Angehörigen, insbesondere seiner Selbstmanagementkompetenzen einschließlich der Möglichkeit, sie zu stärken, die Beratung zur pflegerischen Anschlussversorgung sowie die Schulung des Patienten und der Angehörigen in der Klinik durch ambulante Pflegedienste oder im häuslichen Umfeld, inklusive der Koordination der nachstationär erforderlichen Schulung (z. B. Stomaberatung; BÄK 2016b).

Als therapeutische Aufgaben werden die Organisation einer unmittelbaren und passgenauen Fortführung der notwendigen Heilmittelmaßnahmen sowie die Schulung des Patienten, der Angehörigen sowie weiterer Bezugspersonen und Dienste genannt. Die Diätassistenz übernimmt die Vorbereitung diättherapeutischer Empfehlungen für die Entlassung in die Häuslichkeit (BÄK 2016b).

Der Sozialarbeit fällt die Abstimmung des nachstationären Unterstützungsbedarfs mit dem Patienten, dem sozialen Umfeld bzw. Behandlungsteam zu. Dazu gehören die relevanten Antragsstellungen gemäß SGB II, SGB V, SGB VI, SGB IX, SGB XI, SGB XII usw. sowie Angehörigen-gespräche, die Organisation der nachstationären Versorgung in Abstimmung mit Kostenträgern, die Organisation ambulanter, teilstationärer und stationärer Pflege, Hausnotruf, Mobilitäts- und Fahrdienste, Haushaltshilfe, Klärung von Fahrtkosten, die Organisation eines Entlassungs-/Verlegungstransportes bei Rehabilitation sowie die Überleitung an nachstationäre Dienste und Einrichtungen (BÄK 2016b).

**792.** Im Expertenstandard „Entlassungsmanagement in der Pflege“ wird primär auf das pflegerische Handeln bei der Entlassung fokussiert und Kriterien für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden definiert. Die Autoren empfehlen „mit Bezug auf internationale Studien, dass im Entlassungsmanagement die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt“ (DNQP 2009). Doch wird auch explizit darauf hingewiesen, dass die Pflege nicht alle Schritte des Entlassungsmanagements selbst durchführt, sondern dass ein gelungenes Entlassungsmanagement nur in multi-disziplinärer Zusammenarbeit erreicht werden kann (DNQP 2009).

**793.** Auch wenn die Erkenntnis der Notwendigkeit einer interprofessionellen Zusammenarbeit von den beteiligten Professionen grundsätzlich geteilt wird, zeigen sich in der praktischen Umsetzung weiterhin Mängel. Dies ergab z. B. eine umfangreiche Untersuchung zur Überleitung von der stationären in die ambulante Versorgung nach einem Schlaganfall, bei der neben Experteninterviews und Gruppendiskussionen auch eine umfangreiche Literaturrecherche durchgeführt wurde (Saal et al. 2018). In der Literaturübersicht zeigte sich, dass die überwiegende Anzahl an Studieninterventionen auf Patienten und Angehörige ausgerichtet ist. Gleichzeitig zeigte sich im Rahmen der Interviews, dass viele Verbesserungspotenziale in den Abläufen der Einrichtungen liegen. Vor allem der Bedarf einer besseren interprofessionellen Kommunikation wird im Zusammenhang mit der Überleitung betont. Demnach kommen relevante Informationen entweder gar nicht oder zu spät bei ambulant tätigen Therapeuten oder dem Hausarzt an.

**794.** Als weiterer wichtiger Aspekt wurde die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der ambulanten Versorgung diskutiert. So gibt es in Deutschland keine förderlichen Rahmenbedingungen für eine interprofessionelle ambulante Versorgung von Schlaganfallpatienten, sodass ein Austausch zwischen Berufsgruppen nicht systematisch, sondern nur in Einzelfällen stattfindet – für die ambulante Weiterversorgung schwer betroffener Schlaganfallpatienten wird dies als besonders problematisch hervorgehoben (Saal et al. 2018). Zudem sei das Verständnis der beteiligten Professionen für den eigenen Verantwortungsbereich in der Überleitung stark durch die Sektorengrenzen bestimmt. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass es, solange es keine klaren Vorgaben überleitender Leistungen inklusive einer entsprechenden Leistungsfinanzierung gebe, weiterhin „nur bis zur Krankenhaustür“ übergeleitet werde (Saal et al. 2018).

### Exkurs: Arzneimittelversorgung während und nach dem Krankenhausaufenthalt

**795.** Die Versorgung von Patienten während des Krankenhausaufenthaltes mit Arzneimitteln wird durch eine Krankenhausapotheke oder durch eine krankenhausesversorgende öffentliche Apotheke sichergestellt. Betreibt der Träger des Krankenhauses keine eigene Krankenhausapotheke, hat er mit dem Träger eines anderen Krankenhauses oder mit einer öffentlichen Apotheke einen schriftlichen Versorgungsvertrag zu schließen.

Die Versorgung mit Arzneimitteln ist ein wichtiger Bestandteil eines adäquaten Entlassungsmanagements. Im Rahmen der Neuregelung zum Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V ist auch die medikamentöse Versorgung nach Entlassung sicherzustellen. Dabei gilt es gleichermaßen eine Über- und Fehlversorgung sowie eine Unterversorgung im Zuge der Krankenhausentlassung zu vermeiden.

Eine Unterversorgung im Sinne einer „Lücke“ bei der Versorgung mit Arzneimitteln nach der Entlassung kann durch die Möglichkeit der Arzneimittelverordnung vermieden werden. Soweit dies für die Versorgung des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung erforderlich ist, können Krankenhausärzte eine Packung mit dem kleinsten Packungsgrößenkennzeichen gemäß Packungsgrößenverordnung (N1) verordnen – diese Packungsgröße entspricht einem Zeitraum von in der Regel zehn Tagen. In diesem Zeitraum kann dann ein Termin beim Hausarzt oder dem primären ärztlichen Ansprechpartner im ambulanten Sektor wahrgenommen werden. Die Verordnung muss der Patient bei einer öffentlichen Apotheke einlösen. Eine Kooperation zwischen dem Krankenhaus und einer beliefernden öffentlichen Apotheke ist gemäß § 11 Apothekengesetz (ApoG) nicht erlaubt.<sup>208</sup> Auch die Krankenhausapotheke kann eine Verordnung nicht einlösen.

Unabhängig von der neu eingeführten Möglichkeit der Verordnung von Arzneimitteln im Rahmen des Entlassungsmanagements war und ist die Abgabe einer Teilmenge eines Fertigarzneimittels an den Patienten im Rahmen der Entlassung grundsätzlich möglich. Laut § 14 Abs. 7 ApoG ist diese Abgabe allerdings auf folgendes Szenario beschränkt: „Bei der Entlassung von Patienten nach stationärer oder ambulanter Behandlung im Krankenhaus darf an diese die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln nur abgegeben werden, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt.“ Zudem ist die mitgegebene Teilmenge des Fertigarzneimittels gemäß § 10 Abs. 11 Arzneimittelgesetz (AMG) zu kennzeichnen, mit einer Packungsbeilage und ggf. weiteren Informationen für den Patienten zu versehen und so zu verpacken, dass die Qualität nicht beeinträchtigt wird.

Herausfordernder noch als die „Logistik“ zur Vermeidung einer „Lücke“ bei der Arzneimittelversorgung ist die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung mit Arzneimitteln durch den Mangel an Informationen. Inhaltlich ist der Arzt für die verordnete Medikation verantwortlich, wobei bei einem kurzen stationären Aufenthalt – beispielsweise in der Chirurgie – die vorherige Hausmedikation in der Regel nicht verändert wird. Dennoch wird bei mehr

<sup>208</sup> § 11 Abs. 1 ApoG: „Erlaubnisinhaber und Personal von Apotheken dürfen mit Ärzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vornehmen oder Absprachen treffen, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, die Zuweisung von Verschreibungen oder die Fertigung von Arzneimitteln ohne volle Angabe der Zusammensetzung zum Gegenstand haben. [...]“

als jedem zweiten stationär aufgenommenen Patienten die bisherige Medikation nicht korrekt erhoben und es kommt unbeabsichtigt zum Absetzen relevanter Pharmaka. Mindestens ein Drittel dieser Fehler verfügt über das Potenzial, den Patienten zu schädigen (Tam et al. 2005). Betrachtet man verschiedene Professionen, so können Apotheker eine vollständigere und bessere Medikationsanamnese erheben als beispielsweise Ärzte oder Pflegende. Insofern erscheint der Einsatz von Apothekern sinnvoll, damit sie im Krankenhaus die Medikation überprüfen und insbesondere bei der Entlassung für eine strukturierte Weitergabe der medikamentösen Information sorgen können. In mehreren systematischen Reviews konnte jedoch kein signifikanter Einfluss der sogenannten *medication reconciliation* durch Apotheker auf Rehospitalisierungen gezeigt werden (Christensen/Lundh 2016; Ensing et al. 2015; Renaudin et al. 2016). Betrachtet man jedoch die stationäre Wiederaufnahme aufgrund von medikamentenassoziierten Problemen, so wird hier der signifikante Effekt der Intervention sichtbar (Renaudin et al. 2016). Die Anzahl der Vorstellungen in einer Notaufnahme wurde ebenfalls signifikant reduziert (Christensen/Lundh 2016; Ensing et al. 2015; Renaudin et al. 2016). Die apothekergeleitete Medikationsüberprüfung führte zu einer signifikanten Steigerung der Adhärenz, in einigen wenigen Untersuchungen auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität, die stationäre Verweildauer und die Mortalität wurden jedoch nicht beeinflusst (Christensen/Lundh 2016; Renaudin et al. 2016). Eine vertiefende Analyse des gesamten Entlassungsmanagements deutet daraufhin, dass die Einbindung des Apothekers für besonders gefährdete Patienten (bestimmte Erkrankungen, hohes Lebensalter, Polypharmazie) positive Effekte bewirkt (Ensing et al. 2015). Bisherige Ansätze, *medication reconciliation* IT-gestützt durchzuführen, haben noch keine eindeutigen Auswirkungen auf patientenrelevante Endpunkte zeigen können (Mekonnen et al. 2016a, 2016b).

### 12.5.3 Einsatz im internationalen Vergleich

**796.** Es liegen einige internationale Studien vor, die das Entlassungsmanagement aus dem Krankenhaus untersucht haben. Es handelt sich überwiegend um qualitative Studien. Insgesamt bleibt festzustellen, dass es zu wenige systematische Untersuchungen und Studien zur Wirksamkeit, Sicherheit sowie zu Kosten-Nutzen-Aspekten gibt, sodass die Evidenz zu spezifischen Fragestellungen im Kontext des Entlassungsmanagements nicht ausreichend ist, um eindeutige Empfehlungen abzuleiten. Die folgende Auswahl von aktuellen internationalen Studien und Reviews zu verschiedenen Aspekten des Entlassungsmanagements illustriert die Lückenhaftigkeit des derzeitigen Forschungsstandes. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Erkenntnisse aus anderen Ländern zum Übergang zwischen verschiedenen Versorgungssettings nur sehr eingeschränkt auf Deutschland übertragen lassen, da Deutschland aufgrund der segmentierten Versorgungslandschaft hier vor besonderen Herausforderungen steht.

**797.** Ein systematischer Review aus dem Jahr 2016 untersuchte den Effekt der Entlassungsorganisation auf patientenrelevante Endpunkte (Couturier et al. 2016). Dabei wurden insgesamt 20 Studien aus den Vereinigten Staaten (n = 14), Kanada (n = 4), Australien (n = 1) und dem Vereinigten Königreich (n = 1) eingeschlossen, die zwischen 2001 und 2015 publiziert wurden. Elf Studien waren Beobachtungsstudien mit einer Studienpopulation zwischen 86 und 938 933 Personen und neun waren Interventionsstudien (darunter fünf randomisierte kontrollierte Studien) mit einer Fallzahl zwischen 83 und 738. Das Entlassungsmanagement umfasste in den Studien unterschiedliche Elemente, so z. B. das Vorliegen des Entlassungsberichts, das

Aushändigen eines Merkblattes an Patienten oder den Review der Medikation durch einen Apotheker nach der Entlassung. Nur eine Studie untersuchte den Übergang vom Krankenhaus nach Hause mit dem Fokus auf den unterschiedlichen Aspekten der Kommunikation zwischen den Krankenhausmitarbeitern und Ärzten in der Primärversorgung. Die wesentlichen Outcomeparameter waren Rehospitalisierung, Besuch einer Notaufnahme und Mortalität. Die Studien wiesen sowohl bezüglich der methodischen Qualität als auch bezüglich ihrer Ergebnisse eine starke Heterogenität auf, sodass letztlich keine belastbare Aussage zum Zusammenhang zwischen der Organisation der Krankenhausentlassung und den patientenrelevanten Endpunkten getroffen werden konnte.

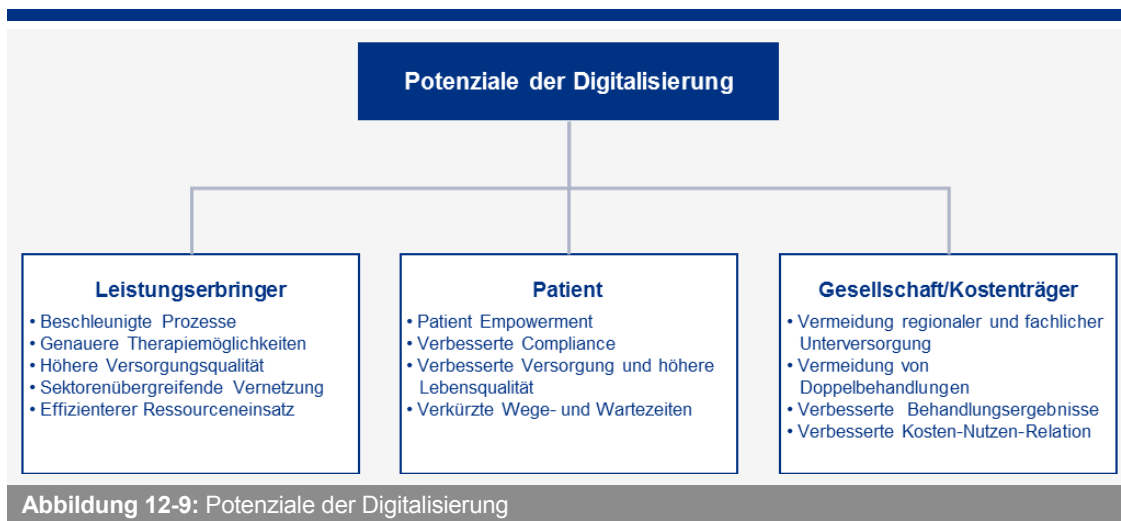
**798.** Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine kürzlich publizierte Metaanalyse, die die Ergebnisse aus 13 zwischen 2000 und 2015 publizierten Studien zum pflegegeleiteten Entlassungsmanagement bei älteren Patienten zusammenfasst (Mabire et al. 2018). Eine Verringerung der Krankenhauswiedereinweisungen und eine Verbesserung der Lebensqualität konnten nicht nachgewiesen werden. Die Ergebnisse deuten hingegen auf eine Verlängerung der Krankenhausverweildauer durch das Entlassungsmanagement hin. Gleichzeitig betonen die Autoren, dass es sich beim Entlassungsmanagement um eine komplexe Intervention handele, die schwer zu evaluieren sei, und dass die fehlenden Effekte somit vielerlei Ursachen haben könnten (Mabire et al. 2018).

**799.** Eine weitere Studie aus England befasste sich mit den Auswirkungen der berufsgruppen- und organisationsübergreifenden Kommunikation und Koordination auf die Patientensicherheit im Rahmen des Entlassungsmanagements (Waring et al. 2015). Dabei wurde auf die Entlassung von Patienten mit Schlaganfall bzw. Hüftfrakturen fokussiert, da sie typische ältere Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf darstellen. Es wurden diverse Interviews mit verschiedenen an der Versorgung beteiligten Professionen durchgeführt. Den Autoren zufolge handelt es sich bei den beteiligten Professionen um eine sehr heterogene Gruppe, die ihre Aktivitäten unterschiedlich organisieren. Die Autoren stellten fest, dass den soziokulturellen Unterschieden der Berufsgruppen besondere Aufmerksamkeit zu schenken ist, da sie die Kommunikation und Kooperation beeinflussen und Auswirkungen auf die Sicherheit der Patienten im Rahmen der Entlassung haben können.

## 12.6 Rolle der Digitalisierung bei Steuerungsprozessen im Versorgungsablauf

**800.** Die Digitalisierung genießt eine hohe Priorität auf der politischen Agenda. Auch gesundheitspolitisch wird die Digitalisierung nicht nur *top down* durch Großprojekte wie die Telematikinfrastruktur als wichtiges Ziel für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitswesens vorgegeben, sondern digitale Technologien werden auch *bottom up* in vielen regionalen Projekten zur Verbesserung der Versorgung im Alltag erprobt. Der Einsatz digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien in der Gesundheitsversorgung verspricht dabei eine Vielzahl von Nutzenpotenzialen, sowohl für die Leistungserbringer und die Patienten als auch für die Kostenträger und die Gesellschaft (siehe Abbildung 12-9). Zum einen besteht die Hoffnung, eine effizientere Versorgung infolge beschleunigter Prozesse und eines effizienteren Ressourceneinsatzes durch z. B. die Vermeidung von Doppelbehandlungen und eine stärkere Vernetzung, aber auch

durch kürzere Wege- und Wartezeiten zu erreichen. Zum anderen verspricht man sich Steigerungen der Versorgungs- und Lebensqualität sowie die stärkere Einbindung und Partizipation der Patienten in den Versorgungsprozess (Dörries et al. 2017). Einerseits wird Digitalisierung somit als Schlüssel zu einer nachhaltigen Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und effizienten Gesundheitsversorgung gesehen. Andererseits macht die Vielzahl der möglichen Interventionen und Ergebnisparameter eine genaue Definition dessen, was Digitalisierung im Gesundheitswesen bedeutet, schwierig.



Quelle: Dörries et al. (2017). Grafisch angepasst.

**801.** Neben dieser evolutionären Sicht, die Nutzenpotenziale insbesondere in der Erweiterung und Verbesserung der Versorgung sieht, existiert auch die Betrachtungsweise, dass die Digitalisierung als disruptive Technologie das Gesundheitswesen ganz grundlegend verändern wird. Diese insbesondere im Start-up-Bereich verbreitete Ansicht sieht die aktuelle, stark regulierte Struktur des Gesundheitswesens mit den rechtlichen Hürden und der starken Fragmentierung als Auslaufmodell, das u. a. durch die digitale Patientenzentrierung obsolet sein wird.

**802.** Angesichts der großen Nutzenpotenziale besteht Konsens darüber, dass die Digitalisierung in der zukünftigen Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle einnehmen wird. Dennoch kann eine globalisierte Digitalisierung auch negative Auswirkungen auf die nationalen, öffentlich-rechtlichen Solidarsysteme haben. Das Entstehen einer Abhängigkeit von wenigen, zum Teil außereuropäischen (EDV-)Dienstleistern, die Anwendung intransparenter Algorithmen mit bislang weitgehend fehlender Evidenzbasierung, die unklaren Effekte auf klinische Endpunkte und offene Fragen zur Regulierung etwa von Medizinprodukten sind einige Aspekte, die im Rahmen der gesellschaftlichen Diskussion Berücksichtigung finden sollten.

**803.** Risiken der Digitalisierung bestehen dabei insbesondere in der Herausbildung marktbeherrschender Positionen für wenige Anbieter. Bereits bestehende Algorithmen könnten allerdings über die Akkumulation von nutzungsbezogenen Daten kontinuierlich verbessert werden.<sup>209</sup> Der allgemeine Trend zur Kombination telemedizinischer Angebote und deren Einbettung in komplexere Versorgungsangebote, der in bestimmten Indikationsgebieten wie Herzin-

<sup>209</sup> Ein Berliner Start-up, das eine indikationsübergreifende Diagnose-App entwickelt, erhielt so vor Kurzem 47 Millionen Dollar Startkapital (Jansen 2017).

suffizienz und Diabetes zu beobachten ist, gibt bereits Hinweise auf das mögliche Geschäftsmodell einer breit in die Bevölkerung diffundierten Diagnose-App: Als erster digitaler Anlaufpunkt könnte eine solche App gezielt Kontakt zu Ärzten herstellen, Medikamente bereits in der Apotheke bestellen oder mit anderen Versorgungsangeboten verknüpft werden. Die wirtschaftlichen und ethischen Risiken einer solchen Entwicklung sollten daher frühzeitig von der Politik erwogen werden. Auch der Deutsche Ethikrat zeigte in seiner Stellungnahme zur Nutzung von Big Data im Gesundheitswesen sowohl die großen damit verbundenen Chancen, aber auch die damit einhergehenden Risiken auf (Deutscher Ethikrat 2017).

**804.** Angesichts der Bedeutung der Digitalisierung könnte überraschen, wie langsam digitale Technologien bisher in das deutsche Gesundheitswesen diffundiert sind. Gemäß einer aktuellen Studie des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie (BMWi) ist das deutsche Gesundheitswesen niedrig digitalisiert und im Branchenvergleich Deutschlands gar das Schlusslicht in Sachen Digitalisierung (BMWi 2017). Betrachtet man die Schwierigkeiten bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) seit dem GKV-GMG im Jahr 2003 und der Ungewissheit bei der elektronischen Patientenakte (EPA), die nun ab dem Jahr 2019 bestehen soll, so überrascht dieses Ranking nicht. Andere Staaten im europäischen Ausland erreichen hingegen einen weitaus höheren Grad der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Insbesondere die baltischen und skandinavischen Länder haben bereits digitale Infrastrukturen geschaffen und sektoren- und einrichtungübergreifende elektronische Patientenakten eingeführt (siehe auch Exkurs zu Estland in Abschnitt 12.6.1). Dennoch ist ein niedriger Digitalisierungsgrad kein spezifisch deutsches Problem, denn im Branchenvergleich wird das Gesundheitswesen auch international/global als eher niedrig digitalisiert charakterisiert (Gandhi et al. 2016).

**805.** Da die Digitalisierung alle Bereiche des Gesundheitswesens betrifft, ist es notwendig, eine Eingrenzung zu treffen. Denn ob Big Data (vgl. z. B. Deutscher Ethikrat 2017) oder *Internet of Things* (vgl. z. B. Islam et al. 2015), viele Themen der Digitalisierung werden in Zukunft Auswirkungen auf das Gesundheitswesen haben. Auf alle diese Aspekte einzugehen, würde den Umfang eines separaten Gutachtens erfordern. Zur Eingrenzung soll daher im Folgenden ausschließlich für ausgewählte Anwendungsfelder auf die Rolle der Digitalisierung bei Steuerungsprozessen im Versorgungsablauf eingegangen werden. Dies betrifft den Informationsaustausch zwischen den Sektoren, Patienteninformationen und das Therapiemonitoring. Daneben gibt es eine Vielzahl anderer Bereiche, in denen die Digitalisierung bereits Einzug gehalten hat und Fortschritte zu verzeichnen sind, z. B. bei der Abrechnung oder dem Einsatz von Informationssystemen bei einzelnen Leistungserbringern wie den Krankenhäusern. Sie fallen jedoch nicht unter die Patientensteuerung im engeren Sinne und sind damit nicht im Fokus dieses Abschnittes. In Bezug auf die Rolle der Digitalisierung bei Steuerungsprozessen stellt sich zunächst die Frage, wer gesteuert wird, wer steuert bzw. wer die Verantwortung für den Steuerungsprozess trägt. Während die erste Frage in Bezug auf Patientensteuerung leicht zu beantworten ist – es sollen die Patientinnen und Patienten gesteuert werden –, fällt die Antwort auf die Frage des „wer“ und „in wessen Verantwortung“ deutlich schwerer. Denn vor dem Hintergrund der fragmentierten Selbstverwaltung in Deutschland existiert keine gesundheitssystemübergreifende Institution, die sich für eine umfassende Steuerung der Versorgung offenkundig anbietet.

**806.** Die Versorgung erfolgt dabei grundsätzlich im Rahmen des Kollektivvertrages, innerhalb dessen eine Steuerung nur begrenzt möglich ist. Durch den Gesetzgeber wurden jedoch

auch Elemente des Vertragswettbewerbs mit der Möglichkeit der selektivvertraglichen Versorgung geschaffen. Das komplexe Zusammenspiel von selektiv- und kollektivvertraglichen Regelungen führt dazu, dass es eine Vielzahl von Schnittstellen mit unterschiedlichen Akteuren gibt. Diese Rahmenbedingungen erschweren steuernde Eingriffe, da bei den Akteuren jeweils unterschiedliche Anreize, Interessen und Dokumentationsanforderungen bestehen und deren Verantwortlichkeit an der jeweiligen Schnittstelle beendet ist. Die oft vorgeschlagene Steuerungsfunktion der Hausärzte konnte bisher, wie der Abschnitt zum Gatekeeping gezeigt hat, erst in Ansätzen Vorteile nachweisen. Zum Teil kann dies darauf zurückgeführt werden, dass eine Steuerung durch Hausärzte innerhalb fragmentierter Strukturen nur schwer umsetzbar ist. Zugleich wurden hausarztzentrierte Versorgungsformen nur eng begrenzt umgesetzt. Außerdem stellt sich die Frage, inwieweit die Übernahme der Steuerungsverantwortung durch digitale Unterstützung und arbeitsteilige Organisation flankiert werden kann oder sogar muss. Dabei sollte die administrative Aufgabenlast keinesfalls erhöht, sondern vielmehr reduziert werden, um auf diese Weise auch die bereits bestehende Unzufriedenheit bei den Ärzten (siehe Tabelle 12-1) zu vermindern.

### 12.6.1 Informationsaustausch zwischen den Sektoren und Professionen

**807.** Im derzeitigen sektoral gegliederten Gesundheitssystem Deutschlands mit einem insgesamt unzureichenden und zu wenig systematischen Informationsaustausch auch innerhalb der Sektoren und zwischen einzelnen Professionen stehen die an der medizinischen Versorgung beteiligten Leistungserbringer und die am Versorgungsgeschehen gleichermaßen beteiligten Patienten vor großen organisatorischen Herausforderungen. Tabelle 12-8 gibt einen Überblick über wesentliche Organisationsaspekte im Kontext medizinischer Behandlungen, die einen Informationsaustausch erfordern.

**808.** Der Informationsaustausch ist der zentrale Ansatzpunkt im Rahmen der sektorenübergreifenden und interprofessionellen Zusammenarbeit. Was in anderen Branchen selbstverständlich ist, ist im deutschen Gesundheitswesen noch nicht umgesetzt: ein zwischen den einzelnen IT-Systemen kompatibler Informationsaustausch, der dem Datenschutz genügt und die Patienten in den Mittelpunkt stellt (Amelung et al. 2017). Dass die Einführung einer einrichtungsübergreifenden elektronischen Patientenakte (eEPA) eine sinnvolle Maßnahme wäre, um die sektorenübergreifende und interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, ist eine wenig überraschende Empfehlung. Die Notwendigkeit der Einführung einer eEPA wurde bereits vor Jahren erkannt.

**809.** In Deutschland existieren derzeit allerdings noch keine nationalen Spezifikationen, geschweige denn eine Infrastruktur für die eEPA. Den Anbietern der verschiedenen Softwarelösungen der Primärsysteme in den verschiedenen Organisationen fehlt damit bislang ein orientierender Rahmen, um Schnittstellen zu entwickeln, die eine Interoperabilität zwischen den Systemen herstellen würden, wie sie vom Rat bereits im Jahr 2012 gefordert wurden (SVR 2012). Trotz großer finanzieller Bemühungen in der Vergangenheit kommt die Implementierung einer nationalen Telematikinfrastruktur und der damit verbundenen Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte nur schleppend voran. Vonseiten der Krankenkassen werden daher zurzeit eigene regionale Projekte umgesetzt, die die Einführung einer eEPA vorantreiben sollen. Zur



Vermeidung von Insellösungen sollen die entwickelten Systeme zukünftig auch anderen Kassen nutzbar gemacht werden.

Viele verschiedene Einrichtungen beteiligt	Die medizinische Behandlung älterer oder multimorbider oder schwer kranker Patienten wird in arbeitsteiligen Prozessen über verschiedene Gesundheitsversorgungseinrichtungen hinweg durchgeführt.
Indikationsspezifische Verantwortlichkeiten	In der Regel ist ein Arzt – z. B. der Hausarzt oder ein Facharzt – bezogen auf ein spezielles Gesundheitsproblem „führend“ tätig.
Auftragsleistungen für Untersuchungen	Der für ein Gesundheitsproblem „führend“ tätige Arzt vergibt in der Regel für spezialisierte Untersuchungen oder Therapien ergänzend Aufträge an andere Einrichtungen, über deren Ergebnisse er dann informiert wird und die dann Basis für seine weiteren Entscheidungen sind.
Parallele Handlungsstränge	Beim multimorbiden Patienten und beim Schwerkranken kommt es so zur Situation, dass Parallelbehandlungsstränge bestehen, die nur lose bis gar nicht verzahnt sind. Innerhalb dieser Stränge sind an der Behandlung ebenfalls mehrere Akteure beteiligt.
Fehlender Gesamtüberblick	In der Regel hat keine Behandlungseinrichtung, die ein spezifisches Gesundheitsproblem behandelt oder spezifische Therapien durchführt, einen Gesamtüberblick über die Vorgeschichte und die aktuelle gesundheitliche Situation des Patienten.
Patient ist Informationsübermittler	„Informationsübermittler“ bezüglich des fallübergreifenden medizinischen Kontextes ist oftmals der Patient selbst, der im Rahmen der Erst- oder Zwischenanamnese, die jede Institution durchführt, Auskunft über seinen Kontext (Vorgeschichte, aktuelle Situation, Medikation, Röntgenbilder etc.) geben muss.
Keine übergreifende Koordination	Eine gesamtheitliche Koordination über alle verschiedenen Parallelbehandlungen hinweg erfolgt in der Regel nicht. Es obliegt dem Patienten (ob er in der Lage ist oder nicht), diese Koordination herzustellen. Ausnahme: Der Patient lässt alles über den Hausarzt/Facharzt steuern.
Wenig Transparenz für den Patienten	Für Patienten ist es heute wenig transparent, wer welche Befunde erhoben und was über ihn dokumentiert hat.
Wenig Patientenbeteiligung	Der Patient ist in den vorhandenen Organisationsformen gar nicht bis wenig als aktiv mitgestaltender Akteur verankert.

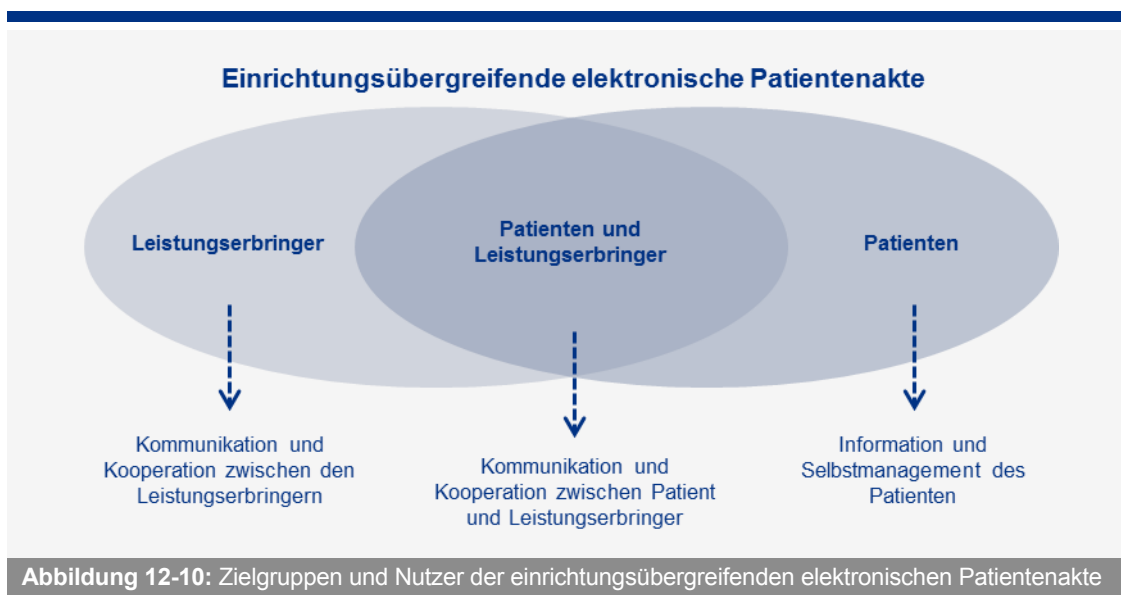
**Tabelle 12-8:** Organisationsaspekte medizinischer Behandlungen

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Haas (2017).

**810.** Die mit der Etablierung einer eEPA verbundenen, in der Vergangenheit und auch noch heute intensiv diskutierten Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes sowohl im rechtlichen als auch im ethischen Kontext sollen hier nicht im Vordergrund stehen. So sind noch viele Fragen zu Authentifikationsmechanismen, Berechtigungsmanagement, Verschlüsselung, elektronischer Signatur, Verfügbarkeit usw. offen. In diesem Zusammenhang sei auf die sehr umfangreiche Übersichtsarbeit von Haas (2017) verwiesen.

**811.** Nichtsdestotrotz gilt es zu bekräftigen, dass eine elektronische Gesundheitsakte die absolute Voraussetzung für eine bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit und für damit verbundene Projekte und neue Konzepte (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung) darstellt. Perspektivisch ist die eEPA mehr als eine Sammlung von Dokumenten und Daten zu Erkrankungen, zu Befunden oder zur Medikation eines Patienten. Sie schafft Transparenz hinsichtlich dessen,

was war und ist, und sie hat eine planerische und organisatorische Komponente: eEPA-Systeme können die Grundlage für das komplette Behandlungsmanagement sein (Haas 2017). eEPA sollten also mehr sein als reine Verwaltungssysteme und neben der Dokumentationsfunktion perspektivisch weitere Funktionalitäten aufweisen, die sowohl die Kooperation innerhalb (inter-) professioneller Teams als auch die Kooperation zwischen dem Patienten und seinen behandelnden Leistungserbringern sowie die Selbstdokumentation und das Selbstmanagement des Patienten unterstützen (siehe Abbildung 12-10). Die Etablierung einer multifunktionalen eEPA stellt damit einen wichtigen Baustein für eine Verbesserung der Patientensouveränität dar. Eine wesentliche Voraussetzung für die Realisierung dieses Nutzenpotenzials ist jedoch, dass die Patienten auch selbstbestimmt über ihre hinterlegten Gesundheitsdaten verfügen können. Hinsichtlich der Patientensteuerung ist offensichtlich, dass die genannten Funktionen bei den im Rahmen dieses Kapitels vorgestellten Steuerungsinstrumenten wie dem Gatekeeping (siehe Abschnitt 12.2) und dem Entlassungsmanagement (siehe Abschnitt 12.5) Grundvoraussetzung und ein technologischer Hebel für eine verstärkte Kooperation sind.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Haas (2017).

**812.** Wie oben bereits angedeutet, gibt es Länder, die in Bezug auf die Digitalisierung im Gesundheitswesen deutlich weiter sind als Deutschland. Als Vorreiter werden häufig Dänemark, Estland und Schweden genannt. Aber auch in Österreich ist man mit der ELGA (elektronische Gesundheitsakte) und in der Schweiz mit dem sogenannten Patientendossier schon etwas weiter als in Deutschland. Im Vereinigten Königreich, den Vereinigten Staaten und Australien stehen die Bemühungen um die Einführung einer EPA ebenfalls noch am Anfang.

### Exkurs: Die elektronische Patientenakte (EPA) in Estland

**813.** Estland wurde von der Europäischen Union (EU) als Vorreiter Europas im Hinblick auf die Online-Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen im kürzlich erstellten *Digital Economy and Society Index* (DESI) gelobt (Europäische Kommission 2017). Diese Vorreiterrolle nimmt das Land auch im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens ein. Aktuell verfügen 97 % aller estnischen Bürgerinnen und Bürger über eine landesweit einheitliche EPA, die die Informationen der heterogenen IT-Systeme der Gesundheitsdienstleister integriert und über die ein elektronischer Zugriff auf die zusammengeführten Gesundheitsdaten sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Bürger möglich ist (Enterprise Estonia 2018).

Der Zugriff auf die EPA erfolgt für die Bürger über das estnische Patientenportal digilugu.ee, das sowohl die Einsicht aller Daten als auch die Änderung personenbezogener, nichtmedizinischer Daten ermöglicht. Hierzu gehören auch Angaben, ob die Person z. B. ein potenzieller Organspender ist. Auch Leistungserbringer können das Portal für den Zugriff nutzen, die Mehrzahl der Krankenhaus- und Praxisinformationssysteme haben es jedoch direkt in die Software integriert.

Neben dem Eigenzugriff können die Bürger über das Portal auch die Rechte anderer Personen und Institutionen hinsichtlich ihrer EPA verwalten. So können Vertrauenspersonen bestimmt werden, die Einsicht in die Akte erhalten und verschriebene Medikamente für die betroffene Person erwerben können. Im Rahmen eines Opt-out-Verfahrens können bestimmte Informationen gesperrt werden, sodass die behandelnden Leistungserbringer keinen Zugriff darauf haben. Eine Datenfreigabe ist darüber hinaus auch für nicht an der Gesundheitsversorgung beteiligte Institutionen möglich, um z. B. medizinische Nachweise weitergeben zu können. Alle Zugriffe werden dabei geloggt, sodass die Bürger eine Übersicht über die erfolgten Abrufe einsehen können (Nøhr et al. 2017).

Zu den im Rahmen der EPA erfassten Daten gehören die von allen Leistungserbringern verpflichtend zu übermittelnden Fallzusammenfassungen, Informationen zum Impfstatus und zu Überweisungen, Entlassungsbriefen etc. Darüber hinaus erfolgen 98 % der Verschreibungen digital und werden in der Patientenakte hinterlegt (Novek 2016). Auf die Ergebnisse diagnostischer Bildgebung kann ebenso zugegriffen werden wie auf Labordaten. Trotz dieses reichhaltigen Informationsangebots greifen im Schnitt nur etwas über 0,5 % der zugriffsberechtigten Esten monatlich online auf ihre Informationen zu, deutlich weniger als z. B. in Dänemark (> 3 %) (Nøhr et al. 2017).

Neben diesem Angebot der EPA und der elektronischen Verschreibung erreichen gemäß der europäischen Krankenhausumfrage auch die estnischen Krankenhäuser als einzige der neuen EU-Mitgliedsstaaten eine sehr hohe digitale Durchdringung. So führen sie im europäischen Vergleich die Rangliste hinsichtlich des Angebotes und der Nutzung von E-Health<sup>210</sup> vor den skandinavischen Krankenhäusern an. Dabei geben die Esten, nach eigenen Angaben, anteilig weniger für ihr IT-Budget aus als deutsche Krankenhäuser (Europäische Kommission 2014).

<sup>210</sup> Der E-Health-Indikator wird als zusammengesetzter Indikator verschiedener Funktionalitäten aus den Bereichen der Inhalte und Nutzung der EPA, der elektronisch unterstützten klinischen Entscheidungsfindung, der elektronischen Kommunikation und der Telemedizin definiert.

### 12.6.2 Telemonitoring

**814.** Telemedizin kann in digitale Anwendungen, die eine medizinische Abklärung des Patienten mit einem entfernt stationierten Experten (Telekonsultationen) ermöglichen, sowie Anwendungen, die Daten vom Patienten zum Gesundheitsdienstleister übertragen (Telemonitoring), unterteilt werden. Dabei wird Telemonitoring genauer definiert als „ein telemedizinischer Dienst zur Überwachung des Gesundheitszustandes von Patienten. [...] Die erforderlichen Daten werden entweder automatisch mithilfe von patienteneigenen Geräten für die Gesundheitsüberwachung oder durch die aktive Mitarbeit von Patienten selbst erhoben (z. B. mittels täglicher Messung und elektronischer Eingabe des Gewichts oder des Blutzuckerspiegels). Sobald die Daten verarbeitet und weitergegeben wurden, lassen sie sich zur Optimierung der Überwachungs- und Behandlungsprotokolle einsetzen“ (Deutscher Bundestag 2011).

**815.** Digitale Anwendungen zum Telemonitoring setzen somit an der Schnittstelle zwischen Patient und Arzt bzw. Angehörigem der Gesundheitsfachberufe an. Diese Anwendungen können den Informationsaustausch durch die unmittelbare Übermittlung der Daten verbessern sowie das Selbstmanagement des Patienten erleichtern. Patienten müssen dadurch im Sinne einer effektiven Steuerung nicht mehr ständig zur Kontrolle die Arztpraxis aufsuchen, sondern können telemedizinisch begleitet und bedarfsgerecht einbestellt werden.

**816.** Eine Begutachtung der Potenziale der telemedizinischen Versorgung im letzten Gutachten des Rates kam zu dem Ergebnis, dass der Nutzen telemedizinischer Technologien im Sinne einer komplexen Intervention durch Implementierungsaspekte und den Versorgungskontext beeinflusst wird. Zur Evaluation telemedizinischer Anwendungen muss daher immer auch das konkrete Versorgungskonzept, in das die Anwendung eingebettet ist, berücksichtigt werden (SVR 2014). In den letzten Jahren haben sich die Möglichkeiten digitaler Anwendungen zum Telemonitoring zudem durch die Verbesserung von Soft- und Hardware qualitativ und quantitativ erweitert (beispielsweise durch eine immer größere Zahl von sogenannten *Wearables*). Durch diese kontinuierliche Weiterentwicklung ist eine abschließende Evaluation digitaler Anwendungen häufig erschwert.

**817.** Allgemein kann man digitale Anwendungen technologiebezogen oder anwendungsbezogen evaluieren. In einer internationalen systematischen Übersichtsarbeit, die andere Übersichtsstudien zum Nutzen von E-Health-Angeboten für Mobiltelefone (M-Health) untersuchte, war es jedoch nicht möglich, eine abschließende Bewertung vorzunehmen, da kaum belastbare Evidenz zum Nutzen vieler Therapie-Apps existiert (Marcolino et al. 2018). Dieses Fazit deckt sich mit einer systematischen Literaturrecherche im Rahmen einer vom BMG beauftragten Studie zum Therapiemonitoring mittels Apps. Hierbei konnten 289 in Studien evaluierte Therapie-Apps identifiziert werden. Vorrangig behandelten diese Apps Krankheitsbilder des Nervensystems (n = 101), gefolgt von endokrinen Erkrankungen (n = 53) wie beispielsweise Diabetes (Albrecht 2016). Spezifische Studien, die Apps zum Selbstmanagement evaluierten (beispielsweise Insulindosisanpassung bei Diabetes), zeigten hierbei oftmals positive Ergebnisse (Albrecht 2016). Eine definitorische Einschränkung dieser Evaluationen ist wiederum, dass viele Apps nur einen Teilaspekt des Selbstmanagements adressieren, ohne andere gesundheitsfördernde Faktoren (beispielsweise Ernährung und Lebensstilfaktoren) miteinzubeziehen. Weiterhin können diese Apps zwar Patienten aller Altersgruppen im Selbstmanagement unterstützen, aber gerade ältere, multimorbide Patienten sind mit der Bedienung digitaler Anwen-

dungen oftmals nicht vertraut und überfordert. Daher sollte bei zukünftigen Evaluationen immer auch die Benutzerfreundlichkeit (*Usability*) für ältere bzw. eingeschränkte Patienten berücksichtigt werden. Auch Gruppen mit niedrigem sozioökonomischen Status wurden bislang nicht explizit in der Evaluation von Gesundheits-Apps berücksichtigt.

**818.** In Bezug auf mögliche Anwendungsbereiche ist digitales Therapiemonitoring besonders für die Versorgung von chronisch erkrankten Patienten geeignet. Daher beschäftigen sich zahlreiche existierende Anwendungen mit der Versorgung von Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz oder Diabetes. Ein *Cochrane Review*, das Studien zu interaktiven, telemedizinischen Interventionen im Hinblick auf die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen bis Juni 2013 untersuchte, fand zwar positive Effekte von telemedizinischen Maßnahmen für die Betreuung von Herzinsuffizienzpatienten und der Blutzuckerkontrolle bei Diabetespatienten. Zugleich waren Aussagen zur Wirksamkeit aufgrund der Heterogenität der eingeschlossenen Studienpopulationen (beispielsweise im Hinblick auf das Alter, die Schwere der Erkrankung und den Krankheitsverlauf) und der unterschiedlichen Interventionsdesigns nur eingeschränkt möglich (Flodgren et al. 2015). Digitale Technologien zur Verbesserung der Therapie von Herzinsuffizienzpatienten kann man anhand der Verwendung von invasiven Medizinprodukten, die an bestimmte Sensoren gekoppelt sind, und nichtinvasiven telemedizinischen Interventionen unterscheiden. Im Falle einer chronischen Herzerkrankung können so Symptome und anormale medizinische Parameter bereits im Vorfeld einer Routine- oder Notfalluntersuchung festgestellt werden, bevor es zu schweren Komplikationen kommen kann (Köhler 2015).

**819.** Patienten mit einer chronischen Krankheit, wie z. B. einem Diabetes mellitus, sind eine weitere bedeutende Zielgruppe für telemedizinische Anwendungen. Zur Verbesserung der Betreuung insulinpflichtiger Diabetespatienten hat die AOK Nordost ein Telemonitoringsystem auf der Grundlage eines Vertrages zur integrierten Versorgung (§140a SGBV) eingesetzt und in verschiedenen patientenrelevanten Endpunkten evaluieren lassen. Zur Teilnahme an dem Versorgungsangebot müssen Patienten in dem DMP Diabetes mellitus eingeschrieben sein und bestimmte klinische Einschlusskriterien (beispielsweise HbA1c-Wert > 8,0 %) erfüllen. Die telemedizinische Betreuung von an Diabetes erkrankten Patienten durch Haus- und Fachärzte führte im 15-monatigen Beobachtungszeitraum zu einer im Mittel signifikanten Senkung des HbA1c-Wertes um 0,9 %. Trotz des damit einhergehenden niedrigeren Blutzuckerprofils war weder eine Erhöhung der Hypoglykämierate noch des Insulinverbrauchs zu beobachten. Einschränkend zu erwähnen ist, dass es sich hierbei um eine Beobachtungsstudie ohne Vergleichsgruppe handelt und die Ergebnisse einer Kosten-Nutzen-Bewertung durch die Krankenkasse nicht veröffentlicht wurden. Im Hinblick auf die Benutzerfreundlichkeit des telemedizinischen Systems, das in vielen Fällen entscheidend für den konkreten Nutzen für die Versorgung ist, gaben 93 % der Ärzte und 84 % der Patienten an, dass sie das System weiterempfehlen würden. Eine Mehrheit der Patienten verwendete das Produkt über den Beobachtungszeitraum hinaus (Haak/Müller 2016). Ähnliche Schlussfolgerungen zum Nutzen des digitalen Therapiemonitorings konnte eine amerikanische Studie ziehen. Hierbei konnte eine aktive, tägliche Information der Patienten per Textnachricht zu Themen wie Glukosemonitoring, gesunder Ernährung und Arzneimitteln den HbA1c-Wert absolut um 0,54 % senken (Quinn et al. 2018). Während eine Reduktion des HbA1c um 0,5 % bis 1,0 % als klinisch relevant eingestuft wird, um Komorbiditäten zu reduzieren (Klonoff et al. 2011), verwendet die *Food and Drug Administration* (FDA) eine Reduktion von 0,4 % als klinische Relevanzschwelle in Arzneimittelstudien (FDA 2017). Einschränkend verweisen die Autoren der eben beschriebenen Studie auf die fehlende

Möglichkeit, den positiven Effekt durch das Senden von Textnachrichten isoliert zu betrachten, da er immer auch auf andere Faktoren der Intervention (wie das Telemonitoring, den Zugang zu einem Informationsportal oder die direkte Versorgung durch den Hausarzt) zurückgeführt werden könnte (Quinn et al. 2018). Die Diversität telemedizinischer Maßnahmen, die sich in den hier beschriebenen Interventionen zeigt, macht eine abschließende Beurteilung ihres Nutzens für den Patienten schwierig. Zugleich wird deutlich, dass es einen Trend hin zu komplexeren Versorgungskonzepten gibt, die telemedizinische und organisatorische Veränderungen kombinieren, um so optimale Versorgungsabläufe zu schaffen.

**820.** Depression ist eine weitere chronische Erkrankung, für deren Behandlung zunehmend digitale Interventionen genutzt werden. Entsprechende Angebote werden häufig auch eingesetzt, um die Wartezeit bis zu einer psychotherapeutischen Behandlung zu überbrücken. Einzelne Diagnose- und Therapieanwendungen konnten in Studien bereits einen konkreten Nutzen für Patienten mit einer leichten bis mittleren Depression zeigen. Bei einem Vergleich zwischen Standardtherapie (d. h. psychotherapeutischer Behandlung) und Standardtherapie plus digitaler Intervention wurden signifikante und klinisch relevante Effekte zugunsten der Intervention in Bezug auf die Remission, den Verzicht auf Antidepressiva und die Schwere der Depression festgestellt (Berger et al. 2018; Klein et al. 2016; Klein et al. 2017; Twomey et al. 2017). Im Hinblick auch auf andere digitale Interventionen in einem komplexen Versorgungskontext erscheint insbesondere die Evaluation unter Alltagsbedingungen und möglichst breiten Einschlusskriterien im Sinne einer *Pragmatic Randomized Trial* hilfreich (Berger et al. 2018). Die Intervention hat zumindest in der Zielgruppe derjenigen Patientinnen und Patienten, die für entsprechende Online-Angebote aufgeschlossen sind, zudem insgesamt einen aus Krankenkassensicht kostensenkenden Effekt zeigen können.

**821.** Auch der 121. Deutsche Ärztetag hat die Musterberufsordnung bezüglich des Fernbehandlungsverbots geändert (BÄK 2018). Eine ausschließliche Fernbehandlung ist jetzt unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt und wird voraussichtlich weitere telemedizinische Innovationen befördern. Ein Beispiel für ein neu initiiertes, indikationsübergreifendes Projekt, das die Erstvorstellung als initialen Arzt-Patienten-Kontakt adressiert, ist das Projekt „DocDirekt“ der KV Baden-Württemberg, für welches das derzeit bestehende Fernbehandlungsverbot ausgesetzt wurde. Dabei kann ein Patient in einem Callcenter anrufen, wo die Dringlichkeit des Anliegens von MFAs anhand der beschriebenen Symptome triagiert wird. Anschließend wird der Patient innerhalb von 30 Minuten von einem der teilnehmenden Vertragsärzte zurückgerufen. Dieser kann bei Bedarf ein elektronisches Rezept – auch für verschreibungspflichtige Medikamente – ausstellen oder an eine patientennahe erreichbare Portalpraxis (PEP-Praxis) verweisen. Dieses Modell wird für Privatpatienten bereits als „Alternative zum Hausarzt im Primärarztmodell“ beworben. Die Durchführung des Projekts wird ferner von einer wissenschaftlichen Evaluation begleitet (KV Baden-Württemberg 2018; Staeck/Höhl 2018). Für eine ähnliche Intervention in Großbritannien wurde allerdings auch darauf hingewiesen, dass gerade gesunde, weniger komplexe Patienten telemedizinische Sprechstunden in Anspruch nehmen (Iacobucci 2018).

**822.** Speziell im Bereich Diagnostik wurden in einer systematischen Übersichtsarbeit bereits über 100 evaluierte Apps identifiziert, die zumeist allerdings eher auf bestimmte Indikationsgebiete (beispielsweise die Dermatologie) beschränkt sind (Albrecht 2016). Die gefundenen Studien haben dabei eher beschreibenden Charakter, weshalb sie nur geringe Aussagekraft bezüglich des tatsächlichen Nutzens dieser Apps haben. Trotzdem ist ein Potenzial von

Diagnose-Apps vorhanden, das inzwischen auch als wirtschaftlich nutzbar erkannt wurde. Zusammenfassend besteht der große Nutzen von digital unterstützter Diagnostik und Therapie-monitoring in der orts- und zeitunabhängigen Verfügbarkeit von patientenspezifischen Informationen, die dem Patienten eine größere Autonomie im medizinischen Versorgungsprozess ermöglicht. Die hier präsentierten Anwendungsbeispiele zu telemedizinischem Monitoring weisen auf die zunehmende Wichtigkeit eines damit verbundenen umfassenden Versorgungskonzeptes hin, das zusammen mit entsprechenden E-Health-Anwendung(en) als Gesamtintervention in prospektiven, kontrollierten Studien allerdings noch bewertet werden muss.

### 12.6.3 Auswirkungen der Digitalisierung auf Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen

**823.** Die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen über digitale Kanäle bietet eine kostengünstige Möglichkeit, sie aktuell und breit zu verteilen. So nutzt die Mehrzahl der im Abschnitt 12.4 vorgestellten Anbieter von Gesundheitsinformationen das Internet zur Bereitstellung ihrer Angebote. Hinsichtlich der Bereitstellung von Entscheidungshilfen ist dabei zwischen internetverfügbaren, internetadaptierten und internetbasierten Entscheidungshilfen zu unterscheiden (Hoffman et al. 2013). Während erstere in anderen Formaten entwickelt und anschließend lediglich elektronisch verfügbar gemacht werden, werden die internetadaptierten Entscheidungshilfen für die Nutzung im Internet angepasst. Internetbasierte Entscheidungshilfen werden hingegen spezifisch für die Internetnutzung entworfen und getestet. Ein Vorteil von auf die digitale Nutzung abgestimmten Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen kann z. B. die Integration verschiedener Medienarten und interaktiver Abläufe sein, die die Qualität der informierten Entscheidung erhöhen können. Jedoch zeigte ein systematischer Review von computerbasierten Entscheidungshilfen, dass bisher nur wenig Evidenz vorliegt, die die weitere Entwicklung derartiger Angebote leiten kann (Syrowatka et al. 2016). So kommt auch eine andere Studie zu dem Ergebnis, dass computerbasierte Entscheidungshilfen das Potenzial besitzen, patientenorientierte Parameter zu verbessern, jedoch weitere, umfangreichere und qualitativ bessere Studien zur Beurteilung benötigt werden (Staszewska et al. 2017). Die Ergebnisse entsprechender Studien könnten dann als Blaupause für die weitere Entwicklung dienen.

**824.** Neben diesen aus Digitalisierungssicht eher klassischen, computerorientierten Angeboten gewinnt die mobile Nutzung an Bedeutung. Auch existieren weitere digitale Zugriffsmöglichkeiten wie die „persönlichen“ Sprachassistenzsysteme, die einen niedrighwelligen Zugriff auf Gesundheitsinformationen bieten. Mittelfristig ist zu erwarten, dass diese Dienste erweitert werden und zunehmende Verbreitung finden. Bereits ein kurzer Blick in die App-Stores für Android und iOS zeigt außerdem, dass im mobilen Bereich bereits eine rasante Entwicklung stattgefunden hat und mittlerweile für fast jedes Krankheitsbild mobile Angebote erhältlich sind. Allein in den Kategorien „Medizin“ und „Gesundheit und Fitness“ existieren mehr als 80 000 Apps (Albrecht 2016). Viele dieser Apps legen den Fokus jedoch auf Fitness und Selbstdokumentation und entsprechen eher Lifestyle-Apps (Sama et al. 2014). Eine nähere Betrachtung der gesundheitsbezogenen Apps legt außerdem nahe, dass höchstens ein Viertel des Angebots überhaupt genutzt wird (Dehling et al. 2015). Die Grenzen von Lifestyleanwendungen zu Applikationen, die unter den Geltungsbereich des Medizinproduktegesetzes fallen, sind dabei fließend. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sieht in Bezug auf Gesundheitsinformationen die Grenze zwischen Wellnessanwendung und Medizinprodukt im

Übergang von einer reinen Wissensbereitstellung z. B. in einem elektronischen Buch zu einer Entscheidungsunterstützung oder dem selbstständigen Entscheiden z. B. hinsichtlich therapeutischer Maßnahmen (BfArM 2018). Diese Einstufung bezieht sich jedoch schwerpunktmäßig auf Applikationen, die medizinischem Fachpersonal auf Daten basierende Empfehlungen zur Diagnose, Prognose, Überwachung oder Behandlung von Patienten geben sollen. Diese Abgrenzung ist daher eher für die im vorherigen Abschnitt beschriebenen Telemedizin-Apps relevant, da Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen im Sinne dieses Kapitels keine Empfehlungen abgeben, sondern eine informierte Entscheidung durch neutrale Informationsdarstellung erreichen sollen.

**825.** Bereits im Jahr 2012 stellte der Rat fest, dass die Informationsvielfalt die Orientierung der Nutzer erschwert und hohe Anforderungen an die Informationskompetenz der Nutzerinnen und Nutzer stellt (SVR 2012). Infolge des Fehlens eindeutiger Kriterien gestaltet es sich nicht nur für die Nutzerinnen und Nutzer schwierig, zuverlässig valide, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu identifizieren (Rossmann et al. 2018), sondern auch für Anbieter evidenzbasierter Informationen besteht die Herausforderung, Aufmerksamkeit für ihr Angebot zu erhalten. Die Gestaltung und Benutzungsfreundlichkeit werden zur Beurteilung genutzt (Zschorlich et al. 2015), sodass die Präsentation der Informationen für die Wahrnehmung des Angebots ähnlich wichtig erscheint wie die Qualität der Inhalte. Obwohl es die Bereitstellung von Gesundheitsinformationen im Allgemeinen betrifft, erscheint dies im Bereich der mobilen Anwendung aufgrund der leichten Zugänglichkeit und der gleichrangigen Präsentation der verschiedenen Angebote als eine besondere Herausforderung. So stehen Applikationen wie die Leitlinien-Apps verschiedener Fachgesellschaften neben Apps zur Gewichtskontrolle.

**826.** Durch diese digitale Informationsvielfalt kann neben der bereits existierenden sozialen Kluft in der Nutzung von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen eine weitere, digitale Kluft entstehen. Erfahrene Internetnutzerinnen und -nutzer, die zumeist jünger und besser ausgebildet sind, suchen aktiver und auf vielfältigere Weise nach Informationen im Internet und prüfen sie kritischer als weniger erfahrene (Neter/Brainin 2012). In der digitalen Bereitstellung von Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen ist daher darauf zu achten, dass wie in der analogen Welt eine zielgruppengerechte Ansprache erfolgt. Nur so kann die Digitalisierung als Chance verstanden werden, den Zugang zum Gesundheitssystem und zu Versorgungsleistungen zu erleichtern und Nutzungsschwellen zu beseitigen (Schaeffer et al. 2018). Daher sieht auch das Konzept für das nationale Gesundheitsportal in Deutschland eine besondere Aufmerksamkeit für Menschen mit geringem Sozialstatus, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen im höheren Lebensalter, Menschen mit niedrigem Bildungsgrad und chronisch Erkrankte sowie deren Angehörige vor (IQWiG 2018).

## 12.7 Empfehlungen

### 12.7.1 Empfehlungen zum Gatekeeping

**827.** Auf der Grundlage der systematischen Übersichtsarbeit des Rates (SVR 2009) wurden zur erneuten Bewertung der Steuerungsmaßnahme Gatekeeping weitere nationale und internationale Studien ausgewertet. Gatekeeping kann zu einem effizienten Informationsfluss zwischen Haus- und Fachärzten beitragen, da die Zuständigkeiten geklärt sind. Im Facharztsektor können



Patienten zudem effizienter und effektiver versorgt werden, wenn sie durch den Hausarzt bereits vorselektiert wurden. Auch wenn entsprechende Hinweise vorliegen, kann die Frage, ob ein direkter Zugang zu Fachärzten ohne Gatekeeping zu höheren Kosten führt, aufgrund der methodisch komplexen Studienlage weder international noch für Deutschland eindeutig und abschließend beurteilt werden. Der beste vorliegende wissenschaftliche Beweis reicht derzeit nicht aus, um verpflichtend ein isoliertes Gatekeeping für Deutschland hinreichend zu begründen. Gatekeeping sollte daher aktuell nicht vordergründig als Instrument zur Kostenreduktion empfohlen und bei Einführung auf jeden Fall mit einer gesundheitsökonomischen Evaluation verknüpft werden. Somit sollte die bestehende Wahlfreiheit bei Arztbesuchen erhalten bleiben und zugleich durch Anreize eine bessere Steuerung der Patientenwege bei der bedarfsgerecht gestuften Inanspruchnahme, vor allem bei der primären und der sekundären Versorgungsebene, erreicht werden.<sup>211</sup>

**828.** Daneben sollte die Fortführung und Ausweitung von HzV-Modellen mit freiwilliger Einschreibung, angemessenen Anreizen und begleitet von methodisch hochwertigen Evaluationen erfolgen. Die Stärke der HzV könnte in einer qualitativ besseren Versorgung vor allem älterer, multimorbider Patienten liegen – wobei die Evidenz bei patientenrelevanten Parametern noch begrenzt ist. Es sollten daneben auch Anreize zur Teilnahme von jüngeren Patienten an der HzV entwickelt werden. Ein von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietender vergünstigter Wahltarif könnte ein solcher finanzieller Anreiz für die Teilnahme an einem HzV-Modell sein, wobei eine sorgfältige Evaluation zeigen müsste, ob entsprechende Beitragsermäßigungen durch Verbesserungen der Versorgung und ggf. auch durch Kostensenkungen tatsächlich gerechtfertigt sind oder nur zu einer Selbstselektion gesünderer Versicherter zum Nachteil chronisch Kranker führen. Patientenseitige Gründe für die Nichtteilnahme an HzV-Programmen<sup>212</sup> sollten genauer untersucht und bei der Ausgestaltung von HzV-Modellen berücksichtigt werden. Solche freiwilligen Gatekeeping-Maßnahmen im Rahmen der HzV sollten Teil eines integrierten Versorgungssystems sein. Zudem kann die hausärztliche Versorgung jährlich pauschaliert vergütet werden, indem eine quartalsunabhängige, morbiditätsorientierte Pauschalvergütung pro Patient gezahlt wird und zugleich besondere Leistungen mittels Einzelleistungsvergütungen honoriert werden (siehe Kapitel 5 zur ambulanten Vergütung). Die gesetzgeberischen Erweiterungen der Spielräume für die HzV und die dadurch geschaffenen Anreize für die Versicherten zur Teilnahme sollten so zu einer erkennbar gestuften und bedarfsgerechten Inanspruchnahme der Versorgungsebenen beitragen. Falls diese Maßnahmen nicht ausreichend sind, um die gegenwärtigen Steuerungsdefizite zu adressieren, sollte die Erhebung einer Kontaktgebühr erwogen werden, die bei einer Direktinanspruchnahme von Fachärzten der nächsthöheren Versorgungsebene ohne Überweisung durch einen Hausarzt erhoben werden würde (siehe Abschnitt 12.7.2).

---

<sup>211</sup> Hierzu beitragen könnte auch, dass Patienten bereits aktuell im Rahmen der HzV (beispielsweise für teilnehmende Patienten der AOK Baden-Württemberg) einen Terminvorteil bei der Überweisung an Fachärzte bekommen. Eine solche Maßnahme könnte die Attraktivität einer Erstvorstellung beim Hausarzt für Patienten weiter erhöhen.

<sup>212</sup> Im Hinblick auf die Assoziation zwischen einem höheren sozioökonomischen Status und häufigeren Facharztbesuchen wären finanzielle Anreize hier voraussichtlich eher nicht wirkungsvoll.

### 12.7.2 Empfehlungen zur Selbstbeteiligung

**829.** Vor Einführung jeglicher Form der Selbstbeteiligung muss kritisch überprüft werden, ob der finanzielle Aufwand, die neue Regelung einzuführen und administrativ durchzuführen, der Kostenersparnis in einem ausgewogenen bzw. positiven Verhältnis gegenübersteht. Entscheidend sind dabei nicht ausschließlich (direkte) monetäre Aspekte, sondern ebenso Auswirkungen auf den Gesundheitszustand. Da eine Überinanspruchnahme medizinischer Leistungen (langfristig) auch negative Auswirkungen auf Lebensqualität und Gesundheit der Bevölkerung haben kann, kann eine niedrigere Inanspruchnahme infolge von Selbstbeteiligungsregelungen auch positive Wirkungen haben.

**830.** Der größtenteils veralteten empirischen Evidenz im Bereich der Selbstbeteiligung sollte mit adäquaten aktuellen Studien begegnet werden. Mit Blick auf europäische sowie internationale Erfahrungen erscheinen Zuzahlungsregelungen grundsätzlich geeignet, um in ausgewählten Bereichen sowohl positive Finanzierungs- als auch positive Steuerungseffekte zu erzielen. Zugleich zeigt der internationale Vergleich, dass in Deutschland die finanziellen Hürden im Zugang zur Versorgung gering sind. Dies birgt Potenzial für weitere Steuerungswirkung über Selbstbeteiligungsmaßnahmen, wobei die sehr gute Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung in Deutschland grundsätzlich erhalten werden sollte. Es könnte bei einer unzureichenden Wirkung der im Abschnitt 12.7.1 aufgeführten Maßnahmen – ähnlich wie bereits im Gutachten 2014 vorgeschlagen – eine Kontaktgebühr für jeden Facharztbesuch ohne Überweisung eingeführt werden. Ausnahmen von dieser Gebühr bilden Besuche bei Hausärzten (siehe Abschnitt 12.7.1), Augenärzten, Gynäkologen und Psychiatern sowie Arztbesuche von Minderjährigen. Die Kontaktgebühr könnte beim Versagen der vorgeschlagenen Maßnahmen auch bei Besuchen der Notaufnahme erhoben werden, damit sie nicht als Umgehungsstrategie für das direkte (gebührenfreie) Aufsuchen eines Facharztes genutzt werden kann (siehe Kapitel 14). Um den mit der Entrichtung der Kontaktgebühr einhergehenden administrativen Aufwand gering zu halten, sollte die Bezahlung der Gebühr vorzugsweise bargeldlos in der jeweiligen Arztpraxis erfolgen. Sie sollte dabei ähnlich der Zuzahlung bei der vollstationären Krankenhausbehandlung umgesetzt werden. Die Höhe der Kontaktgebühr und deren Dynamisierung sind politisch zu entscheiden, auch im Hinblick auf eine soziale Abfederung. Eine Evaluation der Auswirkungen ist wichtig, um die Höhe und Art dieser Selbstbeteiligung entsprechend weiterzuentwickeln.

**831.** Für eine steuernde Wirkung der Selbstbeteiligung ist die Gesundheits- und Entscheidungskompetenz des Patienten bei Inanspruchnahme von Leistungen notwendig. Bei der Entscheidung zwischen verschiedenen möglichen Behandlungsoptionen, die mit unterschiedlich hohen Selbstbeteiligungsbeiträgen einhergehen (beispielsweise im Rahmen von Zuzahlungen bei verschiedenen Arzneimitteln), muss der Patient – neben den finanziellen Konsequenzen – vor allem den medizinischen Nutzen und die Risiken dieser Optionen kennen. Bei der Einführung einer Kontaktgebühr für Facharztbesuche ohne Überweisung muss daher breit aufgeklärt werden, warum ein vorheriger Besuch beim Hausarzt sinnvoll ist. Da Selbstbeteiligung als Rationierungsinstrument bei großen Teilen der Bevölkerung auf Ablehnung stößt, sollte die Einführung neuer Selbstbeteiligungsmaßnahmen immer auch mit versorgungsrelevanten Vorteilen für die Patienten verbunden sein. In diesem Sinne sind Selbstbeteiligung und Informationen zu Behandlungsalternativen und deren Wirksamkeit zwei Seiten einer Medaille, die sowohl in der politischen Diskussion als auch bei Entscheidungen auf patientenindividueller Ebene berücksichtigt werden müssen.

### 12.7.3 Empfehlungen zu Gesundheitsinformationen und Entscheidungshilfen

**832.** Evidenzbasierte, verständliche und neutrale Informationen sind eine unabdingbare Voraussetzung, um die Bürgerinnen und Bürger bzw. Patientinnen und Patienten in Gesundheitsentscheidungen einzubeziehen und eine bedarfsgerechte Versorgung gemäß ihren Präferenzen zu erreichen. Informationen sind dabei an allen Stellen des Versorgungskontextes notwendig, sowohl bei konkreten Behandlungs- und Screeningentscheidungen als auch bei der Prävention, der Wahl des Versorgungspfades und der Nachversorgung. Eine auch aus Sicht der Patientinnen und Patienten bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung, sei es durch Gatekeeping, Selbstbeteiligung oder andere Maßnahmen, sind ohne ausreichende Patienteninformation und -beteiligung nicht umsetzbar.

**833.** Patientinnen und Patienten können Gesundheitsinformationen bei einer Vielzahl von Anbietern finden. Die für die informierte partizipative Entscheidungsfindung relevanten, evidenzbasierten und nicht verzerrten Informationen sind jedoch nicht bei allen Anbietern gegeben. Ein nationales Gesundheitsportal als zentrale Anlaufstelle für die Bürgerinnen und Bürger ist daher ein notwendiger Schritt. Um die Akzeptanz einer solchen zentralen Stelle zu fördern, sollten die Bürgerinnen und Bürger bei der Generierung von Gesundheitsthemen einbezogen und den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit gegeben werden, ihre eigenen Erfahrungen einzubringen. Angesichts des bereits in der Konzepterstellung berücksichtigten Sachverhaltes, „dass kein Anbieter in Deutschland allein in der Lage wäre, evidenzbasierte Gesundheitsinformationen zu sämtlichen wichtigen gesundheitsbezogenen Themenbereichen anzubieten“ (IQWiG 2017), scheint es außerdem wichtig, ein besonderes Augenmerk auf die Qualität der dortigen, von verschiedenen Anbietern zusammengetragenen Informationen zu richten. Hierzu könnte die Leitlinie des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin oder die Gute Praxis Gesundheitsinformation einen Mindeststandard setzen. Grundsätzlich sollten weitere Studien zur informierten partizipativen Entscheidungsfindung gefördert werden, um neben dem ethischen und juristischen Anspruch, informierte Entscheidungen zu begünstigen, auch die konkreten Auswirkungen auf Patientinnen und Patienten sowie auf das Gesundheitssystem besser beurteilen zu können.

**834.** Trotz der Bedeutung des Internets sollten andere Verbreitungsstrategien nicht vernachlässigt werden. So sollten Informationen auch in den Praxen, Krankenhäusern und anderen Zentren bereitliegen und auf das nationale Gesundheitsportal verweisen. Des Weiteren sollten die Institutionen der Selbstverwaltung bei ihren Mitgliedern für entsprechende Informationsauslagen und -angebote werben. Patienteninformationszentren, in denen Hilfe zur Selbsthilfe und Recherche angeboten wird, sollten intensiver bekannt gemacht werden. Um auch in besonders komplexen Entscheidungssituationen die informierte partizipative Entscheidung zu ermöglichen, sollte im Rahmen eines interprofessionellen und teamorientierten Ansatzes das Training von *Decision Coaches* gefördert und gleichzeitig evaluiert werden. Erste Studien legen nahe, dass das *Decision Coaching* eine informierte gemeinsame Entscheidungsfindung begünstigt; jedoch ist weitere Forschung hierzu notwendig.

**835.** Außerdem erscheint es ratsam, die Zugangsmöglichkeiten zu wissenschaftlichen Ergebnissen zu verbessern. Barrierefreiheit, sowohl im eigentlichen Sinne als auch im Sinne des *Open Access*, sollte hergestellt werden. So haben in der Schweiz alle Bürgerinnen und Bürger freien Zugang zur Cochrane Library. Wie bereits im Jahr 2014 gefordert, sollte eine Gesundheits-

wissensbibliothek allen Gesundheitsprofessionen sowie den Bürgerinnen und Bürgern Evidenzressourcen verschiedener Kategorien niedrigschwellig zugänglich machen (SVR 2014). Da Studien zeigen, dass die Glaubwürdigkeit von Inhalten im Internet eher auf Basis formaler und optischer Aspekte attestiert wird, ist jedoch eine entsprechende Aufbereitung der Informationen unabdinglich.

**836.** Zur Umsetzung der informierten partizipativen Entscheidungsfindung ist außerdem die Stärkung der kritischen Gesundheitskompetenz notwendig. Sie sollte, wie von der „Allianz für Gesundheitskompetenz“ geplant, für alle Bürgerinnen und Bürger gefördert werden. Jedoch gilt es, auch für die Gesundheitsfachberufe und die Medizin eine flächendeckende und systematische Implementierung von evidenzbasierter Medizin, informierter partizipativer Entscheidungsfindung und offener Risikokommunikation in die Curricula einzubauen. Denn nur im Zusammenspiel von Transparenz, Gesundheitskompetenz und Beteiligungsbereitschaft auf beiden Seiten einer Behandlung ist eine informierte partizipative Entscheidungsfindung möglich. Daher sollten Aus-, Fort- und Weiterbildungen angeboten werden, um Vorbehalte abzubauen.

**837.** Gleichzeitig sollte früh, bestenfalls bereits in der Schule, angefangen werden, kritische Gesundheitskompetenz aufzubauen, um den Umgang mit Gesundheitsinformationen zu erleichtern, ein Verständnis der evidenzbasierten Medizin aufzubauen und die kritische Auseinandersetzung mit Gesundheitsinformationen zu ermöglichen. Pilotprojekte wie „EBM@School“ belegen das Potenzial dieses Ansatzes (Steckelberg et al. 2009).

**838.** Medizinische Laien, die Patientinnen und Patienten vertreten, z. B. in der Selbsthilfe, aber auch in Gremien wie dem G-BA, sollten regelhaften Zugang zu Trainingsprogrammen in Kompetenzen der evidenzbasierten Medizin erhalten. Entsprechende Angebote wurden pilotiert (Berger et al. 2010; Berger et al. 2013; Matthias et al. 2013).

#### 12.7.4 Empfehlungen zum Entlassungsmanagement

**839.** Die Sinnhaftigkeit von Entlassungsmanagement erscheint trotz unzureichender Evidenz bezüglich der Auswirkung auf patientenrelevante Endpunkte plausibel und naheliegend. Allerdings bestehen zahlreiche Organisationsmodelle des Entlassungsmanagements. Welche Berufsgruppe im Rahmen des Entlassungsmanagements die Gesamtkoordination übernehmen sollte, lässt sich aus der vorhandenen wissenschaftlichen Beweislage nicht eindeutig ableiten. Am meisten verbreitet ist die Koordination durch Pflegende und den sozialen Dienst, oft in Form speziell geschulter Case Manager. Wichtiger als die Frage, welche Berufsgruppe diese Funktion übernimmt, scheint aber die Organisationsstruktur bzw. das Vorhandensein standardisierter Prozesse zu sein. Sinnvoll wären daher eine stärkere Standardisierung von Aus- und Weiterbildungsinhalten bzw. einheitliche Vorgaben zur Qualifikation und Verantwortung der für die Entlassung zuständigen Koordinatoren, um die Strukturqualität zu sichern.

**840.** Der G-BA hatte beim aQua-Institut eine Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren für Entlassungsmanagement in Auftrag gegeben. Bislang wurde aber noch kein Qualitätssicherungsverfahren durch den G-BA initiiert. Für eine Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität könnte dies ein bedeutender Schritt sein.

**841.** Insgesamt werden bessere wissenschaftliche Belege für sorgfältig gewählte Erfolgsparameter zum Entlassungsmanagement benötigt, um konkretere Empfehlungen zur Optimierung des Entlassungsmanagements insbesondere in Bezug auf die Auswirkungen verschiedener Formen der Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeit, Apothekern und ggf. weiteren Professionen ableiten zu können.

**842.** Bezüglich der Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen der Entlassung wäre es sinnvoll, die Möglichkeit der Mitgabe von Arzneimitteln durch das Krankenhaus auszuweiten. Derzeit ist es dem Krankenhaus nur dann gestattet, die zur Überbrückung benötigte Menge an Arzneimitteln abzugeben, wenn im unmittelbaren Anschluss an die Behandlung ein Wochenende oder ein Feiertag folgt. Diese Regelung sollte dahingehend angepasst werden, dass Krankenhäuser unabhängig vom Bestehen eines Wochenendes oder Feiertages Arzneimittel für den Zeitraum von bis zu einer Woche mitgeben dürfen. Das Krankenhaus kann dann entscheiden, ob es dem Patienten – auch in Abhängigkeit von dessen Mobilität – ein Entlassungsrezept ausstellt oder die Medikation direkt mitgibt, damit die Versorgung des Patienten bis zum zeitnahen Aufsuchen des weiterversorgenden Arztes im ambulanten Sektor sichergestellt ist.

**843.** Darüber hinaus wäre es sinnvoll, wenn verstärkt eine apothekergeleitete Medikationsüberprüfung im Rahmen der Entlassung stattfände. In diesem Zusammenhang sollte ein Medikationsplan erstellt und mit dem Patienten besprochen werden.

#### 12.7.5 Empfehlungen zur Digitalisierung

**844.** Aus der Betrachtung spezifischer Digitalisierungsmaßnahmen wie eEPA, Telemonitoring und digitaler Gesundheitsinformation wird deutlich, dass die Digitalisierung potenziell zu einer verbesserten Patientensteuerung beitragen kann. Die dargestellten Maßnahmen können die Patientenströme angebots- und nachfrageseitig beeinflussen. Während die eEPA hierbei durch die bessere Vernetzung der verschiedenen Leistungserbringer mit den Patienten eher angebotsseitig auf die Patientensteuerung einwirkt, adressiert die digitale Gesundheitsinformation vornehmlich den Patienten und wirkt sich somit auf dessen Nachfrage nach Gesundheitsleistungen aus. Telemonitoring setzt hingegen an der Schnittstelle zwischen Leistungserbringer und Patient an und kann somit sowohl auf das Angebot als auch auf die Nachfrage Einfluss haben. Dabei ist die Vernetzung durch eine eEPA die Grundvoraussetzung, auf der viele weitere digitale Anwendungen aufbauen können. Daher ist es auch Sicht des Rates unbedingt erforderlich, die digitale Vernetzung und Interoperabilität im Rahmen der Telematikinfrastruktur zeitnah umzusetzen. Aufgrund der zahlreichen versorgungspolitischen Stellschrauben müssen in einem weiteren Schritt die konkreten Potenziale spezifischer digitaler Anwendungen evaluiert und näher bestimmt werden.

**845.** Unabhängig davon, ob sich diese Maßnahmen an Leistungserbringer oder Patienten richten, ist die Benutzerfreundlichkeit oder auch *Usability* ein entscheidender Aspekt. Die Entstehung einer neuen digitalen Kluft zwischen digitalaffinen, jüngeren auf der einen und älteren, eher ablehnenden Anwendern auf der anderen Seite kann durch ein gezielt nutzerfreundliches Design vermieden werden. Zudem könnten Schulungsmaßnahmen für digitale Angebote Teil komplexerer Interventionen sein. Da sich gerade ältere, multimorbide Patienten einerseits durch den höchsten Bedarf an medizinischer Versorgung und andererseits durch die geringste Digitalkompetenz auszeichnen, ist die *Usability* für die Wirksamkeit von Anwendungen essenziell.

Daher sollte der Aspekt der Nutzerfreundlichkeit, insbesondere für ältere Patienten oder auch sozial benachteiligte Gruppen mit spezifischen Gesundheitsbedürfnissen (beispielsweise Migranten/Flüchtlinge), in der Bewertung von digitalen Anwendungen berücksichtigt werden.

**846.** Digitale Anwendungen sind oftmals eingebettet in spezifische Versorgungskonzepte, die bei der Nutzenbewertung nur übergreifend betrachtet werden können. Dass digitale Technologien in diesem Sinne komplexe Interventionen sind, bei deren Nutzenbewertung die Implementierung und der Versorgungskontext maßgebliche Faktoren sind, ist keine neue Erkenntnis. Es muss allerdings der Werkzeugkasten der bisherigen Nutzenbewertungsmaßnahmen erweitert werden. Digitale Anwendung entwickeln sich dynamisch weiter, wodurch die alleinige Bewertung zu einem definierten Zeitpunkt X nicht ausreichend erscheint. Agile Evaluationsmethoden, die auch in der Lage sind, modulare, sich iterativ weiterentwickelnde Interventionen valide zu bewerten, sind hier erforderlich (z. B. SMART: *Sequential Multiple Assignment Randomized Trial Method* oder CEEBIT: *Continuous Evaluation of Evolving Behavioral Intervention Technologies*). Daher sollten Evaluationsprozesse im Rahmen des SGB V den Besonderheiten von digitalen Anwendungen angepasst werden, ohne die Evaluationstiefe (insbesondere in Bezug auf Sicherheit, aber auch hinsichtlich der Wirksamkeit) zu verringern. Entsprechende methodische Ansätze zur Evaluation komplexer telemedizinischer Interventionen für spezifische Patientengruppen z. B. in den Projekten des Innovationsfonds sind daher laufend zu bewerten und weiterzuentwickeln.

**847.** Weiterhin muss der Nutzen bei der Bewertung digitaler Anwendungen stärker an der Perspektive der Patienten ausgerichtet werden (z. B. hinsichtlich einer Verbesserung der Patientensouveränität oder einer Komfortverbesserung in der Therapie). Wenn Patienten Fahr- und Wartezeit zum Arzt sparen können, liegt dabei auch ein gesamtwirtschaftlicher Nutzen vor, der berücksichtigt werden sollte. Auch im Hinblick auf den Fachärztemangel könnten telemedizinisches Therapiemonitoring und Televisiten für bestimmte Patientengruppen daher einen gewissen Nutzen bringen. Die Grenzen zwischen Patient und Konsument lösen sich hierbei zunehmend auf und müssen im Zusammenhang mit den Zielen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems gesamtgesellschaftlich diskutiert werden.

## 12.8 Literatur

- Accenture (2016): Pharma's growing opportunity in patient services. URL: [www.accenture.com/in-en/\\_acnmedia/Accenture/next-gen-2/patient-services-survey-pharma/pdf/Accenture-patient-services-2016-survey-results-web.pdf](http://www.accenture.com/in-en/_acnmedia/Accenture/next-gen-2/patient-services-survey-pharma/pdf/Accenture-patient-services-2016-survey-results-web.pdf) (abgerufen am 08.05.2018).
- Albrecht, U.-V. (2016): Chancen und Risiken von Gesundheits-Apps (CHARISMHA). Medizinische Hochschule Hannover. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/A/App-Studie/CHARISMHA\\_gesamt\\_V.01.3-20160424.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/App-Studie/CHARISMHA_gesamt_V.01.3-20160424.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Allard, M., Jelovac, I. und Léger, P. T. (2011): Treatment and referral decisions under different physician payment mechanisms. *J Health Econ* 30(5): 880–893.
- Amelung, V., Gerlach, F. M., Gruhl, M., Ozegowski, S., Prüfer-Storcks, C., Schaeffer, D. und Straub, C. (2017): Patient First! Für eine patientengerechte sektorenübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Positionspapier. WISO Diskurs. Friedrich-Ebert-Stiftung.
- aQua-Institut (aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) (2015): Entlassungsmanagement. Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V.
- Aron-Dine, A., Einav, L. und Finkelstein, A. (2013): The RAND Health Insurance Experiment, three decades later. *J Econ Perspect* 27(1): 197–222.
- Bachl, M. und Scharnow, M. (2015): Eine quantitative Bestandsaufnahme von Informationen über Krankheiten auf der deutschsprachigen Wikipedia, 2002-2014. In: Schäfer, Markus, M.A, Quiring, O., Rossmann, C., Hastall, M. R. und Baumann, E. (Hrsg.): *Gesundheitskommunikation im gesellschaftlichen Wandel*. 1. Auflage. Nomos, Baden-Baden: 93–104.
- BAH (Bundesverband der Arzneimittelhersteller) (2015): *Der Arzneimittelmarkt in Deutschland. Zahlen und Fakten*. 2014.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2016a): 119. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2016b): *Prozessverbesserung in der Patientenversorgung durch Kooperation und Koordination zwischen den Gesundheitsberufen*. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2018): 121. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll.
- BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation) (2010): *Rahmenvereinbarung gemeinsame Servicestellen in der Fassung vom 01. Juli 2010*.
- Barker, I., Steventon, A. und Deeny, S. R. (2017): Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ* (356).
- Baumann, E. und Czerwinski, F. (2015): *Erst mal Doktor Google fragen? Nutzung Neuer Medien zur Information und zum Austausch über Gesundheitsthemen*. In: Böcken, J., Braun, B. und

- Meierjürgen, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Bertelsmann Stiftung: 57–79.
- Berheide, R. (2016): Hausärzterverband: HzV-Patienten sollen Bonus bekommen. Dtsch Arztebl 113(39): A-1695.
- Berger, B., Gerlach, A., Groth, S., Sladek, U., Ebner, K., Mühlhauser, I. und Steckelberg, A. (2013): Competence training in evidence-based medicine for patients, patient counsellors, consumer representatives and health care professionals in Austria. A feasibility study. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 107(1): 44–52.
- Berger, B., Steckelberg, A., Meyer, G., Kasper, J. und Mühlhauser, I. (2010): Training of patient and consumer representatives in the basic competencies of evidence-based medicine. A feasibility study. BMC Med Educ 10: 16.
- Berger, T., Krieger, T., Sude, K., Meyer, B. und Maercker, A. (2018): Evaluating an e-mental health program ("deprexis") as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. J Affect Disord 227: 455–462.
- Berger-Höger, B., Liethmann, K., Mühlhauser, I. und Steckelberg, A. (2017): Implementation of shared decision-making in oncology: development and pilot study of a nurse-led decision-coaching programme for women with ductal carcinoma in situ. BMC Med Inform Decis Mak 17(1): 160.
- Berger-Höger, B., Liethmann, K., Mühlhauser, I. und Steckelberg, A. (2018): Decision Coaching durch spezialisierte Pflegefachkräfte für Frauen mit duktalem Carcinoma in situ: eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie. 19. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Graz, Österreich, 08.-10.03.2018. Düsseldorf.
- Berger-Höger, B., Liethmann, K., Mühlhauser, I., Haastert, B. und Steckelberg, A. (2015): Informed shared decision-making supported by decision coaches for women with ductal carcinoma in situ. Study protocol for a cluster randomized controlled trial. Trials 16: 452.
- Beyer, M., Chenot, R., Erler, A. und Gerlach, F. M. (2011): Die Darstellung der hausärztlichen Versorgungsqualität durch Qualitätsindikatoren. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 105(1): 13–20.
- BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) (2018): BfArM - Orientierungshilfe Medical Apps. URL: [www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Abgrenzung/MedicalApps/\\_node.html](http://www.bfarm.de/DE/Medizinprodukte/Abgrenzung/MedicalApps/_node.html) (abgerufen am 03.05.2018).
- Bieber, C., Gschwendtner, K., Müller, N. und Eich, W. (2016): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. Psychother Psych Med 66(05): 195–207.
- Bittner, A. (2016): Informierte Patienten und unzureichend vorbereitete Ärzte? Gesundheitsmonitor Newsletter, 02/2016. Bertelsmann Stiftung und BARMER GEK.



- Bjelakovic, G., Gluud, L. L., Nikolova, D., Whitfield, K., Krstic, G., Wetterslev, J. und Gluud, C. (2014): Vitamin D supplementation for prevention of cancer in adults. *Cochrane Database Syst Rev* (6).
- Bjornsson, S., Sigurdsson, J. A., Svavarsdottir, A. E. und Gudmundsson, G. H. (2013): Gatekeeping and referrals to cardiologists: General practitioners' views on interactive communications. *Scand J Prim Health Care* 31(2): 79–82.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017a): Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV. KJ1.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017b): Gründung der „Allianz für Gesundheitskompetenz“. 19. Juni 2017. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/juni/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2017/juni/allianz-fuer-gesundheitskompetenz.html) (abgerufen am 05.05.2018).
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017c): Leistungsfälle und -tage. KG2.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018a): Mitglieder und Versicherte der GKV. KM6.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018b): Zuzahlung und Erstattung, die wichtigsten Regelungen. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/zuzahlung-und-erstattung.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/zuzahlung-und-erstattung.html) (abgerufen am 04.05.2018).
- BMJV (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz) (2018): Patientenrechte. URL: [www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Patientenrechte/Patientenrechte\\_node.html](http://www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Patientenrechte/Patientenrechte_node.html) (abgerufen am 04.05.2018).
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2017): Monitoring Report Wirtschaft DIGITAL 2017.
- Boeschen, D., Günther, J., Chytrek, D., Schoch, G.-G. und Glaeske, G. (2015): Pillenreport 2015. Ein Statusbericht zu oralen Kontrazeptiva. Universität Bremen und Techniker Krankenkasse.
- Bolland, M. J., Avenell, A. und Grey, A. (2016): Should adults take vitamin D supplements to prevent disease? *BMJ* 355: i6201.
- Bottacini, A., Scalia, P. und Goss, C. (2017): Shared decision making in Italy: An updated revision of the current situation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 123-124: 61–65.
- Braun, B. und Marstedt, G. (2014): Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. In: Böcken, J., Braun, B. und Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2014. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK*. Bertelsmann Stiftung: 107–131.
- Breyer, F. (2010): Gesundheitspolitik. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 79(1): 44–55.
- Brook, R. H., Ware, J. E., Rogers, W. H., Keeler, E. B., Davies, A. R. und Sherbourne, C. D. et al. (1984): The effect of coinsurance on the health of adults. Results from the RAND Health Insurance Experiment. *Rand, Santa Monica, CA Health insurance experiment series*.

- Brulet, A., Llorca, G. und Letrilliart, L. (2015): Medical Wikis Dedicated to Clinical Practice: A Systematic Review 17(2): e48.
- Büscher, G., Dräther, H. und Gutsch, A. (2014): Wirkung der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen von GKV-Versicherten. Palliativmedizin 15(3).
- Busse, R., Panteli, D. und Henschke, C. (2015): Arzneimittelversorgung in der GKV und 15 anderen europäischen Gesundheitssystemen. Ein systematischer Vergleich. Univ.-Verl. der TU, Berlin Working papers in health policy and management, 11.
- Casarett, D. (2016): The Science of Choosing Wisely--Overcoming the Therapeutic Illusion. N Engl J Med 374(13): 1203–1205.
- Choosing Wisely (2016): Additional Materials for Patients. 5 Questions to Ask Your Doctor Before You Get Any Test, Treatment, or Procedure. URL: [www.choosingwisely.org/getting-started/resource-library/additional-materials-for-patients/](http://www.choosingwisely.org/getting-started/resource-library/additional-materials-for-patients/) (abgerufen am 04.05.2018).
- Christensen, M. und Lundh, A. (2016): Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. Cochrane Database Syst Rev.
- Clayman, M. L., Bylund, C. L., Chewning, B. und Makoul, G. (2015): The Impact of Patient Participation in Health Decisions Within Medical Encounters: A Systematic Review. Med Decis Making 36(4): 427–452.
- Coulter, A., Edwards, A., Entwistle, V., Kramer, G., Nye, A., Thomson, R. und Walker, E. (2017): Shared decision making in the UK: Moving towards wider uptake. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 123-124: 99–103.
- Couturier, B., Carrat, F. und Hejblum, G. (2016): A systematic review on the effect of the organisation of hospital discharge on patient health outcomes. BMJ Open 6(12): e012287.
- Coxeter, P., Del Mar, C., McGregor, L., Beller, E. M. und Hoffmann, T. C. (2015): Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. Cochrane Database Syst Rev (11): CD010907.
- Dahl Steffensen, K., Hjelholt Baker, V. und Vinter, M. M. (2017): Implementing shared decision making in Denmark: First steps and future focus areas. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 123-124: 36–40.
- David, M., Babitsch, B., Klein, N., Möckel, M. und Borde, T. (2013): Auswirkungen der Praxisgebühr auf die Inanspruchnahme von Notfallambulanzen. Notfall Rettungsmed 16(3): 167–174.
- Dehling, T., Gao, F., Schneider, S. und Sunyaev, A. (2015): Exploring the Far Side of Mobile Health. Information Security and Privacy of Mobile Health Apps on iOS and Android. JMIR Mhealth Uhealth 3(1): e8.
- Deimel, D. und Müller, M.-L. (2012): Entlassmanagement. Vernetztes Handeln durch Patientenkoordination. Thieme.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2016): 40 Millionen Menschen in Deutschland informieren sich im Internet über Gesundheitsthemen. Zahl der Woche vom 05.04.2016. URL:

- [www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2016/PD16\\_14\\_p002.html](http://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2016/PD16_14_p002.html) (abgerufen am 04.05.2018).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018): GBE Bund. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Deutscher Bundestag (2011): Aktueller Begriff: Telemedizin. Wissenschaftliche Dienste. Nr. 15/11. 11. Mai 2011. Deutscher Bundestag. URL: [www.bundestag.de/blob/191840/f03a819a557bc16821678aa947afe076/telemedizin-data.pdf](http://www.bundestag.de/blob/191840/f03a819a557bc16821678aa947afe076/telemedizin-data.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- Deutscher Ethikrat (2017): Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als informationelle Freiheitsgestaltung. Stellungnahme.
- Deutscher Hausärzteverband (2017): Zahlen zur Hausarztzentrierten Versorgung.
- Deutsches Ärzteblatt (2017): Ärztekammer und Marburger Bund kritisieren Bürokratie beim Entlassmanagement. 27. Oktober 2017. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/83164/Aerztekammer-und-Marburger-Bund-kritisieren-Buerokratie-beim-Entlassmanagement](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/83164/Aerztekammer-und-Marburger-Bund-kritisieren-Buerokratie-beim-Entlassmanagement) (abgerufen am 04.05.2018).
- Deutsches Ärzteblatt (2018): Entlassmanagement bereitet Krankenhäusern Probleme. 25. Januar 2018. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/88826/Entlassmanagement-bereitet-Krankenhaeusern-Probleme](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/88826/Entlassmanagement-bereitet-Krankenhaeusern-Probleme) (abgerufen am 04.05.2018).
- dggö (Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie) (2012): Die Praxisgebühr reformieren – andere Zuzahlungen überdenken. URL: [file.dggoe.de/presse/DGGOE\\_zur\\_Praxisgebuehr\\_11-04-2012.pdf](http://file.dggoe.de/presse/DGGOE_zur_Praxisgebuehr_11-04-2012.pdf) (abgerufen am 08.05.2018).
- DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2014): Entlassmanagement im Krankenhaus. Abschlussbericht der DKI-Krankenhausbefragung im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. URL: [www.dki.de/sites/default/files/downloads/entlassmanagement\\_im\\_krankenhaus.pdf](http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/entlassmanagement_im_krankenhaus.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- DNEbM (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin) (2016): Gute Praxis Gesundheitsinformation.
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2009): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. 1. Aktualisierung 2009, Osnabrück.
- Dörries, M., Gensorowsky, D. und Greiner, W. (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen – hochwertige und effizientere Versorgung. *Wirtschaftsdienst* 97(10): 692–696.
- Dourgnon, P. und Naiditch, M. (2010): The preferred doctor scheme: a political reading of a French experiment of gate-keeping. *Health Policy* 94(2): 129–134.
- Durand, M.-A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F. und Elwyn, G. (2014): Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 9(4): e94670.

- Dusheiko, M., Gravelle, H., Yu, N. und Campbell, S. (2007): The impact of budgets for gatekeeping physicians on patient satisfaction: evidence from fundholding. *J Health Econ* 26(4): 742–762.
- DVSG (Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) (2013): DVSG Positionspapier. Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken.
- Elwyn, G., Frosch, D. L. und Kobrin, S. (2016): Implementing shared decision-making. Consider all the consequences. *Implement Sci* 11: 114.
- Elwyn, G., O'Connor, A., Stacey, D., Volk, R., Edwards, A., Coulter, A. et al. (2006): Developing a quality criteria framework for patient decision aids. Online international Delphi consensus process. *BMJ* 333(7565): 417.
- Ensing, H. T., Stuijt, C. C., van den Bemt, B. J., van Dooren, A. A., Karapinar-Çarkit, F., Koster, E. S. und Bouvy, M. L. (2015): Identifying the Optimal Role for Pharmacists in Care Transitions. A Systematic Review. *J Manag Care Spec Pharm* 21(8): 614–636.
- Enterprise Estonia (2018): e-estonia, e-Health Records. URL: [www.e-estonia.com/solutions/healthcare/e-health-record/](http://www.e-estonia.com/solutions/healthcare/e-health-record/) (abgerufen am 04.05.2018).
- Ernst, J., Brähler, E. und Weißflog, G. (2014): Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen--ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren. *Gesundheitswesen* 76(4): 187–192.
- Euler, S. und Böcken, J. (2016): Wissen und Wahrnehmung von Patientenrechten in Deutschland von 2010 bis 2015. Tatsächlich schlechter informiert, aber selbstbewusster in der eigenen Einschätzung. In: Böcken, J., Braun, B. und Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK*. Bertelsmann Stiftung: 86–112.
- Europäische Kommission (2014): European hospital survey. Publ. Off. of the Europ. Union, Luxembourg JRC scientific and policy reports, 26359.
- Europäische Kommission (2017): The Digital Economy and Society Index (DESI). URL: [www.ec.europa.eu/digital-single-market/en/desi](http://www.ec.europa.eu/digital-single-market/en/desi) (abgerufen am 04.05.2018).
- Eurostat (2017): Healthcare expenditure by financing scheme. URL: [www.ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_expenditure\\_statistics](http://www.ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_expenditure_statistics) (abgerufen am 08.05.2018).
- FDA (Food and Drug Administration) (2017): Guidance for Industry—diabetes mellitus: developing drugs and therapeutic biologics for treatment and prevention.
- Ferris, T. G., Chang, Y., Blumenthal, D. und Pearson, S. D. (2001): Leaving Gatekeeping Behind — Effects of Opening Access to Specialists for Adults in a Health Maintenance Organization. *N Engl J Med* 345(18): 1312–1317.
- Ferris, T. G., Chang, Y., Perrin, J. M., Blumenthal, D. und Pearson, S. D. (2002): Effects of removing gatekeeping on specialist utilization by children in a health maintenance organization. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156(6): 574–579.

- Flodgren, G., Rachas, A., Farmer, A. J., Inzitari, M. und Shepperd, S. (2015): Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* (9).
- Forde, I., Nader, C., Socha-Dietrich Karolina, Oderkirk, J. und Colombo, F. (2016): Primary Care Review of Denmark. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). URL: [www.oecd.org/health/health-systems/Primary-Care-Review-of-Denmark-OECD-report-December-2016.pdf](http://www.oecd.org/health/health-systems/Primary-Care-Review-of-Denmark-OECD-report-December-2016.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).
- Freytag, A., Biermann, J., Ochs, A., Lux, G., Lehmann, T., Ziegler, J. et al. (2016): Effekte hausarztzentrierter Versorgung. *Dtsch Arztebl Int* 113(47): 791–798.
- Gandhi, P., Khanna, S. und Ramaswamy, S. (2016): Which Industries Are the Most Digital (and Why)? *Harvard Business Review*. 1. April 2016. URL: [www.hbr.org/2016/04/a-chart-that-shows-which-industries-are-the-most-digital-and-why](http://www.hbr.org/2016/04/a-chart-that-shows-which-industries-are-the-most-digital-and-why) (abgerufen am 08.05.2018).
- Gerlach, F. M. und Szecsenyi, J. (2013): Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg - Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 107(6): 365–371.
- Gerlach, F. M. und Szecsenyi, J. (2016): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) in Baden-Württemberg. Zusammenfassung der Ergebnisse – Ausgabe 2016.
- Geschäftsstelle des NAMSE (Geschäftsstelle des Nationalen Aktionsbündnisses für Menschen mit Seltenen Erkrankungen) (2017): Zwischenbericht zur Umsetzung des Nationalen Aktionsplans für Menschen mit Seltenen Erkrankungen, Bonn.
- Greenfield, G., Foley, K. und Majeed, A. (2016): Rethinking primary care gatekeeper role. *BMJ* 354.
- Greenfield, G., Pliskin, J. S., Feder-Bubis, P., Wientroub, S. und Davidovitch, N. (2012): Patient-physician relationships in second opinion encounters - the physicians' perspective. *Soc Sci Med* 75(7): 1202–1212.
- Haak, T. und Müller, G. (2016): Wissenschaftliche Auswertung des ESYSTA S-T-A-R-T Projektes. URL: [www.emperra.com/wp-content/uploads/2017/02/esysta\\_start\\_whitepaper\\_de.pdf](http://www.emperra.com/wp-content/uploads/2017/02/esysta_start_whitepaper_de.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- Haas, P. (2017): Elektronische Patientenakten. Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakten als Basis für integrierte patientenzentrierte Behandlungsmanagement-Plattformen. Bertelsmann Stiftung.
- Hafsteinsdóttir, E. J.G. und Siciliani, L. (2012): Hospital cost sharing incentives. Evidence from Iceland. *Empir Econ* 42(2): 539–561.
- Hajek, A., Bock, J.-O., Brenner, H., Saum, K.-U., Matschinger, H., Haefeli, W. E. et al. (2017): Welche Faktoren beeinflussen die privaten Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen im Alter? Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Gesundheitswesen* 79(2): e18-e25.
- Hajen, L., Paetow, H. und Schumacher, H. (2017): Gesundheitsökonomie. Strukturen - Methoden - Praxisbeispiele. 8., aktualisierte Auflage. Kohlhammer, Stuttgart. URL: [www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/nav\\_product.php?product=978-3-17-031972-1](http://www.kohlhammer.de/wms/instances/KOB/appDE/nav_product.php?product=978-3-17-031972-1).

- Härter, M., Dirmaier, J., Scholl, I., Donner-Banzhoff, N., Dierks, M.-L., Eich, W. et al. (2017): The long way of implementing patient-centered care and shared decision making in Germany. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 123–124: 46–51.
- Hartmannbund (2016): Patientensteuerung als Instrument zur Sicherung der Zukunftsfähigkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung.
- Hauser, K., Koerfer, A., Kuhr, K., Albus, C., Herzig, S. und Matthes, J. (2015): Outcome-Relevant Effects of Shared Decision Making. *Dtsch Arztebl* 112(40): 665–671.
- Hawkes, N. (2014): The role of NHS gatekeeping in delayed diagnosis. *BMJ* 348.
- Heberlein, I. (2017): Versorgungsübergänge im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung. In: Jacobs, K., Kuhlmei, A., Greß, S., Klauber, J. und Schwinger, A. (Hrsg.): *Pflege-Report 2017. Schwerpunkt: Die Versorgung der Pflegebedürftigen*. Schattauer: 217–228.
- Heuer, J. (2016): Placebo oder Wunderpille? Wie die Praxisgebühr Patientenverhalten und Verordnungsmuster veränderte. *Zi-Paper* 8.
- Hoffman, A. S., Volk, R., Saarimaki, A., Stirling, C., Li, L. C., Härter, M. et al. (2013): Delivering patient decision aids on the Internet. Definitions, theories, current evidence, and emerging research areas. *BMC Med Inform Decis Mak* 13 (Suppl 2): S13.
- Hoffmann, T. C. und Del Mar, C. (2015): Patients' expectations of the benefits and harms of treatments, screening, and tests. A systematic review. *JAMA Intern Med* 175(2): 274–286.
- Hoffmann, T. C. und Del Mar, C. (2017): Clinicians' Expectations of the Benefits and Harms of Treatments, Screening, and Tests. A Systematic Review. *JAMA Intern Med* 177(3): 407–419.
- Hoffmann, T. C., Montori, V. M. und Del Mar, C. (2014): The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 312(13): 1295–1296.
- Hoh, C. und Honekamp, I. (2010): Selbstbeteiligung als Lösung für das Moral-Hazard-Problem auf dem Arzneimittelmarkt? *MPRA Paper*, 27425.
- Horvath, K. und Siebenhofer, A. (2017): The Choosing Wisely Initiative. A critical analysis with a special focus on primary care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 129: 31–36.
- Horvath, K., Semlitsch, T., Jeitler, K., Abuzahra, M. E., Posch, N., Domke, A. und Siebenhofer, A. (2016): Choosing Wisely. Assessment of current US top five list recommendations' trustworthiness using a pragmatic approach. *BMJ Open* 6(10): e012366.
- Hossein, Z. und Gerard, A. (2013): Trends in cost sharing among selected high income countries—2000–2010. *Health Policy* 112(1): 35–44.
- Huber, C. A. (2009): *Kostenbeteiligungen. Schaden oder Nutzen für die Gesundheitsversorgung? Eine vergleichende Wirkungsanalyse zwischen Deutschland und der Schweiz*. Zugl.: Zürich, Univ., Diss., 2008. 1. Auflage. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft. URL: [www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-456-84733-7](http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-456-84733-7).
- Huber, C. A., Reich, O., Früh, M. und Rosemann, T. (2016): Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular

- Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. *Int J Integr Care* 16(1).
- Iacobucci, G. (2018): NHS should reject online GP schemes that "cherry pick" patients, say LMCs. *BMJ* 360.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2017): Hintergrundinformationen Entwicklung eines Konzepts für ein Nationales Gesundheitsportal.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2018): Konzept für ein nationales Gesundheitsportal.
- Isabelle Durand-Zaleski (2008): The health system in France. *Eurohealth* (14): 3–4.
- Islam, S. M.R., Kwak, D., Kabir, M. H., Hossain, M. und Kwak, K.-S. (2015): The Internet of Things for Health Care. A Comprehensive Survey. *IEEE Access* 3: 678–708.
- Jacobs, K. (2015): Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens. In: Thielscher, C. (Hrsg.): *Medizinökonomie 1: Das System der medizinischen Versorgung*. Springer Fachmedien, Wiesbaden: 431–452.
- Jansen, J. (2017): Ada Health: Siri, was fehlt mir? 31.10.2017. *Frankfurter Allgemeine*. URL: [www.faz.net/aktuell/wirtschaft/kuenstliche-intelligenz/gesundheitsstartup-ada-health-bekommt-40-millionen-euro-15270716.html](http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/kuenstliche-intelligenz/gesundheitsstartup-ada-health-bekommt-40-millionen-euro-15270716.html) (abgerufen am 04.05.2018).
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G. und Edwards, A. (2014): Knowledge is not power for patients. A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns* 94(3): 291–309.
- Kasper, J., Lager, A. R., Rumpfeld, M., Kienlin, S., Smestad, K. H., Bråthen, T. et al. (2017): Status report from Norway: Implementation of patient involvement in Norwegian health care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 123-124: 75–80.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2015): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2015. URL: [www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung\\_2015\\_Berichtband\\_Bund.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2015_Berichtband_Bund.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016): KBV 2020: Versorgung gemeinsam gestalten. Ein Konzept der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen. URL: [www.kbv.de/media/sp/2016\\_05\\_20\\_Konzept\\_KBV\\_2020.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_05_20_Konzept_KBV_2020.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- Kennedy, A. D.M., Sculpher, M. J., Coulter, A., Dwyer, N., Rees, M., Abrams, K. R. et al. (2002): Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. *JAMA* 288(21): 2701–2708.
- Kerschner, B., Wipplinger, J., Klerings, I. und Gartlehner, G. (2015): Wie evidenzbasiert berichten Print- und Online-Medien in Österreich? Eine quantitative Analyse. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 109(4): 341–349.

- Kiesler, D. J. und Auerbach, S. M. (2006): Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior. Evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns* 61(3): 319–341.
- Klakow-Franck, R. (2016): Patientensteuerung und Koordinierung der Versorgung - Ein Einsatzgebiet für Qualitätswettbewerb? In: BARMER GEK (Hrsg.): *Gesundheitswesen aktuell 2016*. BARMER GEK.
- Klein, J. P., Berger, T., Schroder, J., Spath, C., Meyer, B., Caspar, F. et al. (2016): Effects of a Psychological Internet Intervention in the Treatment of Mild to Moderate Depressive Symptoms: Results of the EVIDENT Study, a Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom* 85(4): 218–228.
- Klein, J. P., Spath, C., Schroder, J., Meyer, B., Greiner, W., Hautzinger, M. et al. (2017): Time to remission from mild to moderate depressive symptoms: One year results from the EVIDENT-study, an RCT of an internet intervention for depression. *Behav Res Ther* 97: 154–162.
- Klonoff, D. C., Blonde, L., Cembrowski, G., Chacra, A. R., Charpentier, G., Colagiuri, S. et al. (2011): Consensus report: the current role of self-monitoring of blood glucose in non-insulin-treated type 2 diabetes. *J Diabetes Sci Technol* 5(6): 1529–1548.
- Koch, C. und Lieb, K. (2016): Mehr Unabhängigkeit ist notwendig und möglich. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 18(10): 48–56.
- Koch, K. (2017): Gesundheitskompetenz - Unterstützung durch gute Patienteninformationen. Fachtagung "Gesundheitskompetenz - Verstehen und Verständnis". Berlin, 13. September 2017. Vortrag. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). URL: [www.kbv.de/media/sp/KBV\\_AG3b\\_Koch\\_Gesundheitskompetenz\\_WEB.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_AG3b_Koch_Gesundheitskompetenz_WEB.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- Koch, K. und Thranberend, T. (2015): Gesundheitsinformationen: Google als Anbieter eigener Inhalte. *Dtsch Arztebl* 112(33-34): A-1370–A-1371.
- Köhler, F. (2015): Herzinsuffizienz: Telemedizin dient als „Frühwarnsystem“. *Dtsch Arztebl* 112(12): [21]-.
- Kranich, C. (2012): Patientenunterstützung in Verbraucherzentralen. In: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): *Lehrbuch Patientenberatung*. 2. Auflage. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Kranich, C. (2015): Patientenorganisationen. Geschichte, Systematik, Perspektiven. In: Thielscher, C. (Hrsg.): *Medizinökonomie 1: Das System der medizinischen Versorgung*. Springer Fachmedien, Wiesbaden: 405–430.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G.W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Hasvold, T., Hutchinson, A. et al. (2010): The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 11: 81.
- Kunz, J. S. und Winkelmann, R. (2017): An Econometric Model of Healthcare Demand With Nonlinear Pricing. *Health Econ* 26(6): 691–702.



- KV Baden-Württemberg (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg) (2018): docdirekt. Das telemedizinische Modell-Projekt der KVBW. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV Baden-Württemberg). URL: [www.kvbawue.de/praxis/neue-versorgungsmodelle/docdirekt/](http://www.kvbawue.de/praxis/neue-versorgungsmodelle/docdirekt/) (abgerufen am 26.05.2018).
- Lauerer, M., Emmert, M. und Schöffski, O. (2013): Die Qualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich - Ein systematischer Review. *Gesundheitswesen* 75(8-9): 483–491.
- Lauridsen, S. (2009): Administrative gatekeeping - a third way between unrestricted patient advocacy and bedside rationing. *Bioethics* 23(5): 311–320.
- Laux, G., Kaufmann-Kolle, P., Bauer, E., Goetz, K., Stock, C. und Szecsenyi, J. (2013): Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg auf der Basis von Routinedaten der AOK. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 107(6): 372–378.
- Laux, G., Szecsenyi, J., Mergenthal, K., Beyer, M., Gerlach, F. M., Stock, C. et al. (2015): Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg. *Bundesgesundheitsbla* 58(4): 398–407.
- Légaré, F. und Thompson-Leduc, P. (2014): Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 96(3): 281–286.
- Lenz, M., Buhse, S., Kasper, J., Kupfer, R., Richter, T. und Mühlhauser, I. (2012): Decision aids for patients. *Dtsch Arztebl Int* 109(22-23): 401–408.
- Lenzen, S. A., Daniëls, R., van Bokhoven, M. A., van der Weijden, T. und Beurskens, A. (2017): What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *Int J Nurs Stud* 80: 1–11.
- Levinson, W., Born, K. und Wolfson, D. (2018): Choosing Wisely Campaigns. *JAMA*.
- Loudon, I. (2008): The principle of referral: the gatekeeping role of the GP. *Br J Gen Pract* 58(547): 128–130.
- Lühnen, J., Albrecht, M., Mühlhauser, I. und Steckelberg, A. (2017): Leitlinie evidenzbasierte Gesundheitsinformation. Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin, Hamburg.
- Mabire, C., Dwyer, A., Garnier, A. und Pellet, J. (2018): Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *J Adv Nurs* 74(4): 788–799.
- Marcolino, M. S., Oliveira, J. A.Q., D'Agostino, M., Ribeiro, A. L., Alkmim, M. B.M. und Novillo-Ortiz, D. (2018): The Impact of mHealth Interventions. Systematic Review of Systematic Reviews. *JMIR Mhealth Uhealth* 6(1): e23.
- Matthias, K., Nolting, A., Bertelsmann, H., Weber, F. und Pietsch, B. (2013): Fortbildungskurse zu Themen der Evidenzbasierten Medizin im Gemeinsamen Bundesausschuss. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 107(1): 62–69.
- Mekonnen, A. B., McLachlan, A. J. und Brien, J. A. (2016a): Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions. A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 6(2): e010003.

- Mekonnen, A. B., McLachlan, A. J. und Brien, J. A. (2016b): Pharmacy-led medication reconciliation programmes at hospital transitions. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Pharm Ther* 41(2): 128–144.
- Mengel, K. und Dollen, K. N.-v. (2017): Vitamine und Mineralstoffpräparate. In: Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D. und Klauber, J. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2017*. Springer, Berlin, Heidelberg: 749–757.
- Mergenthal, K., Beyer, M., Güthlin, C. und Gerlach, F. M. (2013): Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 107(6): 386–393.
- Meyer, G. (2017): Viel Lärm um nichts. Ist Choosing Wisely wirksam gegen Überversorgung? *KVH-Journal* 12.
- Middleton, K. (2016): Give patients direct access to physiotherapy. *BMJ* 352.
- Montori, V. M., LeBlanc, A., Buchholz, A., Stilwell, D. L. und Tsapas, A. (2013): Basing information on comprehensive, critically appraised, and up-to-date syntheses of the scientific evidence: a quality dimension of the International Patient Decision Aid Standards. *BMC Med Inform Decis Mak* 13(2): S5.
- Moumjid, N., Carretier, J., Marsico, G., Blot, F., Durif-Bruckert, C. und Chauvin, F. (2017): Moving towards shared decision making in the physician-patient encounter in France: State of the art and future prospects. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 123-124: 41–45.
- Moureaux, C., Perelman, J., Mendes da Costa, E., Roch, I., Annemans, L., Heymans, I. und Closon, M.-C. (2015): Impact of the medical home model on the quality of primary care: the Belgian experience. *Med Care* 53(5): 396–400.
- Mühlhauser, I. und Oser, F. (2008): Sind medizinische und Gesundheitsinformationen auf den Internetseiten von Wikipedia evidenzbasiert? – Eine Inhaltsanalyse. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 102(7): 441–448.
- Mühlhauser, I., Albrecht, M. und Steckelberg, A. (2014): Evidenzbasierte Gesundheitsinformationen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie* 64(5): 334–337.
- Müller, K. (2010): Neue Modelle integrierter Versorgung. Der Weg vom Entlass- zum Versorgungsmanagement. In: Wiedenhöfer, D., Eckl, B., Heller, R. und Frick, U. (Hrsg.): *Entlassungsmanagement*. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber: 237–254.
- Neter, E. und Brainin, E. (2012): eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *J Med Internet Res* 14(1).
- NHS (National Health Service) (2017): NHS Choices weekly website report – week 33. URL: [blogs.nhs.uk/choices-blog/category/reporting/weekly-report/](https://blogs.nhs.uk/choices-blog/category/reporting/weekly-report/) (abgerufen am 04.05.2018).
- Nøhr, C., Parv, L., Kink, P., Cummings, E., Almond, H., Nørgaard, J. R. und Turner, P. (2017): Nationwide citizen access to their health data. Analysing and comparing experiences in Denmark, Estonia and Australia. *BMC Health Serv Res* 17(1): 534.

- Nordeman, L., Nilsson, B., Moller, M. und Gunnarsson, R. (2006): Early access to physical therapy treatment for subacute low back pain in primary health care: a prospective randomized clinical trial. *Clin J Pain* 22(6): 505–511.
- Nöst, S., Ludt, S., Heiss, F., Klingenberg, A., Glassen, K., Wensing, M. und Szecsenyi, J. (2014): „Ich hab zwei Kinder daheim. Da hat keiner gefragt: Wie machst du das?“. Sektorenübergreifende Patientenbefragungen als Grundlage zur Verbesserung von Transitional-Care. *Palliativmedizin* 15(3): Kongressbeitrag.
- Nothacker, M., Kreienberg, R. und Kopp, I. B. (2017): „Gemeinsam Klug Entscheiden“ – eine Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften. *Mission, Methodik und Anwendung. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 129: 3–11.
- Novek, A. (2016): Estonian eHealth Experience, 9. BVDVA-Kongress.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2016a): Health at a glance.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2016b): Health Systems Characteristics Survey. URL: [qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc](http://qdd.oecd.org/subject.aspx?Subject=hsc) (abgerufen am 04.05.2018).
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2017): Health Care Quality Indicators.
- Osborn, R., Moulds, D., Schneider, E. C., Doty, M. M., Squires, D. und Sarnak, D. O. (2015): Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Aff* 34(12): 2104–2112.
- Pedersen, K. M., Andersen, J. S. und Sondergaard, J. (2012): General practice and primary health care in Denmark. *J Am Board Fam Med* 25 Suppl 1: S34-8.
- Perelman, J., Roch, I., Heymans, I., Moureaux, C., Lagasse, R., Annemans, L. und Closon, M.-C. (2013): Medical homes versus individual practice in primary care: impact on health care expenditures. *Med Care* 51(8): 682–688.
- Perestelo-Perez, L., Rivero-Santana, A., Alvarez-Perez, Y., Alonso-Coello, P., Orrego, C. und Serrano-Aguilar, P. (2017): Shared decision making in Spain: Supportive policies and research initiatives, trends and directions for future. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 123-124: 85–90.
- Quinn, C. C., Butler, E. C., Swasey, K. K., Shardell, M. D., Terrin, M. D., Barr, E. A. und Gruber-Baldini, A. L. (2018): Mobile Diabetes Intervention Study of Patient Engagement and Impact on Blood Glucose. Mixed Methods Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth* 6(2): e31.
- Reibling, N. und Wendt, C. (2010): Bildungsniveau und Zugang zu Gesundheitsleistungen. *Gesundheitswesen* 72(08/09): 447–454.
- Reibling, N. und Wendt, C. (2012): Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Curr Sociol* 60(4): 489–505.
- Renaudin, P., Boyer, L., Esteve, M.-A., Bertault-Peres, P., Auquier, P. und Honore, S. (2016): Do pharmacist-led medication reviews in hospitals help reduce hospital readmissions? A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 82: 1660–1673.

- Richter-Kuhlmann, E. (2015): Nationaler Krebsplan – Perspektivwechsel: Patient. Dtsch Arztebl 112(11): 456.
- Roehl, I., Beyer, M., Gondan, M., Rochon, J., Bauer, E., Kaufmann-Kolle, P. und Gerlach, F. M. (2013): Leitliniengerechte Behandlung bei chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 107(6): 394–402.
- Roper, L. und Jorm, C. (2017): Please leave your phone outside. Policymakers and medical app providers are encouraging patient participation, but doctors in the consult room are not. BMJ Innov 3(2): 65–70.
- Rosenberg, A., Agiro, A., Gottlieb, M., Barron, J., Brady, P., Liu, Y. et al. (2015): Early Trends Among Seven Recommendations From the Choosing Wisely Campaign. JAMA Intern Med 175(12): 1913–1920.
- Rossmann, C., Lampert, C., Stehr, P. und Grimm, M. (2018): Nutzung und Verbreitung von Gesundheitsinformationen. Ein Literaturüberblick zu theoretischen Ansätzen und empirischen Befunden. Bertelsmann Stiftung.
- Rummer, A. und Scheibler, F. (2016): Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Dtsch Arztebl 113(8): 322-.
- Saal, S., Kirchner-Heklau, U., Müller, T., Wohlfahrt, K., Hamzei, F., Müller, M. et al. (2018): Optimierung der Überleitung von der stationären in die ambulante Gesundheitsversorgung nach Schlaganfall (OpTheraS). Rehabilitation.
- Sama, P. R., Eapen, Z. J., Weinfurt, K. P., Shah, B. R. und Schulman, K. A. (2014): An evaluation of mobile health application tools. JMIR Mhealth Uhealth 2(2): e19.
- Sänger, S. (2006): Manual Patienteninformation. Empfehlungen zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformationen. ÄZQ, Berlin Äzq-Schriftenreihe 25.
- Sänger, S. (2017): Der mündige Patient? Betrachtungen aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht. Psychotherapeutenjournal (1): 27–35.
- Sattar, N., Welsh, P., Panarelli, M. und Forouhi, N. G. (2012): Increasing requests for vitamin D measurement. Costly, confusing, and without credibility. Lancet 379(9811): 95–96.
- Say, R., Murtagh, M. und Thomson, R. (2006): Patients' preference for involvement in medical decision making: A narrative review. Patient Educ Couns 60(2): 102–114.
- Schaefer, C. und Kirschning, S. (2010): Gut informiert entscheiden. Patienten- und Verbraucherinformationen am ÄZQ. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 104(7): 578–584.
- Schaeffer, D. und Dierks, M.-L. (2012): Patientenberatung in Deutschland. In: Schaeffer, D. und Schmidt-Kaehler, S. (Hrsg.): Lehrbuch Patientenberatung. 2. Auflage. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern: 159–183.
- Schaeffer, D. und Moers, M. (1994): Überleitungspflege - Analyse eines Modells zur Regulation der Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Z f Gesundheitswiss 2(1): 7–25.

- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U. und Kolpatzik, K. (Hrsg.) (2018): Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken. KomPart, Berlin.
- Schlereth, F. und Badenhoop, K. (2016): Vitamin D. Mehr als ein Knochenhormon. *Internist* 57(7): 646–655.
- Schnitzer, S., Balke, K., Walter, A., Litschel, A. und Kuhlmeier, A. (2011): Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? *Bundesgesundheitsbla* 54(8): 942.
- Schöne-Seifert, B. (2017): Choosing Wisely – Klug Entscheiden. Begriffliche und ethische Überlegungen. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 129: 41–45.
- Schreyögg, J. und Grabka, M. M. (2010): Copayments for ambulatory care in Germany. A natural experiment using a difference-in-difference approach. *Eur J Health Econ* 11(3): 331–341.
- Seeger, W. und Ellies, M. (2017): Krankheitsmodell für die Versorgung im 21. Jahrhundert: Psychosoziales Umfeld einbeziehen. *Dtsch Arztebl* 114(10): A-465.
- Selby, K., Auer, R. und Cornuz, J. (2017): Shared decision making in preventive care in Switzerland: From theory to action. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 123-124: 91–94.
- Shay, L. A. und Lafata, J. E. (2015): Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. *Med Decis Making* 35(1): 114–131.
- Spatz, E. S., Elwyn, G., Moulton, B. W., Volk, R. und Frosch, D. L. (2017): Shared decision making as part of value based care. New U.S. policies challenge our readiness. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* (123-124): 104–108.
- Stacey, D., Kryworuchko, J., Belkora, J., Davison, B. J., Durand, M.-A., Eden, K. B. et al. (2013): Coaching and guidance with patient decision aids. A review of theoretical and empirical evidence. *BMC Med Inform Decis Mak* 13 Suppl 2: S11.
- Stacey, D., Légaré, F., Lewis, K., Barry, M., Bennett, C., Eden, K. B. et al. (2017): Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* (4): CD001431.
- Staeck, F. und Höhl, R. (2018): Pilotprojekt zur Fernbehandlung: DocDirekt – "Wo wir sind, ist vorne". 13.02.2018. *Ärzte Zeitung*. URL: [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/957414/pilotprojekt-fernbehandlung-docdirekt-wo-wir-vorne.html?wt\\_mc=nl.upd.AEZ\\_NL\\_NEWSLETTER.2018-02-14.Berufspolitik.x](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/957414/pilotprojekt-fernbehandlung-docdirekt-wo-wir-vorne.html?wt_mc=nl.upd.AEZ_NL_NEWSLETTER.2018-02-14.Berufspolitik.x) (abgerufen am 04.05.2018).
- Staszewska, A., Zaki, P. und Lee, J. (2017): Computerized Decision Aids for Shared Decision Making in Serious Illness. *Systematic Review. JMIR Med Inform* 5(4): e36.
- Steckelberg, A., Hülfenhaus, C., Kasper, J. und Mühlhauser, I. (2009): Ebm@school - a curriculum of critical health literacy for secondary school students. Results of a pilot study. *Int J Public Health* 54(3): 158–165.

- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2009): Koordination und Integration. Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten 2009. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- Syrowatka, A., Krömker, D., Meguerditchian, A. N. und Tamblyn, R. (2016): Features of Computer-Based Decision Aids. Systematic Review, Thematic Synthesis, and Meta-Analyses. *J Med Internet Res* 18(1): e20.
- Tam, V. C., Knowles, S. R., Cornish, P. L., Fine, N., Marchesano, R. und Etchells, E. E. (2005): Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital. A systematic review. *CMAJ* 173(5): 510–515.
- Tandjung, R., Hanhart, A., Bartschi, F., Keller, R., Steinhauer, A., Rosemann, T. und Senn, O. (2015): Referral rates in Swiss primary care with a special emphasis on reasons for encounter. *Swiss Med Wkly* 145: w14244.
- Teichert, U. (2015): Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Thielscher, C. (Hrsg.): *Medizinökonomie 1: Das System der medizinischen Versorgung*. Springer Fachmedien, Wiesbaden: 351–372.
- The Commonwealth Fund (2015): Commonwealth Fund International Survey of Primary Care Physicians in 10 Nations. The Commonwealth Fund. URL: [www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys/international-health-policy-surveys/2015/2015-international-survey](http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys/international-health-policy-surveys/2015/2015-international-survey) (abgerufen am 03.05.2018).
- Twomey, C., O'Reilly, G. und Meyer, B. (2017): Effectiveness of an individually-tailored computerised CBT programme (Deprexis) for depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res* (256): 371–377.
- van der Weijden, T., Post, H., Brand, P. L.P., van Veenendaal, H., Drenthen, T., van Mierlo, L. A. et al. (2017): Shared decision making, a buzz-word in the Netherlands, the pace quickens towards nationwide implementation... *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 123-124: 69–74.
- van der Weijden, T., van Veenendaal, H., Drenthen, T., Versluijs, M., Stalmeier, P., Koelewijn-van Loon, M. et al. (2011): Shared decision making in the Netherlands, is the time ripe for nationwide, structural implementation? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 105(4): 283–288.
- Vedsted, P. und Olesen, F. (2011): Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *Br J Gen Pract* 61(589): e508-12.

- Velasco Garrido, M., Zentner, A. und Busse, R. (2011): The effects of gatekeeping: a systematic review of the literature. *Scand J Prim Health Care* 29(1): 28–38.
- Walsh, T., Barr, P. J., Thompson, R., Ozanne, E., O'Neill, C. und Elwyn, G. (2014): Undetermined impact of patient decision support interventions on healthcare costs and savings. Systematic review. *BMJ* (348): g188.
- Wammes, J. J.G., Jeurissen, P. P.T., Verhoef, L. M., Assendelft, W. J.J., Westert, G. P. und Faber, M. J. (2014): Is the role as gatekeeper still feasible? A survey among Dutch general practitioners. *Fam Pract* 31(5): 538–544.
- Waring, J., Marshall, F. und Bishop, S. (2015): Understanding the occupational and organizational boundaries to safe hospital discharge. *J Health Serv Res Policy* 20(Suppl 1): 35–44.
- Weg-Remers, S. (2014): Der Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums. *Radiologe* 54(10): 1020–1022.
- Wegwarth, O. und Gigerenzer, G. (2011): Risikokommunikation: Risiken und Unsicherheiten richtig verstehen lernen. *Dtsch Arztebl* 108(9): 448–451.
- WHO (World Health Organization) (2013): Research for Universal Health Coverage. The World Health Report 2013, Genf.
- WHO (World Health Organization) (2017): Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Unlocking the Potential. Global Meeting Summary and Key Messages. Genf, 25.-27. April 2017. URL: [www.who.int/health\\_financing/events/strategic-purchasing-meeting-2017/en/](http://www.who.int/health_financing/events/strategic-purchasing-meeting-2017/en/) (abgerufen am 04.05.2018).
- Wingenfeld, K. (2005): Die Entlassung aus dem Krankenhaus. Institutionelle Übergänge und gesundheitlich bedingte Transitionen. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.
- Wingenfeld, K. (2011): Pflegerisches Entlassungsmanagement im Krankenhaus. Konzepte, Methoden und Organisationsformen patientenorientierter Hilfen. Kohlhammer.
- Zentner, A., Velasco Garrido, M. und Busse, R. (2010): Do primary care physicians acting as gatekeepers really improve health outcomes and decrease costs? A systematic review of the concept gatekeeping. *Gesundheitswesen* 72(8-9): e38-44.
- Zhao, J.-G., Zeng, X.-T., Wang, J. und Liu, L. (2017): Association Between Calcium or Vitamin D Supplementation and Fracture Incidence in Community-Dwelling Older Adults. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 318(24): 2466–2482.
- Zschorlich, B., Gechter, D., Janßen, I. M., Swinehart, T., Wiegand, B. und Koch, K. (2015): Gesundheitsinformationen im Internet. Wer sucht was, wann und wie? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 109(2): 144–152.





---

## 13 Sektorenübergreifende Versorgungsplanung

---

### 13.1 Einleitung

**848.** Die hier verwendete Definition des Bedarfs orientiert sich an der Unterteilung zwischen objektivem Bedarf, subjektivem Bedarf, latentem Bedarf sowie Nachfrage und Nutzung von Gesundheitsleistungen (siehe Einleitung in Kapitel 1; SVR 2014). Der Begriff der Bedarfsplanung ist dabei unscharf, da nicht der Bedarf, sondern nur die Angebotskapazitäten geplant werden. Daher wird in diesem Kapitel der Begriff „Versorgungsplanung“ für die Planung der ambulanten und stationären Angebotskapazitäten verwendet. Da der Gesundheitsmarkt sich von anderen Märkten unterscheidet, sollten diese Versorgungskapazitäten so weit wie möglich anhand des objektiven Bedarfs geplant werden.

**849.** Die Entwicklung bestimmter angebots- und nachfrageseitiger Faktoren stellt hierbei zunehmend die bisherige ambulante und stationäre Planung infrage. Auf der Nachfrageseite hat die Komplexität der Versorgungspfade durch ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten, die höhere Lebenserwartung und die Chronifizierung vieler Krankheiten weiter zugenommen. Insbesondere an der Schnittstelle von ambulantem und stationärem Sektor (wie beispielsweise in der spezialisierten fachärztlichen Versorgung) werden zunehmend Koordinierungs- und Steuerungsdefizite sichtbar (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung). Gleichzeitig verändert sich die Angebotsseite durch neue medizinische Angebote aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts, durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeitsweise sowie durch veränderte Arbeitszeiten bei den Leistungserbringern (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung). Die damit einhergehenden Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen machen eine Weiterentwicklung der derzeitigen Versorgungsplanung notwendig. Wie bereits in Kapitel 10 anhand von OECD-Daten dargestellt, ist die Ärztedichte in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch. Trotzdem gibt es in einzelnen ländlichen Räumen Hinweise auf drohende Unterversorgung in bestimmten Fachgebieten (siehe Kapitel 3, aber auch bereits SVR 2014).

**850.** Die gegenwärtige ambulante und die gegenwärtige stationäre Kapazitätsplanung folgen beide im Kern dem Prinzip der Fortschreibung eines historisch bestehenden Angebots mit regionaler Anpassung. Beide Planungen, schematisch dargestellt in Abbildung 13-1, erfolgen von Beginn an separat voneinander, was zunehmend kritisiert wird. Die ambulante Bedarfsplanung erfolgt über Verhältniszahlen für bestimmte Arztgruppen, die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) festgelegt und

regional angepasst werden können. Dieser Prozess wird in regionalen Landesausschüssen von den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Abstimmung mit den Landesverbänden der Krankenkassen organisiert und verantwortet (G-BA 2017).

**851.** Die Verhältniszahlen der ambulanten Bedarfsplanung sollen orientiert an der Nachfrageseite maßgeblich den erforderlichen Bedarf an Ärzten in einer bestimmten Region widerspiegeln. Dabei werden die Verhältniszahlen anhand des historisch bestehenden Angebots (Hausärzte auf dem Stand von 1995, die Fachgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung auf dem Stand von 1990, Psychotherapeuten auf dem Stand von 1999) durch einen Demografiefaktor modifiziert (G-BA 2017, § 9). Der Demografiefaktor wird mit einem arztgruppenspezifischen Leistungsbedarfsfaktor und dem regionalen und nationalen Anteil der über und unter 65-Jährigen berechnet (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung). Die anschließend mit dem Demografiefaktor multiplizierte Verhältniszahl geht – neben anderen Faktoren – in die Berechnung des Versorgungsgrades ein. Zudem können regionale Besonderheiten in Form von regionaler Morbidität, sozioökonomischen und räumlichen Faktoren berücksichtigt werden. Gemäß § 28 f. Bedarfsplanungs-Richtlinie ist eine Unterversorgung anzunehmen, wenn die hausärztliche Versorgung den in den Planungsblättern ausgewiesenen Bedarf um mehr als 25 % bzw. die allgemeine und spezialisierte fachärztliche Versorgung den ausgewiesenen Bedarf um mehr als 50 % unterschreitet (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung). Zudem ist zu berücksichtigen, dass eine Unterversorgung droht, wenn aufgrund der Altersstruktur der Ärzte eine Verminderung der Zahl von Vertragsärzten zu erwarten ist (G-BA 2017). Zuletzt wurde seitens des G-BA eine umfangreiche Studie zur Weiterentwicklung der ambulanten Bedarfsplanung in Auftrag gegeben (Beerheide 2018), die allerdings bis Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht wurde.

**852.** Die Krankenhausplanung erfolgt durch die Länder und wird dort jeweils unterschiedlich gehandhabt (DKG 2017). Zumeist wird der Landeskrankenhausplan unter Berücksichtigung der Auslastung der bisherigen Bettenkapazitäten anhand von Verweildauern und Fallzahlen fortgeschrieben. Eine morbiditätsorientierte Planung ist immer noch die Ausnahme, obwohl mehrere Bundesländer inzwischen auch Prognosen und Entwicklungen im Krankheitspektrum einbeziehen (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Vergütung).

**853.** Der Begriff Bedarfsplanung ist auch deshalb für die Krankenhausplanung nicht zutreffend, weil der Bedarf nur über Bevölkerungszahlen und Fallzahlen ermittelt wird, ohne Adjustierung für Geschlecht, Gesundheitsstatus oder soziodemografische Variablen. Sie beruht dabei oft auf der Hill-Burton-Formel oder Abwandlungen derselben. Dies bedeutet auch, dass es anders als im ambulanten Sektor keine festgelegten Grenzen für Unter- oder Überversorgung gibt. Die derzeitige Planung setzt den Krankenhäusern keine Impulse zum Abbau der in Deutschland vorhandenen stationären Überkapazitäten. Eine Reform der Krankenhausplanung und der damit verbundenen Qualitätssicherung wurde in verschiedenen Analysen zudem als dringliche Herausforderung in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion in Deutschland identifiziert. Eine ausführlichere Beschreibung der ambulanten und stationären Planung befindet sich in Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung und Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung.

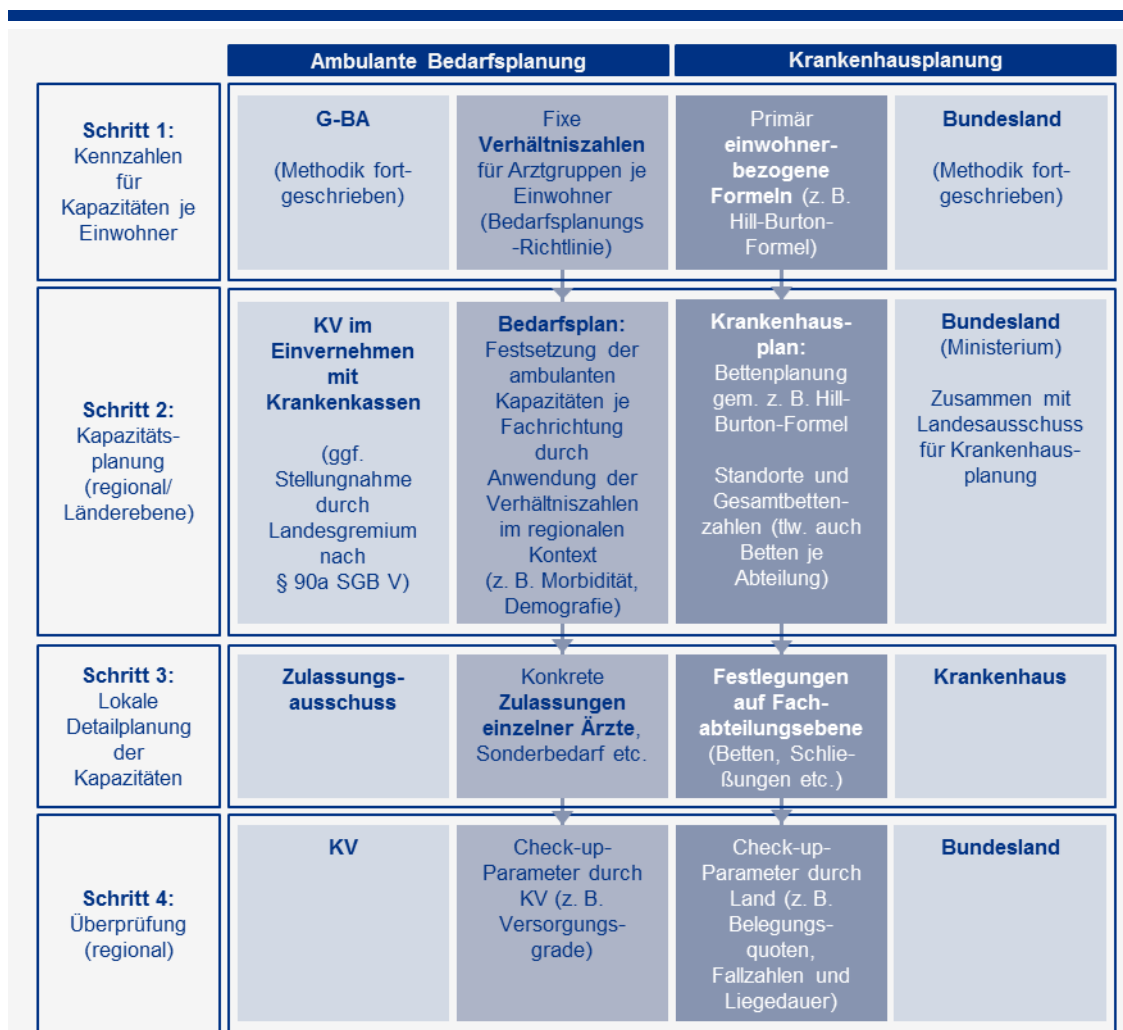


Abbildung 13-1: Status quo der ambulanten und stationären Kapazitätsplanung

Es handelt sich um eine schematische, vereinfachte Darstellung. Die Planung erfolgt in manchen Bundesländern abweichend.

G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss, KV = Kassenärztliche Vereinigung.

Quelle: Eigene Darstellung.

## 13.2 Kernprinzipien für eine Reform der ambulanten und stationären Versorgungsplanung

**854.** Eine Weiterentwicklung hin zu einer sektorenübergreifenden Planung wird von zahlreichen Akteuren gefordert (Deutscher Bundestag 2016; Deutsches Ärzteblatt 2016; Gassen 2016; GKV-SV 2017; GMK 2017; SVR 2012, 2014). Die Bundesregierung definiert den Begriff der „sektorenübergreifenden Versorgung im weitesten Sinne (als) Versorgungsstrukturen, in denen ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken sowie andere zur Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer kooperieren und ihre Leistungen koordinieren“ (Deutscher Bundestag 2016). Grundsätzlich hält das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dabei auch eine sektorenübergreifende Sichtweise

auf die Bedarfsplanung für wünschenswert. Bevor weitere Reformen in diese Richtung erfolgen, soll die Arbeit der neu geschaffenen Landesgremien nach § 90a SGB V begutachtet werden (Deutscher Bundestag 2016). In der öffentlichen Debatte um eine Reform der bisherigen stationären und ambulanten Bedarfsplanung können verschiedene Erwartungen und Prinzipien identifiziert werden, anhand derer eine Umstrukturierung erfolgen könnte. Daraus lassen sich folgende Kernprinzipien ableiten:

### 13.2.1 Planung auf regionaler Ebene und aus einer Hand

**855.** Eine ideale sektorenübergreifende Planung erfordert eine ambulante und stationäre Planung institutionell aus einer Hand, miteinander verknüpft und austariert. Eine gemeinsame Planungs- und Sicherstellungsverantwortung durch eine Institution ermöglicht bestmöglich informierte und synchronisierte Entscheidungen über die ambulante bzw. stationäre Erbringung bestimmter Leistungen (z. B. Öffnung der Krankenhäuser für bestimmte ambulante Leistungen, Auf- und Ausbau ambulanter Kapazitäten bei gleichzeitigem Abbau von Krankenhausbetten in bestimmten Versorgungsbereichen). Dabei sind regionale Kenntnisse der Versorgungsstrukturen für informierte Entscheidungen eine notwendige Voraussetzung. Planungsentscheidungen auf regionaler Ebene ermöglichen somit die Berücksichtigung von Besonderheiten, beispielsweise zwischen ländlichen und städtischen Regionen. Die bisherigen Planungen im ambulanten und stationären Sektor erfolgen bereits zu einem gewissen Grad regional, allerdings nicht (immer) in derselben Raumordnungsebene. Während in vielen anderen europäischen Staaten die Kapazitäten im stationären Sektor eher mit mehr zentralen Einflüssen und Rahmensetzungen als in Deutschland geplant werden, werden die Kapazitäten im ambulanten Sektor auch in anderen Ländern eher dezentral geplant (siehe Kapitel 9 zum europäischen Vergleich der Angebotsplanung). Vor allem die Verteilung ambulanter Ärzte wird in manchen Ländern weniger reguliert als in Deutschland. Gleichzeitig ist in keinem Land eine explizit und konsequent intersektorale Planung zu beobachten (Nüsken/Busse 2010).

**856.** Der Rat hat bereits im Jahr 2014 eine sektorenübergreifende Sichtweise und für bestimmte Fälle von (drohender) Unterversorgung eine gemeinsame Verantwortung für den ambulanten und stationären Sicherstellungsauftrag durch die (weiterzuentwickelnden) §90a-Gremien der Länder gefordert (SVR 2014). Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sollte eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung „eng eingebunden sein (...) in die vertragsärztliche Bedarfsplanung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages und in den Landeskrankenhausplan der Bundesländer“ (Gassen 2016). Auch der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) sieht in seinem Positionspapier für die 19. Legislaturperiode „eine konsequente sektorenübergreifende Bedarfsplanung“ vor, „die sich strikt an den regionalen Versorgungsbedarfen ausrichtet“ (GKV-SV 2017). Diese Forderung spiegelt sich auch in Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK 2017) wider: Die Landesminister empfehlen u. a. eine Bund-Länder-Reformkommission, die auf „eine gemeinsame Bedarfsplanung und abgestimmte Zulassung“ sowie eine zusätzliche, damit einhergehende Angleichung der Honorierungssysteme hinarbeitet (siehe Beschluss der 90. GMK, TOP 11.1). Als Träger der maßgeblichen Verantwortung für eine sektorenübergreifende Planung auf regionaler Ebene kämen unterschiedliche Lösungen in Betracht. Eine denkbare Lösung wäre, die Zuständigkeit in den Landesgremien nach § 90a zu verorten. Die Landesgremien würden dadurch in ihrer Funktion und Verantwortung stark aufgewertet, es

würde sich um eine erhebliche Veränderung der Planungszuständigkeiten im Gesundheitswesen handeln.

### 13.2.2 Finanzielle Verantwortung mit Planungskompetenz verknüpfen

**857.** Die Zusammensetzung und Beschlussfassung der §90a-Gremien müsste im Rahmen der Übernahme von Planungskompetenzen, die aktuell vornehmlich beim Land bzw. bei der KV liegen, weiterentwickelt werden. Planungsanreize und -sanktionen können zu effizienteren Ergebnissen führen und daher für eine Konzentration der Planungskompetenzen sprechen (Fazekas et al. 2010). Einerseits kann der Einbezug relevanter Interessengruppen zu einer realistischeren und wirkungsvollen Planung beitragen. Andererseits sollte darauf geachtet werden, dass die Strukturen des Gremiums durch eine überschaubare Teilnehmerzahl handlungsfähig bleiben. Insbesondere sollten Stimmrechte zwingend an die (finanziellen) Verantwortlichkeiten für die Konsequenzen der Planung geknüpft sein. Ist dies nicht der Fall, kann es zu eher kurzfristig motivierten Planungsentscheidungen kommen, die langfristig z. B. zu Überkapazitäten oder zu Finanzierungsproblemen führen. Beispielsweise konnte bei der Krankenhausplanung in den letzten Jahren beobachtet werden, dass durch den stetigen Rückgang der von den Ländern bereitgestellten Investitionsfördersummen die finanzielle Verantwortung für die Investitionsfinanzierung durch die Länder einerseits und die Planungskompetenzen andererseits fortschreitend auseinanderfallen (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung).

**858.** Insbesondere die Unterscheidung zwischen stimmberechtigten Sicherstellungs- bzw. Finanzierungsverantwortlichen und anhörungsberechtigten Mitgliedern (z. B. Patientenvertretern, Landkreisen) könnte hier hilfreich sein. Die Zusammensetzung des Gremiums kann ähnlich zum G-BA strukturiert werden, d. h. mit einer paritätischen Besetzung, hälftig aus Leistungserbringern (KV und Krankenhäuser) und hälftig aus Kostenträgern (Krankenkassen und ggf. Länder) mit einem unparteiischen Vorsitzenden, der bei Stimmgleichheit den Ausschlag geben kann. Zur Durchführung der mit der Planung verbundenen Aufgaben sollte für das jeweilige Gremium eine Geschäftsstelle eingerichtet werden. Um die Kongruenz zwischen Planungs- und Finanzierungsverantwortung konsequent herzustellen, müssen auch die Folgen für das Finanzierungs- und Vergütungssystem bei einer Reform der Bedarfsplanung berücksichtigt werden.

### 13.2.3 Sektorenübergreifendes Vergütungssystem: gleiche Honorierung für gleiche Leistungen

**859.** Die sektorale Trennung der Gesundheitsversorgung in Deutschland ist historisch aus dem Behandlungsmonopol der Kassenärzte entstanden, das aus der Zeit des Endes der Weimarer Republik stammt (Leber/Wasem 2016). Durch die unterschiedlichen Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich wird die sektorale Trennung in einen stationären und einen ambulanten Versorgungsbereich festgeschrieben. Dabei könnte nicht nur die doppelte Facharztschiene in Klinik und Praxis zu hohen Kosten führen (Albrecht et al. 2007), sondern auch eine Fehlsteuerung der Patienten durch die Sektoren des Systems. Im Interesse der Versichertengemeinschaft sollte eine gleichwertige Leistung dort erbracht werden, wo sie am günstigsten bereitgestellt werden kann, insbesondere dann, wenn die Strukturen sowohl ambulant als auch stationär vorgehalten werden.

**860.** Inzwischen mehrten sich Forderungen nach einem einheitlichen Vergütungssystem (Bock et al. 2017). Die derzeit getrennte Vergütungssystematik in Diagnosis Related Group (DRG) und Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) führt dazu, dass die ambulant-stationäre Arbeitsteilung oftmals nicht anhand von versorgungspolitisch sinnvollen Überlegungen, sondern entlang ökonomischer Interessen gestaltet wird (Malzahn/Heyder 2017). Auch die GMK forderte im Rahmen einer sektorenübergreifenden Versorgung „die Angleichung der Honorierungssysteme“ (GMK 2017). Die Finanzströme bei einer sektorenübergreifenden Versorgung müssen neu gestaltet werden, um bereits bei der Planung mögliche Fehlanreize durch den starren Sektorenbezug von EBM und DRG zu vermeiden.

**861.** Der medizinische Fortschritt ermöglicht, dass viele Eingriffe ambulant in gleicher Qualität und zu geringeren Kosten als im stationären Bereich erbracht werden können. Die Ambulantisierung medizinischer Leistungen ermöglicht somit, Einsparpotenziale zu nutzen, ohne die Qualität einer Behandlung zu gefährden. Dabei könnte man die Erfahrungen zu Hybrid-DRGs aus einem Thüringer Projekt berücksichtigen. Hier wird die Vergütung als sektorenunabhängige, leistungsspezifische Pauschalvergütung erfolgen, mit der auch die ambulante Nachsorge für einen definierten Zeitraum abgedeckt wird (Dittrich 2017; Lehmann 2016). Das Projekt ist dabei bewusst auf eng umgrenzte Indikationen beschränkt, die bereits teilweise zu ambulanter und teilweise zu stationärer Versorgung führen. Zu der weiteren Ausgestaltung der Vergütung an der Schnittstelle kann auch der jährlich aktualisierte, zwischen dem GKV-SV, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und der KBV vereinbarte Katalog zu ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationärsersetzenden Eingriffen (aktuell ca. 2 700 Prozeduren) als Orientierung dienen (GKV-SV 2018; siehe Abschnitt 6.3 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung).

**862.** Neben der Vergütung im Schnittstellenbereich muss auch die Vergütung für rein ambulante bzw. rein stationäre Leistungen modifiziert werden, um Fehlanreize durch Unter- und Überversorgung bzw. Mengenausweitung vorzubeugen. Im ambulanten Bereich führen vorhandene Fehlanreize des EBM zu einer im internationalen Vergleich hohen Rate an Arzt-Patienten-Kontakten, die gegen Ende des Quartals aufgrund des Budgetierungseffekts abnimmt (Himmel/Schneider 2017). Auch von Seiten der Ärzteschaft wird die Budgetierung ambulanter Leistungen regelmäßig kritisiert (KBV 2018; NAV-Virchow-Bund 2017). Um bei einer Reform dem Fehlanreiz einer angebotsinduzierten Nachfrage entgegenzusteuern, kann die hausärztliche Versorgung stärker pauschaliert vergütet werden (siehe Kapitel 5 zur ambulanten Vergütung).

**863.** Komplexe, chronische Erkrankungen, die alternierende Versorgungspfade mit ambulanten und stationären Episoden aufweisen, bedürfen aufgrund der Schwierigkeiten bei der Standardisierung der in Anspruch genommenen Leistungen besonderer Aufmerksamkeit. Hier könnte die Versorgung eines Patienten über sektorenübergreifende Leistungskomplexpauschalen nach Schweregrad der Erkrankungen zeitraumbezogen vergütet werden. Dazu müssten analog zu den Kalkulationskrankenhäusern des DRG-Systems ambulante Kalkulationspraxen gewonnen werden. Erste Schritte hinsichtlich einer auf Kalkulationspraxen basierenden Vergütungssystematik wurden bereits vom Institut des Bewertungsausschusses (InBA) durch eine Kooperation mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) unternommen. Dabei sollen die Befragungsdaten des Zi-Praxis-Panels (ZiPP; ca. 4 000 bis 5 000 Praxen) zusammen mit der Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamtes und dem

bisher verwendeten Standardbewertungssystem der KBV als Grundlage für eine Weiterentwicklung der Kalkulationssystematik des EBM genutzt werden. Trotz dieser (eher zufälligen) methodischen Harmonisierung der Arbeiten des InBA und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) kalkulieren beide Institute immer noch unabhängig voneinander und sollten im Hinblick auf ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem enger zusammenarbeiten. Eine stärkere Kooperation wäre im Rahmen der bereits jetzt bestehenden Regelungen geboten: Nach § 116b Abs. 6 SGB V sollte die Vergütung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) in einer einheitlichen separaten, diagnosebezogenen Vergütungssystematik erfolgen, die ASV wird allerdings immer noch nach dem EBM abgerechnet (siehe Kapitel 11 zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung). Bei Patienten, die im Rahmen einer Krankheitsperiode sowohl ambulant als auch stationär behandelt werden, bedarf es einer Methodik, die eine Mischkalkulation ermöglicht.

**864.** Zusammenfassend wäre ein so skizziertes Vergütungssystem mit sektorenübergreifenden Fallpauschalen unabhängig vom Ort der Leistungserbringung eher am DRG-System orientiert (Bock et al. 2017). Ein System, das auf Fallpauschalen basiert, wäre zwar anfällig für eine durch fehlende Indikationsqualität induzierte Mengenausweitung, die momentan im DRG-System zu beobachten ist. Diesen Bedenken kann man allerdings entgegenhalten, dass potenzielle Mengenausweitungen durch eine Aufwertung pauschaler Vergütungselemente im DRG-System insbesondere im Hinblick auf besondere Versorgungs- und Vorhaltungskosten frühzeitig adressiert werden können (siehe Kapitel 8 zur Krankenhausfinanzierung). Erst innerhalb einer einheitlichen Vergütungsstruktur wäre der Grundsatz „ambulant vor stationär“ konsequent umsetzbar.

#### 13.2.4 Planung an Morbidität orientieren

**865.** Um die bisherige Fortschreibung der ambulanten und stationären Kapazitäten anhand von historischen Versorgungsniveaus durch eine grundständige, nah am aktuellen Bedarf orientierte Planung zu ersetzen, müssten geeignete Parameter zur Ermittlung dieses Bedarfs zur Verfügung stehen. Verschiedene in der Literatur diskutierte Surrogate für den Bedarf sind die Wartezeiten, die Wartezeiten auf Arzttermine oder Operationen, die vorzeitige Sterblichkeit, das Alter und das Geschlecht der Versicherten sowie sozioökonomische Daten wie z. B. die Arbeitslosenquote (Ozegowski/Sundmacher 2014). Da Surrogate den wahren Bedarf nur indirekt messen können, ist die Aussagekraft dieser Parameter limitiert. Ein inhärentes Problem der Parameter ist, dass sie nicht trennscharf zwischen objektivem, subjektivem und einem bisher nicht adressierten latenten Bedarf differenzieren und angebotsinduzierte Einflüsse damit nicht ausgeschlossen werden können.

**866.** Einen direkteren Zugang zur Bestimmung des objektiven Bedarfs würde die Erfassung der Morbidität bieten, die in Deutschland im Wesentlichen über ambulante und stationäre Abrechnungsdaten zugänglich ist. Wollte man die Diagnosedaten allerdings heranziehen, wie nicht selten gefordert, dann stellt sich die Frage einer konkreten Operationalisierung. Eine Morbiditätsschätzung im Rahmen einer Angebotsplanung sollte nach Möglichkeit anhand eines Vollmodells mit allen relevanten Diagnosen erfolgen. Ein solches Diagnosemodell, ergänzt mit den Daten von dabei verordneten Arzneimitteln, führt selbst bei möglichen Ungenauigkeiten in den Abrechnungsdaten mit hoher Wahrscheinlichkeit zu robusten Ergebnissen. Die Verwendung von

sowohl ambulanten als auch stationären Diagnosen wäre am besten geeignet, um die Morbidität der Versicherten umfassend zu beschreiben. Um künftig eine Planung auf der Basis von Daten durchführen zu können, die der realen Morbidität möglichst nahekommt, sind die Validität und die Vergleichbarkeit von ambulanten und stationären inklusive der selektivvertraglichen Abrechnungsdiagnosen wünschenswert. Es sei aber auch erwähnt, dass eine Morbiditätsschätzung auch mit den bisher verfügbaren Daten möglich ist. Daneben können epidemiologische Studien- bzw. Registerdaten die (zumeist regionale) bevölkerungsbezogene Morbidität spezifischer Erkrankungen valide beschreiben und somit die Abrechnungsdaten ergänzen. Sie liegen aber derzeit, besonders auf regionaler Ebene, nicht ausreichend für den Zweck einer alleinigen Basis einer Angebotskapazitätsplanung vor und können kein Ersatz sein.

**867.** In bereits bestehenden Konzepten wird die Morbidität eher als ein Einflussfaktor auf andere Berechnungsgrundlagen herangezogen,<sup>213</sup> dies jedoch zunehmend. In der Krankenhausplanung verfahren mehrere Bundesländer so, obwohl die genaue Methodik in der Regel nicht öffentlich einsehbar ist. Ein Beispiel für einen aktuellen Vorschlag einer teilweise morbiditätsorientierten Planung im ambulanten Bereich ist das von der Psychotherapeutenkammer vorgestellte Bedarfsplanungskonzept für Psychotherapeuten, bei dem die Morbidität psychischer Erkrankungen mit herangezogen wird, um die psychotherapeutische Verhältniszahl zu bestimmen (Bundespsychotherapeutenkammer 2017). Weiter gehende Konzepte zur Berücksichtigung von Morbidität bei der Planung finden sich in einzelnen anderen europäischen Staaten (siehe Kapitel 9 zum europäischen Vergleich der Inanspruchnahme).

### **13.2.5 Prospektive Ausrichtung der Planung und Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts**

**868.** Die alleinige Berücksichtigung der aktuellen Morbidität ist noch nicht ausreichend, um den Bedarf prospektiv planen zu können. Demografische Veränderungen sollten da, wo noch nicht erfolgt, als zusätzlicher Faktor herangezogen werden. Veränderungen der Altersstruktur, der Geschlechterverhältnisse, der Geburtenrate und Umzüge können die regionale Morbidität beeinflussen. Aktuell modifiziert ein Demografiefaktor bereits in der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA, angepasst an verschiedene Arztgruppen, die regionalen Verhältniszahlen. Beispielsweise führt eine älter werdende Bevölkerung zu einem abnehmenden Bedarf an Frauenärzten und einem zunehmenden Bedarf an Hausärzten und Urologen (G-BA 2017).

**869.** Anhand von Leitlinien hoher Evidenz wie S3-Leitlinien bzw. Nationalen Versorgungs-Leitlinien (NVL) können Behandlungspfade für Patienten mit spezifischen Diagnosen festgelegt werden, auf Basis derer der Leistungsbedarf konkretisiert werden kann. Bei Gewährleistung der Aktualität dieser Leitlinien ist der aktuelle medizinische Fortschritt dann auf einer evidenzbasierten Grundlage bereits inhärent in die Ermittlung des Leistungsbedarfs integriert. Zusätzlich können neue Technologien explizit, d. h. über die Leitlinienempfehlungen hinaus, berücksichtigt werden, wenn die Evidenzlage eindeutig ist. Bei der Vergabe von Leistungsaufträgen könnte somit bereits der medizinische Fortschritt berücksichtigt werden.

---

<sup>213</sup> Die Morbiditätsveränderung wird methodisch auch bei der Bestimmung des Wachstums der ärztlichen Vergütung als Einflussfaktor herangezogen.



### 13.2.6 Sektorenübergreifende Leistungsorientierung

**870.** Die bisherige kapazitätsorientierte Planung durch Festlegung der Anzahl der Arztsitze im ambulanten Bereich bzw. der Krankenhausbetten im stationären Sektor könnte zu einer Leistungsplanung weiterentwickelt werden. Auch international zeigt sich ein Trend von der kapazitätsorientierten hin zur leistungsorientierten Planung. Insbesondere in Ländern wie der Schweiz und England werden Leistungsverträge zur Angebotssteuerung verwendet (siehe Kapitel 9 zum europäischen Vergleich der Angebotsplanung). Hintergrund ist, dass mehrere Entwicklungen die Aussagekraft der Kapazitätsparameter reduzieren, darunter die Flexibilisierung der ärztlichen Arbeitszeitmodelle, das eher zunehmende ambulante Versorgungsangebot der Krankenhäuser sowie neue Technologien (wie z. B. Telemedizin). Eine synchronisierte ambulante-stationäre Betrachtung ist ohnehin schwierig, wenn Arztsitzzahlen mit der Anzahl an Krankenhausbetten verglichen werden müssen.

#### *Leistungsorientierung bei der stationären Planung*

**871.** Eine innovative Krankenhausplanung in einem Sozialversicherungssystem ist beispielhaft die Schweizer Planung im Kanton Zürich, die bereits leistungsorientiert, morbiditätsabhängig und prospektiv erfolgt (siehe Kapitel 6 zur Krankenhausplanung bzw. Kapitel 9 zum europäischen Krankenhausplanungsvergleich). Dort wurden mithilfe der stationären DRG-Daten ca. 140 diagnosebezogene Leistungsgruppen definiert. Basierend auf diesen Leistungsgruppen wird unter Berücksichtigung von medizinischen, epidemiologischen und ökonomischen Entwicklungen eine Prognose für einen Zeitraum von zehn Jahren erstellt. Anhand der Prognose für bestimmte Leistungsgruppen werden bettenunabhängige Leistungsaufträge an einzelne Krankenhäuser verteilt. Die deutschen DRG-Daten könnten in Anlehnung an dieses Verfahren ebenfalls für die Ausarbeitung der Leistungsgruppen, der zugehörigen Anforderungen an die Krankenhäuser und die Entwicklung eines Verfahrens zur Vergabe von Leistungsaufträgen verwendet werden. Indem sich die Krankenhausplanung weniger an Strukturmerkmalen des Krankenhauses (Betten pro Abteilung) und mehr an Patientencharakteristika der dort behandelten Patienten orientiert, könnten dem Bedarf dieser Patienten entsprechende Leistungspakete definiert werden.

**872.** Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung in unterversorgten Gebieten kann in geringem Umfang zudem durch eine ambulante Öffnung der Krankenhäuser unterstützt werden. Diese Maßnahme wurde in der oben genannten Umfrage zum Vergleich verschiedener Sicherstellungsoptionen von den meisten Versicherten (57 %) akzeptiert (Schang et al. 2016). Indes könnte eine Weiterentwicklung zu klinikgestützten Gesundheitszentren angestrebt werden (SVR 2014). Welche Leistung wie erbracht werden soll, sollte auf regionaler Ebene in einem sektorenübergreifendem Landesgremium (nach § 90a SGB V) unter Kenntnis der lokalen Patientenpräferenzen und Ressourcen erfolgen. Dabei kann eine umfangreichere Ermächtigung von Krankenhausärzten und Krankenhäusern (§§ 116 und 118a SGB V) für die Erbringung ambulanter fachärztlicher Leistungen auch zu mehr Wettbewerb in überversorgten Gebieten beitragen, sofern diese Leistungen tatsächlich erbracht werden (Greiner 2011).

#### *Leistungsorientierung bei der ambulanten Planung*

**873.** Im ambulanten Bereich gibt es bereits Anhaltspunkte für eine Zuordnung von Leistungen zu Kapazitäten: So wird im Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä) zwischen der KBV und

dem GKV-SV für einen vollen Vertragsarztsitz eine Sprechstundenzeit von aktuell mindestens 20 Wochenstunden festgelegt (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung). Allerdings kommt es zu Ungenauigkeiten: Beispielsweise werden manche Klinikdirektoren als ermächtigte Ärzte mit einem halben Sitz in die Bedarfsplanung eingerechnet, obwohl sie de facto aus Zeitmangel nur mit einer deutlich geringeren Stundenzahl in der ambulanten Versorgung tätig sind. Zudem bieten manche auch grundversorgende Ärzte in den geforderten Sprechstundenzeiten in größerem Umfang Leistungen wie Endoskopie, Homöopathie oder auch individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) an, sodass nicht das volle Stundenkontingent für die Grundversorgung zur Verfügung steht. Die Kapazitäten bzw. Versorgungsleistungen einzelner Ärzte sollten jedoch möglichst realistisch berechnet werden. Infrage käme neben der Berücksichtigung der tatsächlichen Sprechstundenzeiten eine Abschätzung anhand der Leistungsmengen (EBM-Punkte) oder anhand der Fallzahlen für spezifische Prozeduren. Ein erster Schritt in Deutschland, um im ambulanten Sektor perspektivisch Leistungsaufträge zu vergeben, wäre beispielsweise eine Konkretisierung der vertragsärztlichen Leistungsinhalte pro Arztgruppe durch den G-BA (Scheller-Kreinsen et al. 2017).

### 13.2.7 Interdisziplinäre Teams als Leistungserbringer berücksichtigen

**874.** Im Rahmen einer stärkeren Leistungsorientierung bei der Planung kann außerdem das Ziel stärker verfolgt werden, Leistungen in Teamverantwortung wahrzunehmen und als solche zu planen (SVR 2014). Im Bereich der Aufgabenteilung zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe bestehen hier auch im Blick auf andere Länder unterschiedliche Möglichkeiten und Potenziale, etwa bei der Heilkundeübertragung vom ärztlichen in den pflegerischen Bereich.

**875.** Die durch § 63 Abs. 3c SGB V eröffnete Möglichkeit, in Modellprojekten die selbstständige Ausübung von Heilkunde durch Berufsangehörige der Kranken- und Altenpflege zu erproben, wurde bisher allerdings bedauerlicherweise nahezu nicht wahrgenommen. Das Gesetz trat vor zehn Jahren in Kraft und der G-BA hat seine korrespondierende Heilkundeübertragungsrichtlinie der diagnose- und prozedurenbezogenen Tätigkeiten bereits im Jahr 2012 veröffentlicht. Erst ein Modellprojekt eines primärqualifizierenden Pflegestudiengangs mit Heilkundeübertragung in zwei klinischen Bereichen wurde bislang genehmigt und befindet sich in Durchführung (Meyer 2018).

**876.** Es bestehen inhaltlich zahlreiche Ansatzpunkte für Modellprojekte der Heilkundeübertragung für Pflegende, so z. B. im Rahmen der im Kapitel 16 zur Versorgung von Patienten mit psychischen Erkrankungen diskutierten aufsuchenden Krisenteams, aber vor allem auch in der Primärversorgung. Die Durchführung von Modellvorhaben zur Erprobung eines Direktzugangs zur Physiotherapie (siehe Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen) würde eine modellhafte Übertragung heilkundlicher Kompetenz auf Physiotherapeuten implizieren. Die gesetzlichen Voraussetzungen wie für die Pflegeberufe in § 63 Abs. 3c SGB V blieben dafür zu schaffen. Die in Kapitel 14 zur Notfallversorgung diskutierten erweiterten Kompetenzen für Notfallsanitäter durch das Notfallsanitättergesetz (NotSanG) sollten daher mit der gleichzeitigen Anpassung des Heilpraktikergesetzes bzw. der Erteilung einer entsprechenden Ausnahmeregelung einhergehen. Notfallsanitätern sollte so eine geordnete Möglichkeit eingeräumt werden, heilkundliche Tätigkeiten auszuüben. Entsprechende Projekte

zur Heilkundeübertragung sollten dabei stets auch eine Schätzung der systemischen Auswirkungen auf die ärztliche Bedarfsplanung vorsehen. Im regionalen Kontext können so bereits in der Planung Verbund- und Netzwerkstrukturen berücksichtigt werden, die das Zusammenspiel verschiedener interdisziplinärer Akteure effizient koordinieren können.

### **13.2.8 Anwendung einer (noch zu entwickelnden) sektorenübergreifenden Qualitätssicherung**

**877.** Eine Planung, die vorgibt, was verschiedene Versorgungsangebote leisten sollen, muss auch in der Lage sein, deren Qualität zu evaluieren. Die Versorgungsqualität sollte durch sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) überprüft werden, bei der auch die pflegerische und die rehabilitative Versorgung miteinbezogen werden sollte. Die Ergebnisse aus dieser Bewertung können anschließend zur Evaluation der Bedarfsplanung verwendet werden. Zudem kann so bestimmt werden, wo eine bestimmte Leistung mit der höchsten Qualität erbracht werden kann, ohne durch informationelle und organisatorische Sektorengrenzen eingeschränkt zu sein.

**878.** Die QS-Verfahren nach der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (Qesü-RL) des G-BA berücksichtigen bereits ambulante und stationäre Leistungserbringer. Die Ergebnisbewertung wird durch die KVen, die Landeskrankengesellschaften (LKGs) und die Verbände der Krankenkassen einschließlich der Ersatzkassen in Landesarbeitsgemeinschaften (LAGs) durchgeführt und durch Fachkommissionen aus Experten aus dem ambulanten und stationären Bereich unterstützt. Das erste sektorenübergreifende QS-Verfahren – „Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie“ – ist Anfang des Jahres 2016 gestartet und betrifft Untersuchungen und Eingriffe an den Herzkranzgefäßen bei Patientinnen und Patienten, bei denen ein Herzinfarkt droht oder akut abgewendet werden soll. Das zweite sektorenübergreifende QS-Verfahren – „Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen“ – existiert seit dem Jahr 2017 und zielt auf die Sicherung der Qualität von chirurgischen Eingriffen, die sowohl stationär als auch ambulant an Krankenhäusern oder von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden.

**Exkurs: Aktuelles Forschungsprojekt zu sektorenübergreifender Versorgungsplanung**

**879.** Wie eine morbiditätsorientierte und sektorenübergreifende Versorgungsplanung gelingen kann, wird in einem Modellprojekt untersucht, das vom Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg für die Dauer von zwei Jahren gefördert wurde.<sup>214</sup> Die Ermittlung der aktuellen und zukünftigen Morbidität ist dabei die Grundlage, um die Auswirkungen der Morbiditätsentwicklung auf die Versorgung in den drei Landkreisen Reutlingen, Biberach und Ravensburg zu planen. Dazu wurden verschiedene Krankheitsbilder ausgewählt, um die Versorgung möglichst vieler Lebensphasen bzw. Altersgruppen abdecken zu können. Weiterhin wurden verschiedene Kriterien zur Selektion der Krankheitsbilder definiert, konkret a) die Verfügbarkeit einer NVL oder S3-Leitlinie für das spezifische Krankheitsbild, b) ein Krankheitsbild mit hoher Relevanz für die betrachtete Bevölkerung<sup>215</sup>, c) das Vorhandensein von Morbiditätsdaten aus verschiedenen Datenquellen<sup>216</sup> und d) das Vorhandensein von Daten mindestens auf Ebene der Land- und Stadtkreise.<sup>217</sup> Um die Versorgungssituation dieser Krankheitsbilder zu bewerten, wurde anschließend ein umfangreiches Indikatoren-Basisset zusammengestellt. Anhand der Projektziele, verfügbarer Datenquellen und bestehender theoretischer Konzepte zu Gesundheitsversorgung und Morbidität wurden dazu fünf Indikatorkategorien gebildet: nichtmedizinische Determinanten der Gesundheit, der Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems und das Versorgungsangebot. Diese Kategorien wurden als Grundlage für die krankheitsspezifische Indikatorensuche genutzt. Die Auswahl wurde zusätzlich durch eine Online-Expertenbefragung unterstützt, um die relevantesten Indikatoren zu identifizieren. Anhand der krankheitsspezifischen Indikatoren wurde anschließend der Ist-Zustand mit dem Soll-Zustand der Versorgung im Landkreis verglichen. Zusätzlich wurde mithilfe der Bevölkerungsprognose und der Häufigkeit der Krankheitsbilder die Inanspruchnahme modelliert, um daraus ein adäquates Versorgungsangebot abzuleiten. Arbeitsgruppen aus einem breiten Spektrum an Interessengruppen erarbeiteten im letzten Schritt ein sektoren- und kreisübergreifendes Versorgungskonzept für die jeweilige Modellregion.

<sup>214</sup> Persönliche Mitteilung von J. Weiler (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg) auf Anfrage der SVR-Geschäftsstelle.

<sup>215</sup> „Krankheitsbild mit hoher Relevanz“ wurde definiert als chronische Erkrankung mit dauerhafter Einschränkung der Lebensqualität. Zudem sollte das Krankheitsbild weitverbreitet sein und an der Versorgung der erkrankten Patienten sollte eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure (Hausarzt, Pflege, Rehabilitation etc.) beteiligt sein.

<sup>216</sup> Aufgrund der bekannten Limitationen von Abrechnungsdaten sollten letztere mit Daten aus weiteren Quellen (Register, Umfragen) abgeglichen werden, um mögliche Verzerrungen besser abschätzen zu können.

<sup>217</sup> Angesichts der notwendigen Reduktion der Krankheitsbilder und auf der Grundlage weiterer Recherchen wurden schließlich sechs Krankheitsbilder ausgewählt: (chronischer) Kreuzschmerz, Demenz, Depression, Diabetes mellitus Typ II, Kolonkarzinom und Schlaganfall. Zusätzlich wurden Anorexie und Diabetes mellitus Typ I als spezifische Krankheiten der Jugend und von jungen Erwachsenen ausgewählt.

## 13.3 Konzepte sektorenübergreifender Angebotskapazitätsplanung

### 13.3.1 Modell einer konsequent morbiditäts- und leistungsorientierten sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung

**880.** Wie vorangehend beschrieben spricht vieles für eine sektorenübergreifende Kapazitätsplanung, die ambulant und stationär aus einer Hand, morbiditätsabhängig, leistungsorientiert und auf regionaler Planungsebene erfolgt. Auch von verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen wird empfohlen, die bisherige Planung in diese Richtung weiterzuentwickeln. Dies hätte allerdings erhebliche strukturelle Veränderungen in den Planungsabläufen zur Folge.

**881.** Eine Veranschaulichung, wie ein solches Modell in der Theorie operationalisiert werden könnte, wird im Folgenden dargestellt. Das in Abbildung 13-2 illustrierte Konzept besteht aus den Schritten Morbiditätsanalyse, Leistungsplanung, Kapazitätsplanung und Überprüfung. Das Modell sollte als idealtypisch betrachtet werden, da beispielsweise eine validere und homogenere Erfassung der Morbidität eine Voraussetzung für eine bundesweite Umsetzung wäre. Bewusst sind einige Elemente abstrakt dargestellt und müssten für ein Modellprojekt oder eine andere Art der Umsetzung detaillierter ausgearbeitet werden.

Insgesamt besteht das Konzept aus vier Schritten:

**882.** In Schritt 1 (Morbiditätsanalyse) wird auf der Grundlage der Diagnose- und Abrechnungsdaten der morbiditätsabhängige Leistungsbedarf pro Versichertem festgelegt. Dazu könnte die Beauftragung eines nationalen Expertenbeirats durch den G-BA erfolgen, um im Sinne der Selbstverwaltung bereits frühzeitig die Vertreter der Leistungserbringer und der Krankenkassen in den Prozess zu involvieren. Als Grundlage zur Ermittlung der Morbidität könnte dieser Expertenbeirat ein Set aus den häufigsten akuten und chronischen, ambulanten und stationären Diagnosen aller ICD-Kategorien<sup>218</sup> bzw. medizinischen Fachrichtungen erstellen. Die Auswahl der Diagnosen sollte jeweils für ein medizinisches Fachgebiet möglichst repräsentativ sein. Für dieses Set an Krankheitsbildern kann nun eine normative Leistungsbedarfsermittlung pro Diagnose („Diagnose-Leistungs-Verhältnis“) – sofern möglich, anhand von evidenzbasierten Leitlinien sowie den erbrachten ambulanten und stationären Leistungen – erfolgen. Dabei könnte die mögliche Erbringungsart der Leistungen (ambulant versus stationär versus unbestimmt/variabel) festgelegt werden. Das Ergebnis aus diesem Schritt ist der morbiditätsorientierte Leistungsbedarf pro Diagnose, der im nächsten Schritt mit der regionalen Morbidität verrechnet wird.

**883.** Mithilfe des ermittelten morbiditätsorientierten Leistungsbedarfs kann in Schritt 2 (Leistungsplanung) die regionale Leistungsplanung erfolgen. Dazu werden die regionalen Anzahlen der jeweiligen Diagnosen aus dem ICD-Set multipliziert mit dem dazugehörigen Diagnose-Leistungs-Verhältnis. Da diese Diagnose-Leistungs-Verhältnisse lediglich eine Aus-

---

<sup>218</sup> In Deutschland werden Diagnosen nach der zehnten Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification, (ICD-10) kodiert.

wahl darstellen, muss auf die Gesamtzahl aller Leistungen extrapoliert werden. Der dazugehörige Extrapolationsfaktor sollte entweder fachrichtungsübergreifend oder für unterschiedliche Fachrichtungen bereits in Schritt 1 durch den Expertenbeirat bestimmt worden sein. Zusätzlich modifizierend auf die Anzahl der Leistungen kann ein Multimorbiditätsfaktor angewendet werden. Er beschreibt den Mittelwert der chronischen Diagnosen pro Patient als Maß für die Konzentration der Diagnosen, da davon ausgegangen werden muss, dass ein Patient mit drei Diagnosen chronischer Krankheiten weniger Leistungen bedarf als drei Patienten mit jeweils einer chronischen Diagnose (Beispiel: Laboruntersuchungen bei stationärer Behandlung). Um den zukünftigen Bedarf besser abschätzen zu können, kann ein Prognosefaktor basierend auf regionaler Demografie (Altersgruppe, Geschlecht, Geburtenrate, Umzüge) in die Leistungsbedarfschätzung einfließen. Das Ergebnis in diesem Schritt ist ein regionaler Gesamtleistungsbedarf, der explizit bestimmte Leistungen ausweist, wie z. B. Ersteinschätzungen, Laboruntersuchungen, bildgebende Diagnostik und Operationen. Weiterhin wurde über die spezifischen Diagnose-Leistungs-Verhältnisse der Gesamtleistungsbedarf bereits teilweise auf ambulant und stationär aufgeteilt. Der ambulante Leistungsbedarf beinhaltet sowohl alle primärärztlichen als auch bestimmte fachärztliche Leistungen. Der stationäre Leistungsbedarf beinhaltet ausschließlich fachärztliche Leistungsinhalte, die stationär erbracht werden müssen. Weiterhin wird ein unbestimmter Leistungsbedarf definiert, der prinzipiell sowohl ambulant-fachärztlich als auch stationär-fachärztlich erbracht werden kann. Er kann im nächsten Schritt durch das Planungsgremium einem Bereich zugeordnet werden.

**884.** Das regionale Planungsgremium, strukturell dem G-BA ähnlich, kann in Schritt 3 (Kapazitätsplanung) den Gesamtleistungsbedarf auf ambulante und stationäre Leistungsanbieter verteilen (ein „Prinzip der kommunizierenden Röhren“). Ein wichtiger Punkt ist dabei die Zuordnung des bisher unbestimmten fachärztlichen Leistungsbedarfs zu ambulanten oder stationären Leistungserbringern. Beispielsweise können in einer Region bestimmte Operationen der ambulanten Erbringung zugeordnet werden oder Krankenhäuser zur Erbringung ambulanter Leistungen (ggf. im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ)) eingeplant werden. Zudem kann ein möglicher Sonderbedarf berücksichtigt werden, der durch den Sicherstellungsauftrag der KVen bzw. der Länder begründet sein kann. Hierbei muss sichergestellt sein, dass der Grundsatz „ambulant vor stationär“ angemessen berücksichtigt und als Maßgabe für diesen Planungsschritt festgeschrieben wird. Um wirtschaftliche Fehlanreize für die Erbringung bestimmter Leistungen im ambulanten und stationären Sektor zu verhindern, sollte daneben eine Reform des aktuellen, sektoralen Vergütungssystems bedacht werden. So sollten die Leistungen, die sowohl ambulant, als auch stationär erbracht werden können, unabhängig vom Ort der Leistungserbringung vergütet werden. Ggf. können die Ergebnisse einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung dabei schon berücksichtigt werden.

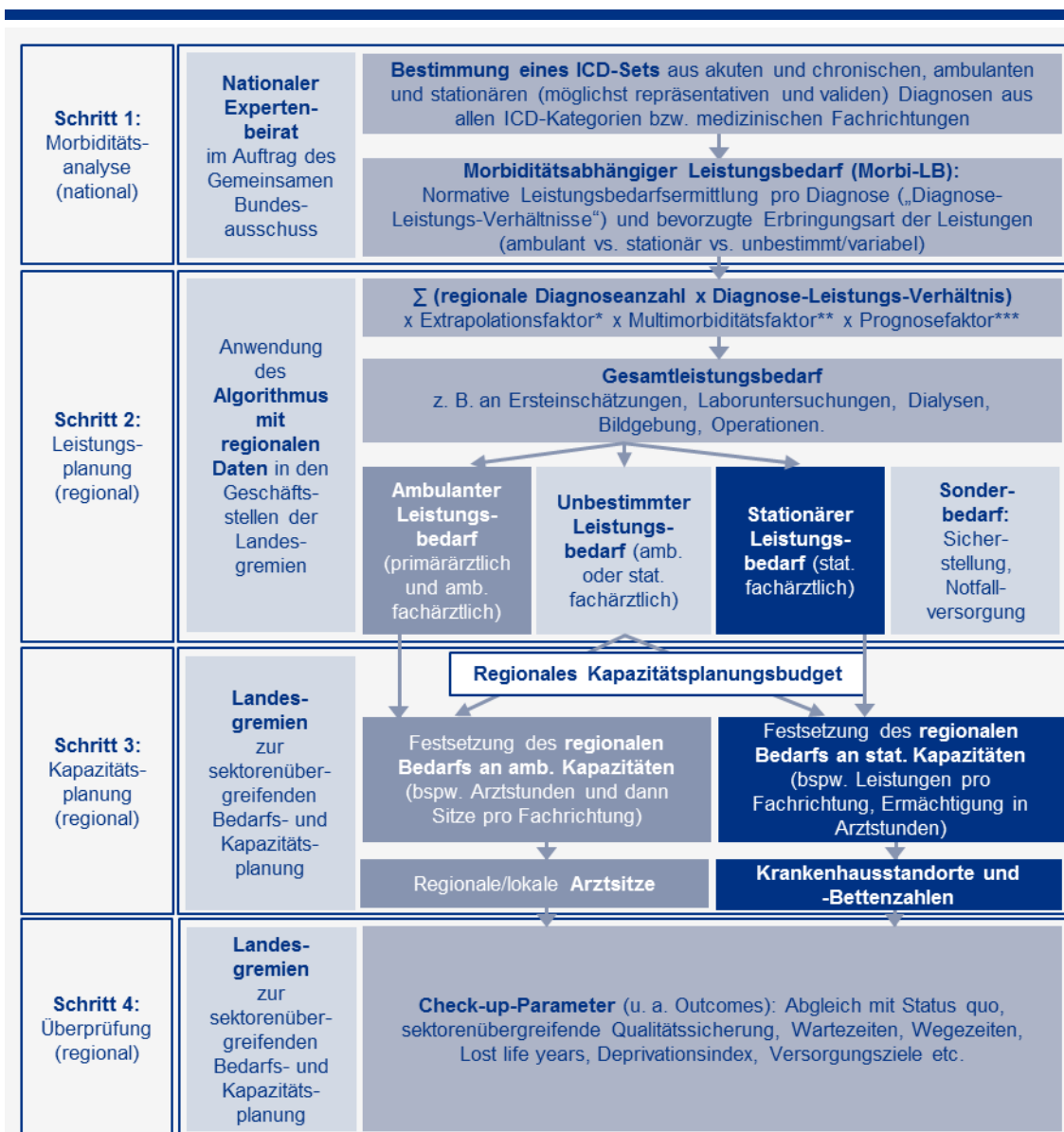
**885.** Erst im nächsten Schritt erfolgt eine Übersetzung des Leistungsbedarfs in zu planende Kapazitäten: Aus der Summe des Leistungsbedarfs könnten Kapazitäten in Form von Arztstunden (und Ermächtigungen von Ärzten an Krankenhäusern) abgeleitet werden. Der Bedarf an Arztstunden kann anschließend in den Zulassungsausschüssen der KVen in lokale Arztsitze umgerechnet werden. Parallel dazu können die stationären Kapazitäten ebenfalls in Arztstunden pro Fachrichtung übersetzt werden. Auf eine exakte Planung der Krankenhausbetten je Fachrichtung sollte hingegen verzichtet werden und die Bettenaufteilung den Krankenhäusern überlassen werden, die bestimmte Leistungsaufträge erhalten. Diese teilweise

Planungsautonomie der Krankenhäuser hat sich in mehreren Bundesländern mit Rahmenplanung tendenziell bewährt. Um auch räumliche Mitversorgungseffekte berücksichtigen zu können, sollten anschließend die ambulanten und stationären Kapazitäten nicht mehr wie bisher in starren, geografischen Einheiten verteilt werden.<sup>219</sup> Indem die Erreichbarkeit (in Form von Wegzeiten) und die Verfügbarkeit des medizinischen Versorgungsangebots berücksichtigt werden, können bestimmte Gravitationszentren über Gebietsbereiche und Bundeslandgrenzen hinweg eine an der Versorgungsrealität des Patienten orientierte Planung ermöglichen. Dies erfordert interregionale Abstimmungsprozesse, die bei überregionaler Bedeutung (z. B. bei der Entscheidung über hochspezialisierte Zentren) auch von der Bund-Länder-Kommission übernommen werden können (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung). Am Ende dieses Schritts ist die Planung durch die Verteilung lokaler Arztsitze bzw. Krankenhausstandorte mit bestimmten Leistungsaufträgen und orientierenden Bettengrößen abgeschlossen.

**886.** In Schritt 4 (Überprüfung) erfolgt die Validierung der regionalen Bedarfsplanung. Die Ergebnisse der Planung können zu diesem Zeitpunkt noch einmal mit dem aktuellen Status quo verglichen werden. Dadurch können mögliche Diskrepanzen aufgedeckt werden, die die Versorgungslandschaft durch den Systemwechsel zu radikal umstrukturieren würden. Langfristig können die Effekte der Kapazitätsplanung dann mit den Ergebnissen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, mit Wartezeiten, Wegezeiten, patientennahen Größen wie potenziell verlorenen Lebensjahren (*lost life years*), mit dem Deprivationsindex oder spezifischen Versorgungszielen, die politisch festgelegt werden können, abgeglichen werden.

---

<sup>219</sup> In den derzeit verwendeten Mittelbereichen werden Bereiche mit 9 bis 2 100 Hausärzten und mit Einwohnerzahlen von 10 000 bis 3,5 Millionen in Großstädten wie Berlin planerisch gleich behandelt. Dadurch entstehen zahlreiche planerische Unschärfen.



**Abbildung 13-2:** Konzept einer sektorenübergreifenden Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung (Morbiditätsanalyse, Leistungsplanung, Kapazitätsplanung, Überprüfung)

\* Der Extrapolationsfaktor berücksichtigt die Auswahl der Leistungen eines ICD-Sets gegenüber allen Leistungen.  
 \*\* Der Multimorbiditätsfaktor ist der Mittelwert der chronischen Diagnosen pro Patient als Maß für die Konzentration der Diagnosen.  
 \*\*\* Der Prognosefaktor basiert auf der regionalen Demografie (Altersgruppe, Geschlecht, Geburtenrate, Umzüge).  
 G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss, KV = Kassenärztliche Vereinigung, Morbi-LB = Morbiditätsabhängiger Leistungsbedarf.

Quelle: Eigene Darstellung.



### 13.3.1.1 Auswirkungen des Konzeptes und Limitationen

**887.** Eine Umsetzung des vorgenannten Konzeptes wäre mit zahlreichen gesundheitspolitischen Veränderungen verbunden. Auf Bundesebene würde für den ambulanten Bereich lediglich eine vor allem methodische Rahmensetzung erfolgen, ohne dass es noch bundesweit einheitliche und konstante Verhältniszahlen gäbe. Die Detailplanung der ambulanten sowie stationären Kapazitäten würde in einem nun aufgewerteten regionalen Planungsgremium (beispielsweise in einem weiterentwickelten Landesgremium nach § 90a SGB V) erfolgen. Auch bei Neuzusammensetzung eines solchen Gremiums wäre durch die gemeinsame Planung aus einer Hand unausweichlich, dass die Länder eine reduzierte Gestaltungsmacht bei der Krankenhausplanung (auch durch ein regionales Kapazitätsplanungsbudget) hätten. Gleichzeitig gewönnen sie eine Mitsprache bei der ambulanten bzw. sektorenübergreifenden Planung. Analog dazu würde die Gestaltungsmacht der KVen bei der ambulanten Planung zwar reduziert, aber ihr Einfluss bei der Krankenhausplanung aufgewertet. Aufgrund der fundamentalen Reform, die dieses Konzept bedeuten würde, müssen einige offene Fragen und Limitationen erwähnt werden.

**888.** Eine stärker morbiditätsorientierte Planung wird durch eine Anfälligkeit der kodierten Diagnosen für Manipulationen und heterogenes Diagnoseverhalten erschwert. Große regionale Kodierunterschiede, die nicht plausibel allein auf reale Morbiditätsunterschiede zurückzuführen sind, könnten so zu einem verzerrten Planungsergebnis führen (Ozegowski 2013; SVR 2015, Seite 182). Die Festlegung eines spezifischen ICD-Sets und der zu berücksichtigenden Ebene im ICD-System ist daher von großer Tragweite und methodisch nicht einfach. Die Erarbeitung dieser sektorenübergreifenden Diagnose-Leistungs-Verhältnisse erfordert deutlich mehr Aufwand als die bisherige stationäre und ambulante Bedarfsplanung.

**889.** Weiterhin könnte sich die Zusammensetzung des zentralen Planungsgremiums auf die Endergebnisse der Planung auswirken und sollte bei allen Überlegungen berücksichtigt werden. Dies gilt besonders bei Entscheidungen über die ambulante versus stationäre Erbringung der (im Vorschritt noch unbestimmten) Leistungen, die die regionale Versorgungslandschaft entscheidend prägen können. Hier wirken sich die Sitz- und die Stimmenverteilung besonders aus. Der Einbezug vieler versorgungsrelevanter Akteure kann zwar die Realitätsnähe und die Effektivität der Planungsergebnisse erhöhen. Allerdings sollten vorrangig die Sicherstellung der Versorgung und die Budgets verantwortende Akteure (Land, Krankenkassen, KVen etc.) stimmberechtigt sein. Eine Budgetverantwortung ist insbesondere bei einem absolut nötigen Mehrbedarf, der also über das regionale Planungsbudget hinausgeht, essenziell.

**890.** Schließlich ist auch die Auswahl und Gewichtung der Check-up-Parameter von Bedeutung. Im Sinne eines lernenden Systems sollte die Zusammensetzung der zu berücksichtigenden Parameter wechselseitig angepasst werden. Die Frage nach dem Ausmaß an Möglichkeiten des regionalen Entscheidungsgremiums, Abänderungen vorzunehmen, ist damit eng verknüpft.

**891.** Zusammenfassend zeigen sich einige offene Fragen und insbesondere datentechnische Limitationen, die eine kapazitätswirksame Umsetzung des dargestellten Konzeptes zum aktuellen Zeitpunkt nicht empfehlenswert erscheinen lassen. Daher sollten weitere Forschungen insbesondere zur Morbiditätserfassung und zur Leistungsbedarfsermittlung gefördert werden. Ein Zugang zu Daten nach § 301 SGB V in Verbindung mit ambulanten Daten nach § 295 SGB V ist hierfür eine notwendige Voraussetzung. Die Berechnung der theoretischen Planungsergebnisse des Konzeptes (möglicherweise zunächst für einige Fachgebiete) kann mit

den Ergebnissen der derzeitigen ambulanten und stationären Planung abgeglichen werden. Besonders große Diskrepanzen in bestimmten Fachgebieten und/oder Regionen könnten dann Anlass sein, die derzeitige Planung zielgerichtet zu überprüfen und ggf. regional anzupassen. Umgekehrt kann auch das dargestellte morbiditäts- und leistungsorientierte Planungskonzept im direkten Vergleich iterativ und praxisnah weiterentwickelt werden.

### **13.3.2 Modell einer leistungsorientierten, sektorenübergreifend hybriden Angebotskapazitätsplanung**

**892.** Neben einem idealtypischen Bedarfsplanungskonzept wie dem oben skizzierten sind zahlreiche weitere Lösungen denkbar, um einzelne Elemente einer morbiditätsorientierten, sektorenübergreifenden Planung in bestehende Strukturen und Prozesse zu integrieren und diese dadurch evolutionär weiterzuentwickeln. Im Folgenden wird ein solches Konzept dargestellt (siehe Abbildung 13-3). Es beinhaltet weiterhin Aspekte des aktuellen Systems wie die auf die ambulante Versorgung bezogenen Verhältniszahlen und die regionalen Krankenhausplanungsverfahren. Modifizierend würde die Morbidität als zusätzlicher Faktor in beiden Planungsverfahren einbezogen werden. Ein zentraler Aspekt ist, dass die Planung solcher Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können, von Beginn an separat erfolgt und einheitlich, d. h. unabhängig vom Ort der Leistungserbringung, vergütet werden. Ein solcher Hybridbereich, der eine Weiterentwicklung der bisherigen ASV darstellt (siehe Kapitel 11 zu Ansätzen sektorenübergreifender Versorgung), ermöglicht wettbewerbliche Lösungen, da hier ambulante und stationäre Anbieter um die Erbringung der Leistung im Rahmen von Versorgungsaufträgen konkurrieren können. Das Konzept umfasst die folgenden vier Schritte:

**893.** In Schritt 1 (Leistungszuordnung) wird durch den G-BA eine Leistungsbeschreibung pro Facharzttrichtung erstellt, die alle Leistungen enthält, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Anschließend werden die Leistungen in drei Kategorien sortiert und die ambulanten und stationären Budgets entsprechend bereinigt:

- Leistungen, insbesondere entsprechend der haus- und fachärztlichen Leistungsbeschreibung, können somit eindeutig ambulant erbracht werden.
- Leistungen, die beispielsweise aufgrund ihrer Schwere oder bei Multimorbidität bestimmter Patientengruppen nur stationär erbracht werden können, werden als eindeutig stationär deklariert.
- Leistungen, die sowohl im Rahmen der ambulanten als auch der stationären fachärztlichen Versorgung erbracht werden können, werden einem separaten „Hybridbereich“ zugeordnet (wie auch im Rahmen der ASV in einem engeren Indikationsbereich bereits praktiziert). Damit wird die Ausschreibung von Versorgungsaufträgen (beispielsweise für die Versorgung von Diabetespatienten) ermöglicht.

**894.** Für eindeutig ambulante Leistungen werden im Rahmen der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA Verhältniszahlen insbesondere für Haus- und Kinderärzte und weitere Fachrichtungen je Einwohner festgelegt. Um den Grundbedarf zu ermitteln, wird die Summe der gegenwärtigen Leistungen in Arztstunden umgerechnet, die um die bereits im Hybridbereich verorteten Leistungen bereinigt und durch die Bevölkerungszahl geteilt wurde. Somit erhält man Verhältniszahlen pro Fachrichtung in Form von Arztstunden pro Einwohner.

Diese Verhältniszahlen sollten periodisch neu berechnet werden, um Veränderungen der Versorgungsprozesse durch die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt (beispielsweise durch weiteres Ambulantisierungspotenzial) zu berücksichtigen. Auch für den Hybridbereich, der ambulante und stationäre fachärztliche Leistungen enthält, wird die Summe der Leistungen pro Fachrichtung durch die Bevölkerungszahl geteilt. Somit erhält man Leistungsverhältnisse pro Einwohner. Eindeutig stationäre Leistungen werden an dieser Stelle nicht weiter umgerechnet, sondern in Schritt 2 in der regionalen Krankenhausplanung berücksichtigt.

**895.** Die regionalen Planungsgremien (wie z. B. modifizierte Landesgremien nach § 90a SGB V) können anschließend in Schritt 2 (Kapazitätsrahmenplanung) die Kapazitäten je Fachrichtung sowie die Bettenplanung im Rahmen der Krankenhausplanung festlegen. Hierbei kann ein bundeseinheitlicher Demografiefaktor in Anlehnung an die derzeitige Bedarfsplanungs-Richtlinie eine bessere Abbildung der regionalen Bevölkerungsstruktur ermöglichen (G-BA 2017). Für alle Planungen wird zudem ein Morbiditätsfaktor für regionale ambulante bzw. stationäre Diagnosehäufigkeiten berechnet, um die Kapazitätswerte entsprechend anzupassen. Eindeutig ambulant zu erbringende Leistungen werden vom Landesausschuss, der sich aus Vertretern der jeweiligen KV und der Krankenkassen zusammensetzt, anhand der Verhältniszahlen aus Arztstunden pro Einwohner in Arztsitze umgerechnet. Das Ergebnis kann dabei unter Berücksichtigung der regionalen Demografie und Morbidität, der objektiv gemessenen Wartezeiten sowie weiterer Korrekturfaktoren wie beispielsweise der Versorgungsziele modifiziert werden. Parallel dazu werden eindeutig stationäre Leistungen weiterhin durch das Landesministerium im Landeskrankenhausplan adressiert. Diese Leistungen werden unter Berücksichtigung bisher erbrachter Leistungsmengen sowie der Morbiditäts- und Bevölkerungsentwicklung in Leistungsmengen umgerechnet. Anschließend können diese Leistungsmengen in Anlehnung an die Züricher Krankenhausplanung in Leistungsaufträgen (beispielsweise für orthopädische Leistungen) an bestimmte Krankenhäuser verteilt werden. Von einer auf Betten basierenden Planung sollte dabei so weit wie möglich abgesehen werden. Im Hybridbereich werden Leistungsvolumina pro Einwohner mit der regionalen Bevölkerung für die regionale Rahmenplanung zu einem Gesamtleistungsbedarf verrechnet. In einem dafür zuständigen, sektorenübergreifenden Landesgremium (beispielsweise nach § 90a SGB V) können die so berechneten Leistungsvolumina gegen regionale, bisher erbrachte Leistungsvolumina hybrider Leistungen abgeglichen werden. Zudem sollten auch hier objektiv gemessene Wartezeiten und weitere Korrekturfaktoren wie bestimmte Versorgungsziele berücksichtigt werden.

**896.** Die so durch das Landesgremium festgelegten hybriden Leistungsvolumina werden anschließend in Schritt 3 (Kapazitätsdetailplanung) durch das regionale Planungsgremium als Leistungsaufträge für bestimmte Fachgebiete ausgeschrieben und auf ambulante und stationäre Anbieter anhand von Qualitätskriterien wettbewerblich im Ausschreibungsverfahren verteilt. Sowohl niedergelassene Facharztpraxen als auch Krankenhäuser, die die entsprechenden fachlichen Voraussetzungen erbringen, können sich an diesen Ausschreibungen beteiligen. Die Anpassungen an den aktuellen regionalen Leistungsbedarf erfolgen durch natürliche Fluktuation und langfristig durch das Auslaufen von geschlossenen Versorgungsverträgen, deren Laufzeiten jeweils zu verhandeln wären, aber eher langfristig angelegt sein sollten, um den Anbietern hinreichende Planungssicherheit bei ihren Investitionen zu geben. Für den rein stationären Bereich werden weitere Leistungsaufträge generiert, die an bestimmte Krankenhäuser im Rahmen von

Mengenvereinbarungen mit den Krankenkassen vergeben werden. Somit wäre im rein ambulanten und stationären Bereich das Verfahren ähnlich wie in der aktuellen Bedarfs- bzw. Krankenhausplanung.

**897.** Die Überprüfung der so geplanten Kapazitäten kann in Schritt 4 für alle Planungsbe-  
reiche durch das Landesgremium nach § 90a SGBV erfolgen. Dazu können bundesweite  
Verhältniszahlen zum Vergleich herangezogen werden, damit eine mögliche Umstrukturierung  
der regionalen Versorgungslandschaft überprüft werden kann. Weiterhin können bereits beste-  
hende Parameter wie Versorgungsgrade und Belegungsquoten zur Evaluation der Planung  
herangezogen werden. Zudem können auch andere Aspekte wie die Ergebnisse einer sektoren-  
übergreifenden Qualitätssicherung, Wegezeiten, verlorene Lebensjahre, ein Deprivationsindex  
oder Versorgungsziele als Indikatoren einer effektiven Bedarfs- und Versorgungsplanung  
dienen.

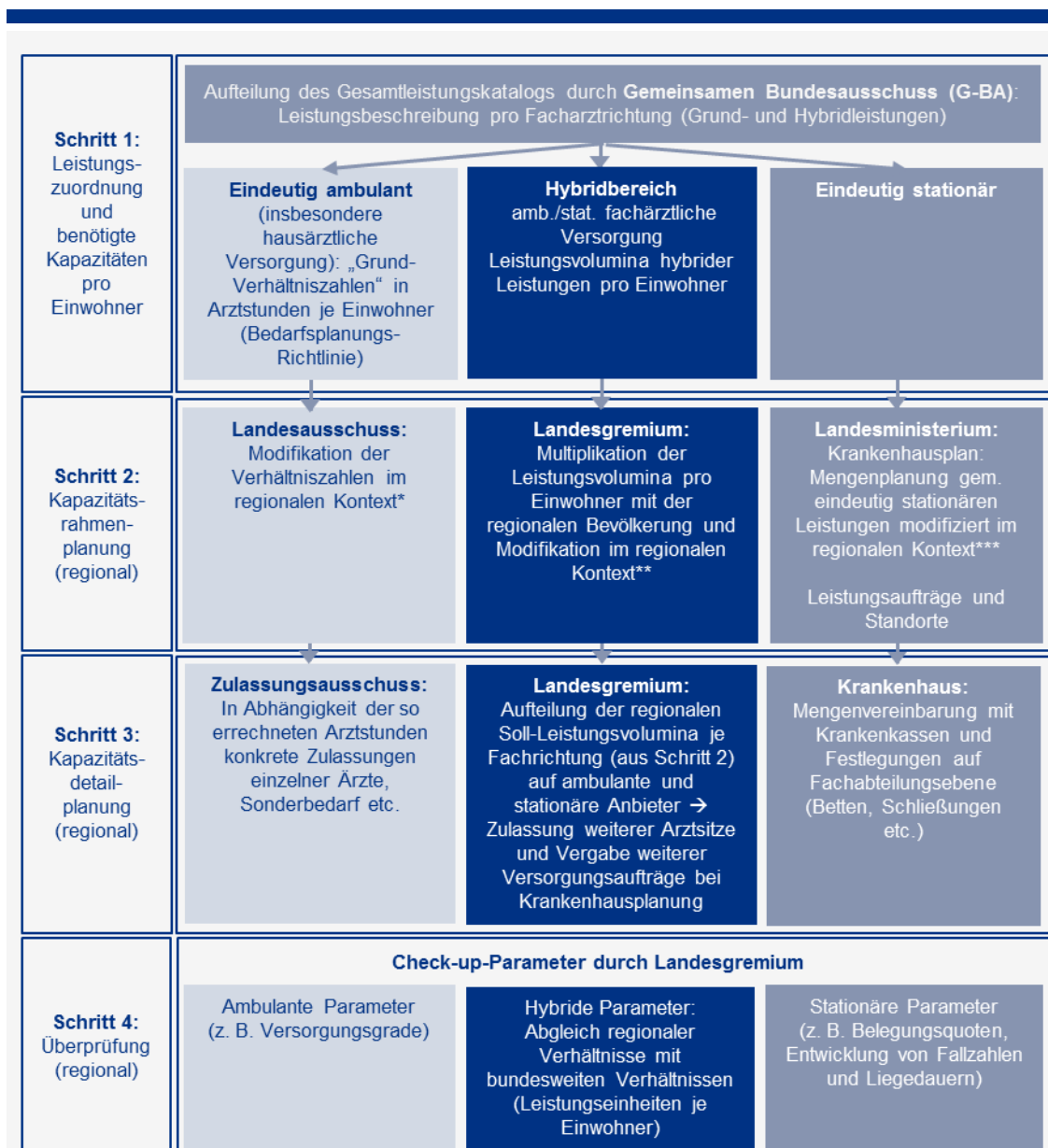


Abbildung 13-3: Konzept einer sektorenübergreifend hybriden Bedarfsanalyse und Kapazitätsplanung

\* Modifikation der ambulanten Verhältniszahlen im regionalen Kontext abhängig von einem Demografiefaktor, den Besonderheiten bei regionaler Morbidität, Demografie, den objektiv gemessenen Wartezeiten und weiteren Korrekturfaktoren wie z. B. Deprivation, Versorgungszielen, Sicherstellungsauftrag.

\*\* Modifikation der hybriden Leistungsvolumina im regionalen Kontext abhängig von einem Demografiefaktor, den bisherigen, regionalen Leistungsvolumina (z. B. diagnostische Leistungen, Behandlungsleistungen, Nachsorgeleistungen) in Arztstunden, den objektiv gemessenen Wartezeiten (als Korrektiv) und weitere Korrekturfaktoren wie z. B. Deprivation, Versorgungsziele.

\*\*\*Modifikation der stationären Mengenplanung im regionalen Kontext anhand der Besonderheiten bei regionaler Morbidität, Demografie, Deprivation, Sicherstellungsauftrag etc..

Quelle: Eigene Darstellung.

## 13.4 Zusammenfassung und Empfehlungen

**898.** Die bisherige Angebotskapazitätsplanung, die getrennt für den ambulanten und den stationären Sektor erfolgt, sollte weiterentwickelt werden, um eine stärker verzahnte und bedarfsgerechtere Planung zu erreichen. Der Rat empfiehlt in diesem Kontext einen Übergang hin zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung aus einer Hand. Erst durch eine umfassende Perspektive auf die Versorgungslandschaft kann die Planung zu einem wirksamen Steuerungsinstrument werden. Im vorliegenden Kapitel wurde einerseits ein idealtypisches Konzept für eine konsequent sektorenübergreifende Kapazitätsplanung (siehe Abschnitt 13.3.1) sowie andererseits – niedrighschwelliger umsetzbar – ein Konzept für einen hybriden Leistungsbedarf als Weiterentwicklung der bereits existierenden ASV (siehe Abschnitt 13.3.2) skizziert. Letzteres beschreibt ein Planungsmodell mit drei Säulen, so einer Planung für den ambulanten, den stationären und einen hybriden Bereich.

**899.** Die hierbei notwendige Planungs- und Sicherstellungsverantwortung sollte in regionalen, nach § 90a SGB V konstituierten, aber weiterentwickelten Gremien in einer zukünftig dem G-BA ähnlichen Zusammensetzung verankert werden. Zur Umsetzung der mit der Planung verbundenen Aufgaben sollte dem Gremium eine Geschäftsstelle eingerichtet werden. Der Einbezug regional relevanter Interessengruppen kann zu einer realistischeren und bedarfsgerechteren Planung beitragen. Gleichzeitig können Planungsanreize und -sanktionen zu effizienteren Ergebnissen führen. In den regionalen Gremien sollte durch eine sachgemäße Stimmverteilung gewährleistet werden, dass der Leitsatz „ambulant vor stationär“ umgesetzt wird und es nicht zu einer nicht sachgeleiteten, pauschalen Bevorzugung – entweder der ambulanten oder der stationären Erbringung von Leistungen – kommt. Auch sollten Stimmrechte eng an die konkrete Verantwortung für die Sicherstellung bzw. Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung und damit für die Konsequenzen der Bedarfsplanung geknüpft sein. Um Fehlanreize in einer sektorenübergreifenden Planung zu verhindern, sollte auch das Vergütungssystem im Sinne „gleicher Preis für gleiche Leistung“ reformiert werden. Ist dies nicht der Fall, kann es zu eher kurzfristig motivierten und lokal eng begrenzten („Kirchturmdenken“) Planungsentscheidungen kommen, die langfristig z. B. zu Überkapazitäten, Qualitätsdefiziten oder Finanzierungsproblemen führen. Eine sektorenübergreifende Vergütungssystematik ermöglicht hingegen die Gestaltung der ambulant-stationären Arbeitsteilung anhand von versorgungspolitisch sinnvollen Überlegungen ohne Verzerrung durch sektoral unterschiedliche Vergütungsanreize.

**900.** Die Morbidität als eine der wenigen Möglichkeiten, den Bedarf zu objektivieren, sollte stärker in der Planung berücksichtigt werden. Für eine effektive, stärker krankheitsbezogene Planung wird allerdings eine solide Datenbasis benötigt. Angesichts der zahlreichen Einschränkungen, denen die Analyse von Diagnose-Routinedaten derzeit unterliegt, ist hier daher eine behutsame Implementation ratsamer als eine direkt vollständig auf diesen Daten basierende Planung. Im Sinne eines lernenden Systems sollte die morbiditätsgestützte Planung iterativ mit den Ergebnissen der aktuellen Planungsprozesse kalibriert werden. Die Entwicklung neuer Methoden für eine valide Morbiditätsbestimmung auf der Grundlage der vorhandenen Daten sollte forciert werden. Eine prospektive Planungskomponente, die sich an demografischen Veränderungen und dem medizinisch-technischen Fortschritt orientiert, ist hilfreich, um den Bedarf der Zukunft besser abschätzen zu können.

**901.** Perspektivisch sollte sich die Planung weniger an festen Kapazitätsgrößen wie Arztsitzen und Bettenzahlen orientieren, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen, die den morbiditätsbedingten Bedarf einer Bevölkerung adressieren. Dies impliziert auch eine Reform des Vergabeverfahrens, bei der die Vergabe freier Kassensitze an die Verpflichtung zur Erbringung eines Leistungsspektrums bzw. Versorgungsauftrags gekoppelt wird (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Vergütung). Analog dazu sollten Krankenhäuser zeitlich begrenzte Leistungsaufträge erhalten sowie bei Bedarf zur Erbringung ambulanter Leistungen ermächtigt werden. Von einer auf Betten basierenden Planung sollte hingegen abgesehen werden. Eine höhere Permeabilität der Leistungszuordnung ermöglicht eine Beurteilung, ob die Leistungen unter Berücksichtigung der Patientenwege besser ambulant oder stationär erbracht werden können. Angebotsseitig können damit bereits in der Planung Verbund- und Netzwerkstrukturen berücksichtigt werden, die das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure im regionalen Kontext effizient koordinieren können. Versorgungsleistungen können schließlich flexibler als bisher dort erbracht werden, wo es qualitativ und ökonomisch am sinnvollsten ist. In einem Gesundheitssystem mit zunehmend komplexeren Versorgungspfaden kann eine sektorenübergreifende Planung damit entscheidend zu einer bedarfsgerechten Steuerung der Patienten zum jeweils besten Behandlungsangebot beitragen.

## 13.5 Literatur

- Albrecht, M., Freytag, A., Gottberg, A. und Storz, P. (2007): Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. *Urologe* 46(8): 844–850.
- Berheide, R. (2018): 15 Minuten zum Hausarzt, 30 Minuten zum Facharzt. 3. Mai 2018. *Deutsches Ärzteblatt*. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/94914/15-Minuten-zum-Hausarzt-30-Minuten-zum-Facharzt](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94914/15-Minuten-zum-Hausarzt-30-Minuten-zum-Facharzt) (abgerufen am 09.05.2018).
- Bock, J.-O., Focke, K. und Busse, R. (2017): Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen - Notwendigkeit und Entwicklung. *G&S* 6: 9–15.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2017): Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung. Konzept für eine bedarfsgerechte Planung der Psychotherapeutenplätze.
- Deutscher Bundestag (2016): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Harald Weinberg, Sabine Zimmermann (Zwickau), Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Verbesserungsmöglichkeiten durch sektorenübergreifende gesundheitliche Versorgung und Bedarfsplanung. 21.06.2016. Aktenzeichen: 18/8847. Drucksache.
- Deutsches Ärzteblatt (2016): Hecken fordert sektorenübergreifende Bedarfsplanung. 20. September 2016. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/70606/Hecken-fordert-sektoreneuebergreifende-Bedarfsplanung](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70606/Hecken-fordert-sektoreneuebergreifende-Bedarfsplanung) (abgerufen am 02.05.2018).
- Dittrich, S. (2017): Sektorenunabhängige Versorgung in der Chirurgie. Pilotprojekt "Hybrid-DRG Thüringen - Neue Wege im Gesundheitswesen". Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland). URL: [www.zi-hsrc-berlin.de/presentations/14%20September/B2-32%20Dittrich.pdf](http://www.zi-hsrc-berlin.de/presentations/14%20September/B2-32%20Dittrich.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern.
- Fazekas, M., Ettelt, S., Newbould, J. und Nolte, E. (2010): Framework for assessing, improving and enhancing healthcare planning. RAND Europe for Bertelsmann Foundation.
- Gassen, A. (2016): Sektorenübergreifende Bedarfsplanung – Perspektive der KBV. Zi-Fachtagung. Berlin, 19. September 2016. Vortrag. URL: [www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/Gassen\\_Andreas\\_2016-09-19.pdf](http://www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/Gassen_Andreas_2016-09-19.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2017): Bedarfsplanungs-Richtlinie. 15.12.2016 BAnz AT 31.05.2017 B2.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2017): Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes für die 19. Legislaturperiode 2017–2021.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2018): Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus – Anlage 1 zum Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V. URL: [www.gkv-](http://www.gkv-)



- spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/ambulante\_kh\_leistungen/ambulantes\_operieren\_115\_b/ambulantes\_operieren\_115\_b.jsp (abgerufen am 04.05.2018).
- GMK (Gesundheitsministerkonferenz) (2017): Beschlüsse der 90. GMK.
- Greiner, W. (2011): Ist Bedarfsplanung und Wettbewerb ein Widerspruch? Die Krankenversicherung (5): 138–140.
- Himmel, K. und Schneider, U. (2017): Ambulatory Care at the End of a Billing Period. hche Research Paper (14).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018): KBV-Vorstand will Budgetierung von Leistungen beenden. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). URL: [www.kbv.de/html/1150\\_33018.php](http://www.kbv.de/html/1150_33018.php) (abgerufen am 25.05.2018).
- Leber, W.-D. und Wasem, J. (2016): Ambulante Krankenhausleistungen - ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart: 3–26.
- Lehmann, G. (2016): Hybrid-DRG: Eine für alle. f&w (2).
- Malzahn, J. und Heyder, R. (2017): Krankenhausplanung 2025. G&S (3-4): 16–23.
- Meyer, G. (2018): Gut abgestimmt - Interdisziplinäre Teams in der Versorgung. "Wir arbeiten konsequent wissenschaftsbasiert" Interview mit Gabriele Meyer. G+G Spezial (3): 7.
- NAV-Virchow-Bund (Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands) (2017): Entschlüsse der Bundeshauptversammlung 2017. Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV-Virchow-Bund). URL: [myhfc.nav-virchowbund.de/clients/nav/uploads/files/bhv\\_2017\\_entschliessungen.pdf](http://myhfc.nav-virchowbund.de/clients/nav/uploads/files/bhv_2017_entschliessungen.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- Nüsken, J. und Busse, R. (2010): Ansatzpunkte und Kriterien der Bedarfsplanung in anderen Gesundheitssystemen. TU Berlin im Auftrag der Bundesärztekammer.
- Ozegowski, S. (2013): Regionale Unterschiede in der Kodierqualität ambulanter Diagnosen. G+G Wissenschaft 13(1): 23–24.
- Ozegowski, S. und Sundmacher, L. (2014): Understanding the gap between need and utilization in outpatient care--the effect of supply-side determinants on regional inequities. Health Policy 114(1): 54–63.
- Schang, L., Schüttig, W. und Sundmacher, L. (2016): Unterversorgung im ländlichen Raum. Wahrnehmung der Versicherten und ihrer Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle. In: Böcken, J., Braun, B. und Meierjürgen, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Bertelsmann Stiftung: 58–85.
- Scheller-Kreinsen, D., Haun, O., Lehmann, K., Kaiser, P. und Quentin, W. (2017): Ambulant-stationäre Grenzen: Endlich aufräumen! f&w (8): 718.

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

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014):  
Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte  
Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.

SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2015):  
Krankengeld. Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015.  
Hogrefe, Bern.

---

# 14 Sektorenübergreifende Ausgestaltung der Notfallversorgung

---

## 14.1 Einleitung

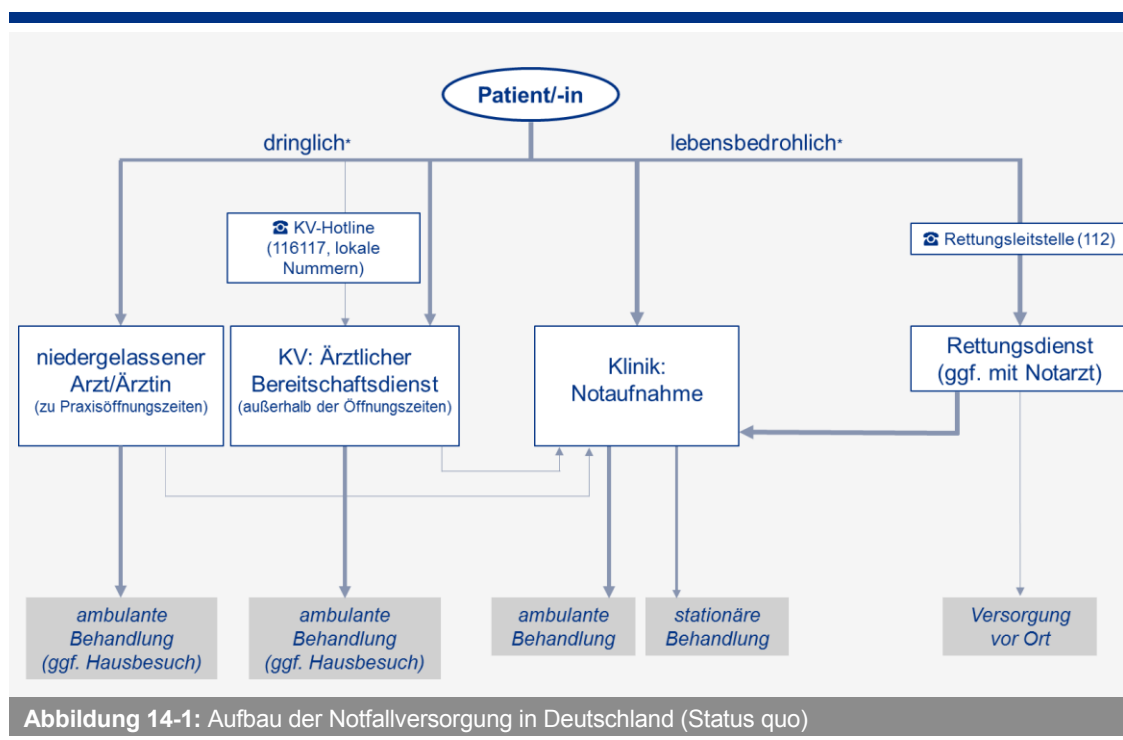
**902.** Der medizinische Notfall lässt sich aus Sicht der Betroffenen und aus der Perspektive der Leistungsanbieter gleichermaßen definieren: Als medizinischer Notfall kann hiernach jede körperliche oder psychische Veränderung des Gesundheitszustandes gelten, für die der Patient selbst oder eine Drittperson unverzüglich medizinische und pflegerische Betreuung als notwendig erachtet (Behringer et al. 2013). Dabei kann die subjektive Beurteilung dieser Dringlichkeit zwischen verschiedenen Patienten, abhängig von Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Bildungsgrad, zum Teil sehr unterschiedlich ausfallen (Hajiloueian 2011). Versuche, die Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs zu objektivieren, fassen den Personenkreis demgegenüber oft enger: So definiert z. B. das Bayerische Rettungsdienstgesetz (BayRDG) Notfallpatienten als „Verletzte oder Kranke, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten“ (Artikel 2 BayRDG).<sup>220</sup> Vonseiten der Ärzte und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe wird die Behandlungsdringlichkeit zumeist anhand bestimmter Triagekriterien<sup>221</sup> wie etwa der Symptomatik oder der erhobenen Vitalparameter eingeschätzt (Christ et al. 2016). Darauf basierend erfolgen Eingruppierungen nach Dringlichkeit, was sich in zeitlichen Staffellungen ausdrückt, etwa in einem sofortigen Arztkontakt oder in einer längeren Wartezeit. Allerdings sind die Kriterien für solche Einstufungen unterschiedlich. Auch international gibt es keine einheitlichen bzw. verbindlichen Kriterien, deren Erfüllung gleichsam „automatisch“ mit dem Zugang zu einer notfallmedizinischen Versorgung gekoppelt ist.

---

<sup>220</sup> Ähnlich eng legt das Bundessozialgericht (BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012, B 6 KA 5/12 R) den Begriff des Notfalldienstes aus, indem es diesen Dienst auf die Erstversorgung mit dem Ziel, „Gefahren für Leib und Leben zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären“, einschränkt.

<sup>221</sup> Der Begriff der Triage (frz. *trier* = sortieren) beschreibt die medizinische Einteilung der Behandlungsdringlichkeit anhand vorgegebener Kategorien. Der Begriff entstammt ursprünglich der Militärmedizin und wird hauptsächlich im Zusammenhang mit Katastrophen bzw. dem Massenansturm von Verletzten angewandt. Im Bereich der Notfallversorgung hat sich der Begriff Triage jedoch ebenfalls als Begriff einer strukturierten ersten Dringlichkeitseinschätzung durchgesetzt.

**904.** Für die medizinische und pflegerische Betreuung des Notfalls stehen in Deutschland drei Sektoren mit formal unterschiedlichen Zuständigkeiten zu Verfügung (siehe Abbildung 14-1): die ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte, der Rettungsdienst und die Notaufnahmen<sup>222</sup> der Krankenhäuser. Die niedergelassenen Ärzte behandeln Patienten mit dringlichem ambulantem Behandlungsbedarf in ihren Praxen oder über den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), der die ambulante Versorgung außerhalb der regulären Praxisöffnungszeiten sicherstellen soll. Der Rettungsdienst ist vor allem für lebensrettende Sofortmaßnahmen bzw. für die Verhinderung schwerer gesundheitlicher Schäden sowie für den qualifizierten Transport ins Krankenhaus zuständig. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser wiederum versorgen die Patienten aus dem Rettungsdienst weiter. Sie sind aber auch direkte Anlaufstelle für Patienten, wobei hier eine stationäre Behandlungsoption oder deren Ausschluss im Fokus steht (SVR 2014). Grundsätzlich ist ein entsprechend gestuftes System sinnvoll, um so den Aufwand der Dringlichkeit des Notfalls entsprechend zu begrenzen und ausreichend spezialisierte Kapazitäten für schwere Fälle vorzuhalten, die sonst ggf. vermeidbare Wartezeiten hinnehmen müssten.



\* Selbsteinschätzung seitens des Patienten/Dritter.

Quelle: Eigene Darstellung.

**905.** Prinzipiell sind jedoch alle drei Akteure verpflichtet, die Patienten, die sich im Notfall an sie wenden, zu versorgen. Das gilt im Rettungsdienst oder Krankenhaus auch für Patienten, die regulär von einem niedergelassenen Arzt hätten versorgt werden können. Im Zusammenhang mit steigenden Inanspruchnahmen von Leistungen der Notaufnahmen und des Rettungsdienstes sowie der Verschiebung von der Notfallversorgung hin zu einer Akutversorgung ohne

<sup>222</sup> Gemeint sind hiermit auch die häufig synonym verwendeten Begriffe Notfallambulanzen und Rettungstellen.

besondere Dringlichkeit wird daher in den letzten Jahren auch zunehmend die Frage nach Fehl- anreizen<sup>223</sup> auf Patientenseite gestellt (Schmiedhofer et al. 2016; Steffen et al. 2007). Hinzu kommt, dass die Patienten offenbar häufig die (Notfall-)Versorgungspfade, gerade im ambulanten Sektor, nicht kennen (Somasundaram et al. 2016). Dabei sind mögliche Defizite in der Patientensteuerung und daraus resultierende zunehmende (Fehl-)Inanspruchnahmen der Notfallversorgung weder ein völlig neues<sup>224</sup> noch ein rein deutsches Phänomen, sondern in unterschiedlichen Gesundheitssystemen inner- und außereuropäisch zu beobachten (Berchet 2015; van den Heede/van de Voorde 2016). Angesichts der vergleichsweise guten Erreichbarkeit der niedergelassenen Ärzte in Deutschland, bei denen Patienten bei hoher Dringlichkeit kurzfristig einen Arzttermin erhalten (Osborn/Schoen 2013), erscheinen die hohen und weiter steigenden Kontaktraten in deutschen Klinikambulanzen dennoch bemerkenswert.

**906.** Neben der Orientierung an individuellen Bedürfnissen der Notfall- bzw. Akutpatienten muss auch diskutiert werden, ob das gegenwärtige System selbst, angesichts weitgehend fehlender Steuerungsmechanismen, ausreichend effizient und bedarfsgerecht organisiert ist: So gibt es aktuell keine gemeinsame, übergreifende Planung der Notfallversorgung in Deutschland. Die KVen haben die Aufgabe, den ambulanten Notdienst sicherzustellen, der Rettungsdienst ist auf Landesebene geregelt sowie auf der Ebene von Landkreisen und kreisfreien Städten ausgestaltet und die ambulante Notfallversorgung der Krankenhäuser ist ebenfalls auf Landesebene bzw. im Landeskrankenhausplan organisiert (Augurzky et al. 2015; Dräther/Mostert 2016).<sup>225</sup> Die Finanzierung der drei Sektoren erfolgt voneinander unabhängig, wodurch es gerade an den Schnittstellen zu Doppelstrukturen und Fehlanreizen kommen kann.

**907.** Während ein Notfall – per definitionem – im Gegensatz zu einem elektiven Eingriff nicht planbar ist, unterliegt das Notfallaufkommen in Deutschland durchaus gewissen periodischen Schwankungen im Wochen- und Tageszeitenverlauf (Dormann et al. 2010; Schmiedel/Behrendt 2015). Eine gewisse Steuerung ist also theoretisch, insbesondere im Hinblick auf die Versorgungsebenen und die Dringlichkeitseinschätzung, möglich. Sie ist nicht zuletzt auch deshalb notwendig, um die benötigten Ressourcen neu zu bewerten und ggf. dem Notfallaufkommen anzupassen.

**908.** Vor diesem Hintergrund haben in Deutschland in jüngerer Zeit verschiedene Organisationen Stellungnahmen und Analysen zum Stand und zur Zukunft der Notfallversorgung in Deutschland veröffentlicht (u. a. Augurzky et al. 2017; BÄK 2017; BDC et al. 2017; DKG 2017b; Fischer et al. 2016; GKV-SV 2017; KBV/MB 2017; Köster et al. 2016; Malzahn/Slowik 2017; Riessen et al. 2015) und auch der SVR Wirtschaft sieht Wege einer effektiveren Steuerung in der Notfallversorgung (SVR Wirtschaft 2017). Infolge des großen

---

<sup>223</sup> Als Gründe für die Frequentierung der Notaufnahme bei nicht dringlichem Behandlungsbedarf werden z. B. die 24-stündige Verfügbarkeit, Termenschwierigkeiten in der ambulanten, vor allem fachärztlichen Versorgung oder auch die erhoffte gute Qualität der Behandlung bei interdisziplinärer Versorgung genannt.

<sup>224</sup> Bereits im Jahr 1849 wird in einem Brief an den *Lancet* der „outpatient abuse“, die missbräuchliche Selbstvorstellung in der Notaufnahme öffentlicher Krankenhäuser Englands, beklagt und die verpflichtende Einweisung seitens eines Arztes gefordert (vgl. Murphy 1998).

<sup>225</sup> In einigen Bundesländern sind verschiedene Ministerien für das Rettungswesen und die Notfallversorgung am Krankenhaus zuständig (vgl. Augurzky et al. 2015).

Handlungsdrucks bezüglich der Notfallversorgung wurde auch im Koalitionsvertrag die Notwendigkeit von deren Verbesserung festgehalten und die Schaffung von integrierten Notfallzentren sowie Notfallleitstellen beschlossen (CDU/CSU/SPD 2018).

## 14.2 Angebotsstruktur

### 14.2.1 Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst

#### *Grundlagen und rechtlicher Rahmen*

**909.** Für die Versorgung von Patienten mit nicht lebensbedrohlichem, jedoch dringlichem ambulanten Behandlungsbedarf sind tagsüber die niedergelassenen Ärzte, für Fälle außerhalb der allgemeinen Praxisprechzeiten der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst der KVen, auch Notdienst<sup>226</sup> genannt, zuständig.

Dies ist gesetzlich in § 75 SGB V festgelegt, nach dem die 17 KVen mit der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, auch zu den sprechstundenfreien Zeiten, beauftragt sind. D. h., die konkrete Ausgestaltung des vertragsärztlichen Notdienstes erfolgt auf Landesebene durch die einzelnen KVen. Den Sicherstellungsauftrag behielten die KVen auch im Zuge der letzten Gesetzgebung<sup>227</sup> zum Notdienst, jedoch wurde gefordert, „den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern“ sicherzustellen, und konkretisiert, dass die KVen „entweder Notdienstpraxen<sup>228</sup> in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notaufnahmen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden“ sollen (§ 75 Abs. 1b Satz 3 SGB V). In einem Großteil der KVen ist dies bereits der Fall, so wurden in vielen Bundesländern KV-Notdienstpraxen mit festem Standort an den Krankenhäusern angesiedelt<sup>229</sup> (siehe Abbildung 14-2). In den KVen, in denen aktuell noch keine festen Notdienstpraxen existieren, ist deren baldige Etablierung in der Umsetzung oder geplant (vgl. z. B. KV Bayerns 2017a; KV Brandenburg 2017; KV Sachsen 2017b).

Aus dem Koalitionsvertrag ist bereits absehbar, dass eine weitergehende Zusammenarbeit vorgesehen ist, da die Sicherstellung für die Notfallversorgung von den KVen auf eine gemeinsame Sicherstellung von Landeskrankenhausgesellschaften (LKGs) und KVen übergehen soll (CDU/CSU/SPD 2018).

**910.** Doch auch bei den bereits bestehenden Notdienstpraxen an Krankenhäusern geht die Zusammenarbeit zum Teil bereits über die gemeinsame örtliche Präsenz hinaus. So teilt sich beispielsweise in Cottbus die Bereitschaftsdienstpraxis der KV sogar einen gemeinsamen Wartebereich und eine gemeinsame Anmeldung für alle sich selbstständig vorstellenden Patienten mit der Notaufnahme der Klinik. All jene Patienten, denen nach einer standardisierten

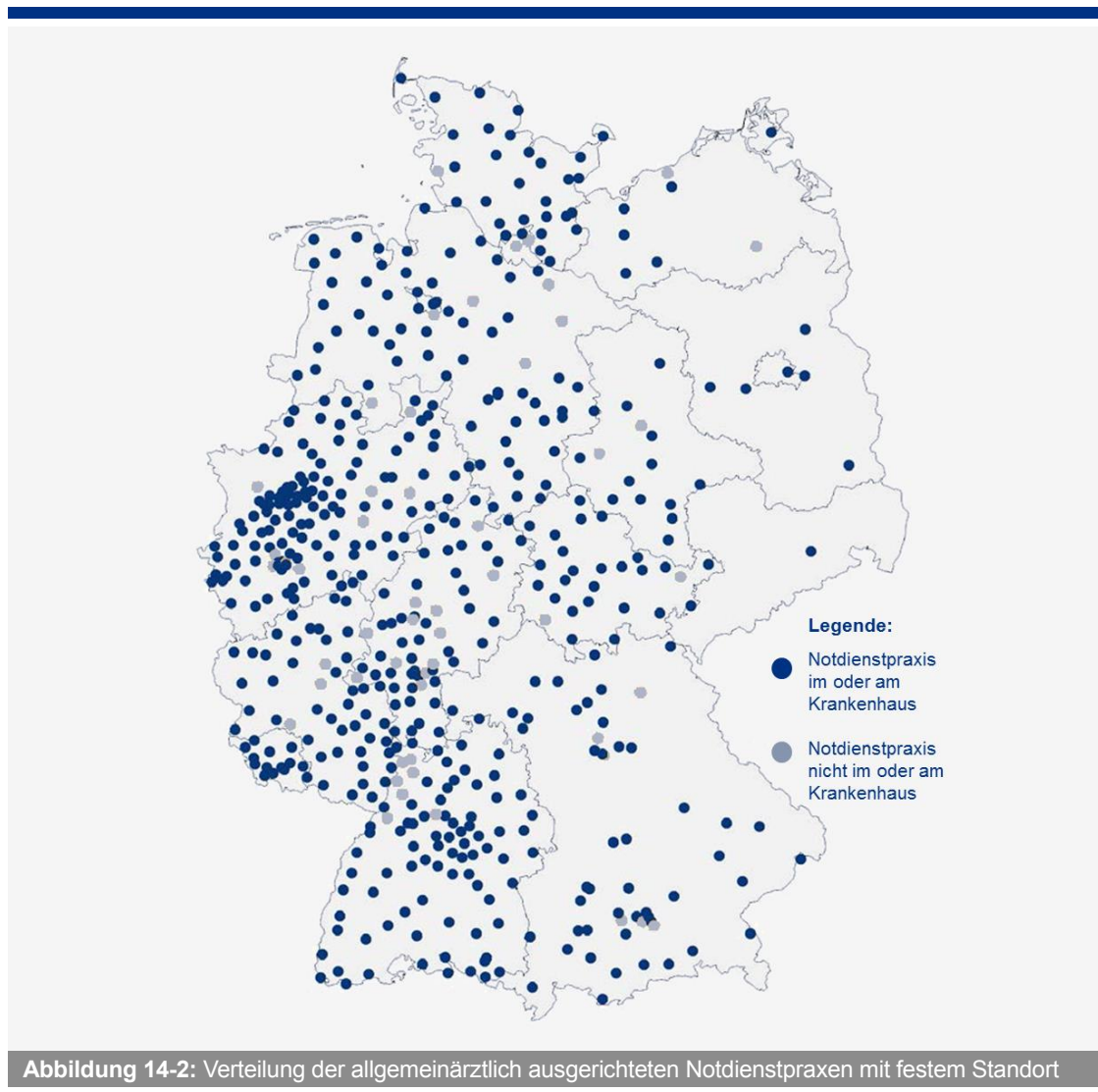
<sup>226</sup> In einigen KV-Regionen wird der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst als vertragsärztlicher Notdienst bezeichnet. Im Folgenden wird dieser vereinfachend ärztlicher Bereitschaftsdienst genannt.

<sup>227</sup> GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), in Kraft getreten am 23. Juli 2015, sowie Krankenhausstrukturgesetz (KHSG), in Kraft getreten am 1. Januar 2016.

<sup>228</sup> Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern werden auch als Portalpraxen bezeichnet. Im Folgenden wird der Begriff Notdienstpraxen auch im Sinne von Bereitschafts(dienst)praxen verwendet.

<sup>229</sup> Fachärztliche Notdienste, wie kinderärztlicher oder augenärztlicher Notfalldienst, werden hingegen immer noch weitgehend dezentral in den Praxen angeboten (Köster et al. 2016).

Ersteinschätzung<sup>230</sup> ein normaler oder nichtdringlicher Behandlungsbedarf zugeordnet wurde – etwa 30 % bis 40 % der Patienten – werden in der Bereitschaftspraxis behandelt (KBV 2016b). Diese Bereitschaftspraxen sind jedoch bislang – im Gegensatz zu den Notaufnahmen der Krankenhäuser – in der Regel nur außerhalb der regulären Sprechzeiten der Vertragsärzte besetzt, also abends und am Wochenende. Eine Gesetzesänderung, um den Portalpraxen den Betrieb auch während der Sprechstundenzeiten zu ermöglichen, wurde von Schleswig-Holstein in den Bundesrat eingebracht (Bundesrat 2018).



Stand: Juni 2016.

Quelle: Köster et al. (2016). Grafisch angepasst.

<sup>230</sup> Diese standardisierte Ersteinschätzung sollte hier von klassischen Triageinstrumenten wie dem Manchester-Triage-System unterschieden werden, da die Ersteinschätzung in diesem Zusammenhang vornehmlich als Instrument der Patientensteuerung an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung genutzt wird und eine weniger detaillierte Einordnung benötigt als die klassischen, zumeist fünfstufigen Triageinstrumente. Das aQua-Institut hat hierzu ein Konzept für eine standardisierte Ersteinschätzung im Kontext der kassenärztlichen Versorgung von Notfallpatienten entwickelt (Herrmann et al. 2017).

### Exkurs: Integrierte Notfallzentren in den Niederlanden

**911.** In den Niederlanden ist jeder Patient bei einem festen Hausarzt registriert, der durch Überweisungen und Einweisungen den Behandlungsverlauf steuert (Gatekeeper-Modell, siehe Kapitel 9 zum europäischen Vergleich der Angebotsplanung). Außerhalb der regulären Sprechzeiten wird die ambulante Versorgung in landesweiten, großen Zusammenschlüssen von Allgemeinärzten sichergestellt (sogenannte *Huisartsenposten*), in denen Gruppen von 50 bis 250 Hausärzten für die Versorgung von 100 000 bis 500 000 Patienten abends und am Wochenende zuständig sind. Die Organisation dieser Bereitschaftsdienste ist landesweit einheitlich mit gleichen Öffnungszeiten. Der Bereitschaftsdienst ist telefonisch erreichbar. Unter regionalen Telefonnummern erhalten die Patienten rein telefonische Beratung (etwa 40 % der Fälle), werden gebeten, sich im *Huisartsenpost* vorzustellen (50 %) oder bekommen einen Hausbesuch (10 %). Diese Einschätzung wird von Pflegepersonal anhand eines einheitlichen standardisierten Protokolls unter ärztlicher Beobachtung durchgeführt (Smits et al. 2017).

Die Posten sind in zunehmendem Maße in die Notaufnahmen der Krankenhäuser integriert. Hier gibt es einen gemeinsamen Eingang für die Patienten und eine gemeinsame Triage findet statt (van Gils-van Rooij et al. 2015). Bereits über die Hälfte der allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienste bildet so eine Einheit mit der Notaufnahme. Studien zeigen, dass sich hierdurch die Inanspruchnahme der Notaufnahme insgesamt um 13 % bis 22 % reduziert und die Allgemeinärzte bis zu 75 % der sich selbstständig in der Notaufnahme vorstellenden Patienten (die jedoch nur 17 % der dortigen Patienten ausmachen) behandeln können (Smits et al. 2017).

Überdies wird die ambulante Versorgung während und außerhalb der Sprechzeiten zunehmend digital vernetzt: Es ist möglich, im Bereitschaftsdienst und während der Telefons-triage auch auf die elektronische Patientenakte zuzugreifen, die der regulär tagsüber behandelnde Hausarzt führt. Hierzu hat bereits über die Hälfte der niederländischen Bevölkerung ihre Einwilligung gegeben (Smits et al. 2017).

**912.** Die Einrichtung von festen allgemeinärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen an den Krankenhäusern ist zumeist Teil von generellen strukturellen Reformen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, die fast alle KVen in den vergangenen Jahren durchgeführt haben (SVR 2014) und die viele KVen weiter beschäftigen (vgl. z. B. KV Baden-Württemberg 2018; KV Bayerns 2017c; KV Berlin 2018; KV Brandenburg 2017; KV Hamburg 2017; KV Nordrhein 2016; KV Sachsen 2017a; KV Thüringen 2017; KV Westfalen-Lippe 2018). Mit dem Ziel, der Belastung durch häufige Bereitschaftsdienste für Vertragsärzte gerade auf dem Land entgegenzuwirken, wurden Notdienstbezirke vergrößert bzw. umstrukturiert und an die regionale Ärztezahl angepasst. Zudem wurden in vielen KVen die sogenannten Sitzdienste von den Fahrdiensten (Hausbesuche) getrennt sowie teilweise eine Notdienstpflicht für alle niedergelassenen Arztgruppen eingeführt. Auch die ermächtigten Ärzte am Krankenhaus wurden einbezogen. An der Zentralisierung des Bereitschaftsdienstes gibt es jedoch auch Kritik vonseiten der Ärzte und Patienten, u. a. aufgrund weiterer Einsatzwege oder höherer Notdienstumlagen. So wurde in der KV Nordrhein eine Bereitschaftsdienstreform im Jahr 2016 nach dem Widerstand der Ärzte erst einmal verschoben. In Baden-Württemberg wurde hingegen versucht, die bereits etablierten



lokalen Notfallpraxen auch nach der Reform in Teilen zu belassen und so gewachsene Strukturen auch im Sinne des Patienten zu erhalten (KV Baden-Württemberg 2013).

**913.** Zusätzlich zur Kooperation mit den Krankenhäusern wurde im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) festgelegt, dass die KVen mit den Landesapothekerkammern in einen Informationsaustausch treten sollen, um die Versorgung der Versicherten im Notdienst zu verbessern (§ 75 Abs. 1b Satz 5 SGB V). Gegenwärtig dürfen Humanmediziner nach § 43 Arzneimittelgesetz (AMG) keine Medikamente an Patienten ausgeben, auch nicht im Notdienst. Gerade nachts und in ländlichen Gebieten kann dies daher dazu führen, dass der Patient nicht nur eine aufgrund der Notdienstgebietsreformen in vielen KVen möglicherweise weitere Strecke zur Notdienstpraxis fahren muss, sondern sich im Anschluss auch noch zur diensthabenden Notdienstapotheke an einen anderen Ort begeben muss. Bereits im Jahr 2012 forderten die KVen der Flächenländer Hessen, Baden-Württemberg, Bayern und Mecklenburg-Vorpommern daher ein eingeschränktes Dispensierrecht für Ärzte im Notdienst (FALK 2012). Auch der Rat hat in seinem Gutachten 2014 die Einführung eines auf ein definiertes Arzneimittelsortiment begrenztes hausärztliches Dispensierrecht im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes, insbesondere bei stark eingeschränkter Erreichbarkeit von Notdienstapotheken, empfohlen (SVR 2014).

**914.** Seit dem Jahr 2012 ist der ärztliche Bereitschaftsdienst bundesweit unter einer einheitlichen Telefonnummer (116117) zu erreichen, davor gab es laut Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) rund 1 000 regionale, teilweise wechselnde Bereitschaftsdienstnummern (KBV 2013a).<sup>231</sup> Ein Jahr nach ihrer Einführung konnten in einer Befragung der KBV jedoch nur 4 % der Befragten diese Nummer korrekt als die Telefonnummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes benennen (KBV 2013b). Auch im Jahr 2017 kannten weniger als 10 % der Befragten die 116117 (KBV 2017b).<sup>232</sup> Eine Kampagne der KBV soll die Rufnummer daher bekannter machen (Schmedt 2017).

Insgesamt befürwortet die große Mehrzahl der Versicherten eine einheitliche Bereitschaftsdienstnummer, in einer anderen Befragungswelle hielten es zudem zwei Drittel der Befragten, vor allem in kleineren Gemeinden unter 5 000 Einwohnern, für sinnvoll, unter dieser einheitlichen Telefonnummer auch eine erste medizinische Beratung erhalten zu können (KBV 2017a). Eine Evaluation aus England, wo es einen rund um die Uhr erreichbaren Telefonservice für dringliche Gesundheitsfragen (NHS 111) gibt, zeigte jedoch, dass eine solche Art der Hotline die generelle Inanspruchnahme der Notfallversorgung eher steigerte, anstatt das System zu entlasten (Turner et al. 2013). Die Einschätzung und Beratung erfolgt beim NHS 111 aber größtenteils durch nichtklinisches Personal, das einen Teil der Arbeitslast vom ärztlichen Personal und von den nichtärztlichen Angehörigen der Gesundheitsfachberufe übernimmt. Ob eine solche Verschiebung zu einer Erhöhung der Versorgungsqualität und einer besseren Kosteneffizienz beiträgt, ist umstritten (Pope et al. 2017). Weitere Evaluationen anderer Angebote, etwa der telefonischen Beratung direkt in Arztpraxen, fanden ebenfalls keinen Hinweis auf eine Entlastung der Notaufnahmen (Campbell et al. 2014; Ismail et al. 2013; Newbould et al. 2017). Erfahrungen aus Dänemark, wo in einzelnen Regionen eine telefonische Ersteinschätzung in Verbindung mit einem restriktiveren Zugang zur Notfallversorgung im

<sup>231</sup> Einzelne KVen fokussierten sich jedoch weiterhin auf ihre regionalen Notfallnummern. So wurde in der KV Berlin bis zum Jahr 2018 noch auf die Rufnummer 310 031 verwiesen.

<sup>232</sup> Ein Drittel der Patienten gab an, die Nummer zu kennen, nur 9 % konnten sie jedoch auch konkret nennen.

Krankenhaus eingeführt wurde, zeigten hingegen einen Rückgang der Notaufnahmebesuche (Danish Ministry of Health 2014).

**915.** Weitere Studien konnten eine gewisse Steuerungswirkung der telefonischen Ersteinschätzung aufzeigen. So befolgte gemäß einer australischen Studie (Gibson et al. 2017) die Mehrheit (etwa zwei Drittel) der Patienten die im Rahmen der telefonischen Ersteinschätzung getroffene Behandlungsempfehlung. Nur etwa 6 % der als nicht dringlich eingeschätzten Patienten suchten innerhalb der nächsten 24 Stunden eine Notaufnahme auf. Erfahrungen aus der Schweiz bestätigen, dass Patienten zumeist der telefonischen Empfehlung folgen und viele Patienten daher ohne ärztliche Behandlung auskommen (Niemann et al. 2004). Die Einführung einer telefonischen Ersteinschätzung könnte daher zu einer zielgerechteren Versorgung der Patienten beitragen. Es gibt außerdem Hinweise aus Modellversuchen in Deutschland, dass bei einer gemeinsamen Leitstelle für beide Telefonnummern Hausbesuche, nächtliche Einsätze im Bereitschaftsdienst, aber auch Selbsteinweisungen ins Krankenhaus abnehmen und bis zu einem Drittel der Anrufer rein telefonisch, d. h. durch Beratung und Aufklärung, weitergeholfen werden kann (Rieser 2013).

**916.** Vor diesem Hintergrund wird auch in Deutschland die Einführung einer zentralen Telefonnummer, die neben einer standardisierten Ersteinschätzung auch eine telemedizinische Behandlungsoption anbietet, diskutiert. So erweiterte die KV Baden-Württemberg im Jahr 2018 – zunächst im Rahmen eines auf zwei Jahre befristeten Modellprojektes in zwei Regionen – ihr Patiententelefon. Der „DocDirekt“ getaufte Dienst bietet den Patienten die Möglichkeit, bei gesundheitlichen Beschwerden von medizinischen Fachangestellten (MFAs) telefonisch entweder sofort an eine Portalpraxis oder an eine Klinikambulanz verwiesen zu werden oder bei weniger dringlichen Fällen von niedergelassenen Ärzten zurückgerufen und telemedizinisch behandelt zu werden (KV Baden-Württemberg 2018).

**917.** Auch in Hamburg wurde mit dem „Arztruf“ ein zusätzliches Angebot für die Patienten geschaffen. Unter der Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 werden Patienten 24 Stunden am Tag durch qualifiziertes Personal unter Nutzung eines standardisierten Entscheidungsbaumes medizinisch ersteingeschätzt. Je nach Schwere des Problems werden die Patienten dann entweder direkt mit der 112 verbunden oder im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung weiterversorgt. Dazu gehört, dass den Patienten eine telefonische Beratung durch einen Arzt angeboten wird oder sie einen Hausbesuch erhalten können. Außerdem kann abends sowie am Wochenende eine Weiterleitung an eine Portal- oder KV-Notfallpraxis erfolgen. Für weniger dringende Fälle kann auch durch die 116117 ein Termin während der Sprechzeiten in einer Arztpraxis vermittelt werden (Plassmann 2017; Vorbeck 2017).

### *Finanzierung*

**918.** Die Modelle zur Finanzierung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes unterscheiden sich zwischen den KVen. Generell werden die Leistungen der Ärzte im Bereitschaftsdienst nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erstattet. Seit dem Jahr 2016 gibt es für die Leistungen im Notfall und Notdienst ein eigenes Honorarvolumen, das noch vor der Trennung der Gesamtvergütung in haus- und fachärztliche Bereiche gebildet wird (§ 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V). Dies erfolgt laut Gesetz mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewendet werden dürfen. Neben der allgemeinen

Notfallpauschale sollen zusätzliche Ziffern im EBM die Vergütung im Notfall und im Notdienst nach dem Schweregrad der Fälle differenzieren (§ 87 Abs. 2a Satz 22 SGB V).

Zusätzlich können im von der KV organisierten Notdienst den Bereitschaftsdienstärzten Stunden- oder Fallpauschalen sowie Umsatzgarantien gezahlt werden.<sup>233</sup> Die zugrunde liegende Finanzierung unterscheidet sich zwischen den KVen genauso wie der Verdienst des einzelnen Bereitschaftsdienstarztes. Häufig gibt es eine Notdienstumlage, an der sich alle Vertragsärzte der jeweiligen KV beteiligen müssen. So wird z. B. in Hessen ein bestimmter Prozentsatz des vertragsärztlichen Honorars für den Notdienst einbehalten, falls die abgerechneten Leistungen gemäß dem EBM nicht zur Refinanzierung des Honorars der Bereitschaftsärzte ausreichen. Darüber hinaus können sich, wie etwa in Baden-Württemberg, die Krankenkassen mit einem zusätzlichen Beitrag an der Finanzierung beteiligen sowie indirekt auch die Krankenhäuser durch Mietverzicht und Gerätemitbenutzung für die Notfallpraxen (Meißner/Rieser 2013; Rieser 2013).

## 14.2.2 Notfallversorgung im Krankenhaus

### *Grundlagen und rechtlicher Rahmen*

**919.** Die Krankenhäuser nehmen ebenfalls an der ambulanten Notfallversorgung teil, wobei ihre Aufgabe vor allem in der Sicherstellung der stationären Notfallversorgung für schwer erkrankte Patienten besteht (Haas et al. 2015). Grundsätzlich ist jedes Krankenhaus an der Teilnahme zur Notfallversorgung verpflichtet. Beteiligen Krankenhäuser sich nicht an der Notfallversorgung, müssen sie gemäß aktueller Rechtslage einen Abschlag (siehe im Folgenden zur Finanzierung) bei der stationären Vergütung hinnehmen. Ungeachtet dessen ist jedes Krankenhaus unter strafrechtlichen Aspekten (unterlassene Hilfeleistung nach § 323c StGB) verpflichtet, Patienten im Notfall zu behandeln. Diese Verpflichtung kann sich jedoch in Abhängigkeit von der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses auf das Leisten einer Erstversorgung und die Weiterverlegung in eine geeignete Klinik oder in die ambulante Weiterversorgung beschränken.

**920.** Je nach Bundesland gibt es unterschiedliche Vorgaben zur Notfallversorgung in den Krankenhausplänen. Einige Bundesländer, wie Hessen oder Berlin, legen konkrete strukturelle Mindestanforderungen fest (u. a. zu vorzuhaltenden Fachabteilungen oder zur Erreichbarkeit), andere, wie Niedersachsen oder Bayern, machen keine Vorgaben zur Notfallversorgung (DKG 2017a).

**921.** Die Notfallversorgung im Krankenhaus gliedert sich im Regelfall in eine Anlaufstelle für Patienten, die Notaufnahme sowie Diagnostik- und Therapiebereiche wie Labor, Radiologie und Operationssaal, die auch für die Versorgung anderer Patientinnen und Patienten des Krankenhauses genutzt werden (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016). Die Struktur und personelle Mindestausstattung der Notaufnahmen unterscheiden sich zwischen den Kliniken zum Teil erheblich und können von Aufnahmeambulanzen, in denen eine Triage durchgeführt wird, bis hin zu Notfallaufnahmeabteilungen, in denen auch eine kurzfristige

---

<sup>233</sup> Derartige zusätzliche Vereinbarungen könnten zukünftig angesichts des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 28. Juni 2017, B 6 KA 12/16 R), wonach die Vereinbarung von Zusatzvergütungen für die Notfallvergütung auf Landesebene unzulässig ist, entfallen.

stationäre Therapie erfolgen kann, reichen (Dormann et al. 2010). Mangels klarer Definition gibt es gegenwärtig keine exakten Angaben über die Anzahl der Notaufnahmen in Deutschland (Geissler et al. 2017).

**922.** Ähnlich heterogen ist die Personalausstattung: So beklagen die notfallmedizinischen Gesellschaften DGINA<sup>234</sup> und DIVI<sup>235</sup> neben der unzureichenden personellen Ausstattung, dass es keine spezifische Qualifikation für die Arbeit in der Notaufnahme gebe und die Notaufnahme häufig dezentral von den Oberärzten anderer Fachabteilungen, etwa der Inneren Medizin oder der Chirurgie, mitgeleitet werde (Riessen et al. 2015). Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern wie dem Vereinigten Königreich oder Schweden gibt es in Deutschland keinen eigenen Facharzt für Notfallmedizin, nur eine Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“<sup>236</sup>, aktuell wird zudem eine Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ diskutiert (DGINA 2016).<sup>237</sup> Inwiefern ein eigener Facharzt für Notfallmedizin die Qualität der Notfallversorgung verbessert, ist jedoch bislang offen.

**923.** Zudem bieten einige Bundesländer erste Weiterbildungsprogramme zur Notfallpflegefachkraft an, jedoch gibt es keine einheitliche bundesweite Ausbildungsordnung, welche Inhalte diese Weiterbildung regelt (Wedler et al. 2015). Berlin ist das erste Bundesland, in dem im Krankenhausplan festgelegt ist, dass alle Notaufnahmen eine eigene ärztliche und pflegerische Leitung haben müssen. Darüber hinaus ist die Vorhaltung von eigenem pflegerischen Personal – jedoch ohne besondere Notfallqualifikation – erforderlich, die von eigenem ärztlichen Personal erwünscht (Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin 2016). In vielen, insbesondere größeren Kliniken werden daher auch gezielt Rettungsassistenten/Notfallsanitäter für die Notaufnahmen eingestellt. Mit den neuen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden in Zukunft – sobald die Qualifikationen im jeweiligen Bundesland verfügbar sind – die Zusatzweiterbildung „Klinische Notfall- und Akutmedizin“ bzw. die Zusatzqualifikation „Notfallpflege“ verpflichtend für die ärztliche und pflegerische Leitung in der Notfallversorgung (G-BA 2018b).

**924.** Neben der stationären Behandlung schwer erkrankter Patienten kann das Krankenhaus in der Notaufnahme Notfälle auch ambulant versorgen. Auch wenn die jeweilige KV den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung hat, so haben die Patienten im Notfall gemäß § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V die freie Arztwahl, die sich auch auf die Notaufnahmen der Krankenhäuser erstrecken kann. Die Frage, ob ein Patient stationär behandelt werden muss oder ob dies ambulant möglich ist, lässt sich zudem meist erst im Rahmen einer ärztlichen Abklärung entscheiden. Der Umfang der Maßnahmen, die zum Ausschluss einer stationären Behandlungsindikation in der Notaufnahme vonnöten sind, ist hierbei wiederholt Gegenstand von gerichtlichen Auseinandersetzungen geworden (z. B. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom

---

<sup>234</sup> Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin.

<sup>235</sup> Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin.

<sup>236</sup> Die Regelungen für die Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“ variieren zwischen den verschiedenen Landesärztekammern, bestehen in der Regel aber aus einer sechsmonatigen Tätigkeit im Fachgebiet Anästhesie und Intensivmedizin oder in der Notaufnahme, zusammen mit einer 80-stündigen theoretischen Weiterbildung und dem Absolvieren von 20 bis 50 Rettungseinsätzen unter Supervision. Zugangsvoraussetzung ist zumeist nur eine mindestens 24-monatige Tätigkeit in der unmittelbaren stationären Patientenversorgung (HECOR 2015).

<sup>237</sup> Diese Zusatzweiterbildung würde in ihren Anforderungen unterhalb der Qualifikation einer Schwerpunktbezeichnung (wie z. B. dem Schwerpunkt „Intensivmedizin“) angesiedelt.

12. Dezember 2012, B 6 KA 5/12 R zur Labordiagnostik im Notfalldienst). Daneben gibt es Patienten, die über die Notaufnahme ins Krankenhaus kommen und generell aufgrund ihrer Erkrankung (z. B. bei einem neu erkannten Tumor) im Krankenhaus behandelt werden sollten, jedoch nicht notfallmäßig stationär aufgenommen werden müssen. Im Jahr 2015 beteiligten sich laut Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) 1 309 (67 %) der 1 956 Krankenhäuser deutschlandweit an der ambulanten Notfallversorgung (Destatis 2017b; Zi 2017).

**925.** Der G-BA wurde deswegen beauftragt, bis Ende des Jahres 2017 bundesweite Mindeststandards für die Teilnahme an der Notfallversorgung zu definieren (§ 136c Abs. 4 SGB V). Mit dem Beschluss in der Sitzung des G-BA am 19. April 2018 wurde diesem Auftrag des Gesetzgebers nachgekommen und ein gestuftes System der Notfallstrukturen an Krankenhäusern entwickelt, auf dessen Basis nun Zu- bzw. Abschläge zur Vergütung festgelegt werden sollen. Die Zuordnung zu den jeweiligen Stufen orientiert sich an Mindestvorgaben, u. a. zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfalleleistungen, eine Stufe für Nichtteilnahme wurde ebenfalls festgelegt.

**926.** Das Konzept des G-BA sieht dabei drei Stufen der Notfallversorgung vor: die Basisstufe, die erweiterte Notfallversorgung sowie eine umfassende Notfallversorgung. Zusätzlich gibt es spezielle Angebote wie die Schwerverletztenversorgung in Traumazentren, die Kinder-notfallversorgung, die Versorgung von Schlaganfällen sowie die Versorgung von Durchblutungsstörungen am Herzen. Die Anforderungen in der Basisstufe sehen bestimmte Fachabteilungen vor, mindestens eine Innere Medizin und eine Chirurgie/Unfallchirurgie, in denen jeweils innerhalb von 30 Minuten ein Facharzt verfügbar sein muss. Es werden weitere „harte“ Anforderungen wie das Vorhandensein von Intensivbetten und einer zentralen Notaufnahme, aber auch „weiche“ Anforderungen wie das Durchführen einer strukturierten Ersteinschätzung (Triage) gestellt. Die auf der Basiskategorie aufsetzenden Stufen der erweiterten und umfassenden Notfallversorgung nennen weitere Fachabteilungen, jederzeit verfügbare medizinisch-technische Ausstattungen wie z. B. ein Magnetresonanztomograf (MRT), Beobachtungsbetten in der Notaufnahme und eine Hubschrauberlandestelle als zusätzliche Kriterien für die Teilnahme an der gestuften stationären Notfallversorgung. Des Weiteren werden Kooperationsvereinbarungen nach § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V mit den KVen zur ambulanten Notfallversorgung im Rahmen einer Soll-Vorschrift gefordert.

Der Beschluss des G-BA sieht für die Stufenzuordnung außerdem eine Öffnungsklausel vor, die es den Ländern erlaubt, auch Krankenhäuser, welche die Vorgaben des Beschlusses *nicht* erfüllen, als Notfallkrankenhäuser festzulegen. Sie nehmen dann im Rahmen einer Spezialversorgung ohne Zuschläge an der stationären Notfallversorgung teil (G-BA 2018b).

### Exkurs: Notfallversorgung in Dänemark

**927.** Infolge der großen Krankenhausreform wurde in Dänemark im Jahr 2007 die Notfallversorgung grundlegend umstrukturiert. Ziel war es, die Notfallversorgung effizienter zu gestalten und durch wenige große Krankenhäuser mit integrierten Notfallzentren zu gewährleisten. Dafür sollte die Anzahl der Notfallabteilungen in ganz Dänemark von bisher 40 auf dann 21 reduziert und außerdem die Spezialisierung sowohl in der Notaufnahme als auch im Krankensektor insgesamt gefördert werden. Für die an der Notfallversorgung teilnehmenden Krankenhäuser wurden verpflichtende strukturelle Anforderungen an das Personal durch eine 24-Stunden-Facharztvorhaltung und an die Geräteausstattung bezüglich des Vorhaltens von Computertomografie (CT), MRT und Labor definiert. Außerdem wurde das Vorhalten von „Notaufnahmebetten“ vorgeschrieben, in denen die Patienten bis zu 48 Stunden aufgenommen und anschließend entlassen oder auf „reguläre“ Stationen verlegt werden können. Neben diesen strukturellen Anpassungen erfuhren auch die intrahospitalen Prozesse Anpassungen. So wurden beispielsweise die sogenannten *Flow-Teams* aus Ärzten und Pflegenden unter der Führung eines *Flow-Masters* geschaffen, die es anstreben, innerhalb von vier Stunden einen Notfallpatienten umfassend zu untersuchen und eine Diagnose zu stellen (Abualenain et al. 2014; Danish Ministry of Health 2017; Preusker 2017).

Zusätzlich zur Umstrukturierung der Notfallversorgung im Krankenhaus wurden auch die Prozesse außerhalb des Krankenhauses angepasst. Denn die Konzentration auf einige wenige Krankenhäuser führte zu im Schnitt längeren Anfahrtswegen zur nächsten Notaufnahme, womit die Bedeutung des Rettungsdienstes stieg. Daher wurden die Ausbildungsinhalte des dänischen Rettungsdienstes erweitert und die Rolle des Notfallsanitäters durch die Übertragung zusätzlicher medizinischer Aufgaben weiterentwickelt. Konzepte zur telemedizinischen Anleitung des Rettungspersonals durch einen Facharzt im Klinikum sind ebenfalls in der Erprobung. Auch die Luftrettung wurde im Jahr 2010 eingeführt und sukzessive erweitert. Für die Verbesserung der Erstversorgung wurde außerdem ein IT-/App-gestütztes *First-Responders*-Netzwerk aufgebaut, wodurch auch in entlegenen Gebieten eine schnelle Erstversorgung durch Fachpersonal oder geschulte medizinische Laien gewährleistet wird (Augurzky et al. 2015).

Zur besseren Koordinierung der zur Verfügung stehenden Ressourcen wurde – je nach Region – ein schrittweise restriktiverer Zugang zu den Notfallaufnahmen umgesetzt. In der Hauptstadtregion Kopenhagen wurde im Jahr 2014 als Modellprojekt eine telefonische Ersteinschätzung eingeführt. Durch eine zentrale Telefonnummer, unter der ein Arzt oder entsprechend geschultes Personal eine medizinische Ersteinschätzung vornimmt, sollen Patienten in die am besten geeignete Notaufnahme gesteuert und nicht notwendige Inanspruchnahmen vorab vermieden werden. Des Weiteren wurde der Zugang zur Notaufnahme weitestgehend auf Patienten mit einer Überweisung eines Arztes oder einer Einweisung durch die Telefonzentrale eingeschränkt (Berchet 2015; Geissler et al. 2017).

### *Finanzierung*

**928.** Je nachdem, ob der Notfallpatient im Krankenhaus nur ambulant behandelt oder aber stationär aufgenommen wird, unterscheidet sich die Vergütung für die in der Notaufnahme erbrachten Leistungen. Wird der Patient am selben Tag im selben Krankenhaus stationär aufgenommen, wird die Behandlung in der Notaufnahme mit der Vergütung des stationären Aufenthaltes, zumeist durch die Fallpauschalen der Diagnosis Related Groups (DRGs), abgedeckt.

**929.** Für die ambulante Notfallbehandlung in der Notaufnahme (für Patienten, bei denen eine Versorgung in der Notaufnahme durchgeführt wurde, die aber am selben Tag das Krankenhaus wieder verlassen) gibt es verschiedene Finanzierungsmöglichkeiten: Prinzipiell wird die Notfallbehandlung von GKV-Versicherten zumeist nach dem EBM vergütet und wie eine Behandlung beim niedergelassenen Vertragsarzt mit den KVen abgerechnet. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurden einige Neuregelungen zur Vergütung der ambulanten Notfallversorgung nach EBM beschlossen: So entfällt der Investitionskostenabschlag auf die von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen, damit auch für die Leistungen der Notfallversorgung, ersatzlos. Zudem gibt es die Möglichkeit, auf Landesebene dreiseitige Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten zu ergänzenden Regelungen zur Vergütung im Notdienst, aufbauend auf dem EBM, zu schließen (§ 115 Abs. 2 Nr. 3 SGB V). Und schließlich können seit dem Jahr 2017 Schweregradzuschläge für besonders komplexe ambulante Behandlungen zusätzlich zur Notfallpauschale berechnet werden. Diese Zuschläge können zum einen bei besonders definierten schwerwiegenden Diagnosen<sup>238</sup> gewährt werden, wie z. B. der Pneumonie, der Angina pectoris oder der akuten tiefen Beinvenenthrombose, in Ausnahmefällen auch bei anderen Diagnosen. Zum anderen kann außerhalb der Sprechzeiten des üblicherweise behandelnden Arztes ein Zuschlag für Patientengruppen mit besonderem Versorgungsbedarf, wie Säuglinge oder Patienten mit Demenz, berechnet werden.

Überdies kann seit dem Jahr 2017 eine eigene Abklärungspauschale gemäß EBM berechnet werden, wenn Patienten nach Klärung einer Behandlungsnotwendigkeit in die reguläre vertragsärztliche Versorgung weitergeleitet werden können, da sie kein Notfall sind.<sup>239</sup> Um die Schweregradzuschläge und Abklärungspauschale aus den Geldern zu finanzieren, die für die Vergütung ambulanter Notfalleistungen zur Verfügung stehen, wurde im Gegenzug die Notfallpauschale für die ambulante Notfallbehandlung am Tag abgesenkt (KBV 2016a).

**930.** Weitere Vergütungsmöglichkeiten für ambulant behandelte Patienten ergeben sich für die Notaufnahme durch Patienten, die als Arbeitsunfälle (Durchgangsarztverfahren, die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt die Kosten) oder privat (PKV) abgerechnet werden können – Schätzungen zufolge sind dies 10 % bis 13 % aller in der Notaufnahme behandelten Patienten (Haas et al. 2015; Niehues 2012). Eine weitere Möglichkeit ist die vorstationäre Behandlung nach § 115a SGB V, die bis zu 10 % der Patienten in Anspruch nehmen (Haas et al. 2015). Sie soll u. a. der Abklärung einer stationären Behandlungsindikation dienen und erfolgt auf

<sup>238</sup> Bereits jetzt gibt es für die Krankenhäuser auch die Möglichkeit, aufwendigere Untersuchungen in der Notaufnahme, wie z. B. CT-Untersuchungen, über gesonderte Pauschalen (u. a. Großgerätepauschalen) nach dem EBM abzurechnen.

<sup>239</sup> Diese Pauschale wird aufgrund ihrer geringen Höhe kritisiert. Die KV Brandenburg beispielsweise bietet darüber hinaus eine gesonderte Vergütung für diejenigen niedergelassenen Ärzte, die sich der aus der Notaufnahme weggeschickten Patienten annehmen.

Überweisung eines Vertragsarztes. Das Ausgabenvolumen für vor- und nachstationäre Behandlungen (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung) ist in den vergangenen fünf Jahren um 35 % gestiegen (Leber/Wasem 2016), im Jahr 2016 gab es bundesweit über 4,6 Millionen vorstationäre Behandlungsfälle (Destatis 2017b). Ihre Vergütung ist auf Landesebene geregelt, liegt in der Regel jedoch deutlich höher als die Vergütung nach EBM. Gerade für Krankenhäuser, die nun mit vertragsärztlichen Portalpraxen zusammenarbeiten, kann dies eine zunehmend attraktive Finanzierungsmöglichkeit darstellen, da sie sich die Patienten theoretisch von Vertragsärzten innerhalb des Hauses zur stationären Abklärung überweisen lassen und sie demzufolge bei Nichtaufnahme leichter vorstationär abrechnen können (Schöpke 2015).

**931.** Neben Patienten, die vorstationär behandelt werden, gibt es in steigendem Maße auch vollstationäre Fälle, bei denen Aufnahme- und Entlasstag derselbe ist, d. h., zur Abrechnung eines vollstationären Falls ist nicht zwingend eine Übernachtung nötig. Diese sogenannten pseudostationären oder Stundenfälle, die nach DRG vergütet werden, beliefen sich in der GKV im Jahr 2016 auf rund 390 000 Fälle mit einem Ausgabenvolumen von 330 Millionen Euro (GKV-SV 2018). Allerdings haben sowohl die Zahl der vollstationären Fälle mit sehr kurzer Verweildauer, d. h. unter 48 Stunden Aufenthalt, als auch die Zahl der Fälle mit dem Aufnahmegrund Notfall zugenommen (Schreyögg et al. 2014). Es ist wahrscheinlich, dass nicht alle diese Fälle stationär hätten aufgenommen werden müssen, sondern die Krankenhäuser einen finanziellen Anreiz haben, die durchgeführten Leistungen über DRG – trotz eines Vergütungsabschlags bei Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer – statt über EBM erstattet zu bekommen.

**932.** Gegenwärtig zahlen Krankenhäuser, die nicht an der Notfallversorgung teilnehmen, gemäß § 4 Abs. 6 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) pro vollstationärem Fall einen Abschlag von 50 Euro. Im Jahr 2016 hatten 83 von 1 329<sup>240</sup> Krankenhäusern (6 %) einen Abschlag für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung vereinbart (Klauber et al. 2018). Zukünftig soll je nach Ausmaß der vorgehaltenen Notfallstrukturen ein Zuschlag in unterschiedlicher Höhe bzw. ein Abschlag für die Nichtteilnahme festgelegt werden. An diesem Stufensystem soll sich auch der Sicherstellungszuschlag gemäß § 136c Abs. 3 SGB V für die Vorhaltung von bedarfsnotwendigen Kapazitäten, die mit den DRG-Pauschalen nicht kostendeckend finanziert sind, aber für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, orientieren. So können Krankenhäuser, die in Gebieten mit geringem Versorgungsbedarf zur Notfallversorgung beitragen, einen Sicherstellungszuschlag erhalten, dessen Höhe individuell vor Ort vereinbart werden kann.<sup>241</sup>

**933.** Im Rahmen der Diskussion, ob die gegenwärtige Vergütung im EBM die Ausgaben für die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus decken könne, wird häufig auf die umfangreichere Diagnostik und Therapie, die in der Notaufnahme im Regelfall durchgeführt werde, hingewiesen (Riessen 2014). Was sich jedoch zeigt, ist, dass ein beträchtlicher Teil (zwischen 20 und 30 %) der ambulanten Notfälle, die in der Notaufnahme behandelt werden, aus fachlicher Sicht auch in Hausarztpraxen hätten versorgt werden können (Schleef et al. 2017). Integriert man erfahrene, breit weitergebildete Fachärzte (z. B. für Allgemeinmedizin) in die Notaufnahme, zeigen erste Studien, dass die Behandlungskosten – u. a. durch die geringere Inanspruchnahme von anderen Fachabteilungen oder Labor- und Röntgenuntersuchungen – für

<sup>240</sup> Die im Krankenhausverzeichnis geführt werden.

<sup>241</sup> Hierbei wird der Landesbasisfallwert durch die Zu- und Abschläge für die Teilnahme an der Notfallversorgung abgesenkt werden, durch den Sicherstellungszuschlag hingegen nicht (Rau 2015).



ambulant behandelbare Patienten reduziert werden können, während die Patientenzufriedenheit steigt (Scherer et al. 2014; Schleef et al. 2017).

**934.** Darüber hinaus werden in der Notaufnahme zudem notwendige Leistungen wie radiologische Diagnostik, die der kassenärztliche Bereitschaftsdienst mangels struktureller Vorhaltungen nicht leisten kann, auch für die Patienten erbracht, die ambulant verbleiben. Wie oben dargestellt, zeigt sich jedoch, dass es für die Krankenhäuser verschiedene Finanzierungswege jenseits des EBM gibt, sodass eine pauschale Darstellung, inwieweit die ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus gegenwärtig mit Verlust durchgeführt wird, mit den vorhandenen Daten nicht möglich ist. Gemäß Berechnungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) stehen durchschnittliche Behandlungskosten von 120 Euro der ambulanten Notfallpauschale in Höhe von 32 Euro gegenüber. Die DKG setzt also einen vorgeblichen Fehlbetrag von durchschnittlich 88 Euro pro ambulanten Notfallpatient an (Haas et al. 2015). Die KBV gibt hingegen an, dass weitere Vergütungsaspekte berücksichtigt werden müssten und die durchschnittliche Vergütung der Krankenhäuser vielmehr zwischen 70 Euro und 93 Euro pro ambulanten Notfallpatient betrage (Neubauer 2016).

### 14.2.3 Rettungsdienst

#### *Grundlagen und rechtlicher Rahmen*

**935.** Der Rettungsdienst umfasst in Deutschland den bodengebundenen Rettungsdienst sowie die Berg-, Luft- und Wasserrettung. Im Folgenden soll primär auf die Versorgung mit Leistungen des bodengebundenen Rettungsdienstes eingegangen werden. Hierbei werden die Notfallrettung und der qualifizierte Krankentransport unterschieden. Die Notfallrettung (oder Notfallversorgung, je nach Bundesland) umfasst die präklinische medizinische Versorgung von Notfallpatienten, d. h. solcher Menschen, die sich laut Definition der jeweiligen Landesrettungsdienstgesetze (so z. B. in Artikel 2 BayRDG) „in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhalten“.<sup>242</sup>

**936.** Generell sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen des Rettungsdienstes, die Einzelheiten seiner Durchführung und Finanzierung, vor allem auf Länderebene in den jeweiligen Rettungsdienstgesetzen geregelt. Hintergrund ist hierbei, dass die Rettungsdienste primär der Daseinsvorsorge und Gefahrenabwehr dienen sollen und somit (gemäß Artikel 30 und 70 des Grundgesetzes (GG)) in die Verantwortlichkeit der Bundesländer fallen (Deutscher Bundestag 2016b). Vorstöße zum Erlass eines einheitlichen „Bundesrettungsdienstgesetzes“ wurden seitens des Bundes wiederholt mit Verweis auf die fehlende Gesetzgebungskompetenz im Bereich des Rettungsdienstes abgelehnt<sup>243</sup>. So sind die Träger der Durchführung des Rettungsdienstes in der Regel die Landkreise und kreisfreien Städte (z. B. nach § 12

<sup>242</sup> Krankentransporte hingegen befördern Personen, die keine Notfallpatienten sind, aber aufgrund ihres Zustandes der Betreuung durch entsprechend qualifiziertes nichtärztliches Personal bedürfen. Aufgabe des Krankentransportes ist es, die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallversorgung und des Krankentransportes sicherzustellen (z. B. § 1 Satz 2 Hessisches Rettungsdienstgesetz).

<sup>243</sup> Zuletzt im Jahr 2015: In der Begründung heißt es: „(...) ist der Bereich des Rettungsdienstes in den Regelungen des Art. 73 und 74 GG nicht aufgeführt. Daraus folgt, dass der Bund keine Gesetzgebungskompetenz für ein „Bundesrettungsdienstgesetz“ gemäß dem Vorschlag des Petenten hat“ (Deutscher Bundestag 2015b).

RettG NRW). Dies führt zu bundesweit geschätzt 300 eigenständigen Rettungsdienstbereichen, die sich zum Teil erheblich hinsichtlich Struktur oder Zielvorgaben unterscheiden (Augurzky et al. 2015).

**937.** Die Durchführung des Rettungsdienstes kann durch die Kommunen selbst erfolgen oder durch Ausschreibungen an gemeinnützige Hilfsorganisationen und privatwirtschaftliche Unternehmen delegiert werden. Je nachdem, ob diese Leistungserbringer mit den Kommunen (Submissionsmodell) oder den Kassen direkt (Konzessionsmodell) abrechnen (vgl. Deutscher Bundestag 2016b), unterscheidet sich der rechtliche Rahmen für die notwendige Ausschreibung der Auftragsvergabe. Wurde der externe Anbieter von der Kommune für seine Leistungen vergütet, wobei die Kommune dann im Nachgang mit der Krankenkasse abrechnet, musste gemäß europäischen Vergaberichtlinien öffentlich und EU-weit ausgeschrieben werden. Rechneten die Leistungserbringer hingegen nicht mit dem Landkreis, sondern mit der Krankenkasse direkt ab, trugen sie ein Betriebsrisiko, weshalb sie nicht unter die europäischen Vergaberichtlinien fielen. Dies führte dazu, dass Bundesländer, die ihren Rettungsdienst nach dem Submissionsmodell organisierten (z. B. Sachsen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen), einen Wechsel hin zum Konzessionsmodell diskutierten, um die aufwendigen öffentlichen Ausschreibungen zu vermeiden (Krömer 2013). Die umfassende Reform des europäischen Vergaberechts im Jahr 2016 legt weiterhin unterschiedliche Rahmenbedingungen für das Konzessions- und Submissionsmodell fest, gestattet gleichzeitig aber auch eine sogenannte Bereichsausnahme. Sie sieht gemäß § 107 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) vor, dass in bestimmten Anwendungsgebieten – unter die auch die Vergabe von Aufgaben des Rettungsdienstes an gemeinnützige Organisationen oder Vereinigungen fällt – das Vergaberecht nicht anzuwenden ist. Die neuen Bestimmungen unterliegen jedoch zahlreichen Auslegungsfragen. Private Anbieter haben daher Bereichsausnahmen bei Rettungsdienstvergaben angefochten und eine abschließende höchstrichterliche Entscheidung bleibt abzuwarten (Heuvels 2016).

**938.** Die Bedarfsplanung für die Rettungsdienstbereiche erfolgt – analog zur Trägerschaft – ebenfalls auf Kreisebene. In welcher Form diese Bedarfspläne ausgearbeitet werden sollen, ist auf Landesebene im Rettungsdienstgesetz festgeschrieben. Die Bedarfspläne sollen u. a. die Zahl und die Standorte der Rettungswachen, den Standort der (integrierten, sprich gemeinsamen Feuerwehr- und Rettungsdienst-)Leitstelle sowie die Anzahl bzw. die erforderliche Ausstattung der Rettungsmittel festlegen.

**939.** Als Leistungsvorgabe für die Planung dient die sogenannte Hilfsfrist (vgl. § 3 RDG BW). Die Hilfsfrist bezieht sich auf die Dauer bis zum Eintreffen des ersten Rettungsmittels, also eines Rettungstransportwagens, eines Notarztwagens oder eines Notarzteinsatzfahrzeuges<sup>244</sup>, am Notfallort, wird jedoch je nach Bundesland unterschiedlich definiert. So kann sie bereits mit dem Eingang der Notfallmeldung in der Rettungsleitstelle (z. B. in Brandenburg), der Alarmierung eines Rettungsmittels (z. B. in Hessen) oder aber erst mit dem Ausrücken eines Rettungsmittels (z. B. in Bayern) beginnen. Sie beträgt je nach Bundesland in der Regel zwischen 10 und 15 Minuten, zusätzlich ist meist ein „Sicherheitsniveau“ als Vorgabe für die Häufigkeitsverteilung der realisierten Hilfsfrist vorgeschrieben. Generell gilt hierbei der Dispositionsgrundsatz „Einsatz des geeigneten verfügbaren Rettungsmittels, das den Notfallort am schnellsten

---

<sup>244</sup> Das Notarzteinsatzfahrzeug dient im Gegensatz zum Notarztwagen lediglich dem Transport des Notarztes zum Einsatzort, nicht dem Transport des Patienten selbst.

erreicht“ (Rettungsdienstplan 2014 Baden-Württemberg). Gerade im Hinblick auf die Notfallversorgung in dünn besiedelten Gebieten wird zudem zunehmend die teilweise Substitution der bodengebundenen Einsatzfahrzeuge durch flächendeckenden Einsatz von in der Regel mit Notärzten besetzten Rettungshubschraubern diskutiert (PrimAIR-Konsortium 2015).<sup>245</sup> Überdies gibt es in ersten Modellprojekten die Möglichkeit, einen „Telenotarzt“ im Regelrettungsdienst hinzuzuziehen, der mittels Liveübertragung das Intervall bis zum Eintreffen eines „konventionellen“ Notarztes an der Einsatzstelle überbrücken soll (Uniklinik RWTH Aachen 2014).

**940.** Mit dem Notfallsanitätergesetz (NotSanG) wurde außerdem die Grundidee verfolgt, die Qualität im Rettungsdienst zu erhöhen und das Intervall bis zur ärztlichen Behandlung mit invasiven Maßnahmen der zumeist zuerst am Ort des Notfalls eintreffenden Notfallsanitäter überbrücken zu können. Dazu wurde die zweijährige Ausbildung zum Rettungsassistenten durch die dreijährige Ausbildung zum Notfallsanitäter ersetzt und bundesweit eindeutig festgelegt, zur Erfüllung welcher Aufgaben Notfallsanitäter befähigt sein sollen. In der zugehörigen Notfallsanitäter-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung (NotSan-APrV) werden die Ausbildungsinhalte weiter spezifiziert. Begleitend wurde ferner der sogenannte Pyramidenprozess (vgl. Lechleuthner 2014) etabliert, in dem der Berufsverband Rettungsdienst in Zusammenarbeit mit Notarztverbänden ausgearbeitet hat, welche invasiven Maßnahmen (Medikamente etc.) in welchen Fällen von Notfallsanitätern durchgeführt werden sollten. Es existiert also theoretisch ein deutschlandweiter Rahmen, der die Kompetenzen festlegt.

Gleichzeitig erfolgte jedoch keine Anpassung des Heilpraktikergesetzes<sup>246</sup>, sodass zwar die ausbildungsmäßigen Voraussetzungen für eine Delegation heilkundlicher Aufgaben geschaffen, jedoch keine neuen Zulässigkeitstatbestände festgelegt wurden (Deutscher Bundestag 2016a). Dies führt dazu, dass diese Maßnahmen mit Ausnahme des rechtfertigenden Notstandes (§ 24 StGB) weiterhin faktisch verboten sind. Zur Umgehung dieses Dilemmas wurde festgelegt, dass vom jeweiligen ärztlichen Leiter Rettungsdienst heilkundliche Maßnahmen vorgegeben werden sollen, die bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen von den Notfallsanitätern eigenständig erbracht werden dürfen (§ 4 Abs. 2. Nr. 2 lit. c NotSanG). Diese Bestimmungen werden damit auf der Ebene des Rettungsdienstträgers getroffen, sind mithin von Kreis zu Kreis unterschiedlich und können daher die verfolgte Grundidee, die Qualität im Rettungsdienst durch zeitnähere invasive Maßnahmen insgesamt zu erhöhen, aktuell noch nicht erfüllen.

**941.** Die Beurteilung der Qualität der Notfallversorgung kann jedoch nicht nur anhand der Einhaltung der zeitlichen Fristen erfolgen. Auch das klinische Outcome des Patienten allein ist nicht unbedingt als direktes Maß für die Qualität des Rettungseinsatzes geeignet, hängt es doch von vielen Faktoren ab – begonnen mit dem Zeitpunkt der Alarmierung des Rettungsdienstes bis zur Weiterversorgung im Krankenhaus. Vielmehr sollte ein Qualitätsmanagement idealerweise die Durchführung des Einsatzes selbst (d. h. die Prozessindikatoren) fokussieren. So sollte z. B. anhand der Einsatzdokumentationen geprüft werden, inwieweit eine angemessene, leitliniengerechte Versorgung während des Einsatzes stattfand, ob notwendige Prozeduren, wie

<sup>245</sup> Dies ist bereits in Teilen von Dänemark der Fall (Augurzky et al. 2015).

<sup>246</sup> Eine Ausnahme vom Heilpraktikergesetz, wie sie im Rahmen der Gesetzgebung (Änderungsantrag 3 Ausschussdrucksache 17(14)389.3 Bundestags-Ausschuss Gesundheit) diskutiert wurde, fand ebenfalls keinen Eingang ins Gesetz.

eine Intubation, (nur) durchgeführt wurden, wenn sie indiziert waren, Differenzialdiagnosen beachtet wurden, aber auch, ob eine angemessene Weiterversorgung initiiert wurde.

**942.** Der als „Rettungskette“ beschriebene Ablauf der Notfallversorgung sieht nach erfolgter präklinischer Versorgung durch den Rettungsdienst den Weitertransport in eine geeignete Klinik vor. Bereits im Gutachten 2003 wies der Rat darauf hin, dass die Vorstellung einer linear organisierten Rettungskette – historisch aus der Versorgung von Unfällen und akut lebensbedrohlichen Ereignissen entstanden – den veränderten Anforderungen im Rettungswesen nicht mehr entspricht. So weist eine zunehmende Verschiebung von Unfällen hin zu internistischen Notfällen, aber auch von akuten zu nicht akut lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen auf den Bedarf eines integrierten, multidisziplinären Notfallnetzwerkes hin, das neben gezielterer Steuerung in der Leitstelle auch den ärztlichen Bereitschaftsdienst mit einbinden sollte (vgl. SVR 2003).<sup>247</sup> In Hessen ist daher geplant, ambulant behandelbare Patienten vom Rettungsdienst auch direkt zur Behandlung in ambulante Partnerpraxen zu bringen und nicht zwingend die Notaufnahme anzufahren. Dazu sollen ausgewählte vertragsärztliche Praxen sowie der ärztliche Bereitschaftsdienst direkt in der webbasierten Dispositionssoftware „IVENA eHealth - Interdisziplinärer Versorgungsnachweis“ (IVENA), die den Rettungsdienst über die aktuelle Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten informiert, eingebunden werden (Metzner 2017).

**943.** Zur besseren Vernetzung des Rettungsdienstes und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wurde außerdem im Rahmen des GKV-VSG aus dem Jahr 2015 der § 75 SGB V (Sicherstellung) dahingehend ergänzt, dass „die Kassenärztlichen Vereinigungen [...] mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren (sollen).“ Gegenwärtig (2018) ist dies flächendeckend<sup>248</sup> im Saarland und in Baden-Württemberg der Fall, wo die integrierten Leitstellen sowohl die Anrufe der Rufnummer 112 als auch die der 116117 entgegennehmen und mittels einer standardisierten Notrufabfrage die Zuordnung zu der jeweils geeigneten Versorgungsstruktur vornehmen (Köster et al. 2016).

**944.** In Baden-Württemberg alarmiert der Leitstellendisponent je nach Dringlichkeit den Rettungsdienst samt Notarzt oder verweist auf die nächstgelegene KV-Bereitschaftspraxis bzw. stellt bei fehlender Mobilität des Patienten den Kontakt zum Hausbesuchsdienst der KV her.

---

<sup>247</sup> Gemäß den Angaben der KBV gingen im Jahr 2016 unter der 116117 bundesweit knapp 6,2 Millionen Anrufe ein, also im Mittel fast 17 000 Anrufe am Tag (KBV 2018). In den Leitstellen des Rettungsdienstes gehen je nach Wochentag insgesamt zwischen 26 000 und 36 000 täglich, zu Spitzenzeiten sogar bis zu 3 100 Anrufe pro Stunde ein (Schmiedel/Behrendt 2015).

<sup>248</sup> So soll in der KV Westfalen-Lippe eine gemeinsame Leitstelle zunächst erprobt werden (Schlingensiepen 2017), in anderen Regionen wie z. B. der KV Brandenburg werden ebenfalls Pilotprojekte durchgeführt (KV Brandenburg 2017).

**Exkurs: Notfallmedizin in der DDR, koordiniert über eine gemeinsame Leitstelle**

**945.** Das System der Dringlichen Medizinischen Hilfe (DMH) wurde in den 1960er-Jahren nach ersten Pilotprojekten flächendeckend in der DDR eingeführt. Mit einem Notarzt und zwei „Krankentransporteur“ besetzte Einsatzfahrzeuge übernahmen hierbei die außerklinische Versorgung, die Disposition erfolgte durch Leitstellen des Deutschen Roten Kreuzes (DRK). Zeitgleich etablierten sich erste interdisziplinäre Notaufnahmen („Rettungsstellen“). In der Folge zeigte sich die Schwierigkeit einer Definition des Notfalls bzw. unterschiedlicher Dringlichkeitsstufen, sodass im Jahr 1974 eine für die Staaten des Rates für gegenseitige Wirtschaftshilfe allgemeinverbindliche, fünfstufige Notfalldefinition eingeführt wurde (Budapester Definition), die auch nicht lebensbedrohliche Ereignisse einschloss. Überdies wurde eine bessere Abstimmung präklinischer und klinischer Patientenversorgung gefordert.

Dies führte ab Ende der 1970er-Jahre zum Aufbau der Schnellen Medizinischen Hilfe (SMH) in der DDR, welche die DMH integrierte und den übergreifenden Rahmen der Notfallversorgung festlegte. Die SMH enthielt als Neuerung die Einführung der DDR-einheitlichen Notrufnummer 115 sowie einheitlicher Leitstellen, die sämtliche Notrufe eines Gebietes (inklusive Routinehausbesuchsvermittlung und Katastrophenschutz) bündelten. Die Leitstelle entsandte nach einem festgelegten Indikationskatalog je nach Dringlichkeit und Verfügbarkeit entweder die DMH (für lebensbedrohliche Erkrankungen und Transport in ein Krankenhaus) oder den Dringlichen (Kinderärztlichen) Hausbesuchsdienst (D(K)HD), der medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen leistete. Diese beiden Säulen der DDR-Notfallversorgung – Rettungsdienst (DMH) und Dringlichkeitsversorgung (DHD) – waren im Einsatz von außen nicht zu unterscheiden, und das absichtlich, denn „die einheitliche inhaltliche und räumliche Ausstattung aller SMH-Fahrzeuge ermöglicht im Notfall jedem hinzugezogenen und in der SMH ausgebildeten Arzt rasches Handeln auch außerhalb seines SMH-Bereiches“ (Zitat aus der „SMH-Fibel“ für die tätigen Ärzte).

Nach der Wiedervereinigung wurde von den Strukturen des SMH-Systems wenig in den gesamtdeutschen Rettungsdienst übernommen und die einheitliche Rufnummer 115 (zugunsten der europäischen 112) abgeschaltet.

Quelle: Jantzen et al. 2008.

### *Finanzierung*

**946.** Der Rettungsdienst ist kein eigenständiges medizinisches Leistungssegment im SGB V, sondern wird als Transportleistung (§ 60 SGB V, „Fahrkosten“ und § 133 SGB V, „Versorgung mit Krankentransportleistungen“) geführt und als solche von den Krankenkassen abgerechnet. Die Entgelte können gemäß § 133 Abs. 1 SGB V sowohl durch Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern als auch durch landesrechtliche und kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt werden, wodurch sich regional sehr unterschiedliche Vergütungssituationen ergeben können (Albrecht et al. 2014). Auch die Leitstellen werden regional unterschiedlich finanziert – häufig durch eine Mischfinanzierung aus Steuermitteln und Krankenkassenbeiträgen, die zum einen die Investitionskosten für die bauliche und technische Ausstattung der Leitstelle und zum anderen die Personalkosten abbildet.<sup>249</sup> Bezieht die Leitstelle den ärztlichen Bereitschaftsdienst mit ein, kann sich überdies die KV (z. B. in Baden-Württemberg) an der Finanzierung der Leitstelle beteiligen.<sup>250</sup> In einem Bericht über die Finanzierung des Rettungsdienstes stellte der Bundesrechnungshof fest, dass die Länder zunehmend Finanzierungsverantwortung auf die Krankenkassen übertragen und mithin eine klarere Trennung zwischen den Rettungsdienstleistungen, die von den Krankenkassen zu tragen sind, und den von den Ländern zu tragenden Ausgaben im Rahmen der Gefahrenabwehr und Daseinsvorsorge erforderlich sei (Deutsches Ärzteblatt 2018).

**947.** Ein im Jahr 2014 vom Bundesrat eingebrachter Gesetzentwurf, den Rettungsdienst im Hinblick auf die „seit Jahren fortgeschrittene Entwicklung der vorklinischen Versorgungsleistung und insbesondere der Notfallmedizin“ (Deutscher Bundestag 2014, Seite 1) als eigenständigen Leistungsbereich zu regeln, wurde von der Bundesregierung abgelehnt. Als Begründung wurde angeführt, dass der Rettungsdienst und seine Finanzierung in die Zuständigkeit der Länder fallen würden und daher „eine Differenzierung des Rettungsdienstes in Teilbereiche, z. B. Transport und Notfallrettung, nicht durch das SGB V zu treffen“ sei (Deutscher Bundestag 2015a, Seite 205).

**948.** Nach § 60 Abs. 1 SGB V ist die Fahrkostenübernahme (etwa bei Krankentransportwagen- oder Rettungswagentransporten) allerdings an eine weitere von der Krankenkasse zu finanzierende Leistung geknüpft.<sup>251</sup> Durch diese Verknüpfung der Kostenübernahme mit einer weiteren Krankenkassenleistung wird ein Anreiz gesetzt, die Patienten im Zweifelsfall ohne medizinische Notwendigkeit in ein Krankenhaus zu transportieren, um die präklinischen Leistungen des Rettungsdienstes abrechnen zu können. So zeigen Zahlen aus Berlin, dass dort mehr als 200 000 der 280 000 Notfallpatienten pro Jahr in die Notaufnahmen transportiert werden (Mißlbeck 2012). Der Transport ist auch aus Patientensicht im Hinblick auf die Kostenübernahme sinnvoll: Verzichtet der Patient darauf, mit dem Rettungswagen in die Klinik gefahren zu werden, hat er nach einem Urteil des BSG (Urteil vom 6. November 2008, 1 KR 38/07 R) nicht unbedingt Anspruch auf Erstattung der Gebühren gegenüber seiner gesetzlichen Krankenkasse. Denn die Einsatzfahrt eines Rettungstransportwagens ohne den

<sup>249</sup> Bei integrierten Leitstellen, die für Feuerwehr und Rettungsdienst zuständig sind, werden die Kosten zwischen den Trägern beider Aufgabenbereiche aufgeteilt (z. B. § 37 Abs. 1 AVBayRDG).

<sup>250</sup> Mit einem Betrag, der von der Zahl der versorgten Einwohner im Leitstellenbezirk abhängig ist.

<sup>251</sup> Hiervon zu unterscheiden ist die Vergütung des Notarzt-Einsatzes. Hier erfolgt die Vergütung auch ohne Transport des Patienten ins Krankenhaus, solange ein Notarzt-Patienten-Kontakt stattfand (vgl. KV Bayerns 2017b). Diese Unterteilung forciert den Anreiz, einen Notarzt auch zu Patienten zu schicken, die ihn nicht zwangsläufig benötigen.

Versicherten gehöre nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die regional sehr unterschiedlichen Gebührensatzungen des Rettungsdienstes im Regelfall den Patienten als Gebührenschuldner festlegen, können die Rettungsdienststräger die Kosten solcher „Leerfahrten“ dem Patienten in Rechnung stellen (vgl. z. B. die Gebührensatzungen Kreis Heinsberg 2016; Landkreis Oder-Spree 2016). Im Zweifel muss der Patient den Einsatz des Rettungswagens also selbst bezahlen, wenn er nicht mitfährt. Doch auch wenn die Kosten der „Leerfahrten“ durch die Rettungsdienststräger im Rahmen einer Mischkalkulation in den Vorhaltekosten berücksichtigt und nicht an den Patienten weitergereicht werden, verbleibt der Anreiz, die Fahrt mit einer durch die Krankenkasse zu finanzierenden Leistung zu verbinden und dadurch eine bessere Refinanzierung des Rettungsdienstes zu erreichen. Dies führt dazu, dass sowohl für die Patienten als auch für die Rettungsdienststräger der Transport des Patienten ins Krankenhaus aus finanzieller Sicht meist die beste Wahl ist.

**949.** Diese Anreize führen somit zu „zusätzlichen und vermeidbaren Kosten“ für das Gesundheitswesen, so der Bundesrat in seinem (abgelehnten) Gesetzentwurf zur Etablierung eines eigenen Leistungsbereiches (Deutscher Bundestag 2014). Eine Abrechnung des Rettungsdienstes als eigenes Leistungssegment würde daher zu keiner Ausweitung der jetzigen Leistungsansprüche, sondern im Gegenteil voraussichtlich zu einer Kosteneinsparung durch vermeidbare Krankenhauseinweisungen führen.

### 14.3 Entwicklung der Inanspruchnahme

**950.** Die in der Einführung beschriebenen unterschiedlichen Perspektiven bei der Definition eines Notfalls finden sich auch bei der Betrachtung der Inanspruchnahme der Notfallversorgung wieder. Darüber hinaus werden die Daten der drei Sektoren an unterschiedlichen Stellen in unterschiedlicher Detailtiefe erfasst, sodass eine vollumfängliche Betrachtung der Inanspruchnahme bzw. der Kosten der Notfallversorgung aktuell nicht möglich ist. So existieren allenfalls stark aggregierte Schätzungen der Gesamtkosten, die von über 7 Milliarden Euro jährlich ausgehen (Niehues/Wessels 2017).

**951.** Für die Darstellung der stationären Notfallversorgung bzw. der stationären Fälle mit Aufnahmearbeit „Notfall“ wurde auf die DRG-Statistik (Destatis 2017a) zurückgegriffen. Die Analyse der Rettungsdienstausgaben beruht auf der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Destatis 2018). Des Weiteren wurden die GKV-Versichertenzahlen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG 2017d) verwendet.

Für die folgenden Darstellungen zur ambulanten Notfallversorgung wurde, sofern nicht anders angegeben, ein Datensatz des Zi genutzt (Zi 2017). Neben den definitorischen<sup>252</sup> Einschränkungen liegen in dem Datensatz zum Teil Lücken vor. So sind den vorliegenden Daten in Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein die Notaufnahmen zumindest in

<sup>252</sup> Der für diese Analysen genutzte Datensatz basiert auf der Abrechnung von Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Notdienst (Abschnitt 1.2 des EBM). Die entsprechenden Ziffern können jedoch von Vertragsärzten nur während des organisierten Notdienstes abgerechnet werden, während die Abrechnung in Notaufnahmen durchgängig erfolgen kann. Notfälle während der normalen vertragsärztlichen Versorgung können von Vertragsärzten hingegen durch die Angabe einer entsprechenden Scheinuntergruppe des Behandlungsscheins gekennzeichnet werden (Scheinuntergruppe 4). Dieser Bereich kann in den vorliegenden Analysen mangels entsprechender Daten jedoch nicht dargestellt werden.

einzelnen Jahren nur unvollständig zugeordnet, sodass dort Aussagen über die Verteilung zwischen ärztlichem Bereitschaftsdienst und den Notaufnahmen nur begrenzt möglich sind. Außerdem existieren regionale Besonderheiten, wie z. B. in der KV Bremen, wo die ambulante Notfallversorgung über eigene Gebührenordnungspositionen außerhalb des EBM abgerechnet wird. Die folgenden Auswertungen berücksichtigen daher immer nur einen Teil der Notfallversorgung bzw. stellen Hochrechnungen dar.

**952.** Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen zeigt die Analyse der jährlich ca. 19 Millionen Notfallbehandlungsfälle aus dem ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Notaufnahmen der Krankenhäuser, dass statistisch jährlich mehr als jeder vierte GKV-Versicherte die ambulante Notfallversorgung in Anspruch nimmt<sup>253</sup>, mit einem sprunghaften Anstieg ab dem Jahr 2013 (siehe Abbildung 14-3). Auffällig ist, dass sich die Anteile der Sektoren, in denen die Versorgung stattfindet, verschieben. Wurde im Jahr 2010 noch mehr als die Hälfte aller ambulanten Notfälle<sup>254</sup> durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst versorgt, nahm der Anteil der Notaufnahmen stetig zu, sodass sich die Verhältnisse heute umgekehrt haben.

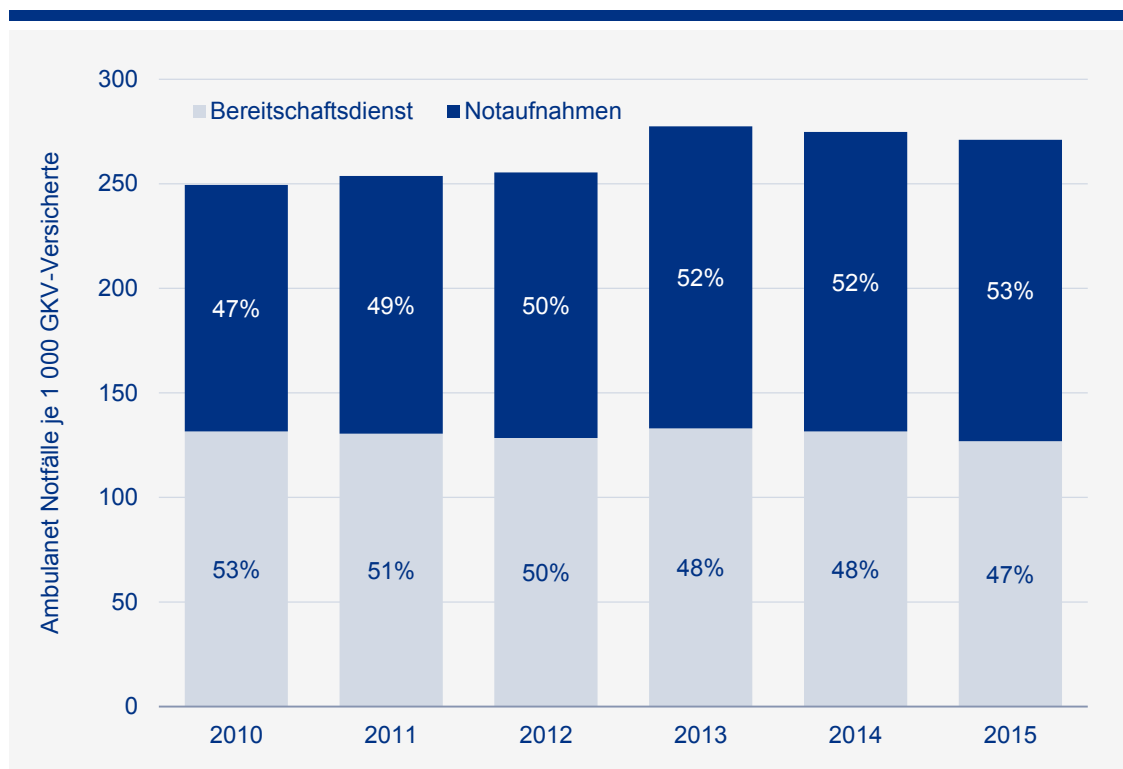


Abbildung 14-3: Ambulante Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte

Ohne Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

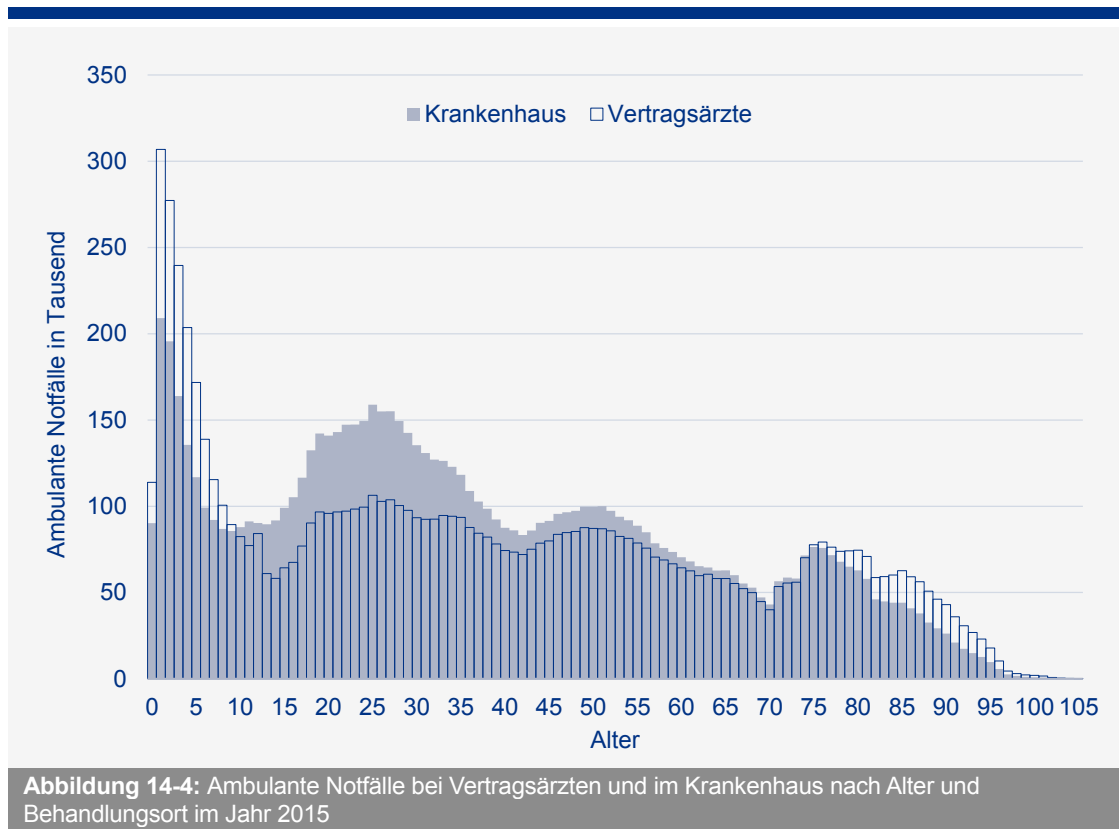
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017d); Zi (2017).

<sup>253</sup> Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) zufolge entfielen dabei im Jahr 2014 durchschnittlich 1,6 Fälle auf jeden Versicherten, der die ambulante Notfallversorgung in Anspruch nahm (Dräther/Schäfer 2017). Es ist also von etwa 12 Millionen GKV-Versicherten mit mindestens einem ambulanten Notfall auszugehen.

<sup>254</sup> Ohne die normale vertragsärztliche Versorgung.



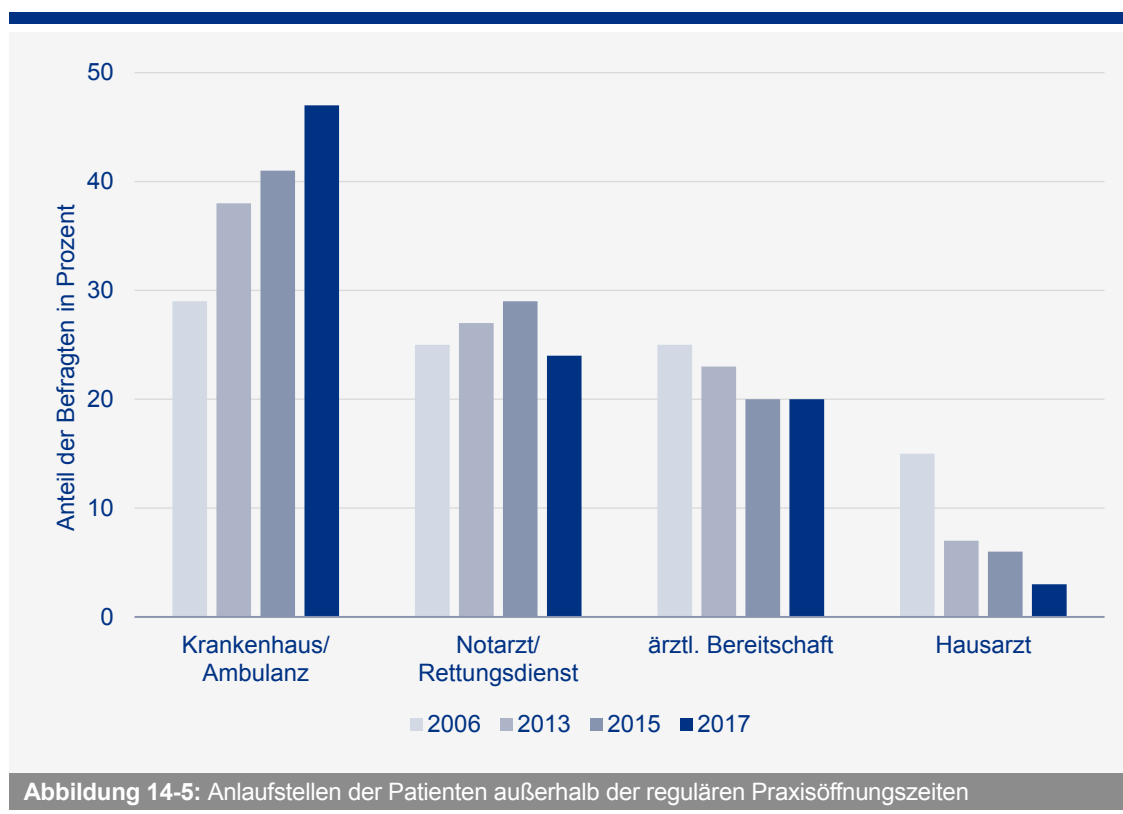
**953.** Die Aufteilung nach Alter und Behandlungsort zeigt, dass vor allem ambulante Notfälle bei Kindern unter zehn Jahren von den Vertragsärzten versorgt werden, während junge Erwachsene die Notaufnahme des Krankenhauses stärker in Anspruch nehmen (siehe Abbildung 14-4).



Ohne Bremen, Hamburg, Hessen und Rheinland-Pfalz.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2017).

**954.** Diese Tendenz zeigt sich auch in bundesweiten Umfragen. Der KBV-Versichertenbefragung aus dem Jahr 2015 zufolge wählt der größte Teil der befragten 18- bis 79-Jährigen, vor allem aber Versicherte unter 50 Jahren, die Notaufnahme, wenn sie nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe benötigen. Bei den über 70-Jährigen dominiert hingegen der Anteil derjenigen, die sich zunächst an den Rettungsdienst oder den Notarzt wenden (siehe Abbildung 14-5). Befragte mit nichtdeutscher Staatsbürgerschaft geben häufiger als Befragte mit deutscher Staatsbürgerschaft an, die Notaufnahme als erste Anlaufstelle zu wählen, würden aber seltener zuerst den Rettungsdienst rufen. Privat Versicherte wenden sich der Befragung zufolge in Notfällen häufiger an ihren Hausarzt als gesetzlich Versicherte, was auch unterschiedliche Erfahrungen mit Wartezeiten widerspiegeln mag (KBV 2015, 2017b).



Antwort auf die Frage „Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“, nur 18- bis 79-Jährige.

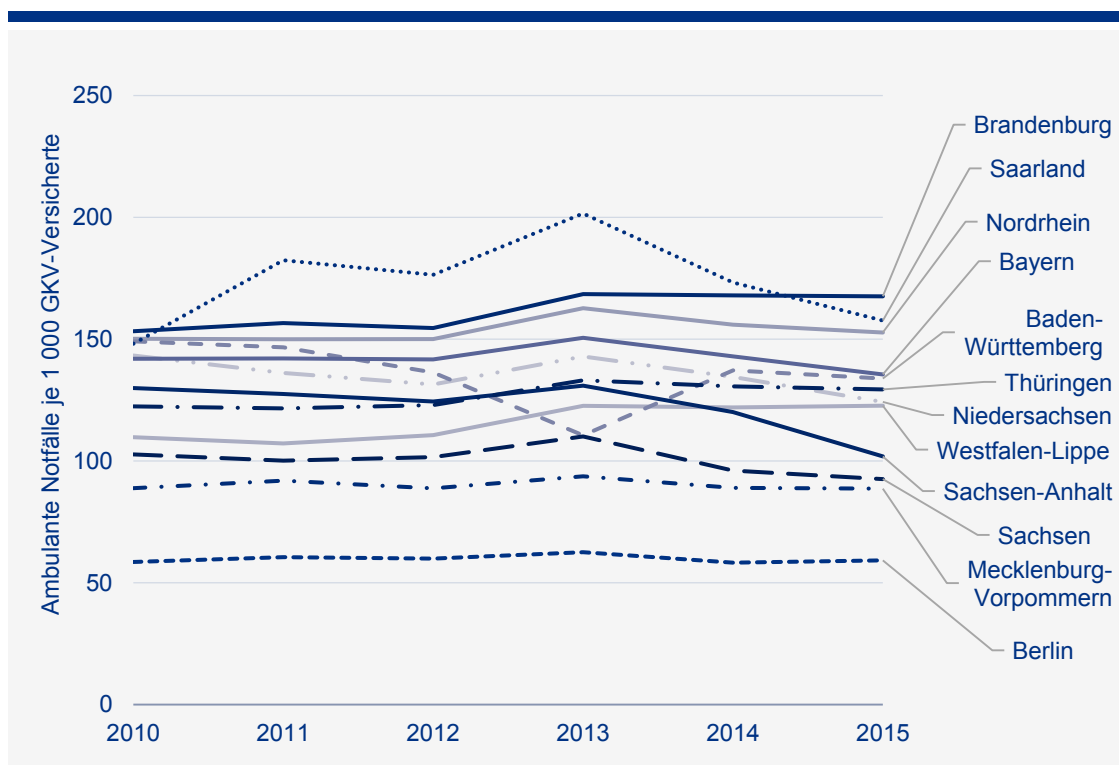
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017b).

**955.** Die Anzahl der ambulanten Arztkontakte, die Patienten in den vorangegangenen zwölf Monaten hatten, hat keine Auswirkung darauf, wohin sie sich nachts oder am Wochenende wenden würden. So gaben 18- bis 79-jährige Befragte, die im vorangegangenen Jahr mehrfach bei niedergelassenen Ärzten waren, nicht häufiger an, im Notfall den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu kontaktieren, als Befragte, die keinen ambulanten Arzt besucht hatten (KBV 2015).

### 14.3.1 Vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst

**956.** Insgesamt wurden im Jahr 2015 ca. 9 Millionen Notfälle<sup>255</sup> im vertragsärztlich organisierten Bereitschaftsdienst behandelt. Damit ist die Zahl der ambulant von Vertragsärzten versorgten Notfälle in den vergangenen Jahren leicht zurückgegangen. Wurden im Jahr 2010 im Bundesdurchschnitt<sup>256</sup> noch ca. 132 Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte im ärztlichen Bereitschaftsdienst abgerechnet, waren es im Jahr 2015 nur noch ca. 127 Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte.

Die höchste durchschnittliche Jahresfallzahl je 1 000 GKV-Versicherte im Bereitschaftsdienst verzeichnete im Zeitraum von 2010 bis 2015 dabei das Saarland mit 170. Dort ist jedoch, wie in den meisten Bundesländern, die relative Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in den letzten Jahren gefallen. Die konstant höchsten Fallzahlen sind in den Bezirken der KV Brandenburg mit ca. 160 und der KV Nordrhein mit ca. 150 zu beobachten. Klar erkennbar ist auch die sehr niedrige Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes in Berlin mit nur knapp über 60 Notfällen je 1 000 GKV-Versicherte (siehe Abbildung 14-6).



**Abbildung 14-6:** Ambulante Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte im ärztlichen Bereitschaftsdienst je Kassenärztlicher Vereinigung

Ohne Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017d); Zi (2017).

<sup>255</sup> Anhand der Bevölkerungsanteile hochgerechnete Anzahl der auswertungsfähigen KVen.

<sup>256</sup> Für 13 der 17 KVen, ohne die KVen Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

**957.** Die Fallzahlen im ärztlichen Bereitschaftsdienst zeigten sich zwischen 2010 und 2015 relativ stabil oder leicht sinkend. Eine Ausnahme bilden, wie man Abbildung 14-7 entnehmen kann, seit einigen Jahren die jüngeren Altersgruppen. Insbesondere bei den 25- bis 35-Jährigen ist eine steigende Inanspruchnahme der Notfallversorgung vom Jahr 2012 zum Jahr 2013 zu beobachten.

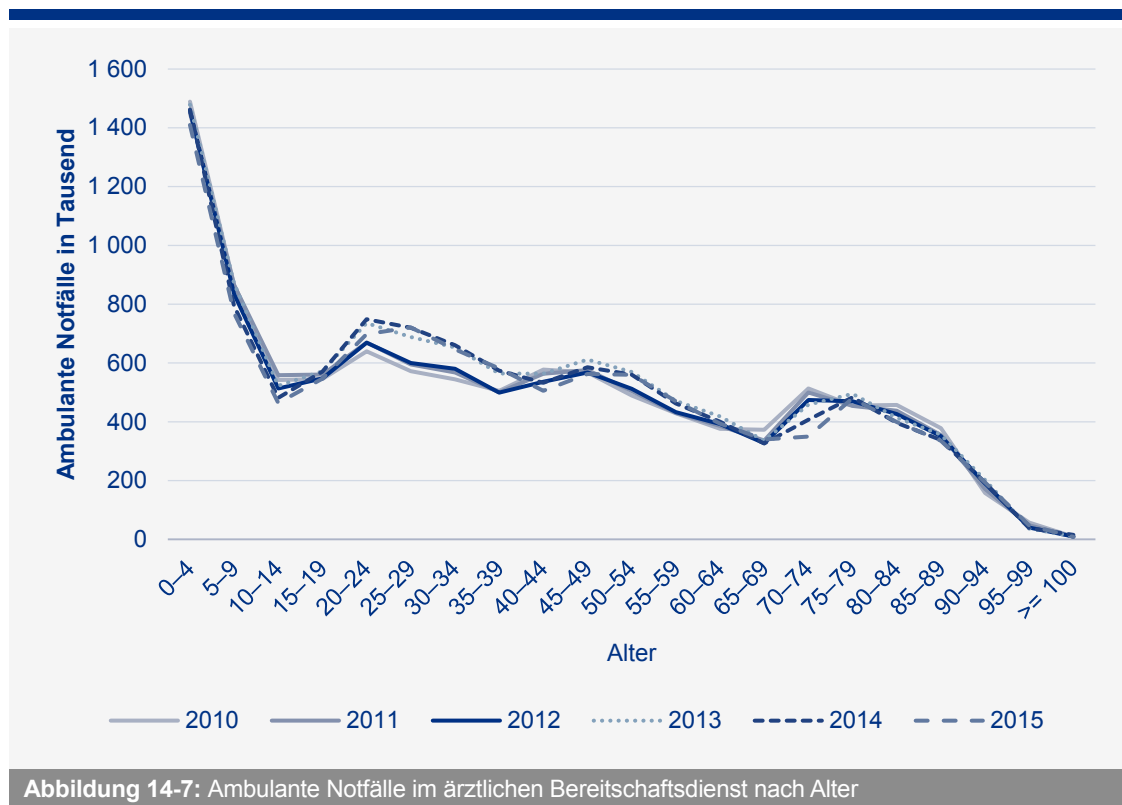


Abbildung 14-7: Ambulante Notfälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst nach Alter

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2017).

**958.** Hinsichtlich der häufigsten Behandlungsanlässe gemäß ICD-10<sup>257</sup> im ärztlichen Bereitschaftsdienst zeigt sich ein breites Spektrum verschiedener Indikationen (siehe Tabelle 9-1). Der größte Anteil entfällt dabei auf Indikationen aus dem ICD-Kapitel „Krankheiten des Atmungssystems“ (16 %), hierzu gehören z. B. die Diagnose J06 („akute Infektionen der oberen Atemwege“) und die Diagnose J20 („akute Bronchitiden“). Mit 13 % folgen Indikationen aus dem Kapitel „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“. Dieses Kapitel beinhaltet vor allem Symptome ohne Diagnose wie z. B. R10 („Bauch- und Beckenschmerzen“). Das Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ folgt mit einem Anteil von 12 %. Auch in dieser Kategorie dominieren unspezifische Diagnosen wie T14 („Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion“). Auch die Diagnose M54 („Rückenschmerzen“) mit einem Anteil von über 3 % (siehe Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen) bzw. das zugehörige ICD-Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (10 %) sind ein häufiger Grund für die Behandlung im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst.

<sup>257</sup> In Deutschland werden Diagnosen nach der zehnten Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification (ICD-10) kodiert.

ICD-Kapitel	Bezeichnung	Anteil der Fälle mit Diagnose
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	16 %
R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	13 %
S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	12 %
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	10 %
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	7 %
A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	7 %
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	4 %
H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	4 %
F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen	4 %
H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	4 %

**Tabelle 14-1:** Die zehn häufigsten Behandlungsanlässe nach ICD-10-Kapiteln bei Vertragsärzten im Bereitschaftsdienst für das Jahr 2015

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2017).

**959.** Analysen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) zufolge erbringen die ambulanten Praxen im Vergleich zur ambulanten Notfallversorgung in den Kliniken wenig bis keine bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, CT oder Ultraschall), führen aber dafür in fast einem Viertel der Fälle Hausbesuche bei den Patienten durch. Fast 15 % der Notfallpatienten, die in ambulanten Praxen behandelt wurden, werden am selben Tag auch in einer Notaufnahme weiterbehandelt, jeder elfte Patient (8,8 %) wird stationär aufgenommen (Dräther/Schäfer 2017).

### 14.3.2 Notfallversorgung im Krankenhaus

#### *Ambulante Notfallversorgung im Krankenhaus*

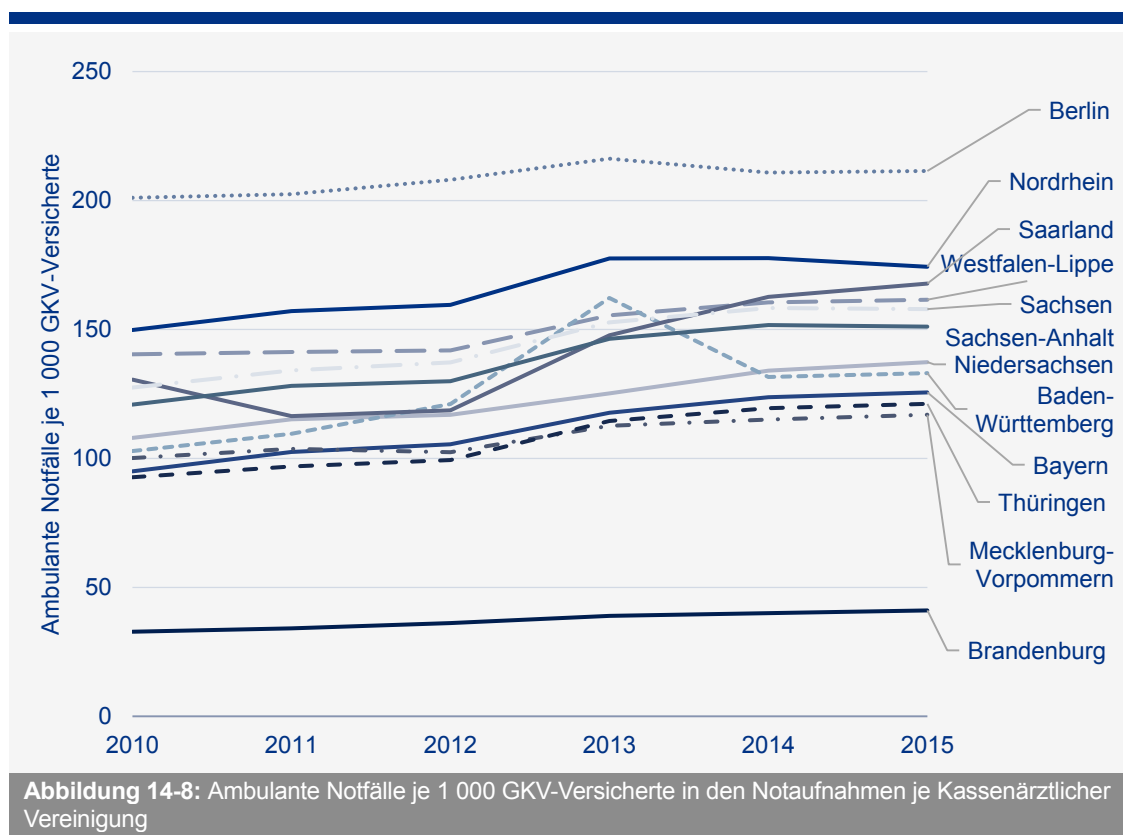
**960.** Im Jahr 2015 wurden ca. 10 Millionen Notfälle ambulant<sup>258</sup> im Krankenhaus<sup>259</sup> behandelt. Hierbei ist die Zahl der im Krankenhaus ambulant versorgten Notfälle von durchschnittlich<sup>260</sup> 118 Notfällen je 1 000 GKV-Versicherte im Jahr 2010 auf 144 Notfälle je 1 000 GKV-Versicherte im Jahr 2015 gestiegen. Je Notaufnahme bedeutete dies durchschnittlich 0,84 ambulante Patienten pro Stunde (Stillfried et al. 2017). Umfragen in Krankenhäusern ergeben einen höheren Wert von 1,2 Notfällen pro Stunde (DKI 2017).

<sup>258</sup> Anhand der Bevölkerungsanteile hochgerechnete Anzahl der auswertungsfähigen KVen.

<sup>259</sup> Und über die KVen mit Gebührenordnungspositionen aus dem EBM-Kapitel 1.2 abgerechnet.

<sup>260</sup> Durchschnitt über 13 KVen.

Wie Abbildung 14-8 zeigt, verzeichnete dabei Berlin mit ca. 210 ambulanten Notfällen je 1 000 GKV-Versicherte die höchste durchschnittliche Inanspruchnahme der Notaufnahmen, mit deutlichem Abstand gefolgt vom Bezirk der KV Nordrhein mit etwa 170. Klar erkennbar ist auch die stark unterdurchschnittliche Inanspruchnahme der Notaufnahmen im Bezirk der KV Brandenburg mit unter 50 ambulanten Notfällen je 1 000 GKV-Versicherte.<sup>261</sup> Neben den regionalen Unterschieden existieren noch größere Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern. So versorgt gemäß Untersuchungen des Zi das untere Viertel aller Notaufnahmen in Bezug auf die Notfallhäufigkeit nur alle zwei bis drei Stunden einen ambulant behandelten Patienten, während das obere Viertel mehr als drei pro Stunde behandelt (Stillfried et al. 2017).



Ohne Bremen, Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2017).

**961.** Während die Fallzahlen im Bereitschaftsdienst in den meisten Altersgruppen über den betrachteten Zeitraum relativ stabil oder leicht sinkend waren, kam es in den Notaufnahmen in den letzten Jahren zu einem deutlichen Anstieg in fast allen Altersgruppen (siehe Abbildung 14-9). Insbesondere seit dem Jahr 2013 ist eine deutliche Veränderung zu erkennen. Besonders auffällig ist dabei die hohe Inanspruchnahme der Notaufnahmen durch die 20- bis 29-Jährigen, eine Altersgruppe, die grundsätzlich nicht durch eine überdurchschnittliche Morbidität gekennzeichnet ist (siehe Kapitel 2 zum demografischen Wandel). Befragungen von

<sup>261</sup> Die Auswertungen wurden nach Wohnort vorgenommen, sodass auch die Inanspruchnahme von Notaufnahmen z. B. durch Brandenburger in Berlin eingeschlossen ist.

Kliniken zeigen darüber hinaus, dass auch die Versorgung älterer Notfallpatienten quantitativ und qualitativ relevanter wird (Groening et al. 2017).

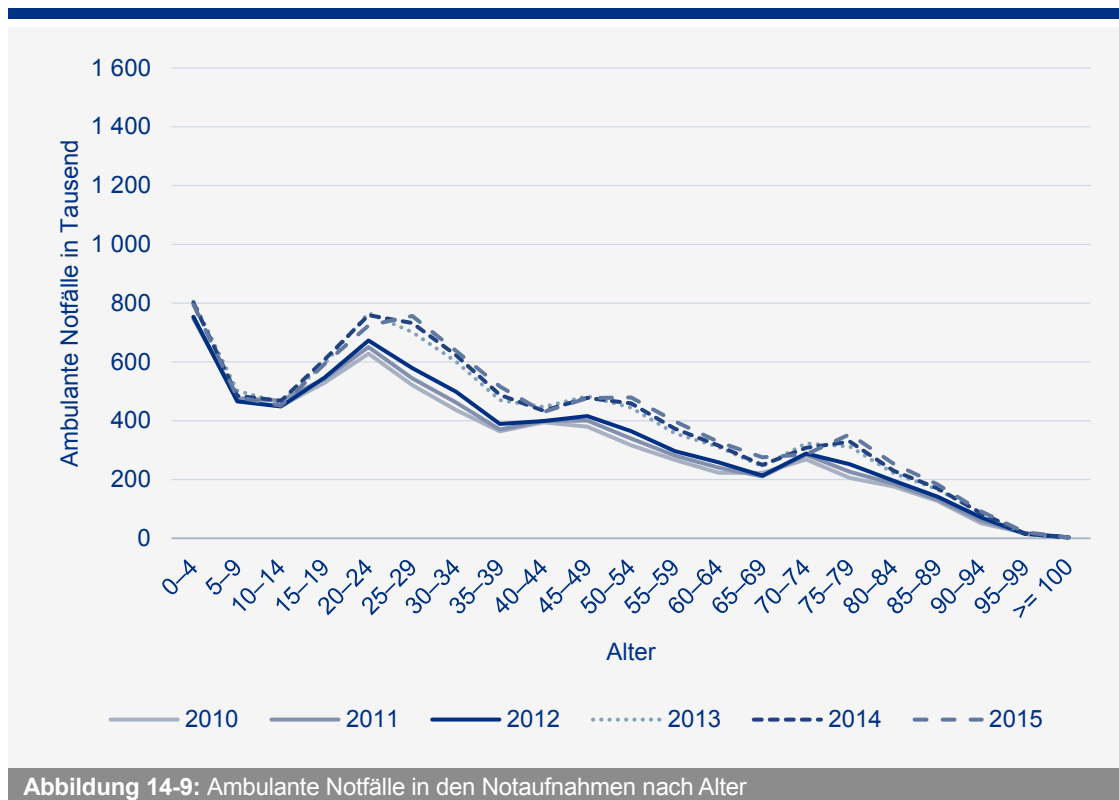


Abbildung 14-9: Ambulante Notfälle in den Notaufnahmen nach Alter

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2017).

**962.** In den Notaufnahmen stellt sich das Behandlungsspektrum gemäß ICD-10 homogener dar als im ärztlichen Bereitschaftsdienst (siehe Tabelle 14-2). So stellen „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ über 40 % aller Behandlungsanlässe dar. Häufiger Anlass sind dabei z. B. die Diagnose S01 („offene Wunden des Kopfes“) sowie die Diagnosen S90-S99 („Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes“). Unklare Symptome ohne Diagnose wie R10 („Bauch- und Beckenschmerzen“) und weitere nicht klassifizierte Symptome und Laborbefunde stellen ebenfalls einen wichtigen Behandlungsanlass dar. Die Diagnose M54 („Rückenschmerzen“) mit einem Anteil von knapp unter 3 % (siehe Kapitel 15 zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen) bzw. das zugehörige Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“ (10 %) führen oft ebenfalls zum Aufsuchen der Notaufnahme.

ICD-Kapitel	Bezeichnung	Anteil der Fälle mit Diagnose
S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	43 %
R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	13 %
M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	10 %
J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems	5 %
O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4 %
N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems	3 %
K00–K93	Krankheiten des Verdauungssystems	3 %
A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3 %
I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems	3 %
Z00–Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	2 %

**Tabelle 14-2:** Die zehn häufigsten Behandlungsanlässe für ambulante Notfälle nach ICD-10-Kapiteln im Krankenhaus für das Jahr 2015

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2017).

**963.** Analysen des WiDo zeigen, dass sich das Leistungsspektrum von dem der Vertragsärzte deutlich unterscheidet. So wird bildgebende Diagnostik wie z. B. Röntgen, Ultraschall oder CT im Rahmen der ambulanten Notfallbehandlung nahezu ausschließlich in den Klinikambulanzen erbracht und hier bei ca. jedem sechsten Patienten. Insgesamt wird bei zwei Drittel der in Notaufnahmen ambulant versorgten Patienten eine weitere medizinische Leistung neben der Notfallpauschale abgerechnet, etwa Bildgebung, Labordiagnostik oder eine Infusion, während dies im ärztlichen Bereitschaftsdienst nur bei jedem zehnten Patienten der Fall ist (Dräther/Schäfer 2017).<sup>262</sup> Dieser unterschiedliche Diagnostikeinsatz mag ein Grund sein, warum Patienten häufig auch auf Überweisung eines niedergelassenen Arztes bzw. des Bereitschaftsdienstes in die Notaufnahme kommen. Zahlen aus Berlin zeigen, dass von den Patienten, die sich eigenständig in der Notaufnahme vorstellten, nur etwa 11 % versucht hatten, den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu kontaktieren, 74 % von ihnen jedoch direkt am Telefon an die Notaufnahme weiterverwiesen wurden. Zudem hatte über die Hälfte der Patienten, die zu regulären Praxisöffnungszeiten in die Notaufnahme kamen, versucht, ihren niedergelassenen Arzt zu kontaktieren – zum Teil waren die Praxen geschlossen oder vergaben keine kurzfristigen Termine, zum größeren Teil wurden die Patienten aber direkt an die Notaufnahme weiterverwiesen (Somasundaram et al. 2016).

**964.** Die Beobachtungsstudie „Patienten in der Notaufnahme von norddeutschen Kliniken“ (PiNo-Nord) kam zu ähnlichen Ergebnissen. Ein Viertel der Studienteilnehmer gab an, aufgrund

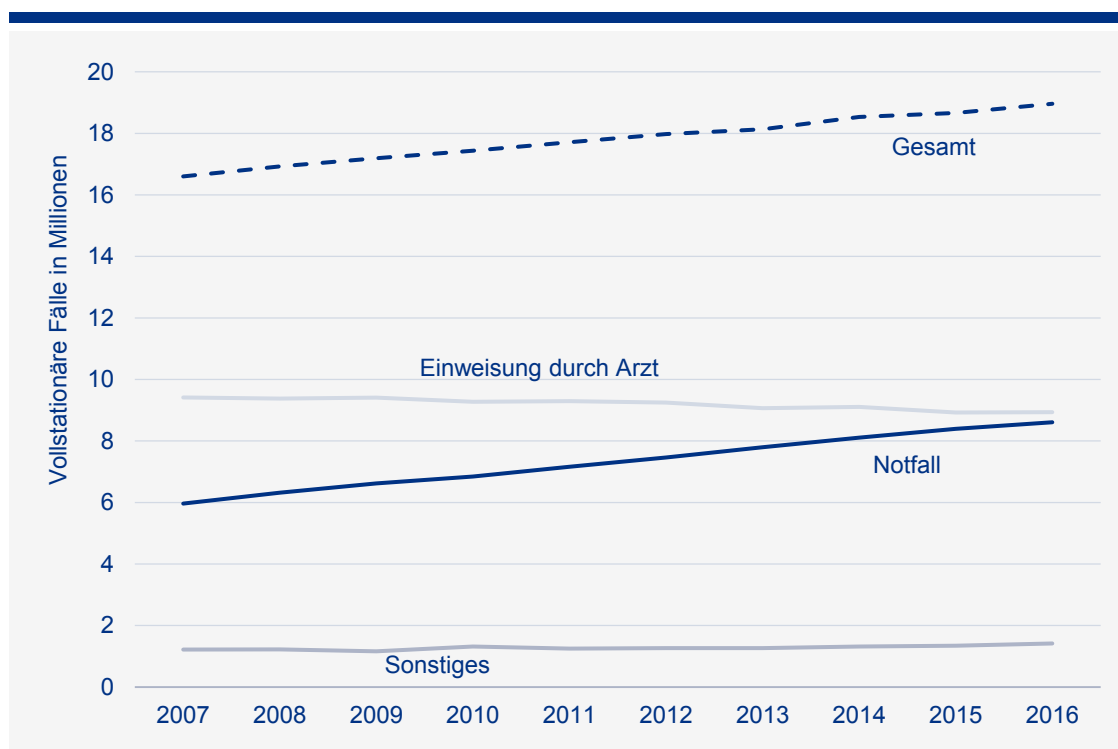
<sup>262</sup> Dies mag neben der medizinischen Notwendigkeit auch an der Verfügbarkeit der Diagnostik liegen sowie an der Erwartungshaltung, mit der sich die Patienten in der Notaufnahme vorstellen.



einer Einweisung oder ärztlichen Empfehlung die Notaufnahme aufgesucht zu haben. Die Studie ergab außerdem, dass ein relevanter Anteil der selbstständig in die Notaufnahme kommenden Patienten sich selbst eine niedrige Behandlungsdringlichkeit attestiert, also auch aus eigener Sicht nicht unter die Definition eines medizinischen Notfalls fällt. Insbesondere jüngere Patienten suchten dabei trotz wenig dringlicher Behandlungsanlässe die Notaufnahme auf – möglicherweise ein Zeichen für die hohe Erwartung einer durchgehenden Verfügbarkeit einer breiten Versorgung (Scherer et al. 2017).

### *Stationäre Notfallversorgung im Krankenhaus*

**965.** Im Jahr 2016 wurden laut DRG-Statistik bundesweit 8,6 Millionen (im Jahr 2015 8,4 Millionen) der insgesamt 19,0 Millionen vollstationär behandelten Patienten (im Jahr 2015 18,7 Millionen) mit dem Aufnahmearbeit Notfall, also ohne Einweisung durch einen Arzt, aufgenommen. Der Anteil dieser Patienten an allen vollstationären Patienten betrug damit im Jahr 2016 45,4 % (im Jahr 2015 45,0 %), im Vergleich zu nur 35,9 % im Jahr 2007. Während in diesem zehnjährigen Zeitraum die Anzahl der stationären Fälle mit Einweisung leicht zurückging, stieg die Zahl der vollstationären Fälle ohne Einweisung, also der administrativen Notfälle, um fast 50 % (siehe Kapitel 7 zur stationären Inanspruchnahme).<sup>263</sup>



**Abbildung 14-10:** Entwicklung vollstationärer Fälle nach Aufnahmearbeit

„Sonstiges“ enthält Fälle mit Aufnahmearbeit Geburt, Verlegung aus einem anderen Krankenhaus oder Aufnahme nach Rehabilitation.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2017a).

<sup>263</sup> Alters- und geschlechtsstandardisierte Auswertungen auf Bundeslandebene legen nahe, dass ein ganz überwiegender Teil dieses Anstiegs nicht demografisch bedingt ist (Huke/Robra 2015).

**967.** Hierbei ist zu beachten, dass diese Zunahme administrativer Notfälle in den Routinedaten nicht zwingend einem Anstieg an medizinischen Notfällen entsprechen muss, da sich die Kodierung „Notfall“ als Aufnahmeanlass primär darauf gründet, dass der Patient ohne stationäre Einweisung in das Krankenhaus aufgenommen wird. Der Spielraum bei dieser Kodierung ist zudem relativ groß. So werden z. B. nur zwei Drittel der Fälle, in denen Patienten mit den Aufnahmediagnosen „Schlaganfall“ oder „Herzinfarkt“ aufgenommen werden, von den Kliniken als administrativer Notfall kodiert. Patienten mit Herzinfarkt, die auf dringliche Einweisung eines niedergelassenen Arztes kommen, tauchen in der Notfallstatistik ebenfalls nicht auf. Zudem existieren Fälle, die über die Notaufnahme aufgenommen werden, aber eher elektiven Charakter haben.

**968.** Daher erscheint es sinnvoll, zur Ermittlung der tatsächlichen Zahl der stationären Notfälle zusätzlich andere Kriterien aus den Abrechnungsdaten, u. a. die Zeit von der Aufnahme bis zur ersten Prozedur, hinzuzuziehen. Die auf diese Weise ermittelten sogenannten charakteristischen stationären Notfälle zeigen nur einen moderaten Anstieg der Fallzahlen in den letzten Jahren. So nahmen zwischen 2007 und 2012 die administrativen Notfälle um jährlich 4,4 % zu, die charakteristischen stationären Notfälle zeigten hingegen eine jährliche Zunahme von lediglich 1,9 % (Schreyögg et al. 2014).

Diese Diskrepanz zwischen administrativen und charakteristischen Notfällen zeigt, dass es Fälle gibt, die von Krankenhäusern als Notfälle kodiert werden, die aber aus einem klar elektiven Leistungsspektrum stammen. Dies deutet darauf hin, dass es elektive Fälle gibt, die stationär aufgenommen und behandelt werden, ohne vorher von einem niedergelassenen Arzt gesehen und überwiesen worden zu sein. Die umgekehrte Situation kann allerdings ebenfalls auftreten. So werden nicht alle charakteristischen Notfälle auch als solche erfasst. Insgesamt kann der Anstieg administrativer Notfälle ein Hinweis darauf sein, dass Krankenhäuser die Notaufnahmen durchaus für das Generieren stationärer Fälle nutzen. Im Jahr 2014 lag der Anteil der Patienten in der Notaufnahme, die stationär aufgenommen wurden, bei etwa 50 % (Geissler et al. 2017). Krankenhäuser könnten den vorhandenen Spielraum bei der „Notfallkodierung“ für Zwecke der Budgetverhandlung nutzen, da ein Anstieg von Notfällen in Budgetverhandlungen mit Krankenkassen eventuell eher zu rechtfertigen ist als ein Anstieg elektiver Fälle.

Des Weiteren deutet der Anstieg an administrativen Notfällen darauf hin, dass möglicherweise ein unzureichendes Versorgungsangebot im niedergelassenen Sektor besteht, da auch weniger Patienten mit Einweisung eines ambulanten Arztes in die Notaufnahme kommen. So hat die Facharztdichte einer Region einen Einfluss darauf, wie häufig Patienten mit gewissen Diagnosen kurzzeitig als Notfälle stationär aufgenommen werden. Die regionale Häufigkeit ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASKs)<sup>264</sup>, die als Notfall stationär aufgenommen werden und höchstens drei Tage lang im Krankenhaus verweilen, steigt mit abnehmender Facharztdichte, aber auch mit einer zunehmenden Krankenhaus-Bettendichte (Albrecht 2015) an. Eine spezifische Analyse der ambulanten Notfalldaten der KBV anhand des ASK-Kataloges von Sundmacher et al. zeigt, dass die ASK häufiger im Bereitschaftsdienst behandelt werden (Sundmacher et al. 2015). Überdies geht ein Rückgang der Fälle im kassenärztlichen Notdienst in einer Region mit einer höheren Zahl vollstationärer Notfälle einher (Schreyögg 2015).

---

<sup>264</sup> Ambulant-sensitive Krankenhausfälle sind Fälle, bei denen Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung möglicherweise hätten verhindert werden können.

**969.** Die Entwicklung der Fallzahlen mit ASK-Diagnosen verhielt sich jedoch zwischen 2010 und 2015 proportional zu allen anderen Notfalldiagnosen (eigene Auswertung auf Basis von Zi 2017). Somit waren diese Diagnosen nicht überproportional am Anstieg der Notfallzahlen beteiligt.

### 14.3.3 Rettungsdienst

**970.** Im Jahr 2016 wurden insgesamt 4,6 Milliarden Euro für Rettungsfahrten und Krankentransporte ausgegeben, davon allein 3,7 Milliarden Euro in der GKV. Weitere Kostenträger waren die Gesetzliche Unfallversicherung, die Private Krankenversicherung und Arbeitgeber sowie öffentliche und private Haushalte (Destatis 2018).

**971.** Laut der amtlichen Statistik entfielen im Jahr 2016 1,83 %<sup>265</sup> der Gesamtleistungsausgaben der GKV auf Fahrkosten im Rettungsdienst, davon 55 % auf Fahrten mit dem Rettungswagen, 25 % auf Fahrten mit dem Notarztwagen<sup>266</sup>, 15 % auf Fahrten mit dem Krankentransportwagen und 5 % auf Rettungsflüge. Im Bundesdurchschnitt mussten die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2016 für eine Fahrt mit dem Krankentransportwagen 99 Euro, für eine Fahrt mit dem Rettungswagen 408 Euro, für die Fahrt des Notarztwagens 459 Euro und für einen Rettungsflug 2 365 Euro bezahlen (BMG 2017a).

Die Ausgaben für die Fahrten im Rettungsdienst wuchsen dabei in den letzten Jahren zumeist deutlich stärker als die Gesamtleistungsausgaben der GKV. Insbesondere die Rettungswagen mit einem Wachstum von 200 %, also einer Verdreifachung seit dem Jahr 2000, stechen hervor (siehe Abbildung 14-11).

---

<sup>265</sup> Zusätzliche 1,25 Milliarden Euro für Fahrkosten mit „Taxi und Mietwagen“ sowie 80 Millionen Euro für „Sonstige Fahrkosten“ werden hier nicht weiter berücksichtigt. Bei Taxi und Mietwagen handelt es sich um Krankenfahrten, deren Indikation (Fahrten zu onkologischer Behandlung, Dialyse etc.) in der Krankentransportrichtlinie des G-BA festgelegt ist.

<sup>266</sup> Als Notarztwagenfahrt zählt die Erstversorgung und/oder der Transport mit Arzt.

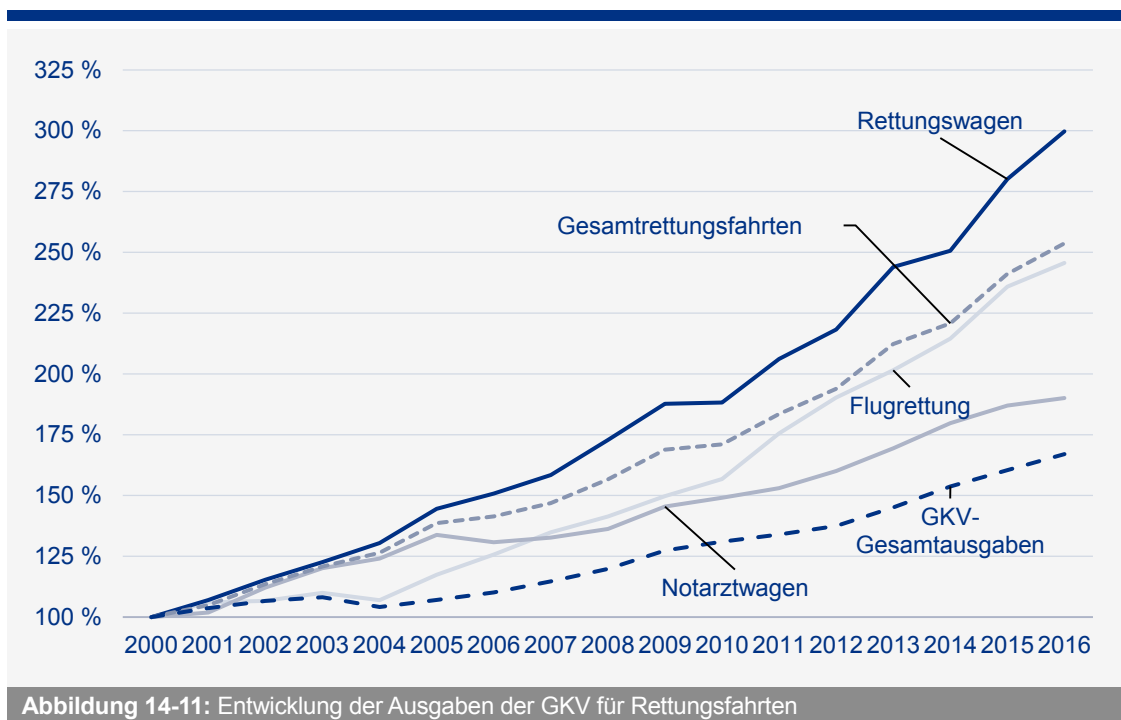


Abbildung 14-11: Entwicklung der Ausgaben der GKV für Rettungsfahrten

Die Gesamtrettungsfahrten enthalten nicht die Ausgaben für Krankentransport und Taxi/Mietwagen. Indexdarstellung, Jahr 2000 = 100 Prozent.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017a).

**972.** Nicht nur die Ausgaben, auch die Anzahl der Fahrten ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Laut der amtlichen Statistik wurden für die ca. 71,4 Millionen gesetzlich Versicherten in Deutschland im Jahr 2016 insgesamt knapp 51,4 Millionen Transportleistungen abgerechnet, deren Hauptanteil (38,0 Millionen Fahrten) jedoch auf Fahrten mit Taxen oder Mietwagen entfiel, die für die Betrachtung der Inanspruchnahme des Rettungsdienstes an dieser Stelle als nicht relevant erachtet werden. Von den sich so errechnenden 13,3 Millionen Rettungsdienstfahrten im Jahr 2016 waren 6,0 Millionen (45 %) Fahrten mit dem Krankentransport, 5,2 Millionen (39 %) Fahrten mit dem Rettungswagen, 2,1 Millionen (16 %) Fahrten mit dem Notarztwagen sowie knapp 85 000 (0,6 %) Rettungsflüge (BMG 2017b).<sup>267</sup>

**973.** Betrachtet man die Entwicklung der Leistungsfälle<sup>268</sup> für Rettungsfahrten<sup>269</sup> der gesetzlich Versicherten seit dem Jahr 2000 (siehe Abbildung 14-12), zeigt sich, dass das absolute und das prozentuale Wachstum bei den Rettungswagenfahrten in diesem Zeitraum am größten waren. Deren Inanspruchnahme stieg um mehr als 3 Millionen Fälle (bzw. über 145 % gegenüber 45 % für Notarztwagenfahrten) bei einer durchschnittlichen jährlichen Wachstumsrate von fast 6 %. Die gesamte Zahl der Rettungsfahrten, also der Notarzt- und Rettungswagenfahrten sowie der Rettungsflüge, stieg um 105 %. Im Jahr 2016 wurden im bundesweiten

<sup>267</sup> Hierbei wird in der GKV-Statistik nicht nach Primäreinsätzen und Sekundäreinsätzen (z. B. Verlegungsflüge) unterschieden.

<sup>268</sup> Bei der Betrachtung der Leistungsfälle ist zu beachten, dass auf ein Notfallereignis oft mehrere Notfalleinsatzfahrten entfallen und auch als solche abgerechnet werden. So können der Einsatz eines Rettungswagens und zusätzlich der eines Notarzteinsatzfahrzeugs notwendig sein, wenn nicht direkt ein Notarztwagen entsandt wurde.

<sup>269</sup> Die Rettungsfahrten beinhalten im Unterschied zu den Rettungsdienstfahrten nicht den Krankentransport.

Durchschnitt 103 Notfalleinsatzfahrten je 1 000 Versicherte abgerechnet, wovon bei 29 Einsatzfahrten je 1 000 Versicherte ein Notarzt beteiligt war.

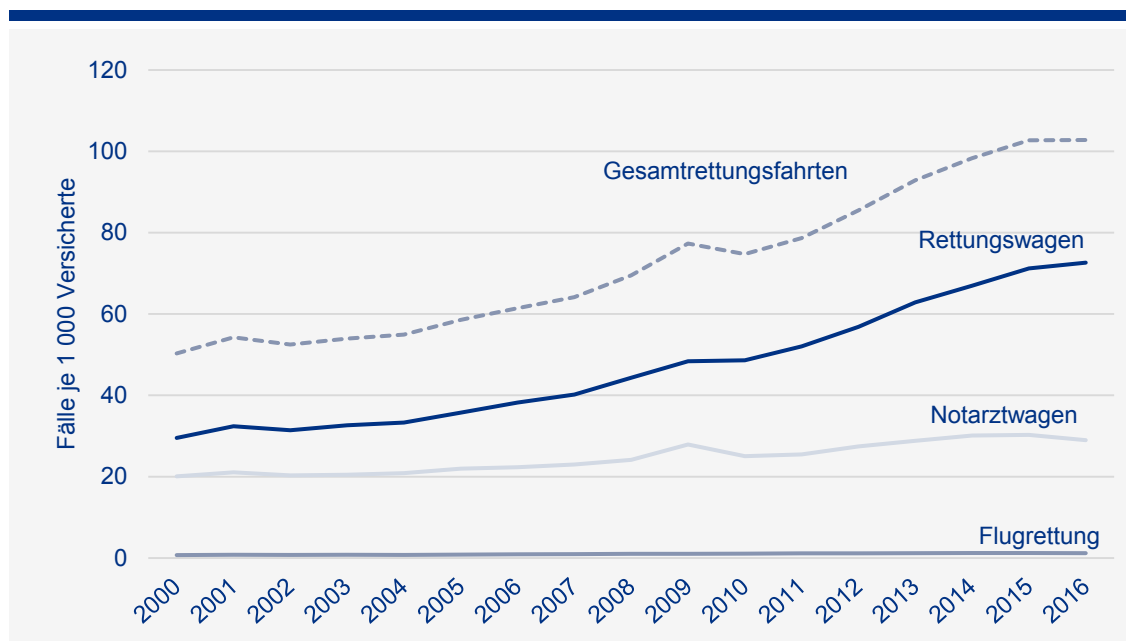


Abbildung 14-12: Entwicklung der Leistungsfälle für Rettungsfahrten je 1 000 Versicherte

Die Gesamtrettungsfahrten enthalten nicht die Fahrten für Krankentransport und Taxi/Mietwagen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BMG (2017b, 2017c).

**974.** Dabei entfiel mit ca. 60 % der Leistungsfälle für Rettungsfahrten – oder 246 Fällen je 1 000 Versicherte im Vergleich zu 56 Fällen je 1 000 Versicherte in der allgemeinen GKV – der Hauptanteil der Inanspruchnahme auf Rentner und ihre Angehörigen. Dies bestätigen auch andere Studien (Behrendt/Runggaldier 2009; Vesper et al. 2015). So waren in einer bundesweiten Stichprobe im Jahr 2014 42 % der Notfallpatienten über 70 Jahre alt (Sefrin et al. 2015).

**975.** Überdies unterscheidet sich die Inanspruchnahme regional. So zeigen Analysen auf Kreisebene für das Jahr 2010, dass die untersuchten ostdeutschen Bundesländer tendenziell mehr Fahrten je 1 000 Einwohner verzeichnen als die untersuchten westlichen Bundesländer (Albrecht et al. 2014). Zudem zeigt sich eine weite Spanne der Inanspruchnahme von unter 30 Rettungsfahrten je 1 000 Einwohner bis zu über 110 Fahrten je 1 000 Einwohner.<sup>270</sup>

Es ist außerdem zu beobachten, dass eine geringere regionale Dichte an Fachärzten mit einer höheren Anzahl an Rettungsfahrten je Versicherten im jeweiligen Landkreis korreliert ist. Für eine geringere Dichte an Hausärzten besteht kein Zusammenhang mit der Gesamtzahl der Fahrten, sie geht jedoch mit mehr Fahrten zu Krankenhausbehandlungen einher (Albrecht et al. 2014).

**976.** Es gibt Hinweise darauf, dass es sich bei bis zu einem Drittel der aufgrund einer Notfallmeldung disponierten Rettungsfahrten nicht um Notfallpatienten im eigentlichen Sinne handelt (Sefrin et al. 2015). Dies lässt sich häufig erst im Nachhinein sicher feststellen, jedoch

<sup>270</sup> Jedoch ohne Adjustierung für unterschiedliche demografische Faktoren wie Alter oder Geschlecht.

zeigen Daten aus Hessen, dass ein Sechstel aller Patienten, die vom Rettungsdienst in die Notaufnahme gebracht werden, bereits präklinisch als ambulant behandelbare Fälle klassifiziert worden sind (HKG 2017).

**977.** Hier gibt es sicher Potenziale, die Ressource Rettungsdienst zielgerichteter einzusetzen und die Patienten bedarfsgerechter zu versorgen. So scheinen bei Rettungsdiensteinsätzen teilweise auch primär pflegerische und weniger notfallmedizinische Aspekte im Vordergrund zu stehen. In Hessen kamen beispielsweise allein 4 % der ambulant behandelbaren Patienten mit dem Rettungsdienst zum Blasenkatheterwechsel in die Notaufnahme – ein großer Teil von ihnen während der regulären Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte (HKG 2017).

**978.** Überdies entfallen zwischen 0,7 % und 2,5 % der Notarzteinsätze auf Palliativpatienten in der Terminal- und Sterbephase (Laufenberg-Feldmann et al. 2011; Wiese et al. 2007). Nicht selten werden zu Hause versorgte Palliativpatienten im finalen Krankheitsstadium, z. B. bei starken Schmerzen, nach Alarmierung des Rettungsdienstes in ein Krankenhaus verlegt, wo sie – teilweise nach weiteren invasiven Therapiemaßnahmen anstatt wie gewünscht<sup>271</sup> in ihrem heimischen Umfeld – auf einer Krankenstation versterben (Sommer et al. 2008). Als positives Gegenbeispiel kann hier das Modellprojekt des Palliativnetzes Osthessen dienen, das verbindlich die Übergabe vom Rettungsdienst an die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) geregelt hat. Dort kann der Notarzt auch bei Patienten, die bis zum Einsatz nicht palliativ versorgt waren, kurzfristig das rund um die Uhr verfügbare SAPV-Team nachfordern und so unerwünschte Klinikeinweisungen vermeiden (Sitte 2010).<sup>272</sup>

**979.** Seit dem Jahr 2015 haben GKV-Versicherte in Pflegeheimen zudem einen Anspruch darauf, eine gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vorzunehmen. So sollen u. a. „mögliche Notfallsituationen besprochen und geeignete einzelne Maßnahmen der palliativ-medizinischen, palliativ-pflegerischen und psychosozialen Versorgung dargestellt werden“ (§ 132g Abs. 1 Satz 2 SGB V). Dies könnte zusätzlich dazu beitragen, die notfallmedizinische Versorgung auch am Lebensende angemessen und bedarfsgerecht zu gestalten (Melching 2017).

## 14.4 Empfehlungen

### 14.4.1 Koordination der Notfallversorgung über eine Integrierte Leitstelle

**980.** Die in Deutschland vorhandene Dreiteilung der Notfallversorgung erschwert eine Versorgung auf der richtigen Ebene und trägt nicht dazu bei, Fehleinsätze zu vermeiden. Analysen zeigen, dass nicht für jeden durch den Rettungsdienst versorgten Patienten eine Notfallindikation gegeben ist, sondern bei gut einem Drittel auch eine ambulante Abklärung möglich wäre. Die Versorgung könnte in diesen Fällen also auch durch den Bereitschaftsdienst

<sup>271</sup> Gegenwärtig besteht eine deutliche Differenz zwischen dem laut Umfragen von 66 % bis 92 % der Deutschen bevorzugten Sterbeort im häuslichen Umfeld und dem tatsächlichen Sterbeort (Sauer et al. 2015). So versterben mehr als die Hälfte der Deutschen in einem Krankenhaus bzw. mit zunehmendem Anteil (etwa jeder Fünfte) im Pflegeheim, während nur ca. 23 % zu Hause sterben (Dasch et al. 2015; Sauer et al. 2015).

<sup>272</sup> Gegenwärtig handelt es sich bei ambulant palliativ Versorgten zumeist um onkologische Patienten, eine Ausweitung auf andere Indikationen wie Herzinsuffizienz sollte gefördert werden.

der KVen übernommen werden (Sefrin et al. 2015). Eine Koordination von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Rettungsdienst über eine Integrierte Leitstelle (ILS)<sup>273</sup>, wie gegenwärtig (2018) flächendeckend bereits im Saarland und in Baden-Württemberg der Fall, könnte also dazu beitragen, diese Situation zu verbessern und Fehleinsätze zu vermeiden. Dort sollten sowohl die Anrufe der Rufnummer 112 als auch der 116117 entgegengenommen und über eine Telefontriarie mittels einer standardisierten Notrufabfrage und der Nutzung von Entscheidungsalgorithmen der jeweils geeigneten Versorgungsstruktur zugeleitet werden, idealerweise werden die ILS auch mit dem Zivil- und Katastrophenschutz verzahnt. Über die ILS sollten auch Hausbesuche veranlasst bzw. der Fahrdienst des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eingeschaltet werden und zur niederschweligen Versorgung Krankentransporte ausgelöst werden können.

**981.** Die vielschichtigen internationalen Erfahrungen bei telefonischen Angeboten legen nahe, dass insbesondere die Verbindung einer ILS mit einer erweiterten telefonischen Behandlung und Beratung auch durch ärztliches Personal für die zielgerichtete und bedarfsgerechte Versorgung der Patienten vielversprechend ist. Eine solche telefonische Beratung und Behandlung könnte auch durch das Vermitteln von Rückrufen von Vertragsärzten umgesetzt werden, sodass weniger Ressourcen direkt in der ILS benötigt würden. Hinsichtlich des Angebotes einer telefonischen Beratung und Behandlung wurde auf dem 121. Deutschen Ärztetag eine erste Lockerung des „Fernbehandlungsverbotes“<sup>274</sup> in der ärztlichen Musterberufsordnung beschlossen. Eine ausschließliche Fernbehandlung ist jetzt unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt (BÄK 2018). Bei Patienten, für die eine telefonische Beratung oder Behandlung nicht ausreichend ist, die jedoch keiner Notfallversorgung bedürfen, sollte die ILS auch eine entsprechende Weiterversorgung bei niedergelassenen Ärzten vermitteln können.

**982.** Viele Patienten kennen jedoch die Nummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116117 gar nicht (Somasundaram et al. 2016) oder verwechseln sie mit der Notrufnummer 112 des Rettungsdienstes (KBV 2013b). Zudem kann es für Patienten schwierig sein, die Behandlungsdringlichkeit selbst richtig einzuschätzen. Daher wäre hier als eine weitere Verbesserung und Vereinfachung eine deutschlandweit einheitliche Telefonnummer zu fordern, die den Patienten die Entscheidung nach der angemessenen Versorgungsebene abnimmt und einfach zu merken ist.<sup>275</sup> In der Annahme, dass eine intensivierete Aufklärung der Patienten zu einer zukünftig gezielteren Nutzung der 112 sowie der 116117 führt und somit zu einer gewissen Vorfilterung der Anliegen beiträgt, könnte übergangsweise auch eine technische und organisatorische (nicht zwingend auch räumliche) Integration (digitale Kopplung) ausreichend sein. Die Filterung und Priorisierung sowie die darauf beruhende Steuerung sollten in der ILS jeweils durch im Rettungsdienst erfahrene und zusätzlich geschulte Disponenten auf der Basis einheitlicher Assessmentinstrumente, Notfallalgorithmen und abgestimmter Versorgungspfade

---

<sup>273</sup> Der Begriff Integrierte Leitstelle bezeichnet im Umfeld des Rettungsdienstes üblicherweise die Zusammenführung von Dispositionseinrichtungen der Feuerwehr, des Katastrophenschutzes und des Rettungsdienstes. Im Rahmen des hier beschriebenen Konzeptes soll die Integrierte Leitstelle jedoch die weitergehende Integration der Dispositionseinrichtungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes mit denen des Rettungsdienstes und der Feuerwehr in einer gemeinsamen Leitstelle bezeichnen.

<sup>274</sup> Ärztinnen und Ärzte durften zuvor gemäß der Musterberufsordnung – Ärzte die ärztliche Behandlung und Beratung nicht *ausschließlich* über Print- und Kommunikationsmedien durchführen.

<sup>275</sup> Internationale Beispiele für die Einführung einer solchen zentralen Telefonnummer für den Rettungsdienst und den Notdienst gibt es u. a. aus Frankreich (Geissler et al. 2017).

erfolgen. Als unterstützende Ansprechpartner sowie Zuständige für komplexere Einschätzungen sollten breit weitergebildete (Allgemein-)Ärzte bereitstehen. In jedem Fall sollte eine stringente Evaluation der ILS das konkrete Nutzungsverhalten der Patienten, die Steuerungseffekte und, soweit möglich, auch die gesundheitlichen Outcomes untersuchen.

**983.** Neben der Koordination der Anrufe für den Rettungsdienst und den ärztlichen Bereitschaftsdienst, inklusive der Einbindung des Fahrdienstes, der Hausbesuche des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Krankentransporte, sollte die ILS auch eine neu zu etablierende Notpflege vermitteln können. Dieses spezialisierte Notpflegeteam könnte bei Bedarf etwa in Pflegeheimen, aber auch für Hausbesuche eingesetzt werden, um die Einsätze des Rettungsdienstes, bei denen primär pflegerische und weniger notfallmedizinische Aspekte im Vordergrund stehen, gezielter versorgen zu können. Zudem sollte das Konzept von Akutpflegebetten in Pflegeheimen erprobt und evaluiert werden, sodass dort bei Bedarf eine vorübergehend intensivere pflegerische Betreuung der Bewohner gewährleistet werden kann (Bienstein/Bohnet-Joschko 2015).

**984.** Idealerweise sollte überdies die Palliativversorgung durch *Palliativ-Care*-Teams in die Koordination durch die ILS eingebunden werden, um zu vermeiden, dass zu Hause versorgte Palliativpatienten im finalen Krankheitsstadium entgegen ihrem Wunsch in ein Krankenhaus verlegt werden, anstatt in ihrem heimischen Umfeld verbleiben bzw. versterben zu können (Sitte 2010).

Zusätzlich zu der Förderung ambulanter Palliativversorgungsteams wären hier die klare Dokumentation des Patientenwillens sowie eine niederschwellig erreichbare Schmerzberatung mit raschem Zugang – möglichst mit Terminvergabe innerhalb eines Tages – zu fordern, um unheilbar kranken Patienten ein menschenwürdiges Sterben in ihrem gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen, wenn das deren Wunsch ist. Nach § 132g SGB V haben Versicherte in Alten- und Pflegeheimen einen gesetzlichen Anspruch, eine gesundheitliche Versorgungsplanung vornehmen zu können. Perspektivisch sollte diese ausgeweitet werden, sodass jeder Versicherte, der Pflegeleistungen nach dem SGB XI erhält, einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase hat. Darüber hinaus sollten Alten- und Pflegeheime verpflichtet werden, eine Kartei mit Patientenverfügungen jedes Bewohners, sofern vorhanden, zu führen; jede Pflegeeinrichtung sollte zudem eine Nottelefonnummer des betreuenden Hausarztes bzw. des gesetzlich Bevollmächtigten hinterlegt haben.

#### **14.4.2 Zusammenarbeit von ärztlichem Bereitschaftsdienst und Krankenhausnotaufnahme in einem Integrierten Notfallzentrum**

##### *Idee und Struktur der Integrierten Notfallzentren*

**985.** Insgesamt ist es erforderlich, dass die drei Sektoren der Notfallversorgung (vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenhausnotaufnahme und Rettungsdienst) besser koordiniert und – wo inhaltlich möglich – zusammengeführt werden. Hierzu sollten sie auch örtlich integriert werden. So müssen die Praxen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes



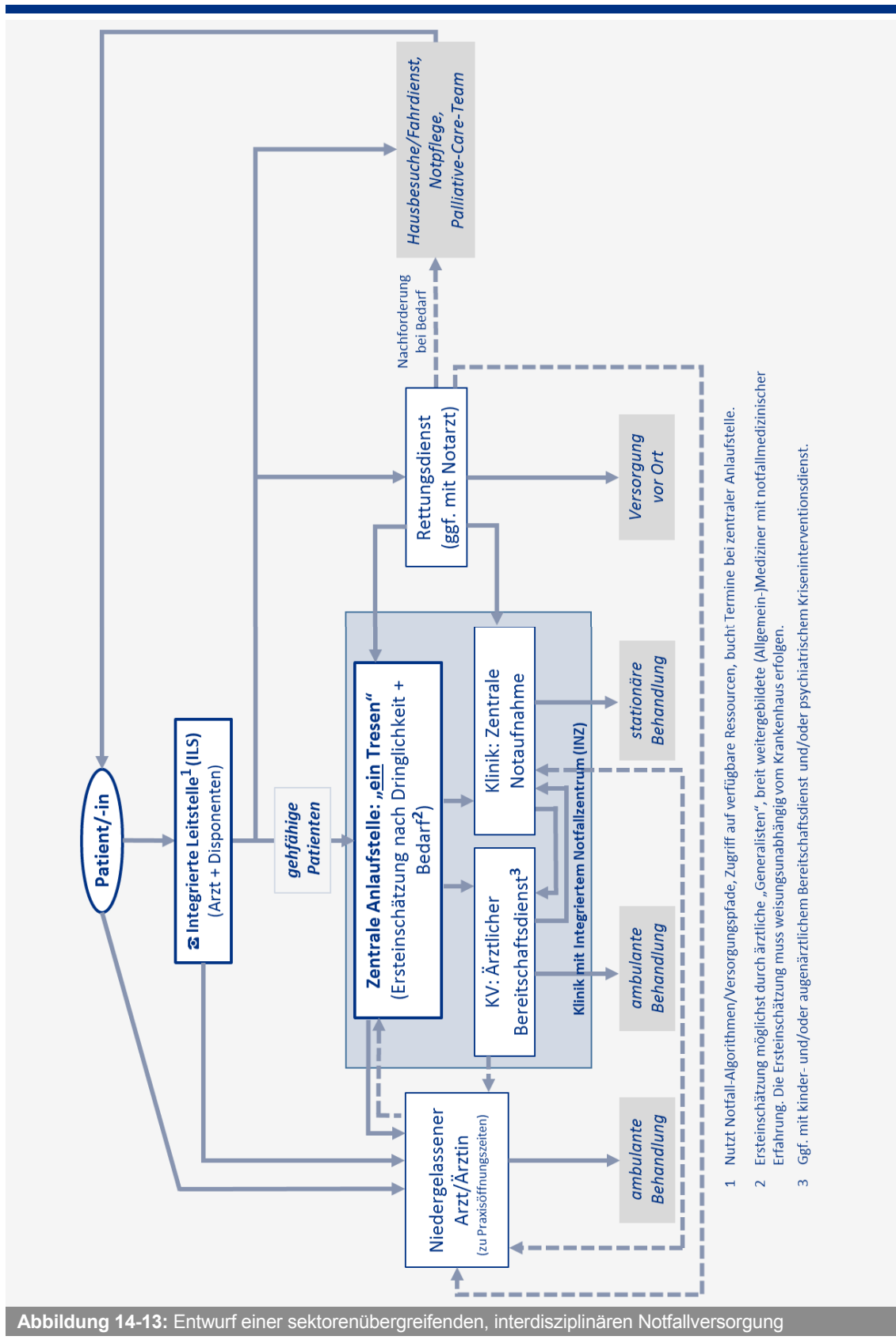
sukzessive vollständig<sup>276</sup> in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden Integrierten Notfallzentrum (INZ) in bzw. an einem Krankenhaus angesiedelt werden.

**986.** Folgender Versorgungsablauf sollte angestrebt werden (siehe Abbildung 14-13): Als erste Ansprechpartner zu Praxisöffnungszeiten sollen weiterhin die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der Regelversorgung fungieren. Diese können ihre Patienten wie bisher in schweren Fällen an das Krankenhaus und nun auch an das INZ verweisen. Der gesamte Versorgungsablauf abseits dieser Versorgung soll durch die im vorherigen Abschnitt beschriebene ILS und die dort stattfindende Telefontriage koordiniert werden. Weniger dringliche Fälle können dort eine telefonische Beratung erhalten oder auf Terminslots bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten verwiesen werden. Je nach Dringlichkeit und Versorgungsbedarf kann die ILS außerdem den Fahrdienst des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, den Rettungsdienst oder Notpflege- und *Palliativ-Care*-Teams anfordern. Stellt der Rettungsdienst vor Ort keinen Bedarf für die Versorgung im INZ oder im Krankenhaus fest, so kann er entsprechende Ressourcen für die Versorgung in der Häuslichkeit des Patienten nachfordern oder eine ambulante Praxis anfahren.

Gefähigte Notfallpatienten mit akutem Behandlungsbedarf erhalten bei der ILS kurzfristige Termine in einem INZ. Dem ärztlichen Bereitschaftsdienst und der zentralen Notaufnahme des Krankenhauses vorgeschaltet soll sich im INZ eine zentrale Anlaufstelle („ein Tresen“) befinden, in der für alle gefähigten Patienten sowie für die vom Rettungsdienst nicht als kritisch eingeschätzten Patienten eine erneute Triage nach Dringlichkeit und Bedarf stattfindet. Eine Ausnahme sollte nur die Patientengruppe bilden, für die der Rettungsdienst aufgrund eines absehbaren gravierenden Behandlungsbedarfs die direkte stationäre Aufnahme oder die Behandlung in der zentralen Notaufnahme vorsieht. Nach der Triage in der zentralen Anlaufstelle würden die Patienten dann in die geeignete weitere Versorgungsstruktur weitergeleitet. Dies kann die ambulante Behandlung durch den im INZ ansässigen ärztlichen Bereitschaftsdienst, die Untersuchung in der zentralen Notaufnahme und ggf. eine stationäre Behandlung oder eine spätere Behandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sein. Stellen der ärztliche Bereitschaftsdienst oder die zentrale Notaufnahme im Laufe der Behandlung einen von der Triage abweichenden Behandlungsbedarf fest, können die Patientinnen und Patienten auch dann noch in die entsprechenden bedarfsgerechten Versorgungspfade verwiesen werden. Ziel dieses Versorgungsablaufes ist insbesondere eine strukturierte und konsistente Entscheidung darüber, ob die Patientinnen und Patienten ambulant oder stationär versorgt werden.

---

<sup>276</sup> Außer den Ärzten, die die Hausbesuche durchführen.



Quelle: Eigene Darstellung.

**987.** Um die Patienten gezielt durch den vorgesehenen Versorgungsablauf steuern zu können, ist die örtliche Zusammenführung, ggf. auch durch bauliche Maßnahmen, wichtig. Hierfür müssen darüber hinaus die Zeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erweitert werden, damit dieser wie die Notaufnahmen durchgehend zur Verfügung steht.

**988.** Die Versorgung muss dabei nicht nur örtlich, sondern auch technisch zusammengeführt werden. Für einen einheitlichen Blick auf die Patienten und eine effiziente und bedarfsgerechte Versorgung muss innerhalb des INZ, im Rettungsdienst sowie in der ILS eine einheitliche, IT-gestützte Dokumentation für alle an der Notfallversorgung Beteiligten den sektorenübergreifenden Datenaustausch ermöglichen. Dies bedeutet auch, dass einheitliche Triage-Systeme, -algorithmen und Versorgungspfade genutzt werden (siehe auch Abschnitt 14.4.6). Da die verschiedenen Triage-Systeme unterschiedliche Stärken und Schwächen haben (Christ et al. 2016), erscheint die Adaptierung und Weiterentwicklung bestehender Systeme sinnvoll (vgl. Herrmann et al. 2017).<sup>277</sup>

**989.** Die Triage zur Zuweisung in die geeignete weitere Versorgungsstruktur sollte möglichst durch erfahrene Ärzte, im Idealfall durch „Generalisten“, vorgenommen werden. Zur Unterstützung der ärztlich geleiteten Triage im INZ ist entsprechend qualifiziertes nicht-ärztliches Personal notwendig. Je nach Erfahrung und Situation ist hier – sofern ärztliche Expertise jederzeit und unmittelbar räumlich verbunden zur Verfügung steht – auch eine Delegation der Triage an qualifizierte nichtärztliche Angehörige der Gesundheitsfachberufe denkbar.

Bezüglich der Triage der Notfallpatienten gibt es Hinweise, dass sich bei ärztlich geleiteter Triage an der zentralen Anlaufstelle Wartezeiten und Wiedervorstellungen in der Notaufnahme, stationäre Aufnahmezeiten sowie Sterberaten verringern (Burström et al. 2012; Burström et al. 2016; Iacobucci 2017). Wird die initiale Dringlichkeitseinschätzung von einem Arzt durchgeführt, besteht zudem die Möglichkeit, Patienten mit nicht dringlichem Behandlungsbedarf ohne weitere Diagnostik und Therapie im INZ direkt an einen niedergelassenen Arzt weiterzuverweisen. Zusätzlich werden die Zuordnung zu Versorgungspfaden mittels standardisierter Abfragen und Algorithmen und die darauf aufsetzende arztunterstützte Entscheidung im INZ und in der ILS die Rechtssicherheit von Verweisen auf andere Versorgungsebenen stärken. Dies erscheint notwendig, damit das INZ ausschließlich als Institution der Notfallversorgung und nicht als ein für die Patienten attraktives Zentrum einer schnellen und gut ausgestatteten Regelversorgung fungiert.

**990.** Die Errichtung der INZs sollte dabei gestuft in ausgewählten Kliniken erfolgen, die je nach Stufe bestimmte an das G-BA-Konzept zu gestuften Notfallstrukturen angelehnte, noch zu definierende Mindestvoraussetzungen erfüllen. Je nach Bedarf und Dringlichkeit würden Patienten im INZ dann entweder von dem räumlich dort integrierten ärztlichen Bereitschaftsdienst oder von Ärzten der zentralen Notaufnahme behandelt oder ggf. in eine geeignete Klinik einer höheren Stufe bzw. in ein spezialisiertes Zentrum transportiert.

**991.** Anknüpfend an das Konzept des G-BA könnte eine weitergehende Konzentration in der ambulanten Notfallversorgung vor allem in Ballungszentren auf besonders geeignete Kliniken (vorzugsweise der erweiterten oder umfassenden Notfallversorgung) mit INZ die Vorhaltung

---

<sup>277</sup> Entsprechende Verfahren werden z. B. im Rahmen des Innovationsfonds-Projektes DEMAND erprobt (G-BA 2018a).

umfassenderer Optionen ermöglichen, sowohl bei der ambulanten Anschlussbehandlung als auch im Falle einer stationären Aufnahme bei gleichzeitig effizienterem Ressourceneinsatz.

**992.** So könnte der ärztliche Bereitschaftsdienst zugleich auch einen kinder- und jugendärztlichen oder augenärztlichen Bereitschaftsdienst am Standort vorhalten und ggf. durch einen psychiatrischen Kriseninterventionsdienst ergänzt werden. Entsprechend vorbereitete Kliniken könnten darüber hinaus z. B. eine 24-stündige CT/MRT-Bereitschaft, eine ausreichende Zahl von Intensivbetten oder die lückenlose Anwesenheit spezialisierter Fachärzte (z. B. Radiologen oder Neurologen) sicherstellen. Ideal wäre die Verbindung mit im gleichen Haus bestehenden stationären Notfallkapazitäten, z. B. für Herzinfarkte (Chest Pain Unit mit 24-Stunden-Katheterbereitschaft), Schlaganfälle (Stroke-Unit mit 24-Stunden-Katheterbereitschaft), Nierenersatztherapie oder Polytraumaversorgung.

**993.** Vor der Nutzung dieser von der Klinik vorgehaltenen stationären Behandlungsmöglichkeiten muss, sofern ein stationärer Behandlungsbedarf nicht eindeutig ersichtlich ist, jedoch eine bestmögliche Abklärung im INZ erfolgen. Dazu sollte, auch um unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden, jedem INZ nach Möglichkeit eine eigene Kurzliegerstation angegliedert werden, in der Patienten ohne weitere Verlegung in die Klinik über Nacht überwacht werden können. Damit die ggf. notwendige stationäre Weiterbehandlung im Krankenhaus reibungslos erfolgen kann, müssen Krankenhäuser, an denen ein INZ errichtet wird, die Aufnahme der Patienten aus dem INZ jederzeit sicherstellen können oder z. B. durch Kooperationsverträge mit anderen Krankenhäusern ermöglichen.

Vor dem Hintergrund der bereits im INZ verfügbaren weitreichenden Diagnostikmöglichkeiten sind Optimierungsstrategien seitens der Beteiligten denkbar, die zu einer Verschiebung der Diagnostik aus dem stationären Bereich in das INZ führen könnten. Dies sollte im Zuge der Etablierung der INZs berücksichtigt und beobachtet werden, um ggf. Anpassungen wie z. B. eine Art Bereinigung der DRG um im INZ erbrachte Leistungen zu prüfen.

**994.** Der ärztliche Bereitschaftsdienst sollte sukzessive zunehmend mit breit qualifizierten Generalisten besetzt werden, die eine Mindestzeit in der allgemeinen Patientenversorgung und in einer Notaufnahme verbracht haben. Perspektivisch könnte zumindest auch eine teilweise Umstellung des Bereitschaftsdienstmodells auf Vollzeitkräfte, die von der KV angestellt die ambulante Versorgung dieser Patienten im INZ übernehmen, erfolgen.

**995.** Für die im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Ärzte sollte ein Dispensierrecht für ein umschriebenes Notfallsortiment, auch für Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, gelten. Gegenwärtig dürfen Ärzte keine Medikamente an Patienten ausgeben, auch nicht im Notdienst (SVR 2014). Gerade nachts und in ländlichen Gebieten kann dies dazu führen, dass sich der Patient nach der Notfallversorgung zu einer ggf. sehr weit entfernten Notdienstapotheke begeben muss. Vor dem Hintergrund, dass die INZs eine organisatorische Einheit bilden sollen, muss zudem sichergestellt sein, dass alle Ärzte im INZ gleiche Verordnungsrechte bzw. -möglichkeiten haben. Auf diese Weise ließe sich vermeiden, dass Patienten nach Behandlung in der Notaufnahme noch beim Bereitschaftsdienstarzt vorstellig werden müssen, nur um ein Rezept zu bekommen.

**996.** Die Implementierung dieser neuen Strukturen und Prozesse sollte durch prädefinierte Evaluationsstudien begleitet werden, in denen neben der Praktikabilität und Akzeptanz vor allem auch die Qualität und die Kosteneffektivität der Notfallversorgung

untersucht werden. Im Sinne eines selbstlernenden Systems sollten von vornherein auf diesen Ergebnissen basierende, ggf. regional differenzierte Anpassungen und weitere Optimierungen ins Auge gefasst werden.

### *Bedarfsplanung und Organisation*

**997.** Die Bedarfsplanung der neu strukturierten Notfallversorgung sollte sektorenübergreifend aus einer Hand erfolgen. Naheliegender ist eine Gesamtplanung der Notfallversorgung auf Landesebene. Dabei sollte eine gestufte Planung der Notfallstrukturen inklusive der INZs erfolgen, um auf mehreren Ebenen von der Basisnotfallversorgung bis zur Behandlung in spezialisierten Zentren mit besonderen Kapazitäten z. B. für Herzinfarkte (24-Stunden-Katheterbereitschaft), Schlaganfälle (Stroke-Unit) oder Polytraumaversorgung eine umfassende gemeinsame Versorgung zu erreichen und auch für ländliche Regionen eine ausreichende Notfallversorgung sicherzustellen. Die Stufendefinitionen der INZs sollten, wie beim Stufenkonzept in der stationären Notfallversorgung, vom G-BA erarbeitet und beschlossen werden.

**998.** Die eigentliche Planung sollte jedoch, unter Berücksichtigung des vom G-BA erarbeiteten Rahmens, abhängig von den regionalen Gegebenheiten durch die gemeinsamen, gesetzlich weiterentwickelten Landesgremien nach § 90a SGB V<sup>278</sup> oder durch die Länder selbst erfolgen. So würde eine möglichst große Akzeptanz erreicht und das regional vorhandene Wissen eingebunden. Denkbar wäre auch eine Lösung, bei der diese Landesausschüsse bzw. die Länder keine konkreten Standorte festlegen, sondern Kriterien für eine Ausschreibung definieren. Wichtige Kriterien für die Errichtung und Einstufung eines INZ sollten u. a. die Fallzahl, die Strukturqualität sowie die räumliche Abdeckung sein. Bei Maximalversorgern sowie ländlichen Krankenhäusern mit besonderer Bedeutung für eine Region würde damit aufgrund der besonderen Strukturqualität bzw. der besonderen räumlichen Abdeckung im Regelfall ein INZ errichtet werden. Standorte, an denen infolge der vorgenommenen Planung kein INZ eingerichtet wird, nehmen nicht weiter an der Notfallversorgung teil. Dies bedeutet, dass den weiterentwickelten Landesgremien nach § 90a SGB V, insofern sie für die Planung verantwortlich sind, Kompetenzen zur Schließung von Notfallstandorten, unter Rechtsaufsicht des zuständigen Bundeslandes, übertragen werden müssen. Alternativ könnten die Krankenhäuser ohne INZ von der Abrechnung ambulanter Notfälle ausgeschlossen werden.

Um auch schwierige Entscheidungssituationen auflösen zu können, sollten Ersatzvornahmen durch die Bundesländer ermöglicht werden, wenn im weiterentwickelten §90a-Gremium keine gemeinsame Entscheidung gefunden werden kann.

**999.** Aufgrund der im internationalen Vergleich geringen durchschnittlichen Inanspruchnahme der Notfallversorgung in Notaufnahmen von unter zwei Patienten je Stunde – jedoch mit großen Unterschieden zwischen einzelnen Krankenhäusern – (Stillfried et al. 2017) erscheint es grundsätzlich sinnvoll, die schon existierende Konzentration auf bestimmte Notaufnahmen auch in der Planung zu berücksichtigen. Durch die Konzentration der Versorgung auf besonders geeignete Krankenhäuser wird nicht an jedem Krankenhaus ein INZ errichtet werden können. Standorte ohne INZ würden aus der Notfallversorgung ausscheiden, könnten dies jedoch durch

---

<sup>278</sup> Mit entscheidungsbefugten Vertretern des Landes, der KV, der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen sowie der LKG. Vertreter von Patientinnen und Patienten, der Pflege sowie anderer Gesundheitsfachberufe und von Kommunen könnten bei Bedarf – ohne Stimmrecht – einbezogen werden.

entsprechende andere strukturelle Schwerpunktsetzungen kompensieren und sollten durch Vereinbarungen, insbesondere zur arbeitsteiligen, effektiven und effizienten Kooperation von Maximal- und Grundversorgern, an der weiteren Versorgung der Patienten aus den INZ beteiligt werden. Entsprechende Wettbewerbsauswirkungen sollten evaluiert werden.

**1000.** Die Trägerschaft und der Betrieb des INZ sollten grundsätzlich gemeinsam durch die KV und das jeweilige Krankenhaus übernommen werden, wodurch weder die KV noch das Krankenhaus alleiniges Weisungsrecht im INZ hätte. Wichtig für die Etablierung der INZs ist, dass der die Triage am „Tresen“ durchführende Arzt in der zentralen Anlaufstelle seine Entscheidung weisungsunabhängig vom Krankenhaus treffen muss und für diese Aufgabe über eine breite, in der ambulanten Versorgung und Notversorgung erworbene Expertise verfügt. Ersteres könnte z. B. durch die Anstellung des Arztes bei der KV bzw. die Einbindung eines niedergelassenen Arztes sichergestellt werden. Durch den Einbezug des ärztlichen Bereitschaftsdienstes können die bisher zumeist an verschiedenen Standorten arbeitenden Ärztinnen und Ärzte an zentraler Stelle im INZ eingebunden werden. Erfahrungen aus Schleswig-Holstein zeigen, dass, obwohl die Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst dort freiwillig ist, grundsätzlich genug Ärzte ihre Bereitschaft zur Teilnahme erklären, um eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Dies trifft auch auf die ländlichen Gegenden zu. Die KV Schleswig-Holstein organisiert seit Kurzem zusätzlich eine direkte Ansprache der Vertragsärzte bzw. potenzieller Nachfolger, um insbesondere auch in den Städten über den ärztlichen Bereitschaftsdienst aufzuklären und kontinuierlich Ärzte für ihn zu gewinnen. Auch in Brandenburg ist freiwillige Rekrutierung der Ärzte für den Bereitschaftsdienst aktuell ausreichend, wobei etwa 30 % der Ärzte die Bereitschaft zur Übernahme freiwilliger Dienste in Befragungen signalisiert haben. Zusätzlich stehen externe Ärzte bereit, die die Dienste übernehmen können (KV Brandenburg 2017). Dazu zählen u. a. Krankenhausärzte, die aufgrund des guten Verdienstes den ärztlichen Bereitschaftsdienst als freiwillige Nebentätigkeit ausüben. Die Möglichkeit, in den INZs flexible Schicht- und Teilzeitarbeitmodelle zu gestalten, sollte ebenfalls zur Attraktivität beitragen.

**1001.** Um bereits bestehende Modelle mit Portal- oder Anlaufpraxen in das Konzept integrieren zu können, sollten verschiedene Ausgestaltungsmodelle der INZs ermöglicht werden. Eine entsprechend zu gründende gemeinsame Gesellschaft der KV und des Krankenhauses könnte als eher virtuelle Organisationseinheit entsprechende Leistungen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der zentralen Notaufnahme einkaufen bzw. über Verträge die Bereithaltung der benötigten Personalressourcen organisieren. Einzig der „zentrale Tresen“ verbliebe dann als operationelles Geschäft des INZ. In diesem Sinne stellt der Vorschlag des Rates lediglich eine konsequente Weiterentwicklung des Portalpraxen-Ansatzes dar.

**1002.** Es ist jedoch auch denkbar, dass eine weitgehende organisatorische Integration des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Notaufnahme im INZ mit eigenen, beim INZ angestellten Ärzten erfolgt. In diesem Szenario würde die Leistungserbringung direkt durch das INZ selbst erfolgen. Leitbild einer solchen Integration wäre eine Art verbindliche Umsetzung einer sektorenübergreifenden integrierten Versorgung für die Notfallversorgung im INZ, ähnlich dem Vorbild der besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V aufgebaut.

### *Vergütung*

**1003.** Die empfohlene Neuausrichtung der Vergütungsstruktur folgt dem Leitgedanken, Transparenz in der Vergütung der Notfallversorgung sowie Vergütungsanreize im Sinne einer optimalen Patientenversorgung zu schaffen. Die Vergütung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung sollte sich aus einer Grundpauschale und einer Vergütung pro Fall zusammensetzen. Die Grundpauschale soll die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung finanzieren und sich in drei Stufen an der Kapazität und der Ausstattung des jeweiligen INZ orientieren, aber unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der behandelten Patienten sein. Zusätzlich sollte eine Pauschale pro Fall unabhängig von der Fallschwere gezahlt werden. Es wird lediglich differenziert zwischen Fällen, die zur Beobachtung über Nacht im Notfallzentrum verbleiben, und solchen, die nicht über Nacht verbleiben. Diese Vergütung sollte jedoch unabhängig vom Ort der Leistungserbringung gleich hoch sein. Die so berechnete Vergütung erfolgt durch die Krankenkassen/PKVen direkt an das INZ als neu geschaffene organisatorische Einheit. Das INZ sollte somit als eigenständige wirtschaftliche Einheit aus dem Krankenhaus herausgelöst werden und die Leistungen der Krankenhausnotaufnahme sowie des ärztlichen Bereitschaftsdienstes aus seiner Vergütung im Binnenverhältnis kompensieren. Dieser gemeinsame organisatorische Rahmen hält die Akteure dazu an, auch die Patientenversorgung gemeinsam zu gestalten.

**1004.** Die Vergütung der INZs sollte über einen extrabudgetären Finanzierungstopf erfolgen, der durch eine Bereinigung sowohl der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als auch der Klinikbudgets (z. B. durch den Wegfall pseudostationärer Fälle) refinanziert wird. Die bereits skizzierte Gesamtvergütung, bestehend aus Grundpauschale und Pauschale pro Fall jedes INZ, würde ausschließlich aus diesem Finanzierungstopf erfolgen. Die im KHSG festgelegten Zuschläge für die Notfallversorgung gehen bereits in die gleiche Richtung wie die hier skizzierte Lösung, indem eine Staffelung nach Größe und Ausstattung der erbrachten Notfallversorgung erfolgt. Der hier vorgeschlagene Weg wäre jedoch finanziell deutlich weitgehender als die Regelung des KHSG, da die Vergütung der Notfallversorgung in den Notfallzentren vollständig aus den Budgets der stationären und ambulanten Versorgung herausgelöst und separat erfolgen würde. Zudem würde die sektorenübergreifende Vergütung den neu geschaffenen integrierten organisatorischen Strukturen folgen und so dazu beitragen, Synergien in der Notfallversorgung im Sinne der Patienten zu schaffen.

### *Flankierende Maßnahmen zur Patientensteuerung*

**1005.** Die Steuerung der Patientenwege (siehe Kapitel 12) ist ein wichtiger Bestandteil eines neuen Konzeptes zur Notfallversorgung. Um Patienten einen Anreiz zur initialen Kontaktierung der ILS zu geben, sollte dort eine Terminvergabe für das nachgeschaltete Versorgungsangebot im INZ erfolgen. Patienten, welche die Notfallversorgung über einen Kontakt mit der ILS in Anspruch nehmen würden, erhielten bei festgestellter Behandlungsnotwendigkeit mit Priorität einen Vorstellungstermin im INZ. Der individuell vereinbarte Termin im INZ sowie eine Reservierungsnummer würden dem Patienten unmittelbar mitgeteilt. Gleiches gilt für Hausbesuche durch den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Eine bundesweit nutzbare, kostenlose Notfall-App sollte die Wartezeiten und die eigene Position auf der Warteliste

anzeigen.<sup>279</sup> Patienten, die sich direkt in der zentralen Anlaufstelle im INZ vorstellen, würden vor Ort triagiert. Sie würden erst dann behandelt, wenn die Versorgung der Terminpatienten mit gleicher Dringlichkeitsstufe beendet ist und Behandlungskapazitäten für Patienten ohne Termin frei werden. Sollten sich die auf diese Weise gewünschten und erwarteten Steuerungseffekte nicht einstellen oder die INZs als Umgehungsstrategie für eine schnelle, vollumfängliche Diagnostik und Behandlung genutzt werden, sollte eine Kontaktgebühr für das Aufsuchen der INZs eingeführt werden<sup>280</sup>. Einzig bei vorheriger Kontaktierung der ILS oder bei Überweisung von niedergelassenen Ärzten wäre keine Gebühr zu entrichten. Gehfähige Patienten, die ohne vorherigen Kontakt oder entgegen der Einschätzung der ILS ein INZ aufsuchen, wären hingegen zur Zahlung einer Gebühr – deren Höhe politisch festzulegen wäre – verpflichtet.

**1006.** Außerdem sollte das neue Notfallversorgungssystem, insbesondere die zentrale Notfallnummer und der Ablauf bzw. die Struktur der Notfallversorgung, durch gezielte, auch mehrsprachige Aufklärungskampagnen, z. B. unter Einbindung der Expertise der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), in der Bevölkerung verbreitet werden. Ein Schwerpunkt der Kampagne sollte hierbei auf dem Ansprechen jener Zielgruppen liegen, die mit den Versorgungspfaden und Besonderheiten des deutschen Gesundheitssystems tendenziell weniger vertraut sind, wie etwa Bürger mit Migrationshintergrund oder Flüchtlinge. Da auch die jüngeren Bevölkerungsschichten (vor allem die 20- bis 29-jährigen Patienten) eine starke Inanspruchnahme der Notfallversorgung aufweisen, sollten sie gezielt angesprochen werden.<sup>281</sup>

#### 14.4.3 Förderung des Angebots in der ambulanten Versorgung

**1007.** Um die Inanspruchnahme der Notaufnahmen bzw. des dort angesiedelten ärztlichen Bereitschaftsdienstes mit ambulant behandelbaren Erkrankungen weiter zu reduzieren, ist zudem die Flexibilisierung und ggf. auch die Ausweitung der Sprechzeiten der niedergelassenen (Haus-)Ärzte zu fördern. Dies gilt es zu incentivieren, auch wenn verschiedene Untersuchungen aus Deutschland zeigen, dass unter den aktuellen Rahmenbedingungen ein relevanter Teil der ambulant behandelbaren Patienten, die sich während der regulären Sprechzeiten vorstellen, gerade von ihrem Hausarzt in die Notaufnahme verwiesen wurden (HKG 2017; Somasundaram et al. 2016). Jedoch zeigen Untersuchungen aus England, dass sich Patienten bei Verlängerung der Öffnungszeiten von Allgemeinärzten am Abend und am Wochenende deutlich seltener mit nicht dringlichen Indikationen in der Notaufnahme vorstellen. Überdies werden bei – in

---

<sup>279</sup> Diese App könnte überdies in lebensbedrohlichen Situationen den Standort des Patienten sowie einen vorab in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt festgelegten Notfalldatensatz an die Rettungsleitstelle bzw. das Krankenhaus senden. Darüber hinaus könnte eine bundesweit nutzbare, kostenlose Notfall-App bereits bei der initialen Patientensteuerung und -information Anwendung finden. Denkbar wäre es, hierfür die vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (BMWi) geförderte Notruf-App (vgl. BMWi 2017) um solche Funktionen zu ergänzen.

<sup>280</sup> Die hier vorgeschlagene Kontaktgebühr entspräche der vom Rat erwogenen Kontaktgebühr für Facharztbesuche ohne Überweisung, die eingeführt werden sollte, wenn keine Entwicklung zu einer abgestufteren Versorgung absehbar ist (siehe Kapitel 12 zur Steuerung der Patientenwege).

<sup>281</sup> Je nach Zielgruppe bieten sich verschiedene Möglichkeiten an: Aufklärung in Kindergärten und Schulen, wie dies z. B. bereits in Bayern der Fall ist, aber auch in Betrieben. Außerdem sollten soziale Medien, Videodienstplattformen wie YouTube und auch breitenwirksame Informationsblöcke im Fernsehen genutzt werden.



Deutschland gegenwärtig so nicht vorgesehener – siebentägiger Erreichbarkeit allgemein-ärztlicher Praxen weniger Patienten am Wochenende über die Notaufnahme aufgenommen, ein Effekt, der sich vor allem bei älteren Patienten zeigt (Dolton/Pathania 2016; Whittaker et al. 2016).<sup>282</sup> Gemäß dem Bericht zum Status der Gesundheitsversorgung der Europäischen Kommission sucht ein Viertel der Patienten in der Europäischen Union (EU) – 29 % in Deutschland – eine Notaufnahme aufgrund unzureichender Grundversorgung auf. Die Europäische Kommission sieht daher die Stärkung der primärärztlichen Versorgung als Schlüssel zur Integration der Sektoren (Europäische Kommission 2017).

Es sollten daher vermehrt Samstags- und Abendsprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung angeboten werden. Gegenwärtig gibt es keine festen Regelungen über Zeit oder Umfang des Sprechzeitenangebots niedergelassener Ärzte, solange „ausreichende“ Sprechstunden (bei einem vollen Versorgungsauftrag sind dies 20 Stunden pro Woche) von Montag bis Freitag abgehalten werden (Landesärztekammer Baden-Württemberg 2011). Es sollten Anreize geschaffen werden, dass niedergelassene Ärzte freiwillig und gegen angemessene Vergütung eine zusätzliche Abendsprechstunde in der Woche sowie eine zusätzliche Samstagsprechstunde jede zweite Woche anbieten.<sup>283</sup> Einzelpraxen, von denen dies personell nicht zu leisten ist, könnten bei Interesse erweiterte bzw. flexibilisierte Öffnungszeiten durch den Zusammenschluss mit anderen Praxen gewährleisten.

#### 14.4.4 Weiterbildung des ärztlichen Personals im Bereich Notfallmedizin

**1008.** Gegenwärtig unterscheiden sich die Zugangsvoraussetzungen für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zwischen den KVen. So sind insbesondere die Regelungen zur Beteiligung von nicht primär in der Patientenversorgung tätigen Arztgruppen<sup>284</sup> regional verschieden (SVR 2014). Daher sollte – ähnlich der gegenwärtigen Zusatzweiterbildung Notfallmedizin – ein bundesweit einheitlicher Basiskurs „Ärztlicher Notdienst“ gefördert werden, indem die Kosten von der jeweiligen KV im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages getragen werden.<sup>285</sup> Im Zuge dessen sollten KV-übergreifend auf das Fallspektrum in der Bereitschaftspraxis zugeschnittene klinische Versorgungspfade und Algorithmen formuliert werden, die u. a. festlegen, wann ein Patient in die Klinik zu überweisen ist, und eine Qualitätssicherung und Evaluation derselben erfolgen.

**1009.** Die Rotation in die Notaufnahme bzw. der Erwerb notfallmedizinischer Kenntnisse und Fertigkeiten sollte verpflichtender Teil der Weiterbildung sowohl im Fach Allgemeinmedizin als auch in der Unfallchirurgie, der Neurologie und in der Inneren Medizin werden. Nicht wenige niedergelassene Vertragsärzte verweisen die Patienten im Zweifel auch zu

---

<sup>282</sup> Die Ausgaben für die verlängerten Sprechzeiten der Praxen überwogen die Ersparnisse aus den verminderten Kosten für Notaufnahmebehandlungen deutlich (Whittaker et al. 2016).

<sup>283</sup> Gegenwärtig bieten laut Angaben der Stiftung Gesundheit höchstens 60 000 Ärzte (25 %) aller Fachdisziplinen Abendsprechstunden in irgendeiner Form an, Wochenendtermine vergeben höchstens 17 000 (7 %) (Deutsches Ärzteblatt 2016). Hierbei handelt es sich häufig um sehr niederfrequente Angebote oder Sprechstunden nach Vereinbarung, sodass real von einem deutlich geringeren Angebot an Abend- bzw. Wochenendsprechstunden ausgegangen werden muss.

<sup>284</sup> Beispielsweise vornehmlich im Labor tätige Ärzte.

<sup>285</sup> So ist z. B. in Berlin die regelmäßige Teilnahme an Qualitätssicherungskursen zur Notfallmedizin Teilnahmevoraussetzung für den fahrenden ärztlichen Bereitschaftsdienst (KV Berlin 2017).

regulären Sprechzeiten lieber direkt an die Notaufnahme weiter, möglicherweise aus Unsicherheit (HKG 2017; Somasundaram et al. 2016). Im Gegenzug legen Studien mit erfahrenen Allgemeinmedizinerinnen in der Notaufnahme nahe, dass diese gerade bei nicht dringlichen, ambulant behandelbaren Patienten in der Notaufnahme weniger Diagnostik durchführen als die normalerweise im Krankenhaus tätigen Kollegen. Denn die Erfahrung der Krankenhausärzte im klinischen Alltag lässt sie möglicherweise schwerere Erkrankungsbilder erwarten und daher mehr und aufwendigere Untersuchungen für den Ausschluss dieser Erkrankungen durchführen (Scherer et al. 2014; Schleef et al. 2017). Von der Einführung eines sechsmonatigen Mindestaufenthaltes in der Notaufnahme bei optional bis zu 24 Monaten Anrechenbarkeit auf die allgemeinmedizinische Facharztweiterbildung würden also Allgemeinmediziner genauso wie die Angehörigen anderer Fachgruppen, die in der Notaufnahme arbeiten, von einem interdisziplinären, sektorenübergreifenden Austausch profitieren.

#### 14.4.5 Rettungsdienst

**1010.** Der Rettungsdienst ist gegenwärtig kein eigenes Leistungssegment im SGB V, sondern wird als Transportleistung vergütet, an deren Kostenübernahme die Abrechnung einer weiteren Leistung geknüpft ist. Wie bereits vom Bundesrat gefordert, sollte hier der Entwicklung der präklinischen Notfallmedizin über eine reine Transportleistung hinaus Rechnung getragen werden und der Einsatz selbst als medizinische Leistung abgerechnet werden, gerade auch um den Fehlanreiz, der durch die Verknüpfung der Fahrtkosten mit weiteren Leistungen besteht, zu beseitigen. Analog zur Krankenhausfinanzierung sollten hierbei die Vorhaltekosten<sup>286</sup> des Rettungsdienstes im Rahmen der Daseinsvorsorge des Staates aus Steuermitteln finanziert werden, da ihre positiven externalen Effekte allen Einwohner im jeweiligen Rettungsdienstbezirk zugutekommen. Die Betriebskosten<sup>287</sup> sollten hingegen von den Krankenkassen getragen werden. Um der wie in der Krankenhausfinanzierung bestehenden Problematik der zu geringen Investitionsmittel der Länder und den daraus folgenden Anreizen zur Refinanzierung der Vorhaltekosten durch Fallausweitung zu begegnen, sollte eine Rahmenregelung zur Finanzierung auf Bundesebene vorgeschrieben werden. Die Einzelheiten der Finanzierung sollten hierzu jedoch jeweils in den Rettungsdienstgesetzen auf Landesebene geregelt werden. Dies würde es, wie bereits in einzelnen Bundesländern wie Baden-Württemberg der Fall, erlauben, ein Gesamtleistungsbudget zu verhandeln, das die Kosten für die Rettungsdiensteinsätze insgesamt reduzieren sollte.<sup>288</sup>

**1011.** Zudem ist dringend zu prüfen, auf welchen Wegen eine bessere Koordination zwischen den verschiedenen Rettungsdienstbereichen und den Länderzuständigkeiten erreicht werden kann. Eine bessere horizontale Integration der über 300 häufig sehr verschieden organisierten Rettungsdienstbezirke ist anzustreben. Gerade im Hinblick auf grenzüberschreitende Einsätze wäre hier eine Angleichung auf Ebene der Landesrettungsdienstgesetze – möglicherweise im

<sup>286</sup> Dies sind z. B. der Betrieb der Leitstelle oder der Unterhalt der Rettungswagen, aber auch die Bereitschaftspauschale des Notarztes.

<sup>287</sup> Dies sind alle fallleistungsbezogenen Kosten wie die Behandlung durch den Notarzt.

<sup>288</sup> So gab die AOK im Jahr 2012 für den Rettungsdienst und das Notarztwesen pro Versicherten zwischen 29,92 Euro (Baden-Württemberg) und 70,77 Euro (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) aus (Landtag von Baden-Württemberg 2013).

Rahmen eines einheitlichen Bundesgesetzes für den Rettungsdienst – zu fordern. Denn bei ressourcenintensiven Vorhaltungen und Spezialkompetenzen, wie Kinderintensiv- oder Hubschraubertransporten, wäre eine bezirks- und länderübergreifende Integration und Koordination der Rettungsdienstressourcen einer flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung förderlich. Darüber hinaus sollte perspektivisch eine Zusammenführung und Reduzierung der Anzahl an Leitstellen im gesamten Bundesgebiet erfolgen.

**1012.** Überdies sollten die Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit der Rettungsdienst-Einsätze verbessert werden. Die Dokumentation unterscheidet sich zwischen den Rettungsdienstleitstellen z. B. im Hinblick auf die Definition eines Fehleinsatzes teilweise so deutlich, dass eine strukturierte Auswertung und Vergleichbarkeit der Daten nicht immer möglich ist.<sup>289</sup> Auch eine bundesweit einheitliche Definition der Hilfsfrist könnte zur Verbesserung der Datenvergleichbarkeit beitragen. Neben einer digitalen Erfassung der Einsatzprotokolle sollte die Datenerhebung generell auch auf Einsätze mit nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal ausgeweitet werden. Auf Basis dieser standardisierten Einsatzdokumentation sollte eine flächendeckende Einführung und Messung von festgelegten Qualitätsindikatoren erfolgen, um die Qualität der präklinischen Versorgung im Rettungsdienst evaluieren zu können.<sup>290</sup>

**1013.** Schließlich sollten definierte Befugnisse der Notfallsanitäter ausgeweitet und vereinheitlicht werden. Denn das NotSanG legt zwar Ausbildungsinhalte und damit die erwarteten Fähigkeiten der Notfallsanitäter fest, hat aber gleichzeitig keine eigene Regelkompetenz geschaffen. Stattdessen wird weiter vor dem Hintergrund des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) agiert. Eine Ausnahme stellen die vom Ärztlichen Leiter Rettungsdienst, also auf Ebene des Rettungsdienstträgers, festgelegten, generell durchführbaren Leistungen dar. Damit unterscheidet sich jedoch auf Kreisebene teilweise noch erheblich, welche Maßnahmen Angehörige dieses neuen Berufsbildes eigenständig durchführen dürfen.

**1014.** Darüber hinaus bietet gerade die telemedizinische Zusammenarbeit mit einem Facharzt in der Notaufnahme Möglichkeiten, unter Supervision Tätigkeiten – etwa die Medikamentengabe – an die Notfallsanitäter am Einsatzort zu delegieren. Evaluationen eines solchen Telenotarztmodells in Aachen zeigen u. a. eine höhere Leitlinien-treue in der Versorgung von Notfallpatienten; weitere Studien zum Einsatz im ländlichen Bereich werden gegenwärtig durchgeführt (G-BA 2016; KV Bayerns 2017d; Uniklinik RWTH Aachen 2014).

**1015.** Der Rettungsdienst sollte auch entscheiden können, dass ein Transport ins INZ nicht notwendig ist, sondern der Transport des Patienten direkt an geeignete niedergelassene Ärzte ausreichend ist. Explizit ausgewiesene Partnerpraxen benennen dabei, freiwillig und gegen erhöhte Vergütungszuschläge, freie Notfallslots, die in der ILS in Echtzeit im Betten- bzw. Ressourcennachweissystem (z. B. via IVENA) angegeben werden. Damit können

---

<sup>289</sup> Notarzteinsätze, für deren Dokumentation mit dem sogenannten Minimalen Notfalldatensatz (MIND3) ein standardisiertes Protokoll zur Verfügung steht, werden häufig nur auf Papier erfasst, was eine flächendeckende Auswertung ebenfalls erschwert (Messelken et al. 2011).

<sup>290</sup> Als Beispiel kann hier Baden-Württemberg dienen, das im Jahr 2004 eine externe Qualitätssicherung im Rettungsdienst eingeführt hat (Messelken et al. 2010). Auf Basis von Leitstellendaten und der notärztlichen Dokumentation mittels MIND werden aktuell 22 definierte Qualitätsindikatoren – von der Bearbeitungszeit in der Leitstelle über die leitliniengerechte Versorgung bestimmter Tracerdiagnosen bis zu deren primären Transport in eine geeignete Klinik – erhoben und jährlich landesweit ausgewertet (SQR-BW o.J., 2016).

Rettungswagentransporte, die heute in der Regel in einer Klinik enden, zukünftig (vermehrt) auch direkt zu Praxen niedergelassener Ärzte führen.

#### 14.4.6 Digitale Vernetzung

**1016.** Für die vom Rat vorgeschlagene Neustrukturierung der Notfallversorgung ist die digitale Vernetzung eine wichtige Voraussetzung. Innerhalb der INZs müssen die Daten für alle Beteiligten jederzeit transparent sein, aber auch nach außen werden entsprechende Schnittstellen zu den ILS und zum Rettungsdienst sowie zum ärztlichen Hausbesuchsdienst, zu *Palliative-Care-Teams* etc. benötigt.

**1017.** Neben der besseren Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit im Rettungsdienst sind daher auch für die klinische Weiterversorgung der Notfallpatienten eine einrichtungs- bzw. sektorenübergreifende elektronische Patientenakte mit definierten Qualitätsindikatoren und deren regelmäßige Auswertung elementar. So gibt es aktuell Ansätze, Qualitätsindikatoren für die Versorgung in Notaufnahmen zu entwickeln sowie die Grundlagen für den Aufbau eines nationalen Notaufnahmeregisters mit dezentraler IT-Infrastruktur zu legen (AKTIN 2017; AKTIN/TMF 2018; Kulla et al. 2016b; Kulla et al. 2016a). Dies sollte weiter ausgebaut und die Daten sollten der Versorgungsforschung zur Verfügung gestellt werden. Auch an der Schnittstelle zwischen präklinischer Versorgung und stationärer Weiterbehandlung sollte evaluiert werden, wie die Kommunikation und die Datenübertragung zwischen beiden Bereichen verbessert werden können. Bereits jetzt gibt es erste kommerzielle Programme, die Daten aus dem Rettungsdienst elektronisch an die Krankenhäuser übermitteln. Dies kann die Leitstelle dabei unterstützen, nach Rücksprache mit dem Notarztwagen/Notarzteinsatzfahrzeug die richtige Versorgungsebene bezüglich des Krankenhauses (Basis-, erweitertes, umfassendes oder spezielles Notfallversorgungsangebot) zu wählen, um Sekundärtransporte zu vermeiden.

**1018.** Auch um die neu geschaffenen Strukturen zu evaluieren und weiteres Optimierungspotenzial zu identifizieren, ist eine einheitliche, regelhafte sowie zeitnahe Erhebung und Verarbeitung dieser Daten notwendig.

#### 14.4.7 Fazit

**1019.** Eine Behandlung der Notfallpatienten auf der richtigen Versorgungsebene durch eine effiziente Patientensteuerung sollte nicht nur zu einer qualitativ besseren und effizienteren Versorgung führen, sondern auch die Zufriedenheit der Patienten sowie der ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeiter verbessern. Integrierte Leitstellen, ILS und Integrierte Notfallzentren, INZs können Patienten in einem nach Schweregraden und Dringlichkeit klar und transparent gestuften Versorgungskonzept gemeinsam eine bestmögliche Erreichbarkeit und eine gezielte Steuerung zu bedarfsgerechten Strukturen anbieten. Die zentrale Koordination der Versorgung in der ILS einschließlich der Steuerung der Hausbesuche des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und der Rettungseinsätze sowie die nahtlose Verzahnung der bislang getrennten ambulanten und stationären Sektoren im INZ unter Einbezug spezieller Angebote wie z. B. der Notpflege und der *Palliative-Care-Teams* ermöglichen eine umfassende und zielgerichtete Versorgung der Patienten.

**1020.** Die hierbei durch die Abschaffung von Doppelstrukturen und die Vermeidung nicht notwendiger organisatorischer Aufgaben gewonnenen Mitarbeiter können zielgerichtet in den neuen attraktiven Arbeitsstrukturen eingesetzt und ggf. qualifiziert werden. Dadurch kann bei einem ähnlichen Ressourceneinsatz eine höhere Qualität der Versorgung erzielt werden.

**1021.** Die Beseitigung bestehender Fehlanreize im Rettungsdienst, aber auch an der Schnittstelle ambulant/stationär wird außerdem dazu führen, dass Effizienzgewinne erreicht werden, sodass weitere Mittel für den Ausbau der Strukturen zur Verfügung stehen. Durch die Zusammenführung der Notfallversorgung an einer Stelle und die sektorenübergreifende digitale Erfassung der relevanten Daten wird erstmals Transparenz über die Kosten und das Leistungsgeschehen innerhalb dieses Bereiches geschaffen.

**1022.** Die vorgeschlagene Struktur kann aus Sicht des Rates daher eine bürgernähere, bedarfsgerechtere, qualitativ bessere und zugleich auch kosteneffektivere und transparentere Notfallversorgung ermöglichen. Eine Neuordnung der Notfallversorgung könnte zudem als Pilotprojekt für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung dienen.

## 14.5 Literatur

- Abualenain, J., Richardson, D., Mountain, D., Vaillancourt, S., Schull, M., Anderson, P. et al. (2014): International perspectives on emergency care. In: Pines, J. M., Abualenain, J. und Scott, J. L. (Hrsg.): Emergency care and the public's health: 21–44.
- AKTIN (2017): Verbesserung der Versorgungsforschung in der Akutmedizin in Deutschland durch den Aufbau eines Nationalen Notaufnahmeregisters. URL: [www.aktin.org](http://www.aktin.org) (abgerufen am 04.05.2018).
- AKTIN und TMF (Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung) (2018): Positionspapier. Voraussetzungen für eine erfolgreiche und nachhaltige Digitalisierung der Notfallmedizin in Deutschland.
- Albrecht, M. (2015): Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase I für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. IGES Institut.
- Albrecht, M., Schliwen, A. und Loos, S. (2014): Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V – Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Abschlussbericht. Berlin, 5. Juni 2014. IGES Institut.
- Augurzky, B., Beivers, A. und Dodt, C. (2017): Handlungsbedarf trotz Krankenhausstrukturgesetz: Elf Thesen zur Reform der Notfallversorgung. RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung.
- Augurzky, B., Beivers, A., Giebner, M. und Kirstein, A. (2015): Organisation der Notfallversorgung in Dänemark: Lösungsansätze für deutsche Probleme. In: Klauber, J., Wasem, J., Friedrich, J. und Geraedts, M. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Schattauer, Stuttgart (2015): 77–98.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2017): (Politische) Rahmenbedingungen einer sektorenübergreifenden Versorgung in Notfallpraxen und Notaufnahmen. Argumentationspapier.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2018): 121. Deutscher Ärztetag: Beschlussprotokoll.
- BDC (Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.), BDI (Berufsverband Deutscher Internisten e.V.), VKD (Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands) und VLK (Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands) (2017): Positionspapier zu Regelungen eines gestuften Systems von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.
- Behrendt, H. und Runggaldier, K. (2009): Ein Problemaufriss über den demographischen Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. Notfall Rettungsmed 12(1): 45–50.
- Behringer, W., Buergi, U., Christ, M., Dodt, C. und Hogan, B. (2013): Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Notfall Rettungsmed 16(8): 625–626.
- Berchet, C. (2015): Emergency care services: trends, drivers and interventions to manage the demand. OECD Health Working Papers (83).

- Bienstein, C. und Bohnet-Joschko, S. (2015): Innovative Versorgung von akut erkrankten Bewohnern und Bewohnerinnen im Altenheim. Abschlussbericht zum gleichnamigen Forschungsvorhaben. Universität Witten/Herdecke.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017a): Endgültige Rechnungsergebnisse der GKV. KJ1.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017b): Leistungsfälle und -tage. KG2.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017c): Mitglieder und Versicherte der GKV. KM1.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017d): Mitglieder und Versicherte der GKV. KM6.
- BMWi (Bundesministerium für Wirtschaft und Energie) (2017): Zypries: Startschuss für bundesweite Notruf-App ist wichtiger Schritt zu mehr Sicherheit und Digitalisierung. Pressemitteilung 22.09.2017. URL: [www.bmwi.de/Redaktion/DE/Pressemitteilungen/2017/20170922-zypries-startschuss-fuer-bundesweite-notruf-app-ist-wichtiger-schritt-zu-mehr-sicherheit-und-digitalisierung.html](http://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Pressemitteilungen/2017/20170922-zypries-startschuss-fuer-bundesweite-notruf-app-ist-wichtiger-schritt-zu-mehr-sicherheit-und-digitalisierung.html) (abgerufen am 11.05.2018).
- Bundesrat (2018): Gesetzentwurf des Landes Schleswig-Holstein. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im ärztlichen Notdienst mittels weiterentwickelter Portalpraxen. 09.03.2018. Aktenzeichen: 71/18. Drucksache.
- Burström, L., Engström, M.-L., Castrén, M., Wiklund, T. und Enlund, M. (2016): Improved quality and efficiency after the introduction of physician-led team triage in an emergency department. *Ups J Med Sci* 121(1): 38–44.
- Burström, L., Nordberg, M., Örnung, G., Castrén, M., Wiklund, T., Engström, M.-L. und Enlund, M. (2012): Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality? A comparison of three emergency departments with different triage models. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 20(1): 57.
- Campbell, J. L., Fletcher, E., Britten, N., Green, C., Holt, T. A., Lattimer, V. et al. (2014): Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial). A cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet* 384(9957): 1859–1868.
- CDU/CSU und SPD (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode.
- Christ, M., Bingisser, R. und Nickel, C. H. (2016): Bedeutung der Triage in der klinischen Notfallmedizin. *Dtsch Med Wochenschr* 141(05): 329–335.
- Danish Ministry of Health (2014): Faglig gennemgang af akutmodtagelserne. URL: [www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodt-juni-2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodtagelserne-juni-2014.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodt-juni-2014/Faglig-gennemgang-af-akutmodtagelserne-juni-2014.ashx) (abgerufen am 22.05.2018).
- Danish Ministry of Health (2017): Hvidovre Hospital: A short presentation of our Emergency Department.

- Dasch, B., Blum, K., Gude, P. und Bausewein, C. (2015): Place of Death. Trends Over the Course of a Decade: A Population-Based Study of Death Certificates From the Years 2001 and 2011. Dtsch Arztebl Int 112(29-30): 496–504.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017a): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik. Fachserie 12, Reihe 6.4.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017b): Grunddaten der Krankenhäuser 2016. Fachserie 12, Reihe 6.1.1.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018): GBE Bund. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Deutscher Bundestag (2014): Gesetzentwurf des Bundesrates. Entwurf eines ... Gesetzes zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) – Gesetzliche Krankenversicherung. 30.04.2014. Aktenzeichen: 18/1289. Drucksache.
- Deutscher Bundestag (2015a): Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG). 25.02.2015. Aktenzeichen: 18/4095. Drucksache.
- Deutscher Bundestag (2015b): Petition Bundesgesetz für den Rettungsdienst. Gesundheitsfachberufe. Aktenzeichen: Pet 2-18-15-2124-004850. Petition.
- Deutscher Bundestag (2016a): Wissenschaftlicher Dienst. Die Ausbildungszielbestimmung des § 4 Abs. 2 Nr. 2 Buchstabe c des Notfallsanitätäergesetzes. Bundesrechtliche Vorgaben und Umsetzung durch die Bundesländer. 12.09.2016. Aktenzeichen: WD 9-3000-042/16. Ausarbeitung.
- Deutscher Bundestag (2016b): Wissenschaftlicher Dienst. Organisation der Notfallversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Rettungsdienstes und des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. 24.10.2014. Aktenzeichen: WD 9-3000-105/14. Ausarbeitung.
- Deutsches Ärzteblatt (2016): Mehr als 60.000 Ärzte bieten Abendsprechstunden. 5. August 2016. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/69906/Mehr-als-60-000-Aerzte-bieten-Abendsprechstunden](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/69906/Mehr-als-60-000-Aerzte-bieten-Abendsprechstunden) (abgerufen am 04.05.2018).
- Deutsches Ärzteblatt (2018): Bundesrechnungshof kritisiert teuren Rettungsdienst. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/91731/Bundesrechnungshof-kritisiert-teuren-Rettungsdienst](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/91731/Bundesrechnungshof-kritisiert-teuren-Rettungsdienst) (abgerufen am 05.05.2018).
- DGINA (Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin) (2016): Zusatzweiterbildung "Klinische Notfall- und Akutmedizin" soll in Deutschland die klinische Notfallversorgung verbessern. URL: [www.dgina.de/news/zusatzweiterbildung-klinische-notfall-und-akutmedizin-soll-in-deutschland-die-klinische-notfallversorgung-verbessern\\_41](http://www.dgina.de/news/zusatzweiterbildung-klinische-notfall-und-akutmedizin-soll-in-deutschland-die-klinische-notfallversorgung-verbessern_41) (abgerufen am 06.05.2018).
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017a): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017b): POSITIONEN der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 19. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags.



- DKI (Deutsches Krankenhausinstitut) (2017): Krankenhausbarometer. Umfrage 2017.
- Dolton, P. und Pathania, V. (2016): Can increased primary care access reduce demand for emergency care? Evidence from England's 7-day GP opening. *J Health Econ* 49: 193–208.
- Dormann, H., Diesch, K., Ganslandt, T. und Hahn, E. G. (2010): Kennzahlen und Qualitätsindikatoren einer medizinischen Notaufnahme. *Dtsch Arztebl Int* 107: 261–267.
- Dräther, H. und Mostert, C. (2016): Ambulante Notfallversorgung an Krankenhäusern und durch ambulante Leistungserbringer. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus*. Schattauer, Stuttgart.
- Dräther, H. und Schäfer, T. (2017): Die ambulante Notfallversorgung in Notfallambulanzen und bei Vertragsärzten. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Schattauer, Stuttgart.
- Europäische Kommission (2017): *State of Health in the EU. Companion Report 2017*.
- FALK (Freie Allianz der Länder-KVen) (2012): Dispensierrecht für Kassenärztliche Vereinigungen wird Patientenversorgung verbessern! URL: [www.kvmv.info/aerzte/Archiv/Presseinformationen/Presseinformationen\\_2012/FALK\\_PM\\_Dispensierrecht\\_11052012.pdf](http://www.kvmv.info/aerzte/Archiv/Presseinformationen/Presseinformationen_2012/FALK_PM_Dispensierrecht_11052012.pdf) (abgerufen am 08.05.2018).
- Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H., Moecke, H., Prückner, S., Trentzsch, H. und Urban, B. (2016): Eckpunktepapier 2016 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. *Notfall Rettungsmed* 19(5): 387–395.
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2016): Geförderte Projekte des Innovationsausschusses zur Förderbekanntmachung Neue Versorgungsformen vom 8. April 2016. Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst einer ländlich strukturierten Region. URL: [innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/47/Neue-Versorgungsformen\\_Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf](http://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/media/47/Neue-Versorgungsformen_Uebersicht-gefoerderte-Projekte-2016.pdf) (abgerufen am 07.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018a): DEMAND – Implementierung einer standardisierten Ersteinschätzung als Basis eines Demand Managements in der ambulanten Notfallversorgung – G-BA Innovationsfonds. URL: [innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/demand-implementierung-einer-standardisierten-ersteinschaetzung-als-basis-eines-demand-managements-in-der-ambulanten-notfallversorgung.136](http://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/demand-implementierung-einer-standardisierten-ersteinschaetzung-als-basis-eines-demand-managements-in-der-ambulanten-notfallversorgung.136) (abgerufen am 12.05.2018).
- G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2018b): Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V: Erstfassung. Beschlossen am 19.04.2018.
- Geissler, A., Quentin, W. und Busse, R. (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Schattauer, Stuttgart: 41–59.

- Gibson, A., Randall, D., Tran, D. T., Byrne, M., Lawler, A., Havard, A. et al. (2017): Emergency Department Attendance after Telephone Triage: A Population-Based Data Linkage Study. *Health Serv Res* 53(2): 1137–1162.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2017): Neustrukturierung der Notfallversorgung. Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes. beschlossen vom Verwaltungsrat am 30. August 2017.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2018): Auswertung der DRG-Abrechnungsstatistik zur teilstationären Behandlung.
- Groening, M., Grossmann, F., Hilmer, T., Singler, K., Somasundaram, R. und Wilke, P. (2017): Ältere Notfallpatienten: Blickschärfung notwendig. *Dtsch Arztebl* 114(11): A-512.
- Haas, C., Larbig, M., Schöpke, T., Lübke-Naberhaus, K. D., Schmidt, C., Brachmann, M. und Dodt, C. (2015): Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung in Krankenhäusern – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse.
- Hajiloueian, E. (2011): Inanspruchnahme von Notfallambulanzen in Berlin in den Jahren 2006/2007. Freie Universität Berlin, 01.01.2011.
- HECOR (Gesundheitsökonomisches Zentrum Berlin) (2015): Merkblatt 2: Rahmenbedingungen für die Notarztqualifikation. URL: [www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/BerlinHECOR/EMSiG/Merkblaetter/Merkblatt\\_2\\_Notarzt\\_qualifikation.pdf](http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/BerlinHECOR/EMSiG/Merkblaetter/Merkblatt_2_Notarzt_qualifikation.pdf) (abgerufen am 18.05.2018).
- Herrmann, T., Köster, C., Seyderhelm, A., Broge, B., Szecsenyi, J. und Willms, G. (2017): Instrumente und Methoden zur Ersteinschätzung von Notfallpatienten - Bestandsaufnahme und Konzeptentwicklung für die kassenärztliche Notfallversorgung. Projektbericht im Auftrag des Zi. aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH.
- Heuvels, K. (2016): „Zu neuen Ufern!“ Bereichsausnahme für den Rettungsdienst. Was nun? Vortrag auf dem 16. Rettungsdienstsymposium Hohenroda, 10. – 11. November 2016, Hohenroda.
- HKG (Hessische Krankenhausgesellschaft) (2017): Patientenumfrage zur Inanspruchnahme der hessischen Notaufnahmen. Hessische Krankenhausgesellschaft.
- Huke, T. und Robra, B.-P. (2015): Notfallversorgung im stationären Sektor. In: Klauber, J., Wasem, J., Friedrich, J. und Geraedts, M. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2015*. Schwerpunkt: Strukturwandel. Schattauer, Stuttgart (2015): 61–75.
- Iacobucci, G. (2017): All emergency departments must have GP led triage by October. *BMJ* 356: j1270.
- Ismail, S. A., Gibbons, D. C. und Gnani, S. (2013): Reducing inappropriate accident and emergency department attendances: A systematic review of primary care service interventions. *Br J Gen Pract* 63(617): e813–e820.
- Jantzen, T., Burgkhardt, M., Burgkhardt, A. und Kampmann, J. (2008): Geschichte der Notfallmedizin im Osten Deutschlands. *Notfall Rettungsmed* 11(8): 571–578.

- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2013a): Sie sind krank und Ihre Praxis hat zu?  
Flyer zur Einführung der 116 117. URL:  
[www.kvmv.info/patienten/12/Bereitschaftsdienst/116117\\_FLYER2013.pdf](http://www.kvmv.info/patienten/12/Bereitschaftsdienst/116117_FLYER2013.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2013b): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2013. URL:  
[www.kbv.de/media/sp/KBV\\_2013\\_Berichtband.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/KBV_2013_Berichtband.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2015): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April/Mai 2015. URL:  
[www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung\\_2015\\_Berichtband\\_Bund.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2015_Berichtband_Bund.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016a): Neue Regelungen im EBM zum Notfall- und Bereitschaftsdienst. Praxisnachrichten 08.12.2016. URL:  
[www.kbv.de/html/1150\\_25783.php](http://www.kbv.de/html/1150_25783.php) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2016b): Notfalldienste besser verzahnen. KBV Klartext 4/2016. URL: [www.kbv.de/media/sp/Klartext\\_2016\\_4.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Klartext_2016_4.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017a): Ergebnisse einer telefonischen Befragung April 2017. URL:  
[www.kbv.de/media/sp/2017\\_04\\_21\\_KBV\\_Buergerbefragung\\_Forschungsgruppe\\_Wahlen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2017_04_21_KBV_Buergerbefragung_Forschungsgruppe_Wahlen.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017b): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage Mai/Juni 2017. URL:  
[www.kbv.de/media/sp/Berichtband\\_KBV\\_Versichertenbefragung\\_2017.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Berichtband_KBV_Versichertenbefragung_2017.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018): Kein Notfall, aber ein Arzt wird gebraucht: Dann die Bereitschaftsdienstnummer 116117 wählen. URL:  
[www.kbv.de/html/2016\\_25996.php](http://www.kbv.de/html/2016_25996.php) (abgerufen am 11.05.2018).
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und MB (Marburger Bund) (2017): Integrative Notfallversorgung aus ärztlicher Sicht. Konzeptpapier von KBV und Marburger Bund.
- Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.) (2018): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Schattauer, Stuttgart.
- Köster, C., Wrede, S., Herrmann, T., Meyer, S., Willms, G., Broge, B. und Szecsenyi, J. (2016): Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen. aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH und Verband der Ersatzkassen, Göttingen.
- Kreis Heinsberg (2016): Gebührensatzung des Kreises Heinsberg für den Rettungsdienst.

- Krömer, B. (2013): Notfallversorgung: ist der Föderalismus Chance oder Risiko? (zitiert in WD 2016). Recht und Politik im Gesundheitswesen (19): 92–95.
- Kulla, M., Brammen, D., Greiner, F., Hörster, A., Lefering, R., Somasundaram, R. et al. (2016a): Vom Protokoll zum Register – Entwicklungen für ein bundesweites Qualitätsmanagement in deutschen Notaufnahmen. DIVI 7(1): 12–20.
- Kulla, M., Goertler, M., Somasundaram, R., Walcher, F., Greiner, F., Lefering, R. et al. (2016b): Bewertung von Qualitätsindikatoren für die Notaufnahme. Notfall Rettungsmed 19(8): 646–656.
- KV Baden-Württemberg (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg) (2013): Reform des ärztlichen Notfalldienstes. Erläuterungen zur neuen Notfalldienstordnung gültig ab 1. Januar 2014. Die neuen Notfalldienstbereiche der KVBW. URL: [www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=1768](http://www.kvbw-admin.de/api/download.php?id=1768) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Baden-Württemberg (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg) (2018): docdirekt. Das telemedizinische Modell-Projekt der KVBW. Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KV Baden-Württemberg). URL: [www.kvbawue.de/praxis/neue-versorgungsmodelle/docdirekt/](http://www.kvbawue.de/praxis/neue-versorgungsmodelle/docdirekt/) (abgerufen am 26.05.2018).
- KV Bayerns (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) (2017a): Der Ärztliche Bereitschaftsdienst in Bayern. Fragen und Antworten zur Weiterentwicklung des Systems. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KV Bayerns). URL: [www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/UeberUns/KVB-Broschuere-Aerztlicher-Bereitschaftsdienst-Bayern.pdf](http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/UeberUns/KVB-Broschuere-Aerztlicher-Bereitschaftsdienst-Bayern.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Bayerns (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) (2017b): Details zur Abrechnung von Leistungen im Notarztdienst. URL: [www.kvb.de/praxis/notarztdienst/abrechnung/details-zur-abrechnung/](http://www.kvb.de/praxis/notarztdienst/abrechnung/details-zur-abrechnung/) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Bayerns (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) (2017c): KVB-VV: "Eingeschlagenen Weg zur Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes konsequent fortsetzen". Pressemitteilung 20.11.2017. URL: [www.kvb.de/presse/presseinformationen/presseinformationen-2017/20112017-2/](http://www.kvb.de/presse/presseinformationen/presseinformationen-2017/20112017-2/) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Bayerns (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns) (2017d): Telenotarzt - Pilotprojekt zur telemedizinischen Unterstützung der Notfallversorgung im Rettungsdienst. Brief an alle Vertragsärzte, Notärzte und BSD-Poolärzte im Rettungsdienstbereich Straubing vom 15.12.2017. URL: [www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Serviceschreiben/2017/KVB-RS-171215-Pilotprojekt-Telenotarzt.pdf](http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Serviceschreiben/2017/KVB-RS-171215-Pilotprojekt-Telenotarzt.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Berlin (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) (2017): Ärztlicher Bereitschaftsdienst - Hausbesuche. URL: [www.kvberlin.de/30patienten/10bereitschaftsdienst/10fahrbereitschaft/](http://www.kvberlin.de/30patienten/10bereitschaftsdienst/10fahrbereitschaft/) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Berlin (Kassenärztliche Vereinigung Berlin) (2018): Reform der ambulanten Notfallversorgung. URL: [www.kvberlin.de/40presse/10pressemitteilung/pe180301a.html](http://www.kvberlin.de/40presse/10pressemitteilung/pe180301a.html) (abgerufen am 04.05.2018).

- KV Brandenburg (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg) (2017): Weiterentwicklung des Bereitschaftsdienstes „Bereitschaftsdienst 4.0 – Wir gestalten“. URL: [www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/service/fortbildung/maerkischer\\_praxistag/2017/vortraege/modul\\_6\\_bereitschaftsdienst\\_4.0-wir\\_gestalten.pdf](http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/service/fortbildung/maerkischer_praxistag/2017/vortraege/modul_6_bereitschaftsdienst_4.0-wir_gestalten.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Hamburg (Kassenärztliche Vereinigung Hamburg) (2017): 116117. Arztruf für Hamburg. URL: [www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2010/02/190/arztrufkvh-journal.pdf](http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2010/02/190/arztrufkvh-journal.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- KV Nordrhein (Kassenärztliche Vereinigung) (2016): Vertreterversammlung der KV Nordrhein entscheidet: 2016 keine weiteren Reformschritte im Notdienst. URL: [www.kvno.de/60neues/2016/pm\\_vv\\_2016-04-08/index.html](http://www.kvno.de/60neues/2016/pm_vv_2016-04-08/index.html) (abgerufen am 04.05.2018).
- KV Sachsen (2017a): Neuorganisation des Bereitschaftsdienstes. KVS-Mitteilungen, 11.
- KV Sachsen (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen) (2017b): Bereitschaftsdienstreform in der KV Sachsen – Warum gerade jetzt? KVS-Mitteilungen, 7–8.
- KV Thüringen (Kassenärztliche Vereinigung Thüringen) (2017): Kooperative Notfallversorgungskonzepte in Theorie und Praxis. Welche Gestaltungsoptionen sind zukunftsweisend?
- KV Westfalen-Lippe (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe) (2018): Nach Finanzierungszusage der KVWL: Pilotprojekt in Ostwestfalen-Lippe kann starten. Pressemitteilung 15.02.2018. URL: [www.kvwl.de/presse/pm/2018/2018\\_02\\_15.htm](http://www.kvwl.de/presse/pm/2018/2018_02_15.htm) (abgerufen am 11.05.2018).
- Landesärztekammer Baden-Württemberg (2011): Merkblatt: Aufnahme und die Ausübung ärztlicher Tätigkeit in der Praxis.
- Landkreis Oder-Spree (2016): Gebührensatzung für den Rettungsdienst Landkreis Oder-Spree.
- Landtag von Baden-Württemberg (2013): Antrag der Fraktion der SPD und Stellungnahme des Innenministeriums. Strukturelle Unterschiede bei der Finanzierung des Rettungswesens im Bundesvergleich und die Folgen. 21.11.2013. Aktenzeichen: 15/4369. Drucksache.
- Laufenberg-Feldmann, R., Kappis, B., Weber, M. und Werner, C. (2011): Leben retten–sterben zulassen: Erfassung notärztlicher Einsätze bei Patienten in der Terminalphase (Originalien). Schmerz 25(1): 69–76.
- Leber, W.-D. und Wasem, J. (2016): Ambulante Krankenhausleistungen - ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Schattauer, Stuttgart: 3–26.
- Lechleuthner, A. (2014): Der Pyramidenprozess – die fachliche Abstimmung der invasiven Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung des Notfallsanitätärgesetzes. Notarzt 30(03): 112–117.
- Malzahn, J. und Slowik, M. (2017): Erste Hilfe für den Notfall. G+G (10): 23–27.

- Meißner, M. und Rieser, S. (2013): Ambulanter Ärztlicher Bereitschaftsdienst: Allzeit bereit sein – das will keiner mehr. Ärztlicher Bereitschaftsdienst: So regeln ihn die Bundesländer. Dtsch Arztebl 110(9): A6.
- Melching, H. (2017): Neue gesetzliche Regelungen für die Palliativversorgung und ihre Implikationen für Politik und Praxis. Bundesgesundheitsbl 60(1): 4–10.
- Messelken, M., Kehrberger, E., Dirks, B. und Fischer, M. (2010): Notärztliche Versorgungsqualität in Baden-Württemberg. Dtsch Arztebl Int 107(30): 523–530.
- Messelken, M., Schlechtriemen, T., Arntz, H.-R., Bohn, A., Bradschettl, G., Brammen, D. et al. (2011): Der Minimale Notfalldatensatz MIND3. Notarzt 27(05): 197–202.
- Metzner, J. (2017): Sektorenübergreifende Notfallversorgung. KBV Sicherstellungskongress am 28. Juni 2017. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration.
- Mißbeck, A. (2012): Braucht die Notfallmedizin einen Facharzt? Berliner Ärzte (5): 14–19.
- Murphy, A. W. (1998): 'Inappropriate' attenders at accident and emergency departments I: definition, incidence and reasons for attendance. Fam Pract 15(1): 23–32.
- Neubauer, G. (2016): Kritische Analyse des "Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenanalyse und Strukturanalyse". Expertise für das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Institut für Gesundheitsökonomik, München.
- Newbould, J., Abel, G., Ball, S., Corbett, J., Elliott, M., Exley, J. et al. (2017): Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. BMJ 358.
- Niehues, C. (2012): Notfallversorgung in Deutschland. Analyse des Status quo und Empfehlungen für ein patientenorientiertes und effizientes Notfallmanagement. Kohlhammer, Stuttgart.
- Niehues, C. und Wessels, M. (2017): Notfallversorgung 2.0: Reform von Organisation und Finanzierung. Pladoyer für einen eigenständigen Sektor Notfallversorgung. Krankenhaus (10): 824–831.
- Niemann, S., Meer, A., Simonin, C. und Abel, T. (2004): Medical telephone triage and patient behaviour: How do they compare? Swiss Med Wkly 134(9-10): 126–131.
- Osborn, R. und Schoen, C. (2013): The Commonwealth Fund 2013. International Health Policy Survey in 11 Countries.
- Plassmann, W. (2017): Arztruf Hamburg. Symposium "Überfüllte Notaufnahmen?" - Ergebnisse der Studie PiNo Nord am 5. September 2017.
- Pope, C., Turnbull, J., Jones, J., Prichard, J., Rowsell, A. und Halford, S. (2017): Has the NHS 111 urgent care telephone service been a success? Case study and secondary data analysis in England. BMJ Open 7(5): e014815.
- Preusker, U. K. (2017): Auf Reform programmiert. Studienreise Dänemark 2017 (interne Unterlagen). Gesundheit und Gesellschaft.

- PrimAIR-Konsortium (2015): Die PrimAIR-Luftrettung als Zukunft der Notfallrettung im dünn besiedelten Raum. Leitfaden - Vorgehensweise zur Umstrukturierung. 1. Auflage. Pro BUSINESS, Berlin.
- Rau, F. (2015): Das Krankenhausstrukturgesetz in der Gesamtschau 2015(12.2015): 1121–1139.
- Rieser, S. (2013): Bereitschaftsdienst im Lahn-Dill-Kreis: Wo Ärzte nachts gut schlafen. Dtsch Arztebl 110(9).
- Riessen, R., Gries, A., Seekamp, A., Dodt, C., Kumle, B. und Busch, H.-J. (2015): Positionspapier für eine Reform der medizinischen Notfallversorgung in deutschen Notaufnahmen. Notfall Rettungsmed 18(3): 174–185.
- Sauer, S., Müller, R. und Rothgang, H. (2015): Institutionalisiertes Sterben in Deutschland. Trends in der Sterbeortverteilung: zu Hause, Krankenhaus und Pflegeheim. Z Gerontol Geriatr 48(2): 169–175.
- Scherer, M., Boczor, S., Weinberg, J., Kaduszkiewicz, H., Mayer-Runge, U. und Wagner, H.-O. (2014): Allgemeinmedizin in einer Universitätsklinik – Ergebnisse eines Pilotprojekts. Z Allg Med 90(4): 165–173.
- Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H. und Schäfer, I. (2017): Patienten in Notfallambulanzen. Dtsch Arztebl Int 114(39): 645–652.
- Schleef, T., Schneider, N., Tecklenburg, A., Junius-Walker, U. und Krause, O. (2017): Allgemeinmedizin in einer universitären Notaufnahme – Konzept, Umsetzung und Evaluation. Gesundheitswesen 79(10): 845–851.
- Schlingensiepen, I. (2017): Notdienst: NRW testet integrierte Leitstelle. 18.07.2017. Ärzte Zeitung. URL: [www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/berufspolitik/article/940051/notdienst-nrw-testet-integrierte-leitstelle.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/940051/notdienst-nrw-testet-integrierte-leitstelle.html)? (abgerufen am 12.05.2018).
- Schmedt, M. (2017): Notfallversorgung: Konzept für Triagierung so gut wie fertig. Dtsch Arztebl 114(35–36): A-1564.
- Schmiedel, R. und Behrendt, H. (2015): Leistungen des Rettungsdienstes 2012/13. Analyse des Leistungsniveaus im Rettungsdienst für die Jahre 2012 und 2013. Bundesanstalt für Straßenwesen Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen. Mensch und Sicherheit, 260.
- Schmiedhofer, M., Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S. und Searle, J. (2016): Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. BMJ Open 6(11): e013323.
- Schöpke, T. (2015): Finanzierung der Notaufnahmen in Rechtsprechung und Gesetz, DIVI Kongress 2015.
- Schreyögg, J. (2015): Die Ambulantisierung der Gesundheitsversorgung - Stand der Forschung und notwendige Weiterentwicklung, 1. Hamburger Versorgungsforschungstag.
- Schreyögg, J., Bäuml, M., Krämer, J., Dette, T., Busse, R. und Geissler, A. (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG Endbericht. Hamburg Center for Health Economics.

- Sefrin, P., Händlmeyer, A. und Kast, W. (2015): Leistungen des Notfall-Rettungsdienstes. Ergebnisse einer bundesweiten Analyse des DRK 2014. *Notarzt* 31(4): S34–S48.
- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (2016): Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. URL: [www.berlin.de/sen/gesundheit/\\_assets/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan\\_2016.pdf](http://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan_2016.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- Sitte, T. (2010): Poster beim Deutschen Palliativkongress. Dresden.
- Smits, M., Rutten, M., Keizer, E., Wensing, M., Westert, G. und Giesen, P. (2017): The Development and Performance of After-Hours Primary Care in the Netherlands: A Narrative Review. *Ann Intern Med* 166(10): 737–742.
- Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B. A. und Wrede, C. (2016): Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen. Ergebnisse einer Patientenbefragung. *Gesundheitswesen*.
- Sommer, H. J., Müller-Busch, C., Bach, F. und Mertzlufft, F. (2008): Rettungsdienst und Palliativpatienten–Kann der Rettungsdienst ein Indikator für die Verordnung einer speziellen Palliativversorgung sein? *Z Palliativmed* 9(03): PW\_297.
- SQR-BW (Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg) (2016): Qualitätsbericht. Berichtsjahr 2015. Rettungsdienst Baden-Württemberg. URL: [www.sqrbw.de/adbimage/112/asset-original//qualitaetsbericht-2015.pdf](http://www.sqrbw.de/adbimage/112/asset-original//qualitaetsbericht-2015.pdf) (abgerufen am 04.05.2018).
- SQR-BW (Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg) (o.J.): Hintergrund: Qualitätsindikatoren. URL: [www.sqrbw.de/895.php](http://www.sqrbw.de/895.php) (abgerufen am 04.05.2018).
- Steffen, W., Tempka, A. und Klute, G. (2007): Falsche Patientenreize in der ersten Hilfe der Krankenhäuser. *Dtsch Arztebl* 104(31-32): 969–972.
- Stillfried, D. von, Czihal, T. und Erhart, M. (2017): Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf. *Zi-Paper*, 11. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
- Sundmacher, L., Fischbach, D., Schuettig, W., Naumann, C., Augustin, U. und Faisst, C. (2015): Which hospitalisations are ambulatory care-sensitive, to what degree, and how could the rates be reduced? Results of a group consensus study in Germany. *Health Policy* 119(11): 1415–1423.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2003): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Qualität und Versorgungsstrukturen. Gutachten 2003. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung) (2017): Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten 2017/18.



- Turner, J., O’Cathain, A., Knowles, E. und Nicholl, J. (2013): Impact of the urgent care telephone service NHS 111 pilot sites: a controlled before and after study. *BMJ Open* 3(11): e003451.
- Uniklinik RWTH Aachen (2014): Telenotarzdienst im Rettungsdienst Stadt Aachen. URL: [www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuer-anaesthesiologie/klinik/notfallmedizin/telenotarzdienst-im-rettungsdienst-stadt-aachen.html](http://www.ukaachen.de/kliniken-institute/klinik-fuer-anaesthesiologie/klinik/notfallmedizin/telenotarzdienst-im-rettungsdienst-stadt-aachen.html) (abgerufen am 11.05.2018).
- van den Heede, K. und van de Voorde, C. (2016): Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy* 120(12): 1337–1349.
- van Gils-van Rooij, E. S. J., Yzermans, C. J., Broekman, S. M., Meijboom, B. R., Welling, G. P. und Bakker, D. H. de (2015): Out-of-hours care collaboration between general practitioners and hospital emergency departments in the Netherlands. *J Am Board Fam Med* 28(6): 807–815.
- Veser, A., Sieber, F., Groß, S. und Prückner, S. (2015): The demographic impact on the demand for emergency medical services in the urban and rural regions of Bavaria, 2012–2032. *Z Gesundh Wiss* 23(4): 181–188.
- Vorbeck, F. (2017): Arztruf Hamburg – Antwort auf die Bedürfnisse der Menschen. *Hamburger Ärzteblatt* (9): 25–27.
- Wedler, K., Jahn, P. und Landenberger, M. (2015): Status quo–Notfallpflege in deutschen Notaufnahmen. *Notfall Rettungsmed* 18(3): 186–194.
- Whittaker, W., Anselmi, L., Kristensen, S. R., Lau, Y.-S., Bailey, S., Bower, P. et al. (2016): Associations between extending access to primary care and emergency department visits: a difference-in-differences analysis. *PLoS Med* 13(9): e1002113.
- Wiese, C., Bartels, U., Ruppert, D., Quintel, M., Graf, B. M. und Hanekop, G. G. (2007): Notärztliche Betreuung von Tumorpatienten in der finalen Krankheitsphase. *Anaesthesist* 56(2): 133–140.
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2017): Datenbereitstellung zur Inanspruchnahme der ambulanten Notfallversorgung. Notfallbehandlungsfälle aus dem Bereitschaftsdienst und den Notfallambulanzen der Krankenhäuser mit Abrechnung einer Gebührenordnungsposition aus dem EBM-Kapitel 1.2.



**Teil III:  
Bedarfsgerechte, koordinierte Versorgung in  
ausgewählten Indikationsbereichen**



---

# 15 Bedarfsgerechte Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen

---

## 15.1 Einleitung

### 15.1.1 Volkskrankheit Rückenschmerzen

**1023.** Rückenschmerzen zählen zu den häufigsten Zivilisationsleiden und rangieren unter den Diagnosen mit direktem Schmerzbezug mit großem Abstand auf Platz 1 (BARMER GEK 2016a). Rückenschmerzen können die gesamte Wirbelsäule betreffen, besonders häufig treten sie jedoch im Bereich der Lendenwirbelsäule auf und werden dann auch als Kreuzschmerzen bezeichnet. Rückenschmerzen können mit unterschiedlichen Funktionsstörungen und u. a. auch mit einer Ausstrahlung in die Beine einhergehen. Rückenschmerzen stellen keine eigene Krankheitsentität dar, sondern sind vielmehr als ein Symptom unterschiedlicher Ursachen zu verstehen (Casser et al. 2016).

**1024.** Entsprechend der Ursache können spezifische und nichtspezifische Rückenschmerzen unterschieden werden. Während spezifische Rückenschmerzen eine feststellbare somatische Ursache haben, die gezielt behandelt werden kann (z. B. Fraktur, Bandscheibenvorfall), lassen sich bei nichtspezifischen Rückenschmerzen keine eindeutigen Hinweise auf eine zu behandelnde Ursache erkennen (BÄK et al. 2017a). Es handelt sich um eine „Arbeitsdiagnose“, solange keine Ursache gefunden wurde, was allerdings nicht bedeutet, dass nicht dennoch eine somatische Ursache zugrunde liegen kann. Insgesamt gelten 80 % bis 90 % der von Patienten berichteten Rückenschmerzen als nichtspezifisch und ein pathoanatomisches Korrelat ist (noch) nicht nachweisbar (Chenot et al. 2014; Koes et al. 2006; Marschall et al. 2012; RKI 2012).

**1025.** Darüber hinaus werden Rückenschmerzen zeitlich klassifiziert in akute (bis zu sechs Wochen), subakute (sechs bis zwölf Wochen) und chronische (länger als zwölf Wochen) bzw. rezidivierende Rückenschmerzen (BÄK et al. 2017a). Besonders chronifizierte Schmerzen nehmen eine zentrale Bedeutung im Leben des Betroffenen ein, sie gehen mit gravierenden Einschränkungen der Lebensqualität, einer depressiven Stimmungslage und reduzierter Leistungsfähigkeit einher (Nilges 2010).

**1026.** Im Hinblick auf die Epidemiologie von Rückenschmerzen gibt es verschiedene Datenquellen, die mit unterschiedlichen Limitationen behaftet sind. Bis zu 85 % der deutschen Bevölkerung sind mindestens einmal in ihrem Leben von Rückenschmerzen betroffen (Schmidt et al. 2007), die Punktprävalenz liegt in Deutschland – je nach Region – bei etwa 30 % bis 40 % (Schmidt et al. 2007). Bei der Mehrzahl der Betroffenen bessern sich die Beschwerden zunächst innerhalb weniger Wochen und viele arbeitsunfähige Personen kehren häufig innerhalb eines Monats wieder an ihren Arbeitsplatz zurück (Pengel et al. 2003; RKI 2012). Allerdings erlebt der Großteil der von Rückenschmerzen betroffenen Personen auch einen wiederkehrenden Krankheitsverlauf und hat nach zwölf Monaten erneut Rückenschmerzen (Hestbaek et al. 2003). Die Jahresprävalenz chronischer Rückenschmerzen – definiert als Rückenschmerzen, die drei Monate oder länger fast täglich auftreten – wurde im Gesundheitssurvey aus dem Jahr 2006 mit 21,6 % bei Frauen und 14,8 % bei Männern ermittelt, die Lebenszeitprävalenz chronischer Rückenschmerzen lag in der Erhebung bei Frauen bei 31,5 % und bei Männern bei 23,0 % (RKI 2006). Laut aktuellem Versorgungs-Report des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO) lag die Prävalenz für die ICD-10-Diagnose<sup>291</sup> M54 („Rückenschmerzen“) mit 25,1 % (22,3 % bei Männern, 27,8 % bei Frauen) auf Platz 1 der häufigsten Behandlungsdiagnosen in Deutschland<sup>292</sup> (Gerste et al. 2016).

**1027.** Rückenschmerzen führen seit Jahren die Statistiken für Arbeitsunfähigkeit und medizinische Rehabilitation an und stehen an zweiter Stelle der Anlässe von Rentenzugängen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit (BÄK et al. 2011; SVR 2015). Die direkten Kosten von Rückenschmerzen werden mit knapp 10 Milliarden Euro beziffert, die geschätzten indirekten Kosten, gemessen an den Produktionsausfällen und am Verlust an Arbeitsproduktivität, belaufen sich derzeit auf ca. 27 Milliarden Euro (SVR 2015).

### 15.1.2 Potenzielle Leistungserbringer und therapeutische Optionen

**1028.** Ansprechpartner der Patienten im ambulanten Sektor sind neben Hausärzten und Orthopäden u. a. auch Neurologen, Rheumatologen, Schmerztherapeuten, Fachärzte für Psychosomatik sowie für physikalische und rehabilitative Medizin. Auch nichtärztliche Leistungserbringer wie Psychologen, Physiotherapeuten, Masseur, Chiropraktiker und Ergotherapeuten werden von Patienten mit Rückenschmerzen aufgesucht.

**1029.** Unabhängig davon, welchen Arzt der Patient im Falle von akuten Rückenschmerzen als Erstes aufsucht, sollen nach Nationaler VersorgungsLeitlinie (NVL)<sup>293</sup> keine weiteren diagnostischen Maßnahmen durchgeführt werden, solange sich durch Anamnese und körperliche Untersuchung beim Erstkontakt keine Hinweise auf abklärungsbedürftige Pathologien (z. B. Fraktur, Lähmungserscheinungen) beim Patienten finden (BÄK et al. 2017a). Nur beim Vorliegen von sogenannten *red flags* ist eine bildgebende Abklärung zur Erkennung von Notfällen und spezifischen Ursachen erforderlich bzw. eine entsprechende Überweisung in spezialfachärztliche Behandlung indiziert (BÄK et al. 2017a). Auch international wird von Bildgebung bei Patienten mit Rückenschmerzen ohne vorhergehendes Ereignis (z. B. Unfall) und ohne Vorliegen von *red flags*

<sup>291</sup> In Deutschland werden Diagnosen nach der zehnten Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification (ICD-10) kodiert.

<sup>292</sup> Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2012.

<sup>293</sup> Die NVL bezieht sich auf „Kreuzschmerzen“.

entschieden abgeraten (Cheng et al. 2017). Im Falle von subakuten und chronischen Schmerzen wird eine einmalige Bildgebung empfohlen (BÄK et al. 2017a).

**1030.** Bildgebende Verfahren tragen in der Regel nicht zur Erklärung der unspezifischen Rückenschmerzen bei (Chou et al. 2009a) – im Gegenteil, sie liefern nicht selten (falsch positive) Befunde, die fehlinterpretiert werden und den Krankheitsverlauf sowie die Genesung negativ beeinflussen können (Ash et al. 2008; Deutscher Bundestag 2015; Kendrick et al. 2001). Zudem trägt die erweiterte Diagnostik dazu bei, dass Patienten an eine ernstzunehmende körperliche Ursache glauben (sogenannte somatische Fixierung), wodurch ein weiterer Therapiewunsch induziert wird.

**1031.** Empfohlen wird daher in der Erstbehandlung von akuten nichtspezifischen Rückenschmerzen ohne das Vorliegen von *red flags* zunächst eine ausführliche Information und Aufklärung des Patienten, wobei eine baldmögliche Wiederaufnahme alltäglicher Aktivitäten und die Vermeidung von Bettruhe empfohlen werden sollten und die begrenzte Aussagekraft der bildgebenden Diagnostik erläutert werden sollte (BÄK et al. 2017a, 2017b, 2017c). In der ambulanten Behandlung von akuten Rückenschmerzen kann neben medikamentöser Therapie z. B. auch Physiotherapie oder Akupunktur verordnet werden. Ziel der Behandlung von akuten nichtspezifischen Rückenschmerzen ist letztlich die Verhinderung einer Chronifizierung.

**1032.** In den allermeisten Fällen werden Patienten mit Rückenschmerzen ambulant versorgt, die Hospitalisierungsrate von Patienten mit der Hauptdiagnose M54 („Rückenschmerzen“) beträgt etwa 1 % (Bertelsmann Stiftung 2007; Chenot et al. 2014; Gerste et al. 2016). Das stationäre Leistungsspektrum umfasst neben interventioneller (Injektionen) und multimodaler Schmerztherapie das Spektrum operativer Eingriffe.

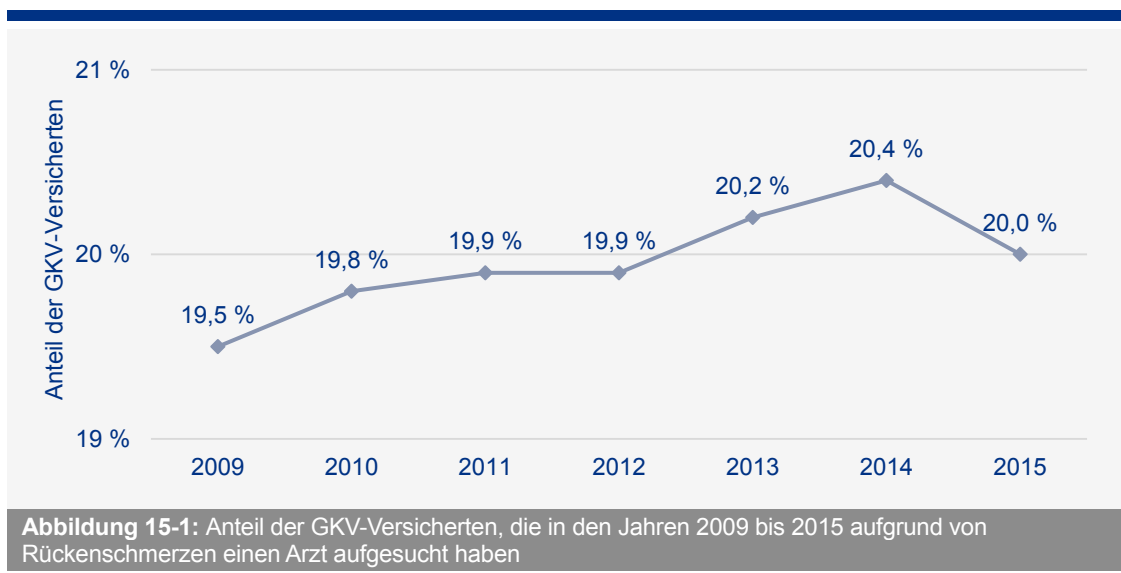
**1033.** Der Rat hat sich bereits in seinem Gutachten von 2001 mit der Über-, Unter- und Fehlversorgung von Patienten mit Rückenschmerzen befasst. Viele der damals getroffenen Aussagen (SVR 2001) haben bis heute ihre Gültigkeit nicht verloren. Auch andere Institutionen und Wissenschaftler haben sich in der Zwischenzeit mit der Versorgungssituation von Rückenschmerzpatienten befasst und dabei Elemente der Über-, Unter- und Fehlversorgung identifiziert bzw. Thesen einer möglichen Fehlanspruchnahme bei der Behandlung von Rückenschmerzen aufgestellt (Andersohn/Walker 2016; Arnold et al. 2014; DGSS o.J.; Kaiser et al. 2015; RKI 2012; Schubert et al. 2013; Slade et al. 2016; Zich/Tisch 2017). Demnach betrifft die Über- und Fehlversorgung die Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen, die sich z. B. durch zu häufige Bildgebung, zu intensive Arzneimitteltherapie sowie zu zahlreiches Operieren äußert, während die Unterversorgung die mangelnde medizinische Behandlung und berufliche Rehabilitation von Personen mit schweren chronischen Rückenschmerzen z. B. mithilfe einer multimodalen Schmerztherapie betrifft.

**1034.** In den folgenden Abschnitten wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im niedergelassenen Bereich (Abschnitt 15.2) und im Krankenhaus (Abschnitt 15.3) näher beleuchtet, um schließlich Empfehlungen für eine bedarfsgerechte Steuerung des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Rückenschmerzen zu geben (Abschnitt 15.4).

## 15.2 Der Rückenschmerzpatient im ambulanten Sektor

### 15.2.1 Konsultation eines Arztes

**1035.** Laut Abrechnungsdaten wurde bei fast 19 Millionen GKV-Versicherten im Jahr 2015 die gesicherte Diagnose M54 („Rückenschmerzen“) kodiert (siehe Kapitel 4 zur ambulanten Inanspruchnahme), das entspricht einem Anteil von etwa 25 % aller GKV-Versicherten. Auch andere Quellen berichten, dass etwa jeder fünfte Versicherte im Laufe eines Jahres aufgrund von Rückenschmerzen beim Arzt behandelt wird (Andersohn/Walker 2016). Dieser Anteil ist seit einigen Jahren relativ konstant (siehe Abbildung 15-1). Laut einer Untersuchung des WiDO war im Jahr 2010 im Durchschnitt jeder vierte Einwohner innerhalb von zwölf Monaten aufgrund von lumbalen Rückenschmerzen in medizinischer Behandlung – in dieser Analyse wurden neben der Diagnose „Rückenschmerzen“ auch Bandscheibenschäden und einige weitere Rückenleiden berücksichtigt<sup>294</sup>. Trotz leicht abweichender Zahlen belegen alle Statistiken, dass die Diagnose „Rückenschmerzen“ eine eindrucksvolle Rolle in der ambulanten Versorgung spielt.



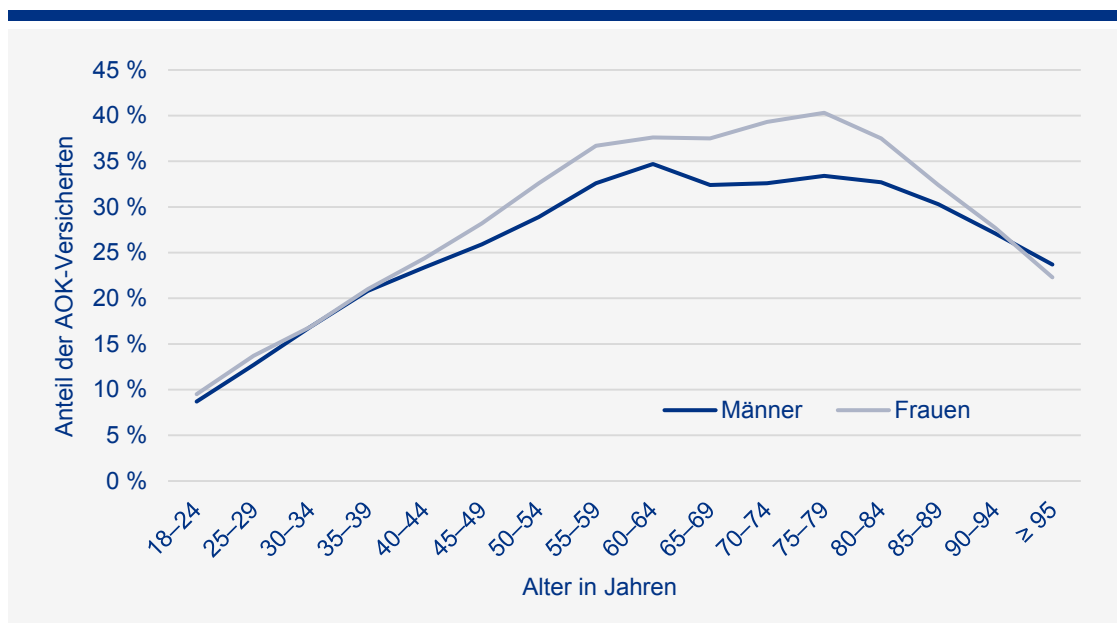
Stratifiziert nach Kalenderjahr, standardisiert für Alter, Geschlecht und Region.

Quelle: Andersohn/Walker (2016). Grafisch angepasst.

**1036.** Die Konsultationsprävalenz unterschied sich dabei hinsichtlich des Geschlechts ab dem 40. Lebensjahr leicht und zeigte vor allem bei der Differenzierung nach Altersklassen eindeutige Unterschiede auf (siehe Abbildung 15-2). Bei Männern stieg die Konsultationsprävalenz bis zum 64. Lebensjahr an, verblieb im Anschluss auf einem gleichmäßigen Niveau und sank ab einem Alter von 80 Jahren deutlich. Im Unterschied dazu wies die Konsultationsprävalenz in den Altersklassen zwischen 40 und 90 Jahren bei Frauen leicht höhere Werte auf. Die höchste Konsultationsprävalenz wurde im Alter zwischen 75 und 79 Jahren erreicht und nahm mit 40,3 % den höchsten Anteilswert ein (Chenot et al. 2014).

<sup>294</sup> Als lumbaler Rückenschmerz wurde das mindestens einmalige Vorliegen folgender ICD-10-Kodes definiert: M42.1 und M42.9 („Osteochondrose“); M47.2 und M47.9 („Spondylose“); M.48 und M48.1 („Spondylopathien“); M51.1, M51.2, M51.3, M51.8 und M51.9 („Bandscheibenschaden“); M54.3 („Ischialgie“); M54.4 („Lumboischialgie“); M54.5 und M54.9 („Lumbago“).



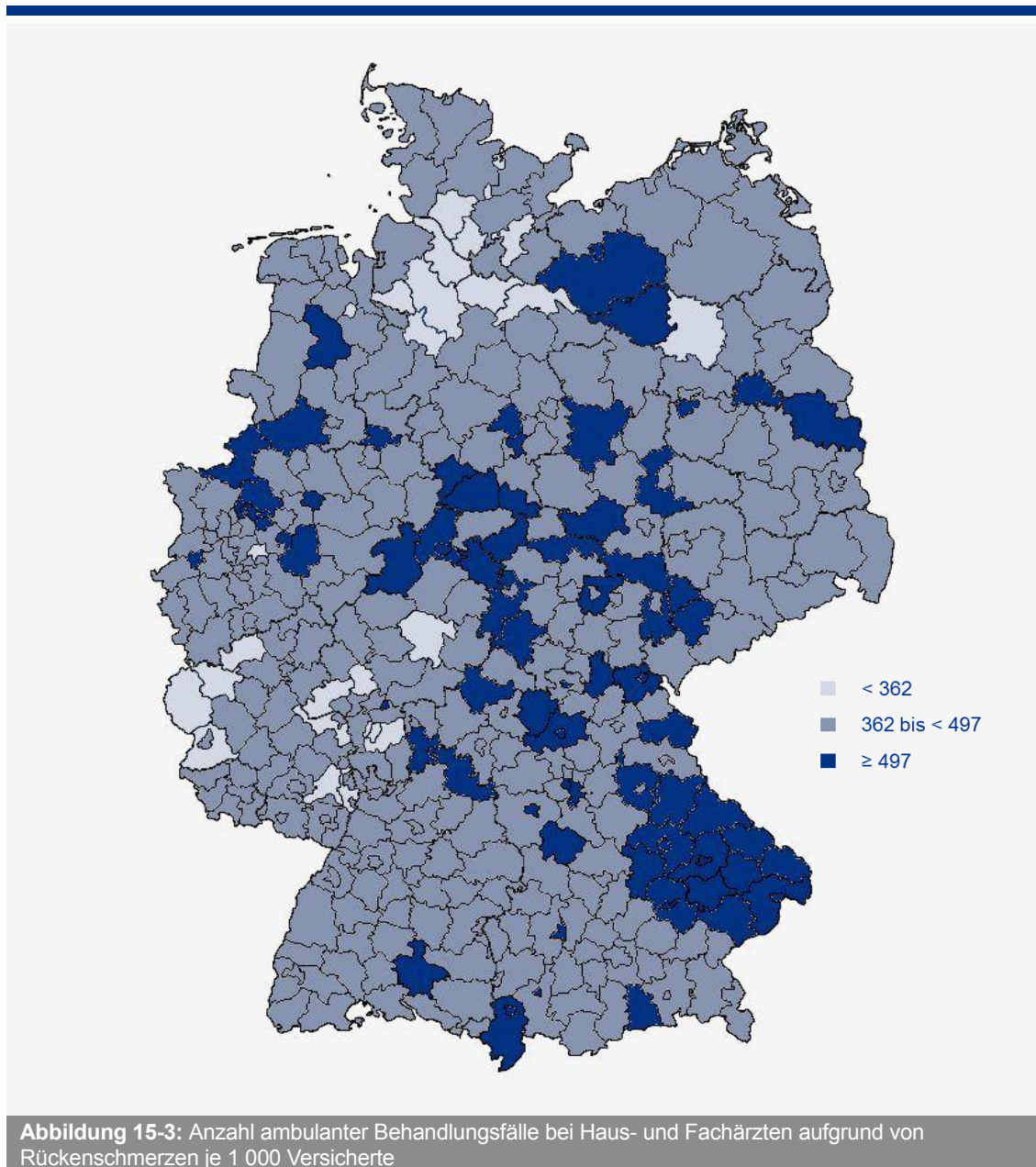


**Abbildung 15-2:** Anteil der AOK-Versicherten, die im Jahr 2010 aufgrund von Rückenschmerzen einen Arzt aufgesucht haben

Differenziert nach Altersklassen und Geschlecht.

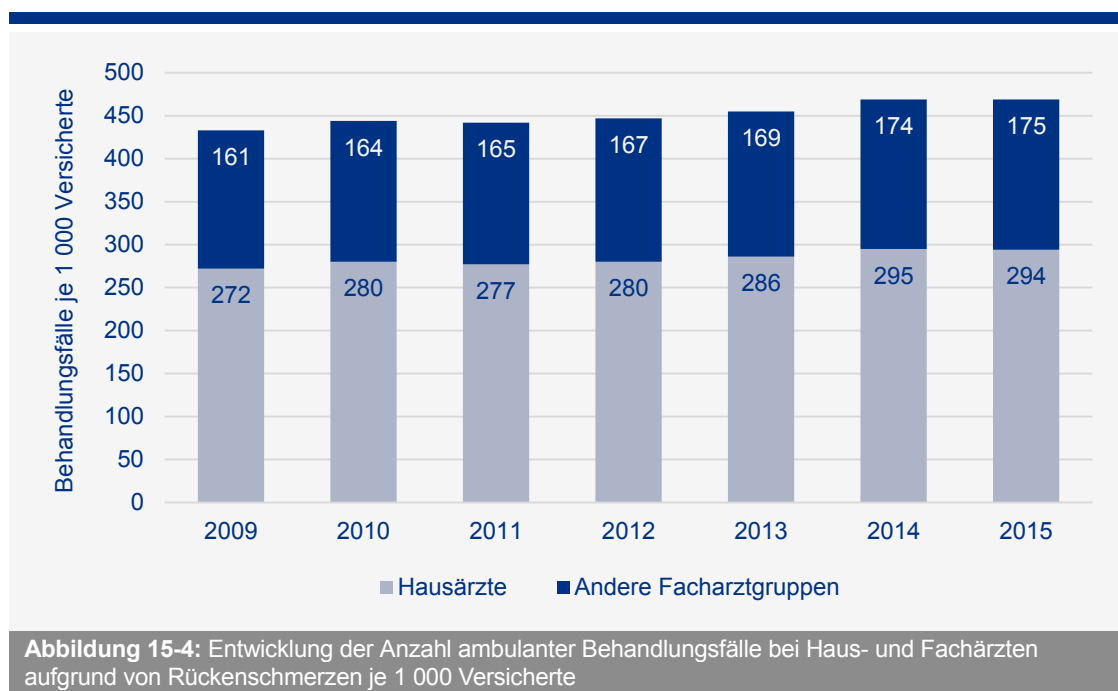
Quelle: Chenot et al. (2014). Grafisch angepasst.

**1037.** Doch unterscheidet sich die Konsultationsprävalenz nicht nur nach Alter, sondern auch nach Regionen. Eine Analyse der Anzahl der Behandlungsfälle bei Haus- und Fachärzten aufgrund von Rückenschmerzen je 1 000 Versicherte (standardisiert für Alter und Geschlecht) zeigt ein regional heterogenes Bild (Andersohn/Walker 2016). Bereits auf der Ebene der Bundesländer sind die Unterschiede erheblich, hier reichen sie von 370 je 1 000 Versicherte in Hamburg bis 509 je 1 000 Versicherte in Berlin. Doch auf Kreisebene zeigen sich noch eklatantere Unterschiede – so wurde die geringste Anzahl von Behandlungsfällen für den Kreis Verden mit 305 pro 1 000 Versicherte ermittelt, Spitzenreiter ist der Kreis Dingolfing-Landau mit 730 pro 1 000 Versicherte (siehe Abbildung 15-3).



**1038.** Obwohl die Konsultationsprävalenz insgesamt hoch erscheint, führen Rückenschmerzen oftmals auch nicht zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen: Laut einer Befragung aus dem Jahr 2009 sucht nur ca. ein Viertel der Personen mit Rückenschmerzen deswegen tatsächlich einen Arzt auf (Chenot et al. 2009). Eine Befragung aus dem Jahr 2016 ergab, dass 45 % der Personen mit Rückenschmerzen innerhalb der letzten zwölf Monate medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben (Marstedt 2016). Es ist dabei nicht bekannt, ob diese Arztkontakte erfolgen, weil die Patienten Diagnostik und Behandlung erwarten oder ob lediglich eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigt wird.

**1039.** Eine Analyse der ambulanten Behandlungsfälle nach Arztgruppe zeigte, dass Patienten mit Rückenschmerzen häufiger einen Hausarzt als einen Facharzt aufsuchten – das Verhältnis lag bei 63 % Hausarzt zu 37 % Facharzt (Andersohn/Walker 2016) (siehe Abbildung 15-4). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass ein Patient mehr als einen Behandlungsfall auslösen und sowohl einen Haus- als auch einen Facharzt innerhalb eines Jahres aufsuchen kann. Eine Untersuchung der Konsultationsrate nach Fachrichtung der behandelnden Ärzte im Jahr 2010 zeigte, dass 56,1 % der Patienten mit Rückenschmerzen ausschließlich den Hausarzt, weitere 10,4 % einen spezifischen Facharzt<sup>295</sup> und 27,5 % der Patienten sowohl einen Hausarzt als auch einen spezifischen Facharzt konsultiert haben; die Behandlung durch Fachärzte erfolgte überwiegend durch Orthopäden (Chenot et al. 2014). Die Annahme, dass Orthopäden als Spezialisten für das muskuloskeletale System bevorzugt von Patienten mit besonders schweren Beeinträchtigungen aufgesucht würden und dadurch ein anderes Patientenkollektiv als bei Hausärzten behandelt würde, bestätigte sich nicht (Chenot et al. 2009).



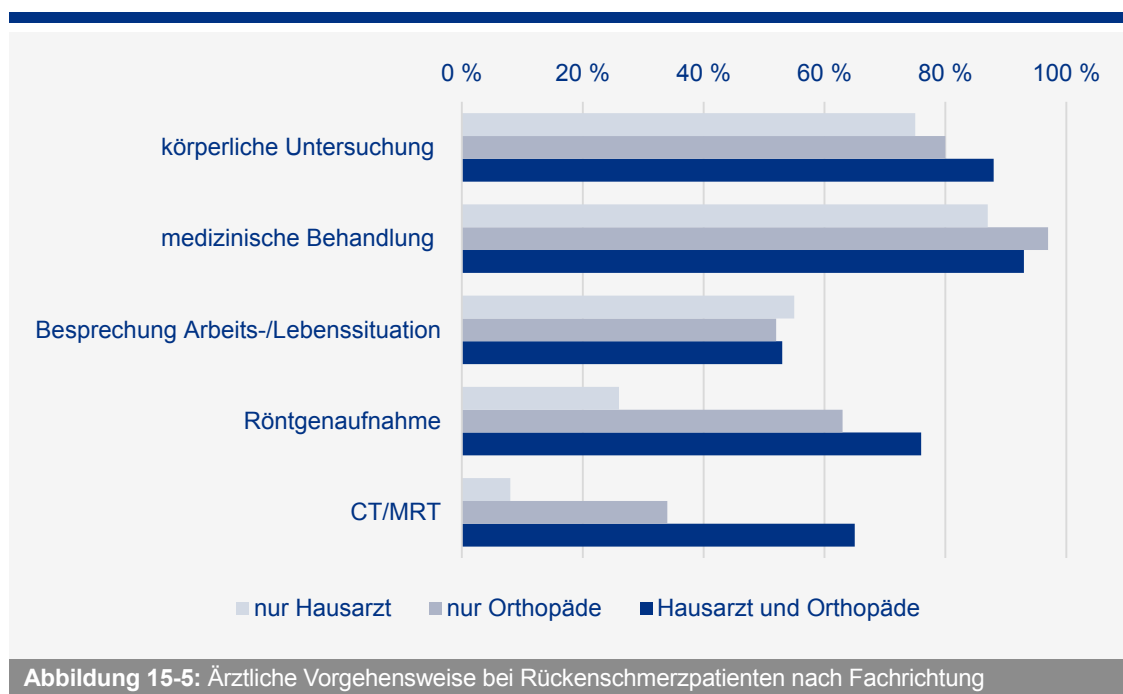
Standardisiert nach Alter, Geschlecht und Region.

Quelle: Andersohn/Walker (2016). Grafisch angepasst.

**1040.** Eine mögliche Erklärung für die hohe Konsultationsrate beim Hausarzt könnte darin begründet sein, dass die Betroffenen kurzfristig eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung benötigen. Der erhöhte Anteil chronisch Kranker (Diabetes, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz) mit Rückenschmerzen legt allerdings noch eine weitere Überlegung nahe: Wenn Patienten aufgrund einer anderen chronischen Erkrankung ohnehin regelmäßig ihren Hausarzt aufsuchen, werden gleichzeitig auch bestehende Rückenprobleme thematisiert (Chenot et al. 2009; Chenot et al. 2014).

<sup>295</sup> Fachärzte für Orthopädie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Neurologie, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Radiologie wurden dabei als fachspezifische Versorger bei Rückenschmerz verstanden. Weitere 6 % der Patienten suchten sonstige, hier nicht genannte Fachärzte auf.

**1041.** Die Empfehlungen der Ärzte an die Rückenschmerzpatienten wurden in einer Befragung ebenfalls erhoben (Marstedt 2016): Sowohl Hausärzte als auch Orthopäden empfahlen den Betroffenen in mindestens 80 % der Fälle körperliche Bewegung, wobei Ruhe und Schonung doppelt so oft von Hausärzten empfohlen wurden wie von Orthopäden. In 28 % der Fälle wurde dem Patienten vom Hausarzt allerdings auch mitgeteilt, dass der Rücken „kaputt“ oder „verschlissen“ sei, bei Orthopäden lag dieser Erklärungsanteil bei 44 % (Marstedt 2016). Bei der körperlichen Untersuchung, der Besprechung der Lebens- und/oder Arbeitssituation sowie bei medizinischen Behandlungen wie beispielsweise Physiotherapie, Akupunktur und Massagen zeigten sich zwischen den beiden Fachrichtungen nur geringfügige Unterschiede. Es gab jedoch wesentliche Unterschiede hinsichtlich des Einsatzes von bildgebenden Maßnahmen (Marstedt 2016): Bei Rückenschmerzpatienten, die ausschließlich den Orthopäden oder zusätzlich noch den Hausarzt aufsuchten, wurde ca. dreimal so häufig eine Röntgenuntersuchung bzw. bis zu achtmal so häufig eine Untersuchung mithilfe der Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie (MRT) angeordnet (siehe Abbildung 15-5) wie bei den Patienten, die nur den Hausarzt konsultierten.



CT = Computertomografie, MRT = Magnetresonanztomografie.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Marstedt (2016).

**1042.** Neben der Behandlung von Rückenschmerzpatienten in der Regelversorgung versorgen die niedergelassenen Ärzte Rückenschmerzen auch als „Notfall“ (zur Notfallversorgung von Rückenschmerzen im Krankenhaus siehe Abschnitt 15.3.1). Die Diagnose M54 lag im Jahr 2015 mit 660 912 Fällen (3,21 %) sogar auf Platz 2 der häufigsten Diagnosen in der notfallmäßigen Versorgung durch niedergelassene Ärzte<sup>296</sup> (siehe Tabelle 15-1).

<sup>296</sup> Als Notfall gewertet wurden alle Fälle im ärztlichen Bereitschaftsdienst (außerhalb der typischen Sprechstunden) sowie die als Notfall kodierten Fälle in der regulären vertragsärztlichen Versorgung.

ICD-10	Diagnose	Anzahl der Fälle in Tausend	Anteil an allen Diagnosen
J06	Akute Infektion an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	817	3,97 %
M54	Rückenschmerzen	661	3,21 %
I10	Essenzielle (primäre) Hypertonie	454	2,21 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	446	2,17 %
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	396	1,93 %
J03	Akute Tonsillitis	364	1,77 %
A09	Sonstige nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	345	1,68 %
J20	Akute Bronchitis	310	1,51 %
H10	Konjunktivitis	302	1,47 %
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	243	1,18 %

**Tabelle 15-1:** Die zehn häufigsten Diagnosen im ärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. als Notfall kodierte Diagnosen in der regulären vertragsärztlichen Versorgung (zusammengefasst) im Jahr 2015

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2017).

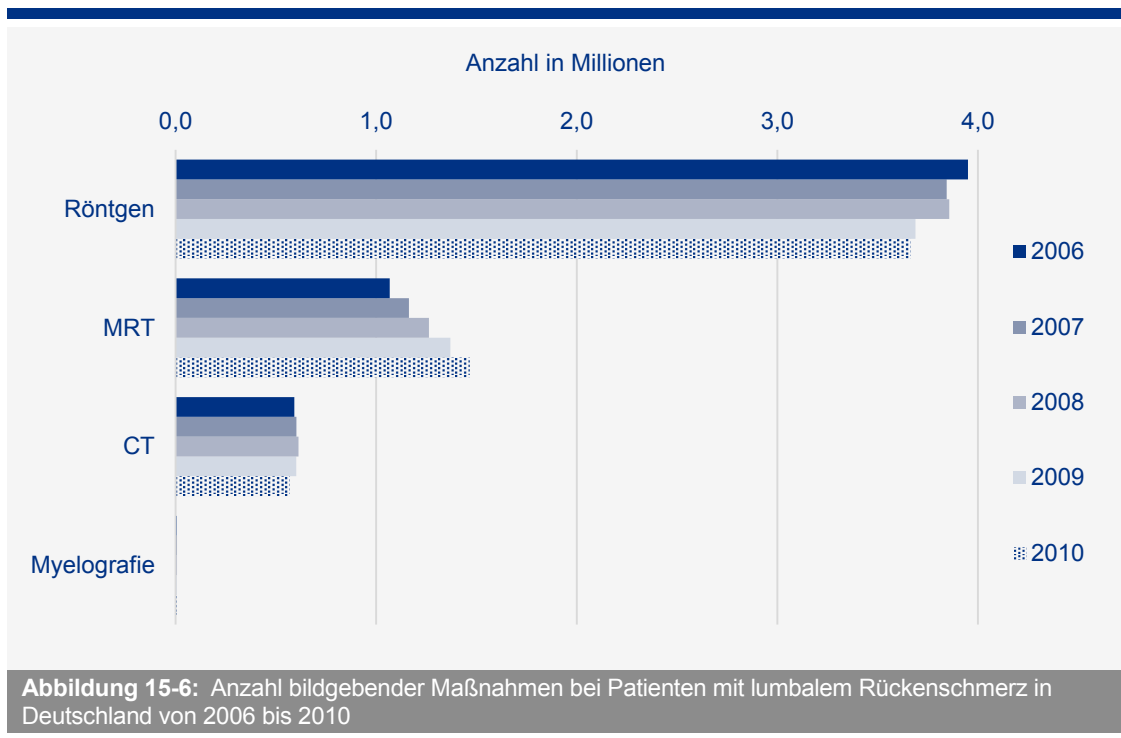
### 15.2.2 Bildgebende diagnostische Verfahren

**1043.** In den vergangenen Jahren wiesen verschiedene Berichte und Analysen auf eine vermutlich zu häufige bildgebende Diagnostik bei Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen hin (Andersohn/Walker 2016; Bertelsmann Stiftung 2016; Horenkamp-Sonntag et al. 2014; Linder et al. 2014, 2016; Marstedt 2016).

**1044.** Die Entwicklung der bildgebenden diagnostischen Verfahren für die Jahre 2006 bis 2010 ist in Abbildung 15-6 und Abbildung 15-7 dargestellt. Hochgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung wurden in diesem 5-Jahres-Zeitraum insgesamt 28,3 Millionen Gebührenordnungspositionen (GOPs)<sup>297</sup> abgerechnet. Der absolute Anstieg der GOPs zwischen 2006 und 2010 fällt mit knapp 100 000 Positionen, was einer Zunahme um ca. 1,6 % entspricht, eher gering aus. Abbildung 15-6 verdeutlicht allerdings, dass es eine deutliche Verschiebung zwischen den einzelnen Maßnahmen gegeben hat. So ist die Zahl der durchgeführten Röntgenuntersuchungen um 7,2 %, die Zahl der durchgeführten CTs um 3,7 % zurückgegangen. Bei der Entwicklung der MRTs zeigt sich ein umgekehrtes Bild: Von insgesamt gut 1 Million abgerechneten Untersuchungen im Jahr 2006 stieg die Anzahl der GOPs auf 1,5 Millionen MRT-Untersuchungen im Jahr 2010 an. Dies entspricht einem Anstieg von 37,4 % innerhalb von fünf

<sup>297</sup> Die hier untersuchten GOPs umfassen: 34 221 „Röntgenaufnahmen von Teilen der Wirbelsäule“, 34 222 „Röntgenaufnahmen der gesamten Wirbelsäule“, 34 223 „Myelografien“, 34 311 „CT-Untersuchungen von Teilen der Wirbelsäule“ und 34 411 „MRT-Untersuchungen von Teilen der Wirbelsäule“.

Jahren. Myelografien<sup>298</sup> haben im 5-Jahres-Zeitraum zugenommen, spielen jedoch in absoluten Werten bei der Entwicklung der bildgebenden Verfahren eine stark untergeordnete Rolle.



Die Anzahl der Myelografien bewegte sich in diesem Zeitraum zwischen 5 199 und 7 331, in der Abbildung daher kaum erkennbar.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Chenot et al. (2014).

**1045.** Abbildung 15-7 zeigt den Anteil der Rückenschmerzpatienten, für die die jeweiligen Untersuchungsmethoden abgerechnet wurden. Der Patientenanteil mit einer abgerechneten Röntgenaufnahme ist zwischen 2006 und 2010 um 2,3 Prozentpunkte auf einen Anteil von 22,1 % gesunken. Der Anteil der Patienten, bei denen eine MRT-Untersuchung durchgeführt wurde, ist hingegen um 2,1 Prozentpunkte auf 9,1 % im gleichen Zeitraum gestiegen. Diese Entwicklung lässt vermuten, dass eine Substitution von Röntgenaufnahmen und CT-Untersuchungen durch die strahlenhygienisch unbedenklichen, jedoch vergleichsweise teureren MRT-Untersuchungen stattgefunden hat. Die MRT-Bilder sind einerseits in der Regel deutlich aufschlussreicher, andererseits liefern sie durch die genauere Darstellung auch mehr Befunde, deren klinische Relevanz unklar ist (Hansen et al. 2016; Maher et al. 2017; Maus 2010).

<sup>298</sup> Radiologische Darstellung der Wirbelsäule und des Spinalkanals mit Kontrastmittel, die zum Einsatz kommt, wenn z. B. auf Grund von metallischen Implantaten keine MRT möglich ist.

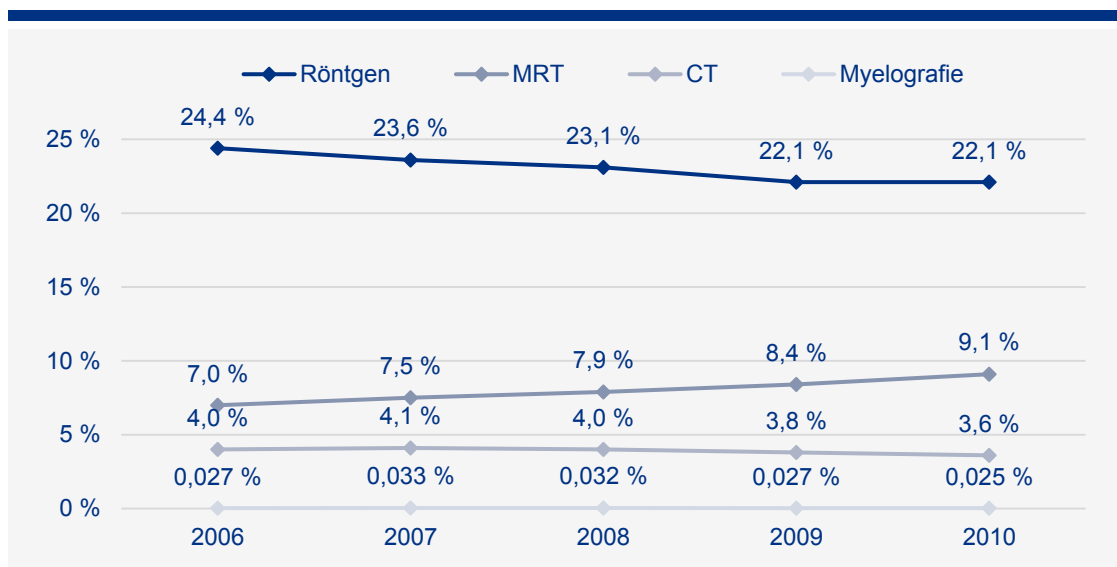


Abbildung 15-7: Anteil der Rückenschmerzpatienten mit Bildgebung von 2006 bis 2010

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Chenot et al. (2014).

**1046.** Nach NVL sollte die Bildgebung nur in wenigen Fällen innerhalb der ersten sechs Wochen stattfinden. Die quartalsweise Erfassung von Diagnosedaten in der vertragsärztlichen Versorgung erschwert jedoch die Analyse der Leitlinien-treue, da hieraus der zeitliche Ablauf nicht exakt hervorgeht. In einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) wurde durch die Untersuchung einer Subpopulation von TK-Versicherten, für die zusätzlich zur ambulanten Diagnose M54 („Rückenschmerzen“) auch tagesgenaue Arbeitsunfähigkeitsinformationen aufgrund von Rückenschmerzen vorlagen, eine genauere Abschätzung versucht, die aber ebenfalls mit starken methodischen Limitationen versehen ist (Linder et al. 2016). Die Analyse der Versichertendaten ergab, dass in mehr als 90 % der Fälle keine verfrühte radiologische Bildgebung<sup>299</sup> vorgenommen und die NVL dementsprechend adäquat umgesetzt wurde. Sofern jedoch eine Bildgebung erfolgte, fand sie in 28,7 % der Fälle innerhalb der ersten sechs Wochen nach einer M54-Erstdiagnose statt (Linder et al. 2016). Eine Hochrechnung auf Basis dieser Daten kommt zu dem Ergebnis, dass bei jährlich knapp 50 000 GKV-Versicherten eine Bildgebung zu früh durchgeführt wird, was in der GKV zu Mehrausgaben in Höhe von ca. 3 Millionen Euro pro Jahr führt (Linder et al. 2014).

**1047.** Die Bildgebung hilft zumeist nicht, die Ursache des Rückenschmerzes zu identifizieren, zumal nahezu alle Personen – unabhängig von spürbaren Beschwerden – ab einem Alter von 60 Jahren im MRT Anzeichen für eine degenerative Veränderung an der Wirbelsäule aufweisen (Maher et al. 2017). Darüber hinaus trägt die diagnostische Bildgebung bei Rückenschmerzpatienten nur begrenzt zur Therapiesteuerung bei und kann zudem auch negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf der betroffenen Patienten haben (Chenot et al. 2014; Chou et al. 2009a). Dem entgegen steht, dass die Diagnostik nicht nur der Diagnosestellung dient, sondern vor allem dem Ausschluss gefährlicher, pathologischer Ursachen (Brinjikji et al. 2015; Maher et al. 2017; Maus 2010).

<sup>299</sup> Zu den in der Analyse erfassten GOPs zählen: diagnostische Radiologie (konventionell), CT, MRT, Osteodensitometrie, Szintigrafie und Radionuklide. Für weitere Details vgl. Linder et al. 2016.

**1048.** Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es Hinweise auf eine Überversorgung mit bildgebender Diagnostik gibt, die vorhandenen Auswertungen aber aufgrund verschiedener methodischer Limitationen eine begrenzte Aussagekraft aufweisen.

### 15.2.3 Erklärungsansätze für das *Evidence-Practice Gap*

**1049.** Es stellt sich die Frage, warum tendenziell zu viel und ggf. zu früh eine bildgebende Untersuchung durchgeführt wird und deutsche und internationale Leitlinien somit nicht berücksichtigt werden (*Evidence-Practice Gap*).

**1050.** Die Autoren eines systematischen Reviews und einer Metasynthese von insgesamt 17 qualitativen Studien aus dem Vereinigten Königreich, Kanada, den Niederlanden, den Vereinigten Staaten, Deutschland, Israel, Neuseeland und Norwegen fassten vielfältige mögliche Ursachen einer mangelnden Leitlinienadhärenz zusammen (Slade et al. 2016): So gaben Ärzte z. B. die Auskunft, dass sie sich durch Leitlinien in der Auswahl von therapeutischen Optionen eingeschränkt fühlen würden, dass sie nicht mit den Inhalten und dem Entstehungsprozess von Leitlinien vertraut seien oder dass die in den Leitlinien empfohlenen Maßnahmen ihrer Meinung nach nicht implementierbar seien. Durch Leitlinien werde die Behandlung des Patienten auf die Anwendung eines Algorithmus reduziert. Andere berichteten davon, dass die Bildgebung dabei helfe, den Patienten über seine Erkrankung aufzuklären, ihm Angst zu nehmen und seinen Optimismus zu fördern. Teilweise orientieren die Ärzte auch den Einsatz bildgebender Verfahren an den Erwartungen und dem Hintergrund des individuellen Patienten. Manche Ärzte nutzen Bildgebung auch, um Konflikten mit dem Patienten aus dem Weg zu gehen und um die Arzt-Patienten-Beziehung positiv zu beeinflussen. Des Weiteren wurde von den befragten Ärzten angegeben, dass sie sich von der Vielzahl verschiedener Leitlinien überfordert fühlen würden und keine Zeit hätten, sich im Detail mit allen Leitlinien zu befassen. Auch der Glaube daran, immer eine spezifische Diagnose finden zu können, führt zum Einsatz von Bildgebung, ebenso wie der Wunsch, schlimmere Ursachen ausschließen zu können, um nicht versehentlich falsch zu behandeln.

**1051.** Einer US-amerikanischen Untersuchung zufolge werden knapp 20 % der bildgebenden Untersuchungen bei Orthopäden aus forensischen Gründen veranlasst und Ärzte, die bereits ein Haftpflichtverfahren durchlaufen haben, werden zukünftig noch mehr Bildgebung verordnen (Dagenais et al. 2014).

**1052.** Weitere mögliche Erklärungsansätze für die überhöhte Inanspruchnahme von bildgebenden Untersuchungen in Deutschland liefert auch die oben bereits zitierte telefonische Befragung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, die u. a. der Frage nachging, inwieweit Patientenerwartungen die Häufigkeit von bildgebenden Untersuchungen beeinflussen (Marstedt 2016). Das Ergebnis zeigt u. a., dass mindestens jeder Zweite der Meinung ist, dass Rückenschmerzen nicht von allein verschwinden, bei Beschwerden immer ein Arzt aufgesucht werden muss und man sich bei Rückenschmerzen schonen sollte. Darüber hinaus sind 69 % der Befragten der Meinung, dass eine bildgebende Untersuchung mittels Röntgenbild, CT oder MRT eine schnelle und zuverlässige Methode ist, um die schmerzauslösende Ursache zu finden. Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass 60 % der Befragten die Erwartung haben, dass eine bildgebende Untersuchung schnellstmöglich von ihrem behandelnden Arzt durchgeführt werden sollte (siehe Abbildung 15-8). Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Befragten eine starke



„Medizinaffinität“ aufweisen sowie zu einer „Abnormitätsdeutung“ bei Rückenschmerzen neigen.

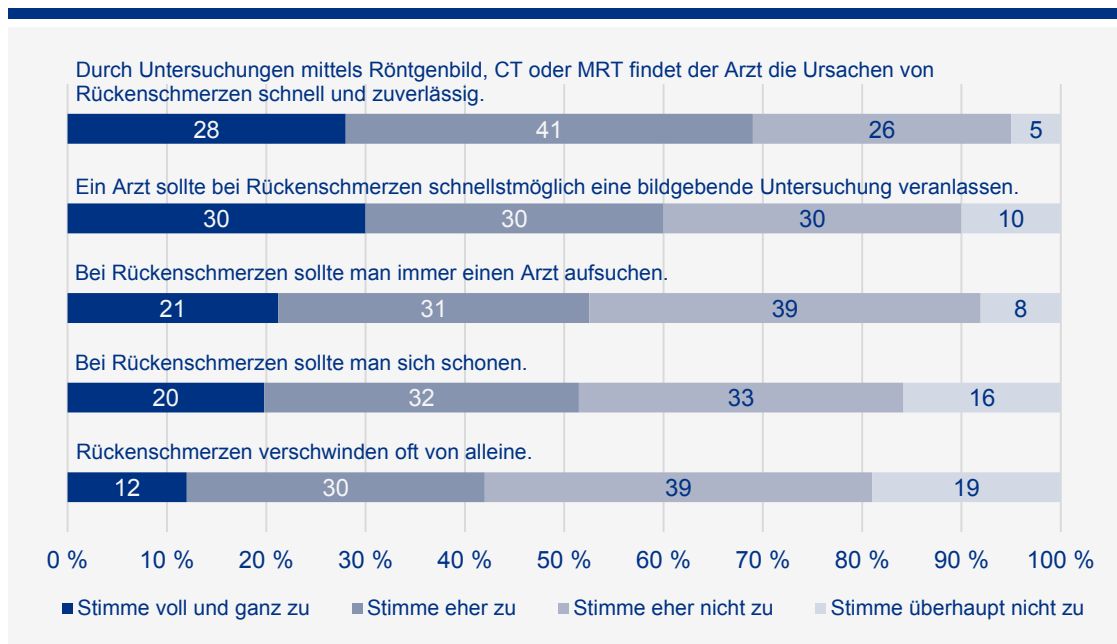


Abbildung 15-8: Befragung von Patienten zu ihrer Meinung und ihrem Verhalten bei Rückenschmerzen

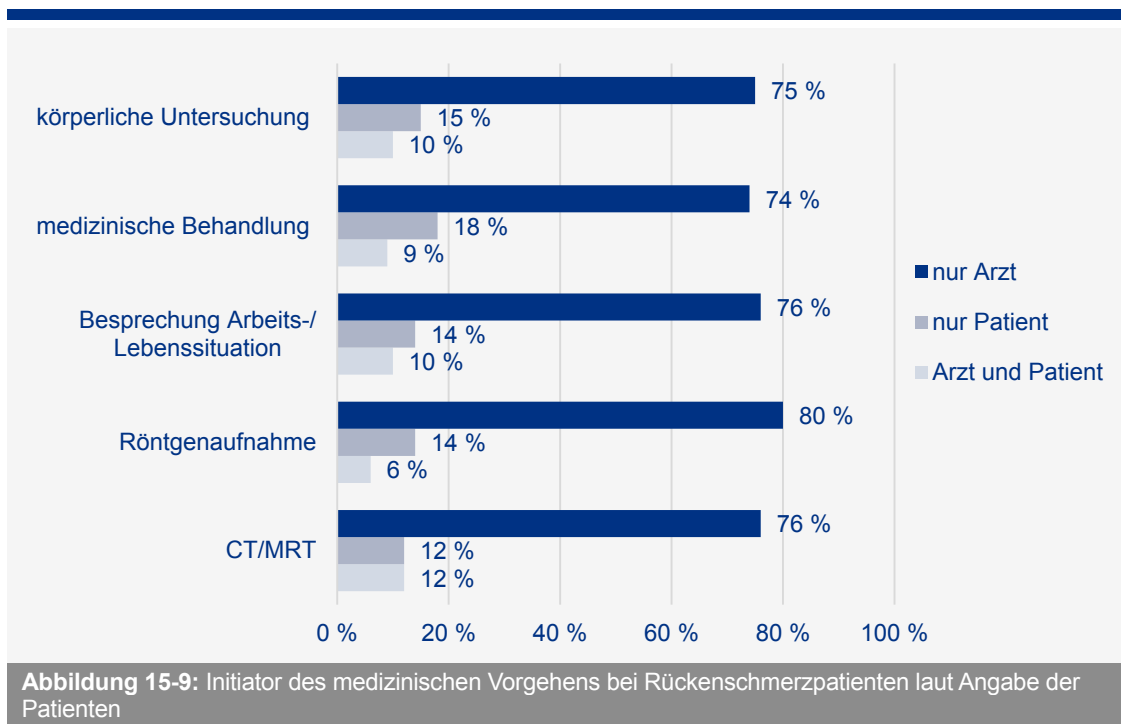
Die Antwortmöglichkeiten „keine Antwort“ bzw. „weiß nicht“ wurden in der Darstellung weggelassen. Durch Rundungsdifferenzen ergibt die Zeilensumme nicht immer 100 %.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Marstedt (2016).

**1053.** Wie bereits in Abbildung 15-8 ersichtlich, wird die bildgebende Diagnostik von einem Großteil der Patienten gewünscht und zu einem nicht näher bezifferbaren Anteil auch erwartet.<sup>300</sup> Auch in Befragungen von Ärzten zur Implementierung von leitliniengerechter Behandlung bei Rückenschmerzpatienten gaben die Ärzte an, dass sie zwar den Inhalt der Leitlinien für richtig hielten, dass er aber nicht kongruent sei mit den Patientenwünschen (Chenot et al. 2008). Abbildung 15-9 zeigt, in wie vielen Fällen der Anbieter (Arzt) oder Patient (Nachfrager) die im Therapieverlauf realisierten Maßnahmen nach Aussage der Patienten vorgeschlagen hat. Das Ergebnis der Befragung scheint eindeutig: Gut drei Viertel der Befragten gaben an, dass sowohl die kurative als auch die diagnostische Maßnahme ausschließlich vom Arzt vorgeschlagen wurde. Eine Unterscheidung nach Facharztrichtung führt dabei zu keinen wesentlichen Unterschieden in der Verordnungshäufigkeit. Umgekehrt gaben zwischen 12 % und 18 % der Befragten an, dass eine medizinische Behandlung, Röntgenaufnahme oder CT-/MRT-Untersuchung von ihnen selbst vorgeschlagen wurde. Obwohl es sich um ein deutliches Ergebnis handelt, sollte bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass Patienten ihren eigenen Einfluss auf die durchgeführte Behandlung ggf. unterschätzen und dem Arzt die Verordnung der Maßnahme zuordnen. Es bleibt letztlich unklar, wie stark die Zunahme der bildgebenden Maßnahmen von der Anbieterseite gesteuert wurde. Unabhängig davon, ob die

<sup>300</sup> Insbesondere die beiden Aussagen „Durch Untersuchungen mittels Röntgenbild, CT oder MRT findet der Arzt die Ursachen von Rückenschmerzen schnell und zuverlässig“ und „Ein Arzt sollte bei Rückenschmerzen schnellstmöglich eine bildgebende Untersuchung veranlassen“ lassen vermuten, dass die Zunahme der bildgebenden Maßnahmen auch zu einem erheblichen Teil durch die Nachfrageseite zu begründen ist.

Bildgebung vom Arzt oder durch den Wunsch des Patienten initiiert wurde, gilt die Vermeidung von Bildgebung bei unspezifischem Rückenschmerz als erstrebenswert. Hier setzen z. B. die Patienteninformationen an, die im Zusammenhang mit der NVL entwickelt wurden. In leicht verständlicher Sprache wird darin z. B. erläutert, warum Röntgen, CT und MRT bei akuten Rückenschmerzen in der Regel nicht nötig sind (BÄK et al. 2017b).



CT = Computertomographie, MRT = Magnetresonanztomographie.

Quelle: Marstedt (2016). Grafisch angepasst.

#### 15.2.4 Medikamentöse Therapie

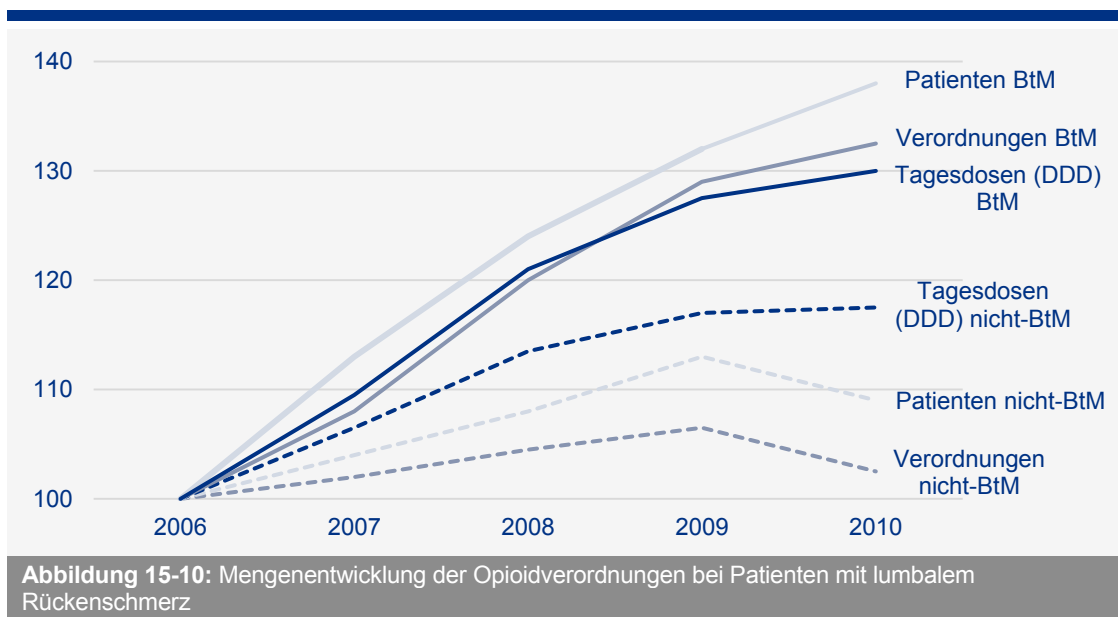
**1054.** Zur Behandlung von Rückenschmerzen sind Medikamente zur Schmerzlinderung indiziert. Es handelt sich um eine überwiegend symptomatische Behandlung, die helfen kann, dass Betroffene frühzeitig ihre üblichen Aktivitäten wieder aufnehmen können (BÄK et al. 2017a). Die kurzzeitige schmerzlindernde und funktionsverbessernde Wirksamkeit bei akuten und chronischen Rückenschmerzen wurde in mehreren Übersichtsarbeiten belegt (Abdel et al. 2014; Chung et al. 2013; Kuijpers et al. 2011; Roelofs et al. 2008). Es muss davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl von Rückenschmerzpatienten rezeptfreie Medikation u. a. aus der Gruppe der nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) in der Apotheke erwirbt, dies kann allerdings nicht quantifiziert werden. Die NVL empfiehlt NSAR zur Behandlung nichtspezifischer Rückenschmerzen in der niedrigsten wirksamen Dosierung und weist darauf hin, dass die Anwendung so kurzzeitig wie möglich erfolgen soll (BÄK et al. 2017a). In höherer Wirkstärke sind NSAR auch verordnungsfähig. So wurden laut Arzneiverordnungs-Report im Jahr 2016 897,9 Millionen *defined daily doses* (DDDs) an NSAR verordnet (Böger/Schmidt 2017b). Laut TK-Gesundheitsreport aus dem Jahr 2017 rangiert die Gruppe der nicht steroidalen Antiphlogistika und Antirheumatika (ATC-Kode: M01A) auf Platz 1 der am häufigsten verordneten Präparate (TK 2017b). Da diese Präparate bei verschiedenen Schmerz- und

Entzündungsvorgängen verordnet werden, erlauben diese Verordnungszahlen ohne zugrunde liegende Indikation jedoch keine Rückschlüsse auf die NSAR-Verordnungshäufigkeit bei Rückenschmerzpatienten.

**1055.** Gemäß dem Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Einsatz von Schmerzmitteln besteht die nächste Stufe der medikamentösen Schmerzbehandlung in einer zusätzlichen Anwendung zunächst niedrigerpotenter und schließlich hochpotenter Opioidanalgetika. Die Anwendung von Opioiden bei akuten Rückenschmerzen ist umstritten, da die Datenlage zur Wirksamkeit unzureichend ist (BÄK et al. 2017a). Der frühe Einsatz von Opioiden war in einer US-amerikanischen Studie assoziiert mit anhaltender Behinderung, einem höheren Risiko für Operationen sowie der langfristigen Anwendung von Opioiden (Webster et al. 2007). Bei chronischen Rückenschmerzen können Opioide laut NVL und der S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen“ zeitlich begrenzt (in der Regel vier bis zwölf Wochen) eingesetzt werden, der Therapieerfolg soll regelmäßig evaluiert werden (BÄK et al. 2017a; DGSS 2015). Eine Verringerung bzw. ein Absetzen soll angestrebt werden, da weder die Überlegenheit gegenüber nicht steroidal entzündungshemmenden Mitteln noch der Nutzen für die Langzeitanwendung belegt ist (Chaparro et al. 2014; White et al. 2011). Möglicherweise beeinflusst eine Opioidverordnung den weiteren Verlauf sogar ungünstig (Volinn et al. 2009). Auf der anderen Seite konnte eine Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage bei kontinuierlicher Opioidverordnung gezeigt werden (Höer et al. 2011).

**1056.** In den letzten zwei Dekaden nahm die Opioidverordnung vor allem bei chronischen nicht tumorbedingten Schmerzen deutlich zu. Im Zeitraum von 2000 bis 2010 stieg der Anteil der Versicherten mit mindestens einer Opioidverordnung laut einer Auswertung von Daten der AOK Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen von 3,31 % auf 4,53 %, was einem relativen Zuwachs von 37 % entspricht (Schubert et al. 2013). Opioide wurden demnach in 77 % der Fälle zur Behandlung des Nichttumorschmerzes eingesetzt, der Anteil der Langzeitbehandlungen mit Opioiden nahm dabei deutlich zu (Schubert et al. 2013). Eine Auswertung von Versichertendaten der BARMER der Jahre 2006 bis 2009 zeigt für Versicherte ohne Tumorerkrankung eine Zunahme bei der Verordnung hochpotenter Opioide (WHO-Stufe III), aber eine Abnahme der Verordnung niedrigerpotenter Opioide (WHO-Stufe II; Marschall/L'hoest 2011). Der allgemeine Anstieg in der Opioidverordnung wird auch durch Auswertungen im Arzneiverordnungs-Report aus dem Jahr 2017 bestätigt (Böger/Schmidt 2017a). So stieg die Verordnung von Opioidanalgetika von 342 Millionen DDDs im Jahr 2007 auf 415 Millionen DDDs im Jahr 2016 an. Die Verordnung der nichtopioiden Analgetika stieg im gleichen Zeitraum von 169 auf 228 Millionen DDDs.

**1057.** Aus dem oben beschriebenen generellen Verordnungsanstieg können aber zunächst keine direkten Rückschlüsse auf eine zunehmende Opioidverordnung bei Rückenschmerzpatienten gezogen werden. Dem Versorgungs-Report 2013/2014 ist allerdings auch die Mengenentwicklung der Opioidverordnungen bei Patienten mit lumbalen Rückenschmerzen zwischen 2006 und 2010 zu entnehmen (siehe Abbildung 15-10). Der Verordnungszuwachs von hochpotenten Opioiden, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen und eine entsprechende Verordnung auf einem Betäubungsmittelrezept erfordern, ist mit einem Plus von über 30 % deutlich stärker als bei den niedrigerpotenten Opioiden, die auf einem „normalen Rezept“ (Muster 16) verordnet werden können. Bei letztgenannten Opioiden war im letzten Jahr sogar ein leicht rückläufiger Trend erkennbar (Chenot et al. 2014).



Veränderungen zum Jahr 2006, hochgerechnet auf die deutsche Wohnbevölkerung, adjustiert nach Alter und Geschlecht.

BtM = unter das Betäubungsmittelgesetz fallend, DDD = *defined daily dose*, nicht-BtM = nicht unter das Betäubungsmittelgesetz fallend.

Quelle: Chenot et al. (2014). Grafisch angepasst.

### 15.2.5 Nichtmedikamentöse Behandlungsansätze

**1058.** Rückenschmerzen können auch mit physikalischen und anderen nichtmedikamentösen Therapieverfahren behandelt werden. Unter dem Begriff „Physikalische Therapie“ werden Therapieverfahren zusammengefasst, die auf physikalischen Methoden wie Wärme, Kälte, Druck oder elektrischen Reizen beruhen. Die Begriffe „Physikalische Therapie“ und „Physiotherapie“ werden teilweise synonym verwendet, teilweise wird die physikalische Therapie auch als Teilbereich der Physiotherapie angesehen. Als weitere nichtmedikamentöse Behandlungsansätze sind z. B. Akupunktur, aber auch Interventionen wie Bewegungstherapie, Verhaltenstherapie und Rehabilitationssport zu nennen.

**1059.** In der NVL zum nichtspezifischen Rückenschmerz werden u. a. auch Empfehlungen zu nichtmedikamentösen Therapieansätzen gegeben (BÄK et al. 2017a). Viele Empfehlungen sind dabei Negativempfehlungen – nicht angewendet werden sollen/sollten demnach bei akuten, subakuten oder chronischen Rückenschmerzen: Bettruhe, Interferenzstromtherapie, Kälte-therapie, Kinesiotaping, Kurzwellendiathermie, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, medizinische Hilfsmittel, perkutane elektrische Nervenstimulation (PENS), Traktion mit Gerät, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) und therapeutischer Ultraschall (BÄK et al. 2017a). Eine positive Empfehlung – d. h. Therapieansätze, die angewendet werden sollen oder sollten – wird für Bewegung/Bewegungstherapie/Rehabilitationssport sowie für Verhaltenstherapie bei subakuten und chronischen Rückenschmerzen und zusätzlich für die progressive Muskelrelaxation bei chronischen Rückenschmerzen ausgesprochen. Daneben gibt es eine Reihe von Kann-Empfehlungen z. B. zu Akupunktur, manueller Therapie, Massage, Rückenschule und Wärmetherapie – teilweise mit Einschränkungen zur Patientengruppe (siehe Tabelle 15-2).

Therapieform	Rückenschmerzen		
	akut	subakut	chronisch
Akupunktur	Kann angewendet werden (bei unzureichendem Erfolg symptomatischer und medikamentöser Therapien in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen in möglichst wenigen Sitzungen)	Keine Aussage	Kann angewendet werden
Bewegung und Bewegungstherapie	Kann angewendet werden (kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien, kann zur Behandlung akuter nichtspezifischer Rückenschmerzen bei unzureichendem Heilungsverlauf und Einschränkungen der körperlichen Funktionsfähigkeit zur Unterstützung der körperlichen Aktivität)	Soll angewendet werden (zur primären Behandlung – kombiniert mit edukativen Maßnahmen nach verhaltenstherapeutischen Prinzipien, zur Unterstützung der körperlichen Aktivität)	
Bewegung: speziell Rehabilitationssport	Keine Aussage	Sollte empfohlen werden (Teilnahme an einer Rehabilitationssport- bzw. Funktionstrainingsgruppe – unter folgenden Bedingungen: anhaltende alltagsrelevante Aktivitätseinschränkungen; Gefährdung der beruflichen Wiedereingliederung)	
Entspannungsverfahren (hier: Progressive Muskelrelaxation)	Kann angewendet werden (bei erhöhtem Chronifizierungsrisiko)		Sollte angewendet werden
Ergotherapie	Soll nicht angewendet werden	Keine Aussage	Kann angewendet werden (im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme)
Manuelle Therapie (Manipulation/ Mobilisation)	Kann angewendet werden		
Massage	Soll nicht angewendet werden	Kann angewendet werden (in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen)	
Rückenschule	Kann angewendet werden (wenn sie auf einem biopsychosozialen Ansatz basiert – bei länger anhaltenden (> 6 Wochen) oder rezidivierenden Rückenschmerzen)		
Thermotherapie: Wärmerotherapie	Kann angewendet werden (im Rahmen des Selbstmanagements in Kombination mit aktivierenden Maßnahmen)		
Verhaltenstherapie	Keine Aussage	Soll angewendet werden (eine auf das individuelle Risikoprofil bezogene kognitive Verhaltenstherapie – bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren)	Soll angewendet werden (kognitive Verhaltenstherapie – im Rahmen von Bewegungsprogrammen oder multimodalen Behandlungskonzepten)

**Tabelle 15-2:** Nichtmedikamentöse Therapieempfehlungen bei Rückenschmerzen nach der Nationalen VersorgungsLeitlinie

In der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) werden Empfehlungen zu „Kreuzschmerzen“ gemacht, in dieser Tabelle wurde der Begriff „Rückenschmerzen“ verwendet.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BÄK et al. (2017a).

### 15.2.5.1 Passivität versus Bewegung

**1060.** Die in der NVL genannten Empfehlungen spiegeln die Heterogenität und die Uneindeutigkeit der Evidenz zu den verschiedenen konservativen Therapieansätzen wider. Einigkeit herrscht in der Literatur vor allem darüber, dass Bettruhe nicht empfohlen werden kann (Bredow et al. 2016). Analog dazu wird Bewegung grundsätzlich empfohlen – auch wenn die Evidenz zu Bewegung und Bewegungstherapien ebenfalls nicht von besonders guter Qualität ist. So kann auch keine gesicherte Aussage dazu gemacht werden, welche Form der Bewegung am besten geeignet ist (u. a. van Middelkoop et al. 2010). Ein kürzlich publizierter Cochrane Review berichtet von einigen Studienergebnissen, in denen körperliche Aktivität und Übungen zu einer Verringerung der Schmerzintensität und einer Verbesserung der Funktionalität führten (Geneen et al. 2017). Allerdings waren die positiven Effekte nur gering bis moderat und zudem nicht konsistent über alle Studien gegeben. Auch die Effekte auf Psyche und Lebensqualität waren unterschiedlich. Als methodische Probleme wurden die geringen Fallzahlen der Studien sowie die überwiegend zu kurze Studiendauer genannt (Geneen et al. 2017).

**1061.** Eine aktuelle amerikanische Leitlinie bewertet auch die Evidenz zu verschiedenen körperlichen Übungen wie Pilates, Tai-Chi und Yoga (Qaseem et al. 2017). Überwiegend wird die Evidenz als *low-quality evidence* eingeordnet, zumeist zeigte sich darin aber eine leichte Verbesserung von Schmerz und Funktion bei chronischen Rückenschmerzen – ob eine Überlegenheit gegenüber anderen Therapieformen vorlag, variierte in Abhängigkeit von der gewählten Kontrollgruppe. Auch ein Cochrane Review zur Wirksamkeit von Pilates bei Rückenschmerzen weist darauf hin, dass die vorliegende Evidenz zwar positive Effekte von Pilates nahelegt, doch ob Pilates hilfreicher als andere Formen der Bewegung ist, kann nicht beantwortet werden (Yamato et al. 2015).

**1062.** Auch wenn keine eindeutige Evidenz für eine spezielle Bewegungsform vorliegt, so sollten Passivität und ein Rückzugs- und Vermeidungsverhalten bei Rückenschmerzen in jedem Fall verhindert werden. Der Verzicht auf Bewegung fördert letztlich die Atrophie der Muskeln, wodurch es zu Instabilität und damit zu potenziellen neuen Schmerzursachen kommt, die ein Schmerzvermeidungsverhalten weiter begünstigen (Greitemann et al. 2012). Bei einer Befragung zur Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzpatienten gaben 17 % der Patienten mit Rückenschmerzen an, auch Selbstzahlerleistungen wie Massage oder Osteopathie in Anspruch zu nehmen – Frauen häufiger als Männer (Chenot et al. 2009). Auch hier überwiegt der Wunsch nach passiven Angeboten, Massage wird am häufigsten in Anspruch genommen.

**1063.** Wesentliche Barrieren für die Anwendung aktiver Maßnahmen wie Bewegung und Physiotherapie sind die Einstellung der Patienten selbst, die Angst vor Schmerzen durch Bewegung und der daraus resultierende Wunsch nach passiver Therapie – sei es in Form von Massage oder Medikamenteneinnahme (Slade et al. 2014; Woolf et al. 2008). Diese Verhaltensmuster können durch mediale Instrumente verändert werden. In einer australischen Kampagne mit dem Titel „Back Pain – Don't take it lying down“ wurden von 1997 bis 1999 im Bundesstaat Victoria Fernsehspots gezeigt, deren wesentliche Botschaft darin bestand, dass man Rückenschmerzen nicht hilflos ausgeliefert und auf ärztliche Behandlung oder gar eine Operation angewiesen ist, sondern dass Bewegung und Aktivität helfen. Die Kampagne wurde mit einer Evaluation begleitet und zeigte signifikante Effekte bezüglich der Einstellung zu Rückenschmerzen – nicht nur bei der allgemeinen Bevölkerung, sondern auch unter Ärzten (Buchbinder et al. 2001). Sogar drei Jahre nach Beendigung der Kampagne waren signifikante Effekte nachweisbar

(Buchbinder/Jolley 2005). Aufgrund des Erfolges wurde ein ähnlicher Ansatz in Kanada verfolgt, mit ebenso positiven Ergebnissen (Suman et al. 2017).

### 15.2.5.2 Physiotherapie

**1064.** Ähnlich unsicher wie die Evidenz zu einzelnen Bewegungsformen und -maßnahmen ist auch die Evidenz zu den verschiedenen Formen der Physiotherapie. Zum einen besteht das Problem, dass in den Studien zur Wirksamkeit der Physiotherapie verschiedenste Verfahren aus dem Repertoire der Physiotherapie angewendet werden. Zum anderen sind passive Behandlungsmaßnahmen wie Massage und Manipulation, bei denen ausschließlich der Physiotherapeut „arbeitet“, von solchen Therapieansätzen zu unterscheiden, bei denen der Patient selbst aktiv Bewegungen erlernt und sie danach eigenständig zu Hause durchführen kann. So ist es mitunter vom einzelnen Physiotherapeuten abhängig, ob eine Physiotherapie erfolgreich ist. Aufgrund der bereits genannten Vorstellungen und Wünsche der Patienten im Hinblick auf ihre Rückenschmerzen spielt die zur Eigenaktivität motivierende Überzeugungskraft des Therapeuten eine besondere Rolle (Marley et al. 2017). Die Kommunikationsfähigkeit des Physiotherapeuten hat Einfluss auf die Adhärenz der Patienten und letztlich auch auf die Wirksamkeit der Physiotherapie selbst (Lonsdale et al. 2017).

**1065.** In Ergänzung zu der oben bereits genannten Literatur zur Wirksamkeit verschiedener Bewegungsformen seien im Folgenden zwei aktuelle Reviews aus dem Bereich der Physiotherapie erwähnt – zum einen zur Rückenschule als einer aktiven Physiotherapieform, zum anderen zur Manipulation als einer für den Patienten passiven Form der Physiotherapie.

**1066.** So kam ein kürzlich publizierter Cochrane Review zu dem Schluss, dass die Evidenz zu Rückenschulen bei chronischen nichtspezifischen Rückenschmerzen zu unsicher ist, um eine Aussage zur Wirksamkeit machen zu können (Parreira et al. 2017). Die beobachteten Effekte wurden allenfalls als „trivial“ bezeichnet. Auch hier wird wieder darauf hingewiesen, dass es sich bei einer Rückenschule nicht um einen standardisierten Ansatz handelt. Vielmehr können hierbei unterschiedliche Übungen und Methoden angewendet werden.

**1067.** Bezüglich der Manipulation der Wirbelsäule kam ein systematischer Review samt Metaanalyse zu dem Schluss, dass diese Behandlungsform assoziiert ist mit statistisch signifikanten Vorteilen bezüglich Schmerz und Funktion in einem Zeitraum von sechs Wochen – oft kam es in den eingeschlossenen Studien aber auch zu vorübergehenden negativen Effekten wie Kopfschmerzen, Muskelsteifheit oder vorübergehend stärkeren Schmerzen (Paige et al. 2017). Insgesamt waren auch hier die Studienergebnisse stark heterogen.

**1068.** Letztlich bleibt ein Mangel hochwertiger Studien zur vergleichenden Wirksamkeit verschiedener physiotherapeutischer Maßnahmen festzustellen. Nichtsdestotrotz kann Physiotherapie bei Rückenschmerzen verordnet werden, siehe hierzu ausführlich Abschnitt 15.2.6.

### 15.2.5.3 Akupunktur

**1069.** Insbesondere die Akupunktur gilt als eine bezüglich ihrer Wirksamkeit sehr umstrittene Behandlungsoption bei Rückenschmerzen. Mit den *German Acupuncture Trials* (GERAC-Studien) lagen im Jahr 2006 wichtige Ergebnisse zur Wirksamkeit von Akupunktur vor. In den

GERAC-Studien wurden drei Behandlungsgruppen miteinander verglichen: Akupunktur nach dem Prinzip der traditionellen chinesischen Medizin („echte“ Akupunktur), Pseudoakupunktur durch oberflächliche Nadelstiche an Nicht-Akupunktur-Punkten sowie konventionelle Therapie (Standardtherapie) mit einer Kombination aus Arzneimitteln, Physiotherapie und Übungen (Haake et al. 2007). Es zeigte sich eine klinisch relevante und statistisch signifikante Überlegenheit sowohl der echten Akupunktur als auch der Pseudoakupunktur gegenüber der Standardtherapie. Der Unterschied zwischen echter und Pseudoakupunktur fiel zwar zugunsten der echten Akupunktur aus, war aber statistisch nicht signifikant.

**1070.** Nach Bekanntwerden der GERAC-Studiendaten entschied der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2006, dass Akupunktur von gesetzlich Versicherten mit chronischen Rücken- oder Knieschmerzen als Regelleistung zehnmal – mit besonderer Begründung bis zu 15-mal – beansprucht werden kann<sup>301</sup>, auch wenn die echte Akupunktur der Pseudoakupunktur nicht überlegen war. Nichtsdestotrotz werden hohe Qualitätsanforderungen an den Leistungserbringer gestellt. Akupunktur kann demnach nur von Vertragsärzten, welche die Qualitätsanforderungen – definiert in der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, Anlage I, Nr. 12, § 2 – erfüllen, über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet werden<sup>302</sup>.

**1071.** International ist die Wirksamkeit von Akupunktur bei Rückenschmerzen trotz der Ergebnisse der GERAC-Studien weiterhin bzw. wieder umstritten. Maher et al. fassen zusammen, dass von Akupunktur bei Rückenschmerzen mittlerweile teilweise wieder abgeraten wird – anders als noch vor ein paar Jahren (Maher et al. 2017). So kamen ein Cochrane Review aus dem Jahr 2005 und ein systematischer Review aus dem Jahr 2015 zwar zu dem Schluss, dass Akupunktur kurzfristig bei chronischen Rückenschmerzen helfen könne (Furlan et al. 2005; Liu et al. 2015). Die Guideline des *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) aus dem Jahr 2016 spricht sich hingegen – anders als noch im Jahr 2009 – deutlich gegen den Einsatz von Akupunktur bei Rückenschmerzen aus<sup>303</sup> (NICE 2016). Auch ein im Jahr 2016 erschienener *Comparative Effectiveness Review* aus den Vereinigten Staaten zur nichtinvasiven Behandlung von Rückenschmerzen illustriert die heterogene Datenlage zur Wirksamkeit von Akupunktur bei akuten, subakuten und chronischen Rückenschmerzen (Agency for Healthcare Research and Quality 2016). Letztlich kommt eine vergleichende Analyse von drei Leitlinien aus dem Vereinigten Königreich, aus Kanada und den Vereinigten Staaten zu dem Schluss, dass sich die Empfehlungen zum Einsatz von Akupunktur zwischen den Ländern substantiell unterscheiden (O'Connell et al. 2016).

**1072.** Tatsächlich ist auch seit dem Jahr 2010 ein leichter Rückgang der entsprechenden GOP (30791 „Durchführung einer Körperakupunktur“) in den Abrechnungsdaten der GKV zu verzeichnen (siehe Abbildung 15-11). Die Entwicklung unterscheidet sich dabei allerdings zwischen den einzelnen KVen deutlich. Während der Rückgang in einigen KVen nur schwach war, sank die Zahl in anderen Regionen erheblich (GKV-SV 2017).

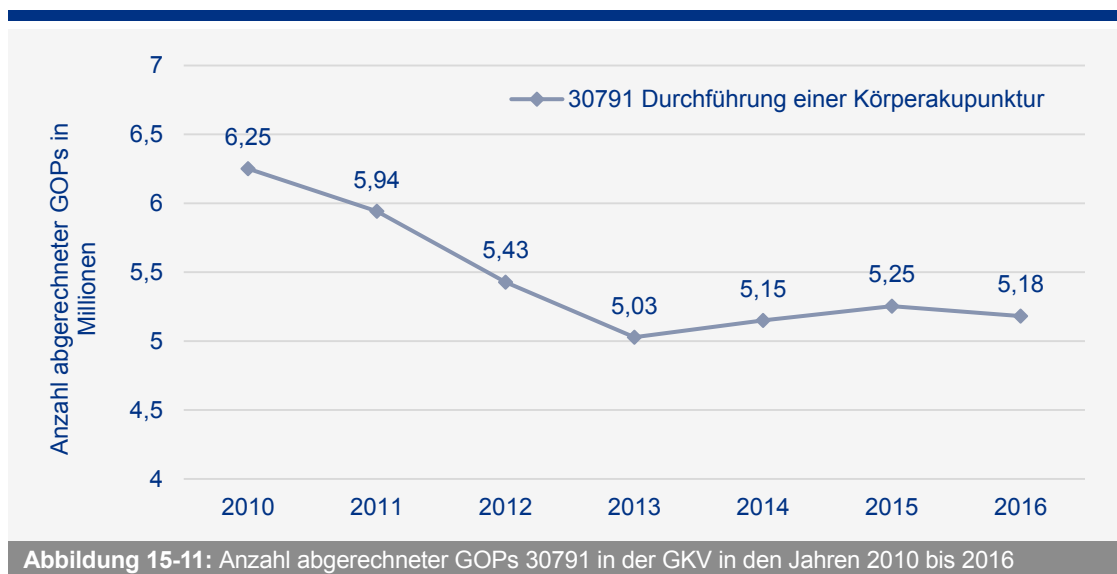
---

<sup>301</sup> Darüber hinaus gibt es viele Krankenkassen, die im Rahmen ihrer Bonusprogramme Akupunkturbehandlungen auch bei anderen Krankheitsbildern bezuschussen.

<sup>302</sup> GOP 30791: Durchführung einer Körperakupunktur, 212 Punkte, im Jahr 2017 entsprach dies 22,32 Euro.

<sup>303</sup> „Do not offer acupuncture for managing low back pain with or without sciatica.“





GOPs = Gebührenordnungspositionen.

Bei Versicherten, bei denen im Abrechnungsquartal der GOP oder im Vorquartal eine gesicherte Diagnose M48, M51 oder M54 gestellt wurde.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GKV-SV (2017).

### 15.2.6 Verordnung von Physiotherapie

**1073.** Physiotherapie zählt zu den sogenannten Heilmitteln<sup>304</sup>, auf die Versicherte gemäß § 32 SGB V grundsätzlich Anspruch haben. Gemäß § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der G-BA die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten – auch für die Verordnung von Heilmitteln. Gemäß der aktuell gültigen Heilmittel-Richtlinie kann die Verordnung von Heilmitteln nur erfolgen, „wenn sich die behandelnde Vertragsärztin oder der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand der oder des Kranken überzeugt, diesen dokumentiert und sich erforderlichenfalls über die persönlichen Lebensumstände informiert hat [...]“. Heilmittel sind zudem „nur nach Maßgabe dieser Richtlinie nach pflichtgemäßem Ermessen verordnungsfähig“. Im sogenannten Heilmittelkatalog, der Bestandteil der Heilmittel-Richtlinie ist, sind die verordnungsfähigen Heilmittel den entsprechenden Indikationen zugeordnet.

**1074.** Der „typische“ Rückenschmerzpatient mit unspezifischen Rückenschmerzen fällt hierbei in die Kategorie „Erkrankung der Stütz- und Bewegungsorgane“ und hier unter die Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf. Im Regelfall soll eine Verordnung im Rahmen dieser Erkrankung bis zu sechs Einheiten beinhalten. Als vorrangiges Heilmittel soll im Regelfall Krankengymnastik bzw. manuelle Therapie verordnet werden, je nach Leitsymptomatik ggf. auch klassische Massagetherapie. Gemäß der Heilmittel-Richtlinie ist das Ziel der physiotherapeutischen Behandlung stets das Erlernen eines Eigenübungsprogrammes.

<sup>304</sup> Neben der physikalischen Therapie zählen hierzu auch Ergotherapie sowie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie.

**1075.** Heilmittelerbringer – hier genauer gesagt Physiotherapeuten – müssen gemäß § 124 SGB V über eine Zulassung verfügen und sind damit berechtigt und verpflichtet, vertragsärztlich verordnete Maßnahmen durchzuführen. Den Versicherten steht die Wahl unter zugelassenen Heilmittelerbringern frei.

**1076.** Der Physiotherapeut darf nicht eigenmächtig ein anderes als das verordnete Heilmittel erbringen. Ergibt sich aus der Befunderhebung durch den Heilmittelerbringer, dass die Erreichung des vom verordnenden Vertragsarzt benannten Therapieziels durch ein anderes Heilmittel besser erreicht werden kann, hat der Heilmittelerbringer unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat, darüber zu informieren, um eine Änderung oder Ergänzung des Therapieziels abzustimmen und ggf. eine neue Verordnung zu erhalten. Auch eine Änderung der Frequenz muss vom Heilmittelerbringer zunächst mit dem Vertragsarzt besprochen werden und die einvernehmliche Änderung ist auf dem Verordnungsvordruck zu dokumentieren.

**1077.** In Ergänzung zur Heilmittel-Richtlinie schließen der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) und die maßgeblichen Verbände der Heilmittelerbringer gemäß § 125 SGB V Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit Heilmitteln. Zudem wird die Verordnung von Heilmitteln gemäß § 84 SGB V durch Heilmittelvereinbarungen zwischen den KVen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen auf Länderebene konkretisiert. Hierbei wird jährlich ein Ausgabenvolumen vereinbart. Zur Einhaltung des Ausgabenvolumens sind gemäß diesen Verträgen verschiedene Maßnahmen durchzuführen, z. B. die „Information und Beratung einzelner oder Gruppen von Vertragsärzten, gezielte Hinweise zu Auffälligkeiten in der Verordnungsweise sowie Anträge auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen“ (KV Nordrhein 2018).

**1078.** Der Heilmittelbericht des WiDo gibt einen Überblick über die im Jahr 2016 verordneten Heilmittel und somit auch über physiotherapeutische Leistungen bei AOK-Versicherten. Hierunter fallen neben Krankengymnastik z. B. auch manuelle Therapie, Kälte-/Wärmetherapie und manuelle Lymphdrainage (siehe Abbildung 15-12). Die „normale Krankengymnastik“ macht mit 46,7 % der Leistungen und 42,0 % der Kosten aber den jeweils größten Anteil aus.

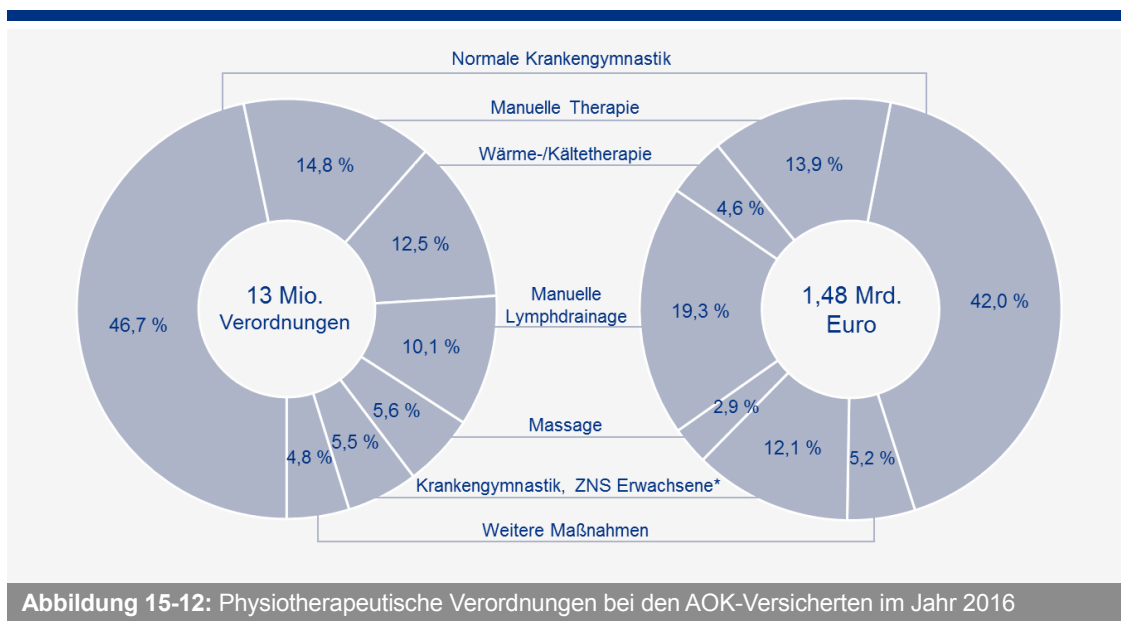


Abbildung 15-12: Physiotherapeutische Verordnungen bei den AOK-Versicherten im Jahr 2016

\* Krankengymnastik bei erwachsenen Patienten mit Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Quelle: Waltersbacher (2017). Grafisch angepasst.

**1079.** Von den insgesamt 13 Millionen verordneten Leistungen<sup>305</sup> entfielen 21,1 % auf Patienten mit der Diagnose M54 („Rückenschmerzen“) – diese Diagnose liegt damit mit großem Abstand auf Platz 1 der häufigsten Diagnosen bei physiotherapeutischen Verordnungen (Waltersbacher 2017). Bezogen auf den Anteil der Patienten mit einer physiotherapeutischen Verordnung liegt der Anteil der Diagnose M54 sogar bei 31,5 % – d. h., fast ein Drittel aller Patienten erhielt Physiotherapie aufgrund dieser Diagnose (Waltersbacher 2017).

**1080.** Von den verordneten Massagen entfielen im Jahr 2016 insgesamt 49,6 % auf Patienten mit der Diagnose M54. Auch bezüglich der Verordnungen der manuellen Therapie und der normalen Krankengymnastik lag die Diagnose M54 mit 36,6 % bzw. 18,4 % auf Platz 1 der häufigsten Diagnosen (Waltersbacher 2017).

**1081.** Im Rahmen einer großen Studie des *German Back Pain Research Network* wurden Personen zu Rückenschmerzen und ihrer Versorgung befragt (Wenig et al. 2009). Von den 9 267 Teilnehmern der Studie gaben 5 650 (61 %) an, innerhalb der letzten drei Monate an Rückenschmerzen gelitten zu haben. 29,8 % davon suchten in diesem Zeitraum deswegen auch einen Arzt und 19,1 % einen Physiotherapeuten auf. Die durchschnittliche Behandlungsfrequenz beim Physiotherapeuten lag bei 9,1 Besuchen. Laut dieser Studie werden etwa 22 % der jährlichen Behandlungskosten<sup>306</sup> bei Patienten mit Rückenschmerzen für Physiotherapie aufgewendet (Wenig et al. 2009). Diese Befragungsergebnisse sind jedoch aus verschiedenen Gründen mit Vorsicht zu bewerten.

**1082.** Betrachtet man die verordnenden Arztgruppen, so wird die dominante Rolle der Allgemeinmediziner und der Orthopäden deutlich: Etwa 45 % der physiotherapeutischen Patienten wurde die Therapie von Allgemeinmedizinern bzw. praktischen Ärzten verordnet (Waltersbacher 2017). Sie veranlassten für diese über 2 Millionen Patienten damit fast 40 % aller physiotherapeutischen Leistungen. Die vergleichsweise kleine Facharztgruppe der Orthopäden (Anteil an allen Ärzten: 5,2 %) veranlasste etwa 28 % der Physiotherapien und versorgte damit 36,5 % der Patienten – also knapp 1,6 Millionen Patienten (Waltersbacher 2017).

#### 15.2.6.1 Blankverordnung für Physiotherapie

**1083.** Wie oben ausgeführt, obliegt es in Deutschland bislang dem ärztlichen Vorbehalt, über die Art und Länge der physiotherapeutischen Behandlung zu entscheiden. Die ärztlichen Verordnungen werden jedoch von den Physiotherapeuten und -therapeutinnen oftmals als unangemessen beurteilt, Änderungen der Anordnungen werden initiiert oder es kommt gar jenseits der Anordnung zur Anwendung einer anderen therapeutischen Maßnahme. Seit einigen Jahren werden mehr Gestaltungsspielräume für die Physiotherapie diskutiert.

**1084.** Seit dem Jahr 2008 sind gemäß § 63 Abs. 3b Satz 2 SGB V Modellversuche gestattet, bei denen „Physiotherapeuten [...] die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten aufgrund ihrer

<sup>305</sup> Dies entspricht 87,2 Millionen einzelnen Behandlungen, da eine Leistung mehrere Behandlungen umfassen kann, z. B. sechsmal manuelle Therapie.

<sup>306</sup> Der Anteil bezieht sich auf die direkten Behandlungskosten. Bei Berücksichtigung aller Behandlungskosten inklusive indirekter Kosten wie etwa durch Arbeitsausfall liegt der Anteil der Physiotherapie bei 10,3 % aller Kosten.

Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um Heilkunde handelt.“ Durch das im Jahr 2017 verabschiedete Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) wird „zur Stärkung der Verantwortung der Heilmittelerbringer“ nunmehr sogar vorgeschrieben, dass die Krankenkassen gemeinsam mit den Verbänden der Heilmittelerbringer die Durchführung von Modellvorhaben vereinbaren (§ 64d SGB V). Die vertragsärztlich festgestellte Diagnose und Indikation bleiben aber weiterhin die Voraussetzung zur Behandlung. Dem Physiotherapeuten kommt in den Modellvorhaben die Entscheidung über die Auswahl, die Dauer und die Frequenz der Therapie zu.

**1085.** Die Ergebnisse der Modellprojekte sollen die Entscheidungsgrundlage generieren, ob dies ein sinnvolles Vorgehen in der Regelversorgung in Deutschland sein kann. Erste Abspracheprozesse zu derartigen Modellprojekten haben begonnen (Korzilius 2017). Der Gesetzgeber ist im HHVG nicht den Forderungen berufspolitischer Interessenvertretungen nachgekommen, die Blankoverordnung gleich in die Regelversorgung zu übernehmen.

**1086.** Modellprojekte konnten hierzulande schließlich auch schon auf Grundlage von § 63 SGB V initiiert werden. Ein Projekt zur Blankoverordnung des Verbandes Physikalische Therapie (VPT) und der Innungskrankenkasse (IKK) Brandenburg und Berlin mit Patienten mit chronischen Schmerzen und Muskel- und Skeletterkrankung haben zu einer deutlich höheren Zufriedenheit in der Bewertung des Behandlungsprozesses geführt als in der Kontrollgruppe (aus *Matched Pairs*), so die Berichterstattung über das Modellprojekt vor einigen Monaten (Räbinger 2017a). Auch andere positive Effekte wie die von den Patientinnen und Patienten als höher eingeschätzte Wirksamkeit der Behandlung werden genannt. Die erbrachte Leistung konnte im Modellprojekt in Einzelleistungsvergütung abgerechnet werden. In der Gruppe mit Blankoverordnung wurden mengenmäßig mehr Behandlungen und eine längere Behandlungsdauer in Anspruch genommen als in der Kontrollgruppe – und somit auch höhere Kosten verursacht. Es gebe jedoch auch Hinweise auf eine bessere Nachhaltigkeit der Behandlung in der Interventionsgruppe, die den erhöhten Kosten einen größeren Nutzen gegenüberstelle. Eine vollständige Kosten-Nutzen-Analyse sei allerdings nicht Ziel des Projektes gewesen (Räbinger 2017b). Eine wissenschaftliche Publikation zum Projekt des VPT und der IKK Brandenburg und Berlin liegt derzeit noch nicht vor, und somit können kaum Aussagen zur Validität des Designs und der Methoden und somit zur Aussagekraft der Ergebnisse getroffen werden.

**1087.** In einem Modellprojekt gemäß § 63 Abs. 3b SGB V der Krankenkasse BIG direkt gesund und dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK) sollte der Direktzugang zur Physiotherapie in Deutschland (Nast et al. 2018) im Rahmen einer prospektiven, randomisierten Studie in 40 Physiotherapiepraxen evaluiert werden. Bei allen teilnehmenden Patienten hatte ein Arzt Physiotherapie verordnet, sodass es sich im Rahmen der Studie also de facto um eine Blankoverordnung handelte. Bei den Patienten der Modellgruppe wurde dem Physiotherapeuten jedoch nur die Diagnose, aber nicht die ärztliche Anordnung kommuniziert. Zum Ende der Studie lagen Daten zu 296 Patienten in der Kontroll- und 334 Patienten in der Modellgruppe vor, die zeigten, dass die Behandlung in der Modellgruppe im Schnitt um zwei Wochen kürzer war als die in der Kontrollgruppe, bei einer leicht höheren Behandlungsfrequenz, aber insgesamt weniger Behandlungseinheiten. Im Vorher-nachher-Vergleich zeigten beide Gruppen signifikante Verbesserungen im Hinblick auf Schmerzentwicklung, Lebensqualität und Funktionsfähigkeiten. In der Modellgruppe waren die Verbesserungen zum Teil sogar noch statistisch signifikant höher als in der Kontrollgruppe (Nast et al. 2018). Im Hinblick auf die Kosten für Physiotherapie zeigten sich auf 6 und 12 Monate bezogen keine Unterschiede, ebenso war die

Zahl der Tage mit Arbeitsunfähigkeit vergleichbar. Inhaltlich unterschieden sich die Therapie in der Kontroll- und der Modellgruppe deutlich bezogen auf den Mix von vorrangigen (z. B. allgemeine Krankengymnastik) und ergänzenden Heilmitteln (z. B. Fango, Elektrotherapie), es wurde etwas kürzer, dafür intensiver behandelt (Nast 2018). Limitierend muss man anmerken, dass aus diesem Modellversuch nicht eindeutig das Patientenkollektiv identifiziert werden kann, das für einen Direktzugang ohne Blankoverordnung geeignet ist.

**1088.** Die Blankoverordnung ist bei der Interessenvertretung der Physiotherapie nicht unumstritten (Repschläger 2015). In ihr wird eine Perpetuierung der vollständigen Abhängigkeit der Physiotherapeutinnen und -therapeuten von der ärztlichen Verordnung gesehen. Es werden unerwünschte Risiken befürchtet, wenn mit der Überleitung der therapeutischen Entscheidungen auf die Physiotherapeutinnen und -therapeuten zugleich auch die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung auf sie überginge, bei gleichzeitiger Aushandlung des Ausgabevolumens für Heilmittel zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft. Die von der Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit ihrer Heilmittelverordnungen entledigten Ärztinnen und Ärzte könnten kaum einen Anreiz haben, sich für bedarfsgerechte Ausgabevolumina einzusetzen. Die Physiotherapeutinnen und -therapeuten, so wird gefürchtet, müssten Verordnungen ohne Rücksicht darauf ausführen, ob das Ausgabevolumen ausgeschöpft ist (Repschläger 2015). Der Direktzugang hingegen wird als einzig akzeptable Option für mehr professionelle Autonomie erachtet, denn er geht mit der Übernahme der Verantwortung durch die Physiotherapie für die Qualität und Kosteneffizienz der Behandlung einher (Repschläger 2015).

#### 15.2.6.2 Direktzugang zur Physiotherapie

**1089.** Der Direktzugang zur Physiotherapie wird auch von der *World Conference of Physical Therapy* gefordert (World Confederation for Physical Therapy 2017). Als *First-Contact Practitioner* ist der Physiotherapeut für Anamnese, Diagnostik und Therapie ohne ärztliche Verordnung zuständig (Bury & Stokes 2013). Den Direktzugang gibt es in außereuropäischen Ländern bereits seit mehreren Jahrzehnten (z. B. im US-Bundesstaat Nebraska seit dem Jahr 1957 und in Australien seit den 1970er-Jahren) und in einigen europäischen Ländern (in den Niederlanden, im Vereinten Königreich, in Schweden und in Finnland) seit mehr als zehn Jahren (American Physical Therapy Association 2016; Weeber 2017). Ein im Jahr 2013 publizierter Survey über 23 von insgesamt 27 europäischen WCPT-Mitgliedsstaaten zeigt, dass in mehr als der Hälfte (12 von 23) Physiotherapie im Direktzugang möglich ist. Häufiger erfolgt der Direktzugang außerhalb der allgemeinen Gesundheitsversorgung im privaten Sektor (Bury/Stokes 2013).

**1090.** Der Direktzugang wird in Deutschland von den Vertretungen der Ärzteschaft, allen voran von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), vehement abgelehnt (Hillienhof 2015; Korzilius 2017). Mit dem „sektoralen Heilpraktiker Physiotherapie“ gibt es jedoch außerhalb des Leistungskataloges der GKV auch in Deutschland bereits die Möglichkeit des Direktzugangs. Absolviert ein Physiotherapeut zusätzlich eine Heilpraktikerausbildung darf er nämlich über das Gebiet seiner „eigentlichen“ Profession als Physiotherapeut hinausgehen (Münsteraner Kreis 2017). Es ist hierbei möglich, eine auf den Bereich der Physiotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis zu erlangen, sodass der Physiotherapeut als eigenständiger

Heilberuf ohne Zuweisung durch einen Arzt oder allgemeinen Heilpraktiker seine Tätigkeit ausüben kann (Berner 2009). Der sektorale Heilpraktiker hat Widerspruch forciert, da das berufliche Selbstverständnis von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten infrage gestellt sei und sich eine Sackgasse für die Forderung nach dem Direktzugang für alle Versicherten auftäte (Repschläger 2015). Die staatliche Erlaubnis, die Heilkunde als Heilpraktiker auszuüben, ist darüber hinaus nicht erst seit dem Münsteraner Memorandum Heilpraktiker (Münsteraner Kreis 2017) in Misskredit geraten, da Heilpraktiker bei weitreichenden Befugnissen eine minimalistische Grundbildung jenseits der anerkannten wissenschaftstheoretischen Grundlagen durchlaufen. Das Memorandum sieht die mögliche Zukunft des Berufes darin, dass Vertreter der nicht- oder teilakademischen Gesundheitsfachberufe eine zusätzliche, fachspezifische Ausbildung auf Fachhochschulniveau absolvieren, die sie zum Fach-Heilpraktiker für den jeweiligen Bereich qualifiziert – also z. B. in der Physiotherapie. Würde die Qualifikation im Heilpraktikerwesen an Hochschulen den Grundlagen der evidenzbasierten Medizin verpflichtet sein, bliebe sehr wahrscheinlich kein ausreichender Studienstoff für einen Studiengang übrig, so lautet eine Kritik an diesem Vorschlag (DNEbM 2017). Die erhoffte Wissenschaftsbasierung und Qualitätssicherung würde wohl kaum hergestellt. Grundsätzlich bliebe fraglich, warum Studiengänge zum Fach-Heilpraktiker bei bereits vorliegendem Angebot vielfältiger Studiengänge mit Bachelor- und Masterabschluss für Physiotherapie und die anderen gesundheitstherapeutischen Berufe ein interessantes Bildungsangebot sein sollten (DNEbM 2017).

**1091.** In Ländern mit vollständigem Direktzugang ist die Mindestanforderung zur Berufszulassung ein Bachelorabschluss im Fach Physiotherapie (Weeber 2017). Eine kürzlich erfolgte Analyse der Curricula von Studiengängen der Physiotherapie in Ländern mit Direktzugang (Weeber 2017) zeigt, dass dem Fach „Diagnostik“ sowie den Kompetenzen der klinischen Epidemiologie bzw. der evidenzbasierten Physiotherapie ein hoher Stellenwert zukommt. Der Vergleich mit den deutschen Curricula ließ die Schlussfolgerung zu, dass zumindest die primärqualifizierenden Studiengänge hierzulande ähnliche Inhalte und Gewichtungen haben (Weeber 2017).

**1092.** Fragen der Akzeptanz, Wirksamkeit, Sicherheit und Kostenwirksamkeit des Direktzugangs zu Physiotherapie wurden in experimentellen Studien und Beobachtungsstudien bzw. in ihren Übersichtsarbeiten untersucht (Piano et al. 2017). Eine kürzlich publizierte Übersichtsarbeit schlussfolgert die Überlegenheit oder zumindest die Gleichwertigkeit des Direktzugangs gegenüber der Physiotherapie nach ärztlicher Überweisung bei muskuloskelettalen Erkrankungen (Piano et al. 2017). Die eingeschlossenen Studien hatten unterschiedliche Settings (stationär und ambulant) und Ergebnisparameter (u. a. Zufriedenheit der Patienten, Anzahl der Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren, Medikation, Schmerzintensität, Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Compliance, Teilhabe) untersucht. Eine andere Übersichtsarbeit hat acht Studien zum Direktzugang eingeschlossen (Ojha et al. 2014). Keine der Studien war randomisiert kontrolliert und die Ergebnisse müssen aufgrund der methodischen Schwächen der Studien vorsichtig interpretiert werden. Die Evidenzsynthese legt nahe, dass es eine relativ konsistente Evidenz für eine Reduktion der Kosten und für eine höhere Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten durch den Direktzugang gibt. Relativ konsistente Evidenz liegt auch im Hinblick auf vermehrte medikamentöse Therapien und bildgebende Verfahren in den Gruppen mit ärztlicher Überweisung im Vergleich zum Direktzugang vor. Weniger eindeutig ist der wissenschaftliche Beweis für eine mögliche Reduktion der Behandlungsepisoden durch Direktzugang und ebenfalls wenig eindeutig ist er für mögliche Unterschiede in der Funktionsfähigkeit. Inkonsistente

Evidenz liegt im Hinblick auf die Beanspruchung weiterer Ressourcen wie anschließender Arztbesuche vor (Ojha et al. 2014). Aus dem britischen *National Health Service* (NHS) liegen jedoch Hinweise vor, dass keine übermäßige Inanspruchnahme zu erwarten ist, dass die Anzahl der Behandlungsepisoden sinkt und insgesamt durch Direktzugang Kosten reduziert werden können (Holdsworth et al. 2007; Middleton 2017).

**1093.** Im Nachbarland Niederlande ging der Einführung des Direktzugangs eine mehrjährige Erprobungsphase voraus (Leemrijse et al. 2008) und mehrere wissenschaftliche Evaluationsberichte werten inzwischen die Ergebnisse der Implementierung aus (vgl. Swinkels et al. 2014). Die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die den Direktzugang nutzen, ist steigend (Swinkels et al. 2014). Das niederländische System des Direktzugangs und dessen Voraussetzungen hinsichtlich Qualifikation, Qualitätssicherung, Vergütung, Freiwilligkeit der Teilnahme sowohl für Physiotherapeuten als auch für Patienten könnte wertvolle Hinweise geben, wie ein Direktzugang auch für Deutschland passgenau gestaltet werden kann.

### 15.2.7 Interventionelle Schmerztherapie – ambulant

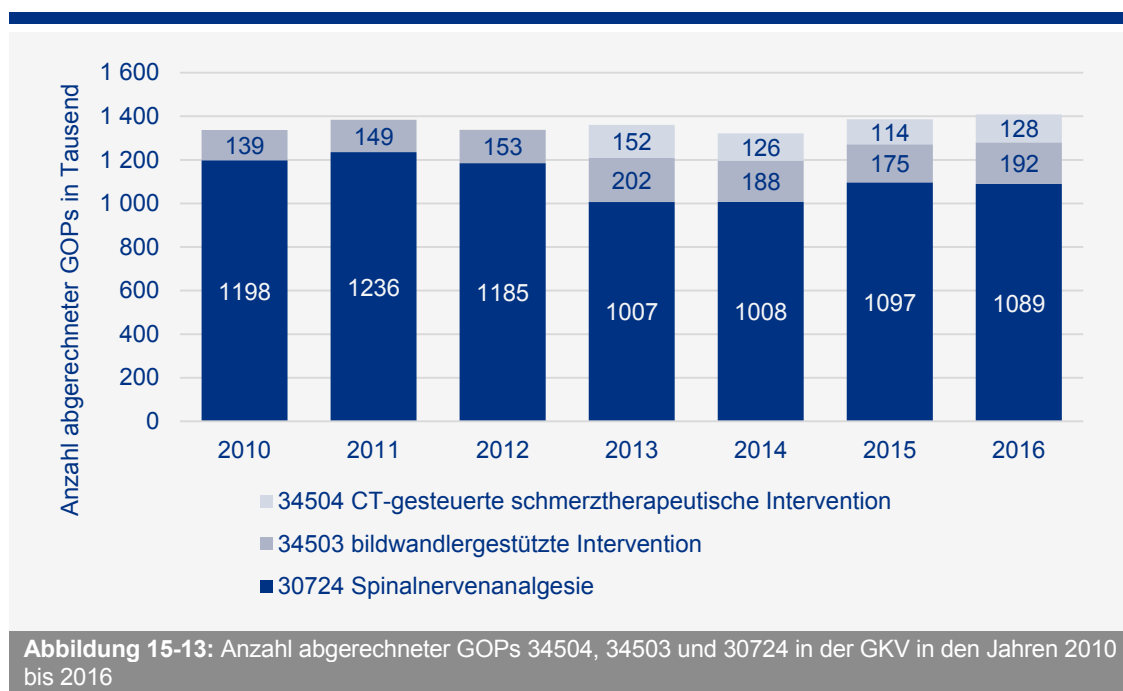
**1094.** Wenn die konservativen Therapieversuche kein befriedigendes Resultat erzielen, kann geprüft werden, ob ein minimalinvasives, segmentnahe Injektionsverfahren eingesetzt werden kann. Gemeint ist hiermit die sogenannte tiefe Nadelung, bei der Lokalanästhetika (örtliche Betäubungsmittel) und/oder Glukokortikoide zur Abschwellung entzündeter Strukturen entweder um die Nervenwurzel herum oder in den Wirbelkanal hinein oder zwischen die kleinen Wirbelgelenke injiziert werden (Theodoridis 2016). Die segmentnahe Injektionsbehandlung wirkt somit direkt am „Ort der Schmerzentstehung“. Die Injektionen erfolgen üblicherweise unter Bildgebungskontrolle, um Verletzungen durch die Nadel und Fehlinjektionen zu verhindern. Zur Bildgebung stehen der CT oder auch das mobile Röntgengerät (Bildwandler) zur Verfügung.

**1095.** Die interventionelle Schmerztherapie kann von verschiedenen Facharztgruppen (z. B. von Orthopäden, Radiologen, Schmerztherapeuten, Neurochirurgen) ambulant oder während eines Krankenhausaufenthaltes durchgeführt werden (zu Letzterem siehe Abschnitt 15.3.4).

**1096.** Die Anwendung einer interventionellen Schmerztherapie bei Rückenschmerzen ist allerdings in der Fachwelt umstritten. In der NVL wird sogar eindeutig von perkutanen Therapieverfahren – dies inkludiert epidurale Injektionen sowie Injektionen am Spinalnerv – bei unspezifischen Rückenschmerzen abgeraten (BÄK et al. 2017a). Begründet wird dies durch den Mangel an verlässlichen Daten zur Überlegenheit dieser Therapie gegenüber konservativen Methoden. Gewebeverletzende Verfahren wie das invasive Therapieverfahren des Spritzens sollen daher nicht angewendet werden (BÄK et al. 2017a). Dem entgegen stehen Einschätzungen anderer Autoren, die Injektionstherapien als hilfreich bewerten und die Möglichkeit betonen, durch kurzfristig erzielte Schmerzfreiheit eine darauf aufbauende Physiotherapie zu initiieren (Linhardt et al. 2007; Theodoridis 2016). Ebenso könne eine Injektionstherapie auch bei der genaueren Differenzierung der Beschwerdesymptomatik helfen (Grifka et al. 1999).

**1097.** Als Argument gegen den Einsatz interventioneller Verfahren wird die notwendige Mitarbeit der Patientinnen und Patienten bei der Bewältigung chronischer Schmerzen angeführt (Arnold und Thoma 2010). Durch den Einsatz der Spritzentherapie werde dem Patienten ein falsches Signal gesendet, da dies suggeriere, dass er nur bei Schmerzfreiheit aktiv sein könne und eine Schmerzfreiheit nicht durch sein eigenes Verhalten erreichbar sei.

**1098.** Betrachtet man die abgerechneten GOPs in der GKV, so zeigt sich zwischen den Jahren 2010 und 2016 nur eine ganz leicht zunehmende Tendenz (siehe Abbildung 15-13). Die Anzahl abgerechneter GOPs für die Spinalnervenanalgesie (GOP 20724) hat tendenziell etwas abgenommen, dies korreliert offensichtlich mit der Neueinführung der GOP für die CT-gesteuerte Intervention (GOP 34504) im Jahr 2013. Auch die Anzahl abgerechneter GOPs für die bildwandlergestützte Intervention (GOP 34503) nahm vom Jahr 2012 auf das Jahr 2013 relevant zu und schwankt seitdem um ein ähnliches Niveau. Diese Zahlen verdeutlichen die Bedeutung des Einsatzes dieser Therapieform, vermutlich nicht bei Patienten mit akutem unspezifischen Rückenschmerz (was in der NVL abgelehnt wird), sondern vorrangig bei Patienten mit bereits chronifizierten Schmerzen und daher bereits eingeschränkter Lebensqualität.



Bei Versicherten, bei denen im Abrechnungsquartal der GOP oder im Vorquartal eine gesicherte Diagnose M48, M51 oder M54 gestellt wurde.

GOPs = Gebührenordnungspositionen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GKV-SV (2017).

### 15.2.8 Disease-Management-Programm und Verträge über eine besondere Versorgung

**1099.** Der G-BA hat am 21. August 2014 die Entwicklung von weiteren strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f Abs. 2 SGB V für ausgewählte chronische Krankheiten – besser bekannt als Disease-Management-Programme (DMPs) – beschlossen, darunter auch für Rückenschmerzen. Die konkreten Anforderungen an das DMP wurden vom G-BA bis dato nicht beschlossen, sodass die Indikation bislang nicht in die DMP-Richtlinie des G-BA aufgenommen wurde und auch noch keine entsprechend ausgerichteten DMPs existieren (Stand: Mai 2018).

**1100.** Der G-BA hatte bereits am 21. August 2014 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Leitlinienrecherche zum Thema „chronischer Rückenschmerz“ beauftragt. Der Abschlussbericht des IQWiG lag am 18. November 2015 vor. Darin hat das IQWiG nicht nur eine Leitlinienrecherche und -bewertung vorgenommen, sondern



ebenfalls relevante Empfehlungen für ein DMP „Chronischer Rückenschmerz“ extrahiert (IQWiG 2015). Neben der NVL aus Deutschland (BÄK et al. 2017a) wurden vier Leitlinien aus den Vereinigten Staaten (Chou et al. 2009b; Delitto et al. 2012; Dubinsky/Miyasaki 2010; Manchikanti et al. 2013a; Manchikanti et al. 2013b) sowie eine Leitlinie aus Kanada (Institute of Health Economics/TOP 2011) identifiziert. Alle Leitlinien befassen sich mit der Therapie des chronischen Rückenschmerzes, wobei sich eine der amerikanischen Leitlinien ausschließlich auf ein spezielles Therapieverfahren (TENS; Dubinsky/Miyasaki 2010) bezieht. Drei der sechs identifizierten Leitlinien enthalten auch Empfehlungen zur Diagnostik, teilweise umfassen die Leitlinien zudem Aspekte der Prävention und Rehabilitation. Bei den extrahierten Empfehlungen handelt es sich häufig um Negativempfehlungen, bei denen von der Anwendung einer Maßnahme abgeraten wird. Die vom IQWiG abgeleiteten Empfehlungen entsprechen im Wesentlichen den Empfehlungen der NVL.

**1101.** Jenseits der konkreten Empfehlungen, die im DMP Berücksichtigung finden sollen, stellt sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit und der Zielgruppe eines solchen DMP. So äußerten Kritiker bereits Bedenken, da es sich bei Rückenschmerzen nicht um eine definierte Erkrankung, sondern um ein Symptom vieler Erkrankungen handle (Baas 2016). Die Diagnose sei diffus und unspezifisch, die Ursachen vielfältig und die Zielgruppe nicht klar abgrenzbar (TK 2017a).

**1102.** Die Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS) nennt hingegen konkrete Diagnosekriterien und sieht als Zielgruppe des DMP nicht nur Patienten mit chronisch-rezidivierenden und chronischen Rückenschmerzen, sondern auch Patienten mit subakuten lumbalen Rückenschmerzen und erhöhtem Chronifizierungsrisiko (DGSS o.J.). Es ist allerdings diskussionswürdig, inwieweit ein nicht chronifiziertes Krankheitsbild überhaupt mit der Intention von strukturierten Behandlungsprogrammen, die gemäß § 137f SGB V für chronische Krankheiten bestimmt sind, übereinzubringen ist. Werden Patienten in einer sehr frühen Phase ihrer Beschwerden bereits in ein Behandlungsprogramm für chronisch Kranke aufgenommen, kann dies ggf. sogar negative Auswirkungen auf ihre Einstellung und ihr Verhalten haben. Patienten mit akuten oder subakuten Rückenschmerzen sollten ihre Beschwerden als vorübergehende Funktionsstörung verstehen. Ein DMP liefert hier möglicherweise gegensätzliche Impulse und verstärkt die Auffassung der Teilnehmer, an einer schwerwiegenden Erkrankung zu leiden, obwohl dies gar nicht der Fall ist.

**1103.** Es wird daher wesentlich sein, zu definieren, ab welchem Zeitraum bzw. ab welchem Chronifizierungsgrad die Aufnahme in das DMP sinnvoll ist. Sollen nur Chroniker aufgenommen werden, bedeutet das auch, dass das DMP nicht die frühe Weichenstellung in den ersten sechs Wochen wird beeinflussen können. Überspitzt formuliert illustriert die Notwendigkeit, einen Rückenschmerzpatienten in ein Chronikerprogramm aufzunehmen, bereits das Scheitern der vorhergehenden Behandlung, die die Verhinderung einer Chronifizierung als Ziel hatte. Somit wird auch eine übermäßige Bildgebung in den ersten Wochen durch ein Chronikerprogramm nicht reduziert werden können. Mit den Patienten mit chronischen Rückenschmerzen werden allerdings diejenigen mit prolongiertem Krankheitsverlauf und einer hohen Wahrscheinlichkeit für eine hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. langfristiger Arbeitsunfähigkeit bis hin zur frühzeitigen Verrentung erfasst sein.

**1104.** In einem US-amerikanischen DMP für Rückenschmerzen wurden Patienten mit allen Schweregraden eingeschlossen und erhielten telefonische Unterstützung durch eine geschulte Pflegekraft sowie Informationsmaterial (Kotsos et al. 2009). Die Schwerpunkte lagen auf dem

leitliniengerechten Einsatz von Bildgebung, auf der Optimierung der pharmakologischen Therapie sowie auf der Vermeidung von Operationen. Patienten mit akuten und nichtchronifizierten Rückenschmerzen nahmen dadurch etwas häufiger Physiotherapie in Anspruch. Zugleich konnte gezeigt werden, dass weniger Bildgebung erfolgte, der Opioidgebrauch sank und sogar bei schweren Verläufen die Operationshäufigkeit deutlich reduziert wurde. Im Vergleich zu Patienten ohne dieses DMP wurden die Krankheitsverläufe nicht verschlechtert und somit vermutlich überflüssige Bildgebung und nicht notwendige operative Eingriffe vermieden (Kotsos et al. 2009).

**1105.** Für Patienten mit akuten und subakuten Rückenschmerzen könnten andere Versorgungsformen als ein DMP besser geeignet sein. In Baden-Württemberg existiert seit dem Jahr 2014 ein Facharztvertrag nach § 73c SGB V a. F.<sup>307</sup> für Orthopädie (Orthopädievertrag) u. a. mit dem Schwerpunkt „unspezifischer Rückenschmerz“ zwischen der AOK Baden-Württemberg, der Bosch BKK, dem MEDI Verbund, dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie dem Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen. Versicherte, die in ein Hausarztprogramm nach § 73b SGB V eingeschrieben sind, können auch am Orthopädievertrag teilnehmen. Die Vergütung der Fachärzte liegt zwischen 20 % und 40 % höher als im Rahmen der Regelversorgung. Dafür sollen die Ärzte den Patienten mehr Zeit widmen. Zudem ist die konsequente Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien vertraglich festgehalten. Auch die Informationsübermittlung zwischen Hausarzt und Facharzt ist geregelt. Die ersten Ergebnisse der Evaluierung des Orthopädievertrages stehen allerdings noch aus.

**1106.** Der Steuerungseffekt einer „Rücken-App“, die als Navigator für den Hausarzt und den Patienten dient, aber auch Behandler telemedizinisch untereinander vernetzt, wird derzeit in einem durch den Innovationsfonds geförderten Projekt („Rise-up“) untersucht. Die Erweiterung des Spektrums der Steuerungsmöglichkeiten bei Rückenschmerzen durch digitale und telemedizinische Verfahren kann eine weitere Möglichkeit zur Verbesserung der Leitlinienadhärenz darstellen.

**1107.** Bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen hingegen kann ein DMP zu einer bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung beitragen. Hier gilt es vor allem eine Fehl- und Überversorgung mit Opioiden und ggf. operativen Eingriffen zu reduzieren sowie der Unterversorgung im Bereich der multimodalen Schmerztherapie (siehe Abschnitt 15.3.5) zu begegnen. Die DGSS schlägt für die Subgruppe von Patienten mit chronischen und chronisch-rezidivierenden Rückenschmerzen eine multidisziplinär-integrative Diagnostik (mindestens Arzt, Psychotherapeut, Physiotherapeut) mit zwingend vorgesehenem inhaltlichen Austausch und gemeinsamer Therapiefestlegung, ggf. gefolgt von multimodaler Therapie im integriert-interdisziplinären Setting mit strukturierten umfangreichen Therapieprogrammen vor (DGSS o.J.). Eine solche integrierte, optimierte Versorgung wird auch durch internationale Leitlinien wie die des NICE empfohlen (NICE 2016) und könnte durch ein DMP, wie auch von Kotsos et al. beschrieben (Kotsos et al. 2009), in ihrer Umsetzung vorangetrieben werden. Bisher liegen die meisten Erfahrungen aus dem stationären oder tagesklinischen Setting vor (Nagel et al. 2012), ambulante Verfahren werden bislang nur im Rahmen von Selektivverträgen erstattet. Eine Durchführung im ambulanten Setting ist insofern eine Herausforderung, da die Beteiligung verschiedener Disziplinen eine übergeordnete Koordination erfordert.

---

<sup>307</sup> Mittlerweile ist § 73c SGB V in die Neufassung des § 140a SGB V „Besondere Versorgung“ überführt worden. Bestehende Verträge nach § 73c SGB V a. F. behalten ihre Gültigkeit.

**1108.** Für die Einschreibung in ein DMP wird es essenziell sein, diejenigen Patienten zu identifizieren, die davon profitieren. Eine solche Stratifizierung wurde im Rahmen der Studie „STarT Back“ überprüft (Hill et al. 2011). Patienten mit Rückenschmerzen aus dem Primärversorgungsbereich wurden standardisiert nach Risikogruppen eingeteilt und erhielten dementsprechend Physiotherapie mit oder ohne zusätzliche psychologische Unterstützung. Trotz der konstatierten Variabilität in der individuell geleisteten Physiotherapie konnte durch die frühzeitige und zusätzliche psychologische Unterstützung das Ausmaß der Schmerzen bei reduzierten Kosten signifikant vermindert werden. Die Integration eines solchen Stratifizierungsprogramms konnte in der IMPACT-Studie gezeigt und der Erfolgs repliziert werden (Foster et al. 2014). Beide Studien belegen eindrücklich, dass eine rechtzeitige Stratifizierung und entsprechende Patientenedukation sowie Physiotherapie zur Verminderung von Medikamentengaben und Fehlzeiten bei gleichzeitig verbesserter Lebensqualität möglich ist. Dies begründet die Aussage der NVL, ein standardisiertes Screening vorzunehmen (BÄK et al. 2017a).

**1109.** Es stellt sich zudem stets die Frage nach Fehlanreizen, die bei Etablierung eines DMP möglicherweise aufseiten der Ärzte und Krankenkassen entstehen können. So ist darauf zu achten, dass die Auswahlkriterien von Patienten für ein DMP nachvollziehbar und überprüfbar sein müssen und entsprechende Anreize auch für ambulante Strukturen vorhanden sein sollten. Eine umfängliche und leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen sollte auch eine Erhöhung der beruflichen Wiedereingliederung von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen bewirken.

## 15.3 Der Rückenschmerzpatient im stationären Sektor

### 15.3.1 Krankenhausaufenthalte

**1110.** Auch wenn in Deutschland jährlich nur etwa 1 % der Patienten<sup>308</sup> mit Rückenschmerz stationär aufgenommen wird (Gerste et al. 2016), lohnt sich eine nähere Betrachtung dieser Patientenpopulation, da Hinweise auf eine Über- und Fehlversorgung sowie regionale Unterschiede vorliegen. In einem systematischen Review wurde die Evidenz zur Prävalenz der Diagnose „Rückenschmerzen“<sup>309</sup> in Notfallsettings aus insgesamt 21 Studien aus zwölf Ländern, die in den Jahren 2000 bis 2016 veröffentlicht wurden, zusammengetragen (Edwards et al. 2017). Die gepoolte Prävalenz betrug 4,39 %, wobei die Prävalenz der Einzelstudien zwischen 0,9 % und 17,1 % variierte und abhängig von der Definition der Rückenschmerzen war.

**1111.** Auch in Deutschland spielen Patienten mit Rückenschmerzen bereits in den Krankenhausnotaufnahmen eine nicht unerhebliche Rolle. Allein die ICD-10-Diagnose M54 belegte in den Notfallambulanzen im Jahr 2015 mit 313 596 Fällen (2,65 %) Platz 4 der häufigsten Diagnosen (siehe Tabelle 15-3).

<sup>308</sup> Prävalenzen und Hospitalisierungsraten für die Diagnose M54 im Jahr 2012 in Deutschland aus dem aktuellen Versorgungs-Report 2015/2016 des WIdO.

<sup>309</sup> *Low back pain* (Kreuzschmerzen).

ICD-10	Diagnose	Anzahl der Fälle in Tausend	Anteil an allen Diagnosen
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	366	3,10 %
S01	Offene Wunde des Kopfes	348	2,94 %
S93	Luxation, Verstauchung, Zerrung der Gelenke und Bänder in Höhe des oberen Sprunggelenkes und des Fußes	328	2,77 %
M54	Rückenschmerzen	314	2,65 %
S00	Oberflächliche Verletzung des Kopfes	295	2,49 %
S60	Oberflächliche Verletzung des Handgelenkes und der Hand	287	2,42 %
S61	Offene Wunde des Handgelenkes und der Hand	284	2,40 %
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	243	2,05 %
J06	Akute Infektion an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	208	1,76 %
S90	Oberflächliche Verletzung der Knöchelregion und des Fußes	186	1,57 %

**Tabelle 15-3:** Die zehn häufigsten Diagnosen in Notfallambulanzen im Jahr 2015

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zi (2017).

**1112.** Laut Statistischem Bundesamt gab es im Jahr 2016 insgesamt 645 750 vollstationäre Patienten und Patientinnen mit der Hauptdiagnose „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“ (ICD-10 M40-M54), die mit etwa 3,22 % einen durchaus bemerkenswerten Anteil aller vollstationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten ausmachten (Destatis 2018).

**1113.** Eine Auswertung der Einweisungstage und -zeiten bei Notfällen mit der Diagnose „unspezifischer Rückenschmerz“ der DAK Gesundheit deutet darauf hin, dass viele dieser Patienten zu den Öffnungszeiten der Vertragsärzte als Notfälle in den Krankenhäusern aufgenommen werden (Marschall et al. 2018). Dieser Anteil an Patienten weist auf eine möglicherweise unangemessene ambulante Versorgung hin, die sich darin äußert, dass Patienten sowohl auf Eigeninitiative als auch mit Einweisung durch ihren niedergelassenen Arzt in der Notaufnahme erscheinen.

**1114.** Unter die genannte Diagnosegruppe M40-M54 fallen aber auch Erkrankungen wie Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M43: 50 894) sowie Spondylopathien<sup>310</sup> (M45-M49: 160 900) – und neben lumbalen u. a. auch zervikale<sup>311</sup> Rückenbeschwerden. Unter den 645 750 vollstationär versorgten Patientinnen und Patienten aus der Diagnosegruppe M40-M54 wurde die Hauptdiagnose M54 („Rückenschmerzen“) mit 35 % (225 634) insgesamt am häufigsten dokumentiert, gefolgt von der Diagnose M51 („Sonstige Bandscheibenschäden“) mit

<sup>310</sup> Degenerative Veränderungen der Wirbelkörper.

<sup>311</sup> D. h. im Bereich der Halswirbelsäule.

23 % (146 850) sowie der Diagnose M48 („Sonstige Spondylopathien“) mit 17 % (107 490; siehe Tabelle 15-4). Aufgrund ihrer Häufigkeit werden diese drei Diagnosen und ihre Behandlung im Folgenden näher betrachtet. In diesen drei häufigsten Hauptdiagnosen vereinen sich sowohl spezifische als auch nichtspezifische Rückenleiden. Der Anteil dieser drei Hauptdiagnosen an allen Behandlungsfällen im Krankenhaus beträgt zusammen 2,39 % (Destatis 2018).

ICD-10	Diagnose	Anzahl der Patienten	Anteil an M40-M54		Anteil an allen Diagnosen	
			absolut	kumuliert	absolut	kumuliert
M54	Rückenschmerzen	225 634	35 %	35 %	1,12 %	1,12 %
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	146 850	23 %	58 %	0,73 %	1,86 %
M48	Sonstige Spondylopathien	107 490	17 %	74 %	0,54 %	2,39 %
M47	Spondylose	42 232	7 %	81 %	0,21 %	2,60 %
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, andernorts nicht klassifiziert	32 380	5 %	86 %	0,16 %	2,76 %
M50	Zervikale Bandscheibenschäden	29 638	5 %	90 %	0,15 %	2,91 %
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	22 871	4 %	94 %	0,11 %	3,03 %
M43	Sonstige Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	16 020	2 %	96 %	0,08 %	3,11 %
M46	Sonstige entzündliche Spondylopathien	11 608	2 %	98 %	0,06 %	3,16 %
M41	Skoliose	5 648	1 %	99 %	0,03 %	3,19 %
M45	Spondylitis ankylosans	4 055	1 %	100 %	0,02 %	3,21 %
M40	Kyphose und Lordose	1 324	< 1 %	100 %	0,01 %	3,22 %
M49	Spondylopathien bei andernorts klassifizierten Krankheiten	-				
Gesamt M40-M54		645 750				
Alle Hauptdiagnosen		20 063 689				

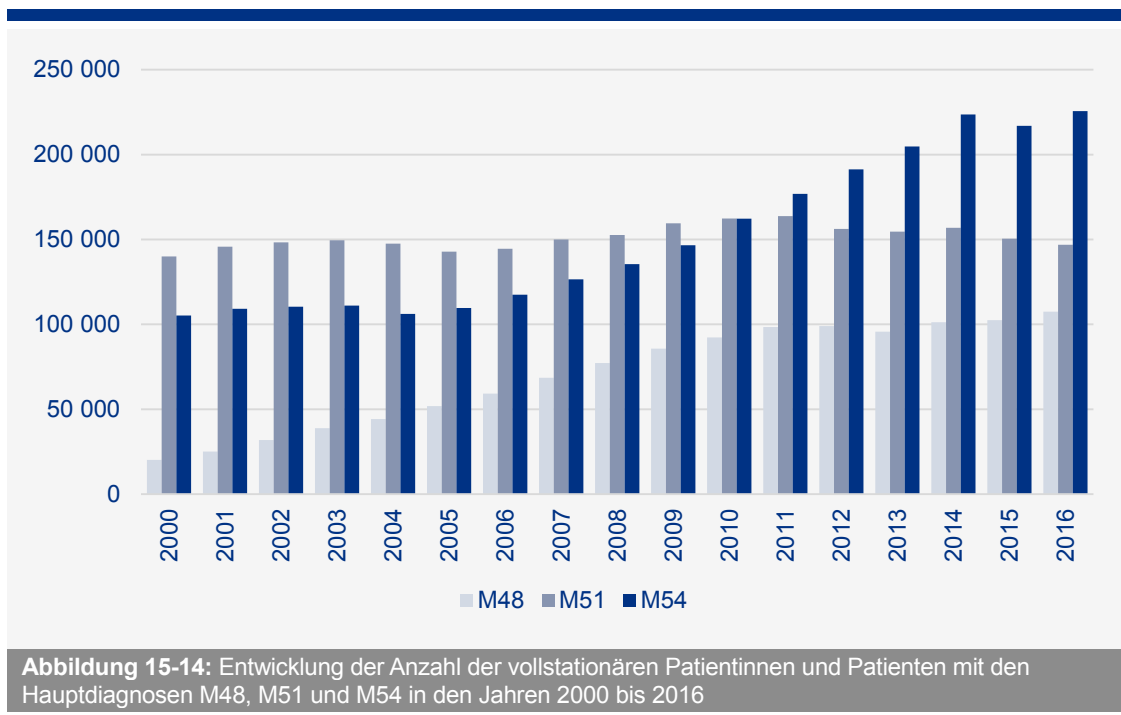
**Tabelle 15-4:** Hauptdiagnosen M40 bis M54 der Krankenhauspatienten im Jahr 2016 sortiert nach Häufigkeit

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018).

**1115.** Auch die Daten des Krankenhausreports der BARMER aus dem Jahr 2017 belegen die Relevanz insbesondere der Hauptdiagnose M54 (BARMER 2017): Sie liegt mit 25,2 Fällen je 10 000 Versichertenjahre auf Platz 9 der häufigsten Hauptdiagnosen im Krankenhaus. Bezogen auf die Anzahl aller Krankenhaustage rangiert sie mit einem Anteil von 1 % an allen Krankenhaustagen auf Platz 16.

**1116.** Die Anzahl von vollstationären Patientinnen und Patienten mit der Hauptdiagnose M54 ist von 105 158 im Jahr 2000 auf 225 634 im Jahr 2016 angestiegen und hat sich somit

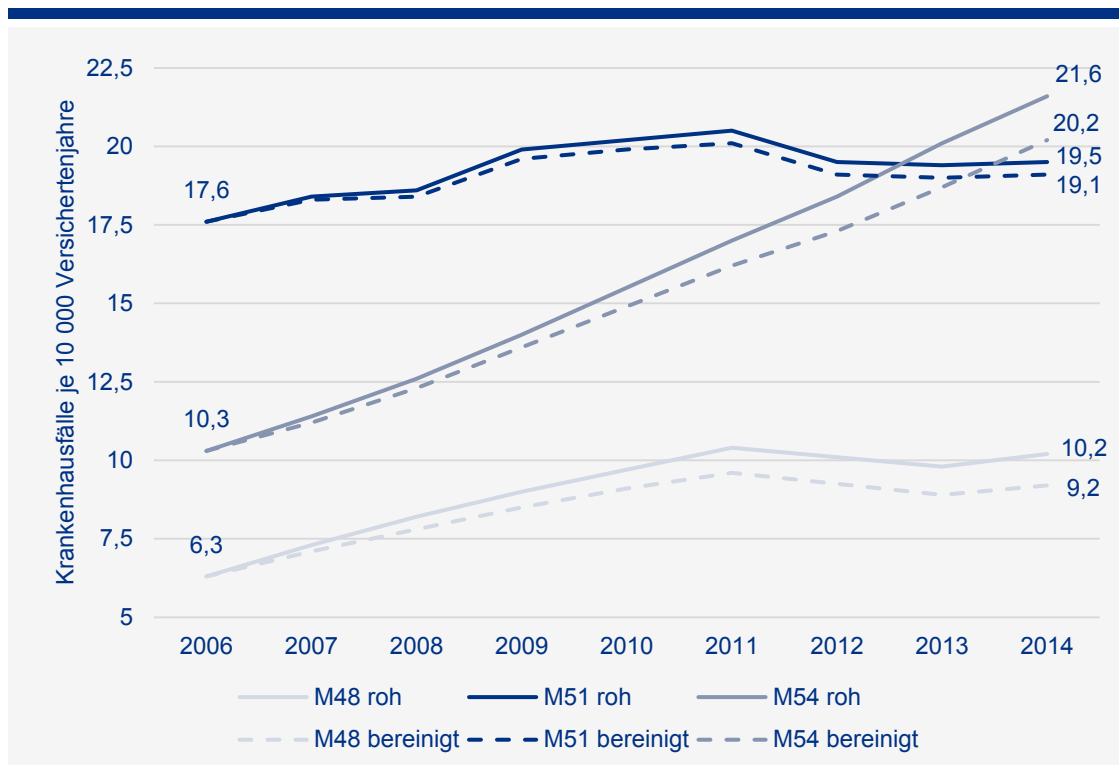
mehr als verdoppelt<sup>312</sup> (siehe Abbildung 15-14). Die Zunahme bei der Hauptdiagnose M51 fällt mit knapp 5 % (von 140 029 im Jahr 2000 auf 146 850 im Jahr 2016) vergleichsweise gering aus – bei einem gleichzeitigen Anstieg aller Krankenhausfälle um knapp 17 %. Die Zunahme der Hauptdiagnose M48 zwischen 2000 und 2015 ist wiederum extrem auffällig: Die Häufigkeit dieser Hauptdiagnose hat sich von 20 180 im Jahr 2000 auf 107 490 im Jahr 2015 mehr als verfünffacht. Allerdings zeigt sich bei dieser Diagnose seit dem Jahr 2011 weitestgehend eine Stagnation (Destatis 2018).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Destatis (2018).

**1117.** Betrachtet man die Entwicklung der Krankenhausfälle je 10 000 Versichertenjahre, so zeigt sich – auch unter Berücksichtigung der demografischen Effekte – die gleiche Tendenz (siehe Abbildung 15-15): Während die Häufigkeit der Diagnose M51 kaum zugenommen hat, war die Zunahme der Diagnose M48 von 6,3 auf 9,2 Krankenhausfälle je 10 000 Versichertenfälle deutlich. Am stärksten ist jedoch der Anstieg der Diagnose M54 – ein Plus von 100 % im Zeitraum von 2006 bis 2014.

<sup>312</sup> Cave: Einführung des Systems der Diagnosis Related Groups (DRGs) im Jahr 2005.



**Abbildung 15-15:** Krankenhausfälle wegen lumbaler Rückenleiden nach Hauptdiagnose 2006 bis 2014 (Fälle je 10 000 Versichertenjahre)

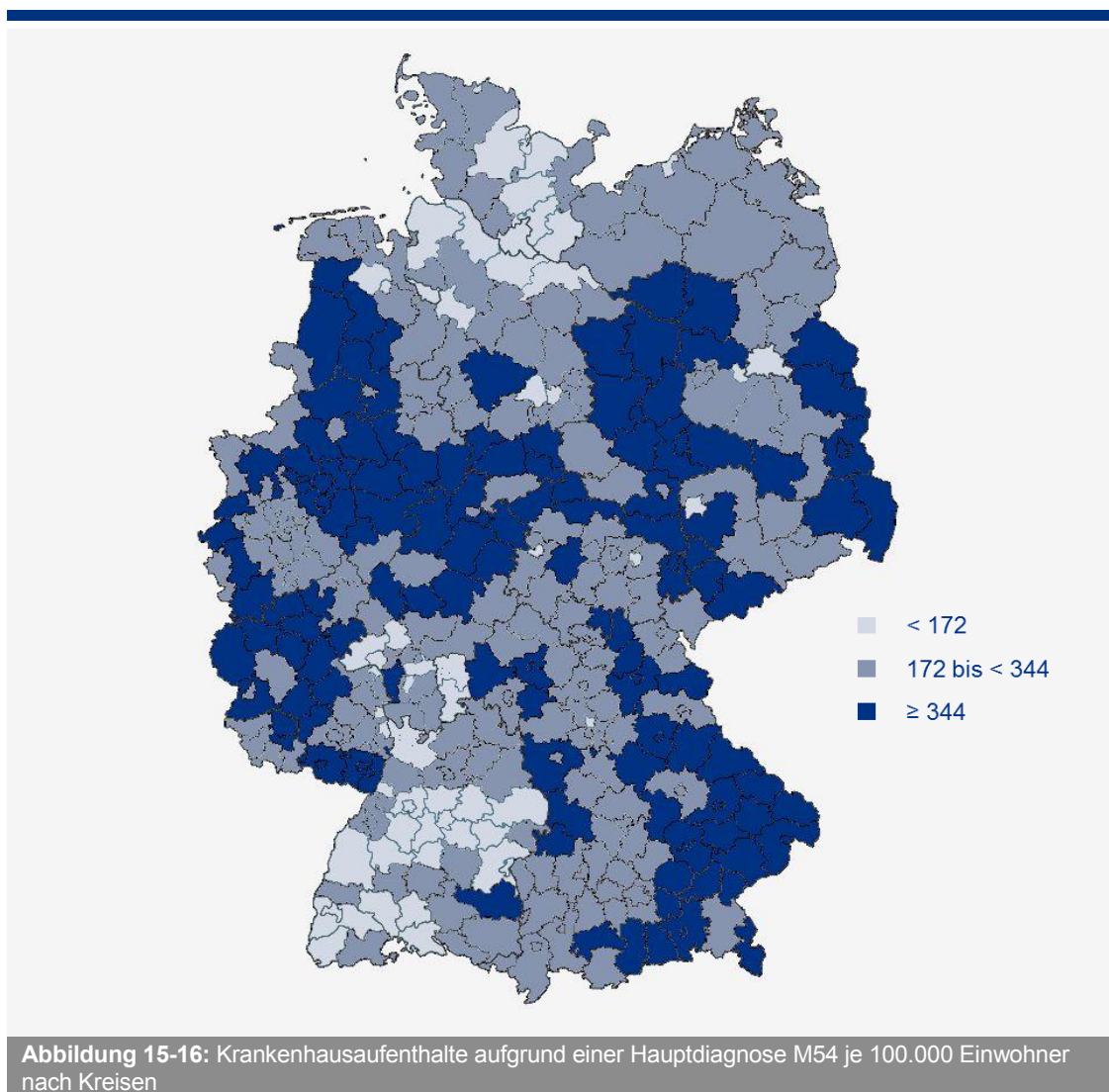
Bei den bereinigten Fällen werden die demografischen Effekte berücksichtigt.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BARMER GEK (2015).

### 15.3.1.1 Regionale Unterschiede

**1118.** Es zeigen sich bezüglich der Krankenhaushäufigkeit regional starke Unterschiede (Zich/Tisch 2017): So bewegte sich die standardisierte Krankenhausanspruchnahme der Bevölkerung aufgrund der Hauptdiagnose M54 („Rückenschmerzen“) im Zeitraum 2014/2015<sup>313</sup> je nach Kreis zwischen 58 (Stadt Heidelberg) und 919 (Landkreis Osterode am Harz) Fällen je 100 000 Einwohner (siehe Abbildung 15-16).

<sup>313</sup> Summe aus beiden Jahren.



Direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht. Daten beziehen sich auf die Jahre 2014 und 2015. Bevölkerung im Alter ab 15 Jahren.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Bertelsmann Stiftung (2017b).

**1119.** Seit dem Jahr 2007 hat sich die Häufigkeit der Krankenhausaufnahme aufgrund der Diagnose M54 zudem in den Bundesländern stark unterschiedlich entwickelt, sie ist jedoch überall steigend (siehe Abbildung 15-17). Die Zunahme zwischen 2007/2008 und 2014/2015 betrug durchschnittlich 63 %.



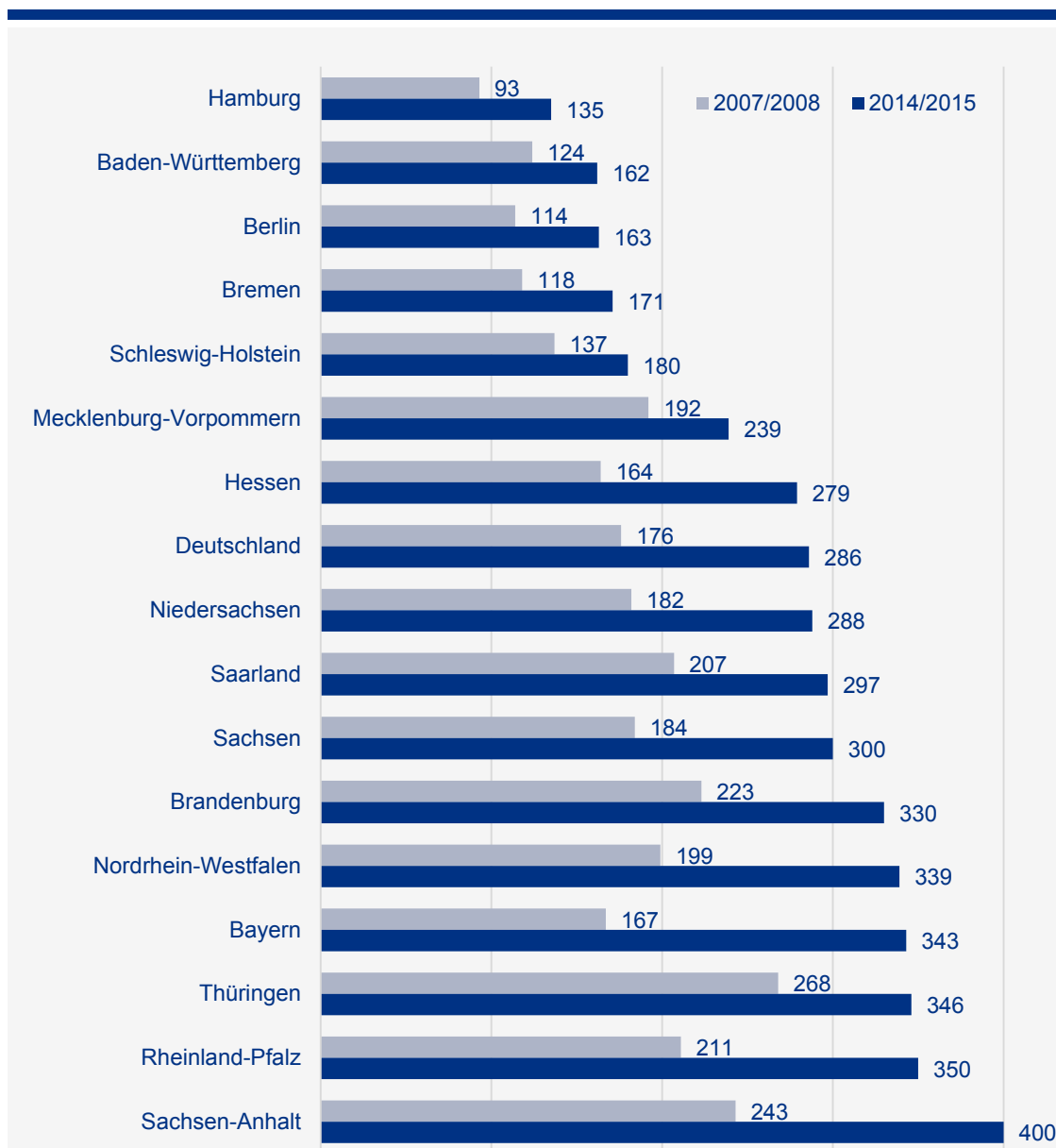


Abbildung 15-17: Krankenhausinanspruchnahme aufgrund der Hauptdiagnose M54 je 100 000 Einwohner

Direkt standardisiert an der Bevölkerung des Jahres 2014 nach Altersgruppen und Geschlecht. Bevölkerung ab 15 Jahren.

Quelle: Zich/Tisch (2017). Grafisch angepasst.

**1120.** Ein ähnliches Bild zeigt sich für die Diagnose M48 („Sonstige Spondylopathien“). Hier beträgt die deutschlandweite Zunahme zwar „nur“ 32 %, aber auch hier variiert die Zunahme zwischen den Bundesländern. Sie reicht von 5 % in Hamburg bis 87 % in Sachsen. In 8 der 16 Bundesländer bewegt sich die Zunahme allerdings dicht am bundesdeutschen Durchschnitt zwischen 29 % und 35 %.

**1121.** Ein deutlich anderes Bild zeigt sich bei der Diagnose M51 („Sonstige Bandscheibenschäden“). Zwar unterscheidet sich auch hier die Häufigkeit für Krankenhausaufnahmen regio-

nal erheblich, doch hat es in den einzelnen Bundesländern in den letzten Jahren konträre Entwicklungen gegeben. So hat die Krankenhaushäufigkeit der Diagnose M51 zwischen 2007/2008 und 2014/2015 in Hessen mit +19 % am stärksten zugenommen, gefolgt von +11 % in Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Gleichzeitig ist die Krankenhaushäufigkeit aber auch in sieben Bundesländern gesunken. Am auffälligsten waren die Rückgänge in Bremen (–22 %), in Hamburg (–14 %) und in Schleswig-Holstein (–12 %). Die Durchschnittssteigerung betrug damit nur 3 % und ist damit deutlich geringer als bei den Diagnosen M54 und M48.

**1122.** In der Gesamtschau können bevölkerungsspezifische Aspekte wie z. B. Alter, Geschlecht und berufsbedingte Schädigungen diese regionale Variabilität nicht erklären. Neben einer angebotsinduzierten stationären Leistungsausweitung müssen auch die Leistungsangebote im ambulanten Sektor der jeweiligen Region betrachtet werden.

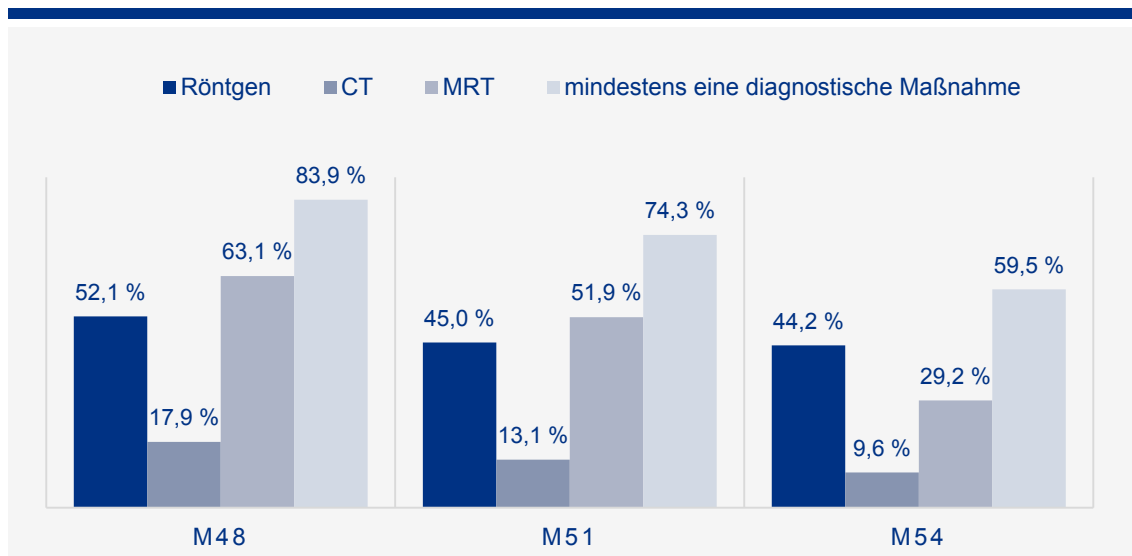
### 15.3.1.2 Diagnosen und Vorbehandlungen von stationär aufgenommenen Patienten

**1123.** Patienten, die aufgrund ihrer Rückenschmerzen im Krankenhaus behandelt wurden, sind in hohem Maße und oft bereits über mehrere Jahre in ambulanter Behandlung (BARMER GEK 2015). So ergab eine Auswertung der BARMER GEK, dass 51,2 % der im Jahr 2013 vollstationär aufgenommenen Patienten mit der Diagnose M54 („Rückenschmerzen“), 38,9 % der Patienten mit der Diagnose M51 („Sonstige Bandscheibenschäden“) sowie 61,1 % der Patienten mit der Diagnose M48 („Sonstige Spondylopathien“) in den vier Quartalen vor dem Krankenhausaufenthalt durchgängig eine ambulante Diagnose von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54) aufgewiesen hatten. Ein Fünftel der Patienten mit der Diagnose M54, ein Zehntel der Patienten mit der Diagnose M51 und fast ein Viertel der Patienten mit der Diagnose M48 wiesen diese sogar in den vorausgegangenen sieben Jahren auf<sup>314</sup> (BARMER GEK 2015).

**1124.** Abbildung 15-18 zeigt den Anteil von Patienten, bei denen innerhalb eines Jahres vor dem Krankenhausaufenthalt eine bildgebende Diagnostik durchgeführt wurde (BARMER GEK 2015). Interpretiert man die Abbildung umgekehrt, so bedeutet dies, dass 16,1 % der Patienten mit der Diagnose M48, 25,7 % der Patienten mit der Diagnose M51 und sogar 40,5 % der Patienten mit der Diagnose M54 vollstationär aufgenommen wurden, ohne dass im Jahr vor der Aufnahme eine bildgebende Diagnostik mittels Röntgen, CT oder MRT erfolgt war. Dies kann allerdings auch darauf beruhen, dass vor mehr als einem Jahr eine Bildgebung erfolgte.

---

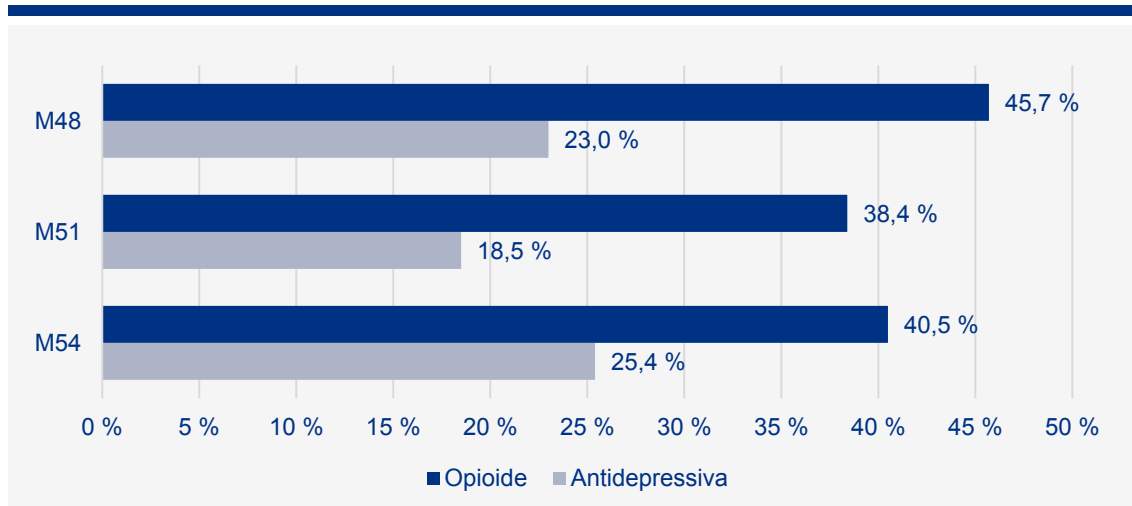
<sup>314</sup> Es gilt zu berücksichtigen, dass es sich um eine sogenannte Dauerdiagnose handeln kann, die automatisch vom Praxisverwaltungssystem übernommen wird und nicht zwingend mit einer Behandlungsdiagnose gleichzusetzen ist.



**Abbildung 15-18:** Anteil der Krankenhauspatienten mit den Hauptdiagnosen M48, M51 und M54, bei denen im Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt eine Bildgebung mittels Röntgen, CT und MRT durchgeführt wurde

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER GEK (2015).

**1125.** Eine Opioidverordnung hatten 45,7 % der Patienten mit der Diagnose M48, 38,4 % der Patienten mit der Diagnose M51 bzw. 40,5 % der Patienten mit der Diagnose M54 im Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt erhalten (BARMER GEK 2015). Mit Antidepressiva wurden im entsprechenden Zeitraum 23,0 % der Patienten mit der Diagnose M48, 18,5 % der Patienten mit der Diagnose M51 und 25,4 % der Patienten mit der Diagnose M54 behandelt (siehe Abbildung 15-19). Diese Verordnungen deuten auf einen erheblichen Schweregrad der Schmerzen, einen großen Leidensdruck sowie ggf. auf eine Überlappung mit psychischen Störungen hin.



**Abbildung 15-19:** Anteil der Krankenhauspatienten mit den Hauptdiagnosen M48, M51 und M54, die im Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt Opioid- oder Antidepressiva verordnet bekommen haben

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER GEK (2015).

**1126.** Im Jahr vor dem Krankenhausaufenthalt waren 47,3 % der Patienten mit der Diagnose M48 („Spondylopathien“), 57,0 % der Patienten mit der Diagnose M51 („Bandscheibenschäden“) sowie 29,3 % der Patienten mit der Diagnose M54 („Rückenschmerzen“) mindestens einmal aufgrund von Rückenleiden arbeitsunfähig. Die durchschnittliche Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage<sup>315</sup> belief sich auf 64,7 bei den Patienten mit der Diagnose M48, 39,3 bei den Patienten mit der Diagnose M51 und 49,8 bei den Patienten mit der Diagnose M54 (BARMER GEK 2015).

**1127.** Die Ausgaben je Krankenhausfall sind im Beobachtungszeitraum von 2006 bis 2014 bei den Patienten mit der Diagnose M48 um 20,3 % auf 5 158 Euro, bei den Patienten mit der Diagnose M51 um 6,2 % auf 3 205 Euro und bei den Patienten mit der Diagnose M54 um 9,8 % auf durchschnittlich 2 372 Euro gestiegen (BARMER GEK 2015).<sup>316</sup> Die Kosten variieren in Abhängigkeit von den im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren.

### 15.3.1.3 Behandlung im Krankenhaus

**1128.** In der stationären Therapie von Rückenschmerzen lassen sich vor allem drei Behandlungsarten unterscheiden (BARMER GEK 2015):

- operative Eingriffe, die der Beseitigung der strukturellen Ursache des Schmerzes dienen sollen (siehe Abschnitt 15.3.2),
- die interventionelle Schmerztherapie, welche die vorhandenen Schmerzen lindern und die Beweglichkeit des Patienten wiederherstellen soll (siehe hierzu Abschnitt 15.3.4), sowie
- die multimodale Schmerztherapie, die interdisziplinär und strukturiert auf die Beseitigung bzw. den Umgang mit den verschiedenen Ursachen chronifizierter Schmerzen fokussiert (siehe Abschnitt 15.3.5).

**1129.** Laut Auswertungen der BARMER-GEK-Daten wurden die Patienten mit der Diagnose M48 („Spondylopathien“) und der Diagnose M51 („Bandscheibenschäden“) häufig einer Operation an der Wirbelsäule unterzogen, sie erhielten nur sehr selten eine multimodale Schmerztherapie (siehe Abbildung 15-20) und in moderatem Umfang eine interventionelle Schmerztherapie. Die Behandlung unterscheidet sich damit stark von jener der Patienten mit der Diagnose M54: Hier waren nur sehr wenige operiert worden, viele hatten eine interventionelle Schmerztherapie und im Vergleich zu den anderen Diagnosen auch ein relevanter Anteil eine multimodale Schmerztherapie bekommen. Interessanterweise war damit bei knapp einem Viertel (24,3 %) der Patienten mit der Diagnose M51 bzw. bei gut der Hälfte (50,7 %) der Patienten mit der Diagnose M54 und immerhin bei 17,5 % der Patienten mit der Diagnose M48 weder eine Operation noch eine interventionelle oder eine multimodale Schmerztherapie dokumentiert (BARMER GEK 2015).

<sup>315</sup> Bezogen auf alle Personen, die mindestens einen Tag aufgrund von Rückenleiden arbeitsunfähig waren.

<sup>316</sup> Die Autoren des Krankenhausreports der BARMER GEK aus dem Jahr 2015 rechnen hoch, dass in Deutschland pro Jahr etwa 1,25 Milliarden Euro seitens der GKV für die stationäre Behandlung lumbaler Rückenschmerzen ausgegeben werden.

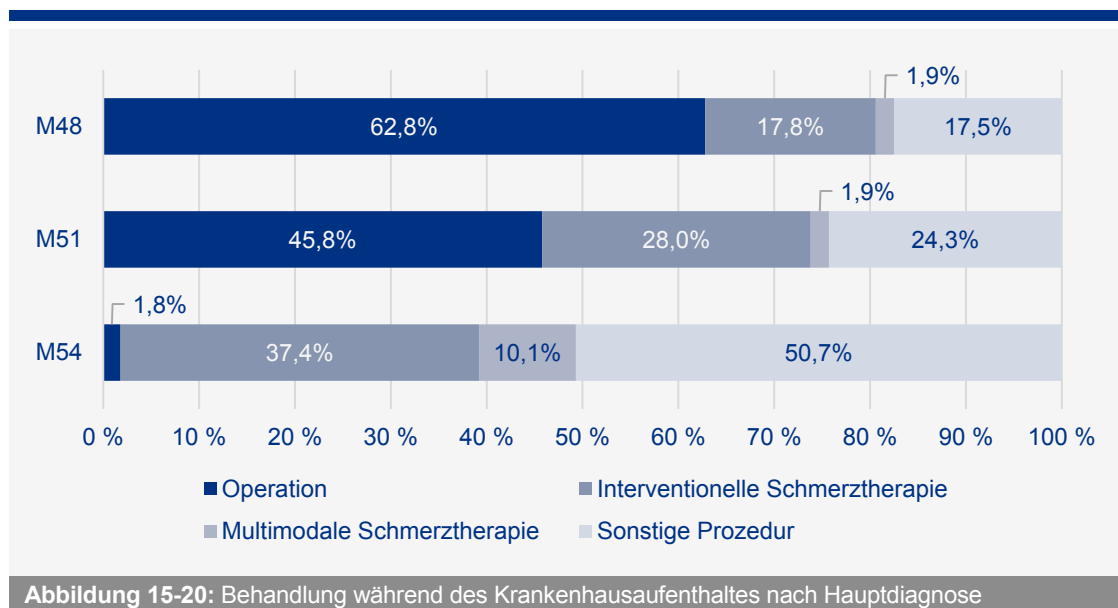


Abbildung 15-20: Behandlung während des Krankenhausaufenthaltes nach Hauptdiagnose

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER GEK (2015).

**1130.** Diese relativ große Patientengruppe, bei der den Abrechnungsdaten zufolge weder eine operative noch eine interventionelle oder eine multimodale Schmerztherapie erfolgt ist, unterzog sich während des Krankenhausaufenthaltes vorrangig diagnostischen Maßnahmen. Sie hatte mit 4,9 Tagen durchschnittlich eine kürzere Verweildauer als die Patienten, die operiert wurden (7,6 Tage), die eine interventionelle (6,1 Tage) bzw. eine multimodale Schmerztherapie (11,2 Tage) erhalten hatten (BARMER GEK 2015). Hier liegt der Verdacht nahe, dass es sich dabei um vermeidbare Krankenhausaufnahmen handelt, da die diagnostische Bildgebung auch rein ambulant hätte erfolgen können. Möglicherweise sind einige dieser Patienten als Notfälle (siehe Tabelle 15-3) zur Abklärung ihrer Rückenschmerzen über die Notfallambulanz stationär aufgenommen worden. Dies deckt sich mit den Ergebnissen des Konsensusverfahrens zu den ambulant-sensitiven Diagnosen. Hier werden sogar 81 % aller Krankenhaüsfälle mit der Diagnose Rückenbeschwerden als vermeidbar eingestuft (Sundmacher et al. 2015).

**1131.** Eine Befragung dieser Patienten über ein Jahr nach dem Krankenhausaufenthalt ergab, dass die Patienten zum Befragungszeitpunkt<sup>317</sup> zu einem Drittel (32,9 %) schmerzfrei waren und fast die Hälfte (46,6 %) eine normale Funktionskapazität besaß – vor dem Krankenhausaufenthalt waren es 18,4 % mit normaler Funktionskapazität (BARMER GEK 2015).

**1132.** Es wurde ebenfalls ausgewertet, wie oft eine erneute Krankenhausaufnahme in den 365 Tagen (im Folgejahr) nach dem Krankenhausaufenthalt (im Folgenden zur Abgrenzung vom erneuten Krankenhausaufenthalt als „Indexaufenthalt“ bezeichnet) erfolgte. Bezogen auf die während des Indexaufenthaltes durchgeführte Therapie zeigten sich deutliche und interessante Unterschiede (siehe Tabelle 15-5).

**1133.** Betrachtet man zunächst die Krankenhausaufnahmen über die drei Hauptdiagnosen hinweg, so fällt auf, dass die Patienten, die während des Indexaufenthaltes eine interventionelle

<sup>317</sup> Die Befragung erfolgte im November 2014. Befragt wurden Pflichtversicherte der BARMER GEK, die zwischen dem 1. Januar 2013 und dem 31. Dezember 2013 aus ihrem Krankenhausaufenthalt mit der Hauptdiagnose M51 oder M54 entlassen wurden.

Schmerztherapie erhalten hatten, im Folgejahr deutlich häufiger erneut im Krankenhaus (36,8 %) aufgenommen wurden als die anderen Patienten. Am seltensten kamen die Patienten, die operiert worden waren, erneut ins Krankenhaus (19,1 %). Allerdings ist diese generelle Aussage bei Betrachtung der Einzeldiagnosen nicht mehr gültig. So führte die Operation nur bei den Diagnosen M48 und M51 tatsächlich zu den geringsten Krankenhauswiederaufnahmen (19,5 % bzw. 18,3 %). Vor allem die interventionelle Schmerztherapie schien bei Patienten mit der Diagnose M48 wenig erfolgreich bzw. nachhaltig: 44,4 % dieser Patienten wurden im Folgejahr erneut im Krankenhaus aufgenommen. Die multimodale Schmerztherapie konnte bei 32,5 % der M48-Patienten eine Wiederaufnahme nicht verhindern. Für die M51-Patienten waren die multimodale und die interventionelle Schmerztherapie vergleichbar nachhaltig: Es wurden gut 35 % aus beiden Gruppen innerhalb eines Jahres erneut im Krankenhaus behandelt.

**1134.** Deutlich anders fallen die Zahlen für die Patienten mit der Diagnose M54 aus. Am seltensten erfolgte eine Krankenhauswiederaufnahme für die Patienten, die weder eine Operation noch eine multimodale oder eine interventionelle Schmerztherapie erhalten hatten (20,9 %). Es stellt sich hier erneut die Frage, ob der Indexaufenthalt gerechtfertigt war.

	Gesamt	Operation	Multimodale Schmerztherapie	Interventionelle Schmerztherapie	Sonstige Prozedur
<b>Alle</b>	26,6 %	19,1 %	28,1 %	36,8 %	24,2 %
<b>M48</b>	26,9 %	19,5 %	32,5 %	44,4 %	35,1 %
<b>M51</b>	25,9 %	18,3 %	35,4 %	35,7 %	28,0 %
<b>M54</b>	27,1 %	27,5 %	26,5 %	35,7 %	20,9 %

**Tabelle 15-5:** Erneuter rückenbezogener Krankenhausaufenthalt (M40-M54) in den 365 Tagen nach dem Indexaufenthalt

Aufgeführt ist die Prozedur aus dem Indexaufenthalt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER GEK (2015).

**1135.** Erstmals im Jahr 2016 hatten sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der GKV-SV und der Verband der PKV darauf geeinigt, sieben Diagnosis Related Groups (DRGs) im Bereich der Therapie von Erkrankungen an der Wirbelsäule (darunter fünf operative und zwei konservative DRGs) als mengenanfällige Leistungen festzulegen, und eine gezielte Absenkung der Bewertungsrelationen gemäß § 17b Abs. 1 Satz 5 zweiter Halbsatz Krankenhausgesetz (KHG) in Verbindung mit § 9 Abs. 1c Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vereinbart<sup>318</sup>. Diese Vereinbarung wurde im Jahr 2017 wirksam und betraf u. a. zwei DRGs zur rein konservativen Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen (I68D und I68E). Eine Hochrechnung des ersten Quartals der Abrechnungsdaten der DAK Gesundheit ergab, dass sich die Anzahl der DRG I68D um etwa 10 % und die Anzahl der DRG I68E um etwa 1 % verringern könnte. Diese Hochrechnung ist jedoch unter großem Vorbehalt zu sehen, und es kann aktuell noch nicht abgeschätzt werden, ob die gezielte Absenkung der Bewertungsrelation zu einer Reduktion von Leistungen führt (Marschall et al. 2018).

<sup>318</sup> Der genaue Berechnungsmodus ist in der Vereinbarung festgelegt und schreibt eine Absenkung der Bewertungsrelation um 50 % im Jahr 2017 und um 60 % im Jahr 2018 vor. Alle Krankenhäuser, die die entsprechenden DRGs erbringen, müssen ihre Fallzahlen melden. Eine Absenkung kommt nur für diejenigen Krankenhäuser zum Tragen, deren Leistung über dem Median aller meldenden Krankenhäuser liegt.

### 15.3.2 Operationen am Rücken

**1136.** Wie in Abbildung 15-20 ersichtlich, ist die Häufigkeit einer Operation abhängig von der Diagnose. So wurden Patienten mit der Diagnose M48 („Spondylopathien“) bzw. der Diagnose M51 („Bandscheibenschäden“) in der Auswertung der BARMER-GEK-Daten im Rahmen ihres Krankenhausaufenthaltes zu 62,8 % bzw. 45,8 % operiert, während nur 1,8 % der Patienten mit der Diagnose M54 operiert wurden. Diese Verhältnisse sind insofern nachvollziehbar, als dass Spondylopathien und Bandscheibenschäden pathologische Korrelate wie Veränderungen an den Wirbelkörpern bzw. Bandscheiben haben, während die Hauptdiagnose Rückenschmerz (M54) unspezifisch ist und ein anatomisches Korrelat für einen operativen Eingriff oftmals nicht zu finden ist bzw. psychische Überlagerungen zur Aufrechterhaltung der Schmerzen beitragen.

**1137.** In der NVL ist die Empfehlung entsprechend deutlich: Operative Therapieverfahren sollen zur Behandlung nichtspezifischer Rückenschmerzen nicht angewendet werden (BÄK et al. 2017a). Bei anderen Rückenleiden ist der Stellenwert einer Operation umstritten bzw. die Indikationsstellung unterliegt einer breiten Variabilität. Grundsätzlich ist es immer erstrebenswert, eine Operation zu vermeiden; nur bei der Gefahr von Folgeschäden, z. B. bei Vorliegen von Lähmungen, ist sie sofort indiziert. In den anderen Fällen sollten zunächst alle konservativen Therapieoptionen, vor allem Physiotherapie/Bewegungstherapie, voll ausgeschöpft werden.

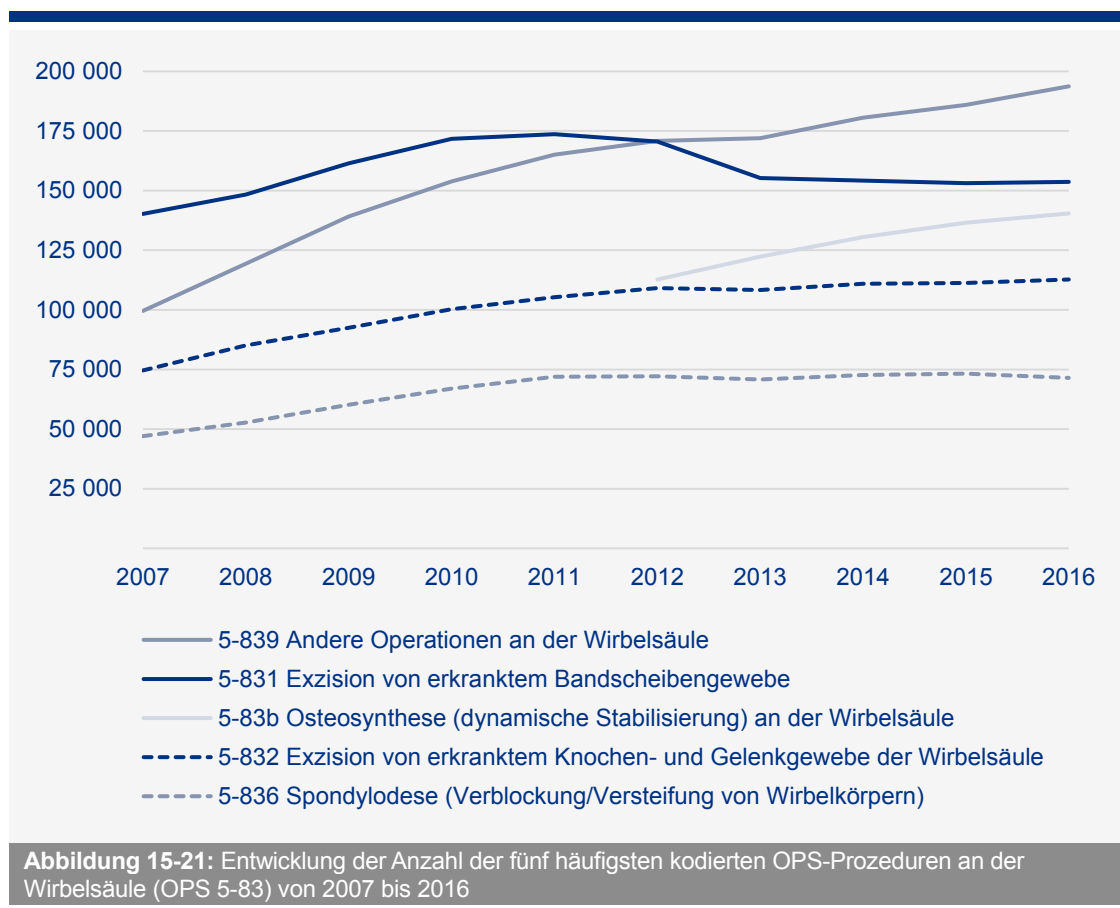
**1138.** Einhergehend mit der steigenden Anzahl der durch Rückenleiden bedingten Krankenhausaufenthalte hat die Anzahl von operativen Eingriffen an der Wirbelsäule (OPS 5-83) zugenommen. So hat sich die Anzahl aller an der Wirbelsäule abgerechneten Prozeduren (OPS 5-83) von knapp 387 618 im Jahr 2006 auf über 754 327 im Jahr 2015 fast verdoppelt<sup>319</sup>. Jedoch ist die Zunahme primär auf die Entwicklung zwischen 2006 und 2011 zurückzuführen – zwischen 2011 und 2015 ist die Zunahme deutlich moderater (im Jahr 2011 lag sie bereits bei 711 272). Die Aussagekraft dieser Zahlen ist ohnehin infrage zu stellen, da nicht jede OPS-Prozedur mit einer Operation und somit mit einem Fall gleichzusetzen ist. In der Regel werden mehrere Prozeduren im Rahmen eines Eingriffs kodiert.

**1139.** Die fünf aktuell am häufigsten abgerechneten OPS-Prozeduren an der Wirbelsäule und ihre Entwicklung zwischen 2007 und 2016 sind Abbildung 15-21 zu entnehmen. Auf insgesamt hohem Niveau und bis zum Jahr 2011 sogar auf Platz 1 der am häufigsten kodierten Eingriffe liegt die Prozedur 5-831 („Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe“), seit dem Jahr 2011 nimmt die Zahl leicht ab. Eine ausführliche Analyse von Operationen an der Bandscheibe nehmen Bäuml et al. vor. Sie kommen anhand einer Befragung von BARMER-GEK-Versicherten und der Auswertung von Versichertendaten zu dem Schluss, dass mindestens 10 % der durchgeführten Bandscheibenoperationen nicht indiziert seien (Bäuml et al. 2016).

Stark zugenommen hat die Prozedur 5-839 („Andere Operationen an der Wirbelsäule“) und liegt nun auf Platz 1 (siehe Abbildung 15-21). Hierunter fällt u. a. die Prozedur 5-839.6 („Knöchelchen Dekompression des Spinalkanals“), die etwa 60 % der Eingriffe in der Gruppe 5-839 ausmacht. Die Prozedur 5-83b („Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule“) illustriert die Problematik der Interpretation der Zahlen. Dieser Prozedurenschlüssel wurde

<sup>319</sup> Die OPS-Kodes 5-83a („Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)“) sowie 5-83w („Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule“) wurden hierbei nicht berücksichtigt.

erst im Jahr 2012 eingeführt, stellt aber keine völlig neue Prozedur dar. So können während einer einzigen Operation mehrere 5-83b-Prozeduren kodiert werden, wenn z. B. unterschiedliche Implantate während eines Eingriffs verwendet werden. Von der Summe der Prozeduren lässt sich folglich nicht auf die Anzahl der tatsächlich durchgeführten Operationen schließen. Als Quantifizierung einer Mengenausweitung und Überversorgung von Rückenschmerzpatienten mit Operationen eignen sich diese Zahlen daher insgesamt nur eingeschränkt.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GBE-Bund (2017).

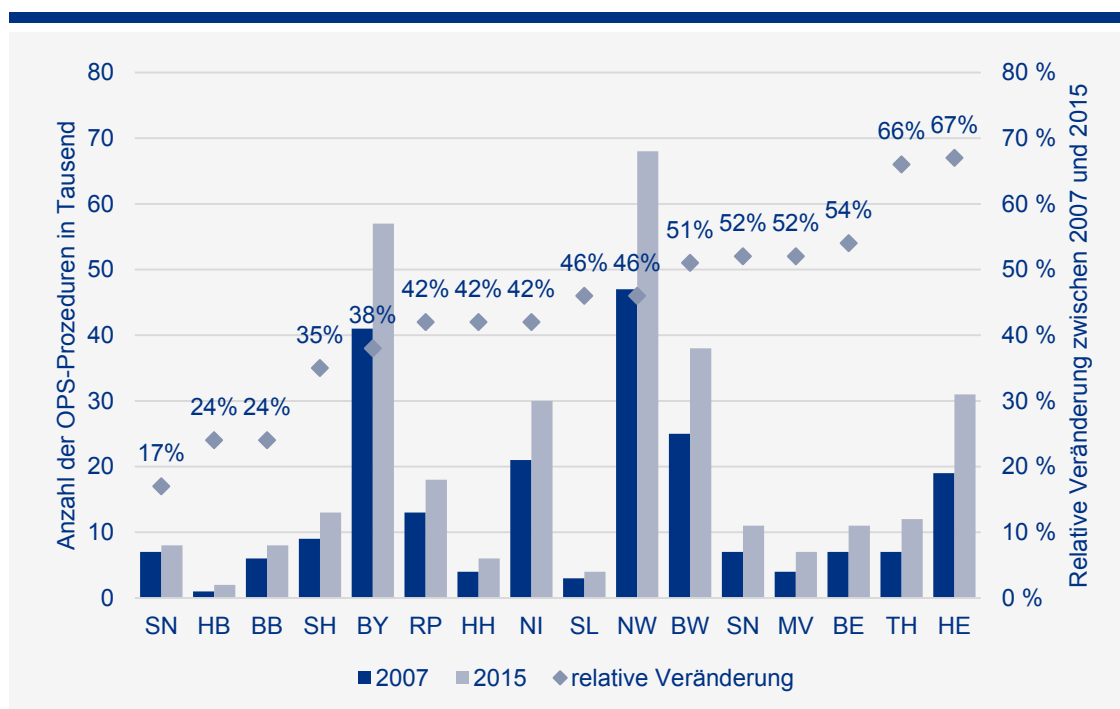
**1140.** Allerdings gibt es Hinweise darauf, dass sich die Operationshäufigkeit regional stark unterscheidet. Die Bertelsmann Stiftung veröffentlichte die Häufigkeit verschiedener Operationen an der Wirbelsäule auf Kreisebene (Bertelsmann Stiftung 2017c). Dabei wurde die Häufigkeit je 100 000 Einwohner (nach Wohnort, nicht nach Operationsort) betrachtet und Alters- und Geschlechtsstrukturen wurden rechnerisch ausgeglichen. Bandscheibenoperationen (OPS 5-831 „Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe“) wurden demnach mit 84,7 pro 100 000 Einwohner am seltensten im Kreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge (Sachsen) und mit 566,6 pro 100 000 Einwohner am häufigsten im Kreis Hersfeld-Rotenburg (Hessen) durchgeführt. Für die Versteifungsoperation (OPS 5-836 „Spondylodese“) und die Dekompression (OPS 5-839.6 „Knöchernen Dekompression des Spinalkanals“) gilt: Am seltensten werden diese Prozeduren mit 26,9 (Versteifung) bzw. 39,7 (Dekompression) pro 100 000 Einwohner jeweils im Kreis Frankfurt/Oder (Brandenburg) durchgeführt. Spitzenreiter bildet hier jeweils der Kreis Fulda



(Hessen) mit 355 (Versteifung) bzw. 548,7 (Dekompression) pro 100 000 Einwohner. Der Bundesdurchschnitt lag bei 199,4 (Bandscheibe), 101,7 (Versteifung) und 154,7 (Dekompression) pro 100 000 Einwohner.

**1141.** Neben den vorbeschriebenen Charakteristika von Patienten, die sich einer Operation an der Wirbelsäule unterziehen, wie z. B. Vorbehandlungen und Medikation, können Analysen aus dem Deutschen Wirbelsäulenregister Hinweise auf zusätzliche „Risikofaktoren“ für eine Wirbelsäulenoperation ergeben. Daraus abzuleitende präventive, konservative oder beratende Maßnahmen werden aus dem Innovationsfonds-geförderten Projekt „Determinanten bei der Versorgung von Patienten mit Wirbelsäulenoperation (DEWI)“ erwartet und sollten bei der zukünftigen Indikationsstellung und Therapiesteuerung berücksichtigt werden.

**1142.** Zich/Tisch verglichen die Anzahl von drei häufigen OPS-Kodes<sup>320</sup> in den Bundesländern und ihre Entwicklung zwischen 2007 und 2015 (Zich/Tisch 2017). Während die Anzahl der durchgeführten Prozeduren natürlich aufgrund der Größe des Bundeslandes (gemessen an der Einwohnerzahl) sehr unterschiedlich ist, fällt aber der Unterschied in der relativen Zunahme auf (siehe Abbildung 15-22). Sie schwankt zwischen +17 % in Sachsen-Anhalt und +67 % in Hessen.



**Abbildung 15-22:** Anzahl der Prozeduren 5-831 (ohne 5-831.6 und 5-381.7), 5-836 und 5-839.6 nach Bundesländern und relative Veränderung zwischen 2007 und 2015

BB = Brandenburg, BE = Berlin, BW = Baden-Württemberg, BY = Bayern, HB = Bremen, HE = Hessen, HH = Hamburg, MV = Mecklenburg-Vorpommern, NI = Niedersachsen, NW = Nordrhein-Westfalen, RP = Rheinland-Pfalz, SH = Schleswig-Holstein, SL = Saarland, SN = Sachsen, ST = Sachsen-Anhalt, TH = Thüringen.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Zich/Tisch (2017).

<sup>320</sup> Berücksichtigt wurden folgende OPS-Kodes: 5-831 („Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe“, ohne 5-831.6 und 5-831.7), 5-836 („Spondylodese“) und 5-839.6 („Knöchernen Dekompression des Spinalkanals“).

### 15.3.3 Zweitmeinung vor Rückenoperationen

**1143.** Aktuell besteht weder für Patienten noch für Ärzte eine Verpflichtung, eine Zweitmeinung vor elektiven Operationen einzuholen. Durch das im Jahr 2015 verabschiedete GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde allerdings ein Anspruch der Versicherten auf eine ärztliche Zweitmeinung gesetzlich verankert (§ 27b SGB V).<sup>321</sup> Dies gilt allerdings nur, wenn bei den Versicherten die Indikation zu einem planbaren Eingriff gestellt wird, bei dem insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Der G-BA sollte ursprünglich bereits bis zum 31. Dezember 2015 in einer Richtlinie beschließen, welche Eingriffe dies betrifft, und die Anforderungen an ein Zweitmeinungsverfahren konkretisieren. Am 21. September 2017 wurde schließlich der Beschluss über eine Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren gefasst. Die Eingriffe, die von dieser Richtlinie umfasst sind, sind Mandeloperationen (Tonsillektomie und Tonsillotomie) sowie die Gebärmutterentfernung (Hysterektomie). Eingriffe an der Wirbelsäule sind somit nicht erfasst, sodass für diese Operationen weiterhin kein gesetzlicher Anspruch auf eine Zweitmeinung besteht.

**1144.** Das „Instrument“ der Zweitmeinungen haben jedoch bereits viele Krankenkassen für sich entdeckt, sodass sie – unabhängig von der G-BA-Richtlinie – ihren Versicherten die Möglichkeit einer Zweitmeinung für verschiedene Indikationen bzw. Operationen anbieten. Pieper et al. führten eine systematische Recherche durch und durchsuchten im November 2016 sämtliche Webauftritte aller deutschen gesetzlichen Krankenkassen (n = 117) nach Angeboten für Zweitmeinungsverfahren. Dabei wurden bei der Hälfte der Krankenkassen (n = 59)<sup>322</sup> insgesamt 78 Zweitmeinungsprogramme identifiziert. Die Zweitmeinungsangebote bezogen sich zum Teil auf mehrere Indikationsbereiche. Der Indikationsbereich Orthopädie war in 61 der Programme und damit am häufigsten Bestandteil der Zweitmeinungsverfahren (Pieper et al. 2017).

**1145.** Die Zweitmeinungsmodelle wurden von den Autoren in drei Kategorien unterteilt:

- Modell „Inhouse“: Die Zweitmeinung wird direkt durch bei der Krankenkasse beschäftigtes Personal erbracht;
- Modell „Vertragspartner“: Die Krankenkasse schließt Verträge mit einzelnen Leistungserbringern (Ärzten oder Gesundheitseinrichtungen) und legt somit fest, wer die Zweitmeinung erbringt;
- Modell „Outsourcing“: Die Krankenkasse schließt einen Vertrag mit einem externen Dienstleister, der dann für die Abwicklung und Erbringung der Zweitmeinung verantwortlich ist, sodass die Krankenkasse keine Kontrolle darüber hat, wer die Zweitmeinung faktisch erbringt.

**1146.** Eine weitere wesentliche Unterscheidung treffen die Autoren dahingehend, wie die Zweitmeinung erbracht wird. Sie unterscheiden zwischen „telefonisch“, „nach Aktenlage“ (ohne

<sup>321</sup> Die gesetzliche Vorgabe, bei bestimmten Eingriffen eine Zweitmeinung einholen zu können, ist im Grunde genommen nicht neu. Schon seit dem Jahr 1989 sollten die Krankenversicherungen in den Verträgen mit den Krankenhäusern nach § 137 SGB V vereinbaren, für welche „erheblichen chirurgischen Eingriffe“ eine Zweitmeinung notwendig ist. Zu einer solchen Vereinbarung ist es aber nie gekommen.

<sup>322</sup> Laut den Autoren (Pieper et al. 2017) handelt es sich bei den Krankenkassen ohne Zweitmeinungsangebote um kleine bis sehr kleine Krankenkassen, sodass ein Großteil der Versicherten auf Zweitmeinungsangebote zurückgreifen kann.

persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt) oder „persönlich“ (physischer Arzt-Patienten-Kontakt) erbrachter Zweitmeinung, wobei Mehrfachnennungen jeweils möglich waren.

**1147.** Tabelle 15-6 zeigt die Kategorisierung der insgesamt 61 Zweitmeinungsprogramme, die den Indikationsbereich Orthopädie umfassen. Die Zweitmeinung erfolgt überwiegend durch externe (nicht bei der Krankenkasse angestellte) Leistungserbringer und erfolgt am häufigsten durch persönliche Vorstellung des Patienten, aber auch oft per Aktenlage.

Zweitmeinungsmodell		Erbringung der Zweitmeinung	
Inhouse	8 (13 %)	telefonisch	10 (16 %)
Vertragspartner	29 (48 %)	Aktenlage	30 (49 %)
Outsourcing	27 (44 %)	persönlich	31 (51 %)

**Tabelle 15-6:** Zweitmeinungsprogramme, die den Indikationsbereich Orthopädie umfassen

Mehrfachnennung möglich.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Pieper et al. (2017).

**1148.** Doch nicht nur Krankenkassen können Zweitmeinungsverfahren anbieten. Ein Beispiel für ein Zweitmeinungsprojekt auf ärztliche Initiative – allerdings aus einem anderen Indikationsgebiet – ist die „Zweitmeinung bei Hodentumoren“ (Osterloh 2017). Das Besondere ist hier, dass nicht die Patienten die Zweitmeinung erbitten, sondern der behandelnde Arzt. Hierbei kann jeder Urologe die vorliegenden Befunde sowie den von ihm vorgesehenen Therapieplan über eine Internetplattform an eines von 20 Zentren schicken, die in der Deutschen Hodentumor Studiengruppe zusammengeschlossen sind. Der anfragende Arzt erhält dann innerhalb von durchschnittlich 36 Stunden die Meinung eines Kollegen. Es stellt sich allerdings die Frage, ob ein solches ärztlich initiiertes Zweitmeinungsverfahren auch auf andere Versorgungsbereiche wie Operationen am Rücken übertragen werden kann. Anders als bei Programmen der Krankenkassen ist der Patient bei den durch den Arzt initiierten Zweitmeinungsprojekten nicht mit zwei unterschiedlichen Arztmeinungen konfrontiert, ohne zu wissen, wie diese unterschiedlichen Meinungen zustande gekommen sind (Osterloh 2017). Es stellt sich für den Patienten dann nämlich immer die Frage, ob die Meinung des zweiten Arztes, der z. B. von einer Operation abrät, „richtiger“ ist als die Meinung des ersten Arztes, der eine Operation empfiehlt.

**1149.** Auch in der internationalen Literatur wurden nur relativ wenige Studien zu den Effekten von Zweitmeinungen veröffentlicht, deren Ergebnisse zudem heterogen ausfallen<sup>323</sup>. So berichten z. B. Lenza et al. die Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie aus Brasilien, in der Patienten die Empfehlung für eine Wirbelsäulenoperation von ihrem Arzt erhalten haben und von ihrer Krankenkasse an ein Krankenhaus für eine Zweitmeinung verwiesen wurden. Letztlich erhielt nur ein Drittel der Patienten im Rahmen der Zweitmeinung erneut die Empfehlung zu einer Operation, wobei davon wiederum nur die Hälfte tatsächlich auch die gleiche Operationsprozedur empfohlen bekam wie in der initialen ärztlichen Einschätzung (Lenza et al. 2017). Diese große Diskrepanz zwischen Erst- und Zweitmeinung birgt ein großes Potenzial an Vermeidung nicht indizierter Operationen. Ähnliche Diskrepanzen werden auch in der interna-

<sup>323</sup> Eine Übersicht hierzu gibt Geraedts (2013).

tionalen Literatur berichtet (Lenza et al 2017). Es ist allerdings fraglich, inwieweit solche Erkenntnisse aus unterschiedlichen Gesundheitssystemen auf den Kontext in Deutschland übertragen werden können.

**1150.** Insgesamt scheint sowohl national als auch international bei einigen Wirbelsäulenerkrankungen kein Konsens zu bestehen, ob ein bzw. welcher chirurgische Eingriff angezeigt ist. Dies bestätigt ein Survey, in dessen Rahmen 52 orthopädische Chirurgen und 50 Neurochirurgen aus vier Ländern (Deutschland, Spanien, Frankreich und den Vereinigten Staaten) anhand von fünf Fallbeispielen befragt wurden, welche Operationen sie bei der jeweiligen Indikation (verschiedene degenerative Wirbelsäulenerkrankungen) durchführen würden (Debono et al. 2017). Die Antworten waren sowohl zwischen den Ländern als auch innerhalb der Länder mitunter sehr heterogen, wobei die Variation zwischen den unterschiedlichen Fallbeispielen unterschiedlich stark war. So bestand bei den befragten deutschen Chirurgen bei der Diagnose isthmische Spondylolisthesis<sup>324</sup> eine komplette Übereinstimmung bezüglich der durchzuführenden Prozedur. Bei anderen Indikationen (z. B. der degenerativen Skoliose) wichen die Antworten stark voneinander ab (Debono et al. 2017).

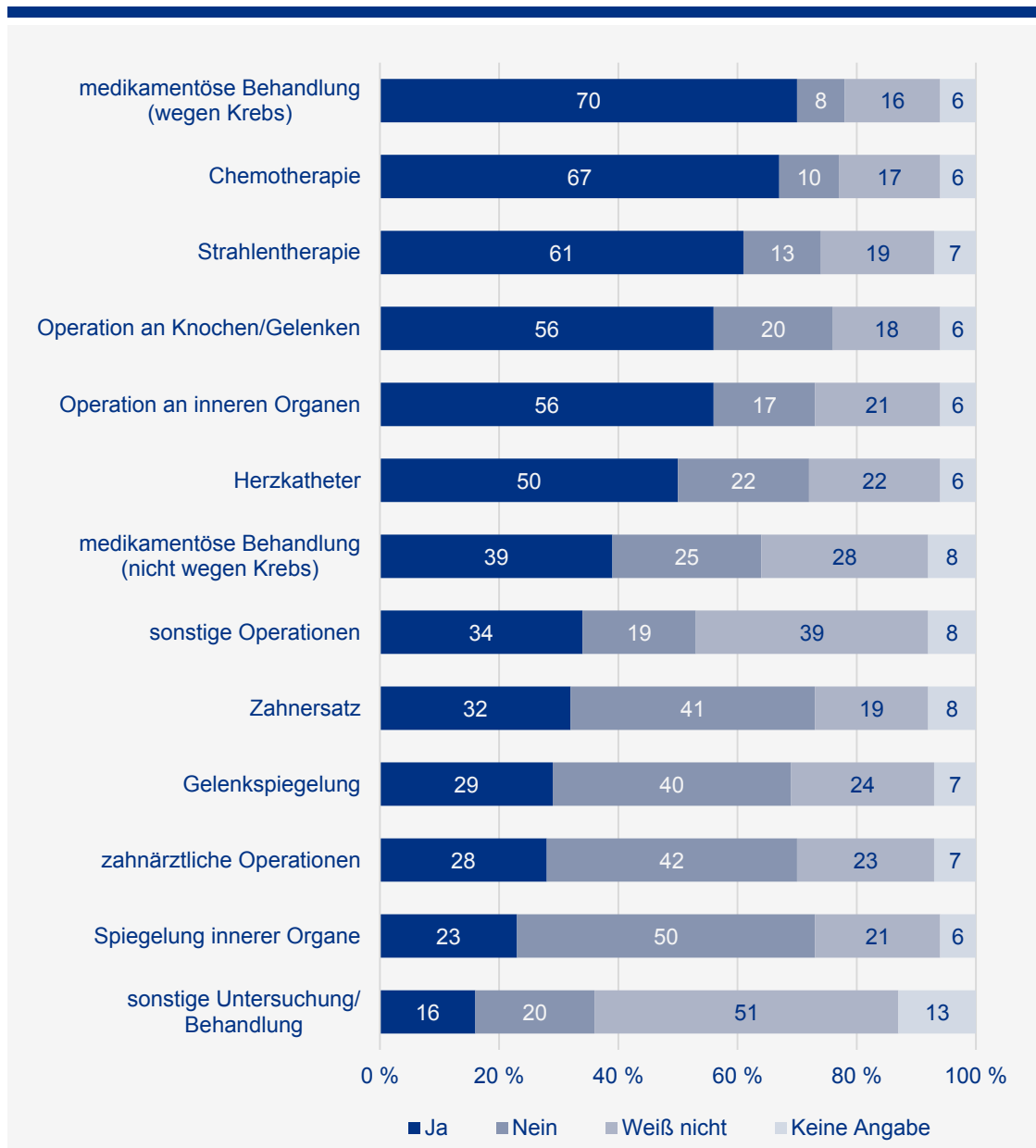
**1151.** Es fehlt eine umfassende Evaluation, wie häufig Zweitmeinungsverfahren in Anspruch genommen werden, in wie vielen Fällen der Erst- oder der Zweitmeinung gefolgt wird und welche Auswirkungen dies auf die medizinische Versorgungsqualität sowie auf die Kosten (z. B. durch weniger Operationen, aber ggf. andere Maßnahmen) hat. Eine solche Befragung wäre im Deutschen Wirbelsäulenregister (DWG 2017a) bzw. im Europäischen Wirbelsäulenregister (Euro Spine 2017) wahrscheinlich durchführbar – insbesondere unter der Berücksichtigung der Tatsache, dass von der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft explizit ein Zweitmeinungsverfahren angeboten wird (DWG 2017b). Einen wichtigen Beitrag zur Evaluation des Zweitmeinungsverfahrens können auch Wirbelsäulenzentren leisten, die Zweitmeinungsverfahren zur Vermeidung von operativen Eingriffen anbieten. In Deutschland beschränkt sich die Evaluation von Zweitmeinungsverfahren bisher weitgehend auf Erfahrungsberichte und Pressemitteilungen einzelner Krankenkassen. So berichtete z. B. die AOK Nordost, dass den Patienten, die sich für das Zweitmeinungsprogramm „RückenSPEZIAL“ eingeschrieben hatten, in vier von fünf Fällen von einer Operation abgeraten wurde (AOK Nordost 2016). Die TK stellte die These auf, dass nur jede zehnte Operation am Rücken, die geplant und dann im Rahmen eines Modellprojektes einer Zweitmeinung hinterfragt wurde, tatsächlich nötig gewesen sei (TK 2017c). Die BARMER GEK meldet hingegen, dass sich rund die Hälfte der Rückenpatienten nach einer zweiten Expertenmeinung gegen eine Operation an der Wirbelsäule entscheidet (BARMER GEK 2016b). Publierte Erkenntnisse zur Effektivität und Effizienz der Verfahren, die auch die Methodik der Erhebung beschreiben, sind bislang Mangelware.

**1152.** Auch der Bedarf und die Inanspruchnahme von Zweitmeinungen wurden bislang nicht systematisch erhoben. Es existieren zwar diverse Befragungen (z. B. Cruppé/Geraedts 2014 und KBV 2006), doch auch sie kommen je nach Methodik bzw. befragtem Patientenkollektiv zu unterschiedlichen Ergebnissen. Die derzeit aktuellste und umfassendste Befragung stammt von Geraedts/Kraska. Insgesamt wurden 1 598 Personen schriftlich u. a. dazu befragt, bei welchen Behandlungen sie eine Zweitmeinung für wichtig halten (siehe Abbildung 15-23), welche Gründe sie zum Einholen einer Zweitmeinung bewegen (siehe Abbildung 15-24), bei welchen Behandlungen bereits eine Zweitmeinung eingeholt wurde und ob die eingeholte Zweitmeinung

<sup>324</sup> Eine spezielle angeborene Form eines Wirbelgleitens.

ihre Entscheidung bezüglich der Durchführung einer Behandlung bzw. einer Untersuchung beeinflusst hat (Geraedts/Kraska 2016).

**1153.** Es zeigt sich, dass 56 % der Befragten das Einholen einer Zweitmeinung bei Operationen an Knochen und Gelenken für wichtig halten. Diese Behandlung liegt somit auf Platz 4 direkt hinter den Behandlungen im Zusammenhang mit einer onkologischen, in der Regel lebensbedrohlichen Erkrankung (siehe Abbildung 15-23).



**Abbildung 15-23:** Untersuchungen und Behandlungen, bei denen die Möglichkeit einer Zweitmeinung von Patienten für wichtig erachtet wird

Quelle: Geraedts/Kraska (2016). Grafisch angepasst.

**1155.** Auf die Frage nach den Gründen für das Einholen einer Zweitmeinung (siehe Abbildung 15-24) antwortete mehr als die Hälfte der Befragten, dass sie unsicher hinsichtlich der Entscheidung seien. Etwa ein Drittel wollte eine Zweitmeinung einholen, da frühere Untersuchungen/Behandlungen aus ihrer Sicht keinerlei Nutzen hatten, bei 12 % hatten frühere Untersuchungen/Behandlungen sogar gesundheitlich negative Folgen. Knapp ein Fünftel hatte aufgrund mangelnden Vertrauens gegenüber dem Arzt eine Zweitmeinung eingeholt.

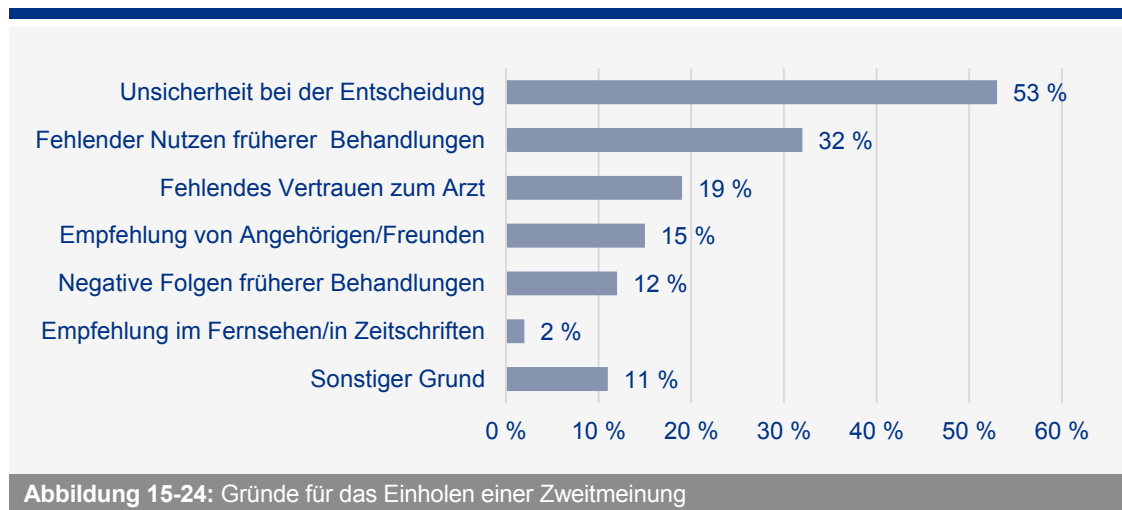


Abbildung 15-24: Gründe für das Einholen einer Zweitmeinung

Quelle: Geraedts/Kraska (2016). Grafisch angepasst.

**1156.** Die Einholung einer Zweitmeinung hat laut der Befragung bei einem relevanten Teil zu einer Veränderung der Entscheidung in Bezug auf eine laut Erstmeinung indizierte Untersuchung oder Behandlung geführt. So bejahten 45 % der Befragten die Frage nach einer Entscheidungsveränderung, 26 % gaben an, sie hätte ihre Entscheidung „zum Teil“ geändert. Bei 27 % führte die Zweitmeinung nicht zu einer Entscheidungsveränderung (Geraedts/Kraska 2016). Dies ist wiederum in guter Übereinstimmung mit der internationalen Literatur (vgl. z. B. Lenza et al 2017) zu den Diskrepanzen der Vorschläge bei Zweitmeinungen im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie.

#### 15.3.4 Interventionelle Schmerztherapie – stationär

**1157.** Die zur interventionellen Schmerztherapie gehörenden Eingriffe und deren umstrittener Nutzen wurden bereits in Abschnitt 15.2.7 erläutert. Wie oben erwähnt, kann die Prozedur sowohl ambulant als auch stationär erfolgen. Während im ambulanten Bereich nach EBM-Ziffern abgerechnet wird (siehe Abbildung 15-13), sind im Krankenhaus die entsprechenden OPS-Kodes zu berücksichtigen. In Bezug auf die interventionelle Schmerztherapie sind dabei folgende OPS-Kodes relevant:

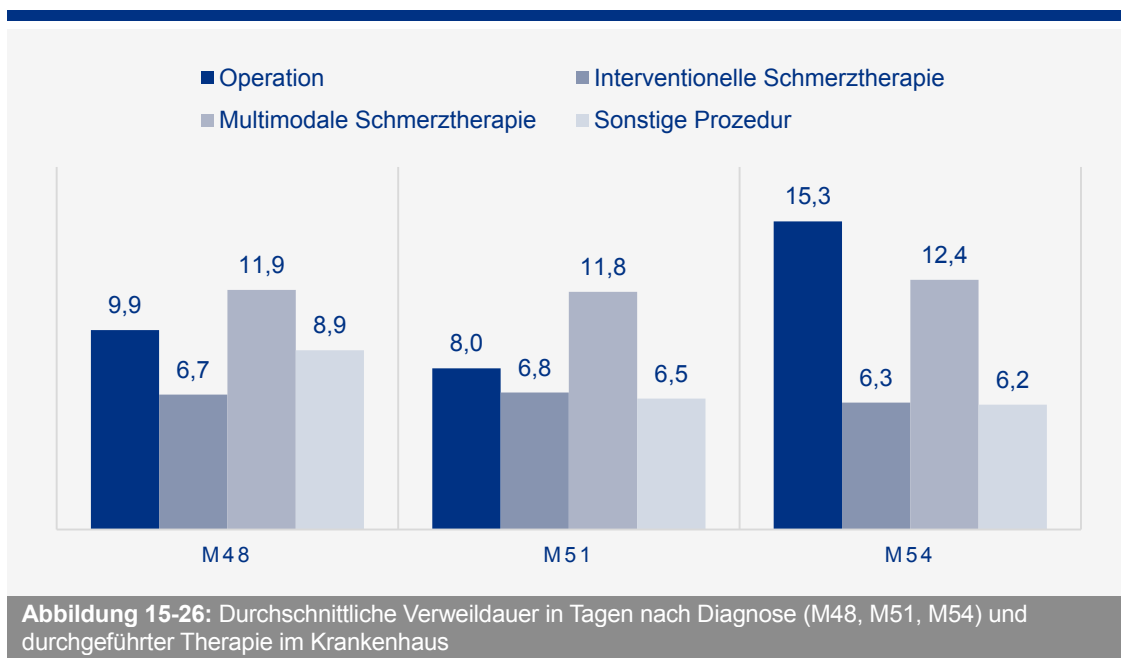
- 8-910 („Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie“)
- 8-914 („Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahen Nerven zur Schmerztherapie“)
- 8-917 („Injektion eines Medikamentes in Gelenke der Wirbelsäule zur Schmerztherapie“)

**1158.** Bei den Angaben zur stationären Leistungserbringung von interventioneller Schmerztherapie ist allerdings zu bedenken, dass hier keine eindeutige Fallzuordnung stattfindet, sondern die Anzahl abgerechneter OPS-Kodes betrachtet wird, wobei einem Patienten unter Umständen mehrere OPS-Kodes zugeordnet werden müssen. Betrachtet man die bundesweite Entwicklung der OPS-Kodes 8-910, 8-914 und 8-917, so waren dies 358 357 Prozeduren im Jahr 2007 und 538 880 Prozeduren im Jahr 2016 (siehe Abbildung 15-25).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GBE-Bund (2017).

**1159.** Aus den Daten in Abbildung 15-25 ist nicht abzulesen, bei welchen Diagnosen die interventionelle Schmerztherapie vornehmlich vorgenommen wird. Die vertiefenden Analysen des BARMER-GEK-Reports (BARMER GEK 2015) geben hierüber Auskunft: So erhielten demnach 17,8 % der Patienten mit der Diagnose M48 und 28,0 % der Patienten mit der Diagnose M51 im Krankenhaus eine interventionelle Schmerztherapie (siehe Abbildung 15-20). Von den Patienten mit der Diagnose M54 erhielten sogar 37,4 % eine interventionelle Schmerztherapie. Im Vergleich zur Operation und zur multimodalen Schmerztherapie ist die mittlere Verweildauer der Patienten mit interventioneller Schmerztherapie deutlich geringer (siehe Abbildung 15-26).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BARMER GEK (2015).

**1160.** Der (scheinbare) Vorteil einer Injektionstherapie gegenüber einer multimodalen Schmerztherapie (siehe Abschnitt 15.3.5) einerseits und einer Operation andererseits ist somit u. a. die kürzere Therapiedauer, es erfordert weniger Bemühungen seitens des Patienten (Physiotherapie, Psychotherapiesitzungen etc.) und ist andererseits weniger invasiv als ein operativer Eingriff, zumal bei der Diagnose M54 kein pathologisch-anatomisches Korrelat vorliegen muss. Hinzu kommt, dass Lokalanästhetika und Kortison eine Sofortwirkung ausüben, die man bei einer multimodalen Therapie in der Regel nicht hat. Es ist jedoch keine kausale Therapie, d. h., die Krankheitsursachen werden nur zu einem geringen Teil bekämpft. Dies erklärt auch, dass die Patienten mit dieser Therapieoption am häufigsten innerhalb der nächsten zwölf Monate einen weiteren stationären Aufenthalt aufweisen. In den vom IQWiG analysierten Leitlinien und der internationalen Literatur wird eine epidurale Injektionstherapie lediglich für die Patientengruppe mit spezifischen Rückenschmerzen, nämlich mit Reizungen der Nervenwurzeln mit/ohne Bandscheibenvorfall (also eher M51/48) und insbesondere bei Facettengelenkschmerzen zurückhaltend als Option dargestellt (IQWiG 2015; Maher et al. 2017; NICE 2016; Stout 2010).

### 15.3.5 Multimodale Schmerztherapie

**1161.** Inhaltlich beruht die multimodale Schmerztherapie auf einem biopsychosozialen Modell und erfordert eine hohe Expertise der Beteiligten (Arnold et al. 2014). Zur Anwendung des OPS-Kodes 8-918 („Multimodale Schmerztherapie“) müssen verschiedene strukturelle Gegebenheiten, Interdisziplinarität, eine Mindestanzahl von bestimmten Leistungen sowie Vorbedingungen seitens des Patienten gegeben sein (DIMDI 2017). Insbesondere die Voraussetzungen für den Patienten, eine stationäre multimodale Therapie in Anspruch nehmen zu dürfen, sind hoch. So müssen die Patienten mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:



- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit,
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung,
- bestehende/-r Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch,
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung,
- gravierende somatische Begleiterkrankung (z. B. vorherige fehlgeschlagene Therapien, eine schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung oder eine gravierende somatische Begleiterkrankung).

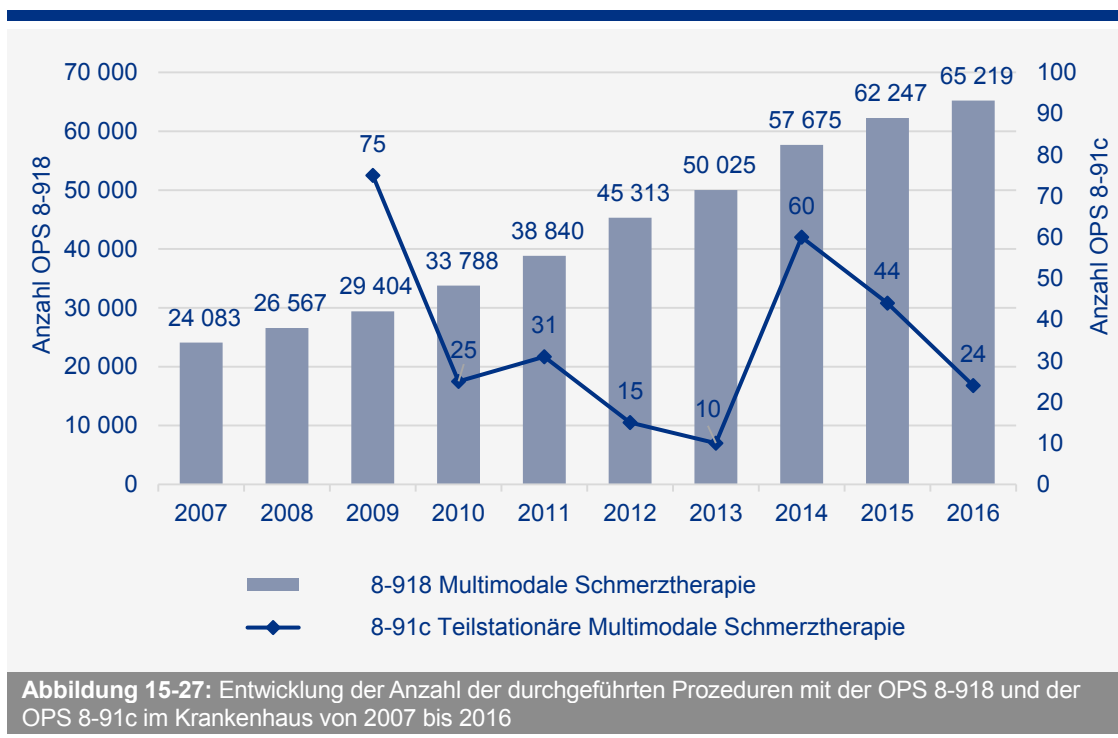
Einige dieser Voraussetzungen sieht die Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ der DGSS kritisch (Arnold et al. 2018). So gebe es Evidenz dafür, dass eine multimodale Schmerztherapie die überlegene Therapieform bei chronischen bzw. chronifizierenden Schmerzen darstelle, sodass die Vorschaltung einer unimodalen Diagnostik und Therapie das vermeidbare Risiko einer Schmerzchronifizierung berge. So sei es medizinisch und ethisch nicht vertretbar, einen Mindestzeitraum einer unimodalen oder rehabilitativen Vorbehandlung bzw. einen Mindestumfang und -inhalt der Vorbehandlung vor einer indizierten multimodalen Schmerztherapie zu fordern (Arnold et al. 2018).

**1162.** Zu den strukturellen Komponenten gehören z. B. das Vorhandensein der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ und die Anwesenheit einer zweiten Fachdisziplin aus dem Bereich psychischer Erkrankungen sowie eine tägliche ärztliche Visite bzw. Teambesprechung. Je nach Dauer des Aufenthaltes gibt es Mindestanzahlen von meist täglichen Behandlungen mit Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie und übenden Therapien<sup>325</sup>, wozu auch Gruppentherapien zählen (DIMDI 2017). Diese Vorgaben sind genau einzuhalten, was für den Leistungsanbieter das Vorhalten ärztlicher und nichtärztlicher Fachdisziplinen bedeutet, was wiederum nur bei einer Mindestanzahl an Patienten sinnvoll und wirtschaftlich ist. Ebenso erklärt die Vielfalt und Anzahl an täglichen Einheiten die Tatsache, dass in Deutschland diese komplexe Therapie fast nur stationär erfolgt.

**1163.** Abbildung 15-27 zeigt den Anstieg der multimodalen Schmerztherapie von 24 083 Fällen im Jahr 2007 bis auf 65 219 Fälle im Jahr 2016, also knapp eine Verdreifachung dieser Leistung. Auffällig ist die extrem geringe, erst seit dem Jahr 2009 mögliche teilstationäre Erbringung mit 10 bis 75 Fällen pro Jahr – deshalb auf einer separaten y-Achse dargestellt.

---

<sup>325</sup> Unter „übenden Verfahren“ versteht man Entspannungsverfahren wie z. B. die progressive Muskelrelaxation und das autogene Training. Der Patient übt die Methoden zum Teil unter Mithilfe des Therapeuten, um in den Zustand der Entspannung zu kommen.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GBE-Bund (2017).

**1164.** Aus den Analysen der BARMER-GEK-Daten (Bitzer et al. 2015) ist ersichtlich (siehe Abbildung 15-20), dass nur 1,9 % der Patienten mit einer M48- oder M51-Diagnose eine multimodale Schmerztherapie, jedoch 10,1 % der Patienten mit der Diagnose M54 eine solche erhielten. Betrachtet man alle Behandlungsfälle mit multimodaler Schmerztherapie insgesamt, so kam sie zu 80 % Patienten mit einer M54-Diagnose zugute und nur zu 12,8 % den Patienten mit M51 und zu 7,1 % den Patienten mit M48. Die mittlere Verweildauer dieser Patienten lag bei 12,3 Tagen (siehe Abbildung 15-26). Vergleichbar mit den Daten des Statistischen Bundesamtes kam es bei den BARMER-Versicherten zwischen 2006 und 2014 zu einem Anstieg der Behandlungsfälle mit multimodaler Schmerztherapie um 368 % (alters- und geschlechtsadjustiert), wobei das Ausgangsniveau mit 0,6 Fällen pro 10 000 Versicherte sehr niedrig war und auch im Jahr 2014 mit 2,7 Fällen pro 10 000 Versicherte deutlich unter den Werten z. B. für Operationen mit 15,8 pro 10 000 Versicherten lag (Bitzer et al. 2015). Nach den Angaben der BARMER GEK hat die Zahl der leistungserbringenden Krankenhäuser im Zeitraum von 2006 bis 2014 von 113 auf 283 Einrichtungen zugenommen (Bitzer et al. 2015).

**1165.** Vergleicht man die Anwendungshäufigkeit der multimodalen Schmerztherapie mit der postulierten Kosteneffektivität (Damm et al. 2016; Marschall et al. 2012), kann hier den Aussagen der DGSS gefolgt werden, die eine Ausweitung dieser Therapiemodalität empfiehlt. Auch hier könnte ein DMP förderlich sein, in dem vorgesehen ist, dass zum geeigneten Zeitpunkt eine multimodale Schmerztherapie zur Anwendung kommt.

**1166.** Auch wenn die zugrunde liegenden Diagnosen möglicherweise in Teilen ungenau sind, zeigt die Häufigkeit der Injektionstherapie versus multimodale Schmerztherapie ein reziprokes Verhältnis zur internationalen Studienlage und zu den Empfehlungen der Fachgesellschaften.

## 15.4 Empfehlungen

### 15.4.1 Patienteninformation und -aufklärung

**1167.** Die mögliche Über-, Unter- und Fehlversorgung bei Rückenschmerzen ist teilweise auch auf eine mangelnde Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zurückzuführen. Patienten glauben häufig an eine ernstzunehmende körperliche Ursache ihrer Rückenschmerzen („somatische Fixierung“). Umso wichtiger ist die Aufklärung durch den Arzt, dass bei nichtspezifischen Rückenschmerzen vor allem Bewegung und die Vermeidung von Bettruhe und Schonhaltung wichtig sind und eine Bildgebung in der Regel nicht hilft, eine behandlungsfähige Ursache zu finden. Um diese Aspekte bei den Rückenschmerzpatienten zu verbreiten, wäre eine verpflichtende Aufklärung durch den Arzt, ggf. unterstützt durch Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe, die wie alle Aufklärungen dokumentiert werden muss, sinnvoll. Ein Ansatzpunkt, der bei der Aufklärung helfen kann, sind evidenzbasierte Entscheidungshilfen und Informationsformate (z. B. Patienteninformationen der NVL).

**1168.** Eine weitere wirksame Option zur Stärkung der Patientenautonomie kann eine mediale Kampagne zur Verbreitung evidenzbasierter Patienteninformation sein. Die Wirksamkeit öffentlicher Kampagnen wurde in zwei Ländern belegt und hat eine wesentliche Barriere zur Umsetzung der Leitlinien, nämlich die Patienteneinstellung und Ängste in Bezug auf Bewegung, messbar und nachhaltig beeinflusst. In Kombination mit Aufklärungsmaterial lässt sich hierdurch die Patientenautonomie stärken und die Nachfrage nach medikamentösen oder invasiven Therapien reduzieren – bei wahrscheinlich gleichzeitig ansteigender Nachfrage nach physiotherapeutischen Maßnahmen.

### 15.4.2 Sicherung einer leitliniengerechten Versorgung

**1169.** Es muss sichergestellt werden, dass Patienten mit Rückenschmerzen evidenzbasiert und leitliniengerecht behandelt werden. Zu Beginn der „Rückenschmerzkarriere“ eines Patienten bedeutet dies z. B., dass eine zu frühe Bildgebung ohne Vorliegen von *red flags* unterbleiben sollte. Hierbei können Verträge für eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V helfen, die der „sprechenden Medizin“ mehr Zeit und eine entsprechende Vergütung einräumen. Im Rahmen solcher Verträge sollte auch die Möglichkeit einer ambulanten bzw. teilstationären multimodalen Schmerztherapie verankert werden. Die Versorgung im Rahmen dieser Verträge muss zwingend systematisch evaluiert werden, um Steuerungseffekte messbar zu machen und Verträge entsprechend optimieren zu können. Letztlich muss durch die leitliniengerechte Versorgung eine Chronifizierung verhindert werden oder bei bereits erfolgter Chronifizierung das nicht-operative Behandlungsspektrum ausgeschöpft werden. Ein wichtiges Element wird die aktualisierte Leitlinie „Lumbale Radikulopathie“ sein, in der klare Kriterien und Vorgehensweisen für operative Eingriffe für dieses spezifische Krankheitsbild definiert werden.

**1170.** Auch ein DMP für Rückenschmerz ist derzeit in Erarbeitung<sup>326</sup>. Hauptprobleme sind u. a. manipulationsfeste Einschlusskriterien, die keiner somatischen Fixierung Vorschub leisten und die gesichert zu einer Outcomeverbesserung führen. Ein DMP ist zur Reduzierung von „zu

---

<sup>326</sup> Stand: Mai 2018.

früher“ Bildgebung nicht geeignet, aber kann bei der Steuerung späterer Interventionen sinnvoll sein. Durch ein DMP sollte eine leitliniengerechte Versorgung sichergestellt werden, vor allem im Hinblick auf die Inanspruchnahme einer konservativen Schmerztherapie einerseits und invasiver Therapiemodalitäten andererseits. Die multimodale Schmerztherapie sollte im Rahmen des DMP ambulant bzw. zumindest teilstationär erbracht werden können und die Patienten in Richtung einer multimodalen Schmerztherapie steuern und dabei ebenso einen rationalen Einsatz von Pharmaka (z. B. weniger starke Opiate) sicherstellen.

**1171.** Eine stationäre multimodale Schmerztherapie sollte unter strenger Einhaltung der vom DIMDI im OPS-Schlüssel 8-918 sowie der Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ der DGSS empfohlenen Kriterien erfolgen (Arnold et al. 2018). Die für eine solche Therapie infrage kommenden Patienten sollten gemäß der NVL (BÄK et al. 2017a) selektiert werden.

### 15.4.3 Stärkung der evidenzbasierten Physiotherapie

**1172.** Die empirische Fundierung zur Wirksamkeit von Physiotherapie muss verbessert werden. Dies stellt eine Herausforderung dar, da es einen bunten Strauß möglicher physiotherapeutischer Maßnahmen gibt und die einzelnen physiotherapeutischen Maßnahmen nur bedingt standardisierbare Vorgänge sind. Wenn jedoch die Physiotherapeuten z. B. im Rahmen von Blankoverordnungen oder sogar im Rahmen eines Direktzugangs mehr Verantwortung im Behandlungsprozess übernehmen sollen, muss die Behandlung stärker als bisher akademisiert und leitliniengerecht gestaltet werden. Hierzu gehört insbesondere auch eine Evidenzbasierung der Versorgung.

**1173.** Wie bereits durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung angestoßen, empfiehlt der Rat, verstärkt Modellvorhaben durchzuführen, in denen Physiotherapeuten selbst entscheiden, welche physiotherapeutischen Maßnahmen sie für zielführend erachten. Auch die Anzahl und die Frequenz der Physiotherapie sollten durch den behandelnden Physiotherapeuten auf Basis der Fortschritte des Patienten bestimmt werden. Voraussetzung hierfür ist aber eine evidenzbasierte Vorgehensweise. Eine entsprechende Erfolgskontrolle durch den Arzt und eine Erneuerung der Verordnung nach bestimmter Zeit ist dabei sinnvoll. Die Blankoverordnung und die damit einhergehende physiotherapeutische Behandlung müssen letztlich uneingeschränkt einem Nachweis der Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit standhalten. Aussagekräftig wären randomisierte kontrollierte Studien, die mit angemessener Stichprobe und Laufzeit klinisch relevante Endpunkte untersuchen. Parallel dazu müssen Daten für eine ökonomische Evaluation erhoben werden.

**1174.** Auch die Option des Direktzugangs ohne ärztliche Verordnung sollte in Modellvorhaben erprobt und in methodisch hochwertigen Studien systematisch evaluiert werden. Vor seiner regelhaften Einführung bleiben nicht nur Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit zu belegen, sondern ebenfalls die rechtlichen Voraussetzungen sowie die regulatorischen Bedingungen auf der Selbstverwaltungsebene zu schaffen. Letzteres schließt nicht nur die Budgetregelung ein, sondern auch Aspekte der Zulassungsregelung und der Qualitätssicherung bzw. Haftung (z. B. Teilapprobation, Fortbildungsverpflichtung). Die umfangreichen erweiterten Kompetenzen, die für den Direktzugang notwendig werden, u. a. in der Diagnostik und der Erstellung von Therapieberichten, erfordern ein Hochschulstudium mit Erwerb einschlägiger

klinisch-praktischer Expertise. Der Direktzugang sollte entsprechend qualifizierten Physiotherapeuten vorbehalten sein.

**1175.** Die genannten Maßnahmen sollen auch zu einer Attraktivitätssteigerung der Berufsgruppe der Physiotherapeuten führen, da diese eine zunehmend bedeutsame Berufsgruppe im Gesundheitswesen darstellt. Für die nicht akademisch auszubildenden Physiotherapeuten sollte daher das Schulgeld im Rahmen der Physiotherapieausbildung abgeschafft werden und stattdessen eine Vergütung in Analogie zur Pflegeausbildung eingeführt werden.

**1176.** Idealerweise sollten Physiotherapeuten in Wirbelsäulenzentren vertreten sein, in einem Team mit Operateuren und anderen Berufsgruppen, um eine vollumfängliche Diagnostik und Therapie anzubieten. Nicht nur in Wirbelsäulenzentren, sondern auch im Rahmen der ambulanten Regelversorgung sollte zumindest bei chronischen Rückenschmerzen bzw. im Rahmen eines DMP (mindestens) eine Fallvorstellung in einer interdisziplinären, gesondert zu honorierenden ambulanten Fallkonferenz erfolgen, an der insbesondere Orthopäden, Schmerztherapeuten und Physiotherapeuten teilnehmen. Je nach Situation sollte auch die Option bestehen, Psychologen und Hausärzte einzubeziehen.

#### 15.4.4 Zweitmeinungsverfahren bei Wirbelsäulenoperationen

**1177.** Das Hinzuziehen einer Zweitmeinung könnte zur Reduktion von nicht indizierten Eingriffen beitragen. Auch wenn bereits viele Krankenkassen, die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft und Ärzte bzw. Kliniken Zweitmeinungsprogramme anbieten, so sind diese Angebote heterogen, und es ist für den Arzt nicht verbindlich, den Patienten über die Möglichkeit einer Zweitmeinung aufzuklären. Über die Inanspruchnahme des Zweitmeinungsportals der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft und Zentren mit ausgewiesenem Zweitmeinungsverfahren sollten Daten zu den Effekten des Zweitmeinungsverfahrens publiziert werden. Um verpflichtend eingeführt zu werden, sollten Wirbelsäuleneingriffe in die Richtlinie des G-BA zum Zweitmeinungsverfahren aufgenommen werden. Die Richtlinie konkretisiert bereits für andere Eingriffe die Anforderungen im Rahmen der Einholung einer Zweitmeinung. Diese Anforderungen sollten analog auch für Zweitmeinungen bei Wirbelsäuleneingriffen gelten. Aus Sicht des Rates sind dabei – neben der Unabhängigkeit des Zweitmeiners gemäß § 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V<sup>327</sup> – folgende Aspekte besonders wichtig:

- Der indikationsstellende Arzt (sprich: der „Erstarzt“) muss den Patienten über sein Recht, eine unabhängige Zweitmeinung einzuholen, aufklären und auf die Informationsangebote über geeignete Zweitmeiner hinweisen.
- Es muss ein zentrales, transparentes Genehmigungsverfahren nach objektivierbaren Kriterien erfolgen, welche Ärzte als Zweitmeiner tätig werden dürfen.
- Zeitgleich muss eine systematische Evaluation der Zweitmeinungsverfahren durchgeführt werden, um zu überprüfen, inwiefern dies wirklich zur Reduktion von nicht indizierten Eingriffen beiträgt.

<sup>327</sup> „Die Zweitmeinung kann nicht bei einem Arzt oder einer Einrichtung eingeholt werden, durch den oder durch die der Eingriff durchgeführt werden soll“ (§ 27b Abs. 1 Satz 2 SGB V).

#### 15.4.5 Häufigkeit und Angemessenheit von Wirbelsäulenoperationen

**1178.** Ergänzend zur Möglichkeit eines Zweitmeinungsverfahrens dient die Meldung von Wirbelsäulenoperationen beispielsweise an das Deutsche Wirbelsäulenregister. Hier können zahlreiche klinische Daten eingegeben werden, die in Analogie zum Europäischen Wirbelsäulenregister wissenschaftliche Auswertungen gestatten. Diese Daten sollten eine ausreichende Detailtiefe haben, um auch die Indikationsstellung für eine Operation zu überprüfen. Die verpflichtende Eingabe in das Wirbelsäulenregister könnte auch mit der Vergütung der Leistung verknüpft werden.

**1179.** Ebenso sind in Kürze Analysen zur Umsetzung der gezielten Absenkung der Bewertungsrelationen gemäß § 17b Abs. 1 Satz 5 zweiter Halbsatz KHG in Verbindung mit § 9 Abs. 1c KHEntgG für die sieben vereinbarten DRGs zur Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen möglich. Damit kann die Wirksamkeit dieser Maßnahme evaluiert und mögliche Kompensationsmechanismen können abgeschätzt werden. Insgesamt gilt für Wirbelsäuleneingriffe, dass zukünftig ihre Indikationsstellung und ihre Qualität stärker beachtet werden sollten. Unter dem Qualitätsaspekt sollte deshalb bei diesen in aller Regel hochelektiven Eingriffen eine Zentrenbildung durch nach Mengen gestufte DRG-Absenkungen nicht behindert werden.

#### 15.4.6 Notaufnahmen: stationäre Aufnahmen verhindern

**1180.** Idealerweise führen einige der zuvor genannten Maßnahmen bereits dazu, dass weniger Patienten mit Rückenschmerzen ohne Notfallindikation die Notaufnahme aufsuchen. Zumindest muss aber gesichert werden, dass keine stationäre Abklärung von unspezifischen Rückenschmerzen ohne *red flags* erfolgt. Unter Berücksichtigung des in Kapitel 14 empfohlenen Konzeptes zur sektorenübergreifenden Ausgestaltung der Notfallversorgung würde ein Patient nach der Ersteinschätzung am gemeinsamen Tresen im Integrierten Notfallzentrum (INZ) bei Nichtvorliegen von *red flags* der ambulanten Versorgung zugeleitet werden, sodass eine Aufnahme ins Krankenhaus verhindert werden würde. Allerdings wäre hierbei sicherzustellen, dass eine ambulante Versorgung entsprechend der Dringlichkeit und dem Bedarf zeitnah möglich ist.

## 15.5 Literatur

- Abdel, S. C., Maher, C. G., Williams, K. A. und McLachlan, A. J. (2014): Interventions available over the counter and advice for acute low back pain: systematic review and meta-analysis. *J Pain* 15(1): 2–15.
- Agency for Healthcare Research and Quality (2016): Noninvasive Treatments for Low Back Pain. AHRQ Publication No. 16-EHC004-EF. Comparative Effectiveness Review, Number 169.
- American Physical Therapy Association (2016): Levels of Patient Access to Physical Therapist Services in the States. URL: [www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/Advocacy/State/Issues/Direct\\_Access/DirectAccessbyState.pdf](http://www.apta.org/uploadedFiles/APTAorg/Advocacy/State/Issues/Direct_Access/DirectAccessbyState.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).
- Andersohn, F. und Walker, J. (2016): Faktencheck Rücken. Analyse Ausmaß und regionale Variationen von Behandlungsfällen und bildgebender Diagnostik. Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung.
- AOK Nordost (2016): Es muss nicht immer gleich eine Operation sein. Presseinformation, Berlin, 14. März 2016. URL: [www.nordost.aok.de/inhalt/es-muss-nicht-immer-gleich-eine-operation-sein/](http://www.nordost.aok.de/inhalt/es-muss-nicht-immer-gleich-eine-operation-sein/) (abgerufen am 03.05.2018).
- Arnold, B., Böger, A., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Irnich, D., Kaiser, U. et al. (2018): Umsetzung der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie nach OPS 8-918. Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft. *Schmerz* 32(8): 5–18.
- Arnold, B., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Diezemann, A., Gralow, I., Irnich, D. et al. (2014): Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Ein Konsensuspapier der Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft zu den Behandlungsinhalten. *Schmerz* 5(28): 459–472.
- Ash, L. M., Modic, M. T., Obuchowski, N. A., Ross, J. S., Brant-Zawadzki, M. N. und Grooff, P. N. (2008): Effects of diagnostic information, per se, on patient outcomes in acute radiculopathy and low back pain. *AJNR Am J Neuroradiol* 29(6): 1098–1103.
- Baas, J. (2016): Nachgefragt: Muss der Risikostrukturausgleich angepasst werden? *Welt der Krankenversicherung* (4): 80–81.
- BÄK (Bundesärztekammer), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften) (2011): Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz. Kurzfassung. Version 5, zuletzt geändert: Oktober 2015.
- BÄK (Bundesärztekammer), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften) (2017a): Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Langfassung. 2. Auflage. Version 1. 2017.
- BÄK (Bundesärztekammer), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften) (2017b):

- Plötzlich Kreuzschmerzen: Brauche ich ein Röntgen, CT oder MRT? Information für Patientinnen und Patienten - Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien.
- BÄK (Bundesärztekammer), KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften) (2017c): Plötzlich Kreuzschmerzen: Warum Bewegung jetzt das Richtige ist. Information für Patientinnen und Patienten - Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien.
- BARMER (2017): Krankenhausreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2015): BARMER GEK Report Krankenhaus 2015. Auswertungen zu Daten bis 2014. Schwerpunkt: Lumbale Rückenschmerzen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2016a): BARMER GEK Arztreport 2016. Auswertungen zu Daten bis 2014, Schwerpunkt: Alter und Schmerz. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- BARMER GEK (2016b): Verdoppelung der Rückenoperationen. Pressearchiv, 24.06.2016. URL: [www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressemitteilungen/pressearchiv-2016/aerztliche-zweitmeinung-ruecken-op-36784](http://www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressemitteilungen/pressearchiv-2016/aerztliche-zweitmeinung-ruecken-op-36784) (abgerufen am 03.05.2018).
- Bäuml, M., Kifmann, M., Krämer, J. und Schreyögg, J. (2016): Bandscheibenoperationen. Patientenerfahrungen, Indikationsqualität und Notfallkodierung. In: Böcken, J., Braun, B. und Meierjürgen, R. (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Bertelsmann Stiftung: 178–195.
- Berner, B. (2009): Beschränkte Heilpraktikererlaubnis ist zulässig. Dtsch Arztebl 106(50): A-2527.
- Bertelsmann Stiftung (2007): Gesundheitspfad Rücken. Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Experten-Panel "Rückenschmerz".
- Bertelsmann Stiftung (2016): Spotlight Gesundheit: Rückenschmerzen. Viele Arztbesuche und unnötige Bilder. Patienten sind medizingläubig, Ärzte technikorientiert. Daten, Analysen, Perspektiven, Nr. 5, 2016. Faktencheck Gesundheit.
- Bertelsmann Stiftung (2017a): Faktencheck Gesundheit. Interaktive Karte. Behandlungsfälle bei Haus- und Fachärzten aufgrund von Rückenschmerzen. URL: [www.faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-ruecken/interaktive-karte/behandlungsfaelle/](http://www.faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-ruecken/interaktive-karte/behandlungsfaelle/) (abgerufen am 03.05.2018).
- Bertelsmann Stiftung (2017b): Faktencheck Gesundheit. Interaktive Karte. Krankenhausaufenthalte aufgrund von Rückenschmerzen. URL: [www.faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-ruecken/interaktive-karte/krankenhausaufenthalte/](http://www.faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-ruecken/interaktive-karte/krankenhausaufenthalte/) (abgerufen am 03.05.2018).
- Bertelsmann Stiftung (2017c): Faktencheck Gesundheit. Interaktive Karte. Operative Eingriffe. URL: [www.faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-ruecken/interaktive-karte/operative-eingriffe/](http://www.faktencheck-gesundheit.de/de/faktenchecks/faktencheck-ruecken/interaktive-karte/operative-eingriffe/) (abgerufen am 03.05.2018).
- Böger, R. H. und Schmidt, G. (2017a): Analgetika. In: Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D. und Klauber, J. (Hrsg.): Arzneiverordnungs-Report 2017. Springer: 237–249.



- Böger, R. H. und Schmidt, G. (2017b): Antirheumatika und Antiphlogistika. In: Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D. und Klauber, J. (Hrsg.): *Arzneiverordnungs-Report 2017*. Springer: 373–384.
- Bredow, J., Bloess, K., Oppermann, J., Boese, C. K., Löhner, L. und Eysel, P. (2016): Konservative Therapie beim unspezifischen, chronischen Kreuzschmerz. Evidenz der Wirksamkeit – eine systematische Literaturanalyse. *Orthopäde* 45(7): 573–578.
- Brinjikji, W., Diehn, F. E., Jarvik, J. G., Carr, C. M., Kallmes, D. F., Murad, M. H. und Luetmer, P. H. (2015): MRI Findings of Disc Degeneration are More Prevalent in Adults with Low Back Pain than in Asymptomatic Controls: A Systematic Review and Meta-Analysis. *AJNR Am J Neuroradiol* 36(12): 2394–2399.
- Buchbinder, R. und Jolley, D. (2005): Effects of a media campaign on back beliefs is sustained 3 years after its cessation. *Spine* 30(11): 1323–1330.
- Buchbinder, R., Jolley, D. und Wyatt, M. (2001): Population based intervention to change back pain beliefs and disability: three part evaluation. *BMJ* 322(15): 16–20.
- Bury, T. J. und Stokes, E. K. (2013): Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy. A review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy* 99(4): 285–291.
- Casser, H.-R., Seddigh, S. und Rauschmann, M. (2016): Acute Lumbar Back Pain. *Dtsch Arztebl Int* 113(13): 223–234.
- Chaparro, L. E., Furlan, A. D., Deshpande, A., Mailis-Gagnon, A., Atlas, S. und Turk, D. C. (2014): Opioids compared with placebo or other treatments for chronic low back pain: an update of the Cochrane Review. *Spine* 39(7): 556–563.
- Cheng, A., Campbell, S., Chartier, L. B., Goddard, T., Magee, K., McEwen, J. et al. (2017): Choosing Wisely Canada®: Five tests, procedures and treatments to question in Emergency Medicine. *CJEM* 19(S2): S9–S17.
- Chenot, J.-F., Haupt, C. und Gerste, B. (2014): Zeitliche Trends bei der Versorgung von Rückenschmerzpatienten. In: Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P. und Schmacke, N. (Hrsg.): *Versorgungs-Report 2013/2014*. Schattauer, Stuttgart: 155–183.
- Chenot, J.-F., Kochen, M. M. und Schmidt, C. O. (2009): Das Einhalten von Leitlinien und die Qualität der ambulanten Versorgung von Rückenschmerzpatienten. In: Böcken, J., Braun, B. und Landmann, J. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Bertelsmann Stiftung: 135–155.
- Chenot, J.-F., Scherer, M., Becker, A., Donner-Banzhoff, N., Baum, E., Leonhardt, C. et al. (2008): Acceptance and perceived barriers of implementing a guideline for managing low back in general practice. *Implement Sci* 3(7): 1–6.
- Chou, R., Fu, R., Carrino, J. A. und Deyo, R. A. (2009a): Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 373(9662): 463–472.
- Chou, R., Loeser, J. D., Owens, D. K., Rosenquist, R. W., Atlas, S. J., Baisden, J. et al. (2009b): Interventional therapies, surgery, and interdisciplinary rehabilitation for low back pain: an

- evidence-based clinical practice guideline from the American Pain Society. *Spine* 34(10): 1066–1077.
- Chung, J. W., Zeng, Y. und Wong, T. K. (2013): Drug therapy for the treatment of chronic nonspecific low back pain: systematic review and meta-analysis. *Pain Physician* 16(6): E685-704.
- Cruppé, W. de und Geraedts, M. (2014): Krankenhauswahlverhalten chronisch Kranker. Abschlussbericht. URL: [www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht\\_geraedts\\_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf](http://www.forschung-patientenorientierung.de/files/abschlussbericht_geraedts_krankenhauswahlverhalten-bmbf-01gx1047.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).
- Dagenais, S., Galloway, E. K. und Roffey, D. M. (2014): A systematic review of diagnostic imaging use for low back pain in the United States. *The Spine Journal* 14(6): 1036–1048.
- Damm, O., Bowles, D. und Greiner, W. (2016): Gesundheitsökonomische Aspekte von Rückenschmerzen. In: Casser, H.-R., Hasenbring, M., Becker, A. und Baron, R. (Hrsg.): Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung. Springer, Berlin, Heidelberg: 617–629.
- Debono, B., Lonjon, G., Galovich, L. A., Kerever, S., Guiot, B., Eicker, S.-O. et al. (2017): Indication Variability in Degenerative-lumbar Spine Surgery. A 4-nation survey. *Spine* (Epub ahead of print).
- Delitto, A., George, S. Z., van Dillen, L., Whitman, J. M., Sowa, G., Shekelle, P. et al. (2012): Low Back Pain. Clinical Practice Guidelines Linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *J Orthop Sports Phys Ther* 42(4): A1-A57.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018): Abfrage GENESIS-Online Datenbank, Ergebnis - 23131-0001. Krankenhauspatienten: Deutschland, Jahre, Hauptdiagnose ICD-10 (1-3-Steller Hierarchie).
- Deutscher Bundestag (2015): Bericht des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung (18. Ausschuss) gemäß § 56a der Geschäftsordnung. Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen: Quelle für Kostensteigerungen oder Chance für Kostensenkung? 11.03.2015. Aktenzeichen: 18/4283. Drucksache.
- DGSS (Deutsche Schmerzgesellschaft) (2015): Empfehlungen der S3-Leitlinie "Langzeitanwendung von Opioiden bei nicht tumorbedingten Schmerzen - "LONTS". AWMF-Register Nr. 145/003, Klasse: S3.
- DGSS (Deutsche Schmerzgesellschaft) (o.J.): Fragenkatalog für Festlegungen geeigneter chronischer Krankheiten für neue strukturierte Behandlungsprogramme (DMP). Antwort der Deutschen Schmerzgesellschaft. URL: [www.dgss.org/fileadmin/pdf/DMP\\_Abschluss\\_Version\\_Fragenkatalog\\_140430.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/DMP_Abschluss_Version_Fragenkatalog_140430.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).
- DNEbM (Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin) (2017): Stellungnahme zum Münsteraner Memorandum Heilpraktiker. Berlin, den 23.10.2017.

- Dubinsky, R. M. und Miyasaki, J. (2010): Efficacy of transcutaneous electric nerve stimulation in the treatment of pain in neurologic disorders (an evidence-based review). *Neurology* 74(2): 173–176.
- DWG (Deutsche Wirbelsäulengesellschaft) (2017a): Das Wirbelsäulenregister. URL: [www.dwg.org/wirbelsaeulenregister/info/](http://www.dwg.org/wirbelsaeulenregister/info/) (abgerufen am 03.05.2018).
- DWG (Deutsche Wirbelsäulengesellschaft) (2017b): Zweitmeinungsportal der DWG. URL: [www.dwg.org/zweitmeinungsportal/](http://www.dwg.org/zweitmeinungsportal/) (abgerufen am 03.05.2018).
- Edwards, J., Hayden, J., Asbridge, M., Gregoire, B. und Magee, K. (2017): Prevalence of low back pain in emergency settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskeletal Disord* 18(1): 143.
- Euro Spine (2017): Publication List. URL: [www.eurospine.org/cm\\_data/SpineTangoPublicationList\\_v1\\_20171030.pdf](http://www.eurospine.org/cm_data/SpineTangoPublicationList_v1_20171030.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).
- Foster, N. E., Mullis, R., Hill, J. C., Lewis, M., Whitehurst, D., Doyle, C. et al. (2014): Effect of stratified care for low back pain in family practice (IMPACT Back). A prospective population-based sequential comparison. *Ann Fam Med* 12(2): 102–111.
- Furlan, A. D., van Tulder, M. W., Cherkin, D. C., Tsukayama, H., Lao, L., Koes, B. W. und Berman, B. M. (2005): Acupuncture and dry-needling low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 25(1).
- GBE-Bund (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2017): Online-Datenabfrage: Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. Gesundheitsversorgung > Medizinische Verfahren, Medizinische Untersuchungen und Behandlungen > Operationen und Prozeduren in Krankenhäusern. URL: [www.gbe-bund.de/](http://www.gbe-bund.de/) (abgerufen am 03.05.2018).
- Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A. und Smith, B. H. (2017): Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Art. No.: CD011279. Cochrane Library.
- Geraedts, M. (2013): Die ärztliche Zweitmeinung bei der Therapiewahl. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2013*. Schattauer, Stuttgart: 215–222.
- Geraedts, M. und Kraska, R. (2016): Zweitmeinungen. Inanspruchnahme und Bedarf aus Sicht der Bevölkerung. In: Böcken, J., Braun, B. und Meierjürgen, R. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK*. Bertelsmann Stiftung: 160–177.
- Gerste, B., Drogan, D. und Günster, C. (2016): Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. In: Klauber, J., Günster, C., Gerste, B., Robra, B.-P. und Schmacke, N. (Hrsg.): *Versorgungs-Report 2015/2016*. Schattauer, Stuttgart: 391–444.
- GKV-SV (GKV-Spitzenverband) (2017): Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Greitemann, B., Dibbelt, S., Fröhlich, S. und Niemeyer, C. (2012): DGRW-Update: Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems. *Rehabilitation* 51(6): 378–384.

- Grifka, J., Broll-Zeitvogel, E. und Anders, S. (1999): Injektionstherapie bei Lumbalsyndromen. *Orthopäde* 28(11): 922–931.
- Haake, M., Müller, H. H., Schade-Brittinger, C., Basler H.D., Schäfer, H., Maier, C. et al. (2007): German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain. randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups. *Arch Intern Med* 167(17): 1892–1898.
- Hansen, B. B., Hansen, P., Carrino, J. A., Fournier, G., Rasti, Z. und Boesen, M. (2016): Imaging in mechanical back pain: Anything new? *Best Pract Res Clin Rheumatol* 30(4): 766–785.
- Hestbaek, L., Leboeuf-Yde, C. und Manniche, C. (2003): Low back pain: what is the long-term course? A review of studies of general patient populations. *Eur Spine J* 12(2): 149–165.
- Hill, J. C., Whitehurst, D., Lewis, M., Bryan, S., Dunn, K. M., Foster, N. E. et al. (2011): Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back). A randomised controlled trial. *Lancet* 378(9802): 1560–1571.
- Hillienhof, A. (2015): Heilmittelversorgung. Ärzte sprechen sich gegen Direktzugang aus. *Dtsch Arztebl* 112(17): A-754.
- Höer, A., Freytag, A., Schiffhorst, G., Schellhammer, S., Thiede, M., Glaeske, G. und Häussler, B. (2011): Opioidtherapie bei Versicherten mit Rückenschmerzen. Sekundärdatenanalyse zur Charakterisierung von Patientengruppen, Einfluss auf Opioidtherapie und Arbeitsunfähigkeit. *Schmerz* 25(2): 174–183.
- Holdsworth, L. K., Webster, V. S. und McFadyen, A. K. (2007): What are the costs to NHS Scotland of self-referral to physiotherapy? Results of a national trial. *Physiotherapy* 93(1): 3–11.
- Horenkamp-Sonntag, D., Linder, R., Engel, S., Schneider, U. und Verheyen, F. (2014): Radiologische Diagnostik bei akutem nicht-spezifischen Kreuzschmerz: Kommen bildgebende Verfahren zu häufig zum Einsatz? 10. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin/ 13. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Düsseldorf, 24.-27.06.2014. Abstract und Vortrag.
- Institute of Health Economics und TOP (Toward Optimized Practice) (2011): Guideline for the evidence-informed primary care management of low back pain. URL: [www.nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/LowerBackPainGuidelineNov2011.pdf](http://www.nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/LowerBackPainGuidelineNov2011.pdf) (abgerufen am 03.05.2018).
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2015): Systematische Leitlinienrecherche und -bewertung sowie Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronischer Rückenschmerz. Abschlussbericht, Auftrag: V14-04 Version: 1.0, Stand: 18.11.2015. IQWiG-Berichte, Nr. 341.
- Kaiser, U., Sabatowski, R. und Azad, S. C. (2015): Multimodale Schmerztherapie. Eine Standortbestimmung. *Schmerz* 29(5): 550–556.
- KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2006): Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage Mai/Juni 2006. URL:

- [www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung\\_2006\\_08\\_15\\_1\\_1\\_.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2006_08_15_1_1_.pdf) (abgerufen am 11.05.2018).
- Kendrick, D., Fielding, K., Bentley, E., Miller, P., Kerlake, R. und Pringle, M. (2001): The role of radiography in primary care patients with low back pain of at least 6 weeks duration. A randomised (unblinded) controlled trial. *Health Technol Assess* 5(30): 1–69.
- Koes, B. W., van Tulder, M. W. und Thomcaas, S. (2006): Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 332(7555): 1430–1434.
- Korzilius, H. (2017): Heilmittelversorgung: Blankoverordnung auf Probe. *Dtsch Arztebl* 114(35-36): A-1568–A-1569.
- Kotsos, T., Muldowney, K., Chapa, G., Martin, J. E. und Linares, A. (2009): Challenges and Solutions in the Evaluation of a Low Back Pain Disease Management Program. *Popul Health Manag* 12(1): 39–45.
- Kuijpers, T., van Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Ostelo, R., Verhagen, A., Koes, B. W. und van Tulder, M. W. (2011): A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J* 20(1): 40–50.
- KV Nordrhein (2018): Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2018 gemäß § 84 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 8 SGB V.
- Leemrijse, C. J., Swinkels, I. und Veenhof, C. (2008): Direct access to physical therapy in the Netherlands. Results from the first year in community-based physical therapy. *Phys Ther* 88(8): 936–946.
- Lenza, M., Buchbinder, R., Staples, M. P., Dos Santos, O., Brandt, R. A., Lottenberg, C. L. et al. (2017): Second opinion for degenerative spinal conditions: an option or a necessity? A prospective observational study. *BMC Musculoskelet Disord* 18(354): 1–12.
- Linder, R., Horenkamp-Sonntag, D., Engel, S., Schneider, U. und Verheyen, F. (2014): Mangelnde Leitlinienkonformität radiologischer Diagnostik bei akutem, nicht-spezifischem Kreuzschmerz. 59. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e. V. (GMDS). Göttingen, 07.-10.09.2014. Abstract und Vortrag.
- Linder, R., Horenkamp-Sonntag, D., Engel, S., Schneider, U. und Verheyen, F. (2016): Überdiagnostik mit Bildgebung bei Rückenschmerzen. *Dtsch Med Wochenschr* 141(10): e96–e103.
- Linhardt, O., Madl, M., Boluki, D., Renkawitz, T., Matussek, J., Quint, U. und Grifka, J. (2007): Minimal-invasive Injektionstherapie beim Lumbalsyndrom. *Orthopäde* 36(1): 49–58.
- Liu, L., Skinner, M., McDonough, S., Mabire, L. und Baxter, G. D. (2015): Acupuncture for low back pain: an overview of systematic reviews. *Evid Based Complement Alternat Med*.
- Lonsdale, C., Hall, A. M., Murray, A., Williams, G. C., McDonough, S. M., Ntoumanis, N. et al. (2017): Communication Skills Training for Practitioners to Increase Patient Adherence to Home-Based Rehabilitation for Chronic Low Back Pain: Results of a Cluster Randomized Controlled Trial. *Arch Phys Med Rehabil* 98(9): 1732–1743.
- Maher, C., Underwood, M. und Buchbinder, R. (2017): Non-specific low back pain. *Lancet* 389(10070): 736–747.

- Manchikanti, L., Abdi, S., Atluri, S., Benyamin, R. M., Boswell, M. V., Buenaventura, R. M. et al. (2013a): An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part II: guidance and recommendations. *Pain Physician* 16(Suppl 2): S49–S283.
- Manchikanti, L., Falco, F. J., Singh, V., Benyamin, R. M., Racz, G. B., Helm, S. et al. (2013b): An update of comprehensive evidence-based guidelines for interventional techniques in chronic spinal pain. Part I: introduction and general considerations. *Pain Physician* 16(Suppl 2): S1–S48.
- Marley, J., Tully, M. A., Porter-Armstrong, A., Bunting, B., O'Hanlon, J., Atkins, L. et al. (2017): The effectiveness of interventions aimed at increasing physical activity in adults with persistent musculoskeletal pain. A systematic review and meta-analysis. *BMC Musculoskelet Disord* 18(1): 482.
- Marschall, J., Hildebrandt, S., Zich, K., Tisch, T., Sörensen, J. und Nolting, H.-D. (2018): Gesundheitsreport 2018. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Rückenerkrankungen. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 21. DAK-Gesundheit.
- Marschall, U. und L'hoest, H. (2011): Opioidtherapie in der Versorgungsrealität. Ein Beitrag zur Diskussion um ein weitverbreitetes Arzneimittel. In: BARMER GEK (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2011.
- Marschall, U., L'hoest, H. und Wolik, A. (2012): Vergleich der Kosteneffektivität von Operation, multimodaler und interventioneller Schmerztherapie bei Rückenschmerzen. Eine Analyse mit Krankenkassendaten. In: BARMER GEK (Hrsg.) Gesundheitswesen aktuell 2012.
- Marstedt, G. (2016): Faktencheck Rücken. Einstellungen, Erfahrungen, Informationsverhalten - Bevölkerungsumfrage zum Rückenschmerz. Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung.
- Maus, T. (2010): Imaging the Back Pain Patient. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 21(4): 725–766.
- Middleton, K. (2017): Give patients direct access to physiotherapy. They want it, and it would benefit GPs too. *Br J Sports Med* 51: 1041.
- Münsteraner Kreis (2017): Münsteraner Memorandum Heilpraktiker. Ein Statement der interdisziplinären Expertengruppe "Münsteraner Kreis" zu einer Neuregelung des Heilpraktikerwesens. 21.08.2017.
- Nagel, B., Pflingsten, M., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Gralow, I., Irnich, D. et al. (2012): Struktur- und Prozessqualität multimodaler Schmerztherapie. Ergebnisse einer Befragung von schmerztherapeutischen Einrichtungen. *Schmerz* 26(6): 661–669.
- Nast, I., Wirz, M., Scheermesser, M. und Schämamm, A. (2018): Das Modellvorhaben Physiotherapie gemäß § 63 Abs. 3b SGB V. Evaluation und Bericht gemäß § 65 SGB V, 21. März 2018.
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2016): Low back pain and sciatica in over 16s: assessment and management. NICE guideline, published: 30 November 2017.
- Nilges, P. (2010): Psychologische Mechanismen der Chronifizierung. In: Standl, T., Am Schulte Esch, J., Treede, R.-D., Schäfer, M. und Bardenheuer, H. J. (Hrsg.): Schmerztherapie.

- Akutschmerz - Chronischer Schmerz - Palliativmedizin. 2. Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York: 39–44.
- O'Connell, N. E., Cook, C. E., Wand, B. M. und Ward, S. P. (2016): Clinical guidelines for low back pain: A critical review of consensus and inconsistencies across three major guidelines. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 30(6): 968–980.
- Ojha, H. A., Snyder, R. S. und Davenport, T. E. (2014): Direct access compared with referred physical therapy episodes of care. A systematic review. *Phys Ther* 94(1): 14–30.
- Osterloh, F. (2017): Uneinheitliches Angebot. Thema Zweitmeinung. *Dtsch Arztebl* 114(25): A1224–1226.
- Paige, N. M., Miake-Lye, I. M., Suttrop Booth, M., Beroes, J. M., Mardian, A. S., Dougherty, P. et al. (2017): Association of Spinal Manipulative Therapy With Clinical Benefit and Harm for Acute Low Back Pain. Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA* 317(14): 1451–1460.
- Parreira, P., Heymans, M. W., van Tulder, M. W., Esmail, R., Koes, B. W., Poquet, N. et al. (2017): Back Schools for chronic non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8, Art. No.: CD011674. Cochrane Library.
- Pengel, L., Herbert, R. D., Maher, C. G. und Refshauge, K. M. (2003): Acute low back pain: systematic review of its prognosis. *BMJ* 327(7410): 323.
- Piano, L., Maselli, F., Viceconti, A., Gianola, S. und Ciuro, A. (2017): Direct access to physical therapy for the patient with musculoskeletal disorders, a literature review. *J Phys Ther Sci* 29(8): 1463–1471.
- Pieper, D., Heß, S. und Mathes, T. (2017): Bestandsaufnahme zu Zweitmeinungsverfahren in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). *Gesundheitswesen* (Online-Publikation).
- Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M. und Forciea, M. A. (2017): Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain. A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 166(7): 514–530.
- Räbinger, J. (2017a): Hohe Patientenzufriedenheit. *VPT Magazin* (8): 12–13.
- Räbinger, J. (2017b): Modell Blankoverordnung: Kosten-Nutzen-Betrachtung. *VPT Magazin* (9): 10–12.
- Repschläger, U. (2015): Thesenpapier "Direktzugang - mehr Autonomie für Physiotherapeuten".
- RKI (Robert Koch-Institut) (2006): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts (2. Welle). Deskriptiver Ergebnisbericht. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.
- RKI (Robert Koch-Institut) (2012): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Rückenschmerzen. Heft 53, Berlin.
- Roelofs, P. D., Deyo, R. A., Koes, B. W., Scholten, R. J. und van Tulder, M. W. (2008): Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain: an updated Cochrane review. *Spine* 33(16): 1766–1774.

- Schmidt, C. O., Raspe, H., Pfingsten, M., Hasenbring, M., Basler, H. D., Eich, W. und Kohlmann, T. (2007): Back Pain in the German Adult Population. Prevalence, Severity, and Sociodemographic Correlates in a Multiregional Survey. *Spine* 32(18): 2005–2011.
- Schubert, I., Ihle, P. und Sabatowski, R. (2013): Increase in opiate prescription in Germany between 2000 and 2010: a study based on insurance data. *Dtsch Arztebl Int* 110(4): 45–51.
- Slade, S. C., Kent, P., Patel, S., Bucknall, T. und Buchbinder, R. (2016): Barriers to primary care clinician adherence to clinical guidelines for the management of low back pain. A systematic review and metanalysis of qualitative studies. *Clin J Pain* 32(9): 800–816.
- Slade, S. C., Patel, S., Underwood, M. und Keating, J. L. (2014): What are the patients beliefs and perceptions about exercise for nonspecific chronic low back pain? A systematic review of qualitative studies. *Clin J Pain* 30(11): 995–1005.
- Stout, A. (2010): Epidural steroid injections for low back pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 21(4): 825–834.
- Suman, A., Bostick, G. P., Schopflocher, D., Russell, A. S., Ferrari, R., Battié, M. C. et al. (2017): Long-term evaluation of a Canadian back pain mass media campaign. *Eur Spine J* 26(9).
- Sundmacher, L., Schüttig, W. und Faisst, C. (2015): Ein konsentierter deutscher Katalog ambulant-sensitiver Diagnosen. Versorgungsatlas Nr. 15/18. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2015): Krankengeld. Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Sondergutachten 2015. Hogrefe, Bern.
- Swinkels, I., Kooijman, M. K., Spreeuwenberg, P. M., Bossen, D., Leemrijse, C. J., van Dijk, C. E. et al. (2014): An overview of 5 years of patient self-referral for physical therapy in the Netherlands. *Phys Ther* 94(12): 1785–1795.
- Theodoridis, T. (2016): Injektionstherapie und Injektionstechniken an der Wirbelsäule. In: Casser, H.-R., Hasenbring, M., Becker, A. und Baron, R. (Hrsg.): Rückenschmerzen und Nackenschmerzen. Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie, Versorgungspfade, Patientenedukation, Begutachtung, Langzeitbetreuung. Springer, Berlin, Heidelberg: 311–318.
- TK (Techniker Krankenkasse) (2017a): Diagnose "Rücken": Wie sinnvoll ist ein Disease Management Programm (DMP)? URL: [www.wirtechniker.tk.de/2017/03/14/diagnose-ruecken-wie-sinnvoll-ist-ein-disease-management-programm-dmp/](http://www.wirtechniker.tk.de/2017/03/14/diagnose-ruecken-wie-sinnvoll-ist-ein-disease-management-programm-dmp/) (abgerufen am 03.05.2018).
- TK (Techniker Krankenkasse) (2017b): Gesundheitsreport 2017. Weitere Auswertungen zu Arzneiverordnungen.
- TK (Techniker Krankenkasse) (2017c): Zweitmeinung vor geplanter OP: Nur jede zehnte Rückenoperation ist nötig. Pressemitteilung, Berlin/Potsdam, 14. März 2017. URL:



- [www.tk.de/tk/regional/berlin-brandenburg/pressemitteilungen/941230](http://www.tk.de/tk/regional/berlin-brandenburg/pressemitteilungen/941230) (abgerufen am 03.05.2018).
- van Middelkoop, M., Rubinstein, S. M., Verhagen, A. P., Ostelo, R. W., Koes, B. W. und vanTulder, M. W. (2010): Exercise therapy for chronic nonspecific low-back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 24(2): 193–204.
- Volinn, E., Fargo, J. D. und Fine, P. G. (2009): Opioid therapy for nonspecific low back pain and the outcome of chronic work loss. *Pain* 142(3): 194–201.
- Waltersbacher, A. (2017): Heilmittelbericht 2017. Wissenschaftliches Institut der AOK, Berlin.
- Webster, B. S., Verma, S. K. und Gatchel, R. J. (2007): Relationship between early opioid prescribing for acute occupational low back pain and disability duration, medical costs, subsequent surgery and late opioid use. *Spine* 32(19): 2127–2132.
- Weeber, S. J. (2017): Der physiotherapeutische Direktzugang in Deutschland. Internationaler Vergleich ausbildungsinhaltlicher und struktureller Bedingungen. Springer.
- Wenig, C. M., Schmidt, C. O., Kohlmann, T. und Schweikert, B. (2009): Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 13(3): 280–286.
- White, A. P., Arnold, P. M., Norvell, D. C., Ecker, E. und Fehlings, M. G. (2011): Pharmacologic management of chronic low back pain: synthesis of the evidence. *Spine* 36(Suppl 21): S131–43.
- Woolf, A., Carr, A., Frolich, J., Guslandi, M., Michel, B. und Zeidler, H. (2008): Investigating the barriers to effective management of musculoskeletal pain. An international survey. *Clin Rheumatol* 27(12): 1535–1542.
- World Confederation for Physical Therapy (2017): Policy Statement: Direct access and patient/client self-referral to physical therapy.
- Yamato, T. P., Maher, C. G., Saragiotto, B. T., Hancock, M. J., Ostelo, R., Cabral, C. et al. (2015): Pilates for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, Art. No.: CD10265. Cochrane Library.
- Zi (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland) (2017): Datenbereitstellung auf Anfrage des SVR.
- Zich, K. und Tisch, T. (2017): Faktencheck Rücken. Rückenschmerzbedingte Krankenhausaufenthalte und operative Eingriffe - Mengenentwicklung und regionale Unterschiede. Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung.



---

## 16 Koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

---

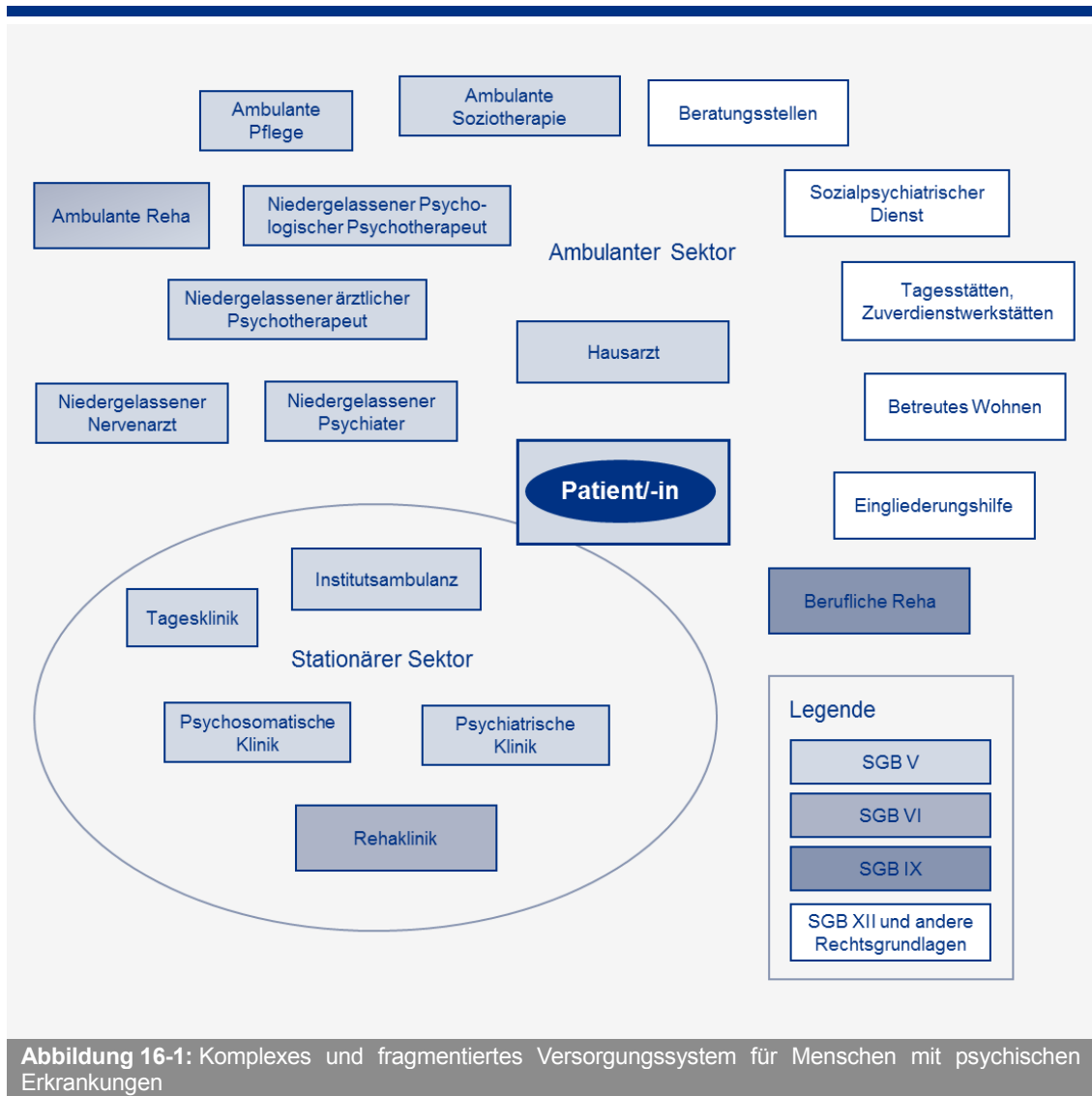
### 16.1 Einleitung

**1181.** Die Koordination von Patientenwegen ist in der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung ein wichtiges Thema, zumal das Versorgungssystem selbst für Fachleute nicht in allen Aspekten übersichtlich ist. Für dieselbe Indikation kommen mitunter unterschiedliche Angebote infrage, manchmal ist eine Kombination von Leistungen erforderlich – beispielsweise aus ambulant-psychiatrischer Behandlung und Richtlinien-Psychotherapie<sup>328</sup>. Schon allein im Bereich der Psychotherapie sind psychologische Psychotherapeuten, ärztliche Psychotherapeuten mit mehreren verschiedenen Facharztbezeichnungen und teilweise auch Hausärzte mögliche Anbieter. Außerhalb des GKV-Systems gibt es zudem privat abrechnende Leistungserbringer mit obigen Qualifikationen. Daneben gibt es noch weniger regulierte Anbieter wie Heilpraktiker für Psychotherapie.

**1182.** Die Sektorengrenzen machen sich im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen besonders bemerkbar. Dies hat auch mit den im Vergleich zur Somatik noch immer überdurchschnittlich langen Wartezeiten zu tun, besonders ausgeprägt im Bereich der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie. Eine zügige Behandlung zur Vermeidung einer Chronifizierung oder eine nahtlose ambulante Anschlussbehandlung nach einem stationären Aufenthalt sind somit keine Selbstverständlichkeit. Die Tatsache, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen neben medizinischen und pflegerischen Leistungen, die im SGB V geregelt sind, auch Leistungen anderer Sozialrechtsgebiete (z. B. Eingliederungshilfe nach SGB XII, berufliche Rehabilitation nach SGB IX etc.) benötigen, verstärkt die erhebliche Fragmentierung des Versorgungssystems (Abbildung 16-1).

---

<sup>328</sup> Unter Richtlinien-Psychotherapie ist hier eine professionelle Psychotherapie nach den Rahmenbedingungen der Psychotherapie-Richtlinie und in einem der dort aufgeführten Psychotherapieverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie) gemeint.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hauth (2017).

Der Gesetzgeber, die Selbstverwaltung und Fachverbände haben in der jüngeren Vergangenheit einige Neuerungen und Weiterentwicklungen auf den Weg gebracht, um bestimmte Aspekte der Versorgung zu verbessern. Hierzu gehören eine neue gesetzliche Grundlage für stationsäquivalente Behandlungen und mehrere durch den Innovationsfonds geförderte Projekte, die zum Teil auch einen ausdrücklichen Fokus auf eine bessere Koordination an den Sektorengrenzen legen. Weiterhin gibt es zahlreiche Selektivverträge nach § 140a SGB V und Modellvorhaben nach § 64b SGB V. Letztere finden teilweise unter Beteiligung aller, teilweise unter Beteiligung mancher Krankenkassen statt. Besonders hinsichtlich der Selektivverträge stellt sich die Frage, inwieweit bestimmte Modelle sich dauerhaft bewähren und möglicherweise in den Kollektivvertrag übernommen werden können.

**1183.** Auch E-Health spielt in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung eine Rolle. Hier liegen inzwischen eine Reihe von Angeboten und Evaluationen vor, die für manche Versorgungskonstellationen durchaus einen Nutzen oder eine Nichtunterlegenheit gegenüber „klassischen“ Versorgungsformen zeigen (z. B. bei der telemedizinischen oder auch bei der

internetgestützten Versorgung von depressiven Patienten, Egede et al. 2015; Carlbring et al. 2017). Häufig sind die Angebote allerdings auch nicht substitutiv, sondern werden zusätzlich zu den klassischen Versorgungsangeboten eingesetzt (siehe Abschnitt 16.7.8; Berger et al. 2018). Der langfristige Stellenwert digitaler und mobiler Angebote in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist noch offen.

**1184.** Im Sondergutachten 2015 zu Krankengeld und Langzeitarbeitsunfähigkeit ist der Rat bereits auf einige Besonderheiten und Erfordernisse der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (mit dem Schwerpunkt auf depressive Störungen) eingegangen. Das vorliegende Kapitel stellt die aktuelle Situation in Deutschland mit dem Fokus auf der Koordination dar und präsentiert Überlegungen zu einer Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen. Die kinder- und jugendlichenpsychiatrische und -psychotherapeutische Versorgung wird hierbei ausdrücklich nicht mitbetrachtet. Auch die forensisch-psychiatrische Versorgung wird in diesem Kapitel nicht eigens untersucht. Die wenig regulierten Heilpraktiker für Psychotherapie werden ebenfalls nicht betrachtet.

**1185.** In die Analysen und Vorschläge dieses Kapitels ist eine Befragung eingeflossen, die der Rat unter allen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland sowie einer Stichprobe von niedergelassenen psychologischen und ärztlichen ambulant tätigen Leistungserbringern durchgeführt hat. Zentrale Ergebnisse der Befragung werden in Abschnitt 16.6 dargestellt.

## 16.2 Wandel der Versorgung von der Psychiatrie-Enquete bis heute

**1186.** Die Psychiatrie in Deutschland war in der Nachkriegszeit bis in die 1960er-Jahre geprägt durch große Landeskrankenhäuser, meist abseits der Städte, mit oft mangelhafter Versorgungsqualität und unzureichender personeller Ausstattung. In Teilen wird dies aus heutiger Sicht auch auf eine personelle Kontinuität in Leitungspositionen nach der Zeit des Nationalsozialismus zurückgeführt (Böhm/Haase 2008; Beine 2015).

**1187.** Maßgeblich für die seitdem stattgefundenen Reformprozesse ist die Psychiatrie-Enquete (Deutscher Bundestag 1975). Der Bericht wurde 1975 veröffentlicht und bezeichnete die Versorgung als „dringend verbesserungsbedürftig“. Ein Blick zurück lohnt auch bei Betrachtung der heute weiterhin oder wieder bestehenden Herausforderungen. Die Empfehlungen der Enquete basierten auf vier Prinzipien: dem der gemeindenahen Versorgung, dem der bedarfsgerechten und umfassenden Versorgung, dem der bedarfsgerechten Koordination und dem der Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken. Als Ziele wurden u. a. genannt: eine Umstrukturierung der großen Landeskrankenhäuser, ein Bettenabbau, eine Liegezeitverkürzung, eine wohnortnähere Versorgung, eine häufigere Anbindung an Allgemeinkrankenhäuser, verschiedene Ansätze der gemeindenahen Versorgung mit Tageskliniken und Institutsambulanzen, eine rechtliche Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker sowie eine getrennte Versorgung von psychisch Kranken und geistig Behinderten.

Im Zeitraum von 1980 bis 1985 folgte das „Modellprogramm Psychiatrie“ der Bundesregierung, das über umgerechnet knapp 130 Millionen Euro verfügte und die psychiatrische Versorgung stärker in den Gemeinden verankern sollte (Klee 1988; Häfner 2000). Im Jahr 1988

wurden Empfehlungen einer zugehörigen Expertenkommission sowie eine Stellungnahme der Bundesregierung vorgelegt. Die Berichte beleuchteten die Fortschritte seit der Enquete und sprachen weitere Handlungsempfehlungen aus. Im Rahmen des Modellprogramms wurden erstmals Tageskliniken und Institutsambulanzen etabliert. Bereits damals wurde eine Zersplitterung des Versorgungssystems beklagt.

**1188.** Als weiterer bedeutsamer Schritt zur Weiterentwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung wird die Einführung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) im Jahre 1991 angesehen, die in den ersten Jahren zu einer deutlichen Verbesserung der qualifizierten Personalausstattung in den Kliniken geführt hat (Werner 2004). Inzwischen steht sie allerdings auch dafür in der Kritik, die benötigten Personalkapazitäten z. B. in der Psychotherapie nicht ausreichend abzubilden (Tophoven/Wessels 2015).

**1189.** Die Bundesländer tragen eine wesentliche Verantwortung für die Psychiatrieplanung, daher analysieren sie auch die Versorgungssituation regelmäßig. Die AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) hat in den Jahren 2002, 2007, 2012 und 2017 umfangreiche Berichte zur weiteren Entwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung herausgegeben. So kam der AOLG-Bericht aus dem Jahr 2007 zu dem Schluss, dass viele Forderungen der Enquete bereits „weitestgehend erfüllt“ wurden (AOLG 2007). Er bemängelte jedoch u. a. das Fehlen genügender valider epidemiologischer Daten und die seinerzeit erst beginnende Versorgungsforschung. Im Bereich der Versorgungsforschung hat sich seitdem jedoch viel entwickelt. Weitere Forderungen fokussierten die Einbeziehung von Angehörigen und der Selbsthilfe, die Bekämpfung der Stigmatisierung und die besondere Berücksichtigung von Migrant\*innen sowie die Entwicklung integrierter Versorgungsprojekte. Im jüngsten AOLG-Bericht aus dem Jahr 2017 wurde ein besonderer Fokus auf die Herausforderungen der Inklusion sowie auf das Verhältnis zwischen allgemeiner und forensischer Psychiatrie gelegt (AOLG 2017).

**1190.** Obwohl also viel erreicht wurde, bleiben einige Ansprüche der Enquete nur unvollständig eingelöst. So erscheint die Ambulantisierung der Psychiatrie im Sinne eines wirklich umfassenden ambulanten Versorgungsangebots verschiedener Intensitätsstufen noch nicht abgeschlossen. Auch bei der Koordination der Versorgung besteht angesichts des komplexen Geflechts aus Leistungserbringern noch deutliches Potenzial zur Verbesserung. Hierauf wird im Folgenden näher eingegangen.

## **16.3 Status quo der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen**

### **16.3.1 Prävalenz und Bedeutung psychischer Erkrankungen**

**1191.** Psychische Erkrankungen sind für einen Großteil der Krankheitslast und der Ausgaben im Gesundheitswesen verantwortlich (Kessler/Üstün 2008; SVR 2015). Sie verursachen ca. 13 % der direkten Krankheitskosten<sup>329</sup> (GBE-Bund 2018a) und umfangreiche indirekte Kosten.

---

<sup>329</sup> Gemäß der Krankheitskostenrechnung entfielen im Jahr 2015 44,3 Milliarden Euro auf psychische Diagnosen (ICD-10: F) gegenüber 338,2 Milliarden Euro für alle Diagnosen.

So sind psychische Störungen auch Ursache vieler Arbeitsunfähigkeitstage – besonders der Langzeitarbeitsunfähigkeit – und Krankengeldausgaben, wie u. a. das SVR-Sondergutachten zum Krankengeld gezeigt hat (SVR 2015) und wie sich seitdem weiter bestätigt (Abbildung 16-2; Badura et al. 2017, BARMER 2018). Die zumindest bis zum Jahr 2014 steigende Entwicklung der durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) verläuft entgegen dem Trend zu einer Verringerung der durch andere Krankheiten bedingten AU-Tage. Daher haben die psychischen Diagnosen als Grund für AU-Tage und -Fälle anteilig bis zuletzt weiter zugenommen (Badura et al. 2017). Entsprechend der Bedeutung für Langzeitarbeitsunfähigkeit sind psychische Diagnosen auch sehr relevant für Krankengeld. Unter den Diagnosen, die mit den meisten Krankengeldfällen und -ausgaben verbunden sind, finden sich mehrere solche Diagnosen, besonders aus dem Spektrum der affektiven Störungen. Beispielsweise waren bei einer Analyse von aggregierten Krankenkassendaten<sup>330</sup> für das Jahr 2014 fast 25 % der Ausgaben für Krankengeld mit Fällen assoziiert, bei denen auch oder ausschließlich die Diagnose einer depressiven Episode (ICD-10: F32)<sup>331</sup> vorlag (SVR 2015, Abbildung 35 ff.). Weitere psychische Diagnosen, die häufig mit Krankengeldfällen und -ausgaben verbunden waren, sind zum Beispiel Anpassungsstörungen (F43), rezidivierende depressive Störungen (F33) und somatoforme Störungen (F45).

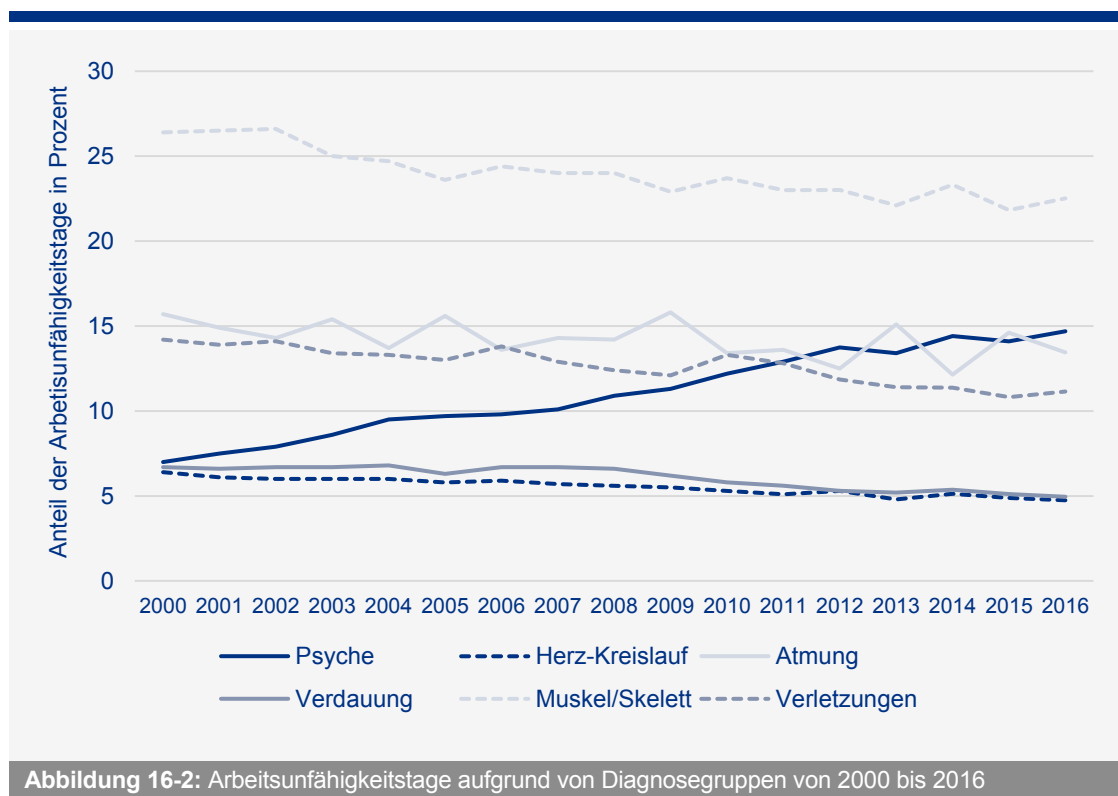


Abbildung 16-2: Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Diagnosegruppen von 2000 bis 2016

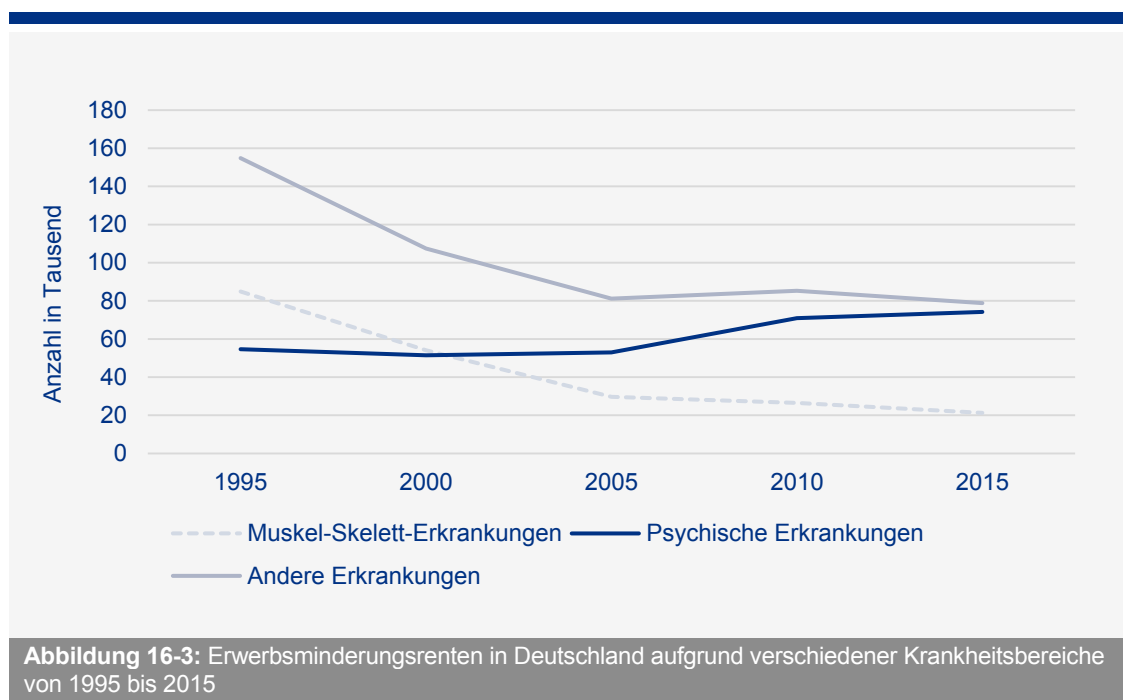
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BPtK (2018a).

**1192.** Die Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen sind in den letzten fünf Jahren auf hohem Niveau in etwa konstant (Abbildung 16-3). Der Stellenwert psychischer

<sup>330</sup> Hierzu wurden Krankenkassendaten von acht Krankenkassen verschiedener Krankenkassenarten herangezogen.

<sup>331</sup> In Deutschland werden Diagnosen nach der zehnten Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification (ICD-10) kodiert.

Erkrankungen bei den Berentungen ist auf lange Sicht – in den letzten zwei Dekaden – aber stark angestiegen auf etwa das Doppelte (Schlipfenbacher/Jacobi 2014). Anfang der 1990er-Jahre waren die Berentungen aufgrund von muskuloskelettalen Erkrankungen sehr hoch, dies könnte mit einer besonderen Situation der in den 1930er-Jahren geborenen und in den 1990er-Jahren in das Rentenalter eintretenden (Kriegs-)Generation bei einer damals zugleich stattgefundenen Anhebung des Rentenalters und steigender Arbeitslosigkeit zusammenhängen. Seit dem Jahr 2005 hat sich das Verhältnis zwischen Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen und anderen Erkrankungen weiter in Richtung der psychischen Diagnosen verschoben (Abbildung 16-3), wenn auch weniger schnell als im Zeitraum zwischen 1990 und 2005 (DRV 2017).



**Abbildung 16-3:** Erwerbsminderungsrenten in Deutschland aufgrund verschiedener Krankheitsbereiche von 1995 bis 2015

Andere Erkrankungen als Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Erkrankungen wurden hier zu einem Bereich zusammengefasst.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von DRV (2017).

**1193.** Dabei können psychische Erkrankungen die gesamte Lebensspanne betreffen. Eine nicht unerhebliche, bisher aber vergleichsweise wenig untersuchte Gruppe sind die älteren und pflegebedürftigen psychisch Kranken (Wolf et al. 2016). Zugleich leiden auch viele junge Menschen an psychischen Störungen. Zuletzt gab es Hinweise, dass sie besonders im jüngeren Alter bis 30 Jahre sogar deutlich zunehmen (BARMER 2018).

Nach Einschätzung vieler Experten und auch der Gesundheitsberichterstattung des Bundes gibt es allerdings keine Belege für eine Zunahme der wahren Prävalenz psychischer Erkrankungen in Deutschland (Jacobi et al. 2014). Stattdessen wird von einem Effekt durch eine andere Wahrnehmung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung, eine teilweise Entstigmatisierung, eine korrektere (oder jedenfalls häufigere) Diagnosestellung und ein verändertes Hilfesuchverhalten seitens der Patienten ausgegangen. Die Konstanz der wahren Prävalenz wird auch durch das Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH) im Vergleich zum Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahr 1998 nahegelegt (Jacobi et al. 2014; SVR 2015). Demnach liegt die Zwölf-Monats-Prävalenz für



psychische Erkrankungen bei ca. 28 % (Jacobi et al. 2014).<sup>332</sup> Allerdings kann auch ein Anstieg der administrativen Prävalenz unabhängig von der Entwicklung der wahren Prävalenz den Bedarf an Koordination im System erheblich vergrößern.

### 16.3.2 Ambulante und stationäre Planung

**1194.** Eine sektorenübergreifende Planung gibt es im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung ebenso wenig wie in somatischen Fachgebieten. Die ambulante Bedarfsplanung erfolgt im Rahmen des allgemeinen Systems der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit Verhältniszahlen und ggf. regionaler Anpassung (siehe Kapitel 3 zu ambulanten Angebotskapazitäten und Bedarfsplanung). Dabei werden die Psychiater aus historischen Gründen (ehemals gemeinsame Facharztbezeichnung) gemeinsam mit den Neurologen beplant. Der Rat hat bereits im Gutachten 2014 empfohlen, diese Gruppen separat zu beplanen, da es nur noch wenige Gemeinsamkeiten bei der Patientengruppe und den durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Methoden gibt (SVR 2014). Dies ist jedenfalls so lange der Fall, wie ein Arzt sich nicht bewusst entscheidet, sowohl eine psychiatrische als auch eine neurologische Versorgung durchzuführen.

**1195.** Die stationäre Angebotskapazitätsplanung erfolgt im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder (siehe Kapitel 6 zu stationären Angebotskapazitäten und Krankenhausplanung). Aufgrund der vergleichsweise langen durchschnittlichen Liegedauern gegenüber der Somatik gelten dabei für psychiatrische und psychosomatische Stationen hohe Normwerte für die Auslastung (Belegungsquote) von in der Regel 90 % bis 95 %. Dabei handelt es sich um Vorgaben in der Krankenhausplanung, die teilweise in den Landeskrankenhausplänen für einzelne Fachgebiete gemacht werden. Für somatische Fachgebiete sind oft Normauslastungen von 80 % bis 85 % vorgesehen, teilweise werden sie aber auch in der Somatik von den mittleren Verweildauern abhängig gemacht und steigen dann mit zunehmender Verweildauer an (DKG 2017).

#### 16.3.2.1 Rolle der psychosomatischen Medizin

**1196.** Das Nebeneinander von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland ist ebenso wie ein eigener Facharzt für psychosomatische Medizin aus internationaler Sicht ein Sonderfall, der sich historisch herausgebildet hat. Wie mit dieser Unterscheidung in der Zukunft umgegangen werden soll, wird sehr unterschiedlich bewertet und hat in der Vergangenheit bereits zu erheblichen Kontroversen geführt (AOLG 2007; Hucklenbroich 2013). Die

---

<sup>332</sup> Bei den Erhebungen zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen kommt es stets auf die Untersuchungsmethode an. Die hier erwähnte DEGS1-Studie mit einem Zusatzmodul zu psychischer Gesundheit („-MH“) ist eine umfangreiche repräsentative Erhebung. Mehr als 5 000 Teilnehmer nahmen an der DEGS1-MH teil und wurden überwiegend persönlich diagnostisch interviewt. Allerdings umfasst die Zahl von 28 % z. B. auch Störungen durch Substanzgebrauch, die häufig vorkommen (sie umfasst allerdings nicht Nikotinabhängigkeit). Obwohl sich in verschiedenen Studien immer wieder relativ große Prävalenzen für psychische Erkrankungen zeigen, so ist zugleich Vorsicht vor einer Ausweitung der diagnostisch-klassifikatorischen Einordnung von psychischen Symptomen und Zuständen angebracht. Angesichts der Überarbeitung des amerikanischen Klassifikationssystems *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) gab es hier besonders im Hinblick auf psychische Erkrankungen kontroverse Diskussionen (Bolton 2013; Frances 2013).

Kliniken überlappen sich nicht unerheblich in ihrem Behandlungsspektrum, zum Beispiel bei affektiven Störungen. Bedeutsam für die Koordination sind aber auch die Unterschiede zwischen beiden Klinikarten, die – vereinfacht ausgedrückt – mit mehreren Aspekten umschrieben werden können: Während die psychosomatischen Kliniken in der Regel keine Notfallversorgung betreiben, sondern sich auf die elektive Aufnahme von Patienten mit bestimmten Indikationsgebieten beschränken (z. B. Somatisierungsstörungen, Essstörungen, affektive Störungen, Traumastörungen, Schmerzstörungen) und dabei besonders die Schnittstelle zu somatischen Erkrankungen als Aufgabengebiet hervorheben, ist das Diagnosespektrum bei den psychiatrischen Kliniken häufig breiter, es gibt zudem meist einen Pflichtversorgungsbereich nach Postleitzahlen, im Rahmen dessen auch eine 24-Stunden-Notfallversorgung durchgeführt wird. Die psychosomatischen Kliniken legen häufig besonderen Wert auf die psychotherapeutische Behandlung und können durch die Klinikorganisation und die Schwerpunktsetzung sowie durch gute Planbarkeit der Abläufe oft mehr Zeitstunden pro Woche mit Psychotherapeuten anbieten. Schon in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie ist ein erheblich höherer Pflichtstundenanteil für Psychotherapie als beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vorgesehen. Eine geschützte Behandlung (auf Stationen mit fakultativ oder regelhaft geschlossenen Türen)<sup>333</sup> findet nur in psychiatrischen Kliniken statt. Daneben existieren noch forensisch-psychiatrische Kliniken für psychisch kranke Straftäter, die besonders gesichert sind.

#### 16.3.2.2 Ausblick zur Bedarfsplanung

**1197.** Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) hat Ende 2016 ein Konzept mit Reformvorschlägen der Bedarfsplanung für Psychotherapeuten vorgestellt, das eine neue Berechnungsgrundlage für Verhältniszahlen der Psychotherapeuten beinhaltet (BPtK 2017a). Kernthesen sind, dass schon die ursprüngliche Berechnung bei den Psychotherapeuten nicht bedarfsgerecht gewesen sei (Ist-Zustandserhebung zu einem Zeitpunkt, als sich besonders in Ostdeutschland noch nicht viele Psychotherapeuten niedergelassen hatten) und dass zudem speziell im Bereich der psychischen Versorgung durch Entstigmatisierung und ein verändertes Nachfrageverhalten eine reine Fortschreibung der Verhältniszahlen aus dem Jahr 1999 noch weniger angemessen sei als in den somatischen Fächern. Im Resultat liefe das BPtK-Konzept auf eine deutliche Ausweitung der ambulanten psychotherapeutischen Kapazitäten um über 3 000 Sitze heraus. Die regionale Verteilung würde sich dabei zugunsten ländlicher Regionen verschieben. Auch wenn gewisse Prämissen bei der vorgeschlagenen neuen Berechnung von Verhältniszahlen in dem Konzept kritisch hinterfragt werden können, so sind einige zentrale Einschätzungen etwa zur regionalen Ungleichverteilung und zu einem insgesamt gestiegenen Bedarf plausibel (siehe Abschnitt 16.7.2).<sup>334</sup>

<sup>333</sup> In manchen psychiatrischen, geschützt geführten Akutstationen sind die Türen regelhaft geschlossen (und müssen dann vom Personal individuell geöffnet werden), in manchen Akutstationen sind die Türen regelhaft offen und werden nur bei aktuellem Anlass geschlossen, wenn Patienten mit bestimmter eigen- und/oder fremdgefährdender Symptomatik dies erforderlich machen.

<sup>334</sup> Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird ein umfangreiches Gutachten zur Bedarfsplanung erstellt. Dieses war zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses allerdings noch nicht veröffentlicht.

### 16.3.3 Entwicklung der Angebotskapazitäten

#### 16.3.3.1 Übersicht über die Leistungsangebote

**1198.** Im psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereich für Erwachsene sind viele verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Qualifikationen vertreten (Herpertz et al. 2011). Die Definitionen, Zählweisen und Zuordnungen insbesondere von psychotherapeutisch tätigen Berufsgruppen unterscheiden sich zudem zwischen Verbänden und Institutionen.

Eine Systematisierung der Angebote kann aus verschiedenen Perspektiven erfolgen. Tabelle 16-1 führt unterschiedliche Leistungsangebote aus Sicht der Patienten auf. Es handelt sich dabei um eine funktionale Betrachtung in dem Sinne, dass unterschiedliche Angebote bei unterschiedlichem Bedarf in Anspruch genommen werden. Diese Betrachtungsweise ist bei einer Analyse der Koordination besonders relevant. Oft können Leistungsanbieter mit unterschiedlicher Qualifikation (z. B. „psychologischer Psychotherapeut“, „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“, „Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“) dieselbe Leistung erbringen, sie ist für den Patienten aber oft weniger ausschlaggebend als die Art der Leistung („ambulante Psychotherapie“).

Leistungsangebot	Leistungsspektrum	Übliche Frequenz und Dauer	Ausgeführt durch	Kapazitätsplanung
Hausärztliche Versorgung	Ersteinschätzung, psychosomatische Grundversorgung, Überweisung/ Einweisung	variabel	meist niedergelassen, seltener angestellt im MVZ: Hausarzt, oft Facharzt für Allgemeinmedizin, tlw. Facharzt für Innere Medizin	KV-Bedarfsplanungsgruppe „Hausärzte“
Ambulante psychiatrische Versorgung	ambulante psychiatrische Behandlung (z.B. Medikation, kürzere Gespräche, Koordination)	einmal pro Quartal, bei Bedarf häufiger; oft längerfristig	niedergelassen oder angestellt im MVZ: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	KV-Bedarfsplanungsgruppe „Nervenärzte“
Ambulante psychosomatische Versorgung	ambulante psychosomatische Behandlung (z. B. psychotherapeutisch, eher weniger Medikation)	variabel	niedergelassen oder angestellt im MVZ: Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	KV-Bedarfsplanungsgruppe „Nervenärzte“
Ambulante Psychotherapie	ambulante Richtlinien-Psychotherapie	ein- bis zweimal pro Woche, Termine à z. B. 50 Minuten; in der Regel mehrere Monate	meist niedergelassen, seltener angestellt im MVZ: psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte für z. B. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Ambulante Psychotherapie
Psychiatrische Institutsambulanz	intensive ambulante Behandlung	variabel, bis zu mehrfach pro Woche; sehr variable Dauer bis hin zu langfristiger Behandlung	Klinikpersonal, geleitet i. d. R. von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie	Pauschal in der KV-Bedarfsplanung
Psychiatrische Tagesklinik	teilstationäre Behandlung	fünf Tage pro Woche tagsüber; oft eine bis mehrere Wochen	Klinikpersonal, geleitet i. d. R. von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie	Krankenhausplanung
Psychiatrische Klinik	vollstationäre Behandlung	durchgängig; variable Dauer von einem Tag bis viele Wochen	Klinikpersonal, geleitet i. d. R. von Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie	Krankenhausplanung
Psychosomatische Klinik	vollstationäre Behandlung	durchgängig; variable Dauer von einem Tag bis mehrere Wochen	Klinikpersonal, geleitet i. d. R. von Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Krankenhausplanung
Ambulante psychiatrische Pflege	psychiatrische Pflegeleistungen	variabel	Fachpfleger	keine
Betreutes Wohnen	Betreuungsleistungen mit Unterstützung, z. B. bei der Alltagsbewältigung	variabel	unterschiedlich, z. B. Sozialarbeiter, Pflegende	keine

**Tabelle 16-1:** Leistungsangebote („Funktionseinheiten“) in der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung aus Sicht der Patienten

MVZ = Medizinisches Versorgungszentrum, KV = Kassenärztliche Vereinigung.

Es werden nur einige wichtige Versorgungsangebote ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgelistet.

Quelle: Eigene Darstellung.

**1199.** Im ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich wird wie üblich in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet (siehe Kapitel 5 zur ambulanten Vergütung). Anhand der Abrechnung des Kapitels 35 im EBM lässt sich nachvollziehen, welche Leistungserbringer ambulant-vertragsärztliche psychotherapeutische Leistungen abrechnen. Dies ist für eine Vielzahl von Leistungserbringern unterschiedlichster Ausbildung der Fall, allerdings zu sehr unterschiedlichen Anteilen (Tabelle 16-2). In Kapitel 35 im EBM finden sich allerdings auch mehrere nicht antragspflichtige Leistungen, die dem psychosomatischen Bereich und nicht dem Richtlinien-Psychotherapie-Bereich zuzuordnen sind, sowie einige Anamnese- bzw. Gesprächsleistungen, die vom Umfang her unterhalb einer Psychotherapieeinheit liegen. Das bedeutet, dass nicht alle nach Kapitel 35 im EBM abrechnenden Leistungserbringer Psychotherapie erbringen. Es zeigt sich, dass alle psychologischen Psychotherapeuten und fast alle ärztlichen Psychotherapeuten Leistungen nach Kapitel 35 im EBM abrechnen, aber auch fast die Hälfte der vertragsärztlichen Leistungserbringer mit einem Facharzt für Nervenheilkunde und sogar mehr als die Hälfte der Hausärzte, immerhin noch 38 % der Fachärzte für Neurologie.

Fachrichtung	Anzahl Ärzte in der gesamten Fachgruppe	Anzahl Kapitel 35 EBM abrechnend	Anteil Kapitel 35 EBM abrechnend
Hausärzte	60 374	35 331	58,5 %
Psychologische Psychotherapeuten	13 369	13 740	100 %
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	2 557	2 316	90,5 %
Fachärzte für Nervenheilkunde	2 461	1 226	49,8 %
Ärztliche Psychotherapeuten	2 371	2 316	97,6 %
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	1 964	1 557	79,2 %
Fachärzte für Neurologie	1 365	515	37,7 %
Sonstige		1 726	

**Tabelle 16-2:** Anzahl und Anteil der Ärzte verschiedener Fachgruppen, die psychotherapeutische Leistungen nach EBM-Kapitel 35 abrechnen. Stand 2011

EBM = Einheitlicher Bewertungsmaßstab.

Ohne Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Herpertz et al. (2011).

**1200.** Hinzu kommt die im stationären Sektor durchgeführte Psychotherapie. Eine Vergleichbarkeit psychotherapeutischer Versorgungsleistungen ist aber insbesondere über die Grenzen der Richtlinien-Psychotherapie hinweg schwierig, da es keine Standardisierung zu Dosis und Frequenz der Therapie und zu zeitlichen Abständen zwischen Sitzungen gibt, was eine valide Vergleichbarkeit psychotherapeutischer Versorgungsleistungen zwischen den einzelnen Berufsgruppen stark erschwert (Herpertz et al. 2011). Auf die Finanzierung im stationären Sektor der psychischen Versorgung geht der Abschnitt 16.5 ein.

**1201.** Bei den psychologischen Psychotherapeuten erfolgt derzeit eine Reform der Aus- und Weiterbildung. Zukünftig soll es ein Approbationsstudium mit anschließender Weiterbildung geben, sodass die Ausbildung strukturell an diejenige der Ärzte angelehnt ist. Dies soll u. a. dazu führen, dass angehende Psychotherapeuten mit bereits abgeschlossenem Studium voraussichtlich besser als bisher honoriert werden. Es kann auch dazu beitragen, dass die komplexe Situation der unterschiedlichen Leistungserbringer geringfügig übersichtlicher strukturiert wird.

**1202.** Die Tätigkeit als ambulanter Psychiater unterscheidet sich deutlich von der als ambulanter (psychologischer oder ärztlicher) Psychotherapeut. Dies ist darin begründet, dass eine Richtlinien-Psychotherapie mit längeren und höherfrequenten Therapeut-Patienten-Kontakten einhergeht. Dies zeigt sich in aggregierten Daten deutlich (Tabelle 16-3). So entfielen im 4. Quartal 2015<sup>335</sup> auf einen ambulanten Psychiater durchschnittlich 482 Fälle, auf einen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten 47 Fälle (KBV 2017). Der Honorarumsatz je Fall betrug bei Psychiatern 84 Euro, bei Psychotherapeuten 430 Euro. Die Psychiater sind aufgrund unterschiedlicher Abrechnungsmodalitäten außerdem stärker von der Budgetierung betroffen (Auszahlungsquote 91 % versus 98 %).

Ingesamt wird für die ambulante Psychotherapie seitens der KV bzw. der Krankenkassen etwas mehr als zehnmals so viel Honorar verausgabt wie für die ambulante psychiatrische Behandlung. Hinzu kommt allerdings noch der Honorarumsatz der Nervenärzte, die teilweise psychiatrische Leistungen erbringen, von 81,9 Millionen Euro (KBV 2017). Auch einige psychosomatische Fachärzte erbringen schwerpunktmäßig psychiatrische Leistungen. Der Gesamthonorarumsatz ist bei den Psychotherapeuten deutlich höher. In der Statistik wird allerdings u. a. für Teilzulassungen nicht korrigiert.

In den neuen Bundesländern werden im Mittel mehr Fälle je Arzt bzw. Therapeut abgerechnet als in den alten Bundesländern (KBV 2017). Zwar ist der Honorarumsatz je Fall in den neuen Bundesländern niedriger, aber der Honorarumsatz je Arzt bzw. Therapeut ist höher. Beispielsweise erbrachten die Psychiater in den alten Bundesländern im 4. Quartal 2015 durchschnittlich 444 Fälle mit einem Honorarumsatz von je ca. 90 Euro, die Psychiater in den neuen Bundesländern 761 Fälle mit je ca. 60 Euro. Bei den Psychotherapeuten ist die Tendenz ähnlich, aber der Unterschied kleiner (46 Fälle mit je 439 Euro gegenüber 58 Fällen mit je 366 Euro; KBV 2017).

---

<sup>335</sup> Hier als Beispielquartal.

Abrechnungs- gruppe	Anzahl Behandlungs- fälle je Arzt/Therapeut	Honorar- umsatz je Fall	Honorarumsatz je Arzt/Therapeut	Honorarumsatz gesamt	Auszahlungs- quote*
Psychiatrie	482	84,09 Euro	40 509 Euro	49,9 Mio. Euro	91,13 %
Psychotherapeuten (ärztliche und nichtärztliche)	47	429,52 Euro	20 238 Euro	531,9 Mio. Euro	98,01 %

**Tabelle 16-3:** Zentrale Kennzahlen der Abrechnungsgruppen „Psychiatrie“ und „Psychotherapeuten“ im 4. Quartal 2015

\* Die Auszahlungsquote bezieht sich auf den geltend gemachten Leistungsbedarf, der in den vorangehenden Spalten angegebene Honorarumsatz ist bereits reduziert.

Praxen mit zugelassenen Ärzten, Werte aus dem 4. Quartal 2015, Summe aller Bundesländer. Ohne Korrektur von Teilzulassungen. In der Abrechnungsstatistik existieren weitere Gruppen, darunter die Gruppe „Nervenheilkunde“. Manche Gruppen sind zudem Teilgruppen der Psychotherapeuten. Zur Übersichtlichkeit werden hier nur zwei Gruppen dargestellt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2017).

### 16.3.3.2 Entwicklung der Ärzte- und Psychologenzahlen

**1203.** Die Zahlen zu bestimmten Leistungserbringern liegen häufig nach ihrer Aus- und Weiterbildung sowie Berufsgruppenzugehörigkeit vor. Möchte man die Angebotskapazitäten quantitativ analysieren, so empfiehlt sich daher eine Betrachtung nach Berufsgruppen (Tabelle 16-4) statt nach „Funktionseinheiten“.

Berufsgruppe: Bezeichnung	Ausbildung/ Studium	Postgraduale Weiterbildung	Wenn niedergelassen: Einbindung in KV- Bedarfsplanungs- gruppe?	Leistungen
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie (und ältere, ähnliche Fachärzte wie „Nervenarzt“)	Medizinstudium	Facharztweiterbil- dung „Psychiatrie und Psycho- therapie“ (und ältere, ähnliche Bezeichnungen)	ja, je nach Tätigkeit; überwiegend „Nervenärzte“, sonst „Psychotherapeuten“	psychiatrische Versorgung oder Richtlinien- Psychotherapie
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Medizinstudium	Facharztweiter- bildung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“	ja, meist „Psychotherapeuten“	Richtlinien- Psychotherapie
Psychologische Psychotherapeuten	Psychologie- studium	Weiterbildung zum Psychotherapeuten	ja, „Psycho- therapeuten“	Richtlinien- Psychotherapie
Hausärzte	Medizinstudium	Facharztweiter- bildung „Allgemeinmedizin“ oder ältere Qualifikation oder Quereinstieg	ja, „Hausärzte“	psychosomatische Grundversorgung, teilweise zusätzlich Richtlinien- Psychotherapie
Ärzte des Sozial- psychiatrischen Dienstes	Medizinstudium	Facharzt- weiterbildung	nein, i. d. R. angestellt bei kommunalen Gesundheitsämtern	v. a. aufsuchende Hilfen
Ambulante psychiatrische Pfleger	Pflege- ausbildung	Fachweiterbildung Psychiatrie für Pflegerkräfte u. Ä.	nein	Pflegeleistungen
Sozialarbeiter	Studium z. B. der Sozialen Arbeit u. Ä.	optional	nein	Sozialberatung, Koordination

**Tabelle 16-4:** Übersicht über ambulante Leistungserbringer in der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung nach Berufsgruppen mit ihren Qualifikationswegen und der Art ihrer Bedarfsplanung

KV = Kassenärztliche Vereinigung.

Auswahl ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Quelle: Eigene Darstellung.

Zur Einschätzung der Anzahl der im psychischen Bereich tätigen Ärzte und Psychologen sind verschiedene Statistiken verfügbar, die sich in ihrer Perspektive noch weiter unterscheiden. Während die Ärztestatistik der Bundesärztekammer (BÄK) die Zahlen über die Facharztbezeichnungen ordnet und dann weiter in ambulante versus stationäre Tätigkeit versus sonstige Tätigkeitskategorien<sup>336</sup> untergliedert, zählt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) aus

<sup>336</sup> Darunter fallen Ärzte in Behörden und Körperschaften (darunter auch Sanitätsoffiziere und Ärzte im Gesundheitsamt) und Ärzte ohne ärztliche Tätigkeit (darunter auch Ärzte im Ruhestand und Berufsunfähige) und Ärzte in „sonstigen Bereichen“. Alle diese Kategorien außerhalb von „ambulant“ und „stationär“ wurden hier und in den folgenden Betrachtungen der Übersichtlichkeit halber als „Sonstige“ zusammengefasst, auch wenn darunter durchaus Ärzte in der unmittelbaren Patientenversorgung enthalten sind.



Sicht der Bedarfsplanungsgruppen und berücksichtigt auch die psychologischen Psychotherapeuten. Die BÄK-Statistik ist immer eine Kopfzählung, während es die KBV-Statistik sowohl als Kopfzählung als auch nach Bedarfsplanungsgewichten gibt.

**1204.** Die Statistik der BÄK liefert also eine Übersicht über die Größe der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutisch arbeitenden Arztgruppen (BÄK 2018). Sie zeigt, dass die Zahl der berufstätigen Ärzte im Bereich der Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen in den letzten 15 Jahren deutlich zugenommen hat (Abbildung 16-4). Dies liegt vor allem an der Zunahme der Ärzte mit der Gebietsbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“<sup>337</sup>, die von 5 597 im Jahr 2002 auf 11 037 im Jahr 2017 gestiegen ist (+97 %). Zusätzlich stieg die Zahl der Ärzte mit der Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“<sup>338</sup> von 3 655 auf 4 142 (+13 %). Im selben Zeitraum sank die Anzahl der Ärzte mit der (auslaufenden) Gebietsbezeichnung „Nervenheilkunde“<sup>339</sup> von 4 811 auf 2 730 (-43 %). Die Zahl aller dieser Gebietsbezeichnungen zusammen ist von 2002 bis 2017 um ca. 27 % gestiegen, was in etwa der Veränderung der Zahl aller berufstätigen Ärzte entspricht (28 %). Wichtig ist, dass es sich hier um Kopfzählungen handelt ohne Anpassung an die tatsächliche Arbeitszeit. Die Zahlen gelten für ambulant und stationär tätige Ärzte zusammen. Sie sagen bei den ambulant Tätigen wenig darüber aus, in welcher Bedarfsplanungsgruppe sie arbeiten.



Abbildung 16-4: Entwicklung der im psychischen Bereich tätigen Fachärzte nach Gebietsbezeichnungen

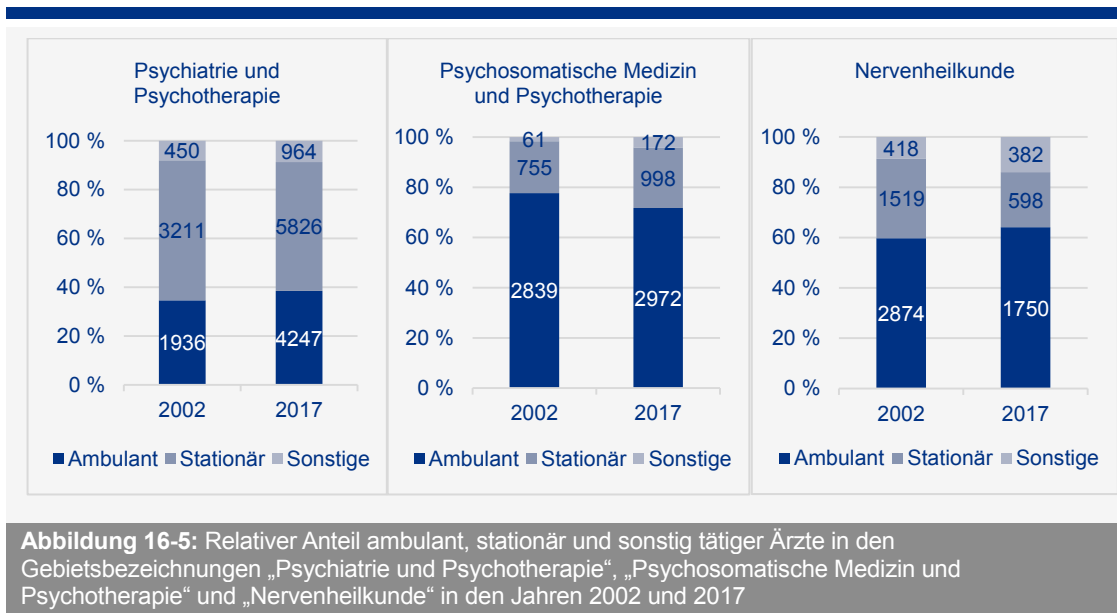
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von Daten der Ärztestatistik der BÄK (2018).

<sup>337</sup> Summe der Ärzte mit Gebietsbezeichnungen für „Psychiatrie“ und für „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Schwerpunkt Forensische Psychiatrie“.

<sup>338</sup> Summe der Ärzte mit Gebietsbezeichnungen für „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, für „Psychotherapeutische Medizin“ und für „Psychotherapie“.

<sup>339</sup> Summe der Ärzte mit Gebietsbezeichnungen für „Nervenheilkunde“, für „Nervenheilkunde (Neurologie und Psychiatrie)“ und für „Neurologie und Psychiatrie (Nervenarzt)“.

Eine Aufschlüsselung nach ambulant und stationär tätigen Ärzten zeigt, dass der Anteil der stationär Tätigen bei den Fachärzten für Psychiatrie und für Nervenheilkunde etwas gesunken, bei den Fachärzten für Psychosomatische Medizin etwas gestiegen ist. In der Summe der Gebietsbezeichnungen ist der Anteil der stationär Tätigen leicht gestiegen (Abbildung 16-5).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BÄK (2018).

**1205.** Im Bundesarztregister der KBV wird nach vertragsärztlichen Bedarfsplanungsgruppen unterschieden. Die psychologischen Psychotherapeuten werden jedoch erst seit dem Jahr 2013 erfasst, sodass die Gesamtbedarfsplanungsgruppe aller Psychotherapeuten auch erst ab diesem Jahr darstellbar ist. Demnach ist die Gruppe der Nervenärzte (Psychiater und Neurologen) von 2002 bis 2017 nur geringfügig gewachsen von 5 736 auf 5 877 Köpfe (+2 %; Abbildung 16-6; KBV 2018a). Die ärztlichen Psychotherapeuten sind im selben Zeitraum deutlich um +80 % gewachsen von 3 399 auf 6 121. Die psychologischen Psychotherapeuten (hier inklusive Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) sind bereits in den vier Jahren von 2013 bis 2017 deutlich gewachsen von 19 991 auf 25 297 Köpfe. Für die Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten sind demnach die ärztlichen und psychologischen zusammenzuzählen, im Jahr 2017 gab es demnach insgesamt 31 418.

Deutlich wird bei dieser Statistik zum einen, dass der Großteil der Leistungserbringer (83 %) im vertragsärztlichen Bereich einen psychotherapeutischen Schwerpunkt hat, und zum anderen, dass der Großteil der psychotherapeutischen Bedarfsplanungsgruppe von Psychologen ausgefüllt wird (63 %).

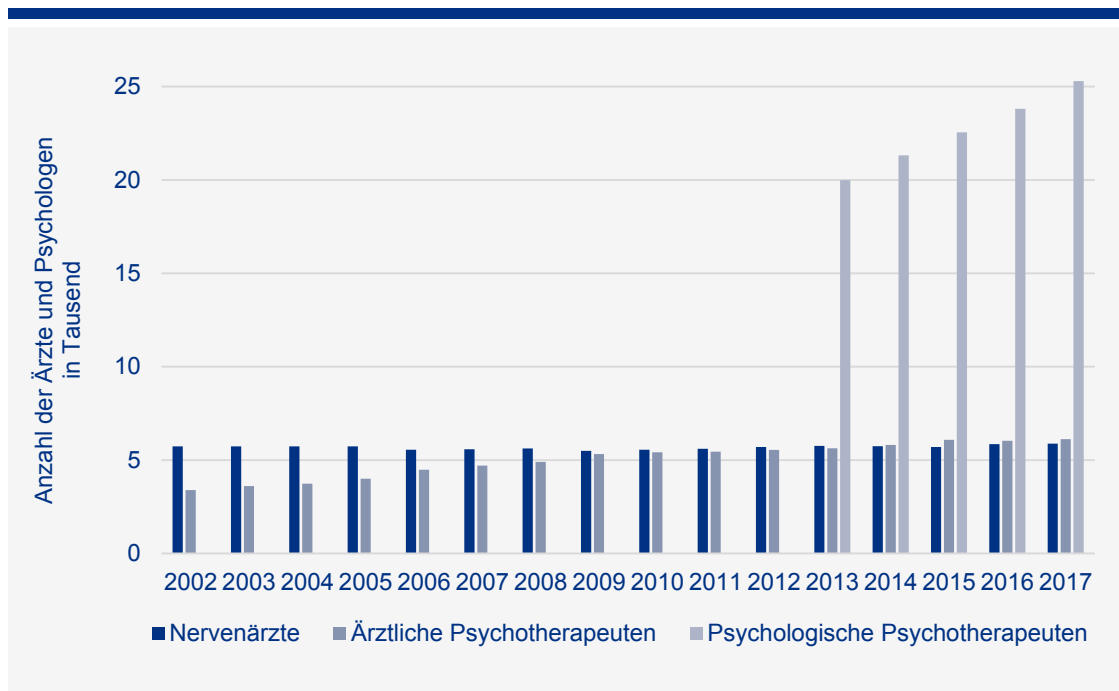


Abbildung 16-6: Ärzte und Psychologen in der vertragsärztlichen Versorgung nach Bedarfsplanungsgruppen in den Jahren von 2002 bis 2017 (Zählung nach Köpfen)

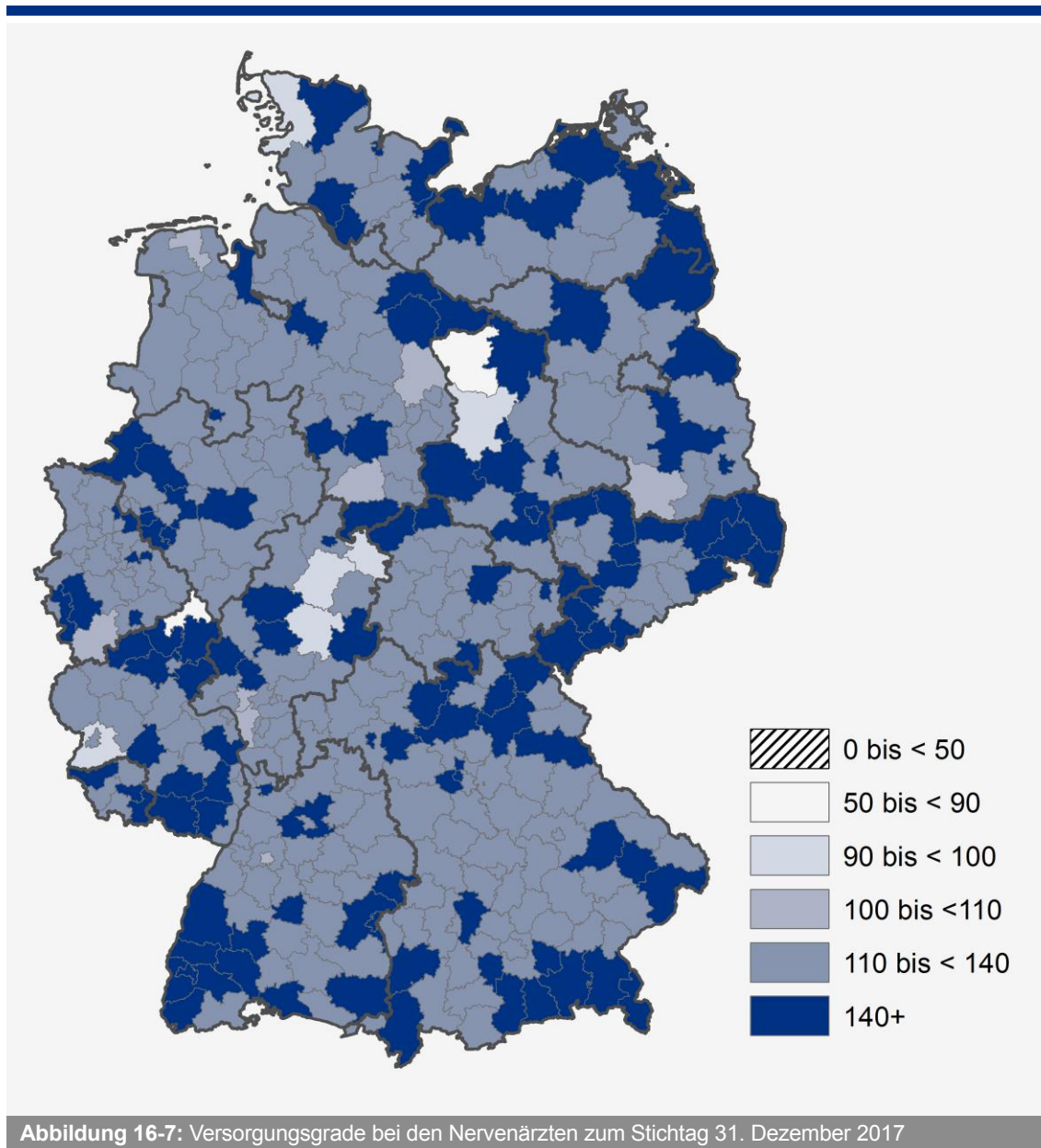
Die Bedarfsplanungsgruppe der „Psychotherapeuten“ setzt sich zusammen aus den ärztlichen und den psychologischen Psychotherapeuten, die hier wegen der unvollständigen Zeitreihe bei den psychologischen Psychotherapeuten getrennt aufgeführt werden. Die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind in diesen Werten enthalten.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018a).

### 16.3.3.3 Ambulante Versorgungsgrade

#### Nervenärzte

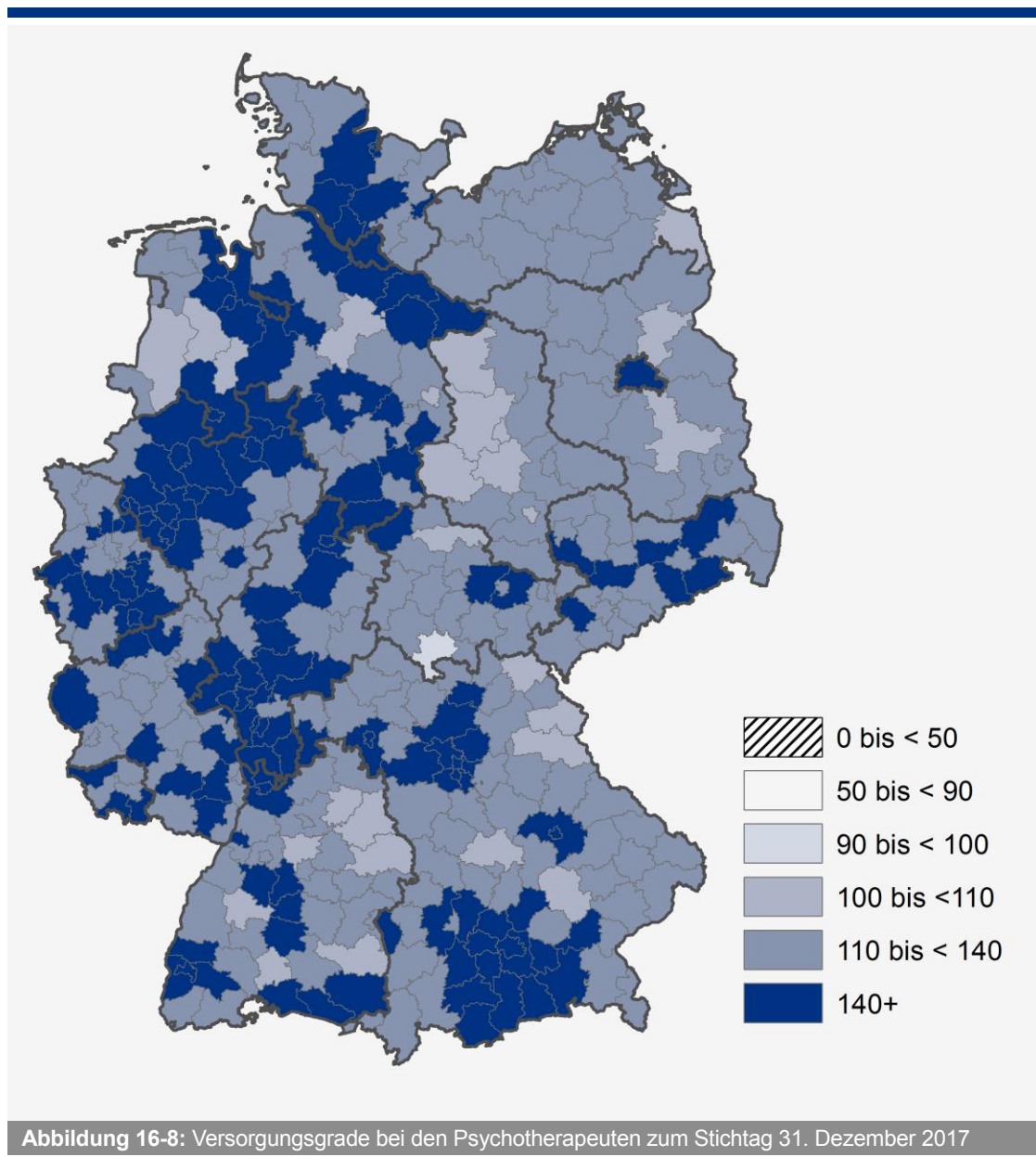
**1206.** Die numerische Versorgungslage gemäß Versorgungsgraden der Bedarfsplanung ist bei den Nervenärzten sehr gut. Im Jahr 2017 hatten die meisten Planungsbereiche einen Versorgungsgrad von 110 % bis 140 % und es gab mehr Planungsbereiche mit über 140 % als mit unter 110 % (Abbildung 16-7; KBV 2018b). Somit gab es numerisch keine unterversorgten Planungsbereiche, sondern theoretisch in vielen Gebieten Überversorgung.



Quelle: KBV (2018c).

### *Psychotherapeuten*

**1207.** Noch ausgeprägter ist diese Situation numerischer Überversorgung bei der Bedarfsplanungsgruppe der Psychotherapeuten. Es gibt kaum Planungsbereiche unter 100 %, die meisten liegen zwischen 110 % und 140 % und auch zahlreiche darüber (Abbildung 16-8; KBV 2018b). Insbesondere nach oben hin gibt es die höchsten Versorgungsgrade aller Planungsgruppen: Nicht wenige Planungsbereiche liegen bei über 200 % (KBV 2018b). Insgesamt zeigt sich eine sehr große Spannweite.



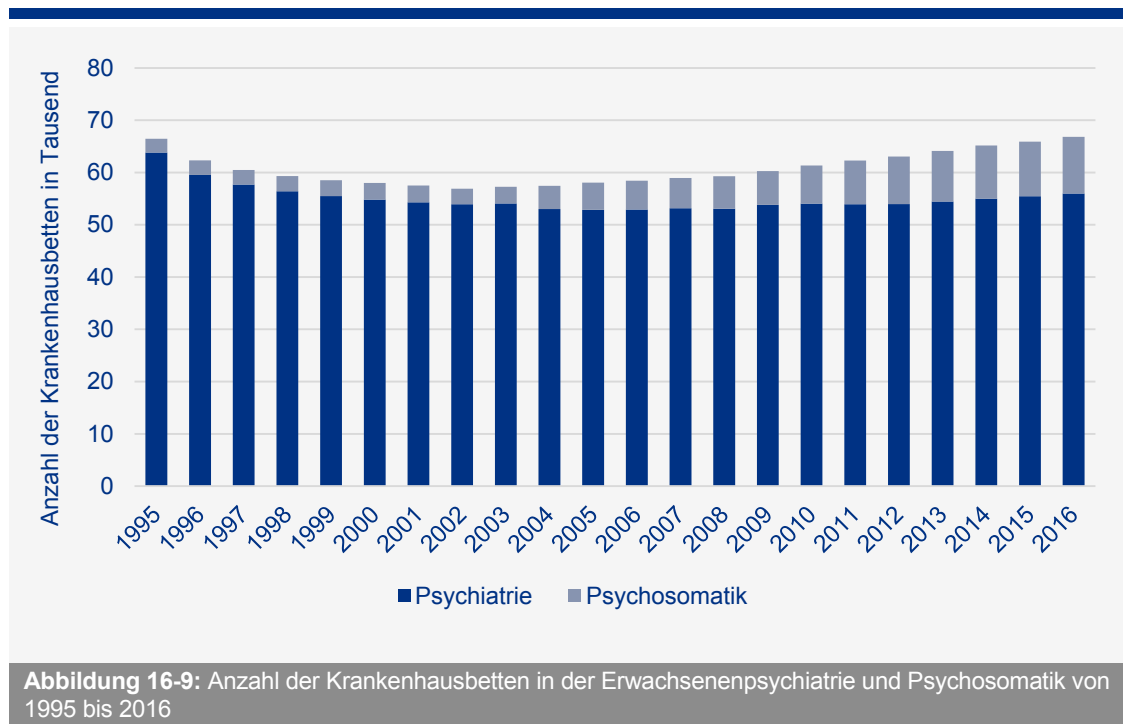
Quelle: KBV (2018c).

**1208.** Allerdings besteht eine auffällige Diskrepanz zwischen diesen numerischen Versorgungsgraden und der vor Ort subjektiv wahrgenommenen Versorgungssituation, die wie die Wartezeiten eher auf einen Mangel an Psychotherapeuten und insbesondere Psychiatern (die noch gemeinsam mit Neurologen beplant werden) hindeuten (siehe Abschnitt 16.6.1).

#### 16.3.3.4 Entwicklung der Bettenzahlen

**1209.** In den (frühen) 1990er-Jahren wurde in Deutschland ein erheblicher Anteil der psychiatrischen Betten abgebaut (Hauth 2017). Seit dem Jahr 2005 (wenn man die Psychosomatik hinzurechnet, schon seit dem Jahr 2003) hat es wieder eine leichte, aber kontinuierliche

Ausweitung der Bettenzahlen gegeben (Abbildung 16-9; Belling 2013). Die Anzahl der psychosomatischen Betten ist in diesem Zeitraum besonders deutlich gestiegen.



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GBE-Bund (2018b).

#### 16.3.4 Entwicklung der Inanspruchnahme von Leistungen

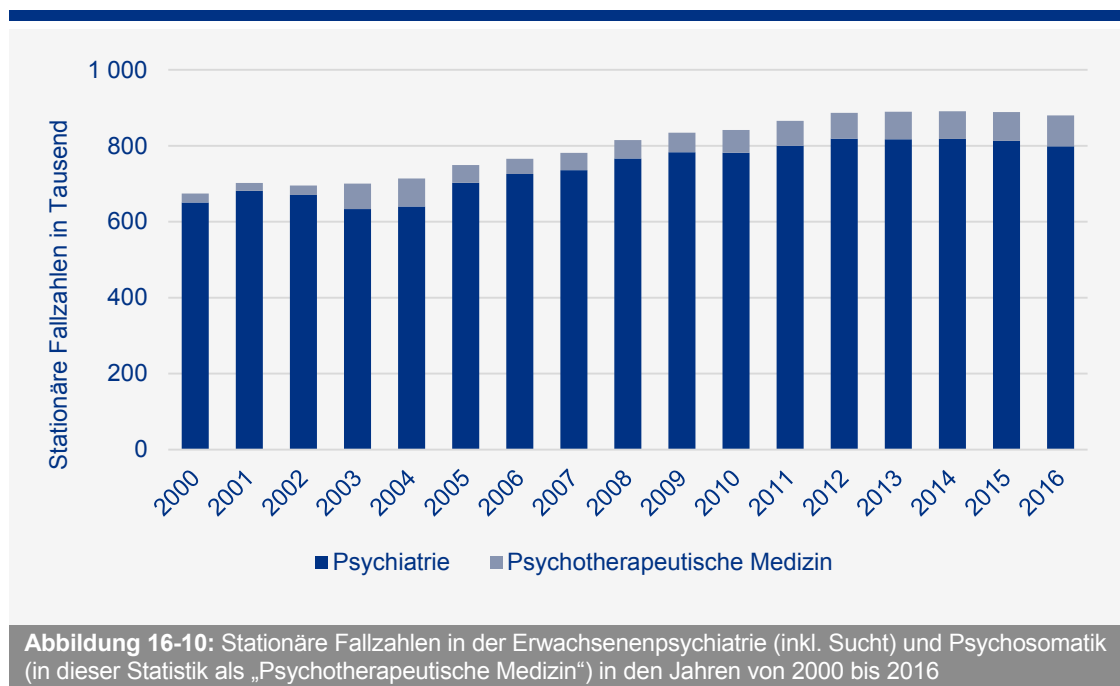
**1210.** In der Befragung „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA) aus den Jahren 2014/2015, einer sehr umfangreichen Stichprobenstudie vom Robert Koch-Institut (RKI), gaben 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer an, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen zu haben (Rommel et al. 2017). Die Inanspruchnahme ist altersabhängig: Sie nimmt bis zur Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen zu und in höherem Alter wieder ab. Die niedrigsten Werte ergeben sich entsprechend bei den ab 80-Jährigen. Unter allen Personen mit depressiver Symptomatik (allerdings Selbstangaben durch den Fragebogen *Patient Health Questionnaire*, PHQ-8) gab etwa jeder Dritte an, einen psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungserbringer aufgesucht zu haben, was bedeutet, dass zwei Drittel in diesem Jahr entweder von anderen Leistungserbringern (z. B. Hausärzten) behandelt wurden oder keine professionelle medizinische Hilfe in Anspruch genommen haben (Rommel et al. 2017). Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status suchten deutlich häufiger Hilfe als solche mit höherem sozioökonomischen Status. Gleiches gilt für solche, die eine geringe soziale Unterstützung erleben.

### 16.3.4.1 Fallzahlen und Verweildauer

**1211.** Bei der stationären Fallzahlentwicklung in der Erwachsenenpsychiatrie und in der Psychosomatik lässt sich in den letzten 15 Jahren (2000 bis 2016) ein insgesamt steigender Verlauf auf zuletzt ca. 880 000 Fälle beobachten (Abbildung 16-10). Seit dem Jahr 2014 ist die Entwicklung wieder leicht rückläufig.

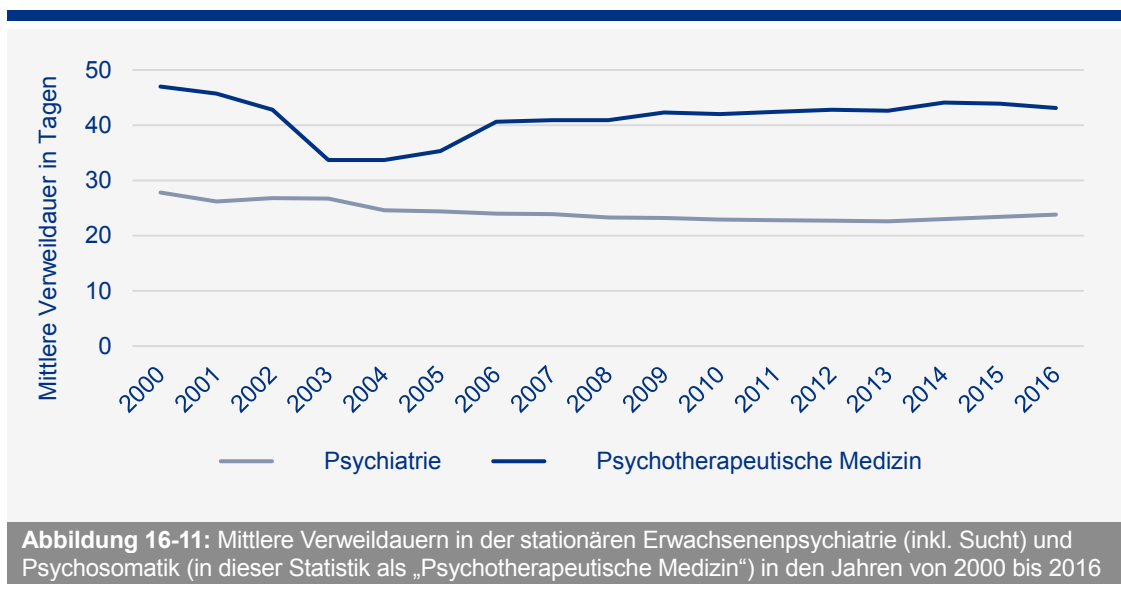
Die durchschnittliche Verweildauer bei stationärer Behandlung war in der Erwachsenenpsychiatrie in den letzten 15 Jahren sehr leicht sinkend, während sie in der Psychosomatik auf insgesamt höherem Niveau noch etwas weiter zunahm (Abbildung 16-11). Sie lag im Jahr 2016 bei 24 Tagen in der Psychiatrie und 43 Tagen in der Psychosomatik. Die unterschiedlichen Verweildauern erklären sich u. a. aus dem unterschiedlichen Behandlungsspektrum mit relativ vielen notfallmäßigen Aufnahmen in der Psychiatrie, bei denen die Patienten die Klinik teilweise sehr bald wieder verlassen, gegenüber dem vollständig elektiven Behandlungskonzept in den psychosomatischen Kliniken.

Betrachtet man einen noch längeren Zeitraum, so ist die Verweildauer in der Psychiatrie deutlich stärker gesunken, so lag sie 1991 noch bei 65 Tagen (Destatis 2012).



**Abbildung 16-10:** Stationäre Fallzahlen in der Erwachsenenpsychiatrie (inkl. Sucht) und Psychosomatik (in dieser Statistik als „Psychotherapeutische Medizin“) in den Jahren von 2000 bis 2016

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GBE-Bund (2018b).



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GBE-Bund (2018b).

#### 16.3.4.2 Regionale Unterschiede

**1212.** Es gibt Hinweise für regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme von psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen. Jedoch ist es schwierig, die Daten von Unterschieden bei den regional stark variierenden Angebotsstrukturen oder anderen Einflussfaktoren zu isolieren, zumal gerade in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen angebotsinduzierte Nachfrage angenommen wird. Es zeigen sich u. a. regionale Unterschiede bei der administrativen Prävalenz, z. B. bei der häufigsten Diagnose der depressiven Episode (ICD-10: F32) (SVR 2015).

In der GEDA-Befragung des RKI zeigte sich ein Zusammenhang der Inanspruchnahme mit der Leistungsanbieterdichte: Der Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik, die psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nahmen, war in Regionen mit hoher Versorgungsdichte ca. 15 Prozentpunkte höher als in Regionen mit niedriger (Rommel et al. 2017). Insgesamt sprechen viele Argumente dafür, die unterschiedliche Inanspruchnahme zunächst auf das unterschiedliche Angebot zurückzuführen (Rommel et al. 2017).

#### 16.3.4.3 Psychopharmaka

**1213.** Die Menge an verordneten Medikamenten im Bereich der psychiatrischen Versorgung nimmt zu: Addiert man Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquillantien, so stiegen die verordneten definierten Tagesdosen (*defined daily doses*, DDD) von 1 170 Millionen im Jahr 2006 auf 1 900 Millionen im Jahr 2016 (Lohse/Müller-Oerlinghausen 2017; Abbildung 16-12). Das bedeutet einen Anstieg um 62 % über zehn Jahre, der sich vornehmlich durch die seit langem stark steigenden Verordnungen von Antidepressiva erklärt (+92 %).

Unter den Antidepressiva liegen Citalopram, Venlafaxin und Mirtazapin, Sertralin und Escitalopram bei der Verordnungsstatistik vorne (Häussler et al. 2018). Unter diesen fünf



befinden sich also vier Substanzen aus der Gruppe der selektiven Serotonin- bzw. kombinierten Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs bzw. SSNRIs), zudem Mirtazapin aus der Gruppe der noradrenergen und spezifisch serotonergen Antidepressiva (NaSSAs). Die Verordnungen älterer Substanzen wie die trizyklischen, relativ unselektiv Monoaminrückaufnahmehemmenden Antidepressiva (z. B. Amitriptylin) waren etwas rückläufig (Lohse/Müller-Oerlinghausen 2017).

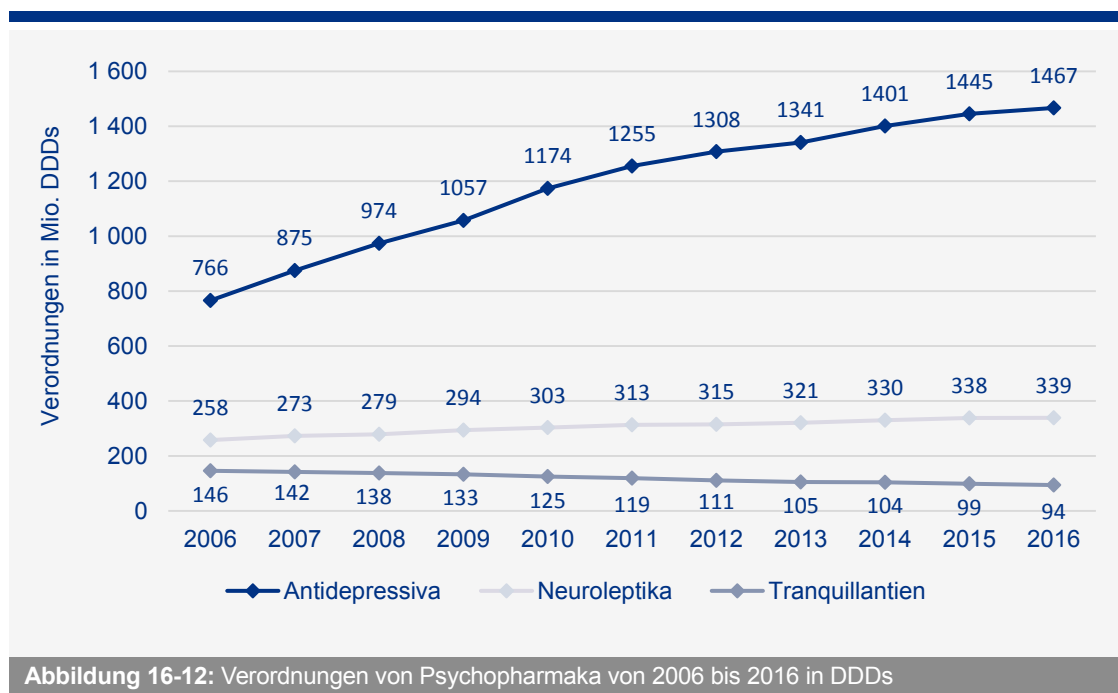


Abbildung 16-12: Verordnungen von Psychopharmaka von 2006 bis 2016 in DDDs

DDDs = defined daily doses (definierte Tagesdosen).

Quelle: Lohse/Müller-Oerlinghausen 2011 und 2017. Grafisch angepasst.

Der starke Anstieg der Antidepressiva sollte im Hinblick auf seine Ursachen im Blick behalten werden. Für die häufig verordneten antidepressiven Substanzen ist ein Nutzen bei indikationsgerechter Verwendung belegt (Lohse/Müller-Oerlinghausen 2017). Zugleich ist kritisch zu sehen, wenn Psychopharmaka lediglich substitutiv für eine eigentlich indizierte Psychotherapie zum Einsatz kommen, etwa bei bestimmten Fällen leichter Depression. Dies könnte etwa aufgrund von mangelndem Zugang zu psychotherapeutischen Leistungen geschehen und sollte dann Anlass sein, den Zugang zu entsprechenden Angeboten zu verbessern.

Antipsychotika sind neben ihrer Anwendung in psychiatrischen Kliniken und im ambulanten Bereich auch in Seniorenheimen verbreitet. Die genauen Ursachen für die sehr große Variation bei der Anwendung von Antipsychotika in Pflegeheimen sind nicht geklärt. Für das Anwendungsfeld in Seniorenheimen ist die Wirksamkeit bestimmter Substanzen (z. B. des atypischen Antipsychotikums Risperidon) bei agitiertem Verhalten und besonders bei der Kombination mit psychotischen Symptomen belegt, wie auch die S3-Leitlinie zu Demenzen betont (DGPPN/DGN 2016). Die Leitlinie empfiehlt zugleich, die jeweils niedrigstmögliche Dosis zu verwenden und die Behandlung kurz zu halten. Dies gilt umso mehr, als die Medikamente gerade bei hochaltrigen, multimorbiden Patienten mit erhöhten Nebenwirkungsraten (inklusive einer allgemeinen Minderung der kognitiven Fähigkeiten) und einem erhöhten

Mortalitätsrisiko bei zum Teil nur sehr geringen therapeutischen Effekten assoziiert sind (Lohse/Müller-Oerlinghausen 2017).

### 16.3.5 Zusammenfassung zum Status quo

**1214.** Die Angebotsstrukturen im Versorgungssystem für psychisch erkrankte Menschen sind insgesamt fragmentiert und unübersichtlich. Die Angebote verschiedener Leistungserbringer mit unterschiedlichen Qualifikationen, Aus- und Weiterbildungen sind den Patienten teilweise schwierig zu erklären. Für Analysen von Koordinationsabläufen ist eine Orientierung an „Funktionseinheiten“ sinnvoll. Dabei ist vor allem wichtig, welche Leistungen ein Leistungserbringer erbringt, und weniger die Art seiner Ausbildung.

Seit Anfang der 1990er-Jahre sind die Verweildauern deutlich gesunken, die Fallzahlen gestiegen und die Bettenzahlen erheblich zurückgegangen. Es hat also auf lange Sicht eine Leistungsverdichtung gegeben. Seit etwa zehn Jahren steigen die Bettenzahlen jedoch wieder etwas, vor allem in der psychosomatischen Medizin. Dafür, dass sich dieser Trend fortsetzen könnte, sprechen die Hinweise, dass die Zahl von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen weiter zunehmen wird, während die Ambulantisierung noch nicht das Ausmaß erreicht hat, das sie potenziell hätte. Die Verweildauern haben sich stabilisiert oder sind sogar leicht angestiegen. Die Zahl an Ärzten im psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Bereich ist deutlich gestiegen, wobei das Verhältnis zwischen stationär und ambulant tätigen Ärzten sich in 15 Jahren nur unerheblich verschoben hat – in Richtung stationär. Die KVen verzeichnen im niedergelassenen Bereich einen Anstieg vor allem der psychologischen und der ärztlichen Psychotherapeuten. Rein numerisch gemäß der Logik der derzeitigen Bedarfsplanung besteht inzwischen eine allgemeine Überversorgung, bei den Psychotherapeuten vor allem in Westdeutschland (siehe Abschnitt 16.3.3.3). Viele Planungsbereiche liegen bei Versorgungsgraden über 110 % oder auch deutlich darüber. Allerdings passt dies nicht gut zu Berichten über Angebotsmängel und lange, teils mehrmonatige Wartezeiten (BPtK 2018b; siehe SVR-Befragung in Abschnitt 16.6). Auch werden beispielsweise nicht alle Patienten, bei denen die Leitlinien dies nahelegen würden, vom Hausarzt an einen ambulanten Facharzt für Psychiatrie überwiesen (Gaebel et al. 2013). Inwieweit dies auch mit unzureichenden Kapazitäten zusammenhängt, kann nicht eindeutig beantwortet werden (Rommel et al. 2017).

## 16.4 Neuere Ansätze zur sektorenübergreifenden und innovativen Versorgung

**1215.** Im Sondergutachten 2015 zum Krankengeld hat der Rat bereits wesentliche Problemlagen und aktuelle Entwicklungen im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dargestellt. Seitdem haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen in einigen Aspekten geändert. Dies betrifft bei der psychiatrischen Versorgung besonders die Veränderung des vorgesehenen Finanzierungssystems für den stationären Sektor und die Einführung der stationsäquivalenten Behandlung. Letztere ist sehr relevant für die Versorgungsqualität an den Sektorenübergängen.

Im psychotherapeutischen Bereich haben sich durch die Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie einige Änderungen ergeben, die vor allem Auswirkungen auf den ambulanten Sektor haben. Zudem sind neben den existierenden und neuen Selektivverträgen nach § 140a SGB V und Modellvorhaben nach § 64b SGB V eine Reihe von Projekten hinzugekommen, die aus Mitteln des Innovationsfonds gefördert werden.

#### 16.4.1 Reform der Psychotherapie-Richtlinie

**1216.** Die Psychotherapie-Richtlinie des G-BA regelt die grundsätzlichen Definitionen und Rahmenbedingungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Auch die Behandlungsformen und der Leistungsumfang sind dort festgelegt. Infolge des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) wurde die Psychotherapie-Richtlinie vom G-BA überarbeitet und ist in der novellierten Fassung zum 1. April 2017 in Kraft getreten. Ziele waren eine Förderung der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und der Akutversorgung, eine Flexibilisierung des Therapieangebots, eine Förderung von Gruppentherapie und Rezidivprophylaxe sowie die Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens.

Psychotherapeuten sind jetzt dazu verpflichtet, dass sie selbst oder das Praxispersonal (sofern vorhanden) mindestens 200 Minuten pro Woche telefonisch erreichbar sind (BPtK 2017b). Die KVen sind über die Erreichbarkeitszeiten zu informieren und können sie anschließend den Patienten mitteilen. Patienten haben jetzt einen Anspruch auf eine psychotherapeutische Sprechstunde, die von allen Psychotherapeuten in mindestens 100 Minuten pro Woche angeboten werden muss. Die Sprechstunde dient der Klärung einer Diagnose und des sinnvollen weiteren Vorgehens. Termine für die Sprechstunde werden inzwischen auch von den Terminservicestellen der KVen vermittelt, die seitdem deutlich stärker in Anspruch genommen werden als zuvor, wobei psychotherapeutische Termine bereits über 40 % aller Anfragen ausmachen (Deutsches Ärzteblatt 2018a). Der Besuch einer psychotherapeutischen Sprechstunde ist Voraussetzung für die Durchführung aller weiteren psychotherapeutischen Maßnahmen (es sei denn, die Indikation für eine Psychotherapie wurde in einem vorangegangenen stationären Aufenthalt gestellt), sodass ihr eine wichtige Bahnungs- und Gatekeeper-Funktion zukommt. Unter dieser Bedingung besteht weiterhin ein Direktzugang zu ambulanten Psychotherapeuten. Dieser Direktzugang war im Rahmen der Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie u. a. vonseiten der gesetzlichen Krankenkassen durchaus hinterfragt und gegenüber der Alternative eines Delegationsverfahrens abgewägt worden (BPtK 2017b). Zum Abschluss der Sprechstunde bekommt der Patient eine schriftliche Information, welche (Verdachts-)Diagnose bei ihm festgestellt wurde und welche weiteren Maßnahmen indiziert sind. Dabei soll auch eine Aufklärung über die verschiedenen Psychotherapieverfahren stattfinden. Wird in der Sprechstunde ein stationärer Behandlungsbedarf festgestellt, können Psychotherapeuten einen Patienten neuerdings auch direkt ins Krankenhaus einweisen. Die Befugnisse der Psychotherapeuten wurden auch insoweit erweitert, als sie Rehaleistungen, Soziotherapie und Krankentransporte verordnen können. Damit ist die Koordinierungsrolle von Psychotherapeuten gegenüber ärztlichen Leistungserbringern insgesamt gestärkt worden.

Um nach einer Sprechstunde ein möglichst rasches und niedrigschwelliges Behandlungsangebot machen zu können, wurde die psychotherapeutische Akutbehandlung eingeführt. Sie umfasst bis zu 24 Gesprächseinheiten zu je 25 Minuten, die auch zusammengelegt werden können.

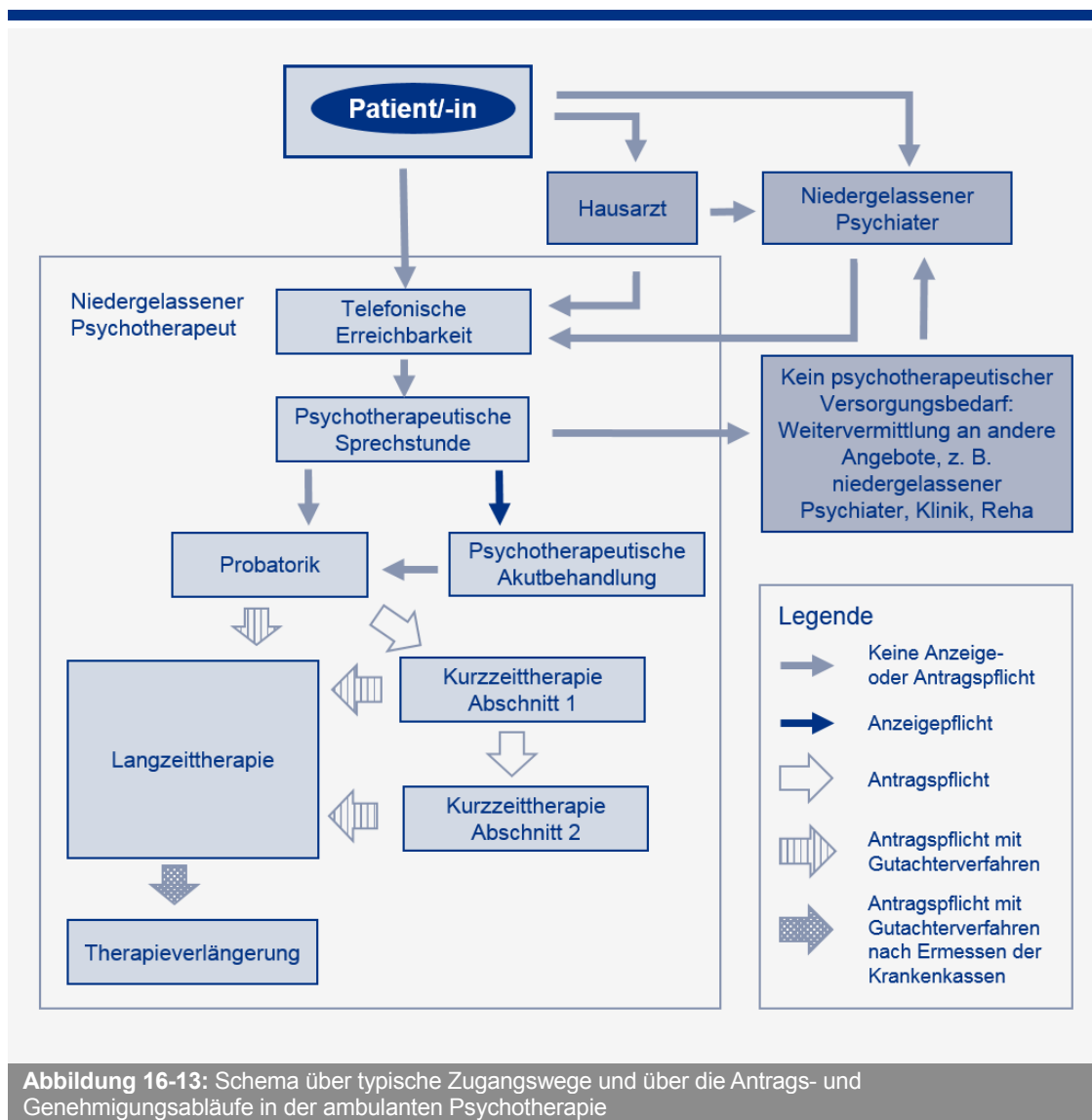
Wenn im Anschluss eine Richtlinien-Psychotherapie durchgeführt wird, werden die Behandlungsstunden aus der Akutbehandlung angerechnet.

Die Richtlinien-Psychotherapie wird eingeleitet mit obligatorischen zwei bis vier probatorischen Sitzungen, in denen die Therapiemotivation geprüft wird und der Aufbau einer Therapeut-Patienten-Beziehung geprüft wird. Für die Richtlinien-Psychotherapie selbst muss weiterhin ein Antrag gestellt werden, unabhängig davon, ob es sich um eine Kurzzeit- oder eine Langzeittherapie handelt. Die Kurzzeitherapie ist allerdings nicht gutachterpflichtig. Sie kann zwei Abschnitte von je bis zu zwölf Stunden umfassen, für die jeweils ein Antrag gestellt werden muss. Für eine Langzeittherapie steht je nach Psychotherapieverfahren ein Kontingent von 60 Stunden (für die Verhaltenstherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, als Einzel- oder Gruppentherapie) bzw. 160 Stunden (analytische Psychotherapie, Einzeltherapie) bzw. 80 Stunden (analytische Psychotherapie, Gruppentherapie) zur Verfügung. Darüber hinaus kann es Therapieerlängerungen geben. Wenn eine Langzeittherapie beantragt wird, befindet ein externer Gutachter wie bisher über die Notwendigkeit. Die Bewilligungsquoten sind allerdings mit ca. 96 % sehr hoch (Bockwyt 2016).<sup>340</sup> Abbildung 16-13 stellt die Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen psychotherapeutischen Formaten im ambulanten Sektor dar.

**1217.** Der Gesetzgeber hat zudem beabsichtigt, die Rückfallprophylaxe nach einer Psychotherapie stärker in der Versorgung zu verankern. Dazu können Psychotherapeuten je nach Behandlungsdauer bis zu acht bzw. 16 Stunden aus dem Stundenkontingent einer Langzeittherapie herauslösen und in einem Zeitraum bis zu zwei Jahren nach Abschluss der Therapie dafür verwenden. Die Psychotherapeuten hatten einen eigenen neuen Leistungsbereich zur Förderung der Rückfallprophylaxe gefordert, dem ist der Gesetzgeber aber nicht nachgekommen.

---

<sup>340</sup> Zusätzlich kann ein Widerspruch gegen eine Ablehnung erfolgen, der dann in der Mehrzahl der Fälle auch erfolgreich ist.



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an BpTK (2017b).

### 16.4.2 Stationsäquivalente Behandlung

**1218.** Eine wesentliche Neuerung ist die Einführung einer Gesetzesgrundlage für die stationsäquivalente Behandlung (Home-Treatment) im Rahmen des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Home-Treatment wurde bisher in diversen Selektivverträgen in Deutschland punktuell umgesetzt. Im Ausland besteht teilweise schon eine längere Erfahrung. Die bisherigen Evaluationsstudien zeigen – etwas verallgemeinert zusammengefasst – Verbesserungen in der Versorgung bei tendenziell relativ unveränderten Kosten (Müller et al. 2016). Home-Treatment ist bisher wenig durch hochqualitative, randomisierte Studien evidenzgesichert, sodass auch die klinische Implementation der neuen stationsäquivalenten Behandlung begleitend evaluiert werden sollte (Hepp/Stulz 2017).

### 16.4.3 Selektivverträge nach § 140a SGB V

**1219.** In der psychiatrischen Versorgung sind seit einigen Jahren eine Reihe von Selektivverträgen geschlossen worden, oft nur mit bestimmten Kassen und in der Regel auf regionaler Basis, z. B. mit einem bestimmten Krankenhaus. In diesem Rechtsrahmen wurden auch die ersten Modelle von Home-Treatment in Deutschland durchgeführt. Einige Selektivverträge richten sich gezielt an Krankengeldbeziehende, wie auch die Analysen des Rates zum Krankengeld gezeigt haben (SVR 2015). Hiervon versprechen sich die Krankenkassen eine schnellere Wiedereingliederung der Betroffenen in das Arbeitsleben und auch Einsparungen bei den Krankengeldausgaben. Typischer Bestandteil solcher Verträge sind kürzere Wartezeiten für betroffene Patienten.

### 16.4.4 Modellvorhaben nach § 64b SGB V

**1220.** Derzeit werden in Deutschland in verschiedenen Bundesländern<sup>341</sup> Modellvorhaben nach § 64b SGB V durchgeführt, bei denen ein besonderer Wert auf eine integrative, gut koordinierte Versorgung über Sektorengrenzen hinweg gelegt wird. Eine Besonderheit ist, dass verschiedene Budgets zusammengefasst werden können (z. B. aus der vollstationären und teilstationären Behandlung und den psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs)) und unterschiedliche GKV-Leistungserbringer einbezogen werden können. Dabei kann angeknüpft werden an Erfahrungen, die aus bisherigen alternativen Finanzierungsmodellen wie z. B. regionalen Psychiatriebudgets (Steinhart et al. 2014; Hubmann 2016) bestehen. Eine Klinik in einem Modellvorhaben kann über Art und Inhalt der Leistungserbringung dann selbst entscheiden, wovon eine flexiblere Behandlung und Schritte in Richtung einer Ambulantisierung erwartet werden.

Während eine Reihe von Modellvorhaben unter Beteiligung aller Krankenkassen erfolgen, sind bei anderen nur bestimmte Krankenkassen beteiligt. Teilweise wurden die Modellvorhaben auch aus Selektivverträgen nach § 140a SGB V heraus entwickelt. Sie sind auf zunächst längstens acht Jahre ausgelegt. Eine ausdrückliche Einschreibung von Patienten ist nicht erforderlich. Es findet eine gemeinsame Evaluation von Effektivität, Kosten und Effizienz der Modellvorhaben gegenüber Kontrollkliniken statt, die noch aussteht. Die Daten aus den Modellvorhaben sollen auch für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems nutzbar gemacht werden (siehe Abschnitt 16.5), weshalb einige Daten an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemeldet werden müssen.

---

<sup>341</sup> Mindestens in Hessen, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Thüringen, Niedersachsen und Brandenburg.

#### 16.4.5 Innovationsfonds-Projekte

**1221.** In den bisherigen drei Förderwellen im Bereich der neuen Versorgungsformen und zwei Förderwellen im Bereich der Versorgungsforschung werden über 20 Projekte zur psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung gefördert.<sup>342</sup> Viele haben eine bessere ambulant-stationäre Zusammenarbeit zum Ziel, dabei erfolgen einige aus dem ambulanten und andere aus dem stationären Sektor heraus. Hinzu kommt eine Reihe von Projekten, die sich nicht speziell an Menschen mit psychischen Erkrankungen richten, deren Ergebnisse aber aufgrund bestimmter Versorgungsaspekte, z. B. aufgrund eines strukturierten Entlassungsmanagements, dennoch auch für diese Patienten relevant sein werden. Im Folgenden werden in einer Übersichtsliste die dezidiert auf psychische Erkrankungen bezogenen und bewilligten Innovationsfonds-Projekte mit Laufzeit, finanziellem Volumen und einer kurzen Beschreibung aufgelistet. Projekte mit kinder- und jugendlichenpsychiatrischer bzw. -psychotherapeutischer Ausrichtung sind ausgenommen. Wie sichtbar wird, werden mehr Projekte im Rahmen der Versorgungsforschungslinie gefördert.

---

<sup>342</sup> Stand 24. März 2018. Es gab Beschlussfassungen zu Förderungen im Bereich der neuen Versorgungsformen am 20. Oktober 2016, am 16. März 2017 und am 19. Oktober 2017, es gab Beschlussfassungen zur Versorgungsforschung am 24. November 2016 und am 2. November 2017. Insgesamt werden über den Innovationsfonds inzwischen 81 Projekte zu neuen Versorgungsformen und 116 Projekte zur Versorgungsforschung gefördert (inklusive den Kategorien der Evaluation für Verträge nach den §§ 73c und 140a SGB V und den Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung von G-BA-Richtlinien).

**Exkurs: Innovationsfonds-Projekte zu neuen Versorgungsformen**

CAPRI – „eHealth gestütztes Case-Management für psychisch Erkrankte in der hausärztlichen Primärversorgung“. Hessen, 48 Monate, 4,9 Millionen Euro. Es handelt sich um ein zwölfmonatiges Case-Management-Programm für Patienten mit Depression und Angststörung, das ein Team aus Hausarzt und medizinischen Fachangestellten (MFAs) mit dem Patienten unter Zuhilfenahme von E-Health-Tools durchführt.

isPo – „Integrierte, sektorenübergreifende Psychoonkologie“. NRW (vier Standorte, u. a. Köln), 48 Monate, 9,1 Millionen Euro. Die Zusammenarbeit zwischen Praxen und Krankenhäusern soll verbessert werden, die Patientengruppe bilden Krebspatienten mit Ängsten und Depressionen. Nach einer gezielten Früherkennung, ob spezifische psychosoziale Problemlagen vorliegen, soll anschließend bei Bedarf eine Begleitung durch eine psychosoziale Fachkraft und ggf. eine Behandlung durch einen Psychotherapeuten erfolgen.

Mind:Pregnancy – „Online-basierte Achtsamkeitsintervention zur Stärkung psychischer Stabilität von Schwangeren und Förderung einer physiologischen Geburt“. Baden-Württemberg/Universitätsklinikum Heidelberg, 42 Monate, 3,4 Millionen Euro. Ziel ist die Reduktion von Depressions- und Angstsymptomen bei Schwangeren durch eine onlinebasierte Achtsamkeitsintervention im dritten Trimenon.

NPPV – „Verbesserte Versorgung psychischer und neurologischer Erkrankungen“. Nordrhein-Westfalen, 48 Monate, 13 Millionen Euro. Gegenstand ist die gestufte und koordinierte Versorgung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen, ausgehend von einem Netzwerk ambulanter Leistungserbringer. Dabei wird das Prinzip eines Bezugsarztes oder -therapeuten verfolgt. Es gibt eine zentrale Koordinierungsstelle mit regionalen Netzwerkmanagern und eine gemeinsame IT- und Kommunikationsinfrastruktur.

RECOVER – „Modell der sektorenübergreifend-koordinierten, schweregradgestuften, evidenzbasierten Versorgung psychischer Erkrankungen“. Hamburg und Itzehoe, 36 Monate, 6,8 Millionen Euro. Ziel ist die bessere sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Leistungserbringern und den Angehörigen. Verfolgt wird das Prinzip einer gestuften Versorgung, ausgehend von Krankenhäusern in Kooperation mit ambulanten Leistungserbringern. Es gibt Anreize zur Beteiligung an der wohnortnahen Versorgung und zur Einbindung von E-Health-Modulen.

STEP.de – „Sporttherapie bei Depression“. Berlin, 36 Monate, 2 Millionen Euro. Ziel ist die Etablierung der Sporttherapie als zu verordnende Therapieoption in der Regelversorgung unter der Annahme, dass die Möglichkeiten der Sporttherapie trotz guter Evidenz bisher zu wenig genutzt werden.

**Exkurs: Innovationsfonds-Projekte zur Versorgungsforschung**

BARGRU – „Barrieren bei GruppenpsychotherapeutInnen gegenüber der ambulanten Gruppenpsychotherapie zulasten der GKV“. Universität Münster, 24 Monate, 0,3 Millionen Euro. Mit einem Mixed-Methods-Ansatz aus qualitativen Befragungen und einer bundesweiten quantitativen Erhebung sollen Barrieren für die bisher geringe Durchführung von



ambulanten Gruppenpsychotherapien aufseiten der Leistungserbringer eruiert werden. Ziel ist die Erarbeitung von Strategien zur erhöhten Realisierung von Gruppenpsychotherapieindikationen.

DAVOS – „Depression im Altenpflegeheim: Verbesserung der Behandlung durch ein gestuftes kollaboratives Versorgungsmodell“. Universität Frankfurt, 36 Monate, 1,4 Millionen Euro. Im Rahmen dieser clusterrandomisierten Studie wird zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen in zehn Pflegeheimen ein gestuftes, kollaboratives Versorgungsmodell implementiert, mit dem u. a. die Koordination zwischen verschiedenen ambulanten Leistungserbringern und dem Heim verbessert werden soll.

DemTab – „Tabletgestützte ambulante Versorgung von Menschen mit Demenz: leitlinienbasierte Behandlungsplanung, individuelles Krankheitsmanagement und Vernetzung“. Charité Berlin, 36 Monate, 0,9 Millionen Euro. Es handelt sich um die randomisiert kontrollierte Erprobung einer Tablet-Anwendung, mit der eine leitliniengerechte, individuelle Behandlungsplanung für Menschen mit Demenz im ambulanten Sektor unterstützt werden soll. Auch die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern soll dabei verbessert werden.

GET.FEEDBACK.GP – „Depressionscreening in der Hausarztpraxis: Steigerung der klinischen Effektivität und ökonomischen Effizienz durch patientenorientiertes Feedback“. Universitätsklinikum Hamburg, 42 Monate, 1,2 Millionen Euro. Die Studie hat zum Ziel, bei Patienten aus 50 Hausarztpraxen ein Depressionsscreening durchzuführen und bei positivem Befund randomisiert ein individualisiertes Feedback entweder nur an den Hausarzt oder an den Hausarzt und den Patienten zu erproben.

HELP@APP – „Entwicklung und Evaluation einer Selbsthilfe-App für traumatisierte syrische Flüchtlinge in Deutschland“. Sachsen, 36 Monate, 0,9 Millionen. Die arabischsprachige App soll Unterstützung bei traumabezogenen psychischen Belastungen auf verhaltenstherapeutischer Grundlage und bei der Suche nach psychosozialer Unterstützung bieten, außerdem beinhaltet sie Entspannungsübungen.

IMPPETUS – „Implementierung der Patientenleitlinie psychosoziale Therapien für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen“. Universitätskliniken München, Leipzig, Ulm, 36 Monate, 2,7 Millionen Euro. Nach einer Erfassung des Status quo der regionalen psychosozialen Versorgung soll die S3-Leitlinie multimodal und strukturiert implementiert und der Nutzen überprüft werden.

IVF2F3 – „Integrierter Versorgungsvertrag Schizophrenie und Depression“. Bayern, 24 Monate, 0,5 Millionen. Evaluation eines Selektivvertrags von Betriebskrankenkassen in Bayern zur Behandlung schizophrener und affektiver Erkrankungen, der stationäre Wiederaufnahmen, Krankenhausbehandlungstage und Behandlungskosten reduzieren soll.

MEHIRA – „Gestuftes Versorgungsmodell zur Förderung der mentalen Gesundheit von Flüchtlingen“. Sechs deutsche Städte, 36 Monate, 1,7 Millionen Euro. Das Programm beinhaltet verschiedene Formen der Gruppentherapie besonders für Frauen und Jugendliche, kombiniert mit einer App.

OSA-PSY – „Optimierung der stationären Arzneimitteltherapie bei psychischen Erkrankungen“. Hessen, 36 Monate, 0,8 Millionen Euro. Entwicklung eines IT-gestützten Instruments

zur Entscheidungsunterstützung der Ärzte. Auch soll untersucht werden, warum welche Arzneimittel nach Entlassung in die ambulante Versorgung häufig gewechselt werden.

P-AK – „Psychotherapeutische Abendklinik“. Baden-Württemberg/Universitätsklinikum Heidelberg, 27 Monate, 0,3 Millionen Euro. Ziel ist die Evaluation eines (bisher in Deutschland seltenen) abendklinischen Versorgungsangebots als von der Intensität her zwischen ambulanter und vollstationärer Versorgung liegendem Angebot.

POSOP – „Psychosoziale Online-Selbsthilfe für onkologische Patienten“. Universitätsklinik Mainz, 36 Monate, 0,7 Millionen Euro. Ziel ist die Erprobung und Evaluation eines in Australien bereits eingesetzten Online-Selbsthilfeprogramms, das onkologische Patienten vor allem am und nach dem Übergang in den ambulanten Sektor (und nach Beenden der stationären psychoonkologischen Behandlung) nutzen können.

PSY-CARE – „Depression bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen – Kurzzeitpsychotherapie im Behandlungsteam mit Hausärzten und Pflegenden“. MSB Medical School Berlin/Charité, 36 Monate, 0,8 Millionen Euro. Es wird im Berlin-Brandenburgischen Raum eine von einem interprofessionellen Team aus Psychotherapeuten und Pflegenden durchgeführte Kurzzeittherapie bei alten, pflegebedürftigen Menschen mit Depression im häuslichen Setting erprobt. Hausärzte fungieren als Gatekeeper. Eine Vergleichsgruppe erhält eine Pflegendenschulung als Alternative. Ziel ist die Schließung einer Versorgungslücke bei alten, pflegebedürftigen Menschen.

PsychCare – „Wirksamkeit sektorenübergreifender Versorgungsmodelle in der Psychiatrie – eine prospektive, kontrollierte multizentrische Beobachtungsstudie“. TU Dresden, 36 Monate, 2,2 Millionen Euro. Es handelt sich um eine Evaluation der § 64b-Modellvorhaben auf Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität, Arbeitsunfähigkeit und Angehörigenbelastung.

RETURN – „Return-to-Work-Experten in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen – eine Proof-of-Concept-Studie“. TU München/Bayern, 36 Monate, 0,8 Millionen Euro. Ziel ist die verbesserte Rückkehr von psychisch Kranken an den Arbeitsplatz durch „Return-to-Work-Experten“ unter besonderer Berücksichtigung der stationär-ambulanten Schnittstelle. Die Evaluation der clusterrandomisierten Intervention soll zu einem allgemein zugänglichen Implementierungsleitfaden führen.

VASOB – „Versorgung von Patienten mit ADHS: Vom Status quo zur Optimierung der Behandlung“. Universität Hannover, 36 Monate, 0,5 Millionen Euro. Mithilfe von Routinedatenanalysen der Techniker Krankenkasse (TK), Gruppendiskussionen und Fragebogenerhebungen sollen Versorgungsdefizite bei Patienten mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) identifiziert, die Methylphenidat-Verordnungslage eruiert und Verbesserungsvorschläge abgeleitet werden.

„Vertragsevaluation der Fachgebiete Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V“ (ohne Akronym). Baden-Württemberg, 24 Monate, 0,7 Millionen Euro. In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Hamburg werden bestehende Selektivverträge vor allem der AOK Baden-Württemberg evaluiert, die auf der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) basieren.

#### 16.4.6 Zusammenfassung und Ausblick zu innovativen Versorgungsformen

**1222.** Die Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie hat einige Neuerungen initiiert, von denen durchaus eine Verbesserung der Koordination von Patienten mit psychischen Erkrankungen zu erwarten ist, vor allem durch das neue zeitnahe Angebot der psychotherapeutischen Sprechstunde. Die Sprechstunden werden bereits vielerorts umgesetzt und sollen nun zumindest einen schnellen Erstkontakt mit einer diagnostischen Einschätzung gewährleisten. Da dies aber die vorhandenen Kapazitäten nicht ausweitet, kommt es bei Richtlinien-Psychotherapien unverändert zu Wartezeiten (BPtK 2018b).

Die Rolle der Psychotherapeuten bei der Koordination der Patientinnen und Patienten wurde mit der Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie deutlich gestärkt. Die Abläufe innerhalb der Psychotherapie können bereits kompliziert werden (Abbildung 16-13). Das „Manövrieren“ hierdurch übernimmt aber in der Regel ein Psychotherapeut. Hingegen verbleibt die wichtige Kommunikationsschnittstelle zwischen Hausarzt und Psychotherapeut, an der nicht immer ein optimaler, zeitnaher Informationsaustausch stattfindet (Zimmermann 2017).

**1223.** Die neue Rechtsgrundlage zum Home-Treatment könnte dieser Versorgungsform zu einem größeren Durchbruch verhelfen als die bisher bestehenden Selektivverträge, die aber im Einzelnen als recht erfolgreich gelten. Hier ist eine Evaluation im Verlauf sinnvoll, wie flächendeckend die neue Möglichkeit der stationsäquivalenten Behandlung genutzt wird. Im Anschluss kann besser beurteilt werden, ob und welche noch weitergehenden ambulanten Versorgungsangebote möglicherweise neu etabliert werden sollten.

**1224.** Durch die Selektivverträge nach § 140a SGB V, die § 64b-Modellvorhaben und jüngst den Innovationsfonds ist eine umfangreiche Dynamik im Bereich der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung zu beobachten. Erfreulich ist, dass viele Projekte die Frage einer besseren Koordination ausdrücklich adressieren. So sind von einigen Innovationsfonds-Projekten vielversprechende Erkenntnisse u. a. zu einer verbesserten Koordination zwischen ambulanten Leistungserbringern, zu einem strukturierten stationär-ambulanten Entlassungsmanagement (ob mit oder ohne E-Health-Anwendungen), einer besseren beruflichen Reintegration und auch zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Psychiatern, Psychotherapeuten, Hausärzten und Pflegenden zu erwarten. Die Analyse von Barrieren für die Gruppenpsychotherapie könnte neue Anstöße für die Anwendung dieser bisher selten eingesetzten Versorgungsform setzen. Die Versorgung von Flüchtlingen und von alten, pflegebedürftigen psychisch Kranken könnte durch die entsprechenden Projekte stärker in den Fokus rücken und auf mögliche Versorgungslücken hin geprüft werden.

**1225.** Im Verlauf wird angesichts der großen Dynamik und Vielfalt aber auch darauf zu achten sein, dass sich keine zu heterogene Landschaft an Angeboten dauerhaft festigt. Das bedeutet, dass mittelfristig darauf geachtet werden sollte, dass positiv evaluierte und inhaltlich bewährte Modelle auch tatsächlich Eingang in den Kollektivvertrag finden. Im Innovationsfonds ist dies explizite Absicht. Die Umsetzung dieses Ziels und die voraussichtlich schwierige Entscheidung darüber, welche erprobten Versorgungsformen es betreffen wird, bleiben abzuwarten.

## 16.5 Reform der Finanzierung der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäuser: PEPP und PsychVVG

**1226.** Die Einführung von diagnosekategorisierten Fallpauschalen im Rahmen des Diagnosis-Related-Groups(DRG)-Systems ab dem Jahr 2003 stellte eine gravierende Veränderung in der Krankenhausfinanzierung von somatisch-medizinischen Leistungen dar. Die psychiatrischen und psychosomatischen Leistungen wurden dabei aufgrund der Besonderheiten des Fachgebietes zunächst bewusst ausgenommen. Im Jahr 2009 beschloss der Gesetzgeber jedoch, auch die Vergütung dieser stationären Leistungen zu reformieren. Es wurde die Einführung eines leistungsbezogenen, pauschalierenden Entgeltsystems beschlossen (Vollmann 2014). Anders als beim DRG-System sollten aber keine Fallpauschalen, sondern leistungsorientierte Tagespauschalen zur Anwendung kommen. Damit sollten spezifische Merkmale der Behandlung von psychisch kranken Menschen besser abgebildet werden, etwa die Tatsache, dass die Verläufe sehr individuell und schwierig zu prognostizieren und die Falldauern weniger gut standardisierbar sind. Die Finanzierungsbedingungen wurden aufgrund anhaltender Kritik im Verlauf noch erheblich verändert, wie die folgenden Ausführungen darstellen.

### 16.5.1 Psych-PV

**1227.** Bisher war eine Vergütung stationärer psychiatrischer und psychosomatischer Leistungen über einrichtungsspezifische tagesgleiche Pflegesätze vorgesehen (Wasem et al. 2012). Diese Pflegesätze setzen sich zusammen aus einem Basispflegesatz, der die nichtmedizinischen Hospitalisierungskosten abdeckt, und einem Abteilungspflegesatz, der die medizinischen Leistungen abdeckt (Wasem et al. 2012). Die Höhe dieser Pflegesätze verhandelten Krankenkassen und Einrichtungen jährlich. Maßgeblich für die Verhandlungen waren dabei die Vorgaben der Psych-PV, die den Personalbedarf einer Einrichtung bestimmt. Im Rahmen des Übergangs auf das neue Vergütungssystem gilt die Psych-PV noch bis 1. Januar 2019. Sie bildete bisher auch einen wesentlichen Rahmen für die Finanzierung, da der Personalbedarf den kostenintensivsten Faktor der psychiatrischen Leistungserstellung darstellt (Wasem et al. 2012). Der Personalbedarf bemisst sich bei der Psych-PV – unabhängig von einzelnen Diagnosen und Leistungen – nach einer Schweregrad-Eingruppierung der behandelten Patienten in Behandlungsbereiche und Behandlungsarten, die für jeden Tag zugeordnet werden muss (Regelbehandlung, Intensivbehandlung, Reha, langdauernde Behandlung, Psychotherapie und tagesklinische Behandlung). Der Arbeitsaufwand der beteiligten Berufsgruppen ist je nach Zuordnung in Minutenwerten festgelegt. Der Personalbedarf in Vollzeitstellen lässt sich dann aus der Summe der Belegungstage in den einzelnen Bereichen und den jeweiligen Minutenwerten aus der Psych-PV berechnen.

Von dem berechneten Personalbedarf leiten sich auf diese Weise die tagesgleichen Pflegesätze ab. Diese setzen theoretisch den Anreiz einer möglichst dauerhaften Vollbelegung mit möglichst langen Verweildauern und vielen stationären Fällen (Wasem et al. 2012). Außerdem besteht für die Einrichtungen ein Anreiz, die Patientinnen und Patienten möglichst lange in „aufwendige Behandlungsbereiche“ einzustufen, die eine höhere Vergütung generieren (Horter et al. 2016). Es gibt im Psych-PV-System daher keine finanziellen Anreize für medizinisch sinnvolle

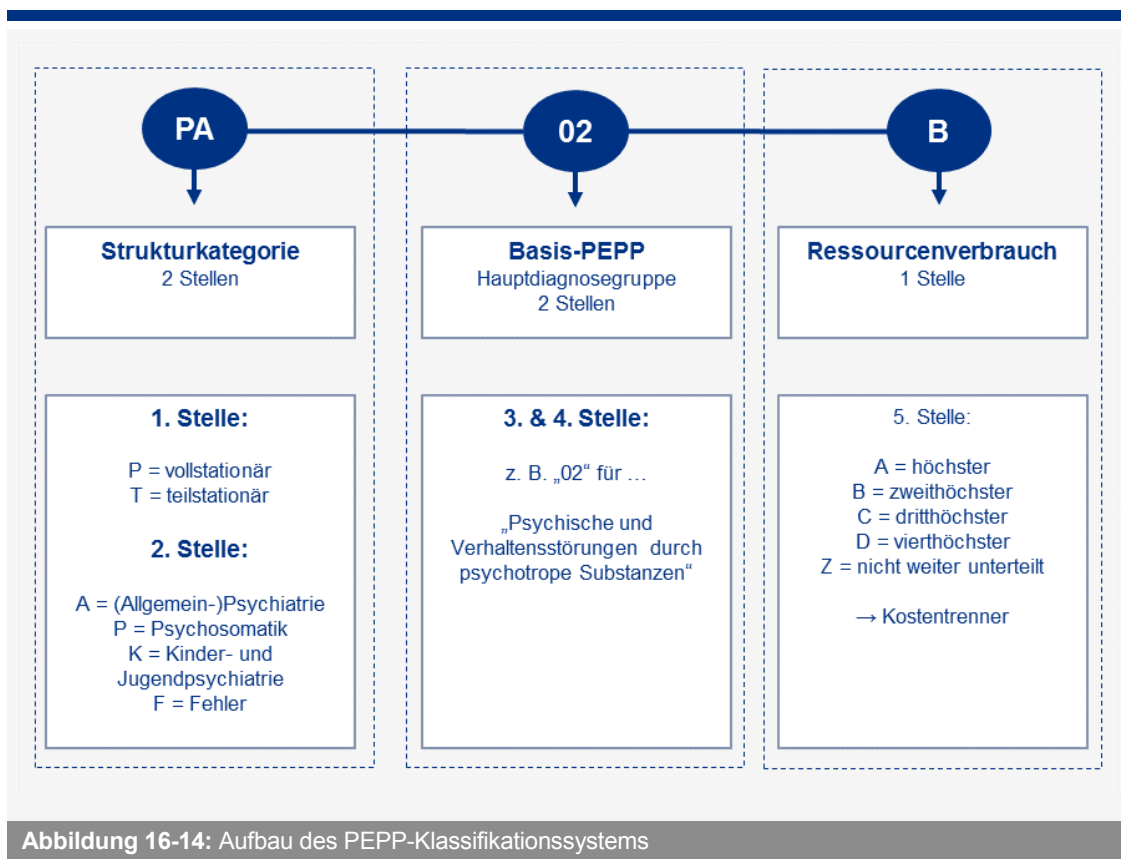
Verkürzungen der Verweildauer, gleichzeitig aber auch keine Anreize für eine zu frühe Entlassung. Verschiedentlich kritisiert wurde die begrenzte Transparenz bezüglich des Leistungsgeschehens, da nur Patientenzahlen, Belegungstage und die Behandlungsbereichseinstufung dokumentiert werden.

### 16.5.2 PEPP als pauschalierendes Entgeltsystem

**1228.** Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Einführung eines neuen leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) sind in §17d Krankenhausgesetz (KHG) sowie in der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) geregelt (Schlottmann/Laufer 2014). Das InEK wurde mit der Berechnung von Entgelten beauftragt, wozu seit dem Jahr 2011 Daten von freiwilligen Kalkulationshäusern ausgewertet wurden. Parallel dazu wurden vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) entwickelt. Anfang des Jahres 2013 stellte das InEK ein PEPP-Definitionsbuch sowie einen ersten PEPP-Entgeltkatalog vor, die die Abrechnungsbedingungen je Fall vorgeben (Wolff-Menzler/Pagel 2015). Damit ist das PEPP ein Patientenklassifikationssystem, das auf der Grundlage einer tagesbezogenen Kostenkalkulation Art und Anzahl der behandelten Krankenhausfälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch setzt (Wolff-Menzler/Pagel 2015). Der Diagnose- und Prozedurenklassifikation kommt ähnlich wie im DRG-System eine zentrale Bedeutung zu.

Das PEPP-System besteht aus einer Vielzahl von Fallgruppen, die die Schwere der Erkrankung und den verbundenen Ressourcenverbrauch beschreiben. Dabei gehört zu jeder Fallgruppe ein eindeutiger fünfstelliger Kode, der die Behandlungsart, die Wahl der Fachabteilung, die Hauptdiagnose und den durchschnittlichen Ressourcenverbrauch einer Fallgruppe definiert (Abbildung 16-14). Wie letztendlich klassifiziert werden soll, wird in den Kodierrichtlinien für die Psychiatrie und Psychosomatik vorgegeben. Diese Richtlinien werden jährlich seitens der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) und des Verbandes der privaten Krankenversicherung erstellt und über das InEK veröffentlicht (Schlottmann/Laufer 2014).

Anders als im DRG-System basiert die Abrechnung bei PEPP nicht auf Fallpauschalen, sondern auf verweildauerabhängigen degressiven und tagesbezogenen Entgelten (Wolff-Menzler/Pagel 2015). Sie ergeben sich aus dem Produkt einer Bewertungsrelation (auch Relativgewicht), die die ökonomische Fallschwere der Behandlung widerspiegelt, und einem Basisentgeltwert. Die Fallschwere orientiert sich an den großen Diagnosegruppen nach ICD-10. Weiterhin wird innerhalb einer Diagnosegruppe zwischen bis zu vier Schweregraden differenziert (Vollmann 2014). Multipliziert man das Produkt aus Bewertungsrelation und dem Basisentgeltwert mit der Verweildauer, erhält man den Erlös für die jeweilige Einrichtung pro Fall (Wolff-Menzler/Pagel 2015). Das Vergütungsmodell ist degressiv angelegt, d. h., die Bewertungsrelationen sinken in Abhängigkeit von der Verweildauer bis zu einem sogenannten Degressionsendpunkt. Ab diesem Punkt, der einen Berechnungs- bzw. Behandlungstag darstellt, wird bei jedem weiteren Behandlungstag die letztangeführte Bewertungsrelation in der jeweiligen Hauptdiagnose für die Erlöskalkulation verwendet.



Quelle: Häring (2018). Grafisch angepasst.

**1229.** Ursprünglich war vorgesehen, das neue Entgeltsystem in mehreren Phasen einzuführen: Für die Optionsjahre 2013 und 2014 hatte der Gesetzgeber eine Einführung auf freiwilliger Grundlage unter budgetneutralen Bedingungen vorgesehen (Belling 2013). Ab dem Jahr 2015 sollte das neue Entgeltsystem in allen psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken verpflichtend eingeführt werden. In einer sich anschließenden fünfjährigen Konvergenzphase von 2017 bis 2021 sollten der krankenspezifische Basisentgeltwert und das Erlösbudget des Krankenhauses stufenweise an den Landesbasisentgeltwert und das sich daraus ergebende Erlösvolumen angeglichen werden (Belling 2013).

**1230.** Die ursprünglichen Planungen zur Ausgestaltung und Einführung des neuen Entgeltsystems wurden aufgrund massiver Kritik aus der psychiatrischen Fachwelt allerdings vielfach verschoben und überarbeitet. Die Kritik richtete sich in erster Linie gegen die Verweildauerdegression, die den Anreiz beinhaltet, die Patienten möglichst schnell zu entlassen (Bühning 2016). Dadurch würde ein zunehmender Druck auf die Ärzte ausgeübt, nicht mehr wirtschaftliche Fälle zu entlassen, und die Versorgung schwieriger und langwieriger Fälle würde potenziell gefährdet.

**1231.** Im Jahr 2015 legten 20 Fachgesellschaften und Verbände ein Alternativkonzept vor, das nachhaltige Auswirkungen auf die politische Entwicklung genommen hat (Berger 2016). Nachdem zunächst ab dem Jahr 2015 die degressive Entgeltentwicklung teilweise zurückgenommen worden war (Große/Wolff-Menzler 2016), reagierte der Gesetzgeber Ende 2016 mit der Verabschiedung des PsychVVG, das zum 1. Januar 2017 in Kraft getreten ist.

Die Festpreissystematik auf der Basis von empirisch kalkulierten Relativgewichten und landeseinheitlichen diagnosebezogenen Tagesentgelten wurde durch krankenhaushausindividuelle Budgets ersetzt. PEPP bleibt allerdings weiterhin die Grundlage zur Ermittlung dieser Budgets (Pollmächer 2017), die Bewertungsrelationen aus dem PEPP-Entgeltkatalog behalten ihre Gültigkeit. Der Katalog behält damit weiterhin als Bemessungsinstrument im Sinne von Abschlagszahlungen mit degressivem Charakter seine Gültigkeit (DGPPN 2015). Die Konvergenzphase entfällt aber. Stattdessen soll der Basisentgeltwert, der den durchschnittlichen „Preis“ einer Behandlung in der jeweiligen Diagnosegruppe widerspiegelt, dauerhaft hausindividuell zwischen den Einrichtungen und den Krankenkassen verhandelt werden (Bundesgesetzblatt 2016). Bei der hausindividuellen Kalkulation sollen strukturelle und regionale Besonderheiten berücksichtigt werden.

Verpflichtend wurde die Abrechnung gemäß PsychVVG im Jahr 2018 (Bühning 2016), wobei die Jahre 2018 und 2019 budgetneutral gestaltet sind, um einen strukturierten Übergang zu gewährleisten (Bundesgesetzblatt 2016). Budgetwirksam soll das Entgeltsystem am 1. Januar 2020 werden. Bis dahin sollen die Entgelte auf Basis der Kliniken bundesweit kalkuliert werden (Bühning 2016). Voraussetzung für die Einrichtungen ist die Erfüllung bestimmter Qualitätsanforderungen. Insbesondere die Personalausstattung gilt hierbei als Indikator für eine adäquate Versorgungsqualität (Bühning 2016). Bezogen auf diesen Indikator hat der G-BA den gesetzlichen Auftrag erhalten, bis zum 1. Januar 2020 verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu entwickeln. Bis zum Inkrafttreten dieser Mindestvorgaben gelten weiterhin die Vorgaben der Psych-PV.

Ein zu entwickelnder leistungsbezogener Vergleich von Krankenhäusern soll als Transparenzinstrument dienen und damit eine dynamische Konvergenz der Budgets bewirken. Dieses Instrument kann dafür genutzt werden, Kliniken mit historisch sehr hohen oder sehr niedrigen Budgets zu identifizieren und Angleichungen durchzusetzen. Dabei sollen Leistungen und ihre Entgelte (PEPP-Entgelte und neue Entgelte für strukturelle und regionale Besonderheiten) sowie Angaben zur Personalausstattung einbezogen und verglichen werden. Abweichungen vom Mittelwert müssen dann seitens der psychiatrischen Einrichtungen begründet werden.

**1232.** Zu den für Krankenhäuser finanzierungsrelevanten Veränderungen gehört neben den umfangreichen Neuerungen bei der stationären Versorgung auch die Einführung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld (siehe Abschnitt 16.4.2).

### 16.5.3 Anreizwirkungen durch PEPP

**1233.** Die Psych-PV sicherte den Einrichtungen und damit den Patienten formal die Finanzierung des Personalbedarfs als eines der wichtigsten Merkmale der Strukturqualität (Studenski et al. 2013). Sowohl die Prozess- als auch die Ergebnisqualität blieben allerdings unberücksichtigt, wobei gerade letztere im Fach Psychiatrie oft schwer zu messen ist. Zudem stellt die Überprüfung der Einhaltung der Personalvorgaben ein bedeutsames Problem dar.

**1234.** Die unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen nehmen im Hinblick auf das neue Vergütungssystem kontroverse Positionen ein. Während die GKV (als Kostenträger) sowie das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das neue Vergütungssystem befürworten (BMG 2017), haben die DKG und ein Großteil der Fachverbände und Interessengruppen in der Psychiatrie und Psychosomatik das neue Vergütungssystem seit Beginn abgelehnt (Vollmann 2014).

Der Grund für die Ablehnung besteht aus Sicht der beschriebenen Akteure in der mangelnden Passgenauigkeit der Systematik des neuen Entgeltsystems in Bezug auf die Besonderheiten psychischer Erkrankungen (Vollmann 2014).

Zum einen verwendet das neue pauschalierende Entgeltsystem Durchschnittswerte innerhalb einer Diagnosegruppe. Dabei wird von einer Standardisierbarkeit der einzelnen Fälle in Bezug auf die Krankheitsverläufe innerhalb der Diagnosegruppen ausgegangen. Diesbezüglich setzt das System eine empirische Datengrundlage zur Beschreibung des durchschnittlichen Versorgungsaufwands innerhalb einer Diagnosegruppe voraus. Da das Entgeltsystem als lernendes System angelegt ist, soll diese Datengrundlage zwar fortlaufend gepflegt und angepasst werden, trotzdem besteht eine Besonderheit von psychischen Erkrankungen in der Praxis darin, dass der Versorgungsaufwand durch schwer prognostizierbare Krankheitsverläufe erheblich schwanken kann. Quantitative Standardisierungsbemühungen erscheinen deshalb schwierig. Insbesondere komplexe bzw. längerfristig aufwendigere Patientengruppen könnten benachteiligt werden. Dafür spricht auch der primäre Diagnosebezug, der komplexere multimorbide Krankheitsverläufe inadäquat abbilden könnte.

Die psychiatrischen Fach-, Angehörigen- und Betroffenenverbände kritisieren weiterhin seit Beginn die degressiv verlaufende Vergütungsstruktur (Klimke et al. 2014). Im Widerspruch dazu kann insbesondere in der stationären Versorgung gegen Ende der Behandlung der Versorgungsaufwand zunehmen (Vollmann 2014). Dies liegt in einem aufwendigen Entlassmanagement in diesem koordinationsintensiven Fachgebiet begründet – bei in großen Teilen unzureichenden ambulanten Weiterversorgungskapazitäten, wie auch die Wartezeiten andeuten (siehe Abschnitt 16.6). Andererseits fallen die Kosten des Entlassungsmanagements fallweise an, sind also letztlich nicht abhängig von der Verweildauer.

Folge der degressiven Tagessätze könnte außerdem sein, dass kürzere Behandlungen gefördert und Anreize zur früheren Entlassung oder Verlegung geschaffen würden (Horter et al. 2016). Insbesondere sofern nicht genug ambulante Strukturen vorhanden sind, um frühe Entlassungen aufzufangen, könnte sich dies negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. Kontrovers ist auch, ob ein degressives Vergütungssystem zu einer inadäquaten Versorgung von längerfristig Erkrankten führt bzw. akut Erkrankte bevorzugt. Diesbezüglich könnte ein Anreiz zur Patientenselektion im Sinne ökonomisch „lukrativer“ Patientengruppen bestehen, wenn die Preisdegression nicht in etwa den Kosten der Behandlung entspräche.

**1235.** Die Prozessoptimierung erscheint in der „sprechenden Medizin“ als besonders schwer, da anders als in der somatischen Medizin die Behandlungsmöglichkeiten nur eingeschränkte technische Innovationsmöglichkeiten offenbaren (Braun et al. 2017). Sollte das Vergütungssystem zu Mindererlösen führen und darüber hinaus keinen Anreiz zur Ausnutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven bieten, sollten Sparmaßnahmen nicht an der personellen Ausstattung ansetzen. Dies hätte sehr wahrscheinlich einen negativen Einfluss auf die Versorgungsqualität. Eine bessere personelle Ausstattung verschiedener Berufsgruppen wird auch von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken immer wieder als wichtiges Kriterium für die Behandlungsqualität und als Voraussetzung für eine leitlinienkonforme und evidenzbasierte Versorgung hervorgehoben (Berger et al. 2015; Löhr et al. 2016; Mehl et al. 2016).



#### 16.5.4 Zusammenfassung und Ausblick zur Finanzierung

**1236.** Bei einer Reform der Honorierung müssen generell die Rahmenbedingungen der bereits stattgefundenen Leistungsverdichtung beachtet werden. So ist die Verweildauer in den letzten 20 Jahren erheblich gesunken. Ebenso wurde eine große Zahl von Betten abgebaut, wobei der Trend in den letzten Jahren wieder in Richtung einer Kapazitätsausweitung im stationären Bereich geht. Die Fallzahl hat sich seit 1991 hingegen fast verdoppelt (siehe Abschnitt 16.3.4.1). Eine weitere Verkürzung der Verweildauer ohne einen gleichzeitigen Ausbau der ambulanten Versorgung würde das Risiko bergen, die Versorgungsqualität zu mindern (Belling 2013; Spießl/Klein 2008; Vollmann 2014).

Die Wirkungen des neuen Entgeltsystems in Bezug auf die Versorgungsqualität lassen sich gegenwärtig noch nicht empirisch überprüfen. Lediglich die Identifikation von Anreizen, die die aktuelle Ausgestaltung des Entgeltsystems mit sich bringt, lässt über zukünftige qualitätsbezogene Steuerungswirkungen mutmaßen. So bleibt die Frage bestehen, ob sich mit bestimmten Patientengruppen höhere Deckungsbeiträge realisieren lassen und sie deshalb bevorzugt behandelt würden. Ebenso wird sich zeigen, ob durch die degressive Vergütungsstruktur krankenhausspezifische Kennzahlen, wie die Verweildauer oder die Bettenbelegung, beeinflusst werden. Die maßgeblichen Änderungen, die auf Druck der Fachwelt im Rahmen des PsychVVG stattgefunden haben und die sich besonders auf das regional verhandelbare Gesamtbudget beziehen, haben die Kritik entschärfen können. Insgesamt besteht aber weiter eine große Skepsis gegenüber dem neuen Finanzierungssystem.

Die Tatsache, dass bei der Verhandlung des Klinikbudgets regionale Besonderheiten einfließen können, könnte eine sektorenübergreifende Betrachtung der Versorgungsstrukturen unterstützen. Auf der anderen Seite wird sich – abseits fachlicher Details – auch das Verhandlungsgeschick einzelner Kliniken auf das jeweilige Verhandlungsergebnis auswirken. Insgesamt wird das neue Finanzierungssystem voraussichtlich mehr Transparenz bieten als das alte. Doch auch durch die hausindividuelle Verhandlung des Krankenhausbudgets wird die Finanzierung bewusst nicht vollständig vergleichbar ausfallen. Im Rahmen der Sicherung der Versorgungsqualität spielt die Personalausstattung eine zentrale Rolle. Die Personalmindeststandards, die vom G-BA festgelegt werden müssen, werden daher sehr aufmerksam rezipiert werden.

## 16.6 SVR-Befragung zur Koordination in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

**1237.** Der Rat hat im Jahr 2017 unter ambulanten und stationären Leistungserbringern in Deutschland eine Befragung zur Koordination der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durchgeführt. In diesem Rahmen wurden die ärztlichen Direktoren bzw. Chefärzte aller psychiatrisch-psychotherapeutischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken<sup>343</sup> in Deutschland sowie eine nach Bundesländern stratifizierte Stichprobe von niedergelassenen Psychologen und Ärzten (aus den Bedarfsplanungsgruppen der Psychotherapeuten und Nervenärzte) adressiert.

Der Rat war u. a. interessiert an einer Einschätzung der aktuellen Situation bei den Sektorenübergängen, den geschätzten Wartezeiten auf bestimmte Leistungsangebote sowie an einer Schätzung von vermeidbaren stationären Aufenthalten. Kliniken und Niedergelassene wurden zudem zu ihrer Beteiligung an Modellvorhaben und Selektivverträgen und deren Auswirkungen befragt. Alle Kliniken wurden zudem um eine Einschätzung der neuen Finanzierungsbedingungen gemäß PsychVVG gebeten. Die psychiatrischen Kliniken wurden zusätzlich nach möglichen Fehlkoordinierungen im Bereich der Notfallversorgung gefragt.<sup>344</sup>

**1238.** Der Rücklauf betrug bei den psychiatrischen Kliniken 34 % (140 von 406 Chefärzten), bei den psychosomatischen Kliniken 53 % (66 von 125 Chefärzten) und bei den Niedergelassenen 30 % (245 von 821 niedergelassenen Ärzten bzw. Psychologen). Die Rückläufe bei den psychiatrischen Kliniken setzen sich zusammen aus 54 Fachkrankenhäusern, 60 psychiatrischen Kliniken in Allgemeinkrankenhäusern, 21 psychiatrischen Universitätskliniken, 3 sonstigen Kliniken und 2 ohne Angabe. Die Rückläufe bei den psychosomatischen Kliniken setzen sich zusammen aus 23 Fachkrankenhäusern, 23 psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken in Allgemeinkrankenhäusern, 17 Universitätskliniken, 2 sonstigen Kliniken und 1 ohne Angabe.

Der Rücklauf bei den Niedergelassenen erfolgte ganz überwiegend aus Einzelpraxen (168), gefolgt von Praxismgemeinschaften (40) und Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) bzw. Gemeinschaftspraxen (23). Wenige kamen aus medizinischen Versorgungszentren (MVZs; 8) oder sonstigen Konstellationen (5). Den Praxen bzw. MVZs lag in 184 Fällen ein KV-Sitz für Psychotherapie zugrunde, in 53 Fällen ein KV-Sitz für Nervenheilkunde und in 21 Fällen ein anderer KV-Sitz (bei möglicher Mehrfachauswahl). Unter den Befragungsteilnehmern waren 123 psychologische Psychotherapeuten. 60 Teilnehmer hatten eine abgeschlossene Facharztweiterbildung für Psychiatrie, 44 für Psychosomatische Medizin, 16 für Psychotherapeutische Medizin, 27 für Nervenheilkunde, 15 für Neurologie, 8 für Allgemeinmedizin, 6 für Innere Medizin und 26 hatten eine oder mehrere sonstige Facharztweiterbildungen<sup>345</sup>.

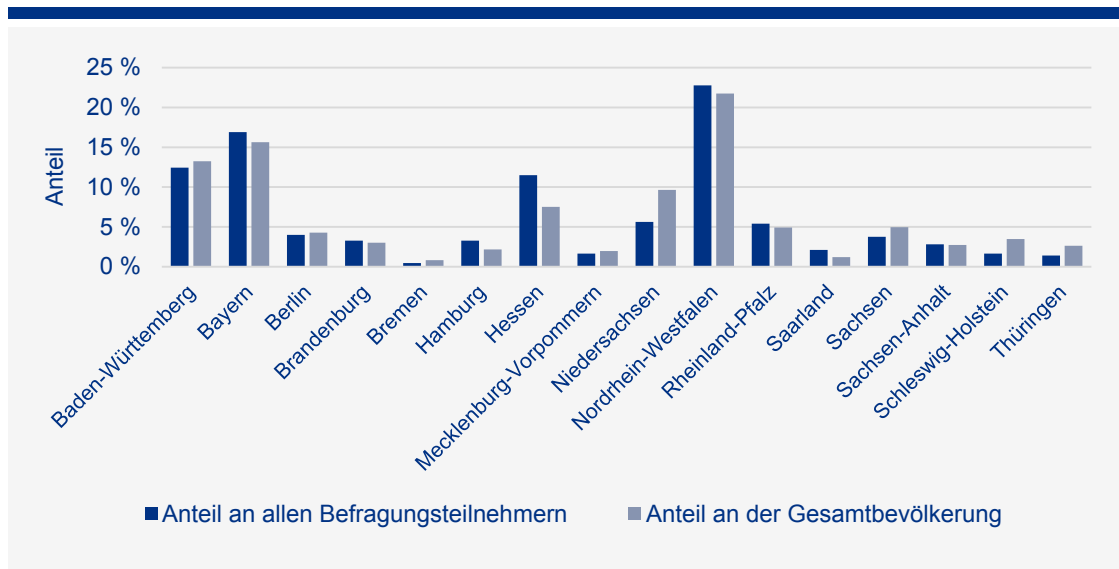
Die psychiatrischen Kliniken hatten im Mittel knapp 150 Betten und 40 teilstationäre Plätze mit durchschnittlich je etwa 25 Ärzten, 9 Psychologen und 102 Pflegenden (Tabelle 16-5, jeweils

<sup>343</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit und Übersichtlichkeit werden im Folgenden die Kurzformen „psychiatrische“ und „psychosomatische“ Kliniken verwendet. Auch wird teilweise personalisierend von den Antworten der „Kliniken“ gesprochen, wobei die Chefärzte oder die vertretungsweise antwortenden verantwortlichen Ärzte (dann meist Oberärzte) gemeint sind.

<sup>344</sup> Zusätzliche Informationen zur Befragung sind auf der Website des SVR ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)) abrufbar.

<sup>345</sup> Unterschiedliche Facharztweiterbildungen, darunter beispielsweise zusätzliche Facharztweiterbildungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie Qualifikationen als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut.

Vollzeitäquivalente). Die psychosomatischen Kliniken waren deutlich kleiner mit im Mittel 58 Betten, 13 teilstationären Plätzen sowie ca. 10 Ärzten, 7 Psychologen und 16 Pflegenden. Die regionale Verteilung auf Bundeslandebene kommt der Verteilung der Gesamtbevölkerung insgesamt relativ nahe (Abbildung 16-15).



**Abbildung 16-15:** Regionale Verteilung der Befragungsteilnehmer (aggregiert) und der Bevölkerung, als Anteile derjenigen in einem Bundesland an allen Befragungsteilnehmern bzw. an der Gesamtbevölkerung

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung sowie (für die Bevölkerungsanteile) Destatis 2017.

	Vollstationäre Betten	Teilstationäre Plätze	Vollstationäre Fälle pro Jahr	Teilstationäre Fälle pro Jahr	Anzahl der Ärzte	Anzahl der Psychologen (ohne PiA*)	Anzahl der Pflegenden
Psychiatrische Kliniken	149 (100)	40 (32)	2170 (1473)	468 (275)	24,3 (18)	8,5 (5,8)	101,9 (69)
Psychosomatische Kliniken	58 (32)	13 (12)	454 (161)	116 (45)	10,4 (7,0)	6,5 (4,0)	15,6 (11,8)
			<b>Patienten pro Jahr</b>				
Praxen/MVZs			659 (128)		1,0 (1,0)	0,7 (0)	

**Tabelle 16-5:** Grunddaten der an der Befragung teilgenommenen Kliniken und Praxen/MVZs (Mittelwerte und in Klammern Mediane)

\* PiA = Psychotherapeuten in Ausbildung.

Hinweis zur Interpretation der Mittelwerte: Die Varianz der Grunddaten ist u. a. aufgrund der unterschiedlichen Größe der Kliniken (das Maximum bei den vollstationären Betten liegt bei über 1 200) groß.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

**1239.** Im Folgenden werden einige zentrale Ergebnisse dargestellt und in den Kontext eingeordnet. Dabei werden die Daten ausschließlich in aggregierter Form dargestellt, die keine Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen erlaubt.

### 16.6.1 Beurteilung der aktuellen Angebotssituation – Unterversorgung im ambulanten Sektor?

**1240.** Die von den Antwortenden geschätzten Wartezeiten auf verschiedene Angebote weisen sehr große Spannen auf. Im Mittel werden sie allerdings von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie Niedergelassenen weitgehend übereinstimmend eingeschätzt, und zwar auf ca. 1 Monat auf ein elektives vollstationäres Psychiatriebett, 1,5 Monate auf einen psychiatrischen Tagesklinikplatz, 2 Monate auf einen ambulanten Psychiater und etwa 4 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz (Tabelle 16-6).<sup>346</sup> Die Wartezeit auf ein Psychosomatikbett sei bei ca. 2 Monaten, auf einen Pflegeheimplatz bei etwas unter 1 Monat. Bei den stationären Einrichtungen in der Eingliederungshilfe wird die Wartezeit auf 3 Monate geschätzt. Das bedeutet also, dass die Wartezeiten auf ambulante Behandlungsangebote im Mittel als länger eingeschätzt werden als diejenigen auf stationäre Behandlungsangebote. Die sehr großen Spannen (siehe gerundete Standardabweichungen in Tabelle 16-6) kommen u. a. dadurch zustande, dass es zu allen Versorgungsangeboten auch Angaben gibt, dass die Wartezeiten in bestimmten Fällen bis zu einem halben Jahr oder mehr betragen können, bei der ambulanten Psychotherapie finden sich sogar einzelne Höchstangaben von bis zu einem oder gar fast zwei Jahren.

Versorgungsangebot	Geschätzte Wartezeit (gerundet)	Standardabweichung (gerundet)
Ambulante psychiatrische Behandlung	2 Monate	1,5 Monate
Ambulante psychotherapeutische Behandlung	4 Monate	3 Monate
Tagesklinische psychiatrische Behandlung	1,5 Monate	1 Monat
Tagesklinische psychosomatische Behandlung	2 Monate	2 Monate
Elektivstationäre psychiatrische Behandlung	1 Monat	1 Monat
Elektivstationäre psychosomatische Behandlung	2 Monate	2 Monate
Stationäre somatische Pflegeeinrichtung	1 Monat	1 Monat
Stationäre Einrichtung in der Eingliederungshilfe	3 Monate	3 Monate

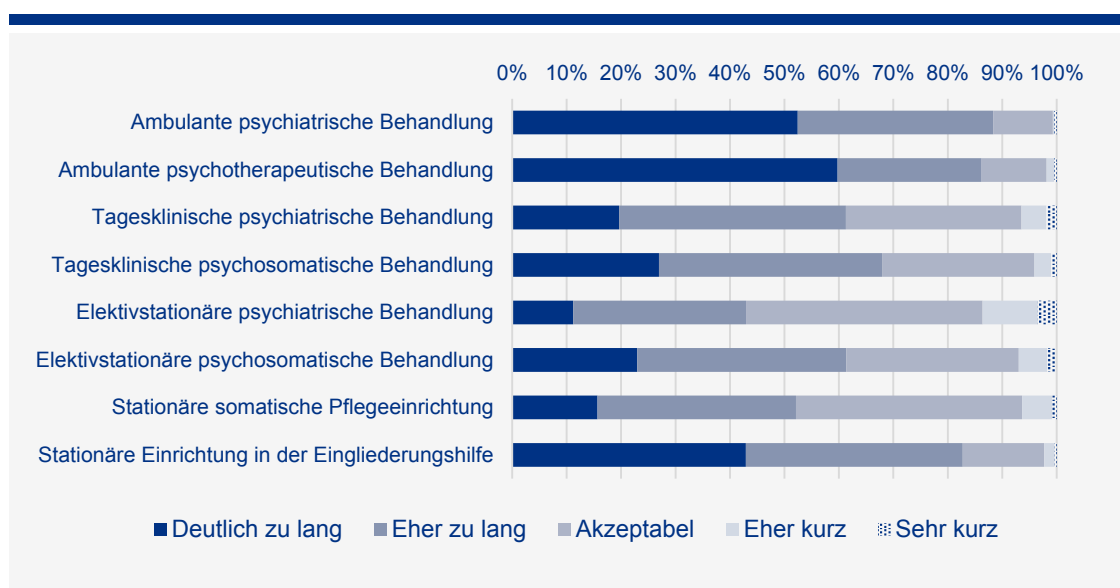
**Tabelle 16-6:** Von psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie Niedergelassenen geschätzte Wartezeiten auf psychiatrisch-psychotherapeutische bzw. psychosomatische Angebote (aggregiert)

Die genaue Fragestellung lautete: „Wie lang (ungefährer Schätzwert) sind in Ihrem Kreis bzw. Ihrem Einzugsbereich die Wartezeiten auf ... (Fußnote: Falls eine Bewilligung eines Kostenträgers zum Antritt der jeweiligen Behandlung bzw. des Aufenthalts erforderlich ist, zählt die Zeit bis zu der Bewilligung zur Wartezeit hinzu.)“

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

<sup>346</sup> Die Wartezeiten wurden ursprünglich in Tagen ausgewertet und der Übersichtlichkeit halber hier auf halbe Monate gerundet. Die Werte weichen zwischen den drei Befragungsgruppen etwas ab. Dies ist aber so begrenzt, dass eine gemeinsame Darstellung sinnvoll erscheint.

**1241.** Die Wartezeiten werden in der subjektiven Einschätzung übereinstimmend als zu lang bewertet (Abbildung 16-16): So beurteilen sowohl psychiatrische und psychosomatische Kliniken als auch Niedergelassene die Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie und einen ambulanten Psychiater zu mehr als 50 % als „deutlich zu lang“, zusammen mit der Beurteilung „eher zu lang“ sind es sogar über 85 %. Nur je knapp über 10 % finden sie „akzeptabel“ und fast niemand findet sie „eher kurz“ oder „sehr kurz“. Auch die Wartezeiten auf Tagesklinikplätze werden mehrheitlich als „deutlich zu lang“ bzw. „eher zu lang“ beurteilt. Bei den Wartezeiten auf elektive psychiatrische und psychosomatische stationäre Betten halten sich die Einschätzungen für „deutlich zu lang“ bzw. „eher zu lang“ gegenüber denen für „akzeptabel“ etwa die Waage (vor allem bei den psychiatrischen), aber auch hier geben nur wenige „eher kurz“ oder „sehr kurz“ an.



**Abbildung 16-16:** Beurteilung der Wartezeiten in der Region durch psychiatrische und psychosomatische Kliniken sowie Niedergelassene (aggregiert)

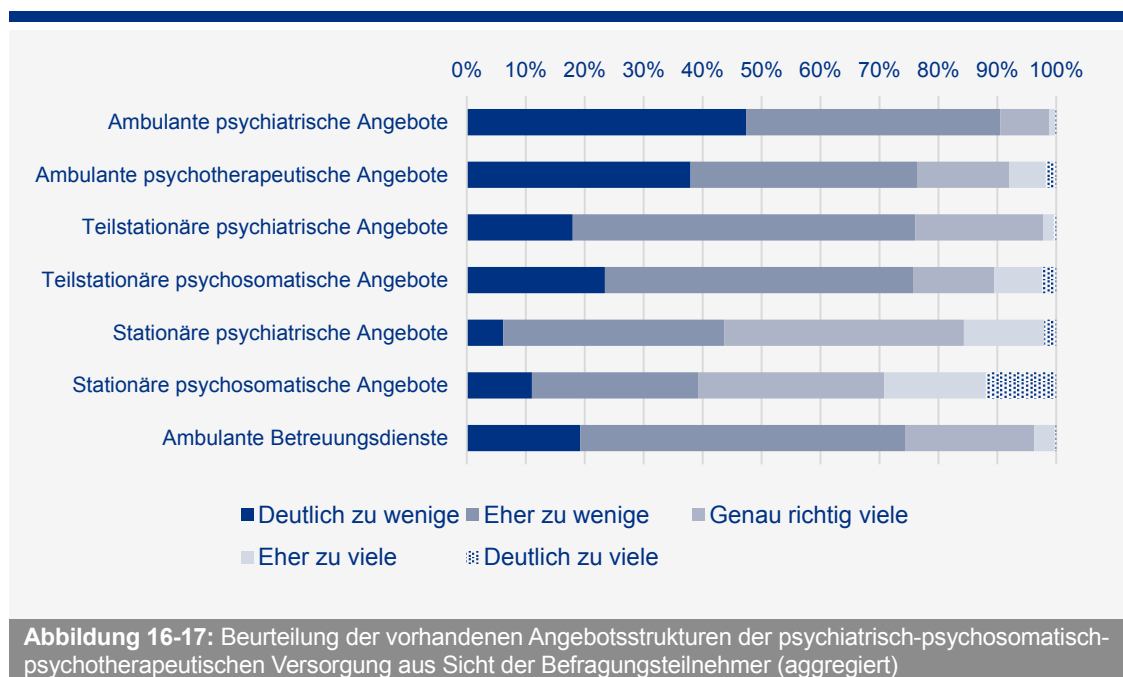
Die genaue Fragestellung lautete: „Wie beurteilen Sie qualitativ in Ihrem Kreis bzw. Ihrem Einzugsbereich die Wartezeiten auf ...“ Darstellung ohne die Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

**1242.** Bei den Übergängen zwischen den Sektoren werden von vielen Befragungsteilnehmern Schwierigkeiten gesehen. Dabei werden die Übergänge in den ambulanten Sektor (vor allem aus dem Krankenhaus, aber auch aus der Tagesklinik) als deutlich problematischer gesehen als umgekehrt. So beurteilen mehr als 50 % sowohl der Kliniken als auch der Niedergelassenen den Übergang von akutstationär nach ambulant als „eher nicht gut“ oder „gar nicht gut“. Auch der Übergang in die Reha wird von den Kliniken mehrheitlich als nicht gut angesehen. Die Niedergelassenen enthalten sich hier größtenteils einer Wertung. Noch am besten funktioniert der Übergang aus dem ambulanten in den akutstationären Sektor. Ihn beurteilen mehr als 80 % der Kliniken und knapp 70 % der Niedergelassenen als „eher gut“ oder „sehr gut“. Ein Zusammenhang zwischen den Bewertungen der Sektorenübergänge und den Wartezeiten liegt nahe.

**1243.** Bei den bestehenden Angeboten werden im Wesentlichen alle Arten von Angeboten als zu wenig vorhanden beurteilt, wie Abbildung 16-17 aggregiert für alle drei Befragungsgruppen zeigt. Besonders auffällig ist das – übereinstimmend seitens Kliniken und Niedergelassenen – hinsichtlich der Situation bei ambulanten psychiatrischen Angeboten (90 % „deutlich zu

wenige“ und „eher zu wenige“). Auch die Tageskliniken werden als zu wenig angesehen. Es gibt aber Unterschiede zwischen den Befragungsgruppen: Beispielsweise sehen die psychiatrischen Kliniken einen größeren Bedarf an psychiatrischen Tageskliniken und die psychosomatischen Kliniken einen größeren Bedarf an psychosomatischen Tageskliniken. Die Zahl der stationären Psychiatriebetten wird von den Kliniken selbst mehrheitlich als „genau richtig“ beurteilt. Hier sind es die Niedergelassenen, die mehrheitlich einen größeren Bedarf sehen. Eine Besonderheit gibt es bei den stationären psychosomatischen Angeboten: Zwei Drittel der psychiatrischen Kliniken finden, es seien zu viele psychosomatische Betten vorhanden, während die psychosomatischen Kliniken abweichend der Auffassung sind, es seien zu wenige davon vorhanden. Dies könnte ein Hinweis auf eine grundsätzlich unterschiedliche Auffassung der Rolle der psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken in Deutschland sein. Im Freitext unter „Sonstiges“ wurden unterschiedliche Angaben zu aus Sicht der Teilnehmer fehlenden Versorgungsangeboten gemacht. Die häufigste Nennung waren geschützte Wohnheimplätze für chronisch schwer Kranke, teilweise auch für demente oder allgemein gerontopsychiatrische Patienten.



Die genaue Fragestellung lautete: „Gibt es aus Ihrer Sicht in Deutschland zu wenige, genau richtig viele oder zu viele der folgenden Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen?“ Darstellung ohne die Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

**1244.** Befragt nach einer Zehn-Jahres-Perspektive der Kapazitäten wird passend zu den obigen Ergebnissen mit großer Mehrheit (über 80 %) ein Aufbau von teilstationären Plätzen für erforderlich gehalten. Die psychiatrischen Kliniken sind mehrheitlich (60 %) für gleichbleibende psychiatrische Bettenkapazitäten. Die psychosomatischen Kliniken allerdings sind mehrheitlich für einen Aufbau der psychosomatischen Bettenkapazitäten.<sup>347</sup> Die Niedergelassenen sind auch eher für einen Aufbau der psychosomatischen (52 %) als der psychiatrischen Betten

<sup>347</sup> Es wurde bei der Empfehlung zu einer Zehn-Jahres-Perspektive nicht gegenläufig gefragt, d. h., die psychiatrischen Kliniken wurden nicht zur Perspektive der psychosomatischen Betten befragt und umgekehrt.

(41%). Tabelle 16-7 fasst die Sicht der befragten Gruppen zur Perspektive der teil- und vollstationären Kapazitäten zusammen.

Versorgungsangebot	Sicht der Niedergelassenen	Sicht der psychiatrischen Kliniken	Sicht der psychosomatischen Kliniken
Psychiatrie: vollstationäre Betten	↔	↔	↔
Psychosomatik: vollstationäre Betten	↑	↓	↑
Psychiatrie: teilstationäre Plätze	↑↑	↑↑	↑
Psychosomatik: teilstationäre Plätze	↑↑	↑	↑↑

**Tabelle 16-7:** Sicht von Niedergelassenen und Kliniken zur Quantität der vorhandenen psychiatrischen und psychosomatischen Angebote und zu einem möglichen perspektivischen Aufbau oder Abbau von Versorgungsangeboten

Zwei Fragen der SVR-Befragung wurden hier in einer gemeinsamen Tabelle zusammengeführt. Die eine lautete: „Gibt es aus Ihrer Sicht in Deutschland zu wenige, genau richtig viele oder zu viele der folgenden Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen?“ Die andere lautete: „In welche Richtung sollte die Planung der vollstationären (bzw. teilstationären) psychiatrischen (bzw. psychosomatischen) Kapazitäten in den nächsten zehn Jahren gehen?“

↔ bedeutet größte Zustimmung für „sollte sich gleichbleibend entwickeln“ bzw. „genau richtig viele vorhanden“.

↑ bedeutet größte Zustimmung für „sollte aufgebaut werden“ bzw. „deutlich/eher zu wenige vorhanden“.

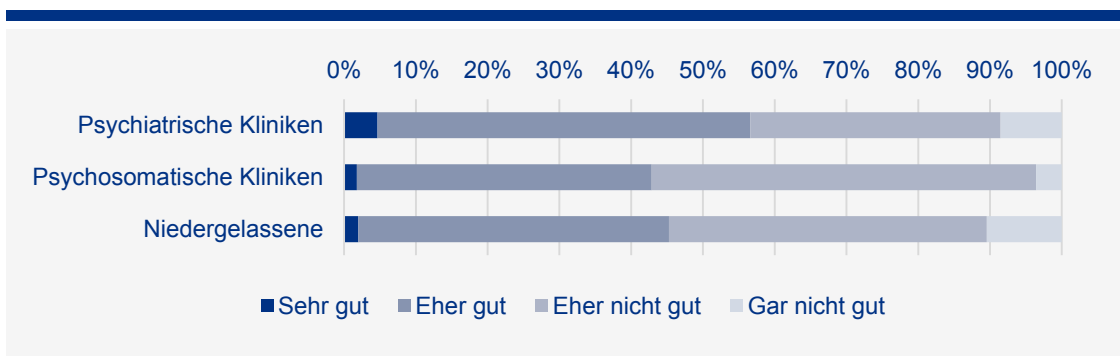
↓ bedeutet größte Zustimmung für „sollte abgebaut werden“ bzw. „deutlich/eher zu viele vorhanden“.

↑↑ bedeutet mehr als 75 % Zustimmung für „sollte aufgebaut werden“ bzw. „deutlich/eher zu wenige vorhanden“, d. h., der Grad der Zustimmung ist besonders groß. Das Ausmaß der für sinnvoll erachteten Veränderung wurde nicht abgefragt.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

## 16.6.2 Status quo und Zukunft der Koordination

**1245.** Zunächst wurde eine Bestandsaufnahme zum Status quo der Koordination erhoben. Bei den psychiatrischen Kliniken antwortete eine Mehrheit, dass die Koordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag insgesamt „eher gut“ oder „sehr gut“ funktioniere (zusammen 57 %) (Abbildung 16-18). Bei den psychosomatischen Kliniken und den Niedergelassenen fällt die Bewertung ungünstiger aus, hier spricht sich jeweils eine Mehrheit für „eher nicht gut“ oder „gar nicht gut“ aus. Die Pole „sehr gut“ und „gar nicht gut“ wurden dabei in allen drei Gruppen nur mit einstelligem Prozentsatz gewählt.

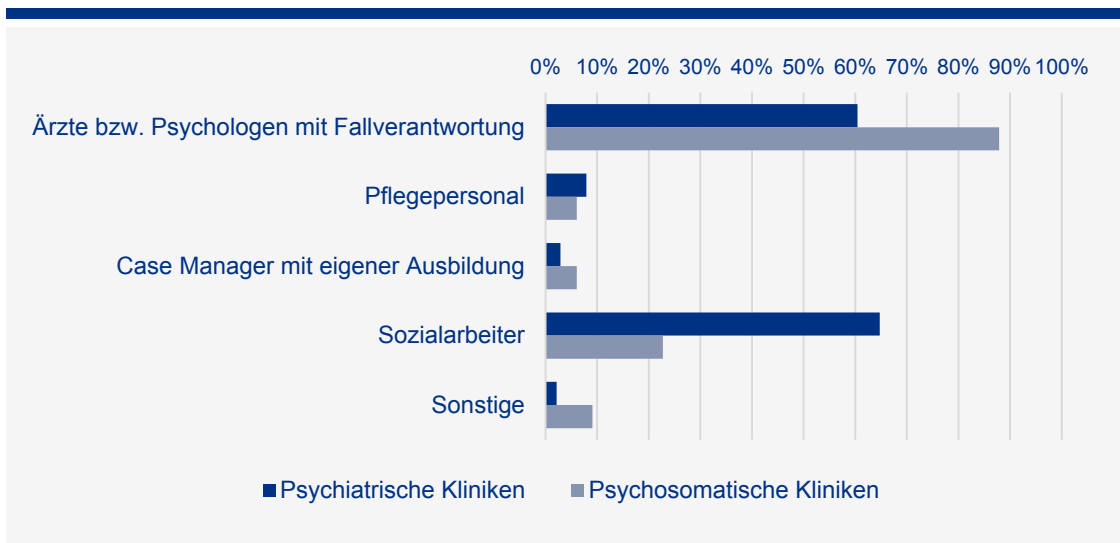


**Abbildung 16-18:** Status quo der Koordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag aus Sicht der Befragungsteilnehmer

Die genaue Fragestellung lautete: „Wie gut funktioniert Ihrer Ansicht nach derzeit die Koordination zwischen verschiedenen Sektoren und Leistungserbringern im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag insgesamt?“ Darstellung ohne die Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

**1246.** Den größten Teil der Koordinationsarbeit führen bei den psychiatrischen Kliniken klar die Sozialarbeiter (65 % der Nennungen bei möglicher Mehrfachauswahl) und die Ärzte (60%) durch (Abbildung 16-19). Bei den psychosomatischen Kliniken ist der Stellenwert der Ärzte (88 %) gegenüber den Sozialarbeitern (23 %) höher. Pflegende und Case Manager werden hingegen kaum als diejenigen genannt, die die Hauptkoordinationsarbeit durchführen.



**Abbildung 16-19:** Berufsgruppen mit dem größten Anteil an der Koordinationsarbeit in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken

Die genaue Fragestellung lautete: „Wer führt in Ihrer Einrichtung den größten Teil der Koordinationsarbeit (in Bezug auf den individuellen Patienten) zu anderen Leistungserbringern durch?“ (Mehrfachantwort war möglich).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

**1247.** Die drei Befragungsgruppen unterscheiden sich in der Frage, wer zukünftig die Hauptkoordination bei psychischen Erkrankungen durchführen soll. Es wurde separat nach leichteren und schwereren Erkrankungen gefragt, dabei war eine Mehrfachauswahl möglich. Bei leichteren Erkrankungen sehen sowohl die Kliniken als auch die Niedergelassenen die Hausärzte in einer primären Verantwortung (ca. 55 % bis 85 %), ebenso die niedergelassenen Ärzte für Psychiatrie



bzw. Psychosomatische Medizin. Die PIAs werden hier nicht sehr häufig genannt. Die Hauptkoordination bei leichteren Erkrankungen wird nur von wenigen beim Pflegepersonal oder bei Case Managern gesehen (je < 20 %) und schon gar nicht bei Klinikärzten (< 10 %).

Bei schwereren psychischen Erkrankungen sehen die Kliniken die PIAs an erster Stelle (fast 90 %), gefolgt von niedergelassenen Ärzten (ca. 60 % bis 80 %). Die Hausärzte werden hier kaum noch in der Hauptkoordinationsverantwortung gesehen. Die befragten Niedergelassenen sehen hingegen die niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie deutlich an erster Stelle (> 90 %) und erst mit einigem Abstand an zweiter Stelle die PIAs. Übereinstimmend mit den Kliniken sehen sie bei schwereren psychischen Erkrankungen kaum noch eine Hauptkoordinierungsrolle des Hausarztes (< 20 %). Beim Pflegepersonal oder bei Case Managern wird auch bei schwereren psychischen Erkrankungen von kaum jemandem eine Hauptkoordinierungsfunktion befürwortet.

### 16.6.3 Ambulant-sensitive Krankenhausfälle – Potenzial für Ambulantisierung?

**1248.** Eine große Mehrheit der Befragten geht davon aus, dass stationäre Fälle unter der hypothetischen Bedingung, dass mehr ambulante Angebote verfügbar wären, vermeidbar und/oder verkürzbar wären. Konkret halten die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken, die eine Vermeidung für möglich halten, knapp 20 % der stationären Fälle für vermeidbar. Sie gehen davon aus, dass ca. 20 % der stationären Aufenthalte verkürzbar wären. Die Niedergelassenen, die eine Vermeidung für möglich halten, sehen dies im Mittel für ca. 30 % der stationären Aufenthalte. Dies betrifft vor allem affektive Störungen und Angststörungen, besonders die depressive Episode (F32) und die Angst- und Panikstörungen, die in F41 kodiert sind.

**1249.** Zur Vermeidung oder Verkürzung von stationären Fällen werden seitens der psychiatrischen Kliniken viele Versorgungsangebote als geeignet angesehen, besonders aber PIAs (> 90 % „sicher geeignet“ und „wahrscheinlich geeignet“), Tageskliniken und Termine beim ambulanten Psychiater. Die psychosomatischen Kliniken halten besonders psychosomatische Institutsambulanzen für geeignet zur Vermeidung oder Verkürzung von stationären Fällen (ca. 95 % „sicher geeignet“ und „wahrscheinlich geeignet“), gefolgt von ambulanten psychotherapeutischen Angeboten. Einige Angebote, die seitens der psychiatrischen Kliniken durchaus auch als geeignet zur Vermeidung oder Verkürzung von stationären Fällen angesehen werden, wie z. B. ambulante Psychiatertermine, Home-Treatment oder auch ambulante psychiatrische Pflege, werden von den psychosomatischen Kliniken als deutlich weniger aussichtsreich angesehen. Diese Angaben der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Kliniken bilden möglicherweise recht gut die unterschiedliche Ausrichtung der Kliniken bzw. die unterschiedliche Zusammensetzung der Patienten ab. Bei den Niedergelassenen stechen weniger bestimmte Angebote als besonders geeignet heraus; es werden gleichwertig niedergelassene Psychotherapeuten und Psychiater an erster Stelle genannt (jeweils > 80 % „sicher geeignet“ und „wahrscheinlich geeignet“), gefolgt von Tageskliniken.

**1250.** Von dem im Rahmen des PsychVVG neu eingeführten Home-Treatment erwartet sich eine deutliche Mehrheit der Kliniken und Niedergelassenen (> 60 %) eine Verbesserung der Versorgung. Aber es wird nur für eine begrenzte Patientengruppe als Lösung gesehen: So halten die psychiatrischen Kliniken im Mittel etwa 10 % der Patienten als für das Home-Treatment

geeignet, die psychosomatischen Kliniken 8 %. Viele psychiatrische Kliniken planen auch tatsächlich, ein Home-Treatment nach PsychVVG (38 %) oder seltener auf anderer Rechtsgrundlage (8 %) einzuführen. Viele sind noch nicht entschieden (40 %). Hingegen geben unter 10 % an, dass sie es gar nicht beabsichtigen. Natürlich ist ein Home-Treatment bei manchen Kliniken bereits vorhanden, dabei häufiger auf einer anderen Grundlage (12 %) als nach dem relativ neuen PsychVVG (4 %). Dabei handelt es sich vermutlich um mit bestimmten Krankenkassen individuell ausgehandelte Selektivverträge, in deren Rahmen Home-Treatment-Modelle erstmals in deutschen Kliniken erprobt wurde (z. B. Müller et al. 2016).

**1251.** Es wurde darüber hinaus gezielt danach gefragt, ob aus Sicht der Teilnehmer weitere Maßnahmen in Richtung einer Ambulantisierung, einer stationsäquivalenten bzw. allgemein stationersetzenden Erbringung von Leistungen für erforderlich gehalten wird, und zwar aus dem Krankenhaus oder aus dem ambulanten Sektor heraus. Hierbei sprachen sich die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mehrheitlich für weitere Ambulantisierungsmaßnahmen aus dem Krankenhaus heraus aus (je ca. 63 %), hinsichtlich solcher aus dem ambulanten Sektor war die Meinung geteilt. Die Niedergelassenen hatten hingegen eine leicht mehrheitliche Position für mehr Ambulantisierungsmaßnahmen aus dem ambulanten Sektor heraus (53 %), hingegen eher weniger aus dem stationären Sektor heraus. Zusammengenommen wird mehrheitlich ein weiterer Handlungsbedarf in Richtung Ambulantisierung gesehen, auch wenn unterschiedliche Präferenzen bezüglich des Ausgangspunktes bestehen.

**1252.** Konkret danach befragt, ob es Behandlungsformate gebe, die die Chefärzte gern anbieten würden, gaben 40 % an, es gebe solche, die aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich seien. Jedoch gab nur ein geringer Anteil an, sie wollten Behandlungsformate durchführen, die aus juristischen oder anderweitigen Gründen nicht möglich seien (je ca. 20 %). Umgekehrt interpretiert möchten nur 20 % keine anderen Behandlungsformate anbieten.

#### **16.6.4 Notfallversorgung – teilweise substituierbar?**

**1253.** Von den 140 psychiatrischen Kliniken haben sich fast alle (89 %) auch zur Notfallversorgung geäußert. Dabei gaben sie im Mittel an, die vorhandenen Notfallstrukturen seien für etwa 65 % der dort vorstellig werdenden Patienten die richtige Versorgungsebene. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass sie es für ca. ein Drittel der Patienten nicht seien. Danach befragt, welches Versorgungsangebot stattdessen passend wäre für diese Patienten, war die ganz überwiegende Antwort der niedergelassene Facharzt für Psychiatrie (über 60 %). Als deutlich weniger, aber doch relevant werden niedergelassene Psychotherapeuten, elektive Tagesklinikbehandlungen und eine hausärztliche Versorgung gesehen (jeweils < 25 %; Tabelle 16-8).

Passendes Versorgungsangebot für Patienten, die nicht in der Notaufnahme richtig sind	Zustimmung
Hausarzt	17 %
Niedergelassener Facharzt für Psychiatrie	61 %
Niedergelassener Facharzt für Psychosomatische Medizin	8 %
Niedergelassener Psychotherapeut	24 %
KV-Bereitschaftsdienst	10 %
Elektive teilstationäre Versorgung	24 %
Elektive stationäre Versorgung	18 %
Pflegeeinrichtung	12 %
Gar keine medizinische oder pflegerische Versorgungsebene	4 %
Sonstiges	19 %

**Tabelle 16-8:** Passende Versorgungsangebote für Patienten, die nicht in der Notaufnahme richtig sind, aus Sicht der Befragungsteilnehmer aus psychiatrischen Kliniken

Die genaue Fragestellung lautete: „Falls unter 100 % (auf die Frage, für wie viel Prozent der derzeitigen Patienten der Notfallstrukturen der Klinik diese die adäquate Versorgungsebene sind): Welches Versorgungsangebot wäre für die übrigen Patienten das am häufigsten passende Versorgungsangebot?“ (Mehrfachauswahl war möglich).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

**1254.** Auch bezüglich der Ursachen für die Fehlinanspruchnahme der Notfallstrukturen ist die Antwort stark konzentriert, und zwar auf Wartezeiten auf einen ambulanten Termin (66 %; Tabelle 16-9). Mit einigem Abstand werden aber auch die Antwortalternativen „Fehleinschätzung der Dringlichkeit durch den Patienten“ (34 %), die „Fehlinanspruchnahme aus Unwissen um die Alternativen“ (32 %) oder „aus Komfortgründen“ (26 %), die „Wartezeit auf eine stationäre Aufnahme“ (25 %) oder auch die „Fehlüberweisung von einem anderen ambulanten oder stationären Leistungserbringer“ (24 %) genannt. Zusammengefasst würden die Ergebnisse bedeuten, dass etwa ein Drittel der Notfallpatienten an den psychiatrischen Kliniken u. a. wegen Koordinations- und Wissensdefiziten, vor allem aber wegen einer nicht kurzfristig verfügbaren ambulanten psychiatrischen Behandlungsmöglichkeit dort Hilfe sucht. Eine bessere Verfügbarkeit ambulanter Angebote könnte daher die Notfallstrukturen möglicherweise entlasten.

Ursache für Fehlinanspruchnahme der Notfallstrukturen	Zustimmung
Wartezeit auf ambulanten Termin	66 %
Wartezeit auf elektive (teil-)stationäre Aufnahme	25 %
Zu weite Wege zu bestimmten Versorgungsangeboten	19 %
Fehleinschätzung der Dringlichkeit oder der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit durch Patienten	34 %
Fehlinanspruchnahme durch Patienten aus Nichtwissen um Alternativen	32 %
Fehlinanspruchnahme durch Patienten aus Komfortgründen	26 %
Fehlüberweisung von ambulantem Leistungserbringer oder anderer stationärer Abteilung/Klinik	24 %
Sonstiges	11 %

**Tabelle 16-9:** Ursachen für Fehlinanspruchnahmen der Notfallstrukturen psychiatrischer Kliniken aus Sicht der Befragungsteilnehmer aus psychiatrischen Kliniken

Die genaue Fragestellung lautete: „Falls unter 100% (auf die Frage, für wie viel Prozent der derzeitigen Patienten der Notfallstrukturen der Klinik diese die adäquate Versorgungsebene sind): Woran scheitert die Inanspruchnahme der im Einzelfall geeigneteren Versorgungsebene am häufigsten?“ (Mehrfachauswahl war möglich).

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

### 16.6.5 Finanzierung und PsychVVG

**1255.** Die psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken stehen der Finanzierung gemäß PsychVVG insgesamt skeptisch gegenüber. Über 50 % gehen davon aus, dass sich die Qualität der Versorgung in den Kliniken dadurch „eher verschlechtern“ oder „deutlich verschlechtern“ wird, nur ca. 20 %, dass sie sich „eher verbessern“ oder „deutlich verbessern“ wird. Ähnliche Ergebnisse ergeben sich bei der Frage, ob die zukünftige Finanzierung die Versorgung effizienter machen wird (mehr als 50 % „eher ineffizienter“ und „deutlich ineffizienter“). Zugleich geht eine Mehrheit von zwei Dritteln davon aus, dass sich die Verweildauern verkürzen werden. Außerdem rechnen die Kliniken mit deutlich mehr Dokumentationsaufwand sowohl innerhalb der Klinik als auch sektorenübergreifend (mehr als 90 % „eher mehr“ und „deutlich mehr“) und tendenziell auch mit einer größeren Spezialisierung der Kliniken. Die psychosomatischen Kliniken sehen in leichter Tendenz einen Anreiz zum Abbau von Personal, die psychiatrischen Kliniken sind hier unentschieden.

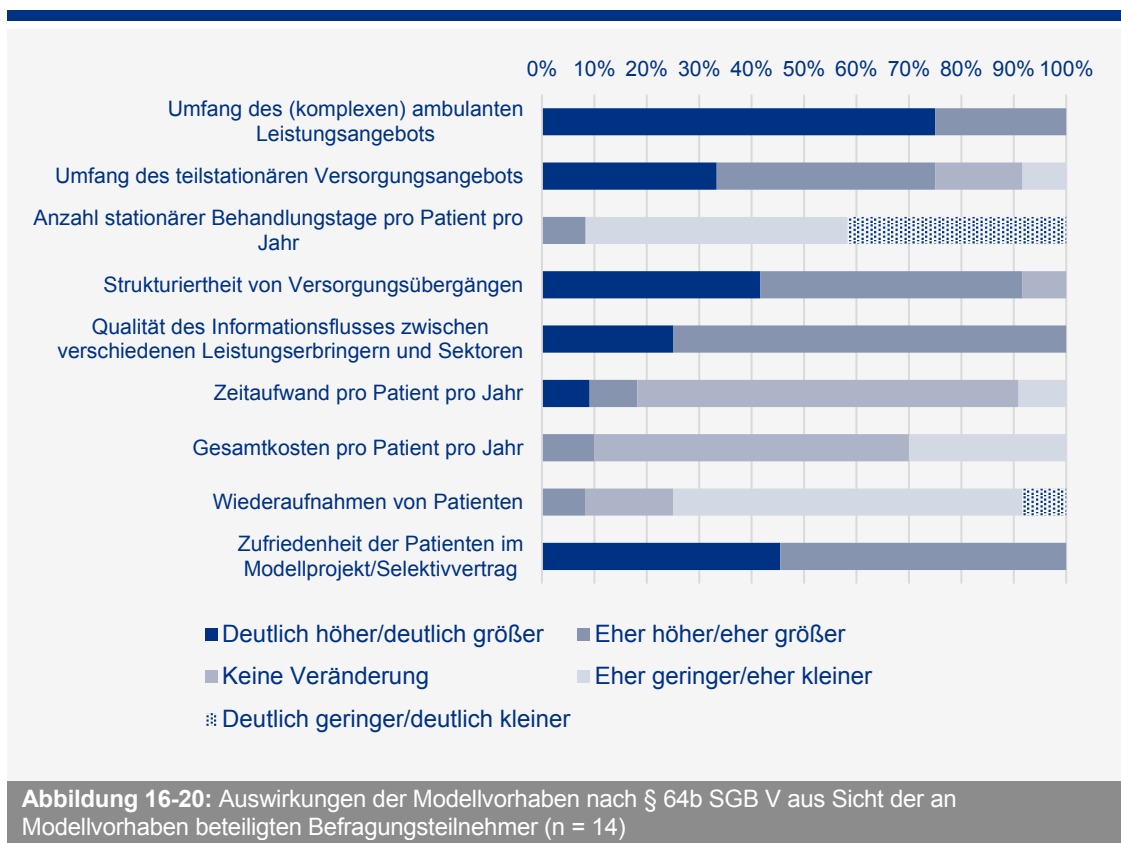
### 16.6.6 Modellvorhaben nach § 64b SGB V und Selektivverträge nach § 140a SGB V

#### 16.6.6.1 Modellvorhaben nach § 64b SGB V

**1256.** 14 Befragungsteilnehmer gaben an, dass ihre psychiatrische Klinik an einem Modellvorhaben nach § 64b SGB V beteiligt ist. Nach Meinung praktisch aller 14 Kliniken führt dies tendenziell zu einer verbesserten Koordination im Sinne der Versorgung der Patienten (9 „ja“

und 4 „eher ja“, 1 ohne Angabe). 4 der 14 Modellvorhaben finden unter Beteiligung aller Krankenkassen statt, 6 unter Beteiligung einer Krankenkasse und jeweils 1 Modellvorhaben mit zwei bzw. drei Krankenkassen (6 ohne Angabe). Im Mittel werden 44 % der voll- und teilstationären Fälle von dem Modellvorhaben erfasst. Bei der Mehrzahl der Modellvorhaben führen sie daher zu einem unterschiedlichen Leistungsangebot für Versicherte unterschiedlicher Krankenkassen (5 „ja, wesentlich unterschiedlich“, 4 „ja, unwesentlich unterschiedlich“ und 4 „nein“).

**1257.** Hinsichtlich der Auswirkungen der Modellvorhaben nehme das (komplex) ambulante Leistungsangebot eindeutig zu, wie alle 14 Kliniken („deutlich größer“ oder „eher größer“) berichten. Auch der Umfang des teilstationären Versorgungsangebots nehme tendenziell zu (Abbildung 16-20). Die Anzahl der stationären Behandlungstage pro Patient pro Jahr nehme hingegen ebenso wie Wiederaufnahmen ab. In der subjektiven Wahrnehmung der Befragten werden die Versorgungsübergänge strukturierter und die Qualität des Informationsflusses zwischen verschiedenen Leistungserbringern besser. Während der Zeitaufwand pro Patient pro Jahr gleich bleibe, nähmen die Gesamtkosten pro Patient allenfalls leicht ab oder wurden als gleichbleibend eingeschätzt. Die Zufriedenheit der Patienten sei höher.



Die genaue Fragestellung lautete: „Falls ja bei [der Frage zu § 64b SGB V]: Wie sehr treffen folgende Eigenschaften auf Ihr Modellprojekt zu bzw. wie haben sich die folgenden Parameter (ggf. nach erster Einschätzung) entwickelt?“ Darstellung ohne die Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

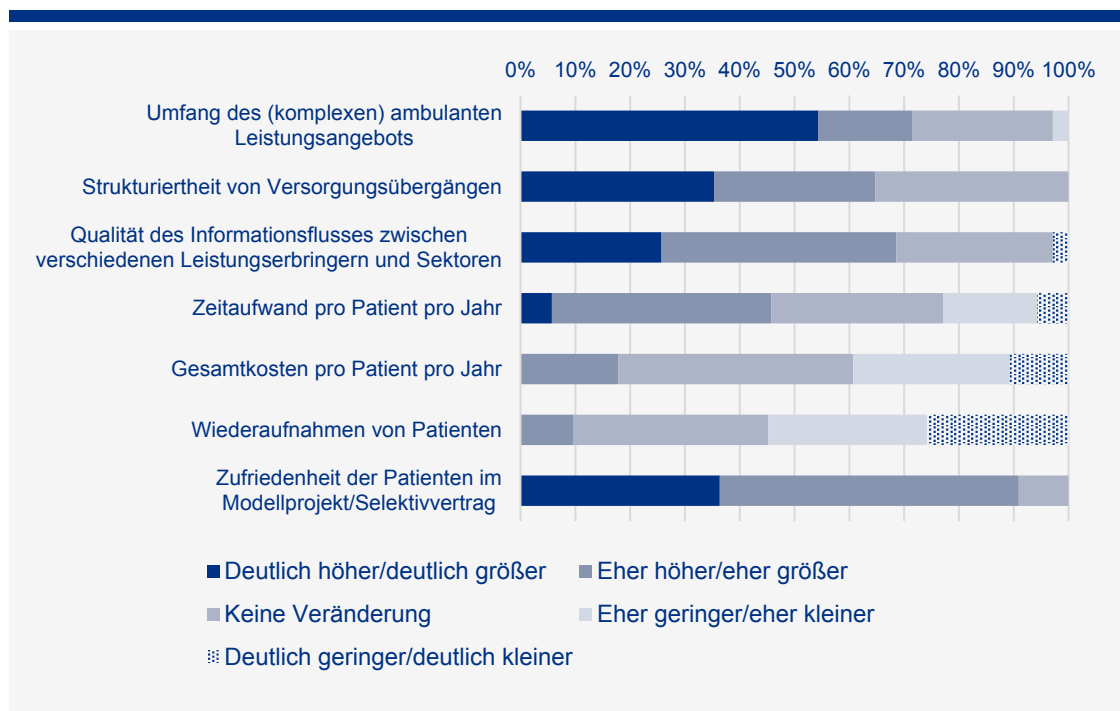
### 16.6.6.2 Selektivverträge nach § 140a ff. SGB V

**1258.** Insgesamt 45 Befragungsteilnehmer (ca. 10 % aller Teilnehmer) gaben an, dass ihre Einrichtung an einem oder mehreren Selektivverträgen nach § 140a ff. SGB V beteiligt sei. Darunter waren 19 psychiatrische Kliniken, 4 psychosomatische Kliniken und 22 Niedergelassene. Die große Mehrheit der 45 Teilnehmer ist der Auffassung, dass dies zu einer verbesserten Koordination im Sinne der Patienten führt (20 „ja“, 14 „eher ja“, 4 „eher nein“, 3 „nein“, 2 „Koordination ist nicht Gegenstand des Selektivvertrages“). Die meisten (25) haben nur einen Selektivvertrag geschlossen, es gibt aber auch sowohl Kliniken als auch Niedergelassene, die 2 oder 3 Selektivverträge geschlossen haben. Jeweils ein Niedergelassener gab an, bei 4 bzw. 6 Selektivverträgen nach § 140a SGB V beteiligt zu sein.

Nur zwei der Befragten antworteten, dass ihr Selektivvertrag mit allen Krankenkassen zugleich abgeschlossen sei. Insgesamt sind die Selektivverträge mit im Mittel sieben Krankenkassen (Spanne von einer bis 115 Krankenkassen) abgeschlossen. Auch bei den Selektivverträgen komme es daher überwiegend zu einem unterschiedlichen Angebot von Leistungen für Versicherte unterschiedlicher Krankenkassen (19 „ja, wesentlich unterschiedlich“, 9 „ja, unwesentlich unterschiedlich“, 13 „nein“). Außerdem beschränken sich die Selektivverträge mehrheitlich auf

bestimmte Diagnosegruppen (25 der 45). Im Mittel würden ca. 10 % der Patienten bzw. Fälle von dem Selektivvertrag erfasst.

**1259.** Die Befragten, die an Selektivverträgen beteiligt sind, gaben an, dass der Umfang des ambulanten Leistungsangebots zunehme (über 70 % „deutlich größer“ oder „eher größer“, Abbildung 16-21). In ihrer mehrheitlichen Wahrnehmung würden die Versorgungsübergänge strukturierter und die Qualität des Informationsflusses zwischen Leistungserbringern nehme zu. Wiederaufnahmen von Patienten nähmen ab. Während der Zeitaufwand pro Patient größer sei als ohne Selektivvertrag, blieben die Gesamtkosten relativ gleich. Die Zufriedenheit sei insgesamt größer (über 90 % „deutlich größer“ und „eher größer“).



**Abbildung 16-21:** Auswirkungen der Selektivverträge nach § 140a ff. SGB V aus Sicht der Befragungsteilnehmer mit Selektivverträgen (n = 45)

Die genaue Fragestellung lautete: „Falls ja bei [der Frage zu § 140a ff. SGB V]: Wie sehr treffen folgende Eigenschaften auf Ihren Selektivvertrag zu bzw. wie haben sich die folgenden Parameter (ggf. nach erster Einschätzung) entwickelt?“

Die Frage nach Veränderungen des teilstationären Versorgungsangebots und der vollstationären Behandlungstage wurde nur bei den Kliniken und nicht bei den Niedergelassenen abgefragt und wird in dieser aggregierten Darstellung daher nicht einbezogen.

Darstellung ohne die Antwortoption „kann ich nicht beurteilen“.

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der SVR-Befragung.

### 16.6.7 Anregungen der Befragungsteilnehmer zu den Rahmenbedingungen

**1260.** Die Befragungsteilnehmer hatten die Möglichkeit, in Freitexten Anregungen für gesetzgeberische oder anderweitige Weiterentwicklungen der Rahmenbedingungen zu geben. Einige werden im Folgenden ohne Anspruch auf Vollständigkeit aufgeführt.

Seitens der Kliniken wurden u. a. folgende Aspekte genannt:<sup>348</sup>

- verpflichtendes Management bei Sektorübertritt
- Verortung der Koordinationsverantwortung
- Vorgabe fester Case Manager unter Einbezug der Angehörigen von Gesundheitsfachberufen/dezidierten Hilfsberufen für Koordination
- mehr geschlossene Heimplätze oder ähnliche Versorgungsangebote für „Verwahrfälle“ mit mehrjährigen Unterbringungsbeschlüssen
- Vergütung für Koordinationsleistungen durch Ärzte oder auch andere Professionen
- Koordination von Psychotherapieplätzen auf z. B. Kreisebene
- sektorenunabhängige Gesamtbudgets
- Capitation-Modelle
- gesonderte Kalkulation des Vorhaltens von Notfallstrukturen
- Pflicht von Krankenkassen zur Beteiligung an Integrierter Versorgung (IV)
- Anreize zum Aufbau von psychosozialen Gesundheitszentren
- Bedarfsplanung bei Nervenärzten getrennt
- Flexibilisierung von Tageskliniken
- mehr intensive ambulante Angebote
- Ausweitung der psychiatrischen Institutsambulanzen, z. B. 24-Stunden-Verfügbarkeit
- verbindliche Personaluntergrenzen
- Finanzierung zusätzlicher Psychologenstellen in den Kliniken
- Reduktion des Aufwands für Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung
- Einbezug von psychologischen Psychotherapeuten bei Bereitschaftsdiensttätigkeiten
- stärkere Beteiligung von Psychotherapeuten an der Versorgung Schwersterkrankter
- leichtere Übergänge zwischen der Finanzierung nach SGB V und SGB XII
- Aufhebung der Facharzt- und Kliniktrennung in Psychiatrie und Psychosomatik
- Beseitigung des Fachkräftemangels
- psychiatrische Pflichtzeit im Rahmen der Weiterbildung zum Hausarzt
- Trennung der Werkstätten für geistig Behinderte und psychisch Behinderte

---

<sup>348</sup> Es handelt sich hierbei um eine Auswahl, die teilweise mehrere Nennungen zusammenfasst und redaktionell bearbeitet wurde.



Seitens der Niedergelassenen wurden u. a. folgende Aspekte genannt:

- Case Manager bzw. entsprechende Vergütung (z. B. Leistungsziffer für runde Tische)
- Vergütung für Hilfeplankonferenzen bzw. für die Wege dorthin
- Ansprechpartner für sozialrechtliche Fragen analog Sozialarbeitern in Kliniken sowie eine Sozialpsychiatriezulage (analog der Kinder- und Jugendpsychiatrie)
- bessere personelle Ausstattung des Sozialpsychiatrischen Dienstes
- multimodale Komplexbehandlungen ambulant (wie stationär)
- intensive ambulante Angebote, aufsuchende Krisenteams, Home-Treatment aus dem ambulanten Sektor ermöglichen
- mehr Gruppentherapie
- mehr Praxissitze
- Erlaubnis der Anstellung anderer Berufsgruppen für Psychiater (z. B. psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten)
- MVZ-Leitung durch Psychotherapeuten
- Möglichkeit der Krankschreibung durch psychologische Psychotherapeuten
- Kontakt mit ambulantem Psychotherapeuten vor Entlassung aus der Klinik
- Erhöhung der Präsenzpflcht in psychotherapeutischen Praxen
- Abschaffung der Gutachtenpflicht für Langzeitpsychotherapie
- Zuschläge für Chroniker je Sitzung
- Verringerung von Konkurrenz zwischen PIA und ambulantem Psychiater

#### 16.6.8 Zusammenfassung und Einordnung der Befragungsergebnisse

**1261.** Der Rücklauf von insgesamt 33 % (Kliniken und Niedergelassene zusammen) und eine regionale Verteilung der Rückläufe, die recht gut zu den Bevölkerungsanteilen der einzelnen Bundesländer passt, deuten darauf hin, dass die Ergebnisse der Befragung als aussagekräftig anzusehen sind.

**1262.** Insgesamt bestätigt sich, dass bei der Koordination in der psychiatrisch- psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung noch deutliches Optimierungspotenzial besteht. Die Wartezeitschätzungen sind methodisch bedingt subjektiv, sie passen von der Größenordnung her aber zu früheren Ergebnissen anderer Studien (BPtK 2011; Kara 2014; z. B. durchschnittlich ca. fünf Monate auf eine Richtlinien-Psychotherapie laut BPtK 2018b), zumal die gemittelten Schätzwerte zwischen den drei Befragungsgruppen stark übereinstimmen. Die Wartezeiten werden auch ausdrücklich als zu lang beurteilt, vor allem diejenigen auf ambulante Psychiater und Psychotherapeuten. Die Wartezeiten auf ambulante und teilstationäre Angebote werden allgemein als länger geschätzt als diejenigen auf stationäre Angebote. Eine solche Konstellation könnte ein Fehlanreiz für unnötig stationäre Behandlungen sein. Seitens der Befragten werden – passend hierzu – die Sektorenübergänge von stationär nach ambulant für problematischer gehalten als andersherum.

**1263.** Ein Drittel der Patienten in Notfallstrukturen psychiatrischer Kliniken wird als dort fehl am Platz gesehen. Die meisten dieser Patienten erscheinen, so vermuten die Befragten, wegen zu langer Wartezeiten auf einen ambulanten Psychiatertermin.

**1264.** Die befragten Kliniken und Niedergelassenen sehen übereinstimmend einen Mangel an ambulanten Angeboten, einerseits hinsichtlich regulärer psychiatrischer Versorgung, andererseits hinsichtlich komplexer, multimodaler und/oder hochfrequenter ambulanter Angebote, wie auch in Freitextantworten deutlich wurde. In diesem Versorgungsbereich ist daher ein Kapazitätsaufbau zu prüfen, auch weiteren Tagesklinikplätzen wird viel Potenzial zugesprochen. Dadurch ließen sich eventuell weitere vollstationäre Fälle vermeiden. 20 % bis 30 % Vermeidung von stationären Fällen werden von den Befragten insgesamt als durchaus möglich erachtet, wenn andere Angebote ausgebaut werden. Die Zahl stationärer Psychatriebetten sollte hingegen nicht weiter erhöht werden, wie die Befragten aus allen drei Gruppen übereinstimmend mehrheitlich – trotz der derzeit hohen Auslastung der Psychatriebetten – befinden. Zum jetzigen Zeitpunkt wird aber auch noch nicht mehrheitlich ein Abbau vorgeschlagen.

**1265.** Einige der befragten Kliniken und Niedergelassenen sind an Selektivverträgen nach § 140a ff. SGB V und einige der psychiatrischen Kliniken an Modellvorhaben nach § 64b SGB V beteiligt. Über deren Auswirkungen äußern sich diese Befragungsteilnehmer tendenziell positiv: Die Zufriedenheit der Patienten sei mit Modellvorhaben bzw. Selektivvertrag größer. Das ambulante Angebot sei größer, die Versorgungsübergänge tendenziell strukturierter und die Qualität der Informationsübermittlung eher höher. Hierbei handelt es sich methodisch bedingt um subjektive Einschätzungen. Für bestimmte Versorgungsmodelle existieren bereits Evaluationen. Sofern sich die Wahrnehmungen mit weiteren Untersuchungen objektivieren lassen, würden die Modellvorhaben und Selektivverträge wie beabsichtigt zur Verbesserung der Versorgung beitragen. Die Kosten pro Patient schätzen die Beteiligten in der Befragung unterschiedlich, im Mittel aber als relativ gleichbleibend ein.

**1266.** Deutlich wird, dass die Kliniken die inzwischen veränderten neuen Finanzierungsbedingungen gemäß PsychVVG sehr skeptisch sehen oder ablehnen. Sie rechnen diesbezüglich mehrheitlich mit kürzeren Verweildauern, mit einer sich verschlechternden Versorgungsqualität und weniger Effizienz.

Von der neuen Home-Treatment-Gesetzesgrundlage im PsychVVG wird jedoch eine Verbesserung der Versorgung erwartet. Allerdings werden auch darüber hinausgehende Ambulantisierungsmaßnahmen als sinnvoll erachtet, wobei die Mehrheit, die sich dafür ausspricht, nur knapp ausfällt. Nicht wenige Beantworter finden weitergehende Ambulantisierungsmaßnahmen also auch nicht notwendig. Viele Beantworter können sich aber noch weitere als die aktuell durchgeführten Behandlungsformate konkret vorstellen, wenn die juristischen und vor allem wirtschaftlichen Rahmenbedingungen gegeben wären.

**1267.** Die zukünftige Hauptkoordinierungsverantwortung wird unterschiedlich verortet, vor allem bei Hausärzten, ambulanten Psychiatern oder PIAs. Jedenfalls wird sie mehrheitlich klar bei ärztlichen Leistungserbringern gesehen – und z. B. nicht bei speziellen Case Managern. Bei schwereren psychischen Erkrankungen wird die Hauptkoordinierungsverantwortung übereinstimmend eher nicht mehr beim Hausarzt gesehen, sondern eher bei niedergelassenen Fachärzten und Institutsambulanzen.

## 16.7 Empfehlungen

### 16.7.1 Stärkere Verbindlichkeit der Koordinationsverantwortung, „Staffelmodell“

**1268.** Bei der Koordination der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung besteht, wie dargelegt wurde, Optimierungspotenzial. Gründe liegen u. a. in der unübersichtlichen Leistungsanbieterstruktur, den oft komplexen Behandlungsverläufen und der nicht immer klaren Verantwortung für die Koordination vor allem im ambulanten Sektor. In einem einzelnen Krankheitsverlauf kann es passieren, dass mehrmals längere Wartezeiten auftreten.<sup>349</sup>

Es sollte erwogen werden, die Koordinationsverantwortung in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbindlicher bei einem Leistungserbringer je Patient zu fokussieren. In der Befragung von Kliniken und Niedergelassenen war nicht eindeutig, wer als am geeignetsten für die Koordination gehalten wird. Bei leichteren Erkrankungen wurden häufig Hausärzte und niedergelassene Psychiater genannt, bei schwereren Erkrankungen niedergelassene Psychiater und Institutsambulanzen.

Für die Hauptkoordinationsverantwortung käme zunächst der Hausarzt infrage, der in der Regel der erste Ansprechpartner ist und dies in einem strukturiert koordinierten System auch sein sollte. Der Hausarzt könnte diese Verantwortung dann „weitergeben“, z. B. an einen Facharzt für Psychiatrie, insbesondere bei schwereren Erkrankungen oder absehbar längerem Verlauf, oder in besonderen Fällen gleich an eine Institutsambulanz. In der Verantwortung des jeweiligen Leistungserbringers läge es, den leitliniengerechten Behandlungsverlauf (z. B. Überweisung zum Facharzt, wegweisende therapeutische Entscheidungen wie psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung, tatsächliches Finden eines Leistungserbringers angesichts der Wartezeiten, (Tages-)Klinikeinweisung) im Auge zu behalten. Wenn ein Patient berichtet, dass bestimmte Angebote für ihn nicht verfügbar sind, wäre es (in Ermangelung eines eigenen ambulanten Case Managers) dann ebenso an diesem Leistungserbringer, Alternativen anzuregen. Auch die psychiatrisch-psychotherapeutischen Informationen fließen dann, soweit vom Patienten auch gewollt,<sup>350</sup> bei diesem Leistungserbringer zusammen. Das Weitergeben der Hauptkoordinationsverantwortung an einen anderen Leistungserbringer – bildlich wie die Übergabe eines Staffelstabes – würde mit dem Patienten und dem neuen Koordinierenden kurz abgestimmt und auch dokumentiert werden. Dabei sollten auch die Patientenwünsche eine adäquate Berücksichtigung finden. In einem solchen „Staffelmodell“ wüsste der Patient zu jedem Zeitpunkt, an welchen Leistungserbringer er sich mit einer Frage, die die Koordination

---

<sup>349</sup> Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn ein Patient vom Hausarzt zum niedergelassenen Psychiater überwiesen wird, im Laufe der Behandlung akut ins Krankenhaus aufgenommen wird, von dort in die angeschlossene Tagesklinik überwiesen wird, dann wieder in den ambulanten Sektor übergeht, aber ein Bedarf nicht nur für eine Behandlung beim niedergelassenen Psychiater, sondern zusätzlich bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten besteht. Bei einer solchen Beispielkonstellation sind gleich mehrere Sektorenübergänge enthalten, bei denen Wartezeiten auftreten können (siehe Ergebnisse der SVR-Befragung in Abschnitt 16.6).

<sup>350</sup> Es gibt bestimmte Konstellationen, in denen ein Patient nicht wünscht, dass z. B. der Hausarzt über Inhalte einer psychotherapeutischen Behandlung informiert wird. Dies ist grundsätzlich zu akzeptieren. Soweit möglich, sollten wegweisende Entscheidungen wie z. B. eine anstehende stationäre Aufnahme aber besprochen werden.

im psychiatrisch-psychotherapeutischen System betrifft, wenden kann. „Aufgabendiffusion“ bei der Koordination würde somit reduziert.

Wenn ein Patient z. B. eine ambulant-psychiatrische Behandlung beim niedergelassenen Facharzt und gleichzeitig eine ambulant-psychotherapeutische Behandlung beim niedergelassenen Psychotherapeuten wahrnimmt, so hätte einer von beiden – beispielsweise der Psychiater – die Koordinationsverantwortung, bei ihm würden die Informationen zusammenlaufen und bei einer Einweisung in das Krankenhaus würde er, auch wenn die stationäre Behandlungsbedürftigkeit vom Psychotherapeuten festgestellt wird, idealerweise einbezogen und informiert.

**1269.** Als eine Ursache für Defizite in der Koordination wird neben der reinen Komplexität der Angebote auch angeführt, dass die Koordination trotz des erheblichen Aufwands kaum separat vergütet wird und schon für die Behandlungsgespräche im engeren Sinne im hochgetakteten Alltag die Zeit oft knapp sei. Es gibt zwar bereits eine EBM-Position zur ärztlichen Koordination bei psychiatrischer Betreuung. Sie ist jedoch nicht gekoppelt an bestimmte Ansprüche des Patienten und unabhängig davon, ob bereits ein anderer Leistungserbringer aufwendige Koordinationsleistungen erbringt. Sie wird bisher relativ selten abgerechnet.<sup>351</sup> Zu erwägen wäre an dieser Stelle, eine neue, verbindlichere Koordinationsverantwortung dem jeweils zuständigen Leistungserbringer ggf. auch höher zu vergüten. Dies würde einen Anreiz für diese Tätigkeit schaffen, die unter Umständen eine Verschlechterung und Chronifizierung des Befundes und potenziell nicht unerhebliche Folgekosten im Gesundheitswesen verhindern kann – etwa die Kosten für vermeidbare stationäre Aufenthalte.

**1270.** Theoretisch wäre auch vorstellbar, die Koordinationsverantwortung im ambulanten Sektor stärker als bisher bei nichtärztlichen Leistungserbringern zu verorten. Es gibt bereits einzelne (geplante) Modellprojekte zu einem durch nichtärztliche Leistungserbringer unterstützten Case Management (z. B. das Projekt „CAPRI“ mit den Universitäten Frankfurt und Hamburg, siehe Abschnitt 16.4.5). Sobald die Evaluationsergebnisse vorliegen, wird diese Option in zumindest einer Variante besser einzuschätzen sein. Im Rahmen einer neuen Sichtweise auf die Leistungsplanung insgesamt könnte erwogen werden, Koordinationsleistungen in die Verantwortung von Praxen zu geben, wo sie dann in Teamverantwortung zwischen z. B. dem Hausarzt plus Team oder einem niedergelassenen Psychiater plus Team ausgeführt werden könnten (vgl. Planung von Teamleistungen in Österreich im Kapitel 9 zum europäischen Vergleich der Angebotsplanung). Eine solche Lösung wäre gerade in einem integrierten Zentrum mit mehreren Leistungserbringern denkbar (siehe Abschnitt 16.7.6.2). Einen zusätzlichen Gewinn für die Koordination von Patienten mit psychischen Erkrankungen können einrichtungsübergreifende interdisziplinäre Qualitätszirkel darstellen, die innerhalb integrierter Zentren ebenfalls leichter organisierbar sind.

### 16.7.2 Bedarfsplanung: Ausweitung der ambulanten Kapazitäten?

**1271.** Es ist im psychischen Bereich besonders schwierig, die „richtige“ Anzahl an Kapazitäten zu bestimmen, da die Indikationsstellung oft weicher bzw. in Teilen mehr vom subjektiven

---

<sup>351</sup> Im Jahr 2016 wurde sie in 312 091 Fällen neben der psychiatrischen bzw. nervenheilkundlichen Grundpauschale abgerechnet, das entspricht nur einem kleinen Teil aller psychiatrischen Fälle (individuelle schriftliche Auskunft der KBV auf Anfrage des SVR).

Erleben abhängig ist als im somatischen Bereich. Rein numerisch und in der Logik der bisherigen Bedarfsplanung besteht in der ambulanten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (vor allem in Westdeutschland) und auch bei den niedergelassenen Nervenärzten (Psychiater sind nicht isoliert betrachtbar) vielerorts Überversorgung. Sofern man aber die Wartezeitenuntersuchungen nicht in ihren Kernaussagen anzweifelt oder sich normativ die Auffassung zu eigen macht, Wartezeiten von einigen Wochen oder Monaten, besonders auf die Richtlinien-Psychotherapie, seien vertretbar, dann kann man im Wesentlichen zu zwei unterschiedlichen Schlüssen kommen: Entweder werden die vorhandenen ambulanten Kapazitäten nicht optimal verwendet oder die Bedarfsplanung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich ist wirklich nicht (mehr) bedarfsgerecht.

Auch die vielfältige Kritik an der ambulanten Bedarfsplanung, auf die der Rat bereits in der Vergangenheit hingewiesen hat (SVR 2015, Abschnitt 10.1) und die zuletzt beispielsweise von der BPtK – zwar nicht interessenunabhängig, aber mit durchaus stichhaltigen Argumenten – geäußert wurde (BPtK 2017a), gibt Anlass zu der Annahme, dass eine Weiterentwicklung sinnvoll wäre.

Die aktuelle Bedarfsplanung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung teilt nicht nur Schwächen der Bedarfsplanung, die auch für andere Fachgebiete gelten. So orientiert sie sich weitgehend an Verhältniszahlen aus dem Jahr 1999, wobei die KVen durch verschiedene Reformen wie das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) inzwischen Möglichkeiten für eine flexiblere Versorgungsplanung besitzen. Doch im Bereich der psychischen Versorgung haben sich die Rahmenbedingungen u. a. durch die Entstigmatisierung und eine allgemein stärkere Inanspruchnahme stärker verändert als in den meisten somatischen Fächern.

In den letzten Jahren hat es einen Aufbau sowohl an Psychosomatikbetten als auch an Psychiatriebetten gegeben. Während die Perspektive der Psychosomatikbetten in der SVR-Befragung durchaus unterschiedlich gesehen wird, stimmen die psychiatrischen Kliniken mit den psychosomatischen Kliniken und den Niedergelassenen überein, dass sich der (Wieder-)Aufbau von Psychiatriebetten nicht fortsetzen sollte (siehe SVR-Befragung in Abschnitt 16.6.1).

**1272.** Hinsichtlich der Planung der psychotherapeutischen Kapazitäten hat der Rat bereits vorgeschlagen, nicht nur die Anzahl der psychotherapeutischen Sitze zu betrachten (SVR 2014, Abschnitt 6.4). Stattdessen sollte auch die Auslastung analysiert und berücksichtigt werden: Da möglicherweise ein wesentlicher Anteil der Psychotherapeuten nicht das volle Stundenkontingent erbringt, könnten faktische „Teil“-Sitze eine Unterversorgung kaschieren. In der Bedarfsplanung müsste deswegen zunächst die Anzahl der tatsächlich erbrachten Therapiestunden abgebildet werden und dann durch Planung mit gewichteten Sitzen die Versorgung angepasst werden. Dies würde gut passen zu einer grundsätzlichen Überarbeitung der Bedarfsplanung im Sinne einer stärkeren Leistungsorientierung, die auch einfacher mit dem stationären Sektor abgeglichen werden könnte (siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung).

Bei der Planung der psychotherapeutischen Kapazitäten sollte außerdem berücksichtigt werden, dass mehrere neue Angebote, die im Rahmen der Novellierung der Psychotherapie-Richtlinie eingeführt wurden (siehe Abschnitt 16.4.1), die Behandlungszeit im engeren Sinne einschränken. So sind die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akutbehandlung aus Koordinationssicht und mit Blick auf einen besseren Erstzugang sinnvolle Leistungen. Zugleich reduzieren sie die therapeutenseitig verfügbare Zeit für die Kurz- und Langzeittherapien.

**1273.** Hinsichtlich der Quantität der ambulanten Kapazitäten sprechen die Ergebnisse der SVR-Befragung für eine Ausweitung. Die Ergebnisse der Befragung deuten stark auf einen als notwendig erachteten Ausbau der ambulanten und teilstationären Kapazitäten hin. Einen Mangel an ambulanten Psychiatern sehen aufseiten der ärztlichen und psychologischen Leistungserbringer alle befragten Gruppen, und zwar mit versorgungspolitisch und ökonomisch relevanten Folgen wie unnötiger Inanspruchnahme von Notaufnahmen und Krankenhäusern. Hierfür spricht auch, dass die (geschätzte) Wartezeit auf einen Psychiater oder einen Tagesklinikplatz in der Regel länger ist als die auf einen akutstationären Platz. Dies ist einerseits gerechtfertigt durch oft unterschiedliche Dringlichkeit, z. B. bei akut psychotischen oder suizidalen Patienten. Auf der anderen Seite besteht das Risiko eines Fehlanreizes, wenn Patienten beispielsweise zu lange auf einen teilstationären Platz warten und ersatzweise eine vollstationäre Behandlung antreten. Das Phänomen einer Inanspruchnahme einer medizinisch unnötig hohen Leistungsebene ist aus der somatischen Notfallversorgung gut bekannt und führt dort zu einer Überinanspruchnahme aufwendiger und teurer Strukturen (siehe Kapitel 14 zur Notfallversorgung). Hinsichtlich solcher Fehlsteuerungen sind neben der ausreichenden Quantität des ambulanten Leistungsangebots die Koordination und die richtige Überweisung innerhalb der bestehenden Angebote von besonderer Bedeutung (siehe Abschnitt 16.7.1).

#### **16.7.2.1 Eigene Beplanung der psychiatrischen Leistungserbringer in der ambulanten Bedarfsplanung**

**1274.** Die Bedarfsplanung der „Nervenärzte“ sollte in Neurologen und Psychiater getrennt erfolgen, wie bereits in der Vergangenheit vom Rat gefordert (SVR 2014; SVR 2015). Es gibt keine inhaltliche Rechtfertigung mehr für die Vermengung der historisch gemeinsamen, inzwischen aber weitgehend getrennten Versorgungsbereiche, die sich auch in eigenständigen Facharztweiterbildungen äußern. Sie sorgt nicht nur für erhebliche Intransparenz hinsichtlich der tatsächlichen Versorgungslage bei Psychiatern. Gerade im Hinblick auf die Koordinierung im psychiatrisch-psychotherapeutischen System, das bereits sehr komplex ist, ist es Patienten manchmal schwer zu erläutern, welcher Leistungserbringer für seine Beschwerden optimal geeignet ist. Stattdessen stehen (z. B. bei Online-Arztsuchen) unterschiedliche Bezeichnungen zur Verfügung. Dabei muss noch das tatsächliche Tätigkeitsspektrum beachtet werden, denn es ist denkbar, dass ein niedergelassener Arzt mehrere Facharztbezeichnungen trägt (z. B. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Facharzt für Neurologie), sich aber für ein ausschließlich neurologisches Tätigkeitsspektrum entschieden hat. Das lässt sich zwar durch Anrufe oder spezielle Adresslisten klären, macht das Finden eines geeigneten Arztes aber unnötig unübersichtlich. Zukünftig wäre dann (z. B. bei KV-Arztsuchen) die Bedarfsplanungsgruppe „Psychiater“ zu wählen, und es müsste beispielsweise nicht darauf geachtet werden, ob der Arzt eine Facharztweiterbildung in „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder noch die ältere Facharztweiterbildung „Nervenarzt“ (aber seit Langem auf Psychiatrie spezialisiert) oder eine andere einschlägige Facharztweiterbildung besitzt.

### 16.7.2.2 Sektorenübergreifende Planung

**1275.** Perspektivisch sollte die Angebotskapazitätsplanung im ambulanten und stationären Sektor gemeinsam weiterentwickelt werden, zunächst zu einer stärker abgestimmten und letztlich zu einer konsequent sektorenübergreifenden Planung (siehe Kapitel 13 zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung). Hier bestehen für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durch die fließenden Übergänge zwischen ambulanten und (teil-)stationären Erfordernissen besondere Potenziale. Perspektivisch könnte das Ziel sein, durch die Ambulantisierung im vollstationären Bereich den Bettenaufbau der letzten Jahre zu beenden und in Zukunft ggf. auch wieder Betten abzubauen. Der hohe Bettennutzungsgrad von 94 % in der Psychiatrie und 91 % in der Psychosomatik (GBE-Bund 2018b) spricht allerdings dafür, zunächst den Aufbau der ambulanten Kapazitäten zu forcieren und ihn an einen ggf. zeitversetzten Bettenabbau zu knüpfen. Eine sektorenübergreifende Perspektive auf die Planung ist essenziell, um einen solchen abgestimmten Einfluss auf beide Sektoren auszuüben.

### 16.7.3 Versorgung der Patientengruppen mit dem größten Bedarf

**1276.** Bestimmte Patientengruppen sind besonders vulnerabel und vom Risiko einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterversorgung betroffen. Dabei handelt es sich insbesondere um schwer psychisch Kranke, Ältere und Pflegebedürftige sowie Flüchtlinge und Migranten mit Sprachbarrieren (Schneider et al. 2017). Sie brauchen zuvorderst eine zuverlässige psychiatrische Grundversorgung, in nicht wenigen Fällen aber auch eine Psychotherapie. Aus übergeordneter Sicht erscheint hierbei eine bessere Priorisierung der vorrangig zu versorgenden Patienten angebracht. Dabei sind unterschiedliche Wege denkbar. So könnten die Angebote, die diese Gruppen besonders benötigen, gezielt ausgebaut und gestärkt werden. Dies betrifft beispielsweise die ambulant-psychiatrische Grundversorgung (siehe u. a. Abschnitt 16.7.4) und auch Dolmetscherleistungen (Frank et al. 2017). Des Weiteren könnte die Versorgung bestimmter Patienten auch gezielt koordiniert werden (siehe u. a. Abschnitt 16.7.5).

**1277.** Besonders für langfristig psychisch Erkrankte können Selbsthilfegruppen und selbstorganisierte Bildungsinitiativen eine wertvolle Ressource sein. Es ist daher sinnvoll für psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen, den Kontakt zu entsprechenden Gruppen aktiv zu halten und in einen gegenseitigen Austausch zu treten. Dies kann Patienten auch dabei helfen, in Zeiten außerhalb akuter Krisen Vorsorge für den Bedarfsfall psychiatrischer Hilfe zu treffen. In diesem Zusammenhang könnte auch die Rolle von Behandlungsvereinbarungen<sup>352</sup> in der Psychiatrie gestärkt werden, die die Umsetzung eines zusammen mit Ärzten verschriftlichten vorausverfügten Willens ermöglichen. Behandlungsvereinbarungen haben in der Psychiatrie in der Praxis bisher noch einen begrenzten Stellenwert und werden wenig von Patienten nachgefragt (Borbé et al. 2012; Radenbach/Simon 2016). Eine stärkere Verbreitung wäre aber wünschenswert.

---

<sup>352</sup> Anders als Patientenverfügungen, die ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Autonomieverwirklichung sind, werden Behandlungsvereinbarungen bilateral zwischen Patient und z. B. einem Krankenhaus für den Fall einer späteren (erneuten) Behandlung abgeschlossen.

#### 16.7.4 Stärkung der Attraktivität der psychiatrischen Leistungserbringung

**1278.** Die Leistungserbringung durch ambulante Psychiater ist geprägt von relativ niedrig frequenten und vergleichsweise kurzen Patientenkontakten. Dies ist nicht zuletzt durch die Vergütungsbedingungen (Quartalspauschalen, zusätzliche Gesprächsvergütung in Zeiteinheiten) bedingt. Je Fall fließen deutlich mehr Mittel in die psychotherapeutische als in die psychiatrische Versorgung (ca. fünfmal so viel, siehe Abschnitt 16.3.3.1). Dies ist gut erklärbar, da eine psychotherapeutische Behandlung höherfrequent und zeitintensiver ist. Allerdings besteht durch die unterschiedlichen Bedingungen ein Risiko, dass die Ausübung der „klassischen“ ambulanten Psychiatertätigkeit mit ihrer höheren Taktung und ihrer kurzen Gesprächszeit unattraktiver wird und sich eine ungünstige Nachwuchssituation ergibt. Möglicherweise wechseln auch psychiatrische Ärzte in die vermehrte Ausübung von Richtlinien-Psychotherapie (siehe SVR 2015). Dem kann mit einer Verbesserung der Behandlungsbedingungen für ambulant-psychiatrisch tätige Ärzte begegnet werden.

Veränderungen müssen dabei in ihren Folgen sorgsam abgewogen werden. So könnte eine bessere Vergütung häufigerer oder längerer Kontakte zu Patienten – die prinzipiell im Sinne einer Vermeidung von stationärer Behandlungsbedürftigkeit bei bestimmten schwerer erkrankten Patienten wäre – den Nebeneffekt haben, dass bei begrenzten Ressourcen eine geringere Zahl an Patienten versorgt werden könnte. Daher ist idealerweise in einem Dialogprozess zwischen klinisch Tätigen, Selbstverwaltung und Gesetzgeber zu klären, welche Verbesserungen in der ambulant-psychiatrischen Versorgung durchführbar und nachhaltig sind.

**1279.** Aktuell gelten im ambulanten und stationären Versorgungssetting nicht nur unterschiedliche Bedingungen bei der Patientenversorgung, sondern auch unterschiedliche Vergütungsmodalitäten. Dies ist nicht spezifisch für die psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgung. Doch auch hier erscheint es vielversprechend, zukünftig vertieft Möglichkeiten zu prüfen, auch die Vergütung stärker sektorenübergreifend zu organisieren. Einige aktuelle Entwicklungen wie die Modellvorhaben nach § 64b SGB V, insbesondere sofern sie ambulante und stationäre Leistungen in einem gemeinsamen Budget verwalten, gehen erste Schritte in diese Richtung.

#### 16.7.5 Koordinierung freier Therapieplätze

**1280.** Die Suche nach einem Psychotherapieplatz ist bisher für viele Patienten eine schwierige, bisweilen frustrane Angelegenheit. Die Wartezeiten betragen häufig mehrere Monate (relativ übereinstimmend zwischen der SVR-Befragung und z. B. Kara 2014, BPTK 2011; BPTK 2018b), und es ist in der Regel ein Abtelefonieren verschiedener Therapeuten erforderlich. Dabei ist es möglich, dass schwer kranke oder durch ihre Krankheit im Umgang schwierige Patienten (z. B. Patienten mit Psychosen oder mit schweren Persönlichkeitsstörungen) es besonders schwer haben, einen Psychotherapieplatz zu finden. Der Rat hat im Sondergutachten 2015 bereits erwogen zu prüfen, ob ein Zuschlag als Anreiz für die Behandlung solcher Patienten mit einer besonderen Krankheitsschwere eine Option sein könnte (SVR 2015). Eine andere Möglichkeit, um das Finden eines Therapieplatzes niedrigschwelliger bzw. einfacher zu machen, ist eine zentrale Koordinierung freier Therapieplätze (oder zumindest eines bestimmten Kontingents). Hier werden inzwischen die Terminservicestellen der KVen tätig, die dies als regelhafte



neue Aufgabe durchführen. Dabei kann auch darüber aufgeklärt werden, welche Therapierichtung die infrage kommenden Therapeuten anbieten bzw. mit welchen Krankheitsbildern sie besonders erfahren sind. Es muss noch abgewartet werden, inwiefern neben psychotherapeutischen Sprechstunden auch Plätze für eine Akutbehandlung und besonders für eine (längere) Richtlinien-Psychotherapie vermittelt werden können.

**1281.** Ein weiter gehender Ansatz wäre die Priorisierung von bestimmten Patienten nach Dringlichkeit. Hierfür spräche, dass besonders schwer psychisch Erkrankte aufgrund eingeschränkter Kompetenzen bei zugleich mangelnden Anreizen seitens der Leistungserbringer besondere Schwierigkeiten haben, einen Therapieplatz zu finden (SVR 2015, Abschnitt 10.1.4). Eine Priorisierung auf einer Ebene, die dem einzelnen Therapeuten übergeordnet ist, würde aber eine Bewertung seitens einer koordinierenden Stelle verlangen. Dies wäre voraussichtlich inhaltlich schwierig. Zudem würde eine direkte Allokation auf Psychotherapeuten wohl voraussetzen, deren Entscheidung über die Behandlung von Patienten zumindest einzuschränken. In der Zusammenschau erscheint ein solches Modell daher derzeit nicht empfehlenswert.

## **16.7.6 Förderung intensiver und multimodaler Angebote im ambulanten Bereich**

### **16.7.6.1 Neue intensive ambulante Angebote**

**1282.** Zwischen ambulant-psychiatrischen und (teil-)stationären Angeboten besteht eine große Lücke bezüglich der Intensität der Behandlung. Der Sprung von einer kurzzeitigen Behandlung einmal pro Quartal (als Abrechnungsstandard, bei Bedarf auch häufiger) hin zu einer Fünf-Tage-die-Woche-Behandlung oder Rund-um-die-Uhr-Behandlung erscheint den fließenden Übergängen in den Versorgungserfordernissen wenig angemessen. Obwohl der Gesetzgeber jüngst reagiert hat mit der Einrichtung der stationsäquivalenten Behandlung und diese Entwicklung auch positiv von den Leistungserbringern bewertet wird (siehe Abschnitt 16.6.5), so betrifft sie doch (nur) eine gewisse Patientengruppe (in der Schätzung der befragten Leistungserbringer etwa 8 % bis 10 %, und es muss ein Krankheitsbild vorliegen, das eine Krankenhausbehandlung erfordert). Außerdem erfolgt sie aus dem Krankenhaus heraus, was eher für bereits stationäre Patienten als für sich schrittweise aus dem ambulanten Sektor verschlechternde Krankheitsverläufe geeignet erscheint. Dabei sieht eine große Mehrheit sowohl stationärer als auch ambulanter Leistungserbringer klar weitere Ambulantisierungspotenziale. Sie gaben in der SVR-Befragung an, dass bei Vorhandensein zusätzlicher ambulanter Angebote etwa 20 % bis 30 % der stationären Fälle vermeidbar oder verkürzbar sein könnten (siehe Abschnitt 16.6.3). Zudem sind im stationären Sektor multimodale Behandlungen inzwischen Standard, solche sind jedoch im ambulanten Sektor mangels Strukturen und Vergütungsmöglichkeiten kaum anbietbar.

Daher erscheint es sinnvoll, neue intensivere ambulante Behandlungsformate zu erproben und möglicherweise dauerhaft zu etablieren. Dies könnte etwa eine mehrmals pro Woche stattfindende Behandlung sein. Sie könnte kombiniert werden mit ambulanter psychiatrischer Fachpflege oder mit ambulanter psychiatriespezifischer Ergo- oder Sporttherapie. Sie würde im Behandlungsspektrum eine Position zwischen ambulanter fachärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung und (teil-)stationärer Behandlung einnehmen (Abbildung 16-22).

Intensive ambulante Behandlungsformate könnten auch für Patienten hilfreich sein, die speziell eine relativ hochfrequente Psychotherapie benötigen und in der (oft nicht richtigen) Annahme, eine solche im Krankenhaus bekommen zu können, eine stationäre Aufnahme anstreben. Tatsächlich aber sind im Krankenhaus zwar eine intensive Betreuung und eine multimodale Behandlung die Regel, die Dosis an tatsächlicher Psychotherapie (vergleichbar der Richtlinien-Psychotherapie) muss jedoch im stationär-psychiatrischen Setting nicht intensiver sein als ambulant (z. B. einmal wöchentlich 50 Minuten). Hier könnte es für bestimmte Patienten vorteilhafter sein, ambulant eine intensive psychotherapeutische Behandlung zu bekommen als einen von der Krankheitsakuität und vom Selbstständigkeitsgrad des Patienten vielleicht gar nicht notwendigen vollstationären Aufenthalt. In bestimmten Fällen gibt es im ambulanten Sektor bereits besonders intensive Psychotherapieformen, so etwa eine hochfrequente analytische Therapie mit mehreren Sitzungen in der Woche. Sie kann aber nicht allen Patienten angeboten werden und wäre auch von der therapeutischen Ausrichtung her (gegenüber den anderen Richtlinienverfahren der verhaltenstherapeutischen und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie) nicht für alle Patienten bzw. Krankheitsbilder passend. Ein insgesamt größeres Angebot an intensiven ambulanten Angeboten wäre daher wünschenswert.

**1283.** Auf eine Zwischenstellung zwischen regulären ambulanten und (teil-)stationären Angeboten zielt die Idee von psychotherapeutischen Abendkliniken, die es bisher in Deutschland nur vereinzelt gibt. In Abendkliniken werden vornehmlich berufstätige Patienten behandelt, die im Anschluss an ihre Tätigkeit eine regelmäßige ambulante Behandlung mehrmals in der Woche in Anspruch nehmen können. Ein besonderer Vorteil ist die Kompatibilität mit dem beruflichen Alltag, der eine wichtige Stütze dabei sein kann, die bekannte Tagesstruktur beizubehalten und die Ressource des Arbeitsplatzes nicht zu gefährden. Die Evaluation eines Modells in Heidelberg (Projekt „P-AK“ im Innovationsfonds) wird zusätzliche Informationen zur Inanspruchnahme eines solchen Abendklinikmodells bereitstellen. Eine insgesamt breite Erprobung erscheint empfehlenswert, da möglicherweise eine Versorgungslücke für eine Patientengruppe mit noch vielen Alltagskompetenzen geschlossen werden könnte.

**1284.** Als Haupteinwand gegen neue, vor allem psychiatrisch ausgerichtete intensive ambulante Versorgungsmodelle, die verglichen mit einer „regulären“ ambulant-psychiatrischen Behandlung auch kostenträchtiger sind, ist denkbar, dass sie das Risiko einer angebotsinduzierten Nachfrage bergen und allgemein zu steigenden Kosten führen könnten. Auch könnte angesichts der im psychischen Bereich vergleichsweise weichen Indikationsstellung eine Ausweitung auf Patienten erfolgen, die nach den „regulären“ Angeboten behandelbar wären. Daher müsste die Erprobung solcher Modelle gut beobachtet und evaluiert werden. Bei sachgerechtem Einsatz sind jedoch noch aufwendigere stationäre Aufenthalte vermeidbar. Es könnte daher sinnvoll sein, die aus Sicht der Kliniker vermeidbaren Fälle hinsichtlich ihres Krankheitsspektrums und Bedarfs genauer zu analysieren und daraus passende ambulante Angebote abzuleiten. Bei einer Erprobung neuer intensiver ambulanter Angebote könnten diese, gerade in der Anfangszeit, ggf. kontingentiert werden. Es ließe sich aber auch das Vorgehen begründen, zunächst die Etablierung der stationsäquivalenten Behandlung in Deutschland abzuwarten und nach einiger Zeit eine neue Bestandsaufnahme mit einer dann möglichst gezielten Erhebung des zusätzlichen Bedarfs an intensiven ambulanten Angeboten durchzuführen.

**1285.** In der SVR-Befragung wurde von Leistungserbringern angeregt, die Versorgungsmodalitäten in Tageskliniken zu flexibilisieren, d. h., beispielsweise die Möglichkeit einer Drei-Tage-

pro-Woche-Behandlung anstatt einer Fünf-Tage-pro-Woche-Behandlung gesetzlich einzuräumen. Hiergegen kann eingewendet werden, dass die Versorgung noch unübersichtlicher werden kann oder der Übergang zur ambulanten Behandlung schwieriger abzugrenzen ist, auch die Logistik in Tageskliniken könnte bei jeweils individuellen Therapieplänen schwieriger werden. Eine abschließende Beurteilung ist ohne vorliegende Evidenz schwierig.

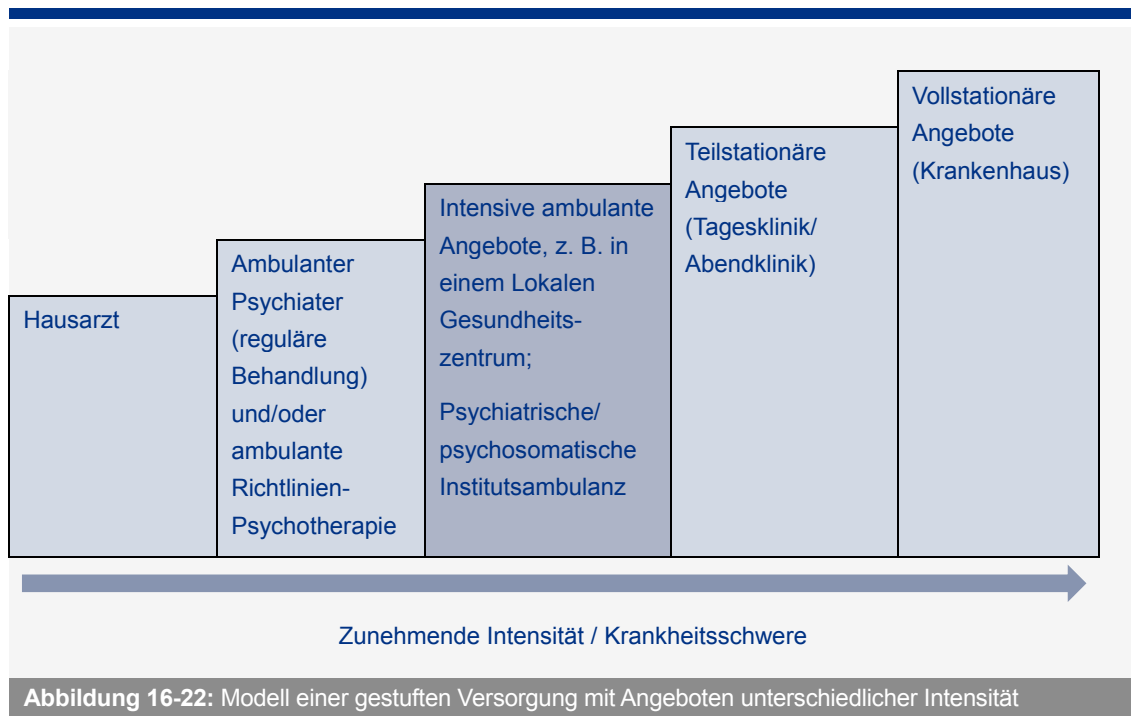
#### 16.7.6.2 Versorgung in Lokalen Gesundheitszentren

**1286.** Der Rat befürwortet (unabhängig von der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung) besonders im ländlichen Raum die Etablierung von Lokalen Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung (LGZs) als Modell einer multiprofessionellen, vernetzten, koordinierten Versorgung (SVR 2014, Abbildung 82). Die LGZs erscheinen als Ort besonders geeignet, um auch intensivierete ambulante Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen anzubieten. Sie wurden von Anfang an so gedacht, dass sie auch die Primärversorgung und das Case Management übernehmen können. Hilfreich könnte es sein, an solchen Versorgungszentren Sozialarbeiter anzustellen, die im Team und in Abstimmung mit Ärzten einen erheblichen Teil der Koordinationsarbeit übernehmen, gerade in Bezug auf die Schnittstellen zu Leistungen anderer Sozialrechtsgebiete (längerfristige Pflege, Wiedereingliederung in das Arbeitsleben, Wohnsituation etc.), bei denen sie sich oft am besten auskennen.

Schließlich hat die SVR-Befragung gezeigt, dass im stationären Sektor mehrheitlich die Sozialarbeiter die Hauptkoordinationsarbeit durchführen, im ambulanten Sektor aber die Ärzte bzw. Psychologen. Man kann dies auch so interpretieren, dass die sinnvolle Unterstützung seitens der Sozialarbeiter im ambulanten Sektor bisher weitgehend fehlt. Eine Anstellung von Sozialarbeitern ist für eine psychiatrische Einzelpraxis unwirtschaftlich, auch wegen der Budgetierung und der bisher nicht einzeln abrechenbaren Koordinationsleistungen. Sie ließe sich in einer Zentrenstruktur mit mehreren Ärzten bzw. Psychologen und weiteren Leistungserbringern möglicherweise besser umsetzen. Die Etablierung einer Koordinationspauschale könnte die Finanzierung einer solchen Konstruktion erleichtern. Es wäre zugleich bedeutsam, so weit wie möglich eine Konstanz bei den Arzt- bzw. Therapeutenbeziehungen zu beachten, da diese Beziehungskonstanz wichtig für den Behandlungserfolg ist (Bird et al. 2018).

#### 16.7.6.3 Aufsuchende Krisenteams

**1287.** Aufsuchende Hilfen haben in der Psychiatrie eine besondere Bedeutung, da einige Patienten in ihrer Mobilität beeinträchtigt sind. Die Bedeutung zeigt sich auch an der aktuellen Stärkung des Home-Treatments als regulärer Behandlungsoption. Der Sozialpsychiatrische Dienst führt in vielen Städten und Gemeinden ebenfalls aufsuchende Leistungen durch, gerade bei Menschen, die nicht gut in das Hilfesystem eingebunden sind. Er ist jedoch häufig personell unbefriedigend ausgestattet (Deutsches Ärzteblatt 2018b) und besitzt auch nur begrenzte Befugnisse. Aufsuchende, multiprofessionelle Kriseninterventionsteams auch unterhalb der Schwelle einer Krankenhausbedürftigkeit (also unterhalb des neuen Home-Treatments) könnten eine sinnvolle Ergänzung des Versorgungsspektrums sein. Sie könnten beispielsweise auch aus einem Lokalen Gesundheitszentrum heraus aktiv werden.



Lokale Gesundheitszentren, psychiatrische Institutsambulanzen und weitere Leistungserbringer könnten in zunehmendem Maße einen Bedarf nach intensiver ambulanter Behandlung decken.

Quelle: Eigene Darstellung.

### 16.7.7 Prüfung eines maßvollen Aufbaus von geschützten Heimplätzen

**1288.** Die häufigste Nennung bei den Freitexten zu Angeboten, die es zu wenig oder zu viel gebe, betrifft geschützte Heimplätze für schwer und chronisch psychisch kranke Menschen. Möglich ist, dass es eine kleine, aber sehr betreuungsintensive Patientengruppe gibt, die derzeit in vollstationärer Krankenhausbehandlung verbleibt, obwohl die Sicherung vor Eigen- und Fremdgefährdung im Vordergrund steht und keine medizinische Behandlung im engeren Sinne mehr stattfindet bzw. angepasst werden muss. Einige dieser Patienten waren vor der Psychiatrie-Enquete möglicherweise langfristig in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern untergebracht. Der Aufbau komplementärer Angebote (wie z. B. Wohngruppen mit spezieller Betreuung) als Versuch, die Patienten bedarfsgerechter und gemeindenäher zu versorgen, war dann möglicherweise nicht ausreichend oder im Einzelfall nicht passend. Für diese Patienten wäre ein vollstationäres (Akut-)Krankenhausbett wiederum eine Form der Überversorgung und würde aus einem Mangel an z. B. geschützten Wohnformen heraus eingesetzt. Daher sollte geprüft werden, ob neben dem allgemeinen Bemühen um eine gemeindenahere, so weit wie möglich ambulante Versorgung hier ein spezieller Bedarf besteht, der derzeit nicht gedeckt ist und möglicherweise von den Krankenhäusern aufgefangen wird. Ggf. könnte es dann sinnvoll sein, entsprechende geschützte Wohnmöglichkeiten zu schaffen bzw. maßvoll auszubauen. Zugleich muss darauf geachtet werden, dass es nicht zu einer reinen „Verwahrung“ dieser psychisch erkrankten Menschen kommt, sondern durch eine adäquate personelle und räumliche Ausstattung ihre bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet ist.

### 16.7.8 Proaktiver Einbezug der Digitalisierung und der Telemedizin

**1289.** E-Health-Anwendungen im Bereich der psychischen Versorgung umfassen ein breites Spektrum. Zum einen bezeichnen sie diagnostische und therapeutische Anwendungen mit direktem Patientenbezug unter Einbeziehung digitaler Medien wie des Internets zur (synchrone oder asynchrone) Kommunikation zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient.<sup>353</sup> Zum anderen gibt es im Rahmen der Digitalisierung auch Anwendungen, die sich direkt an Leistungserbringer richten, z. B. Informationsübertragungssysteme oder Programme zur direkten Terminkoordination.

#### 16.7.8.1 Anwendungen mit direktem Patientenbezug

**1290.** Wie in allen Versorgungsbereichen (siehe Abschnitt 12.6) liegen auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung Chancen und Risiken in den neuen digitalen Möglichkeiten und Anwendungen. In mehreren Ländern (beispielsweise in den Vereinigten Staaten und den Niederlanden) sind E-Health-Interventionen bereits verbreiteter und auch intensiver beforscht als in Deutschland, doch auch hierzulande zeigt sich eine Zunahme der Angebote. Hinsichtlich der psychotherapeutischen Ausrichtung orientieren sich die Angebote häufig an den Prinzipien der (kognitiven) Verhaltenstherapie. Manche zielen als primäre Informationsmöglichkeiten auf Niedrigschwelligkeit (z. B. Online-Chats und -Portale), andere dienen der Therapiekontinuität, auch an den Sektorengrenzen (z. B. poststationäre Nachbetreuung) oder gar der Selbstbehandlung bei leichten Störungen (Online-Therapieprogramme bei leichter Depression).

Es liegen Hinweise für den Nutzen solcher Angebote vor (Ebert et al. 2015; Berger et al. 2018), die bisher in Deutschland in der Regel als Modellprojekte angewendet werden (siehe Abschnitt 12.6). Auch die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ benennt potenzielle Vorteile von E-Health-Anwendungen wie eine zeitliche und örtliche Flexibilität und eine reduzierte wahrgenommene Stigmatisierung (Lucht/Schomerus 2013), es werden jedoch auch Risiken benannt. Zugleich ist beschrieben, dass Patienten den persönlichen Therapeutenkontakt bei konkreter Alternative bisher überwiegend präferieren (Eichenberg et al. 2013). Daher erscheint es angebracht, die E-Health-Angebote derzeit insbesondere als Ergänzung statt als Substitut zu diskutieren. Im Sondergutachten 2015 hat der Rat bereits gefordert, dass nur solche Maßnahmen etabliert werden sollten, die einen tatsächlichen, nachgewiesenen Nutzen für die Patienten haben.

#### 16.7.8.2 Anwendungen auf Leistungserbringerseite

**1291.** Mit Blick auf die Koordination könnten insbesondere solche Anwendungen, die anbieterseitig verankert sind und eine große Interoperabilität zu verschiedenen Arten von Leistungserbringern (möglichst sektorenübergreifend) haben, einen Mehrwert bieten.

---

<sup>353</sup> Es gibt allerdings keine international einheitliche Definition, sodass unter *telemental health* im US-amerikanischen Bereich teilweise auch nichtdigitale Mittel mitgemeint sind, die dann besonders der Distanzüberwindung bei einer Behandlung dienen.

Hier ist zu denken an die direkte Buchung freier ambulanter Termine im Rahmen des Entlassungsmanagements. Einzelne Modellvorhaben arbeiten bereits mit einer solchen Terminkoordination in einer gestuften Versorgung zwischen stationär und ambulant (Dirmaier et al. 2015). Möglicherweise sind auch eine bessere Orientierung und eine höhere Transparenz bezüglich bestimmter Behandlungsschwerpunkte in Kliniken zu erreichen, die derzeit oft erst eruiert oder der persönlichen Kenntnisnahme entstammen müssen. In vielen Fällen ist ohnehin eine bestimmte, für den Postleitzahlensektor zuständige Klinik anzusteuern. Eine Ausnahme hiervon sind allerdings psychosomatische Kliniken, die in der Regel eine ausschließlich elektive Versorgung betreiben und nicht selten bestimmte Spezialisierungen haben, beispielsweise zur Behandlung von Menschen mit Essstörungen.

### 16.7.8.3 Chancen elektronischer Patientenakten

**1292.** Perspektivisch ist eine „große Lösung“ über eine standardisierte elektronische Patientenakte gewissermaßen als „Zukunftsvision“ vielversprechend. Hier hängt vieles vom Ausrollen und von der Funktionalität der Telematik-Infrastruktur und dem Aufschalten neuer Funktionen auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) ab (siehe Abschnitt 12.6). Trotz vielfacher Kritik an der eGK besteht hier Potenzial: Besonders hilfreich ist ein überall verfügbarer Notfalldatensatz, der für viele psychiatrische Patienten (z. B. mit schizophrenen Psychosen) ein sehr wichtiger Koordinationsvorteil sein kann, da die passende Behandlung und Medikation (inklusive früherer Unverträglichkeiten oder besonders wirksamer Medikamente) bei beispielsweise stationären Aufnahmen früher bekannt ist. Darüber hinaus wären direkt verfügbare Krankenhausentlassungsbriefe und sonstige Behandlungsdokumentationen von großem Wert bei der Festlegung neuer Behandlungsstrategien. Solche Dokumente müssen bisher oft erst mühsam manuell eingeholt werden.

Auch könnten wichtige Dokumente der Selbstbestimmung und Informationsübermittlung in eine elektronische Gesundheitsakte einbezogen werden. So ist eine stärkere Verbreitung von Behandlungsvereinbarungen in der Psychiatrie zu empfehlen, die bisher nur zurückhaltend zum Einsatz kommen (siehe Abschnitt 16.7.3). Sie sollten insbesondere Patienten mit hohem Rezidivrisiko proaktiv angeboten werden. Sie könnten dann auch digital für den Bedarfsfall verfügbar gemacht werden.

Datenschutzbestimmungen müssen gerade im psychiatrischen Bereich streng beachtet werden, zumal viele vulnerable Patienten nicht alle ihre Rechte kennen oder durchsetzen können. Allerdings sollten bei gegebener Einwilligung alle Potenziale einer digitalen Akte genutzt werden, um reibungslose Behandlungsabläufe und -übergänge zu ermöglichen.

**1293.** Das im Jahr 2016 in Kraft getretene E-Health-Gesetz enthält keine spezifischen Regelungen zur psychischen Versorgung, sondern betrifft sie eher indirekt und über die allgemeine Telematik-Infrastruktur, die gefördert werden soll – etwa hinsichtlich Notfalldaten, Medikationsplan und elektronischen Arztbriefen. Jüngst ist allerdings die Entwicklung zu verzeichnen, dass das Fernbehandlungsverbot gelockert wird. Dies ist in diesem Zusammenhang zu begrüßen und könnte diverse neue Möglichkeiten der Integration auch digitaler und mobiler Angebote beschleunigen. Zwar wird immer wieder darauf hingewiesen, dass psychotherapeutisch in vielen Fällen ein persönlicher (*Face-to-Face*-)Kontakt wichtig ist und nicht unterschätzt werden

sollte. Zugleich ist für bestimmte Konstellationen die Nichtunterlegenheit von telemedizinischen Anwendungen in der Versorgung psychisch Kranker bereits gut untersucht. Potenziale können hier nicht zuletzt im ländlichen Raum bestehen. Die Qualität der Angebote muss allerdings unbedingt beobachtet werden und für Patienten transparent einschätzbar sein. Hier ist letztlich der Gesetzgeber im Rahmen einer umfassenden Lösung gefordert, die Sicherheit und Qualität von digitalen bzw. mobilen Anwendungen zu prüfen und in einem nicht zu komplexen Verfahren (z. B. einheitliches Qualitätssiegel, Liste mit geprüften Angeboten) nach außen verständlich transparent zu machen. Es muss zudem Möglichkeiten geben, die Etablierung von unseriösen Angeboten in der Versorgung so weit wie möglich zu vermeiden.

#### **16.7.9 Ein umfassender Politikansatz zur Prävention von psychischen Erkrankungen**

**1294.** Für psychische Störungen gilt gegenwärtig das biopsychosoziale Modell der Krankheitsentstehung als führendes ätiologisches Konzept (Voderholzer/Mercz 2016). Dies bedeutet, dass neben der genetischen Veranlagung und unterschiedlichen biologischen Faktoren soziale Umgebungen und Ereignisse und ihre intrasubjektive Verarbeitung eine wichtige Rolle für die Entstehung und den Verlauf psychischer Störungen spielen. Dies ist zwar nicht spezifisch für die psychische Gesundheit. So bestehen in Deutschland allgemein soziale Unterschiede bei der Morbidität und der Mortalität. Trotz im internationalen Vergleich begrenzter Datenlage kann beispielsweise die Aussage getroffen werden, dass niedrige Bildung, Armut und eine ungünstige Sozialstruktur mit einer niedrigeren Lebenserwartung einhergehen (Lampert/Kroll 2014). Dieser Zusammenhang ist aber besonders auch bei psychischen Erkrankungen feststellbar (Allen et al. 2014). Bereits die Bedingungen, unter denen Menschen aufwachsen, prägen sie und können psychische Krankheiten prädisponieren (Zohsel et al. 2017). Im späteren Lebensverlauf bestehen wichtige Wechselwirkungen mit der Arbeitswelt (siehe SVR 2015, Kapitel 10) sowie mit weiteren Lebensbereichen.

Daher sollten zur Prävention psychischer Erkrankungen einerseits spezifische Präventionsprogramme ausgebaut werden. Andererseits sollte stets auch der enge Zusammenhang zwischen der Gesundheitspolitik und anderen Politikfeldern mitgedacht werden. So gilt der Grundsatz, dass bei Entscheidungen in anderen politischen Bereichen die Auswirkungen auf die Gesundheit berücksichtigt werden sollten, wie es in dem europäischen Ansatz „Health in all policies“ zum Ausdruck kommt (Koivusalo 2010). Dies gilt etwa für die Bildungs-, die Familien- und die Sozialpolitik.

## 16.8 Literatur

- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. und Marmot, M. (2014): Social determinants of mental health. *Int Rev Psychiatry* 26(4): 392–407.
- AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) (2007): Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. GMK, Baden-Württemberg. URL: [www.gmkonline.de/\\_beschluesse/Protokoll\\_80-GMK\\_Top1002\\_Anlage1\\_Psychiatrie-Bericht.pdf](http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_80-GMK_Top1002_Anlage1_Psychiatrie-Bericht.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- AOLG (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) (2017): Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven. Bericht der AG Psychiatrie der AOLG. URL: [www.gmkonline.de/beschluesse\\_oeffentl/90-GMK-Beschluss-Anlage-TOP-10-2.pdf](http://www.gmkonline.de/beschluesse_oeffentl/90-GMK-Beschluss-Anlage-TOP-10-2.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. und Meyer, M. (2017): Fehlzeiten-Report 2017. Springer-Verlag, Heidelberg.
- BÄK (Bundesärztekammer) (2018): Ärztestatistik (jeweils für die Jahre 2002–2017). <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/> (abgerufen am 15.05.2018).
- BARMER (2018): Arztreport 2018. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse.
- Beine, K. H. (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete: von heute aus gesehen – Die Forderungen sind noch nicht erfüllt. URL: [www.dgvt.de/aktuell/details/article/40-jahre-psychiatrie-enquete-von-heute-aus-gesehen-die-forderungen-sind-noch-nicht-erfa14llt1/](http://www.dgvt.de/aktuell/details/article/40-jahre-psychiatrie-enquete-von-heute-aus-gesehen-die-forderungen-sind-noch-nicht-erfa14llt1/) (abgerufen am 15.05.2018).
- Belling, R. (2013): Management psychiatrischer Kliniken (1. Auflage). Kohlhammer, Stuttgart.
- Berger, M., Wolff, J., Normann, C., Godemann, F., Schramm, E., Klimke, A., Heinz, A. und Herpertz, S. (2015): Leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung: Normative Personalermittlung am Beispiel Depression. *Nervenarzt* 86: 542–548.
- Berger, M. (2016): Kehrtwende der Großen Koalition in der PEPP-Diskussion. *InFo Neurologie & Psychiatrie* 18(3): 3.
- Berger, T., Krieger, T., Sude, K., Meyer, B. und Maercker, A. (2018): Evaluation an e-mental health program („deprexis“) as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *J Affect Disord* 227: 455–462.
- Bird, V. J., Giacco, D., Nicaise, P., Pfennig, A., Lasalvia, A., Welbel, M. und Priebe, S. (2018): Inpatient treatment in functional and sectorised care: patient satisfaction and length of stay. *Br J Psychiatry* 212(2): 81–87.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2017): Krankenhausfinanzierung. URL: [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/krankenhausfinanzierung.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/arzneimittelversorgung/krankenhausfinanzierung.html) (abgerufen am 15.05.2018).
- Bockwyt, E. (2016): Der verhaltenstherapeutische Bericht an den Gutachter. Schattauer, Stuttgart.



- Böhm, B. und Haase, N. (Hrsg.) (2008): Täterschaft – Strafverfolgung – Schuldentlastung. Ärztebiografien zwischen nationalsozialistischer Gewaltherrschaft und deutscher Nachkriegsgeschichte. Leipziger Universitätsverlag, Leipzig.
- Bolton, D. (2013): Overdiagnosis problems in the DSM-IV and the new DSM-V: can they be resolved by the distress-impairment criterion? *Can J Psychiatry* 58(11): 612–617.
- Borbé, R., Jaeger, S., Borbé, S. und Steinert, T. (2012): Anwendung psychiatrischer Behandlungsvereinbarungen in Deutschland. *Nervenarzt* 83(5): 638–643.
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2011): BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK, Berlin, 2011. URL: [www.bptk.de/uploads/media/110622\\_BPtK-Studie\\_Langfassung\\_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie\\_01.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2017a): Reform der psychotherapeutischen Bedarfsplanung. Konzept für eine bedarfsgerechtere Planung der Psychotherapeutenplätze. Berlin.
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2017b): Praxis-Info Psychotherapie-Richtlinie. URL: [www.bptk.de/uploads/media/bptk\\_praxis-info\\_psychotherapie-richtlinie\\_1\\_Auflage\\_%C3%BCberarbeitete\\_Fassung\\_Juli\\_2017\\_02.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/bptk_praxis-info_psychotherapie-richtlinie_1_Auflage_%C3%BCberarbeitete_Fassung_Juli_2017_02.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2018a): Arbeitsunfähigkeitstage auf Grund von Diagnosegruppen. Aktualisierte Daten in Ergänzung zur BPtK-Studie 2015 „Arbeitsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und Krankengeldmanagement“. Daten zur Verfügung gestellt auf individuelle Anfrage des SVR.
- BPtK (Bundespsychotherapeutenkammer) (2018b): Wartezeiten 2018. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Berlin.
- Braun, B., Brückner-Bozetti, P., Lingenfelder, M., Uhlmann, C. und Steinert, T. (2017): Rationierung in der stationären psychiatrischen Versorgung. *Nervenarzt* 88(9): 1020–1025.
- Bundesgesetzblatt (2016): Bundesgesetzblatt Jahrgang 2016, Teil I, Nr. 63, ausgegeben zu Bonn am 23. Dezember 2016. Bundesanzeiger Verlag, Köln.
- Bühning, P. (2016): Individuelle Budgets bleiben. *Dtsch Arztebl* 113(33–34): 1473–1474.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H. und Hedman-Lagerlöf, E. (2017): Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 47(1):1–18.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2012): 20 Jahre Krankenhausstatistik. URL: [www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile) (abgerufen am 15.05.2018).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2017): Gebiet und Bevölkerung – Fläche und Bevölkerung. Darstellung vom 26.01.2017, Stand 31.12.2015 auf Grundlage des Zensus 2011. URL: [www.statistik-bw.de/Statistik-Portal/de\\_jb01\\_jahrtab1.asp](http://www.statistik-bw.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab1.asp) (abgerufen am 15.05.2018).

- Deutscher Bundestag (1975): Bundestags-Drucksache 7/4200: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung – Zusammenfassung. URL: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/07/042/0704200.pdf> (abgerufen am 15.05.2018).
- Deutsches Ärzteblatt (2018a): Terminservicestellen stärker nachgefragt. URL: [www.aerzteblatt.de/nachrichten/87297/Terminservicestellen-staerker-nachgefragt](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/87297/Terminservicestellen-staerker-nachgefragt) (abgerufen am 15.05.2018).
- Deutsches Ärzteblatt (2018b): 55 Arztstellen in Berliner Gesundheitsämtern nicht besetzt. URL: [m.aerzteblatt.de/news/thema-11779-2-88701.htm](http://m.aerzteblatt.de/news/thema-11779-2-88701.htm) (abgerufen am 15.05.2018).
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (2015): Konzept eines budgetbasierten Entgeltsystems für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Nervenarzt* 86: 1400–1402.
- DGPPN/DGN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde/Deutsche Gesellschaft für Neurologie) (2016): S3-Leitlinie „Demenzen“, URL: [www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/038-013l\\_S3-Demenzen-2016-07.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/038-013l_S3-Demenzen-2016-07.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Dirmaier, J., Liebherz, S., Sängler, S., Härter, M. und Tlach, L. (2015): Psychenet.de: development and process evaluation of an e-mental health portal. *Inform Health Soc Care* 41(3): 267–285.
- DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: März 2017. URL: [https://www.dkgev.de/media/file/47471.2017-04-18\\_PM-Anlage-DKG-Bestandsaufnahme\\_Krankenhausplanung\\_Investitionsfinanzierung.pdf](https://www.dkgev.de/media/file/47471.2017-04-18_PM-Anlage-DKG-Bestandsaufnahme_Krankenhausplanung_Investitionsfinanzierung.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund) (2017): Rentenversicherung in Zeitreihen. 23. Auflage. URL: [www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6\\_Wir\\_ueber\\_uns/03\\_fakten\\_und\\_zahlen/03\\_statistiken/02\\_statistikpublikationen/03\\_rv\\_in\\_zeitreihen.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/03_rv_in_zeitreihen.html) (abgerufen am 15.05.2018).
- Ebert, D. D., Berking, M., Cuijpers, P., Lehr, D., Pörtner, M. und Baumeister, H. (2015): Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial. *J Affect Disord* 176: 9-17.
- Egede, L. E., Acierno, R., Knapp, R. G., Lejuez, C., Hernandez-Tejada, M., Payne, E. und Frueh, B. C. (2015): Psychotherapy for depression in older veterans via telemedicine: a randomized, open-label, non-inferiority trial. *Lancet Psychiatry* 2(8): 693-701.
- Eichenberg, C., Wolters, C. und Brähler, E. (2013): The internet as a mental health advisor in Germany – results of a national survey. *PLoS One* 8(11): e79206.

- Frances, A. (2013): Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia* 19(3): 14–18.
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., Rommel, A. und Lampert, T. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 24–47.
- Gaebel, W., Kowitz, S., Fritze, J. und Zielasek, J. (2013): Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the Germany Statutory Pension Insurance Scheme. *Dtsch Arztebl Int* 110(47): 799–808.
- GBE-Bund (2018a): Krankheitskosten. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (abgerufen am 15.05.2018).
- GBE-Bund (2018b): Fachabteilungen, Betten (Anzahl und je 100.000 Einwohner), Fälle, Berechnungs-/Belegungstage, Nutzungsgrad und Verweildauer in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. URL: [www.gbe-bund.de](http://www.gbe-bund.de) (abgerufen am 15.05.2018).
- Große, C. und Wolff-Menzler, C. (2016): Analyse und Beurteilung der Veränderungen des PEPP-Systems durch den Entgeltkatalog 2015. *Gesundheitswesen* 78(7): 446–451.
- Häfner, H. (2000): Die Entwicklung der klinischen Psychiatrie in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. *Krankenhauspsychiatrie* 11(4): 145–157.
- Häring, B. (2018): Das Entgeltsystem. URL: [www.psychiatrie-entgelt.de/pepp-system/systemaufbau](http://www.psychiatrie-entgelt.de/pepp-system/systemaufbau) (abgerufen am 15.05.2018).
- Häussler, B., Höer, A. und de Millas, C. (2018): Arzneimittel-Atlas 2017. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. URL: [www.arzneimittel-atlas.de/arzneimittel/n06-psychoanaleptika/verbrauch/](http://www.arzneimittel-atlas.de/arzneimittel/n06-psychoanaleptika/verbrauch/) (abgerufen am 15.05.2018).
- Hauth, I. (2017): Versorgung neu gedacht. In: Hauth, I., Falkai, P. und Deister, A. (Hrsg.): *Psyche. Mensch. Gesellschaft*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Hepp, U. und Stulz, N. (2017): Home Treatment: Von der Forschung zur klinischen Umsetzung. *Psychiat Prax* 44: 371–373.
- Herpertz, S. C., Herpertz, S., Schaff, C., Roth-Sackenheim, C., Falkai, P., Henningsen, P., Holtmann, M., Bergmann, F. und Langkafel, M. (2011): Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie. URL: [www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/aerztliche-psychotherapie-herpertz.pdf) (abgerufen am 15.05.2018).
- Horter, H., Driessen, M. und Zapp, W. (2016): *Systemimmanente Anreize im Pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP)*. Springer-Verlag, Wiesbaden.
- Hubmann, S. (2016): *Evaluation des Regionalen Psychiatrie-Budgets im Landkreis Dithmarschen, Schleswig-Holstein*. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Charité Universitätsmedizin Berlin. URL: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/2309> (abgerufen am 15.05.2018).
- Hucklenbroich, C. (2013): Zweierlei Hilfe für dieselben Patienten. *Frankfurter Allgemeine Zeitung* vom 28.04.2013. URL: [www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-](http://www.faz.net/aktuell/wissen/medizin-)

ernaehrung/psychiatrie-und-psychosomatik-zweierlei-hilfe-fuer-dieselben-patienten-12158669.html (abgerufen am 15.05.2018).

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 85: 77–87.

Kara, S. (2014): Die Seele muss warten, *DIE ZEIT* 28. URL: [www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-03/psychotherapie-depression-wartezeiten](http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-03/psychotherapie-depression-wartezeiten) (abgerufen am 15.05.2018).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2017): Abrechnungsstatistik: Kennzahlen der Abrechnungsgruppen 1. Quartal 2009 bis 4. Quartal 2015, Praxen mit zugelassenen Ärzten. URL: [www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht\\_Tabellen.xlsx](http://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Tabellen.xlsx) (abgerufen am 15.05.2018).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018a): Gesundheitsdaten. Vertragsärztliche Versorgung. URL: [gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16392.php](http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16392.php) (abgerufen am 15.05.2018).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018b): Gesundheitsdaten. Versorgungsgrade in den Planungsbereichen. URL: [gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php](http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php) (abgerufen am 15.05.2018).

KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) (2018c): Versorgungsgrade in den Planungsbereichen im Jahr 2017, grafische Darstellung auf individuelle Anfrage des SVR.

Kessler, R. C. und Üstün, T. B. (2008): *The WHO World Mental Health Surveys. Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*, Cambridge University Press, New York.

Klee, E. (1988): Alles muss besser werden – Empfehlungen nach fast 20 Jahren Diskussion um eine Reform der Psychiatrie. *DIE ZEIT* Nr. 46/1988 vom 11.11.1988. URL: [www.zeit.de/1988/46/alles-muss-besser-werden](http://www.zeit.de/1988/46/alles-muss-besser-werden) (abgerufen am 15.05.2018).

Klimke, A., Bader, R., Berton, R., Borrmann-Hassenbach, M., Brobeil, T., Nitschke, R., Reitel, G., Schillinger, M. und Godemann, F. (2014). Vergütungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik – Studie zur Machbarkeit eines tageskostenbasierten Entgeltsystems. *Nervenarzt* 85: 88-96.

Koivusalo, M. (2010): The state of Health in All policies (HiAP) in the European Union: potential and pitfalls. *J Epidemiol Community Health* 64: 500–503.

Lampert, T. und Kroll, L. E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. *GBE kompakt* 5(2). URL: [www.rki.de/gbe-kompakt](http://www.rki.de/gbe-kompakt) (abgerufen am 15.05.2018).

Löhr, M., Liekenbrock, A., Vilsmeier, F., Hemkendreis, B., Nienaber, A., Klessmann, R. et al. (2016): Die Pflege-Patienten-Relationen in Psychiatrie und Psychosomatik (PPR-PP) – die pflegerische Basisbesetzung in der Behandlung Erwachsener. *Z Psychosom Med Psychother* 62(2): 150–166.

- Lohse, M. J. und Müller-Oerlinghausen, B. (2011): Psychopharmaka. In: Schwabe, U. und Paffrath, D. (Hrsg.) (2011): Arzneiverordnungs-Report 2011. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Lohse, M. J. und Müller-Oerlinghausen, B. (2017): Psychopharmaka. In: Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D. und Klauber, J. (Hrsg.) (2017): Arzneiverordnungs-Report 2017. Springer-Verlag, Heidelberg.
- Lucht, M. und Schomerus, G. (2013): E-Health in der Psychiatrie. *Psychiat Prax* 40(6): 301–303.
- Mehl, S., Falkai, P., Berger, M., Löhr, M., Rujescu, D., Wolff, J. und Kircher, T. (2016): Leitlinienkonforme psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für Patienten mit Schizophrenie. Eine normative Berechnung des benötigten Personalbedarfs. *Nervenarzt* 87(3): 286–294.
- Müller, H., Haag, I., Jessen, F., Kim, E. H., Klaus, J., Konkol, C. und Bechdorf, A. (2016): Cognitive Behavioral Therapy and Assertive Community Treatment Reduces Days in Hospital and Delays Hospital Admission in Severe Psychotic Disorders. *Fortschr Neurol Psychiatr* 84(2): 76–82.
- Pollmächer, T. (2017): Das PsychVVG aus Sicht der Bundesdirektorenkonferenz. *Psychiat Prax* 44(1): 54–55.
- Radenbach, K. und Simon, A. (2016): Advance Care Planning in der Psychiatrie. *Ethik Med* 28: 183–194.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F. und Thom, J. (2017): Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring* 2(4).
- Schneider, F., Bajbouj, M. und Heinz, A. (2017): Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Nervenarzt* 88(1): 10–17.
- Schlipfenbacher, C. und Jacobi, F. (2014): Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. *Public Health Forum* 22(82).
- Schlottmann, N. und Laufer, R. (2014). Pauschalierendes Entgeltsystem für die Psychiatrie und Psychosomatik – Version 2014. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf.
- Spießl, H. und Klein, H. E. (2008): Eine untere Grenze der Verweildauer ist erreicht! *Psychiat Prax* 35: 269–270.
- Steinhart, I., Wienberg, G. und Koch, C. (2014): Krankenhausersetzende psychiatrische Behandlung in Deutschland – Praxismodelle, Standards und Finanzierung. *GGW* 4: 15–26.
- Studenski, F., Berton, R. und Birr, M. C. (2013): Neues Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik – Daten, Analysen und Ausblicke. Gabler, Wiesbaden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014): Gutachten 2014. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.

- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2015): Sondergutachten 2015. Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten. Hogrefe Verlag, Bern.
- Tophoven, C. und Wessels, T. (2015): Reformbedarf in Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik. Gesundheits- und Sozialpolitik 6: 32–39.
- Voderholzer, U. und Mercz, A. (2016): Wechselwirkung Psyche – Körper. In: Hauth, I., Falkai, P. und Deister, A. (Hrsg.): Psyche. Mensch. Gesellschaft. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Vollmann, J. (2014). Das neue pauschalierende Entgeltsystem PEPP. Nervenarzt, 85: 1410–1418.
- Wasem, J., Reifferscheid, A., Südmersen, C., Faßbender, R. und Thomas, D. (2012): Das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen. IBES Diskussionsbeitrag 195: 4–5.
- Werner, W. (2004): Lehrbuch der Krankenhauspsychiatrie: Psychiatrie im sozialen Kontext. Schattauer Verlag, Stuttgart.
- Wolf, A., Hertel, G., Schreiber-Willnow, K. und Heuft, G. (2016): Follow-up-Studie zur Stabilität der Symptomreduktion in einer Fünfjahres-Katamnese bei stationären Patienten über 60 Jahre. Z Psychosom Med Psychother 62(2): 167–176.
- Wolff-Menzler, C. und Pagel, N. (2015): Psychiatrische Dokumentation im PEPP-Entgeltsystem. Göttingen: Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Zimmermann, G. (2017): Psychotherapeuten müssen jetzt Termine anbieten. MMW Fortschritte der Medizin 5: 179.
- Zohsel, K., Hohm, E., Schmidt, M. H., Brandeis, D., Banaschewski, T. und Laucht, M. (2017): Langfristige Folgen früher psychosozialer Risiken. Kindheit und Entwicklung 26: 203–209.

## Zusammenfassung





---

## 17 Empfehlungen für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung

---

### 17.1 Executive Summary: Steuerung zum Patientenwohl

**1295.** Dieses Gutachten ist von der Frage ausgegangen, wie die erheblichen, aber begrenzten Mittel, die für das hohe Gut Gesundheit aufgebracht werden, so eingesetzt werden können, dass das Wohl der Patienten bzw. der Versicherten bedarfsgerecht und in hoher Qualität erreicht wird. Das kann nur gelingen, wenn das zugrundeliegende Gesundheitsversorgungssystem gut organisiert und nachhaltig finanziert wird. Die Frage, mit welchen Mitteln das gewährleistet werden kann, beschäftigt den Rat unter medizinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten. Sie zieht sich wie ein roter Faden durch die bisherigen Gutachten und wird wohl auch zukünftige Gutachten prägen.

**1296.** Dabei steht der Ansatz des Rates zu der gesundheitsbezogenen Sorge um den Einzelnen nicht im Gegensatz, sondern in einem notwendigerweise komplementären Verhältnis: Damit der einzelne Mensch und sein Wohl im Mittelpunkt des konkreten ärztlichen, pflegerischen und sonstigen gesundheitsbezogenen Bemühens stehen kann, muss in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem darauf geachtet werden, dass die vorhandenen Ressourcen (Personal, Strukturen und technische Möglichkeiten ebenso wie finanzielle Mittel) effektiv und effizient genutzt werden. Fehlentwicklungen ist daher gegenzusteuern.

**1297.** Ausgehend von dieser Grundüberlegung wurden in den vorstehenden Kapiteln wesentliche „Stellschrauben“ jetziger und vor allem auch zukünftiger Entwicklungen in den Blick genommen und auf die Möglichkeiten einer bedarfsgerechteren Steuerung der Gesundheitsversorgung „abgeklopft“. Steuerung lässt sich allgemein verstehen als „Hinführung zu einem bestimmten Ziel“. Bezogen auf das Gesundheitswesen wurde in diesem Gutachten das Ziel in Anknüpfung an die einschlägige Stellungnahme des Deutschen Ethikrates als „Patientenwohl“ bezeichnet.

**1298.** Die vorstehenden Analysen lassen erkennen, dass es in unserem Gesundheitswesen weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt und insofern „Steuerungsdefizite“ bestehen. Solche Defizite müssen nicht notwendig durch *mehr*, sondern können auch durch *gezieltere* Steuerung ausgeglichen werden. Auch weil die Strukturen des Gesundheitssystems sehr komplex und schwer überschaubar sind, hält der Rat an der ein oder anderen Stelle eine entschlossener bedarfsorientierte Steuerung für notwendig: Zum einen müssen Ausbau und

Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zukünftig zum Teil effektiver und effizienter gesteuert werden. Dies gilt insbesondere für die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie für den Abbau der noch immer viel zu hohen Mauer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Zum anderen müssen zum Teil auch die Patienten und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems besser „gesteuert“ werden. Die Steuerung von Patientenwegen im komplexen Versorgungssystem ist daher ein Schwerpunkt dieses Gutachtens.

**1299.** Als zentrales Kriterium für die Angemessenheit seiner Steuerungsvorschläge hat der Rat „Bedarfsgerechtigkeit“ zugrunde gelegt. Bedarfsgerechtigkeit stellt ein normatives Konzept dar, demzufolge jeder und jede Versicherte in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten soll, die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht, d. h., die er oder sie nach möglichst objektiven Kriterien benötigt. Obgleich dieser objektive Bedarf in zeitlicher Hinsicht einem Wandel unterliegt und letztendlich ein nicht messbares Konstrukt bleibt, lässt sich eine auf ihm aufbauende bedarfsgerechte Versorgung mithilfe positiver und negativer Kriterien zumindest tendenziell charakterisieren.

**1300.** Im vorliegenden Gutachten wurde das Kriterium Bedarfsgerechtigkeit sowohl zur Bewertung des Ist-Zustandes als auch zur Konzipierung von Weiterentwicklungsvorschlägen angewendet. Die wichtigsten Analyseergebnisse und Empfehlungen zur bedarfsgerechten Steuerung in sieben Schwerpunktbereichen – auf der Nachfrage- wie auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens – lassen sich wie folgt zusammenfassen.

#### **17.1.1 Ambulante Angebotskapazitäten und Vergütung**

**1301.** Bei der derzeitigen ambulanten Bedarfsplanung handelt es sich im Wesentlichen um eine Fortschreibung der bestehenden Angebotskapazitäten mit einer regionalen Anpassung. Die Ermittlung dieses Bedarfs erfolgt für die einbezogenen Arztgruppen über Verhältniszahlen, die für die Hausärzte auf dem Stand von 1995, für die Fachärzte auf dem Stand von 1990 und für die Psychotherapeuten auf dem Stand von 1999 basieren und mit einem Faktor für die demografische Entwicklung multipliziert werden.

**1302.** Bei der Planung des Versorgungsangebots gilt es zunächst, die seit dieser historischen Festlegung der Verhältniszahlen eingetretene und sich zukünftig abzeichnende Entwicklung der Determinanten des Angebots und der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Hierzu gehören auf der Angebotsseite vor allem das Alter der Ärzte bzw. ihr Austritt aus der Versorgung sowie die absolute und die relative Zunahme von angestellten Ärztinnen und Ärzten. Vor diesem Hintergrund sollte sich die Planung des zukünftig bedarfsgerechten Angebots weniger an der Anzahl der Ärzte bzw. deren Kopfzahl als vielmehr an deren tatsächlichem Angebot bzw. deren Arbeitsstunden orientieren.

**1303.** In den letzten Jahren fand auf der Nachfrageseite eine für die ambulante Versorgung relevante Entwicklung statt, als sich infolge der Binnenwanderung die Unterschiede in der Anzahl und der jeweiligen Morbidität der Versicherten zwischen Ballungs- und ländlichen Gebieten verstärkten. Im Zuge dieser Entwicklung nahm die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit und damit auch der Wert von Vertragsarztsitzen in Ballungsgebieten noch weiter zu, während sich die frei werdenden Arztsitze in strukturschwachen Gebieten häufig kaum nachbesetzen ließen. Die Knappheit von Arztsitzen führte in begehrten Gebieten vielfach dazu, dass bei Nachbesetzungsverfahren die jeweiligen Besitzer die mit dem Vertragsarztsitz verbundene

Praxis zu einem den Sachwert weit übersteigenden Preis veräußern konnten, als ob es sich bei dem Vertragsarztsitz um ein „eigentumsähnliches“ Gut handelte. Um diese verbreitete Vorgehensweise zu unterbinden, sollte das Nachbesetzungsverfahren für ambulante Vertragsarztsitze reformiert werden. Bezüglich der Übernahmepreise kann es dabei eine Übergangsregelung geben. Die gezahlten Preise bei Übernahme von Vertragsarztpraxen sollten, wenn möglich, erfasst und mit regionalem Bezug ausgewertet werden, um die Transparenz zu erhöhen. Außerdem sollte eine zeitliche Limitierung der vertragsärztlichen Zulassung erfolgen, z. B. 30 Jahre bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) sowie Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) und bei einzelnen Vertragsärzten bis zur Beendigung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit.

**1304.** Um eine flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau zu sichern, empfiehlt es sich, die Niederlassung von Vertragsärzten in Gebieten, in denen sich durch das anstehende Ausscheiden mehrerer Vertragsärzte eine Unterversorgung abzeichnet, zu vereinfachen. Hier sollte die Möglichkeit bestehen, Nachbesetzungen bereits fünf Jahre vor der voraussichtlichen Aufgabe eines Vertragsarztsitzes vorzunehmen. Obgleich die Höhe der Honorare nicht die zentrale Rolle für die Niederlassung von Vertragsärzten in strukturschwachen Gebieten spielt, könnten finanziell spürbare „Landarztzuschläge“ hier gleichwohl zur Verbesserung der Situation beitragen.

**1305.** Eine morbiditätsorientierte Pauschalvergütung pro Patient verspricht in der hausärztlichen Versorgung Anreize für eine hohe Behandlungsqualität. Dabei kann für spezifische Leistungen weiterhin die Einzelleistungsvergütung gelten. In einem solchen Vergütungssystem bedarf es der durch Einschreibung erkennbaren Zuordnung eines Patienten zu dem von ihm frei gewählten Hausarzt.

### 17.1.2 Planung und Finanzierung von Krankenhäusern

**1306.** Krankenhausplanung und -finanzierung in Deutschland weisen in vielen Bereichen Verbesserungspotenzial auf. Die derzeitige Krankenhausplanung erfolgt oftmals nicht ausreichend bedarfsgerecht. Bei der Investitionsförderung reichen die vorhandenen Investitionsmittel der Länder, auch infolge eines Überangebots an Krankenhäusern, nicht aus, um den Bedarf zu decken. Zugleich enthält die Vergütung der Krankenhausbetriebskosten, trotz der Verdienste des Diagnosis-Related-Group (DRG)-Systems um die Erhöhung der Transparenz, zahlreiche Fehlanreize. Die Fehlentwicklungen in der Krankenhausfinanzierung sind für Universitätskliniken und teilweise auch für Maximalversorger besonders gravierend. Als Lösungen empfiehlt der Rat folgende Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung.

**1307.** Die derzeitige bettenorientierte Planung sollte durch eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. -strukturen und anderer wichtiger Zielgrößen, wie Personal- und Geräteausstattung, ersetzt werden. Die Prognose über die Nachfrage sollte künftig Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, Mortalität und Morbidität sowie Prognosen über den medizinisch-technischen Fortschritt und die Präferenzentwicklung von Patienten berücksichtigen.

**1308.** Zur Investitionsfinanzierung wird ein Übergang von einer dualen zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung („differenzierte Monistik“) vorgeschlagen. Da jedoch ein politischer Konsens zum Übergang zur Monistik bislang nicht gefunden werden konnte und auch in

Zukunft ungewiss ist, ob er erzielt werden kann, bedarf es anderer Maßnahmen, um der derzeitigen Unterfinanzierung in der Investitionsförderung entgegenzuwirken und die gegenwärtigen Überkapazitäten abzubauen. Der Strukturfonds ist gut geeignet, um die Bereinigung der Krankenhausstrukturen zu beschleunigen und die Investitionsförderung der Länder zu ergänzen. Er sollte verstetigt werden und künftig einen stärkeren Schwerpunkt im Bereich der Schließung von Krankenhäusern, nicht nur einzelner Abteilungen, in überversorgten Gebieten setzen. Der Bundesanteil sollte aus Steuermitteln statt durch den Gesundheitsfonds getragen werden. Als Kompensation sollte der Bund in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Gebieten erhalten.

**1309.** Zur Weiterentwicklung der Betriebskostenfinanzierung wird eine Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System empfohlen, z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte. Die derzeit heterogene Definition von Versorgungsstufen ist hierfür nicht geeignet. Vielmehr sollte eine neue bundeseinheitliche und empirisch abgeleitete Definition von Versorgungsstufen auf Fachabteilungsebene erfolgen. Ein weiterer wichtiger Baustein wäre eine Stärkung pauschaler Vergütungselemente durch gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft. So würde u. a. ein definierter Vorhaltungsbedarf bedarfsnotwendiger Kliniken pauschal vergütet. Für mengenanfällige Eingriffe sollte das bereits bestehende Zweitmeinungsverfahren zu einer obligatorischen Maßnahme vor der Durchführung eines Eingriffs weiterentwickelt werden und/oder eine Dokumentations- und Begründungspflicht eingeführt werden. Zur Förderung der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen wird empfohlen, einen Katalog ambulanter Prozeduren zu definieren, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Um Krankenhäusern eine kostendeckende Vergütung sicherzustellen, sollte die Höhe dieser sektorenübergreifenden Vergütungssätze zunächst oberhalb der derzeitigen Sätze des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) liegen, später sollten diese Vergütungssätze fortwährend evaluiert und gesenkt werden. Um faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten, sollte ein Bundesbasisfallwert ermittelt werden, der mit einem Regionalisierungsfaktor dem krankenhausspezifischen Preisniveau der jeweiligen Region angepasst wird. Zuletzt enthält das Gutachten Empfehlungen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Weiterbildung durch Etablierung eines Weiterbildungsfonds mit Ad-personam-Zuordnung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung („Rucksackmodell“) sowie zur Weiterentwicklung der Vergütung, die der speziellen Situation von Universitätskliniken und teilweise auch anderen Maximalversorgern Rechnung tragen.

### 17.1.3 Sektorenübergreifende Versorgung

**1310.** Einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung steht in erster Linie die starke Abschottung der einzelnen Leistungssektoren entgegen. Vor allem Kliniken und Praxen, zwischen denen eine unsichtbare, aber sehr folgenreiche Mauer verläuft, arbeiten in Deutschland eher nebeneinander als im Interesse des Patienten miteinander. Die integrierte Versorgung, die vornehmlich auf selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern basiert, zielt seit ca. 20 Jahren auf eine bessere Verzahnung insbesondere des ambulanten und des stationären Sektors. Trotz einiger Fortschritte gegenüber der Ausgangslage fällt eine Zwischenbilanz immer noch nicht zufriedenstellend aus.

**1311.** Für eine erfolgsversprechende integrierte Versorgung besitzen die potenziellen Vertragspartner noch zu geringe Gestaltungsmöglichkeiten und sehen sich auch mit einengenden Reglementierungen konfrontiert. Dies gilt u. a. für die zulässigen Rechtsformen bei den MVZs, die eingeschränkte Auswahl der geförderten Disease-Management-Programme (DMPs) und die geforderten Wirtschaftlichkeitsnachweise bei der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Die Zulassung der Apotheker als gleichwertige Vertragspartner im Rahmen der besonderen Versorgung und die Gewährung des Leistungserbringerstatus für nach § 87b SGB V besonders förderungswürdige Praxisnetze könnten weitere Optionen für die regionale sektorenübergreifende Versorgung schaffen.

**1312.** Die seit dem Jahr 2012 gesetzlich verankerte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) verspricht von ihrer Konzeption her einen relevanten Beitrag zur Lösung dieser Schnittstellenprobleme und zugleich eine verstärkte Substitution von stationären durch ambulante Leistungen. Die bisher gleichwohl eher enttäuschende Entwicklung der ASV geht zu einem beachtlichen Teil auf die extrem hohen Teilnahmeanforderungen zurück, die trotz der Notwendigkeit von Qualitätserfordernissen einer Überprüfung bedürfen.

**1313.** Die sektorenübergreifende Planung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sollte von regionalen Gremien, unterstützt durch einzurichtende Geschäftsstellen, wahrgenommen werden. Die Stimmrechte in diesem Gremium mit ähnlichen Stimmverhältnissen wie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sind eng an die Verantwortung für die Sicherstellung und die Finanzierung der Versorgung zu binden. Grundlage der Bedarfsermittlung bildet neben der regionalen Morbidität eine prospektive Planungskomponente, die u. a. demografische Veränderungen und den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigt. Der geplante Bedarf sollte sich weniger an festen Kapazitätskriterien wie Arztsitzen und Bettenzahlen, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen orientieren. Dabei geht es auch um die Frage, ob sich diese Leistungen unter medizinischen und ökonomischen Aspekten besser ambulant oder stationär erbringen lassen. Ferner umfasst eine solche regionale Bedarfsplanung neben speziellen Versorgungszielen Parameter wie Warte- und Wegezeiten der Patienten sowie die Ergebnisse einer noch weiterzuentwickelnden sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

**1314.** Zeitlich begrenzte Leistungsaufträge an Krankenhäuser können dazu dienen, dort die Erbringung von ambulanten Leistungen zu verstärken, wobei andererseits die Vergabe auch weiterhin an ambulante Leistungserbringer erfolgen kann. Vor allem benötigt eine bedarfsgerechte Versorgung ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem, bei dem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung das Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ gilt. Diese einheitliche Kalkulation sollte, wie bei der ASV gesetzlich vorgesehen, aus diagnosebezogenen Gebührenpositionen bestehen.

#### **17.1.4 Steuerung von Patientenwegen**

**1315.** Der Stellenwert einer Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Dieser Herausforderung wird die Regelversorgung in Deutschland kaum gerecht. Bemängelt wird vor allem eine unzureichende Steuerung von Inanspruchnahmen, die zu Termin- und Kapazitäts-

problemen führt. Als Lösung schlägt der Rat u. a. verstärkte Anreize für hausärztlich koordinierte Versorgungsmodelle vor, die vorsehen, dass immer zuerst der Hausarzt aufgesucht wird. So hat die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) als erstes Modell, das eine hausärztliche Koordination auch in Deutschland implementierte, das Ziel einer qualitätsgesicherten und leitlinienorientierten Steuerung der Versorgung durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Der Rat empfiehlt einen von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietenden vergünstigten Wahltarif, um die Teilnahme an HzV-Modellen durch finanzielle Anreize zu steigern, wobei dessen Effekte mit angemessenen Methoden evaluiert werden müssten.

**1316.** Bei einer unzureichenden Wirkung anderer Maßnahmen zur Stärkung der HzV und der Steuerung der Patientenwege sollte die Einführung einer Kontaktgebühr für Facharztbesuche ohne Überweisung geprüft werden. Mit Blick auf internationale Erfahrungen erscheinen solche Selbstbeteiligungen geeignet, in ausgewählten Bereichen sowohl positive Finanzierungs- als auch positive Steuerungseffekte zu erzielen. Voraussetzung für eine entsprechende Selbststeuerung der Patienten durch Kostenbeteiligung sind allerdings eine ausreichende Transparenz und Information der Betroffenen zu Behandlungsalternativen sowie deren Wirksamkeit und Kosten. Der mangelnden empirischen Evidenz im Bereich der Selbstbeteiligung sollte mit adäquaten Studien begegnet werden.

**1317.** Eine auch aus Sicht der Patienten bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung ist ohne umfangreiche evidenzbasierte Patienteninformation und einschlägige Patientenbeteiligung nicht umsetzbar. Dazu kann ein nationales Gesundheitsportal als zentrale Anlaufstelle für die Bürgerinnen und Bürger beitragen. Darüber hinaus sollten Modelle und Studien zur informierten partizipativen Entscheidungsfindung vermehrt gefördert werden. Patienteninformationszentren, in denen Hilfe zur Selbsthilfe und Recherche angeboten wird, sollten intensiver bekannt gemacht werden. Gleichzeitig sollte früh, bestenfalls bereits in der Schule, angefangen werden, die Gesundheitskompetenz zu fördern.

**1318.** Der Übergang aus dem stationären in den ambulanten ärztlichen, pflegerischen oder rehabilitativen Bereich stellt seit jeher eine mit Versorgungsbrüchen einhergehende Schnittstelle dar. Entlassungsmanagement ist eine interprofessionelle Aufgabe, um den Versorgungsbedarf der Patienten beim Übergang zu berücksichtigen. Bezüglich der Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen der Entlassung wäre es sinnvoll, die Möglichkeit der Mitgabe durch das Krankenhaus auszuweiten.

**1319.** Die Digitalisierung kann zu verbesserten Steuerungsprozessen beitragen, z. B. als ergänzendes telemedizinisches Therapiemonitoring im ländlichen Raum. Dabei ist die Vernetzung durch eine sektorenübergreifende elektronische Patientenakte die Grundvoraussetzung, auf der weitere digitale Anwendungen aufbauen können. Die digitale Vernetzung und Interoperabilität im Rahmen der Telematikinfrastruktur bleibt zeitnah umzusetzen. Der Aspekt der Nutzerfreundlichkeit, insbesondere für ältere Menschen oder auch Gruppen mit spezifischen Gesundheitsbedürfnissen (beispielsweise Migranten), sollte bei der Bewertung von digitalen Anwendungen stärker berücksichtigt und auch Nutzenaspekte außerhalb der GKV-Finanzierung wie die Einsparung von Wegekosten zum Arzt sollten einbezogen werden.

### 17.1.5 Zukünftige Ausgestaltung der Notfallversorgung

**1320.** An der Notfallversorgung sind in Deutschland gleich drei Sektoren beteiligt: der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst/niedergelassene Ärzte, der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Kliniken. Insbesondere in den Notaufnahmen und im Rettungsdienst lassen sich stark steigende Inanspruchnahmen, zum Teil lange Wartezeiten sowie nicht selten auch eine Überlastung des Personals beobachten. Viele Hinweise legen nahe, dass die Versorgung nicht bedarfsgerecht erfolgt. Ambulant gut behandelbare Patienten nehmen vermehrt direkt den Rettungsdienst und die Kliniken in Anspruch und blockieren so mit vergleichsweise harmlosen Beschwerden spezialisierte Behandlungskapazitäten. Bestehende Vergütungsanreize begünstigen Rettungswagentransporte zu Kliniken und vermeidbare stationäre Aufnahmen. Viele Patienten und professionelle Helfer sind mit der aktuellen Situation unzufrieden.

**1321.** Angesichts verbreiteter Fehlinanspruchnahmen und einer offenbar unzureichenden Steuerung sowie infolge häufig nicht ausreichender Informationen für hilfeschende Patienten ist ein Bündel von Maßnahmen zur Neuordnung einer zukünftig bedarfsgerechten, sektorenübergreifend koordinierten Notfallversorgung „aus einer Hand“ erforderlich.

**1322.** Alle Bürger sollen zukünftig rund um die Uhr – möglichst über eine bundeseinheitliche Rufnummer – einfach und schnell kompetente Ansprechpartner in Integrierten Leitstellen (ILS) erreichen. In ILS sollen sowohl alle akuten Notrufe (112) als auch alle Anrufe für den Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte (116117) zusammenlaufen. Erfahrene Fachkräfte, unterstützt durch breit weitergebildete Ärzte sollen eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) vornehmen. Bevor der Patient überhaupt sein Haus verlässt, kann so, unter Rückgriff auf aktuelle leitliniengestützte Notfallalgorithmen, der im Einzelfall beste, an die lokale Situation adaptierte Versorgungspfad festgelegt werden. Dieser kann vom Einsatz eines Notarztwagens (mit „Blaulicht“) über den Hausbesuch eines Bereitschaftsarztes bis hin zur Aktivierung eines Notpflege- oder Palliative-Care-Teams reichen. Viele Patientenfragen oder -sorgen sollten am Telefon geklärt werden.

**1323.** Gehfähigen Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden kurzfristig Termine in Praxen niedergelassener Ärzte vermittelt oder sie erhalten von der ILS einen Soforttermin in einem Integrierten Notfallzentrum (INZ), das an einer qualitativ besonders geeigneten nahe gelegenen Klinik ebenfalls rund um die Uhr erreichbar ist. Niedergelassene Ärzte und Klinikärzte arbeiten hier im Rahmen einer gemeinsamen Vergütung Hand in Hand, organisatorisch unter einem Dach. Patienten werden im INZ an einem zentralen Tresen empfangen, an dem, koordiniert durch vom Krankenhaus weisungsunabhängige, z. B. bei der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beschäftigte Ärzte, eine erneute Ersteinschätzung (Triage) nach Schweregrad und Dringlichkeit erfolgt. Je nach individueller Situation werden die Patienten dann entweder von niedergelassenen Ärzten (ambulant) oder von Klinikärzten (ggf. mit stationärer Aufnahme) weiterbehandelt.

**1324.** Eine einheitliche Dokumentation und digitale Vernetzung ermöglicht eine optimale sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Mehrsprachige Patienteninformationen, auch über soziale Medien und Informationsportale, erklären das gestufte System. Apps können die Nutzung und die Steuerung hin zu der für den Patienten optimalen Versorgung erleichtern.

### 17.1.6 Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen

**1325.** Ungefähr 20 % der Versicherten suchen einmal im Jahr einen Arzt wegen Rückenschmerzen auf, von der Wirbelsäule ausgehende Schmerzen sind die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit und frühzeitige Berentung. Akute und chronische Rückenschmerzen führen zu erheblicher Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, im ambulanten Bereich sind Hausärzte und Orthopäden die führenden Behandler. Auffällig ist hier eine hohe Anwendungsrate von bildgebenden Verfahren bereits bei Patienten mit akuten, unspezifischen Rückenschmerzen. Zudem gibt es Hinweise auf eine zunehmende Verordnung von Opiaten bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz werden Injektionen von Schmerzmitteln und Kortison sowohl ambulant als auch stationär häufiger durchgeführt als die von der NVL empfohlene multimodale Schmerztherapie. Analysen der Häufigkeit von Operationen an der Wirbelsäule zeigen eine zunehmende Tendenz und eine nicht nachvollziehbare regionale Varianz. Obgleich die Qualität der Indikationsstellung schwer überprüfbar ist, gibt es deutliche Anzeichen dafür, dass sie häufig problematisch ist.

**1326.** Rückenschmerz gehört auch zu den häufigen Anlässen für den Besuch einer Notaufnahme, oftmals auch während der Öffnungszeiten niedergelassener Ärzte, und führt auf diese Weise zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen.

**1327.** Verschiedene Maßnahmen sollten ergriffen werden, um die Patienten stärker als bisher in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Hierzu gehört u. a. die verpflichtende Information über den (nur begrenzten) Nutzen von Bildgebung sowie die Bedeutung von Bewegung und Physiotherapie. In Deutschland entscheidet bisher die ärztliche Verordnung über die Art und Länge der physiotherapeutischen Behandlung. Mehr Gestaltungsspielräume für Physiotherapeuten, etwa durch Blankoverordnungen oder gar den Direktzugang ohne ärztliche Verordnung, sind erwägenswert. Vorläufige Evaluationen legen die Machbarkeit nahe. Ergebnisse aus belastbaren Evaluationsstudien zur Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit bleiben abzuwarten. Aufgrund der erweiterten Kompetenzen sollte der Direktzugang nur bei Physiotherapeuten mit einschlägigem Hochschulstudium und zugehöriger klinisch-praktischer Qualifikation möglich sein.

**1328.** Über das Aufsetzen eines DMP wird aktuell verhandelt, wobei es die hierfür am besten geeignete Patientengruppe zu definieren gilt. Werden Patienten in einer sehr frühen Phase ihrer Beschwerden bereits in ein Behandlungsprogramm für chronisch Kranke aufgenommen, kann dies ggf. sogar negative Auswirkungen auf ihre Einstellung und ihr Verhalten haben („somatische Fixierung“). Für Patienten mit akuten und subakuten Rückenschmerzen könnten andere Versorgungsformen als ein DMP daher besser geeignet sein, z. B. Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Hauptziel sollte dabei sein, Krankheitsverläufe mit hohem Risiko zur Chronifizierung frühzeitig zu identifizieren und einer geeigneten Therapie zuzuführen.

Bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen hingegen kann durch ein DMP eine leitliniengerechte Versorgung sichergestellt werden. Die multimodale Schmerztherapie sollte im Rahmen des DMP ambulant bzw. zumindest teilstationär erbracht werden können.

**1329.** Operationen an der Wirbelsäule sollten verpflichtend im Deutschen Wirbelsäulenregister dokumentiert werden, um die Behandlungsqualität zu sichern und langfristig die Patienten zu charakterisieren, die von dieser Therapie am meisten profitieren. Eingriffe an der



Wirbelsäule sollten eine evidenzbasierte Patienteninformation zwingend voraussetzen und in die Zweitmeinungsrichtlinie des G-BA aufgenommen werden.

### 17.1.7 Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

**1330.** Bei der Koordination der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung besteht Optimierungspotenzial, insbesondere wegen der unübersichtlichen Leistungsanbieterstruktur, der oft komplexen Behandlungsverläufe und der nicht immer klaren Verantwortung für die Koordination vor allem im ambulanten Sektor.

**1331.** In den letzten 20 Jahren sind die stationären Verweildauern in diesem Versorgungsbereich deutlich gesunken, die Fallzahlen gestiegen und die Bettenzahlen erheblich zurückgegangen. Auch in den nächsten Jahren ist damit zu rechnen, dass die Zahl von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ansteigen wird, während die Ambulantisierung noch nicht das Ausmaß erreicht hat, das sie potenziell haben könnte. Die Zahl an Ärzten und Psychologen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich ist deutlich gestiegen, das gilt besonders auch für die Zahl der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten. Vor allem durch das neue zeitnahe Angebot der psychotherapeutischen Sprechstunde ist eine Verbesserung der Koordination von Patienten mit psychischen Erkrankungen zu erwarten.

**1332.** Allerdings wurden in einer Umfrage des Rates unter psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie Niedergelassenen die Wartezeiten auf eine Therapie auch weiterhin als zu lang beurteilt, vor allem diejenigen auf ambulante Psychiater und Psychotherapeuten, was zu Fehlanreizen für unnötige stationäre Behandlungen führen könnte. Deshalb ist ein Ausbau der ambulanten und teilstationären Kapazitäten erforderlich, wobei in einer zukünftigen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung nicht nur die Anzahl der psychotherapeutischen Sitze betrachtet werden sollte, sondern auch deren tatsächliche Auslastung. Perspektivisch könnte es das Ziel sein, durch die Ambulantisierung im vollstationären Bereich den wieder zu beobachtenden Bettenaufbau der letzten Jahre zu beenden und in Zukunft ggf. auch wieder Betten abzubauen. Um das Finden eines Therapieplatzes einfacher zu machen, ist ergänzend eine zentrale Koordinierung freier Therapieplätze z. B. durch die Terminservicestellen der KVen oder mittels Online-Plattformen zu optimieren.

**1333.** Durch die besonderen Versorgungsformen und jüngst den Innovationsfonds ist eine neue Dynamik im Bereich der Koordination psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgung zu beobachten. So könnte u. a. die Versorgung von Flüchtlingen und alten, pflegebedürftigen psychisch Kranken durch die entsprechenden Projekte stärker in den Fokus rücken. Für eine Verbesserung der Versorgungssituation ist es notwendig, dass positiv evaluierte Modelle auch tatsächlich Eingang in den Kollektivvertrag finden. Dazu gehört z. B. der Einsatz von E-Health-Angeboten als Ergänzung zur ambulanten Versorgung, soweit diese Angebote ihren Nutzen für die Patienten wissenschaftlich nachgewiesen haben. Ebenso wäre eine standardisierte elektronische Patientenakte gerade im Bereich psychischer Erkrankungen, sofern die besonderen Datenschutzerfordernisse in diesem Bereich beachtet werden, mit großem Potenzial für die Koordination verbunden.

**1334.** Um die Koordination der Versorgung zu verbessern, sollte der Hausarzt in der Regel der erste Ansprechpartner der Patienten sein, der einen leitliniengerechten Behandlungsverlauf

im Blick hat. Insbesondere bei schwereren psychischen Erkrankungen kommt für die Hauptkoordinierungsleistung aber z. B. auch ein niedergelassener Facharzt für Psychiatrie, ein Psychotherapeut oder eine Institutsambulanz infrage. Das Weitergeben der Hauptkoordinationsverantwortung an einen anderen Leistungserbringer würde mit dem Patienten und dem neuen Koordinierenden abgestimmt und auch dokumentiert werden. Die Koordinationsverantwortung sollte dabei zukünftig besser vergütet werden.

#### **17.1.8 Einladung zur Diskussion**

**1335.** Nachfolgend (Abschnitt 17.2) findet sich eine strukturierte Zusammenstellung der relevanten Einzelempfehlungen dieses Gutachtens. Aufgrund des höheren Detaillierungsgrades finden sich dort auch Empfehlungen, die in dieser Zusammenfassung nicht explizit erwähnt werden.

**1336.** Der Rat möchte mit diesem Gutachten einen Beitrag zu einer besseren, bedarfsgerechteren Gesundheitsversorgung leisten. Zur Erläuterung der hier vorgestellten Analysen und Empfehlungen und zum Diskurs mit den Mitgliedern des Rates werden ein Symposium auf Bundesebene in Berlin sowie erstmals vier Regionalkonferenzen unter Beteiligung der Länder durchgeführt. Nähere Informationen zu diesen Veranstaltungen sowie zu diesem und vorhergehenden Gutachten finden sich auf den Internetseiten des Rates: [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de).

## 17.2 Zusammenstellung der Empfehlungen

Im Folgenden werden Empfehlungen aus den einzelnen Fachkapiteln zusammengestellt. Details zu den einzelnen Vorschlägen und zu den fachlichen Hintergründen finden sich in den jeweils in Klammern angegebenen Kapiteln bzw. Abschnitten.

### 1. Im Hinblick auf die ambulante Angebotskapazitätsplanung und Vergütung empfiehlt der Rat,

- a. das Nachbesetzungsverfahren von ambulanten Vertragsarztsitzen zu reformieren, um die offenbar verbreitete Praxis, die mit dem Vertragsarztsitz verbundene Arztpraxis in begehrten Gebieten zu einem den Sachwert bei Weitem übersteigenden Preis weiterzuverkaufen, zu unterbinden, wobei eine Übergangsregelung zu finden ist. Zudem sollten die gezahlten Preise bei Übernahme von Vertragsarztsitzen, wenn möglich, erfasst und aggregiert ausgewertet werden, um die Transparenz zu erhöhen (siehe Abschnitt 3.5.2);
- b. die kassenärztliche Zulassung zeitlich zu limitieren (beispielsweise auf 30 Jahre bei MVZs und BAGs, bei einzelnen Vertragsärzten bis zur Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit) und zu ermöglichen, dass die Arztsitzvergabe an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten (insbesondere grundversorgenden) Leistungsspektrums gekoppelt wird (siehe Abschnitt 3.5.2);
- c. die Niederlassung von Vertragsärzten in Gebieten, die durch das anstehende Ausscheiden mehrerer Vertragsärzte absehbar unterversorgt sein werden, zu vereinfachen. Hier sollten Nachbesetzungen bereits fünf Jahre vor der voraussichtlichen Aufgabe eines Vertragsarztsitzes ermöglicht werden (siehe Abschnitt 3.5.2);
- d. in strukturschwachen Regionen finanziell spürbare Landarztzuschläge (bis zu 50 % Honorarzuschlag auf Grundleistungen) zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung einzuführen;
- e. den Anreiz für eine hohe Behandlungsqualität durch eine morbiditätsorientierte Pauschalvergütung pro Patient in der hausärztlichen Versorgung zu setzen (siehe Abschnitt 5.3.3). Spezifische Leistungen können weiterhin einzeln vergütet werden. In einem solchen Vergütungssystem bedarf es der genauen Zuordnung eines Patienten zu einem bestimmten Arzt, für den der Patient sich wie bei der HzV frei entscheiden kann.

### 2. Im Hinblick auf die Krankenhausplanung und -finanzierung empfiehlt der Rat,

- a. die derzeitige bettenorientierte Planung durch eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. -strukturen und anderer wichtiger Zielgrößen, wie Personal- und Geräteausstattung, zu ersetzen (siehe Abschnitt 6.4.2);
- b. ein Monitoring der Zielerreichungsgrade und ggf. kürzere Planungsintervalle, die sowohl Qualitätskriterien als auch den medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritt in Betracht ziehen, zu etablieren (siehe Abschnitt 6.4.2);

- c. bei der Prognose über die Nachfrage Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, zur Mortalität und Morbidität sowie Prognosen über den medizinisch-technischen Fortschritt und die Präferenzentwicklung von Patienten zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 6.4.2);
- d. einen Katalog von ambulanten Prozeduren zu definieren, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Die Vergütungssätze sollten zunächst oberhalb der derzeitigen EBM-Sätze liegen und im weiteren Verlauf der Zeit evaluiert und gesenkt werden. Dies könnte ein Übergang zum sektorenübergreifenden Vergütungssystem sein (siehe Abschnitt 6.3 und Empfehlung 3 h);
- e. Patienten mit Diagnosen aus dem Spektrum ambulant-sensitiver Krankenhausfälle effektiver zu versorgen, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden, und eine versorgungsstufenübergreifend koordinierte Versorgung chronisch kranker, multimorbider Patienten anzustreben (siehe Abschnitt 6.3);
- f. den Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung („differenzierte Monistik“) anzustreben. Die Verteilung der Investitionsmittel an Krankenhäuser sollte im Rahmen selektiver Einzelversorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern erfolgen (siehe Abschnitt 8.2.3);
- g. den Bundesanteil des Strukturfonds aus Steuermitteln zu finanzieren und dem Bund dafür in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Versorgungsfragen einzuräumen. Ein länderübergreifender föderaler Krankenhausversorgungsplan sollte vom Bund im Benehmen mit den Ländern aufgestellt und ein bestimmter Anteil des Fonds sollte für die länderübergreifenden Förderzwecke reserviert werden (siehe Abschnitt 8.2.4);
- h. das DRG-System weiterzuentwickeln, indem die Annahme einheitlicher Kostenstrukturen über alle Versorgungsstufen hinweg (der sogenannte Einhauseinsatz) überprüft und die Vergütung nach einer neuen bundeseinheitlichen und empirisch abgeleiteten Definition von Versorgungsstufen (ggf. auf Fachabteilungsebene) differenziert wird, z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte (siehe Abschnitt 8.3.2);
- i. den pauschalen Vergütungskomponenten außerhalb der DRGs, wie in anderen Staaten, einen höheren Anteil an der Krankenhausvergütung einzuräumen (siehe Abschnitt 8.3.3);
- j. für mengenanfällige Eingriffe das bereits bestehende Zweitmeinungsverfahren vor der Durchführung eines Eingriffs obligatorisch zu machen oder eine Dokumentations- und Begründungspflicht, beispielsweise über eine verpflichtende Meldung an ein Register, einzuführen (siehe Abschnitt 8.3.5);
- k. die zur Berechnung der Relativgewichte herangezogene Kalkulationsstichprobe konstant zu halten (siehe Abschnitt 8.3.5);
- l. Bundesbasisfallwerte einzuführen, die mit einem automatisierten regionalen Bestandteil ausgestattet werden (siehe Abschnitt 8.3.6);

- m. für Universitätskliniken und teilweise auch andere Maximalversorger eine Lösung zur Vergütung von Extremkostenfällen zu finden, z. B. durch die Einführung eines Risikopools, sowie die Zuschläge für Innovationszentren, die Vorhaltung definierter Kapazitäten für Katastrophen und Epidemien sowie die Zuschläge für spezialisierte Zentren weiterzuentwickeln (siehe Abschnitt 8.5);
- n. Anreize für eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung zu setzen. Dafür sollte durch entsprechende Bereinigung der Vergütung ein Weiterbildungsfonds eingerichtet werden, aus dem die Mittel Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ad personam zugeordnet und dem jeweiligen Weiterbilder (Kliniken oder Praxen) entsprechend der Weiterbildungsdauer zufließen können (siehe Abschnitt 8.3.4);
- o. eine ausgewogene Zusammensetzung zwischen Grund- und Drittmitteln an Universitätskliniken anzustreben. Die Drittmittelfinanzierung aus Bundesmitteln sollte durch eine Erhöhung des Anteils an der Forschungsfinanzierung seitens der Länder ergänzt werden. Bei der Finanzierung von Drittmittelprojekten sollte sichergestellt werden, dass sie auf Basis von Vollkosten erfolgt. Transparenz über die tatsächlichen Vollkosten bei durchgeführten Forschungsprojekten ist hierzu notwendig (siehe Abschnitt 8.4.2).

### **3. Im Hinblick auf die sektorenübergreifende Bedarfsplanung und Versorgung empfiehlt der Rat,**

- a. die Angebotskapazitätsplanung für den ambulanten und den stationären Sektor zu einem wirksamen Steuerungsinstrument weiterzuentwickeln und eine stärker verzahnte und bedarfsgerechtere Planung zu erreichen (siehe Abschnitt 13.3);
- b. die sektorenübergreifende Planungs- und Sicherstellungsverantwortung an regionale Gremien zu übertragen, die durch einzurichtende Geschäftsstellen unterstützt werden (siehe Abschnitt 13.2.2). Die Stimmrechte in einem solchen Gremium, das ähnlich dem G-BA ausgestaltet werden sollte, sind eng an die konkrete Verantwortung für die Sicherstellung bzw. Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung zu binden. Gleichzeitig ist die Einbeziehung regional relevanter Interessengruppen – analog zur Patientenvertretung im G-BA – zu ermöglichen;
- c. die regionale Morbidität auf Grundlage einer soliden Datenbasis in der Planung stärker zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 13.2.4) und eine prospektive Planungskomponente, die demografische Veränderungen und den medizinisch-technischen Fortschritt adressiert (siehe Abschnitt 13.2.5), einzuführen (siehe Empfehlung 2 c);
- d. die Datenverfügbarkeit und die Vergleichbarkeit im ambulanten und im stationären Sektor, insbesondere im Hinblick auf die Diagnosedaten, zu verbessern sowie den Zugang zu und die wissenschaftliche Nutzung von stationären Daten nach § 301 SGB V in Verbindung mit ambulanten Daten nach § 295 SGB V sicherzustellen (siehe Abschnitt 13.3.1.1);
- e. den Bedarf weniger an festen Kapazitätsgrößen wie Arztsitzen und Bettenzahlen zu orientieren, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen auszurichten (siehe Abschnitt 13.2.6). Dies ermöglicht eine Beurteilung, ob die Leistungen im regionalen Kontext (medizinisch und ökonomisch) besser ambulant oder stationär

erbracht werden können. Die Verbund- und Netzwerkstrukturen sollten bereits in der Planung berücksichtigt und das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure im regionalen Kontext sollte effizient koordiniert werden;

- f. zeitlich begrenzte Leistungsaufträge an Krankenhäuser zu vergeben sowie bei Bedarf die Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern – beispielsweise im Rahmen klinikgestützter Gesundheitszentren – zu verbessern. Analog dazu können Leistungsaufträge an ambulante Leistungserbringer vergeben werden (siehe Abschnitt 13.2.6 und Empfehlung 1 b);
- g. die regionale Bedarfsplanung anhand verschiedener Parameter wie Wartezeiten und Wegezeiten oder spezifischer, politisch festgelegter Versorgungsziele sowie der Ergebnisse einer (noch weiterzuentwickelnden) sektorenübergreifenden Qualitätssicherung kontinuierlich zu evaluieren (siehe Abschnitt 13.2.8);
- h. mögliche Fehlanreize bei einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung durch Einführung einer sektorenübergreifenden Vergütungsstruktur im Sinne „gleicher Preis für gleiche Leistung“ frühzeitig zu adressieren (siehe Abschnitt 13.2.3). In einem ersten Schritt kann dazu ein Katalog von hybriden Leistungen definiert werden, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Dazu bedarf es einer stärkeren Zusammenarbeit des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), die das generelle Ziel verfolgt, ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung zu definieren. Dabei könnten für bestimmte Indikationen sektorenübergreifende Fallpauschalen definiert werden (siehe Empfehlung 2 d). Weiterhin könnte die Versorgung von Patienten mit ambulanten und stationären Episoden in Zukunft über diagnosebezogene Leistungskomplexpauschalen vergütet und die Vergütung auf entsprechende Leistungserbringer aufgeteilt werden;
- i. die Entwicklung der ASV zu unterstützen und die derzeit extrem hohen Teilnahmevoraussetzungen – unbeschadet der Notwendigkeit von Qualitätserfordernissen – zu überprüfen (siehe Abschnitt 11.6);
- j. die schwer nachvollziehbaren unterschiedlichen Rechtsformmöglichkeiten der MVZs und ihrer Träger zu vereinheitlichen und dafür die zulässigen Rechtsformen der MVZs zu erweitern (siehe Abschnitt 11.6);
- k. die Auswahl der für DMPs infrage kommenden Krankheitsbilder den regionalen Partnern vor Ort zu überlassen und deren Leistungs- und Verwaltungspauschalen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abzuschaffen (siehe Abschnitt 11.6);
- l. die Forderung eines Wirtschaftlichkeitsnachweises bei der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V aufzuheben, um den Wettbewerb bei diesen Verträgen zu intensivieren (siehe Abschnitt 11.6);
- m. die Apotheker als gleichberechtigte Vertragspartner an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zuzulassen (siehe Abschnitt 11.6);

- n. weitere Optionen für die regionale Versorgung zu ermöglichen und den nach § 87b Abs. 4 SGB V als besonders förderungswürdig anerkannten Praxisnetzen der Stufen I und II künftig den Leistungserbringerstatus anzubieten (siehe Abschnitt 11.6);
- o. innovative, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zu fördern und deren finanzielle Förderung mithilfe des Innovationsfonds auch weiterhin zu ermöglichen (siehe Abschnitt 11.6).

#### 4. Zur bedarfsgerechten Steuerung von Patientenwegen empfiehlt der Rat,

- a. die Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auszuweiten, da es zu einer effizienten und effektiven Versorgung von Patienten im Facharztsektor beiträgt, wenn Patienten vom Hausarzt koordiniert und gezielt überwiesen werden (siehe Abschnitt 12.7.1). Ein von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietender vergünstigter Wahltarif könnte ein finanzieller Anreiz für die Teilnahme an einem HzV-Modell sein. Die Versorgung im Rahmen der HzV-Modelle muss von methodisch hochwertigen Evaluationen begleitet werden;
- b. vor der Einführung jeglicher Form von Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen zu überprüfen, ob der finanzielle Aufwand, eine neue Regelung einzuführen und administrativ durchzuführen, gegenüber der Kostenersparnis und der erhofften Steuerungswirkung in einem angemessenen Verhältnis steht. Abhängig vom Ergebnis könnte – ähnlich wie bereits im Gutachten des Rates aus dem Jahr 2014 erwogen – eine Kontaktgebühr für jeden Facharztbesuch ohne Überweisung eingeführt werden (siehe Abschnitt 12.7.2). Ausnahmen von dieser Gebühr bilden Besuche bei Hausärzten, Augenärzten, Gynäkologen, Psychiatern sowie Arztbesuche von Minderjährigen bei hausärztlich tätigen Kinderärzten. Die Höhe der Facharztkontaktgebühr und deren Dynamisierung wäre politisch zu entscheiden, auch im Hinblick auf eine soziale Abfederung. Eine Evaluation der Auswirkungen ist wichtig, um die Höhe und Art einer solchen Selbstbeteiligung entsprechend weiterzuentwickeln;
- c. die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu fördern, idealerweise bereits in der Schule, um den Umgang mit Gesundheitsinformation zu erleichtern, ein Verständnis der evidenzbasierten Medizin aufzubauen und so die kritische Auseinandersetzung mit Gesundheitsinformationen zu ermöglichen (siehe Abschnitt 12.7.3). In diesem Zusammenhang sind auch die Zugangsmöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger zu wissenschaftlichen Ergebnissen zu verbessern, komplexe Entscheidungssituationen durch die Förderung bei gleichzeitiger Evaluation des Einsatzes von *Decision Coaches* zu erleichtern und die informierte partizipative Entscheidungsfindung durch weitere Studien zu begleiten;
- d. im Rahmen des Entlassungsmanagements die Möglichkeit der Mitgabe von Arzneimitteln durch das Krankenhaus dahingehend auszuweiten, dass Arzneimittel für den Zeitraum von bis zu einer Woche mitgegeben werden dürfen, unabhängig vom Bestehen eines Wochenendes oder Feiertages. Das Entlassungsmanagement sollte im Krankenhaus nach Möglichkeit einhergehen mit dem Angebot einer apothekergeleiteten Medikationsüberprüfung, bei der ein Medikationsplan erstellt und mit dem Patienten besprochen wird (siehe Abschnitt 12.7.4);

- e. Evaluationen digitaler Anwendungen an der Perspektive des Patienten (beispielsweise hinsichtlich einer Verbesserung der Patientensouveränität oder Komfortverbesserung in der Therapie) auszurichten (siehe Abschnitt 12.7.5). Daneben ist eine neue Form von Nutzenbewertungsverfahren einzuführen, die spezifische Versorgungskonzepte der digitalen Anwendungen berücksichtigt. Evaluationsprozesse im Rahmen des SGB V sind daher den Besonderheiten von digitalen Anwendungen anzupassen, ohne dabei die Evaluationstiefe (insbesondere in Bezug auf Sicherheit, aber auch hinsichtlich der Wirksamkeit) zu verringern. Entsprechende methodische Ansätze zur Evaluation komplexer telemedizinischer Interventionen, wie z. B. in den laufenden Projekten des Innovationsfonds, sind daher kontinuierlich zu bewerten und weiterzuentwickeln.

#### **5. Zur bedarfsgerechten Ausgestaltung der Notfallversorgung empfiehlt der Rat,**

- a. die drei Säulen der Notfallversorgung (ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme) besser zu integrieren und die Koordination der Notfallversorgung rund um die Uhr über Integrierte Leitstellen (ILS) zu gewährleisten (siehe Abschnitt 14.4.1). In diesen sollten, möglichst unter einer Rufnummer, sowohl die akuten Notrufe (112) als auch die Anrufe für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) zusammenlaufen und dort von erfahrenen Fachkräften, unterstützt durch breit weitergebildete Ärzte, entgegengenommen werden. In den ILS soll eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) unter Rückgriff auf aktuelle leitliniengestützte Notfallalgorithmen erfolgen und der situativ jeweils beste Versorgungspfad gewählt werden. Dieser Versorgungspfad kann vom Einsatz des Rettungsdienstes über den Hausbesuch eines Bereitschaftsarztes bis hin zur Aktivierung eines Notpflege- oder Palliative-Care-Teams reichen, aber auch den Verweis auf die reguläre vertragsärztliche Versorgung beinhalten. Viele Patientenfragen oder -sorgen sollten durch die telefonische Beratung und Behandlung durch Vertragsärzte geklärt werden;
- b. die Praxen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes sukzessive vollständig in interdisziplinären und sektorenübergreifenden, ebenfalls rund um die Uhr erreichbaren Integrierten Notfallzentren (INZs) in Krankenhäusern anzusiedeln (siehe Abschnitt 14.4.2). Gehfähige Patienten mit akutem Behandlungsbedarf können im Anschluss an die qualifizierte telefonische Ersteinschätzung (Triage) von der ILS einen Soforttermin in einem INZ erhalten. In diesen INZs arbeiten niedergelassene Ärzte und Klinikärzte Hand in Hand organisatorisch unter einem Dach. Patienten werden im INZ an einem zentralen Tresen empfangen, an dem, koordiniert durch unabhängige Ärztinnen und Ärzte, eine erneute Ersteinschätzung (Triage) nach Schweregrad und Dringlichkeit erfolgt. Je nach individueller Situation werden die Patienten dann von niedergelassenen Ärzten (ambulant) oder von Klinikärzten (ggf. mit stationärer Aufnahme) weiterbehandelt oder auf anderen geeigneten Versorgungspfaden weitergeleitet;
- c. für die Planung eine gestufte Errichtung der INZs in ausgewählten Kliniken vorzusehen, die an das G-BA-Konzept zu gestuften Notfallstrukturen angelehnte, noch zu definierende Mindestvoraussetzungen erfüllen. Die Planung sollte – abhängig von



- den regionalen Gegebenheiten – durch die gemeinsamen, gesetzlich weiterentwickelten Landesgremien nach § 90a SGB V oder durch die Länder selbst durchgeführt werden. Die Konzentration auf besonders geeignete Kliniken mit INZ ermöglicht die Vorhaltung umfassenderer Optionen wie z. B. des kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienstes, des psychiatrischen Kriseninterventionsdienstes oder einer 24-stündigen Bereitschaft für Linksherzkatheterinterventionen oder Computertomografie (CT) bzw. Kernspintomografie (MRT);
- d. die extrabudgetäre Vergütung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung aus einer Grundpauschale und einer Vergütung pro Fall zusammensetzen (siehe Abschnitt 14.4.2). Die Grundpauschale soll die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung finanzieren und sich in drei Stufen an der Kapazität und der Ausstattung des jeweiligen INZ orientieren und um eine Pauschale pro Fall unabhängig von der Fallschwere ergänzt werden. Das INZ sollte somit als am Krankenhaus lokalisierte, aber eigenständige wirtschaftliche Einheit geführt werden und die Leistungen der Krankenhausnotaufnahme und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes aus seiner Vergütung im Binnenverhältnis kompensieren;
  - e. die Versorgung mit Medikamenten in Notfällen zu erleichtern und den im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Ärzten ein Dispensierrecht für ein umschriebenes Notfallsortiment, auch für Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, zu ermöglichen (siehe Abschnitt 14.4.2);
  - f. das Angebot in der ambulanten Versorgung zu fördern, um die Inanspruchnahme der Notfallversorgung zu reduzieren, indem ein Anreiz zur Flexibilisierung und ggf. auch zur Ausweitung der Sprechzeiten der niedergelassenen (Haus-)Ärzte am Abend und am Wochenende gesetzt wird (siehe Abschnitt 14.4.3);
  - g. die Vereinheitlichung der Zugangsvoraussetzungen zum vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu unterstützen und einen bundesweit einheitlichen Basiskurs „Ärztlicher Notdienst“ für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, ähnlich der gegenwärtigen Zusatzweiterbildung Notfallmedizin, zu fördern (siehe Abschnitt 14.4.4);
  - h. die Rotation in die Notaufnahme bzw. den Erwerb notfallmedizinischer Kenntnisse und Fertigkeiten als obligatorischen Teil der Weiterbildung sowohl im Fach Allgemeinmedizin als auch in der Unfallchirurgie, der Neurologie und der Inneren Medizin aufzunehmen (siehe Abschnitt 14.4.4);
  - i. Fehlanreize im Rettungsdienst zu beseitigen und diesen als eigenes Leistungssegment im SGB V zu etablieren sowie dessen Vorhaltekosten im Rahmen der Daseinsvorsorge des Staates aus Steuermitteln und die Betriebskosten durch die Krankenkassen zu finanzieren (siehe Abschnitt 14.4.5);
  - j. die Koordination im Rettungsdienst zu verbessern und eine stärkere horizontale Integration der derzeit noch über 300 unterschiedlichen Rettungsdienstbezirke anzustreben (siehe Abschnitt 14.4.5);
  - k. die je nach Kreis unterschiedlichen, von Notfallsanitätern eigenständig durchzuführenden Maßnahmen zu vereinheitlichen und dazu definierte Befugnisse auszuweiten (siehe Abschnitt 14.4.5);

- l. das neue Notfallversorgungssystem durch mehrsprachige Patienteninformationen, auch über soziale Medien und Informationsportale, zu erläutern und dessen Nutzung durch digitale Applikationen zu erleichtern (siehe Abschnitt 14.4.2);
- m. den Aufbau dieser neuen Strukturen der Notfallversorgung durch eine einheitliche Dokumentation und die digitale Vernetzung zu ermöglichen und dabei die Evaluation dieser Strukturen durch eine bessere Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit zu vereinfachen (siehe Abschnitt 14.4.6).

**6. Zur bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen empfiehlt der Rat,**

- a. die Patienteninformation zu den Ursachen und Behandlungsoptionen von Rückenschmerzen zu stärken (siehe Abschnitt 15.4.1). Ärzte sollten verpflichtend Patienten darüber aufklären, dass bei unspezifischen Rückenschmerzen vor allem Bewegung und die Vermeidung von Bettruhe und Schonhaltung wichtig sind und eine weitergehende radiologische Diagnostik in der Regel nicht zielführend ist. Die Aufklärung sollte dokumentiert werden. Aufgrund der hohen Prävalenz von Rückenschmerzen sollte eine mediale Aufklärungskampagne zur Stärkung der informierten Entscheidung des Patienten erwogen werden;
- b. eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen (siehe Abschnitt 15.4.2). Beispielsweise sollte zu frühe Bildgebung ohne Vorliegen von *red flags* (Warnsignale wie Lähmungserscheinungen) unterbleiben. Verträge für eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V können helfen, der „sprechenden Medizin“ mehr Zeit und eine entsprechende Vergütung einzuräumen (siehe Empfehlung 3 m). Auch die Möglichkeit einer ambulanten multimodalen Schmerztherapie sollte hierbei verankert werden. Die Versorgung im Rahmen dieser Verträge muss zwingend systematisch evaluiert werden;
- c. die Rolle der Physiotherapie im Behandlungsprozess zu stärken (siehe Abschnitt 15.4.3). Dazu sind Blankoverordnungen und der Direktzugang zum Physiotherapeuten in Modellvorhaben zu erproben und in methodisch hochwertigen Studien systematisch zu evaluieren. Physiotherapeuten sollten zudem in interdisziplinären Teams, z. B. in Wirbelsäulenzentren, vertreten sein. Zudem sollte das Schulgeld im Rahmen der Physiotherapieausbildung abgeschafft und stattdessen eine Vergütung analog zur Pflegeausbildung eingeführt werden;
- d. Wirbelsäulenoperationen in die Zweitmeinungs-Richtlinie des G-BA aufzunehmen (siehe Abschnitt 15.4.4). Der indikationsstellende Arzt muss den Patienten über sein Recht, eine unabhängige Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und auf die Informationsangebote über geeignete Zweitmeiner hinweisen. Es muss ein zentrales, transparentes Genehmigungsverfahren nach objektivierbaren Kriterien erfolgen, welche Ärzte als Zweitmeiner tätig werden dürfen. Zeitgleich muss eine systematische Evaluation der Zweitmeinungsverfahren durchgeführt werden, um zu überprüfen, inwiefern diese tatsächlich zur Reduktion von nicht indizierten Eingriffen beitragen (siehe Empfehlung 2 j);
- e. eine Meldung und Begründung von Wirbelsäulenoperationen (beispielsweise an das Deutsche Wirbelsäulenregister) verpflichtend einzuführen (siehe Abschnitt

15.4.5). Die eingegebenen Daten sollten eine ausreichende Detailtiefe haben, um auch die Indikationsstellung für eine Operation zu überprüfen. Die verpflichtende Eingabe in das Wirbelsäulenregister könnte auch mit der Erstattung verknüpft werden (siehe Empfehlung 2 j);

- f. stationäre Aufnahmen zur Abklärung unspezifischer Rückenschmerzen ohne *red flags* zu verhindern (siehe Abschnitt 15.4.6). Unter Berücksichtigung der empfohlenen Neustrukturierung der Notfallversorgung sollte ein Patient nach der Ersteinschätzung am gemeinsamen Tresen im INZ bei Nichtvorliegen von *red flags* der ambulanten Versorgung zugeleitet werden (siehe Empfehlung 5 b).

## **7. Zur bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen empfiehlt der Rat,**

- a. ambulante Kapazitäten auszubauen, insbesondere Tageskliniken und Vertragsarzt-sitze für Psychiater (siehe Abschnitt 16.7.2). Abhängig u. a. von der Entwicklung der stationsäquivalenten Behandlung sollten ggf. neue intensiv-ambulante und multi-modale Angebote aus dem ambulanten Sektor heraus ermöglicht werden, die eine Stellung zwischen der regulären ambulant-psychiatrischen Behandlung und den Angeboten aus dem stationären Sektor einnehmen könnten;
- b. teilstationäre Kapazitäten auszubauen, außerdem die Flexibilisierung tages-klinischer Angebote sowie die Ausweitung des Angebots von Abendkliniken zu prüfen (siehe Abschnitt 16.7.6);
- c. die vollstationären psychiatrischen Kapazitäten zahlenmäßig nicht weiter auszu-bauen, sondern einem eventuellen zusätzlichen Leistungsbedarf durch den beschriebenen Ausbau ambulanter Angebote zu begegnen (siehe Abschnitt 16.7.2);
- d. die ambulante Bedarfsplanung der „Nervenärzte“ in „Psychiater“ und „Neurologen“ aufzutrennen, da die historisch bedingte gemeinsame Beplanung sachlich nicht mehr zweckmäßig erscheint (siehe Abschnitt 16.7.2);
- e. die faktische Auslastung der vergebenen KV-Sitze für Psychotherapie und für Nervenheilkunde zu überprüfen und je nach Ergebnis ggf. anteilige Sitze zu ermög-lichen und die Kapazitäten anzupassen (siehe Abschnitt 16.7.2);
- f. die Koordinationsverantwortung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen klar zu verorten, möglicherweise bei einem bestimmten Leistungs-erbringer je Patient (siehe Abschnitt 16.7.1). Ein damit einhergehender höherer Koordinationsaufwand könnte durch eine angemessene Koordinationspauschale vergütet werden;
- g. psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Angebote verstärkt in lokale Gesundheitszentren (LGZs) oder Zentren für seelische Gesundheit, die auch mit Sozialarbeitern und psychiatrisch Fachpflegenden ausgestattet sind, zu integrieren (siehe Abschnitt 16.7.6);
- h. in Innovationsfonds-Projekten bewährte Versorgungsstrategien aus dem Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch tatsächlich in

den GKV-Kollektivvertrag zu übernehmen und dabei auf die Übersichtlichkeit der Versorgungslandschaft zu achten (siehe Abschnitt 16.4.6);

- i. eine bessere Übersicht und Koordination von freien Psychotherapieplätzen zu schaffen, soweit dies nicht zukünftig bereits von den Terminservicestellen abgedeckt wird (siehe Abschnitt 16.7.5);
- j. einen vorsichtigen (Wieder-)Aufbau von geschützten Wohnheimplätzen für langfristig schwer psychisch Erkrankte mit erheblichem Eigen- oder Fremdgefährdungspotenzial zu prüfen, dabei aber die Einrichtungen gut genug auszustatten, sodass weiterhin eine würdige Behandlung sichergestellt ist und es nicht nur zu einer Verwahrung kommt (siehe Abschnitt 16.7.7);
- k. für digitale Angebote gerade auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen möglichst standardisierte und einheitliche Qualitätssicherungslösungen zu erarbeiten (siehe Abschnitt 16.7.8). Die Transparenz für Patienten sollte sichergestellt werden, z. B. durch ein einheitliches Siegel;
- l. telemedizinische Potenziale im ländlichen Raum durch eine bundesweite Lockerung des Fernbehandlungsverbots zu nutzen, dabei aber streng auf die Qualitätssicherung zu achten (siehe Abschnitt 16.7.8);
- m. bei der Prävention psychischer Erkrankungen gemäß dem biopsychosozialen Modell der Krankheitsentstehung die Wechselwirkungen verschiedener Lebensbereiche wie der Arbeitswelt mit der psychischen Gesundheit zu beachten (siehe Abschnitt 16.7.9). Bei Entscheidungen in anderen Politikbereichen, z. B. der Bildungs-, Familien- und Sozialpolitik, sollten immer auch die Auswirkungen auf die Gesundheit berücksichtigt werden.

## **Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**

### **Sozialgesetzbuch Fünftes Buch**

#### **Fünftes Kapitel**

#### **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit in der Regel zum 15. April eines Jahres zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

**Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen****Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH**

Institut für Allgemeinmedizin  
Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main  
(Vorsitzender des Sachverständigenrates)

**Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille**

Abteilung Volkswirtschaftslehre  
Emeritus Universität Mannheim  
(Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrates)

**Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner**

Fakultät für Gesundheitswissenschaften  
Universität Bielefeld

**Prof. Dr. med. Marion Haubitz**

Medizinische Klinik III (Nephrologie)  
Klinikum Fulda gAG  
Medizinische Hochschule Hannover  
Zentrum Innere Medizin

**Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer**

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Prof. Dr. rer. oec. Jonas Schreyögg**

Lehrstuhl für Management im Gesundheitswesen  
Hamburg Center for Health Economics  
Universität Hamburg

**Prof. Dr. med. Petra A. Thürmann**

Philipp Klee-Institut für Klinische Pharmakologie  
Helios Universitätsklinikum Wuppertal  
Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie  
Universität Witten/Herdecke

## Gutachten des Sachverständigenrates

### Jahresgutachten 1987

Medizinische und ökonomische Orientierung  
Nomos 1987

### Jahresgutachten 1988

Medizinische und ökonomische Orientierung  
Nomos 1988

### Jahresgutachten 1989

Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven  
der Gesundheitsversorgung  
Nomos 1989

### Jahresgutachten 1990

Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung  
Nomos 1990

### Jahresgutachten 1991

Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland  
Nomos 1991

### Sondergutachten 1991

Stabilität ohne Stagnation?  
abgedruckt im Jahresgutachten 1992  
Nomos 1992

### Jahresgutachten 1992

Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa  
Nomos 1992

### Sachstandsbericht 1994

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität  
und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen  
Nomos 1994

### Sondergutachten 1995

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Mehr Ergebnisorientierung, mehr  
Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit  
Nomos 1995

### Sondergutachten 1996

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche  
Band I: Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung  
Nomos 1996

### Sondergutachten 1997

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche  
Band II: Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung  
Nomos 1998

**Gutachten 2000/2001**

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung

Addendum: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Nomos 2002

**Gutachten 2003**

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung

Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen

Nomos 2003

**Gutachten 2005**

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

Band I: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und Gesundheit, Strategien der Primärprävention

Band II: Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfsmittel und Heilmittel in der GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von Arzneimitteln

Kohlhammer 2006

**Gutachten 2007**

Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten

Gesundheitsversorgung

Nomos 2008

**Sondergutachten 2009**

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Nomos 2010

**Sondergutachten 2012**

Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer

Gesundheitsversorgung

Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber 2012

**Gutachten 2014**

Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche

Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber 2014

**Sondergutachten 2015**

Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten

Hogrefe 2016