



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Pressegespräch am 27. Oktober 2015

Ambulantisierung der medizinischen Versorgung

- Einordnung des deutschen ASK-Katalogs

Dr. Dominik von Stillfried
Geschäftsführer

Die Medizin wird ambulanter

zwei wesentliche Faktoren

1. medizinisch-technischer Fortschritt

- risikomindernde Technologien
(z.B. neue Operationsverfahren, präzise Anästhesien)
- Substitution einer Krankenhausleistung
(z.B. neue diagnostische Verfahren, neue Arzneimittel,)
- Spezialisierung in der Medizin
(große Erfahrung niedergelassener Fachärzte nach langjähriger Tätigkeit im Krankenhaus)

2. Bedeutung chronischer Krankheiten

- anstatt punktueller akuter Interventionen langfristige Begleitung chronisch behandlungsbedürftiger Zustände im Alltag

**Ambulantisierung* = kontinuierlicher Strukturwandel
von früher vorwiegend stationärer Behandlung
zu stetig wachsendem Anteil ambulanter Behandlung**

* erstmalige Begriffsbildung: Busse/Wörz KrankenhausReport 2008

Ambulantisierung unter der Lupe der Versorgungsforschung

1. Analyse der langfristigen Entwicklung

- Krankenhausfallzahl geht in vielen Indikationsbereichen absolut und gemessen an der Alterung der Bevölkerung zurück
- Ambulanter Versorgungsanteil steigt
- Entwicklung der ASK-Kataloge weist auf ein wachsendes Substitutionspotenzial hin (was als vermeidbarer Krankenhausaufenthalt gilt, variiert nach Gesundheitssystem und Zeitpunkt)

2. Analyse regionaler Unterschiede

- liefert Erklärung der Determinanten (was begünstigt / was bremst den Prozess der Ambulantisierung?)
- ermöglicht es Ziele zu setzen (Orientierung an Best-Practice-Beispielen erlaubt Bewertung der Chancen durch eine größere Ambulantisierung)

3. Analyse der Leistungsentwicklung von Klinikambulanzen

- liefert Antworten auf die Frage, ob die Klinikambulanzen Teil der Lösung oder Teil des Problems sind.

Zeitliche Perspektive: Langfristige Entwicklung der stationären Fallzahlen geringer als erwartet

TABELLE 2

Indexzerlegung stationäre Versorgung ausgewählter chronischer Krankheiten 2000–2009, beide Geschlechter

Hauptdiagnosegruppe/Diagnosegruppe	Fallzahlen		Index (Veränderung in %)		
	2000	2009	insgesamt	wegen Risiko	wegen demografischer Alterung
beide Geschlechter					
A00–T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	16 723 761	17 567 310	1,050 (+5,0)	0,990 (–1,0)	1,061 (+6,1)
darunter					
I00–I99 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 752 941	2 695 860	0,979 (–2,1)	0,852 (–14,8)	1,150 (+15,0)
– I20–I25 ischämische Herzkrankheiten	895 016	661 317	0,739 (–26,1)	0,641 (–35,9)	1,152 (+15,2)
– I50 Herzinsuffizienz	239 148	363 256	1,519 (+51,9)	1,245 (+24,5)	1,220 (+22,0)
– I60–I69 zerebrovaskuläre Krankheiten	390 598	357 141	0,914 (–8,6)	0,773 (–22,7)	1,183 (+18,3)
C00–C97 (ohne C44) bösartige Neubildungen	1 617 804	1 425 633	0,881 (–11,9)	0,772 (–22,8)	1,142 (+14,2)
– C18–C21 Darmkrebs	248 352	173 455	0,698 (–30,2)	0,613 (–38,7)	1,139 (+13,9)
– C33–C34 Lungenkrebs	177 450	188 100	1,060 (+6,0)	0,922 (–7,8)	1,150 (+15,0)
– C50 Mammakarzinom	250 510	146 587	0,585 (–41,5)	0,553 (–44,7)	1,057 (+5,7)
– C61 Prostatakarzinom	80 088	83 868	1,047 (+4,7)	0,845 (–15,5)	1,239 (+23,9)
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 239 222	1 641 564	1,325 (+32,5)	1,244 (+24,4)	1,065 (+6,5)
– M15–M19 Arthrosen	298 507	419 411	1,405 (+40,5)	1,256 (+25,6)	1,118 (+11,8)
– M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	340 625	545 418	1,601 (+60,1)	1,508 (+50,8)	1,061 (+6,1)

Quelle: Nowossadeck
Demografische Alterung
und stationäre
Versorgung
Dt. Ärzteblatt 2012

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnungen

Zeitliche Perspektive: Langfristige Entwicklung der stationären Fallzahlen geringer als erwartet

TABELLE 2

Indexzerlegung stationäre Versorgung ausgewählter chronischer Krankheiten 2000–2009, beide Geschlechter

Hauptdiagnosegruppe/Diagnosegruppe	Fallzahlen		Index (Veränderung in %)		
	2000	2009	insgesamt	wegen Risiko	wegen demografischer Alterung
beide Geschlechter					
A00–T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	16 723 761	17 000 000			
darunter					
I00–I99 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 752 941	2 800 000			
– I20–I25 ischämische Herzkrankheiten	895 016	900 000			
– I50 Herzinsuffizienz	239 148	240 000			
– I60–I69 zerebrovaskuläre Krankheiten	390 598	400 000			
C00–C97 (ohne C44) bösartige Neubildungen	1 617 804	1 600 000			
– C18–C21 Darmkrebs	248 352	173 455			
– C33–C34 Lungenkrebs	177 450	188 100			
– C50 Mammakarzinom	250 510	146 587			
– C61 Prostatakarzinom	80 088	83 868			
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 239 222	1 641 564			
– M15–M19 Arthrosen	298 507	419 411			
– M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	340 625	545 418			

Quelle: Nowossadeck
Demografische Alterung
und stationäre
Versorgung
Dt. Ärzteblatt 2012

Index 2000–2009 (Veränderung in %)		
insgesamt	wegen Risiko	wegen demografischer Alterung
tatsächlich	erwartet	
1,050 (+5,0)	0,990 (–1,0)	1,061 (+6,1)

demografie-
bereinigt:
Fallzahlrückgang
um 1% (~ 20%)

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnungen

Gegenüberstellung der Leistungsentwicklung

in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung (Leistungsbedarf / Belegungstage)

- Vergleich der Leistungsentwicklung demografiebereinigt, je KV-Region nach ICD-10 Kapiteln.
- 17 KVen und 20 ICD-10 Kapitel ergeben **340 Beobachtungsfelder**

Leistungsentwicklung 2011-2012		vertragsärztliche Versorgung	
		Zunahme	Abnahme
stationäre Versorgung	Abnahme	175 (51%)	56 (16%)
	Zunahme	82 (24%)	27 (8%)



Ambulantisierung als Chance!

„Der **medizinisch-technische Fortschritt** (z.B. in den Bereichen Anästhesie, minimalinvasive Chirurgie, Medizintechnik oder auch bei der pharmakologischen Therapie) *ermöglicht eine Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung.*

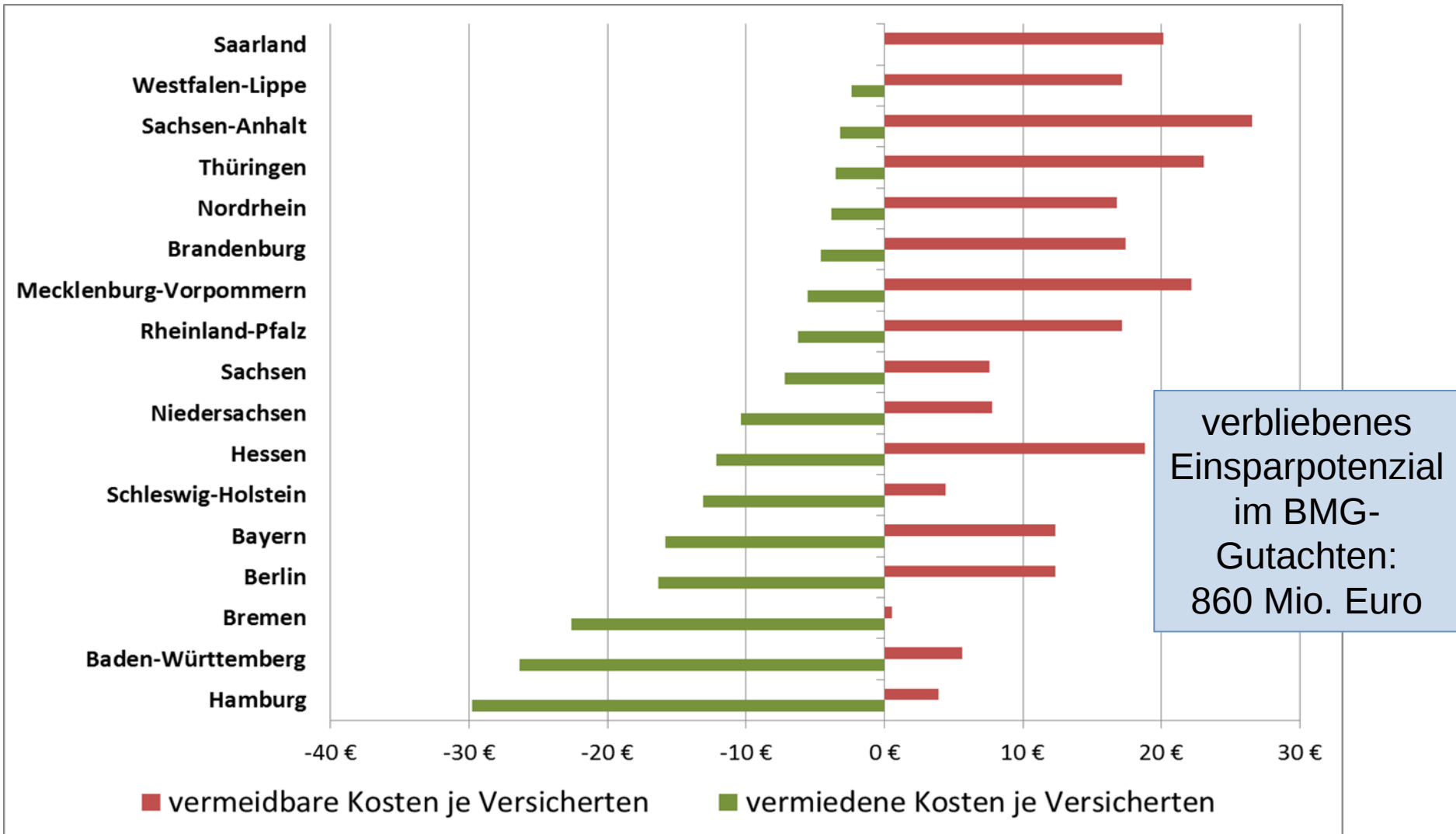
In Kombination mit der absehbaren demografischen Entwicklung gewinnt die ambulante Behandlung an Bedeutung: *Ein wachsender Anteil bislang stationär behandlungsbedürftiger Patienten benötigt diese Form der Versorgung teilweise nur noch wenige Tage oder zukünftig gar nicht mehr.*

Die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich vermag außerdem das Spannungsfeld einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei weiterhin begrenzten Ressourcen zumindest teilweise zu mindern.“

(SVR Gesundheit 2012)

Einsparpotentiale: Modellrechnung IGES für Datenjahr 2011

Gutachten 2014 zu förderungswürdigen Leistungen (Auftraggeber: Zi)



Quelle: IGES, Ergänzungsgutachten zum Gutachten für das BMG im Auftrag des Zi; BMG-Gutachten unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014_3/14080_8_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf

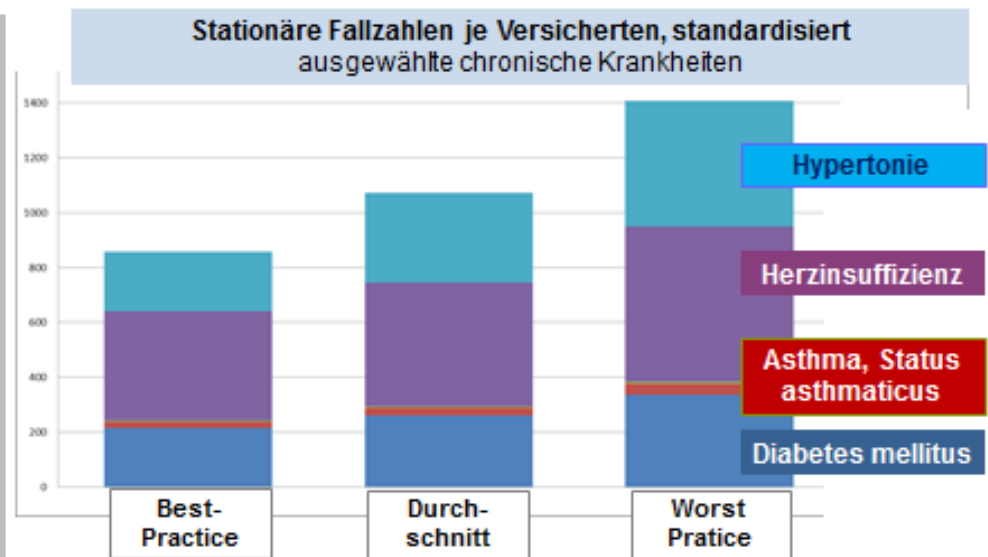
Bessere Versorgungsqualität, geringere Kosten

Optionen gemäß Projektion zum Jahr 2020

	Status-Quo-Szenario 2020	Best-Practice-Szenario 2020
Ambulant	+ 3% (ca. 1 Mrd. €)	+ 17% (ca. 5 Mrd. €)
Stationär	+ 6% (ca. 3 Mrd. €)	- 6% (ca. - 3 Mrd. €)
Ambulant und Stationär	4 Mrd. €	2 Mrd. €

Basisjahr: 2011

Ein Ausschöpfen des ambulanten Versorgungspotentials nach dem Vorbild der 21 „Best-Practice Regionen“ könnte den demografisch bedingten Ausgabenanstieg verringern und die Versorgungsqualität steigern.



Quelle: Czihal T et al (2014) www.versorgungsatlas.de

Regionale Unterschiede in der stationären Inanspruchnahme **nach Aufnahmeanlass** - demografiebereinigt 2012

KV Region	Insgesamt	Einweisungen	Notfälle
Schleswig-Holstein	0,94	0,96	0,90
Hamburg	0,93	0,82	1,03
Bremen	0,91	0,87	0,95
Niedersachsen	0,98	0,97	1,00
Westfalen-Lippe	1,13	1,18	1,09
Nordrhein	1,04	1,00	1,11
Hessen	0,99	1,02	0,92
Rheinland-Pfalz	1,04	1,04	1,07
Baden-Württemberg	0,86	0,87	0,84
Bayern	0,99	1,00	0,99
Berlin	0,91	0,74	1,09
Saarland	1,09	1,13	1,04
Mecklenburg-Vorp	1,06	1,09	0,97
Brandenburg	1,08	1,06	1,08
Sachsen-Anhalt	1,12	1,21	1,03
Thüringen	1,11	1,13	1,04
Sachsen	0,98	1,00	0,97
Bund	1,00	1,00	1,00

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes

Tabelle 8: Häufigkeiten von ASK-Fällen insgesamt, mit Aufnahmeanlass Notfall und kurzer Verweildauer nach Regionstypen

Kennzahl	Großstadtzentrum KreisTyp 1	nahes Nebenzentrum KreisTyp 2	nahe Umgebung einer Großstadt KreisTyp 3	weitere Umgebung einer Großstadt KreisTyp 4	außerhalb der Umgebung einer Großstadt KreisTyp 5	Ruhrgebiet KreisTyp 6
ASK-Fälle je 100.000 EW (ab 5 Jahre)	2.257	2.406	2.382	2.765	2.894	3.373
ASK-Fälle mit Aufnahmeanlass Notfall je 100.000 EW (ab 5 Jahre)	1.406	1.317	1.354	1.542	1.595	1.939
Anteil ASK-Fälle mit Aufnahme anlass Notfall an allen ASK-Fällen	62%	55%	57%	56%	55%	57%
ASK-Fälle mit Verweildauer von max. 3 Tagen je 100.000 EW (ab 5 Jahre)	723	777	801	842	868	991
Anteil ASK-Fälle mit Verweildauer von max. 3 Tagen an allen ASK-Fällen	32%	32%	34%	30%	30%	29%
ASK-Fälle mit Aufnahmeanlass Notfall und Verweildauer von max. 3 Tagen je 100.000 EW (ab 5 Jahre)	382	384	414	419	438	490
Anteil ASK-Fälle mit Aufnahmeanlass Notfall und Verweildauer von max. 3 Tagen an allen ASK-Fällen	17%	16%	17%	15%	15%	15%

Effekte auf vermeidbare Krankenhausfälle

am wenigsten ASK-Fälle in Großstädten – Ausnahme Ruhrgebiet

in Großstädten ist aber **Anteil der Notaufnahmen** am höchsten ...

... sowie der **Anteil der Kurzlieger** ...

... und der **Kurzlieger/Notfälle**

Quelle: IGES-Gutachten im Auftrag des Zi (veröffentlicht 15.06.2015)

Bedeutung der Krankenhausnotfallambulanzen

Notfallbehandlungsfälle:

Jahr	Insgesamt	davon		
		Krankenhaus	Vertragsärzte insgesamt (Einzel- u. Gemeinschaftspraxen, MVZ, Bereitschaftsdienstpraxen etc.)	nur Einzel- u. Gemeinschaftspraxen
2009	37.072.536	17,5%	82,5%	70,4%
2010	34.551.723	20,1%	79,9%	67,6%
2011	35.055.327	20,3%	79,7%	66,6%
2012	28.581.636	25,6%	74,4%	58,1%
2013	30.090.256	27,9%	72,1%	55,4%
2014	29.286.599	29,0%	71,0%	51,4%

Notfälle insgesamt:

rückläufig,
2009: Schweinegrippe
2010/2011 wenig Grippe

Bereitschaftsdienst:

stabil mit Niveauanstieg in
2013 (Grippe plus Wegfall
Praxisgebühr)

Behandlungsfälle mit GOP aus dem Abschnitt 1.2 des EBM

Jahr	Insgesamt	davon		
		Krankenhaus	Vertragsärzte insgesamt (Einzel- u. Gemeinschaftspraxen, MVZ, Bereitschaftsdienstpraxen etc.)	nur Einzel- u. Gemeinschaftspraxen
2009	18.310.080	32,7%	67,3%	44,7%
2010	17.361.054	39,2%	60,8%	38,0%
2011	17.591.882	40,1%	59,9%	35,9%
2012	17.713.686	41,1%	58,9%	34,8%
2013	19.359.897	43,0%	57,0%	33,0%
2014	19.184.532	43,9%	56,1%	28,3%

Anteil Krankenhaus

immer noch kleiner als
vertragsärztlicher Anteil
aber stetiger Anstieg,
markante Jahre:
2010 (Winter)
2013 (Praxisgebühr)

Sichtbar: Verschiebung zu
Bereitschaftsdienstpraxen

Bedeutung der Krankenhausnotfallambulanzen (2)

Notfallbehandlungsfälle:

Jahr	Insgesamt	prozentuale Veränderung gegenüber Vorjahr		
		Krankenhaus	Vertragsärzte insgesamt (Einzel- u. Gemeinschaftspraxen, MVZ, Bereitschaftsdienstpraxen etc.)	nur Einzel- u. Gemeinschaftspraxen
2009	37.072.536			
2010	34.551.723	6,7%	-9,7%	-10,4%
2011	35.055.327	2,5%	1,2%	-0,1%
2012	28.581.636	3,2%	-24,0%	-28,9%
2013	30.090.256	14,4%	2,1%	0,4%
2014	29.286.599	1,2%	-4,2%	-9,7%

Notfälle insgesamt:

rückläufig,
2009: Schweinegrippe
2010/2011 wenig Grippe

Bereitschaftsdienst:

stabil mit Niveauanstieg in
2013 (Grippe plus Wegfall
Praxisgebühr)

Behandlungsfälle mit GOP aus dem Abschnitt 1.2 des EBM

Jahr	Insgesamt	prozentuale Veränderung gegenüber Vorjahr		
		Krankenhaus	Vertragsärzte insgesamt (Einzel- u. Gemeinschaftspraxen, MVZ, Bereitschaftsdienstpraxen etc.)	nur Einzel- u. Gemeinschaftspraxen
2009	18.310.080			
2010	17.361.054	13,6%	-14,3%	-19,4%
2011	17.591.882	3,5%	-0,1%	-4,2%
2012	17.713.686	3,2%	-1,0%	-2,4%
2013	19.359.897	14,4%	5,7%	3,8%
2014	19.184.532	1,2%	-2,5%	-15,1%

Anteil Krankenhaus

immer noch kleiner als
vertragsärztlicher Anteil
aber stetiger Anstieg,
markante Jahre:
2010 (Winter)
2013 (Praxisgebühr)

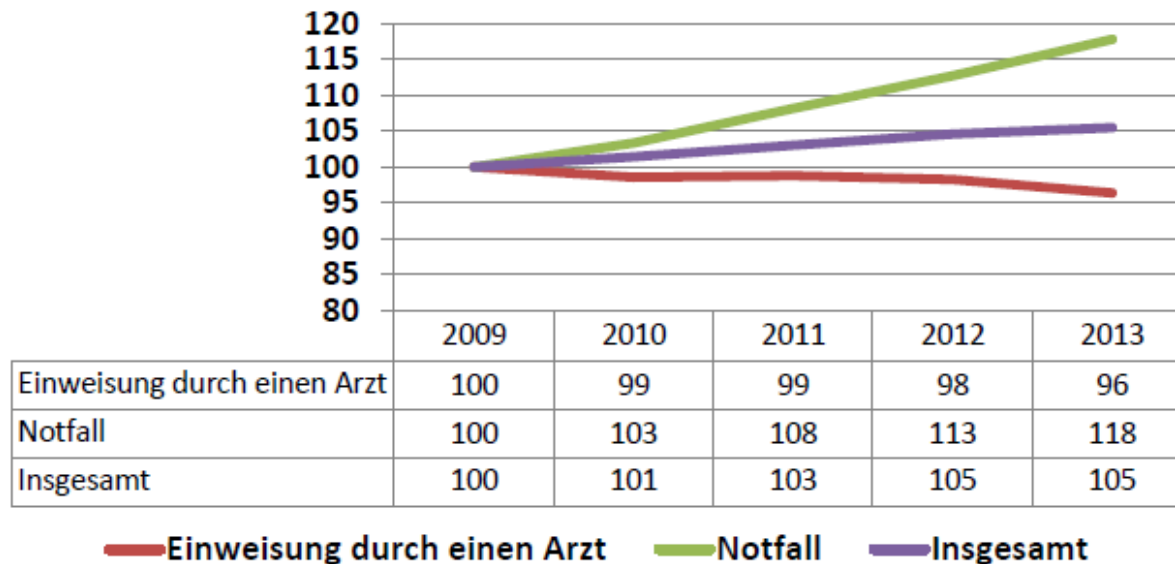
Sichtbar: Verschiebung zu
Bereitschaftsdienstpraxen

Selbsteinweisungen treiben die Entwicklung der Krankenhausfallzahlen

Aufnahmeanlass	2009	2010	2011	2012	2013	Anteil 2009	Anteil 2013
Einweisung durch einen Arzt	9.408.401	9.274.072	9.295.439	9.245.824	9.067.835	55%	50%
Notfall	6.621.561	6.844.022	7.163.214	7.464.171	7.798.904	39%	43%
Sonstiges (z.B. Geburt, Verlegung etc.)	1.161.101	1.316.306	1.250.257	1.266.452	1.266.972	7%	7%
Insgesamt	17.191.063	17.434.400	17.708.910	17.976.447	18.133.711	100%	100%

Quelle: Darstellung des Zi auf Basis der Fachserie 12 Reihe 6.4; 2009 – 2013; Statistisches Bundesamt

Entwicklung der vollstationären
Krankenhausfallzahlen nach Aufnahmeanlässen
(Jahr 2009 = 100)



Fazit

- Ambulantisierung liefert die wesentliche Chance, um die Kosten des demografischen Wandels im Gesundheitswesen in Grenzen zu halten ohne die Qualität der Versorgung zu reduzieren
- Ambulantisierung hat bereits stattgefunden und findet laufend statt, das Potenzial ist derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Dafür müssen die Rahmenbedingungen richtig ausgestaltet werden.
- Förderung der Ambulantisierung erfordert
 1. gute ambulante Versorgungsstrukturen (vgl. IGES-Studie),
 2. Vereinbarung konkreter Versorgungsziele auf regionaler Ebene.
- In jüngster Vergangenheit stehen der Ambulantisierung vor allem die steigenden Aufnahmen aus Notfallambulanzen der Krankenhäuser im Weg.
- Wichtige Voraussetzung daher: Vereinbarung bevölkerungsbezogener Leistungsvereinbarungen im Krankenhausbereich (konkreter Vorschlag wurde 2014 durch AGENON im Auftrag von Zi und Barmer-GEK erarbeitet)

**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**
Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450
Fax +49 30 4005 2490
zi@zi.de

