

Den demografischen Wandel bezahlbar machen: Potentiale ambulanter Versorgung

Zusammenfassung einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung

Thomas Czihal, Dr. Mandy Schulz, Amélie Rouche, Dr. Dominik von Stillfried

Hintergrund

Der demografische Wandel ist durch eine starke Zunahme der älteren Bevölkerung bei gleichzeitigem Rückgang der jüngeren Bevölkerung gekennzeichnet. Dieser generelle Trend wird regional durch innerdeutsche Migration modifiziert. Abwanderung vor allem aus ländlichen Regionen verstärkt dort die demografische Alterung, Zuwanderung in Ballungsräume verlangsamt die Entwicklung in diesen Städten. Dies stellt eine enorme Herausforderung für die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen und deren Finanzierbarkeit dar.

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen steigt mit zunehmendem mittlerem Alter der Bevölkerung in der ambulanten und in der stationären Versorgung. Sektorenübergreifend ist daher zukünftig mit einem erhöhten Behandlungsbedarf zu rechnen (Erhart et al. 2013). Da die demografische Entwicklung in Abwanderungsregionen besonders ausgeprägt ausfällt, ist ein steigender Versorgungsbedarf in der Regel auch bei rückläufigen Bevölkerungszahlen festzustellen. In den Ballungs-

räumen bewirkt der demografische Wandel einen zeitlich versetzten aber umso kräftigeren Anstieg des mittleren Versorgungsbedarfs.

In der jüngeren Vergangenheit befasst sich die Versorgungsforschung zunehmend mit regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands in Bezug auf die stationäre und ambulante Versorgung (z. B. www.versorgungsatlas.de). Die Forschungsergebnisse zeigen, dass im regionalen Vergleich von Substitutionsbeziehungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auszugehen ist (z. B. von Stillfried 2012, Sundmacher et al. 2012, Augurzky 2013). Demnach fällt in Regionen mit intensiverer ambulanter Versorgung – nach Adjustierung um die regionale Morbiditätslast - die Inanspruchnahme stationärer Leistungen geringer aus. Deshalb beklagt auch der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, dass das Potential ambulanter Versorgung in Deutschland „derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist“ (SVR 2012). Der Rat lässt sich dabei von der Vorstellung leiten, dass ein hoher ambulanter Versorgungsanteil in einer Region ein Merkmal hoher Versorgungsqualität ist. Dies gilt insbesondere für ausgewählte

„ambulant-sensitive“ Indikationsbereiche. Zudem sieht der Rat darin eine Möglichkeit, den Druck des demografischen Wandels auf die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung zu mildern.

Methodik

Mittels Simulationsrechnungen soll ermittelt werden, in welchem Umfang eine vermehrte ambulante Leistungserbringung die Krankenkassen entlasten könnte. Hierbei sollen realistische Ziele unterstellt werden. Deshalb werden diese Zielvorstellungen aus der bereits eingetretenen Realität in Deutschland abgeleitet.

Schritt 1: Es werden systematisch die 20 Landkreise und kreisfreien Städte mit dem höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potentials identifiziert. Als sogenannte „Best-Practice-Regionen“ werden die 20 Landkreise und kreisfreien Städte definiert, die – nach Standardisierung der Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur - die geringste stationäre Inanspruchnahmerate bei gleichzeitig überdurchschnittlicher ambulanter Inanspruchnahmerate aufweisen.

Als Datengrundlage werden die DRG-Statistiken des Statistischen Bundesamtes und die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des Jahres 2010 genutzt. Je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt werden stationäre und ambulante Inanspruchnahmeraten gebildet, die gemäß regionaler Besonderheiten für den populationsbezogenen Versorgungsbedarf (Alter, Geschlecht, Morbidität und Sozialstruktur) adjustiert werden. Ergänzende Informationen z. B. zur ambulanten Behandlung am Krankenhaus oder über Selektivverträge abgerechnete Versorgungsleistungen können mangels Verfügbarkeit nicht mit einbezogen werden.

Schritt 2: Auf Grundlage der Bevölkerungsprognose des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) wird eine Projektion des ambulanten und stationären Versorgungsbedarfs zum Jahr 2020 vorgenommen. Die Projektion erfolgte dabei in zwei Szenarien:

- Szenario 1 beschreibt die Versorgungssituation im Jahr 2020 unter der Annahme, dass sich die geschlechts- und altersgruppenspezifische Inanspruchnahmeraten in den jeweiligen Regionen bis zum Jahr 2020 nicht ändert (Status-Quo Projektion).
- Szenario 2 folgt der Annahme, dass bis zum Jahr 2020 alle Regionen in Deutschland die geschlechts- und altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmeraten der unter Schritt 1 identifizierten „Best-Practice-Regionen“ erreichen. Unter der Annahme konstanter Preise werden die finanziellen Auswirkungen aus Perspektive der GKV gegenübergestellt.

Ergebnisse

Tabelle 1 führt die 20 Landkreise und kreisfreien Städte auf, die als „Best-Practice-Regionen“ identifiziert werden. Auffällig ist, dass zwar ein großer Teil der Regionen als „städtisch“ anzusehen ist, sich aber auch ländliche Regionen unter den „Best-Practice-Regionen“ finden. Die Regionen verteilen sich räumlich nahezu über das gesamte Bundesgebiet. Es werden insgesamt Regionen aus acht Bundesländern identifiziert, sodass Landkreise und kreisfreie Städte aus Nord, Ost, Süd und West die „Best-Practice-Regionen“ bilden. Insgesamt weisen diese Regionen im Jahr 2010 eine Inanspruchnahmerate im stationären

ren Bereich auf, die – nach Adjustierung um bevölkerungsseitige Einflüsse – 15% *unter* dem Bundesdurchschnitt liegt, während im ambulanten Bereich eine um 13% *erhöhte* Inanspruchnahmerate festzustellen ist.

Tabelle 1: „Best-Practice-Regionen“ in Deutschland

| Bundesland | Landkreis/ kreisfreie Stadt |
|------------------------|------------------------------|
| Baden Württemberg | Rhein-Neckar-Kreis |
| Niedersachsen | Oldenburg |
| Baden Württemberg | Konstanz |
| Baden Württemberg | Ulm, Universitätsstadt |
| Hessen | Wiesbaden, Landeshauptstadt |
| Baden Württemberg | Mannheim, Universitätsstadt |
| Baden Württemberg | Karlsruhe, Stadt |
| Hessen | Main-Taunus-Kreis |
| Niedersachsen | Ammerland |
| Bayern | München, Landeshauptstadt |
| Niedersachsen | Lüneburg |
| Berlin | Berlin |
| Sachsen | Leipzig, Stadt |
| Mecklenburg Vorpommern | Rostock |
| Hamburg | Hamburg |
| Niedersachsen | Osnabrück, Stadt |
| Bayern | München, Landkreis |
| Mecklenburg Vorpommern | Bad Doberan |
| Niedersachsen | Oldenburg (Oldenburg), Stadt |
| Baden Württemberg | Freiburg im Breisgau, Stadt |
| Baden Württemberg | Heidelberg, Stadt |

In Tabelle 2 sind die Ergebnisse der Projektion des Versorgungsbedarfs nach dem Status-Quo-Szenario und dem „Best-Practice-Szenario“ dargestellt

Im Status-Quo-Szenario ergibt sich eine demografisch bedingte Erhöhung des Versorgungsbedarfs im stationären Bereich bis zum Jahr 2020 um ca. 6% was mit Mehrausgaben von 3 Mrd. € verbunden wäre. Im ambulanten Bereich beträgt der demografisch bedingte Zuwachs ca. 3% (ca. 1 Mrd. €).

Das Best-Practice-Szenario ergibt ein konträres Bild. Im stationären Bereich wäre von ei-

nem Rückgang von ca. 6% (ca. – 3 Mrd. €) auszugehen, während im ambulanten Bereich ein Zuwachs von ca. 17% (ca. 5 Mrd. €) zu erwarten wäre. Werden die Ergebnisse der ambulanten und stationären Versorgungsprojektion je Szenario zusammengerechnet, ergibt sich im Status-Quo Szenario ein Zuwachs um ca. 4 Mrd. €, während im „Best-Practice-Szenario“ der Zuwachs nur 2 Mrd. € beträgt.

Tabelle 2: Rechnerisches Einsparpotenzial durch Angleichung an „Best-Practice“- Referenz

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

Somit könnten die Krankenkassen bis 2020 durch eine Stärkung der ambulanten Versorgung rechnerisch 2 Mrd. Euro einsparen. Dies setzt voraus, dass die Krankenkassen prospektive Mengenvereinbarungen mit den Krankenhäusern schließen, die die Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich aktiv berücksichtigen. Die rechtlichen Grundlagen hierfür liegen vor.

Es kann mithin festgestellt werden, dass ein vermehrtes Ausschöpfen des ambulanten Versorgungspotentials, wie es offensichtlich in manchen Regionen Deutschlands schon stattfindet, geeignet ist, den durch den demografischen Wandel bedingten zukünftigen Finanzierungsdruck zu mildern.

Zudem wäre damit nach heutigem Verständnis auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität verbunden. Als vermeidbare Krankenhausfälle werden Krankenhausbehandlungen für bestimmte Indikationsbereiche definiert, die nach geltendem Kenntnisstand vollständig ambulant behandelbar sind (vgl. SVR 2012). Ihre Häufigkeit gilt international, insbesondere

aber in angelsächsischen Ländern, als Qualitätsindikator für die gesamte Gesundheitsversorgung. Auf Basis dieses Indikators kann festgestellt werden, dass in den „Best-Practice Regionen“ Deutschlands auch die Qualität der Gesundheitsversorgung höher als in den anderen Regionen ist. Dies erfordert aber höhere ambulante Versorgungskapazitäten.

In Tabelle 3 werden Charakteristika der Best-Practice-Regionen (Gruppe 1) in Bezug auf die Angebotsstruktur und sogenannte vermeidbare Krankenhausfälle nach der Definition des Sachverständigenrates dargestellt. Im Vergleich dazu werden ebenfalls die Charakteristika der Regionen mit durchschnittlich ausgeschöpften ambulanten Versorgungspotential (Gruppe 2) und gering ausgeschöpften Potential (Gruppe 3) dargestellt.

Die „Best-Practice-Regionen“ zeichnen sich durch eine überdurchschnittliche Arztdichte, eine unterdurchschnittliche Krankenhausbettdichte und eine geringeren - nach der Risikostruktur adjustierten - Rate vermeidbarer Krankenhausfälle aus.

Tabelle 3: Angebotsstrukturen und vermeidbare Krankenhausfälle im regionalen Vergleich

| | Gruppe 1 | Gruppe 2 | Gruppe 3 |
|--|----------|----------|----------|
| Niedergelassene Ärzte je 100.000 EW | 221,6 | 159,8 | 137,0 |
| Hausärzte | 68,7 | 64,9 | 60,3 |
| Anästhesisten | 6,1 | 3,3 | 2,1 |
| Augenärzte | 7,7 | 6,3 | 5,8 |
| Chirurgen | 6,0 | 4,6 | 4,2 |
| Frauenärzte | 15,0 | 11,3 | 11,2 |
| HNO_Ärzte | 5,9 | 4,6 | 4,2 |
| Hautärzte | 5,5 | 3,9 | 3,2 |
| Internisten | 13,4 | 10,0 | 8,6 |
| Kinderärzte | 8,4 | 6,7 | 6,1 |
| Nervenärzte | 8,2 | 5,2 | 4,2 |
| Psychotherapeuten | 47,0 | 19,8 | 10,8 |
| Orthopäden | 8,4 | 6,0 | 5,5 |
| Radiologen | 4,3 | 3,1 | 3,0 |
| Urologen | 3,7 | 3,2 | 3,1 |
| Krankenhausbetten je 100.000 EW | 74,9 | 62,6 | 83,3 |
| vermeidbare Krankenhausfälle je 100.000 EW | 2.265 | 2.747 | 3.606 |

Literatur

Augurzyk, B., T. Kopetsch und H. Schmitz (2012). What Accounts for the Regional Differences in the Utilisation of Hospitals in Germany?. European Journal of Health Economics (forthcoming)

Erhart M, Czihal T, Schallock M, von Stillfried D (2013). Machbarkeitsstudie Projektion der demografisch bedingten Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfs in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung - Grundlage einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung? Gutachten, gefördert durch die Bundesärztekammer im Rahmen des Programms zur Förderung der Versorgungsforschung. Hrsg. Bundesärztekammer. Online Abruf unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/sektoreneuebergreifende-Bedarfsplanung.pdf> (letzter Aufruf 25. Juni 2013)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Sundmacher L, Bäuml M, Busse R (2012). Der Einfluss von Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: KLAUBER J, GERAEDTS M, FRIEDRICH J, WASEM J (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer, S. 183-202

Von Stillfried D, Czihal T, Altenhofen L, Hagen B (2012). Regionale Unterschiede und ihre Folgen aus Ärztesicht: In: Roski R, Stegmaier P und Kleinfeld A. (Hrsg.) Disease Management Programme Statusbericht 2012 MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“. eRelation AG – Content in Health S. 247 - 255