



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Stellungnahme

zum Projektbericht „Patientenbehandlung im Spannungsfeld zwischen Sicherstellungsverantwortung und ambulanter Versorgungsrealität“ des Deutschen Krankenhausinstitutes

Dr. Sandra Mangiapane
Thomas Czihal
Dr. Dominik von Stillfried

Berlin, 15.11.2021

Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung in der
Bundesrepublik Deutschland
Rechtsfähige Stiftung

Salzufer 8
10587 Berlin
Tel. +49 30 4005 2450
Fax +49 30 4005 2490
zi@zi.de
www.zi.de

Vorstandsvorsitzender:
Dr. Dominik Graf von Stillfried
Stellv. Vorstandsvorsitzender:
Thomas Czihal

Vorsitzende des Kuratoriums:
Dr. med. Annette Rommel
Stv. Vorsitzender des Kuratoriums:
Mark Barjenbruch

Inhaltsverzeichnis

1	HINTERGRUND	3
2	AMBULANTE NOTFALLVERSORGUNG	4
3	VERTRAGSÄRZTLICHE BEDARFSPLANUNG UND DIE VERSORGUNG STRUKTURSCHWACHER GEBIETE	9
4	LITERATUR	10

1 Hintergrund

Gemäß § 75 SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beauftragt, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Dies betrifft sowohl die Versorgung zu Sprechstundenzeiten als auch zu den Sprechstundfreien Zeiten (Notdienst).

Die KVen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden (§75 Abs. 1b SGB V). Das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) hat im Oktober 2021 einen Projektbericht mit dem Titel „Patientenbehandlung im Spannungsfeld zwischen Sicherstellungsverantwortung und ambulanter Versorgungsrealität“ veröffentlicht, der unter anderem eine Bestandsaufnahme zur Sicherstellung der ambulanten (Notfall-)Versorgung und Bedarfsplanung beinhaltet (1).

Das DKI gelangt auf Grundlage einer Reihe von Annahmen und Behauptungen zu dem Schluss, dass die KVen ihren Sicherstellungsauftrag nicht flächendeckend erfüllen würden und schlussfolgert daraus, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung nur durch umfassendere Einbeziehung der Krankenhäuser gelingen könne. Daraus wird die Forderung nach einer regelhaften Öffnung der Krankenhäuser ohne zeitliche und fachliche Beschränkungen abgeleitet.

Da sich das Zi seit vielen Jahren mit Analysen zum Versorgungsbedarf und den Angebotsstrukturen im ambulanten Sektor und dabei auch mit der Situation der Notfallversorgung beschäftigt, werden im Folgenden die im Bericht des DKI vorgetragenen Positionen zu sinngemäßen Kernaussagen zusammengefasst und deren Aussagefähigkeit bewertet. Auf die Textstellen im DKI-Bericht, auf denen eine „Kernaussage“ basiert, wird in einer Fußnote verwiesen.

2 Ambulante Notfallversorgung

Kernaussage 1:

Die in den Bereitschaftsdienstordnungen vorgegebenen Bereitschaftszeiten werden von den Bereitschaftsdienstpraxen fast durchgängig nicht eingehalten. Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung wird dann in weiten Teilen von den Notaufnahmen der Krankenhäuser übernommen. Krankenhäuser sind im Unterschied zu den Vertragsarztpraxen und den Bereitschaftsdienstpraxen zudem 24/7 geöffnet.

Quelle: Seite 46, 59

Bewertung:

Das DKI konstatiert, dass die so genannten „Ist-Öffnungszeiten“ der von den KVen betriebenen Bereitschaftsdienstpraxen (BD-Praxen) in erheblichem Maße von „Soll-Öffnungszeiten“ abweichen würden. Die „Soll-Öffnungszeit“ ist eine Annahme des DKI, indem unterstellt wird, die Öffnungszeiten der BD-Praxen müssten den in den Bereitschaftsdienstordnungen festgelegten Bereitschaftsdienstzeiten entsprechen. Aus der festgestellten Abweichung wird hergeleitet, dass die KVen ihren Sicherstellungsauftrag in der ambulanten Notfallversorgung nicht erfüllen würden.

Hierbei wird außer Acht gelassen, dass der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst nicht allein aus BD-Praxen besteht, sondern einen Fahr-/Hausbesuchsdienst über die gesamte Bereitschaftsdienstzeit beinhaltet. Die BD-Praxen kommen ergänzend hinzu, ihre Öffnungszeiten orientieren sich am lokalen Bedarf der jeweiligen BD-Praxis. Es wäre vollkommen unwirtschaftlich, eine BD-Praxis die komplette Nacht geöffnet zu halten, wenn in dieser Zeit nur ein oder gar kein Patient zu versorgen ist. Dafür existieren Absprachen mit Krankenhäusern, die dafür an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Auch die Notaufnahmen haben in der tiefen Nacht die niedrigsten Patientenzahlen. So wie dort in dieser Zeit mit Diensten eine Minimalbesetzung aufrechterhalten wird, sichert der Fahr-/Hausbesuchsdienst im Bereitschaftsdienst während der kompletten Bereitschaftsdienstzeiten eine Präsenz ab, sodass eine vertragsärztliche Versorgung 24/7 gewährleistet wird.

Es stellt somit einen eklatanten Mangel des Berichts dar, dass der Fahr-/Hausbesuchsdienst im Bereitschaftsdienst nicht erwähnt und so unterstellt wird, die Notaufnahmen der Krankenhäuser seien die einzige Alternative zu den BD-Praxen der KVen.

Kernaussage 2:

*Im Jahr 2018 haben über 4 Millionen Notfallpatient*innen zu Zeiten, in denen Vertragsärzt*innen ihre Praxis geöffnet hatten, lieber ein Krankenhaus als eine Vertragsärzt*in in Anspruch genommen. Das entspricht rund drei Viertel aller ambulanten Notfallbehandlungen während der Praxisöffnungszeiten.*

Quelle: Seite 40, 47

Bewertung:

Korrekt ist, dass im Jahr 2018 4,4 Millionen ambulante Fälle in Notaufnahmen mit den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 01205 oder 01210 (Notfallpauschalen im organisierten Notfalldienst zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)) abgerechnet wurden, während in den Praxen nur 1,3 Millionen Fälle mit den gleichen GOPen zur Abrechnung kamen.

Der Vergleich dieser ambulanten Notfälle in Notaufnahmen mit dem vertragsärztlichen BD lässt allerdings außer Acht, dass der vertragsärztliche BD im Zeitfenster für die Abrechnung der genannten Gebührenordnungspositionen in der Regel nur in den Randzeiten zuständig ist, weil der größte Zeitanteil davon durch die üblichen Sprechzeiten der Praxen abgedeckt ist. Deshalb werden die in diesem Zeitfenster von den Arztpraxen versorgten Akutfälle nicht über die Notfall-GOPen sondern über die jeweiligen Fachkapitel des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) abgerechnet. Es fehlt also eine sinnvolle Vergleichsgröße.

Auf Basis der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2016 hat das Zi ausgewertet, dass während der Praxisöffnungszeiten insgesamt rund 196 Millionen Behandlungsfälle mit Diagnosen abgerechnet werden, die den Leitbeschwerden des strukturierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens (SmED) entsprechen und damit als Akutfälle klassifiziert werden können (2). Addiert man diese Fälle zu der Gesamtzahl an Notfällen, in denen die GOPen 01205 oder 01210 abgerechnet wurden, hinzu und berechnet dann den Anteil der in Notaufnahmen versorgten Fälle, so beläuft sich der Anteil der während der Sprechstundenzeiten von Notaufnahmen versorgten Not- oder Akutfälle auf 2,3 %!

Kernaussage 3:

Eine umfassende Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Vertragsärzte im Rahmen des ambulanten Notdienstes gelingt aktuell nicht flächendeckend. Ohne die Krankenhäuser ist eine Sicherstellung aktuell und in Zukunft offensichtlich nicht zu gewährleisten.

Quelle: Seite 8, 10, 128

Bewertung:

Um diese Aussage einordnen zu können, ist eine quantitative Betrachtung notwendig. In den Arztpraxen werden während der Praxisöffnungszeiten jährlich über 600 Mio. ambulante Behandlungsfälle versorgt. Daneben entstehen knapp 20 Mio. ambulante Notfälle, die sich zu 9,5 Mio. Fälle auf den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst (BD) sowie 10,5 Mio. Fälle auf die Notaufnahmen der Krankenhäuser aufteilen. Weitere knapp 20 Mio. Fälle behandeln die Krankenhäuser im Jahr stationär (2).

Betrachtet man die Aufteilung der ambulanten Notfälle auf den vertragsärztlichen BD und die Notaufnahmen, muss differenziert werden, zu welchen Zeiten Notfälle versorgt werden. So entfällt die Mehrzahl aller ambulanten Notfälle auf die Zeiten außerhalb der Praxisöffnungszeiten (im Jahr 2019 13,8 Mio. Fälle (71 %) (3)). Von diesen 13,8 Mio. werden rund 45 % (bundesweit rd. 6,2 Mio. Fälle) von Notaufnahmen versorgt. Somit wird deutlich, dass der Versorgungsanteil des vertragsärztlichen BD in der Nacht und an Wochenenden sogar deutlich höher ist als der Versorgungsanteil der Krankenhäuser.

Die Bedeutung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zeigte sich auch im ersten Pandemie-jahr 2020: Gemäß RKI wurden in 2020 insgesamt rund 1,6 Mio. laborbestätigte COVID-Fälle dokumentiert (4). In der vertragsärztlichen Versorgung wurden in Abrechnungsdaten rund 1,3 Mio. COVID-Fälle dokumentiert, aber ebenso rund 20 Millionen COVID-Verdachtsfälle (5,6). In Krankenhäusern wurden demgegenüber rund 137 Tsd. COVID-Fälle stationär behandelt (7) und die Inanspruchnahme der Notaufnahmen war insgesamt über alle Indikationen (einschließlich Atemwegsinfekte) stark rückläufig (6, 8).

Angesichts dieser Mengengerüste geht es in der Gesamtsicht der vertragsärztlichen Versorgung folglich um eine in Teilen noch verbesserungsfähige Zusammenarbeit zwischen den KVen und Praxen auf

der einen und den Notaufnahmen von Krankenhäusern auf der anderen Seite. Die DKI-Aussage, dass ohne die Krankenhäuser eine Sicherstellung der ambulanten (Notfall-)Versorgung keinesfalls gelänge, entbehrt hingegen jeglicher Grundlage.

Zum Gesamtbild gehört an dieser Stelle auch, dass insbesondere kleinere Krankenhäuser, an denen sich die Einrichtung einer BD-Praxis nicht lohnt, mangels ausreichender Nacht- und Feiertagsbesetzung zu denen mit dem statistisch erhöhten Risiko für ungünstige Ergebnisse gehören und dass die Inanspruchnahme dieser Art der ambulanten Notfallversorgung durch Gliederung in eine gestufte Notfallversorgung künftig möglichst minimiert werden sollte (9).

Erfreulicherweise ist die Zahl der Selbstzuweiser in Notaufnahmen, insbesondere zu Sprechstundenzeiten seit dem Jahr 2016 konsistent leicht rückläufig (3). Richtig ist aber weiterhin, dass ein Teil der in Notaufnahmen ambulant behandelten Notfälle durch Vertragsärzte versorgt werden könnte. Es ist zu erwarten, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) im Zuge der Entwicklung von Vorgaben zur Ersteinschätzung und Weiterleitung von vertragsärztlich behandelbaren Selbstzuweisern zur Klärung beiträgt. Hierbei sind Lösungen für die Bereitschaftsdienstzeiten von Lösungen für Praxisöffnungszeiten zu unterscheiden. Durch die Einführung der BD-Praxen deuten sich an Notaufnahmen mit BD-Praxen bereits Entlastungseffekte im Vergleich zu Standorten ohne BD-Praxis an (2). Hier hält die Diskussion an, inwieweit die BD-Praxen außerhalb der Sprechzeiten die Notaufnahmen noch stärker entlasten könnten. Im Fokus stehen aber weniger die Präsenzzeiten als vielmehr die Besetzung und Ausstattung der BD-Praxen. Während der Sprechzeiten müssen Patienten mit akuten Behandlungsanliegen, die nach strukturierter Ersteinschätzung einer Behandlung in der Notaufnahme nicht bedürfen, mit minimalem Aufwand sicher in Vertragsarztpraxen weitergeleitet werden können. Hier wird aktuell nach einem technischen Konzept gesucht.

Kernaussage 4:

*Die in wissenschaftlichen Studien gefundenen Ergebnisse führen zu einem einheitlichen Bild der Präferenzen der Patient*innen für eine multidisziplinäre Behandlung in dringlichen Fällen an einem Ort, der garantiert für die Behandlung zur Verfügung steht. Diese Patientenpräferenzen werden vom Gesetzgeber und auch von Teilen der Wissenschaft als Fehlinanspruchnahme gewertet. Hier besteht ein Zielkonflikt zur gesetzlich normierten freien Arztwahl der Patient*innen auch in einer Notfallsituation.*

Quelle: Seite 50

Bewertung:

Die Befragungsstudien, auf die sich das DKI bezieht, beleuchten ein komplexes Geschehen (z. B. 10, 11). Neben Unsicherheit, Unwissenheit über ambulante Versorgungsstrukturen oder das Angebot der 116117, besonderen Arbeitszeiten und anderen Faktoren, wird ein kleiner Teil der selbständigen Inanspruchnahme von Notaufnahmen (Selbstzuweisungen) durch den expliziten Wunsch nach einer Behandlung an einem Ort, an dem alle Qualifikationen und diagnostischen Instrumente als verfügbar unterstellt werden, erklärt.

Grundsätzlich können Versicherte im Rahmen der ambulanten Versorgung zwischen den in § 76 Absatz 1 Satz SGB V aufgeführten Leistungserbringern wählen. Andere Ärzte – und damit auch Notaufnahmen – dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Diese Gliederung dient einer effizienten Arbeitsteilung, da Notaufnahmen nicht sämtliche Akutfälle behandeln können und dies durch die gesetzliche Krankenversicherung auch finanziell nicht leistbar wäre. Somit müssen Crowding-Effekte, die zu einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität in Notaufnahmen führen, mög-

lichst vermieden werden und die Behandlung in Notaufnahmen muss wirklichen Notfällen vorbehalten sein. Dies sehen die Autoren des DKI-Projektberichtes offensichtlich ähnlich, da im Bericht auch gefordert wird, dass die Krankenhäuser von offensichtlichen „Bagatellfällen“ entlastet werden (siehe auch Kernaussage 6).

Die Inanspruchnahme der Notaufnahme zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung setzt demnach voraus, dass es sich wirklich um einen Notfall handelt. Die weitreichende Forderung des DKI in Kernaussage 3 lässt außer Acht, dass es sich bei Fällen, die in den Notaufnahmen ambulant versorgt werden, oftmals objektiv nicht um Notfälle handelt. Dies hat auch der Gesetzgeber bereits erkannt und die Krankenhäuser mit der Einführung des § 120 Absatz 3b SGB V (12) verpflichtet, ab Mitte 2022 als Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfalleleistungen von Krankenhäusern für alle Selbstzuweiser vor Aufnahme der Behandlung in einer Notaufnahme eine standardisierte Ersteinschätzung durchzuführen, um festzustellen, ob eine Behandlung in der Notaufnahme überhaupt angezeigt ist.

Kernaussage 5:

Die ambulante Notfallbehandlung in den Notaufnahmen stellt die Krankenhäuser nicht nur vor Belastungsprobleme, sondern verursacht auch ökonomische Probleme, da die Kalkulation des EBM auf eine Vertragsarztpraxis und nicht auf den Bereitschaftsdienst ausgerichtet ist.

Quelle: Seite 52 ff.

Bewertung:

Der Aussage, dass die Vergütung von Notfalleleistungen nicht ausreichend ist und dass hier ein genereller Reformbedarf der Vergütungssystematik besteht, kann grundsätzlich zugestimmt werden. Allerdings gilt dies nicht nur für die Vergütung der in Notaufnahmen versorgten Notfälle, sondern für die Vergütung der im BD versorgten Notfälle gleichermaßen.

Die ambulanten Notfallbehandlungen der Krankenhäuser dürfen nicht schlechter honoriert werden als entsprechende Leistungen der Vertragsärzte im organisierten Notdienst. Dies wurde bereits 2012 durch ein BSG-Urteil bestätigt und hatte eine entsprechende Anpassung des EBM zur Folge (BSG, Urteil vom 28. Juni 2017 – B 6 KA 12/16 R –, SozR 4-2500 § 75 Nr 19, Rn. 17 mit Verweis auf: BSG Urteil vom 2.7.2014 - B 6 KA 30/13 R - SozR 4-2500 § 76 Nr 2 RdNr 10 f; BSG Beschluss vom 17.7.2013 - B 6 KA 8/13 B - Juris RdNr 10; BSG Urteil vom 12.12.2012 - B 6 KA 3/12 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 13, jeweils mwN).

Insofern kann auch der vom DKI angeführten Hypothese nicht gefolgt werden, dass die in den Notaufnahmen am häufigsten vorkommenden Leistungsziffern deutlich niedriger kalkuliert seien als die häufigen Leistungsziffern der Vertragsarztpraxen. Bisher nicht veröffentlichte Analysen des Zi konnten in diesem Zusammenhang zeigen, dass der mediane Fallwert der Notaufnahmen über dem medianen Fallwert des BD liegt. Dies ist im Wesentlichen auf die in den Notaufnahmen deutlich häufiger durchgeführte Bildgebung zurückzuführen.

Kernaussage 6:

*Weiterhin ist verstärkt Sorge dafür zu tragen, dass die Krankenhäuser von offensichtlichen „Bagatellfällen“ entlastet werden. Einen wichtigen Beitrag könnte dazu eine funktionierende Patientensteuerung im Rahmen des telefonischen Erstkontaktes der Patient*innen mit der Telefonleitstelle leisten.*

Quelle: Seite 10

Bewertung:

Diesem Statement kann grundsätzlich zugestimmt werden, wobei dabei auch die Wirkung der bereits erfolgten Reformschritte beachtet werden sollte (3). So wurde zur Reduzierung einer Fehlanspruchnahme von Notaufnahmen der Sicherstellungsauftrag der KVen in den letzten Jahren mehrfach erweitert: Mit dem Krankenhausstrukturgesetz wurden die KVen beauftragt, Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einzurichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einzubinden (13). Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) erhielten KVen die Aufgabe, den gesetzlich Versicherten unter der Telefonnummer 116117 rund um die Uhr in Akutfällen auf Grundlage eines einheitlichen, strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare Versorgung in der angemessenen Versorgungsebene zu vermitteln (14). Mit der Einführung des § 120 Absatz 3b im Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) werden Krankenhäuser zudem verpflichtet, ab der Mitte des nächsten Jahres vor einer Behandlung in einer Notaufnahme, eine standardisierte Ersteinschätzung durchzuführen, dessen Anwendung als Voraussetzung für die Abrechnung ambulanter Notfallleistungen von Krankenhäusern gelten soll (12).

So sind seit 2016 rund 830 Portalpraxen von KVen in oder an Krankenhäusern errichtet worden und Auswertungen der KBV zum Anrufaufkommen unter der Nummer 116117 haben ergeben, dass im Jahr 2019 rund 8 Mio. Anrufe und damit 1,7 Mio. Anrufe mehr unter der 116117 eingegangen sind als im Jahr 2016. Im Pandemiejahr 2020 stieg die Anruhzahl dann nochmals deutlich auf 17,4 Mio. an (Mitteilung der KBV). In Umsetzung des TSVG wurde Anrufern mit akuten Gesundheitsbeschwerden unter dieser Servicenummer bereits teilweise 2019 und ab 2020 flächendeckend und rund um die Uhr ein nach strukturierter telefonischer Ersteinschätzung mittels SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) angemessenes Versorgungsangebot vermittelt. SmED wurde im Jahr 2020 bereits mehr als 820.000 Mal eingesetzt. Die Software empfahl in 22 % dieser Fälle, ein Krankenhaus aufzusuchen, in rund 75 % der Fälle wurde eine vertragsärztliche Versorgung angeraten (15). Weitere Reformschritte könnten sich als verzichtbar erweisen, wenn sich der Trend fortsetzt, dass die Anzahl der in Notaufnahmen ambulant versorgten Notfälle in den letzten Jahren rückläufig ist (3).

Unbeschadet dessen muss festgestellt werden, dass der Ruf des DKI nach einer generellen Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Akutbehandlungen (Kernaussage 4) in einem deutlichen Widerspruch stehen zur Klage über ökonomische Überforderung (Kernaussage 5) und dem Ruf nach Entlastung (Kernaussage 6).

3 Vertragsärztliche Bedarfsplanung und die Versorgung strukturschwacher Gebiete

Kernaussage 7:

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb der regulären Versorgung zu den Sprechstundenzeiten wird nicht vollständig und umfassend erfüllt. Für eine verbesserte ambulante Versorgung sollte eine regelhafte Öffnung der Krankenhäuser ohne zeitliche und fachliche Beschränkungen erfolgen, damit verlässliche Strukturen aufgebaut werden können.

Quelle: Seite 11, 14, 90, 96

Bewertung:

Aus zahlreichen Studien ist bekannt, dass sich der ambulante und der stationäre Sektor wie kommunizierende Röhren verhalten, also dort ambulant-sensitive stationäre Aufnahmen hoch sind, wo die ambulante fachärztliche Versorgung weniger gut aufgestellt ist (insbesondere z. B. in Brandenburg; Gegenteil: Baden-Württemberg (16)). Unzweifelhaft ergänzen die Krankenhäuser insoweit auch die vertragsärztliche Versorgung. Allerdings kann daraus nicht der Schluss gezogen werden, in diesen Regionen mit einer besonders hohen stationären Belegung Maßnahmen zu treffen, die für zusätzliche Belegung dieser Krankenhäuser sorgen. Wenn die hohe Belegung auf mangelnde Verfügbarkeit niedergelassener Ärzte sowie auf finanzielle Anreize einer systematisch höheren Vergütung stationärer Leistungen zurückzuführen ist, müssen vielmehr neue intermediäre Versorgungsstrukturen geschaffen werden, die primär auf ambulante und nicht auf stationäre Versorgung ausgerichtet sind.

Zudem kämpfen Krankenhäuser in unterversorgten Regionen mit den gleichen Abwanderungstendenzen ihres Personals die auch negativ auf die Nachbesetzung freierwerdender Arztsitze in der vertragsärztlichen Versorgung wirken. Deshalb übernehmen die Krankenhäuser in strukturschwachen Regionen auch nicht die Sicherstellung. Vielmehr sind es in unterversorgten Regionen die Belegärzte, die mangels geeigneter Fachärzte im Krankenhaus die fachärztliche Versorgung sicherstellen (17). Dies betrifft insbesondere die fachärztlichen Bereiche der Augenheilkunde, Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren Heilkunde, die im vertragsärztlichen Bereich der flächendeckenden Grundversorgung zuzuordnen sind, im stationären Bereich aber zumeist auf wenige Spezialkliniken konzentriert sind (17). Im Übrigen sei erwähnt, dass die ca. 1.600 Medizinischen Versorgungszentren in Trägerschaft von Krankenhäusern strukturiert an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, aber das Problem von über 4.000 offenen Hausarztsitzen und entsprechender (drohender) Unterversorgung nicht zu lösen vermögen.

4 Literatur

- 1 Deutsches Krankenhausinstitut (2021) Projektbericht Patientenbehandlung im Spannungsfeld zwischen Sicherstellungsverantwortung und ambulanter Versorgungsrealität. [HTTPS://WWW.DKI.DE/SITES/DEFAULT/FILES/2021-10/DKI_PROJEKTBERICHT_SICHERSTELLUNGSVERANTWORTUNG%20UND%20AMBULANTER%20VERSORGUNGREALIT%C3%A4T_FINAL_2.PDF](https://www.dki.de/sites/default/files/2021-10/DKI_PROJEKTBERICHT_SICHERSTELLUNGSVERANTWORTUNG%20UND%20AMBULANTER%20VERSORGUNGREALIT%C3%A4T_FINAL_2.PDF)
- 2 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2019) Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland. [HTTPS://WWW.ZI.DE/FILEADMIN/IMAGES/CONTENT/PDFS_ALLE/BROSCHUER_E_FINAL.PDF](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/pdfs_alle/broschuer_e_final.pdf)
- 3 Mangiapane S, Czihal T, von Stillfried D (2021) Entwicklung der ambulanten Notfallversorgung in Deutschland von 2009 bis 2020. Zi-Paper 16/2021. [HTTPS://WWW.ZI.DE/FILEADMIN/IMAGES/CONTENT/PUBLIKATIONEN/ZI-PAPER-16-2021-NOTFALLVERSORGUNG-V2.PDF](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/publikationen/zi-paper-16-2021-notfallversorgung-v2.pdf)
- 4 [ROBERT-KOCH-INSTITUT \(2021\) TÄGLICHER LAGEBERICHT DES RKI ZUR CORONAVIRUS-KRANKHEIT-2019 \(COVID-19\) VOM 2.1.2021](https://www.rki.de/DE/Content/InfaZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Ja_n_2021/2021-01-02-de.pdf?_blob=publicationfile)
[HTTPS://WWW.RKI.DE/DE/CONTENT/INFAZ/N/NEUARTIGES_CORONAVIRUS/SITUATIONSBERICHTE/JA_N_2021/2021-01-02-DE.PDF?_BLOB=PUBLICATIONFILE](https://www.rki.de/DE/Content/InfaZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Ja_n_2021/2021-01-02-de.pdf?_blob=publicationfile)
- 5 Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021) Leistungsstark und patientennah – ambulante Versorgung in der Corona-Pandemie. [HTTPS://WWW.KBV.DE/MEDIA/SP/AMBULANTE_VERSORGUNG_CORONA_PANDEMIE_ZAHLEN_FAKTEN.PDF](https://www.kbv.de/media/sp/ambulante_versorgung_corona_pandemie_zahlen_fakten.pdf)
- 6 Mangiapane S, Zhu L, Czihal T et al. (2021) Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme während der COVID-Krise. Tabellarischer Trendreport für das 1. Halbjahr 2021. [HTTPS://WWW.ZI.DE/FILEADMIN/IMAGES/CONTENT/PUBLIKATIONEN/TRENDREPORT_5_LEISTUNGSIANSPRUCHNAHME_COVID_2021-10-20.PDF](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/publikationen/trendreport_5_leistungsinanspruchnahme_covid_2021-10-20.pdf)
- 7 Robert-Koch-Institut (2021) COVID-19-Fälle nach Meldewoche und Geschlecht sowie Anteile mit für COVID-19 relevanten Symptomen, Anteile Hospitalisierter/Verstorbener und Altersmittelwert/-Median. [HTTPS://WWW.RKI.DE/DE/CONTENT/INFAZ/N/NEUARTIGES_CORONAVIRUS/DATEN/KLINISCHE_ASPEKTE.HTML](https://www.rki.de/DE/Content/InfaZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Klinische_Aspekte.html)
- 8 Robert-Koch-Institut (2021) SITREP Notaufnahme-Situationsreport vom 10.11.2021. [HTTPS://WWW.RKI.DE/DE/CONTENT/INSTITUT/ORG/EINHEITEN/ABT3/FG32/SUMO/SITREP_2021_11_10.PDF?_BLOB=PUBLICATIONFILE](https://www.rki.de/DE/Content/Institut/OrgEinheiten/ABT3/FG32/SUMO/SitRep_2021_11_10.pdf?_blob=publicationfile)
- 9 von Stillfried D, Czihal T, Erhart M (2017) Rolle der Krankenhäuser in der Notfallversorgung in Deutschland: Daten belegen massiven Reformbedarf. Zi-Paper 11/2017. [HTTPS://WWW.ZI.DE/FILEADMIN/IMAGES/CONTENT/PUBLIKATIONEN/ZI-PAPER_11-2017_NOTFALLVERSORGUNG.PDF](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/publikationen/zi-paper_11-2017_notfallversorgung.pdf)
- 10 Somasundaram R, Geissler A, Leidel BA et al. (2018) Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung. Gesundheitswesen 80:621–627. DOI 10.1055/s-0042-112459

- 11 Scherer M, Lühmann D, Kazek A et al. (2017) Patients Attending Emergency Departments. Dtsch Arztebl Int 114:645–652. DOI 10.3238/arztebl.2017.0645
- 12 BMG Bundesministerium für Gesundheit (2021) Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz: GVWG
- 13 BMG Bundesministerium für Gesundheit (2015) Krankenhausstrukturgesetz: KHSG
- 14 BMG Bundesministerium für Gesundheit (2019) Terminservice- und Versorgungsgesetz: TSVG
- 15 HCQS (2020) SmED-Reporting Stand Dezember 2020
- 16 Czihal T, Özkan A, Gerber C, von Stillfried D (2014) Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (2011/2012). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 14/05
[HTTPS://DOI.ORG/10.20364/VA-14.05](https://doi.org/10.20364/va-14.05)
- 17 Goffrier B, Czihal T, Erhart M (2015) Übernahme der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten: Empirische Untersuchung zur Relevanz der Änderung von § 116a SGB V im GKV-VSG. Zi-Paper 6/2015.
[HTTPS://WWW.ZI.DE/FILEADMIN/IMAGES/CONTENT/PDFS_ALLE/ZIPAPER_01-2015_AMBULANTE_VERSORGUNG_KRANKENH%C3%A4USER_FINAL_01.PDF](https://www.zi.de/fileadmin/images/content/pdfs_alle/zipaper_01-2015_ambulante_versorgung_krankenh%C3%A4user_final_01.pdf)