

Eckhard Nagel, Benno Neukirch, Andreas Schmid, Gerhard Schulte

**Wege zu einer effektiven und effizienten
Zusammenarbeit in der ambulanten und
stationären Versorgung in Deutschland**

Gutachten

im Auftrag des



Herausgeber:

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

Gutachter:

Prof. Dr. Eckhard Nagel

Universität Bayreuth

Prof. Dr. med. Benno Neukirch

Hochschule Niederrhein

Prof. Dr. Andreas Schmid

Universität Bayreuth

RA Gerhard Schulte

Ministerialdirektor a.D., Rechtsanwalt

31. Mai 2017

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	4
Executive Summary.....	6
1 Hintergrund und Zielstellung.....	10
2 Definitionen der konzeptionellen Begrifflichkeiten.....	11
2.1 Ambulante und stationäre Leistungserbringung.....	11
2.2 Operationalisierung des Begriffs Versorgungsbedarf.....	12
3 Analyse des Status quo.....	15
3.1 Grundstrukturen.....	15
3.1.1 Stand der gesetzlichen Aufgabenzuweisungen für ambulante bzw. stationäre Einrichtungen.....	15
3.1.2 Grundsätzliche Anreizstrukturen.....	22
3.1.3 Rolle, Zusammensetzung und Zielkonflikte der einschlägigen Entscheidungsorgane..	24
3.1.4 Stand der Bedarfsplanung.....	26
3.1.5 Ambulant sensitive Erkrankungen - Die potentiell vermeidbaren Krankenhausauf- nahmen als Indikator für gute ambulante Versorgung.....	30
3.2 Analyse aktueller Problemfelder und bestehender sozialrechtlicher Optionen.....	34
3.2.1 Hausärztliche Versorgung.....	34
3.2.2 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV).....	35
3.2.3 Praxisklinik und Belegärzte.....	36
3.2.4 Zur Problematik kleiner Krankenhäuser.....	38
3.2.5 Versagen dreiseitiger Verträge.....	43
3.2.6 Besondere Versorgung als Gestaltungsoption der Vertragspartner (§ 140a SGB V)	43
3.2.7 Entwicklung der Notfallversorgung und Defizite in der Ausgestaltung der Portalpraxen- Regelung.....	45
3.2.8 Das Instrument der Zweitmeinung und der Selbststeuerung.....	46
3.3 Lösungsansätze an der Schnittstelle ambulant-stationär: Impulse aus dem Ausland.....	48
3.3.1 Ansatzpunkte.....	48
3.3.2 Gatekeeping in Europa.....	48
3.3.3 Patient Centered Medical Homes.....	49

3.3.4	Accountable Care Organizations	50
4	Gestaltungsvorschläge	51
4.1	Verbesserung der allgemeinärztlichen Versorgungsstrukturen.....	51
4.2	Die Qualifikation ambulanter Fachärzte stärker nutzen	52
4.2.1	Praxisklinik	53
4.2.2	Belegarztwesen	53
4.2.3	Medizinische Versorgungszentren	55
4.2.4	Aufhebung des Innovationsvorbehalts und Zweitmeinung	55
4.2.5	Portalpraxen	55
4.2.6	Ambulant spezialärztliche Versorgung (ASV)	57
4.3	Strukturfonds zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung	57
4.4	Duale Krankenhaus-Finanzierung.....	59
4.5	Sektorenübergreifende Bedarfsplanung	60
4.6	Gesteigerte Patientenorientierung	61
4.7	Flächendeckende Versorgung sicherstellen	62
	Literatur	63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Verteilung der Ärzte auf die Sektoren	15
Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Vertragsärzte (ab 2000 einschließlich Partner-Ärzten; Hausärzte einschließlich Kinderärzte)	17
Abbildung 3: Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus und in der Niederlassung	19
Abbildung 4: Überblick über die Rechtsnormen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung	21
Abbildung 5: Leistungsausgabenanteile verschiedener Versorgungssektoren.....	22
Abbildung 6: Organisatorischer Aufbau der Ausschüsse im G-BA	26
Abbildung 7: Hausärztliche Planungsregionen, dargestellt nach dem Versorgungsgrad (Unterversorgung: <75, Überversorgung: >110)	28
Abbildung 8: Potentiell vermeidbare Krankenhausaufnahmen wegen COPD (Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert auf die OECD Bevölkerung von 2005)	31
Abbildung 9: Potentiell vermeidbare Krankenhausaufnahmen. Alle ASK-Fälle (ohne Filter) je 100.000 Einwohner nach Kreisen in Deutschland, 2013.....	33
Abbildung 10: ASV-Teamleiter-Zuordnung ambulant / stationär	36
Abbildung 11: Anzahl belegärztlicher Leistungen, absolut und in Prozent aller ärztlicher Behandlungen	38
Abbildung 12: Fälle je DRG und Anzahl vereinbarter DRGs – Krankenhäuser der Stichprobe	39
Abbildung 13: CMI nach Krankenhausgröße (Zahl der Betten), ohne Unikliniken; von 2007 bis 2014	40
Abbildung 14: Ampelklassifikation kleinerer Krankenhäuser nach Untergruppen, 2014; Anteil in %..	41
Abbildung 15: Klassifikation der Vertragsgegenstände von Verträgen nach §§ 140a ff. SGB V (alt) nach Hauptdiagnose-Gruppen; Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V	44
Abbildung 16: Entwicklung der MVZ zwischen 2004 und 2014	54
Abbildung 17: Fördermittel nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)	59

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wanderungssaldo der Binnenwanderung in Deutschland nach Bundesländern 2014	14
Tabelle 2: Wanderungssaldo über die Grenzen Deutschlands 2015	14
Tabelle 3: Leistungserbringung der Krankenhäuser an der Schnittstelle ambulant-stationär	21
Tabelle 4: Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr.1 SGB V (Belegarztwesen/Praxiskliniken) vom 07.11.1996 zwischen Krankenhausgesellschaft Rheinland - Pfalz, Kassenärztliche Vereinigungen in Rheinland - Pfalz, Krankenkassenverbände in Rheinland - Pfalz	37
Tabelle 5: Case-Mix-Index – Krankenhäuser der Stichprobe	39
Tabelle 6: Kreditausfallwahrscheinlichkeit (PD) nach Größe und Spezialisierung 2014; in %	40
Tabelle 7: Vorteile bei der Einrichtung von Portalpraxen für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte.....	56

Abkürzungsverzeichnis

ACA	Affordable Care Act
ACO	Accountable Care Organization
AGnES	Arztentlastende gemeindenahe E-Health-gestützte Systemische Intervention
ASK	Potentiell vermeidbare Krankenhausaufnahme
ASV	Ambulant spezialärztliche Versorgung
BayKrG	Bayerisches Krankenhausgesetz
BGH	Bundesgerichtshof
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CMI	Case-Mix-Index
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
CT	Computertomographie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	Diagnosis related group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EGV	Extrabudgetäre Gesamtvergütung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VÄndG	GKV-Vertragsarztrechtsänderungsgesetz
GKV-VSG	GKV-Versorgungstärkungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für privatärztliche Leistungen
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
MACRA	Quality Payment Programm

MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MRT	Magenetresonanztomographie
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PCMH	Patient Centered Medical Homes
PKG	Deutsche Praxisklinikgesellschaft e.V.
QZV	Qualitätsgebundenes Zusatzvolumen
RLV	Regelleistungsvolumen
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization
Zi	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

Executive Summary

Die Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens wird mit Blick auf die neue Legislaturperiode aktuell besonders intensiv geführt. Dabei geht die Einschätzung über die Effektivität und Effizienz des Systems recht weit auseinander. Das vorliegende Gutachten basiert in diesem Kontext auf der Frage, welche organisatorischen Rahmenbedingungen verändert werden müssen, um das Hauptziel aller Handlungen im Gesundheitswesen, das Wohl des Patienten, zu steigern und erkennbare gesellschaftliche Veränderungen so abzufedern, dass sie nicht im Gegenteil zu einer Belastung der zukünftigen Patientinnen und Patienten werden. Dabei gehen die Gutachter davon aus, dass Grundzüge unseres Gesundheitswesens, wie die Freiheit bei Arztwahl oder Therapieentscheidung, gleiche und gerechte Zugangsmöglichkeiten zu notwendigen Behandlungsmöglichkeiten, die Autonomie der Patientenentscheidung und die solidarische und subsidiäre Versicherungsstruktur, das Fundament einer erfolgreichen Weiterentwicklung des Systems bleiben. Es ist eine politische Herausforderung und eine an die Selbstverwaltung, dieses Fundament zu festigen, und für den einzelnen betroffenen Patienten wie ebenso für die Gesellschaft in einer Zeit dankenswerten medizinischen Fortschritts weiter abzusichern. Einer der wesentlichen Bereiche, in denen hier angesetzt werden kann, ist die häufig kritisierte und in verschiedensten Formen geartete Zusammenarbeit der für Deutschland charakteristischen ambulanten und stationären Versorgung. Das vorliegende Gutachten konzentriert sich deshalb auf diesen Bereich und versucht, nach einer kritischen Analyse der aktuellen Versorgungskonstellation und der Identifikation aktueller Problemfelder, Gestaltungsvorschläge herauszuarbeiten, die in praktische Handlungsoptionen übersetzt werden.

Auf der Ebene der Grundstruktur des Gesundheitssystems findet sich in der gegenwärtigen Versorgung eine Reihe von strittigen Themen, die den Gestaltungsspielraum umreißen. Hierzu gehört u.a. die Bewertung der gesetzgeberischen Aktivitäten der vergangenen Jahre, die erkennen lassen, dass bei dem Versuch, die sogenannten Sektorengrenzen zu überwinden, stark auf die Krankenhäuser fokussiert wurde. Auch neu geschaffene Anreizstrukturen für Leistungserbringer fokussieren sich bisweilen nicht wirklich auf das Patienteninteresse. Dieses sollte die Grundlage einer Bedarfsplanung auf stationärer und ambulanter Ebene sein. Dies bedeutet, dass eine getrennte Planung, so wie sie sich heute findet, schon per se als Defizit betrachtet werden muss, nicht nur im Sinne der Abstimmung oder Kommunikation. Dies führt dazu, dass die jeweilige Vorgehensweise der Bedarfsplanung oftmals nicht geeignet ist, um den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Patienten adäquat abzubilden.

Es wundert auch nicht, dass im Rahmen einer per se unterstützungswürdigen Selbstverwaltung immer wieder Konfliktpotenziale darin liegen, dass sich einzelne Gruppen in den verabredeten Entscheidungsstrukturen unzureichend berücksichtigt finden. Auch bei Betrachtung aktueller Problemfelder lassen sich Themen adressieren, bei denen Defizite herrschen oder aber bestehende Möglichkeiten (noch) nicht ausreichend genutzt werden: So wurden z.B. Instrumente, die eine hausärztliche Versorgung systematisch fördern sollten, oder gesetzgeberisch bereits vorhandene Möglichkeiten der integrierten Versorgung, bislang zu wenig angewendet. Auch der Versuch, die ambulant spezialärztlichen Versorgung (ASV) im Versorgungsalltag stärker sektorenübergreifend auszubauen, kann

aktuell als noch nicht wirklich gelungen angesehen werden. Besondere Aufmerksamkeit erhält aktuell die Diskussion um die in den letzten beiden Jahren deutlich häufiger aufgesuchte Notfallversorgung: Ein gesellschaftlich soziologisches Phänomen, für das es eine strategische Antwort braucht und nicht Einzellösungen, wie z.B. die Einrichtung einiger weniger Portalpraxen. Gerade in diesem Bereich zeigt sich, dass die Aufgabe der politischen Entscheidungsträger darin liegt, Zuständigkeiten z.B. zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern zu definieren. Dies gilt auch für den aktuell sehr prägnant diskutierten und aufgrund der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auch dringend zu lösenden Problembereich der zukünftigen ärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen. Perspektivisch wird sich an der Problematik vieler kleiner Krankenhäuser v.a. in ländlichen Regionen Deutschlands zeigen, dass aufgrund der damit einhergehenden besonders hohen finanziellen Herausforderungen dieser Einrichtungen, ein gemeinsamer Ansatz zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gedacht werden sollte, um auch in Zukunft eine adäquate flächendeckende Versorgung sicherstellen zu können. Es bedarf neuer Lösungen z.B. durch die Gründung sogenannter Praxiskliniken, oder auch der erneuten Förderung und Etablierung belegärztlicher Einrichtungen, um das Zentrum aller dieser Bemühungen, die Sicherstellung eines adäquaten Behandlungsstandards der Patientinnen und Patienten im Sinne eines Prozesskontinuums zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zukunftsfähig abzusichern.

Mit dieser Zielsetzung legen die Gutachter folgende Gestaltungsvorschläge vor, die zu einer Überwindung aufgezeigter Problemfelder beitragen und eine Weiterentwicklung des aktuellen Systems darstellen können:

1. Verbesserung der allgemeinärztlichen Versorgungsstrukturen

- Einrichtung multidisziplinärer Teams
- Etablierung arztunterstützender Programme und Leistungen
- Installierung einer zusätzlichen Vergütungskomponente für (digitale) Vernetzungserfordernisse

2. Die Qualifikation ambulanter Fachärzte stärker nutzen

- Praxiskliniken sind strukturell geeignet, um zu einer Substitution von stationärer Versorgung in unterversorgten Gebieten beizutragen und v.a. auf die Versorgungsbedarfe multimorbider, allein lebender Personen adäquat einzugehen
- Einführung eines neuen, optimierten Vergütungsmaßstabs für Belegärzte, um in spezifischen Indikationen (Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Urologie) die Vorteile dieser Option, insbesondere in ländlich geprägten Regionen, nutzen zu können
- Die Verbindung von MVZ (angestellte Ärzte) mit Praxiskliniken (kurzstationäre Behandlungen) ermöglicht eine Versorgungsstruktur, die Krankenhäuser der Allgemeinversorgung ersetzen kann. Der aktuelle Rechtsrahmen reicht hierfür aus, soweit die Empfehlungen zu den Praxiskliniken realisiert werden.
- Dem verbreiteten Wunsch nach einer Zweitmeinung muss Rechnung getragen werden. Eine Regelung für alle schwerwiegenderen diagnostischen bzw. therapeutischen

Fragestellungen ermöglicht den Patienten eine bessere Kommunikation, vermeidet Missverständnisse und verhindert die ungezielte Mehrfachinanspruchnahme.

- Die Organisationsform der Leistungserbringung darf nicht die entscheidende Rolle bei der Erlaubnis bzw. dem Vorbehalt innovativer Versorgungsformen spielen. Es muss regulatorisch dafür gesorgt werden, dass alle Leistungserbringer gleich behandelt werden.
- Ausweitung der Öffnungszeiten von Portalpraxen als Instrument im Rahmen der stationären Notfallversorgung, um die dadurch mögliche Triage-Funktion der Portalpraxen bestmöglich nutzbar machen zu können.
- Notwendigkeit weiterer gesetzlicher und administrativer Schritte zur Förderung der vertragsärztlichen Beteiligung an der ambulant spezialärztliche Versorgung (ASV).

3. Strukturfonds zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung

- Volumen: 10 Milliarden Euro für einen Zeitraum von 10 Jahren.
- Finanzierung:
 - ein Drittel aus dem Gesundheitsfonds unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung,
 - ein Drittel Bundesmittel,
 - ein Drittel Mittel der Bundesländer für Projekte im jeweiligen Land.
- Förderungsfähige Projekte:
 - Regionale Gesundheitszentren mit Haus- und Facharzt Praxen, Praxiskliniken (bettenführende Praxen), Krankenhaus mit Belegabteilungen, bei gemeinsamer Personal- und Gerätenutzung.
 - Umwandlung von Krankenhausabteilungen in Belegabteilungen sowie neue Belegabteilungen in strukturschwachen Regionen.
 - Errichtung von MVZ ggf. in Verbindung mit Praxiskliniken in Trägerschaft von Vertragsärzten oder Kommunen, vorzugsweise in Regionen bei drohender ärztlicher Unterversorgung.
 - Einrichtung von Portalpraxen.

4. Duale Krankenhaus-Finanzierung

- Eine Einbeziehung der Investitionskosten in die Kalkulation der Krankenhausentgelte ist der notwendige Weg zum Abbau des Investitionsstaus.
- Dieser Ansatz ermöglicht auch einen objektiven Preisvergleich ambulanter und stationärer Kosten.

5. Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

- Eine Zusammenführung der getrennten Planungsinstrumente auf ambulanter wie auf stationärer Ebene würde die Umsetzung beträchtlich erleichtern.

- Das setzt eine Zusammenarbeit der bisherigen Entscheidungsträger Bundesländer, Kassenärztliche Vereinigungen sowie Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in einem gemeinsamen Gremium voraus. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt Grundlagen der ebenenübergreifenden Planung.
 - Im Falle der Nichteinigung ist eine Schiedsinstanz vorzusehen, die sich in ihrer Struktur an den Berufungsausschüssen nach § 97 SGB V unter Einbeziehung der Entscheidungsträger orientiert.
6. Gesteigerte Patientenorientierung
- Der ambulant tätige allgemeinärztliche Facharzt als Koordinator und konstanter Ansprechpartner der Patienten kann zur Überwindung der Sektorengrenzen und zur Herstellung eines Prozesskontinuums im Sinne der Patienten beitragen.
7. Flächendeckende Versorgung sicherstellen
- Eine flächendeckende Versorgung erscheint perspektivisch nur dann möglich, wenn es zu einer konsentierten Kooperation zwischen den Sektoren und der Nutzung diverser weiterer Instrumente, wie z.B. der Delegation ärztlicher Leistungen, kommt.

Die vorgeschlagenen Punkte verstehen sich als Diskussionsgrundlage. Sie unterstreichen, dass eine erfolgreiche Entwicklung des etablierten Systems im Gesundheitswesen möglich ist, sollen aber auch betonen, dass ohne die Bereitschaft zur Weiterentwicklung, die Patientinnen und Patienten immer weiter in den Hintergrund treten.

1 Hintergrund und Zielstellung

Im Sinne einer kontinuierlichen Versorgung von Patienten ist eine sektorenübergreifende Betrachtung der Versorgungsstrukturen notwendig. Zugleich verschwimmt die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung. Zum einen können aufgrund medizinischer und technologischer Entwicklungen vormals typischerweise nur stationär erbringbare Leistungskomplexe zunehmend ambulant durchgeführt werden. Zum anderen treten nach einer sukzessiven Ausweitung der diesbezüglichen gesetzlichen Rahmenbedingungen vermehrt Krankenhäuser als die Erbringer ambulanter Leistungen auf. Zuletzt wurden durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) die diesbezüglichen Optionen nochmals erweitert.

Das SGB V bietet damit eine Vielzahl von Möglichkeiten, ambulantes Versorgungspotential zu erschließen. Die Regeln widersprechen sich jedoch zum Teil, werden nicht gelebt oder z. B. durch untergesetzliche Normen konterkariert. Das Ergebnis ist ein Sammelsurium verschiedener Einzelregelungen, die für ökonomische Fehlanreize anfällig sind, die einer primär an medizinischen Kriterien und dem Patientenwohl orientierten Bewertung im Wege stehen und denen es insgesamt an einem kohärenten Rahmen fehlt.

Ziel dieses Gutachtens ist es, Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland aufzuzeigen. Dabei gilt es, konzeptionelle Begrifflichkeiten für den Zweck des Gutachtens zu definieren und zu operationalisieren (Kapitel 2), den Status quo einer kritischen Bewertung zu unterziehen (Kapitel 3) und darauf aufbauend konkrete Vorschläge für eine Weiterentwicklung des Systems (Kapitel 4) zu liefern. Neben der medizinischen sind auch die ökonomische (anreiztheoretische) und die rechtliche (rechtssystematische) Perspektive zu betrachten. Dies ermöglicht die Ausarbeitung von Konzepten, die Defizite des Status quo überwinden, dabei aber zugleich das Kriterium der Umsetzbarkeit im politischen Kontext berücksichtigen.

Konkret sollen damit die folgenden Fragen beantwortet werden:

- Durch welche strukturellen Gliederungsmaßnahmen kann eine in medizinischer und ökonomischer Sicht effektive und effiziente Arbeitsteilung zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung in Deutschland herbeigeführt werden?
- Wie kann durch neue gesetzliche Regelungen ein Impuls in Gang gesetzt werden? An welche bestehenden Regelungen kann die rechtliche Ausgestaltung anknüpfen?

Zentrales Kriterium bei der Bewertung sind das *Patientenwohl* sowie die Interessen der Versicherten. Sozialrechtlich tradierte Sektorengrenzen erfüllen dabei keinen Selbstzweck, sondern sind im Sinne einer optimalen und damit kontinuierlichen Behandlung der Patienten zu gestalten. Hierbei wird in diesem Gutachten auch die Freiberuflichkeit der Ärzteschaft reflektiert. Patienten haben bei gegebener Qualität der Versorgung ein Interesse an einer Behandlung, die möglichst wenig in ihren sozialen Kontext eingreift. Dies steht im Einklang mit dem in §39 SGB V festgehaltenen Grundsatz „ambulant vor stationär“, der dabei auch die Annahme aufgreift, dass eine vorrangig ambulante Erbringung von Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 (1) SGB V erfüllt. Hinsichtlich der Vergütung der Leistungserbringer ist dabei zu berücksichtigen, dass keine systembedingte Benachteiligung ambu-

lanter oder stationärer Leistungserbringer erfolgt. Die faktische Wahlfreiheit der Patienten von alternativen erreichbaren Leistungserbringern stellt für diese einen relevanten Qualitätsanreiz dar. Zwischen Metropolregionen und ländlichen Gebieten bestehen grundsätzliche Unterschiede hinsichtlich der Ausgestaltungsoptionen von Versorgungsstrukturen, die entsprechend zu berücksichtigen sind.

Im internationalen Vergleich existieren in Deutschland eine sehr hohe Krankenhausdichte sowie gravierende regionale Unterschiede in der Versorgung bzw. der Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Auch die Ergebnisse zum Komplex ambulant sensibler Erkrankungen weisen darauf hin, dass erheblicher Gestaltungsspielraum zur Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz besteht. Zusammen deutet dies darauf hin, dass eine Neuordnung sinnvoll und notwendig ist um die im deutschen Gesundheitssystem weiterhin vorhandenen Potentiale in der ambulanten Versorgung zu realisieren.

2 Definitionen der konzeptionellen Begrifflichkeiten

2.1 Ambulante und stationäre Leistungserbringung

Um im späteren Verlauf der Ausführungen Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland entwickeln und aufzeigen zu können, ist es zunächst notwendig, maßgebliche Begrifflichkeiten definitorisch darzustellen.

Die Abgrenzung und Definitionen ambulanter sowie stationärer Leistungen werden traditionell vom Ort der Leistungserbringung abgeleitet. Als ambulante Versorgungsleistungen werden dabei Leistungen bezeichnet, die außerhalb von Kliniken geleistet werden. Neben der zentralen ärztlichen Leistung lassen sich beispielsweise auch die psychotherapeutische oder die Heilmittelversorgung unter die ambulanten Leistungen subsumieren. Die ambulant ärztlichen Leistungen gliedern sich in hausärztliche und fachärztliche Leistungen sowie in Leistungen der Notfallversorgung auf. Um die erbrachten Leistungen gegenüber der GKV abrechnen zu können, ist es in Deutschland erforderlich, als Vertragsarzt zugelassen zu sein. Aus dieser Zulassung und dem gleichzeitigen Eintritt in die für den Kassensitz zuständige Kassenärztliche Vereinigung entsteht für den Vertragsarzt die Verpflichtung, dem der Zulassung zugrundeliegenden Versorgungsauftrag nachzukommen (§ 95 SGB V). Die Patienten der GKV besitzen Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme ambulant ärztlicher Leistungen zwischen allen Anbietern vertragsärztlicher Versorgung (§ 76 SGB V).

Zumeist ist der Kontakt zu einem ambulant ärztlichen Leistungserbringer die erste Anlaufstelle eines Patienten, um sich ärztlich versorgen zu lassen. Gerade dieser zentrale Ansprechpartner, meist in Form eines Hausarztes, stellt für die Patientinnen und Patienten eine wichtige Funktion bei der kontinuierlichen medizinischen Versorgung dar. Eine Besonderheit stellt in Deutschland dar, dass im ambulanten Bereich sowohl hausärztliche als auch fachärztliche Versorgung erbracht wird. In den meisten anderen europäischen Ländern erfolgt die fachärztliche Behandlung im stationären Umfeld (z.B. Niederlande) (Finkenstädt 2015, S. 19f.). Gerade diese strukturelle Besonderheit der „doppelten Facharztschiene“ generiert in Deutschland die Möglichkeit einer wohnortnahen fachärztlichen Grundversorgung.

Als Formen der Leistungserbringung im ambulanten Bereich dominiert in Deutschland noch immer die Niederlassung in einer Arztpraxis. Mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte sind in Einzelpraxen tätig. Allerdings steigt die Anzahl kooperativer Betriebsformen, wie MVZ oder Berufsausübungsgemeinschaften, in den letzten Jahren stark an (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 2016a).

Die stationäre Versorgung lässt sich per Definition aus dem SGB V dahingehend beschreiben, dass Krankenhäuser „fachlich medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen“ und beauftragt sind, „vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern und Geburtshilfe zu leisten“. Außerdem tragen Krankenhäuser Sorge dafür, dass „die Patienten untergebracht und gepflegt werden können“ (§ 107 Abs. 1 SGB V). Neben Akutkrankenhäusern existieren auch stationäre Rehabilitationseinrichtungen, welche oftmals in der Nachsorge eines Akutfalles z.B. die Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit bzw. Vermeidung von Pflegebedürftigkeit als Ziele verfolgen (§ 111 SGB V).

Stationäre Versorgungsleistungen sind gegenüber ambulanten oder auch teilstationären Leistungen als nachrangig zu bezeichnen (§ 39 Abs. 1 SGB V). Im Normalfall wird der Patient in eine stationäre Einrichtung durch einen niedergelassenen Arzt eingewiesen. Allerdings können Notfälle auch ohne vorherigen ambulanten Erstkontakt stationäre Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen. Bei der Wahl eines Krankenhauses als Leistungserbringer besitzt der Patient, wie auch im ambulanten Sektor, Wahlfreiheit.

Bei den akutstationären Einrichtungen existieren unterschiedliche Organisationsformen. Ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung garantiert die flächendeckende Versorgung. Schwerpunktkrankenhäuser, häufig lokal in mittleren bis größeren Städten verortet, bieten Subspezialisierungen in spezifischen Abteilungen an und besitzen eine überregionale Bedeutung in der Versorgung. Krankenhäuser der Maximalversorgung (meist Universitätskliniken) weisen ein breites Spektrum an Spezialisierungen auf (Oeder 2013, S. 154).

Diese klassischen, rein auf der Trennung zwischen ambulantem und stationärem Bereich fokussierenden Definitionen sind aber nicht mehr tragfähig, um die Versorgungsrealität sowie die -bedarfe abzubilden. Denn durch Instrumente, wie z.B. der Praxiskliniken oder auch der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), verschwimmen die originären Grenzen zwischen den Sektoren zunehmend. Diese Tendenzen sind bei Initiativen zur Optimierung der medizinischen Versorgungslandschaft zwingend zu berücksichtigen. In diesem Kontext gilt es ebenfalls zu überdenken, ob die durch die Sektorentrennung immanente Trennung der Finanzierungslogik im ambulanten und stationären Bereich im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung noch aufrecht zu erhalten ist.

2.2 Operationalisierung des Begriffs Versorgungsbedarf

Derzeit beeinflusst die ausgeprägte Sektorentrennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung noch stark die Definitionen des Versorgungsbedarfs. In diesem Zusammenhang muss festgestellt werden, dass die Begrifflichkeit des Versorgungsbedarfs sehr vielschichtig ist und nicht eindeu-

tig definiert werden kann (SVR, 2001, S. 25; SVR 2014, S. 15). Es existieren daher unterschiedliche Ansätze, den Versorgungsbedarf zu operationalisieren.

Die Orientierung der sogenannten Bedarfsplanung an einem darzustellenden Versorgungsbedarf suggeriert, dass ein solcher Bedarf nach festgesetzten, objektiv zu operationalisierenden Kriterien definiert wird. Das ist aber nicht der Fall. Vielmehr gibt es sehr unterschiedliche Ansätze, den Versorgungsbedarf im ambulanten und stationären Bereich zu fassen. Diese Ansätze unterliegen kontroversen Diskussionen, so dass die daraus resultierenden Grauzonen immer wieder Gegenstand von Diskussionen um Anpassungsprozesse in der sogenannten Sicherstellung der Versorgung mit sich bringen. Die Sicherstellung wiederum ist eine gesetzlich verbrieft Größe, die von den jeweiligen Trägern des Sicherstellungsauftrages soweit garantiert werden muss, dass betroffene Patientinnen und Patienten adäquat versorgt werden können. Da der Versorgungsbedarf die Grundlage für die Bedarfsplanung darstellt, die wiederum das Fundament der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages beinhaltet, und damit die Interessen aller Leistungsanbieter betroffen sind, wird nachvollziehbarerweise, eine große Bandbreite von Interessen implizit in dieser Diskussion mitgeführt.

Im ambulanten Bereich wird der Versorgungsbedarf vordergründig über die Quantität und Qualität der zu besetzenden Arztstühle operationalisiert, in dem die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Versorgungsauftrag, der sich aus dem Sicherstellungsauftrag nach § 73 Abs. 2 SGB V ableitet, zu erfüllen versuchen. Das Konzept der heutigen Bedarfsplanung geht maßgeblich auf das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) aus dem Jahr 1992 zurück. Dabei handelt es sich um einen Top-down-Ansatz, der maßgeblich von den definierten Verhältniszahlen in der Bedarfsplanung ausgeht. Eine Veränderung des Versorgungsbedarfs wird hier aus einem diagnosebezogenem und einem demographischen Faktor berechnet. In der stationären Versorgung spiegelt sich der Versuch, den aktuellen Versorgungsbedarf abzubilden, in der Fortschreibung der Krankenhaubedarfspläne durch die Länder wider.

Somit gibt es zwischen der ambulanten und stationären Versorgungsplanung ein Kommunikationsdefizit, das dem Prozesskontinuum eines Behandlungsprozesses eines Patienten nicht gerecht wird. Vielmehr führt die isolierte Betrachtung innerhalb der Sektorengrenzen zu einer Konkurrenz, die eher auf Abschottung, denn auf Synergie fokussiert. Damit werden auch rationale Argumentationen, wie z.B. die verstärkte Bezugnahme auf epidemiologische Daten, oder die Heranziehung von Gesundheitsberichterstattung aus anderen Nationen unzureichend genutzt. Zuletzt sollten hier auch die sich ausdifferenzierenden Lebensverhältnisse, sich ergebende regionale Unterschiede durch Wanderungsbewegungen innerhalb Deutschlands (s. Tabelle 1) sowie Effekte, die sich aus der Zuwanderung im Rahmen der Flüchtlingsbewegung ergaben und noch ergeben werden (s. Tabelle 2), berücksichtigt werden. Denn gerade diese aktuellen dynamischen Entwicklungen beeinflussen den zukünftigen Versorgungsbedarf, neben der demographischen Entwicklung, in hohem Maße.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass aktuell Versorgungsbedarfe im ambulanten und stationären Sektor unabhängig voneinander festgestellt und ermittelt werden und daraus notwendige Behandlungskapazitäten abgeleitet und geplant werden. Daher findet bislang keine Abstimmung zwischen diesen beiden Bereichen statt. Aber gerade eine solche Koordination wäre notwendig, um

einerseits eine effiziente Ressourcenallokation und andererseits eine vielmehr bedarfsgerechte, patientenzentrierte Planung zu erreichen.

Tabelle 1: Wanderungssaldo der Binnenwanderung in Deutschland nach Bundesländern 2014

Bundesland	Anzahl Zu- (+) / Fortzug (-)
Brandenburg	8.921
Schleswig-Holstein	8.222
Bayern	6.677
Sachsen	6.249
Berlin	2.672
Mecklenburg-Vorpommern	338
Niedersachsen	333
Rheinland-Pfalz	-125
Baden-Württemberg	-398
Hamburg	-664
Saarland	-1.845
Bremen	-1.910
Hessen	-3.278
Sachsen-Anhalt	-5.323
Thüringen	-5.656
Nordrhein-Westfalen	-14.213

Quelle: Statistisches Bundesamt (2017a).

Tabelle 2: Wanderungssaldo über die Grenzen Deutschlands 2015

Bundesland	Überschuss der Zu- (+) bzw. Fortzüge (-)
Baden-Württemberg	169.238
Bayern	159.949
Berlin	45.713
Brandenburg	25.352
Hamburg	17.416
Bremen	13.647
Hessen	93.695
Mecklenburg- Vorpommern	20.451
Niedersachsen	119.599
Nordrhein-Westfalen	273.935
Rheinland-Pfalz	53.631
Saarland	15.177
Sachsen	41.435
Sachsen-Anhalt	29.835
Schleswig-Holstein	30.003
Thüringen	30.326
Deutschland	1.139.402

Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2017).

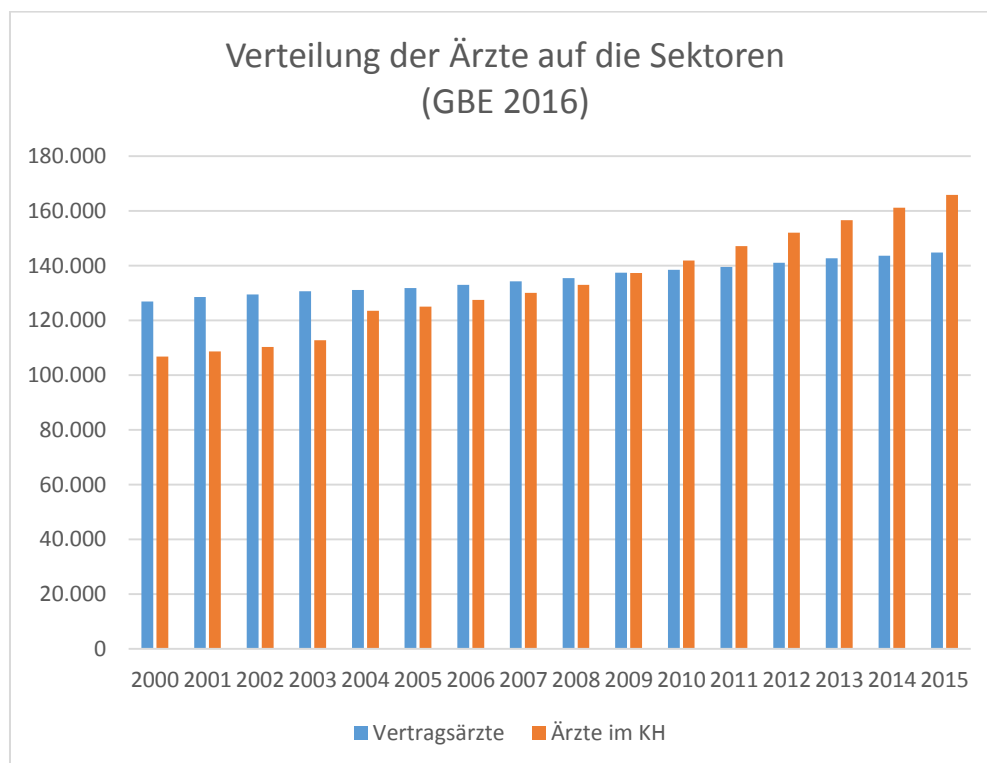
3 Analyse des Status quo

3.1 Grundstrukturen

3.1.1 Stand der gesetzlichen Aufgabenzuweisungen für ambulante bzw. stationäre Einrichtungen

Gegenstand und Umfang der ärztlichen Tätigkeit im stationären bzw. ambulanten Sektor sind im SGB V nur knapp beschrieben (vgl. Kapitel 2.1). Abbildung 1 zeigt, dass sich in den letzten 15 Jahren die Verteilung der Ärzte zwischen dem vertragsärztlichen und dem stationären Sektor deutlich verschoben hat.

Abbildung 1: Verteilung der Ärzte auf die Sektoren



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017b).

Die Teilnahme an der vertragsärztlichen (ambulanten) Versorgung setzt die Approbation als Arzt und den erfolgreichen Abschluss einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet mit der Befugnis zum Führen einer entsprechenden Gebietsbezeichnung voraus (**Facharztstandard**, § 95a Abs. 1 SGB V). Die vertragsärztliche Versorgung wiederum teilt sich seit der Neufassung des § 73 SGB V im Zuge des GRG 1988 auf in die **hausärztliche und die fachärztliche Versorgung** (§ 73 Absatz 1 SGB V). Der Gesetzgeber hat nur die **Aufgaben der hausärztlichen Versorgung** detailliert beschrieben, unter anderem:

- die umfassende ärztliche **Betreuung** eines Patienten in Diagnostik und Therapie,
- die **Koordination** diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen,

- die **Dokumentation** der ambulanten und stationären Versorgung.

Allen Vertragsärzten ist neben der ärztlichen Behandlung auch die **Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie von Leistungen** anderer Vertragspartner zugewiesen – insbesondere die Verordnung von Krankenhausbehandlungen.

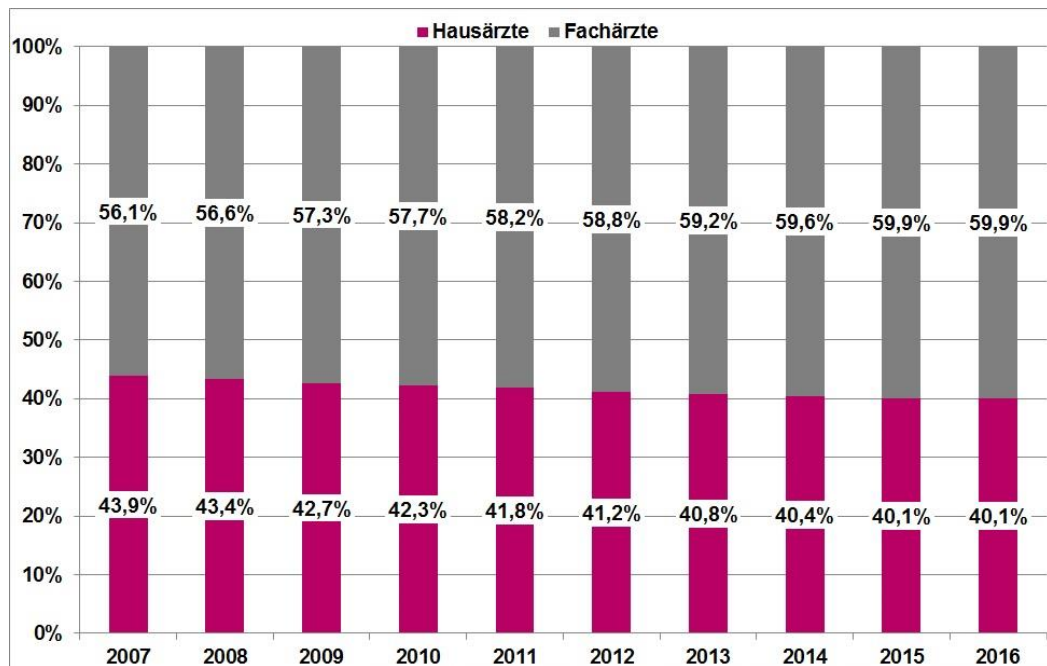
Die Umsetzung des Hausarztprinzips, das schon seit 1993 Teil des SGB V ist, wurde allgemein als unzureichend bewertet. Deshalb wurde **2007** die **Hausarztzentrierte Versorgung (HzV, § 73b SGB V)** eingeführt, um dem hausärztlichen Ansatz stärker Rechnung zu tragen. Zu den wesentlichen Aspekten dieser Regelung gehören:

- Verpflichtung für alle Krankenkassen, HzV-Verträge abzuschließen.
- Zusätzliche Qualitätsanforderungen für die teilnehmenden Hausärzte.
- Höhere Vergütung für die teilnehmenden Hausärzte.
- Freiwillige HzV-Teilnahme der Versicherten.

Unabhängig hiervon bleibt eine Reihe von **Problemen in der hausärztlichen Versorgung** unverändert:

- Seit Jahren steigt der Anteil der Fachärzte zulasten des Hausärzte-Anteils. Im Jahr 2015 waren rund 66.500 Hausärzte und etwa 78.300 Fachärzte tätig.
- Ein Drittel der Hausärzte sind älter als 60 Jahre.
- Der jährliche Bedarf an Neuzulassungen von Hausärzten beträgt 2.000 – bei real 600 bis 700 neu zugelassenen Hausärzten.
- Die Niederlassungsbereitschaft im ländlichen Raum sinkt.
- Das Berufsbild und die Berufserwartungen von jungen Ärztinnen und Ärzten verändern sich.

Abbildung 2: Prozentuale Verteilung der Vertragsärzte (ab 2000 einschließlich Partner-Ärzten; Hausärzte einschließlich Kinderärzte)



Quelle: Bundesarztregister. Hinweis: Hausärzte inklusive fachärztlich tätige.

Der Gesetzgeber reagierte **2007** mit dem **GKV-Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (GKV-VÄndG)** und **2012** mit dem **GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VSG)**. Die wesentlichen Neuerungen dieser Gesetze waren insbesondere

- Eröffnung so genannter Filialpraxen
- Möglichkeit der Teilzeitarbeit und der Vertretung während der Familienphase
- Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren für eine Vertragsarztzulassung
- Aufhebung der Residenzpflicht
- Keine Mengenabstaffelung von ärztlichen Leistungen in unterversorgten Gebieten

Da sich weiterhin keine grundlegende Änderung der Situation abzeichnete, versuchte der Gesetzgeber **2015** durch eine **Neuregelung der Bedarfsplanung** in unterversorgten Gebieten zu steuern (**GKV-Versorgungstärkungsgesetz, GKV-VSG**). Die wichtigsten Maßnahmen des GKV-VSG:

- Ein Strukturfonds soll mit Zuschüssen für eine Praxisneueröffnung Niederlassungsanreize schaffen.
- Mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin (7.500).
- Kommunen und Kassenärztliche Vereinigungen können Medizinische Versorgungszentren gründen.

- Aufkauf von Arztsitzen in überversorgten Gebieten

Der **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)** empfiehlt weitergehende **Maßnahmen im Hinblick auf die Aus- und Weiterbildung der Ärzte sowie während ihrer praktischen Tätigkeiten**. Dazu gehören zum einen Pflichtausbildungsphasen der Studierenden in – finanziell geförderte – Lehrpraxen. Zum anderen empfiehlt der SVR einen vereinfachten Übergang vom Studium in die allgemeinärztliche Weiterbildung, beispielsweise durch regionale Weiterbildungsverbände. Schließlich rät das SVR-Gutachten unter anderem zu einer Verbesserung der Honorarsituation für Allgemeinärzte und zu flexibleren Arbeitszeitmodellen.

Beziehungen von Krankenhäusern und Vertragsärzten

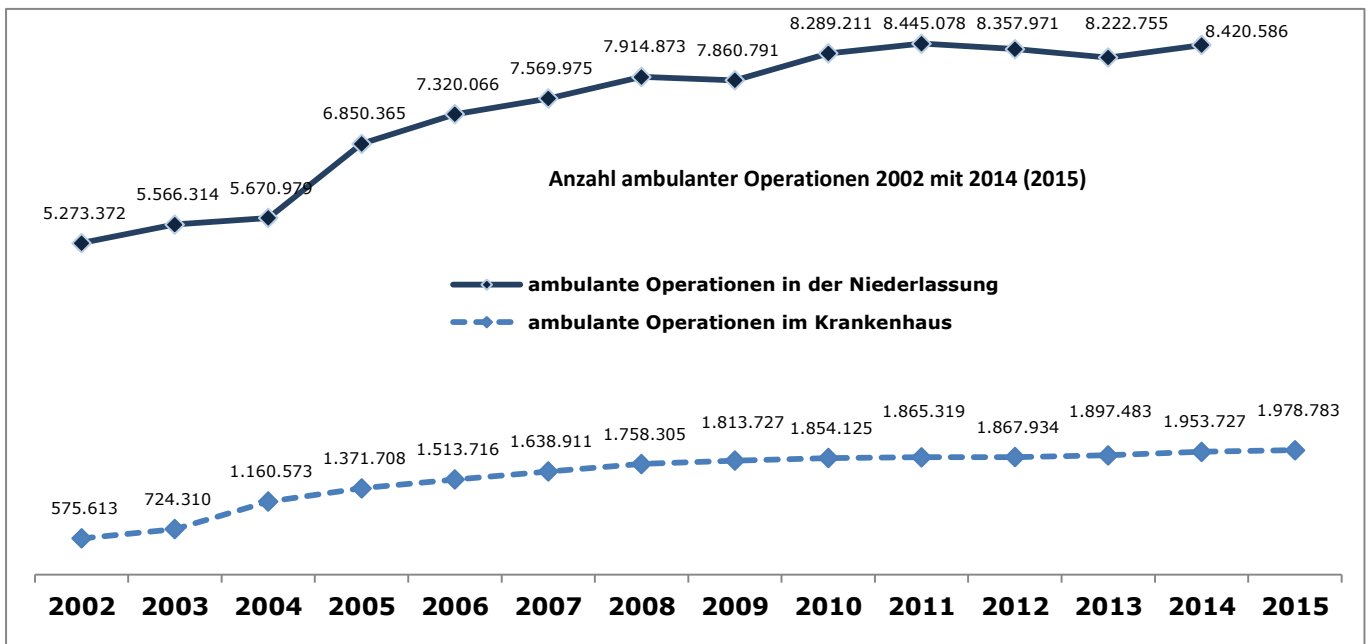
Das am **1. Januar 1989** in Kraft getretene SGB V ermöglichte in seiner damaligen Fassung in nur vier Paragraphen eine sektorenübergreifende Versorgung. Von vornherein auf Wettbewerb zwischen den Sektoren angelegt waren nur das **Belegarztwesen und die Praxiskliniken (§ 115 Abs. 2 Ziff. 1)**. Beide Bereiche sollten durch dreiseitige Verträge zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landeskrankenhausverbänden gefördert werden. Die folgenden drei Regelungen der SGB V-Erstfassung ergänzen zwar auf sinnvolle Weise die ambulante Versorgung insbesondere dort, wo Vertragsärzte nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen, haben jedoch in der Regel keinen wettbewerbsrelevanten Effekt:

- die **Ermächtigung von Krankenhaus-Ärzten** zur ambulanten Versorgung bei regionaler Unterversorgung gemäß **§ 116 SGB V**,
- die Einrichtung von **Hochschulambulanzen** für Ausbildungszwecke gemäß **§ 117 SGB V**
- sowie von **Psychiatrischen Institutsambulanzen** zur Behandlung schwerer Erkrankungen gemäß **§ 118 SGB V**.

1990 ermöglichte der Bundesgesetzgeber mit **§ 121a SGB V**, dass auch Krankenhäuser **künstliche Befruchtungen** durchführen dürfen.

Mit dem **Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992** erweiterten sich die ambulanten Möglichkeiten für Krankenhäuser erheblich. **§ 115a SGB V** erlaubte die **vor- und nachstationäre Behandlung** im Krankenhaus. Mit **§ 115b SGB V** dürfen Kliniken **ambulante Operationen** durchführen. Nachdem Krankenhäuser von dieser Möglichkeit zunächst nur sehr zurückhaltend Gebrauch gemacht haben, ist die **Zahl der ambulanten Operationen im Krankenhaus** zwischen 2002 und 2010 von 575.000 auf 1.854.000 **rasant gestiegen**. Seit 2010 bewegen sich die Zahlen sowohl im stationären wie im niedergelassenen Bereich auf annähernd gleichem Niveau (s. Abbildung 3).

Abbildung 3: Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus und in der Niederlassung



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017c).

2002 folgte die **Fortsetzung der Arzneimitteltherapie durch Krankenhäuser (§ 115c SGB V)**. Diese rechtliche Möglichkeit zeigt sich genauso wie der 2003 eingeführte **§ 116a SGB V – ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung** – als wenig wettbewerbsrelevant für die Versorgungssektoren.

2009 unternahm der Bundesgesetzgeber mit dem **§ 122 SGB V – Behandlung in Praxiskliniken** - den Versuch, die Praxiskliniken zu fördern (siehe 3.2.3).

Seit **2011** besteht mit dem neu gefasste **§ 116b SGB V – ambulant spezialfachärztliche Versorgung** – ein vom Grundsatz interessantes Wettbewerbsumfeld für Vertragsärzte wie für Krankenhäuser (siehe Kapitel 3.2.2).

2012 kam mit dem **§ 118a SGB V** die Möglichkeit **Geriatrischer Institutsambulanzen** hinzu. Seit **2015** erweiterte der **§ 39 Absatz 1a SGB V – Krankenhaus-Entlassmanagement** – die Handlungsoptionen für Krankenhäuser merklich. Im gleichen Jahr stellte der neu gefasste **§ 140a SGB V** die seit 1999 bestehende Regelung zur **integrierten Versorgung** auf neue Füße.

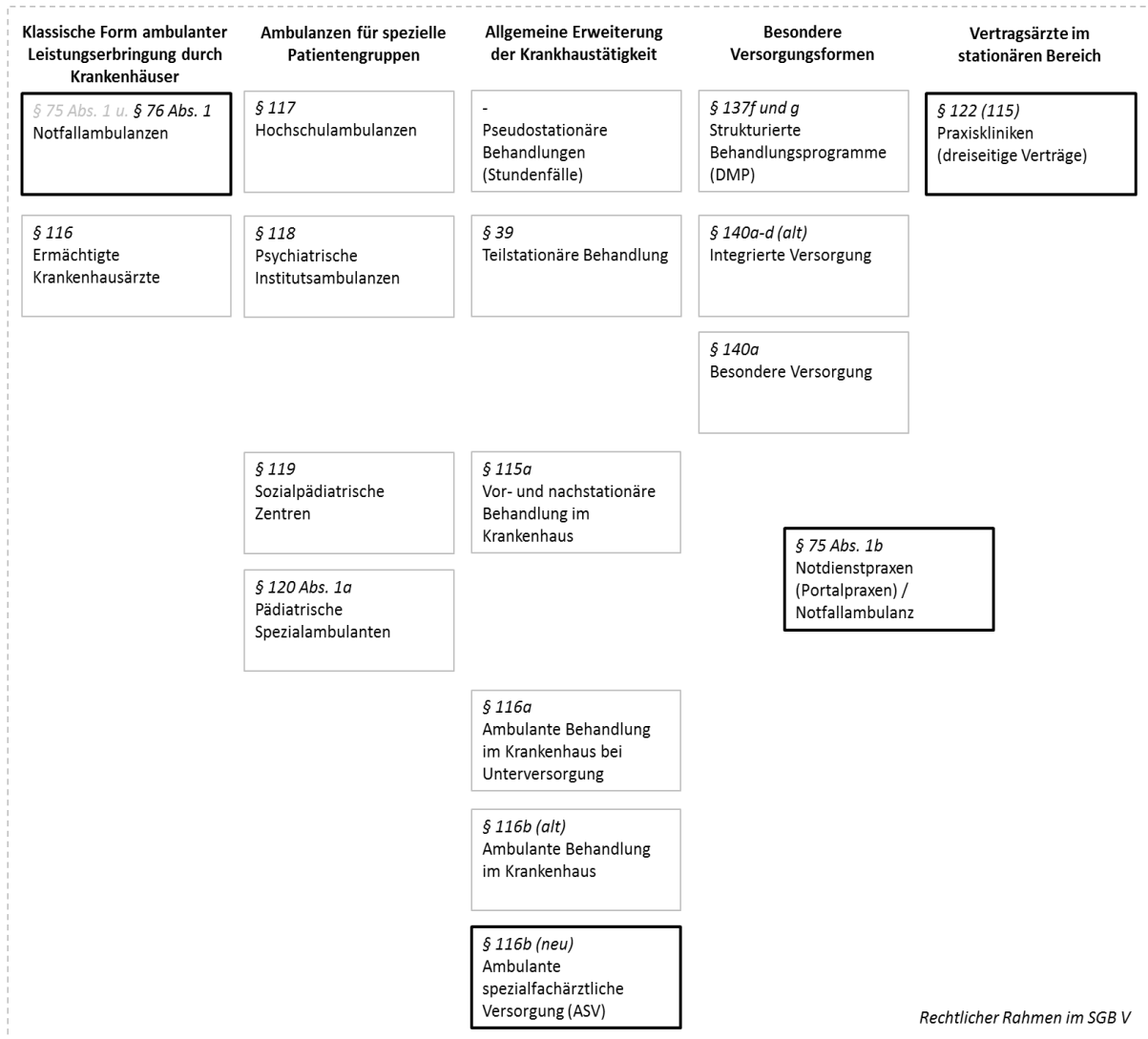
Obwohl – ausgenommen sind echte Notfälle – Patienten nur auf Überweisung eines Vertragsarztes im Krankenhaus aufgenommen werden sollen, ist die Selbsteinweisung von Versicherten ein nicht in den Griff zu bekommendes Problem. Jährlich stellen sich rund 20 Millionen Versicherte in den Notfallambulanzen vor – Tendenz steigend. Die Deutschen Krankenhausgesellschaft schätzt in einem Gutachten, dass ein Drittel der nur ambulant in Krankenhausambulanzen versorgten Patienten ebenso in einer Arztpraxis hätten behandelt werden können. In der Folge nehmen die Krankenhäuser häufig leichtere Notfälle nicht notwendigerweise stationär auf. Diese Ambulanzinanspruchnahmen haben mehrere Gründe. Die Versicherten kennen häufig ambulante Notfallversorgungsangebote

nicht – wie die Bereitschaftsdienste der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Ambulanzen stehen zudem außerhalb der typischen Arbeitszeiten zur Verfügung. Nicht zuletzt versuchen Versicherte, so lange Wartezeiten für einen Facharzttermin zu umgehen. Auf ärztlicher Seite spielen haftungsrechtlichen Fragen eine Rolle, welche dazu führen, dass die Ambulanzärzte zögern, die sich selbst einweisenden Versicherten an den ambulanten Versorgungssektor zurückzuverweisen.

Der Gesetzgeber versucht, die fehlgesteuerte Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen zu regulieren. Mit dem **Krankenhausstrukturgesetz 2016** müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 75 Absatz 1b SGB V so genannte **Portalpraxen** an Kliniken einrichten und finanzieren. Ziel ist es, die **vertragsärztliche Versorgung während der sprechstundenfreien Zeit sicherzustellen**. Sie könnten beispielsweise den Notfallambulanzen der Kliniken vorgeschaltet sein und so eine Vorprüfung von Notfällen durchführen.

Durch diese Zusammenfassung der gesetzgeberischen Aktivitäten in Sachen Überwindung der Sektorengrenzen in den vergangenen 27 Jahren wird deutlich, dass sich im Wesentlichen der gesetzlich zulässige Handlungsspielraum der Krankenhäuser erweitert hat – der Spielraum der ambulanten Versorgung jedoch nicht. Im Kontext dieses Gutachtens wird auf die in Abbildung 4 hervorgehobenen Aspekte gesondert eingegangen.

Abbildung 4: Überblick über die Rechtsnormen an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung.

Die Ergebnisse einer Befragung des SVR 2012 zeigen, dass die Krankenhäuser umfassend von den ihnen gegebenen Möglichkeiten der ambulanten Leistungserbringung Gebrauch machen. Über 90 % der befragten Krankenhäuser gaben an, in irgendeiner Weise ambulante Leistungen zu erbringen (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Leistungserbringung der Krankenhäuser an der Schnittstelle ambulant-stationär

Leistungserbringung der Krankenhäuser an der Schnittstelle ambulant - stationär	Anteil Krankenhäuser (> 50 Betten)
Betreiben/Beteiligung an Medizinischem Versorgungszentrum (MVZ) (n=619)	42,0 %
...wenn ja: Ausweitung der vorhandenen MVZ-Aktivitäten in nächsten Jahren geplant (n=243)	79,0 %
...wenn ja: Teilnahme des MVZ an integrierter Versorgung gem. § 140 a-d SGB V (n=241)	10,8 %
Gründung eines (neuen oder weiteren) MVZ in den nächsten Jahren geplant (n=542)	44,3 %

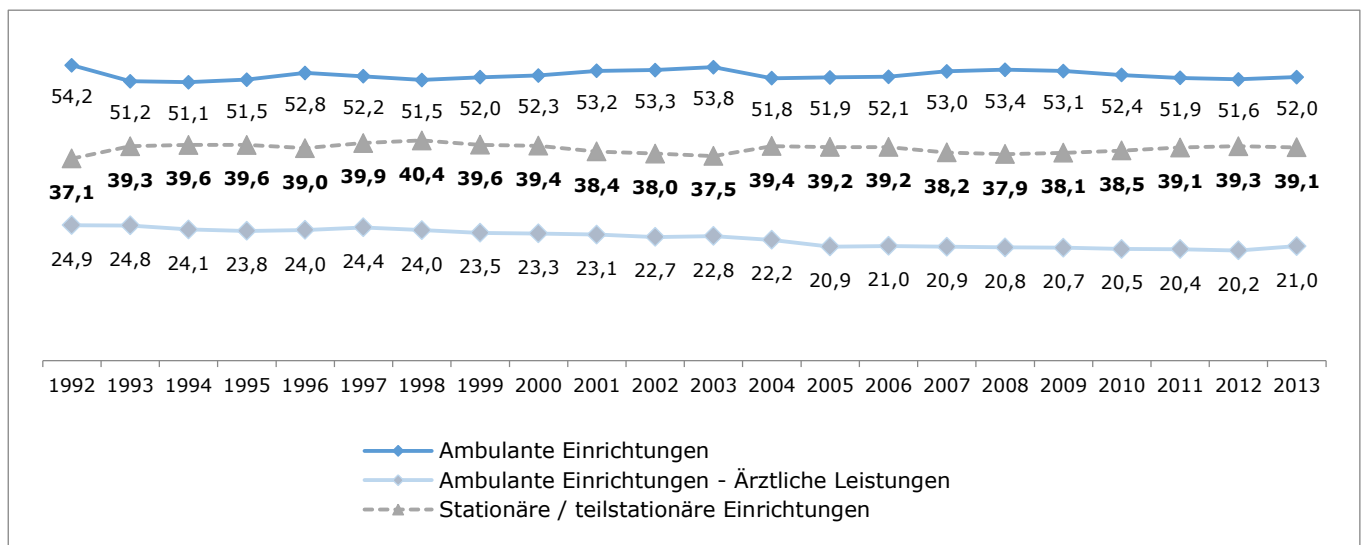
Teilnahme an § 116b Abs. 2-6 SGB V (alte Fassung) (n=659)	17,3 %
Teilnahme am ambulanten Operieren (§ 115b SGB V) (n=631)	79,4 %
Teilnahme an Modellvorhaben (§ 63ff. SGB V) (n=591)	1,7 %
Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) nach § 137f-g SGB V (n=587)	45,5 %
Erbringung teilstationärer Leistungen (n=616)	49,8 %
Teilnahme an sonstigen Formen ambulanter Leistungserbringung (z.B. Ermächtigungen, Belegärzte, Hochschulambulanz etc.) (n=626)	88,7 %
<i>Zusammengefasster Wert: Anteil der Krankenhäuser mit irgendeiner ambulanten Leistungserbringung (§ 116b, § 115b, MVZ, sonstige Formen)</i>	91,1 %

Quelle: SVR 2012, S. 267.

Nur wenige der genannten gesetzlichen Neuregelungen beeinflussen den Wettbewerb zwischen den Sektoren. Selbst in diesen wenigen Fällen mangelt es jedoch häufig an der Bereitschaft der Vertragspartner, diese Optionen in der Praxis umzusetzen (siehe Kapitel 3.2.5, 3.2.3, 3.2.2 und 3.2.6).

Die jeweiligen Leistungsausgaben-Anteile für den ambulant-ärztlichen respektive stationären Sektoren blieben in den 20 Jahren zwischen 1992 und 2013 mit 20 bis 24 Prozent respektive 51 bis 54 Prozent quasi konstant (s. Abbildung 5).

Abbildung 5: Leistungsausgabenanteile verschiedener Versorgungssektoren



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017d).

3.1.2 Grundsätzliche Anreizstrukturen

Leistungserbringer sind meist keine perfekten **Sachwalter** der Interessen von Patienten und Versicherten. So ergeben sich aus der konkreten Ausgestaltung von Vergütungssystemen für Leistungserbringer Anreize hinsichtlich der Art und des Umfangs der Leistungserbringung. Dabei stehen sich umfassende prospektive Pauschalen und retrospektive Kostenerstattung (insb. in Form von Einzelleistungsvergütungen) als extreme Ausprägungen gegenüber. Aufgrund der immanenten Vor- und Nachteile werden die Varianten in der Regel gemischt oder mit komplementären Regeln versehen. Dem Vergütungssystem kommt damit eine zentrale Rolle zu, die Anreize für die Leistungserbringer

mit den Interessen der Versicherten und Patienten in Einklang zu bringen. Im Sinne einer optimalen Versorgung sollte das Vergütungssystem so ausgestaltet werden, dass die Wohlfahrt der Versicherten und Patienten unter Berücksichtigung der Kosten maximiert wird (Breyer et al. 2013).

Auch das deutsche **DRG-System** kombiniert verschiedene Elemente, indem neben der indikationsbezogenen Pauschale beispielsweise auch Kosten für Prozeduren mit eingehen. Die Basis der Pauschalierung ist hier der Behandlungsfall. Während innerhalb der Pauschale ein Anreiz zur Kostenminimierung besteht, könnte der Leistungserbringer durch eine Erhöhung der Fallzahl die Erlöse erhöhen. Je positiver der realisierte Deckungsbeitrag, desto stärker ist der Anreiz zur Ausdehnung der Fallzahl. Mit Instrumenten wie Minder- oder Mehrerlösausgleichen und dem Fixkostendegressionsabschlag wird versucht dem entgegenzuwirken. Weder auf Ebene der einzelnen Einrichtungen noch auf Ebene aller Leistungserbringer kann jedoch davon gesprochen werden, dass die Kostenverantwortung für Mengenausweitungen vollständig übernommen werden muss.

Bei den niedergelassenen Ärzten erfolgt zunächst mit befreiender Wirkung eine Leistung der Kostenträger auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** (MGV – ca. 70 %). Zusammen mit der **extrabudgetären Gesamtvergütung** (EGV – ca. 30 %) bildet sie die Gesamtvergütung. Der Honorarverteilungsmaßstab regelt die Weiterverteilung des Honorars auf die Ärzte. Im Bereich der MGV besteht auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigung ein starker Anreiz, einer Mengensteigerung entgegen zu wirken, da diese keine weiteren Erlöse nach sich zieht. Dies wird durch die Festlegung sogenannter Regelleistungsvolumina (RLV) und qualitätsgebundener Zusatzvolumina (QZV) auf die Ebene des einzelnen Arztes weitergegeben. Derartige Anreize bestehen im Bereich der EGV nicht, weshalb sich in diesem Bereich insbesondere als besonders förderungswürdig eingestufte Leistungen wiederfinden (z.B. Präventionsleistungen). Ferner fallen unter anderem auch belegärztliche Leistungen, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung und ambulantes Operieren in den Bereich der EGV. Leistungen wie der ärztliche Bereitschaftsdienst müssen hingegen aus der MGV heraus in Form eines Abzugs finanziert werden. Weitere Abzüge aus der MGV erfolgen nach Aufteilung in die Versorgungsbereiche für ermächtigte Ärzte oder weitere belegärztliche Leistungen. Die Mengenbegrenzung erfolgt hier ggf. über Quotierungen.

In diesem Kontext muss sichergestellt werden, dass besonders gute Anbieter dennoch wachsen können, ohne hierfür durch das Vergütungssystem sanktioniert zu werden. Andernfalls läuft der gesundheitspolitisch stark geförderte **Qualitätswettbewerb** ins Leere. Notwendig ist es hierfür zudem, die faktische Freiheit der Patienten zu sichern, gemeinsam mit dem einweisenden Arzt den für sie besten Anbieter zu wählen bzw. – als Minimalanforderung – einen Anbieter mit schlechter Qualität vermeiden zu können.

Berücksichtigt man ferner Fortschritte in der Medizin sowie der Medizintechnik und digitaler Systeme ist es offensichtlich, dass auch in Zukunft die Formen der Leistungserbringung einem starken Wandel unterliegen. Verstärkt wird dies durch besondere Herausforderungen im Zuge der Versorgung im ländlichen Raum und dem immer stärker zutage tretenden Fachkräftemangel. Um das System flexibel und offen für **innovative Versorgungsformen** zu halten, sollte vermieden werden, dass institutionelle Vorgaben – z.B. durch das Vergütungssystem – implizit oder explizit eine prinzipiell

sowohl von Krankenhäusern wie von niedergelassenen Ärzten erbringbare Leistung auf einen Sektor festzuschreiben. Wichtig ist in diesem Kontext der vielfach beschriebene, **einheitliche Ordnungsrahmen**, der sicherstellt, dass kein Akteur systematisch benachteiligt wird („gleichlange Spieße“).

Während im stationären Bereich die Investitionskosten zumindest in relevanten Teilen durch die Bundesländer getragen werden, müssen im ambulanten Sektor Investitionskosten aus der Gesamtvergütung bestritten werden. Sollen also beispielsweise durch Krankenhäuser erbrachte Leistungen aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet werden, muss dies durch einen entsprechenden Abschlag berücksichtigt werden.

Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass ambulante Leistungserbringer mit deutlich kleineren Fallzahlen konfrontiert sind als Krankenhäuser. Dies wirkt sich in verschiedener Weise aus. Aufgrund der höheren Fallzahlen haben Krankenhäuser bessere Möglichkeiten zur **Risikostreuung** und können dementsprechend eher als risikoneutral eingestuft werden. Ambulante Leistungserbringer haben hier deutlich weniger Spielraum und werden deshalb häufig als risikoavers eingestuft. Bei einer identischen Vergütungsstruktur kann dies unter Umständen zu einer Benachteiligung kleiner Anbieter führen, da sie einen entsprechenden Risikoaufschlag benötigen. Auch lassen sich Instrumente der Qualitätssicherung nicht in gleicher Weise einsetzen, weshalb im ambulanten Bereich eher durch Strukturvorgaben als über ex post Qualitätsmessung eine entsprechende Qualitätssicherung erfolgt.

Insgesamt bleibt festzustellen, dass die Vergütungsformen ein **volumengetriebenes Geschäftsmodell** begünstigen. Ceteris paribus kann bei positiven Deckungsbeiträgen ein Leistungserbringer mit höheren Fallzahlen mehr Erlösen als ein Leistungserbringer mit kleineren Fallzahlen. Anreize zur Reduktion von Fallzahlen bestehen kaum. Hinzu kommt, dass bestehende Kapazitäten möglichst gut ausgelastet sein müssen, um Leistungen effizient anbieten zu können. Für Krankenhäuser ist es deshalb ein strategisches Ziel, Zuweisungen möglichst zu sichern und Überweisungen in besonders lukrativen Bereichen gezielt auszubauen. Dies muss berücksichtigt werden, da diese Anreize mögliche positive Effekte einer engen Kooperation oder einer Integration ambulanter und stationärer Leistungserbringung konterkarieren können. Umgangssprachlich wird dann häufig von der „Staubsauberfunktion“ eines vorgelagerten ambulanten Leistungserbringers gesprochen.

In starker Abhängigkeit von der lokal und regional vorhandenen **Angebotsstruktur**, können ferner starke Abhängigkeitsverhältnisse bestehen. So dominieren insbesondere im ländlichen Raum einzelne Krankenhäuser ganze Regionen (Schmid 2012) und können ggf. auf einzelne ambulante Leistungserbringer verzichten, während die ambulanten Leistungserbringer auf das eine Krankenhaus angewiesen sind.

3.1.3 Rolle, Zusammensetzung und Zielkonflikte der einschlägigen Entscheidungsorgane

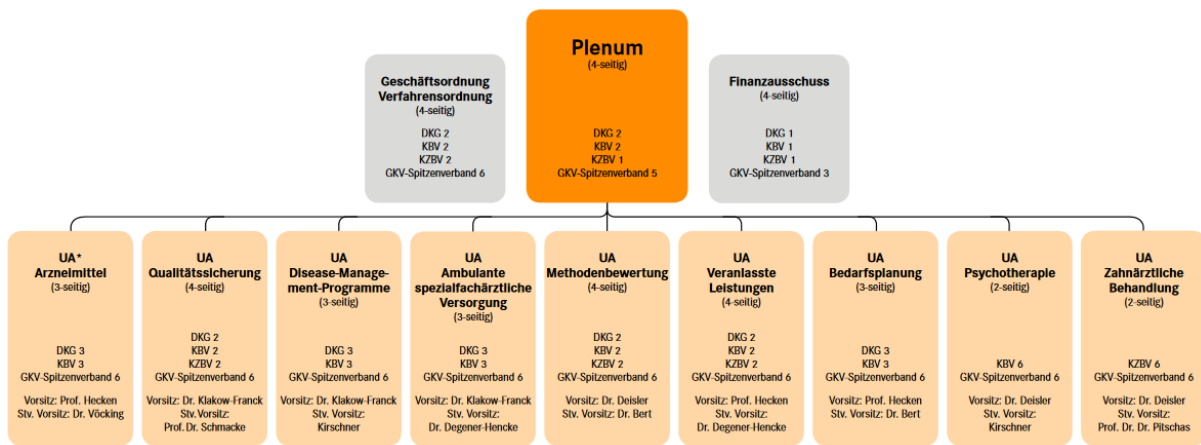
Wie bereits geschildert, haben in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Regelungen Einzug in das SGB V gefunden, die den Zuschnitt an der Sektorengrenze verändern. Dabei überlässt der Gesetzgeber die konkrete Ausgestaltung der Selbstverwaltung. Die dabei zu regelnden Details können den Erfolg oder Misserfolg eines Instruments gravierend beeinflussen. Die Selbstverwaltung muss dabei konfliktieren-

de Interessen der Beteiligten moderieren. Die Vertreter in den einzelnen Gremien sehen sich dabei mit **multiplen Sachwalterbeziehungen** konfrontiert, indem sie neben den Interessen der Patienten und Versicherten auch die Interessen der von Ihnen jeweils vertretenen Gruppen auf Seiten der Leistungserbringer bzw. Kostenträger berücksichtigen müssen. Da das Ergebnis letztlich über Mehrheitsentscheidungen erreicht wird, kommt der Besetzung der Entscheidungsgremien eine besondere Relevanz zu. In derartigen Szenarien ist es durchaus plausibel, dass Mehrheitsentscheidungen zustande kommen, welche die überstimmte Partei disproportional benachteiligen. Handelt es sich um Konflikte zwischen der Gruppe der Leistungserbringer und der Gruppe der Kostenträger, fällt dem unparteiischen Vorsitzenden damit eine besonders verantwortungsvolle Rolle zu. Entscheidungen, welche die Verteilung von Pflichten, Privilegien oder finanziellen Mitteln zwischen Subgruppen – wie ambulanten und stationären Leistungserbringern – betreffen, bergen ein besonderes Risiko, zu Lasten Dritter einen eigenen Vorteil zu erzielen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Haucap et al. 2016. Sie gehen der Frage nach, inwiefern die Zusammensetzung des Entscheidungsgremiums im Zusammenhang mit der Mehrheitsregel Einfluss auf das Regulierungsergebnis nehmen könnte. Aus regulierungsökonomischer Sicht könnten sich die im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) direkt vertretenen Mitglieder einen Vorteil im Vergleich zu denjenigen Wettbewerbern verschaffen, die nicht im G-BA vertreten sind. Qualitätsanforderungen könnten beispielsweise im Bereich der ASV als Instrument missbraucht werden, die eigenen Leistungen im GKV-Leistungskatalog zu positionieren und gleichzeitig die Leistungen derjenigen ohne Stimmrecht im G-BA von der Erstattungsfähigkeit auszuschließen. Denkbar wäre auch das Szenario einer Benachteiligung von Leistungserbringern innerhalb des Gremiums. Zum Beispiel legt der G-BA in seiner Bedarfsplanrichtlinie bundeseinheitlich einen Rahmen zur Zahl der niedergelassenen Ärzte zu den Einwohnern in einem bestimmten räumlichen Planungsgebiet fest. Diese Vorgaben gelten als Basis für den Bedarfsplan, der dann auf Landesebene von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen aufgestellt wird. Durch die Bedarfsplanregelung wird das Eintreten internationaler Wettbewerber in den ambulanten Leistungsmarkt in Deutschland weitestgehend ausgeschlossen. In den letzten Jahren ist das Angebot auf Seiten der Krankenhäuser im ambulanten Markt deutlich gestiegen. In beiden G-BA Unterausschüssen „Bedarfsplanung“ und „ambulante spezialärztliche Versorgung“ haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die KBV jeweils drei Stimmen, als Gegengewicht dazu der GKV-Spitzenverband (GKV-Spitzenverband) mit sechs Stimmen. Die Machtverhältnisse könnten nun zum Nachteil für die niedergelassenen Ärzte werden, da die Krankenhausseite vermehrt von ihrem Stimmrecht Gebrauch machen und ihre Interessen im ambulanten Markt durchzusetzen versuchen wird. Zudem verfügen Krankenhäuser über beträchtlich höhere Quersubventionierungs- und Erlöspotenziale im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten und dies führt gleichzeitig zu einer stärkeren Verhandlungsposition der Krankenhausseite.

Einige der im Zuge dieses Gutachtens diskutierten Versorgungsmodelle sind Ergebnisse derartiger Konstellationen und sollen im Weiteren deshalb auch im Hinblick auf entsprechenden Verteilungswirkungen betrachtet werden.

Abbildung 6: Organisatorischer Aufbau der Ausschüsse im G-BA



Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss (2016).

Konfliktpotential ergibt sich hierbei auch beim Umgang mit Innovationen. Der Verbotsvorbehalt im Bereich der stationären Versorgung erlaubt trotz der zunehmenden Einschränkungen (z.B. durch §137ff. SGB V) einen zeitnahen Einsatz neuer Methoden und Verfahren. Der Erlaubnisvorbehalt im ambulanten Sektor (§ 135 SGB V) führt dazu, dass zunächst, auf Antrag einer der berechtigten Parteien, der G-BA eine Prüfung hinsichtlich des diagnostischen oder therapeutischen Nutzens sowie der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit durchführen muss. Neben potentiellen zeitlichen Verzögerungen ergeben sich weitere Konstellationen, die sich auf das Patientenwohl negativ auswirken können. So werden vom MDK Fälle beanstandet, bei denen keine Indikation für eine stationäre Aufnahme vorliegt (primäre Fehlbelegung). Problematisch ist dies jedoch, wenn im Rahmen der Behandlung die Gabe eines Medikaments erfolgt, welches – z.B. aufgrund eines off-label Gebrauchs – ambulant nicht zu Lasten der GKV verordnet werden darf (Petersen-Benz et al. 2013).

3.1.4 Stand der Bedarfsplanung

Ambulante Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanung und die damit in Verbindung stehende Kassenzulassung für niedergelassene Ärzte ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen auf Länderebene. Hierbei werden Vertreter der Vertragsärzte sowie der Krankenkassen eingebunden (Baumann et al. 2013, S. 128f.). Ziel der Bedarfsplanung ist die Schaffung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung, die unabhängig vom Wohnort oder Lebens- und Vermögensverhältnissen eine adäquate medizinische Versorgung garantiert. Dabei ist in der heutigen Zeit der Konflikt zwischen der Bereitstellung einer angemessenen Versorgung und dem Vermeiden einer Situation der Überversorgung zu lösen (GKV-Spitzenverband 2014, S. 2). Zu der Notwendigkeit moderner Medizin gehört, dass qualitativ gut ausgebildete und adäquat spezialisierte Ärztinnen und Ärzte in ausreichender Zahl verfügbar und auch örtlich gut zumutbar erreichbar sind. Zum Jahr 2013 wurde die Größe dieser Regionen (Pla-

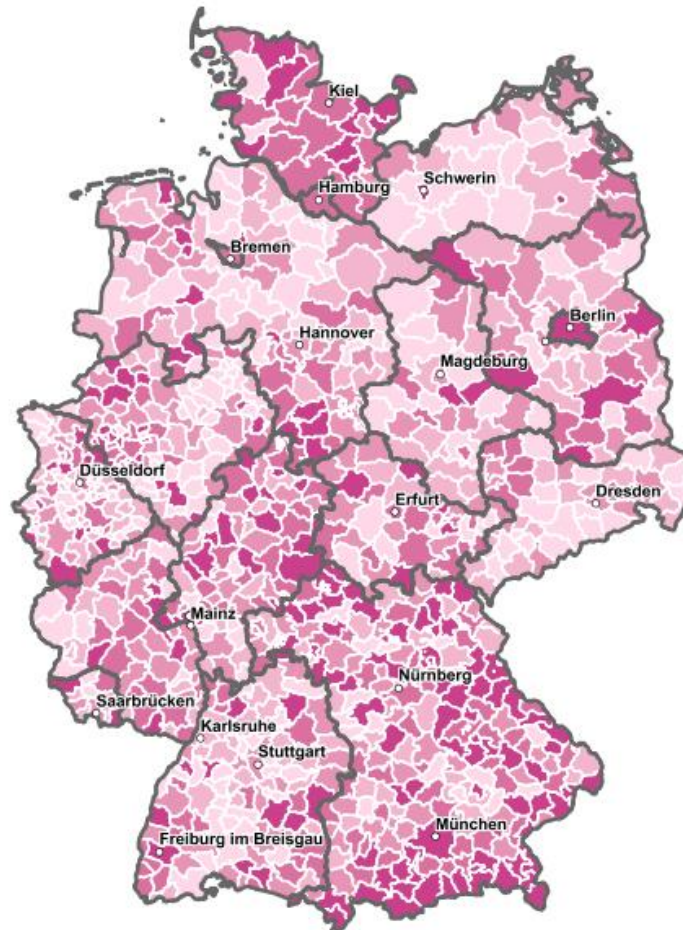
nungsbereiche) nach Arztgruppen differenziert, um besser auf die spezifischen Versorgungsbedarfe bezüglich einzelner Facharztgruppen sowie regionaler Unterschiede eingehen zu können (G-BA 2012). Derzeit gelten als Grundlage bei der Berechnung der ambulanten Versorgungsbedarfe dienen Verhältniszahlen je Arztgruppe. Diese drücken aus, wie viele Ärzte einer Fachgruppe benötigt werden, um den ermittelten medizinischen Versorgungsbedarf der Einwohner einer definierten Region decken zu können.

In der heutigen Gesundheitsversorgung erstaunt es nicht, dass im Rahmen dieser Berechnungen bisweilen nicht nur ein adäquater Grad der Versorgung als Ziel definiert wird, sondern, dass auf Ebene der verschiedenen Planungsbereiche in vielen Fällen eine Unter- oder Überversorgung festgestellt werden kann. Aktuell besteht, unter Einbezug des Versorgungsgrads der Planungsbereiche, nahezu flächendeckend eine Überversorgung in Deutschland. Dies bedeutet, dass die Arztdichte in den meisten Arztgruppen und Regionen über derjenigen liegt, die für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt wird. Abbildung 7 zeigt den Status quo der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Niederlassungsmöglichkeiten bestehen vor allem in Planungsbereichen, die ländlich geprägt sind. Die Veränderung des Versorgungsgrades unterliegt dem wechselnden Angebot an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten, die einer nicht unerheblichen Fluktuation unterworfen ist. Beispielhaft sei auf die Altersentwicklung der niedergelassenen Ärzteschaft hingewiesen, die dazu führt, dass über ein Viertel von heute noch tätigen Ärztinnen und Ärzten in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand gehen wird (KBV 2016c). Es ist auch eine Aufgabe der Bedarfsplanung, solche Entwicklungen zu antizipieren und über Anreizsysteme Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Abbildung 7: Hausärztliche Planungsregionen, dargestellt nach dem Versorgungsgrad (Unterversorgung: <75, Überversorgung: >110)

Hausärzte, Versorgungsgrad in %, Mittelbereiche, 2016

- von 60,0 bis 96,3
- von 96,3 bis 104,1
- von 104,1 bis 109,5
- von 109,5 bis 115,5
- von 115,5 bis 206,0



100 km

© WIGeoGIS, Geodaten: MB Research / OpenStreetMap

Quelle: BPL-Umfrage der Kven, 31.12.2016, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Krankenhausplanung

Die Aufstellung der Krankenhauspläne in der Regel als jährliche Fortschreibung und Weiterentwicklung stellt die Antwort auf die bestehenden Versorgungsbedarfe in Deutschland dar. Diese liegt in der Verantwortung der einzelnen Bundesländer. Ziel ist es gemäß dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit eigenverantwortlichen Einrichtungen sicherzustellen (§ 1 KHG). Um eine Über- und Fehlversorgung zu vermeiden und eine optimale Patientensteuerung zu ermöglichen, sollten bei Bedarf auch andere Bundesländer und die pflegerischen Leistungserfordernisse des jeweiligen Bundeslands in die Planung einbezogen werden (§ 6 KHG). Ferner werden die kommunalen Spitzenverbände, Landeskrankenhausgesellschaften sowie die Landesverbände der Krankenkassen und der privaten Krankenversicherung an der Krankenhausplanung beteiligt. Die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan stellt die Grundlage für die öffentliche Förderung der Einrichtung dar und überträgt damit auch den Versorgungsauftrag auf den Leistungserbringer. Krankenhäuser, die Teil des Krankenhausplans sind, können ihre Behand-

Leistungen gegenüber der jeweiligen gesetzlichen Krankenkasse abrechnen (§ 109 SGB V). Im Krankenhausplan werden Standort der Klinik, Art der Fachrichtungen, Bettenzahl sowie die vorhandenen Ausbildungsstätten spezifiziert.

Bei Betrachtung der Herangehensweise der Krankenhausbedarfsplanung der einzelnen Bundesländer ist festzustellen, dass das Vorgehen der jeweiligen Länder durchaus verschieden ist. Dabei unterscheiden sich sowohl die Methodik zur Berechnung der Bettenbedarfe (z.B. Anwendung der Hill-Burton-Formel in Baden-Württemberg und Berlin, aber GEBERA-Ansatz in Rheinland-Pfalz und im Saarland) (DKG 2015) als auch die in den Prozess der Bedarfsplanung einbezogenen Parteien. Zuletzt fällt ebenso auf, dass die die jeweiligen Planungshorizonte, in denen die Krankenhausbedarfspläne Geltung besitzen, zwischen den Bundesländern differieren. Während z.B. ein solcher Plan in Bremen für einen Zeitraum von vier Jahren gilt, wird in Bayern im jährlichen Turnus ein neuer Krankenhausbedarfsplan entwickelt.

In der politischen Diskussion wird aufgrund der unterschiedlich dargestellten Prozesse bisweilen gefordert, dass auch im Bereich der Krankenhausbedarfsplanung eine bessere Koordination der Abläufe zwischen den einzelnen Bundesländern zu einer bedarfsgerechteren Planung führen würde, bei der z.B. auf aktuelle Entwicklungen in angrenzenden Bundesländern besser eingegangen werden kann, und nicht parallel und weitestgehend unabhängig voneinander entwickelte Krankenhausbedarfspläne entstehen.

Dies findet in der Praxis durchaus Gehör, wenn man erkennt, dass neben der skizzierten Trennung der Bedarfsberechnungen des ambulanten und des stationären Sektors sich aber auch Ansätze finden, die diese Begebenheiten partiell aufbrechen. Dabei können zum Beispiel Netzwerkstrukturen genannt werden, die sowohl ambulante wie auch stationäre Leistungserbringer in ein gemeinsames Netzwerk zusammenführen und sich dadurch die Bedarfe zwischen den Sektoren flexibilisieren. Oder auch die Möglichkeit der ASV und von Praxiskliniken. Einige dieser Ansätze werden an späterer Stelle nochmals genauer dargestellt.

Berücksichtigung siedlungsstruktureller Besonderheiten

Die Bedarfsplanung muss auch die gravierenden Unterschiede zwischen urbanen Ballungsräumen und ländlichen Regionen berücksichtigen. Neben Voraussetzungen hinsichtlich Infrastruktur und Bevölkerungsdichte gehören hierzu auch indirekte Faktoren wie die deutlich geringere Attraktivität dieser Regionen für Ärzte und anderes hochqualifiziertes Personal. Ein Wettbewerb zwischen Leistungserbringern ist in ländlichen Regionen in weiten Teilen nicht möglich, die Wahloptionen der Patienten sind durch große zurückzulegende Distanzen stark eingeschränkt. Auch ergeben sich für die stationäre Notfallversorgung sowie den ärztlichen Bereitschaftsdienst oft anders gelagerte Herausforderungen als in urbanen Räumen. Während in Großstädten meist Überkapazitäten vorhanden sind, ist in machen ländlichen Gebieten die Sicherstellung einer angemessenen Versorgung gefährdet. Unterschiedliche Ausgangssituationen und Strategien bei der Krankenhausplanung in den einzelnen Bundesländern führen ferner dazu, dass selbst siedlungsstrukturell vergleichbare Regionen mit sehr heterogenen Herausforderungen konfrontiert sind. Das Sachverständigenratsgutachten von

2014 bietet einen umfassenden Überblick zur einschlägigen Diskussion (SVR 2014), weshalb an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen wird.

3.1.5 Ambulant sensitive Erkrankungen - Die potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen als Indikator für gute ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung, vor allem die hausärztliche, ist üblicherweise für kranke Menschen die erste Anlaufstelle und damit die Basis der Gesundheitsversorgung. Die Qualität der ambulanten Versorgung zu bestimmten ist jedoch keine einfache Aufgabe. Vielfach verwendet man dazu prozessuale Parameter, wie etwa die regelmäßige Kontrolle des Blutdrucks. Diese Parameter geben oft nicht den erwünschten Erfolg wieder, etwa die Verringerung typischer Komplikationen. Patientenrelevante Endpunkte, z.B. das Auftreten von Komplikationen oder der vorzeitige Tod, ereignen sich aber erst nach langer Zeit. Daher sind Komplikationsrate oder Sterblichkeit für eine Qualitätsmessung wenig geeignet. Aus diesen Überlegungen heraus hat man in den USA das Konzept der potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen entwickelt. Bei bestimmten Krankheiten kann die rechtzeitige und effektive ambulante Versorgung entscheidend dazu beitragen Krankenhausaufnahmen zu vermeiden. Eine Reihe von Übersichtsarbeiten (Gibson et al. 2013) haben die Stärken und Schwächen dieses Konzept herausgearbeitet. Das Konzept beruht auf der Annahme, dass die ambulante Versorgung die Wahrscheinlichkeit einer Krankenhausaufnahme entscheidend beeinflussen kann.

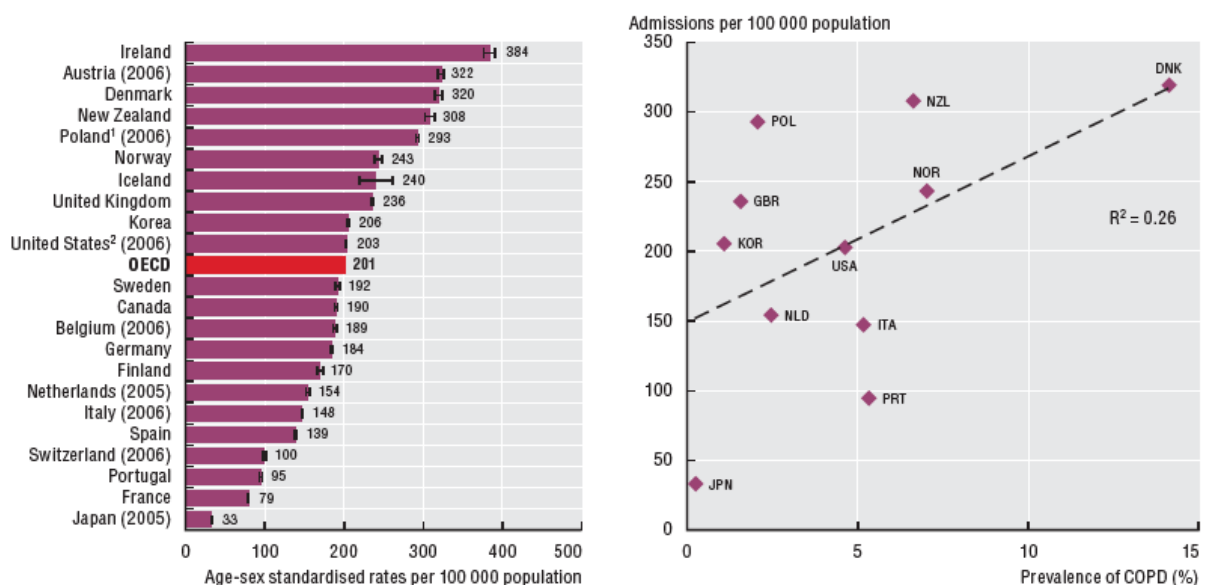
Ob ein Krankenhausaufenthalt möglicherweise vermeidbar ist, hängt von vielen Kontextfaktoren ab. Eine strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wie in Deutschland zählt sicher dazu, ebenso unterschiedliche Praxisausstattungen und Versorgungsangebote. Zu den Parametern, welche den Zusammenhang einer rechtzeitigen und qualitativ guten ambulanten Versorgung mit der Zahl stationärer Aufnahmen wegen potentiell vermeidbarer Krankenhausaufenthalte beeinflussen, zählen ferner:

- Demografie und Prävalenz
- Multimorbidität
- Sozioökonomische Faktoren
- Individuelle Risikobereitschaft
- Verhalten und Präferenz der Patienten

Die Verwendung eines solchen Indikators ist daher weder in der Erhebung noch in der Interpretation einfach. Das Aufgabenfeld der ambulanten Versorgung, insbesondere der hausärztlichen Versorgung, ist sehr breit. Es ist auf keinen Fall Aufgabe der Hausärzte, Patienten möglichst aus dem Krankenhaus herauszuhalten. Auch wenn die Forschung zu diesem Thema noch nicht abgeschlossen ist, kann festgehalten werden, dass die Rate an potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen international als ein – wenn auch imperfektes – Maß für die ambulante Versorgung gilt (Sundmacher et al. 2015, Gibson et al. 2013).

Die OECD berichtet bereits seit 2007 regelmäßig über diese Indikatoren. Ab 2009 erfolgt der Bericht auch alters- und geschlechtsadjustiert auf die OECD-Bevölkerung. Dieser Bericht umfasste die potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen wegen Asthma, COPD, Diabetes-Komplikationen, Herzinsuffizienz und Hochdruck. Eine Adjustierung auf die unterschiedlichen Risikoprofile der einzelnen Länder konnte jedoch bislang noch nicht durchgeführt werden. Daher ist ein Ländervergleich nicht aussagekräftig. Im Bericht ‚Health at a Glance‘ von 2009 wird aber bei zwei Indikatoren der Zusammenhang mit der Prävalenz dargestellt (Krankenhausaufnahme wegen COPD und wegen Amputation der unteren Extremität bei Diabetes mellitus; OECD 2009). Die Abbildung 8 zeigt die Daten für die Krankenhausaufnahme wegen COPD.

Abbildung 8: Potentiell vermeidbare Krankenhausaufnahmen wegen COPD (Die Raten sind alters- und geschlechtsstandardisiert auf die OECD Bevölkerung von 2005)



Quelle: OECD (2009).

Auch die WHO hat ein Projekt zu potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen in Deutschland durchgeführt und publiziert. In diesem Projekt wurden Diagnosen nach entsprechender Literaturrecherche berücksichtigt, aber auch die Indikatoren der OECD und Diagnosen, die der Sachverständigenrat vorgeschlagen hat. Insgesamt wurden Krankenhausaufnahmen wegen folgender Erkrankungen als potentiell vermeidbare Krankenhausaufnahmen eingestuft:

- Herzinsuffizienz
- Koronare Herzkrankheit
- COPD
- Diabetes mellitus
- Hypertonie

Ein Expertengremium von Hausärzten schätzte für jede Indikation die Vermeidbarkeit ein. Diese wurde mit 41% bis 75% angegeben. Die Hausärzte waren sich darüber einig, dass eine Verbesserung der kontinuierlichen Versorgung und ein guter Zugang zu ambulanter Versorgung wichtig seien.

Eine regionale Analyse zeigte, dass hohe Raten von potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen in ländlichen Gebieten vorzufinden waren, vor allem in den neuen Bundesländern, aber auch im Osten Bayerns, in Rheinland-Pfalz und im Saarland. Wesentliche Unterschiede zwischen den Geschlechtern fanden sich dabei nicht (WHO 2015).

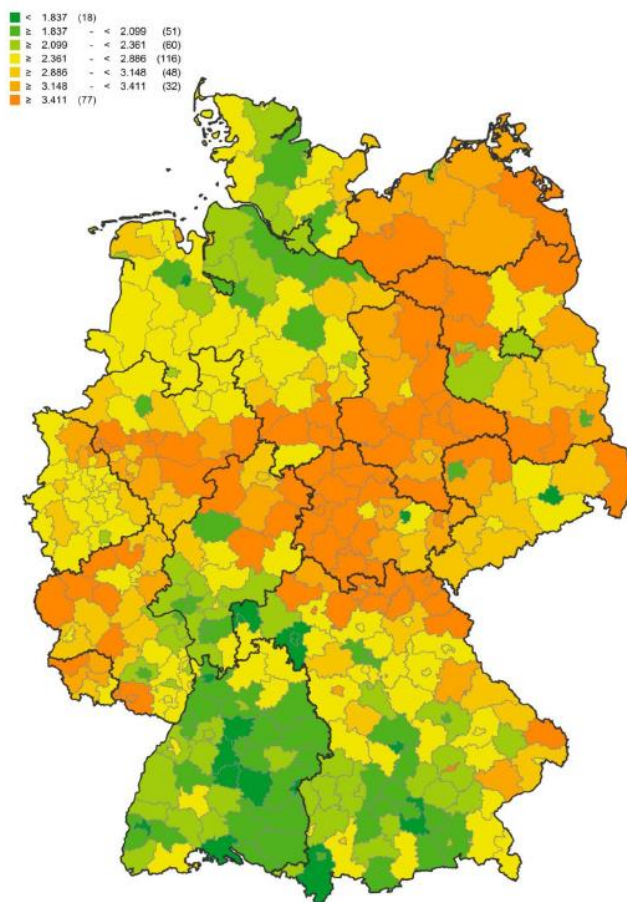
Einige Untersuchungen beschäftigten sich auch mit der Frage, von welchen Kofaktoren die Rate potentiell vermeidbarer Krankenhausaufnahmen abhängig sein könnte. Burgdorf und Sundmacher analysierten die möglichen Einflussfaktoren auf die regionale Verteilung der potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen auf Basis der Daten des Jahres 2008. Sie fanden heraus, dass sowohl eine höhere Facharztdichte als auch eine höhere Hausarztdichte bei den meisten Erkrankungen mit einer geringen Rate von potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen einherging. Für die Parameter Arbeitslosigkeit, Wohnen im ländlichen Bereich und Zahl der Krankenhausbetten konnte gezeigt werden, dass diese mit einer höheren Rate potentiell vermeidbarer Krankenhaüsfälle einhergingen. Die Autoren folgerten, dass man in künftigen Studien Aspekte wie Multimorbidität, Versorgungsqualität und Teilnahme an Versorgungsprogrammen gezielt berücksichtigen müsse (Burgdorf und Sundmacher 2014).

Eine weitere Untersuchung beschäftigte sich mit dem Zusammenhang zwischen der Rate an potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen und der Menge der ambulant erbrachten Leistungen (in Form vom abgerechneten Punkten für Leistungen aus dem einheitlichen Bewertungsmaßstab pro Individuum). Wie erwartet, konnte gezeigt werden, dass die Raten an potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen sinkt, wenn mehr ambulante Leistungen erbracht werden. Dieser Effekt weist jedoch eine Sättigung auf. Das von den Autoren entwickelte Modell kontrollierte eine ganze Reihe weiterer Einflussvariablen. Wie auch in der vorigen Studie festgestellt, hatte die Arztdichte einen schwachen negativen Einfluss auf das Ergebnis. Die Dichte der Krankenhausbetten und die Entfernung zum nächsten Krankenhaus korrelierten positiv mit der Rate potentiell vermeidbarer Krankenhausaufenthalt. Dies gilt auch für die Zahl der Notfälle. In der Schlussfolgerung kamen die Autoren zu folgender Aussage: Landkreise mit einer bekannten hohen Morbidität, mit einem niedrigen Angebot an ambulanter Versorgung und einer hohen Rate an potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen würden von einer Erhöhung des ambulanten Angebots profitieren (Sundmacher 2015).

Im Auftrag des Zentralinstituts für die vertragsärztliche Versorgung (Zi) hat das IGES eine umfangreiche Untersuchung zu den potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen (ASK) durchgeführt. Im ersten Projektteil wurden auf Basis der schon erwähnten Vorarbeiten insgesamt 31 Hauptdiagnosen (ICD-Codes) untersucht. Auf Ebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte ermittelte die Untersuchung die Zahl der ASK-Fälle, die Zahl der ASK-Fälle mit administrativem Aufnahmeanlass ‚Notfall‘ und die Zahl der ASK-Fälle mit einer Krankenhausverweildauer von bis zu 3 Tagen (Kurzlieger). Im Jahr 2012 fanden die Autoren 1,955 Mio. Krankenhaüsfälle, auf die ASK-Kriterien zutrafen, im Jahr 2013 waren es 2,03 Mio.. Dies entspricht einer Steigerung von 3,9%. Etwa ein Drittel dieses Anstieges

geht auf die Exzess-Hospitalisierungen durch die Influenza zurück. Der Anteil der ASK-Fälle an allen Krankenhausfällen lag im Jahr 2013 zwischen 9,8% in Bremen und 13,1% in Sachsen-Anhalt. Die durchschnittliche ASK-Rate pro 100.000 Einwohner lag im Jahr 2013 bei 2.624 Fällen und schwankte zwischen 2.007 Fällen pro 100.000 Einwohner in Baden-Württemberg und 3.621 Fällen pro 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt. Der Anteil der ASK-Fälle, die mit dem Aufnahmearnlass ‚Notfall‘ ins Krankenhaus aufgenommen wurden, betrug im Jahr 2013 57%. In Berlin wurden 66% mit der ASK-Fälle mit dem Aufnahmearnlass ‚Notfall‘ aufgenommen, in Mecklenburg-Vorpommern und in Sachsen-Anhalt waren es 52%. Die Untersuchung stellte die einzelnen Daten auch kleinräumig dar. In der Abbildung 9 sind die Raten der ASK-Fälle pro 100.000 Einwohner im Jahr 2013 für jeden Landkreis bzw. kreisfreie Stadt in Deutschland zu sehen. Um den Einfluss der Arztdichte genauer zu charakterisieren, wurden mehrere Kontrollvariablen berücksichtigt. Dies waren die Lebenserwartung, um den Einfluss von regionalen Morbiditätsunterschieden abzubilden, die Arbeitslosenquote, um den Einfluss sozio-ökonomischer Unterschiede zwischen den Kreisen abzubilden und die Erreichbarkeit des nächsten Oberzentrums mit dem PKW, um Unterschiede in der regionalen Infrastruktur abzubilden. Weiterhin wurde die Krankenhausbettendichte als Variable berücksichtigt, um mögliche Einflüsse regionaler Unterschiede der stationären Versorgungskapazitäten darzustellen.

Abbildung 9: Potentiell vermeidbare Krankenhausaufnahmen. Alle ASK-Fälle (ohne Filter) je 100.000 Einwohner nach Kreisen in Deutschland, 2013



Quelle: IGES 2015.

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigten, dass ein schwacher, aber signifikanter Zusammenhang zwischen der Arztdichte und den ASK-Fällen besteht. Erhöht man die Anzahl der Ärzte um eine Ausprägung pro 100.00 Einwohner, so sinkt die Rate an ASK-Fällen um 0,17%. Den stärksten Einfluss im multivariaten Modell hat die Lebenserwartung als Maß für die Morbidität der Region. Von den restlichen untersuchten Variablen haben die Krankenhausbettendichte und die Arbeitslosenquote einen signifikanten Einfluss (IGES 2015).

In der zweiten Projektphase wurde die Verteilung der ASK-Fälle nach Wochentagen und Uhrzeiten untersucht. Die meisten potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen erfolgten an den Werktagen zu den üblichen Praxisöffnungszeiten. Der Anteil der ASK-Fälle mit dem Aufnahmearbeit Notfall betrug zwischen 31% und 42%. Abends und nachts wurden weniger ASK-Fälle aufgenommen, es stieg aber der Anteil mit dem Aufnahmearbeit ‚Notfall‘ auf ca. 60%. An Samstagen und Sonntagen wurden ebenfalls deutlich weniger Patienten mit ASK-Fällen ins Krankenhaus aufgenommen. Der Anteil mit dem Aufnahmearbeit ‚Notfall‘ belief sich dabei auf etwa 80%. Betrachtet man diese zeitliche Verteilung auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte, so ergibt sich ein sehr heterogenes Bild. Eine Interpretation ohne genaue Kenntnis der örtlichen Besonderheiten ist kaum möglich. Berücksichtigt man die Regions- bzw. Kreistypen, so sind die ASK-Raten in den ländlichen Regionen und im Ruhrgebiet am höchsten und in den Großstädten am geringsten (IGES 2016).

Das Konzept der potentiell vermeidbaren Krankenhausaufnahmen wirft noch eine ganze Reihe weiterer Forschungsfragen auf. Regionen mit besonderem Versorgungsbedarf lassen sich jedoch identifizieren und bieten damit eine Basis zur Etablierung regionaler Versorgungskonzepte.

3.2 Analyse aktueller Problemfelder und bestehender sozialrechtlicher Optionen

3.2.1 Hausärztliche Versorgung

Grundlage für jeden ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsversorgung sind robuste allgemeinärztliche Strukturen. In Deutschland sieht sich dieser Bereich mit multiplen Herausforderungen konfrontiert. Während die Erwartungshaltung und die Anforderungen an das qualifizierte Management insbesondere komplexer multimorbider Patienten kontinuierlich wachsen, fehlt es an allgemeinärztlichem Nachwuchs, der bereit ist, v.a. in ländlichen und sozio-demographisch benachteiligten Regionen tätig zu werden (SVR 2014). Diverse, in Kapitel 3.1.1 bereits ausführlich beschriebene Maßnahmen adressieren die damit zusammenhängenden Probleme. So wurde durch das GKV-VSG 2015 explizit eine Stärkung der allgemeinärztlichen Versorgung durch Anpassungen der Vergütungsregelungen sowie die Ausweitung der Förderung der Weiterbildung angestrebt. Die Nachwuchsprobleme im ländlichen Raum wurden u.a. durch Flexibilisierungen der Niederlassungsregeln adressiert. Insbesondere die durch § 73b SGB V eingeführte Option zur Hausarztzentrierten Versorgung konnte die in sie gesetzten Erwartungen hinsichtlich der Steuerung von Patientenströmen sowie der Verbesserung der Versorgungsqualität jedoch nur in Teilen erfüllen. Ein flächendeckendes Angebot steht nach wie vor aus. Positiv bewerteten Ansätzen wie in Baden-Württemberg stehen durchwachsene Erfahrungen

beispielsweise in Bayern gegenüber (Thomas und Matusiewicz 2014 / Laux et al. 2015). Auch differenzierte Evaluationsansätze können – sofern sie qualitätsbezogene Unterschiede feststellen – heute noch keine definitive Aussage hinsichtlich der kausalen Zusammenhänge machen (Klora et al. 2017).

Strukturell steht die HzV zwischen echten selektivvertraglichen Ansätzen und der Regelversorgung. Dies führt dazu, dass sich die intendierten Qualitäts- und Innovationsanreize echter selektivvertraglicher Instrumente nicht voll entfalten können. Zugleich fehlen wirksame Kontrollmechanismen zur Prüfung der Effektivität und Effizienz. Um komplexe Versorgungsmodelle mit einem starken allgemeinärztlichen Fokus weiter voranzutreiben, reichen die vorhandenen Instrumente nicht aus.

3.2.2 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

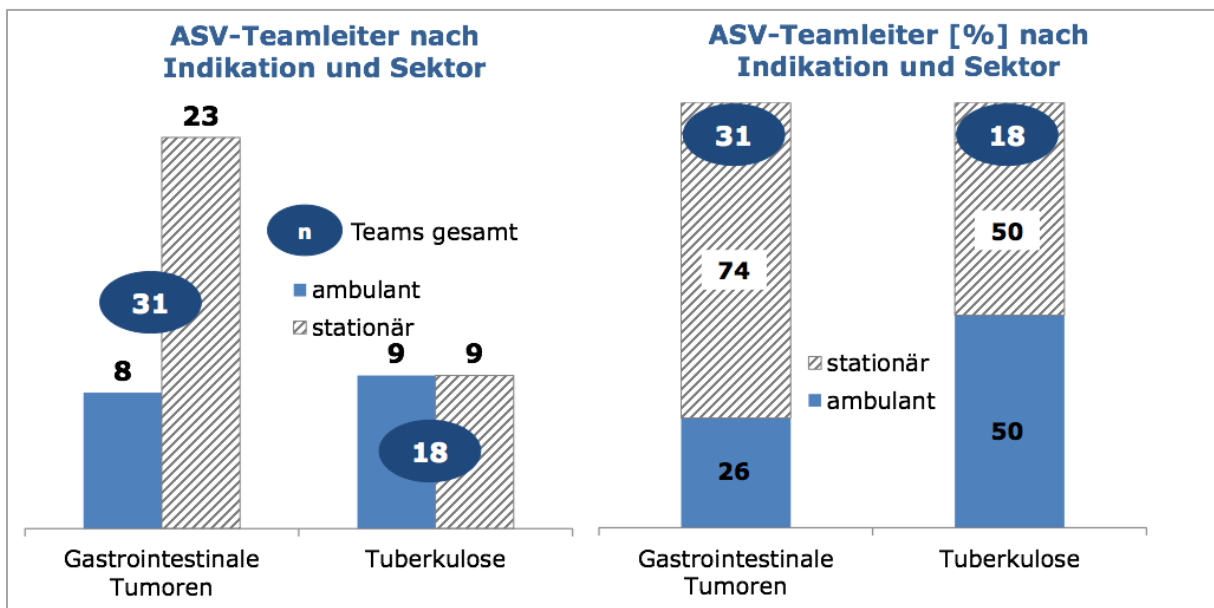
Seit 2011 bietet die ambulant spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V eine interessante neue Möglichkeit der sektorenübergreifenden Versorgung für definierte Indikationen. Dazu gehören einerseits Erkrankungen mit besonderen Verläufen, wie zum Beispiel onkologische und rheumatologische Erkrankungen. Andererseits zählen seltene Erkrankungen und Erkrankungszustände mit geringen Fallzahlen, wie zum Beispiel Tuberkulose und Mukoviszidose zum ASV-Geltungsbereich.

2014 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Richtlinien für die Krankheitsbilder Tuberkulose, gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle konkretisiert. 2015 folgten die Richtlinien zum Marfan-Syndrom und Mitte 2016 jene zur pulmonalen Hypertonie und zu gynäkologischen Tumoren.

Der Wettbewerbsrahmen beschränkt sich zwar lediglich auf ein Prozent des Ausgabenvolumens der ambulanten ärztlichen Versorgung (2015: 34,89 Milliarden Euro). § 116b SGB V wagt jedoch einige mutige Schritte in Richtung fairer Wettbewerb zwischen den Versorgungssektoren. Dazu zählt eine für beide Versorgungsebenen einheitliche, diagnosebezogene Gebührenordnung in Euro-Beträgen ohne Bedarfsplanung und ohne Mengengrenzung sowie einheitliche Qualifikations- und Qualitätsanforderungen. Aufgrund der komplexen rechtlichen Vorgaben kommt die praktische Umsetzung nur langsam voran. Es fehlt immer noch eine einheitliche Gebührenordnung auf der Grundlage einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation. Die Beteiligten behelfen sich mit bestehenden Vergütungsregelungen, beispielsweise nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab.

Seit 2011 hat die ASV-Service-Stelle – im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft – 49 so genannte ASV-Teams registriert. Es fällt auf, dass in der Gesamtbetrachtung die jeweiligen Teamleitungen zu rund zwei Drittel bei einer stationären Einrichtung liegen. Bei den onkologischen ASV-Krankheitsbildern sind es sogar 75 Prozent.

Abbildung 10: ASV-Teamleiter-Zuordnung ambulant / stationär



Quelle: ASV-Servicestelle (2016).

Obleich sich die ASV dem ambulanten Sektor zuordnet, übernehmen Krankenhäuser offenkundig die Federführung. Eine Ursache könnte in der aufwendigen Konzeption und Umsetzung der ASV-Verträge liegen, die die personell vorteilhafter ausgestatteten Kliniken besser bewältigen können als niedergelassene Vertragsärzte.

3.2.3 Praxisklinik und Belegärzte

Die historische Entwicklung im Bereich der Praxiskliniken belegt eindrucksvoll das Scheitern sektorenübergreifender Versorgungskonzepte per dreiseitiger Verträge.

Der Bundesgesetzgeber beabsichtigte 1989 mit dreiseitigen Verträgen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten gemäß § 115 Absatz 2 Satz 1 Ziffer 1 SGB V insbesondere Praxiskliniken zu fördern. Dort behandeln mehrere Vertragsärzte (Träger der Praxiskliniken) die Versicherten ambulant wie stationär. Idealerweise betreut ein Facharzt seine Patienten über den gesamten Behandlungsverlauf von der Diagnostik über die Therapie bis zur Schmerztherapie und Nachsorge. Trotz des grundsätzlich vielversprechenden Versorgungskonzepts kam es damals nie zu einem Vertragsabschluss. Diese Schwierigkeiten waren dem Gesetzgeber im Vorfeld bewusst. Daher hat er in § 115 Absatz 3 SGB V vorgesehen, dass eine erweiterte Landesschiedsstelle die Vertragsinhalte festsetzt – auf Antrag eines der Vertragspartner. In keinem Bundesland haben die vermeintlichen Vertragspartner einen derartigen Antrag gestellt – auch nicht die Kassenärztlichen Vereinigungen als Interessenvertretung der Vertragsärzte in Praxiskliniken. Aber auch für diesen Fall hatte der Gesetzgeber vorgesorgt. Gemäß § 115 Absatz 4 SGB V sollte bis zum 31. Dezember 1990 eine Rechtsverordnung im jeweiligen Bundesland die Vertragsinhalte festlegen. In der Realität ist es bis heute in keinem Bundesland zu einer Rechtsverordnung gekommen (Gaßner und Strömer 2013).

Mit dem **Gesetzentwurf vom 22. November 1995** (Deutscher Bundestag 1995) unternahm die damalige Bundesregierung einen neuen Anlauf, um den Praxiskliniken auf die Sprünge zu helfen. Der Entwurf sah vor, in Praxiskliniken maximal vier Betten je Vertragsarzt und eine stationäre Versorgung von höchstens vier Tagen zu gestatten. Alarmiert durch diesen Gesetzentwurf kamen 1996 in kürzester Zeit dreiseitige Verträge zustande, die jedoch lediglich den überschaubaren Gesetzeswortlaut wiedergaben und feststellten, dass die Vertragspartner die Vorgaben der Landeskrankenhausplanung beachten müssen, wie das Beispiel des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung in Rheinland-Pfalz und der dortigen Krankenhausgesellschaft mit den rheinland-pfälzischen Krankenkassen zeigt:

Tabelle 4: Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr.1 SGB V (Belegarztwesen/Praxiskliniken) vom 07.11.1996 zwischen Krankenhausgesellschaft Rheinland - Pfalz, Kassenärztliche Vereinigungen in Rheinland - Pfalz, Krankenkassenverbände in Rheinland - Pfalz

§ 2 Praxiskliniken
(1) Die Vertragsparteien wirken gemeinsam auf eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung der Versicherten in Praxiskliniken hin.
(2) Praxiskliniken sind Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden; sie bedürfen einer Zulassung nach §§ 108, 109 SGB V.
(3) Bei der Einrichtung von Praxiskliniken sind die Vorgaben der Krankenhausplanung zu berücksichtigen.

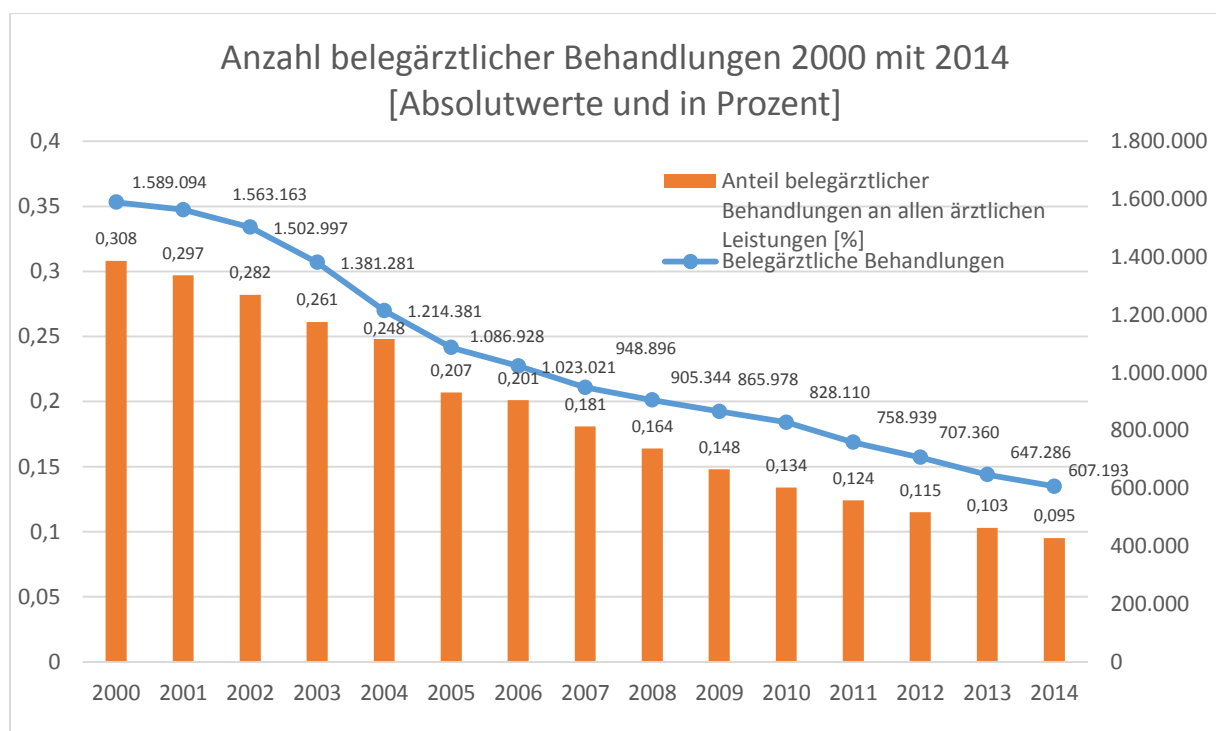
Im Ergebnis scheiterte der Regierungsentwurf im Bundesrat und keine einzige Praxisklinik wurde in einen Landeskrankenhausplan aufgenommen.

Das **Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 25. März 2009** startete mit dem **§ 122 SGB V** einen neuen Versuch, um die Versorgung in Praxiskliniken voranzubringen. Die Regelung ruft den GKV-Spitzenverband und die entsprechende Spitzenorganisation der Praxisklinken – die Deutsche Praxisklinikgesellschaft (PKG) e.V. – auf, einen Katalog von in Praxiskliniken durchführbaren Behandlungen sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung festzulegen. Drei Monate nach Inkrafttreten des § 122 SGB V fordert der Bundesrat in einem anderen Gesetzgebungsverfahren dessen Abschaffung. Die Bundesregierung wies diese Forderung zurück (Schulte 2009). 2010 nehmen der GKV-Spitzenverband und die PKG Gespräch auf, die der GKV-Spitzenverband 2011 abbricht. Im Hintergrund stand die Sorge der Krankenkassen, dass es den Krankenhäusern gelingt, ihre Betten auf anderen Wegen zu füllen, wenn es zu einer Verlagerung bestimmter Behandlungen in Praxiskliniken kommt. Hier enden (vorerst) die gesetzgeberischen Versuche, die Praxiskliniken als wettbewerbsrelevante intersektorale Versorgungsinstitution zu etablieren.

Auch der sektorenübergreifenden Versorgung durch **Belegärzte** blieb ein anhaltender Erfolg bislang versagt. Gemäß § 18 KHEntgG sind Belegärzte nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die

ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der dortigen Einrichtungen und Dienste stationär oder teilstationär behandeln. **Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt einen Rückgang der Zahl der Belegärzte und der aufgestellten Belegbetten.** Das schlägt sich auch in den Fallzahlen nieder. Bei GKV-Versicherten wurden 2002 ca. 1,5 Millionen belegärztliche Fälle abgerechnet, 2010 waren es noch ca. 830.000 und 2014 ca. rund 600.000 Fälle. Ursache hierfür ist nicht zuletzt, dass es durch das GKV- VÄndG 2007 ermöglicht wurde, die belegärztliche Versorgung in eine Versorgung über die Hauptabteilung umzuwandeln. Das Krankenhaus kann nunmehr einen zuvor belegärztlich tätigen Vertragsarzt durch Honorarvertrag oder Teilzeitvertrag in die stationäre Behandlung der Hauptabteilung einbeziehen. Dadurch wird die Abrechnung der vollen DRG möglich. Hinzu kommt eine Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH; 16.10.2014 III ZR 85/14), die ausschließt, dass krankenhaushausfremde Ärzte (nicht angestellte Ärzte) neben der Fallpauschale bei Privatpatienten zusätzlich ärztliche Leistungen nach GOÄ liquidieren dürfen.

Abbildung 11: Anzahl belegärztlicher Leistungen, absolut und in Prozent aller ärztlicher Behandlungen



Quelle: Statistisches Bundesamt (2017e).

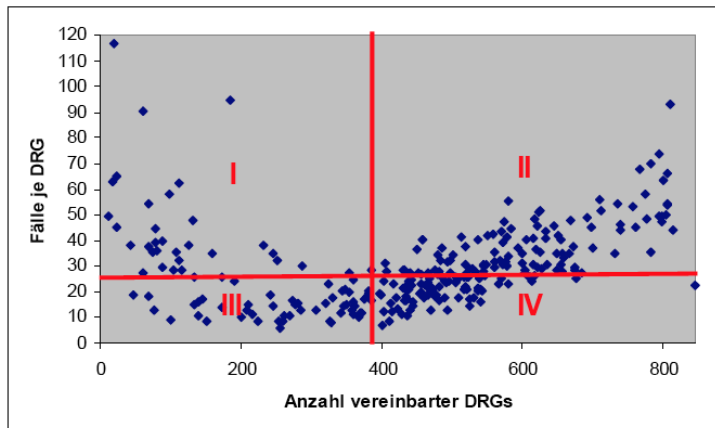
Vergleichbare Fälle lösen dadurch unterschiedliche Vergütungssysteme aus. Das Wahlrecht hat nicht überraschend zu Folge, dass die jeweils finanziell lukrative Variante gewählt wird und dem klassischen Gedanken des Belegarztes der Boden entzogen wird. Eine Umkehr der Entwicklung ist nur über eine Angleichung der Vergütung zu erreichen.

3.2.4 Zur Problematik kleiner Krankenhäuser

Schon zu Beginn des DRG-Zeitalters in deutschen Krankenhäusern zeigte das Krankenhaus-Barometer auf, dass eine ganze Reihe von Krankenhäusern viele DRGs erbrachten, diese jedoch mit sehr kleiner

Fallzahl. Kleine Krankenhäuser (100 bis 299 Betten) konnten in Jahr 2004 im Schnitt 42,9% der verfügbaren DRGs mit den Kostenträgern vereinbaren (2005: 38,9%), während große Krankenhäuser (über 600 Betten) im gleichen Jahr 83,3% aller verfügbaren DRGs vereinbaren konnten (2005: 81,9%). Den Zusammenhang zwischen der Anzahl vereinbarter DRGs und der Zahl der erbrachten Fälle pro DRG zeigt die Abbildung 12 für das Jahr 2005 (Deutsches Krankenhaus-Institut e.V. 2006).

Abbildung 12: Fälle je DRG und Anzahl vereinbarter DRGs – Krankenhäuser der Stichprobe



Quelle: Deutsches Krankenhaus-Institut e.V. (2006): Krankenhaus-Barometer 2006, S.23.

In der Abbildung zeigen die roten Striche die Mittelwerte. Im Jahr 2005 befinden sich etwa 90% der kleineren Krankenhäuser (50 bis 299 Betten) in den Feldern I und III. Über 95% der großen Krankenhäuser (über 600 Betten) bewegen sich im Feld II. Die Krankenhäuser mittlerer Größenordnung verteilen sich zu etwa je 30% auf die Felder II, III oder IV. Die Erhebung im Jahr 2008 kam zu einem ganz ähnlichen Ergebnis (Deutsches Krankenhaus-Institut e.V. 2008, S.14)

Es konnte festgestellt werden, dass kleine Krankenhäuser insgesamt einen niedrigen Case-Mix Index (CMI) aufwiesen. Die folgende Tabelle stellt die Werte aus dem Krankenhaus-Barometer 2008 dar.

Tabelle 5: Case-Mix-Index – Krankenhäuser der Stichprobe

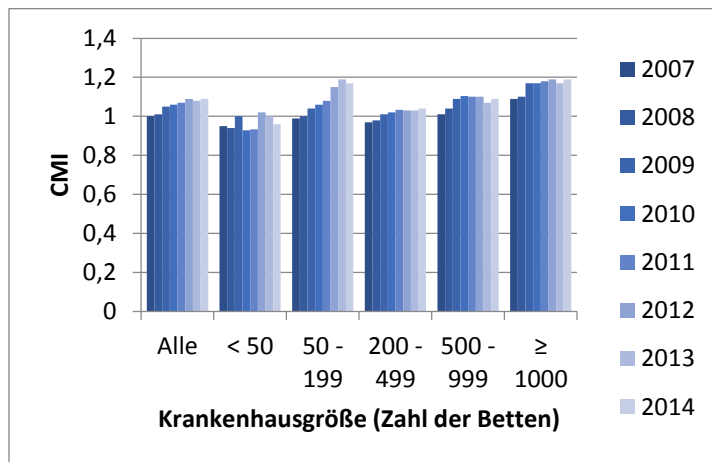
Krankenhäuser im Krankenhaus-Barometer 2008	Case-Mix-Index
50 bis 299 Betten	0,96
300 bis 599 Betten	1,02
über 600 Betten	1,18
Alle Krankenhäuser	1,04

Quelle: Deutsches Krankenhaus-Institut e.V. (2008): Krankenhaus-Barometer 2008, S.11.

Kleine Krankenhäuser zeichnen sich zum großen Teil dadurch aus, dass sie keine Spezialisierung entwickeln können und ganz überwiegend Fälle behandeln, die sich durch eine niedrige Fallschwere auszeichnen, da schwere Fälle an spezialisierte Einrichtungen weiter verwiesen werden müssen. Zudem bietet die geringe Fallzahl pro DRG wenig Möglichkeiten, die Instrumente der Prozessorganisation und -optimierung zu nutzen. Der Einsatz dieser Instrumente ist aber zwingend erforderlich, damit die erzielten Erlöse die Ausgaben wenigstens decken oder aber überschreiten.

Der aktuelle Krankenhaus-Ratingreport von 2016 differenziert noch weiter. Vor allem Krankenhäuser mit 200 bis unter 500 Betten weisen einen niedrigen CMI auf. Die Krankenhäuser mit 50 bis unter 200 Betten konnten dagegen in den letzten Jahren ihren CMI verbessern, wie Abbildung 13 zeigt. Es gibt auch Unterschiede bezüglich der Trägerschaft des Hauses und nach dem Spezialisierungsgrad. Dies legt den Schluss nahe, dass unter den Krankenhäuser mit 50 bis unter 200 Betten viele spezialisierte Einrichtungen sind.

Abbildung 13: CMI nach Krankenhausgröße (Zahl der Betten), ohne Unikliniken; von 2007 bis 2014



Quelle: Augurzky et al. (2016), Kapitel 2.1.1 Schaubild 5.

Im Krankenhaus-Ratingreport berechnen die Autoren die Kreditausfallwahrscheinlichkeit von Krankenhäusern und untersuchen verschiedene Untergruppen. In der Tabelle 6 sieht man, dass vor allem kleine Krankenhäuser ohne Spezialisierung eine hohe Ausfallwahrscheinlichkeit aufweisen.

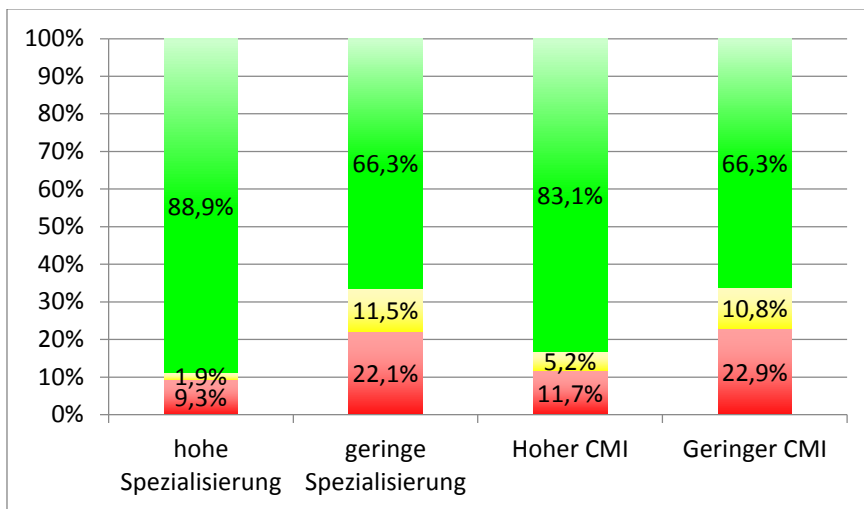
Tabelle 6: Kreditausfallwahrscheinlichkeit (PD) nach Größe und Spezialisierung 2014; in %

Größe	Kleine Krankenhäuser			Mittlergroße Krankenhäuser			Große Krankenhäuser		
	gering	mittel	groß	gering	mittel	groß	gering	mittel	groß
Spezialisierungsgrad									
PD	2,6%	0,7%	0,1%	1,4%	1,6%	1,0%	1,0%	0,8%	0,5%

Quelle: : Augurzky et al. (2016), Kapitel 3.4.1 Schaubild 68.

Die Ampel-Klassifikation nach dem Grad der Spezialisierung und nach der Höhe des CMI bestätigt das Bild. Eine Spezialisierung und ein höherer CMI sind mit einer besseren wirtschaftlichen Situation der Krankenhäuser verbunden, vgl. Abbildung 14.

Abbildung 14: Ampelklassifikation kleinerer Krankenhäuser nach Untergruppen, 2014; Anteil in %



Quelle: : Augurzky et al. (2016), Kapitel 3.4.1 Schaubild 72.

Aus der Perspektive der Krankenhäuser befasst sich eine Studie vom DKI zusammen mit der Unternehmensberatung BDO mit der Situation und den Perspektiven der ländlichen Krankenhausversorgung. Die Autoren haben Krankenhäuser in ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen und in dünn besiedelten Kreisen repräsentativ befragt und Angaben aus dem Jahr 2013 erhoben. Es haben sich 120 Krankenhäuser beteiligt. Diese Krankenhäuser hatten im Median 170 Planbetten und verfügten über zwei bis fünf Hauptabteilungen. Damit wurden im Median 7.600 vollstationäre Fälle pro Jahr behandelt, mit einem CMI von 0,8885. Die Krankenhäuser verteilten sich nicht erwartungsgemäß auf die Bundesländer, wenn man den Anteil ländlicher Krankenhäuser an den Allgemeinkrankenhäusern pro Bundesland ermittelte. Der Anteil ländlicher Krankenhäuser fiel in den neuen Bundesländern besonders hoch aus. Spitzenreiter war Mecklenburg-Vorkommen mit einem Anteil von 97%. In den alten Bundesländern war der Anteil in Schleswig-Holstein mit 67% am höchsten. Auch in Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Bayern lag der Anteil bei 50%. Auffällig war der geringe Anteil von ländlichen Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen (5%) und Baden-Württemberg (15%).

Befragt nach ihrer wirtschaftlichen Lage, gaben die Krankenhäuser an, dass ihr Jahresergebnis von 2013 in 44% einen Fehlbetrag aufwies, in 36% einen Überschuss und in 20% ein ausgeglichenes Ergebnis. Nur 15% erwarteten für 2015 eine wirtschaftliche Verbesserung, die anderen etwa häufig eine gleichbleibende oder sich verschlechternde Situation. Die wirtschaftliche Perspektive wurde von den öffentlichen Krankenhäusern dabei schlechter beurteilt als von den freigemeinnützigen Krankenhäusern.

Erhebliche Probleme bei der Besetzung offener Stellen gaben alle befragten Krankenhäuser an, besonders beim ärztlichen Dienst und in der Intensivpflege. Auch die Situation der vertragsärztlichen Versorgung, die das Krankenhaus umgibt, wurde bemängelt. Nur 50% der Krankenhäuser gaben an, eine ausreichende Anzahl an Hausärzten in der Region vorzufinden, ausreichend Fachärzte nur 37,6%. Zwei Drittel aller Krankenhäuser berichteten über eine vermehrte Patientenzahl in der Notaufnahme wegen ambulanter ärztlicher Unterversorgung.

Den eigenen Anteil an der ambulanten Versorgung schätzten die Krankenhäuser jedoch hoch ein. Persönliche Ermächtigungen oder Institutsermächtigungen lagen meistens vor, 40% aller Krankenhäuser betrieben ein MVZ und berichteten über eine gleichzeitige Tätigkeit als Vertragsarzt und als Krankenhausarzt. In etwa der Hälfte aller Fälle gab es Belegärzte und ambulantes Operieren am Krankenhaus.

Im Umkreis von 30 km um jedes befragte Krankenhaus herum ermittelte die Studie im Median 5 andere Krankenhäuser. So ist es naheliegend, dass die meisten der befragten Häuser erhebliche Veränderung bis zum Jahr 2020 auf sich zukommen sehen, von verstärkter Kooperation bis zur Fusion oder auch zur Schließung eines Standortes.

Die Forderungen an die Politik wurden daher deutlich geäußert. Vor allem wurden Sicherstellungszuschläge gefordert, die bislang kaum zu realisieren waren. Auch allgemeine strukturelle Veränderungen wurden gefordert, so die Auflösung der Grenze zwischen ambulant und stationär und die Aufhebung des Sicherstellungsauftrags der Kassenärztlichen Vereinigungen (BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft 2014).

Gerade kleine Krankenhäuser werden dazu gezwungen sein, jede Einnahmequelle zu nutzen. Sie werden im Zweifel ein Gesundheitsproblem dann eher stationär versorgen, wenn die zu erwartenden Fallpauschale kostendeckend ist, auch wenn ggf. eine ambulante Versorgung möglich wäre.

Die räumliche Verteilung und die Struktur der kleinen Krankenhäuser sind historisch gewachsen und stammen aus einer Zeit mit ganz anders gearteter medizinischer Versorgung. Hier kommt es darauf an, die für die Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser zu erhalten, die anderen kleinen Krankenhäuser evtl. umzuwidmen, zu fusionieren oder zu schließen. Da die Bundesländer die Krankenhausplanung verantworten, sollten sie eigentlich diesen Prozess vorantreiben. Dies ist jedoch nicht zu erkennen, da Politiker eine diesbezügliche Auseinandersetzung mit der Bevölkerung scheuen. So kommt es auf anderen Wegen zur Veränderung der Krankenhauslandschaft. Hierzu einige Beispiele:

Nachdem das Krankenhaus Dahn (Rheinland-Pfalz) infolge von Ärztemangel und fehlender Auslastung zunächst vom Krankenhaus Primasens übernommen wurde, ließ sich trotz finanzieller Förderung durch das Land innerhalb eines Jahres kein Konzept zur Weiterführung eines Krankenhausbetriebs etablieren. Daher wurde der Versorgungsauftrag zurückgegeben und das Krankenhaus am Jahresende 2005 geschlossen (Landtag Rheinland-Pfalz 2005).

In Willich (Nordrhein-Westfalen) wurde das Krankenhaus (140 Betten) vom Träger geschlossen, nachdem im neuen Landeskrankenhausplan Strukturvorgaben enthalten waren. Der gleiche Träger betreibt etwa 10 km entfernt ein größeres Krankenhaus mit 363 Betten und wollte keine Investitionen in das kleine Krankenhaus mehr tätigen (St. Augustinus-Kliniken 2013).

Das Evangelische Krankenhaus Zweibrücken (Rheinland-Pfalz) musste am 30.09.2016 komplett schließen, nachdem jahrelange Querelen vorausgegangen waren. Der Weggang des leitenden ärztlichen Personals im Jahr 2014 führte zu einem massiven Rückgang der Auslastung und zu einem nega-

tiven Betriebsergebnis. Auch die Kooperation mit einer benachbarten Uniklinik konnte die Lage nicht verbessern. Schließlich traf der Träger die Entscheidung, das Krankenhaus zu schließen (Kolling 2016).

Auch in Bayern müssen viele kleine Krankenhäuser schließen bzw. mit anderen fusionieren. So wurde 2016 das Krankenhaus in Peißenberg, das kleinste Krankenhaus Deutschlands, geschlossen. Das Personal zog wenige Kilometer nach Schongau um. Die Umgliederung geschah im Konsens (Thoma 2016).

Von den Krankenhausgesellschaften werden mehrere Gründe für diese Situation ausgemacht. Kliniken würden für ländliche Krankenhäuser kein Personal mehr finden, die Tariflohnsteigerungen werden von den Krankenkassen nicht in vollem Umfang übernommen und schließlich bestehe ein Rückstau bei der Investitionsförderung durch das Land. Die Bevölkerung reagiert sehr sensibel auf das Thema. So geht man davon aus, dass eine Krankenhausschließung oder -fusion einen Landrat auch die Wiederwahl kosten kann. Vermutet wird dies z.B. in Marktoberdorf und in Weilheim (Geiger 2016).

Die Situation der kleinen Krankenhäuser, vor allem der ländlichen, erfordert einen konstruktiven planerischen Ansatz, der ambulante und stationäre Versorgung zusammen betrachtet und auch die demografischen Entwicklungen mit berücksichtigt.

3.2.5 Versagen dreiseitiger Verträge

Dreiseitige Verträge nach § 115 SGB V zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten bieten durchaus zielführende Möglichkeiten, die Barrieren zwischen den Versorgungssektoren zu überwinden. Bislang stehen diesem vielversprechenden Gedanken jedoch zwei praktische Hindernisse im Weg.

- Dreiseitige Verträge erfordern die Unterstützung aller drei beteiligten Vertragspartner. Aufgrund der systemimmanent gegenläufigen Interessen verständigen sie sich auf einen inhaltlichen Minimumkonsens. In der Konsequenz entstehen Verträge mit wenig oder keiner Versorgungsrelevanz.
- Es fehlen Schiedsstellenregelungen für dreiseitige Verträge. Die Idee, bestehende Landesschiedsstellen für zweiseitige Verträge einfach mit einer „dritten Bank“ zu ergänzen, realisierten die Beteiligten bislang nicht. Daher existiert keine anerkannte Institution, die bei einer mangelnden Verständigung oder dem Nichtzustandekommen dreiseitiger Verträge eingreifen könnte.

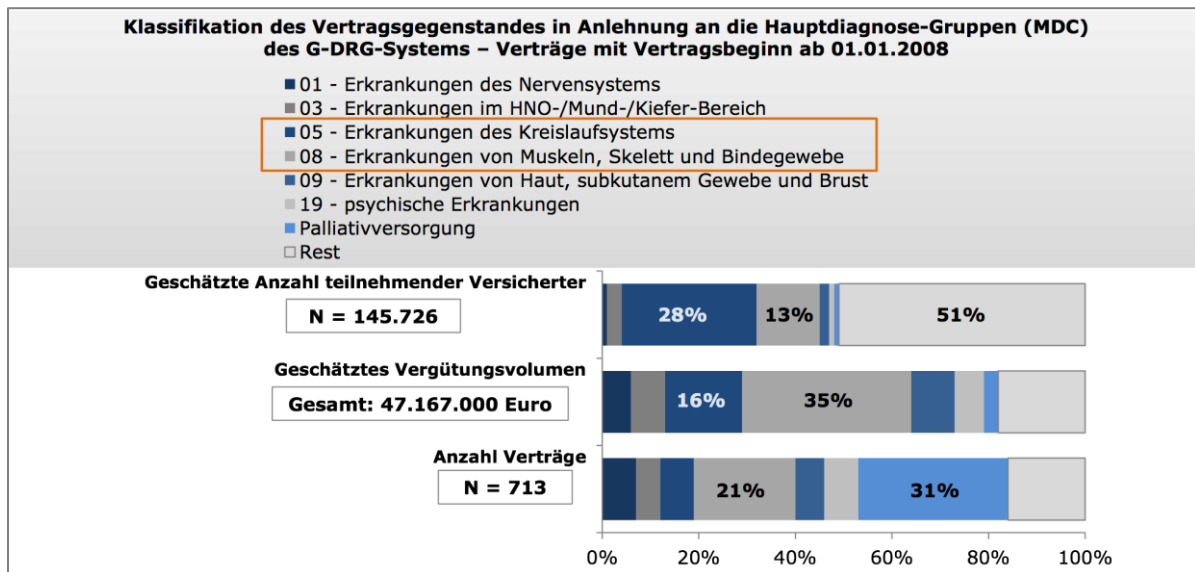
Die Beispiele Praxisklinik und Belegarztwesen (siehe Kapitel 3.2.3) zeigen deutlich die Hürden für dreiseitige Verträge.

3.2.6 Besondere Versorgung als Gestaltungsoption der Vertragspartner (§ 140a SGB V)

2004 versuchte der Bundesgesetzgeber, die intersektorale Versorgung mit erheblichen finanziellen Anreizen zu beleben. §§ 140a ff. SGB V – Integrierte Versorgung – belebte er in den Jahren 2004 mit

2007 mit einer so genannten „Anschubfinanzierung“ in Höhe von einem Prozent der Budgets für ambulante und stationäre Leistungen. Damit zweigte er jährlich rund 680 Millionen Euro für die sektorenübergreifende Versorgung ab. Über 50 % des Vergütungsvolumens kamen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems sowie des Kreislaufsystems mit rund 40 Prozent der eingeschriebenen Versicherten zugute.

Abbildung 15: Klassifikation der Vertragsgegenstände von Verträgen nach §§ 140a ff. SGB V (alt) nach Hauptdiagnose-Gruppen; Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V



Quelle: BQS gGmbH (2009).

Die **Neufassung des § 140a SGB V** mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz **2015** hat eine Reihe von unattraktiven Rahmenbedingungen aus der Vorgängerregelung zum Vorteil für alle Beteiligten reformiert. Neben den nun vereinheitlichten Gestaltungsmöglichkeiten gehört auch die begrenzte Einflussmöglichkeit der Aufsichtsbehörden zu den sinnvollen Anpassungen.

Der Grundgedanke der Integrierten Versorgung, die Effizienz und die Qualität der Versorgung durch Überwindung der sektoralen und disziplinären Aufspaltung des Versorgungsgeschehens zu verbessern und damit die Schnittstellenprobleme partiell zu überwinden, bestimmt auch die Neufassung. Bisher ist allerdings noch nicht erkennbar, dass die Vereinheitlichung und Vereinfachung der rechtlichen Grundlagen den Abschluss von Selektivverträgen belebt hätte. Der intendierte Wettbewerb um die besten Versorgungskonzepte, deren Ergebnisse auch in die kollektivvertragliche Versorgung hätten übernommen werden können, hat mangels evaluierter und publizierter Ergebnisse noch nicht überzeugen können. Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass die Neufassung des § 140 a SGB V alle Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Versorgung bietet, wenn sich Vertragspartner finden. Dazu können auch die Kassenärztlichen Vereinigungen beitragen (Abs. 3 Satz 1 Nr. 7).

§ 140a Absatz 3 SGB V bietet überdies eine neue Gestaltungsoption: „[...] Die Partner eines Vertrages über eine besondere Versorgung [...] können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus

für die Durchführung der besonderen Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs-, Ermächtigungs- oder Berechtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist. [...]“. Laut Begründung im Änderungsantrag des Gesundheitsausschusses intendiert diese Formulierung zwar, dass Krankenhäuser auf vertraglicher Basis ambulant behandeln dürfen. Dennoch durchbricht diese Regelung für beide Versorgungsebenen die strikte Begrenzung auf den jeweils zugewiesenen Sektor.

3.2.7 Entwicklung der Notfallversorgung und Defizite in der Ausgestaltung der Portalpraxen-Regelung

Den Intentionen des seit 01.01.2016 geltenden KHSG folgend, sollen Krankenhäuser in die Notfallversorgung, die maßgeblich im Verantwortungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, einbezogen werden. Dabei bestehen gemäß § 75 Abs. 1b SGB V zwei unterschiedliche Ausgestaltungsmöglichkeiten: Entweder können die Kassenärztlichen Vereinigungen Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern mit existierender Notaufnahme installieren oder aber Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst eingebunden werden.

Hintergrund dieser gesetzlichen Regelung der Portalpraxen ist die Tatsache, dass die Zahl der Patienten in Notaufnahmen von Krankenhäusern in den letzten Jahren stark angestiegen ist (vgl. SVR, 2014). Schätzungen gehen derzeit von einer jährlichen Steigerungsrate in Höhe von vier bis acht Prozent aus (Riessen et al., 2015; Schöpke und Plappert, 2011). Dabei nehmen vor allem diejenigen Notfälle zu, die als Selbstvorsteller in die Notaufnahme kommen und oftmals auch durch eine Versorgung im niedergelassenen Bereich adäquat behandelt werden könnten (Augurzky et al., 2014; SVR, 2014). Schätzungen für das Jahr 2009 gehen davon aus, dass 43% der in Notaufnahmen behandelten Patienten im niedergelassenen ärztlichen Notdienst hätten behandelt werden können (Haas et al., 2015). Die Zunahme der Fälle in der stationären Notfallversorgung wird zudem aktuell noch zusätzlich dadurch unterstützt, dass ein Großteil der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge zum Zwecke der medizinischen Versorgung zunächst eine stationäre Notfallversorgung aufsucht, da diese diesen Prozess aus ihrer Heimat gewohnt sind.

Einen zentralen Kritikpunkt an der aktuellen Ausgestaltung der Portalpraxen-Regelung stellt der Aspekt dar, dass diese Praxen nur zu sprechstundenfreien Zeiten geöffnet sein sollen. Zweckmäßiger im Sinne einer Patientenzentrierung und zielführenden Patientensteuerung wäre die Option, bei der die Portalpraxen eine generelle, von der Tageszeit unabhängige Triage-Position für Patienten einnehmen, die ein Krankenhaus selbstständig aufsuchen. Eine Analyse von bundesweiten AOK-Daten im Zeitraum zwischen 2011 und 2013 zeigt auf, dass 64% aller stationären Notfälle tagsüber aufgenommen werden (Huke und Robra, 2015, S. 65). Dies unterstreicht die Notwendigkeit der Ausweitung der Portalpraxen-Regelung. Derzeit wird in Hamburg bereits an einem Pilotprojekt gearbeitet, das dieser Forderung der Ausweitung der Öffnungszeiten der Portalpraxis entspricht (Gaede, 2016).

Zuletzt sei erwähnt, dass zwischen Krankenhäusern und den Kassenärztlichen Vereinigungen klare Zuständigkeiten verteilt werden sollten, um die Kooperation in Form der Portalpraxen möglichst ziel-

gerichtet und effizient gestalten zu können (AQUA, 2016). Eine Möglichkeit, diesen derzeit noch diskutierten Punkt zu lösen, wäre es, einen gemeinsam, durch Krankenhäuser und Kassenärztliche Vereinigungen finanzierten Budgettopf „Notfallversorgung“ zu implementieren. Der Finanzierungsanteil, der den beiden beteiligten Parteien dann jeweils zukäme, könnte dem Anteil der geleisteten Notfallversorgung, gemessen am Gesamtvolumen der Notfallversorgung, entsprechen.

3.2.8 Das Instrument der Zweitmeinung und der Selbststeuerung

Der Gesetzgeber hat im neu gefassten § 27b SGB V vorgesehen, dass alle gesetzlich krankenversicherten Patienten vor bestimmten, planbaren Eingriffen einen Rechtsanspruch auf Einholung einer unabhängigen Zweitmeinung haben. Dabei bezieht sich der Gesetzgeber explizit auf solche Eingriffe, bei denen aufgrund der zahlenmäßigen Entwicklung die Gefahr der Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist. Dahinter steht der latente Vorwurf einer medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung. Dieser geht auf Untersuchungen der OECD zurück. Im Bericht ‚Health at a Glance 2013‘ hat die OECD erstmals zu bestimmten medizinischen Eingriffen vergleichende Zahlen publiziert (OECD 2013). Die konkrete Ausgestaltung des Zweitmeinungsverfahrens obliegt dem Gemeinsamen Bundesausschuss. Dieser hat den Gesetzgeber frühzeitig darauf hingewiesen, dass ein sachgerechter Richtlinienbeschluss bis Jahresende 2015 nicht realisierbar sei und eine Verlängerung erbeten. Der Gesetzgeber hat es jedoch bei der ursprünglichen Frist belassen (Wienke 2016). Bis zum Stichtag (12.12.2016) hat der gemeinsame Bundesausschuss keine derartige Richtlinie erlassen.

Wichtig ist die Unabhängigkeit der Zweitmeinung. Diese darf nicht von demselben Arzt eingeholt werden, der anschließend den Eingriff durchführt. Dies gilt entsprechend auch für Krankenhäuser, Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinische Versorgungszentren. Der Patient müsste dann – bei einer Empfehlung zur Operation - einen dritten Arzt aufsuchen. Seit Inkrafttreten des Gesetzes müssen die von dieser Regelung betroffenen Fachärzte die Patienten entsprechend aufklären (mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff) und diese Aufklärung auch dokumentieren. Weiterhin müssen Fachgesellschaften und Ärzte die Beschlusslage des gemeinsamen Bundesausschusses verfolgen und – nach Inkrafttreten – die Richtlinie befolgen (Wienke 2016).

Die Diskussion darüber, wie die internationalen Vergleiche bei planbaren Eingriffen zu bewerten sind, wurde in den Fachmedien und in der Öffentlichkeit teils kontrovers geführt. Fachgesellschaft und AOK- Bundesverband kamen gemeinsam zu dem Schluss, dass die Operationsrate im internationalen Vergleich zwar hoch sei, aber dass die Varianz im Vergleich mit anderen Ländern geringer sei und somit von einem einheitlicheren Versorgungsgeschehen ausgegangen werden könne (Niethard et al. 2013). Dabei übersahen die Autoren jedoch die grundlegenden Unterschiede der verschiedenen Gesundheitssysteme. Außerdem lehnten die Autoren den OECD-Vergleich wegen methodischer Mängel ab. Die OECD-Publikation weist jedoch explizit auf die möglichen Dokumentationsunterschiede hin und nennt auch die Länder, die das betrifft. Bei der Zusammenstellung der Daten wird sehr auf Vergleichbarkeit geachtet und es wird eine indirekte Standardisierung auf die OECD-Durchschnittsbevölkerung vorgenommen, um Vergleichbarkeit zu ermöglichen (OECD 2013). Alle vorgebrachten Gegenargumente und Einschränkungen vermögen aber nicht zu erklären, warum

Deutschland bei der Knieendoprothetik mit einer Rate von 207 Eingriffen pro 100.000 Einwohner eine fast doppelt so hohe Rate aufwies wie der OECD-Durchschnitt mit 119 Eingriffen pro 100.000 Einwohner oder die Niederlande mit 118 Eingriffen pro 100.000 Einwohner (OECD 2013).

Offensichtlich geht es bei der Frage nach der Indikation für einen planbaren Eingriff auch immer um die dem Patienten angebotenen Alternativen. Ziel bei der Implantation einer Kniegelenkendoprothese ist ja nicht nur die korrekte Implantation und die problemlose Wundheilung, sondern die Wiederherstellung der alltäglichen Funktionsfähigkeit. Aus dieser Perspektive bieten mehrere Krankenkassen Versorgungsverträge mit dem Ziel an, eine Operationsvermeidung wenn möglich anzustreben. Hierbei werden multimodale Konzepte unter Einschluss von Orthopäden und Physiotherapeuten angewendet (Novotergum 2016). Die Evaluation dieser Projekte steht jedoch noch aus (Krauss et al. 2016).

Im Rahmen des Gesundheitsmonitors hat sich auch die Bertelsmann-Stiftung mit der Frage der Zweitmeinung befasst (Geraedts und Kraska 2016). Nachdem in den letzten Jahren mehrere Umfragen im Auftrag verschiedener Stakeholder durchgeführt wurden, mit teils sehr unterschiedlichen Ergebnissen, die partiell auch auf den Modus der Befragung (z.B. online-Befragung) zurückzuführen waren, wurden im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2016 1.598 Personen schriftlich befragt. Über eine Gewichtung verschiedener soziodemografischer Parameter konnte eine Repräsentativität für die Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren erzielt werden. Im Ergebnis halten es mehr als zwei Drittel der Bevölkerung für wichtig, dass es die Möglichkeit gibt, eine zweite Meinung einzuholen. Dies ist besonders wichtig bei Krebserkrankungen, Operationen an Knochen und Gelenken sowie bei Herzkatheteruntersuchungen oder bei Operationen an inneren Organen. Etwa ein Viertel der Bevölkerung hat bereits Erfahrungen mit der Zweitmeinung bei operativen Eingriffen gemacht. Die Gründe hierfür waren Entscheidungsunsicherheit oder schlechte Erfahrungen mit früheren Maßnahmen. In drei Viertel der Fälle ist es zu einer Entscheidungsänderung gekommen. Daher wird die Zweitmeinung fast von allen Befragten als sinnvoll eingeschätzt.

Die Versicherten halten die zweite Meinung vor allem bei schweren Erkrankungen, besonders bei Krebserkrankungen für wichtig. Damit wünschen sich die Versicherten deutlich mehr als die vom Gesetzgeber ins Auge gefassten planbaren Eingriffe mit einer möglichen Mengenproblematik. Weiterhin wünschen sich die Versicherten eine zweite Meinung vor allem durch Fachärzte im niedergelassenen Bereich und im persönlichen beratenden Gespräch. Die Befragung machte auch deutlich, dass auch jetzt schon – unabhängig von der Gesetzeslage – Zweitmeinungen vor allem bei schweren Erkrankungen eingeholt werden und auch entscheidungsrelevant sind (Geraedts und Kraska 2016).

Im derzeitigen öffentlichen Bild geht die begründete Zweitmeinung in der hohen Zahl ambulanter Arztkontakte völlig unter. Gesicherte Zahlen hierzu werden kaum publiziert. Die Zahl der Arzt-Patient-Kontakte wird auch weiter ansteigen. Anlässlich des 48. Jahreskongresses (2014) der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin hat van den Bussche darauf hingewiesen und ausgeführt, dass schon 2004 von den über 65-jährigen Versicherten 19% mehr als 50 Kontakte zu mehr als zehn Ärzten pro Jahr aufwiesen, darunter auch drei oder mehr Praxen der gleichen Fachrichtung. Ob eine solche Situation einer guten Versorgung dienlich sein, müsse hinterfragt werden. Es

sei aber ein Ausdruck von Freiheit und Autonomie. Auf dem Kongress wurde auch berichtet, dass eine Steuerung der Patienten ein gewisses Verbesserungspotential bietet (van den Bussche und Schön 2014).

Eine bessere Steuerung der Versorgung von chronisch kranken Patienten ist schon seit langem Anliegen der Politik (Einführung der DMP im Jahr 2004). Offensichtlich ist dies aber bisher noch nicht in wünschenswertem Umfang gelungen. Die Abwägung zwischen der oben genannten Freiheit und Autonomie einerseits und einer im Ergebnis qualitativ guten Versorgung andererseits bleibt eine Herausforderung. Der Wunsch der Patienten nach einer Zweitmeinung - nicht nur in den bisher von der Politik genannten Fällen - kann nicht weiter ignoriert werden.

3.3 Lösungsansätze an der Schnittstelle ambulant-stationär: Impulse aus dem Ausland

3.3.1 Ansatzpunkte

Auch andere Länder stehen vor der Herausforderung, die Leistungserbringung über die Sektorengrenzen hinweg effektiv und effizient zu gestalten. Vielfach wird dabei als übergeordnetes Ziel auf den Triple Aim (Berwick et al. 2008) abgestellt: Bessere Gesundheitsversorgung aus Sicht der Patienten spürbar zu machen, die Gesundheit von definierten Populationen zu verbessern und Kosten der Gesundheitsversorgung zu reduzieren. In den USA versuchen die Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) diesen Zielen durch sogenannte alternative Versorgungs- und Vergütungsmodelle näher zu kommen. Der 2010 verabschiedete Patient Protection and Affordable Care Acts (ACA) setze hierfür zentrale Impulse (Schmid und Himmler 2015). Es gilt als sicher, dass im Gegensatz zu den versicherungsbezogenen Inhalten auch unter der Trump-Administration diese versorgungsorientierten Ansätze Bestand haben werden, auch wenn die Dynamik in manchen Bereichen etwas nachlassen dürfte. In Europa liegt der Fokus häufig auf der Steuerung der Patienten im Sinne eines Gatekeeping.

Die theoretischen Konzepte hierzu sind hinreichend bekannt. Ein Blick auf international bereits etablierte Ansätze kann helfen, Bedingungen zu identifizieren, die eine erfolgreiche Implementierung ermöglichen.

3.3.2 Gatekeeping in Europa

Bei der Koordination zwischen ambulanter und stationärer Leistungserbringung sind die Verortung der Tätigkeit sowie der Zugang zum spezialisierten Facharzt entscheidend. Während in Deutschland ein ausgeprägtes Selbstverständnis besteht, einen Facharzt im ambulanten Setting auch ohne vorherigen Besuch bei einem Hausarzt zu konsultieren – knapp zwei Drittel der Patienten handelten im Jahr 2015 dergestalt (KBV, 2015, S. 9) - lassen sich im internationalen Vergleich unterschiedliche Evidenzen aufzeigen. Dabei spielt die jeweilige Ausgestaltung des nationalen Gesundheitssystems eine entscheidende Rolle.

In Frankreich können Fachärzte auch ambulant tätig sein, diese können allerdings nur in bestimmten Indikationen ohne eine Überweisung direkt aufgesucht werden. Daneben sind für die ambulante Versorgung zuständige Fachärzte aber auch in Krankenhäusern tätig. Dabei können sie sowohl ambulante als auch stationäre Fälle behandeln (Durand-Zaleski, 2015, S. 55f.).

In den Niederlanden sind die Fachärzte hingegen zu einem Großteil in Krankenhäusern tätig. Vor der Inanspruchnahme einer solchen medizinischen Leistung ist ein Besuch eines Hausarztes (Gatekeeper) zwingend erforderlich. Aktuell zeigt sich zudem ein Trend, dass sich Spezialisten zunehmend in ambulanten Zentren niederlassen. Ein interessanter Ansatz, der in den Niederlanden existiert und ebenfalls die Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung adressiert, stellt die Organisation der Notfallversorgung dar. Denn hier nehmen ambulant tätige Hausärzte die entscheidende Triage-Funktion an Krankenhäusern ein und steuern damit den Patientenfluss, der entweder stationär oder ambulant behandelt wird. Diese Idee spiegelt in weiten Zügen die aktuell in Deutschland diskutierte Option der Portalpraxen wider (s. 3.2.7) (Wammes et al., 2015, S. 95f.).

3.3.3 Patient Centered Medical Homes

Im Zuge des Affordable Care Acts (ACA) wurden für die in verschiedenen Varianten bereits seit den 90er Jahre existierenden Patient Centered Medical Homes (PCMH) neue Vergütungssysteme entwickelt, um ihre Verbreitung weiter zu fördern. In PCMH geht es zunächst vorrangig um die ambulante Basisversorgung, die eine stabile und langfristige Beziehung eines Patienten zu seinem betreuenden Arzt fördert, welcher wiederum in ein interdisziplinäres und multiprofessionelles Team eingebunden ist. Dies soll den Präventionsgedanken stärken und die Versorgung chronischer Erkrankungen verbessern (Davis et al. 2011). Um die hierfür notwendigen Koordinationsfunktionen abbilden zu können, müssen hier zusätzlich zu leistungsbezogenen Entgelten für jeden betreuten Patienten entsprechende Pauschalen verfügt werden. Eine entsprechende IT-Infrastruktur, welche die Zusammenarbeit aller Akteure erlaubt und die Patientendaten zum Versorgungsmanagement nutzbar macht, ist dabei ebenso eine zentrale Grundlage wie ein entsprechendes Monitoring der Outcomes (Fields et al. 2010).

Eines der am besten dokumentierten PCMH ist der von Geisinger Health Systems etablierte Proven-HealthNavigator (Maeng et al. 2015). Hier werden Risikopatienten basierend auf Abrechnungs- und Behandlungsdaten identifiziert und von Case Managern gezielt angesprochen werden. Die größten Kosteneinsparungen werden dabei durch vermiedene oder zumindest kürzere Krankenhausaufenthalte realisiert. Auch Patienten anderer Versicherer haben Zugang zu den beteiligten Leistungserbringern, wobei diese dementsprechend nicht in gleicher Weise koordiniert werden können. Generell sind die PCMH auch ein gutes Beispiel für Kooperationen verschiedener Versicherer im Sinne sogenannter Multi-Payer-Co-Operations (Takach et al. 2015), die letztlich notwendig sind, um auch kleineren Versicherern Zugang zu derartigen Versorgungsmodellen zu eröffnen.

3.3.4 Accountable Care Organizations

Noch mehr als PCMH stehen derzeit die Accountable Care Organizations (ACOs) im Fokus der Aufmerksamkeit. Nach der Definition der CMS handelt es sich hierbei um Gruppen von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern, die sich freiwillig zusammenschließen, um koordinierte Gesundheitsversorgung auf höchstem Qualitätsniveau anzubieten (CMS 2015). Das der übergeordneten Zielstellung eigentlich entgegenstehende System der Einzelleistungsvergütung bleibt zunächst bestehen. Die beteiligten Leistungserbringer werden jedoch hinsichtlich der von ihnen verursachten Kosten in Relation zu einem Benchmark gemessen. Je nach Ausgestaltung der diversen Implementierungsvarianten von ACOs werden die Mitglieder der ACO dann an den Einsparungen beteiligt (z.B. Shared Savings Programm) oder müssen auch für überdurchschnittlich hohe Kosten geradestehen. Dadurch sollen Anreize generiert werden, die einer Pauschalvergütung ähnlich sind. Um die damit einhergehenden Fehlanreize, wie eine entsprechende Reduktion des Qualitätsniveaus, zu vermeiden, ist die Auszahlung an die Erfüllung zahlreicher Qualitätskriterien gekoppelt. Ferner sind Patienten nicht an eine bestimmte ACO gebunden, sondern können auch auf alternative Anbieter ausweichen, wenn diese eine bessere Versorgung erwarten lassen. Die Zuschreibung von Patienten zu einer bestimmten ACO erfolgt lediglich auf Seiten des Kostenträgers über die vom Patienten primär in Anspruch genommenen Leistungserbringer. Die beteiligten Partner können sich dabei vertraglich binden oder integrierte Leistungserbringergesellschaften gründen (Schmid 2017).

Die Anreize wirken dahingehend, dass die Koordinationsprozesse zwischen den Leistungserbringern möglichst effizient und effektiv gestaltet werden und durch Präventions- und Screening-Programme Patienten möglichst frühzeitig auf einer adäquaten Ebene der Leistungserbringung eingebunden werden. Eine zentrale Rolle spielt dabei auch die Auswertung vorliegender Leistungsdaten und deren Nutzung zum Versorgungsmanagement. Erste Auswertungen deuten darauf hin, dass ACOs, bei denen Ärzteorganisationen die Leitungsfunktion übernehmen, größere Einsparungen realisiert werden können, als bei Organisationen die von Krankenhäusern angeführt werden (Introcaso und Berger 2015). Eine mögliche Erklärung könnte es sein, dass das nach wie vor volumengetriebene Geschäftsmodell der Krankenhäuser ein (zu schnelles) Absinken von Fallzahlen bzw. vermeidbaren Krankenhausaufenthalten diesbezügliche Anreize zumindest abschwächt.

Positiv sind zunächst die Kombination von Anreizen zur Kostenminimierung bei zeitgleicher Qualitätssicherung zu bewerten; ferner die Stärkung einer sektorenübergreifenden Perspektive und die Option für eine rein vertraglich geregelte Zusammenarbeit der Akteure bei gleichzeitiger Wahrung ihrer Selbständigkeit; aus Patientensicht stellt zudem die Aufrechterhaltung der Wahlfreiheit einen großen Wert dar. Die Methode der Zuordnung von Patienten ist ein interessanter Ansatz, um selektivvertragliche Modelle für Patienten attraktiver zu gestalten. Kritisch ist der zunächst insbesondere in der Gründungsphase bestehende logistische und finanzielle Aufwand. Ferner ist eine kritische Masse notwendig, was Konzentrationstendenzen befördert. Für eine finale Bewertung sind auch die Entwicklungen in den USA noch zu frisch. Neben dem ACA sorgen jedoch auch jüngere Gesetze wie das Quality Payment Program (MACRA) dafür, dass der Trend fortgesetzt und die Abkehr von der noch weit verbreiteten Einzelleistungsvergütung zementiert wird.

Erste Indizien für eine Übertragbarkeit auf Deutschland, könnte ein zunächst auf drei Jahre aus dem Innovationsfonds gefördertes Projekt aus dem Bereich der Versorgungsforschung liefern. In einem Teilprojekt wird hierbei versucht zunächst implizite Netzwerke von Leistungserbringern zu identifizieren, die gemeinsam Patienten versorgen und somit für diese verantwortlich sind (vgl. G-BA 2017).

4 Gestaltungsvorschläge

Für die Entwicklung zielführender Gestaltungsvorschläge müssen aktuelle Herausforderungen und Entwicklungen berücksichtigt werden. Selbst wenn extreme Szenarien eher unwahrscheinlich sind, so scheint ein zumindest mittelfristiger moderater Abbau von Krankenhauskapazitäten insbesondere in Ballungsräumen weitgehend konsentiert (Busse et al. 2016; Augurzky et al. 2014). Dies wird verstärkt durch einen sich auch auf die ländlichen Regionen auswirkenden Trend zur Zentrenbildung und Spezialisierung sowie einer zunehmenden Relevanz von Mindestmengen- oder Strukturvorgaben zur Qualitätssicherung. Um mögliche negative Effekte dieser Entwicklungen (z.B. Versorgungslücken oder unzureichende Wahloptionen für Patienten) zu vermeiden (Schmid 2014; Deutscher Ethikrat 2016), muss in gleichem Maße sichergestellt werden, dass die ambulante Versorgung in adäquater Weise weiterentwickelt wird. Dies ist keine triviale Aufgabe, da gerade in den besonders kritischen ländlichen Regionen auch die ambulanten Leistungserbringer vor gravierenden Herausforderungen stehen, wenn es beispielsweise gilt, altersbedingt freiwerdenden Kassenarztsitze nach zu besetzen. Zugleich entsteht in vielen Bereichen ein Spannungsfeld zwischen Kooperation und Wettbewerb der beteiligten Akteure, das einer starken Dynamik unterworfen ist.

In diesem Kontext gilt es eine effektive und effiziente Zusammenarbeit an der Sektorengrenze sicher zu stellen und zu verhindern, dass sich durch die Entwicklungen im stationären und ambulanten Bereich Lücken in der Versorgung ergeben. Im Folgenden werden gezielt einzelne Gestaltungsvorschläge entwickelt, welche insbesondere die im vorangehenden Kapitel adressierten Problemfelder aufgreifen.

4.1 Verbesserung der allgemeinärztlichen Versorgungsstrukturen

Langfristig sind im ambulanten wie im stationären Bereich Vergütungssysteme, die ein volumengeführtes Geschäftsmodell unterstützen, kaum haltbar. Entwicklungen, die eine erfolgreiche Versorgung honorieren, sind hier klar zu präferieren. Neben einer adäquaten und zielkonformen Vergütung müssen Allgemeinärzte auch entsprechende Strukturen vorfinden, die eine erfolgreiche Behandlung erlauben. Hierzu gehört auch die Einbindung multidisziplinärer Teams, die über eine reine Praxisassistenten hinausgehen und auch Gesundheitsfachberufe wie beispielsweise die Krankenpflege, Physio- und Ergotherapie berücksichtigen. Die verschiedenen Modellprojekte (z.B. AGnES) haben gezeigt, dass eine erhebliche Verbesserung der Reichweite einer Hausarztpraxis damit erreicht werden kann (Berg 2009). Der mit der Koordinierung einhergehende zeitliche Mehraufwand muss allerdings vergütet werden. Gerade im Kontext einer stärkeren Zentralisierung von stationären und auch fachärztli-

chen Leistungen kommt derartigen Ankerpunkten in der Versorgung eine immer wichtigere Rolle zu. Es existieren diverse Konzepte, welche diese Zielstellung verfolgen (s. exemplarisch SVR 2009, 2014), es fehlt bisher jedoch zumeist die konsequente Umsetzung und Überführung in die Regelversorgung.

Um sicherzustellen, dass der Arzt sich auf seine medizinische Tätigkeit konzentrieren kann, müssen Funktionen (personell und hinsichtlich der IT-Infrastruktur) für die Koordination und Administration derartiger vernetzter Versorgungszentren vorgesehen und finanziert werden. Die in den letzten Jahren erfolgte und durchaus begrüßenswerte Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung hat auch dazu geführt, dass ein Patient seltener immer nur „seinen“ primären Behandler antrifft, sondern verschiedene Ärzte gemeinsam die Versorgung übernehmen. Es ist zu prüfen, inwiefern in einem derartigen Setting neben dem Arzt eine weitere qualifizierte Kraft im Sinne einer über eine einzelne Behandlungsepisode hinausgehend verantwortliche Bezugsperson zu etablieren ist. Moderne IT-Systeme können derartige Brüche in der Versorgung mildern, jedoch nicht vollständig kompensieren.

Während die digitale Basisstruktur einer Allgemeinarztpraxis aus den regulären Erlösen zu finanzieren ist, können die darüberhinausgehenden digitalen Vernetzungserfordernisse über eine Fortschreibung des Status quo hinaus nur durch zusätzliche Vergütungen gesichert werden. Dies gilt umso mehr, als der Nutzen einer optimierten und interdisziplinär koordinierten allgemeinärztlichen Versorgung nur zum Teil bei den Patienten und Leistungserbringern, sondern auch bei den Kostenträgern anfällt.

4.2 Die Qualifikation ambulanter Fachärzte stärker nutzen

Der überwiegende Teil der fachärztlichen Versorgung findet aktuell im ambulanten Setting statt. Hier ist besonders an die Versorgung von Patienten mit urologischen, orthopädischen, aber auch augenärztlichen, hals-nasen-ohrenärztlichen oder dermatologischen Krankheitsbildern zu denken. Auch internistische oder chirurgische Gesundheitsprobleme können sehr oft ambulant oder ggf. mit einer kurz dauernden Nachüberwachung (ein bis zwei Tage) behandelt werden.

Geht man vom Werdegang der Ärzte aus, so kann man festhalten, dass nahezu alle Ärzte nach ihrem Studium zunächst im Krankenhaus arbeiten und dort ihre Weiterbildung zum Facharzt absolvieren. Sie bringen also Qualifikation und mehrjährige Berufserfahrung aus dem Krankenhaus mit. Es bietet sich somit an, diese Erfahrung und Qualifikation dazu zu nutzen, die oben angesprochenen Versorgungslücken zu füllen. Mit einer erweiterten Tätigkeit überwiegend ambulant arbeitender Fachärzte ist es möglich, die wohnortnahe Versorgung der Patienten zu sichern, wenn kleinere Krankenhäuser schließen. Ein neuer Kontakt zu einem anderen Arzt ist dann nicht erforderlich. Die Versorgung aus einer Hand sorgt zudem für Kontinuität und entspricht damit auch dem Patientenwunsch, da dieser sich den Arzt ausgesucht hat.

In welcher Organisationsform dies geschieht, ist aus Sicht der Gutachter von den konkreten Versorgungsprozessen und den institutionellen Rahmenbedingungen abhängig. Die Gutachter stellen nachfolgend einige konkrete Ausgestaltungsmöglichkeiten vor. Alle vorgestellten Versorgungsmodelle

heben nebenbei bemerkt auch die von einigen Politikern monierte sogenannte doppelte Facharztschiene auf (IGES 2007).

4.2.1 Praxisklinik

Praxiskliniken, in denen Patienten durch Zusammenarbeit von Vertragsärzten ambulant und stationär versorgt werden können, sind in besonderer Weise geeignet, die auch im stationären Bereich erworbene Qualifikation von Fachärzten zu nutzen. Augenärzte z.B. operieren überwiegend ambulant. Versorgen sie jedoch zunehmend hochbetagte, multimorbide und alleine lebende Patienten, so kann eine Praxisklinik eine sinnvolle Erweiterung darstellen. Ebenso sind Praxiskliniken von ihrer Struktur her zur Substitution stationärer Versorgung in unterversorgten Gebieten geeignet. Die Zahl der Vertragsarztsitze muss ggf. angepasst werden.

Der in § 122 SGB V geforderte Rahmenvertrag über einen Katalog von in Praxiskliniken ambulant oder stationär durchführbaren stationsersetzenden Behandlungen und die entsprechenden Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse ist seit sieben Jahren obsolet. Ein neuer Ansatz ist erforderlich.

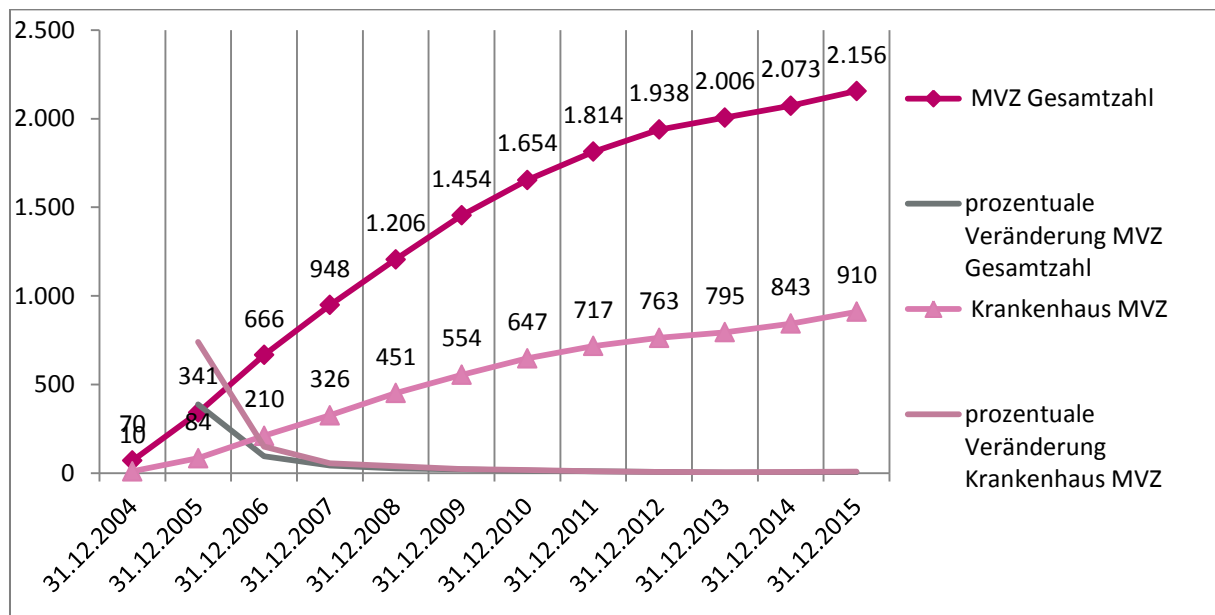
- Vertragspartner des GKV-Spitzenverbandes sollte die KBV werden, die im Einvernehmen mit der Spitzenorganisation der Praxiskliniken agiert. Zulassung und Bedarfsplanung werden angepasst
- Der Rahmenvertrag ist um eine Vergütungsregelung außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für die im Katalog definierten Behandlungen zu ergänzen.
- Für den Fall einer Nichteinigung ist nach einer Frist von sechs Monaten das Schiedsverfahren nach § 89 SGB V einzuleiten.
- Die Förderung der Praxiskliniken sollte in den Bereich zweiseitiger Verträge der §§ 82 bis 87 SGB V eingegliedert werden. Eine Beteiligung der Krankenhausgesellschaften ist systemisch nicht angezeigt.

4.2.2 Belegarztwesen

Das Belegarztwesen hat in den letzten Jahren an Bedeutung verloren (vgl. Kap. 3.2.3, Abb. 11). Die Rahmenbedingungen wurden zunehmend unattraktiv und zugleich entwickelte sich die Möglichkeit als Honorararzt zu arbeiten. Zur Betreuung von Patienten in den ländlichen Gebieten ist der Belegarzt jedoch eine interessante Variante. Gerade im Bereich der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder der Urologie würde ein Verzicht auf Belegärzte in den Flächenländern dazu führen, dass Patienten weite Wege in Kauf nehmen müssten. Dies gilt auch für die Geburtshilfe durch Belegärzte. Deren Situation ist jedoch zusätzlich erschwert durch hohe Prämien in der Arzthaftpflichtversicherung, die über die derzeitigen Vergütungen nicht gedeckt werden und die prekäre Situation der freiberuflichen Hebammen. Will man die Belegärzte erhalten, so muss man die Erlössituation genau betrachten. Es muss für das Krankenhaus attraktiv sein, eine Belegabteilung vorzuhalten. Auch für den Belegarzt muss sich eine interessante Honorarsituation ergeben. Aktuell erscheint die Tätigkeit als Honorararzt oder

als angestellter Arzt deutlich interessanter, wenn man die rückläufigen Zahlen der Belegärzte mit den Zahlen der MVZs am Krankenhaus vergleicht (Abb. 16).

Abbildung 16: Entwicklung der MVZ zwischen 2004 und 2014



Quelle: MVZ Statistik der KBV 2015.

- Wenn ein Krankenhaus und Vertragsärzte Belegbetten anbieten wollen, ist entweder ein Versorgungsvertrag oder die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan erforderlich. Für den Abschluss eines Versorgungsvertrages für Belegbetten nach § 108 Nr. 3 SGB V ist die Genehmigung der Landesbehörde nach § 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V auszusetzen.
- Eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen ist nur mit angestellten oder beamteten Ärzten des Krankenhauses möglich (§ 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG). Die Regelung ist auf Belegärzte zu erweitern.
- Bei der Kalkulation der Fallpauschalen wird das InEK dazu verpflichtet, eine strukturell gleiche Erlössituation wie bei Hauptabteilungen herzustellen.
- Im Blick auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind Belegärzte mit Krankenhausärzten gleich zu stellen (Verbotsvorbehalt statt Erlaubnisvorbehalt).
- Bestehende dreiseitige Verträge zur Förderung des Belegarztwesens nach § 115 Abs. 2 Satz 1 Ziff.1 SGB V enthalten zu wenige Elemente echter Förderung. Sie sollten von den Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft und ggf. gekündigt werden.

Dreiseitige Verträge, Honorarverteilungsmaßstab und Belegarztverträge tragen gegenwärtig dazu bei, dass die Belegärzte mit einer Fülle von regulatorisch-administrativen Details belastet werden. Die zu treffenden Neuregelungen müssen in dieser Hinsicht eine Verbesserung bringen.

4.2.3 Medizinische Versorgungszentren

Im Gegensatz zum Belegarztwesen hat die Ausbildung von MVZs besonders den Krankenhäusern die Möglichkeit gegeben, sich in die ambulante Versorgung strukturiert einzubringen. Dabei ist festzustellen, dass dies unter Interessengesichtspunkten bisweilen zu einer Benachteiligung niedergelassener Ärztinnen und Ärzte geführt hat und deshalb strukturell mit Skepsis gesehen wird. Nichtsdestotrotz sind diese MVZ für die Zukunft unter med. Gesichtspunkten eine sinnvolle und unterstützenswerte Organisationseinheit. Beispielhaft kann auf die kardiologische Versorgung verwiesen werden. Hier helfen MVZ im Rahmen der Diagnostik multimorbider Patienten durch eine Kombination aus fachärztlicher Qualifikation und kurzzeitstationärer, auch intensivmedizinischer Behandlung und erscheinen daher als sinnvoll. Auf dieser Grundlage ermöglicht die Verbindung von MVZ (angestellte Ärzte) mit Praxiskliniken (kurzstationäre Behandlungen) eine Versorgungsstruktur, die Krankenhäuser der Allgemeinversorgung ersetzen kann. Der aktuelle Rechtsrahmen reicht hierfür aus, soweit die Empfehlungen zu den Praxiskliniken realisiert werden. Es wird darauf zu achten sein, dass die Kritikpunkte, die sich heute an die Einrichtung MVZ richten, bei dieser neuen Entwicklung nicht in gleicher Weise aufgeworfen werden, z.B. dadurch, dass eine alleinige Trägerschaft durch Krankenhäuser ausgeschlossen bleibt.

4.2.4 Aufhebung des Innovationsvorbehalts und Zweitmeinung

Eine wichtige Randbedingung der ärztlichen Tätigkeit ist der Zugang zu Innovationen. Wie oben bereits ausgeführt (vgl. 3.1.2) gilt im ambulanten Bereich der Erlaubnisvorbehalt, im stationären Bereich jedoch der Verbotsvorbehalt. Im Effekt bedeutet dies, dass die Organisationsform der Leistungserbringung eine entscheidende Rolle spielt. Es muss regulatorisch dafür gesorgt werden, dass alle Leistungserbringer gleich behandelt werden; nur dann werden Innovationen zügig ambulant angewendet.

Dem verbreiteten Wunsch nach einer Zweitmeinung muss Rechnung getragen werden. Eine Regelung für alle schwerwiegenderen diagnostischen bzw. therapeutischen Fragestellungen ermöglicht den Patienten eine bessere Kommunikation, vermeidet Missverständnisse und verhindert die ungerichtete Mehrfachinanspruchnahme.

4.2.5 Portalpraxen

Die im KHSG erwähnten und bereits in mehreren Bundesländern (z.B. Berlin und Schleswig-Holstein) initiierten Portalpraxen können ein zielführendes Instrument darstellen, um Patientenströme in der stationären Notaufnahme bedarfsgerechter steuern zu können. Wichtiges Kriterium in diesem Zusammenhang ist allerdings, dass sich die Öffnungszeiten dieser der Notaufnahme vorgelagerten Anlaufstelle nicht auf die sprechstundenfreien Zeiten der ambulanten Kassenärzte beschränken. Denn nur bei Umsetzung dieser Lösungsoption könnten die zwingend von Krankenhäusern und der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung gemeinsam betriebenen Portalpraxen die geforderte Triagefunktion durchgehend wahrnehmen.

Die Implementierung des Konzepts der Portalpraxen mit durchgehenden Öffnungszeiten könnte sowohl für Krankenhäuser als auch für ambulant tätige Ärzte zahlreiche positive Effekte mit sich bringen. Voraussetzung dafür ist, dass die in den Portalpraxen tätigen Ärzte bereits mehrjährige Erfahrungen mitbringen sollten sowie möglichst Hausärzte sein sollten.

Krankenhäuser profitieren davon, da durch die Koordinationsfunktion der Portalpraxen die Notaufnahmen entlastet werden können. Zudem kann eine Bettenbelegung durch nicht zwingend stationäre Fälle vermieden werden. Dies führt dazu, dass die Personalauslastung zielgerichteter erfolgen kann und eine höhere Spezialisierung der Krankenhäuser auf komplexe, medizinisch notwendige Behandlungsfälle ermöglicht wird. Außerdem wird durch das Konzept der Portalpraxen die Möglichkeit der Patientensteuerung gestärkt.

Ambulante Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen ziehen aus dem Konzept Vorteile, indem ggf. die Ausstattung des Krankenhauses, an dem die Portalpraxis angesiedelt ist, mitbenutzt werden kann (Verhandlungen mit jeweiligen Krankenhäusern vorausgesetzt). Zudem entsteht dadurch die Möglichkeit, dass originär „ambulante Fälle“ auch in diesem Setting behandelt werden können und nicht in den stationären Bereich verloren gehen.

Tabelle 7: Vorteile bei der Einrichtung von Portalpraxen für Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte

Vorteile Krankenhäuser	Vorteile niedergelassene Ärzte
<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung Notaufnahme • Vermeidung der Bettenauslastung durch nicht zwingend stationäre Fälle • Spezialisierung auf komplexe, medizinisch notwendige Behandlungsfälle • Zielgerichtete Personalauslastung 	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Möglichkeit der Mitbenutzung der stationären Ausstattung • Behandlung originär „ambulanter Fälle“

Quelle: Eigene Darstellung.

Auch Patienten könnten durch die Errichtung von Portalpraxen profitieren. Einerseits müssten Notfallpatienten durch die der Notaufnahme eines Krankenhauses vorgelagerte Triage-Funktion der Portalpraxen weniger lang auf ihre Behandlung warten. Andererseits würden z.B. Patienten, die nicht zwingend einer stationären Behandlung bedürfen, allerdings die Notaufnahme aufsuchen, durch eine Behandlung im ambulanten Setting oder in einer der Notaufnahme angegliederten Notdienstpraxis, die von Kassenärzten betrieben wird, bedarfsgerechter behandelt.

Portalpraxen am Krankenhaus in Trägerschaft der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die unerwünschte Inanspruchnahme von Krankenhausambulanzen für nicht stationär zu behandelnde Patienten eingrenzen. Dies wird bestenfalls während der sprechstundenfreien Zeit in den wenigen Krankenhäusern zu erreichen sein, in den Portalpraxen eingerichtet werden. Die sachfremde Inanspruchnahme der Krankenhausambulanzen sollte daher durch eine weitergehende Regelung erschwert werden.

- Patienten, die an der Portalpraxis vorbei eine Krankenhausambulanz aufsuchen, zahlen eine Notfallgebühr von 20 Euro, die für den Fall einer tatsächlichen Einweisung in stationäre Behandlung mit den Zuzahlungen bei stationärer Behandlung verrechnet werden. Von der Zuzahlung befreite Patienten zahlen 10 Euro. Diese werden bei notwendiger stationärer Behandlung zurückgezahlt. Die Notfallgebühr fällt nicht an, wenn die Patienten durch den Rettungsdienst, aufgrund einer ärztlichen Überweisung oder nach Anmeldung über den telefonischen Notdienst das Krankenhaus aufsuchen.

4.2.6 Ambulant spezialärztliche Versorgung (ASV)

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung erfüllt eine Reihe von Kriterien, die für einen zielorientierten Wettbewerb an der Schnittstelle ambulant/stationär beispielhaft sein könnte. Hierzu zählen: Der Zugang zur Versorgung über einheitliche Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen, keine Mengenregulierung, Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für alle beteiligten Ärzte und einheitliche Vergütung. Die administrativen Vorgaben sind jedoch derart komplex gehalten, dass ambulant tätige Fachärzte einen Nachteil im Vergleich mit Krankenhäusern haben. Deshalb sind weitere gesetzliche und administrative Schritte zur Förderung der vertragsärztlichen Beteiligung erforderlich.

- Der Katalog der ASV wird um stationärsersetzende Behandlungen (z.B. nach § 122 Satz 1 SGB V) erweitert.
- Die Abwicklung der Abrechnung erfolgt für alle Leistungserbringer über die Kassenärztliche Vereinigung, was auch die Bereinigung der Gesamtvergütung erleichtert.
- Für die beteiligten Vertragsärzte sind im Blick auf Investitionskosten gleiche Rahmenbedingungen zu schaffen.
- Eine Bereinigung stationären Budgets ist vorzusehen.
- Die KBV bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen entwickeln Musterverträge für die Beteiligung von Vertragsärzten an der ASV, um den Vorteil von Krankenhäusern partiell auszugleichen

4.3 Strukturfonds zur Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung

Der gesundheitspolitische Grundsatz „ambulant vor stationär“ ist im Hinblick auf das Interesse der Patienten und der Qualität der Versorgung unbestritten. Er findet seinen Niederschlag nicht nur im Krankenversicherungsrecht (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V), sondern auch in der Sozialen Pflegeversicherung (§ 43 Abs. 1 SGB XI) und in der Sozialhilfe (§ 13 Abs. 1 SGB XII). Darüber hinaus besteht weitgehend Einigkeit darin, die Zusammenarbeit der Beteiligten an den Schnittstellen zwischen den Sektoren von der Prävention bis zur Pflege zu verbessern, oder besser noch zu überwinden. Bei beiden gesundheitspolitischen Zielen geht es nicht nur um die Wirtschaftlichkeit der Versorgung, sondern aus der Sicht des Patienten um Behandlung aus möglichst einer ärztlichen Hand, um das gewohnte soziale Umfeld und die Vermeidung von Infektionsrisiken im Krankenhaus.

Der medizinische Fortschritt hat in den letzten Jahrzehnten die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten in vielen Fachgebieten beträchtlich erweitert. Der Gesetzgeber hat auf diese Entwicklung, wie zuvor dargestellt, im Wesentlichen mit einer Erweiterung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten

der Krankenhäuser reagiert. Die Förderung vertragsärztlicher Tätigkeit an den Schnittstellen ambulanter und stationärer Versorgung hat der Gesetzgeber mit Ausnahme der ASV (§ 116 b SGB V) den Vertragspartnern der dreiseitigen Verträge (§ 115 SGB V) überantwortet, die die immanenten Gegensätze nichtüberwinden konnten und faktisch untätig geblieben sind.

Bei einer Betrachtung der Krankenhausstruktur in Deutschland fällt auf, dass zu viele Krankenhäuser unzureichend ausgestattet sind, z.B. ohne Intensivstation und/oder ohne CT/MRT. An die Stelle dieser Krankenhäuser muss eine andere Versorgungsstruktur treten, die stärker dezentral von den Möglichkeiten ambulanter Versorgung als zentral vom Krankenhaus her entwickelt wird. Umstrukturierungen erfordern Investitionen, die das geltende Finanzierungssystem bestenfalls rudimentär zur Verfügung stellt. So ist seit 2016 die finanzielle Förderung u.a. für die Umwandlung von Krankenhäusern in nicht akutstationäre örtliche Versorgungseinrichtungen aus einem Fonds in Höhe von 500 Millionen Euro möglich, der aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gespeist wird (§ 12 KHG), aber bei weitem nicht ausreicht und zu eng gefasst ist, um eine weitergehende Strukturreform zu unterstützen. Auf der Grundlage der §§ 12 bis 15 KHG wird deshalb ein **Strukturfonds zur Förderung von Vorhaben zur Verbesserung von ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen** vorgeschlagen mit folgenden Inhalten:

- Volumen: 10 Milliarden Euro für einen Zeitraum von 10 Jahren.
- Finanzierung:
 - ein Drittel aus dem Gesundheitsfonds unter Beteiligung der privaten Krankenversicherung,
 - ein Drittel Bundesmittel,
 - ein Drittel Mittel der Bundesländer für Projekte im jeweiligen Land.
- Förderungsfähige Projekte:
 - Regionale Gesundheitszentren mit Haus- und Facharzt Praxen, Praxiskliniken (bettenführende Praxen), Portalpraxen, Krankenhaus mit Belegabteilungen, bei gemeinsamer Personal- und Gerätenutzung.
 - Umwandlung von Krankenhausabteilungen in Belegabteilungen sowie neue Belegabteilungen in strukturschwachen Regionen.
 - Errichtung von MVZ ggf. in Verbindung mit Praxiskliniken in Trägerschaft von Vertragsärzten oder Kommunen, vorzugsweise in Regionen bei drohender ärztlicher Unterversorgung.
 - Einrichtung von Portalpraxen.
- Förderungsgegenstand: Investitionskosten und Anschubfinanzierung für laufende Kosten der ersten fünf Jahre.
- Mittelvergabe: BMG, GKV-Spitzenverband, zuständiges Bundesland.
- Soweit geförderte Projekte stationäre Versorgung beinhalten, sind sie zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 SGB V gleichgestellt.

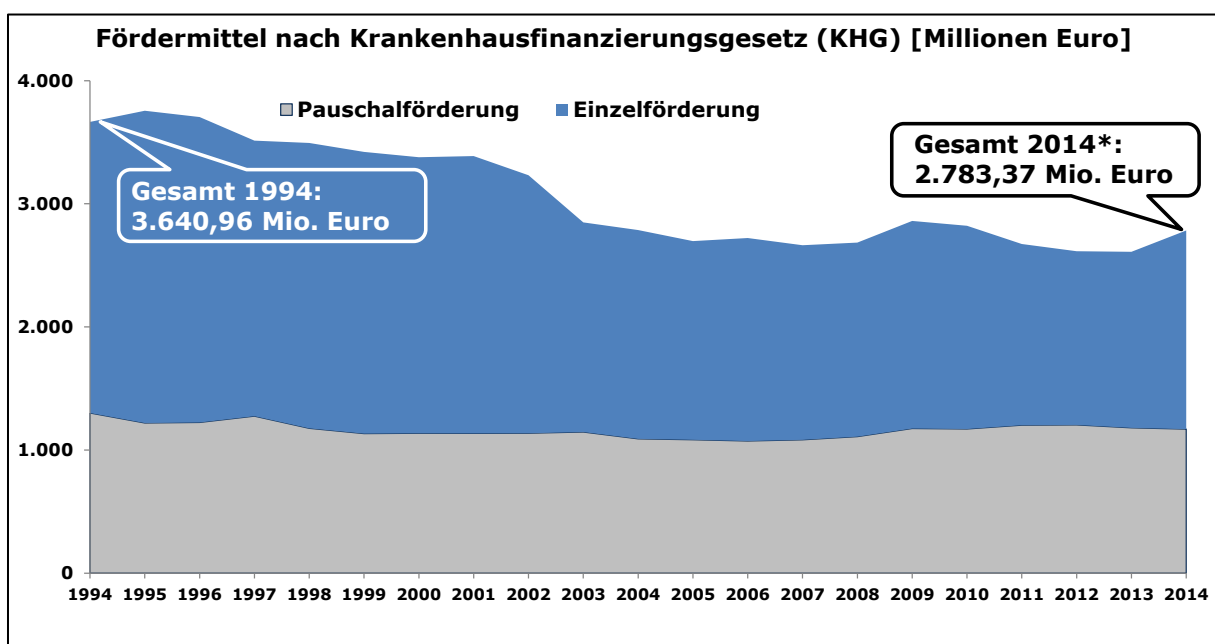
Wenn Vertragsärzte einen Teil der bisher stationär erbrachten Leistungen übernehmen, muss das Geld der Leistung folgen. Die Krankenhausbudgets orientieren sich zwar an der in den Vorjahren erbrachten Leistungen, sind jedoch für die voraussichtlich zu erbringenden Leistungen, also für einen zukünftigen Zeitraum zu ermitteln (§ 4 Abs. 2 i.V.m. § 11 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG). Das ist einvernehm-

lich zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen sicher nicht leicht zu erreichen. Ggf. sind gesetzliche Klarstellungen bei nachgewiesenen Strukturänderungen erforderlich, z.B. Reduzierung oder Wegfall der Mindererlösausgleiche.

4.4 Duale Krankenhaus-Finanzierung

Die duale Finanzierung der Krankenhausleistungen hat in den Anfangsjahren zweifellos eine deutliche Verbesserung der Infrastruktur gebracht. Seit Jahren erfüllen allerdings die Bundesländer ihre Verpflichtungen nicht mehr in einem ausreichenden Maße, sodass sich ein besorgniserregender Investitionsstau aufgebaut hat.

Abbildung 17: Fördermittel nach Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)



Quelle: Umfrage der AG Krankenhauswesen der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), August 2015; *Werte ohne Brandenburg (einheitliche Investitionspauschale).

Es ist deshalb nicht nur aus betriebswirtschaftlicher Sicht erforderlich, die Krankenhausfinanzierung neu zu ordnen. Eine Einbeziehung der Investitionskosten in die Kalkulation der Krankenhausentgelte ist der notwendige Weg zum Abbau des Investitionsstaus. Dieser Ansatz ermöglicht auch einen objektiven Preisvergleich ambulanter und stationärer Kosten. Allerdings müssen die den Krankenkassen entstehenden Mehrkosten ausgeglichen werden. Dafür bietet sich ein naheliegender Weg an: Die Länder haben mit der Übernahme der Investitionskosten vom Bund einen erhöhten Anteil an der Umsatzsteuer erhalten. Dieser Anteil wird entsprechend der Investitionsverpflichtungen zugunsten des Bundes gekürzt. Der Bund bringt seinen erhöhten Steueranteil in den Gesundheitsfonds ein.

4.5 Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Eine am Bedarf orientierte Verfügbarkeit von ambulanten und stationären Ressourcen ist seit jeher ein zentrales gesundheitspolitisches Ziel. Die korrekte Ermittlung des in einer Region oder Population vorliegenden Behandlungsbedarfs ist jedoch nach wie vor eine weitgehend unbeantwortete Frage. Intensiv beschäftigt sich das Sachverständigenratsgutachten 2000/2001 mit der *bedarfsgerechten Versorgung* (SVR 2001). Vom subjektiven ist der objektive Bedarf zu unterscheiden. Dieser „setzt die objektivierende Feststellung einer Krankheit bzw. Funktionseinschränkung (Behinderung) oder deren drohenden Eintritt voraus; er muss mit dem subjektiven Bedarf keineswegs deckungsgleich sein.“ (S. 122) Hieraus lässt sich keine Empfehlung für bestimmte Versorgungsstrukturen ableiten. Es bleibt offen, wie viele Krankenhäuser welche Fachbereiche vorhalten müssen oder wie schnell diese (auch bei elektiven Eingriffen) von den potentiellen Patienten höchstens entfernt sein dürfen.

In der Praxis ergibt sich ein in den Ländern im Bereich der stationären Versorgung sehr heterogene Vorgehensweisen, was zu deutlich unterschiedlichen Versorgungsstrukturen führt. In vielen Fällen spielen (neben politischen Erwägungen) Fragen der Auslastung bestehender Kapazitäten und Entfernungen in Sinne von Fahrzeiten eine zentrale Rolle. Eine Verbindung zu einem Behandlungsbedarf besteht hiermit kaum (Schmid 2014).

Die für die Krankenhausbedarfsplanung erörterten Fragen und die Lösungsansätze stellen bzw. ergeben sich in gleicher Weise für die Bedarfsplanung der ambulanten ärztlichen Versorgung. Der Gesetzgeber justiert die rechtlichen Grundlagen seit Inkrafttreten des SGB V im Jahre 1989 ständig nach, ohne jedoch das Ziel einer Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung, der Sozial- und Morbiditätsstruktur sowie der regionalen Besonderheiten erreicht zu haben (§§ 99 bis 105 SGB V). Die zum 1. Januar 2017 angeforderte Anpassung der Verhältniszahlen durch den G-BA stehen aktuell z.B. noch aus (§ 101 Abs. 1, Satz 7 SGB V).

Ferner gilt zu berücksichtigen, dass die Aufteilung der Behandlungsangebote in ambulant und stationär nicht statisch ist, sondern einer Dynamik unterliegt, die stark vom medizinisch-technischen Fortschritt aber auch Kosten-Nutzenüberlegungen sowie Patientenpräferenzen getrieben wird. Eine zukunfts feste Planung muss derartige Entwicklungen – soweit möglich – voraussehen bzw. flexibel genug sein, um auf nicht vorhergesehene Entwicklungen angepasst werden zu können. Es muss vermieden werden, dass alleine durch den formalen Prozess der Bedarfsplanung Strukturen langfristig festgeschrieben werden, die am objektiven Bedarf vorbeigehen.

Es wundert deshalb kaum, dass der Gesetzgeber die naheliegende und allein weiterführende gemeinsame Bedarfsplanung für die ambulante und stationäre ärztliche Versorgung nicht in Angriff genommen hat. Zwar sollen bei der ambulanten Bedarfsplanung die Ziele der Krankenhausplanung beachtet (§ 99 Abs. 1, Satz 2 SGB V) und in den Richtlinien des G-BA die spezialfachärztliche Versorgung nach § 116 b SGB V sowie die Ermächtigung von Krankenhausärzten berücksichtigt werden (§ 101 Abs. 1, Satz 1 SGB V), das kann aber eine ebenenübergreifende Planung nicht ersetzen, die dem Patienteninteresse gerecht wird. Die Krankenhausgesetze der Bundesländer sind im Blick auf die Planungskoooperation noch dürftiger. Nach Art. 3 Abs. 3 des BayKrG z.B. soll die Kooperation der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten insbesondere beim Belegarztwesen Berücksichtigung

finden. Die vor einigen Jahren angeregten Gemeinsamen Landesgremien nach § 90 a SGB V können zwar Empfehlungen zu sektorübergreifenden Versorgungsfragen abgeben, sind aber bisher nicht mit relevanten Vorschlägen in Erscheinung getreten, was auch an der schwachen Stellung im Gesamtplanungsprozess liegen mag.

Bedarfsplanung ist sicher keine leichte Aufgabe. Sie wird aber weder leichter noch schwerer zu befriedigenden Ergebnissen führen, wenn sie ebenenübergreifend konzipiert wird. Deshalb stellt sich allein die Frage, ob eine gemeinsame Planung den Versorgungsinteressen der Patienten gerechter wird als der bisherige getrennte Ansatz. Der Gesetzgeber hat eine Reihe von Anstößen in Richtung gemeinsamer Planung gegeben, etwa mit dem Auftrag, durch Zusammenarbeit eine nahtlose Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§ 115 Abs. 1 SGB V) oder durch Verträge eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung zu gestalten (§ 140 a Abs. 1 SGB V). Der gesetzliche Rahmen ist bisher nicht in ausreichender Weise genutzt worden. Eine Zusammenführung der getrennten Planungsinstrumente würde die Umsetzung beträchtlich erleichtern. Das setzt eine Zusammenarbeit der bisherigen Entscheidungsträger Bundesländer, Kassenärztliche Vereinigungen sowie Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in einem gemeinsamen Gremium voraus. Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt Grundlagen der ebenenübergreifenden Planung. Im Falle der Nichteinigung ist eine Schiedsinstanz vorzusehen, die sich in ihrer Struktur an den Berufungsausschüssen nach § 97 SGB V unter Einbeziehung der Entscheidungsträger orientiert.

4.6 Gesteigerte Patientenorientierung

Indem die ambulant ärztliche Leistungserbringung systematisch gestärkt und der Hausarzt durch seinen niedrigschwelligen Zugang als Lotse der Patienten verstanden wird, kann die Patientenorientierung, die stets als oberste Handlungsmaxime zu definieren ist, entscheidend gestärkt werden. Um diese Forderung nachhaltig umsetzen zu können, ist es unbedingt erforderlich, die Prozesse von den Versorgungsbedarfen der Patienten ausgehend zu denken und nicht vom Status quo des Versorgungssettings, wie es häufig geschieht. Der ambulant tätige allgemeinärztliche Facharzt als Koordinator und konstanter Ansprechpartner der Patienten kann zur Überwindung der Sektorengrenzen und zur Herstellung eines Prozesskontinuums im Sinne der Patienten beitragen.

Im Rahmen dieses Gutachtens wurden einige Ansatzpunkte und Ideen ausgeführt, die eine solche gesteigerte Patientenorientierung durch eine Hinwendung an innovative Lösungen, die eine Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor adressieren, als Ziel setzen. Nur wenn diese und in der Intention ähnliche Konzepte zukünftig in der medizinischen Versorgung Anwendung finden, besteht die Möglichkeit, dass die Versorgungsleistung der Patienten noch stärker in den Fokus rückt und gleichzeitig durch eine Kooperation der Sektoren beiderseitige Vorteile (z.B. eine verbesserte Ressourcenallokation oder Prozessoptimierungen) generiert werden können.

4.7 Flächendeckende Versorgung sicherstellen

Auch die Sicherstellung einer adäquaten flächendeckenden medizinischen Versorgung, auch in ländlichen Regionen, steht in Zusammenhang mit den Möglichkeiten, die sich aus einer Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor in Deutschland ergeben.

So kommt das SVR-Gutachten aus dem Jahr 2014 zu dem Schluss, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung in Deutschland durch erhebliche Allokationsprobleme gekennzeichnet ist (vgl. SVR 2014, S. 349) und ein signifikantes Gefälle zwischen dem Versorgungsgrad in urbanen und ländlich geprägten Regionen vorliegt. Für die Lösung dieser Problematik existieren bereits zahlreiche Lösungsvorschläge verschiedener Gremien und Stakeholder. Diese reichen von monetären Anreizen (z.B. Landarztzuschläge), über innovative Organisationskonzepte (z.B. Netzwerkstrukturen), bis hin zu politisch institutionalisierten Maßnahmen (z.B. Einrichtung von Gremien oder Lenkungskreisen) (vgl. SVR 2014, S. 561ff.).

Die Thematik der flächendeckenden Versorgung betrifft aber neben dem ambulanten auch den stationären Versorgungsbereich. Hierbei geht die aktuelle Diskussion aber vielmehr in die Richtung, dass über Zusammenlegungen und Schließungen von (kleinen) Krankenhäusern auf dem Land v.a. die Behandlungsqualität gesteigert werden soll, wobei hier stets die regionale Bedeutung eines solchen stationären Versorgers berücksichtigt werden muss. Zudem stehen ländliche Krankenhäuser vor der Problematik, ausreichend qualifiziertes Fachpersonal zu akquirieren. Dieser Aspekt wurde bereits im Abschnitt 3.2.4 behandelt.

Um die medizinische Versorgung zukünftig auch unter Berücksichtigung aktueller Urbanisierungstendenzen und des demographischen Wandels sicherstellen zu können, muss der ambulante und der stationäre Bereich zusammen gedacht werden. Denn nur wenn es zu einer gelingenden Kooperation der beiden Sektoren kommt, können die selektiv beschriebenen Hürden überwunden werden. Eine konkrete, bereits im Gutachten (s. 3.2.3) ausgeführte Option wäre hierbei die Reaktivierung des Belegarztwesens in ländlichen Regionen. Dadurch wäre es möglich, dem Personalnotstand in ländlichen Krankenhäusern mit qualifizierten ambulanten Fachärzten zu begegnen und zudem die Patientenorientierung durch eine kontinuierliche Behandlung zu verstärken. Ein zweiter an dieser Stelle attraktiver Ansatz wäre die Delegation ärztlicher Leistungen an weiteres medizinisch qualifiziertes Personal. Hierbei könnte die Geburtshilfe exemplarisch als eine der Fachabteilungen genannt werden, die von einem solchen Modell besonders profitieren könnte. Ein solcher Ansatz wird derzeit in Husum verfolgt, welcher versucht, u.a. mithilfe der Delegation von ärztlichen Leistungen und unter Verwendung von Netzwerkansätzen der Personalknappheit entgegen wirken zu können (vgl. OptiMedis 2016).

Zusammengefasst kann gefolgert werden, dass eine flächendeckende Versorgung perspektivisch nur dann möglich erscheint, wenn es zu einer konsentierten Kooperation zwischen den Sektoren und der Nutzung diverser weiterer Instrumente, wie z.B. der Delegation ärztlicher Leistungen, kommt.

Literatur

AQUA-Institut 2016, Ambulante Notfallversorgung. Analyse und Handlungsempfehlungen, [online verfügbar unter]

https://www.vdek.com/presse/bildarchiv/_jcr_content/par/download/file.res/Aqua-Gutachten-Notfallversorgung.pdf [Letzter Zugriff am 06.12.2016].

ASV-Servicestelle 2016, *ASV-Teamleiter-Zuordnung ambulante / stationäre*, [online verfügbar unter] <https://www.asv-servicestelle.de/> [Letzter Zugriff am 04.08.2016].

Augurzky, B., Beivers, A., Straub, N. und Veltkamp, C. 2014, *Krankenhausplanung 2.0*. Essen: RWI – Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.

Augurzky, B., Krolop, S., Pilny, A., Schmidt, C.M. und Wuckel, C. 2016, *Krankenhaus Rating Report 2016. Mit Rückenwind in die Zukunft?* Heidelberg: medhochzwei.

Baumann, W., Schmitz, S. und Ziller, S. 2013, *Ambulante ärztliche und zahnärztliche Versorgung*, in: Nagel, E. (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, S. 123 – 139.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft 2014, *Ländliche Krankenhausversorgung heute und 2020*, [online verfügbar unter] https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/laendliche_krankenhaeuser.pdf [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

v. d. Berg, N., Meinke, C., Heymann, R., Fiß, T., Suckert, E., Pöller, C., Dreier, A., Rogalski, H., Karopka, T., Oppermann, R. und Hoffmann, W. 2009, *AGnES: Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter*, in: *Dtsch Arztebl Int*, 106(1–2), S. 3–9

Berwick, D. M., Nolan, T. W. und Whittington, J. 2008, The triple aim: care, health, and cost, in: *Health Affairs*, 27(3), S. 759–769.

BQS gGmbH (Hrsg.) 2009, *Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008*, [online verfügbar unter] <http://www.bqs-register140d.de/> [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

Breyer, F., Zweifel, P. und Kifmann, M. 2013, *Gesundheitsökonomik*, 6. Aufl., Springer Gabler, Berlin.

Burgdorf, F. und Sundmacher, L. 2014, Potentially avoidable hospital admissions in Germany—an analysis of factors influencing rates of ambulatory care sensitive hospitalizations, in: *Dtsch Arztebl Int*, 111(13), S. 215–23.

Busse, R., Ganten, D., Huster, S., Reinhardt, E. R., Suttrop, 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*, Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften, Halle (Saale).

CMS 2015, *Accountable Care Organizations (ACO)*, [online verfügbar unter] <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index.html?redirect=/Aco> [Letzter Zugriff am 29.2.2016].

Davis, K., Abrams, M. und Stremikis, K. 2011, How the Affordable Care Act will strengthen the nation's primary care foundation, in: *Journal of general internal medicine*, 26(10), S. 1201–1203.

Deutscher Bundestag (Hrsg.) 1995, Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997- Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 (KHNG 1997), Drucksache 13/3062, [online verfügbar unter] <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/13/030/1303062.pdf> [Letzter Zugriff am 02.05.2017].

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (Hrsg.) 2015, *Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern, Stand: August 2015*, [online verfügbar unter] http://www.dkgev.de/media/file/21258.Bestandsaufnahme_August_2015.pdf [Letzter Zugriff am 22.09.2016].

Deutscher Ethikrat 2016, *Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus*, [online verfügbar unter] <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf> [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

Durand-Zaleski, I. 2015, *The French Health Care System*, 2014, in: Mossialos, E. et al. (Hrsg.), *International Profiles Of Health Care Systems*, 2014. The Commonwealth Fund, S. 53 – 62.

Fields, D., Leshen, E. und Patel, K. 2010, Analysis & commentary. Driving quality gains and cost savings through adoption of medical homes, in: *Health Affairs*, 29(5), S. 819–826.

Finkenstädt, V. 2015, *Die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, den Niederlanden und der Schweiz*, WIP-Diskussionspapier 04/2015.

Gaede, K. 2016, Hamburg plant Revolutionäres, in: *kma*, 21. Jahrgang, Dezember 2016, S. 6.

Gaßner, M. und Strömer, J.M. 2013, *Der Anspruch auf Zugang von Praxiskliniken zur Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung*, GesR 2013.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2017, *ACD – Accountable Care in Deutschland - Verbesserung der Patientenversorgung durch Vernetzung von Leistungserbringern und informierten Dialog*, [online verfügbar unter] <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/acd-accountable-care-in-deutschland-verbesserung-der-patientenversorgung-durch-vernetzung-von-leistungserbringern-und-informierten-dialog.45> [Letzter Zugriff am 20.02.2017].

Geiger, S. 2016, Krankenhäuser hängen am Tropf, WeltN24 vom 3.2.2016, [online verfügbar unter] <https://www.welt.de/regionales/bayern/article148505326/Krankenhaeuser-haengen-am-Tropf.html> [Letzter Zugriff am 26.09.2016].

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2012, *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung*, zuletzt geändert am 16. Juni 2016.

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) 2016, *Der Gemeinsame Bundesausschuss im Überblick*, [online verfügbar unter] https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2436/AufbauVorsitz_20-07-2016_deutsch.pdf [Letzter Zugriff am 16.05.2017].

Geraedts, M. und Kraska, R. 2016, *Zweitmeinungen – Inanspruchnahme und Bedarf aus Sicht der Bevölkerung*, [online verfügbar unter] http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaoarticles/8_Geraedts_Kraska_Gemo_16.pdf [Letzter Zugriff am 08.12.2016].

Gibson, O. R., Segal, L. und McDermott, R. A. 2013, A systematic review of evidence on the association between hospitalisation for chronic disease related ambulatory care sensitive conditions and primary health care re-sourcing, in: *BMC Health Services Research*, 13, S. 336.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) 2014, *Faktenblatt Thema: Bedarfsplanung und Versorgung*, [online unter] https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/bedarfsplanung_2/Faktenblatt_Bedarfsplanung_ohne_Karten_2014_05_16.pdf [Letzter Zugriff am 21.09.2016].

Haas, C., Larbig, M, Schöpke, T., Lübke-Naberhaus, K.-D., Schmidt, C., Brachmann, M. und Dodt, C. 2015, *Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse*, [online verfügbar unter] http://www.dkgev.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf [Letzter Zugriff am 18.01.2017].

Haucap, J., Coenen, M. und Loebert, I. 2016, *Bestandsaufnahme zum gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)*, Projektbericht der Stiftung Münch, München.

Huke, T. und Robra, B.-P. 2015, *Notfallversorgung im stationären Sektor*, in: Klauber, J. et al. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2015*. Stuttgart: Schattauer, S. 61 - 76.

IGES 2007, *Effiziente Strukturen ärztlicher Versorgung. Gutachten zur Entwicklung fachärztlicher Leistungen im deutschen Gesundheitssystem. Kurzfassung*, [online verfügbar unter] http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e6061/e6372/e6500/e9866/e9868/attr_objjs9874/Kurzfassung_Gutachten_neu_ger.pdf [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

IGES 2015, *Ambulantes Potential in der Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase I*. Berlin 19.03.2015, [online verfügbar unter] http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e10849/e11992/e11996/e11998/attr_objjs12650/IGES_Ambulantes_Potential_Notfaelle_WEB_ger.pdf [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

IGES 2016, *Ambulantes Potential in der Notfallversorgung. Ergebnisbericht zur Projektphase II*. Berlin 19.07.2016, [online verfügbar unter]

http://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e13470/e15240/e15241/e15243/attr_obj15250/IGES_Bericht_Ambulantes_Notfallpotenzial_Juli2016_ger.pdf [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

Introcaso, D. und Berger, G. 2015, *MSSP Year Two: Medicare ACOs Show Muted Success*, HealthAffairsBlog, [online verfügbar unter] <http://healthaffairs.org/blog/2015/09/24/mssp-year-two-medicare-acos-show-muted-success/> [Letzter Zugriff am 01.3.2016].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) 2015, *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2015*, [online verfügbar unter]

http://www.kbv.de/media/sp/Versichertenbefragung_2015_Berichtband_Bund.pdf [Letzter Zugriff am 27.01.2017].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) 2016a, *Gesundheitsdaten*, [online verfügbar unter] <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17019.php> [Letzter Zugriff am 19.09.2016].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) 2016b, *Gesundheitsdaten: Versorgungsgarde in der Planungsbereichen*, [online verfügbar unter]

<http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> [Letzter Zugriff am 19.09.2016].

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (Hrsg.) 2016c, *Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister (Stand: 31.12.2016)*, [online verfügbar unter]

http://www.kbv.de/media/sp/2016_12_31_BAR_Statistik.pdf [Letzter Zugriff am 06.05.2017].

Klora, M., Zeidler, J., May, M., Raabe, N. und von der Schulenburg, J.G. 2017, Evaluation der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland anhand von GKV-Routinedaten der AOK Rheinland/Hamburg, in: *ZEFQ*, 120, S. 21 – 30.

Kolling, E. 2016, *Evangelisches Krankenhaus Zweibrücken schließt am 30. September*. Pfälzischer Merkur vom 21.06.2016, [online verfügbar unter] <http://www.pfaelzischer-merkur.de/themendestages/Themen-des-Tages-Zweibruecken-Geburtshilfe-Gebaeude-Innere-Medizin-Krankenhaeuser-Pflegepersonal-Schicksal-Tarifverhandlungen-Eilmeldung;art27542,6177550> [Letzter Zugriff am 14.09.2016].

<http://www.pfaelzischer-merkur.de/themendestages/Themen-des-Tages-Zweibruecken-Geburtshilfe-Gebaeude-Innere-Medizin-Krankenhaeuser-Pflegepersonal-Schicksal-Tarifverhandlungen-Eilmeldung;art27542,6177550> [Letzter Zugriff am 14.09.2016].

Deutsches Krankenhaus-Institut e.V (Hrsg.) 2006, *Krankenhausbarometer 2006, Kapitel 2.4 Leistungsbreite und –tiefe*, [online verfügbar unter]

<http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2006.pdf> [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

Deutsches Krankenhaus-Institut e.V (Hrsg.) 2008, *Krankenhausbarometer 2008*, [online verfügbar unter]

<http://www.dki.de/sites/default/files/downloads/krankenhaus-barometer-2008.pdf> [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

Krauss, I., Mueller, G., Haupt, G., Steinhilber, B., Janssen, P., Jentner, N. und Martus, P. 2016, Effectiveness and efficiency of an 11-week exercise intervention for patients with hip or knee osteoarthritis

tis: a protocol for a controlled study in the context of health services research, in: *BMC Public Health*, 16, S. 367.

Landtag Rheinland-Pfalz 2005, Kleine Anfrage des Abgeordneten Reiner Marz (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) und Antwort des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit. Drucksache 14/4756, 12.12.2005.

Laux, G., Szecsenyi, J., Mergenthal, K., Beyer, M., Gerlach, F., Stock, C., Uhlmann, L., Miksch, A., Bauer, E., Kaufmann-Kolle, P., Steeb, V., Lübeck, R., Karimova, K., Gütthlin, C. und Götz, K. 2015, Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg, in: *Bundesgesundheitsblatt*, 58 (4-5), S. 398 – 407.

Maeng, D. D., Khan, N., Tomcavage, J., Graf, T. R., Davis, D. E. und Steele, G. D. 2015, Reduced Acute Inpatient Care Was Largest Savings Component Of Geisinger Health System's Patient-Centered Medical Home, in: *Health Affairs*, 34(4), S. 636–644.

Niethard, F., Malzahn, J. und Schäfer, T. 2013, Endoprothetik und Wirbelsäuleneingriffe: Uneinheitliches Versorgungsgeschehen, in: *Dtsch Arztebl*, 110(27–28), S. A 1362–5

Novotergum 2016, *OP-Vermeidung durch Zweitmeinung und abgestimmtem Therapiekonzept. Warum eine ärztliche Zweitmeinung alleine den Patienten nicht heilt*, [online verfügbar unter] <http://www.novotergum.de/de/leistungen/versorgungsvertraege/zweitmeinung/> [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

OECD 2009, *Health at a Glance 2009: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. S. 116 ff..

OECD 2013, *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. S. 98 ff..

Oeder, S. 2013, *Krankenhausversorgung*, in: Nagel, E. (Hrsg.), *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Köln, Deutscher Ärzte-Verlag, S. 143 – 161.

OptiMedis 2016, *Verbesserung der Situation der Geburtshilfe in Schleswig-Holstein*, [online verfügbar unter] <http://www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/umdrucke/7500/umdruck-18-7539.pdf> [Letzter Zugriff am 30.03.2017].

Petersen-Benz, C., Cremaschi, L. und Holder, M. 2013, MDK-Indikationsprüfungen, Auf die Spitze getrieben, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 110(33-34), A 1552-1555.

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, in: *Notfall + Rettungsmedizin*, 18, S. 174 – 185.

Schmid, A. 2012, *Konsolidierung und Konzentration im Krankenhausesektor, Eine empirische Analyse der Marktstruktur unter Berücksichtigung des Krankenhausträgers*, in: *Beiträge zum Gesundheitsmanagement*, Bd. 36, Nomos, Baden-Baden.

Schmid, A. 2014, Chancen, Risiken und Nebenwirkungen von zentralisierten Versorgungsstrukturen, in: *Recht und Politik im Gesundheitswesen*, 23(4), S. 106–110.

Schmid, A. 2017, *Innovative payment and care delivery models: Accountable care organizations in the U.S.*, in: Amelung, V. E., Stein, V., Goodwin, N., Balicer, R., Nolte, E. und Suter, E. (Hrsg.), *Handbook Integrated Care*, Springer, Amsterdam.

Schmid, A. und Himmler, S. 2015, *Netzwerkmedizin - Impulse für Deutschland aus den USA*, Stiftung Münch, Projektbericht, München.

Schöpke, T. und Plappert, T. 2011, Kennzahlen von Notaufnahmen in Deutschland, in: *Notfall + Rettungsmedizin*, 14, S. 371 – 378.

Schulte, G. 2009, *Rechtliche Stellung der Praxiskliniken im SGB V*, RPG Band 15, Heft 4.

SGB V – Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, zuletzt geändert durch Art. 2 G v. 18.07.2016 I 1710.

St. Augustinus-Kliniken 2013, *Pressemitteilung vom 07.10.2013: Neue Krankenhausstrukturen am linken Niederrhein*, [online verfügbar unter] http://www.st-augustinus-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Dachseite/st-augustinus-kliniken.de/Grafiken/4_Presse/4.1_Pressemitteilungen/140618_PI_St.Augustinus-Kliniken_Krankenhausbuendelung.pdf [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2017, *Gebiet und Bevölkerung – Räumliche Bevölkerungsbewegung, hier: Wanderungen über die Grenzen Deutschlands*, [online verfügbar unter] http://www.statistik-portal.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrtab5.asp [Letzter Zugriff am 12.01.2017].

Statistisches Bundesamt 2017a, *Wanderungssaldo der Binnenwanderung in Deutschland: Saldo der Zuzüge und Fortzüge über die Grenzen der Bundesländer im Jahr 2014*, [online verfügbar unter] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/150396/umfrage/wanderungssaldo-der-bundeslaender-im-jahr-2007/> [Letzter Zugriff am 12.01.2017].

Statistisches Bundesamt (2017b), *An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl)* [online verfügbar unter] http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=18324789&nummer=305&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=59649493 [Letzter Zugriff am 08.05.2017].

Statistisches Bundesamt 2017c, *Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen*, [online verfügbar unter] http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=3570983&nummer=605&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=57193428 [Letzter Zugriff am 22.04.2017].

Statistisches Bundesamt 2017d, *Gesundheitsausgabenrechnung*, [online verfügbar unter] http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/WS0100/XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=XWD_2&OPINDEX=6&HANDLER=XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=XWD_30&D.734=4520&D.732=4467 [Letzter Zugriff am 22.04.2017].

Statistisches Bundesamt 2017e, *KG3-Statistik*, [online verfügbar unter] http://www.gbe-bund.de/oowa921-in-stall/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=19477829&nummer=263&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=65715138 [Letzter Zugriff am 22.04.2017].

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, in: *Health Policy*, 119(11), S. 1415–1423.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2001, *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit*, Band III: Über- Unter- und Fehlversorgung, [online verfügbar unter] http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2000-2001/Kurz-f-de-01.pdf [Letzter Zugriff am 06.03.2017].

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, *Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens*, [online verfügbar unter] http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Kurzfassung-2009.pdf [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

SVR - Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2012, Gutachten 2012 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung*, Bundestags-Drucksache 17/10323.

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, *Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche*, Kurzfassung Gutachten 2014, [online verfügbar unter] http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf [Letzter Zugriff am 06.12.2016].

Takach, M., Townley, C., Yalowich, R. und Kinsler, S. 2015, Making multipayer reform work: what can be learned from medical home initiatives, in: *Health Affairs (Project Hope)*, 34(4), S. 662–672.

Thoma, J. 2016: Klinik Peißenberg zieht nach Schongau, Münchener Merkur vom 16.09.2015, [online verfügbar unter] <http://www.merkur.de/lokales/weilheim/peissenberg/klinik-peissenberg-zieht-nach-schongau-5531958.html> [Letzter Zugriff am 27.09.2016].

Thomas, D. und Matusiewicz, D. 2014, *Die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) in Deutschland – ein Auslaufmodell?*, in: Mühlbauer, B. H., Kellerhoff, F. und Matusiewicz, D. (Hrsg.), *Zukunftsperspektiven der Gesundheitswirtschaft*, 2. Aufl., Lit-Verlag, Berlin, S. 162-174.

Van Den Bussche H. und Schön G 2014, *Die Häufignutzung der vertragsärztlichen Versorgung: Die Allgemeinmedizin als Teil des Problems oder Teil der Lösung? Meeting Abstract Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. 48. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Hamburg, 18.-20.09.2014. Düsseldorf, [online verfügbar unter] <http://www.egms.de/static/en/meetings/degam2014/14degam001.shtml> [Letzter Zugriff am 08.03.2017].

Wammes, J., Jeurissen, P. und Westert, G. 2015, *The Dutch Health Care System, 2014*, in: Mossialos, E. et al. (Hrsg.), *International Profiles Of Health Care Systems, 2014*. The Commonwealth Fund, S. 93 – 101.

WHO 2015, *Ambulatory care Sensitive conditions in Germany*, WHO Regional Office for Europe, [online verfügbar unter] http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/295573/ASCS-Germany-2015-rev1.pdf?ua=1 [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

Wienke, A. 2016, *Das neue Zweitmeinungsverfahren*. *GMS Mitt AWMF*, 13:Doc1, [online verfügbar unter] <http://www.egms.de/static/de/journals/awmf/2016-13/awmf000313.shtml> [Letzter Zugriff am 25.04.2017].

Gutachten:

Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland

Herausgeber:

