



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Handlungsbedarf zur Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung

Dr. Dominik von Stillfried

Erkenntnisstand der Versorgungsforschung

Trotz weitgehend einheitlicher sozialrechtlicher Rahmenbedingungen gilt in der medizinischen Versorgung:

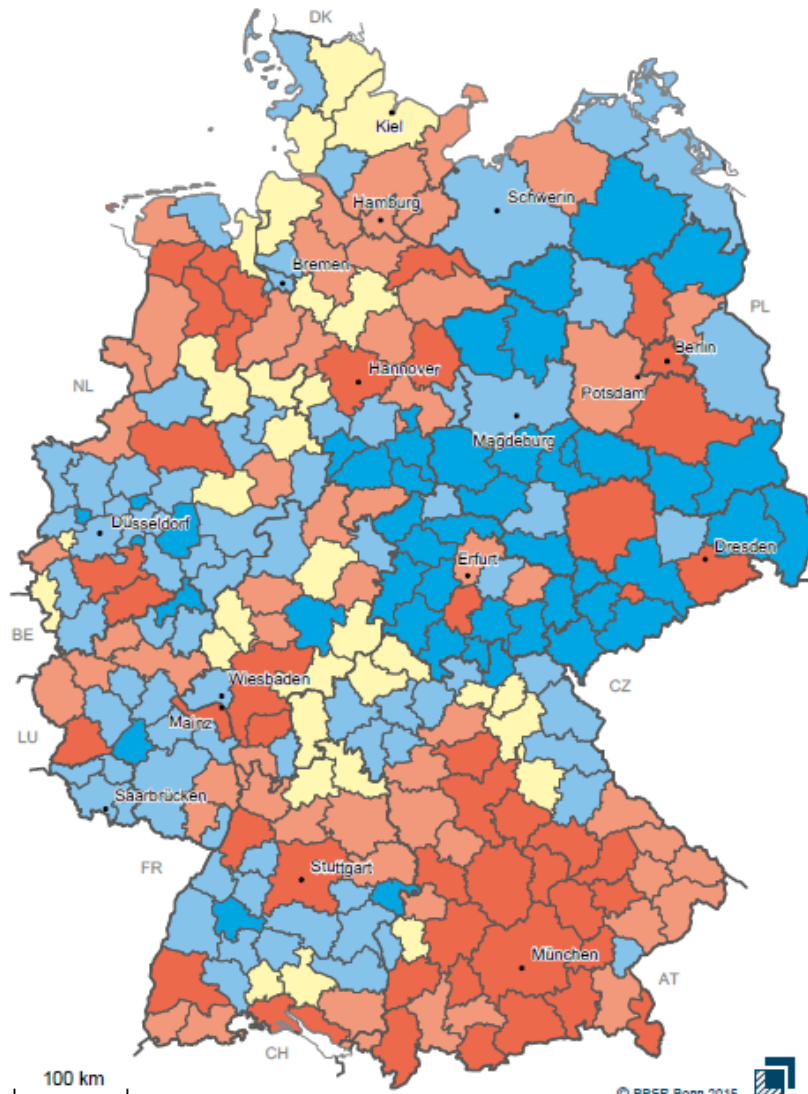
Jede Region ist anders.

**Jede ärztliche Leistung
ist eine regionale Besonderheit.**

(nicht nur in Deutschland –
regionale Variationen in der Medizin sind ein weltweites Phänomen)

Demografischer Wandel schafft neue Rahmenbedingungen

Wachsende und schrumpfende Arbeitsmarktreionen



Relative, am bundesweiten Trend gemessene Wachstum/Schrumpfung:



Betrachtete Entwicklungsindikatoren:

- ◆ Bevölkerungsentwicklung 2008–2013
- ◆ durchschnittlicher Wanderungssaldo der Jahre 2009–2013
- ◆ Entwicklung der Erwerbsfähigen 2008–2013
- ◆ Beschäftigtenentwicklung 2008–2013
- ◆ Entwicklung der Arbeitslosenquote 2007/8–2012/13
- ◆ Entwicklung der Gewerbesteuer 2007/8–2012/13

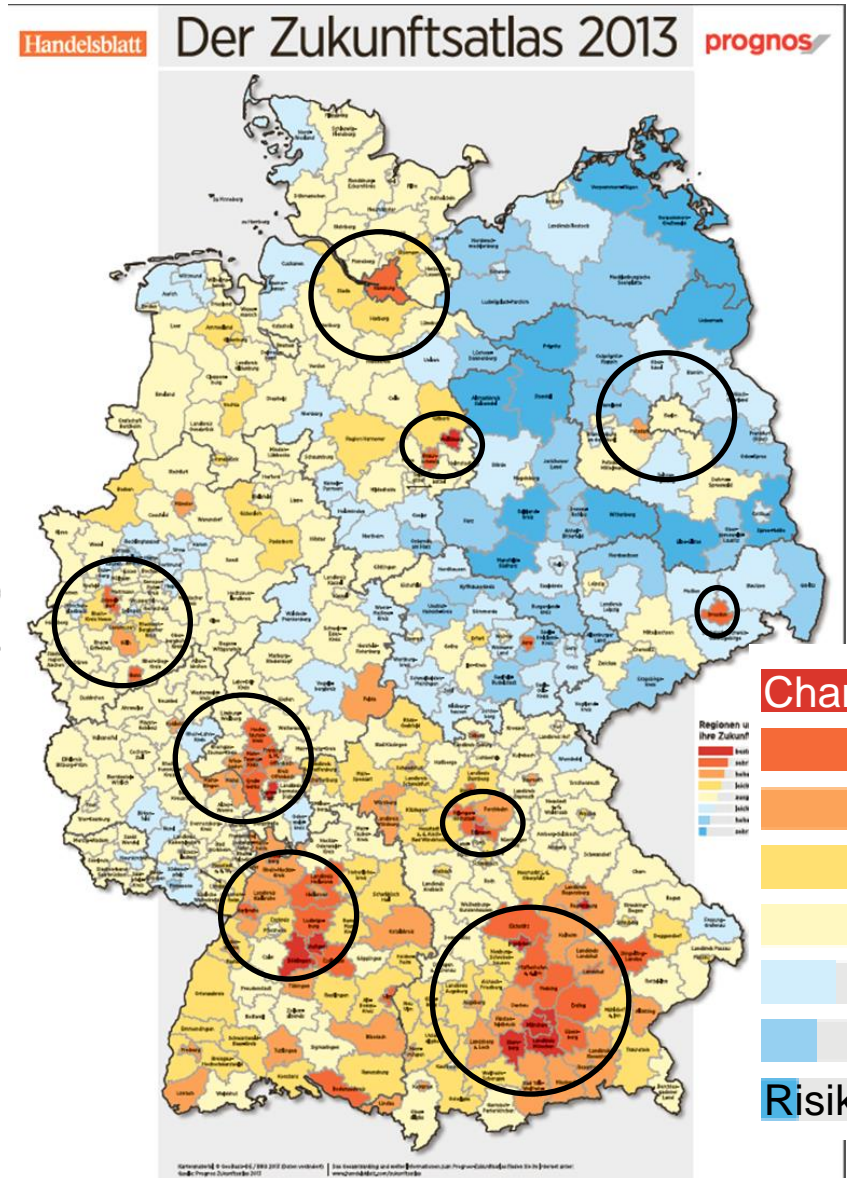
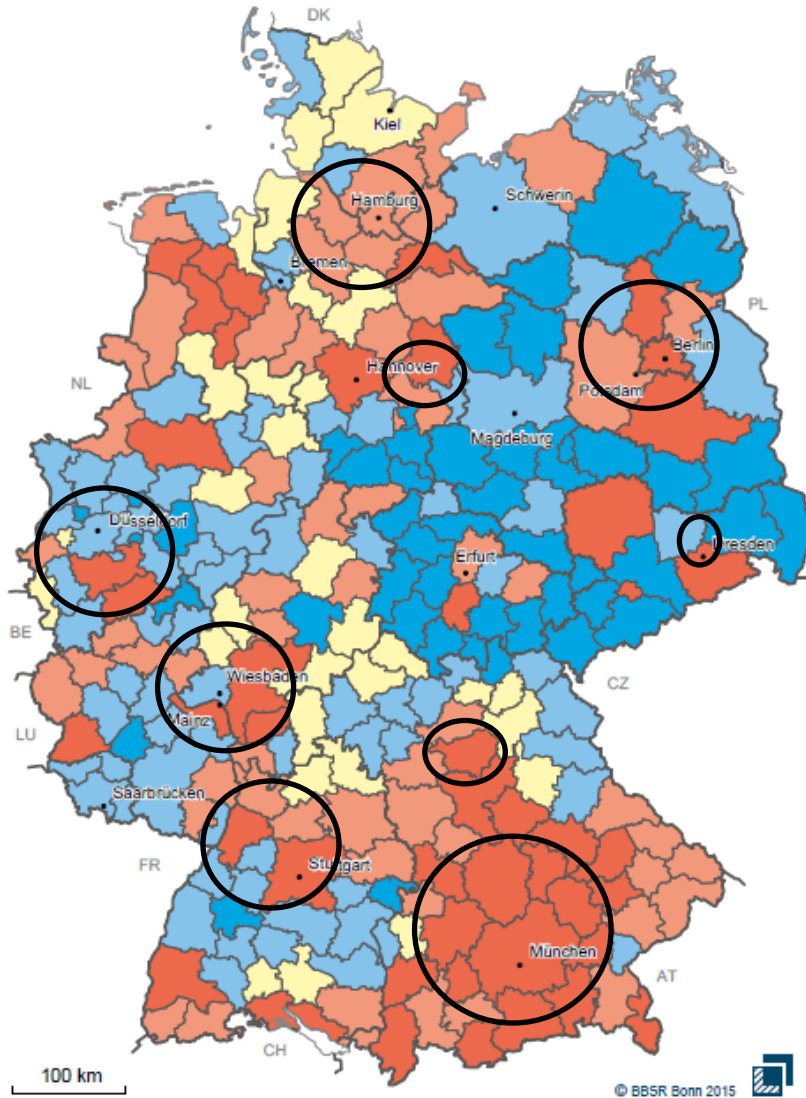
Klassifizierung nach der Häufigkeit von

- Entwicklungsindikatoren im untersten (<20 % aller Werte) und obersten (>20 % aller Werte) Quintil
- stark schrumpfend: 3–6 Indikatoren im untersten Quintil
 - schrumpfend: 1–2 Indikatoren im untersten Quintil
 - stabil: keine Indikatoren im untersten oder obersten Quintil
 - wachsend: 1–2 Indikatoren im obersten Quintil
 - stark wachsend: 3–6 Indikatoren im obersten Quintil

Quelle: Karte 5, S.18; BBSR-Analysen KOMPAKT12/2015 Wachsen oder schrumpfen?

Demografischer Wandel schafft neue Rahmenbedingungen

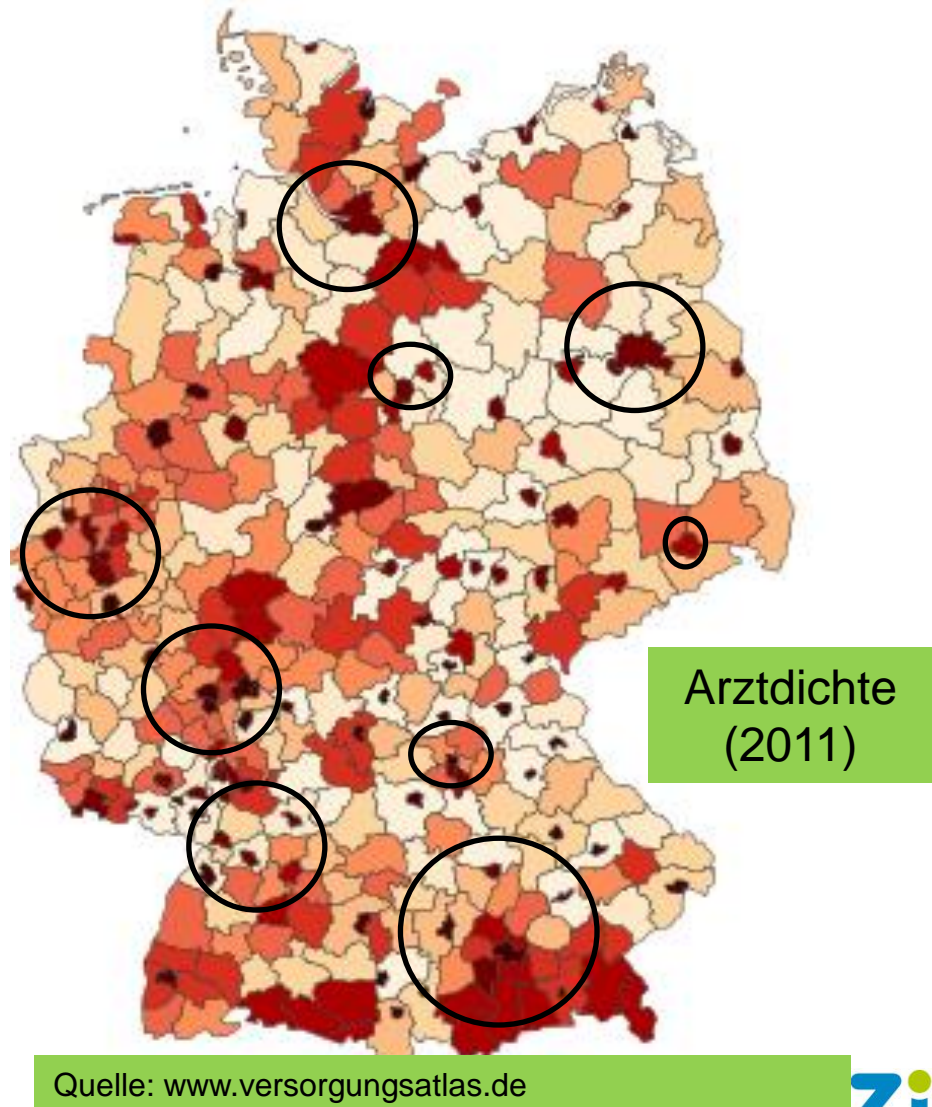
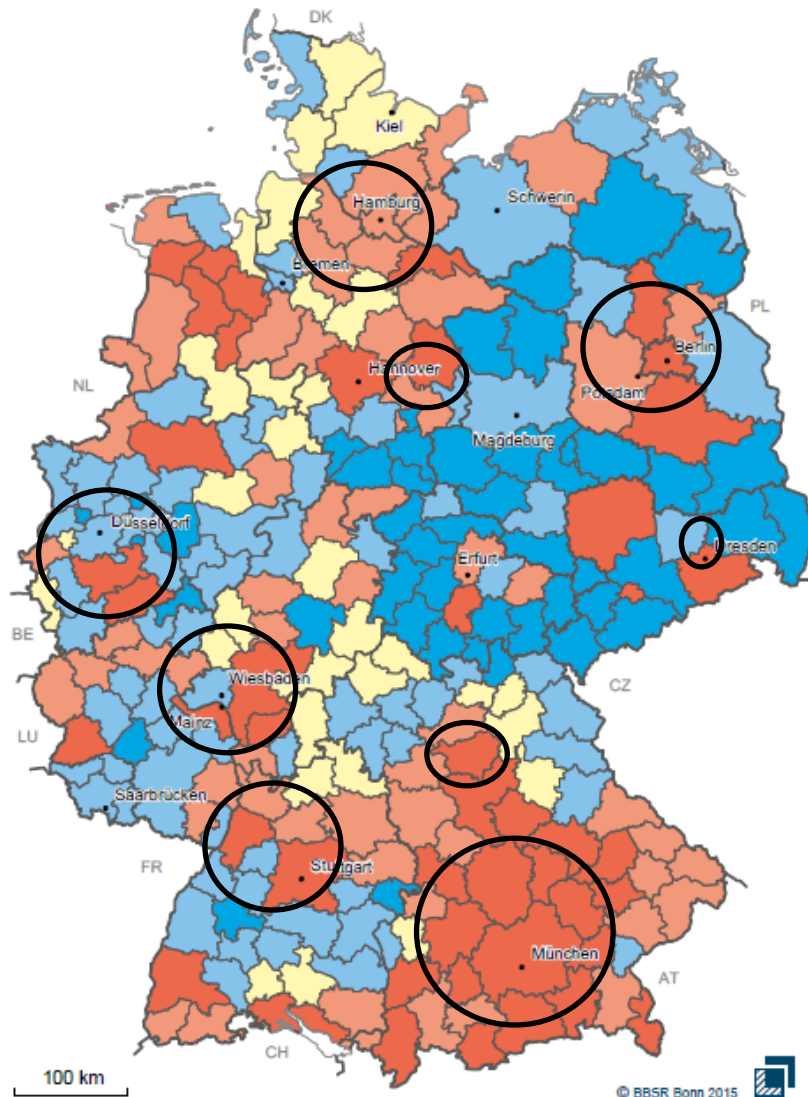
Wachsende und schrumpfende Arbeitsmarktreionen



Quelle: Karte 5, S.18; BBSR-Analysen KOMPAKT12/2015 Wachsen oder schrumpfen?

Demografischer Wandel schafft neue Rahmenbedingungen

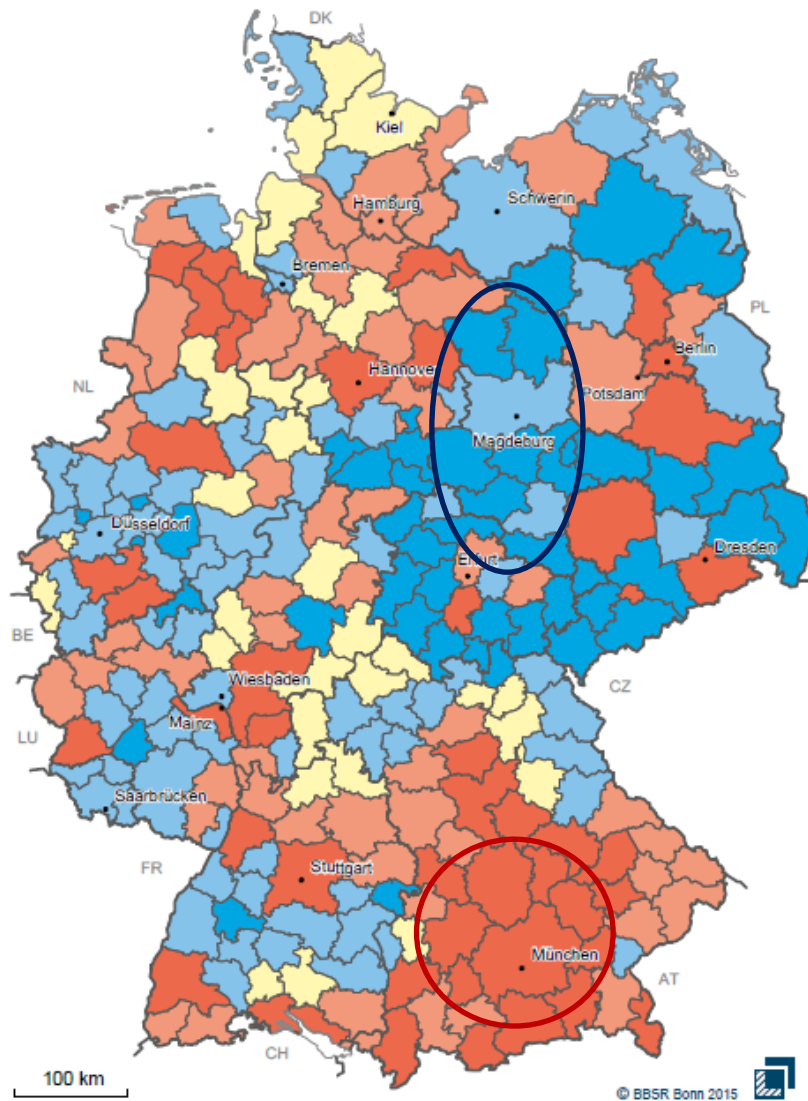
Wachsende und schrumpfende Arbeitsmarktreionen



Quelle: Karte 5, S.18; BBSR-Analysen KOMPAKT12/2015 Wachsen oder schrumpfen?

Demografischer Wandel schafft neue Rahmenbedingungen

Wachsende und schrumpfende Arbeitsmarktreionen



Regionstyp 1: Abwanderung, hohes Durchschnittsalter, geringe Bevölkerungsdichte, niedrige kommunale Investitionen

- besondere Sozial- und Versichertenstruktur: Morbiditätsverdichtung
- besondere Versorgungsstruktur: Ausdünnung der Primärversorgung, geringere Facharztdichte,
- viele (vermeidbare) Krankenhausfälle je Einwohner

Regionstyp 2: Zuwanderung, hohe Bevölkerungsdichte, sehr hohe kommunale Investitionen, demografische Alterung steht bevor

- besondere Sozial- und Versichertenstruktur: Zeitökonomie/Anspruchshaltung
- besondere Versorgungsstruktur: hohe Dichte niedergelassener Ärzte, hoher Spezialisierungsgrad (ambulant)
- wenige (vermeidbare) Krankenhausfälle je Einwohner, Ausnahme: „Notfälle“

Quelle: Karte 5, S.18; BBSR-Analysen KOMPAKT12/2015 Wachsen oder schrumpfen?

Regionale Unterschiede

- in der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung
- in den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen
- in den Versorgungsstrukturen und ihrer Entwicklung
- in der Arbeitsteilung zwischen Hausarzt/Facharzt/Krankenhaus
- in Versorgungsprozessen und Outcomes

erfordern

- eine bedarfsgerechte Finanzierung
- regionale Kompetenzen in der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (nach dem Grundsatz ambulant vor stationär)
- regionale Versorgungsziele

**Gesundheitspolitik kann und darf sich
nicht am Mittelwert
orientieren**

Das ‚Architekturproblem‘ in § 87a SGB V (1)

Jährlich darf gemäß Absatz 4 nur die *jährliche Veränderung* der Indikatoren des Versorgungsbedarfs wirksam werden - nicht aber die eine korrekte Bestimmung des *Niveaus* des Versorgungsbedarfs.

Die richtige Höhe ist aber entscheidend für die Funktion!



Überwindung historisch gegebener Ausgangslagen ist notwendig

Das ‚Architekturproblem‘ in § 87a SGB V (2)

Die Bezugnahme auf den ungewichteten Mittelwert in Absatz 4a begrenzt die Wirksamkeit der Bedarfskriterien in sachlich nicht gerechtfertigter Weise.



Die Medizin wird ambulanter

zwei wesentliche Faktoren

1. medizinisch-technischer Fortschritt

- risikomindernde und stationsersetzende Technologien
- Spezialisierung in der Medizin
- Niederlassung nach langjähriger Tätigkeit im Krankenhaus

2. Bedeutung chronischer Krankheiten

- statt akuter Interventionen langfristige Begleitung chronisch behandlungsbedürftiger Patienten

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

**Sachverständigenrat Gesundheit (2012): Ambulantes Potenzial nutzen,
um demografischen Wandel bezahlbar zu machen!**

Damit Medizin ambulanter und effizienter werden kann: zwei wesentliche „Aufträge“

Regionstyp 1:

- versorgungsfremde Mengenbegrenzung beseitigen, damit Besonderheiten der Versichertenstruktur Rechnung getragen werden kann
- ambulante, insbesondere vertragsärztliche Versorgungsstrukturen ausbauen und dadurch auch wesentliche Krankenhausstandorte sichern

Regionstyp 2:

- versorgungsfremde Mengenbegrenzung beseitigen, damit sich Besonderheiten der ambulanten Versorgungsstruktur weiterentwickeln können
- vertragsärztliche Versorgungsstrukturen und Attraktivität der Niederlassung erhalten, Krankenhausstandorte konzentrieren, Zugang zu Notaufnahmen begrenzen bzw. durch vertragsärztliche Anlaufstellen ersetzen

**sektorenübergreifende Planung und mehrjährige Entwicklungsziele zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung ermöglichen
Gesamtvergütung muss regionalen Versorgungszielen folgen können**

Ambulantisierung: ein weiteres Architekturproblem

Damit seine Teile funktionsfähig zusammenpassen benötigt der Aufbau des künftigen Versorgungssystems einen ‚Bauplan‘

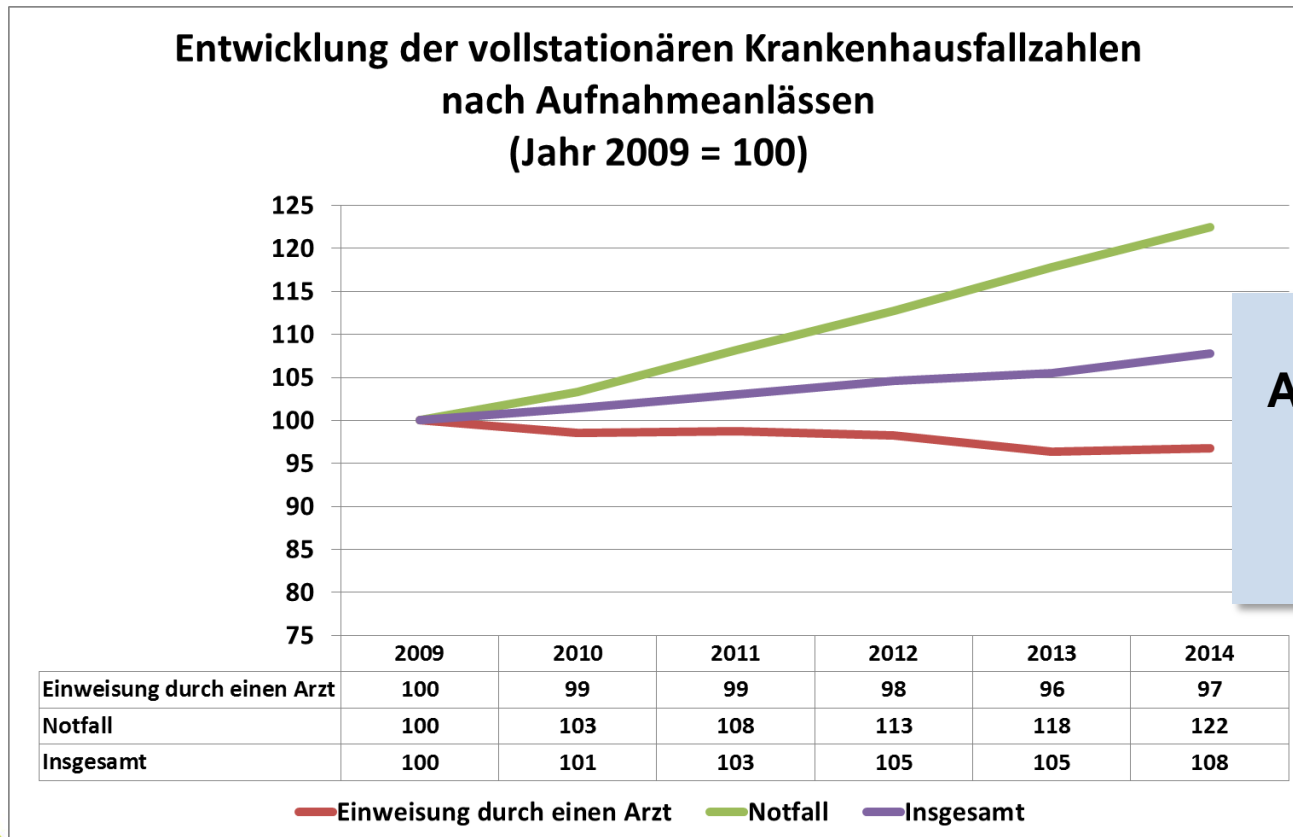


Dafür müssen auf regionaler Ebene sektorenübergreifend relevante Ziele definiert werden.

Treiber der Fallzahlentwicklung im Krankenhaus: Aufnahmen ohne ärztliche Einweisung

Aufnahmeanlass	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Anteil 2009	Anteil 2014
Einweisung durch einen Arzt	9.408.401	9.274.072	9.295.439	9.245.824	9.067.835	9.107.312	55%	49%
Notfall	6.621.561	6.844.022	7.163.214	7.464.171	7.798.904	8.107.676	39%	44%
Sonstiges (z. B. Geburt, Verlegung etc.)	1.161.101	1.316.306	1.250.257	1.266.452	1.266.972	1.316.831	7%	7%
Insgesamt	17.191.063	17.434.400	17.708.910	17.976.447	18.133.711	18.531.819	100%	100%

Quelle: Darstellung des Zi auf Basis der Fachserie 12 Reihe 6.4; 2009 – 2014; Statistisches Bundesamt



2014:
Anteil Fälle mit
Einweisung
erstmal
< 50%

Wieviel Krankenhäuser mit Rettungsstellen benötigt Deutschland?

KRANKENHÄUSER

Qualität ganz oben auf der Agenda

Mit Abschlagen bei unterdurchschnittlicher Qualität wollen Union und SPD künftig die Patientenversorgung an deutschen Krankenhäusern verbessern. Auf einem Kongress bezweifelten Krankenhausespezialisten, dass dieser Plan aufgeht.

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der TU Berlin, sprach sich dafür aus, Krankenhäuser in Deutschland zu schließen, um auf diese Weise die Qualität der stationären Behandlung zu erhöhen. So werde es zum Beispiel in Dänemark praktiziert. „In Dänemark kam 1980 ein Krankenhaus auf 50 000 Patienten“, sagte Busse. 2007 sei es ein Krankenhaus auf 160 000 Patienten gewesen, und künftig solle es sogar ein Krankenhaus pro 280 000 Patienten sein. „Die Dänen zentralisieren die Krankenhauskapazität, um so eine bessere Qualität zu erreichen“, erklärte Busse. Und der Erfolg gebe ihnen recht. Denn in Dänemark stürben weit weniger Herzinfarktpatienten als in Deutschland.

Dtsch Arztebl 2013; 110(50): A-2406 / B-2120 / C-2044

Wieviel Krankenhäuser mit Rettungsstellen benötigt Deutschland?

KRANKENHÄUSER

Qualität ganz oben auf der Agenda

Mit Abschlagen bei unterdurchschnittlicher Qualität wollen Union und SPD künftig die Patientenversorgung an deutschen Krankenhäusern verbessern. Auf einem Kongress bezweifelten Krankenhausexperten, dass dieser Plan aufgeht.

Prof. Dr. med. Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen, hat sich dafür ausgesprochen, Krankenhäuser in Deutschland zu schließen, um die Qualität der stationären Behandlung zu erhöhen. So werde es in Dänemark praktiziert. „In Dänemark kam 1980 ein Krankenhaus auf 50 000 Patienten“, sagte Busse. 2007 sei es ein Krankenhaus auf 160 000 Patienten gewesen, und künftig solle es sogar ein Krankenhaus pro 280 000 Patienten sein. „Die Dänen zentralisieren die Krankenhauskapazität, um so eine bessere Qualität zu erreichen“, erklärte Busse. Und der Erfolg gebe ihnen recht. Denn in Dänemark stürben weniger Herzinfarktpatienten als in Deutschland.

in D = **500**
Krankenhäuser

in D = **1600**
Krankenhäuser

in D: **<300**
Krankenhäuser

Dtsch Arztebl 2013; 110(50): A-2406 / B-2120 / C-2044



Arbeitsteilung ambulant/stationär: Best-Practice-Regionen

mittlere Inanspruchnahmerate stationär: 15% unter dem Bundesdurchschnitt
mittlere Inanspruchnahmerate ambulant: 13% über dem Bundesdurchschnitt.

Bundesland	Landkreis/ kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl des Kreises 2011
Baden-Württemberg	Rhein-Neckar-Kreis	537.625
Niedersachsen	Oldenburg	127.282
Baden-Württemberg	Konstanz	278.983
Baden-Württemberg	Ulm, Stadt	122.801
Hessen	Wiesbaden, Stadt	275.976
Baden-Württemberg	Mannheim, Stadt	313.174
Baden-Württemberg	Karlsruhe, Stadt	294.761
Hessen	Main-Taunus-Kreis	227.398
Niedersachsen	Ammerland	118.004
Bayern	München, Stadt	1.353.186
Niedersachsen	Lüneburg	177.279
Berlin	Berlin	3.460.725
Sachsen	Leipzig, Stadt	522.883
Mecklenburg-Vorpommern	Rostock	202.735
Hamburg	Hamburg	1.786.448
Niedersachsen	Osnabrück, Stadt	164.119
Bayern	München, Landkreis	323.015
Mecklenburg-Vorpommern	Bad Doberan	117.197
Niedersachsen	Oldenburg, Stadt	162.173
Baden-Württemberg	Freiburg im Breisgau	224.191
Baden-Württemberg	Heidelberg, Stadt	147.312

5% der Landkreise und kreisfreien Städte mit dem höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potentials

Regionen aus 8 Bundesländern in Nord, Süd, Ost und West, städtisch und ländlich, **insg. 10,9 Mio. Einwohner**

Quelle: www.versorgungsatlas.de



Best-Practice-Regionen – Charakteristika der Versorgungsstruktur

Merkmale je 100.000 EW	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
niedergelassene Ärzte gesamt	221,6	159,8	137,0
Hausärzte	68,7	64,9	60,3
Anästhesisten	6,1	3,3	2,1
Augenärzte	7,7	6,3	5,8
Chirurgen	6,0	4,6	4,2
Frauenärzte	15,0	11,3	11,2
HNO-Ärzte	5,9	4,6	4,2
Hautärzte	5,5	3,9	3,2
Internisten	13,4	10,0	8,6
Kinderärzte	8,4	6,7	6,1
Nervenärzte	8,2	5,2	4,2
Psychotherapeuten	47,0	19,8	10,8
Orthopäden	8,4	6,0	5,5
Radiologen	4,3	3,1	3,0
Urologen	3,7	3,2	3,1
Krankenhausbetten	74,9	62,6	83,3

Ausschöpfung

des ambulanten Potenzials

Gruppe 1: hoch (**Best-Practice**);

Gruppe 2: durchschnittlich;

Gruppe 3: gering

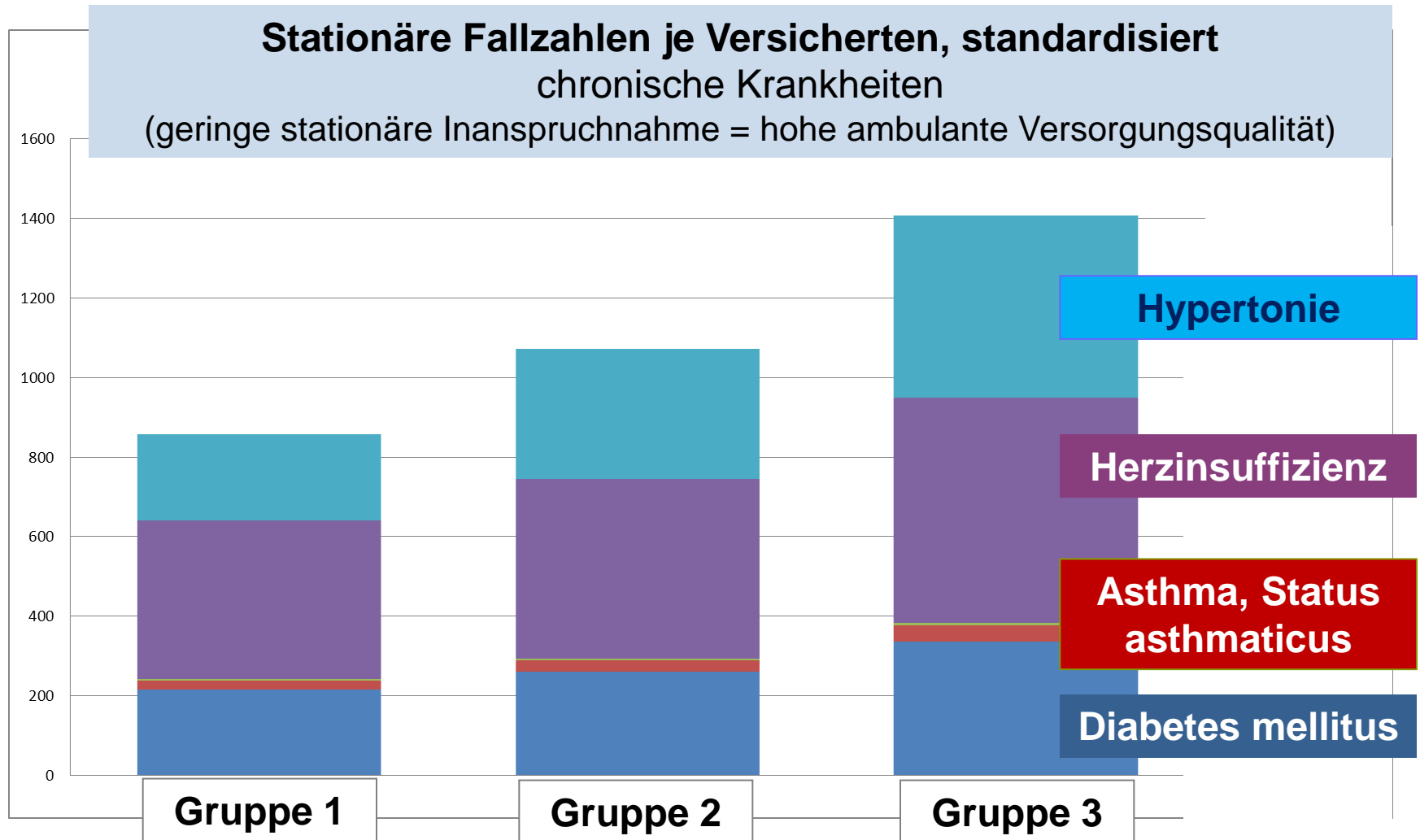
vertragsärztliche Versorgungsstruktur

Gruppe 1: in allen Aspekten überdurchschnittlich

Gruppe 3: in allen Aspekten unterdurchschnittlich

Quelle: www.versorgungsatlas.de

Best-Practice-Regionen – Charakteristika der Versorgungsqualität



Ausschöpfung des ambulanten Potenzials

Gruppe 1: hoch (**Best-Practice**);

Gruppe 2: durchschnittlich;

Gruppe 3: gering

Quelle: www.versorgungsatlas.de

Projektion zum Jahr 2020

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

Basisjahr: 2011

Ein Ausschöpfen des ambulanten Versorgungspotentials könnte den demografisch bedingten Ausgabenanstieg verringern.

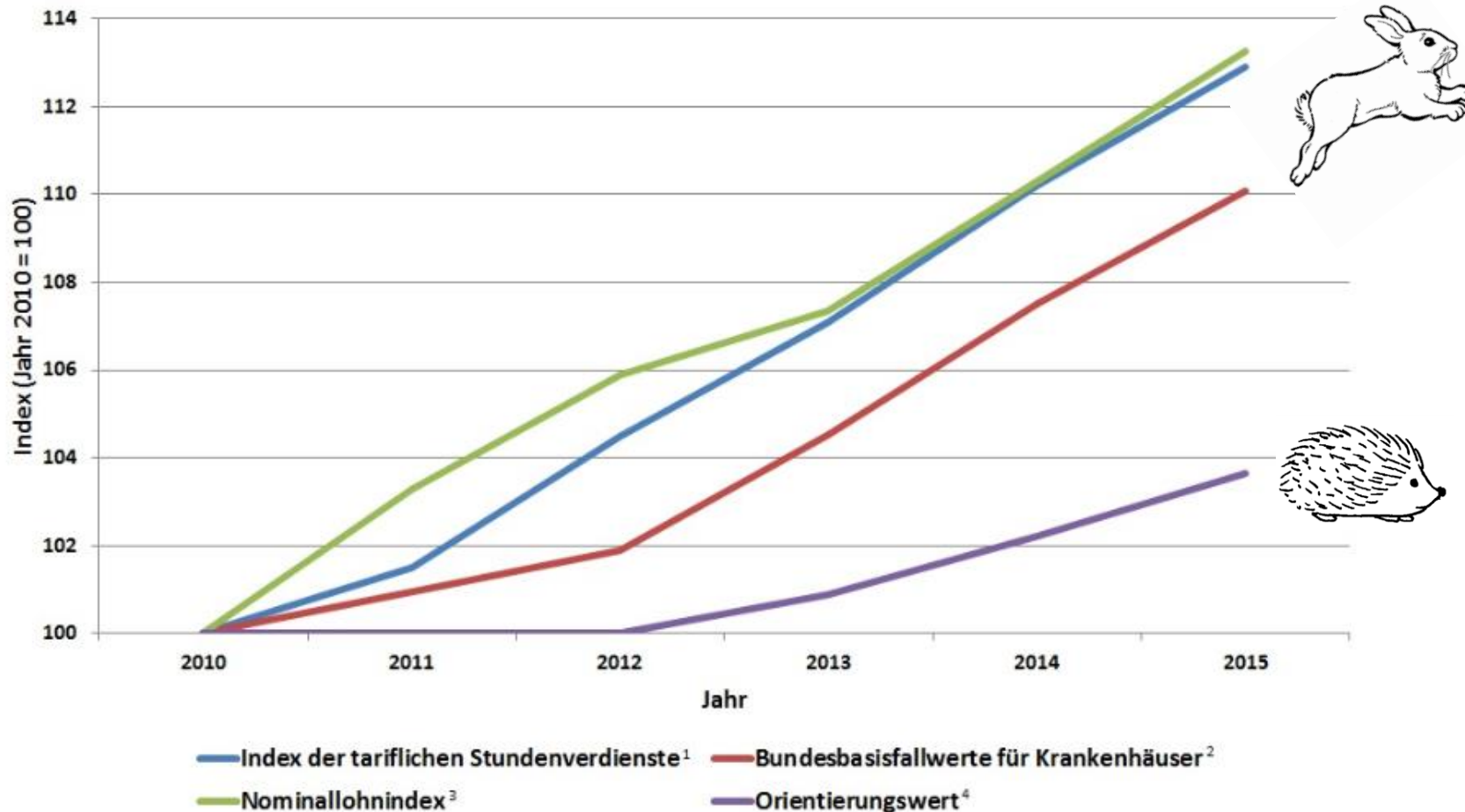
Voraussetzung: sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Mögliche Vorbilder: „Best-Practice Regionen“

Problem: mangelnde Entwicklungsdynamik in der vertragsärztlichen Versorgung durch gegebene Rahmenbedingungen

Relativer Wertverfall vertragsärztlicher Leistungen

Entwicklung des Orientierungswertes für ärztliche Leistungen im Vergleich

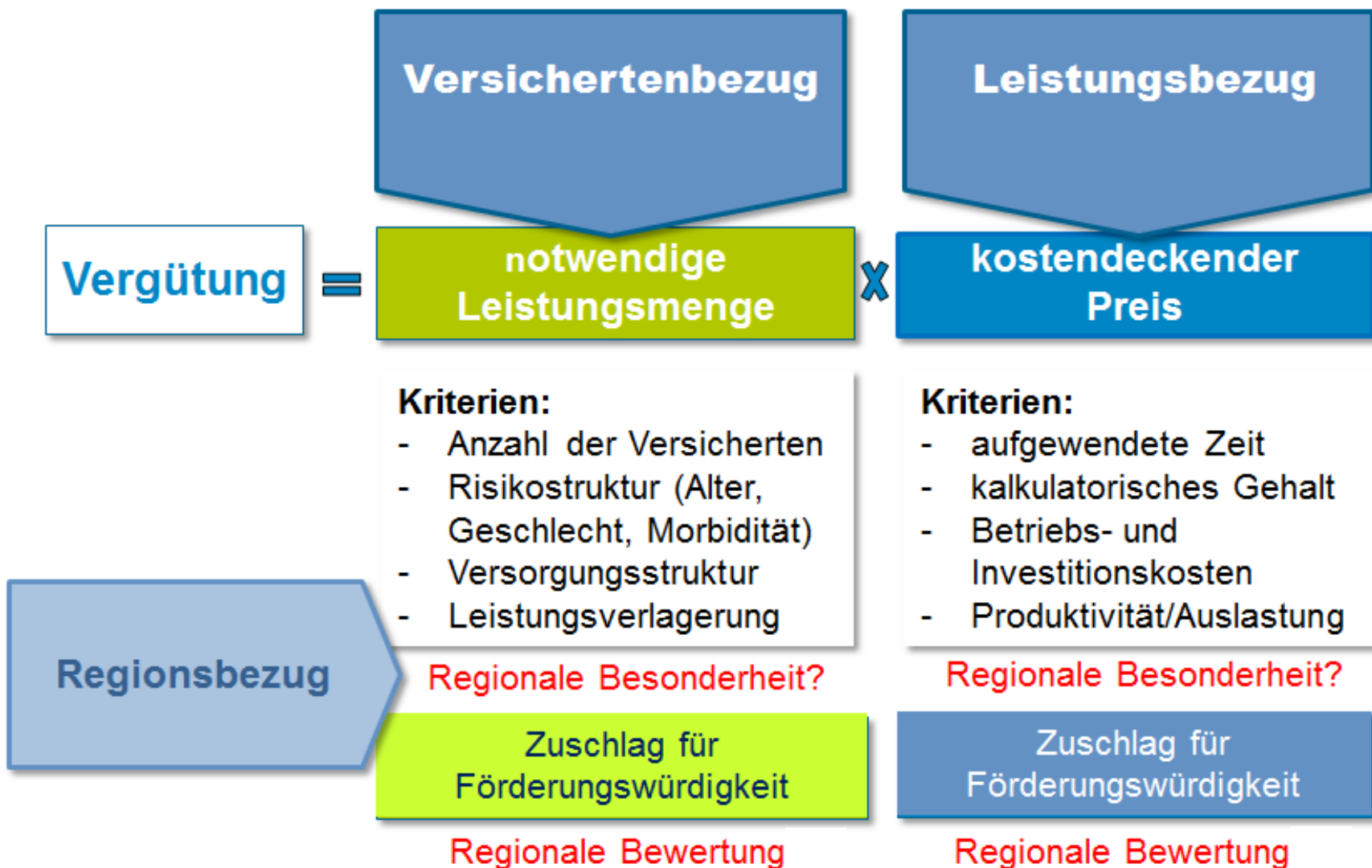


Während der Orientierungswert und damit die Preise ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen zwischen 2010 und 2015 um nur 3,6 Prozent angehoben wurden, sind der Nominallohnindex und die tariflichen Stundenverdienste aller Branchen in Deutschland um mehr als zwölf Prozent gestiegen. Der Bundesbasisfallwert als Preisindikator für Krankenhausleistungen hat im gleichen Zeitraum um mehr als zehn Prozent zugelegt.

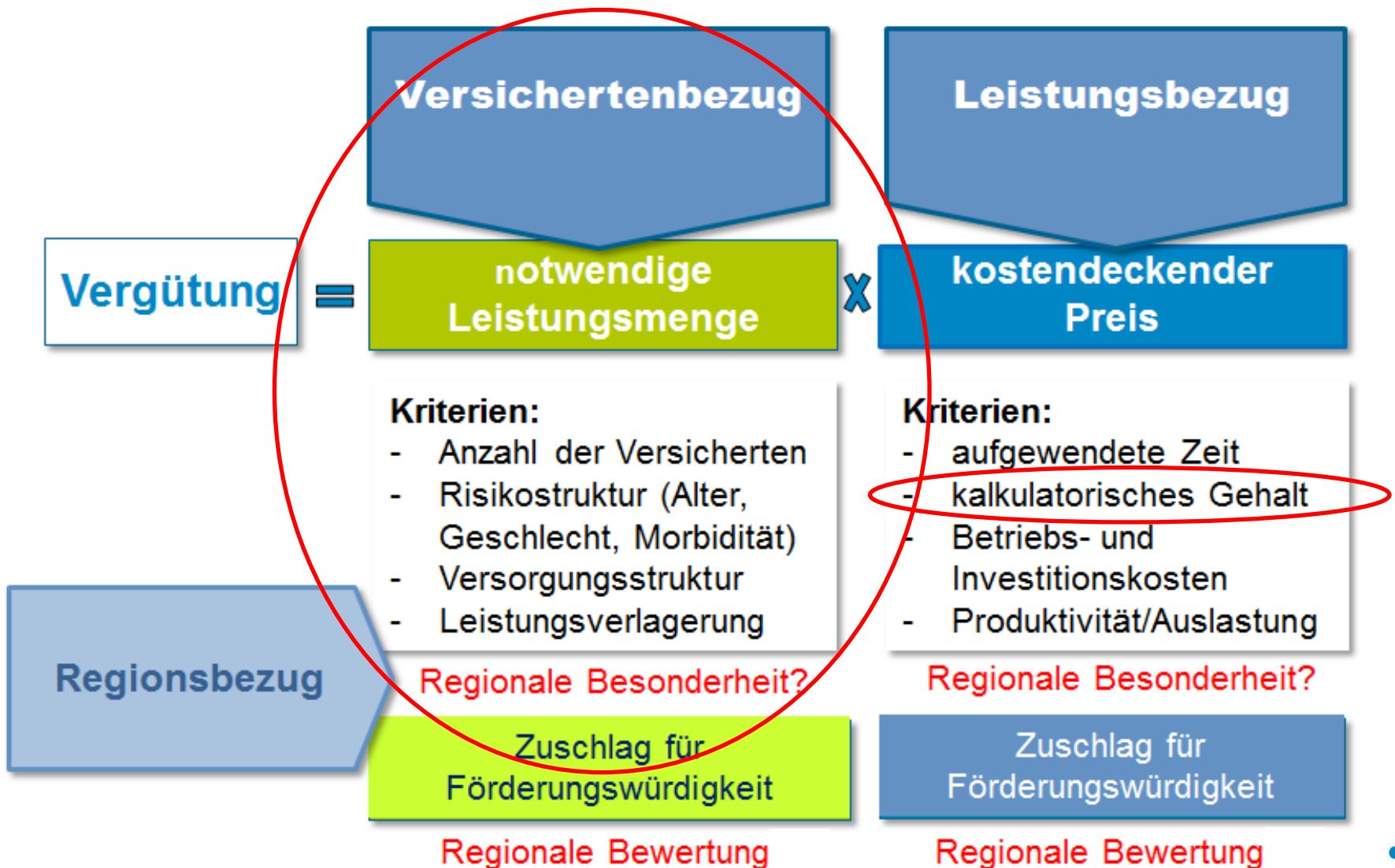
Handlungsbedarf: Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung

- 1. Steigerung der Attraktivität für junge Ärzte
(insbesondere im Vergleich mit Anstellung im Krankenhaus,
Dienstbelastung)**
- 2. Weiterentwicklung der Gesamtvergütung
nach sachgerechten Kriterien**
- 3. Weiterentwicklung der Bedarfsplanung:
sektorenübergreifend nach dem Grundsatz ambulant vor
stationär**
- 4. Öffnung der vertragsärztlichen Versorgung für
Entwicklungsziele**

Systematik der ärztlichen Vergütung (Rechtsgrundlage §§ 87 und 87a SGB V)



Systematik der ärztlichen Vergütung (Rechtsgrundlage §§ 87 und 87a SGB V)



**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450

Fax +49 30 4005 2490

zi@zi.de

