

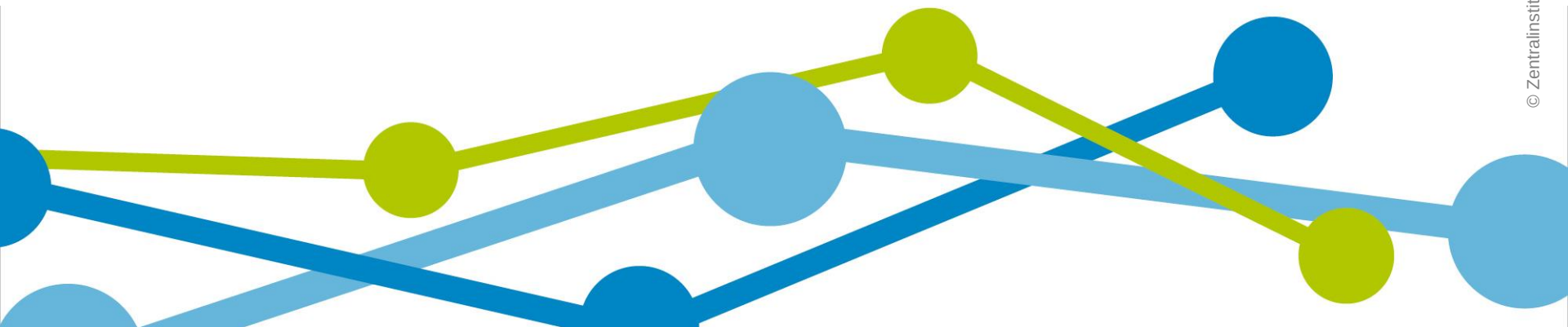


ZENTRALINSTITUT FÜR DIE
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG
IN DEUTSCHLAND

Vienna Health Care Lectures, 10. September 2015

Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten

Dr. Dominik von Stillfried, Thomas Czihal



Wo liegt das Problem?

- Klage über mangelnde Koordination der Versorgung besteht in allen Gesundheitssystemen der Industrieländer
- der medizinisch-technische Fortschritt und die medizinische Aus- und Weiterbildung treiben Spezialisierung überall voran
- Kapazitätsplanung und Vergütung unterscheidet traditionell im Wesentlichen ambulante und stationäre Versorgung („Sektoren“)



Die Frage, des richtigen Orts und der richtigen Zeit als (momentan) angemessene Form der medizinischen Behandlung muss fortwährend neu gestellt werden



Nach Maßgabe der medizinischen Angemessenheit sind auch die ökonomischen Konsequenzen alternativer Gestaltungsmöglichkeiten zu prüfen



Empfehlungen, Planungsvorgaben, Anreizwirkung in Gebührenordnungen müssen fortlaufend angepasst werden
(keine abschließende Lösung zu erwarten)

Grundsatzentscheidung des Gesetzgebers in Deutschland

§ 39 SGB V Satz 2

„ambulant vor stationär“

Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung ..., **wenn** die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil **das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.**

Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist ein nach wie vor **bedingter Anspruch** mit langer Vorgeschichte

- **Krankenversicherungsgesetz VG 1883:** Krankenhausbehandlung ist eine Kann-Leistung, somit genehmigungspflichtig
- **Leistungsverbesserungs-Gesetz 1973** Einschränkungen des Anspruchs auf Krankenhausbehandlung in § 184 RVO entfallen, Krankenhaus entscheidet über Notwendigkeit der Aufnahme
- **Folge:** Prüfung der Notwendigkeit und Dauer von Krankenhausbehandlungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen

Wo liegt das Problem?

- Schaffung eines geeigneten Referenzrahmens für die Angemessenheit der Versorgung („Was ist üblich? Was ist erwünscht?)
- Betrachtung der Wechselwirkung zwischen allen Versorgungsebenen oder Sektoren (**ambulante ärztliche Behandlung**, Arzneimittel und andere verordnete Leistungen, **Krankenhausbehandlung**, Rehabilitation, Pflege ...)



Internationale Vergleiche



Regionale Vergleiche

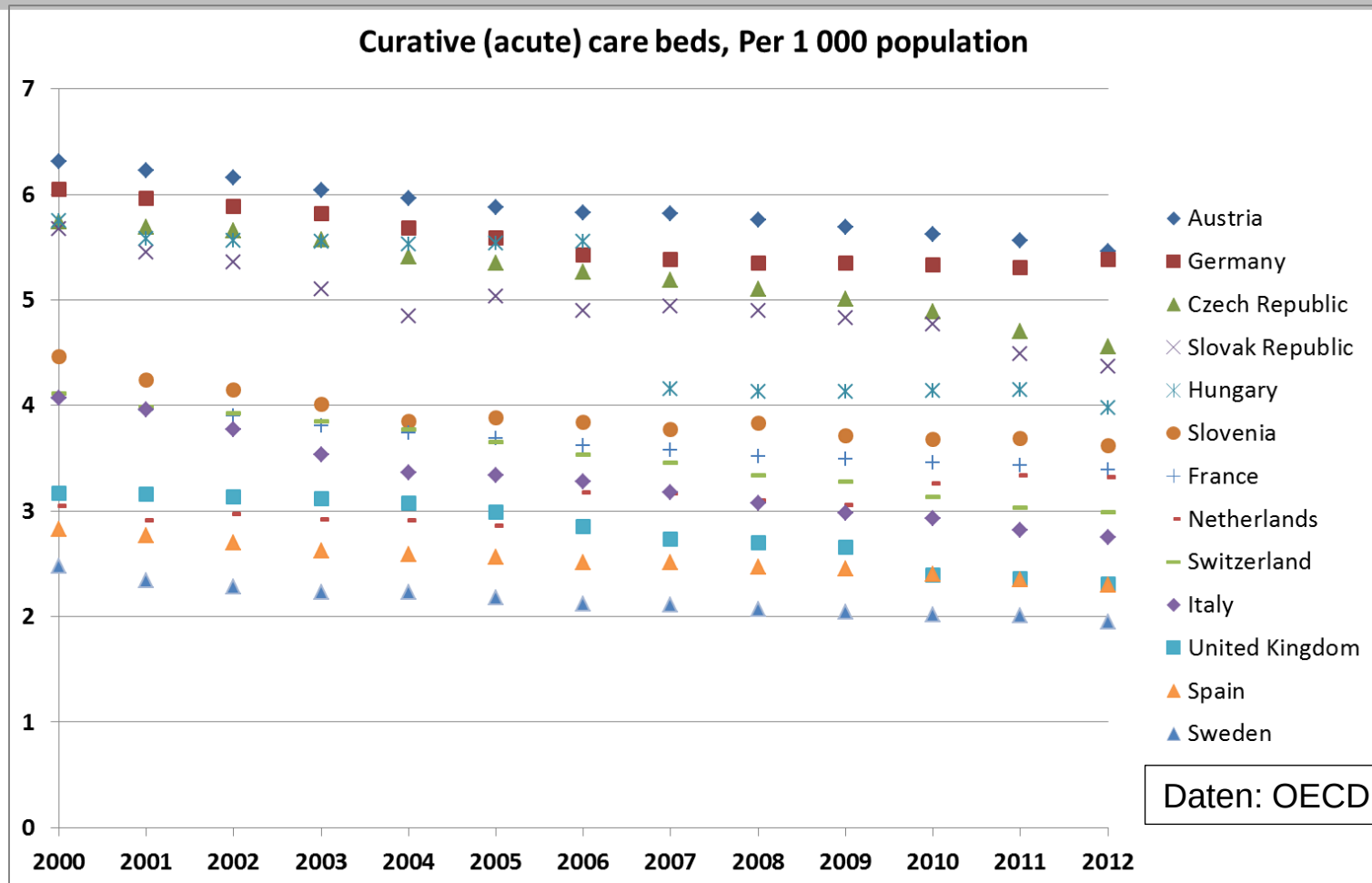


Prüfung der Substitutions- bzw. Komplementärwirkung

Krankenhauslandschaft im internationalem Vergleich

- Bettenzahl

Österreich und Deutschland weisen im internationalen Vergleich die höchsten Bettendichten auf.



Krankenhauslandschaft im internationalem Vergleich

- Entlassungen aus dem Krankenhaus

Österreich und Deutschland weisen im internationalen Vergleich die höchsten Fallzahlen im Krankenhaus auf.



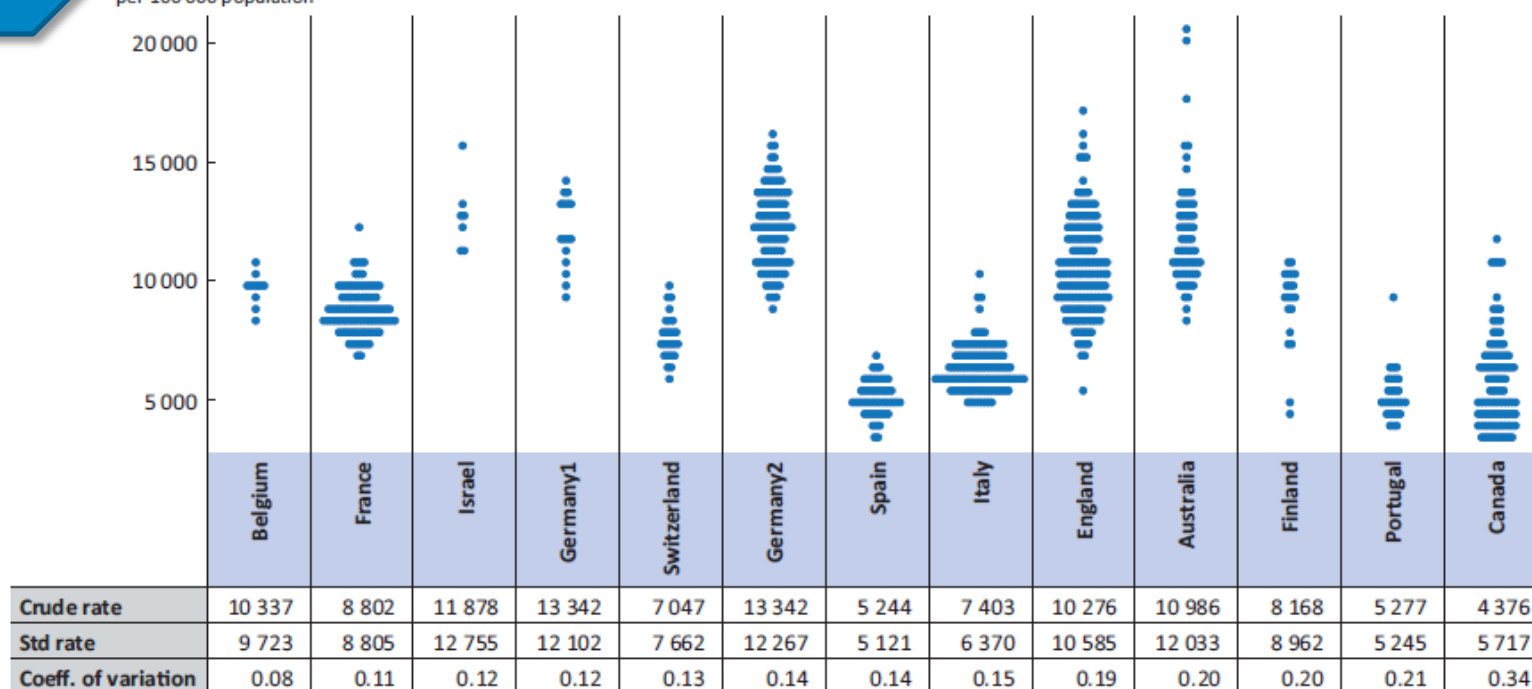
Geographic Variations in Health Care

WHAT DO WE KNOW AND WHAT CAN BE DONE TO IMPROVE HEALTH SYSTEM PERFORMANCE?

1. GEOGRAPHIC VARIATIONS IN HEALTH CARE USE IN 13 COUNTRIES: A SYNTHESIS OF FINDINGS – 37

Figure 1.2. Hospital medical admission rate across and within selected OECD countries, 2011 or latest year

Standardised rates
per 100 000 population



Note: Each dot represents a territorial unit. Rates are standardised using OECD population >15 years. Countries are ordered from the lowest to highest coefficient of variation within countries. Germany 1 and 2 correspond respectively to Länder and Spatial Planning Regions. Canadian data do not include mental hospital admissions in general hospitals leading to a relatively small under-estimation. Data for Portugal and Spain only include public hospitals. For Spain, the rates are reported based on the province where the hospital is located.

Source: Authors' estimates based on data submitted by countries for the OECD project.

Quelle: OECD 2014

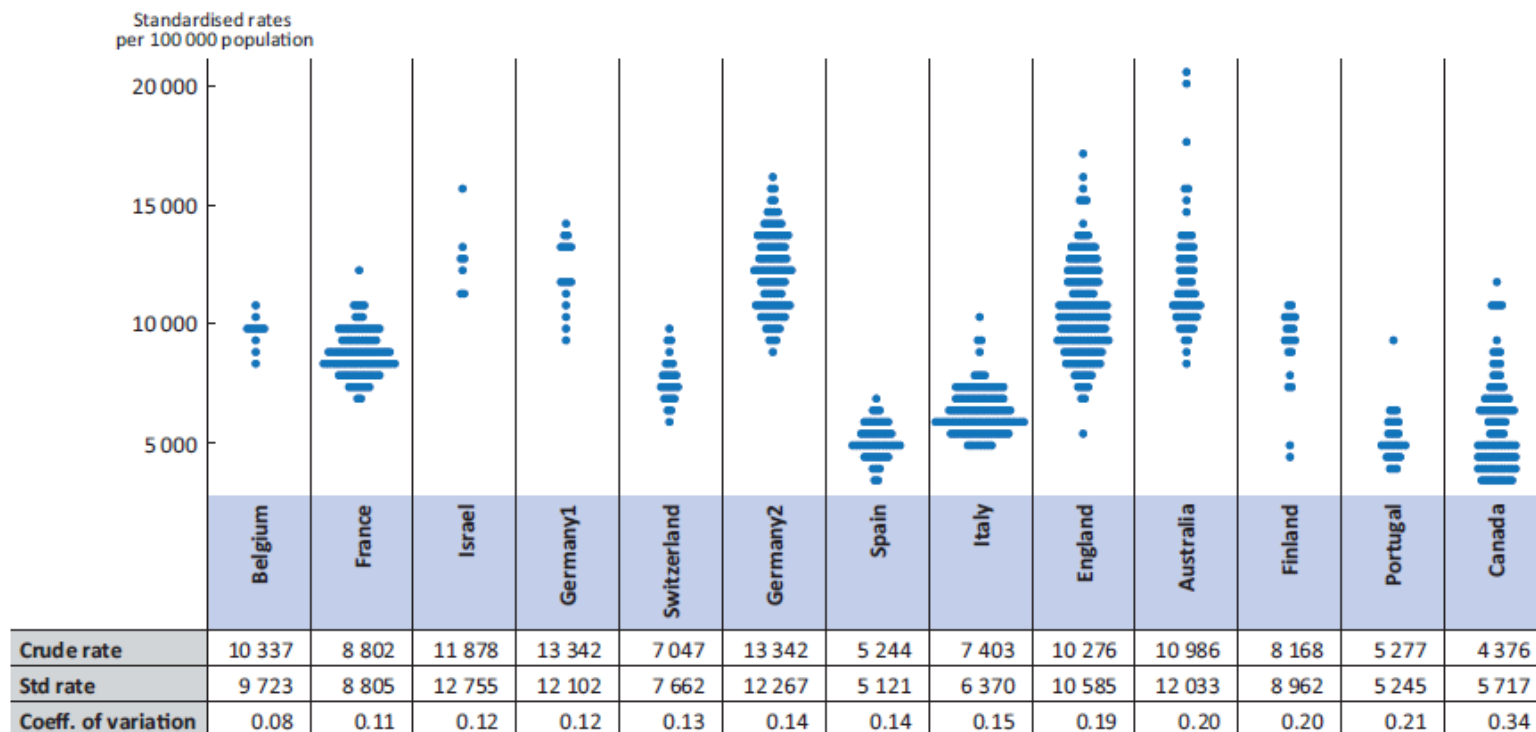
Geographic Variations in Health Care

WHAT DO WE KNOW AND WHAT CAN BE DONE TO IMPROVE HEALTH SYSTEM PERFORMANCE?

Anlass zur Sorge oder Folge rein sektorspezifischer Betrachtung?

1. GEOGRAPHIC VARIATIONS IN HEALTH CARE USE IN 13 COUNTRIES: A SYNTHESIS OF FINDINGS – 37

Figure 1.2. Hospital medical admission rate across and within selected OECD countries, 2011 or latest year



Note: Each dot represents a territorial unit. Rates are standardised using OECD population >15 years. Countries are ordered from the lowest to highest coefficient of variation within countries. Germany 1 and 2 correspond respectively to Länder and Spatial Planning Regions. Canadian data do not include mental hospital admissions in general hospitals leading to a relatively small under-estimation. Data for Portugal and Spain only include public hospitals. For Spain, the rates are reported based on the province where the hospital is located.

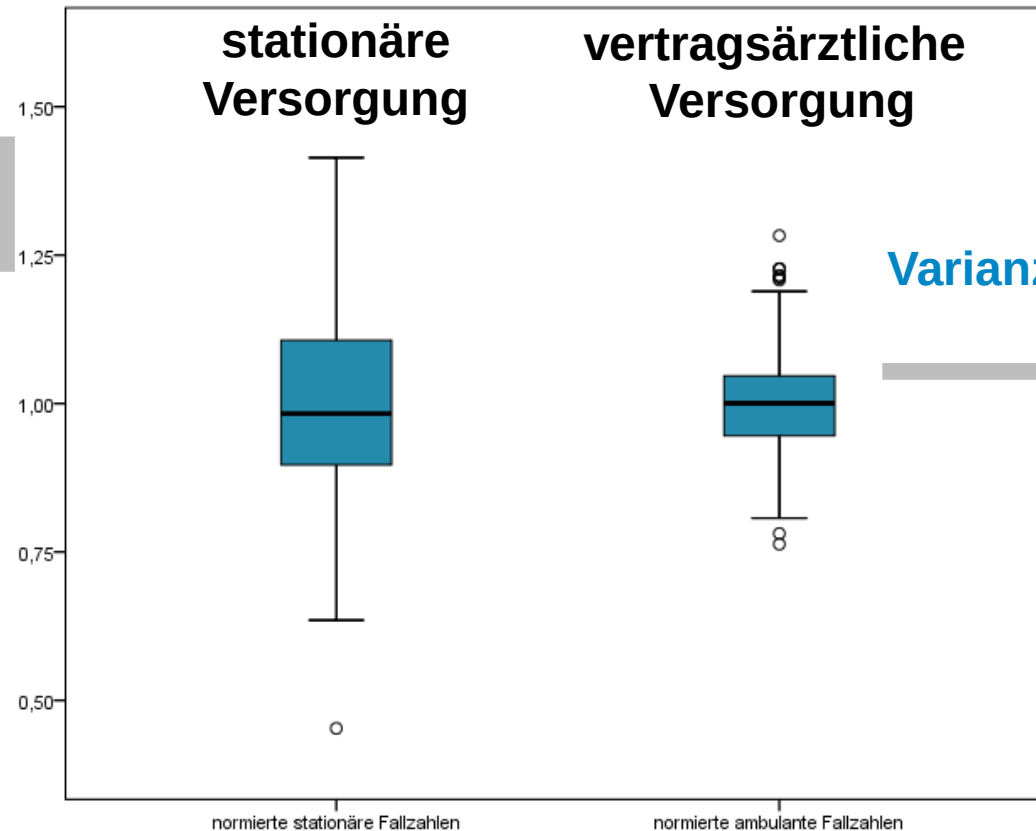
Source: Authors' estimates based on data submitted by countries for the OECD project.

Quelle: OECD 2014

Beobachtung

Erhebliche regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Deutschland:

Varianzkoeffizient:
0,14



Varianzkoeffizient:
0,08

DRG Statistik,
vertragsärztliche
Abrechnungsdaten 2008

Unterschiede der auf 1 normierten *ambulant* und *stationären Fallzahlen* nach dem Wohnortprinzip zwischen den 413 Landkreisen und kreisfreien Städten

Ein Erklärungsansatz

“... Overall we are able to account for 73 % of the variation at state level in terms of observable factors. By far the most important reason for the regional variation in the utilisation of in-patient services is *differences in medical needs*.

Differences in the supply of medical services and the substitutability of outpatient and inpatient treatment are also relevant, but to a lesser extent.”

Augurzky, B., T. Kopetsch und H. Schmitz (2013), What Accounts for the Regional Differences in the Utilisation of Hospitals in Germany?
European Journal of Health Economics 14 (4): 615-627

Ambulante & stationäre Versorgung - komplementäre oder substitutive Beziehung?

1972

The Review of Economics and Statistics

VOL. LIV

MAY 1972

NUMBER 2

THE SUBSTITUTION OF HOSPITAL OUTPATIENT CARE FOR INPATIENT CARE

Karen Davis and Louise B. Russell*

I Introduction

THE rising cost of inpatient hospital care has generated considerable interest in the possibility of promoting the use of outpatient hospital care as an alternative to hospitalization. Insurance coverage of both ambulatory and inpatient care, such as that provided under the Medicare program, has been based on the belief that comprehensive coverage will encourage use of the less costly, ambulatory, forms of medical care. Little is known, however, about what determines the use of outpatient facilities. For example, on the crucial matter of the influence of prices, economists have assumed that prices play an important role in the use of medical services, while medical care professionals have maintained that they do not influence medical decisions. There is not much evidence either way.

Thus, the first task of this paper is an investigation of the properties of the demand for hospital outpatient care. In order to explore the possibility of inducing the substitution of outpatient for inpatient care, the model to be estimated must specify fully all the means, including prices, by which such substitution might be induced. A demand function for outpatient visits is estimated by regression methods using data on 48 states for the year 1969. The model, data, and results are presented in sections II through IV. The estimates provide striking evidence of the responsiveness of outpatient visits to prices: the elasticity of outpatient visits de-

manded with respect to outpatient highly significant +1.0; its cross with respect to inpatient price is also and varies from 0.85 to 1.46, depending on the measure used.

In order to permit a fuller estimate of the substitution between outpatient care, the demand for inpatient care is estimated in section V.¹ Again, the demand proves to be responsive to price (the elasticity varies from -0.5 to -1.0 depending on the measure of patient price (elasticity)).

Finally, the possible inelasticities for the total demand are suggested in section VI and summarized in the conclusions.

II The Demand Specification

The demand for outpatient care is postulated to depend on a number of socio-demographic factors. The factors include the inpatient care, the extent of the service, the price of the service, the price of the available hospital care, and the price of the private hospital care.

The price of the private hospital care has the quantity

* Received for publication January 7, 1971. Revision accepted for publication December 2, 1971. The authors thank Harrington Bryce, Wayne Vroman, and Stanley Wallack for helpful comments. The views expressed are the authors' own, and do not purport to be those of the Brookings Institution or the National Commission on the Brookings Institution.

¹ All the studies have in common is that they are based on the 1964-1965 Compensation Laws.

² All the studies have in common is that they are based on the 1964-1965 Compensation Laws.

R. Brennecke et al. (eds.), *Ambulante und stationäre Versorgung*. © Springer-Verlag Berlin 1972.

1987

Kapitel 5. Möglichkeiten und Grenzen einer Substitution stationärer Versorgung durch ambulante ärztliche Leistungserbringung*

Joachim Müller und Jürgen Wasem

Zusammenfassung

Die Aufgabenteilung zwischen ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungserbringung im gesundheitlichen Versorgungssystem der Bundesrepublik wird aus allokatorentheoretischer Sicht vielfach als unzureichend angesehen. In den letzten Jahren hat es deshalb eine Reihe von Ansätzen gegeben, die Substitutionskapazität des ambulanten Sektors gegenüber dem stationären Sektor zu erhöhen.

Der Beitrag untersucht anhand einer Analyse der gesundheitsökonomischen Literatur und einer von den Autoren durchgeführten Befragung der Landesverbände der Ortskrankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen das Spektrum von Maßnahmen, die eine Substitution von Krankenhausleistungen durch ambulante Leistungen zum Ziel haben. Dabei wird zwischen auf die niedergelassenen Ärzte ausgerichteten individuellen und kollektiven Anreizsystemen und Ansätzen der Schaffung realer Versorgungsstrukturen unterschieden. Es werden die Möglichkeiten und Grenzen dieser Maßnahmen diskutiert.

1 EINLEITUNG

Der multidimensionalen Bedarfsstruktur der Bevölkerung wird die Infrastruktur gesundheitlicher Versorgungseinrichtungen dann gerecht, wenn "der jeweilige Patient eine angemessene Versorgung zur angemessenen Zeit im angemessenen Ausmaß am richtigen Versorgungsort erhält" (SCHICKE 1981, S. 153). Abweichungen hiervon führen zu "Überversorgung" oder "Unterversorgung". Es wird vermutet, daß solche "Fehlplatzierungen" von Patienten im bundesdeutschen Gesundheitssystem insbesondere in der Relation ambulanter zu stationärer Behandlung ein quantitativ erhebliches Ausmaß annehmen. Als Input-Indikator hierfür gilt etwa die im internationalen Vergleich unterdurchschnittliche Infrastruktur im teilstationären Bereich (DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN 1982, S. 726 ff.; DEUTSCHES KRANKENHAUSINSTITUT 1979); als Output-Indikator wird die im internationalen Vergleich überhohe und zudem im nationalen Querschnitt extrem streuende Verweildauer im Krankenhaus herangezogen (RUSCHMANN 1982, S. 25 ff.).

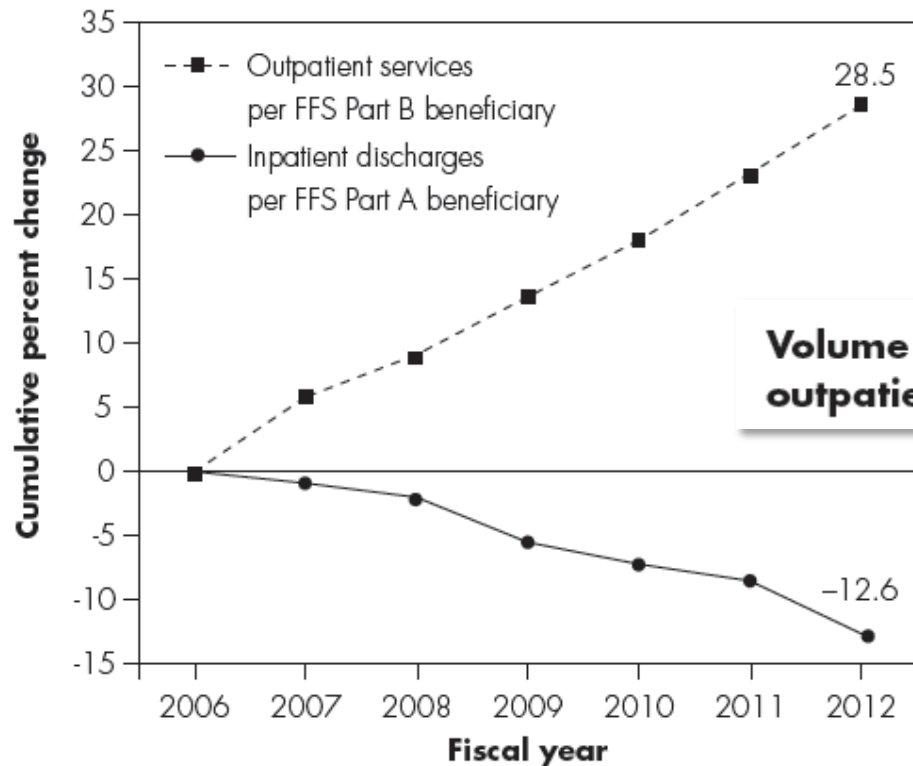
Die Vermutung unausgewogener Versorgungsstrukturen führte zu zwei Reformansätzen: Auf der einen Seite wurde propagiert, daß durch Ausdifferenzierung vollstationärer Versorgung in verschieden intensive Leistungsformen, z. B. nach

* Die Verfasser danken den Landesverbänden der Ortskrankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, die sich in teilweise großer Ausföhrlichkeit an unserer Befragung beteiligten und geduldige Gesprächspartner waren.

Ambulante & stationäre Versorgung - komplementäre oder substitutive Beziehung?

**FIGURE
3-1**

Medicare inpatient discharges per beneficiary declined as outpatient visits per beneficiary increased



Note: FFS (fee-for-service). Data include general and surgical, critical access, and children's hospitals.

Source: Medicare hospital cost reports and Medicare outpatient claims data.

REPORT TO THE CONGRESS

Medicare Payment Policy

03/2014

Volume of services: Inpatient volume declines as outpatient volume grows

MEDPAC *Advising the Congress on Medicare issues*

The Medicare Payment Advisory Commission

is a nonpartisan legislative branch agency that provides the U.S. Congress with analysis and policy advice on the Medicare program.

Ambulantes Potential in Deutschland

„Im Jahr 2010 betrug die Verweildauer bei mehr als einem Drittel aller im Krankenhaus erbrachten stationären Fälle höchstens drei Tage, d.h. über 6 Millionen stationäre Fälle gelten aktuell als so genannte Kurzlieger. *Wenngleich sicher nicht sämtliche dieser Fälle ambulant hätten erbracht werden können und die Verweildauerverkürzung z. T. auch mit Leistungsverdichtungen begründet werden können, zeigen die kontinuierlich sinkende Gesamtverweildauer, die Zunahme von Kurzliegern und die Existenz vieler Stundenfälle das erhebliche Potenzial einer zunehmenden ambulanten Leistungserbringung auf.*“

Verweildauer in Tagen	Anzahl Patienten	%-Anteil der Patienten
Stundenfall	528 461	2,9 %
1	2 274 486	12,3 %
2	2 421 623	13,1 %
3	2 131 914	11,5 %
4	1 762 886	9,5 %
5	1 373 270	7,4 %
6	1 120 587	6,1 %
7	1 006 855	5,4 %
8-9	1 464 226	7,9 %
10-12	1 353 277	7,3 %
13-14	690 938	3,7 %
15-21	1 155 208	6,2 %
22-28	488 819	2,6 %
≥ 29	717 448	3,9 %
Insgesamt	18 489 998	100,0 %

Quelle: SVR-Gesundheit 2012

~ 40% „Kurzlieger“

Tabelle 11: Verweildauer von aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Patienten/-innen (einschließlich Sterbe- und Stundenfälle) nach Anzahl der Verweildauertage im Jahr 2010

Ambulantes Potential im internationalen Vergleich – z.B. AOP

„In nahezu sämtlichen der 37 untersuchten Operationen zeigten sich große Unterschiede zwischen den Ländern (oftmals in etwa derselben Reihenfolge). Besonders auffällig sind dabei die Anteile im Bereich der Leistenbruch-Operationen: Während in den USA (84,1 %), Kanada (71,2 %) oder Dänemark (73,0 %) die Mehrheit aller Eingriffe in diesem Gebiet ambulant durchgeführt wird, sind es in Deutschland lediglich 6,0 %.“

Quelle: SVR-Gesundheit 2012

Land	Anteil (bezogen auf zuvor definiertes Patientenkollektiv)
Kanada (Provinz Alberta)	83,8 %
USA (Medicare)	83,5 %
Dänemark	79,3 %
Australien	74,0 %
Niederlande	69,8 %
Belgien	69,0 %
Norwegen	68,0 %
Schweden	66,7 %
England	62,5 %
Finnland	62,4 %
Schottland	62,0 %
Deutschland	60,7 %
Spanien	54,0 %
Frankreich	44,9 %
Hong Kong	42,5 %
Italien	41,0 %
Portugal	18,5 %

Tabelle 24: Anteil ambulanter Operationen an allen Operationen (bezogen auf ein definiertes Vergleichskollektiv) im internationalen Vergleich

Stand der wissenschaftlichen Diskussion

1

„Obwohl sich nicht abschließend beziffern lässt, wie groß die **ambulanten Substitutionseffekte** letztlich sind, gibt es doch einige Hinweise darauf, dass **dieses Potenzial derzeit bei weitem noch nicht ausgeschöpft ist.**“

(SVR Gesundheit 2012)

2

„In den einzelnen Leistungsbereichen lassen sich ähnliche Spannen und Streuungen beobachten, wobei die ärztlichen Ausgaben etwas weniger streuen, die Krankenhausausgaben hingegen etwas mehr. **Insgesamt gibt es auch Kompensationseffekte zwischen den einzelnen Leistungsbereichen.**“

(Göpffarth: Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich in BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell (2011))

3

„Je höher die **Facharztdichte** in der ambulanten Versorgung, desto weniger typischerweise **ambulant behandelbare Fälle** werden **im Krankenhaus** versorgt.“

IGES-Gutachten „Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten“ im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums, vgl.

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014_3/140808_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf

Ambulant sensitive Konditionen (ASK) Konzept

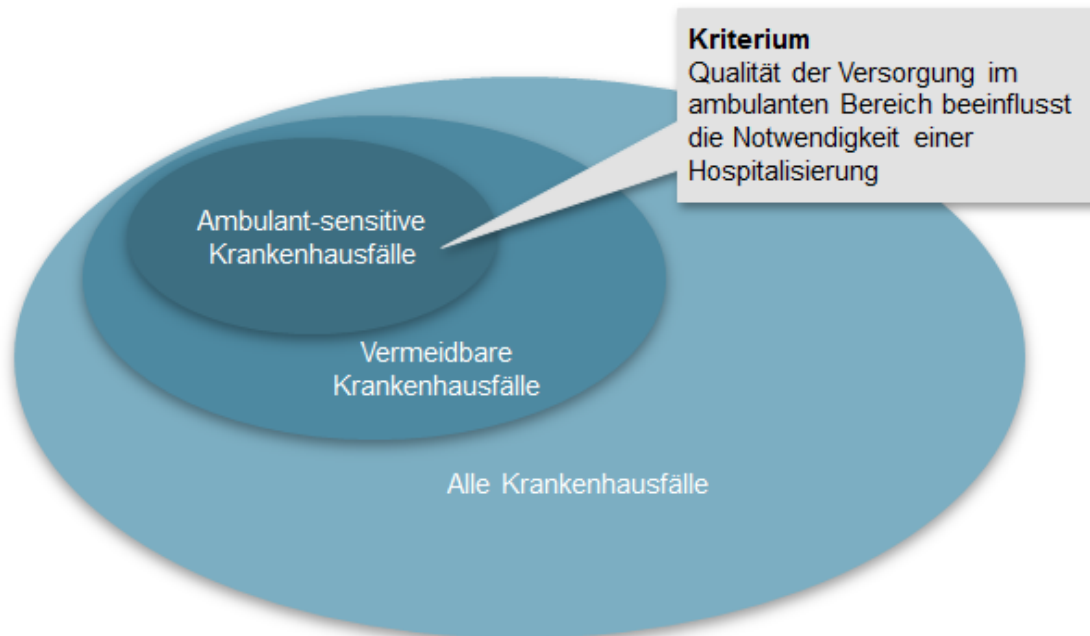


LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

FACHBEREICH HEALTH SERVICES MANAGEMENT



Abgrenzung: Ambulant-sensitive Krankenhausfälle sind eine Teilmenge der "vermeidbaren Krankenhausfälle"



Hierzu existieren international diverse ASK-Kataloge (ICD-basiert)

Quelle: Sundmacher L. Wechselwirkung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung – Gibt es einen Zusammenhang? Vortrag bei: Versorgungsforschungstag der KV Hamburg; Die Ambulantisierung der Medizin: Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel Hamburgs, 17.7.2015

Ambulant sensitive Konditionen (ASK) Konzept



Ambulant-sensitive Krankenhausfälle als Qualitätsindikator

- **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)** empfahl Erhebung von Qualitätsindikatoren für den ambulanten Sektor zum Zwecke von Qualitätmessung und als Grundlage für einen Qualitätswettbewerb
- Quantifizierung von Qualität im ambulanten Sektors ist eine Herausforderung
 - a) viele Patienten mit chronischen Leiden ohne eindeutigen Endpunkt: Messung von Ergebnisqualität ist eine Herausforderung
 - b) viele Versorger: Verantwortung/Einfluss des einzelnen Versorgers für/auf Patienten unklar
 - c) Fallzahl auf Praxisebene zumeist klein (Inferenzproblem)
- SVR empfahl Erhebung von risikoadjustierten Krankenhausfällen, die durch Zugang oder Qualität im ambulanten Sektor vermieden werden können. Messung auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte

Quelle: Sundmacher L. Wechselwirkung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung – Gibt es einen Zusammenhang? 17.7.2015

Ambulant-sensitive Konditionen: Substitutive Beziehung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Eur J Health Econ

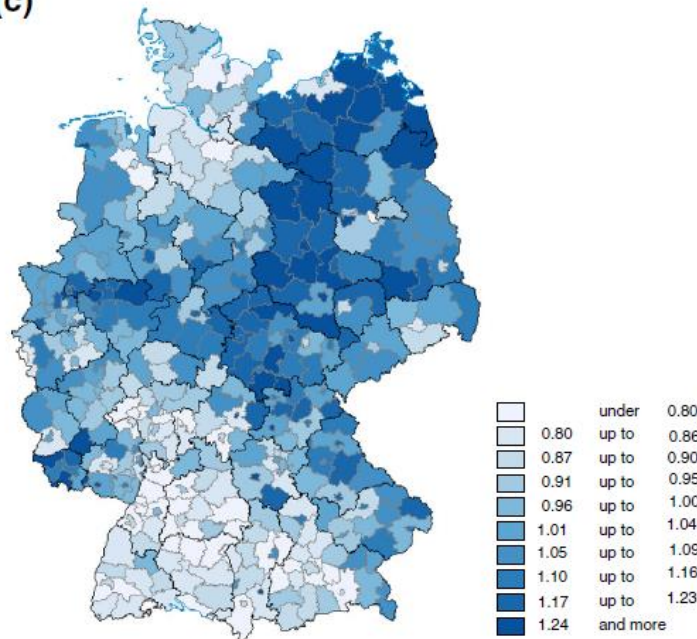
DOI 10.1007/s10198-014-0578-4

ORIGINAL PAPER

The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions

Leonie Sundmacher • Thomas Kopetsch

(c)



(d)

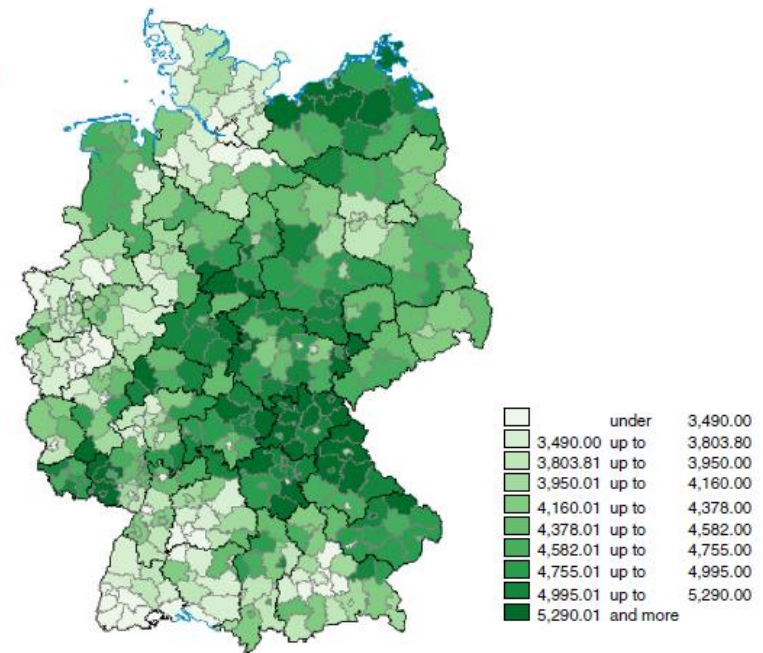


Fig. 1 Geographical distribution of ambulatory care-sensitive hospitalizations and the corresponding UVS points billed (for services performed in the ambulatory sector) for women (a,b) and men (c,d). Both indicators are age-standardized

Ambulant-sensitive Konditionen: Substitutive Beziehung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung

Eur J Health Econ

DOI 10.1007/s10198-014-0578-4

ORIGINAL PAPER

The impact of office-based care on hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions

Leonie Sundmacher · Thomas Kopetsch

ASK-Fälle je Einwohner

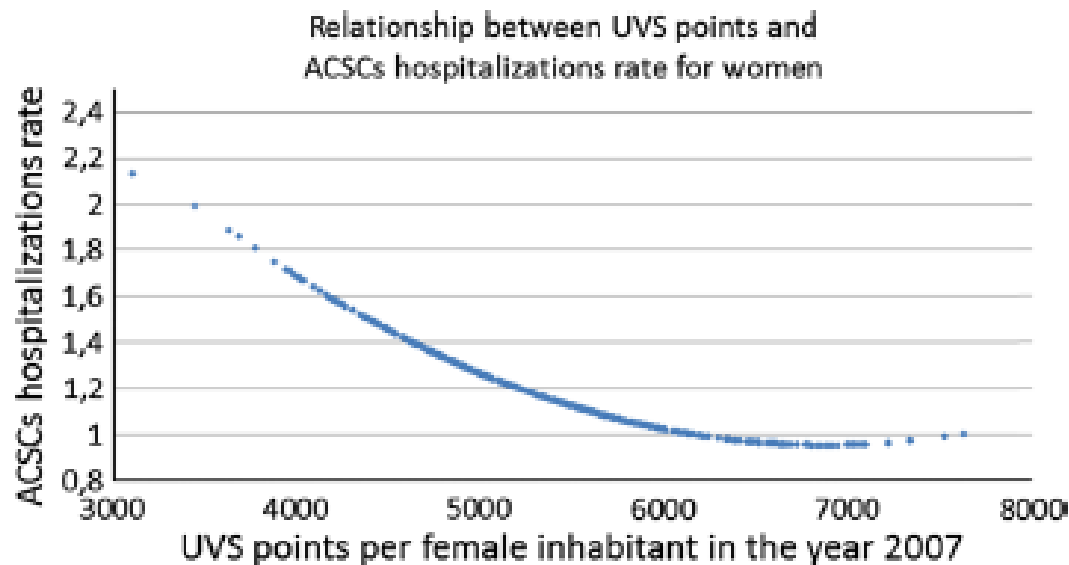


Fig. 2 Relationship between UVS points and ACSCs hospitalization rate for women (evaluated at the mean value of the covariates)

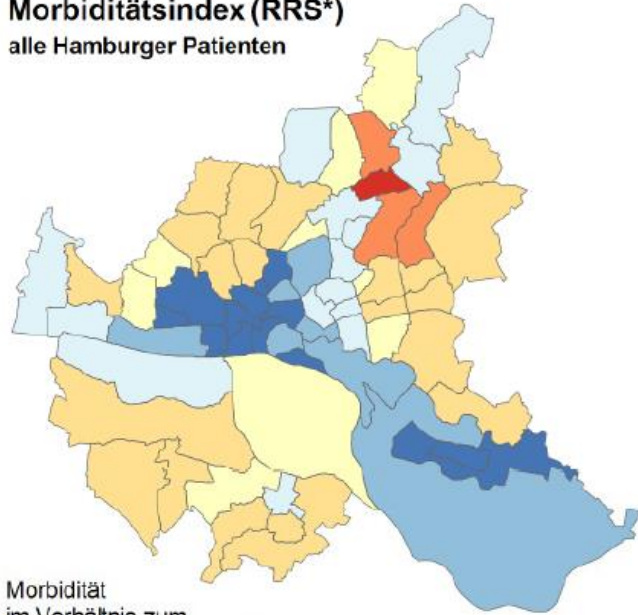
Leistungsdichte in EBM-Punkten je Einwohner

zi

Zusammenhang besteht auch innerhalb von Städten

Morbiditätsindex (RRS*)

alle Hamburger Patienten



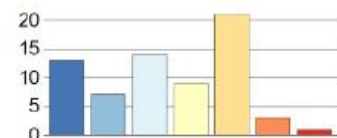
Morbidität
im Verhältnis zum
Hamburger Durchschnitt**

- - 10 bis 25%
- - 5 bis 10%
- - 1 bis 5%
- +/- 1%
- + 1 bis 5%
- + 5 bis 10%
- + 10 bis 15%

■ Datengrundlage nicht
ausreichend vorhanden

Quelle: ambulante Abrechnungs-
daten der KV Hamburg 2011

Anzahl der Stadtteile pro Klasse

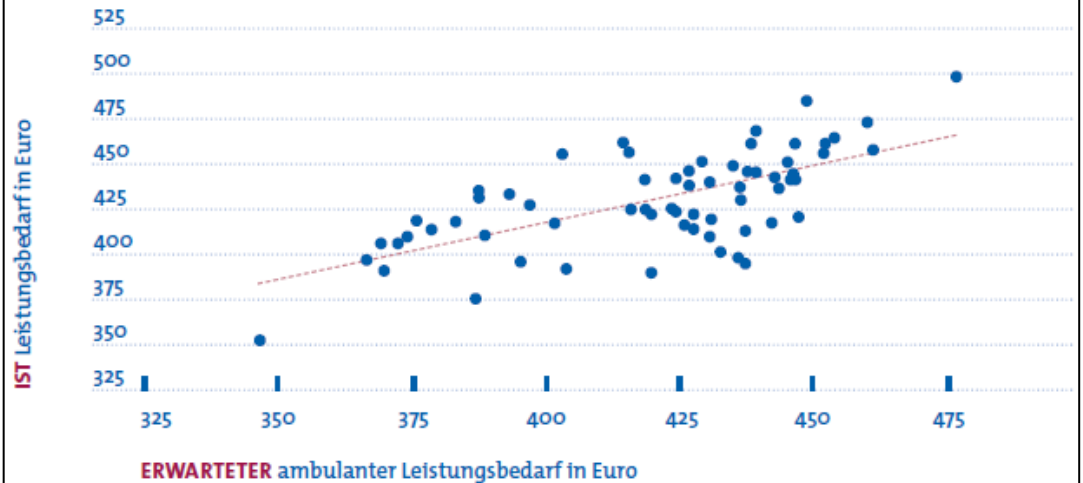


*Relativer Risikoscore
exklusive gynäkologischer und
psychotherapeutischer Leistungen

**Hamburger Durchschnitt = 100%



IN STADTTEILEN MIT HOHER KRANKHEITSHÄUFIGKEIT WERDEN AUCH MEHR LEISTUNGEN IN ANSPRUCH GENOMMEN



Zusammenhang zwischen morbiditätsbedingt erwartetem Leistungsbedarf
und tatsächlichem Leistungsbedarf bei Patienten 0 bis 80+ Jahre (ohne Gynäko-
logie und Psychotherapie)

Quelle: Ergänzende Analyse zum Morbiditätsatlas Hamburg;
Stillfried, Erhart in KVH Journal 1/2014

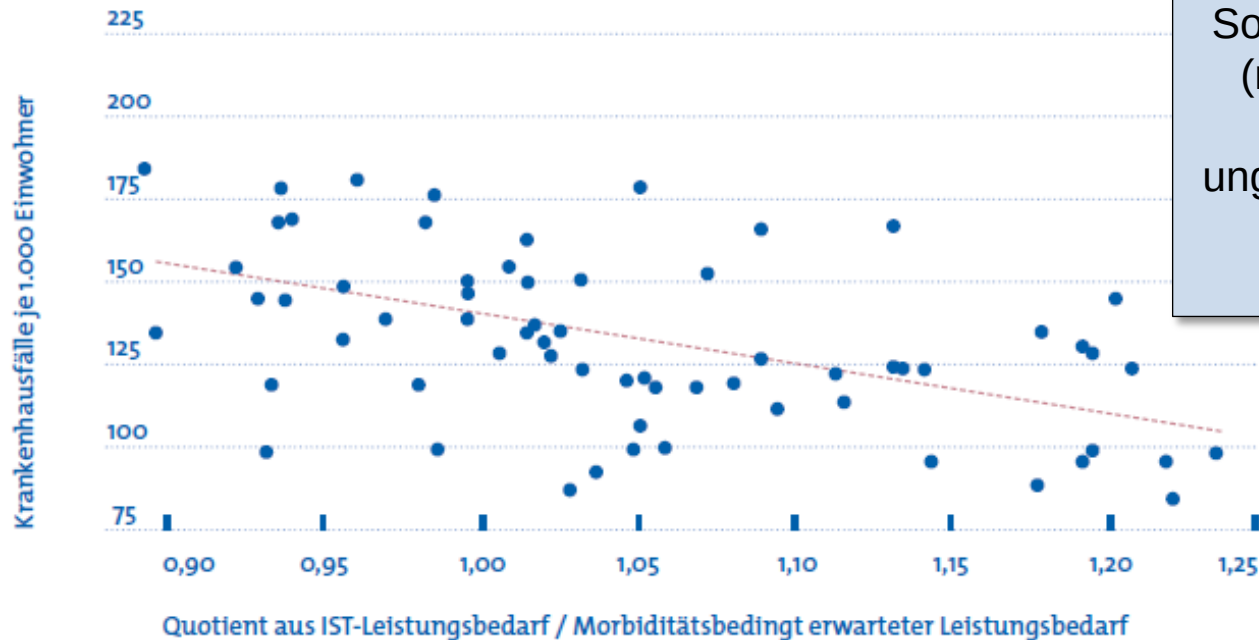
Quelle: Morbiditätsatlas Hamburg;

Erhart et al 2014

<http://www.hamburg.de/contentblob/4133362/data/morbidaetsatlas.pdf>

Zusammenhang besteht auch innerhalb von Städten

EINE INTENSIVERE AMBULANTE VERSORGUNG GEHT MIT WENIGER KRANKENHAUSFÄLLEN EINHER



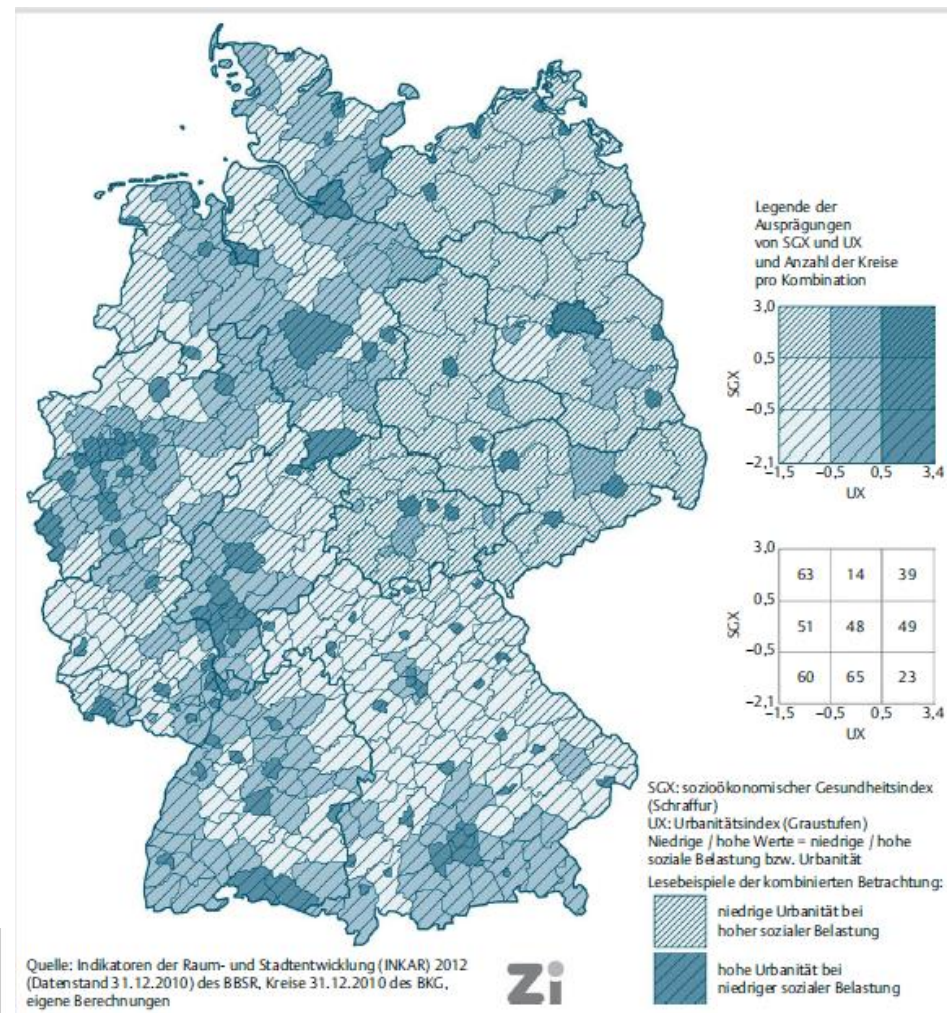
Wichtiger Confounder:
Sozialstruktur des Stadtteils
(mehr Krankenhausinanspruchnahme bei ungünstigerer Sozialstruktur)
moderiert räumliche Substitutionsmuster

Zusammenhang zwischen ambulantem Leistungsbedarf und stationärer Inanspruchnahme bei Patienten im Alter von 18 bis 64 Jahren
(Quelle: Abrechnungsdaten der KV Hamburg 2011 und Krankenhausdiagnosestatistik der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg)

Quelle: Ergänzende Analyse zum Morbiditätsatlas Hamburg; Stillfried, Erhart in KVH Journal 1/2014

Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs

M. Schulz, T. Czihal, M. Erhart, D. Stillfried, Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs. Das Gesundheitswesen, Ausgabe 1/2015



SGX = sozioökonomischer Gesundheitsindex
 UX = Urbanitätsindex

Tab. 4 Korrelationskoeffizienten (p-Werte) zwischen Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs und SGX und UX.

Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs	SGX Korrelationskoeffizient r (p-Wert)	UX
Morbidität/Mortalität		
RRS	0,774 (<0,001)	-0,107 (0,030)
Gesamtsterblichkeit, je 100 000	0,680 (<0,001)	-0,235 (<0,001)
Vorzeitige Sterblichkeit, je 100 000	0,779 (<0,001)	0,082 (ns)
Stationäre Inanspruchnahme		
Stationäre Fälle, je 100 000	0,615 (<0,001)	-0,284 (<0,001)
Ambulante Inanspruchnahme		
LB gesamt, alle	0,393 (<0,001)	0,402 (<0,001)
LB gesamt, 0- bis 19-jährige	0,131 (0,008)	0,305 (<0,001)
LB gesamt, 20- bis 39-jährige	-0,239 (<0,001)	0,592 (<0,001)
LB gesamt, 40- bis 59-jährige	0,109 (0,027)	0,628 (<0,001)
LB gesamt, 60- bis 79-jährige	0,338 (<0,001)	0,344 (<0,001)
LB gesamt, ≥80-jährige	0,209 (<0,001)	0,271 (<0,001)
Hausarzt-LB, alle	0,466 (<0,001)	-0,132 (0,007)
Hausarzt-LB, 0- bis 19-jährige	-0,105 (0,033)	-0,567 (<0,001)
Hausarzt-LB, 20- bis 39-jährige	0,162 (0,001)	-0,102 (0,038)
Hausarzt-LB, 40- bis 59-jährige	0,408 (<0,001)	0,009 (ns)
Hausarzt-LB, 60- bis 79-jährige	0,432 (<0,001)	-0,010 (ns)
Hausarzt-LB, ≥80-jährige	0,159 (0,001)	-0,002 (ns)
Facharzt-LB, alle	0,106 (0,031)	0,570 (<0,001)
Facharzt-LB, 0- bis 19-jährige	0,162 (0,001)	0,561 (<0,001)
Facharzt-LB, 20- bis 39-jährige	-0,312 (<0,001)	0,643 (<0,001)
Facharzt-LB, 40- bis 59-jährige	-0,142 (0,004)	0,659 (<0,001)
Facharzt-LB, 60- bis 79-jährige	0,046 (ns)	0,430 (<0,001)
Facharzt-LB, ≥80-jährige	0,140 (0,004)	0,387 (<0,001)
LB nach ausgesuchten GOPs		
Drogensubstitution (01950)	0,048 (ns)	0,574 (<0,001)
Chronikerpauschale (03212)	0,646 (<0,001)	-0,188 (<0,001)
Psychotherapie ¹ (Kap. 35)	-0,345 (<0,001)	0,646 (<0,001)

Einsparpotentiale: Modellrechnung IGES

Gutachten 2014 zu förderungswürdigen Leistungen (Auftraggeber: BMG)

Tabelle 5: Einsparpotentiale einer Verringerung von ASK-Fällen nach unterschiedlichen ASK-Modellen und Benchmarks, 2011

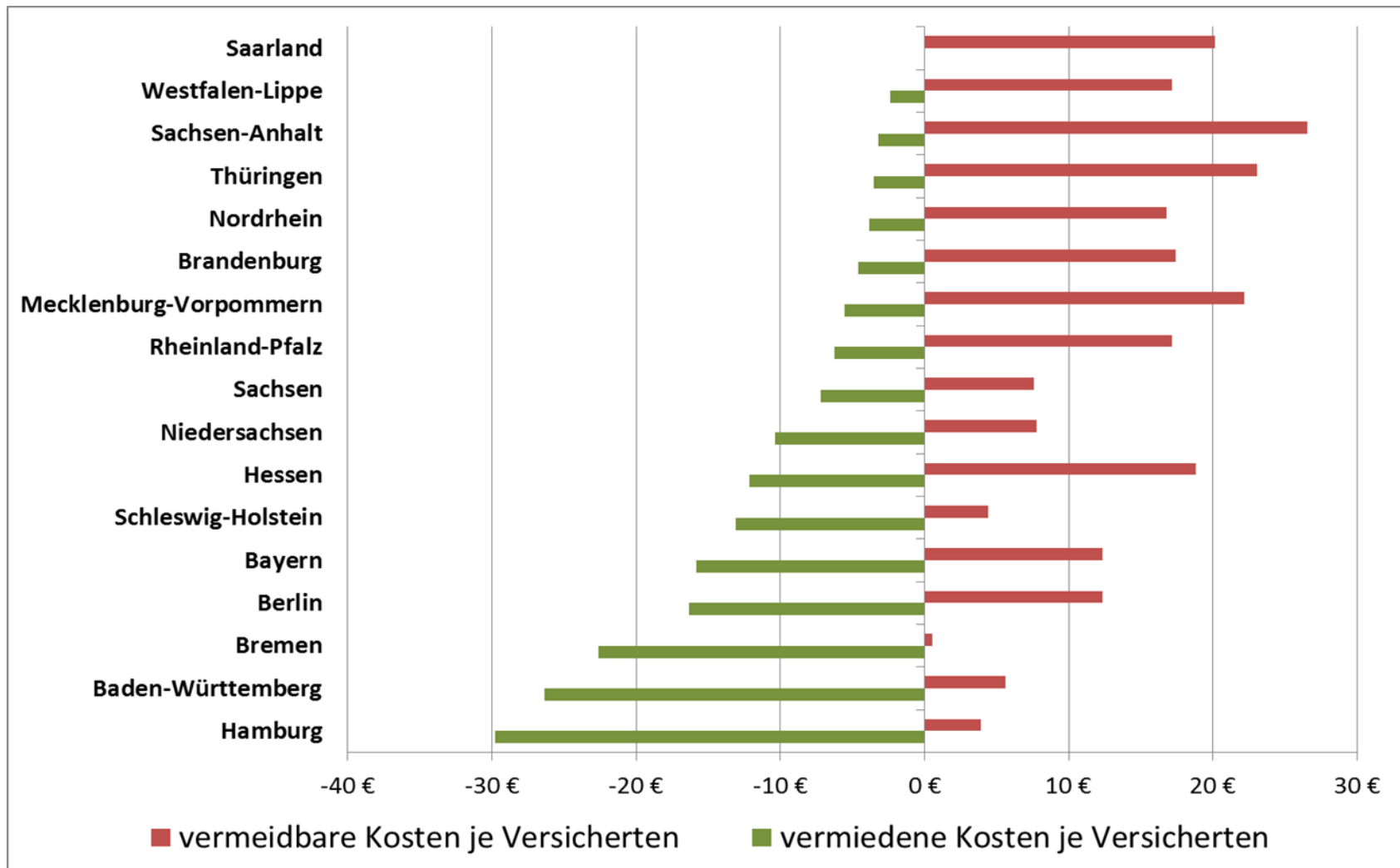
	Modell 1*	Modell 2*
Anzahl ASK-Fälle	1.883.966	854.168
Kosten ASK-Fälle gesamt in Mio. €	6.174	2.179
Kosten je ASK-Fall in €	3.277	2.551
Ø ASK-Rate je 100.000 EW	2.396,9	1.088,4
Benchmark 1: Mittelwert Deutschland (absolut)		
Abbau ASK-Fälle	-140.761	-72.546
Einsparpotential in Mio. €	-461	-185
in % der Kosten ASK-Fälle gesamt	-7,5%	-8,5%
Benchmark 2: individueller Erwartungswert, wenn Erwartungswert < Ist-Wert		
Abbau ASK-Fälle	-103.881	-62.595
Einsparpotential in Mio. €	-340	-160
in % der Kosten ASK-Fälle gesamt	-5,5%	-7,3%
Benchmark 3: Ø %-Unterschreitung Erwartungswert		
Abbau ASK-Fälle	-262.472	-147.311
Einsparpotential in Mio. €	-860	-376
in % der Kosten ASK-Fälle gesamt	-13,9%	-17,2%

Quelle: IGES

ASK =
ambulant-sensitive
Krankenhausfälle
(Indikationen)

Einsparpotentiale: Modellrechnung IGES

Ergänzungsgutachten 2015 zu vermeidbaren und vermiedenen Kosten durch ambulante Substitution (Auftraggeber: Zi)



Quelle: IGES, Ergänzungsgutachten zum Gutachten für das BMG im Auftrag des Zi

Zeitliche Perspektive: Langfristige Entwicklung der stationären Fallzahlen – geringer als erwartet

TABELLE 2

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

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

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

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnungen

Zeitliche Perspektive: Langfristige Entwicklung der stationären Fallzahlen – geringer als erwartet

TABELLE 2

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

Hauptdiagnosegruppe/Diagnosegruppe	Fallzahlen		Index (Veränderung in %)		
	2000	2009	insgesamt	wegen Risiko	wegen demografischer Alterung
beide Geschlechter					
A00–T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	16 723 761	17 000 000			
darunter					
I00–I99 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 752 941	2 800 000			
– I20–I25 ischämische Herzkrankheiten	895 016	900 000			
– I50 Herzinsuffizienz	239 148	240 000			
– I60–I69 zerebrovaskuläre Krankheiten	390 598	400 000			
C00–C97 (ohne C44) bösartige Neubildungen	1 617 804	1 600 000			
– C18–C21 Darmkrebs	248 352	173 455	0,698 (–30,2)	0,613 (–38,7)	1,000 (+6,5)
– C33–C34 Lungenkrebs	177 450	188 100	1,060 (+6,0)	0,922 (–7,8)	1,000 (+6,5)
– C50 Mammakarzinom	250 510	146 587	0,585 (–41,5)	0,553 (–44,7)	1,000 (+6,5)
– C61 Prostatakarzinom	80 088	83 868	1,047 (+4,7)	0,845 (–15,5)	1,000 (+6,5)
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 239 222	1 641 564	1,325 (+32,5)	1,244 (+24,4)	1,000 (+6,5)
– M15–M19 Arthrosen	298 507	419 411	1,405 (+40,5)	1,256 (+25,6)	1,118 (+11,8)
– M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	340 625	545 418	1,601 (+60,1)	1,508 (+50,8)	1,061 (+6,1)

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

tatsächlich

erwartet

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

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnungen

Langfristige Entwicklung der stationären Fallzahlen

– geringer als erwartet aber uneinheitlich

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

TABELLE 2

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

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

**Herz-Kreislauf:
Fallzahlrückgang
um 14,8%**

**Neubildungen:
Fallzahlrückgang
um 22,8%**

**Muskel-Skelett:
Fallzahlanstieg
um 24,4%**

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnungen

Entwicklung der stationären Belegungstage 2007 – 2011 nach Region

	Gesamt	Aufgrund der demographischen Entwicklung erwartet	Demografie- bereinigte Entwicklung
Schleswig-Holstein	0,30%	4,26%	-3,96%
Hamburg	-3,25%	3,15%	-6,39%
Bremen	-6,22%	2,27%	-8,49%
Niedersachsen	-2,66%	3,20%	-5,86%
Westfalen-Lippe	-2,52%	2,19%	-4,71%
Nordrhein	-2,50%	3,28%	-5,78%
Hessen	-2,09%	3,67%	-5,76%
Rheinland-Pfalz	-2,06%	2,82%	-4,88%
Baden-Württemberg	-4,14%	4,28%	-8,42%
Bayern	-4,97%	4,01%	-8,98%
Berlin	-0,62%	5,89%	-6,50%
Saarland	-3,80%	2,10%	-5,90%
Mecklenburg-Vorpommern	-2,81%	4,78%	-7,59%
Brandenburg	-2,79%	5,65%	-8,44%
Sachsen-Anhalt	-6,94%	1,88%	-8,83%
Thüringen	-0,18%	2,95%	-3,13%
Sachsen	-1,25%	3,05%	-4,31%
Bund	-2,94%	3,55%	-6,49%

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

Entwicklung der stationären Belegungstage 2007 – 2011 nach Region

	Gesamt	Aufgrund der demographischen Entwicklung erwartet	Demografie- bereinigte Entwicklung
Schleswig-Holstein	0,30%	4,26%	-3,96%
Hamburg	-3,25%	3,15%	-6,39%
Bremen	-6,22%	2,27%	-8,49%
Niedersachsen	-2,66%	3,20%	-5,86%
Westfalen-Lippe	-2,52%	2,19%	-4,71%
Nordrhein	-2,50%	3,28%	-5,78%
Hessen	-2,09%	3,67%	-5,76%
Rheinland-Pfalz	-2,06%	2,82%	-4,88%
Baden-Württemberg	-4,14%	4,28%	-8,42%
Bayern	-4,97%	4,01%	-8,98%
Berlin	-0,62%	5,89%	-6,50%
Saarland	-3,80%	2,10%	-5,90%
Mecklenburg-Vorpommern	-2,81%	4,78%	-7,59%
Brandenburg	-2,79%	5,65%	-8,44%
Sachsen-Anhalt	-6,94%	1,88%	-8,83%
Thüringen	-0,18%	2,95%	-3,13%
Sachsen	-1,25%	3,05%	-4,31%
Bund	-2,94%	3,55%	-6,49%

absolut: -2,94%

**demografie-
bedingt erwartet:
+3,55%**

**demografie-
bereinigt:
- 6,49%**

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

Entwicklung der stationären Belegungstage zwischen 2011 und 2012 nach KV-Region

KV- Region	Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage im stationären Bereich zwischen 2011 und 2012	
	Tatsächlich	Demografiebereinigt
Schleswig-Holstein	1,69%	0,29%
Hamburg	-0,12%	-1,32%
Bremen	1,52%	0,40%
Niedersachsen	-0,55%	-1,62%
Westfalen-Lippe	-0,47%	-1,32%
Nordrhein	0,68%	-0,42%
Hessen	0,21%	-0,91%
Rheinland-Pfalz	0,00%	-0,92%
Baden-Württemberg	-0,73%	-2,11%
Bayern	-0,68%	-2,14%
Berlin	-0,48%	-2,49%
Saarland	0,01%	-0,69%
Mecklenburg-Vorpommern	-0,91%	-2,20%
Brandenburg	-0,29%	-1,80%
Sachsen-Anhalt	0,71%	0,08%
Thüringen	-0,32%	-1,12%
Sachsen	-1,06%	-1,84%
Bund	-0,22%	-1,39%

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

Entwicklung der stationären Belegungstage zwischen 2011 und 2012 nach KV-Region

KV- Region	Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage im stationären Bereich zwischen 2011 und 2012	
	Tatsächlich	Demografiebereinigt
Schleswig-Holstein	1,69%	0,29%
Hamburg	-0,12%	-1,32%
Bremen	1,52%	0,40%
Niedersachsen	-0,55%	-1,62%
Westfalen-Lippe	-0,47%	-1,32%
Nordrhein	0,68%	-0,42%
Hessen	0,21%	-0,91%
Rheinland-Pfalz	0,00%	-0,92%
Baden-Württemberg	-0,73%	-2,11%
Bayern	-0,68%	-2,14%
Berlin	-0,48%	-2,49%
Saarland	0,01%	-0,69%
Mecklenburg-Vorpommern		-2,20%
Brandenburg		-1,80%
Sachsen-Anhalt		0,08%
Thüringen		-1,12%
Sachsen	-1,06%	-1,84%
Bund	-0,22%	-1,39%

**Abs. Rückgang
in 10 KV-
Regionen**

**Demografie-
bereinigt:
Rückgang in 14
KV-Regionen**

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

Entwicklung der stationären Belegungstage zwischen 2011 und 2012 nach ICD-10-Kapiteln

Hauptdiagnosen nach ICD-10 Kapiteln	Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage im stationären Bereich zwischen 2011 und 2012	
	Tatsächlich	Demografiebereinigt
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,00%	1,90%
Neubildungen	-1,80%	-2,80%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	-1,60%	-2,70%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-1,10%	-2,40%
Psychische und Verhaltensstörungen	0,80%	0,30%
Krankheiten des Nervensystems	2,10%	1,20%
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	-1,20%	-2,20%
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	-2,30%	-3,00%
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,40%	-1,10%
Krankheiten des Atmungssystems	0,40%	-0,80%
Krankheiten des Verdauungssystems	-0,60%	-1,60%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	-1,50%	-2,30%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	-1,40%	-2,30%
Krankheiten des Urogenitalsystems	0,50%	-0,60%
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-0,40%	-0,70%
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,20%	-2,80%
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	-3,30%	-4,40%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	7,00%	5,90%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	-1,40%	-2,60%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	-0,80%	-3,50%
Insgesamt	-0,22%	-1,39%

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

Entwicklung der stationären Belegungstage zwischen 2011 und 2012 nach ICD-10-Kapiteln

Hauptdiagnosen nach ICD-10 Kapiteln	Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage im stationären Bereich zwischen 2011 und 2012	
	Tatsächlich	Dempgraphiebereinigt
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,00%	1,00%
Neubildungen	-1,80%	
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	-1,60%	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-1,10%	2,40%
Psychische und Verhaltensstörungen	0,80%	
Krankheiten des Nervensystems	2,10%	
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	-1,20%	-2,20%
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	-2,30%	
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,40%	
Krankheiten des Atmungssystems	0,40%	
Krankheiten des Verdauungssystems	-0,60%	-1,60%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	-1,50%	-2,30%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	-1,40%	-2,30%
Krankheiten des Urogenitalsystems	0,50%	-0,60%
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-0,40%	-0,70%
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,20%	-2,80%
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	-3,30%	-4,40%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	7,00%	5,90%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	-1,40%	
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	-0,80%	
Insgesamt	-0,22%	-1,39%

**Neubildungen
- 2,8%**

**Nervensystem
+ 1,2%**

**Herz-Kreislauf
- 1,1%**

Gesamt -1,4%



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

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

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

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



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

ICD Kapitel	Schleswig-Holstein	Hamburg	Bremen	Niedersachsen	Westfalen-Lippe	Nordrhein	Hessen	Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Bayern *	Berlin	Saarland	Mecklenburg-Vorpommern	Brandenburg	Sachsen-Anhalt	Thüringen	Sachsen
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten																	
Neubildungen																	
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems																	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten																	
Psychische und Verhaltensstörungen																	
Krankheiten des Nervensystems																	
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde																	
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes																	
Krankheiten des Kreislaufsystems																	
Krankheiten des Atmungssystems																	
Krankheiten des Verdauungssystems																	
Krankheiten der Haut und der Unterhaut																	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes																	
Krankheiten des Urogenitalsystems																	
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett																	
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben																	
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien																	
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind																	
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen																	
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen																	

Tabelle 8: Demographiebereinigten Entwicklungen der Belegungstage für alle Indikationen nach KV-Regionen; Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik, der GKV-Versichertenstichprobe mit vertragsärztlichen Leistungen des Bewertungsausschusses Ärzte und der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes, Jahr 2011

*die (abnehmende) Leistungsentwicklung im ambulanten Bereich ist im Zusammenhang mit deutlich zunehmenden Behandlungen innerhalb der Selektivverträge insbesondere in Bayern zu betrachten

Farblegende

	Zunahme im stationären, Abnahme im ambulanten Bereich
	Abnahme im stationären, Zunahme im ambulanten Bereich
	Zunahme im stationären, Zunahme im ambulanten Bereich
	Abnahme im stationären, Abnahme im ambulanten Bereich

Veränderung stationärer Fallzahlen

Deutschland	Veränderung 2012 gegenüber 2010					
	Verweildauerklassen					
Aufnahmearnlass	Stundenfall	1 Tag	2 Tage	bis 3 Tage	Über 3 Tage	Insgesamt
Einweisung durch einen Arzt/Zahnarzt	-9,7%	11,2%	6,1%	6,5%	-5,3%	-0,3%
Notfall	12,0%	13,4%	13,1%	12,9%	6,4%	9,1%
Geburt	-8,3%	-0,7%	14,4%	7,7%	-8,1%	-0,4%
Verlegung	-16,6%	-17,2%	-14,7%	-15,0%	-4,2%	-6,8%
Aufnahme nach Reha(vor)behandlung	-27,0%	-5,9%	-1,5%	-11,5%	-22,9%	-19,6%
Insgesamt	3,8%	11,2%	8,5%	8,5%	-0,7%	3,1%

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

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

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

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

Süddeutsche Zeitung

14. Juni 2015, 20:24 Uhr Gesundheitswesen

Millionen überflüssige Klinikaufenthalte



Feedback

Zwei Millionen Patienten kommen jährlich ins Krankenhaus, obwohl sie ambulant behandelt werden könnten. Das ist nicht nur teuer, sondern auch belastend und möglicherweise schädlich für die Kranken.

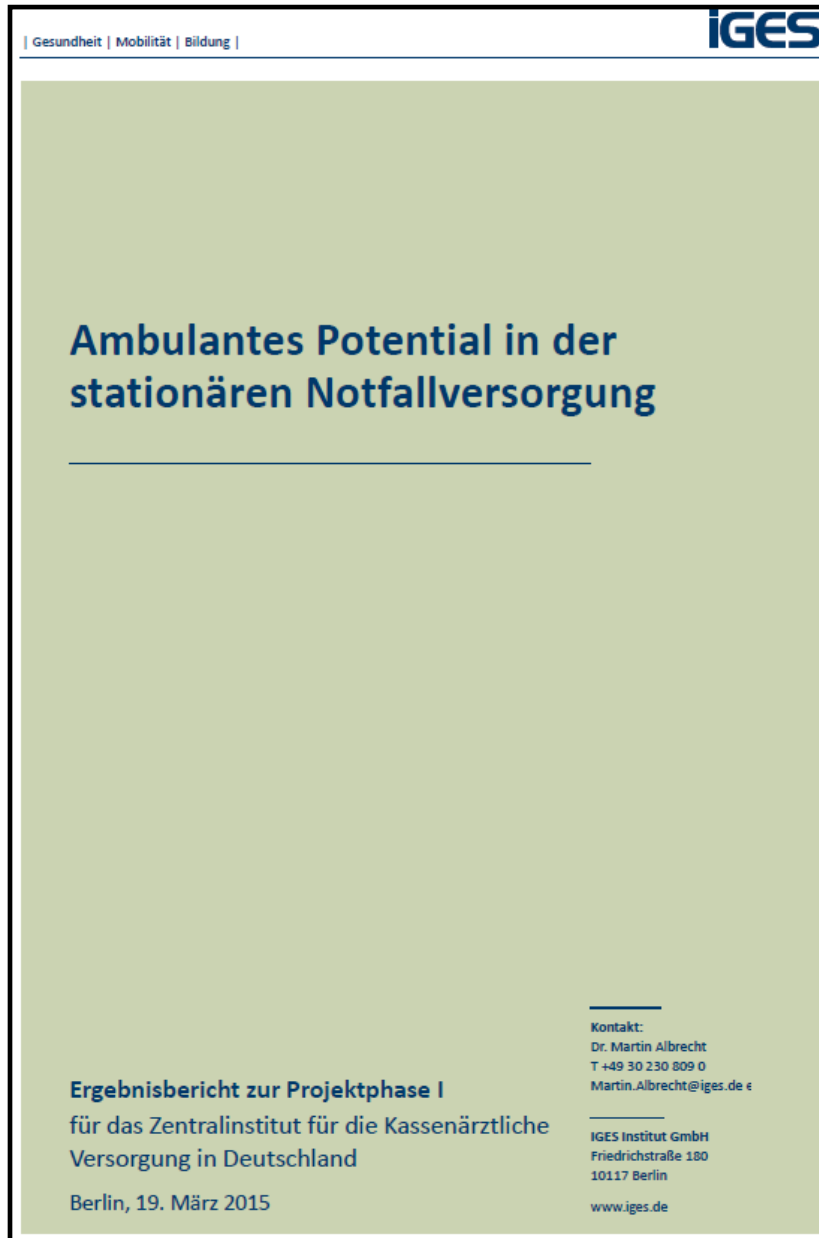
Von Guido Bohsem, Berlin

Nach Einschätzung der Kassenärzte kommt es in Deutschland pro Jahr zu etwa zwei Millionen Einweisungen ins Krankenhaus, obwohl diese Patienten ebenso gut bei einem niedergelassenen Arzt hätten behandelt werden können. Diese Zahl ergibt sich aus einer Untersuchung des IGES-Instituts, die der *Süddeutschen Zeitung* vorliegt. Die Wissenschaftler untersuchten dabei vor allem Fälle, in denen es zu Krankenhaus-Aufenthalten von lediglich bis zu drei Tagen gekommen war und der Patient selbst die Klinik aufsuchte.

Durch die hohe Zahl der Fälle ergeben sich enorme Kosten für das Gesundheitssystem. Denn die ambulante Behandlung kostet im Schnitt etwa 60 Euro, während die Kassen für eine dreitägige Behandlung im Krankenhaus zwischen 1000 und 1500 Euro zahlen.

Jeder Klinikaufenthalt ist mit Risiken verbunden - der Infektion mit Keimen

Vermeidbare Krankenhausfälle: IGES-Gutachten 2015



Systematische Aufarbeitung von regionalen Unterschieden in der Häufigkeit von:

- ASK-Fällen insgesamt (IGES Abgrenzung)
- ASK-Fällen mit Aufnahmegrund Notfall
- ASK-Fällen mit VWD max. 3 Tage
- ASK-Fällen mit Aufnahmegrund Notfall und max. VWD 3 Tage

IGES-Gutachten: Abgrenzung von ASK-Fällen

Erkrankung	ICD10-Code	Filterkriterium (ja)=tw. Anwendung in den vorliegenden Analy- sen (nein)=keine Anwendung in den vorliegenden Ana- lysen
Asthma	J45, J46	-
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I10, I11.9	ohne DRG F67A (<i>nein</i>)
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestive) Herzinsuffizienz	I50, I11.0	Kurzlieger (<i>ja</i>)
Diabetes	E10.1-E10.8, E11.0- E11.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8	Kurzlieger (<i>ja</i>)
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41-J44, J47	Kurzlieger (<i>ja</i>)
Angina Pectoris	I20, I24.0, I24.8, I24.9	ohne I20 (<i>nein</i>)
Dehydration	E86	-
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2	Selbsteinweisung (<i>nein</i>)
Pneumonie (Lungenentzündung)	J12-J18	Kurzlieger (<i>ja</i>)
Akute Bronchitis	J20	Selbsteinweisung (<i>nein</i>)
Depression	F32	nur F32.0 und F.32.1 (<i>nein</i>)
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25	Fälle ohne Operation (<i>nein</i>)
Demenz	F00, F01, F02, F03	-

IGES-Gutachten: Kernergebnisse

Tabelle 10: Ergebnisse der Regressionsanalyse, stand. Häufigkeit aller ASK-Fälle (2013)

unabhängige Variable	Koeffizient	Standardfehler
Hausarztdichte	-0.00211*	0.00127
Facharztdichte	-0.00167***	0.00028
KH-Bettendichte	0.00154***	0.00032
Lebenserwartung	-0.06571***	0.00747
Arbeitslosenquote	0.01218***	0.00300
Erreichbarkeit des nächsten Oberzentrums	0.00667	0.00058
Konstante	13.40***	0.64353
Anzahl der Beobachtungen	402	
erklärte Varianz („adjusted R ² “)	0,4050	

Quelle: IGES

Anmerkung: Signifikanz: *** ≤ 1%, ** ≤ 5%, * ≤ 10%

N.B.
Veränderung
um 1 Arzt
bzw. 1 Bett
je 100.000 E

Eine hohe Arztdichte ist mit einer geringeren Hospitalisierung bei vermeidbaren Krankenhausfällen verbunden.

IGES-Gutachten: Kernergebnisse

Tabelle 15: **ASK-Fallgruppe Asthma** – Prozedurenhäufigkeit der TOP 10-OPS-Gruppen für die ASK-Fälle mit Aufnahmeanlass Notfall

OPS-Gruppe (Code des ersten Gruppen-Drei-stellers)	Gruppenbezeichnung	Prozeduren-häufigkeit bei den ASK-Fällen mit Aufnahmeanlass Notfall (in Tsd)	Anteil an allen Prozeduren	Anteil an allen Prozeduren kumuliert
1-70	Funktionstests	9,7	48%	48%
8-92	Patientenmonitoring	2,8	14%	62%
3-20	Computertomographie (CT)	1,6	8%	70%
1-61	Diagnostische Endoskopie	1,3	7%	76%
8-97	Komplexbehandlung	0,4	2%	79%
3-99	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	0,4	2%	81%
1-40	Biopsie ohne Inzision	0,4	2%	83%
8-70	Maßnahmen für das Atmungssystem	0,4	2%	85%
8-55	Frührehabilitative und physikalische Therapie	0,4	2%	87%
8-80	Maßnahmen für den Blutkreislauf	0,3	2%	88%

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen IGES

62 -76% aller Fälle erhalten nur diagnostische Maßnahmen, die ambulant erbracht werden können

Bei stationären Aufnahmen über die Notfallaufnahme werden vorrangig diagnostische Maßnahmen durchgeführt.

IGES-Gutachten: Kernergebnisse

Tabelle 16: ASK-Fallgruppe Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz – Kennzahlen zur Prozedurenhäufigkeit nach OPS-Kapiteln für alle ASK-Fälle und die ASK-Fälle mit Aufnahmeanlass Notfall

OPS-Kapitel	Anzahl Prozeduren (in Tsd)	Anteil an allen Prozeduren	Ø Anzahl Prozeduren je Fall	Anzahl Prozeduren (in Tsd)	Anteil an allen Prozeduren	Ø Anzahl Prozeduren je Fall
	Alle ASK-Fälle			ASK-Fälle mit Aufnahmeanlass Notfall		
Diagnostische Maßnahmen (Kapitel 1)	81,7	33,8%	0,3	52,1	31,5%	0,3
Bildgebende Diagnostik (Kapitel 3)	92,1	38,1%	0,3	66,3	40,0%	0,3
Operationen (Kapitel 5)	5,6	2,3%	0,0	4,1	2,5%	0,0
Medikamente (Kapitel 6)	0,1	0,0%	0,0	0,1	0,0%	0,0
Nichtoperative therapeutische Maßnahmen (Kapitel 8)	59,4	24,6%	0,2	40,9	24,7%	0,2
Ergänzende Maßnahmen (Kapitel 9)	3,1	1,3%	0,0	2,2	1,3%	0,0
Insgesamt	241,9		0,9	165,7		0,8

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen IGES

> 70% aller Fälle erhalten nur diagnostische Maßnahmen

Bei stationären Aufnahmen über die Notfallaufnahme werden vorrangig diagnostische Maßnahmen durchgeführt.

IGES-Gutachten: Kernergebnisse

ASK-Fälle sind im Zuge der Grippewelle in 2013 gegenüber dem Jahr 2012 gestiegen. Bei einzelnen Indikationen (mit chronischem Hintergrund) ist jedoch ein Rückgang festzustellen

ASK-Fälle insgesamt	2011	2012	2013	Abwg. 2012 zu 2011 abs.	Abwg. 2012 zu 2011 rel.	Abwg. 2013 zu 2012 abs.	Abwg. 2013 zu 2012 rel.
ASK-Fälle							
Anzahl ASK-Fälle	1.899.474	1.954.599	2.030.132	55.125	2,9%	75.533	3,9%
Anteil der ASK-Fälle an allen Krankenhausfällen	10,9%	10,9%	11,2%	0,1%	0,7%	0,3PP	3,0%
ASK-Fälle nach Erkrankung							
Asthma	23.754	24.368	26.807	614	2,6%	2.439	10,0%
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	251.237	267.621	265.887	16.384	6,5%	-1.734	-0,6%
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	391.216	399.788	408.646	8.572	2,2%	8.858	2,2%
Diabetes	153.495	151.827	152.371	-1.668	-1,1%	544	0,4%
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	202.444	212.646	238.563	10.202	5,0%	25.917	12,2%
Angina Pectoris	244.333	248.468	239.203	4.135	1,7%	-9.265	-3,7%
Dehydration	83.855	90.008	99.716	6.153	7,3%	9.708	10,8%
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	39.685	40.418	46.254	733	1,8%	5.836	14,4%
Pneumonie (Lungenentzündung)	243.958	248.937	269.791	4.979	2,0%	20.854	8,4%
Akute Bronchitis	53.187	57.983	73.679	4.796	9,0%	15.696	27,1%
Depression	12.693	12.586	11.929	-107	-0,8%	-657	-5,2%
Chronisch Ischämische Herzkrankheit	187.688	187.537	185.392	-151	-0,1%	-2.145	-1,1%
Demenz	11.929	12.412	11.894	483	4,0%	-518	-4,2%

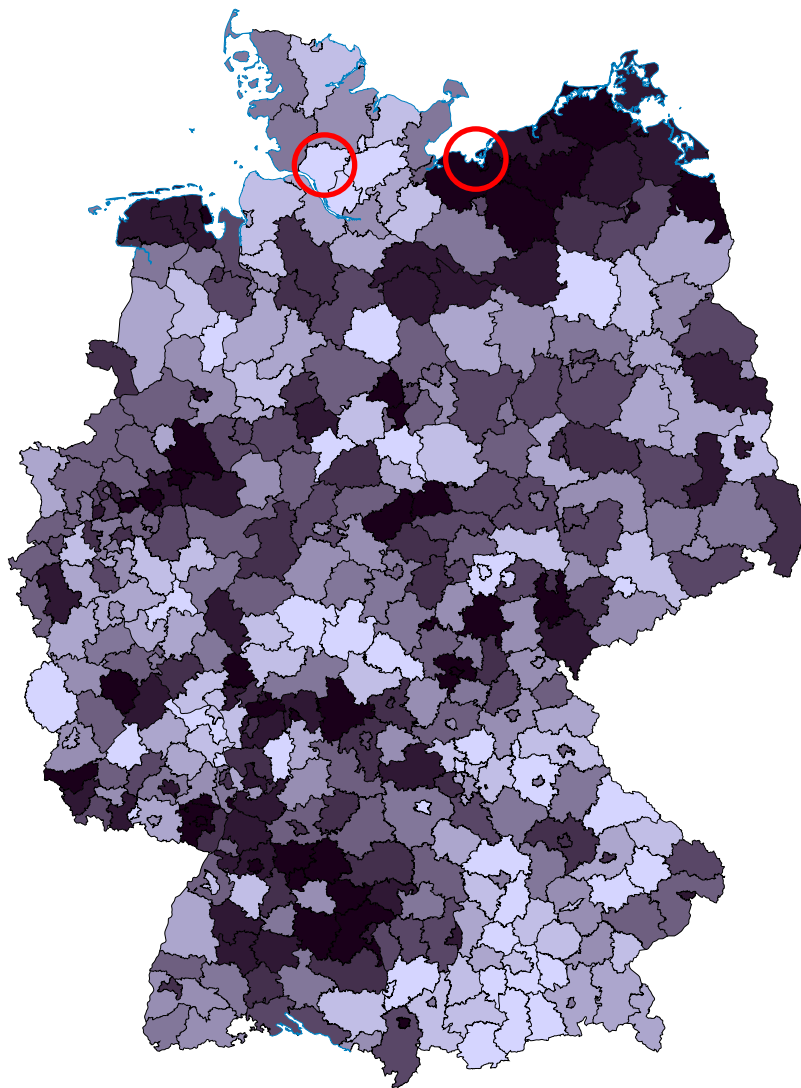
IGES-Gutachten: Kernergebnisse

Es bestehen erhebliche regionale Unterschiede insbesondere in den als besonders vermeidbar geltenden Fällen.

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

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

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen



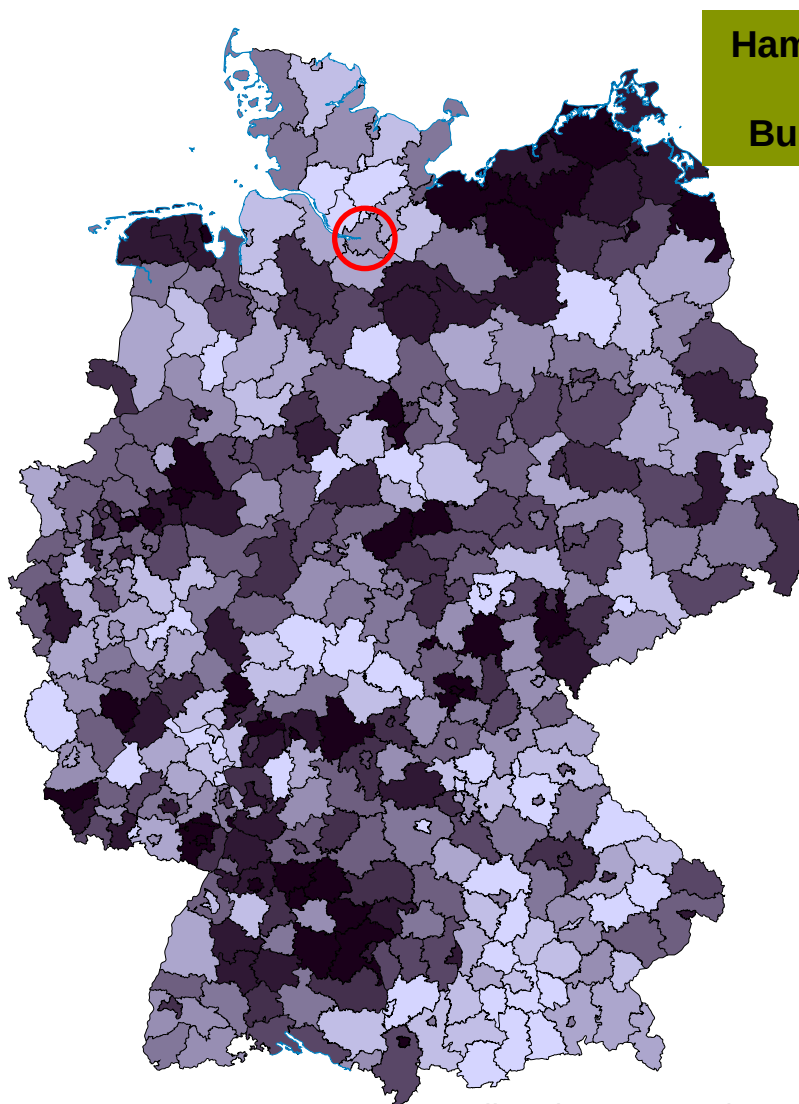
LB Chirurgie

	unter	6,8€
	6,8€ bis unter	8,3€
	8,3€ bis unter	9,5€
	9,5€ bis unter	10,5€
	10,5€ bis unter	11,3€
	11,3€ bis unter	12,1€
	12,1€ bis unter	12,8€
	12,8€ bis unter	14,0€
	14,0€ bis unter	16,0€
	16,0€ und mehr	

Im Bundesdurchschnitt liegt die Inanspruchnahme bei 11,31€ je Patient.

Die Inanspruchnahme je Patient variiert zwischen 33,28€ in Wismar und 1,63€ in Steinburg (EQ = 21).

Regionale Unterschiede in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen



Hamburg liegt mit 11 €
etwa auf
Bundesdurchschnitt

LB Chirurgie

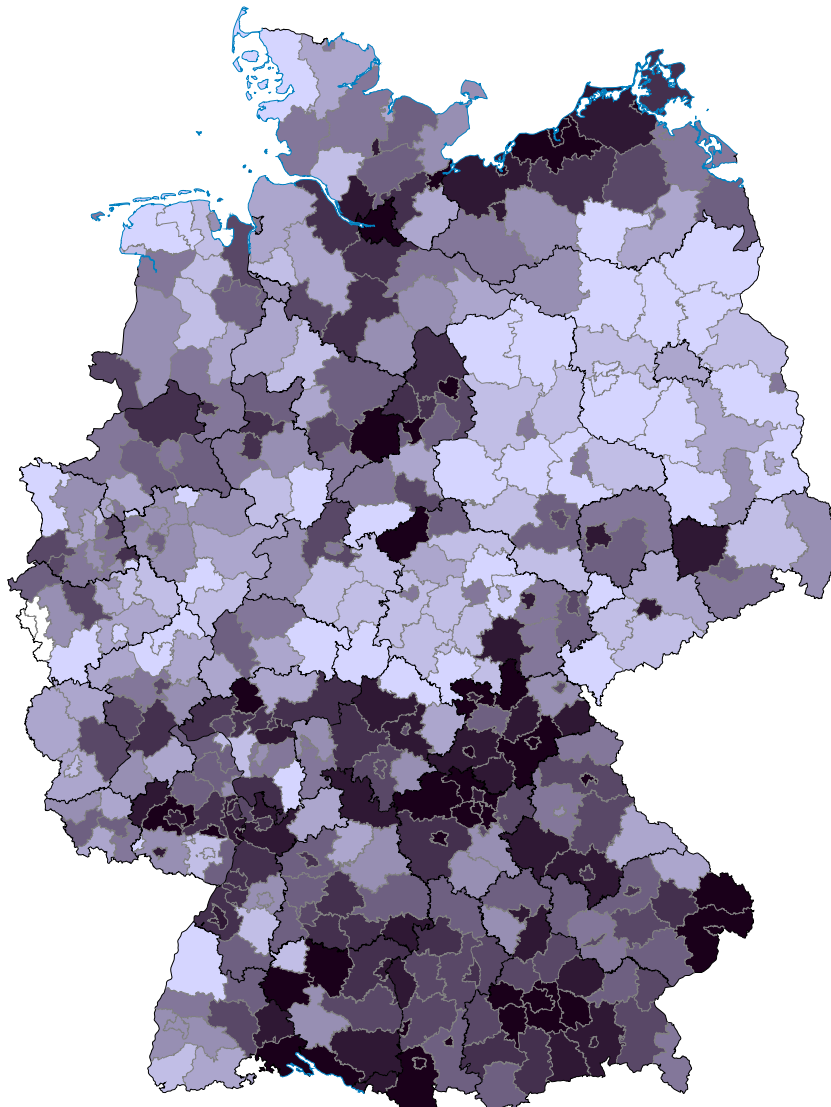
	unter	6,8€
	6,8€ bis unter	8,3€
	8,3€ bis unter	9,5€
	9,5€ bis unter	10,5€
	10,5€ bis unter	11,3€
	11,3€ bis unter	12,1€
	12,1€ bis unter	12,8€
	12,8€ bis unter	14,0€
	14,0€ bis unter	16,0€
	16,0€ und mehr	

Im Bundesdurchschnitt liegt die
Inanspruchnahme bei 11,31€ je
Patient.
Die Inanspruchnahme je Patient
variiert zwischen 33,28€ in Wismar
und 1,63€ in Steinburg
(EQ = 21).

Quelle: Eigene Berechnungen auf Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Regionale Unterschiede Kapitel 31 des EBM (insbesondere AOP)

Kapitel 31 Leistungshäufigkeit



	unter	221,0
	221,0 bis unter	242,0
	242,0 bis unter	257,6
	257,6 bis unter	267,3
	267,3 bis unter	278,5
	278,5 bis unter	292,0
	292,0 bis unter	307,5
	307,5 bis unter	325,5
	325,5 bis unter	351,8
	351,8 und mehr	

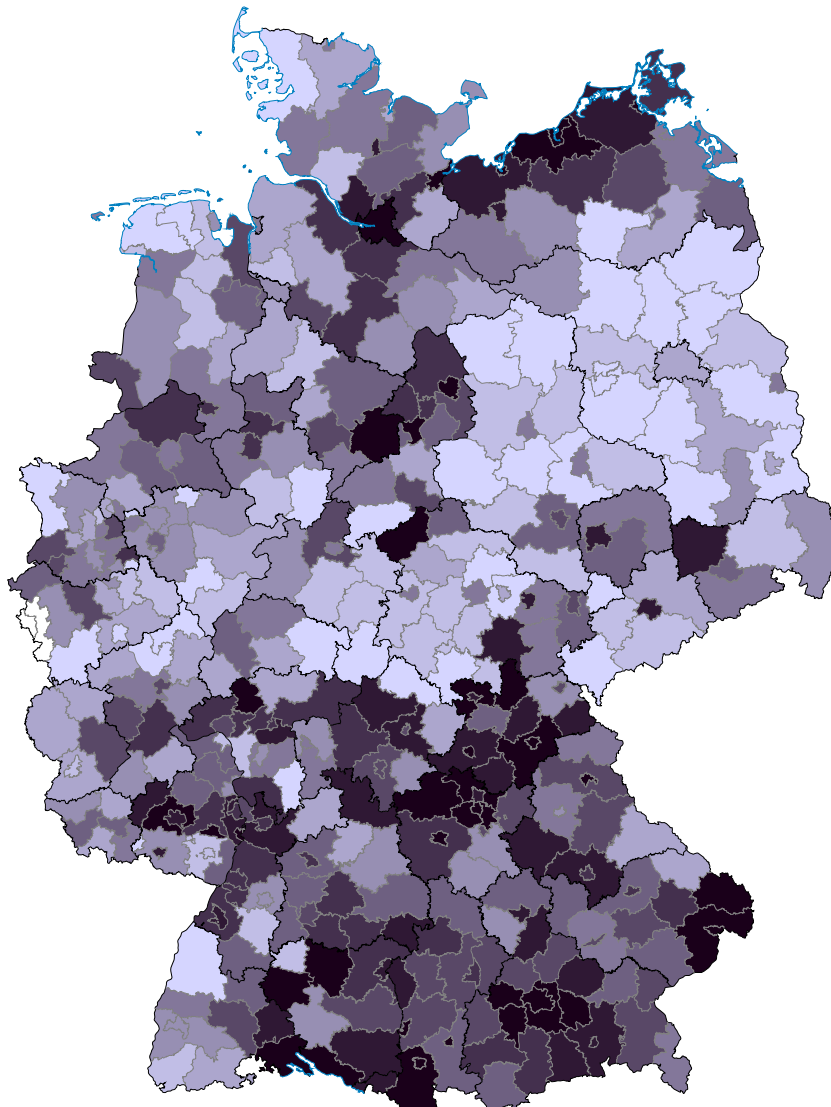
**Bundesdurchschnitt =
284 je 1000 Patienten**

**Die Inanspruchnahme variiert
zwischen 166 in Nordfriesland
und 429 in Rostock
(EQ = 2,6).**

Quelle: Eigene Berechnungen auf Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Regionale Unterschiede Kapitel 31 des EBM (insbesondere AOP)

Kapitel 31 Leistungshäufigkeit



	unter	221,0
	221,0 bis unter	242,0
	242,0 bis unter	257,6
	257,6 bis unter	267,3
	267,3 bis unter	278,5
	278,5 bis unter	292,0
	292,0 bis unter	307,5
	307,5 bis unter	325,5
	325,5 bis unter	351,8
	351,8 und mehr	

**Ist Rostock
(50% über Durchschnitt)
überversorgt?**

**Ist Nordfriesland
(42% unter Durchschnitt)
unterversorgt?**

Quelle: Eigene Berechnungen auf Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Konkretisierung des Versorgungsziels

Ambulant vor stationär (§ 39 SGB V)

1. Ziel: Definition einer in Deutschland realisierbaren Referenzgröße

Methode: Identifikation der *5% der Landkreise* und kreisfreien Städte mit dem *höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potentials* durch regionalen Vergleich.

21 Kreisregionen, die nach Standardisierung der Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur die *geringste stationäre Inanspruchnahmerate bei gleichzeitig mindestens durchschnittlicher ambulanter Inanspruchnahmerate* aufweisen, werden als „*Best-Practice-Regionen*“ definiert.

Konkretisierung des Versorgungsziels

Ambulant vor stationär (§ 39 SGB V)

1. Ziel: Definition einer in Deutschland realisierbaren Referenzgröße

Methode: Identifikation der *5% der Landkreise* und kreisfreien Städte mit dem *höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potentials* durch regionalen Vergleich.

21 Kreisregionen, die nach Standardisierung der Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur die *geringste stationäre Inanspruchnahmerate bei gleichzeitig mindestens durchschnittlicher ambulanter Inanspruchnahmerate* aufweisen, werden als „*Best-Practice-Regionen*“ definiert.

2. Ziel: Ermittlung des ökonomischen Potenzial

Methode: *Projektion des ambulanten und stationären Versorgungsbedarfs zum Jahr 2020* in zwei Szenarien

1. *Status-Quo* – ambulante und stationäre Inanspruchnahme ändert sich nicht in den Altersgruppen und den Regionen.
2. *Best-Practice* - alle Regionen in Deutschland erreichen die geschlechts- und altersgruppen-spezifischen Inanspruchnahmeraten der „Best-Practice-Regionen“.

Ergebnisse Ziel 1: 21 Best-Practice-Regionen

Inanspruchnahmerate stationär: 15% unter dem Bundesdurchschnitt
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, Stadtt	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, Sadt	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

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

Quelle: www.versorgungsatlas.de

Ergebnisse Ziel 1: Best-Practice-Regionen – Charakteristika

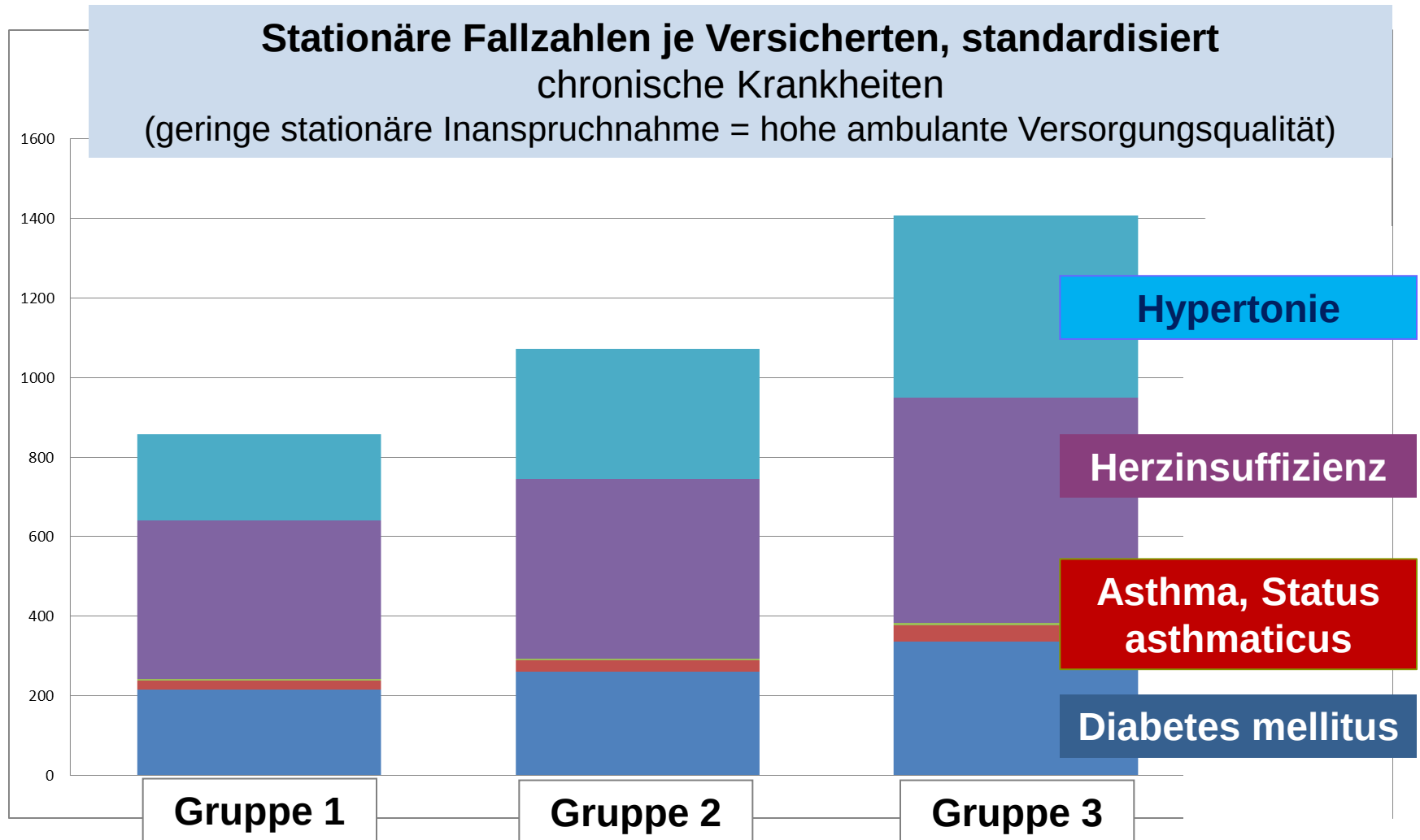
Merkmale je 100.000 EW	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
niedergelassene Ärzte gesamt	221,6	159,8	137,0
Hausärzte	68,7	64,9	60,3
Anästhesisten	6,1	3,3	2,1
Augenärzte	7,7	6,3	5,8
Chirurgen	6,0	4,6	4,2
Frauenärzte	15,0	11,3	11,2
HNO-Ärzte	5,9	4,6	4,2
Hautärzte	5,5	3,9	3,2
Internisten	13,4	10,0	8,6
Kinderärzte	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

Ergebnisse Ziel 1: Best-Practice-Regionen - Charakteristika



Ausschöpfung des ambulanten Potenzials

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

Gruppe 2: durchschnittlich;

Gruppe 3: gering

Quelle: www.versorgungsatlas.de

Ergebnisse Ziel 2: 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“

Zi-Index der Niederlassungswahrscheinlichkeit

(Ebene der kreisfreien Städte und Landkreise)

Regressionsanalyse auf Basis der in Befragungen genannten/mit verfügbaren Indikatoren operationalisierten Variablen zur Erklärung der Arztdichte

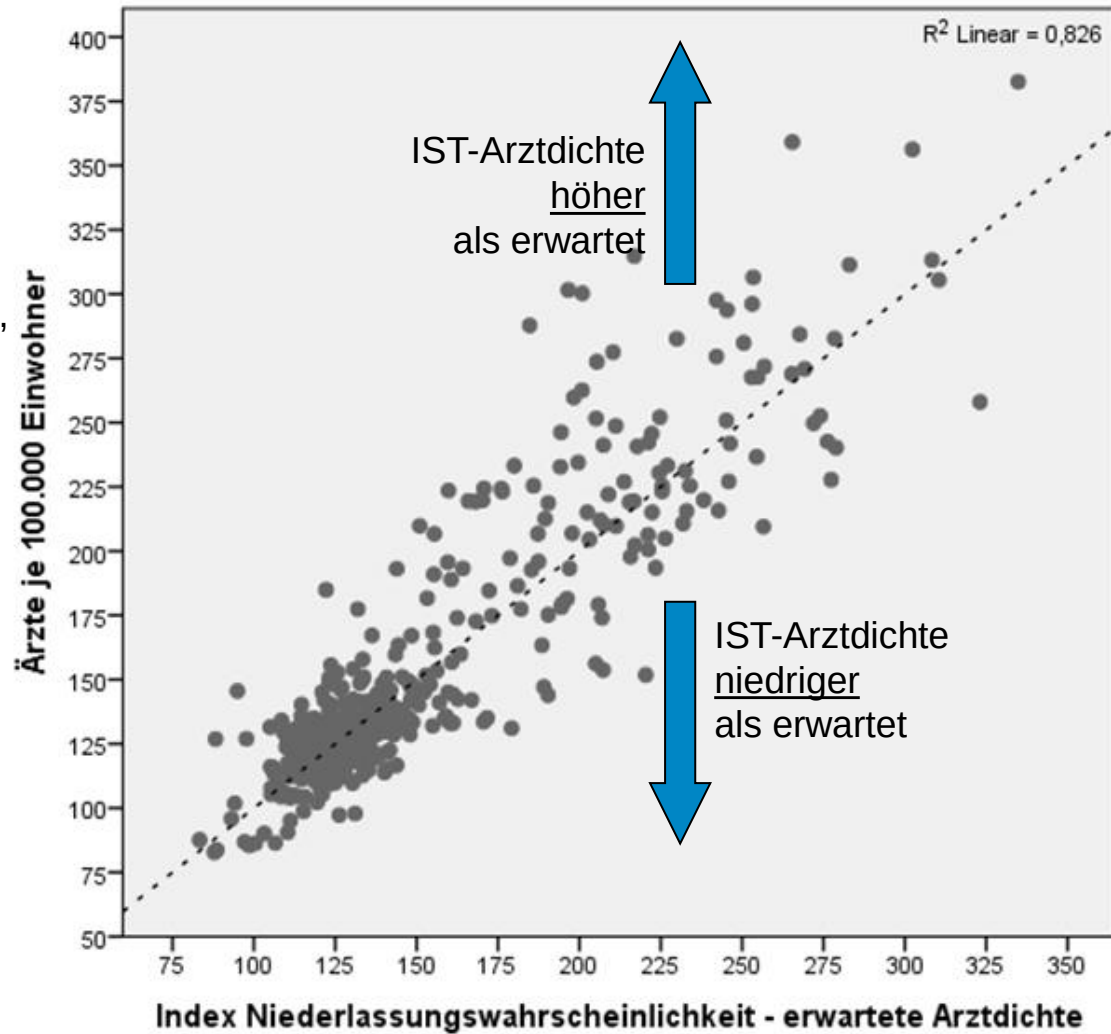
Gute berufliche Möglichkeiten, städtische Lage (BIP pro Kopf, Quote hochqualifizierte Beschäftigte, Ausbildungsplatz(Ein-)wanderer, Quote männlicher Teilzeitbeschäftigte)

Betreuungsangebote (Ganztags-)Betreuungsquote von Kleinkindern und Vorschulkindern)

Beschäftigungssituat., ländliche Lage (-) (Beschäftigtenquote, Erwerbsquote, geringer Anteil (großstädtischer-)Erholungsfläche, geringe Einwohnerdichte)

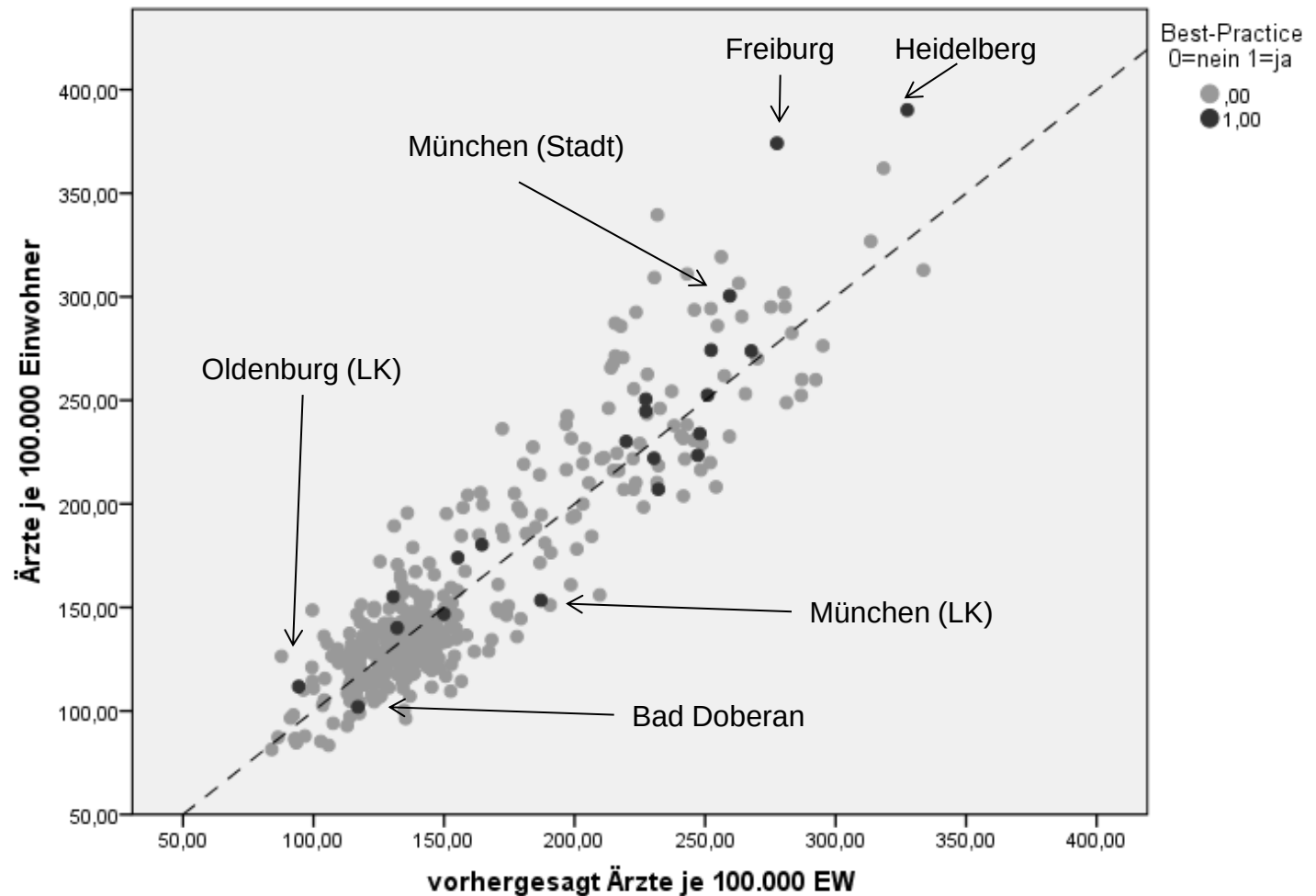
Austausch- und Weiterbildungsmöglichkeiten (Krankenhausbettendichte, Anzahl an Pflegeheimplätzen, Anteil an Studierenden)

Ländlichkeit (-) (schlechte Erreichbarkeit von Mittel- und Oberzentren, IC/ICE Bahnhöfen, Autobahnen, hoher Anteil an Einwohnern in Gemeinden mit geringer Bevölkerungsdichte).



Best-practice Regionen/erwartete Arztdichte

Effiziente Arbeitsteilung ambulant/stationär ist nicht nur in Ballungsräumen mit hoher Vertragsarztdichte anzutreffen.



Wie können andere Regionen Best-Practice-Beispielen folgen?

Zwei mögliche Antworten:



Verbesserung der Abstimmung untereinander

(Hilfsmittel: Benchmarking auf Basis funktionaler Populationen)



Stärkung der Steuerung durch Krankenkassen

(Grundlage: Populationsbezogene prospektive Mengenvereinbarungen)

Bundesgesundheitsbl 2014 · 57:197–206
DOI 10.1007/s00103-013-1896-x
Online publiziert: 23. Januar 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

D. Graf von Stillfried · T. Czihal
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Berlin

Welchen Beitrag liefern funktional definierte Populationen zur Erklärung regionaler Unterschiede in der medizinischen Versorgung?

- **Bildung funktionaler Populationen und ihrer Versorgungsgemeinschaften**
 - Bestimmung der Praxis aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich mit dem höchsten Leistungsbedarf je Patient (sog. „Primärpraxis“)
 - Zuordnung des Patienten zu dieser Primärpraxis - jeder Patient ist mit allen weiteren Arztkontakten genau einer Primärpraxis zugeordnet
 - Jeder Praxis aus dem hausärztlichen Versorgungsbereich ist eine eindeutige Population zugeordnet; die Versorgungsgemeinschaft (VG) umfasst alle weiteren von dieser Population in Anspruch genommenen Praxen (Fachärztliche Praxen können mehreren VG angehören)
 - Analysiert wird die Versorgung der definierten Populationen im Vergleich der Versorgungsgemeinschaften

Welchen Beitrag liefern funktional definierte Populationen zur Erklärung regionaler Unterschiede in der medizinischen Versorgung?

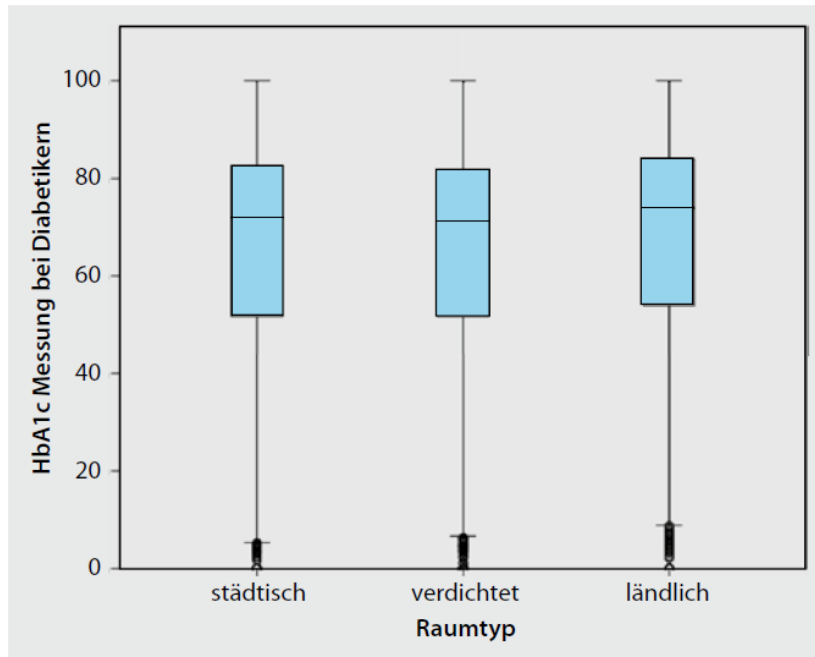


Abb. 3 ▲ Anteil der Diabetiker mit HbA_{1c}-Bestimmung an allen Diabetikern einer VG nach Raumtypen. (Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten des Jahres 2010)

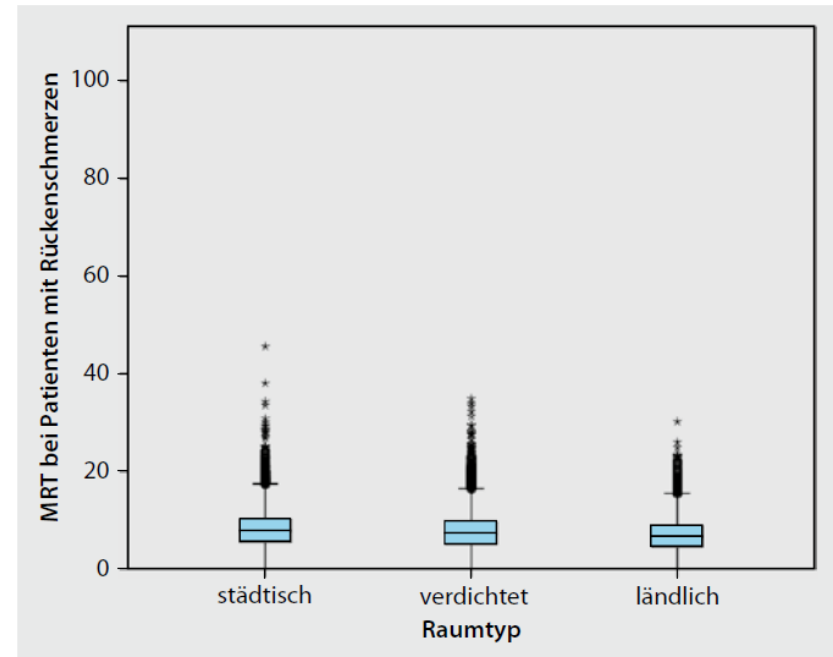
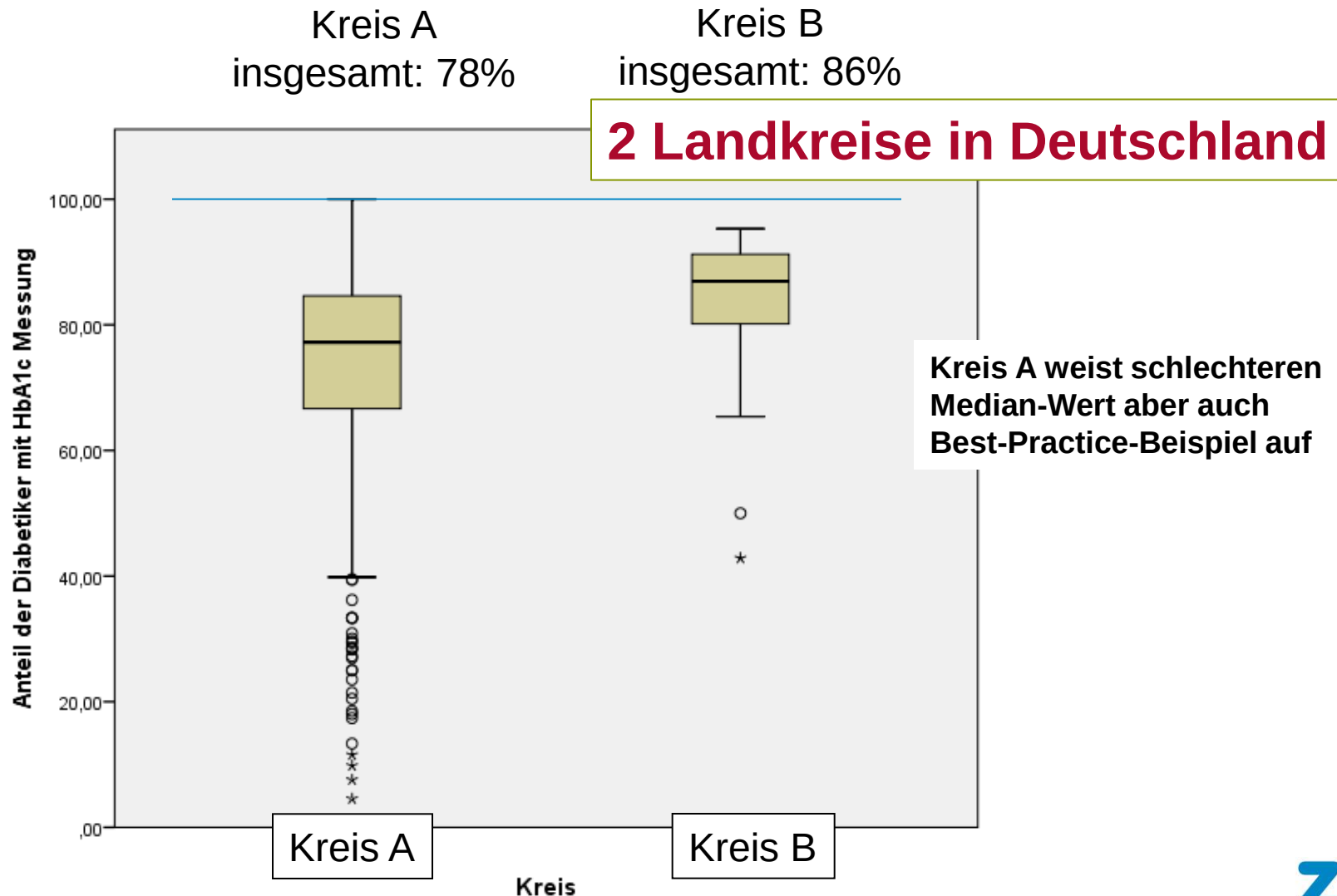


Abb. 4 ▲ Anteil der Patienten mit MRT-Untersuchung der Wirbelsäule an allen Patienten mit Rückenschmerzen einer VG nach 3 Raumtypen. (Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der bundesweiten Abrechnungsdaten des Jahres 2010)

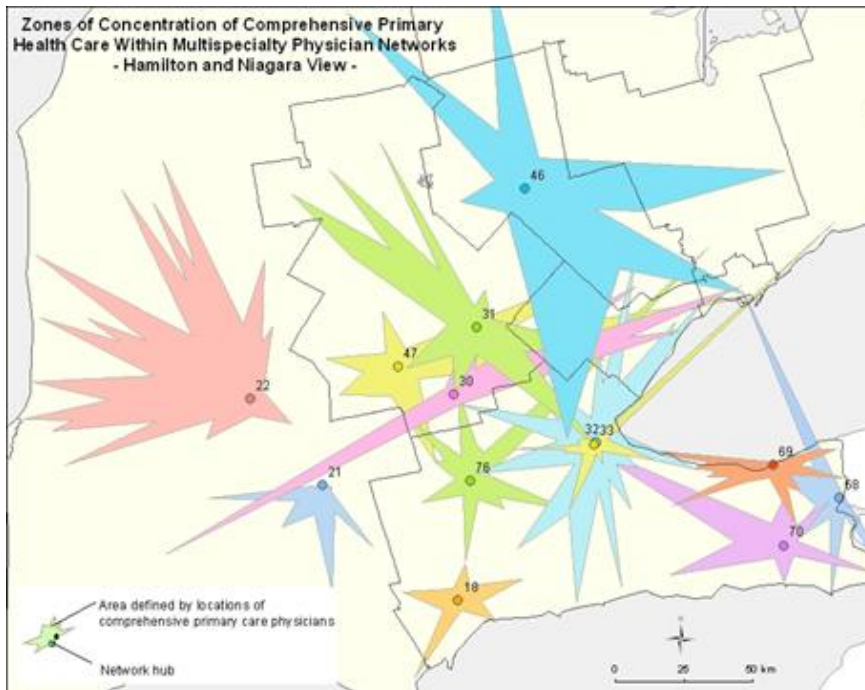
Versorgungsindikatoren

HbA1c-Messung bei Diabetikern



Methodische Ansätze zur „Vervielfältigung“ von Best-Practice-Beispielen

→ Beispiel Canada: Feedback für fachgruppenübergreifende virtuelle Versorgungsgemeinschaften (ambulant/stationär)



Ontario
MINISTRY OF HEALTH AND LONG-TERM CARE

HOME | PUBLIC INFORMATION | HEALTH CARE PROFESSIONALS | NEWS ROOM

Transforming the Health Care System

Public Information

Health Care Professionals

Transforming the Health Care System

Ontario's Action Plan for Health Care

Community Health Links

Health System Funding Reform

Quality

Resources

Case Studies

Explore Government

Contacts

Connect With Us

Transforming Ontario's Health Care System

Community Health Links provide coordinated, efficient and effective care to patients with complex needs

Five per cent of patients account for two-thirds of health care costs. These are most often patients with multiple, complex conditions. When the hospital, the family doctor, the long-term care home, community organizations and others work as a team, the patient receives better, more coordinated care. Providers will design a care plan for each patient and work together with patients and their families to ensure they receive the care they need. For the patient it means they will:

- Have an individualized, coordinated plan
- Have care providers who ensure the plan is being followed
- Have support to ensure they are taking the right medications
- Have a care provider they can call who knows them, is familiar with their situation and can help.

Read about evidence-informed best practices in Transitions of Care, Optimizing Chronic Disease Management and Supporting Health Independence at BestPAtis, a Health Links resource designed by Health Quality Ontario.

For an example of how a community Health Link can make a difference in a patient's life, read Bernice's story.

The concept of a community Health Link is very similar to a project The Change Foundation is leading, supporting a project in Northumberland. Read more about this extraordinary community initiative.

HealthLink
LOGIN

<http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/transformation/community.aspx>

- Abbildung tatsächlicher Kooperationsmuster (mit Krankenhaus in der Mitte)
- Bestandteil eines Aktionsplans zur Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker

Quelle: Vortrag Dr. Therese Stukel (ICES, Toronto) WIC health policy conference 4./5.6.2015 Berlin

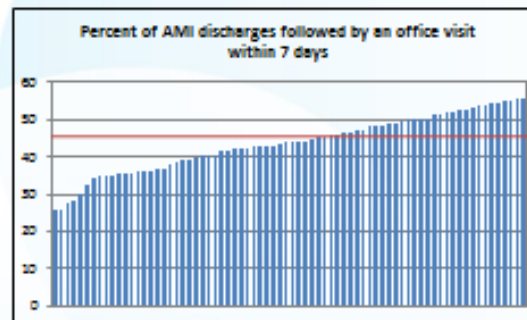
Methodische Ansätze zur „Vervielfältigung“ von Best-Practice-Beispielen

- Feedback über Indikatorenset zur ambulant-stationären Versorgung je Versorgungsgemeinschaft/Netzwerk
- Lokaler Diskussionsprozess je Netzwerk über Schlussfolgerungen für Behandlungsabläufe

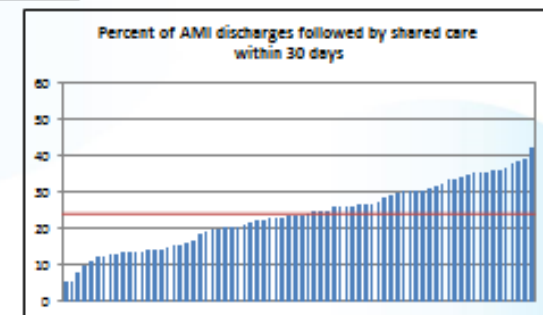
Health Care Quality Domains

- Hospital-community transitions
- Evidence-based (EB) Medications
- Screening and prevention
- Avoidable admissions and readmissions
- Cancer end-of-life (EOL) care
- Spending

AMI: % with Follow-Up Visit Post-discharge



P1	Percent with follow-up				
	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th
Any follow-up within 7 days	35.4	39.8	45.5	51.2	54.7
Shared care within 30 days	15.9	18.6	24.2	30.9	35.8



Quelle: Vortrag Dr. Therese Stukel (ICES, Toronto) WIC health policy conference 4./5.6.2015 Berlin

Methodische Ansätze zur „Vervielfältigung“ von Best-Practice-Beispielen

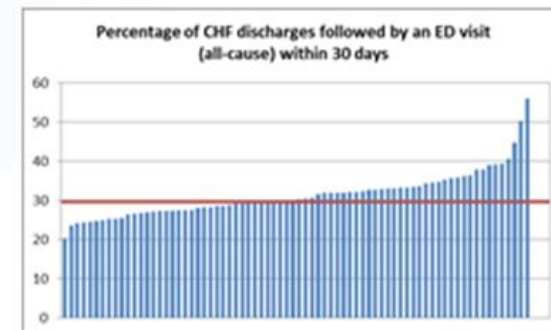
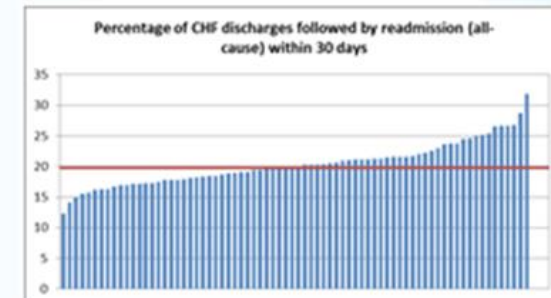
- Feedback über Indikatorenset zur ambulant-stationären Versorgung je Versorgungsgemeinschaft/Netzwerk
- Lokaler Diskussionsprozess je Netzwerk über Schlussfolgerungen für Behandlungsabläufe

Health Care Quality Domains

- Hospital-community transitions
- Evidence-based (EB) Medications
- Screening and prevention
- Avoidable admissions and readmissions
- Cancer end-of-life (EOL) care
- Spending

CHF: 30-day All-Cause Readmission and ED Rates

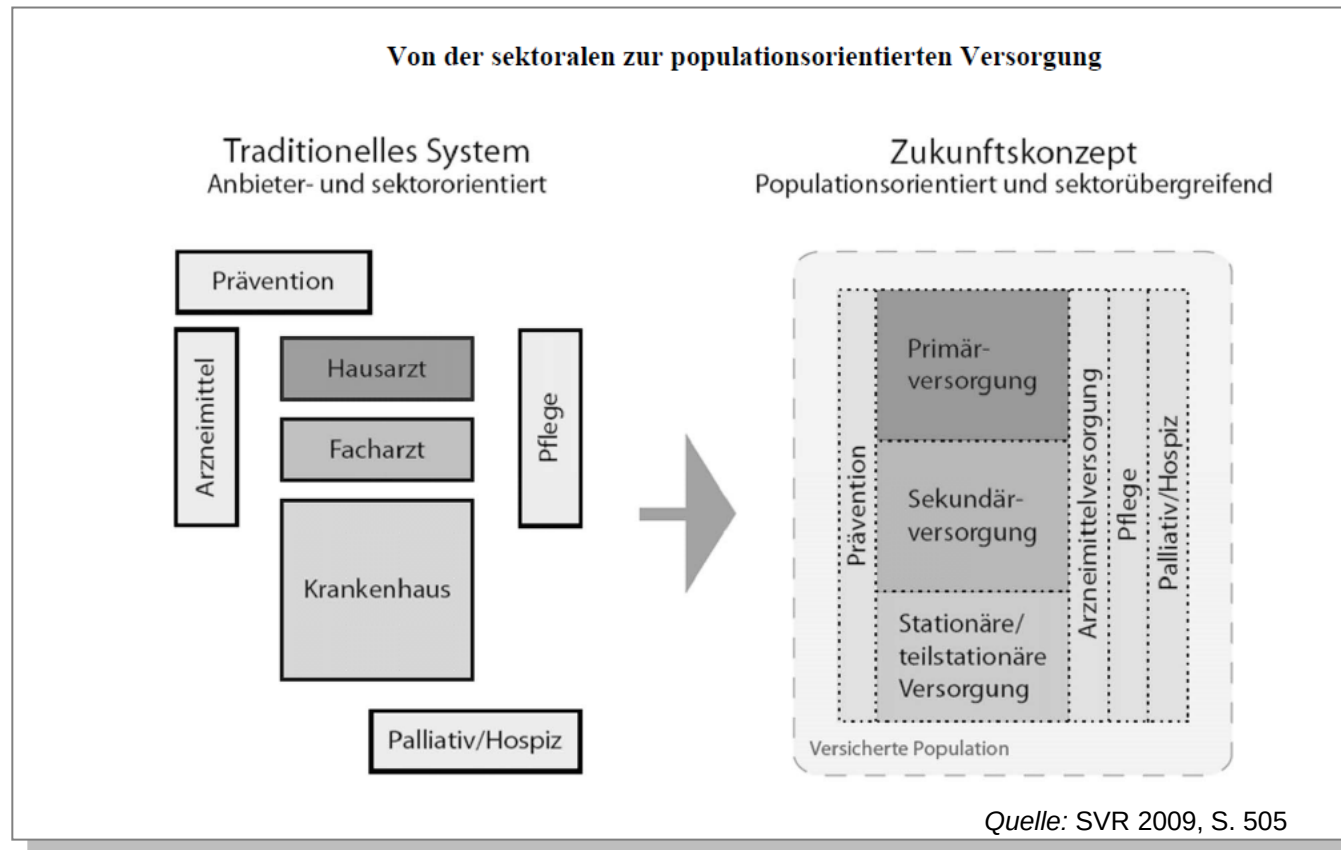
PAQ	Percent of CHF hospitalizations with a readmission or ED visit				
	10 th	25 th	50 th	75 th	90 th
All-cause readmissions	16.2	17.8	19.8	21.6	24.5
All-cause ED visits after discharge	24.8	27.4	29.7	33.1	35.9



Quelle: Vortrag Dr. Therese Stukel (ICES, Toronto) WIC health policy conference 4./5.6.2015 Berlin

Prospektive populationsbezogene Mengenvereinbarungen der Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern

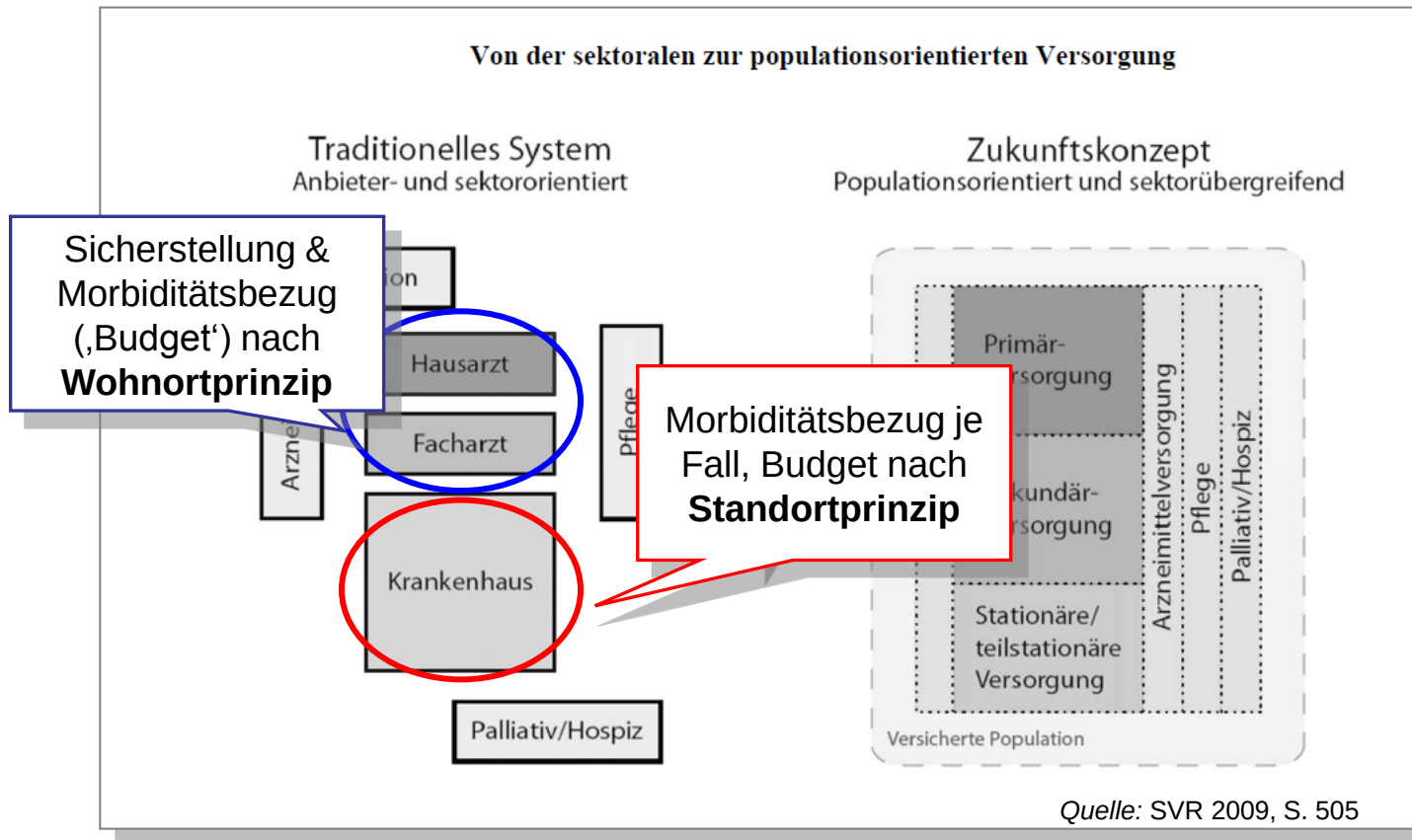
Populationsbezug in der Versorgung und der Vergütung



Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung,
die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung.

Prospektive populationsbezogene Mengenvereinbarungen der Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern

Populationsbezug in der Versorgung und der Vergütung



Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung, die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung.

Prospektive populationsbezogene Mengenvereinbarungen der Krankenkassen mit einzelnen Krankenhäusern

Prospektive Berücksichtigung von Verlagerungsprozessen in Krankenhaus-Budgetverhandlungen

Fachtagung „Ambulant vor stationär“
am 8. September 2014 in Berlin

AGENON Gesellschaft für Unternehmensentwicklung
im Gesundheitswesen mbH Berlin
Friedrichstr. 94 10117 Berlin

AGENON

Verlagerungsprozesse

8.9.2014 – Seite 1



I Ausgangspunkt und Fragestellung

2. Bevölkerungsbezug:

- Kein dem vertragsärztlichen Bereich vergleichbares bevölkerungsbezogenes Konzept
 - Statt Bevölkerungsbezug gilt „Hausbezug“:
 - Für die Vergütung bzw. ihre Anpassung spielt es keine Rolle, woher die Patienten stammen (wo sie wohnen)
 - verhandelt wird ausgehend von den im aktuellen Jahr im „Haus“ behandelten Fällen und den darauf aufbauend geplanten Fallzahlen im Folgejahr
- ➡ Wie können regional- und bevölkerungsbezogen verifizierte *Verlagerungspotenziale* in die hausbezogenen Verhandlungen eingebracht bzw. „übersetzt“ werden?

II AGENON-Vorschlag für das Vorgehen

Schritt 1:
Auswahl geeigneter Krankheits-
gruppen (Verlagerungspotenziale
vermutet)

Schritt 2:
Spezifikation verlagerungs-
sensitiver Parameter der
Inanspruchnahme (DRGs)

Schritt 3:
Quantifizierung der Parameter
(Anzahl der Fälle; Bund, Land,
Kreisregion; Adjustierung)

Schritt 4:
Regionalauswahl

Schritt 5:
Aufarbeitung der ambulanten
Behandlungsangebote und
-möglichkeiten

Schritt 6:
Aufschlüsselung nach Kranken-
häusern, Bestimmung von „Ziel-
Krankenhäusern“

Schritt 7:
Zielbildung auf der Basis von
Vergangenheitswerten und
Prognosen

Schritt 8:
Zuordnung zu den „Ziel-Kranken-
häusern“

„Versorgungsbedarf“ als Kriterium der Budgetverhandlung mit Krankenhäusern verankern

Ein neues Gutachten zeigt die regionalen Ungleichgewichte in der ambulanten und stationären Versorgung: Die „Arbeitsteilung“ beider Sektoren ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dabei ist festzustellen, dass die Budgetplanung im stationären Bereich nicht vom tatsächlichen Versorgungsbedarf (gemessen durch die Entwicklung der Bevölkerung und ihrer Morbidität) ausgeht, sondern weitgehend die vorgefunden Strukturen und Leistungsmengen fortschreibt. Das steht im Gegensatz zu rationalen Regelungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung. Gerade vor dem Hintergrund der ungeklärten Mengenentwicklung bei bestimmten Krankenhausleistungen empfiehlt das Gutachten in der Konsequenz, den regionalen bevölkerungsbezogenen Versorgungsbedarf als Basisinformation in die Budgetverhandlungen der einzelnen Krankenhäuser einer Region einzubeziehen. Dafür werden konkrete Verfahrensvorschläge vorgelegt; Versorgungsplanung und die Mengenvereinbarungen in der stationären Versorgung müssen dabei auch das realisierbare ambulante Versorgungspotenzial in der Region berücksichtigen.

Effizienzreserven in der medizinischen Versorgung

Die gesetzliche Krankenversicherung bietet ihren Versicherten ein hohes Niveau der medizinischen Versorgung. Um dieses Niveau auch künftig sicherzustellen, müssen bestehende Effizienzreserven gehoben werden. Dies betrifft insbesondere das Verhältnis von stationärer zu ambulanter Versorgung. So empfiehlt etwa der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2012 „die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich“ als einen Lösungsbeitrag und sieht in diesem Zusammenhang das ambulante Potenzial in der Gesundheitsversorgung „bei weitem“ noch nicht ausgeschöpft.

Budgetvereinbarungen für die Krankenhäuser schreiben Vergangenheit fort

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ kann jedoch in den jährlichen Budgetverhandlungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bisher nicht umgesetzt werden. De facto orientieren sich die Krankenhausbudgets an der vom einzelnen Krankenhaus in der Vergangenheit erbrachten Leistungsmenge, nicht jedoch am aktuellen (und künftigen) Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Auch die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung in der Region werden nicht berücksichtigt.

Wie in der ambulanten, vertragsärztlichen Versorgung vereinbaren die Krankenkassen mit jedem einzelnen Krankenhaus prospektiv, d.h. im Voraus, eine notwendige Leistungsmenge. Dabei sollten die vereinbarten Leistungsmengen ambulant und stationär sinnvoll aufeinander abgestimmt sein. Zur Effizienzverbesserung der Versorgung muss bei der Vereinbarung von Leistungsmengen in beiden Bereichen jeweils vom Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgegangen werden. Das entspricht dem Grundsatz einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung.

In der vertragsärztlichen Versorgung gelten deshalb Kriterien zur Bewertung des Versorgungsbedarfs wie z.B. die Alters- und Morbiditätsstruktur der Versicherten mit Wohnort im Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Außerdem sind u.a. Leistungsverlagerungen aus dem stationären Versorgungsbereich zu berücksichtigen. Entsprechende Kriterien gelten jedoch bisher nicht für die Budgetvereinbarungen mit Krankenhäusern.

Gutachten macht Verfahrensvorschlag

Da die Krankenkassen mit jedem Krankenhaus einzeln verhandeln, benötigen sie eine methodische Grundlage, wie der regionale Versorgungsbedarf bei der Vereinbarung des Erlösbudgets eines einzelnen Krankenhauses angemessen berücksichtigt werden kann. U.a. zur Klärung dieser Frage haben das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) und die BARMER GEK gemeinsam das Beratungsunternehmen AGENON mit einem Gutachten beauftragt. Die Gutachter haben nun einen Verfahrensvorschlag vorgelegt, wie

1. der bevölkerungsbezogene Versorgungsbedarf einer Region ermittelt,
2. die regionale Versorgungssituation bewertet und auf die Krankenhäuser der Region bezogen, sowie
3. daraus Konsequenzen für ein konkretes Erlösbudget gezogen werden können.

Durch dieses Vorgehen werden auch Effizienzpotentiale aufgedeckt, die ggf. durch eine vermehrte ambulante Versorgung erschlossen werden können.

Mengenvereinbarungen als Regelfall – Gesetzliche Grundlage dafür schaffen

Das Instrument der Mengenvereinbarung für das Folgejahr muss bei den Krankenhaus-Budgetverhandlungen zum Regelfall werden; dazu muss in den Gesetzen die Vorgabe aufgenommen werden, dass der Versorgungsbedarf der vom Krankenhaus versorgten Bevölkerung prospektiv zu ermitteln und zu berücksichtigen ist. Ebenso muss das Potenzial der ambulanten Versorgung als Kriterium verankert werden; Leistungsverlagerungen in den ambulanten Bereich sind hierbei als zukünftige Minderfälle zu berücksichtigen. Hierfür bedarf es Anpassungen des KHG und des KHEntG.

Vereinbarte Minderfälle sind künftig auch bei der Krankenhausplanung und der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung zu berücksichtigen. Zudem ist die vom Gesetzgeber in der vertragsärztlichen Versorgung bereits vorgesehene Vereinbarung von Leistungsmengen unter Berücksichtigung verlagerter Leistungen dadurch zu unterstützen, dass die Mengenvereinbarungen mit den Krankenhäusern auch den Gesamtvertragspartnern in der vertragsärztlichen Versorgung zugänglich gemacht werden. Dies erfordert Anpassungen des SGB V.

Ansprechpartner:

Dr. Rolf-Ulrich Schlenker,
Vorstandsmitglied, BARMER GEK

Dr. Andreas Gassen (Vorstandsvorsitzender), Dr. Dominik von Stillfried (Geschäftsführer),
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)

Steffen Böhm und Wilhelm F. Schröder,
Geschäftsführer, AGENON Gesellschaft für Unternehmensentwicklung im Gesundheitswesen mbH

Wie können andere Regionen Best-Practice-Beispielen folgen?

Zwei mögliche Antworten:

- ➔ **Verbesserung der Abstimmung untereinander**
(Hilfsmittel: Benchmarking auf Basis funktionaler Populationen)
- ➔ **Stärkung der Steuerung durch Krankenkassen**
(Grundlage: Populationsbezogene prospektive Mengenvereinbarungen)

Welcher Methode würden Sie größeres Potenzial zutrauen?

Notwendigkeit der Quantifizierung von Leistungsverlagerungen bei ‚kombinierten Budgets‘

Dynamische Veränderung der Arbeitsteilung in der Versorgung durch

- **medizinisch-technischen Fortschritt** - zunehmende Möglichkeiten der ambulanten Versorgung (z.B. Anästhesie, minimal-invasive OP, HIV)
- **strukturelle Bedingungen** – modulieren Grad der Arbeitsteilung regional und im zeitlichen Verlauf (z.B. diabetologische / onkologische Schwerpunktpraxen, MVZ an Krankenhäusern, Spezialisierung der Häuser)
- **normative Vorgaben**, z.B. Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 SGB V), Ambulantes Operieren (§115 b SGB V), hochspezialisierte Versorgung (§ 116b SGB V), Disease Management Programme (§ 137 f SGB V)
- **Anreize in Vergütungssystemen**, z.B. DRG-Einführung im stationären Bereich; Pauschalierung im vertragsärztlichen Bereich
- **Aufhebung sektoraler Budgetierung** – Mengenentwicklung durch Morbiditätsentwicklung und fundierte Änderung der Versorgungsintensität (Verlagerung) vollständig von Krankenkassen zu finanzieren (§ 87a SGB V)

Notwendigkeit einer Quantifizierung von Leistungsverlagerungen

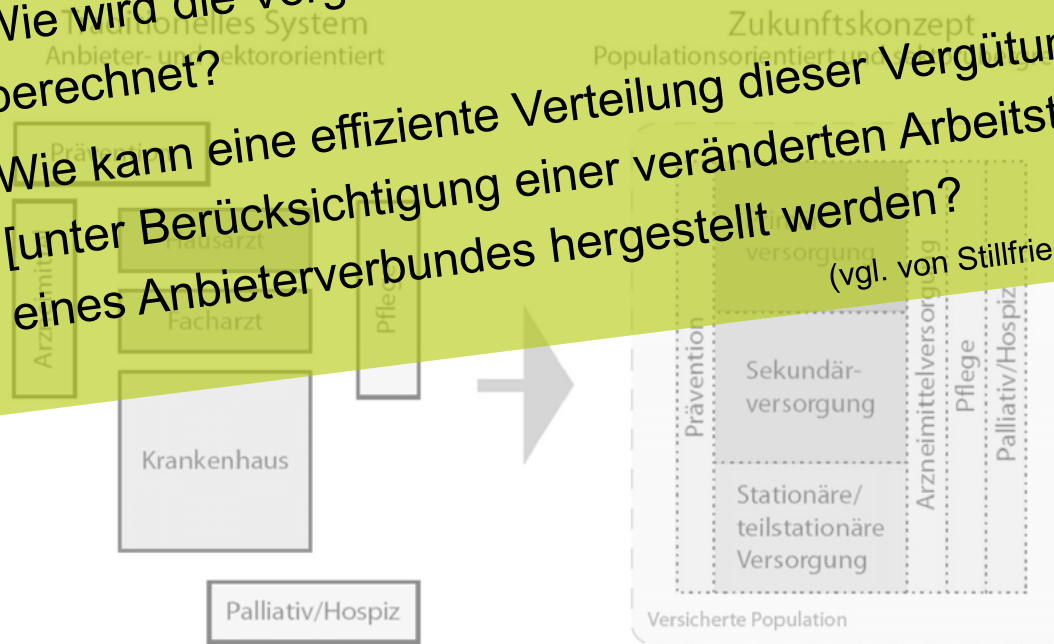
2. Populationsbezug in der Versorgung und der Vergütung

2 Fragen zur Vergütung populationsorientierter Versorgung:

1. Wie wird die Vergütung eines Anbietersverbundes insgesamt berechnet?

2. Wie kann eine effiziente Verteilung dieser Vergütung [unter Berücksichtigung einer veränderten Arbeitsteilung] innerhalb eines Anbietersverbundes hergestellt werden?

(vgl. von Stillfried 2000, Krankenhausreport 2000)



Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung,
die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung.

Quelle: SVR 2009, S. 505

Notwendigkeit einer Quantifizierung von Leistungsverlagerungen

2. Populationsbezug in der Versorgung und der Vergütung

2 Fragen zur Vergütung populationsorientierter Versorgung:

1. Wie wird die Vergütung eines Anbietersverbundes insgesamt berechnet?
2. Wie kann eine effiziente Verteilung dieser Vergütung [unter Berücksichtigung einer veränderten Arbeitsteilung] innerhalb eines Anbietersverbundes hergestellt werden?

(vgl. von Stillfried 2000, Krankenhausreport 2000)

Um einen Zielkonflikt zwischen populationsorientierter Versorgung und dem Grundsatz „Geld folgt der Leistung“ zu vermeiden, bedarf es der Quantifizierung von Leistungsverlagerungen zwischen den beteiligten Anbietern bzw. zwischen den Sektoren.

(vgl. von Stillfried et al, DÄB 2010; 107(24))

Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung, die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung.

Quelle: SVR 2009, S. 505

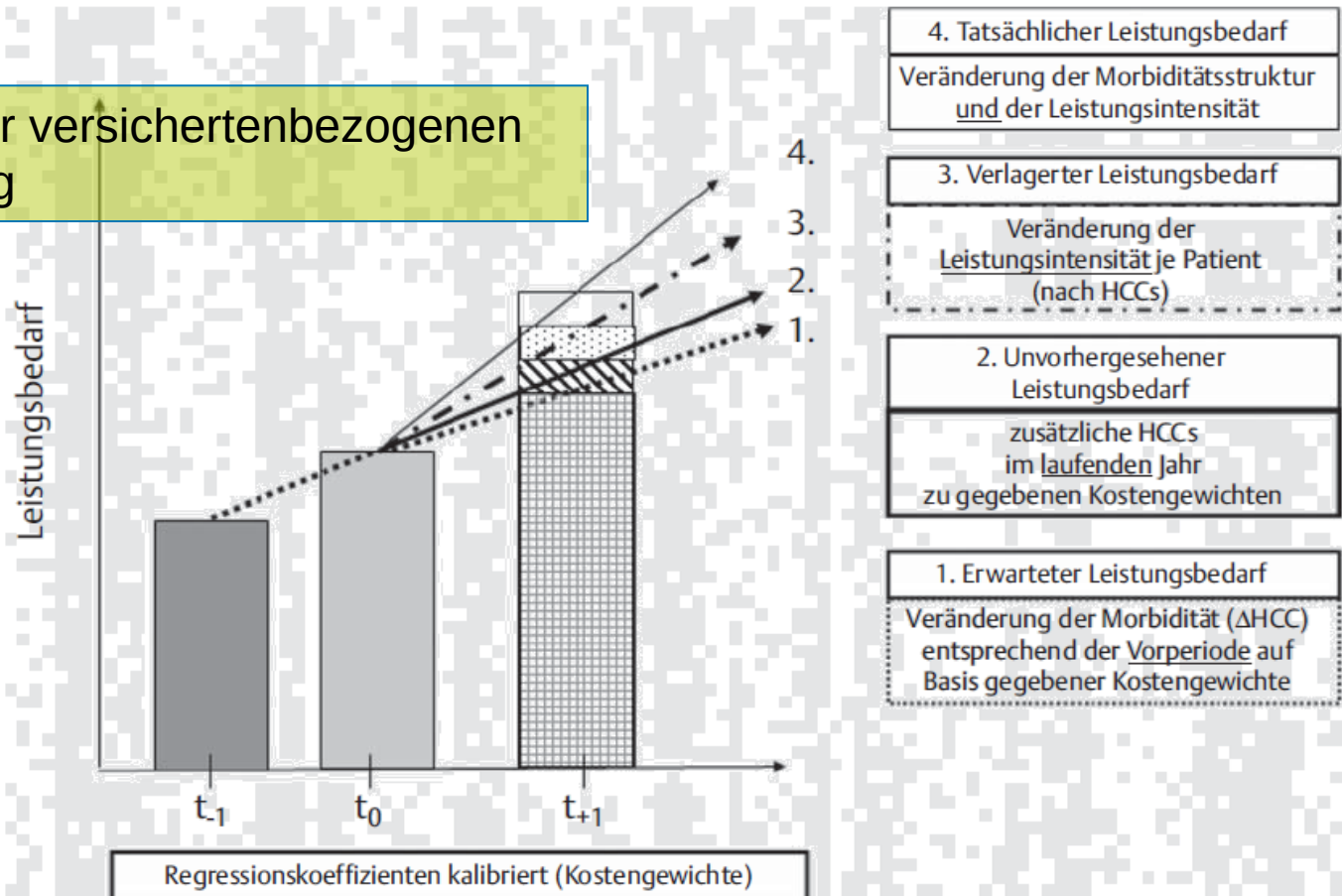
Leistungsverlagerungen im Kontext der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

- Forderung des Sachverständigenrats 2009: *„Das Vergütungssystem sollte ambulanten Praxen die Möglichkeit geben, z. B. durch vermiedene Klinikeinweisungen Einsparungen zu erzielen, die der Praxis zur Verfügung stehen.“*
- Durch das GKV-WSG (2007) auf Ebene der Gesamtvergütung realisiert: intersektorale Leistungsverlagerungen = einer von vier Anpassungsfaktoren des Mengengerüsts der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (§ 87a Abs. 4 SGB V)

Leistungsverlagerungen im Kontext der vertragsärztlichen Gesamtvergütung

- Quantifizierung von Leistungsverlagerung: muss in logischem Zusammenhang zur Quantifizierung der übrigen Anpassungsfaktoren (Morbiditätsveränderung, nicht vorhersehbarer Morbiditätsanstieg und Wirtschaftlichkeitsreserven) stehen

→ Methode der versichertenbezogenen Bilanzierung



Versichertenbezogene Bilanzierung

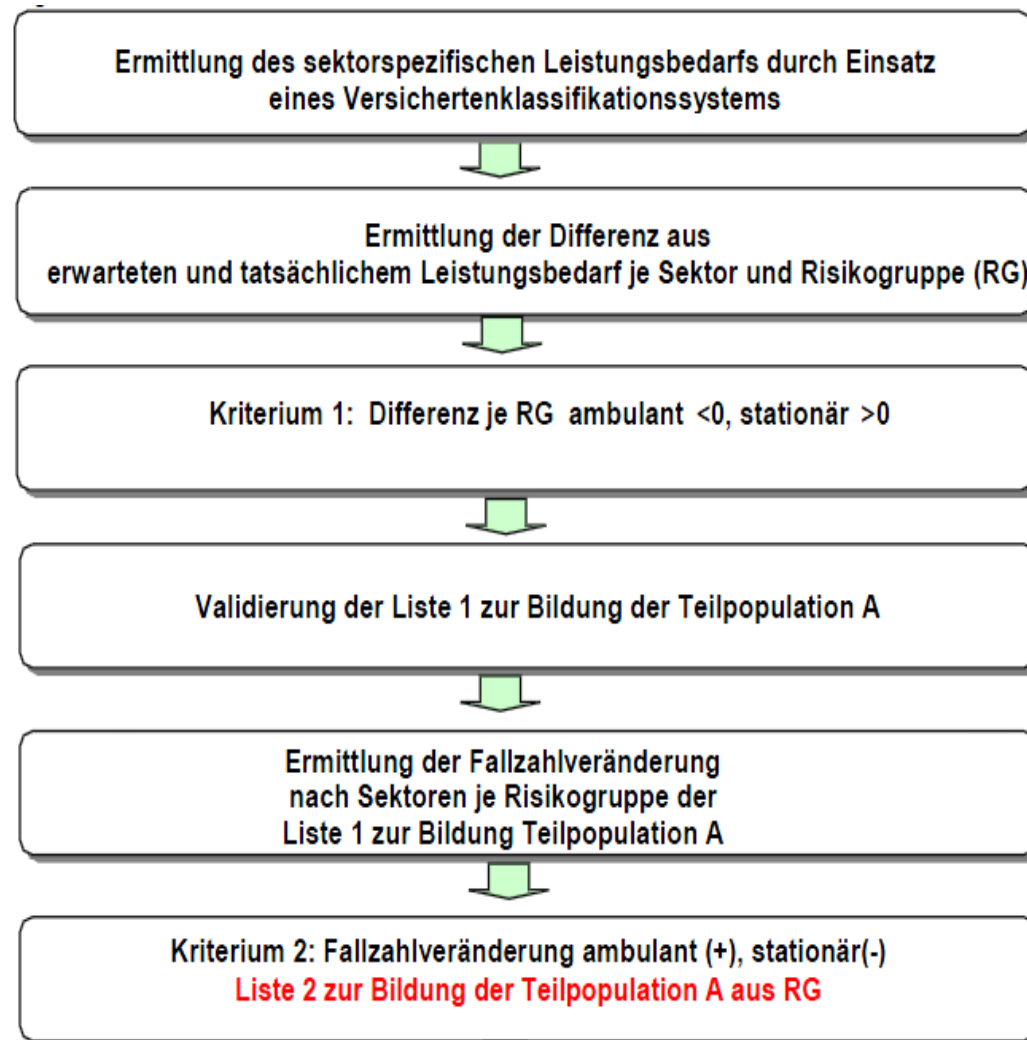
- Veränderung des Gewichts der Leistungsanteile von stationärer und ambulanter Versorgung im Zeitraum eines Kalenderjahres bei Patientengruppen mit bestimmten Risikomerkmale mittels Verfahren des health risk assessment (predictive modeling).

von Stillfried et al. Das Gesundheitswesen 2010

- Identifikation und Quantifizierung von Leistungsverlagerungen bedarf einer **sektorenübergreifenden und versichertenbezogenen Datengrundlage**, da nur so Zusammenhänge zwischen ambulanter und stationärer Versorgung erkennbar werden und gleichzeitig Veränderungen in der Morbiditätsstruktur berücksichtigt werden können
- Berechnung im Kontext des § 87 a erfordert ein **zweistufiges Vorgehen**:
 - Identifikation von Versichertengruppen mit Verlagerungspotential
 - Quantifizierung des zusätzlichen / substituierten verlagerungsbedingten Behandlungsbedarfs

Quantifizierung von Leistungsverlagerungen 1. Stufe

Ziel: Identifikation der Teilpopulationen mit Verlagerungspotenzial
(sektorspezifische Versorgungsintensität entwickelt sich gegenläufig)



gegenläufige
Ausgabenentwicklung
bei konstanten Preisen

gegenläufige
Entwicklung der
Fallzahl

von Stillfried et al. Das Gesundheitswesen 2010

Ergebnis 1. Stufe

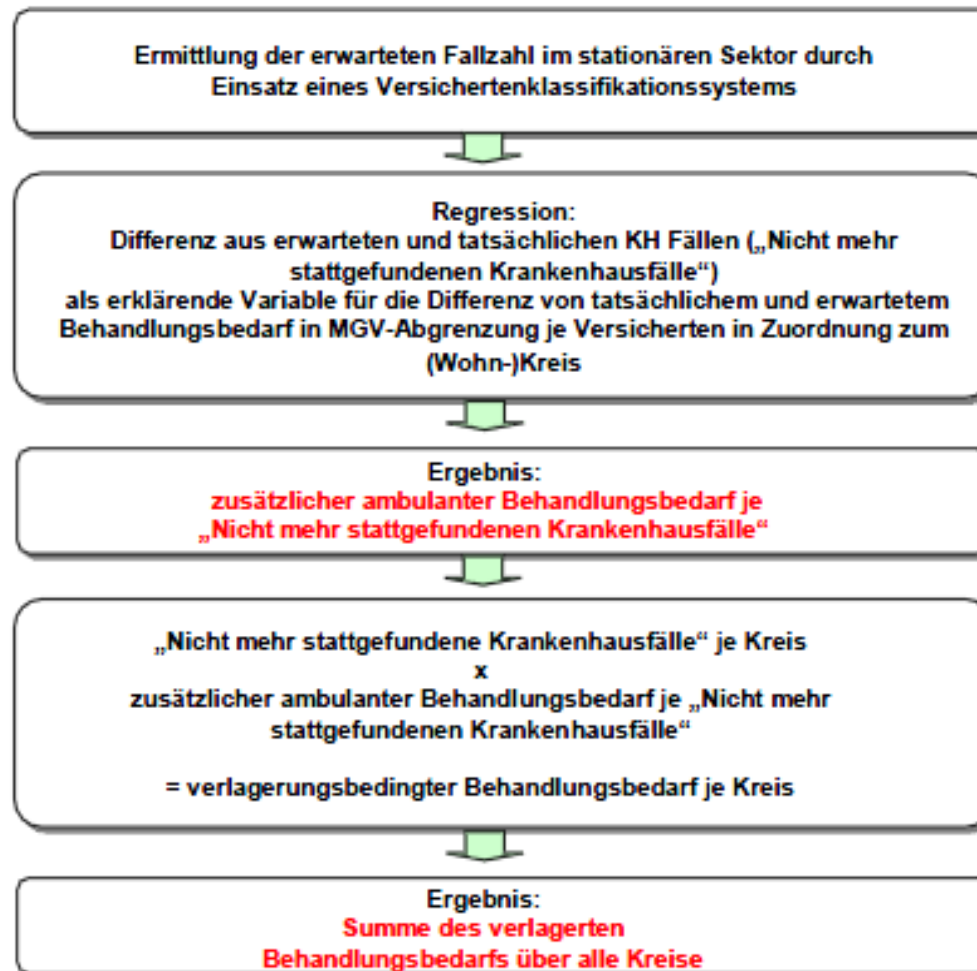
- Erstmalige Erprobung der versichertenbezogenen Analyse: ISEG (Hannover) & IGES (Berlin) Forschungsförderung durch das ZI
- Datengrundlage: Abrechnungsdaten von ca. 1,5 Mio. GEK Versicherten, 2005 bis 2007, Zuordnung nach Wohnortprinzip auf zweistellige Postleitzahlbereiche
- Klassifikationsmodell gemäß Morbi-RSA (Gesamter Leistungsbedarf ohne MGV-Abgrenzung)
- **Ergebnis:**
 - Teilpopulation durch HMG-Liste definiert
 - Kriterien für Verlagerung von ambulant nach stationär nicht erfüllt

Konsolidierte Liste der verlagerungsrelevanten HMGs
(Basis: Forschungs- und Entwicklungsaufträge der Institute ISEG und IGES)

HMG007	Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, chronisch lymphatische Leukämie
HMG012	Andere schwerwiegende bösartige Neubildungen
HMG014	Andere Neubildungen
HMG016	Diabetes mit neurologischen oder peripheren zirkulatorischen Manifestationen
HMG017	Diabetes mit akuten Komplikationen
HMG020	Diabetes mellitus Typ 1
HMG023	Andere schwerwiegende endokrine und Stoffwechselerkrankungen
HMG025	Terminale Lebererkrankung
HMG027	Chronische Hepatitis
HMG036	Ösophagitis, Reflux und andere Erkrankungen der Speiseröhre (ohne Ulkus und Blutung)
HMG037	Entzündung/Nekrose von Knochen/Gelenken/Muskeln
HMG052	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit
HMG053	Schädlicher Gebrauch von Alkohol/Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom
HMG054	Schizophrenie
HMG056	Psychosen, psychotische und dissoziative Störungen
HMG068	Querschnittslähmung
HMG071	Polyneuropathie
HMG074	Epilepsie
HMG086	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen
HMG092	Näher bezeichnete Arrhythmien
HMG105	Gefäßerkrankungen
HMG109	Chronische obstruktive Bronchitis/Emphysem (Alter: > 17 Jahre), Asthma bronchiale, Status asthmaticus (Alter: < 18 Jahre)
HMG165	Andere iatrogene Komplikationen

Quantifizierung von Leistungsverlagerungen 2. Stufe

Für Teilpopulationen aus Schritt 1: Quantifizierung des zusätzlichen bzw. substituierten Behandlungsbedarfs infolge ggf. veränderter Häufigkeit der stationären Behandlung



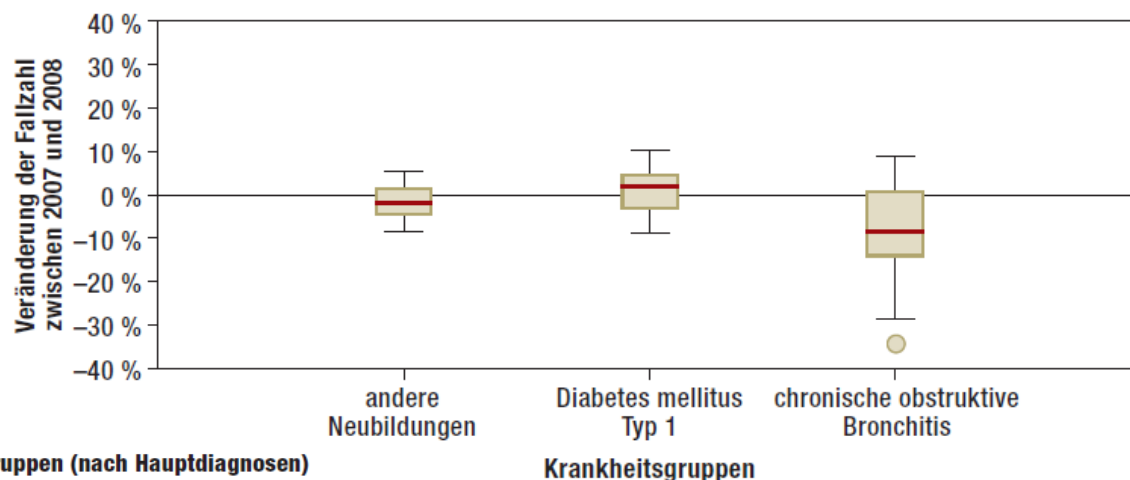
von Stillfried et al. Das Gesundheitswesen 2010

Quantifizierung von Leistungsverlagerungen 2. Stufe

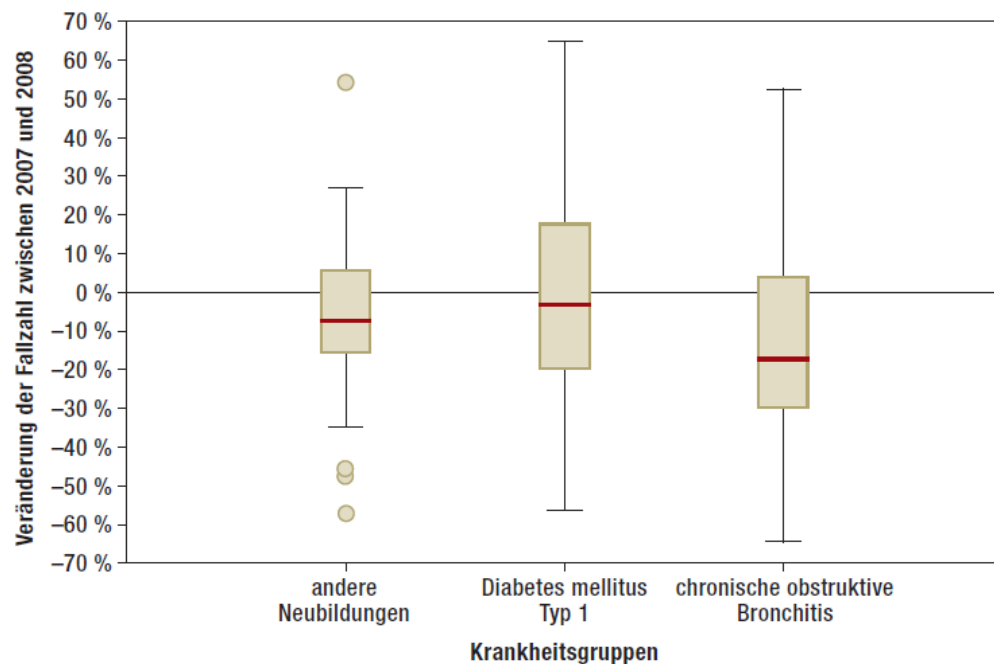
- Berechnung von morbiditätsbedingt erwarteten Krankenhausfällen (ähnlich dem Verfahren „likelihood of hospitalization“) dient der risikoadjustierten Bestimmung eines Erwartungswertes unter der Annahme einer konstanten Versorgungsintensität im stationären Bereich (ggf. Korrektur um Katalogeffekte erforderlich)
- Gegenüberstellung von tatsächlichen und erwarteten Krankenhausfällen bildet die veränderte stationäre Versorgungsintensität in Form von „nicht mehr stattgefundenen Krankenhausfällen“ ab
- „nicht mehr stattgefundene Krankenhausfälle“ können als erklärender Faktor für einen veränderten ambulanten Leistungsbedarf herangezogen werden
- Quantifizierung sollte auf Ebene von Landkreisen erfolgen, um regionalen Versorgungsbesonderheiten gerecht zu werden

Regionale Besonderheiten

Unterschiede der Fallzahlveränderung bestimmter Morbiditätsgruppen (nach Hauptdiagnosen) zwischen den 16 Bundesländern



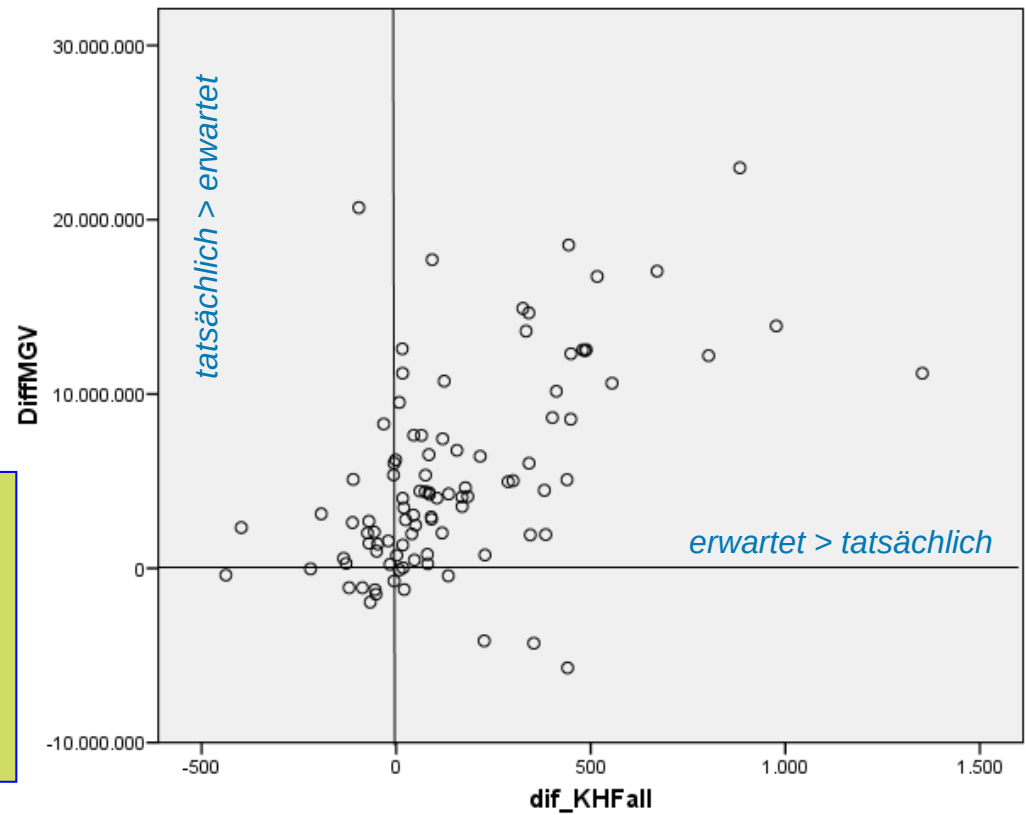
Unterschiede der Fallzahlveränderung bestimmter Morbiditätsgruppen (nach Hauptdiagnosen) zwischen den 96 Landkreisen in Bayern



Quelle: Eigene Darstellung des ZI auf Basis der DRG-Statistik des StBA

Ergebnis 2. Stufe

Zusammenhang zwischen
nicht mehr stationär behandelten
KH-Fällen
und ambulanter Versorgung
auf Ebene zweistelliger PLZ



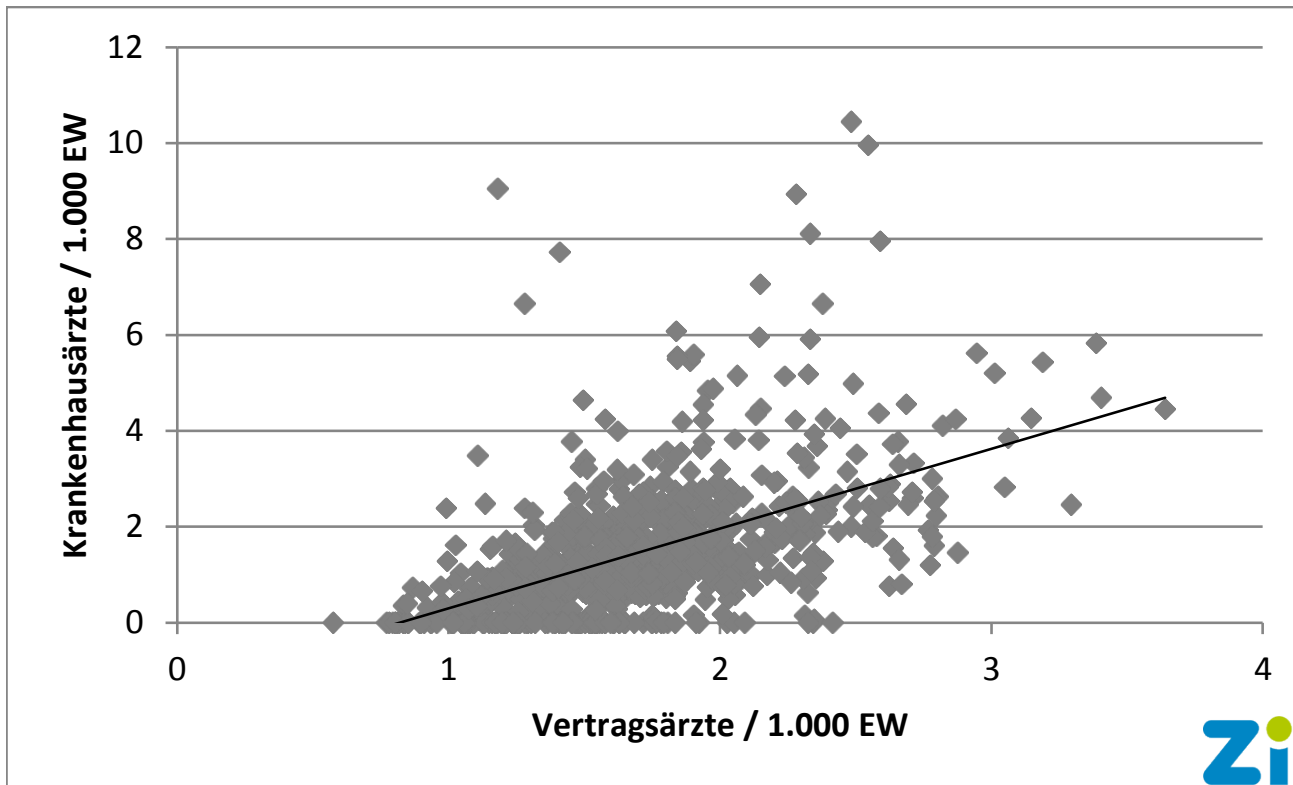
- **β _Verlagerungskoeffizient = 11.308 Punkte ($p < 0,01$)** je „nicht mehr stattgefundenem Krankenhausfall“
- **$R^2 = 0,29$** ($> R^2$ des Morbi – RSA)
- über alle Regionen ergibt sich „netto“ ein verlagerungsbedingter Behandlungsbedarf von 5,8 Mio. € (oberer rechter Quadrant); hochgerechnet ein **bundesweiter Verlagerungseffekt von rund 277 Mio. €**

Fazit

- **Arbeitsteilung** der am Versorgungsgeschehen beteiligten Leistungserbringer **unterliegt einer ständigen Dynamik** (medizinisch-technischer Fortschritt, veränderte gesetzliche und untergesetzliche Rahmenbedingungen oder veränderte strukturelle Voraussetzungen)
- In allen populationsorientierten Versorgungsmodellen - nicht nur im kollektivvertraglichem System – sind **Leistungsverlagerungen** zwischen Sektoren bzw. beteiligten Vertragspartnern **zu berücksichtigen**, um dauerhafte **Akzeptanz** zu gewährleisten und **Moral Hazard** zu vermeiden
- Zi hat mit Kooperationspartnern (ISEG, IGES, KBV) eine **Methodik zur Quantifizierung von Leistungsverlagerungen** im Kontext der vertragsärztlichen Vergütung entwickelt, die
 - vom Grundsatz auf andere Vertragsmodelle **übertragbar** ist.
 - durch weitere empirische Forschung **verfeinert** werden muss.
- Beforschung von Veränderungen der intersektoralen Arbeitsteilung erfordert **sektorenübergreifende Datengrundlagen**; hier sind die Kassen gefordert, die notwendige Transparenz herzustellen

Arztdichte in der ambulanten und in der stationären Versorgung

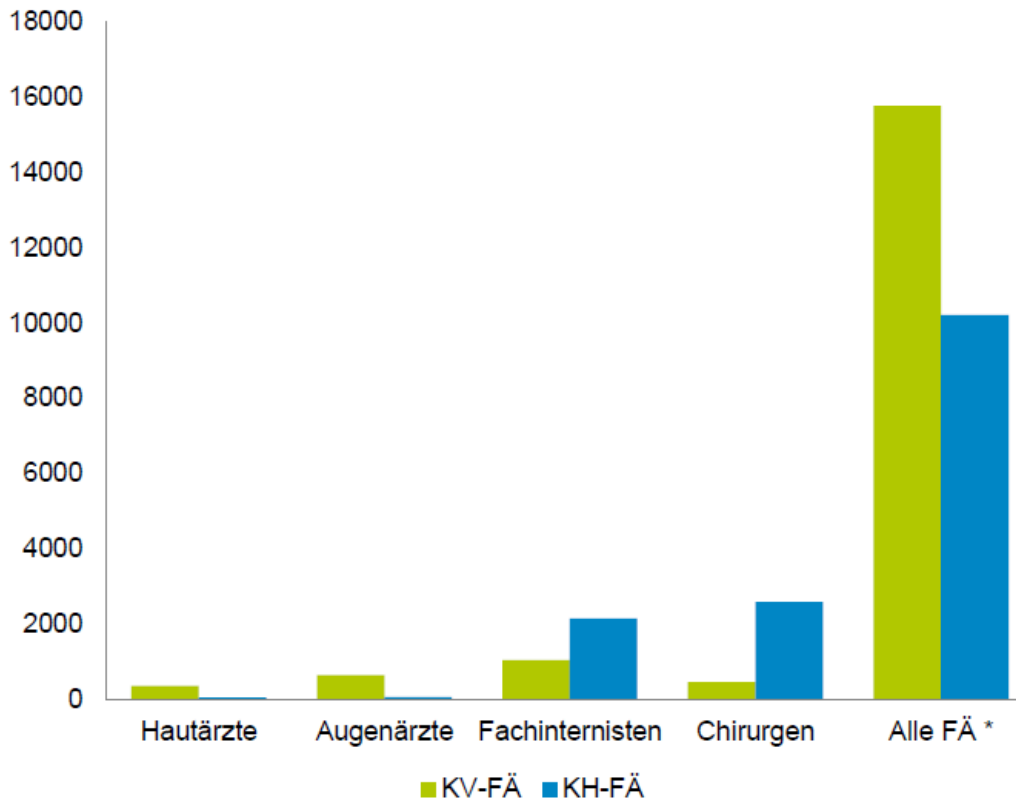
Eine niedrige ambulante Arztdichte (2012) korreliert über die 882 Mittelbereiche mit einer niedrigen stationären Arztdichte (2012) ($R^2=0,30$)



Quelle: Berechnung Zi auf Datenbasis des Bundesarztregisters und der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Arztdichte in der ambulanten und in der stationären Versorgung

Abbildung 4: Beispielhafter Vergleich von Arztzahlen im ländlichen Raum



am Krankenhaus
im ländlichen Raum:
überwiegend
Chirurgen und
fachärztliche **Internisten**

* Einschließlich Fachärzte für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätige Internisten

Quelle: eigene Darstellung; Datengrundlage: BAR 2013, QBK 2013.

Quelle: Goffrier B, Czihal T, Erhart M. Übernahme der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten: Empirische Untersuchung zur Relevanz der Änderung von § 116a SGB V im GKV-VSG. ZiPaper 6/2015

Weiterbildung – bisher Domäne des Krankenhauses

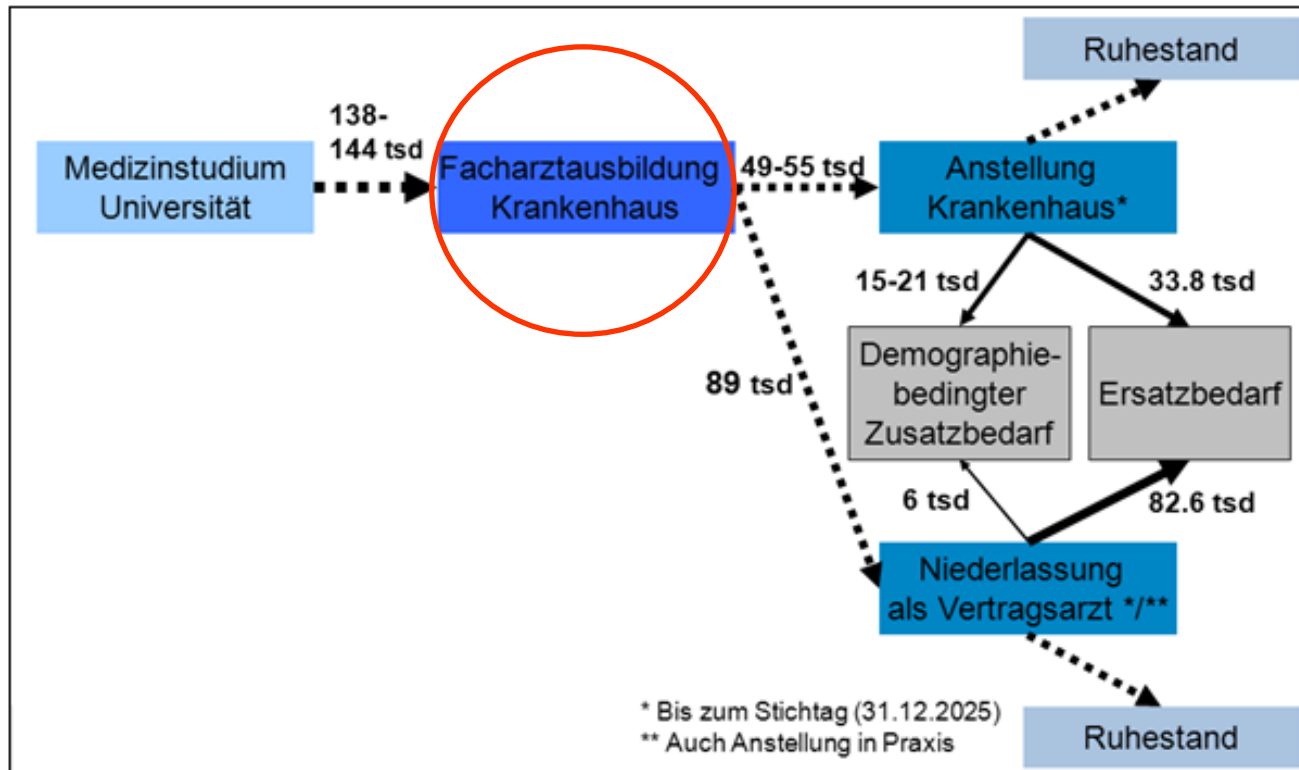
Tabelle 3: Unterversorgte Kreise der Augenärzte							
Name des Kreises	Ambulanter Bereich			Stationärer Bereich			
	VSG	Ärzte	Niederlassungs- möglichkeit	KHs	Ärzte	Fach- ärzte	Beleg- ärzte
Odenwaldkreis (2)	44,75	2	3	-	-	-	-
Kronach (3)	57,11	2	2	-	-	-	-
Fürth (1)	74,77	3,5	2	1	-	-	10
Elbe-Elster (3)	69,1	4	2,5	-	-	-	-
Mittelsachsen (2)	57	4	4	-	-	-	-
Gotha, Stadt (2)	58,6	2	2	-	-	-	-
Die Kreise wurden nach den vom BBSR festgelegten Schema der Kreistypen markiert: 1) Kernstadt, 2) Verdichtetes Umland, 3) Ländliches Umland, 4) Ländlicher Raum.							
Quelle: eigene Darstellung, Datengrundlage: BPU 4. Quartal 2014, QBK 2013.							

Quelle: Goffrier B, Czihal T, Erhart M. Übernahme der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten: Empirische Untersuchung zur Relevanz der Änderung von § 116a SGB V im GKV-VSG. ZiPaper 6/2015

Wenn niedergelassene Ärzte und Belegärzte (niedergelassene Ärzte mit Krankenhausaffiliation) die stationäre Versorgung in unterversorgten Regionen sicherstellen – **woher kommt dort der Nachwuchs?**

Weiterbildung im Krankenhaus als „Nadelöhr“ der künftigen Versorgung

Abbildung 11: Vereinfachtes Rahmenmodell zur Kalkulation des sektorübergreifenden Arztbedarfs



Quelle: Erhart M et al Machbarkeitsstudie „Projektion der demografisch bedingten Entwicklung des Versorgungs- und Arztbedarfs in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung - Grundlage einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung? Gutachten, gefördert durch die Bundesärztekammer im Rahmen des Programms zur Förderung der Versorgungsforschung, Dezember 2012

Lösungsmöglichkeiten?

- Aktive „Programmierung“ ambulanter Weiterbildungsmöglichkeiten nach Region, Fachgebiet und Schwerpunkten
- Entkoppelung der Finanzierung von der momentanen Rentabilität bestimmter ärztlicher Leistungen oder Schwerpunkte, statt dessen populations- und versorgungsstrukturbezogene Rahmenplanung
- Ablösung der Finanzierung der Weiterbildung von Leistungsentgelten der Krankenhäuser für stationäre Leistungen – z.B. durch Schaffung einer Stiftung für ärztliche Weiterbildung, die Fortbildungsstellen nach Kriterien der Rahmenplanung finanziert
- Berücksichtigung erforderlicher „Generalisten“ bei der Weiterbildung

**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

