



ZENTRALINSTITUT FÜR DIE  
KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG  
IN DEUTSCHLAND

Vienna Healthcare Lectures, Wien, 06.09.2017

# **Schafft Deutschland den Schritt zu krankenhauseretzenden ambulanten Versorgungsstrukturen?**

Dr. Dominik von Stillfried,  
Thomas Czihal

# Die Medizin wird ambulanter

## zwei wesentliche Faktoren

### 1. medizinisch-technischer Fortschritt

- risikomindernde und stationersetzende 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**

\* erstmalige Begriffsbildung: Busse/Wörz KrankenhausReport 2008

# Ambulantisierung als Chance nutzen!

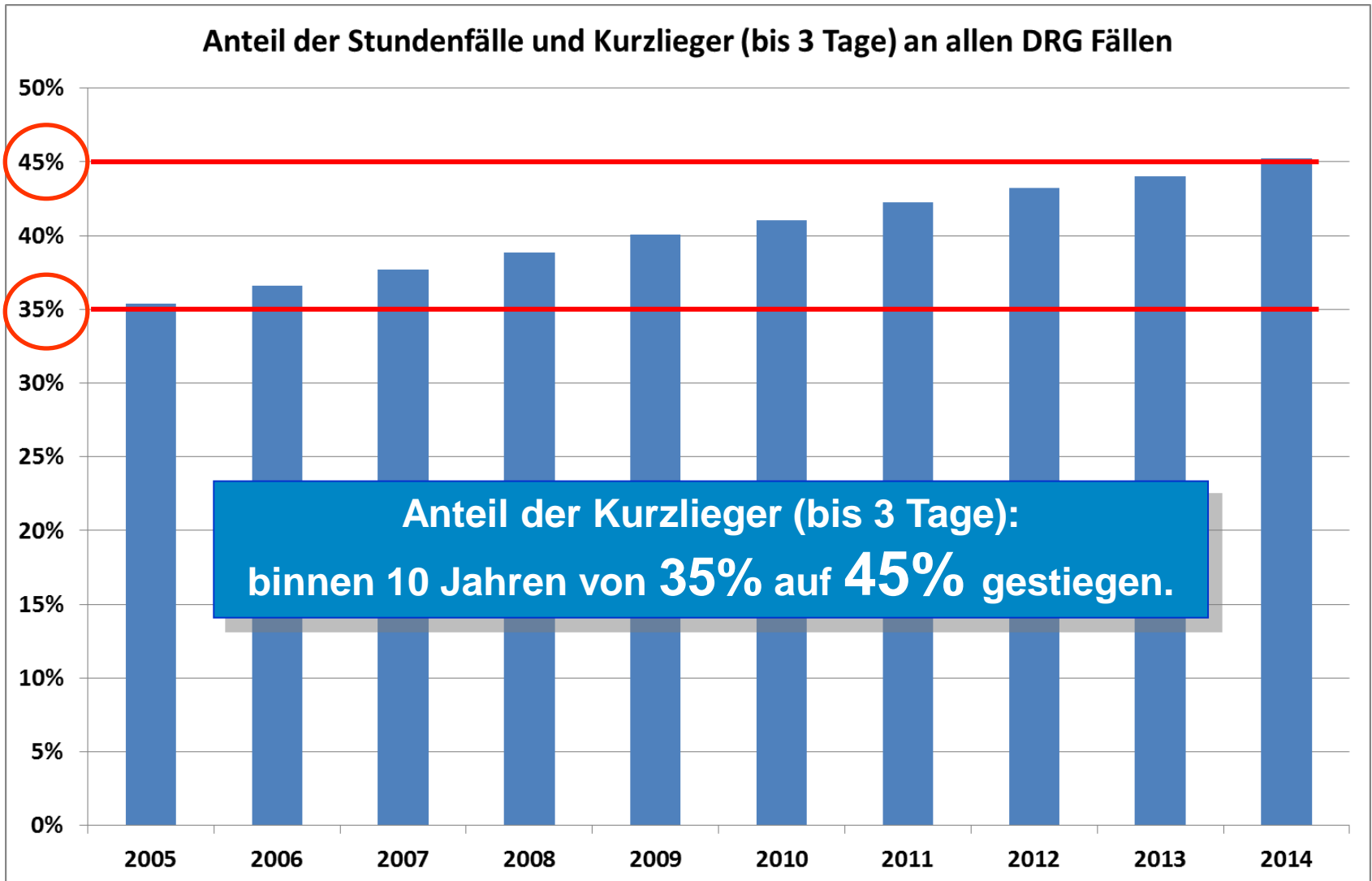
„Der **medizinisch-technische Fortschritt** (z.B. in den Bereichen Anästhesie, minimalinvasive Chirurgie, Medizintechnik oder auch bei der pharmakologischen Therapie) *ermöglicht eine Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung.*

In Kombination mit der absehbaren demografischen Entwicklung gewinnt die ambulante Behandlung an Bedeutung: *Ein wachsender Anteil bislang stationär behandlungsbedürftiger Patienten benötigt diese Form der Versorgung teilweise nur noch wenige Tage oder zukünftig gar nicht mehr.*

***Die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich vermag außerdem das Spannungsfeld einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei weiterhin begrenzten Ressourcen zumindest teilweise zu mindern.“***

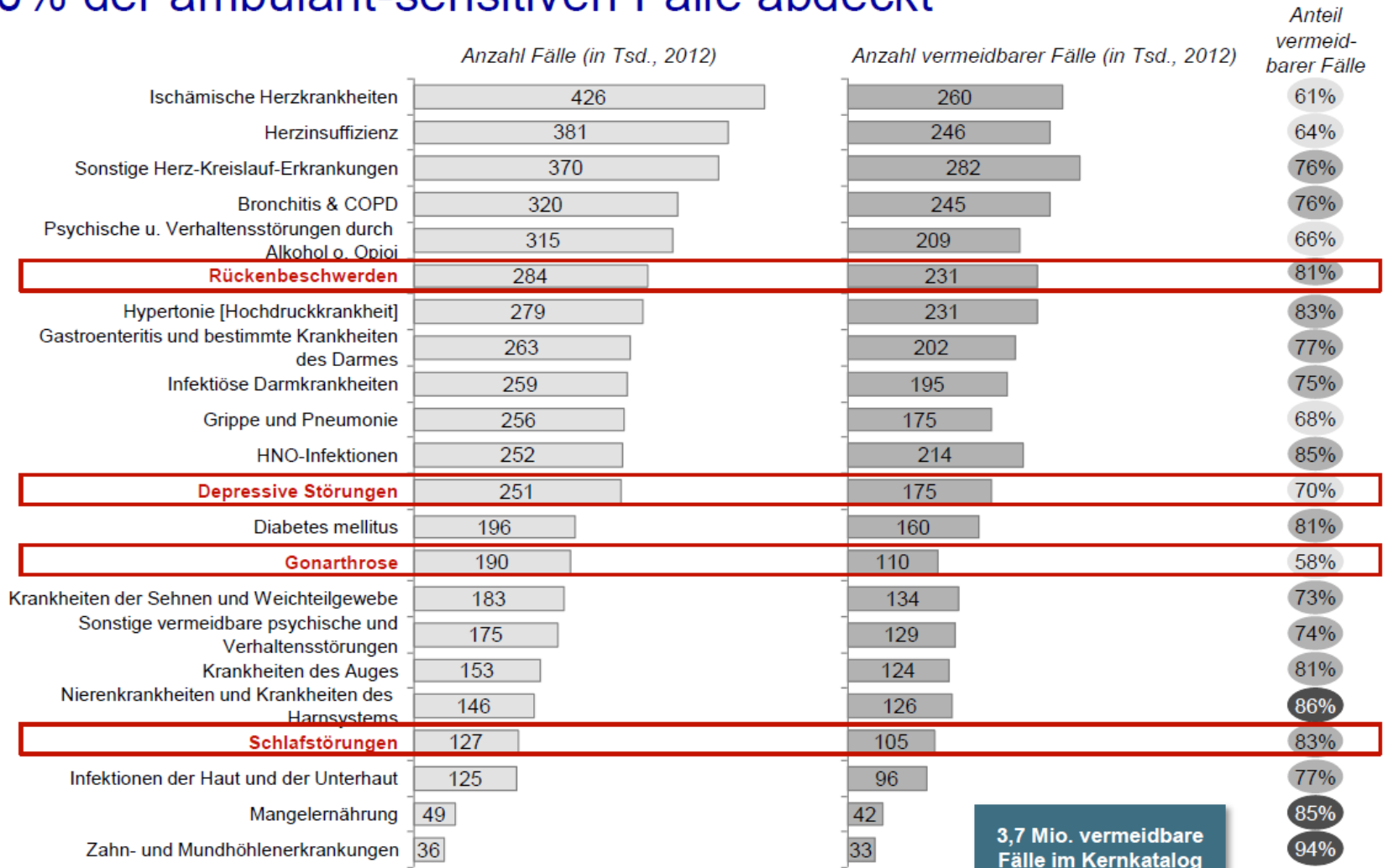
(SVR Gesundheit 2012)

# Ambulantes Potential gemäß SVR 2012



Quelle: eigene Berechnungen (Zi) auf Basis der DRG-Statistik des Stat. Bundesamtes

# Empfehlung eines Kernkatalogs, der mit 22 Krankheiten rund 90% der ambulant-sensitiven Fälle abdeckt

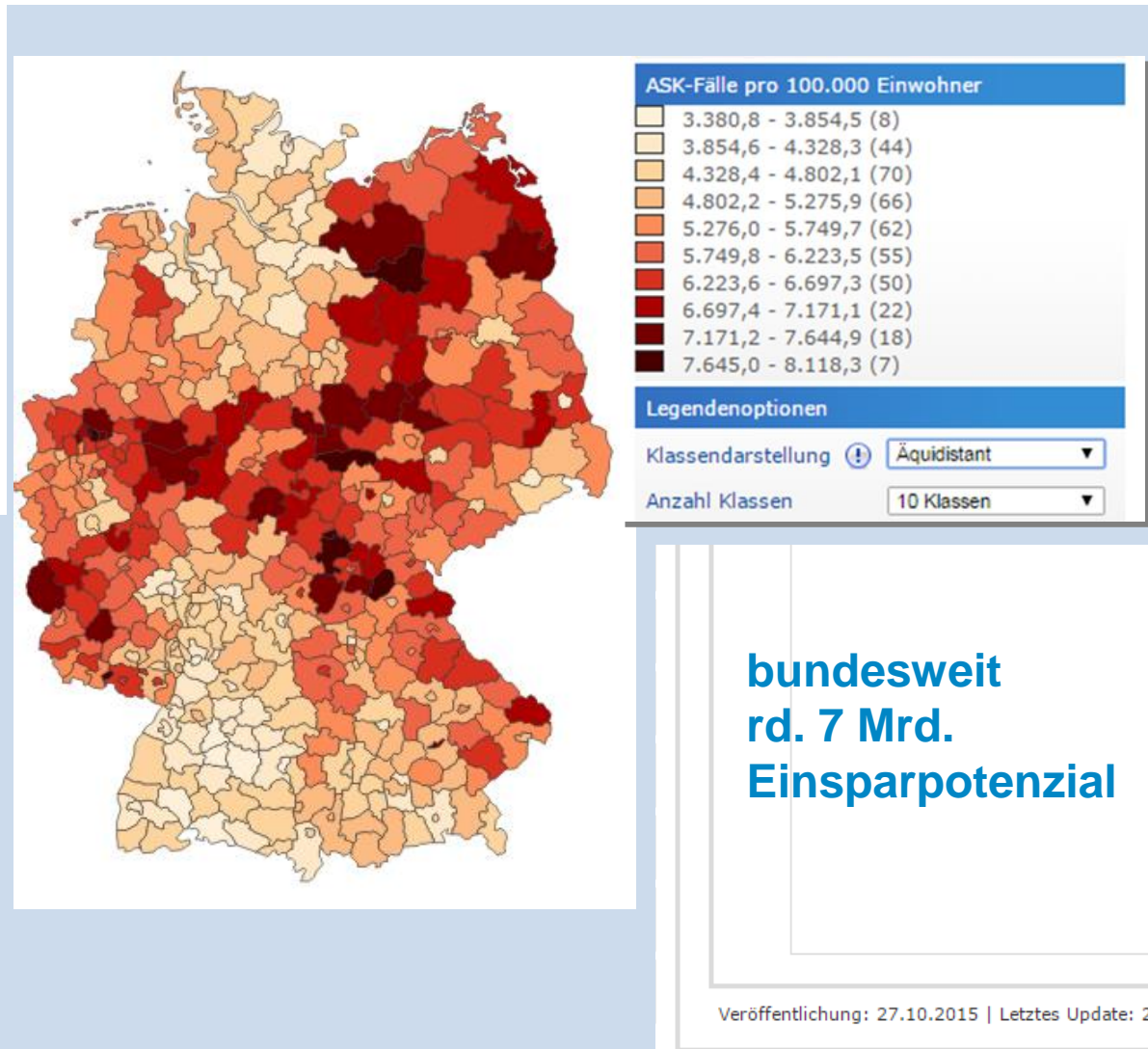


**3,7 Mio. vermeidbare Fälle im Kernkatalog**

Neu identifizierte ASK-Krankheitsbilder rot

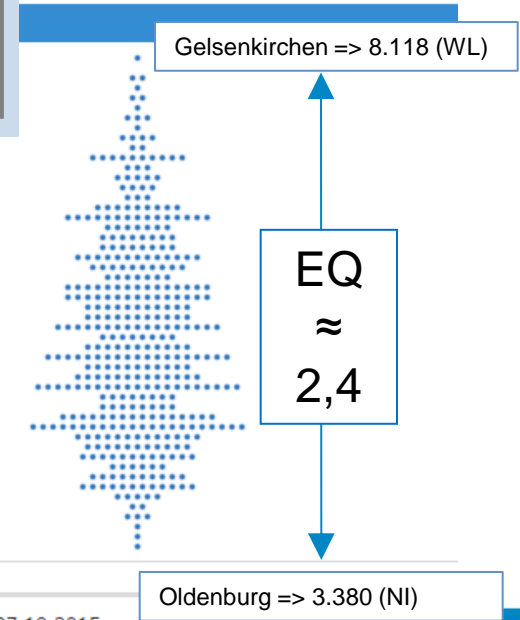
Quelle: Prof. Dr. Leonie Sundmacher 2015

# Potenziell vermeidbare Krankenhausaufnahmen



## ambulant-sensitive Krankenhausaufnahmen 2012

Quelle: Sundmacher L (2015)  
www.versorgungsatlas.de



# Höchste ASK-(Notfall-)Häufigkeiten: Ruhrgebiet und ländliche Regionen (2013)

Regions-/Kreistyp	ASK insg.	ASK-Notfall	Anteil
	je 100.000 Einwohner (ab 5 Jahre) werktags (tagsüber)		
Großstadtzentrum	1.927	798	41%
nahes Nebenzentrum	1.999	702	35%
nahe Umgebung einer Großstadt	2.038	753	37%
weitere Umgebung einer Großstadt	2.421	840	35%
außerhalb Großstadt-Umgebung	2.535	891	35%
Ruhrgebiet	3.160	1.050	33%

Quelle: IGES auf Basis von FDZ-Daten

# Höchste ASK-(Notfall-)Häufigkeiten: Ruhrgebiet und ländliche Regionen (2013)

Regions-/Kreistyp	ASK insg.	ASK-Notfall	Anteil
	je 100.000 Einwohner (ab 5 Jahre) werktags (tagsüber)		
Großstadtzentrum	1.927	798	41%
n n e w e	<p><b>Kernaussage der Analysen von Sundmacher &amp; IGES: ASK-Fälle sind höher, wo die ambulante Versorgungsstruktur schwächer und das stationäre Versorgungsangebot stärker ausgeprägt ist. Aufnahmen ohne Einweisung (Notfälle) sind besonders häufig in Regionen mit hohen Krankenhauskapazitäten.</b></p>		
außerhalb Großstadt-Umgebung	2.535	891	35%
Ruhrgebiet	3.160	1.050	33%

Quelle: IGES auf Basis von FDZ-Daten

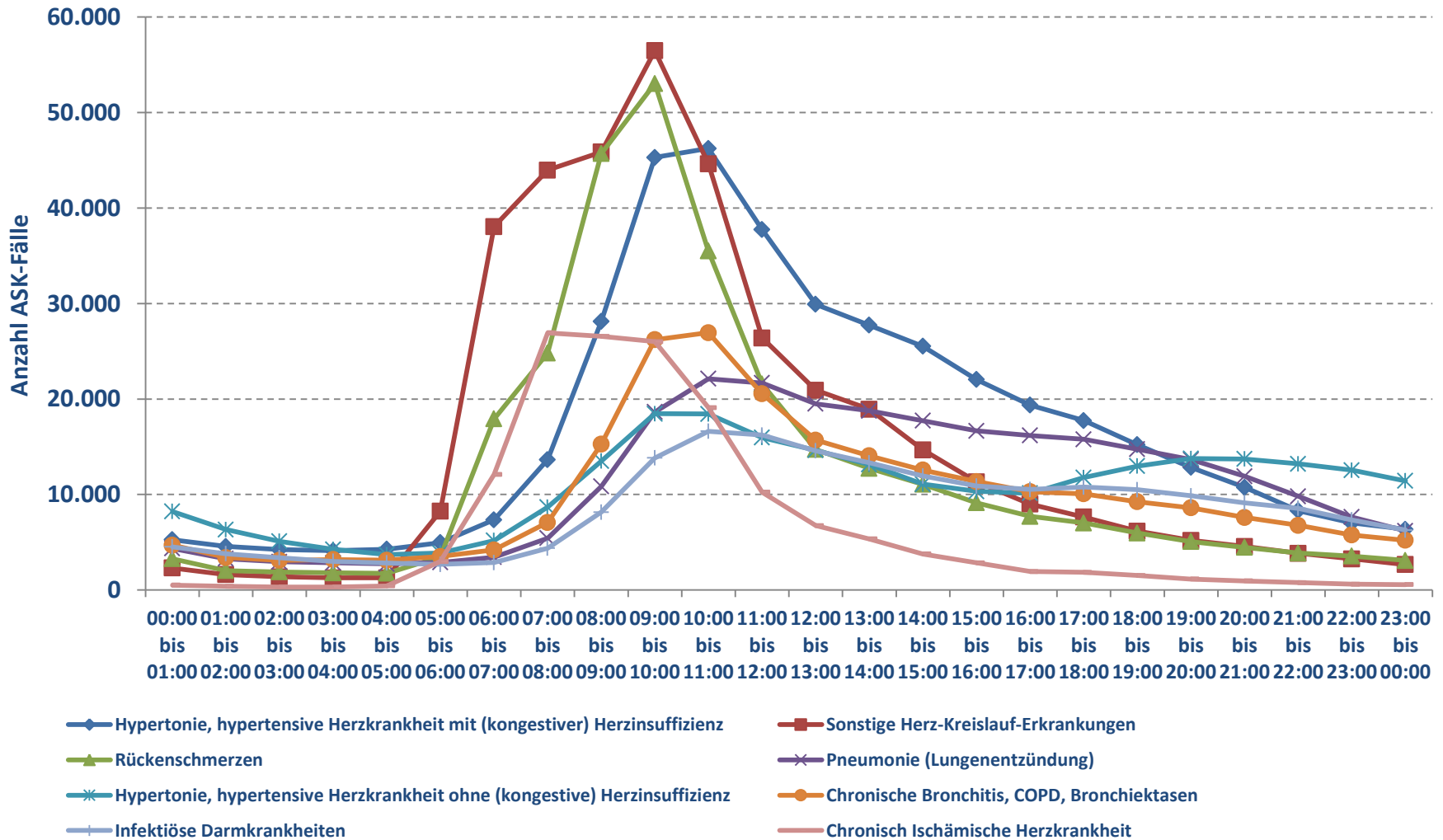


# ASK-Behandlungen: überwiegend Diagnostik, selten Operationen

Erkrankung	Anzahl Prozeduren (in Tsd.)	davon Anteil			
		diagnostische Maßnahmen	bildgebende Diagnostik	Operationen	nicht-operative Maßnahmen
hypertensive Herzkrankheit (mit kong. HI)	817,9	<b>30,5 %</b>	<b>21,1 %</b>	<b>4,8 %</b>	<b>41,0 %</b>
Angina Pectoris	738,2	<b>32,3 %</b>	<b>11,0 %</b>	<b>4,5 %</b>	<b>51,5 %</b>
chronisch ischämische Herzkrankheit	702,2	<b>27,8 %</b>	<b>9,3 %</b>	<b>9,6 %</b>	<b>52,6 %</b>
chronische Bronchitis, COPD u.a.	540,8	<b>48,6 %</b>	<b>17,6 %</b>	<b>3,0 %</b>	<b>29,1 %</b>
Diabetes	392,0	<b>11,1 %</b>	<b>22,5 %</b>	<b>26,9 %</b>	<b>33,2 %</b>

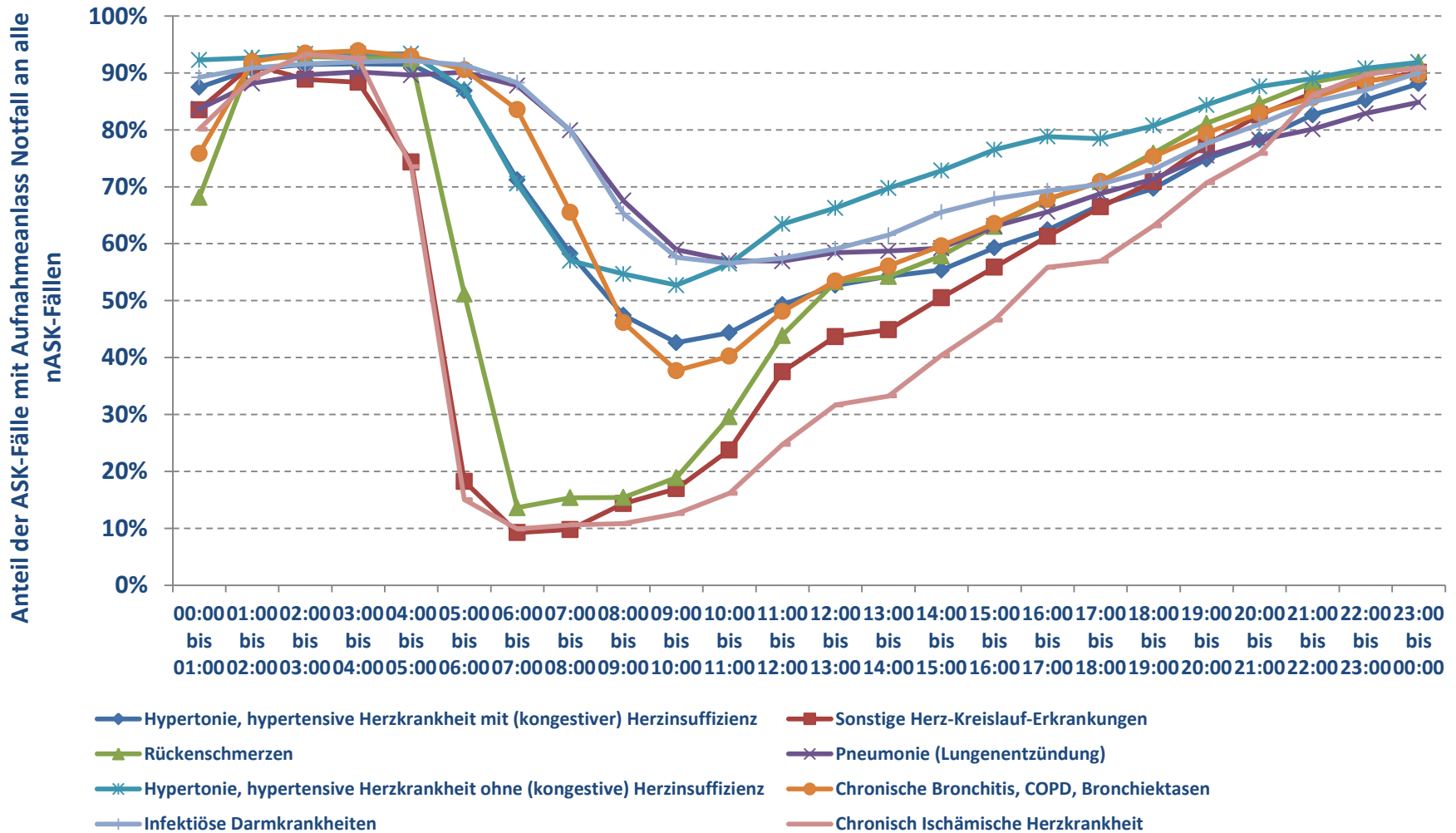
Quelle: IGES (2015) auf Basis von Daten des Statistischen Bundesamtes

# ASK-Aufnahmen überwiegend zu üblichen Praxisöffnungszeiten



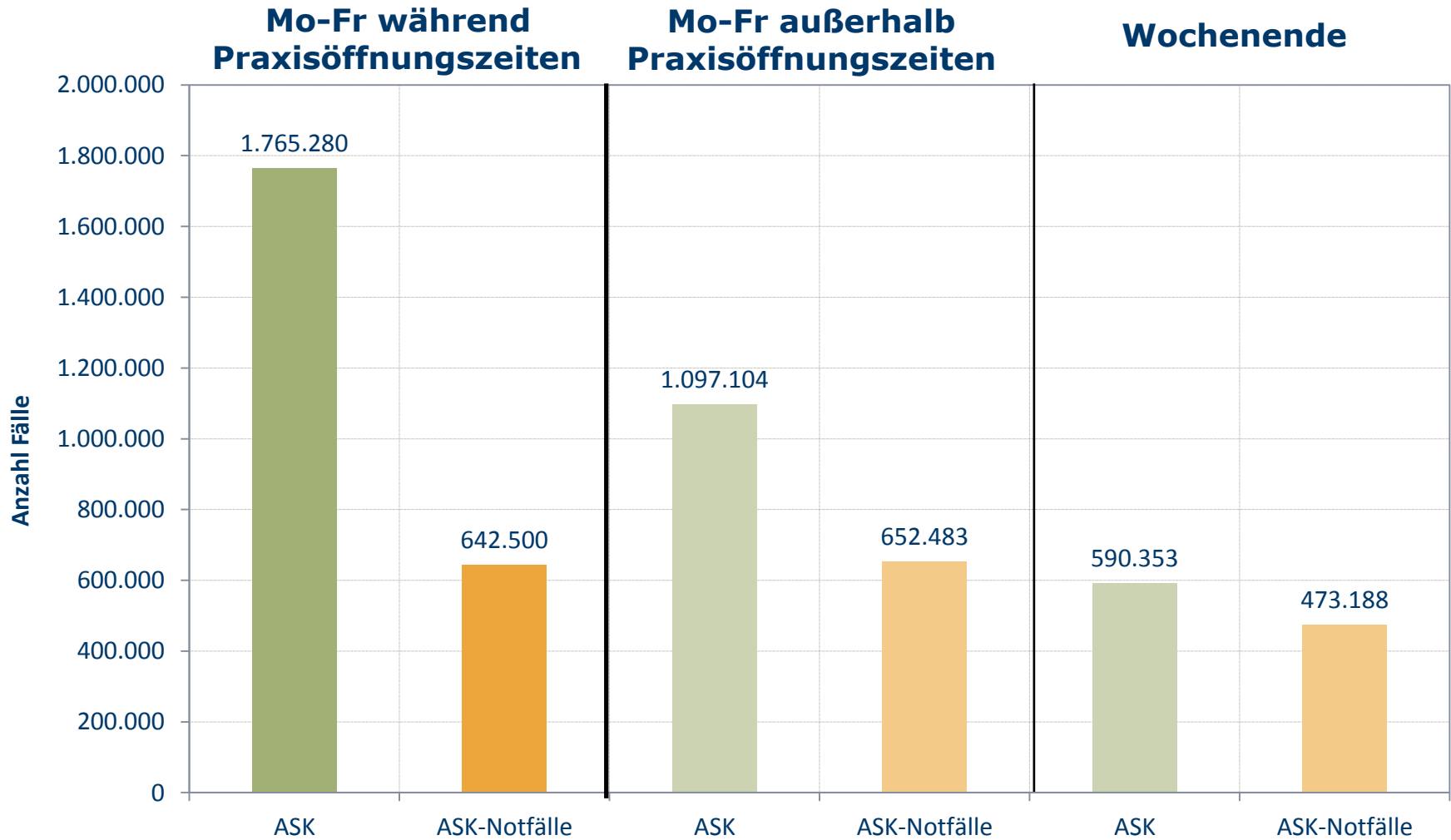
Quelle: IGES auf Basis FDZ-Daten

# Anteil der ASK-Notfallaufnahmen außerhalb der Praxiszeiten am höchsten



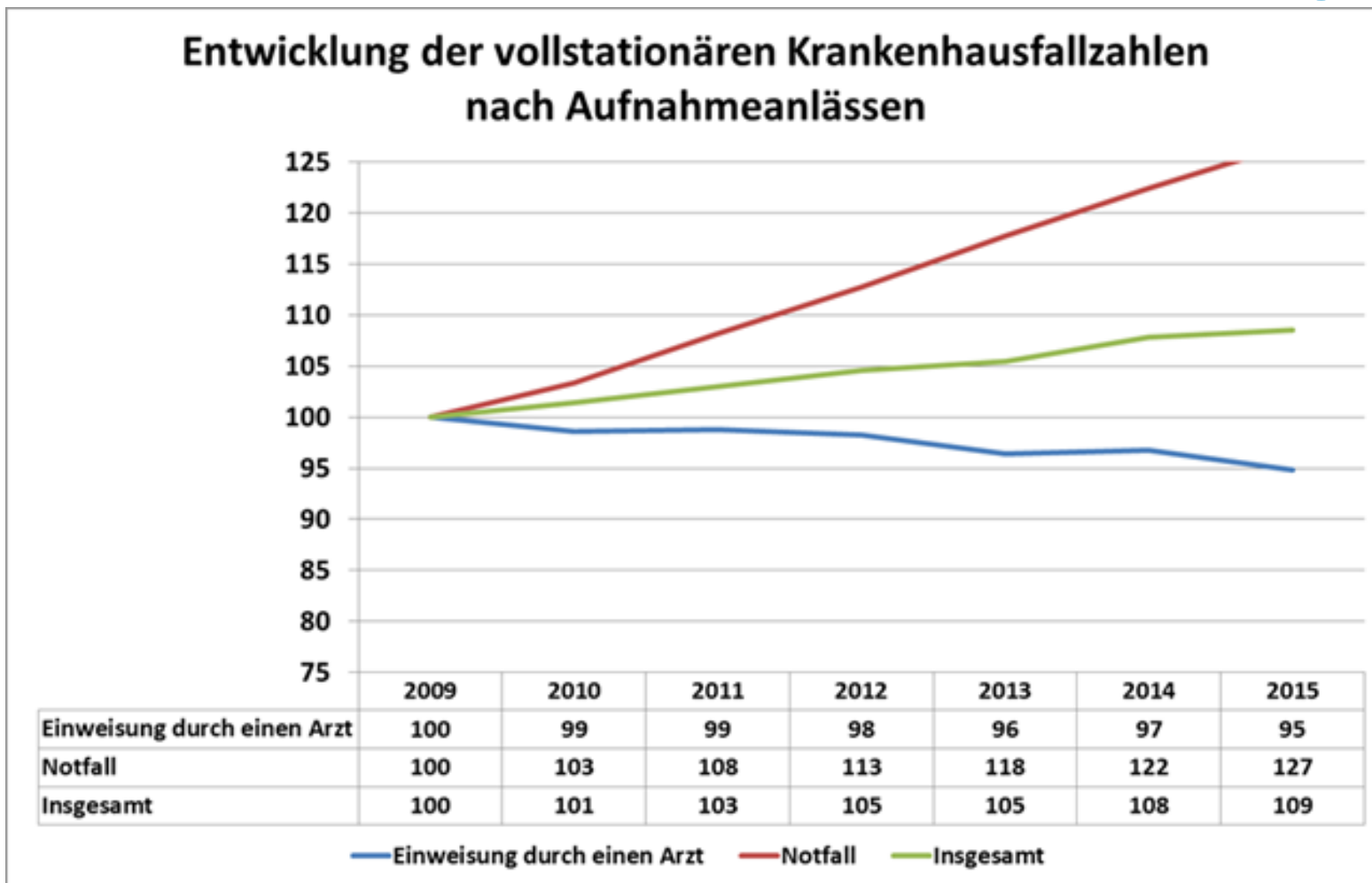
Quelle: IGES auf Basis FDZ-Daten

# Die Hälfte der werktäglichen ASK-Notfälle werden tagsüber aufgenommen



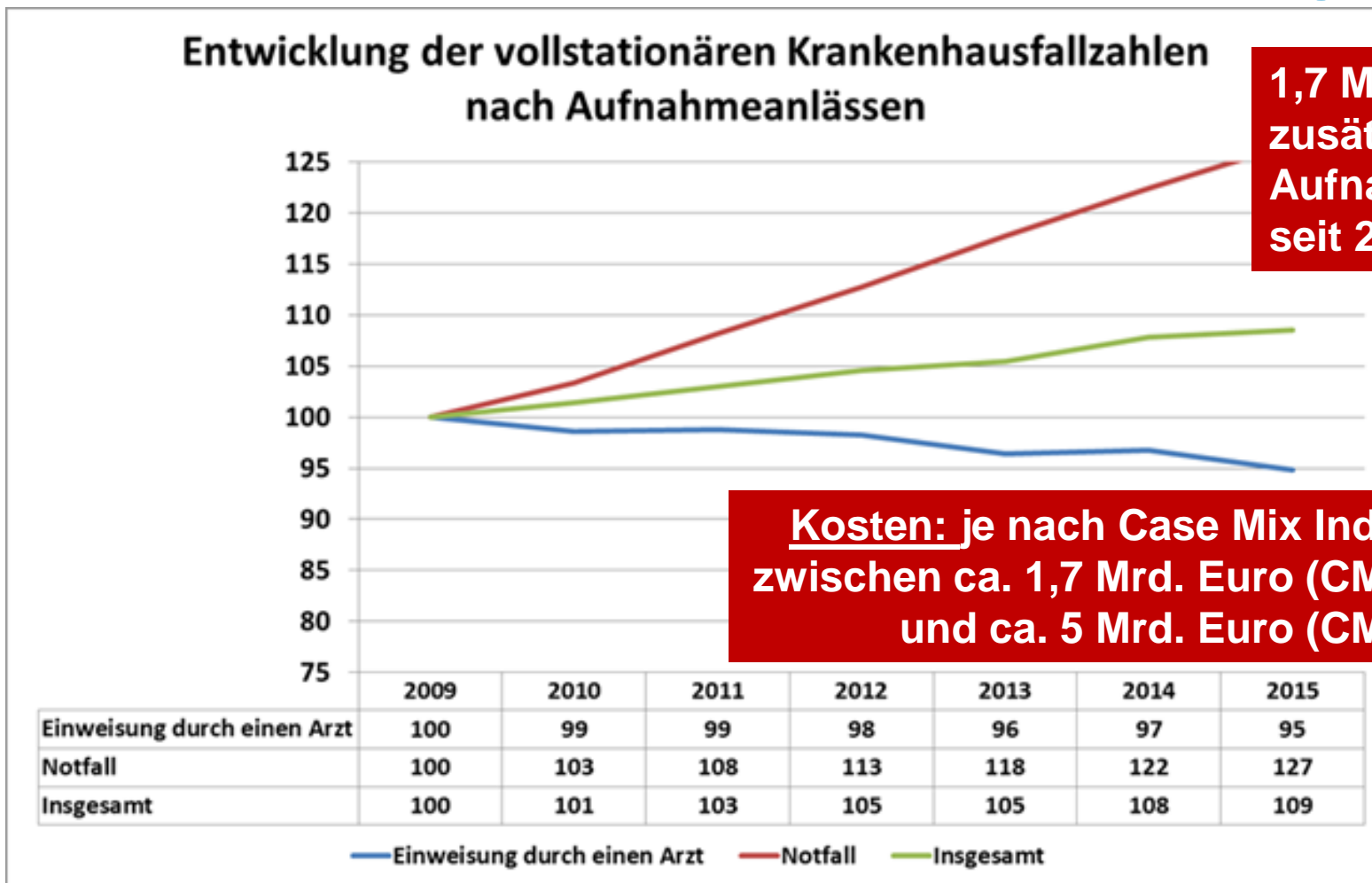
Quelle: IGES auf Basis FDZ-Daten

# Potenziell vermeidbare Ausgaben: Krankenhausaufnahmen ohne ärztliche Einweisung



Quelle: Zi auf Basis der Fachserie 12 Reihe 6.4; 2009 – 2015; Statistisches Bundesamt

# Potenziell vermeidbare Ausgaben: Krankenhausaufnahmen ohne ärztliche Einweisung



Quelle: Zi auf Basis der Fachserie 12 Reihe 6.4; 2009 – 2015; Statistisches Bundesamt

# Hohe Kosten für vergleichsweise wenig Fälle



## Notfallversorgung

in Millionen Fällen

	Ärzte	KH-Notaufnahme	Summe
während Praxisöffnungszeiten	10,0	3,5	13,5
außerhalb Praxisöffnungszeiten	10,5	5,0	15,5
Summe	20,5	8,5	29,0

Daten 2015, auf 500.000 gerundet

### nach Anteilen

	Ärzte	KH-Notaufnahme	Summe
während Praxisöffnungszeiten	74%	26%	100%
außerhalb Praxisöffnungszeiten	68%	32%	100%
Summe	71%	29%	100%

	Ärzte	KH-Notaufnahme	Summe
während Praxisöffnungszeiten	49%	41%	47%
außerhalb Praxisöffnungszeiten	51%	59%	53%
Summe	100%	100%	100%



# Auslastung von Notfallambulanzen nach Region

Durchschnittliche Auslastung variiert nach Standorten – in Ballungsräumen größere Verdichtung möglich, um Portalpraxen vorzuschalten

## Notfallabrechnung Krankenhäuser - Durchschnittliche Kontakte je Stunde und Krankenhaus

Quelle: **KV Hessen**  
3. Quartal 2016

	Dünn besiedelte ländliche Kreise	Kreisfreie Großstädte	Ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	Städtische Kreise
außerhalb der Praxisöffnungszeiten	0,56	1,15	0,94	0,81
während der Praxisöffnungszeiten	0,77	1,60	1,48	1,20

Reduktion der Häuser auf 25% in Städten, insgesamt Reduktion um 50% möglich

## Exemplarisches Zeitprofil/Notfallambulanz eines Krankenhauses, werktags







# Keep Emergency for emergencies.

Emergency Departments are here for one thing only – medical emergencies. Anything else just takes away from more serious patient needs.

If you're not sure, call 13 HEALTH (13 43 25 84) and a qualified registered nurse will help to direct you to the right care, whether it's a GP, pharmacy or Emergency.

**Call 13 HEALTH for the cost of a local call 24/7  
and help us keep Emergency for emergencies.**



Authorised by the Queensland Government, William Street, Brisbane.

# Eckpunkte vom März 2017 zur Reform der Notfallversorgung



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

1. Qualifizierte Ersteinschätzung per Telefon rund um die Uhr ggf. in Kooperation mit den Rettungsleitstellen mit einer Zuweisung an die adäquate Versorgungsebene
2. Mehr Patienteninformationen, auch online oder per App u.a. zur Selbsteinschätzung, zur Arztsuche, zu den Praxisöffnungszeiten und zu Standorten von Anlaufpraxen
3. Bereitschaftspraxen als Portal zur Notfallversorgung an Krankenhäusern in Abhängigkeit des regionalen Bedarfs bis hin zum Betrieb gemeinsamer sektorenübergreifender Ambulanzen.
4. KVen müssen die Möglichkeit erhalten, Bereitschaftspraxen auch als Eigeneinrichtungen und während der Praxisöffnungszeiten zu betreiben.
5. Bei regionalem Bedarf sollte eine Einbindung gebietsärztlicher Kompetenzen in die Bereitschaftspraxen erfolgen.
6. Eine bessere Auslastung und Reduktion von Doppelstrukturen durch Konzentration der Notfallversorgung ist aus Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgründen zwingend notwendig. (Eine bundesweite Orientierung für die Planung sollte dabei eine Erreichbarkeit von ca. 30 Minuten Fahrzeit sein, in Ballungsräumen ist eine Notfallambulanz für ca. 250.000 Einwohner ausreichend. In Ballungsräumen bedarf es dieser Konzentration, damit je Notfallambulanz im Schnitt mind. 5 Patienten pro Stunde behandelt werden können.)
7. Eine angemessene Vergütung der ambulanten Notfallversorgung durch extrabudgetäre Vergütung der Leistungen sowie eine Finanzierung der notwendigen Strukturen ist erforderlich.

# Eckpunkte vom März 2017 zur Reform der Notfallversorgung



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV:**

„Einfache Wege mit klaren Zuordnungen und einem guten Serviceangebot wollen wir bieten. Der Patient soll bei uns mehrere Möglichkeiten haben, direkt und unkompliziert abklären zu lassen, ob er besser schnell zur stationären Versorgung ins Krankenhaus kommt oder aber – weil er kein Notfall ist – in die ambulante Praxis eines niedergelassenen Arztes geht. Der eine Weg ist die telefonische Option. Von zu Hause aus wählt er beispielsweise die bundesweite Bereitschaftsdienstnummer 116117. Fachkundiges Personal entscheidet, wo der Patient am besten behandelt wird. Anzustreben ist die technische Zusammenschaltung mit der Notdienstnummer 112. Die qualifizierte Ersteinschätzung per Telefon erfolgt rund um die Uhr, durchaus in Kooperation mit den jeweiligen Rettungsleitstellen.“

**Dr. Stephan Hofmeister, stellv. Vorstandsvorsitzender:**

„Die zweite Möglichkeit wäre die Abklärung vor Ort beim Krankenhaus in einer Bereitschaftsdienst Einrichtung oder Portalpraxis die von der Kassenärztlichen Vereinigung eingerichtet ist. Der Arzt entscheidet direkt vor Ort, wo der Patient betreut wird. Voraussetzung dafür sind zwei Dinge: Wir brauchen vom Gesetzgeber die Möglichkeit, unsere Dienste 24 Stunden am Tag anbieten zu können. Bundesweit (außer in Berlin) ist der ärztliche Bereitschaftsdienst einschließlich der Nutzung der Nummer 116117 sowie der Portalpraxen nur außerhalb der Praxisöffnungszeiten zulässig. Zudem müssen wir die Notfallversorgung konzentrieren. Doppelstrukturen sind zu reduzieren.“



# Konzept Demand-Management

(unveröffentlichter Projektbericht im Auftrag des Zi)

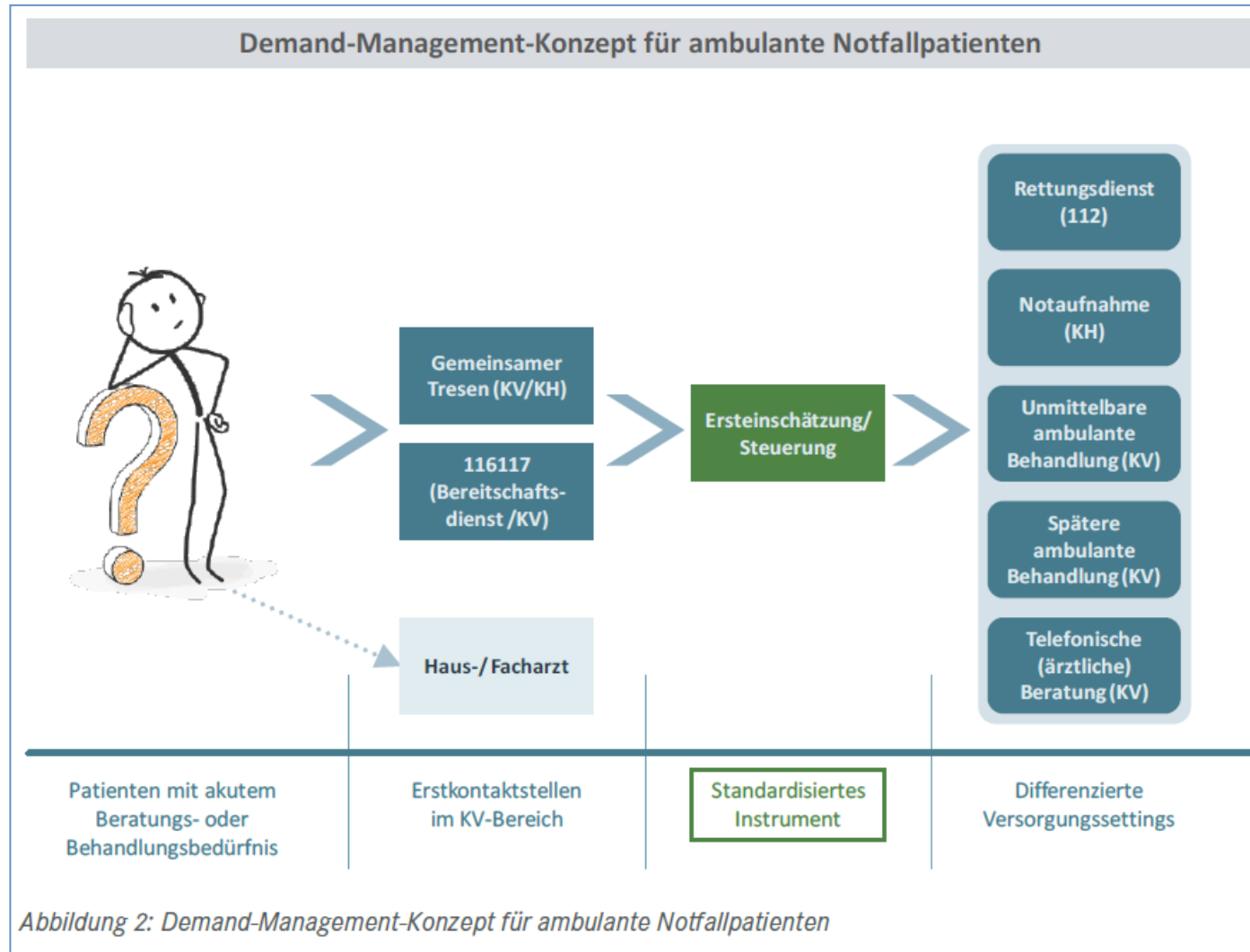


Abbildung 2: Demand-Management-Konzept für ambulante Notfallpatienten



# Konzept Demand-Management

(unveröffentlichter Projektbericht im Auftrag des Zi)

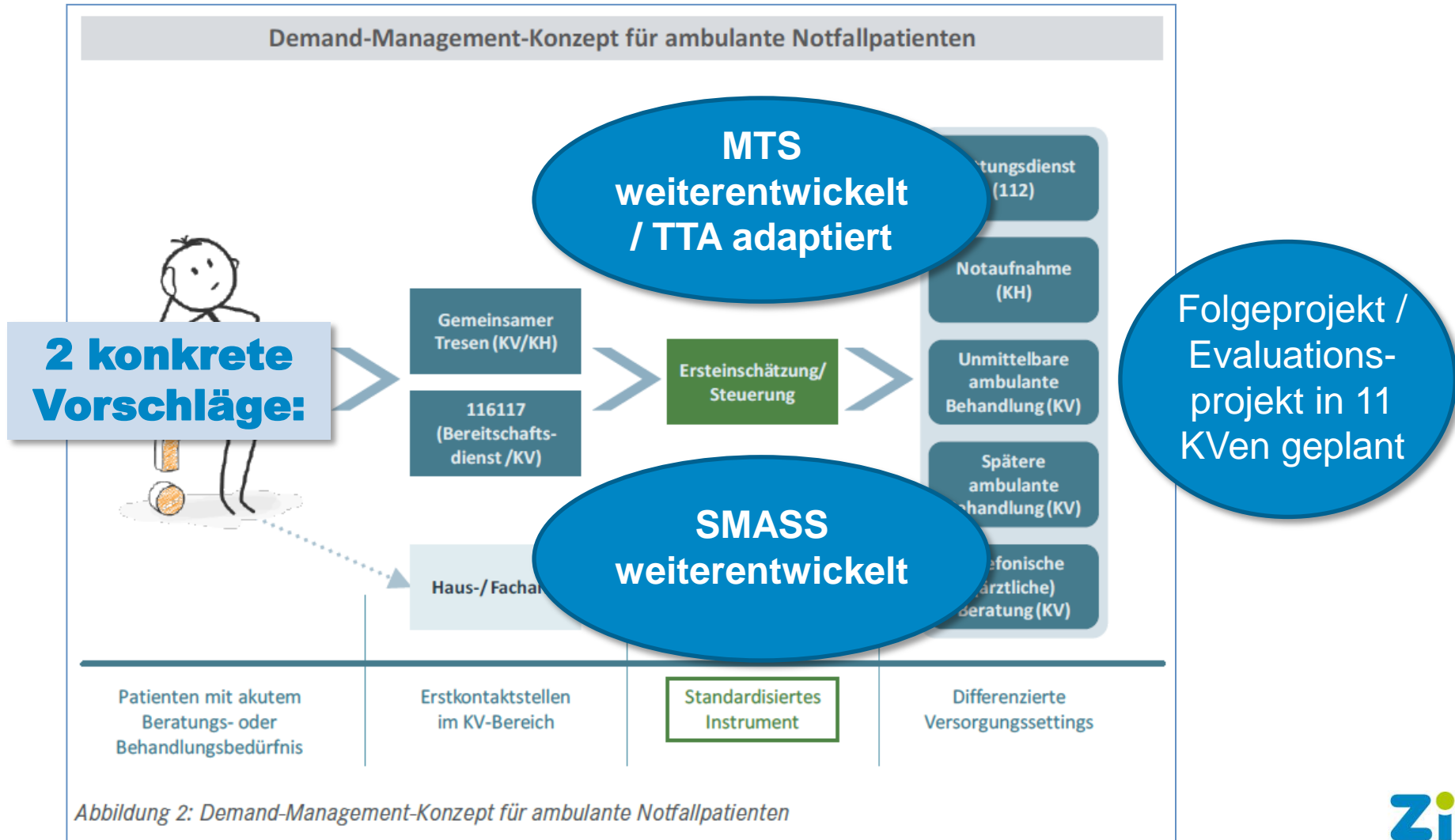


Abbildung 2: Demand-Management-Konzept für ambulante Notfallpatienten

# Notfallversorgung: KBV und Marburger Bund planen gemeinsame Anlaufstelle

aerzteblatt.de

Freitag, 21. Juli 2017

Berlin – Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Marburger Bund (MB) planen eine gemeinsame und einheitliche erste Anlaufstelle für die Notfallversorgung von Patienten. Das ist ein Ergebnis nach einem Spitzentreffen in Berlin. Vorgesehen ist, dass der Rettungs- und der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst in diese Anlaufstelle, in der entsprechend qualifiziertes Personal eine erste Einschätzung des Patienten vornehmen soll, einbezogen werden. Das würde folglich auch die Notfallnummer 112 genauso wie die bundesweite Bereitschaftsdienstnummer 116117 betreffen.

„In die Reform der Notfallversorgung müssen alle Beteiligten einbezogen werden. Dazu zählen die Niedergelassenen genauso wie Krankenhäuser, Kassenärztliche Vereinigungen sowie Rettungsdienste und Rettungsleitstellen“, erklärte der Vorstandsvorsitzende der KBV, Andreas Gassen.

## **Kooperation Gebot der Stunde**

Die Reform der integrierten Notfallversorgung soll durch Modellprojekte begleitet und weiterentwickelt werden. Dabei geht es auch darum, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Einmal erhobene Befunde und Daten sollten jeweils für die Weiterbehandlung zur Verfügung stehen. „Wir sind uns einig, dass die Ärzte in den Notaufnahmen der Krankenhäuser entlastet werden müssen. Viele Patienten in den Rettungsstellen könnten genauso gut im Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigungen oder unmittelbar von niedergelassenen Ärzten versorgt werden. Mehr Kooperation ist das Gebot der Stunde“, sagte der MB-Vorsitzende Rudolf Henke.



# Demand Management erfordert auch Entscheidungen zur Krankenhausstruktur

13. Oktober 2016

Zi: Portalpraxen-Pläne der Politik realitätsfern – weniger Krankenhäuser in der Notfallversorgung und strengere Aufnahmekriterien notwendig

In der Diskussion um überfüllte Notfallaufnahmen hat das Zi politische Pläne als realitätsfern bewertet, an allen Krankenhäusern Portalpraxen zur Entlastung einzurichten. „Es gibt gar nicht genug niedergelassene Ärzte, um solche Portalpraxen durchgehend und an allen Klinikstandorten zu besetzen“, erklärt der Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi), Dr. Dominik von Stillfried, und verweist auf aktuelle Modellrechnungen seines Instituts.

# Notwendige Arztzahlen und Kosten für Sicherstellung einer (fachgruppenspezifischen) Notfallversorgung

Modellrechnung vom 13.10.2016



Anzahl der Portalpraxen / Anlaufstellen	1600
Maximale Dienste pro Arzt	50
Schichten (8h) pro Tag	2
AL-Kosten pro Stunde	100 €
Zahl der Dienste	1.168.000
Notwendige Arztzahl	23.360
AL-Kosten-Gesamt pro Fachgebiet	934.400.000 €

	Anzahl Ärzte (Kopfzahlen)	Anzahl der Dienste p.a.	theoretisch umsetzbar?	Notwendige Neuzulassungen
<b>Hausärzte</b>	54.385	21	<b>Ja</b>	0
Kinderärzte	7.415	158	Nein	15.945
Anästhesisten	3.945	296	Nein	19.415
Augenärzte	6.041	193	Nein	17.319
Chirurgen	6.127	191	Nein	17.233
Frauenärzte	12.117	96	Nein	11.243
Hautärzte	3.839	304	Nein	19.521
HNO-Ärzte	4.453	262	Nein	18.907
(Fach-)Internisten	12.102	97	Nein	11.258
Orthopäden	6.879	170	Nein	16.481
Radiologen	3.956	295	Nein	19.404
Urologen	3.246	360	Nein	20.114
MKG-Chirurgen	1.211	964	Nein	22.149
Nervenärzte	5.699	205	Nein	17.661
ärztl. Psychotherapeuten	6.084	192	Nein	17.276
Kind.-Jug.-Psychiater	1.038	1125	Nein	22.322
psycholog. Psychotherapeuten	22.547	52	Nein	813

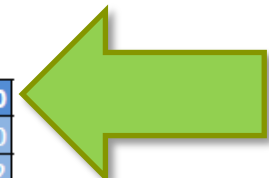
<b>Anzahl Arztgruppen mit 'JA'</b>	<b>1</b>
<b>Zusatzaufwand Arztzeit</b>	<b>934.400.000 €</b>
<b>Gesamtaufwand inkl. Sach- und Personalkosten*</b>	<b>1.720.810.313 €</b>

\* Anwendung des Kostensatzes für allgemein medizinische Praxen aus dem Zi-Praxis-Panel (ZiPP), Erhebung 2015: 45,7 %



# Notwendige Arztzahlen und Kosten für Sicherstellung einer (fachgruppenspezifischen) Notfallversorgung

Modellrechnung vom 13.10.2016



Anzahl der Portalpraxen / Anlaufstellen	300
Maximale Dienste pro Arzt	50
Schichten (8h) pro Tag	2
AL-Kosten pro Stunde	100 €
Zahl der Dienste	219.000
Notwendige Arztzahl	4.380
AL-Kosten-Gesamt pro Fachgebiet	175.200.000 €

	Anzahl Ärzte (Kopfzahlen)	Anzahl der Dienste p.a.	theoretisch umsetzbar?	Notwendige Neuzulassungen
Hausärzte	54.385	4	Ja	0
Kinderärzte	7.415	30	Ja	0
Anästhesisten	3.945	56	Nein	435
Augenärzte	6.041	36	Ja	0
Chirurgen	6.127	36	Ja	0
Frauenärzte	12.117	18	Ja	0
Hautärzte	3.839	57	Nein	541
HNO-Ärzte	4.453	49	Ja	0
(Fach-)Internisten	12.102	18	Ja	0
Orthopäden	6.879	32	Ja	0
Radiologen	3.956	55	Nein	424
Urologen	3.246	67	Nein	1.134
MKG-Chirurgen	1.211	181	Nein	3.169
Nervenärzte	5.699	38	Ja	0
ärztl. Psychotherapeuten	6.084	36	Ja	0
Kind.-Jug.-Psychiater	1.038	211	Nein	3.342
psycholog. Psychotherapeuten	22.547	10	Ja	0
<b>Anzahl Arztgruppen mit 'JA'</b>			<b>10</b>	
<b>Zusatzaufwand Arztzeit</b>			<b>1.752.000.000 €</b>	
<b>Gesamtaufwand inkl. Sach- und Personalkosten*</b>			<b>3.395.348.837 €</b>	

\* Anwendung des durchschnittlichen Kostensatzes über alle Fachgruppen aus dem Zi-Praxis-Panel (ZIPP), Erhebung 2015: 48,4 %

Reinhard Busse  
Detlev Ganten ML  
Stefan Huster  
Erich R. Reinhardt  
Norbert Suttrop ML  
Urban Wiesing ML



Leopoldina  
Nationale Akademie  
der Wissenschaften

*Oktober 2016 | Diskussion Nr. 7*

## Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem

8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der  
Patienten und der Gesellschaft

Hätte Deutschland die Krankenhausstruktur von Dänemark mit einem Krankenhaus pro 250.000 Einwohner, wären es bei uns 330 – und alle mit CT, MRT (Magnetresonanztomographie) und Fachärzten für Innere Medizin/Kardiologie, Allgemein Chirurgie, Unfallchirurgie und Anästhesie/ Intensivmedizin, die rund um die Uhr und an allen Tagen der Woche verfügbar sind. Die dänische Krankenhausstruktur ist das Resultat einer landesweit abgestimmten Reform, die für rund 1.000 Euro pro Kopf der Bevölkerung viele kleinere ältere Krankenhäuser durch wenige neue ersetzt hat.

Die in Deutschland überproportional hohe Zahl von oft schlecht ausgestatteten Krankenhäusern trifft auf rechtliche Rahmenbedingungen, die die Schließung einzelner Häuser erschweren, ja fast unmöglich machen. Nicht zuletzt ist der Eingriff in die vorhandenen Krankenhausstrukturen politisch unattraktiv: beispielsweise werden mögliche Schließungen aufgrund von Widerständen vor Ort oft nicht durchgeführt.

derzeit: 1646  
Plankranken-  
häuser

Von den 1.646 allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland im Jahr 2014 waren 35 Universitätsklinika und 1.371 Plankrankenhäuser, also solche, die in den Krankenhausplänen der Länder gelistet sind und Anspruch auf steuerfinanzierte Investitionen haben.<sup>13</sup> Selbst von diesen Plankrankenhäusern verfügten allerdings 359 (26%) über kein CT (Computertomographie) und 261 (19%) über kein einziges Intensivbett.<sup>14,15</sup>

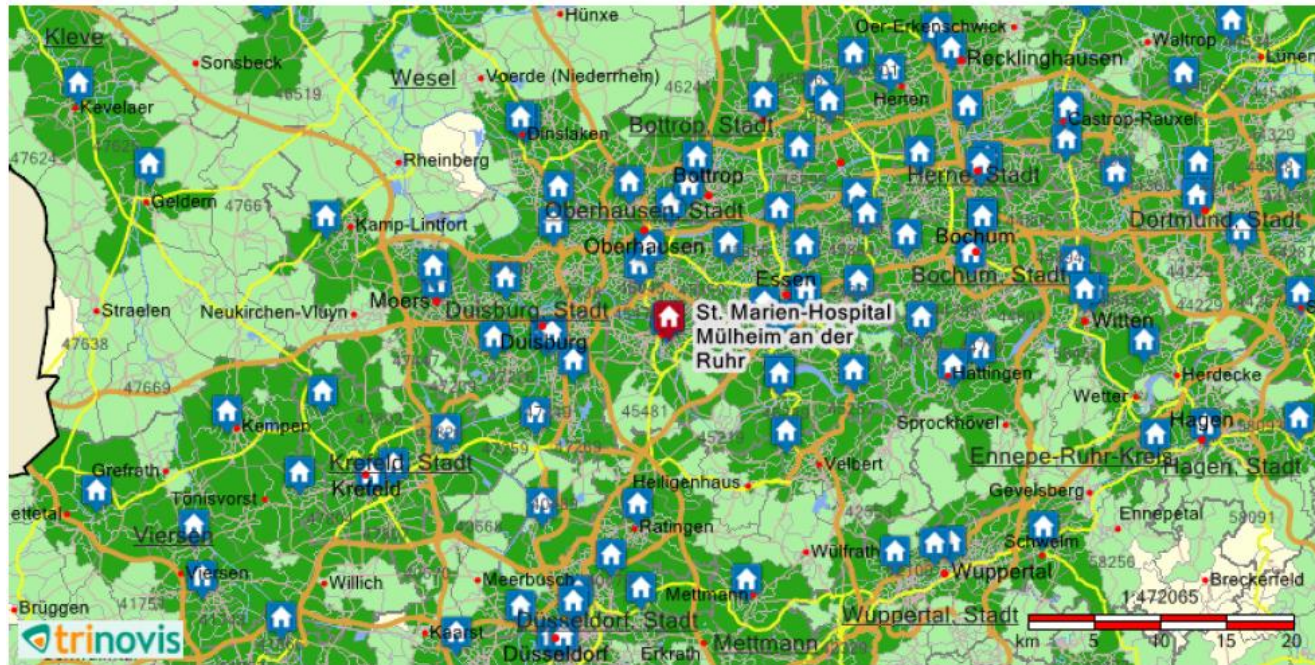
---

13 Bei der Differenz von 240 Krankenhäusern handelt es sich weder um Universitäts- noch Plankrankenhäuser, sondern entsprechend der Unterteilung des Statistischen Bundesamtes um „Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag“ (n = 67 mit ca. 3.800 Betten), welche zumindest für einige Betten Verträge mit Krankenkassen haben, und „Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag“ (n = 173 mit knapp über 3.000 Betten), die definitionsgemäß nur Selbstzahler/ privat versicherte Patienten behandeln. Beide Gruppen beinhalten eher nur kleine Krankenhäuser.

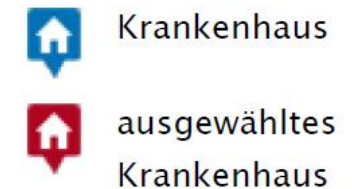
14 Statistisches Bundesamt (2015): Grunddaten der Krankenhäuser 2014. Fachserie 12, Reihe 6.1.1; in einzelnen Bundesländern liegen die Prozentsätze sogar noch deutlich darunter – in Schleswig-Holstein haben z.B. 44% keine CTs bzw. 42% keine Intensivbetten, in Baden-Württemberg liegen die Anteile bei 32% bzw. 26%, in Berlin bei 27% bzw. 22%. Die Ausstattung ist ebenfalls schlechter, wenn alle 1.646 allgemeinen Krankenhäuser betrachtet werden: von diesen hatten 685 (42%) kein CT und 476 (29%) kein einziges Intensivbett.

# Krankenhaus Versorgungsdichte

## Erreichbarkeit Status Quo



### PKW-Fahrzeit



### Kennzahlen und Schließungseffekte im 30 PKW-Minuten Fahrzeitradius

Einwohner	3.851.004
Durchschnittliche Einwohnerdichte (E/km <sup>2</sup> )	1880,9
Durchschnittliche PKW-Fahrzeitminuten zum nächsten Grundversorger	
• Status quo	5,5
• Bei Schließung	5,5
Einwohner, die durch die Schließung des Krankenhauses länger als 30 PKW-Fahrzeitminuten benötigen würden, um ein Krankenhaus der Grundversorgung zu erreichen	0
Grundversorger im Umkreis	65

# Stationäre Fallzahlen in strukturschwachen Krankenhäusern

Tab. 2 Ergebnisse der Regionalauswertung: Herzinfarkt

Beschreibung	Bundesweit	Baden-Württ.	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Meckl.-Vorp.	Niedersachsen	Nordrhein-Westf.	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holst.	Thüringen
<b>Gesamtpopulation</b>																	
Kliniken mit Behandlungsfällen	1.391	150	217	44	52	10	21	100	31	134	333	82	25	68	43	44	37
Fallzahl	229.661	26.585	32.844	8.754	7.073	3.579	5.534	16.371	4.550	22.620	54.459	11.922	3.558	10.615	7.871	7.118	6.208
Kliniken mit Rückmeldung zu HKL-Verfügbarkeit (Anteil [1])	912 (65,6%)	99 (66%)	158 (72,8%)	34 (77,3%)	30 (57,7%)	6 (60%)	18 (85,7%)	62 (62%)	18 (58,1%)	79 (59%)	211 (63,4%)	55 (67,1%)	15 (60%)	50 (73,5%)	30 (69,8%)	24 (54,5%)	23 (62,2%)
■ Kliniken mit HKL (Anteil [2])	549 (60,2%)	60 (60,6%)	99 (62,7%)	22 (64,7%)	19 (63,3%)	4 (66,7%)	16 (88,9%)	40 (64,5%)	9 (50%)	46 (58,2%)	126 (59,7%)	27 (49,1%)	6 (40%)	21 (42%)	20 (66,7%)	17 (70,8%)	17 (73,9%)
■ Kliniken mit 24/7 HKL (Anteil [2])	484 (53,1%)	50 (50,5%)	86 (54,4%)	19 (55,9%)	17 (56,7%)	3 (50%)	16 (88,9%)	37 (59,7%)	8 (44,4%)	37 (46,8%)	117 (55,5%)	24 (43,6%)	6 (40%)	16 (32%)	18 (60%)	15 (62,5%)	15 (65,2%)
<b>Unteres bundesweites Fallzahlquartil (&lt; 34 Fälle)</b>																	
Anzahl von Kliniken (Anteil [1])	341 (24,5%)	46 (30,7%)	64 (29,5%)	8 (18,2%)	17 (32,7%)	0 (0%)	4 (19%)	25 (25%)	8 (25,8%)	28 (20,9%)	73 (21,9%)	19 (23,2%)	9 (36%)	16 (23,5%)	9 (20,9%)	13 (29,5%)	2 (5,4%)
Fälle (Anteil [3])	5.756 (2,5%)	771 (2,9%)	943 (2,9%)	111 (1,3%)	309 (4,4%)	-	61 (1,1%)	384 (2,3%)	180 (4%)	366 (1,6%)	1.464 (2,7%)	351 (2,9%)	167 (4,7%)	291 (2,7%)	164 (2,1%)	167 (2,3%)	27 (0,4%)
mittlere Fallzahl	17	17	15	14	18	-	15	15	23	13	20	18	19	18	18	13	14
Kliniken mit Rückmeldung zu HKL-Verfügbarkeit [4])	184 (54%)	22 (47,8%)	40 (62,5%)	6 (75%)	6 (35,3%)	-	3 (75%)	11 (44%)	4 (50%)	11 (39,3%)	44 (60,3%)	10 (52,6%)	3 (33,3%)	12 (75%)	5 (55,6%)	5 (38,5%)	2 (100%)
■ Kliniken mit HKL (Anteil [5])	33 (17,9%)	2 (9,1%)	12 (30%)	1 (16,7%)	0 (0%)	-	1 (33,3%)	1 (9,1%)	0 (0%)	1 (9,1%)	8 (18,2%)	1 (10%)	2 (66,7%)	2 (16,7%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (50%)
■ Kliniken mit 24/7 HKL (Anteil [5])	26 (14,1%)	2 (9,1%)	11 (27,5%)	0 (0%)	0 (0%)	-	1 (33,3%)	1 (9,1%)	0 (0%)	1 (9,1%)	6 (13,6%)	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (50%)

[1] Anteil bezogen auf alle Kliniken mit Behandlungsfällen

[2] Anteil bezogen auf Kliniken mit Rückmeldung zu HKL-Verfügbarkeit

[3] Anteil bezogen auf alle Behandlungsfälle

[4] Anteil bezogen auf Kliniken im untersten Fallzahlquartil

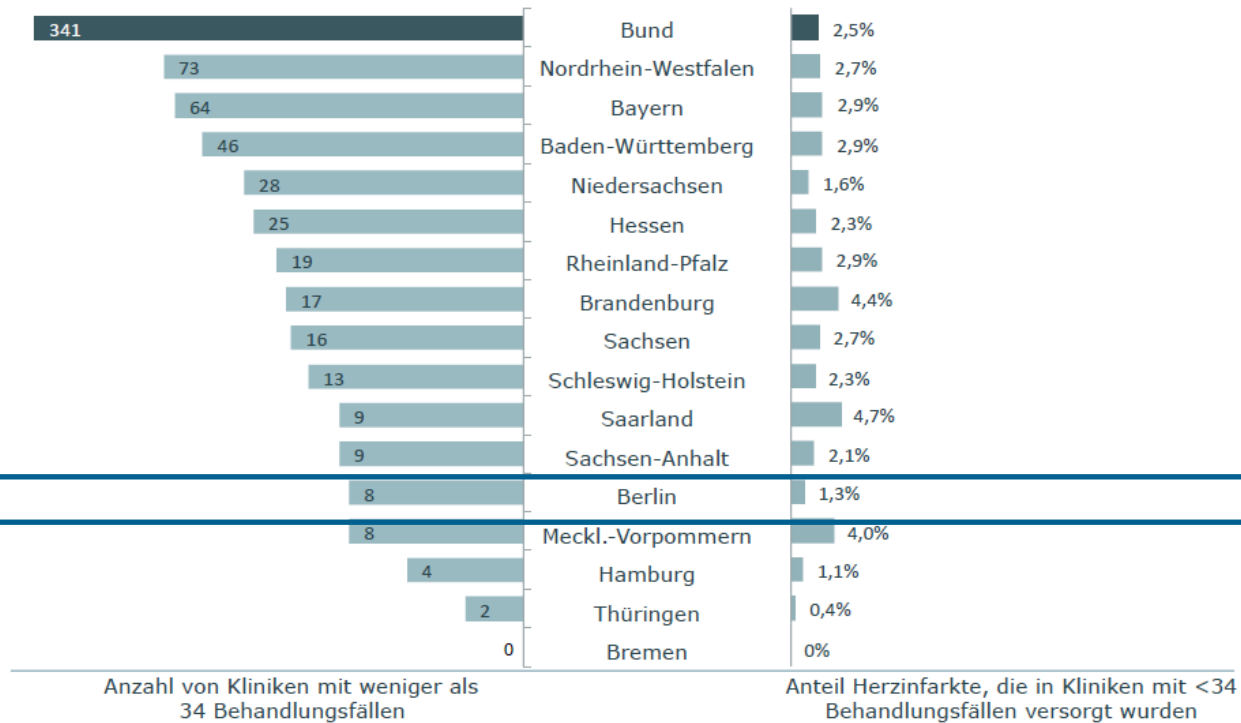
[5] Anteil bezogen auf Kliniken im untersten Fallzahlquartil und Rückmeld. zu HKL-Verfügbarkeit

Quelle: Mansky T et al (2017) Qualitätsmonitor, Berlin, S. 17; Datenbasis: AOK



# Optimierungspotenzial in den Notaufnahmen

## Kliniken mit <34 Behandlungsfällen und deren Fallzahl-Anteile



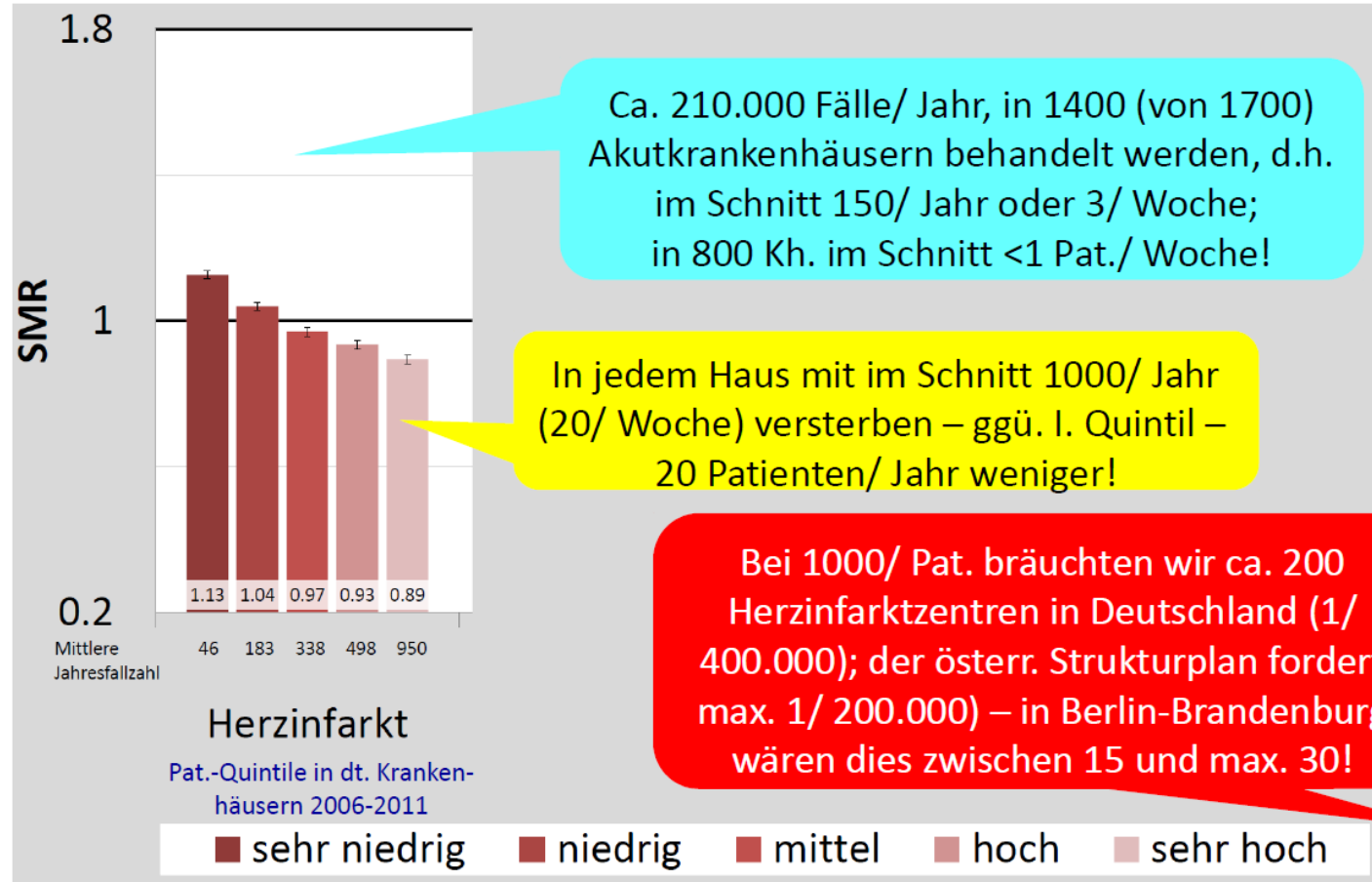
**Berlin: Acht Kliniken versorgen weniger als 34 Herzinfarkte pro Jahr...**

# Hohe Zahl der Notaufnahmen ist schlecht für die Versorgungsqualität – sagt Prof. Reinhard Busse (TU)

Warum sind wir so schlecht?



Ganz wesentlich: zu wenig Patienten/ Kh. bzw. zu viele Krankenhäuser





# Optimierungspotenzial in den Notaufnahmen

Derzeit haben wir allein in Berlin 36 Krankenhäuser, die Herzinfarktpatienten aufnehmen – in Wien sind es tags 6, nachts 2 ...

## Berliner Kliniken zur Versorgung von Herzinfarktpatienten (Stand Jan. 2015)



**Viele Krankenhäuser in Berlin erfüllen nicht die Voraussetzung, um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten.**

# Lösungsvorschlag: Orientierung am Beispiel von Dänemark!

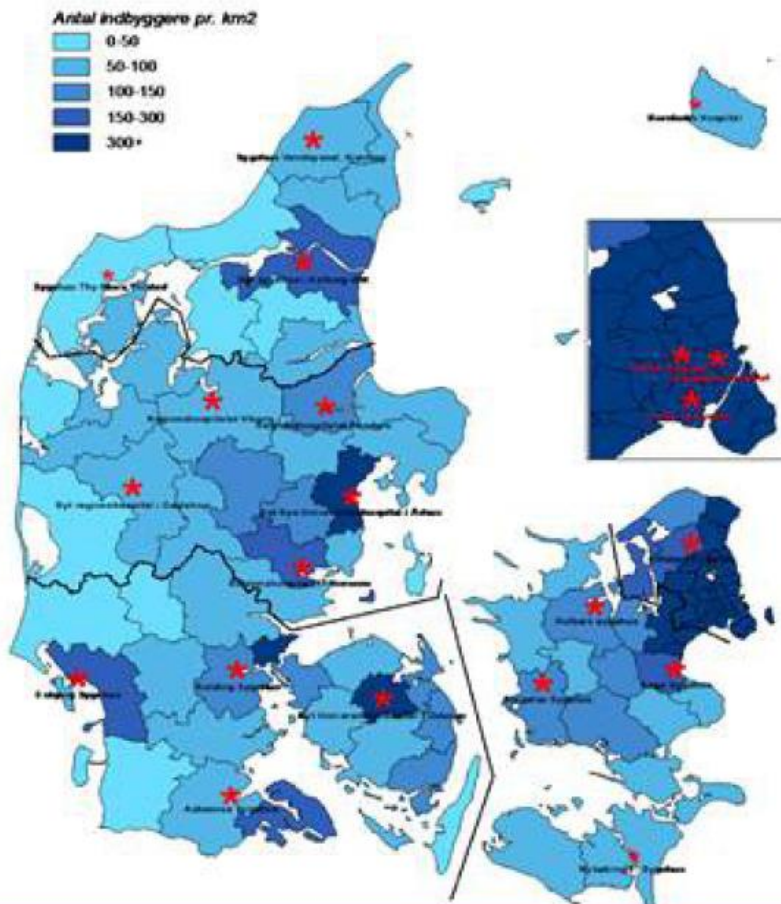
Ist eine echte Reform möglich? Ja, wie Dänemark zeigt



2002-2012  
Management im  
Gesundheitswesen



Figur 1.1. Kort over de 21 akutsygehuse i 2020



Dänemark

43.000 km<sup>2</sup>, 5,6 Mio. Einw., =130/ km<sup>2</sup>

Berlin-Brandenburg

30.500 km<sup>2</sup>, 5,9 Mio. Einw., =190/ km<sup>2</sup>

Im Jahr 2000 noch 56 Akutkrankenhäuser (1/ 100.000), bis 2006 Reduktion auf 27, derzeit noch 22 – Ziel: 21 Akutkrankenhäuser, d.h. 1 pro 265.000 Einw.  
→ für Berlin-Brandenburg wären dies 22!

# Medicare Accountable Care Organization Results For 2015: The Journey To Better Quality And Lower Costs Continues

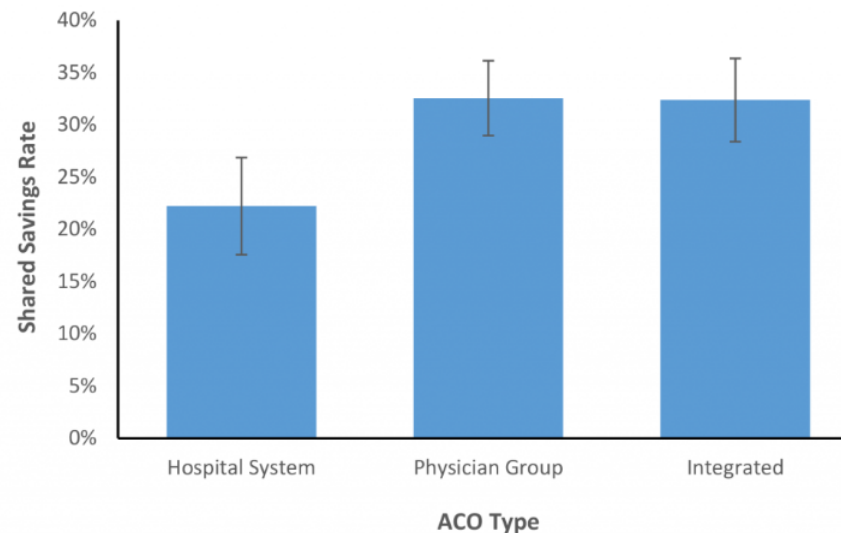
David Muhlestein, Robert Saunders, and Mark McClellan

September 9, 2016

## Physician-Led And Integrated ACOs, And Smaller ACOs, Tended To Do Better

Exhibit 7 demonstrates the success of ACOs by provider configuration. As in previous years, physician-led and integrated (physician-hospital partnership) ACOs were more likely to achieve shared savings. In addition, as Exhibit 8 shows, ACOs that received shared savings tended to be smaller (our preliminary analyses suggest this association is not simply driven by physician-led ACOs being smaller). Exhibit 8 includes information on the net per-beneficiary impact to Medicare for all beneficiaries enrolled in each quintile of sizes. While these data need further analysis, the MSSP outcomes to date provide little evidence to support the notion that ACOs need to be large or hospital-led in order to achieve lower spending.

**Exhibit 7. Rate Of Shared Savings Bonus For Different Types Of ACOs (Hospital Systems, Physician Groups, Or Integrated)**



Eckhard Nagel, Benno Neukirch, Andreas Schmid, Gerhard Schulte

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

**Gutachten**

im Auftrag des



**veröffentlicht  
im Rahmen des  
Zi-Forums  
am 31.05.2017**

Wie  
Verbesserungen  
mit behutsamer  
Weiterentwicklung  
bestehender  
Rechtsgrundlagen  
einzuleiten sind ...



# aktuelle Herausforderungen

## aus Sicht der Gutachter

### Allgemeine Rahmenbedingungen

- Trend zur Zentrenbildung und Spezialisierung
- zunehmende Relevanz von Mindestmengen- oder Strukturvorgaben zur Qualitätssicherung
- mittelfristiger Abbau von Krankenhauskapazitäten insbesondere in Ballungsräumen
- adäquate Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung
- Spannungsfeld zwischen Kooperation und Wettbewerb der beteiligten Akteure
- Strukturert und –entwicklung auch in ländlichen Regionen
- **effektive und effiziente Zusammenarbeit an der Sektorengrenze sicher stellen und verhindern, dass sich durch die Entwicklungen im stationären und ambulanten Bereich Lücken in der Versorgung ergeben**

nach Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G. Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten, Berlin 2016



# aktuelle Herausforderungen

## aus Sicht der Gutachter

### Koordination

*„Die in den letzten Jahren erfolgte und durchaus begrüßenswerte Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung hat auch dazu geführt, dass ein Patient seltener immer nur „seinen“ primären Behandler antrifft, sondern verschiedene Ärzte gemeinsam die Versorgung übernehmen.*

*Es ist zu prüfen, inwiefern in einem derartigen Setting neben dem Arzt eine weitere qualifizierte Kraft im Sinne einer über eine einzelne Behandlungsepisode hinausgehend verantwortliche Bezugsperson zu etablieren ist. Moderne IT-Systeme können derartige Brüche in der Versorgung mildern, jedoch nicht vollständig kompensieren.“*

Quelle: Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G. Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten, Berlin 2016 – Hervorhebung hinzugefügt

# Probleme kleinerer Krankenhäuser

## kleinere Krankenhäuser: bis 299 Betten

- geringe Spezialisierung
- geringer Vernetzungsgrad insbesondere mit ambulanter fachärztlicher Versorgung
- geringerer Schweregrad der Fälle (Case Mix Index, CMI < 1), während große KH (> 600 Betten) einen CMI von ca. 1,2 aufweisen
- Leistungskatalog im Schnitt < 50% aller verfügbaren DRGs
- höchste Kreditausfallwahrscheinlichkeiten für kleine nicht spezialisierte KH
- Höchste Anteile von Jahresabschlüssen mit Defizit (44%) in kleineren KH mit niedrigem CMI
- Versorgungsstruktur entspricht nicht mehr dem Stand der heutigen bzw. künftigen Medizin – Schließung oder Umwidmung

**Ballungsräume: Schließung möglich und wünschenswert**  
**ländliche Räume: Schließung oft schwierig – alternative Lösung nötig**

nach Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G. Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten, Berlin 2016

# Bündel alternativer Maßnahmen

## 1. Belegarztwesen reaktivieren

## 2. Praxiskliniken/bettenführende Praxen oder MVZ fördern

- überwiegend ambulante Tätigkeit
- kein ökonomischer Zwang zur Aufnahme von Patienten
- Standort für qualifiziertes medizinisches Personal
- koordinierte Behandlung leichterer Fälle

## 3. Portalpraxen einrichten

- Öffnungszeiten auch zu Praxisöffnungszeiten
- qualifizierte Ersteinschätzung
- hausärztliche Besetzung, ggf. fachärztliche Ergänzung
- zentrale Standorte

## 4. ASV ausbauen

- für stationsersetzende Leistungen
- Verbotsvorbehalt
- Abrechnungsweg über KVen
- Bereinigung stationärer Budgets
- Vorlage von Musterverträgen und Managementunterstützung durch KVen

nach Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G. Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten, Berlin 2016



# Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data

Isaac Barker, Adam Steventon, Sarah R Deeny

the **bmj** | *BMJ* 2017;356:j84 | doi: 10.1136/bmj.j84

## WHAT THIS STUDY ADDS

Continuity of care is associated with lower hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions, which are those considered manageable in primary care

For heavy users of general practice, the association between continuity of care and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions is clearest

Strategies that improve continuity of care might simultaneously improve quality and reduce cost, although interventions will require evaluation

**siehe  
auch:**

Vogt, V.; Koller, D.; Sundmacher, L. (2016):

**[Continuity of care in the ambulatory sector and hospital admissions among patients with heart failure in Germany](#)**

erschienen in: European Journal of Public Health

# Belegärzte

## Basis einer „gelingenden Kooperation der beiden Sektoren“

*„Um die medizinische Versorgung zukünftig auch unter Berücksichtigung aktueller Urbanisierungstendenzen und des demographischen Wandels sicherstellen zu können, müssen der ambulante und der stationäre Bereich zusammen gedacht werden. [...]*

*Eine konkrete, bereits im Gutachten (s. 3.2.3) ausgeführte Option wäre hierbei die **Reaktivierung des Belegarztwesens** in ländlichen Regionen. Dadurch wäre es möglich, dem Personalnotstand in ländlichen Krankenhäusern mit qualifizierten ambulanten Fachärzten zu begegnen und zudem die Patientenorientierung durch eine kontinuierliche Behandlung zu verstärken.“*

ggf. ergänzt durch

- Delegation ärztlicher Leistungen an medizinisch qualifiziertes Personal
- gezielte Kooperation in Netzwerken zur optimalen Nutzung knapper Personalressourcen

## Warum gerade „Reaktivierung des Belegarztwesens“?

Quelle: Nagel E, Neukirch B, Schmid A, Schulte G. Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland. Gutachten, Berlin 2016 - – Hervorhebung hinzugefügt

# Bettenführende Hausarztpraxen (24-hour general practice)

## Ein Beispiel aus Neuseeland

*“GPs take direct responsibility for out-of-hours care, with a centralised nurse triage system, along with a number of centres that provide extended opening hours (extended care including radiology and fracture care). [...]*

*The 24-hour surgery has a 5-bed observation unit, X-ray, bloods and a range of other diagnostic tests. Over the years – backed by HealthPathways and telephone access to hospital specialists – it has increasingly handled more complex cases. [...]*

*It now sees 75,000-plus patients a year, almost as many as the 80,000 attendances at the emergency department. It takes more patients out of hours and at weekends than the emergency department.”*

Quelle: Timmins N, Ham C. The quest for integrated health and social care. A case study in Canterbury, New Zealand. King's Fund, London 2013

Teil der Wiederaufbau-Strategie nach dem Erdbeben in Christchurch 2011  
**Ziele: Verbesserung der Versorgungsqualität mit weniger finanziellen Ressourcen; Reduktion der Krankenhausaufnahmen und Stärkung des ländlichen Raums**

# Bettenführende Hausarztpraxen (24-hour general practice)

## Ein Beispiel aus Neuseeland

*“... organisational leaders have made a long-term commitment to training and development that has brought impressive results.*

*In effect, they have drawn on the intrinsic motivation of staff to provide high standards of care by providing them with skills to review how services are currently provided and change them.”*

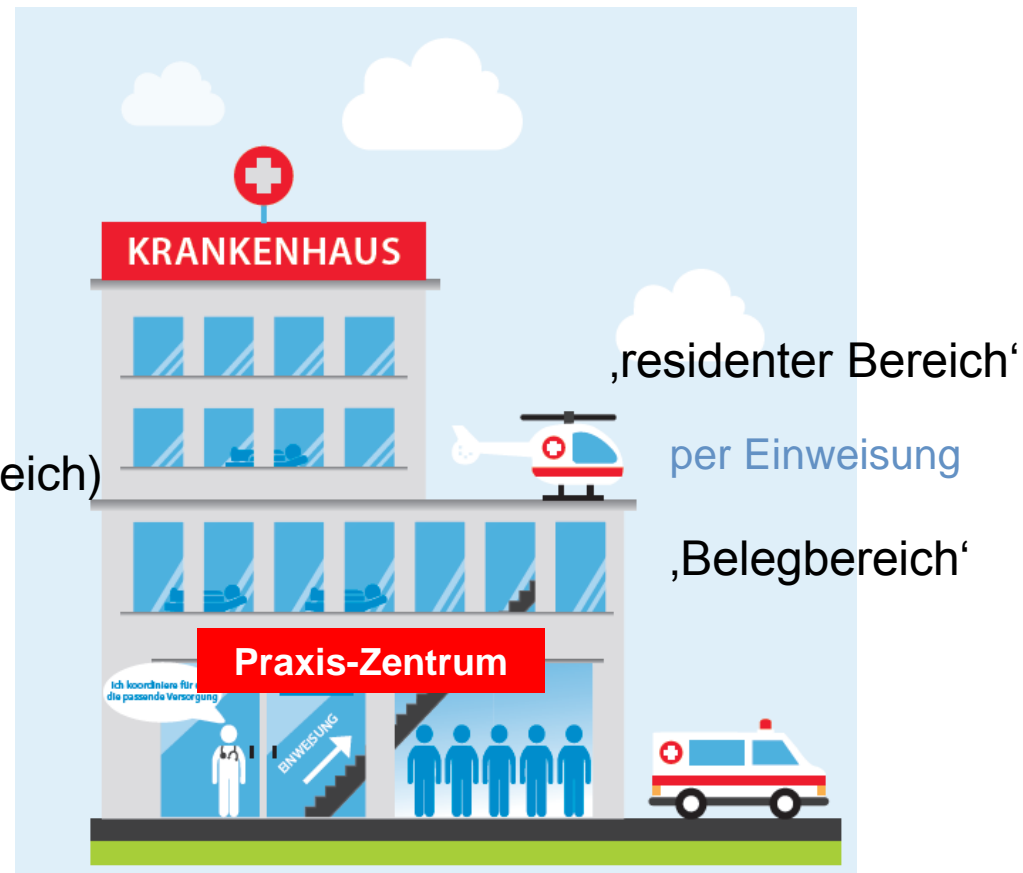
Quelle: Timmins N, Ham C. The quest for integrated health and social care. A case study in Canterbury, New Zealand. King's Fund, London 2013

**Erfolgreiche Umsetzung der Versorgungsziele  
und  
höhere Motivation der Ärzte, in ländlichen Regionen zu praktizieren**  
(Nigel Millar, Chief Medical Officer, Canterbury, persönliche Kommunikation Mai 2017)

# Belegarztprinzip ‚neu erfunden‘

## - regionale Lösungen, in 5-10 Jahren ... ?

- räumliche Konzentration haus- und fachärztlicher Versorgung
  - Anlaufstelle / ‚ambulantes Erdgeschoss‘
  - bettenführende Praxen
  - als Praxisklinik oder im Verbund mit Krankenhaus (residenter Bereich)
- 
- gemeinsame Personal- und Gerätenutzung
  - Konzentration der Dienste
  - Grundlage einheitlicher Bedarfsplanung



krankenhausfern / krankhausersetzend / am Krankenhausstandort

Vor der Bundestagswahl 2017  
Kernfrage für die nächste Legislaturperiode

Werden strukturelle Reformen in der Versorgung



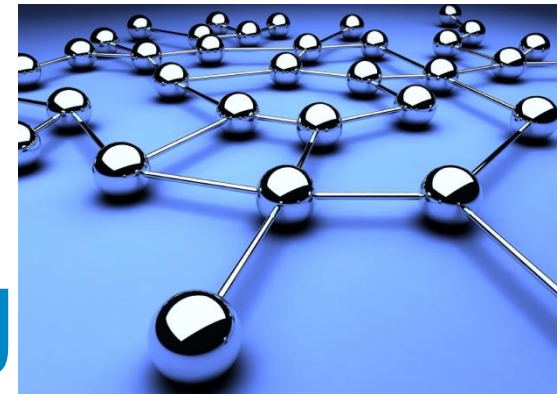
eher zentral

**vom Krankenhaus**

oder eher dezentral

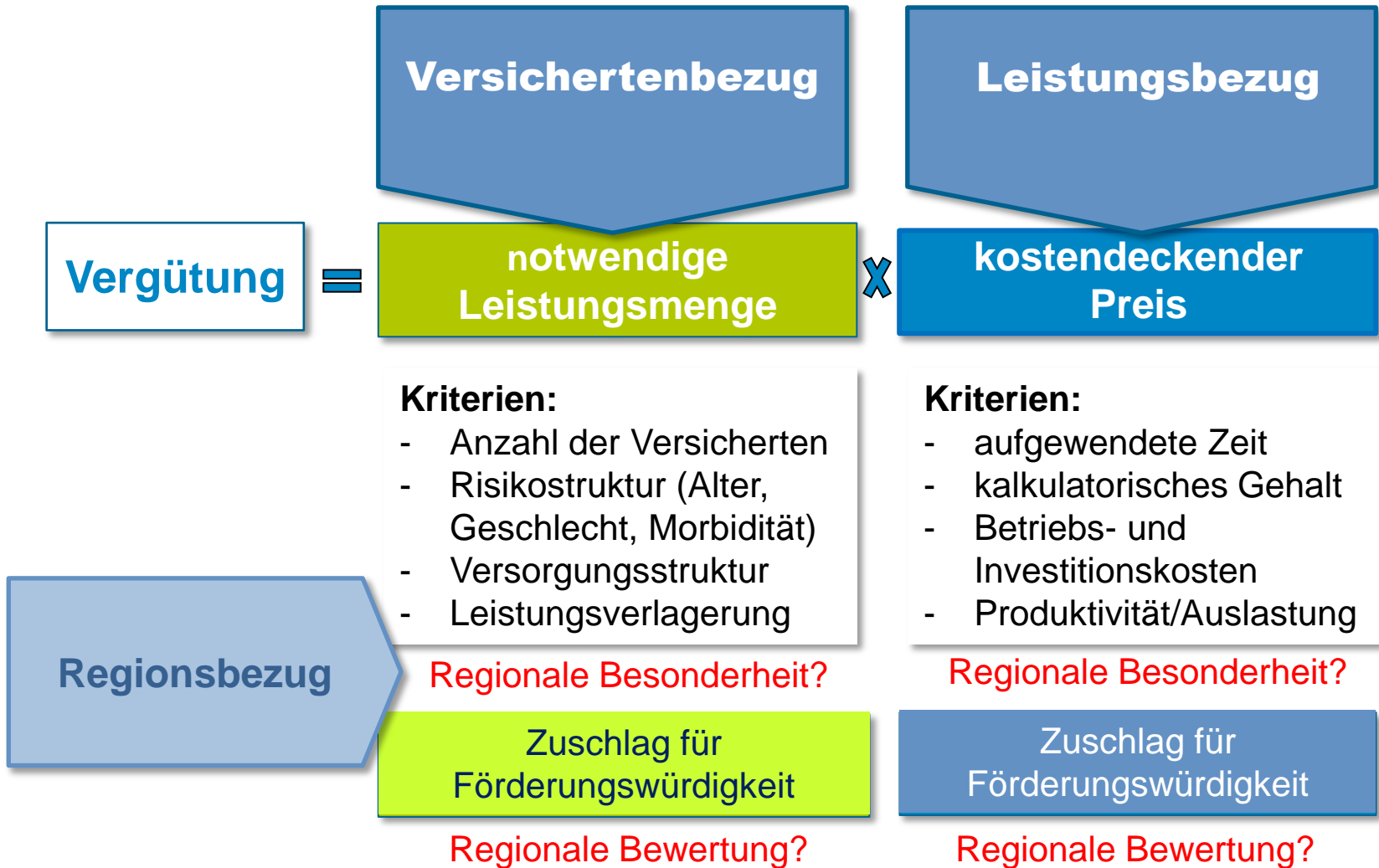
**von der ambulanten  
Versorgung**

her gedacht?



# Systematik der ärztlichen Vergütung

(Rechtsgrundlage §§ 87 und 87a SGB V)





# Aktuelle Probleme bei der Umsetzung der Vergütungssystematik verhindern Weiterentwicklung ambulanter Strukturen

## Bestimmung der Leistungsmenge

- Risikostruktur der Versicherten (hohes Morbiditätsniveau) nicht ausreichend berücksichtigt
- Abbildung der Morbiditätsstruktur und -entwicklung wenig differenziert (grobe Risikogruppen, 2-jährig prospektiv, Schieberegler, keine Berücksichtigung unterjähriger Morbiditätsentwicklung)
- Verlagerungseffekte nur ex post berücksichtigungsfähig; ex ante Anerkennung besonderer vertragsärztlicher Versorgungsstrukturen oder Versorgungsziele fehlt

- Fortführung der Quotierung aus der Zeit der Honorarbudgetierung

## Bewertung der Leistungen

- Referenzeinkommen (Oberarztgehalt) wird nicht erreicht
- Unternehmerlohn fehlt
- Preisentwicklung bleibt unterhalb der Inflationsrate (Reallohnentwicklung bzw. Entwicklung der Betriebskosten nicht nachvollzogen, Entwertung des Kapitalstocks)
- Gegenrechnung pauschaler Wirtschaftlichkeitsreserven
- hoher Pauschalierungsgrad in der Gebührenordnung

# Vertragsärztliche Versorgung in Bayern und in Deutschland zukunftssicher machen!

Was jetzt dafür getan werden muss.



Quelle: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-Broschuere-vertragsaerztliche-Versorgung-Bayern-zukunftssicher.pdf>

**Vielen Dank für  
Ihre Aufmerksamkeit**

[www.zi.de](http://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

