



Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

Czihal T • Özkan A • Gerber C • von Stillfried D

Abstract

Hintergrund:

Die Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterliegt einem stetigen Wandel. In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur wird international auf eine Verschiebung der Leistungsanteile zwischen stationärer und ambulanter Versorgung hingewiesen („Ambulantisierung“ der Medizin). Dieser Trend wird auch für Deutschland beobachtet. Gleichwohl gilt das ambulante Versorgungspotenzial in Deutschland bei weitem noch nicht als ausgeschöpft. Mit einer stärkeren Ausschöpfung des ambulanten Versorgungspotenzials wird die Erwartung verbunden, die demografisch bedingte Ausgabenentwicklung abschwächen zu können. Konkrete Referenzgrößen für einen entsprechenden Strukturwandel in den Versorgungsstrukturen wurden für Deutschland bisher aber nicht vorgelegt.

Methodik:

In diesem Bericht wird von der Hypothese ausgegangen, dass anhand der regionalen Unterschiede in der Arbeitsteilung zwischen der stationären und der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland realisierbare Referenzwerte für den Strukturwandel in anderen Regionen entwickelt werden können.

Im ersten Teil werden im ersten Schritt durch Vergleich der gesamten ambulanten und stationären Inanspruchnahme je Versicherten auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte die 5% der Kreisregionen mit dem höchsten ambulanten Versorgungspotential identifiziert und im Hinblick auf strukturelle Besonderheiten beschrieben. Im zweiten Schritt wird anhand einer einfachen Simulationsrechnung ermittelt, welche Ausgabeneffekte im Jahr 2020 ceteris paribus erwartet werden dürften, wenn in allen Kreisregionen die ambulant-stationäre Arbeitsteilung der „Best-Practice-Regionen“ realisiert wäre.

Im zweiten Berichtsteil wird die jüngste Entwicklung der stationären Berechnungs- und Belegungstage zwischen 2011 und 2012 nach Indikationsgruppen auf Ebene der ICD-10-Kapitel und nach den Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dargestellt und der Entwicklung der vertragsärztlichen Leistungsmenge gegenübergestellt. Dieser deskriptive Teil soll eine mögliche Grundlage für weiterführende Diskussionen eingetretener oder potenzieller Substitutionseffekte auf regionaler Ebene liefern. Eine abschließende Beantwortung dieser Frage wird nicht angestrebt.

Ergebnisse:

Kreisregionen mit einem besonders stark ausgeschöpften ambulanten Versorgungspotenzial zeichnen sich durch eine ausgeprägte vertragsärztliche Versorgungsstruktur aus, Kreisregionen mit einem sehr geringen ambulanten Versorgungsanteil hingegen durch eine schwache ambulante Versorgungsstruktur. Die vorgestellten Simulationsrechnungen können als Bestätigung der These verstanden werden, dass eine zunehmende „Ambulantisierung“ der Medizin die zu erwartenden Kostenanstiege aufgrund des demographischen Wandels mildern kann.



Die kurzfristigen Entwicklungen der Leistungsintensität im ambulanten und stationären Bereich zwischen 2011 und 2012 können diesbezüglich positiv stimmen und als Grundlage weiterer Analysen herangezogen werden. Trotz Alterung der Bevölkerung setzt sich im Beobachtungszeitraum ein langfristiger absoluter Rückgang der stationären Berechnungs- und Belegungstage fort. In der weit überwiegenden Mehrzahl der Indikationsgruppen und Regionen ist, gemessen an der Entwicklung der stationären Berechnungs- und Belegungstagen und der Leistungsentwicklung in der vertragsärztlichen Versorgung, eine Intensivierung der ambulanten Medizin bei gleichzeitigem Rückgang der stationären Versorgungsintensität festzustellen.

Fazit:

Durch eine Förderung ambulanter Versorgungsstrukturen kann der ambulante Versorgungsanteil in Deutschland deutlich gesteigert werden. Bei gleichzeitiger sektorenübergreifender Kapazitätsbetrachtung dürften hierdurch die zu erwartenden Kosten des demografischen Wandels abgemildert werden können. Die Ausgangslage ist jedoch geprägt von regionalen Unterschieden und Besonderheiten, die weiterer eingehender Analyse bedürfen. Die regionalen Unterschiede legen den Schluss nahe, dass die eingetretenen Entwicklungen und das damit verbundene Potenzial zur Steuerung der Weiterentwicklung jeweils vor Ort bewertet werden müssen.

Hintergrund und Fragestellung

Die Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung unterliegt einem stetigen Wandel und ist deshalb seit jeher ein wichtiger Bestandteil der gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Diskussion. Traditionell existieren in beiden Versorgungsbereichen unterschiedliche Finanzierungs- bzw. Vergütungsprinzipien. In den USA existiert mit der Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC) ein institutionalisiertes Steuerungsinstitut, welches systematisch auf eine Vergleichbarkeit der Vergütungssystematiken hinarbeitet, um unerwünschten Leistungsverlagerungen zwischen beiden Versorgungsbereichen entgegen zu wirken. Hierbei wird von einer Substitutionsbeziehung zwischen der stationären und der ambulanten Versorgung ausgegangen (MedPAC 2014). Bereits im Jahr 1972 wurden in den USA Substitutionsbeziehungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung empirisch nachgewiesen, die durch die Preisbildung der ärztlichen Leistungen inzentiviert werden können (Davis u. Russel 1972). Für Deutschland konstatieren Müller und Wasem im Jahr 1987: „Die Aufgabenteilung zwischen ambulanter und stationärer ärztlicher Leistungserbringung im gesundheitlichen Versorgungssystem der Bundesrepublik wird aus alloktionstheoretischer 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.“ Sie diskutieren Möglichkeiten und Grenzen einer Substitution stationärer Versorgung durch ambulante ärztliche Leistungserbringung (Müller u. Wasem 1987). Einen Schub für eine vermehrte Ausschöpfung des ambulanten Versorgungspotenzials sollte die Einführung des DRG-Systems für die Vergütung stationärer Leistungen mit sich bringen. Lungen und Lauterbach (2003) sehen durch die DRG-Einführung zwar einen Anreiz zur Verweildauerverkürzung mit einhergehender Verlagerung einzelner Leistungsbestandteile in die ambulante Versorgung. Gleichzeitig sehen sie jedoch keine Anreize, dass hierdurch die Versorgung ganzer Krankheitsgebiete in die ambulante Versorgung verschoben würde, da dies einen nachhaltigen Umsatzrückgang für die Krankenhäuser zur Folge hätte. Lungen und Lauterbach regen daher eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser an der

ambulanten Versorgung an und erwarten, dass dadurch das ambulante Versorgungspotenzial stärker ausgeschöpft werde.

Für den Bereich der Onkologie schätzen Lungen und Rath (2010), dass jährlich 553.000 stationäre Behandlungsfälle in die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser verschoben werden könnten. Rochell et al. (2009) dagegen stehen diesem Modell einer Öffnung der Krankenhäuser kritisch gegenüber. Sie weisen darauf hin, dass die Krankenhäuser durch die vorangegangenen Gesundheitsreformen bereits vielfältige Möglichkeiten einer Teilnahme an der ambulanten Versorgung besitzen. Dadurch könnten die Krankenhäuser ihren Ermessungsspielraum nutzen und den jeweils profitabelsten Abrechnungsweg wählen. Da dies zumeist die vollstationäre Versorgung ist (vgl. z.B. Oberender et al. 2010), kann auch ein Anreiz zur Verlagerung von Leistungen aus der ambulanten Versorgung in die stationäre Versorgung entstehen. Insgesamt sehen aber auch Rochell et al infolge der DRG-Einführung eine vermehrte ambulante Leistungserbringung in den Jahren 2003 bis 2008. Sie schätzen für diesen Zeitraum eine Induktion von vertragsärztlichen Leistungen im Umfang von 1,4 Mrd. € durch die Anreizwirkung des DRG-Systems (Rochell et al. 2009).

Busse und Wörz (2009) betrachten die Entwicklung der Leistungserbringung seit Beginn des Jahrtausends im internationalen Vergleich und wählen als Zusammenfassung den Begriff der „Ambulantisierung“ der Medizin. Indirekt wird dieser Befund für Deutschland durch Nowossadeck (2012) bestätigt. Er stellt fest, dass die Fallzahlen in der vollstationären Versorgung sich anders entwickelt haben, als nach demografischer Projektion zu erwarten gewesen wäre. Nach Bereinigung um demografische Einflüsse konstatiert er einen Rückgang der Fallzahlen in der vollstationären Versorgung zwischen 2000 und 2009 um -1%. Gleichwohl besteht nach Busse und Wörz (2009) am Beispiel potenziell ambulant durchführbarer Operationen in Deutschland im Vergleich zu anderen OECD-Ländern ein großes Potenzial ambulant erbringbarer Leistungen. Auf Basis eines internationalen Vergleichs kommt auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beim Bundesgesundheitsministerium (SVR) zu dem Ergebnis, dass das Potenzial ambulanter Versorgung in Deutschland „derzeit bei weitem

noch nicht ausgeschöpft ist“ (SVR 2012). Der Rat mahnt eine Erschließung des ambulanten Potenzials an. Er lässt sich dabei von der Vorstellung leiten, dass eine möglichst geringe Zahl stationärer Aufnahmen pro Versicherte ein Merkmal hoher Versorgungsqualität in dieser Region ist. Dies gilt insbesondere für ausgewählte „ambulant-sensitive“ Indikationsbereiche, für die ein hoher ambulanter Versorgungsanteil wünschenswert ist. Zudem sieht der Rat darin eine Möglichkeit, den Druck des demografischen Wandels auf die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung zu mildern.

Die demografische Entwicklung in Deutschland erhöht den Druck auf eine stärkere Ausschöpfung des ambulanten Versorgungspotenzials erheblich. Dieser demografische Wandel ist durch eine starke Zunahme der älteren Bevölkerung bei gleichzeitigem Rückgang der jüngeren Bevölkerung gekennzeichnet. Der generelle Trend wird darüber hinaus regional durch innerdeutsche Migration modifiziert. Abwanderung vor allem aus ländlichen Regionen verstärkt dort die demografische Alterung, Zuwanderung in Ballungsräume verlangsamt die Entwicklung in diesen für Zuwanderer attraktiven Städten. Dies stellt eine enorme Herausforderung für die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen und deren Finanzierbarkeit dar. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen steigt mit zunehmendem mittlerem Alter der Bevölkerung sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung. Sektorenübergreifend ist daher zukünftig mit einem erhöhten Behandlungsbedarf zu rechnen (Erhart et al. 2013). Da die demografische Entwicklung in Abwanderungsregionen besonders ausgeprägt ausfällt, ist ein steigender Versorgungsbedarf in der Regel auch bei rückläufigen Bevölkerungszahlen festzustellen. Häufig wird dieser Versorgungsbedarf des ländlichen Raums durch regionale Mitversorgungsbeziehungen gedeckt (Czihal et al. 2012). In den Ballungsräumen bewirkt der demografische Wandel einen zeitlich versetzten, aber umso kräftigeren Anstieg des Versorgungsbedarfs, da der Alterungsprozess durch eine Zunahme der Bevölkerungszahl begleitet wird.

In der jüngeren Vergangenheit befasst sich die Versorgungsforschung zunehmend mit regionalen Unterschieden innerhalb Deutschlands in Bezug auf die stationäre und ambulante

Versorgung. Dass sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Inanspruchnahme zum Teil erhebliche regionale Unterschiede existieren, ist hinlänglich bekannt (vgl. Drösler et al. 2014). Die Forschungsergebnisse zeigen, dass im regionalen Vergleich von Substitutionsbeziehungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auszugehen ist (z.B. von Stillfried 2012, Sundmacher et al. 2012, Augurky 2013, IGES 2014, Burgdorf et al. 2014). Demnach fällt in Regionen mit intensiverer ambulanter Versorgung nach Adjustierung um die regionale Morbiditätslast die Inanspruchnahme stationärer Leistungen geringer aus.

Im vorliegenden Bericht soll deshalb im ersten Teil der oben dargestellten These des SVR nachgegangen werden. Über kleinräumige Vergleiche werden Regionen mit hohem, ausgeschöpftem ambulanten Versorgungspotenzial identifiziert und Simulationsrechnungen in Bezug auf Effizienzreserven im Kontext des demografischen Wandels erstellt.

Der gesamthaften Betrachtung im ersten Teil wird im zweiten Teil des Berichts eine Betrachtung nach Krankheitsgruppen gegenübergestellt. Es ist davon auszugehen, dass die „Ambulantisierung“ weder regional noch indikationsbezogen in gleichförmiger Weise ab verläuft. Der zweite Berichtsteil widmet sich daher der kurzfristigen Entwicklung der stationären Berechnungs- und Belegungstage nach KV-Regionen und Indikationsgruppen und kontrastiert diese mit der Entwicklung des vertragsärztlichen Leistungsmenge.

Material und Methoden

1. Teil: Identifikation von Regionen mit hohem Ausschöpfungsgrad des ambulanten Versorgungspotenzials und Simulationsrechnungen für das Bundesgebiet

Um ein unter deutschen Rahmenbedingungen grundsätzlich realisierbares ambulantes Versorgungspotenzial abschätzen zu können, wird ein zweistufiges Vorgehen gewählt.

Auf der ersten Stufe werden systematisch die 5% Landkreise und kreisfreien Städte mit dem höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des

ambulantem Potential identifiziert. Die 21 Landkreise und kreisfreien Städte, die nach Standardisierung bzgl. der Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur die geringste stationäre Inanspruchnahmerate (Fallzahlen) bei mindestens durchschnittlicher ambulanter Inanspruchnahmerate (angeforderter Leistungsbedarf gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab; EBM)¹ aufweisen, liefern annahmegemäß ein grundsätzlich realisierbares Benchmark für das ambulante Potential anderer Regionen und werden in Anlehnung an die Arbeitshypothese des SVR als sogenannte „Best-Practice-Regionen“ bezeichnet. Als Datengrundlage werden die DRG-Statistiken des Statistischen Bundesamtes (Daten nach §21 Krankenhausentgeltgesetz; KHEntG) und die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung des Jahres 2011 genutzt (VDX-Daten gemäß § 295 SGB V). Je Landkreis bzw. kreisfreier Stadt werden stationäre und ambulante Inanspruchnahmeraten errechnet, die für regionale Ausprägungen wichtiger Einflussfaktoren auf den populationsbezogenen Versorgungsbedarf (Alter, Geschlecht, Morbidität und Sozialstruktur) adjustiert werden. Die Adjustierung erfolgt auf Basis der im Zi entwickelten Sozialstrukturindizes auf der ökologischen Ebene. Diese wurden anhand von 29 Indikatoren aus der amtlichen Statistik mittels einer Faktorenanalyse nach dem Verfahren der Hauptkomponentenanalyse gebildet. Dabei wurden zwei (Hintergrund-) Faktoren identifiziert. Faktor 1 (sozioökonomischer Gesundheitsindex, SGX) beschreibt die Raumebene in Bezug auf das Ausmaß der vorherrschenden sozialen und gesundheitlichen Belastung in der Bevölkerung. Faktor 2 (Urbanitätsindex, UX) charakterisiert die Raumebene in Bezug auf das Ausmaß von vorherrschenden

Wanderungsbewegungen und Haushaltsgrößenkennzahlen (zur Herleitung der Indizes vgl. Schulz et al. 2014; zur kartographischen Darstellung vgl. SVR 2014).

Ergänzende Informationen zur Inanspruchnahme der Patienten, z. B. zum Umfang der ambulanten Behandlung am Krankenhaus oder zum Umfang der gemäß regionaler Selektivverträge nicht über Kassenärztliche Vereinigungen abgerechneten ärztlichen Leistungen, können mangels Verfügbarkeit nicht mit einbezogen werden.

Auf der zweiten Stufe wird auf der Grundlage der Bevölkerungsprognose des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) eine einfache Projektion des ambulanten und stationären Versorgungsbedarfs zum Jahr 2020 vorgenommen. Die Projektion berücksichtigt ausschließlich demografische Effekte. Weitere relevante Einflussgrößen, wie z. B. der medizinisch-technische Fortschritt oder Preisveränderungen infolge allgemeiner Preiserhöhungen (Inflation) werden nicht betrachtet. Die Projektion erfolgte in zwei Szenarien:

- Szenario 1 beschreibt die Versorgungssituation im Jahr 2020 unter der Annahme, dass sich die geschlechts- und altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmeraten in den jeweiligen Regionen bis zum Jahr 2020 nicht ändern (Status-Quo-Projektion).
- Szenario 2 folgt der Annahme, dass bis zum Jahr 2020 alle Regionen in Deutschland die geschlechts- und altersgruppenspezifischen Inanspruchnahmeraten der in Stufe 1 identifizierten Best-Practice-Regionen erreicht haben. Unter der Annahme konstanter Preise werden die finanziellen Auswirkungen auf die Ausgaben der GKV dargestellt.

1 Der Begriff „Leistungsbedarf“ resultiert aus der Besonderheit, dass aufgrund gesetzlich vorgegebener Mengenbegrenzungen ein Teil der vertragsärztlichen Leistungen ganz oder teilweise nicht zur Vergütung gelangt. Der abrechnende Arzt meldet daher auf Grundlage des Leistungsverzeichnisses im Einheitlichen Bewertungsmaßstab einen „Leistungsbedarf“ an, der dann nur anteilig erstattet wird. Grundlage der Erstattung sind die Gesamtverträge und die Honorarverteilungsregeln der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Da diese den Leistungsbedarf nach Fachgruppen regional sehr unterschiedlich quotieren müssen, wird zur Darstellung der Inanspruchnahme auf den Leistungsbedarf rekurriert.

2. Teil: Entwicklung der Inanspruchnahme in der stationären und in der vertragsärztlichen Versorgung nach Indikationsgruppen zwischen 2011 und 2012

Im zweiten Teil des Berichts werden zunächst die Veränderungen des stationären Leistungsgeschehens zwischen 2011 und 2012 auf Ebene der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ermittelt. Dabei wird die tatsächliche und die

demografiebereinigte Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage für alle Indikationen bzw. für einzelne Indikationsgruppen gemäß der dokumentierten Hauptdiagnose dargestellt. Da Fallzahlen den Versorgungsaufwand je Fall nicht widerspiegeln können, werden sie bei der Analyse der kurzfristigen Entwicklung nicht betrachtet. Die Indikationsbereiche werden nach ICD-10-Kapiteln zusammengefasst. Die Datengrundlage besteht aus der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes (Daten nach § 21 KHEntG, Sonderdatenlieferung auf Anfrage des Zi) sowie aus den nach den Ergebnissen des jüngsten Mikrozensus aktualisierten Bevölkerungszahlen des Statistischen Bundesamtes.

Um Rückschlüsse auf mögliche Leistungsverlagerungen zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich ziehen zu können, wird je KV und je ICD-10-Kapitel die Entwicklung der Inanspruchnahmeraten in der stationären Versorgung der demografiebereinigten prozentualen Entwicklung des Leistungsbedarfs gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) in der vertragsärztlichen Versorgung gegenübergestellt. Da im ambulanten Bereich Fallzahlen ebenso wenig sensitiv für den Versorgungsaufwand sind, werden sie auch hier für die kurzfristige Entwicklung nicht betrachtet. Die Ermittlung der Inanspruchnahmeraten in der vertragsärztlichen Versorgung basiert auf der Datengrundlage einer GKV-Versichertenstichprobe der Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses (KBV und GKV-Spitzenverband), die das Zi im Auftrag der KBV und der KVen nach § 80 SGB X auswertet. Um die Repräsentativität der Ergebnisse sicherzustellen, werden die Ergebnisse je Alters- und Geschlechtsgruppe auf die Versichertenzahlen der KM 6-Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hochgerechnet. Da im vertragsärztlichen Bereich keine Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebendiagnosen der Behandlungsfälle existiert, ist eine Mehrfachberücksichtigung der Leistungsbedarfsentwicklung über die einzelnen Indikationsgruppen möglich bzw. nicht zu umgehen. Auch hier können ergänzende Informationen aus anderen Versorgungs- bzw. Vertragsbereichen mangels Verfügbarkeit nicht berücksichtigt werden.

Alle Analysen erfolgen nach dem Wohnortprinzip des Patienten. Mitversorgungsbeziehungen, also der Anteil der Leistungsmenge, in dem Wohnort des Patienten und Leistungsort

auseinanderfallen, müssen daher nicht gesondert berücksichtigt werden.

Ergebnisse

1. Teil: Identifikation von Regionen mit hohem Ausschöpfungsgrad des ambulanten Versorgungspotenzials und Simulationsrechnungen für das Bundesgebiet

Identifikation von Regionen mit hoch ausgeschöpftem ambulanten Versorgungspotenzial

Nach Risikoadjustierung werden 21 Landkreise bzw. kreisfreie Städte identifiziert, die bei mindestens durchschnittlicher vertragsärztlicher Inanspruchnahme die geringste stationäre Inanspruchnahme aufweisen (vgl. Tabelle 1). Diese 21 Regionen werden im Folgenden als Best-Practice-Regionen bezeichnet.

Die ausgewählten Landkreise und kreisfreien Städte verteilen sich räumlich nahezu über das gesamte Bundesgebiet. In den Best-Practice-Regionen leben insgesamt 10,9 Millionen Bundesbürger. Es kann somit von einer relevanten Referenzgröße ausgegangen werden. Es handelt sich um Regionen mit sehr unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten, mehrheitlich aber um städtisch geprägte Regionen, so dass die 21 Best-Practice-Regionen insgesamt eine stark überdurchschnittliche Bevölkerungsdichte (2556 EW je km² gegenüber 229 EW je km² bundesweit) sowie eine überdurchschnittliche Wirtschaftskraft (BIP je EW 40 Tsd. € gegenüber 32 Tsd. € bundesweit) aufweisen. Bemerkenswert ist jedoch, dass diese Beobachtung nicht für alle Best-Practice-Regionen zutrifft. So weist der Landkreis Lüneburg z. B. eine unterdurchschnittliche Einwohnerdichte und Wirtschaftskraft auf. Für die Best-Practice-Regionen liegt die Inanspruchnahmerate im stationären Bereich nach Adjustierung um bevölkerungsseitige Einflüsse insgesamt 14,7% unter dem Bundesdurchschnitt, in der vertragsärztlichen Versorgung 13,4% über dem Bundesdurchschnitt. Die mittleren Inanspruchnahmeraten für die 21 Regionen in der stationären und in der vertragsärztlichen Versorgung werden im Weiteren als für andere Regionen erreichbarer Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potenzials unterstellt.

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

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
vermeidbare Krankenhausfälle	2.265	2.747	3.606

Tabelle 1 (oben): 5% der Landkreise mit der geringsten risikoadjustierten stationären Inanspruchnahme bei mindestens durchschnittlicher risikoadjustierter vertragsärztlicher Inanspruchnahme; Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes, der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes und der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (jeweils Jahr 2011)

Tabelle 2 (links): Angebotsstrukturen (Bundesarztregister 2011, InkAR Indikatoren 2011) und vermeidbare Krankenhausfälle (Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes 2011) im regionalen Vergleich: Gruppe 1: Regionen mit hohem ambulanten Ausschöpfungsgrad, Gruppe 2: Regionen mit durchschnittlichem ambulanten Ausschöpfungsgrad, Gruppe 3: Regionen mit niedrigem ambulanten Ausschöpfungsgrad

Charakteristika der Best-Practice-Regionen

In Tabelle 2 werden Charakteristika der Best-Practice-Regionen (Gruppe 1) in Bezug auf die Merkmale der Angebotsstruktur in der stationären und in der vertragsärztlichen Versorgung dargestellt und mit den Charakteristika der Regionen mit durchschnittlichem ambulanten Ausschöpfungsgrad (Gruppe 2) und niedrigem ambulanten Ausschöpfungsgrad (Gruppe 3) verglichen.

Die Best-Practice-Regionen weisen eine überdurchschnittliche Arztdichte bei gleichzeitiger leicht überdurchschnittlicher Krankenhausbettdichte auf. Anders verhält es sich in den 5% der Landkreise bzw. kreisfreien Städte mit dem geringsten ausgeschöpften ambulanten Versorgungspotenzial. Dort ist für alle Fachgruppen eine unterdurchschnittliche Arztdichte und eine weit überdurchschnittliche Krankenhausbettdichte festzustellen (ohne Berücksichtigung von Mitversorgungseffekten).

In Bezug auf potentiell vermeidbare Krankenhaufälle (Definition gemäß SVR-Gutachten 2012) weisen die Best-Practice-Regionen die geringsten risikoadjustierten Fallzahlen je 100.000 Einwohner auf. Während dort rund 2.250 Fälle je 100.000 Einwohner beobachtet werden, ist in der Gruppe 3 eine risikoadjustierte Rate von etwa 3.600 Fällen je 100.000 Einwohner festzustellen. Ähnlich verhält es sich für die fünf Indikationen, die der Sachverständigenrat für die Messung der ambulanten Versorgungsqualität besonders hervorgehoben hat (Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus und Asthma/COPD). Mit rund 850 Krankenhaufällen je 100.000 Einwohner ist in den Best-Practice-Regionen die risikoadjustierte Inanspruchnahme etwa 40% geringer als in den Landkreisen bzw. kreisfreien Städten der Gruppe 3 (Abbildung 1 und 2).

Projektion des Versorgungsbedarfs in zwei Szenarien

In Tabelle 3 sind die Ergebnisse der Projektion des Versorgungsbedarfs nach dem Status-Quo-Szenario und dem Best-Practice-Szenario dargestellt.

Im Status-Quo-Szenario ergibt sich eine demografisch bedingte Erhöhung des Versorgungsbedarfs

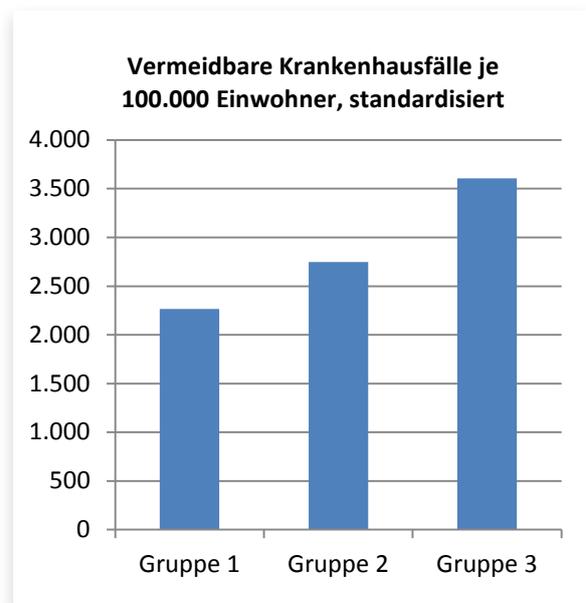


Abbildung 1: Vergleich der risikoadjustierten Inanspruchnahmeraten je 100.000 Einwohner für Ambulant-Sensitive-Krankenhaufälle; Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes und der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes Jahr 2011, Definition der Ambulant-Sensitiven-Krankenhaufälle gemäß SVR-Gutachten 2012

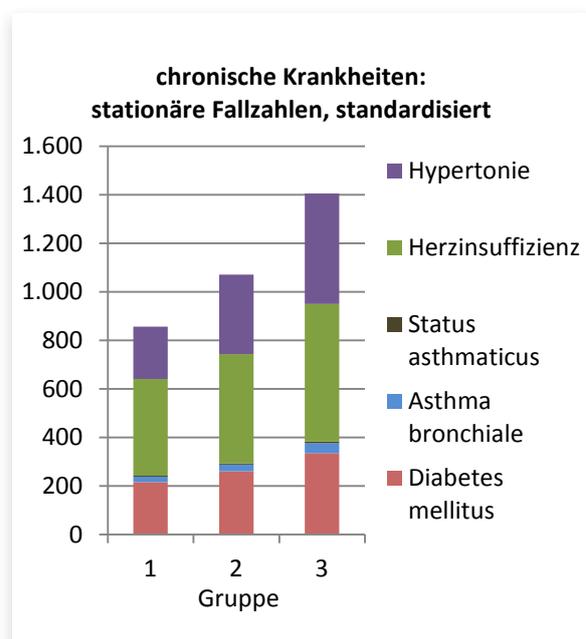


Abbildung 2: Vergleich der risikoadjustierten Inanspruchnahmeraten je 100.000 Einwohner für ausgewählte Indikationen im Krankenhaus; Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes und der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes Jahr 2011, Definition der Ambulant-Sensitiven-Krankenhaufälle gemäß SVR-Gutachten 2012

	Status-Quo-Szenario 2020	Best-Practice-Szenario
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. €

Tabelle 3: Ergebnisse der Projektion zum Jahr 2020 in zwei verschiedenen Szenarien;

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes, der Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes und der vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (jeweils Jahr 2011) und der Bevölkerungsprognose des BBSR

im stationären Bereich bis zum Jahr 2020 um etwa 6%. Dies wäre ceteris paribus mit Mehrausgaben von 3 Mrd. € gegenüber dem Basisjahr (2011) verbunden. Im ambulanten Bereich beträgt der demografisch bedingte Zuwachs rund 3% (ca. 1 Mrd. €).

Das Best-Practice-Szenario ergibt ein völlig anderes Bild. Im stationären Bereich wäre im Jahr 2020 von einem Rückgang von rund 6% (etwa -3 Mrd. €) gegenüber 2011 auszugehen, während im ambulanten Bereich ein Zuwachs von ca. 17% (ca. 5 Mrd. €) zu erwarten wäre. Ursächlich ist die Annahme, dass bei gegebener demografischer Struktur und Entwicklung in allen Landkreisen- bzw. kreisfreien Städten eine risikoadjustierte Inanspruchnahme erreicht wird, die in der vertragsärztlichen Versorgung 13,4% über dem Bundesdurchschnitt des Jahres 2011 und in der stationären Versorgung 14,7% unter dem Bundesdurchschnitt des Jahres 2011 liegt.

Werden die Ergebnisse der ambulanten und stationären Versorgungsprojektion je Szenario zusammengerechnet, ergibt sich im Status-Quo-Szenario ein Zuwachs der Gesamtausgaben in 2020 gegenüber 2011 um rund 4 Mrd. €, während im Best-Practice-Szenario der Zuwachs nur 2 Mrd. € beträgt (Tabelle 3).

2. Teil: Entwicklung der stationären Berechnungs- und Belegungstage und des ambulanten Leistungsbedarfs zwischen 2011 und 2012

Entwicklung der Gesamtzahl der Berechnungs- und Belegungstage

Die Analyse der Entwicklung des stationären Leistungsgeschehens zwischen 2011 und 2012 zeigt einen deutlichen Rückgang der vollstationären Berechnungs- und Belegungstage. Bundesweit

KV	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%

Tabelle 4: Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage zwischen 2011 und 2012 nach KV-Regionen; Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik und Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes 2011 und 2012

sind diese um 0,22% gesunken. Aufgrund der Alterung der Bevölkerung - bei konstanten Berechnungs- und Belegungstagen je Einwohner

und Alters- und Geschlechtsgruppe des Jahres 2011 – wäre eine Zunahme um 1,17% zu erwarten gewesen. Nach Bereinigung um demografiebedingte Effekte resultiert somit ein bereinigter Rückgang um -1,39%.

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse nach den Regionen der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) dargestellt.

Ohne Bereinigung demografischer Einflüsse ist in 10 KV-Regionen ein absoluter Rückgang festzustellen. Dieser ist in Sachsen mit -1,06% am stärksten ausgeprägt, gefolgt von

Mecklenburg-Vorpommern mit -0,91% und Baden-Württemberg mit -0,73%. In sieben KV-Regionen ist hingegen eine Zunahme zu beobachten. Diese ist in Schleswig-Holstein mit 1,69% am höchsten, gefolgt von Bremen mit 1,52% und Sachsen-Anhalt mit 0,71%.

Nach Bereinigung um demografische Einflüsse zeigt sich ein Rückgang in 14 der 17 KV-Regionen. Am stärksten ist der Rückgang mit -2,49% in Berlin, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit -2,2% und Bayern mit -2,14%. Nur in Bremen (0,4%), Schleswig-Holstein (0,29%) und Sachsen-Anhalt (0,08%) verbleibt nach Kontrolle

Hauptdiagnosen nach ICD-10 Kapiteln	Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage im stationären Bereich zwischen 2011 und 2012 (%)	
	Tatsächlich	Demografiebereinigt
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,0	1,9
Neubildungen	-1,8	-2,8
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	-1,6	-2,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-1,1	-2,4
Psychische und Verhaltensstörungen	0,8	0,3
Krankheiten des Nervensystems	2,1	1,2
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	-1,2	-2,2
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	-2,3	-3,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,4	-1,1
Krankheiten des Atmungssystems	0,4	-0,8
Krankheiten des Verdauungssystems	-0,6	-1,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	-1,5	-2,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	-1,4	-2,3
Krankheiten des Urogenitalsystems	0,5	-0,6
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-0,4	-0,7
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,2	-2,8
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	-3,3	-4,4
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	7,0	5,9
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	-1,4	-2,6
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	-0,8	-3,5
Insgesamt	-0,2	-1,4

Tabelle 5: Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage zwischen 2011 und 2012, Indikationsgruppen gemäß ICD-10 Kapiteln; Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik und Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes 2011 und 2012

um demografische Einflüsse eine Zunahme der Berechnungs- und Belegungstage.

Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage nach ICD-10 Kapiteln

Bei der Betrachtung der Berechnungs- und Belegungstage nach Zuordnung der Hauptdiagnose zu den Kapiteln des ICD-10-Katalogs zeigt sich ein differenziertes Bild (Tabelle 5).

Für 12 der 20 Kapitel ist ohne Bereinigung um demografische Effekte ein absoluter Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage zu beobachten. Für *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten* und *Chromosomenanomalien* ist dieser mit -3,3% am stärksten. Es folgen *Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes* mit -2,3% und *Neubildungen* mit -1,8%. Der stärkste Zuwachs ergibt sich für *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind* (7%), gefolgt von *Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten* (3%) und *Krankheiten des Nervensystems* (2,1%).

Nach Bereinigung um demografische Einflüsse ergibt sich für 16 der 20 betrachteten Kapitel ein Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage. Am deutlichsten besteht dieser für *Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten* und *Chromosomenanomalien* (-4,4%), gefolgt von *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* (-3,5%) und von *Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes* (-3,0%). Lediglich für die drei Indikationsgruppen mit dem stärksten absoluten Zuwachs sowie für *Psychische und Verhaltensstörungen* ist nach Demografieadjustierung noch eine Zunahme zu beobachten.

Wie schwer die bundesweiten Ergebnisse auf Ebene der ICD-10-Kapitel für einzelne KV-Regionen zu verallgemeinern sind, zeigt Tabelle 6.

Nach Bereinigung um demografische Einflüsse liegt eine Zunahme der Belegungstage in allen KV-Regionen lediglich für einen Indikationsbereich vor: *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*. In allen KV-Regionen – jedoch in unterschiedlichem Ausmaß – ist ein Rückgang der Belegungstage für *Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen*, festzustellen.

Im Bereich *Neubildungen* besteht in 16 der 17 KV-Regionen ein Rückgang. Dieser ist in Baden-Württemberg mit -4,9% am deutlichsten. Nur in Bremen ist – ausgehend von einem niedrigen Niveau in 2012 – eine Zunahme zu beobachten.

In Bayern ist bei 18 der 20 betrachteten ICD-10 Kapitel ein Rückgang zu beobachten. Neben der Indikationsgruppe *Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*, ist nur für *Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten* eine Zunahme der Berechnungs- und Belegungstage festzustellen. Diese Indikationsgruppe weist lediglich in fünf Regionen (Schleswig-Holstein, Hamburg, Hessen, Saarland und Mecklenburg-Vorpommern) einen Rückgang auf.

In 17 von 20 Indikationsgruppen nach ICD-10 Kapiteln zeigt sich für vier KV-Regionen (Hessen, Baden-Württemberg, Berlin und Sachsen) ein Rückgang. Mit 8 von 20 ist der Anteil rückläufiger Indikationsgruppen in Sachsen-Anhalt am geringsten. Es folgen mit jeweils 9 rückläufigen Indikationsgruppen Schleswig-Holstein und Bremen. In 14 der 17 KV-Regionen sind zwischen 2011 und 2012 die Berechnungs- und Belegungstage nach demografischer Bereinigung für mehr als die Hälfte der betrachteten Indikationsgruppen zurückgegangen.

Entwicklungen des Leistungsbedarfs gemäß Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) im ambulanten Bereich

Wird die Entwicklung des vertragsärztlichen Leistungsbedarfs demografiebereinigt nach Indikationsgruppen der 20 Kapitel des ICD-10-Kataloges jeweils nach den 17 KV-Regionen betrachtet, ergibt sich ebenfalls ein heterogenes Bild (Tabelle 7).

Im Gegensatz zur Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage im stationären Bereich dominiert eine Zunahme der Inanspruchnahme. In keinem Indikationsgebiet ist jedoch eine Zunahme über alle KVen festzustellen. Die KV Thüringen weist in allen 20 betrachteten Indikationsgebieten eine Zunahme des demografiebereinigten Leistungsbedarfs auf. In Berlin, Nordrhein und Sachsen ist dies in 19 von 20 Indikationsgebieten der Fall.

Die KV Bayerns weist ausschließlich im Bereich der *Krankheiten des Urogenitalsystems* eine

ICD Kapitel	bundesweit	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	1,9%	-0,6%	-4,4%	3,8%	1,6%	4,6%	2,9%	0,0%	2,5%	1,9%	2,4%	0,7%	-0,4%	-2,6%	2,0%	2,1%	3,7%	0,6%	
Neubildungen	-2,8%	-0,8%	-2,2%	2,2%	-3,7%	-3,1%	-0,4%	-1,8%	-3,7%	-4,9%	-3,4%	-3,8%	-3,5%	-4,0%	-2,6%	-2,8%	-2,0%	-2,8%	
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	-2,7%	-14,6%	-21,6%	0,6%	-2,6%	-0,5%	0,1%	-2,5%	-1,9%	-4,7%	-0,4%	-2,8%	-4,8%	-5,1%	0,3%	3,8%	-6,6%	-3,7%	
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	-2,4%	2,0%	0,6%	7,0%	-0,3%	-4,8%	1,1%	-1,4%	-4,0%	-3,1%	-3,4%	-5,6%	1,6%	1,0%	-4,6%	-5,3%	-2,0%	-3,2%	
Psychische und Verhaltensstörungen	0,3%	1,6%	-9,3%	-0,9%	1,7%	-0,4%	-3,1%	-2,4%	-0,7%	3,7%	-0,4%	-1,9%	2,0%	-0,2%	7,9%	3,9%	2,2%	1,9%	
Krankheiten des Nervensystems	1,2%	3,8%	3,3%	4,7%	1,9%	-0,5%	1,8%	6,7%	6,0%	-0,1%	-0,3%	-2,1%	-0,2%	0,4%	0,2%	0,9%	1,6%	-1,2%	
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	-2,2%	1,2%	3,1%	-3,2%	-8,3%	0,5%	2,8%	-0,7%	1,2%	-1,7%	-3,6%	-10,0%	-5,4%	-3,6%	-4,6%	-3,9%	-3,7%	-3,2%	
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	-3,0%	-0,7%	2,0%	-1,0%	-7,3%	-1,7%	-3,8%	-0,6%	0,6%	-2,5%	-4,8%	-3,7%	4,3%	-5,9%	-4,3%	0,7%	2,5%	-6,2%	
Krankheiten des Kreislaufsystems	-1,1%	2,5%	0,4%	0,0%	-1,3%	-0,6%	0,1%	-0,2%	-1,5%	-2,1%	-2,3%	-3,4%	0,0%	-2,6%	-1,8%	0,4%	-0,5%	-1,6%	
Krankheiten des Atmungssystems	-0,8%	0,6%	-0,2%	-2,6%	-3,2%	0,9%	-0,5%	-0,5%	0,2%	0,0%	-0,3%	-2,5%	3,0%	-4,2%	-3,8%	-1,1%	-0,8%	-2,8%	
Krankheiten des Verdauungssystems	-1,6%	0,5%	1,1%	0,3%	-1,5%	-1,3%	-0,8%	-1,7%	-1,0%	-3,2%	-2,4%	-2,4%	-1,6%	-3,8%	-1,0%	0,1%	-1,3%	-1,5%	
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	-2,3%	-3,2%	-0,4%	11,0%	-2,8%	-2,2%	-2,6%	-2,2%	-1,9%	-2,8%	-4,1%	-0,5%	2,9%	-5,0%	1,6%	4,1%	-6,4%	-3,3%	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	-2,3%	-2,9%	-2,6%	1,2%	-2,6%	-2,9%	-1,5%	-2,5%	1,5%	-2,4%	-3,3%	-3,0%	-1,9%	0,5%	-3,8%	1,2%	-4,3%	-2,3%	
Krankheiten des Urogenitalsystems	-0,6%	2,5%	0,9%	-2,1%	-0,8%	-1,4%	-0,4%	-0,6%	-0,6%	-0,4%	-1,0%	-0,5%	0,9%	-4,7%	0,7%	1,9%	-1,8%	0,0%	
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	-0,7%	2,4%	-4,1%	2,9%	-0,5%	-0,6%	0,5%	0,7%	-1,0%	-2,4%	-0,7%	0,2%	-2,9%	-1,6%	-1,5%	-0,5%	0,1%	-1,0%	
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	-2,8%	2,0%	-4,0%	-16,1%	3,1%	-7,3%	-1,2%	-5,7%	-1,6%	-1,4%	-3,9%	-4,4%	6,7%	-2,7%	-3,1%	-2,0%	-1,8%	-5,2%	
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	-4,4%	-5,3%	-3,1%	-8,6%	-2,9%	-10,6%	-4,5%	-5,3%	-2,8%	-1,1%	-2,9%	-10,7%	3,1%	-12,7%	2,7%	8,1%	0,8%	-11,0%	
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5,9%	11,0%	4,5%	0,8%	6,3%	8,5%	5,0%	4,5%	6,7%	3,7%	4,5%	4,7%	7,6%	5,6%	6,8%	11,3%	8,0%	4,4%	
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	-2,6%	-2,4%	-3,6%	-1,5%	-2,5%	-2,5%	-2,4%	-2,3%	-4,3%	-2,8%	-3,4%	-1,0%	-3,9%	0,0%	-3,0%	-0,9%	-1,1%	-2,2%	
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	-3,5%	-3,2%	-7,2%	-4,1%	-3,0%	-1,9%	-4,3%	-4,2%	-2,9%	-3,0%	-4,5%	-1,4%	-1,8%	-6,0%	-7,1%	-2,2%	-2,8%	-1,0%	

Tabelle 6: Entwicklung des demografiebereinigten stationären Leistungsbedarfs nach KV-Regionen und ICD-10 Kapiteln
Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik und Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes, Jahr 2011

ICD Kapitel	bundesweit	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	3,0%	4,8%	2,9%	6,8%	3,9%	3,6%	5,8%	3,9%	1,0%	2,4%	-2,1%	1,9%	0,3%	4,1%	4,4%	2,6%	9,2%	5,3%
Neubildungen	1,0%	14,8%	11,0%	6,2%	0,4%	-1,7%	2,6%	10,7%	-3,9%	-1,1%	-6,8%	4,3%	-8,8%	0,7%	6,0%	-3,9%	7,0%	0,9%
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,5%	4,0%	4,8%	5,9%	2,2%	1,4%	1,3%	2,3%	-0,8%	0,3%	-6,1%	1,0%	-5,1%	0,8%	2,7%	-0,8%	4,5%	2,4%
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,7%	3,6%	3,8%	0,9%	3,6%	1,2%	1,9%	1,0%	0,6%	1,7%	-1,7%	2,1%	-0,7%	4,6%	4,8%	1,4%	5,7%	4,5%
Psychische und Verhaltensstörungen	2,9%	5,4%	4,0%	5,1%	5,8%	2,3%	4,3%	2,8%	2,5%	2,0%	-4,2%	4,4%	-2,4%	7,1%	9,1%	3,9%	9,3%	6,0%
Krankheiten des Nervensystems	2,0%	5,4%	1,6%	1,8%	2,7%	5,2%	0,3%	2,3%	-0,3%	2,4%	-6,2%	4,9%	-3,8%	5,1%	6,2%	4,2%	11,3%	8,5%
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	2,3%	3,7%	2,2%	4,7%	3,7%	3,0%	3,7%	2,8%	2,3%	1,6%	-4,3%	3,3%	-1,5%	7,1%	5,6%	5,0%	6,3%	5,4%
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,2%	3,2%	3,6%	3,6%	2,3%	0,7%	1,2%	1,7%	-1,2%	0,1%	-6,7%	0,4%	-4,9%	0,9%	2,5%	-1,7%	3,7%	1,7%
Krankheiten des Kreislaufsystems	-1,4%	-1,1%	0,4%	1,7%	-1,1%	-1,4%	-0,5%	-1,0%	-1,3%	-2,0%	-4,6%	-0,5%	-4,6%	-2,0%	-1,2%	0,6%	2,2%	0,4%
Krankheiten des Atmungssystems	0,5%	3,8%	1,3%	1,0%	2,8%	0,4%	2,1%	1,0%	-0,6%	0,2%	-6,1%	0,2%	-0,3%	2,3%	3,6%	1,8%	6,4%	3,7%
Krankheiten des Verdauungssystems	0,2%	3,4%	1,1%	6,1%	3,1%	0,5%	0,7%	1,0%	-1,5%	-0,4%	-5,4%	1,6%	-4,4%	2,3%	1,9%	0,4%	6,5%	1,6%
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,1%	3,5%	-0,4%	1,8%	1,8%	0,1%	0,7%	0,2%	-0,6%	0,4%	-5,7%	0,9%	-4,1%	3,4%	2,8%	1,5%	5,6%	2,5%
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	-0,3%	2,6%	5,3%	1,8%	1,3%	1,2%	0,9%	-1,2%	-3,1%	-1,0%	-5,8%	1,2%	-5,3%	0,1%	3,0%	-1,4%	4,6%	1,9%
Krankheiten des Urogenitalsystems	-0,4%	-3,7%	-0,4%	-1,2%	-1,8%	1,6%	3,2%	-6,3%	0,0%	-1,1%	0,3%	1,4%	3,9%	-3,8%	-6,5%	3,7%	4,6%	1,6%
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,0%	3,7%	-2,0%	9,2%	2,5%	-2,3%	4,4%	-2,0%	-0,5%	-0,1%	0,0%	2,2%	-6,0%	7,3%	7,8%	3,2%	6,3%	-1,1%
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	3,3%	9,0%	6,1%	9,9%	6,8%	3,5%	5,4%	3,7%	1,2%	3,1%	-2,5%	1,7%	-0,5%	4,6%	5,6%	2,3%	9,5%	6,6%
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	1,2%	3,4%	0,9%	5,4%	2,8%	0,4%	2,7%	1,1%	1,3%	0,6%	-3,7%	3,2%	-2,3%	3,6%	3,8%	4,6%	7,5%	3,9%
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	0,1%	3,0%	2,0%	-1,7%	0,7%	-0,3%	0,9%	0,9%	-2,1%	-1,1%	-4,7%	2,8%	-3,8%	3,3%	4,1%	3,9%	8,2%	4,6%
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,2%	8,7%	4,5%	-28,3%	7,8%	6,0%	21,3%	6,6%	29,6%	-9,9%	-2,8%	1,8%	62,7%	1,6%	3,5%	3,7%	54,3%	10,4%
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	1,3%	1,9%	5,1%	7,2%	2,1%	1,7%	2,6%	0,4%	0,9%	0,9%	-2,3%	2,0%	-0,9%	1,1%	2,3%	-0,4%	5,9%	3,0%
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	38,6%	62,8%	59,7%	179,5%	42,0%	36,9%	45,0%	100,3%	39,5%	29,9%	25,7%	21,7%	-11,9%	189,1%	31,0%	11,0%	31,1%	30,7%

Tabelle 7: Entwicklung des demografiebereinigten ambulanten Leistungsbedarfs nach KV-Regionen und ICD-10 Kapiteln; Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der GKV-Versichertenstichprobe mit vertragsärztlichen Leistungen des Bewertungsausschusses Ärzte und Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes, Jahr 2011

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	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Neubildungen	Green	Green	Yellow	Green	Light Blue	Green	Green	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Green	Light Blue	Green	Green	Light Blue	Green	Green
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	Green	Green	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Light Blue	Green	Light Blue	Green	Light Blue	Green	Yellow	Red	Green	Green
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Light Blue	Green	Green	Red	Yellow	Green	Green	Green	Green
Psychische und Verhaltensstörungen	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Yellow	Light Blue	Green	Red	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Krankheiten des Nervensystems	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Red	Green	Light Blue	Green	Light Blue	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow	Light Blue	Green	Green	Light Blue	Green	Green	Green	Green	Green
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Red	Light Blue	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Yellow	Green
Krankheiten des Kreislaufsystems	Red	Green	Yellow	Light Blue	Light Blue	Red	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Green	Green
Krankheiten des Atmungssystems	Yellow	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Red	Green	Light Blue	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green
Krankheiten des Verdauungssystems	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Green	Green	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Green	Light Blue	Green	Green	Yellow	Green	Green
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	Green	Light Blue	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Light Blue	Green	Red	Green	Yellow	Yellow	Green	Green
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Light Blue	Red	Light Blue	Light Blue	Green	Light Blue	Yellow	Green	Red	Green	Green
Krankheiten des Urogenitalsystems	Red	Red	Light Blue	Light Blue	Green	Green	Light Blue	Green	Green	Green	Green	Yellow	Light Blue	Red	Yellow	Green	Green
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Yellow	Light Blue	Yellow	Green	Light Blue	Yellow	Red	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Light Blue	Green	Green	Green	Yellow	Light Blue
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	Yellow	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green	Green	Light Blue	Green	Red	Green	Green	Green	Green	Green
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Light Blue	Green	Red	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Yellow	Yellow	Red	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Red	Red	Red	Yellow	Red	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Green	Green	Light Blue	Green	Green	Green	Green	Green	Light Blue	Light Blue	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green	Green
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Light Blue	Green	Green	Green	Green	Green

Tabelle 8: Demografiebereinigte Entwicklungen der Belegungstage für alle Indikationen nach KV-Regionen; Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik, der GKV-Versichererstichprobe 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

Zunahme auf. Hier muss jedoch beachtet werden, dass das Volumen bereinigungsrelevanter Selektivverträge nach § 73b SGB V, die nicht über die KV abgerechnet werden, in Bayern zwischen 2011 und 2012 deutlich zugenommen hat. Nach Auskunft der KV Bayerns sind im Jahr 2012 mehr als 600.000 Versicherte zusätzlich einem solchen Vertrag beigetreten. Der ausgewiesene Rückgang des Leistungsbedarfs ist mithin als Artefakt veränderter Abrechnungswege zu interpretieren.

Eine entsprechende Zunahme bereinigungsrelevanter Selektivverträge ist für die KV Saarland nicht bekannt. Der dort festgestellte Rückgang in 17 von 20 Indikationsgebieten kann mithin nicht durch eine Änderung des Abrechnungswegs erklärt werden.

Gegenüberstellung der demografiebereinigten Entwicklung der stationären Berechnungs- und Belegungstage und der demografiebereinigten Entwicklung des vertragsärztlichen Leistungsbedarfs

In Tabelle 8 werden die demografiebereinigten Entwicklungen der stationären Berechnungs- und Belegungstage der demografiebereinigten Entwicklung des Leistungsbedarfs gemäß EBM je Indikationsgruppe und je KV gegenübergestellt.

Um einen schnellen optischen Eindruck zu ermöglichen, werden dafür vier verschiedene Farben gewählt. Grün steht für eine Leistungsintensivierung im ambulanten Bereich bei gleichzeitigem Rückgang im stationären Bereich, rot für das Gegenteil. Mit rot sind alle Indikationsgruppen je KV gekennzeichnet, für die ein Rückgang im ambulanten Bereich bei gleichzeitiger Intensivierung der Versorgung im stationären Bereich festzustellen ist. Mit gelb sind Indikationsgruppen gekennzeichnet, für die in beiden Sektoren eine Zunahme zu beobachten ist, hellblau sind Indikationsgruppen markiert, für die in beiden Sektoren ein Rückgang festzustellen ist.

Für 17 KV-Bereiche und 20 betrachtete Indikationsgruppen ergeben sich insgesamt 340 Beobachtungsfelder. 175 (51%) der Beobachtungsfelder weisen eine Zunahme im ambulanten Bereich bei gleichzeitigem Rückgang im stationären Bereich auf (grün). Für 27 (8%) Beobachtungsfelder ist eine Zunahme im stationären Bereich bei gleichzeitigem Rückgang im ambulanten Bereich zu beobachten (rot). Für 82 (24%)

der Beobachtungsfelder nimmt die Inanspruchnahme stationär und vertragsärztlich zu (gelb); für 56 (16%) der Beobachtungsfelder nimmt sie in beiden Versorgungsbereichen ab (hellblau).

Insgesamt dominiert mithin ein Rückgang der Inanspruchnahme im stationären Bereich bei gleichzeitigem Anstieg in der vertragsärztlichen Versorgung. Die KV-Regionen Niedersachsen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen weisen in keiner Indikationsgruppe eine Zunahme im stationären Bereich bei gleichzeitigem Rückgang im ambulanten Bereich auf. In Hamburg, Bremen, Westfalen-Lippe, Hessen, Baden-Württemberg und Brandenburg ist dies lediglich in einem (jeweils unterschiedlichen) Indikationsbereich der Fall. Mit acht von 20 Indikationsgebieten ist für das Saarland am häufigsten eine Zunahme im stationären Bereich bei gleichzeitiger Abnahme im ambulanten Bereich zu beobachten. Es folgt Rheinland-Pfalz mit fünf Indikationsbereichen. Auffällig ist Bayern. Hier wird für 16 von 20 Indikationsbereichen ein Rückgang ausgewiesen. Ursächlich dürfte der bereits oben erwähnte Effekt der zunehmenden ambulanten Versorgung im Rahmen von Selektivverträgen sein.

Diskussion der Ergebnisse

Die optimale Ausgestaltung der Arbeitsteilung zwischen ambulantem und stationärem Versorgungsbereich prägt die gesundheitspolitische Diskussion seit langem. Mit der von der großen Koalition geplanten Krankenhausreform dürfte sie sogar noch an Relevanz gewinnen.

Insgesamt können die hier vorgestellten Simulationsrechnungen als Bestätigung der These des Sachverständigenrats verstanden werden, dass eine zunehmende „Ambulantisierung“ der Medizin die zu erwartenden Kosten des demografischen Wandels mildern kann.

Die kurzfristigen Entwicklungen der Leistungsintensität im ambulanten und stationären Bereich zwischen 2011 und 2012 können diesbezüglich positiv stimmen. Bemerkenswert ist der absolute Rückgang der Berechnungs- und Belegungstage, der trotz Alterung der Bevölkerung zu beobachten ist. Damit wird ein langfristiger Trend bestätigt. Auch zwischen 2007 und 2011 war ein

absoluter Rückgang um etwa -3% (demografiebereinigt -6,5%) festzustellen. Die ersten Mitteilungen des Statistischen Bundesamtes zur Entwicklung der Berechnungs- und Belegungstage im Jahr 2013 zeigen, dass diese erneut um -0,5% gegenüber dem Vorjahr gesunken sind.

Gemessen an den stationären Berechnungs- und Belegungstagen und dem ambulanten Leistungsbedarf ist vorrangig eine Intensivierung der ambulanten Medizin bei gleichzeitigem Rückgang der stationären Versorgungsintensität festzustellen. Die Ergebnisse sind jedoch geprägt von regionalen Unterschieden und Besonderheiten. Sie müssen von den relevanten Partnern vor Ort entsprechend ihrer spezifischen regionalen Kenntnisse eingeschätzt und bewertet werden.

Inwiefern eine Öffnung der Krankenhäuser zu einer besseren Arbeitsteilung beiträgt, muss aus Sicht der Autoren kritisch hinterfragt werden. Die unterschiedlichen Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich werden immer zu Fehlanreizen führen, denen nur mit aufwändigen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen begegnet werden könnte. Abhilfe könnte lediglich ein einheitliches Vergütungssystem mit vergleichbaren Preisen schaffen, damit ökonomische Fehlanreize ausgeschlossen werden können. Entsprechende Maßnahmen werden beispielsweise gerade in den USA eingeleitet, um einer übermäßigen Nutzung von potenziell vermeidbaren Krankenhausaufenthalten, die im Vergleich zur Behandlung in der ärztlichen Praxis höher vergütet werden, entgegen zu wirken (MedPac 2014). Bisher stehen einer solchen Angleichung der Vergütungssysteme beider Sektoren in Deutschland insbesondere die unterschiedlichen Finanzierungsgrundsätze von Investitionskosten sowie völlig unterschiedliche Ansätze der Mengensteuerung entgegen. Im Bereich der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wird ein Versuch zur Abmilderung des „Investitionskostenproblems“ unternommen. Krankenhäuser erhalten hierbei einen Abschlag von 5% auf die Bewertung der erbrachten Leistungen, da sie ihre Investitionen (jedenfalls formal) aus Steuermitteln finanzieren. Vergleichbare Wettbewerbsbedingungen können hierdurch jedoch noch nicht hergestellt werden, solange Krankenhäuser die Wahl zwischen verschiedenen Vergütungssystematiken mit entsprechendem Optimierungspotenzial in Bezug auf den realisierbaren Erlös haben. Für die

Krankenkassen könnte zudem ein Anreiz bestehen, die Patienten zur ambulanten Versorgung in Krankenhäuser zu steuern, da sie dort für gleiche Leistungen jeweils 5% weniger bezahlen müssten.

Da eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme kurz- und mittelfristig wenig realistisch erscheint, die generelle Öffnung von Krankenhäusern ebenfalls Fehlanreize setzt (Rochell et al. 2009) und Krankenhäuser in strukturschwachen ländlichen Regionen ebenfalls unter Personalproblemen bei der Besetzung ärztlicher Stellen leiden, bleibt zur nachhaltigen Ausschöpfung des ambulanten Versorgungspotenzials im Wesentlichen eine Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung (zu der auch ermächtigte Krankenhausärzte oder Medizinische Versorgungszentren in Trägerschaft von Krankenhäusern gehören) als Mittel der Wahl. Dass eine solche Stärkung geeignet erscheint, Effizienzreserven zu erschließen, wird in der Literatur zunehmend beschrieben. Das IGES Institut schätzt z.B. das jährliche Einsparvolumen durch eine Reduktion ambulant-sensitiver Krankenhausfälle im stationären Bereich auf bis zu 860 Mio. € (IGES 2014). Die hier vorgestellten Simulationsberechnungen unterstützen diesen Ansatz.

Es erscheint sinnvoll, für bundesweite Reformvorhaben die Regionen in Deutschland als Vorbild zu nehmen, in denen die Versorgung - insbesondere in Bezug auf das ambulante Versorgungspotenzial - erstrebenswert erscheint. Das hier gewählte Vorgehen soll dafür einen ersten Diskussionsbeitrag liefern. Es kann bei Bedarf weiter differenziert werden (z.B. ländliche und städtische Best-Practice-Regionen) und bedarf der weitergehenden Analyse nach Indikationsgruppen vor Ort, um „Erfolgsfaktoren“ und Treiber der Veränderungen einzugrenzen. Das erhebliche ökonomische Potenzial sollte in jedem Fall zu weitergehenden Schritten ermutigen.

Unerlässlich erscheint in jedem Fall eine sektorenübergreifende Betrachtung, um die Versorgungssituation einer Region zutreffend einzuschätzen. Hierbei muss auch von bisher gewohnten Denkmustern Abstand genommen werden. Die vorgestellten Analysen zeigen, dass vornehmlich in städtischen Regionen das ambulante Versorgungspotenzial in höherem Umfang erschlossen wird. Genau in diesen Regionen ergibt sich jedoch nach den Empfehlungen des

Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Einschätzung von Über- und Unterversorgung anhand einheitlicher Verhältniszahlen oftmals ein Bild der - teils - erheblichen Überversorgung mit Vertragsärzten (SVR 2014). Die bundesweiten Verhältniszahlen blenden jedoch den regionalen Substitutionseffekt zur stationären Versorgung weitestgehend aus. Um zu sinnvollen Investitionsentscheidungen in die vertragsärztliche Versorgung zu kommen, sollte auf regionaler Ebene jeweils eine differenzierte Bewertung vorgenommen werden, ob das vorliegende Einwohner-Arzt-Verhältnis bei Zugrundelegung des örtlich realisierten oder noch realisierbaren Substitutionspotenzials tatsächlich als Überversorgung zu qualifizieren ist. Bundesweite Vorgaben zum Abbau von Überversorgung, wie sie z.B. der Sachverständigenrat in seinem jüngsten Gutachten fordert (SVR Gutachten 2014) könnten sich mittelfristig als kontraproduktiv erweisen.

Limitationen der Studie resultieren aus der Datenverfügbarkeit. Wichtige Leistungsbereiche, z.B. der Rehabilitationsbereich, der Bereich der ambulanten Leistungen im Krankenhaus (z. B. die ca. 1,9 Mio. dort durchgeführten ambulanten Operationen) oder der Bereich von Sonderverträgen, konnten aus Gründen der Datenverfügbarkeit nicht einbezogen werden. Hier müssen übergreifende Datenkörper geschaffen werden, um zu sachgerechteren Einschätzungen kommen zu können. Der Datenkörper nach §§ 303a ff. SGB V (Transparenzdaten) ergänzt um das Regionalmerkmal kann hier als wichtiger Schritt betrachtet werden. Allerdings wird auch dieser schnell an Grenzen stoßen, z.B. wenn einzelne Leistungsbereiche (chirurgische Maßnahmen) untersucht werden. Der Vorschlag von Mansky et al. 2010 würde hingegen den Anforderungen der sektorenübergreifenden Versorgungsforschung gerecht, da damit alle relevanten Informationen aus den einzelnen Bereichen versichertenbezogen und unter Vermeidung von Mehrfachzählungen auswertbar wären.

Fazit

Simulationsrechnungen lassen erwarten, dass durch eine Erschließung des ambulanten Versorgungspotenzials die zu erwartenden Kosten des demografischen Wandels abgemildert werden können. Die Förderung der vertragsärztlichen

Versorgung sollte danach zu den prioritären Aufgaben gehören. Sie muss von einer sektorenübergreifenden Betrachtung der Versorgungskapazitäten begleitet werden. Die kurzfristigen Entwicklungen der Leistungsintensität im ambulanten und stationären Bereich zwischen 2011 und 2012 bestätigen langfristige Entwicklungstrends. Im Einzelnen sind sie dominiert von einer Intensivierung der ambulanten Medizin bei gleichzeitigem Rückgang der stationären Versorgungsintensität. Es bestehen jedoch erhebliche regionale Unterschiede, die verdeutlichen, dass die eingetretenen Entwicklungen und das Potenzial zur Steuerung der Weiterentwicklung jeweils vor Ort bewertet werden müssen.

Literatur

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

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

Busse R, Wörz M (2009). Ausländische Erfahrungen mit ambulanten Leistungen am Krankenhaus. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2008/2009. Schwerpunkt: Versorgungszentren*. Schattauer, Stuttgart. S. 49-59

Czihal T, von Stillfried D, Schallock M (2012). Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. *Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Versorgungsatlas*. Berlin 2012. Link: http://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/21/Mitversorgung_Bericht_upload20130304.pdf (letzter Aufruf: 5. September 2014)

Davis K, Russel LB (1972). The Substitution of Hospital Outpatient Care for Inpatient Care. *The Review of Economics and Statistics* 54 (2): 109-120

Drösler S, Hasford J, Kurth BM, Schaefer M, Wasem J, Wille E (2011). Evaluationsbericht zum Jahresausgleich 2009 im Risikostrukturausgleich. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin. Link: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Gesundheit/Forschungsberichte/Evaluationsbericht_zum_Jahresausgleich.pdf (letzter Aufruf: 31. August 2014)

Erhart M, Czihal T, Schallock M, von Stillfried D (2013). 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. Bundesärztekammer, Berlin. Link: <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/sektoreneuebergreifende-Bedarfsplanung.pdf> (letzter Aufruf: 25. Juni 2014)

IGES (2014). Forschungsvorhaben zur Umsetzung des § 221b Absatz 2 SGB V - Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten (§ 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V). Gutachten im Auftrag des BMG, Berlin. Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014_3/140808_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf (letzter Aufruf: 31. August 2014)

Lüngen M, Rath T (2003). Konsequenzen der DRG Einführung für die ambulante Versorgung. In: Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2003. Schwerpunkt: G-DRGs im Jahr 1. Schattauer, Stuttgart. S. 173-186

Lüngen M, Rath T (2010). Ambulante Öffnung der Krankenhäuser: Welchen Anteil können Krankenhäuser in der onkologischen Versorgung abdecken? Eine empirische Abschätzung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2010. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise. Schattauer, Stuttgart. S. 167-179

Mansky T, Nimpesch U (2010). Notwendigkeit eines ungehinderten Zugangs zu sozial- und krankheitsbezogenen Versichertendaten für die Bundesärztekammer und andere ärztliche Körperschaften sowie wissenschaftliche

Fachgesellschaften zur Optimierung der ärztlichen Versorgung. Expertise, gefördert durch die Bundesärztekammer im Rahmen des Programms zur Förderung der Versorgungsforschung. Bundesärztekammer. Online Abruf unter <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Datenzugang-2.pdf> (letzter Aufruf 25. August 2014)

MEDPAC (2014). Medicare Payment Policy - Report to the Congress. Link: http://www.medpac.gov/documents/reports/mar14_entirereport.pdf?sfvrsn=0 (letzter Aufruf: 2. September 2014)

Müller J, Wasem J (1987). Möglichkeiten und Grenzen einer Substitution stationärer Versorgung durch ambulante ärztliche Leistungserbringung. In: Brennecke R, Schach E. (Hrsg.). Ambulante Versorgung: Nachfrage und Steuerung. Berlin. S. 62-81

Nowossadeck E (2012). Demografische Alterung und stationäre Versorgung chronischer Krankheiten. Dtsch Arztebl Int 109 (9): 151-158

Oberender P(2010). Ökonomische Betrachtung des ambulanten Operierens. Gutachten im Auftrag des BAO. Link: http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Neue_Versorgungsformen/Weitere/KVB-Amb-OP-Studie-Oberlaender100401.pdf (letzter Aufruf 31. August 2014)

Rochell B, Sokoll M, Wenzk A, Casser U, Reuhl T, Burrichter H, Raskop AM, Ryll A, Loskamp N, Köhler A (2009). Auswirkungen auf den vertragsärztlichen Sektor. In: Rau F, Roeder N, Hensen P (Hrsg.). Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 216-228

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn. Link: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378> (letzter Aufruf: 5. September 2014)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn. Link: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=378>

www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung01.pdf (letzter Aufruf: 5. September 2014)

Schulz M, Czihal T, Erhart M, von Stillfried D (2014). Korrelation zwischen räumlichen Sozialstrukturfaktoren und Indikatoren des medizinischen Versorgungsbedarfs. Gesundheitswesen (akzeptiert)

von Stillfried D, Czihal T, Altenhofen L, Hagen B (2012). Regionale Unterschiede und ihre Folgen aus Ärztesicht: In: Roski R, Stegmaier P und Kleinfeld A. (Hrsg.). Disease Management Programme Statusbericht 2012 MVF-Fachkongresse „10 Jahre DMP“ und „Versorgung 2.0“. eRelation AG – Content in Health. S. 247-255

Sundmacher L, Bäuml M, Busse R (2012). Der Einfluss von Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Schattauer, Stuttgart. S. 183-202