

# **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)*

Abschlussbericht

Berlin, 5. Juni 2014

IGES Institut GmbH  
Friedrichstraße 180, 10117 Berlin  
Tel.: 030 – 23 08 09·0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Autoren:

Dr. Martin Albrecht

Anke Schliwen

Dr. Stefan Loos

## Inhalt

<b>Executive Summary .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Gegenstand und Ziel des Forschungsvorhabens .....</b>	<b>13</b>
1.1 Preiszuschläge zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung .....	13
1.2 Gesetzlicher Evaluierungsauftrag .....	15
1.3 Ziel und Struktur des Forschungsvorhabens .....	16
<b>2 Zusammenhänge zwischen vertragsärztlicher Versorgung und anderen Leistungsbereichen.....</b>	<b>20</b>
2.1 Methodischer Ansatz: Interregionale Vergleiche .....	20
2.2 Vertragsärztliche Versorgungsdichte .....	22
2.3 Krankenhauseinweisungen .....	26
2.3.1 Ambulant sensitive Krankenhäuserfälle.....	26
2.3.2 Datengrundlagen .....	32
2.3.3 Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren .....	33
2.3.4 Zusammenhang zwischen ASK-Häufigkeit und regionaler Arztdichte.....	35
2.3.5 Schätzung von Kompensationspotentialen anhand eines Benchmarking-Ansatzes .....	38
2.4 Rettungsfahrten und Krankentransporte .....	42
2.4.1 Begriffliche Grundlagen.....	42
2.4.2 Leistungshäufigkeiten und Ausgabenrelevanz von Fahrkosten in der GKV .....	43
2.4.3 Spezifizierung der zu untersuchenden Zusammenhänge.....	47
2.4.4 Datengrundlagen .....	47
2.4.5 Regionale Unterschiede von Rettungsfahrten und Krankentransporten – deskriptive Ergebnisse auf Basis von Bundesländerdaten.....	51
2.4.6 Zusammenhang zwischen regionaler Arztdichte und Fahrtenhäufigkeit auf Basis von Krankenkassendaten .....	53
2.4.7 Schätzung von Einsparpotentialen anhand eines Benchmarking-Ansatzes.....	59
2.5 Kompensationspotentiale einer erhöhten ärztlichen Behandlungskapazität: weitere Erkenntnisse .....	60
2.5.1 Auswirkungen beschränkter (vertrags-) ärztlicher Behandlungskapazitäten bzw. Kompensationsbereiche .....	62

2.5.2	Lösungsoptionen .....	69
2.5.3	Fazit .....	75
<b>3</b>	<b>Finanzwirkungen der gesetzlichen Neuregelungen .....</b>	<b>77</b>
3.1	Höhe der vereinbarten und gezahlten Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V .....	77
3.2	Als besonders förderungswürdig ausgewählte Leistungen bzw. Leistungserbringer.....	83
3.2.1	Vereinbarte besonders förderungswürdige Leistungen .....	85
3.2.2	Kriterien für die Auswahl besonders förderungswürdiger Leistungen .....	86
3.2.3	Zuschläge für besonders zu fördernde Leistungserbringer.....	89
3.2.4	Ausgestaltung und Voraussetzungen der Zuschläge.....	91
<b>4</b>	<b>Auswirkungen auf die Versorgungslage .....</b>	<b>93</b>
4.1	Einschätzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte .....	93
4.1.1	Erwartete positive Versorgungseffekte der Zuschläge .....	93
4.1.2	Auswirkungen auf einzelne Versorgungsaspekte .....	97
4.1.3	Auswirkungen auf Kompensationsbereiche.....	99
4.1.4	Ergebnisse einer Befragung von Vertragsärzten.....	101
4.2	Einschätzungen der gesetzlichen Krankenkassen.....	103
4.2.1	Positives Potential der Punktwertzuschläge.....	104
4.2.2	Kritik an den bisherigen Zuschlagsvereinbarungen.....	105
4.2.3	Schwierigkeiten der Beurteilung der Wirksamkeit.....	108
4.2.4	Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen .....	109
4.2.5	Konkrete Auswirkungen auf das ärztliche Leistungsgeschehen.....	110
<b>5</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>113</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>124</b>
	<b>Liste der befragten Expertinnen und Experten .....</b>	<b>128</b>

## Abbildungen

Abbildung 1: Forschungsauftrag zum Evaluierungsauftrag gem. §221b (2) SGB V im Überblick.....	17
Abbildung 2: Methodischer Ansatz Regionalanalyse .....	22
Abbildung 3: Differenzierungsmöglichkeiten der Darstellung der vertragsärztlichen Versorgungsdichte .....	23
Abbildung 4: Anzahl Hausärzte je 100.000 Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten, 2010 .....	24
Abbildung 5: Tatsächliche und erwartete ASK-Häufigkeiten nach Landkreisen und kreisfreien Städten, 2011 .....	39
Abbildung 6: Einsatzhäufigkeit von unterschiedlichen Fahrzeugtypen im Rettungsdienst und bei Krankenfahrten in der GKV, 2011 .....	43
Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle von Rettungsfahrten und Krankentransporten nach Leistungsarten (in %), 1999-2011 .....	44
Abbildung 8: Anteile der Einsatzanlässe an allen Notfällen (mit und ohne Notarztbeteiligung) in Deutschland (in %), 1988 bis 2009.....	45
Abbildung 9: Ausgaben der GKV für Fahrkosten nach Leistungsarten in Mio. €, 2012.....	46
Abbildung 10: Entwicklung der Fahrkosten und der GKV-Leistungsausgaben insgesamt (in %), 1993-2012 .....	46
Abbildung 11: Häufigkeit von Rettungsdienstfahrten (RTW) je 1.000 Einwohner in Deutschland nach Kreisen, 2010.....	52
Abbildung 12: Durchschnittliche Anzahl von Rettungsfahrten / Krankentransporten je Versicherten nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Nordost-Region, 2012 .....	55
Abbildung 13: Durchschnittliche alters- und geschlechtsstandardisierte Anzahl von Rettungsfahrten / Krankentransporten je Versicherten nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Nordost-Region, 2012 .....	56
Abbildung 14: Anteil der Patienten mit mindestens einer Rettungsfahrt / einem Krankentransport an allen Versicherten, 2012 .....	58
Abbildung 15: Schema zur Strukturierung der Literaturlauswertung .....	61
Abbildung 16: Vereinbarte Finanzvolumen für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V je Vertragsarzt, 2013.....	79
Abbildung 17: Vereinbarte Finanzvolumen für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V je gesetzlich Versicherten, 2013.....	80
Abbildung 18: Vergleich der Förder- und Versichertenanteile nach KV-Region, 2013 .....	81
Abbildung 19: Beginn der Zuschlagszahlungen, 2013.....	82

**Tabellen**

Tabelle 1:	Auswahl ambulant sensitive Krankenhausfälle .....	29
Tabelle 2:	Variablen zur regionalen Risikoadjustierung .....	34
Tabelle 3:	Zusammenhänge zwischen der ASK-Häufigkeit und der Arztdichte sowie weiteren Einflussfaktoren (Pearson Korrelation).....	36
Tabelle 4:	Ergebnisse der Regressionsanalyse.....	37
Tabelle 5:	Einsparpotentiale einer Verringerung von ASK-Fällen nach unterschiedlichen ASK-Modellen und Benchmarks, 2011 .....	41
Tabelle 6:	Daten zu Leistungsfällen im Rettungsdienst in den Bundesländern .....	49
Tabelle 7:	Korrelationen zwischen Anzahl von Rettungsfahrten / Krankentransporten je Versicherten (differenziert nach Fahrtzweck) und ambulanter Arztdichte, 2012.....	57
Tabelle 8:	Schätzung der durchschnittlichen Kosten einer Rettungsfahrt / eines Krankentransports, 2011 .....	60
Tabelle 9:	Vereinbarte Finanzvolumen für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V, 2013.....	78
Tabelle 10:	Übersicht über Kassenärztliche Vereinigungen nach Kriterium Zuschlagsvereinbarung und Einbezug in Befragung.....	84
Tabelle 11:	Angestrebte Versorgungseffekte der Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V, KV Schleswig-Holstein, 2013 .....	95
Tabelle 12:	Stichprobe für die Befragung (n = 1.389 Ärzte).....	102

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Conditions
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASK	Ambulant-sensitive Krankenhausfälle
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
BKK	Betriebskrankenkasse
CIHI	Canadian Institute for Health Information
DDD	Defined Daily Dose (Angenommene Mittlere Tagesdosis)
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-VStG	GKV-Versorgungsstrukturgesetz
GKV-SV	GKV-Spitzenverband
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung (Landesebene)
NHS	National Health Service (bezeichnet das staatliche Gesundheitssystem in Großbritannien)
SALAR	Swedish Association of Local Authorities and Regions
SVR-G	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
ZI	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland



## Executive Summary

Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz konnten die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene erstmals für das Jahr 2013 Preiszuschläge mit dem Ziel vereinbaren, die Versorgung der Versicherten insbesondere in Gebieten mit (drohender) Unterversorgung zu verbessern (§ 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V). Mit den Preiszuschlägen können besondere Leistungen oder Leistungserbringer gefördert werden, um Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung – insbesondere in ländlichen und strukturschwachen Regionen – zu schließen.

Die mit den Preiszuschlägen verbundenen Mehrausgaben sollten nicht zu einer zusätzlichen Belastung des Bundeshaushalts bei den Ausgaben für den Sozialausgleich führen. Aus diesem Grund verlangt das Gesetz, die (finanziellen) Auswirkungen der Preiszuschläge auf die vertragsärztliche Versorgung und auf die GKV zu evaluieren (§ 221b Abs. 2 SGB V). Dabei sollten auch mögliche Einsparungen berücksichtigt werden, insofern die Preiszuschläge dazu beitragen, dass eine verbesserte ambulante Versorgung Ausgaben an anderer Stelle vermeidet, vor allem in Krankenhäusern, aber auch bei Krankentransporten und Rettungsdiensten.<sup>1</sup>

Die Honorarverhandlungen für das Jahr 2013 verliefen auf der Landesebene teilweise konfliktär und wurden – mit Rückwirkung – erst im Jahresverlauf (in Einzelfällen sogar erst 2014) abgeschlossen. Von den insgesamt 17 Kassenärztlichen Vereinigungen haben 13 Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen mit den Krankenkassen vereinbart. Das für das Jahr 2013 vereinbarte Fördervolumen beträgt rd. 160 Mio. Euro, das entspricht ca. 0,5 % der voraussichtlichen GKV-Ausgaben für ärztliche Behandlungen. Das Zuschlagsvolumen liegt damit innerhalb der im Gesetzentwurf geschätzten sowie vom GKV-Spitzenverband und Kassenärztlicher Bundesvereinigung vereinbarten Größenordnung (150 bis 200 Mio. Euro).

---

<sup>1</sup> Das Ergebnis dieser Evaluierung sollte ursprünglich bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 berücksichtigt werden: Wäre die Evaluation zu dem Ergebnis gelangt, dass die Maßnahmen auch nach Gegenrechnung von Einspareffekten zu Mehrausgaben führen, wären die Zahlungen des Bundes entsprechend verringert worden. Nach dem aktuellen Gesetzentwurf zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FQWG) entfällt allerdings ab dem Jahr 2015 die Möglichkeit eines Sozialausgleichs und § 221b wird vollständig aufgehoben.

Für die Evaluierung der Preiszuschläge wurde zunächst auf Basis verfügbarer empirischer Daten untersucht, inwieweit eine höhere ambulante Versorgungsdichte mit geringeren Ausgaben in anderen Leistungsbereichen einhergeht. Untersucht wurden die Zusammenhänge mittels interregionaler Vergleiche auf (Land-)Kreisebene. Die ambulante Versorgungsdichte wurde dabei durch die regionale Arztdichte abgebildet, weil das Versorgungsstrukturgesetz als Schwerpunkt der Förderung Regionen mit (drohender) Unterversorgung vorgab, die wiederum über die Arztdichte definiert wird. Als mögliche Einsparungen in anderen Leistungsbereichen wurden Krankenhausfälle ausgewählt, die nach internationalen Standards durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung hätten verhindert werden können, sowie Rettungsfahrten und Krankentransporte.

Bei der Datenanalyse wurden regionale Unterschiede bei Morbidität, sozio-ökonomischer Situation und Infrastruktur berücksichtigt, um den spezifischen Einfluss der ambulanten Arztdichte möglichst weitgehend zu isolieren. Die Datenanalyse ergibt einen signifikanten Zusammenhang: Je höher die Facharztdichte in der ambulanten Versorgung, desto weniger typischerweise ambulant behandelbare Fälle werden im Krankenhaus versorgt. Erwartungsgemäß ist der Zusammenhang jedoch im Vergleich zum Einfluss der regionalen Morbidität relativ schwach. Die Analysen der regionalen Unterschiede zeigen darüber hinaus, dass ein Großteil der Regionen mit überdurchschnittlich vielen ambulant behandelbaren Krankenhausfällen ländlichen Typs sind und eine unterdurchschnittliche Facharztdichte haben. Könnte die Häufigkeit vermeidbarer Krankenhausfälle in diesen Regionen auf das durchschnittliche oder ein statistisch erwartbares Maß reduziert werden, wären – in Abhängigkeit unterschiedlicher Annahmen – Einsparungen zwischen 160 und 860 Mio. Euro möglich. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass Daten über die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausbehandlung und die Arzneimittelversorgung in der erforderlichen Gliederungstiefe für die vorliegende Analyse nicht verfügbar waren. Auch in diesen Leistungsbereichen sind Zusammenhänge mit der ambulanten (fach-)ärztlichen Versorgungsdichte zu erwarten.

Eine höhere ambulante Versorgungsdichte ermöglicht auch Einsparungen bei Rettungsfahrten und Krankentransporten. Aufgrund eingeschränkter Datenverfügbarkeit konnte dies jedoch nur für die Region Nordost (Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin) gezeigt werden: Dort ging eine geringere regionale Facharztdichte mit einer höheren Fahrtenzahl je Versicherten einher und eine höhere Hausarztdichte mit relativ weniger Fahrten zum Krankenhaus. Das geschätzte Einsparpotential für die Region Nordost liegt bei rd. 36 Mio. Euro bzw. einer Ausgabenreduzierung um 8 %.

Tatsächlich wurden mit den Honorarverhandlungen Preiszuschläge fast ausschließlich für förderungswürdige Leistungen *ohne* regionalen Bezug ver-

einbart. Dass sich die Zuschläge anders als zunächst erwartet bislang kaum auf Regionen mit (drohender) Unterversorgung konzentrierten, ermöglichten die Kriterien, die der Bewertungsausschuss für die Vereinbarung der Preiszuschläge festgelegt hatte. Demnach ist der regionale Unterversorgungsbezug für förderungswürdige Leistungen kein (zwingendes) Kriterium. Aus Sicht vieler Kassenärztlicher Vereinigungen mangelte es entweder schlicht an feststellbarer Unterversorgung oder man verwies auf alternative Fördermöglichkeiten (z. B. Landesmittel).

Mit den vereinbarten Preiszuschlägen wurde insgesamt ein sehr breites Spektrum an Leistungen gefördert. Die Auswahl orientierte sich sowohl an medizinischen als auch an wirtschaftlichen Kriterien. Wegen grundsätzlicher Schwierigkeiten, die Wirksamkeit der Zuschläge in Bezug auf den Behandlungserfolg oder die Ergebnisqualität zu messen, wurden die vereinbarten Zuschläge jedoch selten an eine konkret formulierte angestrebte Verbesserung der Versorgung geknüpft. Vielmehr stand häufig eine generelle finanzielle Stärkung der Grundversorgung oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit bei spezifischen Leistungen im Fokus der Zuschlagsvereinbarungen. Gefördert wurden aber auch Leistungen, die (z. B. gemessen an Behandlungsleitlinien) nicht häufig genug bzw. im gebotenen Ausmaß erbracht werden oder die zur Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ beitragen sollten, hier insbesondere Haus- und Pflegeheimbesuche. Die konkrete Ausgestaltung der Zuschläge und ihrer Voraussetzungen ist in den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen sehr unterschiedlich.

Erhebungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassenvertretern ergaben, dass sie die Möglichkeit, Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen zu vereinbaren, grundsätzlich positiv beurteilen. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen eine positive Wirkung vor allem darin sehen, dass durch die Förderzuschläge bestehende Versorgungsangebote aufrecht erhalten werden können, besteht aus Sicht der GKV der wesentliche Vorteil darin, dass durch die Zuschläge im Gegensatz zu – teilweise ansonsten als unvermeidbar angesehenen – unspezifischen Honorarerhöhungen regionale Versorgungsthemen spezifisch adressiert werden können.

Ein zentraler Punkt der Beurteilung ist für beide Seiten die Spezifität der Preiszuschläge, aber aus unterschiedlichen Blickwinkeln:

- Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen sind die Zuschläge aufgrund des insgesamt begrenzten Fördervolumens nur für spezifische Förderbereiche so spürbar, dass sie zu effektiven Veränderungen in der ärztlichen Versorgung führen können. Für das Gros der geförderten Leistungen reiche die Fördersumme lediglich zur Aufrechterhaltung des Status Quo, zudem müsste die Förderung verläss-

lich sein. Die Schlussfolgerung wäre entsprechend, die Fördersummen zu erhöhen und dauerhaft zu gewährleisten.

- Auch die GKV erwartet eine höhere Wirksamkeit der Zuschläge, je spezifischer mit diesen Leistungen gefördert werden. Allerdings leitet sie hieraus die Forderung ab, die Zuschläge stärker noch mit messbaren, klar definierten Zielen zu verknüpfen und sie nicht basiswirksam für die Folgejahre zu vereinbaren. In diesem Zusammenhang steht auch ihre Kritik, dass bislang mit den Zuschlägen häufig keine (neuen) Versorgungsprobleme adressiert wurden, sondern eher „Vergütungsnotlagen“, die teilweise aus der Honorarverteilung innerhalb der Ärzteschaft resultierten.

Die ersten Erfahrungen mit den Preiszuschlägen zeigen, dass – trotz einiger Kritikpunkte – die Krankenkassen ein solches Honorierungselement nicht (mehr) pauschal ablehnen, sondern eher als Möglichkeit nutzen, sich in spezifischen Bereichen an Fragen der Honorarverteilung zu beteiligen. Im ersten Jahr war die Förderung durch die Preiszuschläge insgesamt sehr breit angelegt, so dass spürbare Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung nur sehr punktuell erwartet werden können. Im Sinne eines „lernenden Systems“ könnte zukünftig die Spezifität der Preiszuschläge als Förderansatz erhöht werden. Dass und wie eine solche Spezifität in Bezug auf konkret benannte Versorgungsthemen umgesetzt werden kann, zeigt das Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein. Darüber hinaus könnte zukünftig der ursprünglich durch das Versorgungsstrukturgesetz intendierte Bezug zu (drohender) Unterversorgung gestärkt werden. Erste Ansätze, wie eine entsprechende Förderung ausgestaltet werden kann, zeigt das Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung in Brandenburg.

## 1 Gegenstand und Ziel des Forschungsvorhabens

### 1.1 Preiszuschläge zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung

Mit dem zu Jahresbeginn 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene die Möglichkeit geschaffen, Preiszuschläge (d. h. Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V) mit dem Ziel zu vereinbaren, die Versorgung der Versicherten zu verbessern, insbesondere in Gebieten, für die eine (drohende) Unterversorgung bzw. ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde (§ 87a Abs. 2 S. 3 SGB V). Die Preiszuschläge können sich dabei sowohl auf besonders förderungswürdige Leistungen als auch auf Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern beziehen. Kriterien zur Spezifizierung des Ziels "Verbesserung der Versorgung" und des Begriffs "besonders förderungswürdig" hat der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V festzulegen.

Mit seinem Beschluss vom 22. Oktober 2012 hat der Bewertungsausschuss diesbezügliche Kriterien festgelegt, auf deren Grundlage die Gesamtvertragspartner, also die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen, Zuschläge auf den Orientierungswert nach § 87 Abs. 2e SGB V vereinbaren können.<sup>2</sup> Der Bewertungsausschuss hat die Kriterien getrennt für die Förderung einzelner Leistungen und für die Förderung von Leistungen förderungswürdiger Leistungserbringer bestimmt:

- Voraussetzung für die *Förderung einzelner Leistungen* ist demnach, dass "Veränderungen in Art und Häufigkeit der Erbringung zu einer Verbesserung der Versorgung führen". Eine Verbesserung der Versorgung wird wiederum als Steigerung des Behandlungserfolgs im Sinne einer Verbesserung der Ergebnisqualität definiert. Vorausset-

---

<sup>2</sup> Vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012 zur Festlegung von Kriterien zur Vereinbarung von Zuschlägen auf den Orientierungswert gemäß § 87 Abs. 2e SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders förderungswürdigen Leistungserbringern gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V mit Wirkung zum 22. Oktober 2012; [http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/ba/babschluesse/2012-10-22\\_ba288\\_3.pdf](http://www.institut-des-bewertungsausschusses.de/ba/babschluesse/2012-10-22_ba288_3.pdf).

zung einer Vereinbarung von Punktwertzuschlägen ist ferner eine Darlegung, inwiefern hiermit bestehende Versorgungsmängel adressiert bzw. verringert werden können. Die Zuschläge selbst können auch an die Erfüllung von Parametern der Struktur- und Prozessqualität geknüpft werden. Konkret als förderungswürdig benannt werden Leistungen der hausärztlichen Versorgung von multimorbiden Patienten mit mindestens drei chronischen Erkrankungen aus einer von den Gesamtvertragspartnern einvernehmlich festzulegenden Liste.

- Als *besonders förderungswürdige Leistungserbringer*, deren Leistungen gefördert werden können, gelten solche, die in Planungsbereichen mit (drohender) Unterversorgung (nach § 100 Abs. 1 S. 1 SGB V) oder zusätzlichem lokalen Versorgungsbedarf (nach § 100 Abs. 3 SGB V) tätig sind.

Bemerkenswert an dem Beschluss des Bewertungsausschusses ist, dass der regionale Bezug auf Planungsbereiche mit (drohender) Unterversorgung bzw. einem zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf explizit nur in Verbindung mit der Förderung von Leistungen besonders förderungswürdiger Leistungserbringer genannt wird, während der Gesetzestext den "insbesondere"-Verweis auf diese Planungsbereiche beiden Arten der Förderung voranstellt. Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ging in ihrer Darstellung der vergütungsbezogenen Neuregelungen des GKV-VStG davon aus, dass die extrabudgetär vergüteten Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen "nun verengt auf 'insbesondere' unterversorgte oder durch Unterversorgung bedrohte Gebiete" sei, nachdem sie ursprünglich als generelle Option geplant gewesen wären.<sup>3</sup>

Die Kriterien für die Förderung einzelner Leistungen weisen dagegen nach dem aktuellen Beschluss des Bewertungsausschusses primär einen Indikationsbezug auf, unabhängig vom Kriterium der (drohenden) Unterversorgung bzw. eines zusätzlichen regionalen Versorgungsbedarfs. Der Bewertungsausschuss hat klar gestellt, dass beide Arten der Förderung unabhängig voneinander vereinbart werden können, d. h., dass die geförderten Leistungen nicht gleichzeitig beide Kriterien erfüllen müssen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses sieht weiterhin vor, dass auch die Gesamtvertragspartner die nach diesen Kriterien vereinbarten Fördermaßnahmen "gemeinsam und einheitlich nach angemessener Zeit" evaluieren.

Die Vereinbarung zum Honoraranstieg zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV im Erweiterten Bewertungsausschuss vom 9.10.2012 enthielt

---

<sup>3</sup> Vgl. <http://www.kbv.de/40809.html> (Stand: 1.1.2012).

einen Korridorbetrag für das finanzielle Volumen der auf Landesebene festzulegenden Vergütungsbestandteile in Höhe von 330 bis 450 Mio. Euro.<sup>4</sup> Hiervon wurden für die auf Landesebene zu beschließenden Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer 150 bis 200 Mio. Euro eingeplant. Dies entspricht dem Betrag, von dem die Bundesregierung bereits im Entwurf des GKV-VStG ausgegangen war.<sup>5</sup> Die Allianz deutscher Ärzteverbände hatte angekündigt, über die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Druck auf die regionalen Verhandlungspartner auszuüben mit dem Ziel, die im Honorarbeschluss bestehenden Spielräume maximal "auszureizen".<sup>6</sup>

## 1.2 Gesetzlicher Evaluierungsauftrag

Die Möglichkeit von Preiszuschlägen soll dazu beitragen, Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung – insbesondere in ländlichen und in strukturschwachen urbanen Regionen – zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungsleistungen im stationären Bereich sowie durch Notfall- und Rettungsdienste zu vermeiden.<sup>7</sup> Im Rahmen der Abschätzung der finanziellen Auswirkungen auf die öffentlichen Haushalte ging die Bundesregierung davon aus, dass durch Preiszuschläge jährliche Mehrausgaben von bis zu 200 Mio. Euro entstehen könnten, denen jedoch "im erheblichen nicht quantifizierbaren Umfang Minderausgaben durch Vermeidung unnötiger Einweisungen zur stationären Versorgung oder von Krankentransporten und Rettungsfahrten insbesondere in strukturschwachen Regionen" gegenüber stehen, "die aus einer Verbesserung von Qualität und Effizienz der Versorgung im ambulanten vertragsärztlichen Bereich resultieren".<sup>8</sup>

Die Bundesregierung hielt die Kosten und Einsparungen, die sich aus den Preiszuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V ergeben, für nur schwer abschätzbar. Eine gegebenenfalls entstehende Belastung des Bundeshaushalts in dem Fall, dass die

---

<sup>4</sup> Vgl. KBV, Pressemitteilung vom 10.10.2012.

<sup>5</sup> Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drs. 17/6906), S. 5.

<sup>6</sup> Vgl. NAV-Virchow-Bund, Pressemitteilung vom 24.10.2012.

<sup>7</sup> Vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (BT-Drs. 17/8005), S. 7.

<sup>8</sup> ebd.

Kosten der Maßnahmen die durch sie verursachten Einsparungen übersteigen, sollte jedoch vermieden werden.<sup>9</sup> Aus diesem Grund wurde mit dem GKV-VStG auch beschlossen, neben den Auswirkungen bestimmter Veränderungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung auch die Auswirkungen der Preiszuschläge auf die vertragsärztliche Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung bis zum 30. April 2014 zu evaluieren (§ 221b Abs. 2 SGB V). Das Ergebnis dieser Evaluierung sollte ursprünglich bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 berücksichtigt werden: Wäre die Evaluation zu dem Ergebnis gelangt, dass die Maßnahmen im vertragsärztlichen und im vertragszahnärztlichen Bereich auch nach Gegenrechnung von Einspareffekten zu Mehrausgaben führen, wären diese Mehrausgaben bei den Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 mindernd berücksichtigt worden.

Inzwischen hat der Deutsche Bundestag in erster Lesung jedoch eine Finanzierungsreform beschlossen, gemäß der die kassenindividuellen Zusatzbeiträge zukünftig einkommensabhängig, also als prozentuale Zuschläge auf den allgemeinen Beitragssatz, erhoben werden.<sup>10</sup> Die Möglichkeit kassenindividueller einkommensunabhängiger (pauschaler) Zusatzbeiträge bzw. Prämien wird gleichzeitig abgeschafft werden. Infolgedessen wird es auch keinen steuerfinanzierten Sozialausgleich mehr geben. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass § 221b Abs. 2 mit Wirkung zum 1. Januar 2015 vollständig aufgehoben wird.

### 1.3 Ziel und Struktur des Forschungsvorhabens

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat das IGES Institut mit dem Forschungsvorhaben zur Umsetzung des gesetzlichen Evaluierungsauftrags gemäß § 221b Abs. 2 SGB V für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung beauftragt. Der Forschungsauftrag bezieht sich auf die Evaluierung der Auswirkungen der Maßnahmen nach § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V, d. h. auf Zuschläge zur Förderung der vertragsärztlichen Versor-

---

<sup>9</sup> Vgl. Stellungnahme des Bundesrates und Gegenäußerung der Bundesregierung zum Entwurf des GKV-VStG (BT-Drs. 17/7274), S. 33.

<sup>10</sup> Vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG), Stand: Kabinettsbeschluss 26.03.2014, [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze\\_und\\_Verordnungen/GuV/G/GKV-FQWG-Kabinettfassung-140326.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GKV-FQWG-Kabinettfassung-140326.pdf)

gung insbesondere in Gebieten, für die eine (drohende) Unterversorgung bzw. ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde.

Gemäß dem gesetzlichen Evaluierungsauftrag sind im Rahmen des geplanten Forschungsvorhabens die finanziellen Auswirkungen der Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer auf die gesetzliche Krankenversicherung zu ermitteln, und zwar sowohl die hierdurch unmittelbar verursachten Mehrausgaben als auch die durch sie induzierten Minderausgaben bzw. Einspareffekte, insbesondere bei Krankenhauseinweisungen und Rettungsfahrten, aber auch in anderen Leistungsbereichen. Darüber hinaus sollen die Auswirkungen der Preiszuschläge auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung untersucht werden, insbesondere auf die Zufriedenheit mit der Versorgungslage bei Leistungserbringern, Patienten und Krankenkassen sowie auf den Zugang zur ambulanten Versorgung (Abbildung 1).

Abbildung 1: Forschungsauftrag zum Evaluierungsauftrag gem. §221b (2) SGB V im Überblick



Quelle: IGES

Die Umsetzung des Forschungsauftrags stieß auf zwei wesentliche Herausforderungen:

- Punktwertzuschläge für förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer wurden erst ab Jahresbeginn 2013 gezahlt. Teilweise zogen sich jedoch die Honorarverhandlungen auf Landesebene über das gesamte Jahr 2013 hin – in einigen Fällen sogar bis ins Jahr

2014. In einigen Fällen erhielten Vertragsärzte die Förderzuschläge erstmalig mit der Honorarabrechnung für das 4. Quartal 2013. Somit lag im Evaluierungszeitraum keine ausreichende Datenbasis vor, um die finanziellen Auswirkungen umfassend zu ermitteln.

- Der dem Forschungsauftrag an das IGES Institut zugrunde liegende methodische Ansatz konzentriert sich – entsprechend der Intention des GKV-VStG – auf den regionalen Bezug der Förderung und damit das Kriterium der (drohenden) Unterversorgung bzw. des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs. Im Vordergrund stand die Frage, inwiefern die Preiszuschläge dazu beitragen können, Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung – insbesondere in Regionen mit (drohender Unterversorgung) – zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungsleistungen im stationären Bereich sowie durch Krankentransporte, Notfall- und Rettungsdienste zu vermeiden. Während der Umsetzung des Forschungsauftrags stellte sich jedoch heraus, dass – auf Basis der Konkretisierungen durch den Bewertungsausschuss – Preiszuschläge fast ausschließlich für förderungswürdige Leistungen ohne regionalen Bezug hinsichtlich einer (drohenden) Unterversorgung oder eines besonderen Versorgungsbedarfs vereinbart wurden.

Beide Umstände führten dazu, dass das ursprünglich geplante methodische Vorgehen teilweise zu modifizieren war. Im Ergebnis gliedert sich die Evaluierung in drei Abschnitte mit jeweils unterschiedlichen Datengrundlagen:

1. Ausgangspunkt des ersten Abschnitts war die Frage, inwiefern Mehrausgaben für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen durch Minderausgaben in anderen Leistungsbereichen kompensiert werden können. Maßgeblich für die Operationalisierung dieser Frage waren der ursprünglich prioritäre regionale Bezug der Förderung bzw. das Kriterium der (drohenden) Unterversorgung, die anhand der Arztdichte gemessen wird, sowie die mit dem GKV-VStG genannten möglichen Kompensationsbereiche. Konkret wurden im ersten Abschnitt auf Basis bereits verfügbarer regionalisierter Daten, die die Auswirkungen der neuen Preiszuschläge ab dem Jahr 2013 noch nicht abbilden können, grundsätzliche Zusammenhänge zwischen der regionalen vertragsärztlichen Versorgungsdichte einerseits und der Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen, Rettungsfahrten und Krankentransporten andererseits untersucht (Kapitel 2). Ergänzt wurden die eigenen empirischen Analysen durch Auswertungen wissenschaftlicher bzw. Fachliteratur.
2. In einem zweiten Schritt wurden die Finanzwirkungen der gesetzlichen Neuregelungen ermittelt (Kapitel 3). Aufgrund des zeitlichen Verzugs lieferten die während des Evaluierungszeitraums vorliegenden Finanz- bzw. Abrechnungsstatistiken des BMG bzw. der KBV hierzu keine aus-

sagekräftigen Daten. Daher wurde für die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen jeweils einzeln erhoben, welches Finanzvolumen für Preiszuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V mit den Honorarvereinbarungen für das Jahr 2013 vorgesehen wurde. Im Rahmen von Experteninterviews wurde zusätzlich erhoben, welche Leistungen bzw. welche Leistungserbringer gefördert wurden, warum diese ausgewählt wurden und an welche Voraussetzungen die Zahlung der Zuschläge geknüpft wurden.

3. Die Auswirkungen der Preiszuschläge auf die Versorgungslage sind Gegenstand des dritten Abschnitts (Kapitel 4). Eine auf Abrechnungsdaten gestützte Ermittlung der Auswirkungen war innerhalb des vorgegebenen Evaluierungszeitraums aufgrund des zeitlichen Verzugs (s. o.) nicht valide durchführbar. Unabhängig hiervon erwies sich der ursprünglich vorgesehene Evaluierungsansatz eines Vergleichs ausgewählter (kleinräumiger) Modellregionen (mit/ohne Zuschlagszahlungen) – analog dem methodischen Vorgehen des ersten Abschnitts (Kapitel 2) – auch deshalb als nicht durchführbar, weil die für das Jahr 2013 vereinbarten Zuschläge fast keine regionalen Bezüge hinsichtlich einer (drohenden) Unterversorgung aufweisen. Für eine Einschätzung der Auswirkungen auf die Versorgungslage wurden daher Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihrer Verbände sowie eine Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten durchgeführt.

Mit der Bearbeitung des Forschungsvorhabens wurde im Oktober 2012 begonnen.

## **2 Zusammenhänge zwischen vertragsärztlicher Versorgung und anderen Leistungsbereichen**

Gegenstand des ersten Abschnitts des Forschungsauftrags war es, grundlegende Zusammenhänge zwischen der vertragsärztlichen Versorgung und anderen Leistungsbereichen zu ermitteln. Den Schwerpunkt bildete hierbei die Frage, inwiefern durch eine höhere vertragsärztliche Versorgungsdichte (gemessen an der Arztdichte) Einsparpotentiale in anderen Versorgungsbereichen erschlossen werden können.

Während grundsätzlich davon ausgegangen wird, dass die GKV-Ausgaben – auch nach Bereinigung um Unterschiede bei Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur – in einer Region um so höher sind, je mehr Ärzte und Krankenhäuser es dort gibt (vgl. Göppfarth 2011, S. 31), steht hier die Frage im Vordergrund, inwiefern die sektorale Struktur – speziell unterschiedliche Anteile der vertragsärztlichen Versorgung – zu Unterschieden in den GKV-Ausgaben führen kann. Ermittelt wurden Zusammenhänge zwischen der relativen vertragsärztlichen Versorgungsdichte einerseits und der Häufigkeit spezifischer ausgabenrelevanter Ereignisse in anderen Versorgungsbereichen andererseits. Als spezifische ausgabenrelevante Ereignisse wurden Krankenhauseinweisungen, Rettungsfahrten und Krankentransporte gewählt. Damit werden potentielle Wirkungskanäle zwischen vertragsärztlicher Versorgungsdichte und Ausgaben in die Analyse einbezogen.

Als methodischer Ansatz zur Untersuchung dieser Zusammenhänge wurde ein interregionaler zeitlicher Querschnittvergleich gewählt, für den Daten zur Arztdichte sowie zu den Kompensationsbereichen auf Kreisebene verwendet wurden. Ergänzend wurden Studien über die Auswirkungen von (regional) beschränkten vertragsärztlichen Behandlungskapazitäten auf andere Versorgungsbereiche sowie über Lösungsoptionen zu hieraus resultierenden Versorgungsproblemen (z. B. Delegation ärztlicher Leistungen an nicht-ärztliches Personal) ausgewertet (Kapitel 2.5).

### **2.1 Methodischer Ansatz: Interregionale Vergleiche**

Die empirische Prüfung von Zusammenhängen zwischen vertragsärztlicher Versorgungsdichte und Einsparpotentialen sollte vorzugsweise auf bereits vorliegenden regionalisierten Daten basieren. Für Forschungszwecke verfügbar sind regionalisierte Daten über abgerechnete Leistungen für den Krankenhausbereich auf Grundlage der DRG-Statistik des Statistischen

Bundesamtes. Daten zur Vertragsarztdichte sind mittlerweile auch regionalisiert öffentlich verfügbar (s. Kapitel 2.2). Regionalisierte Daten über abgerechnete Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung sind hingegen auch für Forschungszwecke bislang nicht allgemein zugänglich.

Entsprechend der bevorzugten Orientierung an regionalisierten Daten wurden interregionale Vergleiche im zeitlichen Querschnitt als grundsätzlicher methodischer Ansatz gewählt, um die in Frage stehenden Zusammenhänge zu überprüfen. Es wurden demnach keine Zeitreihendaten benötigt. Um eine statistisch ausreichende Zahl von Datenpunkten zu haben, wurden für die Analysen so weitgehend wie möglich Daten auf Regionalebene der Landkreise bzw. kreisfreien Städte verwendet. Als Bezugsjahr wurde jeweils das aktuell verfügbare Datenjahr gewählt. Methodisch basierte die Analyse der Zusammenhänge auf Regressionsanalysen.

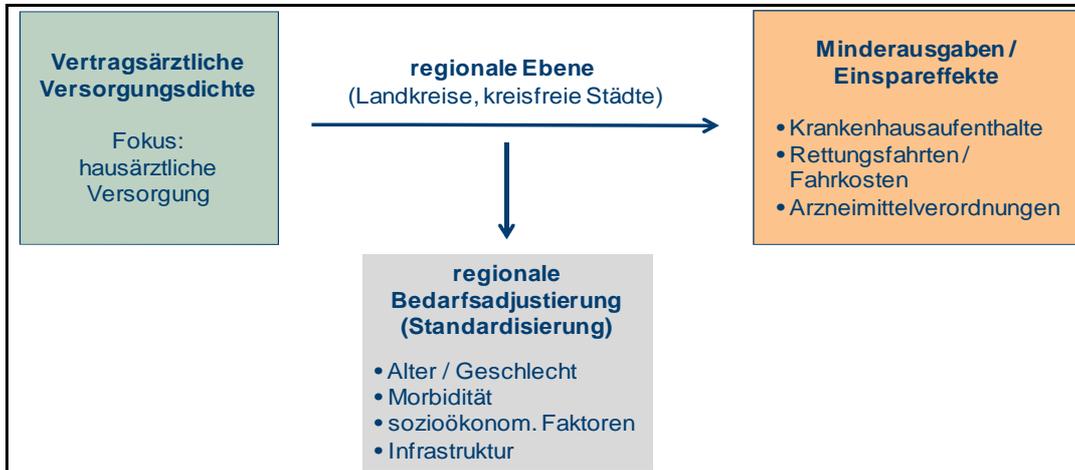
Bei der Untersuchung der Zusammenhänge ist zu berücksichtigen, dass feststellbaren regionalen Unterschieden (z. B. bei Krankenhauseinweisungen) verschiedene Einflussfaktoren zugrunde liegen können. Neben der hier interessierenden vertragsärztlichen Versorgungsdichte kommen hierfür vor allem Unterschiede der regionalen Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur in Frage. Daher wurde in die Analyse eine Reihe von Variablen zur regionalen "Bedarfsadjustierung" einbezogen, um den spezifischen Einfluss der regionalen vertragsärztlichen Versorgungsdichte möglichst weitgehend zu isolieren (vgl. Abbildung 2):

- Neben der Alters- und Geschlechtsstruktur wurden als Approximation für unterschiedliche Morbiditätsniveaus zwischen den (Land-) Kreisen die Lebenserwartung, Mortalität unter 65 Jahren und der Anteil der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung als potentielle Kontrollvariablen geprüft.
- Außerdem wurden sozioökonomische Unterschiede zwischen den Regionen, gemessen u. a. anhand der regionalen Arbeitslosigkeit und dem durchschnittlich verfügbaren Einkommen, in die Analyse einbezogen.
- Schließlich wurde auch der Einfluss infrastruktureller Faktoren wie Unterschiede der regionalen Angebotskapazitäten in der stationären Versorgung (Bettendichte) und des Regionstyps (z. B. Mitversorgungseffekte in der Peripherie von Metropolregionen) berücksichtigt.

Die Auswahl der exogenen Risikofaktoren orientierte sich an den Ergebnissen bestehender empirischer Studien, die den Zusammenhang zwischen Vertragsarztdichte und stationären Leistungen thematisieren (z. B. Kopsch 2007, Sundmacher & Busse 2012, Augurzky et al. 2013) und Vorarbeiten des IGES Instituts zur Ermittlung relativer regionaler Mehr- oder

Minderbelastungen der Kreise in Bezug auf den medizinischen Versorgungsbedarf (Albrecht et al. 2012).

Abbildung 2: Methodischer Ansatz Regionalanalyse



Quelle: IGES

## 2.2 Vertragsärztliche Versorgungsdichte

Naheliegender Indikator für die vertragsärztliche Versorgungsdichte ist das Einwohner-Arzt-Verhältnis (Arztdichte). Dieser Indikator birgt jedoch eine gewisse Unschärfe, weil mit der bloßen Anzahl der Ärzte nicht erfasst werden kann, wie sich Ärzte regional im Ausmaß ihrer angebotenen bzw. erbrachten Leistungen unterscheiden. Ausgehend von der bloßen (Kopf-) Zahl der Ärzte in einer Region besteht ein breites Spektrum möglicher weitergehender Differenzierungen (vgl. Abbildung 3). Eine erste Differenzierung wird üblicherweise nach ärztlichen Fachgruppen vorgenommen, wobei sich die Einteilung nach Arztgruppen i. d. R. an der Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA orientiert. Zur Arztgruppe Hausärzte zählen hierbei die Fachrichtungen Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte sowie hausärztlich tätige Internisten.

Eine weitergehende Differenzierung wird durch die sog. Bedarfsplanungsgewichte ermöglicht. Demnach wird unterschieden zwischen einer Vollzulassung (Gewichtung 1,0), Zulassung mit hälftigem Versorgungsauftrag (0,5) sowie einer Ganztags-, Dreivierteltags-, Halbtags- und Vierteltagsanstellung in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), einer Poliklinik oder einer freien Praxis ohne Leistungsbeschränkung (1,0 / 0,75 / 0,5 / 0,25).

Abbildung 3: Differenzierungsmöglichkeiten der Darstellung der vertragsärztlichen Versorgungsdichte



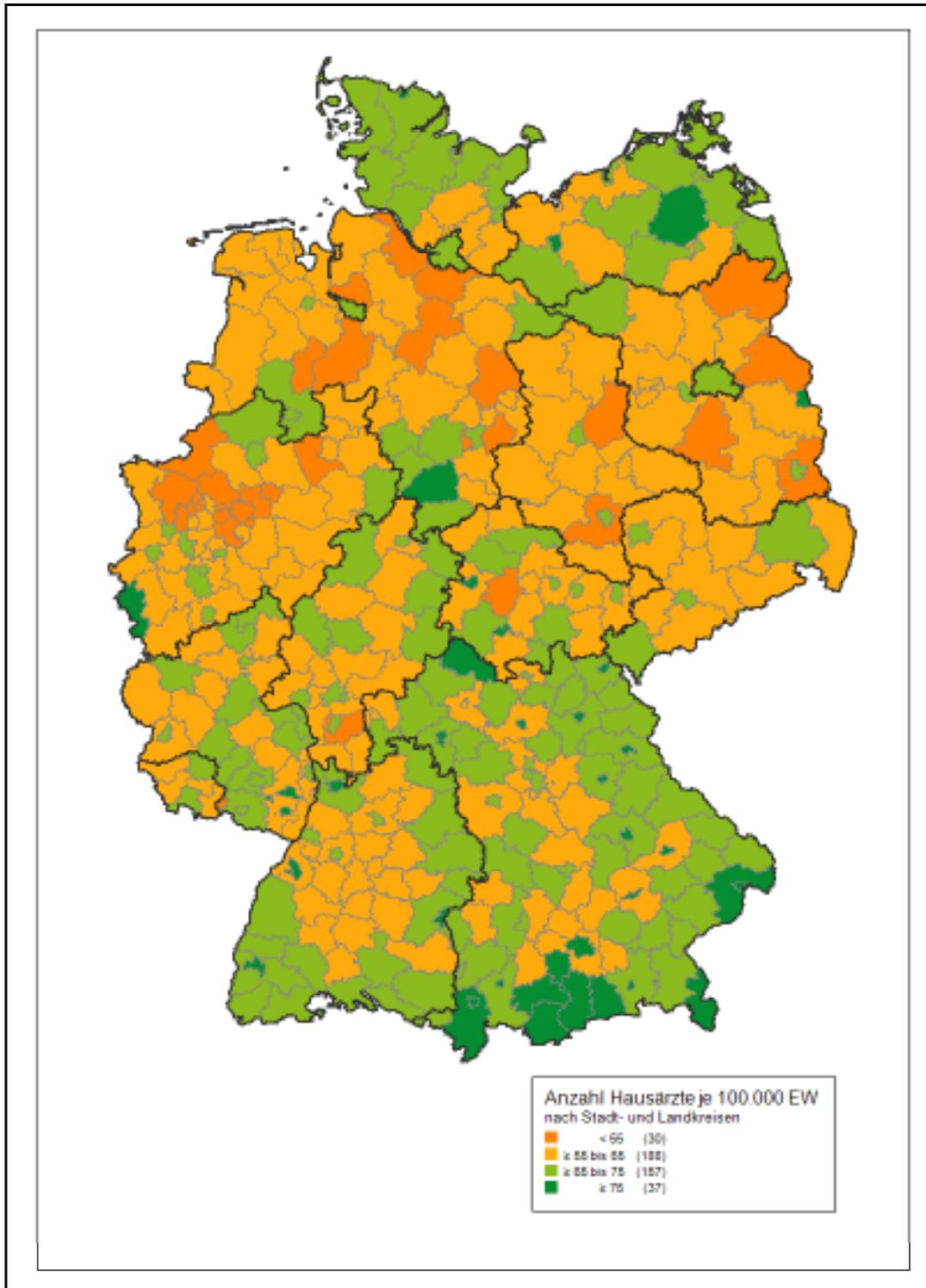
Quelle: IGES

Regionalisierte Daten zur Vertragsärztdichte (auf Kreisebene) bis zu dieser Differenzierungsebene veröffentlicht das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) im Rahmen seines Versorgungsatlas.<sup>11</sup> Diese Daten bilden die Grundlage der nachfolgenden Darstellungen der regionalen Arztdichten, in denen Regionen mit einer überdurchschnittlich hohen Arzt-Einwohner-Verhältniszahl auf der Karte grün eingefärbt sind, Regionen mit einem unterdurchschnittlich hohen Wert orange-rot. Die erste Darstellung bezieht sich nur auf die Hausärzte gemäß der im Rahmen der Bedarfsplanung verwendeten Abgrenzung (Abbildung 4). Diese Gruppe umfasst Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte sowie an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Internisten.

Die tatsächliche Leistungsdichte von Vertragsärzten wird jedoch durch die Bedarfsplanungsgewichte nicht vollständig abgebildet, denn die effektiven Arbeits- bzw. Behandlungszeiten der Ärzte können auch bei identischem Bedarfsplanungsgewicht voneinander abweichen. Alternativ oder ergänzend zu den Unterschieden in der Behandlungszeit könnte sich eine weitergehende Differenzierung der Arztzahlen auch auf Unterschiede im Behandlungsvolumen innerhalb eines begrenzten Zeitraums beziehen (Leistungsdichte). Eine solche Leistungsdichte könnte anhand von Fallzahlen oder der Anzahl abgerechneter EBM-Punkte z. B. im Quartalsdurchschnitt eines Jahres bestimmt werden.

<sup>11</sup> Vgl. <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=2&uid=20>.

Abbildung 4: Anzahl Hausärzte je 100.000 Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten, 2010



Quelle: IGES, ZI-Versorgungsatlas

Datenauswertungen des ZI haben einen negativen Zusammenhang zwischen Arztdichte und Leistungsdichte je Arzt – gemessen als erbrachte Leistung in EBM-Punkten – gezeigt, d. h., je mehr Ärzte an einem Standort, desto geringer ist dort die GKV-Leistung je Arzt (von Stillfried/Czihal 2012). Auf Basis dieser Ergebnisse ist auch vorstellbar, die regionalen Arztdichten mit einem niveauabhängigen Degressionsfaktor zu adjustieren.

Für eine ideale Abbildung der vertragsärztlichen Versorgungsdichte wäre eine Umrechnung der Arztzahlen in Vollzeit- bzw. Vollleistungsäquivalente erforderlich. Eine solche war im Rahmen dieses Forschungsvorhabens nicht realisierbar. Über alternative Differenzierungsmöglichkeiten für eine Darstellung der regionalen vertragsärztlichen Versorgungsdichten hatte das IGES Institut beim ZI angefragt. Konkret ging es um die Frage, ob sich auf der Grundlage der bisherigen ZI-Analysen zumindest ein Adjustierungsfaktor für bestimmte Regionstypen ableiten lässt. Im ZI-Vorstand konnte zu dieser Anfrage kein einheitliches Meinungsbild erreicht werden, so dass das ZI keinen offiziellen Beitrag für eine differenziertere Datengrundlage anbieten konnte.

Einen andersartigen Ansatz zur Darstellung der vertragsärztlichen Versorgungsdichte bietet der Versorgungsindex, den die KV Bayerns entwickelt hat (Krombholz 2012). Im Vordergrund stehen hierbei nicht Unterschiede im quantitativen Behandlungsvolumen bzw. der Behandlungszeit, sondern Unterschiede im qualitativen Behandlungsspektrum. Konkret misst der Versorgungsindex, in welchem Ausmaß Hausärzte eine "typisch hausärztliche Versorgung" leisten. Hierfür wurde eine Reihe hausärztlicher Leistungsbereiche ausgewählt, für die jeweils Indikatoren und dazugehörige Schwellenwerte festgelegt wurden (z. B. Arzneimittelversorgung von Volkskrankheiten, Impfungen, Hausbesuche, geriatrische / Heim-Versorgung). Hinsichtlich der im Rahmen dieses Forschungsvorhabens untersuchten Kompensationsbereiche (Krankenhausweisungen und Krankentransporte/Rettungsfahrten) konnten hieraus jedoch keine systematischen Einflüsse auf mögliche Zusammenhänge abgeleitet werden.

Fazit: Die vertragsärztliche Versorgungsdichte wird durch die Arztdichte nur unzureichend abgebildet, insofern diese Verhältniszahl auf der schieren Arztzahl beruht, weil sich Vertragsärzte sowohl hinsichtlich ihrer Arbeitszeit als auch hinsichtlich ihrer Leistungsdichte und ihres Leistungsspektrums voneinander unterscheiden können. Für die vorliegende Untersuchung standen sowohl die Arztzahlen auf regionaler Ebene zur Verfügung, als auch die Bedarfsplanungsgewichte, anhand derer sich zumindest größere Unterschiede der Arbeitszeiten (im Sinne von Vollzeit vs. Teilzeit) abbilden lassen.

## 2.3 Krankenhauseinweisungen

Ein für das Forschungsvorhaben wesentlicher zu untersuchender Zusammenhang ist der zwischen vertragsärztlicher Versorgungsdichte einerseits und der Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen andererseits. Die hierbei zu prüfende Hypothese lautet, dass eine hohe ambulante Versorgungsdichte mit relativ weniger Krankenhauseinweisungen einhergeht. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) empfiehlt in diesem Zusammenhang kleinräumigere Analysen der vermeidbaren bzw. verringerbaren Krankenhauseinweisungen für Deutschland auf Kreisebene (SVR-G 2012, S. 216 ff.). Im Einklang mit den Ausführungen des SVR-G konzentriert sich die empirische Analyse der Krankenhauseinweisungen auf die ambulant sensitiven Krankenhaufälle.

Ein weiterer potentieller Kompensationsbereich einer Erhöhung der ambulanten Versorgungsdichte ist eine Reduzierung von Behandlungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser (ohne stationäre Aufnahme). In der öffentlichen Diskussion wird häufig eine Überinanspruchnahme dieser Notaufnahmen moniert und ihre Entlastung durch niedergelassene Ärzte gefordert (vgl. z. B. für Berlin Treichel 2013, für Thüringen o. V. 2012). Für eine Analyse des Zusammenhangs zwischen ambulanter Versorgungsdichte und Notaufnahmen im Krankenhaus bzw. der Hypothese, dass fehlende ambulante Versorgungskapazitäten zu einer häufigeren Inanspruchnahme von Notfallambulanzen im Krankenhaus (ohne stationäre Aufnahme) führen können, fehlt allerdings eine geeignete Datengrundlage. Das Versorgungsgeschehen in Notfallambulanzen und Rettungsstellen der Krankenhäuser wird nach Aussage der kooperierenden Krankenkassen nicht gesondert erfasst und statistisch aufbereitet. Für eine Analyse der regionalen Unterschiede der Inanspruchnahme von ambulanten Notfallbehandlungen wäre eine eigenständige, umfangreiche Datenauswertung erforderlich, die über den Rahmen dieses Forschungsvorhabens hinausginge.

### 2.3.1 Ambulant sensitive Krankenhaufälle

Die "Ambulatory Care Sensitive Conditions" (ACSC) bzw. „Ambulant-sensitiven Krankenhaufälle“ (ASK) umfassen Diagnosen, bei denen Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können. Darunter fallen (nach Frank 2009):

- akut auftretende Beschwerden oder Krankheiten, die durch Impfungen oder andere präventive Maßnahmen zu verhindern gewesen wären,
- akut auftretende Beschwerden oder Krankheiten, die im ambulanten Bereich kontrolliert werden können (z. B. bakterielle Pneumonie),

- chronische Beschwerden oder Krankheiten, die bei qualitativer und adäquater Versorgung weniger akute Episoden bzw. Exazerbationen aufweisen würden (z. B. Diabetes Mellitus).

Zunächst wurden anhand einer Reihe internationaler Kataloge zu ASK (USA, Kanada, Schweden, Großbritannien, OECD), den Empfehlungen des SVR-G (2012) zu vermeidbaren Krankenhauseinweisungen und zwei empirischen Studien aus Deutschland und Österreich (Sundmacher & Busse 2012, Frank 2009) eine Liste von (insgesamt 31) Hauptdiagnosen nach ICD-10-Schlüssel erstellt, für die stationäre Aufenthalte durch eine qualitative, ausreichende ambulante Versorgung gemäß der Fachliteratur als vermeidbar gelten.

Hinsichtlich des Begriffs der „Vermeidbarkeit“ gilt grundsätzlich zu berücksichtigen: Nicht jeder individuelle Krankenhausfall mit einer der ausgewählten Diagnosen dürfte in der Realität vermeidbar sein. In konkreten Fällen ergibt sich eine faktische Notwendigkeit des Krankenhausaufenthalts teilweise unabhängig von den medizinischen Therapiemöglichkeiten z. B. aus fehlenden ambulanten pflegerischen Betreuungskapazitäten. Ein weiterer Einflussfaktor sind Komorbiditäten, die bei einer prinzipiell ambulant behandelbaren Diagnose im Einzelfall einen stationären Aufenthalt aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheinen lassen können. Im Vordergrund der Auswahl von Diagnosen zur Kennzeichnung „vermeidbarer“ Krankenhausaufenthalte steht daher vielmehr, dass bei diesen Diagnosen die ambulante Behandlung den Regelfall darstellen sollte und ein entsprechend großes ambulantes Behandlungspotential besteht. Insbesondere im Hinblick auf den methodischen Ansatz des Forschungsvorhabens spielt es dabei eine untergeordnete Rolle, ob dieses ambulante Potential aus versorgungspolitischer Sicht allgemein zu 100 % oder weniger ausgeschöpft werden sollte. Entscheidend ist vielmehr, ob sich regional signifikante Unterschiede in der Ausschöpfungsrate dieses ambulanten Potentials feststellen lassen.

Um eine kleinräumige Regionalanalyse vermeidbarer Krankheitsfälle für Deutschland durchführen zu können, wurden aus den 31 Diagnosen, die von den hier herangezogenen Quellen zusammen genommen als ambulantsensitiv eingestuft wurden, zunächst diejenigen mit einer ausreichenden Fallzahl ausgewählt. Hierzu wurde die stationäre Fallzahl im Jahr 2010 für die jeweiligen ICD-10-Codes ermittelt und geprüft, ob diese Diagnosen mit einer Häufigkeit dokumentiert wurden, die eine statistische Auswertung der dazugehörigen Krankenhausfalldaten auf Kreisebene mit ausreichender Repräsentativität erlaubt. Anschließend wurde auf Basis eigener medizinischer Expertise geprüft, inwiefern die Annahme plausibel ist, dass es typischerweise ambulant behandelt wird. Kam diese Prüfung zu dem Ergebnis, dass das mit dem Diagnose-Code bezeichnete Krankheitsbild zu heterogen ist, um von einer ambulanten Behandlung als Regelfall auszugehen, wurde

diese Diagnose nicht ausgewählt oder, insoweit möglich, anhand eines zusätzlichen Filterkriteriums weitergehend spezifiziert. Insgesamt wurden auf diese Weise 13 Krankheitsbilder ausgewählt (vgl. Tabelle 1), mit denen ambulant sensitive Krankenhausfälle in der Analyse abgegrenzt wurden.

Die Auswahl der ambulant sensitiven bzw. vermeidbaren Krankenhausfälle anhand der 13 Krankheitsbilder wird durch Filterkriterien weiter eingegrenzt. Damit soll der Anteil der Krankenhausfälle mit diesen Diagnosen ausgeschlossen werden, bei dem die Annahme aus medizinischer Sicht nicht plausibel erscheint, dass typischerweise ambulant hätte behandelt werden können.

- Für sämtliche der 13 Indikationen wurden Krankenhausfälle von Kleinkindern (bis 6 Jahre) aus der Analyse der ambulant sensitiven Fälle ausgeschlossen. In dieser Altersgruppe gelten die Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten bei der Diagnosestellung als eingeschränkt. Eine daraus resultierende größere Unsicherheit der Diagnosesituation kann es aus medizinischer Sicht sinnvoll erscheinen lassen, das breitere Spektrum therapeutischer Interventionsmöglichkeiten eines Krankenhauses kurzfristig verfügbar zu haben.
- Eine Einschränkung bei der Einstufung als vermeidbare Krankenhausaufenthalte ist für die Indikationen *Herzinsuffizienz*, *Diabetes*, *chronischer Bronchitis/COPD* und *Lungenentzündung* vorgesehen. Konkret erscheint hier eine Differenzierung nach dem Schweregrad der Erkrankung sinnvoll: So sind die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung zur Vermeidung von Krankenhausaufenthalten z. B. in Fällen mit Komplikationen begrenzter als in Fällen mit leichterem Krankheitsverlauf. Die Verweildauer im Krankenhaus wird dabei als Kennzeichen für den Schweregrad und damit den Grad der Vermeidbarkeit herangezogen, wobei davon ausgegangen wird, dass Fälle mit einer sehr kurzen Verweildauer grundsätzlich auch im ambulanten Bereich hätten behandelt werden können. Ursache für einen sehr kurzen Krankenhausaufenthalt sind bei diesen Indikationen häufig Non-Compliance bei Arzneimitteln, Umstellung der Medikation oder andere Ereignisse, die überwiegend ambulant behandelt und betreut werden können. Eine Verweildauer der Krankenhausfälle von mehr als drei Tagen kann hingegen als Anzeichen für ambulant üblicherweise nicht beherrschbare Komplikationen oder notwendige stationäre Eingriffe gewertet werden. Diese Fälle wurden daher nicht als ambulant sensitiv eingestuft.

Tabelle 1: Auswahl ambulant sensitive Krankenhausfälle

Erkrankung	ICD10-Code	AHRQ	SALAR	CIHI	OECD	NHS	SVR-G	Sundmacher (2012)	Frank (2009)	Fallzahl 2010	Filter-kriterium
Asthma	J45, J46	x	x	x	x	x	x	x	x	26.751	-
Hypertonie, Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I10, I11.9	x	x	x	x	x	x	x	x	243.021	ohne DRG F67A
Herzinsuffizienz, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz	I50, I11.0	x	x	x	x	x	x	x (inkl. J81)	x (inkl. I15 in ESP)	385.745	Kurzlieger
Diabetes	E10.1-E10.8, E11.0-E11.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8	x	x	x	x	x (inkl. E12)	x	x (inkl. E12.0-E12.8)	x (inkl. 10.0, 12.0-12.8)	157.527	Kurzlieger
chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41-J44, J47	x	x	x	x	x	x	x	x (inkl. J40 in ESP)	193.613	Kurzlieger
Angina Pectoris	I20, I24.0, I24.8, I24.9	x	x	x	x	x	x	x	x	257.730	ohne I20
Dehydration	E86	x	x	x	x	x	x	x	x	84.669	-
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2	x	x	x	x	x	x	x	x (inkl. J36 in ESP)	68.527	Selbst-einweisung
Pneumonie (Lungenentzündung)	J12-J18	x	x	x	x	x	x (inkl. J10, J11)	x (inkl. J10, J11)	x (inkl. J10, J11)	279.684	Kurzlieger

Erkrankung	ICD10-Code	AHRQ	SALAR	CIHI	OECD	NHS	SVR-G	Sundmacher (2012)	Frank (2009)	Fallzahl 2010	Filterkriterium
akute Bronchitis	J20					x		x	x	83.570	Selbsteinweisung
Depression	F32				x					121.599	nur F32.0 und F32.1
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25					x				193.932	Fälle ohne Operation
Demenz	F00, F01, F02, F03					x				25.136	-

Quelle: IGES nach AHRQ 2011, SALAR 2009, CIHI 2011, OECD 2011, NHS: Department of Health 2011, SVR 2012, Sundmacher & Busse 2012, Frank 2009 und Krankenhausstatistik 2010 (Destatis)

Anmerkung:

AHRQ = Agency for Healthcare Research and Quality

SALAR = Swedish Association of Local Authorities and Regions

CIHI = Canadian Institute for Health Information

OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development

SVR-G = Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

- Bei zwei akuten Krankheitsbildern (*Hals-, Nasen-, Ohreninfektion und akuter Bronchitis*) wurde eine prinzipielle Vermeidbarkeit des stationären Aufenthalts nur dann angenommen, wenn ein Patient mit Selbsteinweisung bzw. ohne ärztliche Einweisung aufgenommen wurde. Bei gezielter Einweisung der Patienten durch einen Arzt unterstellen wir eine ambulant nicht mehr beherrschbare Entwicklung der Erkrankung. Die Selbsteinweisung hingegen kann bei diesen Krankheitsbildern, die typischerweise nicht mit einem Notfall- / Rettungseinsatz einhergehen, auf einen eingeschränkten Zugang im ambulanten Bereich hindeuten (z. B. große Entfernung zum nächsten Arzt, Erkrankung am Wochenende).
- Auch bei Krankenhausfällen mit *Depression, chronisch ischämischer Herzkrankheit und Hypertonie* kann nicht pauschal von einer Vermeidbarkeit aller Krankenhausaufenthalte durch eine ausreichende ambulante Versorgung ausgegangen werden. Bei Patienten mit schwerer depressiver Episode (F32.2 und F32.3) ist ein Krankenhausaufenthalt aus medizinischer Sicht oftmals erforderlich, wobei die der Hauptdiagnose unterliegenden Gründe für die stationäre Aufnahme (bspw. Lebensgefahr durch Suizid) nicht dokumentiert sind. Daher wurden nur Fälle mit leichter und mittelgradiger depressiver Episode (F32.0 und F32.1) in die Auswahl der ambulant sensitiven Krankenhausfälle aufgenommen. Bei den Krankenhausfällen mit chronisch ischämischer Herzkrankheit wurden die stationär erbrachten Leistungen für eine Einschätzung des Schweregrades herangezogen: Nur jene Fälle ohne einen OPS-Code aus dem Kapitel „Operationen“ (OPS-Codes aus den Kapitel 5 der OPS-Systematik) wurden als vermeidbares Fallpotential betrachtet. Fälle mit Hypertonie, bei denen gleichzeitig eine G-DRG F67A („Hypertonie mit äußerst schweren CC“) dokumentiert wurde, zählten aufgrund ihres Schweregrades ebenfalls nicht zum ambulanten Potential.

Krankenhausfälle mit einer Hauptdiagnose *Asthma, Angina Pectoris, Dehydration und Demenz* wurden hingegen als typischerweise ausschließlich ambulant zu behandelnde Erkrankungen ohne Einschränkung der Auswahl der ambulant sensitiven Krankenhausfälle zugeordnet.

Um die Sensibilität der ASK-Abgrenzung zu prüfen, wurden für die regionalen Analysen zwei unterschiedliche ASK-Modelle gewählt:

- *Modell 1*: alle Fälle mit einer der 13 ausgewählten Hauptdiagnosen, ohne dass die o. a. Filterkriterien zur Anwendung kommen (analog zu der Abgrenzung in den zu Grunde liegenden internationalen Katalogen),

- *Modell 2*: alle Fälle mit einer der 13 gewählten Hauptdiagnosen und gleichzeitiger Erfüllung der o. a. Filterkriterien.

Damit wurden mehr Indikationen für eine regionale Analyse der ASK-Fälle gewählt, als sie der SVR-G in seinem jüngsten Sondergutachten empfahl. Der SVR-G regte dort an, sich für Analysen der ambulant sensitiven Krankenhausfälle in Deutschland zunächst auf die vier Diagnosen Diabetes, Asthma, Herzinsuffizienz und Hypertonie zu konzentrieren, weil diese Diagnosen im hausärztlichen Versorgungsalltag eine entscheidende Rolle spielten und aufgrund einer hohen Prävalenz der Krankheiten eine kleinräumige Analyse ermöglichten (SVR-G 2012, S. 219). Weitere Diagnosen aus internationalen Katalogen könnten ggf. in Zukunft ergänzt werden, allerdings sei hierfür noch weitere konzeptionell-methodische Arbeit erforderlich.

Die für die vorliegende Untersuchung gewählte ASK-Abgrenzung orientiert sich an den umfassenderen internationalen Katalogen, so dass die Analyse auf einer breiteren Datenbasis aufgesetzt werden konnte. Die Möglichkeit der kleinräumigen Analyse wurde anhand der empirischen Fallzahlhäufigkeiten zuvor geprüft. Das breitere Diagnosespektrum ermöglicht zudem die Analyse der regionalen Zusammenhänge zwischen ASK-Häufigkeiten und Arztdichten für unterschiedliche ärztliche Fachgruppen. Die vom SVR-G geforderte methodische Konzepterweiterung wurde hier dadurch vorgenommen, dass die Plausibilität eines vollständigen Einbezugs von Diagnosen unter medizinischen Gesichtspunkten geprüft und ggf. eingrenzende Filterkriterien spezifiziert wurden (s. o. Modell 2).

### 2.3.2 Datengrundlagen

Datengrundlagen für die Analyse der ASK-Fälle nach Landkreisen und kreisfreien Städten sind die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (DRG-Statistik) für das Jahr 2011, Daten des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) zur regionalen Arztdichte und Daten der Statistischen Landesämter und des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) zu weiteren regionalen Einflussfaktoren (Kontrollvariablen).

Da das Psych-Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) erst im Jahr 2012 eingeführt wurde, enthält der DRG-Datensatz keine Informationen zu Patienten psychiatrischer Abteilungen.<sup>12</sup> Aus diesem Grund

---

<sup>12</sup> Patienten mit psychiatrischen Diagnosen werden z. T. auch auf somatischen Fachabteilungen behandelt. Die DRG-Statistik enthält daher auch eine geringe Anzahl an

konnten die psychiatrischen Hauptdiagnosen „Demenz“ und „Depression“, die zur Abgrenzung der ambulant sensitiven Fälle ausgewählt wurden, in den Analysen nicht berücksichtigt werden.

Das ambulante Versorgungsangebot wurde durch die Arztdichte, differenziert nach Haus- und Fachärzten,<sup>13</sup> abgebildet. Regionalisierte Daten zur Vertragsarztdichte unter Berücksichtigung von Bedarfsplanungsgewichten veröffentlicht das ZI im Rahmen seines Versorgungsatlas, zuletzt für das Jahr 2010.<sup>14</sup> Diese Arztzahlen auf Kreisebene, differenziert nach Fachgruppen, bilden die Grundlage der nachfolgenden Analysen zum Zusammenhang zwischen ambulanter Versorgungsdichte und der regionalen Häufigkeit ambulant sensitiver Krankenhausfälle.

### 2.3.3 Berücksichtigung weiterer Einflussfaktoren

Bei der empirischen Prüfung der Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit ambulant sensitiver Krankenhausfälle und der vertragsärztlichen Versorgungsdichte auf Kreisebene ist zu berücksichtigen, dass feststellbare regionale Unterschiede auch auf andere Einflussfaktoren, insbesondere die regionale Bevölkerungs- und Morbiditätsstruktur, zurückgeführt werden können. Daher wurde eine regionale „Risikoadjustierung“ der ASK-Häufigkeiten in den Kreisen vorgenommen: Damit werden die exogenen Faktoren erfasst, die das „Risiko“ einer hohen ASK-Häufigkeit unabhängig von der Arztdichte beeinflussen. Zu diesem Zweck wurde neben der Arztdichte eine Reihe von weiteren Einflussfaktoren als Kontrollvariablen geprüft, die sich grob in die drei Kategorien unterteilen lassen:

- Morbiditätsrisiko
- sozioökonomisches Risiko
- Infrastruktur- und Umgebungsrisiko

Die Auswahl der exogenen Risikofaktoren orientierte sich an den Ergebnissen bestehender empirischer Studien, die den Zusammenhang zwischen Vertragsarztdichte und stationären Leistungen thematisieren (z. B. Ko-

---

Behandlungen von Patienten mit z. B. der Hauptdiagnose Depression. Da es sich hierbei aber nur um eine kleine Patientengruppe handelt, die nicht repräsentativ regional verteilt ist, können die Fälle mit psychiatrischen Diagnosen auf somatischen Fachabteilungen nicht als Schätzer für die Fälle mit psychiatrischen Diagnosen insgesamt herangezogen werden.

<sup>13</sup> Eine weitere Differenzierung der Vertragsärzte nach den für die ASK-Diagnosen relevanten Fachgruppen wurde ebenfalls getestet (z. B. für Internisten, Chirurgen, HNO-Ärzte). Die Ergebnisse unterschieden sich nicht signifikant von denen mit Verwendung der Fachärzte als Gesamtgruppe.

<sup>14</sup> Vgl. <http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=2&uid=20>.

petsch 2007, Sundmacher & Busse 2012, Augurzky et al. 2013) sowie Ergebnissen des IGES Instituts zu relativen regionalen Mehr- oder Minderbelastungen der Kreise in Bezug auf den medizinischen Versorgungsbedarf (Albrecht et al. 2012). Die Indikatoren in Tabelle 2 wurden als mögliche Risikofaktoren geprüft.

Tabelle 2: Variablen zur regionalen Risikoadjustierung

	Quelle	aktuelles Datenjahr auf Kreisebene
<b>Morbidität</b>		
Bevölkerung nach Altersjahren und Geschlecht	Regionaldatenbank, Destatis	2011
Mortalität <65 Jahre	Statistik der Sterbefälle, Destatis	2010
Lebenserwartung	INKAR	2010
Anteil Pflegebedürftige	Pflegestatistik, Destatis	2009
<b>Sozioökonomische Faktoren</b>		
Arbeitslosenquote	Arbeitsmarktstatistik der Bundesagentur für Arbeit	2011
Verfügbares Einkommen	VGR der Länder: Umverteilungsrechnung, Destatis	2009
Anteil Studierende	INKAR	2010
Anteil Einpersonenhaushalte	INKAR	2009
<b>Infrastruktur</b>		
Pkw-Fahrzeit zum nächsten Oberzentrum	INKAR	2012
Stationäres Angebot: Bettendichte	Grunddaten der Krankenhäuser, Destatis	2010
Mitversorgung (ambulant) durch andere Kreise	ZI Versorgungsatlas	2008

Quelle: IGES

Aufgrund der hohen Interkorrelationen zwischen diesen Risikofaktoren wurde aus jeder der drei Kategorien jeweils die Variable ausgewählt, die auf regionalisierter Datenbasis den stärksten Zusammenhang mit der ASK-Häufigkeit aufweist und von den anderen unabhängigen Variablen im Modell möglichst unabhängig ist:

- o die Lebenserwartung, um den Einfluss von regionalen Morbiditätsunterschieden abzubilden,
- o die Arbeitslosenquote, um den Einfluss sozioökonomischer Unterschiede zwischen den regionalen Kreisen abzubilden und

- o die Erreichbarkeit des nächsten Oberzentrums mit dem PKW, um Unterschiede der regionalen Infrastruktur abzubilden.

Zudem wurde die Krankenhausbettendichte als Einflussfaktor aufgenommen, um mögliche Einflüsse regionaler Unterschiede der stationären Versorgungsstruktur auf die ASK-Häufigkeit zu berücksichtigen.

### **2.3.4 Zusammenhang zwischen ASK-Häufigkeit und regionaler Arztdichte**

Der Zusammenhang zwischen ASK-Häufigkeit und regionaler Arztdichte sowie weiteren regionalen Einflussfaktoren wurde zunächst jeweils für die einzelnen Faktoren separat anhand binärer Korrelationsanalysen untersucht, anschließend für sämtliche ausgewählten Faktoren simultan im Rahmen einer Regressionsanalyse. Anhand der mit der Regressionsanalyse für die Einflussfaktoren ermittelten Koeffizienten lassen sich die Zusammenhänge quantifizieren und für die folgende Abschätzung von Einsparpotentialen nutzen.

#### **2.3.4.1 Korrelationsanalysen**

Binäre Korrelationsanalysen zeigen, dass zwischen der regionalen ASK-Häufigkeit und der ambulanten Angebotsdichte nur ein schwacher, wenn auch signifikanter, negativer Zusammenhang besteht (Tabelle 3). Dieser Zusammenhang ist stärker zwischen der ASK-Rate und der *Facharztdichte* als zwischen der ASK-Rate und der *Hausarztdichte* (Pearson-Korrelationskoeffizient -0,278 für die Facharztdichte, -0,142 für die Hausarztdichte), wobei beide Zusammenhänge statistisch signifikant sind.

Der binäre Zusammenhang zwischen ASK-Rate und Morbidität sowie der sozioökonomischen Situation ist hingegen deutlich stärker: Je höher die Lebenserwartung, desto geringer die ASK-Rate und je höher die Arbeitslosenquote, desto höher die ASK-Rate. Auch besteht ein signifikanter schwach positiver Zusammenhang mit der Erreichbarkeit des nächsten Oberzentrums, also der Regionalstruktur, und der ASK-Rate. Mit der Bettendichte besteht hingegen kein Zusammenhang.

Tabelle 3: Zusammenhänge zwischen der ASK-Häufigkeit und der Arztdichte sowie weiteren Einflussfaktoren (Pearson Korrelation)

	ASK-Fälle je 100.000 EW	
	Korrelationskoeffizient	Sig. (2-tailed)
Hausärzte je 100.000 EW	-0,142	0,004
Fachärzte je 100.000 EW	-0,278	0,000
Krankenhausbetten je 10.000 EW	0,062	0,212
Lebenserwartung	-0,684	0,000
Arbeitslosenquote	0,466	0,000
Erreichbarkeit von Oberzentren	0,320	0,000

Quelle: IGES

### 2.3.4.2 Regressionsanalyse

Als multivariate Analyseverfahren wurde ein Log-lineares Regressionsmodell mit Between-Schätzer gewählt. Dabei geht die abhängige Variable der Anzahl ambulant-sensitiver Krankenhaufälle je 100.000 Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten (n=402) logarithmiert in ein lineares Regressionsmodell ein. Die Koeffizienten der unabhängigen Variablen können dann im Ergebnis als prozentuale Veränderung interpretiert werden. Der Between-Schätzer „Kreise“ wurde verwendet, um regionale Unterschiede zwischen den Kreisen, die nicht mit den verwendeten unabhängigen Variablen erfasst werden, aber u. U. auch einen Einfluss auf die ASK-Rate haben, ins Modell einfließen zu lassen.

Die Regressionsergebnisse der beiden ASK-Modelle (vgl. Kapitel 2.3.1) unterscheiden sich kaum voneinander. Das heißt: Für die Stärke der Zusammenhänge, die sich als Ergebnis der Regressionsanalysen ergeben, macht es keinen gravierenden Unterschied, wie breit der ASK-Bereich gemäß Tabelle 1 abgegrenzt wird. Das ist nicht verwunderlich, da eine hohe Korrelation zwischen den Modellen besteht: Zwar unterscheiden sich die absoluten ASK-Raten zwischen den Modellen, allerdings ist die regionale Verteilung sehr ähnlich (der Korrelationskoeffizient zwischen den Modellen beträgt 0,937). Daher werden im Folgenden ausschließlich die Ergebnisse der Regressionsanalyse für das Modell 2 (mit Filterkriterien) dargestellt.

Die Ergebnisse des Regressionsmodells mit der logarithmierten ASK-Rate als abhängiger Variable einerseits sowie der Hausarztdichte, der Facharztdichte, der Krankenhausbettendichte, der Lebenserwartung, der Arbeitslosenquote und der Erreichbarkeit des nächsten Oberzentrums als unabhängige Variablen andererseits bestätigen den ersten Eindruck der Korrelations-

analysen: Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der ASK-Häufigkeit und ambulanter Facharztdichte. Das heißt: Je höher die Facharztdichte, desto weniger typischerweise ambulant behandelbare Fälle werden im Krankenhaus stationär versorgt. Allerdings ist dieser Zusammenhang nur schwach ausgeprägt. Erhöht man die Facharztdichte um eine Einheit (ein zusätzlicher Arzt mit Bedarfsplanungsgewicht 1,0 je 100.000 Einwohner), so reduziert sich die ASK-Häufigkeit rechnerisch um 0,24 % (Tabelle 4). Für die Hausarztdichte konnte kein signifikanter Einfluss auf die ASK-Rate ermittelt werden.

Den stärksten Einfluss im multivariaten Modell hat die regionale Morbidität: Ein Anstieg der Lebenserwartung um ein Jahr geht demnach mit einer Verringerung der ASK-Häufigkeit um durchschnittlich 8,3 % einher.

Die gewählten Variablen im Regressionsmodell erklären die bestehende Varianz der ASK-Häufigkeiten zu 59,1 %.<sup>15</sup>

Tabelle 4: Ergebnisse der Regressionsanalyse

Ln_ASK_Modell_2	Koeffizient	Std.-Fehler
Hausarztdichte	0.00015	(0.00166)
Facharztdichte	-0.00239***	(0.000382)
Krankenhausbetten	0.00224***	(0.000427)
Lebenserwartung	-0.0834***	(0.00923)
Arbeitslosenquote	0.0104**	(0.00444)
Erreichbarkeit des nächsten Oberzentrums	0.00157**	(0.000754)
Konstante	13.38***	(0.762)
Anzahl der Beobachtungen	402	
Erklärte Varianz	0,591	

Quelle: IGES

<sup>15</sup> Die erklärte Varianz für das Modell 1 beträgt 0,562. Die Koeffizienten weichen in ihrer Richtung, Größenordnung und Signifikanz kaum von den hier dargestellten Koeffizienten für das Modell 2 ab.

### 2.3.5 Schätzung von Kompensationspotentialen anhand eines Benchmarking-Ansatzes

Die Ergebnisse der Regressionsanalyse können verwendet werden, um Erwartungswerte für die ASK-Häufigkeiten der Landkreise und kreisfreien Städte

- unter Berücksichtigung der *regionsspezifischen* Ausprägungen der berücksichtigten Einflussfaktoren
- auf der Grundlage der ermittelten *regionen-durchschnittlichen* Zusammenhänge

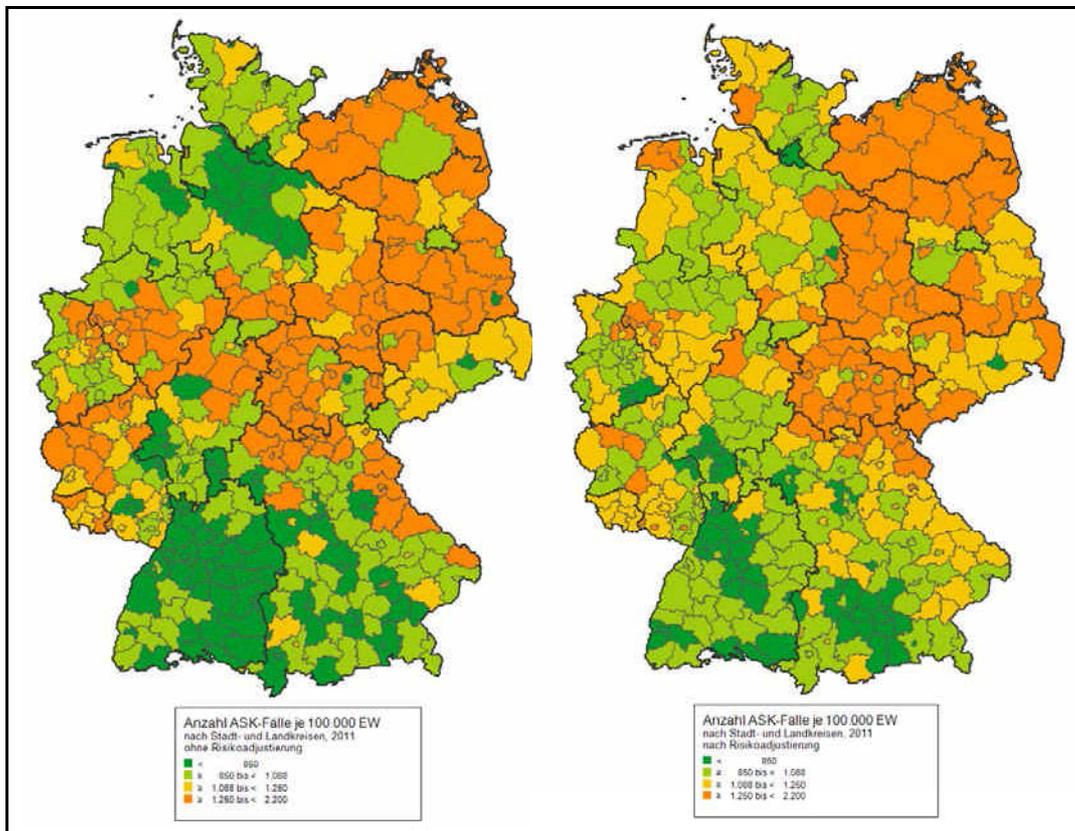
zu bestimmen und diese mit den tatsächlichen ASK-Häufigkeiten zu vergleichen.

Die tatsächliche ASK-Rate lag in 226 Landkreisen und kreisfreien Städten über dem Durchschnitt von 1.088 ASK-Fällen je 100.000 Einwohner (vgl. Kreise mit oranger Einfärbung in Abbildung 5). Die Mehrzahl dieser Kreise (65,0 %) hatte eine unterdurchschnittliche Facharztdichte und war überwiegend ländlich (d. h.: die durchschnittliche Erreichbarkeit des nächstgelegenen Oberzentrums betrug mehr als 20 Minuten).

Vergleicht man nun die Kreise anhand ihrer jeweiligen Erwartungswerte, die anhand des Regressionsmodells bestimmt wurden – also korrigiert man die kreisspezifischen ASK-Häufigkeiten um die jeweiligen Einflüsse von Morbidität, Arztdichte, Sozial- und Infrastruktur – liegen bei unverändertem Durchschnitt (1.088 ASK-Fälle je 100.000 Einwohner) 202 Landkreise und kreisfreie Städte über der durchschnittlichen ASK-Rate. Von diesen hatten 60,1 % eine unterdurchschnittliche Facharztdichte und ländliche Strukturen. Die erwarteten ASK-Häufigkeiten waren vor allem in den ostdeutschen Landkreisen überdurchschnittlich hoch, während sie insbesondere in den süddeutschen Landkreisen und kreisfreien Städten unter dem Durchschnitt lagen (Abbildung 5).

Die häufigste Hauptdiagnose der ASK-Fälle ist die Hypertonie (29 %), gefolgt von der chronischen ischämischen Herzkrankheit (22 %). Eine Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit diesen Diagnosen in Regionen, die eine geringere Facharztdichte, eine unterdurchschnittliche Lebenserwartung (bzw. eine überdurchschnittliche Morbidität) und eine hohe Arbeitslosenquote (bzw. eine nachteilhafte sozioökonomische Struktur) haben, könnte zu einer Verringerung der ASK-Häufigkeiten und damit zu geringeren Ausgaben im stationären Bereich führen.

Abbildung 5: Tatsächliche und erwartete ASK-Häufigkeiten nach Landkreisen und kreisfreien Städten, 2011



Quelle: IGES

Ein ASK-Fall verursachte Ausgaben für stationäre Leistungen in Höhe von durchschnittlich 2.551 Euro oder 3.277 Euro – je nach gewählter ASK-Abgrenzung. Abhängig davon, wie umfassend und nach welchen Kriterien die ASK-Fälle abgegrenzt werden (Modell 1 oder Modell 2) und wie ein Benchmark definiert wird, ergeben sich unterschiedlich hohe Einsparpotentiale. Für die Abschätzung der Einsparpotentiale wurden drei unterschiedliche Benchmarks definiert:

- *Benchmark 1:* Als Einsparpotential werden zunächst die Kosten für die ASK-Fälle angenommen, die in Kreisen mit einer überdurchschnittlichen ASK-Häufigkeit vermieden werden könnten, wenn in diesen Kreisen die ASK-Rate auf das bundesweite Durchschnittsniveau sänke. Nimmt man an, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten mindestens die durchschnittliche ASK-Rate (oder eine geringere) realisiert werden kann, könnten – je nach gewählter ASK-Abgrenzung – stationäre Kosten im Umfang von 185 Mio. Euro bis 461 Mio. Euro eingespart werden (Tabelle 5).

- *Benchmark 2:* Wird der absolute Wert der bundesweit durchschnittlichen ASK-Häufigkeit als Benchmark gewählt, bleibt unberücksichtigt, dass in den einzelnen Regionen (Kreisen) die Einflussfaktoren der ASK-Häufigkeit unterschiedlich stark wirken. Entsprechend stark weichen die regionalen Ausgangspositionen voneinander ab, von denen aus der Benchmark zu erreichen wäre. Ein in dieser Hinsicht „fairer“ Benchmark wäre daher der kreis-individuelle Erwartungswert für die ASK-Rate, wie er mit der Regressionsgleichung errechnet werden kann. Die Koeffizienten der Regressionsgleichung bilden dabei die anhand sämtlicher Kreise ermittelten durchschnittlichen Wirkungszusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren und der ASK-Häufigkeit ab. Gleichzeitig werden die Erwartungswerte aber für jeden Kreis individuell berechnet, indem die kreisspezifischen Variablenwerte der Einflussfaktoren in die Berechnung einfließen. Somit enthält das Benchmark 2-Konzept eine Risikoadjustierung in Form von kreisindividuellen Benchmark-Werten. Für die Ermittlung des Einsparpotentials wird nachfolgend angenommen, dass die ASK-Häufigkeiten derjenigen Landkreise und kreisfreien Städte, deren Ist-Wert über ihrem Erwartungswert liegt, auf die jeweiligen Erwartungswerte sinken. Unter dieser Annahme beträgt das Einsparpotential für die stationären Kosten – je nach gewählter ASK-Abgrenzung – 160 Mio. Euro bis 340 Mio. Euro.
- *Benchmark 3:* Ein weiterer möglicher Ansatzpunkt für ein Benchmark wäre, die durchschnittliche prozentuale Abweichung zwischen tatsächlicher und erwarteter ASK-Häufigkeit sämtlicher Kreise zugrunde zu legen. Für die Ermittlung des Einsparpotentials wird dann angenommen, dass die ASK-Häufigkeiten in allen Kreisen mindestens um diesen Prozentsatz unter den jeweiligen Erwartungswerten liegen. Das heißt, Einsparungen werden nur für die Kreise angenommen, deren tatsächliche ASK-Häufigkeit die erwartete ASK-Häufigkeit entweder überschreitet oder um weniger als den Benchmark-Prozentsatz unterschreitet. Je nach gewählter ASK-Abgrenzung ergäbe sich ein Einsparpotential im Umfang von 376 Mio. Euro bis 860 Mio. Euro.

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

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

Quelle: IGES

Anmerkung: \* Modell 1: ASK-Abgrenzung ohne Filterkriterien, Modell 2: ASK-Abgrenzung mit Filterkriterien (vgl. Kapitel 2.3.1).

Absolut in Euro liegt demnach das größte Einsparpotential bei rd. 860 Mio. Euro, wenn man Benchmark 3 (durchschnittliche prozentuale Unterschreitung des Erwartungswertes) im Modell 1 (umfassendere Abgrenzung der ASK-Fälle) zugrunde legt. Das geringste absolute Einsparpotential beläuft sich auf knapp 160 Mio. Euro, wenn man im Modell 2 mit der engeren Abgrenzung der ASK-Fälle die Benchmark 2 (individuelle Erwartungswerte) anwendet.

Prozentual ergeben sich die größten Einsparmöglichkeiten, wenn bei enger Abgrenzung der ASK-Fälle (Modell 2) Benchmark 3 zugrunde gelegt wird (-17,2 %). Relativ am geringsten ist das Einsparpotential dagegen, wenn bei der umfassenderen Abgrenzung der ASK-Fälle (Modell 1) Benchmark 2 angewendet wird (-5,5 %).

Wie oben ausgeführt, konnten ASK-Fälle mit psychiatrischen Hauptdiagnosen nicht in die Analyse und somit auch nicht in die Abschätzung von Einsparpotentialen einbezogen werden, weil Abrechnungsdaten für diesen In-

dikationsbereich (noch) nicht Bestandteil des DRG-Datensatzes sind. Für sich genommen führt das Fehlen dieses Indikationsbereichs dazu, dass die ausgewiesenen Einsparmöglichkeiten unterschätzt wurden. Konkret betrifft die Unterschätzung die Diagnosen Depression und Demenz, die gemäß dem für diese Untersuchung gewählten Abgrenzungskonzept den ASK zugeordnet wurden (vgl. Kapitel 2.3.1).

## **2.4 Rettungsfahrten und Krankentransporte**

Gegenstand dieses Teils der Untersuchung ist die Frage, ob zwischen der regionalen vertragsärztlichen Versorgungsdichte einerseits und der Häufigkeit von Rettungsfahrten und Krankentransporten andererseits ein systematischer Zusammenhang besteht.

### **2.4.1 Begriffliche Grundlagen**

Einsätze des Rettungsdienstes und Krankentransporte in der GKV werden im § 60 SGB V unter dem Aspekt der Fahrkosten behandelt. Fahrkosten übernehmen die Krankenkassen, wenn Fahrten aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug genutzt werden kann, hat sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall zu richten. Dabei ist das System der Anerkennung von Fahrkosten für die Benutzung unterschiedlicher Verkehrsmittel dreistufig aufgebaut.

- Danach werden zunächst Fahrkosten für die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels (§ 60 Abs. 3 Nr. 1 SGB V) oder eines privaten Kraftfahrzeugs (§ 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V) berücksichtigt.
- Für den Fall, dass ein öffentliches Verkehrsmittel nicht benutzt werden kann, werden auch Fahrkosten für die Benutzung eines Taxis oder Mietwagens von den Kassen anerkannt (§ 60 Abs. 3 Nr. 2 SGB V).
- Falls die öffentliche Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht genutzt werden können, werden auch Fahrkosten für die Benutzung von Krankenkraftwagen und Rettungsfahrzeugen anerkannt.

Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung werden nur nach vorheriger Genehmigung durch die Kassen in besonderen Ausnahmefällen übernommen (§ 60 Abs. 1 S. 3 SGB V).

Grundsätzlich wird unterschieden zwischen Primäreinsätzen (Rettungsdienst bzw. Notfallrettung) und Sekundäreinsätzen (Intensivtransport und Krankentransport). Bei Primäreinsätzen kommen als Fahrzeugtypen grundsätzlich Rettungshubschrauber, Notarzteinsetzungsfahrzeuge (NEF), Notarztwagen (NAW) und Rettungswagen (RTW) infrage. Für Sekundäreinsätze ste-

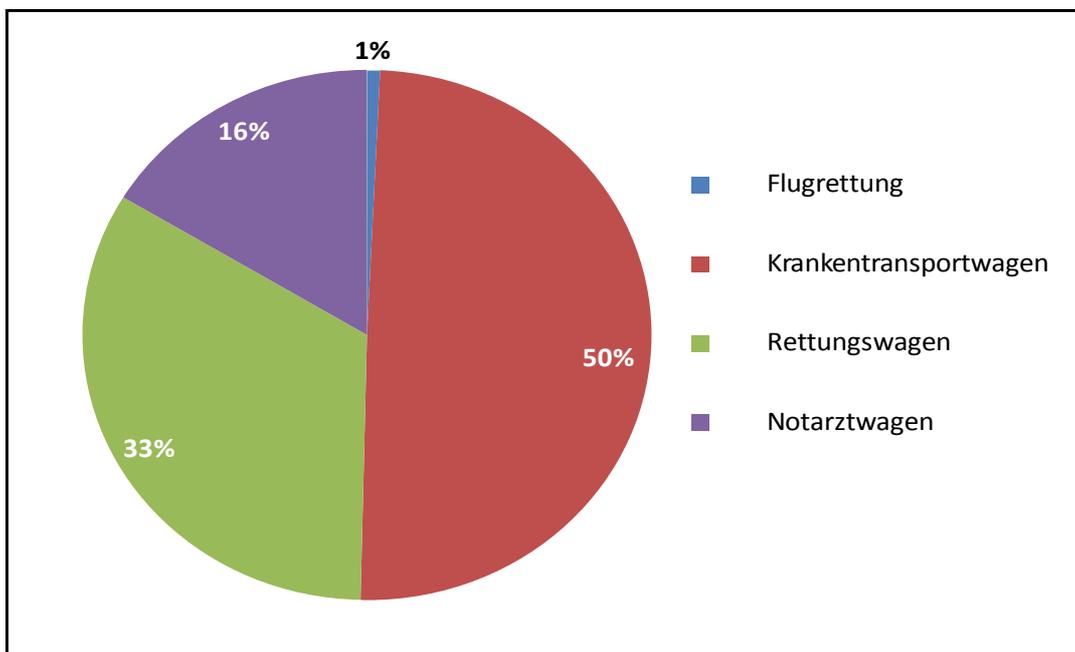
hen grundsätzlich Intensivhubschrauber, Intensivtransportwagen (ITW), Verlegungsarzteeinsatzfahrzeuge (VEF) und Krankentransportwagen (KTW) zur Verfügung. Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Taxis oder Mietwagen werden bei der Unterscheidung zwischen Primär- und Sekundäreinsätzen nicht berücksichtigt.

#### 2.4.2 Leistungshäufigkeiten und Ausgabenrelevanz von Fahrkosten in der GKV

Insgesamt gab es im Jahr 2011 in der GKV bundesweit etwa 10,3 Mio. Leistungsfälle von Rettungsfahrten und Krankentransporten. Dabei handelte es sich in der Hälfte aller Fälle um Fahrten mit einem Krankentransportwagen (Abbildung 6).

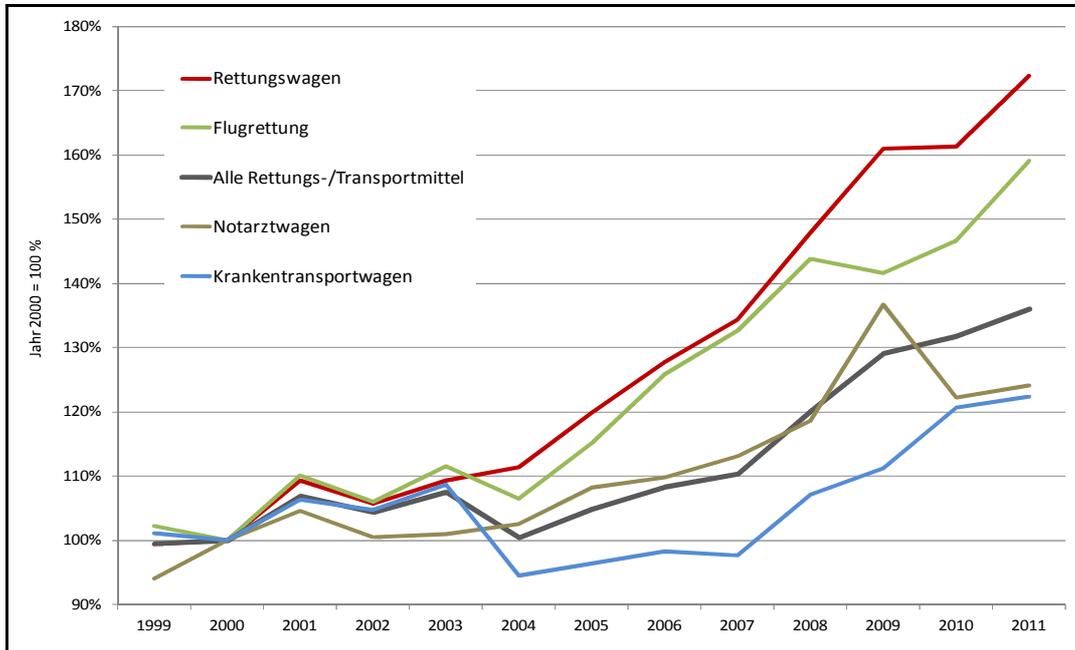
Die Zahl der Einsätze mit Rettungswagen ist dabei seit dem Jahr 2000 deutlich stärker gestiegen (+72 %) als die Zahl der Einsätze insgesamt (36 %) (Abbildung 7).

Abbildung 6: Einsatzhäufigkeit von unterschiedlichen Fahrzeugtypen im Rettungsdienst und bei Krankenfahrten in der GKV, 2011



Quelle: IGES auf Basis der KG2-Statistik (GBE)

Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl der Leistungsfälle von Rettungsfahrten und Krankentransporten nach Leistungsarten (in %), 1999-2011

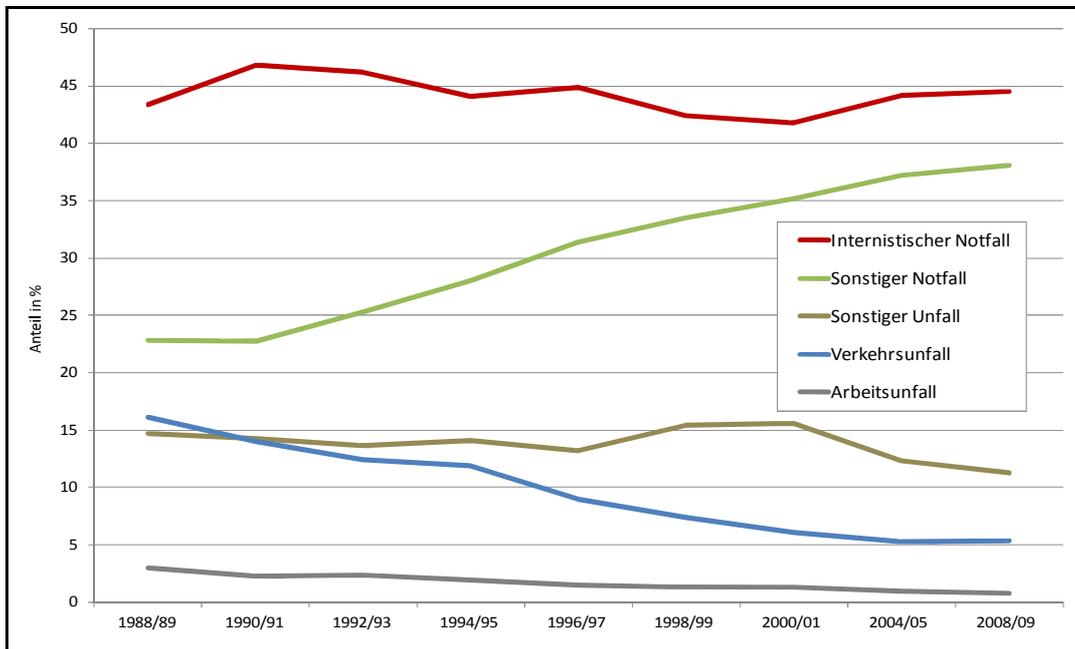


Quelle: IGES auf Basis der KG2-Statistik (GBE)

Anmerkung: Der 'Ausreißer' bei der Anzahl der Notarzteinsätze ist auf eine entsprechende Datenmeldung des vdek zurückzuführen, wonach die Anzahl der Leistungsfälle mit Notarztwagen bei den Ersatzkassen im Zeitraum der Jahre 2008 bis 2009 um 58,2 % auf 804.972 Fälle anstieg (bei 1.954533 Fällen insgesamt).

Zwischen den Jahren 1988 und 2009 ist der Anteil von Verkehrsunfällen als Anlass für Notfalleinsätze des Rettungsdienstes deutlich von 16,1 % auf 5,4 % zurückgegangen. Der Anteil sonstiger Notfälle ist dagegen im gleichen Zeitraum von 22,8 % auf 38,1 % gestiegen. Der häufigste Anlass für Notfalleinsätze waren im gesamten Zeitraum internistische Notfälle (Abbildung 8).

Abbildung 8: Anteile der Einsatzanlässe an allen Notfällen (mit und ohne Notarztbeteiligung) in Deutschland (in %), 1988 bis 2009



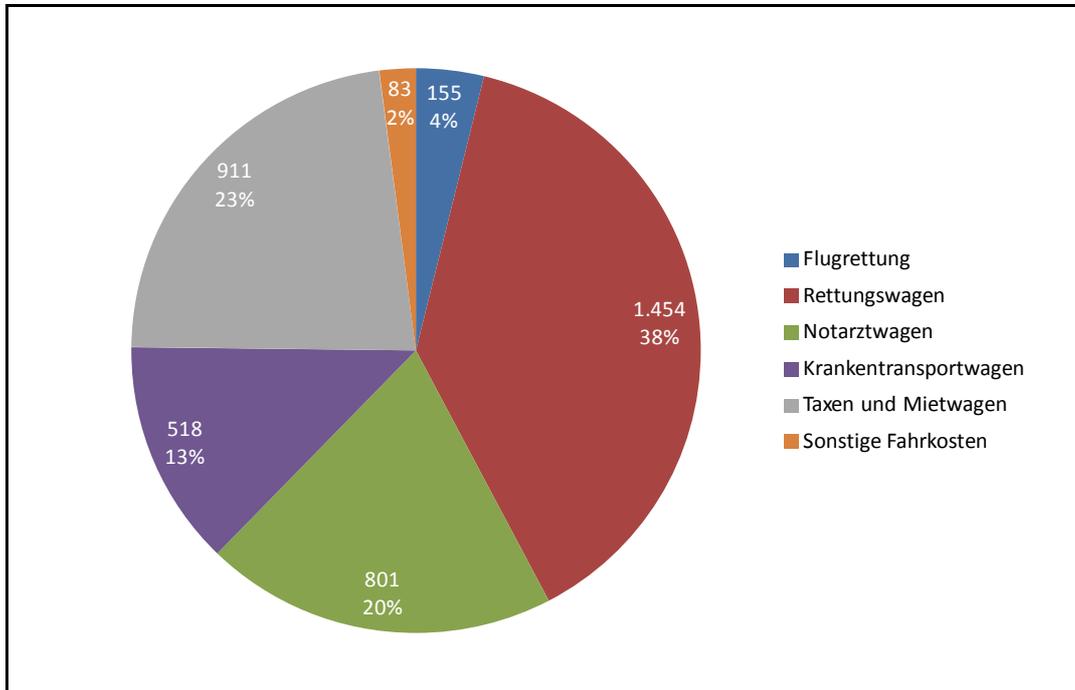
Quelle: IGES auf Basis von BAST (2011); Tab. 5.4

Anmerkungen: Ab 1992/93 einschließlich der neuen Bundesländer  
 Sonstiger Unfall: z. B. Hausunfall, Sportunfall, Freizeitunfall  
 Sonstiger Notfall: z. B. Hilfloose Person, Blut-/Organtransport

Insgesamt entfielen knapp 2,3 % der gesamten Leistungsausgaben der GKV (2012: 173,2 Mrd. €) auf Fahrkosten, davon rd. 58 % auf Fahrten mit Rettungswagen oder Notarztwagen, 23 % mit Taxen und Mietwagen und 13 % mit Krankentransportwagen (Abbildung 9).

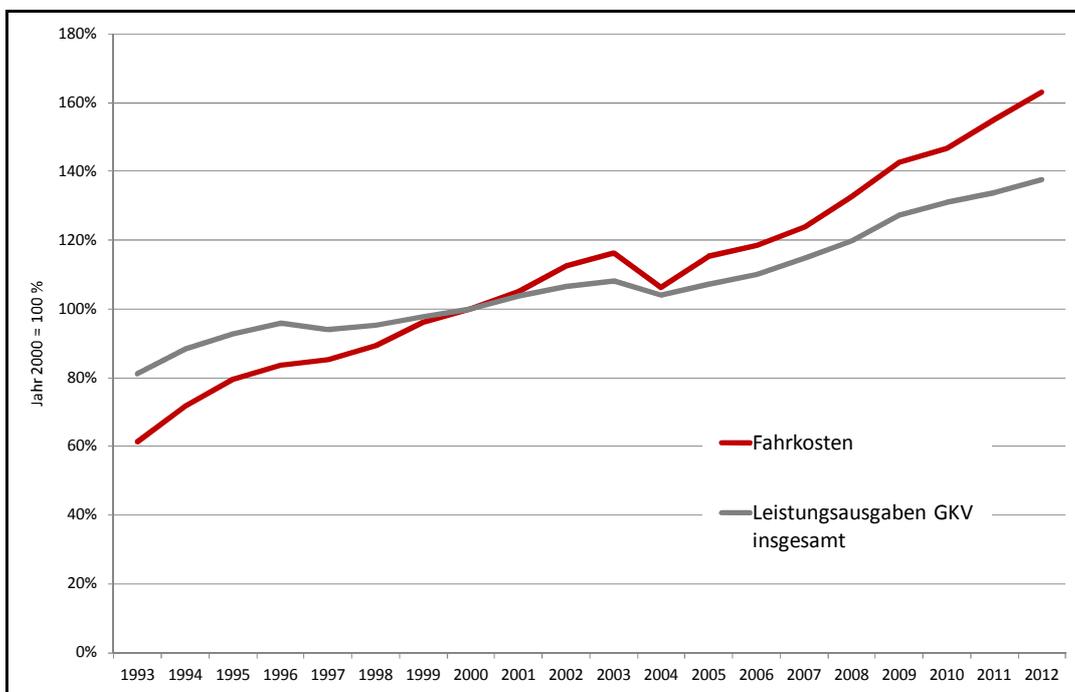
Die Fahrkosten sind seit dem Jahr 2000 stärker gestiegen (+63,1 %) als die Leistungsausgaben der GKV insgesamt (+37,5 %) (Abbildung 10).

Abbildung 9: Ausgaben der GKV für Fahrkosten nach Leistungsarten in Mio. €, 2012



Quelle: IGES auf Basis der KJ 1-Statistik

Abbildung 10: Entwicklung der Fahrkosten und der GKV-Leistungsausgaben insgesamt (in %), 1993-2012



Quelle: IGES auf Basis der KJ-1-Berichte

Gemäß § 133 SGB V werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Rettungsdiensten und anderen Krankentransporten sowohl durch Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern als auch durch landesrechtliche und kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt. Wegen der daraus resultierenden, regional teilweise sehr unterschiedlichen Preisgestaltung werden für die folgenden Analysen nicht die regionalen Unterschiede der Ausgaben, sondern der Häufigkeit von Rettungsfahrten und Krankentransporten herangezogen, um Zusammenhänge mit der vertragsärztlichen Versorgungsdichte zu prüfen.

### **2.4.3 Spezifizierung der zu untersuchenden Zusammenhänge**

Untersucht werden soll, ob eine unterdurchschnittliche ambulante Versorgungsdichte in einer Region typischerweise mit einer überdurchschnittlichen Häufigkeit von Rettungsfahrten und Krankentransporten einhergeht (nach Berücksichtigung von Alters- und Morbiditätsunterschieden). Dabei sind folgende beispielhafte Fallkonstellationen denkbar:

- Eine ambulante Unterversorgung führt zur "Verschleppung" von Erkrankungen und daraus resultierend zur Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung, zu der der Patient per Rettungsdienst oder Krankentransport gelangt.
- Eine ambulante Unterversorgung führt dazu, dass niedergelassene Ärzte oder der ärztliche Bereitschaftsdienst keine Hausbesuche und Pflegeheimbesuche machen können. Daher wird der Rettungsdienst gerufen, welcher die Patienten dann auch – teilweise aus abrechnungstechnischen Gründen – ins Krankenhaus befördert.
- Eine geringe Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung infolge  
a) einer geringen vertragsärztlichen Versorgungsdichte und/oder  
b) fehlender eigener Verkehrsmittel des Patienten und seiner Angehörigen bzw. unzureichender ÖPNV-Anbindung führen dazu, dass Patienten auf einen Krankentransport angewiesen sind, um einen Arzt zu erreichen.

### **2.4.4 Datengrundlagen**

Für die Untersuchung der o. a. Zusammenhänge wurden unterschiedliche Datengrundlagen herangezogen und auf ihre Analysetauglichkeit geprüft.

Zunächst wurde die Gesundheitsberichterstattung (GBE) als Datenquelle geprüft. Deren Indikatorensetz<sup>16</sup> enthält den Indikator 7.25 "Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsatzfahrzeugen und Notarztwagen, Land im Regionalvergleich, Jahr". Datenquelle sollen die Rettungsdienststatistiken sein und Datenhalter die Obersten Landesgesundheitsbehörden oder die Innenministerien der Bundesländer. Allerdings handelt es sich bei diesem Indikator nicht um einen Kernindikator der GBE, sondern um einen Landesindikator. Während Kernindikatoren von allen Ländern vorgehalten werden und grundsätzlich zwischen den Ländern vergleichbar sein sollten, können die Landesindikatoren zusätzlich in den Ländern geführt werden, wenn dafür gesundheitspolitische Prioritäten bestehen. Daher gibt es für diesen Indikator der GBE keinen bundesweit konsolidierten Datenbestand.<sup>17</sup>

Tatsächlich gestaltet sich die Datensituation in den Bundesländern unterschiedlich. Die Datenrecherche (via Internet sowie teilweise telefonisch) ergab, dass für neun Bundesländer Daten zu den Leistungshäufigkeiten vorliegen, häufig auch über mehrere Jahre (Tabelle 6). Zwei Länder (Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern) konnten auf Nachfrage keine Daten zur Verfügung stellen. Die übrigen Länder haben auf entsprechende Anfragen nicht geantwortet oder nicht abschließend geprüft, ob die Daten zur Verfügung gestellt werden können. Dadurch, dass die Daten vielfach über die Innenministerien der Länder zusammengestellt werden, fehlt meist der Bezug zum Indikator 7.25 der GBE. Ein wesentlicher Grund für die unterschiedliche Datenlage in den Ländern liegt darin, dass die durch die Rettungsdienstgesetze der Länder geprägten Systeme zur Steuerung und Finanzierung des Rettungsdienstes unterschiedlich ausgestaltet sind.

---

<sup>16</sup> [http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc\\_show\\_pdf?p\\_id=9768&p\\_sprache=d](http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9768&p_sprache=d)

<sup>17</sup> Für eine bundesweite Gesamtdarstellung greift die GBE des Bundes (gbe-bund.de) auf die KG 2-Statistik und eine Erhebung der Bundesanstalt für Straßenwesen zurück ([http://www.bast.de/cIn\\_033/nm\\_42256/DE/Publikationen/Berichte/unterreihem/2011-2010/m217.html?\\_\\_nnn=true](http://www.bast.de/cIn_033/nm_42256/DE/Publikationen/Berichte/unterreihem/2011-2010/m217.html?__nnn=true)). Eine regional differenzierte Betrachtung ist mit diesen Datenquellen nicht möglich.

Tabelle 6: Daten zu Leistungsfällen im Rettungsdienst in den Bundesländern

Bundesland	Daten- verfüg- barkeit	Berichts- jahre	Quelle
Baden- Württemberg	Ja	2009	Daten über gesetzliche Leistungsträger verfügbar: QS-Bericht
Bayern			angefragt beim Innenministerium
Berlin	Ja	2002-2010	Senatsverwaltung für Inneres und Sport; verfügbar über das GSI-System der Senatsverwaltung für Gesundheits und Soziales: <a href="http://www.gsi-berlin.info">www.gsi-berlin.info</a>
Brandenburg	Ja	2008-2010	zur Verfügung gestellt durch Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV)
Bremen	Nein		<a href="http://www.statistik-bremen.de/Gesundheitsberichterstattung/indikatoren/themenfeld07/leistungen_ambulante.html">http://www.statistik-bremen.de/Gesundheitsberichterstattung/indikatoren/themenfeld07/leistungen_ambulante.html</a> ; Frau Heinz 0421 361 9066; <a href="http://www.inneres.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen52.c.2151.de">http://www.inneres.bremen.de/sixcms/detail.php?gsid=bremen52.c.2151.de</a>
Hamburg	Ja	2009, 2010	<a href="http://www.hamburg.de/contentblob/2105064/data/jahresbericht-2009.pdf">http://www.hamburg.de/contentblob/2105064/data/jahresbericht-2009.pdf</a> ; <a href="http://www.hamburg.de/contentblob/2783892/data/jahresbericht-2010.pdf">http://www.hamburg.de/contentblob/2783892/data/jahresbericht-2010.pdf</a>
Hessen			angefragt beim Sozialministerium
Mecklenburg- Vorpommern	Nein		gemäß Ministerium ggf. bei Kreisen verfügbar
Nieder- sachsen	nein		gemäß Ministerium auf Landesebene nicht verfügbar <a href="http://www.mi.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=14823&amp;article_id=63126&amp;psmand=33;0511-120-6186">http://www.mi.niedersachsen.de/portal/live.php?navigation_id=14823&amp;article_id=63126&amp;psmand=33;0511-120-6186</a> (Udo Nolte)
Nordrhein- Westfalen	Ja	2002-2010	verfügbar über das Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen <a href="http://www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheitsberichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_kreise/themen7/index.html">www.lzg.gc.nrw.de/themen/gesundheitsberichte_daten/gesundheitsindikatoren/indikatoren_kreise/themen7/index.html</a>
Rheinland- Pfalz	Ja	1999-2011	Ministerium des Innern, für Sport und Infrastruktur, verfügbar über <a href="http://www.aelrd-rlp.de/">http://www.aelrd-rlp.de/</a>
Saarland	Ja	2003-2009	GBE des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie: <a href="http://www.gbe.saarland.de/15292.htm">http://www.gbe.saarland.de/15292.htm</a>
Sachsen	Ja	2003-2010	verfügbar über die GBE des Landes Sachsen unter <a href="http://www.statistik.sachsen.de/21/08_00/GBE_NEU/GBE/Gesundheit_Start.htm">http://www.statistik.sachsen.de/21/08_00/GBE_NEU/GBE/Gesundheit_Start.htm</a>
Sachsen- Anhalt	Ja	2000-2011	verfügbar über die GBE des Landes Sachsen-Anhalt unter <a href="http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_LAV/Start_LAV/gbe/gbe-net/indikatoren/themenfeld07.html">http://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Elementbibliothek/Bibliothek_Politik_und_Verwaltung/Bibliothek_LAV/Start_LAV/gbe/gbe-net/indikatoren/themenfeld07.html</a>
Schleswig- Holstein			angefragt beim Innenministerium: Daten liegen auf Landesebene nicht vor
Thüringen			angefragt beim Innenministerium (Referat 45)

Quelle: IGES (Stand: November 2012)

Eine erste Prüfung der vorliegenden Daten zeigte, dass sie grundsätzlich miteinander vergleichbar sind, Unterschiede in der Erhebungsweise aber ihre Vergleichbarkeit teilweise einschränken: So werden in den Statistiken zum Beispiel "Fehlfahrten" (Patient weigert sich mitzufahren, ist schon verstorben oder eine Mitfahrt ist medizinisch nicht erforderlich) unterschiedlich gehandhabt: In einigen Statistiken werden sie separat ausgewiesen, obwohl sie gemäß den Vorgaben zum GBE-Indikator 7.25 nicht separat ausgewiesen werden sollen. Weiter werden z. T. unterschiedliche Fahrzeugtypenkategorisierungen angewendet: Beispielsweise werden die Fahrtenhäufigkeiten für NEF und NAW in einigen Ländern aggregiert, oder es werden Fahrtenhäufigkeiten für eine weitere Fahrzeugkategorie (Intensivtransportwagen) ausgewiesen. Vereinzelt kommt es auch vor, dass die Daten nicht auf Kreisebene ausgewiesen werden, sondern z. B. auf der Ebene von Rettungswachen oder von Rettungsdienst-Zweckverbänden.

Es konnte außerdem nicht für alle Datenquellen geklärt werden, inwiefern Leistungen von privaten Anbietern von Krankentransport- und Rettungswagen in den Angaben enthalten sind. Die Aussagefähigkeit der regionalisierten Daten wird dadurch reduziert, dass es – anders als z. B. bei Krankenhausfällen<sup>18</sup> – keine expliziten (einheitlichen) Vorgaben dazu gibt, welcher Region die Fahrten zuzuordnen sind. Überwiegend dürfte die Zuordnung nach dem Standort des Einsatzfahrzeugs erfolgen und nicht nach dem Ort der Aufnahme oder der Übergabe des Patienten. Zusätzlich könnten die Erhebungsergebnisse der Bundesanstalt für Straßenwesen als Vergleichswerte verwendet werden. Diesen liegt eine regelmäßige Befragung von Rettungsleitstellen zugrunde, die für Deutschland hochgerechnet werden (vgl. Bundesanstalt für Straßenwesen 2011).

Aufgrund dieser zahlreichen Einschränkungen bzw. Unklarheiten hinsichtlich der Datenverfügbarkeit und -vergleichbarkeit der Bundesländer-Daten wurden – in Abstimmung mit dem Auftraggeber – zusätzlich Krankenkassendaten herangezogen. Hierfür wurden mehrere Krankenkassen um Auswertungen ihrer Abrechnungsdaten zum Bereich Rettungsfahrten und Krankentransporte gebeten. Für die Analyse standen Datenauswertungen der AOK Nordost, der DAK sowie der BARMER GEK zur Verfügung.

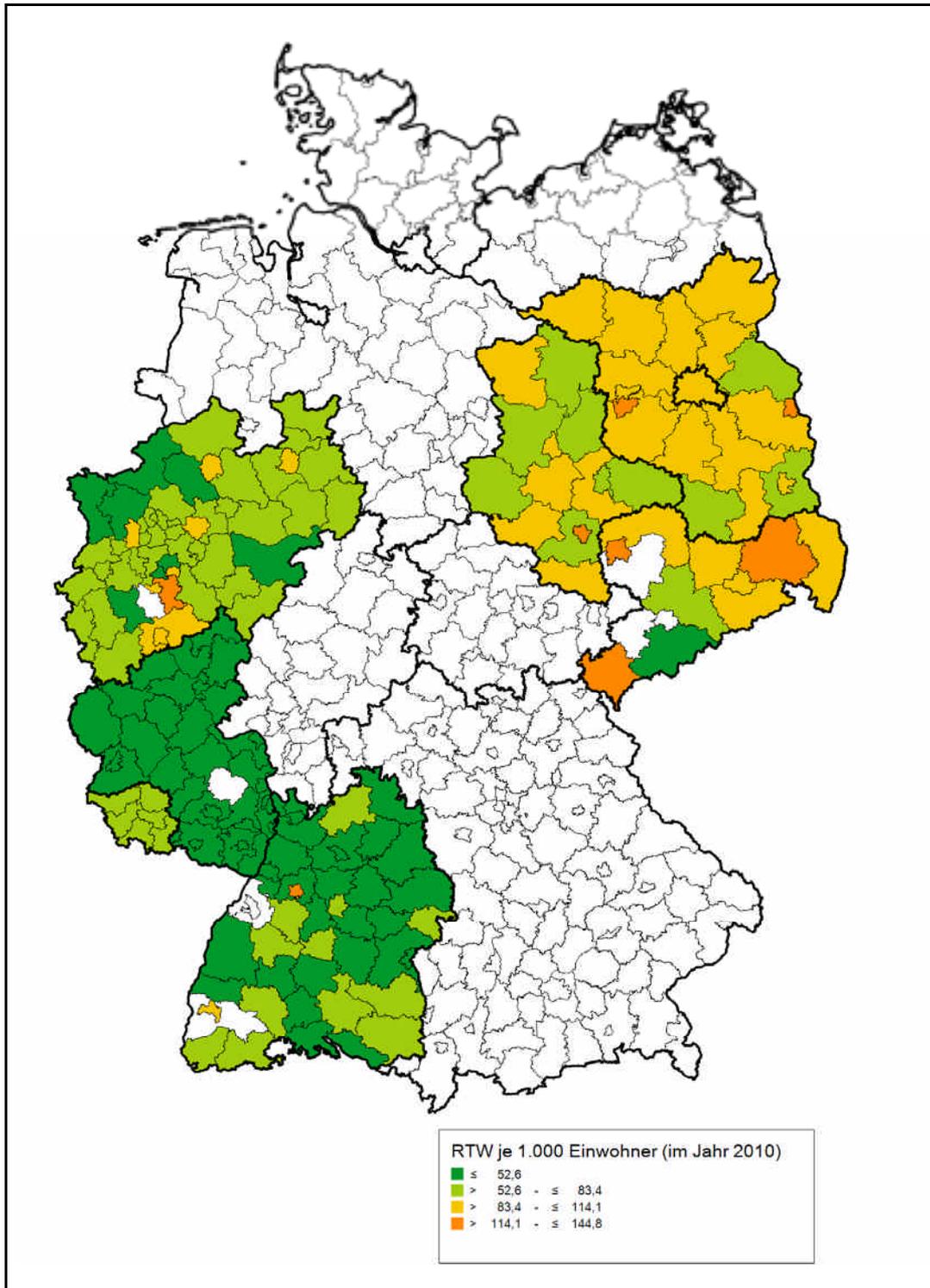
---

<sup>18</sup> In der amtlichen Statistik gibt es eine regionale Zuordnung der Fälle sowohl nach dem Wohnort des Patienten als auch nach dem Behandlungsort.

#### **2.4.5 Regionale Unterschiede von Rettungsfahrten und Krankentransporten – deskriptive Ergebnisse auf Basis von Bundesländerdaten**

Auf Basis der eigenen Datenrecherche liegen für insgesamt neun Bundesländer Angaben zu den Häufigkeiten von Rettungsdienstfahrten und Krankentransporten auf Kreisebene vor (vgl. Tabelle 6). Bei den Rettungsdienstfahrten war die Häufigkeit je 1.000 Einwohner im Jahr 2010 in den ostdeutschen Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Berlin tendenziell höher als in den westlichen Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Baden-Württemberg (Abbildung 11). Die Werte zeigen eine deutliche Spreizung von weniger als 30 Fahrten je 1.000 Einwohner z. B. in vielen Kreisen von Rheinland-Pfalz bis zu mehr als 110 Fahrten je 1.000 Einwohner in Kreisen wie z. B. Pforzheim und Brandenburg an der Havel. Der Durchschnitt über alle erfassten Kreise lag bei 62,4 Fahrten je 1.000 Einwohner.

Abbildung 11: Häufigkeit von Rettungsdienstfahrten (RTW) je 1.000 Einwohner in Deutschland nach Kreisen, 2010



Quelle: IGES gemäß Datengrundlagen Tabelle 6

Anmerkung: Baden-Württemberg: nur Daten für das Jahr 2009 verfügbar. Für die weiß gekennzeichneten Kreise liegen gegenwärtig keine Daten vor.

#### **2.4.6 Zusammenhang zwischen regionaler Arztdichte und Fahrtenhäufigkeit auf Basis von Krankenkassendaten**

Eine vollständige Datengrundlage (Fahrten und Empfänger nach Fahrtzweck und Fahrtmittel auf Kreisebene) lag von zwei Krankenkassen (AOK Nordost und DAK) für die 27 Kreise in Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg vor. Die BARMER GEK konnte regionalisierte Daten nur auf Ebene der *Empfänger (Patienten)* zur Verfügung stellen, nicht aber auf Fallebene. Die vorgesehene Analyse auf Ebene der regionalen Häufigkeiten von Fahrten (Rettungsfahrten, Krankentransporte) ließ sich daher nur mit den Daten der AOK Nordost und der DAK durchführen. Ohne die Daten der BARMER GEK als eine weitere große bundesweite Krankenkasse wurde die Datenbasis als unzureichend angesehen, um die Regionalanalyse auf das gesamte Bundesgebiet auszuweiten. Daher wurden die Auswertungen der Fahrten je Versicherten nach Kreisen zunächst auf die Regionen Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg beschränkt.

Die regionalen Unterschiede der Anzahl der Fahrtempfänger (i. S. v. Patienten) wurden hingegen für Gesamtdeutschland unter Einbeziehung der Daten der BARMER GEK ermittelt, weil hierfür ausreichende Fallzahlen auch für die anderen Regionen (außer Nordost) vorlagen. Die Ergebnisse weichen jedoch von der Betrachtung der Fahrten je Versicherten ab: Wegen des Bezugs lediglich zur Anzahl der Patienten mit (mindestens) einer Rettungsfahrt bzw. einem Krankentransport wird nämlich nicht erfasst, dass Versicherte mit höherem Alter bzw. höherer Morbidität mit größerer Wahrscheinlichkeit mehr Fahrten innerhalb eines Jahres haben als jüngere / gesündere Versicherte.

##### **2.4.6.1 Fahrten je Versicherten - Deskriptive Ergebnisse**

Im Jahr 2012 erhielten von den insgesamt knapp 2,4 Mio. Versicherten der AOK Nordost und der DAK in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Berlin rd. 793 Tsd. Patienten eine Rettungsfahrt bzw. einen Krankentransport.

Insgesamt wurden knapp 3,2 Mio. Fahrten geleistet, die meisten davon mit dem Mietwagen (38 %), gefolgt von Fahrten mit einem behindertengerechten Fahrzeug (15 %), einem Krankentransportwagen (14 %) und einem Taxi (14 %). Nur 12 % der Fahrten wurden mit dem Rettungswagen, dem Notarzteinsetzfahrzeug oder dem Notarztwagen geleistet. Entsprechend war der Transportzweck auch nur selten ein Notfall und die meisten Fahrten planbare oder regelmäßige Transporte wie Serienfahrten (z. B. im Zusammenhang

mit Strahlentherapie), Dialysefahrten oder Fahrten zur ambulanten Behandlung (zusammen 58 % der Fahrten).<sup>19</sup>

Fahrten wurden vor allem bei älteren Versicherten geleistet: 68 % der Fahrten wurden bei Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter erbracht. Die durchschnittliche Anzahl der Fahrten je Versicherten war bei Männern im Alter von 75 Jahren oder älter mit 3,6 Fahrten am höchsten (Frauen im gleichen Alter: 2,8 Fahrten).

Der Durchschnitt in den Kreisen der drei ausgewählten Bundesländer lag bei 1,4 Fahrten je Versicherten im Jahr 2012. Am geringsten war die Fahrtenhäufigkeit in Berlin (1,07 Fahrten je Versicherten), am höchsten im Landkreis Rostock (1,74 Fahrten je Versicherten) (Abbildung 12).

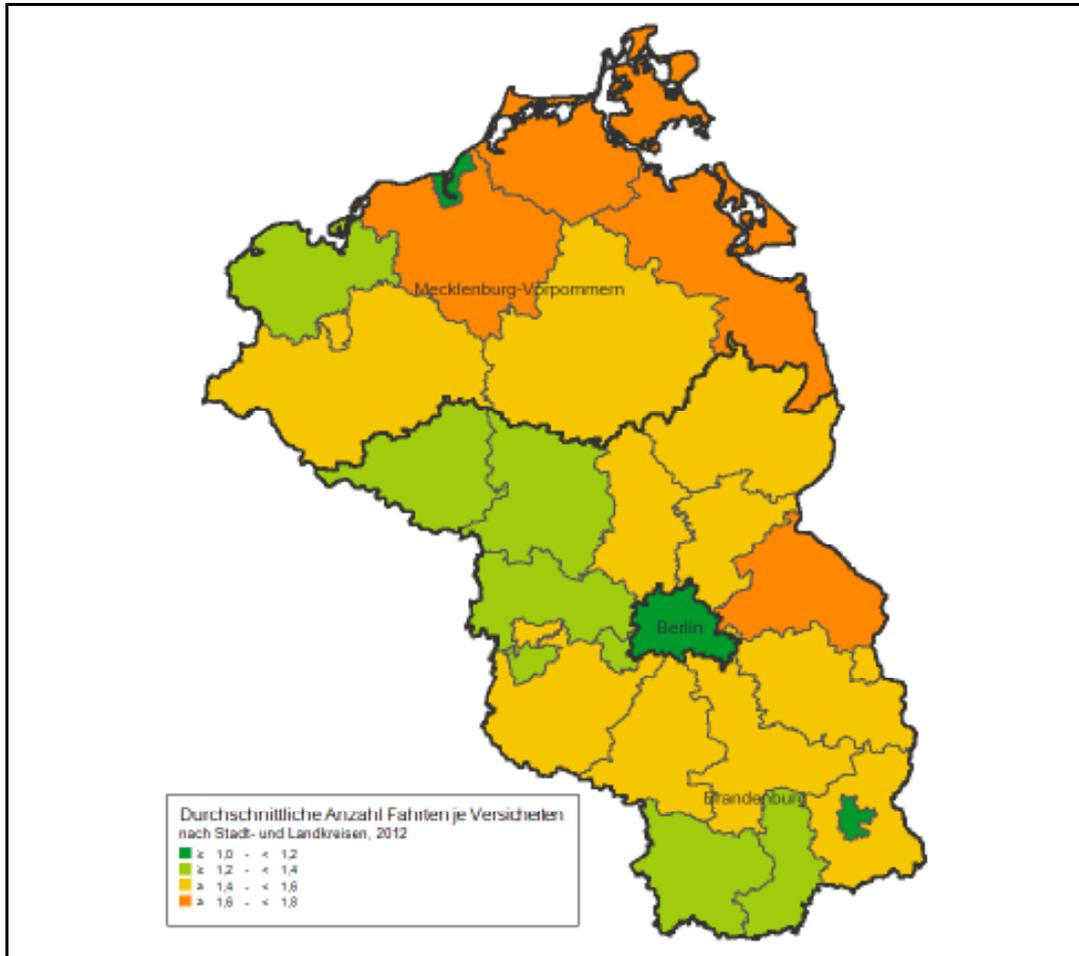
Um regionale Unterschiede der Fahrtenhäufigkeit zu berücksichtigen, die allein auf unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstrukturen der Bevölkerung beruhen, wurde eine direkte Alters- und Geschlechtsstandardisierung vorgenommen. Die so ermittelten alters- und geschlechtsstandardisierten Fahrtenhäufigkeiten sind fiktiv, d. h. sie beschreiben eine Häufigkeitserwartung für den (fiktiven) Fall, dass die regionale Bevölkerungsstruktur derjenigen der Standardbevölkerung entspräche. So kann der Vergleich der Anzahl der Fahrten je Versicherten zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten auf den Teil der interregionalen Unterschiede konzentriert werden, der nicht auf die (kurzfristig) kaum beeinflussbaren demographischen Unterschiede zurückzuführen ist.

Auch nach Alters- und Geschlechtsstandardisierung ergeben sich deutliche Unterschiede zwischen den Landkreisen und kreisfreien Städten: So ist die durchschnittliche Fahrtenhäufigkeit im Landkreis Rostock (1,10 Fahrten je Versicherten) rund 1,8 mal so hoch wie in der kreisfreien Stadt Cottbus (0,62) (Abbildung 13). In allen Landkreisen und kreisfreien Städten im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern war die Fahrtenhäufigkeit gemessen am Durchschnitt der Region Nordost überdurchschnittlich hoch. In den Oberzentren Berlin, Potsdam und Cottbus war die Fahrtenhäufigkeit hingegen deutlich unterdurchschnittlich.

---

<sup>19</sup> Die Krankenkassendaten erfassen somit ein deutlich breiteres Spektrum an Fahrten von Patienten als die in Abbildung 11 dargestellten Bundesländerdaten, die lediglich Rettungsdienstoffahrten umfassen.

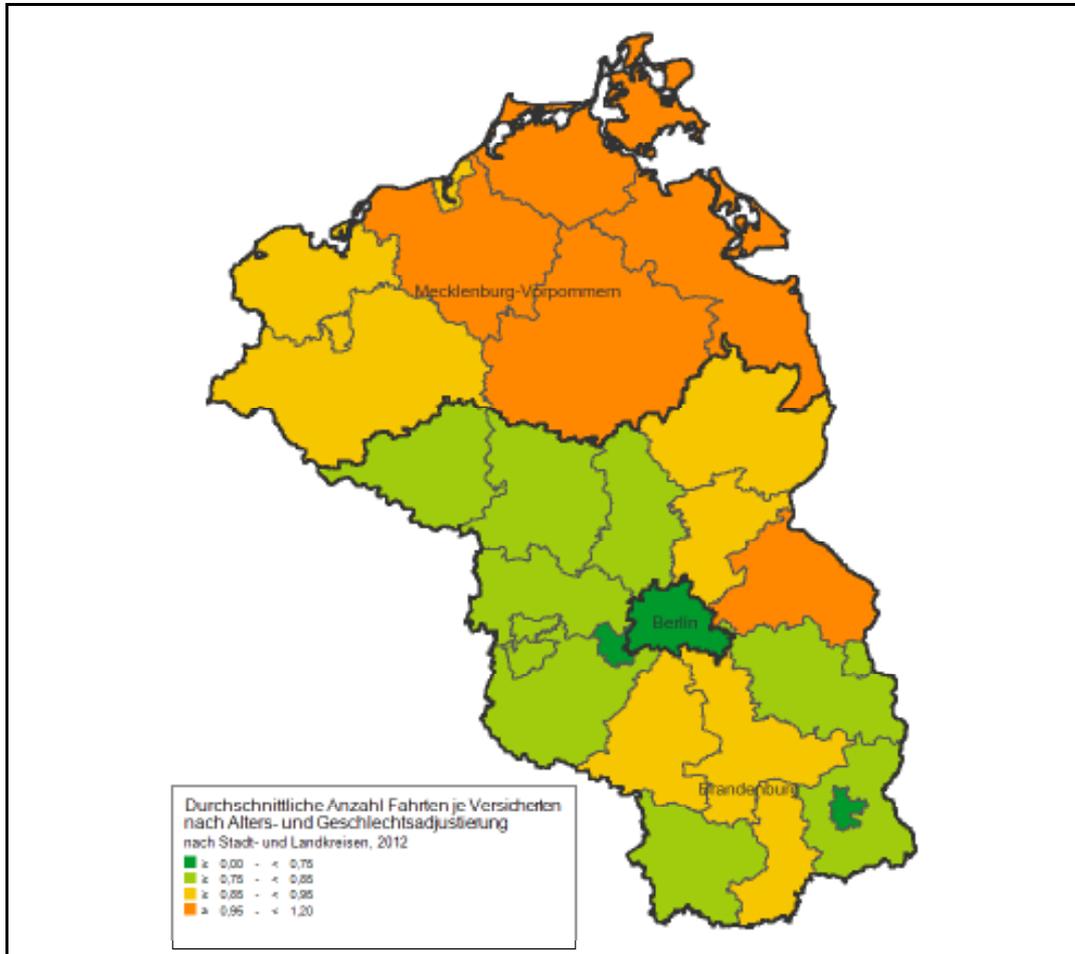
Abbildung 12: Durchschnittliche Anzahl von Rettungsfahrten / Krankentransporten je Versicherten nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Nordost-Region, 2012



Quelle: IGES auf Grundlage von Daten der AOK Nordost und der DAK

Anmerkung: Nicht berücksichtigt wurden Fahrten mit den Fahrtzwecken Verlegung, Verlegung mit Genehmigung der Kasse, Behandlung vor Ort und Erfolgreiche Reanimation, da diese Fahrten nur selten vorkommen und als nicht vermeidbar gelten.

Abbildung 13: Durchschnittliche alters- und geschlechtsstandardisierte Anzahl von Rettungsfahrten / Krankentransporten je Versicherten nach Landkreisen und kreisfreien Städten, Nordost-Region, 2012



Quelle: IGES auf Grundlage von Daten der AOK Nordost und der DAK

#### 2.4.6.2 Korrelationsanalysen

Für die Ermittlung des Zusammenhangs zwischen regionaler Arztdichte und Fahrtenhäufigkeit werden die alters- und geschlechtsstandardisierten Werte nach Landkreisen und kreisfreien Städten der Region Nordost verwendet.

Es besteht ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Anzahl der Fahrten je Versicherten in den Kreisen einerseits und der regionalen ambulanten Facharztdichte andererseits (Pearson-Korrelationskoeffizient = -0,400). Das heißt: Für die Nordost-Region gilt im Durchschnitt, dass eine geringere regionale Facharztdichte mit einer höheren Anzahl an Fahrten je Versicherten einhergeht (Tabelle 7).

Während der Zusammenhang zwischen der Fahrtenhäufigkeit insgesamt und der Hausarztichte statistisch nicht signifikant ist, zeigt sich ein negativer signifikanter Zusammenhang zwischen Hausarztichte und den Fahrten mit dem spezifischen Fahrtzweck Krankenhausbehandlung (vor-, nach-, teil- und vollstationär) (Pearson-Korrelationskoeffizient = -0,545). Das heißt: Je geringer die Hausarztichte ist, desto mehr Fahrten je Versicherten mit dem Fahrtzweck Krankenhausbehandlung sind zu verzeichnen.

Tabelle 7: Korrelationen zwischen Anzahl von Rettungsfahrten / Krankentransporten je Versicherten (differenziert nach Fahrtzweck) und ambulanter Arztichte, 2012

	Fahrten gesamt	Fahrten KH- behandlung	Fahrten amb. KH- behandlung	Fahrten Dialyse und Serienfahrten
<b>Hausarztichte</b>				
Korrelationskoeff.	-0,082	-0,545	-0,222	0,149
Signifikanz	0,684	0,003	0,267	0,458
<b>Facharztichte</b>				
Korrelationskoeff.	-0,400	-0,308	0,133	-0,176
Signifikanz	0,039	0,118	0,508	0,380

Quelle: IGES auf Grundlage von Daten der AOK Nordost und der DAK

In welchem Ausmaß eine Veränderung der regionalen Hausarztichte für sich genommen – d. h. unter Berücksichtigung anderer regionaler Einflussfaktoren – die Fahrtenhäufigkeit durchschnittlich verringert, lässt sich nur mit einer multivariaten Regressionsanalyse abschätzen. Die Datengrundlage der Region Nordost ist mit nur 27 Datenpunkten für ein solches statistisches Verfahren nicht ausreichend. Daher wurde hier von einer solchen Analyse abgesehen.

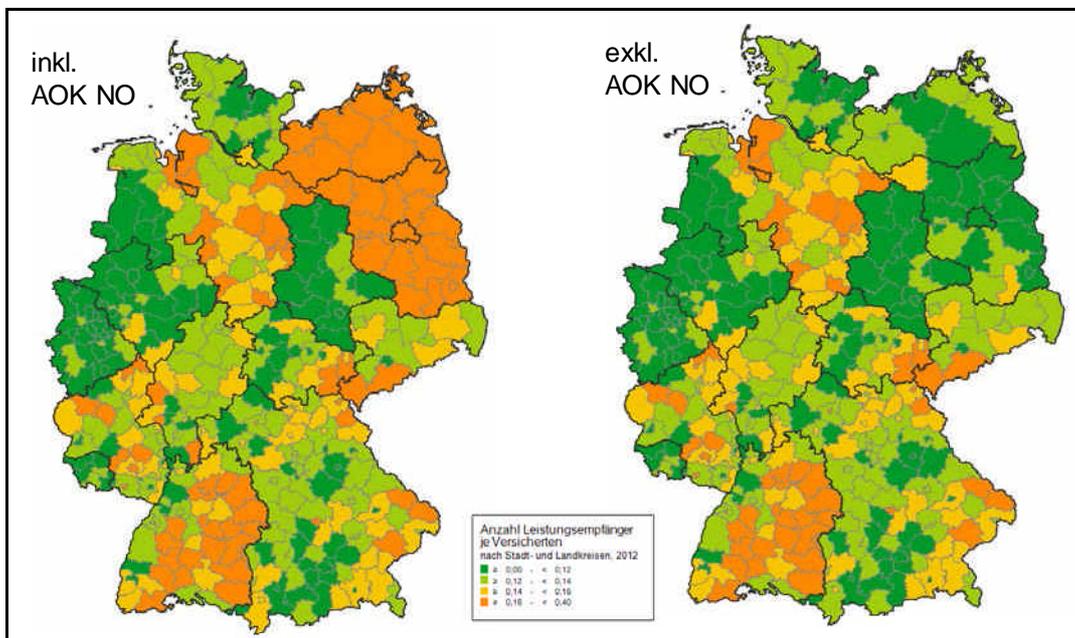
#### 2.4.6.3 Patienten mit mindestens einer Fahrt – deskriptive Ergebnisse

Für eine bundesweite Betrachtung der Rettungsfahrten und Krankentransporte steht eine ausreichende Stichprobe nur für die Anzahl der Patienten mit mindestens einer Fahrt auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte zur Verfügung. Die Anzahl der Fahrten je Patient kann mit der momentan vorhandenen Datengrundlage dagegen nicht bundesweit ausgewertet werden. Die Qualität der hierzu in Aussicht gestellten Daten der BARMER GEK erwies sich für die Analysezwecke als unzureichend. Eine bundesweite Auswertung der Fahrten je Versicherten allein auf Grundlage der DAK-Daten wäre aufgrund der geringen Stichprobengröße in vielen Landkreisen und kreisfreien Städten nicht ausreichend aussagekräftig: In 67 Kreisen be-

trug der Anteil der DAK-Versicherten an der Gesamtbevölkerung weniger als 5 %.

Auf Basis der zusammengeführten Daten von AOK Nordost, DAK und BARMER GEK zeigt sich: Der Anteil der Patienten mit mindestens einer Fahrt an allen Versicherten unterscheidet sich regional zum Teil deutlich und liegt zwischen 6,8 % im Stadtkreis Speyer in Rheinland-Pfalz und 30,6 % im Landkreis Ludwigslust-Parchim in Mecklenburg-Vorpommern (Abbildung 14, linke Karte). Allerdings zeigt sich auch, dass diese aus den Daten der drei Krankenkassen bestehende Datengrundlage nicht ausreichend repräsentativ ist.

Abbildung 14: Anteil der Patienten mit mindestens einer Rettungsfahrt / einem Kranken-transport an allen Versicherten, 2012



Quelle: IGES auf Grundlage von Daten der AOK Nordost, DAK und BARMER GEK

So ergibt sich für die AOK Nordost separat betrachtet ein deutlich höherer Anteil von Patienten mit mindestens einer Rettungsfahrt / einem Kranken-transport an allen Versicherten. Der Anteilswert liegt für diese Krankenkasse bei 37 %, für die bundesweiten Ersatzkassen allerdings deutlich niedriger (DAK: 14,5 %, BARMER GEK: 10,6 %). Stellt man die regionalen Unterschiede nur auf Basis der Daten der beiden bundesweiten Ersatzkassen dar, ergeben sich für die Kreise der Region Nordost deutlich geringere Anteilswerte (Abbildung 14, rechte Karte). Die Unterschiede sprechen dafür, dass sich die Versicherten der Regionalkasse AOK Nordost hinsichtlich der Fahrtenwahrscheinlichkeit systematisch von denen der bundesweiten Er-

satzkassen unterscheiden. Eine mögliche Ursache hierfür ist das Zusammenwirken einer erhöhten Morbidität der Versicherten mit einer unterdurchschnittlichen vertragsärztlichen Versorgungsdichte am Wohnort.

#### **2.4.7 Schätzung von Einsparpotentialen anhand eines Benchmarking-Ansatzes**

Gemäß § 133 SGB V werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Rettungsdiensten und anderen Krankentransporten sowohl durch Verträge zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern als auch durch landesrechtliche und kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt. Daraus resultieren regional teilweise sehr unterschiedliche Preisgestaltungen. Für die Schätzung von Einsparpotentialen bei Rettungsfahrten und Krankentransporten wurden daher mithilfe der Leistungsausgaben der gesamten GKV (KJ1-Statistik des BMG) und der Leistungsempfängerstatistik der GKV (KG2-Statistik des BMG) die durchschnittlichen Kosten je Fahrt für Deutschland geschätzt.

Allerdings enthält die KG2-Statistik keine Angaben zur Anzahl der Fahrten mit Taxen oder Mietwagen. Diese Anzahl wurde anhand der Verteilung der Fahrten nach Transportmittel in der Region Nordost geschätzt. Dabei wurde angenommen, dass der Anteil der der Fahrten mit Taxen oder Mietwagen in der Region Nordost demjenigen für die gesamte Bundesrepublik entspricht. Nach dieser Schätzung lagen die durchschnittlichen Kosten einer Rettungsfahrt / eines Krankentransports bei 145,5 Euro (Tabelle 8).

Für die Schätzung der Einsparpotentiale bei Rettungsfahrten und Krankentransporten in der Region Nordost wurde ein relativer Benchmarkansatz gewählt. Zunächst wurde der Medianwert der Fahrtenanzahl je Versicherten in den Kreisen bestimmt. Anschließend wurde jeweils die durchschnittliche Fahrtenanzahl je Versicherten für die Gruppe der Kreise gebildet, deren individuelle Fahrtenhäufigkeiten über dem Median lagen, sowie für die Gruppe der Kreise, in denen der Medianwert unterschritten wurde. Die prozentuale Abweichung zwischen dem Durchschnittswert der Gruppe mit überdurchschnittlichen Fahrtenhäufigkeiten und dem Durchschnittswert der Gruppe mit unterdurchschnittlichen Fahrtenhäufigkeiten beträgt rund 18 %. Dieser Wert bildet die Benchmark für alle Kreise mit überdurchschnittlichen Fahrtenhäufigkeiten (gemessen am Median): Für die Ermittlung eines Einsparpotentials wurde nun unterstellt, dass in diesen Kreisen die Fahrtenhäufigkeiten jeweils um 18 % reduziert werden können.

Tabelle 8: Schätzung der durchschnittlichen Kosten einer Rettungsfahrt / eines Krankentransports, 2011

Transportmittel	Kosten gesamt in Euro	Anzahl Fälle	Verteilung Transport- mittel	Kosten je Fahrt in Euro
Flugrettung	142.801.596	80.197	0,3%	1.780,6
Rettungswagen	1.453.965.702	3.625.970	13,8%	401,0
Notarztwagen	765.690.618	1.774.304	6,8%	431,5
Krankentransportwagen	496.151.105	5.393.696	20,6%	92,0
Taxen und Mietwagen	871.940.029	* 13.698.418	52,3%	63,7
Sonstige Transportmittel	80.406.573	* 1.616.503	6,2%	49,7
<b>Gesamt</b>	<b>3.810.955.623</b>	<b>26.189.088</b>	<b>100%</b>	<b>145,5</b>

Quelle: IGES auf Grundlage von KJ1, KG2 und Daten DAK und AOK Nordost

Anmerkung: \* Schätzung auf Basis der Verteilung der Fahrten nach Transportmittel in der Region Nordost.

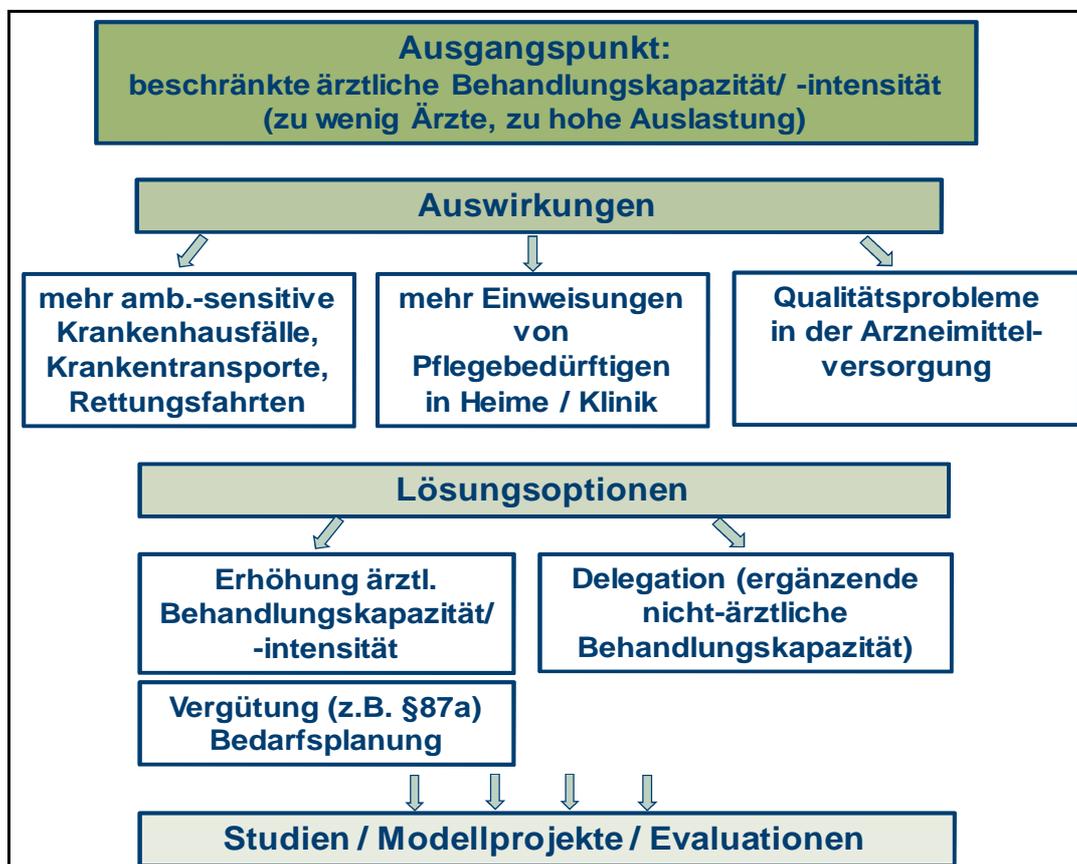
Die Anzahl der Fahrten sänke unter dieser Annahme um insgesamt knapp 250 Tsd. Bewertet man diese Fahrtenzahl mit den durchschnittlichen Kosten je Fahrt, so ergibt sich ein Einsparpotential von rd. 36,4 Mio. Euro für die Region Nordost. Die Kosten der Gesamtzahl der Fahrten in der Region Nordost hätten – wenn man dieselben geschätzten Durchschnittskosten je Fahrt (gemäß Tabelle 8) unterstellt – bei knapp 452 Mio. Euro gelegen. Das ermittelte Einsparpotential entspricht dann einer Reduzierung um 8,1 %.

## 2.5 Kompensationspotentiale einer erhöhten ärztlichen Behandlungskapazität: weitere Erkenntnisse

Ergänzend zu den eigenen empirischen Analysen wurde eine Recherche und Analyse von wissenschaftlicher bzw. Fachliteratur durchgeführt, um zusätzliche Erkenntnisse zur Fragestellung der vorliegenden Untersuchung zu gewinnen. Im Mittelpunkt steht hierbei zunächst die Frage, inwiefern eine Verbesserung des (vertrags-)ärztlichen Versorgungsangebots in Bezug auf die Gesundheitsausgaben Kompensationen in anderen Versorgungsbereichen ermöglicht. Solche Kompensationen können vor allem dann zustande kommen, wenn eine verbesserte (vertrags-)ärztliche Versorgung dazu beiträgt, dass (höhere) Kosten verursachende Behandlungen oder behandlungsrelevante Ereignisse in anderen Versorgungsbereichen vermieden werden können. Hieran schließt sich als weiterführende Frage, durch welche Maßnahmen eine solche Verbesserung der (vertrags-) ärztlichen Versorgung erreicht werden kann.

Auf der Basis eines ersten Literaturüberblicks wurde eine entsprechende Strukturierung für die Literaturlauswertung gewählt (Abbildung 15). Demnach umfasst eine Themenkategorie die Auswirkungen einer relativ beschränkten (vertrags-) ärztlichen Behandlungskapazität bzw. -intensität, sei es in Form einer unterdurchschnittlichen Arztdichte oder in Form einer übermäßigen Auslastung vorhandener ärztlichen Behandlungskapazitäten. Zu den negativen, Kosten verursachenden Auswirkungen – und damit Kompensationspotentialen – zählen neben den ambulant-sensitiven Krankenhausfällen, Rettungsfahrten und Krankentransporten, zu denen hier eigene empirische Analysen durchgeführt wurden, auch vermeidbare Pflegeheimweisungen und Qualitätsdefizite in der Arzneimittelversorgung.

Abbildung 15: Schema zur Strukturierung der Literaturlauswertung



Quelle: IGES

Mögliche Lösungsoptionen, nach denen in der Fachliteratur recherchiert wurde, sollten durch das Ziel gekennzeichnet sein, die Beschränkungen in der (vertrags-) ärztlichen Behandlungskapazität zu verringern und dadurch solche Kompensationspotentiale zu erschließen. Hierfür kommen einerseits Ansätze in Frage, die ärztliche Behandlungskapazitäten zu erhöhen (z. B. durch Vergütungszuschläge oder im Rahmen der Bedarfsplanung), sowie

Ansätze, mit denen die beschränkten Behandlungskapazitäten durch Delegation an nicht-ärztliche Leistungserbringer erweitert werden.

Die Literatur- bzw. Evidenzsituation gestaltet sich zu den beschriebenen Themenkategorien recht unterschiedlich. Hinsichtlich der Kompensationsbereiche bezieht sich das Gros der vorliegenden Literatur auf das ambulante Potential in der stationären Versorgung. Zu den Lösungsoptionen liegen häufig nur Beschreibungen von Modellprojekten und vorläufige Erkenntnisse vor.

### **2.5.1 Auswirkungen beschränkter (vertrags-) ärztlicher Behandlungskapazitäten bzw. Kompensationsbereiche**

#### **2.5.1.1 Krankenhausaufenthalte**

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) verweist in seinem jüngsten Sondergutachten auf internationale Forschungsergebnisse, die einen negativen Zusammenhang zwischen Angebot und Erreichbarkeit der ambulanten Versorgung einerseits und den Krankenseinweisungen andererseits aufzeigen (SVR-G 2012, S. 216).

Für Deutschland wurde in einer Reihe von empirischen Studien ein negativer Zusammenhang zwischen der ambulanten Versorgungsdichte und der stationären Leistungsanspruchnahme gefunden. Das heißt, dort wo die Arztdichte vergleichsweise hoch war, fiel die Krankenhaushäufigkeit relativ niedrig aus und umgekehrt. Schneider et al. (2000) bestätigten diesen Zusammenhang mit der Arztdichte für Nordrhein-Westfalen, konnten aber keine signifikante Korrelation zwischen der Krankenhausanspruchnahme und der Fallhäufigkeit im ambulanten Bereich feststellen.

Augurzky et al. (2013) bestätigten mit einer Analyse der Unterschiede der Krankenhaushäufigkeiten auf Kreisebene, dass die ambulanten Versorgungskapazitäten einen relevanten Einfluss auf die Krankenhaushäufigkeit haben. Gleichzeitig zeigten sie aber, dass insbesondere Unterschiede der demographischen Struktur und des Gesundheitsstatus die regionalen Unterschiede der Krankenhaushäufigkeit in Deutschland erklären können. Abhängig von der gewählten Abgrenzung sind laut der Studie 6 % bis 10 % der regionalen Unterschiede der Krankenhaushäufigkeit auf Unterschiede in der regionalen Vertragsarztdichte zurückzuführen, 3 % bis 7 % auf sozioökonomische und regionalstrukturelle Unterschiede, aber 39 % bis 45 % auf Unterschiede in Demographie und Gesundheitsstatus.

Die Ergebnisse von Augurzky et al. (2013) bestätigen die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erlangten Regressionsergebnisse insofern, als

die Arztdichte als relevanter Einflussfaktor von Krankenhaushäufigkeiten identifizierbar ist, jedoch nicht den stärksten Einfluss hat. Allerdings bezog sich die Regressionanalyse bei Augurzky et al. auf die Krankenhaushäufigkeiten insgesamt, während sich im vorliegenden Fall – gemäß den Empfehlungen des SVR-G – die Regionalanalyse auf die ASK konzentrierte.

Untersuchungen des IGES Instituts zu regionalen Versorgungsunterschieden auf Kreisebene kamen zu dem Ergebnis, dass häufigere Krankenhausaufenthalte von Diabetes-Patienten in östlichen Landkreisen ein Hinweis auf geringere Arztdichte oder Erreichbarkeit niedergelassener Haus- und Fachärzte sein können (Nolting et al. 2011).

Auch für andere Indikationen konnte eine erhöhte Einweisungswahrscheinlichkeit bei niedriger Arztdichte festgestellt werden. Eine Studie zum Einweisungsverhalten bei Ober- und Unterbauchbeschwerden zeigte, dass die regionale Arztdichte im niedergelassenen Bereich ein negativer Einflussfaktor für eine Krankenseinweisung war: In Regionen mit geringer Arztdichte waren die Ärzte eher geneigt, einen Patienten mit Unterbauchbeschwerden in ein Krankenhaus zu überweisen (Kania et al. 2004).

Kopetsch (2007) fand hingegen keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Leistungsgeschehen im ambulanten und im stationären Sektor. Seine Analyse des Versorgungsgeschehens nach Raumordnungsregionen zeigte, dass ein komplementärer Zusammenhang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung bei den Fachgruppen Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinderheilkunde, Orthopädie und Urologie feststellbar war, wenn die ambulante Arztdichte als Indikator für das ambulante Versorgungsgeschehen verwendet wurde. Wurde hingegen die ambulante Fallzahl als Indikator verwendet, so ergab sich für die Augenheilkunde, Orthopädie und über alle Fachgruppen ein substitutiver Zusammenhang zwischen Krankenhausfällen und ambulanten Fällen, d. h., je mehr Fälle ambulant behandelt wurden, desto weniger Krankenhausbehandlungen fanden statt. Der Autor empfahl, die Analyse für einzelne medizinische Leistungen zu wiederholen.

Insbesondere für die *vermeidbaren Krankenhausaufenthalte*, also solche Krankenhausfälle, die typischerweise ambulant therapierbar sind, wird häufig ein substitutiver Zusammenhang mit der ambulanten Versorgungsintensität unterstellt. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) stellte in seinem bereits eingangs erwähnten Sondergutachten 2012 fest, dass vermeidbare Krankenhausaufenthalte aus schlechtem Zugang zur ambulanten Versorgung oder schlechter Qualität der ambulanten Versorgung, insbesondere bei der Arzneimitteltherapie, resultieren können und empfiehlt den Zusammenhang zwischen vermeidbaren Krankenhausaufenthalten und der Arztdichte kleinräumig auf Kreisebene für Deutschland zu prüfen (SVR-G 2012, S. 216 ff.).

Sundmacher & Busse (2012) haben diesen Zusammenhang zwischen Vertragsarztdichte und den vermeidbaren Krankenhausaufenthalten bei Männern für Deutschland untersucht. Die ambulant-sensitiven Krankenhausfälle (ASK) wurden anhand der 19 Indikationen eingegrenzt, die im englischen NHS als vermeidbare Krankenhausfälle definiert werden. In einem generalisierten linearen Panelmodell mit Random Effects wurde unter Berücksichtigung von Kontrollvariablen für regionale Unterschiede der Morbidität, Sozioökonomie und Entfernung zum nächsten Krankenhaus bzw. Oberzentrum der Zusammenhang zwischen ASK-Raten bei Männern und der ambulanten Versorgungsdichte untersucht. Die Ergebnisse zeigen einen Zusammenhang, wonach eine höhere Anzahl ambulant-tätiger Ärzte mit einer geringeren ASK-Rate einhergeht. Dieser Zusammenhang ergab sich gemäß der Studie jedoch nur für Bereiche mit „mittlerer Versorgungsdichte“, während mit sehr hohen Facharztdichten allerdings wieder hohe ASK-Raten verbunden waren.

Der Ansatz von Sundmacher & Busse entspricht von den hier betrachteten Studien am weitestgehenden dem in der vorliegenden Untersuchung gewählten Analyseansatz. Insbesondere wurden ähnliche regionale Kontrollvariablen bzw. Risikofaktoren verwendet. Die Abgrenzung der ASK ist bei Sundmacher & Busse aber umfassender gewählt. Der dort verwendete Panel-Datensatz gewährleistet eine zeitlich stabilere Datengrundlage. Im Unterschied zur hier vorliegenden Analyse wurde bei Sundmacher & Busse kein Einsparpotential geschätzt.

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) hat in einer bislang nicht veröffentlichten Studie Einsparpotentiale errechnet, die sich ergäben, wenn in Deutschland das ambulante Potential weitergehend ausgeschöpft würde. Ein unausgeschöpftes ambulantes Potential wurde dabei grundsätzlich für Regionen mit hoher Krankenhaushäufigkeit unterstellt (Czihal et al. 2013). Zur Schätzung von Einsparpotentialen wurden 20 sogenannte „Best-Practice-Regionen“ ausgewählt, die eine sehr geringe stationäre Inanspruchnahmerate insgesamt und eine überdurchschnittliche ambulante Inanspruchnahmerate aufweisen. Das Verhältnis von stationärer und ambulanter Inanspruchnahme dieser Auswahlregionen wurde anschließend rechnerisch auf alle Kreise in Deutschland übertragen. Werden die alters- und geschlechtsadjustierten Inanspruchnahmeraten der Best-Practice-Regionen unterstellt, könnten – so das Ergebnis – die Krankenkassen trotz der demografischen Alterung durch mehr ambulante und weniger stationäre Versorgung bis zum Jahr 2020 rechnerisch 2 Mrd. Euro einsparen, bis zum Jahr 2030 sogar 4 Mrd. Euro. Auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität ist nach Ansicht der Autoren zu erwarten, wenn das ambulante Versorgungspotential vermehrt ausgeschöpft wird: Die Rate der vermeidbaren Krankenhausfälle, die als Qualitätsindikator herangezogen

wird, ist in den Best-Practice-Regionen sehr gering. Der quantitative Zusammenhang zwischen Krankenhaushäufigkeit und ambulanter Versorgungsintensität (gemessen an der Inanspruchnahmerate) selbst wird in der Studie nicht untersucht.

Im Vergleich zur vorliegenden Untersuchung ergeben sich einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede: Die ambulante Versorgungsintensität wird in der ZI-Studie ebenfalls anhand der Arztdichte gemessen. Allerdings wird dort der Zusammenhang zwischen Arztdichte und Krankenhaushäufigkeiten selbst nicht anhand einer Regressionsanalyse untersucht. „Regionale Besonderheiten“ (Alter, Geschlecht, Morbidität und Sozialstruktur) werden daher nur bei der Auswahl der Best-Practice-Regionen berücksichtigt; die Art und Weise, wie dies geschieht, geht aus der bislang lediglich veröffentlichten Kurzfassung nicht hervor. Schließlich basiert der Benchmark-Ansatz in der ZI-Studie auf den Häufigkeiten der Krankenhausfälle insgesamt, während auf die ASK erst später als Qualitätskriterium Bezug genommen wird.

Auch in empirischen Studien für andere Länder werden Zusammenhänge zwischen ambulanten Versorgungsangeboten und den Häufigkeiten speziell der ASK untersucht. So zeigten für den Bundesstaat Victoria in Australien Ansari et al. (2012), dass Zugangsbarrieren zur ambulanten Versorgung und die regionale sozioökonomische Struktur die Hauptursachen für regionale Unterschiede in der ASK-Rate sind. Insbesondere in ländlichen und abgelegenen Regionen mit einer geringen Anzahl von Hausärzten und sozioökonomischen Nachteilen wurde eine besonders hohe ASK-Rate gefunden. Die Analysen wurden bezogen auf Kinder und Erwachsene getrennt durchgeführt, wobei die ASK-Raten bei Älteren und Kleinkindern am höchsten waren. Komplikationen bei Diabetes waren die häufigste Ursache für ambulant-sensitive Krankenhausfälle. Im Unterschied zur hier vorliegenden Analyse war die Arztdichte bei Ansari et al. nicht unmittelbar Teil des Modells, vielmehr wurde ein Index verwendet (Accessibility Remoteness Index of Australia – ARIA), der den Zugang zur (nicht nur gesundheitsbezogenen) Grundversorgung abbildet. Der Einfluss dieses Index ist sowohl im Erklärungsmodell der ASK-Rate bei Kindern, als auch bei Erwachsenen signifikant.

Eine aktuelle OECD-Studie (OECD 2013) untersucht ebenfalls den Einfluss der Arztdichte auf die stationäre Versorgung durch einen Vergleich von 38 Ländern für die Jahre 2000 bis 2010. Allerdings wird als abhängige Variable dort nicht die Krankenhaushäufigkeit, sondern die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus gewählt. Die Aufnahmezeit für kongestive Herzinsuffizienz wurde als Qualitätskriterium für die ambulante Versorgung verwendet, die Hausarztdichte („generalist doctors“ je 1.000 Einwohner) als Indikator für das ambulante Versorgungsangebot. Als mögliches

Substitut zur stationären Versorgung wurde auch der Einfluss der Anzahl der Betten für Langzeitpflege untersucht. Ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen durchschnittlicher Verweildauer im Krankenhaus und der Hausarzt- und Pflegebettendichte zeigt gemäß dieser Studie, dass zwischen dem ambulanten und dem stationären Versorgungsbereich Substitutionsbeziehungen bestehen. Allerdings ergab sich auch ein negativer Zusammenhang mit der Aufnahmehäufigkeit bei Herzinsuffizienz, die als ambulant beherrschbare Diagnose gewählt wurde. Die Autoren vermuten, dass eine häufige Aufnahme bei Herzinsuffizienz deshalb mit einer kurzen Verweildauer korreliert, weil die Qualität der ambulanten Versorgung in den betreffenden Regionen geringer ist. Eine Einschränkung sahen die Studienautoren selbst darin, dass sie die Varianzen der durchschnittlichen Verweildauern ausschließlich durch Unterschiede zwischen den untersuchten Ländern erklären und hierbei Unterschiede innerhalb der untersuchten Länder unberücksichtigt bleiben. Dies hat zur Folge, dass sich die gefundenen Zusammenhänge nicht auf die Situation innerhalb eines Landes übertragen lassen.

### **2.5.1.2 Krankentransporte und Rettungsfahrten**

Aus einer Studie ergaben sich Hinweise darauf, dass Rettungsdienste teilweise Versorgungsaufgaben des ärztlichen Bereitschaftsdienstes übernehmen und das 20 % bis 30 % ihrer Einsätze nicht als Notfälle einzuordnen sind bzw. anschließend lediglich eine ambulante Krankenhausbehandlung nach sich ziehen (Herdt/Karbstein 2009).

In der öffentlichen Diskussion werden diese Ergebnisse teilweise bestätigt, teilweise durch Erklärungen ergänzt. So wird der hohe Anteil „unnötiger Fahrten“ einerseits auf eine unbegründete Inanspruchnahme von Rettungsdiensten durch die Bevölkerung zurückgeführt.<sup>20</sup> Andererseits werden hierfür auch finanzielle Fehlanreize auf Seiten der Leistungserbringer verantwortlich gemacht: Demnach setze die Bezahlung einer Rettungsdienstfahrt häufig eine anschließende Behandlung im Krankenhaus voraus (Krause 2013). Daher würden Patienten teilweise auch ohne medizinische Notwendigkeit in Krankenhäuser transportiert (o. V. 2013). Berechnungen für Baden-Württemberg gehen von einem Einsparpotential in Höhe von rd. 18 Mio. Euro jährlich aus, wenn diese finanziellen Fehlanreize beseitigt würden (Krause 2013a).

---

<sup>20</sup> Vgl. beispielsweise <http://www.rettungsdienst.de/nachrichten/berliner-rettungsdienst-im-rampenlicht-8677> ; <http://www.moz.de/artikel-ansicht/dg/0/1/1029214/>

Demnach gibt es vermeidbare Rettungsfahrten nicht notwendigerweise nur in Regionen mit unterdurchschnittlicher Arztdichte. Allerdings erklärte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, dass insbesondere in ländlichen Regionen die ärztliche Notfallversorgung gefährdet sei, weil immer weniger Ärzte wegen langer Arbeitszeiten, ihrer Berufsbelastung, aber auch wegen unzureichender Vergütung für Bereitschaftsdienste zur Verfügung stünden (Mittler 2012). Zukünftig sei vermehrt damit zu rechnen, dass Ärzte im Bereitschaftsdienst Patienten nicht mehr zu Hause aufsuchen, solange diese noch in der Lage seien, z. B. per Taxi in die Praxis zu kommen.

Rettungsdienstbetreiber betonen dagegen eher das Potenzial von Rettungsdiensten, zur Sicherung der medizinischen Versorgung in ländlichen Gebieten beizutragen.<sup>21</sup>

### **2.5.1.3 Einweisungen Pflegebedürftiger in Pflegeheime oder Krankenhäuser**

Zu möglichen Zusammenhängen zwischen regionaler ärztlicher Versorgungsdichte und der Häufigkeit von Einweisungen Pflegebedürftiger in Pflegeheime oder Krankenhäuser als Kompensationsbereich liegen uns keine empirischen Studien vor. Von einem solchen Zusammenhang wird allerdings in einer Reihe von Modellprojekten sowie bei speziellen Vergütungsvereinbarungen auf Landesebene implizit ausgegangen (vgl. hierzu die folgenden Ausführungen in Kapitel 2.5.2.1).

### **2.5.1.4 Arzneimittelversorgung**

Eine erhöhte regionale Verordnungshäufigkeit von Arzneimitteln, die nicht durch demographische, morbiditätsassoziierte oder sozioökonomische Faktoren begründet ist, kann darauf hindeuten, dass die Qualität der Arzneimitteltherapie verbessert werden könnte. Unter Qualität der Arzneimitteltherapie wird hierbei konkret die leitliniengerechte Indikationsstellung für die Verordnung von Arzneimitteln verstanden. Für den Bereich der Arzneimittelversorgung wurde Literatur recherchiert, die sich mit der Frage befasst, ob eine höhere vertragsärztliche Versorgungsdichte die Qualität der ambulanten Arzneimitteltherapie steigert und die Zahl unerwünschter Behandlungsergebnisse (Nebenwirkungen, Komplikationen) dadurch abnimmt.

---

<sup>21</sup> Vgl. <http://drklvth2.drkcms.de/newsdetails/archiv/2011/november/24/meldung/100-rettungsdienst-als-chancen-fuer-gesund-heitsversorgung-und-bevoelkerungsschutz-kopie-1.html>

Bei der Verordnungshäufigkeit von Antibiotika wurden in jüngeren Untersuchungen regionale Unterschiede festgestellt, die sich nicht vollständig durch demographische, morbiditätsorientierte und sozioökonomische Einflussfaktoren erklären lassen. So ist der Einfluss der regionalen Arztdichte von Kinder- und Jugendärzten auf die Verordnungshäufigkeit von Antibiotika hoch, und auch die Arztdichte der Allgemein- und Hausärzte hat einen Einfluss auf die Häufigkeit einer Antibiotikatherapie bei Kindern und Jugendlichen: Dort wo die Arztdichte besonders hoch ist, werden weniger Antibiotika bei Kindern und Jugendlichen verschrieben (Christensen 2013).

In Deutschland werden Antibiotika, insbesondere bei Kinder und Jugendlichen zu häufig verschrieben und können sowohl kurzfristig über Nebenwirkungen wie Ausschlag oder Durchfall und langfristig über die Ausbildung von Resistenzen negative Folgen für die Gesundheit haben und weiteren Versorgungsbedarf nach sich ziehen (Glaeske et al. 2012). Aus dem Zusammenhang von mehr Antibiotikaverordnungen mit abnehmender Arztdichte könnte abgeleitet werden, dass die Kommunikation und Fortbildung von Ärzten zum Thema Antibiotika in Regionen mit vielen Ärzten besser ist (Glaeske et al. 2012) und dass insbesondere Hausärzte, die in Regionen mit geringer Arztdichte praktizieren und sehr viele Patienten versorgen, aus einer "Überlastungsroutine" schneller Antibiotika verordnen (Gieselmann 2013). Regionen mit niedrigerer Arztdichte erleben demnach einen Qualitätsnachteil in der Versorgung und können langfristig höhere Kosten in Verbindung mit Antibiotikatherapie verursachen.

Untersuchungen in deutschen Pflegeheimen haben gezeigt, dass über 50 % der Pflegeheimbewohner psychotrop wirksame Medikamente erhalten, etwa 30 % erhielten eine neuroleptische Medikation (Meyer et al. 2008). Rothgang et al. (2009) stellten fest, dass die bei Pflegebedürftigen verbreitet eingesetzten Psycholeptika und Antidepressiva häufiger Personen in ländlichen Gebieten als Personen in städtischen Gebieten verordnet wurden. Regressionsanalysen ergaben, dass auch unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten signifikant mehr Medikamente mit abnehmendem Agglomerationsgrad verordnet wurden. Allerdings war der Einfluss des regionalen Agglomerationsgrades deutlich kleiner als von Morbidität und Pflegestatus. Als mögliche Erklärungsansätze werden das andere Verschreibungsverhalten von Allgemeinärzten, die in ländlichen Regionen oft fachärztliche Aufgaben übernehmen müssen, und das fehlende Angebot alternativer Therapien wie etwa Psychotherapie im ländlichen Raum genannt. Die Unterschiede in den Verordnungsmengen der Psycholeptika und Antidepressiva können laut der Autoren ein Resultat von Unter- bzw. Überversorgung in ländlichen bzw. städtischen Regionen gewesen sein, oder ein Ausdruck von fehlenden adäquaten Versorgungsalternativen im nahen Umfeld, die über die zweit-

beste Versorgungsmöglichkeit der Arzneimitteltherapie kompensiert wurden.

Im Hinblick auf sich hieraus ergebende Kompensationspotentiale ist relevant, dass der Einsatz neuroleptischer Medikation bei älteren Patienten, insbesondere bei Patienten mit Demenz, vielfältige Nebenwirkungen nach sich ziehen kann, die von parkinsonähnlichen Symptomen, Sedierung, Schwindel und Unsicherheit in den Bewegungen bis hin zu erhöhtem Schlaganfallrisiko und erhöhter Mortalität reichen (Sink et al. 2005, Lancet Neurology 2009). Auch die Gefahr von Stürzen und daraus resultierenden Oberschenkelhalsfrakturen ist bei älteren Patienten, die mit Neurolepetika behandelt werden, deutlich erhöht (Kolanowski et al. 2006). Meyer et al. (2008) folgern aus den ermittelten Verordnungshäufigkeiten, dass behandelnde Ärzte anscheinend oftmals die mangelnde Evidenz für den Einsatz neuroleptischer Medikation bei geriatrischen Patienten ignorieren.

## **2.5.2 Lösungsoptionen**

### **2.5.2.1 Erhöhung der ärztlichen Behandlungskapazitäten**

Anhand der Literaturanalyse konnten insbesondere drei Ansatzpunkte zur Erhöhung der ärztlichen Behandlungskapazität identifiziert werden: Vergütungszuschläge, die Bedarfsplanung und die Förderung spezifischer Leistungen.

#### *Vergütungszuschläge*

Ein zentraler Ansatzpunkt zur Erhöhung des ärztlichen Versorgungsangebot ist die Vergütung, konkret Vergütungszuschläge in Regionen und/oder für Indikationsbereiche, in denen die ärztliche Behandlungskapazität als unzureichend angesehen wird. Neben der Möglichkeit, Zuschläge gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer zu vereinbaren, die Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind, wurde bereits mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz den Gesamtvertragspartnern die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen ihrer Honorarverhandlungen Zu- oder Abschläge auf den Orientierungswert zu vereinbaren, "um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen" (§ 87a Abs. 2 S. 2 SGB V).

Hierfür sollten ursprünglich zwingend Vorgaben des Bewertungsausschusses angewendet werden, der Indikatoren für das Vorliegen von regionalen Besonderheiten bei der Versorgungs- und Kostenstruktur festlegen sollte (§ 87 Abs. 2f in der bis zum 1.1.2012 geltenden Fassung). Regional unterschiedliche Euro-Gebührenordnungen entstanden auf dieser Grundlage bislang nicht. Vom Bewertungsausschuss wurden keine Indikatoren festgelegt.

Infolge des GKV-Finanzierungsgesetzes durften zudem evtl. regional vereinbarte Zuschläge in den Jahren 2011 und 2012 weder angepasst noch zusätzlich vereinbart werden (§ 87d Abs. 1 S. 2 SGB V). Mit dem GKV-VStG wurde § 87 Abs. 2f aufgehoben, d. h., eine Festlegung von Indikatoren zur Messung regionaler Besonderheiten durch den Bewertungsausschuss ist nicht mehr vorgesehen. Für das Jahr 2013 haben die Gesamtvertragspartner wieder die Möglichkeit, Zu- oder Abschläge auf den Orientierungswert zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten nach § 87a Abs. 2 S. 2 SGB V zu vereinbaren. Demnach liegen zu der bereits länger eingeführten Möglichkeit von Vergütungszuschlägen für regionale Besonderheiten bislang keine Erfahrungswerte vor.

### *Bedarfsplanung*

Einen weiteren zentralen Ansatzpunkt zur Erhöhung des ambulanten ärztlichen Versorgungsangebots stellt die Bedarfsplanung dar. Insbesondere die regionale Steuerung des ambulanten Versorgungsangebots und die Sicherung einer gleichwertigen Versorgung sind Ziele dieser Planung, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführt wird (§99 SGB V). Dass mit der Bedarfsplanung grundsätzlich eine Erhöhung der Versorgungskapazitäten erreicht werden soll, um wahrgenommene Unter- oder Fehlversorgung auszugleichen, zeigt die jüngste Reform der Bedarfsplanung. Seit Jahresbeginn 2013 besteht die Möglichkeit insbesondere die hausärztliche Versorgung nach kleiner geschnittenen Planungsregionen, den sogenannten Mittelbereichen, zu planen. Allein durch den kleinräumigen Zuschnitt und eine Anpassung der Verhältniszahl von Ärzten je Einwohner wurden für den hausärztlichen Bereich rund 1.000 neue Zulassungsmöglichkeiten erwartet (G-BA 2012, GKV-SV 2014). Auch bei den Psychotherapeuten wurden durch die Anpassung der Verhältniszahl für die Fachgruppe in der Bedarfsplanungsrichtlinie neue Möglichkeiten zur Niederlassung in bislang gesperrten Planungsbereichen geschaffen.

Allerdings bewirkt die Bedarfsplanung zunächst einmal, dass regionale Versorgungsunterschiede sichtbar werden und eine Einstufung der Angemessenheit der regionalen Versorgungssituation (Unter-/Übersorgung) vorgenommen wird. Damit in der Konsequenz auf Basis der Planzahlen festgestellte regionale Unterversorgungen tatsächlich beseitigt werden, müssen jedoch entsprechend viele Ärzte bereit sein, (neu) ausgewiesene Niederlassungsmöglichkeiten zu nutzen. Inwiefern dies gelingt, hängt von einer Reihe weiterer Faktoren ab. In der öffentlichen Diskussion wird daher auch kritisch vermerkt, dass die Reform der Bedarfsplanung allein nicht ausreicht, um den Zugang zur ambulanten Versorgung insbesondere in ländlichen Gebieten zu verbessern (vgl. z. B. Wallet 2013).

### *Förderung spezifischer Leistungen*

Unter den bisherigen Ansätzen zur Förderung spezifischer Leistungen finden sich vor allem Maßnahmen zur Förderung ärztlicher Pflegeheimbesuche zur Vermeidung von Krankenhaus-Einweisungen.

So wird in einer Reihe von Programmen in Berlin und Brandenburg versucht, die ärztliche Betreuung von Bewohnern vollstationärer Pflegeheime zu verbessern und so Krankenhauseinweisungen zu vermeiden und Fahrtkosten zu verringern. Als erstes der Arzt-im-Pflegeheim-Projekte startete im Jahr 1998 das Berliner Projekt, initiiert von der AOK Nordost, an dem sich momentan 40 Vertragsärzte an 34 Pflegeeinrichtungen beteiligen. Dabei werden Versicherte der AOK Nordost, der IKK Brandenburg und Berlin, der Bahn BKK und der BKK Siemens jeweils von einem fest eingebundenen niedergelassenen Arzt komplett betreut. Die Partner-Ärzte der teilnehmenden Pflegeheime haben eine ständige Rufbereitschaft, leisten mind. einmal wöchentlich eine Vor-Ort-Visite und sind persönliche Ansprechpartner für die Heimbewohner. Voraussetzung ist ein Kooperationsvertrag zwischen dem Arzt und dem Pflegeheim. Zunächst als Modellprojekt nach § 63 SGB V angelegt, wurde das Berliner Projekt im Jahr 2011 in neuer Vertragsform nach § 140a SGB V in Verbindung mit § 92b SGB XI und § 73c SGB V verankert und auf unbefristete Zeit verlängert.

Ein Ergebnis des Berliner Projektes ist die geringere Krankenhaushäufigkeit von Bewohnern der Programmeinrichtungen: Im Zeitraum 2000-2011 wurden durchschnittlich 50 % weniger Krankenhaushfälle in Programmeinrichtungen im Vergleich zu Pflegeheimen festgestellt, die nicht am Berliner Projekt teilnehmen. Entsprechend waren die Krankenhauskosten der Bewohner von Programmeinrichtungen um durchschnittlich 45 % niedriger als in den Pflegeeinrichtungen ohne Programm. Weniger Ausgaben zeigten sich auch bei den durchschnittlichen Fahrkosten für Fahrten in Verbindung mit einem Arztbesuch oder zum Krankenhaus (40 % geringer als in Einrichtungen ohne Teilnahme am Programm) und bei den Arzneimittelausgaben (AOK Nordost 2012). Insgesamt lagen die rechnerischen Einsparungen deutlich über den Mehraufwendungen für die Arzthonorare, Therapeuten, den Hilfsmittelbereich und sonstige Kosten (ca. 2,7 Mio. Euro Einsparungen im Jahr 2005) (Möllmann, 2007). Gleichzeitig wurde dem Berliner Projekt eine Verbesserung der Versorgungsqualität attestiert (AOK Nordost 2012).

Ein zweites erfolgreiches Pflegeprojekt in Berlin und Brandenburg ist das Projekt careplus, das ebenfalls von der AOK Nordost initiiert wurde. Im Rahmen eines IV-Vertrages gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit § 92b SGB XI wurde das Projekt im Jahr 2007 als Nachfolge des Berliner Modells gestartet. Auch die an careplus teilnehmenden Ärzte übernehmen die vollständige hausärztliche Versorgung von Versicherten der teilnehmenden

Krankenkassen AOK Nordost, IKK Brandenburg und Berlin, Bahn BKK und BKK Siemens in Pflegeheimen. Pro betreutem Heimbewohner erhalten Ärzte im careplus-Vertrag rund 500 Euro im Jahr, die extrabudgetär vergütet werden (Grätzel von Grätz 2012). Momentan beteiligen sich 14 Einrichtungen mit 12 Ärzten in Brandenburg und 35 Einrichtungen mit 39 Ärzten in Berlin.<sup>22</sup>

Weitere Projekte bzw. Verträge zur Zusammenarbeit von Pflegeheimen, niedergelassenen Ärzten und z. T. Krankenhäusern in Deutschland sind

- "Pflegeheim Plus" der AOK Nordost in Mecklenburg-Vorpommern mit 52 beteiligten Heimen, 91 Haus- und Fachärzten und drei Ärztenetzen, wobei die Krankenhauseinweisungsquote in beteiligten Pflegeheimen um 22 % niedriger war als in vergleichbaren Heimen und die Anzahl der Rettungsfahrten und Notarzteinsätzen in einigen beteiligten Einrichtungen um bis zu 20 % reduziert werden konnte<sup>23</sup>,
- die acht AOK-Pflegenetze in Bayern mit 73 beteiligten Pflegeeinrichtungen, 160 Ärzten, 10 Kliniken, wobei die Krankenhaushäufigkeit bei im Pflegenetz betreuten Heimbewohnern um 33 % geringer war als bei nicht eingeschriebenen Heimbewohnern<sup>24</sup>,
- die 40 geriatrischen Praxisverbände Bayern initiiert von der KV Bayerns mit rund 400 teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten, die über 3.000 Patienten der AOK Bayern, LKKen, BARMER GEK, BKKen und der Knappschaft Bayern in 100 Pflegeeinrichtungen betreuen<sup>25</sup>,

---

22 Vgl. Ärztezeitung (21.02.2013). "Careplus" wird weiterentwickelt. Online: [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/pflege/article/833886/pflege-nordosten-careplus-weiterentwickel.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/pflege/article/833886/pflege-nordosten-careplus-weiterentwickel.html), Zugriff 11.06.2013.

23 Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg Vorpommern, AOK Nordost. Gemeinsame Medieninformation. (27.09.2011). Erfolgsmodell Pflegeheim Plus. 50. Pflegeheim in fester Betreuung eines Hausarztteams. Online: [http://www.kvmv.info/aerzte/Archiv/Presseinformationen/Presseinformationen\\_2011/GemeinsameMedieninformation\\_PflegeheimPLUS\\_27092011.pdf](http://www.kvmv.info/aerzte/Archiv/Presseinformationen/Presseinformationen_2011/GemeinsameMedieninformation_PflegeheimPLUS_27092011.pdf), Zugriff am 10.06.2013.

24 Vgl. Pressemitteilung AOK (2009). AOK-Pflegenetze: Weniger Krankenhauseinweisungen. Online: <http://www.aok.de/bayern/presse/presse-presseinformationen-172970.php?action=detail&pressemitteilung=109&lastAction=list&page=22>, Zugriff am 10.06.2013.

25 Vgl. Kassenärztliche Vereinigung Bayern. Geriatrischer Praxisverbund Bayern (GPV). Im Pflegeheim medizinisch bestmöglich versorgt. Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2012. <http://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Praxis/Infomaterial/Versorgung/KVB-GPV-Flyer.pdf>, Zugriff 10.06.2013

- die Versorgungsnetze zur Verhinderung unnötiger Krankenhaus-Einweisungen der AOK Rheinland/Hamburg mit 65 beteiligten Heimen, 140 Ärzten und 24 Kliniken,
- Integrierte Versorgung Pflegeheim nach § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm nach § 73b SGB V in Baden-Württemberg; Modellregionen sind Stuttgart und Esslingen,
- Integrierte Versorgung der AOK Westfalen-Lippe in der Region Witten unter Beteiligung der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Witten, von sechs Pflegeheimen und eines Krankenhauses,
- Modellregion Emsland: Strukturvertrag nach § 73a SGB V in Niedersachsen, nach denen der Ärzteverband einen eigenen "Heimarzt" beschäftigt, der die medizinische Behandlung von Pflegeheimbewohnern koordiniert,
- Pflegeheimvertrag in Baden-Württemberg zwischen KV und BARMER GEK; 700 Heimbewohner werden durch niedergelassene Hausärzte, Urologen und Dermatologen betreut, die eine extra Vergütung erhalten.

Dort wo Modellprojekte und IV-Verträge evaluiert wurden bzw. die Evaluationsergebnisse veröffentlicht sind, wurde bei allen Heimarzt-Projekten sowohl eine wirtschaftliche, als auch eine qualitativ bessere Versorgung in den beteiligten Pflegeeinrichtungen festgestellt. Insbesondere die Verringerung von Krankenhauseinweisungen und Krankentransporten trug demnach sowohl zur Kostenersparnis, als auch zur Steigerung der Lebensqualität von Heimbewohnern bei, die nicht bei jeder medizinischen Krise ihre vertraute Umgebung verlassen mussten. Die Einsparungen scheinen die zusätzlichen Kosten für die ärztlichen Leistungen im Pflegeheim in den Projekten überwogen zu haben.

### **2.5.2.2 Delegation von ärztlichen Leistungen**

Zur Unterstützung von niedergelassenen Ärzten bei der häuslichen Versorgung von älteren, nicht mobilen Patienten wurde in den letzten Jahren eine Reihe von Modellprojekten durchgeführt, bei denen nicht-ärztliches Personal arztentlastende Tätigkeiten übernehmen. Im Rahmen von

- VerAH = Versorgungsassistentin der Hausarztpraxis,
- AGnES = Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention,
- EVA = Entlastende Versorgungsassistentin,
- MOPRA = Mobile Praxisassistentinnen,
- MoNi = Modell Niedersachsen und

- HELVER = Arzthelferinnen in der ambulanten Versorgung

werden hausärztliche Tätigkeiten, insbesondere in Verbindung mit Hausbesuchen bei älteren Patienten, an nicht-ärztliches Personal delegiert.

Während bei AGnES vor allem Hausbesuche durch nichtärztliches Personal übernommen werden, leisten VerAHs neben dem Besuchsmanagement auch Case-, Präventions-, Gesundheits-, Technik-, Praxis-, Notfall- und Wundmanagement. Diese Aufgabenfülle wird in einer kürzeren Fortbildungszeit als bei AGnES vermittelt und zielt daher auf eine allgemeine Höherqualifizierung der medizinischen Fachangestellten.

Rund 90 % der an AGnES Modellprojekten teilnehmenden Hausärzte berichteten von einer wahrnehmbaren Entlastung durch die Praxisassistenten. Außerdem befanden 92 % der Hausärzte, dass die Qualität der Versorgung seit der Delegation von Hausbesuchen an AGnES-Assistenten vergleichbar mit der üblichen hausärztlichen Betreuung sei (van den Berg et al. 2009). Auch die Evaluation der VERAH-Projekte im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg zeigt, dass die Mehrheit der Hausärzte eine zeitliche Entlastung durch Versorgungsassistentinnen empfanden (58 % der befragten Hausärzte) und eine Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung bestätigten (70 % der befragten Hausärzte) (Mergenthal et al. 2013).

Eine empirische Analyse der Hausbesuche im Rahmen von AGnES im Landkreis Oberspreewald-Lausitz zeigt, dass die Delegation an nichtmedizinische Praxisassistenten den Hausarzt entlasteten und diese mehr Patienten in ihrer Praxis behandeln konnten (van den Berg et al. 2012). Zwar war die durchschnittliche Dauer eines Hausbesuches durch AGnES-Praxisassistenten länger – 71 Minuten im Gegensatz zu durchschnittlich 36 Minuten bei Hausärzten – und es konnten nicht alle Hausbesuche delegiert werden (z. B. bei hohem Schweregrad der Erkrankung), aber die Entlastung durch AGnES-Praxisassistenten ermöglichte trotzdem rechnerisch die Behandlung von 170 zusätzlichen Patienten im Quartal in der Hausarzt-Praxis. Im Durchschnitt hatten die am Modellprojekt beteiligten Hausärzte dieses theoretische Potential zu 78 % in der Praxis erreicht (durchschnittlich 133 zusätzliche Patienten im Quartal). Gemäß den Autoren hat das AGnES System damit das Potential, die Konsequenzen von hausärztlicher Unterversorgung in ländlichen Regionen abzumildern.

Die ökonomischen Auswirkungen der Delegation von ärztlichen Leistungen an nichtmedizinische Praxisassistenten sind nur selten Bestandteil der Evaluation der Modellprojekte. Vergleichbare Modelle mit Nurse Practitioners in den USA (Mundinger et al. 2000) und in Großbritannien (Venning et al. 2000) und „praxisunterstützenden Hausarztpraktizierenden“ (POH) in den Niederlanden (Kalitzkus et al. 2009) zeigen, dass keine signifikanten Ein-

spareffekte zu erwarten sind. Hoffmann & van den Berg (2009) bestätigten für den deutschen Kontext, dass die Analysen der AGnES-Modellprojekte keine wesentlichen Kosteneinsparungen erwarten lassen.

### 2.5.3 Fazit

Unter den möglichen Kompensationspotentialen für eine Erhöhung der ambulanten Versorgungskapazitäten liegt der Schwerpunkt der Fachliteratur auf dem stationären Sektor. Aus einer Reihe von Studien, die vor allem in jüngerer Zeit erstellt wurden, geht hervor, dass eine höhere ambulante Versorgungsdichte (gemessen anhand der Arztdichte oder der Fallzahlen) für sich genommen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Krankenhausaufweisungen einhergeht. Insbesondere für vermeidbare Krankenhausaufenthalte, also solche Krankenhaussfälle, die typischerweise ambulant therapierbar sind, lässt sich ein substitutiver Zusammenhang mit der ambulanten Versorgungsintensität feststellen.

Allerdings ist nach den vorliegenden Studien der Einfluss exogener Faktoren – wie Morbidität der Bevölkerung oder die relative sozioökonomische Position einer Region – auf die Häufigkeit von (vermeidbaren) Krankenhausaufenthalten teilweise deutlich stärker als der Einfluss der Arztdichte. Die eigenen empirischen Analysen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Hinsichtlich eines Kompensationspotentials gilt hierbei zu berücksichtigen, dass zwischen der ambulanten ärztlichen Versorgungsintensität einerseits und den genannten exogenen Faktoren (Morbidität, sozioökonomische Situation) mittelbare, längerfristige Zusammenhänge existieren, die in den empirischen Modellen nicht abgebildet wurden.

Neben dem stationären Sektor werden Kompensationspotentiale auch in anderen Versorgungsbereichen vermutet, insbesondere bei Rettungsfahrten und Krankentransporten, in der Versorgung von Pflegebedürftigen und in der Arzneimittelversorgung.

Zum Zusammenhang zwischen der ambulanten Versorgungsdichte und Rettungsfahrten / Krankentransporten wurden kaum Studien gefunden. Aus diesem Grund wurden im Rahmen der vorliegenden Untersuchung – in größerem Umfang als ursprünglich geplant – empirische Daten herangezogen und ausgewertet. Hierbei zeigt sich insbesondere ein Zusammenhang zwischen niedriger Facharztdichte und Häufigkeit von Krankenfahrten und ebenso ein Zusammenhang von niedriger Hausarztdichte und Fahrten mit dem Fahrziel Krankenhausbehandlung.

Zu der Frage, inwieweit durch eine erhöhte ambulante Versorgungsdichte kompensatorisch Pflegeheim- oder Krankenhauseinweisungen von Pflege-

bedürftigen vermieden werden können, wurden zwar keine empirischen Studien gefunden, die diesbezüglich allgemeine Zusammenhänge beleuchten. Allerdings ist bemerkenswert, dass mittlerweile eine Vielzahl von regionalen Modellprojekten und Programmen existiert, die auf solche Zusammenhänge Bezug nehmen. Insbesondere Modelle mit zusätzlichen Vergütungsanreizen für Ärzte, durch regelmäßige Betreuung von Pflegeheimbewohnern Krankenhauseinweisungen zu vermeiden, haben eine größere Verbreitung gefunden. Derartige Vereinbarungen werden teilweise von Evaluationen begleitet, von denen erste positive Ergebnisse berichtet werden. Eine übergreifende wissenschaftliche Evaluation der Einzelprogramme steht jedoch noch aus.

Im Bereich der Arzneimittelversorgung konnten bislang für ausgewählte Indikationsbereiche ebenfalls deutliche Hinweise darauf gefunden werden, dass feststellbare Qualitätsprobleme regional variieren und diese Abweichungen einen Zusammenhang zu Unterschieden der regionalen ambulanten Versorgungskapazitäten aufweisen.

### 3 Finanzwirkungen der gesetzlichen Neuregelungen

#### 3.1 Höhe der vereinbarten und gezahlten Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V

Für 13 der insgesamt 17 KVen gibt es Angaben zum vorgesehenen Finanzvolumen für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V. In zwölf dieser 13 KVen gibt es hierzu gültige Vereinbarungen, in einer KV (Brandenburg) steht die Förderung unter dem Vorbehalt, dass der zuschlagsbezogene Teil der Honorarvereinbarung mit den Krankenkassen teilweise noch strittig ist. Da der strittige Punkt die Basiswirksamkeit der Zuschlagszahlungen für die Folgejahre betrifft, ist aber davon auszugehen, dass für das Jahr 2013 die Zuschläge wie vereinbart ausgezahlt werden.

In vier der insgesamt 17 KV-Regionen – Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Westfalen-Lippe – wurden keine Punktwertzuschläge für förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer vereinbart.

- In zwei Fällen (Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern) nannten die KV-Vertreter als Grund hierfür auch die vom Bewertungsausschuss gestellten Anforderungen an eine Evaluierung der Zuschläge, insbesondere dem Kriterium „Verbesserung der Ergebnisqualität“.
- Von den KVen in Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz wurden während der Verhandlungen konkrete Vorschläge für eine Auswahl förderungswürdiger Leistungen gemacht, die Vertragspartner konnten sich dort aber (wie auch in Westfalen-Lippe) auf dem Verhandlungswege bzw. im Schiedsverfahren nicht auf eine finanzielle Förderung einzelner Leistungen verständigen. Stattdessen wurde die Förderung nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V über eine pauschale Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) umgesetzt.<sup>26</sup> In Mecklenburg-Vorpommern steht die KV dem Verhandlungsergebnis gleichwohl positiv gegenüber, da ihr ein pauschaler Honorarzuschlag ein hohes Maß an Flexibilität bei der Auswahl der förderungswürdigen Leistungen überlasse und die nach ihrer Auffas-

---

<sup>26</sup> Nach Angaben des vdek wurde eine pauschale Erhöhung gewählt, da das vorgesehene Förderungsvolumen nicht annähernd die Forderungen der einzelnen Fachgruppen hätte befriedigen können. In Rheinland-Pfalz hätten durch einen Vergleich überhöhte Zuschlagsforderungen der KV für einzelne Leistungen verhindert werden können.

sung bürokratischen Evaluationsanforderungen des Bewertungsausschusses (s. o.) mindere bzw. vermeide.

Die für das Jahr 2013 vorgesehenen Fördervolumina für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V belaufen sich bei den 13 KVen, in denen hierüber bereits verhandelt wurde, auf schätzungsweise knapp 180 Mio. Euro (Tabelle 9). Dabei handelt es sich teilweise um Obergrenzen eines Zielkorridors (z. B. Niedersachsen). Das Zuschlagsvolumen liegt damit innerhalb der im Gesetzgebungsverfahren geschätzten jährlichen Größenordnung (zwischen 150 bis 200 Mio. Euro) (vgl. BT-Drs. 17/6906, S. 5). Wären für die vier KVen ohne Förderung nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V Zuschläge vereinbart worden, die dem durchschnittlichen Förderbetrag je Vertragsarzt in den anderen KVen entsprochen hätte (vgl. Abbildung 16), wäre die in der Gesetzesbegründung genannte Obergrenze von 200 Mio. Euro um rd. 12 Mio. Euro überschritten worden.

Tabelle 9: Vereinbarte Finanzvolumen für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V, 2013

KV-Region	vereinbartes Fördervolumen 2013 (Mio. €)
Baden-Württemberg <sup>(1)</sup>	34,0
Nordrhein	23,0
Niedersachsen	19,6
Brandenburg	17,5
Bayern	12,5
Hessen	12,5
Sachsen	10,8
Schleswig-Holstein	9,9
Thüringen	6,0
Berlin	6,0
Sachsen-Anhalt	4,6
Saarland	2,5
Bremen <sup>(2)</sup>	1,6
<b>Summe</b>	<b>160,5</b>

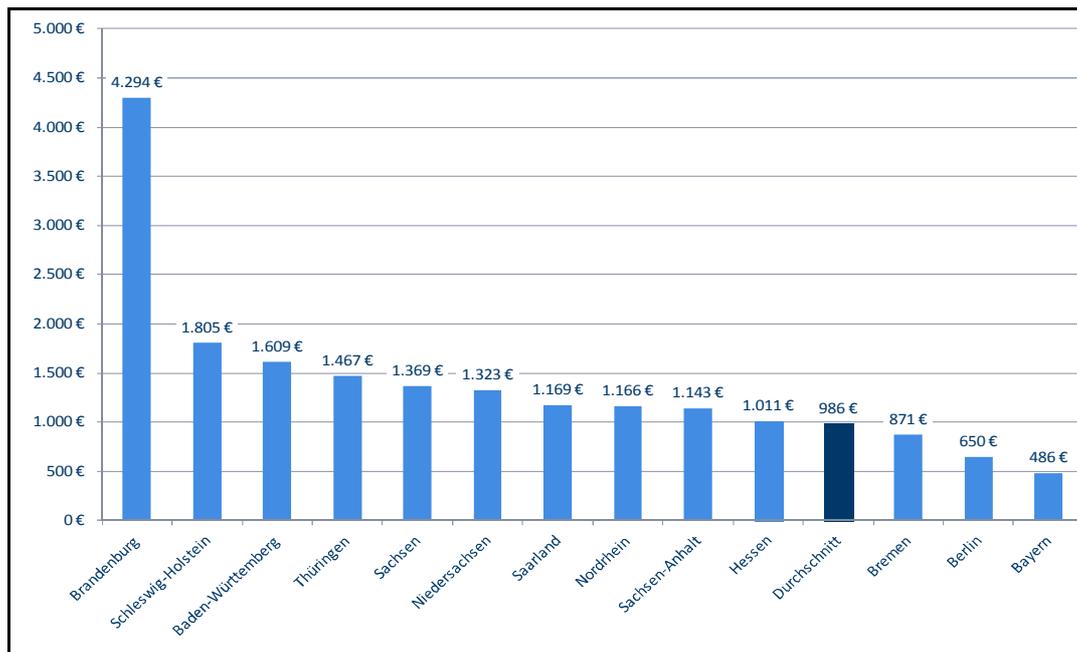
Quelle: IGES

Anmerkung: <sup>(1)</sup> Förderungs-Gesamtbetrag, enthält u.a. auch Förderung ambulanter Operationen; Anteil der Förderung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V nicht spezifiziert. <sup>(2)</sup> Schätzung

Aufgrund der im regionalen Vergleich hohen Anzahl der Vertragsärzte bzw. der GKV-Versicherten war die absolute Höhe der vereinbarten För-

dervolumen in Baden-Württemberg<sup>27</sup> und Nordrhein<sup>28</sup> am höchsten, gefolgt von Niedersachsen. Je Vertragsarzt war die Förderung in Brandenburg mit durchschnittlich 4.294 € jährlich am höchsten (Abbildung 16). Im gewichteten Durchschnitt<sup>29</sup> der 13 KVen mit Zuschlagsvereinbarung betrug die Förderung je Vertragsarzt rd. 986 €.

Abbildung 16: Vereinbarte Finanzvolumen für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V je Vertragsarzt, 2013

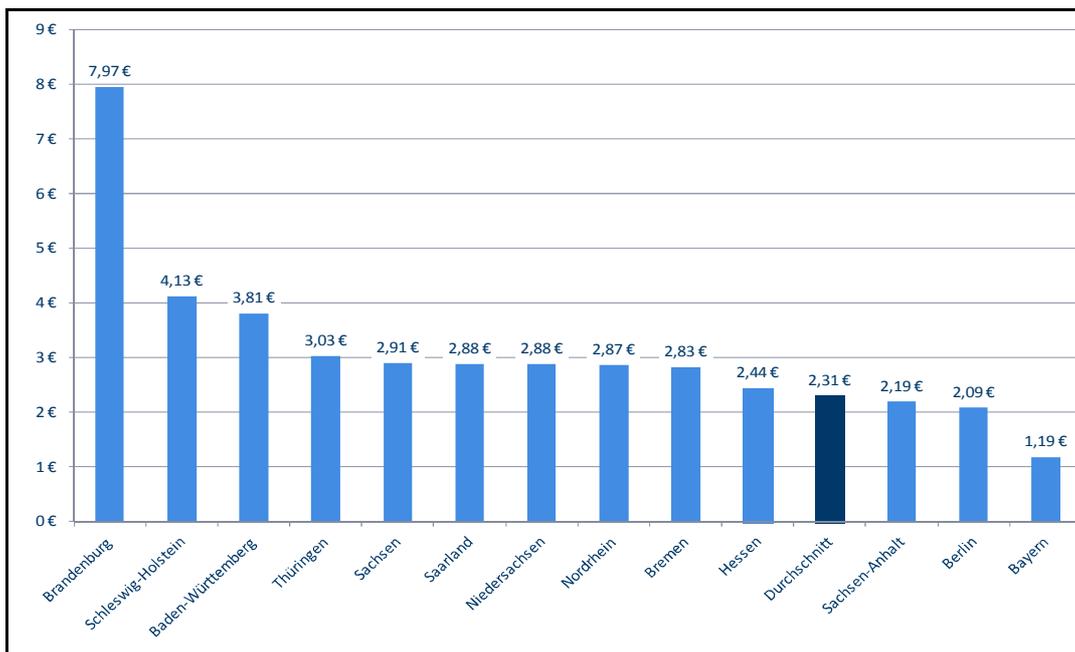


Quellen: IGES; KBV (Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, Bundesgebiet insgesamt, Stand: 31.12.2013, S. 23, Tab. 4).

- <sup>27</sup> Das Finanzvolumen in Höhe von 34 Mio. Euro wurde nach Angaben der KV Baden-Württemberg allerdings nicht ausdrücklich als Förderung gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V vereinbart und wäre ggf. auch ohne diese Regelung vereinbart worden. Es handelt sich um einen Gesamtbetrag, der nicht weiter unterteilt wurde. Diesen Gesamtbetrag stellen die Kassen u.a. auch für die Förderung der ambulanten Operationen, belegärztlicher Leistungen sowie der Substitutionsbehandlung zur Verfügung, die bereits in den Jahren vor 2013 durch einen „Zuschlagstopf“ finanziert wurden.
- <sup>28</sup> Neben dem Fördervolumen von 23 Mio. Euro für den haus- und fachärztlichen Bereich wurden weitere 12,2 Mio. Euro zur Förderung ambulanter Operationen gemäß dem Katalog nach § 115 b SGB V vereinbart.
- <sup>29</sup> Gewichtung anhand des KV-Anteils an der Gesamtzahl der Vertragsärzte in Deutschland.

Bezieht man die vereinbarten Fördersummen auf die Anzahl der gesetzlich Versicherten, so ergibt sich im gewichteten Durchschnitt<sup>30</sup> der 13 KVen eine Förderung in Höhe von 2,31 € je Versicherten. Relativ am höchsten war die Förderung bei dieser Betrachtungsweise in Brandenburg (7,97 €), mit Abstand gefolgt von Schleswig-Holstein (4,13 €) und Baden-Württemberg (3,81 €) (Abbildung 17).

Abbildung 17: Vereinbarte Finanzvolumen für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V je gesetzlich Versicherten, 2013

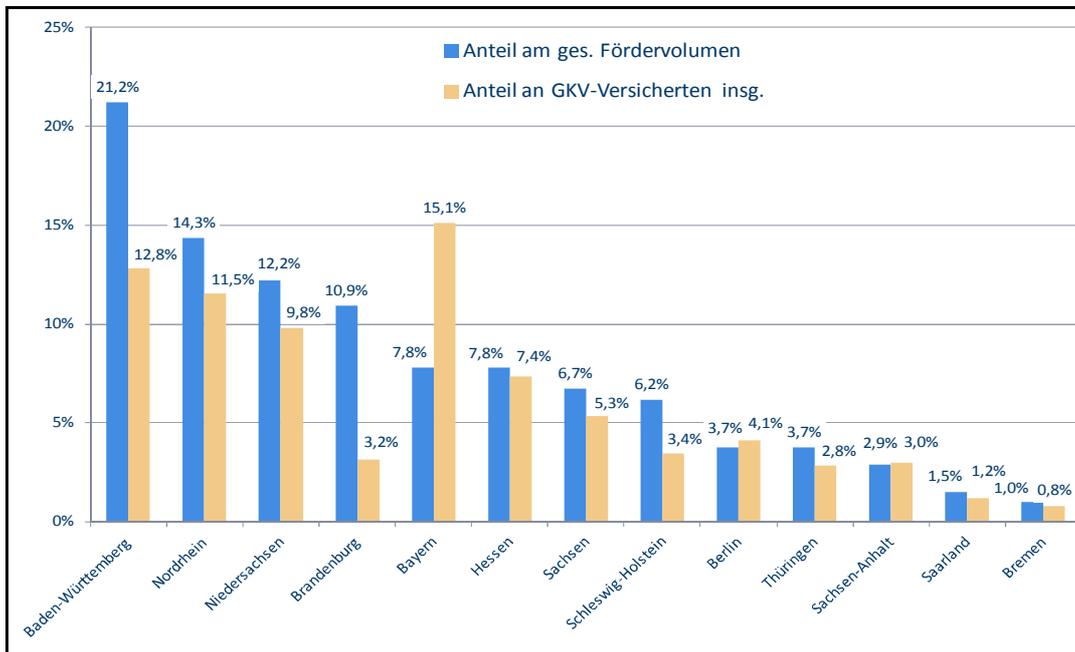


Quellen: IGES; BMG (KM6-Statistik, Stichtag 1.7.2013, Stand: 6.9.2013).

Setzt man den Anteil der jeweils von einer KV vereinbarten Fördersumme am Gesamtvolumen der Förderung ins Verhältnis zum Anteil an den gesetzlichen Versicherten in der jeweiligen Region, so zeigen sich deutlich überproportional hohe Fördervolumina für Brandenburg, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg (Abbildung 18).

<sup>30</sup> Gewichtung anhand des KV-Anteils an der Gesamtzahl der gesetzlich Versicherten in Deutschland.

Abbildung 18: Vergleich der Förder- und Versichertenanteile nach KV-Region, 2013



Quelle: IGES; KBV, BMG

Sechs der 13 KVen mit Zuschlagsvereinbarung zahlten die Zuschläge vom frühestmöglichen Zeitpunkt an, d. h. seit dem 1. Quartal 2013 (Abbildung 19). Einige KVen starteten erst im 2. Quartal, zahlen die Zuschläge aber rückwirkend für das 1. Quartal (Nordrhein, Thüringen). Im Brandenburg, Hessen, Saarland und Sachsen wurden die Zuschläge erstmals mit der Abrechnung für das 4. Quartal 2013 gezahlt.

Abbildung 19: Beginn der Zuschlagszahlungen, 2013

Zahlung der Zuschläge seit	1. Quartal	2. Quartal	3. Quartal	4. Quartal
	01.01.2013	01.04.2013	01.07.2013	01.10.2013
Baden-Württemberg				
Bayern				
Berlin				
Brandenburg				rückw. Q1-3
Bremen		+ Augenhintergrundunters. ab 2. Quartal		
Hamburg	keine Vereinbarung			
Hessen				
Niedersachsen				
Nordrhein		rückwirkend für 1. Quartal		
Mecklenburg-Vorpommern	keine Vereinbarung			
Rheinland-Pfalz	keine Vereinbarung			
Saarland				
Sachsen				
Sachsen-Anhalt				
Schleswig-Holstein				
Thüringen		rückwirkend für 1. Quartal		
Westfalen-Lippe	keine Vereinbarung			

Quelle: IGES

Welcher Anteil der vereinbarten Fördersummen tatsächlich ausgezahlt wurde, lässt sich bislang (Stand: 31.3.2014) nur ansatzweise feststellen, weil die Abrechnungsstatistiken erst mit zeitlicher Verzögerung vorliegen.

- Die Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Formblatt 3-Statistik der KBV) erfassen bislang (Stand: Februar 2014) lediglich die ersten zwei Quartale 2013. Demnach wurden im 1. Halbjahr von den KVen rd. 36,6 Mio. € an Förderzuschlägen ausgezahlt. Hierbei fehlen jedoch Angaben für die KVen Bremen und Nordrhein, obwohl dort nach eigenen Angaben die Zuschläge bereits im 1. Halbjahr 2013 gezahlt wurden. Zwangsläufig nicht enthalten sind die Förderungen in KVen, bei denen die Zuschläge erst rückwirkend ab dem 4. Quartal 2013 gezahlt wurden (Brandenburg, Hessen, Saarland, Sachsen; vgl. Abbildung 19). Für Baden-Württemberg fehlen Angaben in Formblatt 3, weil dort das Finanzvolumen nicht explizit für Förderungen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V vereinbart wurde.
- Die KV45-Statistik des BMG zu den Finanz- bzw. Rechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenkassen liegt für das 1.-4. Quartal 2013 vor und erfasst mit den neu eingerichteten Unterkonten 9550

und 9560 die Ausgaben für Leistungs-Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V lediglich auf Basis der über Formblatt 3 gemeldeten Daten des 1. und 2. Quartals 2013. Diese KV45-Statistik weist für das Gesamtjahr 2013 einen vorläufigen Wert der Zuschlagszahlungen in Höhe von rd. 36,7 Mio. € aus. Dieser Betrag entspricht nur zufällig dem, der sich aus der KBV-Statistik für das 1. Halbjahr 2013 ergibt. So umfasst der KV45-Wert auch Angaben von Krankenkassen aus Baden-Württemberg, während in die KBV-Statistik (noch) keine Angaben der KV-Baden-Württemberg eingeflossen sind. Sie kann allerdings auch deshalb noch keine vollständigen Ausgabenvolumina des Gesamtjahres 2013 enthalten, da in sie noch keine Abrechnungsdaten der KVen für das 3. und 4. Quartal 2013 eingeflossen sind und die Krankenkassen hierfür keine Verpflichtungsbuchungen vornehmen konnten.

Aufgrund der offensichtlichen Unvollständigkeit der Daten, aber auch wegen der in einigen Regionen erst im 2. Halbjahr 2013 begonnenen Zuschlagszahlungen lässt sich mit den bisherigen Abrechnungsdaten keine valide Schätzung darüber vornehmen, inwieweit das aus den Honorarvereinbarungen ableitbare Fördervolumen tatsächlich ausgeschöpft bzw. unter- oder überschritten wurde.

### **3.2 Als besonders förderungswürdig ausgewählte Leistungen bzw. Leistungserbringer**

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die 16 der insgesamt 17 KVen, mit deren Vertretern Experteninterviews geführt wurden. Mehrheitlich handelt es sich um KVen mit Zuschlagsvereinbarung. Einbezogen wurden aber auch die KVen Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz, in denen für das Jahr 2013 keine Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 vereinbart wurden, die aber dennoch für Experteninterviews zur Verfügung standen, um die Gründe hierfür sowie ihre Einschätzungen zur prinzipiellen Wirksamkeit der Zuschläge zu erläutern. Mit Ausnahme von Westfalen-Lippe wurden also Experteninterviews mit allen KVen geführt, auch wenn bislang keine Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V vereinbart wurden (vgl. Übersicht in Tabelle 10).

Tabelle 10: Übersicht über Kassenärztliche Vereinigungen nach Kriterium Zuschlagsvereinbarung und Einbezug in Befragung

Kassenärztliche Vereinigung	Angabe zu Fördervolumen	abschließend vereinbart	keine Zuschläge	Experteninterview
Baden-Württemberg	x	x		x
Bayern	x	x		x
Berlin	x	x		x
Brandenburg *	x	(x)		x
Bremen	x	x		x
Hamburg			x	x
Hessen	x	x		x
Mecklenburg-Vorpommern			x	x
Niedersachsen	x	x		x
Nordrhein	x	x		x
Rheinland-Pfalz			x	x
Saarland	x	x		x
Sachsen	x	x		x
Sachsen-Anhalt	x	x		x
Schleswig-Holstein	x	x		x
Thüringen	x	x		x
Westfalen-Lippe			x	
<b>Anzahl KVen</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

Quelle: IGES

Anmerkung: \* zuschlagsbezogener Teil der Honorarvereinbarung noch teilweise strittig

Die folgende Darstellung der Befragungsergebnisse konzentriert sich zunächst auf die Frage, für welche förderungswürdigen Leistungen bzw. Leistungserbringer Punktwertzuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V vereinbart wurden, wie die Auswahl begründet wurde und an welche Voraussetzungen die Zahlung der vereinbarten Zuschläge gebunden war.

### 3.2.1 Vereinbarte besonders förderungswürdige Leistungen

Die Vereinbarungen von Zuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V umfassen ein sehr breites Spektrum von als besonders förderungswürdig deklarierten Leistungen.

Grundsätzlich wurden sowohl Leistungen aus dem hausärztlichen als auch aus dem fachärztlichen Bereich ausgewählt. Teilweise wurden Zuschläge auf die Versichertenpauschalen / Gesprächsleistungen für die hausärztliche Versorgung bestimmter Patientengruppen vereinbart (Nordrhein und Sachsen-Anhalt: multimorbide bzw. chronisch erkrankte Patienten) oder Zuschläge auf die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Saarland, Sachsen-Anhalt). In Hessen wurden für die Zuschläge im fachärztlichen Bereich diejenigen Fachgruppen ausgewählt, die eine Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung abrechnen können.<sup>31</sup> In Berlin werden speziell pädiatrische Leistungen gefördert. In Niedersachsen entfällt etwa die Hälfte des Fördervolumens auf Praxisbesonderheiten.

Hinsichtlich der als besonders förderungswürdig deklarierten spezifischen Einzelleistungen umfasst das Spektrum u.a.

- Methadon- und Palliativversorgung (Bayern),
- Augenhintergrunduntersuchung von Diabetes-Patienten in DMP-Programmen (Bremen),
- Behandlung multimorbider Patienten (Bremen),
- Hörgeräteversorgung Kinder (Sachsen),
- Humangenetik (Sachsen)
- Transfusionen (Schleswig-Holstein),
- Hautkrebs-Screening (Sachsen).

Zu den von mehreren KV vereinbarten besonders förderungswürdigen Leistungen zählen u.a.:

- Haus- und Heimbesuche (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Saarland, Sachsen, Thüringen),
- psychiatrische / kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen (Bayern, Brandenburg, Hessen, Thüringen, Nordrhein),

---

<sup>31</sup> Insgesamt können in Hessen 26 Fachgruppen des fachärztlichen Versorgungsbeereichs sowie die Leistungserbringer in der psychotherapeutischen Versorgung Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen abrechnen. Im einzelnen sind über 200 Gebührenordnungspositionen förderfähig.

- o ambulante onkologische Leistungen (Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hessen)
- o Allergologie / Hyposensibilisierung (Nordrhein, Brandenburg, Hessen, Schleswig-Holstein),
- o Polysomnographie (Bayern, Brandenburg, Thüringen, Vorschlag der KV Rheinland-Pfalz, Sachsen),
- o Anästhesien von körperlich/geistig behinderten Patienten/Kleinkindern (Brandenburg, Berlin: bei zahnmedizinischer Behandlung).

Nur vereinzelt wird die Förderung fachärztliche Leistungen an gesonderte Qualifikationsnachweise der Ärzte gebunden (Nordrhein, Bayern).

### **3.2.2 Kriterien für die Auswahl besonders förderungswürdiger Leistungen**

Ähnlich dem Spektrum geförderter Leistungen selbst ergibt sich aus den Befragungen der KV-Experten auch ein breites Spektrum von Kriterien und Gründen für die Auswahl.

Grundsätzlich wurden sowohl medizinische als auch wirtschaftliche Auswahlkriterien zugrunde gelegt. Eine Reihe von KVEn orientierte sich explizit auch an Patientenbeschwerden sowie Klagen bzw. Wünschen von Vertragsärzten bzw. Berufsverbänden (Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Thüringen, Sachsen), teilweise wurden auch Vorstellungen der Krankenkassen umgesetzt (z. B. Förderung von Hausbesuchen in Sachsen) bzw. der Förderkatalog mit den Krankenkassen abgestimmt (Brandenburg). Nur vereinzelt berichteten die KV-Experten über Beschwerden von Fachgruppen oder Ärzten, deren Leistungen nicht gefördert werden (Schleswig-Holstein).

Zusammenfassend lassen sich vor allem vier wesentliche Auswahlkriterien und damit verknüpfte Förderziele unterscheiden:

- Allgemeine finanzielle Stärkung der Grundversorgung (Saarland) bzw. Berücksichtigung der allgemeinen wirtschaftlichen Situation der Vertragsärzte (Nordrhein):
  - o In Sachsen-Anhalt entschieden sich die Verhandlungspartner explizit für eine allgemeine (unspezifische) Förderung der Grundversorgung anstatt einer gezielten Förderung einzelner Fachgruppen bzw. von Einzelleistungen. Aus KV-Sicht wird somit ansatzweise ein Ausgleich für den größeren Behandlungsbedarf und die unzureichende Vergütung der Fachärzte in der Grundversorgung geschaffen.

- Verbesserung/Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Erbringung spezifischer Leistungen: Ausgewählt bzw. vereinbart wurden besonders aufwendige/zeitintensive Leistungen, deren bisherige Vergütung unterdurchschnittlich war bzw. als unzureichend angesehen wird (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Bremen, Nordrhein), z. B.
  - Behandlung multimorbider Patienten (Nordrhein),
  - Hausbesuche (Berlin),
  - administrativer Aufwand (Kassenanfragen) (Bayern).

In Thüringen bezieht sich die Förderung zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit weitergehend auf das gesamte Leistungsspektrum einer Sub-Fachgruppe, nämlich auf die konservativ tätigen Augenärzte (Zuschlag auf die augenärztliche Strukturpauschale).

- Gezielte Förderung von Leistungen, die (z. B. gemessen an Behandlungsleitlinien) nicht häufig genug bzw. im gebotenen Ausmaß erbracht werden, z. B.
  - Augenhintergrunduntersuchung (Bremen), onkologische Leistungen (Baden-Württemberg), Polysomnographie (Thüringen),
  - Haus- und Pflegeheimbesuche (Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Saarland), z. T. für besondere Patientengruppen (Kinder, Chroniker, Palliativ).

In Niedersachsen wurde die Auswahl der förderungswürdigen Leistungen mit dem Ziel der Mengenzunahme auf Vorschlag von den Krankenkassen getroffen (allerdings begrenzt i. F. eines floatenden Punktwertzuschlags).

- Stärkere Ausschöpfung des ambulanten Potentials („ambulant vor stationär“), z. B.
  - Polysomnographie (Bayern, Vorschlag der KV Rheinland-Pfalz),
  - ambulantes Operieren (Nordrhein, Vorschlag der KV Rheinland-Pfalz),
  - Haus- und Heimbesuche (Baden-Württemberg, Berlin, Hessen)
  - onkologische Leistungen (Baden-Württemberg),
  - allgemein Verlagerung von stationär zu ambulant (Bremen).

Darüber hinaus wurden von den KVen auch Leistungen in die Förderung nach § 87a Abs. 2 Satz 3 aufgenommen, bei denen sie in den Vorjahren erfolglos eine extrabudgetäre Vergütung von den Krankenkassen gefordert hatten (z. B. Polysomnographie und Humangenetik in Sachsen) oder keine Vereinbarung über eine extrabudgetäre Vergütung mehr zustande kam (z. B. Haus- und Heimbesuche in Schleswig-Holstein).

Einen herausgehobenen Stellenwert unter den als förderungswürdig ausgewählten Leistungen haben die Haus- und Pflegeheimbesuche. Sie werden in mehreren KV-Regionen gefördert und lassen sich mit mehreren Förderzielen begründen. So nannte die KV Berlin drei Fördergründe: Besuche seien aufwändig und die Wegepauschalen nicht kostendeckend, in den letzten Jahren sei eine rückläufige Mengenentwicklung zu beobachten, die schließlich vermeidbare Folgekosten im stationären Bereich und bei Krankentransporten nach sich zöge.

Die KV Schleswig-Holstein orientierte sich in ihrer Auswahl förderungswürdiger Leistungen am stärksten am Beschluss des Bewertungsausschusses zur Festlegung von Kriterien zur Vereinbarung von Zuschlägen gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V vom 22. Oktober 2012. In einer Anlage zum Honorarvertrag wird in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Bewertungsausschusses für jede der ausgewählten Leistungen dargelegt, auf welche bestehenden Mängel in der Versorgung sie Bezug nehmen und wie durch diese Leistungen die Versorgung der Versicherten hinsichtlich der Ergebnisqualität bzw. des Behandlungserfolgs verbessert wird. Der Beschluss des Bewertungsausschusses wurde als Rechtsgrundlage interpretiert, die genaue Orientierung an ihm wurde als Voraussetzung dafür gesehen, dass die Förderzuschläge bzw. ihre Begründungen einer aufsichtsrechtlichen Prüfung standhalten.

Kritisch sieht die KV Schleswig-Holstein den mit der (rechtssicheren) Auswahl förderungswürdiger Leistungen verbundenen Aufwand, der letztlich aus den nur vagen Kriterien resultiere, die der Bewertungsausschuss vorgegeben habe. Die Förderkriterien seien daher in jetziger Form nicht wünschenswert. Ein Grundproblem der geforderten Auflistung von Versorgungsmängeln bestehe darin, dass man den KVen damit implizit Aussagen darüber abverlange, inwieweit sie ihren Sicherstellungsauftrag erfüllten.

Unterschiedlich war in den KV-Regionen das Ausmaß, in dem sich die Krankenkassen an der Auswahl der zu fördernden Leistungen bzw. Leistungserbringer beteiligten. Während einige KVen die Auswahl weitgehend eigenständig trafen (z. B. Schleswig-Holstein) bzw. die Krankenkassen keine Vorschläge machten (Sachsen), war in anderen Regionen die Auswahl Gegenstand von Verhandlungen zwischen KVen und Krankenkassen. Die Festlegung der förderungswürdigen Leistungen in Berlin ist beispielsweise ein Verhandlungskompromiss: Die Förderung von Hausbesuchen geht auf einen Vorschlag der KV zurück und wurde vor allem mit fehlender Kostendeckung begründet, während die Krankenkassen die Förderung von Anästhesien und kinderärztlichen Leistungen initiierten, um damit bestehende Versorgungsprobleme anzugehen. Auch in Sachsen ist die Förderung der Hausbesuche Teil eines Kompromisses bzw. einer „Paketlösung“ mit den Krankenkassen.

### 3.2.3 Zuschläge für besonders zu fördernde Leistungserbringer

Die große Mehrzahl der KVen hat keine Zuschläge für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart. Hierfür wurden unterschiedliche Begründungen gegeben, darunter:

- Widerstand der Kassen („zu teuer“) (Bayern),
- Fördervolumen zu gering (Hessen),
- keine Unterversorgung feststellbar (Berlin, Bremen, Nordrhein, Schleswig-Holstein), so dass keine Förderung im Einklang mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses möglich ist (Bestehen eines Versorgungsmangels),<sup>32</sup>
- Verweis auf alternative Fördermöglichkeiten (Landesmittel oder Maßnahmen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 105 SGB V einschließlich Strukturfonds) und Vermeidung von Doppelfinanzierungen (Nordrhein, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen),<sup>33</sup>
- Einschätzung, dass Zuschläge allein kein geeignetes Instrument zur Steuerung des Niederlassungsverhaltens sind (Sachsen),
- Unterversorgte bzw. drohend unterversorgte Regionen partizipieren bereits von vielfältigen Maßnahmen, eine weitere Einschränkung von Förderungen auf diese Regionen ist unerwünscht (Mecklenburg-Vorpommern).

Die KV Brandenburg ist bislang die einzige KV, in der die Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V explizit auch zur Förderung von hausärztlich tätigen Ärzten in unterversorgten Gebieten verwendet werden.<sup>34</sup> Sie erhalten ab dem eintausendsten Behandlungsfall einen Zuschlag in Höhe von 4 € je Behandlungsfall. Der Anteil am gesamten Fördervolumen in Brandenburg dürfte jedoch gering bleiben; die KV veranschlagt ihn auf 200 bis 300

---

<sup>32</sup> In diesem Zusammenhang wurde kritisiert, dass somit eine durchaus sinnvolle präventive Wirkung der Zuschläge verhindert würde (KV Schleswig-Holstein).

<sup>33</sup> In Niedersachsen wurde beispielsweise für das Jahr 2014 vereinbart, dass Hausärzte für Hausbesuche ihrer Versorgungsassistentinnen (VERAH) auch in Gebieten Geld erhalten, die noch nicht unterversorgt sind (Quelle: Ärzte Zeitung 28.2.2014, S.10).

<sup>34</sup> Vgl. Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) beschlossen von der Vertreterversammlung am 6.9.2013 (S. 22) [http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Honorar/2013/2013\\_09\\_06\\_HVM\\_Reinfassung\\_Final.pdf](http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Honorar/2013/2013_09_06_HVM_Reinfassung_Final.pdf). Wegen der noch anhängigen Klage gegen den Beschluss des Landesschiedsamtes werden die Zuschläge nur unter Vorbehalt ausgezahlt (vgl. Kapitel 3.1).

Tsd. Euro, d. h. weniger als 2 %. Dies ist auch auf die begrenzte Anzahl von Regionen zurückzuführen, für die eine bestehende Unterversorgung festgestellt werden kann. Die neue Beschlussfassung des Landesausschusses zur Feststellung der Unterversorgung sieht im hausärztlichen Versorgungsbereich weniger bestehende Unterversorgung vor, stuft etliche Bereiche aber weiterhin als drohend unterversorgt ein. Seitens der KV Brandenburg wurden Vorschläge erarbeitet, wie unter den bestehend und drohend unterversorgten Regionen diejenigen mit verstärktem Förderbedarf ausgewählt werden können. Dort sollen Praxen im hausärztlichen Versorgungsbereich mit mehr als 1.000 Behandlungsfällen Förderzuschläge erhalten.

Einen mittelbaren Bezug zu unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen weist in Brandenburg auch eine der Förderungen im fachärztlichen Versorgungsbereich auf: So können einzelne Augenärzte an ausgewählten Standorten Zuschläge zu den augenärztlichen Grundpauschalen erhalten, um eine gemischt konservativ / operierende augenärztliche Versorgung sicherzustellen. Hierfür veranschlagt die KV Brandenburg in ihrem Honorarverteilungsmaßstab 25 Tsd. Euro pro Quartal. Hintergrund dieser Förderung ist, dass Änderungen im EBM zu Verlusten von Mischpraxen vor allem in ländlichen Gebieten geführt haben. Letztlich wurden drei Augenarztpraxen für diese Zuschläge ausgewählt.

Darüber hinaus hat lediglich noch die KV Niedersachsen bislang Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V vereinbart, die einen Bezug zu Leistungserbringern enthält. Etwa die Hälfte des Fördervolumens ist dort für Praxisbesonderheiten bestimmt (und damit überwiegend für die fachärztliche Versorgung). Das Spektrum möglicher Praxisbesonderheiten ist dabei sehr breit gefasst. Entscheidend ist, dass es sich um eine Praxis mit einem „Alleinstellungsmerkmal“ handelt, die atypisch für ihre Fachgruppe ist, woraus sich besondere Belastungen ergeben (Kriterium: Überschreitung des RLV um mind. 20%). Grundsätzlich wird eine Praxisbesonderheit, die zu einem Zuschlag nach § 87a berechtigt, auf Basis von Einzelfallentscheidungen festgestellt. Unter diesen Voraussetzungen ist es auch möglich, dass ein Vertragsarzt, der in einer unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Region praktiziert, einen Zuschlag erhält.

Hinsichtlich möglicher Versorgungseffekte der Zuschläge ist aber zu berücksichtigen, dass die Vereinbarung in Niedersachsen lediglich eine Umwandlung der Honorierung von Praxisbesonderheiten im Rahmen der MGV in §87a-Zuschläge bedeutet. Im Ergebnis führen die Zuschläge für Praxisbesonderheiten nun nicht mehr dazu, dass der übrige Anteil der MGV (geringfügig) sinkt und entsprechend alle anderen Vertragsärzte belastet. Auf Einzelarztebene dürften die finanziellen Effekte der Zuschläge hingegen kaum wahrnehmbar sein.

### 3.2.4 Ausgestaltung und Voraussetzungen der Zuschläge

Wesentliche Gestaltungsaspekte der Zuschlagszahlungen betreffen die Begrenzung von Mehrausgaben. Im Vordergrund stehen hier zwei Fragen:

- Wie wird sichergestellt, dass vereinbarte Obergrenzen von Fördersummen nicht überschritten werden?

Hierzu wurden in den KVen unterschiedliche Lösungen gefunden. In Niedersachsen werden die ausgewählten Leistungen innerhalb der MGV gefördert. Erreicht die Summe der Punktwertzuschläge zu den ausgewählten EBM-Positionen die Obergrenze des zuvor festgelegten Korridors (9,83 Mio. €), wird abgestaffelt („floatender“ Zuschlag). Die KV Niedersachsen sieht eine Abstufung skeptisch, weil so Anreize gemindert werden, u. U. versorgungspolitisch erwünschte Mehrleistungen zu erbringen. In Brandenburg wurde daher Wert darauf gelegt, dass die Punktwertzuschläge mengenunabhängig konstant gehalten werden. Da aber auch hier das Fördervolumen insgesamt nach oben fixiert ist, wurde entsprechend vorsichtig kalkuliert – auf der Basis von Erfahrungswerten zur Mengenentwicklung und unter Vorhaltung eines finanziellen Puffers.

- Führen die Zuschlagszahlungen für sich genommen zu einer dauerhaften Erhöhung der ärztlichen Honorare?

Im Honorarvertrag der KV Hessen ist explizit geregelt, dass die Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V „einmalig und nicht basiswirksam“ gezahlt werden. In Brandenburg wurde im Jahr 2013 eine Erhöhung der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) unter Bezugnahme auf §87a Abs. 2 Satz 3 SGB V vom Landesschiedsamt festgesetzt, um der erhöhten Morbiditätslast gerecht zu werden. Hinsichtlich der weiteren Fortentwicklung dieses MGV-Anteils für die Folgejahre bestehen unterschiedliche Sichtweisen zwischen der KV Brandenburg und den einzelnen Krankenkassen.

Die Abrechnung der Förderzuschläge geschieht in den KVen überwiegend automatisch, d. h., die Vertragsärzte müssen die Zuschläge nicht separat abrechnen und es entsteht ihnen kein Mehraufwand. Außerdem sind die Zuschlagszahlungen nur selten an besondere Voraussetzungen geknüpft. Ganz überwiegend berechtigt allein die jeweilige Fachgruppenzugehörigkeit zur Abrechnung der Förderzuschläge. Darüber hinaus verweisen die KVen auf bereits bestehende Abrechnungsvoraussetzungen, wie z. B. Sonderqualifikationen, Zulassung zur Methadonbehandlung (Bayern) oder Praxisbesonderheiten (Niedersachsen). Ein Großteil der geförderten Leistungen sei bereits anderweitig qualitätsgesichert (Brandenburg).

Nur in einigen Fällen werden spezifische Nachweise zur Abrechnung der Förderzuschläge verlangt:

- In Baden-Württemberg ist für Zuschläge für eine Hyposensibilisierungsbehandlung durch subkutane Allergeninjektion(en) der Nachweis der Behandlungskontinuität erforderlich. Hierfür prüft die KV die Anzahl und den zeitlichen Verlauf der erbrachten Leistungen.
- In Bayern wird zur Abrechnung der Förderzuschläge für die Versorgung von MS-Patienten eine gesonderte elektronische Dokumentation des Krankheitsverlaufs verlangt.
- In Bremen sind die Zuschläge für onkologische Leistungen an die Unterzeichnung der Onkologievereinbarung der KV Bremen geknüpft.
- In Nordrhein erfordern die Zuschläge für die Versorgung multimorbider Patienten die Dokumentation von mindestens drei gesicherten Diagnosen aus der vereinbarten Liste chronischer Erkrankungen. Ob der Zuschlagstatbestand erfüllt ist, wird von der KV automatisch bei der Abrechnung geprüft.
- In Schleswig-Holstein wird bei der Zahlung von Zuschlägen für Hyposensibilisierungen geprüft, ob diesen eine Provokation vorausgegangen ist. Zuschläge für Pflegeheimbesuche setzen die Kodierung der Pflegestufe voraus.

## **4 Auswirkungen auf die Versorgungslage**

Eine auf Abrechnungsdaten gestützte Ermittlung von Auswirkungen der Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V ist aufgrund des vorgegebenen Evaluierungszeitraums nicht valide durchführbar, da die verfügbaren Daten der Abrechnungsstatistiken bislang nur unvollständig vorliegen. Der ursprünglich vorgesehene Evaluierungsansatz eines Vergleichs ausgewählter (kleinräumiger) Modellregionen (mit/ohne Zuschlagszahlungen) – analog dem methodischen Vorgehen in Kapitel 2) – erwies sich ebenfalls als nicht durchführbar, da die vereinbarten Zuschläge fast keine regionalen Bezüge hinsichtlich einer (drohenden) Unterversorgung aufweisen. Daher stützt sich die Einschätzung der Auswirkungen auf die Versorgungslage maßgeblich auf Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihrer Verbände sowie auf eine Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten.

### **4.1 Einschätzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Vertragsärzte**

Mit Ausnahme von Westfalen-Lippe wurden Experteninterviews mit allen KVen geführt (vgl. Tabelle 10). Die folgende Darstellung der Befragungsergebnisse konzentriert sich auf die Einschätzung der Wirksamkeit im Hinblick auf Versorgungsziele.

#### **4.1.1 Erwartete positive Versorgungseffekte der Zuschläge**

In der Mehrzahl der geführten Expertengespräche mit KV-Vertretern wurde die Schwierigkeit erwähnt, die Wirksamkeit der Zuschläge in Bezug auf den Behandlungserfolg oder die Ergebnisqualität zu messen (Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland). Die vereinbarten Zuschläge wurden entsprechend selten an eine konkret formulierte angestrebte Verbesserung der Versorgung geknüpft.

Vielmehr stand häufig eine generelle finanzielle Stärkung der Grundversorgung oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Erbringung spezifischer Leistungen aus KV-Sicht im Fokus der Zuschlagsvereinbarungen (vgl. Kapitel 3.2.2). Eine positive Wirkung auf die Versorgung ergibt sich nach Einschätzung der KVen dann mittelbar, indem der Status Quo der Leistungser-

bringung mithilfe der Zuschläge gestützt und das bestehende Versorgungsangebot aufrecht erhalten werden kann (Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Thüringen). Für den beobachteten Anstieg der Nachfrage würden zu wenig Ärzte bestimmte Leistungen anbieten. Die Zuschläge würden hier einen Anreiz geben, um Leistungen, bei denen Engpässe bestehen, anzubieten. Für die KV Brandenburg kann das gegenwärtig finanzierte Versorgungsangebot generell, und nicht nur in spezifischen Bereichen der überdurchschnittlichen Morbidität der regionalen Bevölkerung nicht gerecht werden. Da aber zu der von der KV für erforderlich gehaltenen Sockelanpassung der MGV bislang keine Einigung erzielt werden konnte, betrachtet die KV die Förderzuschläge als „Hilfsweg“, um das Versorgungsniveau aufrecht zu erhalten.

In Bayern, Bremen und Hessen sollen die Zuschläge den ambulanten Bereich gegenüber dem stationären Leistungsbereich stärken und so eine Abwanderung von Fällen in den stationären Sektor verhindern bzw. die Verlagerung von stationär nach ambulant verstärken.<sup>35</sup>

Ausnahmen von diesen allgemein formulierten Zielen der vereinbarten Zuschläge lassen sich für einzelne Leistungen finden, für die eine konkrete Verbesserung der Versorgung formuliert wurden:

- Kontinuität der Behandlung bei Immuntherapie i.S.v. weniger Therapieabbrüchen durch intensivere Betreuung (Baden-Württemberg);
- Verbesserung der Betreuungsintensität und dadurch Vermeidung von Drehtüreffekten bei psychiatrischen Patienten (Nordrhein);
- Verringerung der Wartezeiten bei konservativ tätigen Augenärzten (Thüringen);
- Verbesserung der Betreuungsintensität in Pflegeheimen (Baden-Württemberg, Hessen, Saarland, Thüringen).

Nur die KV Schleswig-Holstein hat konsequent den als förderungswürdig ausgewählten Leistungen einen adressierten Versorgungsmangel sowie eine konkrete Verbesserung der Versorgung als Förderziel zugeordnet (Tabelle 11).<sup>36</sup> Dabei wird für die meisten Leistungen die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten als versorgungsbezogenes Förderziel angestrebt.

---

<sup>35</sup> In Baden-Württemberg haben nach Angaben der dortigen KV bereits die früheren Zuschläge für ambulantes Operieren und belegärztliche Leistungen zu einer Verlagerung von stationär nach ambulant geführt.

<sup>36</sup> In Sachsen wurde nach Auskunft des KV-Vertreters für jede als förderungswürdig ausgewählte Leistung eine These zum Verbesserungspotential der Versorgung auf-

Tabelle 11: Angestrebte Versorgungseffekte der Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V, KV Schleswig-Holstein, 2013

besonders förderungswürdige Leistungen	adressierter Versorgungsmangel	angestrebte Verbesserung der Versorgung
Gastroskopie	längere Wartezeiten bei Routine-Gastroskopien	Reduzierung von Wartezeiten im ambulanten Bereich (Prozessqualität), Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
Schwindeldiagnostik	unzureichende bis fehlende Diagnostik im stationären Bereich	Vermeidung unnötiger Untersuchungen, Vermeidung stationärer Behandlungen
Hyposensibilisierung	unzureichende Diagnostik bei Nicht-Durchführung der Provokation, hohe Abbrecherquote bei oraler Hyposensibilisierung, Ausweitung der Allergien, Zunahme der Entwicklung eines Asthma bronchiale	Förderung der Compliance, Verringerung der Abbrecherquote, Verbesserung der Ergebnisqualität
Urodynamik	Verlagerung in den stationären Bereich, obwohl ambulant leistbar	Vermeidung (prä-) stationärer Aufenthalte, Optimierung der Diagnostik, Verbesserung der Struktur-, Ergebnis- und Lebensqualität
Prostatastanze	rückläufige ambulante Leistungserbringung	Vermeidung stationärer Aufenthalte
Transfusionen	zunehmend stationäre Leistungserbringung, obwohl stationärsersetzende Leistung	Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, Verbesserung der Strukturqualität
Kleine Chirurgie	(nicht näher spezifiziert)	Sicherstellung der Leistung in der Fläche, Vermeidung von Krankenseinweisungen, Verbesserung der Strukturqualität
Haus- u. Heimbefuche bei Patienten ab 70 Jahre u./od. Pflegestufe II/III	Rückgang der Besuchsleistungen trotz demographischen Wandels und steigender Morbidität	Sicherstellung der Besuchstätigkeit im ländlichen Raum, Vermeidung von Krankenseinweisungen
Behandlung und Betreuung von Patienten mit mind. 3 chronischen Erkrankungen	(gemäß Beschluss des Bewertungsausschusses 288. Sitzung nicht gefordert)	

Quelle: IGES nach KVSH: Änderungsvereinbarung zur Honorarvereinbarung 2013, Anlage 2

gestellt; im Rahmen des Honorarverteilungsmaßstabes wurde dies jedoch nicht dokumentiert.

In der Mehrzahl der befragten KVen werden die Zuschläge für förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer grundsätzlich als geeignetes Instrument beurteilt, um eine Verbesserung der ambulanten Versorgung zu erreichen.

- Die Zuschläge müssten allerdings in ihrem Gesamtvolumen für die Vertragsärzte spürbar sein (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz) – die derzeitigen Beträge seien für effektive Veränderungen der Versorgung bzw. Strukturveränderungen zu gering (Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein). Wohl aber seien die Zuschläge geeignet, um die Wertigkeit einzelner Leistungen hervorzuheben (Sachsen-Anhalt) oder Anreize in eine bestimmte Richtung zu setzen (Baden-Württemberg). Für spezifische Bereiche bzw. einzelne Praxen seien die Zuschläge durchaus spürbar (z. B. Gastroskopie in Schleswig-Holstein). Die KV Sachsen hält es gerade für sinnvoll, die Förderung auf ausgewählte Leistungen zu konzentrieren, anstatt es „mit der Gießkanne“ zu verteilen. Im Vordergrund stehe schließlich die Gelegenheit, spezifische regionale Probleme anzugehen. Für einzelne Ärzte hätten die Zuschläge dann auch eine spürbare Dimension.
- Laut KV-Vertretern aus Baden-Württemberg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Saarland, Thüringen ist für Struktur- und Verhaltensveränderungen des ärztlichen Angebotes allerdings eine langfristige Garantie der Zuschlagszahlungen unerlässlich. KV-Vertreter aus Baden-Württemberg, Nordrhein und Thüringen geben zu bedenken, dass Zuschläge eher mittel- bis langfristig wirken würden und dass Vertragsärzte erst Vertrauen in die Zuschläge fassen müssten, bevor Praxisstrukturen aufgebaut bzw. geändert würden. Aus diesem Grund verlangt die KV Brandenburg auch die Basiswirksamkeit der vereinbarten Zuschläge innerhalb der MGV; die von den Krankenkassen geforderte Einmaligkeit der vereinbarten Zahlungen lehnt sie wegen der geringen Planbarkeit ab.

In Niedersachsen hält man eine substantielle Verbesserung der Versorgung aufgrund der budgetierten und befristeten Zuschläge des Jahres 2013 für unrealistisch.

In Bayern und Hamburg wird nicht eine Veränderung der Versorgung aufgrund der Zuschläge erwartet, sondern vielmehr eine Stützung der bestehenden Versorgungsleistungen und den Erhalt des Status Quo, also die Vermeidung eines Leistungsabbaus aufgrund der vereinbarten Zuschläge.

#### 4.1.2 Auswirkungen auf einzelne Versorgungsaspekte

##### *Spektrum der angebotenen Behandlungsleistungen*

In Bayern, Brandenburg, Bremen, Hessen und Rheinland-Pfalz (Vorschlag) ermöglichen die vereinbarten Zuschläge laut Einschätzung der KV-Vertreter vor allem, das bestehende Angebot aufrecht zu erhalten. Ohne die Zuschläge seien Vertragsärzte gezwungen, einzelne optionale Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen aus dem Leistungsangebot zu streichen.

In Baden-Württemberg und Thüringen wird eine Erweiterung des Leistungsangebotes um Besuchsleistungen aufgrund der Zuschläge für möglich gehalten. In Nordrhein und Bremen hofft man auf eine Zunahme der Leistungserbringer, die allergologische Leistungen bzw. Augenhintergrunduntersuchungen anbieten.

Im Saarland, in Niedersachsen und Sachsen-Anhalt hält man es hingegen für unwahrscheinlich, dass die Vertragsärzte ihr Leistungsangebot aufgrund der vereinbarten Zuschläge verändern bzw. verbreitern. In Schleswig-Holstein und Berlin geht man davon aus, dass man mit den Zuschlägen eher diejenigen Ärzte erreicht, die die ausgewählten Leistungen bereits anbieten. Dafür dass Ärzte ihr Leistungsangebot umstellten, seien – mit wenigen Ausnahmen (z. B. Gastroskopie in Schleswig-Holstein, Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung von behinderten Patienten in Berlin) – die Zuschläge generell zu gering.

##### *Leistungsmenge*

In einigen KV-Regionen wird eine Mengenausweitung der Leistungen aufgrund der vereinbarten Zuschläge erwartet bzw. ausdrücklich angestrebt. So wird in Baden-Württemberg, Berlin, Sachsen, Schleswig-Holstein, Hessen und dem Saarland eine Zunahme der Besuchsleistungen aufgrund der Zuschläge erwartet, in Bremen soll die Zahl der Augenhintergrunduntersuchungen zunehmen, in Nordrhein die Allergikerbehandlung und die psychiatrische Betreuung, in Schleswig-Holstein die Schwindeldiagnostik und in Berlin die Zahl kinderärztlicher Leistungen. Fallzahlausweitungen aufgrund der Zuschläge werden auch in Thüringen bei konservativen Augenärzten erwartet. In Sachsen-Anhalt sähe man Fallzahlausweitungen bei Fachärzten der Grundversorgung infolge der Zuschläge positiv, diese würden aber nicht zwingend erfolgen, da die Vertragsärzte in Sachsen-Anhalt bereits überdurchschnittlich viele Fälle behandeln.

In Bayern sollen Mengenausweitungen ausdrücklich vermieden werden, statt dessen sollen die förderungswürdigen Leistungen in dem Umfang, in dem sie bisher erbracht wurden, höher vergütet werden. Eine Bindung der Definition der förderungswürdigen Leistungen an Diagnosen soll eine einkommensorientierte Leistungsausweitung verhindern. In der KV Nordrhein

wurde diskutiert, ob die Zahlung der Zuschläge an Mindestmengen gekoppelt werden sollte. Die KV entschied sich jedoch dagegen; statt dessen soll jede einzelne Leistung gefördert werden, um die generelle medizinische Notwendigkeit zu unterstreichen und um Anreize für Mengenausweitungen zu vermeiden. In Rheinland-Pfalz wird sowohl eine Mengenausweitung im Rahmen einer besseren Auslastung der bestehenden Versorgungsstrukturen als auch eine sukzessive Erweiterung des Angebots der geförderten Leistungen angestrebt. In Niedersachsen wird die Mengenausweitung bei einzelnen Leistungen vor allem durch die Krankenkassen angeregt, die KV ist allerdings angesichts der Abstufung der Punktwerte bei Erreichen des Zuschlagsvolumens skeptisch, ob die Vertragsärzte unter diesen Bedingungen ihr Leistungsvolumen ausweiten.

#### *Arbeitssituation und -zufriedenheit*

Laut Einschätzung der KVen werden die vereinbarten Zuschläge in Niedersachsen, Thüringen, Hessen und Bremen durchaus als Wertschätzung erfahren. Die Ärzte nahmen die Zuschläge positiv auf (Hessen) und hätten das Gefühl, dass ein von ihnen signalisierter Handlungsbedarf mit den Zuschlägen aufgegriffen werde (Thüringen). In Bayern stimmen die Ärzte vor allem der finanziellen Förderung einzelner Leistungen zu, weil durch die Zuschläge für diese Leistungen die Lücke zum Orientierungswert geschlossen werde und sie somit das Honorar erhielten, das ihnen zustehe. In Baden-Württemberg wird eine abwartende Reaktion berichtet, für eine „Hurra-Reaktion“ sei die Planungssicherheit zu gering. In Schleswig-Holstein wurde eine positive Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit nur für die Gastroenterologen konstatiert.

In Nordrhein und im Saarland wird vermutet, dass die Zuschläge aufgrund ihres geringen Volumens keine spürbaren Auswirkungen auf die Arbeitssituation und -zufriedenheit der Vertragsärzte haben werden. Auch in Sachsen-Anhalt ist die Reaktion vieler Vertragsärzte, dass das Volumen der Zuschläge unzureichend sei. In Schleswig-Holstein befürchtet man starke negative Reaktionen der Ärzte, falls die Zuschläge im Jahr 2015 nicht mehr gezahlt würden.

#### *Wartezeiten*

Mit Ausnahme von vier KVen erwarten die Befragten nicht, dass die vereinbarten Zuschläge zu einer Verkürzung von Wartezeiten führen. Die Terminvergabe richte sich vor allem nach medizinischer Notwendigkeit und in einigen Fällen auch nach dem Versichertenstatus (privat vs. gesetzlich). Die Vertreter der KV Brandenburg verweisen auf eine Vielzahl möglicher Einflussfaktoren der Wartezeiten, insbesondere aber auf die Arztdichte vor Ort.

In Thüringen, Schleswig-Holstein und Nordrhein wird bei einzelnen Fachgruppen bzw. Leistungen eine Verkürzung der Wartezeiten für bestimmte Patientengruppen als Folge der gezielten Förderung einzelner Leistungen (konservative Behandlung bei Augenärzten in Thüringen, Gastroskopie in Schleswig-Holstein und ADHS-Versorgung bei Kinderärzten in Nordrhein) erwartet.

Die KV Berlin hält eine Reduzierung von Wartezeiten für denkbar, aber dafür müsste dies zur Fördervoraussetzung gemacht werden.

#### *Einstellung von zusätzlichem Praxispersonal*

Die befragten KV-Experten aus Berlin, Bremen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen hielten die vereinbarten Zuschlagsvolumen für zu gering, um Veränderungen der Praxisausstattungen bzw. ihrer Personalstärke zu bewirken. Dies sei allenfalls bei Förderung hochspezialisierter Leistungen denkbar, für die besonders qualifiziertes Personal erforderlich sei (z. B. für Gastroskopie, ambulante Chemotherapie). Hessen und Rheinland-Pfalz fügen hinzu, dass für Personaleinstellungen die Zuschläge stabil und über einen längeren Zeitraum garantiert werden müssten. In Sachsen und Sachsen-Anhalt werden dauerhafte Förderprogramme wie die VERAH-Vergütung als stärkerer Anreiz für die Einstellung von mehr Praxispersonal eingeschätzt als die für das Jahr 2013 vereinbarten Zuschläge. Aus Sicht der KV Sachsen sind die Zuschläge grundsätzlich nicht auf eine Einstellung von Praxispersonal ausgerichtet.

In Nordrhein besteht die Hoffnung, dass die Zuschläge Anreize bieten, sowohl zusätzliches Praxispersonal einzustellen als auch bestehendes Personal weiter zu qualifizieren (Zusatzausbildung, Fortbildung). Eine Qualifizierungsoffensive ist hier ausdrücklich Ziel der vereinbarten Zuschläge. Auch in Bayern wird eine Einstellung von zusätzlichem Praxispersonal in spezialisierten Praxen – beispielsweise für Methadonbehandlung – grundsätzlich für denkbar gehalten. In Baden-Württemberg wird aufgrund der Erfahrungen mit älteren Zuschlägen zum ambulanten Operieren bestätigt, dass eine Ausweitung der Arbeitskraft in der Praxis durch Zuschläge möglich ist. Die Vergangenheit habe dort aber auch gezeigt, dass am Praxispersonal gekürzt wird, wenn die Zuschläge wegfallen.

### **4.1.3 Auswirkungen auf Kompensationsbereiche**

#### *Vermeidbare Krankenhausaufenthalte*

Die Verringerung von vermeidbaren Krankenhaufällen nach Einführung der Zuschläge wird in den KV-Regionen Schleswig-Holstein, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Thüringen grundsätz-

lich erwartet. Die KV Schleswig-Holstein hält jedoch den Effekt für nicht messbar bzw. direkt quantifizierbar. Für die KV Berlin ist die Vermeidung von Krankenhausfällen die zentrale Begründung für die Förderung von Hausbesuchen. Auch die KV Sachsen erwartet insbesondere von einer Förderung der Besuchsleistungen eine Verringerung der Anzahl stationärer Aufenthalte.

In Sachsen-Anhalt geht man zwar davon aus, dass die Zuschläge die Grundversorgung im ambulanten Bereich stärken, aber es herrscht eine gewisse Skepsis, ob kompensatorisch im stationären Bereich wirklich weniger Fälle erbracht werden. Auch in Mecklenburg-Vorpommern gibt es Zweifel, ob Krankenhausaufenthalte mit der gezielten Förderung einzelner Leistungen effektiv vermieden werden können, mangels stationärer Daten sei es der KV zumindest bisher nur bedingt gelungen, entsprechende Zusammenhänge zu evaluieren und eine weitere entscheidende Größe sei in diesem Zusammenhang auch der in vielen Regionen bestehende Arztmangel. Für das Saarland gilt die Einschätzung, dass das Zuschlagsvolumen bei den Fachärzten eine Verringerung der vermeidbaren Krankenhausfälle nicht herbeibringe.

#### *Rettungs- und Krankenfahrten*

In den KV-Regionen Bayern, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen und Schleswig-Holstein wird eine Verringerung der Rettungs- und Krankenfahrten aufgrund von Zuschlägen für Haus- und insbesondere Heimbesuche oder Palliativbesuche für möglich gehalten. Ältere und immobile Patienten würden so an ihrem Wohnort versorgt und der Anreiz für das Pflegepersonal, bei gesundheitlichen Problemen sofort eine Krankenhausaufnahme zu veranlassen, gemindert. Auch in Thüringen und Nordrhein hält man die Verringerung von Krankenfahrten bei immobilen Patienten generell für denkbar. Die KV Schleswig-Holstein betont zusätzliche Qualitätsaspekte: Ältere Patienten bevorzugen eine Behandlung in gewohnter Umgebung. Außerdem trügen vermehrte Besuche zu einer kontinuierlichen Versorgung bei. Der behandelnde Arzt neige – im Gegensatz zum Notarzt ohne Vorwissen – im Zweifelsfall weniger zu einer Krankenhauseinweisung.

In Bremen und Sachsen-Anhalt wird hingegen kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Rettungs- und Krankenfahrten einerseits und den vereinbarten Zuschlägen andererseits gesehen. Skepsis äußerte diesbezüglich auch der Experte der KV in Mecklenburg-Vorpommern, da unklar sei, welche Leistungen neben den heute bereits geförderten Notdiensten, Besuchen und Wegepauschalen noch gefördert werden müssten, um eine solche Wirkung zu erzielen. Im Saarland ist man der Meinung, dass die Verringerung der Fahrtenzahl eher mit anderen Anreizen sowie mit

der Organisation des Bereitschaftsdienstes zu tun habe. In Hamburg ist die flächendeckende Versorgung nach eigenen Angaben so gut, dass sich kaum Fahrtzeiten ergeben und daher die Anzahl der bestehenden Rettungs- und Krankenfahrten durch eine Veränderung im ambulanten Leistungssektor unberührt bleibe.

#### *Inanspruchnahme von Notfalldiensten*

Sieben der befragten KVen sehen für ihre KV-Region keinen unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Zahlung der Zuschläge und der Inanspruchnahme im Notfalldienst (Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein, Saarland, Sachsen). Das Problem einer erhöhten Inanspruchnahme im Notfalldienst wurde in Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein schon mit anderen Maßnahmen behoben, so dass hier keine weitere Veränderung aufgrund der Zuschläge vermutet wird. Vom Experten der KV Hamburg wurde zu der hohen Leistungsanspruchnahme außerhalb der Sprechzeiten angemerkt, dass diese vor allem durch die Patienten gesteuert würde, so dass von den Zuschlägen, die ja vornehmlich den Vertragsarzt in seinem Verhalten beeinflussten, keine Auswirkungen hierauf zu erwarten seien.

In Bayern wird eine Verringerung der Inanspruchnahme im Notfalldienst infolge der Zuschläge für Palliativbesuche für denkbar gehalten. Auch in Sachsen-Anhalt wird ein Rückgang der Notfalldienstleistungen vermutet, wenn mit den Zuschlägen Verringerungen der Wartezeiten erreicht werden könnten. In Schleswig-Holstein, Brandenburg und Berlin geht man davon aus, dass – ähnlich wie bei Rettungs- und Krankenfahrten – die Förderung von Haus- und Heimbesuchen die Inanspruchnahme von Notfalldiensten verringern kann. Dasselbe gelte auch für die Förderung kleinchirurgischer Leistungen in Schleswig-Holstein sowie für eine Reduzierung von Wartezeiten im ambulanten Bereich (wie sie dort durch die Förderung der Gastroskopie angestrebt wird).

#### **4.1.4 Ergebnisse einer Befragung von Vertragsärzten**

Neben ausführlichen Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihrer Verbände wurde eine kurze Online-Befragung von Vertragsärzten ausgewählter Regionen und Fachgruppen durchgeführt. Die Auswahl ist nicht repräsentativ, sondern bezog vor allem diejenigen Regionen ein, in denen relativ viele Fachgruppen für eine Förderung durch Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V in Frage kamen.

Insgesamt wurden fast 1.400 Vertragsärzte von neun verschiedenen Fachgruppen in den Regionen Nordrhein, Bremen, Thüringen und Bayern per E-

Mail (Thüringen: postalisch) angeschrieben (Tabelle 12). Die Adressen wurden per Zufallsauswahl (Anfangsbuchstaben der Nachnamen) mit Hilfe der Online-Arztsuchen der KVen ausgewählt.<sup>37</sup>

Tabelle 12: Stichprobe für die Befragung (n = 1.389 Ärzte)

	Nordrhein	Bremen*	Thüringen	Bayern
Hausärzte	100		100	66
Augenärzte	100		100	
Nervenärzte (FA Neurologie u. Psychiatrie + FA Neurologie)			86	18
Psychiater (FA Psychiatrie + FA Psychiatrie und Psychotherapie)			31	46
Gynäkologen	100			63
Urologen	100			44
Chirurgen	100			
Allergologen	100			
Dermatologen				35
<b>Gesamt</b>	<b>600</b>	<b>200</b>	<b>317</b>	<b>272</b>

Quelle: IGES

Anmerkung: \* KV Bremen hat Ärzte persönlich angeschrieben (keine Information zur Fachgruppenstruktur).

Die Befragung umfasste ausschließlich geschlossene Fragen zum Versorgungsbereich (haus- vs. fachärztlich), zum Regionstyp des Praxisstandorts (großstädtisch, städtisch, ländlich), zur Kenntnis der Zuschläge sowie zu unterschiedlichen möglichen Auswirkungen der Zuschläge auf die Versorgungspraxis. Zudem konnten Anmerkungen in einem Freitextfeld ergänzt werden. Die Befragung wurde im Februar 2014 durchgeführt.

An der Befragung nahmen lediglich 118 Vertragsärzte teil. Bezogen auf die Nettostichprobe (abzüglich unzustellbarer E-Mails/Briefe) von 1.365 lag die Rücklaufquote damit insgesamt bei nur 8,6 %. Am höchsten war die Rücklaufquote für Bayern (13,6 %), am geringsten für Thüringen (2,2 %). Die 118 Teilnehmer waren überwiegend (86 %) fachärztlich tätig und praktizierten zu 40 % in städtischen und zu jeweils 30 % in ländlichen und großstädtischen Regionen.

<sup>37</sup> Bei Fachgebieten mit einer geringen Anzahl an Ärzten in der Region wurden alle Ärzte des Fachgebiets einbezogen.

Mehr als die Hälfte der 118 befragten Vertragsärzte (53 %) hatten keine Kenntnis von den Förderzuschlägen nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V und beantworteten daher keine weiteren Fragen zu den möglichen Auswirkungen. Die 39 Vertragsärzte, die letztlich die Fragen zu den möglichen Auswirkungen beantworteten, können kein annähernd repräsentatives Ergebnis darstellen.

Immerhin stehen die Befragungsergebnisse dieser Gruppe im Großen und Ganzen nicht im Widerspruch zu den Einschätzungen der befragten KV-Vertreter. Demnach wurden positive Auswirkungen auf die Versorgungslage tendenziell eher in Form einer Aufrechterhaltung des derzeitigen Leistungsangebots sowie allenfalls noch einer Erhöhung der Arbeitszufriedenheit erwartet. Dagegen rechnete man mehrheitlich nicht damit, dass die Zuschläge eine Verlängerung der Arbeitszeiten, zusätzliche Leistungsangebote oder verkürzte Wartezeiten bewirken. Auch die Möglichkeiten einer Kompensation von Mehrausgaben für die Förderzuschläge durch weniger vermeidbare Krankenhausfälle, Rettungs-/Krankenfahrten oder Notfalldienste wurden überwiegend skeptisch beurteilt.

#### **4.2 Einschätzungen der gesetzlichen Krankenkassen**

Im Rahmen des dritten Abschnitts der Evaluierung wurden auch Vertreterinnen und Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung nach ihren Einschätzungen gefragt. Im Mittelpunkt der Befragungen standen die Ziele und möglichen Auswirkungen der vereinbarten Zuschläge auf die regionale Versorgungslage.

Insgesamt wurden zu diesem Zweck sechs Experteninterviews geführt: ein Interview mit dem GKV-Spitzenverband, zwei mit Verbänden verschiedener Kassenarten (vdek, AOK-Bundesverband), ein Interview mit einem kassenartenspezifischen Landesverband (BKK Landesverband Mitte), ein Interview mit einer bundesweiten Einzelkasse (TK) und eines mit einer regionalen Krankenkasse (AOK Nordost).

Die Ergebnisse der Einschätzungen von Vertreterinnen und Vertreter der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Zielen und möglichen Auswirkungen der vereinbarten Zuschläge auf die regionale Versorgungslage werden nach folgenden Aspekten strukturiert dargestellt:

- positives Potential der Punktwertzuschläge,
- Kritik an den bisherigen Zuschlagsvereinbarungen,
- Schwierigkeiten der Beurteilung der Wirksamkeit,
- Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen,
- konkrete Auswirkungen auf das ärztliche Leistungsgeschehen.

### 4.2.1 Positives Potential der Punktwertzuschläge

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen sind die Punktwertzuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V prinzipiell dazu geeignet, in „notleidenden“ Bereichen des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens Abhilfe zu schaffen – unter der Voraussetzung, dass sie gezielt und nicht nach „Gießkanne“ zum Einsatz kommen. Darüber hinaus wird es auch als sinnvoll erachtet, der Landesebene bei der Ausgestaltung der Zuschläge Flexibilität zu geben.

Mit den Zuschlägen könnten sehr spezielle, regionenspezifische Themen angegangen werden. Dies zeige die Bandbreite der vereinbarten Fördertatbestände, beispielsweise in der Region Nordost:

- So umfasst die Förderung in Brandenburg explizit Ärzte in unterversorgten Gebieten.
- In Berlin wurden sehr spezifische Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung als förderungswürdig ausgewählt, u. a. Zahnarzt-Narkosen bei Menschen mit Behinderungen sowie Subspezialisierungen bei Kinderärzten wie Kinderpneumologie und -kardiologie.
- In Mecklenburg-Vorpommern wird durch die Zuschläge u. a. die ambulante Versorgung bei Schlafapnoe gefördert, um Krankenhausfälle zu vermeiden.

Das prinzipiell positive Urteil der GKV-Vertreterinnen und -Vertreter über das Instrument der Punktwertzuschläge resultiert bei Teilen der befragten Expertinnen und Experten aus einer eher pragmatischen Betrachtungsweise. Die grundlegende Annahme hierbei ist, dass die Höhe und die Entwicklung der Gesamtvergütungen nicht dadurch beeinflusst wird, ob es die Möglichkeit der Punktwertzuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V gibt oder nicht. Ein Wegfall der Zuschläge würde nicht dazu führen, dass die Gesamtvergütungen bzw. ihr Anstieg geringer ausfielen, sondern dies würde anderweitig kompensiert. Im Prinzip würden immer Gesamtvergütungen vereinbart, d. h., das Geld für die Zuschläge könne man letztlich nicht sparen. Sobald man aber akzeptiere, dass die Ärztevergütungen ohnehin jährlich zunehmen, stelle sich die Frage, in welcher Form die Zusatzhonorare gezahlt würden.

Unter diesen Voraussetzungen seien spezifische Zuschläge für förderungswürdige Leistungen grundsätzlich gegenüber einer unspezifischen Honorarerhöhung zu bevorzugen. Die gegenwärtige Alternative sei eine Honorarerhöhung auf Basis eines gemessenen Anstiegs des allgemeinen Behandlungsbedarfs, der einen relativ unzuverlässigen Bezugspunkt darstelle, weil

die Kodierqualität u. a. wegen fehlender allgemeiner Kodierrichtlinien unzureichend sei.<sup>38</sup> Dagegen ließen sich zusätzliche Ausgaben für die Ärztehonorierung in Form von zweckgebundenen Zuschlägen prinzipiell besser nachverfolgen. Dies setze aber voraus,

- dass die Zuschläge nicht als basiswirksam vereinbart würden und so in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgingen<sup>39</sup>,
- dass die Zuschläge nach Möglichkeit mit messbaren, klar definierten qualitativen Zielparametern verknüpft würden, evtl. ergänzt durch Abschlagsoption,
- das Datentransparenz hinsichtlich der spezifischen Verwendung der Förderzuschläge bestehe.

#### 4.2.2 Kritik an den bisherigen Zuschlagsvereinbarungen

Zu den bisherigen Zuschlagsvereinbarungen formulierten die GKV-Vertreterinnen und -Vertreter mehrere Kritikpunkte, die aber nicht von ihnen allen gleichermaßen geteilt wurden. Kritisiert wurde vor allem, dass die Zuschlagsvereinbarungen weder der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers noch den Vorgaben des Bewertungsausschusses entsprächen.

##### *Fehlender Bezug zu (drohender) Unterversorgung*

Im Sinne der Intention des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes wäre vor allem eine regionale Förderung mit explizitem Bezug zu peripheren bzw. ländlichen Gebieten wünschenswert gewesen, auch wenn nach der bis zur Jahresmitte 2013 gültigen Bedarfsplanung offiziell fast keine Unterversorgung festzustellen war. Gemäß der Gesetzesbegründung sollte über Vergütungsanreize das Niederlassungsverhalten gesteuert werden. Stattdessen umfasse die Förderung nun auch Ballungsgebiete und „High End-Medizin“ (z. B. Polysomnographie), die Zuschläge seien noch zu sehr auf technische Leistungen anstatt auf Leistungserbringer ausgerichtet.

Mit Verweis auf die politisch gewollten größeren regionalen Spielräume bei der Ärztehonorierung traf die gesetzliche „Insbesondere-Vorgabe“ einer engen Anbindung der Förderzuschläge an (drohende) Unterversorgung bei

---

<sup>38</sup> Vgl. hierzu auch das Positionspapier des GKV-SV vom 27.11.2013 „Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung – Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung“, S. 13.

<sup>39</sup> So wurde beispielsweise im Honorarvertrag mit der KV Hessen für das Jahr 2013 ausdrücklich festgelegt, dass die KV die Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen „einmalig und nicht basiswirksam“ erhält.

den KVen auf wenig Resonanz. Alle KVen wollten gleichermaßen vom Fördervolumen profitieren (auch die Stadtstaaten); zudem gelten regionale Preisdifferenzierungen bei ihnen als problematisch. Auch gab es Befürchtung, dass gemäß der alten Bedarfsplanung zu wenig Unterversorgungs-Regionen hätten identifiziert werden können, um ein Zuschlagsvolumen von insgesamt 200 Mio. Euro zu absorbieren.

Allerdings wurde teilweise auch ein gewisses Verständnis für die KVen geäußert: Sie hätten schließlich Verantwortung für die Gesamtheit der Vertragsärzte und es sei schwieriger, einzelne Ärzte innerhalb einer Fachgruppe bei der Honorierung besser zu stellen als eine Fachgruppe insgesamt. Immerhin wurde von einer KV (Brandenburg) die Förderung von hausärztlich tätigen Ärzten in unterversorgten Gebieten umgesetzt. Zudem stünden den Krankenkassen mit den Selektivverträgen alternative Instrumente zur Verfügung, um Ärztevergütungen stärker regional zu differenzieren – verknüpft mit dem zusätzlichen Vorteil, dies auf die kassenspezifische Versicherungsstruktur ausrichten zu können.

#### *Fördertatbestände adressieren keine (neuen) Versorgungsprobleme*

Mit den durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingeführten Preiszuschlägen für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer verbanden sich Erwartungen, dass damit zusätzliche (lokale) Versorgungsbedarfe adressiert würden. Von GKV-Seite wurde kritisiert, dass mit den bisher vereinbarten Zuschlägen vielfach die Förderung bereits früher geförderter Leistungen „unter neuem Deckmantel“ fortgesetzt werde (z. B. ambulantes Operieren, belegärztliche Leistungen). In diesen Fällen dienten die Zuschläge eher der Besitzstandswahrung und stellten keine neuartigen Fördertatbestände dar.

Darüber hinaus liege vielen der nun geförderten Leistungen kein echtes Versorgungsproblem zugrunde. Die Fördertatbestände stellten eher den Versuch dar, „Vergütungsnotlagen“ in spezifischen ärztlichen Leistungsbereichen zu beseitigen, die aus „irgendwelchen Gründen“, z. B. auch als Folge einer verfehlten Honorarverteilung, entstanden seien. Im Sinne des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes sollten die Preiszuschläge entweder einen regionalen Bezug haben, d. h. (drohende) Unterversorgung, und dann keine spezifischen Fachgruppen fördern; oder es sollten – z. B. in städtischen Regionen wie Nordrhein – Qualitätsverbesserungen auf Basis konkret benannter Versorgungsprobleme das Förderziel sein und Förderkriterien diesbezüglich definiert werden.

Es gab unter den befragten Kassenvertretern teilweise aber auch die Ansicht, dass den KVen zugestanden werden solle, den Umgang mit dem neuen Instrument der Preiszuschläge „noch lernen zu müssen“, insbesondere

im Hinblick darauf, eine ausreichende Spezifität der Fördertatbestände zu erreichen, statt „mit der Gießkanne“ zu fördern.

#### *Parallele Förderansätze*

Problematisch sei auch das Nebeneinander verschiedener Zuschläge bzw. Fördermöglichkeiten („Dschungel von Förderinstrumenten“). Konkret bezog sich diese Kritik auf die Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 2 (regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur) sowie speziell auf die Förderung von Pflegeheimbesuchen durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz. Mit letzterem wurde § 87a Abs. 2 Satz 3 um befristete Zuschläge zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen oder von Kooperationsverträgen ergänzt.

Es gab unter den GKV-Vertreterinnen und -Vertretern auch eine positive Äußerung zur Vielzahl an Fördermöglichkeiten: Je mehr Fördermöglichkeiten es gebe, desto höher sei die Flexibilität bei der Entscheidung, was und wie regionspezifisch gefördert wird. Man müsse ja nicht alle Ansätze gleichzeitig nutzen, und die Krankenkassen hätten selbst darauf zu achten, dass es nicht zu viel Überlappung der verschiedenen Förderinstrumente gibt.

#### *Fehlende Qualitätsdifferenzierung der Förderung*

Kritisiert wurde darüber hinaus, dass die KVen sich schwer damit täten, zwischen „guten“ und „schlechten“ Leistungserbringern zu differenzieren. Daher würden bestimmte Leistungen en bloc ohne Qualitätsdifferenzierung gefördert.

Von anderer Seite wurde zwar bestätigt, dass eine Qualitätsdifferenzierung im Rahmen der Förderung durchaus wünschenswert wäre, es fehle aber hierfür an den notwendigen Grundlagen im bestehenden Vergütungssystem, konkret in der Abrechnung und der dafür erforderlichen Dokumentation. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) differenziere ebenfalls nicht nach Leistungsqualität, so dass es für eine Qualitätsdifferenzierung der Förderzuschläge keine adäquaten Bezugspunkte gebe. Außerdem seien gravierende Qualitätsprobleme „nicht das Thema“, allenfalls die fehlende Vernetzung, aber auch zur Förderung von Vernetzung biete der EBM für das Förderinstrument der Punktwertzuschläge nicht die notwendigen Ansatzpunkte. Hierfür seien andere Instrumente besser geeignet (z. B. Verträge mit Ärztenetzen, Vereinbarungen bestimmter Dokumentationsstandards).

### 4.2.3 Schwierigkeiten der Beurteilung der Wirksamkeit

Die Analyse der Wirkungen der vereinbarten Förderzuschläge – insbesondere nach den vom Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 22. Oktober 2012 genannten Kriterien<sup>40</sup> – stößt nach Ansicht von GKV-Vertreterinnen und -Vertretern auf eine Reihe grundsätzlicher Schwierigkeiten. Hierzu zählen vor allem die Interdependenzen der Vielzahl an Komponenten der Honorarvereinbarungen und Förderansätze (z. B. nach § 105 SGB V Sicherstellungszuschläge, Strukturfonds u. a. zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung). Aufgrund der typischen „Paketvereinbarungen“ sei eine kausale Zuordnung von Versorgungseffekten zu einzelnen Komponenten der Honorarvereinbarungen „extrem schwierig“, zumal nicht (wie gefordert) separate Abrechnungsziffern für die durch Preiszuschläge geförderten Leistungen eingeführt wurden. Hinzu komme, dass der Förderzweck der Preiszuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V oft nicht ausreichend klar definiert und entsprechend dann eine Zielerreichung nicht messbar bzw. überprüfbar sei. Auch könnten zeitgleiche Verschiebungen innerhalb von „HVM-Töpfen“ die Wirkung der Punktwertzuschläge konterkarieren.

Schließlich sei die Messung der Wirksamkeit u. U. aufwendig und auch methodisch herausfordernd. Beispielsweise wäre speziell im Hinblick auf das Ziel eines Abbaus von Unterversorgung zu klären, in welchem Ausmaß vorher notwendige medizinische Behandlungen unterblieben sind. Dies erfordere evtl. Patientenbefragungen zu Wartezeiten, interregionale Vergleiche, Auswertungen von Call Center-Anrufen, Überweisungsscheinen etc.

Eine der befragten Expertinnen und Experten äußerte die Einschätzung, dass die Vorgaben zum Nachweis der Wirksamkeit im Beschluss des Bewertungsausschusses nicht nur nicht erfüllbar seien, sondern auch unnötig: Die Krankenkassen hätten einen ausreichenden Anreiz, dass die unterschiedlichen Fördertatbestände insgesamt wirtschaftlich ausgestaltet würden („unter dem Strich eine schwarze Null herauskommt“), eine Zuschreibung von Einzeleffekten sei aber kaum machbar. Zudem sei auch nicht zu erwarten, dass sich die Förderungen kurzfristig rechnet.

---

<sup>40</sup> Demnach soll in der Vereinbarung dargelegt und später evaluiert werden, in welcher Weise Mängel in der Versorgung bestehen und inwieweit durch die Förderung der Leistungen die Ergebnisqualität verbessert bzw. der Behandlungserfolg gesteigert werden kann bzw. konnte (vgl. Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V in seiner 288. Sitzung am 22. Oktober 2012).

#### 4.2.4 Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen

Die Wirkung der Zuschläge ließe sich aus GKV-Sicht dadurch verbessern, dass der Bewertungsausschuss konkretere und verbindlichere Vorgaben im Sinne des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes machte. Jedoch wurde mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz auch eine stärkere Regionalisierung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen beschlossen, und zwar sowohl bei den Honorarvereinbarungen (Änderung § 87a Abs. 5: Kompetenz des Bewertungsausschuss abgeschwächt) als auch bei der Honorarverteilung (Änderung § 87b Abs. 1: alleinige Festlegung durch KVen, nur noch im Benehmen mit Krankenkassen). Infolgedessen hätten die Beschlüsse des Bewertungsausschusses nur noch Empfehlungscharakter und enthielten eher allgemeine Vorgaben, so dass die Bundesebene nur noch wenig Einfluss habe. Dadurch werde es erschwert, über konkretere und verbindlichere Vorgaben die Zuschläge so auszugestalten, dass ihre Wirkungen stärker der Intention des Gesetzgebers entsprechen. Mit dem Verweis auf die politisch gewollten größeren regionalen Spielräume bei den Honorarverhandlungen sei von Seiten der Vertragsärzte auch die gesetzliche Vorgabe einer möglichst engen Anbindung der Förderzuschläge an (drohende) Unterversorgung abgelehnt worden.

Entstünden nun aus Ärztesicht in spezifischen Bereichen „Vergütungsnotlagen“ als Folge der Honorarverteilung, könnten die KVen zur Abhilfe Zuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V fordern. Die Krankenkassen hätten dann die negativen finanziellen Konsequenzen einer verfehlten Honorarverteilung zu tragen, an der sie nicht (mehr) beteiligt seien. Insofern könnten Preiszuschläge für förderungswürdige Leistungen den KVen die Möglichkeit eröffnen, Verfehlungen bei der Honorarverteilung abzuschwächen bzw. zu kaschieren.

Daher sei es sinnvoll, die Krankenkassen wieder stärker an der Honorarverteilung zu beteiligen, anstatt sie nur einmal jährlich ein Gesamtpaket verhandeln zu lassen. Allerdings ist die Sichtweise der Krankenkassen in diesem Punkt nicht einheitlich:

- Manche Kassen seien mit der stärkeren Regionalisierung in der ärztlichen Honorierung zufrieden und hielten weitergehende Vorgaben von der Bundesebene für nicht erforderlich, teilweise auch deshalb, weil sie für negative Folgen der Honorarverteilung nicht mehr verantwortlich sein wollten.
- Andererseits wurde von einer der befragten Expertinnen und Experten die Möglichkeit zu Verhandlungen über die Förderzuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V gerade auch als Chance gewertet, als Krankenkasse gestaltend in die Honorarverteilung einzugreifen.

#### 4.2.5 Konkrete Auswirkungen auf das ärztliche Leistungsgeschehen

Dass die Preiszuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V grundsätzlich Auswirkungen auf das ärztliche Leistungsgeschehen haben bzw. haben können, wurde bejaht – ansonsten würde man Honorarpolitik generell in Frage stellen. Die Wirkungen wurden vor allem im Hinblick auf das Leistungsangebot bzw. die Leistungsmengen gesehen; ob sich mit Punktwertzuschlägen auch qualitative Versorgungsmängel beheben lassen, sei nicht belegt.

- Zur Wirksamkeit der Honorarpolitik auf das Leistungsangebot bzw. die Leistungsmengen wurde auf einschlägige Erfahrungen verwiesen (Beispiel: Akupunktur). Prinzipiell sei es auch möglich, dass Punktwertzuschläge den negativen Effekten der „Mischkalkulation“ in einem pauschalierendem Vergütungssystem entgegenwirken, nämlich einer Vernachlässigung „unrentabler“, aber medizinisch notwendiger Leistungen. Allerdings sei dies an eine Reihe weiterer Voraussetzungen geknüpft (spürbares Zuschlagsvolumen, Spezifität).
- Die Argumentation einiger KVen, dass es Preiszuschläge zur allgemeinen finanziellen Stärkung der Grundversorgung ermöglichen, ein bestehendes Versorgungsniveau zu erhalten, werde man in dieser Undifferenziertheit nicht belegen können.
- Fraglich sei auch, ob Punktwertzuschläge zusätzliche Niederlassungen in strukturschwachen Regionen bewirken können.
- Um qualitative Versorgungsmängel zu beseitigen, reichten Punktwertzuschläge für sich genommen nicht aus. Hierfür müssten die Zuschläge an vorab definierte Versorgungsziele bzw. Qualitätsparameter gekoppelt werden. Ein Anstieg der Leistungsmenge allein sei unzureichend für den Nachweis einer Versorgungsverbesserung, dies gelte auch für den häufigen Fördertatbestand der Haus- und Heimbesuche.

Die Vertreterinnen und Vertreter der GKV äußerten ihre Einschätzung zur Wirksamkeit der Punktwertzuschläge zudem differenziert hinsichtlich unterschiedlicher Zielgrößen:

- *Ausweitung des Leistungsangebots*

Je präziser sich die Förderung auf spezifische Leistungen beziehe, die nicht zum Standard zählen, desto eher sei eine Angebotsausweitung zu erwarten (z. B. Anästhesie bei Zahnbehandlung von Patienten mit Behinderungen). Insbesondere in den Fällen, in denen mit den Punktwertzuschläge sehr spezifische Versorgungsthemen adressiert würden (z. B. in Berlin), gebe es Anzeichen dafür, dass Ärzte ihr Leistungsangebot aufrecht erhalten bzw. erweitern. Möglich und

auch sinnvoll sei eine Ausweitung des Leistungsangebots als Folge der Preiszuschläge durch Pflegeheim- und Hausbesuche sowie die Übernahme von Notdiensten. Vor allem die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen (Augenärzte, Neurologen): werde bislang kaum oder gar nicht angeboten, obwohl Besuchsleistungen im EBM abrechenbar seien und außerhalb von Pflegeheimen auch erbracht würden. Allerdings gebe es speziell bei den Pflegeheimbesuchen mittlerweile parallele Förderansätze (Ergänzung von § 87a Abs. 2 Satz 3 durch Pflege-Neuausrichtungsgesetz; s. o.).

- *Erhöhung des Leistungsumfangs*

Hausbesuche wurden als ein Bereich genannt, in dem aus GKV-Sicht eine Mengenausweitung als Folge der Punktwertzuschläge möglich sei. Allerdings zeige sich auch an diesem Beispiel die Notwendigkeit einer hohen Spezifität der Förderung: Mehr Hausbesuche würden vor allem von Ärzten benötigt, die in ländlichen Gebieten tätig sind. Dort stoße aber eine Ausweitung der Hausbesuchstätigkeit auf zeitliche Restriktionen. In den größeren Städten hätten Ärzte dagegen eher noch freie zeitliche Kapazitäten, dort gebe es aber wegen der dichten Versorgungsinfrastruktur weniger Bedarf an Hausbesuchen. Eine Konzentration auf strukturschwache (ländliche) Regionen wäre unter diesen Umständen vorteilhaft, da sie ein höheres Fördervolumen je Arzt ermöglichte und hierdurch bestehende Zeitrestriktionen ggf. aufgeweicht werden könnten (z. B. insoweit hierdurch zusätzliches Praxispersonal finanzierbar würde).

Eine Erhöhung des Leistungsumfangs sei neben einer Ausweitung der Hausbesuchstätigkeit auch in Form einer Verlängerung von Sprechstundenzeiten möglich; in Brandenburg erhofft man von den Förderzuschlägen eine solche Wirkung. Grundsätzlich wurde an den Punktwertzuschlägen positiv gewertet, dass sie eine leistungsspezifische Fördermöglichkeit darstellten, die nicht mit einer vollständigen Ausdeckung und Mengenkонтроllverlust einhergehe.

- *Erhöhung der Arbeitssituation/-zufriedenheit*

Eine solche Wirkung sei prinzipiell vorstellbar. Beispielsweise könne sich bei Punktwertzuschlägen für Pflegeheimbesuche das damit verbundene Preissignal positiv auswirken, aber eine entsprechende Wahrnehmung durch die Ärzte brauche Zeit. Neben dem Preissignal könnte die Arbeitszufriedenheit auch dadurch positiv beeinflusst werden, dass Vertragsärzte sich weniger genötigt sehen, ihre Patienten an Krankenhäuser weiter zu verweisen; hierauf ziele beispielsweise die preisliche Förderung der Polysomnographie in Mecklenburg-Vorpommern.

- *Verringerung von Wartezeiten*

Dass die Preiszuschläge zu einer Verkürzung von Wartezeiten beitragen, erwarteten die GKV-Vertreter eher nicht, zumal in den Regionen mit hohen Wartezeiten die ärztlichen Arbeitszeiten häufig kaum noch ausdehnbar seien. Wartezeitenprobleme bei der Terminvergabe ergäben sich außerdem primär in Form einer Ungleichbehandlung von GKV- und PKV-Patienten; diese könnten nicht durch die Zuschläge gelöst werden. Allenfalls sei die Wirkung auf die Wartezeiten offen.

- *Einsparungen in anderen (Kompensations-) Bereichen*

Dass die Förderung von Leistungen durch Punktwertzuschläge dazu beitragen kann, die Zahl vermeidbarer Krankenhausfälle zu verringern, wird von GKV-Seite vor allem im Zusammenhang mit Haus- und Pflegeheimbesuchen für vorstellbar gehalten. Allerdings seien derartige Effekte bzw. eine Kausalität kaum nachweisbar, weil grundsätzlich fraglich sei, ob sich durch das Leistungsgeschehen im ambulanten Bereich die Zahl der Krankenhausfälle effektiv reduzieren lasse. Die Erfahrungen mit Selektivverträgen über ambulantes Operieren hätten gezeigt, dass Krankenhausbetten dann anderweitig gefüllt würden. Zuschläge allein seien daher unzureichend, um Behandlungsaufwand im stationären Bereich zu verringern, es müssten zusätzlich verbindliche Behandlungspfade definiert werden. Vorstellbar seien Kompensationseffekte vor allem bei spezifischen Leistungen (z. B. Polysomnographie oder Schwindeldiagnostik, die Mecklenburg-Vorpommern bzw. Schleswig-Holstein gefördert werden), andere geförderte Leistungen hätten nicht das Potential.

Im Hinblick auf weitere mögliche Kompensationsbereiche sind die Einschätzungen zurückhaltend. Zusatzleistungen des Notdienstes der KVen könnten prinzipiell durch einen Rückgang der Fälle in Notfallambulanzen der Krankenhäuser kompensiert werden. Die trendmäßige Zunahme der Rettungs- und Krankenfahrten würde sich durch Zuschläge dagegen nicht ändern.

- *Einstellung von zusätzlichem Praxispersonal*

Für eine Erhöhung von Praxiskapazitäten durch zusätzliches (arztentlastendes) Personal kämen eher andere Förderansätze in Frage (z. B. AGnES, VerAH, EVA). Punktwertzuschläge seien hier prinzipiell auch hilfreich, aber nicht in Form von § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V-Zuschlägen bzw. nicht isoliert, sondern nur in Gesamtwirkung mit einem Bündel anderer Fördermaßnahmen.

## 5 Zusammenfassung

### *Preiszuschläge zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung*

Mit dem zu Jahresbeginn 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) wurde für die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene die Möglichkeit geschaffen, Preiszuschläge mit dem Ziel zu vereinbaren, die Versorgung der Versicherten zu verbessern, insbesondere in Gebieten, für die eine (drohende) Unterversorgung bzw. ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf festgestellt wurde (§ 87a Abs. 2 S. 3 SGB V). Die Preiszuschläge können sich dabei sowohl auf besonders förderungswürdige Leistungen als auch auf Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern beziehen.

Die Möglichkeit von Preiszuschlägen soll dazu beitragen, Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung – insbesondere in ländlichen und in strukturschwachen urbanen Regionen – zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungsleistungen im stationären Bereich sowie durch Notfall- und Rettungsdienste zu vermeiden.

Die Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der KBV im Erweiterten Bewertungsausschuss zum Honoraranstieg im Jahr 2013 sah für die auf Landesebene zu beschließenden Zuschläge auf den Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer 150 bis 200 Mio. Euro vor. Dies entspricht dem Betrag, von dem die Bundesregierung bereits im Entwurf des GKV-VStG ausgegangen war.

### *Gesetzlicher Evaluierungsauftrag*

Mit dem GKV-VStG wurde zudem beschlossen, dass die mit den Preiszuschlägen verbundenen Mehrausgaben nicht zu einer Belastung des Bundeshaushalts führen sollten, wobei durch die Zuschläge ermöglichte Einsparungen berücksichtigt werden sollten. Aus diesem Grund verlangt das Gesetz, neben einer Analyse der Auswirkungen bestimmter Vergütungsregelungen im Bereich der vertragszahnärztlichen Vergütung die Auswirkungen der Preiszuschläge auf das Versorgungsgeschehen in der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die gesetzliche Krankenversicherung durch die Bundesregierung bis zum 30. April 2014 zu evaluieren (§ 221b Abs. 2 SGB V). Das Ergebnis dieser Evaluation sollte ursprünglich bei der Festlegung der Höhe der Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich ab dem Jahr 2015 berücksichtigt werden: Wäre die Evaluation zu dem Ergebnis gelangt, dass die Maßnahmen auch

nach Gegenrechnung von Einspareffekten zu Mehrausgaben führen, wäre dies bei den die Zahlungen des Bundes für den Sozialausgleich mindernd zu berücksichtigen gewesen.

Inzwischen hat der Gesetzgeber jedoch eine Finanzierungsreform auf den Weg gebracht, gemäß der die kassenindividuellen Zusatzbeiträge zukünftig einkommensabhängig, also als prozentuale Zuschläge auf den allgemeinen Beitragssatz, erhoben werden. Die Möglichkeit kassenindividueller einkommensunabhängiger (pauschaler) Zusatzbeiträge bzw. Prämien soll gleichzeitig abgeschafft werden. Infolgedessen wird es auch keinen steuerfinanzierten Sozialausgleich mehr geben. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass § 221b Abs. 2 SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2015 vollständig aufgehoben wird.

### *Ziel und Umsetzung des Evaluierungsauftrags*

Ziel der Evaluierung im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist die Ermittlung der finanziellen Auswirkungen der Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer auf die gesetzliche Krankenversicherung, und zwar sowohl die hierdurch unmittelbar verursachten Mehrausgaben als auch die durch sie induzierten Minderausgaben bzw. Einspareffekte, insbesondere bei Krankenhauseinweisungen, Rettungsfahrten und Krankentransporten, aber auch in anderen Leistungsbereichen. Darüber hinaus sind die Auswirkungen der Preiszuschläge auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu untersuchen.

Aufgrund der teilweise erst späten Honorarvereinbarungen lag im Evaluierungszeitraum keine ausreichende Datenbasis vor, um die finanziellen Auswirkungen auf Basis von Abrechnungsdaten umfassend zu ermitteln. Darüber hinaus konzentrierte sich der dem Forschungsauftrag an das IGES Institut zugrunde liegende methodische Ansatz – entsprechend der Intention des GKV-VStG – auf den regionalen Bezug der Förderung und damit das Kriterium der (drohenden) Unterversorgung. Während der Umsetzung des Forschungsauftrags stellte sich jedoch heraus, dass – auf Basis der vom Bewertungsausschuss festgelegten Kriterien – Preiszuschläge fast ausschließlich für förderungswürdige Leistungen ohne regionalen Bezug hinsichtlich einer (drohenden) Unterversorgung vereinbart wurden.

Beide Umstände führten dazu, dass das ursprünglich geplante methodische Vorgehen teilweise zu modifizieren war. Im Ergebnis gliedert sich die Evaluierung in drei Abschnitte mit jeweils unterschiedlichen Datengrundlagen:

1. Ausgangspunkt des ersten Abschnitts war die Frage, inwiefern Preiszuschläge dazu beitragen können, Versorgungslücken in der ambulanten Versorgung – insbesondere in Regionen mit (drohender) Unterversor-

gung) – zu schließen und damit auch die Inanspruchnahme aufwändigerer Versorgungsleistungen im stationären Bereich sowie durch Krankentransporte, Notfall- und Rettungsdienste zu vermeiden. Konkret untersucht wurden auf Basis regionalisierter Daten grundsätzliche Zusammenhänge zwischen der regionalen vertragsärztlichen Versorgungsdichte einerseits und der Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen, Rettungsfahrten und Krankentransporten andererseits.

2. In einem zweiten Schritt wurden die Finanzwirkungen der gesetzlichen Neuregelungen ermittelt. Aufgrund des zeitlichen Verzugs lieferten die während des Evaluierungszeitraums vorzulegenden Finanz- bzw. Abrechnungsstatistiken hierzu keine vollständigen Daten. Daher wurde für die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben, welche Finanzvolumina für die Preiszuschläge für das Jahr 2013 vereinbart wurden, welche Leistungen bzw. welche Leistungserbringer unter welchen Voraussetzungen gefördert wurden und warum diese ausgewählt wurden.
3. Die Auswirkungen der Preiszuschläge auf die Versorgungslage sind Gegenstand des dritten Abschnitts. Da für die Evaluierung aufgrund des zeitlichen Verzugs keine vollständigen Daten vorlagen, wurden zur Einschätzung der Auswirkungen auf die Versorgungslage Experteninterviews mit Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen bzw. ihrer Verbände sowie eine Befragung von Vertragsärztinnen und -ärzten durchgeführt.

#### *Beeinflusst die vertragsärztliche Versorgungsdichte die Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen?*

Untersucht wurde die Hypothese, dass eine hohe ambulante Versorgungsdichte mit relativ weniger Krankenhauseinweisungen einhergeht. Dabei konzentrierte sich die Analyse auf sog. ambulant sensitive Krankenhausfälle (ASK), also solche mit Diagnosen, bei denen Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können. Hierfür wurden auf Basis international verwendeter Abgrenzungen 13 Hauptdiagnosen ausgewählt und teilweise durch zusätzliche Filterkriterien eingegrenzt.

Bei der Untersuchung der Zusammenhänge wurde berücksichtigt, dass feststellbaren regionalen Unterschieden bei Krankenhauseinweisungen verschiedene Einflussfaktoren zugrunde liegen können. Daher wurden in die Analyse Variablen zur regionalen "Bedarfsadjustierung" einbezogen, um regionalen Unterschieden bei Morbidität, sozioökonomischer Situation und Infrastruktur Rechnung zu tragen und so den spezifischen Einfluss der regi-

onalen vertragsärztlichen Versorgungsdichte möglichst weitgehend zu isolieren.

Nach den Ergebnissen der statistischen Analysen besteht ein schwacher, aber signifikanter Zusammenhang zwischen der ASK-Häufigkeit und ambulanter Facharztdichte. Das heißt: Je höher die Facharztdichte, desto weniger typischerweise ambulant behandelbare Fälle werden im Krankenhaus stationär versorgt. Für die Hausarztdichte konnte kein signifikanter Einfluss auf die ASK-Rate ermittelt werden. Den stärksten Einfluss hat erwartungsgemäß die regionale Morbidität.

Auf Basis dieser Ergebnisse wurden anhand eines regionalen Benchmarkings die Kompensationspotentiale einer Reduzierung der regionalen ASK-Häufigkeit geschätzt. Vergleicht man die Regionen (Kreise) anhand ihrer jeweiligen Erwartungswerte, die anhand des Regressionsmodells bestimmt wurden – also korrigiert man die kreisspezifischen ASK-Häufigkeiten um die jeweiligen Einflüsse von Morbidität, Arztdichte, Sozial- und Infrastruktur – liegen bei unverändertem Durchschnitt (1.088 ASK-Fälle je 100.000 Einwohner) 202 Landkreise und kreisfreie Städte über der durchschnittlichen ASK-Rate. Von diesen hatten 60 % eine unterdurchschnittliche Facharztdichte und ländliche Strukturen. Die erwarteten ASK-Häufigkeiten waren vor allem in den ostdeutschen Landkreisen überdurchschnittlich hoch, während sie insbesondere in den süddeutschen Landkreisen und kreisfreien Städten unter dem Durchschnitt lagen.

Je nach gewählter Benchmark (bundesdurchschnittliche ASK-Rate, kreis-spezifische Erwartungswerte) und nach Abgrenzung der ASK-Fälle (mit/ohne zusätzlichen Filterkriterien) liegen die ermittelten Einsparpotentiale in einem Bereich zwischen 160 und 860 Mio. Euro. Dabei konnten ASK-Fälle mit psychiatrischen Hauptdiagnosen nicht einbezogen werden, weil Abrechnungsdaten für diesen Indikationsbereich (noch) nicht Bestandteil des DRG-Datensatzes sind. Durch das Fehlen gerade dieses Indikationsbereichs werden die ausgewiesenen Einsparmöglichkeiten unterschätzt. Konkret betrifft die Unterschätzung die Diagnosen Depression und Demenz, die gemäß dem für diese Untersuchung gewählten Abgrenzungskonzept den ASK zuzuordnen sind.

*Beeinflusst die vertragsärztliche Versorgungsdichte die Häufigkeit von Rettungsfahrten und Krankentransporten?*

Untersucht wurde, ob eine unterdurchschnittliche ambulante Versorgungsdichte in einer Region typischerweise mit einer überdurchschnittlichen Häufigkeit von Rettungsfahrten und Krankentransporten einhergeht (nach Berücksichtigung von Alters- und Morbiditätsunterschieden). Für die Analyse standen Datenauswertungen der AOK Nordost, der DAK sowie der

BARMER GEK zur Verfügung. Eine vollständige Datengrundlage (Fahrten und Empfänger nach Fahrtzweck und Fahrtmittel auf Kreisebene) lag lediglich für die 27 Kreise in Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Brandenburg vor.

Die statistischen Analysen zeigen für die Region Nordost einen signifikanten Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Anzahl der Fahrten je Versichertem in den Kreisen einerseits und der regionalen ambulanten Facharztdichte andererseits. Das heißt: Für die Nordost-Region gilt im Durchschnitt, dass eine geringere regionale Facharztdichte mit einer höheren Anzahl an Fahrten je Versicherten einhergeht. Ein signifikanter Zusammenhang besteht darüber hinaus zwischen der Hausarztdichte und den Fahrten mit dem spezifischen Fahrtzweck Krankenhausbehandlung: je geringer die Hausarztdichte, desto mehr Fahrten je Versicherten mit Fahrtzweck Krankenhausbehandlung.

In welchem Ausmaß eine Veränderung der regionalen Hausarztdichte für sich genommen – d. h. unter Berücksichtigung anderer regionaler Einflussfaktoren – die Fahrtenhäufigkeit durchschnittlich verringert, lässt sich nur mit einer multivariaten Regressionsanalyse abschätzen. Die Datengrundlage der Region Nordost ist mit nur 27 Datenpunkten für ein solches statistisches Verfahren jedoch nicht ausreichend.

Für die Schätzung der Einsparpotentiale bei Rettungsfahrten und Krankentransporten in der Region Nordost wurde ein relativer Benchmarkansatz gewählt. Hierfür wurden zunächst die bundesdurchschnittlichen Kosten je Fahrt anhand von BMG-Statistiken der GKV-Leistungsausgaben und Leistungsempfänger geschätzt. Im Ergebnis liegt das geschätzte Einsparpotential für die Region Nordost bei 36,4 Mio. Euro, dies entspricht einer Ausgabenreduzierung um rd. 8 %.

#### *Kompensationspotentiale einer erhöhten ärztlichen Behandlungskapazität: weitere Erkenntnisse*

Unter den möglichen Kompensationspotentialen für eine Erhöhung der ambulanten Versorgungskapazitäten liegt der Schwerpunkt der Fachliteratur auf dem stationären Sektor. Aus einer Reihe von Studien, die vor allem in jüngerer Zeit erstellt wurden, geht hervor, dass eine höhere ambulante Versorgungsdichte (gemessen anhand der Arztdichte oder der Fallzahlen) für sich genommen mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit von Krankenhauseinweisungen einhergeht. Insbesondere für vermeidbaren Krankenhausaufenthalte, also solche Krankenhaufälle, die typischerweise ambulant therapierbar sind, lässt sich ein substitutiver Zusammenhang mit der ambulanten Versorgungsintensität feststellen.

Allerdings ist nach den vorliegenden Studien der Einfluss exogener Faktoren – wie Morbidität der Bevölkerung oder die relative sozioökonomische Position einer Region – auf die Häufigkeit von (vermeidbaren) Krankenhausaufenthalten teilweise deutlich stärker als der Einfluss der Arztdichte. Die eigenen empirischen Analysen im Rahmen der vorliegenden Evaluation kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Hinsichtlich eines Kompensationspotentials gilt hierbei zu berücksichtigen, dass zwischen der ambulanten ärztlichen Versorgungsintensität einerseits und den genannten exogenen Faktoren (Morbidität, sozioökonomische Situation) mittelbare, längerfristige Zusammenhänge existieren, die in den empirischen Modellen nicht abgebildet wurden.

Neben dem stationären Sektor werden Kompensationspotentiale auch in anderen Versorgungsbereichen vermutet, insbesondere bei Rettungsfahrten und Krankentransporten, in der Versorgung von Pflegebedürftigen und in der Arzneimittelversorgung. Allerdings gibt es hierzu deutlich weniger empirische Studien. Zu der Frage, inwieweit durch eine erhöhte ambulante Versorgungsdichte kompensatorisch Pflegeheim- oder Krankenseinweisungen von Pflegebedürftigen vermieden werden können, existiert jedoch mittlerweile eine Vielzahl von regionalen Modellprojekten und Programmen, die auf solche Zusammenhänge gründen. Insbesondere zusätzliche Vergütungsanreize für Ärzte, durch regelmäßige Betreuung von Pflegeheimbewohnern Krankenseinweisungen zu vermeiden, haben eine größere Verbreitung gefunden. Derartige Vereinbarungen werden teilweise von Evaluationen begleitet, von denen erste positive Ergebnisse berichtet werden. Im Bereich der Arzneimittelversorgung konnten bislang für ausgewählte Indikationsbereiche ebenfalls deutliche Hinweise darauf gefunden werden, dass feststellbare Qualitätsprobleme regional variieren und diese Abweichungen einen Zusammenhang zu Unterschieden der regionalen ambulanten Versorgungskapazitäten aufweisen.

#### *Ausgaben für die vereinbarten Preiszuschläge*

Die für das Jahr 2013 vorgesehenen Fördervolumina für Zuschläge nach § 87a Absatz 2 Satz 3 SGB V belaufen sich bei den 13 KVen, in denen hierüber bereits verhandelt wurde, auf schätzungsweise rd. 160 Mio. Euro. Dabei handelt es sich teilweise um Obergrenzen eines Zielkorridors. Das Zuschlagsvolumen liegt damit innerhalb der im Gesetzgebungsverfahren geschätzten jährlichen Größenordnung (zwischen 150 bis 200 Mio. Euro).

Dass es in vier KV-Regionen keine Vereinbarung über Preiszuschläge gab, wurde teilweise mit den vom Bewertungsausschuss gestellten Anforderungen an eine Evaluation der Zuschläge, insbesondere dem Kriterium „Verbesserung der Ergebnisqualität“, begründet. Teilweise konnten sich die Vertragspartner auf dem Verhandlungswege bzw. im Schiedsverfahren

nicht auf eine finanzielle Förderung einzelner Leistungen verständigen. Stattdessen wurde die Förderung nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V über eine pauschale Erhöhung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) umgesetzt.

Aufgrund der im regionalen Vergleich hohen Anzahl der Vertragsärzte bzw. der GKV-Versicherten war die absolute Höhe der vereinbarten Fördervolumina in Nordrhein und in Baden-Württemberg am höchsten, gefolgt von Niedersachsen. Je Vertragsarzt war die Förderung in Brandenburg mit durchschnittlich 4.294 € jährlich am höchsten. Im gewichteten Durchschnitt<sup>41</sup> der 13 KVen mit Zuschlagsvereinbarung betrug die Förderung je Vertragsarzt rd. 986 €.

Setzt man den Anteil der jeweils von einer KV vereinbarten Fördersumme am Gesamtvolumen der Förderung ins Verhältnis zum Anteil an den gesetzlichen Versicherten in der jeweiligen Region, so zeigen sich deutlich überproportional hohe Fördervolumina für Brandenburg, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg.

Aufgrund der Unvollständigkeit der Daten, aber auch wegen der in einigen Regionen erst im 2. Halbjahr 2013 begonnenen Zuschlagszahlungen lässt sich mit den bisherigen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der gesetzlichen Krankenkassen keine valide Schätzung darüber vornehmen, inwieweit das aus den Honorarvereinbarungen ableitbare Fördervolumen tatsächlich ausgeschöpft oder ggf. überschritten wird.

#### *Welche Leistungen bzw. Leistungserbringer wurden gefördert?*

Mit den vereinbarten Preiszuschlägen wurde insgesamt ein sehr breites Spektrum an Leistungen gefördert. Grundsätzlich wurden sowohl Leistungen aus dem hausärztlichen als auch aus dem fachärztlichen Bereich ausgewählt.

Zu den von mehreren KVen vereinbarten besonders förderungswürdigen Leistungen zählen u. a. Haus- und Heimbesuche, psychiatrische / kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen, ambulante onkologische Leistungen, Allergologie / Hyposensibilisierung, Polysomnographie, Anästhesien von körperlich/geistig behinderten Patienten/Kleinkindern.

Ähnlich dem Spektrum geförderter Leistungen selbst ergibt sich aus den Befragungen der KV-Experten auch ein breites Spektrum von Kriterien und Gründen für die Auswahl. Grundsätzlich wurden sowohl medizinische als

---

<sup>41</sup> Gewichtung anhand des KV-Anteils an der Gesamtzahl der Vertragsärzte in Deutschland.

auch wirtschaftliche Auswahlkriterien zugrunde gelegt. Mit Verweis auf die Schwierigkeit, die Wirksamkeit der Zuschläge in Bezug auf den Behandlungserfolg oder die Ergebnisqualität zu messen, wurden die vereinbarten Zuschläge entsprechend selten an eine konkret formulierte angestrebte Verbesserung der Versorgung geknüpft. Vielmehr stand häufig eine generelle finanzielle Stärkung der Grundversorgung oder eine verbesserte Wirtschaftlichkeit der Erbringung spezifischer Leistungen aus KV-Sicht im Fokus der Zuschlagsvereinbarungen. Für die Förderung durch Punktwertzuschläge ausgewählt wurden aber auch Leistungen, die (z. B. gemessen an Behandlungsleitlinien) nicht häufig genug bzw. im gebotenen Ausmaß erbracht werden. Auch eine Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ war in mehreren Fällen Auswahlkriterium für förderungswürdige Leistungen. Die große Mehrzahl der KVen hat keine Zuschläge für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern vereinbart.

Wesentliche Fragen der Ausgestaltung der Zuschlagszahlungen, die in den KV-Regionen teilweise unterschiedlich beantwortet wurden, betrafen eine mögliche Abstufung der Punktwertzuschläge sowie die sog. Basiswirksamkeit der vereinbarten Zuschläge für die Honorarvereinbarungen der Folgejahre. Die Vertragsärzte müssen die Zuschläge überwiegend nicht separat abrechnen und es entsteht ihnen kein Mehraufwand. Außerdem sind die Zuschlagszahlungen nur selten an besondere Voraussetzungen geknüpft.

*Welche Auswirkungen der Förderzuschläge auf die Versorgungslage ergeben sich nach Einschätzung der KVen und Vertragsärzte?*

In der Mehrzahl der befragten KVen werden die Zuschläge für förderungswürdige Leistungen bzw. Leistungserbringer grundsätzlich als geeignetes Instrument beurteilt, um eine Verbesserung der ambulanten Versorgung zu erreichen. Eine positive Wirkung auf die Versorgung ergibt sich nach Einschätzung der KVen eher mittelbar, indem der Status Quo der Leistungserbringung mithilfe der Zuschläge gestützt und das bestehende Versorgungsangebot aufrecht erhalten werden kann. In Bezug auf einzelne geförderte Leistungen werden von den meisten KVen aber auch konkrete Verbesserungen der Versorgung erwartet, darunter häufiger eine höhere ärztliche Betreuungsintensität in Pflegeheimen.

Die Verringerung von vermeidbaren Krankenhausfällen nach Einführung der Zuschläge wird von mehreren KVen grundsätzlich erwartet und vereinzelt als Begründung für die Förderung von Hausbesuchen angeführt. Der Effekt wird allerdings teilweise für nicht messbar bzw. direkt quantifizierbar gehalten, denn es herrscht eine gewisse Skepsis, ob kompensatorisch im stationären Bereich wirklich weniger Fälle erbracht werden.

Noch zurückhaltender ist die Einschätzung der KVen hinsichtlich einer Verringerung von Rettungs- und Krankenhausfahrten sowie Notfalldiensten. Mehrere KVen halten eine solche immerhin als Folge von spezifischen Zuschlägen für Haus- und insbesondere Heimbesuche oder Palliativbesuche für möglich. Die Mehrzahl der KVen erwartet von den Zuschlägen für förderungswürdige Leistungen keine Verkürzung von Wartezeiten in der vertragsärztlichen Versorgung, da die Wartezeiten von einer Vielzahl möglicher Einflussfaktoren abhängen, insbesondere auch von der Arztdichte vor Ort. Einige KVen erwarten hingegen eine Verkürzung von Wartezeiten zumindest in spezifischen Bereichen.

Dass effektive Veränderungen der Versorgung bzw. der Versorgungsstrukturen erreicht werden, ist nach KV-Sicht an die Voraussetzungen der Spürbarkeit und Dauerhaftigkeit der Zuschläge geknüpft. Die Spürbarkeit sei gegenwärtig nur für spezifische Bereiche gegeben, die Dauerhaftigkeit steht im engen Zusammenhang mit der teilweise kontrovers diskutierten Frage der Basiswirksamkeit der Zuschlagsvereinbarungen.

Aufgrund eines geringen Rücklaufs ließ sich aus der Befragung von Vertragsärzten keine annähernd repräsentative Einschätzung darüber gewinnen, wie sich die Punktwertzuschläge für förderungswürdige Leistungen auf die Versorgung auswirken. Mit dieser Einschränkung stehen die Befragungsergebnisse im Großen und Ganzen nicht im Widerspruch zu den Einschätzungen der befragten KV-Vertreter.

*Welche Auswirkungen der Förderzuschläge auf die Versorgungslage ergeben sich nach Einschätzung der GKV?*

Aus Sicht der gesetzlichen Krankenkassen sind die Punktwertzuschläge nach § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V prinzipiell dazu geeignet, gezielt in „notleidenden“ Bereichen des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens Abhilfe zu schaffen – unter der Voraussetzung, dass sie gezielt und nicht nach „Gießkanne“ zum Einsatz kommen. Darüber hinaus wird es auch als sinnvoll erachtet, der Landesebene bei der Ausgestaltung der Zuschläge Flexibilität zu geben. Mit den Zuschlägen könnten sehr spezielle, regionenspezifische Themen angegangen werden.

Das prinzipiell positive Urteil der GKV-Vertreterinnen und -Vertreter über die Punktwertzuschläge resultiert bei Teilen der befragten Expertinnen und Experten aus einer eher pragmatischen Betrachtungsweise, wonach spezifische Zuschläge für förderungswürdige Leistungen grundsätzlich gegenüber einer – ansonsten letztlich unvermeidbaren – unspezifischen Honorarerhöhung zu bevorzugen seien. Voraussetzungen seien aber, dass die Zuschläge nicht als basiswirksam vereinbart würden und so in der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung aufgingen und dass die Zuschläge nach Möglichkeit

mit messbaren, klar definierten qualitativen Zielparametern verknüpft würden.

An den bisherigen Zuschlagsvereinbarungen wurden mehrere Punkte kritisiert, darunter der fehlende Bezug zu (drohender) Unterversorgung. Ein weiterer Kritikpunkt war, dass die Fördertatbestände häufig keine (neuen) Versorgungsprobleme adressierten, sondern dass vielfach die Förderung bereits früher geförderter Leistungen „unter neuem Deckmantel“ fortgesetzt werde. Darüber hinaus liege vielen der nun geförderten Leistungen kein echtes Versorgungsproblem zugrunde. Schließlich wurde auf parallele Förderansätze verwiesen, speziell auf die Förderung von Pflegeheimbesuchen durch das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz.

Auch aus Sicht der GKV gibt es eine Reihe grundsätzlicher Schwierigkeiten, die Wirksamkeit der Förderzuschläge zu beurteilen. Hierzu zählen vor allem die Interdependenzen der Vielzahl an Komponenten der Honorarvereinbarungen und Förderansätze. Zudem sei auch nicht zu erwarten, dass sich die Förderungen kurzfristig rechneten.

Die Einschätzung konkreter Auswirkungen der Zuschläge auf das ärztliche Leistungsgeschehen und möglicher Kompensationseffekte in anderen Bereichen war differenziert. Je präziser sich die Förderung auf spezifische Leistungen beziehe, die nicht zum Standard zählen, desto eher sei eine Angebotsausweitung zu erwarten und – insoweit hierdurch Versorgung verbessert wird – auch sinnvoll. Möglich und sinnvoll sei in diesem Sinne auch eine Ausweitung des Leistungsangebots als Folge der Preiszuschläge durch Pflegeheim- und Hausbesuche sowie die Übernahme von Notdiensten. Bei der Förderung von Hausbesuchen sei aber eine Konzentration auf strukturschwache (ländliche) Regionen vorteilhaft.

#### *Einschätzung des Zusammenhangs zwischen vertragsärztlicher Versorgungsdichte und anderen Leistungsbereichen*

Insgesamt gehen die Vertreterinnen und Vertreter sowohl der Kassenärztlichen Vereinigungen als auch der GKV davon aus, dass eine Erhöhung der vertragsärztlichen Versorgungsdichte in Bezug auf bestimmte Leistungen durch Preiszuschläge erreicht werden und dies mit Kompensationseffekten in anderen Leistungsbereichen verbunden sein kann. Allerdings sind solche Wirkungszusammenhänge an Voraussetzungen geknüpft. Wird die vertragsärztliche Versorgungsdichte in Form von einzelnen Leistungen gefördert, sind nach den Einschätzungen der befragten Expertinnen und Experten positive Wirkungen um so eher zu erwarten, je spürbarer die Zuschlagshöhe und je langfristiger die Förderung ausgerichtet ist (KVen) bzw. je präziser sich die Förderung auf spezifische Leistungen in Bereichen mit klar benennbaren Versorgungsproblemen bezieht (GKV). Ein kausaler Nachweis

von Kompensationseffekten ist nach Ansicht der befragten Expertinnen und Experten nur sehr begrenzt möglich.

Darüber hinaus werden Kompensationseffekte auch für möglich gehalten, wenn die Förderung der vertragsärztlichen Versorgungsdichte an einzelnen Leistungserbringern in Regionen mit feststellbaren Versorgungsproblemen ansetzt. Für das Jahr 2013 dominierte jedoch die Förderung durch Preiszuschläge, die sich auf einzelne Leistungen ohne regionalen Bezug bezogen.

## Literaturverzeichnis

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2012). AHRQ Quality Indicators. Online: <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/>, letzter Aufruf: 21.11.2012.
- Albrecht M, Nolting HD, Schliwen A, Schwinger A (2012). Neuordnung der ärztlichen Bedarfsplanung. Wissenschaftliches Gutachten im Auftrag der Patientenvertretung im Gemeinsamen Bundesausschuss nach §140f SGB V, Berlin.
- Ansari Z, Haider SI, Ansari H, de Gooyer T, Sindall C (2012). Patient characteristics associated with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. *BMC Health Services Research*, 12: 475.
- AOK Nordost (2012). Arzt-im-Pflegeheim-Programme. Programme Berliner Projekt und careplus zur integrierten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung von Bewohnern in vollstationären Pflegeeinrichtungen. *unveröffentlichte PPP*.
- Augurzky B, Kopetsch T, Schmitz H (2013). What accounts for the regional differences in the utilization of hospitals in Germany? *European Journal of Health Economics*. *European Journal of Health Economics* 14 (4): 615-627.
- Bundesanstalt für Straßenwesen (Hg.) (2011). Leistungen des Rettungsdienstes 2008/09, Bergisch-Gladbach.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI) (2011). Technical Note. Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). Online: [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/tech\\_acsc\\_2011](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/tech_acsc_2011), letzter Aufruf: 21.11.2012.
- Christensen B, Müller M (2013): Regionale Einflussfaktoren auf die regionale Verordnungsdichte von Antibiotika bei Kindern. Kurzstudie im Auftrag des Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung. analytix GmbH, Kiel.
- Czihal T, Schulz M, Rouche A, von Stillfried D (2013). Den demografischen Wandel bezahlbar machen: Potentiale ambulanter Versorgung. Zusammenfassung einer Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung. Online: <http://www.zi.de/cms/presse/2013/25-juni-2013/>, letzter Aufruf: 29.08.2013.
- Department of Health (2011). The NHS Outcomes Framework 2012/2013. London. Online: [http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalasset/dh\\_131721.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_131721.pdf), letzter Aufruf: 21.11.2012.
- Frank AM (2009). Ambulatory Care Sensitive Conditions. Erste Anwendung eines internationalen Indikators in der Steiermark. Masterarbeit. Universität Graz.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2012). Zielgenau, flexibel, fristgerecht: G-BA reformiert ambulante ärztliche Bedarfsplanung. Pressemitteilung Nr. 35/2012.
- Gieselmann A (2013). Der Wohnort bestimmt die Antibiotika-Behandlung. *Die Welt*. <http://www.welt.de/gesundheit/article114961685/Der-Wohnort-bestimmt-die-Antibiotika-Behandlung.html>. letzter Aufruf: 05.06.2013.

- GKV-Spitzenverband (2014): Thema: Ambulante Bedarfsplanung und Versorgungssteuerung, [http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/bedarfsplanung\\_1/thema\\_bedarfsplanung.jsp](http://www.gkv-spitzenverband.de/presse/themen/bedarfsplanung_1/thema_bedarfsplanung.jsp), Abruf: 05.06.2014.
- Glaeske G, Hoffmann F, Koller D, Tholen K, Windt R (2012). Faktencheck Gesundheit. Antibiotika-Verordnungen bei Kindern. Erstellt im Auftrag der Bertelsmann Stiftung. Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Bremen.
- Göpfarth D (2011): Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung? In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hg.): BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011, S. 16-40.
- Grätzel von Grätz P (2012). Heimarzt - Ein Job mit Lotsenfunktion. Ärzte Zeitung. 27.01.2012. Online: [http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/arztundpraxis/prodialog/2012/prodialog\\_270112.pdf](http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/arztundpraxis/prodialog/2012/prodialog_270112.pdf), letzter Aufruf: 10.06.2013.
- Herd J, Karbstein M (2009). Medizinische und volkswirtschaftliche Effektivität und Effizienz des Rettungsdienstes in Hessen, Hessen Agentur Report Nr. 761, Wiesbaden.
- Hoffmann W, van den Berg N (2009). Ärzteblatt. Diskussion. AGnES-Hausarztunterstützung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte – Qualität und Akzeptanz – Schlusswort. Dtsch Arztebl Int; 106(20): 357-8.
- Kania, H., Swart, E., Robra, B.-P. (2004). Abschlussbericht zum Projekt „Untersuchung der Gründe für heterogene Leistungsdichten auf Kreisebene mit Fall-Vignetten.“ Magdeburg.
- Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S (2009): AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. Online verfügbar unter <http://www.online-zfa.de/article/agnes-eva-verah-und-co-wer-kann-den-hausarzt-unterstuetzen-und-wie/uebersicht-review/2009/10/1009>, letzter Aufruf am 30.08.2013.
- Kolanowski A, Fick D, Waller JL, Ahern F. (2006). Outcome of antipsychotic drug use in community-dwelling elders with dementia. Archives of psychiatric nursing, 20:217-255.
- Kopetsch T (2007): Der Zusammenhang zwischen dem Leistungsgeschehen im ambulanten und stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Eine empirische Untersuchung. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik. Stuttgart : Lucius und Lucius, Vol. 227/1: 49-64.
- Krause F (2013): Notfall oder Durchfall?, in: Stuttgarter Nachrichten vom 7.5.2013, S. 5.
- Krause F (2013a): Rettungsdienste rufen den Bund um Hilfe, in: Stuttgarter Nachrichten vom 8.5.2013, S. 1.
- Krombholz (2012): Versorgungsindex der KV Bayerns. Vortrag ZI-Fachtagung, 16. Oktober 2012.
- Lancet Neurology (2009). Antipsychotic drugs for dementia. Comment on: The dementia antipsychotic withdrawal trial (DART\_AD). long-term follow-up of a randomised placebo-controlled trial. The Lancet Neurology 2009, Vol. 8, issue 2, 12.

- Mergenthal K, Beyer M, Güthlin C, Gerlach FM (2013). Evaluation des VERAH-Einsatzes in der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. Online-Ausgabe 21.August 2013.
- Mittler D (2012): Notdienst gefährdet, in: *Süddeutsche Zeitung* vom 26.7.2012, S. 40.
- Munding MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsaj WY, Cleary PD, Friedewald WT, Sju AL, Shelanski ML (2000). Primary Care Outcomes in Patients treated by Nurse Practitioners or Physicians. *Journal of the American Medical Association* 2000; 238(1), 59–68.
- Nolting HD, Zich K, Deckenbach B, Gottberg A, Lottmann K. (2011): Faktencheck „Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung“. Bertelsmann Stiftung.
- OECD (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. OECD Publishing. Online: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en), letzter Aufruf: 20.11.2012.
- OECD (2013). *Hospital Length of Stay: Trends and Drivers*. Fast-Track Paper. Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. Health Committee. DELSA/HEA(2013)7.
- o. V. (2013): Die Rettungsfristen werden im Südwesten meistens überschritten, in: *Ärzte-Zeitung* vom 11.7.2013, S. 5.
- o. V. (2012): Thüringen: Kliniken müssen Ärztemangel ausbügeln, in: *Ärzte Zeitung online* vom 13.12.2012, [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/828503/thueringen-kliniken-muessen-aerztemangel-ausbuegeln.html](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/828503/thueringen-kliniken-muessen-aerztemangel-ausbuegeln.html), Abruf: 2.9.2013.
- Rothgang H, Kulik D, Müller R, Unger R (2009). GEK-Pflegereport 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 73, Schwäbisch Gmünd.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Bonn.
- Schneider M, Müller U, Hofmann U (2000). Zukunftsorientierte Praxisstudie für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. I+G Gesundheitsforschung GmbH & Co, München und BASYS, Augsburg.
- Sundmacher L, Busse R (2012). Der Einfluss der Ärztedichte auf ambulant-sensitive Krankenhausfälle. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Eds.): *Krankenhaus-Report 2012*. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer. S. 183-202.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) (2009). *Quality and Efficiency in Swedish Health Care. Regional comparisons 2009. County Council Comparisons – Figures. Description of Indicators*. Online: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18023/2010-4-37.pdf>, letzter Aufruf: 21.11.2012.
- Treichel T (2013): Notfall Rettungsstelle, in: *Berliner Zeitung* vom 6.5.2013, S. 18.
- van den Berg N, Meinke C, Heymann R, Fiß T, Suckert E, Pöller C, Dreier A, Rogalski H, Karopka T, Oppermann R, Hoffmann W (2009). AGnES: Hausarztunterstüt-

- zung durch qualifizierte Praxismitarbeiter – Evaluation der Modellprojekte: Qualität und Akzeptanz. Dtsch Arztebl Int 2009; 106(1-2): 3-9.
- van den Berg N, Heymann R, Meinke C, Baumeister S, Flessa S, Hoffmann W (2012). Effect of the delegation of GP-home visits to the development of the number of patients in an ambulatory healthcare centre in Germany. BMC Health Services Research, 12:355.
- Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C, Leese B (2000). Randomized controlled trial comparing cost-effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. British Medical Journal; 320(7241), 1048–1053.
- Waller N (2013): Was bringt den Hausarzt aufs Land?, in: Stuttgarter Nachrichten vom 5.7.2013, S. 2.
- von Stillfried D, Czihal T (2012): Versorgungsstruktur, Risikostruktur und Inanspruchnahme, Welche Zusammenhänge bestehen und welche Implikationen existieren bezüglich des Outcomes? Vortrag KBV-Messe.

## Liste der befragten Expertinnen und Experten

### Kassenärztliche Vereinigungen

- Baden-Württemberg: Margit Haug (18.12.2013)  
Bayerns: Johannes Braumiller (04.12.2013)  
Berlin: Mario Krischner (21.01.2014)  
Brandenburg: Dr. Peter Noack, Karl Voß (19.03.2014)  
Bremen: Daniela Gornyk (06.12.2013)  
Hamburg: Eva Schiffmann (10.01.2014)  
Hessen: Jutta Linnenbürger, Anna Roth (08.01.2014)  
Mecklenburg-Vorpommern: Dirk Martensen (17.12.2013)  
Niedersachsen: Michael Sachse (20.01.2014)  
Nordrhein: Michael Braun (03.12.2013)  
Rheinland-Pfalz: Wolfgang Thomas, Thomas Schimmele (16.12.2013)  
Saarland: Michael Koldehoff (05.12.2013)  
Sachsen: Gunnar Dittrich (05.02.2014)  
Sachsen-Anhalt: Mathias Tronnier (10.01.2014)  
Schleswig-Holstein: Simone Eberhard (22.01.2014)  
Thüringen: Sylvia Steinhäuser (18.12.2013)

Die Befragung der Expertinnen und Experten der Kassenärztlichen Vereinigungen wurde durch die Unterstützung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Matthias Sokoll, Stefan Biélka) ermöglicht.

### Gesetzliche Krankenversicherung

- AOK Bundesverband: Christian Peters (05.02.2014)  
AOK Nordost: Marita Moskwyn (28.02.2014)  
BKK Landesverband Mitte: Runa Hildebrand (04.02.2014)  
GKV-Spitzenverband: Bert Grabow (31.01.2014)  
Techniker Krankenkasse: Frank Rösler (31.01.2014)  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek): Henning Horst, Sabrina Wolff (31.01.2014)