

# Wege zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung

von Philip Wahlster<sup>1</sup>, Sandra Teichmann<sup>2</sup> und David Herr<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Die zunehmende Komplexität von Versorgungswegen** im Gesundheitssystem erfordert sektorenübergreifende Konzepte. Doch die Trennung in ambulant und stationär ist ausgeprägt und betrifft bereits die Kapazitätsplanung. Zur Entwicklung einer sektorenübergreifenden Planung hat der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten 2018 verschiedene Empfehlungen formuliert. So könnten die ambulanten und stationären Kapazitäten in einem für beide Bereiche zuständigen regionalen Gremium koordiniert werden, in dem die Planungs- und Finanzierungsverantwortung eng miteinander verknüpft sind. Die Methodik sollte von einer Kapazitätsfortschreibung hin zu einer prospektiven und morbiditätsorientierten Planung reformiert werden. Eine stärkere Leistungsorientierung ermöglicht nicht nur eine bessere Transparenz, sondern auch eine bedarfsorientierte Vergabe von Leistungsaufträgen. Eine Leistungserbringung durch interdisziplinäre Teams sollte stets mitgedacht werden. Flankierend sollte das Vergütungssystem reformiert werden, damit Leistungen dort erbracht werden, wo der Patient effizient und qualitativ hochwertig versorgt werden kann. Dieser Artikel skizziert die notwendigen Ansätze, verschiedene Dimensionen der Angebotskapazitätsplanung sektorenübergreifender zu gestalten.

**Schlüsselwörter:** sektorenübergreifende Versorgung, Bedarfsplanung, Krankenhausplanung, Leistungsorientierung, Morbidität, multiprofessionelle Versorgung

**Due to the increasing complexity of the German health care system**, there is a need for cross-sectoral concepts. However, the split between ambulatory and hospital care is very distinctive. It also affects capacity planning. The Health Care Advisory Council has included various recommendations in its 2018 report which can strengthen cross-sectoral planning. Accordingly, the planning of ambulatory and hospital capacities could be facilitated by a joint regional body, so that the responsibilities for planning and financing correspond to each other. Planning should be changed from the current capacity-oriented extrapolative planning towards a prospective and morbidity-oriented planning. Taking the respective provision of services more into focus, the transparency of capacity planning can be enhanced and specific service packages can be assigned to providers. Capacity planning should also account for interdisciplinary teams which provide certain services together. At the same time, the financing rules of health care services should be reformed, so that services are provided where they are provided efficiently and with high quality. This article outlines various measures proposed by the Council to make capacity planning more cross-sectoral.

**Keywords:** cross-sectoral care, demand planning, hospital capacity planning, morbidity, performance-based planning, multiprofessional care

## 1 Einführung

Die stationäre und die ambulante Versorgung stellen in Deutschland zwei getrennte Sektoren dar, die hinsichtlich der

Planung, der Vergütung und der Zugangswege für Patienten grundlegend unterschiedlich strukturiert sind. Patienten navigieren allerdings nicht als sektorenspezifische Akteure durch das Gesundheitssystem, sondern nehmen meist Ver-

<sup>1</sup> Philip Wahlster, Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen · Bundesministerium für Gesundheit Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin · Telefon: 030 184414511 · E-Mail: philip.wahlster@bmg.bund.de

<sup>2</sup> Sandra Teichmann, Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen · Bundesministerium für Gesundheit Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin · Telefon: 030 184414511 · E-Mail: sandra.teichmann@bmg.bund.de

<sup>3</sup> David Herr, Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen · Bundesministerium für Gesundheit Friedrichstraße 108 · 10117 Berlin · Telefon: 030 184414511 · E-Mail: david.herr@bmg.bund.de

sorgungsangebote in beiden Sektoren in Anspruch, ohne dass sich die Strukturen bisher hinreichend an den Patientenwünschen ausrichten. Deren Komplexität nimmt zudem unter anderem durch die höhere Lebenserwartung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und den medizinisch-technischen Fortschritt weiter zu. Koordinierungs- und Steuerungsdefizite machen sich umso nachteiliger bemerkbar.

Seitens des Gesetzgebers wurden durchaus manche Reformen zur Verringerung der Sektorengrenzen veranlasst, beispielsweise eine vorsichtige Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen sowie die Ermöglichung von Modellvorhaben und Selektivverträgen mit Einbezug ambulanter und stationärer Leistungserbringer. Besonders die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) wurde mit dem Ziel eingeführt, die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zu verstärken. Die Umsetzung hat aber dazu beigetragen, dass durch zum Teil extrem hohe Qualitätsanforderungen die angebotsseitige Teilnahmereitschaft bisher eher gering geblieben ist (*Jenschke 2017*). Im Folgenden werden die unterschiedlichen Strukturen der Sektoren erläutert, bevor dargestellt wird, wie Schritte in Richtung einer perspektivisch konsequent sektorenübergreifenden Versorgung aussehen können.

## 2 Der ambulante Sektor

Die Versorgung im ambulanten Sektor erfolgt überwiegend durch selbstständige Vertragsärzte mit eigener Praxis. Zugleich nehmen verstärkt Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZs) an der Versorgung teil. Die Arbeit im Angestelltenverhältnis eines MVZ erfreut sich besonders bei jüngeren Ärzten zunehmender Beliebtheit (*Herr und Götz 2014*). Eine Mengensteuerung der ambulanten Angebotskapazitäten findet direkt im Rahmen der Planung und indirekt im Rahmen der Vergütung statt: Die direkte Planung erfolgt auf Grundlage der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) (*GBA 2017*). Hier finden Verhältniszahlen je Einwohner Anwendung, die auf der Fortschreibung von zu einem bestimmten Stichtag ermittelten Vertragsärztdichten beruht. Die Verhältniszahlen unterscheiden sich nach Arztgruppen. Zusätzlich werden arztgruppenspezifische Demografiefaktoren berechnet, die das regionale Verhältnis der über 65-Jährigen zu den unter 65-Jährigen (gegenüber dem deutschlandweiten Mittelwert) wiedergeben. Demografische Abweichungen können so die regionalen Verhältniszahlen modifizieren. Zudem können regionale Besonderheiten berücksichtigt werden. Auf Grundlage der sich ergebenden Versorgungsgrade (Ist/Soll) wird von den aus Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Krankenkassen bestehenden Landesausschüssen über den Zulassungsbedarf von Vertragsärzten entschieden. Für die hausärztliche Versorgung kann bei

einem Versorgungsgrad von unter 75 Prozent, für die fachärztliche Versorgung bei einem Versorgungsgrad von unter 50 Prozent Unterversorgung festgestellt werden. Umgekehrt gelten Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad über 110 Prozent als übertarnt. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 wurden die KVen mittels einer Soll-Regelung verpflichtet, bei einem Versorgungsgrad von über 140 Prozent frei werdende Vertragsarztsitze aufzukaufen. Allerdings zeigt ein Blick auf die aktuellen Versorgungsgrade große Diskrepanzen zwischen Regionen und Fachrichtungen (siehe Abbildung 1). Neben dem System der Versorgungsgrade fungiert das Vergütungssystem als indirekte Mengensteuerung. Denn die Krankenkassen zahlen mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die KVen, die an den Sicherstellungsauftrag geknüpft ist. Die Gesamtvergütung besteht aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und der extrabudgetären Gesamtvergütung (EGV). Dabei ist die MGV in ihrer Höhe gedeckelt. Je mehr Vertragsärzte zugelassen werden, desto kleiner werden daher die „Budgets“ der einzelnen Vertragsärzte, bis zu deren Erreichen alle Leistungen zum vollen Preis abgerechnet werden können. Daraus ergibt sich ein Anreiz für die KVen, nicht unbegrenzt Ärzte zuzulassen.

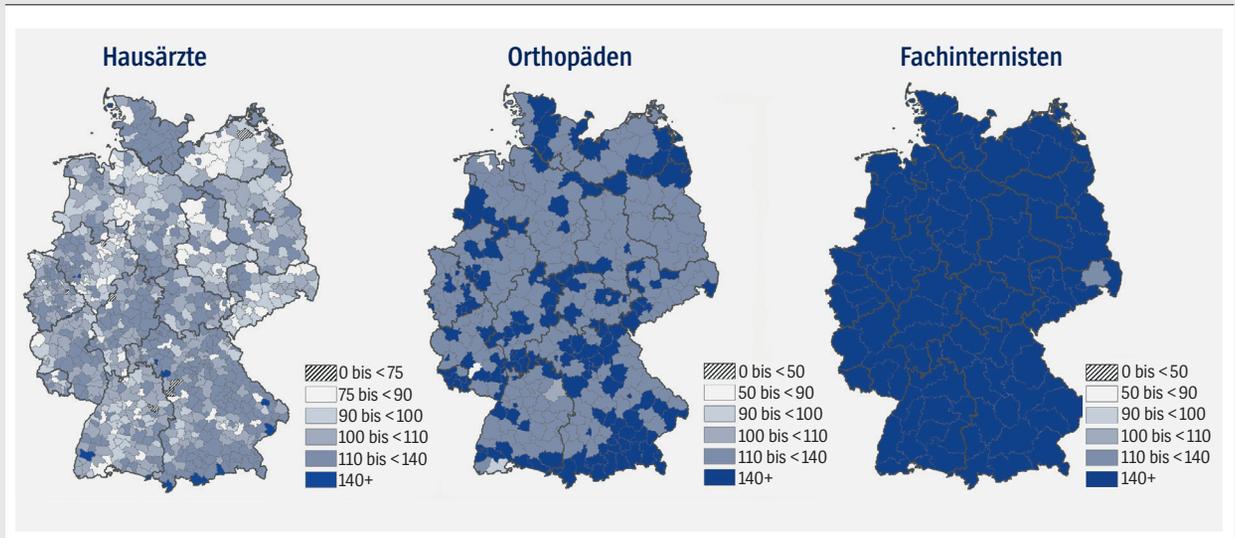
## 3 Der stationäre Sektor

Die Krankenhausplanung wird nicht vom GBA in einer Richtlinie reguliert, sondern obliegt nach § 6 KHG den einzelnen Bundesländern, die mit den Landesausschüssen für Krankenhausplanung einen Krankenhausplan aufstellen. Die Krankenhäuser können sich in öffentlicher, freigemeinnütziger oder privater Trägerschaft befinden, müssen allerdings im Krankenhausplan berücksichtigt werden, um an der Versorgung gesetzlich versicherter Patienten teilnehmen und diese abrechnen zu dürfen. Bei den Krankenhausplänen werden überwiegend fortschreibende Planungskonzepte auf Basis der bestehenden Kapazitäten genutzt. Oftmals wird die Hill-Burton-Formel verwendet, die anhand von Verweildauern und Fallzahlen einen Bedarf an Betten quantifiziert. Allerdings werden der Planungsprozess und die damit verknüpfte Methodik von Land zu Land unterschiedlich gehandhabt (*DKG 2017*). Die Planung des benötigten Personals an Ärzten und anderen Gesundheitsberufen bleibt den Entscheidungen der einzelnen Krankenhäuser überlassen.

Die Investitionskostenfinanzierung der Krankenhäuser erfolgt ebenfalls durch die Bundesländer anhand der im Landeskrankenhausplan festgesetzten Kapazitäten. Im Einzelfall kann das Land auch Sicherstellungszuschläge erteilen. Da die Länder ihrer Verpflichtung zur Investitionskostenfinanzierung bereits seit längerer Zeit nicht ausreichend nachkommen, finanzieren die Krankenhäuser neben den Betriebskosten auch ihre Investitionen zu einem erheblichen Teil durch

## ABBILDUNG 1

## Regional unterschiedliche Versorgungsgrade bei beispielhaften Arztgruppen



Die Versorgungsgrade der Bevölkerung mit Hausärzten, Orthopäden und Fachinternisten sind höchst unterschiedlich. Herrscht bei den Hausärzten formal kaum Überversorgung, ist sie bei Orthopäden schon deutlich häufiger und bei Fachinternisten fast ausnahmslos die Regel.

Quelle: KBV; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

die Einnahmen aus dem Fallpauschalen-System (DRG). Dies kann zu einer Leistungsmengenausweitung beitragen. Zugleich divergieren dadurch Planungs- und Finanzierungsverantwortung der Länder zunehmend. Die derzeitige Situation setzt weder den Krankenhäusern noch den Ländern nennenswerte Impulse zum Abbau der in Deutschland vorhandenen stationären Überkapazitäten. Die derzeitigen Abläufe der ambulanten und der stationären Angebotskapazitätsplanung werden in Abbildung 2 vergleichend dargestellt.

## 4 Versorgungsplanung in Nachbarländern

### 4.1 Angebotsplanung in Österreich

Die österreichische Angebotskapazitätsplanung zeichnet sich durch einige Aspekte aus, die auch für das deutsche System interessant sein können (SVR Gesundheit 2018). Ein nationaler Strukturplan Gesundheit (ÖSG) gibt zahlreiche Vorgaben für die Ausgestaltung der regionalen Kapazitäten im ambulanten und stationären Sektor (BMASGK 2018) und wird durch regionale Pläne konkretisiert. In einer Ist-Analyse werden im ÖSG unter anderem demografische, sozioökonomische und epidemiologische Faktoren, die Altersstruktur der Ärzte sowie die Inanspruchnahme und Auslastung von beste-

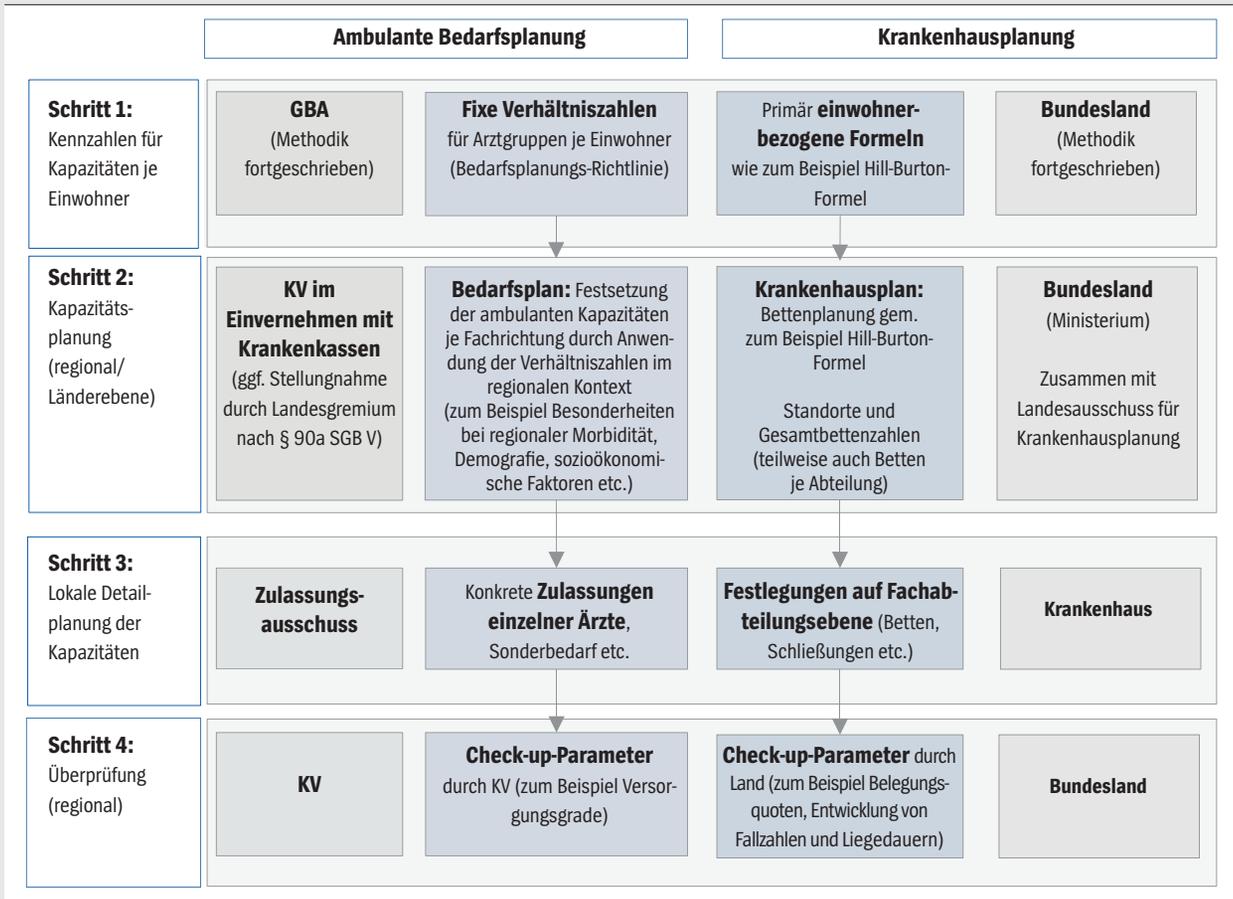
henden Versorgungsangeboten berücksichtigt. Eine Besonderheit bei der Ausgestaltung des Versorgungsangebots ist, dass Erreichbarkeitsfristen (über Bundeslandgrenzen hinweg) ein zentrales Kriterium für die Standortplanung sind, und zwar sowohl für ambulante als auch für stationäre Anbieter. Ein ähnlicher Vorschlag, der darauf abzielt, die ambulanten Kapazitäten mithilfe von Gravitationszentren beziehungsweise Wegzeiten zu planen, wird im vom GBA beauftragten Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung auch für das deutsche Gesundheitswesen aufgezeigt (Deutsches Ärzteblatt 2018). In Österreich werden außerdem stationär und ambulant sowohl angebots- als auch nachfrageseitig Strukturqualitätsvoraussetzungen für die Erbringung der Leistungen festgelegt. So müssen Krankenhäuser bestimmte fachabteilungsspezifische Mindestbettenzahlen erfüllen, um an der Versorgung teilnehmen zu dürfen. Für spezialisierte Stationen, zum Beispiel in der Transplantationsmedizin, gelten Mindestzahlen an Fachärzten und an Eingriffen. Es werden bei der Krankenhausplanung nicht nur Bettenzahlenkorridore je Einwohner festgelegt, sondern für eine prospektive Planung bis 2025 Fallzahlen als Planungseinheit berücksichtigt.

### 4.2 Krankenhausplanung in der Schweiz

In der Schweiz werden die Angebotskapazitäten für jeden Kanton separat geplant. Der Kanton Zürich entwickelte dazu ein

ABBILDUNG 2

## Derzeitige ambulante Bedarfsplanung und Krankenhausplanung



Ambulante Bedarfsplanung und Krankenhausplanung erfolgen in vier Schritten, die aber sehr unterschiedlich umgesetzt werden. Auch liegt die Zuständigkeit für die Umsetzung jeweils bei anderen Akteuren.

Quelle: SVR Gesundheit; Grafik: G+G Wissenschaft 2018

Verfahren für eine prospektiv morbiditätsorientierte Vergabe von Leistungsaufträgen. Dazu wurden aus drei Klassifikationssystemen (ICD-10, DRG, Schweizerische Operationsklassifikation) rund 140 Leistungsgruppen gebildet (SVR Gesundheit 2018). Die Entwicklungen innerhalb dieser Leistungsgruppen werden mittels Expertenschätzungen zu den Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts sowie epidemiologischen und ökonomischen Faktoren prospektiv für einen Zeitraum von zehn Jahren einbezogen. Die erforderlichen Leistungsmengen werden schließlich für die Vergabe von auf zwei bis drei Jahre befristeten Leistungsaufträgen an Krankenhäuser genutzt. Auf Basis der in Deutschland unter anderem durch das DRG-System verfügbaren Daten könnte man auf ähnliche Weise Leistungsgruppen definieren (Herr et al. 2018). Bei der

zielgerichteten Vergabe von Leistungsaufträgen könnten beispielsweise die Patientencharakteristika der in diesem Krankenhaus behandelten Patienten stärker berücksichtigt werden.

## 5 Sektorenübergreifende Planung

Eine Weiterentwicklung der Angebotskapazitätsplanung kann in unterschiedlichen Dimensionen erfolgen. Dies betrifft besonders die sektorenübergreifende Verortung der Planungsverantwortung, den Grad an Morbiditäts- und Leistungsorientierung sowie die multiprofessionelle Ausrichtung. Eine weitere Reformdimension bildet das derzeit

getrennte ambulante und stationäre Vergütungssystem. Das Spektrum der Reformoptionen im Hinblick auf eine sektorenübergreifende, morbiditäts- und leistungsorientierte Planung ist in Abbildung 3 dargestellt und wird im Folgenden näher ausgeführt.

## 5.1 Planung aus einer Hand

Die unterschiedlichen Akteure der Planung im ambulanten und im stationären Sektor (GBA versus Bundesländer bei den Grundsätzen, KVen versus Bundesländer/Krankenhausausschüsse bei der Konkretisierung, Zulassungsausschüsse versus Krankenhäuser bei der Detailplanung), die unterschiedlichen Planungsintervalle (anlassbezogen versus mehrere Jahre im Voraus), die unterschiedlichen Raumebenen (Planungsbereiche unterschiedlicher Größe versus Bundesländer) und die unterschiedlichen Maßeinheiten (Arztstühle versus Krankenhausbetten) führen dazu, dass eine koordinierte, sektorenübergreifende Planung stark erschwert ist. Eine solche Planung wäre in einem ersten Schritt erleichtert, wenn eine zeitlich und inhaltlich synchronisierte Arbeit der Zulassungsausschüsse (Arztstuhlplanung) und der Krankenhausausschüsse (Bettenplanung) stattfände. Am konsequentesten wäre eine sektorenübergreifende Planung allerdings, wenn die Planungsverantwortung für alle Leistungen in einem gemeinsamen Gremium erfolgte. Dies könnte auf regionaler Ebene geschehen, zumal die politische Letztverantwortung für die Sicherstellung der Versorgung auf der Landesebene liegt. Dabei können die regionalen Kenntnisse der Versorgungsstruktur und die Kapazitäten in beiden Sektoren angemessen berücksichtigt werden, etwa durch einen Auf- und Ausbau ambulanter Kapazitäten bei gleichzeitigem Abbau von Krankenhausbetten in bestimmten Versorgungsbereichen (*SVR Gesundheit 2018*). Als konzeptioneller Nukleus hierfür könnten die Landesgremien nach § 90a SGB V dienen, welche bei Übernahme einer sektorenübergreifenden Planungsverantwortung allerdings umstrukturiert werden müssten. Die Stimmrechte in einem solchen Gremium sollten eng an die Sicherstellungs- beziehungsweise Finanzierungsverantwortung geknüpft sein, um Fehlanreize insbesondere in Richtung von Überkapazitäten zu vermeiden. Einerseits führt der Einbezug relevanter Interessengruppen zu einem realistischen und umsetzbaren Planungsergebnis. Andererseits sollte die Anzahl der Mitglieder überschaubar sein, damit das Gremium handlungsfähig bleiben kann. Denkbar wäre eine paritätische Besetzung ähnlich der des GBA, hälftig aus Leistungserbringern (KV und Krankenhäuser) und Kostenträgern (Krankenkassen und gegebenenfalls Länder) und mit einem unparteiischen Vorsitzenden, der bei Stimmgleichheit den Ausschlag geben kann.

## 5.2 Die Vergütung

Da Planungs- und Finanzierungsverantwortung miteinander verknüpft werden sollten, ist bei einer Weiterentwicklung der

Bedarfsplanung auch ein Reformbedarf für das Vergütungssystem zu bedenken. Während im stationären Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungen anhand von diagnoseorientierten Fallpauschalen vergütet werden, wird im ambulanten Bereich mit dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ein System aus Einzel- und Komplexleistungsvergütungen sowie quartalsbezogenen Pauschalen angewendet. Für Privatversicherte gilt ambulant nochmals separat die ausschließlich einzelleistungsorientierte Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die sektorale Trennung der Vergütungssysteme setzt Fehlanreize bei der ambulanten-stationären Arbeitsteilung, die dazu führen können, dass im konkreten Fall Versorgungsentscheidungen weniger anhand von sinnvollen Überlegungen zum Behandlungspfad, sondern tendenziell aufgrund wirtschaftlicher Interessen getroffen werden. Das kann bedeuten, dass Patienten vermeidbar stationär aufgenommen werden oder unnötig invasive Eingriffe am Patienten durchgeführt werden (*SVR Gesundheit 2018; Wehkamp und Naegler 2017*). Reformen bei der Vergütung in Richtung eines stärker sektorenübergreifenden Bezugs können unterschiedlich weitgehend sein – von einzelnen Verbesserungen der Wettbewerbsbedingungen an der Schnittstelle bis hin zu einem vollständig angeglichenen, einheitlichen Vergütungssystem. Grundsätzliches Ziel sollte sein, dass gleichwertige Leistungen dort erbracht werden, wo sie qualitativ hochwertig und wirtschaftlich bereitgestellt werden können (*Malzahn und Heyder 2017*).

Es gibt bereits konkrete, vielversprechende Ansätze, deren konsequente Umsetzung allerdings noch aussteht. In einem ersten Schritt könnte die vom Gesetzgeber geforderte einheitliche, diagnosebezogene Vergütungssystematik für ASV nach § 116b Abs. 6 SGB V umgesetzt werden. Darüber hinaus kann eine Annäherung der ambulanten und stationären Vergütung in typischen Grenzbereichen wie ambulanten Operationen dem Ziel dienlich sein, Fehlanreize abzubauen (*Schreyögg 2017*). Es gibt bereits einen zwischen den Kassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jährlich vereinbarten Katalog mit rund 2.700 Prozeduren ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe. Mischpreise für ambulante Operationen, die sich zunächst eher am DRG-Preis orientieren und mit der Zeit in Richtung EBM-Preis angepasst werden, könnten Fortschritte in Richtung Ambulantisierung bringen (*SVR Gesundheit 2018*). In einem nächsten Schritt könnte eine stärkere Zusammenarbeit zwischen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) bei den Kalkulationen dazu beitragen, die Systematiken des ambulanten und stationären Vergütungssystems zu harmonisieren. Deutlich weitergehender wäre die Implementierung eines vollständig sektorenübergreifenden Vergütungssystems (*Bock et al. 2017*). Ein grundsätzliches Problem ist, dass entschieden werden müsste, ob man sich eher am stationären Paradigma

## ABBILDUNG 3

## Dimensionen der sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung

<b>Sektorenübergreifende Planung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inhaltliche und zeitliche Harmonisierung zwischen ambulanter Bedarfsplanung und Krankenhausplanung</li> <li>2. Einführung eines hybriden Planungsbereichs</li> <li>3. Langfristige Planung der ambulanten und stationären Kapazitäten in einem gemeinsamen Gremium</li> </ol>
<b>Morbiditätsorientierung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifizierender Einfluss der Morbidität auf fortschreibende Angebotskapazitätsplanung</li> <li>2. Planungsergebnis direkt aus ambulanten und stationären Morbiditätsdaten ableiten</li> <li>3. Verknüpfung von Diagnosedaten mit dem Leistungsbedarf pro Diagnose, um einen Gesamtleistungsbedarf berechnen zu können, der auf die Sektoren aufgeteilt werden kann</li> </ol>
<b>Leistungsorientierung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kopplung der Zulassung von Arztsitzen (und Krankenhausbetten) an die Erbringung eines bestimmten Leistungsspektrums</li> <li>2. Stärkerer Fokus auf Leistungen oder leistungsnähere Parameter wie Arztstunden (statt Arztsitze und Betten)</li> <li>3. Vergabe von befristeten Leistungsaufträgen</li> </ol>
<b>Sektorenübergreifendes Vergütungssystem</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Annäherung der ambulanten/stationären Vergütungssysteme, etwa über Mischpreise für ambulante Operationen oder sektorenübergreifende Leistungskomplexpauschalen und Ausarbeitung der geplanten diagnosebezogenen Vergütungssystematik für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b</li> <li>2. Stärkere Zusammenarbeit zwischen dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und dem Institut des Bewertungsausschusses (InBA) bei den Kalkulationen</li> <li>3. Sektorenübergreifendes Vergütungssystem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung</li> </ol>
<b>Teamlleistungsorientierung</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ergebnisse von Projekten zur Heilkundeübertragung berücksichtigen</li> <li>2. Leistungen von interdisziplinären Teams und Netzwerkstrukturen über die ärztliche Arbeitsleistung hinaus gezielt in der Versorgungsplanung berücksichtigen</li> </ol>

Die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Angebotsplanung hat fünf Dimensionen. Für jede davon sind auf der rechten Seite mehrere Optionen dargestellt. Je höher die Zahl, desto weitreichender ist der Reformvorschlag. Die Optionen können komplett oder im Baukastensystem genutzt werden.

von Fallpauschalen oder am ambulanten Konzept von Einzel- und Komplexleistungsvergütungen orientiert. Perspektivisch sollte die Vergütung dennoch unabhängig vom Ort der Leistungserbringung im Rahmen eines einheitlichen, sektorenübergreifenden Vergütungssystems erfolgen.

### 5.3 Morbiditätsorientierung der Planung

Man kann sich dem objektiven Bedarf auf verschiedene Art und Weise nähern. Wissenschaftlich werden beispielsweise Parameter wie die vorzeitige Sterblichkeit (*Ozegowski und Sundmacher 2014*) als Näherung diskutiert. Die Morbidität ist allerdings der unmittelbarste, am ehesten zugängliche Prädiktor des objektiven Bedarfs. Die momentane Planung enthält jedoch zumeist keinen Bezug zur regionalen Morbidität. Möchte man nicht nur eine reine Kapazitätsfortschreibung betreiben, so ist es ohne Morbiditätsbezug schwierig, das Gesamtangebot an ärztlichen Kapazitäten und ihre bedarfsgerechte Verteilung auf einzelne Fachgebiete zu planen. Zur Erfassung der Morbidität müsste auf ambulante und statio-

näre Abrechnungsdaten zurückgegriffen werden. Hierzu muss eine ausreichende Validität und Vergleichbarkeit ambulanter und stationärer Diagnosekodierungen inklusive selektivvertraglicher Abrechnungsdiagnosen sichergestellt werden, damit eine sektorenübergreifende Auswertung möglich ist. Zur Verfeinerung der morbiditätsorientierten Ermittlung des Bedarfs können weitere Faktoren wie demografische Veränderungen berücksichtigt werden. Die Konzentration von Abrechnungsdiagnosen als Abbild von Multimorbidität sollte berücksichtigt werden, da davon auszugehen ist, dass ein Patient mit mehreren Diagnosen chronischer Erkrankungen einen anderen Behandlungsbedarf hat als mehrere Patienten mit jeweils einer chronischen Erkrankung. Für die Auswertung der regionalen Morbidität sollte ein deutschlandweit einheitlicher Algorithmus genutzt werden.

Für die letztlich Operationalisierung einer stärker morbiditätsorientierten Planung kommen unterschiedliche Lösungen in Betracht. Eine wäre, die Morbiditätsentwicklung als zusätzliche Variable in der fortschreibenden Angebotskapazi-

tätsplanung zu berücksichtigen. In der Krankenhausplanung verfahren bereits mehrere Bundesländer so. Diese Lösung wäre niedrigschwellig umsetzbar, da nur bestehende Planungsverfahren modifiziert werden müssen. Zugleich ist eine weitere Kapazitätsfortschreibung mit dem Risiko einer nicht immer bedarfsgerechten Versorgung verbunden, da die Morbidität nicht grundständig, sondern lediglich in ihrer Veränderung berücksichtigt werden kann. Weitreichender wäre eine Angebotskapazitätsplanung, die sich ohne Berücksichtigung bestehender Kapazitäten direkt aus der Auswertung ambulanter und stationärer Morbiditätsdaten ableitet. Am konsequentesten wäre jedoch die direkte Verknüpfung von Morbiditäts- beziehungsweise Diagnosedaten mit dem zu erbringenden Leistungsbedarf pro Diagnose (siehe Kapitel 5.4).

## 5.4 Leistungsorientierte Planung

Eine morbiditätsorientierte Planung erleichtert auch eine Fokussierung auf die benötigten zu erbringenden Leistungen. Die Aussagekraft der bisherigen Parameter wird nämlich unter anderem durch die Flexibilisierung der ärztlichen Arbeitszeitmodelle, das eher zunehmende ambulante Versorgungsangebot der Krankenhäuser sowie neue Technologien und Behandlungsmodi wie die Fernbehandlung reduziert. Darüber hinaus sind die ambulante Planungseinheit „Kassenarztsitze“ und die stationäre Planungseinheit „Krankenhausbetten“ schlecht vergleichbar.

In einem ersten Schritt könnte bei der Vergabe von Vertragsarztsitzen ein zu erbringendes (Grund-)Leistungsspektrum als Zulassungskriterium genutzt werden, um nicht bedarfsgerechte Überspezialisierungen zu vermeiden. Ein möglicher Schritt, um im ambulanten Sektor perspektivisch Leistungsaufträge zu vergeben, wäre eine Konkretisierung der vertragsärztlichen Leistungsinhalte pro Arztgruppe durch den GBA (*Scheller-Kreinsen et al. 2017*). Ob ein bestimmter Kassenarztsitz das benötigte Leistungsspektrum erbringt, könnte dann anhand der Leistungsmengen (EBM-Punkte) oder anhand der Fallzahlen für spezifische Prozeduren überprüft werden. Es sollten zugleich auch Möglichkeiten bestehen, das Leistungsspektrum flexibel an den erwarteten Bedarf anzupassen. Bei einer Evaluation der Planungsergebnisse ermöglicht eine an Leistungen orientierte Planung eine höhere Transparenz bezüglich der tatsächlich erbrachten Leistungen.

Weiterhin ist perspektivisch vielversprechend, in Leistungseinheiten oder in leistungsnäheren Einheiten wie Arztstunden zu planen. Dazu gibt es mehrere Möglichkeiten, mit manchen davon gibt es im internationalen Umfeld bereits erste Erfahrungen (siehe Kapitel 4). Zu unterscheiden ist einerseits die Berechnung der erforderlichen Leistungen beziehungsweise Arztstunden und andererseits die konkrete Vergabe von Zulassungen beziehungsweise Aufträgen. Zum ei-

nen wäre die direkte Auswertung der erbrachten Leistungen aus den ambulanten und stationären Abrechnungsdaten möglich, die dann ohne weitere Umrechnungen in der Planung berücksichtigt werden, indem Leistungsaufträge vergeben werden. Die Leistungsmengen könnten im Zeitverlauf durch verschiedene Modifikationen angepasst werden. Sonst würde dieses Verfahren eine Kapazitäts- beziehungsweise Leistungsfortschreibung mit dem Risiko bedeuten, bestimmte Aspekte von Unter-, Über- und Fehlversorgung zu manifestieren. Zum anderen könnten aus Morbiditätsdaten die zu erbringenden Leistungen grundständig abgeleitet werden. Hierzu könnten Diagnose-Leistungs-Verhältnisse (das heißt die notwendigen Leistungen zur Therapie bei einer bestimmten Diagnose) empirisch abgeleitet und nach fachlicher Überprüfung definiert werden. Der medizinisch-technische Fortschritt könnte, beispielsweise über die Auswertung von Leitlinien, im Zeitverlauf berücksichtigt werden. Die Diagnose-Leistungs-Verhältnisse könnten mit der Summe der Diagnosen in einer Region multipliziert werden. Im Ergebnis erhält man einen Gesamtleistungsbedarf. Im Anschluss ist eine Zuordnung des Leistungsbedarfs zu den verschiedenen Sektoren erforderlich. Es empfiehlt sich, die Sortierung danach vorzunehmen, ob die Leistungen eindeutig ambulant, eindeutig stationär oder hybrid, also einem zunächst unbestimmten Leistungsbereich zuordenbar sind. Insbesondere letztere Kategorie ermöglicht es, dass Leistungen dort verortet werden, wo sie effizient und qualitativ hochwertig erbracht werden können. Dazu könnte man auch die Ausschreibung von Versorgungsaufträgen erwägen, auf die sich sowohl ambulante und stationäre Akteure bewerben können.

Der Wettbewerb gerade bei den nicht eindeutig zuordenbaren Leistungen und besonders in tendenziell überversorgten Gebieten könnte hierbei gestärkt werden, indem mehr Ermächtigungen von Klinikärzten und Krankenhäusern (nach § 116 und § 118a SGB V) erteilt würden (*Greiner 2011*). Hierfür spricht auch, dass in von Unterversorgung bedrohten Gebieten die ambulante Öffnung von Krankenhäusern im Vergleich verschiedener Sicherstellungsoptionen die von den Versicherten präferierte Option ist (*Schang et al. 2016*).

Würde man sich im ambulanten Sektor allerdings ausschließlich auf die Vergabe von (befristeten) Leistungsaufträgen beschränken, so würde dies eine sehr grundsätzliche Neustrukturierung der Niederlassungsbedingungen voraussetzen. Ähnlich verhält es sich im stationären Sektor, in dem die Krankenhäuser eine größere Planungssicherheit einfordern würden. Es ist daher denkbar, die benötigten Leistungen nach der Aufteilung auf die Kategorien ambulant/stationär/hybrid wieder umzurechnen in andere Planungseinheiten. Dies könnten im ambulanten Sektor Arztstunden und letztlich Arztsitze sein, im stationären Sektor Krankenhausstandorte und teilweise auch -betten. Eine gemischte Lösung mit separaten Leistungsaufträgen ist denkbar. Der Zwischen-

schritt einer Leistungsplanung vor einer Aufteilung auf Sektoren und Strukturparameter würde in jedem Fall eine deutlich größere Flexibilität und Harmonisierung bei der Aufteilung auf ambulante und stationäre Kapazitäten bedeuten.

## 5.5 Interdisziplinäre Teams als Leistungserbringer berücksichtigen

In Deutschland wird nichtärztlichen Gesundheitsberufen ein über den bisherigen Aufgabenbereich hinausgehendes Potenzial zugesprochen, das momentan in der Planung nicht berücksichtigt wird. Eine leistungsorientierte Planung kann dazu beitragen, Leistungen in interdisziplinärer Teamverantwortung von Ärzten und Angehörigen der Gesundheitsfachberufe zu berücksichtigen und zu planen. Zudem könnten auch Auswirkungen und Potenziale von Projekten zur Heilkundeübertragung (beispielsweise nach § 63 Abs. 3c SGB V) auf die ärztliche Bedarfsplanung bedacht werden. Dazu müssen noch geeignete Verfahren entwickelt werden.

Ein jüngerer Vorschlag ist, dass die Beschäftigung zweier Praxisassistenten, die vier Allgemeinärzte unterstützen, zu einer Bewerbung auf einen fünften Kassensitz berechtigt (*Deutsches Ärzteblatt 2018*). Gegenargumente hierzu sind allerdings, dass dies perspektivisch durch eine geringere Arztdichte Qualitätseinbußen herbeiführen könnte und dass der Effizienzgewinn eventuell doch keine volle Kompensation eines Arztsitzes bedeuten würde, sodass die Bedarfsplanung aus überregionaler Sicht weniger homogen würde. Regionale Verbund- und Netzwerkstrukturen, an denen auch Angehörige von Gesundheitsfachberufen beteiligt sind, könnten aber durchaus bereits in der Planung berücksichtigt werden. Dies gilt umso mehr, wenn wie oben beschrieben ein Planungsschritt eingeführt würde, der eine gezielte Aufteilung von Leistungen auf ambulante und stationäre Kapazitäten in einem gemeinsamen Gremium und unter Kenntnis der regionalen Angebots- und Versorgungssituation vorsehen würde.

## 6 Notfallversorgung als Türöffner

In der Notfallversorgung werden die Effekte der bestehenden Sektorentrennung besonders deutlich. Zwar ist die Notfallversorgung – jedenfalls bisher – kein typisches, eigenständig zu planendes Fachgebiet, doch könnte ihr aufgrund des derzeit unstrittig bestehenden Handlungsbedarfs eine Rolle als Türöffner für eine stärker sektorenübergreifende Versorgung zukommen. Die ambulante Notfallversorgung erfolgt derzeit durch drei Säulen: den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, die Notaufnahmen der Krankenhäuser und den Rettungsdienst. Während immer weniger Patienten den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst in Anspruch nehmen, steigen die Fallzahlen in den Notaufnahmen, welche zunehmend überlas-

tet sind (*SVR Gesundheit 2018*). Es werden zugleich immer mehr Patienten als Notfall stationär aufgenommen. Das Vergütungssystem setzt dabei Anreize zur stationären Aufnahme, da Krankenhäuser bei ambulanten Notfällen lediglich nach dem EBM abrechnen dürfen, dabei aber oft nicht kostendeckend arbeiten können (*Haas et al. 2015*). Die Vergütung ist daher ein Faktor, der zur aktuellen Entwicklung beiträgt.

Das Notfallkonzept des Sachverständigenrates setzt auf eine starke Integration der beteiligten Leistungserbringer nach dem Prinzip einer einheitlichen Telefonnummer von „Integrierten Leitstellen“ (ILS) und dem Ein-Tresen-Prinzip an „Integrierten Notfallzentren“ (INZ). Hierbei würde das INZ aus einem extrabudgetären Finanzierungstopf bezahlt (*SVR Gesundheit 2018*). Die räumliche Einheit aus KV-Bereitschaftsdienst und Notaufnahme und die stärkere finanzielle und organisatorische Eigenständigkeit sollen Anreize dafür schaffen, dass der Patient auf das richtige Versorgungsangebot zusteuert und entsprechend seinem tatsächlichen Bedarf versorgt wird.

## 7 Konkretisierung und Umsetzung einer sektorenübergreifenden Planung

Im Gutachten 2018 des Sachverständigenrates werden zwei Modelle zur sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung vorgestellt, die die hier beschriebenen Optionen in verschiedenen Varianten berücksichtigen (*SVR Gesundheit 2018*). Klar ist, dass Handlungsbedarf in Richtung einer stärker sektorenübergreifenden Planung und Versorgung besteht, dass aber zahlreiche bestehende Regelungen bedacht werden müssen, für die oftmals Übergangslösungen zu finden sind. Für eine Überprüfung des Planungserfolgs sollte auch eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung weiterentwickelt werden, die bisher noch am Anfang steht (*Willms et al. 2013*). Wie die Planung einer sektorenübergreifenden Versorgung gelingen kann, sollte mit allen beteiligten Interessengruppen diskutiert werden, damit ein realistisches Planungsverfahren und -ergebnis erreicht werden kann.

### Literatur

**BMASGK (Österreichisches Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) (2018):** ÖSG – Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 6. April 2018 beschlossenen Anpassungen. Wien

**Bock JO, Focke K, Busse R (2017):** Ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre ärztliche Leistungen – Notwendigkeit und Entwicklung. Gesundheits- und Sozialpolitik Jg. 71, Heft 6, 9–15

**Deutsches Ärzteblatt (2018):** 15 Minuten zum Hausarzt, 30 Minuten zum Facharzt; [www.aerzteblatt.de/nachrichten/94914/](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/94914/)

**DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) (2017):** Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: März 2017

**GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss) (2017):** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zu Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Stand: 15. Dezember 2016, Bundesanzeiger BAnz, AT 31.05.2017 B2

**Greiner W (2011):** Ist Bedarfsplanung und Wettbewerb ein Widerspruch? Die Krankenversicherung, Jg. 62, Heft 5, 138–140

**Haas C et al. (2015):** Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung in Krankenhäusern – Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse; [www.dkgv.de/media/file/19401.2015-02-17\\_Gutachten\\_zur\\_ambulanten\\_Notfallversorgung\\_im\\_Krankenhaus\\_2015.pdf](http://www.dkgv.de/media/file/19401.2015-02-17_Gutachten_zur_ambulanten_Notfallversorgung_im_Krankenhaus_2015.pdf)

**Herr D, Götz K (2014):** Wie wollen Mediziner heute arbeiten? Berufszufriedenheit und Präferenzen von Ärzten in einem sich wandelnden Berufsfeld. Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft, Jg. 14, Heft 3, 7–15

**Herr D et al. (2018):** Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit in der stationären Versorgung. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018, Stuttgart: Schattauer, 23–38

**Jenschke C et al. (2017):** Sektorengrenzen ade? Analyse der Entwicklung der Versorgungsstrukturen in der ASV. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.): Gesundheitswesen aktuell 2017. Beiträge und Analysen. Wuppertal: Barmer, 198–221

**Malzahn J, Heyder R (2017):** Krankenhausplanung 2025. Mehr politischer Schub für eine qualitätsorientierte Krankenhausreform ist unerlässlich. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 71, Heft 3–4, 16–23

**Ozegowski S, Sundmacher L (2014):** Understanding the Gap between Need and Utilization in Outpatient Care – the Effect of Supply-Side Determinants on Regional Inequities. Health Policy, Vol. 114, No. 1, 54–63

**Schang L, Schüttig W, Sundmacher L (2016):** Unterversorgung im ländlichen Raum. Wahrnehmung der Versicherten und ihrer Präferenzen für innovative Versorgungsmodelle. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung, 58–85

**Scheller-Kreinsen D et al. (2017):** Ambulant-stationäre Grenzen: Endlich aufräumen! f&w, Jg. 35, Heft 8, 718

**Schreyögg J (2017):** Vorschläge für eine anreizbasierte Reform der Krankenhausvergütung. In: Klauber J et al. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2017. Stuttgart: Schattauer, 13–25

**SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2018):** Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018; [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de) → Gutachten → Gutachten 2018

**Wehkamp KH, Naegler H (2017):** The Commercialization of Patient Related Decision Making in Hospitals. A Qualitative Study of the Perceptions of Doctors and Chief Executive Officers. Deutsches Ärzteblatt International, Vol. 114, No. 47, 797

**Willms G et al. (2013):** Aktuelle Herausforderungen der externen Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Jg. 107, Heft 8, 523–527

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 31. August 2018)

## DIE AUTOREN



### Dr. rer. biol. hum. Philip Wahlster,

Jahrgang 1986, studierte Pharmazie an der Universität des Saarlandes. Von 2012 bis 2014 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt ProHTA an der Universität Erlangen-Nürnberg und von 2014 bis 2015 im EU-Projekt INTEGRATE-HTA an der Universität Bremen tätig. Von 2015 bis 2016 machte er seinen postgradualen Master in Epidemiologie an der Charité und danach arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum Allgemeinmedizin der Universität des Saarlandes. Seit 2017 ist er in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen beschäftigt.



### Sandra Teichmann,

Jahrgang 1982, ist Diplom-Kauffrau (FH). Sie studierte Wirtschaftswissenschaften an der Hochschule für Wirtschaft und Recht in Berlin. Sie arbeitet im Bundesministerium für Gesundheit, zunächst von 2001 bis 2012 im Bereich der EU-Grundsatzfragen und -Kordinierung in Berlin, anschließend in der Ständigen Vertretung der Bundesrepublik Deutschland bei der EU in Brüssel. Seit 2015 ist sie in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen tätig.



### Dr. med. David Herr,

Jahrgang 1984, studierte Medizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster. Von 2008 bis 2010 war er Bundeskoordinator Gesundheitspolitik der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd) und 2010 Trainee beim Standing Committee of European Doctors (CPME) in Brüssel. Von 2012 bis 2014 arbeitete er als Arzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Uniklinik Köln. Seit 2014 übt er seine Tätigkeit in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen aus.