

„Ambulant vor stationär“

Die Versorgung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte ist in Bayern noch gut, sodass die Bevölkerung im Freistaat von einer außerordentlich guten medizinischen Behandlung profitieren kann. Eine wichtige, positive Auswirkung dieser guten Versorgung ist, dass sogenannte ambulant-sensitive Krankenhausfälle in unserem Bundesland weniger häufig vorkommen. Konkret bedeutet das, dass von den Erkrankungen, die sowohl ambulant als auch stationär behandelt werden können, in Bayern ein größerer Anteil ambulant versorgt wird, als dies in anderen Regionen Deutschlands der Fall ist. **Das Gutachten zur Untersuchung der Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur in Bayern**, das die Professoren Saskia E. Drösler, Benno Neukirch, Volker Ulrich und Eberhard Wille verfasst haben und das wir Ihnen in diesem IMPULS vorstellen, bestätigt dies.

Der hohe ambulante Versorgungsgrad in Bayern hat vor allem zwei große Vorteile: Zum einen profitieren die Patienten davon, dass sie die patientennahe Betreuung im ambulanten Bereich in größerem Ausmaß nutzen können. Zum anderen ist hierdurch die Versorgung durch niedergelassene Ärzte für das Gesundheitswesen insgesamt kosteneffizienter. Dort, wo eine ambulante Versorgung möglich ist, sollte diese deshalb auch den Vorzug vor einer stationären Behandlung erhalten. Das wäre die konsequente Anwendung des bewährten Grundsatzes „ambulant vor stationär“.

Zur Realisierung dieses Grundsatzes bleibt aber auch in Bayern noch einiges zu tun. Zwar zeigt das Gutachten, dass der Anteil der ambulant erbrachten Leistungen im Freistaat bereits überdurchschnittlich hoch ist. Es zeigt

aber auch, dass dieser Anteil in Bayern stark von Landkreis zu Landkreis und auch innerhalb der Landkreise von Erkrankung zu Erkrankung schwankt. Auch in Bayern besteht daher weiterhin Potenzial für den Ausbau der ambulanten Versorgung, damit die Vorteile der ambulanten Medizin von allen Beteiligten optimal genutzt werden können.

Hierfür sind insbesondere folgende Punkte notwendig:

1. Der Wettbewerb zwischen dem ambulanten und stationären Sektor muss unter gleichen Bedingungen, sozusagen mit gleichlangen Spießern, erfolgen. Dies ist bis heute nur unzureichend der Fall.
2. Das Belegarztwesen, das zwar in Bayern noch vergleichsweise gut läuft, aber auch vor großen Herausforderungen steht, muss wieder gestärkt werden, weil gerade hier der sinnvolle Übergang zwischen ambulanten und stationärem Sektor vorbildlich praktiziert werden kann.
3. Überlegungen aus der Politik, die „zweite Facharztschiene“ abzuschaffen, müssen ein für alle Mal beendet werden. Eine flächendeckende, differenzierte und hochqualitative Versorgung mit niedergelassenen Fachärzten ist kein Kostenrisiko für das deutsche Gesundheitswesen, sondern – im Gegenteil – ein Garant für eine patientennahe, effiziente medizinische Versorgung. Es darf nicht darum gehen, das bayerische Versorgungsniveau auf den bundesdeutschen Durchschnitt zu nivellieren, sondern das bayerische Versorgungsgeschehen muss ausgebaut werden und als Vorbild für die Entwicklung in Deutschland dienen.

Editorial

Das Gesundheitssystem in Deutschland hat international ein hervorragendes Ansehen. Hoch qualifizierte Ärzte, kurze Wartezeiten, ein umfassender Leistungskatalog und freie Arztwahl sind nur einige der positiven Merkmale, die unsere medizinische Versorgung auszeichnen. Dabei war Bayern immer Vorreiter, wenn es um die Stärkung der ambulanten Versorgung ging – auch und gerade mit innovationsfreudigen Krankenkassen, die mit uns Strukturverträge unter anderem für das ambulante Operieren geschlossen haben. Doch seit der Ära der früheren Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat der Gesetzgeber die Entscheidungshoheit immer mehr auf Bundesebene verlagert. Die einstigen Errungenschaften sind deshalb zunehmend in Gefahr. Ein Beispiel dafür ist der Rückgang der Zahl an Belegärzten.

Dabei ist doch eigentlich klar, dass die gewachsenen Strukturen in den einzelnen Bundesländern auch differenziert zu betrachten sind und dass Entscheidungen am „Grünen Tisch“ in Berlin leider häufig etwas weltfremd ausfallen. Um die Diskussion über das gelebte Versorgungsgeschehen in Bayern auf eine solide Faktenbasis zu stellen, haben wir im vergangenen Jahr einige renommierte Wissenschaftler mit einer Studie über die Kosten- und Versorgungsstruktur in Bayern beauftragt. Das Gutachten liegt inzwischen vor und die Ergebnisse sind unserer Meinung nach hochinteressant. Was die Experten analysiert haben, können Sie zusammengefasst dieser Ausgabe von KVB IMPULS entnehmen.

Ihr Vorstand der KVB

Gutachten bestätigt Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur in Bayern

Gesamtvergütung, Morbiditätsentwicklung, Behandlungsbedarf, Bedarfsplanung, Arztlizenzen: Seit Jahren schon entziehen sich diese Kernbegriffe der ambulanten Versorgung ziemlich erfolgreich den regionalen Debatten von Krankenkassen und niedergelassener Ärzteschaft. Anstelle der einstigen Auseinandersetzungen, Erörterungen, Streit- und Einigungsgespräche – auch und gerade in Bayern – bestimmen enge gesetzliche Vorgaben und zentralistische Regelungen vor allem des Bewertungsausschusses die wesentlichen Kennzahlen.

Was aber wenn eine Partei gegen die zentralen Spielregeln verstößt oder sich sogar weigert, diese zu akzeptieren? Oder wenn mal wieder aus dem Grundsatz „gemeinsam und einheitlich“, der den gewollten Wettbewerb untergräbt und die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichtet, mit allen Krankenkassen gemeinsame Verträge abzuschließen, eine regelrechte versorgungspolitische Handlungsunfähigkeit resultiert? Dann werden Schiedsorgane oder Gerichte angerufen und anstelle von differenzierten, regionalen Entscheidungen mit Bezug auf spezielle Konstellationen wird in größter Regelmäßigkeit genau auf diejenigen Vorgaben zurückverwiesen, die eigentlich die Ursache der Auseinandersetzung geliefert haben.

Da wundert es nicht, dass von den bunten und lebendigen Strukturverträgen, von bayerischen Besonderheiten wie dem Belegarztwesen, von dem ehemals rasanten Ausbau einer ambulanten onkologischen Versorgung im Freistaat und vielem mehr kaum noch die Rede ist. Die belegärztlichen Leistungen sind in breiter Front auf dem Rückzug, Strukturverträge gibt es nicht mehr und die Bedarfsplanung zählt die Internisten pro 10.000 Einwohner und übersieht dabei, dass in den meisten anderen Bundesländern die Internisten ganz anders aufgestellt sind als in Bayern. Honorarpolitische Zusatzforderungen aufgrund besonders günstiger Bedingungen, kürzerer Wartezeiten, spezieller Angebote, differenzierter Strukturen – seit Jahren eine vertragspolitische Sackgasse, die fast immer durch „fachfremde“ Richter und Schiedspersonen geregelt werden muss. Was das für die Gestaltung einer ausdifferenzierten, ambulanten Versorgung bedeutet, kann sich jeder selbst ausmalen.

Doch ist tatsächlich alles so trist, so vorgegeben und gesetzgeberisch determiniert? Gibt es wirklich keine Spielräume, keine regionalen Besonderheiten, die man dort verhandeln kann, wo sie existieren – nämlich hier in Bayern und nicht in Berlin oder den Gerichten und Schiedsämtern? Oder gibt es doch bayerische Beson-

derheiten, eine besondere ambulante Versorgungsstruktur? Und wenn ja, was sind die grundsätzlichen Folgerungen daraus? Inwieweit rechtfertigen diese regionalen Besonderheiten zum Beispiel höhere Honorare für vertragsärztliche Leistungen oder einen höheren Behandlungsbedarf unter medizinischen und ökonomischen Aspekten? Mit der Klärung dieser grundsätzlichen Fragen hat die KVB im vergangenen Jahr eine Gruppe von Wissenschaftlern, bestehend aus Gesundheitsökonomern und Medizinern, beauftragt. Vor gut einem halben Jahr haben diese ein Gutachten vorgelegt, in dem diese Fragen beantwortet sind. Die wichtigsten Ergebnisse in Kurzform:

1. Punktwert beziehungsweise Preis der Leistung

Im Rahmen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) bildet der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf die Menge der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen zusammen mit dem vereinbarten Punktwert ab. Bei der Vereinbarung des regionalen Punktwerts können die Vertragsparteien im Falle von Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur Zu- und Abschläge von dem bundeseinheitlichen Orientierungswert beschließen. Derartige regionale Besonderheiten können somit bei der Preiskomponente, nicht aber bei der Mengenkomponekte, das heißt dem Behandlungsbedarf, Berücksichtigung finden. Anpassungen beim Punktwert sollen insgesamt dem Umstand Rechnung tragen, dass es Differenzen im regionalen Preis- und Verdienstniveau gibt. Bayern zum Beispiel rangiert im Jahr 2014 unter den Bundesländern bei den Bruttostundenverdiensten von voll- und teilzeitbeschäftigten Arbeitnehmern im produzierenden Gewerbe mit 20,94 Euro hinter Hamburg, Hessen und Baden-Württemberg an vierter Stelle und lag damit um 4,6 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Beim Bruttoverdienst im Dienstleistungsbereich nahm Bayern mit 22,06 Euro hinter Hessen und Hamburg sogar den dritten Platz ein, wobei das bayerische Verdienstniveau das bundesdurchschnittliche hier gar um 5,1 Prozent übertraf.

Bei den Ausgaben zeigt sich, dass auch die Lebenshaltungskosten in Deutschland regional stark differieren. Überaus deutlich fallen etwa die Unterschiede bei den durchschnittlichen Kaufwerten für baureifes Land aus, die sich tendenziell auch in Differenzen im regionalen Mietniveau widerspiegeln. Das Preisniveau in Bayern lag 2015 um 67,6 Prozent über dem Bundesdurchschnitt und damit am höchsten von allen Flächenländern. Die regionalen Differenzen bei den Grundstückspreisen und Mieten haben natürlich auch bei der Kostenstruktur der niedergelassenen Ärzte Relevanz.



Die Gutachter kommen insgesamt zu dem Ergebnis, dass ein Ausgleich des höheren Kostenniveaus in den betroffenen Kassenärztlichen Vereinigungen berechtigt ist, weil die zugrunde liegenden Einflussgrößen für die jeweiligen niedergelassenen Arztpraxen nicht beeinflussbare exogene Faktoren darstellen. Tatsächlich finden Anpassungen beim regionalen Punktwert nur in Hamburg und Hessen Berücksichtigung. Das Gutachten beweist aber, dass auch in Bayern die Anhebung beim regionalen Punktwert begründet wäre.

2. Entwicklung des Behandlungsbedarfs

Auch bei der Leistungsmenge in der mGV zeigt das Gutachten, dass hier durchaus Anpassungsspielräume vorliegen. Trotzdem wird der Behandlungsbedarf seit Jahren lediglich durch die Morbiditätsänderung weiterentwickelt.

Demnach wirken sich die regionalen Besonderheiten der Versorgungsstruktur in unterschiedlicher Weise auf die medizinisch erforderliche, effiziente und effektive Umlandversorgung aus. Unter Umständen ermöglichen sie eine höhere Versorgungsqualität und können möglicherweise den Ressourcenverbrauch in anderen Leistungsbereichen, besonders infolge einer Substitution von stationären durch ambulante Leistungen, verringern. Es liegt auf der Hand, dass dies auch Auswirkungen bei der Leistungsmenge beziehungsweise dem Behandlungsbedarf nach sich zieht.

Das Gutachten zeigt, dass insbesondere Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor die Anpassung des Behandlungsbedarfs begründet. Die hinzugezogenen Studien zu den regionalen Differenzen von Krankenhausaufenthalten zeigen, dass die Substitutionsbeziehungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung einen relevanten Erklä-

rungsfaktor darstellen, der je nach Spezifikation zwischen sechs und zehn Prozent ausmacht. Die Ergebnisse in Bayern können zeigen, dass die geschilderten Substitutionseffekte verglichen mit dem Bundesschnitt überdurchschnittlich sind:

- Bei der effektiven Bettenzahl wich Bayern minus drei Prozent vom Bundesdurchschnitt ab, wobei die Bettendichte im Vergleich zum Vorjahr im Freistaat mit minus 0,75 Prozent unter den Bundesländern mit am stärksten zurückging.
- Bei den Versorgungsrelationen, das heißt den Quotienten aus tatsächlichen zu den hinsichtlich ihrer demografischen Struktur erwarteten Inanspruchnahmeraten stationärer Behandlungstage, unterschritt Bayern ebenfalls den Bundesdurchschnitt. Gemessen an ausgewählten Leistungen kommt es bundesweit zu einer Verlagerung von 1,4 Prozent vom stationären in den ambulanten Sektor. In Bayern betrug dieser Wert sogar 2,1 Prozent und zeigt damit überdurchschnittliche Substitutionseffekte an.
- Bei ambulant durchführbaren Operationen sowie sonstigen stationärsersetzenden Eingriffen gemäß Paragraph 115b SGB V sowie prä- und postoperativen Leistungen übertrifft Bayern bei den Gebührenordnungspositionen für ambulante Operationen, Anästhesien, prä- und postoperative sowie orthopädisch-chirurgische Leistungen den Bundesdurchschnitt um zwölf Prozent (alters- und geschlechtsgewichtet) und rangierte 2011 damit an der Spitze aller Bundesländer.

Zudem konnte gezeigt werden, dass ein Anstieg der Anzahl ambulant tätiger Ärzte in der Mehrzahl der Regionen mit einem Absinken ambulant-sensitiver Krankenhausfälle (ASK), das heißt vermeidbarer Hospitalisierungen, korreliert. Hier rangiert Bayern mit 178 niedergelassenen Ärzten je 100.000 Einwohnern (2012) hinter den Stadtstaaten auf Platz 4, übertraf dabei den Bundesdurch-

schnitt mit 4,6 Prozent allerdings nicht erheblich. Die höhere Arztdichte in Bayern hat noch einen weiteren positiven Nebeneffekt: Mit Ausnahme von Berlin weisen alle Bundesländer mit überdurchschnittlicher Ärztedichte bundesweit die geringsten Wartezeiten auf.

Die geschilderten überdurchschnittlichen ambulant-stationären Substitutionseffekte werden in einem eigenen Teil des Gutachtens hinsichtlich 14 verschiedener medizinischer Leistungen im Detail untersucht. Dabei konnten die Gutachter bis in die einzelnen Leistungssegmente hinein nachweisen, „dass die verstärkte Leistungserbringung im vertragsärztlichen Bereich mit niedrigeren Anzahlen an Krankenhausbehandlungen einhergeht“. Als eine wichtige Ursache wird dabei die belegärztliche Versorgung hervorgehoben, die in Bayern im Vergleich zu den anderen Bundesländern besonders hoch ist. Trotzdem werden auch innerhalb Bayerns noch in einigen Regionen hohe Leistungsraten in Krankenhäusern beobachtet. Trotz der im Bundesvergleich effizienteren Leistungsverlagerung stationär-ambulant finden sich also noch Regionen, in denen ambulantes Potenzial vorhanden ist.

Insgesamt gesehen – unterstreichen die Gutachter – „gilt es somit unter medizinischen und ökonomischen Aspekten, diesen erwünschten Effekten ambulanter Leistungen, die auch ein Substitutionspotenzial besitzen, bei der Bemessung des Behandlungsbedarfs im vertragsärztlichen Bereich angemessen Rechnung zu tragen“.

3. Sachgerechte Bestimmung des regionalen Behandlungsbedarfs durch eine angemessene Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstrukturen

Jahrelang wurde Bayern aufgrund einer leicht überdurchschnittlichen Gesamtvergütung je GKV-Versicherten unter Druck gesetzt (Konvergenzdebatte). Die Gutachter machen nun aber deutlich, dass die etwas höhere Gesamtvergütung auf Besonderheiten der bayerischen Versorgungsstruktur zurückgeht (größere Häufigkeit ambulanter Operationen, mehr belegärztliche Leistungen, mehr Psychotherapie und ambulante spezialfachärztliche Leistungen). Um diese Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen, schlagen die Gutachter vor, bei einem Vergleich der verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen die zusätzlichen Effekte in diesen Bereichen aus der mGV herauszurechnen.

Erhebliche Unterschiede werden vor allem in den Leistungsbereichen Psychotherapie, ambulantes Operieren, belegärztliche Leistungen und ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach Paragraph 116b SGB V gefunden, die sich – unter anderem durch etwaige Begleitleistungen – auch im Bereich der mGV als zusätzlicher Leistungsbedarf niederschlagen können. Auch bei Bereitschaftsdiensten, Besuchen sowie speziellen Leistungen in besonderen Fachgruppen, wie zum Beispiel der Neurochirurgie, können regionale Besonderheiten ausgemacht werden, die einer Berücksichtigung bei einer Veranschlagung des Behandlungsbedarfs im Rahmen der mGV bedürfen.

Fazit

Das Gutachten bestätigt die Existenz einer ganzen Reihe von Besonderheiten in der ambulanten Versorgungsstruktur Bayerns. Diese müssen bei Honorarverhandlungen und anderen Regelungen eigens berücksichtigt werden. Der Rückgang bei belegärztlichen Leistungen sowie der Verlust so mancher Versorgungsbesonderheit sind Zeugnisse dafür, dass genau jenes lange Zeit nicht stattgefunden hat, obwohl durch diese Strukturen – etwa im stationären Bereich – Einsparungen erfolgt sind.

Es gilt, die bestehenden, besonders günstigen Bedingungen wie kürzere Wartezeiten, spezielle Angebote, differenzierte Strukturen in Bayern zu berücksichtigen und zu erhalten. Das Gutachten beweist, dass hierfür – etwa durch die Verlagerung von stationär zu ambulant – Spielräume vorhanden sind. Ein schlichtes Durchwinken der Berliner Vorgaben wird diesem nicht gerecht und sollte fortan keine Option mehr sein.

Die Ergebnisse des Gutachtens finden Sie beim Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) unter www.zi.de in der Rubrik Presse/2016/Pressemitteilung 18. Oktober 2016.

Impressum

Herausgeber: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Elsenheimerstraße 39, 80687 München, Telefon: 0 89 / 5 70 93 - 21 92, www.kvb.de
Verantwortlich: KVB Kommunikation. Bilder: [iStockphoto.com/didesign021](https://www.istockphoto.com/didesign021) (Seite 3)

Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.