



Projektbericht

Patientenbehandlung im Spannungsfeld
zwischen Sicherstellungsverantwortung
und ambulanter Versorgungsrealität



Melanie Filser



Dr. Matthias Offermanns

Ansprechpartner:

Melanie Filser

Dr. Matthias Offermanns

Deutsches Krankenhausinstitut e.V.

Hansaallee 201

40549 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 47 051-20 /-23

E-Mail: melanie.filser@dki.de

matthias.offermanns@dki.de

Datum: 10. März 2021

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	8
„SPOTLIGHT“: AKTUELLE SITUATION IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG	18
1 EINLEITUNG	19
2 ZIELE, AUFBAU UND VORGEHEN.....	21
3 DER SICHERSTELLUNGAUFTRAG DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNGEN.....	24
4 DIE SITUATION DER AMBULANTEN NOTFALLVERSORGUNG	27
4.1 FALLZÄHLUNG BEI AMBULANTEN NOTFÄLLEN	27
4.2 DIE ENTWICKLUNG DER ZAHL DER AMBULANTEN NOTFÄLLE	33
4.3 AMBULANTE NOTFALLBEHANDLUNG AUßERHALB DER PRAXISÖFFNUNGSZEITEN.....	35
4.3.1 Die Organisation der ambulanten Notfallbehandlung	35
4.3.2 Verteilung der Notfälle nach Praxisöffnungszeiten	38
4.3.3 Die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen außerhalb der Praxisöffnungszeiten.....	40
4.3.4 Empirische Untersuchung der Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen	42
4.4 AMBULANTE NOTFALLBEHANDLUNG WÄHREND DER PRAXISÖFFNUNGSZEITEN	47
4.5 ÖKONOMISCHE AUSWIRKUNGEN AUF DIE KRANKENHÄUSER	52
4.6 ZWISCHENFAZIT UND ROLLE DER KRANKENHÄUSER.....	58
5 VERSORGUNG STRUKTURSCHWACHER GEBIETE	60
5.1 ANALYSE DER BEDARFSPLANUNG	61
5.2 PROBLEME IN DER VERSORGUNG VON STRUKTURSCHWACHEN GEBIETEN.....	67
5.2.1 Planerische Überversorgung	67
5.2.2 Stadt-Land-Disparitäten.....	67
5.2.3 Steuerungsmaßnahmen der Bedarfsplanung	75
5.2.4 Probleme bei der Bedarfsplanung	82
5.3 BEURTEILUNG REGIONALER UND LOKALER GESTALTUNGSMÖGLICHKEITEN DURCH DEN EINBEZUG VON KRANKENHÄUSERN	86
5.3.1 Persönliche Ermächtigungen von im Krankenhaus tätigen Ärzt*innen (§ 116 SGB V) oder von Krankenhäusern (§ 116a SGB V) bei Unterversorgung	88
5.3.2 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Krankenhäuser (§ 116b SGB V).....	90
5.3.3 Einrichtungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Krankenhäusern (§ 95 SGB V)	91
5.4 ZWISCHENFAZIT UND ROLLE DER KRANKENHÄUSER.....	94
6 WARTEZEITEN UND TERMINVERGABE FÜR GKV-PATIENT*INNEN	97
6.1 WARTEZEITEN IN DER VERSICHERTENBEFRAGUNG DER KBV	97
6.2 DIE AUSWIRKUNGEN DES GKV-VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZES AUF DEN SICHERSTELLUNGAUFTRAG.....	102

6.3	DIE AUSWIRKUNGEN DES TERMINSERVICE- UND VERSORGUNGSGESETZES AUF DEN SICHERSTELLUNGSaufTRAG.....	106
6.4	VERGÜTUNGSREGELUNGEN UND IHRE PROBLEME	108
6.4.1	Die grundsätzliche Problematik der Vergütungsregelungen	108
6.4.2	Vermittlung von Terminfällen über die Terminservicestellen	109
6.4.3	Vermittlung von Akutfällen über die Terminservicestellen	110
6.4.4	Terminvermittlung durch die Hausärzt*in bei einer Fachärzt*in	113
6.4.5	Offene Sprechstunden	114
6.5	ZWISCHENFAZIT UND ROLLE DER KRANKENHÄUSER.....	119
7	MANGELNDE TRANSPARENZ	121
7.1	LEISTUNGSTRANSparenZ DURCH DIE KRANKENHAUSSTATISTIK-VERORDNUNG	121
7.2	QUALITÄTSSICHERUNG DURCH LEISTUNGSTRANSparenZ IM AMBULANTEN SEKTOR	124
8	SCHLUSSFOLGERUNGEN	128
9	LITERATURVERZEICHNIS	129

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Aufbau und Struktur des vorliegenden Projektberichts zu den Problemen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Sicherstellungsauftrag.....	23
Abb. 2: Systematik der Übernahme der ambulanten Notfallbehandlung	35
Abb. 3: Kalkulationssystematik EBM	53
Abb. 4: Bewertung der vertragsärztlichen Versorgungslage	66
Abb. 5: KBV Gesundheitsdaten zur Anzahl der Ärzt*innen in einer Niederlassung mit vollem Versorgungsauftrag für den fachärztlichen und den gesondert fachärztlichen Bereich (Stand-Datendownload: 03.11.2020).....	71
Abb. 6: Eigene Darstellung der Befragungsergebnisse zur Wahrnehmung von Unterversorgung, Gesundheitsmonitor 2016	73
Abb. 7: Eigene Darstellung der Befragungsergebnisse zur Wahrnehmung von Unterversorgung im Vergleich zur Bedarfsplanung, Gesundheitsmonitor 20164	74
Abb. 8: Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Steuerungsmöglichkeiten.....	76
Abb. 9: Eigene Darstellung der KBV Abrechnungsstatistik, Honorarbericht nach § 87c SGB V, 1. Quartal 2019 bis 3. Quartal 2019 (Stand-Datendownload: 15.01.2021).	79
Abb. 10: KBV Gesundheitsdaten zur Entwicklung der unterschiedlichen Praxisformen von 2010 bis 2019 (Stand-Datendownload: 08.01.2021)	93
Abb. 11: Wartezeiten auf Arzttermin von über 1 Woche zwischen 2008 und 2020	98
Abb. 12: Wartezeiten auf Arzttermin bei Fachärzt*innen bis zu 1 Woche zwischen 2010 und 2020 nach Versichertenart	100
Abb. 13: Wartezeiten auf Arzttermin bei Fachärzt*innen über 3 Wochen zwischen 2010 und 2020 nach Versichertenart.....	101
Abb. 14: Vergütungskonstellationen bei Akutfällen	112

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Entwicklung der ambulanten Notfälle in Millionen Fälle – absolut.....	33
Tab. 2:	Verteilung der ambulanten Notfälle auf die Leistungserbringer.....	34
Tab. 3:	Anlaufstelle, wenn Versicherter oder Angehöriger nachts / am Wochenende ärztliche Hilfe braucht.....	38
Tab. 4:	Verteilung der ambulanten Notfälle auf die Leistungserbringer und die Praxisöffnungszeiten.....	39
Tab. 5:	Ambulante Notfälle der Krankenhäuser nach Praxisöffnungszeiten	40
Tab. 6:	Vergleich der Ist- und der Soll-Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen in Baden-Württemberg.....	43
Tab. 7:	Vergleich der Ist- und der Soll-Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen (BDP) in Deutschland	45
Tab. 8:	Kalkulation der Jahresarbeitszeit Ärzt*innen	54
Tab. 9:	Grundlage für die Bedarfsplanung	62
Tab. 10:	Raumordnungsspezifische Planungskategorien zu den Planungsbereichen.....	63
Tab. 11:	Niederlassungsmöglichkeiten nach Versorgungsebene 2018.....	84
Tab. 12:	Wartezeiten auf einen Termin bei einer Fachärzt*in – befragte Versicherte in Prozent.....	99
Tab. 13:	Wartezeiten auf einen Termin bei einem aktuellen Problem – befragte Versicherte in Prozent	102
Tab. 14:	Vermittlungswünsche über Terminservicestellen 2016 bis 2018.....	103
Tab. 15:	Vermittlungswünsche über Terminservicestellen 2016 bis 2018 im Vergleich zu den Behandlungsfällen.....	104
Tab. 16:	Telefonische Erreichbarkeit der Terminservicestellen nach Kassenärztlicher Vereinigung ...	105
Tab. 17:	Aufgaben der Terminservicestellen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und im Terminservice- und Versorgungsgesetz	107
Tab. 18:	Zuordnung der grundversorgenden und wohnortnahen Patient*innenversorgung zugehörigen Fachärzt*innen zu den Fachbereichen im ZI-Praxis-Panel	116
Tab. 19:	Fachbereiche im ZI-Praxis-Panel und wöchentliche Öffnungszeiten in Stunden	117
Tab. 20:	Wesentliche Ergebnisse der FORSA-Umfrage zu den Sprechzeiten von Grundversor- genden und der wohnortnahen Patient*innenversorgung zugehörigen Fachärzt*innen	118
Tab. 21:	Datenverfügbarkeit im ambulanten und stationären Sektor.....	125

Abkürzungsverzeichnis

ÄKS	Ärztekammer des Saarlandes
ÄL	Ärztlichen Leistungen
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ASV	Ambulante spezialfachärztliche Versorgung
BBSR	Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung
BDO	Bereitschaftsdienstordnung
BDPen	Bereitschaftsdienstpraxen
BDP-KJen	Bereitschaftsdienstpraxen für Kinder und Jugendliche
BMVZ	Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren
Destatis	Statistisches Bundesamt
DGRh	Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V.
DKG	Deutschen Krankenhausgesellschaft
DKI	Deutschen Krankenhausinstituts
DRG-System	Diagnosis Related Groups System
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
ED	Emergency Department
FGW	Forschungsgruppe Wahlen
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts, Personengesellschaft
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GOP	Gebührenordnungspositionen
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVB	Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns
KVBW	Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KVH	Kassenärztliche Vereinigung Hessen
KVS	Kassenärztliche Vereinigung Saarland
KHStatV	Krankenhausstatistik-Verordnung
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
SGB	Sozialgesetzbuch
STABS	Standardbewertungssystem
TL	Technische Leistungsanteile
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VSG	Versorgungsstärkungsgesetz
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung
ZNA	Zentrale Notaufnahme

Zusammenfassung

Das fünfte Sozialgesetzbuch verpflichtet die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Dies betrifft sowohl die Versorgung zu Sprechstundenzeiten als auch zu den Sprechstundfreien Zeiten (Notdienst). Dennoch suchen selbst zu den Sprechstundenzeiten der niedergelassenen Ärzt*innen sehr viele Patient*innen die Ambulanzen und Notaufnahmen der Krankenhäuser auf. Die Gründe dafür sind vielfältig. Das vorliegende Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) nimmt vor diesem Hintergrund eine Bestandsaufnahme der aktuellen Situation der vertragsärztlichen Versorgung vor und zeigt, welchen Beitrag die Krankenhäuser bereits heute zur Sicherstellung der ambulanten Regel- und Notfallversorgung leisten.

In einigen Regionen Deutschlands arbeiten die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser schon heute eng zusammen, um insbesondere die ambulante Notfallversorgung der Bevölkerung gemeinsam sicherzustellen. Dabei zeigt sich, dass die rechtlichen Rahmenbedingungen einer verstärkten Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Patientenbehandlung an vielen Stellen entgegenstehen. Das vorliegende Gutachten geht daher auch der Frage nach, welche Maßnahmen notwendig sind, um die dringend erforderliche, noch engere Zusammenarbeit der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenhäusern zu befördern und die ambulante ärztliche Behandlung für die Kliniken weiter zu öffnen.

Sicherstellung der ambulanten Notfallbehandlung

Eine umfassende Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die Vertragsärzte im Rahmen des ambulanten Notdienstes gelingt aktuell nicht flächendeckend. Die Krankenhäuser versorgen seit Jahren mehr als die Hälfte der ambulanten Notfälle. So entfielen etwa im Jahr 2018 von den 19,7 Millionen Notfällen 10,4 Millionen Fälle (53 %) auf die Notaufnahmen der Krankenhäuser und 9,3 Millionen Fälle (47 %) auf den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Der Anteil der ambulanten Notfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser liegt seit 2013 konstant bei rund 53 Prozent.

Die Übernahme der Bereitschaftsdienste zur Erbringung der ambulanten Notfallversorgung erfolgt in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durch vertragsärztliche Bereitschaftsdienstpraxen, die in Kooperation mit Krankenhäusern zusammenarbeiten. Anhand einer empirischen Überprüfung von 627 der 670 Bereitschaftsdienstpraxen wurde

nachvollzogen, welche Öffnungszeiten die Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen außerhalb der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen haben. Verglichen wurden die Soll-Öffnungszeiten, die sich aus den Bereitschaftsdienstordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen als dem rechtlichen Rahmenwerk für die Sicherstellung der notfallärztlichen Versorgung ergeben, mit den Ist-Öffnungszeiten, die aus den veröffentlichten Angaben der Bereitschaftsdienstpraxen stammen.

Von einer vollständigen Übereinstimmung der Ist- und der Soll-Öffnungszeiten sind die Bereitschaftsdienstpraxen in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen weit entfernt. Bundesweit beträgt der Abdeckungsgrad der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen lediglich 37 Prozent der Sollstunden. Nur in vier KVen liegt er bei mindestens 50 Prozent und in sechs KVen sogar unter 25 Prozent. Vor allem an den Wochentagen Montag, Dienstag und Donnerstag (22 %) sowie mittwochs und freitags (32 %) fällt die Abdeckung sehr niedrig aus. Selbst an Wochenenden haben die Bereitschaftsdienstpraxen nur rund zur Hälfte der Sollstunden geöffnet.

Die in den Bereitschaftsdienstordnungen vorgegebenen Bereitschaftszeiten werden damit von den Bereitschaftsdienstpraxen fast durchgängig nicht eingehalten. Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung wird dann in weiten Teilen von den Notaufnahmen der Krankenhäuser übernommen. Die Öffnungszeiten der KV-Bereitschaftsdienstpraxen gewährleisten auf keinen Fall eine flächendeckende ambulante Notfallversorgung durch den vertragsärztlichen Bereich.

Im Jahr 2018 haben über 4 Millionen Notfallpatient*innen zu Zeiten, in denen Vertragsärzt*innen ihre Praxis geöffnet hatten, lieber ein Krankenhaus als eine Vertragsärzt*in in Anspruch genommen. Das entspricht rund drei Viertel aller ambulanten Notfallbehandlungen während der Praxisöffnungszeiten. Die Präferenzen ambulanter Notfallpatient*innen, im Bedarfsfall die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu kontaktieren, lassen sich maßgeblich auf folgende Gründe zurückführen:

Die Patient*innen schätzen sich selbst als mittelschweren bis lebensbedrohlichen Notfall ein. In der Notaufnahme eines Krankenhauses erwarten sie eine höherwertige Behandlung bzw. eine multidisziplinäre Behandlung. Die Patient*innen haben keinen Termin bei einer Haus- oder Fachärzt*in erhalten bzw. die Ärzt*innen hatten keine Sprechstunden. Patient*innen wurden von Haus- oder Fachärzt*innen an die Notaufnahme überwiesen/verwiesen.

Die in wissenschaftlichen Studien gefundenen Ergebnisse führen zu einem einheitlichen Bild der Präferenzen der Patient*innen für eine multidisziplinäre Behandlung in dringlichen Fällen an einem Ort, der garantiert für die Behandlung zur Verfügung steht. Allerdings werden die

Patientenpräferenzen vom Gesetzgeber und auch von Teilen der Wissenschaft als Fehlinspruchnahme gewertet. Hier besteht ein Zielkonflikt zur gesetzlich normierten freien Arztwahl der Patient*innen auch in einer Notfallsituation. Patient*innen wird das Recht zugestanden, eine freie Entscheidung zu treffen, wo sie sich behandeln lassen möchten.

Die ambulante Notfallbehandlung in den Notaufnahmen stellt die Krankenhäuser nicht nur vor Belastungsprobleme, sondern verursacht auch ökonomische Probleme. Maßgebliche Ursache für Defizite in den Notaufnahmen ist die Kalkulationsmethodik des EBM. Die gesamte Kalkulation der EBM-Ziffern zeigt, dass sie nicht für die Refinanzierung der Kosten von Bereitschaftsdienstpraxen bzw. Notaufnahmen der Krankenhäuser angelegt ist. Die Kalkulation ist stattdessen ausgerichtet auf die Praxen der Vertragsärzt*innen. Damit geht die Kalkulation der EBM-Ziffern von den normalen Öffnungszeiten der Praxen, nicht aber von den deutlich längeren Öffnungszeiten der Notaufnahmen aus.

Das spezifische Leistungsspektrum gerade von Notaufnahmen von Krankenhäusern entspricht nicht dem Leistungsspektrum der Vertragsarztpraxen. Die in den Notaufnahmen am häufigsten vorkommenden Leistungsziffern sind deutlich niedriger kalkuliert als die häufigen Leistungsziffern der Vertragsarztpraxen. Aus diesen Gründen finanzieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Vorhaltung ihrer Bereitschaftsdienstpraxen. Vorhaltekosten fallen aber nicht nur dort an, sondern auch in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Allerdings werden die Vorhaltekosten der Notaufnahmen nicht von den Kassenärztlichen Vereinigungen vergütet.

Die derzeitige Situation der Sicherstellung der ambulanten Notfallbehandlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen geht an den Bedürfnissen der Patient*innen vorbei. Ohne die Krankenhäuser ist eine Sicherstellung aktuell und in Zukunft offensichtlich nicht zu gewährleisten. Krankenhäuser sind im Unterschied zu den Vertragsarztpraxen und den Bereitschaftsdienstpraxen zudem 24/7 geöffnet.

Voraussetzung für die Übernahme der ambulanten Notfallversorgung der Krankenhäuser ist eine Reform des Vergütungssystems. Die derzeitige Kalkulation des EBM ist ausgerichtet auf die Vertragsarztpraxis, die nicht 24/7 geöffnet ist. Vergütungsbestandteile für die Vorhaltung der Kapazitäten sind erforderlich. Weiterhin ist verstärkt Sorge dafür zu tragen, dass die Krankenhäuser von offensichtlichen „Bagatellfällen“ entlastet werden. Einen wichtigen Beitrag könnte dazu eine funktionierende Patientensteuerung im Rahmen des telefonischen Erstkontaktes der Patient*innen mit der Telefonleitstelle leisten.

Vertragsärztliche Bedarfsplanung und die Versorgung strukturschwacher Gebiete

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen innerhalb der regulären Versorgung zu den Sprechstundenzeiten wird nicht vollständig und umfassend erfüllt. Grund hierfür ist, dass das derzeitige System der Bedarfsplanung keine ausreichende vertragsärztliche Versorgung nach Anzahl, flächenmäßiger Verteilung und fachärztlicher Zusammensetzung der Ärzt*innen in allen Regionen Deutschlands garantieren kann. Gerade in strukturschwachen Gebieten übernehmen Krankenhäuser immer häufiger die Aufgabe der ambulanten Regelversorgung der Patient*innen.

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie zur vertragsärztlichen Versorgung orientiert sich an der Planung der Arztdichte, wie sie Anfang der 90er Jahre bei Einführung der Bedarfsplanung bestanden hat. Daraus resultieren Messzahlen zur Bestimmung der Versorgungssituation. Die Aussagekraft und Angemessenheit dieser Verteilung und der festgelegten Grenzwerte zur Bestimmung einer Unter- bzw. Überversorgung wurden nicht empirisch überprüft. Auf der Basis des festgelegten Soll-Versorgungsniveaus wurden in den meisten Planungsgebieten eine Überversorgung festgestellt und diese für Neuniederlassungen gesperrt. Dabei werden Versorgungsdisparitäten zwischen urbanen und ländlichen Regionen konserviert und Unterversorgungen in Teilregionen von bedarfsplanerisch überversorgten Gebieten verdeckt.

Der Gesetzgeber hat hier Handlungsbedarf erkannt und 2012 mit der Reform der Bedarfsplanung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz reagiert (auch Landarztgesetz genannt). Nachdem sich weiterhin keine grundlegende Änderung der Situation in strukturschwachen Gebieten abzeichnete, wurde 2015 eine Neuregelung der Bedarfsplanung eingeführt, um Niederlassungen in unterversorgte Gebieten zu steuern. Hierfür wurden Förderungsmaßnahmen im Rahmen eines Strukturfonds ausgewiesen. Dabei sollten finanzielle Zuschüsse für Praxisneueröffnungen und der Ausbau von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin Niederlassungsanreize schaffen. Zusätzlich wurde die Möglichkeit des Aufkaufs von Arztpraxen durch die Kassenärztliche Vereinigung im Falle des Verzichts auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes in überversorgten Gebieten eingeräumt. Jedoch wurde die Förderung zu ärztlichen Neuniederlassungen in unterversorgten Gebieten kaum abgerufen, so dass die Maßnahmen weitestgehend in Leere liefen.

Studien wie der Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung 2016 und eine forsa-Umfrage des AOK-Bundesverbandes (AOK-Bundesverband, 2019a; Schang et al., 2016) konnten zeigen, dass sich insbesondere die fachärztliche Versorgung in strukturschwachen Gebieten problematisch gestaltet und sich die Situation für die Patient*innen aus ländlichen Regionen nicht bedeutsam geändert hat. So sind in ländlichen Regionen die Anwohner*innen nur in 42 bis 58 Prozent der Fälle mit der Versorgung vor Ort zufrieden. Selbst in Kreisen mit bundesweit

höchster Ärztedichte berichteten 15 bis 30 Prozent der Anwohner*innen eine Unterversorgung im fachärztlichen Bereich. Einer planerisch definierten Überversorgung steht somit einer örtlich wahrgenommenen Unterversorgung der Bevölkerung gegenüber.

Zur Steuerung der ambulanten Versorgung in gesperrten Planungsbereichen mit offensichtlich unterversorgten Teilregionen wurde mit der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019 die Möglichkeit zur Beantragung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ausgebaut.

In Gebieten, in denen trotz lokaler Unterversorgung eine Niederlassungssperre besteht, kann über den Antrag einer KV (oder seltener durch eine*n regionale*n Vertreter*in einer Krankenkasse) ein zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf gelten gemacht werden. Dabei bilden besondere lokale Versorgungsumstände wie die Morbiditätslast (auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten), die demografische Entwicklung (überdurchschnittlicher Anteil von älteren Menschen oder Kindern), sozioökonomische Faktoren (wie Einkommensarmut oder Arbeitslosigkeit), räumliche Faktoren (wie Erreichbarkeit oder Entfernung, Gebirgszüge, Randlagen etc.) oder infrastrukturelle Besonderheiten (wie Verkehrsanbindung, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche etc.) die Grundlage für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf.

Wird vom Landesausschuss ein zusätzlicher Versorgungsbedarf festgestellt, sind in der Bedarfsplanung Steuerungsmöglichkeiten für die gesperrten Planungsregionen vorgesehen, die zur Förderung von bereits praktizierenden Ärzt*innen eingesetzt werden können (wie z. B. Förderung der Gründung/Erhaltung einer (Zweig-) Praxis, mobile oder telemedizinische Versorgungsangebote, barrierefreier Zugang etc.). Darüber hinaus können auf Antrag von Sonderbedarf für einen besonderen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf (fehlende Ärzt*innen in bestimmten Arztgruppen) zusätzliche Vertragsarztsitze durch den Zulassungsausschuss geschaffen werden. Ein Sonderbedarf wird nur eingeräumt, wenn der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf sollen Krankenhäusern oder im Krankenhaus tätigen Ärzt*innen Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erteilt werden.

In der Vergangenheit waren zur lokalen oder qualifikationsbezogenen Feinsteuerung der Zulassung von Ärzt*innen aufgrund regionaler Besonderheiten sowie Sonderbedarfen in der bisherigen Bedarfsplanung Abweichungen von den Verhältniszahlen sehr oft notwendig, um Bemessungsprobleme in den allgemeinen Verhältniszahlen zu korrigieren. Diese Defizite führten 2019 zu Ergänzungen in der Bedarfsplanungs-Reform. Die Anpassung der Verhältniszahlen durch die Berücksichtigung von Quoten (Mindest- und Maximalquoten) für einzelne Arztgruppen sowie der Einbezug der Morbiditätslast und der Erreichbarkeit für die

entsprechenden Planungsregionen sollen ebenfalls zur regionalen Steuerung von Ärzt*innen beitragen.

Bei der Betrachtung der konkreten Ausgestaltung der Steuerungsmaßnahmen wird jedoch klar, dass die Regelungen einem sehr engen ordnungspolitischen Rahmen unterliegen. Aufgrund der Niederlassungs- und Berufsausübungsfreiheit können demnach in einer Zulassung alle Leistungen im Rahmen der ärztlichen Qualifizierung erbracht werden. In der Regel können weder der Praxisort noch der Inhalt und die Zusammensetzung der angebotenen Leistungen konkret vorgegeben werden. Somit bleibt unklar, in welchem Ausmaß welche Leistungen angeboten werden und dementsprechend, inwieweit die fehlende Versorgung abgedeckt wird.

Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Steuerungsmaßnahmen in strukturschwachen Gebieten nur als Stellschrauben für den Status quo eingesetzt werden können. Eine evidenzbasierte Bedarfsdefinition und ein Verfahren zur Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs fehlen jedoch bis heute.

Insgesamt führten die Anpassungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie zwar zu einer verbesserten Übereinstimmung von Planung und Bedarf. Sie erhöhten aber auch den rechnerischen Bedarf an zusätzlichen Ärzt*innen. Unter anderem führte dies dazu, dass in der aktuellen Bedarfsplanung für 2019 rund 3.500 offene Niederlassungsmöglichkeiten ausgewiesen wurden. Die aktuellen Prognosen zu den verfügbaren ärztlichen Kapazitäten sprechen jedoch nicht für eine ausreichende (Nach-) Besetzung dieser notwendigen Arztsitze.

Hierfür sind unterschiedliche Faktoren verantwortlich. Der demografische Wandel führt über eine immer älter werdende Gesellschaft zu einem steigenden Bedarf von ärztlichen Leistungen. Demgegenüber stehen unterschiedliche Entwicklungen in der Ärzteschaft, die sich vor allem in der ambulanten Versorgung durch den vertragsärztlichen Bereich als problematisch darstellen: So hat der Anteil der weiblichen Mediziner in den letzten Jahren enorm zugenommen, sie sind allerdings überdurchschnittlich häufig in einer Teilzeitanstellungen beschäftigt. Somit nehmen die verfügbaren Arbeitsstunden trotz steigender Anzahl der insgesamt tätigen Ärzt*innen nicht zu. In diesem Zusammenhang wird ein genereller Wandel in den Berufserwartungen der Ärzteschaft berichtet. Der Trend äußert sich in der Bevorzugung einer (Teilzeit-) Anstellung und dem Rückgang von Niederlassungen im vertragsärztlichen Bereich. Dabei steht eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Vordergrund.

Bei der Versorgung von strukturschwachen Gebieten kommt erschwerend hinzu, dass eine Niederlassung weiterhin als unattraktiv gilt. Die Gründe hierfür sind vielfältig: Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung, eine teilweise höhere Arbeitsbelastung und eine schwache Infrastruktur auf dem Land gehören dazu.

Somit führt eine Anpassung der Planungsgrundlagen nicht zwangsläufig zu einer besseren Angebotsstruktur. Insbesondere in strukturschwachen Regionen erfolgt eine zeitnahe und vor allem auch ortsnahe Versorgung durch die Vertragsärzt*innen nur noch sehr unzureichend. Deswegen haben Krankenhäuser in vielen Fällen schon die ortsnahe Versorgung der Bevölkerung übernommen. Insbesondere die Ermächtigungen von Krankenhäusern oder im Krankenhaus tätigen Ärzt*innen, aber auch die ambulante spezialfachärztliche Versorgung spielen aktuell eine zentrale Rolle. Jedoch sind diese Gestaltungsmöglichkeiten zum Einbezug der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung nach wie vor sehr bürokratisch und unflexibel. Die persönliche bzw. die Institutsermächtigung ist nicht nur zeitlich begrenzt, sondern auch hinsichtlich der Vergütung und des zugelassenen Leistungsangebots nicht mit einer vertragsärztlichen Niederlassung vergleichbar.

Durch den starken Zuwachs von MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern wird deutlich, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zusehends durch die Leistungserbringung der Krankenhäuser mitgetragen wird. Dabei nehmen MVZ, genau wie selbstständig niedergelassene Vertragsärzt*innen, regelhaft an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Aufgrund dessen bestehen bei einem MVZ im Vergleich zur Ermächtigung weder zeitliche noch fachliche Einschränkungen in der Leistungserbringung.

Insgesamt belegen die Versorgungsdefizite in Teilen der vertragsärztlichen Versorgung sowie die wiederholten und wenig effektiven Versuche zur Anpassung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung die grundlegenden Probleme der KVen und der KBV bei der Sicherstellung der ambulanten Regelversorgung. Für eine verbesserte ambulante Versorgung sollte eine regelhafte Öffnung der Krankenhäuser ohne zeitliche und fachliche Beschränkungen erfolgen, damit verlässliche Strukturen aufgebaut werden können.

Terminservice- und Versorgungsgesetz

Die Reformbemühungen der letzten Jahre, zuletzt im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), haben zwar das grundsätzliche Problem der mangelnden Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erkannt, versuchen aber mit nicht geeigneten Maßnahmen Lösungen zu finden. Zwischen 2015 und 2020 wurde die Formulierung des Sicherstellungsauftrages in § 75 SGB V mehrfach geändert. Grund dafür war die unzureichende Umsetzung des Sicherstellungsauftrages seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die gesetzlichen Änderungen verfolgten den Zweck, die Einhaltung des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen einzufordern. Die unterschiedlichen Regelungen im TSVG sind verbunden mit finanziellen Anreizen. Damit soll sichergestellt werden, dass die beabsichtigten Steuerungswirkungen auch eintreten.

Die Vergütungsregelungen stellen dabei eine Doppelfinanzierung von schon bestehenden Leistungen dar. Die Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung als Ausgabenobergrenze für die vertragsärztliche Versorgung. Damit sind alle Vergütungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die Krankenkassen abgegolten. Die Vergütungsregelungen des TSVG vergüten in den meisten Fällen Sachverhalte, die ohnehin schon von den Vertragsärzt*innen zu erfüllen waren.

So erhalten Vertragsärzt*innen, die eine*n Patient*in über die Terminservicestelle vermittelt bekommen, eine höhere Vergütung als die Ärzt*innen, bei denen die Patient*innen unmittelbar einen Termin erhalten bzw. in die Sprechstunde kommen – auch bei gleicher Leistung.

Durch die Terminvergabe über die Terminservicestellen wird außerdem die freie Arztwahl der Patient*innen eingeschränkt: Um eine zeitnahe Versorgung zu erhalten, haben Patient*innen mangels freier Termine nicht die Wahl, Ärzt*innen ihres Vertrauens aufzusuchen, sondern müssen Ärzt*innen wählen, welche über Terminkapazitäten verfügen.

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen sieht eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung vor. Dafür erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung von den Krankenkassen. Mit der durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführten Vergütungsregelung der Offenen Sprechstunde, also Sprechstundenzeiten ohne Terminvereinbarung, wird die zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung noch einmal, also zusätzlich, finanziert. Zudem könnte es bei einem Teil der Ärzt*innen Mitnahmeeffekte geben, sofern termingebundene Sprechstunden in Offene Sprechstunden umgewandelt werden. Eine Verbesserung der Sicherstellung der Versorgung ist durch diese Maßnahmen nicht zu erwarten.

Damit die vorhandenen fachärztlichen Kapazitäten in den Krankenhäusern auch für ambulante Leistungen anstelle des vertragsärztlichen Bereichs verwendet werden können, müssen Strukturen aufgebaut werden, wie verlässliche Sprechstundenzeiten oder der Ausweis und die Ausstattung von Ambulanzzimmern.

Mangelnde Transparenz

Durch gesetzliche und untergesetzliche Regelungen ist der Krankenhausbereich zu einer umfassenden Datenveröffentlichung verpflichtet. Es herrscht eine große Transparenz über die Leistungserbringung der Krankenhäuser. Die Daten können für wissenschaftliche und politische Zwecke verwendet werden, so etwa für eine angemessene und bedarfsgerechte medizinische Versorgung über die Morbidität der Bevölkerung.

Eine entsprechende Datentransparenz ist bislang für den vertragsärztlichen Bereich nicht vorgesehen. In der Konsequenz verhindert ein Mangel an Datentransparenz aus dem ambulanten Sektor grundlegend eine passgenaue Bedarfsdefinition, da die tatsächlichen Inanspruchnahmen und die Probleme in der Sicherstellung von ambulanten Versorgungsleistungen anhand der momentan zur Verfügung stehenden Daten nicht transparent ermittelt werden können.

Durch die Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) müssen Krankenhäuser differenzierte Angaben zu ihrer ambulanten Leistungserbringung offenlegen. Eine entsprechende Verpflichtung gibt es für den vertragsärztlichen Bereich nicht. Der Ordnungsgeber hat die zusätzliche Datentransparenz für die Krankenhäuser damit begründet, dass die Zunahme ambulanter Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser schon in der Vergangenheit zu Leistungsverschiebungen zugunsten der Krankenhäuser beigetragen habe, die durch die Datentransparenz differenzierter erfasst werden müsse. Leistungsverschiebungen können aber nur erfasst werden, wenn auch für den Vertragsarztbereich eine entsprechende Transparenz gilt. Durch die fehlenden Daten in der ambulanten Notfallversorgung aus dem vertragsärztlichen Bereich kann die Zunahme der ambulanten Behandlungsfälle im stationären Bereich nicht aussagekräftig eingeschätzt werden. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass eine allgemeine Bedarfsentwicklung hinsichtlich ambulanter Notfallleistungen nicht berücksichtigt werden kann, somit bleibt unklar, ob sich der Bedarf von ambulanten Notfallleistungen generell in der Allgemeinbevölkerung erhöht hat, und sich aufgrund dessen die Zunahme der ambulanten Behandlungsfälle in den Krankenhäusern erklären lässt, oder ob tatsächlich eine Verschiebung der ambulanten Notfallbehandlungen in den stationären Sektor vorliegt.

Am Beispiel der Leistungserbringung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV, nach § 116b SGB V), die durch interdisziplinäre Ärzteteams in Vertragsarztpraxen und Kliniken erfolgt, wird deutlich, dass man allein durch die einseitige Veröffentlichung der Fallzahlen der Krankenhäuser gemäß der Krankenhausstatistik-Verordnung Überblick über das reale Leistungsgeschehen in diesem Versorgungsbereich erhält.

Im ambulanten Bereich gibt es keine gesetzliche Grundlage wie die Krankenhausstatistik-Verordnung. Vergleichbare Daten sind nur eingeschränkt und auf freiwilliger Basis verfügbar. Es sind keine originären Daten über einen öffentlichen Datensatz frei verfügbar. Die Informationen sind somit lückenhaft und nicht auf jeder Ebene zugänglich.

Der Gesetzgeber hat 2019 im Terminservice- und Versorgungsgesetz reagiert und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit einer verbindlichen und bundeseinheitlichen Regelung für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren beauftragt.

Die Vergleichbarkeit der Kodierung zwischen ambulantem und stationärem Bereich soll dadurch gewährleistet sein, dass zum einen die für den stationären Bereich geltenden Kodierrichtlinien bei der Ausgestaltung der Kodierregeln für den ambulanten Bereich zu berücksichtigen sind, andererseits dadurch, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ins Benehmen zu setzen hat.

Eine Veröffentlichung der entsprechenden Kodierdaten ist damit jedoch noch nicht gegeben. Hinzu kommt die Kritik zur Verwendung der Diagnosedaten aus der vertragsärztlichen Abrechnung. Diagnosen im vertragsärztlichen Bereich sind stark vom aktuellen Versorgungsgeschehen beeinflusst, das bedeutet, dass in unterversorgten Regionen eher zu wenig Diagnosen erfasst werden, worüber bestehende Allokationsprobleme für die Anpassung an den tatsächlichen Bedarf fortgeschrieben werden.

Folglich können anhand der verfügbaren Daten die Effekte von politischen Steuerungsmaßnahmen und den umgesetzten Reformen nicht aussagekräftig im Einzelnen evaluiert werden. Zukünftige Maßnahmen können nur hypothetisch und nicht empirisch fundiert angepasst werden.

Durch die Veröffentlichung der Qualitätsdaten würde der Druck auf die Leistungserbringer erhöht, und ermöglicht so einen Qualitätswettbewerb, der letztlich sektorenübergreifend zu einer verbesserten Versorgung führen könnte.

Spotlight: Aktuelle Situation in der ambulanten Versorgung

Spotlight: Aktuelle Situation in der ambulanten Versorgung

<p style="text-align: center;">Ärztmangel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzierte ärztliche Kapazitäten aufgrund von vermehrter Teilzeitbeschäftigung • Alternde Ärzteschaft und Nachwuchsmangel • Bevorzugung von Teilzeitbeschäftigungen der Ärzt*innen • Rückgang von Niederlassungen • Nachbesetzungs- und Niederlassungsprobleme von Arztsitzen 	<p style="text-align: center;">Steigender Versorgungsbedarf</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhter Behandlungsbedarfs aufgrund der demografischen Entwicklung in der Bevölkerung • Anstieg der Niederlassungsmöglichkeiten aufgrund der bisherigen Reformen • Anstieg von MVZ generell und in der Trägerschaft von Krankenhäusern • Anstieg von ambulant-sensitiven Fällen und Terminvermittlungswünschen über die Terminservicestellen
<p style="text-align: center;">Notfallversorgung</p> <p>Ambulante Notfälle in den Krankenhäusern</p> <ul style="list-style-type: none"> • In den Krankenhäusern werden etwa 50 % der ambulanten Notfälle behandelt. <p>Notfallbehandlungen außerhalb der Praxisöffnungszeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kassenärztliche Vereinigungen versuchen durch Bereitschaftsdienstpraxen die Notfallambulanzen der Krankenhäuser zu entlasten. • Aufgrund der unzureichenden Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen während der Bereitschaftsdienstzeit gelingt das nur sehr unzureichend. <p>Notfallbehandlungen während der Praxisöffnungszeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbsteinschätzung der Patient*innen als Notfall sowie die Erwartung einer höherwertigen und schnelleren Behandlung leiten die Patient*innen zu den Krankenhäusern. <p>Behandlungsspektrum in den Notfallambulanzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • In den Krankenhäusern werden vorwiegend Verletzungen und Wunden versorgt. Dieses Spektrum decken die Vertragsärzte aufgrund ihrer Qualifikation nicht ab. • Viele Patienten müssen ambulant im Krankenhaus behandelt werden, da dort die diagnostischen Möglichkeiten, die Vorhaltung verschiedener Fachrichtungen, insbesondere bei schwieriger Diagnose, vorliegen. <p>Ökonomische Auswirkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Kalkulation des EBM ist auf eine Vertragsarztpraxis und nicht auf einen Bereitschaftsdienst ausgerichtet • Ambulante Notfallbehandlung ist zwangsläufig defizitär. 	<p style="text-align: center;">Versorgung strukturschwacher Gebiete</p> <p>Methodische Probleme in der Bedarfsplanung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung von nicht-evidenzbasierten Methoden zur Bedarfsermittlung und der Definition von Unterversorgung. • Dies führt zu einer planerischen Überversorgung und der Verdeckung von unterversorgten Teilgebieten <p>Stadt-Land-Disparitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor allem die fachärztliche Versorgung geht mit einer hohen Unzufriedenheit der ländlichen Bevölkerung einher. • Selbst in Kreisen mit bundesweit höchster Ärztedichte gaben 15-30 % der Befragten eine Unterversorgung im fachärztlichen Bereich an. • Durch mangelnde infrastrukturelle Bedingungen und finanzielle Ausgestaltung eines Arztsitzes auf dem Land gilt eine Niederlassung weiterhin als unattraktiv. <p>Mangelnde Niederlassungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bezogen auf die letzten zehn Jahre besteht ein stetiger Rückgang von Einzel- und Gemeinschaftspraxen. • Veränderte Berufserwartungen der Ärzteschaft zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf (Bevorzugung von (Teilzeit-) Anstellungen). • Anpassungen in der Bedarfsbemessungen führen zum Anstieg von offenen Niederlassungsmöglichkeiten bei bestehenden Nachbesetzungsproblemen. <p>Unflexible Steuerungsmöglichkeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen ermöglichen nur punktuelle Ausbesserung und schaffen keine Basis für eine bedarfsorientierte und sektorenübergreifende Versorgung mit Planungssicherheit.
<p style="text-align: center;">Terminservicestellen</p> <p>Wartezeiten der Patient*innen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Wartezeiten auf einen Termin bei einem Facharzt haben sich insgesamt verschlechtert. • Aktuell (2020) müssen fast ein Drittel der Befragten länger als drei Wochen auf einen Termin bei einem Facharzt warten. • Privat versicherte Patient*innen erhalten schneller einen Termin als gesetzlich versicherte Patient*innen. <p>Gesetzliche Maßnahmen in der Vergangenheit vergeblich</p> <ul style="list-style-type: none"> • Änderungen und Konkretisierungen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen haben in der Vergangenheit nur unwesentlich zur Verkürzung der Wartezeiten geführt. <p>Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das TSVG versucht durch Anreize bei der Vergütung die Wartezeiten der Patient*innen zu verkürzen. • Dadurch werden schon von der Krankenversicherung finanzierte Leistungen doppelt vergütet. • Fehlsteuerungen drohen durch falsch geschaltete Anreize • Durch die geringe Bekanntheit der bundesweiten Servicenummer „116117“ ist zu erwarten, dass sich an den Wartezeiten der Patient*innen wenig ändert. 	<p style="text-align: center;">Transparenz</p> <p>Leistungstransparenz durch die Krankenhausstatistik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch die Krankenhausstatistik wird eine Leistungstransparenz hergestellt. • Über den Einbezug der ambulanten Leistungserbringung der Krankenhäuser findet keine Transparenz für sektorenübergreifende Leistungen statt, da der vertragsärztliche Bereich ausgeklammert ist. • Dies führt zu einem unvollständigen Überblick über die regionale Morbidität. • Die gesundheitliche Versorgung kann sich damit nicht auf vollständige Daten stützen. <p>Qualitätssicherung durch Leistungstransparenz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser gewährleisten eine transparente Leistungsübersicht. • Eine vergleichbare Regelung für den Vertragsarztbereich fehlt. • 91 % der befragten Bevölkerung sprechen sich für eine Verpflichtung zur verständlichen Veröffentlichung der Qualitätsdaten von den Leistungserbringern aus. • Die benötigten Daten zum Leistungsangebot und zur Leistungsqualität liegen im vertragsärztlich Bereich routinemäßig vor. • Durch gesetzliche Regelungen könnten diese Daten zur Verfügung gestellt werden und somit zu einer verbesserten Information der Patient*innen beitragen und einen qualitätsfördernden Leistungswettbewerb anstoßen.

1 Einleitung

In Deutschland gab es zum 31.12.2019 über 400.000 berufstätige Ärzt*innen. Mehr als die Hälfte der Ärzt*innen arbeitet im stationären Bereich. Fast 160.000 Ärzt*innen waren ambulant tätig. Die Arztdichte, also die Zahl der Einwohner*innen je berufstätiger Ärzt*in, lag bei 206 (Bundesärztekammer, 2019).

Zwischen 2000 und 2019 stieg die Zahl der ambulant tätigen Ärzt*innen um mehr als 31.000 an. Das entspricht einer Steigerung um fast 25 Prozent. Trotz der steigenden Zahlen nimmt die Arbeitskapazität der ambulant tätigen Ärzt*innen nicht zu. Der Frauenanteil unter den tätigen Ärzt*innen hat mit 47,6 Prozent fast die Parität erreicht, sie sind allerdings überdurchschnittlich häufig in einer Teilzeitanstellung beschäftigt. Aus diesem Grund nimmt, trotz steigender Zahl der insgesamt tätigen Ärzt*innen, die Zahl ihrer Arbeitsstunden nicht zu (Bundesärztekammer, 2019). Somit konnte unter Berücksichtigung der Teilzeittätigkeit von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) lediglich ein Plus von 0,2 Prozent der vertragsärztlichen Kapazitäten im Vergleich zum Vorjahr (2018) ermittelt werden. Auch die Zahl der Niedergelassenen ist insgesamt um 1.142 auf 116.220 Ärzt*innen gesunken (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019b). Die Zahl der angestellten Ärzt*innen ist im Vergleich zum Vorjahr um 3.774 gestiegen.

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes zeigten bereits 2017, dass sich die Verteilung der Ärzt*innen in den letzten fünfzehn Jahren zwischen dem vertragsärztlichen und dem stationären Sektor eindeutig in Richtung einer Anstellung im Krankenhaus verschoben hat (Nagel et al., 2017). Diese Entwicklung wird durch eine vorangegangene Studie zu den Berufserwartungen von Medizinstudierenden im Jahre 2012 bestätigt. Die Ergebnisse konnten zeigen, dass eine angestellte Berufsausübung mit 92,2 Prozent prinzipiell einer Niederlassung vorgezogen wird. Im potenziellen Fall der Niederlassung würde die Tätigkeit in verstärkten Räumen und im fachärztlichen Bereich präferiert werden (Gibis, Heinz, et al., 2012).

Darüber hinaus warnte die KBV bereits in einer Prognose vom 05.10.2016 davor, dass bis zum Jahr 2030 die Nachfrage nach ärztlicher Versorgung im ambulanten Bereich moderat ansteigen wird, wohingegen das ärztliche Angebot sinken wird (Trebar, 2016).

Eine Projektion des Zentralinstituts (ZI) der kassenärztlichen Vereinigung stellte ebenso im Rahmen einer Prognose zur Beanspruchung von Vertragsärzt*innen (für den Zeitraum 2020-2035) fest, dass die relative Beanspruchung insbesondere für Urolog*innen (+23 %), Augenärzt*innen (+20 %), Fachinternist*innen (+15 %) und Hausärzt*innen (+9 %) zunehmen wird. Die Beanspruchung von Kinderärzt*innen und Frauenärzt*innen wird dieser Schätzung zufolge im Durchschnitt im Jahr 2035 etwa 10 Prozent geringer ausfallen als im Basisjahr (Schulz et al., 2016).

„Unberücksichtigt sind dabei regionale Besonderheiten im Sinne von versorgungsstrukturellen Unterschieden sowie von Niveauunterschieden in der Beanspruchung aufgrund variabler, d. h. über die demografische Struktur hinausgehende Morbiditätsmuster. Die regionsspezifische Betrachtung und Interpretation der Projektion sollte daher unter Berücksichtigung weiterer versorgungsrelevanter Merkmale der Regionen erfolgen.“ (Schulz et al., 2016)

Der steigende Bedarf ist unter anderem im demografischen Wandel begründet. Das Statistische Bundesamt zeigt in einem Vergleich der Altersstruktur zwischen dem Jahr der deutschen Vereinigung und dem Jahr 2018 eindeutig den demografischen Wandel. Die Anzahl der Personen im hohen Alter ab 70 Jahren steigt beständig (Destatis, Statistisches Bundesamt, 2019). Mit steigendem Alter nehmen auch die Erkrankungen zu: Über die Hälfte der 70- bis 85-Jährigen leidet an Komorbiditäten (zwei bis vier Erkrankungen) (AOK-Bundesverband, 2010). Da ältere Patient*innen (mit meist chronischen Erkrankungen) eine intensivere Behandlung benötigen, steigen der Bedarf an diversen Gesundheitsleistungen und die Anzahl der Arztkontakte dieser Patient*innen. Vor allem in der hausärztlichen Versorgung bedingt dies eine deutlich höhere Anzahl von Arztkontakten (Riens et al., 2012). Auch die Ärzteschaft wird vom demografischen Wandel erfasst. Insbesondere bei den Hausärzt*innen ist der Anteil der über 60-Jährigen (35,1 %) besonders hoch (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019d).

Alle diese Faktoren haben Auswirkungen auf die ambulante Versorgung. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. In diesem Bericht wird gezeigt, dass es schon heute erhebliche Probleme bei der Sicherstellung der ambulanten Versorgung gibt. Diese Probleme werden durch die skizzierten zukünftigen Entwicklungen noch verstärkt auftreten.

Um in Zukunft die ambulante Versorgung sicherstellen zu können, muss man die derzeitigen Probleme erkennen, analysieren und politisch darauf reagieren. Mit diesem Bericht soll ein Beitrag dazu geleistet werden, die existierenden Probleme zu erkennen und zu analysieren.

2 Ziele, Aufbau und Vorgehen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen. Das betrifft sowohl die Versorgung zu Sprechstundenzeiten als auch zu den Sprechstundfreien Zeiten (Notdienst). Das vorliegende Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) mit Unterstützung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) untersucht, inwieweit die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Sicherstellungsauftrag für die ambulante Regel- und Notfallversorgung erfüllen, welche Umsetzungsprobleme sie dabei haben und inwiefern die Krankenhäuser deswegen zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung beitragen.

Vor diesem Hintergrund soll zunächst auf die gesetzlichen **Grundlagen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung** durch den vertragsärztlichen Bereich eingegangen werden. Darauf aufbauend werden vier relevante Problembereiche der ambulanten Versorgung analysiert, in denen die Sicherstellung der Versorgung nicht oder nicht vollumfänglich gelingt. (siehe Abb. 1):

1. Ambulante Notfallversorgung bzw. organisierter Notdienst

Für den Bereich der ambulanten Notfallversorgung werden zunächst die grundlegende Systematik und die Entwicklung der Fallzählung betrachtet. Darauf aufbauend wird die Verteilung und die Organisation der ambulanten Notfallbehandlung hinsichtlich der Praxisöffnungszeiten analysiert. Die ökonomischen Auswirkungen der derzeitigen Situation auf die Krankenhäuser werden aufgezeigt.

2. Vertragsärztliche Bedarfsplanung und die Versorgung strukturschwacher Gebiete

Für die Beurteilung der ambulanten Versorgungssituation in strukturschwachen Gebieten wird zunächst eine grundlegende Analyse der Bedarfsdefinition und Bedarfsplanung durchgeführt. Darauf aufbauend werden die aktuelle Versorgungssituation und Versorgungsdefizite im hausärztlichen und fachärztlichen Bereich untersucht. In diesem Zusammenhang werden auch die aktuelle Rolle und das künftige Potenzial der Krankenhäuser für die ambulante ärztliche Versorgung beleuchtet.

3. Wartezeiten und Terminvergabe bei GKV-Patient*innen

Die Reformbemühungen der letzten Jahre, zuletzt im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), haben zwar das grundsätzliche Problem der mangelnden Sicherstellung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen erkannt und versuchen, mit unterschiedlichen Maßnahmen Lösungen zu finden. Die Maßnahmen, die der Gesetzgeber ergriffen hat, um Wartezeiten zu verringern und die Terminvergabe zu verbessern, werden im Hinblick auf Auswirkungen auf den Sicherstellungsauftrag diskutiert. Es wird gezeigt, dass die Maßnahmen wenig bis gar nicht wirksam für eine Verbesserung aus Patient*innensicht sind.

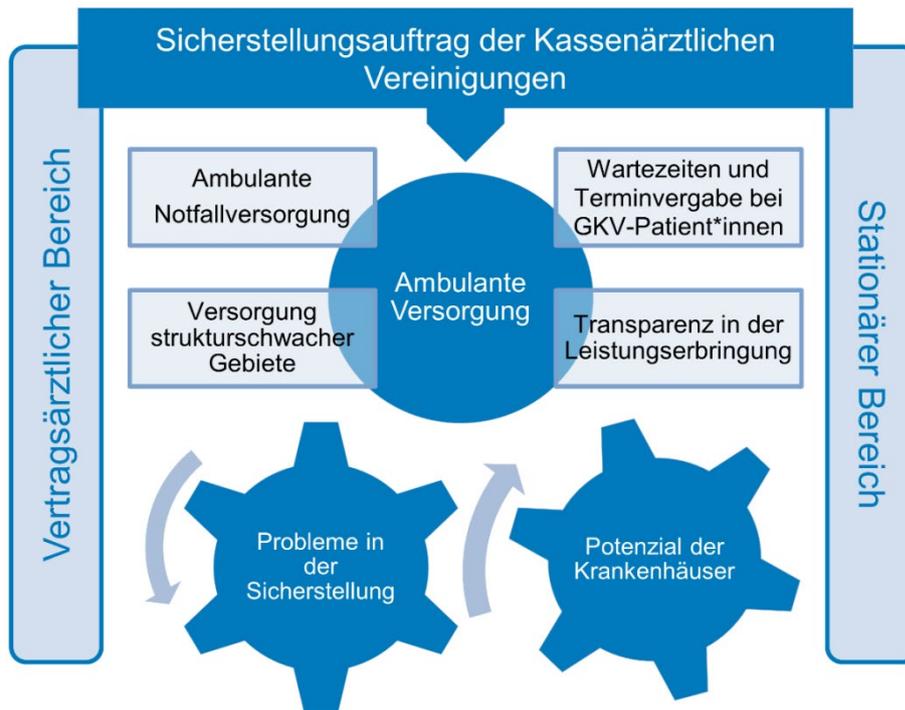
4. Mangelnde Transparenz der ambulanten vertragsärztlichen Leistungserbringung

Hinsichtlich der bestehenden Unterschiede in der Leistungstransparenz zwischen dem stationären und ambulanten Sektor werden bereits bekannte Probleme der mangelnden Datentransparenz im vertragsärztlichen Bereich diskutiert und wichtige Aspekte zur Qualitätssicherung und -steigerung durch eine adäquate Leistungstransparenz aufgezeigt.

Um die aktuelle Versorgungssituation in den genannten Bereichen möglichst breit abbilden zu können, wurden unterschiedliche Literaturquellen zu Grunde gelegt. Dabei handelt es sich sowohl um die **gesetzlichen Grundlagen** und deren Ausgestaltung für den vertragsärztlichen Bereich als auch um **wissenschaftliche Auseinandersetzungen** mit den einzelnen Themen. Zusätzlich wurden wichtige **Diskussionspunkte**, die bereits ein hohes **öffentliches Interesse** aufwiesen, einbezogen und durch **ausgewählte Sekundäranalysen** ergänzt.

Zur Einordnung von möglichen Wechselwirkungen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor wurden die Rolle und das Potenzial der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung hinsichtlich struktureller und rechtlicher Aspekte eruiert. Dabei lag der Fokus der diskutierenden Anwendungsbereiche vor allem auf einer sektorenübergreifenden Versorgung, die den Versorgungsbedarf der Patient*innen abdeckt.

Zur geschlechterneutralen Sprache wird im gesamten Text das Gendersternchen (*) genutzt. Um die Lesbarkeit aufrecht zu erhalten, wird in der vorliegenden Arbeit auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Es wird das generische Femininum verwendet, wobei beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 1: Aufbau und Struktur des vorliegenden Projektberichts zu den Problemen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Sicherstellungsauftrag

3 Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Rechtsgrundlage für den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen hat in den vergangenen Jahren deutliche Veränderungen erfahren.

Unbeschadet aller Änderungen ist folgende Formulierung des Sicherstellungsauftrages in § 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V unverändert geblieben:

„Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.“

Bis zum Jahr 2015 folgte dann als 2. Satz:

„Die Sicherstellung umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung und die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt.“

Durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) wurde der 2. Satz aufgehoben und ein neuer Absatz eingefügt. Der neue § 75 Abs. 1a SGB V lautete:

„Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenärztlichen Vereinigungen bis zum 23. Januar 2016 Terminservicestellen einzurichten ... Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Fach*ärztin innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln ... Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt*in muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten ...“

Nur wenige Jahre später im Jahr 2019 nahm das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wiederum Änderungen an der Konkretisierung des Sicherstellungsauftrages in § 75 Abs. 1a SGB V vor. Die heutige Formulierung des Sicherstellungsauftrages in § 75 Abs. 1a SGB V lautet nunmehr:

„Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Hierzu informieren die Kassenärztlichen Vereinigungen die Versicherten im Internet in geeigneter Weise bundesweit einheitlich über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte und über die Zugangsmöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen zur Versorgung (Barrierefreiheit) und richten Terminservicestellen ein, die spätestens zum 1. Januar 2020 für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen; die Terminservicestellen können in Kooperation mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen betrieben werden und mit den Rettungsleitstellen der Länder kooperieren. Die Terminservicestelle hat

1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,
2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten, und
3. Versicherten spätestens zum 1. Januar 2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen,

standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln ... Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und der vermittelten Ärzt*in muss zumutbar sein. Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 5 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten;“

In § 75 Abs. 1b SGB V heißt es:

„Der Sicherstellungsauftrag nach Absatz 1 umfasst auch die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), nicht jedoch die notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen den Notdienst auch durch Kooperation und eine organisatorische Verknüpfung mit zugelassenen Krankenhäusern sicherstellen; hierzu sollen sie entweder Notdienstpraxen in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden. Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende zugelassene Krankenhäuser und Ärzte, die aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung in den Notdienst einbezogen sind, sind zur Leistungserbringung im Rahmen des

Notdienstes berechtigt und nehmen zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Diese Formulierung des Sicherstellungsauftrages ist derzeit gültig.

4 Die Situation der ambulanten Notfallversorgung

4.1 Fallzählung bei ambulanten Notfällen

Zum besseren Verständnis der Notfallstatistik soll zunächst die Fallzählung erläutert werden. Die Fallzählung bei ambulanten Notfällen ist nicht trivial. Es gibt hier eine Reihe von Möglichkeiten, um die ambulanten Notfälle zu quantifizieren. Der Einfachheit halber wird als ambulanter Notfall der Ansatz von bestimmten Gebührenordnungspositionen aus dem Kapitel 1.2 „Gebührenordnungspositionen für die Versorgung im Notfall und im organisierten ärztlichen Not(-fall)dienst“ aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gesehen.

Das Statistische Bundesamt hat für das Jahr 2018 erstmalig die Zahl der ambulanten Notfälle, die in Krankenhäusern behandelt wurden, ausgewiesen (Statistisches Bundesamt [Destatis], 2020) Tabelle 2.8.5). Für die Abrechnung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung wurden folgende vier EBM-Ziffern angesetzt:

- 01210 Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzt*innen, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)
- 01212 Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzt*innen, Institute und Krankenhäuser bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.
- 01205 Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzt*innen, Institute und Krankenhäuser für die **Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit** bei Inanspruchnahme zwischen 07:00 und 19:00 Uhr (außer an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.)
- 01207 Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst und für nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzt*innen, Institute und Krankenhäuser für die **Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit** bei Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 07:00 Uhr des Folgetages ganztägig an Samstagen, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen und am 24.12. und 31.12.

Die beiden ersten Ziffern (01210 und 01212) stellen die Abrechnungsziffern für die eigentliche ambulante Notfallbehandlung dar. Sie können je einmal im Quartal angesetzt werden. Es besteht ein wechselseitiger Abrechnungsausschluss, d. h., wenn bei einer Patient*in einmal im

Quartal eine der beiden Ziffern angesetzt worden ist, kann die andere Ziffer nicht abgerechnet werden, sofern die Patient*in im gleichen Quartal noch einmal zur ambulanten Notfallbehandlung bei gleichen Leistungserbringern erscheint.

Die beiden anderen Ziffern (01205 und 01207) wurden 2017 in den EBM eingefügt. Sie dienen der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit. Sie müssen angesetzt werden, wenn erkennbar ist, dass keine ambulante Notfallbehandlung erforderlich ist. In der Präambel zu Kapitel 1.2 Nr. 7 EBM heißt es dazu:

„Wenn die Erkrankung des Patienten auf Grund ihrer Beschaffenheit keiner sofortigen Maßnahme bedarf und die nachfolgende Versorgung durch einen Vertragsarzt außerhalb der Notfallversorgung möglich und / oder auf Grund der Umstände vertretbar ist, ist die Gebührenordnungsposition 01205 bzw. 01207 zu berechnen.“

Weitergehende diagnostische Maßnahmen wie Ultraschall oder Röntgen dürfen in diesem Zusammenhang nicht abgerechnet werden, allerdings sind labordiagnostische Leistungen dennoch möglich. Voraussetzung für die Abrechnung ist aber ein persönlicher Arzt-Patient*innen-Kontakt. Mit anderen Worten: Damit diese beiden Gebührenordnungsziffern angesetzt werden dürfen, muss eine Ärzt*in die Patient*in gesehen und untersucht haben, bevor sie die Entscheidung trifft, dass eine Notfallbehandlung nicht vorliegt.

Bei der Einführung der beiden Abklärungspauschalen 01205 und 01207 erklärte der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Andreas Gassen, am 8. Dezember 2016:

„Eine Entlastung der Notfallambulanzen, vor allem der Kliniken, erhofft sich Gassen von der neuen Abklärungspauschale. Die Ärzte würden dadurch hoffentlich mehr Zeit für ‚echte‘ Notfälle bekommen, sagte er. Die neue Pauschale können Ärzte für Patienten abrechnen, die keine Notfallbehandlung brauchen und durch einen Vertragsarzt in der normalen Sprechstunde versorgt werden können.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020g)

Gassen ging also davon aus, dass die Abklärungspauschalen vor allem in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser angesetzt werden können.

Die Berücksichtigung der vier oben genannten Gebührenordnungsziffern durch das Statistische Bundesamt war somit folgerichtig, um die Zahl der ambulanten Notfälle, die in Krankenhäusern vorkommen, zu ermitteln.

Gemäß Statistischem Bundesamt erbrachten die Krankenhäuser im Jahr 2018 10.576.365 ambulante Notfallbehandlungen bei GKV-Patient*innen (Destatis, 2020)Tabelle 2.8.5).

Das Zentralinstitut (ZI) für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland hat für das Jahr 2018 10,4 Millionen ambulante Notfälle in den Krankenhäusern ausgewiesen (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2019). Die Angaben beruhen auf den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen. Nicht ausgewiesen wurde, welche Gebührenordnungsziffern in die Berechnung eingegangen sind.

Damit liegen für das gleiche Jahr zwei unterschiedlich hohe Fallzahlen für die ambulante Notfallbehandlung in Krankenhäusern vor:

- Statistisches Bundesamt: 10,6 Millionen ambulante Notfälle in Krankenhäusern
- Zentralinstitut: 10,4 Millionen ambulante Notfälle in Krankenhäusern

Wie ist diese Differenz von über 150.000 Fällen zu erklären?

Folgende Erklärungsmöglichkeiten könnten dieser Differenz zugrunde liegen.

1. Nicht eindeutige Erhebungsmerkmale beim Statistischen Bundesamt

Die Statistischen Landesämter erheben bei den Krankenhäusern die relevanten Daten. Dafür liegt ein Erhebungsbogen vor. Die Erläuterung im Erhebungsbogen zur Erfassung der ambulanten Fallzahlen lautet: „Anzugeben ist die Anzahl der Fälle im Berichtsjahr. Die Fallzählung erfolgt entsprechend der Abrechnung, i. d. R. Quartalsbezug.“

Unklar bei der Erfassung der EBM-Zahlen ist damit allerdings, ob es sich um die in Rechnung gestellten Leistungen oder um die von den Kassenärztlichen Vereinigungen akzeptierten Abrechnungen handelt. Im ersten Fall hätten die Krankenhäuser die angesetzten Ziffern in der Quartalsabrechnung summiert und den Statistischen Landesämtern gemeldet. Im zweiten Fall hätten die Krankenhäuser die abgerechneten Ziffern aus den Honorarbescheiden der Kassenärztlichen Vereinigungen summiert und weitergeleitet.

Wäre die Differenz darauf zurückzuführen, würde das bedeuten, dass rund 1 Prozent aller von den Krankenhäusern an die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeldeten Notfälle vollständig nicht anerkannt worden seien. Dass Abrechnungsziffern von den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Notfallabrechnung nicht akzeptiert werden, kommt vor. Dass allerdings eine komplette Notfallabrechnung nicht akzeptiert wird, ist eher ungewöhnlich. Das würde bedeuten, dass eine vollständige Quartalsabrechnung eines Krankenhauses nicht akzeptiert werden würde.

Seit dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 11. September 2019 (Bundessozialgericht, 2019) ist klar, dass die Krankenhäuser die entsprechenden Ziffern aus dem Kapitel 1.2 ansetzen dürfen, wenn eine Patient*in als vermeintlicher Notfall in die Notaufnahme kommt:

„Andererseits hat der Senat aber auch klargestellt, dass das berechtigte Anliegen, eine Inanspruchnahme der Notfallambulanzen von Krankenhäusern zu den üblichen Sprechstundenzeiten nach Möglichkeit zu vermeiden, nicht dadurch erreicht werden kann, dass einem Versicherten, der eine Notfallsituation annimmt und der deshalb die Notfallambulanz eines Krankenhauses zu Sprechstundenzeiten aufsucht, die Behandlung ohne Weiteres verweigert wird ... Vielmehr muss sich der Krankenhausarzt zumindest über die Beschwerden des Patienten und dessen Zustand unterrichten, ehe er eine Entscheidung über das weitere Vorgehen trifft. Bereits eine orientierende Befragung und Untersuchung ist eine ärztliche Tätigkeit, die einen Vergütungsanspruch nach sich zieht ...“ (Bundessozialgericht, 2019)

Eine vollständige Streichung einer Notfallabrechnung über ein Prozent aller Krankenhausabrechnung ist offensichtlich nicht plausibel. Die Differenz der Fallzahlen zwischen den Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes und des Zentralinstituts kann eher nicht auf die Differenz zwischen abgerechneten und anerkannten Abrechnungen zurückgeführt werden.

2. Kein Einbezug der Abrechnungsdaten aller Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Daten, die das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland veröffentlicht, stammen aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Unter einigen Grafiken der Veröffentlichung wird die Einschränkung vorgenommen, dass die entsprechenden Daten von der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen nicht vorliegen. Allerdings ist diese Einschränkung nicht erwähnt bei den Grafiken, wo es um die bundesweite Fallzahl der ambulanten Notfallbehandlungen in den Notaufnahmen der Krankenhäuser geht.

Nimmt man an, dass die Daten aus der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen und wahrscheinlich von Hessen auch nicht in die bundesweite Fallzahl eingegangen sind und dies nur versehentlich nicht erwähnt worden sei, dann müssten rund 150.000 ambulante Notfallbehandlungen in Krankenhäusern in Bremen im Jahr 2018 erfolgt sein – die Differenz zwischen den Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Zentralinstituts.

Das Statistische Bundesamt weist in 2.8.5.2 die ambulanten Notfallzahlen der Krankenhäuser nach Bundesländern aus. Für Bremen wird eine Fallzahl von 67.351 genannt. Das würde bedeuten, dass das Statistische Bundesamt rund 82.000 Fälle zu wenig erfasst hätte.

Es scheint wenig plausibel, dass die vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland ausgewiesene Zahl der ambulanten Notfälle, die in Krankenhäusern behandelt worden sind, nicht auf den Angaben aller Kassenärztlichen Vereinigungen beruhen würde.

3. Kein Einbezug der Abklärungspauschalen bei den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen

Eine weitere Erklärung für die Differenz der Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland könnte darin liegen, dass nicht die gleichen Gebührenordnungsziffern erfasst worden sind.

Das Statistische Bundesamt erfasst neben den beiden typischen Notfallziffern 01210 und 01212 auch die beiden Abklärungspauschalen 01205 und 01207. In der Veröffentlichung des Zentralinstituts fehlt ein Hinweis auf die einbezogenen Daten. Dass die beiden Notfallziffern einbezogen worden sind, ist selbstverständlich. Es könnte aber sein, dass die beiden Abklärungspauschalen nicht in die Fallzahlen eingegangen sind.

Für diese Vermutung spricht folgende Aussage des Vorstandsmitglieds der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Stephan Hofmeister, vom 2. November 2017:

„Die vor einem halben Jahr eingeführte Abklärungspauschale in der Notfallversorgung wird aus Sicht des stellvertretenden KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Stephan Hofmeister 'nach wie vor nicht richtig verstanden'. Dabei sei diese Pauschale 'neues Geld für eine Leistung, die erbracht wird', sagte Hofmeister in einem Interview mit KV-on.

Die ersten Zahlen belegten jedoch, dass diese Pauschale bei weniger als einem Prozent der Fälle abgerechnet werde, fügte der KBV-Vorstand hinzu. Dies zeige, dass offenbar alle anderen Patienten so schwer krank zu sein scheinen, dass sie in den Notaufnahmen weiterbehandelt werden müssten. Dagegen sprächen jedoch zahlreiche Statistiken. Insofern sei die Aufregung 'ein Sturm im Wasserglas'.“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017b).

Aus den Abrechnungsdaten, die der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für drei Quartale des Jahres 2017 vorlagen, ergab sich demnach ein Umfang der von Krankenhäusern abgerechneten Abklärungspauschalen in Höhe von weniger als einem Prozent.

Für die vier Quartale des Jahres 2018 lag die Differenz für die Fallzahl der in Krankenhäusern abgerechneten ambulanten Notfälle zwischen dem Statistischen Bundesamt und dem Zentralinstitut bei rund 150.000 Fällen.

Die vom Statistischen Bundesamt für 2018 angegebene Fallzahl der ambulanten Notfälle im Krankenhaus lag bei 10.576.365. Ermittelt man davon ein Prozent der Fälle, die auf die Abklärungspauschalen entfallen, dann erhält man rund 106.000 Fälle. Die Differenz zwischen den Angaben des Statistischen Bundesamtes und des Zentralinstituts könnte also auf die unterschiedliche Erfassung dieser Abrechnungsziffern zurückzuführen sein.

Ein weiterer Punkt, den es noch zu klären gibt, bezieht sich sowohl auf die Erfassung der Notfälle durch das Statistische Bundesamt als auch durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Unabhängig davon, ob die Abklärungspauschalen erfasst oder nicht erfasst worden sind, wurden von beiden nur die Notfälle gezählt, die bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal abgerechnet werden können.

In der Präambel zu Kapitel 1.2 EBM heißt es in Punkt 2:

„Bei der ersten Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst ist die Gebührenordnungsposition 01205, 01207, 01210 oder 01212 entsprechend der in der Leistungslegende vorgegebenen Zeiten im Behandlungsfall zu berechnen.“

Es liegt eine Untererfassung des Aufwands der Krankenhäuser durch die Behandlung ambulanter Notfälle vor, wenn ausschließlich diese vier Ziffern erfasst werden.

Zusätzlich zur Erfassung der vier Gebührenordnungsnummern 01210, 01212, 01205, 01207 müssen auch die sogenannten Notfallkonsultationspauschalen erfasst werden. In der schon zitierten Präambel Kapitel 1.2 EBM heißt es weiter:

„Für jede weitere Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst im Behandlungsfall ist die Gebührenordnungsposition 01214, 01216 bzw. 01218 zu berechnen.“

Sofern also ein Patient*in innerhalb eines Quartals erneut die Notaufnahme des gleichen Krankenhauses, wo er schon einmal ambulant notfallmäßig behandelt worden ist, aufsucht, kann das Krankenhaus eine der drei Ziffern abrechnen.

Der gleiche verpflichtende („obligate“) Leistungsinhalt lautet: „Weiterer persönlicher oder anderer Arzt-Patienten-Kontakt“. Unabhängig davon, löst ein erneutes Aufsuchen der Notaufnahme eines Krankenhauses einen Aufwand für eine Tätigkeit aus, für die die Kassenärztliche Vereinigung einen Sicherstellungsauftrag hat.

Die Zahl der ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern ist daher auch bei den schon höheren Angaben des Statistischen Bundesamtes eher zu niedrig geschätzt. Eine realistische

Angabe der Zahl der in Krankenhäusern behandelten ambulanten Notfälle steht damit weiterhin aus.

4.2 Die Entwicklung der Zahl der ambulanten Notfälle

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland veröffentlichte 2019 „Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland“ (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2019). Aus den Zahlen lässt sich die Verteilung und Entwicklung der ambulanten Notfallbehandlungen für vertragsärztliche Bereitschaftspraxen und die in den Notaufnahmen der Krankenhäuser erfolgten ambulanten Notfalleistungen für mehrere Jahre ableiten (vgl. Tab. 1).

Von den 19,7 Millionen Notfällen im Jahr 2018 entfielen 10,4 Millionen Fälle auf die Notaufnahmen der Krankenhäuser und 9,3 Millionen Fälle auf den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Demnach wurde in diesem Jahr gut jeder zweite ambulante Notfall (53 %) in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt. Dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zum Trotz wäre die ambulante Notfallversorgung somit nicht mehr gewährleistet, wenn sie nicht maßgeblich von den Krankenhäusern getragen würde.

Tab. 1: Entwicklung der ambulanten Notfälle in Millionen Fälle – absolut

Leistungserbringer	2013	2016	2018	Steigerung zwischen 2013 und 2018
Bereitschaftsdienst	8,6	9,1	9,3	8,3 %
Notaufnahmen	9,5	10,6	10,4	10,0 %
insgesamt	18,0	19,7	19,7	9,2 %

An der Verteilung der ambulanten Notfälle auf vertragsärztliche Bereitschaftsdienste und Notaufnahmen der Krankenhäuser hat sich im Zeitablauf faktisch nichts geändert. Relativ gesehen liegt der Anteil der ambulanten Notfälle in den Notaufnahmen der Krankenhäuser seit 2013 konstant bei einem Anteil von rund 53 Prozent und dementsprechend im Vertragsarztbereich bei 47 Prozent (Tab. 2). Die Krankenhäuser tragen damit auch kontinuierlich zur Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung in hohem Maße bei.

Tab. 2: Verteilung der ambulanten Notfälle auf die Leistungserbringer

Leistungserbringer	2013	2016	2018
Bereitschaftsdienst	47,6 %	46,1 %	47,2 %
Notaufnahmen	52,4 %	53,9 %	52,8 %

Die Übernahme der Bereitschaftsdienste zur Erbringung der ambulanten Notfallversorgung erfolgt in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen zunehmend durch vertragsärztliche Bereitschaftsdienstpraxen. Inwieweit diese Bereitschaftsdienstpraxen auf Grundlage der Kooperationsansätze des § 75 Abs. 1b SGB V (sogenannte Portalpraxen) entstanden sind, kann hier mangels empirischer Daten nicht eruiert werden. Die Folge wäre, dass die Zahl der Bereitschaftsdienstpraxen absolut steigt, die Leistungen aber dann auch durch Krankenhäuser – stellvertretend – für die Vertragsärzt*innen erbracht werden, sofern die entsprechende Kooperationsvereinbarung dies vorsieht. So heißt es beispielsweise in § 6 des Dreiseitigen Vertrages in Sachsen

„Während der Dienstzeiten der Bereitschaftspraxis ist die Abrechnung von Notfalleistungen gemäß § 3 Abs. 3 durch das Krankenhaus, welche durch die Bereitschaftspraxis erbracht werden können, gegenüber der KV Sachsen grundsätzlich ausgeschlossen. (Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, 2018)“

Die Krankenhäuser, die einen entsprechenden Kooperationsvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen abgeschlossen haben, dürfen daher nur folgende Leistungen im Notfall abrechnen:

- Vom Krankenhaus erbrachte Leistungen, die von der Bereitschaftspraxis per Zielauftrag mittels Überweisungsformular angefordert worden sind.
- Ambulante Notfalleistungen, die ausschließlich durch das Krankenhaus erbracht werden können.

Man kann davon ausgehen, dass vor Errichtung der Portalpraxen an den Krankenhäusern ambulante Notfalleistungen in den Notaufnahmen behandelt worden sind, die auch von Bereitschaftsdienstpraxen hätten erbracht werden können. Nach der Errichtung einer Bereitschaftsdienstpraxis am Krankenhaus mit einer Kooperationsvereinbarung in Analogie zu § 6 des Dreiseitigen Vertrages in Sachsen müsste daher die Zahl der vom Krankenhaus abgerechneten Notfalleistungen sinken, zumindest aber nicht mehr so stark wie in der Vergangenheit steigen.

Das Zentralinstitut sieht die Bereitschaftsdienstpraxen als Erfolgsmodell:

„An Krankenhäusern mit einer Bereitschaftspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung ging die Zahl der Arztkontakte für ambulante Behandlungen in der Notaufnahme seit 2016 im Durchschnitt stärker zurück (-4 %) als an Krankenhäusern ohne eine solche Bereitschaftspraxis (-3 %). Dies ergibt sich aus den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen, über die alle ambulanten Notfälle abgerechnet werden. Berücksichtigt wurden nur Betriebsstätten, die im Beobachtungszeitraum jeweils eine (516 Standorte) bzw. keine KV-Praxis (911 Standorte) aufwiesen.“ (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2019)

4.3 Ambulante Notfallbehandlung außerhalb der Praxisöffnungszeiten

4.3.1 Die Organisation der ambulanten Notfallbehandlung

Für das Verständnis der Organisation der ambulanten Notfallbehandlung ist der Unterschied zwischen zwei Zeiträumen wichtig. Es wird unterschieden zwischen der Zeit, in denen die vertragsärztlichen Praxen geöffnet haben, und der Zeit, in der sie geschlossen haben.

Während der Praxisöffnungszeiten übernehmen die vertragsärztlichen Praxen und die Notaufnahmen der Krankenhäuser die ambulante Notfallbehandlung. Außerhalb der Praxisöffnungszeiten wird die ambulante Notfallbehandlung vom vertragsärztlichen Bereich und von den Krankenhäusern übernommen. Im Vertragsarztbereich kann die Notfallbehandlung von den Vertragsarztpraxen oder den Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen, auch Notfallpraxen oder Anlaufpraxen genannt, übernommen werden.

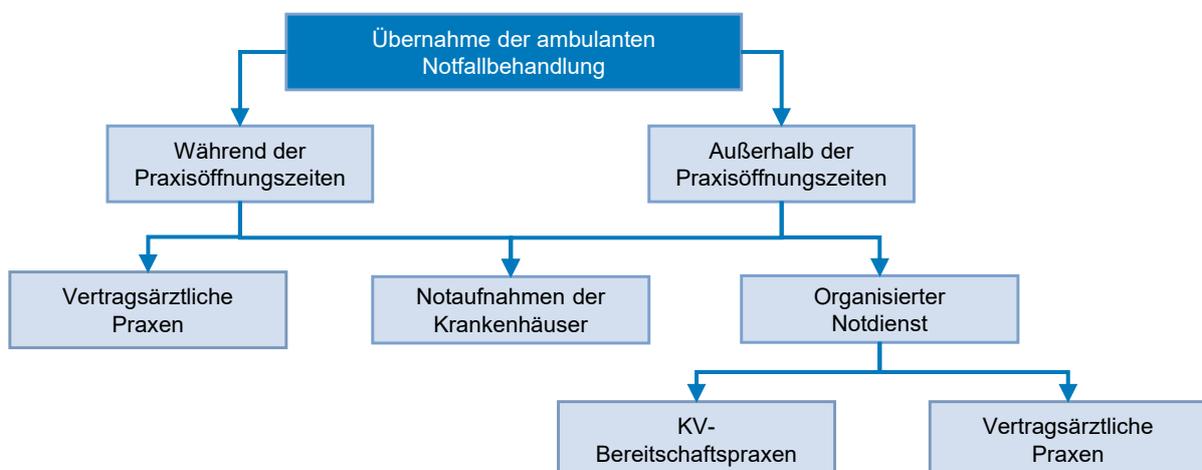


Abb. 2: Systematik der Übernahme der ambulanten Notfallbehandlung

Es gibt keine bundesweite einheitliche Definition, wann die Vertragsarztpraxen geöffnet oder geschlossen haben. Die Definition der Praxisöffnungszeiten variiert zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wie lange die Praxen geöffnet haben müssen, ergibt sich einerseits durch § 24 Abs. 2 Zulassungsverordnung Vertragsärzte in Verbindung mit § 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag Ärzte, andererseits durch die Bereitschaftsdienstordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Durch den Bundesmantelvertrag Ärzte wird den Vertragsärzt*innen eine Mindestsprechstundenzeit vorgegeben, die bis April 2020 bei 20 Stunden lag und in Folge des Terminservice- und Versorgungsgesetzes nunmehr bei 25 Stunden liegt. Die Vertragsärzt*innen haben ihre Sprechstundenzeiten im Internet und auf ihren Praxisschildern bekanntzugeben.

In den Bereitschaftsdienstordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen werden die Zeiten für die Bereitschaftsdienste für die Versorgung von Patient*innen außerhalb der Praxisöffnungszeiten angegeben. Die konkreten Zeiten variieren leicht zwischen den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen, weisen aber überwiegend folgende Zeiträume auf:

Montag, Dienstag und Donnerstag:

jeweils 19:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 7:00 Uhr bzw.

jeweils 18:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 8:00 Uhr

Mittwoch und Freitag:

jeweils 14:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 7:00 Uhr bzw.

jeweils 13:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 8:00 Uhr

Samstag und Sonntag:

jeweils 7:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 7:00 Uhr bzw.

jeweils 8:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 8:00 Uhr.

Feiertage, 24. Dezember, 31. Dezember:

7:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 7:00 Uhr bzw.

8:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 8:00 Uhr

Anhand dieser Zeiten können für jede Kassenärztliche Vereinigung die Praxisöffnungszeiten ermittelt werden.

Zu den Pflichten der Vertragsärzt*innen gehört die sogenannte Präsenzpflcht. Dazu zählt nicht nur das verbindliche Angebot von inzwischen 25 Wochenstunden Sprechstunden, sondern auch Pflichten außerhalb dieser Zeiten. So heißt es z. B. in § 1 der „Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“:

„Jeder Inhaber eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt- oder Psychotherapeutesitzes ist grundsätzlich verpflichtet, auch außerhalb der von ihm angebotenen Sprechstunde für seine Patienten erreichbar zu sein oder für eine qualifizierte Vertretung zu sorgen (Präsenzpflcht).“ (Kassenärztliche Vereinigung Hessen, 2019)

Von dieser Präsenzpflcht wird die Vertragsärzt*in befreit durch die Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen, die den organisierten Notfalldienst übernehmen. Diese werden vielfach von den Kassenärztlichen Vereinigungen organisiert. Es gibt allerdings auch Bereitschaftsdienstpraxen, die von Ärzt*innen organisiert und betrieben werden. Der Einfachheit halber wird hier von KV-Bereitschaftsdienstpraxen gesprochen. Gemeint sind damit aber alle Formen der von Vertragsärzt*innen in organisierter Form durchgeführten und organisierten Notfallbehandlungen.

Die Bereitschaftsdienstpraxen übernehmen die ambulante Notfallbehandlung in den von ihnen festgelegten Zeiten. Diese können von den Bereitschaftsdienstzeiten gemäß Bereitschaftsdienstordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen abweichen. Außerhalb der Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen, aber innerhalb der Bereitschaftsdienstzeiten fällt die Pflicht zur Übernahme der ambulanten Notfallbehandlung dann wieder auf die einzelnen Vertragsärzt*innen zurück.

Die Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen stehen im Fokus der folgenden Ausführungen. Dafür gibt es zwei Gründe:

- Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland führt sie an prominenter Stelle ins Feld, um die Wirksamkeit des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen zu belegen.
- Sie bieten eine primäre Anlaufstation für Patient*innen an zentraler Stelle, zumeist an oder in der Nähe eines Krankenhauses. Daneben hat in den jeweiligen Einrichtungen i. d. R. mehr als eine Vertragsärzt*in Dienst. Insofern könnten die Bereitschaftsdienstpraxen als Alternative für die Frequentierung der Notaufnahmen der Krankenhäuser dienen.

4.3.2 Verteilung der Notfälle nach Praxisöffnungszeiten

Die einzelnen Vertragsärzt*innen sind für die ambulante Notfallbehandlung zuständig, wenn es keine Bereitschaftsdienstpraxen gibt oder die Bereitschaftsdienstpraxen zu Bereitschaftsdienstzeiten geschlossen haben. Fraglich ist, ob diese Versorgung tatsächlich eine Alternative zur ambulanten Notfallbehandlung in den Krankenhäusern darstellt.

Eine zentrale Anlaufstelle wird offensichtlich auch von den Versicherten gewünscht. In der Versichertenbefragung 2020 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020c) wurde die Frage gestellt, wohin man sich wenden würde, wenn der Versicherte selber oder Angehörige nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen würde.

Tab. 3: Anlaufstelle, wenn Versicherter oder Angehöriger nachts / am Wochenende ärztliche Hilfe braucht

Anlaufstelle nachts / am Wochenende	Antworten
Hausärzt*in	4 %
Fachärzt*in	0 %
Bereitschafts-/ Notdienstpraxis	30 %
Notarzt / Rettungsdienst / Feuerwehr / Rotes Kreuz	23 %
Krankenhaus / Ambulanz	33 %
Apotheke	0 %
Arzt in der Familie / Nachbarschaft / unter Bekannten	3 %
Sonstiges	1 %
Kommt darauf an	4 %
Keine Angabe	2 %

Quelle: (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020c)

Fast zwei Drittel der befragten Versicherten würde eine zentrale Anlaufstelle wie eine Bereitschaftsdienstpraxis oder ein Krankenhaus frequentieren. Nur drei Prozent der Versicherten würden zur Hausärzt*in gehen.

Fraglich ist, ob die bundesweite 24/7 zur Verfügung stehende Telefonnummer „116117“ für den ärztlichen Bereitschaftsdienst hier in absehbarer Zeit Änderungen bewirken kann. Die

Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt hier eher zu ernüchternden Ergebnissen:

„Die Bekanntheit der Telefonnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst hat erneut deutlich zugenommen: Nach 37 % im Vorjahr meinen jetzt 45 % aller Befragten, dass sie die Telefonnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst kennen, also die Nummer für die ärztliche Versorgung nachts und am Wochenende. Unter denjenigen Befragten, die angeben, diese Nummer zu kennen, antworten auf Nachfrage nach der genauen Telefonnummer 71 % dann auch korrekt mit ‚116 117‘. Dies entspricht einem faktischen Bekanntheitsgrad von 32 % (2019 %: 19 %) bezogen auf alle deutschsprachigen 18- bis 79-jährigen Befragten. Umgekehrt können demnach rund zwei Drittel aller Versicherten die ‚116 117‘ nicht konkret als Nummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst benennen.“
(Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020c, S. 18)

Als zentrale Anlaufstelle für die Behandlung von ambulanten Notfällen stellen die Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen die einzige Alternative zu den Notaufnahmen der Krankenhäuser außerhalb der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzte dar.

Wie stellt sich diese Alternative nun in Zahlen dar? Aus den Angaben des Zentralinstituts lässt sich die Verteilung der Notfallbehandlungen während und außerhalb der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen ableiten. In der nachfolgenden Tabelle ist die Verteilung für die Notaufnahmen und der Bereitschaftspraxen für das Jahr 2018 wiedergegeben.

Tab. 4: Verteilung der ambulanten Notfälle auf die Leistungserbringer und die Praxisöffnungszeiten

Leistungserbringer	Während der Praxisöffnungszeiten	Außerhalb der Praxisöffnungszeiten	Insgesamt
Bereitschaftsdienstpraxen	6,6 %	40,6 %	47,2 %
Notaufnahmen	21,3 %	31,5 %	52,8 %
insgesamt	27,9 %	72,1 %	100,0 %

Mit einem Anteil von 72 Prozent erfolgt der Großteil der Notfallbehandlungen außerhalb der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen. Das entspricht 14,2 Millionen ambulanten Notfallbehandlungen im Jahr 2018. Davon finden rund 41 Prozent in den Bereitschaftsdienstpraxen der Vertragsärzt*innen statt. Etwas mehr als 31 Prozent der ambulanten Notfallbehandlungen insgesamt erfolgten außerhalb der Praxisöffnungszeiten in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Das entspricht 44 Prozent aller Notfälle zu diesen Zeiten.

Während der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen werden rund 28 Prozent aller Notfallbehandlungen durchgeführt. Das entspricht 5,5 Millionen Notfallbehandlungen. In den Notaufnahmen der Krankenhäuser erfolgen 21,3 Prozent dieser Behandlungen oder rund drei Viertel aller ambulanten Notfallbehandlungen während der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen.

Tab. 5: Ambulante Notfälle der Krankenhäuser nach Praxisöffnungszeiten

Leistungserbringer	Während der Praxisöffnungszeiten	Außerhalb der Praxisöffnungszeiten	insgesamt
Notaufnahmen	40,4 %	59,6 %	100,0 %

Betrachtet man nur die Krankenhäuser, so erbringen sie 40,4 Prozent ihrer gesamten ambulanten Notfalleistungen während der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen.¹

4.3.3 Die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen außerhalb der Praxisöffnungszeiten

Für die weitere Argumentation muss man die Notfallbehandlung während und außerhalb der Praxisöffnungszeiten unterscheiden. Beide Zeiträume haben im Hinblick auf die Versorgung der ambulanten Notfälle unterschiedliche Probleme.

„Grundsätzlich sind die Bereitschafts- bzw. Notdienstpraxen nur außerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten geöffnet. Die vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten sind jedoch weder einheitlich noch verbindlich geregelt. Zudem decken die Öffnungszeiten von Notdienstpraxen oftmals nicht die gesamte Spanne der sprechstundenfreien Zeit in einer Region ab. Je nach Bundesland und Standort variieren die Öffnungszeiten zum Teil erheblich. Innerhalb der Woche haben viele Notdienstpraxen, insbesondere in ländlichen Gebieten, nur an einigen Wochentagen geöffnet oder sind ganz geschlossen, was für die Patienten oft wenig nachvollziehbar ist. Im Gegensatz dazu sind die Notaufnahmen der Krankenhäuser in der Regel rund um die Uhr geöffnet und deshalb häufig erste Anlaufstelle und Behandlungsort. Viele ambulante Notfallpatienten kommen auch innerhalb der vertragsärztlichen Sprechstundenzeiten in die Notaufnahmen.“ (Aqua-Institut, 2016, S. 16)

Außerhalb der Praxisöffnungszeiten übernehmen die Notaufnahmen der Krankenhäuser rund 32 Prozent der Behandlung der ambulanten Notfälle insgesamt.

¹ Das entspricht fast der Relation, die die Management Consult Kestermann GmbH und die Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. in ihrem Gutachten ermittelt haben (Management Consult Kestermann GmbH und Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. 2015). Das spricht für die Güte der Stichprobe dieser Studie.

Die Bereitschaftsdienstordnungen stellen das rechtliche Rahmenwerk für die Sicherstellung der notfallärztlichen Versorgung dar. Dort sind die Bereitschaftsdienstzeiten und i. d. R. auch die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen festgelegt.

Am Beispiel der „Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (BDO-KVB)“ (Kassenärztliche Vereinigung Bayern, 2019) sei das erläutert:

- In der Präambel heißt es: „Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten auch zu den sprechstundenfreien Zeiten ist gemäß § 75 Absatz 1b Satz 1 SGB V Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) erfüllt diesen Auftrag durch die Einrichtung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.“
- Die Bereitschaftsdienstzeiten zur Erfüllung des Sicherstellungsauftrages werden in § 9 Abs. 1 BDO-KVB festgelegt. Sie lauten:
 1. Montag, Dienstag und Donnerstag jeweils von 18:00 Uhr bis einschließlich 08:00 Uhr des Folgetages.
 2. Mittwoch von 13:00 Uhr bis einschließlich Donnerstag, 08:00 Uhr.
 3. Freitag von 13:00 Uhr bis einschließlich Montag, 08:00 Uhr (Wochenenddienst).
 4. Am Vorabend eines gesetzlichen bzw. regionalen Feiertages, 18:00 Uhr bis einschließlich 08:00 Uhr des nächsten Werktages.
 5. Am 24.12. (Heiligabend) und 31.12. (Silvester) vom Vorabend an ab 18:00 Uhr bis 08:00 Uhr des nächsten Werktages.
- Durch § 6 Abs. 2 BDO-KVB werden für die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages Bereitschaftspraxen eingerichtet bzw. wird mit bestehenden Bereitschaftspraxen kooperiert.
- In § 9 Abs. 4 BDO-KVB wird dann normiert, dass von § 9 Abs. 1 BDO-KVB auch abgewichen werden kann:

Für Bereitschaftspraxen gemäß § 6 können von Absatz 1 abweichende Dienstzeiten bestimmt werden, wenn und soweit sich dies als zweckmäßig erweist.

Während also durch § 9 Abs. 1 die Sicherstellung der notfallärztlichen Versorgung außerhalb der kompletten Praxisöffnungszeiten gewährleistet ist, wird in § 9 Abs. 4 diese Verpflichtung wieder aufgehoben und es wird den Bereitschaftspraxen ermöglicht, ihre Öffnungszeiten – de facto zu Lasten der Krankenhausambulanzen – einzuschränken.

Vergleichbare Regelungen finden sich auch in den folgenden Bereitschaftsdienstordnungen:

- § 4 der Bereitschaftsdienstordnung der Ärztekammer des Saarlandes und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland: „Die Öffnungszeiten von BDPen / BDP-KJen

entsprechen den in § 1 Abs. 1 b), c) und d) BDO genannten Zeiten. Diese Öffnungszeiten können bei entsprechender Patientennachfrage und unter Berücksichtigung der örtlichen Sprechstundenzeiten der zum Bereitschaftsdienst Verpflichteten i.S.v. § 5 Abs. 1 BDO – insbesondere an Werktagen – durch den Vorstand der KVS im Einvernehmen mit dem Abteilungsvorstand „Ärzte“ der ÄKS geändert werden.“ (Kassenärztliche Vereinigung Saarland, 2015)

- In § 5 Abs. 2 der „Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“ werden die weiter oben beschriebenen Bereitschaftsdienstzeiten genannt. Daran schließt sich der folgende Satz an: „Für besondere regionale Versorgungssituationen kann der Vorstand der KVH Ausnahmeregelungen unter besonderer Würdigung der Wirtschaftlichkeit beschließen.“ (Kassenärztliche Vereinigung Hessen, 2019)
- In § 13 Abs. 1 der „Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg“ heißt es: „Der Bereitschaftsdienst wird täglich von 19:00 Uhr bis 07:00 Uhr durchgeführt. In Abweichung hiervon beginnt er mittwochs und freitags um 13:00 Uhr; an Sonnabenden, Sonntagen, gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. um 07:00 Uhr. Die Dienstzeiten der Ärztlichen Bereitschaftsdienstpraxen und der Telefonärzte können davon abweichen.“ (Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, 2019a)

Vergleichbare Formulierungen finden sich in den Bereitschaftsdienstordnungen weiterer Kassenärztlicher Vereinigungen.

4.3.4 Empirische Untersuchung der Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen

Anhand einer empirischen Überprüfung wird nachfolgend gezeigt, welche Öffnungszeiten die Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen außerhalb der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen tatsächlich haben. Hierzu wurden im Oktober und November 2020 die Öffnungszeiten aller Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigungen ermittelt. Insgesamt sind 627 Bereitschaftsdienstpraxen einbezogen worden.²

Die Auswertungsroutine sei am Beispiel der allgemeinen Bereitschaftsdienstpraxen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg erläutert. Für die 85 Bereitschaftsdienstpraxen wurden auf der Basis der Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2020) die Öffnungszeiten getrennt nach einzelnen Wochentagen und dem Wochenende ermittelt. Die durchschnittlichen Wochenstunden, in denen Bereitschaftsdienstpraxen geöffnet sind, konnten

² Kinderärztliche bzw. fachärztliche Bereitschaftspraxen wurden nicht berücksichtigt.

so ermittelt werden. Hierbei handelt es sich um die Ist-Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen.

Diese Zeiten wurden mit den Soll-Öffnungszeiten verglichen, wie sie sich aus dem § 3 Abs. 3 der „Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW)“ ergeben (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2018a) :

„Montag bis Freitag in der Regel von 18:00 Uhr bis zum Folgetag 08:00 Uhr;

mittwochs kann der Dienst bereits um 13:00 Uhr und freitags um 16:00 Uhr beginnen.

Am Wochenende dauert der Dienst in der Regel von 08:00 Uhr bis 08:00 Uhr des Folgetages“

Daraus ergeben sich folgende Soll-Öffnungszeiten:

- montags, dienstags, donnerstags: je 14 Stunden,
also insgesamt 42 Stunden für diese drei Tage
- mittwochs: 19 Stunden
- freitags: 16 Stunden
- samstags: 24 Stunden
- sonntags: 24 Stunden

Insgesamt sollen nach der Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg die Bereitschaftsdienstpraxen somit (maximal) 125 Wochenstunden geöffnet sein.

Für den Vergleich wurden die Ist-Öffnungszeiten für alle 85 Bereitschaftsdienstpraxen summiert und den entsprechenden Sollstunden gegenübergestellt, die sich aus der Multiplikation der Sollstunden pro Wochentag mit der Zahl der Bereitschaftsdienstpraxen ergeben.

Tab. 6: Vergleich der Ist- und der Soll-Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen in Baden-Württemberg

Zeiten	Mo./Die./ Do.	Mitt- wochs	Freitags	Samstags	Sonntags	Ins- gesamt
Ist-Zeiten in h	577,5	284,5	261,5	1.120,5	1.126,5	3.370,5
Sollzeiten in h	3.570	1.615	1.360	2.040	2.040	10.625
Anteil Ist- an Sollzeiten	16,2 %	17,6 %	19,2 %	54,9 %	55,2 %	31,7 %

Die geringste Abdeckung der Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen in Baden-Württemberg außerhalb der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen liegt an den drei

Wochentagen Montag, Dienstag und Donnerstag vor. Von den maximal möglichen 3.570 Wochenstunden (3 x 14 Stunden je Tag x 85 Bereitschaftsdienstpraxen) werden rund 578 Stunden erreicht. Das entspricht einem Anteil von gerade einmal 16 Prozent. Auch mittwochs und freitags fällt die Abdeckung nicht wesentlich besser aus. Selbst an Wochenenden sind die Bereitschaftsdienstpraxen im Schnitt nur gut zur Hälfte der Soll-Öffnungszeiten geöffnet.

Insgesamt liegt die Abdeckung der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen nur bei 32 Prozent der Sollstunden. Konkret decken sie von den 10.625 Sollstunden pro Woche (= 85 Praxen x 125 Sollstunden pro Praxis) lediglich 3.371 Stunden ab. Die mittlere Öffnungszeit der Bereitschaftsdienstpraxen liegt damit bei knapp 40 Stunden der maximal möglichen 125 Stunden (= 125 Stunden x 31,7 %).

In der folgenden Tabelle finden sich die Anteile der Ist- an den Sollzeiten für alle 17 Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die bundesweiten Anteile über alle Kassenärztlichen Vereinigungen.

Tab. 7: Vergleich der Ist- und der Soll-Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen (BDP) in Deutschland

Zeiten	Anzahl erfasster BDP	Mo./Die./Do.	Mittwochs	Freitags	Samstags	Sonntags	Insgesamt
Baden-Württemberg	85	16,2 %	17,6 %	19,2 %	54,9 %	55,2 %	31,7 %
Bayern	105	17,6 %	25,9 %	26,6 %	48,7 %	48,7 %	32,5 %
Berlin	5	0,0 %	0,0 %	31,6 %	50,0 %	50,0 %	24,6 %
Brandenburg	18	17,1 %	33,6 %	34,3 %	43,5 %	43,5 %	32,7 %
Bremen	3	55,6 %	59,3 %	37,0 %	75,0 %	75,0 %	61,1 %
Hamburg	6	40,3 %	50,9 %	31,5 %	63,9 %	63,9 %	50,0 %
Hessen	53	33,3 %	44,7 %	44,7 %	64,9 %	61,2 %	48,7 %
Mecklenburg-Vorpommern	8	16,7 %	30,9 %	30,9 %	45,8 %	45,8 %	32,6 %
Niedersachsen	68	11,3 %	23,2 %	23,0 %	33,8 %	33,8 %	23,7 %
Nordrhein	52	35,6 %	52,5 %	51,5 %	63,2 %	57,3 %	50,4 %
Rheinland-Pfalz	43	81,6 %	88,8 %	86,2 %	91,7 %	91,7 %	87,4 %
Saarland	13	0,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %	100,0 %	37,5 %
Sachsen	29	4,0 %	22,0 %	22,0 %	35,5 %	35,5 %	22,0 %
Sachsen-Anhalt	16	4,7 %	16,2 %	16,9 %	27,0 %	27,0 %	17,2 %
Schleswig-Holstein	32	15,3 %	21,0 %	22,1 %	34,2 %	34,2 %	24,2 %
Thüringen	28	7,4 %	19,8 %	22,2 %	34,1 %	34,1 %	21,8 %
Westfalen-Lippe	63	19,2 %	30,2 %	30,2 %	51,7 %	51,7 %	35,4 %
Insgesamt	627	22,1 %	31,6 %	31,7 %	52,4 %	51,7 %	36,8 %

Bundesweit beträgt der Abdeckungsgrad der Öffnungszeiten der Bereitschaftspraxen lediglich 37 Prozent der Sollstunden. Nur in vier KVen liegt er bei mindestens 50 Prozent und in sechs KVen sogar unter 25 Prozent.

Vor allem an den Wochentagen Montag, Dienstag und Donnerstag (22 %) sowie mittwochs und freitags (32 %) fällt die Abdeckung sehr niedrig aus. Selbst an Wochenenden haben die Bereitschaftsdienstpraxen nur rund zur Hälfte der Sollstunden geöffnet.

Regionale Vergleiche der Anteile der Ist- an den Soll-Öffnungszeiten belegen sowohl große Unterschiede zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen als auch zwischen den unterschiedlichen Wochentagen.

Nur im Saarland und in Rheinland-Pfalz liegt an den Wochenenden eine weitestgehende Übereinstimmung der Ist- und der Soll-Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen vor. An den übrigen Wochentagen fällt der Abdeckungsgrad vor allem im Nordrhein, in Bremen und Rheinland-Pfalz überdurchschnittlich aus.

Ansonsten sind die Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen von einer auch nur annähernden Übereinstimmung mit den Soll-Zeiten sehr weit entfernt. Die in den Bereitschaftsdienstordnungen vorgegebenen Bereitschaftszeiten werden von den Bereitschaftsdienstpraxen fast durchgängig nicht eingehalten. Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung wird dann in weiten Teilen von den Notaufnahmen der Krankenhäuser übernommen.

Für ambulante Notfälle, die außerhalb der Praxisöffnungszeiten behandelt werden, stehen die von der Kassenärztlichen Vereinigung eingerichteten Bereitschaftsdienstpraxen nur begrenzt zur Verfügung. Patient*innen werden außerhalb der Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen daher in einer Notaufnahme eines Krankenhauses behandelt.

Die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung außerhalb der Praxisöffnungszeiten ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Durch Bereitschaftsdienstpraxen, die von der Kassenärztlichen Vereinigung errichtet und betrieben werden, soll dies gewährleistet werden. Durch die Bereitschaftsdienstordnungen werden die Zeiten definiert, wo ein Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst sichergestellt werden muss.

Allerdings verfügen die Bereitschaftsdienstordnungen über Öffnungsklauseln, die es ermöglichen, von den vorab definierten (Soll-) Öffnungszeiten abzuweichen. Von den Öffnungsklauseln wird reger Gebrauch gemacht. Die Öffnungszeiten der KV-Bereitschaftsdienstpraxen gewährleisten auf keinen Fall eine komplette ambulante Notfallversorgung durch den vertragsärztlichen Bereich. In einem erheblichen Umfang entlasten sich die Kassenärztlichen Vereinigungen von der Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung zu Lasten der Krankenhäuser.

Vermutlich in Reaktion auf diese ungenügende Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen hat der Gesetzgeber mit § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V die Kooperation zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhaus normiert. Möglicherweise interpretieren einige Kassenärztliche Vereinigungen diese Regelung dahingehend, dass sie sich aufgrund dessen

aus ihrem Sicherstellungsauftrag zurückziehen können, weil eine Kooperation mit den Krankenhäusern aus ihrer Sicht ein Äquivalent zum Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzte darstellt. Demgegenüber ist an dieser Stelle festzuhalten, dass nur mithilfe der Kliniken eine Versorgung möglich ist - sei es nun im Rahmen einer vertraglichen Vereinbarung nach § 75 Abs. 1b oder aber im Rahmen der freien Arztwahl nach § 76 SGB V durch die Patient*innen

4.4 Ambulante Notfallbehandlung während der Praxisöffnungszeiten

Die Notaufnahmen der Krankenhäuser werden auch während der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen frequentiert. Mehr als ein Fünftel aller ambulanten Notfallbehandlungen insgesamt bzw. gut drei Viertel der Behandlungen während der Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen finden gemäß den Angaben des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland in den Notaufnahmen der Krankenhäuser statt (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2019): Im Jahr 2018 nahmen somit über 4 Millionen Notfallpatient*innen zu Zeiten, in denen Vertragsärzt*innen ihre Praxis geöffnet hatten, lieber ein Krankenhaus als eine Vertragsärzt*in in Anspruch.

Es stellt sich die Frage, warum die Notaufnahmen der Krankenhäuser zu den allgemeinen Praxisöffnungszeiten so stark aufgesucht werden, obwohl die Vertragsärzt*innen ihre Praxen geöffnet haben.

In den letzten Jahren hat sich eine Reihe von deutschen Untersuchungen verstärkt mit dieser Fragestellung beschäftigt (vgl. für die internationale Studienlage (Morley et al., 2018; O'Keeffe et al., 2018). Untersucht wurde dabei die Motivation der Patient*innen, eine Notaufnahme eines Krankenhauses anstelle einer vertragsärztlichen Praxis aufzusuchen.

Trotz unterschiedlicher methodischer Ansätze zeigt sich bei den aktuellen Untersuchungen eine bemerkenswerte Übereinstimmung der Gründe für das Aufsuchen der Notaufnahmen der Krankenhäuser. Den für die Notfallpatient*innen wesentlichen Punkt fassen Reinhold u. a. in ihrer Studie wie folgt zusammen:

„Die Divergenz zwischen der selbsteingeschätzten Behandlungsdringlichkeit durch die Patienten und der professionellen Ersteinschätzung nach MTS (Manchester Triage System) legt nahe, die Selbstwahrnehmung als Notfall als das Hauptmotiv der Inanspruchnahme zu interpretieren. Ein Großteil der Befragten schätzt sich selbst als mittelschweren bis lebensbedrohlichen Notfall ein. Etwa die Hälfte würde als Alternative eher eine andere Notfallaufnahme in der Region anstatt Versorgungsangebote im niedergelassenen Bereich aufsuchen. Dabei würden sie einen Fahrweg von mehr als

20 km akzeptieren, obwohl sich eine Notfallpraxis der KV in unmittelbarer Nähe der Notfallaufnahme befindet. Das unterstreicht den dringenden Wunsch einer Behandlung in einer Notfallaufnahme.“ (Reinhold et al., 2020, S. 6)

Das war vor einigen Jahren auch ein Ergebnis der Untersuchung von Somasundaram u. a. Sie fassten das 2018 wie folgt zusammen:

„Über 90 % der Patienten betrachteten sich selbst als Notfall und drei Viertel gaben Schmerzen an. Die Mehrzahl der Patienten (57 %) hatte zuvor versucht, während der regulären Praxisöffnungszeiten einen niedergelassenen Arzt zu erreichen. Die Patienten würden mehrheitlich (59 %) Notfallstrukturen der KV nutzen, wenn sie vorhanden und bekannt wären. Allerdings kannten 55 % der Befragten den KV-Notdienst nicht.“ (Somasundaram et al., 2018, S. 622)

Neben der Selbsteinschätzung als Notfall wird hier noch ein weiterer Punkt thematisiert, der eine Rolle spielt, warum ein Krankenhaus aufgesucht wird:

„Die Fragebögen wurden von 36 % der Patienten (606/1 683) an regulären Arbeitstagen (Montag bis Freitag) von 8 – 19 Uhr ausgefüllt und von 64 % außerhalb dieser Zeiten. Somit hätte gut ein Drittel der Patienten die Möglichkeit gehabt, während der regulären Sprechzeiten ihren Haus- oder Facharzt zu kontaktieren, allerdings versuchten dies nur 57 % (345/606). Gut zwei Drittel dieser Patienten (237/345), die erfolgreich ihren Haus- oder Facharzt kontaktierten, wurden von diesen in die Notaufnahme weiter geschickt, davon 65 % (153/237) mit Einweisung und 35 % (84/237) ohne Einweisung. Fast jeder vierte Patient (140/606) gab an, der Haus- oder Facharzt hätte während der regulären Arbeitstage (Montag bis Freitag) in der Zeit von 8 – 19 Uhr keine Sprechstunde gehabt.“ (Somasundaram et al., 2018, S. 624)

In mehreren Untersuchungen haben Schmiedhofer et al. vor allem zwei Gründe ausgemacht, weshalb ambulante Notfallpatient*innen die Notaufnahmen der Krankenhäuser präferieren. Zum einen die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit eines breiten medizinischen Angebots rund um die Uhr:

„In our sample, the main motive for patients, who directly visited the ED without trying to make an appointment in the primary care system, were convenience reasons, addressing 24/7 hours/day accessibility and the availability of a full range of medical services.“ (M. Schmiedhofer et al., 2016, S. 8)

Zum anderen sind diese Patient*innen ernsthaft über ihren Gesundheitszustand besorgt. Deswegen suchen sie direkt oder weil sie keinen Termin bei einer Haus- oder Fachärzt*in

erhalten haben, die Notaufnahme der Krankenhäuser auf (vgl. auch (M. H. Schmiedhofer et al., 2017)).

„The second main motive for low-acuity ED visits in our study was health anxiety. Many patients who visited the ED directly or after unsuccessful attempts to approach GPs or resident specialists (group A and B) were seriously concerned about their health status. Many of these patients suffered from chronic conditions, although these were not necessarily connected to the index ED visit.“ (M. Schmiedhofer et al., 2016, S. 8)

Mit dem Besuch der Notaufnahme eines Krankenhauses sei darüber hinaus die Möglichkeit einer multidisziplinären Untersuchung verbunden.

In die gleiche Richtung geht auch die Untersuchung von Scherer u. a. Zunächst werden die angebotsseitigen Faktoren geschlossener Arztpraxen beleuchtet:

„Closed practices of general practitioners or specialist doctors have often been mentioned in the literature ..., and in our study, almost one third of the patients named this as a reason for visiting emergency departments.“ (Scherer et al., 2017)

Des Weiteren wird auf patientenseitige Gründe für den Besuch der Notaufnahmen, wie eine bessere Zugänglichkeit und Versorgung, verwiesen:

„Further barriers to using outpatient care that are known from the literature include considerations of convenience (6, 22 – 24) or the expectation of better care in the emergency department than in the doctor’s office (23, 25). In our study, these reasons were important for almost one in every four patients.“ (Scherer et al., 2017)

Die in verschiedenen Studien gefundenen Gründe für das Aufsuchen der Notaufnahme eines Krankenhauses zu Praxisöffnungszeiten der Vertragsärzt*innen können damit wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die Patient*innen schätzen sich selbst als mittelschweren bis lebensbedrohlichen Notfall ein.
2. In der Notaufnahme eines Krankenhauses erwarten sie eine höherwertige Behandlung bzw. eine multidisziplinäre Behandlung.
3. Die Patient*innen haben keinen Termin bei einer Haus- oder Fachärzt*in erhalten bzw. die Ärzt*in hatten keine Sprechstunden.
4. Patient*innen wurden von Haus- oder Fachärzt*innen an die Notaufnahme überwiesen/ verwiesen.³

³ In der Literatur wurde explizit von Überweisung gesprochen. Eine Überweisung in die Notfallaufnahme ist aus leistungsrechtlicher Sicht zumindest problematisch.

5. Die Patient*innen schätzen die Zeitautonomie, die ihnen eine 24/7 geöffnete Notaufnahme eines Krankenhauses bietet.

Die von unterschiedlichen Wissenschaftlern gefundenen Ergebnisse zeugen von den Präferenzen der Patient*innen für eine multidisziplinäre Behandlung in dringlichen Fällen an einem Ort, der garantiert für die Behandlung zur Verfügung steht.

Um eine Behandlung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser zu Praxisöffnungszeiten, wenn schon nicht zu vermeiden, so doch wenigstens einzuschränken, wurden durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz bestimmte Regelungen eingeführt. In der Amtlichen Begründung zum Terminservice- und Versorgungsgesetz heißt es dazu:

„Hierdurch soll insbesondere auch einer zunehmenden Fehlanspruchnahme der Notfallambulanzen in Krankenhäusern entgegengewirkt werden. So ist die Versorgungslage in Notfällen aktuell durch eine wachsende Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und eine geringere Inanspruchnahme des durch die niedergelassenen Ärzte organisierten Notdienstes gekennzeichnet. Insbesondere auch während der regulären Öffnungszeiten vertragsärztlicher (Facharzt-)Praxen suchen Versicherte zunehmend öfter Notfallambulanzen auf, obwohl sie sich teilweise auch an niedergelassene Ärzte wenden könnten und müssten. Folge ist, dass insbesondere die stationären Notfalleinrichtungen eine steigende Überlastung beklagen. Dieser Entwicklung soll mit einer verbesserten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene durch die Terminservicestelle begegnet werden. Die Terminservicestelle vermitteln daher nunmehr auf der Grundlage eines strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz (sog. Triage).“
(Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), 2019)

Die Patientenpräferenzen werden als Fehlanspruchnahme gewertet. Hier besteht ein Zielkonflikt zu der in § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V normierter freier Arztwahl der Patient*innen auch in einer Notfallsituation. Patient*innen wird grundsätzlich das Recht zugestanden, eine freie Entscheidung zu treffen, wo sie sich behandeln lassen möchten.

Als Lösung wird jedoch nicht auf die Wünsche und Bedürfnisse der Patient*innen eingegangen, vielmehr orientiert sich der Gesetzgeber an den Belangen der Vertragsärzt*innen und hofft, dass durch die Einrichtung von Terminservicestellen und die damit verbundene schnellere Terminvergabe von Akutfällen die Patient*innen dort hingehen, wo sie aus angebotsseitiger Sicht auch hin sollen: zu den vertragsärztlichen (Facharzt-) Praxen während der regulären

Öffnungszeiten. Die Krankenhäuser, die eine Notfallbehandlung in dieser Situation entsprechend den Patientenpräferenzen durchführen, werden demgegenüber sanktioniert.

Allerdings besteht eine gewisse Skepsis, ob dieses Ziel auch erreicht werden wird:

„Zusammengefasst bleibt fraglich, ob weitere Anreize im vertragsärztlichen Sektor etwas am Inanspruchnahmeverhalten der Patienten ändern würden, zumal die patientenseitigen Qualitätsansprüche bei der Wahl der Versorgungseinrichtung eine große Rolle spielen.“ (Reinhold et al., 2020, S. 7)

Einen weiteren Aspekt bei der Entscheidung der Patient*innen für das Aufsuchen der Notaufnahme von Krankenhäusern wird durch die nachfolgende Untersuchung herausgestellt:

„This debate overlays a discussion about the patients’ underlying motives for low-acuity ED visits which needs to be taken into account when trying to implement successful solution strategies.

The findings of this as well other studies indicate that ED patients seek tailored medical help, which they do not seem to find from conventional outpatient care deliverers. Approaches to divert patients with ‘inappropriate’ use away from EDs do not consider patients’ individual needs and expectations and may therefore remain unsuccessful.“ (M. Schmiedhofer et al., 2016, S. 9)

Neben den Präferenzen der Patient*innen ist aber auch das Verhalten der Vertragsärzt*innen Grund dafür, dass die Notaufnahmen der Krankenhäuser so stark frequentiert werden:

„Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass Patienten die ZNA als primäres Versorgungsangebot schätzen und teilweise sogar aus dem ambulanten System weitergeleitet werden. Damit wird den ZNA eine eigenständige Funktion für die ambulante Versorgung zugewiesen, für die sie weder personell noch finanziell ausgestattet sind. Folglich steht das Gesundheitssystem vor der Aufgabe, entweder die konsequente Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages niedergelassener Ärzte durchzusetzen oder die strukturelle Ausstattung der ZNA konsequent an die Alltagsrealität anzupassen, um die medizinische Behandlungsqualität für Patienten aller Dringlichkeitsstufen und damit nicht nur der klassischen Notfall-, sondern auch der Akutpatienten sicherzustellen ... Eine Auseinandersetzung mit den Erwartungen der Patienten, die durch selbständige Inanspruchnahmen die Sektorentrennung überschreiten, ist erforderlich, um mögliche Steuerungsmodelle für das Nachfrageverhalten zu entwickeln.“ (M. H. Schmiedhofer et al., 2017, S. 843)

Die derzeitige Situation der Bereitschaftsdienstpraxen geht an den Bedürfnissen der Patient*innen vorbei. Ohne die Krankenhäuser ist die Sicherstellung nicht zu gewährleisten. Für die Krankenhäuser ist es notwendig, hierfür rechtliche Rahmenbedingungen zu schaffen, um sie in die ambulante Notfallversorgung sachgerecht einzubinden.

4.5 Ökonomische Auswirkungen auf die Krankenhäuser

Ein Behandlungsschwerpunkt der Notaufnahmen ist die Behandlung von Verletzungen. Das Patient*innenaufkommen in den Notaufnahmen stellt die Krankenhäuser nicht nur vor Belastungsprobleme, sondern verursacht auch ökonomische Probleme. In zwei aktuellen Untersuchungen eines Forscherteams der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie der Goethe-Universität Frankfurt wurden die Kosten und Erlöse einer Wundversorgung mittels Naht bzw. einer Kopfplatzwunde mittels Naht detailliert beschrieben (Mühlenfeld et al., 2020; Schindler et al., 2020).

Bei beiden Therapien sind die Kosten höher als die Erlöse:

- Bei der Wundversorgung einer Kopfplatzwunde mittels Naht entsteht je Fall ein durchschnittliches Defizit von 11,32 Euro. In der dortigen Klinik wurde 2018 bei 742 Patient*innen eine solche Behandlung ambulant durchgeführt. Daraus resultierte ein Jahresdefizit von 8.195,68 Euro.
- In der gleichen Klinik wurde 2018 bei insgesamt 1.548 Patient*innen eine ambulante Wundversorgung mittels Naht durchgeführt. Je Fall ergibt sich ein durchschnittliches Defizit von 13,57 Euro. Dies entspricht einem Jahresdefizit von 21.006,36 Euro für die ambulante Wundversorgung in der Notaufnahme.

Die Behandlung von Wunden mittels Naht in der Notaufnahme ist damit defizitär. Da die Wundbehandlung als ambulanter Notfall vorwiegend in den Notaufnahmen der Krankenhäuser erfolgt, resultieren daraus ökonomische Probleme für die betreffenden Häuser.

Ursache für diese Defizite ist nicht die Unwirtschaftlichkeit der Notfallversorgung im Krankenhaus (vgl. für diese Argumentationsfigur (Institut für Gesundheitsökonomik, 2016), sondern die Kalkulationsmethodik des EBM.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht die Systematik der EBM-Kalkulation:

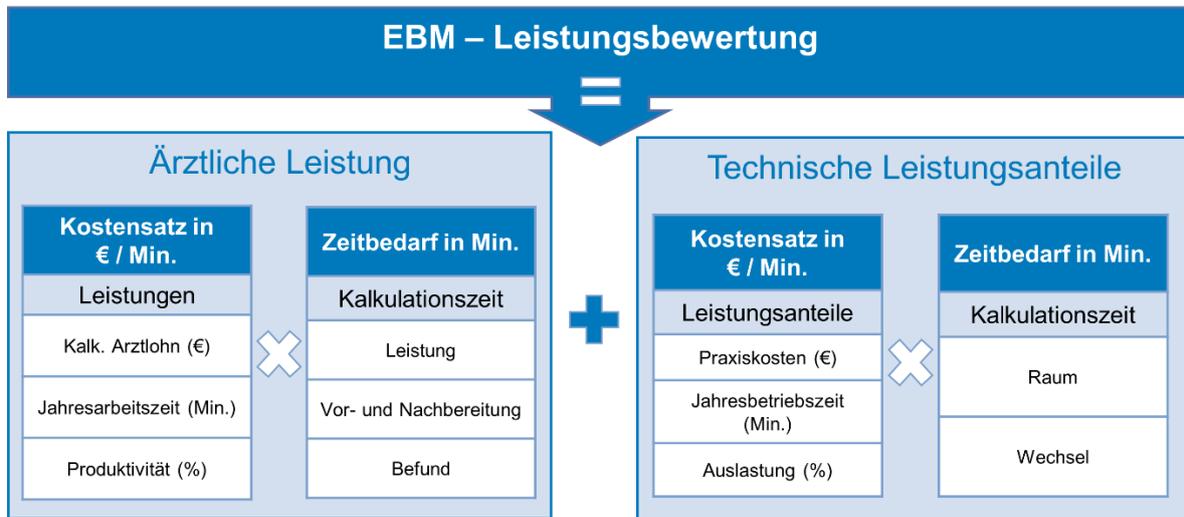


Abb. 3: Kalkulationssystematik EBM

Die Kalkulation der einzelnen Gebührenordnungspositionen des EBM erfolgt auf der Grundlage des sogenannten Standardbewertungssystem (STABS). Hierbei werden getrennt voneinander die Kosten für die ärztlichen Leistungen (ÄL) und den technischen Leistungsanteilen (TL) kalkuliert.

Für die Ermittlung des Ärztlichen Leistungsanteils gehen in die Kalkulation ein kalkulatorischer Arztlohn, die Jahresarbeitszeit einer Ärzt*in, die Produktivität einer Ärzt*in in Form der tatsächlichen Leistungserbringung sowie die Zeitdauer für die jeweilige ärztliche Leistung.

„Weder diese Zeitdauer in Minuten für die Leistungserstellung noch die Produktivität noch die Jahresarbeitszeit wurden jedoch empirisch ermittelt. Diese für das Kalkulationsergebnis sehr bedeutsamen Zeiten wurden im Rahmen von Expertengesprächen geschätzt und dann sämtlich normativ festgelegt. Systematische Zeiterhebungen wurden hierzu nicht durchgeführt.“ (IGES, 2011, S. 29)

Die Ärztlichen Leistungsbestandteile in der Kalkulation beruhen damit nicht auf empirischen Ergebnissen, sondern auf normativen Herleitungen. Sie beruhen auf Annahmen für eine Standard-Arztpraxis. Dies erkennt man beispielsweise an den Annahmen hinsichtlich der Jahresarbeitszeit:

„Die (Brutto-)Jahresarbeitszeit wurden durch den Erweiterten Bewertungsausschuss auf 51 Wochenstunden (entsprechend 10,2 Stunden pro Tag) bei 20 Urlaubstagen

(und 12 freien Tagen [Feiertage, die auf einen Arbeitstag fallen] und damit auf 229 Arbeitstage bzw. 140.148 Minuten im Jahr festgelegt.“ (IGES, 2011, S. 28)

Schaut man sich die Soll-Bereitschaftsdienstzeiten in den Bereitschaftsdienstordnungen an, so liegen diese im Durchschnitt bei 120 Wochenstunden. Das entspricht bei sieben Wochentagen durchschnittlich 17,1 Stunden pro Tag. Weder für die Bereitschaftsdienstpraxen noch für die Notaufnahmen der Krankenhäuser gibt es Urlaubstage, Feiertage oder eine Beschränkung auf fünf Wochentage. Damit muss von 365 Arbeitstagen und nicht 229 Arbeitstagen ausgegangen werden. Das hat deutliche Auswirkungen auf die Annahmen für die ärztliche Arbeitszeit. In der nachfolgenden Tabelle sind die Kalkulationsgrundlagen für das STABS hinterlegt. Außerdem wurden die Arbeitszeiten, die sich aus den Soll-Bereitschaftszeiten der Bereitschaftsdienstordnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen ergeben, zum Vergleich eingefügt.

Tab. 8: Kalkulation der Jahresarbeitszeit Ärzt*innen

Kalkulationsmethodik	Kalkulation der Brutto-Jahresarbeitszeit gemäß STABS EBM	Kalkulation gemäß Soll-Bereitschaftsdienstzeiten
Arbeitstage	229	365
Stunden pro Tag	10,2	17,1
Minuten pro Stunde	60	60
Minuten pro Jahr	140.148	374.490

Für die Kalkulation der Jahresarbeitszeit der Ärzt*innen in den Soll-Bereitschaftsdienstzeiten kommt man auf einen Wert, der um 260 % höher liegt als die Kalkulation der Arbeitszeit, die dem EBM zugrunde liegt.

Die Kalkulation des EBM bezieht sich grundsätzlich auf die einzelne Ärzt*in in ihrer Praxis. Um den Kostensatz für den Ärztlichen Leistungsbestandteil zu ermitteln, wurde zunächst in der EBM-Kalkulation die Netto-Jahresarbeitszeit ermittelt.

„Die Brutto-Jahresarbeitszeit wird insgesamt um Zeiten reduziert, die nicht direkt der Leistungserstellung zugerechnet werden können. Dies betrifft z. B. Zeitaufwände für allgemeine Tätigkeiten wie das Praxismanagement (Overheadzeiten). Festgelegt wurde eine Produktivität des Arztes von 87,5 %.“ (IGES, 2011, S. 28)

Es wird also unterstellt, dass die Ärzt*in ihre Arbeitszeit zu 87,5 Prozent für die ärztliche Leistungserbringung aufwendet. Die restlichen 12,5 Prozent werden damit für andere Zwecke aufgewendet.

Zu den Zeiten, die nicht direkt der Leistungserstellung zugerechnet werden können, zählen auch die Zeiten, in denen eine Ärzt*in in der Bereitschaftsdienstpraxis bzw. der Notaufnahme auf Patient*innen wartet. In diesen Einrichtungen dürften im Durchschnitt die Zeiten für die Leistungserbringung, also die tatsächliche Behandlung von Patient*innen deutlich niedriger ausfallen. Der Teil der ärztlichen Arbeitszeit, der für die Vorhaltung der ärztlichen Dienstbereitschaft aufgewendet werden muss, liegt über den 12,5 Prozent der Kalkulation des EBM. Die Vorhaltekosten der ärztlichen Arbeitszeit werden damit durch den EBM nicht vergütet.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat die Arbeitszeit der Ärzt*innen vor kurzem angepasst:

„Grundlage der Beratungen waren Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses, in denen die tatsächliche (empirische) Arbeitszeit der Ärzte für StaBS-Leistungen den im StaBS kalkulierten Zeiten gegenübergestellt worden ist. Ausgehend von diesem Ergebnis ist eine umfassende medizinische Plausibilisierung der Zeitansätze unter Berücksichtigung des medizinisch-technischen Fortschritts sowie der Delegationsfähigkeit von Leistungen erfolgt.“ (Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V, 2019, S. 3)

Allerdings ändert das nichts daran, dass die Jahresarbeitszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen bzw. der Notaufnahmen immer noch nicht Eingang in die Kalkulation finden.

Neben den Ärztlichen Leistungen wird der sogenannte Technische Leistungsanteil für die EBM-Ziffern kalkuliert.

„Der technische Leistungsanteil (TL) entspricht dem Teil einer Leistung, der allein durch nichtärztliche Tätigkeiten bzw. Leistungsbestandteile erbracht wird und beinhaltet sämtliche Kosten im Zusammenhang mit der Leistungserstellung. Zu dem technischen Leistungsanteil zählen alle Kosten, die in der Praxis anfallen, z.B. Personalkosten, die Praxismiete oder Versicherungsprämien.“ (IGES, 2011, S. 30)

In einem komplizierten Kalkulationsverfahren wird der technische Leistungsanteil jeder Gebührenordnungsposition des EBM ermittelt. Anhand von drei Punkten sei die unzureichende Kalkulation für die Bereitschaftsdienstpraxen und die Notaufnahmen kurz gezeigt.

Die Kostenkalkulation beruht auf der Praxisstruktur von 30 Fachgebieten (Praxisbetriebsmodelle). Die Kosten beruhen auf einer „Durchschnittspraxis“. Daten aus Bereitschaftsdienst-

praxen oder Notaufnahmen gehen nicht in die Kalkulation ein. Damit gehen in die Kostenkalkulation nur die Kosten eines Normal- und Regelbetriebs, nicht aber die Kosten einer ambulanten Notfallsituation ein.

Für die Ermittlung eines Kostensatzes für die Kostenstellen (z. B. EKG, Gipsraum oder Ultraschall) ist die Jahresbetriebsdauer je Kostenstelle ein wichtiger Begriff. Auf der Basis der Praxiskosten und der Netto-Jahresbetriebsdauer der einzelnen Kostenstellen wird ein Kostensatz je Minute ermittelt.

Die Netto-Jahresbetriebsdauer ergibt sich aus der Brutto-Jahresbetriebsdauer und der Auslastung.

„Theoretisch kann ein Praxisbetriebsmodell nur aus einer Kostenstelle bestehen, sodass für jede Kostenstelle als Ausgangswert die durch den Erweiterten Bewertungsausschuss festgelegte Brutto-Jahresbetriebsdauer anzusetzen ist. Zum Beispiel resultiert mit der Brutto-Jahresarbeitszeit des Arztes in Höhe von 140.148 Minuten und einer Produktivität in Höhe von 87,5 % in einer Kostenstelle eine Brutto-Jahresbetriebsdauer in Höhe von 131.434 Minuten.“ (Casser, 2019, E1)

Die Aufteilung der Jahresbetriebsdauer auf die Kostenstellen hängt damit einerseits von der Netto-Jahresarbeitszeit einer Ärzt*in und – bei mehr als einer Kostenstelle – einer Abschätzung, wie sich die Netto-Jahresarbeitszeit auf die Kostenstellen verteilt.

Weiter oben wurde schon auf die Problematik der Jahresarbeitszeit verwiesen. Die im EBM eingehende Jahresarbeitszeit entspricht in keiner Weise der Jahresarbeitszeit der Bereitschaftsdienstpraxen und der Notaufnahmen der Krankenhäuser. Auch die Kalkulation des technischen Leistungsanteils krankt damit an dieser Stelle an der Verwendung von Zeitangaben, die viel zu kurzgehalten sind.

Für die Ermittlung eines Kostensatzes je Minute einer Kostenstelle wird aber nicht die Brutto-Jahresbetriebsdauer, sondern die Netto-Jahresbetriebsdauer benötigt. Dazu wird die normativ festgelegte Normauslastung einer Kostenstelle herangezogen. Die Normauslastung ergibt sich nicht auf der Grundlage von empirischen Untersuchungen, sondern auf der Basis der geschätzten Häufigkeit in den Praxisbetriebsmodellen.

Wie schon erwähnt, gibt es keine Praxisbetriebsmodelle für den ambulanten Notfalldienst. Insofern werden hier Kostenbestandteile normiert, die aus dem Normal- und Regelbetrieb stammen. Über die Gewichtung mit der Auslastung werden darüber hinaus Vorhaltekosten nicht oder nicht vollständig vergütet.

Die gesamte Kalkulation der EBM-Ziffern zeigt, dass sie nicht angelegt ist für die Refinanzierung der Kosten von Bereitschaftsdienstpraxen bzw. Notaufnahmen der Krankenhäuser.

Ein letzter Punkt verdeutlicht das noch mehr. Die Kalkulation des ärztlichen und des technischen Leistungsanteils erfolgt in weiten Teilen nicht analytisch, sondern normativ:

„Die Kostenannahmen bei Kalkulation der GOP im Standardbewertungssystem (STABS) beruhen nicht auf systematischen empirischen Erhebungen der Kosten von Kalkulationspraxen analog zum DRG-System, sondern ... auf Einzelerhebungen, Schätzungen und auch häufig auf normativen Setzungen im Rahmen des Verhandlungsprozesses im Bewertungsausschuss. Dabei fließen sowohl die Kräfteverhältnisse von Arztgruppen innerhalb der ärztlichen Interessenvertretung als auch zufällige kompromisshafte Beschlusskonstellationen ein. Dies alleine kann bewirken, dass die Abbildung von Leistungen im EBM mehr oder weniger empirisch vorfindbaren Kostenstrukturen durchschnittlicher Arztpraxen entspricht.“ (Walenzik et al., 2019, S. 46)

Anhand der genannten Kritikpunkte ist erkennbar, dass die angebliche Unwirtschaftlichkeit der Notaufnahmen der Krankenhäuser vor allem an den Unzulänglichkeiten der Kalkulation der EBM-Ziffern liegt.

Mit diesen Unzulänglichkeiten müssen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Finanzierung ihrer Bereitschaftsdienstpraxen umgehen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dazu separate Finanzierungsregelungen für ihre Bereitschaftsdienstpraxen formuliert. So hat beispielsweise die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg in ihrem Statut zur Notfalldienstordnung beschlossen, dass folgende Finanzierung für die Bereitschaftsdienstpraxen erfolgen soll:

- Sicherstellungsumlage als Kombination aus umsatzunabhängiger monatlicher Kopfpauschale und umsatzabhängiger prozentualer Umlage
- Strukturpauschale zur Finanzierung der Infrastruktur im organisierten Notfalldienst auf der Basis der GKV-Einnahmen im Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst. (Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, 2018b)

Darüber hinaus erhalten die Ärzt*innen, die für den Notdienst eingeteilt sind, eine feste Vergütung in Höhe von 50 Euro pro Stunde Dienst in den vereinbarten Öffnungszeiten.⁴

⁴ Ähnliche Regelungen gibt es auch in anderen Kassenärztlichen Vereinigungen. Vgl. z. B. Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2020) oder Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2019b).

Gegen diese Honorargarantie haben Ärzt*innen in Baden-Württemberg geklagt. Das Landessozialgericht hat dazu im November 2019 ein Urteil gefällt. In der Urteilsbegründung heißt es dazu:

„Vor dem Hintergrund des normgeberischen Gestaltungsspielraums unterliegt auch die Mittelverwendung keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken, da diese gleichfalls nicht von sachwidrigen Erwägungen geprägt ist. So wird mit der Umsatzgarantie das finanzielle Risiko des notfalldiensttuenden Arztes minimiert, dass keine Patienten den Notdienst in Anspruch nehmen. Da die Kosten für die Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur in den Notfallpraxen unabhängig vom Kreis der eine Notbehandlung nachsuchenden Patienten entstehen, führt auch der Umstand, dass in den Notfallpraxen auch privat krankenversicherte Personen behandelt werden, nicht dazu, die Mittelverwendung als sachwidrig ansehen zu können. (Landessozialgericht Baden-Württemberg, 2019)

Das Landessozialgericht Baden-Württemberg unterstreicht hier in aller Deutlichkeit, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg berechtigt ist, Vorhaltekosten für die Ärzt*innen, die den Notfalldienst leisten, aufzubringen.

Vorhaltekosten fallen aber nicht nur in den Bereitschaftsdienstpraxen der Kassenärztlichen Vereinigung an, sondern auch in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Diese haben aber keine Möglichkeit, Vorhaltekosten aus der ambulanten Vergütung der Vertragsärzt*innen finanziert zu erhalten.

4.6 Zwischenfazit und Rolle der Krankenhäuser

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können den ihnen aufgegebenen Sicherstellungsauftrag unter alleiniger Einbindung der Vertragsärzt*innen nicht erfüllen. Die Notaufnahmen der Krankenhäuser übernehmen schon seit längerer Zeit zu einem erheblichen Teil die ambulante Notfallbehandlung.

Durch die Einrichtung von Bereitschaftsdienstpraxen versuchen die Kassenärztlichen Vereinigungen die Belastung der Vertragsärzt*innen durch Bereitschaftsdienste zu verringern. Die an zentralen Standorten – meist auf einem Krankenhausgelände oder zumindest in Nähe eines Krankenhauses – gelegenen Bereitschaftsdienstpraxen sollen die gesetzlich vorgegebene Sicherstellung der Versorgung auch in einer Notfallsituation gewährleisten.

Die Ausführungen in diesem Kapitel belegen aber, dass das bislang nur unzureichend erfolgt ist.

Damit eine echte Entlastung der Krankenhäuser erfolgt bzw. der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen auch für Notfallsituationen vollständig und umfassend erfüllt werden kann, müssten folgende Punkte umgesetzt werden:

- Die Ist-Öffnungszeiten der Bereitschaftsdienstpraxen müssten deutlich verlängert werden. Das betrifft nicht nur die Zeiten, in denen die Praxen der Vertragsärzt*innen normalerweise geschlossen sind. Auch zu Zeiten, in denen die Vertragsärzt*innen ihre Praxen offen haben, müsste es ein Angebot der Bereitschaftsdienstpraxen geben, damit ambulante Notfälle nicht wie bisher in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelt werden.
- Die Ausstattung der Bereitschaftsdienstpraxen müsste um weitere diagnostische Möglichkeiten (z. B. Röntgen, Labor) verbessert werden.
- Die Zahl der Bereitschaftsdienstpraxen muss erhöht werden, damit eine flächendeckende ambulante Notfallbehandlung erfolgen kann.

Die Umsetzung dieser Punkte würde zu einem Ausbau einer Vorhaltung im vertragsärztlichen Bereich führen, die erhebliche finanzielle und personelle Mittel binden würde. Damit würde eine zusätzliche Vorhaltung der medizinischen Kapazitäten im Vertragsarztbereich aufgebaut werden, die es im stationären Bereich schon gibt. Für die Vertragsärzt*innen wären damit erhebliche Änderungen verbunden, da sie mehr als bisher in die ambulante Notfallversorgung einbezogen würden.

Insofern ist es fraglich, ob die Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung durch die Vertragsärzte bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen überhaupt leistbar ist. Die Einbindung der Krankenhäuser als zentrale Anlaufpunkte ist daher mehr als sinnvoll.

Da die Krankenhäuser gut die Hälfte der ambulanten Notfallbehandlungen versorgen, liegen die erforderlichen Kompetenzen vor. Die Krankenhäuser sind im Unterschied zu den Vertragsarztpraxen und den Bereitschaftsdienstpraxen 24/7 geöffnet. Die medizin-technische Ausstattung der Krankenhäuser liegt vor, so dass keine Neuanschaffungen wie für die Bereitschaftsdienstpraxen erforderlich sind.

Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser wie bisher an der ambulanten Notfallversorgung der Patient*innen teilnehmen, ist aber eine Reform des Vergütungssystems. Die derzeitige Kalkulation des EBM ist ausgerichtet auf die Vertragsarztpraxis, die nicht 24/7 geöffnet ist. Vergütungsbestandteile für die Vorhaltung der Kapazitäten wären erforderlich.

Insgesamt wäre es notwendig, die Gesamtstruktur der Notfallversorgung anzupassen.

5 Versorgung strukturschwacher Gebiete

Neben dem generellen Mangel an ärztlicher Kapazität, der maßgeblich durch die steigende Anzahl der in Teilzeit tätigen Ärzt*innen begründet wird, trifft die strukturschwachen Gebiete zusätzlich die veränderten Berufserwartungen der Mediziner*innen besonders hart. Wie bereits in der Einleitung skizziert, bestätigen die Ergebnisse einer Studie im Jahre 2012 den Trend in der Berufserwartung von Mediziner*innen. Demzufolge haben 92,2 Prozent der Medizinstudent*innen angegeben, dass eine angestellte Berufsausübung prinzipiell einer Niederlassung vorgezogen werde. Im potenziellen Fall der Niederlassung würde die Tätigkeit in verdichteten Räumen und im fachärztlichen Bereich präferiert werden (Gibis, Heinz et al., 2012). Die Zahlen der Bundesärztekammer sprechen ebenfalls eindeutig dafür, dass immer weniger Mediziner*innen bereit sind, sich als Vertragsärzt*in in ländlichen Gebieten niederzulassen. Obwohl die Anerkennung im Bereich der Allgemeinmedizin 2019 gegenüber dem Vorjahr angestiegen ist, stellt sich die Nachbesetzung von Arztsitzen besonders im hausärztlichen Bereich schwierig dar (Bundesärztekammer, 2019). In einer bundesweiten Befragung unter Medizinstudent*innen gaben nur 8,9 Prozent an, dass sie die Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner*in wählen würden (Jacob et al., 2014). Die Gründe hierfür sind vielfältig: Budgetierung, zunehmende Bürokratisierung und eine schwache Infrastruktur auf dem Land gehören dazu.

Hinsichtlich der Diskussion einer lückenhaften ambulanten Versorgung in strukturschwachen Gebieten durch den vertragsärztlichen Bereich und entgegen des prognostizierten Ärztemangels (Trebar, 2016) stellt der GKV-Spitzenverband in einem Faktenbericht aus 2017 fest, es läge kein genereller Ärztemangel vor. Vielmehr bestehe ein Problem in der Verteilung der niedergelassenen Ärzt*innen (GKV-Spitzenverband, 2017).

Die flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten und Fehlversorgung zu vermeiden, ist Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a).

Maßgeblich für die Verteilung der Arztsitze ist die bundeseinheitliche Bedarfsplanung mit der entsprechenden Richtlinie, die in den §§ 99 bis 105 SGB V geregelt sind.

Anfang der 1990er Jahre wurde die Bedarfsplanungs-Richtlinie zur Begrenzung des Wachstums der Arztsitze eingeführt und zum Steuerungsinstrument der regionalen Verteilung der Ärzt*innen weiterentwickelt. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a)

Um die Lage der ambulanten Versorgung in strukturschwachen bzw. ländlichen Gebieten beleuchten zu können, werden im Folgenden die wesentlichen Aspekte der Bedarfsplanungssystematik in der vertragsärztlichen Versorgung skizziert.

5.1 Analyse der Bedarfsplanung

Die Bedarfsplanungs-Richtlinie als Grundlage zur Verteilung der Vertragsärzt*innen soll als bundeseinheitlicher Rahmen dazu dienen, eine Überversorgung oder Unterversorgung frühzeitig zu erkennen und zu vermeiden. In der bisherigen Bedarfsplanung ergaben sich methodische Probleme bei der Ermittlung des tatsächlichen und lokalen Versorgungsbedarfs, die im Hinblick auf eine mangelnde Bedarfsdeckung in strukturschwachen Regionen berücksichtigt werden sollten.

Zum einen orientiert sich die Planung an der Arztdichte, wie sie Anfang der 90er Jahre bei Einführung der Bedarfsplanung bestanden hat. Dadurch werden Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen konserviert. Die Veränderung des tatsächlichen Bedarfs durch regional unterschiedliche Entwicklungen der Altersstruktur und Morbidität der Bevölkerung wurden bisher nicht berücksichtigt. Zum anderen kann der ermittelte Wert für die Bedarfsdeckung einer Planungsregion insgesamt durch die Überversorgung in Teilen dieser Regionen verzerrt sein und gegebenenfalls eine Unterversorgung verdecken (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015).

Zur Anpassung der Bedarfsplanung an den regional unterschiedlichen Versorgungsbedarf wurden über Reformen der Bedarfsplanungs-Richtlinien in den letzten Jahren Möglichkeiten zur Steuerung der Verhältniszahlen (Einwohnerzahl pro Ärzt*in) und zur Feststellung des lokalen Versorgungsbedarfs ausgebaut und eingeführt. Besonders relevant sind hierfür die Planungsbereiche der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), da diese mit der Einführung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes aus dem Jahr 2012, auch Landarztgesetz genannt, hinzukamen und über die Reform in 2019 für unterschiedliche Arztgruppen erweitert wurden.

Planungsbereiche

Der von einer KV umfasste Planungsbereich orientiert sich grundsätzlich und zur Feststellung einer Über- oder Unterversorgung an den laufenden Raumbesetzungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung [BBSR], 2020).

Die Raumabgrenzungen des BBSR unterteilen sich in Mittelbereiche, kreisfreie Städte, Landkreise und Kreisregionen. Kreise und Kreisregionen sind grundsätzlich ländliche Gebiete

mit einer Dichte unter 100 Einwohner je km². Im Jahr 2013 wurde die Größe dieser Planungsbereiche nach Arztgruppen differenziert (Hausärzt*innen, allgemeine, spezialisierte oder gesonderte Fachärzt*innen), um auf den regionalen Versorgungsbedarf bezüglich einzelner Facharztgruppen eingehen zu können (Tab. 9) (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2012).

Tab. 9: Grundlage für die Bedarfsplanung

Planungssystematik				
Versorgungsebene	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung (keine patientennahe Versorgung)
Arztgruppe	Hausärzt*innen	Augenärzt*innen, Chirurg*innen, Fachärzt*innen, Hausärzt*innen, Nervenärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Orthopäd*innen, Urolog*innen, Kinderärzt*innen	Fachinternist*innen, Anästhesist*innen, Radiolog*innen, Kinder- u. Jugendpsychiater*innen	PRM-Mediziner*innen Nuklearmediziner*innen Strahlentherapeut*innen Neurochirurg*innen Humangenetiker*innen Laborärzt*innen Patholog*innen Transfusionsmediziner*innen
Planungsbereiche	Mittelbereiche	Kreise	Raumordnungsregionen	Kassenärztliche Vereinigungen

Mitversorgungsbeziehungen

Durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde 2012 in der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie über das GKV-Versorgungsstrukturgesetz den einzelnen Planungsbereichen fünf raumordnungsspezifische Planungskategorien zugeordnet, um unterschiedlich ausgeprägte funktionale Mitversorgungsbeziehungen der Regionen abbilden zu können. Das Konzept der Mitversorgung erfasst die unterschiedlichen Pendlerverflechtungen von Regionen. Mitversorgung heißt, dass Leistungen nur teilweise am Wohnort und häufig im nächst größeren Ort, in welchem sich ggf. die Arbeitsstelle befindet, in Anspruch genommen werden. Seit 2018 wurde ein weiterer Regionstyp für das Ruhrgebiet mit aufgenommen, der Polyzentrische Verflechtungsraum. Die detaillierte Beschreibung kann der Tab. 10 entnommen werden. Anders als in anderen Kernstädten existieren für die Kernstädte des Ruhrgebiets kaum ambulante Mitversorgungseffekte für das Umland. Der Grund hierfür ist, dass aufgrund der hohen Verdichtung nur intraregionale wechselseitige Versorgungsbeziehungen beschrieben werden und nicht nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen differenziert werden kann.

Dementsprechend wird den mitversorgten Kreisen eine geringere Arztdichte und den mitversorgenden Kreisen eine höhere Arztdichte zugesprochen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a).

Tab. 10: Raumordnungsspezifische Planungskategorien zu den Planungsbereichen

Versorgungskategorien	Funktion in der Versorgung
Stark mitversorgend	Größere Städte in zentraler Lage erbringen eine zum Teil erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Regionen.
Mitversorgend und mitversorgt	Die Einwohner dieser Regionen nehmen Versorgungsangebote in anderen Regionen (z. B. angrenzenden Großstädten) wahr. Gleichzeitig erbringen die Regionen Mitversorgungsleistungen für das Umland.
Stark mitversorgt	Klassischer „Speckgürtel“ mit starker Verflechtung zur Kernstadt. Ein zum Teil erheblicher Anteil der Bevölkerung wird durch die Kernstadt mitversorgt.
Mitversorgt	Regionen mit weniger Verflechtung zu mitversorgenden Regionen. Teilweise wird die Bevölkerung hier mitversorgt. Ansonsten findet Eigenversorgung statt.
Eigenversorgt	Peripherer, eher ländlicher Raum mit wenig oder keiner Beziehung zu mitversorgenden Regionen. Die Versorgung wird hier aus der Region heraus organisiert.
Polyzentrischer Verflechtungsraum	Regionen, in denen wegen hoher Verdichtung nur intraregional wechselseitige Versorgungsbeziehungen existieren und nicht nach mitversorgenden und mitversorgten Bereichen differenziert werden kann.

Quelle: (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a)

Die Planung der **hausärztlichen Versorgung** erfolgt gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie auf der kleinräumigsten Ebene der Mittelbereiche, um eine wohnortnahe Versorgung für die Bevölkerung sicherzustellen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2012). Auf dieser Versorgungsebene besteht jeder Planungsraum aus einem so genannten Zentralort und seinem Verflechtungsbereich im Umland, das mitversorgt wird.

Bei der Ermittlung der Verhältniszahlen für die **allgemein fachärztliche Versorgung** auf Kreisebene (bzw. kreisfreier Städte) werden hingegen Mitversorgungsaspekte einbezogen, z. B. werden Regionen, wie größere Städte, als stark mitversorgend kategorisiert, da sie eine erhebliche Mitversorgungsleistung für die umliegenden Bereiche erbringen.

Die **spezialfachärztliche Versorgung**, die auf Raumordnungsregionen beplant wird, ist in der Regel in großen Städten oder mehreren größeren Städten, die mit dem großräumigen Umland gemeinsam betrachtet werden, zu finden.

Die **gesonderte fachärztliche Versorgung** wird dem Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigungen zugeordnet. Dabei sind die Arztgruppen entweder nicht patientennah tätig oder die unmittelbare Erreichbarkeit ist eher nachrangig. Hierfür sollen die regionalen Steuerungsinstrumente vor Ort die angemessene Verteilung der Ärzt*innen dieser Gruppe sicher stellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a).

Verhältniszahlen und Versorgungsgrad

Zur Bewertung und Sicherstellung der Versorgungslage werden als bundeseinheitlicher Maßstab von den Kassenärztlichen Vereinigungen Verhältniszahlen herangezogen, die sich an dem Soll-Versorgungsniveau in einer Planungsregion für die jeweiligen Arztgruppen (Hausarzt*innen, allgemeine, spezialisierte oder gesonderte Facharzt*innen) orientiert. Hierfür wird zum Einbezug regionaler Unterschiede die **Einwohnerzahl pro Ärzt*in** als Basis-Verhältniszahl im Planungsbereiche ermittelt.

Mit dem Beschluss vom 16. Mai 2019 wurde vom G-BA die **Erreichbarkeit eines Gebietes** als Kriterium mitaufgenommen und ein **Morbiditätsfaktor** eingeführt, sodass lokale Aspekte (Alter-, Geschlechts- und Morbiditätsstruktur) bei der Bedarfsplanung stärker berücksichtigt und die Basis-Verhältniszahl angepasst werden können (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2017a). Zur Erstellung des Morbiditätsfaktors werden Diagnoseinformationen der Patient*innen aus den Abrechnungsdaten der KVen herangezogen. Eine erhöhte Morbidität wird festgestellt, wenn Patient*innen innerhalb eines Jahres mindestens sechs Krankheiten (gesicherte Diagnosen) der erweiterten Liste des Bundesversicherungsamtes (BVA) erhalten haben. Somit soll berücksichtigt werden, ob die regionale Morbidität vom Bundesdurchschnitt abweicht. Die Aktualisierung der Faktoren erfolgt alle zwei Jahre (Uhlemann & Lehmann, 2019).

Auf der Grundlage der ermittelten Verhältniszahlen wird schließlich ein **Versorgungsgrad** definiert, welcher zur Bestimmung einer Überversorgung oder einer (drohenden) Unterversorgung dienen soll. So wird anhand des ermittelten Versorgungsgrad in der ambulanten Versorgung zwischen einem SOLL- und IST-Niveau unterschieden. Dies ist der

zentrale Anhaltspunkt für den Landesausschuss, um eine Öffnung, Sperrung oder eine (drohende) Unterversorgung in einem Planungsbereich festzustellen.

Offener Planungsbereich

Bei einem Versorgungsgrad von **unter 110 Prozent** wird der Planungsbereich geöffnet und Ärzt*innen aus den jeweiligen Arztgruppen können sich entsprechend der Bedarfsplanung niederlassen.

Unterversorgung oder drohende Unterversorgung

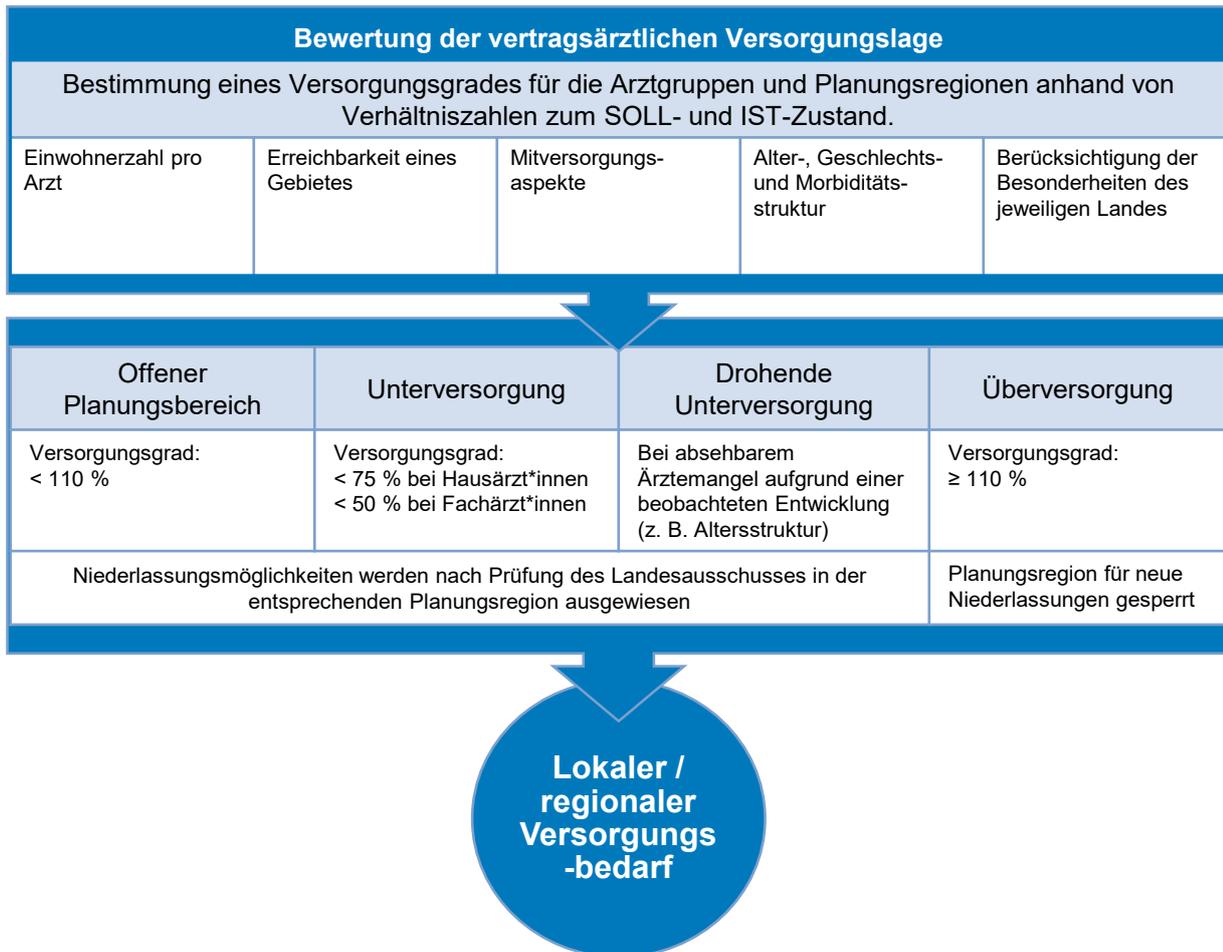
Eine Unterversorgung in einem Planungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung wird bei einem Versorgungsgrad **unter 75 Prozent für Hausärzt*innen oder unter 50 Prozent für Fachärzt*innen** angenommen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind dann angehalten, Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten.

Eine einfache zahlenmäßige Unterschreitung der prozentualen Versorgungsgrenzen führt jedoch nicht automatisch zu einem Beschluss auf Feststellung von Unterversorgung durch den Landesausschuss. Der Landesausschuss prüft in der Regel eine bestehende oder drohende Unterversorgung auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung, die ihren Antrag mit Analysen zur Versorgungssituation untermauert. Dabei überprüft der Landesausschuss, ob eine (drohende) Unterversorgung durch eingeleitete Maßnahmen der Kassenärztliche Vereinigung, wie zum Beispiel dem Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistenten, kompensiert werden könnte, bevor neue Niederlassungsmöglichkeiten gewährt werden.

Überversorgung (gesperrter Planungsbereich)

Eine Überversorgung durch niedergelassene Ärzt*innen wird gemäß § 101 Absatz 1 SGB V angenommen, wenn der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent (von hundert Prozent) überschritten wird. Bei einer festgestellten Überversorgung wird ein Planungsbereich für neue Niederlassungsmöglichkeiten durch den Landesausschuss gesperrt.

Das hier skizzierte Vorgehen zur **Bewertung der ambulanten Versorgungslage** wird in der nachstehenden Grafik zusammenfassend abgebildet (Abb. 4).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 4: Bewertung der vertragsärztlichen Versorgungslage

5.2 Probleme in der Versorgung von strukturschwachen Gebieten

5.2.1 Planerische Überversorgung

Auf der Grundlage der Bedarfsplanung zur vertragsärztlichen Versorgung wurde vom GKV-Spitzenverband in einem Faktenblatt aus 2017 angegeben, dass eine deutlich höhere Arztdichte vorliegt, als für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt wird und somit eine flächendeckende Überversorgung bestehe.

Entsprechend der Definition einer Überversorgung aus der Bedarfsplanungs-Richtlinie wurden die meisten Planungsgebiete aufgrund der Überschreitung des Versorgungsgrades zum festgelegten Soll-Versorgungsniveau ($\geq 110\%$) gesperrt. Diese Annahme zur flächendeckenden Überversorgung untermauert der GKV-Spitzenverband mit einem zusammenfassenden Überblick der Versorgungsgrade in der hausärztlichen Versorgung. Hierfür wird angegeben, dass weniger als ein Prozent der Planungsbereiche im hausärztlichen Bereich unterversorgt seien. Ein Versorgungsgrad zwischen 75 bis 110 Prozent wurde für 62 Prozent der Planungsbereiche berichtet und bei 37 Prozent wurde eine Überversorgung mit einem Versorgungsgrad von mehr als 110 Prozent festgestellt. Daraus leitete der GKV Spitzenverband ab, dass 30 Ärzt*innen ausreichen würden, um in den unterversorgten Gebieten eine Versorgungsdichte von 100 Prozent zu erreichen. Insgesamt seien 825 Hausärzt*innen notwendig, um einen optimalen Versorgungsgrad in allen Planungsbereichen sicherzustellen. Darüber hinaus wurden 1.498 Hausärzt*innen ermittelt, die aus bedarfsplanerischer Sicht eine Überversorgung in bestimmten Regionen verursachen (GKV-Spitzenverband, 2017).

5.2.2 Stadt-Land-Disparitäten

Entgegen der Annahme einer flächendeckenden Überversorgung, die aufgrund der ermittelten Verhältniszahlen und Versorgungsgrade in der Bedarfsplanung definiert sind, konnten Studien eindeutige Disparitäten in der Versorgung zwischen städtischen und strukturschwachen Gebieten feststellen.

Für die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) konnte bereits 2011 festgestellt werden, dass der Anteil der MVZ, die Schwierigkeiten durch einen Ärztemangel angaben, mit 57 Prozent in ländlichen Regionen wesentlich höher lag als der Anteil der MVZ in städtischen Ballungsgebieten mit 44 Prozent (Gibis, Armbruster et al., 2012). Auch die im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung (2012) erfragte Unzufriedenheit der Patient*innen mit der Anzahl und Erreichbarkeit von Haus- und Fachärzt*innen wies in ländlichen Regionen deutlich höhere Werte auf als in städtischen (Böcken et al., 2012).

Eine differenzierte Studie ermittelte 2012 deutliche regionale Disparitäten im ärztlichen Versorgungsbedarf der lokalen Bevölkerung und hinsichtlich der wohnortnahen Kapazitäten in der ambulanten Versorgung (auch nach Berücksichtigung der Mitversorgungsbeziehungen zwischen Stadt und Land und einer angemessen größeren Fahrzeit). Die Ergebnisse dieser Studie wiesen darauf hin, dass eine wesentliche Ursache für diese Ungleichverteilung die Ausgestaltung der Bedarfsplanung darstellt. Wie bereits erwähnt, schreibt diese eine ungleichmäßige Verteilung der Vergangenheit als ‚Optimalzustand‘ fort. Aus dieser Studie ergab sich die Empfehlung zur Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der zugrunde liegenden Verhältniszahlen (Ozegowski & Sundmacher, 2012).

Daraufhin reagierte der Gesetzgeber 2012 mit der Reform der Bedarfsplanung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, um in der neuen Bedarfsplanung die Arztsitze zwischen Stadt und Land bedarfsgerechter zu verteilen. In der Folge haben Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen auf Landesebene die Verteilung von Arztsitzen neu geplant. Wie bereits im Abschnitt 5.1 beschrieben, wurde dabei die Zuweisung der Arztgruppen zu den Planungsbereichen in der Bedarfsplanung berücksichtigt. Darüber hinaus wurden über das GKV-Versorgungsstrukturgesetz 2012 Maßnahmen eingeführt, um Anreize für Niederlassungen in unterversorgten Gebieten zu schaffen, wie die Eröffnung so genannter Filialpraxen, die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit und der Vertretung während der Familienphase, die Aufhebung der Altersgrenze von 68 Jahren für eine Vertragsarztzulassung und die Aufhebung der Residenzpflicht und Mengenstaffelung von ärztlichen Leistungen in unterversorgten Gebieten.

Zwei Jahre nach Einführung der Änderungen durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz in die Bedarfsplanung (2014) sprachen die Zahlen nicht für eine Verbesserung in der Versorgung strukturschwacher Gebiete.

„Im Wesentlichen verfehlt das Landärztegesetz sein Ziel“, sagte Dr. Stefan Etgeton, Gesundheitsexperte der Bertelsmann Stiftung (Etgeton, 2015). In dem von ihm durchgeführten Faktencheck Gesundheit wurden vor allem die bestehenden Probleme bei der Versorgung mit Fachärzt*innen in der Bedarfsplanung aufgedeckt. Obwohl nur 25 Prozent der deutschen Bevölkerung in Großstädten lebten, sind dort mehr als 30 Prozent der Arztsitze vorgesehen gewesen. Bei Psychotherapeut*innen und Nervenärzt*innen sind es über 40 Prozent. Auch nach dem Erlass des Versorgungsstrukturgesetzes besteht weiterhin das grundlegende Problem, dass die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Basis-Verhältniszahl eine regional ungleiche Verteilung fortschreibt und somit sich nichts für die strukturell benachteiligten Patient*innen änderte (Albrecht et al., 2014).

Bei den Kinderärzt*innen drohte sich die Schieflage 2015 sogar auszuweiten. Nach Umsetzung der neuen Bedarfspläne sank die Anzahl der Kreise mit angemessener Ärztedichte von 106 auf 89. Zwar erhöhte sich die Zahl der deutlich überdurchschnittlich versorgten Kreise. Gleichzeitig stieg die Zahl der Kreise, die unterdurchschnittlich mit Kinderärzt*innen versorgt waren. Die Analyse der regionalen Verteilung der Arztsitze (Ärztedichte) konnte 2014 zeigen, dass sich nur in ca. 30 Prozent der Kreise die neuen Planungen mit dem Bedarf an Kinderärzt*innen deckten, bei Frauenärzt*innen lag dieser Anteil unter 20 Prozent (Albrecht et al., 2014).

Nach Etgeton (2015) kamen auf eine Kinderärzt*in in der Stadt 2.405 Kinder, während sie auf dem Land für 3.859 Kinder zuständig wäre. Er wies darauf hin, dass die Planung „regionale Unterschiede in der Versorgung von Fachärzt*innen zementiert“ und von den Bewohnern im Umland weiterhin verlangt, sich in der Stadt behandeln zu lassen. Darüber hinaus zeigte die Studie, dass die Patient*innen befürchteten, durch die geringe Anzahl von Ärzt*innen an ihrem Wohnort im Alter nicht mehr ausreichend medizinisch versorgt zu sein. Auf der Grundlage dieser Daten kam Etgeton zu einem ernüchternden Fazit: Durch die neue Bedarfsplanung gelang es nicht, die Fachärzt*innen bedarfsgerechter zu verteilen (Etgeton, 2015).

Allein im hausärztlichen Bereich konnte eine Verbesserung aufgrund der bundeseinheitlichen Regelung zum Verhältnis von Einwohnern und Allgemeinmediziner*innen festgestellt werden. Die Übereinstimmung von Planung und Bedarf stieg von knapp 19 auf 46 Prozent, dennoch blieb mehr als die Hälfte der Landkreise unangemessen versorgt (Albrecht et al., 2014).

Auch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes verwies 2015 auf den bestehenden Mangel an Ärzt*innen in ländlichen Regionen. Dennoch wurde eingeräumt, dass sich mit den zugrunde gelegten Daten ein übergreifender Ärztemangel nur unzureichend darstellen lässt (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015)

Nachdem sich weiterhin keine grundlegende Änderung der Situation in ländlichen beziehungsweise strukturschwachen Gebieten abzeichnete, versuchte der Gesetzgeber 2015 durch eine Neuregelung der Bedarfsplanung die Niederlassungen in unterversorgten Gebieten zu steuern (vgl. GKV-VSG). Hierfür wurden Zuschüsse für eine Praxisneueröffnung über einen Strukturfonds ausgewiesen, die finanzielle Niederlassungsanreize schaffen sollten. Des Weiteren wurden mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner*innen geschaffen, Kommunen und Kassenärztliche Vereinigungen können Medizinische Versorgungszentren gründen. Zusätzlich wurde die Möglichkeit des Aufkaufs von Arztpraxen durch die

Kassenärztliche Vereinigung im Falle des Verzichts auf die Nachbesetzung des Vertragsarztsitzes in überversorgten Gebieten eingeräumt.

Aktuelle Zahlen zur hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung

Ergebnisse aus dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung 2016 und einer forsa-Umfrage des AOK-Bundesverbandes (AOK-Bundesverband, 2019a; Schang et al., 2016) konnten zeigen, dass sich trotz der Maßnahmen die Situation für die Patient*innen aus ländlichen Regionen nicht bedeutsam geändert hat und die Erwartungen an die Bedarfsplanung nicht erfüllt wurden.

Die Daten des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung 2016 basieren auf einer deutschlandweiten repräsentativen Stichprobe von 1.598 Personen und ergaben, dass die Bevölkerung in ländlichen Regionen wesentlich häufiger angab, dass am eigenen Wohnort zu wenig Ärzt*innen zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung praktizieren. Disparitäten gab es somit zwischen Stadt und Land aber auch zwischen den Facharztgruppen. Im ländlichen Raum konstatierten mehr Anwohner fachrichtungsübergreifend eine Unterversorgung als im städtischen Raum (Schang et al., 2016).

In der hausärztlichen Versorgung zeigte sich eine weniger starke Diskrepanz. Basierend auf den Daten einer forsa-Umfrage zu Meinungen und Einstellung von 2.005 Bürger*innen im ländlichen und urbanen Raum gaben 78 – 83 Prozent der Befragten in städtischen und 75 – 80 Prozent in ländlichen Regionen an, mit der Versorgung durch die Hausärzt*innen vor Ort zufrieden zu sein (AOK-Bundesverband, 2019a).

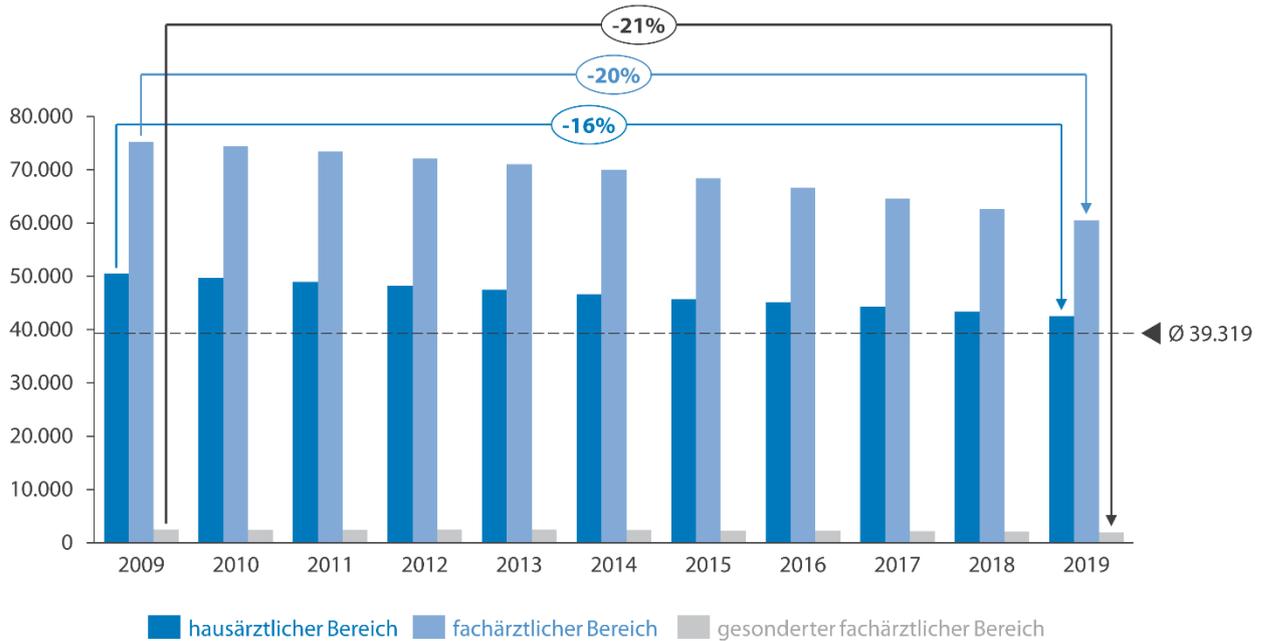
Diese Verbesserung in der hausärztlichen Versorgung kann auch auf die kleinräumige Planung in der Bedarfsplanung für Hausärzte zurückgeführt werden. Damit wird eine enge Berücksichtigung der lokalen Versorgungssituation gewährleistet. Jedoch ergab sich in der spezialisierten und gesonderten fachärztlichen Versorgung ein ganz anderes Bild. Die Daten des ZI wiesen im ambulanten Bereich teils eine erhebliche Unterversorgung in den unterschiedlichen Fachgruppen aus (Goffrier et al., 2015). Hierauf wird im nächsten Abschnitt zur fachärztlichen Versorgung genauer eingegangen.

Die größte Diskrepanz zwischen Stadt und Land ergab sich bei der fachärztlichen Versorgung. So zeigten die Ergebnisse, dass in ländlichen Regionen die Anwohner nur in 42 – 58 Prozent der Fälle mit der Versorgung vor Ort zufrieden sind (AOK-Bundesverband, 2019a).

Die Analyse der veröffentlichten Daten der KBV zur Versorgungssituation über Niederlassungen mit einem vollen Versorgungsauftrag zeigen mit einer Reduktion von 18 Prozent einen deutlichen Rückgang bei gleichzeitigem Anstieg der Teilzeitanstellungen über die letzten zehn

Jahre hinweg (vgl. Kap. 1, Einleitung). Die Bereiche für die fachärztliche und gesonderte fachärztliche Versorgung sind mit einer Reduktion von 20 – 21 Prozent der Niederlassungen mit einem vollem Versorgungsauftrag besonders betroffen. Im hausärztlichen Bereich liegt der Rückgang bei 16 Prozent (Abb. 5).

KBV Gesundheitsdaten: Rückgang der Tätigkeit in einer eigenen **Niederlassung mit vollem Tätigkeitsauftrag**



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 5: KBV Gesundheitsdaten zur Anzahl der Ärzt*innen in einer Niederlassung mit vollem Versorgungsauftrag für den fachärztlichen und den gesondert fachärztlichen Bereich (Stand-Datendownload: 03.11.2020).

Wie bereits im Abschnitt 5.2.4 zu den Problemen in der Bedarfsplanung skizziert, spielt an dieser Stelle das grundlegende Vorgehen zur Ermittlung der Verhältniszahlen auf Basis einer nicht empirisch überprüften Versorgungssituation aus den 90er Jahren eine wesentliche Rolle. Darauf aufbauend werden in der Bedarfsplanung Grenzwerte zur Definition einer Unter- bzw. Überversorgung festgelegt, die ebenfalls nicht empirisch überprüft wurden (vgl. Abschnitt 5.2.4). Dabei gilt zur Feststellung einer Unterversorgung in einem Planungsbereich bei der Unterschreitung der Soll-Verhältniszahl (der tätigen Ärzt*innen) für den fachärztlichen Bereich ein Grenzwert von 50 Prozent, für den hausärztlichen Bereich ein Grenzwert von 75 Prozent. Eine Unterversorgung wird somit nicht an validierten Kennwerten fest gemacht.

Der Rückgang der vertragsärztlichen Ressourcen (Niederlassungen mit vollem Versorgungsauftrag) im fachärztlichen und gesondert fachärztlichen Bereich (Abb. 5) spiegeln die aktuelle

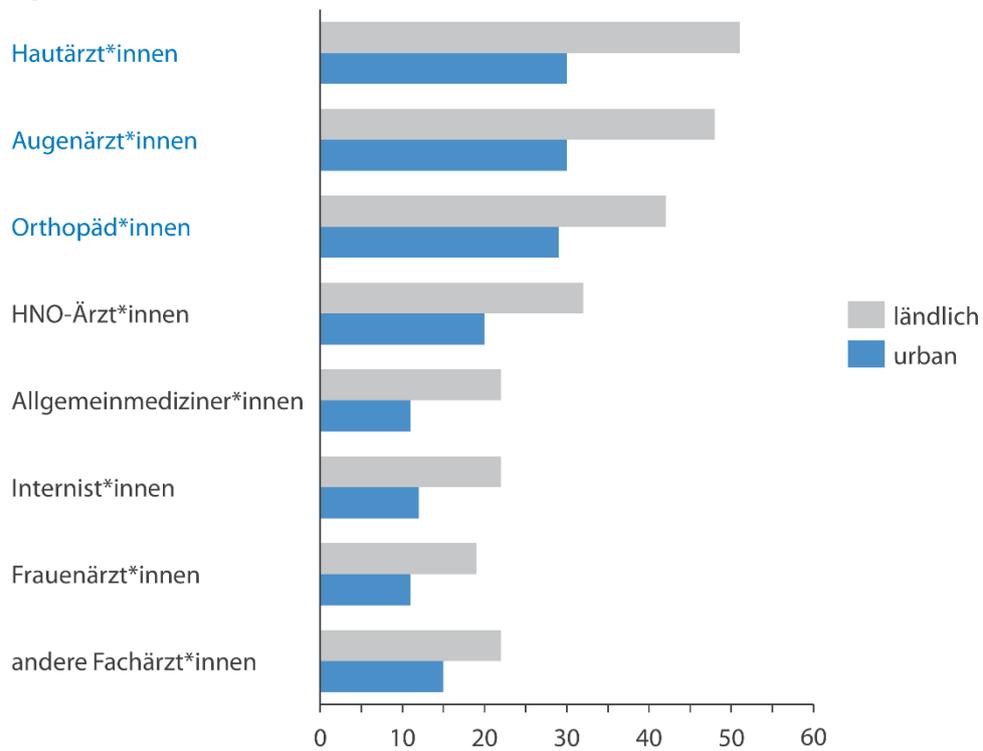
Situation wider, dass in einigen Gebieten mit einer Überversorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie eine von der Bevölkerung deutlich wahrgenommene Unterversorgung in bestimmten Fachbereichen in anderen Gebieten gegenübersteht. Somit werden Versorgungsdisparitäten zwischen urbanen und ländlichen Regionen konserviert und Unterversorgungen in Teilregionen von bedarfsplanerisch überversorgten Gebieten verdeckt.

Für die hautärztliche, orthopädische und augenärztliche Versorgung sowie bei der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) nahm 2016 ein deutlich höherer Anteil an Versicherten eine Unterversorgung wahr als bei anderen Fachrichtungen. So waren 51 Prozent der Befragten aus dem ländlichen Raum der Ansicht, dass es an ihrem Wohnort zu wenige Hautärzt*innen gibt, um eine gute Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können, wohingegen der Anteil in urbanen Gebieten bei 30 Prozent lag (Abb. 6). In Kreisen mit einer geringeren Ärztedichte wurde durchgehend ein bedeutsam höherer Mangel an Hautärzt*innen (62 %), Augenärzt*innen (48 %) und Orthopäd*innen (42 %) auf dem Land gegenüber städtischen Gebieten mit vergleichbar niedriger Ärztedichte wahrgenommen (Schang et al., 2016), Daten nicht abgebildet).

Mit steigender Ärztedichte sank tendenziell der Anteil der Anwohner, die eine Unterversorgung an Ärzt*innen dieser Fachrichtung empfanden. Dennoch nahmen selbst in Kreisen mit bundesweit höchster Ärztedichte 15 bis 30 Prozent der Anwohner eine Unterversorgung wahr (Abb. 6). Hierbei gaben die Anwohner aus ländlichen Regionen sowohl in den planerisch definierten überversorgten als auch in den normal- oder unterversorgten Gebieten eine höhere Unterversorgung an als in städtischen Gebieten. Jedoch wurde von einem nicht unerheblichen Anteil der Anwohner in städtischen Regionen ebenfalls eine Unterversorgung in überversorgten und normal- oder unterversorgten Gebieten in den Facharztgruppen der Hautärzt*innen, Augenärzt*innen und Orthopäd*innen angegeben (Abb. 7) ((Schang et al., 2016).

Diese Daten weisen darauf hin, dass nicht nur die Basis-Verhältniszahl zum IST-Zustand der ambulanten Versorgung am aktuellen Versorgungsbedarf vorbeigeht. Vielmehr bilden auch die festgelegten Grenzwerte zur Definition von Unter- oder Überversorgung nicht den tatsächlichen Versorgungsbedarf aus Sicht der Bevölkerung ab.

Stadt-Land-Disparitäten nach Fachrichtungen - Unterversorgung aus Sicht der Versicherten.
(Angaben in Prozent)

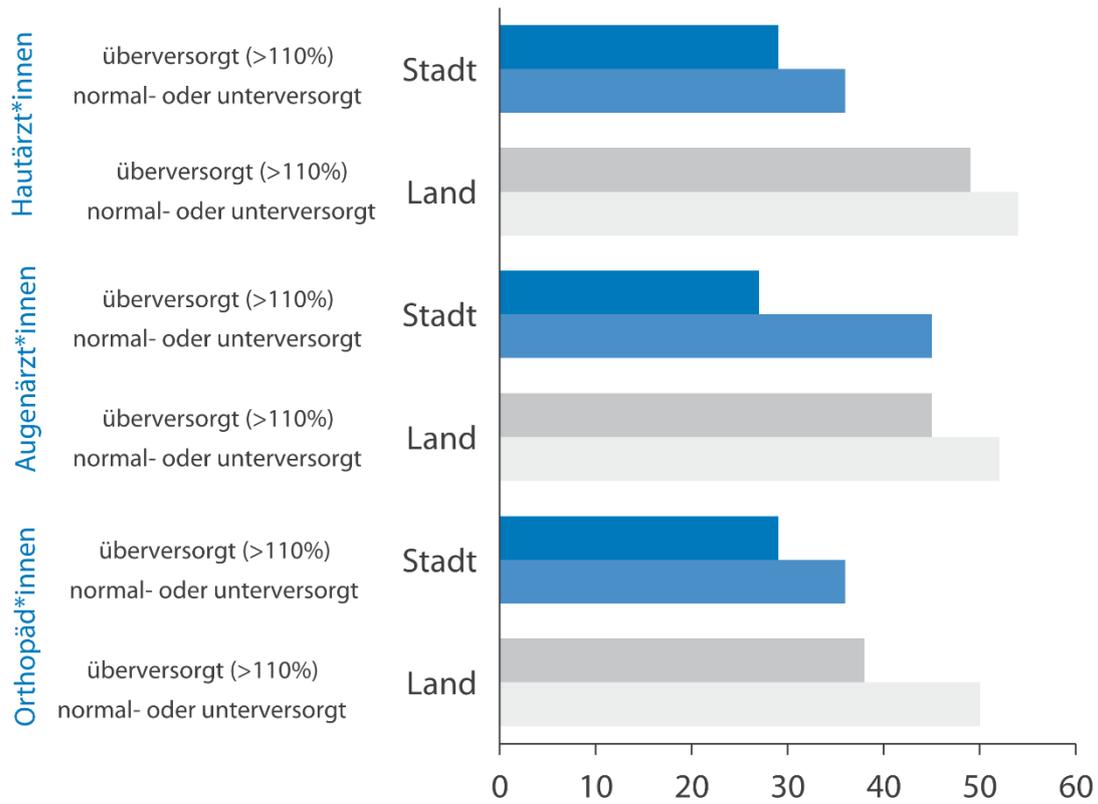


Quelle: Berechnung Schang et al. 2016 - Gesundheitsmonitor 2016; je nach Fachrichtung n = 1.445 bis 1.525

© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 6: Eigene Darstellung der Befragungsergebnisse zur Wahrnehmung von Unterversorgung, Gesundheitsmonitor 2016

Unterversorgung aus Sicht der Bedarfsplanung im Vergleich zur Wahrnehmung der Versicherten (Angaben in Prozent)



Quelle: Berechnung Schang et al. 2016 - Gesundheitsmonitor 2016; Versorgungsatlas 2015; Die Kategorien Stadt und Land beziehen sich auf den Wohnort der Versicherten.

© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 7: Eigene Darstellung der Befragungsergebnisse zur Wahrnehmung von Unterversorgung im Vergleich zur Bedarfsplanung, Gesundheitsmonitor 2016

5.2.3 Steuerungsmaßnahmen der Bedarfsplanung

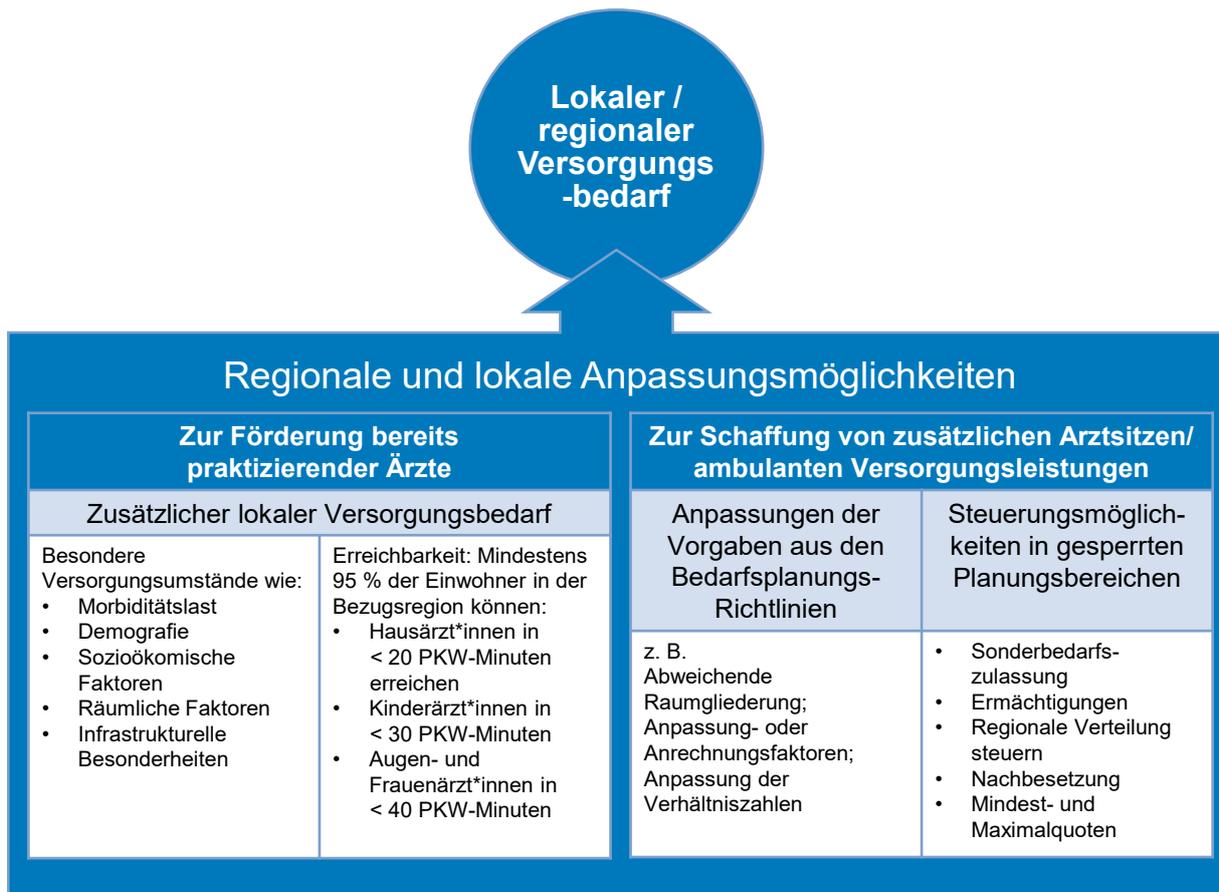
Nachfolgend werden die aktuellen Steuerungsmaßnahmen der Bedarfsplanung zur Adjustierung der Versorgung für einen lokalen und regionalen Bedarf betrachtet (Abb. 8).

Mit den Steuerungsmöglichkeiten wurde auf die methodischen Probleme zur Ermittlung des ambulanten Versorgungsbedarfs über Verhältniszahlen reagiert, wie sie sich in der Diskrepanz zwischen einer planerischen Überversorgung bei gleichzeitigen regionalen Versorgungsdefiziten manifestiert haben.

Mit dem Beschluss vom 20. September 2018 hat der G-BA das Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung angenommen. Das Gutachten enthält unter anderem Ansätze zur Bewertung des räumlichen Zugangs sowie Empfehlungen zur Anpassung der Bedarfsplanung. Dabei wurde eine sektorenübergreifende Planung zwischen dem stationären und ambulanten Sektor sowie die Einbindung der Delegation von ärztlichen Leistungen empfohlen (Sundmacher et al., 2018).

Auf Basis der Empfehlungen des Gutachtens (Sundmacher et al., 2018) sowie unter Berücksichtigung des bis dahin vorliegenden Entwurfs des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) wurden u. a. einige Aspekte in der Bedarfsplanung zum lokalen Versorgungsbedarf, wie die Anpassung der Verhältniszahlen durch die Berücksichtigung von Quoten (Mindest- und Maximalquoten) für einzelne Arztgruppen sowie der Einbezug der Morbiditätslast und der Erreichbarkeit für die entsprechenden Planungsregionen über die Bedarfsplanungs-Reform 2019 ergänzt.

Die eingeführten Maßnahmen zur Verbesserung der Bedarfsplanung und Anpassung der Verhältniszahlen lassen den direkten Rückschluss auf die Unzulänglichkeiten in der Bedarfsdefinition (inklusive der definierten Grenzwerte zur Über- und Unterversorgung) und der Versorgung von strukturschwachen Gebieten zu.



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 8: Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf und Steuerungsmöglichkeiten

Zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf

Zur Steuerung der ambulanten Versorgung in gesperrten Planungsbereichen mit offensichtlich unterversorgten Teilregionen wurde mit der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019 die Möglichkeit zur Beantragung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs ausgebaut, um **Förderungsmaßnahmen** für diese Gebiete abrufen zu können. Auf Antrag einer KV (oder seltener durch einen regionalen Vertreter einer Krankenkasse) beim Landesausschuss können besondere Versorgungsumstände gelten gemacht werden. (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a). Da mit den bisherigen Kriterien nicht allen regionalen Strukturen Rechnung getragen werden konnte, gibt es seither für die KVen die Möglichkeit, von den Bundesvorgaben abzuweichen und besondere Versorgungserfordernisse zu berücksichtigen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a). Die Kriterien zur Bestimmung der ländlichen und strukturschwachen Teilgebiete, in denen der Landesausschuss seit der Reform 2019 Zulassungssperren für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf aufheben konnte, entsprechen inhaltlich den Prüfmaßstäben für einen zusätzlichen Versorgungsbedarf in einer Planungsregion (vgl. § 103 Abs. 2 SGB V).

Als besondere Versorgungsumstände für entsprechende Teilgebiete bilden regionale Besonderheiten wie die **Morbiditätslast** (auffällige Prävalenz- oder Inzidenzraten), die **demografische Entwicklung** (überdurchschnittlicher Anteil von älteren Menschen oder Kindern), **sozioökonomische Faktoren** (wie Einkommensarmut oder Arbeitslosigkeit), **räumliche Faktoren** (wie Erreichbarkeit oder Entfernung, Gebirgszüge, Ranglagen etc.) oder **infrastrukturelle Besonderheiten** (wie Verkehrsanbindung, Zugang zu Versorgungsangeboten angrenzender Planungsbereiche etc.) die Grundlage für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf (Abb. 8).

Erreichbarkeit

Im Gutachten von Sundmacher et al. 2018 zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung wurden regionale und siedlungsstrukturelle Unterschiede in der Erreichbarkeit fachgruppenübergreifend festgestellt (vgl. Gesamtgutachtens, Teil A.1).

Aufgrund dessen wurde in die Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie (2019) als zusätzlicher Aspekt die **Erreichbarkeit** aufgenommen. Demnach gibt der G-BA für vier Arztgruppen (Hausärzt*innen, Kinderärzt*innen, Augen- und Frauenärzt*innen) Erreichbarkeitsschwellen vor. Dabei gilt der Maßstab, dass mindestens 95 Prozent der Einwohner*innen in der Region die genannten Arztgruppen innerhalb einer angemessenen Entfernung erreichen müssen (Hausärzt*innen in < 20 PKW-Minuten, Kinderärzt*innen in < 30 PKW-Minuten, Augen- und Frauenärzt*innen in < 40 PKW-Minuten).

Bevor ein zusätzlicher Versorgungsbedarf festgestellt wird, überprüfen die Landesausschüsse der Ärzt*innen und Krankenkassen pro Arztgruppe und Region, ob im jeweiligen Gebiet hinreichend viele Versicherte leben, die Anzahl der betroffenen Einwohner*innen die allgemeinen Verhältniszahlen der jeweiligen Arztgruppe überschreitet und die Erreichbarkeit nicht durch Vertragsärzt*innen in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann.

Die Förderungsmaßnahmen beziehen sich nur auf die Förderung der Tätigkeit von bereits praktizierenden Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen (wie z .B. Förderung der Gründung/Erhaltung einer (Zweig-) Praxis, mobile oder telemedizinische Versorgungsangebote, barrierefreier Zugang etc.) und nicht auf die Einräumung zusätzlicher Niederlassungsmöglichkeiten (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a). Darüber hinaus sind die Förderungsmaßnahmen auf fünf Prozent der Vertragsärzt*innen einer Fachgruppe der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung begrenzt. Die lokalen ärztlichen Versorgungskapazitäten und tatsächlich erbrachten Leistungen durch die ambulante Versorgung der örtlichen Krankenhäuser werden nicht berücksichtigt.

Berücksichtigung von Quoten

Mit der Reform der Bedarfsplanung 2019 wurde ergänzend die Berücksichtigung von Mindest- oder Höchstversorgungsanteilen einzelner Arztgruppen für Fachgebiete, Fachärzt*innen oder Schwerpunktkompetenzen ermöglicht, die bei der Zulassung, Anstellung und Nachbesetzung zu berücksichtigen sind (Abb. 8).

Dabei sollen **Mindestquoten**, unabhängig von einer bestehenden Sperrung eines Planungsbereiches, der Schaffung von zusätzlichen Sitzen für Fachinternist*innen (Rheumatolog*innen), Nervenärzt*innen und Psychotherapeut*innen dienen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019a).

Maximalquoten sollen dazu dienen, dass ein Höchstversorgungsanteil in bestimmten Fachrichtungen nicht überschritten wird und eine Nachbesetzung ausschließlich in den Fachrichtungen erfolgen kann, die unter der Maximalquote liegen. Diese gelten für Großgruppen innerhalb der Inneren Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie, Pneumologie, Nephrologie). Die Regelung sieht dabei eine Besitzstandswahrung vor. Dadurch wird die Wirksamkeit der Quoten als Instrument zum Abbau von Überversorgung begrenzt.

Die durch den G-BA empfohlene Mindestquote von 8 Prozent für Fachinternist*innen, Fachärzt*innen für Innere Medizin und Rheumatologie sowie den Fachärzt*innen für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie verdeutlicht die aktuelle Unterversorgung für diesen Fachbereich. In Rund 50 Prozent der Planungsbereiche wird der Anteil von 8 Prozent unterschritten (Gräf, 2019). Der G-BA beabsichtigt, die Versorgungssituation und die Auswirkungen der Quotenregelung bis zum 31. Dezember 2024 zu evaluieren.

Soweit erforderlich, sieht der Beschluss dann eine mögliche Anhebung der Mindestquote für Rheumatolog*innen auf 10 Prozent vor. Daneben können auch weiterhin in Planungsbereichen, in denen die festgelegten Quoten bereits überschritten wurden, Versorgungskonstellationen bestehen, die die Annahme eines qualifikationsbezogenen oder lokalen Sonderbedarfs begründen (Gräf, 2019).

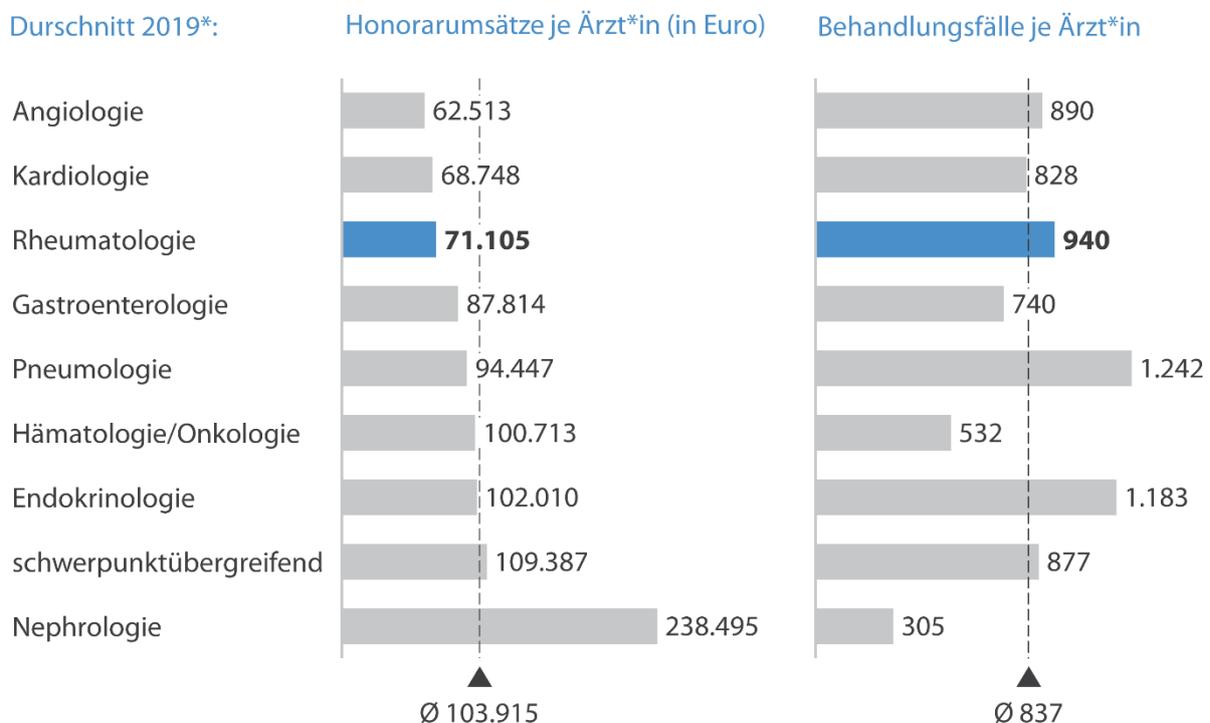
Derzeit liegt die Zahl der internistischen Rheumatolog*innen bei etwa 750. Benötigt für die Versorgung würden indes nahezu doppelt so viele. Allerdings haben sich im vergangenen Jahr lediglich 44 Kolleg*innen zu einer Fachärzt*in für Rheumatologie qualifiziert – was ohnehin schon zu wenig sei. Außerdem würden diese vermutlich nicht Vollzeit arbeiten, wodurch die Engpässe weiterhin vergrößert würden, erläuterte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und Kongress-

präsident des Deutschen Rheumatologiekongresses 2020, Herr Prof. Dr. med. Schulze-Koops (Deutsches Ärzteblatt, 2020).

Jedoch nicht nur die konkrete Situation der Rheumatolog*innen, sondern auch die aktuellen Niederlassungsmöglichkeiten in anderen Facharztgruppen (vgl. Abschnitt 5.2.4) verdeutlichen, dass die Planung über die eingeführte Quotenregelung zwar differenzierter den Bedarf abbildet, dieser jedoch nicht ausreichend über die zur Verfügung stehenden Ärzt*innen abgedeckt werden kann.

Am Beispiel der Rheumatolog*innen wird deutlich, dass das Ausbleiben der entsprechenden Vergütung im EBM die Situation der offenen Niederlassungsmöglichkeiten verschärft und eine Niederlassung unattraktiv macht. Wie aus den aktuellen Daten der Abrechnungsstatistik der KBV von 2019 ersichtlich wird (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019c), liegt der Honorarumsatz einer Rheumatolog*in mit 71.105 Euro gut 30 Prozent unter dem durchschnittlichen Umsatz innerhalb der Gruppe von Internist*innen (mit Schwerpunkt), hingegen sind die Behandlungsfälle bei Rheumatolog*innen mit 940 Fällen überdurchschnittlich hoch (Abb. 9).

Ein bundesweiter Vergleich der **Internist*innen nach Schwerpunkten**



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 9: Eigene Darstellung der KBV Abrechnungsstatistik, Honorarbericht nach § 87c SGB V, 1. Quartal 2019 bis 3. Quartal 2019 (Stand-Datendownload: 15.01.2021).

*Daten für Q4 aus 2019 sind zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht verfügbar; Stand. Januar 2021

Sonderbedarfszulassung

Für einen besonderen lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf (fehlende Ärzt*innen in bestimmten Arztgruppen) können in gesperrten Planungsregionen durch den Zulassungsausschuss auf Antrag von Sonderbedarf durch Ärzt*innen zusätzliche Vertragsarztsitze geschaffen werden, wenn der Bedarf nicht nur als vorübergehend, sondern als dauerhaft bewertet wird. Diese Arztsitze sind auf die örtliche Deckung des lokalen Versorgungsbedarfs oder zur Deckung des Versorgungsdefizits im Rahmen einer Arztgruppe begrenzt (Abb. 8).

Sundmacher verweist darauf, dass Abweichungen von den Verhältniszahlen zur lokalen oder qualifikationsbezogenen Feinsteuerung der Zulassung von Ärzt*innen aufgrund regionaler Besonderheiten (§ 99 Absatz 1 SGB V und § 2 BPL-RL) sowie Sonderbedarfe in der bisherigen Bedarfsplanung sehr oft notwendig waren, um Limitationen in den allgemeinen Verhältniszahlen zu korrigieren (Sundmacher et al., 2018).

Dies weist wiederum auf die grundlegenden Probleme in der Bedarfsplanung hin und gibt einen Einblick in den tatsächlichen Versorgungsbedarf und die Probleme und Defizite der KVen bei der Erfüllung des Sicherstellungsauftrages insbesondere in strukturschwachen Gebieten.

Ermächtigungen von Ärzt*innen

Auf die Einräumung eines Sonderbedarfs wird nur zurückgegriffen, wenn der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf werden vom Zulassungsausschuss Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für im Krankenhaus tätige Ärzt*innen erteilt (vgl. Abb. 8, §116 SGB V).

Die Ermächtigung ist einer Niederlassung nicht gleichzusetzen: Zum einen ist sie zeitlich (meist zwei Jahre) und auf bestimmte Leistungen begrenzt, das heißt von den ermächtigten Ärzt*innen kann weder das gesamte Leistungsspektrum des jeweiligen Fachgebietes erbracht werden, noch haben sie die gleichen Überweisungsbefugnisse wie eine niedergelassene Ärzt*in. Darüber hinaus können die Versorgungsleistungen nicht direkt von den Patient*innen in Anspruch genommen werden, sondern nur auf Überweisung aus dem niedergelassenen Bereich.

Regionale Verteilung der Ärzt*innen steuern

Mit dem Ziel zur regionalen Verteilung von Ärzt*innen wurde über das GKV-Versorgungsstrukturgesetz aus 2012 die Möglichkeit des Zulassungsausschuss eingeräumt, den Antrag einer Ärzt*in auf Praxissitzverlegung oder Gründung einer Zweigpraxis abzulehnen, wenn hierfür Versorgungsgründe entgegenstehen (vgl. Abb. 8).

In einem Urteil vom 03.08.2016 des Bundessozialgerichts – B 6 KA 31/15 R wurden für die zu prüfenden Versorgungsgründe allein planerische Umstände genannt, die die Sicherstellung der Patientenversorgung betreffen:

Zu fragen ist zum einen, ob die lokale Versorgung am bisherigen Vertragsarztsitz beeinträchtigt wird, zum anderen ist die Versorgungslage am geplanten Sitz zu beurteilen. Nur die ortsnahen und fachkundig besetzten Zulassungsgremien können unter Auswertung aller für die Versorgungslage maßgeblichen Aspekte – Versorgungsgrad, Zahl und Ausrichtung der Praxen im Umfeld des alten Standortes, Verkehrsverbindungen u. a. – sachgerecht beurteilen, ob von der beabsichtigten Verlegung nachteilige Auswirkungen für die Versorgung der Versicherten zu besorgen sind. Dazu müssen die Zulassungsgremien möglichst genaue Feststellungen zur örtlichen Versorgungslage, zum Angebot umliegender Praxen und zu den Verkehrsverhältnissen machen. Die Versorgungslage kann bei identischem Standort je nach betroffener Arztgruppe unterschiedlich zu beurteilen sein. So kann etwa für eine hausärztliche Praxis insbesondere im Hinblick auf die Erreichbarkeit ein anderer Maßstab gelten als für eine fachärztliche oder für eine psychotherapeutische Praxis (Bundessozialgericht - B 6 KA 31/15 R - Urteil vom 03.08.2016).

Selbst wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung einer Verlegung entgegenstehen, können diese gemäß vorliegendem Urteil zurückstehen, falls die Vertragsärzt*in schwerwiegende individuelle Gründe für seinen Verlegungswunsch hat.

Somit reduziert sich der Handlungsspielraum zur Steuerung der regionalen Verteilung der Ärzt*innen auf ein Minimum und dient nur in Ausnahmefällen als Möglichkeit zur Adjustierung der Versorgungssituation (Abb. 8).

5.2.4 Probleme bei der Bedarfsplanung

Bedarfsdefinition und Verhältniszahlen

Wie bereits erwähnt, orientiert sich die Bedarfsplanungs-Richtlinie an der Planung der Arztdichte, wie sie Anfang der 90er Jahre bei Einführung der Bedarfsplanung bestanden hat. Daraus resultieren Messzahlen und Grenzwerte zur Bestimmung der Versorgungssituation. Die Aussagekraft und Angemessenheit dieser Verteilung und der festgelegten Grenzwerte zur Bestimmung einer Unter- bzw. Überversorgung wurden allerdings nicht empirisch überprüft. Dadurch können Versorgungsdisparitäten zwischen urbanen und ländlichen Regionen konserviert und Unterversorgungen in Teilregionen von bedarfsplanerisch überversorgten Gebieten verdeckt werden (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015).

Die aufgeführten Reformen zur Optimierung und Adjustierung der Bedarfsplanung in strukturschwachen Gebieten können nur als Stellschrauben für den Status quo eingesetzt werden. Eine evidenzbasierte Bedarfsdefinition und ein Verfahren zur Ermittlung des tatsächlichen Bedarfs fehlen jedoch bis heute (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2014).

Somit wird beispielsweise über den Morbiditätsfaktor zwar die demografische Veränderung der Bevölkerungsanteile hinsichtlich Alter, Geschlecht und Morbiditätslast abgebildet (Abweichung der regionalen Morbidität vom Bundesdurchschnitt). Jedoch wurde die Verwendung von Diagnosedaten aus der vertragsärztlichen Abrechnung zur Bedarfsermittlung stark kritisiert. Der Grund dafür ist, dass die Diagnosedaten nur das aktuelle Versorgungsgeschehen abbilden, aber nicht den tatsächlichen und patientenorientierten Versorgungsbedarf.

Das bedeutet in Regionen, in denen eine hohe Versorgungsdichte besteht, werden viele Diagnosen erfasst, wohingegen in unterversorgten Regionen eher zu wenige Diagnosen erfasst werden können. Daraus ergibt sich, dass bestehende Allokationsprobleme fortgeschrieben werden und die Diagnosedaten nicht wesentlich zur Differenzierung der ursprünglichen Bedarfsplanung anhand des vorgefundenen IST-Zustanden aus den 90er Jahren beitragen. Fraglich ist auch, inwieweit Diagnosen arzt-spezifisch sind. So können beispielsweise Rückenschmerzen von unterschiedlichen Fachrichtungen behandelt werden (Hausarzt*innen, Orthopäde*innen, Chirurg*innen etc.), was wiederum den Rückschluss auf den jeweiligen Bedarf an Arztgruppen erschwert. Des Weiteren enthalten die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten keine Informationen aus Selektivverträgen oder dem ambulant-stationären Schnittstellenbereich, wodurch in

einigen Regionen ein großer Teil des Versorgungsgeschehens unberücksichtigt bleibt (Uhlemann & Lehmann, 2019).

Darüber hinaus wird am Beispiel des Morbiditätsfaktors klar, dass genauere Bedarfsberechnungen wenig hilfreich sind, solange Steuerungsmöglichkeiten zur zielgenaueren Ausgestaltung der ambulanten Versorgungsstrukturen fehlen.

Grundlage hierfür ist ein sehr enger ordnungspolitischer Rahmen, der durch die Berücksichtigung der Niederlassungs- und Berufsausübungsfreiheit im Zulassungsrecht begründet ist (Uhlemann & Lehmann, 2019). In einer Zulassung können alle Leistungen im Rahmen der ärztlichen Qualifizierung erbracht werden, in der Regel können weder der Praxisort noch der Inhalt und die Zusammensetzung der angebotenen Leistungen konkret vorgegeben werden (Bundessozialgericht - B 6 KA 31/15 R - Urteil vom 03.08.2016).

Auch wenn zum aktuellen Zeitpunkt eine transparente Evaluierung der Effekte durch die Änderungen und Ergänzungen der Instrumente in der Bedarfsplanungs-Richtlinie aufgrund eines fehlenden bundesweiten Monitoring nicht möglich ist (Sundmacher et al., 2018), lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die bereits seit Jahren kritisierten Probleme in der Bedarfsplanung durch die bisherigen Reformen und Steuerungsmaßnahmen nicht zum gewünschten Ergebnis einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung geführt haben.

Auch bei der Arztniederlassung in ländlichen Regionen konnten keine nennenswerten Erfolge durch die eingeführten Maßnahmen erzielt werden. KBV-Vize-Vorstandschef Dr. Stephan Hofmeister verwies auf die fehlgeschlagenen Maßnahmen zum Anreiz für die Niederlassung in ländlichen Regionen:

„Wesentliche Maßnahmen liefen ins Leere, zum Beispiel der Strukturfonds zur Förderung von ärztlichen Neuniederlassungen in unterversorgten Gebieten, der kaum abgerufen wurde. Auch das Terminservice- und Versorgungsgesetz wird nur bedingt helfen können bzw. keinen Run der Ärzt*innen auf die Dörfer auslösen. So gerechtfertigt einige dieser Maßnahmen im Einzelnen sind, sie werden keine schnellen Lösungen bringen“ (Litsch, 2019).

Darüber hinaus erhöht die Neuberechnung der Verhältniszahlen den rechnerischen Bedarf an zusätzlichen Ärzt*innen. Hierfür sprechen bereits die offenen Niederlassungsmöglichkeiten in der aktuellen Bedarfsplanung für 2019. Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen öffneten über 3.500 neue Niederlassungsmöglichkeiten (Tab. 11), vor allem für den Bereich der

Hausärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Nervenärzt*innen, Kinder- und Jugendmediziner*innen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b).

Jedoch findet man auch an diesem Punkt eine große Diskrepanz zwischen der wahrgenommenen hausärztlichen Versorgung der Versicherten und der bedarfsplanerischen Neuberechnung der Hausarztsitze. Obwohl der Bedarf aus Sicht der Versicherten nicht im hausärztlichen Bereich, sondern eindeutig im Bereich der fachärztlichen Versorgung liegt (vgl. Abschnitt 5.2.2), wurden aktuell etwa 80 Prozent der Niederlassungsmöglichkeiten für die hausärztliche Versorgung eingeplant (Tab. 11, (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018c)).

Tab. 11 Niederlassungsmöglichkeiten nach Versorgungsebene 2018

Niederlassungsmöglichkeiten nach KV-Region 2018				
Versorgungsebene	Hausärztliche Versorgung	Allgemein fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung
Anzahl der Arztsitze	2.875,3	311,5	121	284,13
Prozentualer Anteil	80 %	9 %	3 %	8 %

Anmerkung: Eigene Darstellung der KBV Gesundheitsdaten 2018; Datendownload-Stand: 12.11.2020.

An dieser Stelle sollten nicht nur der mangelnde Einbezug der Versorgungsrealität aus Patient*innensicht angemerkt werden, sondern auch die fehlenden Ärzt*innen zur Besetzung dieser neu geschaffenen Niederlassungsmöglichkeiten.

Zu der neuen Bedarfsplanung äußerte sich Dr. Hofmeister (KBV-Vize-Vorstandschef) ebenfalls kritisch: Seiner Meinung nach bilden die Richtlinien zwar den Bedarf an Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen besser ab und ermöglichen eine passgenauere Planung.

„Es müsse aber allen bewusst sein, dass mit dem Beschluss zunächst nur mehr Sitze auf dem Papier geschaffen werden. Neue Ärzte gibt es damit nicht auf Knopfdruck“, sagte er (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b).

Neben dem in Abschnitt 5.2.2 berichteten Versorgungsbedarf aus Sicht der ländlichen Bevölkerung sprechen die Niederlassungszahlen eindeutig für einen höheren Bedarf an

Ärzt*innen. Im Hinblick auf die prognostizierte Ärzteentwicklung für 2030 (Trebar, 2016) wird sich die Situation der Versorgung durch die Nicht-Besetzung von Arztsitzen noch verschärfen.

Bereits 2018 konnten mehr als 2.300 Hausarztsitze aufgrund fehlenden Nachwuchses dauerhaft nicht besetzt werden. Nach den aktuellen Zahlen zur Ärztestatistik würde das bedeuten, dass in den kommenden 10 – 12 Jahren insgesamt nur für 50 Prozent der Ärzt*innen eine 1:1-Nachbesetzung zur Verfügung stehen würden und auf dem Land nur für 10 – 20 Prozent. Demnach würde zukünftig nur jede 3. bis 5. Gemeinde im ländlichen Raum eine Hausarztpraxis vorhalten können. Aufgrund dessen wäre eine wohnortnahe hausärztliche Grundversorgung vielerorts nicht länger zu gewährleisten (Dostal, 2020).

Nach Aussage der Vorsitzenden des Vorstandes der AOK Bayern, Dr. Irmgard Stippler, sei die Erkenntnis wichtig, dass die Sicherstellung der ländlichen Versorgung nur zu bewältigen ist, wenn alle maßgeblichen Gesundheitsbereiche mit ihren Einrichtungen und Institutionen eng zusammenarbeiten:

„Weder eine Berufsgruppe allein noch ein Gesundheitssektor allein, auch keine Krankenkasse allein, kann die Versorgung der Zukunft gestalten“, so Stippler (AOK-Bundesverband, 2019b).

Ergänzend erklärte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, dass die Ärzteschaft auf regionaler Ebene zunehmend pragmatisch agiere und die Versorgung immer mehr als sektorenübergreifendes Thema wahrgenommen werde, das im Zusammenspiel mit den Kliniken gelöst werden müsse (Litsch, 2019). In diesem Zusammenhang kritisierte Stippler die Zentralisierungstendenzen in der Versorgungsgestaltung durch die Bundespolitik. Sie sieht er diese im Widerspruch zur besseren Versorgung der ländlichen Regionen:

„Wir brauchen nicht mehr Zentralismus, sondern mehr Spielraum für passgenaue regionale Versorgungslösungen. Dafür kann es keine bundesweiten Blaupausen geben.“ (Litsch, 2019)

Litsch äußerte sich ebenfalls kritisch zur geplanten Reform des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs:

„In diesem Kontext gibt es Überlegungen, eine Regionalkomponente einzuführen. Dadurch würden künftig Gelder aus den tendenziell eher unterversorgten ländlichen Regionen in tendenziell eher überversorgte Städte umgeleitet werden“. Solche „Metropolzuschläge“ würden weder zur Gefühlslage der Bevölkerung auf dem Land noch in die aktuelle politische Landschaft passen. Litsch schlussfolgerte in der Pressemitteilung vom 20.02.2019: „Mit Geld, das wir für eine bedarfsgerechte

Versorgung auf dem Land dringend brauchen, würde eine verkrustete Überversorgung in den großen Städten zementiert“.

Daher stellt sich grundsätzlich die Frage, ob eine Planung zur ambulanten Versorgung anhand der ärztlichen Kapazitäten über die Verhältniszahlen den tatsächlichen und lokalen Versorgungsbedarf abdeckt (Abb. 4) oder die Bemessung an der Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen im Allgemeinen den lokalen Versorgungsbedarf aus Sicht der Patient*innen besser berücksichtigt und somit eine passgenauere Planung ermöglicht.

Alle darauf aufbauenden Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen, die in der Bedarfsplanung zur Steuerung der bedarfsgerechten Versorgung angewendet werden, wie die Schwellenwerte zur Feststellung einer Unter-/Überversorgung, die Beantragung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf, Sonderbedarfszulassungen, Ermächtigungen von Ärzt*innen oder die Berücksichtigung von Quoten (vgl. Abb. 8, siehe Abschnitt 5.2.3. Steuerungsmaßnahmen der Bedarfsplanung) orientieren sich an einer nicht empirisch ermittelten Bedarfsdefinition und können somit dem tatsächlichen ambulanten Versorgungsbedarf nicht gerecht werden.

5.3 Beurteilung regionaler und lokaler Gestaltungsmöglichkeiten durch den Einbezug von Krankenhäusern

Neben dem aufgeführten Optimierungsbedarf in der Bedarfsplanung und der Reform zur Bedarfsplanungs-Richtlinie (2019) soll im Folgenden auf die Gestaltungsmöglichkeiten zum Einbezug von Krankenhäusern in der Versorgung von strukturschwachen Gebieten eingegangen werden.

Eine aktuelle Analyse des Zentralinstituts der KVen aus 2018 hat festgestellt, dass sich die Regionen Deutschlands bezüglich ihrer ambulant-stationären Inanspruchnahme teilweise deutlich unterscheiden. Die regionale Situation zur ambulanten Versorgung kann ein maßgeblicher Indikator für eine vermehrte stationäre Aufnahme in dünn besiedelten Regionen sein (Goffrier et al., 2018). Vor diesem Hintergrund spiegeln ggf. die als ambulant-sensitiv eingeschätzten Behandlungsfälle auch den erhöhten Versorgungsbedarf und die Unzulänglichkeit in der Versorgung durch den niedergelassenen Bereich wider (Burgdorf & Sundmacher, 2014) Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019c).

In diesem Zusammenhang konnte die Analyse des ZI feststellen, dass sich die ambulante und die stationäre Inanspruchnahme gegenseitig beeinflussen, wenn man die regionalen Unterschiede in der Versorgungs- und Bevölkerungsstruktur berücksichtigt. In den Ergebnissen zeigte sich, dass eine geringere Inanspruchnahme der stationären Versorgung mit einer höheren Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung assoziiert ist (Goffrier et al., 2018). In

Gebieten mit zu wenig praktizierenden Ärzt*innen konnte der Rückgang von ambulanten Leistungserbringungen bei einer steigenden Anzahl von Belegungstagen einen Hinweis darauf geben, dass das Krankenhaus eine Substitutionsfunktion für die ambulante Inanspruchnahme erfüllt (Auschra et al., 2018; Goffrier et al., 2018).

Dementsprechend behandeln bereits heute Krankenhäuser in strukturschwachen oder unterversorgten Regionen die Fälle, die im niedergelassenen Bereich nicht versorgt werden können. Daraus wird deutlich, dass Krankenhäusern in ländlichen Regionen angesichts des zunehmenden Ärztemangels eine enorme Bedeutung für die Ausgestaltung einer wohnortnahen Grund- und Regelversorgung zukommt. In Anbetracht der fehlenden niedergelassenen Ärzt*innen übernehmen ländliche Krankenhäuser einen wichtigen Beitrag zur medizinischen Grundversorgung, insbesondere bei altersassoziierten Krankheitsbildern. Somit kam auch der aktuelle Projektbericht des ZI zur Versorgung in ländlichen Regionen zu dem Schluss, dass Krankenhäuser in ländlichen Regionen maßgeblich die Grundversorgung unterstützen können (Auschra et al., 2018).

Der Projektbericht des ZI zeigt, dass sowohl die Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen als auch die Politik erkannt haben, dass die Bedarfsplanung mit den vorhandenen Regelungen kein ausreichendes Instrument zur Planung einer angemessenen Versorgung und Vermeidung von Unterversorgung ist (Auschra et al., 2018).

Im Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung wurden 2016 mehr als 1.445 Versicherte zu ihrer Akzeptanz bezüglich unterschiedlicher Maßnahmen und Modelle für die Verbesserung der medizinischen Versorgung in Gebieten mit zu wenig praktizierenden Ärzt*innen für die ansässige Bevölkerung befragt.

Die höchste Akzeptanz wurde bei 57 Prozent der Befragten für eine ambulante hausärztliche oder fachärztliche Behandlung im nahegelegenen Krankenhaus ermittelt. Ebenso fand die Behandlung in einer zeitweilig besetzten Gemeinschaftspraxis bei 54 Prozent der befragten Teilnehmer*innen Akzeptanz. Die geringste Akzeptanz wurde hingegen für die Behandlung durch Fachärzt*innen von außerhalb über den Kontakt per Telefon, Video oder Email angegeben (weniger als 25 %) (Schang et al., 2016).

Eine andere Studie aus diesem Jahr konnte zeigen, dass die Bevölkerung das Vorhandensein eines wohnortnahen Krankenhauses mit Versorgungssicherheit verbindet, was sich auf die empfundene Lebensqualität der Anwohner*innen auswirkte (Birke & Schlaudt, 2016).

Demgegenüber steht die Aussage einer Studie der Bertelsmann-Stiftung, wonach es aus ökonomischer Sicht sinnvoll wäre, die bestehende Anzahl der Krankenhäuser auf weniger als

die Hälfte zu reduzieren (Loos et al., 2019). Diese Annahme geht an der Versorgungsrealität vorbei und wird dem Bedarf in der Bevölkerung nicht gerecht.

Hierbei würde eine Zentralisierung der Krankenhäuser die Patient*innen in strukturschwachen Gebieten besonders hart treffen. Wie die aktuellen Daten des Krankenhaus-Atlas der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (Destatis) zeigen, besteht bereits jetzt schon eine Diskrepanz zwischen Stadt und Land in der Erreichbarkeit eines Krankenhauses. Rund 90 Prozent der in städtischen Regionen lebenden Bevölkerung in Deutschland erreichen ein Krankenhaus innerhalb von 15 Minuten⁵ Fahrtzeit mit dem PKW. In ländlichen Gebieten sind es hingegen nur 64 Prozent. Auf der Grundlage der bereits bestehenden Missverhältnisse in der Erreichbarkeit von Versorgungsleistungen zwischen Stadt und Land würde eine Zentralisierung der Krankenhäuser zu einer massiven Verschlechterung führen (Grothues, 2019; Lübking, 2020).

Die Kritik aus der Ärzt*innen-/Patient*innenvertretung führte zu heftigen Diskussionen hinsichtlich der Daseinsvorsorge, die nicht nur auf der Grundlage von ökonomischen Kriterien beurteilt werden kann. Vielmehr sollten auch Bedarfskriterien wie die Zugänglichkeit und Wohnortnähe der medizinischen Versorgung gewährleistet sein.

Deshalb nimmt die Ersatzfunktion von Krankenhäusern zur Verbesserung der ambulanten Versorgung über die bestehenden Möglichkeiten, wie die institutionelle oder personelle Ermächtigung sowie die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) durch Krankenhäuser, eine zentrale Rolle ein. Diese Möglichkeiten sollen im folgenden Abschnitt im Kontext der bestehenden gesetzlichen Regelungen für eine regionale und lokale Versorgung von strukturschwachen Gebieten betrachtet werden.

5.3.1 Persönliche Ermächtigungen von im Krankenhaus tätigen Ärzt*innen (§ 116 SGB V) oder von Krankenhäusern (§ 116a SGB V) bei Unterversorgung

Wie bereits im Abschnitt 5.2.3 zu den Steuerungsmaßnahmen der Bedarfsplanung in gesperrten Planungsbereichen aufgeführt, kann das Potenzial der im Krankenhaus tätigen Ärzt*innen noch gezielter in die Sicherstellung der ambulanten Versorgung miteinbezogen werden.

Entsprechend der gesetzlichen Regelung nach § 116 SGB V können im Krankenhaus tätige Ärzt*innen vom Zulassungsausschuss (§ 96 SGB V) bei einer Unterversorgung zur ambulanten Versorgung ermächtigt werden, soweit sie über eine abgeschlossene Weiterbildung verfügen

⁵ Die Minutenanzahl der Erreichbarkeit bezieht sich auf die Fahrtzeit mit einem PKW bei ungestörter Verkehrslage. Grundlage der Berechnung ist der Straßendatenbestand des offenen Gemeinschaftsprojektes OpenStreetMap (OSM) (Schwehm, 2019).

und die Zustimmung des jeweiligen Trägers der Einrichtung, in der sie tätig sind, erhalten (persönliche Ermächtigungen).

Daneben können gemäß §116a SGB V auch Krankenhäuser zur ambulanten fachärztlichen Versorgung bei bestehender Unterversorgung ermächtigt werden (Institutsermächtigungen).

Der Zulassungsausschuss muss zugelassene Krankenhäuser für das entsprechende Fachgebiet in den Planungsbereichen, in denen der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine eingetretene Unterversorgung nach § 100 Absatz 1 oder einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf nach § 100 Absatz 3 festgestellt hat, auf deren Antrag zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, soweit und solange dies zur Beseitigung der Unterversorgung oder zur Deckung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs erforderlich ist. Der Ermächtigungsbeschluss ist nach zwei Jahren zu überprüfen (§116a, SGB).

Somit werden aktuell Ermächtigungen erst in Betracht gezogen, wenn von einer dauerhaften Unterversorgung ausgegangen wird und keine Vertragsärzt*in die Versorgung übernehmen kann (vgl. Abschnitt 5.2.3) Jedoch sollte im Falle einer Unterversorgung von den Landesausschüssen der Krankenkassen und der Ärzt*innen pro Arztgruppe und Region nicht nur überprüft werden, ob angrenzende Regionen die Unterversorgung im niedergelassenen Bereich kompensieren können, sondern auch, ob regionale Krankenhäuser in die Bedarfsplanung eingebunden werden können. Auch Patient*innen würden eine ambulante Behandlung im Krankenhaus bei fehlender Versorgung im niedergelassenen Bereich begrüßen (Schang et al., 2016).

Die persönliche bzw. die Institutsermächtigung ist nicht nur zeitlich begrenzt, sondern auch hinsichtlich der Vergütung und des zugelassenen Leistungsangebots nicht mit einer Niederlassung vergleichbar. Es können demnach nicht alle Leistungen zur fachärztlichen Versorgung in dem entsprechenden Bereich angeboten werden. Darüber hinaus wird eine Ermächtigung nur erteilt, falls in angrenzenden Planungsbereichen der Bedarf nicht mitversorgt werden kann. Diese Begrenzungen stellen aktuell maßgebliche Probleme dar, die eine sinnvolle Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante ärztliche Versorgung behindern.

Das ZI stellte in einer Studie anhand der berichteten Daten fest, dass die bestehenden Ermächtigungen im gynäkologischen Fachbereich zur Verbesserung der ambulanten Versorgung beigetragen haben. Vor diesem Hintergrund schlussfolgernden die Autor*innen, dass eine Einbindung der Krankenhäuser über Ermächtigungen auch für andere Fachgruppen sinnvoll wären, etwa für die Kinder- und Jugendmedizin bei einer aktuell teils erheblichen ambulanten Unterversorgung in diesem Bereich (Goffrier et al., 2015).

In ländlichen bzw. strukturschwachen Gebieten könnten die Krankenhäuser mit ihrem Fachabteilungsspektrum zur Sicherung der fachärztlichen Versorgung sowie bei Bedarf auch der hausärztlichen Versorgung maßgeblich beitragen. Dabei könnte dies eine grundlegende Verbesserung der Kooperation zwischen den stationären und ambulanten Leistungsanbietern darstellen, denn gerade in dünn besiedelten ländlichen Regionen wird die Aufrechterhaltung einer „doppelten Facharztschiene“ in Praxen und Kliniken auf Dauer wirtschaftlich kaum möglich sein.

Aufgrund der Versorgungsprobleme im niedergelassenen Bereich sollten zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung die Krankenhäuser regelhaft eingebunden werden. Damit kann die Planungs- und Versorgungssicherheit in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht nur, aber insbesondere in strukturschwachen Gebieten nachhaltig verbessert werden. Voraussetzung hierfür ist, Krankenhäuser zeitlich und inhaltlich unbeschränkt für die ambulante Versorgung zuzulassen.

5.3.2 Ambulante spezialfachärztliche Versorgung durch Krankenhäuser (§ 116b SGB V)

Mit der Einführung der ambulanten spezialärztlichen Versorgung (ASV) wurde das Ziel zur Schaffung eines sektorenübergreifenden Leistungsangebotes mit einheitlichen Rahmenbedingungen für Krankenhäuser und niedergelassenen Spezialisten verfolgt (Hecken, 2019).

Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer und/oder seltener Erkrankungen mit dem Ziel, deren Versorgung zu verbessern. Das Angebot wird von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen und soll die Steuerung eines neuen Leistungsangebots über Qualitätsanforderungen ermöglichen. Somit kann eine ASV von Krankenhäusern, niedergelassenen Fachärzt*innen oder Medizinischen Versorgungszentren angeboten werden, die sowohl die entsprechenden fachlichen/personellen Kenntnisse als auch die sachlichen/organisatorischen Bedingungen vorhalten können. Es besteht ebenfalls die Möglichkeit, dass Ärzt*innen verschiedener Fachrichtungen aus dem stationären und ambulanten Sektor in einem Team zusammenarbeiten, um gemeinsam und koordiniert die medizinische Versorgung zu übernehmen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2020).

Das deutsche Ärzteblatt berichtete fünf Jahre nach der Einführung 2017, dass die Etablierung in der Praxis nur sehr zögerlich angenommen wird.

„Für den bisher größten Versorgungsbereich der gastrointestinalen Tumore und Tumore der Bauchhöhle mit mehr als 100.000 potenziellen Patient*innen bis 2016 lediglich 113,

also nicht einmal 0,5 Prozent der Patient*innen, in der ASV behandelt“ zitiert Dengler die Antwort des Bundesgesundheitsministeriums auf deine parlamentarische Anfrage (Korzilius, 2017). Als Haupthemmnisse werden der hohe bürokratische Aufwand bei einer als gering beurteilten Verbesserung der Patientenversorgung sowie die Unsicherheit über die finanziellen Vorteile aus ärztlicher Sicht genannt (Korzilius, 2017).

Um das Potenzial der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung nutzen zu können und die ASV als sektorenübergreifendes Versorgungsmodell zu etablieren, ist es notwendig, die Zugangsvoraussetzungen entsprechend anzupassen (Korzilius, 2017). Der G-BA ist beauftragt, das Nähere zu diesem Versorgungskonzept festzulegen, regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren (Hecken, 2019).

Im stationären Bereich berichtete Dr. med. Regina Klakow-Franck (zum damaligen Zeitpunkt unparteiisches Mitglied der G-BA), dass sich in den Bundesländern, in denen nur wenige Krankenhäuser nach alter Regelung gemäß § 116 b zur ambulanten Behandlung ermächtigt sind, kaum ASV-Teams gebildet haben. Ihrer Meinung nach habe der Gesetzgeber aufgrund der Angst vor einer Mengenexplosion viel detailliertere Vorgaben zu den Teilnahmevoraussetzungen gemacht als in der Altregelung (§ 116 b) vorlagen.

Insgesamt zeigen die Erfahrungen mit der ASV, dass kleinteilige, bürokratische Regelungen zu einer Überregelung der Versorgung führen, die weder die sektorenübergreifende Kooperation noch die Patientenversorgung verbessern. Eine stärkere Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung bzw. eine integrierte Versorgung über die Leistungssektoren hinweg macht vor diesem Hintergrund nur Sinn, wenn für die Beteiligten ausreichende Handlungsspielräume zur Verfügung stehen.

5.3.3 Einrichtungen von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Krankenhäusern (§ 95 SGB V)

Während sich fachübergreifend die Anzahl der Niederlassungen reduziert, werden über Sonderbedarfzulassungen immer mehr Arztsitze in der Bedarfsplanung ausgewiesen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b), obwohl eine ausreichende Besetzung aufgrund des vorherrschenden und prognostizierten Ärztemangels fraglich erscheint.

Neben einem generellen Ärztemangel zeigt sich in der Ärzteschaft ein weit verbreiteter Anstellungstrend. Immer weniger Ärzt*innen entscheiden sich für eine Niederlassung in der eigenen Praxis, etwa aufgrund des hohen Arbeitspensums, unregelmäßigen oder längeren Arbeitszeiten oder einer unzureichenden Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Zusätzlich halten

finanzielle Belastungen und Risiken, etwa durch Kredite, junge Ärzt*innen von einer Niederlassung ab (Velling, 2019).

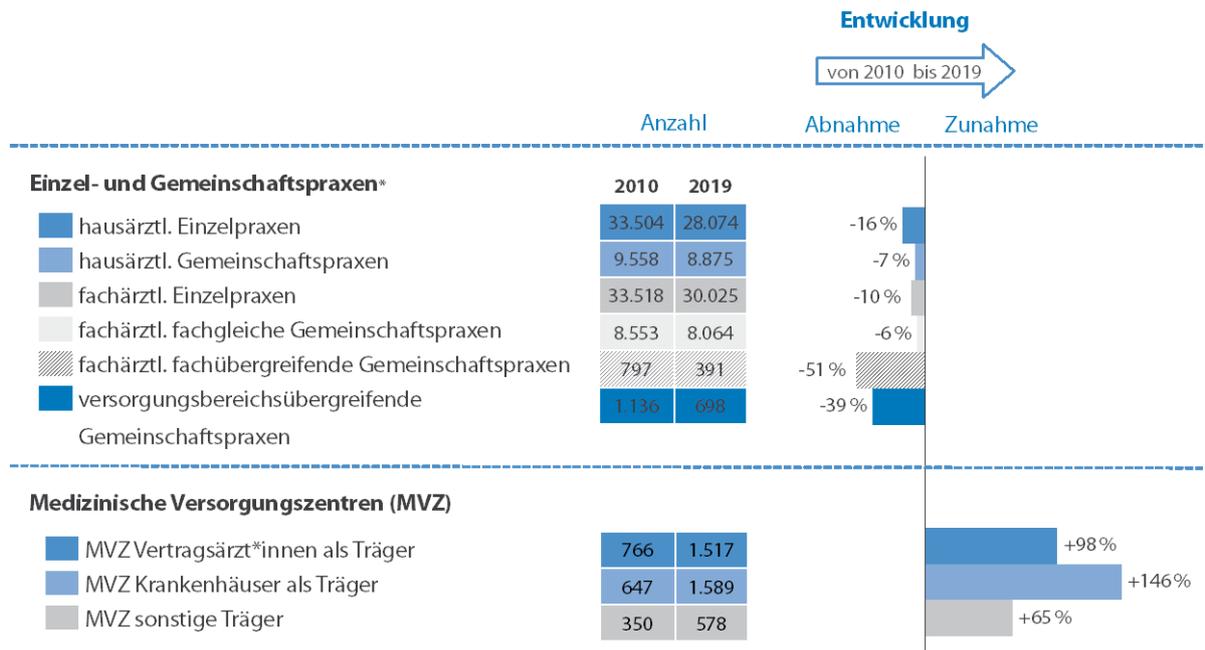
Seit Einführung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als Kooperationsform durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz im Jahr 2004 stieg deren Anzahl stetig an. Ein besonders starker Zuwachs ist seit 2016 mit der veränderten Gesetzeslage zur Einführung fachgleicher MVZ zu verzeichnen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018b).

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind nach § 95 SGB V fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtungen, die über die strukturierte Zusammenarbeit mindestens zweier Ärzt*innen mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen eine interdisziplinäre Versorgung aus einer Hand gewährleisten sollen. MVZ nehmen, genau wie selbstständig niedergelassene Vertragsärzt*innen, regelhaft an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen teil und sind mit wenigen Abweichungen exakt denselben Regeln der Leistungserbringung unterworfen. Dabei können sich MVZ verschiedenster Organisationsformen bedienen, die jedoch 2011 mit dem GKV-VStG auf die Rechtsform einer Personengesellschaft (GbR), einer eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) beschränkt wurden. Gründer eines MVZ können nach aktueller Gesetzeslage zugelassene Ärzt*innen, Krankenhäuser sowie Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sein (Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren [BMVZ], 2020).

Der Zusammenhang zwischen dem kontinuierlichen Anstieg der MVZ im Allgemeinen und dem Rückgang der Anzahl an Niederlassungen spiegelt sich auch in den veröffentlichten Gesundheitsdaten der KBV wider (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018a, 2018b).

Entsprechend der generellen Zurückhaltung der Ärzt*innen für eine Niederlassung wurde in den letzten zehn Jahren ein Drittel mehr MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern gegründet als in Trägerschaft von Vertragsärzten (Abb. 10). Diese Entwicklung zeigt, dass die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung zusehends durch die Leistungserbringung der Krankenhäuser mitgetragen wird.

Die Arbeit in einem MVZ kommt dem Wandel in der Berufserwartung in Teilen der Ärzteschaft entgegen. Ein Anstellungsverhältnis bietet den praktizierenden Ärzt*innen mehr Flexibilität in der Arbeitszeitengestaltung (z. B. in Form einer Teilzeitanstellung) und somit eine verbesserten Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Darüber hinaus bietet die Arbeit in einem MVZ den Ärzt*innen die attraktive Möglichkeit, gleichzeitig im stationären Bereich und in der ambulanten Versorgung tätig zu sein (Uhlemann & Lehmann, 2019).



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 10: KBV Gesundheitsdaten zur Entwicklung der unterschiedlichen Praxisformen von 2010 bis 2019 (Stand-Datendownload: 08.01.2021)

Anmerkung: Eigene Darstellung der KBV Gesundheitsdaten. *Praxen mit psychologischem / psychotherapeutischem Schwerpunkt wurden nicht abgebildet.

Ein MVZ am oder im Krankenhaus stellt aufgrund der aktuellen rechtlichen Grundlagen das Standardmodell zur Integration der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung dar, insbesondere weil ein MVZ nicht den zeitlichen und leistungsbezogenen Limitationen unterliegt, die bei einer persönlichen oder institutionellen Ermächtigung zum Tragen kommen (vgl. Abschnitt 5.3.1). Dennoch sind die Gestaltungsmöglichkeiten zum Einbezug der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung nach wie vor sehr bürokratisch und unflexibel.

Bestehende Versorgungsdefizite in der ambulant-fachärztlichen Versorgung verdeutlichen das Problem der Versorgung durch die Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Die lokal vorhandenen ärztlichen Ressourcen aus dem stationären Bereich einer Fachrichtung werden in der ambulanten Versorgungsstruktur, hinsichtlich der Zulassung von Ärzt*innen, der Bedarfsplanung, der Vergütungssysteme, der Innovationsregeln und der Qualitätssicherung nicht berücksichtigt (Leber, W. D., & Wasem, J.).

5.4 Zwischenfazit und Rolle der Krankenhäuser

Die Kriterien zur Bedarfsdefinition bilden den tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht vollständig ab und führten in der Vergangenheit zu Versorgungsdefiziten in vermeintlich überversorgten Planungsregionen. Darüber hinaus haben unzureichende regionale und lokale Steuerungsmaßnahmen dazu geführt, dass die ambulante Versorgung nicht ausreichend über den vertragsärztlichen Bereich abgedeckt werden kann. Gerade in strukturschwachen Gebieten übernehmen Krankenhäuser immer häufiger die Aufgabe der ambulanten Regelversorgung.

Der Gesetzgeber hat den Handlungsbedarf bereits 2012 erkannt und mit der Reform der Bedarfsplanung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz reagiert. Studien konnten jedoch zeigen, dass sich insbesondere die fachärztliche Versorgung in strukturschwachen Gebieten problematisch gestaltet und sich die Situation für die Patient*innen aus ländlichen Regionen nicht bedeutsam geändert hat. Somit wurden die Erwartungen an die Bedarfsplanung nicht erfüllt. In ländlichen Regionen sind die Anwohner nur in 42 – 58 Prozent der Fälle mit der Versorgung vor Ort zufrieden. Selbst in Kreisen mit bundesweit höchster Ärztedichte berichteten 15 – 30 Prozent der Anwohner*innen eine Unterversorgung im fachärztlichen Bereich.

Nachdem sich weiterhin keine grundlegende Änderung der Situation in strukturschwachen Gebieten abzeichnete wurde im Rahmen der Bedarfsplanungs-Reform 2019 (sowie bereits in vorhergehenden Reformbeschlüssen) die Möglichkeit zur Beantragung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs beim Landesausschuss ausgebaut. Dabei bilden besondere Versorgungsumstände wie die lokale Morbiditätslast, die demografische Entwicklung, sozioökonomische Faktoren, räumliche Faktoren oder infrastrukturelle Besonderheiten die Grundlage für die Genehmigung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs.

Wird vom Landesausschuss ein zusätzlicher Versorgungsbedarf festgestellt, sind in der Bedarfsplanung Steuerungsmöglichkeiten für die gesperrten Planungsregionen vorgesehen, die zur Förderung von bereits praktizierenden Ärzt*innen eingesetzt werden können. Auf die Genehmigung eines Sonderbedarfs zur Einräumung von zusätzlichen Vertragsarztsitzen wird nur zurückgegriffen, wenn der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf sollen Krankenhäusern oder im Krankenhaus tätigen Ärzt*innen Ermächtigungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung erteilt werden.

In der Vergangenheit zeigte sich, dass die Abweichungen von den Verhältniszahlen zur lokalen oder qualifikationsbezogenen Feinsteuerung der Zulassung von Ärzt*innen aufgrund regionaler Besonderheiten sowie Sonderbedarfe in der bisherigen Bedarfsplanung sehr oft notwendig waren, um Bemessungsprobleme in den allgemeinen Verhältniszahlen zu korrigieren.

Diese Defizite führten 2019 zu Ergänzungen in der Bedarfsplanungs-Reform. Die Anpassung der Verhältniszahlen durch die Berücksichtigung von Quoten (Mindest- und Maximalquoten) für einzelne Arztgruppen sowie der Einbezug der Morbiditätslast und der Erreichbarkeit für die entsprechenden Planungsregionen sollen ebenfalls zur regionalen Steuerung von Ärzt*innen beitragen. Dennoch fehlen nach wie vor evidenzbasierte Kriterien zur Bedarfsdefinition, die den tatsächlichen Versorgungsbedarf vollständig abbilden.

Darüber hinaus wird bei der Betrachtung der konkreten Ausgestaltung der Steuerungsmaßnahmen klar, dass die Regelungen einem engen ordnungspolitischen Rahmen unterliegen. Aufgrund der Niederlassungs- und Berufsausübungsfreiheit können demnach in einer Zulassung alle Leistungen (unabhängig vom spezifischen lokalen Bedarf) im Rahmen der ärztlichen Qualifizierung erbracht werden. In der Regel können weder der Praxisort noch der Inhalt und die Zusammensetzung der angebotenen Leistungen konkret vorgegeben werden. Somit bleibt unklar, in welchem Ausmaß welche Leistungen angeboten werden und dementsprechend inwieweit die fehlende Versorgung abgedeckt wird.

Insgesamt führten die Anpassungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie zwar zu einer verbesserten Übereinstimmung zwischen Planung und Bedarf aber erhöhten auch die rechnerische Anzahl der notwendigen Arztsitze. Unter anderem führte dies dazu, dass in der aktuellen Bedarfsplanung für 2019 rund 3.500 offene Niederlassungsmöglichkeiten ausgewiesen wurden. Die aktuellen Prognosen zu den verfügbaren ärztlichen Kapazitäten sprechen jedoch nicht für eine ausreichende (Nach-) Besetzung dieser notwendigen Arztsitze.

Daraus lässt sich schließen, dass Bemühungen für eine genauere Bedarfsberechnung nicht ausreichend sind, um eine verbesserte Versorgungssituation zu erreichen, solange Steuerungsmöglichkeiten zur zielgenaueren Ausgestaltung der ambulanten Versorgungsstrukturen fehlen.

Insbesondere in strukturschwachen Regionen findet eine Versorgung durch Vertragsärzt*innen, vor allem im fachärztlichen Bereich, nur noch sehr unzureichend statt. Hierfür haben Krankenhäuser in vielen Fällen schon eine Ersatzfunktion für die ortsnahe Versorgung der Bevölkerung übernommen. Dennoch sind die aktuellen Gestaltungsmöglichkeiten zum Einbezug der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung nach wie vor sehr bürokratisch und unflexibel. Unter anderem ist die persönliche bzw. die Institutsermächtigung nicht nur zeitlich begrenzt, sondern auch hinsichtlich des zugelassenen Leistungsangebots nicht mit einer vertragsärztlichen Niederlassung vergleichbar.

Der Zuwachs von MVZ in der Trägerschaft von Krankenhäusern verdeutlicht, dass die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zusehends durch die Leistungserbringung der Krankenhäuser mitgetragen wird. Dabei nehmen MVZ, genau wie selbstständig

niedergelassene Vertragsärzt*innen, regelhaft an der vertragsärztlichen Versorgung der Patient*innen teil, wobei bei einem MVZ im Vergleich zur Ermächtigung weder zeitliche noch fachliche Einschränkungen in der Leistungserbringung bestehen.

Insgesamt belegen die Versorgungsdefizite in Teilen der vertragsärztlichen Versorgung sowie die wiederholten und wenig effektiven Versuche zur Anpassung der vertragsärztlichen Bedarfsplanung die grundlegenden Probleme der KVen und der KBV bei der Sicherstellung der ambulanten Regelversorgung.

Für eine verbesserte ambulante Versorgung, vor allem in strukturschwachen Gebieten, wär es notwendig die Krankenhäuser regelhaft in die Versorgung ohne zeitliche und inhaltliche Begrenzungen einzubinden, damit verlässliche Strukturen aufgebaut werden können.

6 Wartezeiten und Terminvergabe für GKV-Patient*innen

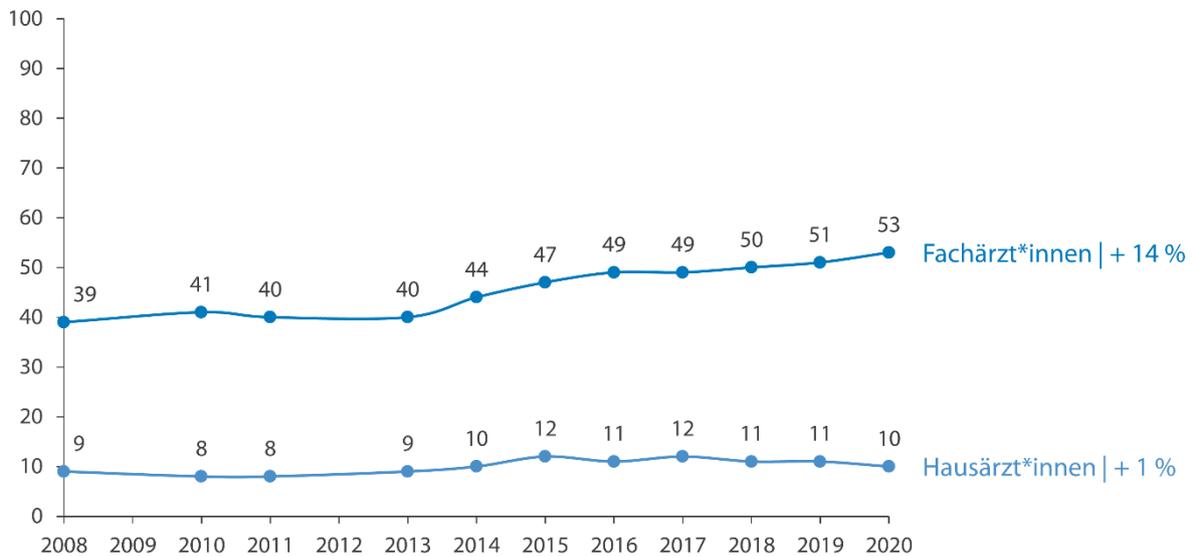
6.1 Wartezeiten in der Versichertenbefragung der KBV

Zwischen 2015 und 2020 wurde die Formulierung des Sicherstellungsauftrages in § 75 SGB V mehrfach geändert. Grund dafür war die unzureichende Umsetzung des Sicherstellungsauftrages seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Änderungen an der Formulierung des Sicherstellungsauftrages verfolgten den Zweck, die Einhaltung des Sicherstellungsauftrages von den Kassenärztlichen Vereinigungen einzufordern. Mit jeder Änderung wurde der gesetzliche Auftrag konkretisiert und die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, die jeweiligen Auflagen zu erfüllen.

Anhand der für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) durchgeführten Versichertenbefragung kann dies verdeutlicht werden. Seit 2006 führt die „Forschungsgruppe Wahlen (FGW) Telefonfeld GmbH“ für die KBV eine jährlich stattfindende repräsentative Bevölkerungsumfrage durch. Die Ergebnisse werden auf der Homepage der KBV veröffentlicht (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020f). Eine Frage, die regelmäßig gestellt wurde, lautet: „Wie lange hat es gedauert, bis Sie für Ihren letzten Praxisbesuch einen Termin bekommen haben?“

Bezogen auf den letzten Besuch bei der Hausärzt*in oder einer Fachärzt*in kann so in einer Zeitreihe festgestellt werden, wie lange die Patient*innen auf ihren Termin haben warten müssen. Fasst man die Wartezeiten von über einer Woche zusammen, so zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Hausärzt*innen und Fachärzt*innen (Abb. 11).

Wartezeit auf einen Termin von über 1 Woche (Befragte Versicherte in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 11: Wartezeiten auf Arzttermin von über 1 Woche zwischen 2008 und 2020

Während sich bei den Hausärzt*innen der Anteil der Patient*innen, die über eine Woche warteten, auf einen Wert um die 10 Prozent einpendelte, stieg der Anteil der entsprechenden Patient*innen bei den Fachärzt*innen kontinuierlich an. Lag 2008 der Anteil bei 39 Prozent der Patient*innen, so mussten 2020 schon 53 Prozent der Patient*innen länger als eine Woche auf einen fachärztlichen Termin warten. Vor allem der Anteil der Patient*innen, die länger als drei Wochen auf einen Termin warten müssen, hat im Beobachtungszeitraum deutlich zugenommen.

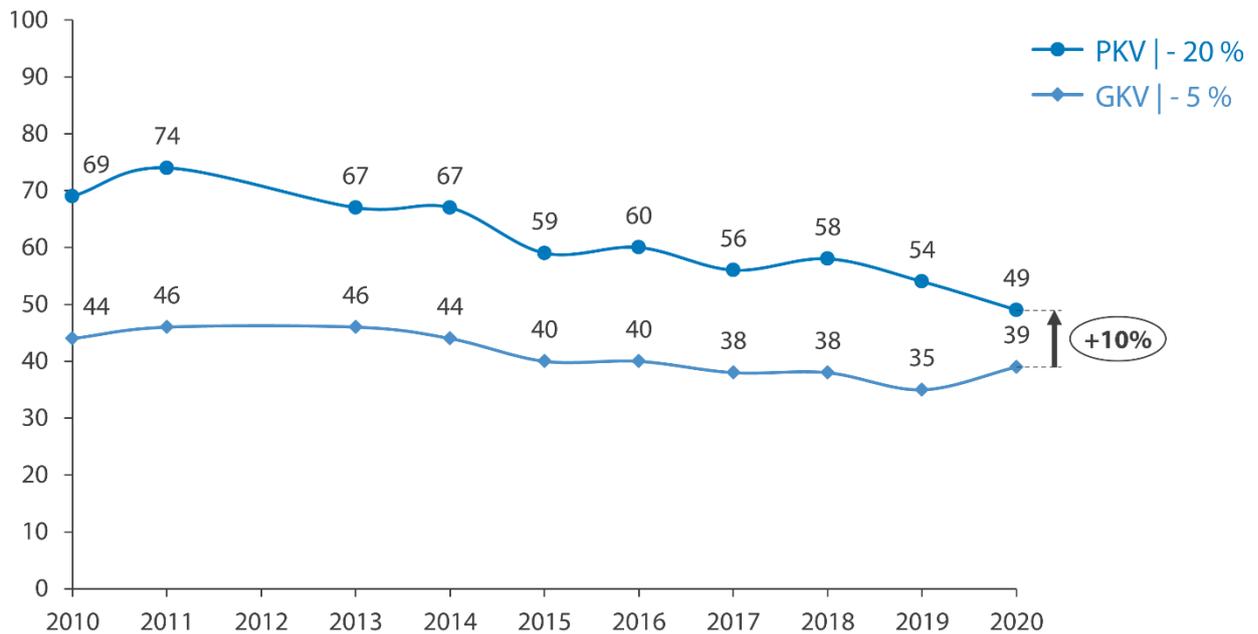
Tab. 12: Wartezeiten auf einen Termin bei einer Fachärzt*in – befragte Versicherte in Prozent

Jahr	Wartezeiten über 3 Wochen in Prozent	Wartezeiten über 1 Woche bis unter 3 Wochen in Prozent	= Wartezeiten ab 1 Woche in Prozent
2008	18	21	39
2010	20	21	41
2011	21	19	40
2013	21	19	40
2014	24	20	44
2015	25	22	47
2016	26	23	49
2017	28	21	49
2018	32	18	50
2019	30	21	51
2020	32	21	53

Der Anteil der Versicherten, die länger als drei Wochen auf einen Termin bei einer Fachärzt*in warten mussten, nahm zwischen 2008 und 2020 um 14 Prozentpunkte zu. Im Jahr 2020 musste somit fast ein Drittel der Befragten länger als drei Wochen auf einen Termin bei einer Fachärzt*in warten.

Allerdings gab es im Zeitraum zwischen 2010 und 2020 eine Annäherung bei der Terminvergabe nach der Art der Krankenversicherung: Ein deutlich kleinerer Anteil Privatversicherter erhielt 2020 zeitnah einen Termin als noch 2010. Der diesbezügliche Anteil sank um 20 Prozentpunkte. Gleichzeitig sank allerdings auch der Anteil der gesetzlich Versicherten um 5 Prozentpunkte, die sofort oder innerhalb einer Woche einen fachärztlichen Termin erhalten haben.

Termin bei Fachärzt*innen sofort bis unter 1 Woche (Befragte Versicherte in %)



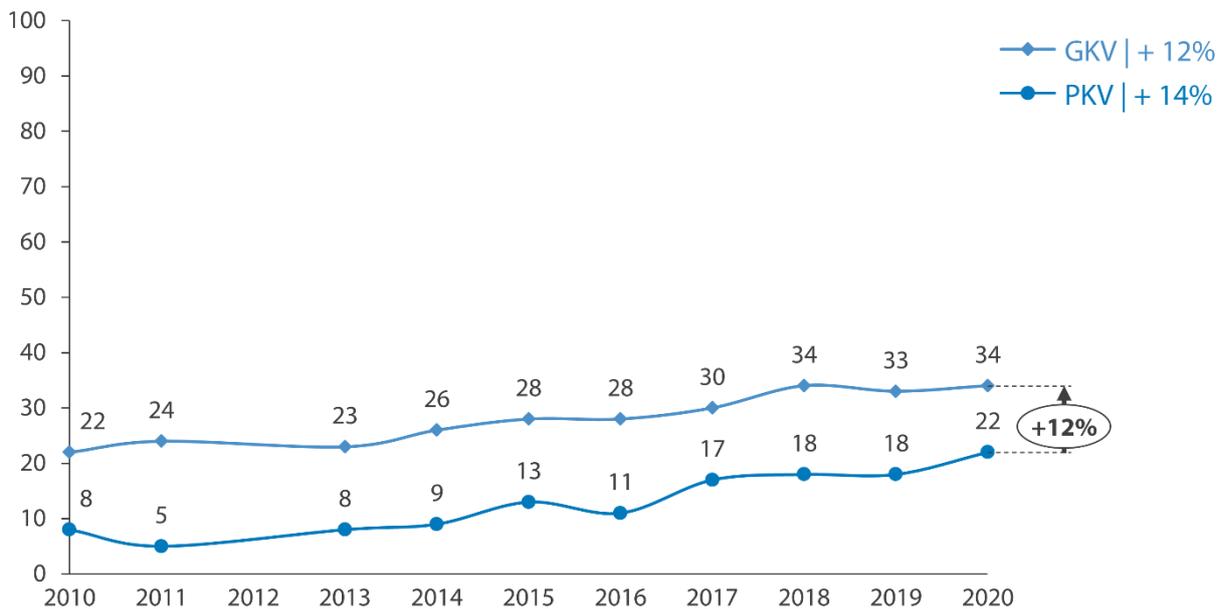
© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 12: Wartezeiten auf Arzttermin bei Fachärzt*innen bis zu 1 Woche zwischen 2010 und 2020 nach Versichertenart

Generell reduzierte sich die Anzahl der versicherten Patient*innen, die einen Termin bei der Fachärzt*in binnen einer Woche erhielten, dennoch erhalten Privatversicherte schneller einen Termin als gesetzlich Versicherte, auch wenn sich der Unterschied in den letzten zehn Jahren verkleinert hat. Insgesamt zeigt sich eine Verschlechterung bei der zeitnahen Terminvergabe.

Auch der Anteil der Patient*innen, die eine längere Wartezeit von über drei Wochen auf sich nehmen mussten, nahm ebenfalls in den letzten zehn Jahren zu. Auch hier fällt der Anteil der gesetzlich Versicherten überproportional aus (Abb. 12).

Wartezeiten Termin bei Fachärzt*innen über 3 Wochen (Befragte Versicherte in %)



© Deutsches Krankenhausinstitut

Abb. 13: Wartezeiten auf Arzttermin bei Fachärzt*innen über 3 Wochen zwischen 2010 und 2020 nach Versichertenart

Sowohl bei den gesetzlich Versicherten als auch bei den privat Versicherten stieg zwischen 2010 und 2020 der Anteil derjenigen, die länger als drei Wochen auf einen Termin bei einer Fachärzt*in warten mussten. Bei den GKV-Patient*innen nahm der Anteil um 12 Prozentpunkte zu, bei den PKV-Patient*innen um 14 Prozentpunkte.

Aus den veröffentlichten Daten geht nicht hervor, was der Grund des Besuchs bei der Fachärzt*in war. Insbesondere die Frage nach der Dringlichkeit der Behandlung kann auf dieser Ebene nicht beantwortet werden.

In der Versichertenbefragung gibt es zwar eine Frage nach dem Grund des Arztbesuches. Aber die veröffentlichten Daten unterscheiden dabei nicht nach Hausärzt*in oder Fachärzt*in. Deswegen kann nur arztgruppenübergreifend dargestellt werden, welche Wartezeiten Patient*innen mit einem aktuellen Problem vor ihrem Arztbesuch hatten.

Tab. 13: Wartezeiten auf einen Termin bei einem aktuellen Problem – befragte Versicherte in Prozent

Jahr	Wartezeiten über 3 Wochen in Prozent	Wartezeiten über 1 Woche bis unter 3 Wochen in Prozent	= Wartezeiten ab 1 Woche in Prozent
2008	8	5	13
2010	7	5	12
2011	7	6	13
2013	9	5	15
2014	8	7	15
2015	8	7	15
2016	9	7	16
2017	8	7	15
2018	9	9	18
2019	8	8	16
2020	9	8	17

Anmerkung: In den Veröffentlichungen wurden ab 2013 nur gerundete Zahlen veröffentlicht. Es kann daher zu Abweichungen von den Veröffentlichungen der KBV geben.

Der Anteil von Patient*innen mit einem aktuellen Problem und einer Wartezeit von mehr als drei Wochen auf einen Arzttermin sind zwischen 2008 und 2020 relativ konstant. Der Anteil liegt zwischen 7 und 9 Prozent. Tendenziell leicht gestiegen ist der Anteil der Patient*innen mit einem aktuellen Problem, die zwischen einer und drei Wochen auf einen Arzttermin warten mussten.

Insgesamt mussten somit 2020 17 Prozent der Patient*innen mit einem aktuellen Problem Wartezeiten von mindestens einer Woche in Kauf nehmen, um eine niedergelassene Ärzt*in aufsuchen zu können.

6.2 Die Auswirkungen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes auf den Sicherstellungsauftrag

Aus Politik und Patient*innensicht wurde nachdrücklich und wiederholt kritisiert, dass insbesondere die Sicherstellung der zeitnahen Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gewährleistet sei. So sagte beispielsweise die damalige Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz, in der Debatte im Bundestag über das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) im Jahr 2015:

„Bereits nach geltendem Recht sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, eine angemessene und zeitnahe fachärztliche Versorgung zu gewährleisten. Trotzdem berichten gesetzlich versicherte Patienten leider immer wieder über teilweise lange

Wartezeiten auf einen Facharzttermin. Künftig sollen sich Versicherte darauf verlassen können, dass sie nach Überweisung durch den Hausarzt die fachärztliche Behandlung innerhalb von vier Wochen erhalten, sei es beim niedergelassenen Facharzt oder schließlich in einem Krankenhaus.“ (Deutscher Bundestag, 2015, S. 8581)

Die Daten aus der Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Vereinigung bestätigen diese Kritik (vgl. Abb. 13). Abhilfe sollte das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015 schaffen. Eine der Vorgaben dieses Gesetzes war die Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen, Terminservicestellen einzurichten. Dadurch sollte die Einhaltung des Sicherstellungsauftrages gewährleistet werden. Durch die Gesetzesänderung wurden keine Vorgaben zur Organisation und Arbeit der Terminservicestellen gemacht.

Zentral für die Tätigkeit der Terminservicestellen war die Vorgabe, dass die Wartezeit auf einen Termin bei einer Fachärzt*in kürzer als vier Wochen sein muss. Sollte innerhalb dieser Frist keine Terminvergabe bei einer Fachärzt*in möglich sein, sollten die Terminservicestellen den Patient*innen einen Termin in einem Krankenhaus anbieten.

Die Erfahrungen mit den Terminservicestellen sind in der Rückschau allerdings ernüchternd. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Zahlen zu den Vermittlungswünschen (nicht Vermittlungen!) auf ihrer Homepage veröffentlicht (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020e). Anhand dieser Daten lässt sich für die Jahre 2016 bis 2018 die Zahl der Vermittlungswünsche darstellen. Zusätzlich ist eine Unterteilung nach ärztlichen und psychotherapeutischen Vermittlungswünschen möglich. In der nachfolgenden Tabelle sind die entsprechenden Werte wiedergegeben.

Tab. 14: Vermittlungswünsche über Terminservicestellen 2016 bis 2018

Jahr	Vermittlungswünsche über alle Ärzt*innen/ Psychotherapeut*innen	davon Vermittlungswünsche für Psychotherapien	Anteil Vermittlungswünsche für Psychotherapeut*innen
2016	105.378	0	0 %
2017	190.167	66.599	35 %
2018	254.538	105.270	41 %

Im Jahr 2016 nahmen die Terminservicestellen ihre Arbeit auf. Im ersten Jahr ihres Bestehens wurden gut 105.00 Vermittlungswünsche registriert. Bis 2018 stieg die Zahl auf fast 255.000 an.

Seit April 2017 werden auch psychotherapeutische Termine durch die Terminservicestellen vermittelt. Das erklärt die deutliche Zunahme der Vermittlungswünsche. Betrachtet man den

Anteil der Vermittlungswünsche für Psychotherapie an allen Vermittlungswünschen, dann sieht man für 2017 einen Anteil von 35 Prozent und für 2018 einen Anteil von 41 Prozent.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlicht auf ihrer Homepage Daten zur Verteilung der Honorare im sogenannten Honorarbericht (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020d). Dem Honorarbericht kann die Zahl der Behandlungsfälle in den Jahren 2016 bis 2018 entnommen werden. Aus den Daten sind die Behandlungsfälle für alle Ärzt*innen ohne Psychotherapeut*innen sowie für Psychotherapeut*innen erkennbar. Setzt man diese in Relation zu den Vermittlungswünschen über Terminservicestellen, so zeigt sich die quantitativ geringe Bedeutung der Vermittlungswünsche.

Tab. 15: Vermittlungswünsche über Terminservicestellen 2016 bis 2018 im Vergleich zu den Behandlungsfällen

Jahr	Ärzt*innen ohne Psychotherapeut*innen		Psychotherapeut*innen	
	Zahl der Behandlungsfälle	Anteil Vermittlungswünsche an Behandlungsfällen	Zahl der Behandlungsfälle	Anteil Vermittlungswünsche an Behandlungsfällen
2016	535.935.286	0,02 %	1.193.191	-
2017	539.452.213	0,02 %	1.248.019	5,3 %
2018	543.340.697	0,03 %	1.276.976	8,2 %

Bei den Ärzt*innen ohne Psychotherapeut*innen machten die Vermittlungswünsche über die Terminservicestelle im Jahr 2020 0,03 Prozent der Behandlungsfälle aus. Anders dagegen bei den Psychotherapeut*innen. Hier lag der Anteil der Vermittlungswünsche bei rund 8 Prozent der Behandlungsfälle.

Für Psychotherapeut*innen stellt die Terminvermittlung über die Terminservicestellen eine nicht zu vernachlässigende Größe dar. Für alle anderen Ärzt*innen war die Terminvermittlung über die Terminservicestellen vernachlässigbar.

Stiftung Warentest führte im Jahr 2019 bei allen Kassenärztlichen Vereinigungen eine Abfrage nach der telefonischen Erreichbarkeit der Terminservicestellen durch (Stiftung Warentest, 2020). Die nachfolgende Tabelle enthält die Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen. Zusätzlich wurde ermittelt, wie lange die Terminservicestellen werktätlich insgesamt erreichbar waren.

Tab. 16: Telefonische Erreichbarkeit der Terminservicestellen nach Kassenärztlicher Vereinigung

Kassenärztliche Vereinigung	Telefonische Erreichbarkeit	Wöchentliche Erreichbarkeit
Baden-Württemberg	Mo–Do: 8.00–16.00 Uhr, Fr: 8.00–12.00 Uhr	36 Stunden
Bayern	Mo, Di, Do: 8.00–17.00 Uhr, Mi und Fr: 8.00–13.00 Uhr	37 Stunden
Berlin	Mo–Fr: 9.00–15.00 Uhr	30 Stunden
Brandenburg	Mo, Fr: 9.00–12.00 Uhr Di, Do: 9.00–11.00 Uhr und 13.00–15.00 Uhr Mi: 12.30–15.30 Uhr	17 Stunden
Bremen	Mo–Do: 9.00–12.00 Uhr und 15.00–16.00 Uhr, Fr: 9.00–12.00 Uhr	19 Stunden
Hamburg	Mo–Fr: 9.00–13.00 Uhr, Do: 15.00–17.00 Uhr	22 Stunden
Hessen	Mo–Do: 9.00–16.00 Uhr, Fr: 9.00–14.00 Uhr	33 Stunden
Mecklenburg-Vorpommern	Mo–Do: 8.00–12.00 Uhr	16 Stunden
Niedersachsen	Mo–Fr: 8.00–18.00 Uhr	50 Stunden
Nordrhein	Mo–Fr: 8.00–12.00 Uhr und 15.00–17.00 Uhr	30 Stunden
Rheinland-Pfalz	Mo–Fr: 9.00–11.30 Uhr und 13.30–15.00 Uhr	20 Stunden
Saarland	Mo–Fr: 09.00–12.00 Uhr	15 Stunden
Sachsen	Mo–Fr: 8.30–12.30 Uhr, Mi: 14.00–17.00 Uhr	23 Stunden
Sachsen-Anhalt	Mo, Di, Do, Fr: 9.00–12.00 Uhr Mi: 13.00–15.00 Uhr	14 Stunden
Schleswig-Holstein	Mo, Di, Do: 8.00–12.00 Uhr, und 13.00–17.00 Uhr, Fr: 8.00–12.00 Uhr	28 Stunden
Thüringen	Mo–Fr: 9–12 Uhr und Di: 14.00–17.00 Uhr	18 Stunden
Westfalen-Lippe	Mo, Di, Do: 8.00–12.00 Uhr und 14.00–16.00 Uhr, Mi: 14.00–17.00 Uhr, Fr: 8.00–12.00 Uhr	25 Stunden

Die Terminservicestellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen waren nach Angaben der Abfrage von Stiftung Warentest an Werktagen unterschiedlich lange telefonisch erreichbar. Die kürzeste Erreichbarkeit je Woche lag in den Kassenärztlichen Vereinigungen von Sachsen-Anhalt (14 Stunden pro Woche) und Saarland vor (15 Stunden pro Woche). Die beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg und Bayern hatten die höchsten Erreichbarkeiten mit 36 bzw. 37 Stunden werktags.

6.3 Die Auswirkungen des Terminservice- und Versorgungsgesetzes auf den Sicherstellungsauftrag

Schon bald nach der ursprünglichen Einführung der Terminservicestellen war allen Beteiligten klar, dass sie ihre ursprüngliche Intention, die schnelle Vermittlung eines Termins bei einer Fachärzt*in, nicht erreichen würden. Daher hat die Politik reagiert und mit dem „Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung“ (Terminservice- und Versorgungsgesetz - TSVG) einen neuen Anlauf unternommen, dieses Ziel zu erreichen, und den Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit zu geben, ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen.

Das TSVG trat am 10. Mai 2019 in Kraft. Laut Amtlicher Begründung war es eines der Ziele des Gesetzes

„allen gesetzlich Versicherten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu ermöglichen, indem Wartezeiten auf Arzttermine verkürzt werden, das Sprechstundenangebot erweitert und die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen verbessert wird ...“ (Bundesregierung, 2019)

Mit anderen Worten: Den Kassenärztlichen Vereinigungen war es auch infolge des GKV-VSG nicht gelungen, ihren Sicherstellungsauftrag verlässlich und flächendeckend zu erfüllen. Daher waren erneute Änderungen am Sicherstellungsauftrag erforderlich.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurden die Regelungen zur Einrichtung der Terminservicestellen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen vom Gesetzgeber konkretisiert und erweitert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wurden verpflichtet, spätestens zum 1. Januar 2020 Terminservicestellen einzurichten, die für 24 Stunden täglich an sieben Tagen in der Woche unter einer bundesweit einheitlichen Telefonnummer erreichbar sein müssen. Das bedeutet, dass die Erreichbarkeit in der Woche bei 168 Stunden liegen muss. Das sind beispielsweise 131 Stunden mehr als bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, deren Terminservicestelle bislang mit 37 Stunden die höchste wöchentliche Erreichbarkeit alle Kassenärztlichen Vereinigungen hatte.

Die Verlängerung der Erreichbarkeitszeiten ist auch darin begründet, dass die Terminservicestellen durch das TSVG weitere Aufgaben erhalten haben, die auch eine Erreichbarkeit in der Nacht und am Wochenende erfordern.

In der nachfolgenden Tabelle sind die Aufgaben der Terminservicestellen gemäß GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und dem Terminservice- und Versorgungsgesetz gegenübergestellt.

Tab. 17: Aufgaben der Terminservicestellen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz und im Terminservice- und Versorgungsgesetz

§ 75 i.d.F. des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes	§ 75 i.d.F. des Terminservice- und Versorgungsgesetzes
Die Terminservicestelle hat Versicherten bei Vorliegen einer Überweisung zu einem Facharzt innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln;	Die Terminservicestelle hat 1. Versicherten innerhalb einer Woche einen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 zu vermitteln,
	2. Versicherte bei der Suche nach einem Hausarzt zu unterstützen, den sie nach § 76 Absatz 3 Satz 2 wählen möchten,
	3. Versicherten spätestens zum 1. Januar 2020 in Akutfällen auf der Grundlage eines bundesweit einheitlichen, standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens eine unmittelbare ärztliche Versorgung in der medizinisch gebotenen Versorgungsebene zu vermitteln.
einer Überweisung bedarf es nicht, wenn ein Behandlungstermin bei einer Augen-Frauenärzt*in zu vermitteln ist.	Für die Vermittlung von Behandlungsterminen bei einem Facharzt muss mit Ausnahme von Behandlungsterminen bei einer Augenärzt*in oder Frauenärzt*in und mit Ausnahme der Vermittlung in Akutfällen nach Satz 3 Nummer 3 eine Überweisung vorliegen; eine Überweisung muss auch in den Fällen des Satzes 11 Nummer 2 vorliegen.
Die Wartezeit auf den zu vermittelnden Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und dem vermittelten Facharzt muss zumutbar sein.	Die Wartezeit auf einen Behandlungstermin darf vier Wochen nicht überschreiten. Die Entfernung zwischen Wohnort des Versicherten und der vermittelten Ärzt*in muss zumutbar sein.
Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 4 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten;	Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 5 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten;

Die beiden neu hinzugekommenen Aufgaben betreffen die Vermittlung einer Hausärzt*in für einen Versicherten und die unmittelbare Vermittlung zur ärztlichen Versorgung bei Akutfällen.

Weitere Maßnahmen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sind:

- Das Mindestsprechstundenangebot der Vertragsärzt*innen wurde von 20 auf 25 Stunden erhöht.

- Es wurden sogenannte „Offene Sprechstunden“ eingeführt. Dabei handelt es sich um Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung. Ausgewählte Fachärzt*innen (u. a. Augenärzt*innen, Hautärzt*innen oder Orthopäd*innen) müssen 5 Stunden des Mindestsprechstundenangebots pro Woche als Offene Sprechstunde anbieten.
- Damit Patient*innen, die erstmals oder erstmals nach zwei Jahren eine Ärzt*in in einer Praxis aufsuchen, einen Termin erhalten, gibt es Sonderregelungen.

Schließlich sollen Hausärzt*innen für erfolgreiche Terminvermittlungen bei der Fachärzt*in finanziell belohnt werden.

6.4 Vergütungsregelungen und ihre Probleme

6.4.1 Die grundsätzliche Problematik der Vergütungsregelungen

Die unterschiedlichen Regelungen im Terminservice- und Versorgungsgesetz sind verbunden mit finanziellen Anreizen. Damit soll sichergestellt werden, dass die beabsichtigten Steuerungswirkungen auch eintreten.

In der ersten Beratung des von der Bundesregierung eingebrachten Entwurfs des Terminservice- und Versorgungsgesetzes sagte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn:

„Wenn es jetzt darum geht, Termine schneller und besser möglich zu machen, sehen wir im Gesetzentwurf – das zu sagen, sei mir gestattet; das geht nämlich, wenn ich manche Pressemitteilungen sehe, auch heute wieder, etwas unter – auch umfangreiche Verbesserungen bei der Vergütung vor: Für die Annahme neuer Patienten und für eine schnellere Terminvergabe wird es in Zukunft zusätzlich Geld geben. Es soll sich natürlich auch lohnen. Es soll niemand bestraft werden, wenn es darum geht, neue Patienten anzunehmen. Es gibt zusätzlich eine Vergütung für die Hilfe bei der Vermittlung eines Facharzttermins für den Hausarzt.“ (Deutscher Bundestag, 2018, S. 8222)

Oder mit anderen Worten: Damit die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren langjährigen gesetzlich vorgegebenen Auftrag zur Sicherstellung der Versorgung einhalten, erhalten die Ärzt*innen einen (zusätzlichen) finanziellen Anreiz.

Ein grundsätzliches Problem der Vergütungsregelungen hat der Bundesverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V. in seiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz, TSVG) angesprochen:

„Warum sollen Leistungen, die im Rahmen der ärztlichen Ethik selbstverständlich sind, extra vergütet werden? Die Vermittlung eines dringend notwendigen Facharzttermins

oder der Annahme eines Notfalls außerhalb einer Terminvereinbarung sind selbstverständlich.“ (Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V., 2018, S. 4)

Ein weiteres Problem besteht darin, dass es durch die neuen Vergütungsregelungen eine Doppelfinanzierung von schon bestehenden Leistungen geben wird. Hintergrund ist, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung als Ausgabenobergrenze für die vertragsärztliche Versorgung vereinbaren. Die Gesamtvergütung wird im Voraus festgelegt. Damit sind alle Vergütungsansprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen gegen die Krankenkassen abgegolten. Die im Folgenden darzustellenden Vergütungsregelungen, die durch das TSVG in das SGB V Eingang gefunden haben, vergüten in den meisten Fällen schon Sachverhalte, die ohnehin von den Vertragsärzt*innen zu erfüllen waren.

6.4.2 Vermittlung von Terminfällen über die Terminservicestellen

Die Ärzt*innen, die einen von den Terminservicestellen vermittelten Terminfall behandeln, erhalten einen Zuschlag auf ihre Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Höhe von:

- 50 Prozent bei einem Termin innerhalb von 8 Tagen
- 30 Prozent bei einem Termin innerhalb von 9-14 Tagen
- 20 Prozent bei einem Termin innerhalb von 15-35 Tagen.

Zusätzlich werden alle Leistungen für diese Patient*innen pro Behandlungsquartal extrabudgetär vergütet. Das bedeutet, dass diese Leistungen zu einem festen Preis vergütet werden und ohne Mengenbegrenzung.

Durch diese durch das TSVG geschaffene Regelung wird deutlich, dass eine „zeitnahe Zurverfügungstellung der vertragsärztlichen Versorgung“ (§ 75 Abs. 1a SGB V) nicht oder nicht immer erreicht wurde. Die Kassenärztlichen Vereinigungen konnten somit ihren Sicherstellungsauftrag nur unzureichend wahrnehmen.

Damit der Sicherstellungsauftrag dazu führt, dass die Patient*innen eine zeitnahe ambulante Versorgungsmöglichkeit erhalten, wurden zum einen Terminservicestellen eingerichtet, die eine Vermittlungstätigkeit übernehmen, zum anderen ein finanzieller Anreiz für die behandelnden Ärzt*innen.

Allerdings gilt es hier, die Argumentation des AOK-Bundesverbandes in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes zu bedenken:

„Vertragsärztliche Leistungen, welche aufgrund einer Vermittlung durch die Terminservicestelle erbracht werden, unterscheiden sich nicht von einer

vertragsärztlichen Leistungserbringung aufgrund einer Vermittlung bzw. Überweisung durch einen Vertragsarzt oder auch durch eine vom Patienten selbst angestoßene Eigeninitiative. Insofern führt die Regelung zu einer Disparität mit der Folge, dass eine Vermittlung durch die Terminservicestelle finanziell stärkere Anreize setzt.“ (AOK Bundesverband, 2018, S. 74)

Die Vertragsärzt*innen, die einen Patient*innen über die Terminservicestelle vermittelt bekommen, erhalten somit eine höhere Vergütung als die Ärzt*innen, bei denen die Patient*innen unmittelbar einen Termin erhalten bzw. in die Sprechstunde kommen – auch bei gleicher Leistung. Damit wird der Sicherstellungsauftrag in gewisser Weise umdefiniert.

Durch die Terminvergabe über die Terminservicestellen wird außerdem die freie Arztwahl der Patient*innen eingeschränkt: Die Patient*in ist gezwungen, um eine zeitnahe Versorgung zu erhalten, zu der Ärzt*in zu gehen, die einen freien Termin hat und nicht zu der Ärzt*in, der er vertraut. Aufgrund der Bedarfsplanung im Vertragsarztbereich kann als weitere Schwierigkeit hinzukommen, dass die der Patient*in genannte Ärzt*in nicht in der unmittelbaren Umgebung der Patient*in praktiziert. Damit könnten noch Wegezeiten auf die Patient*in zukommen.

6.4.3 Vermittlung von Akutfällen über die Terminservicestellen

Die Ärzt*innen, die einen von den Terminservicestellen vermittelten Akutfall behandeln, erhalten einen Zuschlag in Höhe von 50 Prozent auf ihre Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale. Voraussetzung ist, dass der vermittelte Termin innerhalb von 24 Stunden, spätestens bis Ende des Folgetages wahrgenommen wird. Auch hier werden alle Leistungen für diese Patient*in im Behandlungsquartal extrabudgetär vergütet.

Voraussetzung für die Abrechnung ist das Vorliegen eines sogenannten TSS-Akutfalles. Ein solcher Fall liegt vor, wenn eine Patient*in, der wegen akuter Beschwerden eine Terminservicestelle anruft, mittels eines standardisierten medizinischen Ersteinschätzungsverfahrens in die adäquate Versorgungsebene vermittelt wird, sei es im niedergelassenen Bereich oder im Krankenhaus.

In der Amtlichen Begründung zum Terminservice und Versorgungsgesetz heißt es dazu:

„Hierdurch soll insbesondere auch einer zunehmenden Fehlanspruchnahme der Notfallambulanzen in Krankenhäusern entgegengewirkt werden. So ist die Versorgungslage in Notfällen aktuell durch eine wachsende Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und eine geringere Inanspruchnahme des durch die niedergelassenen Ärzte organisierten Notdienstes gekennzeichnet. Insbesondere auch während der regulären Öffnungszeiten vertragsärztlicher (Facharzt-) Praxen suchen

Versicherte zunehmend öfter Notfallambulanzen auf, obwohl sie sich teilweise auch an niedergelassene Ärzte wenden könnten und müssten. Folge ist, dass insbesondere die stationären Notfalleinrichtungen eine steigende Überlastung beklagen. Dieser Entwicklung soll mit einer verbesserten Patientensteuerung in die richtige Versorgungsebene durch die Terminservicestellen begegnet werden. Die Terminservicestellen vermitteln daher nunmehr auf der Grundlage eines strukturierten Ersteinschätzungsverfahrens entweder in eine offene Arztpraxis, eine Portal- bzw. Bereitschaftsdienstpraxis oder im Bedarfsfall in eine Notfallambulanz (sog. Triage).“ (Bundesregierung, 2019)

Durch das TSVG wird explizit im Sozialrecht unterschieden zwischen „Akutfall“ und „Notfall“:

„Akutfälle nach § 75 Absatz 1a Satz 3 Nummer 3 sind keine Notfälle im Sinne der ständigen Rechtsprechung des BSG. Die Notfallversorgung beschränkt sich demnach auf die Erstversorgung, insbesondere um Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbare Schmerzen der Patienten zu begegnen...“ (Bundesregierung, 2019)

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen umfasst gemäß § 75 Abs. 1b SGB V nicht nur die vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst), sondern auch die komplette ambulante Versorgung zu den Sprechstundenzeiten der Praxen. Durch die amtliche Begründung des TSVG und die dortigen Regelungen wird deutlich, dass der Gesetzgeber ein Versagen der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages sieht. Es ist den Kassenärztlichen Vereinigungen nicht gelungen, den Patient*innen deutlich zu machen, dass auch in den Sprechstundenzeiten die Notfallversorgung durch die Vertragsärzt*innen erfolgt. Durch die „Abstimmung mit den Füßen“ der Patient*innen hin zu den Notaufnahmen der Krankenhäuser übernehmen diese einen erheblichen Teil der Notfallversorgung – sowohl zu den Sprechstundenzeiten als auch außerhalb der Sprechstundenzeiten.

Gemäß Statistischem Bundesamt haben die Krankenhäuser im Jahr 2018 rund 10,6 Millionen ambulante Notfallbehandlungen von GKV-Patient*innen durchgeführt. Betrachtet man die Daten, dann erkennt man, dass in den beiden Stadtstaaten Berlin und Hamburg besonders viele ambulante Notfallbehandlungen im Jahr 2018 in Krankenhäusern erfolgten. In diesen Gebieten mit hoher Arztdichte wäre es für die Patient*innen einfach gewesen, eine Vertragsärzt*in für die Notfallbehandlung aufzusuchen. Stattdessen wurden hier sowohl viele ambulante Notfälle absolut als auch in Relation zur Bevölkerungszahl in Krankenhäusern behandelt. Die Krankenhäuser übernehmen hier ersatzweise die Rolle der Vertragsärzt*innen.

Der Gesetzgeber versucht, für die Sprechstundenzeiten über die Vermittlung von Akutfällen durch die Terminservicestellen gegenzusteuern und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu ermöglichen, ihre Aufgabe der Sicherstellung der ambulanten Versorgung zu erfüllen.

Durch die Vergütungsregelungen bei Akutfällen liegen unterschiedliche Vergütungskonstellationen vor, die auch zu unterschiedlich hohem Honorar führen. Die Vergütung der Behandlung eines Akutfalles hängt vom Zeitpunkt (innerhalb / außerhalb der Sprechstundenzeit) und der Einschaltung der Terminservicestelle ab. Bei einer gleichen Erkrankung kann es zu unterschiedlich hohen Honorierungen kommen.

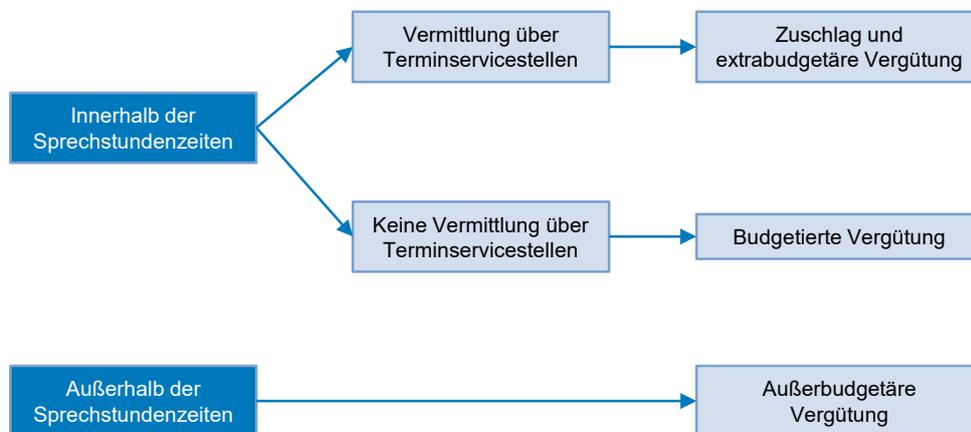


Abb. 14: Vergütungskonstellationen bei Akutfällen

Der Gesetzgeber ordnet die Vergütung von Akutfällen, welche durch Krankenhäuser versorgt werden, dem jeweiligen fachärztlichen Budgets zu und es wird eine Vergütung außerhalb des Abschnitt 1.2 EBM vorgenommen. Zumindest aus ordnungspolitischer Sicht wurde damit eine Trennung im Hinblick auf Patient*innen sowie zugeordneter Vergütung vorgenommen. Die Folge ist damit: Rufen die Patient*innen die TSS an und schickt diese sie in die Notaufnahme handelt es sich um einen Akutfall; gehen die Patient*innen mit identischer Symptomatik direkt in die Notaufnahme wäre dies – leistungsrechtlich – ein Notfall.

Für Krankenhäuser gibt es damit zwei unterschiedliche Vergütungen, auch bei gleicher Symptomatik der Patient*innen:

- Vergütung eines Akutfalles, also eine Vergütung, die neben den diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen auch die fachgruppenspezifische Grundpauschale und den Zuschlag beinhaltet;

- Vergütung eines Notfalles, also eine Vergütung, die neben den diagnostischen und/oder therapeutischen Leistungen auch die Vergütung nach Abschnitt 1.2 EBM beinhaltet.

Die Vergütung eines Akutfalles ist höher als die Vergütung eines Notfalles.

Damit Krankenhäuser die höhere Vergütung erhalten können, ist sowohl eine Vermittlung durch die Terminservicestelle erforderlich als auch die Kenntnis darüber, dass ein Akutfall vermittelt wurde. Allerdings ist die Art und Weise der Informationsweitergabe von der Terminservicestelle an die Krankenhäuser gesetzlich nicht geregelt.

Unabhängig von den kritisierbaren Steuerungswirkungen, die von einer solchen ungleichen Vergütung von gleichen Sachverhalten ausgehen, kann man festhalten, dass der Gesetzgeber davon ausgeht, dass nur eine zusätzliche Vergütung zu einer Erfüllung des Sicherstellungsauftrages führen kann. Die nunmehrigen Finanzierungsregelungen finanzieren Sachverhalte im vertragsärztlichen Bereich, die eigentlich über die Gesamtvergütung schon vergütet worden sind.

6.4.4 Terminvermittlung durch die Hausärzt*in bei einer Fachärzt*in

Bei einer Terminvermittlung durch die Hausärzt*in zu einer Fachärzt*in erhält die Hausärzt*in eine Vergütung je Vermittlung in Höhe von 10,07 Euro. Voraussetzung ist, dass der Termin innerhalb von vier Tagen nach der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit durch die Hausärzt*in liegt.

Für die behandelnde Fachärzt*in erfolgt die Vergütung der Leistungen für diese Patient*innen im Behandlungsquartal extrabudgetär.

Problem ist hier, dass die Versichertenpauschale für die Hausärzte im EBM (GOP 03000) diese Leistung schon enthält. Im fakultativen Leistungsinhalt der Versichertenpauschale ist die Koordination diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen auch mit anderen behandelnden Ärzt*innen enthalten. Die entsprechende Leistung wird damit schon mit der von den Krankenkassen vereinbarten Gesamtvergütung finanziert.

Demzufolge schrieb der AOK-Bundesverband in seiner Stellungnahme zum Referentenentwurf des Terminservice- und Versorgungsgesetzes auch folgendes:

„Die Vermittlung eines Behandlungstermins durch einen Hausarzt ist bereits heute ein grundsätzlicher Bestandteil seiner koordinativen Aufgaben und folglich im Rahmen der zu leistenden Gesamtvergütung durch die gesetzlichen Krankenkassen ausfinanziert. Darüber hinaus sind gemäß § 87 Absatz 2b Satz 3 Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen Bestandteil der Versichertenpauschalen. Die gemäß § 87

Abs. 2b Satz 4 und 5 beabsichtigte Zuschlagsregelung für die erfolgreiche Vermittlung eines Behandlungstermins nach § 73 Absatz 1 Satz 2 Nummer 2 ist grundsätzlich nachvollziehbar und sollte aus den bestehenden Mitteln der bereitgestellten Gesamtvergütung finanziert werden.“ (AOK Bundesverband, 2018, S. 75)

Für die zusätzliche Vergütung der Hausärzt*innen für eine Terminvermittlung erfolgt keine Bereinigung der Gesamtvergütung. Daher werden Terminvermittlungen doppelt finanziert, einmal über den Zuschlag für die vermittelnde Hausärzt*in und einmal über die Versichertenpauschale. Dadurch erhält die Vermittlung über die Terminservicestelle einen finanziellen Anreiz, der dazu führen könnte, dass die Behandlungskaskade Hausärzt*in – Fachärzt*in durch die Behandlungskaskade Hausärzt*in-Terminservicestelle-Fachärzt*in abgelöst wird – allein aus finanziellen Gründen (AOK Bundesverband, 2018).

6.4.5 Offene Sprechstunden

Für die Patient*innen, die in die Offene Sprechstunde kommen und behandelt werden, erfolgt eine extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsquartal. Maximal können 17,5 Prozent aller Arztgruppenfälle der jeweiligen Arztgruppe einer Arztpraxis über Offene Sprechstunden abgerechnet werden. Von dieser Regelung sind nur grundversorgende Fachärzt*innen betroffen.

Durch § 24 Abs. 2 Zulassungsverordnung Vertragsärzte werden die Vertragsärzt*innen verpflichtet, Sprechstunden zu halten. Konkretisiert wird diese Verpflichtung in § 17 Abs. 1a Bundesmantelvertrag Ärzte. In der bis zum April 2020 geltenden Fassung wurde den Vertragsärzt*innen aufgegeben, dass sie bei einem vollen Versorgungsauftrag persönlich mindestens 20 Stunden wöchentlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung stehen müssen.

Durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz wurde das Mindestsprechstundenangebot von grundversorgenden Vertragsärzten von 20 auf 25 Stunden erhöht. Die entsprechende Regelung im Bundesmantelvertrag Ärzte wurde im April 2020 angepasst. Die Offenen Sprechstunden für ausgewählte Arztgruppen können unter das Mindestsprechstundenangebot pro Woche fallen.

Sofern die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebotes von 20 auf 25 Stunden für die Offene Sprechstunde mit ihren 5 Wochenstunden eingesetzt wird, stellt die zusätzliche Vergütung der Offenen Sprechstunde einen reinen Mitnahmeeffekt dar.

Um die mögliche Höhe der Mitnahmeeffekte einschätzen zu können, benötigt man Informationen darüber, wie lange die Vertragsärzt*innen im Durchschnitt ihre Praxen für Sprechstunden geöffnet haben. Hierzu liegen zwei Untersuchungen aus dem Jahr 2018 vor.

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland hat 2018 eine Studie zu den „Öffnungs- und Betriebszeiten sowie Arbeitszeiten in Praxen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten“ veröffentlicht.

In der Untersuchung werden Öffnungszeiten der Praxen definiert als diejenigen Zeiten, in denen Patient*innen in den Praxisräumen versorgt werden. Das schließt auch Zeiten ein, in denen keine Ärzt*in in der Praxis anwesend ist. Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland weist deshalb auch darauf hin, dass die von ihnen ermittelte Kennzahl „Öffnungs-/Sprechzeit“ weiter gefasst ist als die reine Sprechstundenzeit.

Danach liegen die wöchentlichen Öffnungszeiten je Praxis im ZI-Praxis-Panel im Jahr 2015 bei durchschnittlich 33,5 Stunden über alle Fachgruppen. Ergänzt wird diese Angabe über den Mittelwert noch durch die Verteilung der Öffnungszeiten über alle Arztgruppen:

„2,0 % der Praxen weisen Öffnungszeiten von weniger als 20 Stunden pro Woche auf. Für 98 % der Praxen liegen die Öffnungszeiten somit bei mindestens 20 Stunden pro Woche. 10,3 % der Praxen weisen Öffnungszeiten von weniger als 25 Stunden pro Woche auf. Somit liegen für 89,7 % der Praxen die Öffnungszeiten bei mindestens 25 Stunden pro Woche. Am häufigsten sind Öffnungszeiten von 30 bis unter 35 Stunden pro Woche, die von 27,8 % der Praxen angegeben werden.“ (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, 2018, S. 18)

Damit haben 10,3 Prozent aller Ärzt*innen Öffnungszeiten, die unter 25 Wochenstunden liegen. Allerdings stellen das nur Angaben über alle Arztgruppen dar. Die Vergütungsregelungen für die Offenen Sprechstunden gelten allerdings nur für die grundversorgenden und der wohnortnahen Patient*innenversorgung zugehörigen Fachärzt*innen.

Die Untersuchung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland unterscheidet auch zwischen Arztgruppen. In der nachfolgenden Tabelle sind die Fachbereiche des ZI-Praxispanels und die zur grundversorgenden und der wohnortnahen Patient*innenversorgung zugehörigen Fachärzt*innen gegenübergestellt. Es zeigen sich große Überschneidungen zwischen den Fachärztlichen Bereichen I und II sowie dem Neurologisch-psychiatrischen Bereich und den Fachärzt*innen, die gemäß Terminservice- und Versorgungsgesetz eine Offene Sprechstunde anbieten müssen. Aus diesem Grunde werden die Angaben der ZI-Untersuchung zu diesen drei Fachbereichen hier herangezogen.

Tab. 18: Zuordnung der grundversorgenden und wohnortnahen Patient*innenversorgung zugehörigen Fachärzt*innen zu den Fachbereichen im ZI-Praxis-Panel

Definition der Fachbereiche im ZI-Praxis-Panel 2016	Grundversorgende und der wohnortnahen Patient*innenversorgung zugehörige Fachärzt*innen mit Offener Sprechstunde
Fachärztlicher Bereich I	
Anästhesiologie	
Augenheilkunde	Augenärzt*innen
Dermatologie	Hautärzt*innen
Gynäkologie	Gynäkolog*innen
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde*	HNO-Ärzt*innen
Physikalische und rehabilitative Medizin	
Fachärztlicher Bereich II	
Neurochirurgie	Neurochirurg*innen
Nuklearmedizin	
Orthopädie	Orthopäd*innen
Radiologie	
Urologie	Urolog*innen
Neurochirurgie	Neurochirurg*innen
Neurologisch-psychiatrischer Bereich	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Kinder- und Jugendpsychiater*innen
Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie	Nervenärzt*innen
Neurologie	Neurolog*innen
Psychiatrie	Psychiater*innen

Die durchschnittliche wöchentliche Öffnungszeit über alle Arztgruppen lag bei 33,5 Stunden. Die drei hier betrachteten Fachgruppen weisen vergleichbar hohe durchschnittliche Öffnungszeiten auf. Der Fachärztliche Bereich II hat im Mittel eine Stunde längere Öffnungszeiten als der Durchschnitt aller Ärzt*innen (vgl. Tab. 19)

Tab. 19: Fachbereiche im ZI-Praxis-Panel und wöchentliche Öffnungszeiten in Stunden

Definition der Fachbereiche im ZI-Praxis-Panel 2016	Wöchentliche Öffnungszeiten in Stunden
Alle Fachbereiche	33,5
Fachärztlicher Bereich I	33,3
Fachärztlicher Bereich II	34,8
Neurologisch-psychiatrischer Bereich	33,9

Für die Fachbereiche wird keine Verteilung der Öffnungszeiten nach Wochenstunden berichtet. Nimmt man für die Fachbereiche eine ähnliche Verteilung an wie für die Verteilung über alle Arztgruppen, dann dürfte die überwiegende Mehrheit der Ärzt*innen schon vor der Einführung der Offenen Sprechstunde Öffnungszeiten von mehr als 25 Stunden pro Woche gehabt haben.

Für diese Ärzt*innen stellen die Vergütungsregelungen für die Offene Sprechstunde Mitnahmeeffekte dar. Die Vergütungsregelung belohnt die Fachärzt*innen dafür, dass sie mindestens 5 Stunden des Mindestsprechstundenangebotes von 25 Stunden pro Woche ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten müssen. Durch die Umwandlung von 5 Stunden Terminsprechstunde in eine Sprechstunde ohne Terminvereinbarung können die betroffenen Arztpraxen ihre Vergütung steigern. Eine Verbesserung für die Patient*innen ergibt sich allenfalls in einem geringen Umfang. Die Auswirkungen auf die Sicherstellung der Versorgung sind marginal.

Eine weitere Untersuchung zu den Sprechstundenzeiten wurde im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes von FORSA durchgeführt. Es wurden 700 Haus- und Kinderärzt*innen sowie 700 Fachärzt*innen (Augenärzt*innen, Orthopäd*innen, Gynäkolog*innen und HNO-Ärzt*innen) telefonisch nach ihren Sprechzeiten (inkl. Hausbesuchen) befragt. (GKV-Spitzenverband, 2018)

Tab. 20: Wesentliche Ergebnisse der FORSA-Umfrage zu den Sprechzeiten von Grundversorgenden und der wohnortnahen Patient*innenversorgung zugehörigen Fachärzt*innen

Ärzt*innen	Anzahl wöchentliche Sprechstunden in Arztpraxen mit Vollzulassung	Anteil Praxen mit Vollzulassung mit weniger als 25 Sprechstunden pro Woche	Anteil Praxen mit Vollzulassung, die in den Sprechstunden für GKV-Patient*innen Privatpatient*innen behandeln
Alle	29,0	25	99
Augenärzt*innen	28,2	30	96
Gynäkolog*innen	29,2	21	99
HNO- Ärzt*innen	27,2	28	99
Orthopäd*innen	28,2	26	97

Die durchschnittliche Sprechstundenzeit (inkl. Hausbesuche) lag bei den grundversorgenden und der wohnortnahen Patient*innenversorgung zugehörigen Fachärzt*innen zwischen 27 Stunden bei den HNO-Ärzt*innen und 29 Stunden bei den Gynäkolog*innen. Es stellte sich aber auch heraus, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der Ärzt*innen weniger als 25 Stunden pro Woche Sprechzeiten anbietet. Für diese Ärzt*innen stellt die Erhöhung der Mindestsprechstundenzeit und die Verpflichtung, 5 Stunden davon als Offene Sprechstunde anzubieten, einen erhöhten Aufwand dar. Für alle anderen Ärzt*innen, die schon zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 25 Stunden Sprechzeit pro Woche angeboten haben, liegt kein erhöhter Aufwand vor. Hier können Mitnahmeeffekte entstehen, sofern termingebundene Sprechzeiten umgewandelt werden in Offene Sprechstunden.

„99 Prozent aller befragten Ärzte gaben an, während der Sprechstunden, die sie als Behandlungszeit für GKV-Versicherte angegeben haben, auch Privatversicherte zu behandeln. Das ist kritisch zu sehen. Wer nur die Mindestsprechstundenzahl pro Woche anbietet, darf in der Zeit den gesetzlich Versicherten selbstverständlich keine Privatleistungen verkaufen oder Privatversicherte behandeln. Für private Zusatzgeschäfte müssen zusätzliche Termine und Sprechstunden angeboten werden.“
(GKV-Spitzenverband, 2018)

Die beiden Untersuchungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland und von FORSA legen nahe, dass es durch die zusätzliche Finanzierung von Offenen Sprechstunden bei einem Teil der Ärzt*innen Mitnahmeeffekte geben könnte. Eine ohnehin finanzierte Leistung wird durch die Umwandlung von termingebundenen

Sprechstunden zu Offenen Sprechstunden zusätzlich vergütet, ohne dass es zu einer merklichen Verbesserung der Patientenversorgung kommt.

In der „Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes zur Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit am 22.08.2018“ heißt es dazu:

„Die Einführung der offenen Sprechstunde für Patienten mit Überweisungsschein bei Arztgruppen der grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung wird grundsätzlich begrüßt, ist aus Sicht des AOK-Bundesverbandes aber keine zwingende Notwendigkeit. Die Möglichkeit der Erreichbarkeit von Ärzten, insbesondere der grundversorgenden Patientenversorgung, durch Versicherte ohne vorherige Terminvereinbarung sollte bereits heute eine Selbstverständlichkeit in der vertragsärztlichen Versorgung darstellen und mit den jährlich ca. 37 Milliarden Euro, die die Gesetzliche Krankenversicherung für die ambulante ärztliche Versorgung bezahlt, auskömmlich gegenfinanziert sein.

Darüber hinaus wirkt die Förderung, vor dem Hintergrund, dass eine Vielzahl an Ärzten bereits aktuell mehr als 20 Stunden pro Woche Sprechstunden anbietet, tendenziell als reiner Mitnahmeeffekt ohne reale Steuerungswirkung. Mithin birgt es das Risiko, dass sämtliche Versicherten- und Grundpauschalen ab dem Erreichen eines Schwellenwerts extrabudgetär zu vergüten sind. Offene Sprechstunden werden somit ggf. gezielt vergütungsanreizorientiert eingesetzt.“ (AOK Bundesverband, 2018, S. 67)

Der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen sieht ohnehin eine angemessene und zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung vor. Dafür erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen eine Gesamtvergütung von den Krankenkassen. Durch die durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz eingeführte Vergütungsregelung der Offenen Sprechstunde wird die zeitnahe Zurverfügungstellung der fachärztlichen Versorgung noch einmal, also zusätzlich finanziert. Eine Verbesserung der Sicherstellung der Versorgung ist durch diese Maßnahmen nicht zu erwarten.

6.5 Zwischenfazit und Rolle der Krankenhäuser

Die bisherigen Erfahrungen mit dem Versuch, die Wartezeiten der Patient*innen – insbesondere aus der GKV – auf einen Facharzttermin zu reduzieren, sind ernüchternd. Inwieweit die Kombination aus Ausbau der Terminservicestellen und Vergütungsanreizen zu einer Verbesserung der Situation führen wird, ist noch nicht absehbar. Die bei den Versicherten wenig bekannte Telefonnummer „116117“ (vgl. 4.3.1) sowie die geringen bzw. möglicherweise falschen Steuerungswirkungen, die von den Vergütungsregelungen ausgehen, lassen aber befürchten, dass es nicht zu einem Durchbruch bei der Terminvergabe kommen könnte.

Eine Möglichkeit, dass die Patient*innen einen schnelleren Termin bei einer Fachärzt*in erhalten, deutet das SGB V in § 75 Abs. 1a SGB V an:

Kann die Terminservicestelle keinen Behandlungstermin bei einem Leistungserbringer nach § 95 Absatz 1 Satz 1 innerhalb der Frist nach Satz 5 vermitteln, hat sie einen ambulanten Behandlungstermin in einem zugelassenen Krankenhaus anzubieten.

Die Krankenhäuser werden hier, wie auch schon in der ambulanten Notfallbehandlung, als Ausweg für die Nichteinhaltung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen angesehen.

In strukturschwachen Gebieten haben die Krankenhäuser in vielen Fällen schon die fachärztliche Versorgung der Bevölkerung übernommen. In diesen Regionen erfolgt eine zeitnahe und vor allem auch ortsnahe Versorgung durch die Vertragsärzt*innen nur noch sehr unzureichend. Problem für die Krankenhäuser ist zum einen die Ermächtigung zur Erbringung dieser Leistungen, zum anderen die Vergütung der Leistungen. Beide Faktoren sind Hemmschuhe bei einer umfassenderen fachärztlichen Versorgung durch die Krankenhäuser in strukturschwachen Gebieten.

Die Ersatzfunktion der Krankenhäuser in den anderen Regionen, wo sie nur bei Nichtfunktionieren des vertragsärztlichen Bereichs einspringen können, sorgt nicht für Planungssicherheit. Damit die vorhandenen fachärztlichen Kapazitäten in den Krankenhäusern auch für ambulante Leistungen anstelle des vertragsärztlichen Bereichs verwendet werden können, müssen Strukturen aufgebaut werden, wie verlässliche Sprechstundenzeiten oder den Ausweis und die Ausstattung von Ambulanzzimmern. Bei einem Einsatz lediglich auf „Zuruf“ von den Terminservicestellen fehlen die Nachhaltigkeit und die Kontinuität des Einsatzes.

7 Mangelnde Transparenz

Während Interessenvertreter der Leistungserbringer, Politik und Wissenschaft noch keinen Konsens darüber gefunden haben, welche Qualitätsdaten von Leistungserbringern sinnvollerweise veröffentlicht werden sollten, hat die Bevölkerung bereits eine eindeutige Meinung.

Eine repräsentative Umfrage der Bertelsmann Stiftung ergab 2015, dass 91 Prozent der Befragten einer gesetzlichen Verpflichtung zur verständlichen Veröffentlichung der Qualitätsdaten von Ärzt*innen und anderen Leistungserbringern zustimmten (Etgeton & Strotbek, 2020).

Hierfür sprechen zwei wesentliche Gründe: Zum einen glaubten die Befragten (81 %), dass ihnen die Offenlegung von Qualitätsdaten bei der Suche nach einem passenden Leistungserbringer helfen könnte (Schwenk & Schmidt-Kaehler, 2016), zum anderen wird damit die Grundlage geschaffen, um fundierte Aussagen zu Unterschieden in den ambulanten Leistungen zwischen dem ambulanten und stationären Sektor treffen zu können.

In der Konsequenz verhindert ein Mangel an Datentransparenz aus dem ambulanten Sektor ebenfalls grundlegend eine passgenaue Bedarfsdefinition, da die tatsächlichen Inanspruchnahmen und die Probleme in der Sicherstellung von ambulanten Versorgungsleistungen anhand der momentan zur Verfügung stehenden Daten nicht transparent ermittelt werden kann (Etgeton & Strotbek, 2020).

Ebenso können die Effekte von politischen Steuerungsmaßnahmen und den umgesetzten Reformen im Einzelnen nicht aussagekräftig evaluiert werden. Dies führt dazu, dass zukünftige Maßnahmen nur hypothetisch und nicht empirisch fundiert angepasst werden können.

Darüber hinaus ermöglicht die Veröffentlichung der Qualitätsdaten einen Qualitätswettbewerb der letztlich zu einer verbesserten Versorgung führen könnte.

7.1 Leistungstransparenz durch die Krankenhausstatistik-Verordnung

Durch die Krankenhausstatistik-Verordnung werden die Krankenhäuser zu einer umfangreichen Datenlieferung an die jeweiligen Statistischen Landesämter verpflichtet. Durch Veröffentlichungen und Analysen der Statistischen Landesämter herrscht eine große Transparenz über die Leistungserbringung der Krankenhäuser. Die Daten können – auch über Sonderauswertungen – für wissenschaftliche und politische Zwecke verwendet werden, so etwa für eine angemessene und bedarfsgerechte medizinische Versorgung über die Morbidität der Bevölkerung.

Die Krankenhausstatistik-Verordnung gilt nur für stationäre Einrichtungen. Ein Pendant für die vertragsärztliche Versorgung fehlt, so dass nur ein unvollständiger Überblick über die Morbidität etwa auf Kreisebene möglich ist.

Die Krankenhausstatistik-Verordnung wurde im Juli 2017 geändert. Durch diese Änderung kamen auf die Krankenhäuser umfangreiche neue Datenerhebungen und -lieferungen zu. Unter den Änderungen befanden sich auch neue und differenziertere Angaben der Krankenhäuser zu ihrer ambulanten Leistungserbringung.

Die Krankenhäuser mussten erstmalig für das Datenjahr 2018 u. a. folgende zusätzliche Angaben an die Statistischen Landesämter übermitteln:

- Ambulante Behandlung von Notfällen gem. den EBM-Ziffern 01210, 01212, 01205, 01207
- Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V
- Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V (alt)

In der Amtlichen Begründung werden die Änderungen wie folgt begründet:

„Die Zunahme ambulanter Behandlungsmöglichkeiten und die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung haben bereits in der Vergangenheit zu Leistungsverschiebungen beigetragen, die differenzierter erfasst werden müssen.“
(Zweite Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung, 2017)

Diese Begründung ist in mehrfacher Hinsicht problematisch. Hintergrund ist, dass ausschließlich die ambulanten Fallzahlen der Krankenhäuser flächendeckend veröffentlicht werden. Damit fehlt ein Überblick über die entsprechende Leistungserbringung der Vertragsärzt*innen. Eine differenzierte Betrachtung ist durch eine ausschließlich krankenhausbezogene Transparenz nur schwerlich möglich.

Ob und inwieweit es Leistungsverschiebungen gegeben hat, kann durch eine Betrachtung lediglich der ambulanten Krankenhausfälle nicht beurteilt werden. So könnten sich etwa die gesamten Fallzahlen der in Rede stehenden Leistungen erhöht haben. Sollten die Krankenhäuser nur dieser Entwicklung gefolgt sein, hätte es keine Leistungsverschiebung zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzt*innen gegeben.

Zwar veröffentlicht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (wie auch die meisten Kassenärztlichen Vereinigungen) regelmäßig Daten zur ambulanten Leistungserbringung wie die Behandlungsfallzahlen oder die Honorarentwicklung. Allerdings sind diese Angaben nicht so spezifisch wie die Angaben der Krankenhäuser gemäß der Krankenhausstatistik-Verordnung. Das liegt auch daran, dass es der Kassenärztlichen Vereinigung selbst überlassen bleibt, wie sie ihrer Berichtspflicht nachkommt.

Sollte das Ziel des Ordnungsgebers eine differenziertere Erfassung der ambulanten Leistungen und deren Leistungsverschiebungen gewesen sein, dann sind Regelungen zu schaffen, welche sektorenübergreifend Transparenz über die Leistungserbringung ermöglichen. Anhand von zwei ambulanten Leistungsformen sei das skizziert.

Bislang sind nur die Krankenhäuser verpflichtet, die Zahl der abgerechneten Notfälle für GKV-Patient*innen anzugeben (gemessen an den vier EBM-Ziffern 01210, 01212, 01205, 01207). Ob es sich hierbei um die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten oder von der Kassenärztlichen Vereinigung honorierten Behandlungsfälle handelt, ist nicht klar.

Eindeutiger, differenzierter und vollständiger wären Angaben zur ambulanten Notfallbehandlung, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Abrechnungsdaten offenlegen müssten. Dann wären beispielsweise folgende Differenzierungen möglich:

- Es könnten die ambulanten Notfälle und Akutfälle danach unterteilt werden, ob die Behandlung zu den üblichen Sprechstundenzeiten oder in den Sprechstundfreien Zeiten erfolgt ist.
- Eine Unterscheidung nach der Art des Leistungserbringers könnte differenzierter erfolgen. So könnte unterschieden werden zwischen Krankenhausambulanzen, KV-Notfallpraxen oder Anlaufpraxen, die die Notfallversorgung übernehmen.
- Eine Unterscheidung nach der Art der erbrachten Leistung wie Laborleistungen, Ultraschalleistungen oder ärztliche Untersuchungen/Behandlungen wäre möglich.
- Es könnte das Erlösvolumen ausgewiesen werden. Damit wäre es möglich, beispielsweise die Erlöse für den Fahrdienst oder die Wegegelder im Notfalldienst auszuweisen.

Ein weiteres Beispiel betrifft die Fallzahl der Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) nach § 116b SGB V neu und alt. Die Leistungserbringung im Rahmen der ASV erfolgt durch interdisziplinäre Ärzteteams in Vertragsarztpraxen und Kliniken. Durch die ausschließliche Veröffentlichung der Fallzahlen der Krankenhäuser erhält man keinen Überblick über das reale Leistungsgeschehen in diesem Versorgungsbereich.

Alternativ zur derzeitigen Darstellung ausschließlich der Krankenhausdaten bieten sich zwei verschiedene Möglichkeiten an. Beide Möglichkeiten sorgen dafür, dass es einen umfassenden Überblick über das gesamte Leistungsgeschehen der ASV gibt.

Die erste Möglichkeit sieht als Ergänzung zu den Angaben der Krankenhausstatistik-Verordnung eine Verpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen zur Veröffentlichung der bei ihnen vorliegenden Fallzahlen der Vertragsärzt*innen vor. In Kombination dieser Daten mit den Krankenhausdaten würde das Leistungsgeschehen bei der ASV im Hinblick auf die Fallzahl komplett sein.

Die zweite Möglichkeit sieht die Krankenkassen in der Pflicht. Die Krankenhäuser rechnen ihre ASV-Fälle mit den Krankenkassen ab, so dass dort die entsprechenden Daten ohnehin vorliegen. Die Krankenkassen erhalten darüber hinaus von den Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß des „Vertrages über den Datenaustausch“ (Anlage 6 Bundesmantelvertrag Ärzte) alle Abrechnungsdaten der Vertragsärzt*innen. Damit haben die Krankenkassen alle Abrechnungsdaten für Leistungen im Rahmen der ASV vorliegen. Durch eine Verpflichtung der Krankenkassen, diese Daten der ASV zu veröffentlichen, würde das Leistungsgeschehen vollständig dargestellt werden.

7.2 Qualitätssicherung durch Leistungstransparenz im ambulanten Sektor

Für den stationären Bereich schreibt das Sozialgesetzbuch regelmäßige Qualitätsberichte der Krankenhäuser vor (§ 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V). Damit ist eine transparente Übersicht zum Leistungsangebot und der Leistungsqualität für die stationäre Versorgung gewährleistet.

Im ambulanten Bereich sind vergleichbare Daten nur eingeschränkt und auf freiwilliger Basis verfügbar. Es gibt keine gesetzliche Grundlage, die einen Anspruch auf Vollständigkeit vorschreibt. Die Informationen sind somit lückenhaft und nicht auf jeder Ebene zugänglich. Die Bertelsmann Stiftung hat in einem aktuellen Artikel aus 2020 eine Übersicht zur aktuellen Zugänglichkeit der Daten des ambulanten und stationären Sektors aufbereitet (Etgeton & Strotbek, 2020). Daraus wird ersichtlich, dass im ambulanten Sektor keine originalen Daten über einen öffentlichen Datensatz frei verfügbar sind (siehe Tab. 21).

Tab. 21: Datenverfügbarkeit im ambulanten und stationären Sektor

Daten	Ambulanter Sektor			Stationärer Sektor		
	vorliegend	auf Portalen einsehbar	Datensatz frei verfügbar	vorliegend	auf Portalen einsehbar	Datensatz frei verfügbar
Stammdaten	+	+	-	+	+	+
Leistungsabrechnungsdaten	+	-	-	+	(+)**	(+)**
Qualitätsgesicherte Leistungen	+	+	-	+	+	+
Daten zur Prozessqualität	+	-	-	+	+	+
Daten zur Ergebnisqualität	(+)*	-	-	+	+	+
Patientenbefragungen	+	+	-	+	+	+

Anmerkung: Eigene Darstellung, Quelle: Spotlight Gesundheit. Public Reporting im ambulanten Sektor, (Etgeton & Strotbek, 2020); *Daten wurden zum Teil im Rahmen von Disease Management Programmen erfasst; **Daten ohne Leistungserbringerbezug.

Die Autoren der Bertelsmann Stiftung stellen fest, dass zu vielen Aspekte der ambulanten Versorgung Daten und Informationen bei Institutionen des Gesundheitswesens vorliegen (Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen). Diese Daten könnten schnell und ohne nennenswerten Zusatzaufwand in einer strukturierten Form veröffentlicht und somit ein Public Reporting aufgebaut werden (Etgeton & Strotbek, 2020). Das aktuelle Rechtsgutachten der Bertelsmann Stiftung zeigt, dass Gesetzesänderungen notwendig sind, um die Daten für die Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Die über die Reform 2019 erweiterte Regelung für die Forschung zur Datentransparenz im SGB V sollte demnach für die Veröffentlichung der Daten angepasst bzw. ergänzt werden (Reuter, 2020).

Über Abrechnungs- und Leistungsdaten können differenzierte Aussagen zur Art, Umfang und Qualität der Leistungserbringung getroffen werden. Die niedergelassenen Ärzt*innen übermitteln routinemäßig ihre Daten quartalsweise an ihre Kassenärztliche Vereinigung, diese werden auf der Grundlage von § 295 Abs. 2 SGB V an die Krankenkassen weitergeleitet.

Die Bertelsmann Stiftung verweist darauf, dass aussagekräftige Informationen zu den ärztlichen Diagnosen für die Öffentlichkeit besonders wichtig seien. Denn erst diese Ergänzung zu den Abrechnungsdaten ermögliche eine differenzierte Einschätzung, welche Leistungen in welcher Häufigkeit erbracht wurden.

Jedoch wurde die Verwendung der Diagnosedaten aus der vertragsärztlichen Abrechnung stark kritisiert. Wie bereits im Abschnitt 5.2.4 ausgeführt, bilden Diagnosen in der vertragsärztlichen Versorgung grundlegend das bestehende Versorgungsgeschehen und nicht den tatsächlichen Bedarf ab, da sie stark davon beeinflusst sind, dass in unterversorgten Regionen eher zu wenig Diagnosen erfasst werden können, worüber bestehende Allokationsprobleme fortgeschrieben werden. Fraglich ist auch, inwieweit Diagnosen arzt-spezifisch sind, so können beispielsweise Rückenschmerzen von unterschiedlichen Fachrichtungen behandelt werden (Hausärzt*innen, Orthopäd*innen, Chirurg*innen etc.), dies wiederum erschwert den Rückschluss auf den jeweiligen Bedarf an Arztgruppen (Uhlemann & Lehmann, 2019).

Ein bereits häufig diskutiertes Problem der Diagnosedaten in der ambulanten Versorgung ist in der Datengrundlage begründet. Darauf hat der Gesetzgeber im Terminservice- und Versorgungsgesetz reagiert. In der Amtlichen Begründung zur Änderung des § 295 SGB V heißt es

„Voraussetzung für eine valide Morbiditätsmessung ist eine präzise und einheitliche Verschlüsselung der Behandlungsdiagnosen und Prozeduren. Einheitliche und verbindliche Regelungen zur Kodierung stellen hierbei ein wichtiges Instrument dar, um vergleichbare Fälle auch gleich zu kodieren. Sie stärken zugleich die Manipulationsresistenz. Die KBV wird daher beauftragt, verbindliche und bundeseinheitliche Regelungen und Prüfmaßstäbe für die Vergabe und Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren zu schaffen. Hierbei sind eine benutzerfreundliche und bürokratiearme Ausgestaltung in den Praxisverwaltungssystemen sowie eine fortlaufende Aktualisierung der Regelungen zur Kodierung zu gewährleisten.“
(Bundesregierung, 2019, S. 168)

Die Vergleichbarkeit der Kodierung zwischen ambulantem und stationärem Bereich soll dadurch gewährleistet sein, dass zum einen die für den stationären Bereich geltenden Kodierrichtlinien bei der Ausgestaltung der Kodierregeln für den ambulanten Bereich zu berücksichtigen sind, andererseits dadurch, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung sich mit dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ins Benehmen zu setzen hat.

Eine Veröffentlichung der entsprechenden Kodierdaten ist damit noch nicht gegeben. Aber in der Amtlichen Begründung werden mögliche Verwertungszwecke der Diagnosedaten benannt:

„Die dokumentierten Diagnosen und Prozeduren sind Bestandteil der Leistungserbringung und fließen in die Berechnungen zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein. Auch für den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich der Krankenkassen sind die dokumentierten Diagnosen von Bedeutung. Darüber hinaus

sind sie im Rahmen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses u. a. im Bereich der Qualitätssicherung, für die Versorgungsforschung und für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes relevant.“ (Bundesregierung, 2019, S. 168)

Mit der Nutzung der Diagnosedaten des ambulanten Bereichs für Zwecke der Versorgungsforschung wäre allerdings nur ein Teil der Leistungstransparenz gegeben. Die Ergänzung um Abrechnungsdaten wäre sinnvoll, denn erst dadurch wird eine differenzierte Einschätzung ermöglicht, welche Leistungen, wie oft erbracht wurden. Zusätzlich zu den Quartalsabrechnungen können auch Daten aus der integrierten und hausärztlichen Versorgung, die direkt mit den Krankenkassen abrechnen, relevant sein.

Konkret wird in dem Rechtsgutachten vorgeschlagen, dass die Daten zum Leistungsgeschehen mit der lebenslang genutzten Arztnummer verbunden werden. Zur Sicherung des Patient*innenschutzes sowie der Wahrung von Betriebs- und Geschäftsgeheimnissen ist es notwendig, dass die Daten auf die Angaben beschränkt werden, die für eine Qualitätsberichterstattung und Patienteninformation von Bedeutung sind (Reuter, 2020). Aus diesem Grund wird darauf verwiesen, dass die Daten für ein Public-Reporting administrativ und faktisch getrennt werden sollten (Etgeton & Strotbek, 2020). Darüber hinaus könnten die Daten aus dem ambulanten vertragsärztlichen Bereich mit den bereits vorhandenen Abrechnungs- und Leistungsdaten im stationären Bereich zusammengeführt werden, um ein vollständiges Bild des Versorgungsgeschehens darstellen zu können. Für die Verwaltung der Daten wurde in dem aktuellen Rechtsgutachten das neu geschaffene Forschungsdatenzentrum (FDZ) vorgeschlagen. Für eine neutral agierende Datenannahmestelle, die ausschließlich den Auftrag hätte, Daten aus der medizinischen Versorgung zu bündeln und dem Public Reporting zur Verfügung zu stellen, fehlt bisher jedoch die rechtliche Verankerung.

„Auf der Grundlage des geltenden Rechts besteht die Möglichkeit, durch Anpassung und Erweiterung der bestehenden Regelungen zur Datentransparenz in den §§ 303a ff. SGB V die notwendigen Instrumente für ein Public Reporting auf der Grundlage der bereits beschriebenen Datensätze des bundesweites Verzeichnisses der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Zahnärzte sowie Einrichtungen, der kassenärztlichen Vereinigungen sowie der gesetzlichen Krankenkassen im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen. Dies könnte durch nachfolgend dargestellte Änderungen in § 293 Abs. 5 SGB V, § 303b SGB V und § 303d SGB V erfolgen. Soll zukünftig neben einem rein deskriptiven Public Reporting, welches ausschließlich auf anonymisierten Patientendaten nach § 303e Abs. 3 SGB V basiert, auch pseudonymisierte Patientendaten für ein qualitatives Public Reporting erfolgen, müsste die Übermittlung von Daten durch das Forschungsdatenzentrum um Daten nach § 303e Abs. 4 SGB V erweitert werden.“ (Reuter, 2020)

8 Schlussfolgerungen

Die zu erwartende rückläufige Zahl von Vertragsärzt*innen, die abnehmende Zahl der zur Verfügung stehenden Arztstunden und die demografische Entwicklung lassen eine deutliche Zunahme der Beanspruchung der Vertragsärzt*innen in Zukunft erwarten. Schon heute können die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung nicht flächendeckend und umfassend sicherstellen. Das betrifft sowohl die Versorgung zu Sprechstundenzeiten als auch zu den sprechstundenfreien Zeiten (Notdienst).

Ohne Einbeziehung der Krankenhäuser können die Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung der ambulanten Versorgung weder im Rahmen der Notfallversorgung noch in der Regelversorgung gewährleisten. Um eine ambulante Versorgung auf hohem Niveau auch zukünftig zu gewährleisten, ist eine verstärkte Einbindung der Krankenhäuser anzustreben.

Jedoch stehen die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen einer sinnvollen Einbindung in die ambulante Versorgung entgegen. So bedarf es in der ambulanten Notfallversorgung etwa einer weitreichenden Reform des Vergütungssystems. Die aktuelle Kalkulation des EBM ist auf die Versorgung durch Vertragsarztpraxen, die nicht 24/7 geöffnet haben, ausgerichtet. Vergütungsbestandteile für die Vorhaltung der Kapazitäten wären erforderlich. Die gesamte Struktur der Notfallversorgung sollte an die tatsächlichen Versorgungsgegebenheiten angepasst werden.

Gerade in strukturschwachen Gebieten übernehmen Krankenhäuser immer häufiger die Aufgabe der ambulanten Regelversorgung der Patient*innen. Diese regional vorhandenen fachärztlichen Ressourcen werden aktuell in der ambulanten Versorgung hinsichtlich der Zulassung von Ärzt*innen, der Bedarfsplanung, der Vergütungssysteme, der Innovationsregeln und der Qualitätssicherung nicht berücksichtigt. Die Gestaltungsmöglichkeiten der stationären fachärztlichen Ressourcen zum Einbezug in die ambulante Versorgung sind nach wie vor zu bürokratisch und unflexibel.

9 Literaturverzeichnis

- Albrecht, M., Etgeton S. & Ochmann, R. (2014). *Faktencheck Gesundheit - Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte): HNO-Ärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Urologen*. Bertelsmann Stiftung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/GP_Faktencheck_Gesundheit_Aerztedichte_2.pdf
- AOK Bundesverband. (2018). *Stellungnahme zur Anhörung des Bundesministeriums für Gesundheit am 22.8.2018 zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz -TSVG)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/TSVG/TSVG_AOK.pdf
- AOK-Bundesverband. (2010). *Demographische Entwicklung Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum - Patientengerechte Lösungen aus der Praxis*. <http://docplayer.org/78537542-Demographische-entwicklung-herausforderung-fuer-die-gesundheitliche-versorgung-im-laendlichen-raum-patientengerechte-loesungen-aus-der-praxis.html>
- AOK-Bundesverband. (2019a). *Stadt. Land. Gesund. Wie wir die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum sichern* [Press release]. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/engagement/stadt_land_gesund/04_aok_pk_laendliche_versorgung_04_forsa_umfrageergebnisse_pdf.pdf
- Aqua-Institut. (2016). *Ambulante Notfallversorgung: Analyse und Handlungsempfehlungen*.
- Auschra, C., Deisner, J., Berghöfer, A. & Sydow, J. (2018). *Projektbericht. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in ländlich geprägten Regionen: Neue Modelle und Maßnahmen*. https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2019/05/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land_Nov.pdf
- AOK-Bundesverband. (2. Februar 2019b). *Umfrage zeigt Relevanz der Gesundheitsinfrastruktur - AOK-Initiative für eine bessere ländliche Versorgung startet (20.02.19) | Pressemitteilungen | Presse | AOK-Bundesverband* [Press release]. https://www.aok-bv.de/presse/pressemitteilungen/2019/index_21784.html
- Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V. (2018). *Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz)*. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/TSVG/TSVG_BVDST.pdf

- Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V. (2019). *Entscheidungserhebliche Gründe Teil A und Teil E zum Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. April 2020.*
- Birke, S. & Schlaudt, H.-P. (2016). Das Krankenhaus im ländlichen Raum – Wirtschaftsinstitution, Versorgungsträger und Imagefaktor. *dasKrankenhaus*(4).
- Böcken, J., Braun, B. & Reipschläger, U. (2012). *Gesundheitsmonitor 2012: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen.* Gütersloh. <https://www.bertelsmannstiftung.de/de/publikationen/publikation/did/gesundheitsmonitor-2012/>
- Bundesärztekammer. (2019). *Ärztestatistik zum 31. Dezember 2019.*
- Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung. (2020). *Raubeobachtungen und Raumabgrenzungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).* <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raubeobachtung/Raumabgrenzungen/raumabgrenzungen-uebersicht.html>
- Zweite Verordnung zur Änderung der Krankenhausstatistik-Verordnung, 414/17 (2017).
- Bundesregierung. (2019). *Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz -TSVG). Amtliche Begründung.*
- Bundessozialgericht. (2019). *Urteil vom 11.09.2019 B 6 KA 6/18 R.*
- Bundessozialgericht - B 6 KA 31/15 R - Urteil vom 03.08.2016. *Verlegung Vertragsarztsitz.* https://www.anhaltspunkte.de/mobile/urteile/B_6_KA_31.15_R.htm
- Bundesverband Medizinischer Versorgungszentren. (5. September 2020). *EinheitsEXPO – Kooperative Versorgungsstrukturen gestern, heute und morgen | BMVZ e.V. – Bundesverband MVZ* [Press release]. <https://www.bmvz.de/presse/journalisten/wie-die-poliklinik-in-den-westen-kam/>
- Burgdorf, F. & Sundmacher, L. (2014). Potenziell vermeidbare Krankenhaufälle in Deutschland: Analyse von Einflussfaktoren auf die Raten ambulant-sensitiver Krankeneinweisungen. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(13), 215–223. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0215>
- Casser, U. (Hrsg.). (2019). *Kölner Kommentar zum EBM: Kommentierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes* (2019. Aufl.). Dt. Ärzte-Verl.
- Destatis, Statistisches Bundesamt. (2019). *Mitten im demografischen Wandel.* Destatis, Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/demografie-mitten-im-wandel.html;jsessionid=B655D82D42D67228414979E4BEB90749.internet8712>
- Deutscher Bundestag. (2015). *Plenarprotokoll 18/91: Stenografischer Bericht 91. Sitzung vom 5. März 2015.*

- Deutscher Bundestag. (2018). *Plenarprotokoll 19/71: Stenografischer Bericht 71. Sitzung vom 13. Dezember 2018.*
- Entwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz – TSVG), Drucksache 19/8351 (2019).
- Deutsches Ärzteblatt. (2020). *Rheumatologen werben mit allen Mitteln um Nachwuchs.*
<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/116217/Rheumatologen-werben-mit-allen-Mitteln-um-Nachwuchs>
- Dostal, A. W. (2020). *Ärzte folgen dem Geld, nicht den Kranken.* Impulse.
- Etgeton, S. (2015). *Ärztedichte: Neue Bedarfsplanung geht am Bedarf vorbei.*
https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Spotlight_Gesundheit_Thema_Aerztedichte_03-2015.pdf
- Etgeton, S. & Strotbek, J. (2020). Public Reporting im ambulanten Sektor: Routinedaten niedergelassener Ärzte sollten für Patienteninformationen genutzt werden. *Spotlight Gesundheit(2)*. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/VV_SG_PR_ambulant.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2012). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung: (Bedarfsplanungs-Richtlinie).*
https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2022/BPL-RL_2019-12-05_iK-2019-12-21.pdf
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (9. November 2020). *Ambulante spezialfachärztliche Versorgung.* Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). <https://www.g-ba.de/themen/asv/>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2015). *Ärztmangel in ländlichen Regionen.*
http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=26011#m166
- Gibis, B., Armbruster, S., Holthusen, I., Illini, L., Mascheski, T. & Hofmann, M. (2012). MVZ-Survey 2011: Medizinische Versorgungszentren in ländlichen Regionen.
https://www.bmvz.de/wp-content/uploads/MVZ-Survey_2011.pdf
- Gibis, B., Heinz, A., Jacob, R. & Müller, C.-H. (2012). The career expectations of medical students: findings of a nationwide survey in Germany, *109(18)*, 327–332.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0327>
- GKV-Spitzenverband. (2018). *Sprechzeiten niedergelassener Ärzte - GKV-Spitzenverband.*
https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/fokus/sprechzeiten.jsp
- GKV-Spitzenverband, P. (2017). *Faktenblatt ambulante Versorgung - Bedarfsplanung.*

- Goffrier, B., Czihal, T. & Erhart, M. (2015). *Übernahme der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser in unterversorgten Gebieten: Empirische Untersuchung zur Relevanz der Änderung von § 116a SGB V im GKV-VSG.*
- Goffrier, B., Czihal, T., Holstiege, J., Steffen, A., Schulz, M., Hering, R., Erhart, M., Stillfried, D. von & Bätzing, J. (2018). *Der Sektorenindex (SIX) – eine Kenngröße zur Darstellung der Wechselwirkungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auf Kreisebene.* https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/87/VA_18-01_Bericht_V1_20180502_kom.pdf <https://doi.org/10.20364/VA-18.01>
- Gräf, J. (2019). *Neue Zulassungsmöglichkeiten für Rheumatologen.* Berufsverband Deutscher Rheumatologen e.V. <https://www.bdrh.de/details/neue-zulassungsmoeglichkeiten-fuer-rheumatologen.html>
- Grothues, R. (2019). *Die Wege ins Krankenhaus in der Stadt und Land: Die nächste Klinik ist nicht immer nah!*
- Hecken, J. (11. Juli 2019). *Beispiele aus der ambulant spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und aus dem Innovationsfonds: PowerPoint-Präsentation.* Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), Potsdam. https://www.mdk-bayern.de/fileadmin/MDK-Bayern/Veranstaltungen/DSGG/3_Prof._Hecken_2019-07-11_IF_ASV_DSG_Potsdam.pdf
- IGES. (2011). *Plausibilität der Kalkulation des EBM. Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbands.*
- Institut für Gesundheitsökonomik. (2016). *Kritische Analyse des „Gutachtens zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus - Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse“ der MCK in Kooperation mit der DGINA am 17.2.2015.*
- Jacob, R., Kopp, J. & Schultz, S. (2014). *Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014 - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung.* https://www.kbv.de/media/sp/2015-04-08_Berufsmonitoring_2014_web.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2017a). *Gesundheitsdaten: Bedarfsplanung berücksichtigt Morbidität.* <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17014.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2017b). *KBV-Vorstand: Abklärungspauschale ist "neues Geld".* https://www.kbv.de/html/1150_31718.php
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2018a). *Gesundheitsdaten: Immer weniger Einzelpraxen.* Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2018b). *Gesundheitsdaten: Kooperationsform MVZ weiter attraktiv.* Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17021.php>

- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2018c). *Gesundheitsdaten: Niederlassungsmöglichkeiten bestehen vor allem für Hausärzte.*
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17017.php#>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019a). *Die Bedarfsplanung - Grundlagen, Instrumente und Umsetzung.*
https://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019b). *Gesundheitsdaten: Mehr Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten.* Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019c). *Honorarbericht.*
<https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2019d). *Niedergelassene Ärzte werden immer älter.*
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020a). *Bedarfsplanung: Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung.* Kassenärztliche Bundesvereinigung. <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content28372>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020b). *Praxisnachrichten. Reform der Bedarfsplanung beschlossen: 3.500 neue Sitze für Ärzte und Psychotherapeuten.*
https://www.kbv.de/html/1150_40576.php
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2020c). *Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2020 Berichtband: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage.*
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (11. November 2020d). *Honorarbericht.*
<https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (11. November 2020e). *Terminservicestellen.* Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).
<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/35781.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (11. November 2020f). *Versichertenbefragung.*
<https://www.kbv.de/html/versichertenbefragung.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (12. November 2020g). *Neue Regelungen im EBM zum Notfall- und Bereitschaftsdienst.* https://www.kbv.de/html/1150_25783.php
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. (2018a). *Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.*
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. (2018b). *Statut zur Notfalldienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg.*

- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. (2020). *Notfallpraxen*.
<https://www.kvbawue.de/buerger/notfallpraxen/>
- Kassenärztliche Vereinigung Bayern. (2019). *Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns*.
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. (2019a). *Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg*.
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg. (2019b). *Statut über die Durchführung von Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Land Brandenburg*.
- Kassenärztliche Vereinigung Hessen. (2019). *Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen*.
- Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz. (2020). *Richtlinie zur Bereitschaftsdienstordnung*.
- Kassenärztliche Vereinigung Saarland. (2015). *Bereitschaftsdienstordnung der Ärztekammer des Saarlandes und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland*.
- Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. (2018). *Vertrag nach Abs. 2 Nr. 3 SGB V über die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung des Notdienstes - Errichtung und Betreibung von Bereitschaftspraxen an Standorten von Notaufnahmen*.
- Kommission für ein modernes Vergütungssystem. (2019). *Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung*.
- Korzilius, H. (5. Mai 2017). *Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV): „Gut gemeint, schlecht gemacht“*. *Deutscher Ärzteblatt*, 2017.
[https://www.aerzteblatt.de/archiv/188473/Ambulante-Spezialfachaerztliche-Versorgung-\(ASV\)-Gut-gemeint-schlecht-gemacht](https://www.aerzteblatt.de/archiv/188473/Ambulante-Spezialfachaerztliche-Versorgung-(ASV)-Gut-gemeint-schlecht-gemacht)
- Landessozialgericht Baden-Württemberg. (2019). *Urteil vom 20.11.2019 L 5 KA 2858/17*.
- Leber, W. D., & Wasem, J. (Hrsg.). (2016). *Krankenhaus-Report: 3-28. Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen*.
- Litsch, M. (20. Februar 2019). *Was die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum braucht: Statement von Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes*. AOK-Bundesverband. https://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/presse/pressemitteilungen/archiv/03_aok_pk_laendliche_versorgung_statement_litsch.pdf
- Loos, S., Albrecht, M. & Zich, K. (2019). *Zukunftsfähige Krankenhausversorgung, Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen*.

- Lübking, U. (2020). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung auf dem Lande. *G+S*(2).
<https://www.nomos-elibrary.de/10.5771/1611-5821-2020-2-8.pdf>
- Management Consult Kestermann GmbH & Deutsche Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e. V. *Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus: Fallkostenkalkulation und Strukturanalyse*. 2015.
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J. & Kinsman, L. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLoS one*, 13(8), e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Mühlenfeld, N., Schindler, C. R., Sterz, J., Thönissen, P., Störmann, P., Marzi, I. & Verboket, R. D. (2020). Kosten-Erlös-Defizit der ambulanten Versorgung von Kopfplatzwunden in der Notaufnahme [Cost-proceeds deficit of outpatient treatment of head lacerations in the emergency department]. *Der Chirurg*, 1–6.
<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01276-7>
- Nagel, E., Schmid, A., Schulte, G. & Neukirch, B. (2017). *Wege zu einer effektiven und effizienten Zusammenarbeit in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland*.
https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Veranstaltungen/2017-05-31/Gutachten_ambulant_vor_station%C3%A4r_final.pdf
- O’Keeffe, C., Mason, S., Jacques, R. & Nicholl, J. (2018). Characterising non-urgent users of the emergency department (ED): A retrospective analysis of routine ED data. *PLoS one*, 13(2), e0192855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192855>
- Ozegowski, S. & Sundmacher, L. (2012). Wie "bedarfsgerecht" ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung [Is the needs-based planning mechanism effectively needs-based? An analysis of the regional distribution of outpatient care providers]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 74(10), 618–626.
- Reinhold, A. K., Greiner, F., Schirrmeyer, W., Walcher, F. & Erdmann, B. (2020). Der Notfall „geht“ ins Krankenhaus : Eine Befragung von Patienten mit niedriger Dringlichkeit in einer Notfalleinweisung mit regionaler Alleinstellung [Even low-acuity patients prefer hospital-based emergency care : A survey of non-urgent patients in an emergency department with unique regional position]. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00681-4>
- Reuter, B. (2020). *Public Reporting in der ambulanten Versorgung: Expertise zur rechtlichen Umsetzung*. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/public-reporting-in-der-ambulanten-versorgung>

- Riens, B., Erhart, M. & Mangiapane S. (2012). *Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland.
https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/14/Arztkontakte_Bericht_2012-02-15.pdf
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014).
Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf
- Schang, L., Schüttig, W. & Sundmacher, L. (2016). Unterversorgung im ländlichen Raum: Wie beurteilt die Bevölkerung innovative Versorgungsmodelle zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und wohnortnahen Gesundheitsversorgung? *Gesundheitsmonitor*.
https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_GeMo_NL_2016-3.pdf
- Scherer, M., Lühmann, D., Kazek, A., Hansen, H. & Schäfer, I. (2017). Patients Attending Emergency Departments. *Deutsches Ärzteblatt international*, 114(39), 645–652.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0645>
- Schindler, C. R., Lustenberger, T., Marzi, I. & Verboket, R. D. (2020). Kostenfaktor „ambulante Wundversorgung“ in der Notaufnahme: Kosten-Erlös-Defizit der ambulanten Wundversorgung in einer deutschen Universitätsklinik [Cost factor "outpatient wound care" in the emergency department : Cost-revenue deficit of outpatient wound treatment in a German university hospital]. *Der Unfallchirurg*. Vorab-Onlinepublikation.
<https://doi.org/10.1007/s00113-020-00819-1>
- Schmiedhofer, M., Möckel, M., Slagman, A., Frick, J., Ruhla, S. & Searle, J. (2016). Patient motives behind low-acuity visits to the emergency department in Germany: a qualitative study comparing urban and rural sites. *BMJ open*, 6(11), e013323.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013323>
- Schmiedhofer, M. H., Searle, J., Slagman, A. & Möckel, M. (2017). Inanspruchnahme zentraler Notaufnahmen: Qualitative Erhebung der Motivation von Patientinnen und Patienten mit nichtdringlichem Behandlungsbedarf [Exploring Patient Motives to Use Emergency Departments for Non-urgent Conditions: A Qualitative Study]. *Das Gesundheitswesen*, 79(10), 835–844.
- Schulz, M., Czihal, T., Bätzing-Feigenbaum, J. & Stillfried, D. von. (2016). *Zukünftige relative Beanspruchung von Vertragsärzten – Eine Projektion nach Fachgruppen für den Zeitraum 2020 bis 2035*. https://www.versorgungsatlas.de/fileadmin/ziva_docs/67/VA-16-02-Bericht-Final_V3.pdf <https://doi.org/10.20364/VA-16.02>

- Schwenk, U. & Schmidt-Kaehler, S. (2016). Public Reporting: Transparenz über Gesundheitsanbieter erhöht die Qualität der Versorgung. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/SpotGes_PubRep_dt_final_web.pdf
- Somasundaram, R., Geissler, A., Leidel, B. A. & Wrede, C. E. (2018). Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen – Ergebnisse einer Patientenbefragung [Reasons for Emergency Department Visits: Results of a Patient Survey]. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 80(7), 621–627. <https://doi.org/10.1055/s-0042-112459>
- Statistisches Bundesamt. (2020). *Grunddaten der Krankenhäuser 2018. Fachserie 12 Reihe 6.1.1.*
- Stiftung Warentest. (11. November 2020). *Schneller beim Facharzt - Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen - Stiftung Warentest.* <https://www.test.de/Facharzttermin-Bei-Anruf-Arzt-4975763-4986780/>
- Sundmacher, L., Schang, L., Schüttig, W., Flemming, R., Frank-Tewaag, J., Geiger, I. & Franke, S. (Juli 2018). *Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung: Zusammenfassung* [Press release].
- Trebar, B. (2016). *Deutschlandweite Projektion 2030 – Arztzahlentwicklung in Deutschland: Pressekonferenz, 5. Oktober 2016.* Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV. https://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf
- Uhlemann, T. & Lehmann, K. (2019). Reform der ambulanten Bedarfsplanung – Auf dem Weg zum Morbiditätsbezug? *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 73(4-5), 14–21. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-4-5-14>
- Velling, P. (2019). Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte – Versorgungsrelevant oder nur Geschäftsmodell? *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*, 73(4-5), 65–70. <https://doi.org/10.5771/1611-5821-2019-4-5-65>
- Walendzik, A., Wasem, J. & Bertelsmann Stiftung. (2019). *Vergütung ambulanter und ambulant erbringbarer Leistungen.* Gütersloh. <https://doi.org/10.11586/2019048>
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2018). *Öffnungs- und Betriebszeiten sowie Arbeitszeiten in Praxen von Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten – Daten aus dem Zi-Praxis-Panel.*
- Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. (2019). *Zahlen zur ambulanten Notfallversorgung in Deutschland.*