

# Versorgungs-Report 2011

## „Chronische Erkrankungen“

Christian Günster / Joachim Klose /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2011

Auszug Seite 29-40



<b>2</b>	<b>Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats .....</b>	<b>29</b>
	<i>Ferdinand M. Gerlach, Martin Beyer und Antje Eler</i>	
2.1	Ausgangspunkt: Demographische Alterung, Pflegebedarf und besondere Merkmale des deutschen Gesundheitswesens .....	29
2.1.1	Alterung der Bevölkerung und der Beschäftigten im Gesundheitswesen .....	29
2.1.2	Pflegebedarf.....	30
2.1.3	Arzt-Patient-Kontakte und Diagnosen je Einwohner .....	30
2.1.4	Verteilung der Vertragsärzte.....	31
2.1.5	Nachwuchs .....	32
2.2	Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug.....	32
2.2.1	Kernziele .....	32
2.2.2	Ausgewählte internationale Konzepte .....	33
2.2.3	Zukunftskonzept: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung.....	33
2.2.4	Capitation .....	35
2.2.5	Gatekeeping (systematischer Review) .....	36
2.2.6	Kriterien guter Primärversorgung und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung (Meta-Review) .....	36
2.2.7	Umsetzung des Zukunftskonzepts am Beispiel von Primärversorgungspraxen (PVP).....	37
2.2.8	Hausärztliche Versorgung im ländlichen Bereich .....	39
2.2.9	Keine Präferenz für Trägergruppen oder Betreibermodelle .....	40
2.2.10	Ausblick.....	40
2.3	Literatur .....	40

# 2 **Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrats<sup>1</sup>**

Ferdinand M. Gerlach, Martin Beyer und Antje Erler

## **Abstract**

Der Sachverständigenrat Gesundheit schlägt ein Zukunftskonzept zur gesundheitlichen Versorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens vor, das auf eine regional differenzierte, populationsbezogene und sektorübergreifend koordinierte Versorgung aus einer Hand zielt. Das Fundament bildet eine qualitativ hochwertige hausärztliche Grundversorgung. Die Finanzierung erfolgt über eine Kombination aus einer prospektiven, kontaktunabhängigen risikostratifizierten, alle Leistungen umfassenden Capitation und gezielten qualitätsbezogenen Anreizen.

In its 2009 Special Report, the Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System concerned itself with “Health Care in an Ageing Society“. The 900 page document contains detailed analyses and appraisals leading to a forward-looking concept that is geared towards coordination and integration. The following paper presents several of the important analyses the proposals are derived from as well as the recommended concept.

## **2.1 Ausgangspunkt: Demographische Alterung, Pflegebedarf und besondere Merkmale des deutschen Gesundheitswesens**

### **2.1.1 Alterung der Bevölkerung und der Beschäftigten im Gesundheitswesen**

Die Erkenntnis, dass die Zahl älterer Menschen in Zukunft relativ und absolut zunimmt, ist inzwischen mehr oder weniger Allgemeingut. Weniger bekannt sind hingegen die bemerkenswerten regionalen Unterschiede. So zeigt der sogenannte „Altenquotient 65“, d. h. die Zahl der 65 Jahre alten und älteren Personen bezogen auf je

---

<sup>1</sup> Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mit dem Titel „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)).

100 Menschen im Alter von 20 bis 64 Jahren, große Unterschiede zwischen den Bundesländern. Während sich im ostdeutschen Flächenland Brandenburg je nach konkreten Modellannahmen im Jahr 2050 unter und über 65-Jährige im Verhältnis 1:1 gegenüberstehen könnten, ist im Stadtstaat Bremen „nur“ mit etwa 50 über 65-Jährigen je 100 Menschen im Alter von 20 bis 64 zu rechnen. Da unter den 20- bis 64-Jährigen die Erwerbstätigen sind, welche Sozialbeiträge entrichten und die über 65-Jährigen versorgen oder pflegen müssen, ist der Altenquotient 65 ein relativ guter Indikator für zukünftige, regional sehr unterschiedlich ausgeprägte Belastungen (Ziffer 33)<sup>2</sup>.

Ebenfalls wenig beachtet wird die Tatsache, dass nicht nur die Bevölkerung bzw. die zu versorgenden Patienten einer demographischen Alterung unterliegen, sondern dass sich über alle Berufsgruppen im Gesundheitswesen hinweg ebenfalls eine deutliche Alterung feststellen lässt. So stieg der Anteil der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die 50 Jahre und älter sind, von 18,3 % im Jahr 1997 auf 24,8 % im Jahr 2007. Die akademischen Berufe weisen dabei aufgrund der längeren Ausbildung einen vergleichsweise hohen Anteil auf: Bei den Zahnärzten sind es 39,4 %, bei den Ärzten 37,8 % und bei den Apothekern 31,0 % (Ziffer 87; Stand: 2007).

### 2.1.2 Pflegebedarf

82 % aller Pflegebedürftigen sind 65 Jahre oder älter, wobei jeder Dritte das 85. Lebensjahr bereits erreicht oder überschritten hat. Der Anteil der Pflegebedürftigen steigt bis zum Jahr 2050 über den ganzen Zeitraum hinweg an. Ab dem Jahr 2035 nimmt das Wachstum noch zu, da die Baby-Boom-Generation dann ein Alter erreicht, in dem die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit steigt. Die Anzahl der Gesamtfälle steigt von etwa 2,25 Millionen im Jahr 2007 auf 4,35 Millionen im Jahr 2050 an, das heißt, der Zuwachs beträgt etwa 94 % (Ziffer 628 bis 634).

### 2.1.3 Arzt-Patient-Kontakte und Diagnosen je Einwohner

Das deutsche Gesundheitswesen ist durch einige Besonderheiten gekennzeichnet, die in dieser Ausprägung im internationalen Vergleich einzigartig sind und bei der Entwicklung eines Zukunftskonzepts berücksichtigt werden müssen. Dazu gehört die Zahl der jährlichen Arzt-Patient-Kontakte je Einwohner. Eine alters- und geschlechtsstandardisierte Hochrechnung der Daten von 1,6 Millionen Versicherten der Gmünder ErsatzKasse (Grobe et al. 2008) ergab, dass innerhalb eines Jahres 92,6 % der Bevölkerung einen ambulant tätigen Arzt aufsuchen. Bemerkenswert ist die weltweit einzigartige Frequenz von durchschnittlich 17,9 Arztkontakten/Jahr/Einwohner, von denen 7,1 Kontakte auf Allgemeinärzte und mit 10,8 die Mehrzahl auf niedergelassene Fachspezialisten entfallen. Zum Vergleich: Die Kontaktraten in europäischen Nachbarländern liegen ungefähr bei 6 bis 7,5, in Schweden sogar nur bei 2,8. Bemerkenswert ist weiter, dass die Inanspruchnahme trotz Einführung der Praxisgebühr innerhalb von vier Jahren um weitere 7 % zugenommen hat. An einem

<sup>2</sup> Die im Text angegebenen Ziffern beziehen sich jeweils auf die entsprechenden Abschnitte in der Langfassung des Sondergutachtens 2009.

beliebigen Montag befinden sich fast 8 % der Bevölkerung in den Praxen niedergelassener Ärzte. An Spitzentagen, wie z. B. dem 1. Oktober 2007, an dem der Quartalsanfang auf einen Montag fiel, hielten sich rekordverdächtige 11,8 % der deutschen Bevölkerung, d. h. 9,7 Millionen Personen, in den Warte- und Sprechzimmern deutscher Vertragsarztpraxen auf. Alle hier genannten Zahlen würden sich sogar noch weiter erhöhen, wenn auch die Besuche bei Zahnmedizinern und Kieferorthopäden einbezogen würden.

Im Rahmen dieser Inanspruchnahme sammeln sich im Bevölkerungsdurchschnitt pro Person/Jahr (2007) 25,8 (ICD-) Abrechnungsdiagnosen an. Selbst wenn diese um Doppeldiagnosen verschiedener Ärzte sowie Codierungen für Leistungen wie z. B. das Ausstellen von Bescheinigungen bereinigt werden, bleiben je Einwohner und Jahr 9,3 abklärungs- bzw. behandlungsbedürftige Diagnosen (Ziffer 664).

Eine Befragung von 6088 Hausärzten in sieben Industrieländern ergab, dass deutsche Hausärzte mit 243 Patientenkontakten pro Woche signifikant mehr Kontakte haben als ihre Kollegen in anderen Ländern, nämlich rund doppelt so viele (Koch et al. 2007). Die ärztlichen Konsultationszeiten von ca. 7,8 Minuten/Patient sind in Deutschland pro Patient die kürzesten in Europa. Dennoch haben deutsche Ärztinnen und Ärzte längere Arbeitszeiten.

Trotz fraglicher Validität abrechnungsbegründender Angaben bzw. Diagnosen (Erler et al. 2009) und eventueller Unschärfen bei der Hochrechnung ergibt sich, unterstützt durch weitere im Sondergutachten dargestellte Befunde, folgendes Zwischenfazit:

- die Versorgung erscheint fragmentiert
- es gibt deutliche Hinweise auf mangelnde Kooperation und Prioritätensetzung
- deutsche Ärzte (und ihre Patienten) befinden sich in einem „Hamsterrad“

#### 2.1.4 Verteilung der Vertragsärzte

Im Zeitraum von 1993 bis 2007 stieg die Zahl der Fachärzte von 42 181 auf 60 554, d. h. um 43,6 %, an, während die Zahl der Hausärzte im gleichen Zeitraum von 62 375 auf 58 304, d. h. um 6,5 %, abnahm (Ziffer 736). Gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie setzt eine gleichmäßige und bedarfsgerechte vertragsärztliche Versorgung ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Haus- und Fachärzten voraus; die Versorgungsstruktur gilt bei einer prozentualen Relation von 60 zu 40 als ausgewogen (§ 35 Nr. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie). An der fachärztlichen Versorgung nehmen sowohl Vertragsärzte teil, die hausarztnahe Leistungen erbringen – wie Augenärzte, Frauenärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Hautärzte – als auch solche, die hoch spezialisierte und damit krankenhausahe Leistungen anbieten. Die Krankenhausahe der Spezialisten – zu ihnen zählen beispielsweise Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Anästhesisten – äußert sich darin, dass sie in der Regel auf Veranlassung von Hausärzten, anderen Fachärzten, aber auch Krankenhausärzten tätig werden. Während die hausarztnahen Facharztgruppen tendenziell relativ niedrige Zuwächse verzeichneten, wiesen die krankenhausahe Spezialisten vergleichsweise hohe Wachstumsraten auf.

Die überdurchschnittliche Zunahme krankenhausahe Leistungen durch hoch spezialisierte Fachärzte ist per se noch kein Indiz für eine ineffektive oder ineffiziente Gesundheitsversorgung. Es gibt jedoch – neben der Verteilung und der darge-

stellten Dynamik – eine Reihe von Befunden, die für eine ineffiziente sektorale Konkurrenz sprechen. Diese resultiert sowohl aus einer mangelnden Verzahnung niedergelassener Fachspezialisten in eigener Praxis mit dem stationären Sektor als auch aus den unzureichenden Wettbewerbsbedingungen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern. Hier mangelt es noch an fairen Wettbewerbsbedingungen für die konkurrierenden Leistungserbringer, d. h. für Krankenhäuser und (Fach-)Ärzte. Eine sektorübergreifende Optimierung der Versorgung mit Hilfe einer Intensivierung des Wettbewerbs erfordert, dass Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten, Genehmigung neuer Behandlungsmethoden, Preise von veranlassten Leistungen und z. B. Mindestmengen oder Mengenbegrenzungen vereinheitlicht werden (Ziffer 756).

### 2.1.5 Nachwuchs

Bei der Erstellung eines Zukunftskonzepts müssen die Präferenzen des (ärztlichen) Nachwuchses antizipiert und berücksichtigt werden. Da die derzeitigen Kohorten von Medizinstudierenden zu etwa 68% aus Studentinnen bestehen, wird dieser Nachwuchs zukünftig zu mehr als zwei Dritteln weiblich sein. Junge Ärztinnen, aber auch ihre männlichen Kollegen, unterscheiden sich in mehreren Aspekten zum Teil deutlich von den Ärzten/innen vorangehender Generationen: Sie suchen mehr Flexibilität, insbesondere weniger dauerhafte örtliche Bindungen. Zukünftige Ärzte/innen werden weitaus häufiger sozial gleichgestellte, selbst akademisch gebildete Lebenspartner haben, die (in einer globalisierten Welt) eine eigene berufliche Karriere verfolgen und insbesondere auf dem Land keine angemessene (berufliche und persönliche) Perspektive finden. Im Ergebnis muss damit gerechnet werden, dass es auch aufgrund dieses Zusammenhangs schwerer wird, Nachwuchsmediziner/innen für eine Tätigkeit in ländlichen Regionen zu gewinnen. Verschärfend kommt hinzu, dass eine als unzureichend erlebte Infrastruktur (Kindergärten, Schulen, kulturelle Angebote, Verkehrsanbindung) die Ansiedlungsbereitschaft weiter reduziert.

Der potenzielle Nachwuchs ist darüber hinaus weniger bereit, Risiken bzw. lang dauernde Verpflichtungen (z. B. Schulden durch Praxisübernahme) einzugehen oder sich dem Risiko von Regressen auszusetzen. Attraktiv erscheinen daher Tätigkeiten in Städten bzw. Ballungsräumen sowie in Kooperationen, als Angestellte oder in Teilzeit. Für das Fach Allgemeinmedizin besonders problematisch: Andere Fächer mit strukturierter Weiterbildung, geringerer Arbeitsbelastung, besserem Einkommen und höherem Sozialprestige werden präferiert.

## 2.2 Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

### 2.2.1 Kernziele

Ein Konzept, das den Anspruch hat, die vorgenannten Aspekte und besonderen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems zu berücksichtigen und Antworten

auf die Herausforderungen der Zukunft bereitzustellen, muss folgende Kernziele verfolgen:

- Einstellung auf den demographischen Wandel und die Änderung des Morbiditätsspektrums, insbesondere die Zunahme von chronischen und Mehrfacherkrankungen
- Stärkung von Nachhaltigkeit und Prävention
- Reduktion unnötiger Kontakte bzw. Arbeitsbelastungen. Kurz gesagt: „Raus aus dem Hamsterrad“
- Überwindung ineffizienter sektoraler Konkurrenz durch bessere Koordination und Integration
- Entwicklung bedarfsgerechter Strukturen der Leistungserbringer (während die Grundversorgung der Bevölkerung in der Fläche gefährdet ist, gibt es die meisten Ärzte/innen dort, wo sie am wenigsten gebraucht werden: in wohlhabenden und zugleich übertsorgten Teilen deutscher Großstädte)
- Schaffung von attraktiven Arbeitsbedingungen für den Nachwuchs

### 2.2.2 Ausgewählte internationale Konzepte

Da alle Industrienationen vor mehr oder weniger ähnlichen Herausforderungen stehen, hat der Rat wichtige internationale Konzepte zur zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung analysiert: Das EU-Konzept zur Primärversorgung (Ziffer 931ff), das Patient-Centered Medical Home (Ziffer 935ff), das Bellagio-Modell zur bevölkerungsorientierten Primärversorgung (Ziffer 940), die Roadmap des Royal College of General Practitioners (Ziffer 941ff) und das grundlegende Chronic-Care-Modell zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker (Ziffer 944ff).

Darüber hinaus wurden die in Deutschland bereits praktizierten Konzepte der Kooperation von (Haus-)Ärzten mit anderen Berufsgruppen (Ziffer 951ff: AGnES, MoPra, VERAH) genauer betrachtet. Breiten Raum nimmt auch die Analyse verschiedener Managed-Care-Konzepte (Ziffer 960ff) sowie ein eigener systematischer Review zum Thema „Managed Care und Qualität“ (Ziffer 988ff) ein.

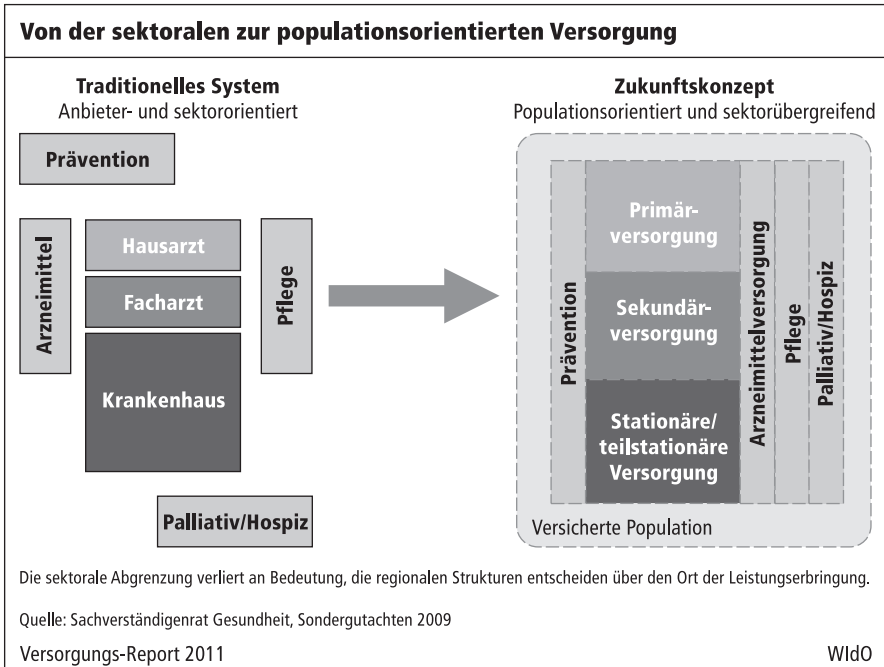
Es ist bemerkenswert, dass die wesentlichen Empfehlungen in den Modellen zur Weiterentwicklung der Primärversorgung in eine ähnliche Richtung deuten und vielfältige Schnittmengen aufweisen (Synopse: Ziffer 1151).

### 2.2.3 Zukunftskonzept: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung

Abbildung 2–1 zeigt das vom Rat vorgeschlagene Zukunftskonzept auf einen Blick (vgl. Ziffer 1179).

Das bisherige System (links) ist traditionell stark anbieter- und sektororientiert. Die Sektoren stehen weitgehend unverbunden und oftmals in unmittelbarer Konkurrenz nebeneinander. Insbesondere für niedergelassene Fachärzte und Kliniken gelten unterschiedliche Regeln (u. a. zur Dokumentation, Vergütung/Budgetierung, Genehmigung neuer Behandlungsmethoden). „Teure“ Patienten werden nicht selten in den jeweils anderen Sektor verschoben. Ähnliches gilt auch für die Arzneimittelversorgung, die Pflege, Palliativmedizin/Hospizversorgung oder für präventive Leistungen, für die jeweils sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen gelten.

Abbildung 2-1



Das vom Rat vorgeschlagene Zukunftskonzept zielt auf eine populationsorientierte und sektorübergreifend koordinierte Versorgung. Voraussetzung ist ein Zusammenschluss von Akteuren verschiedener Versorgungsstufen, die bereit sind, gemeinsam Verantwortung für eine definierte Population von Versicherten zu übernehmen. In der Zusammenschau ergibt sich eine Vergrößerung des Aufgabenbereichs der Primärversorgung, der sowohl die Grundversorgung als auch die versorgungsstufenübergreifende Koordination beinhaltet, sowie des Bereichs der sekundären fachärztlichen Versorgung. Kliniken konzentrieren sich entsprechend ihrer Versorgungsstufe auf die stationäre Akutbehandlung und die Behandlung von Exazerbationen chronischer Erkrankungen. Sie übernehmen darüber hinaus zusammen mit dem ambulanten Part des sekundär-fachärztlichen Bereichs die ambulante Sekundärversorgung. Diese kann in den Räumen des Krankenhauses, in Praxiskliniken, MVZs oder anderen Strukturen stattfinden. Pflege, Prävention und Arzneimittelversorgung sind ebenso wie die Palliativmedizin/ Hospizversorgung gemeinsame Aufgaben aller Versorgungsstufen.

Als Hauptmerkmale des Zukunftskonzepts lassen sich zusammenfassen:

- a) koordinierte und sektorübergreifend integrierte Versorgung
- b) populationsbezogene Versorgung eingeschriebener Versicherter
- c) regionale Differenzierung

Die folgende Darstellung des Konzepts macht deutlich, dass es sich dabei keineswegs um eine unreflektierte 1:1-Übernahme von US-amerikanischen Managed-Care-Modellen handelt, sondern dass auf der Basis des durchgeführten systema-

tischen Reviews jeweils geprüft wurde, ob eine Adaptation einzelner Elemente sinnvoll sein könnte.

Die Eckpunkte des Konzepts lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Fundament des Zukunftskonzepts ist eine **qualitativ hochwertige Primärversorgung**, die im Wesentlichen zwei Aufgaben hat: die umfassende Grundversorgung der Bevölkerung und die versorgungsstufenübergreifende Koordination der gesamten gesundheitlichen Versorgung aus einer Hand.
- Eine **definierte Population** auf der Basis einer freiwilligen Einschreibung von Versicherten in bestimmte Versorgungsmodelle ist Grundvoraussetzung für alle populationsbezogenen Ansätze. Die auf diese Weise übernommene Verantwortung für eine konkrete Population impliziert gleichzeitig, dass möglichst viele Entscheidungen vor Ort bzw. in der konkreten Region getroffen werden.
- **Patientenzentrierte Versorgung** mit Ausrichtung an den Bedürfnissen bzw. dem konkret ermittelten Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker.
- Umfassende, horizontal (zwischen verschiedenen Fachgruppen/Disziplinen) und vertikal (sektorübergreifend) **koordinierte gesundheitliche Versorgung aus einer Hand**.
- **Kontinuierliche Versorgung**, die Informationsverluste und diskontinuierliche Betreuung, vor allem bei chronisch Kranken, vermeidet.
- **Gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit**, welche durch eine niedrigschwellige Erreichbarkeit je nach objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen für alle Bevölkerungsgruppen sichergestellt wird.
- Voraussetzung für das Funktionieren des vorgeschlagenen Zukunftskonzepts ist die **Weiterentwicklung der Vergütungs- bzw. Honorierungssysteme**, wobei international weitgehend übereinstimmend ein „payment mix“ aus einer umfassenden, prospektiven, risikoadjustierten und kontaktunabhängigen Capitation kombiniert mit qualitätsbezogenen Anreizen empfohlen wird.
- Empfohlen werden darüber hinaus die **Erprobung und Evaluation wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP)** unter den besonderen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems.
- Die Umsetzung sollte regelhaft eine **regionale bzw. lokale Adaptation** umfassen, die eine Anpassung an existierende Versorgungsstrukturen und lokale Erfordernisse bzw. Präferenzen erlaubt.

## 2.2.4 Capitation

Die im Rahmen des Vergütungsmix empfohlene Capitation stellt ein prospektives Vergütungssystem dar, bei dem die Krankenkassen durch eine ex ante entrichtete Pauschale das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer übertragen. Der Grad der Verlagerung hängt vom Personenkreis, auf den sich die pauschalierte Vergütung erstreckt, sowie von Art und Umfang der einbezogenen Leistungen ab. Die (Voraus-)Bezahlung kann auch unabhängig von der späteren tatsächlichen Inanspruchnahme erfolgen (Ziffer 977ff). Neben Cost-Sharing-Verträgen für definierte Leistungen einer Behandlungsart, Diagnosis Related Groups (DRGs) für einen erbrachten Fall und Risk-Sharing im Sinne einer Erfolgskomponente (Payment by Results) ist insbesondere die umfassende „Full Ca-



„pitation“ interessant, die alle anfallenden Leistungen für alle (eingeschriebenen) Versicherten einbezieht.

Bei allen Varianten muss der Gefahr von Patientenselektion und Qualitätsmängeln (z.B. durch Leistungsverweigerung), beispielsweise durch Qualitäts(zu)sicherung, Transparenz und Stärkung der Patientenrechte, entgegengewirkt werden. Konkret schlägt der Rat daher die Nutzung sog. „**Area-Indikatoren**“ (vgl. auch SVR-GA 2007, Ziffer 501) vor, die zum Beispiel beschreiben, inwieweit evidenzbasierte Maßnahmen zur Herz-Kreislauf-Prävention bezogen auf eine konkrete Population tatsächlich umgesetzt werden. Die sektorübergreifende Entwicklung könnte durch die fachlich unabhängige Institution nach § 137 a SGB V erfolgen. Eine weitere sinnvolle Ergänzung könnten „**Access-Indikatoren**“ (SVR-GA 2007, Ziffer 491ff) bilden, die den Zugang zu Leistungen auf allen Versorgungsebenen beschreiben (etwa Wartezeiten für spezialisierte Leistungen, Erreichbarkeit im Notdienst).

### 2.2.5 Gatekeeping (systematischer Review)

Ein international häufig genutztes Konzept ist das sog. „Gatekeeping“, das einen durch Haus- bzw. Primärärzte gesteuerten Zugang zu spezialisierter Versorgung beschreibt. Im Allgemeinen soll auf diese Weise erreicht werden, dass Behandlungsabläufe optimiert, die Behandlungsqualität durch gezieltere Inanspruchnahme von Fachspezialisten erhöht und die Kosteneffektivität gesundheitlicher Versorgung verbessert werden.

Der Rat hat zu den Effekten des Gatekeepings durch Hausärzte einen systematischen Review in Auftrag gegeben (Ziffer 1050ff). Die Ergebnisse, die allerdings unter dem Vorbehalt einer teilweise schwachen Evidenzgrundlage stehen, deuten darauf hin, dass ein vorgeschaltetes Gatekeeping bei gleichwertigen Gesundheitsergebnissen und gesundheitsbezogener Lebensqualität die Gesundheitsausgaben senken kann. Insgesamt schwankt die Größenordnung der potenziellen Einsparungen durch Gatekeeping je nach Studie zwischen 5 und 65 % der Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf. Der Rat befürwortet kein striktes bzw. isoliertes Gatekeeping in einer für die Versicherten obligatorischen Form, wohl aber eine versorgungsstufenübergreifende, koordinierte Versorgung als Teil umfassender Versorgungsmodelle.

### 2.2.6 Kriterien guter Primärversorgung und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung (Meta-Review)

Da eine qualitativ hochwertige Primärversorgung in internationalen Modellen und auch im Zukunftskonzept des Rates das Fundament gesundheitlicher Versorgung bildet, ist die Frage relevant, welche Kriterien eine gute Primärversorgung auszeichnen. Die internationale wissenschaftliche Literatur nennt hier weitgehend übereinstimmend folgende Merkmale:

- Zugänglichkeit (accessibility)
- Gleichheit (equity)
- Angemessenheit (appropriateness)
- Qualität (quality)
- Effizienz (efficiency)

- Kontinuität (long-term continuity)
- Bevölkerungsbezug (community/public health orientation)

Ein vom Rat in Auftrag gegebener Evidenzreport in Form eines Meta-Reviews untersucht, inwieweit eine hausarztorientierte Versorgung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung beitragen kann, d. h. welche Evidenz hier im Hinblick auf Gesundheitsindikatoren oder Kosten besteht (Ziffer 645ff). Auf der Basis von 22 systematischen Reviews, die zusammen über 1 000 Studien umfassen, bestätigt sich die Bedeutung der oben genannten Merkmale. Länder mit einer starken Orientierung an diesen Kriterien schneiden hinsichtlich verschiedener Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung besser ab. Generell ergibt sich, dass eine allgemeinmedizinische Versorgung besonders bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft ist und Spezialisten eher bei der Behandlung von seltenen und einigen akuten Erkrankungen Stärken haben. Besonders wichtig scheint ein gutes Zusammenwirken der Versorgungsebenen zu sein. Mehrere Studien bzw. Übersichten zeigen, dass sich durch eine hausarztorientierte Versorgung Gesundheitsausgaben reduzieren lassen. Da die methodische Qualität der Primärstudien häufiger bemängelt wurde, ist die Aussagekraft der Ergebnisse insofern limitiert.

### 2.2.7 Umsetzung des Zukunftskonzepts am Beispiel von Primärversorgungspraxen (PVP)

Das im Folgenden beschriebene Konzept wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP) stellt den Versuch dar, die zuvor skizzierten Analysen und Erkenntnisse in einem konkreten Konzept für eine zukunftsorientierte Grundversorgung der Bevölkerung in Deutschland zu kondensieren (Ziffer 1152ff).

Eine PVP ist eine „entwickelte Organisation“, die gemeinsam festgelegte Ziele anstrebt, eine klare interne Aufgaben- und Arbeitsteilung hat, interne Qualitäts- und Personalentwicklungsstrategien verfolgt und sich selbst als lernende Organisation versteht. Hierfür erscheint ein Zusammenschluss mehrerer (etwa vier bis sechs) Ärzte sowie spezialisierter Medizinischer Fachangestellter (MFAs) bzw. Krankenschwestern zu einer größeren Einheit sinnvoll. Die PVP betreut im Rahmen eines – für Versicherte und Anbieter freiwilligen – Einschreibemodells eine feststehende Population, für deren gesundheitliche Versorgung sie Verantwortung übernimmt. Intern wird ein Teamansatz verfolgt, der Angehörige nichtärztlicher Berufe in diverse Versorgungsaufgaben einbezieht. Teil des Konzepts ist auch eine strukturierte Liaison mit Fachspezialisten aus Klinik oder Praxis, z. B. in Form regelmäßiger Zweig-Sprechstunden eines HNO-Arztes in den Räumen der PVP. Die hier tätigen Hausärzte müssen neben ihrer Kernaufgabe als Grundversorger ihrer Patienten zusätzlich auch Aufgaben als (sektorübergreifende) Koordinatoren und (interne) Moderatoren mit Letztverantwortung übernehmen. Die Größe der Organisation erlaubt erweiterte Öffnungszeiten (z. B. Abendsprechstunden für Berufstätige, durchgehende Öffnung auch in Urlaubszeiten) sowie flexible Arbeitszeiten für die Beschäftigten, was – wie konkrete Erfahrungen bereits zeigen – die Attraktivität solcher Konzepte für junge Ärzte/innen deutlich erhöht.

Neben dem eigentlichen Arzt-Patient-Kontakt gehört es zu den Aufgaben des PVP- bzw. Praxisteam, die eigene Praxispopulation systematisch und als Ganzes

zu betreuen (sog. Panel Management). Dabei stellen sich zum Beispiel folgende Fragen: Für wen sind wir verantwortlich? Wie viele Diabetiker versorgen wir? Wie können wir dieser Gruppe konkrete Unterstützungsangebote machen? Wie organisieren wir ein zuverlässiges und nachhaltiges, d. h. systematisches (nicht zufälliges) System zur Langzeitbetreuung mit programmierter Wiedereinbestellung zu Kontrollbesuchen und praxisinternen Erinnerungen an anstehende Kontrolluntersuchungen (z. B. Augenhintergrunduntersuchungen) für alle Diabetiker? Ziel ist die Stratifizierung der versorgten Patienten nach individuellem Bedarf und individuellen Bedürfnissen. Die interne Organisation und Ausrichtung der eigenen Angebote muss dazu passen. Die Organisation eines systematischen Impf-Recalls oder die Planung von (präventiven) Hausbesuchen oder Monitoring-Anrufen bei chronisch Kranken kann zu diesen Aufgaben gehören. Der Fokus verschiebt sich auf eine nachhaltige und umfassendere Versorgung einer (möglichst gesunden) Population.

Die individuelle Stratifizierung chronisch Kranker nach ihrem tatsächlichen Behandlungsbedarf erlaubt eine strukturierte und differenzierte Planung der Versorgung sowie eine operative Aufgabenteilung innerhalb des PVP-Teams. Denkbar ist z. B. eine Differenzierung in Akutsprechstunden, Präventionssprechstunden und Chronikersprechstunden. Insbesondere im Bereich der medizinischen Prävention (u. a. Patientenschulungen, Impfungen) sowie bei der Langzeitbetreuung chronisch Kranker (Monitoring diverser Messwerte) können MFA/Pflegekräfte wichtige Aufgaben übernehmen, die derzeit zumeist noch Hausärzte durchführen. Im Bereich der Dokumentation, beim Ausfüllen von Formularen, der Mitteilung von Normalwerten (auch per Telefon oder E-Mail) sowie bei kleineren Problemen (Verbandswechsel, Beratung zum alltäglichen Umgang mit chronischen Erkrankungen) können erfahrene, speziell auf ihre neuen Aufgaben vorbereitete MFA und Pflegekräfte Aufgaben übernehmen, die nicht zwingend eine ärztliche Approbation voraussetzen.

Eine der wichtigsten Herausforderungen für größere Organisationen stellt die Kontinuität der Arzt-Patient-Beziehung dar. Eine Studie in 284 Hausarztpraxen in zehn europäischen Ländern (darunter Deutschland) ergab, dass Patienten sich in kleineren Praxen signifikant besser betreut fühlen als in größeren Praxen mit mehreren Ansprechpartnern bzw. Mitarbeitern (Wensing et al. 2008). Die hier skizzierte Primärversorgungspraxis muss daher versuchen, das bisher vielfach sehr ausgeprägte Vertrauen von Patienten zu einem individuellen Hausarzt auf ein Team zu übertragen. Aus diesem Grund, aber auch aus anderen Erwägungen heraus (Erhalt persönlicher Verantwortlichkeit), könnten hier Kleinteam (sog. „teamlets“), bestehend aus je einem Hausarzt und einem (oder zwei) MFA bzw. Pflegekräften, zum Einsatz kommen (Bodenheimer/Laing 2007). Es spricht einiges dafür und sollte gezielt erprobt werden, dass Patienten eine solche Kleinteamlösung innerhalb einer größeren PVP akzeptieren und zu diesem auch die von ihnen gewünschte (und oftmals benötigte) feste Beziehung und Bindung aufbauen. Auch heute sehen bereits viele Patienten Arzthelferinnen bzw. MFA hausärztlicher Praxen als „verlängerten Arm“ ihres Hausarztes sowie als wichtige Vertrauenspersonen an.

Die erfolgreiche Umsetzung des vorgeschlagenen PVP-Konzepts ist an verschiedene Voraussetzungen geknüpft. So ist eine gezielte Personalentwicklung für Ärzte notwendig, die durch ihre Aus- und Weiterbildung in der Regel bisher nicht auf Aufgaben wie Moderation, Management oder Organisationsentwicklung vorbe-

reitet sind. MFA benötigen gezielte Qualifikationen in Praxis- und Case Management, wie sie beispielsweise das Curriculum für Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) vorsieht. Weitere Voraussetzungen sind eine geeignete räumliche Infrastruktur und IT-Unterstützung (ggf. auch Telemonitoring), gezielte Qualitätsentwicklungsstrategien sowie die Honorierung<sup>3</sup> von Team-, Präventions-, Koordinations-, Kooperations- und Managementleistungen.

### 2.2.8 Hausärztliche Versorgung im ländlichen Bereich

Verschiedene Analysen zeigen, dass die hausärztliche Versorgung im ländlichen Raum, derzeit vor allem in Ostdeutschland, zunehmend aber auch im Westen Deutschlands sowie in den ärmeren Stadtteilen deutscher Großstädte mehr und mehr gefährdet ist (Ziffer 1167ff). Grundsätzlich bestehen bei der Reorganisation von Versorgungsangeboten unter den Bedingungen einer schrumpfenden, alternden Bevölkerung wie auch einer zurückgehenden Zahl von Leistungserbringern in unterversorgten Gebieten stets zwei mögliche Richtungen: einerseits eine stärkere Zentralisierung (Konzentration der Infrastrukturleistungen an zentralen Orten), andererseits eine stärkere Dezentralisierung mittels eines größeren Anteils an mobilen Leistungen.

Die **zentrale Hausarztversorgung** bedeutet eine hausärztliche Grundversorgung der Bevölkerung auf der zentralörtlichen Stufe der Mittelzentren. Dabei ist vor allem an größere Praxiseinheiten (PVP, MVZ) gedacht, in denen mehrere Hausärzte sowie Fachärzte gemeinsam tätig sind.

Die **dezentrale Hausarztversorgung** betrachtet jede Gemeinde als Grundzentrum, das damit auch Standort für die ärztliche Grundversorgung sein soll. Zentrale Elemente einer dezentralen Hausarztversorgung sind „Kooperationspraxen“ und „Landarzträume“: In Gemeinden ohne eigenen Hausarzt kann die Versorgung durch Kooperationspraxen aufrechterhalten werden, in denen Hausärzte aus umliegenden Gemeinden an unterschiedlichen Tagen ihre Sprechstunde (in der Praxis des in den Ruhestand gegangenen Arztes bzw. in anderen geeigneten Räumlichkeiten) abhalten. Diverse Maßnahmen kommunaler Verwaltungen zur Steigerung der Attraktivität einer Niederlassung junger Arztfamilien (z. B. günstiger Wohnraum, Praxisräume in Gemeindezentren) sollen diese Maßnahme ergänzen. Gemeinden, in denen die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner/km<sup>2</sup> beträgt, sollen als „Landarzträume“ gekennzeichnet werden. Dort sollen Hausärzte einen Honorarzuschlag um ca. 25% (evtl. höher bei Hausbesuchen und Notdiensten), finanzielle Starthilfen, Regressbefreiung, intensive Niederlassungsbetreuung etc. erhalten.

Maßnahmen der zentralen und dezentralen Hausarztversorgung sind nur auf den ersten Blick widersprüchlich. Je nach regionaler Situation können diese auch komplementär genutzt werden.

<sup>3</sup> Das bisherige Honorarsystem setzt in der Regel zwingend eine persönliche Leistungserbringung durch einen Arzt voraus. Es gibt bislang nur sehr wenige explizit delegierbare Leistungen (etwa Hausbesuche durch Arzthelferinnen bzw. MFA), die wiederum unzureichend honoriert werden.

## 2.2.9 Keine Präferenz für Trägergruppen oder Betreibermodelle

In Deutschland beabsichtigen derzeit drei wesentliche Trägergruppen, sektorübergreifende und populationsbezogene Versorgungskonzepte anzubieten: Krankenhäuser und deren Zusammenschlüsse, Krankenversicherungen und Gruppen von niedergelassenen Ärzten. In einem Findungsprozess müssen diese drei Trägergruppen ihre Möglichkeiten unter Beweis stellen, zuverlässige Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. Dabei steht ihnen bereits unter den geltenden gesetzlichen Rahmenbedingungen ein breites Spektrum an Vertragsoptionen zur Verfügung, sodass gesetzliche Änderungen kaum erforderlich sind und die Auswahl der präferierten Varianten einen offenen Suchprozess darstellt, der keiner zentralistischen Regulierung bedarf.

### 2.2.10 Ausblick

Es gibt bereits eine ganze Reihe von Initiativen, welche die hier vorgeschlagenen Versorgungskonzepte anstreben und dabei bereits mehr oder weniger große Fortschritte erzielt haben. Beispiele, die im Sondergutachten ausführlicher dargestellt werden, sind das Gesunde Kinzigtal (Ziffer 885), die Prosper-Netze der Knappschaft (Ziffer 888), der Vertrag nach § 73 b SGB V der AOK Baden-Württemberg (Ziffer 882) oder das Schaaflheimer Arzt- und Apothekenzentrum (SCHAAZ) (Ziffer 1165). Eine vom Rat durchgeführte Befragung aller deutschen Krankenkassen zum Stichtag 1. Juli 2008 ergab, dass eine kontaktunabhängige Finanzierung über Kopfpauschalen (Capitation) bis dahin kaum genutzt wurde, aber bereits viermal für den ambulanten Bereich und 16-mal für alle Sektoren geplant wurde.

Das im Sondergutachten 2009 empfohlene Zukunftskonzept zur gesundheitlichen Versorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens resultiert aus umfangreichen Analysen des deutschen Gesundheitswesens und steht im Einklang mit wichtigen internationalen Konzepten. Das Konzept zielt auf eine regional differenzierte, populationsbezogene und sektorübergreifend koordinierte Versorgung aus einer Hand und basiert auf einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Grundversorgung. Es kommt nunmehr darauf an, die Vorschläge umzusetzen und deren Wirkungen zu evaluieren oder alternative Konzepte zu begründen. Nichtstun ist angesichts der konkreten Herausforderungen keine Alternative.

## 2.3 Literatur

- Bodenheimer T, Laing BY. The teamlet model of primary care. *Ann Fam Med* 2007; 5: 457–61.
- Erler A, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Brennecke R. Garbage in – Garbage out? Validität von Abrechnungsdiagnosen in hausärztlichen Praxen. *Das Gesundheitswesen* 2009; 71: 823–31.
- Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008. St. Augustin: Gmünder ErsatzKasse 2008.
- Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. *Dtsch Arztebl* 2007; 104 (38): A-2584–91.
- Wensing M, Hermesen J, Grol R, Szecsenyi J. Patient evaluations of accessibility and co-ordination in general practice in Europe. *Health Expectations* 2008; 11: 384–90.