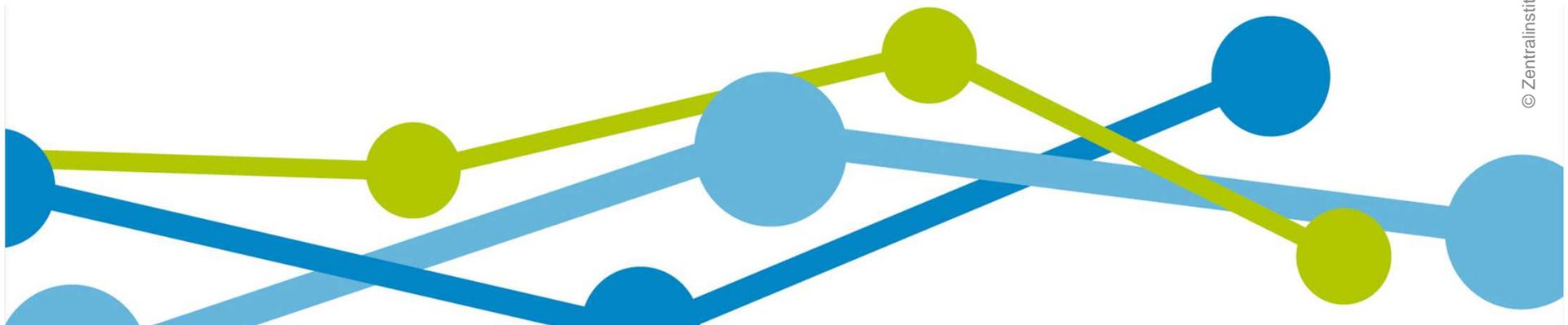


1. Versorgungsforschungstag der KV Hamburg, 17. Juni 2015

Regionale Unterschiede und das ökonomische Potenzial einer veränderten intersektoralen Arbeitsteilung

Dr. Dominik von Stillfried, Thomas Czihal



Hamburg – Gesundheitsmetropole



Gesundheit

„Gesund leben zu können, gesund aufzuwachsen und gesund arbeiten zu können gehört für uns ebenso zu einer Metropole der Zukunft, wie eine gute medizinische und pflegerische Versorgung.

Die Koalition will den Gesundheitsstandort Hamburg weiter stärken!

(Hervorhebung hinzugefügt)

Hamburg – Gesundheitsmetropole



Gesundheit

„Gesund leben zu können, gesund aufzuwachsen und gesund arbeiten zu können gehört für uns ebenso zu einer Metropole der Zukunft, wie eine gute medizinische und pflegerische Versorgung.

Die Koalition will den Gesundheitsstandort Hamburg weiter stärken!

(Hervorhebung hinzugefügt)

Analyse regionaler
Unterschiede
kann hierfür wertvolle
Hinweise geben



Hamburg – Gesundheitsmetropole mit überdurchschnittlicher Angebotsstruktur

Kennzahlen zur ambulanten Angebotsstruktur in Hamburg			
Arztgruppe	Gesamtzahl Ärzte	Anteil der Ärzte oberhalb eines Versorgungsgrades von	
		110%	140%
Hausärzte	1233	7%	0%
Psychotherapeuten	983	34%	16%
Frauenärzte	290	5%	0%
Fachinternisten	244	64%	54%
Nervenärzte	161	12%	0%
Orthopäden	156	12%	0%
Augenärzte	151	7%	0%
Kinderärzte	144	11%	0%
HNO-Ärzte	120	8%	0%
Hautärzte	97	8%	0%
Chirurgen	95	22%	0%
Radiologen	82	51%	38%
Anästhesisten	79	48%	33%
Urologen	73	10%	0%
Kinder- und Jugendpsychiater	50	64%	53%
Laborärzte	50	61%	51%
Pathologen	44	63%	53%
Nuklearmediziner	35	53%	40%
Strahlentherapeuten	29	60%	49%
PRM-Mediziner	25	53%	41%
Neurochirurgen	23	47%	33%
Humangenetiker	16	79%	73%
Transfusionsmediziner	6	73%	66%
Gesamt	4183	22%	11%

Aufkauf „überzähliger“ Praxissitze – eine Maßnahme zur Stärkung der Versorgung?

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis von Angaben aus dem Bundesarztregister der KBV



Hamburg – sensationell kurze Wartezeiten auf Facharzttermine

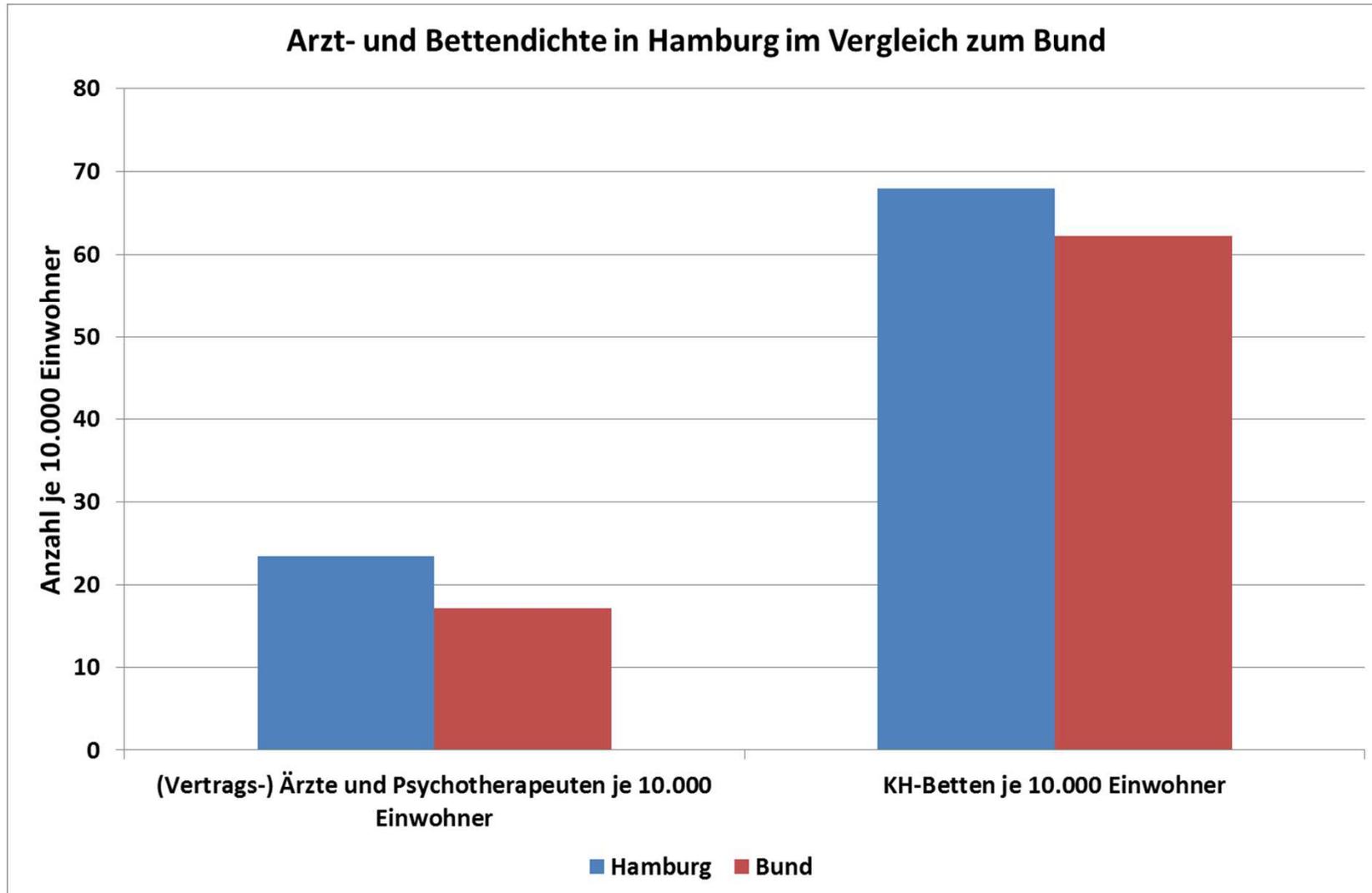
	Anteil der Patienten mit Wartezeit länger als drei Wochen auf den letzten Facharzttermin
Hamburg	12
Bremen	14
Saarland	16
Baden-Württemberg	18
Berlin	19
Nordrhein	21
Westfalen-Lippe	23
Sachsen	24
Bayern	25
Hessen	26
Brandenburg	26
Schleswig-Holstein	27
Niedersachsen	28
Sachsen-Anhalt	32
Rheinland-Pfalz	33
Mecklenburg-Vorpommern	35
Thüringen	40
Bund	24

Überdurchschnittliche vertragsärztliche Angebotsstrukturen ermöglichen in Hamburg kürzeste Wartezeiten. (Nationalmeister in der Weltmeisterklasse)

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis der Versichertenbefragung der KBV 2014



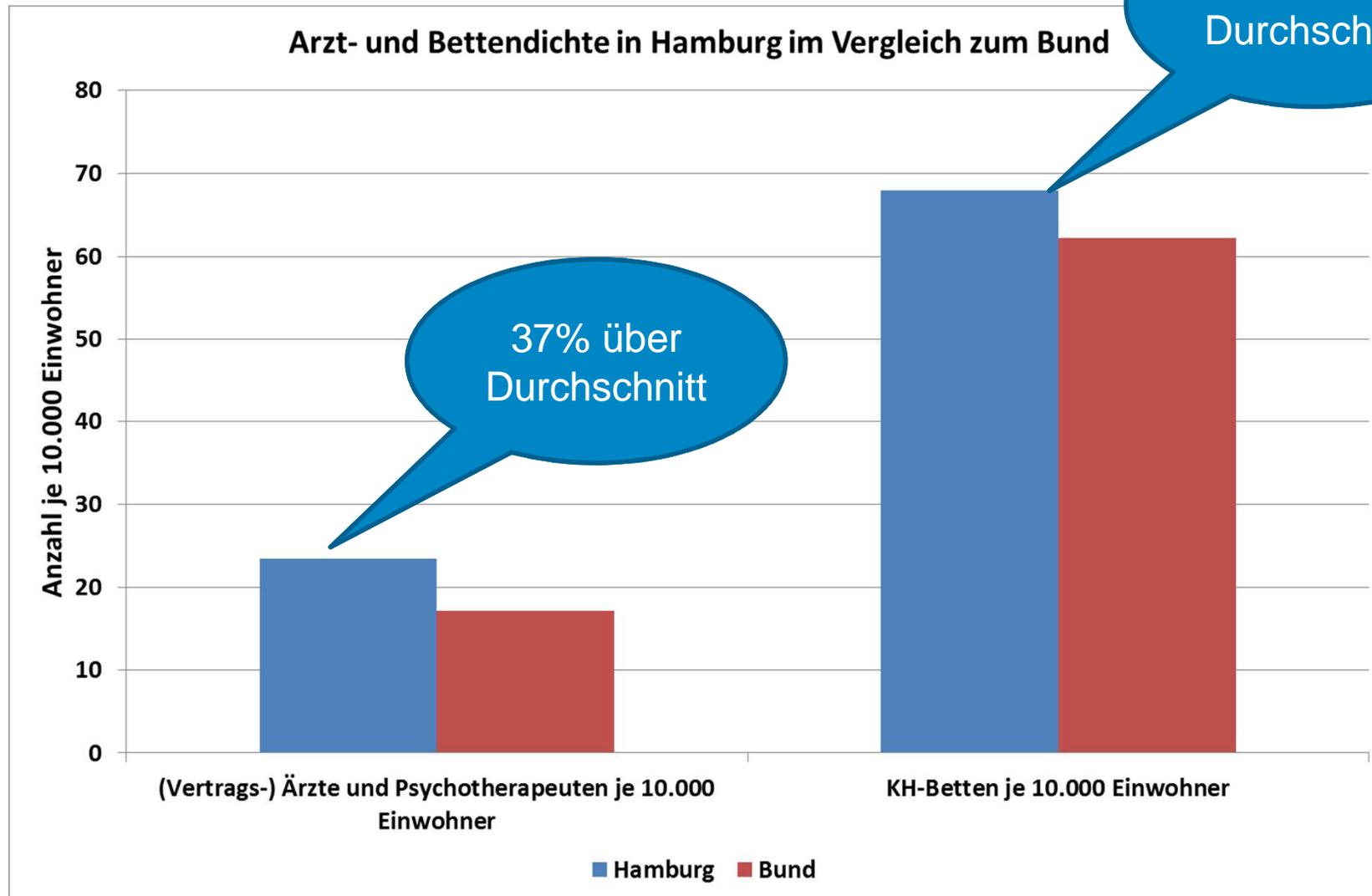
Hamburg – Gesundheitsmetropole mit überdurchschnittlicher Angebotsstruktur



Quelle: Jahr 2013, Eigene Darstellung auf Basis von www.versorgungsatlas.de und INKAR-Daten des BBSR,



Hamburg – Gesundheitsmetropole mit überdurchschnittlicher Angebotsstruktur



Quelle: Jahr 2013, Eigene Darstellung auf Basis von www.versorgungsatlas.de und INKAR-Daten des BBSR,



Hamburg – Gesundheitsmetropole mit Bedeutung für die Versorgung des Umlands

ambulant

	Anteil der Fälle Hamburger Praxen nach Wohnort der Patienten
Hamburg	71%
Schleswig-Holstein	15%
Niedersachsen	9%
Bremen	1%
Nordrhein-Westfalen	1%
Mecklenburg-Vorp.	1%
Bayern	1%
Baden-Württemberg	0%
Berlin	0%
Hessen	0%
Sachsen-Anhalt	0%
Sachsen	0%
Ausland/ Unbekannt	0%
Rheinland-Pfalz	0%
Brandenburg	0%
Thüringen	0%
Saarland	0%

Ca. 30% Mitversorgung für andere Regionen.

stationär

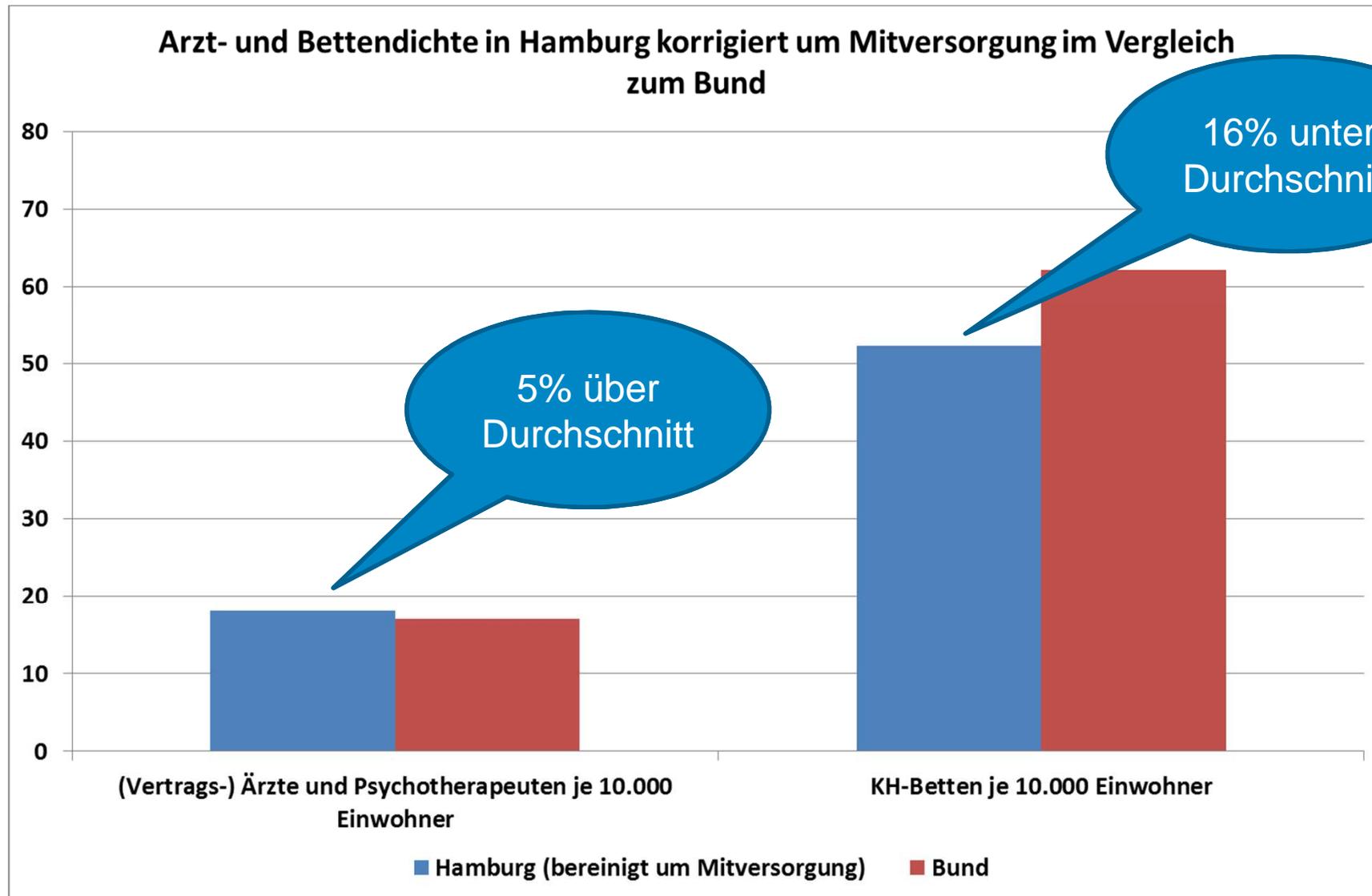
	Anteil der Fälle Hamburger Krankenhäuser nach Wohnort der Patienten
Hamburg	69%
Schleswig-Holstein	19%
Niedersachsen	9%
Mecklenburg-Vorpommern	1%
Nordrhein-Westfalen	1%
Ausland/ Unbekannt	1%
Bremen	0%
Hessen	0%
Berlin	0%
Bayern	0%
Baden-Württemberg	0%
Sachsen-Anhalt	0%
Brandenburg	0%
Rheinland-Pfalz	0%
Sachsen	0%
Thüringen	0%
Saarland	0%

Ca. 30% Mitversorgung für andere Regionen.

Quelle: Eigene Berechnungen, auf Basis der VDX Daten und der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes



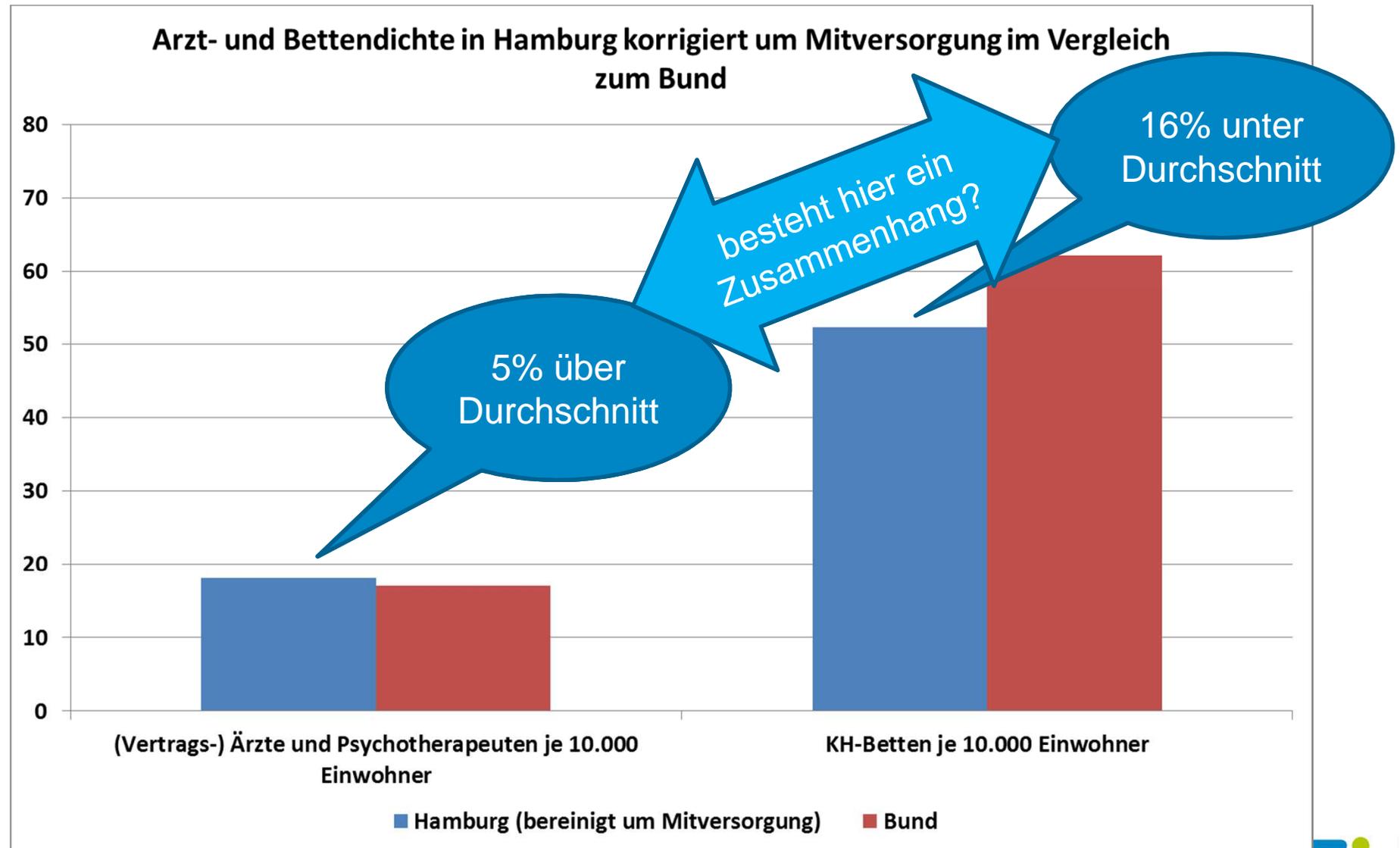
Nach Bereinigung um Mitversorgungsfunktion – überdurchschnittliche Angebotsstruktur ?



Quelle: Eigene Berechnungen



Nach Bereinigung um Mitversorgungsfunktion – überdurchschnittliche Angebotsstruktur ?

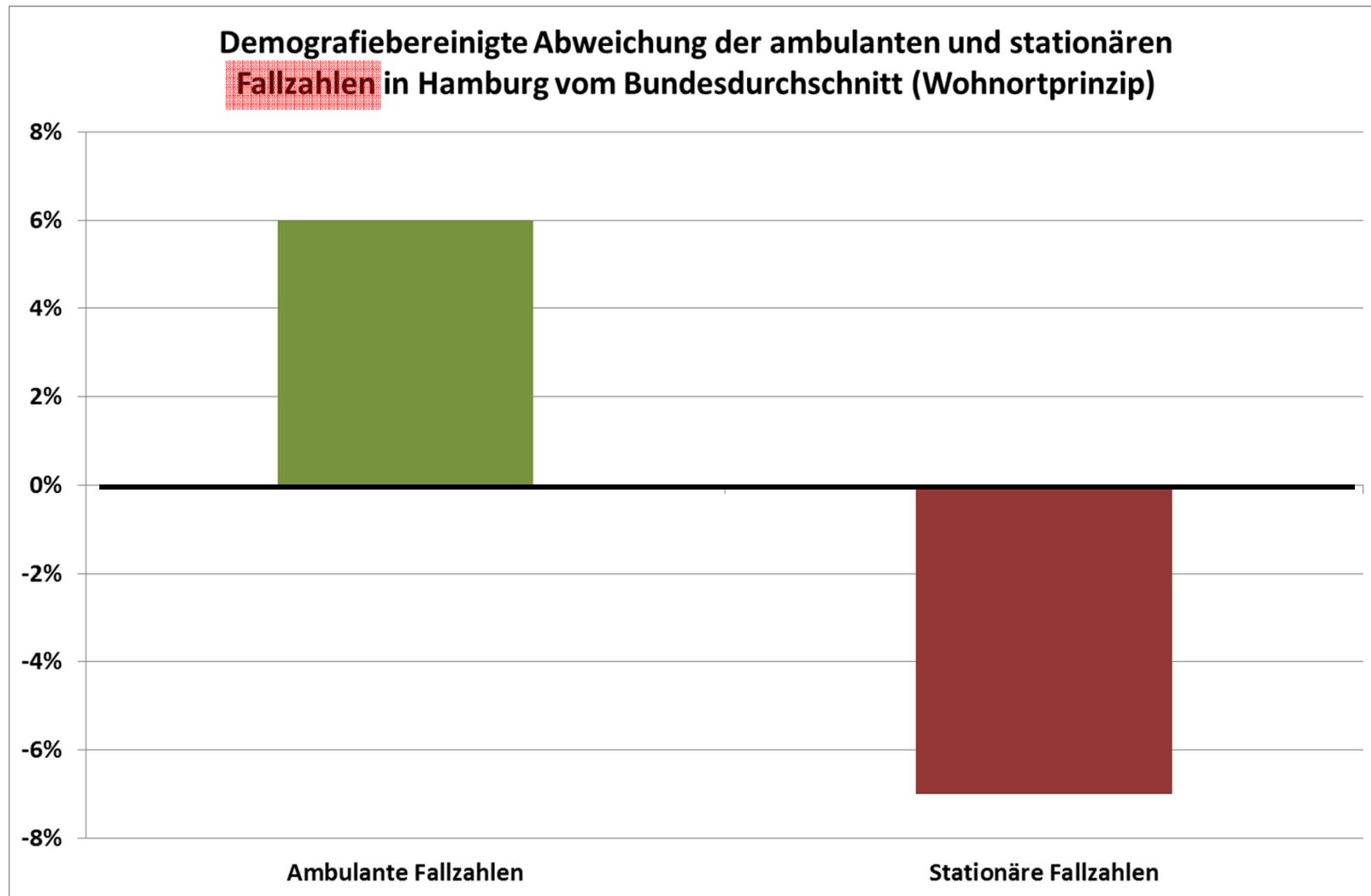


Quelle: Eigene Berechnungen



Ambulant statt stationär

– in der Versorgung in Hamburg sichtbar

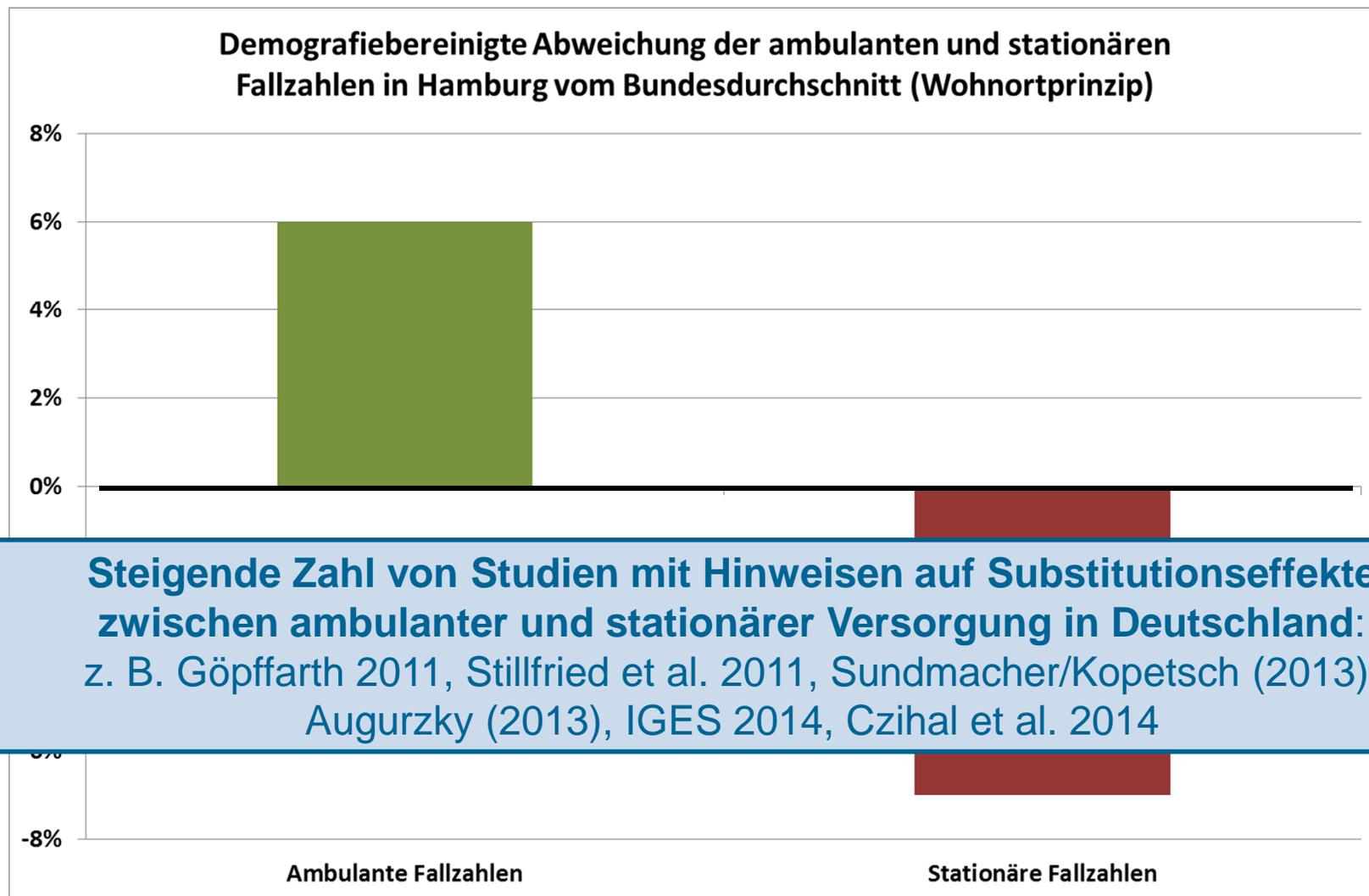


Quelle: Eigene Berechnungen, auf Basis der VDX Daten und der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes



Ambulant statt stationär

– in der Versorgung in Hamburg sichtbar



Steigende Zahl von Studien mit Hinweisen auf Substitutionseffekte zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in Deutschland:
z. B. Göppfarth 2011, Stillfried et al. 2011, Sundmacher/Kopetsch (2013), Augurzky (2013), IGES 2014, Czihal et al. 2014

Quelle: Eigene Berechnungen, auf Basis der VDX Daten und der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes



Ambulantes Potential im internationalen Vergleich – z.B. AOP

„In nahezu sämtlichen der 37 untersuchten Operationen zeigten sich große Unterschiede zwischen den Ländern (oftmals in etwa derselben Reihenfolge). Besonders auffällig sind dabei die Anteile im Bereich der **Leistenbruch-Operationen**: Während in den **USA (84,1 %)**, **Kanada (71,2 %)** oder **Dänemark (73,0 %)** die Mehrheit aller Eingriffe in diesem Gebiet **ambulant** durchgeführt wird, sind es in **Deutschland** lediglich **6,0 %**.“

Land	Anteil (bezogen auf zuvor definiertes Patientenkollektiv)
Kanada (Provinz Alberta)	83,8 %
USA (Medicare)	83,5 %
Dänemark	79,3 %
Australien	74,0 %
Niederlande	69,8 %
Belgien	69,0 %
Norwegen	68,0 %
Schweden	66,7 %
England	62,5 %
Finnland	62,4 %
Schottland	62,0 %
Deutschland	60,7 %
Spanien	54,0 %
Frankreich	44,9 %
Hong Kong	42,5 %
Italien	41,0 %
Portugal	18,5 %

Tabelle 24: Anteil ambulanter Operationen an allen Operationen (bezogen auf ein definiertes Vergleichskollektiv) im internationalen Vergleich

Quelle: SVR-Gesundheit 2012



Ambulantes Potential im internationalen Vergleich – z.B. AOP

„In nahezu sämtlichen der 37 untersuchten Operationen zeigten sich große Unterschiede zwischen den Ländern (oftmals in etwa

Land	Anteil (bezogen auf zuvor definiertes Patientenkollektiv)
Kanada (Provinz Alberta)	83,8 %
USA (Medicare)	83,5 %
Dänemark	79,3 %
Australien	74,0 %
Niederlande	69,8 %
Belgien	69,0 %

Die Situation in Hamburg:
 Die Inanspruchnahme von Leistungen des Kapitels 31 des EBM (AOP) liegt in Hamburg 39% über dem Bundesdurchschnitt (Wohnortprinzip, demografieadjustiert).

aller Eingriffe in diesem Gebiet ambulant durchgeführt wird, sind es in Deutschland lediglich 6,0 %.“

Spanien	54,0 %
Frankreich	44,9 %
Hong Kong	42,5 %
Italien	41,0 %
Portugal	18,5 %

Tabelle 24: Anteil ambulanter Operationen an allen Operationen (bezogen auf ein definiertes Vergleichskollektiv) im internationalen Vergleich

Quelle: SVR-Gesundheit 2012



Deutschland: Langfristige Entwicklung der stationären Fallzahlen – geringer als erwartet

TABELLE 2

Indexzerlegung stationäre Versorgung ausgewählter chronischer Krankheiten 2000–2009, beide Geschlechter

Hauptdiagnosegruppe/Diagnosegruppe	Fallzahlen		Index (Veränderung in %)		
	2000	2009	insgesamt	wegen Risiko	wegen demografischer Alterung
beide Geschlechter					
A00–T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	16 723 761	17 567 310	1,050 (+5,0)	0,990 (-1,0)	1,061 (+6,1)
darunter					
I00–I99 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 752 941	2 695 860	0,979 (-2,1)	0,852 (-14,8)	1,150 (+15,0)
– I20–I25 ischämische Herzkrankheiten	895 016	661 317	0,739 (-26,1)	0,641 (-35,9)	1,152 (+15,2)
– I50 Herzinsuffizienz	239 148	363 256	1,519 (+51,9)	1,245 (+24,5)	1,220 (+22,0)
– I60–I69 zerebrovaskuläre Krankheiten	390 598	357 141	0,914 (-8,6)	0,773 (-22,7)	1,183 (+18,3)
C00–C97 (ohne C44) bösartige Neubildungen	1 617 804	1 425 633	0,881 (-11,9)	0,772 (-22,8)	1,142 (+14,2)
– C18–C21 Darmkrebs	248 352	173 455	0,698 (-30,2)	0,613 (-38,7)	1,139 (+13,9)
– C33–C34 Lungenkrebs	177 450	188 100	1,060 (+6,0)	0,922 (-7,8)	1,150 (+15,0)
– C50 Mammakarzinom	250 510	146 587	0,585 (-41,5)	0,553 (-44,7)	1,057 (+5,7)
– C61 Prostatakarzinom	80 088	83 868	1,047 (+4,7)	0,845 (-15,5)	1,239 (+23,9)
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 239 222	1 641 564	1,325 (+32,5)	1,244 (+24,4)	1,065 (+6,5)
– M15–M19 Arthrosen	298 507	419 411	1,405 (+40,5)	1,256 (+25,6)	1,118 (+11,8)
– M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	340 625	545 418	1,601 (+60,1)	1,508 (+50,8)	1,061 (+6,1)

Quelle: Nowossadeck
Demografische Alterung
und stationäre
Versorgung
Dt. Ärzteblatt 2012

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnungen



Deutschland: Langfristige Entwicklung der stationären Fallzahlen – geringer als erwartet

TABELLE 2
Indexzerlegung stationäre Versorgung ausgewählter chronischer Krankheiten 2000–2009, beide Geschlechter

Hauptdiagnosegruppe/Diagnosegruppe	Fallzahlen		Index (Veränderung in %)		
	2000	2009	insgesamt	wegen Risiko	wegen demografischer Alterung
beide Geschlechter					
A00–T98 alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	16 723 761	17 000 000			
darunter					
I00–I99 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2 752 941	2 700 000			
– I20–I25 ischämische Herzkrankheiten	895 016	850 000			
– I50 Herzinsuffizienz	239 148	230 000			
– I60–I69 zerebrovaskuläre Krankheiten	390 598	380 000			
C00–C97 (ohne C44) bösartige Neubildungen	1 617 804	1 600 000			
– C18–C21 Darmkrebs	248 352	173 455	0,698 (–30,2)	0,613 (–38,7)	1,000 (+0,0)
– C33–C34 Lungenkrebs	177 450	188 100	1,060 (+6,0)	0,922 (–7,8)	1,150 (+6,3)
– C50 Mammakarzinom	250 510	146 587	0,585 (–41,5)	0,553 (–44,7)	1,050 (+4,0)
– C61 Prostatakarzinom	80 088	83 868	1,047 (+4,7)	0,845 (–15,5)	1,200 (+49,0)
M00–M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1 239 222	1 641 564	1,325 (+32,5)	1,244 (+24,4)	1,000 (+6,5)
– M15–M19 Arthrosen	298 507	419 411	1,405 (+40,5)	1,256 (+25,6)	1,118 (+11,8)
– M40–M54 Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	340 625	545 418	1,601 (+60,1)	1,508 (+50,8)	1,061 (+6,1)

Quelle: Nowossadeck
 Demografische Alterung
 und stationäre
 Versorgung
 Dt. Ärzteblatt 2012

Index (Veränderung in %) 2000-2009

insgesamt	wegen Risiko	wegen demografischer Alterung
tatsächlich		erwartet
1,050 (+5,0)	0,990 (–1,0)	1,061 (+6,1)

**demografie-
 bereinigt:
 Fallzahlrückgang
 um 1% (~ 20%)**

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik des Statistischen Bundesamtes, eigene Berechnungen



Gegenüberstellung: Leistungsentwicklung in der vertragsärztlichen und in der stationären Versorgung (Leistungsbedarf / Belegungstage)

- Vergleich der Leistungsentwicklung demografiebereinigt, je KV-Region nach ICD-10 Kapiteln.
- 17 KVen und 20 ICD-10 Kapitel ergeben **340 Beobachtungsfelder**

Leistungsentwicklung 2011-2012		vertragsärztliche Versorgung	
		Zunahme	Abnahme
stationäre Versorgung	Abnahme	175 (51%)	56 (16%)
	Zunahme	82 (24%)	27 (8%)



Quelle: Czihal et al. 2014, versorgungsatlas.de

Kann Verlagerung in die ambulante Versorgung den demografisch bedingten Ausgabenanstieg abmildern?

„Der medizinisch-technische Fortschritt (z.B. in den Bereichen Anästhesie, minimalinvasive Chirurgie, Medizintechnik oder auch bei der pharmakologischen Therapie) *ermöglicht eine Verlagerung ehemals stationär erbrachter Leistungen in die ambulante Versorgung.*

In Kombination mit der absehbaren demografischen Entwicklung gewinnt die ambulante Behandlung an Bedeutung: *Ein wachsender Anteil bislang stationär behandlungsbedürftiger Patienten benötigt diese Form der Versorgung teilweise nur noch wenige Tage oder zukünftig gar nicht mehr.*

Die Verlagerung medizinischer Leistungen in den ambulanten Bereich vermag außerdem das Spannungsfeld einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen bei weiterhin begrenzten Ressourcen zumindest teilweise zu mindern.“

(SVR Gesundheit 2012)

Konkretisierung des Versorgungsziels Ambulant vor stationär (§ 39 SGB V)

1. Ziel: Definition einer in Deutschland realisierbaren Referenzgröße

Methode: Identifikation der *5% der Landkreise* und kreisfreien Städte mit dem *höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potentials* durch regionalen Vergleich.

21 Kreisregionen, die nach Standardisierung der Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur die *geringste stationäre Inanspruchnahmerate bei gleichzeitig mindestens durchschnittlicher ambulanter Inanspruchnahmerate* aufweisen, werden als „*Best-Practice-Regionen*“ definiert.

Konkretisierung des Versorgungsziels Ambulant vor stationär (§ 39 SGB V)

1. Ziel: Definition einer in Deutschland realisierbaren Referenzgröße

Methode: Identifikation der *5%* der Landkreise und kreisfreien Städte mit dem *höchsten realisierten Ausschöpfungsgrad des ambulanten Potentials* durch regionalen Vergleich.

21 Kreisregionen, die nach Standardisierung der Alters-, Geschlechts-, Morbiditäts- und Sozialstruktur die *geringste stationäre Inanspruchnahmerate bei gleichzeitig mindestens durchschnittlicher ambulanter Inanspruchnahmerate* aufweisen, werden als „*Best-Practice-Regionen*“ definiert.

2. Ziel: Ermittlung des ökonomischen Potenzials

Methode: *Projektion des ambulanten und stationären Versorgungsbedarfs zum Jahr 2020* in zwei Szenarien

1. **Status-Quo** – ambulante und stationäre Inanspruchnahme ändert sich nicht in den Altersgruppen und den Regionen.
2. **Best-Practice** - alle Regionen in Deutschland erreichen die geschlechts- und altersgruppen-spezifischen Inanspruchnahmeraten der „Best-Practice-Regionen“.



Ergebnisse Ziel 1: 21 Best-Practice-Regionen

Inanspruchnahmerate stationär: 15% unter dem Bundesdurchschnitt
Inanspruchnahmerate ambulant: 13% über dem Bundesdurchschnitt.

Bundesland	Landkreis/ kreisfreie Stadt	Einwohnerzahl des Kreises 2011
Baden-Württemberg	Rhein-Neckar-Kreis	537.625
Niedersachsen	Oldenburg	127.282
Baden-Württemberg	Konstanz	278.983
Baden-Württemberg	Ulm, Stadt	122.801
Hessen	Wiesbaden, Stadt	275.976
Baden-Württemberg	Mannheim, Stadt	313.174
Baden-Württemberg	Karlsruhe, Stadt	294.761
Hessen	Main-Taunus-Kreis	227.398
Niedersachsen	Ammerland	118.004
Bayern	München, Stadt	1.353.186
Niedersachsen	Lüneburg	177.279
Berlin	Berlin	3.460.725
Sachsen	Leipzig, Stadt	522.883
Mecklenburg-Vorpommern	Rostock	202.735
Hamburg	Hamburg	1.786.448
Niedersachsen	Osnabrück, Stadt	164.119
Bayern	München, Landkreis	323.015
Mecklenburg-Vorpommern	Bad Doberan	117.197
Niedersachsen	Oldenburg, Stadt	162.173
Baden-Württemberg	Freiburg im Breisgau	224.191
Baden-Württemberg	Heidelberg, Stadt	147.312

Regionen aus
 8 Bundesländern
 in Nord, Süd, Ost und
 West,
 städtisch und ländlich,
**insg. 10,9 Mio.
 Einwohner**



Ergebnisse Ziel 1: Best-Practice-Regionen - Charakteristika

Merkmale je 100.000 EW	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
niedergelassene Ärzte gesamt	221,6	159,8	137,0
Hausärzte	68,7	64,9	60,3
Anästhesisten	6,1	3,3	2,1
Augenärzte	7,7	6,3	5,8
Chirurgen	6,0	4,6	4,2
Frauenärzte	15,0	11,3	11,2
HNO-Ärzte	5,9	4,6	4,2
Hautärzte	5,5	3,9	3,2
Internisten	13,4	10,0	8,6
Kinderärzte	8,4	6,7	6,1
Nervenärzte	8,2	5,2	4,2
Psychotherapeuten	47,0	19,8	10,8
Orthopäden	8,4	6,0	5,5
Radiologen	4,3	3,1	3,0
Urologen	3,7	3,2	3,1
Krankenhausbetten	74,9	62,6	83,3

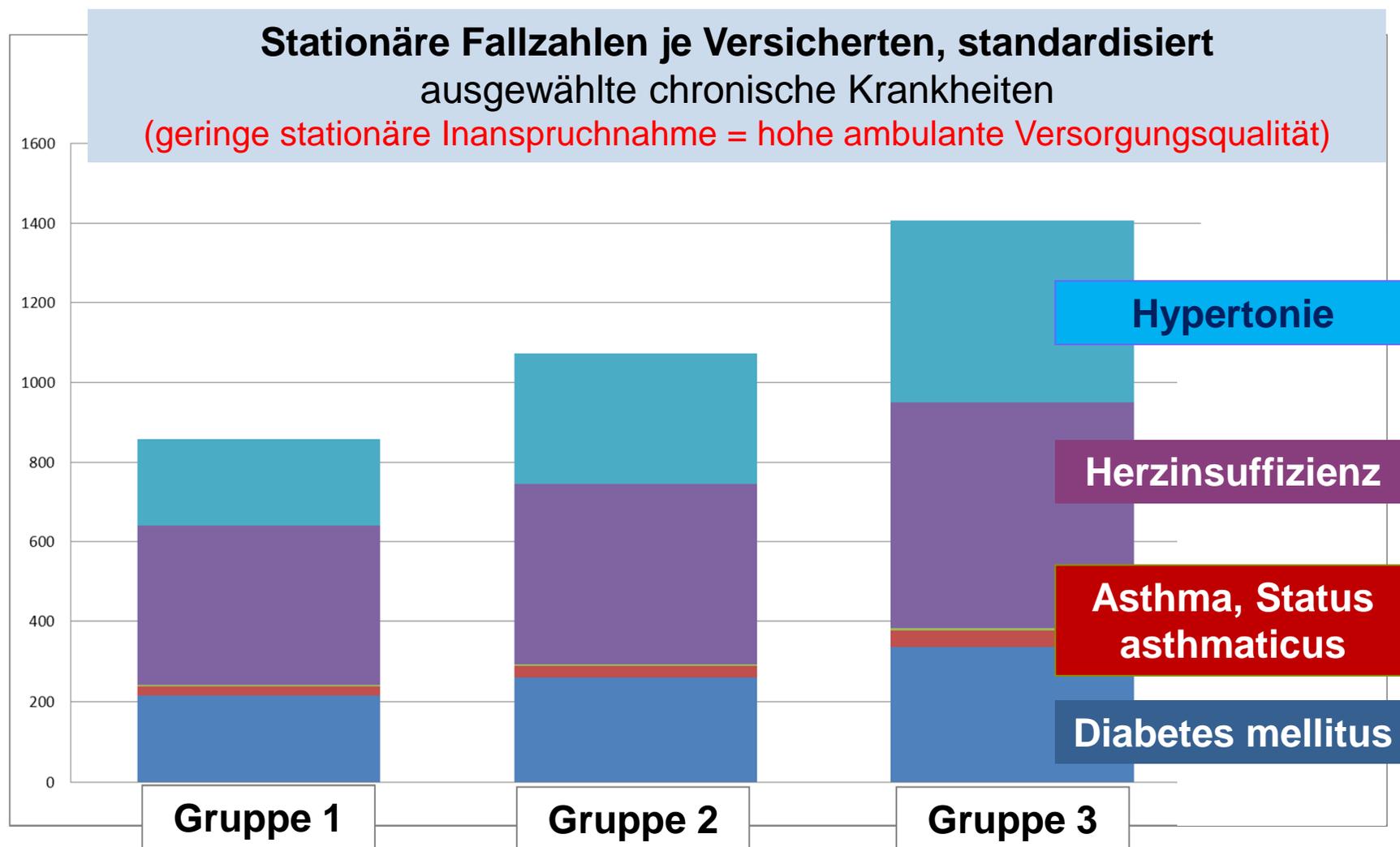
Ausschöpfung des ambulanten Potenzials

Gruppe 1: hoch (**Best-Practice**);
 Gruppe 2: durchschnittlich;
 Gruppe 3: gering

vertragsärztliche Versorgungsstruktur
 Gruppe 1: in allen Aspekten überdurchschnittlich
 Gruppe 3: in allen Aspekten unterdurchschnittlich



Ergebnisse Ziel 1: Best-Practice-Regionen - Charakteristika



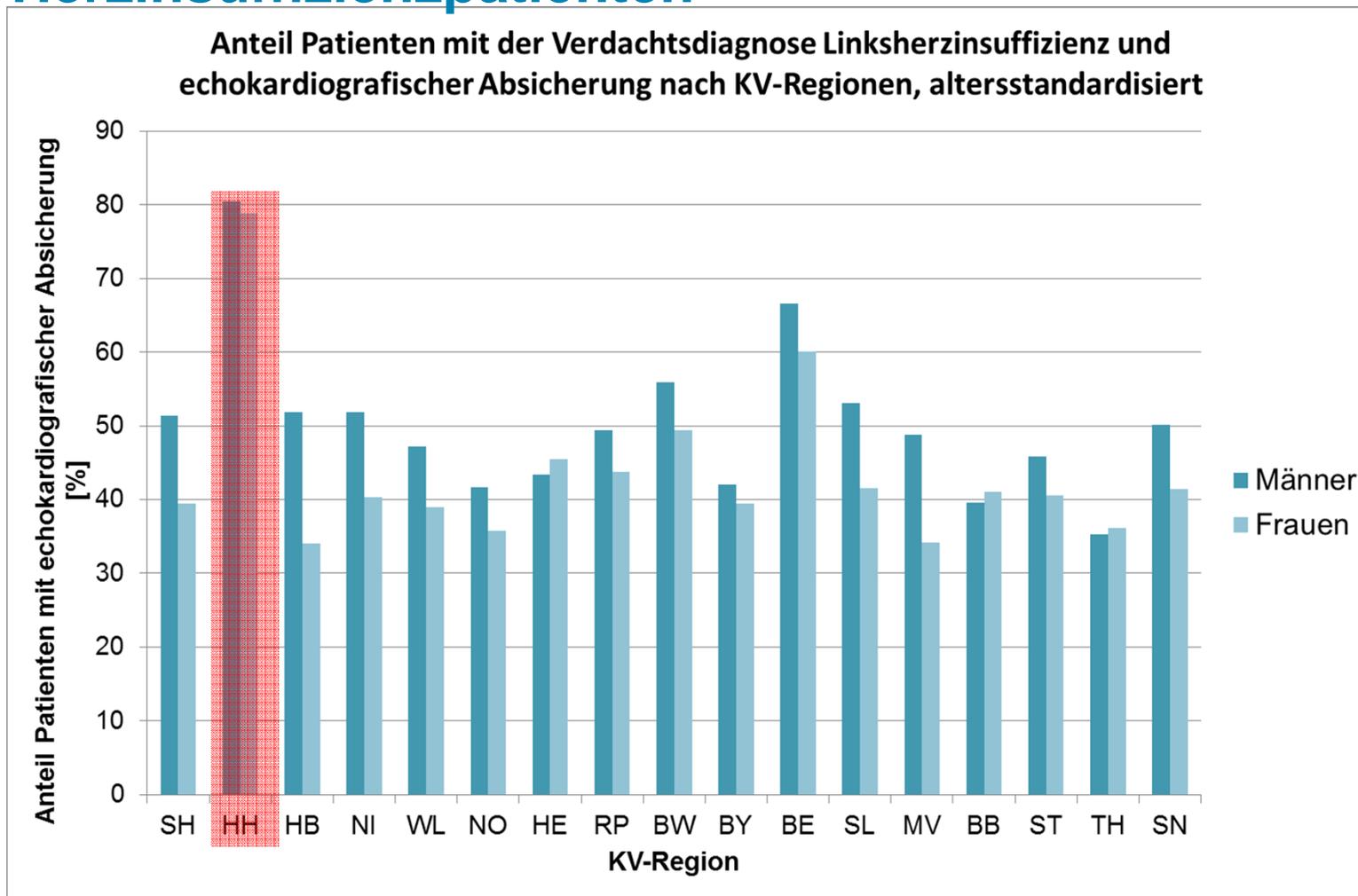
Ausschöpfung des ambulanten Potenzials

Gruppe 1: hoch (**Best-Practice**);

Gruppe 2: durchschnittlich;

Gruppe 3: gering

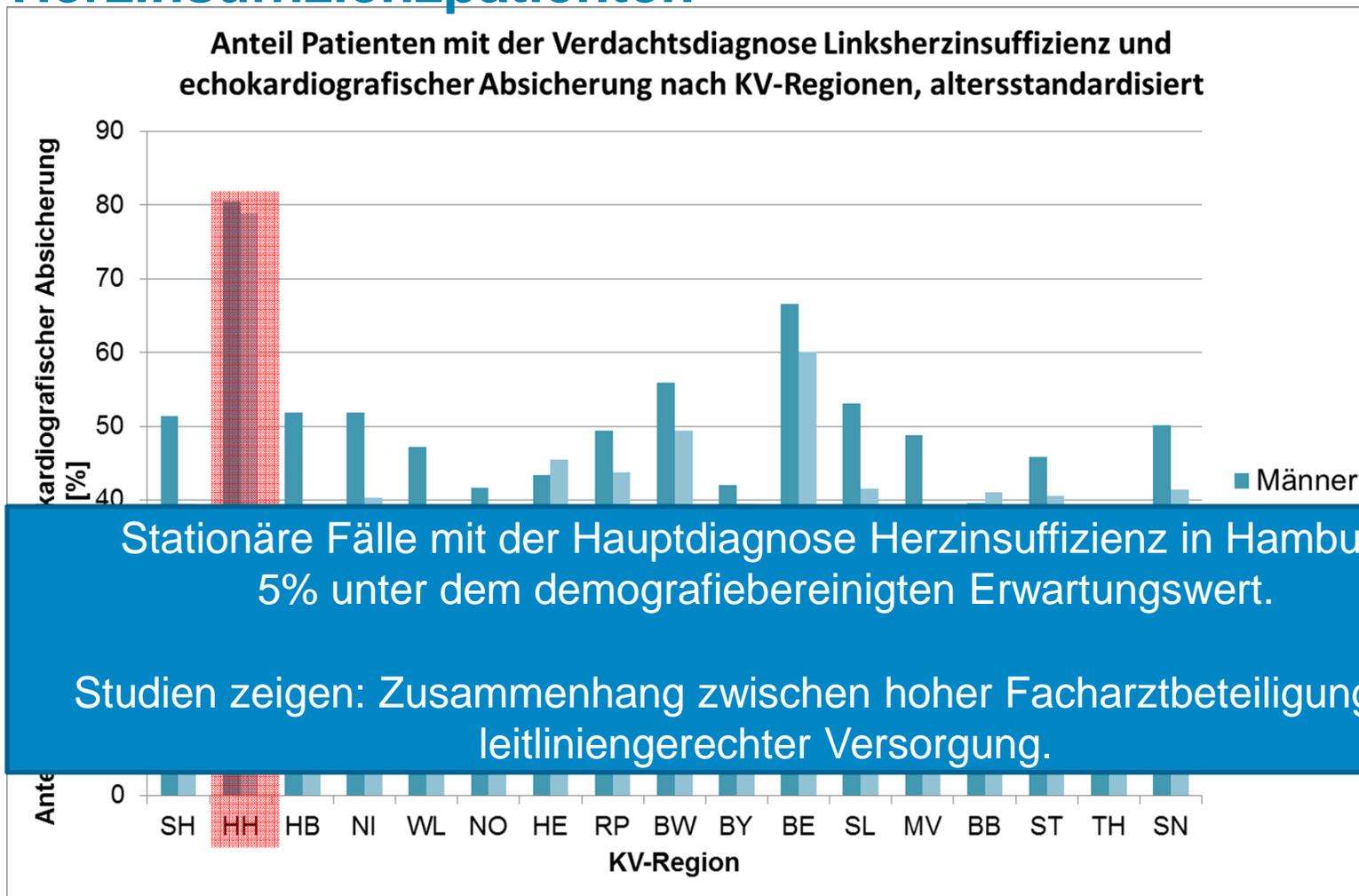
Exkurs: Echokardiographie bei inzidenten Herzinsuffizienzpatienten



Die Studienpopulation bilden die Patienten, die in 2009 die Verdachtsdiagnose I50.1- hatten und in 2008 keine Diagnose H50.1- und bei denen im Jahr 2009 oder im 1. Quartal 2010 eine Echokardiografie durchgeführt wurde.
Bremen konnte auf Grund der geringen Fallzahlen nicht ausgewertet werden.

VDX - Daten 2009, N = 13.664 Patienten, I50.1- V in 2009 und keine I50.1- in 2008

Exkurs: Echokardiographie bei inzidenten Herzinsuffizienzpatienten



Die Studienpopulation bilden die Patienten, die in 2009 die Verdachtsdiagnose I50.1- hatten und in 2008 keine Diagnose H50.1- und bei denen im Jahr 2009 oder im 1. Quartal 2010 eine Echokardiografie durchgeführt wurde.
Bremen konnte auf Grund der geringen Fallzahlen nicht ausgewertet werden.

VDX - Daten 2009, N = 13.664 Patienten, I50.1- V in 2009 und keine I50.1- in 2008

Ergebnisse Ziel 2: Projektion zum Jahr 2020

	Status-Quo-Szenario 2020	Best-Practice-Szenario 2020
Ambulant	+ 3% (ca. 1 Mrd. €)	+ 17% (ca. 5 Mrd. €)
Stationär	+ 6% (ca. 3 Mrd. €)	- 6% (ca. - 3 Mrd. €)
Ambulant und Stationär	4 Mrd. €	2 Mrd. €

Basisjahr: 2011

Ein Ausschöpfen des ambulanten Versorgungspotentials könnte den demografisch bedingten Ausgabenanstieg verringern.

Voraussetzung: sektorenübergreifende Versorgungsplanung

Mögliche Vorbilder: „Best-Practice Regionen“

Einsparpotenziale bei vermeidbaren Krankenhausfällen (Ambulant-Sensitive-Konditionen)

Bedeutung der Versorgungsstruktur

IGES Gutachten im Auftrag des BMG:

„Evaluierung der Auswirkungen von Zuschlägen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten“

„Je höher die Facharztdichte in der ambulanten Versorgung, desto weniger typischerweise ambulant behandelbare Fälle werden im Krankenhaus versorgt.“

„Die Analysen der regionalen Unterschiede zeigen darüber hinaus, dass ein Großteil der Regionen mit überdurchschnittlich vielen ambulant behandelbaren Krankenhausfällen ländlichen Typs sind und eine unterdurchschnittliche Facharztdichte haben.“

Quelle:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Forschungsberichte/2014/2014_3/1408_08_Forschungsbericht-IGES-Institut-Versorgung-Aerzte.pdf



Abgrenzung Ambulant-Sensitiver Konditionen (IGES)

Erkrankung	ICD10-Code	Filterkriterium (ja)=tw. Anwendung in den vorliegenden Analy- sen (nein)=keine Anwendung in den vorliegenden Ana- lysen
Asthma	J45, J46	-
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz	I10, I11.9	ohne DRG F67A (<i>nein</i>)
Hypertonie, hypertensive Herzkrankheit mit (kongestive) Herzinsuffizienz	I50. I11.0	Kurzlieger (<i>ja</i>)
Diabetes	E10.1-E10.8, E11.0- E11.8, E13.0-E13.8, E14.0-E14.8	Kurzlieger (<i>ja</i>)
Chronische Bronchitis, COPD, Bronchiektasen	J41-J44, J47	Kurzlieger (<i>ja</i>)
Angina Pectoris	I20, I24.0, I24.8, I24.9	ohne I20 (<i>nein</i>)
Dehydration	E86	-
Hals-, Nasen-, Ohreninfektion	H66, H67, J02, J03, J06, J31.2	Selbsteinweisung (<i>nein</i>)
Pneumonie (Lungenentzündung)	J12-J18	Kurzlieger (<i>ja</i>)
Akute Bronchitis	J20	Selbsteinweisung (<i>nein</i>)
Depression	F32	nur F32.0 und F.32.1 (<i>nein</i>)
Chronische ischämische Herzkrankheit	I25	Fälle ohne Operation (<i>nein</i>)
Demenz	F00, F01, F02, F03	-

Einsparpotentiale: Modellrechnung IGES

Gutachten 2014 zu förderungswürdigen Leistungen (Auftraggeber: BMG)

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

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

Quelle: IGES

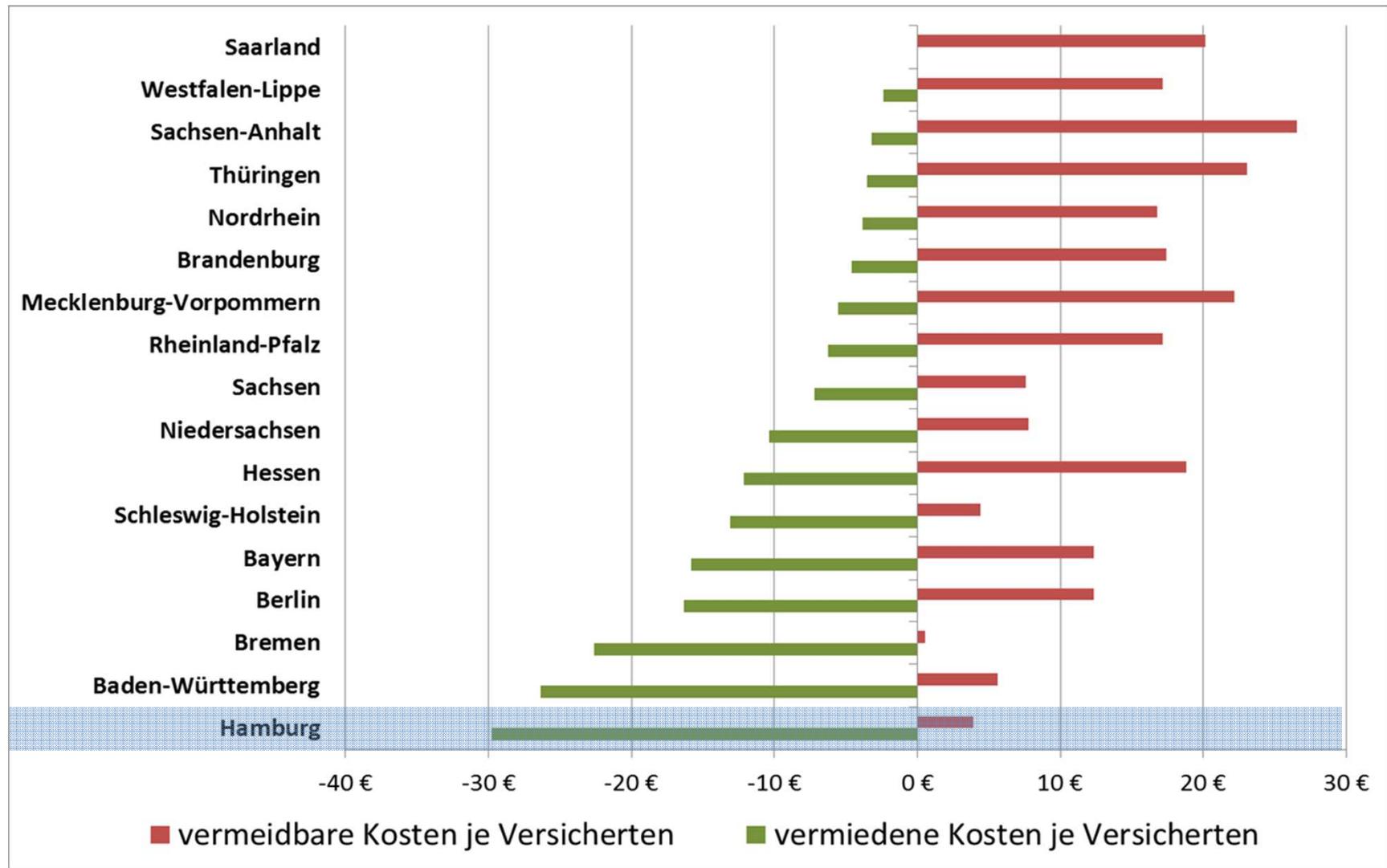
ASK =
ambulant-sensitive
Konditionen

Einsparpotenzial
wenn alle Kreise
Benchmark
1, 2 oder 3
erreichen würden
...



Einsparpotentiale: Modellrechnung IGES für Datenjahr 2011

Gutachten 2014 zu förderungswürdigen Leistungen (Auftraggeber: Zi)



Quelle: IGES, Ergänzungsgutachten zum Gutachten für das BMG im Auftrag des Zi



Die Situation in Hamburg – ökonomische Effekte durch unterdurchschnittliche stationäre Inanspruchnahme (ASK-Fälle)

vermiedene Kosten durch unterdurchschnittliche stationäre Inanspruchnahme

Benchmark 1 (Bundesdurchschnitt)

Anzahl Fälle	12.936
Vermiedene Kosten in €	42,4 Mio

Benchmark 2 (Erwartungswert je Kreis)

Anzahl Fälle	2.306
Vermiedene Kosten in €	7,5 Mio

verbliebene Einsparpotenziale im Vergleich zum Mittelwert der besten Kreise

Benchmark 3

Anzahl Fälle	1.689
Einsparpotenzial in €	5,5 Mio

Quelle: IGES, Ergänzungsgutachten zum Gutachten für das BMG im Auftrag des Zi



Regionale Unterschiede in der stationären Inanspruchnahme **nach Aufnahmeanlass** - demografiebereinigt 2012

KV Region	Insgesamt	Einweisungen	Notfälle
Schleswig-Holstein	0,94	0,96	0,90
Hamburg	0,93	0,82	1,03
Bremen	0,91	0,87	0,95
Niedersachsen	0,98	0,97	1,00
Westfalen-Lippe	1,13	1,18	1,09
Nordrhein	1,04	1,00	1,11
Hessen	0,99	1,02	0,92
Rheinland-Pfalz	1,04	1,04	1,07
Baden-Württemberg	0,86	0,87	0,84
Bayern	0,99	1,00	0,99
Berlin	0,91	0,74	1,09
Saarland	1,09	1,13	1,04
Mecklenburg-Vorp	1,06	1,09	0,97
Brandenburg	1,08	1,06	1,08
Sachsen-Anhalt	1,12	1,21	1,03
Thüringen	1,11	1,13	1,04
Sachsen	0,98	1,00	0,97
Bund	1,00	1,00	1,00

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes



Fallzahlentwicklung im Krankenhaus 2010 - 2012

Deutschland und Hamburg (Wohnortprinzip)

Bund	Verweildauerklassen			
	Stundenfall	1 bis 3 Tage	mehr als 3 Tage	Insgesamt
Einweisung durch einen Arzt/Zahnarzt	-9,7%	7,1%	-5,3%	-0,3%
Notfall	12,0%	13,1%	6,4%	9,1%
Geburt	-8,3%	9,0%	-8,1%	-0,4%
Verlegung	-16,6%	-14,9%	-4,2%	-6,8%
Aufnahme nach Reha(vor)behandlung	-27,0%	-10,3%	-22,9%	-19,6%
Insgesamt	3,8%	8,9%	-0,7%	3,1%

43,3% aller Fälle*

Hamburg	Verweildauerklassen			
	Stundenfall	1 bis 3 Tage	mehr als 3 Tage	Insgesamt
Einweisung durch einen Arzt/Zahnarzt	-19,0%	5,7%	-7,8%	-1,8%
Notfall	17,7%	11,3%	3,6%	7,1%
Geburt	-5,9%	5,6%	-11,6%	-1,4%
Verlegung	1,0%	13,4%	8,4%	9,1%
Aufnahme nach Reha(vor)behandlung	-	216,7%	100,0%	136,8%
Insgesamt	-2,7%	8,0%	-1,3%	2,6%

48,6% aller Fälle*

* ambulantes Potenzial (Definition SVR 2012)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes

IGES Gutachten (Nr. 3)

Gesundheit | Mobilität | Bildung | **IGES**

Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung

Ergebnisbericht zur Projektphase I
für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland
Berlin, 19. März 2015

Kontakt:
Dr. Martin Albrecht
T +49 30 230 809 0
Martin.Albrecht@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin
www.iges.de

Systematische Aufarbeitung regionaler Unterschiede (Häufigkeit und Leistungsstruktur):

- ASK-Fälle insgesamt (IGES Abgrenzung)
- ASK-Fälle mit Aufnahmegrund Notfall
- ASK-Fälle mit VWD max. 3 Tage
- ASK-Fälle mit Aufnahmegrund Notfall und max. VWD 3 Tage

veröffentlicht: www.zi.de/presse
Eintrag zum 15.06.2015



IGES Gutachten (Nr. 3) - Ergebnisse

Tabelle 15: **ASK-Fallgruppe Asthma** – Prozedurenhäufigkeit der TOP 10-OPS-Gruppen für die ASK-Fälle mit Aufnahmearbeit Notfall

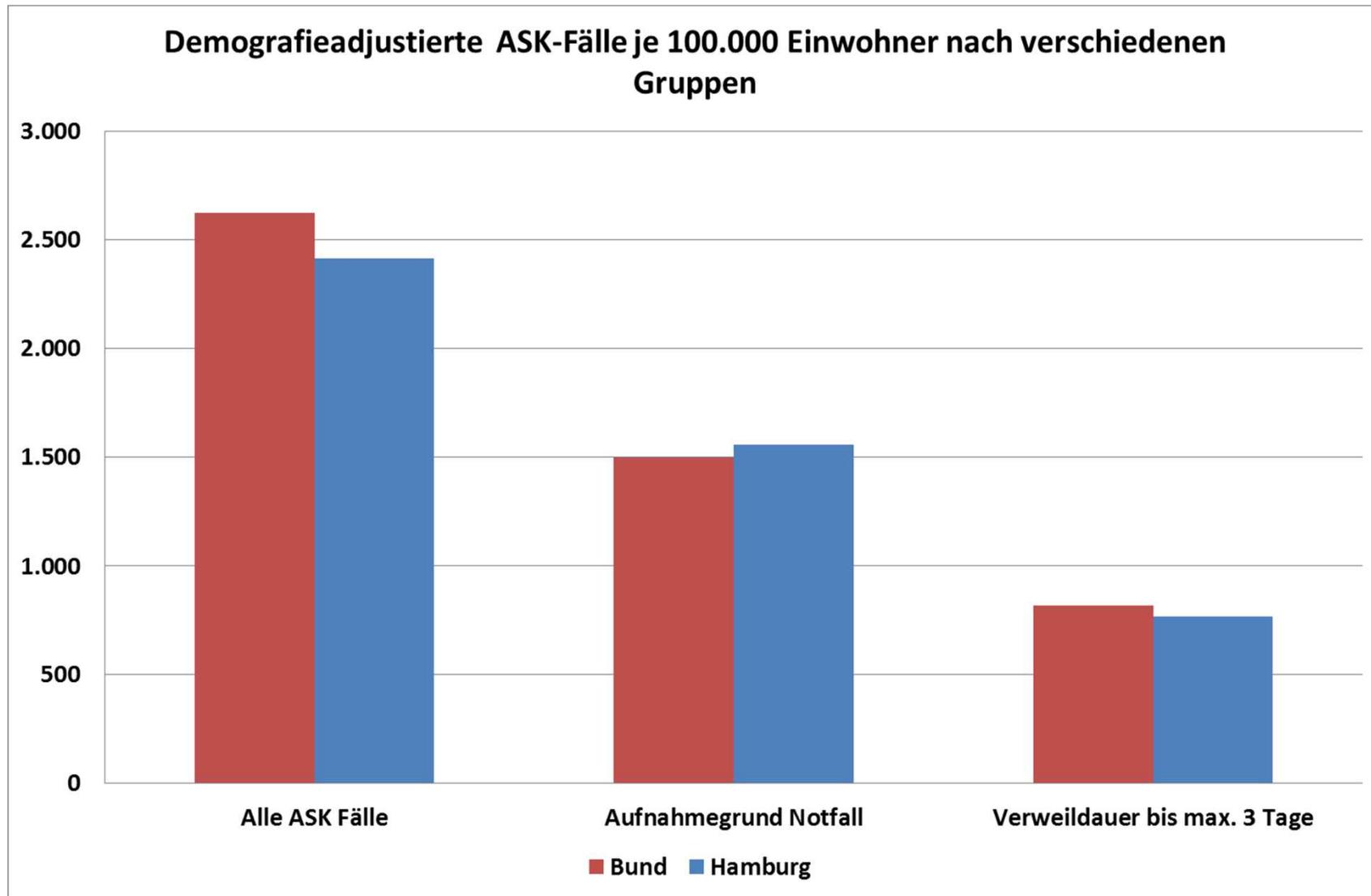
OPS-Gruppe (Code des ersten Gruppen-Drei-stellers)	Gruppenbezeichnung	Prozedurenhäufigkeit bei den ASK-Fällen mit Aufnahmearbeit Notfall (in Tsd)	Anteil an allen Prozeduren	Anteil an allen Prozeduren kumuliert
1-70	Funktionstests	9,7	48%	48%
8-92	Patientenmonitoring	2,8	14%	62%
3-20	Computertomographie (CT)	1,6	8%	70%
1-61	Diagnostische Endoskopie	1,3	7%	76%
8-97	Komplexbehandlung	0,4	2%	79%
3-99	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	0,4	2%	81%
1-40	Biopsie ohne Inzision	0,4	2%	83%
8-70	Maßnahmen für das Atmungssystem	0,4	2%	85%
8-55	Frührehabilitative und physikalische Therapie	0,4	2%	87%
8-80	Maßnahmen für den Blutkreislauf	0,3	2%	88%

Quelle: Statistisches Bundesamt; eigene Berechnungen IGES

Bei stationären Aufnahmen über die Notfallambulanz werden vorrangig diagnostische Maßnahmen durchgeführt.



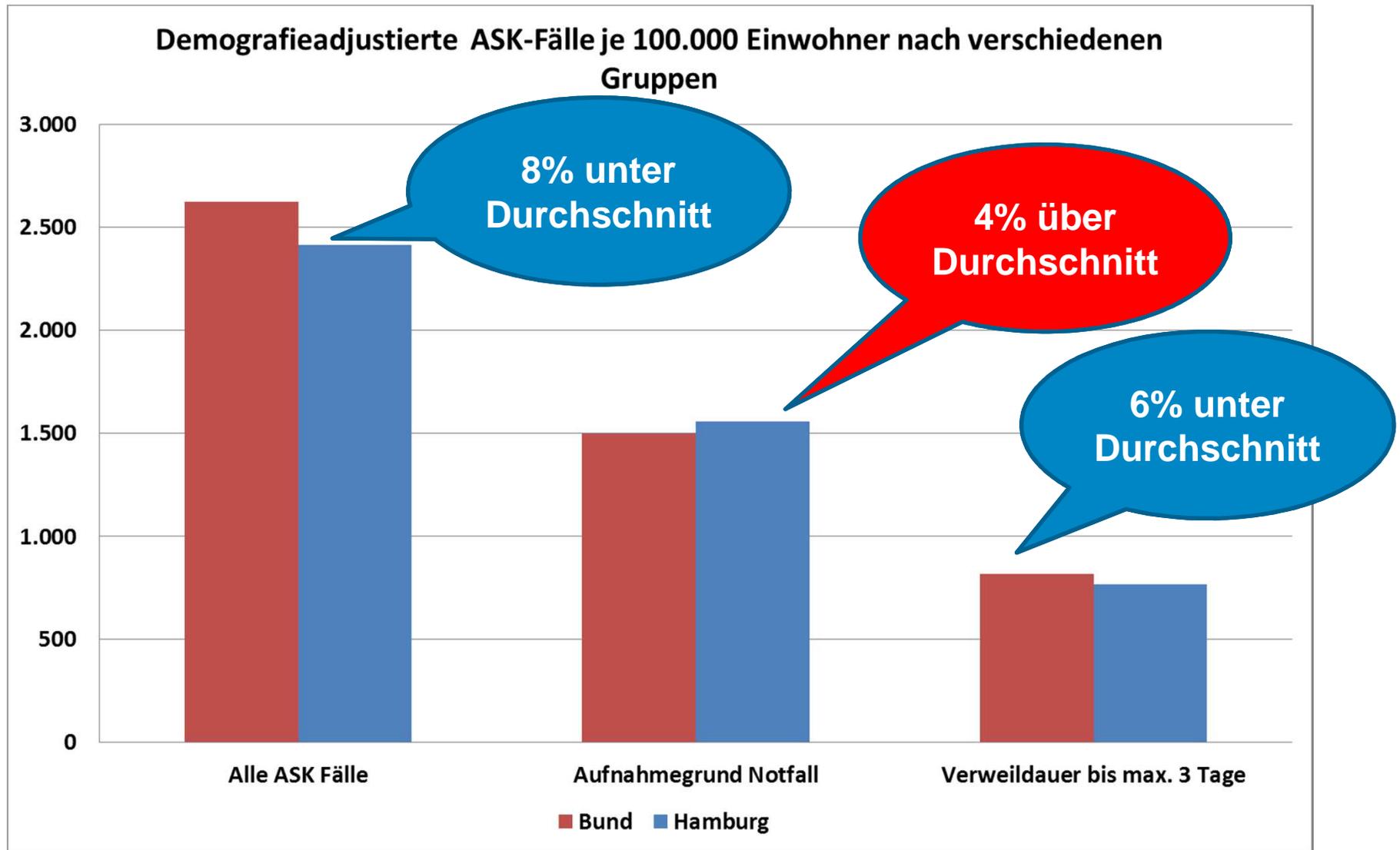
IGES Gutachten (Nr. 3) – Ergebnisse / Hamburg



Quelle: IGES (Ambulantes Potenzial in der stationären Versorgung) 2015



IGES Gutachten (Nr. 3) – Ergebnisse / Hamburg

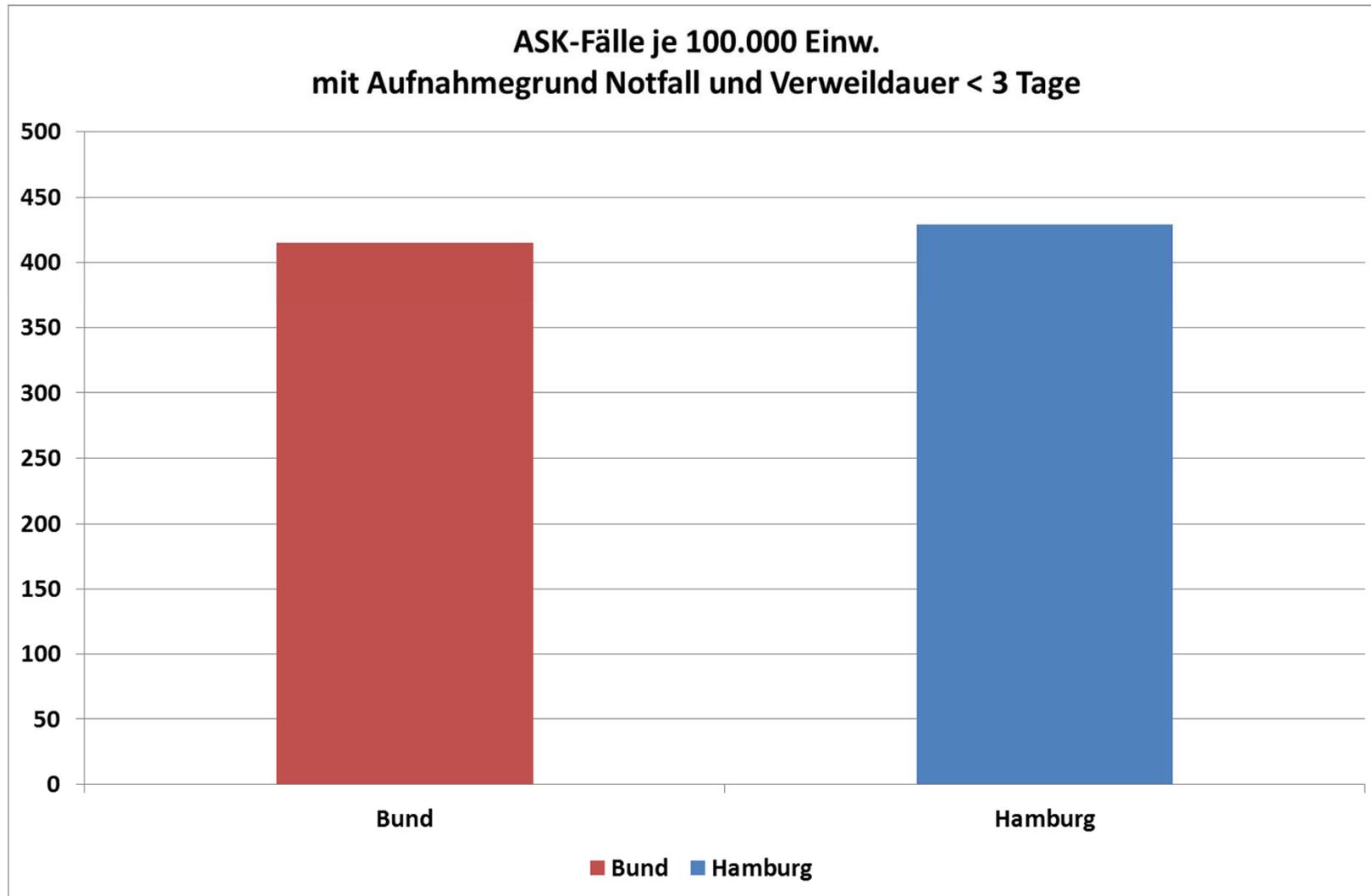


Quelle: IGES (Ambulantes Potenzial in der stationären Versorgung) 2015



IGES Gutachten (Nr. 3) – Ergebnisse / Hamburg

KH-Fälle mit kurzer Verweildauer und Aufnahmeanlass Notfall

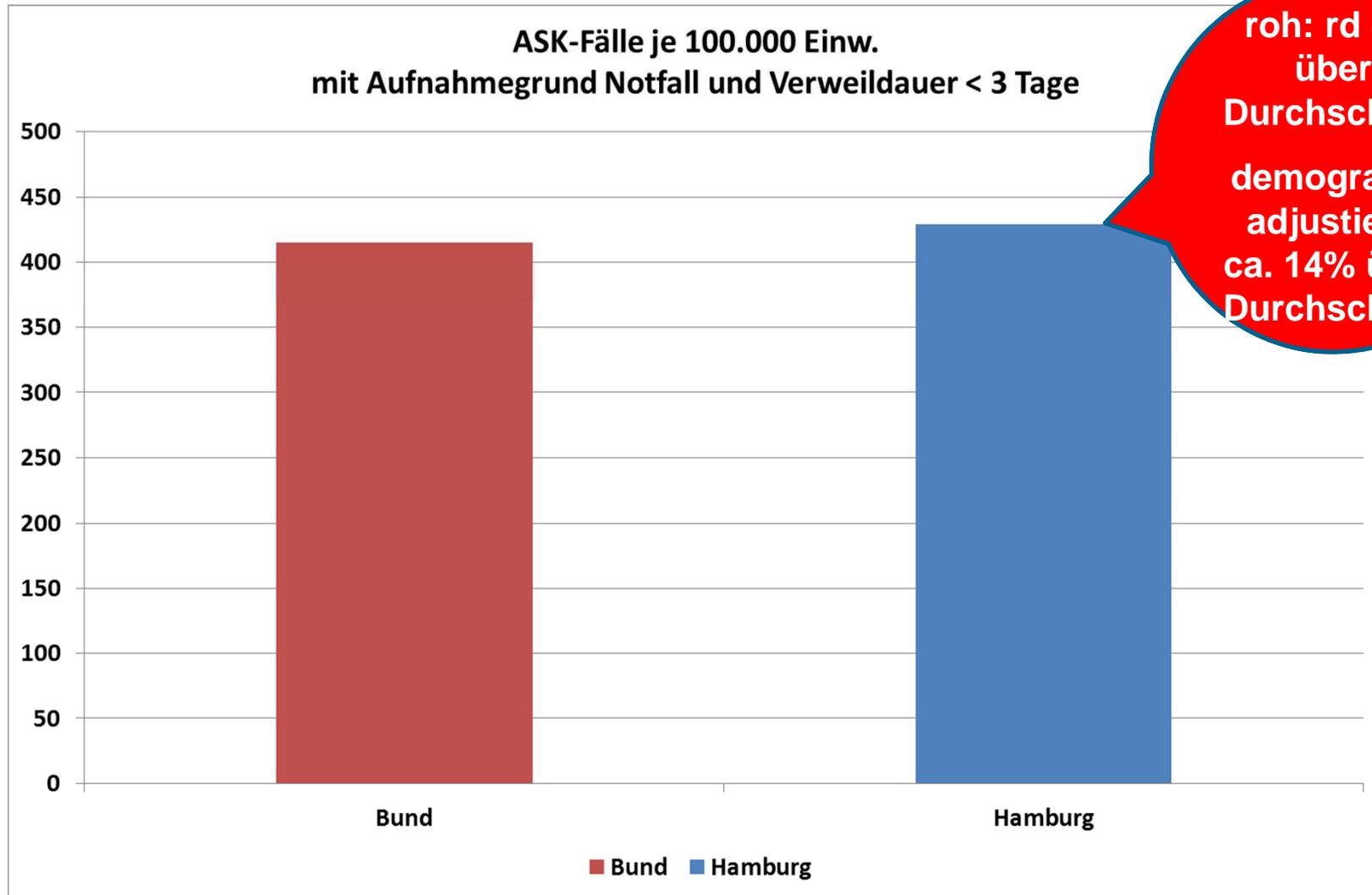


Quelle: IGES (Ambulantes Potenzial in der stationären Versorgung) 2015



IGES Gutachten (Nr. 3) – Ergebnisse / Hamburg

KH-Fälle mit kurzer Verweildauer und Aufnahmeanlass Notfall



Quelle: IGES (Ambulantes Potenzial in der stationären Versorgung) 2015; Eigene Berechnungen Zi



Aber: Vertragsärztliche Vergütungssituation in Hamburg

19% der erbrachten Leistungen innerhalb der MGV werden nicht durch Kassen bezahlt

	MGV-Quote (Verhältnis des vereinbarten Behandlungsbedarfs zu den erbrachten Leistungen)
Schleswig-Holstein	91%
Hamburg	81%
Bremen	94%
Niedersachsen	91%
Westfalen-Lippe	91%
Nordrhein	90%
Hessen	91%
Rheinland-Pfalz	96%
Baden-Württemberg	92%
Bayerns	96%
Berlin	88%
Saarland	92%
Mecklenburg- Vorpommern	97%
Brandenburg	98%
Sachsen-Anhalt	92%
Thüringen	95%
Sachsen	92%
Bund	92%

In jeder KV-Region übersteigt die tatsächliche Inanspruchnahme der Versicherten die zuvor als notwendig vereinbarte Leistungsmenge! Insbesondere aber in Hamburg!!

Quelle: KBV, Quelle: Formblatt 3-Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Stand: 22.08.2014), Versichertenmel-dungen der Krankenkassen (ANZVER), Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen, Berechnungen der KBV



Fazit

1. Hamburg zeichnet sich durch einen guten Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung und insgesamt effiziente Versorgungsstruktur aus

- geringe Wartezeiten
- gute ambulante Versorgungsstruktur ≠ Überversorgung
(Überregionale Versorgung und Substitution stationärer Leistungen)
- ambulantes Potenzial in der stationären Versorgung in Hamburg überdurchschnittlich ausgeschöpft / Fortführung bleibt wichtig
(Demografie)

2. Trotz erzielter Einsparungen besteht auch in Hamburg weiterhin „Luft nach oben“

- Strategien zur Vermeidung von Notaufnahmen nach Inanspruchnahme der Notfallambulanz ohne ärztliche Einweisung („Selbsteinweisung“)
- Mengenbegrenzung ambulanter Leistungen verhindert Ausschöpfen des ambulanten Potenzials; mögl. Lösung:
 - Aufhebung der Mengenbegrenzung
 - Prospektive Mengenbegrenzung richtet sich nach tatsächlichem Bedarf der Hamburger Versicherten



**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

www.zi.de

**Zentralinstitut für die
kassenärztliche Versorgung
in der Bundesrepublik Deutschland**

Herbert-Lewin-Platz 3
10623 Berlin

Tel. +49 30 4005 2450

Fax +49 30 4005 2490

zi@zi.de

