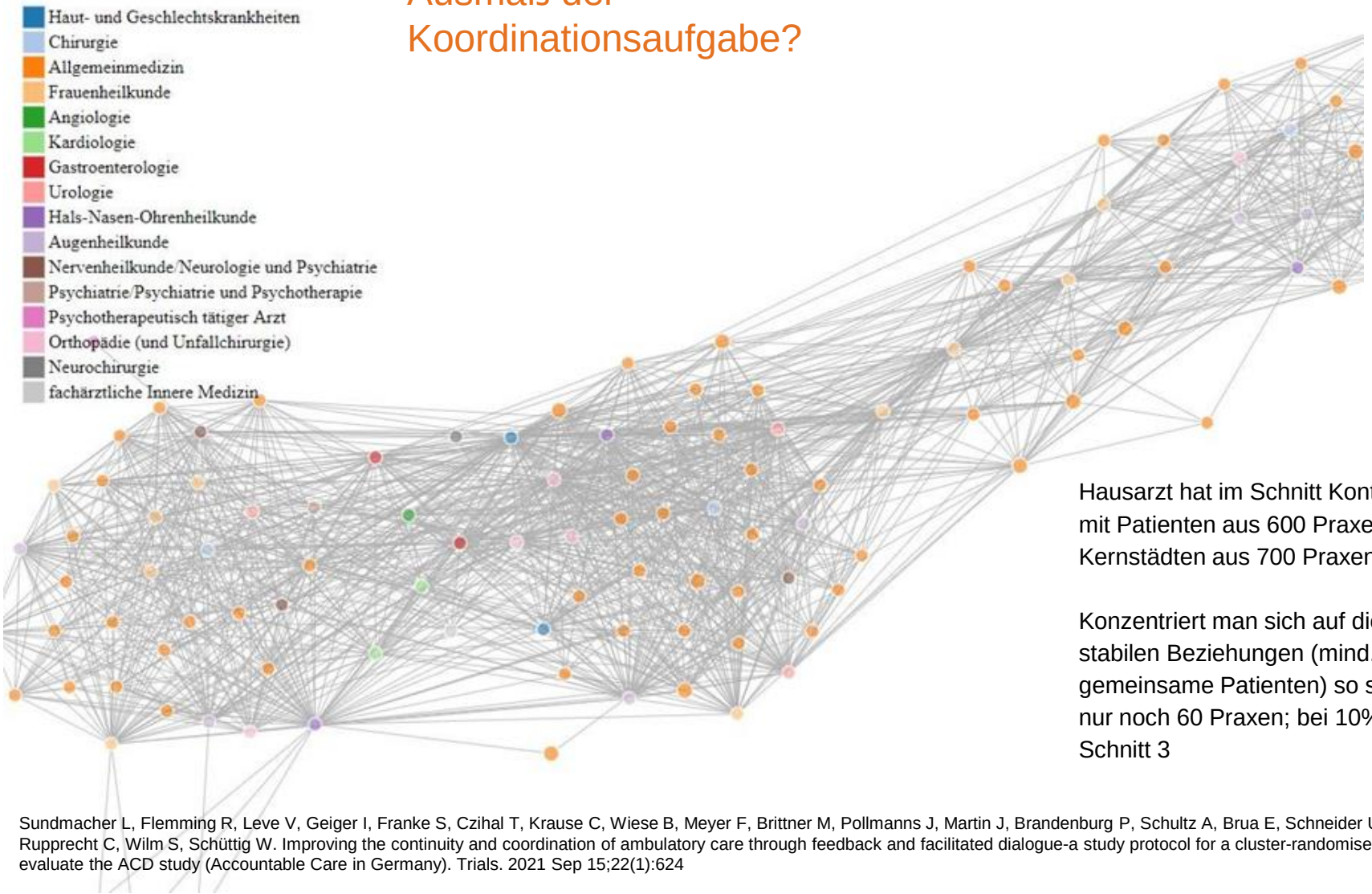
Steuerung der Versorgung

04.06.2025

IHK-Fachausschuss Gesundheitswirtschaft

Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie
TU München

Ausmaß der Koordinationsaufgabe?



Hausarzt hat im Schnitt Kontakt mit Patienten aus 600 Praxen (in Kernstädten aus 700 Praxen)

Konzentriert man sich auf die stabilen Beziehungen (mind. 1% gemeinsame Patienten) so sind es nur noch 60 Praxen; bei 10% im Schnitt 3

Sundmacher L, Flemming R, Leve V, Geiger I, Franke S, Czihal T, Krause C, Wiese B, Meyer F, Brittner M, Pollmanns J, Martin J, Brandenburg P, Schultz A, Brua E, Schneider U, Dortmann O, Rupprecht C, Wilm S, Schüttig W. Improving the continuity and coordination of ambulatory care through feedback and facilitated dialogue-a study protocol for a cluster-randomised trial to evaluate the ACD study (Accountable Care in Germany). Trials. 2021 Sep 15;22(1):624

Schüttig W, Flemming R, Mosler CH, Leve V, Reddemann O, Schultz A, Brua E, Brittner M, Meyer F, Pollmanns J, Martin J, Czihal T, von Stillfried D, Wilm S, Sundmacher L. Development of indicators to assess quality and patient pathways in interdisciplinary care for patients with 14 ambulatory-care-sensitive conditions in Germany. BMC Health Serv Res. 2022 Aug 9;22(1):1015

Flemming R, Schüttig W, Ng F, Leve V, Sundmacher L. Using social network analysis methods to identify networks of physicians responsible for the care of specific patient populations. BMC Health Serv Res. 2022 Apr 8;22(1):462

Drehzahl und Erreichbarkeit

- In Deutschland arbeiten circa 421.303 berufstätige Ärzt:innen, 678 000 Arzt- und Praxishilfen und 1,76 Mio. Menschen in der Pflege (Stand 2022), die im Jahr 2024 circa 59. Mio. Patient:innen mit 575,5 Mio. Behandlungsfällen im vertragsärztlichen Bereich und circa 17,2 Mio. Krankenhausfälle in 1874 Krankenhäusern behandelten

- 99,8% der Bevölkerung erreichen den nächstgelegenen Hausarzt in unter 10 PKW-Minuten

- 78% der Bevölkerung erreichen in maximal 15 Minuten das nächste Krankenhaus der Grundversorgung. Maximal- und Schwerpunktversorger werden durchschnittlich in 33 PKW-Minuten erreicht

- Verzögerte Einführung der Digitalisierungsstrategie, insbesondere der ePA, die bestehende sektorale Trennung und ein Mangel an konsentierten Patientenpfaden erschweren die Koordination zwischen den Leistungserbringern und die Patientensteuerung

Jahresgutachten 2024 des Sachverständigen Rat für Gesundheit & Pflege

Haben wir ausreichend Fachkräfte, um die Fälle in unserem Gesundheitssystem bedarfsgerecht zu versorgen?

Ist die Anzahl der Fälle in unserem Gesundheitssystem bedarfsgerecht?

Sind die Strukturen unseres Systems –insbesondere im Lichte der Digitalisierung - effizient?

Hat sich die VZÄ verändert und hat sich die Erfüllung des Versorgungsauftrags verändert?
Hat sich der Arbeitsaufwand pro Fall per Tätigkeitsprofil verändert?

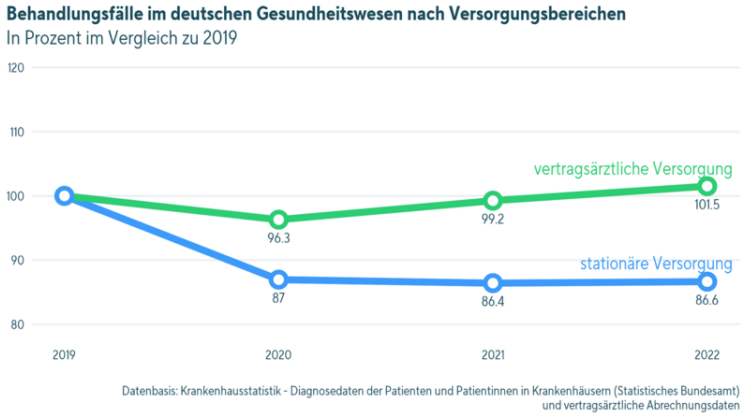
Ist der Bedarf für Versorgung durch Prävention veränderbar?

https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf

Beschäftigte im Gesundheitswesen

Arbeitsaufkommen ist abhängig

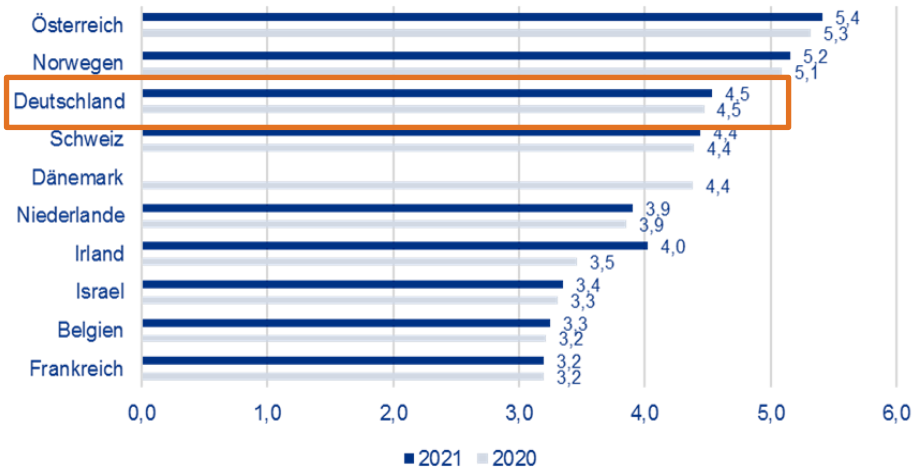
- **Tätigkeits- und Verantwortungsprofilen**
- **Schwere der Fälle**
  - Ambulantes und stationäres Behandlungssetting
- **Anzahl an Patient*innen und Fällen**
  - Fallzahlen (nach corona-bedingten Einbrüchen, Tendenz steigend in der vertragsärztlichen Versorgung; insgesamt hohes Niveau)
  - Pflegedichte ↑
  - Bettenauslastung →
  - Verweildauer ↓
  - Quotient Belegungstage und Beschäftigte ↓



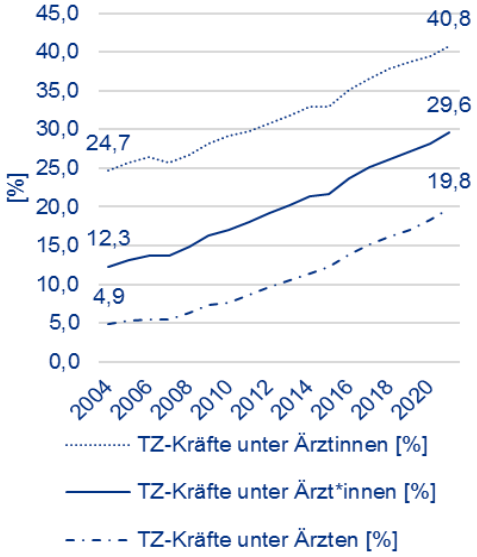
SVR-Gutachten 2024: Angebotsseite im Gesundheitswesen

- Im Zuge des demografischen Wandels drohen Fachkräfteengpässe
- Seit 2013 sind Anzahl der Pflegehelfer (37%) und Anzahl der Pflegefachpersonen (17%) gestiegen; seit 1991 hat sich die Ärzteschaft verdoppelt, aber VZÄ sind nur 75% gestiegen

Internationaler Vergleich der Dichte von Ärzten pro 1 000 Einwohner*innen



Entwicklung der Teilzeit seit 2004



https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf

Entwicklung der Anzahl der Ärzt:innen im ambulanten Bereich

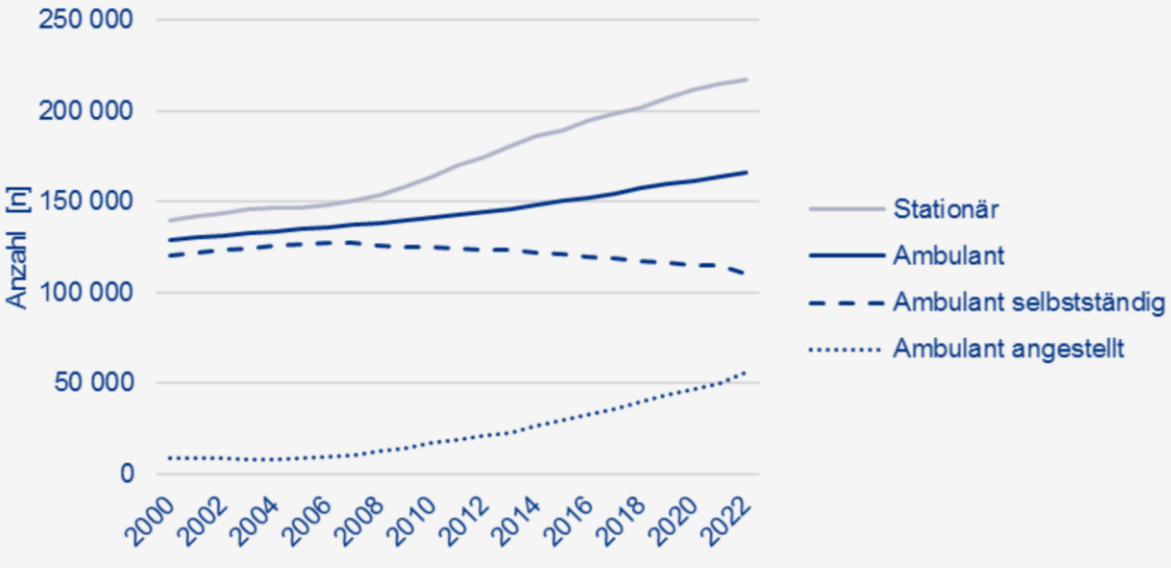


Abbildung 1-37: Anzahl an Ärzt*innen im stationären und ambulanten (unterteilt nach selbstständig und angestellt) Bereich in den Jahren 2000 bis 2022

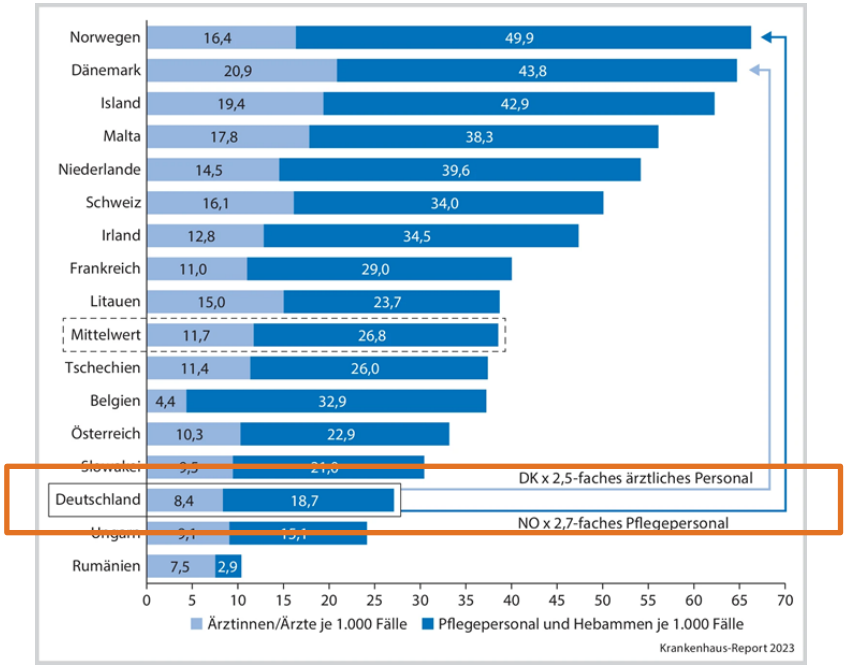
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von BÄK (2023c).

- Keine absolute Abnahme der Anzahl ambulanter Ärzt:innen
- Regionale Engpässe und Engpässe in spezifischen Fachrichtungen

https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf

Fachkräfteengpässe im internationalen Kontext

Ärzte und Pflegepersonal je 1000 Fälle

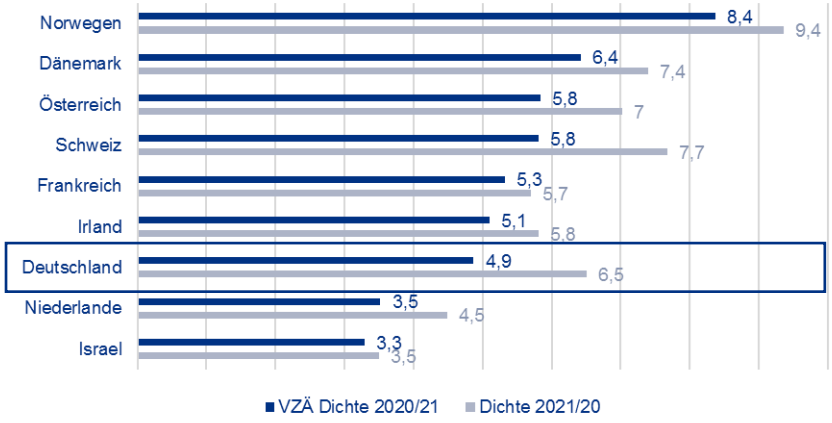


Quelle: Köppen & Busse. Krankenhausreport (2023)

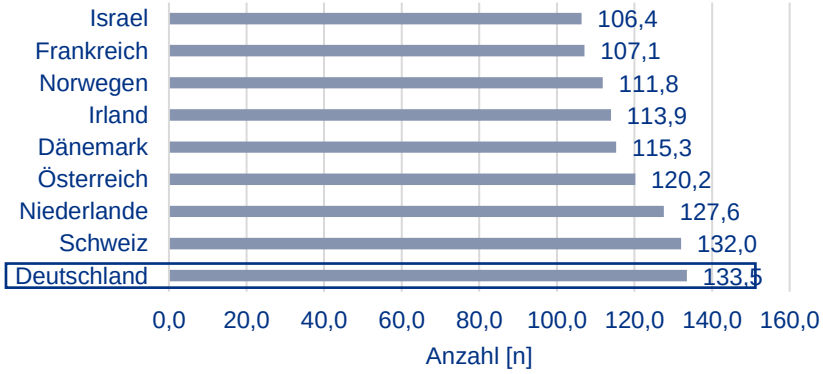
- Hohe Personaldichte und gleichzeitig hohe Fallzahl führt zu hohen Arbeitsaufkommen
- Teilzeitquoten sind hoch (Pflege 51,3%; Ärzte 29,2%) und steigen sowohl bei Frauen als auch bei Männern (auf unterschiedlichen Niveaus)
- Arbeitsaufkommen (Personal/Belegungstag–Quotient) in Folge Personalanstiegs seit 2013 leicht gesunken
- Systemmaßnahme: Medizinisch nicht-notwendige Fälle reduzieren, um Personal effizient einzusetzen

Pflegedichte – Vollzeitäquivalente im internationalen Vergleich

Internationaler Vergleich der Dichte von Pflegefachpersonen und Hebammen im Krankenhaus pro 1 000 Einwohner*innen



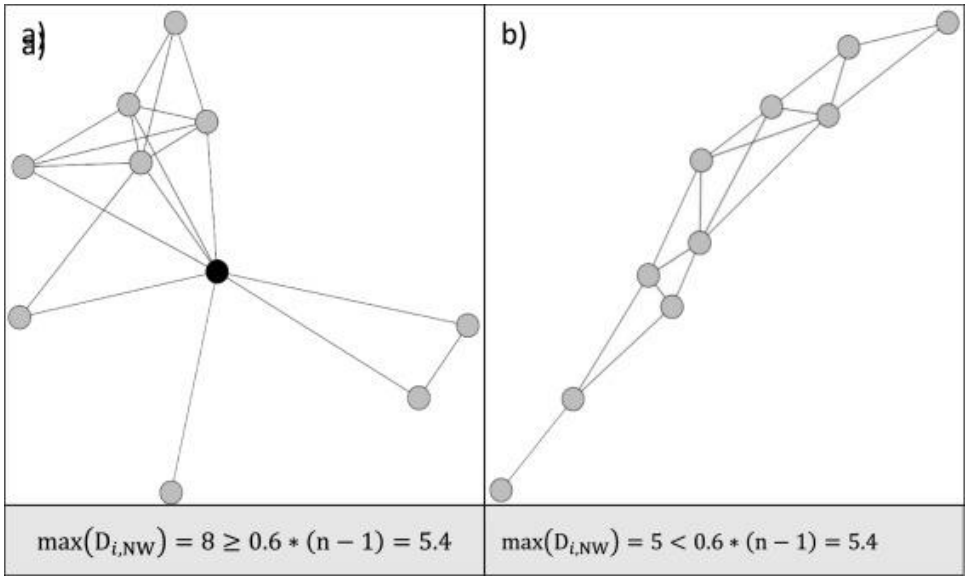
Anzahl von Pflegefachpersonen, um 100 Vollzeitstellen auszufüllen (Stand 2021)



Quelle: Grafische Darstellungen auf Basis von OECD (2024)

https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/Gutachten_2024_barrierefrei.pdf

Evidenz zu effektiven Netzwerken im niedergelassenen Bereich



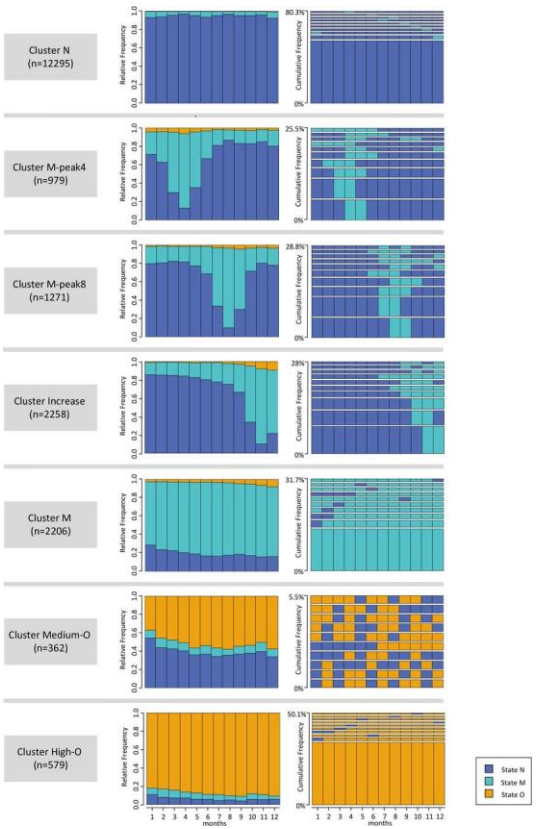
- Erreichen Netzwerke mit Arzt in zentraler Position bessere Outcomes?
- Nutzten AOK-Daten mit 240.105 Patienten mit Herzinsuffizienz und 55.438 Ärzt:innen, um Netzwerke zu identifizieren

- Von 1847 Netzwerken haben 27% einen Allgemeinarzt:in oder Internist:in in zentraler Position
- Untersuchten Einfluss der Netzwerkkonfiguration auf Hospitalisierungsrate und leitliniengerechte Medikation
- Netzwerke mit Arzt in zentraler Position wiesen leicht geringere Hospitalisierungsraten und höhere Leitlinienadhärenz auf

Flemming, R; Sundmacher, L.: Organization and quality of care in patient-sharing networks. Health Policy, 2023 Oct:136:104891. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.10489

Empirische Patientenpfade errechnet auf Grundlage von Routinedaten

- Gesammelte Evidenz zu Patientenpfaden bei Patienten mit Herzinsuffizienz, mit Coxarthrose vor Hüftendoprothese sowie bei Patienten vor Koronaer Angiographie, vor PCI und nach Myokardinfarkt
- Machine Learning Methoden erlauben die Identifikation von spezifischen Behandlungsclustern
- Cluster mit kontinuierlicher Versorgung, oft in urbanen Gegenden bei „jüngeren“ Patienten
- Große Cluster mit wenig stringenter Versorgung und wenig leitlinienadhärenter Medikation/ Versorgung, die teilweise mit Re-Hospitalisierungsraten oder Wiedereingriffen oder fehlender Medikation nach Hospitalisierung korrelieren



Novelli, A. et al. Identifying and Investigating Ambulatory Care Sequences before Invasive Coronary Angiography. Medica Care, 2022
Novelli, A. et al. Exploring heterogeneity in coxarthrosis medication use patterns before total hip replacement: a State Sequence Analysis. BMJ Open 2024
Frank-Tewaag et al. Use of guideline-recommended patients undergoing percutaneous coronary internvetion for stable coronary heart disease in Germany. BMJ Open 2020
Flothow, A. et al. Analytical methods for identifying sequences of utilization in health data: a scoping review. BMC Med Res Methodol. 2023
Vogt, V. et al. Applying sequence clustering techniquies to explore practice-based ambulatory. European Journal of Public Health 2018

Zwischenfazit

- In Anbetracht der hohen Anzahl an Fällen und komplexen Verbindungen unter den Leistungserbringern sowie Standorten, entscheidet eine gute Koordination wesentlich über Versorgungsqualität

- Die hohe Anzahl und das breite Angebot erschweren die Zuweisung der Patienten zu der für sie besten Versorgung. Es mangelt nicht an Leistungserbringern und Standorten mit sehr guter Qualität

- Demografischer Wandel wird zu mehr Bedarf an Fachkräften führen, daher Strukturreformen zwecks Reduktion medizinisch nicht-notwendiger Fälle wichtig

Von empirischen Patientenströmen über Anreize zur Steuerung:

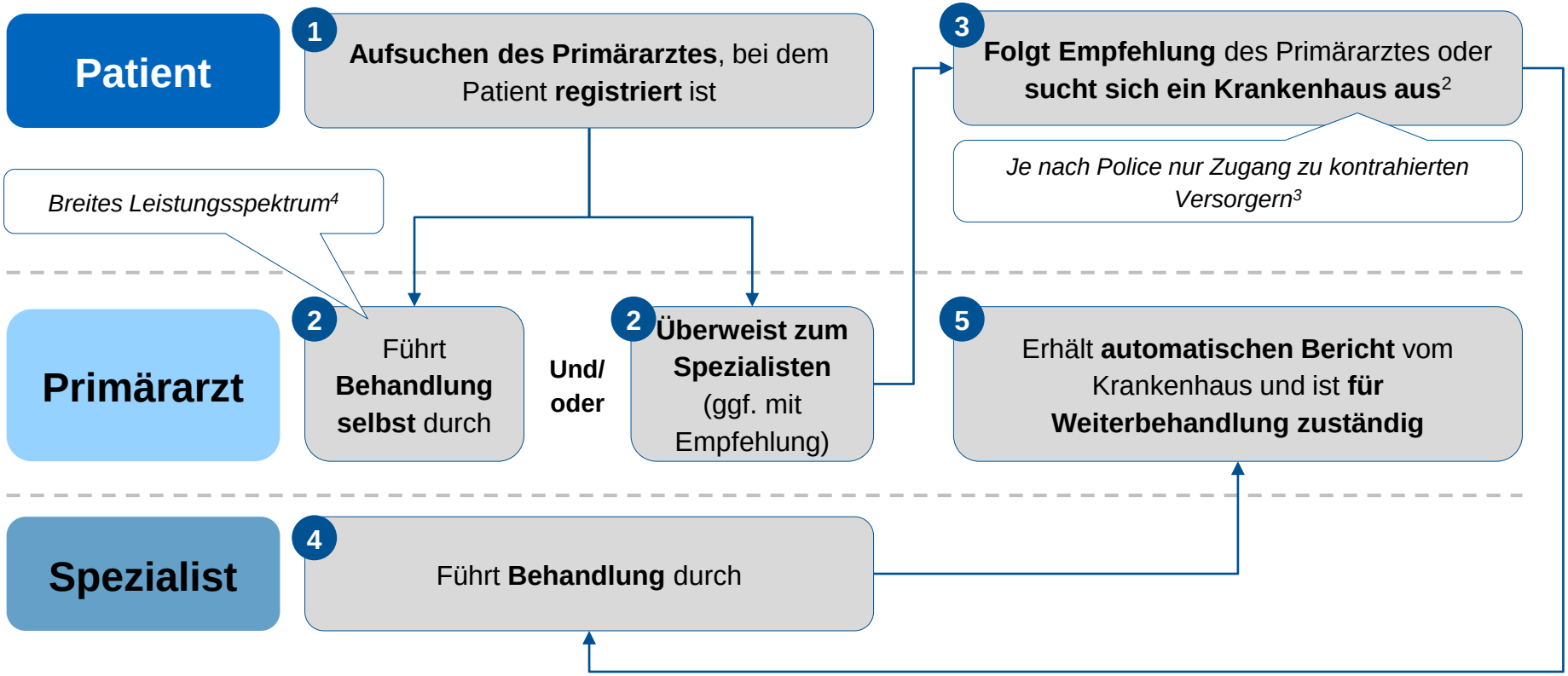
- **Beschränkung der Anbieterwahl und Delegation der Patientenentscheidung**:
  - Primärarztsystem
    - Registrierung beim Primärarztsystem: Anreiz oder obligatorisch
    - Wahl des Primärarztes: Frei oder beschränkt
    - Gatekeeping (Zugang zu Spezialisten und Krankenhäusern: Frei oder mit Überweisung
    - Wahl des Spezialisten oder Krankenhauses: Frei oder beschränkt

- **Beschränkung der Höhe und Menge der Versicherungsleistungen**
  - Ausschluss einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe (Bsp. Bagatellarzneimittel)

- **Vergütungsanreize zur Steuerung der Menge**
  - Vergütungssysteme mit hohem Pauschalisierungsgrad und moderatem Fallbezug
  - Erhöhung der Eigenbeteiligung
  - Erhöhung der Zuzahlung pro Besuch

exemplarisch

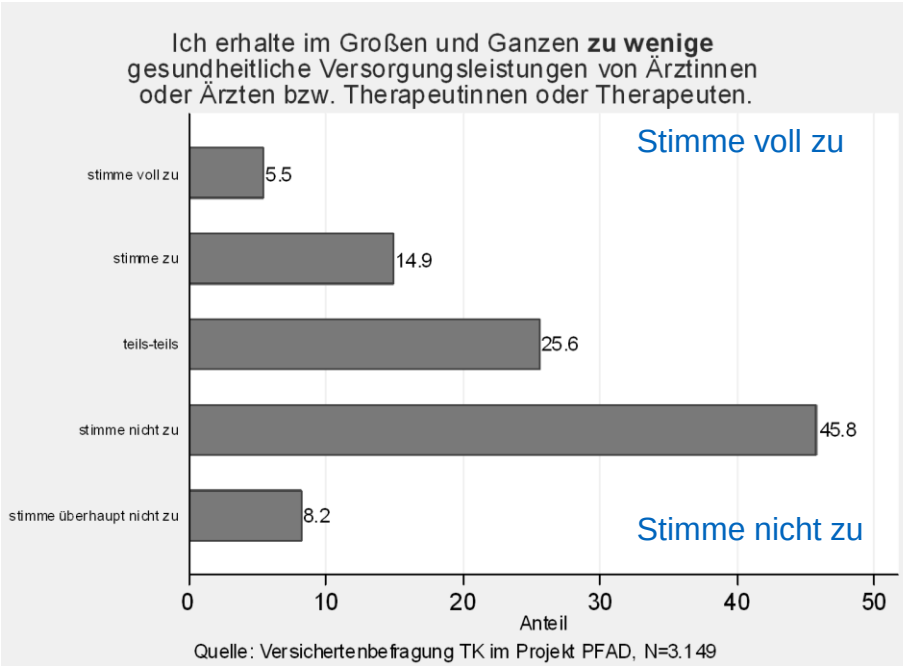
Patientenpfad im niederländischen Primärarztsystem[1]

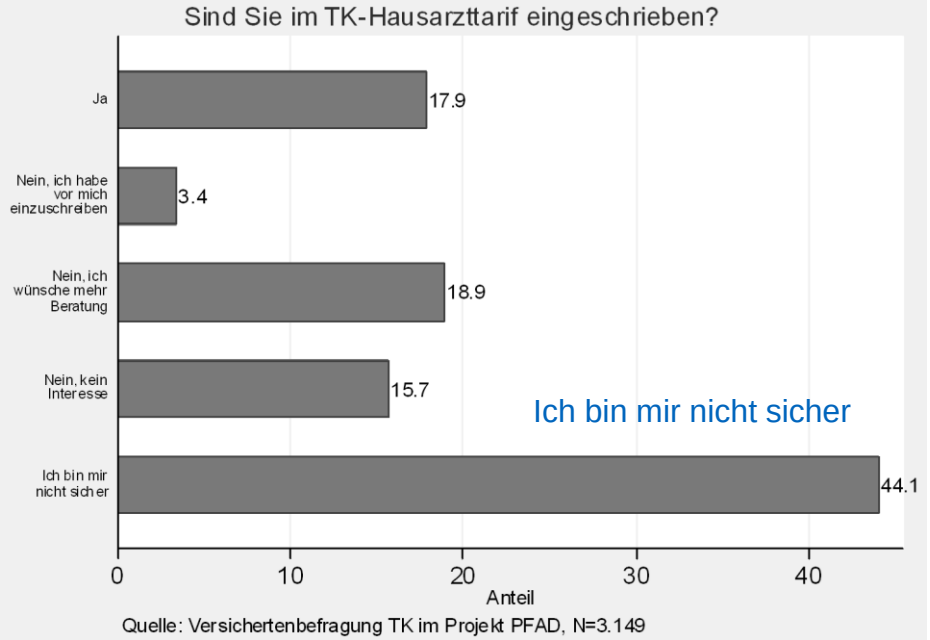


1 | Basiert auf Kroneman et al. 2016 2 | Spezialisten in den Niederlanden sind meist in Krankenhäusern tätig (IGES 2020) 3 | Government of the Netherlands (2025b)
4 | inkl. bspw. kleinere operative Eingriffe, psychische Erkrankungen (Kroneman et al. 2016)

Perspektive der Versicherten

Innovationsfondsprojekt: **PFAD –der Inanspruchnahme und Befragung von Versicherten**:
22.000 Versicherte der TK wurden angeschrieb Muster en oder per E-Postfach kontaktiert. **3.124 Personen** haben die Befragung komplett abgeschlossen

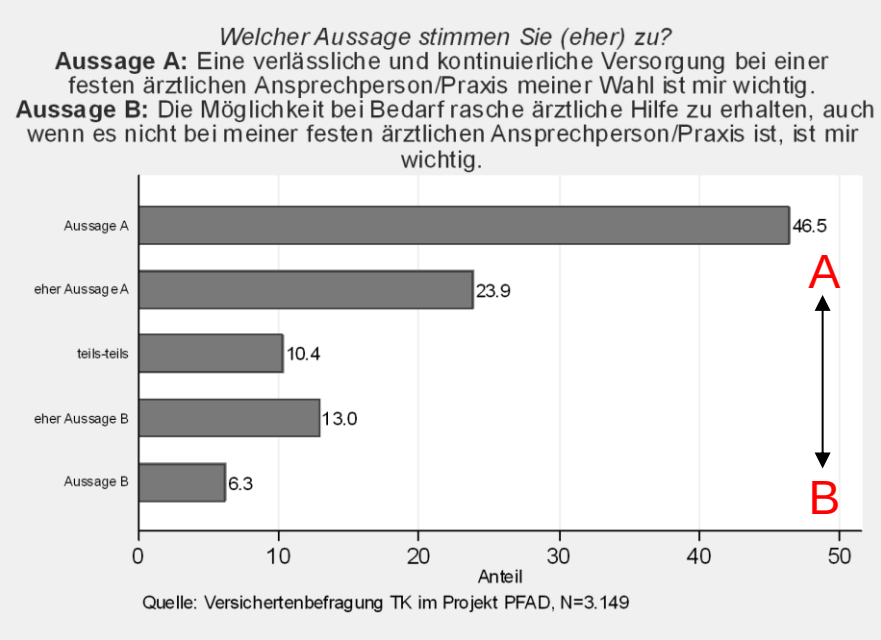


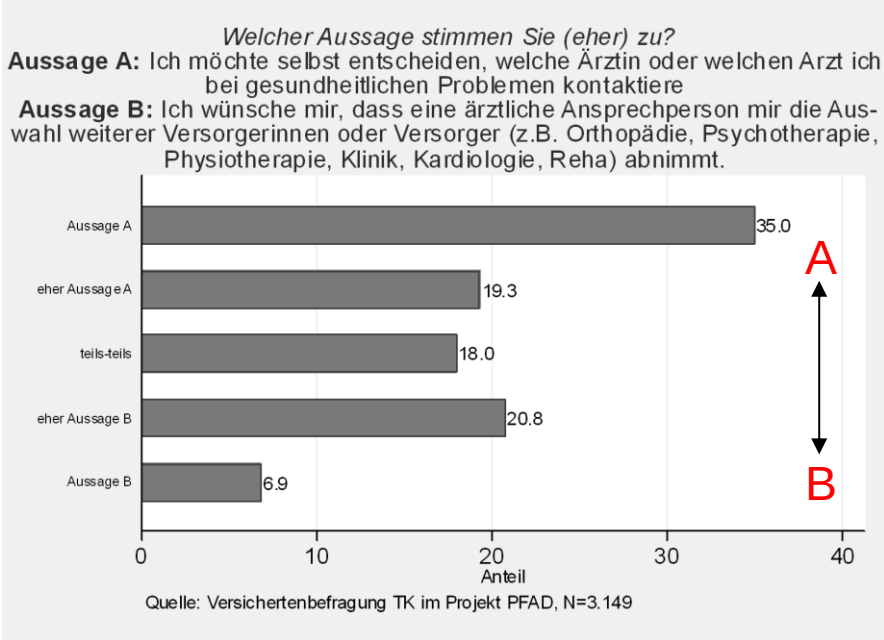


Studie abrufbar unter: https://api.aerzteblatt.de/pdf/122/11/a614.pdf

Perspektive der Versicherten

Innovationsfondsprojekt: **PFAD –der Inanspruchnahme und Befragung von Versicherten**:
22.000 Versicherte der TK wurden angeschrieb Muster en oder per E-Postfach kontaktiert. **3.124 Personen** haben die Befragung komplett abgeschlossen

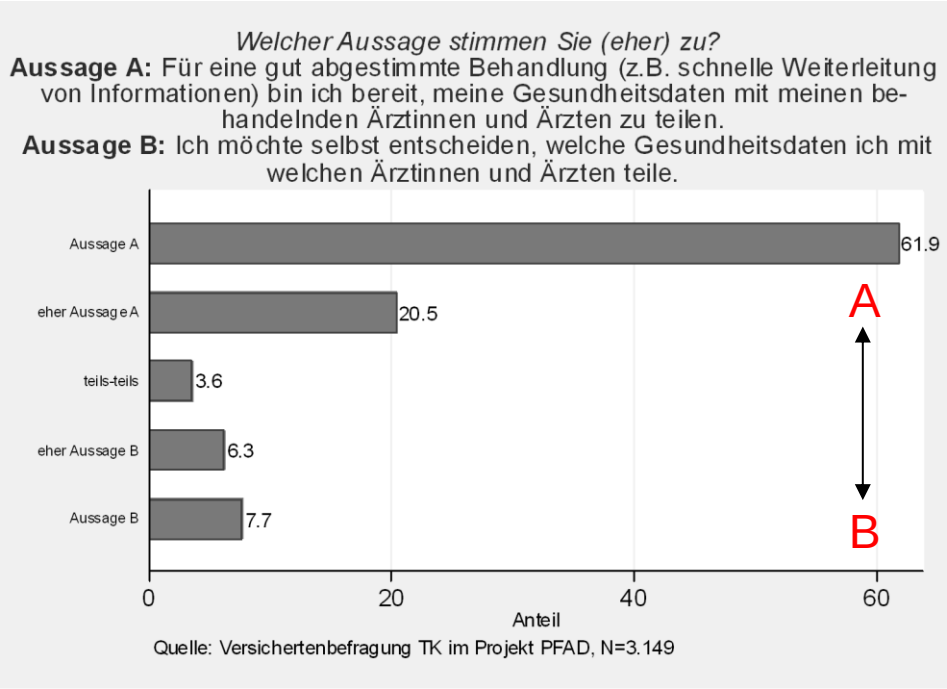




Studie abrufbar unter: https://api.aerzteblatt.de/pdf/122/11/a614.pdf

Perspektive der Versicherten

Innovationsfondsprojekt: **PFAD –der Inanspruchnahme und Befragung von Versicherten**:
22.000 Versicherte der TK wurden angeschrieb Muster en oder per E-Postfach kontaktiert. **3.124 Personen** haben die Befragung komplett abgeschlossen



Studie abrufbar unter: https://api.aerzteblatt.de/pdf/122/11/a614.pdf

Mehr Steuerung in der vertragsärztlichen Versorgung

- Unterschiedliche Möglichkeiten der Ausgestaltung, aber Anreiz zur Registrierung muss stark sein, damit Steuerung greift; Gatekeeping-Element zentral

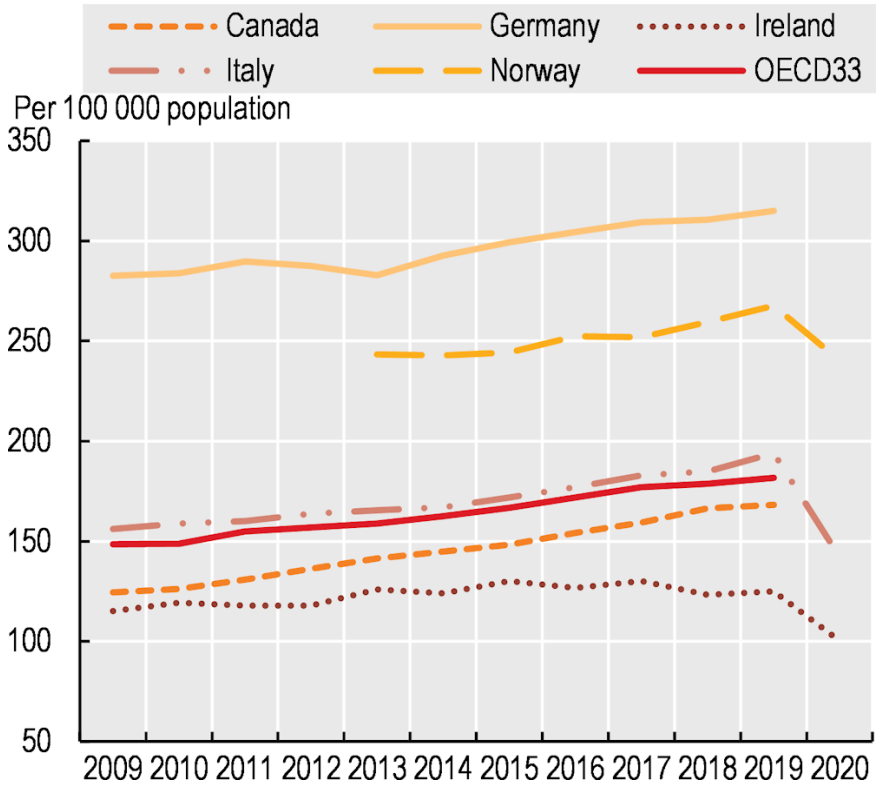
- Aufgaben für Primärversorger nehmen zu

  - Digitalisierung ist eine notwendige Bedingung für bessere Steuerungsmöglichkeiten, aber sie ersetzt Strukturreformen nicht

  - Ausbau von Teampraxen und Vergütung von Teamarbeit

  - Weiterentwicklung und Rechtssicherheit der Delegation ärztlicher Tätigkeiten notwendig

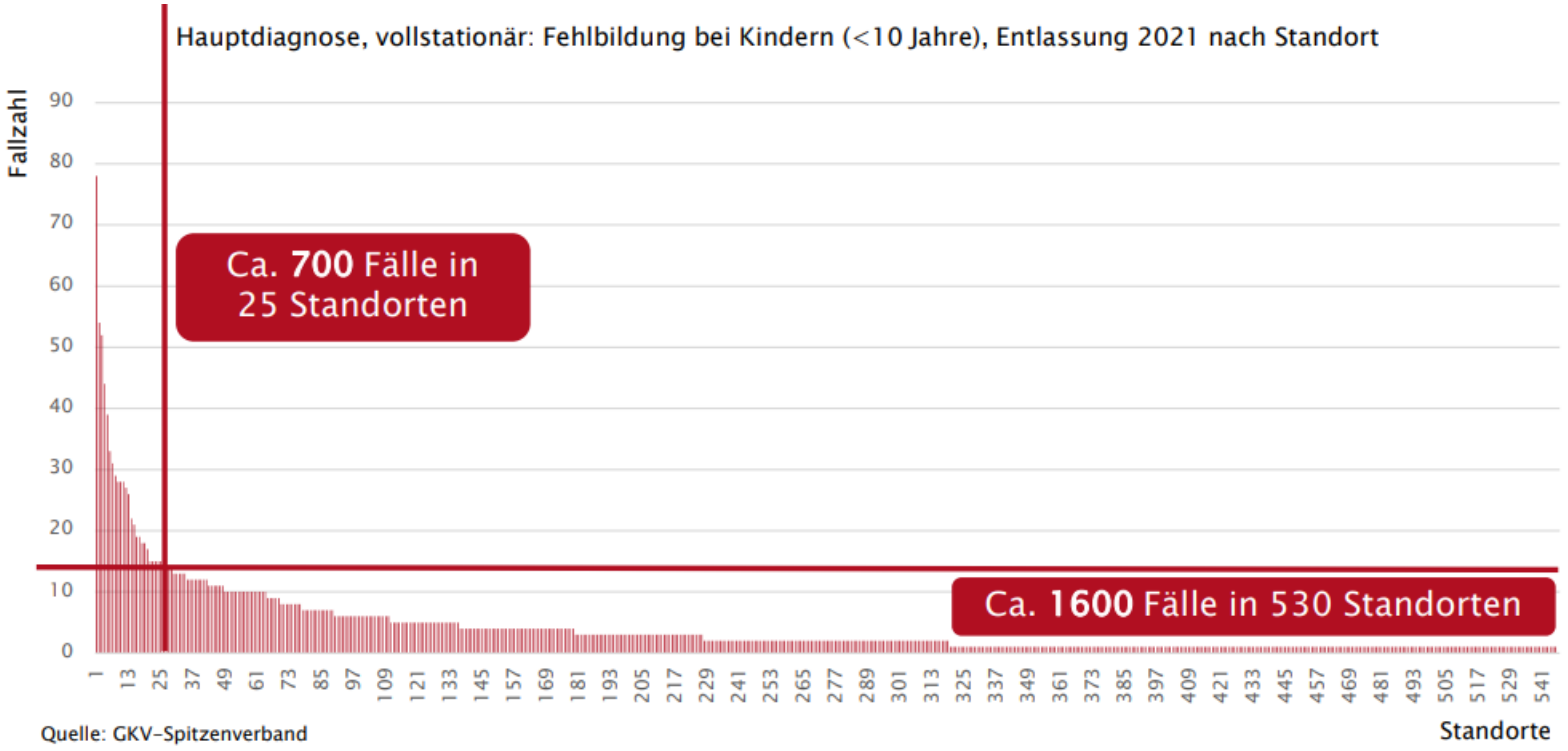
Internationaler Vergleich von Outcomes & Volume-Outcome-Relationships



Quelle: Hip and knee replacement | Health at a Glance 2021 : OECD Indicators | OECD iLibrary (oecd-ilibrary.org)

- **Mindestmengenregelung** für primäre Kniegelenk-totalendoprothese (Knie-TEP) (**50 Eingriffe/ jährlich**)
- In mehr **als 100 Standorten** wurden **<20 Knie-TEPs** jährlich durchgeführt
- 343 Standorten (34%) mehr als 100 Knie-TEPs jährlich: **23% geringere Revisionsrate** im Jahr 2021. Diese behandeln 71% der Fälle

Behandlung von Fehlbildung bei Kindern <10 Jahren



Gemengelage

- DRG-System schafft Transparenz und Effizienz aber setzt den Anreiz zur Erbringung einer hohen **Menge** stationärer Leistungen

- DRG-System interagiert mit unserem Gesundheitssystem. In Hälfte der Studien wird Fallzahlreduktion und Anreize zur Ambulantisierung berichtet.

- Krankenhauslandschaft mit hoher Wettbewerbsdichte und Vergütungssystem mit hoher mengenabhängiger Komponente für zu hoher Fallzahl, damit Krankenhäuser Erlöse generieren können

Entwicklungen

- Ländern ziehen sich aus den Investitionskosten zurück - versorgungsnotwendige **Vorhaltungen** sind erst nach einer Anzahl von Fällen finanziert
- Externer Schocks: Corona-Pandemie & Inflation
- Fachkräfteengpässe nehmen zu

Vorschlag der Regierungskommission

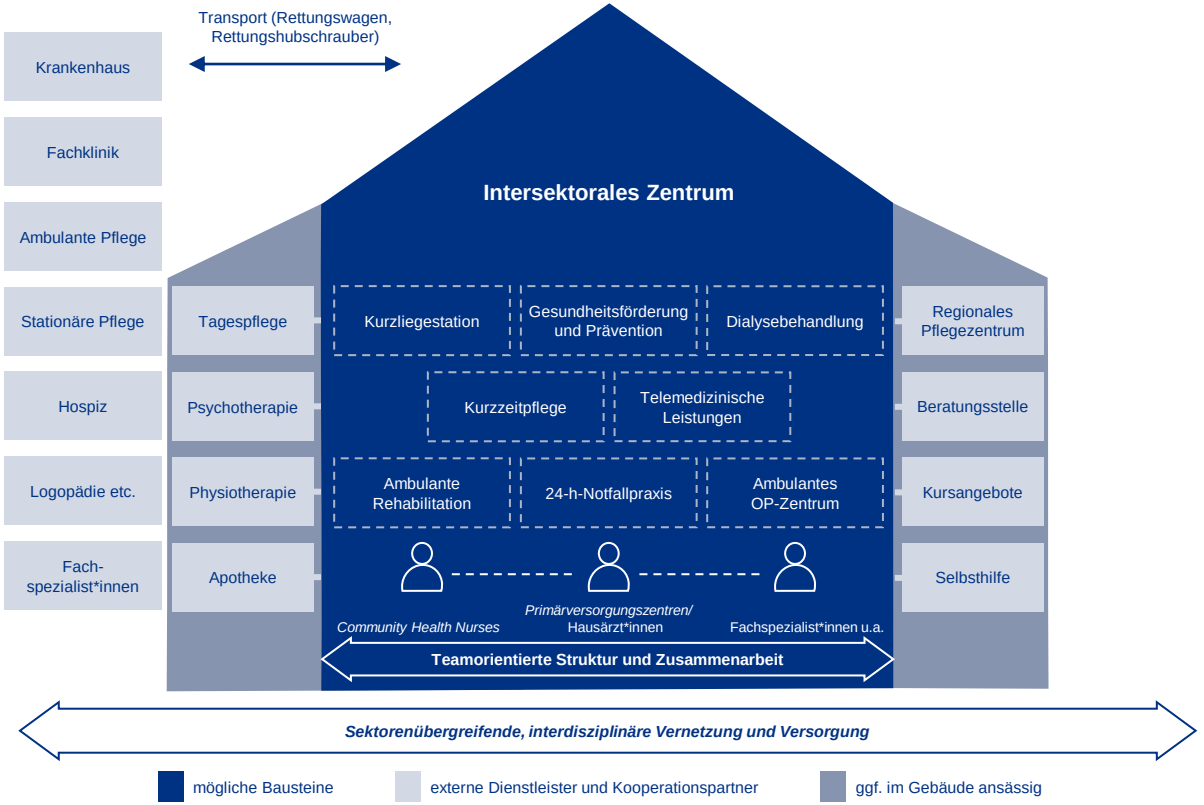
a Einheitliche Definition von **Versorgungsstufen (Leveln)**, um lokale, regionale und überregionale Versorgungsaufträge abzugrenzen

b System von **Leistungsgruppen** (LG), die passgenauer als die DRG und Fachabteilungen den Leveln zugeordnet werden können

c Neben reduzierten DRG ein **Vorhaltebudget** für jede Leistungsgruppe, die ein Krankenhaus anbietet, wenn es die Voraussetzungen dafür erfüllt

Quelle: Regierungskommission Krankenhaus

Modularer Aufbau eines Intersektoralen Zentrums



Quelle: SVR (2023) (mit angepassten Begrifflichkeiten) in Anlehnung an Schmid et al. (2020) und Nolting et al. (2021).

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. Leonie Sundmacher
Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie
TU München