

# Krankenhaus-Report 2018

## „Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /  
Jörg Friedrich / Jürgen Wasem (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2018

Auszug Seite 209-232



<b>12</b>	<b>Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen .....</b>	<b>209</b>
	<i>David Scheller-Kreinsen, Kathleen Lehmann, Gregor Botero, Franz Krause und Wilm Quentin</i>	
12.1	Einleitung .....	210
12.2	Die ambulante Angebotssteuerung .....	212
12.2.2	Angebotssteuerung der vertragsärztlichen Versorgung .....	212
12.2.2	Angebotssteuerung des ambulant-stationären Grenzbereichs .....	214
12.3	Sektorenübergreifende Bedarfsplanung .....	217
12.3.1	Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten .....	217
12.3.2	Vergabe zeitlich befristeter spezifischer Versorgungsaufträge .....	220
12.3.3	Angebotssteuerung über finanzielle Anreize .....	222
12.3.4	Übertragung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen gegen Kompensation .....	223
12.4	Anwendungsbeispiel ambulante Augenoperationen .....	224
12.4.1	Ansatz, Datengrundlagen und Methoden .....	224
12.4.2	Ergebnisse .....	227
12.4.3	Limitationen .....	229
12.5	Fazit .....	229

# 12 Sektorenübergreifende Angebotssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhaus- ambulanzen

David Scheller-Kreinsen, Kathleen Lehmann, Gregor Botero, Franz Krause  
und Wilm Quentin

## Abstract

Ein zentrales Problem der von zahlreichen Akteuren geforderten Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs ist die Frage nach einer sektorenübergreifenden ambulanten Angebotssteuerung. Dabei gilt es für solche Leistungen, die sinnvollerweise sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhausambulanzen erbracht werden können und sollen, die notwendigen Kapazitäten sektorenübergreifend zu planen und bedarfsgerechte Versorgungsaufträge zu vergeben. Der Beitrag skizziert die Grundzüge einer möglichen zukünftigen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Zulassung. Diese zeichnet sich durch zwei wesentliche Eigenschaften aus: Erstens die Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten und zweitens eine zeitliche Befristung (zehn Jahre) sowie klare inhaltliche Definition der Versorgungsaufträge durch den G-BA. Die Ausführungen und die beispielhafte Anwendung des skizzierten Modells für eine Leistungsgruppe (Augenoperationen) in Berlin und Brandenburg zeigen, dass eine sektorenübergreifende Erfassung von Leistungen und Kapazitäten möglich und sinnvoll ist und dass die skizzierte Methode dazu beitragen kann, relative Über- und Unterversorgung deutlich präziser zu ermitteln und damit eine stringenter Bedarfsorientierung zu erreichen.

Germany has struggled for many years to reform the interface between off-ice-based ambulatory care and hospital-based inpatient and outpatient care. One major problem for such a reform is the question of how to facilitate needs-based planning and purchasing of outpatient care which is independent of whether services are provided by off-ice-based physicians or hospital outpatient departments. The article proposes a method for cross-sectoral planning and purchasing of specialised outpatient care with two main characteristics: First, it relies on service segments as the basis for planning. Second, it proposes to award provider contracts for a duration of ten years – instead of the current practice of unlimited contracts – and to more specifically define health care supply assignments of the Federal Joint Committee. The example of eye surgery in Berlin and Brandenburg illustrates the proposed method and shows that despite certain data limitations, cross-sectoral needs-based planning of service provision and health care capacities is possible based on readily available data. Potentially, such needs-based planning could allow an improved analysis of relative over- and under-supply as well as an improved allocation of resources according to needs.

## 12.1 Einleitung

Die bestehenden Versorgungsstrukturen, Institutionen sowie Planungs- und Abrechnungssysteme an den Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung sind historisch gewachsen. Inzwischen existieren rund zwei Dutzend Rechtsformen für Krankenhausambulanzen und somit Bereiche, in denen Krankenhäuser und niedergelassene Vertragsärzte gleichermaßen an der Versorgung beteiligt sind (Seitz 2012; Leber 2010; Orłowski 2016; Leber und Wasem 2016). Im Ergebnis der historischen Genese entstand über die letzten zwei Dekaden ein „pfadabhängiger Wildwuchs“ (Wasem 2016) mit unklarer Versorgungsfunktion.

Seit vielen Jahren wird daher eine Reform angemahnt. Bisherige Versuche, die gesetzlichen Regelungen für alle Leistungsbereiche mithilfe eines neuen umfassenden Paragraphen zu vereinheitlichen oder den Krankenkassen weitgehende selektivvertragliche Optionen zu eröffnen (Leber 2010; SVR 2012; Schönbach und Faust 2012), blieben gesetzgeberisch mehr oder weniger folgenlos. Es zeichnet sich darüber hinaus ab, dass die ambulant-spezialfachärztliche Versorgung (ASV) nicht den Kern eines sich nach und nach ausweitenden sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs darstellen kann bzw. sollte (Straub et al. 2016; Leber und Wasem 2016). Zu groß sind die Steuerungsdefizite, die mit dem ASV-Modell einhergehen (Leber und Wasem 2016).

Dennoch ist eine Reform dringend angezeigt. Denn aus Versichertenperspektive bleibt der Status quo des ambulant-stationären Grenzbereichs höchst problematisch: Weder ist im Krankheitsfall der Zugang zu einer am medizinischen Bedarf orientierten gesundheitlichen Versorgung im ambulant-stationären Grenzbereich gewährleistet, noch ist aus Perspektive des Beitragszahlers sichergestellt, dass die vorhandenen Ressourcen wirtschaftlich eingesetzt werden (Orłowski 2016; von Stackelberg und Lehmann 2016; Schönbach und Faust 2012; Straub et al. 2016; Leber und Wasem 2016; Gerlach 2016). Zentrale systemische Defizite sind: das Fehlen einer klaren Zuweisung von Versorgungsaufträgen, die unzureichenden Voraussetzungen für eine präzise Erfassung ambulanter Krankenhauskapazitäten und -leistungen im Rahmen der Bedarfsplanung, die vollständige Absenz einer effektiven Angebots-, Mengen- und Preissteuerung sowie uneinheitliche Standards in der Qualitätssicherung (Uhlemann und Lehmann 2011; Leber und Wasem 2016). Als Folge ist der ambulant-stationäre Grenzbereich gekennzeichnet von Über- bzw. teilweise auch Unterkapazitäten, undifferenzierten und gleichzeitig regional sehr unterschiedlichen Leistungskatalogen und Preisen, einer zweifelhaften Mengenentwicklung und insbesondere einem Mangel an Transparenz und Qualitätsorientierung (SVR 2012).

Ob ein Patient ambulant oder stationär versorgt wird, hängt oftmals davon ab, wie sich vor Ort historisch die Sektoren entwickelt haben. Daran geknüpft sind die Fragen, ob ein Patient qualitätsgesichert behandelt wird und welche Vergütung der Behandler (für die gleiche Behandlung) erhält. Unklar ist auch, welche Versorgungsfunktion Krankenhausambulanzen übernehmen.

Die künftige Rolle von Krankenhäusern und insbesondere von Krankenhausambulanzen muss daher im Rahmen einer Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs adressiert werden. Dabei ist es sinnvoll, zwischen drei Versorgungsfunk-

tionen von Krankenhausambulanzen zu unterscheiden (Scheller-Kreinsen et al. 2017; GKV-Spitzenverband 2017):

- a. Werden Krankenhausambulanzen ermächtigt, um Versorgungsdefizite der vertragsärztlichen Versorgung auszugleichen, ist der vertragsärztliche Regelungskanon (ergänzt um klare Ermächtigungskriterien) vollumfänglich anzuwenden.
- b. Werden spezialisierte und spezifische Versorgungsleistungen erbracht, die sowohl von Ambulanzen als auch von spezialisierten Vertragsärztinnen und -ärzten erbracht werden, wird eine sektorenübergreifende Steuerung inkl. einer gemeinsamen Bedarfsplanung und eines einheitlichen Vergütungssystems benötigt.
- c. Erfolgt eine hochspezialisierte ambulante Versorgung, die unter Qualitätsaspekten oder wegen notwendiger Strukturanforderungen vornehmlich oder ausschließlich von Krankenhausambulanzen erbracht werden sollte, ist der Leistungskatalog klar zu definieren und durch einheitliche Dokumentations- und Vergütungsmaßstäbe Transparenz herzustellen.

Abbildung 12–1 stellt die wesentlichen Merkmale der drei Reformcluster überblicksartig dar.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, eine Lösungsskizze für eine sektorenübergreifende ambulante Bedarfsplanung zu entwickeln, um künftig die erforderlichen Kapazitäten sektorenübergreifend zu planen und bedarfsgerechte Versorgungsaufträge zu vergeben. Eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung ist insbesondere für solche Leistungen notwendig, die sinnvollerweise sowohl von Vertragsärzten als auch von Krankenhausambulanzen erbracht werden können und sollen (vgl. Punkt b der oberhalb skizzierten Trias). Die Bedarfsplanung stellt ein wichtiges Element der angezeigten Reform des ambulanten-stationären Grenzbereichs dar. Weitergehende Reformbedarfe sind eine sektorenunabhängige und stärker fallpauschalierte Vergütungsstruktur und eine durchgehende und sektorenunabhängige Mengensteuerung sowie Qualitätssicherung, die an anderer Stelle beschrieben wurden (u.a. GKV-Spitzenverband 2017).

Abbildung 12–1

<b>Reformcluster der Ambulanzversorgung</b>		
<b>Ergänzende vertragsärztliche Versorgung</b>	<b>Aquivalente Leistungserbringung</b>	<b>Hochspezialisierte Ambulanzversorgung</b>
<b>Versorgungsdefizite ausgleichen</b>	<b>Fehlallokation und Überkapazitäten vermeiden</b>	<b>Transparenz schaffen und Versorgungsaufträge definieren</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durchgängig bedarfsabhängige Ermächtigung</li> <li>• Durchgängig EBM-basierte Vergütung</li> <li>• Klare Definition und Abgrenzung der Versorgungsaufträge</li> <li>• Anrechnung in der Bedarfsplanung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sektorübergreifende Kapazitätssteuerung</li> <li>• Zeitlich befristete Versorgungsaufträge</li> <li>• Einheitliche Preis-, Mengen- und Qualitätssicherungssystematik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vereinheitlichung von Dokumentation, Strukturanforderungen und Vergütung</li> <li>• Stringente Definition der Versorgungsaufträge</li> </ul>
Krankenhaus-Report 2018		WIdO

Der Beitrag ist wie folgt aufgebaut: Abschnitt 12.2 stellt zunächst die bestehenden Ansätze der Angebots- und Kapazitätssteuerung für Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen dar. Abschnitt 12.3 entwirft eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung für die gemeinsamen Leistungen von Vertragsärzten und Krankenhausambulanzen. In Abschnitt 12.4 wird die sektorenübergreifende Bedarfsplanung exemplarisch anhand des Leistungssegments ambulante Augenoperationen für die Raumordnungsregionen (ROR) Berlins und Brandenburgs illustriert. Abschnitt 12.5 fasst die Überlegungen zusammen.

## 12.2 Die ambulante Angebotssteuerung

### 12.2.1 Angebotssteuerung der vertragsärztlichen Versorgung

Die Angebotssteuerung der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung war in den letzten fünf Jahren fortlaufend Gegenstand gesetzgeberischer Tätigkeit. Insbesondere die Bedarfsplanung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde bzw. wird durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG; in Kraft getreten 2012) und durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG, in Kraft getreten 2015) reformiert. Wesentlicher Reformanlass waren die regionale Ungleichverteilung von Ärzten und der drohende Mangel an Hausärzten auf dem Lande. Aus Sicht der GKV ist die Situation in der ambulanten Versorgung nicht generell bedrohlich, aber doppelt ungünstig. Nicht nur sind die meisten spezialisierten Vertragsärzte in den Ballungszentren angesiedelt, sondern auch die Krankenhäuser und deren Ambulanzen sind vorrangig dort vorzufinden (Klein-Hitpaß und Leber 2012; Stackelberg und Lehmann 2016). Unstrittig ist daher, dass es „im Sinne einer bedarfsgerechten und wohnortnahen medizinischen Versorgung [...] eine zentrale gesundheitspolitische Herausforderung [ist], dem räumlichen Missverhältnis der Versorgungskapazitäten entgegenzusteuern.“ (SVR 2014, S. 350). Eine Aufgabe, die im Übrigen etwa so alt ist wie die gesetzliche Krankenversicherung (Lehmann und Partsch 2011).

Neben der räumlichen Fehlverteilung ist zudem problematisch, dass das Verhältnis zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung nicht ausgewogen ist (SVR 2014, S. 350). Statt von einem generellen Arztmangel muss von regionalen und arztgruppenspezifischen Fehlverteilungen ausgegangen werden. Insgesamt weist die vorliegende Evidenz eine fachärztliche Überversorgung in Ballungsgebieten und eine perspektivisch ausgedünnte primärärztliche Versorgung in einigen ländlichen Regionen aus.

Hier setzt die Bedarfsplanung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) an, bei der es sich um eine Kapazitätsplanung handelt. Deren Ziele sind insbesondere eine Begrenzung der Anbieterzahlen zum Schutz der finanziellen Stabilität der GKV und eine gleichmäßige Verteilung der Leistungserbringer im Raum zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Zugangs für die Patienten. Zu diesem Zweck wurden bedarfsplanerische Richtwerte definiert, die arztgruppen- und planungsbezogen die Anzahl der Leistungserbringer festlegen, die für eine bedarfsge-

rechte Versorgung der Bevölkerung benötigt werden. Dabei müssen nicht alle Arztgruppen in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Die Vorgaben der Bedarfsplanung werden durch den G-BA in der Bedarfsplanungs-Richtlinie getroffen. Die Bedarfsplanung erfolgt anhand bundeseinheitlicher Kriterien, von denen nur mit Begründung abgewichen werden darf, wenn und soweit regionale Besonderheiten dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erfordern.<sup>1</sup>

Verhältniszahlen bilden in der ambulanten Bedarfsplanung das Verhältnis von Einwohnern zu Ärzten (bzw. Versorgungsaufträgen) ab. Die Sollkapazität einer Planungsregion ergibt sich aus der Anwendung der Verhältniszahl auf die Einwohner (Division Einwohner durch Verhältniszahl). Aus dem Vergleich der Ist-Kapazität und der Soll-Kapazität berechnet sich der Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 100 v. H. bedeutet, dass genau so viele Ärzte zugelassen sind, wie nach den Maßgaben der Bedarfsplanung für eine bedarfsgerechte Versorgung benötigt werden. Verhältniszahlen existieren für jede Arztgruppe und basieren i. d. R. auf normativen Setzungen, die auf der Grundlage einer Bewertung der in der Vergangenheit vorgefundenen Versorgungssituation und der Ableitung entsprechender Erfahrungs- und Erwartungswerte ermittelt wurden. Die Verhältniszahlen sind regelmäßig zu überprüfen und können regional differenziert werden. Zudem kann bei der Erstellung der Bedarfspläne vor Ort auch ein Demografiefaktor zur Anwendung kommen.

Die Vorgaben der Bedarfsplanung bilden die Grundlage für vertragsärztliche Zulassungen und Zulassungsbeschränkungen. Die vertragsärztliche Zulassung wird für eine bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppe und den spezifischen Planungsbereich erteilt. Innerhalb des Planungsbereichs kann der Arzt den Sitz seiner Niederlassung frei wählen, da für Vertragsärzte grundsätzlich Niederlassungsfreiheit besteht. Die Zulassungsbeschränkung stellt eine Einschränkung dieses Grundrechts dar. Darüber hinaus wird die Zulassung für das gesamte Tätigkeitsfeld einer bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe erteilt. Im Rahmen der erforderlichen fachlichen Qualifikation ist der zugelassene Arzt in der Ausgestaltung seiner ärztlichen Tätigkeit frei (Berufsausübungsfreiheit) und unterliegt keinen fachlichen Weisungen (Freiberuflichkeit).

Eine Zulassung wird in Abhängigkeit von der Versorgungssituation erteilt. Insbesondere kann eine Zulassung nicht erfolgen, wenn ein Planungsbereich für das betreffende Fachgebiet wegen Überversorgung gesperrt ist. Dies geschieht i. d. R., wenn der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich für eine Arztgruppe über 110 v. H. liegt und den Sollwert der Bedarfsplanung damit um mehr als 10 v. H. überschreitet. Endet die Zulassung eines Vertragsarztes in einem gesperrten Planungsbereich durch Tod, Verzicht oder Entziehung und soll die Praxis fortgeführt werden, hat der ausscheidende Vertragsarzt i. d. R. allerdings die Möglichkeit einer Nachbesetzung.<sup>2</sup>

Die Bedarfsplanung trifft für die unterschiedlichen Arztgruppen differenzierte Regelungen. Unterschiede in den Mitversorgungsbeziehungen sowie der für eine wirtschaftliche Praxisführung benötigten Einzugsgebiete werden durch entsprechende Differenzierungen in der regionalen Planungsgrundlage und bei der Fest-

1 Vgl. § 2 BPL-RL.

2 Vgl. § 103 SGB V.

legung der Verhältniszahlen berücksichtigt. Deshalb sieht die Bedarfsplanung unterschiedliche Planungsräume für Hausärzte (Mittelbereiche), allgemeine Fachärzte (Kreise und kreisfreie Städte), spezialisierte Fachärzte (Raumordnungsregionen) und gesonderte Fachärzte (KV-Regionen) vor. Bei der allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden die Planungsbereiche fünf raumordnungsspezifischen Planungskategorien zugeordnet und dadurch weiter spezifiziert. Die Typisierung erfolgt auf Basis des Konzepts der Großstadtregionen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) und soll insbesondere Mitversorgungseffekte abbilden. Im Ergebnis kommen für jede Arztgruppe der allgemeinen fachärztlichen Versorgung je nach Typ des Planungsbereichs fünf unterschiedliche Verhältniszahlen zur Anwendung. Das Ruhrgebiet wird aufgrund der regionalen Struktur als besondere Region mit abweichenden Verhältniszahlen beplant.

Die Versorgungssituation in angrenzenden Regionen oder eine planungsbereichsübergreifende Mitversorgung können bei der Beurteilung der regionalen Versorgungssituation relevant sein und in die Entscheidungen der Landes- und Zulassungsausschüsse nach § 95 bzw. § 96 SGB V einfließen.

### 12.2.2 Angebotssteuerung des ambulant-stationären Grenzbereichs

Tabelle 12–1 verdeutlicht, dass die ausgabenstärksten Versorgungsbereiche des ambulant-stationären Grenzbereichs auf Seiten der Krankenhausambulanzen nur bedingt einer Angebots- bzw. Kapazitätssteuerung unterliegen.

Der Zugang von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung erfolgt fast ausnahmslos ohne Teilnahmebegrenzung. Ferner existieren (fast) keine Instrumente zum Abbau von Überkapazitäten. Das liegt nicht zuletzt daran, dass versorgungsbereichsübergreifend keine Kapazitätsplanung erfolgt, die begrenzende Maßnahmen legitimieren könnte. Es kommt damit insbesondere in den Versorgungsbereichen mit identischer Leistungserbringung durch Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte zu Verwerfungen: Vertragsärzte müssen die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht gegen sich gelten lassen, während Krankenhäuser i. d. R. ohne Bedarfsplanung gleichwertige Leistungen erbringen. Besonders deutlich wird dieses Defizit im Bereich des ambulanten Operierens: Hier gilt für Krankenhäuser und Vertragsärzte ein quasi inhaltsgleicher Leistungskatalog – Gegenstand der Bedarfsplanung sind jedoch nur die vertragsärztlichen Leistungserbringer. Eine sinnvolle Angebotssteuerung ist auf dieser Grundlage nicht möglich. Gleichzeitig können Regionen, in denen ggf. Versorgungsangebote fehlen, nicht nach einer einheitlichen Systematik identifiziert werden. Eine Berücksichtigung durch Anrechnung der Kapazitäten der Krankenhausambulanzen oder durch Bereinigung der vertragsärztlichen Kapazitäten ist zwar für eine Reihe von Rechtsgrundlagen (z. B. § 99 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 87 Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V, § 116b Abs. 6 S. 13) vorgesehen, findet aber de facto aufgrund der Komplexität nur selten statt.

Vor diesem Hintergrund konnten die Ziele diverser Reformen im ambulant-stationären Grenzbereich nicht erreicht werden. So wurde beispielsweise bei Einführung des ambulanten Operierens wegen der angestrebten Verlagerung stationärer Operationen in den ambulanten Bereich darauf verzichtet, das Angebot für ambulante Operationen zu steuern. Das bedeutet, dass die Zulassung sich ausschließlich an strukturellen und personellen Merkmalen des Leistungserbringers orientiert –

Tabelle 12–1

**Angebotssteuerung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser und Krankenhausambulanzen**

Versorgungsform	§ SGB V	Kapazitätssteuerung							
		Zugangsweg zur Erbringung ambulanter Leistungen	Teilnahmebegrenzung	Kapazitätsplanung	Gesetzliche Grundlage für den Abbau von Überkapazitäten	Strukturelle oder personelle Voraussetzungen für die Erbringung ambulanter Leistung	Gesetzliche Grundlage für eine Berücksichtigung in der BPL	Anrechnung auf die BPL	Bereinigung von Kapazitäten in der BPL
<b>Ambulantes Operieren</b>	115b	Für Krankenhäuser gesetzliche Ermächtigung, Mitteilung; für Vertragsärzte Zulassung	Nein	Nein	Nein	Ja (QS-Vereinbarung)	Ja	Nein	Nein
<b>Vor- und nachstationäre Behandlung im KH</b>	115a	KH-Plan	KH-Plan	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
<b>Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV)</b>	116b (neu)	Gesetzlich verankert Berechtigung für zugelassene Leistungserbringer bei Erfüllen der Voraussetzungen, eLA prüfen Anträge	Nein	Nein	Nein	Ja, ASV-RL (G-BA)	Nein	Nein	Ja
<b>Hochschulambulanzen</b>	117	Gesetzliche Ermächtigung, Zulassungsanspruch	Nein, nur über den Status	Nein	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja
<b>Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)</b>	119	ZA entscheidet	Bedarfsprüfung durch ZA; der Gesetzgeber geht von einem grundsätzlichen Bedarf aus, sodass allein andere Zentren – und nicht Kinderärzte – bei der Bedarfsprüfung zu berücksichtigen sind (Seit 2012)	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein



Tabelle 12-1

**Fortsetzung**

Versorgungsform	§ SGB V	Kapazitätssteuerung								
		Zugangsweg zur Erbringung ambulanter Leistungen	Teilnahmebegrenzung	Kapazitätsplanung	Gesetzliche Grundlage für den Abbau von Überkapazitäten	Strukturelle oder personelle Voraussetzungen für die Erbringung ambulanter Leistung	Gesetzliche Grundlage für eine Berücksichtigung in der BPL	Anrechnung auf die BPL	Bereinigung von Kapazitäten in der BPL	
<b>Psychiatrische Institutsambulanz</b>	118	Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss ohne Bedarfsprüfung	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja	Nein
<b>Integrierte Versorgung/besondere Versorgung (VSG)</b>	140a-f	Einzelvertraglich	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein
<b>Teilstationäre Behandlung</b>	39	Zulassung	Nein	Indirekt durch KH-Planung	Indirekt durch KH-Planung	Erfüllung der Voraussetzungen nach § 107 Abs. 1 sowie der Anforderungen nach Krankenhausplanung	Nein	Nein	Nein	Nein

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

die Versorgungssituation findet keine Berücksichtigung. Gleichzeitig wurde auf eine Mengensteuerung verzichtet. Im Ergebnis stieg zwar die Zahl der ambulanten Operationen stark an. Es bleibt aber unklar, ob es tatsächlich zu einer Leistungsverlagerung kam oder ob ein unregelmäßiger Anstieg der Leistungsmenge erfolgte (SVR 2012; Friedrich und Tillmanns 2016), wobei zumindest in Teilen von einer angebotsinduzierten Leistungsmengenausweitung auszugehen ist (SVR 2012; Garre et al. 2015). Diese Entwicklung ist angesichts von stationären (OECD 2013, Busse et al. 2016; Leber und Scheller-Kreinsen 2015) und vertragsärztlichen Überkapazitäten (Klose und Rehbein 2016) keine Überraschung. Die ungesteuerte Kapazitäts- und Mengenausweitung ist mit negativen Folgen für die Versicherten (Über- und Fehlversorgung) und die Beitragszahler (steigende Gesundheitsausgaben und Beiträge) verbunden.

## 12.3 Sektorenübergreifende Bedarfsplanung

Dieser Abschnitt skizziert zwei wesentliche Bausteine einer möglichen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung und Zulassung: Erstens die Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten (siehe Abschnitt 12.3.1) und zweitens die Vergabe zeitlich befristeter spezifischer Versorgungsaufträge (siehe Abschnitt 12.3.2). Zusätzlich werden Überlegungen zur Weiterentwicklung der Angebotssteuerung angestellt, wobei zum einen finanzielle Anreize zur Anwendung kommen könnten (Abschnitt 12.3.3) und zum anderen durch die Übertragung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen gegen Kompensation eine Konzentration der Leistungserbringung erreicht werden könnte (Abschnitt 12.3.3).

Eine sektorenübergreifende leistungsorientierte Bedarfsplanung kann auf der bisherigen ambulanten Bedarfsplanung des G-BA aufbauen. Diese unterscheidet seit Januar 2013 vier Versorgungsstufen: die hausärztliche Versorgung, die allgemeine fachärztliche Versorgung, die spezialisierte fachärztliche Versorgung und die gesonderte fachärztliche Versorgung. Dieser Systematik kann für die gemeinsamen, spezialisierten Leistungen von Krankenhausambulanzen und Vertragsärzten eine fünfte Versorgungsstufe hinzugefügt werden (vgl. Tabelle 12–2).

### 12.3.1 Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten

Im Unterschied zu den Stufen eins bis vier kann eine sektorenübergreifende fünfte Stufe der Bedarfsplanung nicht auf die Planung ganzer Arztgruppen im Sinne der Weiterbildungsordnung abstellen, sondern muss sich auf spezifische Leistungssegmente beziehen. Ein Bezug auf Leistungssegmente ist notwendig, um eine Abgrenzung zur vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen. Das Ziel ist, dass klar abgegrenzte Leistungssegmente auf Grundlage von Krankheitsepisoden oder Behandlungsanlässen (z. B. ambulante Augen-OPs, Koronarangiographien) in Zukunft von spezifisch ausgewählten Leistungserbringern erbracht werden.

Tabelle 12-2

**Modell der Bedarfsplanungsebenen nach Einführung der 5. Versorgungsstufe**

	Hausärztliche Versorgung	Allgemeine fachärztliche Versorgung	Spezialisierte fachärztliche Versorgung	Gesonderte fachärztliche Versorgung	Sektorenübergreifende Versorgung
Arztgruppen und Leistungsbereiche	Hausärzte	Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO, Nervenärzte, Urologen Orthopäden, Kinderärzte, Psychotherapeuten	Anästhesisten, Fachinternisten, Kinder- und Jugendpsychiater, Radiologen	Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, PRM, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner	AOP, ASV, Leistungssegmente der teilstationären Versorgung, der PIA und der SPZ
Art der Versorgung	Generalistische Versorgung	Fachgebietsbezogene Versorgung	Fachgebietsbezogene Versorgung bzw. Auftragsleistungen	i. d. R. Auftragsleistungen	Definierte Leistungsbereiche mit spezifischen Anforderungen an Struktur und Qualität
Leistungsangebot	Allgemeine ambulante Versorgung durch Hausärzte	Allgemeine und spezifische ambulante Versorgung durch Fachärzte	Spezialisierte ambulante Versorgung durch Fachärzte	Gesonderte ambulante Versorgung durch Fachärzte	Sektorenübergreifende Versorgung durch Fachärzte; Diagnostik und leitende Therapieentscheidung, ambulante Operationen
Inanspruchnahme	Höhere Frequenz, direkte Inanspruchnahme	Geringe bis mittlere Frequenz, Überweisung und direkte Inanspruchnahme		Geringe Frequenz, i. d. R. Überweisung	Episodenbezogene Inanspruchnahme, ggf. Überweisung durch Facharzt/fachartzgleich
Erreichbarkeit	Wohnortnah	Mittlere Entfernung	Größere Entfernung	Große Entfernung	Größere bis große Entfernung
Rechtliche Grundlagen der Teilnahme		Bedarfsplanung und Zulassungsrecht inkl. Zulassungsbeschränkungen			Sektorenübergreifende Bedarfsplanung und begrenzte, zeitlich befristete spezifische Versorgungsaufträge
Teilnahmestatus	Zulassung	Zulassung	Zulassung	Zulassung	Zusätzliche spezifische Versorgungsaufträge für bereits zugelassene Leistungserbringer
Planungsbereich	Mittelbereich	Kreis	Raumordnungsregion	KV	ROR/KV/Bundesland
Verhältniszahl	Einheitliche Verhältniszahl	Differenzierte Verhältniszahl (5 Typen)	Einheitliche Verhältniszahl	Einheitliche Verhältniszahl	Einheitliche Verhältniszahl
Qualifikationsniveau	Facharztstatus	Facharztstatus	Facharztstatus	Facharztstatus	Facharztstatus

Zur Ermittlung des regionalen Versorgungsbedarfs in der fünften Versorgungsstufe sind vom G-BA analog zur aktuellen Bedarfsplanung Verhältniszahlen und Planungsbereiche festzulegen.

Anders als im Bereich der vertragsärztlichen Bedarfsplanung, die nicht nach Leistungen spezifischer Erkrankungsgruppen, sondern nach arztgruppenspezifischen Versorgungsaufträgen entsprechend ganzer, halber oder viertel Arztsitze erfolgt, ist eine Planung von Arztsitzen für Krankenhausambulanzen ungeeignet. Die Angebotskapazitäten im Krankenhaus können prinzipiell beliebig erweitert werden. In der vertragsärztlichen Versorgung ist dies durch den Facharztstatus und die Verpflichtung zur persönlichen Leistungserbringung nicht gegeben. Aufgrund der Vorkhaltung von Ärzten für den stationären Bereich ist die verfügbare ärztliche Kapazität in den Ambulanzen nicht begrenzt, vielmehr ist eine Kapazitätsausweitung durch die Hinzuziehung von weiteren Krankenhausärzten prinzipiell jederzeit möglich. Für Leistungssegmente, die im Team erbracht werden (z. B. Operateur und Anästhesist), ist der Einzelarztbezug daneben ungeeignet, da sich die einzelnen Versorgungsbeiträge kaum zu Personalkapazitäten einer einzelnen Arztgruppe verdichten lassen. Die Kapazitätsplanung der fünften Versorgungsstufe muss demnach auf Leistungssegmente bzw. Leistungsbereiche, ggf. auch auf Teams, nicht jedoch auf Arztgruppen bezogen werden. Gleichzeitig müssen die Leistungssegmente in vertragsärztliche Kapazitäten übersetzbar sein („Umsteiger“), damit Leistungserbringer aus beiden Versorgungsbereichen gleichermaßen berücksichtigt werden können. Für eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung bedeutet das, dass Kapazitäten (z. B. Vollzeitäquivalente (VZÄ) oder Teams) aus der Leistungsmenge abgeleitet werden müssen – und dass umgekehrt Kapazitäten in zu erbringende Leistungsmengen umrechenbar sein müssen.

In etablierten Versorgungsbereichen mit differenzierten Struktur- und Leistungsdaten, wie im Bereich der AOP, ist die Berechnung einer Soll-Verhältniszahl auf der Basis vorhandener Leistungsdaten möglich. Abbildung 12–1 skizziert einen möglichen Ansatz für den Bereich AOP. In einem ersten Schritt wird hier auf der Basis der Verteilung des abgerechneten EBM-Volumens in einem bestimmten Leistungssegment (z. B. Augenoperationen) die Leistungsmenge ermittelt, die von einem in Vollzeit operierenden Arzt erbracht wird. Dabei ist zu beachten, dass viele Ärzte nicht in Vollzeit operativ tätig sind, das heißt, es ist zunächst erforderlich, aus den Abrechnungsdaten abzuleiten, welches Volumen mit einer vollen Kapazität verbunden wäre.

Anschließend kann das bundesweit erbrachte EBM-Volumen des Leistungssegments durch die von einem in Vollzeit operierenden Arzt erbrachte Leistungsmenge geteilt werden. Daraus ergibt sich dann die Anzahl der VZÄ, die zur Erbringung dieses Leistungsvolumens notwendig sind. Für die Berechnung der bundesweiten Soll-Verhältniszahl von VZÄ zu Einwohnern gibt es nun zwei Möglichkeiten: (1) Die Verhältniszahl wird direkt aus den ermittelten bundesweiten VZÄ abgeleitet; oder (2) es wird eine Korrektur des vorgefundenen Werts vorgenommen, um zu verhindern, dass eine eventuell vorhandene bundesdurchschnittliche Über- oder Unterversorgung zum neuen Soll erhoben wird. Die Berechnung der Verhältniszahl je Planungsbereich ergibt sich anschließend aus der Anzahl der Einwohner je Planungsbereich, die um mögliche Korrekturfaktoren wie beispielsweise die Altersstruktur adjustiert wird. In diesem Zusammenhang werden die Ergebnisse

der durch das GKV-VSG ausgelösten Revision der Bedarfsplanung eine Orientierung bieten.

In Versorgungsbereichen mit kaum etablierter ambulanter Versorgungsstruktur (z. B. ASV) können Verhältniszahlen nicht aus vorhandenen Struktur- und Leistungsdaten abgeleitet werden. Eventuell können aber andere Informationen wie z. B. Prävalenzschätzungen oder Erreichbarkeitserwägungen berücksichtigt werden. Für diese Bereiche sollte alle fünf Jahre eine Evaluation erfolgen, um zu überprüfen, wie sich die Angebotsstrukturen entwickeln und ob ggf. Verhältniszahlen nach dem oben dargestellten Verfahren gebildet werden können.

Die Planungsbereiche nach der Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA umfassen bislang unterschiedliche Räume (KV, ROR, Kreis). Die Leistungen der fünften Versorgungsstufe sind voraussichtlich aufgrund des hohen Spezialisierungsgrades in der Regel auf den Aggregationsebenen Bundesland (16) oder Raumordnungsregion (ROR) (96) zu planen (BBSR 2016). Auf der Raumordnungsregionsebene hätte ein Planungsbereich damit durchschnittlich ca. 830 000 Einwohner.

Nach der Festlegung von Verhältniszahlen und Planungsbereichen durch den G-BA lassen sich die Versorgungsgrade je Planungsbereich ermitteln. Dabei werden die SOLL-Vorgaben des G-BA mit den IST-Werten des Planungsbereichs verglichen. Der ermittelte Versorgungsgrad bestimmt anschließend den Prozess der Vergabe von Versorgungsaufträgen (siehe nächster Abschnitt).

### 12.3.2 Vergabe zeitlich befristeter spezifischer Versorgungsaufträge

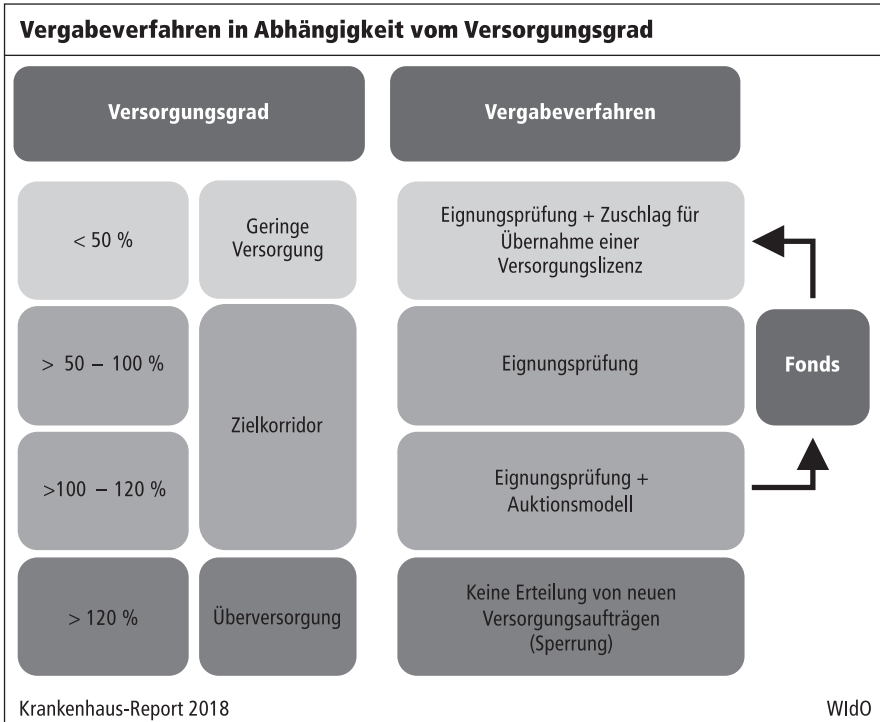
Leistungssegmente im Cluster der äquivalenten Leistungserbringung durch Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte bedürfen in der Regel spezieller Qualifikationen oder struktureller Voraussetzungen, sodass eine Leistung nur durch ausgewählte (bereits zugelassene) Vertragsärzte oder Krankenhausambulanzen erbracht werden sollte. Diese erhalten nach dem im Folgenden ausgeführten Verfahren (vgl. auch Abbildung 12–2) zusätzlich zu ihrem bereits bestehenden Versorgungsauftrag einen zeitlich befristeten spezifischen Versorgungsauftrag für das jeweilige Leistungssegment.<sup>3</sup> Der Versorgungsauftrag ist spezifisch, weil er einerseits die zu erbringenden Leistungen und andererseits die benötigte Kapazität (z. B. in VZÄ) zur Erbringung dieser Leistungen definiert.

Eine zeitliche Befristung des Versorgungsauftrags ist notwendig, um die Zementierung von Versorgungsstrukturen zu verhindern. Sinnvoll erscheint eine Befristung auf zehn Jahre, weil dieser Zeitraum einerseits eine mittelfristige Investitionsplanung und andererseits eine Neubewertung der regionalen Versorgungssituation nach einer Dekade ermöglicht. Die Bestimmung der zu erbringenden Leistungen und der dafür benötigten Kapazitäten ist notwendig, um Vertragsärzten und Krankenhausambulanzen vergleichbare Versorgungsaufträge zu erteilen.

Der zusätzliche Versorgungsauftrag muss durch ein Gremium auf der Landesebene vergeben werden, das die bedarfsplanerischen Vorgaben des G-BA für die fünfte Versorgungsstufe umsetzt. Dazu kann entweder auf die bestehenden erwei-

<sup>3</sup> Die Vergabe zeitlich befristeter Versorgungsaufträge und das unterhalb beschriebene Auktionsmodell sind juristisch zu prüfen und gehen mit einer strukturellen Anpassung der bisherigen gesetzlichen Grundlagen einher.

Abbildung 12–2



terten Landesausschüsse (eLAs) zurückgegriffen werden oder es wird ein neues Gremium für die fünfte Versorgungsstufe geschaffen. Um gleiche Zugangschancen und Wettbewerbsbedingungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser bei gleichzeitigem Ausgleich zwischen den Interessen der Versicherten und der Leistungserbringer zu gewährleisten, ist es wichtig, dass unabhängig von dem institutionellen Format eine Stimmverteilung in G-BA-Parität unter Beteiligung von Vertragsärzten und Vertretern der Krankenhäuser (den Landeskrankenhausgesellschaften) verankert wird.

Bei der Vergabe von Versorgungsaufträgen sollte auf der Systematik der ambulanten Bedarfsplanung aufgesetzt werden. Anders als bei der Vergabe von vertragsärztlichen Versorgungsaufträgen sollte in der fünften Versorgungsstufe allerdings eine differenziertere Angebotssteuerung erfolgen (Abkehr vom binären Prinzip: 0 = Sperrung; 1 = Zulassung). Das heißt, dass je nach Versorgungsgrad und festgestellter Versorgungslage unterschiedliche Vergabeverfahren zum Einsatz kommen (vgl. Abbildung 12–2). Die Umsetzung des Vergabeverfahrens sollte durch Vorgaben des G-BA geregelt werden. Genauso werden auch Regelungen für die Verwendung von Mitteln eines zu schaffenden Fonds zu definieren sein, dessen Ziel die Förderung der Vergabe von Versorgungsaufträgen in unterversorgten Regionen sein wird.

Der Kern des Vergabeverfahrens wird bei Versorgungsgraden unter 100% eine Eignungsprüfung durch das dreiseitige Zulassungsgremium auf Landesebene sein.

Dabei wird überprüft, ob ein Bewerber die personellen und strukturellen Voraussetzungen der Vorgaben des G-BA erfüllt. Liegt der Versorgungsgrad unter 50% und wurde eine Unterversorgung festgestellt, werden zusätzlich Anreize für einen Kapazitätsaufbau gesetzt, indem Zuschläge für die Übernahme eines Versorgungsauftrags gezahlt werden. Die Höhe des Zuschlags wird auf Landesebene bestimmt – allerdings anhand bundeseinheitlicher Kriterien, die zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband zu vereinbaren sind.

### 12.3.3 Angebotssteuerung über finanzielle Anreize

Eine sinnvolle Weiterentwicklungsoption des bisherigen Prinzips des Verkaufs von Arztsitzen innerhalb der Ärzteschaft ist ein formalisiertes Auktionsmodell, dessen Erträge der Versorgung zu Gute kommen und das gleichzeitig Überversorgungstendenzen entgegenwirkt. Dieses Modell könnte wie folgt umgesetzt werden:

Liegt in einem Planungsbereich der Versorgungsgrad zwischen 100% und 120%<sup>4</sup>, wird vom Zulassungsgremium neben qualitativen Kriterien auch die Bereitschaft des Leistungserbringers berücksichtigt, für den Erhalt des Versorgungsauftrags einen Preis zu bezahlen. Das heißt, dass zunächst die Leistungserbringer ermittelt werden, die die Strukturvoraussetzungen des G-BA erfüllen. Anschließend erfolgt die Vergabe des Versorgungsauftrags an denjenigen der geeigneten Bewerber, der den höchsten Preis für die Übernahme des Versorgungsauftrags bietet. Die eigentliche Vergütung der Leistungen für den Leistungserbringer, sofern dieser einen Versorgungsauftrag erhält, ist davon unberührt. Aufgrund des vorgeschalteten Eignungstests können nur Bewerber zum Zuge kommen, die die Vorgaben des G-BA erfüllen. Die Einnahmen aus der Vergabe der Versorgungsaufträge in Planungsbereichen mit hohen Versorgungsgraden fließen in den Fonds zur Förderung der Vergabe von Versorgungsaufträgen in Planungsbereichen mit niedrigen Versorgungsgraden. Die Umverteilung erfolgt dabei leistungssegment- und bundesländerübergreifend.

Das vorgesehene Vergabeverfahren knüpft damit an bestehende Regelungen der vertragsärztlichen Zulassung an. So ermöglicht beispielsweise der § 103 Abs. 4 Satz 5 SGB V, die Leistungserbringer im Zulassungsverfahren anhand von qualitativen Voraussetzungen wie etwa der Erfüllung von besonderen Versorgungsbedürfnissen, der Tätigkeit in vernetzten Strukturen oder dem Angebot eines besonderen Versorgungsmanagements auszuwählen. Die Vergabe des Versorgungsauftrags in Abhängigkeit vom gebotenen Preis knüpft inhaltlich an die im vertragsärztlichen Bereich gängige Praxis des Verkaufs von Vertragsarztsitzen (Abrechnungslizenzen gegenüber der GKV) im Zuge der Nachbesetzungsverfahren (BÄK 2008) an. Im Vergleich zu der gängigen Praxis würde das vorgeschlagene Verfahren den Vorteil haben, dass es einen Anreizrahmen für eine verbesserte Kapazitätssteuerung schafft.

Kasten 1 verdeutlicht das mögliche Vergabeverfahren unter Berücksichtigung des Preises anhand eines Anwendungsbeispiels.

<sup>4</sup> Es handelt sich hier um einen exemplarischen Schwellenwert. Eine Festlegung muss normativ erfolgen.

**Kasten 1: Die Koppelung eines Versorgungsauftrags an ein Zielbudget**

Ohne eine Begrenzung der Leistungsmenge durch ein Zielbudget wäre eine Leistungsausweitung insbesondere in Krankenhausambulanzen kaum zu kontrollieren, da dort der Einsatz von zusätzlichem (über den Versorgungsauftrag im Sinne von z. B. einem VZÄ hinausgehendem) Personal schwer ausgeschlossen werden kann. In Anlehnung an den Mehrerlösausgleich in der stationären Versorgung ist daher eine Preisabstaffelung bei Überschreitung des Zielbudgets eines Versorgungsauftrags der zentrale Ansatzpunkt für eine Mengensteuerung. Das heißt, dass ähnlich wie in der stationären Versorgung bei Überschreitung des Zielbudgets der Preis auf einen deutlich niedrigeren Wert abgesenkt wird, z. B. ähnlich wie beim Mehrerlösausgleich um 65 %. Dieser Mechanismus hat unterschiedliche Preise innerhalb und außerhalb des Zielbudgets zur Folge. Eine essentielle Voraussetzung für eine effektive Begrenzung der Leistungsmenge ist allerdings eine kassenübergreifende Zusammenführung der Leistungsdaten im Rahmen der Abrechnung.

### 12.3.4 Übertragung von leistungsbezogenen Versorgungsaufträgen gegen Kompensation

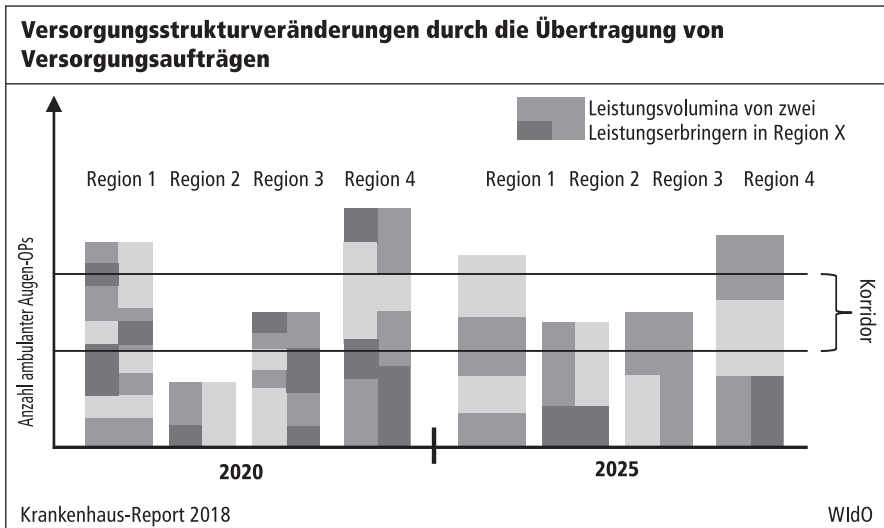
Eine konsequente Umsetzung des Auktionsmodells würde den Leistungserbringern auch die Möglichkeit eröffnen, die ihnen zugewiesenen leistungsbezogenen Versorgungsaufträge für die Restlaufzeit gegen Kompensation an andere Leistungserbringer mit spezifischem Versorgungsauftrag zu übertragen. Dies ermöglicht Konzentrations- und Spezialisierungsprozesse ohne permanente Kapazitätsausweitung. Außerdem führt es dazu, dass eine Veränderung der Versorgungsstrukturen bereits während einer Übergangsphase (vgl. unterhalb) angestoßen werden kann. Die Übertragung eines Versorgungsauftrags von einem Leistungserbringer zu einem anderen sollte allerdings unter dem Vorbehalt der Bestätigung durch das dreiseitige Landesgremium stehen, das auch über den für den Versorgungsauftrag bezahlten Preis zu informieren ist.

Als Übergangskonzept für die Einführung des zusätzlichen spezifischen Versorgungsauftrags sollte bei Umsetzung der Weiterentwicklungsoption sichergestellt werden, dass zumindest für die ersten zehn Jahre kein Leistungserbringer die Möglichkeit verliert, die bisher erbrachten Leistungen weiter zu erbringen. Zu diesem Zweck erhalten alle in dem jeweiligen Leistungssegment aktiven Leistungserbringer (Vertragsärzte und Krankenhausambulanzen) zunächst unabhängig vom Versorgungsgrad für einen Zeitraum von zehn Jahren einen spezifischen Versorgungsauftrag, der dem Umfang der bisherigen Tätigkeit in dem jeweiligen Leistungssegment entspricht. Diese Versorgungsaufträge können anschließend an andere Leistungserbringer mit einem spezifischen Versorgungsauftrag in Regionen mit einem Versorgungsgrad unterhalb von 120% gegen Kompensation übertragen werden.

Abbildung 12–3 illustriert den erwarteten Effekt dieser Regelung im Zusammenspiel mit dem oben beschriebenen System der Bedarfsplanung auf die Versorgungslandschaft unter der Annahme, dass im Jahr 2020 erstmals spezifische Versorgungsaufträge an bisher aktive Leistungserbringer vergeben werden. In den nächsten fünf Jahren werden einzelne Leistungserbringer aufgrund ihres Alters aus der Versor-



Abbildung 12–3



gung ausscheiden. In Regionen mit einem Versorgungsgrad über 120 % werden diese ausgelassenen Versorgungsaufträge nicht neu vergeben. In Regionen mit einem Versorgungsgrad unter 50 % werden Leistungserbringer durch Anreize motiviert, zusätzliche Versorgungsaufträge zu übernehmen, wodurch die Unterversorgung in diesen Regionen sinkt. Gleichzeitig kommt es durch die Übertragung von Versorgungsaufträgen in allen Regionen zu einem Konzentrationsprozess bei der Leistungserbringung.

## 12.4 Anwendungsbeispiel ambulante Augenoperationen

Abschnitt 12.4 illustriert das in Abschnitt 12.3 beschriebene Modell anhand einer sektorenübergreifenden Betrachtung von ambulanten Augenoperationen in den ROR der Bundesländer Berlin und Brandenburg.

### 12.4.1 Ansatz, Datengrundlagen und Methoden

Ausgangspunkt des Anwendungsbeispiels ist zunächst die Definition des relevanten Versorgungssegments. Es handelt sich dabei um die Augenoperationen des ambulanten Operierens, die anhand der Gebührenordnungspositionen (GOP) 31321, 31322, 31323, 31324, 31325, 31326, 31327, 31328, 31331, 31332, 31333, 31334, 31335, 31336, 31337, 31338, 31341, 31342, 31343, 31344, 31345, 31346, 31347, 31348, 31350, 31351, 31362, 31371, 31372, 31373 (gemäß EBM 2015) erfasst wurden. Anhand dieses Leistungskranzes wurden aus den Daten der arztseitigen Rechnungslegung die Anzahl der abgerechneten GOPen und das jeweilige Punktvolumen der niedergelassenen Ärzte mit Praxissitz in der jeweiligen Kassenärzt-

lichen Vereinigung (KV) ermittelt (Datenjahr 2015). Zur Ermittlung der von Krankenhäusern durchgeführten Kataraktoperationen wurden auf Grundlage der Anlage des EBM zur „Zuordnung operativer Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 und 36“ (2015) eine Überleitung von GOPen auf Prozedurenkodes (OPS) durchgeführt. Der auf diese Weise definierte OPS-Kranz wurde dann genutzt, um in den Leistungs- und Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG Krankenhausfälle zu identifizieren, bei denen in einer der Haupt- oder Belegabteilungen eine Augenoperation des analysierten Versorgungssegments (vollstationär) durchgeführt wurde. Berücksichtigt wurden Fälle mit bis zu zwei Tagen Verweildauer und Entlassung im Jahre 2015. Es erfolgte keine Einschränkung nach dem Wohnort der Patienten. Fallzahlen der Krankenhausambulanzen für das ambulante Operieren wurden auf Grundlage des OPS-Kranzes anhand der OPS-Kennzahlen der standortbezogenen Qualitätsberichte 2015 ermittelt. Die so identifizierten Krankenhausfälle wurden je nach durchgeführter Prozedur der dafür im vertragsärztlichen Bereich abzurechnenden GOP zugeordnet. GOP-spezifisch wurden den Fällen dann die dafür durchschnittlich im vertragsärztlichen Bereich abgerechneten Punkte unterstellt. Über alle Krankenhausfälle wurde schließlich der Mittelwert dieser Punktzahl berechnet. Dabei zeigte sich, dass Krankenhäuser in der Tendenz aufwendigere Fälle behandeln als Vertragsärzte. Die mittlere Punktzahl pro Fall liegt hier bei 2 705 gegenüber 1 939 bei vertragsärztlichen Fällen. Für die Schätzung der IST-Punkte in Tabelle 12–4 wurde den Krankenhausfällen dieser krankenhausspezifische Wert unterstellt.

Für die vertragsärztliche Versorgung liegen dem GKV-Spitzenverband unterhalb der KV-Ebene keine regional differenzierbaren Daten zu Leistungsmengen und Inanspruchnahme vor. Die KV-weiten GOP-Zahlen Brandenburgs wurden daher anhand der mittleren Verteilung von vertragsärztlichen Augenoperationen des GOP-Kranzes zweier großer Krankenkassenarten, die gemeinsam ca. 40 % der Versicherten in Brandenburg abdecken, auf Raumordnungsregionen (ROR) verteilt. Da die Krankenhausdaten sowohl gesetzlich als auch privat Versicherte beinhalten, für die Abrechnungen der niedergelassenen Ärzte aber ausschließlich Daten gesetzlich Versicherter vorliegen, musste ferner folgende Korrektur der Zahlen der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden: Zunächst wurde die vom Statistischen Bundesamt gemeldete bundesweite Einwohnerzahl für das Jahr 2015 durch die Anzahl der gesetzlich Versicherten in der KM6-Statistik des Jahres 2015 geteilt, um einen Hochrechnungsfaktor zu erhalten. Mit diesem Faktor wurden die Fall- und Punktzahlen der vertragsärztlichen Versorgung anschließend multipliziert. Dadurch werden die Angaben mit denen aus der Krankenhausabrechnung vergleichbar gemacht.

Tabelle 12–3 fasst die geschätzten Kennzahlen auf der Ebene von ROR zusammen. Die Bevölkerungskennzahlen wurden der Bevölkerungsprognose und Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Bundesamtes (Datenjahr 2015) entnommen.

Zur Operationalisierung des in Abschnitt 12.3 beschriebenen Modells müssen bedarfsplanerische IST- und SOLL-Kennzahlen je ROR definiert werden. Zu diesem Zweck wurde zunächst das mit der Krankenhausfallzahl korrespondierende Punktvolumen für Kataraktoperationen geschätzt. Dabei wurden die krankenhausspezifischen OPS-Mengen nach dem Qualitätsbericht mit dem für den definierten OPS-

Tabelle 12–3

**Augenoperationen nach ROR und Versorgungsbereich in Berlin und Brandenburg 2015**

Raumordnungs-region	Ein-wohner	Vertragsärztliche Versorgung Schätzung abgerechnete Fälle*	Krankenhaus (ambulant und stationär)			Summe
			Fälle Haupt-abteilung**	Fälle Beleg-abteilung***	Anzahl Operationen AOP****	
Berlin	3 469 849	85 967	10 691	2	16 756	27 449
Havelland-Fläming	759 468	14 243	1 534	0	2 963	4 497
Lausitz-Spreewald	597 366	9 271	1 311	20	348	1 679
Oderland-Spree	423 894	6 301	862	0	1 876	2 738
Prignitz-Oberhavel	381 334	13 910	5	20	6	31
Uckermark-Barnim	295 810	4 571	780	0	909	1 689
Summe	5 927 721	134 263	15 183	42	22 858	38 083

\* Abgerechnete Anzahl GOPen im Jahr 2015 in Arztpraxen mit Sitz in Berlin und Brandenburg, Versicherte mit beliebigem Wohnsitz-KV und beliebiger Krankenkasse + Verteilung auf ROR nach Abrechnungsdaten von zwei großen Kassenarten + Hochrechnung auf GKV+PKV Standard. (Quellen: Arztseitige Rechnungslegung und Kassendaten 2015)

\*\* Krankenhausfälle mit stationären Augen-Operationen (nach OPS-Kranz) und bis zu zwei Tagen Verweildauer und Entlassung im Jahre 2015 (Quelle: § 21 KHEntgG) sowie ambulante Operationen nach § 115b SGB V (Quelle: Qualitätsberichte 2015)

\*\*\* Im Gegensatz zu anderen Bundesländern spielen die hier betrachteten belegärztlichen Operationen in Berlin und Brandenburg so gut wie keine Rolle. In Brandenburg werden sie in geringem Umfang lediglich von zwei Krankenhäusern durchgeführt. Die noch geringere Fallzahl in Berlin deutet auf einen Dokumentationsfehler hin.

\*\*\*\* Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (Quelle: Qualitätsberichte 2015)

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Kranz bundesdurchschnittlichen vertragsärztlichen GOP-Wert multipliziert. Es können damit je ROR sektorenübergreifende IST-Punktvolumina berechnet werden (vgl. Tabelle 12–4). Eine Umrechnung der Punktvolumina in ärztliche Vollzeitäquivalente (VZÄ) muss für das Versorgungssegment Augenoperationen berücksichtigen, dass bei den meisten operativ tätigen Augenärzten operative Prozeduren nur ca. 20% aller Fälle ausmachen (InBA 2014). Um eine realistische VZÄ-Schätzung für das Versorgungssegment Augenoperationen zu erhalten, wurde daher anstelle eines durchschnittlichen Punktvolumens das Punktvolumen von Einzelarztpraxen mit einem besonders hohen Punktvolumen herangezogen. Dabei wurde wie folgt vorgegangen:

Zunächst wurde die bundesweite Verteilung der Punktvolumina des definierten GOP-Kranzes von Einzelarztpraxen berechnet und absteigend sortiert. Anschließend wurden die 20 Arztpraxen mit den höchsten Punktvolumina ausgeschlossen, um einer Verzerrung durch Ausreißer vorzubeugen, die beispielsweise durch eine hohe Anzahl angestellter Ärzte verursacht sein können. Der verbleibende höchste Punktwert einer Arztpraxis für den definierten GOP-Kranz in Höhe von ca. 6 000 000 Punkten wurde dann als VZÄ für einen operativ tätigen Augenarzt definiert. Sektorenübergreifend ermittelte IST-Punktvolumina lassen sich anhand des VZÄ-Punktvolumens in IST-VZÄ überführen. Tabelle 12–4 weist die entsprechenden Werte auf der Ebene von ROR aus. SOLL-Punkte bzw. VZÄ wurden anhand des bundes-

durchschnittlichen Punktwertes je Einwohner gebildet (d. h. Summe sektorenübergreifendes IST-Punktvolumen geteilt durch Einwohnerzahl Bundesgebiet). Dabei wurden die vertragsärztlichen IST-Punktvolumina mit einem moderaten Korrekturfaktor von 5 % versehen, um zu berücksichtigen, dass sich nach derzeitigen G-BA-Vorgaben für die Augenheilkunde im Jahr 2015 bundesweit ein Gesamtversorgungsgrad von 124 % ergibt und demnach 24,1 % mehr Augenärzte augenärztliche Leistungen erbringen als in der Bedarfsplanung vorgesehen (Klose und Rehbein 2016). Es ergibt sich ein korrigierter bundesdurchschnittlicher Punktwert je Einwohner von 57. Aus Einwohnerzahl, Punktwert je Einwohner und VZÄ-Punktvolumen lassen sich je ROR SOLL-Punkte bzw. VZÄ ableiten, die in Tabelle 12–2 abgetragen sind.<sup>5</sup> Darauf aufbauend kann analog zur Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA aus dem Verhältnis von IST-VZÄ und SOLL-VZÄ ein Versorgungsgrad abgeleitet werden (vgl. rechte Spalte Tabelle 12–4).

### 12.4.2 Ergebnisse

Nach Tabelle 12–4 liegt der sektorenübergreifende Versorgungsgrad in den ROR Lausitz-Spreewald, Oderland-Spree und Uckermark-Barnim unter 100 %, aber oberhalb von 50 %. Finden sich vertragsärztliche oder stationäre Leistungserbringer, die zusätzliche Versorgungsaufträge übernehmen wollen, erfolgt demnach nach dem in Abschnitt 12.3 vorgestellten Modell eine Eignungsprüfung durch das dreiseitige Zulassungsgremium auf Landesebene. Dabei wird überprüft, ob ein Bewerber für die Übernahme zusätzlicher Versorgungsaufträge die personellen und strukturellen Voraussetzungen der G-BA-Vorgaben, die für den Bereich zu definieren sind, erfüllt.

Die ROR Prignitz-Oberhavel und Berlin sind mit Versorgungsgraden jenseits von 130 % sektorenübergreifend betrachtet stark überversorgt und es würden keine neuen Versorgungsaufträge erteilt.

Die ROR Havelland-Fläming weist einen Versorgungsgrad von 100,1 % auf und liegt damit innerhalb des Korridors zwischen 100 und 120 %. Bei diesem Versorgungsniveau erfolgt weder eine explizite Förderung der Übernahme von zusätzlichen Versorgungsaufträgen noch eine Sperrung des Planungsbereichs. Stationäre oder vertragsärztliche Leistungserbringer der ROR können zusätzliche Versorgungsaufträge übernehmen, bis der Planungsbereich bei einem Versorgungsgrad von 120 % gesperrt wird. Im Anwendungsbeispiel entspricht dies für die ROR Havelland-Fläming zusätzlichen Versorgungsaufträgen im Umfang von bis zu 8615891 Punkten bzw. ca. 1,4 VZÄ. Konkret würde das dreiseitige Zulassungsgremium für die ROR Havelland-Fläming zunächst die Leistungserbringer ermitteln, die die Strukturvoraussetzungen des G-BA erfüllen und Interesse an einer Übernahme zusätzlicher Versorgungsaufträge haben. Anschließend würde die Vergabe des Versorgungsauftrags an denjenigen der geeigneten Bewerber erfolgen, der den höchsten Preis für die Übernahme des Versorgungsauftrags bietet.

<sup>5</sup> Grundsätzlich wäre es gerade bei den hier betrachteten Augenoperationen sinnvoll, die Berechnung der SOLL-Mengen mit altersgruppenspezifischen durchschnittlichen Punktwerten und der regionalen Altersverteilung durchzuführen. Da für die ambulanten Operationen im Krankenhaus keine Altersdifferenzierung vorlag, wurde hier auf eine entsprechende Vorgehensweise verzichtet.

Tabelle 12-4

**Kennzahlen einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung nach ROR in Berlin und Brandenburg 2015**

Raumordnungs-region	Einwohner	Hochgerechnete IST-Punkte vertragsärztliche Versorgung	Geschätzte IST-Punkte KH	IST-Punkte gesamt	IST-VZÄ	SOLL-Punkte	SOLL-VZÄ	Versorgungsgrad (%)
Berlin	3 469 849	198 542 223	74 249 545	272 791 768	45,5	196 820 938	32,8	138,6
Havelland-Fläming	759 468	30 951 374	12 164 385	43 115 759	7,2	43 079 455	7,2	100,1
Lausitz-Spreewald	597 366	20 146 206	4 541 695	24 687 901	4,1	33 884 511	5,6	72,9
Oderland-Spree	423 894	13 691 444	7 406 290	21 097 734	3,5	24 044 624	4,0	87,7
Prignitz-Oberhavel	381 334	30 227 181	83 855	30 311 036	5,1	21 630 485	3,6	140,1
Uckermark-Barnim	295 810	9 934 037	4 568 745	14 502 782	2,4	16 779 290	2,8	86,4
Summe	5 927 721	303 492 466	103 014 515	406 506 981	67,8	336 239 302	56,0	120,9

Annahmen: (1) Bundesdurchschnittlicher GOP Punktwert für Krankenhausfälle nach OPS-Überleitung des GOP-Ziffernkranzes 2705, (2) VZÄ je Jahr = 6 000 000 Punkte, (3) Bundesdurchschnittliches Punktvolumen je Einwohner: 57

Krankenhaus-Report 2018

WIdO

Aufgrund des vorgeschalteten Eignungstests können nur Bewerber zum Zuge kommen, die die Vorgaben des G-BA erfüllen. Die Einnahmen aus der Vergabe der Versorgungsaufträge im Havelland fließen in einen Fonds zur Förderung der Vergabe von Versorgungsaufträgen in Planungsbereichen mit niedrigen Versorgungsgraden. Die Umverteilung erfolgt dabei leistungssegment- und bundesländerübergreifend. Würde beispielsweise in der ROR Lausitz-Spreewald eine Unterversorgung in der hausärztlichen Versorgung bestehen, könnten die Mittel als Prämien für die Übernahme neuer Versorgungsaufträge verwendet werden.

### 12.4.3 Limitationen

Das in den Abschnitten 12.4.1 und 12.4.2 beschriebene Anwendungsbeispiel dient der Illustration der in Abschnitt 12.3 beschriebenen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung. Da zahlreiche Kennziffern aufgrund eingeschränkter bzw. den Autoren nicht zugänglicher Datengrundlagen geschätzt werden mussten oder je nach Rechtsgrundlage unterschiedlich erfasst werden, können und sollten sie nicht zur Bewertung der tatsächlichen Versorgungssituation in Berlin und Brandenburg herangezogen werden. Mit Blick auf die vertragsärztliche Versorgung ergeben sich Einschränkungen insbesondere aus der Notwendigkeit, die regionale Zuordnung vertragsärztlicher Leistungen auf der Ebene von ROR anhand von Kassenartendaten zu schätzen, sowie aus der mangelnden Berücksichtigung von regionalen GOPen, die in Berlin und Brandenburg zwar nur eine untergeordnete Rolle spielen, aber für Kennzahlen, die auf bundesdurchschnittliche Werte abstellen, mit einzubeziehen wären. Auch die Notwendigkeit, die vertragsärztlichen Leistungsmengen durch einen Korrekturfaktor auf die Bevölkerung hochzurechnen, sowie die Anwendung eines globalen Korrekturfaktors für die Augenheilkunde (und nicht spezifisch für Augenoperationen) schränken die Aussagekraft ein. Ferner wäre auf breiterer Datengrundlage und durch vertiefte Analysen zu prüfen, welche Merkmale quantitativ (Punktvolumen) und qualitativ (Leistungsspektrum) für die Approximation eines Vollzeitäquivalents von operierenden Augenärzten anzunehmen sind. Eine eingeschränkte Aussagekraft ergibt sich für die stationäre und die Ambulanzversorgung der Krankenhäuser insbesondere aus der Schätzung von GOP-basierten vertragsärztlichen Punktvolumina auf Basis der OPS-Angaben in den stationären Abrechnungsdaten bzw. den Qualitätsberichten.

## 12.5 Fazit

Bislang fehlt im ambulant-stationären Grenzbereich eine sektorenübergreifende Angebotssteuerung, die sowohl die spezialisierten Leistungen von Vertragsärzten als auch die von Krankenhausambulanzen umfasst. Diese ist notwendig, um künftig die notwendigen Kapazitäten sektorenübergreifend zu planen und bedarfsgerechte Versorgungsaufträge zu vergeben. Sie stellt damit ein wichtiges Element der dringend indizierten Reform des ambulant-stationären Grenzbereichs dar.

Der vorliegende Beitrag stellt ein kollektivvertragliches Modell der Angebotssteuerung für Krankenhausambulanzen und Vertragsärzte unter G-BA-Vorgaben

vor, das die bestehenden vier Ebenen der Bedarfsplanung um eine fünfte sektorenübergreifende Ebene für spezialisierte Leistungen von Vertragsärzten und Krankenhausambulanzen ergänzt. Die Ausführungen und die beispielhafte Anwendung des Modells für eine Leistungsgruppe in Berlin und Brandenburg zeigen, dass eine sektorenübergreifende Erfassung von Leistungen und Kapazitäten möglich und sinnvoll ist. Deutlich wird jedoch auch, dass die aktuell bestehenden Einschränkungen in der Datenverfügbarkeit und Datenqualität dringend behoben werden müssen, um künftig Ergebnisse mit höherer Validität und Granularität zu erhalten und damit die Grundlage für eine sektorenübergreifende Angebotssteuerung zu verbessern.

Dennoch zeigt der Beitrag, dass eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung mithilfe der skizzierten Methode dazu beitragen kann, Über- und Unterversorgung deutlich präziser zu ermitteln und damit eine stringenter Bedarfsorientierung zu erreichen. Salopp ausgedrückt: Instrumente zur Begrenzung (bei Überversorgung) bzw. zur Förderung (bei Versorgungsdefiziten) können passgenauer justiert werden. Dabei sind a) die Nutzung von Versorgungssegmenten oder Leistungsgruppen als Planungseinheiten und b) die gleichberechtigte Vergabe von Versorgungsaufträgen für Vertragsärzte und Ambulanzen, c) eine zeitliche Befristung sowie d) eine klare inhaltliche Definition der Versorgungsaufträge durch den G-BA von entscheidender Bedeutung. Ferner ist eine Begrenzung der Leistungsmenge durch ein Zielbudget notwendig, um eine unkontrollierte Leistungsausweitung insbesondere in Krankenhausambulanzen zu verhindern.

Darüber hinaus sollten intelligente Anreizsysteme genutzt werden, um effiziente Versorgungsstrukturen zu fördern und gleichzeitig Mittel für eine Förderung bei Unterversorgung zu generieren.

Unter operativen Gesichtspunkten konnte gezeigt werden, dass eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung leistungssegmentbezogen erfolgen sollte und dennoch durch die Umrechnung von Leistungsmengen in Vollzeitäquivalente ihrer Versorgung an die bestehenden Prinzipien der Bedarfsplanung und Zulassung in der vertragsärztlichen Versorgung anknüpfen kann.

Es ist offensichtlich, dass eine Angebotssteuerung im Rahmen des skizzierten Modells in eine umfassende Weiterentwicklung des ambulant-stationären Grenzbereichs eingebunden sein muss. Neben der Schaffung neuer oder der Erweiterung bestehender Institutionen für die Bedarfsplanung sind weitere Reformen insbesondere auch in den Bereichen Vergütung, Qualitätssicherung und Ausgabensteuerung unerlässlich (vgl. u. a. GKV-Spitzenverband 2017).

## Literatur

- Bundesärztekammer (BÄK). Hinweise zur Bewertung von Arztpraxen. Deutsches Ärzteblatt 2008; 105 (51–52): A4–A6.
- Bundesinstitut für Bau-, Stadt, und Raumforschung (BBSR). Laufende Raumb Beobachtung – Raumabgrenzungen. 2016. [http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Raumordnungsregionen/raumordnungsregionen\\_node.html](http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/Raumordnungsregionen/raumordnungsregionen_node.html) (08 Dezember 2016).
- BT-Drucksache 17/6906. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin 2011 (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG).

- Busse R, Ganten D, Huster S, Reinhardt ER, Suttrop N, Wiesing U. Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft. Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften 2016.
- Friedrich J, Tillmanns H. Ambulante Operationen im Krankenhaus. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J und Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 129–47.
- Garre P, Schliemann B, Schönbach KH. Reform und Reformbedarf in der Bedarfsplanung sowie fehlende sektorenübergreifende Ansätze. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 211–43.
- Gerlach F, in Osterloh F. Überregulierung: Den „Wildwuchs“ ordnen. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113 (10): A409.
- GKV-Spitzenverband. Reformvorschläge zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden ambulanten Versorgung. Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes am 30.08.2017. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier\\_sektorenuebergreifende\\_Versorgung\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Positionspapier_sektorenuebergreifende_Versorgung_barrierefrei.pdf) (04 Oktober 2017).
- Institut des Bewertungsausschusses. Evaluation der Einführung der GOP 06225 in den EBM zum 1. Januar 2012 zur Stärkung konservativ tätiger Augenärzte. 2014. [http://institut-ba.de/publikationen/Evaluation\\_06225\\_v2\\_2014-12-01.pdf](http://institut-ba.de/publikationen/Evaluation_06225_v2_2014-12-01.pdf) (25 September 2017).
- Klein-Hitpaß U, Leber WD. Spezialärztliche Versorgung – Plädoyer für eine Neuordnung. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2012. Schwerpunkt: Regionalität. Stuttgart: Schattauer 2012; 205–36.
- Klose J, Rehbein I. Ärzteatlas 2016 – Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) 2016.
- Leber WD. § 115 x: Spezialärztliche Versorgung – Ein Reformprojekt ab 2011. f&w 2010; 27 (6): 10–13.
- Leber WD, Scheller-Kreinsen D. Marktaustritte sicherstellen – Zur Rolle rekursiver Simulationen bei der Strukturbereinigung im Krankenhaussektor. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2015. Schwerpunkt: Strukturwandel. Stuttgart: Schattauer 2015; 187–210.
- Leber WD, Wasem J. Ambulante Krankenhausleistungen – ein Überblick, eine Trendanalyse und einige ordnungspolitische Anmerkungen. In: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg). Krankenhaus-Report 2016. Schwerpunkt: Ambulant im Krankenhaus. Stuttgart: Schattauer 2016; 3–26.
- Lehmann K, Partsch M. Ärztliche Bedarfsplanung – überflüssiges Relikt oder unentbehrliche Grundlage für die Steuerung der Versorgung? Recht und Politik im Gesundheitswesen 2011 (4): 59–69.
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries. OECD Health Working Papers, Nr. 64. Paris: OECD Publishing 2013.
- Orlowski U. Potenzial der Kliniken: Ambulantes Krankenhaus. f&w 2016 (4): 3–11.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014.
- Scheller-Kreinsen D, Lehmann K, Quentin W, Kaiser P, Haun O. Ambulant-stationäre Grenzen: Endlich aufräumen! f&w 2017; (8): 718–21.
- Schönbach KH, Faust HG. Von einer planlosen Überversorgung zur sektorübergreifenden Versorgungsplanung? Gesundheits- und Sozialpolitik 2012; 66 (4): 8–15.
- von Stackelberg JM, Lehmann K. Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz: Reform ohne Konsequenz. Gesundheit und Pflege 2016 (1): 24–29
- Straub C, Bosch-Cleve B, Hölscher A, Walther A, Weineck S. Versorgung patientenorientiert gestalten – Handlungsfelder für eine sektorenübergreifende Versorgung. In: Repschläger U, Schulte C,



- Osterkamp N (Hrsg). Gesundheitswesen Aktuell 2016: Beiträge und Analysen. BARMER GEK 2016; 14–34.
- Seitz I. Die Erbringung ambulanter Leistungen durch Krankenhäuser. Schriften zum Sozialrecht. Baden-Baden: Nomos 2012.
- Uhlemann T, Lehmann K. Steuerungsprobleme der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. In: Jacobs K, Schulze S (Hrsg). Sicherstellung der Gesundheitsversorgung – Neue Konzepte für Stadt und Land. Berlin: KomPart 2011; 11–34.
- Wasem J, in Osterloh F. Überregulierung: Den „Wildwuchs“ ordnen. Deutsches Ärzteblatt 2016; 113 (10): A409.