Autorengruppe Gesundheit*

Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem

Short Paper #1

Zusammenfassung

Früher haben wir in Deutschland nur über Über- und Fehlversorgung gesprochen, heute ist das deutsche Gesundheitssystem durch ein neues Phänomen bedroht: die Unterversorgung. Fehlende Facharzttermine, Krankenhausschließungen, Lieferengpässe von Arzneimitteln – und die Kosten steigen rasant. Die Stellungnahme der „Autorengruppe Gesundheit" verfolgt daher das Ziel, dieses neue Thema in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion zu stellen. Auf Unterversorgung aufmerksam zu machen erscheint umso wichtiger, als dass bei diesem Thema in fachlichen und wissenschaftlichen Kreisen doch eine erhebliche Zurückhaltung zu beobachten ist. Standen vor einigen Jahren noch die Patientenorientierung und patient reported outcomes im Mittelpunkt, wird heute, ganz im Duktus paternalistischer Konzepte, von Patientensteuerung und Optimierung gesprochen.

Das Papier gliedert sich in 7 Abschnitte: Begriffsklärung, Konzept von Unterversorgung auf Basis des Sachverständigenratskonzepts zum Bedarf, Systematik zu den Formen von Unterversorgung mit besonderer Betonung des Zugangs, und dann konkrete Darstellung in fünf ausgewählten Themenbereichen: hausärztliche Versorgung, spezialfachärztliche Versorgung, Krankenhäuser, Pflege und Arzneimittelversorgung. Das vorletzte Kapitel betrifft die systemseitigen Ursachen für Unterversorgung. Am Schluss werden einige Lösungsperspektiven diskutiert, die aber in nachfolgenden Papieren noch ausführlicher dargestellt werden.

Schlüsselwörter

Über-, Unter- und Fehlversorgung, deutsches Gesundheitssystem

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2709

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in einer tiefen Krise. Facharzttermine sind für gesetzlich Krankenversicherte, wenn überhaupt, erst nach Monaten zu bekommen. Privatversicherte werden bevorzugt, weil ihre Behandlung in den Arztpraxen mehr als doppelt so hoch vergütet wird wie in der kassenärztlichen Versorgung. Die Übergänge zwischen den Versorgungsebenen (ambulante Praxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) werden immer schwieriger, die Kosten steigen rasant. In Sachen Qualität und Patientensicherheit befindet sich Deutschland im internationalen Vergleich bestenfalls im Mittelfeld. Die Digitalisierung – als Allheilmittel angepriesen – erhöht teilweise den Bürokratieaufwand eher, als dass sie eine Hilfe darstellt. Hinzu kommt ein beachtlicher und sich schon lange ankündigender Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen. Die teambasierte Zusammenarbeit der Professionen ist mangelhaft. Es fehlen hunderttausende Pflegekräfte, während die Kosten für einen Pflegeheimplatz nur noch für Vermögende zu schultern sind. In den letzten 20 Jahren hat man in Deutschland viel über die „kombinierte Fehl- und Überversorgung" diskutiert. Jetzt aber steht ein anderes Thema auf der Tagesordnung: die Unterversorgung, die nicht zugängliche Versorgung für große Bevölkerungsteile. Der Sachverständigenrat hat Unterversorgung im Jahr 2000 definiert als „eine Versorgung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, die verweigert wird, oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt wird". Unterversorgung schafft eine neue Situation. Unsere Stellungnahme verfolgt daher das Ziel, dieses neue Thema in den Mittelpunkt der öffentlichen Diskussion zu befördern. Auf Unterversorgung aufmerksam zu machen erscheint umso wichtiger, als dass bei diesem Thema in fachlichen und wissenschaftlichen Kreisen doch eine erhebliche Zurückhaltung zu beobachten ist. Standen vor einigen Jahren noch die Patientenorientierung und *Patient Reported Outcomes* im Mittelpunkt, wird heute, ganz im Duktus paternalistischer Konzepte, von Patientensteuerung und Optimierung gesprochen.

>> Das hier präsentierte Papier gliedert sich in 7 Abschnitte. Im ersten Kapitel geht es um die Begriffsklärung, basierend auf dem wegweisenden Gutachten des Sachverständigenrates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung 2000/2001. Hier stand der Begriff des (objektiven) Bedarfs im Vordergrund, der dann vorliegt, wenn ein fachlich bzw. wissenschaftlich nachgewiesener (Netto-)Nutzen erkennbar ist.

Im 2. Kapitel wird dieses in den letzten 20 Jahren dominierende Verständnis vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung einer kurzen Kritik unterzogen. Insbesondere werden einige Anhaltspunkte dafür aufgezeigt, dass sich Entscheidungen im Gesundheitswesen nicht allein durch die Nutzenbetrachtung, sondern auch durch gesellschaftliche Präferenzen und politische Schwerpunktsetzungen begründen lassen. In dieser Perspektive ist die Thematik der Unterversorgung also kein rein klinisch-wissenschaftlich zu ergründendes, sondern ebenso ein politisches Thema.

Im 3. Kapitel erfolgt eine Systematisierung des Begriffs der Unterversorgung. Patienten haben oft keinen Zugang zu einer Behandlung, weil sie darüber nicht informiert sind, sie entsprechende Praxen nicht erreichen können, oder die Behandlung nicht angeboten wird (Zugangsproblematik). In anderen Fällen haben Patienten zwar einen Zugang zu Behandlung, diese wird jedoch fehlerhaft zur Verfügung gestellt (eine sehr häufige Kombination: Unter- und Fehlversorgung). Letztlich gibt es aber auch den 3. Fall, dass Patienten grundsätzlich einen Zugang erhalten und die Leistung adäquat erbracht wird, diese aber durch dysfunktionale Struktureigenschaften des Gesundheitssystems verknappt oder als nicht-indizierte Leistung erbracht wird (z. B. Leistungen aus dem IGeL-Katalog der von den Krankenkassen nicht bezahlten Behandlungen). Zwischen diesen drei Fällen gibt es zahlreiche Überschneidungen, trotzdem bilden sie die Systematik für die nachfolgenden drei Kapitel.

Die **Zugangsproblematik** wird im 4. Kapitel für fünf ausgewählte Themenbereiche diskutiert:

– – – – – – –

***: Die Autorengruppe Gesundheit** wird gebildet von Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Hedwig François-Kettner, Franz Knieps, Univ.-Prof. Dr. phil. Klaus Kraemer, Hartmut Reiners, Prof. Dr. med. Martin Scherer und Dr. med. Thomas Voshaar. Das Short Paper #1 entstand unter Mitarbeit von Prof. Dr. med. Jürgen Windeler.

- In der hausärztlichen Versorgung, hinsichtlich der Zahl der Patientenkontakte ein dominierender Bereich, gibt es einen empfindlichen Personalmangel. Es fehlen Ärzte in den Randgebieten der großen Städte und vor allem in ländlichen Regionen, wo teilweise ein deutlicher Ärztemangel eingetreten ist. Zugangsprobleme bestehen vor allen Dingen für Patienten mit chronischen Mehrfacherkrankungen.
- Negativ bemerkbar macht sich auch die mangelhafte Kooperation mit der spezialfachärztlichen Versorgung, wo es besonders für GKV-versicherte Patienten trotz der Einrichtung von Terminservice-Stellen schwierig ist, Termine zu erhalten. Sie sind durch Wiedereinbestellungen blockiert, und die Verteilung der Praxen ist hier noch stärker als bei den Hausärzten auf die urbanen Zentren konzentriert.
- In den Krankenhäusern werden durch die jetzt eingeleitete Vergütungsreform die Mengenanreize für skalierbare Leistungen steigen, parallel dazu droht jedoch eine Unterversorgung für mehrfach erkrankte Patienten. Die Gründe dafür liegen vor allem in den geplanten Unterschreitungen des Vorhaltebudgets und in einer aktiven Risikoselektion. Bei festgelegtem Vorhaltebudget sind Patienten mit hohem Risiko und Komorbidität ein ökonomisches Risiko, die Versorgung kann für sie schwerer zugänglich werden.
- In der Pflege ist der Personalmangel ein zentrales Problem, aber auch die Zusammenarbeit und die Aufteilung der Verantwortlichkeiten.
- In der Öffentlichkeit hat die Arzneimittelversorgung große Aufmerksamkeit erfahren. Wichtige Bereiche werden von der Pharmaindustrie systematisch vernachlässigt. Viele Medikamente, etwa aus dem Bereich der Kinder- und Basisversorgung, sind oft nur schwer erhältlich, während mit sogenannten „*Orphan Drugs*" für seltene Erkrankungen überteuerte Höchstpreise erzielt werden.

Das 5. Kapitel beschäftigt sich mit der **kombinierten Unter- und Fehlversorgung**, die dann vorliegt, wenn der Zugang zur Versorgung dadurch erschwert ist, dass die Leistungen zwar erbracht werden, aber nicht den fachlichen Standards entsprechen. Zu beobachten ist zunehmend, dass zentrale fachliche Forderungen aus der Qualitäts- und Patientensicherheitspraxis nicht mehr berücksichtigt werden, die in den vergangenen Jahren als allgemein konsentiert gegolten haben. So sind z. B. Vergleiche zwischen Krankenhäusern ohne jegliche Aussagekraft, wenn sie in großen „Leistungsgruppen" durchgeführt werden, wie es im Krankenhaus-Transparenz-Gesetz und im KHVVG geplant ist, weil in diesem Fall Qualitätsunterschiede in keinem Fall mehr von zufälligen oder anderweitig bedingten Faktoren („*Confoundern*") abgrenzbar sind. Dieser *quality and safety shift*, der noch zahlreich weitere Sachverhalte betrifft (z. B. niedrigschwellige Erfassung von sicherheitsrelevanten Ereignissen, Zurechenbarkeit von Ereignissen), ist seit der Corona-Krise zu beobachten und muss als konzeptionelle, nicht nur punktuelle Abkehr von diesen Grundlagen eines *Quality-Improvement*-Ansatzes verstanden werden.

Die **Unterversorgung als Systemeigenschaft** ist Gegenstand des 6. Kapitels. Grundlegende, strukturelle Defizite in der Organisation der medizinischen Versorgung und des Krankenversicherungssystems provozieren eine Unterversorgung, obwohl ein adäquates Angebot eigentlich vorhanden ist. Im Vordergrund stehen die strikte Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung, die mangelhafte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und das duale System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV). Dieses Kapitel bildet den Übergang in das 7. Kapitel, das den Lösungsperspektiven gewidmet ist.

In der Autorengruppe gab es viele Diskussionen, inwieweit man bereits in diesem Papier neben der systematischen Darstellung des Problems auch weitergehende Konzepte zur Behebung von unterversorgungsrelevanten Defiziten ausdiskutieren sollte. Letztlich haben wir uns aber entschiedenen, die Frage der Entwicklungsperspektive schrittweise in nachfolgenden Papieren darzulegen, denen wir ebenso viel Interesse wünschen wie – hoffentlich – diesem ersten *Short Paper* der Gruppe Gesundheit (das gar nicht so short geworden ist).

Einleitung

Wir stellen fest: Das deutsche Gesundheitssystem ist krank. Hunderte Gesetzesänderungen der vergangenen Jahrzehnte haben keinen großen Wurf ergeben. Vielmehr wurden alle Sektoren mit immer neuen und wenig wegweisenden Änderungen beschäftigt, ohne dass sich die intersektorale Koordination und Kooperation verbessert hätte. Die Bürokratie wurde hinsichtlich Dokumentationspflichten zunehmend unübersichtlicher und ist heute für die Beschäftigten sehr zeitraubend, Zeit, die bei der direkten Patientenversorgung fehlt.

Die Wege durch das System erschließen sich nicht ohne fachkundige Unterstützung. Patienten und Angehörige fühlen sich mit vielen Problemen allein gelassen. Sektorübergreifende Leistungsbedarfe sind schwer verständlich und zu kompliziert in die Wege zu leiten. Termine vom Hausarzt zu Fachärzten sind zu lang und bedürfen großer Geduld. Privatversicherte Patienten erhalten sehr viel rascher Termine, was zu Unmut und Unverständnis führt.[1] Angehörige und Patienten selbst schildern vor allem in Deutschland eine Verschlechterung bei Behandlungsverläufen v. a. bei den Übergängen zwischen den Sektoren.[2] Patientensicherheit bleibt mit ca. 20.000 vermeidbaren Todesfällen seit Jahren und vieler (überwiegend ehrenamtlicher) Mühen auf gleich niedrigem Niveau; ein nicht akzeptabler Missstand.[3] Die Umsetzung der Elektronischen Patientenakte, die Transparenz und Sicherheit verbessern kann, erfährt zu wenig Unterstützung für die Klientel, die damit überfordert ist, und ist mit zahlreichen technischen Mängeln behaftet.

Vor allem im ländlichen Bereich bestehen Engpässe in der hausärztlichen und spezialfachärztlichen Versorgung. Teambasierte fachpflegerische Unterstützung durch Community-Health-Nurses und Gemeindeschwestern sind selten vorzufinden. Dabei steigen mit der hohen Anzahl älterer Menschen chronische Erkrankungen, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit. Im Jahr 2021 waren 5 Millionen Pflegebedürftige registriert, 2050 werden es 6,8 Millionen sein. Zurzeit ist von 5 Millionen pflegender Angehörigen auszugehen. Der Fachkräftemangel in den Gesundheitsberufen wird zunehmen, da viele heutige Berufstätige in den kommenden 10 Jahren berentet werden. Bei 1,25 Millionen Pflegekräften, die in den verschiedenen Sektoren arbeiten, fehlen bereits heute 300.000, zusätzlich gehen 250.000 Pflegekräfte bis 2034 in Rente. Viele Pflegeheime können

wegen fehlender Fachkräften keine Pflegebedürftigen mehr aufnehmen, sodass zunehmend Krankenhäuser als Anlaufstellen für eigentlich rein pflegebedürftige Menschen dienen. Die finanzielle Selbstbeteiligung für stationär Pflegebedürftige lag im Juli 2024 bei 2.350 Euro, für viele Familien eine unüberwindbare Hürde, die ohne Unterstützung nicht zu überkommen ist.

Vor diesem Hintergrund fokussiert die „Autorengruppe Gesundheit", die sich vor gut einem Jahr zusammengefunden hat, ihre Arbeit zunächst auf das übergreifende Thema der Unterversorgung. Mit dem hier vorgelegten „Short Paper #1" legt die Autorengruppe die Basis für weitergehende Analysen und Lösungsvorschläge, klärt die Begrifflichkeit, sichtet die vorliegenden Informationen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit), schätzt die Relevanz des Problems ein und macht – ausgehend von einer Ursachenanalyse – Vorschläge zu dessen Behebung.

1. Unterversorgung: Begriffsklärung

Mit dem SVR-Gutachten 2000/2001 wurden die Begriffe Über-, Unter- und Fehlversorgung zu einem zentralen Bestandteil der gesundheitspolitischen Diskussion.[4] Im Vordergrund stand dabei das Begriffspaar Über- und Fehlversorgung, also die Annahme, dass im deutschen angebotsorientierten Gesundheitswesen Leistungen erbracht werden, die nicht dem Erforderlichkeitsgebot bzw. Übermaßverbot genügen[5] und außerdem eine ungünstige Bilanz zwischen positiven und negativen Effekten aufweisen. Unterversorgung wurde nicht als drängendes Problem identifiziert, soweit man von partikularen Perspektiven absieht; dieses Thema verortete man eher in Gesundheitssysteme mit staatlicher oder rein marktwirtschaftlicher Koordination (z. B. UK, USA).

Diese Situation hat sich in den letzten Jahren grundlegend geändert, allerdings ohne dass sich die kritische Analyse dem Thema Unterversorgung mit der gleichen Intensität und Zielgerichtetheit zugewandt hätte, wie es vor 25 Jahren mit dem Thema Über- und Fehlversorgung der Fall war. Diese Zurückhaltung ist bemerkenswert, denn in den Berichten von Patienten und in Medienberichten ist das Thema der Unterversorgung von hoher Aktualität[6], auch nehmen entsprechende Stellungnahmen vonseiten der Verbände und der Selbstverwaltung zu. Im Bereich der fachlichen, wissenschaftlichen und vor allem gesundheitspolitischen Diskussion dagegen herrscht „dröhnende Stille", eher wird angedeutet, die Frage der Unterversorgung beruhe auf falsch verstandenem Anspruchsdenken oder sei Ausdruck von verdecktem wirtschaftlichen Interesse (was im Einzelfall natürlich zutreffen kann).

Im Kontext der Gesundheitsversorgung ist der Begriff Unterversorgung eng mit den Themen Bedarf, Nutzen und somit auch Evidenz verbunden. Der SVR definiert:

„Eine Versorgung bei individuellem, professionell und wissenschaftlich anerkanntem Bedarf, die verweigert wird, oder nicht (zumutbar) erreichbar zur Verfügung gestellt wird, obwohl an sich Leistungen mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen und einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation vorhanden sind, ist eine Unterversorgung."[7]

Zusätzlich zu dem „anerkannten Bedarf" müssen also Leistungen „mit hinreichend gesichertem gesundheitlichen Nutzen vorliegen", sonst wäre eine Unterversorgung nicht objektivierbar. Historisch war diese Bezugnahme möglich und realistisch, weil in den Jahren zuvor durch das Aufkommen der *Evidence-Based Medicine* erstmalig eine Methode zur Verfügung stand, die das für die Nutzenbeurteilung notwendige fachliche und wissenschaftliche Wissen identifizieren, in seiner Tragfähigkeit beurteilen und transparent synthetisieren konnte (z. B. durch systematische Reviews und Metaanalysen). Die „Eminenz-basierte Entscheidungsfindung" durch Stellungnahmen und Fachkongresse konnte in diesem Sinne ergänzt und überkommen werden, wodurch Bewertungen und Allokationsentscheidungen auf ein anderes Fundament gestellt wurden.

Im typischen Fall tritt eine Unterversorgung nicht isoliert auf, sondern in Kombination sowohl mit einer Überversorgung:

„Versorgungsleistungen, die über die individuelle Bedarfsdeckung hinaus und ohne oder ohne hinreichend gesicherten gesundheitlichen (Zusatz-)Nutzen (z. B. aus Unwissenheit, Gefälligkeit, zu Marketingzwecken oder aus Einkommensinteressen) gewährt werden, sind medizinische Überversorgung."[8]

als auch mit Fehlversorgung:

„Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht, bzw. jede Versorgung mit Leistungen, deren Schaden oder Schadenspotential ihren (möglichen) Nutzen deutlich übersteigen."[9]

Aus dieser Perspektive kann eine Unterversorgung auch als Fehlversorgung verstanden werden, „da entgangener Nutzen [durch das

– – – – – – –

1: „Ärzte lassen Kassenpatienten länger warten. Kölner Studie: Privatversicherte erhalten Termine sehr viel schneller." Kölner Stadtanzeiger, 1.4.2008; „Zwei Klassen beim Arzt. Privatversicherte werden schneller behandelt als Kassenpatienten", SZ 10.5.2017; Institut für Demoskopie Allensbach: Personelle Erosion des Gesundheitswesens, eine Dokumentation des Beitrags für die Frankfurter Allg. Zeitung, 25.7.2024, https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/FAZ_Juli2024_Gesundheitswesen.pdf; Klagen über Diskriminierung von gesetzlich Versicherten, Tagesschau.de, 26.12.2024; https://www.tagesschau.de/inland/krankenkassen-termine-diskriminierung-100.html

2: Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty M., Pierson, R., Applebaum, S.: New 2011 Survey of Patients with Complex Care Needs in Eleven Countries Finds That Care is Often Poorly Coordinated. Health Aff. 20, 2011, 2437-42; ganz aktuell Blumenthal, D., Gumas, E.D., Shah, A., Gunja, M.Z., Williams II, R.D.: Mirror, Mirror 2024. A Portrait of the Failing US Health System. Comparing Performance in 10 Nations. Commonwealth Fund, Spt. 2024, https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2024/sep/mirror-mirror-2024

3: Zur Übersicht s. Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, S. 309ff

4: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Teil III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. www.svr-gesundheits.de, Nr. 20-23

5: SGB V § 2 Abs. 4 i. V. m. § 12 Abs. 1: „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten."

6: Forsa-Umfrage im Auftrag der Bosch-Stiftung 2023: 39% der Befragten gaben an, dass sich die Versorgung vor Ort verschlechtert habe, obwohl 84% die Erreichbarkeit der Versorgung als besonders wichtig einschätzen (schnelle Terminvergabe 98%), https://www.bosch-health-campus.de/de/story/forsa-umfrage-grosser-vertrauensverlust-die-gesundheitspolitik.

7: SVR 2001, III-1, S. 52 (Nr. 40)

8: ebd.

9: ebd.

Unterlassen der Behandlung, MS] vermeidbaren Schaden bedeutet."[10]

2. Unterversorgung: konzeptionelle Präzisierung und Entwicklungsbedarf

Die Gleichung „Studien => Evidenz für Nettonutzen => Allokationsentscheidung auf Systemebene" eignet sich grundsätzlich für die Festlegung einer bedarfsgerechten Versorgung und damit für die Feststellung eines Zuviel oder eines Zuwenig. Allerdings schließt das Konzept EbM Entscheidungen unter Berücksichtigung der individuellen Situation ein, was die Bewertung von Unter- oder Überversorgung schwieriger macht. Diese Abgrenzung der Allokationsentscheidung auf Systemebene von der individuellen Behandlungsentscheidung spielt natürlich je weniger eine Rolle, desto eher es sich um Behandlungsmethoden mit klarer Evidenz und günstigen finanziellen Umfeldbedingungen handelt, die Studien leicht durchführbar erscheinen lassen. Eher problematisch ist die Abgrenzung aber z. B. bei Behandlungsmethoden mit professioneller Akzeptanz aber (noch) ungenügender Studienlage, insbesondere, wenn die Generierung guter Evidenz auf Hindernisse stößt (gerade bei nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden wie Physiotherapie etc.).

Um die Diskussion zu erleichtern, hatte der SVR den Begriff des „objektiven Bedarfs" eingeführt:

„Ein objektiver Bedarf für eine Behandlungsmethode einer medizinisch nachweisbaren Krankheit liegt vor, wenn sie fachlich und wissenschaftlich begründet einen positiven Nettonutzen aufweist."[11]

Ein objektiver Bedarf für eine Intervention besteht folglich dann, wenn diese ausdrücklich auf der Basis derzeit bester Evidenz im Einzelfall eine positive Nutzen-Schaden-Relation erwarten lässt. Der Bedarf umfasst dabei Inhalt, Zeit, Ort und Qualität dieser Intervention. Diesen objektiven Bedarf festzustellen und damit eine Messlatte für die Bewertung von Unter- oder Überversorgung zu liefern, wird jedoch zunehmend schwierig. Insbesondere trifft dies die Differenzierung zwischen Behandlungswunsch (auch „subjektiver Bedarf") und Behandlungsentscheidungen bei positiver Nutzenbewertung mit hinreichender externer Evidenz („objektiver Bedarf"). In der Konsequenz fallen die Ebenen der *Evidence-based Practice*, auf der der patientenseitige Behandlungswunsch und die fachliche Erfahrungsebene der Behandler eine zentrale Rolle spielen, und der *Evidence-based Health Policy* (Allokationsentscheidung im G-BA) immer weiter auseinander.

Dazu tragen mindestens fünf externe Faktoren maßgeblich bei, die das nutzenbezogene Konzept professioneller und Systementscheidungen bedrohen:

1 durch die Wiederbelebung des „Kochbuch-Medizin"-Argumentes aus den 90er-Jahren wird die Methode der EbM von Identifikation von Wissen, dessen Bewertung und Synthese (systematische Reviews und Metaanalysen) als innovationshemmend bezeichnet und gemeinsam mit dem Hinweis auf dessen angeblich paternalistischen Charakter („Ihr Arzt kann nicht frei entscheiden") als medizinische Versorgung auf Substandard-Niveau dargestellt;[12]

2 kontrollierte, klinische Studien sollen durch Auswertungen großer Datenmengen abgelöst werden („*big data*"), bei denen sogar die grundlegende wissenschaftliche Forderung der Ex-ante-Festlegung von präzisen Fragestellungen relativiert wird („end of theory-Ansatz");[13]

3 durch das Aufkommen der „personalisierten Medizin" wird eine so ausgeprägte Differenzierung von Patientengruppen propagiert, dass nicht nur die *Orphan-Drug*-Regelungen des SGB V in Anspruch genommen werden konnten (erleichterte Zulassung),[14] sondern über den „n=1-Ansatz" die Sinnhaftigkeit von Studien mit doppelblindem Randomisationsdesign grundsätzlich infrage gestellt wurde;[15]

4 zunehmend wurden Patientenverbände in die Entscheidung mit einbezogen, die teilweise ganz offen durch Unternehmen mit wirtschaftlichem Interesse unterstützt werden und die strenge Methodik der Evidenzgenerierung als zu schwerfällig und langsam darstellen bzw. einen rascheren Zugang zu neuen oder alternativen Behandlungsmethoden fordern;[16]

5 durch gesundheitspolitische Interventionen in den letzten beiden Legislaturperioden wurde die Begründungspflichtigkeit für Therapien und Interventionen auf Systemebene immer weiter nivelliert, wie es geradezu paradigmatisch im „Gesundes-Herz-Gesetz" beim wissenschaftlich nicht abgesicherten Bevölkerungs-Screening auf Hyperlipidämien mit anschließender medikamentösen Behandlung sichtbar wurde.[17]

Diese Entwicklungen führen zu einer Relativierung bzw. sogar zu einem Verlust des Maßstabs, sodass die Schwelle für einen objektiven Bedarf abgesenkt wird und es zu einer „Inflation" von Unterversorgung kommt. Wenn die Relevanz einer evidenzbasierten Nutzenbewertung infrage gestellt wird und gar nicht mehr allseitige Akzeptanz bzw. Wertschätzung genießt, dann besteht die Gefahr, dass der Begriff der Unterversorgung als Bezugspunkt der gesundheitspolitischen Diskussion ausfällt.

Dies ist deshalb gesundheitspolitisch brisant, weil dadurch die tatsächliche Unterversorgung kaschiert und nicht mehr adäquat thematisiert werden kann. Vor diesem Hintergrund erscheint die Thematik „Unterversorgung" nicht nur von hoher tagespolitischer Relevanz, sondern steht auch vor der Herausforderung einer Neubewertung und Erweiterung ihrer theoretischen Grundlagen. Es ist insbesondere eine stärkere Ziel- und Problemorientierung des Begriffes anzustreben, was letztlich einer ergänzenden Bewertung auf der Ebene von Angemessenheit und politischer Präferenz gleichkommt.

3. Systematik von Unterversorgung

Zunächst ist jedoch eine systematische Strukturierung des Begriffs der Unterversorgung geboten. Es sind folgende Fälle zu unterscheiden:

- Patienten haben keinen Zugang zu einer Behandlung, entweder weil sie darüber nicht informiert sind, sie sie nicht erreichen können oder die Behandlung nicht angeboten wird (Zugangs- bzw. Access-Problematik);
- Patienten haben Zugang, die Behandlungsleistung wird jedoch fehlerhaft zur Verfügung gestellt (Fehlversorgung);
- Patienten erhalten grundsätzlich Zugang, die Leistung wird adäquat erbracht, aber durch dysfunktionale Struktureigenschaften des Gesundheitssystems werden die Leistungen verknappt oder wären gar nicht indiziert gewesen (wären vermeidbar gewesen, z. B. aufgrund fehlender Prävention, fehlender Kooperation).

Es gibt Überschneidungen dieser drei Formen, vor allem da sie oft gemeinsam auftreten.

3.1. Mangelnder Zugang als Ursache von Unterversorgung (s. Kap. 4)

Ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen eingeschränkt, äußert sich dies meist durch die Schwierigkeit, einen Termin zur Behandlung zu erhalten, gerade im Bereich der ambulanten Facharztversorgung. Es sind drei Fälle zu unterscheiden, die in Kap. 4 für mehrere Versorgungsbereiche weiter ausgeführt werden:

1 Die Patienten erhalten keinen Zugang zu einer Leistung, die sie durchaus erreichen könnten und die auch angeboten wird, da sie über das Vorhandensein der Leistung nicht informiert sind oder weil sie nicht wissen, dass sie indiziert wäre.[18] Krankenkassen und auch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Unabhängige Patientenberatung sind zwar verpflichtet, Patienten über Gesundheitsleistungen und ihre Indikationen aufzuklären, aber es bleiben Defizite bestehen (Thematik Gesundheitserziehung). Das IQWiG hat die Informationsplattform www.gesundheitsinformation.de zur Verfügung gestellt, es gibt außerdem eine ganze Reihe von krankheits- bzw. krankheitsgruppenspezifischen Foren.

2 Patienten wollen Leistungen in Anspruch nehmen, können sie jedoch nicht in Anspruch nehmen. Dies ist die klassische Zugangsproblematik, die für Gesundheitssysteme insgesamt (gerade in den USA) und für regionale bzw. Populations-bezogene Versorgungskonzepte typisch ist und durch sog. *Area*-Indikatoren beschrieben wird. Man unterscheidet folgende Unterformen:

2a Geografische Dimension: Der Zugang ist nicht möglich, da Patienten die Versorgung wegen der Entfernung und/oder der Verkehrsinfrastruktur nicht erreichen können. In den letzten Jahren ist dieser Sachverhalt in vielen Regionen durch die Schließung von Arztpraxen, Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern oder auch Apotheken sichtbar geworden. Er spielt eine große Rolle bei der Bedarfsplanung von Versorgungsstrukturen (z. B. Krankenhausversorgung), vor allem auch als „Gegenspieler" zur Zentralisierung, für die aus Gründen der Volume-Outcome-Beziehung eine Qualitätsverbesserung angenommen wird, und bei der der etwaige Qualitätsgewinn nicht durch eine Verschlechterung der Erreichbarkeit egalisiert oder ins Gegenteil verkehrt werden sollte.

2b. **Finanzielle Dimension der Zugangsproblematik:** Die Leistung ist erreichbar und den Patienten bekannt, sie können diese Leistung jedoch aus ökonomischen Gründen (z. B. durch mangelnden Versicherungsschutz[19]) nicht wahrnehmen.[20] Dieses Form der zugangsbedingten Unterversorgung war in der Vergangenheit und ist auch gegenwärtig immer noch in den USA eines der Hauptprobleme der Gesundheitsversorgung.

2c. **Die soziale Dimension**, davon abzugrenzen, beschreibt Gesundheitsversorgung als Problem der gesellschaftlichen Stellung der Patienten, wozu nicht nur Schichtzugehörigkeit, sondern auch Bildungsstand, Wohn- und Arbeitssituation gehören. Hier liegt eines der wichtigsten Defizite heutiger Gesundheitspolitik, in der Gesundheit und Krankheit zunehmend individualisiert werden und die soziale Bedingtheit vollständig aus dem Blick geraten ist (vgl. Vernachlässigung sozialer Aspekte bei der nichtpharmakologischen Prävention während der Corona-Epidemie).

2d. Hinzu kommen **strukturelle Bedingungen**, in erster Linie in der Kooperation und Koordination der Behandlung durch die unterschiedlichen Akteure in der Gesundheitsversorgung (es liegen Überschneidungen mit Punkt 3.3. vor). Alle Versorgungsangebote sind erreichbar, aber die Patienten erhalten nicht die indizierte Versorgung, da die Interaktion der Behandler nicht abgestimmt ist.

2e. Die **navigationale Unterversorgung** setzt bei Punkt 2d an und beschreibt eine Unterversorgung, die durch die (verständliche) Unfähigkeit der Patienten beschrieben ist, sich in der hohen Komplexität der Gesundheitsversorgung zurechtzufinden.[21] Dies beginnt bereits bei der Terminvergabe, „weil man niemanden kennt", und betrifft im Rahmen der zunehmenden Problematik gar nicht nur GKV-versicherte Patienten, sondern auch „nicht vernetzte" Privatversicherte.

3.2. Qualitätsdefizite u. a. Formen der Fehlversorgung (s. Kap. 5)

Eine Versorgung mit negativem Nettonutzen, so die Kurzdefinition, ist ein umfangreiches Thema. In der Vergangenheit wurde Fehlversorgung immer im Zusammenhang mit Überversorgung diskutiert, der zusammengesetzte Begriff der „kombinierten Über- und Fehlversorgung" galt als omnipräsente Diagnose. Derzeit rückt jedoch die Kombination zwischen Fehlversorgung und Unterversorgung in den Blickpunkt. Im hier dargestellten Zusammenhang ist einerseits die Fehlversorgung von Bedeutung, die durch eine Unterversorgung durch eine fehlerhafte, nicht den medizinischen Standards entsprechende Versorgung verursacht wird. Andererseits liegt Fehlversorgung vor, wenn die indizierte Versorgung durch Elemente von Überversorgung substituiert oder ergänzt wird (z. B. die erzwungene Inanspruchnahme von IGeL-Leistungen als Eingangshürde für die Terminvergabe).

– – – – – – –

10: ebd.
11: SVR 2001, ebd., Nr. 19
12: z. B. Eichler, M., Pokora, R., Schwentner, L., Blettner, M.: Evidenzbasierte Medizin. Möglichkeiten und Grenzen. Dtsch. Ärztebl. 112, 2015, 2190-2
13. Anderson, C.: The End of Theory: The Data Deluge Makes the Scientific Method Obsolete. Wired Magazine 23.6.2008
14. nach §35a Abs. 1 Satz 11 SGB V
15. „Big Data revolutioniert die Arzneientwicklung", FAZ vom 13.8.2018, https://www.faz.net/pro/digitalwirtschaft/zukunft-der-medizin-big-data-revolutioniert-die-arzneientwicklung-15734636.html
16: s. Kritik an der Unabhängigen Patientenberatung, z.B. W. Bartens und M. Grill in „Schlecht beraten", SZ vom 28.9.2018, https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/medizin-offizielle-patientenberatung-fuehrt-hilfesuchende-in-die-irre-1.4147159
17: Gesundes-Herz-Gesetz Referentenentwurf s. unter https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/G/GHG_RefE_bf.pdf, als Kommentar s. Windeler, J.: EbM und Gesundheitspolitik heute – und morgen? ZEFQ 2024
18: Bitzer, E.M., Soerensen, K.: Gesundheitskompetenz – Health Literacy. Gesundheitswesen 2018, 80, 756-66
19: Zur Problematik im deutschen Gesundheitswesen bzgl. GKB/PKV s. Lüngen, M., Stollenwerk, B., Messner, P., Lauterbach, K.W., Gerber, A.: Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. Intern. J. Equity in Health 7, 2008, 1
20: Vgl. als Leitartikel von Drummond, R., Fontanarosa, P.B.: Theme Issue on Access to Health Care. Call for Papers. N. Engl. J. Med. 295, 2006, 2182-3
21: Folttmann, A., Kießling, A.: Gesundheitsrecht.blog Nr. 41, 2024, https://doi.org/10.13154/294-12601, ISSN: 2940-3170

1 Eine Unterversorgung durch Qualitätsdefizite kann hier nur kurz dargestellt werden. In Deutschland konzentriert sich die Qualitätsdiskussion und die Verfügbarkeit von Qualitätsindikatoren immer noch auf die operativ zu behandelnden Akuterkrankungen, Defizite in der Behandlung von multimorbiden chronisch Erkrankten werden daher weder gemessen noch einem Verbesserungsansatz unterworfen (Beispiel MRT bei Rückenschmerzen). Festzuhalten ist in beiden Fällen, dass solche Formen der Fehlversorgung den Patienten die Inanspruchnahme von adäquaten Leistungen verwehren.

2 Eine Unterversorgung durch den Ersatz von angemessenen Leistungen durch Elemente von Überversorgung (kombinierte Über- und Unterversorgung) ist häufiger, als man gemeinhin annimmt. Überversorgung bindet nicht zuletzt Arbeitszeit und verschlechtert schon allein dadurch den Zugang zu Behandlungsleistungen. Sogenannte IGeL-Leistungen werden Patienten oft sehr nahegelegt, vermehrt wird jedoch auch berichtet, dass solche Untersuchungen und Leistungen als Eintrittsbedingungen zur regulären Behandlung genannt werden. Da diese Leistungen von den Patienten selbst getragen werden müssen, bilden sie eine Zugangsbarriere für die eigentliche Behandlung, ganz abgesehen von den Aspekten der Fehlversorgung, die von solchen Leistungen ausgehen (z. B. falsch-positive Befunde bei falsch eingesetzten Screening-Untersuchungen).

3.3. Struktureigenschaften des Gesundheitssystems (s. Kap. 6)

Selbst wenn Patienten informiert sind, die Leistungen grundsätzlich auch angeboten werden und die Patienten Zugang zu ihnen haben, kann eine Unterversorgung durch Verknappung auf Systemebene stattfinden. Der bekannteste Fall ist das staatliche NHS in Großbritannien, das durch Sparmaßnahmen derartig zerrüttet ist, dass lange Wartezeiten selbst auf dringliche Behandlungen entstehen. Allerdings muss auch in Deutschland mit solchen Formen der Unterversorgung gerechnet werden, z. B. in der Arzneimittelversorgung, soweit Systemfragen (System der Preisverhandlungen) hier verantwortlich zu machen sind.

Der zweite Fall bezieht sich auf eine Unterversorgung, die selbst dann auftritt, wenn eine solche Knappheit nicht besteht, allerdings die Versorgung durch Dysfunktionalitäten nicht beim Patienten ankommt. Diese Situation ist (auch) im deutschen Gesundheitswesen gegeben, in dem vor allem die Sektorierung dazu führt, dass bei grundsätzlich gegebenem Zugang, genügenden finanziellen Mitteln und Vorhandensein der Behandlungsleistungen es trotzdem nicht zu einer zufriedenstellenden Versorgung und Versorgungsqualität kommt. Verstärkt wird diese Situation noch durch die nicht sinnvolle Dualität im Versicherungssystem (ausführlichere Darstellung in Kap. 6).

4. Unterversorgung unter dem Aspekt des Zugangs

4.1. Ambulanter Bereich

Die hausärztliche Medizin spielt in der kontinuierlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten eine zentrale Rolle. Wenngleich sich die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in Deutschland seit den 1990er-Jahren verdoppelt hat, ist sie in der Allgemeinmedizin nur leicht angewachsen. Die Anzahl der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland ist von 237.750 im Jahr 1990 auf 428.474 im Jahr 2023 gestiegen, was nahezu einer Verdopplung entspricht.[22] Während die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte deutlich zugenommen hat, ist der Anteil der Hausärztinnen und Hausärzte vergleichsweise gering gestiegen. Zudem ist der Anteil der über 60-jährigen Hausärztinnen und Hausärzte besonders hoch, was auf einen erhöhten Bedarf an Nachwuchs hinweist.[23] Laut Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) liegt das Durchschnittsalter niedergelassener Hausärzte bei über 55 Jahren, und etwa ein Drittel der praktizierenden Hausärzte wird innerhalb der nächsten zehn Jahre in den Ruhestand gehen. In vielen ländlichen Gebieten ist dieser Anteil sogar noch höher. Der Mangel an Nachwuchsärzten führt dazu, dass die verbliebenen Hausärzte noch mehr Patienten betreuen müssen, was wiederum zu einer Überlastung und zur potenziellen Verschlechterung der Versorgungsqualität führen kann.[24] Wie weit sich die deutlich angestiegenen Arztzahlen auf die ärztliche Betreuungszeit auswirken, ist schwer abzuschätzen. Laut Ausführungen der KBV führen Faktoren wie Bürokratie, veränderte Lebens- und Arbeitszeitmodelle sowie eine rückläufige Zahl an Niederlassungen dazu, dass trotz der gestiegenen Zahl an ärztlichen Köpfen weniger Arztzeit zur Verfügung steht.[25]

Der hausärztliche Nachwuchsbedarf wird durch eine weitere Entwicklung verstärkt: Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren ist seit 1991 von 12 Millionen auf 18,7 Millionen im Jahr 2022 gestiegen.[26] Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten mehrerer chronischer Erkrankungen (Multimorbidität), was den Bedarf an kontinuierlicher hausärztlicher Versorgung erhöht.[27] Berücksichtigt man, dass Hausärzte eigentlich verstärkt Koordinierungsfunktionen übernehmen sollten („*gate-keeper*"), wird der Mangel noch deutlicher.

Die Konsequenzen der verminderten Arztzeit haben die Patienten zu tragen: 77 Prozent der Bevölkerung haben in den vergangenen Jahren persönlich oder bei einem Familienmitglied erlebt, dass lange Wartezeiten auf einen Arzttermin in Kauf genommen werden mussten, 43 Prozent haben erlebt, dass es schwierig war, einen Arzt zu finden, bei dem man überhaupt als Patient aufgenommen wurde.[28] Davon sind ländliche und strukturschwache Regionen insbesondere betroffen.

Letztlich treffen die in der Allensbach-Studie berichteten Zugangsprobleme insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen und Multimorbidität. Die hausärztliche Betreuung ist erste Anlaufstelle für gesundheitliche Anliegen und Ort der Koordination weiterer medizinischer Behandlungen. Es wird in strukturschwachen Regionen schwieriger werden, eine kontinuierliche Grundversorgung sicherzustellen.

Gleichzeitig gibt es eine Überkonzentration von Fachspezialisten in städtischen Gebieten, während ländliche Regionen benachteiligt sind.[29] Das führt zu regionalen Ungleichheiten, die nicht nur die Verfügbarkeit von medizinischer Versorgung beeinflussen, sondern auch zu einer allgemeinen Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung in diesen Gebieten beitragen.

4.2. Spezialfachärztliche Versorgung

Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung in Deutschland ist ein wichtiger Bestandteil des Gesundheitssystems, um Patienten mit komplexen oder seltenen Erkrankungen zu versorgen.[30] Dennoch zeigt sich, dass die Bedarfsdeckung trotz voll ausgelasteter Kapazitäten oft unzureichend ist, was auf strukturelle und orga-

nisatorische Defizite zurückzuführen ist. Das Vergütungssystem bevorzugt oft kürzere, standardisierte Behandlungsfälle gegenüber zeitintensiven, spezialisierten Leistungen.[31] Dies erschwert es Gebietsfachärzten, sich auf besonders komplexe Krankheitsbilder zu konzentrieren. Die ungleiche Verteilung von Fachärzten und die strukturellen Defizite im Vergütungssystem tragen dazu bei, dass Patienten mit komplexen oder seltenen Erkrankungen Schwierigkeiten haben, zeitnah spezialisierte Behandlungen zu erhalten. Dies gilt insbesondere für ländliche Regionen, in denen die Facharztdichte geringer ist.[32]

Die Unterversorgung in der spezialfachärztlichen Versorgung zeigt sich mittlerweile in vielen Regionen und äußert sich in erster Linie im mangelnden Zugang zu Terminen und in der Errichtung von Zugangsbarrieren mittels Kopplung an (vom Patienten selbst finanzierte, nicht durch Budgets limitierte) Zusatzleistungen, entweder nicht indiziert oder aus dem IGeL-Bereich.[33] Die Presseberichte über mangelnde Facharzttermine sind zahlreich[34], steigen weiter an und werden zunehmend zusätzlich mit Honorarforderungen verknüpft.[35]

In vielen Fällen kann auch keine adäquate Terminvergabe über die KVen, die nach den Bestimmungen des Versorgungsstärkungsgesetzes vom 16.7.2015 (§75 Abs. 1a SGB V) zur Einrichtung sog. Terminservice-Stellen (Telefonnummer 116117) verpflichtet wurden, erreicht werden.[36] Obwohl hier erstmalig eine regionale Zugangskomponente eingeführt wurde (Fahrtzeit zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung 30 Minuten, zur „speziellen und gesonderten" 60 Minuten), fehlen durch die Reduktion des Zugangsbegriffes auf die Fahrtzeit (heute z. B. auch in der angestrebten Notfallreform zu finden) auch heute noch weitergehende Aspekte des Zugangs (z. B. Verkehrsinfrastruktur, Mobilität des Patienten), obwohl diese in § 6 Abs. 5 der entsprechenden Vereinbarung bereits damals genannt wurden.[37] Von Patientenvertretern und z. B. der Bertelsmann-Stiftung wurde darauf hingewiesen, dass die eigentlichen Defizite (z. B. Ungleichverteilung der Fachärzte) durch diese Regelung nicht positiv beeinflusst werden.[38] Außerdem blieben Termine im zahnmedizinischen Bereich und in der Psychotherapie von der Regelung ausgeschlossen.

Wie eingangs bereits erwähnt, besteht zusätzlich eine deutliche Abhängigkeit vom Versichertenstatus (s. Fußnote 1). In mehreren Untersuchungen konnte empirisch eine deutlich längere Wartezeit für GKV-Versicherte als für Privatpatienten ermittelt werden.[39] Allerdings zeigte sich schon in den vergangenen Jahren ebenfalls eine schrittweise Verschlechterung des Zugangs für Privatversicherte, wie eine Studie der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV im Jahr 2017 zeigte.[40] Zudem ist die Zugangsproblematik von der Indikations- und Versorgungsqualität abzugrenzen: Privatpatienten fühlen sich durch die lohnenswerten Vergütungsstrukturen nicht selten von Überversorgung bedroht.[41]

Die wesentliche Ursache für die Unterversorgung im spezialfachärztlichen Bereich ist die Fokussierung auf kurzfristige Effizienz statt nachhaltiger Betreuung. Aufgrund des wirtschaftlichen Drucks werden oft weniger zeitintensive, aber potenziell weniger effektive Behandlungsansätze verfolgt.[42] Die Sprechstunden vieler Spezialisten sind voll, was oft mit ineffizientem Management der Patientenströme zusammenhängt. Patienten mit leichteren Beschwerden blockieren Termine, während Schwerkranke teils monatelang auf eine Behandlung warten müssen. Dies wird durch die starre Terminvergabepraxis und unzureichende Nutzung von Delegationsmöglichkeiten verstärkt.

Ein weiteres Problem liegt in einer mangelnden geografischen Verteilung: Spezialfachärzte konzentrieren sich häufig in urbanen Zentren, während ländliche und strukturschwache Regionen unterversorgt bleiben.[43] Dies führt zu langen Anfahrtswegen und Verzögerungen für Patienten, die auf zeitnahe spezialisierte Behandlungen angewiesen sind. Zudem ist die Versorgung fragmentiert und es fehlt an integrierten Ansätzen, bei denen Hausärzte und Spezialisten enger kooperieren, um die Versorgung zu steuern.

– – – – – – –

22: https://www.aok.de/pp/hintergrund/aerztliche-versorgung/zahlen-daten-fakten/?
23: https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php?
24: https://www.kbv.de/html/themen_1076.php
25: https://www.kbv.de/html/themen_38343.php?
26: https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aeltere-Menschen/bevoelkerung-ab-65-j.html?
27: Schmitz MT, Just JM, Weckbecker K, Schmid M, Münster E. Multimorbidität in Deutschland und ihre Bedeutung für die Versorgung der Zukunft – eine Sekundärdatenanalyse basierend auf 67 Mio. Versichertendaten Gesundheitswesen. 2023;85:871-877.
28: Köcher R, Institut für Demoskopie Allensbach. Erosion des Gesundheitswesens. Die Sorge um die Zukunft der ärztlichen Versorgung wächst rapide an. Frankfurter Allgemeine Zeitung Nr. 171 vom 25. Juli 2024, S. 8
29: https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/?
30: https://www.g-ba.de/themen/asv/?
31: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf?
32: https://www.stiftung-muench.org/wp-content/uploads/2019/05/Projektbericht_Sicherstellung-Gesundheitsversorgung-Land_Nov.pdf?
33: Aktuell „Ärzte klagen über geringe Honorare – Kaum Termine für die Magenspiegelung", Tagesspiegel vom 27.2.2025, https://www.tagesspiegel.de/gesundheit/keine-magenspiegelung-fur-kassenpatienten-wir-vergeben-momentan-gar-keine-termine-13240810.html
34: „Zoff um Terminvergabe", SZ 28.12.2024, https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheitsversorgung-streit-um-das-warten-auf-arzttermine-in-deutschland-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-241228-930-329412
35: „Hört denn niemand hin?", SZ 1.10.2024
36: s. „Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen" zwischen KBV und GKV-Spitzenverband vom 16.12.2015
37: ebd.
38: so Stefan Etgeton im Spiegel vom 15.1.2016
39: „Kommen Sie in vier Wochen", Süddeutsche Zeitung 29.12.2015, https://www.sueddeutsche.de/bayern/arzttermine-kassenpatienten-kommen-sie-in-vier-wochen-1.2798033; „Zwei Klassen beim Arzt", SZ 10.5.2017, der Unterschied in NRW betrug 9 vs. 36 Tage; „Bitte hinten anstellen", Die Zeit 25.6.2020, zu einer Studie des Leibniz-Institutes für Wirtschaftsforschung (RWI) in Essen.
40: „Kassenpatienten warten länger", FAZ 5.9.2017
41: Uwe Hambrock. Erfahrungen mit Überversorgung. Qualitativ-psychologische Studie mit Patienten und Ärzten. Bertelsmann-Stiftung 2019. https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Ueberversorgung_Rheingold.pdf Zugriff 04.03.2025
42: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/AmbulanteVergu__tung_13lay.pdf?
43: https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/?

4.3. Krankenhausreform

Die Krankenhausreform stand im Mittelpunkt der vielfältigen Gesetzgebungsaktivitäten der letzten Bundesregierung. Das Krankenhaustransparenzgesetz (KHTrGes) trägt das Datum vom 27.3.2024 und das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) passierte am 22.11.2024 den Bundesrat, das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung muss allerdings aufgrund der frühzeitigen Beendigung der Koalition als gescheitert angesehen werden.

Die inhaltlichen Schwerpunkte lassen sich wie folgt zusammenfassend darstellen:

- **Krankenhausplanung 1**: Übergang von der Einteilung in Grund-, Regel- und Maximalversorgung in drei Level mit Sonderzuordnungen (§135d Abs. 4);
- **Krankenhausplanung 2**: Übergang von der fallzahlbezogenen Planung auf Ebene von Fachabteilungen in die Planung nach Leistungsgruppen (KHVVG §135e);
- **Behandlungskosten**: Reduktion des DRG-Anteils in der Finanzierung auf einen Erlös-Anteil von 40% zugunsten eines Vorhaltebudgets, das nach Fallzahl vergeben wird (und Sicherstellungselemente enthält);
- **Investitionskosten:** Planung eines Transformationsfonds von 50 Mrd. Euro, der hälftig von den Ländern und von der GKV finanziert wird (PKV nicht berücksichtigt; §12b KHG (KHVVG));
- **Verknüpfung der Leistungsgruppen** mit Qualitätsparametern, die sich auf die Leistungsmenge sowie auf weitere Kriterien beziehen (KHVVG §§135e,f);
- **Übergang von einem Versorgungsauftrag**, der auf Sicherstellung (KV) und Daseinsfürsorge (Krankenhaus) basiert, zu einer Versorgung auf der Grundlage statistischer Annahmen (§ 6a Abs. 4 KHG (KHVVG) und § 123a Abs. 1 Notfallreform-Gesetz (Entwurf));
- **Übergang der Erstellung von Qualitätsparametern** und ihrer Validierung als Indikatoren vom G-BA auf die Exekutive (BMG) (KHVVG § 135e Abs. 3);
- **Versuch der Etablierung einer sektorübergreifenden Versorgungsstruktur** (sektorübergreifende Versorgungszentren nach § 115g) mit allerdings fortbestehender sektoraler Vergütung (KHEntgG § 6c i. V. m. §18 KHG);
- **Überbetonung digitaler Instrumente** zulasten menschlicher/persönlicher Interaktion.

Neben den bekannten Kritikpunkten

- Fortbestehen des Mengenanreizes trotz Reduktion des DRG-Budgets auf 40%,
- Zentralisierung und Bürokratielastigkeit,
- Eingriff in die föderalen Kompetenzen der Bundesländer,
- Scheitern einer wirklich sektorübergreifenden Integration, da die Finanzierung der §115g-Zentren weiter aus dem Krankenhaus-Budget erfolgt und eine gesicherte Finanzierung damit in weiter Ferne liegt,
- Entmachtung des G-BA für den Bereich der Qualitätssicherung,
- fragwürdige Finanzierung des Strukturwandels (Transformationsfonds) durch Sozialversicherungen statt durch Steuern,
- Nicht-Berücksichtigung der Privatversicherten und von Gehaltsanteilen oberhalb der Bemessungsgrenze bzw. aus Kapitaleinkünften bei der Finanzierung des Transformationsfonds

sind im Zusammenhang mit der **Unterversorgungsproblematik** hier folgende Punkte zu betonen:

1 Es kommt sowohl in der allgemeinen Krankenhausversorgung als auch in der Notfallversorgung zu einer **klassischen Zugangsproblematik** (s. Kap. 3). Die Krankenhausversorgung wird so weit ausgedünnt, dass die Versorgung für die Innere Medizin und Allgemeinchirurgie „für einen erheblichen Teil der Einwohner" in maximal 30 Min. erreichbar ist (mit dem Kraftfahrzeug wahrscheinlich bei Sonnenschein) und die übrigen Leistungsgruppen in maximal 40 Min. (§ 6a Abs. 4 KHG (KHVVG) In der Notfallversorgung lauten die Zahlen 95% der Bevölkerung in 30 Min. (§ 123a Abs. 1 Notfallreform-Gesetz (E)). Unabhängig von der wenig belastbaren Formulierung „erheblicher Anteil" lässt der Entwurf des Notfallreformgesetzes offen, was mit den übrigen 5% der Bevölkerung im Fall eines Notfalls zu geschehen hat (immerhin 4 Mio. Einwohner). Insgesamt wird es zu einer Verschlechterung des Zugangs zur stationären und Notfall-Versorgung kommen, so wie wir es schon im ambulanten Sektor kennen. In der Wahrnehmung der Bevölkerung ist diese Entwicklung schon im Gange, obwohl die Mehrheit sich klar dafür ausspricht, statt einer weiteren Zentralisierung der Krankenhausversorgung eher (maßvolle) Qualitätseinbußen hinzunehmen.[44]

2 Der Mengenanreiz wird einerseits fortgeschrieben (DRG-System bleibt wirksam, denn die Zuordnung von Vorhaltebudgets und Leistungsgruppen basieren auf Mindestmengen), andererseits wird durch einen bislang in dieser Form unbekannten **Vergütungsanreiz** eine Unterversorgung verstärkt. Der Grund liegt in der gestuften Absenkung des Vorhaltebudgets bei einer Minderung um mehr als 20% der Fälle. Bei konstantem Budget ist die Krankenhausleitung also dem Druck ausgesetzt, einerseits die Fallzahl nicht zu erhöhen (Mehrleistungen werden nicht ausgeglichen), andererseits aber die Fallzahl in den betroffenen Leistungsgruppen niedrig zu halten, jedoch nicht unter 80% absinken zu lassen.[45] In kurzen Worten: Es lohnt sich, die Vorhaltebudgets bei -19% der Leistungen zu fahren und Patienten, die dieses Ziel gefährden würden, fernzuhalten.

3 Absicht insbesondere des KHVVG ist es, eine **Qualitätsverbesserung** zu erzielen. Eine detaillierte Diskussion dieser Absicht muss an anderer Stelle geschehen, zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass hier basale Kenntnisse aus der Qualitäts- und auch Patientensicherheitspraxis missachtet werden. Selbst einzelne DRGs, weitaus enger gefasst und spezifischer definiert als jede der 65 Leistungsgruppen, sind wegen ihrer fehlenden medizinischen Homogenität nicht zu Qualitätsvergleichen geeignet (wenngleich die private Krankenhausindustrie dies wegen ihrer Eingriffsmöglichkeiten bezweifeln möchte). In jedem Fall bleibt es für die Leistungsgruppen mit ihrem umfangreichen Spektrum problematisch, reliable und valide Qualitätsparameter bzw. sogar -indikatoren zu entwickeln, die die Qualität dieser Gruppen wiedergeben können. Es wird natürlich eine Komorbiditätskorrektur und Risikoadjustierung geben, aber es ist ausgeschlossen, bei so breit aufgestellten Gruppen die *Confounder* (die verzerrenden Faktoren) so trennenau zu identifizieren, dass Unterschiede im *Outcome* (z. B. Komplikationsraten) wirklich auf die Qualität der Leistungserbringung zurückzuführen sind und nicht auf regionale Besonderheiten, Eigenschaften der Versorgungslandschaft, ethnische Zusammensetzung etc. Zur Bewerkstelligung einer Risikoadjustierung, die dazu führen könnte, dass Leistungsgruppen im Sinne des Gesetzes

wirklich vergleichbar werden, wären außerordentlich große Modelle notwendig, für die man zahlreiche andere Parameter erheben und integrieren müsste, der Dokumentationsaufwand würde enorm steigen. Bei unvollständig adjustierten Qualitätsvergleichen kommt es jedoch zwangsläufig zu einer Fehlversorgung, also insofern einer Unterversorgung, als dass die indizierte Versorgung der Patienten nicht gewährleistet ist.

4 Hinzu kommt noch ein weitaus wichtigerer Aspekt, denn die Zuordnung von Leistungsgruppen und Vorhaltebudgets ist an Mindestmengen gekoppelt, was nicht nur mit einem Mengenanreiz (s. o.), sondern auch mit einem enormen **Anreiz zur Risikoselektion** verbunden ist. Dieser Anreiz zur Risikoselektion durch die Vorhaltebudgets addiert sich zu dem bekannten, gleichsinnigen Anreiz durch die DRGs, der in dem 40%igen DRG-Budgetanteil wirksam ist. Für beide Finanzierungsformen ist es einerseits ökonomisch sinnvoll, Patienten ohne Risikofaktoren zu bevorzugen, also eine Risikoselektion zu betreiben. In der Konsequenz führt diese Risikoselektion zu einer komparativen Unterversorgung von Patienten mit einem schlechteren Risikoprofil. Andererseits ergibt sich besonders für breit aufgestellte (private) Versorger die Möglichkeit, über ein **gezieltes *Gaming*** sogar schlechte Ergebnisse bei Niedrigrisiko-Patienten zu unauffälligen Ergebnissen zu konvertieren, indem man deren Komorbidität durch gezielte Dokumentation erhöht. Die tatsächlich beobachteten Parameter können so mit den Erwarteten in Deckung gebracht werden und erscheinen in der Folge dann als „qualitativ unauffällig". In diesem Sinne ergibt sich durch diese beiden Punkte, also die Unterversorgung von Patienten mit einem schlechteren Risikoprofil zusammen mit dem gleichzeitigen Anreiz zum Gaming bei schlechter Qualität in der Versorgung von Patienten mit niedrigem Risikoprofil, ein passgenauer Fall einer kombinierten Unter- und Fehlversorgung (s. Kap. 3.2.).

4.4. Unterversorgung in der Pflege

Der demografische Wandel in Deutschland zeigt seit 2019 einen kontinuierlichen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen. Das Statistische Bundesamt[46] beschreibt am 31.12.2023 bereits den Anstieg (auch aufgrund der Weiterfassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs) mit 5,7 Millionen Betroffenen. Prognosen zufolge sind 2040 weitere eine Million Pflegebedürftige zu erwarten.

Insgesamt werden derzeit die Menschen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege und die punktuell pflegebedürftigen 17,2 Millionen Patientinnen und Patienten, die jährlich in Krankenhäusern versorgt werden, von 1,7 Millionen beruflich Pflegenden versorgt und unterstützt.[47] Insgesamt beschreibt der Deutsche Pflegerat, dass 31 Millionen Menschen direkt oder indirekt auf Pflege angewiesen sind. Ohne die ca. 7,5 Millionen pflegenden Angehörigen im ambulanten und stationären Langzeitpflegesektor wäre das Gesundheits- und Pflegesystem nicht aufrechtzuerhalten.

Familienbasierte Versorgung v. a. in der Mittel- und Oberschicht ist jedoch häufig und vor allem bei einem 24-Stunden-Service durch sogenannte LiveIns, vorrangig aus Osteuropa, anfällig für „graue Pflegemärkte", deren Finanzierung, inklusive Pflegegeld und privaten Anteilen mit z. T. unübersichtlicher Kehrseite verbunden ist.[48] Auch Erkenntnisse zur Qualifikation der LiveIns, wie regelhafte Hausbesuche durch qualifizierte Pflegekräfte, sind anders als in Österreich hierzulande nicht vorhanden. Die Aussage im Koalitionsvertrag vom 24. November 2021 (S.81) der Ampel-Regierung „Wir gestalten eine rechtssichere Grundlage für die 24-Stunden-Betreuung im familiären Bereich" wurde bisher von keinen Konsequenzen gefolgt, und in den laufenden Koalitionsverhandlungen ist nach dem bisherigen Stand kaum eine Verbesserung in Sicht.

Trotz umfassender familiärer Unterstützung zeigen sich sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege zunehmend Beispiele von Unterversorgung, z. B. wenn die Pflegebedürftigkeit in der Intensität ansteigt und Angehörige bei der Betreuung Unterstützungsbedarf benötigen.[49] Unterversorgung zeigt sich oft durch lange Wartezeiten oder gar Ablehnungen von neuen Pflegebedürftigen. Gründe sind in der Regel sowohl ein Fachkräftemangel als auch zunehmende Schließungen von Pflegeeinrichtungen.

- Seit 2023 haben 1.097 Pflegeanbieter (ambulant und stationär) aufgrund von Insolvenzen oder Schließungen wegen Fachkräftemangel ihren Betrieb eingestellt.[50] Allein im vergangenen Jahr meldeten 143 ambulante Pflegedienste Insolvenz an.[51] In Deutschland gibt es keine zentral erfassten Statistiken, wie häufig ambulante Pflegedienste die Übernahme von Pflegefällen ablehnen müssen. Allerdings liegen Hinweise zu längeren Wartelisten vor, die über einen erschwerten Zugang zu Pflegeleistungen für Betroffene berichten, wobei es regional unterschiedliche Versorgungsdefizite gibt.
- Im ambulanten Sektor liegt der Anteil der Pflegebedürftigen unter den gesetzlich Versicherten in Ostdeutschland sowie in Teilen von Nordrhein-Westfalen, Hessen und dem Saarland besonders hoch.[52] Beispielsweise waren im Jahr 2023 in den brandenburgischen Landkreisen Barnim, Prignitz und Ostprignitz-Ruppin

– – – – – – –

44: Institut für Demoskopie Allensbach: Personelle Erosion des Gesundheitswesens, eine Dokumentation des Beitrags für die Frankfurter Allg. Zeitung, 25.7.2024, https://www.ifd-allensbach.de/fileadmin/kurzberichte_dokumentationen/FAZ_Juli2024_Gesundheitswesen.pdf

45: Heide, O.: Paradigmenwechsel oder Etikettenschwindel? Vorhaltefinanzierung im KHVVG. Das Krankenhaus 11/2024, 970-7

46: Pflege: Pflegebedürftige in Deutschland - Statistisches Bundesamt letzter Zugriff: 20.01.2025

47: Vogler, C. Deutscher Pflegerat 2025 in: Heilberufe 1.2025/77, Seite 59

48: Heintze, C. in: Dr. med. Mabuse 266-4.Quartal 2024; Langzeitpflege und Pflegeberuf. Wo und wie sich Österreich einen Vorsprung erarbeitet hat; Seite 42 - 44

49: Fachkräftemangel: Thüringer Pflegeheime verhängen Aufnahmestopp - Altenpflege letzter Zugriff 20.01.2025

50: Insolvenzstatistik -Pressemitteilungen - Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Presse/DE/Pressesuche_Formular_2.html?resourceId=245598&input_=250572&pageLocale=de&templateQueryString=insolvenzstatistik&submit.x=0&submit.y=0; https://www.destatis.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Presse/DE/Pressesuche_Formular_2.html?resourceId=245598&input_=250572&pageLocale=de&templateQueryString=insolvenzstatistik&submit.x=0&submit.y=0; Studie: Viele ambulante Pflegedienste vor dem Aus, https://www.aok.de/pp/gg/update/studie-viele-ambulante-pflegededienst-vor-dem-aus/?utm_source=chatgpt.com

51: Pressemitteilungen - Statistisches Bundesamt, https://www.destatis.de/SiteGlobals/Forms/Suche/Presse/DE/Pressesuche_Formular_2.html?resourceId=245598&input_=250572&pageLocale=de&templateQueryString=insolvenzstatistik&submit.x=0&submit.y=0

52: Altenpflege: Pflege-Report deckt regionale Unterschiede auf - und Apotheken Umschau: Beim Pflegebedarf gibt es große regionale Unterschiede | letzter Zugriff 20.01.2025

etwa 15,7 bis 17,1 Prozent der Versicherten pflegebedürftig.[53]

- Die Pflegeplatzdichte lag 2019 mit 169,9 pro 1000 Pflegebedürftigen unter dem Bundesdurchschnitt, was eine unzureichende stationäre Pflegeversorgung vermuten lässt. Im Gegensatz dazu lag der Anteil der pflegebedürftigen Versicherten in Regionen wie München, Freising und Rosenheim bei lediglich 3,4 bis 3,7 Prozent.[54]

In der stationären Langzeitpflege bestehen ebenfalls regionale Unterschiede. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)[55] zeigte, dass die Versorgungsqualität in Pflegeheimen variieren kann. So wurden beispielsweise in Teilen Niedersachsens, Rheinland-Pfalz' und Ostbayerns mehr Menschen mit Flüssigkeitsmangel in die Klinik eingeliefert als im Bundesdurchschnitt. Auch das Auftreten von Dekubitus war in einigen Regionen häufiger, etwa in Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Thüringen. Laut Schwinger et al.[56] ging der Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses 2022 davon aus, dass 44% der Krankenhaustage auf die Behandlung Pflegebedürftiger zurückzuführen seien. Die 5 häufigsten Behandlungsanlässe (laut Entlassdiagnosen) von Pflegeheimbewohnern im Krankenhaus gemäß den auf GKV-Routinedaten basierenden Analysen des Projekts „Bedarfsgerechte Versorgung von Pflegeheimbewohnern durch Reduktion Pflegeheim-sensitiver Krankenhausfälle (PSK)" sind Herzinsuffizienz, Pneumonien, Femurfrakturen, Volumenmangel sowie Erkrankungen des Harnsystems. Bezogen auf die Studienpopulation entspricht dies einem Fünftel (20,5%) aller Krankenhausaufenthalte (n = 191.174 Fälle).[57]

Potenziell vermeidbare Krankenhausaufenthalte aus stationären Langzeiteinrichtungen werden in dem Beitrag auf einen verschlechterten Allgemeinzustand (35%) bzw. auf Stürze, Unfälle oder Verletzungen (34%) zurückgeführt. „Während nahezu jede pflegebedürftige Person mindestens einen vertragsärztlichen Kontakt pro Quartal aufweist, verbleiben rund 28 % der Pflegebedürftigen ohne fachärztlichen Kontakt und 15 % der Pflegebedürftigen erhielten PRISKUS-Wirkstoffe. 17% Antipsychotika." (Erklärung für hohe Sturz- und Verletzungsraten – Anmerkung der Verfasserin).[58]

In den Krankenhäusern führt der Mangel an Pflegepersonal ebenfalls zu Einschränkungen. Zum Beispiel zeigen aktuelle Nachweise bei der Regelung der Personaluntergrenzen (PpUG)[59], dass in pflegesensitiven Bereichen Unterbesetzungen (14% im Tag- und Nachtdienst) vorkommen, die Schließungen von Stationen, abgesetzte Operationen und Pflegedefizite zur Folge hatten. Obwohl keine flächendeckenden Statistiken über die genaue Häufigkeit solcher Einschränkungen vorliegen, deuten verschiedene Berichte und Studien auf erhebliche Probleme hin. Betroffen sind auch Intensivstationen, die eher auf Berichten als auf belegten Daten basieren.[60]

Nach Prognosen des Statistischen Bundesamtes wird der Bedarf an professionellen Pflegekräften insgesamt bis 2049 im Vergleich zu 2019 voraussichtlich auf 2,15 Millionen steigen. Gleichzeitig wird erwartet, dass die Zahl der Pflegekräfte bis zu 690.000 unter dem benötigten Bedarf liegen wird, was die Unterversorgung noch weiter verschärfen wird.

Die Bundesregierung ist aufgerufen, zeitnah in einer strategischen Maßnahmenplanung deutlich mehr präventive Maßnahmen zu veranlassen. Persönliche Gesundheitsbildung als lebenslange Lernprozesse wie institutionelle Prävention und Gesundheitsförderung helfen, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, zu vermeiden und im demografischen Verlauf deutlich zurückzudrängen.

4.5. Unterversorgung in der Arzneimittelversorgung

Die „Lieferengpässe" bei Arzneimitteln stellen ein weiteres Beispiel für eine bereits manifeste Unterversorgung dar und haben in der Öffentlichkeit zu einer erheblichen Verunsicherung geführt, vor allem da es sich im Allgemeinen um Medikamente der Basisversorgung handelt (z. B. nicht erhältlicher „Fiebersaft" für Kinder).[61] Historisch reicht die Problematik über 10 Jahre zurück, so wurde das Basismedikament Pyrimethamin (Behandlung der Toxoplasmose und ein wichtiges Medikament für AIDS-Patienten) 2015 von der Firma Turing aufgekauft und im Preis um den Faktor 50 erhöht, was zu einer ökonomisch vermittelten Zugangsbeschränkung führte.[62] Es folgten Medikamente wie Tamoxifen oder Melphalan (Basis-Onkologika), Schmerzmittel wie Ibuprofen, aber auch essenzielle Medikamente wie Insuline, Antibiotika (z. B. die wichtige Reservekombination Piperacillin/Tazobactam), Betäubungsmittel oder gar Antidots gegen tödliche Schlangenbisse.[63] Heute gibt es laut dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bzw. dem Statistischen Bundesamt Zugangsprobleme bei insgesamt 506 Arzneimitteln.[64]

Der Begriff „Lieferengpässe" beschreibt allerdings die Problematik nicht vollständig, denn es handelt sich meist nicht um eine Unterbrechung der Lieferung oder Lieferketten, sondern um ökonomische Fehlanreize in der Herstellung bzw. im Angebot von Medikamenten. Diese Dysfunktionalität des Arzneimittelmarktes erstaunt eigentlich, denn die Zulassung und die Übernahme in die GKV waren bisher in Deutschland über die nutzenbasierte Entscheidungsabläufe von G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) und IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) relativ rational gestaltet. Die Regelungen nach dem Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) von 2011 mit der Bewertung des Zusatznutzens nach 12 Monaten insbesondere gegenüber der „zweckmäßigen Vergleichstherapie" (§35a Abs. 1 Satz 2 SGB V) stehen dabei im Vordergrund. Zusätzlich eröffnete der §35b SGB V die Möglichkeit, auch Angemessenheitsgesichtspunkten Rechnung zu tragen (Nebenwirkungen, Lebensqualität, „Zumutbarkeit einer Kostenübernahme"). Allerdings ergab sich durch die Regelung zu den „seltenen Leiden" (§35a Abs. 1 Satz 11 SGB V) die Option, für einzelne Patientengruppen und für zahlenmäßig kleine, durch moderne Methoden identifizierbare Subkollektive (*Orphan-Diseases*) die Nutzenbewertung zu unterlaufen und Hochpreissegmente zu schaffen, da diese Patientengruppen aus der Nutzenbewertung ausgenommen wurden.

Diese „Orphanisierung" wirkte sich indirekt auch auf den Generika-Markt aus, da sie im Arzneimittelmarkt neue Preisvorstellungen gängig machte – die Produktion von „alten Molekülen" erschien im Vergleich zu den Hochpreissegmenten nicht mehr ertragreich genug und wurde teilweise eingestellt bzw. zurückgefahren. Hier spielten natürlich auch die Rabattverfahren einerseits und andererseits die internationale Arbeitsteilung eine Rolle, die für bestimmte Medikamente weltweit nur noch wenige Produktionsstandorte vorsah. Der Präsident des BfArM, Karl Broich, fasst diese Situation in einem Interview mit einem durchaus kritischen Unterton wie folgt zusam-

men: „Die billigsten Medikamente sind oft zu billig. Sie müssten mehr kosten, damit die Lieferketten sicherer werden. Im Gegenzug könnte man darüber reden, ob besonders teure Medikamente diesen hohen Preis immer wert sind."[65]

Die bisherigen gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Behebung der Defizite sind von beschränkter Wirksamkeit und lassen am politischen Willen zweifeln. Am 16.12.2022 veröffentlichte das BMG ein Eckpunktepapier[66], in dem „strukturelle Maßnahmen im Generika-Bereich (...), insbesondere Maßnahmen zur Diversifizierung der Lieferketten, zur Einführung von Standortkriterien bei der Versorgung und zur frühzeitigen Erkennung und Vermeidung von Versorgungsengpässen" angedacht werden. Für Kinder-Arzneimittel, bei denen die Verfügbarkeit von einem Beirat im BfArM als risikobehaftet angesehen wird, dürften keine Rabattverträge mehr abgeschlossen werden, und die Preisobergrenze könnten auf das 1,5-Fache des aktuell bestehenden Festbetrages festgesetzt werden. Weiterhin sollten bei Rabattverträgen Standortkriterien mit einfließen (europäische Produktion bevorzugt), und die Apotheken werden für ihren Mehraufwand honoriert. Diese Empfehlungen fanden in der Folge Eingang in das „Arzneimittelengpass-Bekämpfungs- und Versorgungsverbesserungs-Gesetz" (ALBVVG) vom 26.7.2023, in dem auch ein „Frühwarnsystem" beim BfArM eingerichtet und eine Pflicht zur Vorratshaltung eingeführt wird. Die gegenwärtig diskutierten europäischen Regelungen gehen in die gleiche Richtung. Allerdings kann man diesen Regelungen angesichts der hohen Zahl gemeldeter „Lieferengpässe" (2/2025, s. o.) bis zum jetzigen Zeitpunkt keine Wirkung attestieren.[67]

In der Gesamteinschätzung muss sogar von einer bedenklichen Anreizstruktur ausgegangen werden, in einem Umfeld, das von einem Anstieg der Arzneimittelkosten der GKV seit dem Jahr 2000 von 19,41 auf 50,41 Mrd. Euro im Jahr 2023 gekennzeichnet ist.[68] Derzeit führen 0,07% der Rezepte zu 12,7% der Arzneimittelausgaben, 1,2% zu 24% der Kosten, d. h. 1,27% sind für mehr als ein Drittel der Kosten verantwortlich.[69] Der Hochpreissektor führt entsprechend, während die Innovation lahmt: lt. „AMNOG-Monitor" sind mit Datum 4.3.2025 von 1792 Verfahren zum Nachweis eines Zusatznutzens (zu 480 Arzneimitteln) nur 1,2% mit der Aussage „erheblicher Zusatznutzen" abgeschlossen worden, 12,5% mit „beträchtlicher", 13,0% mit „geringer", aber 18,6% mit „nicht quantifizierbarer" und 53,6% mit „kein Zusatznutzen".[70] Es ist also absehbar, dass im Generika-Markt die Versuche zunehmen werden, entweder durch Verknappung eine Lockerung der Festpreise zu erreichen (über Aufnahme in die Risikoliste des BfArM) oder über den Aufbau von Monopolen massive Preissteigerungen durchzusetzen.

5. Unterversorgung: Schwerpunkt Fehlversorgung

5.1. Aktuelle Situation

Wenn der Zugang für Behandlungsmethoden zwar gegeben ist, die Behandlung aber nicht adäquat erbracht wird, indem z. B. Probleme im Behandlungsprozess auftreten oder das Behandlungsergebnis durch Komplikationen kompromittiert wird, spricht man von einer Fehlversorgung (s. Kap. 3.2). Da in diesem Fall ein ungünstiges Schaden-Nutzen-Verhältnis besteht und die dem Bedarf entsprechende Versorgung nicht stattfindet, besteht gleichzeitig eine Unterversorgung. Diese Situation betrifft in erster Linie Probleme hinsichtlich Qualität und Patientensicherheit.

Die Qualitäts- und Sicherheitsbefunde der Gesundheitsversorgung können hier nur in Ausschnitten geschildert werden.[71] Kennzeichnend für die Situation ist die Beobachtung, dass im Innenbild das deutsche Gesundheitswesen immer als besonders gut dargestellt wird, während Deutschland im internationalen Vergleich im Mittelmaß oder sogar im hinteren Bereich liegt. In einer neuen Commonwealth-Studie des international renommierten Qualitätsforschers Donald Blumenthal (Sept. 2024) fand sich Deutschland vor den abgeschlagenen USA auf dem vorletzten Platz (Defizite vor allem in der Koordination und in den Behandlungsergebnissen).[72]

– – – – – – –

53: Matzk, S. et al.: Pflegebedürftigkeit in Deutschland, S. 269-304 in: A. Schwinger et al. (Hrsg.), Pflege-Report 2024, https:77doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_19
54: ebd.
55: Studie: Viele ambulante Pflegedienste vor dem Aus | G+G und Pflege in der Krise: Was die Gründe sind, was sich ändern muss | Apotheken Umschau; letzter Zugriff: 20.01.2025
56: Schwinger, A. et al im: Bundesgesundheitsblatt 2023- 66.479-489 https://doi.org/10.1007/s00103-023-03693-5: Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland, Seite 479-489
57: ebd., S. 487
58: ebd., S. 487
59: GKV 90 Prozent neue Personaluntergrenzen: viele Schichten unterbesetzt – letzter Zugriff: 20.01.2025
60: Pflegesicherheit | G+G letzter Zugriff: 20.01.2025; Weitere Hinweise nach KI, letzte Zugriffe: 13.Januar 2025: Bild; DGQ; Pflegemarkt; Springer Link; Welt; ZQP
61: „Nun werden auch die Fiebertabletten knapp", Die Welt 11.11.22, s. auch https://www.welt.de/wirtschaft/plus242070543/Medikamente-Nicht-nur-Fiebersaefte-knapp-Bei-Eltern-und-Aerzten-waechst-die-Sorge.html
62: Amerikas meistgehasster Unternehmer", FAZ 6.2.16
63: statt zahlreicher Einzelquellen z.B. Übersicht in „Ärger auf Rezept", FAZ 4.12.19, https://www.faz.net/aktuell/politik/inland/medikamente-nicht-lieferbar-aerger-auf-rezept-16517289.html
64: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1358330/umfrage/lieferengpassmeldungen-bei-arzneitmitteln-in-deutschland
65: „Die Ausfälle nehmen zu", Interview in der FAZ, 19.12.2019
66: Eckpunktepapier „Vermeidung von Lieferengpässen von Arzneimitteln, Verbesserung der Versorgung mit Kinderarzneimitteln und Stärkung des Produktionsstandorts EU", 16.12.2022
67: „Wirkungsloses Lauterbach-Gesetz – Hier zeigt sich Deutschlands ganzes Arznei-Dilemma", 14.10.24 Welt Online, https://www.welt.de/253754524?utm_source=chatgpt.com
68: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/152841/umfrage/arzneimittelausgaben-der-gesetzlichen-krankenversicherung-seit-1999/
69: „Hecken: ‚Es wird keine Veränderung mehr geben'", Monitor Versorgungsforschung 3/2024, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/wp-content/uploads/2024/05/MOVS-0324_210524_webopt.pdf
70: https://www.amnog-monitor.com/de/ueberblick/ergebnisse-der-nutzenbewertung/subgruppen/
71: Schrappe, M.: Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 2014, Kap. 3 S. 111ff; Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, S. 309 ff
72: Blumenthal, D., Gumas, E.D., Shah, A., Gunja, M.Z., Williams II, R.D.: Mirror, Mirror 2024. A Portrait of the Failing US Health System. Comparing Performance in 10 Nations. Commonwealth Fund, Spt. 2024, https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2024/sep/mirror-mirror-2024

Um eine einzige quantitative Angabe anzufügen: Aufgrund einer umfassenden Analyse nationaler und internationaler Studien muss davon ausgegangen werden, dass allein in der Krankenhausversorgung, die derzeit ca. 17 Mio. Fälle/Jahr umfasst, ungefähr ein Prozent dieser Patienten ein vermeidbares, d. h. auf einen Fehler zurückzuführendes unerwünschtes Ereignis erleiden, was ca. 170.000 Patienten entspricht. Führend sind nosokomiale (im Krankenhaus erworbene) Infektionen sowie medikamentenbedingte und medizinproduktebedingte unerwünschte Ereignisse.[73]

5.2. Konzept von Qualität und Sicherheit: Ausgangslage

Diese vorangehend geschilderte, unbefriedigende Situation wurde allerdings in den letzten Jahren durch weitaus eingreifendere Entwicklungen verschärft, vor allem im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie und weiteren Krisensituationen. Maßgebliche Erkenntnisse der nationalen und internationalen Fachdiskussion im Qualitäts- und Patientensicherheitsbereich stehen plötzlich infrage. Wir befinden uns derzeit also in einer Situation, in der wir Qualitätsprobleme i. S. von Unter- und Fehlversorgung nicht nur erheben und beheben müssen, sondern uns auf „tektonische" Verschiebungen in den Rahmenbedingungen und Bedeutungszusammenhängen einzustellen haben. Um diesen *Quality and Safety Shift* beschreiben zu können, seien die tragenden Elemente im Sinne eines *status quo ante* kurz zusammenfassend dargestellt:[74]

(A) die neutrale **Definition von Qualität** beruht auf den jeweils auszuhandelnden „Anforderungen", die sich aus objektivem Bedarf, Perspektive der Betrachtung und Strukturrelevanz ergeben, und hinsichtlich derer Qualitäts-„Merkmale" beurteilt werden,[75]

(B) die demgegenüber normative **Definition von Patientensicherheit** ergibt sich über die „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse" und weitergehend über die Wahrnehmungs-, Veränderungs- und letztendlich Innovationsbereitschaft von Institutionen und System,[76]

(C) der **komplexe Charakter der Gesundheitsversorgung** ist Ausgangspunkt aller konzeptionellen Überlegungen, der nicht zuletzt auch in der Emergenz von patientensicherheitsrelevanten Ereignissen zutage tritt,[77]

(D) die Beschreibung von Qualität und Sicherheit muss insbesondere die **Zurechenbarkeit** von Qualitätsproblemen beachten, also den Bezug auf die stattgefundene Behandlung und z. B. nicht auf das Fortschreiten der Erkrankung;[78]

(E) hinsichtlich der **statistischen Anforderungen** müssen insbesondere die Methoden der Erfassung von Qualität und Sicherheit klar voneinander abgegrenzt werden, wobei der wissenschaftliche Zugang (Experiment), die quantitative Erfassung im Behandlungsalltag großer Kollektive, der Monitoring-Ansatz des Indikatorenkonzeptes und die sog. generierenden Verfahren, die dem Erkenntnisgewinn im Bereich der sog. *Unknown Unknowns* dienen (z. B. CIRS oder Surveillance-Methoden im Arzneimittelbereich), zu unterscheiden sind,[79]

(F) der Einsatz von *Patient-reported Outcomes* ist zentrales Element eines modernen Qualitätsverständnisses, also den Ergebnissen der Behandlung, die nur von Patienten berichtet werden können (im Zusammenhang mit der **Patientenzentrierung** der Behandlung),[80]

(G) die regelbasierte Identifikation, Bewertung und Synthese von wissenschaftlichen Studien müssen beachtet werden (**evidenz**basierte Medizin und darauf aufsetzend Methoden der Versorgungsforschung),[81] und

(H) das umfassende Wissensgebäude zu Wirksamkeit von Interventionen ist bei Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung (*quality improvement*) zugrunde zu legen, da diese in einem komplexen Kontext selbst komplexer Natur sind und in der Folge nur dann wirksam sein können, wenn sie aus mehreren, sorgfältig aufeinander abgestimmten Einzelinterventionen zusammengesetzt sind (sog. **Doppelte Komplexität** der *Complex Multicomponent Interventions*).[82]

Mit anderen Worten, bis vor wenigen Jahren war man sich einig: Qualität ist von „Verabredungen" abhängig und spiegelt wider, was (vornehmlich aus Patientensicht) entscheidend ist, Qualität und Patientensicherheit müssen methodisch genau (den Fachstandards entsprechend) beschrieben werden, Gesundheitsversorgung ist ein komplexes Geschehen mit vielen unerwarteten Verläufen, und last not least: Eingriffe „zum Guten des Ganzen" sind gut vorzubereiten, mit unerwarteten „paradoxen" Effekten ist auch hier zu rechnen. Also alles so, wie Politiker, Fachleute und Wissenschaftler es täglich erleben – nur Bereichsfremde gehen von einfachen linearen A*ctio-Reactio*-Zusammenhängen aus.

5.3. Der quality and safety shift: Corona und die Polykrisen

Dann kam Corona und gemeinsam damit die sog. Polykrise. Die aktuellen Herausforderungen durch Corona, Ukraine-Krieg, Klimaerwärmung und politische Polarisierung sind von derart mächtiger Natur, dass manche vormals energisch geführte Debatten wie z. B. zur Bedeutung von Patientensicherheit, von Qualitätsindikatoren oder von Patientenorientierung fast als irrelevant erscheinen könnten. Natürlich ist die durchschlagende Bedeutung von Corona nicht allein auf dem Feld von Qualität und Patientensicherheit zu diskutieren, und oft werden präexistente Konflikte ausgetragen (z. B. Messmethoden). Trotzdem konnten diese und neu hinzugekommene Konflikte im Zusammenwirken eine solche Relevanz erlangen, dass sich geradezu von einem Zeitenwechsel sprechen lässt.[83] Kurz soll dies am Beispiel der o. g. *Quo-Ante*-Elemente dargestellt werden.

- Die **Definition von Qualität (A)** bezieht sich auf die jeweils eingenommene Perspektive, aus der die „Anforderungen" formuliert werden. Besonders die Corona-Epidemie hat hier zu einem Perspektivwechsel geführt, denn der potenziell infektiöse Patient stellt nicht nur ein Problem der individuellen Behandlung, sondern ein gesellschaftliches Problem der Infektionsepidemiologie dar (denn das Qualitätsproblem, die Infektion, ist übertragbar). Wie unterschiedlich die Gesellschaften damit umgehen – das Spektrum bei Corona reichte von Australien bis Schweden –, lässt letztlich einen Blick in die innere Verfasstheit einer Gesellschaft zu. Andere Krisen wie Klima und Krieg treten hinzu, allein die Sprache verrät es: der Begriff der „Triage" stammt aus der Militärmedizin, wird heute aber leichtfüßig für die Organisation von Notfallambulanzen verwendet („*door-to-triage-time*" bis zur Entscheidung über die Weiterbehandlung[84]). In der Konsequenz ist festzuhalten, dass Qualitätsprobleme nicht mehr so sehr bezüg-

lich der individuellen Perspektive (z. B. Behandlungsergebnis), sondern zunehmend als Populations- und gesellschaftliche Problematik diskutiert werden. War bislang die Patientenperspektive unangefochten an Platz 1, gab die Corona-Epidemie Anlass dazu, neben der individuellen auch die regionale, Populations- und gesellschaftliche Perspektive verstärkt in die Formulierung des konstituierenden Begriffs der „Anforderung" mit einzubeziehen. Grundsätzlich ist diese Entwicklung nicht rundum abzulehnen, gerade bei Corona war die Populations- bzw. gesellschaftliche Perspektive z. B. bei der Verlaufsbeurteilung von entscheidender Bedeutung, denn die regionale Betroffenheit durch Corona war extrem unterschiedlich und schwankte im zeitlichen Verlauf. Man sollte hier jedoch explizit vorgehen und über die bisherigen Qualitätskonzepte hinausgehend[85] die Vielfalt der Perspektiven adäquat abbilden.[86] Danach muss sehr kritisch diskutiert werden, inwieweit dies auf Kosten der Patientenperspektive unter Inkaufnahme von Unterversorgung geschehen darf (s. (F)). Wenn ältere und vulnerable Menschen nicht gesondert geschützt werden, wenn Kinder ohne wissenschaftliche Grundlage in ihrer Entwicklung benachteiligt werden, wenn Patienten gegen ihren ausdrücklichen Wunsch allein sterben mussten, dann ist der Verdacht zu äußern, dass die lange Zeit in Sonntagsreden hochgehaltene Patientenorientierung sehr leichtfertig geopfert wurde, was in großem Umfang zu einer Unterversorgung führte.

- Die **Definition von Patientensicherheit (B)** ist i. Ggs. zum Begriff der Qualität normativ orientiert. Es ist allerdings in den letzten Jahren eine Relativierung des P*rimum-Nil-Nocere*-Gebotes festzustellen; als Beispiel sei hier die mangelnde Erfassung von Impfnebenwirkungen in der Corona-Zeit angeführt. Als Grundsatz für die Patientensicherheitspraxis muss dagegen die niedrigschwellige Erfassung von möglichen Arzneimittel-Nebenwirkungen gelten (*adverse drug events*). Die Aufzählung von sicherheitsrelevanten Defiziten lässt sich beliebig fortsetzen (Verzicht auf klinische Scores, „Präventive Frühintubation", Versorgungsbruch ambulant/stationär etc.).
- Nur kurz (da Bezug zur Unterversorgung nur indirekt gegeben): Der Rückfall in lineare Top-down-Modelle des „Durchregierens" im „Krieg gegen das Virus" steht in krassem Widerspruch zu Organisationsmodellen, die im Bereich *Quality and Safety* und in der Organisationstheorie seit Langem für die Steuerung von großen Systemen entwickelt worden waren **(komplexer Charakter der Gesundheitsversorgung (C))**.
- Der Verzicht auf die **Zurechenbarkeit von Ereignissen (D)** (z. B. Letalität bzw. *infection fatality rate*) hat massiv zur Fehlversorgung und damit zur Unterversorgung (Quarantäne-Bedingungen!) von Patienten beigetragen, die lediglich eine Besiedlung durch SARS-Cov-2 aufwiesen und man sich nicht die Mühe machte, dies fachgerecht zu differenzieren. Die durch diese Unter- und Fehlversorgung verursachten Schäden sind bis heute nicht aufgearbeitet.
- Die Steuerung einer epidemischen Situation erfordert in erster Linie **belastbare Zahlen (E)**. Der Unwille, eine Kohortenstudie aufzulegen, ist als Bruch mit wichtigsten Grundsätzen wissenschaftlicher Praxis zu werten. Aber auch jenseits solcher exakten Studien muss man in der quantitativen „Alltagserfassung" (am besten vergleichbar mit den RKI-Daten) unbedingt darauf achten, die wichtigsten Daten zu Komorbidität und anderen Wirtseigenschaften mit zu erheben. Dies ist nicht geschehen und resultiert in bislang nicht genauer erhobenen Benachteiligungen aller Patientengruppen. Indikatoren-Sets wurden erst gar nicht in Betracht gezogen, für generierende Verfahren analog dem CIRS-Konzept zur Identifikation von Schwachstellen gilt das Gleiche (s. Impf-NW unter (D)).

– – – – – – –

73: zu den Grundlagen dieser Schätzung, die sich auch in Ad-hoc-Erhebungen in Deutschland wiederfinden, s. Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, insbes. Kap. 3.6., S. 309ff

74: vgl. Schrappe, M.: Qualitätsorientierung als zentrales Paradigma im Gesundheitswesen – Blick auf die Krankenversicherung. In: Knieps, F., Schrappe, M., Demmler, G.: Qualität von Krankenkassen, Fokus Versichertenperspektive. BKK Kundenreport 2021, S. 97-103

75: Sens B, Pietsch B, Fischer B, Hart D, Kahla-Witzsch H, Lührs V, Nothacker M, Paschen U, Rath S, Rode S, Schneider K, Schrappe M (2018) Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements, 4. Auflage, GMS Med. Inform. Biometr. Epidemiol. 14:Doc04, doi: 10.3205/mibe000182, Zugriff über https://www.egms.de/static/de/journals/mibe/2018-14/mibe000182.shtml (letzter Zugriff 10.10.2021), zur Definition des Begriffs Qualität s. Kap. I.1

76: Schrappe, M.: APS-Weißbuch Patientensicherheit – Sicherheit in der Gesundheitsversorgung: Neu denken, gezielt verbessern. Mit Geleitworten von Jens Spahn, Don Berwick und Peter Durkin. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2018, zur Definition Patientensicherheit Kap. 2.6.2, zu den konzeptionellen Schulen s. Kap. 2.6.3. und 4

77: ebd., Kap. 2.4.7. S. 164ff

78: ebd., Kap. 3.5., S. 306ff

79: ebd., Kap. 3.3., S. 244ff

80: Black, N.: Patient Reported Outcome Measures Could Help Transform Healthcare. BMJ 2013, 346: f167 doi: 10.1136/bmj.f167

81: Schrappe, M., Pfaff, H.: Einführung in die Versorgungsforschung. In: H. Pfaff, E. Neugebauer, G. Glaeske, M. Schrappe (eds.): Lehrbuch Versorgungsforschung, 2. vollst. überarb. Auflage. Schattauer Verlag, Stuttgart 2017, 1-68, speziell Kap. 1.4.

82: Pronovost, P.J., Cleeman, J.I., Wright, D., Srinivasan, A.: Fifteen Years After Top Err Is Human: A Success Story to Learn From. BMJ Qual Saf 25, 2016, 396-9

83: zur politischen Theorie im Fall Corona s. Schrappe, M., François-Kettner, H., Gottschalk, R., Knieps, F., Knipp-Selke, A., Manow, P., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-2-CoV-2/CoViD-19. Pandemie als Komplexes System, Steuerung der Epidemie durch Indikatoren-Sets, Kinder und Jugendliche in der Corona-Pandemie, Politik und Demokratie unter Pandemie-Bedingungen, Köln, Berlin, Bremen, Frankfurt, Hamburg 29.8.2021, https://www.monitor-versorgungsforschung.de/efirst/Schrappe-etal_Thesenpapier-8-0, http://doi.org/10.24945/MVF.05.21.1866-0533.2337

84: Hans, F.P., Röttger, M.C., Kleinekort, J., Kühn, M., Benning, L., Brich, J., Gottlieb, D., Wagner, F.C., Busch, H.J.: Effects of a central point of assessment with digitally assisted triage in an integrated emergency center Dtsch Arztebl Int 2024; 121: 849-50. DOI: 10.3238/arztebl.m2024.0201

85: Arah, O.A., Westert, G.P., Hurst, J., Klazinga, N.S.: A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care 18, 2006, 5-13

86: Schrappe, M.: Qualität 2030 – die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen. Mit einem Geleitwort von Ulf Fink und Franz Dormann. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 70ff. Hier steht die gesellschaftliche Perspektive an erster Stelle.

- Die **Patientenorientierung (F)** und besonders die Beachtung von P*atient-Reported Outcomes* (PRO) ist ins Hintertreffen geraten. Natürlich war dies auch ein präexistenter Konflikt, denn schon immer wurde heftig diskutiert, ob die „Institution" (also das Krankenhaus, die Berufsgruppen, der Versorgungssektor) in der dominanten Position ist oder ob es der Patient mit seinen Bedürfnissen sein sollte (sog. Patientenzentrierung). Hunderte von Kongressen wurden in den letzten Jahren abgehalten, die den Patienten „in den Mittelpunkt stellen" wollten, sei es nun in Hinblick auf dessen Portemonnaie (Nutzenmaximierung darf kosten) oder mit Blick auf ein humanistisches Verständnis des Individuums in seiner hilfebedürftigen Situation. Heute aber müssen Patienten schon froh sein, überhaupt zur Behandlung vorgelassen zu werden, über Qualitätsdefizite oder sicherheitsrelevante Ereignisse wagt kaum noch jemand zu diskutieren. „Ich habe einen Splitter im Auge, sagte der Tischlermeister, ziehen Sie sich eine Karte, aber es kann sein, dass Sie erst morgen drankommen" – Inhumanität hat über Nacht Einzug gehalten.
- Durch den **Ersatz von menschlichem Kontakt** durch digitalisierte Interaktionen kommt es zu einer schwerwiegenden Verschlechterung und führt entsprechend zu einer besonderen Form der Unterversorgung (digitale Verarmung durch Verdrängung menschlicher Kontakte). Zusätzlich treten IT-bedingte unerwünschte Ereignisse auf (einschl. Ausfall z. B. durch Hacker).
- Die **wissenschaftliche Absicherung (G)** von Befunden zu Qualität und Sicherheit sowie von Interventionen zur Verbesserung der Situation basiert ganz zentral auf Methoden der EbM und Versorgungsforschung, auch wenn diese Absicherung wegen der Verankerung in der Alltagsversorgung nicht immer einfach zu bewerkstelligen ist. Wie in Kap. 2 ausgeführt, ist die Evidenzgenerierung einer zunehmenden Infragestellung ausgesetzt, was sich massiv auf den Qualitätsbereich auswirkt, weil dadurch der „Medizinische Standard" und somit das Vorliegen einer Unterversorgung (ebenso wenig wie einer Überversorgung) nicht mehr unabhängig zu beschreiben ist.
- Das Wissen um die **„doppelte Komplexität" (H)** von Versorgung und Intervention ist zentral für jegliche Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität und Sicherheit. Ohne solche Konzepte verläuft die Identifikation von sinnvollen Maßnahmen im Ungefähren. Während der letzten Krisen war daher mehrfach zu beobachten, dass vielleicht gut gemeinte Interventionen deswegen zu ganz anderen Effekten führten als erwartet (z. B. Urlaubsrückkehrer-Screening, Ausgangssperren, Impfkampagne verbunden mit Zwang). Ganz entfernt von einer fatalistischen Einstellung, dass man dann ja in komplexen Systemen überhaupt keine (komplexen) Interventionen mehr implementieren könne, ist auf das umfangreiche empirische und theoretisch abgesicherte Wissen zu diesem Thema zu verweisen, das komplett ignoriert wurde.[87]

Dieser Aspekt der Nivellierung des Nutzenbegriffs während der Corona-Epidemie – hier schließt sich der Kreis – hat jedoch enorme Auswirkungen für den Tatbestand der Unterversorgung. Wie in Kap. 2 ausgeführt, wird er traditionellerweise über den Begriff des objektiven Bedarfs begründet, der sich auf den Nutzenbegriff stützt. Eine der Konsequenzen könnte darin bestehen, dass der Nutzen stärker normativ definiert wird.

In diesem Zusammenhang wäre besonders an die Patienten und Patientenrechte zu denken. Diese waren noch vor wenigen Jahren gesetzlich stark betont worden (s. Patientenrechtegesetz von 2013), und natürlich wurde in der Corona-Zeit alles Mögliche getan, um Patientenleben zu retten, trotzdem waren Besuchsrestriktionen und Einschränkungen der Bewegungsfreiheit an der Tagesordnung, auch wenn z. B. ältere Personen dezidiert den Wunsch äußerten, auch auf die Gefahr einer Infektion Kontakte zur Außenwelt aufrechtzuerhalten. Auch die Frage der Impfpflicht hat an dem Grundsatz der körperlichen Integrität zweifeln lassen, einschließlich der Frage der Aufklärung vor Corona-Impfung.[88] Mitarbeiter im Gesundheits- und Pflegedienst spielen unfreiwillig das Sprachrohr für *„Patient Reported Outcomes"*, wenn sie von erhöhter, zum Teil dramatisch erhöhter Aggressivität und Verzweiflung von Patienten berichten, vom Schicksal Sterbender ganz zu schweigen.

5.4. Qualitätsbegriff unter Stress

Unterversorgung durch Fehlversorgung liegt in Deutschland, zusammenfassend dargestellt, also nicht nur als Defizitkonstellation im Sinne ungenügender Prozess- und Ergebnisqualität vor, sondern sieht sich einer konzeptionellen Krise gegenüber, die erfolgreiche Verbesserungsstrategien bedroht. Patientenorientierung ist einer dominanten gesellschaftlichen Perspektive geopfert worden, Grundsätze von Quantifizierung und Steuerung werden zunehmend missachtet, auf die Komplexität von Krisen und Epidemien im Besonderen wurde nicht nach den Regeln der Implementierungswissenschaft und -praxis reagiert. Der Weg zu einem *Quality-Improvement*-Ansatz so wie er noch vor wenigen Jahren formuliert wurde,[89] erscheint unwegsamer und länger geworden zu sein, als man es je denken konnte. Das Problem von Unterversorgung durch Fehlversorgung ist eines der Hauptprobleme der nächsten Jahre.

6. Unterversorgung als Systemeigenschaft

In der GKV haben die Versicherten Anspruch auf medizinische Leistungen nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 2 Abs. 1 SGB V). In der Umsetzung dieses Grundsatzes gibt es vor allem in der ambulanten ärztlichen Versorgung erhebliche Mängel:

- Der Zugang zur ambulanten Versorgung wird in ländlichen Regionen durch eine zu geringe Zahl von Arztpraxen, deren große Entfernungen von den Wohnsitzen der Patienten und fehlende ÖPNV-Verbindungen erheblich erschwert. Das gilt sowohl für die hausärztliche als auch für die fachmedizinische Versorgung. Die Hausarztpraxen sind total überlastet, eine ambulante fachmedizinische Versorgung findet in dünn besiedelten Regionen kaum noch statt.
- In den Städten leidet die ambulante Versorgung unter der Vernachlässigung der Allgemeinmedizin, vor allem aber der fachmedizinischen Grundversorgung (Pädiatrie, Gynäkologie, konservative Augenmedizin, Urologie). In Ballungszentren ist zwar grundsätzlich eine ausreichende Zahl von Facharztpraxen vorhanden, jedoch sind sie innerhalb der Planungsregionen nicht nach dem Bedarfsprinzip verteilt.
- In den Facharztpraxen gibt es lange Wartezeiten, vor allem für Neupatienten. Die intransparente Terminvergabe ist auch in eigentlich gut versorgten Bezirken ein viel beklagtes Ärgernis und

einer der Faktoren für die Überlastung der Notaufnahmen in den Krankenhäusern sowie des Sachverhalts, dass jährlich fünf Millionen Patienten stationär behandelt werden, die eigentlich von Arztpraxen ambulant betreut werden können.

Diese Phänomene einer Unterversorgung haben ihre Wurzeln

- im dualen System von GKV und PKV,
- in der sektoral organisierten Steuerung der Versorgung
- sowie in Entwicklungen in der Arbeitskultur der Ärzteschaft.

6.1. Fehlanreize durch das duale Krankenversicherungssystem

Die PKV gibt pro versicherte Person für die ambulante Versorgung mehr als doppelt so viel aus wie die GKV, wobei diese Mehrausgaben vor allem in der ambulanten Versorgung anfallen (2020: ärztliche Versorgung: + 52,4%, Heilmittel/Physiotherapie: + 49,05). Den Krankenhäusern zahlen die PKV bzw. Beihilfe die gleichen Vergütungen wie die GKV. Für Chefarztbehandlung und komfortablere Unterbringung sind Zusatzversicherungen erforderlich, die auch 6 Mio. GKV-Mitglieder haben. Auch in der Arzneimittelversorgung zahlen GKV und PKV die gleichen Preise. Die Arztpraxen haben je nach Fachgebiet unterschiedliche Reinerträge, deren Höhe in enger Korrelation zu den Privatliquidationen stehen (siehe Tabelle im Anhang);

Umsätze und Reinerträge von Einzelpraxen 2019			
Fachgebiet	**Einnahmen in 1.000 Euro**	**GKV-Einnahmen in v. H.**	**Reinertrag in 1.000 Euro**
Allgemeinmedizin	370	86,6	192
Innere Medizin	471	77,4	222
Gynäkologie	404	66,9	209
Kinder- und Jugendmedizin	402	83,4	200
Augenheilkunde	587	56,6	308
HNO	363	69,1	180
Orthopädie	467	45,7	210
Chirurgie	501	54,0	193
Dermatologie	537	43,5	241
Radiologie	1432	56,2	485
Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	316	81,4	185
Urologie	427	57,9	220
Einzelpraxen insgesamt	**419**	**72,9**	**208**

Tab. 1: *Umsätze und Reinerträge von Einzelpraxen 2019*[90].

- Hausarztpraxen haben einen Reinertrag von 192.000 Euro bei einem Anteil der GKV-Vergütungen von 86,6%. Auf dem gleichen Niveau liegen die Pädiater mit einem Ertrag von 200.000 Euro und einem Anteil der GKV von 83,4%.
- Auffallend hohe Erträge haben Praxen der Augenheilkunde (308.000 Euro), die aber sehr ungleich auf die Praxen verteilt sind. Während etliche konservative Augenarztpraxen wirtschaftliche Probleme haben, gehören die operierenden Augenärzte zu den Großverdienern. Etwa ein Fünftel der Augenarztpraxen haben einen Jahresumsatz von mehr als 1 Mio. Euro bei einem Durchschnittsertrag von mehr als 400.000 Euro. Dafür sorgen nicht nur Privatliquidationen, sondern auch komfortable Sonderentgelte der GKV etwa für Katarakt- und Glaukom-OPs.
- Der relativ niedrige Anteil der GKV-Einnahmen bei Orthopäden und Chirurgen erklärt sich auch aus Sondereinahmen als Durchgangsärzte der GUV, deren Vergütungen deutlich über denen der GKV liegen.

Diese Ertragsunterschiede zwischen den Arztgruppen sorgen auch in Städten und Ballungszentren für eine ungleiche Verteilung der Arztpraxen auf die Stadtteile. In Vierteln mit einem hohen Anteil von Beamten und Privatversicherten ist die Versorgungsdichte deutlich höher als in weniger wohlhabenden Bezirken. Die Bedarfsplanung und Zulassung von Arztpraxen durch die KVen und die GKV-Verbände hat diese Diskrepanzen auch nicht ansatzweise beseitigen können.

6.2. Unterversorgung durch das System der Einzelpraxen

In den ländlichen Regionen sind diese kommerziellen Faktoren weniger für die gravierenden Versorgungslücken in der ambulanten Grundversorgung verantwortlich. Dort liegen die Probleme vor allem in der Überlastung der vorhandenen Hausarztpraxen und der Erreichbarkeit der wenigen Facharztpraxen. Mit den Instrumenten der Bedarfsplanung im KV-System sind die Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen nicht lösbar. Es bedarf einer kompletten Neuordnung der Kooperation von Arztpraxen, Sozialstationen mit nicht-ärztlichen Fachkräften und Krankenhäusern.

Die langen Wartezeiten in Facharztpraxen vor allem für GKV-Mitglieder haben nicht nur Wurzeln im dualen Krankenversicherungssystem und den Privilegien von Privatpatienten, sondern auch in veränderten Einstellungen in der nachwachsenden Generation von Ärztinnen und Ärzten zum Verhältnis von Arbeitszeit und Privatle-

87: Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., Sexton, B., Hyzy, R., Welsh, R., Roth, G., Bander, J., Kepros, J., Goeschel, C.: An Intervention to Decrease Catheter-Related Bloodstream Infections in the ICU. N Engl J Med 35, 2016, 2725-32

88: Schrappe, M., François-Kettner, H., Gruhl, M., Hart, D., Knieps, F., Manow, P., Pfaff, H., Püschel, K., Glaeske, G.: Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19 (Thesenpapier 7): Sorgfältige Integration der Impfung in eine umfassende Präventionsstrategie, Impfkampagne resilient gestalten und wissenschaftlich begleiten, Aufklärung und Selbstbestimmung beachten. Köln, Berlin, Bremen; Hamburg, 10.01.2021, Monitor Versorgungsforschung online, http://doi.org/10.24945/MVF.01.21.1866-0533.2268, zur Frage der Aufklärung vor Impfung s. Kap. 3.3.4

89: Institute of Medicine: Prority Areas for National Action. Transforming Health Care Quality. Washington 2003

90: Destatis, Fachserie 2 Reihe 1.6.1 (eigene Zusammenstellung)

ben. Sie richten ihre Arbeitszeit vor allem an den eigenen Bedürfnissen aus. Die Pflege eines Stammes von Patientinnen und Patienten hat Vorrang vor Neupatienten. Das nach wie vor herrschende System von Einzelpraxen fördert diese Tendenz. Ein Gegensteuern ist nur über kooperative Praxisformen und -netze möglich.

7. Perspektive

Der Begriff der Unterversorgung wurde in den letzten 20 Jahren vornehmlich auf den Begriff des Nutzens bezogen und daraus abgeleitet auf den Bedarf an Leistungen in der Gesundheitsversorgung. Unterversorgung besteht dann, wenn Maßnahmen, deren Nutzen durch Studien unterlegt werden können, nicht erreichbar sind bzw. nicht angeboten werden. Allerdings zeichnet sich ab, dass im Rahmen der allgemeinen Diskussion zu den Defiziten im Bereich der öffentlichen Infrastruktur auch die Daseinsfürsorge im Gesundheitsbereich eine stärker normativ geprägte Bedeutung erlangen wird. Unterversorgung würde vor diesem Hintergrund zwar die Vorenthaltung von nutzenbasierten Gesundheitsleistungen umfassen, sich aber darüber hinausgehend auch an den gesellschaftlichen Erwartungen an die Gestaltung der Gesundheitsversorgung messen lassen müssen.

Unterversorgung, darüber muss man sich im Klaren sein, wird nicht mehr so leicht verschwinden, wenn sie sich erst mal als Missstand etabliert hat. Der US-amerikanische Public-Health- und *Family-Practice*-Experte Mark Murray hat es vor 25 Jahren in folgende Worte gefasst: *„…in a particular service it takes a month to see a dermatologist, and it has ‚always' taken a month"*. Es bleibt so wie es ist, weil es immer so war.[91]

Es sind also zwei Dinge von Bedeutung: Einerseits sind strukturelle Lösungen gefragt, und andererseits muss man einer *Hidden Agenda* entgegenwirken, die etwa lauten könnte: Wir haben uns immer mit Überversorgung beschäftigt, jetzt können wir der Bevölkerung ruhig etwas Unterversorgung zumuten, und Geld sparen kann man so auch noch.

Es besteht im Allgemeinen Einigkeit darüber, dass das größte Strukturproblem im deutschen Gesundheitswesen in der sektoralen Organisation und Finanzierung besteht. Trotz der zahlreichen Initiativen zur „integrierten Versorgung", die bis zum Gesundheitsstrukturgesetz 1992/93 zurückgehen (damals wurde die Einführung erster Fallpauschalen durch das ambulante Operieren und vor- und nachstationäre Versorgung flankiert) ist eine anhaltende und wirksame Integration an den fortbestehenden, durch die getrennten Budgets getriebenen Sektoregoismen gescheitert. Eine wirksame Bekämpfung der Unterversorgung müsste also an dieser Stelle ansetzen.

Natürlich wird einzuwenden sein, dass die sektorale Struktur nicht das einzige Problem darstellt. Genauso sind z. B. inhaltliche Fragen zu diskutieren, etwa die einseitige Orientierung an Eingriffen und weniger an Prävention oder die Bevorzugung operativer Methoden im Gegensatz zur Betreuung und ggf. nur Begleitung chronischer Mehrfacherkrankungen. Hier spielt besonders eine Rolle, dass es der gesundheitspolitischen Diskussion oft an einer klar formulierten Zielorientierung fehlt, was zwar durch Polypragmatismus verdeckt wird, aber der Weiterentwicklung nicht zuträglich ist. Weiterhin ist die Frage der Qualität der Versorgung und deren Sicherheit gerade auch im internationalen Vergleich angesichts der Höhe der eingesetzten finanziellen Mittel nicht zufriedenstellend geklärt. Genauso wenig gibt es gut etablierte Konzepte zur besseren Zusammenarbeit der Berufsgruppen, die zwar kooperieren sollen, es wegen fehlender Anreize und Möglichkeiten (auch gesetzlicher Natur) nicht tun. Schlussendlich ist die Bedarfsplanung, sowieso erschwert durch die sektoralen Einzelperspektiven, unterentwickelt, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

Lösungsansätze können in regionalisierten Versorgungsmodellen liegen, die stärker auf Netzwerke zwischen Allgemein- und Spezialärzten setzen, um Patienten gezielt an die richtigen Fachärzte zu leiten und Überbelastungen in bestimmten Regionen zu vermeiden. Die Vergütungsstrukturen müssen an den veränderten Bedarf angepasst werden, besonders ist auf die stärkere Gewichtung chronischer Krankheiten zu achten, weniger auf einzelne Leistungen im Bereich der (operativen) Eingriffe. Der Zugang zum spezialfachärztlichen Sektor sollte solchen Patienten vorbehalten bleiben, die hierfür auch eine Indikation haben, *Gatekeeper*-Modelle mit Stärkung der hausärztlichen Koordination sollten breitere Anwendung finden. Wenngleich man suboptimale Strukturen ganz grundsätzlich nicht durch technische Instrumente zu „schlecht digitalisierten Strukturen" fehlentwickeln sollte, ist ein gezielter Einsatz von Telemedizin und digitaler Kommunikation sinnvoll, um regionale Disparitäten zu überbrücken und Patienten in strukturschwachen Gebieten den Zugang zu Fachärzten zu erleichtern.

Im Einzelnen sind folgende Punkte zu berücksichtigen:

- **Integrierte Versorgung:** Die inter- bzw. intraregionalen Versorgungsdefizite lassen sich nur durch den Aufbau sektorübergreifender Versorgungsnetze und die Förderung multidisziplinärer MVZ beseitigen. Erstere haben vor allem in ländlichen Regionen Priorität, während der Aufbau von MVZ (ggf. mit vertraglichen Beziehungen zu Krankenhäusern) in den Städten und Ballungszentren Vorrang hat.
- Die **Einbindung von in Eigenverantwortung handelnden Gesundheitsberufen** ist insbesondere in ländlichen Regionen und sozialen Brennpunkten der Großstädte für die Sicherung der Primärversorgung dringend erforderlich. Modellprojekte wie die IT-gestützte aufsuchende Betreuung durch qualifizierte Pflegekräfte in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg („AGnES") müssen in die Regelversorgung integriert werden. Ebenso kann das Innovationsfondsprojekt aus Rheinland-Pfalz „HandInHand": Implementierung von Pflegeexperten in die Regelversorgung entsprechend empfohlen werden.[92]
- Mit der Erkenntnis, dass Pflegebedürftigkeit in den kommenden Jahren stark zunimmt, ist die Bundesregierung aufgerufen, zeitnah in einer strategischen Maßnahmenplanung deutlich mehr präventive Maßnahmen zu veranlassen. Persönliche Gesundheitsbildung als lebenslange Lernprozesse wie institutionelle Prävention und Gesundheitsförderung ab Kita und Schule helfen, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern, zu vermeiden und im demografischen Verlauf deutlich zurückzudrängen.
- Im Wohnungsbau sind neue Wohn- und Lebensmodelle zu berücksichtigen. Nahezu alle Menschen wünschen sich, in ihrer Wohnung alt zu werden und nicht in stationären Einrichtungen zu sterben. Projekte, die geeignet sind, Menschen mit und ohne Hilfebedarf, mit kleinem und großem Geldbeutel, im Ruhestand und im Studium durch soziale Integration ein würdiges, gesunderhal-

tendes und sicheres Altern in einer selbst gewählten Umgebung und Gemeinschaft zu ermöglichen.

- Für das duale System von GKV und PKV gibt es weder eine medizinische noch eine ökonomische Begründung, wie sogar der Wirtschaftssachverständigenrat feststellte. Dessen **Überleitung in ein einheitliches Krankenversicherungssystem** („Bürgerversicherung“) ist jedoch mit juristischen Fallstricken verbunden. Das gilt insbesondere für die rechtlich nicht geklärte Frage, wem die Altersrückstellungen der PKV in welchem Umfang wirklich „gehören“. Zwar wäre bei einem Wechsel von der PKV in die GKV die Überführung der individuellen Rückstellungen in den Gesundheitsfonds eine ökonomisch und sozial „saubere“ Lösung, aber sie würde von der PKV mit Sicherheit verfassungsrechtlich beklagt. Die politisch einfachere Lösung ist die schrittweise Auflösung des herrschenden Beihilfesystems für Beamte und deren Überführung in den Kreis der in der GKV versicherungspflichtigen Personen.

Unterversorgung ist folglich nicht allein durch die Erhöhung der Kapazitäten zu vermeiden bzw. zu beseitigen, sondern es bedarf eines strategischen Ansatzes, der regionale Bedürfnisse berücksichtigt, die Bürokratie reduziert und die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, den verschiedenen Berufsgruppen und den Patienten selbst fördert. Allerdings bedarf es eines klaren und glaubwürdigen Bekenntnisses der Akteure, dass man Unterversorgung nicht als verdeckte Strategie der Kostenreduktion versteht. Dies ist nicht immer einfach, denn nach wie vor bestehen in unserem Gesundheitssystem Über-, Fehl- und Unterversorgung nebeneinander, oft sogar eng miteinander verwoben. <<

Abkürzungen

ALBVVG	Arzneimittelengpass-Bekämpfungs- und Versorgungsverbesserungs-Gesetz
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CIRS	Critical Incident Reporting System (Fehlermelde-System)
DRG	Diagnosis Related Groups
EbM	Evidenzbasierte Medizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHVVG	Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz
KV(en)	Kassenärztliche Vereinigung(en)
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
ÖPNV	Öffentlicher Personen-Nahverkehr
PKV	Private Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch 5
SVR	Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen

– – – – – – –

91: Murray, M.: Patient Care: Access. Brit. Med. J. 320, 2000, 1594-6
92: https://www.pflegeexperten-center.de/startseite

Underuse in the German healthcare system – the underestimated problem

In the past, we in Germany only talked about overuse and misuse; today, the German healthcare system is threatened by a new phenomenon: underuse. Missed specialist appointments, hospital closures, supply bottlenecks for medicines, and costs are rising rapidly. The statement by the “Health Authoring Group” therefore aims to place this new topic at the center of public discussion. It seems all the more important to draw attention to underuse given that this topic is met with considerable reluctance in professional and scientific circles. While patient orientation and patient-reported outcomes were still the focus a few years ago, today, in keeping with the style of paternalistic concepts, the talk is of patient control and optimization.

The paper is divided into seven sections: definition of terms, the concept of underuse based on the Advisory Council's concept of need, a systematic approach to the forms of underuse with a particular emphasis on access, and then a concrete presentation in five selected areas: primary care, specialist care, hospitals, nursing care and the supply of drugs. The penultimate chapter concerns the system-related causes of underuse. At the end, some possible solutions are discussed, but these will be presented in more detail in subsequent papers.ausführlicher dargestellt werden.

Keywords

overuse, underuse and misuse, German healthcare system

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2709

Autorenerklärung

Die Autor:innen erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Venloer Str. 30
50672 Köln
Tel. +49 163 5818 797
matthias@schrappe.com

Zitationshinweis

Autorengruppe Gesundheit et al.: „Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (02/25), S. 47–64. http://doi.org/10.24945/MVF.02.25.1866-0533.2709

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
1987–1995 Leiter der Infektiologie, Univ. Köln, 1995 Visiting Professor Infect. Disease and Clinical Epidemiology. Univ. Iowa, 2002–2005 Vorstandsvors. Univ.-Klinik Marburg, danach Dekan/Wiss. GF Univ. Witten, Generalbev. Univ.-Klinik Frankfurt. 2009 Ruf W3 Univ. Bonn, bis 2011 Direktor Inst. f. Patientensicherheit Univ. Bonn. Bis 2011 Mitglied/Stellv. Vors. SVR Gesundheit, 2001 bis 2007 Vors. d. GQMG, 2005–2009 Gründungsvors. APS, bis 2019 APL-Prof. Univ. Köln mit Lehrauftrag „Patientensicherheit". Kontakt: matthias@schrappe.com



Hedwig François-Kettner
ist Krankenschwester; Pflegemanagerin (1984 bis 2014), Mitglied im Aktionsbündnis Patientensicherheit (Vorsitzende 2011 bis 2019), Mitglied im Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (1992 bis 2014); Diverse Mitgliedschaften in Fachorganisationen der Pflegeverbände; diverse Preise, u. a. Bundesverdienstkreuz am Bande.
Kontakt: Francois-Kettner@progewi.de



Franz Knieps
leitet seit 2013 den BKK-Dachverband. Der Jurist war zuvor u. a. Abteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit und Geschäftsführer Politik im AOK-Bundesverband.
Kontakt: Franz.Knieps@bkk-dv.de



Univ.-Prof. Dr. phil. Klaus Kraemer ORCID: 0000-0003-1365-6212
ist seit 2010 Universitätsprofessor am Department of Sociology – University of Graz – Österreich. Forschungsschwerpunkte: Wirtschaftssoziologie, Soziologie des Geldes, der Arbeit und der Finanzmärkte, Prekarisierungsforschung und soziologische Kapitalismusanalyse. Er habilitierte sich im Fach Soziologie an der Univ. Münster und ist Vertrauensdozent der Hans-Böckler-Stiftung. Kontakt: Klaus.Kraemer@uni-graz.at



Hartmut Reiners
ist Ökonom und Publizist. Er war von 1988 bis 2010 Referatsleiter Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik in den Gesundheitsministerien von Nordrhein-Westfalen und Brandenburg. Er ist Autor zahlreicher Bücher und Artikel zur Gesundheits- und Sozialpolitik.
Kontakt: Hartmut-Reiners@t-online.de



Prof. Dr. med. Martin Scherer
übernahm 2009 eine W2-Professur für Versorgungsforschung an der Universität Lübeck. Seit 2011 ist er Direktor des Instituts und der Poliklinik für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE). 2019 wurde er Präsident der DEGAM. Seit 2024 ist er Sprecher des Center for Health Care Research & Public Health am UKE. Kontakt: M.Scherer@uke.de



Dr. med. Thomas Voshaar
ist ehem. Ärztlicher Direktor, ehem. Chefarzt Med. Klinik III Pneumologie, Allergologie, Klin. Immunologie, Zentrum für Schlaf- und Beatmungsmedizin Lungenkrebszentrum DKG, Lungen- und Thoraxzentrum Nordrhein, Krankenhaus Bethanien Moers/Vorstandsvorsitzender Verband Pneumologischer Kliniken e. V. Vorstandsvorsitzender Verband Pneumologischer Kliniken e.V. Kontakt: Th.Voshaar@t-online.de



unter Mitarbeit von
Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
ist ehem. Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln (2010-2023). Zudem ist er apl. Professur für Biometrie und Klinische Epidemiologie, Ruhr-Univ. Bochum. Vvon 2004 bis 2010 war er Leitender Arzt und stellv. Geschäftsführer des Med. Dienstes Bund (MDS) in Essen.
Kontakt: J.Windeler@posteo.de

