



Evaluation vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V

Untersuchung im Auftrag des Sächsischen
Staatsministeriums für Soziales und
Verbraucherschutz

STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES UND
VERBRAUCHERSCHUTZ



Freistaat
SACHSEN

AGENON

Gesellschaft für Forschung und Entwicklung
im Gesundheitswesen mbH

Impressum

AGENON
Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im
Gesundheitswesen mbH
Kaunstr. 21
14163 Berlin
Tel. 030 – 921 045 70
agenon@agenon.de

im Auftrag des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz

Autoren Dr. Stefan Dudey
Dr. Michael Rädcl
Dr. Heinz-Werner Priess
Steffen Bohm

Inhalt

I	Tabellenverzeichnis	4
II	Abbildungsverzeichnis	6
1	Einleitung	7
2	Vorgeschichte und Neuregelungen zur Versorgung stationär Pflegebedürftiger	9
3	Bevölkerung und Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen	14
3.1	Pflegebedürftigkeit insgesamt	14
3.2	Stationär gepflegte Menschen	15
4	Kooperationsverträge nach § 119b SGB V im Freistaat Sachsen	17
4.1	Vertragsärztliche Versorgung	17
4.2	Vertragszahnärztliche Versorgung	25
5	Interviews mit Pflegeeinrichtungen	31
5.1	Vorgehensweise und Fragebogen	32
5.2	Bereitschaft der Pflegeeinrichtungen zur Interviewteilnahme	32
5.3	Ergebnisse der Interviews	33
6	Interviews mit Ärzten	37
6.1	Vorgehensweise und Fragebogen	37
6.2	Ergebnisse der Interviews	38
7	Analyse der Vertragskonformität mit den Rahmenvereinbarungen	40
7.1	Überblick: Musterverträge bundesweit	40
7.2	Musterverträge in Sachsen	41
8	Ergänzende Routinedatenauswertungen	44
8.1	Datenvergleich zur Nutzung der Kooperationsmöglichkeiten nach § 119b SGB V	45
8.2	Hausärztliche und fachärztliche Versorgung von stationär gepflegten Patienten	48
8.2.1	Ein Rückblick: Kontakthäufigkeiten im Pflegeheim vor Einführung des § 119b SGB V	48
8.2.2	Fachgebietsspezifische Betreuungsdichte der Bewohner von sächsischen Pflegeeinrichtungen	49
8.2.3	Versorgungsintensität der Bewohner von sächsischen Pflegeeinrichtungen	53
8.2.4	Auswertung der abgerechneten Gebührenordnungspositionen	57
8.3	Krankentransporte und Krankenhausinanspruchnahme	58
8.4	Zahnärztliche Versorgung	66
9	Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen	69
9.1	Zentrale Ergebnisse	69
9.2	Handlungsempfehlungen	72

I Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anteil der stationär Gepflegten ab 80 Jahren an der Bevölkerung ab 80 Jahren in Sachsen 2011 und 2017, nach Mittelbereichen.....	16
Tabelle 2:	Anzahl der hausärztlichen Kooperationsverträge in Sachsen nach Mittelbereichen über sechs Quartale.....	18
Tabelle 3:	Anzahl der fachärztlichen Kooperationsverträge in Sachsen nach Mittelbereichen über sechs Quartale.....	19
Tabelle 4:	Anzahl vertragsärztlicher 119b-Verträge in Sachsen 2017 nach Mittelbereichen.....	21
Tabelle 5:	GKV-Versicherte nach Mittelbereichen, für die im jeweiligen Quartal mindestens eine Leistung nach Kapitel 37.2 EBM abgerechnet worden ist.....	24
Tabelle 6:	Entwicklung der Anzahl vertragszahnärztlicher Kooperationsverträge nach § 119b SGB V in Sachsen.....	25
Tabelle 7:	Anzahl vertragszahnärztlicher 119b-Verträge in Sachsen nach Mittelbereichen im vierten Quartal 2017.....	26
Tabelle 8:	Entwicklung der in zahnärztlichen 119b-Kooperationsverträgen betreuten Versicherten in Sachsen 2014 bis 2017.....	28
Tabelle 9:	Ausgewählte konservierend-chirurgische Abrechnungsziffern und ihre Häufigkeit nach Fallkonstellationen.....	29
Tabelle 10:	Anzahl der durchgeführten und der angefragten Interviews mit Pflegeeinrichtungen in vier Mittelbereichen.....	31
Tabelle 11:	Zahl der angefragten und der durchgeführten Interviews mit Allgemeinärzten nach Mittelbereichen.....	37
Tabelle 12:	Übersicht der online verfügbaren Musterverträge und Hinweise für 119b-Kooperationen.....	40
Tabelle 13:	Vergleich wesentlicher, insbesondere zwingender Regelungsinhalte der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zwischen KBV und GKV-Spitzenverband (= Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) mit dem 119b-Mustervertrag der KV Sachsen.....	41
Tabelle 14:	Vergleich wesentlicher, insbesondere zwingender Regelungsinhalte der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband (= Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte) mit dem 119b-Mustervertrag der KZV Sachsen.....	43
Tabelle 15:	Vergleich des Anteils der Heime mit 119b-Vertrag und des Anteils der AOK-PLUS-versicherten Bewohner mit mindestens einer abgerechneten Leistung aus Kapitel 37.2 EBM im vierten Quartal 2017.....	46
Tabelle 16:	Anteil von AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohnern in Prozent für sechs Quartale, für die im betrachteten Quartal mindestens eine Leistung aus Kapitel 37.2 des EBM abgerechnet worden ist.....	47
Tabelle 17:	Anteil von AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohnern mit mindestens einem Hausarztkontakt in Prozent für sechs Quartale.....	50
Tabelle 18:	Anteil von AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohnern mit mindestens einem Kontakt zu einem Facharzt ausgewählter Fachgruppen in Prozent für sechs Quartale.....	51

Tabelle 19:	Anteil AOK PLUS-versicherter Pflegeheimbewohner mit mindestens einem Kontakt im vierten Quartal 2017 in Prozent bei ausgewählten Fachgruppen.....	52
Tabelle 20:	Durchschnittliche Anzahl von Kontakten zu einem Hausarzt für sechs Quartale.....	54
Tabelle 21:	Durchschnittliche Anzahl von Kontakten zu einem Facharzt über ausgewählte Fachgebiete hinweg für sechs Quartale.....	55
Tabelle 22:	Durchschnittliche Anzahl von Kontakten zu einem Facharzt für ausgewählte Fachgebiete im vierten Quartal 2017.....	56
Tabelle 23:	Anteil der stationär gepflegten AOK-Versicherten, für die ausgewählte Gebührenordnungsziffern im dritten Quartal 2016 bzw. im vierten Quartal 2017 mindestens einmal abgerechnet wurden, nach Altersgruppen.....	57
Tabelle 24:	Anteil der bei der AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohner mit mindestens einem Transport durch einen Rettungswagen und / oder Notarzteinsatz nach Quartalen und Mittelbereichen.....	59
Tabelle 25:	Durchschnittliche Zahl der Krankenhausfälle je 100 AOK-PLUS-Pflegeheimbewohner nach Quartalen und Mittelbereichen.....	60
Tabelle 26:	Zusammenhangsmaße zwischen Rettungstransporten und Krankenhausfällen einerseits sowie dem Anteil von 119b-Verträgen andererseits, nach Mittelbereichen.....	62
Tabelle 27:	Vergleich Versorgungsgrad und Krankenhausinanspruchnahme.....	63

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Pflegebedürftige in Sachsen je 1.000 Einwohner ab 65 Jahren nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Dez. 2015)	14
Abbildung 2: Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege je 1.000 Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Dez. 2015)	14
Abbildung 3: Anteil der Pflegeeinrichtungen in Sachsen mit hausärztlichem 119b-Vertrag nach nummerierten Mittelbereichen 1-45; Datenquellen entsprechend Tabelle 4.....	22
Abbildung 4: Anteil der Pflegeeinrichtungen in Sachsen mit zahnärztlichem 119b-Vertrag nach nummerierten Mittelbereichen 1-45; Datenquellen entsprechend Tabelle 7.....	27
Abbildung 5: Anzahl der Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner im Jahr 2006 pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung	48
Abbildung 6: X-Y-Darstellung der Rettungstransporte und des Anteils der Bewohner, die im Rahmen einer 119b-Kooperation versorgt werden, nach Mittelbereichen	61
Abbildung 7: X-Y-Darstellung der Krankenhausfälle und des Anteils der Bewohner, die im Rahmen einer 119b-Kooperation versorgt werden, nach Mittelbereichen	62
Abbildung 8: X-Y-Diagramme zum Zusammenhang zwischen allgemeinärztlichem bzw. fachärztlichem Versorgungsgrad und der Krankenhausinanspruchnahme	66
Abbildung 9: Inanspruchnahmerate von konservierend-chirurgischen Leistungen (beinhalten auch die neuen / modifizierten Gebührennummern) durch vollstationär gepflegte Versicherte in Einrichtungen mit und ohne Kooperationsvertrag in Deutschland insgesamt (standardisiert)	67

1 Einleitung

Im Februar 2018 hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz eine Evaluierung vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Kooperationen mit Pflegeeinrichtungen gemäß § 119b SGB V ausgeschrieben. AGENON Gesellschaft für Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen mbH ist im April 2018 der Zuschlag für die Durchführung dieses Forschungsvorhabens erteilt worden.

Mit dem Ziel, die ärztliche und zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern und auszubauen, wurde im Jahr 2008 mit dem Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) § 119b neu in das SGB V eingefügt.¹ Den Regelungen des § 119b SGB V folgend soll das angestrebte Ziel über den Abschluss von Kooperationsverträgen zwischen Vertragsärzten und Vertragszahnärzten einerseits und Pflegeheimen andererseits erreicht werden. Für die zusätzlichen ärztlichen und zahnärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen nach § 119b SGB V (nachfolgend kurz: 119b-Kooperationen) wurden neue Vergütungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) und in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen (BEMA) aufgenommen. Im Freistaat Sachsen sollen von der Neuregelung mehr als 50.000 Pflegeheimbewohner profitieren.

Vor diesem Hintergrund hat das Sozialministerium als oberste zuständige Behörde in Sachsen für die Schnittstelle zwischen stationärer Pflege und ärztlicher und zahnärztlicher Versorgung folgende Themen und Fragen in das Zentrum seiner Ausschreibung gestellt:

- Im Rahmen einer **Bestandsaufnahme und Dokumentation** sollten wichtige Parameter bezüglich des IST-Zustands der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V im Freistaat Sachsen und ihrer regionalen Verteilung dargestellt werden. Wesentliche Basis dafür sollten Daten zu 119b-Kooperationen der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen (KV Sachsen) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZV Sachsen) wie auch in den stationären Pflegeeinrichtungen geführte Interviews bilden.
- Bei der **Analyse und Bewertung** des erhobenen Sachstandes sollten Anreize und Hindernisse für den Abschluss von Kooperationsverträgen dargestellt werden. Änderungen in der Versorgung der Pflegeheimbewohner durch die Kooperationsverträge und der konkrete Mehrwert für die Patienten sollten – soweit auf der Basis der Datenanalysen und der Interviews möglich – festgestellt werden. Schließlich sollten mögliche Verbesserungen aufgezeigt werden.
- Abschließend sollten **Handlungsempfehlungen** abgeleitet werden. Wie kann die ärztliche und zahnärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen weiter optimiert und gestärkt werden?

Gegenstand der Beauftragung war ferner die Durchführung eines **Workshops** am 24.01.2019 in Dresden unter Beteiligung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz, der KV Sachsen, der KZV Sachsen, mehrerer in Sachsen vertretener Krankenkassen, Regionalkoordinatoren und der Landesärztekammer.

¹ Näheres zu diesen und weiteren gesetzgeberischen Maßnahmen in Kapitel 2.

In Abstimmung zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer ist darüber hinaus vereinbart worden, Auswertungen anhand von pseudonymisierten Routinedaten der AOK PLUS für Sachsen vorzunehmen. Dieser Datenbestand ermöglicht durch Einbeziehung aller Versicherten einen Populationsbezug sowie sektorenübergreifende Analysen.

Auf der Grundlage von Daten der KV Sachsen, der KZV Sachsen, der AOK PLUS (für den sächsischen Teil ihres Geschäftsgebiets) und den Interviews mit Pflegeheimen in den Mittelbereichen Dresden, Leipzig, Marienberg und Weißwasser gibt die vorliegende Evaluation zu 119b-Kooperationen einen vertieften Einblick in die Situation der ambulanten medizinischen Versorgung von Bewohnern in sächsischen stationären Pflegeeinrichtungen. Soweit die Datengrundlagen es erlauben, werden dabei auch regionale Unterschiede in der Versorgung in Sachsen herausgearbeitet.

Bedingt durch die Datenlage können für in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Heimbewohner privat erbrachte und abgerechnete Leistungen in dieser Evaluation ebenso wenig erfasst werden wie die Behandlung von privat versicherten Bewohnern in Pflegeeinrichtungen.² Da dies aber nur wenige Bewohner betrifft, wird die Aussagekraft der vorliegenden und nachfolgend dargestellten Ergebnisse nicht eingeschränkt.

Der vorliegende Evaluationsbericht ist wie folgt aufgebaut:

- Zunächst werden in kurzer Form die Vorgeschichte der Neuregelung durch § 119b SGB V und die konkreten Inhalte der Regelungen dargestellt (Kapitel 2).
- Kapitel 3 gibt einen einführenden Überblick über die Bevölkerungsstruktur und Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen.
- Kapitel 4 behandelt die Kooperationsverträge nach § 119b SGB V, getrennt nach vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Versorgung. Es werden Auswertungsergebnisse aus Daten vorgestellt, die von der KV Sachsen und der KZV Sachsen bereitgestellt worden sind.
- Mit Pflegeeinrichtungen in zwei städtischen und zwei ländlichen Regionen Sachsens wurden Interviews geführt. Vorgehensweise und Ergebnisse werden in Kapitel 5 beschrieben.
- Interviews mit Ärzten zum Thema vertragsärztliche Versorgung in Pflegeheimen sind Gegenstand von Kapitel 6.
- Kapitel 7 analysiert die Konformität der ärztlichen und zahnärztlichen Musterverträge nach § 119b SGB V in Sachsen mit den Rahmenvorgaben auf Bundesebene.
- Kapitel 8 umfasst zusätzliche Routinedatenauswertungen der AOK PLUS für den Freistaat Sachsen.
- Den Schluss bildet das Fazit mit Handlungsempfehlungen in Kapitel 9.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in diesem Bericht die männliche Berufsbezeichnung verwendet („Ärzte“) und auf die Doppelnennung („Ärztinnen und Ärzte“) verzichtet. Gleichwohl sind immer beide Geschlechter gemeint.

² In diesen Fällen gilt bei Inanspruchnahme ärztlicher und zahnärztlicher Leistungen die Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ). Eine pseudonymisierte Erfassung aller Abrechnungsdaten aus diesem Bereich, die den privaten Krankenversicherungsunternehmen und in den entsprechenden Fällen den Beihilfestellen im Prinzip vorliegen, wäre für Fragestellungen der Versorgungsforschung wünschenswert, existiert aber für Deutschland nicht.

2 Vorgeschichte und Neuregelungen zur Versorgung stationär Pflegebedürftiger

Verbesserungen auch in der ärztlichen Versorgung von Heimbewohnern wurden von Expertengremien wiederkehrend eingefordert, so zum Beispiel vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G), damals noch unter dem Namen „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“, im Jahr 2000:

„Der Rat weist nachdrücklich darauf hin, dass insbesondere die Versorgungssituation in Alten- und Pflegeeinrichtungen verbesserungsbedürftig ist. Es bedarf nicht nur einer verbesserten kontinuierlichen ärztlichen Betreuung, sondern auch der Umsetzung der existierenden Konzepte zur aktivierenden Pflege und zur Rehabilitation für Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Bei der konzeptionellen, baulichen und personellen Planung von Altenheimen, bei der Implementierung von Versorgungsinstitutionen sowie in den Konzepten der Altenpolitik sollte die psychische Gesundheit bzw. Morbidität alter Menschen stärker berücksichtigt werden.“³

Die im Jahr 2008 in das SGB V aufgenommene Neuregelung des § 119b SGB V geht historisch auf ein bereits im Jahr 1998 unter dem Namen „Berliner Projekt – Die Pflege mit dem Plus“ gestartetes Modellprojekt zurück. Im damaligen Westberlin an Krankenhäusern angesiedelte Abteilungen für chronisch Kranke und Krankenhäuser wurden mit Inkrafttreten der 2. Stufe der Pflegeversicherung im Jahr 1996 in Pflegeheime umgewandelt, wobei die kontinuierliche Rund-um-die-Uhr Versorgung durch kooperierende oder angestellte Ärzte, Pflegepersonal und Therapeuten beibehalten wurde. Das Berliner Projekt wurde über die Zeit weiterentwickelt und im Jahr 2008 mit dem Zukunftspreis der Janssen-Cilag-Stiftung ausgezeichnet.⁴ Vergleichbare Ansätze mit dem Ziel, die haus- und die fachärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu stärken, wurden – mit unterschiedlichen Akzentuierungen – in der zweiten Hälfte der 90er Jahre im Rahmen von Verträgen zur integrierten Versorgung in verschiedenen Regionen in Deutschland umgesetzt.

Mit Wirkung ab dem 01.07.2008 ist mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz schließlich § 119b SGB V mit folgendem Wortlaut neu in das SGB V eingefügt worden:

„Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen

Stationäre Pflegeeinrichtungen können einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 anzustreben. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den

³ Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“. Band III: „Über-, Unter- und Fehlversorgung“. Textziffer 353. Zitiert nach Bundestagsdrucksache 14/6871, <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/14/068/1406871.pdf>

⁴ <http://www.berliner-projekt.de/historie-des-berliner-projekts/#start>, zuletzt abgerufen 12.1.2019

Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten.“⁵

Laut Gesetzesbegründung zielte die neue Vorschrift darauf ab, „die gelegentlich als unzureichend beschriebene ambulante ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zu verbessern, Schnittstellenprobleme abzubauen und gleichzeitig der gesetzlichen Krankenversicherung unnötige Transport- und Krankenhauskosten zu ersparen.“⁶

Dem ursprünglichen Regierungsentwurf folgend sollten die genannten Ziele mit einer Regelung erreicht werden, nach der der Zulassungsausschuss stationäre Pflegeeinrichtungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung hätte ermächtigen *müssen*, soweit „eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne einen in der Pflegeeinrichtung tätigen angestellten Arzt, der in das Arztregister eingetragen und geriatrisch fortgebildet ist, (...) nicht sichergestellt ist“.⁷ Im weiteren Gesetzgebungsverfahren wurde dieser Ansatz zugunsten einer weniger verbindlichen Kann-Regelung geändert.

Mit angestoßen durch eine Untersuchung von Rothgang et al.⁸ und den SVR-G, der sich in seinem Gutachten 2009 vertieft mit der Mundgesundheit älterer Menschen sowie der zahnärztlichen Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen befasst hat⁹, wurden § 119b SGB V mit dem Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtung-Gesetz – PNG, Inkrafttreten 30.10.2012) zwei weitere Absätze hinzugefügt.

- Mit dem neuen Absatz 2 wurde den Partnern der Selbstverwaltung vorgegeben, im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene bis zum 30. September 2013 Anforderungen an eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen zu vereinbaren. In der Gesetzesbegründung wurde dazu auf „einzelne regional praktizierte und erfolgreiche Kooperationsansätze in der Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten“ verwiesen und den Leistungserbringern sowie der gemeinsamen Selbstverwaltung als Ziel vorgegeben, diese „zu sammeln, zu bewerten und flächendeckend zu implementieren“.¹⁰ Entsprechend diesen Vorgaben haben der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie den Verbänden der Pflegeberufe auf Bundesebene als Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag eine Vereinbarung für eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen geschlossen, die 2014 in Kraft getreten ist.¹¹ Die

⁵ Zitiert nach <https://www.buzer.de/gesetz/8223/a155144.htm>

⁶ Bundestagsdrucksache 16/7439, S. 97: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf>

⁷ A.a.O.: S. 31.

⁸ Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R: GEK-Pflegereport 2008. Asgard-Verlag 2008, S. 196

⁹ Vgl. Tz. 832 ff. im Gutachten 2009 des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“, S. 367, zitiert nach Bundestagsdrucksache 16/13770: <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/137/1613770.pdf>

¹⁰ Bundesratsdrucksache 170/12, S. 102, <https://dipbt.bundestag.de/dip21/brd/2012/0170-12.pdf>

¹¹ http://www.kbv.de/media/sp/Anlage_27_119b_SGBV.pdf; zuletzt abgerufen am 16.10.2018

Vereinbarung sieht strukturierte Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den an der pflegerischen und medizinischen Versorgung Beteiligten vor, unter anderem über Visiten, Konsile und Fallbesprechungen, und beinhaltet weiterführende Empfehlungen zur Ausgestaltung der Kooperationen. Für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung besteht als Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte (BMV-Z) eine Rahmenvereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV).¹²

- Mit dem neuen Absatz 3 wurde das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) beauftragt, die Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit zu evaluieren und der Bundesregierung bis zum 31. August 2015 über die Ergebnisse Bericht zu erstatten. Der erteilte Evaluierungsauftrag ist bislang nicht abgeschlossen. Um für die Evaluation eine Datengrundlage zu schaffen, die das InBA in die Lage versetzt, die geforderte Evaluation durchzuführen, hat der Bewertungsausschuss am 22.11.2017 einen Beschluss zu anlassbezogenen Datenlieferungen durch die Pflegekassen ab 01.01.2018 gefasst.¹³

Mit einer weiteren Novellierung ist 2015 in Absatz 1 der Satz „Stationäre Pflegeeinrichtungen *können* einzeln oder gemeinsam ...“ geändert worden in „Stationäre Pflegeeinrichtungen *sollen* einzeln oder gemeinsam...“.¹⁴ Die rechtliche Änderung sollte einen stärkeren Verpflichtungscharakter schaffen, und auch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wurden vor die Herausforderung gestellt, diese Formen der Versorgung stärker zu unterstützen.

Die jüngste gesetzliche Novellierung des § 119b SGB V mit dem am 09.11.2018 vom Deutschen Bundestag verabschiedeten Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG) ist zum 01.01.2019 in Kraft getreten.¹⁵ § 119b SGB V lautet wie folgt (Änderungen fett markiert):

„(1) Stationäre Pflegeeinrichtungen **haben** einzeln oder gemeinsam bei entsprechendem Bedarf unbeschadet des § 75 Abs. 1 Kooperationsverträge mit dafür geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern **zu** schließen. Auf Antrag der Pflegeeinrichtung hat die Kassenärztliche Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden ärztlichen Versorgung von pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung Verträge nach Satz 1 **innerhalb von drei Monaten** zu vermitteln. Kommt ein Vertrag nach Satz 1 nicht innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Zugang des Antrags der Pflegeeinrichtung zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in der Pflegeeinrichtung mit angestellten Ärzten, die in das Arztregister eingetragen sind und geriatrisch fortgebildet sein sollen, zu ermächtigen; die Anstellung bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Soll die Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten durch einen in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellten Arzt erfolgen, ist der angestellte Arzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der pflegebedürftigen Versicherten in den Pflegeeinrichtungen zu ermächtigen. Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt. Der in der Pflegeeinrichtung tätige Arzt ist bei seinen ärztlichen Entscheidungen nicht an Weisungen

¹² <https://www.kzbv.de/bmv-z-20180425-anlage12.download.946f030c68171506dd9208084891d45b.pdf>; zuletzt abgerufen am 16.10.2018

¹³ https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2017-11-22_ba409.pdf

¹⁴ Zitiert nach <https://www.buzer.de/gesetz/2497/al52143-0.htm>

¹⁵ Vgl. Bundestags-Drucksache 19/5593, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/055/1905593.pdf>

von Nichtärzten gebunden. Er soll mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammenarbeiten. **Stationäre Pflegeeinrichtungen benennen eine verantwortliche Pflegefachkraft für die Zusammenarbeit mit den vertragsärztlichen Leistungserbringern im Rahmen der Verträge nach Satz 1.**

(2) [unverändert]

(2a) Die Vertragsparteien nach Absatz 2 haben erstmals bis zum 30. Juni 2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 zu vereinbaren. In der Vereinbarung können auf Verlangen der für die Interessensvertretung maßgeblichen Verbände auf Bundesebene auch technische Anforderungen an den elektronischen Datenaustausch mit ambulanten Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern, Apotheken sowie mit Heil und Hilfsmittelerbringern berücksichtigt werden. Sobald die Dienste der Telematikinfrastruktur nach § 291a für den Bereich der Altenpflege zur Verfügung stehen, sollen sie in der Vereinbarung berücksichtigt werden.

(2b) Telemedizinische Dienste, insbesondere Videosprechstunden sollen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern nach Absatz 1 Satz 1 Verwendung finden.

(3) Der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen evaluiert die mit der Vergütungsregelung nach § 87 Absatz 2a verbundenen Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkassen und berichtet der Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2017 über die Ergebnisse. Die für die Durchführung der Evaluation erforderlichen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Pflegekassen zu erfassen und jeweils über die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen an den Bewertungsausschuss nach Satz 1 zu übermitteln; § 87 Absatz 3f gilt entsprechend. **Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen evaluieren auf Grundlage einer von ihnen zu treffenden Vereinbarung die mit den Kooperationsverträgen nach Absatz 1 verbundenen Auswirkungen auf die vertragszahnärztliche Versorgung von Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen. Über die Ergebnisse berichten sie der Bundesregierung im Abstand von drei Jahren, erstmals bis zum 30. Juni 2019.**

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind gemäß Absatz 1 Satz 1 nunmehr verpflichtet, Kooperationsverträge abzuschließen. Die Relativierung, dass dies „bei entsprechendem Bedarf“ (§ 119b Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu geschehen hat, ist allerdings unverändert im Gesetzestext verblieben, so dass abzuwarten bleibt, ob sich in der praktischen Handhabung viel ändert. Die KBV hat die Gesetzesmodifikation kritisiert: Sie „verschärfe das strukturelle Problem der knapper werdenden ärztlichen Ressourcen anstatt Probleme zu lösen“.¹⁶

Der eingefügte Absatz 2a fordert die Selbstverwaltungspartner darüber hinaus auf, bis zum 30.06.2019 im Benehmen mit den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene „verbindliche Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärzt-

¹⁶ Pressemitteilung vom 15.11.2018, http://www.kbv.de/html/1150_38096.php

lichen Leistungserbringern“ zu vereinbaren. Wie schnell eine solche Umstellung auf elektronische Kommunikation in den nächsten Jahren tatsächlich in der Praxis umgesetzt werden kann, bleibt ebenfalls abzuwarten.

Dasselbe gilt für die im PpSG vorgesehene Neuregelung zum Thema Fahrkosten, die ebenfalls am 01.01.2019 in Kraft getreten ist und mit der der Gesetzgeber auf festgestellte Hemmnisse in der Praxis der Leistungsgewährung durch die Krankenkassen reagiert.¹⁷ Der Genehmigungsvorbehalt des § 60 Abs. 1 Satz 4 SGB V, wonach die Krankenkasse die Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung übernimmt, entfällt zukünftig unter der Voraussetzung, dass der Versicherte in Pflegegrad 3, 4 oder 5 eingestuft ist oder über einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (blind) oder H (hilflos) verfügt.¹⁸

Um die kooperative Versorgung im Pflegeheim auch über die Vergütung abzusichern, wurde für den vertragsärztlichen Bereich mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) 2015 eine Ergänzung des § 87 Absatz 2a SGB V vorgenommen, nach der mit Wirkung zum 01.04.2016 eine Regelung für die Vergütung der zusätzlichen ärztlichen Kooperations- und Koordinationsleistungen nach § 119b SGB V zu treffen ist (§ 87 Absatz 2a Satz 13 SGB V). Mit Wirkung ab dem 01.07.2016 wurde als Ergebnis der Beratungen im Bewertungsausschuss ein neues Kapitel 37.2 in den EBM mit Gebührenpositionen für Haus- und Fachärzte aufgenommen, über die der erhöhte Aufwand ärztlicher Leistungen zur Kooperation und Koordinierung der Betreuung in Pflegeheimen extrabudgetär vergütet wird. Der Kooperationsvertrag ist gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nachzuweisen. Für den vertragszahnärztlichen Bereich besteht eine Verpflichtung zur Anpassung des BEMA seit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG; § 87 Absatz 2j SGB V). Der BEMA wurde bereits mit Wirkung ab dem 01.04.2014 entsprechend ergänzt (Positionen 154, 155, 172a bis d, 182).

¹⁷ Vgl. Rädcl M, Bohm S, Priess HW, Walter M: Zahnreport 2018. BARMER-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 8. Müller-Verlagsservice, Siegburg, S. 148.

¹⁸ Vgl. Bundestagsdrucksache 19/5593, S. 37, <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/055/1905593.pdf>

3 Bevölkerung und Pflegebedürftigkeit im Freistaat Sachsen

3.1 Pflegebedürftigkeit insgesamt

In Sachsen hatten mit Stand Dezember 2017 insgesamt 204.797 Menschen Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI), darunter 50.997 in vollstationärer Pflege, das sind 25% der Pflegebedürftigen in Sachsen.¹⁹

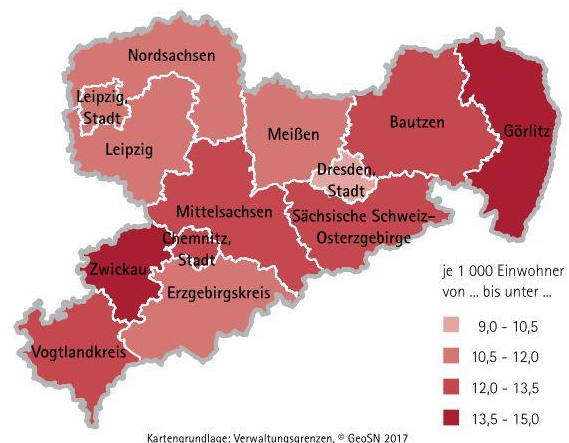
Bezogen auf alle Einwohner Sachsens ab 65 Jahren entspricht das 163 Pflegebedürftigen je 1.000 Einwohner. Abbildung 1 zeigt die regionalen Unterschiede bei der Pflegebedürftigkeit insgesamt und bei der stationären Pflege (Datenstand Dezember 2015).

Eine überdurchschnittliche Prävalenz von Pflegebedürftigkeit findet sich im Ostteil des Landes (Kreis Görlitz). Abbildung 2 zeigt, dass die Prävalenz von Pflegebedürftigen in vollstationärer Dauerpflege in den Kreisen Görlitz und Zwickau überdurchschnittlich hoch ist.

Abbildung 1: Pflegebedürftige in Sachsen je 1.000 Einwohner ab 65 Jahren nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Dez. 2015)



Abbildung 2: Pflegebedürftige in vollstationärer Dauerpflege je 1.000 Einwohner nach Landkreisen und kreisfreien Städten (Dez. 2015)



Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen²⁰

Für das Jahr 2030 gehen demografische Modelle auf Basis der 6. Regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung von einer Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger in Sachsen auf 210.000 Menschen aus, das sind 26% mehr als 2015.²¹

¹⁹ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich Pflegebedürftige 2017, S. 17, Download unter <https://bit.ly/2VHBgxA>

²⁰ „Statistisch betrachtet. Pflege in Sachsen 2018“. Herausgegeben vom Statistischen Landesamt des Freistaates Sachsen, 2018. Download unter <https://bit.ly/2IFDBJu>

²¹ Vgl. Bernd Richter: Stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen in Sachsen – Entwicklungen 1999 bis 2015 und ein Ausblick bis 2030. Fachbeitrag Nr. 1 / 2018 des Statistischen Landesamts des Freistaates Sachsen, S. 6. Download unter <https://bit.ly/2yTrBOd>.

3.2 Stationär gepflegte Menschen

In Sachsen wurden Ende 2011 45.815 Menschen stationär gepflegt. Im Dezember 2017 waren es bereits 50.997, was einer Zunahme von 11,3% in sechs Jahren entspricht.²² Das „Zweite Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften“ (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II)²³ hat eine Zuordnungsänderung zum 01.01.2017 vorgesehen. An die Stelle von drei Pflegestufen sind fünf Pflegegrade getreten. Dabei wurde von den Pflegekassen am 01.01.2017 eine automatische Umgruppierung vorgenommen, die jeder bisherigen Pflegestufe einen neuen Pflegegrad zuordnete (von Pflegestufe I in Pflegegrad 2, von Pflegestufe II in Pflegegrad 3, von Pflegestufe III in Pflegegrad 4, in bestimmten Härtefällen mit besonders hohem Pflegebedarf von Pflegestufe III in Pflegegrad 5)²⁴. Zunächst – mit Stand 01.01.2017 – gab es deshalb keine Versicherten mit Pflegegrad 1. Dieser Pflegegrad kann und wird seit dem 01.01.2017 im Rahmen von entsprechenden Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) vergeben.

Bereits mit Wirkung ab dem Jahr 2015 wurden in der Pflegeversicherung Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (vor allem für Demenzkranke) eingeführt, und zwar im Zuge des Ersten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz – PSG I).

Die rechtlichen Änderungen durch das PSG I ab 2015 und das PSG II ab 2017 sind bei der Interpretation der genannten Zunahme stationär gepflegter Menschen um 11,3% innerhalb von sechs Jahren zu beachten. Die neuen Pflegegrade und die leistungsrechtlichen Erweiterungen mit ihrem verstärkten Fokus auf Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz haben dazu beigetragen, dass die Zahl der Empfänger von Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung *insgesamt* deutlich gestiegen ist: Berücksichtigt man zusätzlich die Menschen, die nicht stationär gepflegt werden, ergibt sich für Sachsen Ende 2017 gegenüber Ende 2015 eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen um 22,8% und gegenüber Ende 2011 um 47,3%.

Die Gruppe der Hochbetagten dominiert in den stationären Pflegeeinrichtungen. In Sachsen waren Ende 2017 73% der Menschen im Pflegeheim 80 Jahre oder älter.²⁵ Bildet man die Relation aus stationär gepflegten Menschen ab 80 Jahren zur Zahl der Menschen ab 80 Jahren insgesamt nach Mittelbereichen (Tabelle 1), besteht eine erhebliche regionale Varianz: Die Anteilswerte bewegen sich zwischen 7,5% (Mittelbereich 41 Weißwasser) und 17,0% (Mittelbereich 14 Freital) bzw. 17,3% (Mittelbereich 38 Schkeuditz). Als Ursachen kommen unter anderem Unterschiede im regional vorhandenen Angebot an Pflegeplätzen, an Angeboten der teilstationären Pflege (Tagespflege)²⁶ sowie Unterschiede im ambulanten Pflegepotenzial durch professionelle Anbieter und insbesondere durch Angehörige in Betracht.

²² Vgl. DESTATIS, Zweijährige Pflegestatistik mit Ländervergleich – <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderPflegebeduerftige.html>

²³ <https://www.buzer.de/s1.htm?g=PSG+II&f=1> – Zuletzt abgerufen 9.1.2019.

²⁴ Vgl. § 140 Abs. 2 SGB XI sowie die weiteren Regelungen dort, insbesondere bezüglich der Zuordnung von Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5.

²⁵ Sonderauswertung des Sächsischen Statistischen Landesamts für dieses Projekt, basierend auf der Pflegestatistik der Länder.

²⁶ Zur Abgrenzung vollstationäre und teilstationäre Pflege liegen Zahlen für den Erhebungszeitpunkt 15.12.2015 vor (Statistisches Landesamt des Freistaats Sachsen – Pflege in Sachsen – Ausgabe

Tabelle 1: Anteil der stationär Gepflegten ab 80 Jahren an der Bevölkerung ab 80 Jahren in Sachsen 2011 und 2017, nach Mittelbereichen

Nr	Mittelbereich	Anteil 2011 in %	Anteil 2017 in %	Differenz in %-Punkten
1	Annaberg-Buchholz	6,9	8,7	1,8
2	Aue	11,8	13,5	1,7
3	Auerbach	11,2	12,8	1,6
4	Bautzen	12,4	13,5	1,2
5	Borna	12,2	13,7	1,5
6	Chemnitz	12,4	12,3	-0,1
7	Crimmitschau	9,7	9,4	-0,3
8	Delitzsch	12,6	11,9	-0,7
9	Dippoldiswalde	5,5	9,6	4,0
10	Dresden	13,4	11,8	-1,6
11	Döbeln	9,4	10,4	1,0
12	Eilenburg	12,1	13,3	1,2
13	Freiberg	12,1	10,6	-1,5
14	Freital	18,3	17,0	-1,3
15	Glauchau	13,8	14,0	0,1
16	Grimma	12,0	10,5	-1,5
17	Großenhain	7,3	8,1	0,8
18	Görlitz	12,2	11,8	-0,4
19	Hoyerswerda	9,7	8,5	-1,2
20	Kamenz	12,4	12,6	0,2
21	Leipzig	13,2	12,0	-1,2
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	16,5	15,3	-1,2
23	Limbach-Oberfrohna	9,5	10,9	1,4
24	Löbau	12,4	12,5	0,1
25	Marienberg	10,1	10,9	0,7
26	Markkleeberg	14,0	10,5	-3,5
27	Meißen	11,4	9,7	-1,7
28	Mittweida	12,7	13,1	0,4
29	Niesky	10,0	8,9	-1,2
30	Oelsnitz	11,1	12,2	1,1
31	Oschatz	10,2	10,9	0,7
32	Pirna	12,2	11,3	-0,9
33	Plauen	10,5	9,5	-1,1
34	Radeberg	12,8	10,6	-2,2
35	Radebeul	13,4	11,1	-2,3
36	Reichenbach	14,2	14,3	0,1
37	Riesa	10,7	9,5	-1,2
38	Schkeuditz	14,9	17,3	2,4
39	Stollberg	9,6	9,1	-0,5
40	Torgau	13,2	11,6	-1,5
41	Weißwasser	9,9	7,5	-2,4
42	Werdau	12,1	11,0	-1,0
43	Wurzen	11,1	10,9	-0,2
44	Zittau	15,4	14,6	-0,8
45	Zwickau	11,8	10,8	-1,0

Quelle: Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Sonderauswertung)

2018, S. 8). Zu diesem Zeitpunkt wurden 54.091 Leistungsempfänger von Pflegeversicherungsleistungen stationär betreut, davon 4.976 (9,2%) in teilstationärer Tagespflege.

4 Kooperationsverträge nach § 119b SGB V im Freistaat Sachsen

4.1 Vertragsärztliche Versorgung

Basis für die nachfolgende Darstellung zur Entwicklung der Kooperationsvereinbarungen gemäß § 119b SGB V bilden Daten, die von der KV Sachsen für den Zeitraum ab Start der Abrechnungsmöglichkeiten der neuen Gebührenordnungspositionen des Kapitels 37.2 EBM – das heißt ab dem dritten Quartal 2016 – bis einschließlich dem vierten Quartal 2017 zur Verfügung gestellt worden sind. Die Datengrundlagen umfassen zum einen Vertrags- und zum anderen Abrechnungsdaten.

Basierend auf den Vertragsdaten kann die Frage beantwortet werden, wie sich die Anzahl der Vertragsärzte mit Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V im oben genannten Zeitraum entwickelt hat. Da die Vertragsdaten auch Regionalkennungen beinhalten ist eine Darstellung nach Mittelbereichen möglich.

In Kombination mit der Anzahl der Pflegeheime kann ferner für das Jahr 2017 dargestellt werden, wie hoch rein rechnerisch der Anteil der Heime ist, der über eine 119b-Vereinbarung verfügt.

Basierend auf den Abrechnungsdaten kann auch beantwortet werden, wie sich die Anzahl der im Rahmen einer 119b-Kooperation behandelten Pflegeheimbewohner im genannten Zeitraum entwickelt hat. Auch hier ist eine Darstellung nach Mittelbereichen möglich.

Entwicklung der Zahl der geschlossenen Kooperationsvereinbarungen nach § 119b SGB V

Tabelle 2 zeigt für Hausärzte und Tabelle 3 für Fachärzte für die sechs verfügbaren Quartale mit Beginn der Abrechnungsmöglichkeit am 01.07.2018 die Entwicklung der jeweiligen Zahl der Verträge. Am Ende des ersten in den beiden Tabellen ausgewiesenen Quartals gab es beispielsweise, wie jeweils in der letzten Zeile ausgewiesen wird, in Sachsen 20 Verträge mit hausärztlicher und sieben Verträge mit fachärztlicher Beteiligung.

Tabelle 2: Anzahl der hausärztlichen Kooperationsverträge in Sachsen nach Mittelbereichen über sechs Quartale

Nr	Mittelbereich	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017
1	Annaberg-Buchholz	0	0	1	1	2	2
2	Aue	1	1	1	2	2	2
3	Auerbach	1	3	5	6	8	8
4	Bautzen	0	0	0	0	0	0
5	Borna	0	0	0	0	0	1
6	Chemnitz	2	5	9	11	11	13
7	Crimmitschau	0	0	0	0	0	0
8	Delitzsch	0	0	0	0	0	0
9	Dippoldiswalde	1	2	2	4	4	4
10	Dresden	4	6	7	9	10	10
11	Döbeln	0	1	1	1	1	1
12	Eilenburg	1	1	1	1	1	1
13	Freiberg	0	6	6	7	7	7
14	Freital	0	0	0	0	0	0
15	Glauchau	0	0	0	0	0	0
16	Grimma	0	1	1	1	1	2
17	Großenhain	0	0	0	0	0	0
18	Görlitz	0	2	2	2	2	2
19	Hoyerswerda	0	0	0	0	1	2
20	Kamenz	0	0	1	2	2	2
21	Leipzig	2	11	19	20	22	27
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	0	0	0	0	1	1
23	Limbach-Oberfrohna	0	0	0	0	3	3
24	Löbau	0	0	0	0	0	1
25	Marienberg	0	0	1	1	1	1
26	Markkleeberg	0	0	1	1	1	1
27	Meißen	1	1	2	1	1	3
28	Mittweida	1	1	2	2	2	2
29	Niesky	1	1	2	2	2	2
30	Oelsnitz	2	2	2	3	3	3
31	Oschatz	0	1	2	2	2	2
32	Pirna	0	0	0	0	0	0
33	Plauen	0	0	1	4	4	4
34	Radeberg	1	1	1	1	1	1
35	Radebeul	0	0	0	0	2	2
36	Reichenbach	0	0	0	1	1	1
37	Riesa	0	0	0	0	0	0
38	Schkeuditz	0	0	0	0	0	0
39	Stollberg	0	0	0	1	1	1
40	Torgau	0	0	3	3	3	4
41	Weißwasser	0	0	0	0	0	0
42	Werdau	0	0	0	0	0	0
43	Wurzen	0	0	2	2	2	3
44	Zittau	2	2	2	3	3	3
45	Zwickau	0	0	0	0	0	0
	Sachsen	20	48	77	94	107	122

Quelle: KV Sachsen

Tabelle 3: Anzahl der fachärztlichen Kooperationsverträge in Sachsen nach Mittelbereichen über sechs Quartale

Nr	Mittelbereich	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017
1	Annaberg-Buchholz	0	0	1	1	1	1
2	Aue	0	0	0	0	0	0
3	Auerbach	0	0	0	0	0	0
4	Bautzen	0	0	0	1	1	1
5	Borna	0	0	0	0	0	0
6	Chemnitz	0	2	7	7	7	7
7	Crimmitschau	0	0	0	0	0	0
8	Delitzsch	0	0	0	0	0	0
9	Dippoldiswalde	0	0	0	2	2	2
10	Dresden	0	0	0	0	1	1
11	Döbeln	0	0	0	0	0	0
12	Eilenburg	1	1	1	1	1	1
13	Freiberg	0	5	5	5	5	5
14	Freital	0	0	0	0	0	0
15	Glauchau	0	0	0	0	0	0
17	Grimma	0	0	0	0	0	0
16	Großenhain	0	0	0	0	0	0
18	Görlitz	0	0	0	0	0	0
19	Hoyerswerda	0	0	0	0	0	0
20	Kamenz	0	0	0	0	0	0
21	Leipzig	0	2	5	6	11	15
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	0	0	0	0	0	0
23	Limbach-Oberfrohna	1	1	1	1	1	1
24	Löbau	0	0	0	0	0	0
25	Marienberg	0	0	0	0	0	0
26	Markkleeberg	0	0	1	1	1	1
27	Meißen	0	0	0	0	0	0
28	Mittweida	0	0	1	1	1	1
29	Niesky	5	5	5	5	5	5
30	Oelsnitz	0	0	0	0	0	0
31	Oschatz	0	0	0	0	0	0
32	Pirna	0	0	0	0	0	0
33	Plauen	0	0	2	2	2	2
34	Radeberg	0	0	0	0	0	0
35	Radebeul	0	0	0	0	0	0
36	Reichenbach	0	0	0	0	0	0
37	Riesa	0	0	0	0	0	0
38	Schkeuditz	0	0	0	0	0	0
39	Stollberg	0	0	0	0	0	0
40	Torgau	0	0	0	0	0	0
41	Weißwasser	0	0	0	0	0	0
42	Werdau	0	0	0	0	0	0
43	Wurzen	0	0	0	0	0	0
44	Zittau	0	0	0	0	0	0
45	Zwickau	0	0	0	0	0	0
	Sachsen	7	16	29	33	39	43

Quelle: KV Sachsen

Die Dynamik ist von da an gleichmäßig gewesen: Pro Quartal kamen rund 20 hausärztliche Verträge und sieben Verträge mit fachärztlicher Beteiligung hinzu. Im vierten Quartal 2017 bestanden im hausärztlichen Bereich 122 Verträge sowie 43 Verträge mit fachärztlicher Beteiligung.

Diese verteilen sich sehr unterschiedlich auf die verschiedenen Regionen. Am Ende des Beobachtungszeitraum sind fast ein Viertel der hausärztlichen Verträge und mehr als ein Drittel der Verträge mit fachärztlicher Beteiligung auf den Mittelbereich Leipzig konzentriert. Den hohen Zahlen in Leipzig standen zwölf von 45 Regionen ohne hausärztlichen Vertrag gegenüber und 32 von 45 Regionen ohne Vertrag mit Facharztbeteiligung.

Es wurde auch untersucht, in welchem Umfang Verträge nach § 119b SGB V auslaufen oder beendet werden. In der Datenlieferung der KV Sachsen ließen sich in den sechs betrachteten Quartalen sechs beendete Verträge identifizieren.

Anteil der Heime mit Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V

Mit dem Ziel, die Kooperation zwischen Haus- und Fachärzten in der Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu stärken, galt bis zum 31.07.2018 – und damit im gesamten hier beobachteten Zeitraum – in Sachsen, dass Leistungen des Kapitel 37.2 EBM nur abgerechnet werden konnten, wenn einem Kooperationsvertrag gemäß § 119b SGB V mindestens ein Hausarzt angehörte. Ein Hausarzt konnte demnach allein mit einer Pflegeeinrichtung einen Vertrag schließen; Fachärzte mussten dagegen immer einen Hausarzt einbinden, um selbst Leistungen des Kapitel 37.2 EBM abrechnen zu können.

Aus den vorliegenden Daten der KV Sachsen lässt sich die Anzahl der Kooperationsverträge nicht abschließend bestimmen, weil die Zuordnung eines Vertragsarztes mit Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V zu einer konkreten Kooperationsvereinbarung nicht möglich ist. Da aber bis zum 31.07.2018 keine Leistungen des Kapitel 37.2 EBM ohne Kooperationsvereinbarung mit einem Hausarzt abgerechnet werden konnten, kann die Anzahl der Kooperationsvereinbarungen mit der Anzahl der Hausärzte mit 119b-Kooperation genähert werden. Soweit mehr als ein Hausarzt an einer Kooperationsvereinbarung teilgenommen haben sollte, würde die Anzahl der Vereinbarungen entsprechend überschätzt.

Tabelle 4 zeigt die über die Anzahl der Hausärzte mit 119b-Vertrag gemessene Anzahl von 119b-Vereinbarungen im Jahr 2017 nach Mittelbereichen und insgesamt, die Anzahl der Pflegeheime und den daraus rechnerisch ermittelten Anteil von Heimen mit 119b-Vertrag. Die Anzahl der Pflegeheime basiert auf einer Sonderauswertung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen für dieses Projekt.

Eine Abdeckungsquote von 30% oder mehr wird nur in sieben von 45 Mittelbereichen erreicht, wobei die höchste Abdeckung von Pflegeheimen mit 119b-Vereinbarung im Mittelbereich Dippoldiswalde (9) besteht: Von zehn Pflegeheimen verfügen hier vier über eine 119b-Vereinbarung, entsprechend einem Anteil von 40%. In sechs von 45 Mittelbereichen wird eine Abdeckung von 20% bis unter 30% erreicht, in 13 von 45 Mittelbereichen von 10% bis unter 20% und in 19 von 45 Mittelbereichen liegt die Abdeckung niedriger als 10%, davon besteht in 12 von 45 Mittelbereichen keine 119b-Vereinbarung. Mit Stand Ende 2017 besteht trotz der finanziellen Anreize, also den neu geschaffenen Möglichkeiten, zusätzliche Gebührenordnungsziffern abrechnen zu können, somit keine flächendeckende oder gleichmäßige Verteilung dieser Verträge.

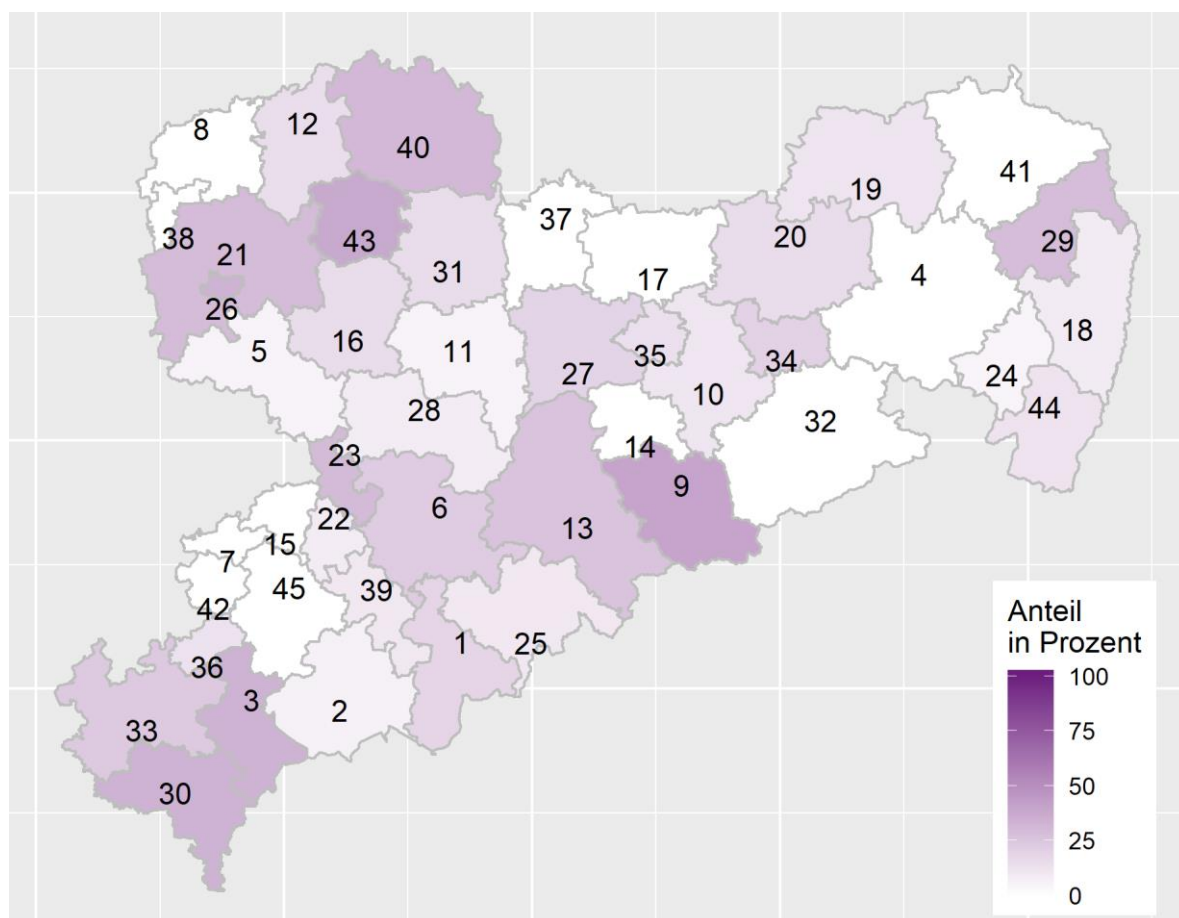
Tabelle 4: Anzahl vertragsärztlicher 119b-Verträge in Sachsen 2017 nach Mittelbereichen

Nr.	Mittelbereich	119b-Verträge bzw. Hausärzte mit 119b-Vertrag	Stationäre Pflegeein- richtungen	Anteil Pflegeeinrichtun- gen mit 119b-Vertrag
A	B	C	D	E
1	Annaberg-Buchholz	2	11	18,2%
2	Aue	2	31	6,5%
3	Auerbach	8	24	33,3%
4	Bautzen	0	36	0,0%
5	Borna	1	19	5,3%
6	Chemnitz	13	58	22,4%
7	Crimmitschau	0	7	0,0%
8	Delitzsch	0	11	0,0%
9	Dippoldiswalde	4	10	40,0%
10	Dresden	10	91	11,0%
11	Döbeln	1	19	5,3%
12	Eilenburg	1	7	14,3%
13	Freiberg	7	27	25,9%
14	Freital	0	16	0,0%
15	Glauchau	0	19	0,0%
16	Grimma	2	13	15,4%
17	Großenhain	0	7	0,0%
18	Görlitz	2	23	8,7%
19	Hoyerswerda	2	18	11,1%
20	Kamenz	2	13	15,4%
21	Leipzig	27	92	29,3%
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	1	12	8,3%
23	Limbach-Oberfrohna	3	10	30,0%
24	Löbau	1	22	4,5%
25	Marienberg	1	10	10,0%
26	Markkleeberg	1	3	33,3%
27	Meißen	3	16	18,8%
28	Mittweida	2	24	8,3%
29	Niesky	2	7	28,6%
30	Oelsnitz	3	9	33,3%
31	Oschatz	2	13	15,4%
32	Pirna	0	32	0,0%
33	Plauen	4	17	23,5%
34	Radeberg	1	5	20,0%
35	Radebeul	2	15	13,3%
36	Reichenbach	1	8	12,5%
37	Riesa	0	18	0,0%
38	Schkeuditz	0	5	0,0%
39	Stollberg	1	10	10,0%
40	Torgau	4	13	30,8%
41	Weißwasser	0	12	0,0%
42	Werdau	0	7	0,0%
43	Wurzen	3	8	37,5%
44	Zittau	3	25	12,0%
45	Zwickau	0	32	0,0%
	Sachsen	122	885	13,8%

Quelle: KV Sachsen (Spalte B), Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (Spalte D)

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass aus der Anzahl der Pflegeheime mit 119b-Vereinbarung bzw. aus der Abdeckungsquote allein keine Rückschlüsse darauf möglich sind, wie intensiv die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern sich in der Vergangenheit tatsächlich dargestellt hat und aktuell darstellt. Aussagen dazu sind erst dann möglich, wenn die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern insgesamt, das heißt auch jenseits bestehender 119b-Vereinbarungen, mit in den Blick genommen wird. Das ist auf Basis der von der KV Sachsen zur Verfügung gestellten Daten nicht möglich. Ergänzend wurden deshalb Daten analysiert, die von der AOK PLUS für diese Untersuchung zur Verfügung gestellt worden sind. Ergebnisse entsprechender Analysen finden sich in Kapitel 8.

Abbildung 3: Anteil der Pflegeeinrichtungen in Sachsen mit hausärztlichem 119b-Vertrag nach nummerierten Mittelbereichen 1-45; Datenquellen entsprechend Tabelle 4



Quelle: KV Sachsen, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Abbildung 3 stellt die Ergebnisse aus Tabelle 4 als Landkarte dar. „Weiße Flecken“ auf dieser Karte bedeuten, dass in dem betreffenden Mittelbereich kein Hausarzt der KV Sachsen einen 119b-Vertrag angezeigt hat. Das waren zum Stichtag der Erhebung die Mittelbereiche Bautzen (4), Crimmitschau (7), Delitzsch (8), Freital (14), Glauchau (15), Großhain (17), Pirna (32), Riesa (37), Schkeuditz (38), Weißwasser (41), Werdau (42) und Zwickau (45). Dabei bilden Zwickau und die angrenzenden Gebiete Glauchau, Crimmitschau und Werdau ein zusammenhängendes Gebiet in Westsachsen ohne diese Vertragsform, das in dieser Hinsicht heraussticht. Eine Abdeckungs-

quote von 30% und mehr weisen die Mittelbereiche Dippoldiswalde (9), Wurzen (43), Oelsnitz (30), Markkleeberg (26), Auerbach (3), Torgau (40) und Limbach-Oberfrohna (23) auf.

Entsprechend der Ausweisung in Tabelle 4 beträgt die Abdeckungsquote für den Freistaat Sachsen 13,8%. Entsprechende Werte sind weder für andere Bundesländer noch für das Bundesgebiet verfügbar. Zieht man Angaben des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Zi) zu Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V für das Bundesgebiet im vierten Quartal 2017 heran²⁷ – 4.317 119b-Vereinbarungen – und setzt diese in Relation zu der gesamten Anzahl von 11.241 Pflegeheimen in Deutschland im vierten Quartal 2017, die vollstationäre Dauerpflege anbieten²⁸, ergibt sich rechnerisch eine Abdeckungsquote von 38%. Da Heime auch über mehrere Kooperationsverträge verfügen können, ist davon auszugehen, dass der Abdeckungsgrad mit Stand Ende 2017 weniger als 38% betragen hat. Genauere Angaben sind für Deutschland aktuell nicht möglich.

Der Wert von knapp 14% Pflegeeinrichtungen mit ärztlichem 119b-Kooperationsvertrag in Sachsen liegt deutlich unter der Schätzung von 38% bundesweit, wobei dieser Vergleich allerdings aus den genannten methodischen Gründen nur begrenzt aussagekräftig ist.

Entwicklung der Anzahl der im Rahmen von 119b-Kooperationen behandelten Pflegeheimbewohner

Tabelle 5 weist aus, wie sich die Anzahl der GKV-versicherten Heimbewohner seit dem dritten Quartal 2016 entwickelt hat, für die im jeweiligen Quartal mindestens eine Leistung des Kapitel 37.2. EBM abgerechnet worden ist. Ausgehend von 738 GKV-Versicherten im dritten Quartal 2016 ist die Anzahl der Versicherten auf 8.731 im vierten Quartal 2017 angestiegen, was einem Anteil von 15% der Bewohner in vollstationären Pflegeeinrichtungen entspricht.

Auch hier der Hinweis, dass die Anzahl der GKV-versicherten Pflegeheimbewohner, für die eine Leistung des Kapitels 37.2 EBM abgerechnet worden ist, noch nichts darüber auszusagen vermag, wie viele Bewohner in einem betrachteten Zeitraum (Quartal) ärztlich versorgt worden sind. Ergebnisse entsprechender Analysen auf der Basis von Daten der AOK PLUS, die für diese Untersuchung zur Verfügung gestellt worden sind, finden sich in Kapitel 8.

²⁷ <https://www.zi.de/presse/grafikdesmonats/>

²⁸ Vgl. Statistisches Bundesamt, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Ländervergleich – Pflegeheime 2017, S. 9. Download unter <https://bit.ly/2TkXQj2>

Tabelle 5: GKV-Versicherte nach Mittelbereichen, für die im jeweiligen Quartal mindestens eine Leistung nach Kapitel 37.2 EBM abgerechnet worden ist

Nr	Mittelbereich	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017
1	Annaberg-Buchholz	0	1	3	4	2	6
2	Aue	0	4	28	33	110	110
3	Auerbach	41	72	72	76	81	88
4	Bautzen	0	58	139	412	474	475
5	Borna	5	4	10	13	12	88
6	Chemnitz	155	411	694	1.262	1.374	1.615
7	Crimmitschau	0	0	0	0	0	1
8	Delitzsch	1	7	13	17	16	27
9	Dippoldiswalde	44	41	42	91	138	148
10	Dresden	77	372	417	617	688	968
11	Döbeln	1	21	27	28	32	32
12	Eilenburg	20	38	40	52	61	76
13	Freiberg	1	396	428	496	495	498
14	Freital	2	2	1	2	3	20
15	Glauchau	0	0	1	4	4	16
16	Grimma	5	7	50	45	47	60
17	Großenhain	0	0	0	2	1	16
18	Görlitz	1	62	63	69	68	94
19	Hoyerswerda	0	1	3		59	109
20	Kamenz	0	2	28	51	51	71
21	Leipzig	32	633	1.327	1.714	1.990	2.258
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	1	1	2	3	73	156
23	Limbach-Oberfrohna	0	3	2	3	41	66
24	Löbau	3	5	21	20	22	16
25	Marienberg	0	78	137	139	151	152
26	Markkleeberg	0	1	3	8	7	8
27	Meißen	77	144	121	121	120	118
28	Mittweida	72	67	85	87	88	102
29	Niesky	1	43	67	72	72	79
30	Oelsnitz	0	79	78	77	77	79
31	Oschatz	1	26	41	46	51	53
32	Pirna	1	1	5	11	7	69
33	Plauen	5	11	88	128	141	182
34	Radeberg	9	2	15	16	21	11
35	Radebeul	2	3	10	5	35	76
36	Reichenbach	0	0	2	2	3	4
37	Riesa	1	3	8	5	4	23
38	Schkeuditz	1	2	6	2	4	6
39	Stollberg	0	0	1	26	39	67
40	Torgau	0	0	124	129	118	126
41	Weißwasser	0	2	1	0	1	2
42	Werdau	0	0	0	0	0	6
43	Wurzen	6	5	20	77	86	278
44	Zittau	172	169	185	187	192	201
45	Zwickau	1		2	3	5	75
	Sachsen	738	2.777	4.410	6.155	7.064	8.731

Quelle: KV Sachsen

4.2 Vertragszahnärztliche Versorgung

Entwicklung der Zahl der geschlossenen Kooperationsvereinbarungen nach § 119b SGB V

Mit Stand Ende September 2017 weist die Statistik der KZV Sachsen 226 Kooperationsverträge aus (Tabelle 6).

Tabelle 6: Entwicklung der Anzahl vertragszahnärztlicher Kooperationsverträge nach § 119b SGB V in Sachsen

Stand	Anzahl Kooperationsverträge	Anzahl Zahnärzte	Verträge pro Zahnarzt
A	B	C	D
30.06.2014	50	39	1,28
30.09.2014	80	61	1,31
31.12.2014	101	76	1,33
31.03.2015	129	98	1,32
30.06.2015	138	105	1,31
30.09.2015	141	107	1,32
31.12.2015	145	110	1,32
31.03.2016	163	121	1,35
30.06.2016	188	134	1,40
30.09.2016	194	139	1,40
31.12.2016	200	143	1,40
31.03.2017	213	152	1,40
30.06.2017	221	156	1,42
30.09.2017	227	160	1,42
31.12.2017	233	165	1,41

Quelle: KZV Sachsen

Neben der Zunahme der Zahl der Verträge (Spalte B) von Quartal zu Quartal wie auch der Zahl der Zahnärzte (Spalte C) enthält Tabelle 6 die Berechnung des Quotienten „Verträge pro Zahnarzt“ (Spalte D), die sich ausgehend von durchschnittlich 1,28 Kooperationsvereinbarungen gem. § 119b SGB V pro Zahnarzt mit Stand zum 30.06.2014 auf 1,41 Vereinbarungen pro Zahnarzt mit Stand zum 31.12.2017 erhöht hat.

Anteil der Heime mit Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V

Analog zu den Auswertungen für die vertragsärztliche Versorgung weist Tabelle 7 mit Stand im vierten Quartal 2017 nach Mittelbereichen und für Sachsen gesamt aus, wie viele Pflegeeinrichtungen über einen zahnärztlichen 119b-Vertrag verfügen, wie viele stationären Pflegeeinrichtungen jeweils bestehen und welche Abdeckungsquote sich jeweils ergibt. Zusätzlich ist die Anzahl der GKV-versicherten Heimbewohner ausgewiesen, für die mindestens eine der speziell für 119b-Vereinbarungen in den BEMA eingeführten Ziffern abgerechnet worden ist.

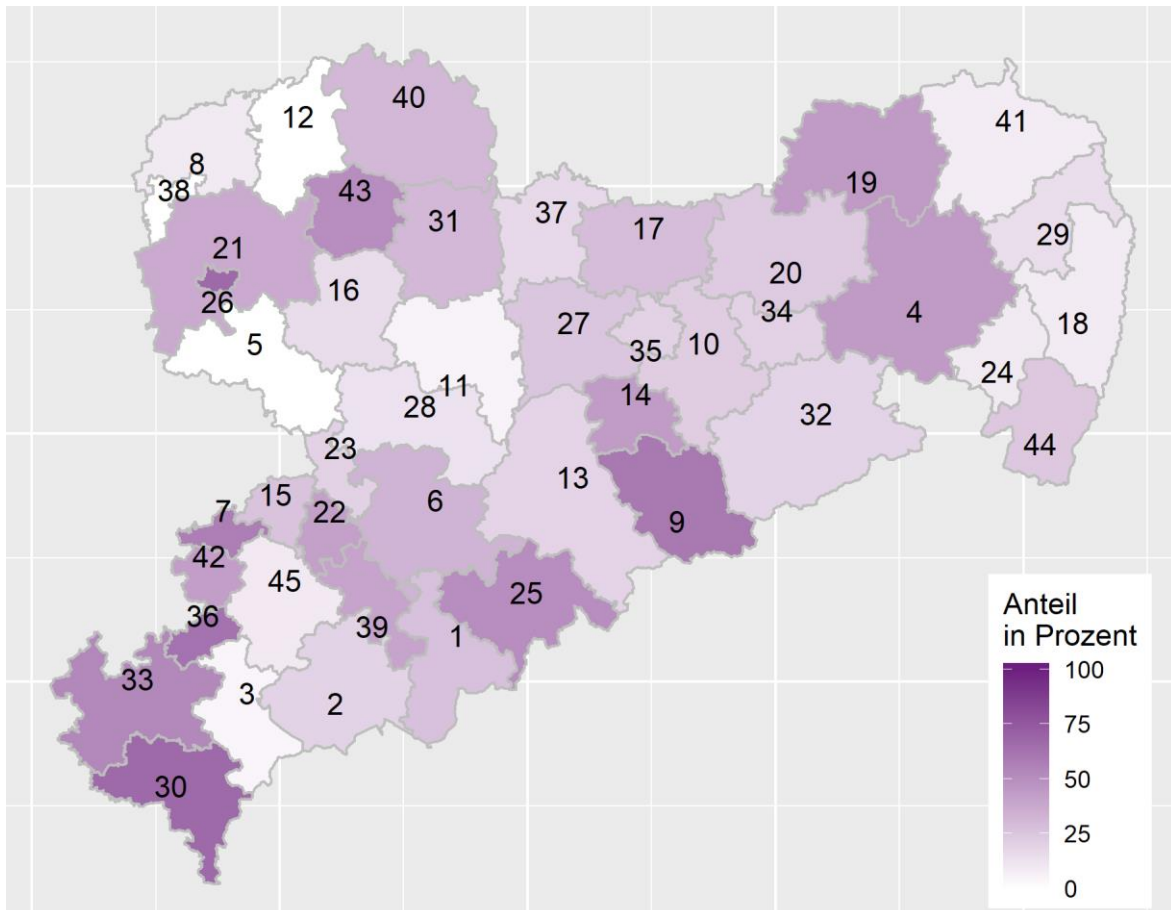
Tabelle 7: Anzahl vertragszahnärztlicher 119b-Verträge in Sachsen nach Mittelbereichen im vierten Quartal 2017

Nr	Mittelbereich	Pflegeeinrichtungen mit zahnärztlichem 119b-Vertrag	Betreute Bewohner	Pflegeeinrichtungen	Anteil Pflegeeinrichtungen mit zahnärztl. 119b-Vertrag
A	B	C	D	E	F
1	Annaberg-Buchholz	3	176	11	27%
2	Aue	6	443	31	19%
3	Auerbach	1	31	24	4%
4	Bautzen	12	571	36	33%
5	Borna	1	19	19	5%
6	Chemnitz	17	1169	58	29%
7	Crimmitschau	4	136	7	57%
8	Delitzsch	1	48	11	9%
9	Dippoldiswalde	4	240	10	40%
10	Dresden	17	1227	91	19%
11	Döbeln	1	87	19	5%
12	Eilenburg	0	0	7	0%
13	Freiberg	4	142	27	15%
14	Freital	7	411	16	44%
15	Glauchau	3	222	19	16%
16	Grimma	1	63	13	8%
17	Großenhain	2	104	7	29%
18	Görlitz	2	70	23	9%
19	Hoyerswerda	7	339	18	39%
20	Kamenz	3	124	13	23%
21	Leipzig	31	2711	92	34%
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	4	573	12	33%
23	Limbach-Oberfrohna	2	130	10	20%
24	Löbau	2	138	22	9%
25	Marienberg	3	116	10	30%
26	Markkleeberg	2	176	3	67%
27	Meißen	4	211	16	25%
28	Mittweida	3	177	24	13%
29	Niesky	1	91	7	14%
30	Oelsnitz	5	150	9	56%
31	Oschatz	4	217	13	31%
32	Pirna	6	568	32	19%
33	Plauen	8	514	17	47%
34	Radeberg	1	190	5	20%
35	Radebeul	3	213	15	20%
36	Reichenbach	3	100	8	38%
37	Riesa	2	161	18	11%
38	Schkeuditz	0	0	5	0%
39	Stollberg	3	185	10	30%
40	Torgau	4	171	13	31%
41	Weißwasser	0	0	12	0%
42	Werdau	2	48	7	29%
43	Wurzen	3	160	8	38%
44	Zittau	5	210	25	20%
45	Zwickau	3	147	32	9%
	Sachsen	200	12.979	885	23%

Quelle: KZV Sachsen, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Insgesamt ist die regionale Abdeckung bei den vertragszahnärztlichen 119b-Verträgen deutlich höher als bei den vertragsärztlichen 119b-Verträgen. Dies zeigt sich entsprechend in weniger „weißen Flecken“ (Abbildung 4).

Abbildung 4: Anteil der Pflegeeinrichtungen in Sachsen mit zahnärztlichem 119b-Vertrag nach nummerierten Mittelbereichen 1-45; Datenquellen entsprechend Tabelle 7



Quelle: KZV Sachsen, Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen

Ein wichtiger Einflussfaktor ist dabei, dass die Möglichkeit der Abrechnung nach den BEMA-Ziffern bereits seit April 2013 besteht, während im vertragsärztlichen Bereich das hier relevante Kapitel 37.2 erst seit dem dritten Quartal 2016 in den EBM aufgenommen wurde.

Die unterschiedlichen Strukturen und Inhalte der von der KV Sachsen und der KZV Sachsen gelieferten 119b-Vertragstabellen führen dazu, dass die ausgewiesenen Abdeckungsgrade zwischen vertragsärztlicher und vertragszahnärztlicher Versorgung nur mit Einschränkungen vergleichbar sind. Während die Daten der KZV Sachsen differenzierte Informationen zu den abgeschlossenen Verträgen, den jeweiligen Pflegeeinrichtungen und der Zahl der betreuten Bewohner enthalten, ist in den Daten der KV Sachsen die Zahl der Hausärzte Grundlage für die Schätzung der Zahl der Verträge. Eine gewisse Unschärfe kann aus diesen Gründen nicht ausgeschlossen werden. Der in der letzten Zeile von Tabelle 7 genannte Abdeckungsgrad von 23% für die vertrags-

zahnärztliche Versorgung ist deshalb mit dem für die vertragsärztliche Versorgung angegebenen Wert von knapp 14% (siehe Kapitel 4.1, Tabelle 4) nur eingeschränkt vergleichbar.

Für Deutschland gesamt hat die Presseabteilung der KZBV aktuell einen bundesweiten Abdeckungsgrad von 27% als Anteil der Pflegeeinrichtungen mit vertragszahnärztlichem Kooperationsvertrag vermeldet.²⁹

Entwicklung der Anzahl der im Rahmen von 119b-Kooperationen behandelten Pflegeheimbewohner

Die Anzahl der Bewohner von Pflegeeinrichtungen, die in einem Heim mit zahnärztlichen 119b-Kooperationsvertrag versorgt werden, ist von 2014 bis 2017 von 2.150 auf gut 13.000 gestiegen (vgl. Tabelle 8). Die entsprechende Anzahl für ärztliche 119b-Kooperationsverträge beträgt 8.731 (vgl. Tabelle 5, S. 24). Es werden also für deutlich mehr Pflegeheimbewohner die neu geschaffenen BEMA-Ziffern abgerechnet als die neuen Ziffern in Kapitel 37.2 EBM.

Tabelle 8: Entwicklung der in zahnärztlichen 119b-Kooperationsverträgen betreuten Versicherten in Sachsen 2014 bis 2017

Stand	Anzahl Versicherte, die in Kooperationsverträgen betreut werden
A	B
30.06.2014	2.150
30.09.2014	3.862
31.12.2014	5.051
31.03.2015	6.235
30.06.2015	7.037
30.09.2015	7.223
31.12.2015	7.392
31.03.2016	8.382
30.06.2016	9.788
30.09.2016	10.226
31.12.2016	10.664
31.03.2017	11.620
30.06.2017	12.049
30.09.2017	12.609
31.12.2017	13.027

Quelle: KZV Sachsen; ohne Berücksichtigung von Verträgen, die innerhalb des betrachteten Zeitraums Juni 2014 bis Dezember 2017 wieder beendet wurden

Vergleich der konservierend-chirurgischen Leistungserbringung in der Praxis, zu Hause und in der Pflegeeinrichtung

Im Rahmen der Bewertung vertragszahnärztlicher Kooperationsverträge nach §119b SGB V erscheint nicht nur die quantitative Analyse von Verträgen und Leistungen sinnvoll, sondern auch die Qualität der im Rahmen dieser Verträge erbrachten Versorgung.

²⁹ E-Mail-Newsletter von presse@kzbv.de vom 1.11.2018.

Zu Ermittlung des Leistungsspektrums von Versorgungsleistungen im Rahmen vertragszahnärztlicher Kooperationsverträge stellte die KZV Sachsen aggregierte Angaben zu konservierend-chirurgischen zahnärztlichen Leistungen zur Verfügung. Tabelle 9 gibt einen vergleichenden Überblick zur Häufigkeit ausgewählter Leistungen der zahnärztlichen Gebührenordnung (BEMA), die im dritten Quartal 2017 zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen unter bestimmten beschriebenen Konstellationen erbracht wurden. Dabei sind die BEMA-Gebührennummern 154, 155, 172a, 172b, 172c und 172d in der Tabelle kursiv gedruckt. Sie sind nur abrechnungsfähig im Rahmen eines zwischen Zahnarzt und Pflegeeinrichtung geschlossenen 119b-Kooperationsvertrags. Im nennenswerten Umfang kommen diese 119b-Leistungen in der Tabelle nur in Fallgruppe D vor, die genau über die Existenz solcher Besuchspositionen 154 oder 155 definiert ist.

Tabelle 9: Ausgewählte konservierend-chirurgische Abrechnungsziffern und ihre Häufigkeit nach Fallkonstellationen³⁰

BEMA-Ziffer	Fälle A	Fälle B	Fälle C	Fälle D	Text
1	838.798	278	428	142	Eingehende Untersuchung
4	194.062	84	543	391	Erhebung PSI
13a	222.047	78	240	153	Präparieren einer Kavität, Füllen (einfächig)
107	376.379	273	1.086	679	Entfernen harter Zahnbeläge
151	0	2.121	5.226	2	Besuch eines Versicherten, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
152	0	559	5.782	0	Besuch eines weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
153	0	32	1.838	7	Besuch eines pflegebedürftigen Versicherten in einer stationären Pflegeeinrichtung ohne 119b-Vertrag, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung
154	0	0	4	1.477	<i>Besuch in Pflegeeinrichtung im Rahmen eines 119b-Kooperationsvertrags, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung</i>
155	0	0	9	5.722	<i>Besuchsgebühr für einen weiteren Pflegebedürftigen im Rahmen eines 119b-Kooperationsvertrags im zeitlichen Zusammenhang mit einer 154-Leistung, einschließlich Beratung und eingehende Untersuchung</i>
171a	27	0	5.606	7	Zuschlag für das Aufsuchen von Versicherten, die pflegebedürftig sind, behindert oder eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen
171b	0	0	7.185	2	Zuschlag für das Aufsuchen eines weiteren Versicherten in derselben häuslichen Gemeinschaft oder Einrichtung, im zeitlichen Zusammenhang mit einer Leistung nach 171a
172a	0	0	4	1.458	<i>Zuschlag für das Aufsuchen eines Pflegebedürftigen im Rahmen eines 119b-Kooperationsvertrags</i>
172b	0	0	9	5.692	<i>Zuschlag für das Aufsuchen eines weiteren Pflegebedürftigen im zeitlichen Zusammenhang mit einer 172a-Leistung</i>
172c	0	0	0	343	<i>Beurteilung des zahnärztlichen Behandlungsbedarfs im Rahmen eines 119b-Kooperationsvertrags</i>
172d	0	0	0	2.125	<i>Unterstützung und ggf. praktische Anleitung des Pflegepersonals im Rahmen eines 119b-Kooperationsvertrags</i>

Quelle: BEMA-Auswertungen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen, drittes Quartal 2017

³⁰ A = Fälle ohne Besuchspositionen 151-155. B = Fälle mit Besuchspositionen 151-153, ohne Zuschläge 171a und 171b bzw. 172a und 172b. C = Fälle mit Besuchspositionen 151-153, mit Zuschlägen 171a und 171b. D = Fälle mit Besuchspositionen 154-155, mit Zuschlägen 172a und 172b.

Außerdem existieren seit längerem Abrechnungsmöglichkeiten für die aufsuchende Betreuung durch Zahnärzte (Ziffern 151, 152 und 153). Sie finden weiterhin Verwendung in Fällen, in denen kein 119b-Vertrag vorliegt, aber Pflegeheimbewohner behandelt werden oder der Zahnarzt einen Hausbesuch macht.

Die Daten erlauben keine Differenzierung nach Region, Alter oder Geschlecht. Folgendes kann aber festgehalten werden:

- Die Statistik weist in den Fallkonstellationen B und C für die BEMA-Ziffern 151, 152 und 153 insgesamt 15.558 Fälle aus, bei denen ein Zahnarzt einen Versicherten im 3. Quartal 2017 besucht hat und dieser Versicherte außerhalb eines 119b-Vertrags behandelt wurde, sei es in seiner häuslichen Umgebung oder in einer Pflegeeinrichtung.
- Die Fallkonstellation D weist für die BEMA-Ziffern 154 und 155 in diesem Quartal 7.199 Fälle aus, bei denen ein Zahnarzt den Bewohner einer Pflegeeinrichtung im Rahmen eines 119b-Kooperationsvertrags aufgesucht und behandelt hat.
- Stellt man in den verschiedenen Fallkonstellationen A bis D die Häufigkeit ausgewählter Leistungsziffern (hier BEMA 4, 13a und 107) der Zahl der jeweils behandelten Fälle gegenüber, so werden bei normalen, in der Praxis durchgeführten Behandlungen (Fallkonstellation A) erheblich höhere Anteile erreicht. Dieses Ergebnis ist erwartbar, denn die fehlende zahnmedizinische Ausstattung in der räumlichen Situation zu Hause oder in der Pflegeeinrichtung lässt bestimmte Behandlungen in der Regel nicht zu.
- Die präventiv ausgerichteten Versorgungsleistungen für pflegebedürftige Versicherte im Rahmen eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V (unter anderem BEMA 172d) werden im nennenswerten Umfang in Anspruch genommen. Pflegebedürftige in entsprechenden Einrichtungen nahmen damit ein umfassenderes präventives Leistungsspektrum in Anspruch.

5 Interviews mit Pflegeeinrichtungen

Exemplarisch wurden in zwei kreisfreien Städten und in zwei Landkreisen im Rahmen dieser Evaluation Befragungen von Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Entsprechend der diesbezüglichen Absprache mit dem Auftraggeber wurden im ländlichen Raum die Mittelbereiche Weißwasser und Marienberg berücksichtigt und bei den kreisfreien Städten stationäre Pflegeeinrichtungen in Dresden und in Leipzig. Insgesamt sollten 20 Interviews durchgeführt werden, 10 davon mit stationären Pflegeeinrichtungen im ländlichen Raum (Mittelbereiche Weißwasser und Marienburg) und 10 in kreisfreien Städten (Dresden und Leipzig).

Die Interviewplanung stand vor der doppelten Herausforderung, dass *erstens* die Zahl der Pflegeeinrichtungen im ländlichen Raum nicht groß ist. So konnten in der Akquisitionsphase zur Anbahnung der Interviews im Mittelbereich Weißwasser lediglich sieben und im Mittelbereich Marienberg lediglich zehn Pflegeeinrichtungen bzw. Träger von Pflegeeinrichtungen mit der Bitte um einen Interviewtermin angesprochen werden. Die Heimleitungen bzw. die Träger von Einrichtungen waren *zweitens* in einigen Fällen zu einem solchen Interview nicht bereit. Die Ablehnungen wurden entweder nicht begründet oder es wurden Terminschwierigkeiten als Grund genannt.

In der Planung des Vorhabens waren insgesamt zwanzig Interviews vorgesehen, zehn im ländlichen und zehn im städtischen Raum.

Insgesamt konnten in den beiden ländlichen Regionen schließlich neun Interviews durchgeführt werden. In den beiden kreisfreien Städten Dresden und Leipzig, die jeweils über wesentlich mehr Pflegeeinrichtungen verfügen, konnten zwölf Interviewtermine vereinbart und durchgeführt werden. Tabelle 10 fasst die Zahlen zu den geführten Gesprächen und zu den angefragten Interviews bei Pflegeeinrichtungen in den vier Regionen zusammen:

Tabelle 10: Anzahl der durchgeführten und der angefragten Interviews mit Pflegeeinrichtungen in vier Mittelbereichen

Region	Anzahl Pflegeeinrichtungen, mit denen Interviews durchgeführt wurden	Anzahl angefragte Pflegeeinrichtungen
Mittelbereich Weißwasser	3	7
Mittelbereich Marienberg	6	10
Leipzig	5	31
Dresden	7	58

Bei den Telefonaten mit dem Ziel, einen Interviewtermin zu vereinbaren, sind die Pflegeeinrichtungen vorab auf möglicherweise bestehende 119b-Kooperationen oder anderen Formen der Zusammenarbeit mit Vertragsärzten sowie Vertragszahnärzten zur medizinischen Versorgung der Bewohner angesprochen worden. Auch wenn ein Ziel der Befragungen darin bestand, Informationen über Erfahrungen mit Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V zu erhalten, wurde bei der Terminvereinbarung die Existenz solcher Kooperationsverträge nicht zur Bedingung für die Durchführung eines Interviews gemacht. Es wurden deshalb auch Interviews mit Heimen geführt, bei denen nach Auskunft der Heimleitung die ärztliche und die zahnärztliche Versorgung der Bewohner erfolgt, ohne dass ein 119b-Vertrag existiert. In solchen Fällen war es von Interesse, die Gründe für das Fehlen solcher Verträge zu erfahren.

Die Interviews wurden vor Ort durchgeführt. Gesprächspartner der Interviews waren die Pflegedienstleitung oder die Heimleitung, in seltenen Fällen auch beide. Bei den Gesprächen sollten Ärzte / Zahnärzte einbezogen werden, was aber in keinem Fall realisiert werden konnte, weil die eng gefassten Terminpläne der Ärzte dies nicht zuließen.

5.1 Vorgehensweise und Fragebogen

Die Interviews wurden unter Verwendung eines strukturierten Interviewleitfadens durchgeführt.

Der Leitfaden ließ Raum für ein freies Gespräch. Folgende Themen und Fragestellungen wurden behandelt:

- Zusammenarbeit mit Hausärzten, Fachärzten und Zahnärzten, mit denen Kooperationsverträge nach § 119b SGB V bestehen. Häufigkeit der Anwesenheit der Ärzte in der Pflegeeinrichtung.
Falls keine 119b-Verträge existieren: Frage nach den Gründen, warum diese Verträge nicht (oder bisher nicht) zustande gekommen sind.
- Zusammenarbeit mit Hausärzten, Fachärzten und Zahnärzten, mit denen *keine* 119b-Kooperationsverträge bestehen. Häufigkeit der Anwesenheit der Ärzte in der Pflegeeinrichtung.
- Frage nach Arztgruppen oder Fachärzten, mit denen eine Kooperation leichter oder besonders schwer zu organisieren ist.
- Organisatorische Be- oder Entlastungen, die das Pflegeheim aufgrund der Existenz von festen Kooperationspartnern wahrnimmt.
- Von der Pflegeeinrichtung wahrgenommene Änderungen hinsichtlich des Gesundheitszustands der Bewohner.
- Frage nach einer wahrgenommenen Reduzierung der Notfalleinweisungen ins Krankenhaus durch den regelmäßigen Besuch von Haus- und Fachärzten.
- Auswirkungen der Kooperationen mit Zahnärzten auf den Stand der Mundgesundheit der Bewohner wurden erfragt.
- Organisatorische Fragen (Ort der Diagnostik, Ort der Behandlung, Auskunft zu Transportnotwendigkeit in die Praxis in bestimmten Fällen).

5.2 Bereitschaft der Pflegeeinrichtungen zur Interviewteilnahme

Ein Teil der angesprochenen Pflegeeinrichtungen reagierte aufgeschlossen und war bereit, das Interview durchzuführen. In anderen Fällen wurde der Wunsch nach einem Gespräch abgelehnt.

Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse durch Selbstselektion verzerrt sind. Möglicherweise sind Pflegeeinrichtungen eher bereit, an Interviews teilzunehmen, wenn sie über eine stabile und gut funktionierende Kooperationsstruktur mit Vertragsärzten und Vertragszahnärzten verfügen. Die Ergebnisse können deshalb nicht als repräsentativ für die Pflegeeinrichtungen in Sachsen insgesamt gewertet werden.

5.3 Ergebnisse der Interviews

Die Auswertung der Interviews liefert Informationen zur ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung in Pflegeeinrichtungen aus der Perspektive der Heime. Dabei wurde ein breites Spektrum an Versorgungssituationen sichtbar: Heimen, die mit zum Teil mehreren Ärzten / Zahnärzten 119b-Kooperationsverträge abgeschlossen hatten, stand ein erheblicher Anteil von Pflegeeinrichtungen gegenüber, die eine ausreichende medizinische Versorgung ihrer Bewohner auch ohne 119b-Verträge gesichert sahen.

Hausärztliche Versorgung

Alle befragten Heime stellten ihre Situation so dar, dass der notwendige Umfang einer hausärztlichen Versorgung sichergestellt werden könne, teils mit und teils ohne 119b-Vertrag. Manche Pflegeeinrichtungen berichteten, die Situation sei in der ärztlichen Versorgung schon seit Jahren so gut, dass sich das Erfordernis zum Abschluss von 119b-Verträgen nicht gestellt habe.

Unterschiede gab es zum Thema „eigenen Hausarzt mitbringen“: Von Heimen im Mittelbereich Marienberg und teilweise auch im Mittelbereich Weißwasser wurde dies als das übliche und auch unproblematische Verfahren dargestellt. Anders als in diesen ländlichen Regionen schilderte die Mehrheit der Heime in den Großstädten Dresden und Leipzig Konstellationen, in denen mit den neuen Bewohnern nach ihrem Einzug ein Wechsel von ihrem bisherigen Hausarzt zu *dem* Allgemeinmediziner (oder den Allgemeinmedizinerinnen) besprochen wurde, die regelmäßig die Pflegeeinrichtung aufsuchen. Die Frage nach einem solchen Wechsel stelle sich vor allem dann, wenn die im Stadtgebiet verteilten bisherigen Ärzte die notwendigen Wegstrecken zu ihren ins Heim gezogenen Patienten nicht zurücklegen wollten.

Auf das bestehende Recht ihrer Bewohner zur freien Arztwahl³¹ gingen viele Heime im Gespräch von sich aus ein, ohne dass dazu gefragt werden musste. Die neuen Bewohner nahmen hier häufig eine Abwägung vor, die den Vorzügen des regelmäßig anwesenden „Arztes vor Ort“ die Vertrautheit mit dem bisherigen Hausarzt gegenüberstellt. In manchen Fällen würde die zweite Variante, also die Kontinuität der Behandlung durch den eigenen Hausarzt, durch erhöhten Organisationsaufwand für die Angehörigen ermöglicht, zum Beispiel in Form von Unterstützung beim Aufsuchen der Praxis.

Fachärztliche Versorgung

Bei der fachärztlichen Versorgung zeigt sich ein heterogenes Bild. Je nach Region und Fachgebiet wurde die Versorgung bzw. die Kooperation als sehr gut bis sehr schwierig beurteilt. Einheitlich wurde der Mangel an Augenärzten beklagt. Eine Pflegeeinrichtung im Mittelbereich Weißwasser berichtete von einer achtwöchigen Wartezeit auf einen Termin bei einem Facharzt für Urologie, und dass in dem konkreten Fall innerhalb dieser Wartezeit eine Krankenhauseinweisung notwendig wurde.

Einzelne interviewte Pflegeeinrichtungen haben 119b-Kooperationsverträge auch mit Fachärzten abschließen können. Genannt wurden hierbei Fachärzte für Neurologie, HNO und Diabetologie. Mehrere Pflegeeinrichtungen berichteten über existierende

³¹ Vgl. § 119b Abs. 1 Satz 5 SGB V: „Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten in der Pflegeeinrichtung bleibt unberührt“.

Kooperationen mit Fachärzten verschiedener Richtungen, ohne dass ein 119b-Vertrag geschlossen worden sei. Andere Heime berichteten, dass für sie die Etablierung einer Kooperation mit Neurologen und Urologen nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten möglich war.

Soweit Facharztpraxen in nur geringer Entfernung zum Pflegeheim verfügbar sind, wird die Versorgung nicht durch organisatorische Hürden insbesondere beim Transport behindert. Beispielhaft wurde in einzelnen Interviews auf ein nahegelegenes Ärztehaus verwiesen.

Bei den mit Pflegeeinrichtungen in Dresden geführten Gesprächen wurden Facharztbesuche einmal im Quartal als normaler und funktionierender Rhythmus genannt. Ähnliche Aussagen gab es in fast allen Gesprächen in Leipzig; nur in einem Fall wurde berichtet, dass sich die fachärztliche Versorgung in den letzten Jahren verschlechtert habe und dass Fachärzte die Pflegeeinrichtung kaum noch aufsuchen würden.

Bei den Gesprächen mit Pflegeeinrichtungen in den ländlichen Regionen Weißwasser und Marienberg hingegen wurde die fachärztliche Versorgung als defizitär beschrieben. Mehrfach wurde in den Interviews geäußert, dass eine Terminvereinbarung mit einem Facharzt sehr schwierig sei.

Zahnärztliche Versorgung

In den interviewten Heimen sind 119b-Kooperationen mit Zahnärzten häufig und funktionieren nach Aussagen der Pflegedienstleitungen vielfach gut. Die Diagnostik und Therapie *lege artis* beim Zahnarzt wird zwar durch eine nennenswerte apparative Ausrüstung, wie sie in der Praxis vorhanden ist, erleichtert oder zum Teil auch erst ermöglicht, und diese Ausrüstung kann der Zahnarzt in der Pflegeeinrichtung nicht mit sich führen. Gleichwohl, so wurde in einer Reihe von Gesprächen mit Pflegeeinrichtungen berichtet, sei ein Bemühen der Zahnärzte spürbar, diese praktischen Schwierigkeiten zu überwinden und wenigstens eine aufsuchende Grundversorgung zu gewährleisten.

Es ist davon auszugehen, dass die zusätzlichen Abrechnungsmöglichkeiten für Leistungen in Pflegeeinrichtungen die in den Interviews sichtbar gewordene positive Entwicklung bei der zahnmedizinischen Versorgung der Bewohner von Pflegeeinrichtungen begünstigt haben.

Erfahrungen der Heime zu Notfällen und Krankenhauseinweisungen

Von interviewten Akteuren der Pflegeeinrichtungen in Dresden sowie bei den Marienberger Heimen wurde mehrfach die Meinung vertreten, dass bisher keine fühlbare Reduktion der Notfall-Krankenhauseinweisungen gelungen sei. Ein Pflegedienstleiter äußerte die Überzeugung, dass eine bessere Facharztverfügbarkeit daran etwas ändern könnte, auch wenn Krankenhauseinweisungen, zum Beispiel bei Stürzen, nicht vermieden werden könnten.

In Leipzig hingegen berichteten Pflegedienstleitungen in mehreren Heimen, dass durch gut funktionierende Kooperationen die Zahl der Notfälle und Krankenhauseinweisungen „definitiv“ verringert worden sei.

Heime haben in einigen Gesprächen von großen Unterschieden berichtet, die sie in der Versorgung durch Notfallärzte wahrnehmen. Beklagt wurden in Einzelfällen der Notfallsituation aus ihrer Sicht nicht angemessene Behandlungen. Es komme auch

wiederholt vor, dass ins Krankenhaus als Notfall verbrachte Patienten nach nur wenigen Stunden von der Klinik zurückgeschickt würden, weil der Fall dort als nicht stationär im Krankenhaus behandlungsbedürftig eingeschätzt wurde.

Wahrnehmungen der Pflegeeinrichtungen und Verbesserungsvorschläge

Die Gespräche ergaben, dass in einer Reihe von Fällen der Abschluss eines Kooperationsvertrages nach § 119b SGB V auf Initiative eines niedergelassenen Arztes hin zu Stande gekommen ist. Bei anderen Heimen war es entgegengesetzt: Die Suche nach kooperierenden Ärzten ging von der Pflegeeinrichtung aus, und diese zu finden war zum Teil schwierig.

Eine mehrfach geäußerte Wahrnehmung der Heime lautete, dass 119b-Kooperation wie auch vereinbarte Kooperationen anderer Art (ohne 119b-Vertrag) zu regelmäßigeren und besser planbaren Visiten führt. In einem Fall wurde hervorgehoben, dass davon beispielsweise die Wachkoma-Patienten profitierten.

Zur Kooperation mit den Ärzten, zur Terminabstimmung, Kommunikation und Erreichbarkeit haben sich die befragten Heime überwiegend zufrieden geäußert. Als vorherrschende Meinung ergab sich aus den Interviews,

- dass aus der Kooperation für die Heime Vorteile erwachsen, insbesondere wegen der Planbarkeit der Arztbesuche, die von den Heimen entsprechend vorbereitet und in manchen Fällen auch in den Schichtplänen berücksichtigt werden,
- dass die Heime im Zusammenhang mit den Arztbesuchen häufig einen eigenen personellen Aufwand einplanen müssen (Pflegefachkraft geht bei der Visite mit, Dokumentation) und
- dass in einem Teil der Kooperationsbeziehungen ausdrücklich vereinbart wurde, dass in akuten Fällen nachts oder am Wochenende der Arzt kontaktiert werden kann.

Zur Frage, ob sich die Versorgung der Pflegeheimbewohner verbessert hat, gab es unterschiedliche Reaktionen. Etwas mehr als die Hälfte der Heime sah eine Verbesserung für die Bewohner als Folge der institutionalisierten Kooperationsbeziehungen. Ein kleinerer Teil der Befragten konnte keine Veränderung feststellen. Ähnlich sah auch die Verteilung der Antworten auf die Frage aus, ob Krankenhauseinweisungen als Notfälle reduziert werden konnten.

Weitere Einzelwahrnehmungen der Heime lauteten:

- Die Abrechnungsmöglichkeit GOP 37105 (Zuschlag zur Versichertenpauschale oder Grundpauschale für den koordinierenden Vertragsarzt gemäß Anlage 27 zum BMV-Ä) ermöglicht, dass der koordinierende Hausarzt besser vergütet wird als die übrigen an der Versorgung beteiligten Ärzte. In zwei Gesprächen wurde von Pflegeeinrichtungen berichtet, dass diese Konstruktion bei den übrigen an der Versorgung beteiligten Ärzten auf Unverständnis gestoßen sei. In der Konsequenz wurde kein 119b-Vertrag geschlossen, und alle Ärzte rechnen nach den üblichen Regeln ab. Die Abrechnungsmöglichkeit der Kooperations-EBM-Ziffern aus Kapitel 37.2 bleibt ihnen in diesem Fall jedoch verwehrt.
- Der Abschluss eines hausärztlichen 119b-Vertrags sei daran gescheitert, berichtete ein Heim, dass vom Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ), in dem der oder die fraglichen Ärzte arbeiten, keine Freigabe erteilt worden sei.

- In manchen Interviews wurde die Notwendigkeit einer besseren Kommunikation oder – auch digitalen – Vernetzung artikuliert. In diesen Themenkomplex gehört auch der Wunsch nach „einem besseren Entlassmanagement der Krankenhäuser“. Wünschenswerte Effizienzsteigerungen erwarteten einzelne Pflegeeinrichtungen als Konsequenz einer digitalen Dokumentation vor allem im Bereich des allgemein-ärztlichen Behandlungsgeschehens, so dass die Pflegefachkraft im Heim zum Beispiel den Medikationsplan jederzeit einsehen kann.
- Die oft vergebliche Suche nach Ärzten bestimmter Fachrichtungen wurde von einem Heim so kommentiert: „Viele Augenerkrankungen wären vermutlich vermeidbar, wenn ein Augenarzt ins Heim kommen würde“.
- Eine auf Demenzerkrankungen spezialisierte Pflegeeinrichtung erklärte: „Das Gebiss ist sehr wichtig für Demenzkranke; wenn das funktioniert, geht es vielen gleich besser.“
- Mehrfach wurden Wünsche an die Krankenkassen formuliert, die Themen wie „Bürokratieabbau“ und eine einfachere Genehmigungspraxis bei der Fahrkostenübernahme betrafen.³²

³² Zum Zeitpunkt der Interviews war die am 1.1.2019 durch das PpSG in Kraft getretene Neuregelung zum Thema Fahrkostengenehmigung, die in Kapitel 2, S. 10, dargestellt wird, noch nicht bekannt.

6 Interviews mit Ärzten

Zur Abbildung der ärztlichen Sicht auf die Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen wurden Interviews mit Vertragsärzten geführt, die regelmäßig Pflegeheime aufsuchen und dort Bewohner behandeln.

6.1 Vorgehensweise und Fragebogen

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen stellte eine Tabelle mit Telefonnummern von 25 Vertragsärzten zur Verfügung, die als Allgemeinmediziner oder als Internisten mit hausärztlichem Schwerpunkt tätig sind. Bei der Auswahl wurde auf eine regionale Streuung geachtet sowie auf eine stärkere Berücksichtigung der ländlichen Mittelbereiche Marienberg und Weißwasser.

Die Interviews wurden telefonisch durchgeführt. In Abhängigkeit von der Arbeitsbelastung der Ärzte war es in praktisch allen Fällen schwierig, einen geeigneten Termin zu finden. Insgesamt konnten sechs Gespräche geführt werden (vgl. Tabelle 11). In vier Gesprächen berichteten die Ärzte, dass sie mindestens einen 119b-Vertrag haben.

Einige Arztpraxen konnten trotz häufiger Versuche zu verschiedenen Tageszeiten nicht erreicht werden. In anderen Fällen kam kein Interview zustande, weil verschiedene Terminvorschläge nicht realisierbar waren. Insgesamt vier Mal wurde das Gespräch ausdrücklich verweigert. Dabei wurden als Gründe genannt, dass sich der jeweilige Arzt grundsätzlich zu dem Thema nicht äußern wolle, dass die Teilnahme aus Gründen der Zeitknappheit nicht möglich sei, oder beides.

Wie auch bei den Pflegeheim-Interviews kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Ergebnisse durch Selbstselektion verzerrt sind. In den Gesprächen war der Anteil der Ärzte *mit* 119b-Vertrag mit 66% sehr hoch. Da aber nur knapp 14% der Pflegeeinrichtungen in Sachsen einen 119b-Vertrag haben und Ärzte zum Teil mehrere Heime betreuen, ergibt sich eine deutliche Übererfassung zugunsten der Praxen mit 119b-Vertrag. Eine Repräsentativität der Ärzte-Interviews für Sachsen insgesamt ist nicht gegeben.

Tabelle 11: Zahl der angefragten und der durchgeführten Interviews mit Allgemeinärzten nach Mittelbereichen

Mittelbereich	Anzahl angefragte Ärzte	Anzahl interviewte Ärzte
Aue	1	1
Chemnitz	2	
Freiberg	1	1
Leipzig	2	
Plauen	1	
Marienberg	8	2
Mittweida	1	1
Stollberg	2	1
Weißwasser	6	
Zwickau	1	

Alle Ärzte signalisierten zu Beginn des Gesprächs, dass sie nur kurz sprechen können, weil in der jeweiligen Praxis viel zu tun sei. Trotzdem war es möglich, in den Interviews die folgenden Themenbereiche ganz oder zumindest teilweise abzudecken:

- Häufigkeit der Besuche im Pflegeheim
- Anzahl der betreuten Pflegeheime
- Anzahl der betreuten Heimbewohner
- Sind 119b-Verträge bekannt? Werden sie genutzt?
- Sind delegationsfähige Leistungen (Kapitel 38 des EBM) bekannt? Werden sie genutzt?
- Kommunikation und Kooperation der Haus- und Fachärzte in der Pflegeeinrichtung sowie mit dem Pflegepersonal. Regelungen zur Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunden.
- Hinderungsgründe, wenn kein 119b-Vertrag geschlossen wird.
- Ein abschließender Freitextbereich für sonstige Anmerkungen, Fragen und Vorschläge des Arztes.

6.2 Ergebnisse der Interviews

Besuche im Pflegeheim

Zwischen den befragten Ärzten ergaben sich deutliche Unterschiede in der Zahl der jeweils betreuten Bewohner von Pflegeeinrichtungen. Die Antworten lagen zwischen 25 Bewohnern in zwei Heimen und 200 Bewohnern in fünf Heimen, wobei sich in diesem letzteren Fall die Arbeit auf mehrere in der Praxis tätige Ärzte verteilte.

Alle Ärzte erklärten, dass die Kontakthäufigkeit zu individuellen Bewohnern sehr differenziert nach der jeweiligen medizinischen Notwendigkeit gestaffelt werde. Jeder betreute Bewohner werde mindestens ein- bis zweimal im Quartal gesehen, bei schweren Erkrankungen öfter.

Nutzung von Kooperationsverträgen

Fünf von sechs befragten Ärzten kannten die Möglichkeit, Kooperationsverträge nach § 119b SGB V abzuschließen und Ziffern aus dem EBM-Kapitel 37.2 in diesem Zusammenhang abzurechnen. Vier von sechs Ärzten machten für die von Ihnen in Pflegeheimen betreuten Patienten auch Gebrauch davon. In einem Fall wurde die Abwesenheit eines 119b-Vertrags damit begründet, dass dafür eine bestimmte geriatrische Weiterbildung erforderlich sei.

Eine Ärztin legte Wert auf den Hinweis, dass sie seit 20 Jahren sehr gut mit einem Pflegeheim zusammenarbeite und dass dies auch ohne 119b-Vertrag vor der Schaffung von Kapitel 37.2 im EBM möglich war.

Delegationsfähige Leistungen (EBM-Kapitel 38)

Allen befragten Ärzten war die Möglichkeit bekannt, durch nicht-ärztliche Praxisassistenten Leistungen außerhalb der Praxis erbringen zu lassen. In zwei Fällen wurde berichtet, dass diese Möglichkeit aktiv genutzt werde. Die übrigen Ärzte machten davon keinen Gebrauch und gaben dafür unterschiedliche Gründe an. Zum Teil fehlte es an den entsprechenden Ausbildungsvoraussetzungen bei den beschäftigten Medizinischen Fachangestellten. Eine Ärztin äußerte sich grundsätzlich und sehr kritisch zu dieser Möglichkeit, der sie die Sinnhaftigkeit pauschal absprach.

Kommunikation und Kooperation, Erreichbarkeit

Die befragten Ärzte beschrieben ihre Erfahrungen zur Kommunikation und Kooperation mit den Heimen und mit anderen im Pflegeheim tätigen Ärzten durchgehend als sehr positiv und konstruktiv. Es hieß, die entsprechenden Prozesse seien gut etabliert. In einem Fall wurde die Kooperation mit einem Chirurgen als hilfreich geschildert in Fällen der notwendigen Nachsorge, wenn ein Sturz bzw. ein Knochenbruch vorausgegangen sei.

Von einem anderen Arzt wurde kritisch angemerkt, dass bestimmte Facharzttrichtungen (Hautarzt, Augenarzt) nicht zur Kooperation mit dem am Ort vorhandenen Pflegeheim bereit seien.

Befragt zum Thema Erreichbarkeit schilderten die befragten Ärzte, dass sie mit dem kooperierenden Pflegeheim funktionierende Absprachen getroffen hätten. Diese führten dazu, dass Anrufe außerhalb der Sprechstundenzeit, nachts und am Wochenende selten vorkämen. Positiv wurde hervorgehoben, dass das Personal in den Pflegeeinrichtungen die vereinbarte Kontaktmöglichkeit verantwortungsvoll und nur in tatsächlich dringenden Fällen nutze.

Sonstiges

Die Behandlung chronischer Wunden wurde in einem Gespräch als wichtiges Thema explizit angesprochen. Verbesserungen auf diesem Gebiet, so hieß es, könnten durch Weiterbildung erreicht werden, angefangen mit dem Personal in den Pflegeheimen sowie der Delegation an entsprechend qualifizierte nichtärztliche Wundmanager.

Mehrere Ärzte betonten die Notwendigkeit, dass zukünftig die Telemedizin eine wichtige Rolle spielen müsse, nicht zuletzt damit die Leistungserbringung für Bewohner von Pflegeeinrichtungen wirtschaftlich darstellbar sei. In einem ähnlichen Zusammenhang berichtete ein anderer Arzt, dass bei ihm am Ort eine elektronische Patientenakte des Pflegeheims kurz vor der Realisierung stehe, die er dann von der Arztpraxis aus über eine gesicherte Datenleitung einsehen könne.

In einem Gespräch wurden sehr konkrete Vorstellungen zu wünschenswerten organisatorischen und fachlichen Verbesserungen in den betreuten Pflegeeinrichtungen geäußert. Dort sei mehr und mehr qualifiziertes Personal nötig. Ein Dauerthema sei beispielsweise eine ausreichende Schulung für verschiedene Formen der Insulintherapie, denn mit Pflegekräften, die diese Kenntnisse mitbrächten, sei die Kommunikation und vertrauensvolle Zusammenarbeit einfacher.

Zusammenfassung / Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse der ergänzenden Befragung von pflegeheimbetreuenden Ärzten bestätigen im Wesentlichen die Ergebnisse der Pflegeheiminterviews. Allerdings lag die Quote der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V bei den befragten Ärzten deutlich höher als bei den Pflegeheimen in Sachsen insgesamt, so dass von einer Positivselektion ausgegangen werden muss. Gründe für eine Nichtnutzung der Kooperationsverträge konnten daher auf Basis dieser Gespräche nicht identifiziert werden.

7 Analyse der Vertragskonformität mit den Rahmenvereinbarungen

7.1 Überblick: Musterverträge bundesweit

Gegenstand der Evaluation ist weiterhin, die Kooperationsverträge nach § 119b SGB V daraufhin zu überprüfen, ob sie der Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. der „Rahmenvereinbarung über eine kooperative und koordinierte zahnärztliche und pflegerische Versorgung von stationären Pflegebedürftigen“ entsprechen. Damit verbunden wurde die Frage gestellt, ob in der Vertragsgestaltung alle Elemente der Vereinbarungen der Vertragspartner der Bundesmantelverträge eingehalten wurden.

Entsprechende Prüfungen wurden bezüglich der sächsischen Musterverträge vorgenommen. Vorangestellt ist ein Überblick über die Bereitstellung von Musterverträgen in den verschiedenen KVen und KZVen.

Die Mehrheit der 17 KVen und der 17 KZVen in Deutschland haben auf ihren Internetseiten Musterverträge nach § 119b SGB V hinterlegt, vgl. die Übersicht in Tabelle 12.

Tabelle 12: Übersicht der online verfügbaren Musterverträge und Hinweise für 119b-Kooperationen³³

		KV	KZV
1	Schleswig-Holstein	Mustervertrag	Mustervertrag
2	Hamburg	Hinweise	Mustervertrag
3	Niedersachsen	Mustervertrag	
4	Bremen	Mustervertrag	Mustervertrag
5	Hessen	Mustervertrag	
6	Nordrhein	Mustervertrag	Mustervertrag
7	Westfalen-Lippe	Mustervertrag	Mustervertrag
8	Rheinland-Pfalz	Mustervertrag	
9	Baden-Württemberg	Mustervertrag	Mustervertrag
10	Bayern	Mustervertrag	
11	Berlin	Mustervertrag	
12	Saarland	Mustervertrag	
13	Mecklenburg-Vorpommern		
14	Brandenburg	Mustervertrag	Mustervertrag
15	Sachsen-Anhalt	Mustervertrag	Mustervertrag
16	Thüringen	Mustervertrag	Mustervertrag
17	Sachsen	Mustervertrag	Mustervertrag

Vertragsärzte und Vertragszahnärzte können diese Muster herunterladen und für den Abschluss von Kooperationsverträgen nutzen. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, diese Muster zu modifizieren. Vertragsärzte können Leistungen aus Kapitel 37.2 des EBM abrechnen, wenn ein solcher Vertrag mit einer Pflegeeinrichtung geschlossen wurde, der zuständigen KV vorliegt und die KV die Konformität des Vertrags mit der Rahmenvereinbarung gemäß Anlage 27 Bundesmantelvertrag in einem

³³ Es ist möglich, dass in einzelnen KVen und KZVen Musterverträge existieren, die nur in einem geschlossenen Benutzerbereich abrufbar sind. Diese erscheinen hier nicht.

Bescheid bestätigt hat. Entsprechendes gilt für Kooperationsverträge im zahnärztlichen Bereich und deren Konformität mit der zahnärztlichen Rahmenvereinbarung.

KVen und KZVen stellen diese Musterverträge als Serviceleistung für ihre Mitglieder bereit. Damit wird ein zweifacher Zweck verfolgt: Erstens müsste jeder Vertragsärzte anderenfalls selbst einen Vertrag entwickeln und dessen Konformität mit der Rahmenvereinbarung, die auf Bundesebene mit dem GKV-Spitzenverband geschlossen wurde, sicherstellen. Zweitens würde eine solche Vielzahl von Verträgen bei der KV / KZV selbst einen erheblichen Prüfungs- und Korrekturaufwand auslösen hinsichtlich der Frage, ob genau diese Konformität bei jedem einzelnen Vertrag gegeben ist.

7.2 Musterverträge in Sachsen

Die KV Sachsen hat in ihrem Mustervertrag die in der Bundesrahmenvereinbarung vorgesehene koordinierende Funktion des Hausarztes in eine Regelung umgesetzt, wonach ein koordinierender Hausarzt zu benennen ist (siehe vergleichende Übersicht in Tabelle 13). In dieser Tabelle wird auf die bis 31.07.2018 gültige Alt-Regelung hingewiesen, dass der 119b-Vertrag für die KV Sachsen nur als wirksam zur Erlangung der Abrechnungsgenehmigung für das Kapitel 37 EBM gilt, wenn dem Vertragskonstrukt mindestens ein Hausarzt angehört. Seit 01.08.2018 ist diese Beschränkung aufgehoben worden.³⁴

Tabelle 14 enthält eine entsprechende Gegenüberstellung der Bundes-Rahmenvereinbarung für Zahnärzte mit dem Mustervertrag der KZV Sachsen.

Tabelle 13: Vergleich wesentlicher, insbesondere zwingender Regelungsinhalte der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zwischen KBV und GKV-Spitzenverband (= Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) mit dem 119b-Mustervertrag der KV Sachsen

Zentrale Inhalte der ärztlichen bundesweiten Rahmenregelung (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag)	Umsetzung im Mustervertrag für 119b-Kooperationen der KV Sachsen
§ 1 Abs. 4: Entwicklung strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch und die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Vereinbarung von Visiten und Fallbesprechungen, festen Ansprechpartnern in der stationären Pflegeeinrichtung, geregelte Kommunikationsstrukturen und -zeiten.	§ 1 Abs. 4: Eine verbesserte kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung ist anzustreben. Dem dient auch der Aufbau strukturierter Prozesse für einen funktionierenden Informationsaustausch (Abs. 5).
§ 2: Koordinierende Funktion des Hausarztes Veranlassung und Durchführung und / oder Koordination von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen.	§ 2 Abs. 1 und 2: Ein koordinierender Arzt ist zu benennen; grundsätzlich muss dies ein Hausarzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sein. Der koordinierende Arzt

³⁴ Andere KVen haben an dieser Stelle auch vor 2018 weniger strikte Regelungen vorgesehen. In ihren Musterverträgen wird ein Hausarzt als möglicher Teilnehmer des Kooperationsvertrags genannt und seine Steuerungsfunktion erwähnt, aber der Abschluss von Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V mit einzelnen Fachärzten ist gleichwohl möglich. Ein Beispiel dafür ist der 119b-Mustervertrag der KV Brandenburgs.

<p>Zentrale Inhalte der ärztlichen bundesweiten Rahmenregelung (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag)</p>	<p>Umsetzung im Mustervertrag für 119b-Kooperationen der KV Sachsen</p>
<p>Einbeziehung aller an dieser Maßnahme beteiligten Berufsgruppen, insbesondere des Pflegepersonals und die bedarfsgerechte und regelmäßige Visite im Heim.</p> <p>Sicherstellung einer kontinuierlichen Zusammenarbeit und eines kontinuierlichen Informationsaustausches der beteiligten Haus- und Fachärzte sowie der beteiligten Pflegekräfte. Sicherstellung einer Vertretungsregelung.</p>	<p>übernimmt die Steuerung des multiprofessionellen Behandlungsprozesses.</p> <p>In Ausnahmefällen, zum Beispiel aufgrund der fachspezifischen Struktur der Pflegeeinrichtung, kann ein Facharzt für Neurologie, ein Facharzt für Nervenheilkunde, ein Facharzt für Neurologie und Psychiatrie oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die koordinierenden Aufgaben übernehmen.</p> <p>Absprachen zur Zusammenarbeit, zum Informationsaustausch und zur Dokumentation sind durch den koordinierenden Arzt zu gewährleisten.</p> <p>Anmerkung: Die KV Sachsen weist darauf hin, dass mit Wirkung ab 01.08.2018 die verpflichtende Teilnahme eines Hausarztes am Vertrag gestrichen wurde. Seitdem können Fachärzte auch allein einen Vertrag mit einer Pflegeeinrichtung schließen.</p>
<p>§ 3: Aufgaben und Pflichten der Fachärzte</p> <p>Kooperation mit den Hausärzten. Bedarfsgerechte, regelmäßige Besuche möglichst in Absprache mit dem Hausarzt bzw. dem koordinierenden Vertragsarzt. Fallbesprechungen. Fachübergreifende Kommunikation.</p>	<p>§ 3: Die kooperierenden Vertragsärzte arbeiten mit dem den Patienten in der Pflegeeinrichtung behandelnden koordinierenden Vertragsarzt zusammen. Schriftlicher Informationsaustausch ist anzustreben, ebenso regelmäßige und bedarfsgerechte Visiten.</p>
<p>§ 4: Die kooperierenden Vertragsärzte vereinbaren Regelungen mit den stationären Pflegeeinrichtungen für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten ärztlichen Präsenz und zur Koordination der Versorgung in sprechstundenfreien Zeiten und der telefonischen Erreichbarkeit, ggf. unter Einbeziehung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes.</p>	<p>§ 2 Abs. 4 und 5: Der koordinierende Vertragsarzt und die Pflegeeinrichtung vereinbaren, dass die Visiten regelmäßig und bedarfsgerecht erfolgen. Visiten in der Pflegeeinrichtung finden in der Regel mindestens monatlich statt, bei Bedarf werden weitere patientenindividuelle Besuche durchgeführt.</p> <p>Der koordinierende Vertragsarzt teilt der Pflegeeinrichtung mit, wer ihn im Fall seiner Verhinderung (zum Beispiel wegen Urlaub oder Krankheit) vertritt.</p>
<p>§ 5: Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den kooperierenden Vertragsärzten und den stationären Pflegeeinrichtungen sind zu beschreiben. Aufbau einer gemeinsamen Informationsplattform soll angestrebt werden. Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht und zum Datenschutz sind zu treffen.</p>	<p>§ 5 Abs. 5: Konkretisierung der engen, kooperativen und vertrauensvollen Zusammenarbeit in Form von Kommunikationsleitfäden und Prozessabläufen. Aufbau einer gemeinsamen Kommunikationsplattform wird angestrebt.</p> <p>§ 7: Regelungen zur Schweigepflicht</p> <p>§ 8: Regelungen zum Datenschutz.</p>

Tabelle 14: Vergleich wesentlicher, insbesondere zwingender Regelungsinhalte der Vereinbarung nach § 119b Abs. 2 SGB V zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband (= Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag Zahnärzte) mit dem 119b-Mustervertrag der KZV Sachsen

Zentrale Inhalte der zahnärztlichen bundesweiten Rahmenregelung (Anlage 12 zum Bundesmantelvertrag-Zahnärzte)	Umsetzung im Mustervertrag für 119b-Kooperationen der KZV Sachsen
§ 2 Qualitäts- und Versorgungsziele	§ 1 Qualitäts- und Versorgungsziele Die Formulierungen der Bundes-Rahmenvereinbarung sind wörtlich übernommen.
§ 3 Kooperationsregeln Kooperationszahnarzt unterstützt die Pflegeeinrichtung bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben hinsichtlich der Mundgesundheit der Pflegebedürftigen. Ggf. praktische Anleitung und Vorschläge für Maßnahmen zum Erhalt und zur Verbesserung der Mundgesundheit vom Kooperationszahnarzt an das Pflegepersonal. Pflegeeinrichtung schafft geeignete Rahmenbedingungen. Informationsaustausch über vorliegende medizinische Unterlagen, soweit datenschutzrechtlich zulässig und für den Behandlungserfolg erforderlich.	§ 2 Kooperationsregeln Die Formulierungen der Bundes-Rahmenvereinbarung sind wörtlich übernommen.
§ 4 Aufgaben des Kooperationszahnarztes Bedarfsorientierte und regelmäßige Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie sowie zur Information, Kooperation und Koordination.	§ 3 Aufgaben des Kooperationszahnarztes Die Formulierungen der Bundes-Rahmenvereinbarung sind wörtlich übernommen.
§ 6 Berichterstattung Der Kooperationszahnarzt dokumentiert zum Ende des Kalenderjahrs gegenüber der Kassenzahnärztlichen Vereinigung die Anzahl der von ihm in der jeweiligen Pflegeeinrichtung betreuten Versicherten durch Vorlage eines Berichtsbogens.	Nicht im Mustervertrag geregelt, sondern Gegenstand einer Vereinbarung im Innenverhältnis zwischen Vertragszahnarzt und KZV. Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der zusätzlichen 119b-Leistungen ist, dass sich der Vertragszahnarzt zu entsprechenden Berichten verpflichtet und diese auch bereitstellt.

Sowohl für die KV Sachsen als auch für die KZV Sachsen weisen die bereitgestellten Musterverträge eine gute Übereinstimmung mit der jeweiligen Bundes-Rahmenvereinbarung auf.

8 Ergänzende Routinedatenauswertungen

In Sachsen sind 2,1 Millionen Personen bei der AOK PLUS versichert³⁵, das entspricht einem Anteil von etwa 51% an der Bevölkerung und etwa 55% der GKV-Versicherten. In der Personengruppe ab 80 Jahren, bei der der Anteil an Pflegebedürftigen besonders hoch ist, beträgt der GKV-Marktanteil der AOK PLUS in Sachsen ca. 63% und ein noch höherer Anteil (etwa 80 von 100 Bewohnern) der stationär Gepflegten ist bei der AOK PLUS versichert.³⁶

Auswertungen, die Auskunft über das vertragsärztliche Behandlungsgeschehen bei stationär gepflegten Versicherten der AOK PLUS geben, und zwar getrennt nach 119b-Leistungen und allen anderen EBM-Leistungen, werden im Folgenden vorgestellt. Eine spezielle Situation besteht im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung, für den bei der AOK PLUS kein dispositiver Datenbestand für Analytik auf Basis von pseudonymisierten Routinedaten zur Verfügung steht. Hilfsweise werden in Kapitel 8.4 Auswertungen aus dem BARMER Zahnreport 2018 dargestellt, die für die hier interessierenden Fragestellungen von Relevanz sind.

Der wesentliche Vorteil und zusätzliche Erkenntnisgewinn aus den Auswertungen der AOK PLUS-Daten besteht darin, dass nicht nur die Frage beantwortet werden kann, wie viele bei der AOK PLUS versicherten Bewohner einer Pflegeeinrichtung eine bestimmte Versorgung erfahren bzw. eine Leistung erhalten haben, sondern auch ein Bezug zur Gesamtheit aller bei der AOK PLUS versicherten Bewohner hergestellt werden kann.

Auf dieser Grundlage können insbesondere folgende Fragestellungen der Evaluation beantwortet werden:

- In welchem Maße werden Kooperationsmöglichkeiten nach § 119b SGB V genutzt, und bilden die erhobenen Daten eine ähnliche Größenordnung ab wie die Daten der KV Sachsen?
- Wie hoch ist der Anteil der Bewohner der verschiedenen Regionen in einem betrachteten Quartal, die mindestens einen Kontakt zu einem Hausarzt bzw. zu einem Facharzt hatten?
- Wie häufig waren diese Kontakte?
- Welche Leistungen wurden dabei vorwiegend erbracht?
- Lassen sich statistisch auffällige Zusammenhänge zwischen 119b-Kooperationen und der Häufigkeit von Notfalltransporten bzw. Krankenhauseinweisungen finden?

Hinzu kommt, dass nur über diese Routinedaten der Kassen verlässliche Aussagen zum Behandlungsgeschehen in Pflegeeinrichtungen außerhalb von 119b-Kooperationen möglich sind.

³⁵ Vgl. Statistik über Versicherte der GKV, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart zum 1.7.2017, sowie eigene Berechnungen auf Basis dieser Daten, Download unter <https://bit.ly/2NbIV3N>

³⁶ Berechnet durch Vergleich der Zahl der AOK PLUS-Versicherten in Sachsen im dritten Quartal 2016 mit vollstationären Pflegeleistungen in Relation zu den letzten verfügbaren Angaben zu vollstationär gepflegten Personen in Sachsen von „DESTATIS – Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime“ (<https://bit.ly/2EM9H2B>). Diese Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes schließt Bewohner ein, die privat pflegeversichert sind sowie Selbstzahler.

8.1 Datenvergleich zur Nutzung der Kooperationsmöglichkeiten nach § 119b SGB V

In Tabelle 15 findet sich ein Vergleich der Anteile (Spalte C) aus der Vertragsdatenbank der KV Sachsens in Relation zur Zahl der Heime nach der Aufstellung des Statistischen Landesamtes des Freistaates Sachsen Ende 2017 mit (Spalte B) dem Anteil der bei der AOK PLUS-versicherten Bewohner mit mindestens einer abgerechneten Leistung aus Kapitel 37.2 EBM im vierten Quartal 2017.

Die Tabelle zeigt in einigen Fällen deutliche Abweichungen: Nach Daten der KV Sachsen verfügen z.B. ein Drittel der Heime im Mittelbereich Markkleeberg über eine 119b-Kooperation (Spalte C) während nach Daten der AOK PLUS nur für 11% der AOK-versicherten Heimbewohner mindestens eine Leistung aus Kapitel 37.2 EBM abgerechnet worden ist (Spalte B). Zunächst ist dabei zu berücksichtigen, dass im Mittelbereich Markkleeberg drei Pflegeheime bestehen, von denen ausweislich der Vertragsdatenbank der KV Sachsen nur für ein Pflegeheim im vierten Quartal 2017 eine 119b-Vereinbarung bestanden hat. Ein möglicher Grund für diese Diskrepanz könnte sein, dass der hausärztliche Vereinbarungspartner dieses Heimes die neuen EBM-Ziffern nicht konsequent abgerechnet hat und/oder der betreffende Hausarzt und das Pflegeheim erst zum Ende des betrachteten Quartals die Vereinbarung abgeschlossen haben. Mit letzter Sicherheit können auch Unterschiede in der zeitlichen und/oder regionalen Zuordnung zwischen beiden Datenquellen nicht ausgeschlossen werden. Die zuletzt genannten Gründe könnten Ursache für eine Auffälligkeit im Mittelbereich Bautzen bilden: Ausweislich der Vertragsdatenbank der KV Sachsen hat im vierten Quartal 2017 hier keine 119b-Kooperation bestanden, aber für 21,7% der AOK-versicherten Pflegeheimbewohner wurde den von der AOK PLUS bereitgestellten Daten folgend im gleichen Quartal mindestens eine Ziffer aus Kapitel 37.2 EBM abgerechnet. Insgesamt aber korrespondieren die ermittelten Anteilswerte.

Tabelle 16 zeigt für die Mittelbereiche und für Sachsen gesamt, wie sich der Anteil der AOK-versicherten Pflegeheimbewohner ausgehend vom dritten Quartal 2016 bis zum vierten Quartal 2017 entwickelt hat, für die im betrachteten Quartal mindestens eine Leistung aus Kapitel 37.2 des EBM abgerechnet worden ist, was eine 119b-Kooperation voraussetzt.³⁷ Die bereits mehrfach dargestellte regionale Varianz ist deutlich sichtbar. Während in Leipzig im vierten Quartal 2017 für ein Viertel der Bewohner mindestens eine vertragsärztliche Leistung gemäß Kapitel 37.2 EBM abgerechnet worden ist, ist der Anteil im Mittelbereich Weißwasser Null. Werte von über 20% werden im vierten Quartal 2017 in sieben Mittelbereichen erreicht – in Bautzen (4), Chemnitz (6), Dippoldiswalde (9), Eilenburg (12), Freiberg (13), Leipzig (21) und Wurzen (43) – wobei in Wurzen mit 53,6% der mit Abstand höchste Wert erreicht wird. Er korrespondiert mit einer Zunahme der entsprechenden Quartalszahlen in Tabelle 5 (S. 24), die auf Daten der KV Sachsen beruhen. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass kein Daten- oder Erfassungsfehler vorliegt.

³⁷ Diese Tabelle steht in inhaltlichem Zusammenhang mit Tabelle 5 (Kapitel 4.1, S. 23). In beiden Fällen wird die zeitliche Entwicklung der absoluten bzw. relativen Häufigkeit von 119b-Leistungen nach Mittelbereichen dargestellt. Während hier AOK PLUS-Daten die Grundlage sind, beruht Tabelle 5 dagegen auf Auswertungen der KV Sachsen.

Tabelle 15: Vergleich des Anteils der Heime mit 119b-Vertrag und des Anteils der AOK-PLUS-versicherten Bewohner mit mindestens einer abgerechneten Leistung aus Kapitel 37.2 EBM im vierten Quartal 2017

Nr	Mittelbereich	Anteil AOK PLUS-	Anteil Pflegeheime mit
		versicherte Bewohner mit mind. einer Leistung gem. Kap. 37.2 EBM	119b-Kooperationsvereinbarung
	A	B	C
1	Annaberg-Buchholz	0,4%	18,2%
2	Aue	4,1%	6,5%
3	Auerbach	6,7%	33,3%
4	Bautzen	21,7%	0,0%
5	Borna	3,4%	5,3%
6	Chemnitz	29,6%	22,4%
7	Crimmitschau	0,0%	0,0%
8	Delitzsch	4,9%	0,0%
9	Dippoldiswalde	24,1%	40,0%
10	Dresden	10,8%	11,0%
11	Döbeln	2,0%	5,3%
12	Eilenburg	24,0%	14,3%
13	Freiberg	35,0%	25,9%
14	Freital	0,0%	0,0%
15	Glauchau	0,0%	0,0%
16	Grimma	5,8%	15,4%
17	Großenhain	0,4%	0,0%
18	Görlitz	4,4%	8,7%
19	Hoyerswerda	6,3%	11,1%
20	Kamenz	5,6%	15,4%
21	Leipzig	25,2%	29,3%
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	14,8%	8,3%
23	Limbach-Oberfrohna	9,8%	30,0%
24	Löbau	0,0%	4,5%
25	Marienberg	16,3%	10,0%
26	Markkleeberg	1,1%	33,3%
27	Meißen	15,8%	18,8%
28	Mittweida	7,9%	8,3%
29	Niesky	13,2%	28,6%
30	Oelsnitz	15,3%	33,3%
31	Oschatz	6,7%	15,4%
32	Pirna	0,1%	0,0%
33	Plauen	8,3%	23,5%
34	Radeberg	0,3%	20,0%
35	Radebeul	3,5%	13,3%
36	Reichenbach	0,6%	12,5%
37	Riesa	0,2%	0,0%
38	Schkeuditz	0,0%	0,0%
39	Stollberg	2,7%	10,0%
40	Torgau	18,7%	30,8%
41	Weißwasser	0,0%	0,0%
42	Werdau	0,0%	0,0%
43	Wurzen	53,6%	37,5%
44	Zittau	10,1%	12,0%
45	Zwickau	0,4%	0,0%
	Sachsen	12,7%	13,8%

Quelle: AOK PLUS, KV Sachsen³⁸

³⁸ B = Auswertung Versicherte AOK PLUS für Sachsen, Stand Dezember 2017. C = Relation aus Werten der 119b-Vertragsdatenbank der KV Sachsen und Angaben des Statistischen Landesamts zur Zahl der Pflegeeinrichtungen Stand Dez. 2017, vgl. Tabelle 4, S. 20.

Tabelle 16: Anteil von AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohnern in Prozent für sechs Quartale, für die im betrachteten Quartal mindestens eine Leistung aus Kapitel 37.2 des EBM abgerechnet worden ist

Nr	Mittelbereich	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017
1	Annaberg-Buchholz	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,2%	0,4%
2	Aue	0,1%	0,0%	0,7%	1,0%	4,6%	4,1%
3	Auerbach	4,7%	6,6%	6,6%	6,6%	6,6%	6,7%
4	Bautzen	0,0%	2,2%	4,5%	19,1%	22,2%	21,7%
5	Borna	0,3%	0,4%	0,7%	0,5%	0,5%	3,4%
6	Chemnitz	2,6%	7,6%	12,6%	23,8%	26,4%	29,6%
7	Crimmitschau	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
8	Delitzsch	1,4%	1,1%	2,8%	3,2%	4,5%	4,9%
9	Dippoldiswalde	7,9%	6,7%	7,4%	16,1%	26,2%	24,1%
10	Dresden	1,1%	5,5%	6,2%	9,1%	10,0%	10,8%
11	Döbeln	0,1%	2,1%	2,0%	2,2%	2,1%	2,0%
12	Eilenburg	12,1%	15,4%	14,3%	16,9%	21,4%	24,0%
13	Freiberg	0,1%	29,7%	30,8%	35,4%	34,9%	35,0%
14	Freital	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
15	Glauchau	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
16	Grimma	0,6%	0,4%	6,3%	6,1%	5,8%	5,8%
17	Großenhain	0,0%	0,4%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%
18	Görlitz	0,1%	4,1%	4,4%	4,6%	4,5%	4,4%
19	Hoyerswerda	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	6,3%
20	Kamenz	0,1%	0,4%	2,9%	5,3%	5,9%	5,6%
21	Leipzig	0,3%	7,5%	15,0%	19,6%	22,5%	25,2%
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	6,7%	14,8%
23	Limbach-Oberfrohna	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	9,8%
24	Löbau	0,0%	0,4%	0,1%	0,6%	0,5%	0,0%
25	Marienberg	0,0%	8,1%	15,0%	15,5%	17,0%	16,3%
26	Markkleeberg	0,0%	0,6%	1,1%	3,4%	2,3%	1,1%
27	Meißen	13,2%	18,0%	15,9%	15,5%	16,0%	15,8%
28	Mittweida	6,6%	6,0%	7,4%	7,2%	7,2%	7,9%
29	Niesky	0,3%	9,7%	15,0%	12,9%	13,6%	13,2%
30	Oelsnitz	0,0%	16,2%	15,4%	16,2%	16,5%	15,3%
31	Oschatz	0,2%	4,2%	4,6%	5,5%	6,5%	6,7%
32	Pirna	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
33	Plauen	0,0%	0,3%	6,5%	8,7%	9,0%	8,3%
34	Radeberg	1,3%	0,2%	2,3%	2,0%	2,7%	0,3%
35	Radebeul	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	3,4%	3,5%
36	Reichenbach	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,6%
37	Riesa	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,2%
38	Schkeuditz	0,3%	0,3%	0,9%	0,3%	0,0%	0,0%
39	Stollberg	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%	3,3%	2,7%
40	Torgau	0,0%	0,0%	16,5%	17,9%	16,7%	18,7%
41	Weißwasser	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
42	Werdau	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
43	Wurzen	1,4%	0,8%	2,3%	14,6%	17,2%	53,6%
44	Zittau	10,2%	10,3%	10,3%	10,2%	10,9%	10,1%
45	Zwickau	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,3%	0,4%
	Sachsen	1,4%	4,9%	7,2%	10,1%	11,6%	12,7%

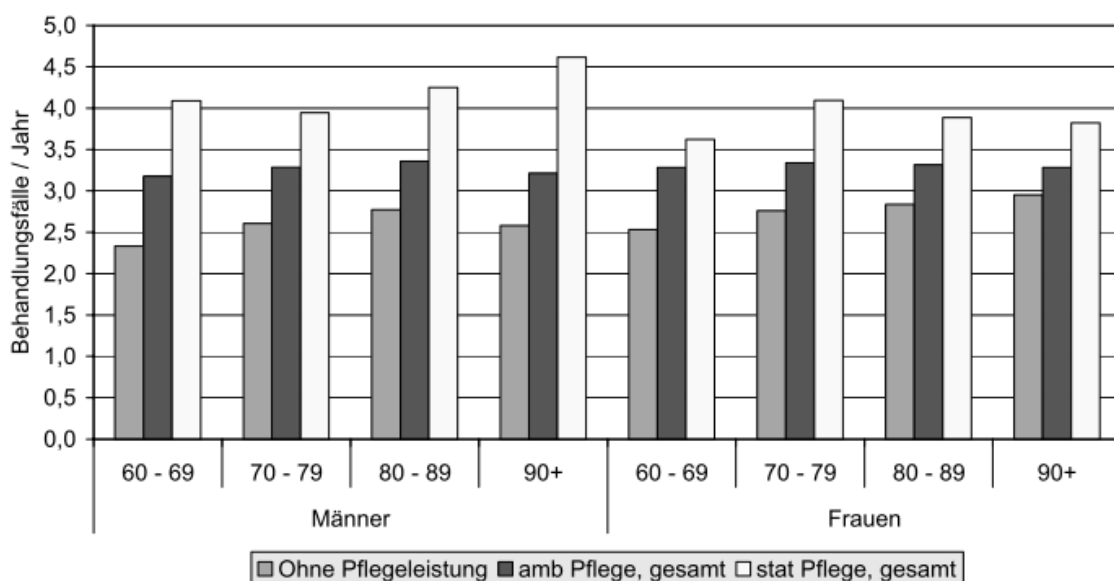
Quelle: AOK PLUS

8.2 Hausärztliche und fachärztliche Versorgung von stationär gepflegten Patienten

8.2.1 Ein Rückblick: Kontakthäufigkeiten im Pflegeheim vor Einführung des § 119b SGB V

In demselben Jahr, in dem § 119b neu in das SGB V aufgenommen wurde, wurde im GEK-Pflegereport 2008 die Situation der ärztlichen Behandlung von Bewohnern in Pflegeeinrichtungen anhand von Krankenkassen-Routinedaten untersucht (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Anzahl der Behandlungsfälle durch Allgemeinmediziner im Jahr 2006 pro Versichertenjahr nach Alter, Geschlecht und SPV-Leistung



Quelle: GEK-Pflegereport 2008³⁹

Der Vergleich der im Jahr 2006 in Deutschland gemessenen Kontakthäufigkeiten von stationär Gepflegten, ambulant Gepflegten und Personen ohne Pflegeleistungen zu Vertragsärzten hat den Autoren zufolge gezeigt, dass

„pflegebedürftige Heimbewohner – auch bei Kontrolle von Alter und Geschlecht – signifikant mehr [allgemeinmedizinische] Behandlungsfälle [als ambulant Gepflegte bzw. Menschen ohne Pflegeleistung] aufweisen. Dieser Unterschied bleibt auch bei Berücksichtigung wichtiger Krankheiten bestehen. Der Vergleich mit den Nicht-Pflegebedürftigen und den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege bietet somit keinen Hinweis auf eine Unterversorgung der Heimbewohner mit allgemeinärztlichen Untersuchungen und Behandlungen. Auch die Absolutzahl der Behandlungsfälle entspricht knapp den diesbezüglich erhobenen Forderungen. Bei den Frauen liegt die Zahl der Behandlungsfälle je nach Alter im Bereich von 3,6 bis 4 und bei den Männern sogar noch darüber zwischen 3,9 und 4,6.“⁴⁰

³⁹ Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R: GEK-Pflegereport 2008. Asgard-Verlag 2008, S. 191.

⁴⁰ A.a.O.: S. 210.

Der GEK-Pflegereport 2008 hat darüber hinaus auch die relativen Kontakthäufigkeiten für andere Facharztgruppen getrennt nach stationär Gepflegten, ambulant Gepflegten und nicht pflegebedürftigen Personen untersucht. Demnach haben stationär Gepflegte häufiger Kontakt zu einem Neurologen und Psychiater als ambulant Gepflegte und diese häufiger als Personen gleichen Alters ohne Pflegebedürftigkeit.⁴¹ Bei Augenärzten dreht sich das Bild: Verglichen mit der allgemeinärztlichen und neurologisch/psychiatrischen Versorgung haben Personen gleichen Alters ohne Pflegeleistungen die höchsten Kontaktraten zu Fachärzten für Augenheilkunde, gefolgt von ambulant Gepflegten und dann den stationär Gepflegten.⁴²

8.2.2 Fachgebietsspezifische Betreuungsdichte der Bewohner von sächsischen Pflegeeinrichtungen

Fast alle bei der AOK PLUS versicherten Bewohner von Pflegeeinrichtungen in den verschiedenen Mittelbereichen Sachsens hatten in den in Tabelle 17 ausgewiesenen Quartalen von Q3 2016 bis Q4 2017 jeweils mindestens einen Kontakt zu einem Hausarzt. Ausnahmslos werden Werte von über 90% erreicht, mehrheitlich liegen die Werte nahe an oder z.T. auch bei 100%. Für Sachsen gesamt liegt die Quote entsprechend in allen betrachteten Quartalen konstant bei 98% bzw. wird nur in einem Quartal eine um einen Prozentpunkt verminderte Quote erreicht. In keinem Fall sinken die Quartalskontaktraten unter 91%. In dieser und in den folgenden Tabellen werden dabei alle Versicherten betrachtet, unabhängig davon ob der jeweilige Arztkontakt mit einem 119b-Vertrag hinterlegt war oder es sich um eine Behandlung ohne Abrechnung einer Ziffer aus Kapitel 37.2 EBM gehandelt hat.⁴³

Für fachärztliche Kontakte wurden die für Pflegeheimbewohner primär bedeutsamen Fachgruppen Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), Urologie und Augenheilkunde ausgewählt. Es ergeben sich erwartungsgemäß deutlich niedrigere Werte (Tabelle 18) als bei den hausärztlichen Kontakten. Eine differenzierte Darstellung nach den genannten Fachgruppen führt dabei zu erheblichen Unterschieden. Die in Tabelle 19 ausgewiesenen Anteile von AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohnern mit mindestens einem Kontakt im vierten Quartal 2017 weisen große interregionale Schwankungen auf: Im Bereich der psychiatrischen Versorgung reichen die Werte von 0% im Minimum bis zu 60% im Maximum, im Bereich der dermatologischen Versorgung von 4% bis 44%, im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde von 2% bis 67%, im Bereich Urologie von 6% bis 29% und im Bereich Augenheilkunde von 7% im Minimum bis hin zu 46% im Maximum. Die hier für das vierte Quartal 2017 dargestellten Unterschiede bestehen i.W. so auch in den Vorquartalen (hier nicht tabellarisch dargestellt), so dass für Sachsen von hohen regionalen Unterschieden in der fachgebietsspezifischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern auszugehen ist.

⁴¹ A.a.O.: S. 195

⁴² A.a.O.: S. 197

⁴³ Für die Interpretation der Daten ist zu beachten, dass bei der vorgenommenen Auswertung für Pflegeheimbewohner auch Leistungen enthalten sind, die *in der Praxis des Arztes* erbracht wurden. In diesen Fällen hat der Bewohner der Pflegeeinrichtung den Arzt aufgesucht bzw. ist dorthin gebracht worden, und nicht umgekehrt. Eine Bereinigung um diese Besuche ist statistisch nicht möglich. Wir gehen davon aus, dass bei Pflegeheimbewohnern nur ein kleiner Teil der Arztkontakte in der Praxis des Arztes stattfindet.

Tabelle 17: Anteil von AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohnern mit mindestens einem Hausarztkontakt in Prozent für sechs Quartale

Nr	Mittelbereich	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017
1	Annaberg-Buchholz	98%	98%	98%	98%	96%	99%
2	Aue	97%	93%	93%	93%	93%	92%
3	Auerbach	97%	96%	96%	97%	98%	98%
4	Bautzen	99%	98%	98%	97%	98%	98%
5	Borna	98%	98%	97%	97%	97%	98%
6	Chemnitz	98%	98%	98%	98%	98%	98%
7	Crimmitschau	100%	100%	100%	100%	100%	100%
8	Delitzsch	99%	99%	99%	98%	99%	99%
9	Dippoldiswalde	98%	99%	99%	99%	99%	99%
10	Dresden	98%	98%	98%	97%	97%	97%
11	Döbeln	99%	99%	99%	99%	99%	99%
12	Eilenburg	99%	99%	98%	98%	98%	98%
13	Freiberg	98%	98%	98%	98%	98%	99%
14	Freital	99%	96%	95%	95%	95%	96%
15	Glauchau	100%	99%	99%	99%	99%	99%
16	Grimma	99%	99%	99%	99%	99%	100%
17	Großenhain	97%	99%	94%	95%	96%	97%
18	Görlitz	99%	99%	98%	98%	98%	97%
19	Hoyerswerda	94%	98%	96%	92%	94%	96%
20	Kamenz	99%	99%	99%	99%	99%	99%
21	Leipzig	99%	99%	98%	98%	98%	98%
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	99%	99%	99%	98%	99%	98%
23	Limbach-Oberfrohna	91%	91%	91%	92%	93%	93%
24	Löbau	99%	99%	98%	97%	99%	100%
25	Marienberg	99%	99%	99%	99%	99%	98%
26	Markkleeberg	99%	99%	99%	99%	99%	99%
27	Meißen	99%	98%	96%	96%	98%	98%
28	Mittweida	97%	98%	99%	98%	99%	98%
29	Niesky	98%	100%	98%	97%	98%	97%
30	Oelsnitz	98%	100%	99%	99%	99%	99%
31	Oschatz	97%	98%	97%	95%	96%	97%
32	Pirna	98%	98%	97%	97%	96%	97%
33	Plauen	98%	97%	98%	97%	97%	97%
34	Radeberg	98%	98%	98%	97%	98%	98%
35	Radebeul	98%	98%	98%	98%	98%	98%
36	Reichenbach	98%	99%	98%	98%	99%	98%
37	Riesa	99%	100%	99%	95%	93%	94%
38	Schkeuditz	99%	99%	99%	98%	99%	98%
39	Stollberg	98%	97%	98%	99%	97%	96%
40	Torgau	98%	99%	97%	95%	96%	99%
41	Weißwasser	100%	99%	99%	99%	99%	100%
42	Werdau	99%	100%	100%	98%	98%	99%
43	Wurzen	97%	98%	97%	98%	97%	98%
44	Zittau	98%	99%	98%	98%	99%	99%
45	Zwickau	98%	98%	99%	98%	98%	99%
	Sachsen	98%	98%	98%	97%	98%	98%

Quelle: AOK PLUS

Tabelle 18: Anteil von AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohnern mit mindestens einem Kontakt zu einem Facharzt ausgewählter Fachgruppen in Prozent für sechs Quartale

Nr	Mittelbereich	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017
1	Annaberg-Buchholz	62%	59%	60%	63%	64%	66%
2	Aue	74%	64%	60%	61%	74%	76%
3	Auerbach	60%	58%	61%	57%	61%	61%
4	Bautzen	60%	59%	59%	61%	61%	59%
5	Borna	71%	72%	74%	78%	73%	73%
6	Chemnitz	72%	72%	73%	75%	77%	77%
7	Crimmitschau	70%	69%	65%	70%	66%	66%
8	Delitzsch	70%	67%	66%	75%	77%	76%
9	Dippoldiswalde	86%	88%	89%	88%	92%	88%
10	Dresden	85%	85%	84%	84%	85%	84%
11	Döbeln	78%	77%	78%	77%	79%	77%
12	Eilenburg	71%	76%	75%	77%	77%	77%
13	Freiberg	69%	69%	68%	71%	69%	70%
14	Freital	78%	77%	76%	78%	80%	76%
15	Glauchau	71%	71%	68%	69%	70%	68%
16	Grimma	71%	73%	67%	71%	66%	66%
17	Großenhain	71%	68%	66%	66%	69%	66%
18	Görlitz	73%	70%	70%	72%	73%	71%
19	Hoyerswerda	61%	58%	61%	61%	58%	61%
20	Kamenz	74%	74%	73%	71%	73%	72%
21	Leipzig	88%	88%	88%	88%	89%	89%
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	75%	69%	69%	71%	75%	69%
23	Limbach-Oberfrohna	61%	59%	62%	61%	61%	65%
24	Löbau	45%	46%	44%	44%	43%	43%
25	Marienberg	63%	62%	63%	64%	66%	66%
26	Markkleeberg	88%	91%	87%	91%	93%	86%
27	Meißen	74%	72%	69%	70%	68%	70%
28	Mittweida	80%	79%	79%	82%	81%	81%
29	Niesky	83%	80%	80%	84%	84%	84%
30	Oelsnitz	66%	66%	67%	62%	64%	65%
31	Oschatz	58%	57%	57%	59%	60%	57%
32	Pirna	62%	57%	59%	57%	58%	59%
33	Plauen	63%	62%	59%	60%	60%	59%
34	Radeberg	77%	78%	76%	81%	78%	77%
35	Radebeul	69%	75%	67%	69%	71%	70%
36	Reichenbach	58%	58%	57%	57%	55%	57%
37	Riesa	44%	46%	45%	44%	44%	45%
38	Schkeuditz	55%	45%	47%	58%	49%	51%
39	Stollberg	69%	57%	64%	64%	72%	69%
40	Torgau	63%	63%	62%	60%	59%	62%
41	Weißwasser	86%	84%	86%	87%	86%	89%
42	Werdau	75%	76%	76%	74%	76%	78%
43	Wurzen	78%	79%	78%	84%	91%	88%
44	Zittau	43%	38%	39%	38%	38%	38%
45	Zwickau	69%	71%	71%	71%	70%	72%
	Sachsen	72%	71%	71%	72%	72%	72%

Quelle: AOK PLUS. Ausgewertet wurden Kontakte zu den Fachgruppen Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), Urologie und Augenheilkunde.

Tabelle 19: Anteil AOK PLUS-versicherter Pflegeheimbewohner mit mindestens einem Kontakt im vierten Quartal 2017 in Prozent bei ausgewählten Fachgruppen

Nr	Mittelbereich	Neurologie	Psychiatrie	Dermatologie	HNO	Urologie	Augenheilkunde
1	Annaberg-Buchholz	48%	10%	6%	7%	10%	10%
2	Aue	36%	32%	14%	8%	9%	10%
3	Auerbach	40%	1%	25%	5%	7%	11%
4	Bautzen	32%	15%	7%	7%	11%	11%
5	Borna	23%	37%	17%	11%	11%	12%
6	Chemnitz	56%	15%	11%	11%	10%	12%
7	Crimmitschau	25%	28%	7%	7%	9%	16%
8	Delitzsch	51%	0%	11%	7%	10%	46%
9	Dippoldiswalde	28%	60%	11%	6%	9%	11%
10	Dresden	51%	24%	25%	26%	16%	15%
11	Döbeln	32%	37%	44%	3%	12%	10%
12	Eilenburg	38%	2%	10%	8%	19%	37%
13	Freiberg	43%	12%	14%	8%	7%	11%
14	Freital	50%	9%	38%	9%	12%	12%
15	Glauchau	40%	22%	4%	3%	10%	10%
16	Grimma	24%	29%	17%	5%	13%	12%
17	Großenhain	51%	3%	32%	18%	6%	9%
18	Görlitz	41%	1%	25%	17%	20%	18%
19	Hoyerswerda	38%	11%	18%	6%	7%	15%
20	Kamenz	32%	29%	19%	6%	15%	11%
21	Leipzig	61%	13%	39%	45%	15%	25%
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	27%	29%	14%	19%	10%	10%
23	Limbach-Oberfrohna	14%	36%	15%	2%	9%	12%
24	Löbau	20%	1%	8%	9%	10%	13%
25	Marienberg	45%	14%	5%	5%	11%	7%
26	Markkleeberg	67%	1%	37%	67%	15%	23%
27	Meißen	29%	33%	10%	7%	7%	9%
28	Mittweida	48%	23%	16%	24%	9%	13%
29	Niesky	66%	6%	13%	7%	31%	19%
30	Oelsnitz	22%	32%	14%	6%	6%	22%
31	Oschatz	24%	8%	19%	8%	13%	13%
32	Pirna	31%	8%	10%	9%	10%	13%
33	Plauen	43%	7%	16%	4%	9%	10%
34	Radeberg	34%	32%	29%	6%	16%	7%
35	Radebeul	35%	11%	11%	21%	8%	23%
36	Reichenbach	24%	27%	10%	4%	9%	9%
37	Riesa	21%	5%	8%	4%	9%	13%
38	Schkeuditz	22%	0%	11%	6%	20%	11%
39	Stollberg	19%	42%	15%	8%	11%	10%
40	Torgau	47%	0%	8%	6%	6%	18%
41	Weißwasser	65%	23%	18%	6%	13%	15%
42	Werdau	18%	42%	10%	7%	29%	19%
43	Wurzen	39%	52%	17%	5%	7%	10%
44	Zittau	16%	0%	9%	4%	7%	14%
45	Zwickau	33%	26%	13%	27%	10%	10%
	Sachsen	41%	17%	19%	16%	12%	15%

Quelle: AOK PLUS

8.2.3 Versorgungsintensität der Bewohner von sächsischen Pflegeeinrichtungen

Der Anteil der Bewohner mit mindestens einem Kontakt zu einem Allgemeinmediziner und/oder einem Facharzt pro Quartal, vermittelt einen ersten Eindruck der Betreuungsdichte, sagt aber wenig darüber aus, wie intensiv die Betreuung jeweils war.

Tabelle 20 bildet deshalb die Entwicklung der hausärztlichen Versorgungsintensität in Sachsen über sechs Quartale und nach Mittelbereichen anhand des Indikators „durchschnittliche Anzahl der Arztkontakte“ respektive der durchschnittlichen Kontaktrate ab. Dazu wird für jeden stationär gepflegten Versicherten zunächst die Zahl *unterschiedlicher Tage* gezählt, an denen ein Hausarzt Leistungen für diesen Versicherten erbracht hat. Die Anzahl der so gemessenen Behandlungstage wird über alle betrachteten Bewohner aufsummiert und durch die Zahl der Bewohner geteilt. Zum Beispiel hatte im dritten Quartal 2016 ein Versicherter der AOK PLUS in einer Pflegeeinrichtung im Mittelbereich Annaberg-Buchholz durchschnittlich an 4,4 unterschiedlichen Tagen Kontakt zu einem Allgemeinmediziner.

Diese Tabelle wird nachfolgend in drei Dimensionen genauer betrachtet:

- Zum ersten ergibt sich ein **absolutes Niveau** der hausärztlichen Versorgungsintensität von gut vier Besuchen je Quartal. Das heißt, dass die Bewohner der Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt mehr als einmal im Monat Kontakt zu einem Hausarzt hatten.
- Zweitens besteht eine **regionale Variation**. Die Spannweite liegt beispielsweise im dritten Quartal 2017 zwischen 5,6 Besuchen in Leipzig und 3,5 in Crimmitschau. Das heißt, dass in Leipzig je AOK-versichertem Heimbewohner absolut 1,3 mehr hausärztliche Besuche als in Crimmitschau stattgefunden haben. Als Maß für die regionalen Schwankungen in dieser Verteilung entspricht dies im Durchschnitt über die sechs betrachteten Quartale einer Standardabweichung von 0,45.
- Drittens – und von besonderem Interesse – ist die Entwicklung im **zeitlichen Verlauf**. Die Tabelle weist in Spalte H die absolute Änderung vom Q3 2016 zum Q3 2017 aus und in Spalte I analog die Änderung von Q4 2016 zu Q4 2017.

39 von 45 Mittelbereichen weisen in Spalte H ein negatives Vorzeichen auf. Für Sachsen insgesamt ist über ein Jahr ein Rückgang um -0,2 Besuchstage oder um gut -5% festzustellen. Der Vergleich von Q4 2017 mit Q4 2016 (Spalte H) weist 34 Mittelbereiche mit einem negativen Vorzeichen aus sowie einem vergleichbar hohen absoluten bzw. relativen Rückgang. Die ausgewiesenen absoluten Rückgänge in den Spalten H und I um mehrere Zehntel von Besuchstagen entsprechen einer Abnahme um bis zu knapp -13% (Mittelbereich Radeberg, Vergleich Q3 2017 gegen Q3 2016).

Tabelle 20: Durchschnittliche Anzahl von Kontakten zu einem Hausarzt für sechs Quartale

Nr	Mittelbereich	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Än-	Än-
		2016	2016	2017	2017	2017	2017	derung	derung
	A	B	C	D	E	F	G	F - B	G - C
1	Annaberg-Buchholz	4,4	4,2	4,1	4,2	4,1	4,1	-0,3	-0,1
2	Aue	4,2	4,0	3,8	3,7	3,7	3,7	-0,5	-0,3
3	Auerbach	4,1	4,0	4,2	3,9	4,0	3,8	-0,1	-0,2
4	Bautzen	4,4	4,2	4,4	4,0	4,3	4,0	-0,1	-0,2
5	Borna	5,2	4,9	5,2	4,6	4,6	4,7	-0,6	-0,2
6	Chemnitz	4,5	4,3	4,3	4,2	4,1	4,1	-0,4	-0,2
7	Crimmitschau	3,9	3,8	3,8	3,6	3,5	3,5	-0,4	-0,3
8	Delitzsch	5,4	5,2	5,6	5,2	5,0	4,7	-0,4	-0,5
9	Dippoldiswalde	4,3	4,0	3,9	3,9	4,0	3,7	-0,3	-0,3
10	Dresden	4,7	4,7	4,9	4,4	4,5	4,5	-0,2	-0,2
11	Döbeln	4,5	4,6	4,8	4,2	4,3	4,4	-0,2	-0,2
12	Eilenburg	4,7	4,5	4,6	4,3	4,5	4,3	-0,2	-0,2
13	Freiberg	4,5	4,3	4,5	4,2	4,3	4,2	-0,2	-0,1
14	Freital	4,4	4,3	4,5	4,0	4,1	4,1	-0,3	-0,2
15	Glauchau	3,9	3,6	3,8	3,7	3,7	3,6	-0,2	0,0
16	Grimma	5,2	4,8	4,9	4,9	4,9	4,9	-0,3	0,1
17	Großenhain	4,1	4,3	4,3	3,9	4,0	4,0	-0,1	-0,3
18	Görlitz	4,4	4,4	4,6	4,3	4,2	4,2	-0,2	-0,2
19	Hoyerswerda	3,8	4,4	4,2	4,0	3,7	3,9	-0,1	-0,5
20	Kamenz	4,5	4,4	4,6	4,1	4,3	4,2	-0,2	-0,2
21	Leipzig	5,7	5,5	5,7	5,3	5,6	5,4	-0,1	-0,1
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	4,2	4,0	4,3	4,0	4,1	3,7	-0,1	-0,3
23	Limbach-Oberfrohna	3,7	3,6	4,1	3,8	3,9	3,7	0,2	0,1
24	Löbau	4,8	4,8	5,2	4,9	4,7	4,5	-0,1	-0,3
25	Marienberg	5,4	5,1	5,2	5,0	5,3	4,9	-0,1	-0,2
26	Markkleeberg	4,8	4,5	4,7	5,1	4,9	4,6	0,1	0,1
27	Meißen	5,1	4,7	4,7	4,1	4,6	4,8	-0,5	0,1
28	Mittweida	4,2	4,0	4,3	3,9	4,0	3,9	-0,2	-0,1
29	Niesky	4,1	4,2	4,3	4,0	3,9	3,7	-0,2	-0,5
30	Oelsnitz	3,9	4,3	3,9	4,0	4,2	3,8	0,3	-0,5
31	Oschatz	4,5	4,5	4,4	4,0	4,2	4,7	-0,3	0,2
32	Pirna	4,4	4,3	4,4	3,9	3,9	4,0	-0,5	-0,3
33	Plauen	4,2	4,1	4,4	4,1	4,1	4,0	-0,1	-0,1
34	Radeberg	4,5	4,2	4,2	3,7	4,0	3,7	-0,5	-0,5
35	Radebeul	4,4	4,3	4,6	4,1	4,3	4,2	-0,1	-0,1
36	Reichenbach	3,9	3,5	3,9	3,6	3,9	3,5	0,0	0,0
37	Riesa	4,8	4,5	4,8	4,2	4,2	4,2	-0,6	-0,3
38	Schkeuditz	4,5	4,3	4,5	4,6	4,5	4,7	0,0	0,4
39	Stollberg	3,5	3,9	3,6	3,4	3,7	3,6	0,2	-0,3
40	Torgau	4,5	4,4	4,7	4,2	4,3	4,4	-0,2	0,0
41	Weißwasser	4,0	4,0	3,9	3,9	3,9	3,9	-0,1	-0,1
42	Werdau	4,3	4,4	4,5	4,0	3,9	4,4	-0,4	0,0
43	Wurzen	4,9	4,8	5,2	4,7	4,7	4,9	-0,2	0,1
44	Zittau	4,7	4,2	4,6	4,2	4,2	4,1	-0,5	-0,1
45	Zwickau	4,0	3,9	3,9	3,8	3,7	3,5	-0,3	-0,4
	Sachsen	4,6	4,5	4,6	4,3	4,4	4,3	-0,2	-0,2

Quelle: AOK PLUS

Tabelle 21: Durchschnittliche Anzahl von Kontakten zu einem Facharzt über ausgewählte Fachgebiete hinweg für sechs Quartale

Nr	Mittelbereich	Q3	Q4	Q1	Q2	Q3	Q4	Än- de- rung F - B	Än- de- rung G - C
		2016	2016	2017	2017	2017	2017		
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
1	Annaberg-Buchholz	1,0	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	0,0	0,2
2	Aue	1,6	1,2	1,2	1,1	1,5	1,6	-0,1	0,4
3	Auerbach	1,1	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	0,0	0,1
4	Bautzen	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	0,9	0,0	-0,1
5	Borna	1,4	1,4	1,5	1,6	1,5	1,6	0,1	0,2
6	Chemnitz	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	0,0	0,0
7	Crimmitschau	1,6	1,2	1,3	1,2	1,3	1,2	-0,3	0,0
8	Delitzsch	1,1	1,2	1,3	1,5	1,3	1,7	0,2	0,5
9	Dippoldiswalde	1,2	1,3	1,5	1,4	1,4	1,3	0,2	0,0
10	Dresden	2,1	2,1	2,1	2,0	2,1	2,0	0,0	-0,1
11	Döbeln	1,5	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5	0,1	0,0
12	Eilenburg	1,4	1,5	1,5	1,4	1,4	1,6	0,0	0,1
13	Freiberg	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,4	0,0	0,1
14	Freital	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	0,0	-0,1
15	Glauchau	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	0,0	0,1
16	Grimma	1,4	1,3	1,3	1,5	1,4	1,3	0,0	0,0
17	Großenhain	2,2	2,2	2,0	1,8	2,0	2,0	-0,2	-0,2
18	Görlitz	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,8	-0,2	0,0
19	Hoyerswerda	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	0,0	0,0
20	Kamenz	1,6	1,8	1,8	1,8	1,7	1,6	0,1	-0,2
21	Leipzig	2,3	2,4	2,3	2,4	2,4	2,4	0,1	0,0
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	1,6	1,4	1,3	1,4	1,4	1,3	-0,2	-0,1
23	Limbach-Oberfrohna	0,9	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	0,0	0,2
24	Löbau	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	-0,1	-0,1
25	Marienberg	1,1	1,1	1,1	1,1	1,3	1,2	0,2	0,1
26	Markkleeberg	2,3	2,4	2,2	2,4	2,5	2,3	0,2	-0,1
27	Meißen	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	1,2	-0,3	-0,2
28	Mittweida	1,4	1,4	1,4	1,6	1,5	1,4	0,1	0,0
29	Niesky	1,9	1,9	1,7	1,8	1,9	2,2	0,0	0,3
30	Oelsnitz	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	-0,1	0,0
31	Oschatz	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	-0,2	-0,2
32	Pirna	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	-0,1	0,0
33	Plauen	1,3	1,4	1,4	1,3	1,4	1,4	0,1	0,0
34	Radeberg	2,4	2,1	2,3	2,3	2,2	2,2	-0,2	0,1
35	Radebeul	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,1	0,1	-0,1
36	Reichenbach	0,9	0,9	0,9	0,9	1,1	1,0	0,2	0,1
37	Riesa	0,6	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6	0,0	0,0
38	Schkeuditz	0,9	0,7	0,8	1,0	0,8	0,8	-0,1	0,1
39	Stollberg	1,4	1,1	1,2	1,1	1,5	1,3	0,1	0,2
40	Torgau	1,0	1,2	1,1	1,0	0,9	0,8	-0,1	-0,4
41	Weißwasser	2,0	2,0	2,1	2,2	2,2	2,2	0,2	0,2
42	Werdau	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	0,0	0,0
43	Wurzen	1,4	1,3	1,5	1,8	2,1	1,9	0,7	0,6
44	Zittau	0,6	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	-0,2	-0,1
45	Zwickau	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5	0,0	0,1
	Sachsen	1,7	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	0,0	0,1

Quelle: AOK PLUS

Tabelle 22: Durchschnittliche Anzahl von Kontakten zu einem Facharzt für ausgewählte Fachgebiete im vierten Quartal 2017

Nr	Mittelbereich	Neurologie	Psychiatrie	Dermatologie	HNO	Urologie	Augenheilkunde
1	Annaberg-Buchholz	0,5	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
2	Aue	0,6	0,6	0,2	0,1	0,1	0,1
3	Auerbach	0,6	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1
4	Bautzen	0,4	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
5	Borna	0,3	0,8	0,2	0,1	0,2	0,2
6	Chemnitz	0,7	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1
7	Crimmitschau	0,5	0,3	0,1	0,1	0,3	0,2
8	Delitzsch	1,3	0,0	0,2	0,1	0,2	0,5
9	Dippoldiswalde	0,3	0,6	0,1	0,1	0,2	0,1
10	Dresden	0,7	0,5	0,3	0,3	0,3	0,2
11	Döbeln	0,3	0,5	0,5	0,0	0,2	0,1
12	Eilenburg	1,0	0,0	0,1	0,1	0,4	0,5
13	Freiberg	0,8	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
14	Freital	0,6	0,1	0,4	0,1	0,2	0,1
15	Glauchau	0,5	0,2	0,1	0,0	0,2	0,1
16	Grimma	0,4	0,5	0,2	0,1	0,2	0,2
17	Großenhain	0,7	0,1	0,9	0,2	0,1	0,1
18	Görlitz	1,0	0,0	0,2	0,2	0,3	0,2
19	Hoyerswerda	0,6	0,2	0,2	0,1	0,1	0,2
20	Kamenz	0,5	0,7	0,2	0,1	0,2	0,1
21	Leipzig	1,0	0,1	0,5	0,4	0,3	0,3
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	0,3	0,5	0,2	0,2	0,2	0,1
23	Limbach-Oberfrohna	0,2	0,4	0,2	0,0	0,2	0,2
24	Löbau	0,3	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
25	Marienberg	0,7	0,2	0,0	0,1	0,2	0,1
26	Markkleeberg	0,8	0,0	0,4	0,6	0,4	0,3
27	Meißen	0,4	0,5	0,1	0,1	0,1	0,1
28	Mittweida	0,5	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1
29	Niesky	1,5	0,1	0,2	0,1	0,4	0,2
30	Oelsnitz	0,3	0,5	0,1	0,1	0,1	0,2
31	Oschatz	0,3	0,1	0,3	0,1	0,2	0,2
32	Pirna	0,4	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2
33	Plauen	0,9	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1
34	Radeberg	0,6	0,9	0,4	0,1	0,3	0,1
35	Radebeul	0,5	0,1	0,1	0,2	0,1	0,3
36	Reichenbach	0,4	0,3	0,1	0,0	0,1	0,1
37	Riesa	0,3	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2
38	Schkeuditz	0,4	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1
39	Stollberg	0,3	0,6	0,2	0,1	0,2	0,1
40	Torgau	0,6	0,0	0,1	0,1	0,1	0,2
41	Weißwasser	1,3	0,4	0,3	0,1	0,2	0,2
42	Werdau	0,2	0,8	0,1	0,1	0,5	0,2
43	Wurzen	0,5	1,1	0,2	0,1	0,1	0,2
44	Zittau	0,2	0,0	0,1	0,0	0,1	0,2
45	Zwickau	0,6	0,4	0,2	0,3	0,2	0,1
	Sachsen	0,6	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2

Quelle: AOK PLUS

Für sechs für die Versorgung von Pflegeheimbewohnern besonders bedeutsame Facharztgruppen (Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, HNO und Augenheilkunde) werden analog zur Situation im Bereich der hausärztlichen Versorgung ebenfalls die

Versorgungsintensitäten ausgewiesen, und zwar für alle genannten Fachrichtungen zusammen über sechs Quartale (Tabelle 21) einerseits und getrennt nach Fachrichtungen für das vierte Quartal 2017 (Tabelle 22) andererseits. Auch hier ergibt sich eine regionale Variation, die zudem deutlich größer ist als bei der hausärztlichen Versorgung. Um diese Unterschiede in der Variabilität sichtbar zu machen, wurde ein dimensionsloses Streuungsmaß, der Variationskoeffizient, verwendet. In der letzten Spalte von Tabelle 20 (durchschnittliche Zahl der Hausarztkontakte im vierten Quartal 2017) beträgt der Variationskoeffizient 0,11. Der entsprechende Wert für die Facharztkontakte (Tabelle 21) ist 0,33. Und bei den ausgewählten Facharztgruppen (Tabelle 22) liegt der Variationskoeffizient zwischen 0,47 (Fachärzte für Urologie) und 0,95 (HNO-Ärzte).

Das verglichen mit den Hausärzten erwartbare niedrigere Niveau der Kontakthäufigkeit bei den Fachärzten geht somit mit einer deutlich stärkeren regionalen Streuung einher. Diese Unterschiede *zwischen* den Regionen treten auf in Verbindung mit einer überwiegend geringen Variation *innerhalb* einer Region von Quartal zu Quartal.

8.2.4 Auswertung der abgerechneten Gebührenordnungspositionen

Die vorliegenden Routinedaten der AOK PLUS erlauben es auch, die Häufigkeit der Abrechnung einzelner Gebührenziffern des EBM mit Bezug auf die jeweilige Anzahl AOK-versicherter Pflegeheimbewohner nach Altersgruppen über die Zeit zu analysieren

Tabelle 23: Anteil der stationär gepflegten AOK-Versicherten, für die ausgewählte Gebührenordnungsziffern im dritten Quartal 2016 bzw. im vierten Quartal 2017 mindestens einmal abgerechnet wurden, nach Altersgruppen

Abgerechnete Gebührenordnungsziffer	Altersgruppe			
	60-69	70-79	80-89	ab 90
<i>3. Quartal 2016</i>				
Krankenbesuch (GOP 01410 oder 01413)	90,0%	91,7%	93,4%	94,4%
Hausarzt (Versichertenpauschale)	96,9%	97,9%	98,2%	98,2%
Augenheilkunde (Grundpauschale)	9,1%	11,7%	14,0%	13,9%
Dermatologie (Grundpauschale)	19,0%	17,1%	16,2%	16,6%
Neurologie (Grundpauschale)	44,4%	42,5%	35,1%	29,9%
Laboratoriumsmedizin (GOP 32001)	95,6%	93,9%	92,0%	92,1%
<i>4. Quartal 2017</i>				
Krankenbesuch (GOP 01410 oder 01413)	87,7%	93,3%	94,3%	94,1%
Hausarzt (Versichertenpauschale)	93,9%	96,2%	96,3%	96,3%
Augenheilkunde (Grundpauschale)	9,1%	11,6%	13,6%	12,8%
Dermatologie (Grundpauschale)	18,1%	17,9%	16,4%	16,5%
Neurologie (Grundpauschale)	43,8%	43,1%	37,6%	30,4%
Laboratoriumsmedizin (GOP 32001)	94,4%	93,5%	91,8%	91,5%

Quelle: AOK PLUS

Es kann festgehalten werden, dass für stationär Gepflegte auch auf der Ebene der am häufigsten abgerechneten Gebührensatznummern im Vergleich von Q3 2016 und Q4 2016 keine systematischen Veränderungen der Anteile von Versicherten erkennbar sind, für die im jeweils betrachteten Quartal eine Abrechnung erfolgt ist (vgl. Tabelle 23). Mit anderen Worten: Weder bei der Anzahl der Krankenbesuche, noch bei den häufigsten hausärztlichen und desgleichen bei den häufigsten Abrechnungsziffern aus den Bereichen Augenheilkunde, Dermatologie und Neurologie ist ein Effekt der zunehmenden Anzahl von § 119b-Vereinbarungen und der zunehmenden Anzahl von stationär gepflegten Versicherten mit Abrechnung einer Gebührensatznummer nach Kapitel 37.2 EBM erkennbar.

8.3 Krankentransporte und Krankenhausinanspruchnahme

Bewohner von stationären Pflegeeinrichtungen weisen aufgrund ihrer Morbidität eine höhere Wahrscheinlichkeit auf, in der Folge von Unfällen (Stürzen) oder aufgrund von internistischen Notfällen ins Krankenhaus eingewiesen zu werden.

Für die betrachteten sechs Quartale wurde in Tabelle 24 der Anteil der Pflegeheimbewohner mit Transport durch einen Rettungswagen (RTW) und / oder Einsatz eines Notarzteinsetzfahrzeugs (NEF) und in Tabelle 25 die Zahl der Krankenhausaufenthalte je 100 Bewohner von Pflegeeinrichtungen für jeden Mittelbereich und für Sachsen gesamt berechnet.

Über beide Tabellen hinweg fallen zunächst deutliche interregionale Unterschiede auf. Am Beispiel der in Tabelle 25 ausgewiesenen durchschnittlichen Anzahl von Krankenhausaufenthalten je 100 AOK-versicherten Pflegeheimbewohnern ergeben sich im Mittel über alle Quartale Werte von zwischen 16 Fällen im Minimum im Mittelbereich Niesky (29) und im Maximum von 30 Fällen je 100 Bewohnern im Mittelbereich Weißwasser (41). Die quartalsweise Betrachtung zeigt, dass die Unterschiede über die Zeit relativ stabil sind. Von einer Standardisierung nach dem Alter und Geschlecht wurde abgesehen, weil nicht die dargestellten Unterschiede zwischen Regionen im Zentrum dieser Evaluation stehen, sondern hier primär die Frage interessiert, ob Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit der Inanspruchnahme und dem Bestehen von § 119b-Vereinbarungen bestehen.

Aufschluss zu bestehenden oder nicht bestehenden Zusammenhängen geben die Korrelationsanalysen, deren Ergebnisse im Anschluss an die tabellarischen Ausweisungen in Grafiken und anhand des Bestimmtheitsmaßes r^2 wiedergegeben werden.

Tabelle 24: Anteil der bei der AOK PLUS-versicherten Pflegeheimbewohner mit mindestens einem Transport durch einen Rettungswagen und / oder Notarztinsatz nach Quartalen und Mittelbereichen

Nr	Mittelbereich	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017
1	Annaberg-Buchholz	14%	19%	19%	19%	16%	18%
2	Aue	13%	14%	13%	17%	12%	15%
3	Auerbach	13%	15%	13%	14%	16%	17%
4	Bautzen	13%	13%	13%	14%	13%	12%
5	Borna	15%	17%	18%	18%	17%	18%
6	Chemnitz	14%	16%	16%	15%	17%	16%
7	Crimmitschau	11%	12%	15%	13%	14%	14%
8	Delitzsch	12%	10%	15%	13%	16%	10%
9	Dippoldiswalde	11%	13%	15%	12%	15%	13%
10	Dresden	16%	17%	17%	16%	17%	17%
11	Döbeln	15%	15%	18%	16%	18%	15%
12	Eilenburg	16%	17%	21%	15%	16%	14%
13	Freiberg	12%	11%	12%	10%	11%	11%
14	Freital	17%	17%	18%	17%	18%	17%
15	Glauchau	13%	15%	11%	14%	15%	18%
16	Grimma	16%	14%	18%	14%	15%	15%
17	Großenhain	11%	15%	15%	13%	10%	15%
18	Görlitz	14%	13%	17%	14%	14%	13%
19	Hoyerswerda	12%	12%	14%	12%	12%	12%
20	Kamenz	14%	14%	15%	14%	16%	17%
21	Leipzig	15%	16%	17%	15%	17%	17%
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	16%	17%	19%	17%	18%	17%
23	Limbach-Oberfrohna	14%	16%	18%	15%	18%	18%
24	Löbau	13%	11%	14%	12%	12%	12%
25	Marienberg	14%	15%	14%	15%	16%	14%
26	Markkleeberg	14%	14%	18%	14%	20%	22%
27	Meißen	14%	15%	16%	19%	17%	15%
28	Mittweida	13%	15%	14%	13%	14%	14%
29	Niesky	7%	8%	8%	6%	8%	5%
30	Oelsnitz	13%	19%	18%	16%	20%	15%
31	Oschatz	12%	11%	12%	11%	13%	12%
32	Pirna	12%	15%	19%	16%	16%	17%
33	Plauen	12%	10%	16%	12%	14%	12%
34	Radeberg	12%	14%	17%	13%	15%	15%
35	Radebeul	13%	17%	18%	17%	16%	15%
36	Reichenbach	14%	13%	15%	14%	11%	11%
37	Riesa	14%	15%	18%	17%	19%	18%
38	Schkeuditz	12%	16%	15%	16%	12%	16%
39	Stollberg	11%	15%	17%	14%	16%	14%
40	Torgau	19%	17%	17%	15%	14%	15%
41	Weißwasser	15%	15%	18%	12%	21%	19%
42	Werdau	14%	14%	12%	11%	13%	13%
43	Wurzen	18%	15%	19%	13%	16%	13%
44	Zittau	11%	12%	13%	13%	13%	13%
45	Zwickau	13%	14%	15%	13%	16%	17%
	Sachsen	14%	15%	16%	14%	15%	15%

Quelle: AOK PLUS

Tabelle 25: Durchschnittliche Zahl der Krankenhaufälle je 100 AOK-PLUS-Pflegeheimbewohner nach Quartalen und Mittelbereichen

Nr	Mittelbereich	Q3 2016	Q4 2016	Q1 2017	Q2 2017	Q3 2017	Q4 2017	Mittelwert
1	Annaberg-Buchholz	21	25	26	29	26	21	25
2	Aue	23	25	25	25	22	23	24
3	Auerbach	22	23	22	24	25	27	24
4	Bautzen	20	17	19	17	19	16	18
5	Borna	22	21	26	22	21	21	22
6	Chemnitz	21	21	22	19	23	20	21
7	Crimmitschau	16	26	26	17	18	25	21
8	Delitzsch	20	19	27	22	25	19	22
9	Dippoldiswalde	14	18	14	16	13	15	15
10	Dresden	21	20	22	20	20	19	20
11	Döbeln	21	22	25	21	27	22	23
12	Eilenburg	23	24	29	23	28	23	25
13	Freiberg	19	17	20	17	19	17	18
14	Freital	21	21	20	20	20	18	20
15	Glauchau	23	28	24	23	27	30	26
16	Grimma	24	23	34	26	24	25	26
17	Großenhain	17	18	21	20	16	16	18
18	Görlitz	21	21	25	20	22	20	22
19	Hoyerswerda	18	17	19	17	17	14	17
20	Kamenz	20	22	21	21	25	28	23
21	Leipzig	21	21	24	22	24	24	23
22	Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	26	25	30	28	28	26	27
23	Limbach-Oberfrohna	21	22	33	26	28	29	27
24	Löbau	24	22	25	24	20	22	23
25	Marienberg	23	23	22	23	22	19	22
26	Markkleeberg	20	24	19	19	17	24	21
27	Meißen	20	21	24	28	23	21	23
28	Mittweida	21	18	20	18	21	21	20
29	Niesky	18	15	21	13	17	14	16
30	Oelsnitz	27	31	32	26	26	29	29
31	Oschatz	22	20	23	19	25	23	22
32	Pirna	17	16	25	19	20	17	19
33	Plauen	17	17	25	21	21	21	20
34	Radeberg	21	20	22	20	22	19	21
35	Radebeul	20	21	21	22	20	19	21
36	Reichenbach	25	27	27	26	19	19	24
37	Riesa	20	18	23	22	26	24	22
38	Schkeuditz	24	27	22	26	22	27	25
39	Stollberg	21	21	24	21	25	21	22
40	Torgau	29	25	27	24	24	21	25
41	Weißwasser	25	28	36	23	35	33	30
42	Werdau	25	23	21	20	20	22	22
43	Wurzen	27	23	33	28	29	24	27
44	Zittau	19	19	20	20	22	21	20
45	Zwickau	19	19	20	19	22	21	20
	Sachsen	21	21	23	21	22	21	22

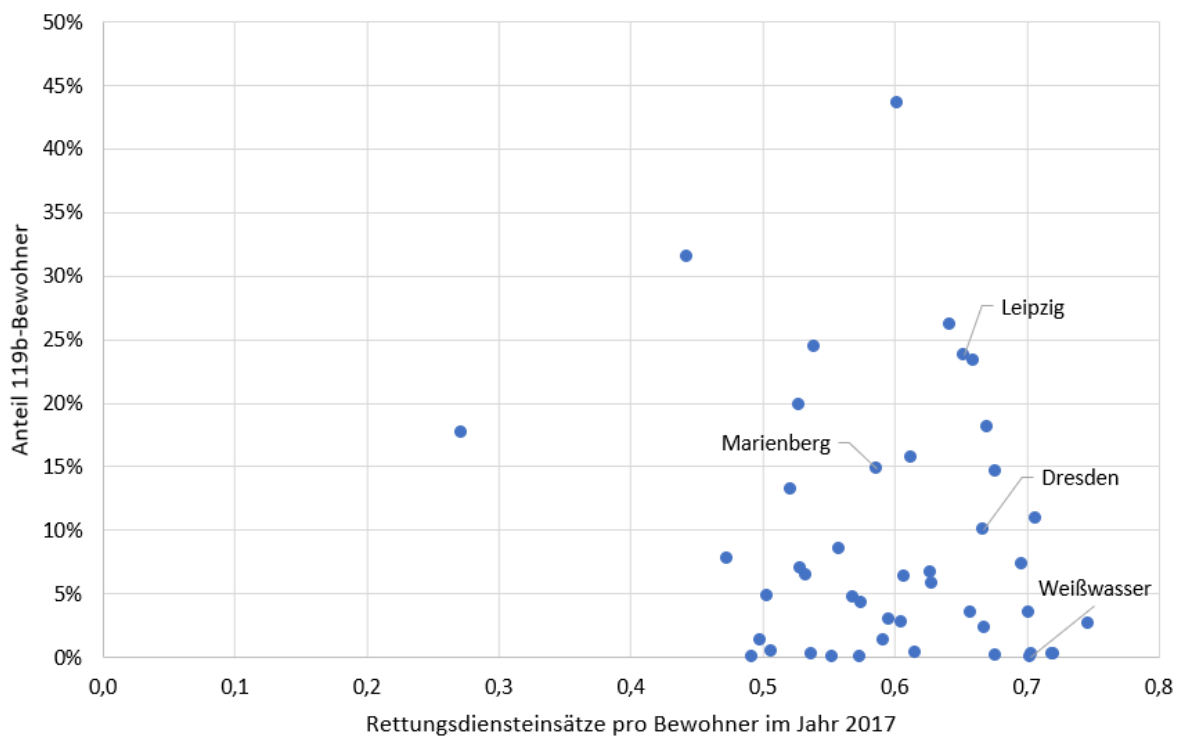
Quelle: AOK PLUS

In Abbildung 6 wird die Häufigkeit der Rettungstransporte und in Abbildung 7 die Häufigkeit der Krankenhaufälle im Jahr 2017 jeweils auf der horizontalen Achse darge-

stellt. Korrespondierend dazu misst in diesen beiden Abbildungen die vertikale Achse die Anteile der Pflegeheimbewohner, die in einem Kooperationsvertrag nach § 119b SGB V versorgt werden. Die Datenpunkte für die vier Mittelbereiche Leipzig, Marienberg, Dresden und Weißwasser sind jeweils besonders gekennzeichnet.

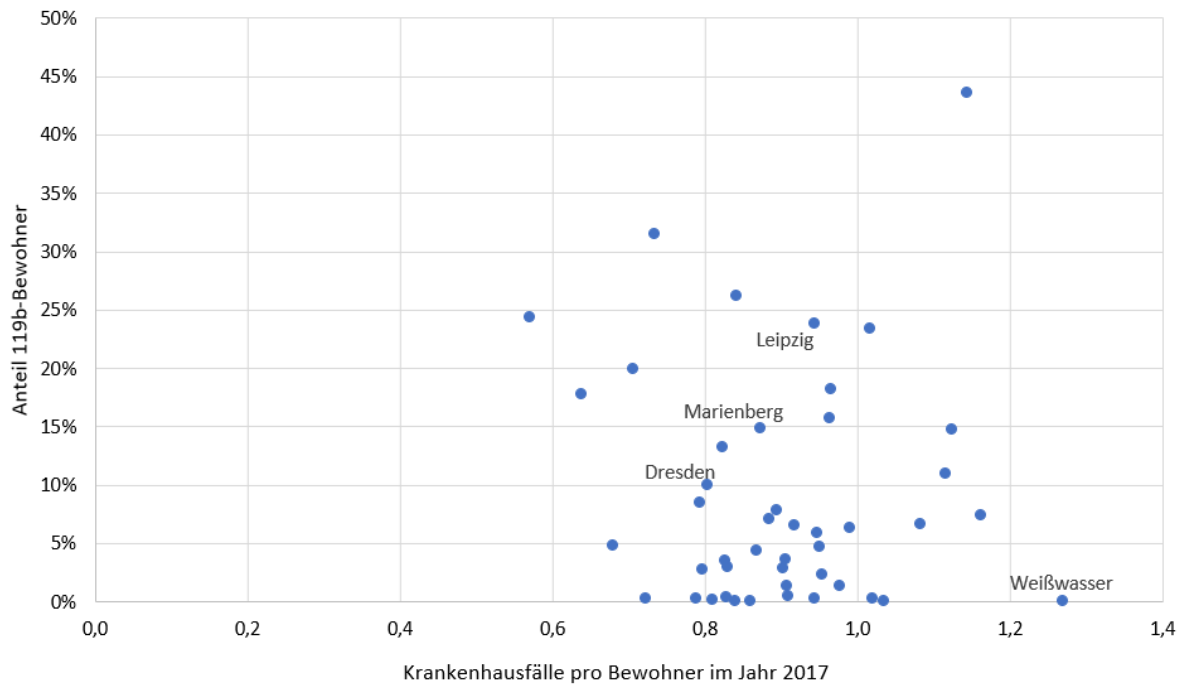
Ein Zusammenhang in dem Sinne, dass hohe Anteile von im Rahmen von § 119b-Kooperationen versorgten Pflegeheimbewohnern mit niedrigen Zahlen bei den Rettungstransporten ($r^2 = 0,03$) bzw. bei den Krankenhausfällen ($r^2 = 0,002$) korrelieren, besteht nicht (vgl. Tabelle 26).

Abbildung 6: X-Y-Darstellung der Rettungstransporte und des Anteils der Bewohner, die im Rahmen einer 119b-Kooperation versorgt werden, nach Mittelbereichen



Quelle: AOK PLUS

Abbildung 7: X-Y-Darstellung der Krankenhausfälle und des Anteils der Bewohner, die im Rahmen einer 119b-Kooperation versorgt werden, nach Mittelbereichen



Quelle: AOK PLUS

Tabelle 26: Zusammenhänge zwischen Rettungstransporten und Krankenhausfällen einerseits sowie dem Anteil von 119b-Verträgen andererseits, nach Mittelbereichen

Gemessener Zusammenhang	Korrelationskoeffizient	r ²
Rettungstransporte / 119b-Verträge	-0,18	0,03
Krankenhausfälle / 119b-Verträge	-0,04	0,002

Nachdem 119b-Vereinbarungen offenkundig ohne erkennbaren Einfluss auf Notfalleinsätze und Krankenhausfälle bleiben, wird abschließend untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der regionalen Krankenhausinanspruchnahme (Tabelle 25) und der regionalen Verfügbarkeit hausärztlicher bzw. fachärztlicher Vertragsärzte besteht, unabhängig davon, ob ein Teil dieser Ärzte 119b-Verträge geschlossen hat.

Tabelle 27 führt in der linken Hälfte der Tabelle Daten aus der Bedarfsplanung in Sachsen für die Versorgungsebene 1 „Hausärztliche Versorgung“ mit den Daten zur regionalen Krankenhausinanspruchnahme zusammen. In der rechten Hälfte der Tabelle werden Daten für die Versorgungsebene 2 „Allgemeine fachärztliche Versorgung“ der regionalen Krankenhausinanspruchnahme gegenübergestellt. Die Versorgungsebene 2 betrifft die Bedarfsplanung für Augenärzte, Chirurgen, Frauenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Kinderärzte, Nervenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten und Urologen. Nicht alle diese Arztgruppen sind für die vertragsärztliche Versorgung in Pflegeeinrichtungen gleich relevant, weshalb im Folgenden nur die Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte und Urologen betrachtet werden (analog zu Tabelle 22, S. 56, wobei hier

in Tabelle 27 in der Abgrenzung der Bedarfsplanung Neurologen und Psychiater als Nervenärzte zusammengefasst sind).

Tabelle 27: Vergleich Versorgungsgrad und Krankenhausinanspruchnahme⁴⁴

Versorgungsebene 1: Hausärztliche Versorgung				Versorgungsebene 2: Allgemeine fachärztliche Versorgung (Zusammenfassung für Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte und Urologen)			
Mittelbereich	Versorgungsgrad, Stand 1.7.2017	KH-Tage 2017 pro Pflegeheimbewohner	KH-Fälle 2017 pro Pflegeheimbewohner	Planungsbereich	Versorgungsgrad, Stand 1.7.2017	KH-Tage 2017 pro Pflegeheimbewohner	KH-Fälle 2017 pro Pflegeheimbewohner
Annaberg-Buchholz	105,6%	10,8	1,0	Annaberg	139,5%	10,8	1,0
Aue	96,4%	11,5	1,0	Aue-Schwarzenberg	136,3%	11,5	1,0
Auerbach	92,3%	12,3	1,0	Bautzen	129,5%	8,2	0,7
Bautzen	108,3%	8,2	0,7	Chemnitz, Stadt	117,7%	8,4	0,8
Borna	112,7%	8,0	0,9	Chemnitzer Land	143,6%	10,6	1,1
Chemnitz	98,5%	8,4	0,8	Delitzsch	152,4%	9,4	1,0
Crimmitschau	99,4%	9,7	0,9	Döbeln	131,2%	8,4	1,0
Delitzsch	110,3%	8,8	0,9	Dresden, Stadt	117,6%	8,3	0,8
Dippoldiswalde	94,2%	5,4	0,6	Freiberg	131,6%	6,7	0,7
Dresden	108,3%	8,3	0,8	Görlitz, Stadt / Niederschlesischer Oberlausitzkreis ⁴⁵	144,7%	8,3	0,9
Döbeln	95,4%	8,4	1,0	Hoyerswerda, Stadt / Landkreis Kamenz	133,2%	8,9	0,8
Eilenburg	112,1%	9,1	1,0	Leipzig, Stadt	117,0%	9,2	0,9
Freiberg	92,3%	6,7	0,7	Leipziger Land	133,4%	8,1	0,9
Freital	84,4%	8,7	0,8	Löbau-Zittau	127,2%	8,4	0,9
Glauchau	109,0%	10,4	1,0	Meißen	124,5%	9,1	0,9
Grimma	111,6%	10,3	1,1	Mittlerer Erzgebirgskreis	123,8%	8,1	0,9
Großenhain	93,9%	9,0	0,7	Mittweida	127,0%	7,4	0,8

⁴⁴ Eigene Berechnungen. Datenbasis für den Versorgungsgrad: Planungsblatt zur Dokumentation des Stands der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 4 Abs. 1 Satz 6 BP-RL, KV Sachsen, Arztstand 1.7.2017 (<https://bit.ly/2FX16dm>). Datenbasis für die Krankenhausinanspruchnahme: Routinedaten der AOK PLUS, Geschäftsbereich Sachsen.

⁴⁵ Der Planungsbereich Görlitz umfasst in der Versorgungsebene 2 neben dem Mittelbereich Weißwasser größere Teile des Mittelbereichs Görlitz und den Mittelbereich Niesky.

Versorgungsebene 1: Hausärztliche Versorgung				Versorgungsebene 2: Allgemeine fachärztliche Versorgung (Zusammenfassung für Augenärzte, Hautärzte, HNO-Ärzte, Nervenärzte und Urologen)			
Mittelbereich	Versorgungsgrad, Stand 1.7.2017	KH-Tage 2017 pro Pflegeheimbewohner	KH-Fälle 2017 pro Pflegeheimbewohner	Planungsbereich	Versorgungsgrad, Stand 1.7.2017	KH-Tage 2017 pro Pflegeheimbewohner	KH-Fälle 2017 pro Pflegeheimbewohner
Görlitz	92,5%	8,6	0,9	Muldentalkreis	128,4%	10,8	1,1
Hoyerswerda	89,8%	7,0	0,7	Plauen, Stadt / Vogtlandkreis	139,1%	10,9	1,0
Kamenz	99,6%	9,7	0,9	Riesa-Großenhain	139,0%	8,0	0,9
Leipzig	110,1%	9,2	0,9	Sächsische Schweiz	133,3%	8,1	0,8
Lichtenstein-Hohenstein-Ernstthal	96,0%	10,7	1,1	Stollberg	131,2%	10,5	0,9
Limbach-Oberfrohna	100,8%	10,6	1,2	Torgau-Oschatz	138,5%	7,8	0,9
Löbau	102,9%	10,2	0,9	Weißeritzkreis	118,6%	7,6	0,7
Marienberg	88,5%	8,1	0,9	Zwickau	172,0%	9,9	0,8
Markkleeberg	110,3%	8,5	0,8				
Meißen	104,4%	8,8	1,0				
Mittweida	85,5%	7,4	0,8				
Niesky	93,8%	5,5	0,6				
Oelsnitz	103,1%	11,9	1,1				
Oschatz	107,5%	8,5	0,9				
Pirna	99,8%	8,1	0,8				
Plauen	102,5%	9,8	0,9				
Radeberg	110,8%	9,0	0,8				
Radebeul	106,2%	9,3	0,8				
Reichenbach	72,9%	9,9	0,9				
Riesa	107,4%	7,5	0,9				
Schkeuditz	119,4%	10,2	1,0				
Stollberg	89,3%	10,5	0,9				
Torgau	86,2%	7,1	1,0				
Weißwasser	98,8%	11,7	1,3				
Werdau	102,6%	9,7	0,8				
Wurzen	111,2%	11,4	1,1				
Zittau	101,8%	7,4	0,8				
Zwickau	91,3%	9,9	0,8				

Quelle: KV Sachsen, AOK PLUS

Die Planungsbereiche unterscheiden sich in der Versorgungsebene 1 und in der Versorgungsebene 2, was die regionale Abgrenzung angeht. Die Versorgungsebene 2 ist weiter gefasst und umfasst zum Teil größere regionale Einheiten. Die Krankenhausanspruchnahmedaten der AOK PLUS sind deshalb für die Verwendung in Tabelle 27 regional jeweils in der erforderlichen Weise aggregiert worden. Die verwendeten Begriffe stimmen darüber hinaus für gleiche Regionen nicht immer überein. So ist bei-

spielsweise *Marienbergr* als definierte Region für den Planungsbereich der Versorgungsebene 1 regional deckungsgleich mit *Mittlerer Erzgebirgskreis* als definierter Region für den Planungsbereich der Versorgungsebene 2.

Abbildung 8 fasst die Ergebnisse aus Tabelle 27 in vier Grafiken zusammen. Ein Zusammenhang der Art, dass ein hoher Versorgungsgrad in der allgemeinärztlichen oder fachärztlichen Bedarfsplanung zu einer niedrigen Krankenhausinanspruchnahme führt, ist in keiner dieser Grafiken erkennbar.⁴⁶ Anders ausgedrückt: Die allein quantitative Abbildung der vertragsärztlichen Versorgungssituation in den verschiedenen Regionen Sachsens erlaubt keinen Rückschluss auf die regionalen Unterschiede im Krankenhausbehandlungsgeschehen für Bewohner von Pflegeeinrichtungen.

Anderen Faktoren kommt offensichtlich eine wichtige Rolle zu. Dazu gehören nach den Ergebnissen der Interviews mit den Pflegeheimen (Kapitel 5), mit den Ärzten (Kapitel 6) und den Gesprächen mit den Verantwortlichen in Politik, KV Sachsen, KZV Sachsen und Krankenkassen auf dem am 24.01.2019 durchgeführten Workshop regionale Initiativen von Ärzten, Heimen, Kassen und entsprechende Vereinbarungen bzw. eine gut funktionierende und gelebte gegenseitige Kommunikation und Zusammenarbeit.

Überlagert wird dies davon, dass die sächsische Bedarfsplanung in der Versorgungsebene 1(hausärztliche Versorgung) seit Jahren eine große Zahl von nicht besetzten Stellen ausweist. Mit Stand 01.07.2018 bestanden hier 255,5 offene Zulassungsmöglichkeiten.⁴⁷ Das Zi hat darüber hinaus unter Berücksichtigung der prognostizierten demografischen Entwicklung in einem 2016 veröffentlichten Gutachten „erhöhte Handlungsbedarfe für eine Anzahl peripherer Regionen Sachsens“ festgestellt.⁴⁸ Die Landesregierung des Freistaates Sachsen und die KV Sachsen haben verschiedene Förderprogramme aufgelegt, um insbesondere Niederlassungen von Hausärzten zu unterstützen. Des Weiteren werden Medizinstudenten, die sich nach Abschluss ihrer Weiterbildung als Facharzt für Allgemeinmedizin verpflichten, in ländlichen Regionen Sachsens tätig zu werden, finanziell unterstützt.⁴⁹

⁴⁶ Entgegen der Erwartung ist der Korrelationskoeffizient in allen vier Fällen sogar positiv und nimmt niedrige Werte zwischen 0,18 und 0,33 an (r^2 zwischen 0,03 und 0,11).

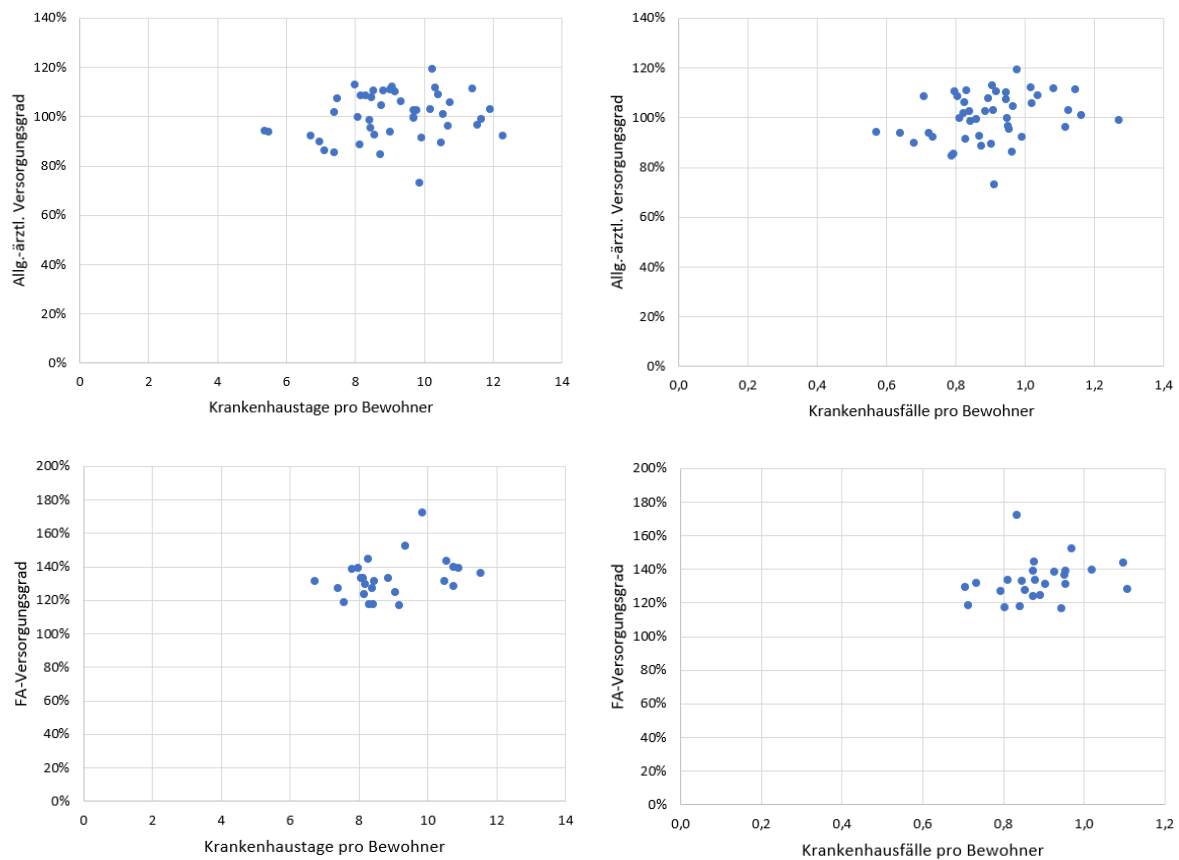
⁴⁷ Vgl. Fortschreibung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Bedarfsplanung für Sachsen zum 1.7.2018, <https://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/arbeiten-als-arzt/bedarfsplanung-und-saechsischer-bedarfsplan/>

Zum Vergleich (bei allerdings geringerer Einwohnerzahl): Für die hausärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern gibt es zurzeit 143 offene Stellen (<https://bit.ly/2BJVvDy>) und in Sachsen-Anhalt 138 offene Stellen (<https://bit.ly/2BIBWLO>).

⁴⁸ Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (2016): Versorgungs- und Arztbedarf in Sachsen. Kurzbericht Gutachten zur Entwicklung des ambulanten Versorgungs- und Arztbedarfs in Sachsen, S. 51. Download unter <http://www.medien-service.sachsen.de/medien/assets/download/108995>

⁴⁹ Vgl. die unter <https://www.kvs-sachsen.de/aerztlicher-nachwuchs/> dargestellten Angebote.

Abbildung 8: X-Y-Diagramme zum Zusammenhang zwischen allgemeinärztlichem bzw. fachärztlichem Versorgungsgrad und der Krankenhausinanspruchnahme



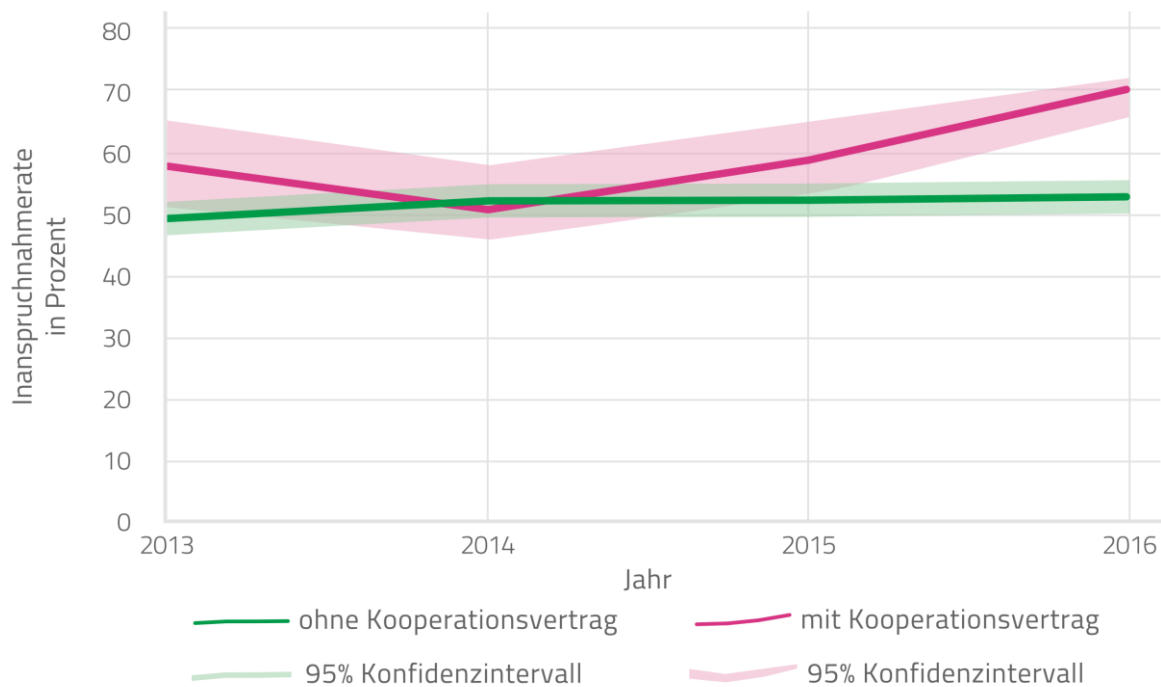
8.4 Zahnärztliche Versorgung

Die von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten Routedaten zur Versorgung von Pflegeheimbewohnern enthielten keine Daten zur zahnmedizinischen Versorgung. Diese sind bisher nicht Bestandteil des pseudonymisierten Datenbestandes für Analysezwecke und konnten deshalb hier nicht berücksichtigt werden. Da die Auswertungen in Kapitel 4 trotz einiger offener Methodenfragen Hinweise darauf ergeben haben, dass die Akzeptanz der Kooperationsverträge nach § 119b SGB V im Bereich der zahnärztlichen Versorgung größer zu sein scheint als dies im vertragsärztlichen Bereich der Fall ist, ist die Evaluation potenzieller Veränderungen im Versorgungsgeschehen von großem Interesse.

Hilfswise werden daher im Folgenden Ergebnisse berichtet, die auf Datenbeständen der BARMER beruhen⁵⁰. Im BARMER Zahnreport 2018 wird anhand von zahnärztlichen Gebührennummern gezeigt, dass nach Abschluss der entsprechenden Rahmenvereinbarung zwischen KZBV und GKV-Spitzenverband 2014 die Inanspruchnahme von konservierend-chirurgischen Leistungen durch vollstationär gepflegte Versicherte im Rahmen von Kooperationsverträgen in Deutschland deutlich angestiegen ist (vgl. Abbildung 9).

⁵⁰ Vgl. Rädcl M, Bohm S, Priess HW, Walter M: BARMER Zahnreport, Siegburg 2018, S. 141.

Abbildung 9: Inanspruchnahmerate von konservierend-chirurgischen Leistungen (beinhalten auch die neuen / modifizierten Gebührennummern) durch vollstationär gepflegte Versicherte in Einrichtungen mit und ohne Kooperationsvertrag in Deutschland insgesamt (standardisiert)



Quelle: BARMER Zahnreport 2018, S. 132

Die Zeitachse in Abbildung 9 beginnt 2013. In diesem Jahr wurden schon vor der ab April 2014 bestehenden Möglichkeit, 119b-Kooperationsverträge zu schließen, Gebührennummern des BEMA hinzugefügt und modifiziert, um die aufsuchende vertragszahnärztliche Versorgung Pflegebedürftiger zu verbessern oder zum Teil überhaupt erst zu ermöglichen.⁵¹

Die schattierten Bereiche in Abbildung 9 beschreiben 95%-Konfidenzintervalle. Das Intervall zwischen der jeweiligen oberen und unteren Grenze umschließt in 95% der Fälle den wahren Parameter, dessen statistische Schätzung durch die fett gezeichnete Linie abgebildet wird.

Die Auswertungen des BARMER Zahnreports 2018 ergaben, dass der in der Abbildung sichtbare Anstieg im Wesentlichen auf einer Zunahme diagnostischer Leistungen beruht, so dass von einer Verbesserung im Bereich der Prävention ausgegangen werden könne. Im Bereich therapeutischer Leistungen konnte ein solcher Effekt bisher nicht bestätigt werden.

Nach regionalisierten Ergebnissen des BARMER Zahnreports 2018 haben die zahnärztlichen Leistungen bei Pflegeheimbewohnern in Sachsen zwischen 2013 und 2016 zugenommen. In diesem Zeitraum ist eine Zunahme der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen bei vollstationär Pflegebedürftigen insgesamt um 7,4% (mit und ohne

⁵¹ Rädcl M, Bohm S, Priess HW, Walter M: BARMER Zahnreport, Siegburg 2018: 122.

Kooperationsvertrag) ausgewiesen. Bei den Therapieleistungen betrug der Zuwachs für Sachsen 2,1%.⁵²

Es bleibt festzuhalten, dass die Möglichkeit der vertraglichen Kooperationen zwischen Vertragszahnärzten und Pflegeheimen genutzt wird. Im Rahmen dieser neu geschaffenen Kooperationen kommt es zu einer Zunahme vertragszahnärztlicher Versorgung. Vollstationär Pflegebedürftige in Einrichtungen mit Kooperationsvertrag erfahren offensichtlich einen verbesserten Zugang zur Versorgung. Dabei ist der Zugang zu und die Inanspruchnahme von Diagnostik- und Präventionsleistungen hervorzuheben.

⁵² A.a.O.: S. 140, Tabelle 8.2.

9 Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen

9.1 Zentrale Ergebnisse

Die auf Basis von Daten der KV Sachsen und der KZV Sachsen zur Verbreitung von Kooperationsvereinbarungen nach § 119b SGB V im Untersuchungszeitraum Q3 2016 bis Q4 2017 durchgeführten Analysen haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Ausgehend von 20 **hausärztlichen Kooperationsverträgen** in Sachsen im dritten Quartal 2016 hat sich die Anzahl von hausärztlichen 119b-Vereinbarungen bis zum vierten Quartal 2017 auf 122 Vereinbarungen erhöht. Das entspricht dem 5,1-Fachen des Ausgangswertes. Davon entfallen 50 Vereinbarungen bzw. gut 40% aller Vereinbarungen auf die Mittelbereiche Dresden, Leipzig und Chemnitz. In zwölf von 45 Mittelbereichen – entsprechend einem Anteil von 27% – bestanden auch im vierten Quartal 2017 noch keine hausärztlichen Kooperationsvereinbarungen.
- Ausgehend von sieben **fachärztlichen Kooperationsverträgen** in Sachsen im dritten Quartal 2016 hat sich die Anzahl von fachärztlichen 119b-Vereinbarungen bis zum vierten Quartal 2017 auf 43 Vereinbarungen erhöht. Das entspricht auch hier dem 5,1-Fachen des Ausgangswertes, allerdings gegenüber den hausärztlichen 119b-Vereinbarungen auf deutlich niedrigerem Niveau. Davon entfallen 22 Vereinbarungen bzw. gut die Hälfte aller Vereinbarungen auf die Mittelbereiche Leipzig und Chemnitz. In 32 von 45 Mittelbereichen – entsprechend einem Anteil von gut 70% – bestanden auch im vierten Quartal 2017 noch keine fachärztlichen Kooperationsvereinbarungen. Damit sind fachärztliche 119b-Vereinbarungen regional deutlich weniger verbreitet als hausärztliche.
- Bis zum Ende des Untersuchungszeitraumes konnten im vertragsärztlichen Bereich in Sachsen 119b-Vereinbarungen nur unter Beteiligung mindestens eines Hausarztes abgeschlossen werden. Unter der Annahme, dass eine stationäre Pflegeeinrichtung nicht mehr als eine 119b-Vereinbarung abgeschlossen hat, kann für Sachsen gesamt und für jeden Mittelbereich rechnerisch eine **vertragsärztliche 119b-Abdeckungsquote** als Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen bestimmt werden, der über eine 119b-Vereinbarung verfügt. Für Sachsen gesamt beträgt die vertragsärztliche 119b-Abdeckungsquote im vierten Quartal 2017 13,8%, wobei diese Abdeckungsquote zwischen den Mittelbereichen stark schwankt: In zwölf Mittelbereichen beträgt die Abdeckungsquote im letzten beobachteten Quartal 0%, in den anderen Mittelbereichen im Minimum 4,5% (Löbau) und im Maximum 40% (Dippoldiswalde).
- Im **vertragszahnärztlichen Bereich** bestehen die spezifischen 119b-Abrechnungsziffern bereits seit dem 01.04.2014. Mit Stand am 30.06.2014 ergibt sich aus Daten der KZV Sachsen, dass 56 Kooperationsvereinbarungen nach § 119b SGB V bestanden haben. Weiterhin ergibt sich, dass diese 56 Vereinbarungen von 44 Praxen abgeschlossen wurden, woraus sich im Mittel ein Wert von 1,27 abgeschlossenen 119b-Vereinbarungen pro Zahnarztpraxis mit mindestens einer 119b-Vereinbarung ergibt. Mit Stand zum 30.09.2017 hat sich die Anzahl der vertragszahnärztlichen Kooperationsvereinbarungen deutlich auf 226 erhöht, was dem 4-Fachen des Ausgangswertes entspricht. Die Anzahl der Zahnarztpraxen mit mindestens einer Vereinbarung hat sich im gleichen Zeitraum deutlich von 44 auf 159 erhöht. Rechnerisch ergibt sich für den Stand am 30.09.2017 im Mittel ein Wert von 1,42 abgeschlossenen 119b-Vereinbarungen pro Zahnarztpraxis mit mindestens einer 119b-Vereinbarung.

- Aus den Daten der KZV Sachsen lässt sich auch entnehmen, dass im Jahr 2017 200 stationäre Pflegeeinrichtungen über mindestens eine 119b-Vereinbarung mit einem Zahnarzt bzw. einer Zahnarztpraxis verfügten. Auch hier kann für Sachsen gesamt und für jeden Mittelbereich rechnerisch eine **vertragszahnärztliche 119b-Abdeckungsquote** als Anteil der stationären Pflegeeinrichtungen bestimmt werden, der über mindestens eine 119b-Vereinbarung verfügt. Für Sachsen gesamt beträgt die vertragszahnärztliche 119b-Abdeckungsquote 2017 23% und liegt damit deutlich höher als im vertragsärztlichen Bereich. Auch hier schwankt die Abdeckungsquote zwischen den Mittelbereichen: Allerdings beträgt die die Abdeckungsquote nur in zwei Mittelbereichen 0%, in den anderen Mittelbereichen im Minimum 4% (Auerbach) und im Maximum 67% (Markkleeberg).

Ergänzend wurden Daten zur Versorgung von Bewohnern sächsischer Pflegeheime ausgewertet, die bei der AOK PLUS versichert sind bzw. waren. Mit Stand zum 01.07.2017 war ein Anteil an der Bevölkerung von 51% bzw. von 55% aller GKV-Versicherten mit Wohnort im Freistaat Sachsen bei der AOK PLUS versichert. In der Personengruppe ab 80 Jahren, bei der der Anteil an Pflegebedürftigen besonders hoch ist, beträgt der GKV-Marktanteil der AOK PLUS in Sachsen ca. 63%, und ein noch höherer Anteil (etwa 80 von 100 Bewohnern) der stationär gepflegten ist bei der AOK PLUS versichert. Es ist nicht davon auszugehen, dass Unterschiede in der vertragsärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern nach Kassenzugehörigkeit bestehen. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse können deshalb auf die GKV-Versicherten insgesamt bezogen werden. Analysiert wurden Indikatoren zur hausärztlichen sowie zur fachärztlichen Versorgung sowie zur Versorgung in Krankenhäusern vom dritten Quartal 2016 bis zum vierten Quartal 2017. Im Bereich der fachärztlichen Versorgung wurden die Analysen auf die für die Versorgung von Pflegeheimbewohnern primär bedeutsamen Fachgruppen Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), Urologie und Augenheilkunde konzentriert.

Die durchgeführten Analysen haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Im Bereich der hausärztlichen Versorgung beträgt die über AOK PLUS-versicherte Pflegeheimbewohner mit mindestens einem Hausarztkontakt im betrachteten Quartal gemessene **hausärztliche Betreuungsdichte** bereits im Ausgangs Quartal Q3 2016 in Sachsen 98%. Diese hausärztliche Betreuungsdichte verändert sich im gesamten Beobachtungszeitraum nicht. Zwischen den Mittelbereichen bestehen keine großen Unterschiede: Der niedrigste Wert liegt im Ausgangs Quartal bei 91% (Limbach-Oberfrohna), der höchste Wert liegt bei 100% und wird in drei Mittelbereichen erreicht.
- Die **hausärztliche Versorgungsintensität** wird durch die mittlere Anzahl von Kontakten zu einem Hausarzt im jeweils betrachteten Quartal abgebildet: Im Ausgangs Quartal Q3 2016 beträgt die so gemessene hausärztliche Versorgungsintensität in Sachsen 4,6 Hausarztkontakte und im letzten Quartal 2017 4,3 Kontakte. Auch der Vergleich gleicher Quartale in den Jahren 2016 und 2017 ergibt eine leicht rückläufige Versorgungsintensität. Im interregionalen Vergleich zeigen sich im 4. Quartal 2017 Unterschiede zwischen 3,5 Kontakten im Minimum (Reichenbach) und 5,6 Kontakten im Maximum (Leipzig).
- Die **fachärztliche Betreuungsdichte** durch die ausgewählten Fachgruppen (Neurologie, Psychiatrie, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO), Urologie und Augenheilkunde) liegt im Ausgangs Quartal Q3 2016 in Sachsen über alle betrachteten Fachgruppen hinweg bei 72% und verändert sich im gesamten Beobachtungszeitraum auch hier nicht. Im Unterschied zur Versorgung durch Haus-

ärzte bestehen zwischen den Mittelbereichen bereits im Ausgangsquartal aber deutliche Unterschiede, die weitestgehend auch für das letzte betrachtete Quartal – das vierte Quartal 2017 – festzustellen sind: Die Werte schwanken zwischen 38% (Zittau im vierten Quartal 2017) und 89% (Leipzig und Weißwasser in demselben Quartal). Erhebliche regionale Unterschiede bestehen auch bei fachgruppenspezifischer Betrachtung: Im Bereich der psychiatrischen Versorgung reichen die Werte von 0% im Minimum bis zu 60% im Maximum, im Bereich der dermatologischen Versorgung von 4% bis 44%, im Bereich Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde von 2% bis 67%, im Bereich Urologie von 6% bis 29% und im Bereich Augenheilkunde von 7% im Minimum bis hin zu 46% im Maximum. Die hier für das vierte Quartal 2017 dargestellten Unterschiede bestehen im Wesentlichen so auch in den Vorquartalen, so dass für Sachsen von hohen regionalen Unterschieden in der fachgebietspezifischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern auszugehen ist.

- Die **fachärztliche Versorgungsintensität** ergibt für Sachsen gesamt im Ausgangsquartal (Q3 2016) 1,7 Kontakte zu Fachärzten der o.g. Fachgruppen und verändert sich auch hier über die Zeit nicht. Im interregionalen Vergleich zeigen sich im vierten Quartal 2017 Unterschiede zwischen 0,5 Kontakten im Minimum (Zittau) und 2,4 Kontakten im Maximum (wiederum Leipzig).
- In der **Analyse nach Fachgruppen** ergeben sich für das vierte Quartal 2017 für Sachsen die höchsten durchschnittlichen Kontaktraten für Neurologen mit 0,6 Kontakten, für Psychiater ergibt sich eine Kontaktrate von 0,3 und für Dermatologen, HNO-Ärzte, Urologen und Augenärzte eine Kontaktrate von 0,2 Kontakten. Auch hier zeigen sich jeweils merkliche regionale Unterschiede.
- Es wurde ferner untersucht, wie sich die durchschnittliche Anzahl der **Krankenhausfälle** je 100 bei der AOK PLUS versicherten Pflegeheimbewohner im Zeitverlauf entwickelt hat. Für Sachsen ist auch hier keine merkliche Veränderung über die Zeit festzustellen. Es ist auch kein Zusammenhang zwischen der Krankenhausfallhäufigkeit und dem Bestehen einer 119b-Kooperation erkenn- bzw. nachweisbar.
- Ergänzend wurde die Frage untersucht, ob *überhaupt* ein Zusammenhang zwischen regionalen Unterschieden in der hausärztlichen und der fachärztlichen **Versorgungsdichte** einerseits und regionalen Unterschieden bei den **Krankenhausfällen** bzw. **Krankenhaustagen** andererseits besteht. Ein solcher Zusammenhang fand sich nicht; insbesondere kann nicht gezeigt werden, dass ein niedriger ärztlicher Versorgungsgrad zu einer hohen Zahl von Krankenhausfällen bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen führt bzw. umgekehrt ein hoher ärztlicher Versorgungsgrad mit einer niedrigen Zahl von Krankenhausfällen korreliert ist.

Insgesamt können über die auf Basis der Daten für bei der AOK PLUS versicherte Pflegeheimbewohner betrachteten Indikatoren keine erkennbaren Effekte der Neuregelungen des § 119b SGB V festgestellt werden.

Die ergänzend zu den Datenanalysen in den Mittelbereichen **durchgeführten Interviews mit Pflegeheimen** haben gezeigt, dass regionale Besonderheiten bestehen, die bei der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern zu berücksichtigen sind:

- In *Dresden* verfügten die interviewten Heime durchgehend über 119b-Kooperationen mit Zahnärzten. In den meisten Fällen konnten Heime auch mit einem Hausarzt Verträge abschließen. Zwei Heime erwähnten Kooperationsverträge mit Diabeto-

logen. Schwierigkeiten, einen Augenarzt an das Heim zu binden, wurden mehrfach genannt.

- Alle besuchten Heime in *Leipzig* verfügten über 119b-Kooperationsverträge mit Zahnärzten. Entsprechende Kooperationsverträge mit Hausärzten bestanden nicht in allen Fällen, aber mehrheitlich.
- Verschiedene Heime im Mittelbereich *Weißwasser* berichteten, dass seit Jahren auch ohne 119b-Kooperation eine zufriedenstellende Zusammenarbeit mit Hausärzten, Fachärzten und Zahnärzten besteht. Ein Heim äußerte die Befürchtung, dass zu wenig Arztnachwuchs perspektivisch zu Versorgungsproblemen führen werde.
- Mehrere Heime im Mittelbereich *Marienberg* hoben die Zusammenarbeit mit Allgemeinmedizinern und Fachärzten auch ohne Vorliegen von 119b-Vereinbarungen hervor. Andere berichteten positiv über bestehenden 119b-Verträge mit Allgemeinärzten und mit Zahnärzten.
- Es wurde vermutet, dass bestehende Schwierigkeiten für den Abschluss von 119b-Vereinbarungen aus den Verpflichtungen zur Erreichbarkeit resultieren.⁵³

Ergänzend wurden zudem telefonische **Interviews mit Allgemeinärzten** durchgeführt, die Bewohner von Pflegeeinrichtungen regelmäßig behandeln. Überwiegend waren, so das Ergebnis der Gespräche, die 119b-Kooperationsverträge den Ärzten bekannt; die entsprechenden Ziffern aus dem Kapitel 37.2 des EBM werden dabei abgerechnet. In einigen Fällen wurde darüber hinaus auch Praxispersonal für die Erbringung delegationsfähiger Leistungen (EBM-Kapitel 38) eingesetzt. Kommunikation und Kooperation mit den Pflegeheimen und mit weiteren im Pflegeheim tätigen Ärzten wurden als positiv und konstruktiv beschrieben. Keiner der befragten Ärzte berichtete von Problemen einer unangemessenen oder zu häufigen Inanspruchnahme nachts oder am Wochenende. Mehrere Ärzte setzten ihre Hoffnung auf einen zügigen Ausbau der Telemedizin als Mittel der Effizienzsteigerung in der Versorgung von Patienten in Pflegeeinrichtungen.

9.2 Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen in diesem Abschnitt beruhen maßgeblich auf den durchgeführten Analysen und Interviews sowie dem Workshop im Sächsischen Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, der am 24.01.2019 stattgefunden hat.

1. Die gezielte und systematische Nutzung von Möglichkeiten moderner Informations- und Kommunikationstechnologien / **Telemedizin** sollte in der Versorgung von Pflegeheimbewohnern vorangetrieben werden, vor allem vor dem Hintergrund der festgestellten großen regionalen Disparitäten im Bereich der fachgebietsspezifischen vertragsärztlichen Versorgung. Es bietet sich insbesondere an, zu prüfen, ob im Innovationsfonds erfolgreich erprobte Ansätze übernommen werden können.

⁵³ Der von der KV Sachsen bereitgestellte Mustervertrag macht zum Thema Erreichbarkeit verschiedene Vorschläge, was vereinbart werden kann oder sollte. Dass die Abrechenbarkeit von Leistungen aus dem Kapitel 37 des EBM entsprechende Regelungen zur Erreichbarkeit *voraussetzt*, geht daraus jedoch nicht hervor. Auch der Gesetzeswortlaut zu § 119b SGB V oder die übergreifende 119b-Vereinbarung auf Bundesebene zwischen KBV und GKV-Spitzenverband (Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag) erzwingen einen solchen Nexus nicht.

Gleiches gilt mit Blick auf die Frage, ob und in welcher Form das von der AOK PLUS in Leipzig durchgeführte Pilotprojekt „Telekonsil“ in der Fläche ausgerollt werden kann.⁵⁴ Die ab 01.01.2019 neu eingefügten Absätze 2a (Vereinbarung verbindlicher Anforderungen für die Informations- und Kommunikationstechnik zum elektronischen Datenaustausch im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen den stationären Pflegeeinrichtungen und geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern) und 2b (Videosprechstunden sollen Verwendung finden) in § 119b SGB V schaffen entsprechende gesetzliche Verpflichtungen.

2. In dem am 24.01.2019 durchgeführten Workshop wiesen Teilnehmer darauf hin, dass die zunehmende Implementierung telemedizinischer Anwendungen Impulse für die laufende Diskussion zur **Delegation** von Leistungen an nicht-ärztliches Personal liefert. Als eines von mehreren Beispielen dafür wurde das **Wundmanagement** genannt. Die Weiterentwicklung bestehender Ansätze und die Adaptation anderenorts erprobter Ansätze an die regionalen Gegebenheiten sollte forciert werden.
3. Im Bereich des **Medikationsmanagements** sollte geprüft werden, ob zusätzlich zu bestehenden Ansätzen weitere Pilotprojekte zur Verbesserung der Abstimmung zwischen Pflegeeinrichtungen, Hausärzten und Fachärzten adaptiert werden können. Auch zu dieser Thematik werden aktuell mehrere Projekte aus dem Innovationsfonds gefördert.
4. Krankenhausaufenthalte generieren vergleichbare Fragen: Im Rahmen des **Krankenhausentlassmanagements** sind Kommunikations- und Abstimmungsprozesse insbesondere zur Medikation zwischen Krankenhaus, Vertragsärzten und Pflegeeinrichtung zu etablieren. Bestehende regionale Ansätze sollten daraufhin geprüft werden, ob sie in der Fläche ausgerollt werden können, wenn sie sich als erfolgreich und praktikabel erwiesen haben.
5. Gegenstand des Projektworkshop am 24.01.2019 war auch ein intensiver Austausch über die bisherigen praktischen Erfahrungen mit Kooperationsverträgen nach § 119b SGB V. Bezogen auf die Frage, ob die Rechtsänderung ab 01.01.2019 („Muss-Regelung statt Kann-Regelung“, vgl. S. 11) zur Verbesserung der ärztlichen Versorgungssituation in den Pflegeeinrichtungen beitragen wird, wurde sowohl von der KV Sachsen als auch von den teilnehmenden Krankenkassen Skepsis geäußert. Es wurde die Auffassung vertreten, dass **regionale oder individuelle Regelungen** einer pauschalen Verpflichtung vorzuziehen sind. Soweit davon ausgegangen werden kann, dass sich im Abschluss einer Kooperationsvereinbarung nach § 119b SGB V eine Motivation zur Intensivierung und Verbesserung der Versorgung von Pflegeheimbewohnern im Sinne der vertraglichen Regularien dokumentiert, bietet es sich gleichwohl an, die systematische Weiterentwicklung von innovativen Ansätzen im Rahmen von Piloten hier „anzudocken“.
6. Die auf Basis von Daten der AOK PLUS durchgeführten Analysen zur fachärztlichen Versorgung, zu Rettungseinsätzen und zur Krankenhausinanspruchnahme legen desgleichen regionalspezifische Zugänge nahe. Aus regionalbezogenen und auf Daten von Krankenkassen an anderer Stelle verschiedentlich von AGENON durchgeführten Analysen kann bestätigt werden, dass die Versorgungsunter-

⁵⁴ Vgl. Leipziger Volkszeitung vom 07.01.2019, S. 4: „Chatten bis der Arzt kommt – neues Telemedizin-Projekt in Leipzig“, von Roland Herold, sowie Pressemitteilung der AOK PLUS vom 08.01.2019: <https://www.aok.de/pk/plus/inhalt/innovatives-projekt-der-aok-plus-mit-leipziger-partnern-testet-telemedizinische-versorgung-von-pflegebeduerftigen/>

schiede bei kleinräumiger Betrachtung groß sind. Vor diesem Hintergrund wären – soweit noch nicht vorliegend – vertiefte regionalspezifische Analysen zu empfehlen, aus denen an die Bedingungen vor Ort angepasste „Regionalprogramme“ für die Weiterentwicklung von Angebotsstrukturen und Versorgungsprozessen abgeleitet werden.

7. Kooperations(muster)verträge, die hohe Anforderungen an die **Erreichbarkeit** außerhalb der Praxiszeiten oder an eine intensivierete **Kommunikation** und **Kooperation** mit anderen Ärzten und mit der Pflegeeinrichtung stellen, mögen versorgungspolitisch sinnvolle Ziele setzen, können aber zugleich Hemmnisse für den Abschluss neuer Verträge bilden. Die Erfahrung zeigt, dass neue Formen der Zusammenarbeit in der Versorgung nur dann gelebt werden, wenn sie von den Akteuren auch akzeptiert werden. Dies spricht für variable wie auch zugleich praktikable Lösungen, die angesichts der regionalen Unterschiedlichkeiten nur gemeinsam mit den vor Ort Handelnden (in erster Linie Haus- und Fachärzte und Pflegeheime) entwickelt werden können. Zugleich sollten Strukturen bestehen bzw. soweit diese noch nicht vorhanden sind sollten Strukturen geschaffen werden, über die eine effektive Unterstützung erfolgen kann. Das sächsische **Gemeinsame Landesgremium** nach § 90a SGB V ist aktuell bereits Ausgangspunkt für entsprechende Initiativen, die weiter vorangetrieben werden sollten.⁵⁵

⁵⁵ Vgl. <https://www.gesunde.sachsen.de/landesgremium.html>