

Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem

Short Paper #1
der Autorengruppe Gesundheit

Vortrag in der „AG Intersektorale Versorgung“ des BMC Auftaktveranstaltung zur *Burning Question Sicherstellung*: „Welche Versorgungsstrukturen benötigen wir, um den aktuellen und zukünftigen Versorgungsbedarf zu decken?“

4.6.2025

Gliederung

1. Unterversorgung
- short paper der Autorengruppe Gesundheit
2. Messung Unterversorgung
- area-Indikatoren
3. Lösungsansätze
- dritte Säule

Autorengruppe Gesundheit*

Unterversorgung im deutschen Gesundheitswesen – das unterschätzte Problem

Short Paper #1

Das deutsche Gesundheitssystem befindet sich in einer tiefen Krise. Facharzttermine sind für gesetzlich Krankenversicherte, wenn überhaupt, erst nach Monaten zu bekommen. Privatversicherte werden bevorzugt, weil ihre Behandlung in den Arztpraxen mehr als doppelt so hoch vergütet wird wie in der kassenärztlichen Versorgung. Die Übergänge zwischen den Versorgungsebenen (ambulante Praxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen) werden immer schwieriger, die Kosten steigen rasant. In Sachen Qualität und Patientensicherheit befindet sich Deutschland im internationalen Vergleich bestenfalls im Mittelfeld. Die Digitalisierung – als Allheilmittel angepriesen – erhöht teilweise den Bürokratieaufwand eher als dass sie eine Hilfe darstellt. Hinzu kommt ein beachtlicher und sich schon lange ankündigender Fachkräftemangel in allen Berufsgruppen. Die Team-basierte Zusammenarbeit der Professionen ist mangelhaft. Es fehlen hunderttausende

Zusammenfassung

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

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

Schlüsselwörter

Über-, Unter- und Fehlversorgung, deutsches Gesundheitssystem

Crossref/doi

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

Im 2. Kapitel wird dieses in den letzten 20 Jahren dominierende Verständnis vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklung einer kurzen Kritik unterzogen. Insbesondere werden einige Anhaltspunkte dafür aufgezeigt, dass sich Entscheidungen im Gesundheitswesen nicht allein durch die Nutzenbetrachtung, sondern auch durch gesellschaftliche Präferenzen und politische Schwer-

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



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



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



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



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



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



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



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



Unterversorgung – das unterschätzte Problem

1. Unterversorgung: Begriffsklärung
2. Konzeptionelle Präzisierung und Entwicklungsbedarf
3. Systematik von Unterversorgung
4. UV unter dem Aspekt des Zugangs
 - 4.1. Ambulanter Bereich
 - 4.2. Spezialfachärztliche Versorgung
 - 4.3. Krankenhausreform
 - 4.4. UV in der Pflege
 - 4.5. UV in der Arzneimittelversorgung
5. UV: Schwerpunkt Fehlversorgung
 - 5.1. Aktuelle Situation
 - 5.2. Konzept – Ausgangslage
 - 5.3. Der *quality and safety shift*
 - 5.4. Qualitätsbegriff unter Stress
6. UV als Systemeigenschaft
 - 6.1. Fehlanreize: das duale Krankenversicherungssystem
 - 6.2. UV durch das System der Einzelpraxen
7. Perspektive

Short Paper #1: Autorengruppe Gesundheit 3/2025

Unterversorgung – Definition

1. Unterversorgung: Begriffsklärung

Short Paper #1: Autorengruppe Gesundheit 3/2025

Bedarf

Bedarf

- ➔ Zustand, dessen Behandlung gesundheitlichen Nutzen erwarten läßt

Objektiver Bedarf

- ➔ **Fachlich bzw. wissenschaftlich bestätigter Bedarf**

Nachfrage

- ➔ Wunsch nach Versorgung und Zahlungsbereitschaft

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Tabelle 4: Zur Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Leistung ^{a)} \ Bedarf	wird fachgerecht erbracht	wird nicht fachgerecht erbracht	wird nicht erbracht ^{b)}
nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Überversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Überversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

a) Annahme: Leistung mit gesichertem gesundheitlichen Netto-Nutzen und angemessener Nutzen-Kosten-Relation

b) Annahme: Es wird auch keine alternative Leistung erbracht

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Tabelle 4: Zur Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Leistung ^{a)} \ Bedarf	wird fachgerecht erbracht	wird nicht fachgerecht erbracht	wird nicht erbracht ^{b)}
nur <u>objektiver</u> , kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
<u>subjektiver und objektiver Bedarf</u>	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Übersversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Übersversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

a) Annahme: Leistung mit gesichertem gesundheitlichen Netto-Nutzen und angemessener Nutzen-Kosten-Relation

b) Annahme: Es wird auch keine alternative Leistung erbracht

Unterversorgung – Definition

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

SVR 2000/2001

Unterversorgung – das unterschätzte Problem

1. Unterversorgung: Begriffsklärung
2. Konzeptionelle Präzisierung und Entwicklungsbedarf

Nutzen als Grundlage der Bedarfs-Definition: aktuelle Bedrohung

1. Wiederbelebung des „Kochbuch-Medizin“-Argumentes
2. *Big data* statt *ex-ante* Festlegung von Fragestellungen (*end of theory*)
3. Extreme Differenzierung von Patientengruppen durch „personalisierte Medizin“
4. Lobby-Einflüsse über gezielt gesponserte Patientenverbände
5. Politische Tendenz zu hierarchischen Top-Down Entscheidungen statt sachbezogener Abwägung (Gesundes Herz-Gesetz)

Unterversorgung – das unterschätzte Problem

1. Unterversorgung: Begriffsklärung
2. Konzeptionelle Präzisierung und Entwicklungsbedarf
3. Systematik von Unterversorgung

Short Paper #1: Autorengruppe Gesundheit 3/2025

Unterversorgung: Systematik

1. Mangelnder Zugang
 - 1.1. Mangelnde Kenntnis und Information
 - 1.2. Kein Zugang trotz Behandlungswunsch und Indikation
 - 1.2.1. Geographische Zugangseinschränkung
 - 1.2.2. Finanzielle Dimension
 - 1.2.3. Soziale Dimension
 - 1.2.4. Strukturelle Hindernisse
 - 1.2.5. Navigationale Unterversorgung
2. Unterversorgung kombiniert mit Fehlversorgung
 - 2.1. Qualitäts- und Sicherheitsdefizite
 - 2.2. Kombinierte Unter- und Überversorgung (z.B. IGeL)
3. Struktureigenschaften des Gesundheitssystems

Unterversorgung – das unterschätzte Problem

1. Unterversorgung: Begriffsklärung
2. Konzeptionelle Präzisierung und Entwicklungsbedarf
3. Systematik von Unterversorgung
4. UV unter dem Aspekt des Zugangs
 - 4.1. Ambulanter Bereich
 - 4.2. Spezialfachärztliche Versorgung
 - 4.3. Krankenhausreform
 - 4.4. UV in der Pflege
 - 4.5. UV in der Arzneimittelversorgung
5. UV: Schwerpunkt Fehlversorgung
 - 5.1. Aktuelle Situation
 - 5.2. Konzept – Ausgangslage
 - 5.3. Der *quality and safety shift*
 - 5.4. Qualitätsbegriff unter Stress
6. UV als Systemeigenschaft
 - 6.1. Fehlanreize: das duale Krankenversicherungssystem
 - 6.2. UV durch das System der Einzelpraxen
7. Perspektive

Short Paper #1: Autorengruppe Gesundheit 3/2025

Gliederung

1. Unterversorgung

- short paper der Autorengruppe Gesundheit

2. Messung Unterversorgung

- *area-Indikatoren*

3. Lösungsansätze

- dritte Säule

area-Indikatoren: Definitionsansatz IfPS

area-Indikatoren grenzen wir aufgrund der Literatur von anderen Qualitätsindikatoren ab, wenn sie Informationen zu einer der **drei Perspektiven** erbringen:

- **regionale Versorgung**
 - geographische Dimension
- **Versorgung einer Krankheitsgruppe**
 - medizinische Dimension
- **Versorgung einer Versicherten-Population**
 - Versicherungs-Dimension



Prof. Dr. M. Schrappe

22/2018

WISO DISKURS

Positionspapier einer Expertengruppe der FES

QUALITÄT IN EINEM SEKTORENÜBERGREIFENDEN GESUNDHEITSWESEN

Über die Bedeutung der Qualität für eine gute gesundheitliche Versorgung

Mitglieder der Expertengruppe:

Dr. Klaus Döbler, MDK Baden-Württemberg
 Hedwig François-Kettner, Aktionsbündnis Patientensicherheit
 Prof. Dr. Max Geraedts, Universität Marburg
 Dr. Matthias Gruhl, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg
 Prof. Dr. David Klempner, Hochschule Regensburg
 Prof. Dr. Matthias Schrappe, Universität Köln
 Dr. Brigitte Sens
 Prof. Dr. Christoph Straub, BARMER



area-PSI: Schrittweise Einführung

Indikatoren		
1. Ebene	Zugang (z.B. Fahrtzeit zu einem Sekundärfacharzt)	
	Zentralisierung (z.B. durchschnittliche Größe der Tumorzentren)	
2. Ebene	Ungeplante Krankenhauswiederaufnahmen	
	ACSC (ambulant-sensitive Krankhauseinweisungen)	
3. Ebene	Koordination:	Regionale sektorenübergreifende Leitlinien
		Gemeinsame Behandlungsplanung
	Kooperation:	Gegenseitige Information
		Personalaustausch
4. Ebene	Konservative Medizin:	z.B. Diabetes
	Pflege:	Qualität der Pflegeeinrichtungen
	Operative Medizin:	Prä-/Postoperative Betreuung

Tab. 22 Schrittweise Einführung von area-Sicherheitsindikatoren, zugeschnitten auf die deutschen Verhältnisse mit ihrer Dominanz der Koordinationsprobleme (s. Kap. 5.2.3.). ACSC ambulatory care sensitive conditions.

aus: M. Schrappe: APS-Weißbuch Patientensicherheit, Berlin 2018, S. 369

Gliederung

1. Unterversorgung

- short paper der Autorengruppe Gesundheit

2. Messung Unterversorgung

- area-Indikatoren

3. Lösungsansätze

- dritte Säule

Koalitionsvertrag vom 4.4.2025

Verzicht auf jegliche strategische Analyse und Schwerpunkt-Setzung

Vier Punkte sind erwähnenswert

- Primärarzt-System wird angedeutet
- Krankenhausreform so weiter (Transformationsfonds)
- „Große Pflegereform“
- Enquête für Corona-Aufarbeitung

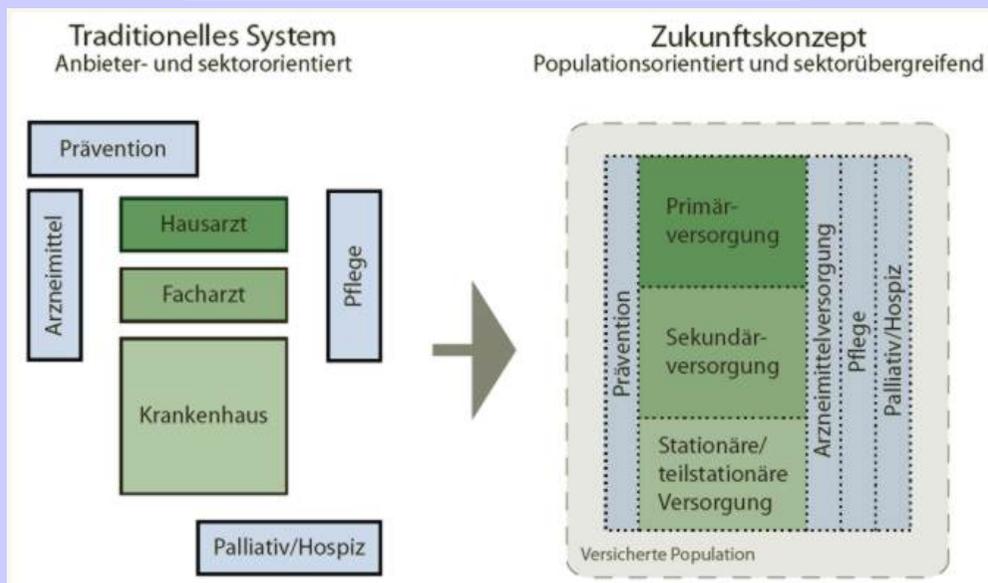
Koalitionsvertrag vom 4.4.2025

Primärarzt-System

„Zu einer möglichst zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe setzen wir auf ein **verbindliches Primärarztssystem bei freier Arztwahl** durch Haus- und Kinderärzte **in der Hausarztzentrierten Versorgung und im Kollektivvertrag.**“

„Die Primärärztinnen und Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) betriebene Rufnummer 116 117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der **Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht.** Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin.“

„Zukunftskonzept“ des SVR



SVR Sonder-GA 2009 Nr. 1179

D: Wichtigste Defizite

Diskutiert werden seit Jahren

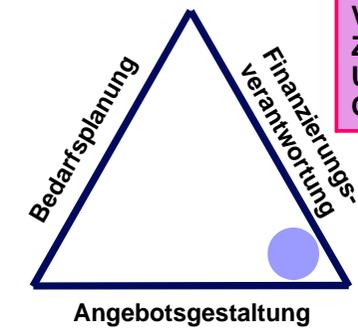
- Mengenanreiz
- DRG
- Mangelnder Einsatz nicht-ärztlicher Berufsgruppen
- Mangelnde Finanzausstattung
- Kassen-Vielfalt
- Duales Krankenversicherungssystem
- Über- und Fehlversorgung
- Mangelnde Gesundheitskompetenz der Patienten
- **Sektorale Finanzierung**
- Mangelnde Patienten-„Steuerung“
- Mangelnde Digitalisierung
- Privatisierung

Umsetzung: Modelle



Prof. Dr. M. Schrappe

Modelle: Risiken und Gefahren



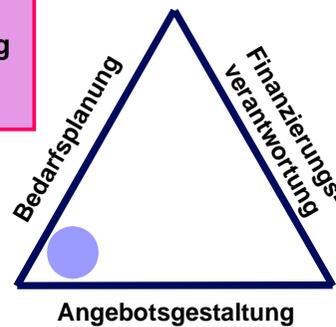
Vorenthaltung
Zugangshindernisse
Unterversorgung
Qualität↓ durch Sparen

Übersversorgung
Spartenegoismen
Integrationsdefizite
Effizienzprobleme

Prof. Dr. M. Schrappe

Modelle: Risiken und Gefahren

Fehlplanung
Über-/Fehlversorgung
Richtungswechsel
Ineffizienz



Übersversorgung
Spartenegoismen
Integrationsdefizite
Effizienzprobleme

Prof. Dr. M. Schrappe

Regionalität der Versorgung: Begriffe

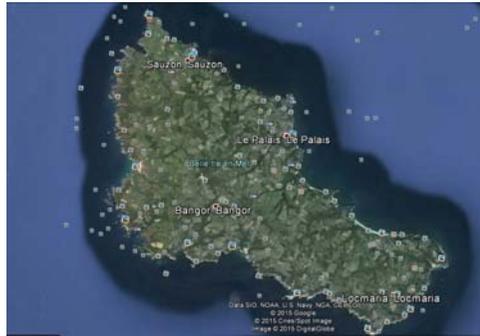
➔ Geographie



Prof. Dr. M. Schrappe

Regionalität der Versorgung: Begriffe

- ➔ Geographie
- ➔ Population
 - Bevölkerung



Prof. Dr. M. Schrappe

Regionalität der Versorgung: Begriffe

- ➔ Geographie
- ➔ Population
 - Bevölkerung
 - Patienten
 - Versicherte
 - Funktionale Population
- ➔ Erkrankungsgruppe (z.B. DMP)
- ➔ Raumplanung
 - Ökonomisch
 - Sozial
 - Ökologisch

Prof. Dr. M. Schrappe

„Dritte Säule“

Bundesebene

- Gibt Strukturwandel vor (neue Versorgungsform)
- Klärt Zugriff auf Gesundheitsfonds
- Beauftragt G-BA
- Klärt Zugriff auf Gesundheitsfonds
- Klärt Kooperation mit Bundesländern

Meso-Ebene (G-BA)

- Regelt Anforderungen
- Auswertung hinsichtlich Versorgungsqualität (*area-Ind.*)

Bundesländer

- Legen Versorgungsregionen und –Populationen fest
- Rahmenpläne und Versorgungsbedarf

Regierungsbezirke/entspr. Verwaltungseinheiten

- Koordination
- Einhaltung der Mindestanforderungen

Kommunen

- Formulierung des Versorgungsbedarfs
- Ausschreibung

Schluß

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Prof. Dr. M. Schrappe