

Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche

Das Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

DAVID HERR,
CONSTANZE LESSING

David Herr und Dr. Constanze Lessing sind wissenschaftliche Referenten in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates Gesundheit in Bonn und Berlin

Der Sachverständigenrat hat gemäß § 42 SGB V den Auftrag, Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen. Im Abstand von zwei Jahren überreicht er dem Bundesgesundheitsminister Gutachten mit entsprechenden Analysen und Empfehlungen. In seinem aktuellen Gutachten 2014 widmet er sich dem Thema „Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche“. Das Gutachten gliedert sich in zwei Teile: Während sich Teil I der Versorgung mit Arzneimitteln, Medizinprodukten und Rehabilitationsleistungen widmet, beschäftigt sich Teil II mit der ambulant-vertragsärztlichen, der akutstationären und der langzeitpflegerischen Versorgung im ländlichen Raum sowie mit innovativen Versorgungsmodellen.

Teil I

1. Arzneimittelversorgung

Die Versorgung mit Arzneimitteln verursachte im Jahr 2013 etwa 16% aller Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Innerhalb dieses großen Leistungsbereichs setzt der Sachverständigenrat mit seinem aktuellen Gutachten Schwerpunkte in folgenden Bereichen: er analysiert die wirtschaftlichen Eckdaten des Marktes im internationalen Vergleich, betrachtet regionale Unterschiede

bei der Verordnung und macht verschiedene Vorschläge zur Optimierung der Arzneimittelregulation und -distribution in Deutschland. Ebenso im Fokus stehen die Stärkung der evidenzbasierten Medizin und die Weiterentwicklung der Nutzenbewertung von Arzneimitteln.

Betrachtet man die Arzneimittelausgaben in US-Dollar-Kaufkraftparitäten und im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt, so rangiert Deutschland unter den wirtschaftlich vergleichbaren Ländern im überdurchschnittlichen Bereich, im Verhältnis zu den gesamten nationalen

Gesundheitskosten hingegen leicht unter dem Durchschnitt. Die Preisregulierung ist in Deutschland geprägt von einem komplexen Gefüge von Instrumenten, die anders als in einigen anderen Ländern besonders auf der Ebene der verordnenden niedergelassenen Ärzte ansetzen. Von verschiedenen Seiten in der Kritik stehen dabei besonders die Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Hier empfiehlt der Rat mehrere Anpassungen, unter anderem die Bildung homogener Praxisgruppen als Berechnungsgrundlage und eine Deckelung der maximalen Regresshöhe auf nicht existenzgefährdende Summen (z. B. 20.000 Euro).

1.1 Bewertung innovativer Arzneimittel

Bei näherer Betrachtung der Arzneimittelausgaben erreichen Generika inzwischen einen hohen Verordnungsanteil am generikafähigen Markt (2013: 87 %). Hohe Kosten entstehen vor allem durch neue, patentgeschützte Arzneimittel. Entsprechend sind valide Informationen über das Kosten-Nutzen-Verhältnis solcher Arzneimittel von großer Bedeutung, um echte Innovationen von Präparaten ohne Zusatznutzen zu unterscheiden. Hierbei spielt die frühe Nutzenbewertung gemäß AMNOG eine zentrale Rolle. In der eigenen Analyse geht der Rat deshalb der Frage nach, welchen Zusatznutzen die 63 bis zum 1.4.2014 bewerteten Präparate mit insgesamt 101 Untergruppen vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) attestiert bekamen. Dabei ergab sich für 13 der 101 Untergruppen ein Anhaltspunkt, Hinweis oder Beleg für einen beträchtlichen und bei 20 für einen geringen Zusatznutzen. Zudem wurde für 12 Untergruppen ein nicht quantifizierbarer Zusatznutzen attestiert. Für 55 Untergruppen konnte jedoch kein Zusatznutzen belegt werden, und in einem Fall wurde sogar ein geringerer Nutzen als die Vergleichstherapie festgestellt. In diesem Zusammenhang ist auch die Bewertung von Arzneimitteln des Bestandsmarktes von Bedeutung – also denjenigen, die vor dem AMNOG-Stichtag 1.1.2011 auf den Markt gekommen sind. Der Rat ist der Auffassung, dass eine Bewertung dieser Präparate neben dem Einsparpotenzial insbesondere auch aus qualitativ-medizinischen Gründen erstrebenswert wäre. Nachdem die institutionalisierte, systematische Bestandsmarkt看wertung mit Verweis auf verfahrenspraktische Schwierigkeiten im Frühjahr 2014 vom

Gesetzgeber abgeschafft wurde, sollte von der weiter vorhandenen Möglichkeit einer Bewertung relevanter Bestandsmarktarzneimittel nach § 139a SGB V Gebrauch gemacht werden. Zudem empfiehlt der Rat verschiedene Weiterentwicklungen des AMNOG-Prozesses: So könnten Kosten-Nutzen-Analysen als zusätzliches Kriterium bei der Preisfindung zugelassen werden, sollten dabei aber von unterschiedlichen Institutionen vorgenommen werden können. Empfehlenswert ist, mögliche Synergien gemeinsamer Evidenzgenerierung durch verschiedene europäische Institutionen zu prüfen. Wenig nachvollziehbar ist hingegen, dass Arzneimittel, die ausschließlich im stationären Bereich eingesetzt werden, bisher nicht systematisch nutzenbewertet werden. Angesichts ihrer teilweise großen klinischen und ökonomischen Relevanz sollten sie ebenfalls bewertet werden.

1.2 Institut für Gesundheitswissen

Zusätzliches Potenzial für eine Stärkung der evidenzbasierten Medizin in Deutschland sieht der Rat in der Etablierung eines „Instituts für Gesundheitswissen“, das Informationen über Arzneimittel, Medizinprodukte und therapeutische Verfahren unabhängig aufbereitet und zur Verfügung stellt. Mit Blick auf eine rationale Verordnungsweise können Ärzte zudem durch Beratungsangebote und Qualitätszirkel z. B. der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) unterstützt werden. Eine Befragung der KVen zur Verordnungssteuerung ergab, dass dies verschiedentlich angeboten wird, allerdings mit sehr unterschiedlichen Ressourcen.

1.3 Reform des Apothekenmarktes

Reformbedarf sieht der Rat schließlich beim zurzeit stark regulierten Apothekenmarkt, der durch hohe Angebotsdichte und begrenzten Preiswettbewerb gekennzeichnet ist: Neben einer Aufhebung von Fremd- und Mehrbesitzverbot wird die Einführung apothekenindividueller Handelsspannen bei der Apothekerhonorierung vorgeschlagen. Diese könnten die Apotheken in Abhängigkeit von ihrer Kostenstruktur und ihren Gewinnvorstellungen frei kalkulieren. Der Rat erwartet durch die Umsetzung dieser Vorschläge einen Preiswettbewerb im Bereich der verschreibungspflichtigen Medikamente und Anreize zur besseren Verteilung der Angebotsstrukturen. Perspektivisch ist denkbar, die Apotheken als

Element der Primärversorgung in integrierte Versorgungsformen einzubinden, etwa hinsichtlich eines gezielten Medikationsmanagements.

1.4 Lieferengpässe

Eine besorgniserregende Entwicklung sind die Lieferengpässe von Arzneimitteln. Diese haben in den letzten Jahren hinsichtlich der Häufigkeit und des betroffenen Leistungsspektrums deutlich zugenommen und führen zu negativen Auswirkungen auf die medizinische Versorgung. Der Rat schlägt eine Reihe von Maßnahmen vor, um die Situation zu verbessern – beispielsweise ein verpflichtendes Melderegister und ein zentrales Risikomanagement mit präventiver Orientierung beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM).

2. Versorgung mit Medizinprodukten

Größe und Bedeutung des Medizinproduktmarktes lassen sich mithilfe weniger Eckdaten veranschaulichen. So wird die Zahl aller Medizinprodukte auf gegenwärtig 400.000 bis 500.000 geschätzt. Dazu zählen Pflaster, Verbandmittel und OP-Bestecke ebenso wie Rollstühle und Hörgeräte oder Stents, Implantate und Großgeräte. Im Jahr 2012 erzielten deutsche Medizinproduktehersteller einen Umsatz von 22,3 Mrd. Euro. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Anwendung von Medizinprodukten beliefen sich im Jahr 2011 auf geschätzte 17,6 Milliarden.

Innerhalb der EU folgen Zulassung und Marktaufsicht dem Grundsatz des freien Warenverkehrs und werden durch europäisches und nationales Recht geregelt. Die Finanzierung innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems ist im Vergleich dazu Angelegenheit der einzelnen Mitgliedsstaaten. Auf europäischer Ebene gelten die Richtlinien 93/42/EWG für Medizinprodukte, 90/385/EWG für aktive implantierbare medizinische Geräte und 98/79/EG für In-vitro-Diagnostika. Die Umsetzung des europäischen Rechtsrahmens erfolgt in Deutschland durch das Medizinproduktegesetz (MPG). Ergänzt wird es durch eine Reihe ergänzender Verordnungen, z.B. zum Einrichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV), zur klinischen Prüfung (MPKPV) oder

zur Erfassung, Bewertung und Abwehr von Risiken (MPSV).

Entsprechend ihres Risikopotenzials werden Medizinprodukte in vier Klassen eingeteilt (I: niedriges Risikopotenzial, IIa: mittleres Risikopotenzial, IIb: erhöhtes Risikopotenzial, III: hohes Risikopotenzial). Diese Einteilung orientiert sich am Kriterium der Verletzbarkeit des menschlichen Körpers und ist damit Ausdruck einer übergeordneten Zielsetzung, nämlich die Sicherheit und den Schutz von Patientinnen und Patienten zu gewährleisten. Dass hinsichtlich der Umsetzung z.T. erheblicher Verbesserungsbedarf besteht, zeigten zuletzt die Vorkommnisse mit PIP-Brustimplantaten, welche weltweit für Aufsehen sorgten. Aktuell wird daher über eine neue EU-Verordnung zur Schaffung eines neuen Rechtsrahmens beraten, „der die Sicherheit der Medizintechnik gewährleisten“ soll (Europäische Kommission, Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates über Medizinprodukte, 2012).

Vor dem Hintergrund der aktuellen Reformvorhaben hat der Sachverständigenrat

die bestehenden Rahmenbedingungen für den Markteintritt, die Marktbeobachtung und Erstattungsfähigkeit von Medizinprodukten analysiert und daraus Empfehlungen für eine künftige Neuordnung abgeleitet. Im Kern zielen sie auf eine Vereinheitlichung von Zuständigkeiten und Verfahrenswegen, um im Sinne der Patientensicherheit Wirksamkeit, Nutzen und Risiken von Medizinprodukten lückenlos und objektiv nachverfolgen zu können.

2.1 Markteintritt

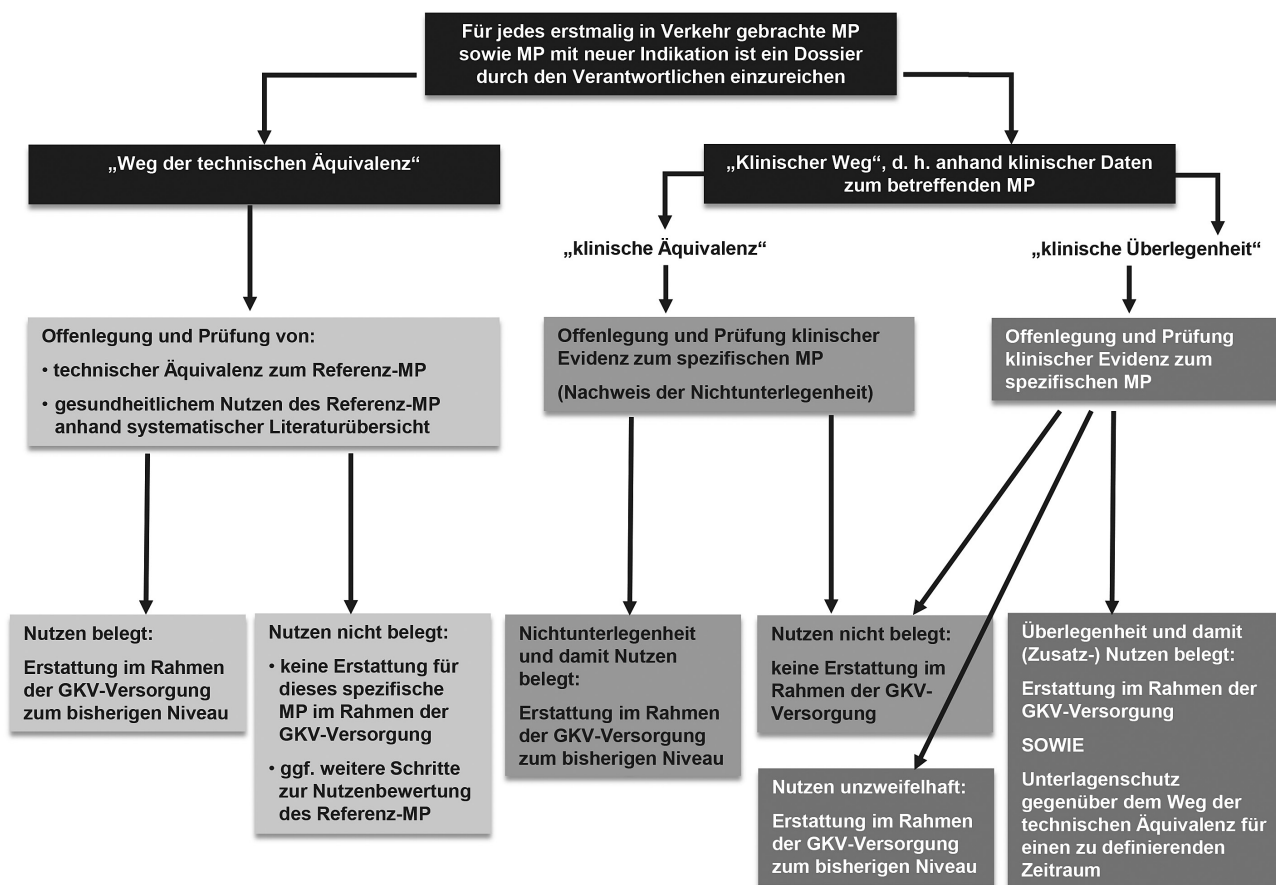
Die Zulassung von neuen Medizinprodukten ist in Europa dezentral organisiert und erfolgt im Zuge einer Konformitätsbewertung (Nachweis grundlegender Anforderungen und klinische Bewertung). Sie wird vom Hersteller beauftragt und durch sog. Benannte Stellen durchgeführt, die auf nationaler Ebene zugelassen und bei der Europäischen Kommission gemeldet werden (73 in Europa, davon 14 in Deutschland). Aus diesem Pool kann ein Hersteller grundsätzlich frei wählen, sofern die Benannte Stelle zur Durchführung des jewei-

ligen Bewertungsverfahrens berechtigt ist. Nach erfolgreicher Durchführung erhält der Hersteller eine Konformitätsbescheinigung und ist zur Anbringung einer CE-Kennzeichnung berechtigt, mit welcher er erklärt, dass sein Medizinprodukt den geltenden Anforderungen genügt.

Das Bewertungsverfahren selbst besteht aus unterschiedlichen Modulen, die sich grob gesagt an der Risikoklasse des jeweiligen Medizinprodukts festmachen. Integraler Bestandteil ist die klinische Bewertung, für die ein Hersteller entweder eigene Daten erheben oder auf klinische Prüfungen gleichwertiger Produkte verweisen kann. Die Erhebung eigener Daten bedarf in Deutschland der Zustimmung durch eine Ethikkommission und der Genehmigung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Mindestanforderungen für die Durchführung von Studien existieren nicht, Daten über Zahl und Art der gestellten Anträge sind nicht öffentlich verfügbar.

Im Ergebnis macht es das derzeitige Verfahren unmöglich, die Zulassung neuer Medizinprodukte von zentraler

Abbildung 1: Anforderungen an die Erstattungsfähigkeit von Medizinprodukten höherer Risikoklasse



Quelle: www.svr-gesundheit.de

Stelle aus zu überblicken. Intransparenzen ergeben sich darüber hinaus aus den unzureichenden Anforderungen an den Nachweis der klinischen Wirksamkeit. Der Sachverständigenrat schlägt daher ein EU-weites zentrales und unabhängiges Zulassungsverfahren für Medizinprodukte mindestens der Klassen IIb und III vor. Die Ansiedlung einer zentralen Zulassungsstelle sollte bei der European Medicines Agency (EMA) erfolgen und durch die Errichtung zentraler unabhängiger Stellen auf nationaler Ebene flankiert werden. Ein Beleg der klinischen Wirksamkeit sollte i.d.R. auf der Basis randomisiert kontrollierter Studien mit patientenrelevanten Endpunkten erbracht werden. Für die Registrierung aller Studien vor Studienbeginn wäre ein öffentlich zugängliches Register einzurichten, Ergebnisberichte sollten nach klar definierten und hinreichenden Standards veröffentlicht werden.

2.2 Marktbeobachtung

Auch die Marktbeobachtung wird durch europäisches und nationales Recht geregelt. Sie erstreckt sich von der Herstellung bis zur Anwendung von Medizinprodukten. In Deutschland obliegt die Überwachung von herstellenden Betrieben den zuständigen Landesbehörden, welche im Jahr 2013 dazu verpflichtet wurden, sich ein gemeinsames Rahmenüberwachungsprogramm zu geben. Hersteller und Anwender haben außerdem die Verpflichtung, Vorkommnisse, die „unmittelbar oder mittelbar zum Tod oder zu einer schwerwiegenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Patienten, eines Anwenders oder einer anderen Person geführt haben, geführt haben könnte(n) oder führen könnte(n)“, an das BfArM zu melden – wenngleich diese Pflicht bei den praktisch Tätigen, wie Ärzten und Pflegenden, nur wenig bekannt ist. Aufgabe des BfArM ist es, diese Meldungen zu erfassen, auszuwerten, zu bewerten und zu ergreifende Maßnahmen zu koordinieren. Entscheidung und Umsetzung liegen dann bei den zuständigen Landesbehörden.

Auf nationaler Ebene werden Vigilanzdaten – darunter auch Vorkommnismeldungen – in mehreren Datenbanken des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zusammengetragen, die nicht öffentlich

sind. Auf europäischer Ebene besteht seit 2010 eine Verpflichtung aller Vertragsstaaten, Informationen zur Regulierung von Medizinprodukten an die Datenbank EUDAMED zu übermitteln, die ebenfalls nicht öffentlich zugänglich ist.

Bei der Weiterentwicklung der bestehenden Vigilanzsysteme sollte nach Auffassung des Sachverständigenrates die Sicherheit und der Schutz von Patientinnen

Der Rat spricht sich für eine öffentlich zugängliche Plattform aus, in der alle Medizinprodukte mit Informationen zur Zulassung, zum Produkt und zu eventuellen Vorkommnissen erfasst sind.

und Patienten im Mittelpunkt stehen. Der Rat spricht sich daher für eine öffentlich zugängliche Plattform aus, in der alle Medizinprodukte mit Informationen zur Zulassung, zum Produkt und zu eventuellen Vorkommnissen erfasst sind. Zur Identifizierung von Patienten, bei denen aufgrund eines Produktmangels ein Schaden auftreten oder aufgetreten sein könnte, empfiehlt er die Schaffung eines EU-weiten zentralen Registers bei der zu etablierenden EU-Zulassungsstelle. Der Informationsweg zur Identifizierung der betroffenen Patienten könnte in Analogie zu den Regelungen für Blutprodukte ausgestaltet werden.

2.3 Erstattungsfähigkeit

Für die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitssystems sind die EU-Mitgliedsstaaten selbst verantwortlich. In Deutschland liegt die Entscheidungsbefugnis über den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Eine – auch für die Versorgung mit Medizinprodukten relevante – Besonderheit stellt dabei das Nebeneinander von sog. „Erlaubnisvorbehalt“ für die ambulante vertragsärztliche Versorgung und sog. „Verbotsvorbehalt“ für die stationäre Versorgung dar. Danach dürfen niedergelassene Ärzte eine Methode nur dann zulasten der GKV anwenden, wenn Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zuvor festgestellt wurden. Krankenhäusern ist dagegen die Anwendung aller Methoden erlaubt, sofern diese nicht ausdrücklich ausgeschlossen wurden. Auch hierdurch ergibt sich ein

Spannungsverhältnis zwischen der schnellen flächendeckenden Einführung neuer Methoden, deren Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz eines Medizinproduktes beruht, einerseits und dem häufig zu beklagenden Fehlen wissenschaftlicher Nachweise zu ihrem Nutzen andererseits.

Aus Sicht des Sachverständigenrates sollte die vorherige Prüfung von Wirksamkeit und Qualität Voraussetzung für die Erstattungsfähigkeit von Medizinprodukten mindestens der Risikoklassen IIb und III sein. Dies würde eine systematische Bewertung neuer Methoden innerhalb akzeptabler Fristen ermöglichen, um Patienten vor unwirksamen oder gar schädlichen Medizinprodukten zu schützen. Eine Aufnahme in die Regelversorgung sollte nur erfolgen, wenn ein positives Nutzen-Schadens-Verhältnis in der konkreten Indikation belegt ist.

Zur konkreten Ausgestaltung empfiehlt der Rat die Einführung eines neuen Bewertungsverfahrens durch den G-BA. Hersteller wären danach bei Zulassung oder Erweiterung der Zweckbestimmung eines Medizinproduktes verpflichtet, die Feststellung entweder einer technischen Äquivalenz oder einer klinischen Äquivalenz oder einer klinischen Überlegenheit zu beantragen und dem G-BA die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Diese sollten in jedem Fall die Zweckbestimmung eines Medizinproduktes, die Kosten für die GKV und Anforderungen einer qualitätsgesicherten Anwendung beinhalten sowie Nachweise zum Nutzen entweder im Sinne der technischen/klinischen Äquivalenz oder der klinischen Überlegenheit. Diese Nachweise sollten in Form klinischer Studien nach den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin beigebracht werden und sollten Grundlage für die anschließende Nutzenbewertung sein. Im Falle der technischen/klinischen Äquivalenz sollte eine Erstattung zum bisherigen Niveau der Vergleichsmethode gewährt werden. Im Falle der klinischen Überlegenheit sollte die Vergütung dem belegten Zusatznutzen Rechnung tragen. Abbildung 1 zeigt eine Übersicht der vorgeschlagenen Neuerungen.

3. Medizinische Rehabilitation

Im Jahr 2012 beliefen sich die Ausgaben für medizinische Rehabilitation und Vorsorge in Deutschland auf 8,71 Mrd. Euro, was einem Anteil von 2,9% an allen Gesundheitsausgaben entspricht. Verglichen mit

anderen Leistungsbereichen ist der Rehabilitationsmarkt damit von überschaubarer Größe. Gleichzeitig ist die Zahl der Reha-Fälle und die Höhe der Ausgaben in den vergangenen Jahren kontinuierlich angestiegen. Infolgedessen kommen die mit Inkrafttreten des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes (WFG) 1997 eingeführten Maßnahmen zur Ausgabenregulierung zusehends an ihre Grenzen. Überdies braucht es weitergehende Reformen, um dem Bedarf einer älter werdenden Gesellschaft in angemessener Weise gerecht zu werden. Der Sachverständigenrat empfiehlt daher eine umfassende Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation unter fairen Wettbewerbsbedingungen und auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse. Einzelne Verbesserungsvorschläge zielen deshalb auf die Finanzierung und Honorierung, Evidenzbasierung, innovative Versorgungskonzepte und den Betrieb von Eigeneinrichtungen.

3.1 Finanzierung und Honorierung

In Deutschland sind verschiedene Sozialleistungsträger mit teilweise parallelen Aufgabenzuweisungen für die Rehabilitation zuständig. Einem solchen komplexen Zuständigkeitssystem sind Fehlanreize besonders dann inhärent, wenn durch das Unterlassen einer Rehabilitation im eigenen Zuständigkeitsbereich Folgekosten zulasten eines anderen Trägers entstehen. Im Bereich der Pflegebedürftigkeit ergibt sich diese Konstellation zwischen gesetzlichen Krankenversicherungen, die Reha-Maßnahmen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit finanzieren müssen, und Pflegekassen, die die Kosten einer Pflegebedürftigkeit zu tragen haben. Um den Stellenwert des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ zu verbessern, wäre es sinnvoll, die Pflegeversicherung in den Kreis der Reha-Träger aufzunehmen und einen finanziellen Ausgleich herzustellen (z.B. hälftige Aufteilung der Ausgaben). Eine weitergehende Lösung wäre die Integration von Pflege- und Krankenversicherung.

Aus Sicht des Rates bedarf auch das im Zuge des WFG 1997 eingeführte Reha-Budget einer Weiterentwicklung. Das Budget definiert eine Obergrenze der zulässigen Ausgaben der Rentenversicherung für Leistungen zur Teilhabe. Steigerungsraten sind danach nur in Höhe der voraussichtlichen Entwicklung von Bruttolöhnen und -gehältern möglich. Dieses Budget wird inzwischen vollständig ausgeschöpft. Mit

dem im Mai verabschiedeten Gesetz über Leistungsverbesserungen in der gesetzlichen Rentenversicherung wurde deshalb eine Anpassung des Reha-Budgets und die Einführung einer Demografiekomponente vorgenommen. Der Sachverständigenrat begrüßt diese Korrektur grundsätzlich, empfiehlt aber auch die Berücksichtigung von Veränderungen beim Renteneinstiegsalter und der Lebensarbeitszeit.

Das bisherige Vergütungssystem von Rehabilitationsmaßnahmen basiert auf vollpauschalierten Tagessätzen und Fallpauschalen. In diesem System tragen vor allem Leistungserbringer das Risiko der Fallschwere und gleichzeitig sind Anreize zur effizienten Leistungserbringung nur schwach ausgeprägt. Der Sachverständigenrat empfiehlt daher die Entwicklung eines differenzierten Patienten- bzw. Fallklassifikationssystems. Die Vergütung könnte z.B. in Form differenzierter Tagespauschalen ausgestaltet werden und zusätzliche ergebnisorientierte Pay-for-Performance-Vergütungsanreize umfassen.

3.2 Evidenzbasierung

Eine Analyse von Statistiken und Forschungsarbeiten zeigt, dass die derzeitige Daten- und Studienlage für Deutschland dürftig ist. Vor allem fehlen Untersuchungen zum Nutzen alternativer Behandlungsvarianten in der Rehabilitation. Auch entsprechen viele Studien nur eingeschränkt den internationalen Standards der evidenzbasierten Medizin. Der Sachverständigenrat spricht sich daher für eine verstärkte Förderung der Rehabilitationsforschung aus, die trägerübergreifend organisiert sein sollte. Ihr wichtigstes Ziel sollte es sein, innovative Versorgungskonzepte zu entwickeln, zu erproben und wissenschaftlich zu evaluieren.

3.3 Innovative Rehakonzepte

Angesichts einer Gesellschaft mit immer mehr älteren Menschen und sich diversifizierenden Lebenskonzepten scheint es überholt, die Mehrzahl von Rehabilitationsmaßnahmen einheitlich stationär zu erbringen. Der Sachverständigenrat spricht sich daher für die Entwicklung eines Angebotes an differenzierten Behandlungskonzepten aus, welche auf die Bedürfnisse einzelner Patientengruppen abgestimmt sind und Angebote der ambulanten Reha, der integrierten Versorgung und der spezialisierten Reha für schwer Kranke und

ausgewählte Indikationen umfassen. Besonderen Bedarf sieht er für den Ausbau ambulanter Strukturen, da deren steigende Zahl auf ausgeprägte Nutzerpräferenzen hindeutet und leichtere Fälle zudem kostengünstiger behandelt werden können. Auch können mit einer ambulanten Reha Personen erreicht werden, die aufgrund familiärer oder beruflicher Verpflichtungen andernfalls keine Reha in Anspruch nehmen würden. Ein Ausbau integrierter Versorgungskonzepte sollte im Vergleich dazu vornehmlich auf die sektorübergreifende Koordinierung und die örtliche Vernetzung zielen. Die Bildung von Zentren könnte dabei im städtischen Raum vor allem von Krankenhäusern und im ländlichen Raum von Reha-Einrichtungen ausgehen und in Form lokaler Gesundheitszentren organisiert werden. Dieses umfassende Versorgungskonzept wird unten näher ausgeführt.

3.4 Eigeneinrichtungen der Rehabilitations-Kostenträger

Der Unterhalt von Eigeneinrichtungen birgt ein grundsätzliches Risiko für die Verminderung des Qualitäts- und Preiswettbewerbs. Einer solchen Kritik waren in der Vergangenheit vor allem die Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherung ausgesetzt, von denen es 78 im Jahr 2012 gab. Dem Vorzug, unkontrollierten Fallzahlsteigerungen entgegenzusteuern, stehen demnach die Nachteile einer intransparenten Zuweisungspraxis und die Vorwürfe einer Bevorteilung eigener Einrichtungen sowie der unprofitablen Bewirtschaftung entgegen. Zur Lösung des Problems empfiehlt der Sachverständigenrat eine klare Trennung zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern, ggf. auch durch eine Privatisierung bzw. Kommunalisierung bestehender Einrichtungen.

Teil II: Versorgung in ländlichen Regionen

Der zweite Schwerpunkt des diesjährigen Gutachtens liegt auf der Versorgung in ländlichen Regionen. So zeigen Analysen, dass Urbanisierungstendenzen und der demografische Wandel das Gesundheitssystem in diesen oft strukturschwächeren Regionen vor besondere Herausforderungen stellen und zu regionalen Ungleichgewichten führen, welche in dieser Form früher nicht zu beobachten waren. In betroffenen

Regionen ist insbesondere ein Mangel an Fachkräften spürbar, der beispielsweise zu Nachbesetzungsschwierigkeiten von Arztpraxen führt. Die Entwicklung führt aber ebenso zu regionalen Disparitäten im akutstationären Bereich und großen Herausforderungen für den Pflegesektor.

4. Ambulante vertragsärztliche Versorgung

Auch der Gesetzgeber hat den Handlungsbedarf identifiziert und nicht zuletzt mit dem 2012 in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) die Rahmenbedingungen zur Sicherstellung angepasst. Vor allem sollte die Niederlassung ambulant tätiger Ärzte dort befördert werden, wo Unterversorgung droht oder bereits besteht. Zum 1.1.2013 wurde die Bedarfsplanungs-Richtlinie reformiert, um dem tatsächlichen Versorgungsbedarf näher zu kommen – etwa über eine kleinräumigere Einteilung der hausärztlichen Planungsbereiche. Auch wurden den KVen größere Spielräume zur regionalen Anpassung der Planung eingeräumt. Der Sachverständigenrat geht im Gutachten der Frage nach,

Der Rat empfiehlt die populationsorientierte Weiterentwicklung der Bedarfsplanung für die ambulante vertragsärztliche Versorgung.

ob die bisherigen Maßnahmen gegriffen haben, und macht weitere Vorschläge zum Abbau von Über- und Unterversorgung.

4.1 Unausgewogene Versorgungssituation

In seiner Analyse kommt er zu dem Ergebnis, dass die Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie insgesamt – und anders als verschiedentlich erwartet – zu einer Verringerung des Plansolls an Arztsitzen geführt hat. Es bestätigen sich Ungleichverteilungen sowohl geografischer als auch fachspezifischer Art: Deutlich zeigt sich ein Nebeneinander von Überversorgung in Ballungsräumen und drohender Unterversorgung in ländlichen Regionen. Eine Befragung aller KVen durch den Rat zeigt, dass die mit dem GKV-VStG verfügbaren Instrumente – beispielsweise

Strukturfonds, Sicherstellungszuschläge, Umsatzgarantien, Gründungszuschüsse oder auch Aufkauf von Arztsitzen – bisher nur verhalten angewendet werden. So wurden beispielsweise bundesweit nur ein Arztsitz und elf Psychotherapeutesitze aufgekauft. Darüber hinaus zeigt die Verteilung von Haus- und Fachärzten ein zunehmendes Ungleichgewicht. So führt die Bedarfsplanungs-Richtlinie aus, dass eine ausgewogene Versorgungsstruktur dann anzunehmen ist, wenn die Zahl der hausärztlich tätigen Vertragsärzte gegenüber den Fachärzten wesentlich überwiegt. Doch während dies im Jahr 1993 mit einem Verhältnis von 60:40 noch der Fall war, gab es bis zum Jahr 2012 mit einem Verhältnis von 46:54 eine kontinuierliche Verlagerung zuungunsten der Hausärzte.

4.2 Empfehlungen gegen Unter- und Überversorgung

In der Zusammenschau empfiehlt der Rat, die bereits eingeleiteten Maßnahmen konsequent umzusetzen und weiterzuentwickeln. Da eine Vielzahl an Faktoren dazu führt, dass ländliche Regionen als unattraktiv wahrgenommen werden, setzen auch die Vorschläge auf verschiedenen Ebenen an: von eher langfristig angelegten qualitativen Verbesserungen der Rahmenbedingungen bis hin zu potenziell schneller wirkenden finanziellen Anreizen.

Mit dem Ziel einer besseren Verteilung vertragsärztlicher

Strukturen werden die Einführung eines „Ländarztschlags“ einerseits und die Verpflichtung zum Aufkauf überzähliger Arztsitze andererseits empfohlen. Das konkrete Modell sieht vor, dass niedergelassene Hausärzte, allgemeinversorgende Fachärzte sowie Kinder- und Jugendpsychiater in Planungsbereichen mit einem Versorgungsgrad von unter 90 Prozent für Hausärzte bzw. unter 75 Prozent für Fachärzte einen (bis zu) 50-prozentigen Vergütungszuschlag auf alle ärztlichen Grundleistungen erhalten. Bei den Hausärzten betrafe dies zum Stichtag 30.06.2013 ca. 12 % der Planungsbereiche. Um Planungssicherheit zu gewährleisten, wird der Zuschlag den jeweiligen Ärzten für 10 Jahre garantiert. Die Finanzierung soll für die Versicherten kostenneutral erfolgen und von denjenigen Ärzten aller Fachgruppen getragen

werden, die in Planungsbereichen praktizieren, die nicht von Unterversorgung bedroht sind.

Um daneben eine Perpetuierung von Überversorgung zu vermeiden, schlägt der Rat vor, die bestehende Regelung zum Aufkauf frei werdender Arztsitze ab einem Versorgungsgrad von 110 Prozent von einer „Kann-“ in eine „Soll-Regelung“ umzuwandeln – wie es auch im Koalitionsvertrag vorgesehen ist – und zusätzlich für einen Versorgungsgrad ab 200 Prozent sogar als „Muss-Regelung“ vorzusehen, mit Ausnahme der Psychotherapeuten.

4.3 Weiterentwicklung der Bedarfsplanung

Übergeordnet ist festzustellen, dass die aktuelle Bedarfsplanung erhebliche Schwächen aufweist: Grundsätzlich betrachtet fehlt es an einer objektiven, medizinisch fundierten Quantifizierung des klinischen Bedarfs. Dies gilt für alle Fachgruppen und in besonderem Maße für die psychotherapeutische Versorgung. Der Rat empfiehlt daher eine populationsorientierte Weiterentwicklung der Bedarfsplanung. Dies bedeutet beispielsweise, dass für die Bepanung von Kinderärzten die Zahl der Kinder und nicht die der Gesamtbevölkerung zu Grunde gelegt wird. Facharztgruppen, die aus historischen Gründen gemeinsam beplant werden, aber klinisch unterschiedliche Tätigkeiten ausüben (z. B. Psychiater gegenüber Neurologen oder unterschiedliche Fachinternisten), sollten getrennt betrachtet werden.

4.4 Förderung der Allgemeinmedizin

Ausdrücklich empfiehlt der Rat die Förderung der Allgemeinmedizin in der Aus- und Weiterbildung sowie der praktischen Tätigkeit. Die Vorschläge umfassen curriculare Stärkungen des Fachs und Honorierungen für Fakultäten, die die Allgemeinmedizin besonders fördern – etwa durch so genannte „Ländarzt-Tracks“. Eine weitere Anregung ist ein sechswöchiges Berufsfeld-Orientierungspraktikum vor Antritt des Medizinstudiums, das im ärztlichen Bereich abgeleistet werden könnte und die Hälfte des bisherigen, während des Studiums zu erbringenden Pflegepraktikums ersetzen würde. Für die Verbesserung der Weiterbildungszeit empfiehlt der Rat die bundesweite Etablierung von regionalen Weiterbildungsverbänden, die eine verlässliche Rotation durch die zu

absolvierenden Abschnitte sicherstellen, und von Kompetenzzentren Allgemeinmedizin. Außerdem wird die Gründung einer „Förderstiftung medizinische Aus- und Weiterbildung“ vorgeschlagen.

5. Stationäre Versorgung

In seiner Analyse des stationären Sektors kommt der Rat zu dem Schluss, dass das derzeit dominierende Problem bestehende Überkapazitäten sind. Er spricht sich deshalb für eine Förderung maßvoller Schließungen von nicht benötigten Krankenhauskapazitäten aus, die aus einem Fonds zur Zahlung von Übergangsgeldern finanziert werden könnte; ein Vorschlag, der während der Koalitionsverhandlungen 2013 zeitweise bereits diskutiert wurde.

5.1 Bedarfsgerechte Finanzierung

Zugleich gilt es, das Überleben bedarfsnotwendiger Krankenhäuser zu ermöglichen, deren wirtschaftlicher Betrieb durch einen fortschreitenden Bevölkerungsrückgang erschwert wird. Hierfür ist das Instrument der Sicherstellungszuschläge geeignet, das angesichts der bisherigen gerichtlichen Auseinandersetzungen rechtssicher ausgestaltet werden

Zur finanziellen Sicherung ländlicher Krankenhäuser empfiehlt der Rat die rechtssichere Ausgestaltung der Sicherstellungszuschläge.

sollte. Der Vorschlag des Rates sieht vor, dass das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eine am DRG-Kalkulationsschema orientierte Vorgabe für eine abteilungsbezogene Deckungsbeitragsrechnung erarbeitet und diese bei den Entscheidungen über Sicherstellungszuschläge berücksichtigt wird. Unterstützt wird das im Koalitionsvertrag verankerte grundsätzliche Vorhaben, die standortbasierte zu einer erreichbarkeitsorientierten Versorgungsplanung weiterzuentwickeln.

Angesichts der Tatsache, dass die Länder insgesamt ihren Finanzierungsverpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern seit Jahren nicht angemessen nachkommen, empfiehlt der Rat, wie in früheren Gutachten, erneut den Übergang zu einer monistischen Finanzierung.

5.2 Qualität im Krankenhaus

Bei der Krankenhausplanung stärker als bisher berücksichtigt werden sollten Qualitätsaspekte. Dabei erscheint sinnvoll, dass höher spezialisierte Leistungen nur in Häusern angeboten werden, die die gebotene Qualität sicherstellen können, während sich Kliniken im ländlichen Raum überwiegend auf die Grund- und Regelversorgung konzentrieren. Angesichts dessen, dass bisher keine rechtssichere Ausgestaltung von Mindestmengenvorgaben möglich war, wird ein Forschungsprogramm zu mengenabhängigen Qualitätspotenzialen angeregt.

5.3 Notfallversorgung

Mehrere Empfehlungen des aktuellen Gutachtens widmen sich der Notfallversorgung: Langfristig wird eine Zusammenführung der drei Bereiche ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungswesen und Notaufnahmen der Krankenhäuser empfohlen. In jüngerer Zeit verzeichnen die Notaufnahmen angesichts des niedrigschwelligen Zugangs und der von den Patienten erwarteten hochqualifizierten, raschen Behandlung eine zunehmende Inanspruchnahme, wobei viele Patienten auch im Rahmen des von den KVen organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienstes versorgt werden könnten. Zentrale Leitstellen mit einheitlicher Notdienstnummer könnten den Patienten Orientierung geben und über die richtige Versorgungsebene entscheiden (z. B. Hausbesuch vs.

Rettungswagen). Auch im verstärkten Einsatz von Allgemeinmedizinern in interdisziplinären Notaufnahmen sieht der Rat Potenzial, dafür geeignete Patienten bestmöglich ambulant zu behandeln und auf diese Weise medizinisch nicht erforderliche stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

5.4 Sektorenübergreifende Versorgung

Diese Perspektive einer integrierten Notfallbehandlung kann die sektorenübergreifende Versorgung stärken, für deren Ausbau und Weiterentwicklung sich der Sachverständigenrat bereits seit vielen Jahren einsetzt. Speziell für ländliche Regionen ist er der Auffassung, dass

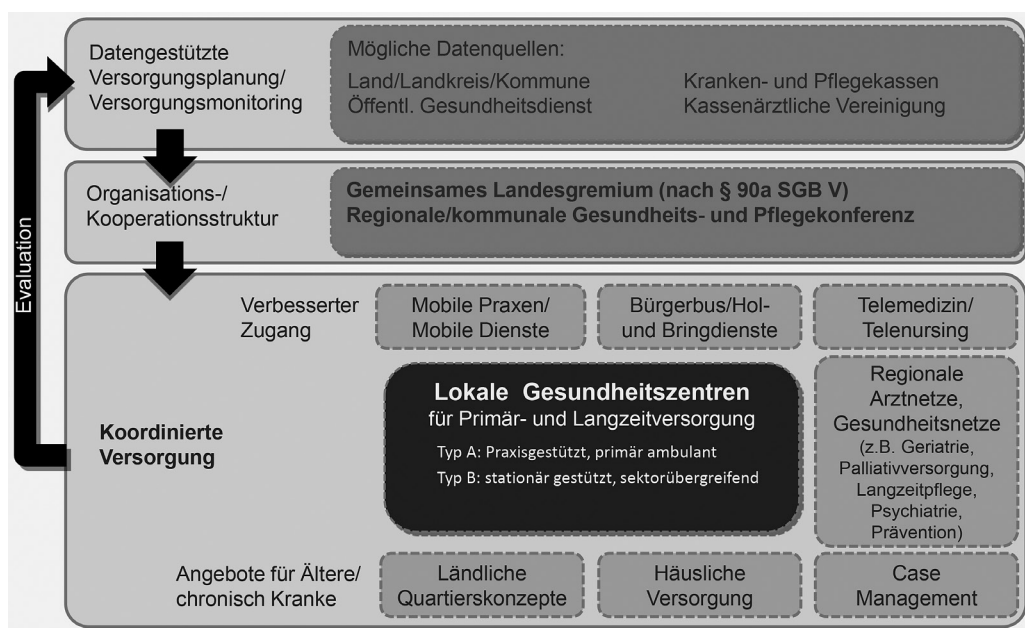
vernetzte Strukturen an Bedeutung gewinnen werden und Potenzial für eine besser koordinierte Versorgung besitzen. Aller Voraussicht nach werden gerade dort Krankenhäuser verstärkt auch solche Aufgaben übernehmen müssen, die bisher durch die ambulanten Strukturen erbracht wurden. Über eine Gesetzesänderung des § 116a SGB V von einer „Kann“- in eine „Muss“-Regelung könnten die Zulassungsausschüsse verpflichtet werden, geeignete Häuser hierzu zu ermächtigen.

Darüber hinaus entwirft der Rat in seinem aktuellen Gutachten ein umfassendes Modell regional vernetzter Versorgung, das besonders für ländliche Regionen geeignet ist: Der Ausgangspunkt für die so genannten „Lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung“ (LGZ, siehe Abbildung 2) kann sowohl bei einer Klinik als auch bei Praxen liegen. Wesentliches Merkmal ist die Integration verschiedener ambulanter und stationärer Versorgungsangebote an einem Ort. Dies geht einher mit einer gewissen Zentralisierung und kann zum Beispiel verschiedene niedergelassene Ärzte, eine Kurzliegerstation und ggf. weitere stationäre Kapazitäten besonders der grundversorgenden Fachgebiete sowie der Geriatrie, zudem Pflegekapazitäten und mitunter auch bestimmte höher spezialisierte Angebote einschließen. Einen reibungslosen Übergang zwischen den Angeboten koordiniert ein zentrales Case Management. Von Bedeutung sind auch die Mobilitätsdienste, die die Erreichbarkeit – mitunter aus größerer Distanz – sicherstellen. Neben den oben angesprochenen Modellen einer integrierten Notfallversorgung am Krankenhaus ist auch der Einbezug von telemedizinischen Angeboten vorstellbar. Die Rahmenbedingungen des LGZ können auch Vorteile bei der Fachkräftegewinnung bieten: Die Möglichkeit verschiedener Arbeitsmodelle mit einem Fokus auf guter Vereinbarkeit von Familie kann die Attraktivität steigern, in einem solchen Arbeitsumfeld – ggf. auch für eine umschriebene Zeit – tätig zu werden.

6. Pflegerische Langzeitversorgung

Als Folge des demografischen Wandels wird der Bedarf an Pflegeleistungen in den kommenden Jahren so weit ansteigen, dass die vorhandenen Fachkräfteressourcen nicht ausreichen werden, eventuell entstehende Versorgungslücken zu kompensieren. Den Daten der Pflegestatistik

Abbildung 2: Das Konzept lokaler Gesundheitszentren für Primär- und Langzeitversorgung (LGZ)



Quelle: www.svr-gesundheit.de

entwickelt und etabliert werden. Vor allem für ländliche Regionen empfiehlt der Rat die Schaffung der bereits beschriebenen lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung, in denen alle für eine umfassende Versorgung und Pflege erforderlichen Dienste und Hilfen unter einem Dach angesiedelt sind und möglichst aus einer Hand angeboten werden. Die dort erbrachten pflegerischen Leistungen sollten vorrangig ambulant und unter Einbeziehung informeller Helfer erbracht werden. Daher ist es notwendig, Helfer durch Ressourcen- und Kompetenzförderung ge-

ist darüber hinaus zu entnehmen, dass regionale Disparitäten existieren, welche eine zusätzliche Herausforderung für die flächendeckende und wohnortnahe Sicherstellung der pflegerischen Versorgung darstellen. In seinem aktuellen Gutachten empfiehlt der Sachverständigenrat daher eine Reihe gezielter Maßnahmen zur Fachkräftesicherung, dem Ausbau von Pflegekapazitäten und zur Erprobung regionaler Versorgungskonzepte.

6.1 Fachkräftesicherung

Da sowohl die Zahl der Pflegebedürftigen als auch die Inanspruchnahme von Pflegedienstleistungen kontinuierlich zunimmt, fehlen Pflegekräfte vor allem in der Altenpflege. Diesen Fachkräftemangel wird man aus Sicht des Sachverständigenrates kurzfristig nur durch erhebliche Investitionen in die Ausweitung von Ausbildungskapazitäten und Weiterbildung abmildern können. Mittel- und langfristige Maßnahmen sollten aber weitergehen und eine allgemeine Attraktivitätssteigerung und Statusaufwertung der Pflege zum Ziel haben. Der Rat spricht sich deshalb für eine Reform der Pflegeausbildung ebenso aus wie für eine gezielte Akademisierung der Pflege. Der universitäre Ausbau von Pflegewissenschaft sollte erheblich gestärkt werden und Mittel für Pflegeforschung sollten kontinuierlich bereit gestellt werden. Dazu wird vorgeschlagen, die den Pflegekassen nach § 8 Abs. 3 SGB XI zur

Verfügung stehenden Mittel zur Weiterentwicklung der Pflege zu 30% der Pflegeforschung zu widmen. Neue Karriere-möglichkeiten ergäben sich auch dadurch, dass Erkenntnisse aus der Pflegeforschung Eingang in die praktischen Tätigkeiten akademisch ausgebildeter Pflegenden fänden und entsprechend neue Tätigkeitsfelder entstanden bzw. sich Chancen für neue Formen der Zusammenarbeit und Aufgabenteilung ergäben.

6.2 Ausbau von Pflegekapazitäten

Für viele Pflegebedürftige und Angehörige ist der Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von besonderer Wichtigkeit. Ein Ausbau von Pflegekapazitäten sollte sich nach Auffassung des Rates deshalb vorrangig auf Formen der häuslichen Versorgung richten. Dazu bedarf es auch einer unverzüglichen Umsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes. Die Weiterentwicklung und Leistungsfähigkeit der ambulanten Pflege könnte auf diese Weise wesentlich gestärkt werden. Begleitend dazu ist ein Ausbau der Gesundheitsförderung im Alter und der Prävention von Pflegebedürftigkeit notwendig, um die Autonomie vornehmlich von alten Menschen zu stärken bzw. möglichst lange zu erhalten.

6.3 Innovative Pflegekonzepte

Auf lokaler und regionaler Ebene sollten neue Versorgungskonzepte passgenau

zielt zu unterstützen. Auch sieht es der Rat für notwendig an, einen Ausbau von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten als flankierende Maßnahme flächendeckend zu forcieren und mit mobilen Beratungsstrukturen auszustatten. Es entstünde so ein vernetztes Angebot, das den Bedürfnissen von Pflegebedürftigen und Pflegenden gleichermaßen gerecht werden kann.

6.4 Symposium des Sachverständigenrats mit Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Mit seinen Gutachten will der Sachverständigenrat Impulsgeber für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens sein. Zur Informierung der Fachöffentlichkeit richten Sachverständigenrat und Bundesministerium für Gesundheit deshalb im Anschluss an die Übergabe und Veröffentlichung der Gutachtentexte seit einigen Jahren auch wissenschaftliche Symposien aus. Den über 400 Teilnehmern gab die diesjährige Veranstaltung Gelegenheit, sich über die Vorschläge des Rates zur bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen Regionen und ausgewählten Leistungsbereichen auszutauschen. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion diskutierte auch Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe über die Möglichkeiten einer Umsetzung mit den Ratsmitgliedern. ■