

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Das Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

PHILIP WAHLSTER,
MEIKE APPELRATH,
YAUHENIYA VARABYOVA,
DAVID HERR

Dr. Philip Wahlster,
Dr. Meike Appelerath,
Dr. Yauheniya Varabyova,
Dr. David Herr
sind wissenschaftliche Referenten in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin

In seinem aktuellen Gutachten gibt der Sachverständigenrat Empfehlungen zur ambulanten Bedarfsplanung und Vergütung sowie zur Planung und Finanzierung der Krankenhäuser. Weiterhin empfiehlt er eine sektorenübergreifende Angebotskapazitätsplanung und Vergütung, um die viel zu hohe Mauer zwischen den Sektoren zu öffnen. Nachfrageseitig werden Instrumente zur Steuerung der Patienten analysiert. Wie eine bedarfsgerechte Steuerung aussehen könnte, wird anhand verschiedener Versorgungsbereiche wie der Notfallversorgung spezifiziert.

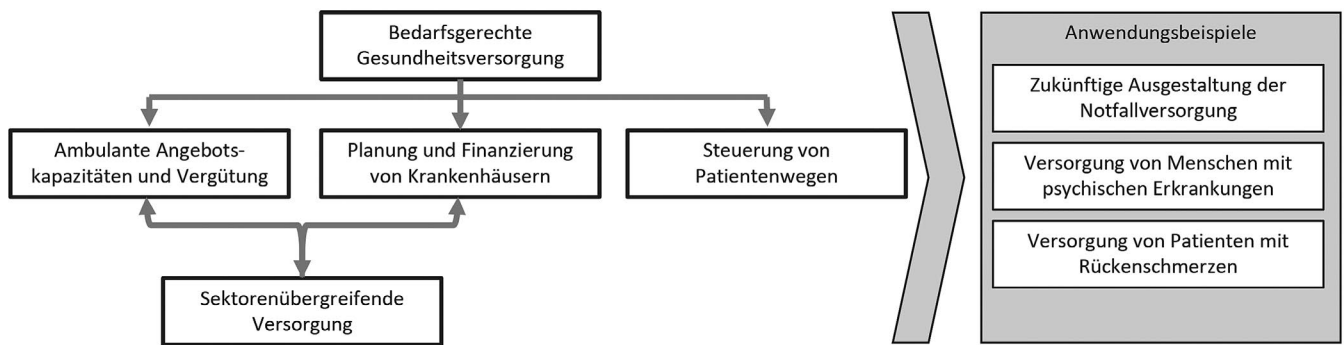
Status quo des deutschen Gesundheitssystems

Im internationalen Vergleich ist die Gesundheitsversorgung in Deutschland sowohl durch eine gute Zugänglichkeit als auch eine hohe Qualität der erbrachten Leistungen geprägt. Der Zugang zu medizinischen Leistungen ist aufgrund der freien Arztwahl, der relativ kurzen Wartezeiten auf ambulante und stationäre Behandlungen und der international vergleichsweise geringen Zuzahlungen niedrigschwellig. Qualitätssicherungsverfahren sind sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor verbreitet und werden durch eine zunehmend systematische Erhebung von Qualitätsparametern flankiert. Dennoch ist das Gesundheitssystem in Deutschland mit zahlreichen Herausforderungen konfrontiert.

Der demografische Wandel führt zu einer älteren Gesellschaft mit einem höheren medizinischen Versorgungsbedarf. Jedoch trifft die Alterung nicht alle Regionen gleichermaßen. Während ländliche Regionen zunehmend entleert

und von Unterversorgung bedroht sind, führt der Zuzug von medizinischem Personal und Pflegekräften zu vermehrter Überversorgung in Ballungsgebieten. Zugleich verschieben sich die Prioritäten besonders des ärztlichen Nachwuchses zunehmend in Richtung einer stärkeren Work-Life-Balance. Während früher Einzelpraxen besonders verbreitet und fast selbstverständlich mit Arbeitszeiten des Praxisinhabers von weit über 40 oder 50 Stunden pro Woche verbunden waren, zieht heute ein größer werdender Anteil von Ärztinnen und Ärzten eine Anstellung mit geregelten Arbeitszeiten vor. So erfreulich die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung ist, so geht sie auch mit der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einher. Der medizinische Fortschritt verbessert die Behandlungsmöglichkeiten dieser Erkrankungen, erhöht allerdings zugleich die Komplexität der dazugehörigen Versorgungspfade für den Patienten im Gesundheitssystem. Diese Komplexität trägt zu einem Nebeneinander von Über-, Unter-, und Fehlversorgung bei, welche

Abbildung 1: Die Struktur des SVR-Gutachtens 2018 mit Empfehlungen zu einer bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung



Quelle: Sachverständigenrat Gesundheit, eigene Darstellung

kontinuierlich analysiert und mit entsprechend angepassten Anreizsetzungen gesundheitspolitisch adressiert werden müssen.

Steuerung in Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung

Hier setzt der gesetzliche Auftrag des Sachverständigenrates Gesundheit gemäß § 142 SGB V an, „Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen“ sowie „Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ aufzuzeigen. Die Analysen des Rates orientieren sich am Patientenwohl als oberstem Zweck unter der Annahme, dass ein Optimum an Gesundheit im Sinne der Bedarfsgerechtigkeit durch die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung erreicht werden kann. Um Bedarfsgerechtigkeit zu erreichen (damit ist gemeint, dass jeder Patient entsprechend seiner medizinischen Bedarfe versorgt wird), müssen die zur Verfügung stehenden Mittel gezielt und nachhaltig eingesetzt werden. Ein effizienter Mitteleinsatz kann angesichts der Komplexität und der für den einzelnen Patienten kaum überschaubaren Versorgungsstrukturen nur über die Steuerung des Angebots und der Nachfrage erreicht werden. Existierende Über-, Unter- und Fehlversorgung kann somit auch als Steuerungsdefizit gesehen werden.

Aufgrund der skizzierten vielfältigen Herausforderungen im Gesundheitssystem müssen diese Steuerungsdefizite mit einer Vielzahl von Maßnahmen adressiert werden. So stellt auf der Angebotsseite der Abbau der immer noch viel zu hohen Mauer zwischen ambulantem und stationärem Sektor eine der

bedeutendsten Herausforderungen dar. Fehlende Anreize zur Kooperation und eine unzureichende Koordination stehen einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen. Daher ist eine effektive angebotsseitige Steuerung nur sektorenübergreifend möglich. Hinsichtlich der nachfrageseitigen Steuerung kann dem Patienten einerseits Gesundheitskompetenz (*Health Literacy*) als Orientierungswissen dienen, so dass er zur Selbststeuerung befähigt wird. Gleichzeitig kann der primärversorgende Arzt – oftmals ist dies der Hausarzt – eine koordinierende Lotsenfunktion übernehmen.

Abbildung 1 visualisiert die Struktur des aktuellen Gutachtens. Angebotsseitig werden die ambulanten und stationären Angebotskapazitäten und ihre Vergütungsregeln untersucht, wobei diese auch aus einer sektorenübergreifenden Perspektive begutachtet werden. Nachfrageseitig werden verschiedene Möglichkeiten analysiert, Patientenwege bedarfsgerecht zu steuern. Anhand von drei Anwendungsbeispielen – der Notfallversorgung sowie der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Rückenschmerzen – werden diese grundsätzlichen Überlegungen konkretisiert.

Angebotsseitige Steuerung innerhalb der Sektoren und sektorenübergreifend

Um eine sektorenübergreifende Versorgung zu realisieren, müssen in einem ersten Schritt die sektorenspezifischen Strukturen im ambulanten und stationären Bereich weiterentwickelt werden. Der Rat hat daher Angebotskapazitäten und Planungsinstrumente sowie die jeweilige Vergütung bzw. Finanzierung in beiden

Sektoren untersucht. Zudem hat er Zukunftsperspektiven für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung aufgezeigt, wobei im Gutachten konkrete Ansätze zur Lösung der Schnittstellenprobleme dargestellt werden.

Planung und Vergütung im ambulanten Sektor

Die Steuerung des Angebots in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erfolgt grundsätzlich über die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht. Die gegenwärtige Bedarfsplanung stellt im Wesentlichen eine Fortschreibung der bestehenden Angebotskapazitäten mit regionalen Anpassungen dar. So werden auf Grundlage von bundesweit ermittelten Verhältnissen von Einwohnern je Arzt zu einem bestimmten Stichtag – für die Hausärzte auf dem Stand von 1995, für die Fachärzte auf dem Stand von 1990 und für die Psychotherapeuten auf dem Stand von 1999 – Verhältniszahlen für verschiedene Facharzttrichtungen berechnet. Die Morbidität wird indirekt über einen Demografiefaktor berücksichtigt.

Der Rat schlägt vor, die Entwicklung der Determinanten des ärztlichen Angebots bei der Bedarfsplanung stärker einzubeziehen. Insbesondere sollten der absolute und der relative Zuwachs von angestellten Ärztinnen und Ärzten berücksichtigt werden. Dabei sollte sich die Bedarfsplanung künftig weniger an der Anzahl der Ärzte als vielmehr an deren geleisteten Arbeitsstunden orientieren.

In den letzten Jahren haben sich die regionalen Unterschiede zwischen den (für viele) attraktiveren urbanen und den weniger attraktiven ländlichen Gebieten verstärkt. Somit konnten die Praxisinhaber aufgrund der entstandenen Knappheit von

Arztsitzen in begehrten Gebieten die mit dem Vertragsarztsitz verbundene Praxis oftmals zu einem den Sachwert weit übersteigenden Preis veräußern. Um diese Entwicklung zu unterbinden, empfiehlt der Rat eine Reform des Nachbesetzungsverfahrens für ambulante Vertragsarztsitze, wobei hinsichtlich der Übernahmepreise eine Übergangsregelung gefunden werden sollte. Zur Erhöhung der Transparenz sollten die Übernahmepreise erfasst und mit regionalem Bezug ausgewertet werden. Des Weiteren empfiehlt der Rat eine zeitliche Begrenzung der vertragsärztlichen Zulassung, z. B. auf 30 Jahre bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) sowie Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) und bei einzelnen Vertragsärzten bis zur Beendigung ihrer Tätigkeit. Außerdem spricht sich der Rat für die Vereinfachung der Niederlassung von Vertragsärzten in Gebieten aus, in denen sich durch das altersabhängige Ausscheiden mehrerer Vertragsärzte eine Unterversorgung abzeichnet. Zuletzt könnten deutliche Vergütungszuschläge Ärzte inzentivieren, sich in unterversorgten Gebieten niederzulassen.

Um Anreize für eine hohe Behandlungsqualität in der hausärztlichen Versorgung zu setzen, empfiehlt der Rat eine jährliche morbiditätsorientierte Pauschalvergütung pro Patient, wobei Einzelleistungsvergütungen für spezifische Leistungen erhalten bleiben. Dieses Vergütungsmodell würde allerdings eine Einschreibung bei einem frei gewählten Hausarzt erfordern und sollte daher in Kombination mit den Empfehlungen zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) erwogen werden.

Planung und Finanzierung von Krankenhäusern

Im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung skizziert der Rat mehrere Reformvorschläge zur bedarfsgerechteren Planung und Finanzierung von Krankenhäusern. Die Richtlinien für die Krankenhausplanung werden in den Bundesländern in eigenen Landeskrankengesetzen bestimmt. Allerdings führen die derzeitigen, überwiegend bettenorientierten Planungen nicht zu optimal am Leistungsgeschehen und am medizinischen Bedarf ausgerichteten Krankenhauskapazitäten.

Deshalb spricht sich der Rat für eine Umstellung auf eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen und

anderer wichtiger Zielgrößen, wie Personal- und Geräteausstattung sowie Qualitätskriterien aus. Dabei sollte die Nachfrageprognose nicht primär auf historischen stationären Daten basieren, sondern Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, zur Mortalität und Morbidität sowie Prognosen über den medizinisch-technischen Fortschritt und die Präferenzentwicklung von Patienten einbeziehen. Um dies umzusetzen, be-

Der Rat sieht Veränderungsbedarf bei der Ausgestaltung des Strukturfonds: Die Schwerpunktsetzung sollte künftig stärker bei der Schließung von Krankenhäusern liegen und aus Steuermitteln des Bundes mitfinanziert werden.

darf es eines gesicherten Zugangs zu den stationären Daten nach § 301 SGB V in Verbindung mit ambulanten Daten nach § 295 SGB V. Außerdem sieht der Rat die Notwendigkeit einer Vereinheitlichung der zum Teil sehr heterogenen Planungsmethoden in den Bundesländern. Weiterhin sollte die bislang auf ein jeweiliges Bundesland beschränkte Planung durch eine gemeinsame Rahmenplanung zur Sicherstellung der Versorgung ergänzt werden.

Bei der Reform der Planung muss auch das aktuelle Finanzierungssystem berücksichtigt werden. Die Krankenhausfinanzierung in Deutschland basiert auf einem dualen Finanzierungssystem, wobei die Investitionskosten der Krankenhäuser aus Steuern durch die Bundesländer und die laufenden Betriebskosten aus Versichertenbeiträgen durch die Krankenkassen finanziert werden. Ähnlich wie bei den Planungsmethoden finden sich verschiedene Ausgestaltungsformen, nach denen die Länder Investitionen im Krankenhausbereich fördern. Erwartungsgemäß finden sich deutliche Unterschiede in der Verteilung der Investitionsfördermittel auf der Bundeslandebene wieder. So betrug im Jahr 2015 die Investitionsfördersumme in Baden-Württemberg 204 Euro pro vollstationärem Behandlungsfall, während sie in Sachsen-Anhalt nur bei 65 Euro pro Fall lag. Die bundesweite reale Fördersumme ist im Zeitraum zwischen 1991 und

2015 um rund 50 % gesunken. Damit lag die Krankenhaus-Investitionsquote von 3,4 % im Jahr 2015 deutlich unter der gesamten volkswirtschaftlichen Quote von 19,2 %. Infolgedessen reichen die Fördermittel der Länder bei den gegebenen Versorgungsstrukturen nicht aus, um den Investitionsbedarf der Krankenhäuser zu decken. Da die Länder ihrer finanziellen Verantwortung nicht in ausreichenden Maße nachgehen, steht die Legitimation ihrer planerischen Verantwortung infrage.

Deshalb empfiehlt der Rat, eine Umstellung von der dualen auf eine monistische Finanzierung anzustreben, indem Krankenversicherungen sowohl die Betriebs- als auch die Investitionskosten der Krankenhäuser finanzieren würden. Der damit einhergehende höhere Finanzierungsbedarf durch Krankenkassen könnte einerseits durch die Bereitstellung von Steuermitteln seitens des

Bundes und der Länder und andererseits aus vereinnahmten Versichertenbeiträgen gedeckt werden. Die Verteilung der Investitionsmittel an Krankenhäuser sollte im Rahmen selektiver Einzelversorgungsverträge zwischen allen Krankenkassen und einzelnen Krankenhäusern erfolgen.

Da sich historisch der Übergang zur monistischen Finanzierungsstruktur als politisch schwer umzusetzen erwies, bedarf es anderer kurzfristiger Maßnahmen, um der Unterfinanzierung in der Investitionsförderung entgegenzuwirken und die Bereinigung der Krankenhausstrukturen zu beschleunigen. Der Rat hält daher die Absicht der Bundesregierung, den Strukturfonds für weitere vier Jahre fortzusetzen, für sinnvoll, sieht allerdings Veränderungsbedarf bei der Ausgestaltung des Fonds. So sollte die Schwerpunktsetzung künftig stärker im Bereich der Schließung von Krankenhäusern liegen. Zudem sollte der Bundesanteil des Fonds aus Steuermitteln durch den Bund und nicht wie derzeit aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds der GKV finanziert werden. Im Gegenzug sollte der Bund Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Gebieten erhalten, um eine länderübergreifende Strukturbereinigung sowie eine besser koordinierte Versorgung mit hochspezialisierten Behandlungskapazitäten zu befördern.

Auch die Vergütung der Krankenhausbetriebskosten auf der Basis der Fallpauschalen enthält zahlreiche Fehlanreize und kann eine zusätzliche Mengenausweitung befördern. Zur Weiterentwicklung des DRG-Systems empfiehlt der Rat, vom Prinzip der Einheitlichkeit für alle Krankenhäuser (Einhausansatz) Abstand zu nehmen und auf Fachabteilungsebene Zuschläge für verschiedene Versorgungsstufen vorzusehen. Außerdem wäre eine Stärkung pauschaler Vergütungselemente durch gezielte Berücksichtigung des Vorhaltensbedarfs der Kliniken sinnvoll. Um ressourcenbindende Verhandlungen um Erhöhungen der landesspezifischen Basisfallwerte aufzulösen und dennoch bundesweit faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten, plädiert der Rat für die Einführung eines Bundesbasisfallwerts, der mithilfe eines Regionalisierungsfaktors dem krankenhausspezifischen Preisniveau der jeweiligen Region angepasst wird. Eine weitere Maßnahme zur Weiterentwicklung des DRG-Systems betrifft die Konstanzhaltung der zur Berechnung der Relativgewichte herangezogenen Kalkulationsstichprobe, die darauf abzielt, die teilweise deutlichen Schwankungen der Relativgewichte zu mindern. Des Weiteren spricht sich der Rat für die Förderung der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen aus. Um die Attraktivität ambulanter Leistungen für Krankenhäuser zu erhöhen, sollten für einen Katalog definierter ambulanter Prozeduren sektorenübergreifende Vergütungssätze zunächst oberhalb der derzeitigen Sätze des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) festgelegt werden. Die Förderung des Ambulantisierungspotenzials an Krankenhäusern kann damit bereits als Schritt in Richtung eines sektorenübergreifenden Vergütungssystems gesehen werden.

Konkrete Ansätze sektorenübergreifender Versorgung

Neben den Fehlentwicklungen innerhalb der einzelnen Leistungsbereiche leidet die Gesundheitsversorgung in Deutschland auch an der unzureichenden Koordination und Kooperation zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor. Die integrierte Versorgung auf Basis von selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern hat in den letzten 20 Jahren nur unzurei-

chend die Verzahnung des ambulanten und des stationären Sektors verbessert. Der Rat weist auf die immer noch zu geringen Gestaltungsmöglichkeiten der potenziellen Vertragspartner und die einengenden Reglementierungen hin. Exemplarisch dafür sind die zulässigen Rechtsformen bei den MVZs, die enge Auswahl der geförderten Disease-Management-Programme (DMPs) und die Wirtschaftlichkeitsnachweise bei der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Problematisch sieht der Rat auch die Hindernisse bei der Zulassung der Apotheker als gleichwertige Vertragspartner im Rahmen der besonderen Versorgung. Auch die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) konnte bislang weder die Überwindung dieser Schnittstellenprobleme noch die Ambulantisierung der Gesundheitsleistungen entscheidend befördern. Eine Ursache dafür sind die durch die gemeinsame Selbstverwaltung festgelegten sehr hohen bürokratischen Anforderungen, welche die Teilnahme vieler Leistungserbringer an der ASV erschwert.

Da die Versorgung bereits in der Planung für die Sektoren getrennt erfolgt, hat der Rat verschiedene Ansätze sowie konkrete Konzepte für eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung vorgestellt. Ein Konzept sieht vor, dass regionale Gremien mit ähnlichen Stimmverhältnissen wie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Planung und Finanzierung der sektorenübergreifenden Versorgung verantworten. Die Bedarfsermittlung sollte auf Grundlage der regionalen Morbidität und einer prospektiven Planungskomponente, die u. a. die demografische Entwicklung und den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigt, erfolgen. Eine solche regionale Bedarfsplanung sollte sich weniger an festen Kapazitätskriterien wie Arztsitzen und Bettenzahlen, sondern mehr an den zu erbringenden Leistungen ausrichten. Perspektivisch könnten Leistungsaufträge vergeben werden, die sowohl an Krankenhäuser als auch an Leistungserbringer im KV-System denkbar sind, damit die Erbringung der Leistungen dort erfolgt, wo es sich unter medizinischen und ökonomischen Aspekten am sinnvollsten erwiesen hat. Die Leistungsaufträge sollten vor allem bei den Krankenhäusern zeitlich befristet werden. Schritte in Richtung eines sektorenübergreifenden Vergütungssys-

tems nach dem Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ sind dabei wesentlich für effiziente Angebotskapazitäten. Eine solche einheitliche Kalkulation würde entsprechend der ursprünglichen Idee der ASV aus diagnosebezogenen Gebührenspositionen bestehen.

Steuerung der Patientenwege zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

Konzepte für eine bessere Steuerung der Gesundheitsversorgung sollten neben der oben beschriebenen Optimierung der Angebotsstrukturen auch Elemente enthalten, die auf der Nachfrageseite eine Wirkung erzielen. Der Rat hat sich daher mit verschiedenen Instrumenten zur Steuerung der Patientenwege auseinandergesetzt. Für all diese Instrumente gilt, dass ihr Einsatz mit hochwertigen Studien evaluiert werden muss, um die Steuerungswirkung zu beurteilen und die Instrumente sinnvoll weiterentwickeln zu können.

Gatekeeping

Beim Gatekeeping handelt es sich um ein Konzept, bei dem jede Behandlungsepisode mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt beginnt. In Deutschland existiert Gatekeeping in Form der HzV nach § 73b SGB V, wobei die Teilnahme für Versicherte freiwillig ist und die freie Arztwahl sowohl auf der Primär- als auch auf der Sekundärversorgungsebene grundsätzlich unberührt bleibt. Die mit diesem Ansatz verbundene zentrale Koordination durch den Hausarzt soll durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Übertherapie sowie durch eine umfassende Übersicht über die verordneten Medikamente zu einer gezielteren Leistungssteuerung führen. Letztlich soll dies dazu beitragen, dass die medizinische Versorgung der Patienten qualitativ verbessert und die ungezielte Inanspruchnahme von Fachärzten reduziert wird.

Der Rat empfiehlt, die Modelle zur HzV zu stärken, da es zu einer effizienten und effektiven Versorgung von Patienten im Facharztsektor beiträgt, wenn Patienten vom Hausarzt koordiniert und gezielt überwiesen werden. Es sollten ferner Anreize zur Teilnahme von jüngeren Patienten an der HzV entwickelt werden. Ein von allen Krankenkassen verpflichtend

anzubietender vergünstigter Wahltarif könnte ein finanzieller Anreiz für die Teilnahme an einem HzV-Modell sein. Hier müsste allerdings eine sorgfältige Evaluation zeigen, ob entsprechende Beitragsermäßigungen durch Verbesserungen der Versorgung und ggf. auch durch Kostensenkungen tatsächlich gerechtfertigt sind oder nur zu einer Selbstselektion gesünder Versicherter zum Nachteil chronisch Kranker führen. In diesem Kontext gilt es, auch patientenseitige Gründe für die Nichtteilnahme an HzV-Programmen genauer zu untersuchen.

Selbstbeteiligung

Bei einer unzureichenden Wirkung der genannten Maßnahmen zur Stärkung der HzV schlägt der Rat vor, die Einführung einer neuen Form der Selbstbeteiligung zu prüfen. Mit Blick auf internationale Erfahrungen erscheinen Selbstbeteiligungen geeignet, in ausgewählten Bereichen sowohl positive Finanzierungs- als auch Steuerungseffekte zu erzielen. Voraussetzung für eine entsprechende Selbststeuerung der Patienten durch Kostenbeteiligung sind allerdings eine ausreichende Transparenz und Information der Betroffenen zu Behandlungsalternativen sowie deren Wirksamkeit und Kosten.

Der Rat weist ausdrücklich darauf hin, dass vor der Einführung jeglicher Form von Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen zu überprüfen ist, ob der finanzielle Aufwand, eine neue Regelung einzuführen und administrativ durchzuführen, gegenüber der Kostenersparnis und der erhofften Steuerungswirkung in einem angemessenen Verhältnis steht. Auch Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Versicherten sind dabei einzubeziehen. Abhängig vom Ergebnis könnte eine Kontaktgebühr für jeden Facharztbesuch ohne Überweisung eingeführt werden, wenn die genannten HzV-Maßnahmen sich als nicht ausreichend erweisen. Ausnahmen von dieser Gebühr würden Besuche bei Hausärzten, Augenärzten, Gynäkologen, Psychiatern sowie Arztbesuche von Minderjährigen bei hausärztlich tätigen Kinderärzten bilden. Die Höhe der Facharztkontaktgebühr wäre politisch zu entscheiden, auch im Hinblick auf eine soziale Abfederung. Eine Evaluation der Auswirkungen wäre wichtig, um die Höhe und Art einer solchen Selbstbeteiligung entsprechend weiterzuentwickeln.

Patienteninformationen

Für eine qualitativ hochwertige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ist der Zugang zu Informationen eine unabdingbare Voraussetzung. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen bestehen in der Regel Entscheidungskorridore bezüglich Diagnostik, Therapie und präventiver Maßnahmen. Um Patienten angemessen in diese Entscheidungen einzubeziehen und ihre individuellen Präferenzen und Einstellungen zu berücksichtigen, besteht ein erhöhter Informationsbedarf.

Der Rat empfiehlt daher, die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung zu fördern, idealerweise bereits in der Schule, um den Umgang mit Gesundheitsinformation zu erleichtern, ein Verständnis der evidenzbasierten Medizin aufzubauen und so die kritische Auseinandersetzung mit Gesundheitsinformationen zu ermöglichen. In diesem Zusammenhang sind auch die Zugangsmöglichkeiten zu wissenschaftlichen Ergebnissen zu verbessern, z. B. durch ein nationales, öffentlich zugängliches Gesundheitsportal. Auch Patienteninformationszentren, in denen Hilfe zur Selbsthilfe und Recherche angeboten wird, sollten stärker bekannt gemacht werden. Gleichzeitig können *Decision Coaches* in komplexen Entscheidungssituationen helfen. Darüber hinaus sollten Modelle und Studien zur informierten partizipativen Entscheidungsfindung vermehrt gefördert werden.

Digitalisierung

Die Digitalisierung genießt eine hohe Priorität auf der politischen Agenda und es ist mittlerweile weitgehend Konsens, dass die zukünftige Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens auch von dessen Digitalisierung abhängt. So wird die Digitalisierung einerseits *top-down* durch Großprojekte wie die Telematikinfrastruktur angestrebt, gleichzeitig werden digitale Technologien aber auch *bottom-up* in vielen regionalen Projekten zur Verbesserung der Versorgung im Alltag erprobt. Der Einsatz digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien in der Gesundheitsversorgung verspricht dabei – neben einigen Risiken – vor allem eine Vielzahl von Nutzenpotenzialen, sowohl für die Leistungserbringer und die Patienten als auch für die Kostenträger

und die Gesellschaft. Die Digitalisierung kann Steuerungsprozesse verbessern, z. B. als ergänzendes telemedizinisches Therapiemonitoring im ländlichen Raum. Dabei ist die Vernetzung durch eine sektorenübergreifende elektronische Patientenakte eine Grundvoraussetzung, auf der weitere digitale Anwendungen aufbauen können.

Der Rat empfiehlt, Evaluationen digitaler Anwendungen stärker an der Perspektive des Patienten auszurichten. Es ist eine neue Form von Nutzenbewertungsverfahren einzuführen, die spezifische Versorgungskonzepte der digitalen Anwendungen berücksichtigt. Evaluationsprozesse im Rahmen des SGB V sind daher den Besonderheiten von digitalen Anwendungen anzupassen, ohne dabei die Evaluationstiefe (insbesondere in Bezug auf Sicherheit, aber auch hinsichtlich der Wirksamkeit) zu verringern. Entsprechende methodische Ansätze zur Evaluation komplexer telemedizinischer Interventionen, wie z. B. in den laufenden Projekten des Innovationsfonds, sind aus Sicht des Rates daher kontinuierlich zu bewerten und weiterzuentwickeln.

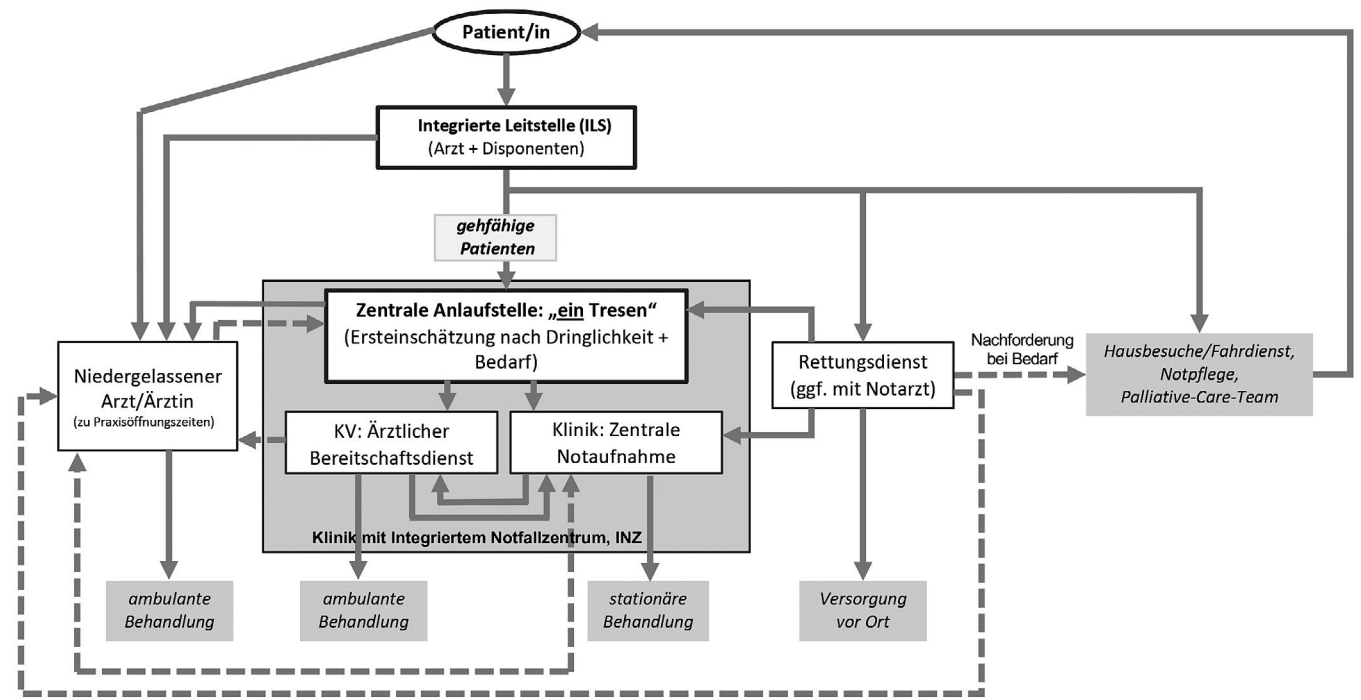
Bedarfsgerechte Steuerung in konkreten Versorgungsbereichen

Eine besser koordinierte Versorgung und eine Überwindung von Sektorengrenzen müssen letztlich im konkreten Versorgungsgeschehen umgesetzt werden und sich in der Praxis bewähren. In verschiedenen Bereichen der Versorgung gelten dabei unterschiedliche Ausgangsbedingungen. Der Rat hat exemplarisch drei Bereiche intensiver analysiert: die Notfallversorgung sowie die Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen und von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Neuausrichtung der Notfallversorgung: Das Ein-Tresen-Prinzip

Eine weitgehende Reform der Notfallversorgung könnte als Türöffner für eine bessere Verzahnung der Sektoren fungieren – auch wenn es sich um einen Versorgungsbereich mit speziellen Strukturen handelt, die von der elektiven Versorgung abweichen. Die Notfallversorgung ist in Deutschland in folgende drei Säulen geteilt: Rettungsdienst, vertragsärztlicher Bereitschaftsdienst (bzw. zu Sprechstundenzeiten: niedergelassene

Abbildung 2: Konzept des SVR für eine sektorenübergreifende, integrierte Notfallversorgung



Quelle: Sachverständigenrat Gesundheit, eigene Darstellung

Ärzte) und Notaufnahmen der Krankenhäuser. Der Rettungsdienst übernimmt die Erstversorgung und ggf. den Transport in eine geeignete Klinik – in einzelnen Bundesländern manchmal auch an diensthabende Praxen. Dabei existiert allerdings der Fehlanreiz, Patienten nicht „nur“ vor Ort zu versorgen, sondern im Zweifelsfall in ein Krankenhaus zu fahren, da die Kosten für den Einsatz des Rettungsdienstes bei „Leerfahrten“ nicht von den Krankenkassen vergütet werden. Die Rufnummer des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes (116117) ist in der Bevölkerung relativ unbekannt, was einer von mehreren Gründen dafür ist, dass das Potenzial dieses Versorgungsangebots bisher nicht ausgeschöpft wird. Gleichzeitig sind deutlich steigende Inanspruchnahmen der Notaufnahmen zu verzeichnen, die teilweise durch höheren Bedarf, teilweise aber auch durch Fehlsteuerung verursacht werden. Außerdem mündet eine Versorgung in Notaufnahmen häufig in einer stationären Aufnahme, was im Einzelfall eine Form der Überversorgung darstellen kann.

Der Rat empfiehlt eine grundlegende Neuorganisation der Notfallversorgung. Diese orientiert sich an klaren Patientenfäden und basiert auf dem „Ein-Tresen-Prinzip“, welches in Abbildung 2 illustriert ist. Rund um die Uhr soll über eine

möglichst bundeseinheitliche Rufnummer eine Integrierte Leitstelle (ILS) erreichbar sein. Dort laufen sowohl akute Notfälle (112) als auch Anrufe für den KV-Bereitschaftsdienst (116117) zusammen. Unmittelbar soll eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) nach Schweregrad und Dringlichkeit erfolgen, die beispielsweise bedeuten kann, dass ein Rettungswagen oder ein Notarztwagen losgeschickt wird, dass auf die niedergelassenen Ärzte verwiesen wird oder dass ein Zeitfenster in einem Integrierten Notfallzentrum (INZ) reserviert wird, zu dem der Patient sich selbstständig begibt. Die zentrale Struktur zur Erbringung der medizinischen Notfallversorgung soll entsprechend das INZ sein, das bevorzugt an einer qualitativ besonders geeigneten Klinik verortet ist. Dort werden die Patienten an einem gemeinsamen Tresen empfangen und je nach Bedarf (ggf. nach einer erneuten Triage) dem KV-Bereitschaftsdienst oder der Krankenhausnotaufnahme zugewiesen. Niedergelassene und Klinikärzte arbeiten dort Hand in Hand. Damit diese Abläufe mit einer ambulant-stationär gemeinsamen Datenverarbeitung und einer einheitlichen Dokumentation erfolgen können, ist eine funktionierende, übergeordnete IT-Struktur Voraussetzung. Ein wesentliches Merkmal des vom Rat entwickelten Konzeptes ist außerdem eine eigenständi-

ge Vergütung der Notfallversorgung im INZ, die unabhängig von den einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses erfolgt und damit auf eine bedarfsgerechte, nicht zwingend stationäre Versorgung ausgerichtet ist.

Versorgung von Menschen mit Rückenschmerzen – Transparenz und Indikationsqualität

Bei der Versorgung von Menschen mit Rückenschmerzen stellen sich ebenfalls spezifische Herausforderungen. Es handelt sich bei Rückenschmerzen um Beschwerdebilder mit einer hohen Prävalenz. Doch obwohl sie ein häufiger Grund für das Aufsuchen von Notaufnahmen sind, handelt es sich in der Regel um elektive Anlässe bei oft langwierigem bis chronischem Krankheitsverlauf. Es sind viele verschiedene Leistungserbringer in die Versorgung involviert und es existiert ein bisweilen unübersichtliches Spektrum an Leistungsangeboten, die nicht alle in gleicher Weise evidenzbasiert sind. In vielen Fällen ist die oft schwierige Entscheidung über die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs zu treffen. Die Anzahl der Wirbelsäulenoperation ist steigend, wobei die Indikationsqualität nur schwer überprüfbar ist. Auffällig ist eine hohe Rate an Bildgebungsuntersu-

chungen bereits in den ersten Wochen eines unspezifischen Rückenschmerzes.

Zu den Empfehlungen des Rates gehört zunächst die Stärkung von Patienteninformationen, die über die Relevanz von Bewegung und Vermeidung von Bettruhe bei unspezifischen Rückenschmerzen aufklärt. Hinsichtlich der Bildgebung gilt die Leitlinienempfehlung, dass bei unspezifischen Rückenschmerzen ohne Vorliegen von *red flags* keine frühe Bildgebung, d. h. in den ersten sechs Wochen, erfolgen sollte. Die „sprechende Medizin“ könnte im Rahmen von Selektivverträgen mit gezielter Vergütung zusätzlich gefördert werden. Ein Zweitmeinungsverfahren vor Operationen an der Wirbelsäule sollte in die G-BA-Richtlinie aufgenommen werden, wobei der Patient über die Möglichkeit der Zweitmeinung obligatorisch aufzuklären ist. Auch die Meldung und Begründung von Wirbelsäulenoperationen sollte verpflichtend eingeführt werden, um die Indikationsstellung besser überprüfen zu können. Der Rat spricht sich ebenfalls für eine Stärkung der Rolle der Physiotherapeuten im Behandlungsprozess aus und regt an, Blankoverordnungen und einen Direktzugang zu Physiotherapeuten in Modellvorhaben zu erproben. Diese müssen methodisch hochwertig evaluiert werden, bevor sie in die Regelversorgung überführt werden. Hinsichtlich eines möglichen DMPs für Rückenschmerzen gilt es, die Balance zu finden, bei nur temporär Erkrankten eine „somatische Fixierung“ auf ihre Schmerzen zu vermeiden, doch zugleich das Potenzial zu nutzen, das ein DMP für die leitliniengerechte Versorgung bei bereits chronisch Erkrankten bieten kann.

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen – Koordination von Patientenfäden

Das Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist durch eine besonders große Komplexität der Behandlungsverläufe mit einer Vielzahl von Leistungserbringern geprägt. Außerdem deuten nicht nur die teils erheblichen Wartezeiten darauf hin, dass im ambulanten Bereich zu wenige Kapazitäten vorhanden sind und die Bedarfsplanung einer Überarbeitung bedarf. Eine Befragung des Rates unter Klinikärzten und niedergelassenen Ärzten und Psychologen bekräftigt diese Annahme. Somit besteht Optimierungspotenzial sowohl

bei Art und Umfang der Angebotsstrukturen als auch nachfrageseitig im Sinne einer besseren Koordination. In den letzten Jahren sind einige gesetzgeberische Maßnahmen umgesetzt worden, die eine gewisse Dynamik in die Versorgung gebracht haben. Dies gilt etwa für die von Krankenhäusern ausgehende stationsäquivalente Behandlung, die Modellvorhaben nach § 64b SGB V und die über den Innovationsfonds geförderten Projekte. Es ist allerdings davon auszugehen, dass das Ambulantisierungspotenzial noch nicht ausgeschöpft ist.

Der Rat empfiehlt, die ambulanten Kapazitäten auszubauen – vor allem Vertragsarztsitze für ambulante Psychiater sowie Tagesklinikplätze. Denkbar sind auch neue intensiv-ambulante Angebote, die eine multimodale Versorgung aus dem ambulanten Sektor heraus ermöglichen und eine Zwischenstellung zwischen der regulären ambulanten-psychiatrischen Behandlung und dem Krankenhausaufenthalt bzw. der Tagesklinik einnehmen können. Die Bettenkapazitäten sollten hingegen nicht weiter ausgebaut werden. Vielversprechend ist eine Koordination mit klaren Verantwortlichkeiten. Eine Möglichkeit könnte sein, die Koordinationsverantwortung stärker bei einem Leistungserbringer je Patient zu verorten, der für den Aufwand auch entsprechend zusätzlich vergütet wird. Würde ein anderer Leistungserbringer die Hauptkoordination übernehmen, würde dies in einem solchen „Staffelmodell“ dokumentiert und der Patient hätte zu jedem Zeitpunkt einen eindeutigen Ansprechpartner und Lotsen. Digitale Angebote können bei der Vernetzung und Koordination im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich ebenfalls eine Rolle spielen. Dies zeigt sich auch daran, dass zahlreiche Selektivverträge und Modellvorhaben E-Health-Elemente einbinden. Die Evidenz für den Nutzen einiger Angebote ist bereits recht solide. Zugleich muss sorgsam auf die Qualitätssicherung geachtet werden. Bei der Implementation koordinativer Ansätze ist stets die Autonomie des Patienten über seinen Behandlungsverlauf zu respektieren. Durch klare Strukturen, eine gewisse Konstanz der Ansprechpartner und durch in Zahl und Qualität bedarfsgerechte Angebote können psychisch kranke Menschen dann darin gestärkt werden, die für sie bestmögliche Versorgung „anzusteuern“ und auch zu erhalten.

Fazit

Insgesamt zeigen die Analysen des Rates die Notwendigkeit einer besseren Steuerung, wobei Steuerungsdefizite nicht notwendigerweise durch mehr, sondern durch gezieltere Steuerung ausgeglichen werden sollten. Einerseits kann die Steuerung der Inanspruchnahme durch Maßnahmen wie die empfohlene Weiterentwicklung der HzV, den gezielten Einsatz von Patienteninformationen oder die Neustrukturierung der Notfallversorgung zu einer bedarfsgerechteren Versorgung der Patienten in einem komplexen und teilweise schwer zu durchschauenden Gesundheitssystem beitragen. Andererseits kann die Steuerung des Angebots über eine Reform der ambulanten und stationären Vergütungsanreize sowie der ambulanten Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung verbessert werden.

Für eine effiziente Steuerung ist eine sektorenübergreifende Perspektive auf Patientenwege und Angebotskapazitäten entscheidend. Maßnahmen in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung sind unterschiedlich weitgehend möglich, sowohl als grundlegende Reformen als auch im Sinne zahlreicher Feinadjustierungen. Eine Angleichung des ordnungspolitischen Rahmens zwischen dem ambulanten und stationären Sektor birgt maßgebliches Potenzial für eine bessere Koordination und Wettbewerbsfairness und damit eine bedarfsgerechte Versorgung der Patienten. Inwieweit die hierzu notwendigen Reformschritte im Rahmen der Strukturen der Selbstverwaltung umgesetzt werden und inwieweit der Gesetzgeber sinnvolle Impulse geben sollte, wird zu beobachten sein.

Wie der Weg in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung gelingen kann, sollte ergebnisoffen mit allen beteiligten Interessengruppen diskutiert werden. Daher führt der Rat nach der Veröffentlichung des Gutachtens neben einem Symposium auf Bundesebene erstmals vier Regionalkonferenzen durch, auf denen Gutachteninhalte, die schwerpunktmäßig die Verantwortung der Länder betreffen, vorgestellt und mit gesundheitspolitischen Vertretern der Länder diskutiert werden. Perspektivisch kann die Realisierung der im Gutachten empfohlenen Steuerungsmaßnahmen und Reformvorschläge im Sinne von Prozessinnovationen zu effizienten und bedarfsgerechten Versorgungswegen über die Sektorengrenzen hinweg beitragen. ■