

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Kurzfassung des Gutachtens 2018:

**Bedarfsgerechte Steuerung
der Gesundheitsversorgung**

– Einleitung und Zusammenfassung –

Gutachten 2018

Diese Kurzfassung besteht aus Kapitel 1 und 17 der Langfassung. Um eine schnelle Auffindbarkeit zu gewährleisten, sind die Textziffern und Seitenzahlen beibehalten worden.

1 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung?

1.1 Optimum an Gesundheit durch Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung

1. Viele Menschen bezeichnen Gesundheit als „das höchste Gut“, und in der Tat sind wir auch in Deutschland bereit, erhebliche finanzielle Mittel für die gesundheitliche Versorgung aufzuwenden. Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beliefen sich im Jahr 2017 auf knapp 231 Milliarden Euro (BMG 2018), insgesamt betragen die Gesundheitsausgaben sogar rund 374 Milliarden Euro und damit etwa 11,5 % des Bruttoinlandsproduktes (Destatis 2018a, 2018b).

2. Auch wenn damit viel Geld für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung steht: Jeder Euro kann nur einmal ausgegeben werden, und eventuell unnötig verausgabte Mittel, etwa für nicht indizierte Wirbelkörperoperationen oder Linksherzkatheter („Übersorgung“), fehlen möglicherweise dort, wo sie für eine gute medizinische Versorgung an anderer Stelle notwendig sind, z. B. bei der zum Teil unzureichenden pflegerischen oder palliativmedizinischen Betreuung schwerkranker Menschen („Unterversorgung“).¹ Es ist daher, vor allem im Rahmen eines solidarisch finanzierten Gesundheitssystems, letztlich im Interesse aller Beteiligten, dass aus jedem im Gesundheitswesen eingesetzten Euro ein Optimum an Gesundheit bzw. an Patientenwohl resultiert.²

3. Genau dieser Grundgedanke liegt dem gesetzlichen Auftrag des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) zugrunde. Er soll laut § 142 SGB V „unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden

¹ Als weitere Kategorie unzureichender Mittelverwendung hat der Rat die „Fehlversorgung“ benannt (vgl. SVR 2001).

² Darüber hinaus können Ressourcen, deren Verwendung für das Patientenwohl nicht nötig ist, nutzenstiftend in anderen Lebensbereichen eingesetzt werden.

Überversorgungen und [...] Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ aufzeigen.

4. In seiner Stellungnahme zur Krankenhausversorgung hat der Deutsche Ethikrat „das Patientenwohl“ als ethisches Leitprinzip der Sorge um den kranken Menschen herausgearbeitet. Diese Sorge soll die Selbstbestimmung des Patienten achten und ermöglichen, eine hohe Behandlungsqualität sichern sowie Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten (Deutscher Ethikrat 2016, Seite 37 ff.). Die Frage, wie das Wohl der Patienten am besten erreicht und nachhaltig finanziert werden kann, beschäftigt den SVR unter medizinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten. Sie zieht sich wie ein roter Faden durch die bisherigen Gutachten und wird wohl auch die zukünftigen prägen.

5. Manchen mag dieser Ansatz technokratisch erscheinen, doch steht er zu der gesundheitsbezogenen Sorge um den Einzelnen nicht im Gegensatz, sondern in einem notwendigerweise komplementären Verhältnis: Damit der einzelne Mensch und sein Wohl im Mittelpunkt des konkreten ärztlichen, pflegerischen und sonstigen gesundheitsbezogenen Bemühens stehen kann, muss in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem darauf geachtet werden, dass die vorhandenen Ressourcen (Personal, Strukturen und technische Möglichkeiten ebenso wie finanzielle Mittel) effektiv und effizient genutzt werden. Fehlentwicklungen ist daher gegenzusteuern.

6. Allein schon angesichts des fortschreitenden medizinisch-technischen Fortschritts, des demografischen Wandels, der Ausweitung mancher Angebotsstrukturen sowie der Vielzahl der beteiligten Menschen und Interessen wird das Gesundheitssystem auch in Zukunft der ständigen kritischen Analyse sowie der Weiterentwicklung bzw. Adaptation durch Politik und Selbstverwaltung bedürfen.

1.2 Bedarfsgerechte Steuerung – eine Chance zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und zur Sicherung des Patientenwohls

7. Das vorliegende Gutachten nimmt wesentliche „Stellschrauben“ jetziger und vor allem auch zukünftiger Entwicklungen in den Blick und folgt dem Grundgedanken einer bedarfsgerechten Steuerung der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel, ein Optimum an Gesundheit zu erreichen.

8. Für den aktuellen Weiterentwicklungsbedarf der Gesundheitsversorgung sieht der Rat das Konzept der – mehr oder weniger aktiven – Steuerung der Inanspruchnahme und auch des Angebots als bedeutsam an. Steuerung lässt sich allgemein verstehen als „Hinführung zu einem bestimmten Ziel“. Im Falle des Gesundheitswesens könnte dieses Ziel allgemein mit dem oben erläuterten Begriff Patientenwohl bezeichnet werden.

9. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht können auf der Angebotsseite grundsätzlich drei verschiedene Koordinationsmechanismen, die alle bereits im deutschen Gesundheitswesen genutzt werden, eine mehr oder weniger zielorientierte Steuerungsfunktion übernehmen: Neben Markt- und Preismechanismen (Beispiel: Arzneimittel-Rabattverträge) können korporative Ko-

ordination (Beispiel: Selbstverwaltung durch Körperschaften des öffentlichen Rechts) oder öffentliche Planung bzw. budgetäre Willensbildung (Beispiel: Krankenhausplanung und -finanzierung) eine allokativen Funktion übernehmen und damit eine Steuerungswirkung zur Optimierung der Versorgungsstrukturen ausüben. Im Hinblick auf das jeweils für den und vom einzelnen Menschen angesteuerte Patientenwohl könnten je nach Situation des oder der Betroffenen folgende fünf Wege der Zielerreichung unterschieden werden:

- Prävention und Gesundheitsförderung (Verhaltens- und Verhältnisprävention) als Erhaltung und Stärkung der Gesundheit³,
- Therapie (aufgrund vorhergehender Diagnose) im Sinne der Wiederherstellung der physischen und/oder psychischen Gesundheit⁴,
- Rehabilitation als Wieder- oder Neuaneignung von Fähigkeiten des Körpers oder der Psyche nach bzw. aufgrund einer Erkrankung,
- Pflege als professionelle Betreuung und Unterstützung eines Menschen in seiner Genesung sowie
- palliative Versorgung als professionelle Betreuung und Begleitung eines Menschen in seiner letzten Lebensphase.

10. Die nachstehenden Analysen lassen erkennen, dass es in unserem Gesundheitswesen weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt und insofern „Steuerungsdefizite“ bestehen. Solche Defizite müssen nicht notwendig durch *mehr*, sondern können auch durch *gezieltere* Steuerung ausgeglichen werden. Auch weil die Strukturen des Gesundheitssystems sehr komplex und schwer überschaubar sind, hält der Rat an der ein oder anderen Stelle eine entschlossenere bedarfsorientierte Steuerung für notwendig: Zum einen müssen Ausbau und Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zukünftig zum Teil effektiver und effizienter gesteuert werden. Dies gilt insbesondere für die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie für die noch immer viel zu hohe Mauer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Zum anderen müssen zum Teil auch die Patienten und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems besser „gesteuert“ werden. Auf dieser Steuerung von Patientenwegen im komplexen Versorgungssystem liegt ein besonderer Fokus des Gutachtens.

11. Der Rat ist sich bewusst, dass das Wort „Steuerung“, auf Menschen und menschliches Miteinander angewendet, missverständlich ist. Niemand möchte fremdbestimmt werden. Das Wort „Steuerung“ scheint auf den ersten Blick schlecht mit dem Verständnis von „Patientenwohl“ zusammenzupassen, wonach die primäre Sorge die sein muss, die Selbstbestimmung des

³ Der vom Ethikrat gewählte Begriff „Patientenwohl“ ist hilfreich, um deutlich zu machen, dass nicht immer – z. B. beim unheilbar Kranken – Gesundheit das Ziel von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik sein kann, aber immer das physische und psychische Wohl der betroffenen Menschen gemäß ihrer Selbstbestimmung angestrebt werden soll (nach der ehrgeizigen Definition der Weltgesundheitsorganisation ja sogar auch das soziale Wohlbefinden). Allerdings gerät der vom Ethikrat im ausschließlichen Blick auf den Bereich Krankenhausversorgung konzipierte Begriff an Grenzen, wenn Prävention in die Verantwortung von Gesundheitspolitik und Gesundheitsversorgung miteinbezogen wird: Gesundheitliche Aufklärung und Prävention haben ja gerade zum Ziel, das „Patientwerden“ von Menschen zu verhindern, indem sie sie zum Schutz ihres physischen und psychischen Wohlbefindens befähigen und ermutigen bzw. durch entsprechende Ausgestaltung der Lebensverhältnisse zur Gesundheit der Bevölkerung beitragen.

⁴ Insofern eine vollständige Wiederherstellung der Gesundheit nicht immer möglich ist, fallen hierunter auch alle Maßnahmen, die Gesundheit so weit wie möglich wiederherstellen, z. B. solche, die kausal nicht völlig beseitigbare Schmerzen minimieren und damit zur Steigerung der Lebensqualität beitragen.

Patienten zu achten und sie (im Falle ihrer krankheitsbedingten Einschränkung: wieder) zu ermöglichen. Unser Gesundheitssystem ist jedoch eine so „komplizierte Konstruktion“⁵, dass spezielles Orientierungswissen und (Selbst-)Steuerung unerlässlich sind, will man sich als selbstbestimmungsfähiger Mensch darin so bewegen, dass man zu seinem Ziel gelangt.⁶

12. Zur Wahrung der Selbstbestimmung zeichnen sich insofern zwei Möglichkeiten ab, die sich nicht ausschließen, sondern sich ergänzen: Zum einen macht man sich kundig über die Optionen, die es in diesem System gibt. Damit ist vor allem die sogenannte Gesundheitskompetenz (*health literacy*) angesprochen, deren Stärkung auch der Rat bereits wiederholt gefordert hat. Der aufgeklärte, mündige Patient, der sich selbst im Gesundheitssystem zurechtfindet, muss soweit wie möglich Ziel und Verpflichtung der Gesundheitspolitik bleiben.

13. Die andere – ergänzende – Möglichkeit ist, sich in bestimmten Situationen einem Lotsen anzuvertrauen. Das Bild des kundigen, verlässlichen Lotsen, den der Kapitän an Bord des eigenen Schiffes holt, um mit seiner Hilfe in schwierigem Fahrwasser sicher das Ziel zu erreichen, wurde schon öfter auf die Situation des Patienten im Gesundheitssystem angewendet. Verschiedentlich wurde auch dafür plädiert, dass entsprechend qualifizierte, primärversorgende Hausärzte diese Funktion im Rahmen eines gestuften Versorgungssystems übernehmen sollten.

1.3 Gesundheitskompetenz und kundige Lotsen zur bedarfsgerechten Navigation durch ein komplexes Gesundheitssystem

14. Die vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR Wirtschaft) im Jahresgutachten 2017/2018 geforderte „bessere Navigation der Patienten durch das komplexe Gesundheitssystem“ (SVR Wirtschaft 2017, Seite 30) ist auch dem Rat ein wichtiges Anliegen. Exemplarisch und besonders dringlich gehört dazu die Zusicherung einer wartezeitminimierten, effektiven Behandlung in medizinischen Notfällen.⁷ Man könnte dies als „schwachen Paternalismus“ bezeichnen, der noch immer die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten achtet, insofern er einen bestimmten Weg nicht verpflichtend vorschreibt, sondern über – in diesem Gutachten näher beschriebene – gezielte Anreize eine sinnvoll gestufte Versorgung fördert. Ein solcher schwacher Paternalismus im Gesundheitssystem ist in dem Maße gerechtfertigt, als er von den demokratisch dazu Befugten in vorgesehenen Verfahren beraten und beschlossen wurde, transparent, anfechtbar und korrigierbar bleibt, nicht zwingt, sondern nahelegt bzw. anreizt und ausschließlich zum Schutz des Patientenwohls, vor allem auch vor Über- und Fehlversorgung, erfolgt. Dieses ist, wie oben erörtert, nicht nur auf das

⁵ Diese Feststellung trifft der Ethikrat mit Blick allein auf die Krankenhausversorgung und folgert, dass „deren umfassendes Verständnis ein intensives Spezialwissen erfordert“. Angesichts der Komplexität des Gesundheitssystems insgesamt hält der Rat beide im Folgenden skizzierten Orientierungsoptionen für geeignet und angezeigt, um dem Primat der Selbstbestimmung gerecht zu werden.

⁶ Die Forderung nach speziellem Orientierungswissen und verantwortlicher (Selbst-)Steuerung lässt sich mutatis mutandis auch auf die Institutionen der Selbstverwaltung und ihre Rolle im Ausbau und in der Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen übertragen.

⁷ Hierzu fordert auch das Jahresgutachten 2017/2018 des SVR Wirtschaft, durch eine „effektivere Steuerung der Patienten [...] zu verhindern, dass Patienten die Notfallambulanzen der Krankenhäuser ohne akuten Notfall aufsuchen, diese von der Versorgung von schwerwiegenden akuten Notfällen abhalten und so teure Krankenhauskapazitäten binden.“

Individuum bezogen zu denken, sondern auch bezogen auf die Solidargemeinschaft aller Beitragszahler und potenziellen zukünftigen Patientinnen und Patienten, die erwarten dürfen, dass Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit nachhaltig gewährleistet sind, wenn sie ihrerseits Bedarf an Gesundheitsversorgung haben.

15. Dass das Gesundheitssystem dem Bedarf des einzelnen Patienten (an hochwertiger Gesundheitsversorgung gemäß seiner Selbstbestimmung) wie dem Bedarf aller Versicherten an dauerhafter Verfügbarkeit solcher Gesundheitsversorgung gerecht werden muss, führt zu dem normativen Konzept der Bedarfsgerechtigkeit⁸. Diesem Konzept zufolge soll jeder und jede Krankenversicherte in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten, die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht, d. h., die er oder sie nach möglichst objektiven Kriterien benötigt. Obgleich dieser objektive Bedarf in zeitlicher Hinsicht einem Wandel unterliegt und darüber hinaus in Grenzen ein nicht messbares Konstrukt bleibt, lässt sich die auf ihm aufbauende bedarfsgerechte Versorgung mithilfe positiver und negativer Kriterien zumindest tendenziell charakterisieren. Dabei bleibt zu unterscheiden zwischen dem medizinisch objektiven Bedarf, den eine durch hochwertige Studien evidenzbasierte oder zumindest empirisch begründete Mehrheitsmeinung einschlägiger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler definiert, und dem Angebot von aus Mitteln der Solidargemeinschaft zu finanzierenden Leistungen, das eine dazu befugte Instanz (in Deutschland etwa der Gemeinsame Bundesausschuss) als „bedarfsgerecht“ festlegt.

16. Eine bedarfsgerechte Versorgung sollte sich primär am Schweregrad der Krankheit oder an der Behinderung des Patienten und der konkreten Lebenssituation orientieren und nicht von seinem Vermögen, Einkommen, Geschlecht, Familienstand, Wohnort und Beruf oder seiner sozialen Schicht oder Herkunft abhängen. Zudem erfordern die Kriterien der Effektivität und Effizienz im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung die Bereitstellung solcher Gesundheitsleistungen, die als notwendige Bedingung eine hinreichende Evidenz aus patientenorientierten Studien und eine wirtschaftlich vertretbare Kosten-Nutzen-Bilanz aufweisen.

17. Der objektive Bedarf, wie im Vorherigen erläutert, ist zu unterscheiden von dem subjektiven und dem latenten Bedarf sowie von der Selbstbestimmung des Patienten.

18. Der subjektive Bedarf entspricht dem Bedürfnis eines Patienten, d. h. seinen individuellen Präferenzen. Dabei können zwei Individuen trotz gleichen Alters und Geschlechts und identischer Morbiditätsmerkmale und -schwere sowie anderer exogener Einflussfaktoren, z. B. aufgrund divergierender Sicherheitsbedürfnisse, einen unterschiedlichen subjektiven Bedarf aufweisen. Dieser äußert sich dann in einer voneinander verschiedenen Nachfrage nach Gesundheitsversorgung, d. h. etwa hinsichtlich Präventionsleistungen, Kontrolluntersuchungen und Arztbesuchen. Sofern diese Abweichungen in einem gewissen Toleranzbereich bleiben, wird es vertretbar sein, dem subjektiv bedürftigeren Patienten diejenigen Leistungen zukommen zu lassen, die ihm zu seinem Wohlbefinden verhelfen können. Im Falle knapper Ressourcen wird allerdings die Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit das entscheidende Kriterium sein müssen und ggf. ein Aufklärungsgespräch darüber nötig sein, warum eine subjektiv gewünschte Maßnahme nicht (mehr) erbracht werden kann. (Augurzky et al. 2012; Berger et al. 2013)

⁸ Der Rat knüpft im Folgenden an die einschlägigen Ausführungen in seinem Gutachten 2014 an (SVR 2014, Textziffer 1 ff.). Zur aktuellen Diskussion um das „Konstrukt“ Bedarfsgerechtigkeit vgl. insbesondere Herr et al. (2018) und Robra/Spura (2018).

19. Von einem latenten Bedarf wäre zu sprechen, wenn eine Leistung medizinisch objektivierbar zwar sinnvoll und notwendig wäre, aber a) der Patient darüber nicht informiert ist oder seinen Zustand falsch einschätzt oder b) eine solidarische Finanzierung dieser Leistung nicht vorgesehen ist oder c) die Nutzung der entsprechenden Gesundheitsleistung aus anderen Gründen, beispielsweise wegen mangelnder Angebotskapazitäten, nicht erfolgt. Im Fall a) ist ein Aufklärungsgespräch angezeigt. Falls dieses Gespräch dazu führt, dass die objektiv angezeigte Behandlung abgelehnt wird, wäre der Patientenwille grundsätzlich zu respektieren. Im Fall b) wäre, so der Patient den bislang latenten Bedarf erfüllt sehen möchte, eventuell nach Ausnahmeregelungen zu suchen, die eine solidarische Finanzierung ermöglichen. Im Fall c) wäre dafür Sorge zu tragen, dass ausreichende Angebotskapazitäten in zumutbarer örtlicher Nähe zum Patienten verfügbar sind.

20. Unter dem Aspekt der Bedarfsgerechtigkeit stellt sich im Rahmen der solidarisch finanzierten GKV auch die Frage nach dem Umfang des Leistungskataloges und der mit ihm einhergehenden effizienten und effektiven Leistungserbringung. Unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten bilden derzeit weniger das – aus internationaler Perspektive umfangreiche – Spektrum des Leistungskataloges der GKV als vielmehr der nichtindikations- und situationsbezogene Einsatz der jeweiligen Leistungen und ihre zu intensive Nutzung das zentrale medizinische und ökonomische Problem. Dies gilt insbesondere unmittelbar für die Behandlungen innerhalb der Leistungssektoren und an deren Schnittstellen, aber auch mittelbar für die jeweiligen Angebotskapazitäten, die eine medizinisch wie ökonomisch problematische angebotsinduzierte Nachfrage erzeugen können.

21. Das vorliegende Gutachten behandelt das Kriterium Bedarfsgerechtigkeit primär im Zusammenhang mit dem Konzept der Steuerung, dessen Anwendung auf der Nachfrage-, aber auch auf der Angebotsseite erörtert wird. In Teil I werden Strukturmerkmale und Potenziale im ambulanten und stationären Bereich in Deutschland sowie auch international untersucht. Dabei werden Angebotskapazitäten und Planungsinstrumente, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die jeweilige Vergütung bzw. Finanzierung dargestellt. In Teil II werden Zukunftsperspektiven einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung entwickelt, wobei konkrete Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung, zur Steuerung von Patientenwegen, zur Angebotsplanung sowie exemplarisch zur zukünftigen Ausgestaltung der Notfallversorgung im Mittelpunkt stehen. In Teil III wird eine bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung am Beispiel der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen sowie von Patienten mit psychischen Erkrankungen behandelt.

22. Wir hoffen, mit den nachstehenden Ausführungen einen Beitrag zur Gewährleistung des Patientenwohls auch in den nächsten Jahren und Jahrzehnten zu leisten, und freuen uns auf eine lebhafte Diskussion unserer Analysen und Empfehlungen mit Gesundheitspolitik, Selbstverwaltung, Forschung und Öffentlichkeit.

1.4 Literatur

- Augurzky, B., Felder, S., Gülker, R., Mennicken, R., Meyer, S., Wasem, J. et al. (2012):
Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen. Endbericht:
Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. RWI - Leibniz-Institut für
Wirtschaftsforschung, Essen.
- Berger, B., Gerlach, A., Groth, S., Sladek, U., Ebner, K., Mühlhauser, I. und Steckelberg, A. (2013):
Competence training in evidence-based medicine for patients, patient counsellors,
consumer representatives and health care professionals in Austria. A feasibility study. *Z
Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 107(1): 44–52.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2018): Vorläufige Rechnungsergebnisse der GKV.
KV 45.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018a): Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern.
URL:
www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/Ausgabentraeger.html (abgerufen am 25.05.2018).
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2018b): Inlandsproduktsberechnung: Wichtige
gesamtwirtschaftliche Größen. URL:
www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/VGR/Inlandsprodukt/Tabellen/Gesamtwirtschaft.html (abgerufen am 25.05.2018).
- Deutscher Ethikrat (2016): Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus.
Stellungnahme.
- Herr, D., Hohmann, A., Varabyova, Y. und Schreyögg, J. (2018): Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit
in der stationären Versorgung. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J.
(Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit.
Schattauer, Stuttgart: 23–38.
- Robra, B.-P. und Spura, A. (2018): Versorgungsbedarf im Gesundheitswesen - ein Konstrukt. In:
Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J. und Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2018.
Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit. Schattauer, Stuttgart: 3–22.
- SVR (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen) (2001):
Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung.
Gutachten 2000/2001. Nomos, Baden-Baden.
- SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2014):
Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte
Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber, Bern.
- SVR Wirtschaft (Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen
Entwicklung) (2017): Für eine zukunftsorientierte Wirtschaftspolitik. Jahresgutachten
2017/18.

17 Empfehlungen für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung

17.1 Executive Summary: Steuerung zum Patientenwohl

1295. Dieses Gutachten ist von der Frage ausgegangen, wie die erheblichen, aber begrenzten Mittel, die für das hohe Gut Gesundheit aufgebracht werden, so eingesetzt werden können, dass das Wohl der Patienten bzw. der Versicherten bedarfsgerecht und in hoher Qualität erreicht wird. Das kann nur gelingen, wenn das zugrundeliegende Gesundheitsversorgungssystem gut organisiert und nachhaltig finanziert wird. Die Frage, mit welchen Mitteln das gewährleistet werden kann, beschäftigt den Rat unter medizinischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten. Sie zieht sich wie ein roter Faden durch die bisherigen Gutachten und wird wohl auch zukünftige Gutachten prägen.

1296. Dabei steht der Ansatz des Rates zu der gesundheitsbezogenen Sorge um den Einzelnen nicht im Gegensatz, sondern in einem notwendigerweise komplementären Verhältnis: Damit der einzelne Mensch und sein Wohl im Mittelpunkt des konkreten ärztlichen, pflegerischen und sonstigen gesundheitsbezogenen Bemühens stehen kann, muss in einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem darauf geachtet werden, dass die vorhandenen Ressourcen (Personal, Strukturen und technische Möglichkeiten ebenso wie finanzielle Mittel) effektiv und effizient genutzt werden. Fehlentwicklungen ist daher gegenzusteuern.

1297. Ausgehend von dieser Grundüberlegung wurden in den vorstehenden Kapiteln wesentliche „Stellschrauben“ jetziger und vor allem auch zukünftiger Entwicklungen in den Blick genommen und auf die Möglichkeiten einer bedarfsgerechteren Steuerung der Gesundheitsversorgung „abgeklopft“. Steuerung lässt sich allgemein verstehen als „Hinführung zu einem bestimmten Ziel“. Bezogen auf das Gesundheitswesen wurde in diesem Gutachten das Ziel in Anknüpfung an die einschlägige Stellungnahme des Deutschen Ethikrates als „Patientenwohl“ bezeichnet.

1298. Die vorstehenden Analysen lassen erkennen, dass es in unserem Gesundheitswesen weiterhin Über-, Unter- und Fehlversorgung gibt und insofern „Steuerungsdefizite“ bestehen. Solche Defizite müssen nicht notwendig durch *mehr*, sondern können auch durch *gezieltere* Steuerung ausgeglichen werden. Auch weil die Strukturen des Gesundheitssystems sehr komplex und schwer überschaubar sind, hält der Rat an der ein oder anderen Stelle eine entschlossener bedarfsorientierte Steuerung für notwendig: Zum einen müssen Ausbau und

Weiterentwicklung der Angebotsstrukturen zukünftig zum Teil effektiver und effizienter gesteuert werden. Dies gilt insbesondere für die Krankenhausplanung und -finanzierung sowie für den Abbau der noch immer viel zu hohen Mauer zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Zum anderen müssen zum Teil auch die Patienten und deren Inanspruchnahme des Gesundheitssystems besser „gesteuert“ werden. Die Steuerung von Patientenwegen im komplexen Versorgungssystem ist daher ein Schwerpunkt dieses Gutachtens.

1299. Als zentrales Kriterium für die Angemessenheit seiner Steuerungsvorschläge hat der Rat „Bedarfsgerechtigkeit“ zugrunde gelegt. Bedarfsgerechtigkeit stellt ein normatives Konzept dar, demzufolge jeder und jede Versicherte in quantitativer und qualitativer Hinsicht die Gesundheitsversorgung erhalten soll, die seinem bzw. ihrem Bedarf entspricht, d. h., die er oder sie nach möglichst objektiven Kriterien benötigt. Obgleich dieser objektive Bedarf in zeitlicher Hinsicht einem Wandel unterliegt und letztendlich ein nicht messbares Konstrukt bleibt, lässt sich eine auf ihm aufbauende bedarfsgerechte Versorgung mithilfe positiver und negativer Kriterien zumindest tendenziell charakterisieren.

1300. Im vorliegenden Gutachten wurde das Kriterium Bedarfsgerechtigkeit sowohl zur Bewertung des Ist-Zustandes als auch zur Konzipierung von Weiterentwicklungsvorschlägen angewendet. Die wichtigsten Analyseergebnisse und Empfehlungen zur bedarfsgerechten Steuerung in sieben Schwerpunktbereichen – auf der Nachfrage- wie auf der Angebotsseite des Gesundheitswesens – lassen sich wie folgt zusammenfassen.

17.1.1 Ambulante Angebotskapazitäten und Vergütung

1301. Bei der derzeitigen ambulanten Bedarfsplanung handelt es sich im Wesentlichen um eine Fortschreibung der bestehenden Angebotskapazitäten mit einer regionalen Anpassung. Die Ermittlung dieses Bedarfs erfolgt für die einbezogenen Arztgruppen über Verhältniszahlen, die 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 basieren und mit einem Faktor für die demografische Entwicklung multipliziert werden.

1302. Bei der Planung des Versorgungsangebots gilt es zunächst, die seit dieser historischen Festlegung der Verhältniszahlen eingetretene und sich zukünftig abzeichnende Entwicklung der Determinanten des Angebots und der Nachfrage nach vertragsärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Hierzu gehören auf der Angebotsseite vor allem das Alter der Ärzte bzw. ihr Austritt aus der Versorgung sowie die absolute und die relative Zunahme von angestellten Ärztinnen und Ärzten. Vor diesem Hintergrund sollte sich die Planung des zukünftig bedarfsgerechten Angebots weniger an der Anzahl der Ärzte bzw. deren Kopfzahl als vielmehr an deren tatsächlichem Angebot bzw. deren Arbeitsstunden orientieren.

1303. In den letzten Jahren fand auf der Nachfrageseite eine für die ambulante Versorgung relevante Entwicklung statt, als sich infolge der Binnenwanderung die Unterschiede in der Anzahl und der jeweiligen Morbidität der Versicherten zwischen Ballungs- und ländlichen Gebieten verstärkten. Im Zuge dieser Entwicklung nahm die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit und damit auch der Wert von Vertragsarztsitzen in Ballungsgebieten noch weiter zu, während sich die frei werdenden Arztsitze in strukturschwachen Gebieten häufig kaum nachbesetzen ließen. Die Knappheit von Arztsitzen führte in begehrten Gebieten vielfach dazu, dass bei Nachbesetzungsverfahren die jeweiligen Besitzer die mit dem Vertragsarztsitz verbundene

Praxis zu einem den Sachwert weit übersteigenden Preis veräußern konnten, als ob es sich bei dem Vertragsarztsitz um ein „eigentumsähnliches“ Gut handelte. Um diese verbreitete Vorgehensweise zu unterbinden, sollte das Nachbesetzungsverfahren für ambulante Vertragsarztsitze reformiert werden. Bezüglich der Übernahmepreise kann es dabei eine Übergangsregelung geben. Die gezahlten Preise bei Übernahme von Vertragsarztpraxen sollten, wenn möglich, erfasst und mit regionalem Bezug ausgewertet werden, um die Transparenz zu erhöhen. Außerdem sollte eine zeitliche Limitierung der vertragsärztlichen Zulassung erfolgen, z. B. 30 Jahre bei Medizinischen Versorgungszentren (MVZs) sowie Berufsausübungsgemeinschaften (BAGs) und bei einzelnen Vertragsärzten bis zur Beendigung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit.

1304. Um eine flächendeckende ambulante Versorgung auf hohem Niveau zu sichern, empfiehlt es sich, die Niederlassung von Vertragsärzten in Gebieten, in denen sich durch das anstehende Ausscheiden mehrerer Vertragsärzte eine Unterversorgung abzeichnet, zu vereinfachen. Hier sollte die Möglichkeit bestehen, Nachbesetzungen bereits fünf Jahre vor der voraussichtlichen Aufgabe eines Vertragsarztsitzes vorzunehmen. Obgleich die Höhe der Honorare nicht die zentrale Rolle für die Niederlassung von Vertragsärzten in strukturschwachen Gebieten spielt, könnten finanziell spürbare „Landarztzuschläge“ hier gleichwohl zur Verbesserung der Situation beitragen.

1305. Eine morbiditätsorientierte Pauschalvergütung pro Patient verspricht in der hausärztlichen Versorgung Anreize für eine hohe Behandlungsqualität. Dabei kann für spezifische Leistungen weiterhin die Einzelleistungsvergütung gelten. In einem solchen Vergütungssystem bedarf es der durch Einschreibung erkennbaren Zuordnung eines Patienten zu dem von ihm frei gewählten Hausarzt.

17.1.2 Planung und Finanzierung von Krankenhäusern

1306. Krankenhausplanung und -finanzierung in Deutschland weisen in vielen Bereichen Verbesserungspotenzial auf. Die derzeitige Krankenhausplanung erfolgt oftmals nicht ausreichend bedarfsgerecht. Bei der Investitionsförderung reichen die vorhandenen Investitionsmittel der Länder, auch infolge eines Überangebots an Krankenhäusern, nicht aus, um den Bedarf zu decken. Zugleich enthält die Vergütung der Krankenhausbetriebskosten, trotz der Verdienste des Diagnosis-Related-Group (DRG)-Systems um die Erhöhung der Transparenz, zahlreiche Fehlanreize. Die Fehlentwicklungen in der Krankenhausfinanzierung sind für Universitätskliniken und teilweise auch für Maximalversorger besonders gravierend. Als Lösungen empfiehlt der Rat folgende Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Krankenhausplanung und -finanzierung.

1307. Die derzeitige bettenorientierte Planung sollte durch eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. -strukturen und anderer wichtiger Zielgrößen, wie Personal- und Geräteausstattung, ersetzt werden. Die Prognose über die Nachfrage sollte künftig Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, Mortalität und Morbidität sowie Prognosen über den medizinisch-technischen Fortschritt und die Präferenzentwicklung von Patienten berücksichtigen.

1308. Zur Investitionsfinanzierung wird ein Übergang von einer dualen zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung („differenzierte Monistik“) vorgeschlagen. Da jedoch ein politischer Konsens zum Übergang zur Monistik bislang nicht gefunden werden konnte und auch in

Zukunft ungewiss ist, ob er erzielt werden kann, bedarf es anderer Maßnahmen, um der derzeitigen Unterfinanzierung in der Investitionsförderung entgegenzuwirken und die gegenwärtigen Überkapazitäten abzubauen. Der Strukturfonds ist gut geeignet, um die Bereinigung der Krankenhausstrukturen zu beschleunigen und die Investitionsförderung der Länder zu ergänzen. Er sollte verstetigt werden und künftig einen stärkeren Schwerpunkt im Bereich der Schließung von Krankenhäusern, nicht nur einzelner Abteilungen, in überversorgten Gebieten setzen. Der Bundesanteil sollte aus Steuermitteln statt durch den Gesundheitsfonds getragen werden. Als Kompensation sollte der Bund in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Gebieten erhalten.

1309. Zur Weiterentwicklung der Betriebskostenfinanzierung wird eine Unterscheidung nach Versorgungsstufen im DRG-System empfohlen, z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte. Die derzeit heterogene Definition von Versorgungsstufen ist hierfür nicht geeignet. Vielmehr sollte eine neue bundeseinheitliche und empirisch abgeleitete Definition von Versorgungsstufen auf Fachabteilungsebene erfolgen. Ein weiterer wichtiger Baustein wäre eine Stärkung pauschaler Vergütungselemente durch gezielte Berücksichtigung der Besonderheiten in der Versorgungslandschaft. So würde u. a. ein definierter Vorhaltungsbedarf bedarfsnotwendiger Kliniken pauschal vergütet. Für mengenanfällige Eingriffe sollte das bereits bestehende Zweitmeinungsverfahren zu einer obligatorischen Maßnahme vor der Durchführung eines Eingriffs weiterentwickelt werden und/oder eine Dokumentations- und Begründungspflicht eingeführt werden. Zur Förderung der Ambulantisierung von Krankenhausleistungen wird empfohlen, einen Katalog ambulanter Prozeduren zu definieren, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Um Krankenhäusern eine kostendeckende Vergütung sicherzustellen, sollte die Höhe dieser sektorenübergreifenden Vergütungssätze zunächst oberhalb der derzeitigen Sätze des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) liegen, später sollten diese Vergütungssätze fortwährend evaluiert und gesenkt werden. Um faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern zu gewährleisten, sollte ein Bundesbasisfallwert ermittelt werden, der mit einem Regionalisierungsfaktor dem krankenhausspezifischen Preisniveau der jeweiligen Region angepasst wird. Zuletzt enthält das Gutachten Empfehlungen zur Förderung einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Weiterbildung durch Etablierung eines Weiterbildungsfonds mit Ad-personam-Zuordnung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung („Rucksackmodell“) sowie zur Weiterentwicklung der Vergütung, die der speziellen Situation von Universitätskliniken und teilweise auch anderen Maximalversorgern Rechnung tragen.

17.1.3 Sektorenübergreifende Versorgung

1310. Einer bedarfsgerechten sektorenübergreifenden Versorgung steht in erster Linie die starke Abschottung der einzelnen Leistungssektoren entgegen. Vor allem Kliniken und Praxen, zwischen denen eine unsichtbare, aber sehr folgenreiche Mauer verläuft, arbeiten in Deutschland eher nebeneinander als im Interesse des Patienten miteinander. Die integrierte Versorgung, die vornehmlich auf selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern basiert, zielt seit ca. 20 Jahren auf eine bessere Verzahnung insbesondere des ambulanten und des stationären Sektors. Trotz einiger Fortschritte gegenüber der Ausgangslage fällt eine Zwischenbilanz immer noch nicht zufriedenstellend aus.

1311. Für eine erfolgsversprechende integrierte Versorgung besitzen die potenziellen Vertragspartner noch zu geringe Gestaltungsmöglichkeiten und sehen sich auch mit einengenden Reglementierungen konfrontiert. Dies gilt u. a. für die zulässigen Rechtsformen bei den MVZs, die eingeschränkte Auswahl der geförderten Disease-Management-Programme (DMPs) und die geforderten Wirtschaftlichkeitsnachweise bei der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V. Die Zulassung der Apotheker als gleichwertige Vertragspartner im Rahmen der besonderen Versorgung und die Gewährung des Leistungserbringerstatus für nach § 87b SGB V besonders förderungswürdige Praxisnetze könnten weitere Optionen für die regionale sektorenübergreifende Versorgung schaffen.

1312. Die seit dem Jahr 2012 gesetzlich verankerte Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV) verspricht von ihrer Konzeption her einen relevanten Beitrag zur Lösung dieser Schnittstellenprobleme und zugleich eine verstärkte Substitution von stationären durch ambulante Leistungen. Die bisher gleichwohl eher enttäuschende Entwicklung der ASV geht zu einem beachtlichen Teil auf die extrem hohen Teilnahmeanforderungen zurück, die trotz der Notwendigkeit von Qualitätserfordernissen einer Überprüfung bedürfen.

1313. Die sektorenübergreifende Planung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung sollte von regionalen Gremien, unterstützt durch einzurichtende Geschäftsstellen, wahrgenommen werden. Die Stimmrechte in diesem Gremium mit ähnlichen Stimmverhältnissen wie im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sind eng an die Verantwortung für die Sicherstellung und die Finanzierung der Versorgung zu binden. Grundlage der Bedarfsermittlung bildet neben der regionalen Morbidität eine prospektive Planungskomponente, die u. a. demografische Veränderungen und den medizinisch-technischen Fortschritt berücksichtigt. Der geplante Bedarf sollte sich weniger an festen Kapazitätskriterien wie Arztsitzen und Bettenzahlen, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen orientieren. Dabei geht es auch um die Frage, ob sich diese Leistungen unter medizinischen und ökonomischen Aspekten besser ambulant oder stationär erbringen lassen. Ferner umfasst eine solche regionale Bedarfsplanung neben speziellen Versorgungszielen Parameter wie Warte- und Wegezeiten der Patienten sowie die Ergebnisse einer noch weiterzuentwickelnden sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

1314. Zeitlich begrenzte Leistungsaufträge an Krankenhäuser können dazu dienen, dort die Erbringung von ambulanten Leistungen zu verstärken, wobei andererseits die Vergabe auch weiterhin an ambulante Leistungserbringer erfolgen kann. Vor allem benötigt eine bedarfsgerechte Versorgung ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem, bei dem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung das Prinzip „gleicher Preis für gleiche Leistung“ gilt. Diese einheitliche Kalkulation sollte, wie bei der ASV gesetzlich vorgesehen, aus diagnosebezogenen Gebührenpositionen bestehen.

17.1.4 Steuerung von Patientenwegen

1315. Der Stellenwert einer Koordination gesundheitlicher Versorgung nimmt aufgrund der zunehmenden Komplexität von Erkrankungen und deren Behandlungsverläufen zu. Dieser Herausforderung wird die Regelversorgung in Deutschland kaum gerecht. Bemängelt wird vor allem eine unzureichende Steuerung von Inanspruchnahmen, die zu Termin- und Kapazitäts-

problemen führt. Als Lösung schlägt der Rat u. a. verstärkte Anreize für hausärztlich koordinierte Versorgungsmodelle vor, die vorsehen, dass immer zuerst der Hausarzt aufgesucht wird. So hat die Hausarztzentrierte Versorgung (HzV) als erstes Modell, das eine hausärztliche Koordination auch in Deutschland implementierte, das Ziel einer qualitätsgesicherten und leitlinienorientierten Steuerung der Versorgung durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Der Rat empfiehlt einen von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietenden vergünstigten Wahltarif, um die Teilnahme an HzV-Modellen durch finanzielle Anreize zu steigern, wobei dessen Effekte mit angemessenen Methoden evaluiert werden müssten.

1316. Bei einer unzureichenden Wirkung anderer Maßnahmen zur Stärkung der HzV und der Steuerung der Patientenwege sollte die Einführung einer Kontaktgebühr für Facharztbesuche ohne Überweisung geprüft werden. Mit Blick auf internationale Erfahrungen erscheinen solche Selbstbeteiligungen geeignet, in ausgewählten Bereichen sowohl positive Finanzierungs- als auch positive 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 mangelnden empirischen Evidenz im Bereich der Selbstbeteiligung sollte mit adäquaten Studien begegnet werden.

1317. Eine auch aus Sicht der Patienten bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung ist ohne umfangreiche evidenzbasierte Patienteninformation und einschlägige Patientenbeteiligung nicht umsetzbar. Dazu kann ein nationales Gesundheitsportal als zentrale Anlaufstelle für die Bürgerinnen und Bürger beitragen. Darüber hinaus sollten Modelle und Studien zur informierten partizipativen Entscheidungsfindung vermehrt gefördert werden. Patienteninformationszentren, in denen Hilfe zur Selbsthilfe und Recherche angeboten wird, sollten intensiver bekannt gemacht werden. Gleichzeitig sollte früh, bestenfalls bereits in der Schule, angefangen werden, die Gesundheitskompetenz zu fördern.

1318. Der Übergang aus dem stationären in den ambulanten ärztlichen, pflegerischen oder rehabilitativen Bereich stellt seit jeher eine mit Versorgungsbrüchen einhergehende Schnittstelle dar. Entlassungsmanagement ist eine interprofessionelle Aufgabe, um den Versorgungsbedarf der Patienten beim Übergang zu berücksichtigen. Bezüglich der Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen der Entlassung wäre es sinnvoll, die Möglichkeit der Mitgabe durch das Krankenhaus auszuweiten.

1319. Die Digitalisierung kann zu verbesserten Steuerungsprozessen beitragen, z. B. als ergänzendes telemedizinisches Therapiemonitoring im ländlichen Raum. Dabei ist die Vernetzung durch eine sektorenübergreifende elektronische Patientenakte die Grundvoraussetzung, auf der weitere digitale Anwendungen aufbauen können. Die digitale Vernetzung und Interoperabilität im Rahmen der Telematikinfrastruktur bleibt zeitnah umzusetzen. Der Aspekt der Nutzerfreundlichkeit, insbesondere für ältere Menschen oder auch Gruppen mit spezifischen Gesundheitsbedürfnissen (beispielsweise Migranten), sollte bei der Bewertung von digitalen Anwendungen stärker berücksichtigt und auch Nutzenaspekte außerhalb der GKV-Finanzierung wie die Einsparung von Wegekosten zum Arzt sollten einbezogen werden.

17.1.5 Zukünftige Ausgestaltung der Notfallversorgung

1320. An der Notfallversorgung sind in Deutschland gleich drei Sektoren beteiligt: der Kassenärztliche Bereitschaftsdienst/niedergelassene Ärzte, der Rettungsdienst und die Notaufnahmen der Kliniken. Insbesondere in den Notaufnahmen und im Rettungsdienst lassen sich stark steigende Inanspruchnahmen, zum Teil lange Wartezeiten sowie nicht selten auch eine Überlastung des Personals beobachten. Viele Hinweise legen nahe, dass die Versorgung nicht bedarfsgerecht erfolgt. Ambulant gut behandelbare Patienten nehmen vermehrt direkt den Rettungsdienst und die Kliniken in Anspruch und blockieren so mit vergleichsweise harmlosen Beschwerden spezialisierte Behandlungskapazitäten. Bestehende Vergütungsanreize begünstigen Rettungswagentransporte zu Kliniken und vermeidbare stationäre Aufnahmen. Viele Patienten und professionelle Helfer sind mit der aktuellen Situation unzufrieden.

1321. Angesichts verbreiteter Fehlinanspruchnahmen und einer offenbar unzureichenden Steuerung sowie infolge häufig nicht ausreichender Informationen für hilfeschende Patienten ist ein Bündel von Maßnahmen zur Neuordnung einer zukünftig bedarfsgerechten, sektorenübergreifend koordinierten Notfallversorgung „aus einer Hand“ erforderlich.

1322. Alle Bürger sollen zukünftig rund um die Uhr – möglichst über eine bundeseinheitliche Rufnummer – einfach und schnell kompetente Ansprechpartner in Integrierten Leitstellen (ILS) erreichen. In ILS sollen sowohl alle akuten Notrufe (112) als auch alle Anrufe für den Bereitschaftsdienst der niedergelassenen Ärzte (116117) zusammenlaufen. Erfahrene Fachkräfte, unterstützt durch breit weitergebildete Ärzte sollen eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) vornehmen. Bevor der Patient überhaupt sein Haus verlässt, kann so, unter Rückgriff auf aktuelle leitliniengestützte Notfallalgorithmen, der im Einzelfall beste, an die lokale Situation adaptierte Versorgungspfad festgelegt werden. Dieser kann vom Einsatz eines Notarztwagens (mit „Blaulicht“) über den Hausbesuch eines Bereitschaftsarztes bis hin zur Aktivierung eines Notpflege- oder Palliative-Care-Teams reichen. Viele Patientenfragen oder -sorgen sollten am Telefon geklärt werden.

1323. Gehfähigen Patienten mit akutem Behandlungsbedarf werden kurzfristig Termine in Praxen niedergelassener Ärzte vermittelt oder sie erhalten von der ILS einen Soforttermin in einem Integrierten Notfallzentrum (INZ), das an einer qualitativ besonders geeigneten nahe gelegenen Klinik ebenfalls rund um die Uhr erreichbar ist. Niedergelassene Ärzte und Klinikärzte arbeiten hier im Rahmen einer gemeinsamen Vergütung Hand in Hand, organisatorisch unter einem Dach. Patienten werden im INZ an einem zentralen Tresen empfangen, an dem, koordiniert durch vom Krankenhaus weisungsunabhängige, z. B. bei der regionalen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) beschäftigte Ärzte, eine erneute Ersteinschätzung (Triage) nach Schweregrad und Dringlichkeit erfolgt. Je nach individueller Situation werden die Patienten dann entweder von niedergelassenen Ärzten (ambulant) oder von Klinikärzten (ggf. mit stationärer Aufnahme) weiterbehandelt.

1324. Eine einheitliche Dokumentation und digitale Vernetzung ermöglicht eine optimale sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Mehrsprachige Patienteninformationen, auch über soziale Medien und Informationsportale, erklären das gestufte System. Apps können die Nutzung und die Steuerung hin zu der für den Patienten optimalen Versorgung erleichtern.

17.1.6 Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen

1325. Ungefähr 20 % der Versicherten suchen einmal im Jahr einen Arzt wegen Rückenschmerzen auf, von der Wirbelsäule ausgehende Schmerzen sind die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit und frühzeitige Berentung. Akute und chronische Rückenschmerzen führen zu erheblicher Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, im ambulanten Bereich sind Hausärzte und Orthopäden die führenden Behandler. Auffällig ist hier eine hohe Anwendungsrate von bildgebenden Verfahren bereits bei Patienten mit akuten, unspezifischen Rückenschmerzen. Zudem gibt es Hinweise auf eine zunehmende Verordnung von Opiaten bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Im Gegensatz zu den Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) Kreuzschmerz werden Injektionen von Schmerzmitteln und Kortison sowohl ambulant als auch stationär häufiger durchgeführt als die von der NVL empfohlene multimodale Schmerztherapie. Analysen der Häufigkeit von Operationen an der Wirbelsäule zeigen eine zunehmende Tendenz und eine nicht nachvollziehbare regionale Varianz. Obgleich die Qualität der Indikationsstellung schwer überprüfbar ist, gibt es deutliche Anzeichen dafür, dass sie häufig problematisch ist.

1326. Rückenschmerz gehört auch zu den häufigen Anlässen für den Besuch einer Notaufnahme, oftmals auch während der Öffnungszeiten niedergelassener Ärzte, und führt auf diese Weise zu vermeidbaren Krankenhausaufnahmen.

1327. Verschiedene Maßnahmen sollten ergriffen werden, um die Patienten stärker als bisher in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. Hierzu gehört u. a. die verpflichtende Information über den (nur begrenzten) Nutzen von Bildgebung sowie die Bedeutung von Bewegung und Physiotherapie. In Deutschland entscheidet bisher die ärztliche Verordnung über die Art und Länge der physiotherapeutischen Behandlung. Mehr Gestaltungsspielräume für Physiotherapeuten, etwa durch Blankoverordnungen oder gar den Direktzugang ohne ärztliche Verordnung, sind erwägenswert. Vorläufige Evaluationen legen die Machbarkeit nahe. Ergebnisse aus belastbaren Evaluationsstudien zur Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit bleiben abzuwarten. Aufgrund der erweiterten Kompetenzen sollte der Direktzugang nur bei Physiotherapeuten mit einschlägigem Hochschulstudium und zugehöriger klinisch-praktischer Qualifikation möglich sein.

1328. Über das Aufsetzen eines DMP wird aktuell verhandelt, wobei es die hierfür am besten geeignete Patientengruppe zu definieren gilt. Werden Patienten in einer sehr frühen Phase ihrer Beschwerden bereits in ein Behandlungsprogramm für chronisch Kranke aufgenommen, kann dies ggf. sogar negative Auswirkungen auf ihre Einstellung und ihr Verhalten haben („somatische Fixierung“). Für Patienten mit akuten und subakuten Rückenschmerzen könnten andere Versorgungsformen als ein DMP daher besser geeignet sein, z. B. Verträge über eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V. Hauptziel sollte dabei sein, Krankheitsverläufe mit hohem Risiko zur Chronifizierung frühzeitig zu identifizieren und einer geeigneten Therapie zuzuführen.

Bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen hingegen kann durch ein DMP eine leitliniengerechte Versorgung sichergestellt werden. Die multimodale Schmerztherapie sollte im Rahmen des DMP ambulant bzw. zumindest teilstationär erbracht werden können.

1329. Operationen an der Wirbelsäule sollten verpflichtend im Deutschen Wirbelsäulenregister dokumentiert werden, um die Behandlungsqualität zu sichern und langfristig die Patienten zu charakterisieren, die von dieser Therapie am meisten profitieren. Eingriffe an der

Wirbelsäule sollten eine evidenzbasierte Patienteninformation zwingend voraussetzen und in die Zweitmeinungsrichtlinie des G-BA aufgenommen werden.

17.1.7 Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen

1330. Bei der Koordination der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung besteht Optimierungspotenzial, insbesondere wegen der unübersichtlichen Leistungsanbieterstruktur, der oft komplexen Behandlungsverläufe und der nicht immer klaren Verantwortung für die Koordination vor allem im ambulanten Sektor.

1331. In den letzten 20 Jahren sind die stationären Verweildauern in diesem Versorgungsbereich deutlich gesunken, die Fallzahlen gestiegen und die Bettenzahlen erheblich zurückgegangen. Auch in den nächsten Jahren ist damit zu rechnen, dass die Zahl von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen ansteigen wird, während die Ambulantisierung noch nicht das Ausmaß erreicht hat, das sie potenziell haben könnte. Die Zahl an Ärzten und Psychologen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich ist deutlich gestiegen, das gilt besonders auch für die Zahl der psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten. Vor allem durch das neue zeitnahe Angebot der psychotherapeutischen Sprechstunde ist eine Verbesserung der Koordination von Patienten mit psychischen Erkrankungen zu erwarten.

1332. Allerdings wurden in einer Umfrage des Rates unter psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken sowie Niedergelassenen die Wartezeiten auf eine Therapie auch weiterhin als zu lang beurteilt, vor allem diejenigen auf ambulante Psychiater und Psychotherapeuten, was zu Fehlanreizen für unnötige stationäre Behandlungen führen könnte. Deshalb ist ein Ausbau der ambulanten und teilstationären Kapazitäten erforderlich, wobei in einer zukünftigen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung nicht nur die Anzahl der psychotherapeutischen Sitze betrachtet werden sollte, sondern auch deren tatsächliche Auslastung. Perspektivisch könnte es das Ziel sein, durch die Ambulantisierung im vollstationären Bereich den wieder zu beobachtenden Bettenaufbau der letzten Jahre zu beenden und in Zukunft ggf. auch wieder Betten abzubauen. Um das Finden eines Therapieplatzes einfacher zu machen, ist ergänzend eine zentrale Koordinierung freier Therapieplätze z. B. durch die Terminservicestellen der KVen oder mittels Online-Plattformen zu optimieren.

1333. Durch die besonderen Versorgungsformen und jüngst den Innovationsfonds ist eine neue Dynamik im Bereich der Koordination psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischer Versorgung zu beobachten. So könnte u. a. die Versorgung von Flüchtlingen und alten, pflegebedürftigen psychisch Kranken durch die entsprechenden Projekte stärker in den Fokus rücken. Für eine Verbesserung der Versorgungssituation ist es notwendig, dass positiv evaluierte Modelle auch tatsächlich Eingang in den Kollektivvertrag finden. Dazu gehört z. B. der Einsatz von E-Health-Angeboten als Ergänzung zur ambulanten Versorgung, soweit diese Angebote ihren Nutzen für die Patienten wissenschaftlich nachgewiesen haben. Ebenso wäre eine standardisierte elektronische Patientenakte gerade im Bereich psychischer Erkrankungen, sofern die besonderen Datenschutzerfordernisse in diesem Bereich beachtet werden, mit großem Potenzial für die Koordination verbunden.

1334. Um die Koordination der Versorgung zu verbessern, sollte der Hausarzt in der Regel der erste Ansprechpartner der Patienten sein, der einen leitliniengerechten Behandlungsverlauf

im Blick hat. Insbesondere bei schwereren psychischen Erkrankungen kommt für die Hauptkoordinierungsleistung aber z. B. auch ein niedergelassener Facharzt für Psychiatrie, ein Psychotherapeut oder eine Institutsambulanz infrage. Das Weitergeben der Hauptkoordinationsverantwortung an einen anderen Leistungserbringer würde mit dem Patienten und dem neuen Koordinierenden abgestimmt und auch dokumentiert werden. Die Koordinationsverantwortung sollte dabei zukünftig besser vergütet werden.

17.1.8 Einladung zur Diskussion

1335. Nachfolgend (Abschnitt 17.2) findet sich eine strukturierte Zusammenstellung der relevanten Einzelempfehlungen dieses Gutachtens. Aufgrund des höheren Detaillierungsgrades finden sich dort auch Empfehlungen, die in dieser Zusammenfassung nicht explizit erwähnt werden.

1336. Der Rat möchte mit diesem Gutachten einen Beitrag zu einer besseren, bedarfsgerechteren Gesundheitsversorgung leisten. Zur Erläuterung der hier vorgestellten Analysen und Empfehlungen und zum Diskurs mit den Mitgliedern des Rates werden ein Symposium auf Bundesebene in Berlin sowie erstmals vier Regionalkonferenzen unter Beteiligung der Länder durchgeführt. Nähere Informationen zu diesen Veranstaltungen sowie zu diesem und vorhergehenden Gutachten finden sich auf den Internetseiten des Rates: www.svr-gesundheit.de.

17.2 Zusammenstellung der Empfehlungen

Im Folgenden werden Empfehlungen aus den einzelnen Fachkapiteln zusammengestellt. Details zu den einzelnen Vorschlägen und zu den fachlichen Hintergründen finden sich in den jeweils in Klammern angegebenen Kapiteln bzw. Abschnitten.

1. Im Hinblick auf die ambulante Angebotskapazitätsplanung und Vergütung empfiehlt der Rat,

- a. das Nachbesetzungsverfahren von ambulanten Vertragsarztsitzen zu reformieren, um die offenbar verbreitete Praxis, die mit dem Vertragsarztsitz verbundene Arztpraxis in begehrten Gebieten zu einem den Sachwert bei Weitem übersteigenden Preis weiterzuverkaufen, zu unterbinden, wobei eine Übergangsregelung zu finden ist. Zudem sollten die gezahlten Preise bei Übernahme von Vertragsarztsitzen, wenn möglich, erfasst und aggregiert ausgewertet werden, um die Transparenz zu erhöhen (siehe Abschnitt 3.5.2);
- b. die kassenärztliche Zulassung zeitlich zu limitieren (beispielsweise auf 30 Jahre bei MVZs und BAGs, bei einzelnen Vertragsärzten bis zur Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit) und zu ermöglichen, dass die Arztsitzvergabe an die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten (insbesondere grundversorgenden) Leistungsspektrums gekoppelt wird (siehe Abschnitt 3.5.2);
- c. die Niederlassung von Vertragsärzten in Gebieten, die durch das anstehende Ausscheiden mehrerer Vertragsärzte absehbar unterversorgt sein werden, zu vereinfachen. Hier sollten Nachbesetzungen bereits fünf Jahre vor der voraussichtlichen Aufgabe eines Vertragsarztsitzes ermöglicht werden (siehe Abschnitt 3.5.2);
- d. in strukturschwachen Regionen finanziell spürbare Landarztzuschläge (bis zu 50 % Honorarzuschlag auf Grundleistungen) zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung einzuführen;
- e. den Anreiz für eine hohe Behandlungsqualität durch eine morbiditätsorientierte Pauschalvergütung pro Patient in der hausärztlichen Versorgung zu setzen (siehe Abschnitt 5.3.3). Spezifische Leistungen können weiterhin einzeln vergütet werden. In einem solchen Vergütungssystem bedarf es der genauen Zuordnung eines Patienten zu einem bestimmten Arzt, für den der Patient sich wie bei der HzV frei entscheiden kann.

2. Im Hinblick auf die Krankenhausplanung und -finanzierung empfiehlt der Rat,

- a. die derzeitige bettenorientierte Planung durch eine leistungsorientierte Planung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Versorgungsstufen bzw. -strukturen und anderer wichtiger Zielgrößen, wie Personal- und Geräteausstattung, zu ersetzen (siehe Abschnitt 6.4.2);
- b. ein Monitoring der Zielerreichungsgrade und ggf. kürzere Planungsintervalle, die sowohl Qualitätskriterien als auch den medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritt in Betracht ziehen, zu etablieren (siehe Abschnitt 6.4.2);

- c. bei der Prognose über die Nachfrage Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, zur Mortalität und Morbidität sowie Prognosen über den medizinisch-technischen Fortschritt und die Präferenzentwicklung von Patienten zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 6.4.2);
- d. einen Katalog von ambulanten Prozeduren zu definieren, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Die Vergütungssätze sollten zunächst oberhalb der derzeitigen EBM-Sätze liegen und im weiteren Verlauf der Zeit evaluiert und gesenkt werden. Dies könnte ein Übergang zum sektorenübergreifenden Vergütungssystem sein (siehe Abschnitt 6.3 und Empfehlung 3 h);
- e. Patienten mit Diagnosen aus dem Spektrum ambulant-sensitiver Krankenhausfälle effektiver zu versorgen, um stationäre Aufnahmen zu vermeiden, und eine versorgungsstufenübergreifend koordinierte Versorgung chronisch kranker, multimorbider Patienten anzustreben (siehe Abschnitt 6.3);
- f. den Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung („differenzierte Monistik“) anzustreben. Die Verteilung der Investitionsmittel an Krankenhäuser sollte im Rahmen selektiver Einzelversorgungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern erfolgen (siehe Abschnitt 8.2.3);
- g. den Bundesanteil des Strukturfonds aus Steuermitteln zu finanzieren und dem Bund dafür in Form einer permanenten Bund-Länder-Kommission Mitplanungskompetenzen in bundeslandübergreifenden Versorgungsfragen einzuräumen. Ein länderübergreifender föderaler Krankenhausversorgungsplan sollte vom Bund im Benehmen mit den Ländern aufgestellt und ein bestimmter Anteil des Fonds sollte für die länderübergreifenden Förderzwecke reserviert werden (siehe Abschnitt 8.2.4);
- h. das DRG-System weiterzuentwickeln, indem die Annahme einheitlicher Kostenstrukturen über alle Versorgungsstufen hinweg (der sogenannte Einhausansatz) überprüft und die Vergütung nach einer neuen bundeseinheitlichen und empirisch abgeleiteten Definition von Versorgungsstufen (ggf. auf Fachabteilungsebene) differenziert wird, z. B. durch Multiplikatoren auf die Relativgewichte (siehe Abschnitt 8.3.2);
- i. den pauschalen Vergütungskomponenten außerhalb der DRGs, wie in anderen Staaten, einen höheren Anteil an der Krankenhausvergütung einzuräumen (siehe Abschnitt 8.3.3);
- j. für mengenanfällige Eingriffe das bereits bestehende Zweitmeinungsverfahren vor der Durchführung eines Eingriffs obligatorisch zu machen oder eine Dokumentations- und Begründungspflicht, beispielsweise über eine verpflichtende Meldung an ein Register, einzuführen (siehe Abschnitt 8.3.5);
- k. die zur Berechnung der Relativgewichte herangezogene Kalkulationsstichprobe konstant zu halten (siehe Abschnitt 8.3.5);
- l. Bundesbasisfallwerte einzuführen, die mit einem automatisierten regionalen Bestandteil ausgestattet werden (siehe Abschnitt 8.3.6);

- m. für Universitätskliniken und teilweise auch andere Maximalversorger eine Lösung zur Vergütung von Extremkostenfällen zu finden, z. B. durch die Einführung eines Risikopools, sowie die Zuschläge für Innovationszentren, die Vorhaltung definierter Kapazitäten für Katastrophen und Epidemien sowie die Zuschläge für spezialisierte Zentren weiterzuentwickeln (siehe Abschnitt 8.5);
- n. Anreize für eine qualitativ hochwertige ärztliche Weiterbildung zu setzen. Dafür sollte durch entsprechende Bereinigung der Vergütung ein Weiterbildungsfonds eingerichtet werden, aus dem die Mittel Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung ad personam zugeordnet und dem jeweiligen Weiterbilder (Kliniken oder Praxen) entsprechend der Weiterbildungsdauer zufließen können (siehe Abschnitt 8.3.4);
- o. eine ausgewogene Zusammensetzung zwischen Grund- und Drittmitteln an Universitätskliniken anzustreben. Die Drittmittelfinanzierung aus Bundesmitteln sollte durch eine Erhöhung des Anteils an der Forschungsfinanzierung seitens der Länder ergänzt werden. Bei der Finanzierung von Drittmittelprojekten sollte sichergestellt werden, dass sie auf Basis von Vollkosten erfolgt. Transparenz über die tatsächlichen Vollkosten bei durchgeführten Forschungsprojekten ist hierzu notwendig (siehe Abschnitt 8.4.2).

3. Im Hinblick auf die sektorenübergreifende Bedarfsplanung und Versorgung empfiehlt der Rat,

- a. die Angebotskapazitätsplanung für den ambulanten und den stationären Sektor zu einem wirksamen Steuerungsinstrument weiterzuentwickeln und eine stärker verzahnte und bedarfsgerechtere Planung zu erreichen (siehe Abschnitt 13.3);
- b. die sektorenübergreifende Planungs- und Sicherstellungsverantwortung an regionale Gremien zu übertragen, die durch einzurichtende Geschäftsstellen unterstützt werden (siehe Abschnitt 13.2.2). Die Stimmrechte in einem solchen Gremium, das ähnlich dem G-BA ausgestaltet werden sollte, sind eng an die konkrete Verantwortung für die Sicherstellung bzw. Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung zu binden. Gleichzeitig ist die Einbeziehung regional relevanter Interessengruppen – analog zur Patientenvertretung im G-BA – zu ermöglichen;
- c. die regionale Morbidität auf Grundlage einer soliden Datenbasis in der Planung stärker zu berücksichtigen (siehe Abschnitt 13.2.4) und eine prospektive Planungskomponente, die demografische Veränderungen und den medizinisch-technischen Fortschritt adressiert (siehe Abschnitt 13.2.5), einzuführen (siehe Empfehlung 2 c);
- d. die Datenverfügbarkeit und die Vergleichbarkeit im ambulanten und im stationären Sektor, insbesondere im Hinblick auf die Diagnosedaten, zu verbessern sowie den Zugang zu und die wissenschaftliche Nutzung von stationären Daten nach § 301 SGB V in Verbindung mit ambulanten Daten nach § 295 SGB V sicherzustellen (siehe Abschnitt 13.3.1.1);
- e. den Bedarf weniger an festen Kapazitätsgrößen wie Arztsitzen und Bettenzahlen zu orientieren, sondern stärker an den zu erbringenden Leistungen auszurichten (siehe Abschnitt 13.2.6). Dies ermöglicht eine Beurteilung, ob die Leistungen im regionalen Kontext (medizinisch und ökonomisch) besser ambulant oder stationär

erbracht werden können. Die Verbund- und Netzwerkstrukturen sollten bereits in der Planung berücksichtigt und das Zusammenspiel der verschiedenen Akteure im regionalen Kontext sollte effizient koordiniert werden;

- f. zeitlich begrenzte Leistungsaufträge an Krankenhäuser zu vergeben sowie bei Bedarf die Möglichkeiten zur Erbringung ambulanter Leistungen in Krankenhäusern – beispielsweise im Rahmen klinikgestützter Gesundheitszentren – zu verbessern. Analog dazu können Leistungsaufträge an ambulante Leistungserbringer vergeben werden (siehe Abschnitt 13.2.6 und Empfehlung 1 b);
- g. die regionale Bedarfsplanung anhand verschiedener Parameter wie Wartezeiten und Wegezeiten oder spezifischer, politisch festgelegter Versorgungsziele sowie der Ergebnisse einer (noch weiterzuentwickelnden) sektorenübergreifenden Qualitätssicherung kontinuierlich zu evaluieren (siehe Abschnitt 13.2.8);
- h. mögliche Fehlanreize bei einer sektorenübergreifenden Bedarfsplanung durch Einführung einer sektorenübergreifenden Vergütungsstruktur im Sinne „gleicher Preis für gleiche Leistung“ frühzeitig zu adressieren (siehe Abschnitt 13.2.3). In einem ersten Schritt kann dazu ein Katalog von hybriden Leistungen definiert werden, die im ambulanten und im stationären Sektor in gleicher Höhe abgerechnet werden können. Dazu bedarf es einer stärkeren Zusammenarbeit des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), die das generelle Ziel verfolgt, ein sektorenübergreifendes Vergütungssystem unabhängig vom Ort der Leistungserbringung zu definieren. Dabei könnten für bestimmte Indikationen sektorenübergreifende Fallpauschalen definiert werden (siehe Empfehlung 2 d). Weiterhin könnte die Versorgung von Patienten mit ambulanten und stationären Episoden in Zukunft über diagnosebezogene Leistungskomplexpauschalen vergütet und die Vergütung auf entsprechende Leistungserbringer aufgeteilt werden;
- i. die Entwicklung der ASV zu unterstützen und die derzeit extrem hohen Teilnahmevoraussetzungen – unbeschadet der Notwendigkeit von Qualitätserfordernissen – zu überprüfen (siehe Abschnitt 11.6);
- j. die schwer nachvollziehbaren unterschiedlichen Rechtsformmöglichkeiten der MVZs und ihrer Träger zu vereinheitlichen und dafür die zulässigen Rechtsformen der MVZs zu erweitern (siehe Abschnitt 11.6);
- k. die Auswahl der für DMPs infrage kommenden Krankheitsbilder den regionalen Partnern vor Ort zu überlassen und deren Leistungs- und Verwaltungspauschalen im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) abzuschaffen (siehe Abschnitt 11.6);
- l. die Forderung eines Wirtschaftlichkeitsnachweises bei der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V aufzuheben, um den Wettbewerb bei diesen Verträgen zu intensivieren (siehe Abschnitt 11.6);
- m. die Apotheker als gleichberechtigte Vertragspartner an der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V zuzulassen (siehe Abschnitt 11.6);

- n. weitere Optionen für die regionale Versorgung zu ermöglichen und den nach § 87b Abs. 4 SGB V als besonders förderungswürdig anerkannten Praxisnetzen der Stufen I und II künftig den Leistungserbringerstatus anzubieten (siehe Abschnitt 11.6);
- o. innovative, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zu fördern und deren finanzielle Förderung mithilfe des Innovationsfonds auch weiterhin zu ermöglichen (siehe Abschnitt 11.6).

4. Zur bedarfsgerechten Steuerung von Patientenwegen empfiehlt der Rat,

- a. die Modelle zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auszuweiten, da es zu einer effizienten und effektiven Versorgung von Patienten im Facharztsektor beiträgt, wenn Patienten vom Hausarzt koordiniert und gezielt überwiesen werden (siehe Abschnitt 12.7.1). Ein von allen Krankenkassen verpflichtend anzubietender vergünstigter Wahltarif könnte ein finanzieller Anreiz für die Teilnahme an einem HzV-Modell sein. Die Versorgung im Rahmen der HzV-Modelle muss von methodisch hochwertigen Evaluationen begleitet werden;
- b. vor der Einführung jeglicher Form von Selbstbeteiligung im Gesundheitswesen zu überprüfen, ob der finanzielle Aufwand, eine neue Regelung einzuführen und administrativ durchzuführen, gegenüber der Kostenersparnis und der erhofften Steuerungswirkung in einem angemessenen Verhältnis steht. Abhängig vom Ergebnis könnte – ähnlich wie bereits im Gutachten des Rates aus dem Jahr 2014 erwogen – eine Kontaktgebühr für jeden Facharztbesuch ohne Überweisung eingeführt werden (siehe Abschnitt 12.7.2). Ausnahmen von dieser Gebühr bilden Besuche bei Hausärzten, Augenärzten, Gynäkologen, Psychiatern sowie Arztbesuche von Minderjährigen bei hausärztlich tätigen Kinderärzten. Die Höhe der Facharztkontaktgebühr und deren Dynamisierung wäre politisch zu entscheiden, auch im Hinblick auf eine soziale Abfederung. Eine Evaluation der Auswirkungen ist wichtig, um die Höhe und Art einer solchen Selbstbeteiligung entsprechend weiterzuentwickeln;
- c. 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 (siehe Abschnitt 12.7.3). In diesem Zusammenhang sind auch die Zugangsmöglichkeiten der Bürgerinnen und Bürger zu wissenschaftlichen Ergebnissen zu verbessern, komplexe Entscheidungssituationen durch die Förderung bei gleichzeitiger Evaluation des Einsatzes von *Decision Coaches* zu erleichtern und die informierte partizipative Entscheidungsfindung durch weitere Studien zu begleiten;
- d. im Rahmen des Entlassungsmanagements die Möglichkeit der Mitgabe von Arzneimitteln durch das Krankenhaus dahingehend auszuweiten, dass Arzneimittel für den Zeitraum von bis zu einer Woche mitgegeben werden dürfen, unabhängig vom Bestehen eines Wochenendes oder Feiertages. Das Entlassungsmanagement sollte im Krankenhaus nach Möglichkeit einhergehen mit dem Angebot einer apothekergeleiteten Medikationsüberprüfung, bei der ein Medikationsplan erstellt und mit dem Patienten besprochen wird (siehe Abschnitt 12.7.4);

- e. Evaluationen digitaler Anwendungen an der Perspektive des Patienten (beispielsweise hinsichtlich einer Verbesserung der Patientensouveränität oder Komfortverbesserung in der Therapie) auszurichten (siehe Abschnitt 12.7.5). Daneben 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 daher kontinuierlich zu bewerten und weiterzuentwickeln.

5. Zur bedarfsgerechten Ausgestaltung der Notfallversorgung empfiehlt der Rat,

- a. die drei Säulen der Notfallversorgung (ärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahme) besser zu integrieren und die Koordination der Notfallversorgung rund um die Uhr über Integrierte Leitstellen (ILS) zu gewährleisten (siehe Abschnitt 14.4.1). In diesen sollten, möglichst unter einer Rufnummer, sowohl die akuten Notrufe (112) als auch die Anrufe für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (116117) zusammenlaufen und dort von erfahrenen Fachkräften, unterstützt durch breit weitergebildete Ärzte, entgegengenommen werden. In den ILS soll eine qualifizierte Ersteinschätzung (Triage) unter Rückgriff auf aktuelle leitliniengestützte Notfallalgorithmen erfolgen und der situativ jeweils beste Versorgungspfad gewählt werden. Dieser Versorgungspfad kann vom Einsatz des Rettungsdienstes über den Hausbesuch eines Bereitschaftsarztes bis hin zur Aktivierung eines Notpflege- oder Palliative-Care-Teams reichen, aber auch den Verweis auf die reguläre vertragsärztliche Versorgung beinhalten. Viele Patientenfragen oder -sorgen sollten durch die telefonische Beratung und Behandlung durch Vertragsärzte geklärt werden;
- b. die Praxen des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes sukzessive vollständig in interdisziplinären und sektorenübergreifenden, ebenfalls rund um die Uhr erreichbaren Integrierten Notfallzentren (INZs) in Krankenhäusern anzusiedeln (siehe Abschnitt 14.4.2). Gehfähige Patienten mit akutem Behandlungsbedarf können im Anschluss an die qualifizierte telefonische Ersteinschätzung (Triage) von der ILS einen Soforttermin in einem INZ erhalten. In diesen INZs arbeiten niedergelassene Ärzte und Klinikärzte Hand in Hand organisatorisch unter einem Dach. Patienten werden im INZ an einem zentralen Tresen empfangen, an dem, koordiniert durch unabhängige Ärztinnen und Ärzte, eine erneute Ersteinschätzung (Triage) nach Schweregrad und Dringlichkeit erfolgt. Je nach individueller Situation werden die Patienten dann von niedergelassenen Ärzten (ambulant) oder von Klinikärzten (ggf. mit stationärer Aufnahme) weiterbehandelt oder auf anderen geeigneten Versorgungspfaden weitergeleitet;
- c. für die Planung eine gestufte Errichtung der INZs in ausgewählten Kliniken vorzusehen, die an das G-BA-Konzept zu gestuften Notfallstrukturen angelehnte, noch zu definierende Mindestvoraussetzungen erfüllen. Die Planung sollte – abhängig von

- den regionalen Gegebenheiten – durch die gemeinsamen, gesetzlich weiterentwickelten Landesgremien nach § 90a SGB V oder durch die Länder selbst durchgeführt werden. Die Konzentration auf besonders geeignete Kliniken mit INZ ermöglicht die Vorhaltung umfassenderer Optionen wie z. B. des kinder- und jugendärztlichen Bereitschaftsdienstes, des psychiatrischen Kriseninterventionsdienstes oder einer 24-stündigen Bereitschaft für Linksherzkatheterinterventionen oder Computertomografie (CT) bzw. Kernspintomografie (MRT);
- d. die extrabudgetäre Vergütung der sektorenübergreifenden Notfallversorgung aus einer Grundpauschale und einer Vergütung pro Fall zusammensetzen (siehe Abschnitt 14.4.2). Die Grundpauschale soll die Vorhaltekosten für die Notfallversorgung finanzieren und sich in drei Stufen an der Kapazität und der Ausstattung des jeweiligen INZ orientieren und um eine Pauschale pro Fall unabhängig von der Fallschwere ergänzt werden. Das INZ sollte somit als am Krankenhaus lokalisierte, aber eigenständige wirtschaftliche Einheit geführt werden und die Leistungen der Krankenhausnotaufnahme und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes aus seiner Vergütung im Binnenverhältnis kompensieren;
 - e. die Versorgung mit Medikamenten in Notfällen zu erleichtern und den im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst tätigen Ärzten ein Dispensierrecht für ein umschriebenes Notfallsortiment, auch für Medikamente, die unter das Betäubungsmittelgesetz fallen, zu ermöglichen (siehe Abschnitt 14.4.2);
 - f. das Angebot in der ambulanten Versorgung zu fördern, um die Inanspruchnahme der Notfallversorgung zu reduzieren, indem ein Anreiz zur Flexibilisierung und ggf. auch zur Ausweitung der Sprechzeiten der niedergelassenen (Haus-)Ärzte am Abend und am Wochenende gesetzt wird (siehe Abschnitt 14.4.3);
 - g. die Vereinheitlichung der Zugangsvoraussetzungen zum vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst zu unterstützen und einen bundesweit einheitlichen Basiskurs „Ärztlicher Notdienst“ für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst, ähnlich der gegenwärtigen Zusatzweiterbildung Notfallmedizin, zu fördern (siehe Abschnitt 14.4.4);
 - h. die Rotation in die Notaufnahme bzw. den Erwerb notfallmedizinischer Kenntnisse und Fertigkeiten als obligatorischen Teil der Weiterbildung sowohl im Fach Allgemeinmedizin als auch in der Unfallchirurgie, der Neurologie und der Inneren Medizin aufzunehmen (siehe Abschnitt 14.4.4);
 - i. Fehlanreize im Rettungsdienst zu beseitigen und diesen als eigenes Leistungssegment im SGB V zu etablieren sowie dessen Vorhaltekosten im Rahmen der Daseinsvorsorge des Staates aus Steuermitteln und die Betriebskosten durch die Krankenkassen zu finanzieren (siehe Abschnitt 14.4.5);
 - j. die Koordination im Rettungsdienst zu verbessern und eine stärkere horizontale Integration der derzeit noch über 300 unterschiedlichen Rettungsdienstbezirke anzustreben (siehe Abschnitt 14.4.5);
 - k. die je nach Kreis unterschiedlichen, von Notfallsanitätern eigenständig durchzuführenden Maßnahmen zu vereinheitlichen und dazu definierte Befugnisse auszuweiten (siehe Abschnitt 14.4.5);

- l. das neue Notfallversorgungssystem durch mehrsprachige Patienteninformationen, auch über soziale Medien und Informationsportale, zu erläutern und dessen Nutzung durch digitale Applikationen zu erleichtern (siehe Abschnitt 14.4.2);
- m. den Aufbau dieser neuen Strukturen der Notfallversorgung durch eine einheitliche Dokumentation und die digitale Vernetzung zu ermöglichen und dabei die Evaluation dieser Strukturen durch eine bessere Datenvergleichbarkeit und -verfügbarkeit zu vereinfachen (siehe Abschnitt 14.4.6).

6. Zur bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen empfiehlt der Rat,

- a. die Patienteninformation zu den Ursachen und Behandlungsoptionen von Rückenschmerzen zu stärken (siehe Abschnitt 15.4.1). Ärzte sollten verpflichtend Patienten darüber aufklären, dass bei unspezifischen Rückenschmerzen vor allem Bewegung und die Vermeidung von Bettruhe und Schonhaltung wichtig sind und eine weitergehende radiologische Diagnostik in der Regel nicht zielführend ist. Die Aufklärung sollte dokumentiert werden. Aufgrund der hohen Prävalenz von Rückenschmerzen sollte eine mediale Aufklärungskampagne zur Stärkung der informierten Entscheidung des Patienten erwogen werden;
- b. eine leitliniengerechte Versorgung sicherzustellen (siehe Abschnitt 15.4.2). Beispielsweise sollte zu frühe Bildgebung ohne Vorliegen von *red flags* (Warnsignale wie Lähmungserscheinungen) unterbleiben. Verträge für eine besondere Versorgung nach § 140a SGB V können helfen, der „sprechenden Medizin“ mehr Zeit und eine entsprechende Vergütung einzuräumen (siehe Empfehlung 3 m). Auch die Möglichkeit einer ambulanten multimodalen Schmerztherapie sollte hierbei verankert werden. Die Versorgung im Rahmen dieser Verträge muss zwingend systematisch evaluiert werden;
- c. die Rolle der Physiotherapie im Behandlungsprozess zu stärken (siehe Abschnitt 15.4.3). Dazu sind Blankoverordnungen und der Direktzugang zum Physiotherapeuten in Modellvorhaben zu erproben und in methodisch hochwertigen Studien systematisch zu evaluieren. Physiotherapeuten sollten zudem in interdisziplinären Teams, z. B. in Wirbelsäulenzentren, vertreten sein. Zudem sollte das Schulgeld im Rahmen der Physiotherapieausbildung abgeschafft und stattdessen eine Vergütung analog zur Pflegeausbildung eingeführt werden;
- d. Wirbelsäulenoperationen in die Zweitmeinungs-Richtlinie des G-BA aufzunehmen (siehe Abschnitt 15.4.4). Der indikationsstellende Arzt muss den Patienten über sein Recht, eine unabhängige Zweitmeinung einholen zu können, aufklären und auf die Informationsangebote über geeignete Zweitmeinungen hinweisen. Es muss ein zentrales, transparentes Genehmigungsverfahren nach objektivierbaren Kriterien erfolgen, welche Ärzte als Zweitmeinungen tätig werden dürfen. Zeitgleich muss eine systematische Evaluation der Zweitmeinungsverfahren durchgeführt werden, um zu überprüfen, inwiefern diese tatsächlich zur Reduktion von nicht indizierten Eingriffen beitragen (siehe Empfehlung 2 j);
- e. eine Meldung und Begründung von Wirbelsäulenoperationen (beispielsweise an das Deutsche Wirbelsäulenregister) verpflichtend einzuführen (siehe Abschnitt

15.4.5). Die eingegebenen Daten sollten eine ausreichende Detailtiefe haben, um auch die Indikationsstellung für eine Operation zu überprüfen. Die verpflichtende Eingabe in das Wirbelsäulenregister könnte auch mit der Erstattung verknüpft werden (siehe Empfehlung 2 j);

- f. stationäre Aufnahmen zur Abklärung unspezifischer Rückenschmerzen ohne *red flags* zu verhindern (siehe Abschnitt 15.4.6). Unter Berücksichtigung der empfohlenen Neustrukturierung der Notfallversorgung sollte ein Patient nach der Ersteinschätzung am gemeinsamen Tresen im INZ bei Nichtvorliegen von *red flags* der ambulanten Versorgung zugeleitet werden (siehe Empfehlung 5 b).

7. Zur bedarfsgerechten Steuerung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen empfiehlt der Rat,

- a. ambulante Kapazitäten auszubauen, insbesondere Tageskliniken und Vertragsarzt-sitze für Psychiater (siehe Abschnitt 16.7.2). Abhängig u. a. von der Entwicklung der stationsäquivalenten Behandlung sollten ggf. neue intensiv-ambulante und multi-modale Angebote aus dem ambulanten Sektor heraus ermöglicht werden, die eine Stellung zwischen der regulären ambulante-psychiatrischen Behandlung und den Angeboten aus dem stationären Sektor einnehmen könnten;
- b. teilstationäre Kapazitäten auszubauen, außerdem die Flexibilisierung tages-klinischer Angebote sowie die Ausweitung des Angebots von Abendkliniken zu prüfen (siehe Abschnitt 16.7.6);
- c. die vollstationären psychiatrischen Kapazitäten zahlenmäßig nicht weiter auszu-bauen, sondern einem eventuellen zusätzlichen Leistungsbedarf durch den beschriebenen Ausbau ambulanter Angebote zu begegnen (siehe Abschnitt 16.7.2);
- d. die ambulante Bedarfsplanung der „Nervenärzte“ in „Psychiater“ und „Neurologen“ aufzutrennen, da die historisch bedingte gemeinsame Beplanung sachlich nicht mehr zweckmäßig erscheint (siehe Abschnitt 16.7.2);
- e. die faktische Auslastung der vergebenen KV-Sitze für Psychotherapie und für Nervenheilkunde zu überprüfen und je nach Ergebnis ggf. anteilige Sitze zu ermög-lichen und die Kapazitäten anzupassen (siehe Abschnitt 16.7.2);
- f. die Koordinationsverantwortung für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen klar zu verorten, möglicherweise bei einem bestimmten Leistungs-erbringer je Patient (siehe Abschnitt 16.7.1). Ein damit einhergehender höherer Koordinationsaufwand könnte durch eine angemessene Koordinationspauschale vergütet werden;
- g. psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Angebote verstärkt in lokale Gesundheitszentren (LGZs) oder Zentren für seelische Gesundheit, die auch mit Sozialarbeitern und psychiatrisch Fachpflegenden ausgestattet sind, zu integrieren (siehe Abschnitt 16.7.6);
- h. in Innovationsfonds-Projekten bewährte Versorgungsstrategien aus dem Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch tatsächlich in

den GKV-Kollektivvertrag zu übernehmen und dabei auf die Übersichtlichkeit der Versorgungslandschaft zu achten (siehe Abschnitt 16.4.6);

- i. eine bessere Übersicht und Koordination von freien Psychotherapieplätzen zu schaffen, soweit dies nicht zukünftig bereits von den Terminservicestellen abgedeckt wird (siehe Abschnitt 16.7.5);
- j. einen vorsichtigen (Wieder-)Aufbau von geschützten Wohnheimplätzen für langfristig schwer psychisch Erkrankte mit erheblichem Eigen- oder Fremdgefährdungspotenzial zu prüfen, dabei aber die Einrichtungen gut genug auszustatten, sodass weiterhin eine würdige Behandlung sichergestellt ist und es nicht nur zu einer Verwahrung kommt (siehe Abschnitt 16.7.7);
- k. für digitale Angebote gerade auch im Bereich der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen möglichst standardisierte und einheitliche Qualitätssicherungslösungen zu erarbeiten (siehe Abschnitt 16.7.8). Die Transparenz für Patienten sollte sichergestellt werden, z. B. durch ein einheitliches Siegel;
- l. telemedizinische Potenziale im ländlichen Raum durch eine bundesweite Lockerung des Fernbehandlungsverbots zu nutzen, dabei aber streng auf die Qualitätssicherung zu achten (siehe Abschnitt 16.7.8);
- m. bei der Prävention psychischer Erkrankungen gemäß dem biopsychosozialen Modell der Krankheitsentstehung die Wechselwirkungen verschiedener Lebensbereiche wie der Arbeitswelt mit der psychischen Gesundheit zu beachten (siehe Abschnitt 16.7.9). Bei Entscheidungen in anderen Politikbereichen, z. B. der Bildungs-, Familien- und Sozialpolitik, sollten immer auch die Auswirkungen auf die Gesundheit berücksichtigt werden.