

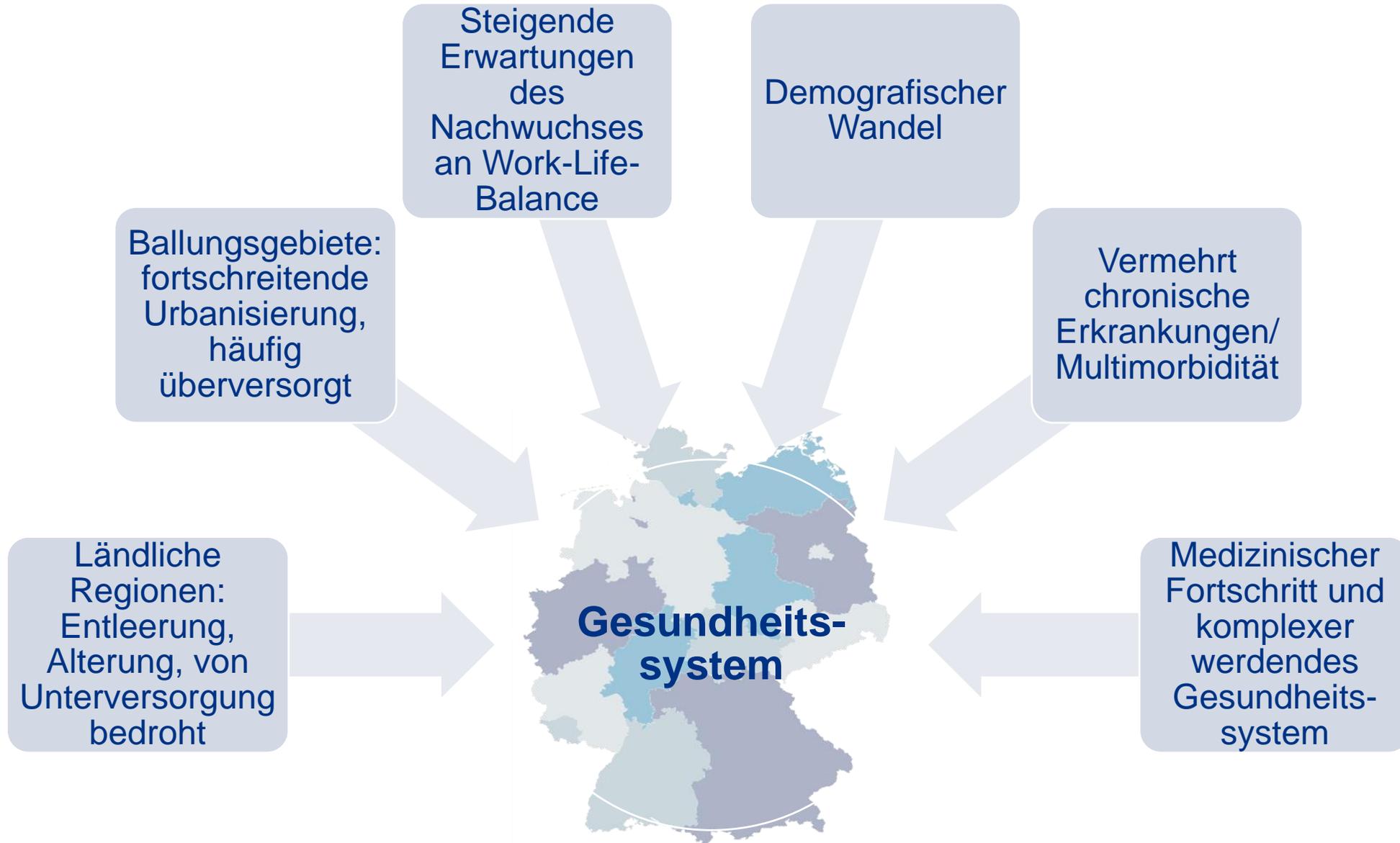
# Bedarfsgerechte Steuerung im Gesundheitswesen – Zukünftige Herausforderungen

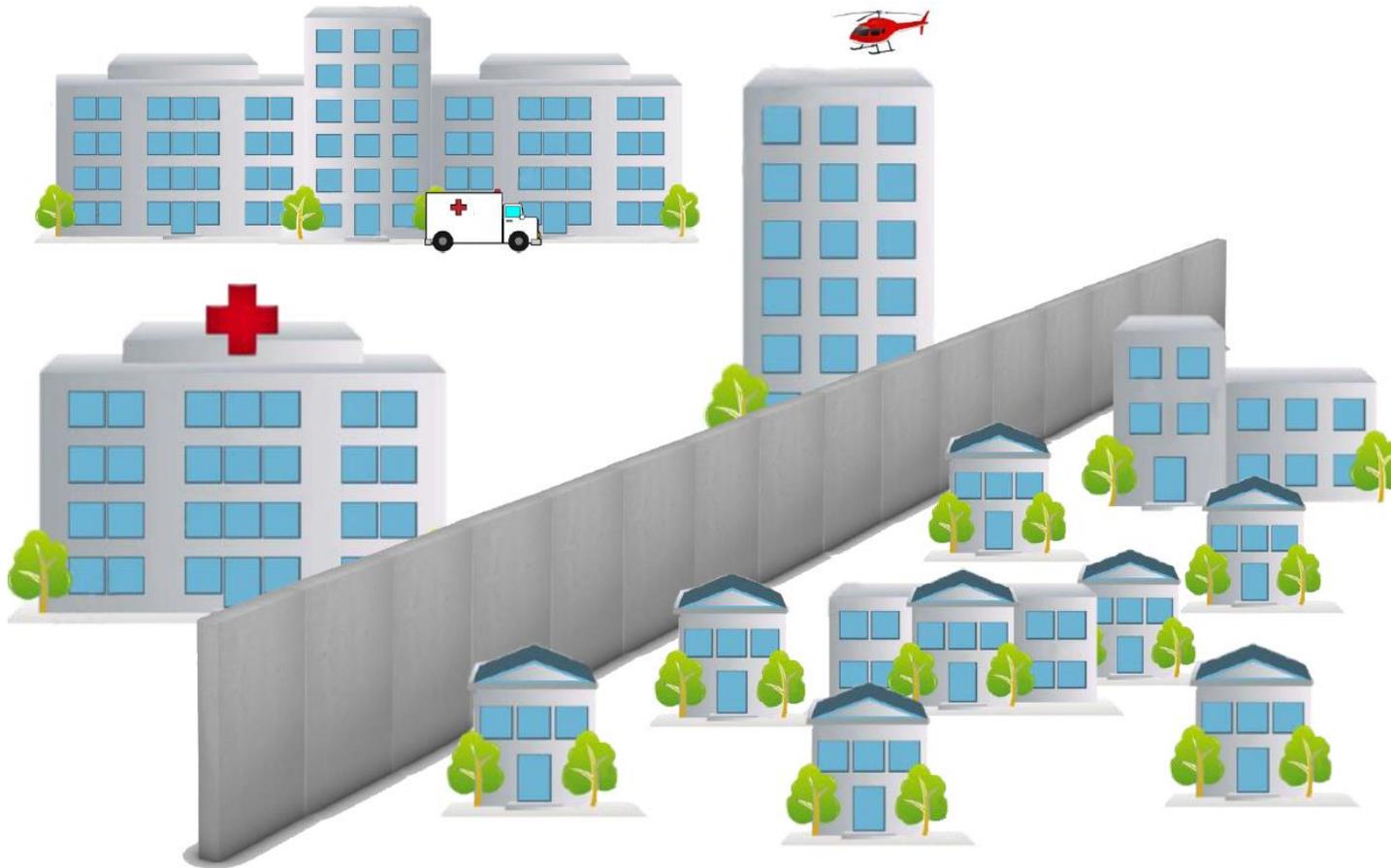
**Dr. David Herr**

Wissenschaftlicher Stab des Sachverständigenrats  
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Berlin

**Gesundheitskonferenz der Gesundheitsregion Emsland**

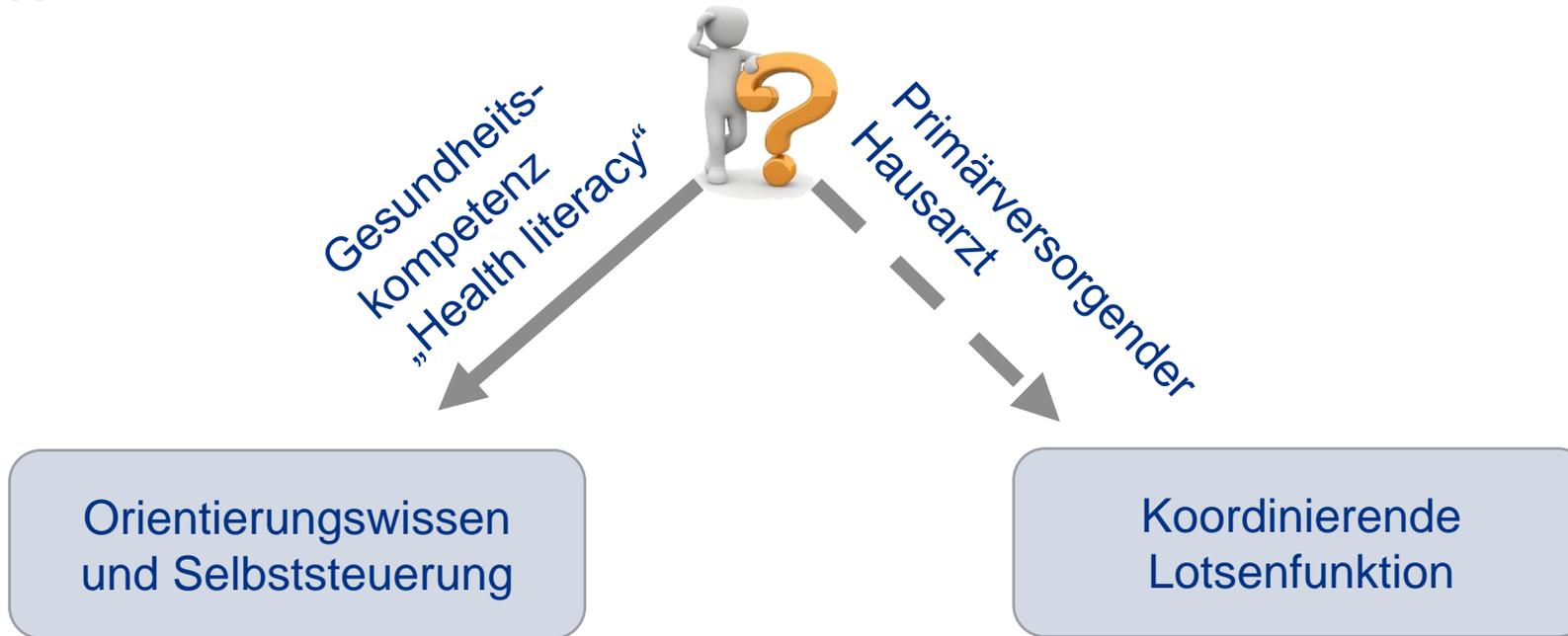
24. April 2019, Lingen (Ems)



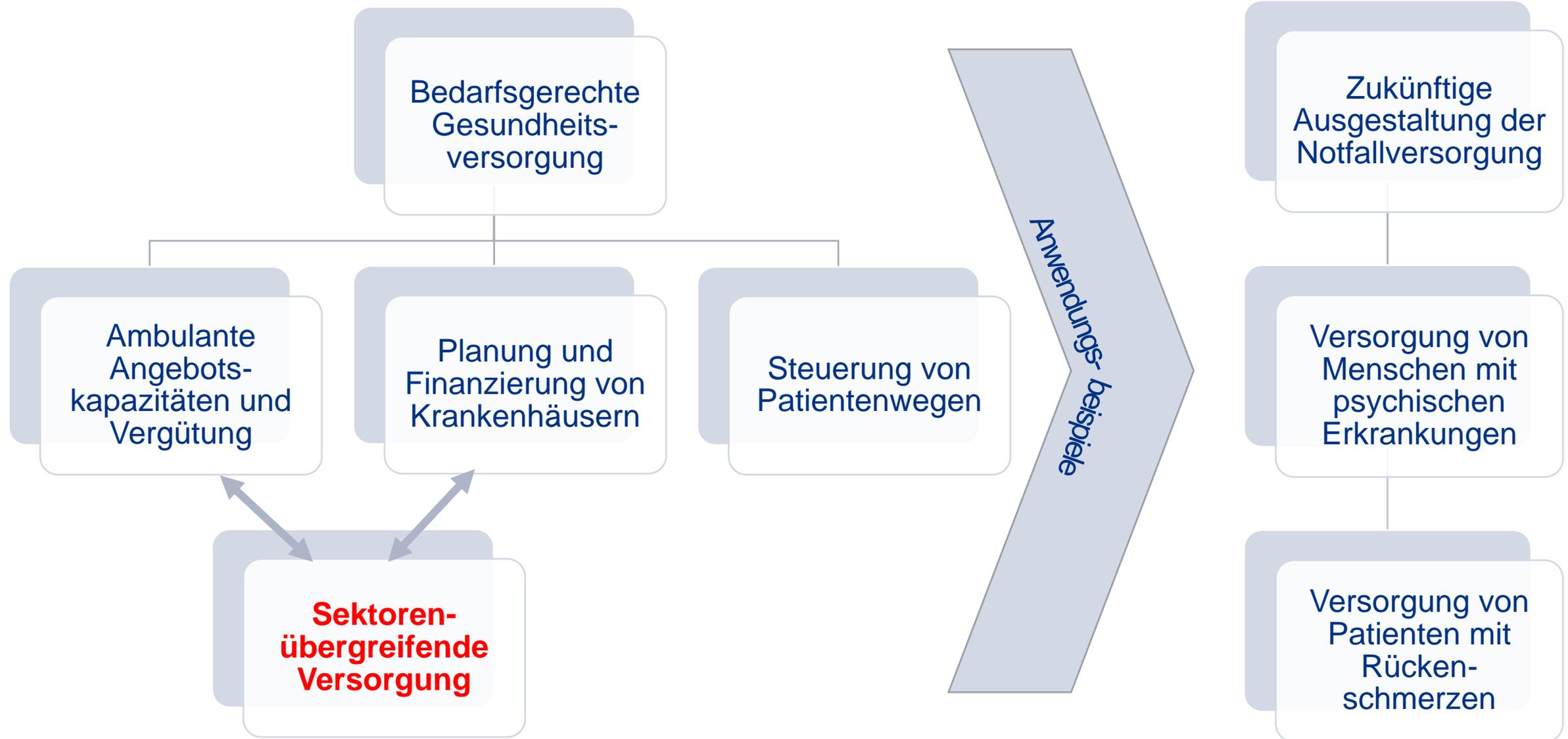


- die starke Abschottung der einzelnen Leistungssektoren steht einer bedarfsgerechten Versorgung entgegen
  - Wenig Anreize zur Kooperation
  - Unangemessene Angebotskapazitäten
  - Unzureichende Koordination

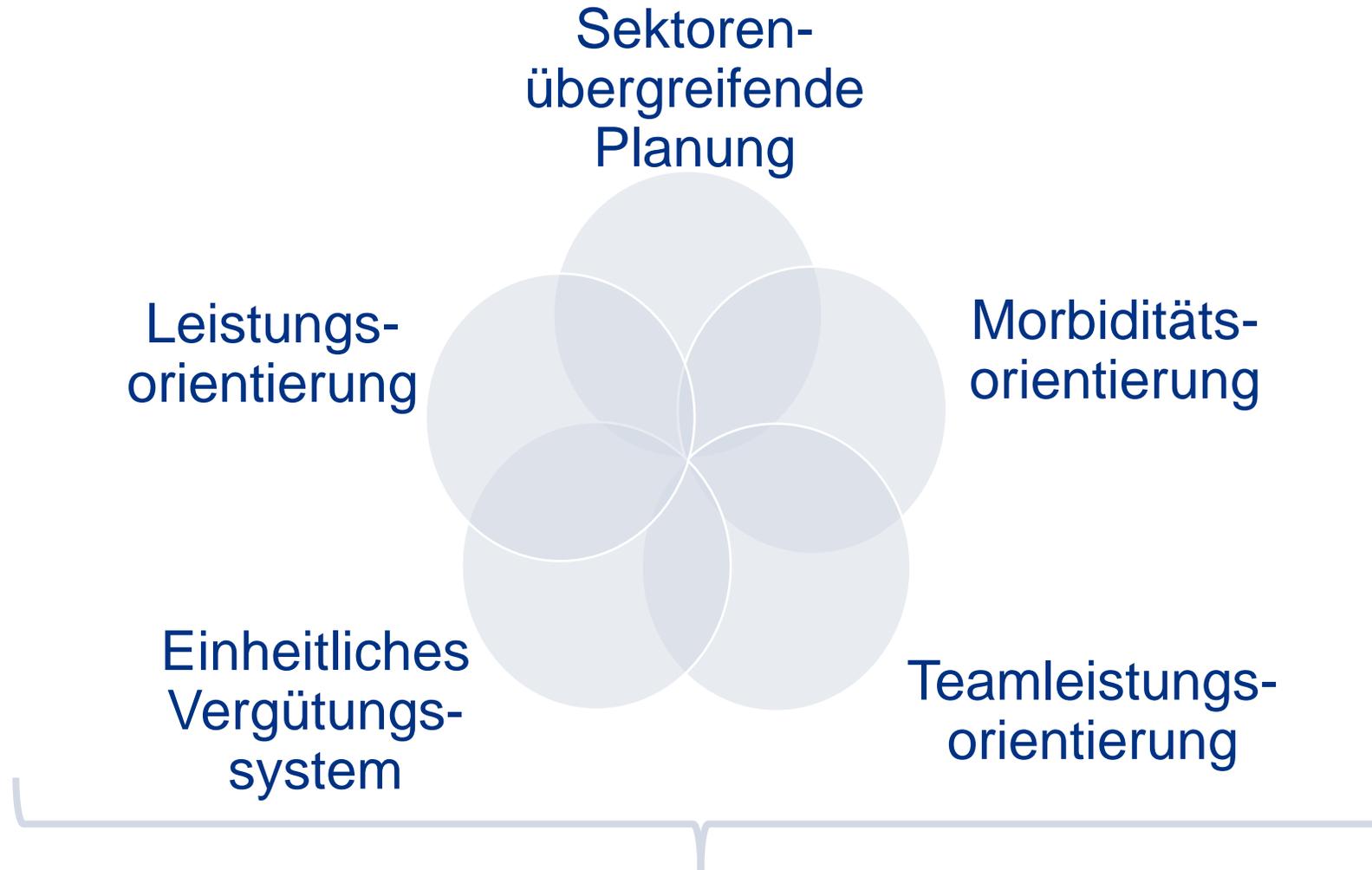
- Was bedeutet Steuerung in einem komplexen Gesundheitssystem für den Patienten?





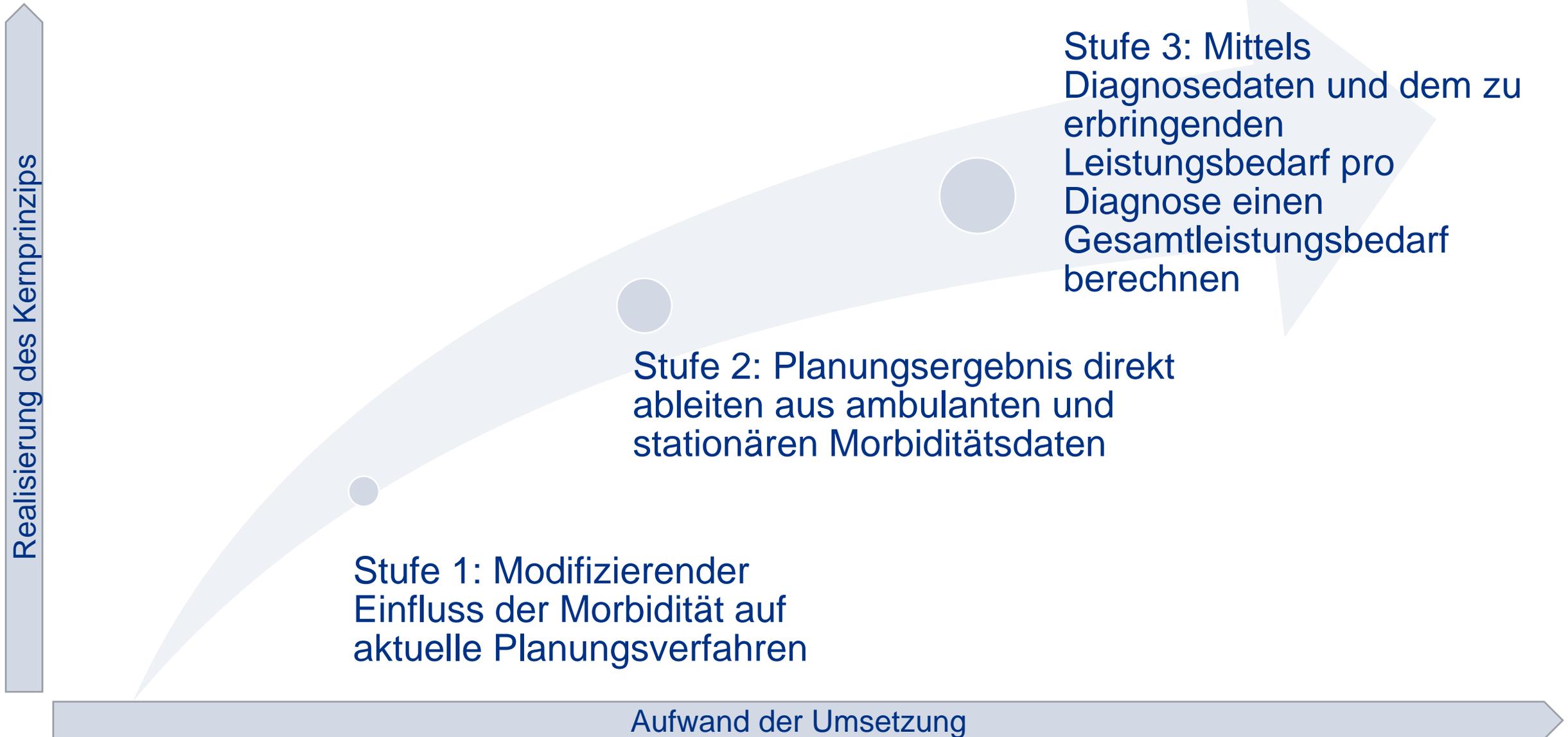


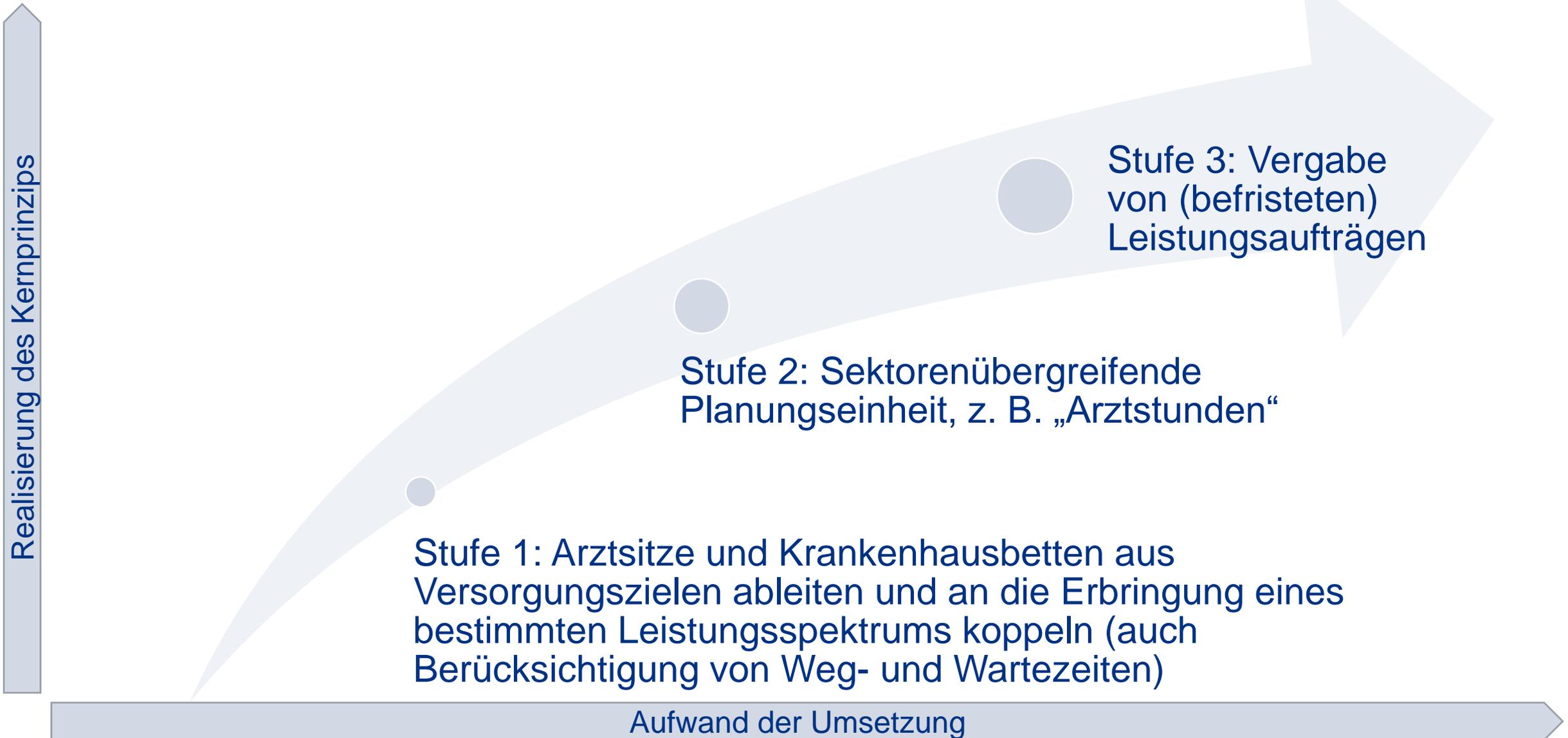
Ambulante Bedarfsplanung		Krankenhausplanung	
Zuständigkeit	Prozess	Prozess	Zuständigkeit
G-BA	Verhältniszahlen für Arztgruppen (Bedarfsplanungs-Richtlinie)	Primär einwohner-bezogene Formeln (z. B. Hill-Burton)	Bundesland (Ministerium)
KV im Einvernehmen mit Krankenkassen	Bedarfsplan: Anwendung der Verhältniszahlen im regionalen Kontext	Krankenhausplan: Standorte und Gesamtbetten-zahlen (tlw. auch Betten je Abteilung)	Bundesland Zusammen mit Landesausschuss für Krankenhaus-planung
Zulassungsausschuss	Konkrete Zulassungen einzelner Ärzte, Sonderbedarf etc.	Festlegungen auf Fachabteilungsebene (Betten, Schließungen etc.)	Krankenhaus

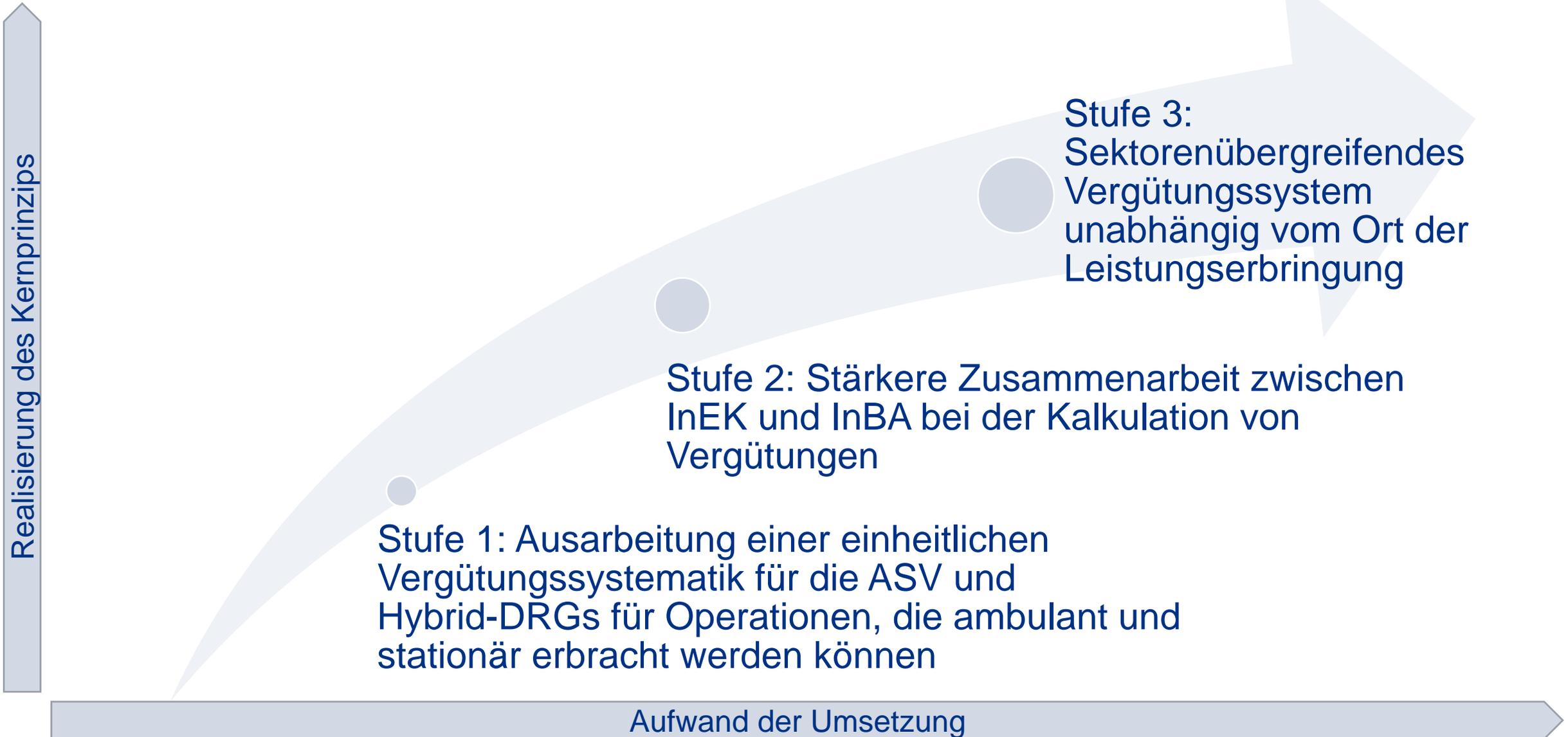


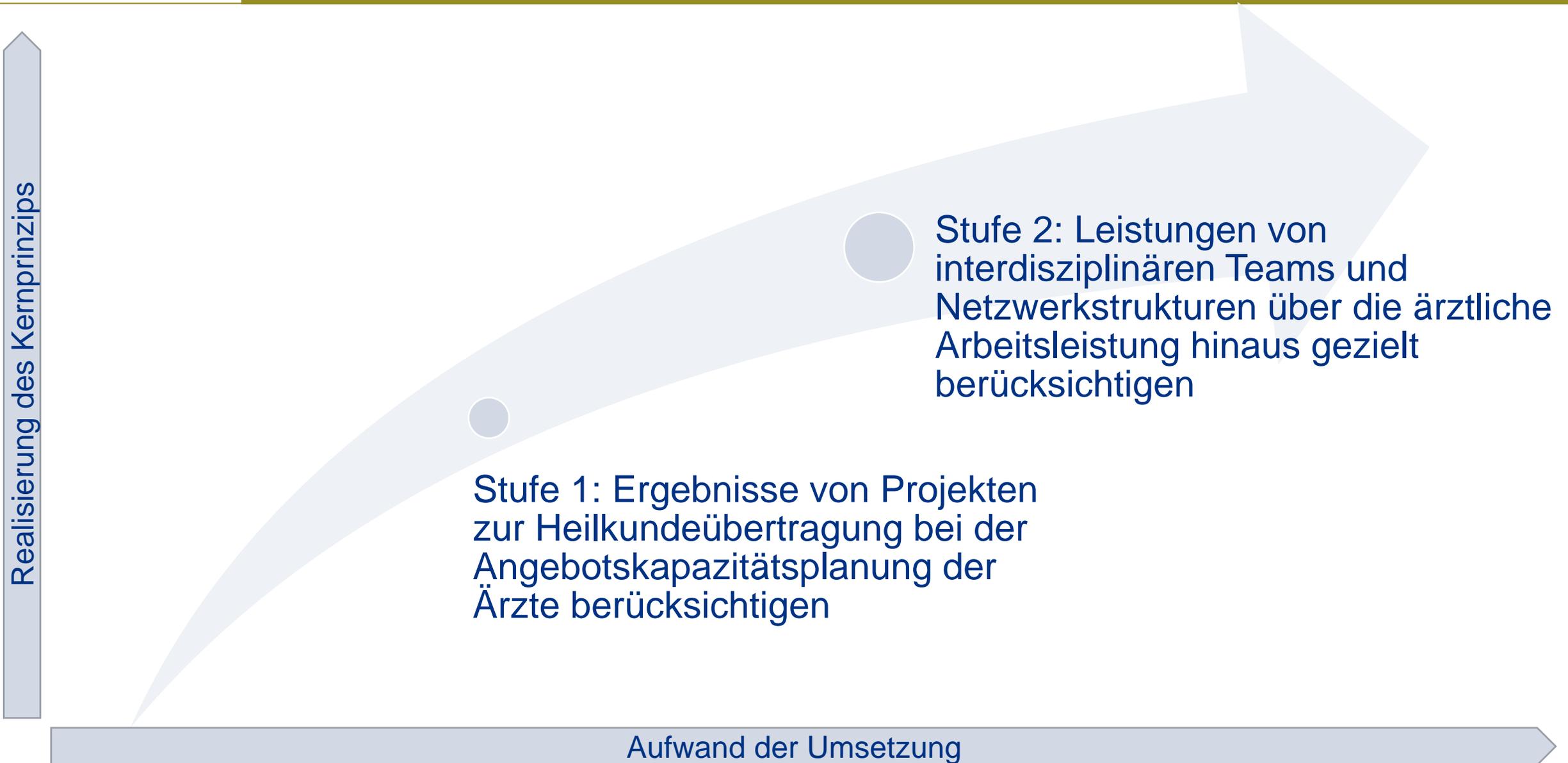
Umsetzung dieser Kernprinzipien durch verschiedene Maßnahmen möglich



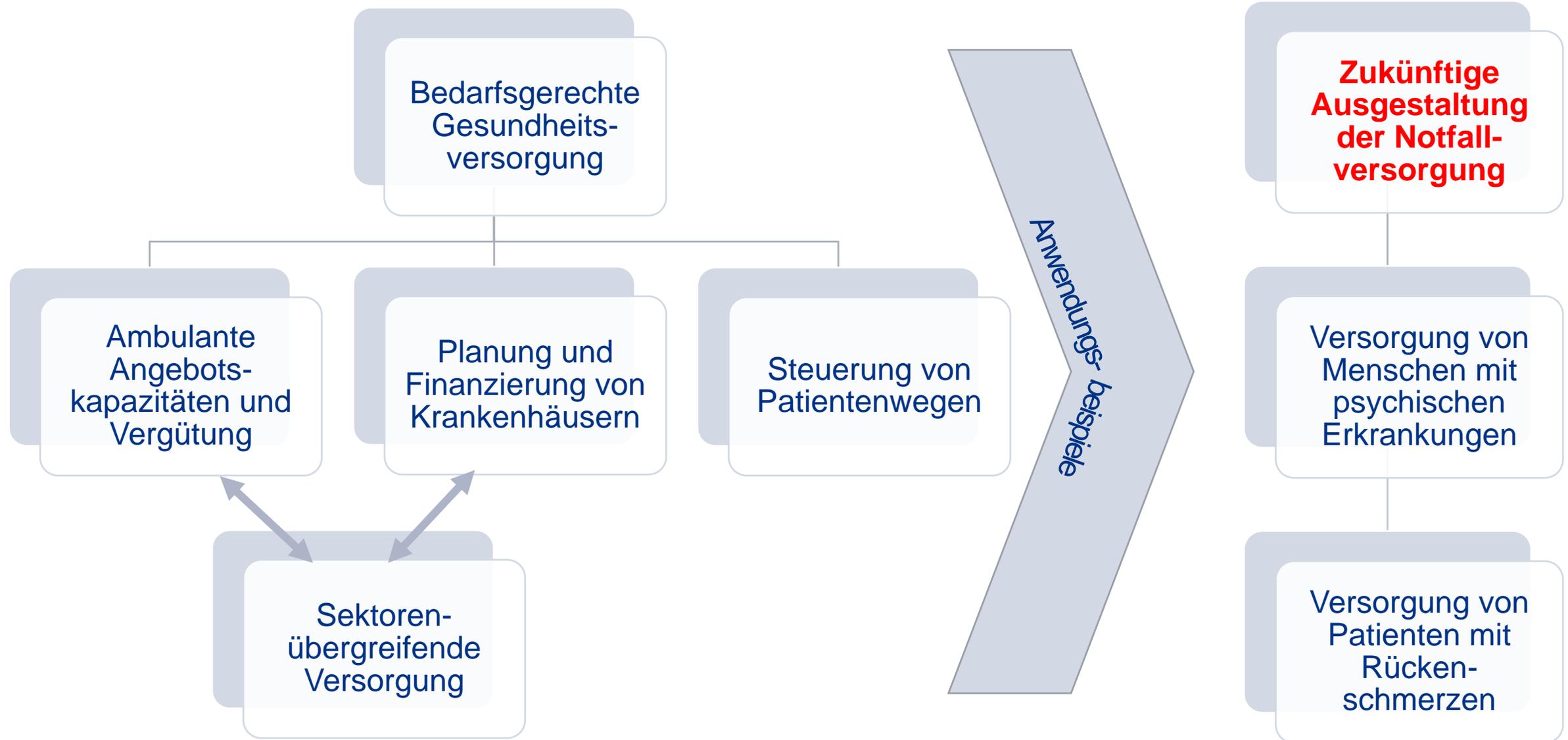


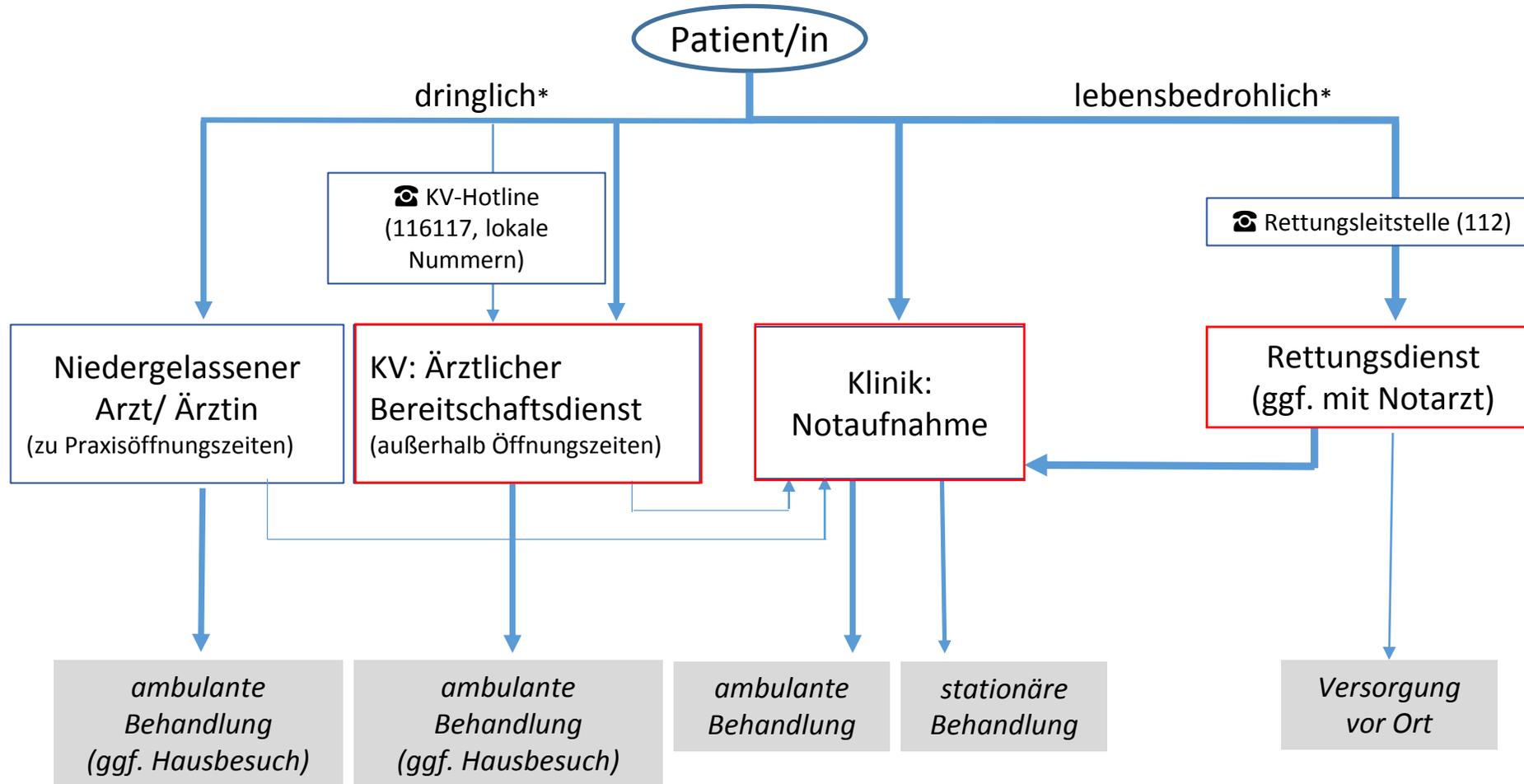






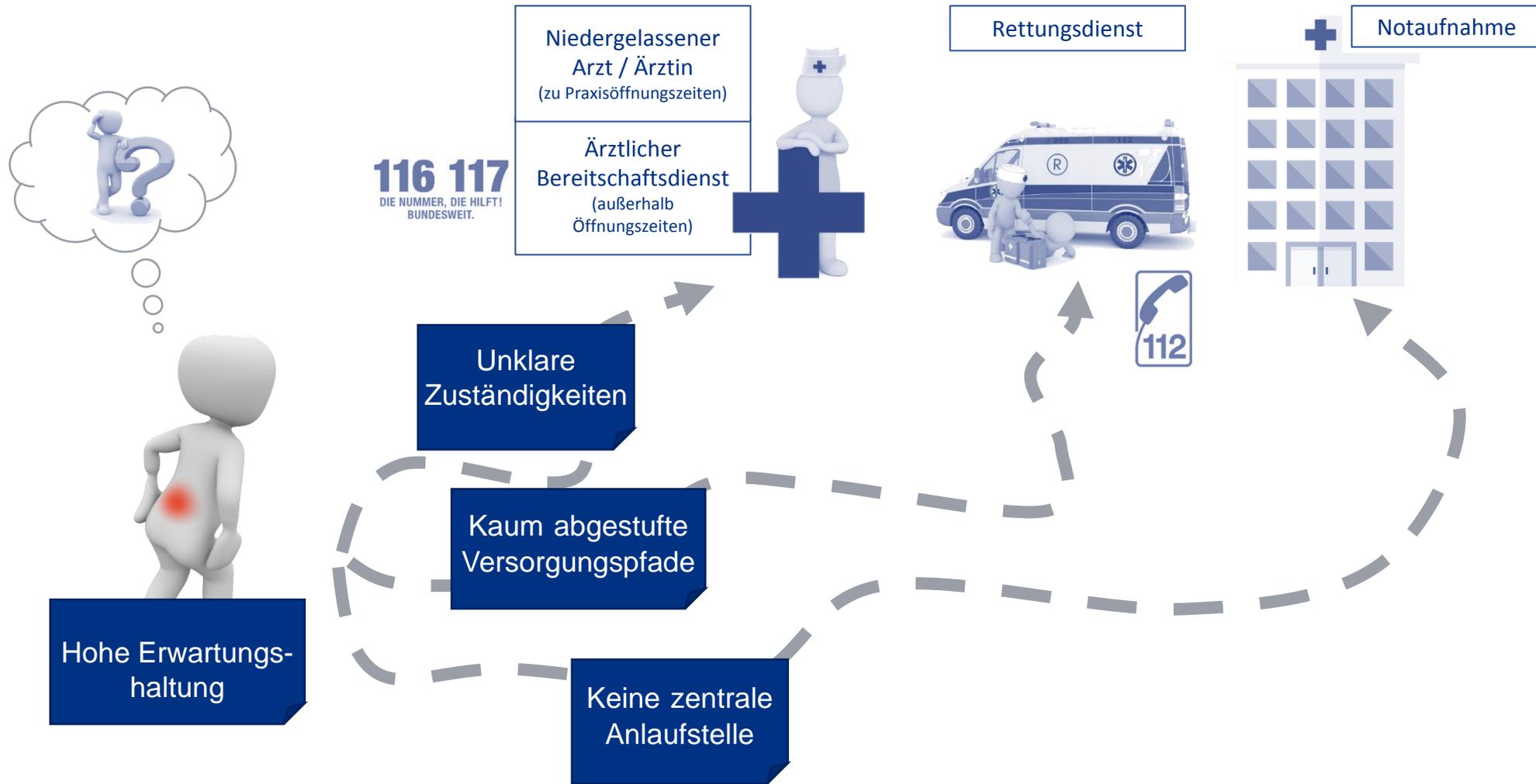
- Verschiedene Empfehlungen des SVR für die ambulante Bedarfsplanung, z.B. stärkere Leistungs- und Morbiditätsorientierung sowie Anpassungen bei den Nachbesetzungsverfahren
- Viel Potenzial für bessere Koordination und Wettbewerbsfairness bei Angleichung der „Spielregeln“ des ambulanten und stationären Sektors
- Optimierung in Richtung einer sektorenübergreifenden Versorgung unterschiedlich weitgehend möglich, sowohl durch grundlegende Reformen als auch durch zahlreiche Feinadjustierungen
- SVR hat zwei unterschiedlich weitreichende Konzepte skizziert
- Kapazitätsplanung einer sektorenübergreifenden Versorgung mit allen beteiligten Interessengruppen diskutieren, um ein realistisches Planungsverfahren und -ergebnis zu erreichen



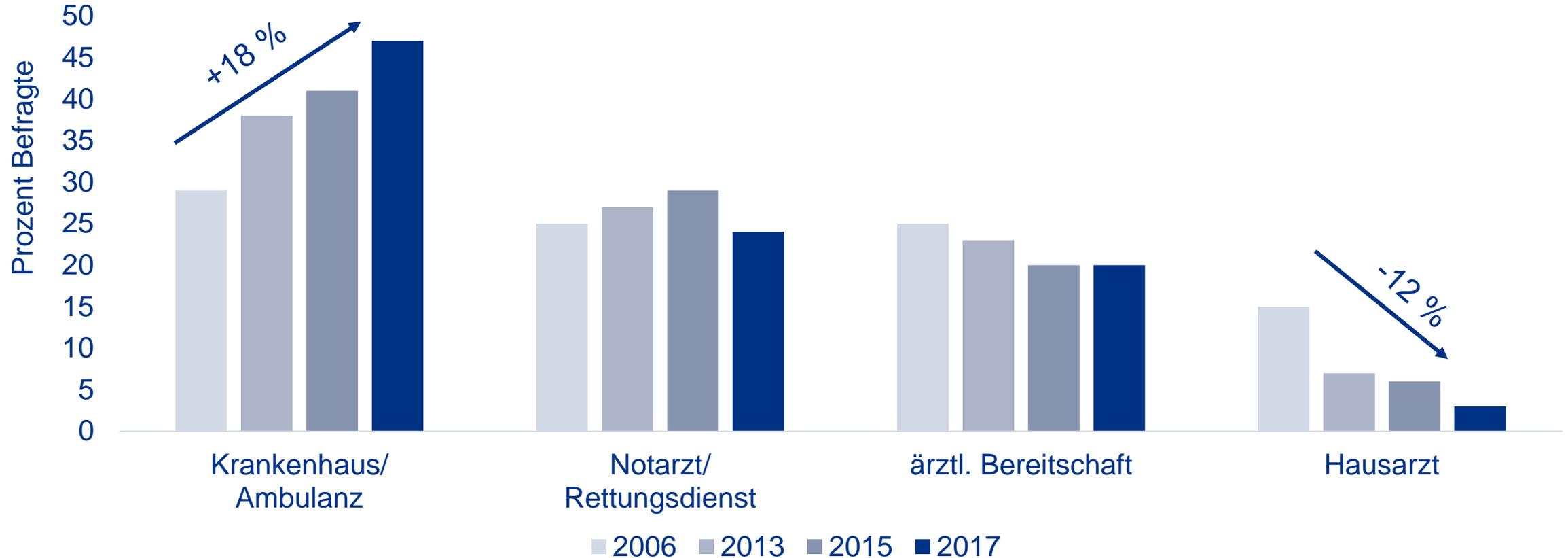


\* Selbsteinschätzung seitens des Patienten/Dritter

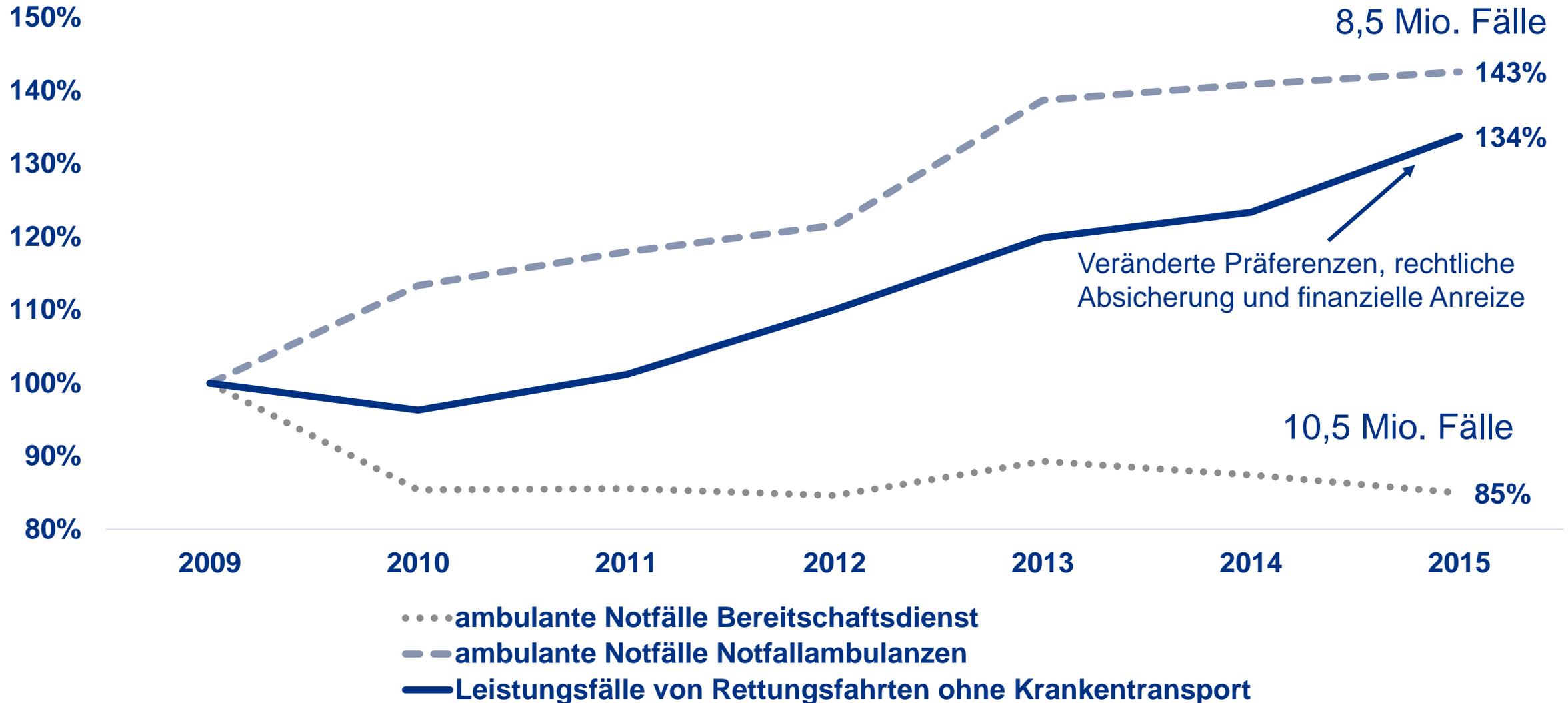
Quelle: SVR 2018



*„Wenn Sie oder ein naher Angehöriger nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe brauchen, wohin wenden Sie sich dann?“*



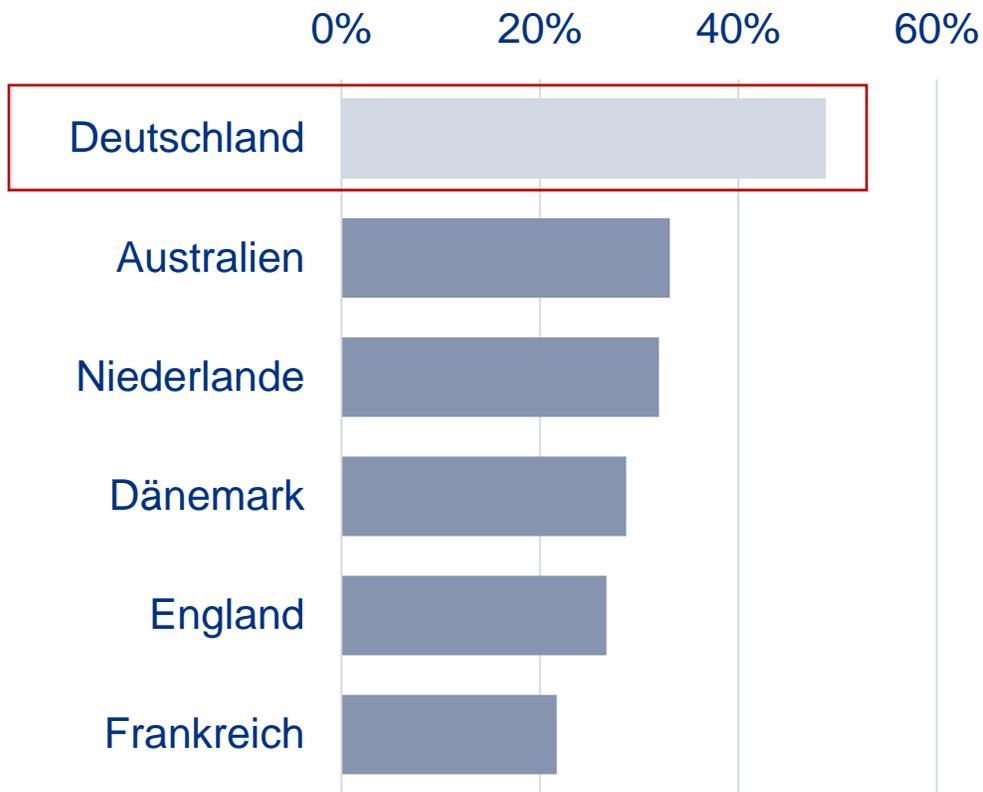
Quelle: Versichertenbefragung (19-79 Jahre) der KBV 2006, 2013, 2015 und 2017



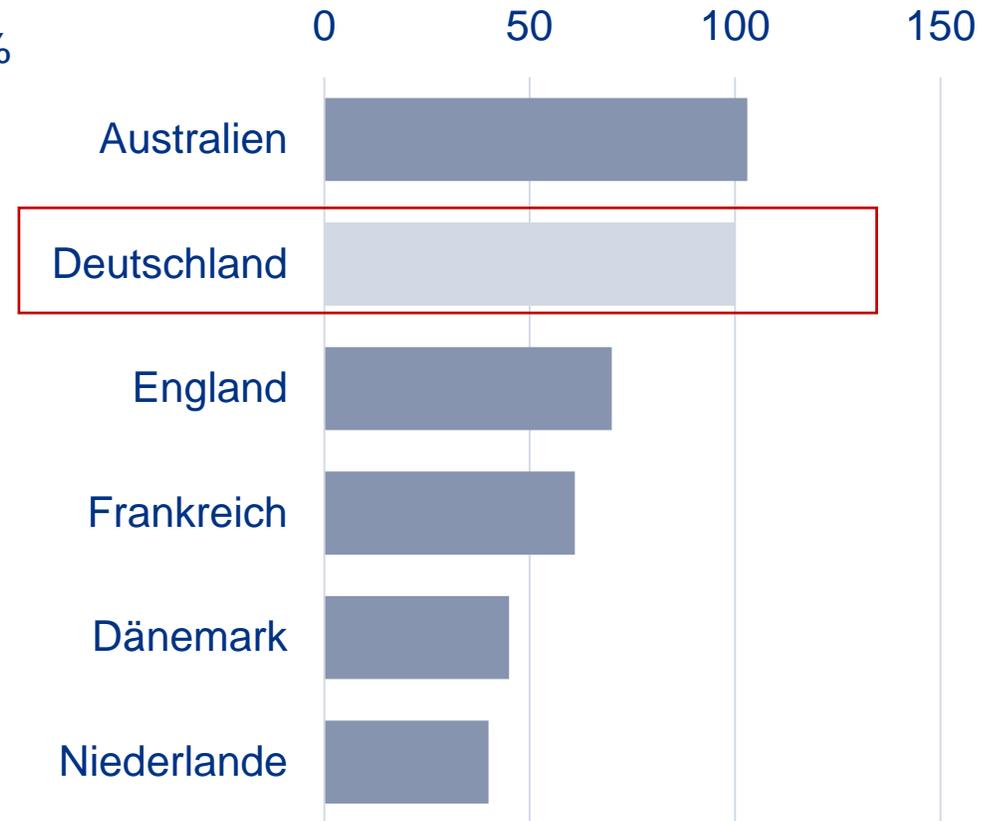
Indexdarstellung. Quelle: KG2-Statistik und ZI-Daten

# Viele „notfallmäßige“ Aufnahmen im internationalen Vergleich

Quotient stationäre Aufnahme  
Notfall/Notaufnahmebesuche



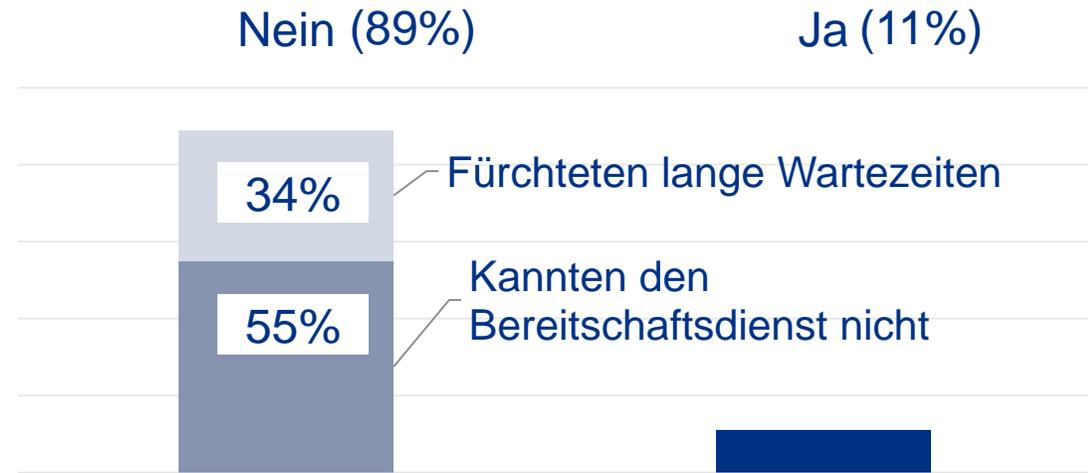
Stationäre Notfallaufnahmen je  
1.000 Einwohner



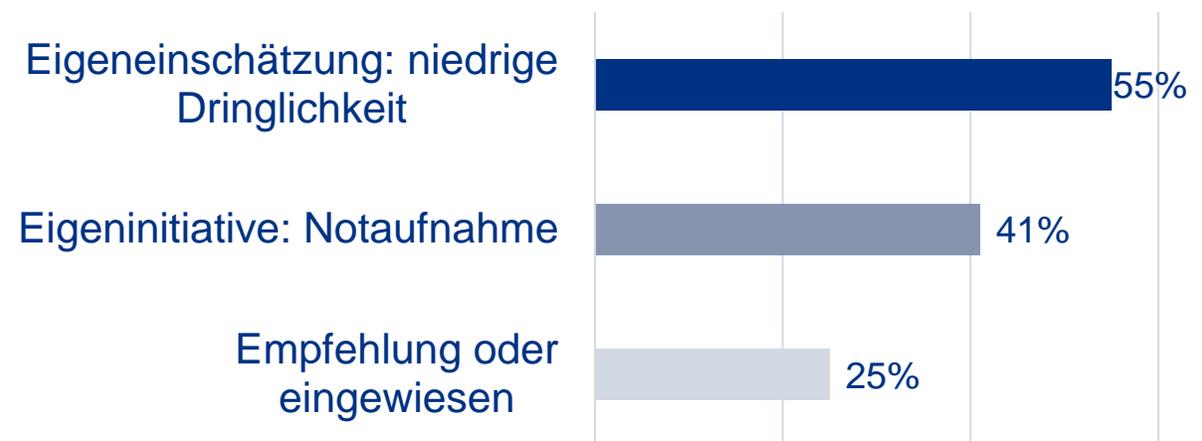
Quelle: Klauber 2017

- Eine repräsentative Befragung zum Aufsuchen der Notaufnahmen (Somasundaram et al. 2016):
  - 59% würden Notfalleinrichtung niedergelassener Ärzte aufsuchen, wenn vorhanden
  - Ein Teil der Patienten wird jedoch direkt vom Hausarzt telefonisch ins KH verwiesen
- Befragung im Rahmen der Pino Nord Studie (Scherer et al. 2017):
  - Viele Patienten fallen nicht unter die Definition eines medizinischen Notfalls

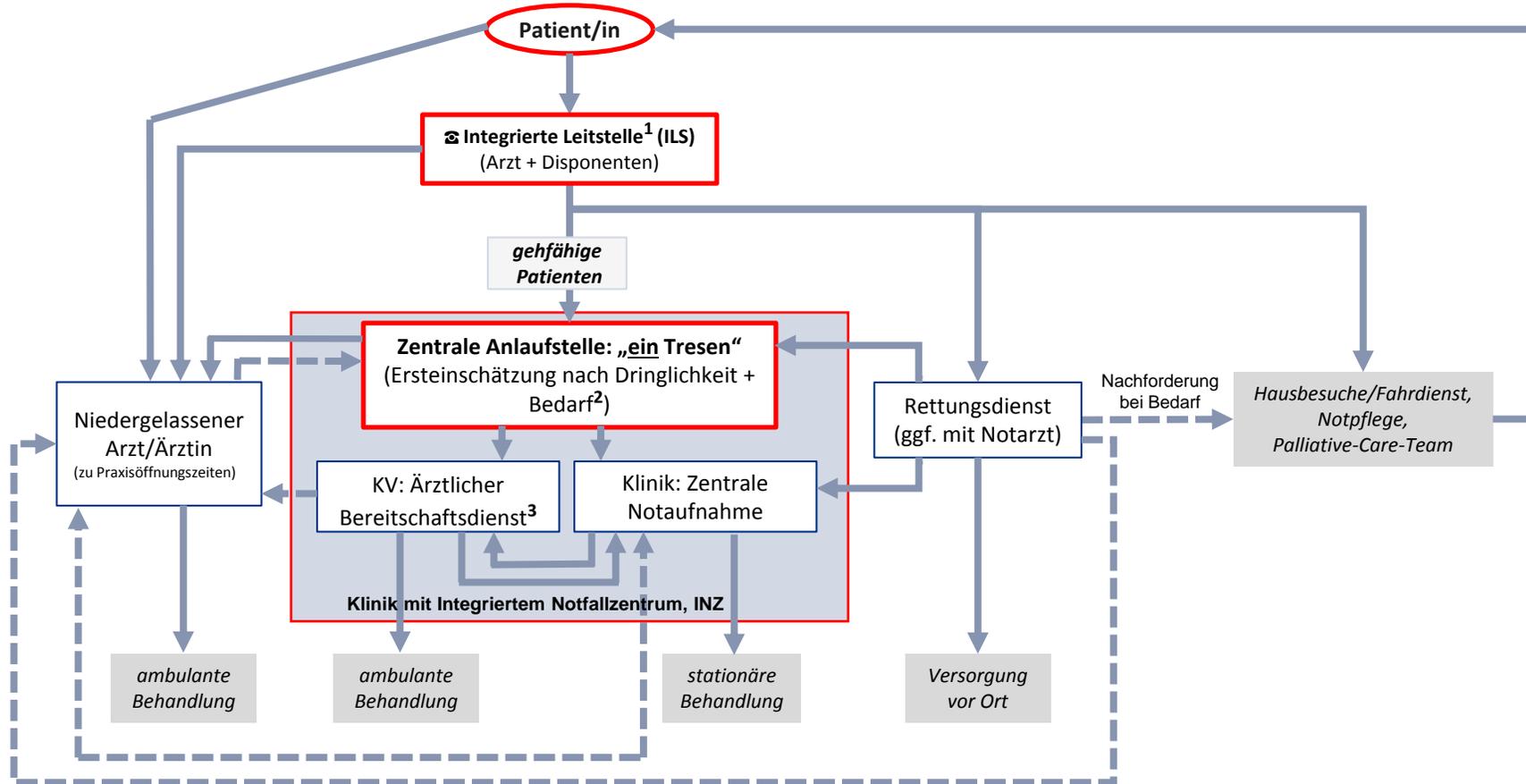
## Kontakt zum ambulanten Bereitschaftsdienst?



## Grund für den Besuch der Notaufnahme



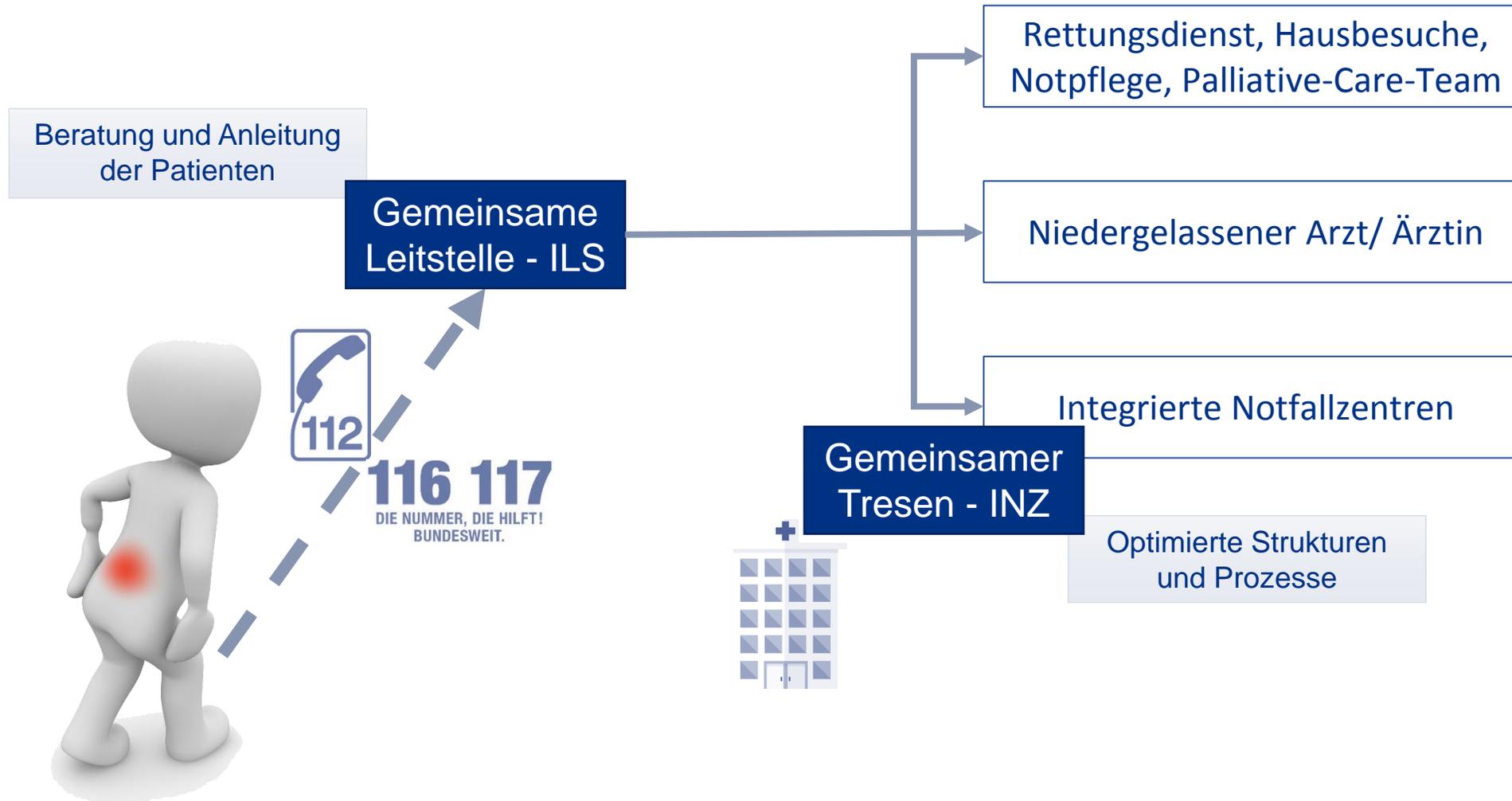
- Drei getrennte Bereiche: Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD), Rettungsdienst, Notaufnahmen der Kliniken
- Stark steigende Inanspruchnahmen, insbesondere in den Notaufnahmen, auch im Rettungsdienst
- Kette finanzieller Fehlanreize:
  - z.B. RTW-Transporte: i.d.R. kein Geld für Leertransporte
  - mehr Patienten in Notaufnahmen/Rettungsstellen
  - stationäre Aufnahmen steigen, da finanziell attraktiver als ambulant
- Überlastung und Unzufriedenheit des Personals
- Steigende Kosten, insbesondere infolge nicht bedarfsgerechter Versorgung auf höheren Versorgungsebenen



1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle

2 Ersteinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Ersteinschätzung muss unabhängig von Interessenskonflikten, die Patienten stationär aufzunehmen, erfolgen.

3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst



## Verbesserung der Patientensicherheit

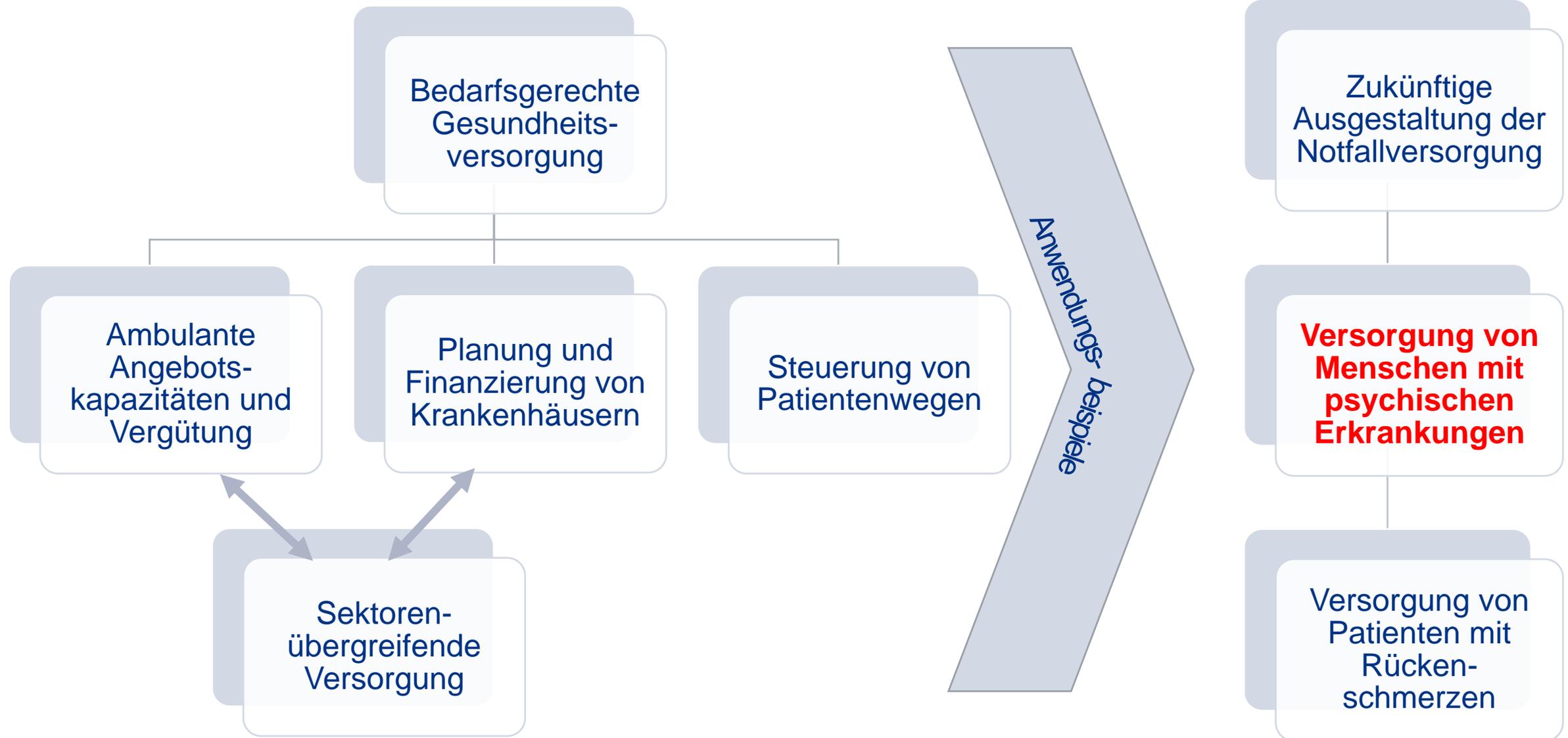
- Konsequente, unabhängige Triage erst am Telefon in den ILS, dann im INZ
- Einheitliche Notfallalgorithmen

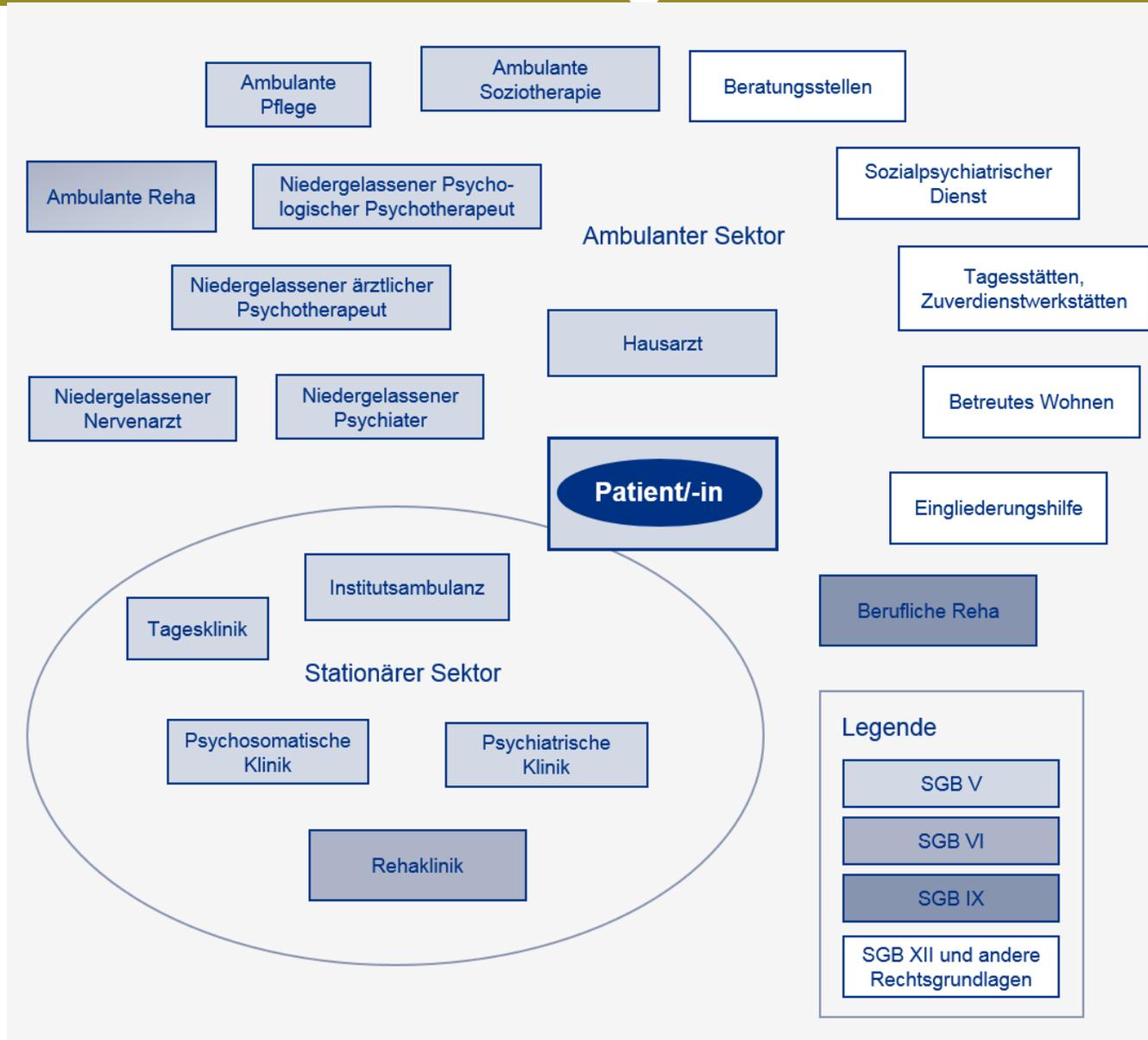
## Transparente und effiziente Prozesse

- Gestufte Notfallzentren als erste Anlaufstellen
- Gemeinsamer Tresen
- Gemeinsame Behandlungsstrukturen

## Zielführende Begleitung und Aufklärung

- Digitale Vernetzung aller Beteiligten
- Patienteninformationen und Aufklärungskampagnen
- Anreizsetzung z. B. mit Terminvereinbarungen

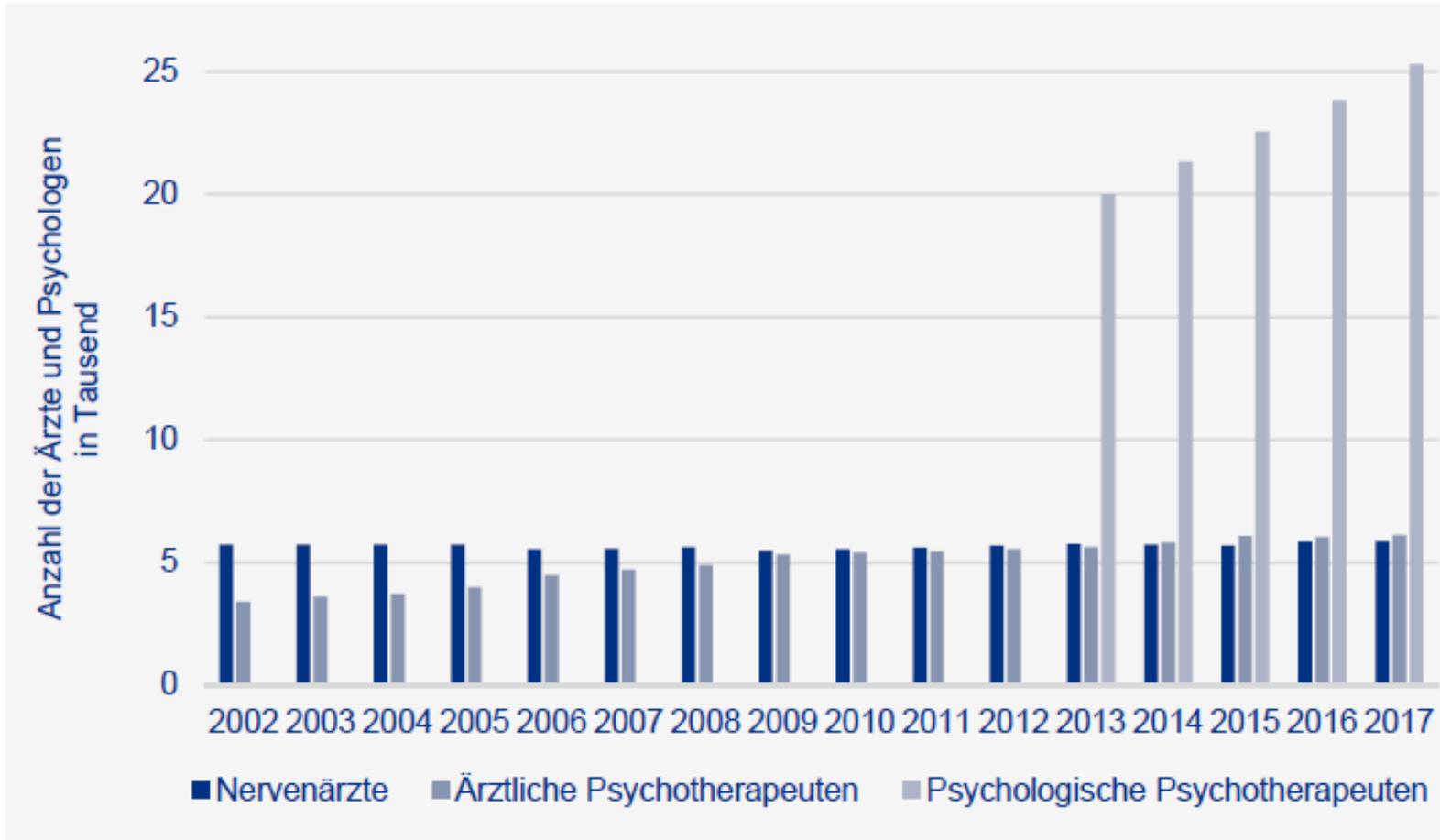




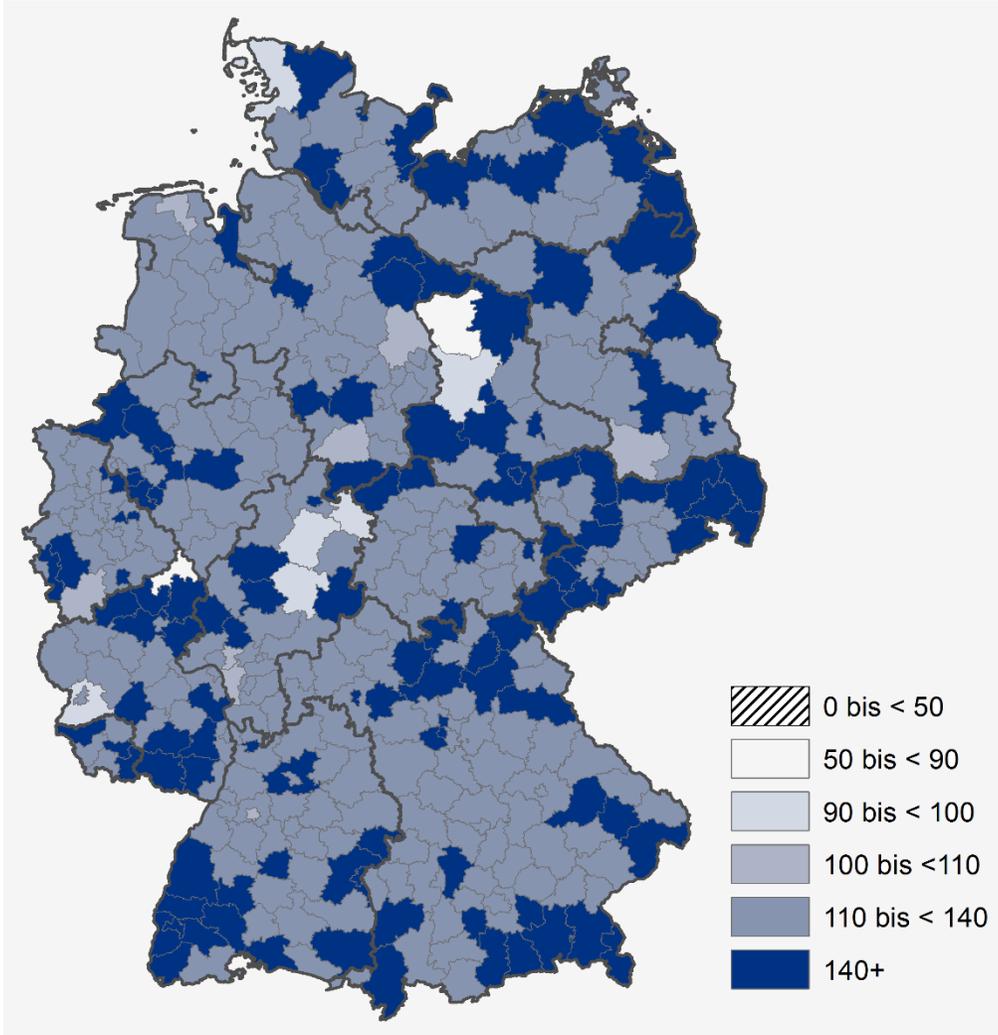
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Hauth (2017).

- **Besondere Komplexität** im Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Vielzahl an unterschiedlichen Leistungserbringern
- **Steigende Zahl** an Ärzten und Psychologen und formal gemäß Bedarfsplanung **ausreichende/hohe Versorgungsgrade**, jedoch erhebliche Wartezeiten
- Nach deutlichem Bettenabbau v.a. in den 90er-Jahren zuletzt **wieder leichter Bettenaufbau** (v.a. Psychosomatik)
- **Ambulantisierungspotenzial** noch nicht voll ausgeschöpft
- **Sektorengrenzen** auch in der psychiatrisch-psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung an vielen Stellen ausgeprägt und nachteilig für Koordination;
- **Jüngere Ansätze mit Innovationspotenzial:** Reform der Psychotherapie-Richtlinie, Stationsäquivalente Behandlung, Modellvorhaben nach §64b, Innovationsfonds

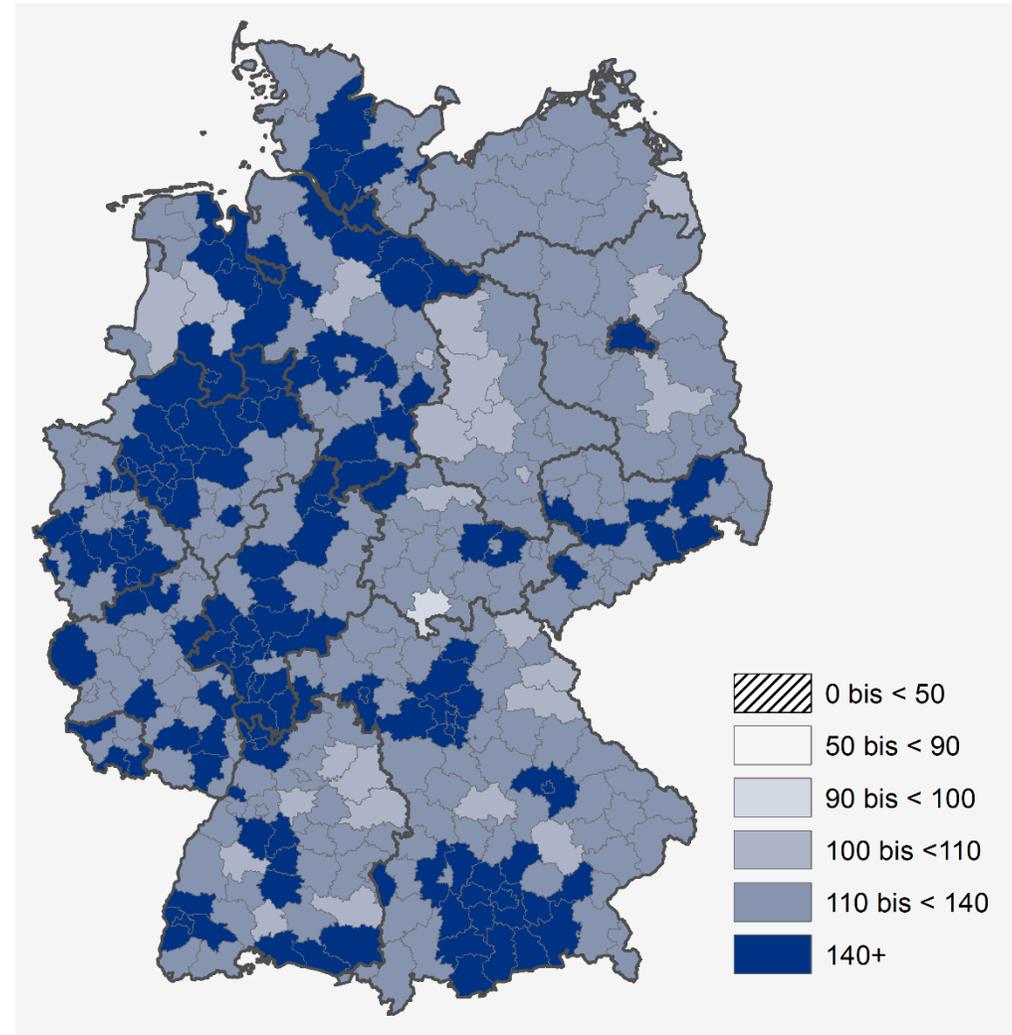
## Ärzte und Psychologen in der vertragsärztlichen Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von KBV (2018).



Bedarfsplanungsgruppe „**Nervenärzte**“  
(Ärzte)



Bedarfsplanungsgruppe „**Psychotherapeuten**“  
(Ärzte und Psychologen)

Stand: 2017  
Quelle: KBV auf  
individuelle  
Anfrage.

# Bettenzahlen: wieder leicht steigend



Quelle: Eigene Darstellung auf Basis von GBE-Bund (2018).

- **Fragebogenstudie** im Jahr 2017 zur koordinierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
  - **Angeschrieben:** Alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken und eine Stichprobe von niedergelassenen Ärzten und Psychologen (in Praxen/MVZ)
- **Rücklauf 33 %** (206 Chefärztinnen / Chefärzte und 245 Ärzte/Psychologen in Praxen/MVZ)

## Ergebnisse zu ambulanten und stationären Angeboten:

- Lange (geschätzte) Wartezeiten v.a. auf ambulante Angebote (z.B. ambulante Psychotherapie 4 Monate, elektivstationäre psychiatrische Behandlung: 1 Monat)
- Befragte sehen übereinstimmend einen Mangel an ambulanten Angeboten (reguläre psychiatrische Versorgung, hochfrequente/multimodale ambulante Versorgung, Tageskliniken). Bettenzahlen sollten hingegen nicht erhöht werden.
- Ambulant-sensitive Krankenhausfälle: Geschätzt 20-30 % der stationären Fälle vermeidbar, v.a. durch Institutsambulanzen, aber auch durch Tageskliniken und ambulante Psychiater
- Ein Drittel der Patienten in Notaufnahmen als Fehlansprache eingeschätzt. Vermuteter Hauptgrund: Zu lange Wartezeiten auf Termin beim ambulanten Psychiater

## Ergebnisse zu neuen Versorgungsformen und Finanzierung:

- Zufriedenheit bei Teilnehmern an Selektivverträgen und Modellvorhaben (größeres ambulantes Angebot, strukturiertere Versorgungsübergänge, ca. gleichbleibende Kosten)
- Skepsis gegenüber neuer Finanzierung gemäß PsychVVG
- Vom Home-Treatment gemäß PsychVVG wird jedoch eine Verbesserung erwartet

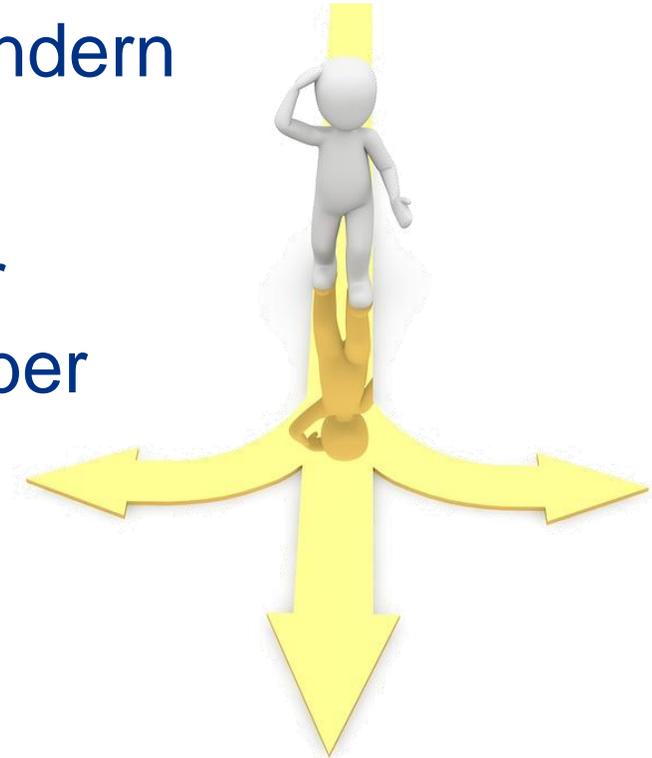
## Ergebnisse zur Koordinierung:

- Koordinationsarbeit derzeit entweder von Ärzten oder von Sozialarbeitern ausgeführt
- Wer könnte in Zukunft die Hauptkoordinierungsrolle übernehmen?  
Mehrheitlich: ärztliche Leistungserbringer, eher nicht Case Manager
  - bei leichteren Fällen: Hausärzte, ambulante Psychiater, Institutsambulanzen
  - bei schwereren Fällen: niedergelassene Psychiater, Institutsambulanzen

- **Ausbau ambulanter und teilstationärer Kapazitäten**
- Je nach Entwicklung der stationsäquivalenten Behandlung:  
**Schaffung neuer intensiv-ambulanter Angebote,**  
z. B. mit Möglichkeit eines multimodalen Therapieangebots
- **Bedarfsplanung in Psychiater und Neurologen auftrennen** für größere  
Transparenz und präzisere Planung
- **Überprüfung der Auslastung von KV-Sitzen,** ggf. anteilige Sitze stärken und  
Kapazitäten anpassen

- **Koordinationsverantwortung klar verorten**, z. B. verbindlich bei einem Leistungserbringer („Staffelmodell“), flankiert von angemessener Koordinationspauschale
- **Verstärkt Angebote für psychisch Erkrankte in „Lokalen Gesundheitszentren“** einbetten, z.B. mit Sozialarbeitern für koordinative Aufgaben und sektorenübergreifende Ansätze
- **Chancen digitaler Angebote nutzen**, beispielsweise für
  - niedrigschwellige Behandlung
  - begleitende digitale Angebote
  - die Koordination einer gestuften Versorgung mit Terminvergaben.Dabei auf **einheitliche und konsequente Qualitätssicherung** achten

- Gesundheitssystem aufgrund der Vielzahl der Leistungsanbieter und Versorgungswege komplex, daher (Selbst-)Steuerung unerlässlich
- Steuerungsdefizite nicht notwendig durch **mehr**, sondern durch **gezieltere** Steuerung ausgleichen
- Steuerungsinstrumente als Prozessinnovationen für effiziente und bedarfsgerechte Versorgungswege über Sektorengrenzen hinweg



## **Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

Dr. David Herr

Wissenschaftlicher Stab des Sachverständigenrats  
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Bundesministerium für Gesundheit  
Friedrichstr. 108, 10117 Berlin

[david.herr@bmg.bund.de](mailto:david.herr@bmg.bund.de)