

IMPLICON

Gesundheitspolitische Analysen

Die Notfallversorgung von morgen

Einblicke in die Werkstatt des Sachverständigenrats

10 | 2017

Bibliographische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über dnb.ddb.de abrufbar.

albring & albring pharmaceutical relations GmbH, Berlin

Verantwortlich: Dr. Manfred Albring, Helmut Laschet
Gestaltung: roman und braun medienproduktionen
Umschlaggestaltung: Robert Roman
Internet: www.implicon.de
ISSN: 2199-4978

Die Notfallversorgung von morgen

Einblicke in die Werkstatt des Sachverständigenrats

Erstmals in seiner gut dreißigjährigen Geschichte hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vor der Fertigstellung und offiziellen Übergabe seines Gutachtens Einblick in seine Überlegungen gegeben. Im Rahmen eines „Werkstattgesprächs“ präsentierte er Anfang September ein Konzept für die Neuordnung der Notfallversorgung, das die Notfallambulanz des Krankenhauses, den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und den Rettungsdienst integriert. Ursächlich dafür ist eine seit Jahren anhaltende Fehlentwicklung mit abnehmender Inanspruchnahme des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes und einer Direktinanspruchnahme von Klinikambulanzen und Rettungsdiensten, die wahrscheinlich zu einer teuren Fehlallokation aufgrund vermeidbarer Krankenhausfälle führen. Parallel zu den Überlegungen des Sachverständigenrats arbeiten auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Marburger Bund an einer Reform der Notfallversorgung – ein seltenes Beispiel für eine Kooperation von Organisationen der ambulanten und der stationären Versorgung. Nahezu sicher erscheint, dass das Thema auf die gesundheitspolitische Agenda in der neuen Legislaturperiode kommt.

...

...

Die gegenwärtige Notfallversorgung arbeitet in drei getrennten Bereichen: den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst mit Vertragsärzten und Honorarkräften, die Rettungsdienste etwa dem des Roten Kreuzes oder der Feuerwehr mit Notfallmedizinern und die Notfallaufnahmen der Krankenhäuser. Die Entwicklung ist von einer divergierenden Inanspruchnahme geprägt:

Von 2009 bis 2015

- sank die Zahl der Fälle im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst um **15 Prozent**,
- stieg die Zahl der Fälle in Notfallambulanzen der Krankenhäuser um **43 Prozent** und
- nahm die Zahl der Fälle beim Rettungsdienst um **34 Prozent** zu.

Holzweg in teure Strukturen

Diese Entwicklung, so Ratsmitglied Professor Marion Haubitz (Klinikum Fulda, Medizinische Hochschule Hannover) führt zu einer Reihe unerwünschter Effekte:

- Überlastung und lange Wartezeiten in Krankenhausambulanzen,
- Unkenntnis der Telefonnummer des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes (116 117) führt zu zunehmender Nachfrage nach Leistungen der Rettungsdienste,
- weil Rettungsdienste keine Vergütung für Leertransporte erhalten, auch wenn der Notarzt vor Ort ausreichende medizinische Hilfe leisten kann, werden medizinisch nicht indizierte Krankenhausaufnahmen verursacht,
- steigende, aber nicht bedarfsgerechte Inanspruchnahme von höheren Versorgungsebenen
- Fehlanreize für Krankenhäuser, über die Notfallambulanzen, stationäre Fälle zu generieren.

Nach Ergebnissen der KBV-Versichertenbefragung würden inzwischen mehr als 40 Prozent (2015) in die Krankenhausambulanz gehen, wenn sie nachts oder am Wochenende ärztliche Hilfe bräuchten; 2006 waren es weniger als 30 Prozent. Nur noch etwas mehr als fünf Prozent würden sich an den Hausarzt wenden, neun Jahre zuvor waren es noch 15 Prozent. Abnehmende Tendenz auch beim ärztlichen Bereitschaftsdienst, signifikante Zunahme dagegen bei den Rettungsdiensten.

Eine Erhebung in zwei Berliner Krankenhaus-Notaufnahmen ergab, dass 89 Prozent der dort Hilfe suchenden Patienten zuvor keinen Kontakt zum vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst hatten. 55 Prozent kannten den Bereitschaftsdienst überhaupt nicht, weitere 34 Prozent fürchteten, dort lange Wartezeiten zu haben. 59 Prozent würden den Bereitschaftsdienst der Vertragsärzte in Anspruch nehmen, wenn dieser vorhanden wäre (oder bekannt wäre). Aber ein Teil der Patienten wird auch vom Hausarzt direkt an die Klinik verwiesen.

Inzwischen existiert eine Reihe von Reformmodellen: eine einheitliche Leitstelle mit standardisierter Abfrage des Gesundheitsproblems zur Einschätzung des Interventionsbedarfs beispielsweise im Saarland und in Baden-Württemberg, die im Krankenhausstrukturgesetz angelegten Portalpraxen, Modellvorhaben wie

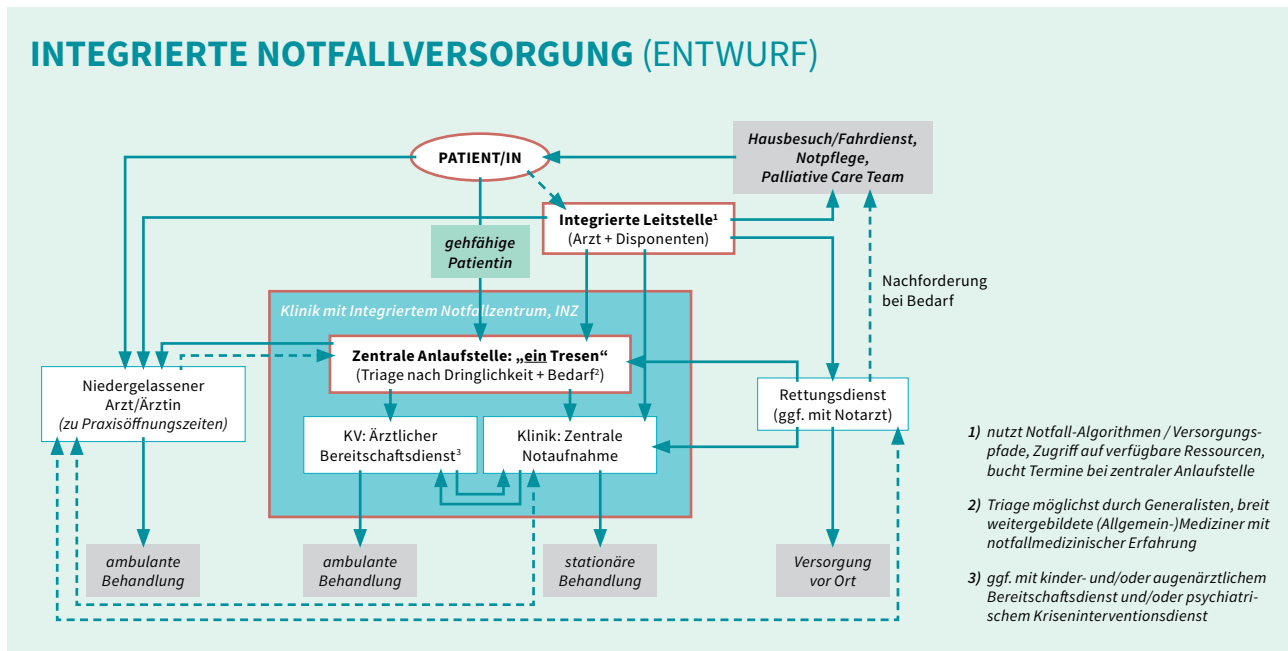
„DocDirect“ mit einer telefonischen Ersteinschätzung und gestufte Notfallstrukturen mit Mindeststandards, entwickelt vom Gemeinsamen Bundesausschuss.

Weitaus geordneter geht es im Ausland zu. Beispiel Niederlande: Außerhalb der Sprechzeiten in der ambulanten Versorgung sind Gatekeeper, bestehend aus Hausärzte-Netzen, dafür zuständig, die Notfallversorgung zu steuern. Ferner ist eine elektronische Patientenakte im Bereitschaftsdienst und in der Telefontriage verfügbar. Beispiel Dänemark: Die Notfallversorgung ist stark zentralisiert; Flow Teams leiten Patienten in die richtige Versorgungsebene, Rettungsdienste und Pflegekräfte sind hoch qualifiziert, es existiert eine starke IT-Unterstützung.

Das Konzept des Integrierten Notfallzentrums

Das Reformkonzept für eine integrierte Notfallversorgung erläutert der Vorsitzende des Sachverständigenrates, Professor Ferdinand Gerlach (Universität Frankfurt) wie folgt: Der Patient wendet sich an eine integrierte Leitstelle (die bundesweit eine einheitliche Rufnummer, zum Beispiel 112 hat). Die Leitstelle ist mit einem Arzt und mit Disponenten besetzt und nutzt Notfall-Algorithmen und Versorgungspfade; ferner bucht sie Termine bei der zentralen Anlaufstelle. An diese zentrale Anlaufstelle werden gehfähige Patienten verwiesen. Aufgrund gebuchter Termine durch die Disponenten der integrierten Leitstelle können lange Wartezeiten in der zentralen Anlaufstelle vermieden werden. Wer hingegen die integrierte Leitstelle nicht konsultiert, sondern als Patient direkt in die zentrale Anlaufstelle geht, muss sich in die Warteschlange einreihen. In der zentralen Anlaufstelle werden Patienten nach Dringlichkeit und medizinischem Bedarf triagiert: Generalisten, idealerweise Allgemeinärzte mit notfallmedizinischer Erfahrung behandeln Akutfälle, entscheiden über fachärztliche Weiterbehandlung durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVen oder in weniger dringlichen Fällen durch die normale vertragsärztliche Versorgung. Sie entscheiden aber auch darüber, ob der Patient über die zentrale Notaufnahme der Klinik stationär behandelt werden muss. Dabei wird auch darüber entschieden, in welcher Klinik der Patient weiter behandelt wird – die muss nicht zwangsläufig dasjenige Krankenhaus sein, an dem die jeweilige zentrale Anlaufstelle disloziert ist. In manchen Fällen, etwa bei Schlaganfall, ist es günstiger, Zeit und Wege bis zur Klinik mit einer Stroke Unit in Kauf zu nehmen, weil die Behandlungsergebnisse dort aufgrund spezieller Expertise und Ausstattung besser sind. Wesentlich ist, dass die zentrale Anlaufstelle nach dem „Ein-Tresen-Prinzip“ organisiert und unabhängig vom Krankenhaus (und dessen spezifischen Interessen) arbeitet. Aus diesem Grund soll das integrierte Notfallzentrum von den Kassenärztlichen Vereinigungen getragen werden.

INTEGRIERTE NOTFALLVERSORGUNG (ENTWURF)



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Zugang über die integrierte Leitstelle

Eine zentrale Rolle beim Zugang in die Notfallversorgung spielt die integrierte Leitstelle:

- Sie hat eine bundesweit einheitliche Telefonnummer.
- Der anrufende Patient erreicht zunächst einen Dispatcher – eine erfahrene Pflegekraft oder Medizinische Fachangestellte.
- Auf der zweiten Ebene wird ein erfahrener Arzt, idealerweise ein Allgemeinarzt eingeschaltet.
- Entschieden wird dann über den adäquaten Behandlungsbedarf: etwa bei gefährlichen Patienten die Zuweisung an die zentrale Anlaufstelle eines integrierten Notfallzentrums.
- Bei nicht gefährlichen Patienten und dringend notwendigem Interventionsbedarf disponiert die integrierte Leitstelle den Rettungsdienst, gegebenenfalls mit einem Notarzt.
- Der Notarzt entscheidet darüber, ob eine medizinische Versorgung vor Ort ausreichend ist (dies und der gesamte Einsatz werden auch vergütet) oder ob eine Einlieferung in die zentrale Notaufnahme eines Krankenhauses notwendig ist.
- Der Notarzt kann aber auch im Bedarfsfall den Hausbesuch eines Notpflegedienstes oder eines Palliativ-Care-Teams anfordern.
- Ist es möglich, bereits im Telefonkontakt zwischen Patient/Angehörigem und der Integrierten Leitstelle zu eruieren, ob ein Pflegeeinsatz ausreichend und zweckmäßig ist, so kann dies auch von der integrierten Leitstelle aus disponiert werden.

Als flankierende Maßnahmen will der Sachverständigenrat empfehlen:

- die Ausweitung der Sprechzeiten von Hausärzten mit entsprechend geförderten Anreizen,
- vermehrte Samstags- und Abendsprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung,
- die Erweiterung der Befugnisse von Notfallsanitätern mit einem einheitlichen Ausbildungsstandard und weiteren Qualifizierungskursen,
- die gezielte Aufklärung der Bevölkerung über das Konzept der gestuften Notfallversorgung mit einer einheitlichen Rufnummer, Informationsportalen und First-Responder-Konzepten.

Reform der Vergütung

Die Neuordnung der Notfallversorgung erfordert auch eine Anpassung der Vergütungssystematik, wie Ratsmitglied Professor Jonas Schreyögg (Universität Hamburg) erläuterte. Vorgeschlagen werden soll:

- Gesetzliche und private Krankenversicherung zahlen die Vergütung direkt an das integrierte Notfallzentrum. Das Zentrum ist eine eigenständige organisatorische Einheit, die aus dem Krankenhaus herausgelöst ist, aber räumlich an der Klinik disloziert ist. Damit wird sichergestellt, dass das Notfallzentrum unabhängig von spezifischen Krankenhausinteressen entscheidet.
- Das integrierte Notfallzentrum kompensiert Leistungen der Krankenhausnotaufnahme und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes; das erfordert eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung der Vertragsärzte und der Krankenhausbudgets.
- Die Bundesländer sollen Pläne für die Notfallversorgung erstellen und die Standorte für integrierte Notfallzentren festlegen; Ausschreibungslösungen werden für denkbar gehalten. Anders als jetzt werden die Einzugsräume für solche Notfallzentren wesentlich größer, an vielen Kliniken wird daher kein Notfallzentrum vorhanden sein.
- Die Trägerschaft der Notfallzentren soll bei Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern liegen, Betreiber soll aber nur die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung sein.

Für die Vergütung ist ein mehrstufiges System vorgesehen: Zum einen soll eine sektorübergreifende Grundpauschale für alle Vorhaltekosten vorgesehen. Diese Grundpauschale kann je nach Kapazität und Ausstattung dreistufig ausgestaltet werden und folgt damit dem Prinzip der Notfallzuschläge nach dem Krankenhausstrukturgesetz. Darüber hinaus wird eine Pauschale pro Notfall gezahlt, die unabhängig von der Fallschwere und dem Ort der Leistungserbringung sein soll. Einen Zuschlag soll es nur dann geben, wenn Patienten zur Beobachtung im Notfallzentrum bleiben müssen.

Der Rettungsdienst soll ein eigenständiger Leistungsbereich im SGB V werden. Dabei soll der Einsatz selbst – und nicht nur der Transport – als medizinische Leistung abgerechnet werden können. Der Einsatz wird – anders als derzeit – auch dann vergütet, wenn kein Krankentransport stattfinden muss, weil der Notarzt den Patienten vor Ort medizinisch ausreichend behandeln kann. Die Vorhaltekosten des Rettungsdienstes sollen aus Steuermitteln bezahlt werden, die Betriebskosten sollen gesetzliche und private Krankenversicherung übernehmen.

Aufnahme in die Koalitionsvereinbarung

Grundsätzlich hat das Ziel einer Reform der Notfallversorgung – ungeachtet der Korrekturen, die das Krankenhausstrukturgesetz mit der Schaffung von Portalpraxen mit sich gebracht hat – gute Chancen, in den Koalitionsvertrag für die neue Legislaturperiode aufgenommen zu werden. Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sieht den Reformbedarf, unter anderem auch deshalb, weil das Konzept der Portalpraxen sehr heterogen ausgestaltet wird.

Aus der Sicht der KBV enthält das Konzept des Sachverständigenrates viele Elemente, wie sie auch die KBV mit dem Marburger Bund entwickelt habe, so KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. Andreas Gassen. Wichtig seien vor allem die zentrale Anlaufstelle, die Weichenstellung für die richtige Versorgungsebene und eine einheitliche Art der Triagierung. Eine zeitliche Ausweitung des Sprechstundenangebots in der vertragsärztlichen Versorgung werde es nur bei einer entsprechenden Incentivierung geben können. Wesentlich an dem Modell seien jedoch die Zentrenbildung und die Besetzung mit qualifiziertem Personal. Das sei freilich nicht an 2000 Standorten in Deutschland möglich.

Für die Krankenhäuser und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind die Vorstellungen des Sachverständigenrats hingegen schwer verdaulich. Der Grund ist, dass in vielen Krankenhäusern Notfallambulanzen geschlossen werden würden und damit ein Instrument zur Generierung von Krankenhausfällen aus der Notfallversorgung nicht mehr zur Verfügung stünde. Vorsorglich argumentiert DKG-Chef Georg Baum, Notfallversorgung finde immer im Krankenhaus statt und somit auch an der richtigen Stelle. Die Kliniken könnten sich gar nicht der Notwendigkeit entziehen, ihre Türen stets für Notfälle offenzuhalten. Mit dem Konzept des Sachverständigenrates entstehe ein neuer Leistungssektor im Gesundheitswesen – mit dem Risiko neuer Fehlanreize. Das könnten etwa Kurzlieger-Stationen sein, für die Notfallzentren eine eigene Vergütung erhalten sollen – wobei eigentlich die Kapazitäten dafür im Krankenhaus vorhanden seien.

Auch der GKV-Spitzenverband sieht noch nicht die Notwendigkeit, Notfallzentren als eine eigenständige Organisationsform zu implementieren. Ähnlich wie die DKG befürchtet GKV-Vorstandsmitglied Johann Magnus von Stackelberg, dass ein neuer eigenständiger Leistungssektor entsteht. Er plädiert dafür, dass KVen und Krankenhäuser die Notfallzentren gemeinsam betreiben.

Fazit:

Das nächste, durchaus komplizierte Reformprojekt im Gesundheitswesen ist inzwischen definiert. Seine Umsetzung wird allerdings Zeit erfordern. Der Sachverständigenrat Gesundheit wird das Gutachten erst in der zweiten Jahreshälfte 2018 fertiggestellt haben. Allerdings können zuvor schon Vorarbeiten für bessere Rahmenbedingungen geleistet werden: Dazu zählt vor allem die Digitalisierung der Medizin: etwa ein elektronischer Medikationsplan als Mindestvoraussetzung, ferner der Start der digitalen Patientenakte, die Entwicklung von Notfall-Algorithmen und deren Implementierung in die Praxis sowie die Abschätzung des Personal- und Qualifikationsbedarfs. Begleitet werden muss die Implementation dieses Reformkonzepts durch eine Informationskampagne für die Bevölkerung, denn dort herrscht die irriige Auffassung vor, das Krankenhaus sei jederzeit der beste Ort zur Behandlung tatsächlicher oder vermeintlicher Notfälle.

Helmut Laschet

Hauptstadtkorrespondent

Ärzte Zeitung

Bitte besuchen Sie uns auch unter www.implicon.de.

Hier finden Sie unter der Rubrik „News“ die wichtigsten gesundheitspolitischen Nachrichten des letzten Monats.

Impressum:

Herausgeber: Dr. med. Manfred Albring, Tel.: 030/431 02 95

Redaktion: Helmut Laschet (verantwortlich)

Anschrift: Warnauer Pfad 3, 13503 Berlin

Layout: Robert Roman, Roman und Braun

Wissenschaftlicher Beirat:

Dr. med. Jürgen Bausch

Ehrenvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Professor Dr. Gerd Glaeske

Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen

Professor Roger Jaeckel

Director Market Access D.A.CH Baxter Deutschland GmbH, Unterschleißheim

Professor Dr. Klaus Jacobs

Geschäftsführung Wissenschaftliches Institut der AOK

Univ.-Professor Dr. Günter Neubauer

Direktor des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München

Professor Dr. Eberhard Wille

Stellvertretender Vorsitzender des Sachverständigenrats
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Kassen steigern Finanzreserven um 2,4 Milliarden Euro

Eine mit 2,4 Prozent moderate Ausgabensteigerung im ersten Halbjahr und sprudelnde Einnahmen auch aufgrund einer steigenden Zahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigten hat zu einem Wachstum der Finanzreserven der gesetzlichen Krankenversicherung um 2,4 auf 17,5 Milliarden Euro zum 30. Juni 2017 geführt. Der Überschuss der Kassen belief sich in den ersten sechs Monaten dieses Jahres auf 1,41 Milliarden Euro, ein Jahr zuvor waren es 600 Millionen. Zusammen mit der Liquidität im Gesundheitsfonds belaufen sich die gesamten GKV-Reserven auf 23,6 Milliarden Euro (plus 1,8 Milliarden Euro). Vor allem die großen Ausgabenblöcke wachsen verhalten: plus 3,8 Prozent für ambulante ärztliche Versorgung, plus zwei Prozent für Arzneimittel, plus 1,3 Prozent für Krankenhäuser. Die Kosten für Verwaltung sanken um 0,3 Prozent.

Pflege: Mehr Begutachtungen, längere Wartezeiten

Die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu Jahresbeginn hat zu mehr als 900.000 Begutachtungen im ersten Halbjahr 2017 geführt; im gleichen Vorjahreszeitraum waren es 843.000. Nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wurden 646.000 Begutachtungen durchgeführt, der Rest nach altem Recht, weil die Anträge im Vorjahr gestellt worden waren. Nur 14,3 Prozent der Anträge wurden abgelehnt, im Jahr zuvor betrug die Ablehnungsquote 18 Prozent. Die Bearbeitungsdauer stieg von 16,2 auf 27,2 Arbeitstage. 29,1 Prozent der Einstufungen entfallen auf den Pflegegrad 2, der Pflegegrad fünf wurde in 5,2 Prozent der Anträge zuerteilt.

GKV und PKV kündigen Vertrag für Klinikzentren

Der GKV-Spitzenverband hat zusammen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung den auf einer Schiedsamtsentscheidung beruhenden Vertrag zur Finanzierung von Behandlungszentren einschließlich seiner Anlagen gekündigt. Zugleich wurde die Deutsche Krankenhausgesellschaft aufgefordert, Neuverhandlungen aufzunehmen. Nach Auffassung der Kassenseite wird der Spruch des Bundesschiedsamts nicht dem Auftrag des Krankenhausstrukturgesetzes gerecht, weil allein die Aufnahme einer Klinik als Zentrum in die Krankenhausplanung ausreiche und keine weiteren strukturierenden Elemente gefordert werden. Als Folge gebe es 200 Kliniken, die einen Zuschlag als Zentrum erhielten, aber keine einheitliche Definition dessen, was ein Zentrum sei. Nach dem Krankenhausstrukturgesetz läuft Ende 2017 die Übergangsfinanzierung für bestehende Zentren aus. Nach Vorstellungen des GKV-Spitzenverbandes könnte die Versorgung von seltenen Erkrankungen als Blaupause dienen: So habe das Nationale Aktionsbündnis für Menschen mit Seltenen Erkrankungen (NAMSE) bundeseinheitliche Kriterien entwickelt, auf deren Basis die Finanzierung für entsprechende Zentren erfolgt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hält die Kündigung für nicht gerechtfertigt und forderte GKV und PKV auf, sie zurückzuziehen.

1,18 Prozent Honorarsteigerung für Vertragsärzte

Mit einem aus Sicht der KBV enttäuschenden Ergebnis ist das Schiedsverfahren für die auf Bundesebene zu vereinbarenden Elemente der Honorarentwicklung 2018 beendet worden: Danach wird der Orientierungspunktwert um 1,18 Prozent angehoben, das führt zu einem zusätzlichen Honorar von insgesamt 438 Millionen Euro. Der Punktwert steigt damit von 10,53 auf 10,65 Cent. Die KBV hatte einen Zuwachs von 2,4 Prozent gefordert, der GKV-Spitzenverband eine Nullrunde angeboten. Zusätzlich zur Steigerung des Orientierungspunktwertes fließen 63 Millionen Euro für die Finanzierung der Nichtärztlichen Praxisassistentin und 400 Millionen Euro für extrabudgetäre Leistungen.

Seit Jahren können sich KBV und GKV-Spitzenverband bei den Honorarrunden nicht aus eigener Kraft einigen und rufen regelmäßig den Erweiterten Bewertungsausschuss an, dessen Vorsitzender Professor Jürgen Wasem den Ausschlag beim Honoraranstieg gibt. Der KBV-Vorsitzende Dr. Andreas Gassen fordert deshalb, die Honorarverhandlungen wie vor 2009 getrennt mit einzelnen Kassenarten und Krankenkassen zu führen.

Auf regionaler Ebene werden zusätzlich die Faktoren Demografie und Morbidität berücksichtigt. Mit rund 80 Millionen Euro ist dieser Wachstumsfaktor allerdings nur von geringer Bedeutung, in einigen Regionen sogar negativ. So müssen die Vertragsärzte in Hamburg bei diesen zwei Determinanten einen Rückgang von 0,72 Prozent hinnehmen. In den neuen Bundesländern liegt der Demografiefaktor zwischen 0,07 Prozent in Sachsen und 0,25 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern. Die stärksten Morbiditätssteigerungen haben Bremen mit 1,97 Prozent und das Saarland mit 1,87 Prozent, gefolgt von den neuen Bundesländern. Basis für die Bemessung des Demografiefaktors ist die Kodierung der Abrechnungen nach der ICD 10.

Orientierungswert für Krankenhäuser steigt um 2,11 Prozent

Auf der Basis vorhandener Preis- und Kostenindizes hat das Statistische Bundesamt den Anstieg des Orientierungswerts für Krankenhäuser in der Periode von Mitte 2016 bis Mitte 2017 auf 2,11 Prozent festgelegt. Er gibt die durchschnittliche jährliche prozentuale Veränderung der Krankenhauskosten wider. Der Teilorientierungswert für Personalkosten lag danach bei 2,73 Prozent, der für Sachkosten bei 1,11 Prozent.

G-BA schafft Regeln für Zweitmeinung

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die ersten Indikationen beschlossen, bei deren Vorliegen Patienten eine Zweitmeinung vor einem Eingriff beanspruchen können: Dies sind die Tonsillektomie und die Hysterektomie. Zugleich regelt die Richtlinie die Qualifikationsanforderungen, die Vertragsärzte erfüllen müssen, um für eine Zweitmeinung konsultiert werden zu können. Wesentliche Voraussetzung ist die wirtschaftliche Unabhängigkeit von der Leistungserbringung. Über die Höhe der Vergütung der Zweitmeinung muss jetzt der Bewertungsausschuss von KBV und GKV-Spitzenverband entscheiden.

Hecken kritisiert thematische Schwerpunkt des Innovationsfonds

Zu viel Versorgungsforschung und telemedizinische Projekte, zu wenig Ideen für eine Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, für die Versorgung älterer Menschen und die Versorgung in strukturschwachen Regionen. Dies hat der Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses, Josef Hecken, der zugleich auch dem Ausschuss für den Innovationsfonds vorsitzt, kritisiert. Hecken fordert mehr Flexibilität beim Einsatz von Fördermitteln. Den Topf für Versorgungsforschung von 75 Millionen Euro hält er für zu großzügig bemessen; er will die Möglichkeit haben, aus diesem Topf auch die Weiterentwicklung von Leitlinien mit fünf bis sechs Millionen Euro zu fördern. Das Geld würde dann den wissenschaftlichen Fachgesellschaften zufließen.

AMNOG hat den Markteintritt für Innovationen erschwert

Nach einer Analyse der Wirtschaftswissenschaftler Dieter Cassel und Volker Ulrich im Auftrag des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie hat die frühe Nutzenbewertung die Verfügbarkeit von Arzneimittelinnovationen in Deutschland deutlich gesenkt. Von 170 in der EU zwischen 2012 und 2015 neu zugelassenen Arzneimitteln wurden 30 erst gar nicht in Deutschland eingeführt, weitere 22 wurden während oder nach dem Bewertungsprozess wieder aus dem Vertrieb genommen. Die Verfügbarkeitsquote von Innovationen liege damit knapp unter 70 Prozent. Diese Quote sei in Großbritannien, Frankreich und den Niederlanden deutlich höher. Andererseits führe ein positives Nutzenbewertungsergebnis nicht automatisch dazu, dass Ärzte solche Innovationen verstärkt einsetzten. So liege der Ordnungsgrad von Ticagrelor in der Subgruppe mit beträchtlichem Zusatznutzen vier Jahre nach der Einführung bei 27 Prozent. Ausschlaggebend ist dabei auch die jeweilige Wettbewerbssituation, also die Verfügbarkeit von preiswerteren Verordnungsalternativen.

Erhebliche Widersprüche zwischen Leitlinien und Nutzenbewertungen

Ärzte würden viele Therapieoptionen verlieren, wenn sie ihre Arzneiverordnungen primär an den Nutzenbewertungsentscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses orientieren würden. Das ist das Ergebnis einer Studie der HealthEcon im Auftrag des Verbandes forschender Pharma-Unternehmen. Untersucht worden war dabei das Ausmaß der Nichtübereinstimmung von Patientengruppen-Bildung sowie Nutzenbewertungsergebnissen mit den Empfehlungen in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. Von den betrachteten 102 Patientengruppen stimmten 38 Prozent nicht überein. Noch größer war das Ausmaß der Diskordanz zwischen Nutzenbewertungsergebnissen und Leitlinien-Empfehlungen: In 60 Prozent gab es keine Übereinstimmung oder zumindest Abweichungen. Würden Ärzte Nutzenbewertungsentscheidungen allein zugrunde legen, hätten sie in manchen Konstellationen keine Therapiemöglichkeiten mehr.