



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Gesundheitsversorgung der Zukunft – mehr Koordination der Versorgung und bessere Orientierung für Patientinnen und Patienten

Deutscher Ärztetag

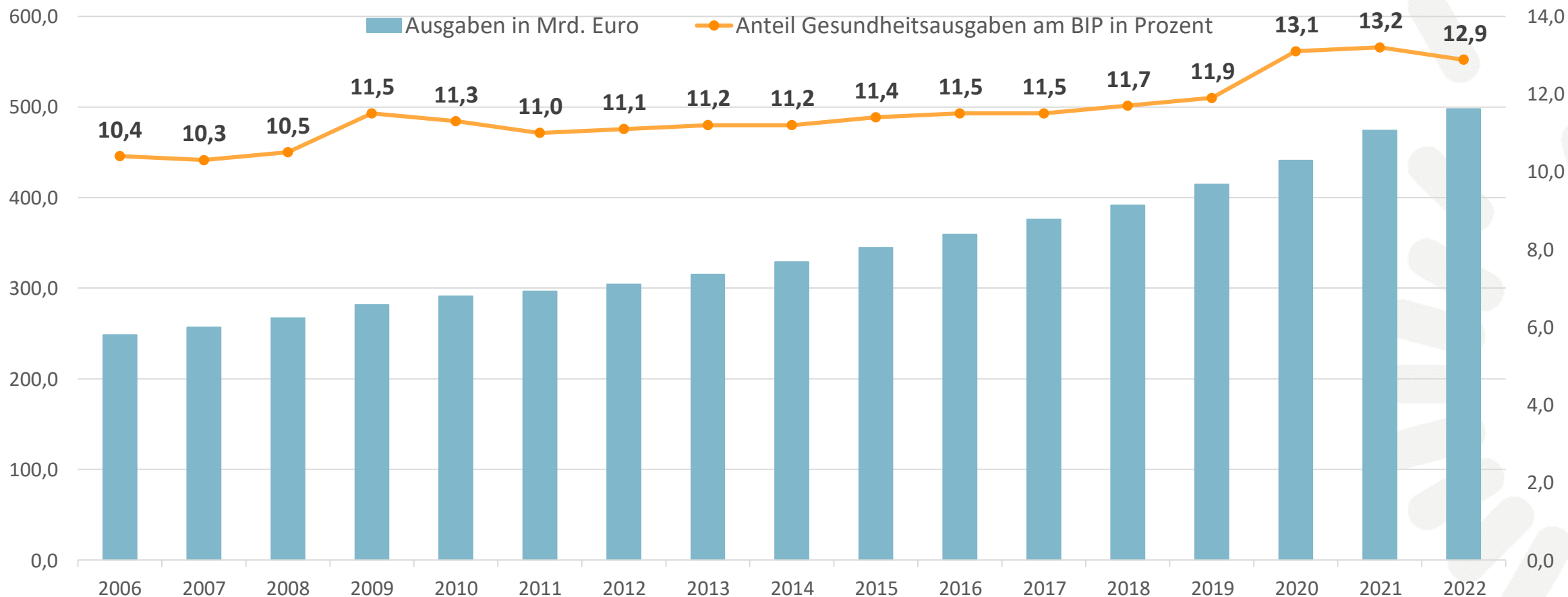
Mainz | 8. Mai 2024

Professor Josef Hecken

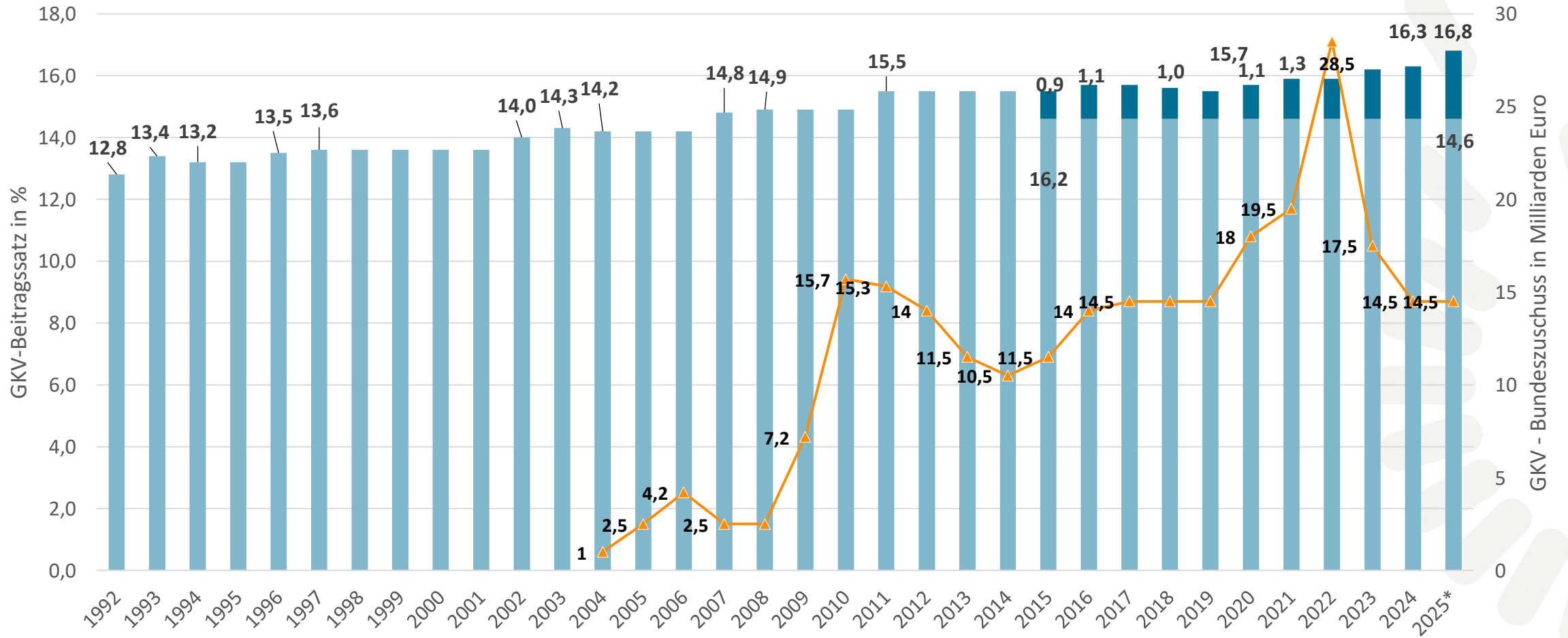
Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses und
Vorsitzender des Innovationsausschusses beim G-BA

Herausforderungen

Entwicklung Gesundheitsausgaben (2006-2022)



Entwicklung GKV-Beitragssatz und Bundeszuschuss

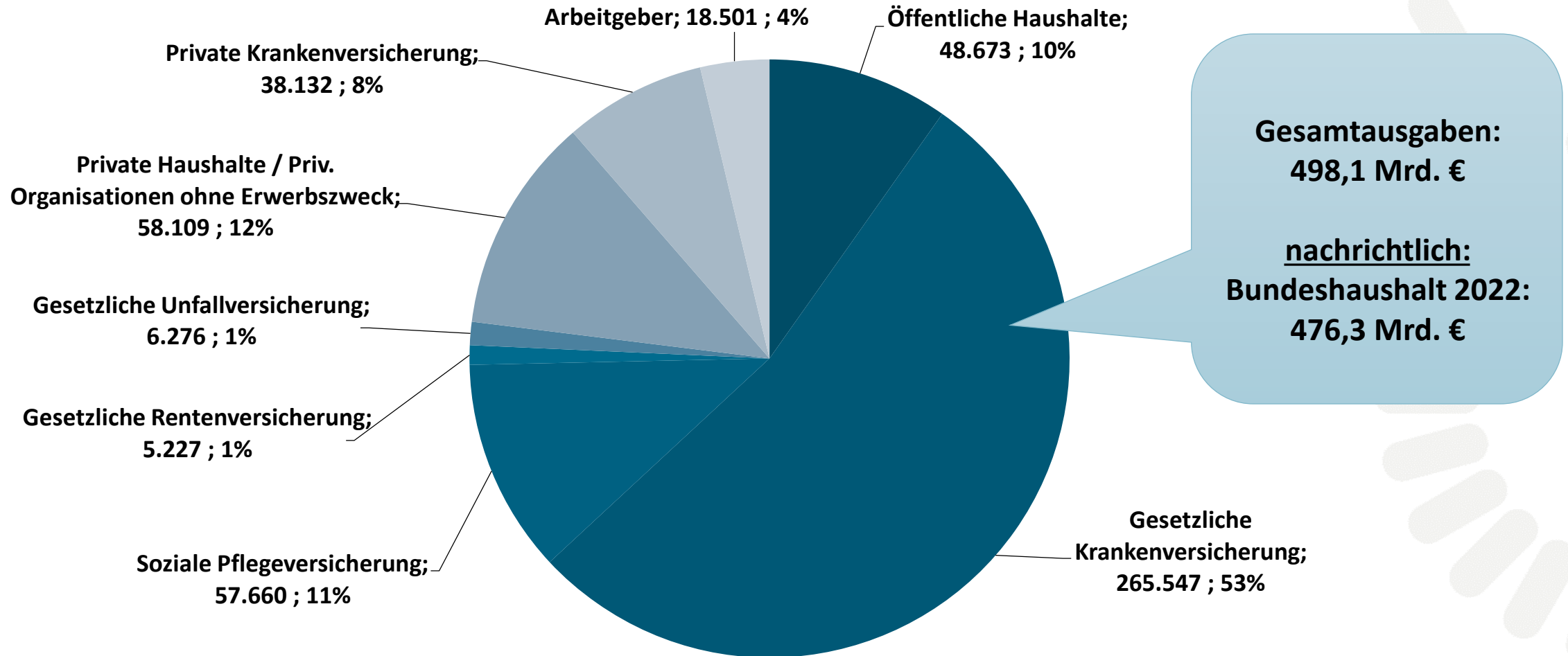


Quelle: Eigene Darstellung auf Grundlage von Statistisches Bundesamt, GKV-Spitzenverband

*Schätzung

Gesundheitsausgaben 2022

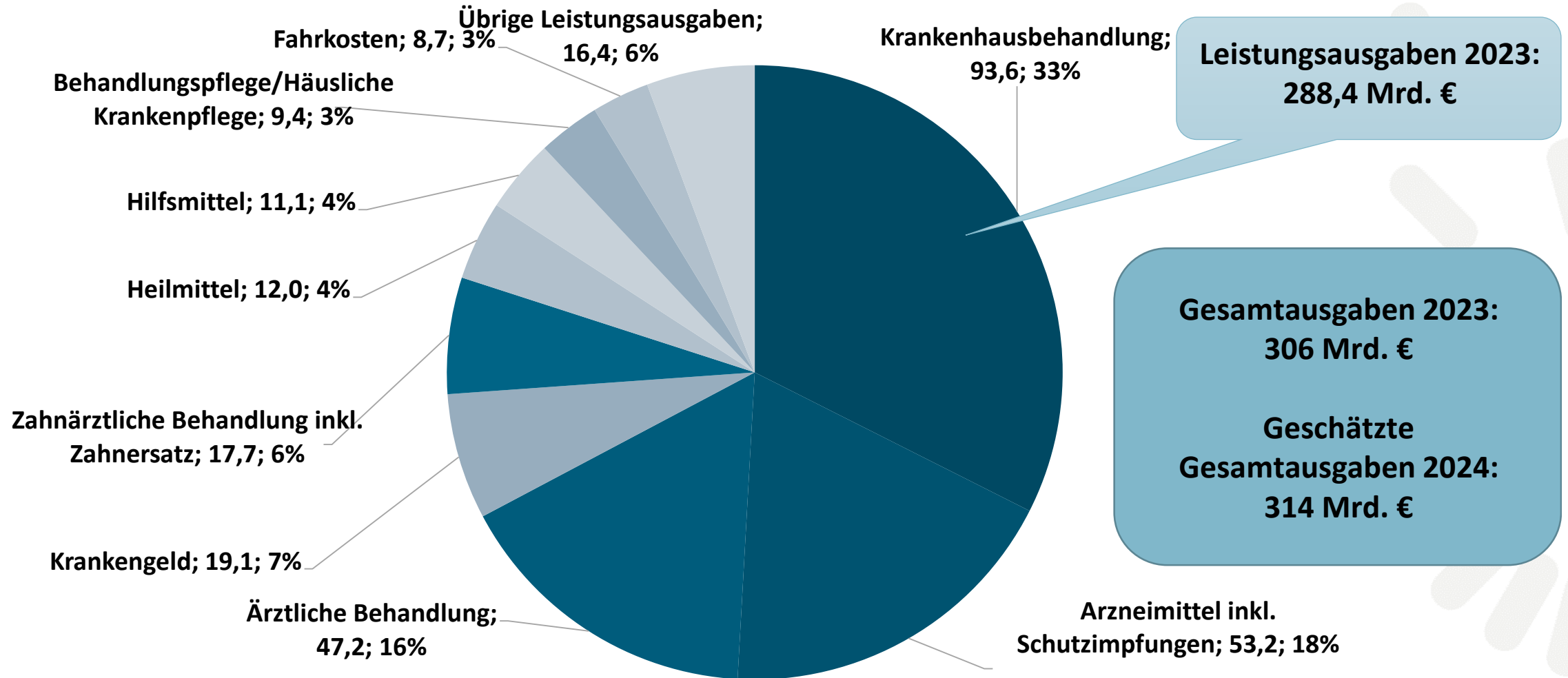
in Mrd. Euro und anteilig



Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt, Bundesministerium für Finanzen

GKV-Leistungsausgaben 2023

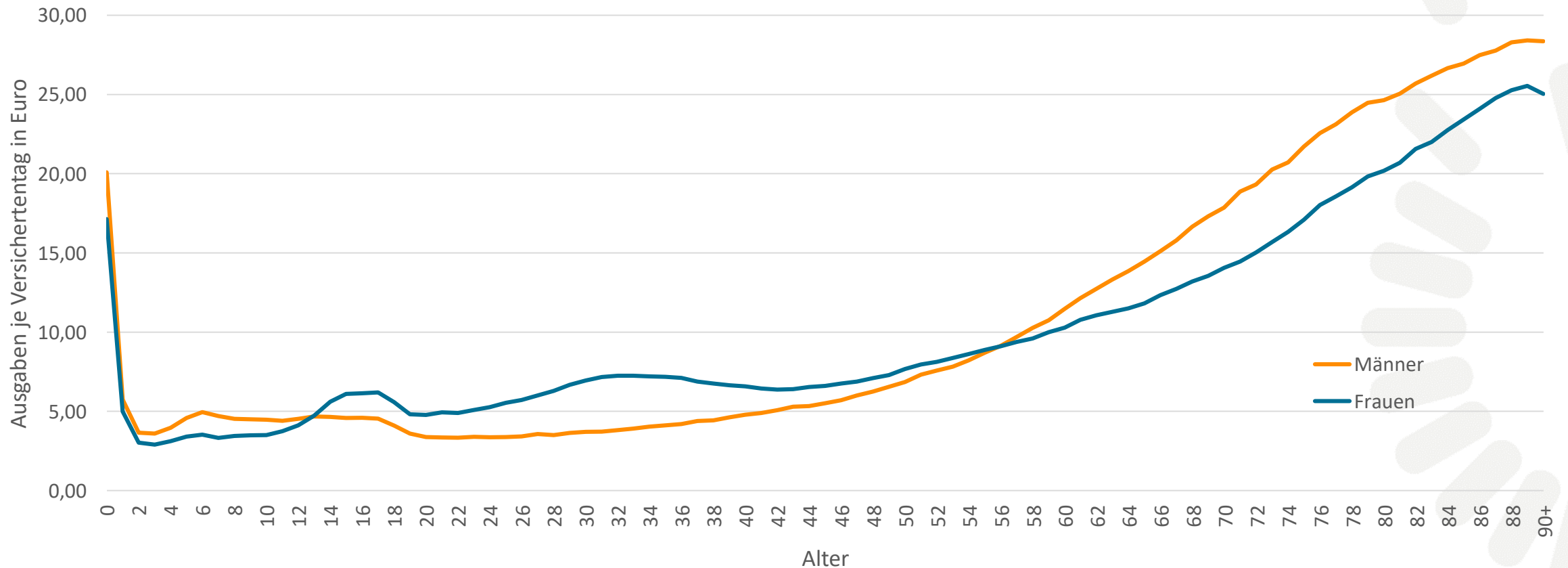
in Mrd. Euro und anteilig



Quelle: Eigene Darstellung nach KV45

Wachsender Versorgungsbedarf...

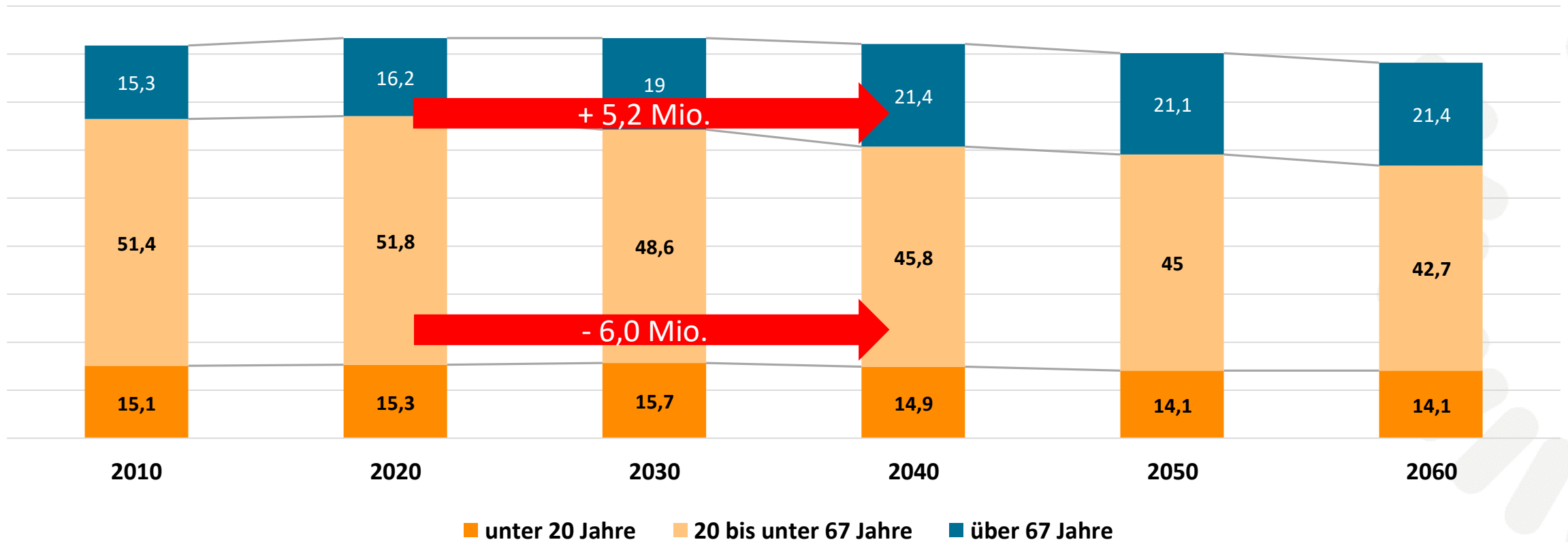
Leistungsausgaben der GKV im Jahr 2022, ohne Krankengeld



Quelle: Bundesamt für Soziale Sicherung

...aufgrund einer alternden Bevölkerung

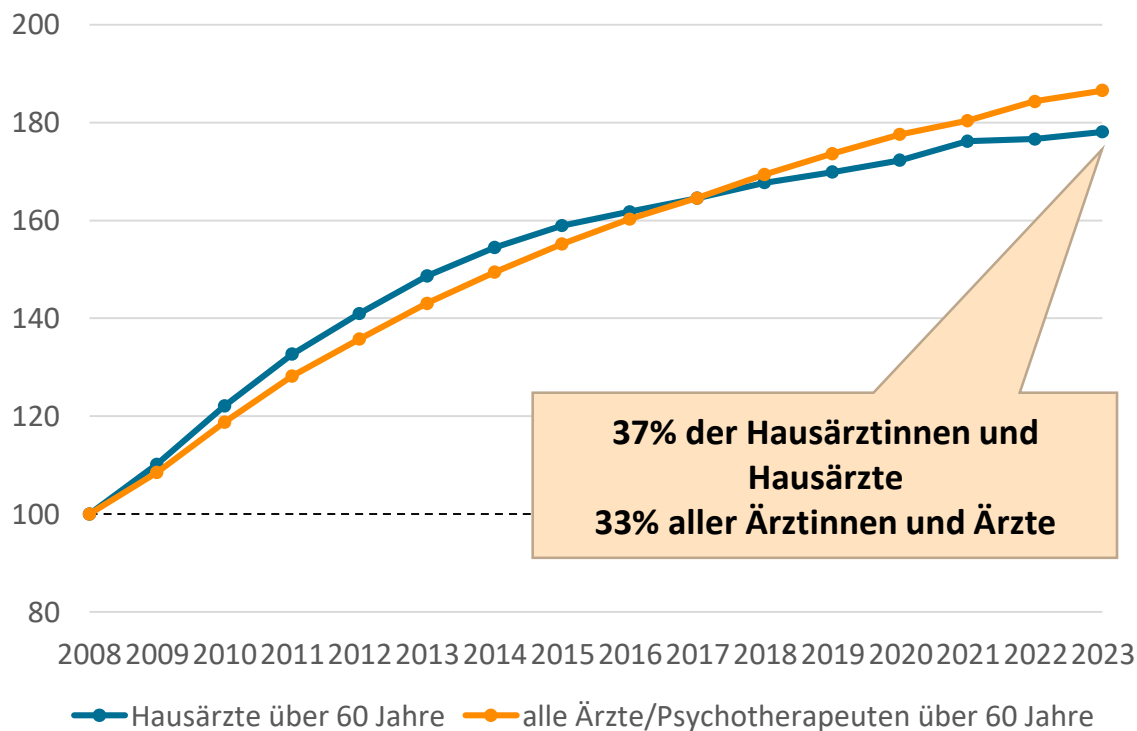
Bevölkerungsentwicklung und Altersstruktur
in Millionen 2010 - 2060



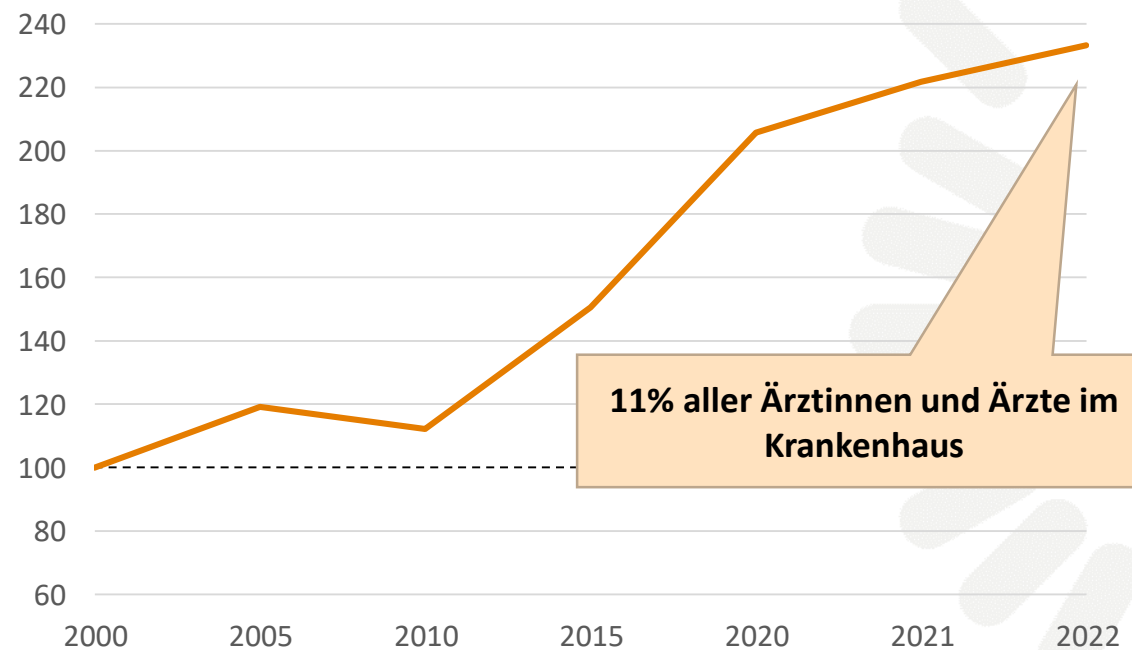
Quelle: Eigene Darstellung nach Statistisches Bundesamt (2019): Fachserie 1 Reihe 1.3

Zunehmender Fachkräftemangel...

Entwicklung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre in der Niederlassung (2008=100)



Entwicklung des Anteils der Ärztinnen und Ärzte über 60 Jahre im Krankenhaus (2000=100)



Quellen: Bundesärztekammer: Ergebnisse der Ärztestatistik zum jeweils 31. Dezember, Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister

...zugleich wachsende Versorgungsmöglichkeiten durch den medizinischen Fortschritt

1882

- William Halsted führt die erste radikale Mastektomie zur Behandlung von Brustkrebs durch

1899

- Sjörgen und Stenbeck berichten von der ersten Heilung von Hautkrebs durch Röntgenstrahlung

1942

- Erste chemotherapeutische Behandlung eines Krebspatienten in den USA

1958

- Georges Mathé führt die erste Knochenmarktransplantation durch

2000

- In Deutschland wird ein monoklonaler Antikörper zur Behandlung von HER2-positivem Brustkrebs zugelassen

2001

- In Deutschland wird das erste zielgerichtete Medikament zugelassen (Behandlung von CML)

2016

- Erste Virotherapie wird in Europa zugelassen (Behandlung von schwarzem Hautkrebs)

2018

- In Deutschland wird die CAR-T-Zell-Therapie zugelassen

20XX

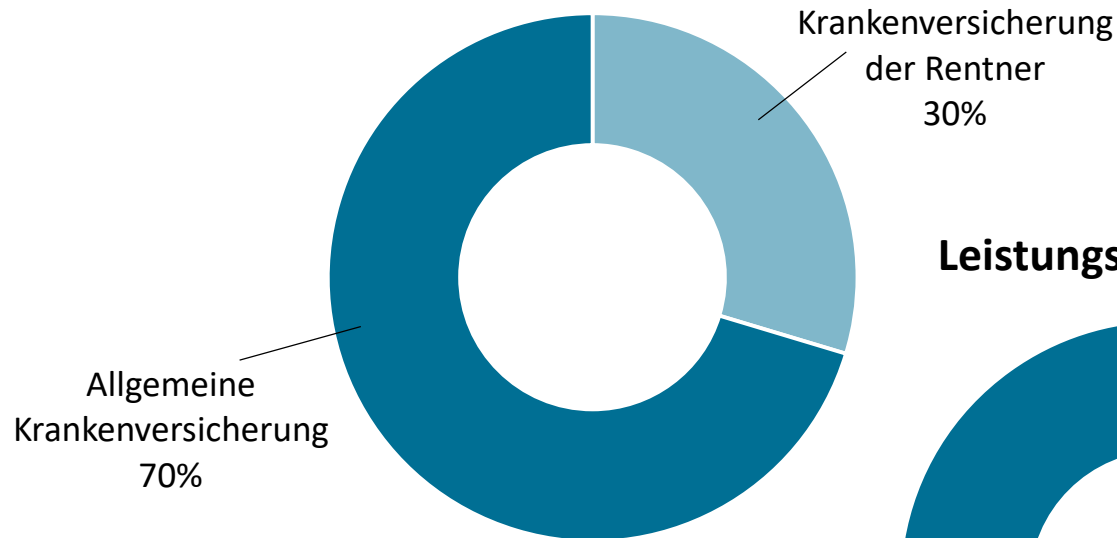
- ???

Ausgabenanstieg durch medizinisch-technischen Fortschritt

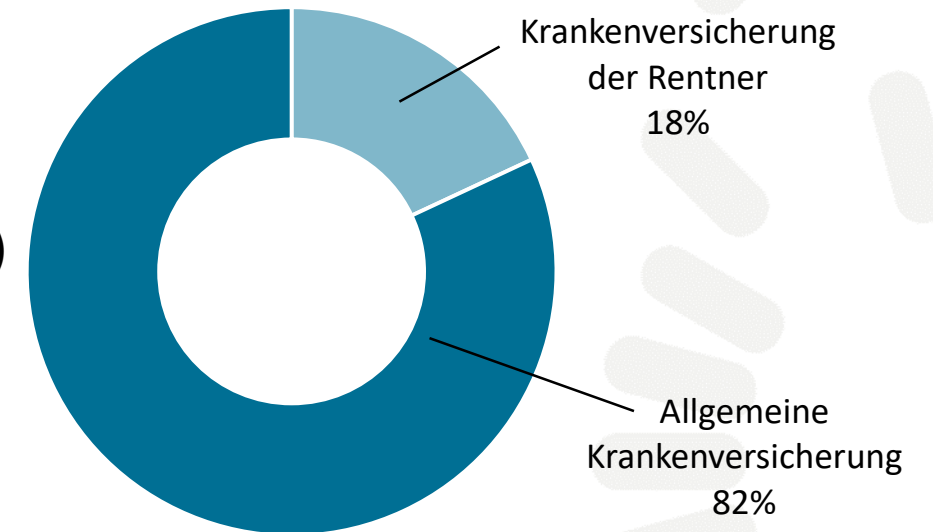
	2021
Arzneimittelausgaben Orphan Drugs	0,07 % der Verordnungen 12,8 % des Bruttoumsatzes im GKV-Arzneimittel-Markt
Arzneimittelausgaben für Onkologika	1,2 % der Verordnungen 21,1 % des Bruttoumsatzes im GKV-Arzneimittel-Markt

Generationensolidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung

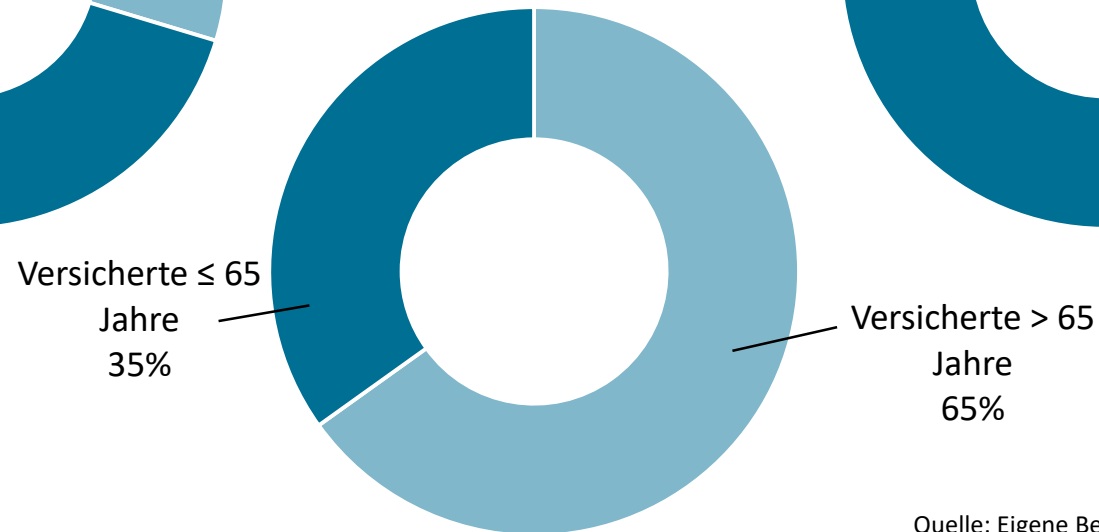
Mitglieder (2021)



Beitragseinnahmen (2021)



Leistungsausgaben (2021)



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der GKV-Statistik KJ1, KM6, BAS

Unstrukturierter Zugang und unkoordinierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

DKG zur Lage der Notfallversorgung

Ambulante Notfallversorgung muss dringend neu geordnet werden

20. Januar 2023

Die Menschen in Deutschland suchen in überwiegender Zahl Hilfe in den Notaufnahmen der Krankenhäuser. Gleichzeitig können die Kliniken ihre Notfallversorgung nicht annähernd kostendeckend betreiben. Das sind Ergebnisse einer Blitzumfrage des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG).

Demnach werden sämtliche Notaufnahmen in Deutschland defizitär betrieben, kein Krankenhaus erreicht mit seiner Notfallversorgung auch nur ein ausgeglichenes Ergebnis. Hinzu kommen **anhaltende Kapazitätsprobleme vor allem aufgrund des Personalmangels**. So mussten 2022 77 Prozent der Krankenhäuser ihre Notfallambulanzen mindestens einmal komplett abmelden.

„Die wirtschaftliche Lage der Notfallambulanzen ist desaströs und trägt zusammen mit einer **fehlenden Patientensteuerung** maßgeblich zur massiven ökonomischen Schieflage vieler Krankenhäuser und damit zur drohenden Insolvenzwelle bei. Hier besteht großer Handlungsbedarf. Wir erwarten, dass die Vorschläge der Regierungskommission zur Notfallversorgung genau diese Probleme adressieren“, erklärt der Vorstandsvorsitzende der DKG, Dr. Gerald Gaß.

„[...] Unser Vorschlag sind **integrierte Notfallzentren** in den Kliniken, in denen Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in Portalpraxen und Notfallambulanzen kooperativ die Notfallversorgung übernehmen. [...]“

**Vorhandene Versorgungskapazitäten
zielgerichteter einsetzen**

Steuerung des Zugangs zur Regelversorgung

- Einführung verbindlicher Arztpraxiswahl für die primäre Versorgung
- Förderung der hausarztzentrierten Versorgung und enge Zusammenarbeit mit Fachärztinnen und Fachärzten
- Beibehaltung der freien Arztwahl innerhalb der vorgesehenen Strukturen
- Entbudgetierung von Leistungen in der primärärztlichen Versorgung

Tabelle 6: Ergebnisübersicht 2020

Zielgröße	Unterschied in % Signifikanz – adjustiert –** HZV vs. RV
Hausarztkontakte	+22,68 % p < 0,0001
Facharztkontakte koordiniert	+56,16 % p < 0,0001
Facharztkontakte unkoordiniert	-45,32 % p < 0,0001
Hospitalisierungsrate Durchschnittliche Anzahl der Aufnahmen pro Versicherten	-9,07 % p < 0,0001
Krankenhaustage (Liegezeiten) Durchschnittliche Anzahl der Tage im Krankenhaus pro eingewiesenem Versicherten	-5,48 % p < 0,0001
Krankenhaus-Wiederaufnahmen Durchschnittlicher Anteil der Wiederaufnahmen innerhalb von 4 Wochen pro eingewiesenem Versicherten	-8,55 % p < 0,0001
Vermeidbare Krankenhausaufnahmen („ACSCs“) Anteil an ACSC-Aufnahmen in %	-3,91 % p < 0,0001
Stationäre Ausgaben Ausgaben in € pro Versicherten mit stationärem Aufenthalt im Berichtsjahr	-3,74 % p < 0,0001
Medikamentenausgaben im ambulanten Sektor Ausgaben pro Versicherten, Bruttopreise in € ohne Rabatte	-5,94 % p < 0,0001

Quelle: Ergebnisbericht zur Evaluation der HZV Baden-Württemberg: Teil 1

Steuerung des Zugangs zur Notfallversorgung

- Einrichtung gemeinsamer bzw. vernetzter Leitstellen von ärztlichem Bereitschaftsdienst (116 117) und Rettungsdienst (112)
- Nutzung digitaler Lösungen zur Verbesserung des Informationsaustauschs
- Validierte medizinische Ersteinschätzung für Zugangssteuerung in angemessene Versorgungsebene
- Förderung des bedarfsgerechten Einsatzes telemedizinischer Angebote in der Notfallversorgung

BMG

16. Januar 2024

Eckpunkte Reform der Notfallversorgung

„Der G-BA wird beauftragt, in einer Richtlinie allgemeine Anforderungen an Struktur- und Prozessqualität, insbesondere an die technische oder personelle Ausstattung der Notdienstpraxen vorzugeben sowie Vorgaben zur Durchführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zur Steuerung der Hilfesuchenden im Rahmen der INZ- und KINZ-Strukturen zu beschließen. So wird eine bundesweit einheitliche Qualität der Notdienstpraxen erreicht und der bisherige Auftrag an den G-BA nach § 120 Abs. 3b SGB V an die neuen gesetzlichen Vorgaben und Rahmenbedingungen angepasst. Die Richtlinie muss mit den Vorgaben für ein gestuftes System der Notfallstrukturen und der im Rahmen der Krankenhausreform geplanten Leistungsgruppe Notfallmedizin abgestimmt sein.“

Voraussetzungen für funktionierende Zugangssteuerung

- Förderung von Gesundheitskompetenz und Aufklärung über die Strukturen des Gesundheitswesens
- Praxistaugliche Digitalisierung zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements
- Schaffung von Anreizen für die verlässliche Einhaltung von verbindlichen Versorgungspfaden durch Patientinnen, Patienten und Fachkräfte

THE GENTEEL OUT-PATIENT ABUSE AT THE PUBLIC CHARITIES. To the Editor of THE LANCET.

SIR,—Amongst the many grievances of which the medical profession have to complain, I think the following one not the least, and it appears to me to be generally overlooked; I allude, Sir, to the indiscriminate admission of out-patients to charitable institutions. This is a growing evil, and I am convinced that it operates most injuriously upon our interests, individually, as much as collectively. The late Mr. Callaway, whilst prescribing for the out-patients at Guy's Hospital, used frequently to remark to me the lamentable want of discretion and restriction, and which was, in his opinion, a gross fraud practised upon the governors, as well as the profession. A very eminent physician, who was mainly instrumental in forming an excellent institution, recently left it in disgust, because persons well able to remunerate medical men were allowed to be out-patients, without the slightest inquiry as to their circumstances. I could enlarge much upon this subject, but refrain from further intruding upon your pages, than by mentioning, that at the Ophthalmic Infirmary, in Moorfields, I know that one half the patients can afford to pay the surgeon his fee, and, in many instances, applicants dress shabbily, and even borrow their servants' bonnets and shawls, in order that they may not be detected plundering the surgeon of his guinea. Now, to remedy this abuse, I would suggest that each applicant be compelled to bring a note of recommendation from the clergyman, or a medical man in the district where he lives, and thus, a satisfactory inquiry being necessarily made, as to the character and circumstances of the person petitioning for gratuitous advice, the original design of the governors will be effected, by only the truly deserving receiving assistance.—I am, Sir, your obedient servant,
Spital-square, December, 1849. JOSEPH HODGSON.

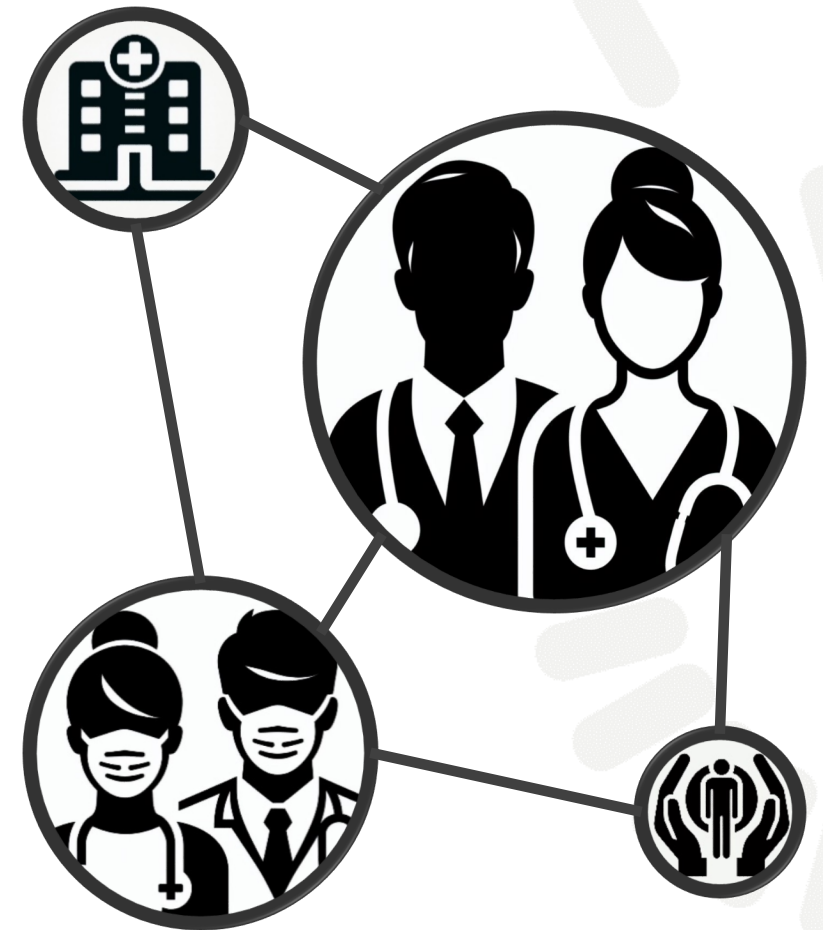
* * * Mr. Hodgson is right. The abuse, the existence of which he so justly complains, is one of enormous magnitude, and affects the social status of the profession to a degree greater than can easily be imagined. But it is an evil that has not been overlooked by this journal. Often have we denounced the indiscriminate way in which out-patients in good circumstances have been allowed to participate in the benefit of funds which really belonged to the poor and destitute. By the present practice of receiving and prescribing for, and supplying medicines to, all who apply, the poor are robbed, and the profession is cheated out of thousands annually. We fear that the remedy proposed by Mr. Hodgson would scarcely check, still less strike at the root of, this gigantic evil.—
Ed. L.

„Unter den vielen Missständen, über die sich die Ärzteschaft zu beklagen hat, halte ich den folgenden für nicht den geringsten. [Ich] spiele, Sir, auf die wahllose Aufnahme von ambulanten Patienten in Wohltätigkeitseinrichtungen an. Dies ist ein wachsendes Übel, und ich bin überzeugt, dass es unseren Interessen sowohl individuell als auch kollektiv am meisten schadet. [...] Um diesen Missstand zu beseitigen, möchte ich vorschlagen, dass jeder Antragsteller ein Empfehlungsschreiben des Geistlichen oder eines Arztes des Bezirks, in dem er wohnt, vorlegen muss [...].“

Hodgson J. The Genteel outpatient abuse at the Public Charities. *Lancet* 1849; ii: 705

Koordination und Kooperation über die Zugangssteuerung hinaus

- Förderung interprofessioneller Versorgung und regionaler Vernetzung
- Vernetzung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie Fachärztinnen und Fachärzten mit regionalen Einrichtungen der ärztlichen (z. B. OP-Zentren) und nichtärztlichen ambulanten Versorgung (z. B. Heilmittelerbringer, qualifizierte Pflegekräfte), mit Krankenhäusern, Pflegediensten und kommunalen Dienstleistungen (z. B. Sozialdienste)
- Nutzung digitaler Plattformen zur Information, Terminvergabe sowie für Konsile und Fallbesprechungen
- Gewährleistung angemessener Vergütung für telemedizinische Formate und Koordinationsleistungen



Besonderem Versorgungsbedarf gerecht werden

- Qualifizierte Begleitung für Patientinnen und Patienten mit komplexem Versorgungsbedarf durch speziell fortgebildete MFA oder Pflegefachkräfte
- Weiterentwicklung erkrankungs- und fachspezifischer Versorgungsnetzwerke und spezialisierte Versorgungsformen

Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)

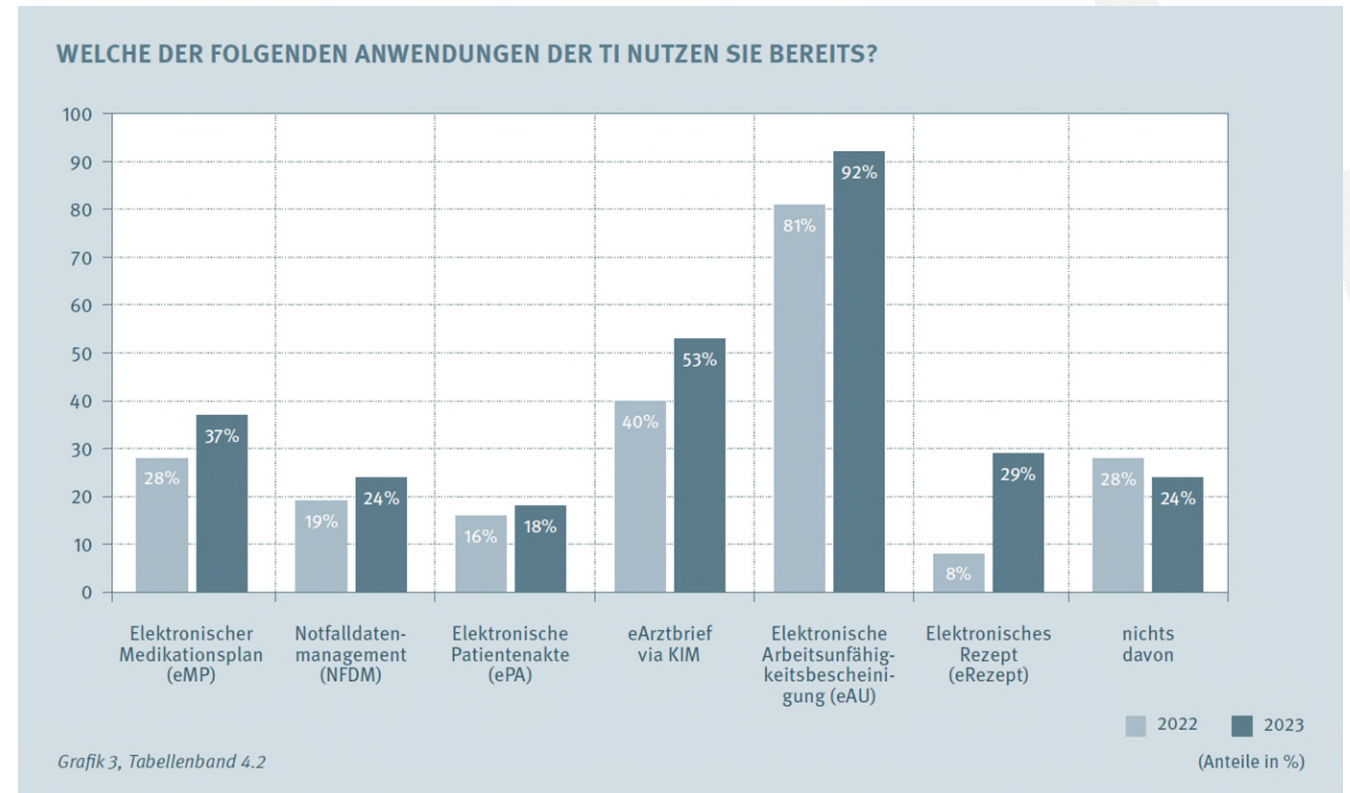
in der Fassung vom 2. September 2021

§ 5 Zuständige Berufsgruppen für die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten

- (1) Die Koordination der Versorgung der Patientinnen und Patienten nach dieser Richtlinie im Sinne des § 10 erfolgt durch eine nichtärztliche Person nach Absatz 2. Die Koordinationsaufgaben werden entsprechend der berufsrechtlichen Vorgaben durch die Bezugärztin oder den Bezugsarzt oder die Bezugspsychotherapeutin oder den Bezugspsychotherapeuten an eine der in Absatz 2 genannten Berufsgruppen übertragen. Dabei soll darauf geachtet werden, dass die die Koordination durchführende Person der Patientin oder dem Patienten vertraut ist.

Sektorenverbindende Versorgung

- Förderung gemeinsamer Behandlungscoordination über sektorale Grenzen hinweg
- Einsatz digitaler Lösungen zur Überwindung bürokratischer Hürden und Verbesserung des Datenaustauschs
- Verbesserung des Einweisungs- und Entlassmanagements durch digitale Lösungen
- Schaffung von Anreizen zur Zusammenarbeit und Koordination zwischen verschiedenen Einrichtungen und Fachkräften



KBV (2024): PraxisBarometer Digitalisierung, durchgeführt vom IGES Institut

Krankenhausreform weiterdenken

- Transformation der stationären Versorgung erzwingt Leistungsverlagerung in ambulanten Bereich
- Systematische Ambulantisierung mit eindeutigen, unbürokratischen Abrechnungsmöglichkeiten
- Gemeinsame Betrachtung ambulanter und stationärer Bedarfsplanungen notwendig
- Schwerpunktbildung bei komplexeren elektiven Leistungen

Ambulante Versorgung im Krankenhaus

Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a SGB V)

Ambulantes Operieren (§ 115b SGB V)

Tagesstationäre Behandlung (§ 115e SGB V)

Spezielle sektorengleiche Vergütung (§ 115f SGB V)

Behandlung in einer sektorenübergreifenden Versorgungseinrichtung (§ 115g SGB V)

Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 116 SGB V)

Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung (§ 116a SGB V)

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)

Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V)

Psychiatrische Institutsambulanzen (§ 118 SGB V)

Geriatrische Institutsambulanzen (§ 118a SGB V)

Sozialpädiatrische Zentren (§ 119 SGB V)

Pädiatrische Spezialambulanzen (§ 120 Abs. 1a SGB V)

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) (§ 137f SGB V)

Besondere Versorgung (§ 140a SGB V)

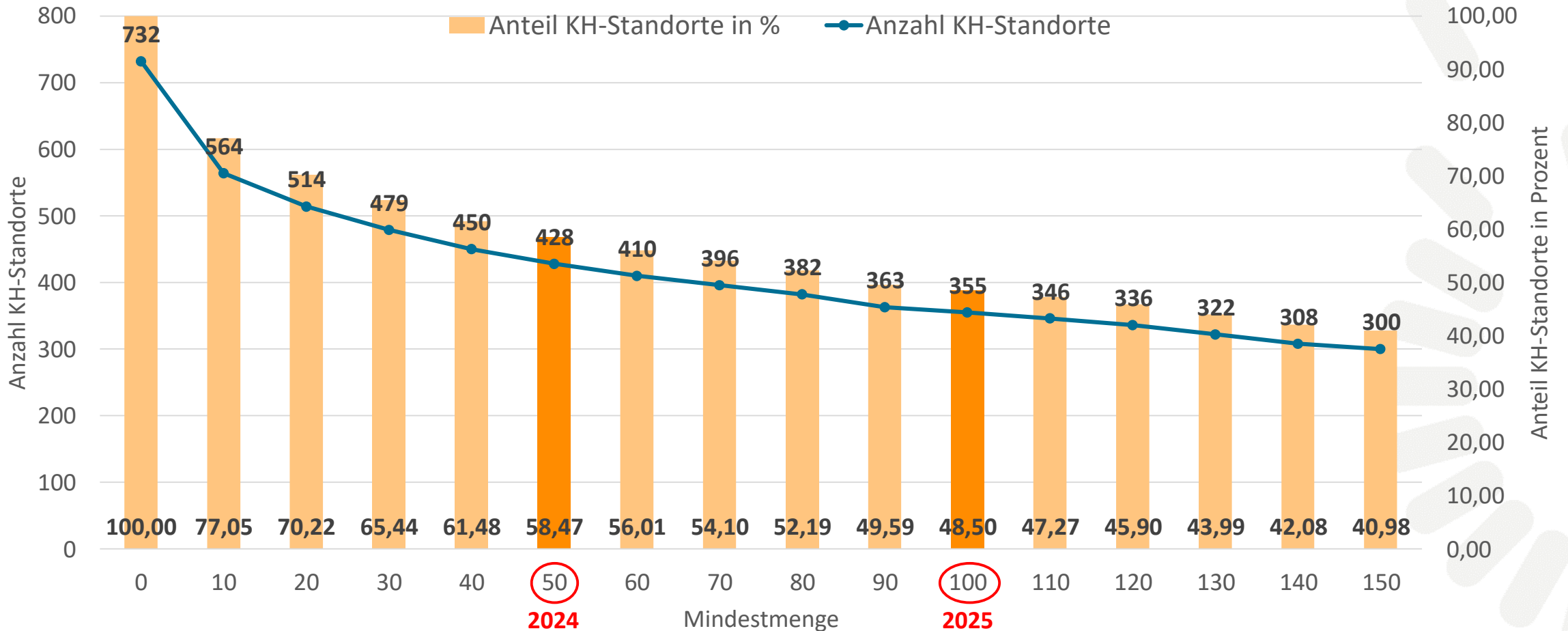
Teilstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 39 SGB V)

Notfallambulanzen (§ 75 Abs. 1 / § 76 Abs. 1 SGB V)

Ambulante Behandlung via Terminservicestellen (§ 75 Abs. 1a SGB V)

Mindestmengenregelungen des G-BA

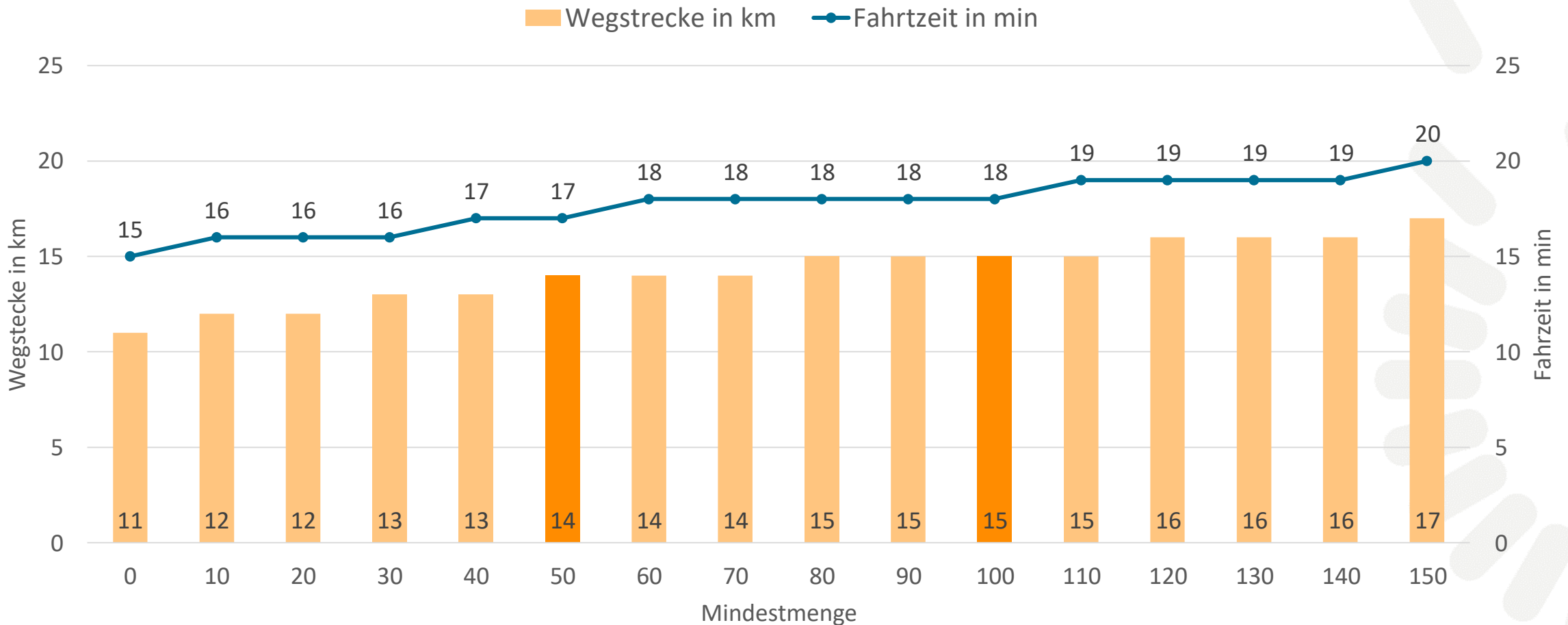
Folgenabschätzungen zu Mm Mamma-Ca-Chirurgie



Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG (2021): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie). Datenanalysen im Rahmen der Beratungen zu Mindestmengen. Stand: 01. Oktober 2021. Berlin.

Mindestmengenregelungen des G-BA

Folgenabschätzungen zu Mm Mamma-Ca-Chirurgie



Quelle: Eigene Darstellung nach IQTIG (2021): Folgenabschätzungen zu Mindestmengen Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie). Datenanalysen im Rahmen der Beratungen zu Mindestmengen
Stand: 01. Oktober 2021. Berlin.

Kurz- und mittelfristig wirksame Finanzierungsansätze für die GKV

Maßnahme	Dauer Umsetzung	Finanzwirkung
Vollfinanzierung versicherungsfremder Leistungen	In 5 Monaten umsetzbar	Bis zu 42 Mrd. € Entlastung jährlich
Vollfinanzierung ALG II/„Bürgergeld“- EmpfängerInnen ab 1.1.2023	In 5 Monaten umsetzbar	Rund 6,1 Mrd. € Entlastung jährlich
Senkung Mehrwertsteuer auf Arznei- und Hilfsmittel	In 1 Monat umsetzbar	5,3 Mrd. € bis 6,6 Mrd.€ Entlastung jährlich
Gesundheitsabgabe auf Alkohol und Tabak	Kurzfristig nicht umsetzbar	3 Mrd. € bis 3,6 Mrd. €
Anhebung Beitragsbemessungsgrenze auf Niveau der Rentenversicherung	Kurzfristig umsetzbar	Unsicher, bei nur 20% Abwanderung in die PKV ca. 1,7 Mrd. €
Anhebung der Beiträge/Zusatzbeiträge in der GKV	Kurzfristig umsetzbar	2024: 14,1 Mrd. € 2025: 18 Mrd. €
Wiedereinführung der Praxisgebühr	Kurzfristig umsetzbar	Unsicher, bei 10 € ca. 2 Mrd. €
Absenkung der Krankengeldhöhe	In 6 Monaten umsetzbar	Bei 20 % Senkung 4,2 Mrd. €
Begrenzung des Ausgabenwachstums durch Beachtung der Beitragsstabilität in Versorgungsverträgen	Erst 2025 umsetzbar	5,0 Mrd. € auf Basis 2022

Quelle: Eigene Darstellung nach WIG2 (2023): Expertise zu kurzfristig wirksamen Finanzierungsansätzen für die GKV. In Auftrag gegeben von BKV – Interessengemeinschaft Betriebliche Krankenversicherung e.V., Leipzig



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**