

**Der Sachverständigenrat
für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen**

stellt vor:

**Gutachten 2003 ¹
„Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“**

Pressekonferenz am 24. Februar 2003

Inhalt:

Pressemitteilung

Presstexte zu den Einzelthemen

Kapitel 2. Das System und seine Finanzierung	4
Kapitel 3. Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation	7
Kapitel 4. Umgang mit medizinischen Fehlern	10
Kapitel 5. Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation	11
Kapitel 6. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	13

¹ Lang- und Kurzfassung des Gutachtens 2003 sind über die Internet-Seiten des Rates (www.svr-gesundheit.de) zugänglich.

Pressemitteilung

Der Rat legt hiermit sein Gutachten 2003 mit dem Titel „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ vor. Neben der Neuordnung der Finanzierung der GKV bilden die Nutzerorientierung als systemgestaltendes Element, der Umgang mit medizinischen Fehlern und die Qualitätsverbesserung in bestehenden und zukünftigen Versorgungsstrukturen Schwerpunkte der Betrachtung. Damit erfüllt der Rat seinen in § 142 Abs. 2 SGB V formulierten Auftrag, Versorgungsbereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgung und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.

Das deutsche Gesundheitswesen und hier insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) stehen derzeit wie selten zuvor im Mittelpunkt nicht nur gesundheits- und sozialpolitischer, sondern auch allgemein wirtschaftspolitischer Diskussionen. Zahlreiche Stellungnahmen in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft sehen in Reformen im Gesundheitswesen und auf dem Arbeitsmarkt zentrale Indikatoren für die Reformfähigkeit der Politik und der Gesellschaft schlechthin. Dabei liegen die Meinungen über die Notwendigkeit und das Ausmaß sowie die konkreten Ansatzpunkte von Reformen im Gesundheitswesen und dabei speziell in der GKV immer noch beträchtlich auseinander. Das Meinungsspektrum reicht von einem nahezu starren Festhalten an den geltenden Regelungen bis zur Forderung, zu einem völlig anderen bzw. alternativen Gesundheitssystem überzugehen.

Der Rat empfiehlt in diesem Gutachten keinen prinzipiellen Wechsel, sondern zahlreiche evolutorische Reformschritte. Die vorgeschlagenen Reformschritte zielen darauf ab, das System der GKV im Grundsatz zu erhalten, indem sie seine Zukunftsfähigkeit durch Anpassung an exogene Entwicklungstrends zu sichern versuchen. Dabei setzen die Empfehlungen des Rates sowohl bei der Finanzierung als auch bei der Struktur der GKV an, denn der empirische Befund einer Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis schließt die Existenz von Wirtschaftlichkeitsreserven auf der Ausgabenseite nicht aus.

Vielen der derzeit der Öffentlichkeit vorgestellten Vorschläge zur Reform der GKV, die überwiegend einer isolierten Betrachtungsweise entspringen, mangelt es an einer erkennbaren Zielorientierung, an theoretischer und empirischer Fundierung und zuweilen auch an politischem Augenmaß. Um derartige Mängel in der Analyse eines so hochkomplexen Systems wie der GKV zu vermeiden und auch zu verhindern, dass sich die

Reformmaßnahmen, wie in der Vergangenheit häufig geschehen, in reinen Kostendämpfungsmaßnahmen erschöpfen, stellt der Rat schon in seinem Finanzierungskapitel (Kapitel 2) einige Anmerkungen zu gesundheitspolitischen Zielen – insbesondere zur Solidarität – an den Beginn seiner Überlegungen. Die späteren Ausführungen zum Pro und Contra der verschiedenen adaptiven Reformoptionen im Bereich der Finanzierung der GKV zielen neben der Präsentation eigener Vorschläge vornehmlich darauf ab, die anstehenden gesundheitspolitischen Entscheidungen auf eine breite und zielorientierte Informationsbasis zu stellen. Dabei unterstellen alle Analysen auf der Finanzierungsseite Aufkommensneutralität, d. h. alle zusätzlichen finanziellen Mittel dienen zunächst einer Senkung der Beitragssätze. Die Umsetzung aller vorgeschlagenen Maßnahmen beinhaltet ein Beitragssatzsenkungspotenzial in der GKV (bzw. Sozialversicherung) von über 4 (bzw. 3,5) Prozentpunkten.

Unbeschadet vorhandener Effizienz- und Effektivitätsmängel bietet das deutsche Gesundheitswesen auch aus internationaler Perspektive für alle Bürger einen weitgehenden Versicherungsschutz, ein umfangreiches Angebot an Gesundheitsleistungen und einen vergleichsweise hohen Versorgungsstandard. Verglichen mit anderen sozialen Krankenversicherungen beinhaltet die GKV einen umfassenden Leistungskatalog mit einer guten Erreichbarkeit der Leistungen und konfrontiert die Patienten kaum mit Rationierungen, wie z. B. Warteschlangen. Gleichwohl gilt es sowohl unter Finanzierungs- als auch unter Qualitätsaspekten, das vorhandene Rationalisierungspotential auszuschöpfen. Entsprechend beschäftigt sich der Rat vornehmlich auf der Ausgaben- bzw. Leistungsseite mit

- Nutzerorientierung und Partizipation (Kapitel 3),
- Umgang mit medizinischen Fehlern (Kapitel 4),
- Qualität in Prävention und Rehabilitation (Kapitel 5) sowie
- Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen (Kapitel 6).

Diese Ausführungen bilden eine vertiefende Fortsetzung des gesetzlichen Auftrages, Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen. Sie tragen damit auch dem Umstand Rechnung, dass es sich hierbei um eine wissenschaftliche wie politische Daueraufgabe handelt.

Presstexte zu den Einzelthemen

2. Das System und seine Finanzierung

Die Finanzierungsbasis der GKV leidet seit den achtziger Jahren an einer Wachstumsschwäche. Hätten die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied zwischen 1980 und 2000 mit der Wachstumsrate des Bruttoinlandsprodukts (BIP) je Erwerbstätigem zugenommen, könnte die GKV ihre Ausgaben im Jahre 2000 mit einem durchschnittlichen Beitragssatz von ca. 11,6 % decken. Dies entspricht annähernd dem tatsächlichen Beitragssatz der Jahre 1980-84. Verantwortlich für die Wachstumsschwäche der Einnahmehbasis sind konjunkturelle, aber auch strukturelle Faktoren. Dazu gehören der Druck auf die Arbeitsentgelte (vor allem in den unteren Lohngruppen) infolge der Globalisierung, veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren, Massenarbeitslosigkeit, Zunahme nicht versicherungspflichtiger Teile des Arbeitsentgeltes, Flucht in die Schattenwirtschaft und eine längere Lebens- und Rentenbezugszeit.

Für die plakative These von der „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen liefert die Entwicklung der Leistungsausgaben in der GKV keine empirischen Belege. Das moderate Wachstum der Ausgaben stellte sich allerdings nicht von selbst ein, sondern bildet das Ergebnis zahlreicher Kostendämpfungsmaßnahmen. Ohne diese staatlichen Eingriffe tendiert das Wachstum der Ausgaben dazu, über der Steigerungsrate des BIP zu liegen. Insofern drohen künftig unter Status quo-Bedingungen, d.h. ohne Reformmaßnahmen, Budgetdefizite in der GKV.

Die gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten lassen sich in einen Übergang zu alternativen Gesundheitssystemen (steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung, Übergang zu einer Kapitaldeckung und Finanzierung über fixe Kopfbeiträge) und in adaptive Reformoptionen unterscheiden. Der Rat stellt die Optionen eines Systemwechsels mit ihren Vor- und Nachteilen kursorisch dar und sieht – unbeschadet einiger konzeptioneller Vorzüge der Kopfbeiträge – in der GKV noch hinreichend Spielräume, das bestehende System zumindest auf mittlere Frist zukunftssicher zu gestalten.

Zu den adaptiven Reformschritten gehören neben der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven v.a. eine Neuabgrenzung von Aufgaben und des Leistungskatalogs der GKV sowie Veränderungen der Finanzierung und Beitragsgestaltung. Der Rat plädiert für eine Revision der „Politik der Verschiebebahnhöfe“ zu Lasten der GKV und für eine Verlagerung von krankenversicherungsfremden Leistungen sowohl auf der Ausgaben-

als auch auf der Einnahmenseite. Auf der Einnahmenseite bestehen die krankenversicherungsfremden Leistungen darin, dass bestimmte Versichertengruppen aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten. Die vom Rat zur Umfinanzierung vorgeschlagenen Leistungen belaufen sich unter (bzw. ohne) Einschluss einer Entlastung durch eine Privatunfall-Versicherung, für die eine Ratsmehrheit plädiert, auf über 30 (bzw. 20) Mrd. € Dies entspricht einem Beitragsatzsenkungspotenzial von über 3 (bzw. 2) Beitragssatzpunkten in der GKV. Zudem empfiehlt der Rat noch eine Einengung des Leistungskataloges.

Bei der Finanzierung und Beitragsgestaltung der GKV lehnt der Rat eine Heranziehung von gesundheitsbezogenen Verbrauchsteuern, z.B. auf Tabak und Alkohol, wegen der Verletzung des Budgetgrundsatzes der Non-Affektation der Einnahmen und vor allem wegen deren Wachstumsschwäche ab. Angesichts der im internationalen Vergleich niedrigen Selbstbeteiligung bei einem gleichzeitig umfangreichen Leistungskatalog hält der Rat eine moderate Erhöhung des Umfangs der Selbstbeteiligung auf der Grundlage von Härtefallregelungen und Überforderungsklauseln für vertretbar. Sie sollte aber nachrangig zu den meisten anderen Reformoptionen und nur dann erfolgen, wenn andernfalls eine Verschärfung der Rationierung droht.

Im Hinblick auf die Beitragsgestaltung der GKV schlägt der Rat eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage sowie eine Änderung der beitragsfreien Mitversicherung vor. In die Beitragsbemessungsgrundlage sollten neben Arbeitsentgelten und Rentenzahlungen auch andere Einkunftsarten wie z. B. Zinsen und Mieten einbezogen werden. Dies trägt der gegenüber der Nachkriegszeit veränderten Einkommens- und Vermögenssituation der Versicherten Rechnung. Im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung für Ehepartner schlägt der Rat ein Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile vor. Auf diese Weise kommt es bei Familien, bei denen das Arbeitsentgelt bzw. Einkommen des berufstätigen Partners unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt, zu keiner zusätzlichen Belastung. Darüber hinaus befürwortet eine Ratsminderheit noch die Erhöhung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV), d.h. auf z. Zt. (2003) monatlich 5.100 €

Bei den vom Rat diskutierten Reformoptionen handelt es sich überwiegend nicht um konkurrierende Alternativen, sondern um sich ergänzende Ansätze. Eine Kombination von mehreren Reformoptionen bietet sich vor allem dann an, wenn hohe Budgetdefizite

drohen oder wenn eine deutliche Senkung der Beitragssätze angestrebt wird. Mit einem kombinierten Einsatz unterschiedlicher Reformelemente können Belastungen darüber hinaus gleichmäßiger verteilt werden. Der Rat schlägt deshalb mit

- der Verlagerung krankensicherungsfremder Leistungen auf andere Ausgabenträger,
- einer Revision der Politik der „Verschiebebahnhöfe“,
- einer Einengung des Leistungskatalogs,
- (notfalls) einer moderaten Ausweitung der Selbstbeteiligung und
- einer Änderung von Elementen der Beitragsgestaltung

ein breites Spektrum an Reformoptionen vor. Die Umsetzung aller vorgeschlagenen Maßnahmen beinhaltet ein Beitragssatzsenkungspotenzial in der GKV (bzw. Sozialversicherung) von über 4 (bzw. 3,5) Prozentpunkten. Dies gilt sowohl für die Vorschläge der Ratsmehrheit als auch für die Empfehlungen der Ratsminderheit. Mit einer entsprechenden Senkung der Lohnnebenkosten könnte es gelingen, relevante arbeitsmarkt- und beschäftigungspolitische Impulse zu setzen.

3. Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation

Mehr Patientenorientierung in der Versorgung im Konflikt zwischen Strukturen und politischen Zielen

Der Rat hat sich bereits in seinem Gutachten 2000/2001 nachdrücklich für mehr ‚Patientenorientierung‘ in der Versorgung ausgesprochen. Auch die Politik fordert vermehrt, den ‚Patienten in den Mittelpunkt‘ zu stellen. Diese Forderung steht allerdings häufig im Widerspruch zu bisher maßgeblichen Leitbildern, professionellen Verhaltensmustern, Organisationsabläufen und Interessen der Institutionen des Gesundheitswesens.

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 unternahm erstmals explizit den Versuch, die Eigenverantwortung und Kompetenz der Patienten und Versicherten zu stärken. Es zeigt sich allerdings, dass die strukturelle Realität der Institutionen dem noch nicht nachhaltig gerecht wird. Auch in der Arzt-Patienten-Beziehung ist eine konsequente Patientenorientierung noch nicht hinreichend realisiert. Ein patientenorientierter Kommunikationsstil kann jedoch, wie Studien zeigen, nicht nur zu mehr Zufriedenheit, sondern auch zu einem besseren gesundheitlichen Ergebnis führen. Organisatorische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung tragen dazu bei, dass eine patientenorientierte Gesprächsführung oft nicht oder nur unter hohem Zeitdruck erfolgt.

Es bedarf geeigneter Rahmenbedingungen, um den Leistungserbringern in Praxen und Kliniken mehr Raum und Zeit zur Entfaltung einer patientenorientierten Versorgung zu geben. Auch die Kalkulation von Fallpauschalen in der stationären Akutversorgung und die Honorierung der Tätigkeiten von Ärzten in der ambulanten Praxis sowie die Vergütung rehabilitativer Leistungen sollten dem Ziel einer patientenorientierten Versorgung Rechnung tragen.

Leitbild für das Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert muss eine partnerschaftliche Versorgung sein, die mehr Information, Kommunikation und Mitgestaltungsrechte für Patienten und Versicherte beinhaltet.

Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung

Entscheidungen über Gestaltungs- und Verteilungsfragen im Gesundheitssystem werden bislang nahezu ausschließlich von der Politik und den professionellen Akteuren getroffen. Auf der anderen Seite wünschen Bürger, Versicherte und Patienten mehr direkten

Einfluss, auch auf Entscheidungen zum Einsatz der zur medizinischen Versorgung zur Verfügung stehenden Mittel. Diese Forderung ist verständlich, da in Entscheidungen über Prioritäten stets auch Werturteile z.B. über den Nutzen teurer Verfahren eingehen.

Der Rat fordert deshalb, auch angesichts einer sich zukünftig u.U. verschärfenden Ressourcenknappheit, Bürgerbeteiligung auf der Makro-Ebene als Instrument einer gesellschaftlich verankerten Entscheidungsbildung z.B. bei der Allokation der (begrenzten) Mittel im Gesundheitswesen. Hierzu empfiehlt er erstens – analog zum bereits existierenden Behindertenbeauftragten – die Einsetzung eines ‚Patientenbeauftragten‘, der dem Parlament angehört, und zweitens die Etablierung eines ‚Versichertenrates‘, der sich über erweiterte und aufgewertete Sozialwahlen der GKV sowie die Wahl entsprechender Versichertenvertreter in der privaten Krankenversicherung rekrutiert.

Kompetenz durch Information für Versicherte und Patienten

Erreichbare, korrekte und verständliche Information und ggf. Beratung sind eine notwendige, wenngleich keine hinreichende Voraussetzung für eine möglichst hohe Kompetenz von Versicherten und Patienten in Fragen von Gesundheit, Krankheit und Medizin. Eine Steigerung der Kompetenz dient einer wirksameren Prävention, einer rationaleren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und damit auch einer erhöhten Eigenverantwortung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem.

Das Angebot an Gesundheitsinformationen ist unübersichtlich, oft unzuverlässig und wächst zudem dynamisch. Die Gesundheitspolitik sollte dazu beizutragen, dass die gesamte Bevölkerung und insbesondere schwer erreichbare und gesundheitlich besonders belastete Bevölkerungsgruppen von qualitativ hochwertigen Informationen erreicht werden.

Diesem Ziel dienen u. a. integrierte Beratungsstellen als Anlaufpunkte für multimorbide, meist ältere Patienten, die im Rahmen eines ‚Unterstützungsmanagements‘ wichtige Aufgaben der Integration, Koordination und der Versorgungssteuerung übernehmen. Der Rat empfiehlt die vermehrte Schaffung solcher Anlaufstellen.

Die Umsetzung der in § 65 b SGB V vorgesehenen „unabhängigen Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung“ verläuft nach Einschätzung des Rates zufriedenstellend. Die Spitzenverbände der GKV haben zügig begonnen, 31 sorgfältig ausgewählte Projekte zu fördern, an deren qualitätsgesicherter Durchführung Verbraucher-

vereinigungen ebenso beteiligt sind wie Universitätsinstitute und Selbsthilfeorganisationen. Die Begleitforschung wird Kriterien für die weitere Entwicklung dieser Einrichtungen erbringen.

Auch die dynamische Entwicklung kassengetragener Callcenter sieht der Rat als wichtigen Beitrag zur Verbreitung gut erreichbarer und verlässlicher Informationen, wenn und insoweit die im Gutachten vorgeschlagene Qualitätssicherung betrieben wird.

Schwierig herzustellen ist eine umfassende Qualitätssicherung im dynamischsten Sektor der Gesundheitsinformation: im Internet. Hier gibt es realistisch betrachtet nur die Möglichkeit, qualitativ hochwertige Internet-Seiten unabhängig zertifizieren zu lassen und das Zertifikat bzw. das verwendete Logo offensiv zu propagieren. Der Rat verweist in seinem Gutachten auf positive Ansätze auch in Deutschland und empfiehlt den beiden zuständigen Ministerien BMGS und BMVEL die hierfür wichtigen Institutionen wie AFGIS, BZgA, ÄZQ, Verbraucherverbände etc. an einen Tisch zu bringen, um ein einheitliches Vorgehen innerhalb und ggf. mit der EU zu suchen.

Zunehmend gewünscht werden von Patienten auch Informationen zur Versorgungsqualität einzelner Leistungsanbieter. Mit der Einführung der DRG müssen Krankenhäuser Leistungsberichte veröffentlichen. Wenn dabei – so der Vorschlag der Rates – von vornherein auf Verständlichkeit, Vergleichbarkeit und Verallgemeinerbarkeit geachtet wird, können sich aus diesen Informationen ‚Patientenwegweiser‘ für Versicherte und Patienten entwickeln. Vergleichbare Informationsangebote sollten zukünftig auch für Arztpraxen, Gesundheitszentren und Versorgungsnetzwerke erstellt werden.

Die Politik sollte diese Prozesse nicht passiv beobachten, sondern aktiv gestalten. Zielgruppenspezifisch erreichbare und qualitätsgesicherte Gesundheitsinformationen für die gesamte Bevölkerung sind sowohl Voraussetzung als auch Bestandteil einer Politik, die auf Eigenverantwortung setzt.

4. Umgang mit medizinischen Fehlern

Die Zahl der angezeigten medizinischen Behandlungsfehler wird in Deutschland derzeit auf ca. 40.000 pro Jahr geschätzt. Dies stellt jedoch lediglich die ‚Spitze des Eisbergs‘ dar. Ungefähr 19 % der Bundesbürger glauben, mindestens einmal in ihrem Leben Opfer eines Behandlungsfehlers gewesen zu sein. Die wenigsten unternehmen jedoch weitergehende Schritte, um diesen Verdacht zu klären. Überträgt man amerikanische Untersuchungsergebnisse auf Deutschland, so sterben jährlich zwischen 31.000 und 83.000 Menschen an den Folgen medizinischer Behandlungen in Krankenhäusern. Auch wenn nur etwa die Hälfte der in Studien festgestellten unerwünschten Ereignisse (*adverse events*) als vermeidbar klassifiziert werden, sterben wahrscheinlich mehr Menschen in Deutschland an den Folgen von Behandlungsfehlern als beispielsweise bei Verkehrsunfällen oder an Brustkrebs.

Vor diesem Hintergrund widmet sich der Rat ausführlich der Frage, wie Fehler im medizinischen Behandlungskontext entstehen und wie sie vermieden werden können. Ursachen von Fehlern sind häufig nicht mangelndes Wissen oder Können eines Arztes oder einer anderen Person. Eine weit größere Rolle spielen Kommunikationsdefizite und organisatorische Mängel in den komplexen Abläufen der Gesundheitsversorgung.

Der Rat fordert daher eine Neuorientierung: Ein systematisches, vorbeugendes Fehlermanagement muss zu einem Qualitätsmerkmal der Medizin werden (‚neue Fehlerkultur‘), welches den Anspruch ärztlicher Unfehlbarkeit und die Neigung, lediglich nach einzelnen Schuldigen zu suchen, überwindet. Der offenen Kommunikation sowohl unter den beteiligten Berufsgruppen als auch mit den betroffenen Patienten oder Angehörigen kommt dabei große Bedeutung zu. Der Rat schlägt nach dem Vorbild anderer Länder einen zwölf Punkte umfassenden Arbeitskatalog für die Initiierung eines nationalen Kooperationsprozesses vor.

Die den Patienten im Falle eines fehlerbedingten Schadens derzeit offen stehenden Regulierungsverfahren hält der Rat für unbefriedigend. Betroffene müssen ohne Schwierigkeiten kompetente Beratung, ein transparentes, „waffengleiches“ Verfahren und ggf. zügig Schadensersatz erhalten.

5. Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation

Gesundheitsförderung im Setting Schule

Die für Deutschland eher unrühmlichen Ergebnisse aus der international vergleichenden PISA-Studie verweisen nicht nur auf Probleme der Wissensvermittlung, sondern auch auf solche der Organisation von Schulen und ihrer sozialen Integrationsfähigkeit. Die in den letzten Jahren entwickelten Ansätze der Gesundheitsförderung in der Schule zielen auch auf die Behebung derartiger Defizite. Ein Gesichtspunkt dieser Thematik ist, dass sozial bedingte Unterschiede von Gesundheitschancen und sozial bedingte Unterschiede von Bildungschancen vergleichbare Ursachen haben. Bildungs- und Gesundheitspolitik lassen sich deshalb synergetisch verbinden. Der Rat empfiehlt den Kassen, im Rahmen der Primärprävention nach § 20 SGB V einen Schwerpunkt auf das Handlungsfeld Schule zu legen und dabei auf ihre positiven Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung zurückzugreifen. Der Rat empfiehlt dem BMGS, dem BMBW und den Ländern, die Mittelvergabe bei der Umsetzung beschlossener Programme, z.B. für Ganztagschulen, an den Nachweis qualitätsgesicherter Gesundheitsförderung in Schulen zu binden.

Prävention in der und durch die Pflege

Eine gezielte Prävention von Erkrankungen bzw. Komplikationen kann das Auftreten einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder abmildern. Mit Blick auf die zunehmende Zahl betagter und hochbetagter Menschen in der Bevölkerung plädiert der Rat für eine deutlichere Integration der Pflegeberufe in das krankheitsvorbeugende und gesundheitsfördernde Versorgungsgeschehen. Dadurch kann die Lebensqualität kranker oder hilfebedürftiger Menschen verbessert werden. Um die präventiven Potenziale des Gesundheitsberufes Pflege wirksamer werden zu lassen, müssen gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen weiter entwickelt, Prävention und Gesundheitsförderung in der Ausbildung stärker berücksichtigt und wissenschaftlich gestützte Strategien der Qualitätssicherung verstärkt werden.

Stärkung der medizinischen Rehabilitation durch qualitätsfördernde Vergütung

Der Rat unterstreicht die bereits in seinem Gutachten 2000/2001 formulierte große Bedeutung der Rehabilitation für eine effektive und effiziente Behandlung chronisch Kranker. Er untersucht in seinem neuen Gutachten Bezüge zwischen der Vergütung und der Qualität in der medizinischen Rehabilitation. Dabei sind u.a. folgende Gesichtspunkte von Bedeutung:

- Den durch die Einführung von DRG im akutstationären Sektor möglichen zu frühen Verlegungen von Patienten in Rehabilitationseinrichtungen muss durch verstärkte Qualitätssicherung entgegengewirkt werden.
- Der Rat begrüßt die Erbringung frührehabitativer Leistungen im Krankenhaus. Die Vergütung solcher Leistungen sollte – zumindest in einer Übergangsphase, bis geeignete Vergütungsmodalitäten für frührehabilitative Fälle ermittelt sind – über gesonderte ‚Zuschläge‘ erfolgen (in Anlehnung an die bisher in Australien angewandte Vergütungsregelung).
- Zur Verbesserung der Qualität der weiterführenden medizinischen Rehabilitation schwer und längerfristig erkrankter Menschen in Rehabilitationskliniken sind Fallpauschalen kein geeignetes Instrument. Zeitinvariante Fallpauschalen setzen die Leistungserbringer unter einen qualitätsmindernden hohen Zeitdruck. Geeigneter erscheinen einrichtungsübergreifende, nach dem Rehabilitationsbedarf differenzierte Tagespauschalen.
- Rehabilitation hat bisher im Rahmen der Pflege kaum Stellenwert. Rehabilitationsschancen in der Pflege werden meist nicht ergriffen. Als Gegenmaßnahme fordert der Rat
 - die Rehabilitationsaufwendungen der GKV generell in den RSA einzubeziehen, um den Krankenkassen einen Anreiz zur Erbringung rehabilitativer Leistungen für Pflegebedürftige zu setzen, sowie
 - ein – von der GKV und SPV gemeinsam getragenes – Budget für die medizinische Rehabilitation Pflegebedürftiger bei der Pflegeversicherung (SPV) anzusiedeln, um so auch diese an der Finanzierung der Rehabilitation Pflegebedürftiger zu beteiligen.

6. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen

Ziele und Ansatzpunkte einer integrierten Versorgung

Die Integration der Versorgung soll die Qualität verbessern und ggf. Kosten senken. Im Hinblick auf eine bessere Kooperation und Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen und Berufsgruppen liegen im deutschen Gesundheitswesen noch beachtliche Verbesserungsmöglichkeiten. Der Rat hat deshalb in früheren Gutachten schon wiederholt neue Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche angemahnt. Im vorliegenden Gutachten geht der Rat der Frage nach, durch welche – ggf. gesetzlich zu verankernden – Anreize solche Entwicklungen in Gang gesetzt bzw. beschleunigt werden könnten.

Zur Umsetzung integrierter Versorgungsformen empfiehlt der Rat,

- die gesetzlichen Vorschriften für die integrierte Versorgung von Fehlanreizen und überflüssigen Regulierungen zu befreien. Dies gilt insbesondere für die Rahmenvereinbarungen, aber auch für andere Rechtsgebiete. Krankenhäuser z.B. sollten im Rahmen der integrierten Versorgung vereinbarte Leistungen auch ambulant oder z.B. im Reha- und Pflegebereich erbringen dürfen.
- die Anreize, integrierte Versorgung zu wählen, auf Seiten der Nutzer zu verstärken. Die vom Rat diskutierten Anreize für Nutzer, Kassen und Anbieter sollten zusammen mit einem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich eingeführt werden, der zugleich auch als Anreiz für die Kassen dienen soll, sich um die Versorgung chronisch Kranker zu bemühen.
- die Markteintrittsschranken für die Leistungsanbieter integrierter Versorgung möglichst niedrig zu halten. Dazu gehört insbesondere auch, dass der Vertragsschluss mit solchen Anbietern nicht davon abhängig gemacht wird, dass sie als Gemeinschaft auftreten.
- eine morbiditätsorientierte Vergütung als Instrument zum Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung insbesondere in integrierten Versorgungsnetzen. Die netzinterne Verteilung der Vergütung kann den jeweiligen Anbietern überlassen bleiben.

Disease Management Programme (DMP)

Strukturierte Behandlungsprogramme (DMP) für chronisch Kranke sollen eine über die Behandlung akuter Krankheitsepisoden hinausgehende, umfassende und integrierte Versorgung sicherstellen. Allerdings war die Startphase dieses Reformvorhabens geprägt durch zu ambitionierte Zeitpläne und zum Teil auch durch einen Mangel an konsensfähiger Evidenz aus praxisbezogener Versorgungsforschung. Darüber hinaus setzt die Verknüpfung der DMP mit dem Risikostrukturausgleich der GKV notwendige, aber nicht hinreichende Anreize für gute Qualität, sondern eher für die Maximierung der Anzahl eingeschriebener Patienten. Daher müssen aus Sicht des Rates u. a.

- klare Verfahrensregeln für die Konsensfindung im Koordinierungsausschuss festgelegt,
- die Programme mit klar definierter Einbeziehung von Prävention, stationärer Versorgung, Rehabilitation und Pflege sektorübergreifend gestaltet,
- Lücken in der Qualitätssicherung der DMP geschlossen,
- Übereinkunft über die Datenverwaltung und -nutzung erzielt (neutrales Datenzentrum, Zugriffsregelungen, Einverständnis aller Beteiligten),
- ein Qualitätsausschuss mit Steuerungsfunktionen etabliert und
- die Versorgungsforschung intensiviert werden.

Der Erfolg der DMP hängt von der Akzeptanz aller Beteiligten ab.

Kompetenzbündelung in der Krankenversorgung

Vor allem die Versorgung von Patienten mit komplexen und/oder seltenen Krankheitsbildern erfordert sehr spezifisches Wissen, Erfahrung, Ausstattung und i.d.R. enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit. Am Beispiel der seltenen neuromuskulären Erkrankungen und der dafür existierenden Neuromuskulären Zentren (Comprehensive Care Centers), wird gezeigt, wie durch die Bündelung von Kompetenz Qualität erhöht, Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen und unnötige, schädigende oder ineffiziente Leistungen vermieden werden können.

Der Rat empfiehlt in Leitlinien für alle infrage kommenden Krankheiten jene speziellen Krankheitsphasen zu definieren, in denen Kompetenzbündelung nützt und in Anspruch genommen werden sollte. Comprehensive Care Center sollten nur anerkannt und gefördert werden, wenn sie akzeptierten Qualitätskriterien entsprechen und auch die dafür notwendigen Mindestzahlen an Patienten erreichen. Darüber hinaus müssen Regelungen gefunden werden, welche die Finanzierung dieser Spezialeinrichtungen – unabhängig vom vertragsärztlichen Sektor – sicherstellen.

Rettungswesen

Das Einsatzaufkommen im Rettungsdienst nahm im Verlauf der 1990er Jahre deutlich zu. Die Ausgaben der GKV für ‚Fahrtkosten‘, die auch Ausgaben für Rettungsdienste umfassen, stiegen im Zeitraum von 1993 - 2001 von 1,5 auf rund 2,6 Mrd. € und damit um ca. 70 %. Neben der Steigerung des Einsatzaufkommens und der Ausgabenentwicklung bilden Auswirkungen der Einführung eines DRG-Systems in der Krankenhausfinanzierung einen Ausgangspunkt für Überlegungen zur Fortentwicklung im Rettungsdienst. Eine abnehmende Krankenhausdichte und eine zunehmende Profilbildung von Krankenhäusern durch Spezialisierung und durch die Einrichtung von Kompetenzzentren kann zu einer verminderten Teilnahme einzelner Krankenhäuser an der Versorgung von Notfallpatienten und zu einer Verringerung der Zahl der Notarztstandorte und Betten für Notfallpatienten sowie zu längeren Transportwegen führen. Krankenhaus- und Rettungsdienstplanung bedürfen insofern einer besseren Abstimmung als bisher.

Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Strukturen im Rettungswesen mit dem Ziel der Verbesserung bzw. Sicherung von Qualität und Effizienz sieht der Rat vor allem auf folgenden Gebieten:

- Neuzuschnitt von Rettungsdienstbereichen, Betrieb von Leitstellen als ‚integrierte Leitstellen‘ unter Einbindung eines funktionierenden vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes,
- Einführung einer bundeseinheitlichen Notrufnummer „112“ für alle Hilfeersuchen,
- Aus-, Weiter- und Fortbildung von rettungsdienstlichem Fachpersonal und von Notärzten und Stärkung des Qualitätsmanagements,

- mehr Transparenz über Leistungen und Kosten im Rettungswesen und Entwicklung innovativer Vergütungsmodelle unter Einbezug der GKV.

Die Krankenhausstruktur der Zukunft

Wozu brauchen wir Krankenhäuser? Der Rat möchte mit dieser Frage eine Diskussion über den ordnungspolitischen Rahmen und die Finanzierung der Krankenhausversorgung anstoßen. Krankenhäuser erfüllen im Gesundheitssystem eine Reihe von Grundfunktionen, die sämtlich oder selektiv am einzelnen Standort kombinierbar sind: Notfallversorgung, zeitlich planbare Versorgung, Rehabilitation, Überleitung in Pflegeeinrichtungen, Hospizversorgung und auch ambulante ärztliche Versorgung. Daneben haben Krankenhäuser Bedeutung für die Aus-, Weiter- und Fortbildung, für die klinische Forschung, für die Diffusion medizinischer Erkenntnisse und medizinisch-technischer Entwicklungen sowie (zukünftig vermehrt) für die Versorgungsforschung. Der Rat empfiehlt u.a.

- funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen als Voraussetzung für eine Krankenhaus-Rahmenplanung,
- die Vereinbarung der Versorgungsaufträge von Krankenhäusern nach Funktion und Versorgungskapazität auf der Basis dieser Rahmenplanung,
- die verstärkte Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen,
- die Etablierung von ‚Consultant‘-Systemen zur Erweiterung des Leistungsspektrums und zur Verbesserung der Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten,
- die Neuordnung der Investitionsfinanzierung und
- die Intensivierung der Versorgungsforschung mit dem Ziel, Planungsprozesse zu unterstützen.

Mindestfallzahlen als Hilfsgröße zur Bewertung der Leistungsfähigkeit werden künftig an Bedeutung gewinnen. Eine darauf beruhende komplementäre Schwerpunktsetzung von Krankenhäusern kann zur wirtschaftlichen und bedarfsgerechten Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen beitragen. Mit einer Erhöhung des Marktanteils privater Eigentümer ist zu rechnen, wobei noch weitgehend ungeklärt ist, welchen Einfluss dies auf Leistungsangebot und Qualität der Krankenhausversorgung ausüben wird.

Der ordnungspolitische Rahmen und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur und von einzelnen Krankenhäusern müssen künftig die Anreize und die Dynamik berücksichtigen, die sich aus der Einführung des DRG-System ergeben. Um die Planungssicherheit der Krankenhausträger und der gesetzlichen wie der privaten Krankenversicherung zu verbessern, sollte die Konzeption des zukünftigen ordnungspolitischen Rahmens möglichst bald in Angriff genommen werden.