

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

SACHVERSTÄNDIGENRAT
für die Konzertierte Aktion
im Gesundheitswesen

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität

Band I

Finanzierung und Nutzerorientierung

Band II

Qualität und Versorgungsstrukturen

Gutachten 2003

Kurzfassung

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	9
Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung	13
1. Die gesetzliche Krankenversicherung vor Reformen – Finanzierung und Struktur	13
2. Das System und seine Finanzierung	16
2.1 Das Solidarprinzip im Rahmen gesundheitspolitischer Ziele	16
2.2 Perspektiven der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung	17
2.2.1 Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis	17
2.2.2 Die Ausgabenentwicklung und ihre Einflussgrößen	20
2.2.3 Beitragssatzstabilität im Kontext der Sozialabgabenbelastung	22
2.3 Handlungsoptionen	24
2.3.1 Alternative Gesundheitssysteme und adaptive Reformoptionen im Überblick	24
2.3.2 Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven als Daueraufgabe	25
2.3.3 Der Übergang zu einer kapitalgedeckten Finanzierung	26
2.3.4 Die Finanzierung mit Hilfe von fixen pro Kopf-Beiträgen	27
2.3.5 Leistungskatalog der GKV und öffentliche Aufgabenverteilung	28
2.3.6 Finanzierung und Beitragsgestaltung in der GKV	32
2.3.7 Interdependenzen zwischen den adaptiven Reformoptionen	35
2.4 Fazit	37
3. Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation	39
3.1 Patientenorientierung in der Versorgung – ein Konzept zwischen konfligierenden Strukturen und Zielbündeln	39
3.2 Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung	41
3.2.1 Einführung	41
3.2.2 Grundsätzliche Chancen und Hindernisse der Bürgerbeteiligung	42
3.2.3 Umsetzung von Partizipation auf der Makroebene	43

3.3	Kompetenzsteigerung durch Information des Nutzers	44
3.3.1	Konzept einer Anlaufstelle für Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen	45
3.3.2	Unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)	46
3.3.3	Callcenter der GKV zur Versicherten- und Patientenberatung	48
3.3.4	Gesundheitsinformationen aus dem Internet	50
3.3.5	Leistungsberichte als Instrument der Nutzerinformation	52
4.	Fehler in der Medizin – Ursachen, Vermeidungsstrategien und patientenorientierte Schadensregulierung	55
4.1	Häufigkeit und Ursachen von Fehlern in der Medizin	55
4.2	Strategien zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern	61
4.3	Verbesserung des Beschwerdemanagements und der Schadensregulierungsverfahren	66
Band II:	Qualität und Versorgungsstrukturen	71
5.	Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation	71
5.1	Qualität in der Prävention	71
5.1.1	Gesundheitsförderung im Setting Schule	71
5.1.2	Prävention und der Beitrag der Pflege	73
5.2	Qualität in der Rehabilitation	75
5.2.1	Sicherung der Qualität der medizinischen Rehabilitation durch geeignete Vergütungssysteme	75
5.2.2	Rehabilitation im Rahmen der Pflege	81
6.	Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen	84
6.1	Chancen, Hindernisse und Grenzen einer integrierten Versorgung	84
6.1.1	Ziele und Ansatzpunkte einer integrierten Versorgung	84

6.1.2	Bisherige Barrieren einer Inanspruchnahme und erfolgreichen Umsetzung	84
6.1.3	Empfehlungen	86
6.2	Disease Management	87
6.2.1	Definition und Bewertung des bisherigen DMP-Einführungsprozesses	87
6.2.2	Aufbau eines Disease Management Programms	89
6.2.3	Datendokumentation und Datenverarbeitung	92
6.2.4	Qualitätssicherung im Disease Management	93
6.3	Kompetenzbündelung	94
6.4	Rettungswesen	96
6.4.1	Leistungen und Ausgabenentwicklung im Rettungswesen	96
6.4.2	Weiterentwicklung der rettungsdienstlichen Strukturen	98
6.5	Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur – Ausblick	104
6.5.1	Funktionen des Krankenhauses	104
6.5.2	Ansätze für die Weiterentwicklung	105
Anhang		109

Verzeichnis der Tabellen

<i>Tabelle 1:</i>	Unerwünschte Ereignisse (<i>advers events</i>) bei Krankenhausbehandlungen im internationalen Vergleich	58
<i>Tabelle 2:</i>	Organisatorische Mängel als Ursachen von Behandlungsfehlern – Analyse gutachterlicher Begründungen für anerkannte Fehlervorwürfe	59
<i>Tabelle 3:</i>	Unmittelbare Ursachen von Medikationsfehlern und zusätzlich wirksame Einflussfaktoren	60
<i>Tabelle 4:</i>	Charakteristika effektiver Meldesysteme für (Beinahe-) Behandlungsfehler	64
<i>Tabelle 5:</i>	Aufkommen an Notfalleinsätzen nach Einsatzanlass in Deutschland	97

Verzeichnis der Abbildungen

<i>Abbildung 1:</i>	Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigem seit 1980 (alte Bundesländer)	18
<i>Abbildung 2:</i>	Verhältnis von GKV-Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen von 1970 bis 2000 (alte Bundesländer)	21
<i>Abbildung 3:</i>	Ebenen einer offenen Fehlerkultur	62
<i>Abbildung 4:</i>	Aufbauschema eines Disease Management Programms	91
<i>Abbildung 5:</i>	Notfallversorgung als Netzwerk	102

Danksagung

Der Rat legt hiermit sein Gutachten „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“ vor. Neben der Neuordnung der Finanzierung bilden die Partizipation 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 der Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat zahlreiche Gespräche geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte sich jederzeit auf die fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und durch das Bundesministerium für Justiz stützen. Im Einzelnen dankt er Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Friedrich-Wilhelm Ahnefeld, Universität Ulm; Herrn Prof. Dr. med. Karl-Heinz Altemeyer, Klinikum Saarbrücken; Herrn Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit, Hannover; Herrn Prof. Dr. Wilfried Belschner, Universität Oldenburg; Herrn Dipl.-Geogr. Holger Behrendt, FORPLAN, Bonn; Frau Gudrun Berger, Techniker Krankenkasse, Hamburg; Herrn Dipl.-Volksw. Jan Bockhorst, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Herrn Erwin Dehlinger, AOK Bundesverband, Berlin; Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang F. Dick, Universität Mainz; Frau Dr. med. Susanne Eberl, Universität München; Herrn Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Universität Kiel; Herrn Karl Hermann Haack, MdB, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Berlin; Herrn Prof. Dr. med. Martin L. Hansis, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Essen; Herrn Prof. Dr. Dieter Hart, Universität Bremen; Herrn Dr. rer. pol. Friedrich O. Hauß, BRAIN TOOLS, Berlin; Herrn Dr. med. Antonius Helou, MSP, Arbeitsgemeinschaft Koordinierungsausschuss, Siegburg; Herrn Prof. Dr. sc. pol. Klaus Hurrelmann, Universität Bielefeld; Herrn Thomas Isenberg, Bundesverband der Verbraucherzentralen, Berlin; Herrn PD Dr. med. Christian K. Lackner, Universität München; Frau Dipl.-Pol. Birgit Lampe, Technische Universität Berlin; Herrn Prof. Dr. med. Rüdiger Landgraf, Universität München; Herrn PD Dr. med. Thomas Mansky, Helios-Kliniken, Fulda; Herrn Dr. phil. Gerd Marstedt, Universität Bremen; Herrn Dr. med. Martin Messelken, Klinik am Eichert, Göppingen; Herrn RA Johann Neu, Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern; Herrn Prof. Dr. Dr. med. Günter Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln; Herrn Prof. Dr. phil. Peter Paulus, Universität Lüneburg; Herrn Prof. Dr. med. Dieter Pongratz, München; Herrn Dr. med. Wolf-

gang Piehlmeier, Universität München; Frau Annette Riesberg, MPH, Technische Universität Berlin; Herrn Dr. med. Bernhard Rochell, Bundesärztekammer, Köln; Herrn Prof. Dr. Klaus Dieter Scheppokat, Gehrden; Herrn Dr.-Ing. Reinhard Schmiedel, FORPLAN Bonn; Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Wolfgang Schramm, Universität München; Herrn Gerd Wenzel, Ärztekammer Bremen; Herrn Prof. Dr. med. Dr. h.c. Karsten Vilmar, Bremen.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder, insbesondere Frau PD Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover; Frau Dipl.-Pflegepäd. Dagmar Dräger, Humboldt Universität zu Berlin; Herrn Dr. phil. Dr. rer. med. Thomas Gerlinger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Herrn Dipl.-Volksw. Christian Igel, Universität Mannheim; Herrn Dr. rer. pol. Christian Krauth, Medizinische Hochschule Hannover; Herrn Dr. rer. pol. Markus Lungen, Universität zu Köln; Herrn Dr. med. Karl-Peter Mand, MPH, Medizinische Hochschule Hannover; Herrn Marcus Redaelli, Arzt, Universität zu Köln; Frau Dr. med. Stephanie Stock, Universität zu Köln; Herrn Dipl.-Pflegepäd. Maik H.-J. Winter, Humboldt Universität zu Berlin.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, auf die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dr. rer. pol. Dipl.-Volksw. Karin Hummel, Frau Dr. med. Sabine Maria List, MPH, Herr Dipl.-Volksw. Claus Michel, Frau Dr. med. Dipl.-Sozialw. Sonja Schlemm und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre tatkräftige und sehr sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank.

Der Rat dankt Frau Renate Schneid, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine VanDen Berghe und Frau Monika Weinberg für die Unterstützung der Arbeit des Rates in der Geschäftsstelle.

Wenn im Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Februar 2003

Gisela C. Fischer

Adelheid Kuhlmei

Karl W. Lauterbach

Rolf Rosenbrock

Friedrich Wilhelm Schwartz

Peter C. Scriba

Eberhard Wille

Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung

1. Die gesetzliche Krankenversicherung vor Reformen – Finanzierung und Struktur

1. 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.

2. Im Hinblick auf die Notwendigkeit und das Ausmaß von Gesundheitsreformen schwankt das Meinungsspektrum zwischen einem nahezu starren Festhalten an den geltenden Regelungen und der Forderung, zu einem völlig anderen bzw. alternativen Gesundheitssystem überzugehen. Dabei beeinflussen sich diese beiden extremen Positionen noch insofern, als sich die Befürworter eines Systemwechsels immer dann bestätigt fühlen, wenn die Gegenseite grundsätzlich auf dem Status quo beharrt. Umgekehrt schrecken die Reformgegner noch mehr vor Veränderungen zurück, wenn sie sich mit den Aussichten eines Systemwechsels konfrontiert sehen. Der Rat empfiehlt in diesem Gutachten keinen prinzipiellen Wechsel zu einem anderen Gesundheitssystem, sondern zahlreiche evolutorische Reformschritte. Gegen einen Übergang zu einem anderen Gesundheitssystem sprechen zum einen die hohen Friktionskosten, die selbst bei adäquater ökonomischer Umsetzung in Form von Verunsicherungen und Befürchtungen der Bevölkerung anfallen. Zudem gibt es auch in internationaler Perspektive, abgesehen von unterschiedlichen nationalen Präferenzen, kein ‚ideales‘ Gesundheitssystem, wie die zahlreichen Reformbestrebungen in fast allen Ländern belegen.

3. Die vom Rat 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. Adaptive Reformen dienen damit der

Stabilität des Systems, während dogmatisches Beharren auf dem Ist-Zustand dieses gefährdet. Dabei setzen die Empfehlungen des Rates sowohl auf der Einnahmen-, als auch auf der Ausgabenseite der GKV an, denn der empirische Befund einer Wachstumschwäche der Finanzierungsbasis schließt die Existenz von Wirtschaftlichkeitsreserven auf der Ausgabenseite nicht aus, was auch vice versa gilt. Die diskutierten adaptiven Reformoptionen auf der Einnahmenseite verfolgen nicht den Zweck, von den vorhandenen Effizienz- und Effektivitätsreserven der derzeitigen Gesundheitsversorgung abzulenken. Entsprechend unterstellen alle Analysen auf der Finanzierungsseite Aufkommensneutralität, d. h. alle zusätzlichen finanziellen Mittel dienen zunächst zur Senkung der Beitragssätze. Andererseits vermögen auch zutreffende Hinweise auf bestehende Rationalisierungspotentiale sich abzeichnende Finanzierungsprobleme kurzfristig nicht zu lösen und auch mittelfristig im Zuge struktureller Reformen wohl nur abzumildern.

4. Vor dem Hintergrund steigender Beitragssätze verzeichnen Vorschläge zur Reform der GKV in jüngster Zeit eine fast inflationäre Entwicklung. Den meisten dieser Vorschläge, 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 und hier 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.

5. Unbeschadet vorhandener Effizienz- und Effektivitätsmängel bietet das deutsche Gesundheitswesen auch aus internationaler Perspektive für alle Bürger einen sehr weitgehenden Versicherungsschutz, ein nahezu flächendeckendes Angebot an Gesundheitsleistungen und einen vergleichsweise hohen Versorgungsstandard. Verglichen mit anderen sozialen Krankenversicherungen beinhaltet die GKV einen sehr umfassenden Leistungskatalog mit einer guten Erreichbarkeit der Leistungen und konfrontiert die Patienten kaum mit schärferen Rationierungen, wie z. B. Warteschlangen. Gleichwohl gilt es sowohl unter Finanzierungs- als auch unter Qualitätsaspekten, das vorhandene Ratio-

nalisierungspotential auszuschöpfen. Entsprechend beschäftigt sich der Rat vornehmlich auf der Ausgabenseite 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.

2. Das System und seine Finanzierung

2.1 Das Solidarprinzip im Rahmen gesundheitspolitischer Ziele

6. Steigende Beitragssätze und auch künftig drohende Budgetdefizite rücken derzeit Überlegungen zu einer Reform der GKV und der Gesundheitsversorgung insgesamt in den Mittelpunkt sozial- und wirtschaftspolitischer Diskussionen. Um zu vermeiden, dass sich die anstehenden Reformmaßnahmen wieder, wie in der Vergangenheit häufig geschehen, in reinen Kostendämpfungsmaßnahmen erschöpfen, stellte der Rat einige Anmerkungen zu den gesundheitspolitischen Zielen und hier insbesondere zur Rolle des Solidaritätsprinzips an den Beginn seiner Überlegungen. Er erinnert deshalb daran, dass Gesundheitsleistungen

- nicht nur die gesundheitlichen Outcomes verbessern und damit die Lebenserwartung und -qualität steigern, sondern auch
- Arbeitsplätze schaffen,
- das Wachstum des realen Sozialproduktes erhöhen sowie
- Produktivitäts- und Kapazitätseffekte erzeugen und damit das Humankapital quantitativ und qualitativ erweitern können.

7. Bei der Suche nach geeigneten Reformmaßnahmen spielen im Rahmen einer zielorientierten Betrachtung das Solidarprinzip und im weiteren Sinne auch ethische Kriterien insofern eine Rolle, als Maßnahmen zur Budgetkonsolidierung der GKV mit Ausnahme einer Finanzierung von Leistungen durch andere Ausgabenträger zwangsläufig mit diskretionären Ausgabenkürzungen und/oder Einnahmenerhöhungen einhergehen. Die Reformoptionen gilt es deshalb unter fiskalischen, allokativen und distributiven Aspekten zu analysieren und gegeneinander abzuwägen. Dabei besteht ein Element des Solidarprinzips in der GKV darin, dass die Leistungsgewährung mit Ausnahme des Krankengeldes völlig unabhängig von den Beitragszahlungen der Versicherten erfolgt. Dies bedeutet, dass die Wirkung des Solidarprinzips mit einer Einengung des Leistungskataloges abnimmt, denn diese Maßnahme belastet Versicherte mit geringerem Einkommen relativ stärker, d. h. sie wirkt verteilungspolitisch regressiv. Anders verhält es sich bei einem starken Wandel der demographischen Struktur in intergenerativer Hinsicht, denn dann können infolge des Umlageverfahrens heutige Leistungskürzungen und/oder Erhöhungen der Selbstbeteiligung zur Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Generationen beitragen.

8. Das Schwergewicht des Solidarprinzips liegt in der GKV auf der Finanzierungsseite und besteht in Form einer ex ante-Umverteilung von

- niedrigen zu hohen Gesundheitsrisiken (Risikoausgleich),
- Beziehern höherer Arbeitsentgelte zu solchen mit niedrigeren Löhnen und Gehältern (Einkommensumverteilung),
- von Alleinstehenden zu kinderreichen Familien (Familienlastenausgleich) sowie
- von jungen zu alten Versicherten (Generationenausgleich).

Diese Umverteilungselemente sowie der Kontrahierungszwang und das Diskriminierungsverbot unterscheiden die GKV in verteilungspolitischer Hinsicht von der PKV.

Wie mehrere Umfragen in den letzten Jahren belegen, erfährt das Solidarprinzip in Wahrnehmung und Bewertung seiner distributiven Wirkungen in der Bevölkerung eine breite Akzeptanz und eine hohe Wertschätzung. Die jeweiligen Zustimmungsqoten erreichen bei den distributiven Dimensionen Risikoausgleich, Einkommensumverteilung und Generationenausgleich ca. 80 % und liegen lediglich beim Familienlastenausgleich mit 60 % spürbar niedriger. Diese hohe Zustimmung teilen fast ohne Abstriche auch jene Versicherten, die sich im Hinblick auf die jeweilige Umverteilungsdimension in der Position des Nettozahlers befinden. Über die grundsätzliche Zustimmung zum Solidarprinzip hinaus, zeigen die Befunde der Umfragen, dass die Mehrheit der Versicherten eher eine Bereitschaft besitzt, höhere Beitragssätze zu entrichten, als Einengungen des Leistungsspektrums bzw. Abstriche bei der Versorgungsqualität hinzunehmen.

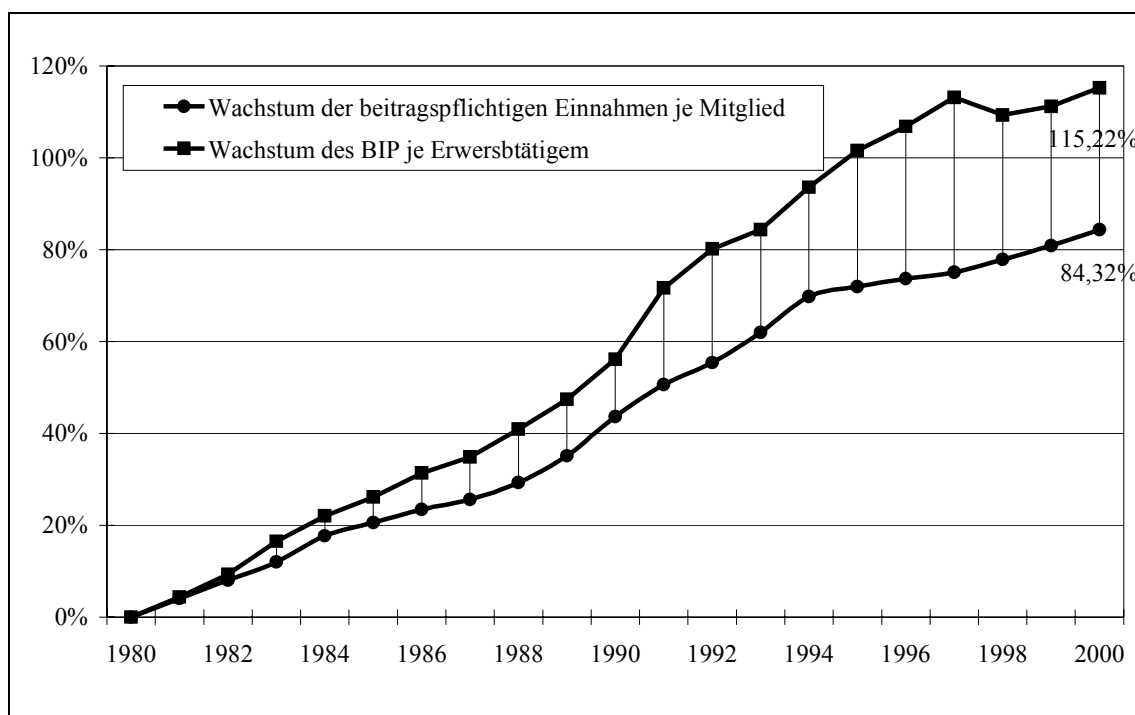
2.2 Perspektiven der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung

2.2.1 Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis

9. Die Finanzierungsbasis der GKV, die im Wesentlichen aus Arbeitseinkommen und Rentenzahlungen besteht, leidet seit Beginn der achtziger Jahre an einer Wachstumsschwäche. Wie Abbildung 1 zeigt, blieben die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den alten Bundesländern zwischen 1980 und 2000 im Wachstum um 31 Prozentpunkte hinter dem BIP je Erwerbstätigem zurück. Die quantitative Bedeutung dieser Wachstumslücke für das Beitragsaufkommen verdeutlicht eine fiktive Berechnung, die unterstellt, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in diesem Zeitraum mit der Steigerungsrate des BIP je Erwerbstätigem zugenommen hätten. Diese fiktive Be-

rechnung weist für das Jahr 2000 um 16,7 % höhere beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied aus, was fiktiven Mehreinnahmen von 35,6 Mrd. DM entspricht. Mit Hilfe dieser fiktiven Mehreinnahmen ließen sich die gegebenen Ausgaben bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von knapp 11,6 % decken. Dieser fiktive Beitragssatz weicht in seiner Größenordnung unwesentlich von den tatsächlichen Beitragssätzen der Jahre 1980 bis 1984 ab. Hochgerechnet auf das gesamte Bundesgebiet belaufen sich die entsprechenden fiktiven Mehreinnahmen auf fast 43 Mrd. DM.

Abbildung 1: Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied und des BIP je Erwerbstätigem seit 1980 (alte Bundesländer)



Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1998-2000), Bundesdruckerei (1999), Bundesministerium für Gesundheit (2001), Statistisches Bundesamt (2000, 2002), Arbeitskreis VGR (2002), eigene Berechnungen

10. Die Lohnquote dient häufig als Indikator für den Anteil, mit dem die Arbeitnehmer am wirtschaftlichen Erfolg einer Volkswirtschaft teilhaben. Sie spiegelt jedoch nur sehr eingeschränkt die Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen wider, denn diese enthalten im Unterschied zur Lohnquote auch die Rentenzahlungen und weisen eine

Beitragsbemessungsgrenze auf. Andererseits beinhaltet die Lohnquote die Bruttoeinkommen von Beamten und Soldaten sowie die gesetzlich vorgeschriebenen und die freiwilligen Sozialkosten der Arbeitgeber. Infolge dieser Unterschiede lässt sich nicht ausschließen, dass die – im Vergleich zur Steigerung des BIP – relative Wachstumsschwäche der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied künftig selbst bei konstanter oder sogar leicht zunehmender Lohnquote anhält.

11. Neben dem unterdurchschnittlichen Anstieg der Arbeitsentgelte der Mitglieder kann die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV auch in einer Veränderung ihrer Mitgliederstruktur wurzeln. Dies betrifft vor allem die Entwicklung der jeweiligen Anteile von beitragsfrei Mitversicherten, von Rentnern, von Arbeitslosen und von freiwillig versicherten Mitgliedern. Dabei zeigt bereits eine kursorische empirische Analyse, dass neben der unterproportionalen Steigerung der Arbeitsentgelte die steigende Arbeitslosenzahl für die Wachstumsschwäche in der GKV verantwortlich zeichnet. Da- neben trugen ein leicht zunehmender Anteil von Rentnern und diverse Verlagerungen von Defiziten zwischen den Teilen der Sozialversicherung dazu bei, dass die beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied im Wachstum deutlich hinter dem BIP je Erwerbstätigem zurückblieben. Die Entwicklung der beitragsfrei Mitversicherten, d. h. die je Beitragszahler zu finanzierenden Versicherten, führte dagegen nicht zu einer Schwächung der Finanzierungsbasis und vom zunehmenden Anteil der freiwillig versicherten Mitglieder gingen sogar leicht gegenläufige bzw. fiskalisch stabilisierende Effekte aus.

12. Ein Blick auf die zentralen Determinanten, die auf die Einnahmenbasis der GKV einwirken, lässt befürchten, dass das relativ bescheidene, d. h. zur Steigerung des BIP unterproportionale, Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied bei gegebener Beitragsgestaltung noch auf absehbare Zeit anhält. Die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis geht nicht nur auf konjunkturelle Einflussfaktoren, die zu einer geringen Zunahme von Löhnen und Gehältern, zu einer hohen Arbeitslosenzahl und zu vorgezogenen Verrentungen führen, sondern auch auf eher strukturelle Faktoren zurück. Hierzu zählen u. a.

- der Druck auf die Arbeitsentgelte, insbesondere in den unteren Lohngruppen, infolge der Globalisierung,
- veränderte Arbeitsverhältnisse bzw. Berufskarrieren (z. B. unstete Beschäftigung, nicht versicherungspflichtige Dienst- und Werkverträge),

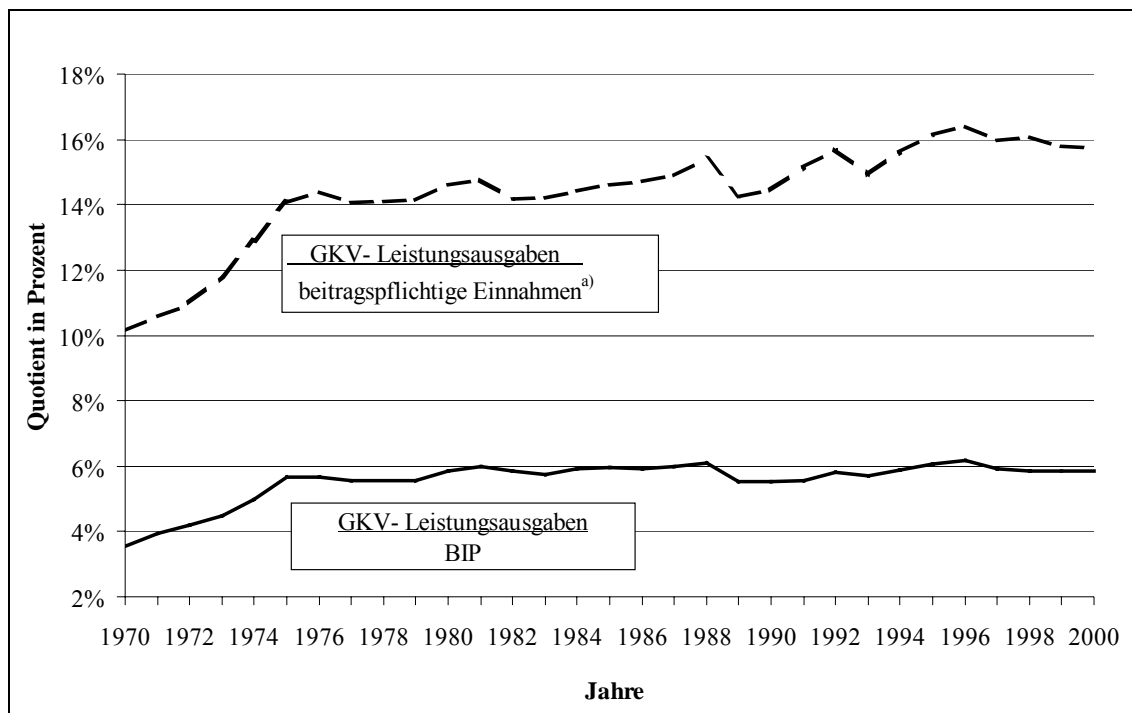
- die Zunahme von nicht versicherungspflichtigen Teilen des Arbeitsentgeltes, vor allem durch Entgeltumwandlung im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge,
- eine weitere Flucht in die illegale Schattenwirtschaft und Intensivierung der (legalen) Eigenwirtschaft bzw. Haushaltsproduktion sowie
- eine längere Lebens- und damit Verrrentungszeit.

13. Trotz noch vorhandener beachtlicher Rationalisierungspotentiale dürften angesichts der zu erwartenden Entwicklung der Finanzierungsbasis die Beitragseinnahmen der GKV bei Wahrung der Beitragssatzstabilität ohne Reformmaßnahmen kaum ausreichen, um künftig auch nur bescheidene ausgabenseitige Herausforderungen zu bewältigen. Dabei stellen der Befund einer konjunkturellen und strukturellen Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis in der GKV und der Hinweis auf die vom Rat vielfach betonten Effizienz- und Effektivitätsreserven des Systems keine widersprüchlichen Thesen dar. Die Beschäftigung mit Reformoptionen auf der Einnahmen- bzw. Finanzierungsseite verfolgt keineswegs den Zweck, von den Wirtschaftlichkeitsreserven der derzeitigen Gesundheitsversorgung abzulenken. Umgekehrt vermag der Hinweise auf bestehende Unter-, Über- und Fehlversorgung die anstehenden Finanzierungsprobleme kurzfristig nicht zu lösen und auch mittelfristig nur abzumildern.

2.2.2 Die Ausgabenentwicklung und ihre Einflussgrößen

14. Die Entwicklung der Leistungsausgaben in der GKV seit Mitte der siebziger Jahre liefert keinen empirischen Beleg für eine ‚Kostenexplosion‘ im Gesundheitswesen. Wie Abbildung 2 ausweist, blieb das Verhältnis zwischen den Leistungsausgaben der GKV und dem BIP in den alten Bundesländern von 1975 bis 2000 nahezu konstant, während die Leistungsausgaben der GKV bezogen auf die beitragspflichtigen Einnahmen in diesem Zeitraum um 2 Prozentpunkte zunahmen. Diese Konstanz stellte sich allerdings nicht automatisch als endogene Entwicklung ein, sondern bildete das Resultat zahlreicher sog. Kostendämpfungsmaßnahmen bzw. Gesundheitsreformen. Ohne diese diskretionären staatlichen Eingriffe wäre der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am BIP zweifellos deutlich angestiegen. Die GKV befindet sich insofern zwischen einer Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und einer Ausgabendynamik, die ohne staatliche Regulierungen bzw. Reformen dahin tendiert, über der Steigerungsrate des BIP zu liegen.

Abbildung 2: Verhältnis von GKV-Leistungsausgaben zu BIP und beitragspflichtigen Einnahmen^{a)} von 1970 bis 2000^{b)} (alte Bundesländer^{c)})



- a) Die beitragspflichtigen Einnahmen beziehen sich auf Mitglieder ohne Rentner
- b) Ab 1978 geänderte Berechnungsmethode, schränkt die Vergleichbarkeit mit vorangehenden Jahren ein
- c) Ab 1995 wird Berlin-Ost den alten Bundesländern zugeordnet

Quelle: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994), Bundesministerium für Gesundheit (2000, 2001), Statistisches Bundesamt (1999), Arbeitskreis VGR der Länder (2002), eigene Berechnungen

15. Derzeit sprechen nahezu alle Anzeichen dafür, dass sich dieser Trend, d. h. die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis und eine die Zunahme des BIP übersteigende Ausgabendynamik fortsetzt. Die GKV steht damit vor folgendem Dilemma: Entweder orientieren sich ihre Ausgaben am Wachstum des BIP, dann steigen zwangsläufig die Beitragssätze. Stabile Beitragssätze setzen andererseits voraus, dass die GKV-Ausgaben schwächer zunehmen als das BIP. Die erste Alternative führt bei den Arbeitgebern zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten und bei den Arbeitnehmern zu einer Verminderung ihres verfügbaren Einkommens. Die zweite Alternative engt vor allem bei einer wenig prosperierenden Wirtschaftsentwicklung, die schon mit einem bescheidenen Wachstum des realen BIP einhergeht, den Finanzierungsspielraum der GKV stark ein.

16. Der empirische Befund, dass die Gesundheitsausgaben in den letzten Jahrzehnten nahezu weltweit stärker anstiegen als das jeweilige BIP, deutet neben allokativen Steuerungsdefiziten auf grundlegende nationenübergreifende Determinanten der Entwicklung der Gesundheitsausgaben hin. Diese lassen sich unbeschadet von Wechselwirkungen in angebots- und nachfrageseitige Einflussgrößen einteilen. Zu den angebotsseitigen Determinanten, die auf die Gesundheitsausgaben einwirken, gehören vor allem die angebotsinduzierte Nachfrage, der medizinisch-technische Fortschritt, der sog. negative Preisstruktureffekt und der zunehmende Hang zu einer sog. Defensivmedizin. Relevante nachfrageseitige Einflussgrößen stellen insbesondere der demographische Strukturwandel, die Veränderung des Krankheitsspektrums, die gestiegene Anspruchshaltung der Bürger und der Anreiz zu einer übermäßigen Inanspruchnahme bzw. *moral hazard* dar. Von diesen angebots- und nachfrageseitigen Determinanten finden derzeit der medizinisch-technische Fortschritt und die demographische Ausgabenkomponente in Wissenschaft und Politik die größte Beachtung. Während sich die künftigen Ausgabeneffekte des demographischen Strukturwandels zumindest in Grenzen abschätzen lassen, unterliegen Prognosen zu den Effekten des medizinisch-technischen Fortschritts, der im Prinzip sowohl ausgabenerhöhend wie -senkend wirken kann, der größeren Unsicherheit.

2.2.3 Beitragssatzstabilität im Kontext der Sozialabgabenbelastung

17. Die gesetzlich verankerte Beitragssatzstabilität in der GKV gewinnt wirtschaftspolitisch noch insofern an Bedeutung, als die GRV und die soziale Pflegeversicherung künftig ebenfalls vor beachtlichen fiskalischen Herausforderungen stehen. Steigende Beiträge zur Sozialversicherung behindern über höhere Lohnnebenkosten u. a. den Strukturwandel in Richtung des beschäftigungsintensiven Dienstleistungssektors, setzen Anreize zur Flucht in die Schattenwirtschaft und beeinträchtigen die internationale Wettbewerbsfähigkeit. Allerdings existiert über die Effekte, die von höheren Beitragsätzen zur Sozialversicherung auf die Wachstums- und Beschäftigungsentwicklung ausgehen, keine gesicherte empirische Evidenz. In diesem Kontext gilt es zudem auch zu beachten, dass der Gesundheitssektor einen relevanten Wirtschafts- und Wachstumssektor darstellt, der angesichts seiner überdurchschnittlichen Dienstleistungs- bzw. Arbeitsintensität erhebliche Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt entfaltet. Dabei eröffnet vor allem die begrenzte Möglichkeit, im Rahmen der Gesundheitsversorgung Arbeit durch Kapital zu substituieren, in einem wachsenden Gesundheitsmarkt Beschäftigungs-

chancen. Das Bemühen der Gesundheitspolitik um stabile Beitragssätze und mit diesem Ziel auch um Ausgabenbegrenzung bildet insofern immer eine Gratwanderung zwischen den Entzugseffekten, die steigende Beitragssätze vornehmlich außerhalb des Gesundheitssektors bei Konsumenten und Investoren verursachen, und den positiven Wirkungen, die Gesundheitsausgaben und die mit ihnen finanzierten Leistungen erzeugen. Diese Feststellung soll keinesfalls als Alibi für ineffiziente Produktionen und/oder ineffektive Maßnahmen im Gesundheitswesen dienen und damit auch nicht über vorhandene Rationalisierungsreserven hinwegtäuschen.

18. Die Wirkungen, die von einer hohen und steigenden Sozialabgabenbelastung auf die internationale Wettbewerbsfähigkeit eines Landes ausgehen, hängen auch davon ab, wie die entsprechende Entwicklung in ökonomisch konkurrierenden Ländern verläuft. Dabei unterschritt die deutsche Abgabenquote, d. h. die Summe aus Steuern und Sozialabgaben in Relation zum BIP, von einem hohen Niveau in den sechziger und siebziger Jahren ausgehend den EU-Durchschnitt bereits 1981/82 und näherte sich bis 1990 dem OECD-Durchschnitt. Nach einer überwiegend vereinigungsbedingten Zunahme zwischen 1991 und 1995 sank die deutsche Abgabenquote schon 1998 wieder auf den OECD-Durchschnitt. Die im Vergleich zu den Steuern relativ stärkere Zunahme der Sozialabgaben stellt ebenfalls keine deutsche Besonderheit dar, sondern tritt im gesamten EU- und OECD-Bereich auf. Dieser empirische Befund berücksichtigt zwar nicht die Struktur der Steuern, deutet aber auf aggregierter Ebene nicht auf internationale Standort- oder Wettbewerbsnachteile Deutschlands bei der Abgabenbelastung hin.

19. Schließlich zeigt ein Blick auf die Sozialabgaben nach Beitragszahlern im internationalen Vergleich, dass der deutsche Arbeitgeberanteil im Jahre 2000 sowohl hinter dem EU- als auch dem OECD-Durchschnitt deutlich zurückbleibt. Zudem weist er gegenüber den siebziger und achtziger Jahren eine sinkende Tendenz auf. Bezogen auf den Anteil am Bruttoinlandsprodukt liegt der deutsche Arbeitgeberanteil nur leicht, der Arbeitnehmeranteil jedoch deutlich über dem EU-Durchschnitt. Letzterer übersteigt das entsprechende OECD-Niveau allerdings deutlich. Insgesamt spricht ein internationaler Vergleich der gesamten Abgaben- sowie der Sozialabgabenquoten zumindest nicht für Wettbewerbsnachteile deutscher Unternehmen gegenüber europäischen Konkurrenten.

2.3 Handlungsoptionen

2.3.1 Alternative Gesundheitssysteme und adaptive Reformoptionen im Überblick

20. Die gesundheitspolitischen Handlungsmöglichkeiten, die bei drohenden Budgetdefiziten zur Wahrung der Beitragssatzstabilität offen stehen, lassen sich grundsätzlich dahingehend unterscheiden, ob sie einen Übergang zu einem alternativen Gesundheitssystem darstellen oder ob sie als adaptive Reformoptionen in den Strukturen des geltenden Systems bleiben. Zu den alternativen Gesundheitssystemen gehören:

- die rein steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung,
- der Übergang zu einer Kapitaldeckung und
- die Finanzierung mit Hilfe von fixen pro Kopf-Beiträgen.

21. Als adaptive Reformoptionen bzw. -schritte bieten sich an:

- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch strukturelle Reformen,
- Reorganisation der Finanzierung innerhalb der Teilsysteme der Sozialversicherung („Verschiebebahnhöfe“),
- Verlagerung von krankenversicherungsfremden Leistungen auf andere Ausgaben-träger,
- Einengung des Leistungskataloges,
- Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung im Rahmen der GKV entweder verpflichtend oder als staatlich geförderte private (Zusatz-) Versicherung,
- teilweise Steuerfinanzierung, z. B. durch Heranziehung von Verbrauchsteuern, z. B. auf Tabak und Alkohol,
- Ausweitung der Selbstbeteiligung der Patienten sowie
- Änderung der Beitragsgestaltung.

22. Von den alternativen Gesundheitssystemen steht ein Wechsel zu einer rein steuerfinanzierten Gesundheitsversorgung derzeit zu Recht nicht zur Diskussion. Steuerfinanzierte Gesundheitssysteme besitzen gegenüber beitragsfinanzierten zwar Vorteile im Hinblick auf die Lohnnebenkosten und damit die Belastung des Faktors Arbeit, sie mindern aber die Gestaltungs- und Souveränitätsrechte der Bürger. Diese empfangen die

Gesundheitsleistungen nicht mehr wie im geltenden System als anspruchsberechtigte Versicherte, sondern wie staatliche Transferempfänger. Zudem findet eine Einheitskasse, auf die eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung praktisch hinausläuft, in repräsentativen Umfragen eine klare Ablehnung und die Möglichkeit der Krankenkassenwahl eine überwiegende Zustimmung.

2.3.2 Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven als Daueraufgabe

23. Von den adaptiven Reformoptionen steht die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven in normativer Hinsicht zweifellos an erster Stelle. Wie der Rat in seinem vorangegangenen Gutachten belegte, weist die deutsche Gesundheitsversorgung in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung noch ein beträchtliches, noch unzureichend ausgeschöpftes Effektivitäts- und Effizienzpotential auf. Das Wissen um die Existenz dieses Rationalisierungspotentials hilft aber kaum bei der Finanzierung kurzfristig auftretender Budgetdefizite. Zunächst setzt die Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven strukturelle Reformen voraus, die in der Regel erst mit einer zeitlichen Verzögerung zu den angestrebten Ressourceneinsparungen führen. Zudem können erfolgreiche Maßnahmen zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung, wie z. B. Maßnahmen zur Prävention oder zur Qualitätssicherung, nicht nur zu Ausgabensenkungen, sondern auch zu Erhöhungen der gesundheitlichen Outcomes führen. Letztere besitzen keinen geringeren Wert als Kosteneinsparungen, vermögen aber nicht in Form von Minderausgaben einen Beitrag zur Finanzierung von Budgetdefiziten zu leisten.

24. Trotz noch vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven hält der Rat vor dem Hintergrund der zu erwartenden Einnahmen- und Ausgabenentwicklung Handlungsbedarf im Sinne von fiskalisch relevanten Reformoptionen für angezeigt. Wenn die politischen Entscheidungsträger nicht auf die sich unter Status quo-Bedingungen abzeichnenden Budgetdefizite reagieren, drohen weiter steigende Beitragssätze und/oder die Gefahr impliziter Rationierung. Letztere verlagert die Verantwortung auf den behandelnden Arzt und stellt die schlechteste von allen Handlungsalternativen dar. Sie enthält den Patienten Leistungen vor, die ihnen bei gegebenem Leistungskatalog zustehen und die bei adäquatem indikationsspezifischem Einsatz ihre gesundheitlichen Outcomes erhöhen würde. Implizite Rationierung verstößt insofern gegen ethische Kriterien, als sie mehr oder weniger zufällig und willkürlich erfolgt und schwergewichtig solche Patien-

ten betrifft, die über ein niedriges Informationsniveau und/oder ein geringes Durchsetzungsvermögen verfügen.

2.3.3 Der Übergang zu einer kapitalgedeckten Finanzierung

25. Die Vorschläge, zu einer kapitalgedeckten Finanzierung wie in der PKV überzugehen, zielen vornehmlich darauf ab, den künftigen Ausgabeneffekten zu begegnen, die aus dem zu erwartenden Wandel der demographischen Struktur erwachsen. Im Unterschied zur Alterssicherung kommt der Kapitaldeckung bei der Absicherung des Krankheitsrisikos jedoch eine deutlich geringere Bedeutung zu. Dies veranschaulicht bereits ein einfacher Vergleich zwischen GRV und GKV am Beispiel der Verrentung eines Mitglieds. Die GRV leistet ab diesem Zeitpunkt erstmalig Auszahlungen und erhält keine Einnahmen mehr, so dass die Verrentung die GRV auf der Einnahmen- und Ausgabenseite erheblich belastet. In der GKV dagegen nehmen die Ausgaben mit dem Zeitpunkt der Verrentung kaum bzw. nicht zwangsläufig zu und Beiträge, die nun die GRV hälftig übernimmt, fließen ihr – wenn auch auf einem niedrigeren und nicht gruppenäquivalenten Niveau – weiterhin zu. Die Verrentung bildet somit für die GRV eine erheblich schärfere fiskalische Zäsur als für die GKV.

26. Die Kapitaldeckung der PKV besitzt gegenüber der umlagefinanzierten GKV bei negativer Wachstumsrate der Bevölkerung im Hinblick auf die intergenerative Verteilungsgerechtigkeit zwar Vorzüge, diese erreichen aber bei weitem nicht die Relevanz wie die entsprechenden Unterschiede zwischen kapitalgedeckter Altersvorsorge und GRV. So wirken mit Ausnahme der demographischen Komponente alle Ausgabeterminanten der GKV, wie die Prämienanstiege belegen, auch auf die PKV ein. Zudem bedarf ein Übergang zur Kapitaldeckung sowohl einer Finanzierung der bisher durch die GKV aufgebrachten gesundheitsunabhängigen Verteilungseffekte als auch einer Nachfinanzierung der Altersrückstellungen, was sich zusammen auf etwa 40 Mrd. € pro Jahr beläuft. Schließlich stellt eine kapitalgedeckte Finanzierung des Krankheitsrisikos unter Wettbewerbs- und Effizienzaspekten solange keine attraktive Alternative dar, wie die PKV im Falle eines beabsichtigten Versicherungswechsels keine individualisierten Altersrückstellungen mitzugeben vermag.

27. Für den Aufbau einer zusätzlichen kapitalgedeckten Krankenversicherung, die das Umlageverfahren analog zur privaten Altersvorsorge auf freiwilliger Basis ergänzt, mangelt es innerhalb der GKV wegen der fehlenden individuellen Äquivalenz bzw. des

einheitlichen Leistungsanspruchs an den entsprechenden Anreizen. Im Gegensatz dazu verfolgt die temporäre Bildung eines Kapitalstocks im Rahmen der GKV das Ziel, den künftig demographisch bedingten Beitragssatzanstieg in seiner kritischsten Phase abzuschwächen. Dies setzt allerdings für die nächsten Jahre höhere als ausgabendeckende Beitragssätze voraus, was aus konjunktur- und arbeitsmarktpolitischen Gründen nur in Verbindung mit beitragsatzsenkenden Reformmaßnahmen angezeigt erscheint. Zudem kann die interimsmäßige Bildung eines solchen Kapitalstocks nur dann ihren Zweck erreichen, wenn der demographisch bedingte Beitragssatzanstieg ebenfalls nur temporär bleibt, was vor allem einen Wiederanstieg der Geburtenrate impliziert.

2.3.4 Die Finanzierung mit Hilfe von fixen pro Kopf-Beiträgen

28. Die Finanzierung des Krankheitsrisikos mit Hilfe von fixen pro Kopf-Beiträgen entspricht als Umlageverfahren dem geltenden deutschen System mehr als die steuerfinanzierte oder kapitalgedeckte Gesundheitsversorgung. Im Unterschied zur GKV beschränkt sie allerdings die Solidarfunktion auf einen Ausgleich zwischen gesunden und kranken sowie jungen und alten Versicherten, d. h. sie beinhaltet keine beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen und – mit Ausnahme von sozialpolitisch motivierten Zuschüssen zur Beitragsreduktion – keine Beiträge, die von der Höhe des Arbeitsentgeltes bzw. der Rente abhängen. Die Finanzierung mit festen Kopfbeiträgen trennt die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung, die der sozialen Krankenversicherung obliegt, von den übrigen verteilungspolitischen Aufgaben, die dann in die Zuständigkeit der Steuer- und Transferpolitik fallen. Theoretisch betrachtet können die GKV und eine Finanzierung über fixe Kopfbeiträge ergänzt um distributive Maßnahmen die gleichen verteilungspolitischen Effekte erzielen. Hierzu bedarf es allerdings einer Transfersumme von jährlich 26 bis 28 Mrd. €.

29. Die Finanzierung über fixe Kopfbeiträge besitzt im Vergleich zur GKV den Vorzug, die Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten abzukoppeln. Sie entlastet damit den Faktor Arbeit und beseitigt die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis des geltenden Systems. Mit ihrer klaren Trennung von allokativen Gesundheitsaufgaben und verteilungspolitischen Funktionen stellt die Finanzierung über feste Kopfbeiträge ein überzeugendes wirtschaftspolitisches Konzept dar. Problematisch erscheinen die mit dem erheblichen Transferbedarf und seiner noch völlig offenen Finanzierung einhergehenden Friktionskosten. Die Betroffenen hegen in dieser Hinsicht nicht unberechtigte Zweifel, ob bei diesem Übergang die bisherigen distributiven Effekte angesichts der

Haushaltslage der Gebietskörperschaften auch in entsprechendem Umfang erhalten bleiben.

2.3.5 Leistungskatalog der GKV und öffentliche Aufgabenverteilung

30. Der Leistungskatalog der GKV ist historisch gewachsen und unterliegt ständig Zu- und Abgängen. Er enthält derzeit nicht nur Leistungen, die einen eindeutigen Morbiditätsbezug aufweisen, sondern auch solche, die sozial- oder familienpolitischen Zielen dienen. Bei einer Neuabgrenzung des Leistungskataloges der GKV gilt es daher zunächst zu unterscheiden, ob eine Leistung gänzlich entfällt bzw. nicht mehr zur öffentlichen Versorgung gehört, oder ob lediglich ihre Finanzierung auf einen anderen öffentlichen Ausgabenträger übergeht. Im ersten Fall geht es um die Neubestimmung des objektiven Bedarfs im Rahmen einer solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung, im zweiten um eine funktionsgerechte Trennung des Aufgaben- bzw. Finanzierungsbereichs von GKV, anderen Sozialversicherungsträgern und Gebietskörperschaften. Dabei können krankensicherungs-fremde Leistungen, die keinen Bezug zur Morbidität besitzen, nicht nur auf der Ausgabenseite, sondern auch (im weiteren Sinne) auf der Einnahmenseite der GKV auftreten.

Krankenversicherungsfremde Leistungen und ‚Verschiebebahnhöfe‘

31. Die krankensicherungs-fremden Leistungen auf der Ausgabenseite umfassen vor allem

- Sterbegeld,
- Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen gemäß §§ 195 ff. RVO,
- Empfängnisverhütung,
- Sterilisation,
- Schwangerschaftsabbruch,
- Haushaltshilfe nach § 38 SGB V,
- Krankengeld bei Erkrankung des Kindes sowie
- Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach Art. 8 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes (GKV-SolG).

Der Rat befürwortet eine Ausgliederung bzw. Umfinanzierung dieser krankenversicherungsfremden Leistungen. Sie belaufen sich auf jährlich ca. 2,5 Mrd. €, was etwa 0,25 Beitragssatzpunkten entspricht.

32. Die Ratsmehrheit befürwortet darüber hinaus eine Verlagerung der Krankheitsaufwendungen, die aus privaten Unfällen resultieren, auf eine obligatorische Privaturfallversicherung als Pendant zur gesetzlichen Unfallversicherung. Ihrer Meinung nach handelt es sich hier überwiegend um Sachverhalte, die keine unlösbaren und für den Versicherungsbereich ungewöhnlichen Abgrenzungsprobleme aufwerfen. Die Finanzierung dieser obligatorischen Privaturfallversicherung sollte im Rahmen eines Umlageverfahrens über pro Kopf-Prämien erfolgen. Diese Maßnahme würde die GKV um schätzungsweise 8 bis 10 Mrd. € jährlich und damit um fast einen Beitragssatzpunkte entlasten. Eine Ratsminderheit folgt diesem Vorschlag nicht, da sie die mit ihm verbundenen Abgrenzungsprobleme stärker gewichtet und in ihm negative Verteilungswirkungen sowie eine Abkehr von dem bisher grundlegenden finalen Prinzip der GKV sieht.

33. Die krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmenseite bestehen darin, dass bestimmte Versichertengruppen aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten. Hierzu zählen u. a. die Beitragsausfälle bei:

- Personen während des Erziehungsurlaubs,
- Studierenden und Praktikanten,
- Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Strafvollzug,
- Teilnehmern an berufsfördernden Maßnahmen,
- Leistungsbeziehern nach dem Arbeitsförderungsgesetz,
- Härtefällen sowie
- beitragsfrei mitversicherten Familienmitgliedern.

34. Die Mindereinnahmen bei den Leistungsbeziehern nach dem Arbeitsförderungsgesetz gehören zu den Beitragsausfällen, mit denen die GKV im Zuge von ‚Verschiebebahnhöfen‘ innerhalb der Sozialversicherung zur Entlastung anderer Zweige der sozialen Sicherung beitrug. Die jährlichen Einnahmenausfälle, die der GKV daraus erwachsen, liegen je nach Abgrenzung bei 4 bis 6 Mrd. €, d. h. bei 0,4 bis 0,6 Beitragssatzpunkten. In diesem Kontext fordert der Rat, bei allen künftigen wirtschafts- und sozialpolitischen Entscheidungen, die mit budgetären Belastungen der GKV einhergehen, die

entsprechenden Mindereinnahmen und/oder Mehrausgaben bereits in den entsprechenden Gesetzentwürfen offen zu legen. Der Rat plädiert für eine Revision dieser Politik der ‚Verschiebebahnhöfe‘ und für eine Umfinanzierung der o. a. krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Einnahmenseite, d. h. im Rahmen des Familienlastenausgleichs für eine solche im Hinblick auf die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen. Dies setzt jedoch voraus, dass Familien mit Kindern im Zuge einer solchen Umfinanzierung in keinem Falle schlechter gestellt werden. Die jährlichen Beitragsausfälle aus der beitragsfreien Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren erreichen fast 11 Mrd. € und damit 1,1 Beitragssatzpunkte.

35. Da sich bereits

- die krankenversicherungsfremden Leistungen auf der Ausgabenseite,
- die Entlastungen durch eine Privaturunfallversicherung,
- die Revision der Politik der ‚Verschiebebahnhöfe‘,
- die Mindereinnahmen durch Personen im Erziehungsurlaub sowie
- die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Jugendlichen

auf über 30 Mrd. € summieren, führt eine solche Umfinanzierung nach den Vorstellungen der Mehrheit (Minderheit) des Rates zu einer Beitragssatzabsenkung in der GKV von über 3 (2) Beitragssatzpunkten. Da es sich bei der Revision der Politik der ‚Verschiebebahnhöfe‘ um eine Verlagerung der Finanzierung innerhalb der Sozialversicherung handelt, sinken die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt nur um 2,5 (1,5) Beitragssatzpunkte ab.

36. Bei den meisten krankenversicherungsfremden Leistungen steht nicht ihre Streichung, sondern die Übernahme ihrer Finanzierung durch die Gebietskörperschaften zur Diskussion. In diesem Kontext können die Krankenkassen diese Leistungen im Rahmen einer Auftragsverwaltung auch weiterhin erbringen und erstattet erhalten. Eine solche Lösung nutzt die bestehenden Verwaltungs- und Organisationsstrukturen der Krankenkassen und erübrigt ihren Neuaufbau bei den Gebietskörperschaften. Für eine Verlagerung der krankenversicherungsfremden Leistungen von der Beitrags- in die Steuerfinanzierung sprechen auch arbeitsmarktpolitische Gründe. Bei gleichem Leistungsvolumen erfordert die Beitragsentlastung der GKV zwar eine Erhöhung von Steuern und/oder öffentlicher Schuld in gleicher Höhe, dabei können die beschäftigungspolitischen Effekte aber erheblich differieren. Die Beitragsentlastung reduziert die Lohnnebenkosten

und fördert damit den Einsatz des Produktionsfaktors Arbeit, während sich die Steuererhöhungen auf den Konsum konzentrieren können.

Der Leistungskatalog auf dem Prüfstand

37. Die GKV kennt keinen eindeutig festgelegten Leistungskatalog, der den objektiven Bedarf der Versicherten determiniert. Das Sozialgesetz gewährt den Versicherten vielmehr einen sehr weitgehenden Leistungsanspruch, den es nur mit Hilfe allgemeiner Kriterien und in abstrakter Form einschränkt. Die Notwendigkeit, den jeweiligen Leistungskatalog auf der Grundlage von Evaluationsergebnissen ständig auf den Prüfstand zu stellen, ergibt sich schon aus dem Erfordernis, Freiräume für neue effektivere Behandlungsmethoden zu gewinnen. Der Versuch, diesen Leistungskatalog auf seinen notwendigen Kern einzuengen, sieht sich mit dem Problem konfrontiert, dass das Rationalisierungspotential der deutschen Gesundheitsversorgung weniger in dem zu umfangreichen Leistungsspektrum als vielmehr in seinem intensiven, d. h. nicht indikations- und situationsbezogenen, Gebrauch wurzelt. Medizinisch-ethische und ökonomische Kriterien können bei der Abgrenzung des Leistungskataloges einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung zwar Orientierungshilfe leisten, sie vermögen aber in konkreten Einzelfällen auf deduktivem Wege noch keine eindeutige Entscheidung herbeizuführen. Insofern verbleibt zwangsläufig ein gewisses Spektrum für persönliche Wertungen.

38. Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen plädiert der Rat für eine Einengung des Leistungskataloges um folgende Leistungen:

- Fahrkosten (ohne solche für Rettungsdienste) in Abhängigkeit von den Verkehrsanbindungen und der Behandlungsintensität,
- ambulante Vorsorgeleistungen in Kur- oder Badeorten,
- kieferorthopädische Leistungen für Erwachsene und auch für Jugendliche, soweit die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt,
- in Abhängigkeit von ihrer Evidenzbasierung Indikationen und Formen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen,
- nicht wirksame Verfahren der sog. Alternativmedizin und entsprechende Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen sowie
- indikationsabhängig Heil- und Hilfsmittel, wie Massagen und Sehhilfen.

39. Über das Beitragssatzsenkungspotential dieser Leistungseingrenzungen lassen sich derzeit keine empirisch fundierten Aussagen machen. Eine Mehrheit des Rates schlägt über die o. a. Leistungen hinaus auch eine mittelfristige Ausgrenzung des Zahnersatzes vor, dessen Aufwendungen sich derzeit auf ca. 3,7 Mrd. € belaufen. In Abhängigkeit von der Prophylaxe bei Kindern und Jugendlichen sollte diese Ausgrenzung zeitlich sukzessiv bzw. altersgestaffelt erfolgen. Eine Auswertung der entsprechenden ausländischen Erfahrungen könnte hier als Informations- bzw. Entscheidungsbasis dienen.

2.3.6 Finanzierung und Beitragsgestaltung in der GKV

Gesundheitsbezogene Verbrauchsteuern als Finanzierungsinstrument

40. Im Unterschied zur vom Rat im Prinzip befürworteten Steuerfinanzierung krankensicherungs-fremder Leistungen geht es bei der Heranziehung von Verbrauchsteuern, z. B. auf Tabak und Alkohol, um eine Steuerfinanzierung von genuinen Gesundheitsleistungen. Wie beim ‚Maschinenbeitrag‘, der die Bemessung der Arbeitgeberbeiträge auf den Produktionsfaktor Kapital oder die gesamte Wertschöpfung des Unternehmens ausdehnt, führt eine solche Finanzierung dazu, dass die gruppenmäßige Äquivalenz der GKV und damit ihr Versicherungscharakter weiter abnimmt. Unabhängig vom kausalen Verhältnis, das zwischen Tabak- und Alkoholkonsum und den Gesundheitsausgaben besteht, verletzt eine solche Finanzierung auch den Budgetgrundsatz der Non-Affektation öffentlicher Einnahmen. Unter fiskalischen Aspekten weist eine Finanzierung von Gesundheitsleistungen mit Hilfe von speziellen Verbrauchsteuern schließlich den Nachteil auf, dass sie die Wachstumsschwäche der Finanzierungsbasis verfestigt, denn die Einnahmen aus diesen Steuern nehmen im Wachstumsprozess deutlich unterproportional zum BIP zu. Diese kritischen Anmerkungen sprechen nicht gegen eine Erhöhung von Tabak- und Alkoholsteuern im Rahmen konzeptionell durchdachter Präventionskampagnen, d. h. als Instrument zur Reduktion des Tabakkonsums, sondern nur gegen ihre Eignung zur Finanzierung der GKV.

Modifikation der Selbstbeteiligung

41. Die Selbstbeteiligung löst vielfach bereits insofern semantische Missverständnisse aus, als es sich bei der unmittelbaren Teilzahlung für eine Versicherungsleistung nicht um die einzige finanzielle Beteiligung eines Patienten an den Gesundheitsausgaben der

GKV handelt. Der Patient entrichtet darüber hinaus als Versicherter Beiträge zur GKV, beteiligt sich im Rahmen der Selbstmedikation an seiner Gesundheitsversorgung und trägt als Konsument letztlich auch überwiegend den im Preis enthaltenen Arbeitgeberanteil. Im weiteren Sinne lässt sich auch gesundheitsbewusstes Verhalten eines Versicherten als Selbstbeteiligung interpretieren.

42. Bei der Selbstbeteiligung im engeren Sinne, d. h. als Direktzahlung, stehen sich nicht selten bereits a priori konträre, fast ideologische Positionen gegenüber. Eine adäquate Beurteilung ihrer Effekte sollte mindestens folgende Aspekte bzw. Differenzierungen berücksichtigen:

- die mit ihr verfolgten Ziele,
- die zur Diskussion stehenden fiskalischen Alternativen,
- ihre Form und die vorgesehenen Quantitäten,
- die jeweiligen Indikationen und Behandlungsarten sowie
- die betroffenen Personen bzw. sozialen Schichten und die beabsichtigten sozialen Klauseln.

43. Die Selbstbeteiligung besitzt eine fiskalische Finanzierungs- und eine allokativen Steuerfunktion, deren Wirkung allerdings teilweise umstritten ist. Die Selbstbeteiligung kann ihre allokativen Steuerfunktion nur wahrnehmen, wenn die Patienten nicht auf substitutive selbstbeteiligungsfreie Leistungen ausweichen und eine zumindest in Grenzen preiselastische Nachfrage vorliegt. Das Verteilungspostulat gehört zwar nicht zu den primären Zielen von Selbstbeteiligungsregelungen, stellt aber in diesem Kontext eine Nebenbedingung dar. Unter diesen Aspekten bedürfen die Selbstbeteiligungsregelungen in der GKV, z. B. beim Zahnersatz und bei Arzneimitteln, zunächst unabhängig von ihrem fiskalischen Umfang einer Korrektur, denn sie erfüllen weder die allokativen Funktion noch die distributive Nebenbedingung zufriedenstellend. So sollte sich die Befreiungsregelung nicht an medizinischen Indikationen, sondern ausschließlich am verteilungspolitisch relevanten Einkommen der Patienten orientieren.

44. Angesichts der im internationalen Vergleich bei dem umfangreichen Leistungskatalog der GKV sehr niedrigen Selbstbeteiligung hält der Rat auf der Grundlage von Härtefallregelungen und Überforderungsklauseln eine moderate Erhöhung des Umfangs der Selbstbeteiligung für vertretbar. Unter dieser Voraussetzung empfiehlt der Rat auch die Erhebung einer Praxisgebühr bei der Nutzung ambulanter ärztlicher Praxen, mit Ausnahme von Primärprävention und Früherkennung. Diese Regelungen müssen ge-

währleisten, dass kein Patient mit objektivem Versorgungsbedarf wegen der Direktzahlung eine gesundheitlich bzw. medizinisch indizierte Inanspruchnahme unterlässt. Sie sollte zudem nachrangig zu den meisten anderen Reformoptionen und nur dann erfolgen, wenn andernfalls eine problematische Verschärfung der impliziten oder expliziten Rationierung droht.

Änderung der Beitragsgestaltung

45. Im Hinblick auf die geltende Beitragsgestaltung der GKV stellt der Rat

- die Versicherungspflichtgrenze bzw. den Pflichtversichertenkreis,
- die Beitragsbemessungsgrenze,
- die Beitragsbemessungsgrundlage sowie
- die beitragsfreie Mitversicherung von Ehegatten

zur Diskussion. Da zu jedem dieser Elemente der Beitragsgestaltung inzwischen mehrere Reformvorschläge existieren, gilt es zunächst, die Vor- und Nachteile der jeweiligen Optionen zusammenzustellen und auf dieser Informationsbasis eine vergleichende Bewertung zu treffen.

46. Bei Abwägung der Pro- und Contra-Argumente der jeweiligen Reformoptionen schlägt der Rat eine Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage sowie eine Änderung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehegatten vor. Für beide Reformoptionen sprechen allokative sowie distributive Gründe und hier sowohl das Äquivalenz- als auch das Leistungsfähigkeitsprinzip. Die Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, die neben Arbeitsentgelten und Rentenzahlungen auch andere Einkunftsarten, wie z. B. Zinsen und Mieten sowie Einkünfte aus Dienst- und Werkverträgen, generell in die Beitragsbemessung einbezieht, trägt der gegenüber der Nachkriegszeit veränderten Einkommens- und Vermögenssituation der Versicherten Rechnung. Die Reformoption bezüglich der beitragsfreien Mitversicherung sieht für Ehepartner ein Splitting des gemeinsamen Arbeitsentgeltes bzw. Einkommens mit anschließender Anwendung des hälftigen Beitragssatzes auf beide Entgeltteile vor. Das Splittingverfahren entspricht insofern dem bisherigen Prinzip der Beitragsgestaltung, als es zu keiner zusätzlichen Belastung bei einer Familie führt, bei der das Arbeitsentgelt bzw. Einkommen des berufstätigen Partners unter der Beitragsbemessungsgrenze liegt.

47. Bei Aufkommensneutralität erreicht das Beitragssatzsenkungspotential dieser beiden Optionen je nach Ausgestaltung zwischen 0,7 und 1,3 Beitragssatzpunkten. Die fiskalische Wirkung einer Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage, die bei maximal 0,4 Beitragssatzpunkten liegt, hängt vor allem davon ab, ob die übrigen Einkunftsarten dem vollen oder halben Beitragssatz unterliegen und ob bei Zinsen Kleinsparer in den Genuss einer Freigrenze kommen. Das Splittingverfahren, das eine Senkung der Beitragssätze bis 0,9 Prozentpunkte erlauben würde, könnte zunächst den nicht-berufstätigen Partner, der Kinder erzieht bzw. erzogen hat und/oder häusliche Pflegedienste leistet, von der Beitragsbelastung freistellen. Der fiskalische Ertrag dieser Reformoption nimmt weiter ab, wenn die Option besteht, zwischen dem Splittingverfahren und der Zahlung eines Mindestbeitrages für den nicht-berufstätigen Partner zu wählen.

48. Eine Minderheit des Rates befürwortet darüber hinaus noch eine Erhöhung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV, d. h. auf derzeit (2003) monatlich 5.100 €. Nach ihrer Ansicht spricht für diesen Vorschlag neben der fiskalischen Möglichkeit, die Beitragssätze um weitere etwa 0,7 – mittelfristig 0,9 – Punkte abzusenken, die Erweiterung des Pflichtversichertenkreises und damit des Geltungsbereiches der solidarischen Finanzierung. Die Ratsmehrheit spricht sich gegen diesen Vorschlag aus, weil eine solche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze gerade jene Versicherte zusätzlich belastet, die bereits einer sehr hohen Grenzabgabenbelastung unterliegen. Zudem wirkt diese Zusatzbelastung wie eine Steuer, da ihr mit Ausnahme des Krankengeldes keine Mehrleistungen entgegenstehen. Eine isolierte Anhebung der Versicherungspflichtgrenze auf das Niveau der Beitragsbemessungsgrenze in der GRV entlastet die GKV fiskalisch kaum und schadet der PKV erheblich.

2.3.7 Interdependenzen zwischen den adaptiven Reformoptionen

49. Die diskutierten adaptiven Reformoptionen können je nach Zielsetzung sowohl komplementäre Maßnahmen als auch konkurrierende Alternativen darstellen. Eine komplementäre Kombination von mehreren Reformoptionen bietet sich an, wenn erhebliche Budgetdefizite drohen oder eine deutliche Senkung der Beitragssätze angestrebt wird. Eine deutliche Senkung der Beitragssätze besitzt im Rahmen einer Reform auch den Vorzug, dass den Mehreinnahmen und/oder Minderausgaben, die für Patienten, Versicherte und Steuerzahler zwangsläufig mit Belastungen einhergehen, gleich-

zeitig spürbare Entlastungen bei den Beiträgen entgegenstehen. Schließlich spricht für einen kombinierten Einsatz von Elementen mehrerer Optionen neben dem stärkeren Beitragssatzeffekt die größere Chance, die damit verbundenen Belastungen gleichmäßiger zu verteilen.

50. Zwischen den Reformoptionen Einengung des Leistungskataloges und Erhöhung der Selbstbeteiligung existieren besonders enge Beziehungen. Im Extremfall einer 100prozentigen Selbstbeteiligung entspricht diese materiell einem völligen Ausschluss aus dem Leistungskatalog. Diese Konstellation tritt auch im Bereich der GKV ein, wenn z. B. der Preis eines Arzneimittels die packungsgrößenabhängige Zuzahlung von 4, 4,5 und 5 € nicht überschreitet. Die entsprechenden Arzneimittel gehören zwar dann formal zum Leistungskatalog der GKV, die Versicherten müssen aber, sofern keine Befreiung von der Zuzahlung vorliegt, wie bei ausgeschlossenen Leistungen die vollen Kosten tragen. Für den Versicherten kann auch bei einer hohen Selbstbeteiligungsrate – so erstattet z. B. die französische gesetzliche Krankenversicherung bei bestimmten Arzneimitteln nur 35 % – eine ähnliche Situation entstehen. Verzichtet er wegen der für ihn prohibitiven Selbstbeteiligung auf die Leistung, bewirkt die Selbstbeteiligung einen faktischen Leistungsausschluss.

51. Von der Selbstbeteiligung gehen aber nicht nur Effekte auf Existenz und Ausmaß der Leistungsgewährung und -inanspruchnahme aus, entsprechende Wirkungen verlaufen auch in umgekehrter Richtung. Jeder Leistungsausschluss bedeutet nämlich für alle Versicherten, die auf diese Leistung nicht verzichten möchten, eine 100prozentige Selbstbeteiligung. Positivisten, die aus welchen Gründen auch immer das Leistungsspektrum einengen, bewirken in dem Umfang, in dem sie die Selbstmedikation erhöhen, einen Anstieg der Selbstbeteiligung. Aus dieser Perspektive erscheint es nicht ganz konsistent, Selbstbeteiligungen aus sozialpolitischen Gründen grundsätzlich abzulehnen, Positivisten aber prinzipiell zu befürworten. Dieser Widerspruch löst sich nur dann auf, wenn sich der jeweilige Leistungsausschluss nachweislich auf therapeutisch unwirksame oder solche Leistungen beschränkt, für die es preisgünstigere Alternativen mit zumindest ähnlicher Wirksamkeit gibt.

52. Für die GKV macht es unter fiskalischen Aspekten keinen Unterschied, ob eine bestimmte Leistung gänzlich entfällt oder ihre Finanzierung auf einen anderen Ausgabenträger übergeht. Anders verhält es sich aus der Sicht bzw. Interessenlage der Versicherten bzw. Patienten, die eine Verlagerung der Finanzierung bestimmter Leistungen auf andere öffentliche Ausgabenträger Leistungskürzungen, d. h. einer Einengung des

Leistungskataloges der GKV, offensichtlich vorziehen. Gegenüber einer Einengung des Leistungskataloges und einer Erhöhung der Selbstbeteiligung besitzt eine Änderung der Beitragsgestaltung den Vorzug, nicht primär die Patienten, sondern die Versicherten stärker zu belasten. Diese Feststellung könnte prima vista nahelegen, zunächst mit der Reformoption Beitragsgestaltung zu beginnen und andere Handlungsmöglichkeiten erst dann zu erwägen, wenn sich umfangreichere Budgetdefizite in der GKV abzeichnen. Abgesehen davon, dass jedes Reformelement bei isolierter Betrachtung auch Nachteile aufweist, erlaubt, wie oben bereits erwähnt, die Kombination von Elementen mehrerer Reformoptionen neben einer größeren fiskalischen Ergiebigkeit auch eine ausgewogenere Belastung.

2.4 Fazit

53. Der Rat schlägt deshalb mit

- der Revision der Politik der ‚Verschiebebahnhöfe‘,
- der Verlagerung krankensicherungsfremder Leistungen auf andere Ausgabenträger,
- einer Einengung des Leistungskataloges,
- (notfalls) einer moderaten Ausweitung der Selbstbeteiligung sowie
- einer Änderung von Elementen der Beitragsgestaltung

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

54. Im Unterschied zu den alternativen Gesundheitssystemen bleiben alle Vorschläge des Rates grundsätzlich im Rahmen des geltenden Systems. Bei den Empfehlungen des Rates handelt es sich insofern um evolutorische Reformschritte, die darauf abzielen, das bestehende System im Grundsatz zu erhalten, zugleich aber über notwendige Anpassungen seine Zukunftsfähigkeit zu sichern. Gleichwohl existieren auch komplementäre Beziehungen zwischen den Vorschlägen des Rates und den alternativen Gesundheitssystemen. So besteht der Vorzug kapitalgedeckter Finanzierungssysteme darin, keine im-

plizite Staatsschuld aufzubauen und bei demographischem Wandel keine verteilungspolitischen Generationenprobleme auszulösen. Indem die vom Rat vorgeschlagenen adaptiven Reformoptionen die implizite Staatsschuld reduzieren, schwächen sie die intergenerativen Verteilungsprobleme zumindest etwas ab. Die mit den Ratsvorschlägen verbundene Senkung der Beitragssätze dient zwar nicht mit der gleichen Konsequenz, aber gleichwohl in der Tendenz dem auch mit fixen pro Kopf-Beiträgen verfolgten Ziel, die ausschließliche Bindung der Gesundheitsausgaben an die Lohnnebenkosten zu lockern. Die Erweiterung der Beitragsbemessungsgrundlage führt zu einer Einbeziehung aller Einkunftsarten und das Splittingverfahren tendenziell zu einem Wechsel vom Individual- zum Haushaltsprinzip. Diese beiden Reformoptionen zielen damit auf zwei Elemente, die auch die kapitalgedeckte Finanzierung und die pro Kopf-Beiträge kennzeichnen. Schließlich benötigt die Umsetzung der Vorschläge des Rates ebenso wie der Übergang zu einer Kapitaldeckung oder die Finanzierung mit Hilfe von pro Kopf-Beiträgen ein Transfervolumen aus anderen öffentlichen Haushalten. Mit ca. jährlich 15 Mrd. € aus den Haushalten der Gebietskörperschaften und etwa 5 Mrd. € Revision der Politik der ‚Verschiebebahnhöfe‘ innerhalb der Sozialversicherung bleiben die Vorschläge des Rates hier immer noch unter dem entsprechenden Transferbedarf der alternativen Gesundheitssysteme mit ca. 40 Mrd. € bzw. 26 bis 28 Mrd. € pro Jahr.

55. Die Diskussionen um Gesundheitsreformen leiden in Deutschland vielfach an einer isolierten Betrachtungsweise, die bestimmte Optionen ohne Bezug zu ihren realen Alternativen beurteilt. Eine isolierte Betrachtung von Vor- und Nachteilen einer Reformoption führt fast zwangsläufig zu ihrer Verwerfung, denn per se bilden z. B. weder die Einengung des Leistungskataloges, noch die Erhöhung der Selbstbeteiligung oder die Beschränkung der beitragsfreien Mitversicherung attraktive gesellschaftspolitische Maßnahmen. Da aber ein drohendes Budgetdefizit zwangsläufig eine zusätzliche Finanzierung erfordert, erscheint nur eine vergleichende Bewertung der Reformoptionen mit ihren realen Alternativen problem- bzw. zieladäquat. Es geht insofern nicht um das isolierte Pro und Contra der jeweiligen Option, sondern um ihren differentiellen Vergleich mit konkurrierenden realen Alternativen, wie steigende Beitragssätze oder eine Verschärfung der Rationierung. Die Ausführungen und Vorschläge des Rates zielen vornehmlich darauf ab, die entsprechenden gesundheitspolitischen Entscheidungen auf eine breite und zielorientierte Informations- und Argumentationsbasis zu stellen.

3. Wege zur Nutzerorientierung und Partizipation

3.1 Patientenorientierung in der Versorgung – ein Konzept zwischen konfligierenden Strukturen und Zielbündeln

56. Der Rat hat sich 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 im Widerspruch zu einer Reihe von Leitbildern, Verhaltensmustern und Organisationsabläufen in Institutionen und Professionen des Gesundheitswesens. Ebenso konfligieren wichtige politische Zielbündel, wie z. B. eine strikte ‚Systemorientierung‘ (i. S. einer Vorrangigkeit institutioneller Orientierung) als auch eine strikte ‚Kostenorientierung‘ aller Beteiligten, und gesetzliche Rahmenvorgaben, wie strenge sektorale Versorgungsgliederungen oder Vergütungsregelungen, mit dem Ziel der Patientenorientierung.

57. Politisch stand bis 1999 in keiner der etwa 90 seit Mitte der siebziger Jahre erfolgten Gesetzesänderungen zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung die Verbesserung der Stellung des Patienten im Mittelpunkt. Die GKV-Gesundheitsreform 2000 unternahm erstmals ernsthaft den Versuch, die Eigenverantwortung und Kompetenz der Patienten und Versicherten zu stärken (vgl. hierzu z. B. die Regelungen der §§ 20, 65b und 66 SGB V). Durch die Herausbildung einer mehr kundenähnlichen Rolle von Patienten aufgrund solcher Entwicklungen wird die institutionelle und administrative Eigenrationalität von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen infragegestellt bzw. teilweise bereits zurückgedrängt. Allerdings zeigt sich auch, dass trotz der Versuche des Gesetzgebers, den Gedanken der Patientenorientierung im System zu implementieren, die strukturelle Realität der Institutionen dem noch nicht nachhaltig gerecht wird.

58. Auch in der Arzt-Patient-Beziehung ist eine konsequente Patientenorientierung noch nicht hinreichend realisiert. Belege hierfür liefern neben direkten Patientenbefragungen auch Untersuchungen zur Compliance und zu Größenordnung und Ursachen nicht patienten- bzw. problemgerechter Arzneimittelverordnung (jährlicher ‚Arzneimittelmüll‘ in Deutschland in Höhe neunstelliger €-Beträge) sowie zu Dauer und Inhalten von Sprechstundengesprächen. Als Ursache ist Zeitdruck anzuführen, aber auch, dass viele Ärzte für spezifisch auf die unterschiedlichen Patientenbedürfnisse abgestimmte, differentielle Interaktionen kommunikativ nicht ausreichend qualifiziert sind. Ein patientenorientierter Kommunikationsstil kann jedoch zu einem höheren Grad an Compliance und auch zu einem besseren gesundheitlichen Ergebnis führen.

59. Dass eine patientenorientierte Gesprächsführung oft nicht oder unter zu hohem Zeitdruck erfolgt, liegt auch an den organisatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen medizinischer Versorgung in Deutschland. Zunehmend sehen sich deutsche Ärzte in einem Spannungsfeld zwischen rechtlichen Vorgaben, medizinischen Möglichkeiten und wirtschaftlichen Zwängen. Versuche, durch die Einführung von speziellen Abrechnungsziffern eine honorarseitige Unterstützung für eine ‚sprechende Medizin‘ in der Praxis zu schaffen, waren allerdings unter den Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung in der GKV nicht dauerhaft erfolgreich.

Es müssen somit geeignete Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den Leistungserbringern in Kliniken und Praxen mehr Raum und Zeit zur Entfaltung einer patientenorientierten Versorgung geben. Dem ist bei der Anwendung von Fallpauschalen in der stationären Akutversorgung ebenso Rechnung zu tragen wie bei der Honorierung der Tätigkeiten von Ärzten in der ambulanten Praxis und der Vergütung rehabilitativer Leistungen (vgl. auch Abschnitt 5.2.1). Gesundheitspolitische Debatten über ‚Eintrittsgebühren‘ bei Arzt-Besuchen zur Erhöhung der Schwelle gegenüber ‚Bagatell-Inanspruchnahmen‘ könnten und sollten auch unter dem Gesichtspunkt gesehen werden, dass weniger gefüllte Wartezimmer einer sprechenden Medizin bessere Chancen einräumen.

60. Eine theoretisch vertiefte und praktisch wirksame stärkere Patientenorientierung in der Medizin braucht auch mehr Wissen über den Patienten und seine subjektiven Krankheits- und Bewältigungsmodelle sowie Konzepte zu deren Integration in präventive, therapeutische oder rehabilitative Ansätze. Obwohl die subjektive Krankheitstheorie eines Menschen als ein wesentlicher Bestandteil seiner eigenen Bewältigungsversuche von Kranksein verstanden werden kann, findet sie bislang kaum Eingang in therapeutische oder therapieleitende Prozesse.

Auch die hinter professionellen Rollen verborgenen subjektiven Konzepte zu Gesundheit, zu Kranksein und zu Alter und Altern der Gesundheitsprofessionellen selbst müssen klarer als bisher aufgedeckt und von Ärzten und anderen Therapeuten in ihren eigenen Zielen und Behandlungsvorstellungen reflektiert werden.

61. Die Forderung nach ‚Objektivität in der Versorgung‘ im Sinne der Normen des SGB V und die nach ‚verstärkter Berücksichtigung der Subjektivität des Patienten‘ vor allem im Sinne der neuen Normen des SGB IX stehen zur Zeit rechtlich und inhaltlich weitgehend unvermittelt nebeneinander. Das SGB IX betrachtet das individuelle Bedürfnis der Betroffenen gleichrangig wie den objektiven Bedarf. Zwar beinhaltet auch

der Bedarfsbegriff des SGB IX eine objektivierende Komponente. Anders als im SGB V liegt die Verantwortlichkeit für die Objektivierung des Bedarfs bzw. der Definition von Kriterien nicht primär bei den Leistungserbringern, sondern vielmehr gemeinsam bei den Kostenträgern und Betroffenen. Das heißt aber auch, dass der aus dem SGB V abgeleitete Bedarfsbegriff für den Geltungsbereich der GKV mit dem aus SGB IX ableitbaren Bedarf nicht oder nur sehr eingeschränkt kompatibel ist. Diese Inkompatibilität ist bislang rechtlich noch nicht und nur ansatzweise wissenschaftlich aufgearbeitet worden.

Gesellschaftliche, rechtliche, organisatorische und wirtschaftliche Rahmenvorgaben für Medizin und Versorgung müssen auch in Zukunft der grundlegenden Dualität der angewandten Medizin zwischen Objektivität, Wissenschafts- und Systemorientierung einerseits und der Subjektivität von Patienten und ihren Behandlern andererseits mehr wissenschaftliche Beachtung und hinreichenden organisatorischen und rechtlichen Raum geben.

Zielvorstellung für ein System der Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert ist eine ‚partnerschaftliche Medizin‘, die mehr Mitgestaltungsrechte für Patienten und Versicherte beinhaltet (vgl. Abschnitt 3.2). Um den Nutzern Teilhabe auch tatsächlich zu ermöglichen, sind qualitätsgesicherte Informationen bereitzustellen (vgl. Abschnitt 3.3).

3.2 Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung

3.2.1 Einführung

62. Partizipation von Bürgern, Versicherten und Patienten stellt auf allen Ebenen des Gesundheitswesens einen wesentlichen Bestandteil der Weiterentwicklung des Versorgungssystems dar. Sowohl aus der möglichen Betroffenheit großer Bevölkerungsteile als auch aus der Tatsache, dass das Gesundheitswesen im Wesentlichen von Bürgern und Versicherten finanziert wird, lässt sich eine Partizipation auch auf der Ebene der Systemgestaltung ableiten. Bei der Bevölkerung selbst besteht ein Interesse daran, sich an gesundheitspolitischen Entscheidungen zu beteiligen: Eine Befragung im Jahr 2002 zeigt, dass 35 % eine Partizipation „auf jeden Fall“ wünschen. 45 % der Befragten votierten mit „eher ja“ und nur 21 % lehnten dies ab (Janssen-Cilag 2002).

63. Zunehmend steht vor allem das Spannungsverhältnis zwischen dem medizinisch Möglichen und dessen Finanzierbarkeit aus Mitteln der GKV auf der gesundheitspoliti-

schen Agenda. Die Frage, wofür bzw. nach welchen Grundsätzen begrenzte Mittel eingesetzt werden sollen, beinhaltet immer Wertentscheidungen. Für entsprechende Entscheidungen reichen medizinisch-wissenschaftliche Kriterien nicht aus. Trotz standardisierter Vorgaben, z. B. der gesetzlichen Regelungen in § 12 SGB V oder evidenzbasierter Leitlinien, bleiben sowohl in Bezug auf den individuellen Behandlungsbedarf als auch auf die grundsätzliche Indikationsstellung Ermessensspielräume. Da es sich bei dem weiten Feld der individuellen und kollektiven Auswirkungen der Medizin zwischen Lebensverlängerung, Linderung von Schmerz und Leid, Erhaltung und Wiederherstellung von Lebenskompetenz und gesellschaftlicher Teilhabe um allgemeine Daseinswerte handelt, deren vergleichende Wertung die Kompetenz der Medizin überschreitet, können solche Entscheidungen nur auf gesellschaftlicher Ebene erfolgen.

3.2.2 Grundsätzliche Chancen und Hindernisse der Bürgerbeteiligung

64. Die unmittelbare Beteiligung von Bürgern an konstitutiven Prozessen der Gesellschaft kann als Erweiterung des demokratischen Prozesses und somit als eigenständiger Wert gesehen werden. Sie fördert ein besseres Verständnis gesundheitspolitischer Zusammenhänge, die Bereitschaft des Bürgers, Verantwortung zu übernehmen und trägt dazu bei, Vertrauen in die (Gesundheits-)Politik zu stärken. Außerdem kann in der Öffnung der Medizin für eine gesellschaftliche Diskussion ein erheblicher Gewinn an Transparenz gesehen werden. Die aufgeführten Chancen einer Bürgerbeteiligung setzen allerdings eine grundsätzlich neue Form der Kommunikation medizinischer Sachverhalte voraus (vgl. auch Abschnitt 3.3).

65. Obwohl sich in etlichen europäischen Gesundheitssystemen und den USA Bürgerbeteiligung im Rahmen der Systemgestaltung bereits etabliert hat, wird eine grundsätzlich geführte Diskussion darüber, welchem Ziel Partizipation dienen soll, bisher vermisst. Fraglich ist somit auch, welcher Mehrwert dem Gesundheitswesen aus Bürgerbeteiligung tatsächlich erwächst. Insbesondere wird bezweifelt, dass Partizipation tatsächlich zu einer veränderten oder gar ‚besseren‘ bzw. ‚gerechteren‘ Verteilung von Gesundheitsgütern führt. Die als ‚politisches Paradoxon der Rationierung‘ umschriebene Erfahrung aus dem Oregon Health Plan zeigt, dass selbst eine intensiv geführte Debatte über Kosteneinsparung im Gesundheitswesen, um so eher Gefahr läuft das Ziel zu verfehlen und die Gesundheitskosten zu erhöhen, je mehr sie die Bürger einbezieht.

Die Frage der Legitimation sogenannter ‚Patientenvertreter‘ wird in der Diskussion um Partizipation im Gesundheitswesen in der Regel als vordringliches Problem erachtet. So ist unklar, wer für wen, an welcher Stelle bzw. auf welcher Entscheidungsebene spricht und bis zu welchem Grade die Einflussnahme gehen soll (Anhörung, Mitberatung, Mitentscheidung). Hinsichtlich der praktischen Umsetzung wird befürchtet, dass sich durch Partizipation Routinevorgänge und übliche Verfahrensweisen der Entscheidungsbildung erheblich komplizierter, aufwändiger und vor allem langwieriger gestalten. Weiterhin wird im Einfluss von Bevölkerungs- oder Patientengruppen mit Partialinteressen die Gefahr einer ‚Unterwanderung‘ sachgerechter Entscheidungen gesehen und die Beeinflussung von Betroffenen-Organisationen und Patientenvertretern durch problemnahe Interessengruppen, z. B. durch finanzielle Förderung hervorgehoben.

3.2.3 Umsetzung von Partizipation auf der Makroebene

66. Während Bürgerbeteiligung auch im deutschen Gesundheitswesen gefordert wird, verbleibt die Entscheidungsbildung bisher de facto im Wesentlichen in dem staatlich-bürokratischen und korporatistischen System. Insgesamt besteht in Deutschland unter internationalem Blickwinkel hinsichtlich Bürgerbeteiligung bei der Entscheidungsbildung auf Systemebene ein relativer Rückstand. Ansätze lassen sich dennoch erkennen, etwa in einem Verbund der bundesweit tätigen Institutionen der Selbsthilfe behinderter Menschen, in demokratisch gewählten ‚Gesundheitsbeiräten‘ auf Länderebene oder in einer noch im Modellstadium befindlichen Initiative ‚Planungszelle‘, bei der Bürger an konkreten Lösungen offener Fragen und Probleme aus unterschiedlichen Bereichen der Kommunal- und Landespolitik mitarbeiten.

67. Der Rat hält das Zusammenwirken folgender beider neu zu schaffender Institutionen für zielführend:

1. Auf bundespolitischer Ebene sollte ein ‚Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patienten‘ zuständig sein. Dabei kann besonders auch in der Zusammenarbeit mit dem ‚Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen‘ die Tätigkeit in beiden Bereichen optimiert werden.
2. In einer der organisatorischen Gliederung der gesetzlichen Krankenkassen und privaten Versicherungen angepassten Form können über erweiterte Sozialwahlen (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Bd. I, Kapitel 3) Versichertenvertreter gewählt werden.

Daraus kann sich auf Bundesebene ein ‚Versichertenrat‘ konstituieren. Dieser ‚Versichertenrat‘ hätte nicht nur und nicht primär die Aufgabe die Interessen der Versicherten gegenüber ihrer Krankenkasse zu vertreten, sondern könnte als von den Kassen unabhängiges Gremium zur Wahrnehmung partizipativer Aufgaben im Gesundheitswesen fungieren.

68. Die vom Rat aufgestellte Forderung nach Partizipation auf der Ebene der Systemgestaltung bedeutet auch die Mitwirkung der o. g. Institutionen sowohl auf der Bundesebene (z. B. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen oder Koordinierungsausschuss) als auch der regionalen Planungsebene (z. B. in der Krankenhausplanung).

3.3 Kompetenzsteigerung durch Information des Nutzers

69. Der Rat hat sich zuletzt im Jahr 2001 (Gutachten 2000/2001, Bd. I, Kapitel 3) ausführlich mit der veränderten Rolle der Nutzer in einem modernen Gesundheitssystem beschäftigt und dabei insbesondere die Notwendigkeit der Verbesserung des Nutzerverhaltens durch Strategien der Kompetenzerweiterung und der vermehrten Partizipation herausgearbeitet. Inhaltlich korrekte und verständliche Informationen zu allen Aspekten des Gesundbleibens, der Bewältigung von Krankheit und des Lebens mit ‚bedingter Gesundheit‘ sind notwendige (wenngleich meist nicht hinreichende) Bestandteile einer zeitgemäßen Prävention und Krankenversorgung sowie Voraussetzung für die Umsetzung von Konzepten, die auf ‚Selbstverantwortung‘, auf den ‚Patienten als Koproduzent von Gesundheit‘ sowie auf ‚*empowerment*‘ abzielen.

70. Der Rat ist der Auffassung, dass die Steigerung der Kompetenz der Nutzer durch zielgruppenspezifische, niedrighschwellige und qualitätsgesicherte Information, Beratung und Aufklärung von unterschiedlichen Akteuren und auf unterschiedlichen Wegen betrieben werden sollte. Die Ausgestaltung dieses Teils des Versorgungssystems verläuft gegenwärtig als Suchprozess, den verschiedene Akteure mit je unterschiedlichen Interessen organisieren.

Der Rat begrüßt die Vielfalt dieser Ansätze. Gesundheitspolitisch wird es darauf ankommen, dass im Ergebnis die Summe all dieser Informationsangebote dazu führt, mit qualitätsgesicherten Informationen über Gesundheit und Krankheit, Möglichkeiten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Behandlung und Versorgung alle Menschen zu erreichen, die diese benötigen (Gesunde, Gefährdete und Erkrankte). Bei der

Gestaltung der Wege und Inhalte von Gesundheitsinformationen ist den Bedürfnissen der Menschen (z. B. mit geringer formaler Bildung, Migranten, Männern im mittleren Lebensalter) bei einer angemessenen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen besonders Rechnung zu tragen. Im vorliegenden Gutachten wendet sich der Rat der Beschreibung des Modells einer Anlaufstelle für v.a. alte und multimorbide Versicherte und Patienten zu. Daneben stellt er vier sich dynamisch entwickelnde Angebote zur Bürger-, Versicherten- und Patientenberatung dar, deren Qualitätssicherung sich zudem auf unterschiedlichem Niveau befindet: unabhängige Patientenberatungsstellen nach § 65 b SGB V, von Kassen getragene Callcenter, Gesundheitsinformationen aus dem Internet und Leistungsberichte als Instrument der Nutzerinformation.

3.3.1 Konzept einer Anlaufstelle für Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemlagen

71. Der Rat empfiehlt den modellhaften Aufbau von Anlaufstellen für eine ‚integrierte Beratung‘ von Menschen mit komplexen gesundheitlichen und begleitenden sozialen Problemen. Die Anlaufstellen sollen Wegweiserfunktion im komplexen Gesundheits- und Sozialsystem übernehmen und nach Prinzipien arbeiten, die geeignet sind, komplexe Problemlagen, die durch die Situation einer älter werdenden Bevölkerung hervorgerufen werden, zu bewältigen. Zu diesen Prinzipien zählen Beratungskonzepte, die sich am Prinzip der Kompetenzerhaltung orientieren, die auf erfolgreiche Anpassung an Verlustsituationen hinarbeiten oder die Unterstützungsmanagement für komplexe Problemlagen initiieren.

72. Eine Vielzahl unterschiedlicher Beratungsangebote erschwert die Suche nach dem jeweils adäquaten Versorgungsangebot. Dagegen könnte eine ‚integrierte Beratung‘ unterschiedlichen Beratungsbedürfnissen nachkommen oder zumindest zuständige Spezialisten vermitteln. Der Rat empfiehlt deshalb, in den Anlaufstellen inhaltlich unterschiedliche Schwerpunkte, wie z. B. Informationen über Prävention, Vermittlung von konkreten Behandlungsmöglichkeiten oder Versorgungsangeboten, Wohnberatung und Krisenintervention zu setzen. Zur Stärkung privater und familiärer gesundheitlicher Unterstützungsressourcen tritt eine qualifizierte Beratung von Angehörigen hinzu, die bereits in die gesundheitliche oder pflegerische Versorgung von Familienmitgliedern eingebunden sind.

73. Die Anlaufstellen sollen über persönliche Kommunikation (Sprechstunde), telefonische und postalische Kontakte sowie über moderne EDV-Kommunikation (e-Mail) arbeiten, um Fragen prompt und kompetent zu beantworten. Zusätzlich sollte eine aufsuchende Hilfe möglich sein, um präventiv auf Problemsituationen Einfluss nehmen zu können. Sinnvoll ist die Anbindung an ein medizinisches und ein soziales Kompetenzzentrum. Diese sollten in enge Kooperation mit den bestehenden Sozialdiensten treten. Eine solche Investition in integrierte Beratungskonzepte kann zu selbstbestimmterem Handeln von Betroffenen und ihren Angehörigen, zu mehr Eigenverantwortung und einer gezielteren Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen, sowie zu höherer Zufriedenheit mit der Versorgung führen. Eine Finanzierung auf Dauer sollte von positiven Effekten abhängig gemacht werden, die durch Begleitforschung nachgewiesen werden müssen.

3.3.2 Unabhängige Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung (§ 65b SGB V)

74. Der Rat begrüßt die zügige Umsetzung des § 65b SGB V durch die Spitzenverbände der GKV und auch den in der Förderungsentscheidung der Spitzenverbände zum Ausdruck kommenden Willen, einer möglichst großen Vielfalt von Institutionen, Ansätzen und Orientierungen die Möglichkeit zur Weiterentwicklung und zur Bewährung zu geben.

75. Im Konzert der vorhandenen und sich entwickelnden Informationsangebote bleibt für neutrale und unabhängige Beratungsstellen absehbar ein eigenes Feld genuiner Zuständigkeit. Zum Teil erklärt sich dies aus den geforderten Eigenschaften ‚neutral‘ und ‚unabhängig‘, mit dem – ähnlich der Selbsthilfe – Menschen angesprochen werden, die anderen Institutionen gegenüber möglicherweise Misstrauen empfinden. Speziell im Hinblick auf Bevölkerungsgruppen, die von an Institutionen gebundenen oder lediglich über elektronische Medien erreichbaren Angeboten nicht oder nur schwer zu erreichen sind (Menschen mit geringer formaler Bildung, Migranten etc.), können unabhängige und niedrigschwellige Beratungsstellen als erste Anlaufstelle eine unverzichtbare Rolle spielen. Zum Teil dürfte dies auch von der sozialen Qualität der Beratungsstellen abhängen, insoweit es ihnen gelingt, neben der reinen Information auch emotionalen Rückhalt und psychosoziale Unterstützung zu vermitteln (Gutachten 2000/2001, Bd. I, Kapitel 3, Ziffer 322). Außerdem können nach § 65b SGB V geförderte Projekte auch wichtige Lotsendienste erbringen, die den Nutzern den Weg zu anderen Informations-

quellen bahnen (z. B. durch Schulung zur Internet-Nutzung oder Vermittlung an andere Institutionen).

Angesichts der vielversprechenden Perspektiven dieser Einrichtungen und Projekte erscheint es dem Rat noch verfrüht, allein aus theoretischer Sicht Empfehlungen für Funktionszuweisungen und zur Arbeitsteilung für die verschiedenen Typen unabhängiger Beratungsstellen der Versicherten- und Patienteninformation auszusprechen. Angemessen erscheint stattdessen, die gegenwärtigen Suchprozesse so transparent zu gestalten, dass es nach gegebener Zeit möglich ist, auch auf empirischer Grundlage Stärken und Schwächen der verschiedenen Akteure und Zugangswege gegeneinander abzuwägen und dann auf dieser Basis Entscheidungen über die bedarfsgerechte und wirtschaftliche Gestaltung der Versicherten- und Patienteninformation und -aufklärung treffen zu können.

76. Vor diesem Hintergrund begrüßt der Rat die im Januar 2002 getroffene Entscheidung der Spitzenverbände, die Umsetzung des § 65b SGB V durch die 31 geförderten Projekte mit einer gründlichen, partizipativ und formativ angelegten wissenschaftlichen Begleitforschung auszustatten. Neben der Untersuchung der Zielerreichung und Qualitätssicherung in jedem einzelnen dieser Projekte (s. Gutachten 2000/2001, Band II, Kapitel 3) und ihrer Vernetzung sollte die Begleitforschung auch drei darüber hinaus gehende Fragen bearbeiten, deren Beantwortung wichtige Hinweise für die gesamthafte Gestaltung der Information und Beratung für Versicherte und Patienten verspricht:

- Im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Beratungseinrichtungen sind nicht nur die faktischen Nutzer von Interesse, sondern die – krankheitsspezifisch, regional oder sozial definierten – Zielgruppen. Die Analyse der Gründe für die Nicht-Nutzung der Angebote durch Teile der Zielgruppen verspricht wichtige Aufschlüsse über schwer zu erreichende Gruppen und vermag dadurch auch Hinweise für die Optimierung von Zugangswegen zu liefern. Dies ist insbesondere von Bedeutung für die Erreichung sozial benachteiligter Gruppen (z. B. geringe formale Bildung, ältere Menschen, Migranten, Arbeitslose).
- Im Hinblick auf die existierenden Beratungsalternativen durch Kassen, Kammern oder kommerzielle Unternehmen ist es wichtig, die spezifischen Gründe zu erforschen, die zur Inanspruchnahme und auch Nicht-Inanspruchnahme eines oder mehrerer Beratungsangebote führen. Durch solche Analysen lassen sich zielführende Hinweise auf die anzustrebende flächendeckende Arbeitsteilung zwischen den genannten Institutionen für und Zugängen zu Beratung und Information gewinnen.

- Soweit dies möglich ist, sollen auch die Wirkungen der Inanspruchnahme von Beratungsstellen auf den individuellen Gesundheitszustand erhoben und ausgewertet werden. Ausdruck für die erfolgreiche Inanspruchnahme könnte ein qualifizierteres Suchverhalten, eine gezieltere Inanspruchnahme, eine verbesserte Partizipation sowie ein verändertes Gesundheitsverhalten sein.

Die Ergebnisse der Begleitforschung sollten auch – zum Beispiel in Form von Checklisten und Methodenhinweisen – für die Entwicklung einrichtungsübergreifender Kriterien und Verfahren zur Qualitätssicherung unabhängiger Beratungsstellen nutzbar gemacht werden.

77. Der Rat empfiehlt, dass nicht nur für die nunmehr nach § 65b SGB V geförderten Projekte, sondern auch für die Informations- und Aufklärungsangebote anderer Träger eine gründliche Begleitforschung und Qualitätssicherung betrieben wird und die Ergebnisse veröffentlicht und zusammengeführt werden. Auf diese Weise kann ermittelt werden, welche spezifischen Stärken und Schwächen verschiedene Träger, Ansätze und Medien im Hinblick auf die Bedürfnisse bestimmter Bevölkerungs- bzw. Patientengruppen aufweisen. Nur durch qualitativ hochwertige wissenschaftliche Begleitung und ihre Auswertung als Teil der Versorgungsforschung können die vielversprechenden Suchprozesse für die Optimierung der Versicherten- und Patienteninformation als Teil des Versorgungsgeschehens genutzt werden und darüber hinaus langfristig als Finanzierungsvoraussetzung dienen.

3.3.3 Callcenter der GKV zur Versicherten- und Patientenberatung

78. Der Rat sieht qualitätsgesicherte Callcenter als eine prinzipiell nützliche und künftig in ihrer Bedeutung zunehmende Komponente eines zeitgemäßen Versorgungssystems. Er begrüßt ihre Entstehung und empfiehlt den Kassen, dieses Angebot breiter bekannt zu machen, bedarfsgerecht zu gestalten sowie insbesondere die Qualitätssicherung weiter auszubauen. Durch niedrighschwellige, interaktive Kommunikation können präventiv wirksame Impulse gesetzt, überflüssige Arztbesuche vermieden und das Versorgungssystem rationaler genutzt werden. Qualitativ hochwertig arbeitende und von den Versicherten angenommene Callcenter können einen wichtigen Beitrag zu der vom Rat geforderten Nutzerqualifizierung leisten. Die derzeit vielfach im Aufbau befindlichen Callcenter für Disease Management Programme und für Case Management sind kein Ersatz für Callcenter, die zu allen Gesundheitsfragen qualifizierte und verständli-

che Informationen bereit halten. Die nebeneinander existierenden Callcenter sollten in der Qualitätssicherung voneinander lernen.

79. Neben der – zeitlich wie kostenmäßig – leichten und verlässlichen Erreichbarkeit sowie der Servicequalität liegt die wichtigste Voraussetzung zur Erfüllung des Beratungsauftrags in einer funktionierenden Qualitätssicherung. Durch kriteriengeleitete Auswahl von Callcenter-Betreibern sowie durch entsprechende Vertragsgestaltung soll gewährleistet werden, dass jeder Nutzer des Callcenters sicher sein kann, in verständlicher Form aktuelles Wissen zu seinem Problem ohne Verzug abrufen zu können. Zur Erfüllung dieses Anspruchs sollen die Callcenter vertraglich verpflichtet werden, bedarfsgerecht qualifiziertes Personal zu beschäftigen und dauernd zu qualifizieren, die Datenbestände zu pflegen und laufend zu aktualisieren. Dabei sollten die Kassen als Auftraggeber darauf hinwirken, dass Callcenter nicht nur Orte sind, an denen gesundheitsbezogene Dienstleistungen produziert werden, sondern dass sie auch Arbeitsplätze mit gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen bieten.

Nutzerfreundliche Beratungsroutinen sollen auch durch entsprechende Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sichergestellt werden. Die Maßstäbe für die Qualität medizinischer und gesundheitlicher Informationen aus Callcentern sollen wissenschaftlichen Kriterien genügen und in der Perspektive möglichst denen der evidenzbasierten Medizin entsprechen.

80. Die gegenwärtig trotz einiger negativer Befunde insgesamt gute Qualität der von den Kassen beauftragten Callcenter kann als Beispiel dafür gelten, dass bei entsprechend gesetzten Anreizen auch zwischen den gesetzlichen Krankenkassen ein Wettbewerb um Qualität in Gang kommen kann. Die bisherige Qualitätssicherung erfasst und bewertet die Qualität der Beratung. Im Rahmen der Versorgungsforschung wäre auch die Wirkung der Nutzung von Callcentern auf Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten zu klären. Davon erhofft sich der Rat wichtige Hinweise auf weitere Verbesserungsmöglichkeiten dieser Dienstleistung.

Im Hinblick auf die Stabilisierung des erwünschten Zustandes sowie zur Steigerung der Transparenz für die Nutzer empfiehlt der Rat, die Kriterien, Verfahren und Ergebnisse der Qualitätssicherung für Callcenter – auch gegenüber den Nutzern – offen zu legen.

Auch Leistungen der Callcenter unterliegen dem spezifizierten Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V. Der Rat empfiehlt den Kassen Callcenter mit etablierter Qualitätssicherung (z. B. nach EFQM) unter Vertrag zu nehmen. Der Rat empfiehlt weiterhin im

Rahmen der Begleitforschung auch gesundheitsökonomische Evaluationen durchzuführen.

81. In diesem Zusammenhang muss verbindlich geregelt werden, dass weder die beauftragende Kasse noch andere Interessenten (andere Krankenkassen, Leistungsanbieter etc.) Zugriff auf Daten anrufender Versicherter erhalten. Ebenso ist durch Vertrag und Qualitätssicherung sicherzustellen, dass Informationen aus kassengeprägten Callcentern nach rein wissenschaftlichen Kriterien und unabhängig von kommerziellen Interessen (z. B. von Leistungsanbietern) gegeben werden.

82. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden außer Alter und Geschlecht nur wenige soziodemografische Merkmale der Nutzer erhoben. Weitergehende Erhebungen zur Erstellung von Nutzerprofilen (z. B. zur formalen Bildung oder sonstigen Indikatoren des sozioökonomischen Status) sind aus Sicht des Rates notwendig, um zu klären, inwieweit das Angebot der Callcenter tatsächlich alle Zielgruppen erreicht. Das ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn die Einrichtung von Callcentern die Schließung von Geschäftsstellen der Krankenkassen kompensieren soll, die nach übereinstimmenden Beobachtungen insbesondere von Versicherten aus sozial weniger privilegierten Gruppen und Schichten als Informationsstellen in Anspruch genommen werden.

3.3.4 Gesundheitsinformationen aus dem Internet

83. Der Rat tendiert im Sinne einer vorläufigen Bewertung der außerordentlich dynamischen Entwicklung internetbasierter Informationen zur Befürwortung einer Strategie der Qualitätssicherung im Internet mit dem Ziel, durch eine freiwillige Zertifizierung gesundheitsbezogener Websites durch eine neutrale, unabhängige Stelle die ‚Spreu vom Weizen zu trennen‘ und dies für den Nutzer eindeutig erkennbar zu machen.

Hierzu gibt es bereits verschiedene Ansätze:

1. Das europäische Pilot-Projekt MedCERTAIN kombiniert Elemente der Konsumentenschulung mit einer Selbstverpflichtung der Autoren von Internetseiten und mit externer Kontrolle. Mit diesen Maßnahmen wird das Ziel einer Zertifizierung verfolgt.
2. Das auf MedCERTAIN aufbauende Projekt MedCIRCLE (Collaboration for Internet Certification, Rating, Labeling and Evaluation) soll semantische Abfragen über

Gesundheitsinformationen im Internet ermöglichen. Die Qualitätssicherung erfolgt durch Selbstbeurteilung, Beurteilung der Projektpartner und Beurteilung durch ausgewiesene Experten.

3. Im Rahmen des TEAC-Health Projekts (*Towards European Accreditation and Certification of Telematics Services in Health*) sollen außer medizinischer Software und telemedizinischen Leistungen auch Websites in ihrer Qualität gesichert werden. Vorgesehen ist die Vergabe eines EuroSeal, das ähnlich vergeben werden soll wie das Gerätegütesiegel CE.
4. Die Health on the Net Foundation (HON) in Genf stellt eine eigene Suchmaschine für die von ihr zertifizierten Websites (von bisher über 300 Abonnenten) zur Verfügung (MedHunt, HONselect). Sie propagiert das HON-Logo als Selbstzertifizierung nach vorgegebenen und in einem Fragebogen dokumentierten Qualitätskriterien. Zu diesen Kriterien gehören u. a. Evidenznachweise, Quellenangaben und Transparenz über Sponsoren. Auf Basis der Prüfung dieses Fragebogens, der von den jeweiligen Website-Autoren selbst ausgefüllt wird, vergibt die Stiftung das HON-Logo und überprüft die zertifizierten Seiten zumindest in Stichproben. Sind die Kriterien der Stiftung erfüllt, erhält die Website das Logo, und der Nutzer kann sich beim Anklicken des Logos über die damit verbundenen Qualitätskriterien informieren. Wird das Logo missbräuchlich genutzt (worauf die Stiftung auch von Nutzern aufmerksam gemacht wird) oder wurde es wegen Qualitätsmängeln entzogen, hat die Stiftung zwar keine Möglichkeiten, die Entfernung zu erzwingen. Sie unterbricht in diesen Fällen den ‚Link‘, so dass Nutzer, die auf ein ‚totes‘ HON-Logo stoßen, auf diesem Weg darauf hingewiesen werden, dass die Qualität der Website nicht gesichert ist.
5. Die American Accreditation HealthCare Commission hat das Zertifizierungsverfahren URAC entwickelt, das in seinen Standards HON ähnelt, aber ausführlicher ist und eine Akkreditierung auf der Basis einer formellen Prüfung vorsieht.
6. Seit März 2002 vergibt auch das vom BMGS geförderte Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (AFGIS) an seine Mitglieder ein Logo für deren Websites, wenn sie sich verpflichten, die genannten Qualitätskriterien einzuhalten.

84. Der Rat empfiehlt den Herstellern von Websites, den Betreibern von Portalen und Suchmaschinen sowie den mit diesem Thema befassten Akteuren der Gesundheitspolitik, in ihren Verlautbarungen und Aktionen die Öffentlichkeit für das bislang ungelöste

Problem der Qualitätssicherung von internetbasierten Gesundheitsinformationen zu sensibilisieren.

Langfristig empfiehlt der Rat die freiwillige Zertifizierung von Websites zur Gesundheit nach transparenten und zumindest national, möglichst EU-weit und als Fernziel weltweit einheitlichen und transparenten Kriterien. Die Organisation und Kontrolle dieser Qualitätssicherung sollte in Händen einer neutralen, unabhängigen und anerkannten Institution liegen. Ob diese Rolle in Deutschland letztlich von AFGIS, der Stiftung Warrentest, der BZgA oder von akademischen Institutionen wahrgenommen wird und welche Rolle dabei anerkannte Institutionen der Qualitätssicherung und Nutzerinformation wie die ÄZQ oder auch Verbraucherverbände spielen sollen, wäre Gegenstand von Verhandlungen, deren zügige Aufnahme der Rat empfiehlt. In einem ersten Schritt könnte Qualitätssicherung auch in spezifischen Hinweisen auf bereits qualitätsgesicherte Websites oder Portale bestehen. Im Hinblick auf die Vergabe und den Entzug der Zertifizierung erscheint das von der HON-Stiftung gewählte Verfahren als gangbarer Weg.

85. Der Rat empfiehlt den Bundesministerien für Gesundheit und Soziale Sicherung sowie Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft, auf die zügige Ingangsetzung diesbezüglicher Beratungen zwischen den Akteuren hinzuwirken. Dabei wäre auch zu prüfen, inwieweit die Verfasser fachlich unzutreffender und unzureichender Websites rechtlich stärker zur Verantwortung gezogen werden können.

Neben die Qualitätssicherung der internetbasierten Informationen müssen in verstärktem Maße Bemühungen zur ‚Nutzerqualifizierung‘ treten. Die Dissemination von Qualitätskriterien stellt einen gangbaren Weg hierzu dar. Sowohl Qualitätskriterien als auch Instrumente zu ihrer Durchsetzung können nur dann wirksam werden, wenn sie von autorisierten, z. B. staatlichen Stellen, öffentlich und breit kommuniziert werden. Aber auch andere Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere die Ärzte, sowie die Betreiber von Suchmaschinen oder die Veranstalter von Computer- und Internetschulungen können hierzu wertvolle Beiträge liefern.

3.3.5 Leistungsberichte als Instrument der Nutzerinformation

86. Bei Leistungsberichten ist grundsätzlich zwischen fakultativen und obligatorischen Berichten zu unterscheiden. Die fakultativen Berichte dienen vorrangig der internen Qualitätssicherung oder werden für Werbezwecke Marketing-wirksam aufgearbeitet. Es

besteht keine Verpflichtung zur Veröffentlichung. Obligatorische Berichte werden aufgrund gesetzlicher Vorgaben mit festgelegten Inhalten verfasst. Sie dienen der externen Qualitätssicherung, die Daten werden nach bundes- und landesweiten Ergebnissen gegliedert und veröffentlicht.

Für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser wird im Zuge der DRG-Einführung die Erstellung von Leistungsberichten obligatorisch werden. Die veröffentlichten Statistiken sollten als Mindeststandard für die Nutzer Aufschluss über Fallzahlen sowie über Verweildauer, Komplikationsraten, Krankenhaussterblichkeit, Verlegungsraten und Altersstruktur geben. Die zur Erstellung der Statistiken erforderlichen Daten sind in großen Teilen im Datensatz, der der DRG-Stelle zu übermitteln ist, bereits vorhanden und nur entsprechend den ICD-Diagnosen neu zusammenzustellen.

87. Die Versorgungsforschung hat nach Ansicht des Rates nach geeigneten Wegen zu suchen, um den Patientenbezug in einer Einrichtung zu erfassen. Eine Einrichtung weist sich erst dann als patientenorientiert aus, wenn Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten beachtet, gemeinsame Definitionen der angestrebten diagnostischen und therapeutischen Ziele entwickelt, Patienten am diagnostischen und therapeutischen Prozess beteiligt und die bereits gemachten Erfahrungen berücksichtigt werden.

88. Die durch die DRG-Datenstelle gesammelten und veröffentlichten Daten sollten nicht nur der internen und externen Qualitätssicherung dienen. Die Daten sollten in einem „Patientenwegweiser“ oder „Patientenführer“ zusammengeführt werden, nutzerfreundlich abgefasst und einfach zugänglich sein, z. B. auf speziellen Internetseiten, bei Anlaufstellen, Callcentern und unabhängigen Beratungsstellen. Der nutzerfreundlich abgefasste Vergleich von Leistungsanbietern muss Patienten ohne besondere medizinische Vorkenntnisse befähigen, anhand der für sie wichtigen Parameter Wahlentscheidungen treffen zu können.

89. Zur Unterstützung der Versorgungsforschung begrüßt der Rat die beschränkte Weitergabe anonymisierter Datensätze an Forschungseinrichtungen in Anlehnung an die Praxis in den USA und unter Berücksichtigung der dort gemachten Erfahrungen hinsichtlich Anonymisierung, Datennutzung und Datenschutz. Auf der Grundlage der erhobenen Daten kann, neben der Erstellung von Leistungsberichten, auch ein wesentlicher Teil der Qualitätssicherung aufbauen.

90. Der Rat sieht die Krankenhäuser in einer Pilotfunktion, da die Erstellung von Leistungsberichten bisher nur für sie obligatorisch ist. Leistungsberichte sollten zukünftig

auch von anderen Institutionen und Netzwerken der Krankenversorgung erstellt werden. Der Rat regt an, umgehend mit der Schaffung der dazu notwendigen wissenschaftlichen, technischen und rechtlichen Voraussetzungen zu beginnen. Erfolge auf diesem Wege können aus Sicht des Rates wichtige Beiträge zur Qualitätsorientierung in der Patientenversorgung leisten.

91. Aus Sicht des Rates besteht eine wesentliche Voraussetzung für die notwendige Entwicklung der Nutzerkompetenz darin, dass jeder Mensch mit einem gesundheitlichen Anliegen oder Problem ohne größeren zeitlichen und finanziellen Aufwand Zugriff auf qualitativ verlässliche und für ihn verständliche Information hat. Dies sollten die unterschiedlichen Kanäle und Medien der Information in ihrer Gesamtheit gewährleisten. Der Rat fordert alle Beteiligten dazu auf, dieses Gesamtziel bei der Gestaltung der jeweiligen Kanäle und Komponenten der Informationsinfrastruktur zu beachten. Der Grad der Erfüllung dieses wichtigen gesundheitspolitischen Ziels sowie die Möglichkeiten einer verbesserten Zielerreichung sollten Gegenstand der Versorgungsforschung sein.

4. Fehler in der Medizin – Ursachen, Vermeidungsstrategien und patientenorientierte Schadensregulierung

4.1 Häufigkeit und Ursachen von Fehlern in der Medizin

92. Fehler in der Medizin und daraus resultierende Schäden müssen als allgegenwärtiges Risiko im Alltag des Versorgungsgeschehens gesehen werden. Dennoch liegen über Häufigkeit, Ursachen, Ausmaß und Folgen von Behandlungsfehlern bislang nur unzureichende Daten vor. Der Rat sieht in der vorbehaltlosen Analyse von Entstehungsbedingungen von Fehlern in der medizinischen Versorgung und der darauf basierenden Entwicklung und Implementierung effektiverer und effizienterer Vermeidungsstrategien eine weitere Säule der Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung. Ziel ist es unnötiges Leid, materielle und immaterielle Schäden für Patienten zu verhindern. Dazu bedarf es einer neuen Kultur des offenen Umgangs mit Behandlungsfehlern, verstärkter Bemühungen um die Vermeidung von Fehlern und Schäden, der Etablierung einer Medizinschadensforschung und nicht zuletzt einer Verbesserung der Verfahren zur Regulierung von Schäden, die einem Patienten aus Fehlern erwachsen.

93. Da unmissverständliche, allgemein akzeptierte Begriffsdefinitionen von ‚Fehlern‘ in der Medizin bislang fehlen, ist diesbezüglich Konsens herzustellen und auf eine einheitliche Verwendung der Begriffe hinzuwirken. Dabei sind ‚Behandlungsfehler‘ im engeren Sinne gemäß der juristisch gebräuchlichen Definition abzugrenzen von ‚Fehlversorgung‘, wie sie der Rat beschrieben hat (Gutachten 2000/2001, Bd. III.1, Abschnitt 3.6), und von ‚vermeidbaren unerwünschten Ereignissen‘. Unter dem letztgenannten Begriff können Vorkommnisse zusammengefasst werden, die möglicher Weise, aber nicht zwangsläufig zu einem konsekutiven Schaden für den Patienten führen. Als ‚vermeidbar‘ sind unerwünschte Ereignisse dann einzustufen, wenn sie durch Einhaltung der zum Zeitpunkt des Auftretens geltenden Sorgfaltsregeln verhinderbar gewesen wären.

94. Bei der Bewertung von Fehlern in der Medizin (verstanden als Vorgehensweisen, die nicht korrekt durchgeführt werden oder die der gegebenen Situation nicht adäquat sind) müssen die Aspekte Auftretenshäufigkeit, Wahrscheinlichkeit für konsekutive Schäden, Schweregrad der potenziellen Schäden („Fatalität“), Vermeidungspotenzial und Ressourcenverbrauch für die Fehlervermeidung berücksichtigt werden. Dabei sind auch die Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, die Patienten als Verunsicherung, Angst, Enttäuschung und Gefühl des Missachtetwerdens erleben.

95. Daten zur Zahl vermuteter oder festgestellter Behandlungsfehler und -schäden sind derzeit nur partiell verfügbar. Zudem muss davon ausgegangen werden, dass die bekannten Zahlen lediglich die ‚Spitze eines Eisbergs‘ beschreiben. Die Zahl der vermuteten und angezeigten Behandlungsfehler wird in Deutschland gegenwärtig auf ca. 40.000 pro Jahr und die der anerkannten Schadensersatzansprüche auf rund 12.000 geschätzt (Robert Koch-Institut 2001). Die Mehrzahl der registrierten Fehlervorwürfe betrifft die operativ tätigen ärztlichen Disziplinen einschließlich der Gynäkologie und Geburtshilfe, vermutlich weil fehlerhafte Behandlungsverläufe hier für den Laien einfacher erkennbar erscheinen als bei konservativen Therapieverfahren. Stationäre Einrichtungen bzw. Krankenhausärzte werden häufiger mit Fehlervorwürfen konfrontiert als ihre niedergelassenen Kollegen. Als mögliche Ursachen kommt neben einem Zusammenhang mit der oben erwähnten Fächerverteilung auch eine prinzipiell geringere Bindung des Patienten an den einzelnen Krankenhausarzt in Frage. Die Verbindlichkeit und Vertrautheit der vergleichsweise kurzfristigen Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus sind i. d. R. geringer, wodurch der Dienstleistungscharakter medizinischer Leistungen mit den damit im Alltagsleben verbundenen Qualitätserwartungen und Regressansprüchen stärker hervortritt.

96. Zudem beeinflussen sowohl Charakteristika der Erkrankung (z. B. Schweregrad und Häufigkeit) als auch bestimmte Patientenmerkmale die Auftretenswahrscheinlichkeit von Fehlern. Hierzu zählen u. a. das Alter der Patienten, welches mit Multimorbidität und Komplexität der Versorgung korreliert, sowie sozioökonomische Faktoren. Insbesondere unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Stürze und Komplikationen diagnostischer und therapeutischer Interventionen treten bei älteren Patienten häufiger auf, wobei dies nicht unbedingt einen Versorgungsfehler im Sinne des deutschen Arzthaftungsrechtes implizieren muss. Bei Angehörigen unterer sozialer Schichten, vor allem wenn zudem Sprachbarrieren existieren, können ebenfalls öfter unerwünschte Ereignisse im Behandlungsverlauf und ‚*substandard medical care*‘ nachgewiesen werden.

97. Krankenhäuser sind durch ihre im Verhältnis zu Arztpraxen komplexere Struktur anfälliger für die Auswirkungen organisatorischer und kommunikativer Defizite, die sich insbesondere an den Schnittstellen der Versorgung manifestieren. Allerdings besteht zwischen der Rate anerkannter Behandlungsfehler und der Größe bzw. dem Spezialisierungsgrad der beschuldigten Kliniken ein umgekehrt proportionales Verhältnis: Je kleiner die Einrichtung desto häufiger werden Fehlervorwürfe als berechtigt anerkannt. Dies weist auf den empirisch vielfach nachgewiesenen Zusammenhang zwischen

Eingriffshäufigkeit bzw. spezieller Kompetenz und Behandlungsergebnis hin (*volume-outcome relationship*).

98. Nach Ergebnissen einer Bevölkerungsbefragung, glauben ca. 19 % der Bürger mindestens einmal in ihrem Leben einen medizinischen Behandlungsfehler erlitten zu haben, die Hälfte davon im Rahmen einer Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt. Nur eine Minderheit der Betroffenen verfolgte allerdings ihren Behandlungsfehlerverdacht weiter. Für eine hohe Dunkelziffer an Behandlungsfehlern bzw. teilweise vermeidbaren unerwünschten Ereignissen sprechen zahlreiche empirische Befunde. Beispielsweise werden Medikationsfehler und arzneimittelimmanente (Neben-)Wirkungen für 2 bis 5 % aller Krankenhauseinweisungen verantwortlich gemacht. Zudem erleidet etwa jeder 17. Patient im Verlauf eines Krankenhausaufenthaltes eine möglicherweise vermeidbare Infektion und in Autopsiestudien werden seit langem nahezu gleichbleibend hohe Raten an fehlerhaften oder unvollständigen Diagnosen nachgewiesen.

99. Studien in den USA deuten darauf hin, dass bei 2,9 bis 3,7 % aller im Krankenhaus behandelten Patienten unerwünschte Ereignisse (*adverse events*) auftreten. Diese führten in 6,6 % bzw. 13,6 % zu Todesfällen. Vergleichbare Untersuchungen aus anderen Ländern sprechen für z. T. noch höhere Raten unerwünschter Ereignisse. Die dadurch verursachten Kosten sind erheblich. Als Hauptkostenfaktor wird immer wieder die verlängerte Krankenhausaufenthaltsdauer angegeben (vgl. Tabelle 1). Unter der vereinfachenden Annahme, die angloamerikanischen Untersuchungsergebnisse wären auf die Verhältnisse in Deutschland übertragbar, ergäben sich bei ca. 16,5 Mio. Krankenhausbehandlungsfällen im Jahr 2001 zwischen 31.600 und 83.000 Todesfälle aufgrund unerwünschter Folgen medizinischer Interventionen in Krankenhäusern. Damit würden mehr Menschen an den Konsequenzen medizinischer Diagnostik und Therapie bzw. an Behandlungsfehlern versterben, als beispielsweise an Dickdarmkrebs, Brustkrebs oder Verkehrsunfällen.

Tabelle 1: Unerwünschte Ereignisse (*advers events*) bei Krankenhausbehandlungen im internationalen Vergleich

Studie bzw. Studienort	Zahl der untersuchten Fälle	Unerwünschte Ereignisse (<i>adverse events</i>)	Potenziell vermeidbare <i>adverse events</i> an allen unerwünschten Ereignissen	Geschätzte durch <i>adverse events</i> verursachte Kosten
New York ^{a)}	31.000	3,7 %	-	3,8 Mrd. US\$
Colorado und Utah ^{b)}	14.321	2,9 %	58 %	661 Mio. US\$ Kosten insgesamt; 348 Mio. US\$ für medizinische Kosten
Australien ^{c)}	14.179	16,6 %	51 %	900 Mio. AU\$
London ^{d)}	1.014	10,8 %	46 %	2.400 £ pro Fall; hochgerechnet auf alle stationären Behandlungsfälle in GB £1 Mrd. pro Jahr (allein durch Verlängerung der Verweildauer)
Neuseeland ^{e)}	6.579	12,9 %	63 %	10.264 NZ\$ pro Fall; 1,6 Mrd. NZ\$ hochgerechnet auf Gesamtbevölkerung

Quelle: Eigene Darstellung (Originalquellen: a) Johnson, W. et al. 1992, b) Thomas, E. et al. 1999, c) Wilson, R. et al. 1995, d) Vincent, C. et al. 2001, e) Brown, P. et al. 2002)

100. Zu den Faktoren, welche auf Versorgungsprozesse einwirken und zur Fehlerentstehung beitragen, werden der institutionelle Kontext, übergeordnete Organisations- und Managementmerkmale, die unmittelbare Arbeitsumgebung, Strukturen und Interaktionen innerhalb des Teams, persönliche Eigenschaften des einzelnen Mitarbeiters, Charakteristika der zu bewältigenden Aufgabe sowie individuelle Patientenmerkmale gezählt. Zur Beschreibung der zur Entstehung von Fehlern führenden Konstellationen komplexer Systeme existieren verschiedene Modelle, die darin übereinstimmen, dass sie von vielfältigen Interaktionen auf verschiedenen Handlungsebenen ausgehen, die letztlich erst in ihrem Zusammenwirken Schäden entstehen lassen.

Die verschiedenen Einflussfaktoren wirken sich sowohl auf die Auftretenshäufigkeit von Fehlern als auch auf die Wahrscheinlichkeit der Fehlererkennung und der Vermeidung eines konsekutiven Schadens für den Patienten aus. Die Manifestation von Fehlern lässt sich als das Versagen von Abwehrstrategien beschreiben, das eine Verkettung unglücklicher Umstände ermöglicht, an deren Ende ein schadenverursachender Fehler

steht. Die Ursachen von Behandlungsfehlern lassen sich also auf der Ebene des individuellen Leistungserbringers, des Versorgungsteams bzw. der -einrichtung und des Gesundheitssystems lokalisieren.

101. Als häufigste Fehlerquellen werden immer wieder Kommunikations- und Koordinationsdefizite identifiziert, die oft vor dem Hintergrund einer unzulänglichen Prozessorganisation zu sehen sind. Insbesondere fehlen vielfach standardisierte Ablaufpläne und interne Leitlinien (vgl. Tabelle 2 und Tabelle 3). Zudem wirken sich bestimmte Strukturmerkmale des Gesundheitssystems potenziell fehlerfördernd aus, indem sie die u. U. ungünstigen Rahmenbedingungen für die Handlungen der einzelnen Leistungserbringer und Institutionen festlegen. Dies gilt beispielsweise für die Behinderung einer adäquaten Kooperation und Informationsweitergabe durch die Sektorierung der Versorgung und das mangelhaft ausgebildete Schnittstellenmanagement.

Tabelle 2: Organisatorische Mängel als Ursachen von Behandlungsfehlern – Analyse gutachterlicher Begründungen für anerkannte Fehler-^{a)} vorwürfe

Fehlerursachen	Anteil
Ungenügende Absprache/Koordination	23
Davon: – zwischen ambulanter und stationärer Versorgung	42
– zwischen niedergelassenen Ärzten	58
Dokumentationsmängel	20
Übernahmeverschulden	13
Mangelhaftes Erkennen und Behandeln von Komplikationen	10
Aufklärungsmängel	7
Hygienemängel	1
Notfallsituation	0,07

a) Angaben in Prozent; analysiert wurden Verfahren vor Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern

Quelle: Eigene Darstellung nach Robert Koch-Institut 2001 (vgl. auch Hansis, M.L. 2001 sowie Scheppokat, K.D. u. Held, K. 2002)

Tabelle 3: Unmittelbare Ursachen von Medikationsfehlern^{a)} und zusätzlich wirksame Einflussfaktoren^{b)}

Vermutete Fehlerursache (Mehrfachnennungen möglich)	Anteil an den gemeldeten Fällen
Ausführungsmängel	42 % (55 % in Kombination mit anderer Ursache)
Abweichen vom üblichen Vorgehen (Protokoll)	20 % (75 % in Kombination mit anderer Ursache)
Übertragung (der Verordnung in der Kurve) nicht korrekt oder vergessen	14 %
Dokumentationsfehler	13 %
Fehlerhafte Eintragung in Computer	10 %
Kommunikationsdefizite	10 %
Wissensdefizite	9 %
Mängel im Medikamentenverteilungssystem (Lagerung, Transport, etc.)	4 %
Schriftliche Anweisung (inkomplett, verwirrend, etc.)	4 %
Handschrift (unleserlich, etc.)	4 %
Einflussfaktoren (Mehrfachnennungen möglich)	Anteil an den gemeldeten Fällen
Ablenkung	53 %
Erhöhte Arbeitsbelastung	21 %
Unerfahrene Mitarbeiter	18 %
Zahl/Qualifikation der Mitarbeiter unzureichend	11 %
Schichtwechsel	7 %
Mitarbeiter übt vorübergehend andere Tätigkeit als gewohnt aus	5 %
Mitarbeiter vertritt Kollegen („cross coverage“)	4 %
Aushilfskraft	4 %
Notfallsituation	3 %
Keine Apotheke mit 24-Stunden-Bereitschaft	3 %
Kein Zugang zu Patienteninformationen	2 %
Arbeitszeit länger als normal	1 %

- a) Die Auswertung beruht auf 38.077 freiwillig gemeldeten Fällen; Mehrfachnennungen beim Fehlertyp waren möglich (40.936 Angaben)
- b) Zur Auswertung kamen 10.063 Fälle, in denen zusätzliche Einflussfaktoren angegeben wurden (13.450 Nennungen)

Quelle: Eigene Darstellung nach U.S. Pharmacopeia Convention (2002)

4.2 Strategien zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Fehlern

102. Die Industrie beschäftigt sich bereits seit langem mit der Erforschung von Fehlerursachen und der Entwicklung von Fehlerabwehrstrategien. Deren wichtigster Grundsatz ist die Erkenntnis, dass wirksame Fehlerprävention die Ursachen an der Wurzel, schon bei der Planung und Implementierung des Systems erfassen muss. In der Luftfahrtindustrie, die in mancher Hinsicht als Vorbild für die Medizin dienen kann, wird schon bei der Systemplanung das Fehlerpotenzial berücksichtigt. Es werden Puffer, Redundanzen, eine weitgehende Automatisierung von Leistungen, Vorgehen nach Checklisten, regelmäßige Zertifizierung der Piloten und gemeinsame Trainings der Teams (*Crew Resource Management*) vorgesehen. Zudem sind Piloten und Fluglotsen gehalten, Störungen, gefährliche Ereignisse und Situationen zeitnah zu melden, wobei ihnen Sanktionsfreiheit garantiert wird. Einen wesentlichen Beitrag zur Analyse von Fehlerquellen liefern Meldesysteme, die auch die sogenannten Beinahefehler erfassen, die zwar zu keinem Schaden geführt haben, hinsichtlich ihrer Entstehung und der Reaktionen der beteiligten Personen aber tatsächlich eingetretenen Fehlern gleichen.

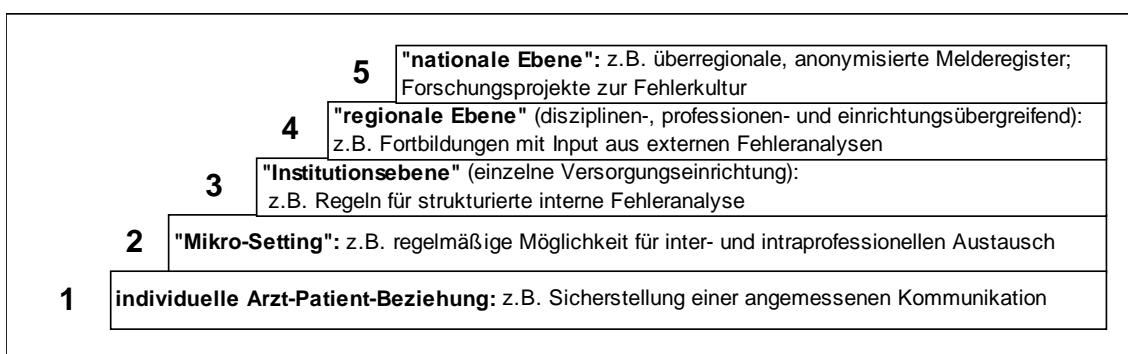
Innerhalb der Medizin wurden in den Bereichen Anästhesie und Intensivmedizin bereits vergleichsweise vielfältige Anstrengungen zur Prävention von Behandlungsfehlern und -schäden unternommen. Diese umfassten u. a. technische Lösungen (z. B. verbessertes Monitoring, unterschiedliche Form der Leitungskonnektoren für Narkosegase), die Einführung von Simulationsprogrammen, die Etablierung von Standards und Leitlinien sowie die systematische Untersuchung von Zwischenfällen.

103. In verschiedenen Ländern sind in den letzten Jahren weitreichende Aktivitäten ins Leben gerufen worden, deren Ziel die Reduktion von Fehler- und Schadensereignissen in der Medizin und die Verbesserung der Patientensicherheit sind. Beispielhaft sei auf die Empfehlungen des US-amerikanischen Institute of Medicine und der Australischen National Advisory Group on Safety and Quality oder auf die britische Initiative ‚Building a safer NHS for patients‘ verwiesen. Vergleichbare koordinierte nationale Programme fehlen bislang in Deutschland, wenngleich einzelne Maßnahmen als Schritte in die richtige Richtung betrachtet werden können (z. B. Zertifizierungs- und Akkreditierungsverfahren, Maßnahmen der externen und internen Qualitätssicherung, Aufbau von Krebsregistern und Kompetenznetzen).

104. Maßnahmen zur Etablierung einer neuen Fehlerkultur und eines präventiven Fehlermanagements müssen auf mehreren Ebenen ansetzen (vgl. Abbildung 3). Nur ein solcher Ansatz wird den Ursachen der Fehlerentstehung, der Komplexität des medizini-

schen Versorgungssystem und dem Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit gerecht. Es gilt, Aspekte der Patientensicherheit zu integralen Bestandteilen der Gesundheitsversorgungsprozesse zu machen. Alle Akteure im Gesundheitswesen müssen zu einer geänderten Einstellung gegenüber Fehlern in der Medizin gelangen. Dies bedeutet u. a., dass auf die Bestrafung einzelner Personen möglichst weitgehend verzichtet werden sollte.

Abbildung 3: Ebenen einer offenen Fehlerkultur



Quelle: Eigene Darstellung

105. Wenn eine neue Form der Fehlerkommunikation gelingen soll, ist es erforderlich, die Gestaltung des Arbeitsalltags von Ärzten und anderen Berufsgruppen in Klinik und Praxis kritisch zu überdenken. Die ärztliche Berufsausübung ist geprägt durch einzelne Aktionen am Patienten, bei denen sich allerdings häufig Zeitdruck oder Ablenkung störend bemerkbar machen. Eine Fehlerkommunikation setzt jedoch einen Arbeitsstil voraus, der es dem Arzt ermöglicht, über Patienten und das eigene Vorgehen einschließlich des Umgangs mit dem Kranken und ggf. den Angehörigen nachzudenken und darüber mit Kollegen in einen offenen Austausch zu treten. Ähnliches gilt auch für Austausch- und Überleitungsprozesse bei den übrigen im Gesundheitswesen tätigen Berufsgruppen (z. B. Pflegeübergaben, Pflege- oder Fallkonferenzen).

106. Kommunikationsmängel an den internen und externen Schnittstellen der Versorgung gehören zu den häufigsten Ursachen von Fehlern. Vor allem in stationären Einrichtungen zeigen sich Defizite nicht nur in der innerärztlichen interdisziplinären Kooperation, sondern auch in der interprofessionellen Zusammenarbeit von Pflegekräften und Ärzten. Eine wechselseitige Abschottung der Professionen gegeneinander, die kei-

nen Raum für produktiven Austausch lässt, wirkt sich fehlerfördernd aus und muss im Interesse einer guten Patientenversorgung vermieden werden. Gegenseitige Anerkennung und die Schaffung von Kommunikationsmöglichkeiten und -verpflichtungen sind unabdingbare Voraussetzungen für die Etablierung der geforderten neuen Fehlerkultur im Gesundheitswesen.

107. Um einen offenen Umgang mit Fehlern zu ermöglichen, müssen sich die in Leitungspositionen im Gesundheitswesen Tätigen ihrer Vorbildfunktion bewusst sein. Die Art des Umgangs von Vorgesetzten mit Patienten, mit aufgetretenen Fehlern und mit den dabei beteiligten Personen hat maßgeblichen Einfluss auf Einstellung und Verhalten von Mitarbeitern. Bislang fehlt auch ein legitimer Raum oder ein geschütztes Forum, um offen und sanktionsfrei über Behandlungsfehler sprechen zu können. Dies könnte beispielsweise im Rahmen strukturierter, gegebenenfalls interdisziplinärer und interprofessioneller Fallbesprechungen bei unerwarteten Todesfällen oder komplikationsbehafteten Behandlungsverläufen geschehen.

108. Zur Identifikation von Fehlerquellen und typischen fehlerträchtigen Konstellationen müssen alle vorhandenen Informationen offengelegt werden. Der Rat hält eine systematische Analyse der via Gerichtsverfahren oder außergerichtlicher Begutachtungen ‚registrierten‘ Fehler für notwendig. Dies macht u. a. auch die Offenlegung entsprechender Daten der Haftpflichtversicherer notwendig. Ziel dieser Erfassung ist die Rückmeldung der Ergebnisse nicht nur an die unmittelbar Beteiligten, sondern auch die breite Dissemination der Erkenntnisse zu Fortbildungszwecken („aus den Fehlern Anderer lernen“). Zur Zeit veröffentlichen zwar einzelne Gutachten- und Schlichtungsstellen gelegentlich einschlägige Kasuistiken, eine systematische, regional übergreifende Auswertung der Verfahren findet jedoch allenfalls vereinzelt statt. Medizinische Gutachten aus Gerichtsverfahren werden de facto nicht ausgewertet. Daher erscheint aus Sicht des Rates u. a. eine zentrale Sammlung und Analyse der (für Gerichte und Schlichtungsstellen erstellten) medizinischen Gutachten und der darauf basierenden Entscheidungen sinnvoll. Eine Datenbank mit in anonymisierter Form zugänglichen Gutachten kann zur Qualitätssicherung, Vereinheitlichung und Transparenz von Gutachten und Entscheidungen beitragen.

109. Darüber hinaus bedarf es der parallelen Etablierung verschiedener Formen von Meldesystemen für (Beinahe-)Fehler (vgl. Tabelle 4). Der Aufbau sowohl von internen als auch externen Melderegistern, die teils öffentlich zugänglich sind, teils vertraulichen Charakter haben, ist ein entscheidender Schritt, um die Datenlage zu medizinischen

Fehlern und die Fehleranalyse auf den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung zu verbessern sowie die Transparenz zu erhöhen. Die Erfassung von Fehlern und ihre Bearbeitung muss selbstverständlicher Bestandteil jedweder Versorgungsforschung sein.

Tabelle 4: Charakteristika effektiver Meldesysteme für (Beinahe-)Behandlungsfehler

1. <i>Unabhängigkeit</i> : Datensammlung und -analyse erfolgen getrennt von u. U. disziplinarisch tätigen Kontroll- und Aufsichtseinrichtungen.
2. <i>Grundhaltung</i> : Dank an Meldende, nicht Tadel.
3. <i>Beinahe-Fehler</i> : Sowohl Berichte über eingetretene Fehlerereignisse als auch Beinahe-Fehler werden gesammelt.
4. <i>Feedback</i> : Rasche, nützliche, klar verständliche und leicht zugängliche Rückmeldung an die meldende Person bzw. Einrichtung.
5. <i>Zugänglichkeit</i> : Meldemodalitäten müssen einfach sein.
6. <i>Vertraulichkeit</i> : Möglichkeit zu vertraulicher bzw. entpersonalisierter Meldung.
7. <i>Einrichtungsinterne Meldung</i> : Standardisierte Meldesysteme innerhalb von Einrichtungen und Organisationen.
8. <i>Verpflichtung</i> : Obligatorische Meldesysteme.
9. <i>Konsens</i> : Einvernehmlichkeit über wichtige Einflussfaktoren auf die Fehlerentstehung bzw. -vermeidung.

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Department of Health (2000)

110. Eine Überbeanspruchung der Leistungserbringer durch eine ständige Zunahme bürokratischer und dokumentarischer Arbeiten muss durch die zeitsparende ‚intelligente‘ Gestaltung des Qualitäts- und Fehlermanagements vermieden werden. Maßnahmen des Qualitätsmanagements dürfen nicht als lästige, zeitraubende Pflicht und Selbstzweck ohne Konsequenz, sondern müssen als immer wieder zu hinterfragendes Anliegen mit dem Ziel der Fehlererkennung und -vermeidung aufgefasst werden. Ärzten, Pflegekräften und anderen am Versorgungsgeschehen Beteiligten muss ausreichend Zeit und Energie für ihre eigentliche Aufgabe – die Betreuung von Patienten – verbleiben.

111. Schäden, die Patienten durch Behandlungsfehler entstehen, werfen auch ein Licht auf die etablierte Fortbildung. Diese ist um so effektiver, je weniger sie sich vom unmittelbaren Versorgungsalltag abkoppelt und je mehr sie an praxisrelevanten Kasuisti-

ken, möglichst sogar an von den teilnehmenden Ärzten selbst geschilderten Fällen, anknüpft. Erkenntnisse aus der systematischen Analyse von Fehlern müssen zukünftig gezielt in der Aus-, Weiter- und Fortbildung vermittelt werden.

112. Nach Auffassung des Rates erscheint es daher sinnvoll, einen nationalen Konsens- und Kooperationsprozess aller relevanten Akteure des deutschen Gesundheitswesens hinsichtlich der zu initiieren, der die Voraussetzung für einen verbesserten Umgang mit Behandlungsfehlern schafft. Unter Rückgriff auf obige Ausführungen sollte dabei Übereinstimmung hinsichtlich der folgenden Punkte erzielt werden:

1. Definition von unerwünschten Ereignissen und Fehlern.
2. Ableitung geeigneter Parameter zu deren Erkennung („Fehler als selbstverständliche Outcome-Variable mit Lehrcharakter“).
3. Einheitliche Erfassungs- und Analyseverfahren.
4. Auf- bzw. Ausbau von vernetzbaren Melderegistern (inklusive Einbeziehung von Daten der Haftpflichtversicherer sowie aus gerichtlichen und außergerichtlichen Verfahren).
5. Sanktionsfreiheit bei (Selbst-)Meldung gegenüber den Haftpflichtversicherern; Fragen der sonstigen wirtschaftlichen, zivilrechtlichen und gegebenenfalls strafrechtlichen Sanktionsfreiheit bei (Selbst-)Meldung.
6. Rechtliche Bestimmungen zur Regelung der Zugangsrechte zu Registerdaten (Vertraulichkeit versus Öffentlichkeit).
7. Rückmeldung der Ergebnisse der systematischen Fehlerursachenanalysen an die Beteiligten (inklusive planmäßiger Verwendung der Analysen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung) und Schaffung zuverlässiger Informationsmöglichkeiten (Transparenz) für Professionelle und Laien.
8. Überprüfung der bestehenden Qualitätsmanagementmaßnahmen im Hinblick auf ihre Eignung zum prospektiven Fehlermanagement.
9. Koordination und Integration der Qualitätssicherungs- und Fehlermanagementmaßnahmen und gegebenenfalls Etablierung dafür notwendiger neuer Institutionen bzw. Erweiterung von Zuständigkeitsbereichen bestehender Einrichtungen.

10. Förderung einer koordinierten Medizinschadensforschung (als Bestandteil einer praxisorientierten Versorgungsforschung).
11. Fehlervermeidende Gestaltung der Arbeitsbedingungen und -strukturen im Gesundheitswesen.
12. Sonstige Maßnahmen, die geeignet erscheinen, eine präventiv ausgerichtete professionelle und öffentliche Fehlerkultur im deutschen Gesundheitswesen aufzubauen (u. a. einrichtungsinterne und -übergreifende Freiräume zum Erfahrungsaustausch).

4.3 Verbesserung des Beschwerdemanagements und der Schadensregulierungsverfahren

113. Die Vermeidung von Gefahren und Fehlern in der Medizin hat zwar Vorrang vor der nachträglichen Entschädigung eventuell Betroffener. Da jedoch Fehler nie vollständig vermieden werden können und sich die medizinische Versorgungspraxis im allgemeinen einem unmittelbaren Verständnis und der direkten Nachvollziehbarkeit durch den Laien verschließt, gehört es auch in den Verantwortungsbereich der Medizin, den Patienten und ihren Angehörigen angemessene Möglichkeiten zur Information, Beschwerde, Begutachtung und Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen zu eröffnen. Es bedarf geeigneter Informations- und Kommunikationswege, um Missverständnissen und Streitigkeiten zum Vorteil aller Beteiligten vorzubeugen. Angemessene Information und offene Kommunikation über potenzielle Risiken wirken vertrauensbildend.

114. Information, Transparenz und Partizipation sind Vorbedingungen für eine patientenorientierte, effektive und effiziente Gestaltung des Gesundheitssystems. Patienten können u. a. durch ihre Beschwerden wertvolle Hinweise auf fehlerträchtige Schwachstellen im Versorgungssystem geben. Daher sollten Beschwerden nicht als lästiger Angriff angesehen werden, den es abzuwehren gilt, sondern als positive Input-Variable mit dem Potenzial zur Systemoptimierung bewertet werden. Den Nutzern des Versorgungssystems sollten qualifizierte Informations-, Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung stehen. Geeignete Einrichtungen bzw. ein funktionstüchtiges Beschwerdemanagement müssen flächendeckend aufgebaut und deren langfristige Finanzierung sichergestellt werden. Ansätze sind mit der Förderung von Patientenberatungsstellen gemäß § 65b SGB V gegeben (vgl. Abschnitt 3.3.1 und 3.3.2). Modelle wie beispiels-

weise die Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen und die Beratungsangebote der Verbraucherverbände sind weiter zu entwickeln in Richtung auf Beratungsstellen, die von allen Akteuren gemeinsam getragen werden bzw. die über enge Kooperationsbeziehungen zu allen Beteiligten verfügen.

115. Ärzte und andere am Versorgungsgeschehen beteiligte Berufsgruppen sollten durch ihr Verhalten gegenüber Patienten und ihren Angehörigen demonstrieren, dass sie deren Anliegen ernst nehmen. Angemessenes Eingehen auf die Fragen und Nöte der Patienten verhindert häufig selbst bei aufgetretenen Behandlungsfehlern und -schäden einen Vertrauensverlust und nachfolgende gerichtliche Auseinandersetzungen. Hierzu bedarf es jedoch persönlicher Integrität, der Fähigkeit zur Selbstkritik, Einfühlungsvermögen und kommunikativer Fähigkeiten. Die Entwicklung dieser Eigenschaften sollte in Aus-, Weiter- und Fortbildung gezielt gefördert werden.

116. Bei der Etablierung eines einheitlichen Beschwerdemanagements ist zu gewährleisten, dass die Verfahrenswege hinreichend öffentlich bekannt, transparent und leicht zugänglich sind. Eine rasche Bearbeitung, Weiterleitung und Reaktion auf die Beschwerden sind sicherzustellen. Die betroffenen, Rat und Unterstützung suchenden Patienten müssen auf die Unabhängigkeit und Unparteilichkeit der Berater, Schiedspersonen und Gutachter vertrauen können. In einem abgestuften, auf Befriedung und Deeskalation ausgerichteten Beschwerdemanagement stehen gemeinsame Gespräche mit allen Beteiligten, bei denen ein neutraler Vermittler die Moderation übernimmt, an erster Stelle. Erst wenn sich so keine Einigung erzielen lässt, sollte eine Klärung in einheitlich gestalteten und möglichst verbindlichen außergerichtlichen Verfahren vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern herbeigeführt werden.

117. Auf der Grundlage der außergerichtlich ergangenen Gutachterbescheide sollten die Haftpflichtversicherer rasch und unbürokratisch Schadensersatz leisten. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherungen sind so zu modifizieren, dass die Haftpflichtversicherer sich konstruktiver als bislang an den Bemühungen um eine Verbesserung der Patientensicherheit und der Schadensregulierung beteiligen. Sie sollten den Aufbau eines effektiven Beschwerdemanagements im Gesundheitswesen aktiv unterstützen und mit Patientenberatungsstellen kooperieren.

118. Die Krankenkassen können gemäß § 66 SGB V die Versicherten dabei unterstützen, Schadensersatzansprüche zu verfolgen. Dabei sollten sie nach einheitlichen, transparenten Kriterien vorgehen, die Ratsuchenden über alle ihnen zur Verfügung stehenden

Möglichkeiten qualifiziert informieren und sie – falls sie sich zur Erstellung eines Gutachtens durch den MDK entschließen – über die Limitationen dieses Weges aufklären. Die Qualität der erstellten Gutachten ist zu gewährleisten. Ferner sollten die Begutachtungsverfahren evaluiert und die Ergebnisse veröffentlicht werden. Die Krankenkassen sollten sich konstruktiv an der Weiterentwicklung des Beschwerdemanagements, an Mediationsprozessen und an der fehlerorientierten Versorgungsforschung beteiligen.

119. Um die Position der Nutzer zu stärken, hält der Rat die Implementierung partizipativer Elemente auf möglichst vielen Ebenen der Verfahren zur Fehlerfeststellung und Schadensregulierung für notwendig. Hierzu zählt vor allem auch die Beteiligung von Patientenvertretern an den Gremien der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärzteschaft.

120. Die Arbeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bewertet der Rat grundsätzlich positiv. Allerdings sollten die Verfahren vereinheitlicht werden, um deren Transparenz für die Patienten zu erhöhen, ihnen mehr Einflussnahmemöglichkeiten zu eröffnen und eine regionale Ungleichbehandlung zu vermeiden. Die Neutralität des Gremiums und die Qualität der erstellten Gutachten sowie die ‚Waffengleichheit‘ der beteiligten Parteien in den Verfahren müssen sichergestellt sein. Die zuständigen Landesärztekammern werden dazu aufgerufen, die Satzungen, Statute und Verfahrenspraxis ihrer Schlichtungseinrichtungen zügig zu vereinheitlichen und dabei die Empfehlungen der Bundesärztekammer umzusetzen. Dies bezieht sich auch auf die Beteiligung von Patientenvertretern und Optionen für eine mündliche Verhandlungsführung. Ferner erscheint eine Zusammenlegung kleinerer Schlichtungsstellen mit regional benachbarten Gutachterkommissionen sinnvoll.

121. Die kürzlich erfolgte Änderung des Schadensersatzrechtes durch den Gesetzgeber, mit der beim Verdacht auf Schädigungen durch Arzneimittel Beweiserleichterungen und erweiterte Informationsrechte für den Patienten eingeführt wurden, bewertet der Rat positiv. In Kenntnis der vom Gesetzgeber gesehenen Bedenken gegen eine verschuldensunabhängige zivilrechtliche Haftung hält der Rat es dennoch zumindest für erneut prüfenswert, ob eine solche Regelung im Arzthaftungsrecht nicht eingeführt werden könnte (vgl. Gutachten 2000/2001, Band I, Ziffer 413). Ohne die Notwendigkeit, einen individuell Schuldigen für den nachgewiesenen Behandlungsschaden finden zu müssen, könnte die Schadensregulierung zügiger abgewickelt werden, was gegebenenfalls den Nachteil geringerer Entschädigungssummen für Patienten aufwiegt. Den überwiegend

formalen Einwänden gegen ein solches Verfahren steht das Gebot der Orientierung an Patienteninteressen gegenüber.

Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen

5. Sicherung der Qualität in Prävention und Rehabilitation

5.1 Qualität in der Prävention

5.1.1 Gesundheitsförderung im Setting Schule

122. Gesundheitsförderung zielt auf gesundheitsdienliche Lebensweisen und Lebensbedingungen und auf die Vermehrung von Gesundheitsressourcen wie Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein, Gesundheitsbildung und gesundheitsdienliche Kompetenzen, individuelle Verhaltensspielräume und Unterstützung durch soziale Netze. Auch ein über gesundheitliche Belange im engeren Sinne hinausweisender Kompetenzerwerb und Bildungsgewinn sowie verbesserte Chancen der Einkommenserzielung und der Lebensgestaltung tragen zur Gesundheitsförderung bei. Damit stehen Gesundheitsförderung und Bildungschancen in einem engen Zusammenhang.

123. Kinder und Jugendliche sind eine zentrale Zielgruppe für Strategien zur Gesundheitsförderung und Primärprävention. Zahlreiche Krankheiten, die das Morbiditäts- und Mortalitätsspektrum prägen, werden durch individuelle Verhaltensdispositionen und Lebensweisen beeinflusst, deren Wurzeln bis in das Kindes- und Jugendalter zurückreichen. Umgekehrt können in dieser Lebensphase Einstellungen, Bewertungsmuster und Bewältigungsfähigkeiten erworben werden, die den Umgang mit erst in späteren Lebensabschnitten auftretenden Krisen und kritischen Lebensereignissen erleichtern.

124. Institutionen, die von einem Teil oder sogar der gesamten Zielgruppe dauerhaft und kontinuierlich aufgesucht werden – im Falle von Kindern und Jugendlichen vor allem Kindergärten und Schulen – bieten für Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Primärprävention geeignete Ansatzpunkte. Im Sinne des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung dienen Institutionen aber nicht nur als Zugangsweg für Information, Beratung und Unterstützung. Sie werden im Rahmen einer Organisationsentwicklung auch selbst Gegenstand von Gestaltungs- und Entwicklungsprozessen.

125. Gesundheitsförderung im Sinne einer Organisationsentwicklung bedarf der Partizipation der Organisationsmitglieder, im Setting Schule der Schülerinnen und Schüler, der Lehrkräfte und der Eltern. Prioritäten in diesem Setting sollten angesichts einer sehr heterogenen Schullandschaft und unterschiedlicher Problemlagen in Entsprechung zu

der besonderen Situation und zu den Problemen einzelner Schulen von den genannten Bezugsgruppen festgelegt werden. Damit werden zugleich Schwerpunkte eines Qualitätsmanagements und einer Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorgezeichnet. Diese Schwerpunkte können zwischen Schulen variieren.

126. Praktische Erfahrungen mit Konzepten und Instrumenten der Gesundheitsförderung im Rahmen anderer Settings können auch für die Gesundheitsförderung im Setting Schule genutzt werden. Krankenkassen bzw. die von ihnen beauftragten Institutionen können ihre Erfahrungen in der Durchführung und in der Evaluation von Interventionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nutzen. Sie verfügen über Kompetenzen in der aufsuchenden Projektakquisition, in der Koalitionsbildung im Setting, in flexibler Projektsteuerung, in der Moderation und in der Entwicklung und kontextspezifischen Anpassung von Modulen für Förderungsprogramme. Damit verfügen Krankenkassen über bessere Voraussetzungen als viele andere Akteure im Gesundheitssystem, um zur Etablierung von gesundheitsfördernden Schulen beizutragen.

127. Die Umsetzung der Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 1 SGB V verlief bisher zögerlich. Der Rat empfiehlt deshalb den Krankenkassen, ihre Aktivitäten im Setting Schule deutlich zu verstärken. Dabei sollten Projekte zur Gesundheitsförderung durch die Einbindung anderer Akteure auf eine breite Basis gestellt werden, so dass sich Interventionen auch ohne eine andauernde Unterstützung von Krankenkassen fortführen lassen.

128. Die Risikofaktoren- und Krankheitsbelastung ist in weniger privilegierten Gesellschaftsschichten und -gruppen erhöht. Da Chancen des Kompetenzerwerbs, der individuellen Entfaltung und Lebensgestaltung gerade in weniger privilegierten Gesellschaftsschichten und -gruppen von Bedeutung sind, kann die Weiterentwicklung von Schulen zu gesundheitsfördernden Schulen einen Beitrag zu einer größeren Gleichheit von Gesundheitschancen leisten. Soweit der Kompetenzerwerb und die Wahrnehmung von Entwicklungschancen im Kindes- und Jugendalter zu einem Aufbau von Gesundheitsressourcen beitragen, handelt es sich bei der Gesundheitsförderung in der Schule auf mittlere und längere Sicht nicht nur um eine Investition in eine sozial ausbalancierte und produktive Gesellschaft, sondern auch um einen Beitrag zur zukünftigen Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems.

129. Die durch Ergebnisse der PISA-Studie angestoßene bildungspolitische Debatte sollte aus dem Blickwinkel der Gesundheitsförderung nicht nur auf Aspekte der Entwicklung kognitiver Fähigkeiten von Schülerinnen und Schülern, deren Bedeutung da-

mit nicht bestritten wird, reduziert werden. Sowohl Fachdiskussionen zur Gesundheitsförderung in Schulen als auch die bildungspolitische Diskussion über die Weiterentwicklung der Institution Schule deuten darauf hin, dass sich Ziele und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Schulen harmonisch mit bildungspolitischen Reformanliegen verbinden lassen. Aus gesundheitspolitischer Perspektive besteht aber die Gefahr, dass die Gesundheitsförderung im Setting Schule nicht mit dem notwendigen Nachdruck vorangetrieben wird, wenn dieses Thema keinen Eingang in aktuelle bildungspolitische Vorhaben findet. Der Rat empfiehlt daher eine enge Koordination der politischen Aktivitäten an der Schnittstelle von Bildungs- und Gesundheitspolitik. Sie ist auch deshalb notwendig, weil für die Durchführung von Aktivitäten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung Ressourcen zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Rat empfiehlt weiterhin, im Rahmen des geplanten Programms zur Förderung von Ganztagschulen Ansatz und Kriterien der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen und die Vergabe von Fördermitteln an einen Nachweis entsprechender Aktivitäten zu binden.

5.1.2 Prävention und der Beitrag der Pflege

130. Pflegende sind die größte Berufsgruppe unter den Gesundheitsdienstleistern. Sie haben gemeinsam mit Ärzten eines der umfangreichsten Kontaktpotenziale mit kranken Menschen und deren Angehörigen. Dieses Potenzial der Pflegenden muss in Zukunft stärker für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung genutzt und eingesetzt werden. Eine solche Position stimmt mit dem modernen Berufsbild der Pflege überein. Pflege wird heute als eine ganzheitliche, personenbezogene Dienstleistung definiert, deren übergeordnetes Ziel es ist, die Selbständigkeit der Klienten zu erhalten, sie soweit wie möglich wieder herzustellen oder Kranke und Pflegebedürftige zu einem befriedigenden ‚Disease Management‘ zu befähigen. Es kann jedoch nicht übersehen werden, dass der Widerspruch zwischen der traditionellen Einordnung der Pflege und dem bestehenden Bedarf an präventionsorientierter Pflege in der Praxis nicht gelöst ist.

131. Eine deutlichere Integration der Pflege in das krankheitsvorbeugende und gesundheitsfördernde Versorgungsgeschehen bietet Chancen für eine Verbesserung der Lebensqualität kranker oder hilfebedürftiger Menschen. So belegen empirische Befunde, dass gezielte Prävention das Auftreten einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit verhindern, verzögern oder abmildern kann. Um die präventiven Ressourcen, die in dem Berufsfeld der Pflege liegen, besser als bislang zu nutzen, sind gesundheitspolitische Weichenstel-

lungen notwendig, die der Rat in der Weiterentwicklung gesetzlicher und struktureller Rahmenbedingungen sowie der Professionalisierung der Pflege selbst sieht.

132. Der Gesetzgeber verpflichtet die Pflege durch eine Reihe von unterschiedlichen Gesetzesgrundlagen zur Prävention, ohne in die Leistungsvergütung entsprechende Module zu integrieren, die den Leistungsträgern bei Erbringung von präventiven Maßnahmen als Abrechnungsgrundlage dienen. Der Rat empfiehlt ein umfassenderes Leistungsgesetz für Pflege zu initiieren, in dem auch pflegerische Prävention mit stärkeren Anreizen kombiniert wird.

133. Die Gesundheitssicherung ist in Deutschland durch eine hohe Fragmentierung gekennzeichnet. Die medizinischen, sozialen und pflegerischen Versorgungsstrukturen sind zu wenig integriert. Es mangelt an Koordinierung, um ein Kontinuum von Dienstleistungen zu etablieren. Gemeindenahe Ansätze zur Gesundheitssicherung sind ein geeignetes Instrument, diese Defizite im Sinne einer stärker auf Prävention ausgerichteten Versorgungspraxis zu überwinden. Der Rat empfiehlt bei dieser Entwicklung, der Berufsgruppe Pfleger eine Rolle zukommen zu lassen, die ihren Kompetenzen entspricht. Dies bedeutet zugleich, Prävention bei der Ausgestaltung neuer pflegerischer Ausbildungskonzepte in stärkerem Umfang zu berücksichtigen.

134. Die Politik möchte die Prävention zu einer eigenständigen Säule im deutschen Gesundheitswesen entwickeln, neben Therapie und Rehabilitation. Die Idee der Erweiterung des Sozialgesetzbuches (SGB) um ein zwölftes Buch ist ein möglicher Lösungsansatz für mehr Prävention. In diesem Kontext empfiehlt der Rat das pflegerische Präventionspotenzial stärker als bisher zu betonen.

135. Zukünftig wird es darum gehen, Prävention und Gesundheitsförderung als zentrale Komponenten der Pflege deutlicher zu kommunizieren. So muss z. B. in Studien noch stärker das präventive Potenzial der Pflege nachgewiesen werden. Darüber hinaus geht es darum, die Effektivität von Modellen und Ansätzen anderer Länder und die Übertragungsbedingungen internationaler Erfahrungen zu prüfen. Dabei kommt der Pflegeforschung eine zentrale Aufgabe zu. Der Rat empfiehlt eine Forschungsförderung, die diese Bereiche der Pflegeforschung vermehrt unterstützt.

5.2 Qualität in der Rehabilitation

136. In seinem Gutachten 2000/2001 hat der Rat die Umsetzung der Rehabilitation in ihren verschiedenen ambulanten und stationären Formen – neben der Prävention – als Bereich mit zum Teil hoher Unterversorgung identifiziert. Insbesondere wenn es um die Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen geht, eröffnet die Rehabilitation die Chance auf eine umfassende, multidimensionale Versorgung. Deshalb sind aus Sicht des Rates Anstrengungen zu unternehmen, um dieses Potenzial zu nutzen. Mit der Zusammenfassung und Aktualisierung des gesamten Rehabilitationsrechts im SGB IX hat der Gesetzgeber schon wesentliche Schritte hierzu unternommen. Der Rat sieht allerdings noch Defizite in der Umsetzung des Gesetzes, so dass weiter die Notwendigkeit besteht, den Grundsätzen

- einer Teilhabe der Betroffenen,
 - eines verbesserten und individualisierten Zugangs zu den Leistungen,
 - einer Abstimmung der Träger untereinander,
 - einer übergreifenden (möglichst ergebnisbezogenen) Qualitätssicherung sowie
 - angemessener vertraglicher Beziehungen zu den Leistungserbringern
- tatsächlich Geltung zu verschaffen.

5.2.1 Sicherung der Qualität der medizinischen Rehabilitation durch geeignete Vergütungssysteme

Qualitätsrelevante Aspekte im Bereich der medizinischen Rehabilitation

137. Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen wie die Einführung von Fallpauschalen im Krankenhaus und die geplanten Disease-Management-Programme (DMP) stellen die Rehabilitation vor neue Herausforderungen. Die Chance, die die Einbindung der Rehabilitation in die strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke bietet, wurde bislang unzureichend genutzt (vgl. auch Abschnitt 6.2). DMP werden zu meist nur als Bestandteil der ambulanten kurativen Versorgung gesehen; eine Beteiligung der Rentenversicherung ist überdies vorerst nicht geplant.

Damit wird in der Versorgung chronisch Kranker weiterhin die Segmentierung der Versorgung beibehalten und nicht – wie von Seiten der Politik häufig proklamiert – ,der

Patient in den Mittelpunkt gestellt‘. Der Rat fordert deshalb für die zukünftige Weiterentwicklung der DMP den Einbezug der Rehabilitation und rehabilitationsspezifischer Konzepte.

138. Die Einführung eines fallpauschalierenden Vergütungssystems im Krankenhaus ab dem Jahr 2003 wird neben direkten Effekten in den Akutkliniken auch Auswirkungen auf die nachgelagerten Versorgungsbereiche haben. Internationale Erfahrungen haben gezeigt, dass zwar die Krankenhausausgaben reduziert werden konnten, die gesamten Gesundheitsausgaben jedoch nicht gesunken sind. Auch für Deutschland wird aufgrund der DRG-Einführung und der demographischen Entwicklung ein deutlicher Mehrbedarf an Leistungstagen in der Rehabilitation prognostiziert. Dieser muss allerdings durch entsprechende finanzielle Ressourcen gedeckt werden, wenn man Einbußen in der Gewährung von Rehabilitationsleistungen vor allem für chronisch kranke und behinderte Menschen verhindern will. Angesichts eher pessimistischer Prognosen zur wirtschaftlichen Entwicklung in den kommenden Jahren ist jedoch zu befürchten, dass erneut eine Kostendämpfungsdebatte die Fragen nach der Qualität der Versorgung in der Rehabilitation in den Hintergrund drängt.

139. Die durch DRG erzielbare Verkürzung der Verweildauer in Krankenhäusern bietet den Patienten einerseits die Chance, rechtzeitig Leistungen der medizinischen Rehabilitation zu erhalten. Andererseits besteht durch die fallpauschalierte Vergütung für Krankenhäuser der Anreiz, die Patienten zu früh nach Hause oder in nachgelagerte Versorgungsbereiche zu entlassen. Dem muss durch einheitliche und verbindliche, auf die Ergebnisqualität bezogene Vorgaben und durch eine nach außen transparente Qualitätsdokumentation (vgl. auch Abschnitt 3.3) entgegengetreten werden.

140. Der Rat möchte in diesem Zusammenhang auch auf die besonderen Belange von Menschen mit schwerwiegenden körperlichen, psychischen oder geistigen Behinderungen bei bzw. neben chronischen oder akuten Krankheiten und dem daraus resultierenden besonderen Behandlungsbedarf hinweisen. Der Versorgungsbedarf dieser Patienten kann i. d. R. über DRG nicht abgebildet werden, weshalb aus Sicht des Rates für ihre Behandlung spezielle Vergütungsregelungen einzuführen sind.

141. Da unter DRG für Akutkliniken der Anreiz besteht, Patienten in einem noch nicht voll rehabilitationsfähigen Zustand in Rehabilitationseinrichtungen zu verlegen, wird die durchschnittliche medizinische Fallschwere der Patienten vermutlich zunehmen. Rehabilitationseinrichtungen werden dementsprechend vermehrt akutstationäre Aufgaben übernehmen müssen. Dies würde – unter Beibehaltung der bisherigen gesetzlichen

Befristungs-Regelungen hinsichtlich der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen – zu Lasten der originären rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen. Zusätzlich würde eine höhere akutmedizinische Fachqualifizierung des pflegerischen und ärztlichen Personals in den Rehabilitationseinrichtungen, die Sicherung einer angemessenen Personal-Patienten-Relation und der medizintechnischen Ausstattung erforderlich.

142. Die Übernahme gewisser akutmedizinischer Aufgaben in Einrichtungen der Rehabilitation sollte zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, sie muss aber im Einklang mit den im SGB IX fixierten Zielen stehen. Gesetzlich gilt, dass das erstversorgende Krankenhaus die komplette Akutversorgung, einschließlich Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 SGB V), zu erbringen hat. Ob die zur Bestimmung der deutschen DRG angewandte Kalkulation die Frührehabilitation angemessen berücksichtigt, ist aufgrund der bisher eher unzureichenden Strukturen zur Erbringung solcher Leistungen fraglich. In den anderen DRG-Anwenderländern werden frührehabilitative Leistungen nicht über DRG vergütet. Da die Ermittlung und Einführung spezieller prospektiver Pauschalen für frührehabilitative Fälle kurzfristig nicht realisierbar ist, sollte zumindest für eine Übergangsperiode – in Anlehnung an die bisher in Australien angewandte Vergütungsregelung – für frührehabilitative Behandlungsfälle eine gesonderte Vergütung, z. B. ‚Zuschläge‘ in Form von tagesgleichen Pflegesätzen, in Betracht gezogen werden. Um eine zu starke ‚Mengenausweitung‘ zu vermeiden, sollte die Gewährung solcher ‚Zuschläge‘ an bestimmte Voraussetzungen hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität und an Leistungsüberprüfungen geknüpft werden.

143. Weiterhin wird durch die fallpauschalierende Vergütung im Krankenhaus der Anreiz gesetzt, die durch die Verweildauerreduzierung ‚überflüssig‘ gewordenen Akut-Betten als Betten für die medizinische Rehabilitation zu deklarieren. Dies wird zu einem Aufbau zusätzlicher Versorgungsstrukturen in der stationären medizinischen Rehabilitation und damit tendenziell zu einem Überversorgungsgrad führen. Diese Entwicklung muss kritisch beobachtet werden. Die Rehabilitationsträger sind deshalb aufgerufen, beim Abschluss von Versorgungsverträgen (nach §§ 111 SGB V, 15 Abs. 2 SGB VI und 21 SGB IX) mit solchen an Akutkliniken angegliederten Rehabilitationseinrichtungen Qualitätsmerkmale konsequent zu berücksichtigen. Ist die Qualität dieser Einrichtungen hinreichend gesichert, müssen, um einen Überversorgungsgrad zu vermeiden, ggf. Verträge mit bereits zugelassenen, fachlich jedoch nicht geeigneten Rehabilitationseinrichtungen gekündigt werden (§ 21 Abs. 3 SGB IX). Damit ein solcher Qualitätswettbewerb tatsächlich entstehen kann, und nicht die Rehabilitationsträger aufgrund

ihrer stärkeren Marktposition die Preise ‚diktiert‘ können, müssen ‚einrichtungsübergreifende‘ Vergütungsregelungen implementiert werden (siehe unten).

144. Durch die zu erwartenden Effekte der DRG auf die ‚Entlassungspolitik‘ vieler Krankenhäuser wird sich derzeit auch das Fehlen ausreichender Angebote ambulanter Rehabilitationsformen verstärkt bemerkbar machen. Der Gesetzgeber hat mit dem SGB IX der ambulanten Rehabilitation unter gewissen Voraussetzungen zwar den Vorrang vor der stationären Leistungserbringung eingeräumt. Vor allem im Bereich der GKV fehlen für eine Umsetzung jedoch geeignete und eindeutige leistungsgesetzliche Regelungen. Der bislang unzureichende Einigungswille der Selbstverwaltungspartner, die gemäß § 73 Abs. 3 SGB V in Gesamtverträgen vereinbaren sollten, inwieweit Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, zeigt die Notwendigkeit solcher Regelungen deutlich auf. Zu den notwendigen Regelungen zählen auch die begriffliche Klärung und rechtliche Abgrenzung zwischen ambulanter kurativer Behandlung (insbesondere in Form der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln) und ambulanter Rehabilitation (vgl. auch Gutachten 2000/2001, Band III.1, Kapitel 7).

Auch bei der Zulassung weiterer Einrichtungen zur ambulanten Rehabilitation muss die Qualität der angebotenen Leistungen Berücksichtigung finden. Dem Patienten müssen alle notwendigen Leistungen zur Verfügung stehen, die Leistungen müssen interdisziplinär abgestimmt und qualitätsgesichert erbracht werden.

Vergütung von Leistungen der medizinischen Rehabilitation

145. Neben den bisher genannten ‚exogenen‘ Faktoren, die die Qualität in der medizinischen Rehabilitation beeinflussen, können auch innerhalb des Rehabilitationssektors qualitätsbestimmende Anreize vor allem durch Vergütungsregelungen gesetzt werden. Reformen des Vergütungssystems in der medizinischen Rehabilitation, die im Zuge der DRG-Einführung im Krankenhaus auch für die Rehabilitation gefordert werden, müssen deshalb derart gestaltet werden, dass einerseits exogen wirkende Faktoren – wie die Einführung der DRG im Krankenhaus – abgefedert und andererseits weitere qualitätsmindernde Anreize innerhalb der Rehabilitation vermieden werden.

Dabei können Maßstäbe und Erfahrungen aus der Akutmedizin nicht ohne weiteres auf den Bereich der Rehabilitation übertragen werden, da zwischen den Sektoren Unter-

schiede in der Zielsetzung, den konzeptionellen Anforderungen, der Zuweisung und den Behandlungsprozessen bestehen. Vielmehr müssen Überlegungen zu Zielen, Zielgruppen, gesetzlichen Vorgaben und erwünschten Effekten von Rehabilitation die Vorgaben für eine angemessene Vergütung von Rehabilitation bilden.

146. Die Vergütung der stationären medizinischen Rehabilitation erfolgt bisher über einrichtungsspezifische, vollpauschalierte tagesgleiche Pflegesätze. Durch die Zuweisungssteuerung durch die Rehabilitationsträger und die gesetzlich festgelegte Höchstdauer wird versucht, den diesem System inhärenten Anreizen zur Fallzahlsteigerung und Verlängerung der Verweildauer entgegenzuwirken. Dem Anreiz, notwendige Leistungen nicht zu erbringen, wird durch Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements begegnet. Allerdings ist vor allem im Bereich der GKV ein flächendeckendes System der Qualitätssicherung noch nicht etabliert. Die gemeinsamen Vereinbarungen zur Qualität gemäß § 20 SGB IX müssen deshalb baldmöglichst vollzogen werden.

147. Der im Zuge der DRG-Einführung im Krankenhaus von Teilen der Fachöffentlichkeit aufgestellten Forderung, auch die weiterführende medizinische Rehabilitation allein über zeitinvariante Fallpauschalen zu vergüten, kann der Rat nicht folgen. Effizienzsteigerungen sind in der Rehabilitation nicht durch generelle Verweildauerverkürzungen, wie sie mit Fallpauschalen i. d. R. einhergehen, zu erzielen. Vielmehr wären dadurch aufgrund der noch nicht flächendeckend umgesetzten Qualitätssicherungssysteme (weitere) Qualitätseinbußen zu erwarten. Diese wären in der Rehabilitation voraussichtlich gravierender als im akutstationären Sektor, da der Ressourceneinsatz im Zeitablauf nicht zwangsläufig abnimmt, sondern eher gleichmäßig auf die gesamte Behandlungsdauer verteilt ist. Eine zu frühe Entlassung eines Patienten aus der stationären medizinischen Rehabilitation wäre auch wegen mangelnder flächendeckender ambulanter Rehabilitationsstrukturen problematisch, so dass entweder der Behandlungserfolg nicht erzielt bzw. dauerhaft gehalten werden kann oder sogar Pflegebedürftigkeit eintritt.

Das Argument, dass eine Fallpauschalierung in der Rehabilitation die Abrechnung über Komplexpauschalen zusammen mit der und im Anschluss an die Akutversorgung ermöglichen würde, verkennt die damit möglicherweise einhergehenden negativen Auswirkungen auf die Rehabilitation. Da Krankenhäuser faktisch die ‚Definitionsmacht‘ über den Beginn der Rehabilitation besitzen, werden Komplexpauschalen vorrangig zu

einer weiteren finanziellen Stärkung der Akutversorgung und somit zur Schwächung der Stellung und der Qualität der Rehabilitation führen.

Auch wenn dem durch (untere und obere) Grenzverweildauern entgegengewirkt würde, bestünde für Akutkliniken, die ihre durch die DRG-Einführung ‚überzähligen‘ Betten in ‚Rehabilitations-Betten‘ umgewandelt haben (siehe oben), der Anreiz, Patientenselektion in dem Sinne zu betreiben, dass die ‚leichten‘ Rehabilitationsfälle in den eigenen Strukturen verbleiben und nur die ‚schwereren‘ Fälle mit eventuell noch hohem akutmedizinischen Bedarf in vorrangig für den Bedarf der Rehabilitation ausgerüstete nachgelagerte Rehabilitationseinrichtungen verlegt werden, die ggf. nicht über die für die akutmedizinische Behandlung notwendige Ausstattung verfügen. Somit würden Fall- bzw. Komplexpauschalen zu weiteren Qualitätseinbußen in der Rehabilitation führen.

148. Der Rat erachtet deshalb ‚einrichtungsübergreifende Tagespauschalen‘ für – insbesondere hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs – homogene Fallgruppen als die bessere Alternative zu einem zeitinvarianten Fallpauschalensystem. Hinsichtlich geeigneter Patientenklassifikationssysteme sieht der Rat noch Entwicklungs- und Anpassungsbedarf, da die Übertragbarkeit und Praxistauglichkeit national wie international erprobter Klassifikationssysteme für die medizinische Rehabilitation in Deutschland noch nicht hinreichend geklärt ist.

Dem einer tageweisen Vergütungsform inhärenten Anreiz einer unnötigen Verlängerung der Verweildauer muss durch geeignete Maßnahmen entgegengewirkt werden. Undifferenzierte, gesetzlich festgelegte Höchstdauern von Rehabilitationsleistungen sind aus Sicht des Rates hierfür ungeeignet. Als sinnvoller wird eine Flexibilisierung der individuellen Verweildauer eines Patienten innerhalb bestimmter Grenzen erachtet, die im Rahmen der Entwicklung fallgruppenspezifischer Therapiepläne oder Behandlungsleitlinien zu bestimmen sind.

149. Auch in weiteren Modellversuchen zu ergebnisorientierten Vergütungsformen im Rehabilitations-Bereich, in dem der medizinische Mehr-Nutzen durchgeführter Maßnahmen über geeignete empirische Indikatoren zu Bonus- bzw. Maluszahlungen führt, sieht der Rat eine zukunftsfähige Perspektive.

5.2.2 Rehabilitation im Rahmen der Pflege

150. Mehr Aufmerksamkeit als bisher muss der Rehabilitation im Rahmen der Pflege nach SGB XI entgegengebracht werden. Derzeit führt die verkürzende Gleichsetzung von Pflege mit unabänderlicher Hilflosigkeit intraprofessionell und systembezogen zu einer relativen Abwertung und Abwesenheit rehabilitativer Ansätze in der Pflege. Unter den Ursachen können hierfür sowohl die im Hinblick auf Aspekte einer ‚aktivierenden‘ oder ‚rehabilitativen Pflege‘ zum Teil unbefriedigenden Inhalte in den bisherigen Ausbildungsgängen zur Kranken- und Altenpflegekraft als auch nicht immer ausreichende geriatrisch-rehabilitative Kenntnisse der Hausärzte genannt werden.

Daneben führen insbesondere auch bislang fehlende klare sozialrechtliche Bestimmungen und systemimmanente Anreize zu einer mangelhaften Umsetzung von Rehabilitation in der Pflege. Zu Ersterem gehört vor allem die Nicht-Berücksichtigung der Pflegeversicherung im Kreis der Rehabilitationsträger. Dabei läge es vor allem im Interesse der Pflegekassen, durch Rehabilitationsmaßnahmen den Pflegebedarf ihrer bereits pflegebedürftigen Versicherten möglichst zu reduzieren bzw. zu vermeiden, dass Versicherte bzw. Leistungsempfänger zunehmend pflegebedürftig werden und damit in eine höhere Pflegestufe eingruppiert werden müssen. Andere Sozialleistungsträger haben dieses Interesse nicht oder deutlich weniger. Vor allem die Krankenkassen, die derzeit die wichtigsten Kostenträger für die Rehabilitation Pflegebedürftiger sind, zeigen bislang nur wenig Aktivität auf diesem Gebiet. Aufgrund mangelnder finanzieller Anreize – einschließlich der weitgehend fehlenden Berücksichtigung der Rehabilitationsaufwendungen im Risikostrukturausgleich – ist dies nicht verwunderlich.

Hinzu kommt, dass auch Erbringer und Empfänger von Pflegeleistungen kaum Interesse an Rehabilitationsmaßnahmen haben. Durch solche Maßnahmen können zwar die Selbsthilfefähigkeit und die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen gestärkt und – durch die so gewonnene größere Unabhängigkeit des Pflegebedürftigen von der Hilfestellung durch Dritte – auch die pflegenden Angehörigen und die professionell Pflegenden entlastet werden. Allerdings kann dieser Gewinn an Lebensqualität dann mit finanziellen Einbußen – auch für die Leistungserbringer – einhergehen, wenn damit eine Zurücksetzung der Pflegestufe verbunden ist.

151. Diesem breiten Spektrum an Ursachen für die mangelnde Umsetzung von Rehabilitation im Rahmen der Pflege kann nicht mit einer einzigen isolierten Maßnahme begegnet werden. Es muss sowohl im Rahmen der Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie

der Pflege- und Versorgungsforschung als auch insbesondere im Hinblick auf sozial- und leistungsrechtliche Bestimmungen Weiterentwicklungen geben.

152. Mit der Neuregelung der Krankenpflegeausbildung ist ein erster Schritt zur Förderung der Rehabilitation in der Pflege getan. Demgegenüber bleibt das neue bundeseinheitliche Altenpflegegesetz unbefriedigend. Im Hinblick auf Rehabilitation in der Altenpflege herrscht hier weiterhin Nachbesserungsbedarf. In der Weiterbildung zum Allgemeinarzt sollten diagnostisch-therapeutische Möglichkeiten der Geriatrie im Allgemeinen und der geriatrischen Rehabilitation im Besonderen einen hohen Stellenwert haben. Weiterhin sollte die Pflegeforschung intensiviert werden, um (noch) stärker das präventive und rehabilitative Potenzial der Dienstleistung ‚Pflege‘ nachzuweisen und so zu erreichen, dass Rehabilitation nicht nur als ‚medizinische‘ Leistung an Nicht-Pflegebedürftigen verstanden wird. Sowohl in der Ausbildung als auch in der Forschung sollte die angemessene Kooperation zwischen Pflegekräften und Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden (bzw. anderen in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen) sowie ggf. die Einbeziehung von Angehörigen angesprochen werden.

153. Um den Leistungsträgern vermehrt Anreize zur Umsetzung von Rehabilitation in der Pflege zu setzen, sind aus Sicht des Rates zwei Maßnahmen kurzfristig zu ergreifen:

- die generelle Einbeziehung der Rehabilitationsaufwendungen der GKV in den Risikostrukturausgleich und/oder
- die Ansiedlung eines ‚Einstiegs‘-Budgets für die medizinische Rehabilitation Pflegebedürftiger bei der Pflegeversicherung. Um einseitige Anreize zu Lasten der GKV zu vermeiden, sollte dieses Budget jeweils zur Hälfte von der GKV bzw. von der Pflegeversicherung finanziert werden. Damit wäre ein erster Schritt zur Einbeziehung der Pflegeversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger erreicht.

Darüber hinaus könnten – in längerfristiger Perspektive – Überlegungen darüber angestellt werden, die Pflegeversicherung vollständig in den Kreis der Rehabilitationsträger nach SGB IX einzubeziehen. Eine Alternative wäre auch, die Pflegeversicherung in die Krankenversicherung zu integrieren. Da solche Reformmaßnahmen jedoch nicht zwangsläufig und automatisch zu einer Verbesserung der Rehabilitation im Rahmen der Pflege führen, müsste dies durch weitere Regelungen sichergestellt werden. Hierzu zählt insbesondere – dies gilt auch unabhängig von den genannten Optionen – eine Änderung der leistungsrechtlichen Bestimmungen dahingehend, dass Rehabilitationsmaßnahmen

in der Pflege nicht dem reinen Ermessen der Träger unterliegen, sondern zu – ggf. durch den MDK begutachtungspflichtigen – ‚Pflichtleistungen‘ werden.

154. Um die ‚Motivation‘ hinsichtlich Rehabilitation im Rahmen der Pflege bei den Leistungserbringern zu erhöhen, könnte kurzfristig – in einer Übergangsphase bis eine anreizkonforme leistungsgerechte Vergütung der Leistungserbringer, vor allem der stationären Pflegeeinrichtungen, aufgebaut ist – eine gesonderte Vergütung rehabilitativer Leistungen vereinbart werden. Denkbar wäre hier eine Finanzierung aus dem oben beschriebenen, gemeinsam von GKV und SPV getragenen Budget.

Bei den Leistungsempfängern könnte das Interesse an Rehabilitationsleistungen einerseits dadurch gesteigert werden, dass bei der Erstbegutachtung durch den MDK und bestehendem Rehabilitationspotenzial Pflegebedürftigkeit vorläufig, also auch für weniger als sechs Monate und eventuell befristet für die Dauer der zumeist wohnortnahen ambulanten Rehabilitationsmaßnahme festgestellt werden kann. So wäre gewährleistet, dass auch während dieser Zeit die pflegerische Versorgung sichergestellt ist. Andererseits sollten bei Personen, die bereits Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen, erfolgreich durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen nicht zwangsläufig und kurzfristig zu einer Neu-Begutachtung der Pflege-Einstufung mit konsekutiver Absenkung der Pflegestufe führen. Zumindest müsste die Stabilität eines durch Rehabilitation erzielten Gewinns an Selbstständigkeit über einen längeren Zeitraum abgewartet und die bisherige Einstufung bis dahin beibehalten werden.

155. Zu den wichtigsten Reformoptionen zur Förderung der Rehabilitation im Rahmen der Pflege gehört auch die Schaffung einheitlicher, d. h. für alle Rehabilitationsträger gleichermaßen gültiger gesetzlicher Vorgaben für die ambulante Rehabilitation, um so zum Auf- bzw. Ausbau ambulanter Strukturen beizutragen (vgl. hierzu auch Gutachten 2000/2001, Band III.1, Ziffern 352ff.). Außerdem sollten effiziente Kooperationsstrukturen zwischen Pflege- und Rehabilitationseinrichtungen entwickelt bzw. finanziell gefördert werden. Damit könnte den aus – sowohl hinsichtlich der Anzahl als auch der Qualifikation – mangelnden personalen Ressourcen resultierenden Defiziten im Bereich der Rehabilitation von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen entgegengewirkt werden.

6. Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen

6.1 Chancen, Hindernisse und Grenzen einer integrierten Versorgung

6.1.1 Ziele und Ansatzpunkte einer integrierten Versorgung

156. Die integrierte Versorgung dient instrumental der Erhöhung von Effizienz und Effektivität der deutschen Gesundheitsversorgung. Wie der Rat bereits in seinen vorangegangenen Gutachten zur Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit darlegte, beinhaltet das deutsche Gesundheitswesen vor allem im Hinblick auf eine bessere Kooperation und Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen noch beachtliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Diese betreffen sowohl Qualitätsdefizite als auch bisher ungenutzte Möglichkeiten zur Kostensenkung. Der Rat hat deshalb wiederholt neue Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche angemahnt und entsprechende Möglichkeiten z. B. für den ambulanten und stationären Sektor, sowie für die onkologische Betreuung und Versorgung aufgezeigt (SG 1994, Ziffer 568; SG 1995, Ziffer 235 ff., 265 ff., 290).

6.1.2 Bisherige Barrieren einer Inanspruchnahme und erfolgreichen Umsetzung

157. Die Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung sieht in § 4 Abs. 2 vor, dass beitrittswillige Krankenkassen oder ihre Verbände „mit Beginn des dritten Jahres einer Vereinbarung beitreten können“. Diese Möglichkeit, dass Konkurrenten neuen Integrationsmodellen zwei Jahre nach Vertragsabschluss auch ohne Zustimmung der Innovatoren beitreten können, läuft auf eine innovationslähmend kurze ‚Patentlaufzeit‘ von zwei Jahren hinaus. Die beitretende Partei muss sich zwar an den Errichtungskosten beteiligen, trägt aber verglichen mit dem Innovator ein erheblich geringeres Risiko. Sofern eine Krankenkasse z. B. fünf neue Integrationskonzepte erprobt, von denen zwei reüssieren, finanziert sie die weniger erfolgreichen in vollem Umfange, während sie die Früchte der vielversprechenden Projekte mit anderen Krankenkassen und/oder deren Verbänden teilen muss. Unter diesen Umständen liegt es nahe, dass Krankenkassen ein innovatives Engagement eher scheuen und statt dessen versuchen, in die Rolle des Trittbrettfahrers zu schlüpfen. Schließlich stoßen Beitrittsrechte Dritter zu den Integrationsverträgen auf schwerwiegende rechtliche Bedenken. Das Bundesministerium für

Gesundheit teilte mit, dass es ein nachträgliches Beitrittsrecht der Krankenkassen auch für rechtswidrig hält.

Die komplizierte und verästelte Konstruktion der §§ 140 a-h SGB V einschließlich der entsprechenden Rahmenvereinbarung laden kaum zum Abschluss von integrierten Versorgungsformen ein. Es steht daher zu erwarten, dass die DMP nach § 137 f SGB V eher auf die Modellvorhaben nach § 63 SGB V zurückgreifen, obgleich diese nicht zur Regelversorgung gehören.

158. Dissens erzeugte dann auch § 13 Abs. 3 der Rahmenvereinbarung zur integrierten Versorgung gemäß § 140 d SGB V, nach dem die Kassenärztliche Vereinigung „dem Vertrag zu dessen Bedingungen frühestens nach einer Vertragslaufzeit von drei Jahren beitreten können, sofern die Partner der Verträge [...] nicht eine frühere Beitrittsmöglichkeit festlegen“. Wie das Beitrittsrecht von Krankenkassen hält das Bundesministerium für Gesundheit auch den Beitritt einer Kassenärztlichen Vereinigung zu einem geschlossenen Vertrag über die integrierte Versorgung für rechtswidrig. Nach Auffassung des Ministeriums, die der Rat teilt, greift die Beitrittsmöglichkeit nachhaltig in die Vertragsbeziehungen ein und widerspricht damit der vom Gesetzgeber gewollten Vertragsfreiheit der Vertragspartner.

159. Unbeschadet des häufig außerordentlichen Engagements der Initiatoren integrierter Versorgungskonzepte traten in der Vergangenheit Ärzte einem Netz vermehrt in der Absicht bei, eine aussichtsreiche Neuerung nicht zu versäumen, die ein zusätzliches Einkommen verspricht. So erfüllte ein großer Teil der Netzärzte die vertraglichen Verpflichtungen häufig nicht oder nur unzureichend, wie z. B. die Teilnahme und Mitarbeit an Qualitätszirkeln zeigt. Diese Tendenz nahm mit der Größe des integrierten Netzes zu. Zudem ließen auch die Versicherten trotz ihrer grundsätzlichen Verpflichtung, zunächst Ärzte des jeweiligen Integrationskonzeptes zu konsultieren, die ‚Netztreue‘ vermissen. So überwog teilweise die Inanspruchnahme von Nicht-Netzärzten derjenigen von Netzärzten. Es stellt sich in diesem Kontext die Frage, ob dies an einer unzureichenden Steuerung durch die Netzärzte oder an einer ‚Disziplinlosigkeit‘ der Netzversicherten lag. Es liegt nahe, dass ein integriertes Versorgungskonzept weder in medizinischer noch in ökonomischer Hinsicht Erfolge erzielen kann, wenn die Mehrzahl der Arztkontakte der eingeschriebenen Versicherten außerhalb des Netzes stattfindet. In dieser Hinsicht erwies es sich als ein Mangel, dass die Vertragspartner im Unterschied zu Managed Care-Konzepten in den USA und der Schweiz aus Furcht vor der Einschränkung der freien Arztwahl generell von finanziellen Sanktionen für die Fälle absahen, in denen

eingeschriebene Versicherte ohne erkennbare Notwendigkeit zu Ärzten außerhalb des Netzes gingen.

6.1.3 Empfehlungen

160. Der Rat empfiehlt,

- die gesetzlichen Vorschriften für die integrierte Versorgung von den geschilderten Fehlanreizen und von überflüssigen Regulierungen zu befreien. Dies gilt insbesondere für die Rahmenvereinbarungen, aber auch für andere Rechtsgebiete. Krankenhäuser sollten im Rahmen der integrierten Versorgung vereinbarte Leistungen auch ambulant oder bei entsprechender Qualifikation z. B. im Rehabilitations- und Pflegebereich erbringen dürfen.
- Anreize für Nutzer bei der Wahl integrierter Versorgungsformen zu setzen. Die Anreize für Nutzer, Kassen und Anbieter sollten zur Vermeidung von Risikoselektion zusammen mit einem morbiditätsorientierten RSA eingeführt werden, der zugleich auch als Anreiz für die Kassen dienen soll, sich um die Versorgung chronisch Kranker zu bemühen.
- die Markteintrittsschranken für Leistungsanbieter integrierter Versorgung möglichst niedrig zu halten. Dazu gehört insbesondere, dass der Vertragsabschluss mit solchen Anbietern nicht davon abhängt, dass sie als Gemeinschaft auftreten.
- eine morbiditätsorientierte Vergütung für den Abbau von Über- und Unterversorgung insbesondere in integrierten Versorgungsnetzen zu vereinbaren. Die netzinterne Gestaltung der Vergütung kann den betreffenden Anbietern überlassen werden.
- dass bei der Auswahl von Indikatoren zur Morbiditätsorientierung deren Anreizwirkung auf die allokativen Effizienz – d. h. Bedarfsgerechtigkeit, also Abbau von Über- und Unterversorgung und Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven – sowie Kriterien der Umsetzbarkeit beachtet werden sollten. Die ‚Vorhersagekraft‘ der zur Morbiditätsorientierung genutzten Größen für die zukünftigen Ausgaben bildet auch angesichts zu verändernder Vergütungsformen, die auch andere Ausgabenstrukturen zur Folge haben dürften, zwar ein zentrales, aber nicht das allein ausschlaggebende Kriterium.

6.2 Disease Management

6.2.1 Definition und Bewertung des bisherigen DMP-Einführungsprozesses

161. Unterschiede im ärztlichen Handeln gehen – insbesondere bei der Versorgung chronisch Kranker – mit teilweise gravierenden Nachteilen für die Patienten und unnötigem Ressourcenverbrauch einher. Um einer Abweichung vom Versorgungsoptimum entgegenzuwirken, wurden die Voraussetzungen zur Einführung strukturierter Behandlungspläne (Disease Management Programme, DMP) mit § 137 f SGB V geschaffen.

162. Eine klare und eindeutig abgrenzende Definition für den Begriff Disease Management findet sich weder in Gesetzestexten noch in der internationalen Literatur. Vielfach wird unter dieser Bezeichnung ein sehr heterogenes Spektrum an Instrumenten zusammengefasst. In der Regel liegen DMP gemeinsame Komponenten zugrunde wie evidenzbasierte Leitlinien, Informationssysteme, Patientenschulungen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Ziel ist die Steuerung der Behandlung und Betreuung von Patienten mit definierten Gesundheitsstörungen über professionelle, institutionelle und sektorspezifische Grenzen hinweg. DMP fokussieren idealer Weise nicht auf einzelne Krankheitsepisoden, sondern betrachten ganze Lebensphasen, die von Gesundheitsstörungen geprägt werden, und umfassen sämtliche Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, aber auch Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Vermutlich können durch solche Programme die Versorgungsqualität verbessert und eventuell auch die Kosten verringert werden.

163. Als problematisch innerhalb des bisherigen Prozesses der DMP-Einführung erwies sich neben dem zu ambitionierten Zeitplan die Verpflichtung, die Behandlungsanforderungen soweit möglich auf der Basis evidenzbasierter Leitlinien zu formulieren. Abgesehen von den quantitativen und qualitativen Mängeln der vorhandenen Leitlinien besteht das prinzipielle Problem, dass die auf populationsbezogenen empirischen Befunden basierenden Leitlinien in ihrer praktischen Anwendung auf den individuellen Patienten bezogen werden müssen. Dies erfordert die Integration der zum jeweiligen Zeitpunkt besten verfügbaren wissenschaftlichen (externen) Evidenz mit den Erfahrungen des einzelnen Arztes (interne Evidenz). Randomisierte, kontrollierte, klinische Studien, die lediglich die Effektivität (und gegebenenfalls Effizienz) einer Maßnahme unter artifiziellen Studienbedingungen (,efficacy‘) beschreiben, werden in vielen Fällen überbewertet. Hierzu trägt der Mangel an praxisbezogener Versorgungsforschung entschei-

dend bei, die den Erfolg von Interventionen im Kontext des Versorgungsalltags (*effectiveness*) analysiert. Vor allem bei divergierender Evidenzlage oder auch einem „Schulstreit“ der Experten ist ein formalisierter Konsensbildungsprozess der Entscheidungsgremien zwingend notwendig.

164. In stärkerem Maße als dies bei der ‚lege artis‘ durchgeführten Entwicklung von evidenzbasierten Konsensusleitlinien der Fall ist (vgl. Gutachten 2000/2001, Band II, Abschnitt 2.4.6), fließen in den Konsensbildungsprozess zu den DMP-Anforderungsprofilen divergierende Standpunkte, Interessenlagen, Zielsetzungen und Bewertungen ein. Die entscheidungsdominierende Gültigkeit medizinischer Expertenurteile stößt da an ihre Grenzen, wo ethisch-moralische, rechtliche, politische, gesellschaftliche und/oder ökonomische Interessen zu berücksichtigen und tragfähige Kompromisse zu suchen sind. Die Verfahrensregeln des Koordinierungsausschusses zur Festlegung der Anforderungen an ein DMP müssen zukünftig entsprechend klar gestaltet sein.

165. Bedenklich erscheint dem Rat, dass die bisher getroffenen Regelungen das dem Disease-Management zu Grunde liegende sektorübergreifende Konzept nur eingeschränkt umsetzen. Bislang werden weder Prävention und Rehabilitation, noch Pflege oder stationäre Versorgung in ausreichender Weise in die Programme einbezogen bzw. die Schnittstellen zu diesen Bereichen werden zu vage oder gar nicht definiert. Es bedarf verstärkter Bemühungen um eine sektorübergreifende Gestaltung der Programme, was angemessene gesetzliche Vorgaben zur Regelung der Vergütung voraussetzt.

166. Die Verknüpfung der strukturierten Behandlungsprogramme mit dem Risikostrukturausgleich der gesetzlichen Krankenkassen wird von vielen Seiten kritisiert. Unter Wettbewerbsaspekten kann nahezu keine Kasse auf die Durchführung von DMP verzichten, auch wenn die Verknüpfung der DMP mit dem RSA im Falle der Einführung eines stärker morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs wieder zur Diskussion steht. Die Verknüpfung beinhaltet jedoch einige Risiken:

- Unter der Prämisse, dass bei den bisher benannten DMP-Indikationen bislang eine Unterversorgungssituation bestand, kann es bis zur Ausdehnung der Programme auf alle relevanten Indikationen zu einer ‚Diskriminierung‘ von Patienten mit anderen (chronischen) Erkrankungen kommen. Zwar können auch andere Innovationen zu vergleichbaren Effekten führen, selten sind davon jedoch potenziell innerhalb eines kurzen Zeitraumes vergleichbar große Patientengruppen betroffen.

- Die zunächst begrenzte Anzahl an DMP hat – abhängig von der Versicherten- bzw. Patientenstruktur – auch asymmetrische, ökonomische und möglicherweise rechtlich relevante Auswirkungen auf Krankenkassen und Leistungserbringer.
- Da Krankenkassen und Ärzte ein gleichgerichtetes Interesse an der Einschreibung möglichst vieler Chroniker in die Programme besitzen, bestehen Manipulationsgefahren, denen es zu begegnen gilt.

Die Einbeziehung der DMP in den RSA birgt zumindest dann die Gefahr, dass DMP zwar flächendeckend, aber auf niedrigst möglichem Qualitätsniveau durchgeführt werden, solange eine Evaluation nicht durchgeführt ist bzw. ihre Ergebnisse noch nicht allen einschreibewilligen Patienten zur Kenntnis gebracht worden sind. Eine Krankenkasse, die vor der Alternative steht, mit einer beschränkten Zahl von hochqualifizierten Leistungserbringern ein begrenztes oder mit allen Ärzten bzw. einer KV ein umfassendes Programm durchzuführen, dürfte sich wegen der größeren ‚Beitragssatzwirksamkeit‘ für die Variante entscheiden, die viele Patienten einschließt und gerade noch den vorgeschriebenen Anforderungen genügt. Sie besitzt kein Interesse daran, Sanktionen gegen Ärzte oder Patienten zu ergreifen, die nicht (mehr) die vorgeschriebenen Anforderungen erfüllen. Die Kombination von DMP und RSA lässt von den Anreizen her wenig Qualitätswettbewerb zwischen Gruppen von Leistungsanbietern im Sinne eines empirisch gestützten Suchprozesses erwarten. Der Qualitätssicherung im Rahmen der DMP kommt vor diesem Hintergrund besondere Bedeutung zu. Trotz berechtigter Argumente gegen die Verknüpfung DMP und RSA werden hierdurch allerdings Anreize für die Einführung neuer Versorgungsformen gesetzt.

167. Bei den einzuführenden DMP sollten gezielt die bereits in regionalen Modellprojekten gemachten Erfahrungen und die teilweise schon vorhandenen funktionierenden Versorgungsstrukturen genutzt werden. Es erscheint sinnvoll und durchaus möglich, bestehende Integrationsmodelle so zu modifizieren, dass sie auch den Akkreditierungsanforderungen an die DMP genügen.

6.2.2 Aufbau eines Disease Management Programms

168. Die primärärztliche Betreuung, bei der der Hausarzt die Funktion des Disease Managers übernimmt, bildet den Versorgungsschwerpunkt in Disease Management Programmen. Spezialisierte Fachärzte werden bei Bedarf hinzugezogen. Versicherte, die

die medizinischen Einschreibekriterien erfüllen, können sich freiwillig in Disease Management Programme einschreiben. Aufgrund der gewonnenen Daten aus Anamnese, körperlicher und laborchemischer Untersuchung wird der Patient von seinem behandelnden Arzt einer der Disease Management-Gruppen zugewiesen:

Gruppe 1: Zielwerte erreicht oder außerhalb der Risikoschwelle,

Gruppe 2: Mindestens ein Wert liegt im definierten ‚Risikobereich‘,

Gruppe 3: Komplikationen/ Begleiterkrankungen.

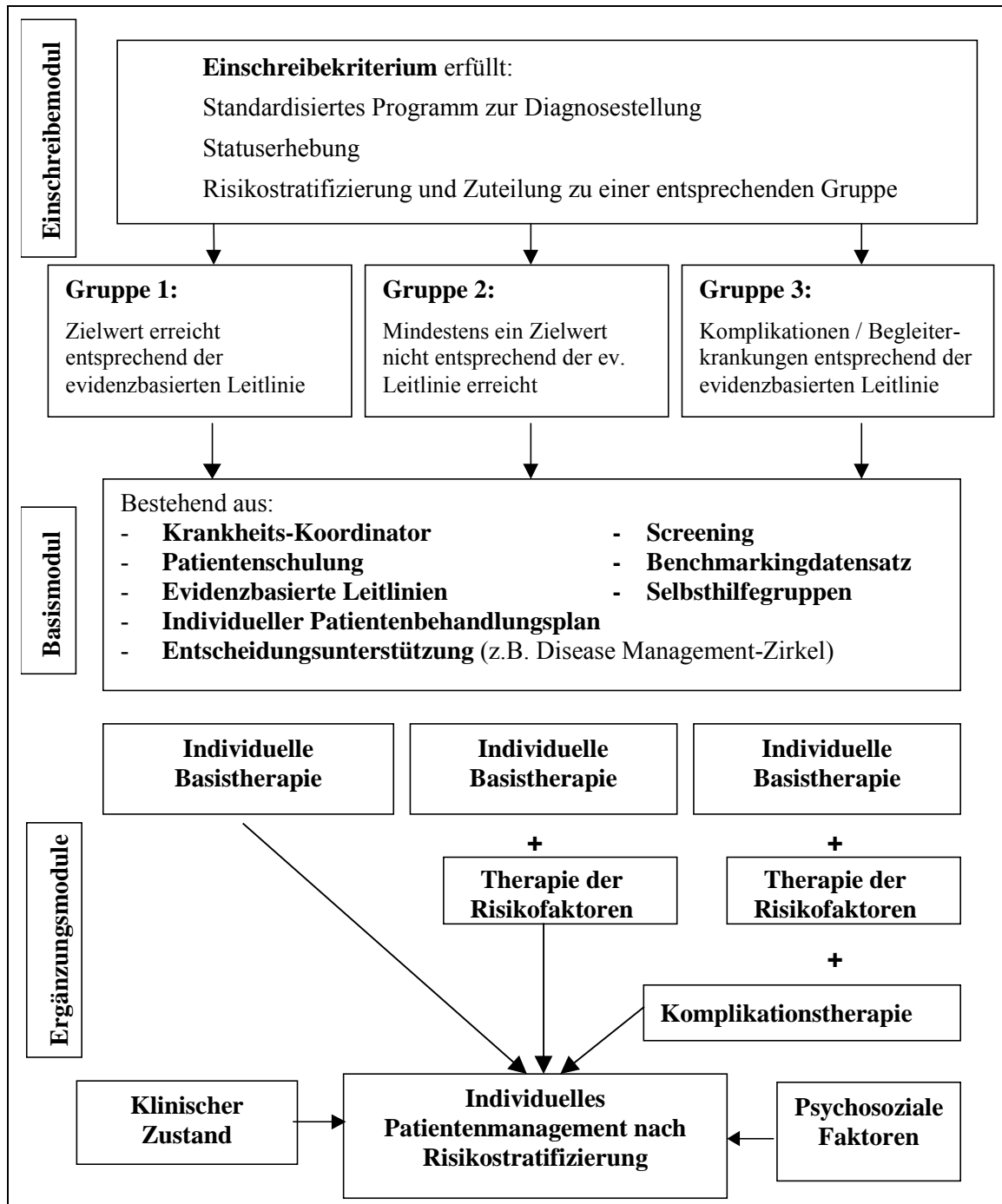
Um den unterschiedlichen Kombinationen von Risikofaktoren und Erkrankungen einzelner Patienten in einem Programm gerecht zu werden, kommen kombinierbare Module zum Einsatz. Das Programm enthält ein Basismodul, das durch eine regelmäßige (z. B. quartalsweise) Überprüfung des Risikoprofils und der Effektivität der Intervention charakterisiert ist.

Zum Basismodul, das bei allen Gruppen zur Anwendung kommt, gehören generell Versorgungskomponenten (Screening nach Leitlinie, individuelle Therapie nach Plan, Patientenschulung nach evidenzbasiertem Schulungskonzept) und unterstützende Komponenten (u. a. evidenzbasierte Leitlinien, Krankheits-Koordination und Entscheidungsunterstützung nach Bedarf, zeitnahes Qualitätsmanagement, Selbsthilfe-Gruppen).

Bestehen bei einem Patienten Risikofaktoren, die mit den Maßnahmen des Basismoduls nicht befriedigend modifiziert werden konnten, sollte der Disease-Manager zusätzlich die im Ergänzungsmodul ‚Risikofaktoren‘ vorgesehenen Interventionen veranlassen. Treten Komplikationen der Grunderkrankung auf bzw. liegen sie bei Aufnahme des Patienten in das DMP bereits vor, erhält der Patient eine komplikationsorientierte Zusatzbehandlung (Basismodul plus Modul ‚Risikofaktoren‘ plus Modul ‚Komplikationstherapie‘).

169. Außerhalb des Basismoduls dienen ärztliche Fortbildung, Patienten- und Ärztinformationssysteme, Datenbanken und eine genaue Definition der Schnittstellen zur Überweisung auf eine andere Versorgungsebene der Umsetzung evidenzbasierter Therapieschemata. Die einzelnen Instrumente bzw. Komponenten eines Disease Management Programms müssen in einem praktikablen Ablaufschema zusammengeführt werden (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Aufbauschema eines Disease Management Programms



Quelle: Eigene Darstellung

170. Zur Verdeutlichung werden im Gutachten (Langfassung) in Form eines Exkurses exemplarisch einzelne Ausgestaltungsteile eines DMP für die Erkrankung Diabetes mellitus Typ 2 dargestellt.

6.2.3 Datendokumentation und Datenverarbeitung

171. Datentransfers sind u. a. notwendig, um die Erfüllung der Einschreibekriterien zu überprüfen, um Reminder und Informationsmaterial für Patienten gezielt zu disseminieren sowie um Benchmarking und Qualitätssicherung adäquat durchzuführen. Dazu müssen die Kassen nicht alle Daten in personenbezogener Form erhalten, für einige Aufgaben reichen auch pseudonymisierte Informationen aus. Hierbei ist die besondere Schutzwürdigkeit des Arzt-Patient-Verhältnisses zu berücksichtigen. Das Ausmaß und die Bereitstellung der dokumentierten, patientenbezogenen Daten werden kontrovers diskutiert. Bei der Dokumentation und den Regelungen der Datenflüsse sind folgende Punkte zu beachten:

- Erfassung des Risikoprofils der Patienten, Risikostratifizierung nach standardisierten Verfahren,
- Abbildung der erfolgten Interventionen im Zeitverlauf als Basis für Reminderfunktionen und Analyse von Qualitätsindikatoren,
- Datenerhebung für administrative Zwecke der Krankenversicherer und der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Da es zwischen den Akteuren aufgrund differierender Auffassungen bezüglich der Datennutzung und Datenverwaltung nur schwer zu einer einvernehmlichen Übereinkunft kommen wird, ist es sinnvoll, eine neutrale Instanz mit dieser Aufgabe zu betrauen. Nach Auffassung einiger Ratmitglieder sollten die Daten bei Einwilligung des Arztes und des Patienten auch direkt an die Krankenkassen weitergeleitet werden können.

172. Über die gesammelten und pseudonymisierten Daten sollten alle an der Patientenbetreuung beteiligten Leistungserbringer, durch spezielle Zugangsberechtigungen autorisierte Institutionen sowie die Patienten selbst verfügen können. Durch eine zentrale Verwaltung der Daten besteht die Möglichkeit einer zeitnahen Evaluation. Die damit erleichterte Datenerfassung und erhöhte Datentransparenz kann zur Akzeptanz und Motivation aller Beteiligten beitragen. Krankenkassen erhalten Zugriff auf die für die Mel-

dung im Rahmen des Risikostrukturausgleiches sowie für die Durchführung der logistischen Unterstützung der Programme notwendigen pseudonymisierten Patientendaten. Die Weitergabe personenbezogener Behandlungsdaten durch ein neutrales Datenzentrum an die Krankenkassen hingegen ist nur im Einverständnis aller Beteiligten möglich, um die Erstellung von Versicherten-, Patienten- und Arztprofilen weitgehend zu verhindern und so auch die Gefahr der Risikoselektion zu verringern.

6.2.4 Qualitätssicherung im Disease Management

173. Bei der Entwicklung von DMP hält es der Rat für notwendig, neben Qualitätsaspekten auch die Kosten-Nutzen-Relation einzelner Verfahren zu berücksichtigen. Wenn bei DMP Teilleistungen mit nicht erwiesener Wirksamkeit aus medizinischen oder trotz erwiesener Wirksamkeit aus ökonomischen Gründen nicht berücksichtigt werden, könnten Interessengruppen negativ betroffen sein. Da Interessenkonflikte nicht auszuschließen sind, müssen sie allen Beteiligten transparent gemacht werden.

174. Ein DMP-Qualitätsausschuss unterstützt die Akteure bei der Einhaltung und sinnvollen Anwendung der evidenzbasierten Handlungsempfehlungen und führt qualitätssichernde Maßnahmen durch. Er sollte mit den notwendigen Ressourcen und Instrumenten ausgestattet werden, um bei der Feststellung von Qualitätsmängeln aktiv vorgehen zu können. Zum Aufgabenbereich des Qualitätsausschusses könnte zudem die Planung und Durchführung von Fortbildungen, Disease Management Zirkeln (Qualitätszirkeln) sowie die Erstellung eines Manuals, das die Konzeption der Fortbildungen, Disease Management Zirkel und der Schulungen spezifiziert, gehören. Die dokumentierten Patientendaten wie auch die Daten aus den Fortbildungsveranstaltungen, Zirkeln und Schulungen sollten der Versorgungsforschung zugeführt werden, um eine direkte Schnittstelle zwischen Praxis und Forschung zu schaffen und die Forschungsergebnisse zeitnah in die Praxis zu überführen.

175. Die Qualitätsentwicklung innerhalb der DMP sollte durch Benchmarking gefördert werden. Hierzu wird ein spezieller Benchmarkingdatensatz mit für die Erkrankung bedeutsamen Zielkriterien erfasst. Die Zielgrößen sollten Werte zur Abschätzung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, insbesondere zur Risikoentwicklung, zur Umsetzung der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie und zur Definition der Schnittstellen beinhalten. Die in § 137 f SGB V vorgeschriebene Gesamtevaluation wird vom Rat als wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung angesehen.

6.3 Kompetenzbündelung

176. Die Bündelung von Kompetenzen, d. h. von fachlichem Knowhow, spezifischen personellen, organisatorischen und strukturellen Ressourcen, wird in vielen Bereichen der Wirtschaft, der öffentlichen Verwaltung und der Forschung als ein zukunftssträchtiges Instrument zur Effizienzsteigerung, Profilierung und erfolgreichen Bewältigung komplexer Aufgaben angesehen und daher gezielt gefördert. Ziele derartiger Aktivitäten sind die Verbesserung der Qualität und die Steigerung der Wirtschaftlichkeit durch die Nutzung von Synergieeffekten, die Reduktion von Schnittstellen bei der Bearbeitung spezifischer Fragestellungen und die Optimierung der Marktposition durch Konzentration auf Bereiche, in denen Spitzenleistungen erbracht werden können.

177. Aus Patientensicht dient Kompetenzbündelung in der Medizin in erster Linie dem Ziel einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Gerade bei komplexen und seltenen Krankheitsbildern ist hierzu eine enge interdisziplinäre Kooperation notwendig, die sich an den Erfordernissen einer adäquaten Diagnostik und Behandlung einschließlich der Prävention, Rehabilitation und Pflege orientiert und die individuellen Präferenzen und lebensweltlichen Kontextfaktoren des Patienten berücksichtigt. Für eine Vielzahl von Versorgungsbereichen und Einzelleistungen ist dabei die positive Korrelation von Leistungsvolumen und Ergebnisqualität hinlänglich empirisch belegt.

178. Im Bereich der medizinischen Forschung findet eine zunehmende Kompetenzbündelung mit dem Ziel der Förderung von Spitzenleistungen statt. Die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell geförderten überregionalen indikations-spezifischen Kompetenznetze sollen nicht primär der Bündelung von Forschungsaktivitäten dienen, sondern durch horizontale und vertikale Vernetzung einen zügigeren Wissenstransfer von der Grundlagenforschung in die anwendungsnahe Forschung, die Industrie und in den Versorgungsalltag dienen. Dies und der Aufbau von Infrastrukturen sollen die Patientenversorgung verbessern.

179. Die sich jetzt etablierenden Kompetenznetze in der Medizin widmen sich auftragsgemäß eher häufigen Erkrankungen (u. a. Schlaganfall, Depressionen, Demenz, entzündlichen Darmerkrankungen), nicht jedoch dem Aufbau von Forschungs- und Versorgungsstrukturen für sehr seltene Gesundheitsstörungen. In früheren Gutachten hat der Rat einige solcher seltenen Indikationen benannt, bei denen der Einsatz sehr spezifischer ärztlicher Erfahrungen und Fähigkeiten – gebündelt in Kompetenzzentren –

erforderlich ist. Dies betrifft zum Beispiel die Kooperation in der Onkologie (SG 1995, Ziffer 251ff), die interdisziplinäre Versorgung der komplizierten, progredienten endokrinen Orbitopathie (SG 1997, Ziffer 186), die Wachstumshormonsubstitution (SG 1997, Ziffer 244ff), die Muskelkrankheiten (SG 1997, Ziffer 190) oder die Hämophilie (SG 1997, Ziffer 225; Addendum zum Gutachten 2000/2001, Anhang).

180. Ergänzend zu seinen Ausführungen zur spezialisierten Versorgung Hämophilie-Krankter im Addendum zum Gutachten 2000/2001 verdeutlicht der Rat im vorliegenden Gutachten am Beispiel der seltenen neuromuskulären Erkrankungen, wie medizinische Kompetenzen sinnvoll gebündelt und die Versorgung dieser Kranken organisiert werden können (Modell des ‚*comprehensive care centre*‘). Neuromuskuläre Erkrankungen im engeren Sinne sind vielfältig und selten. Ihre Erkennung und Behandlung erfordert spezifische Erfahrungen. Ihre Seltenheit führt u. a. seitens der Betroffenen zu der Forderung, zur Bündelung der notwendigen Kompetenz und zur Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung neuromuskuläre Zentren zu bilden. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der neuromuskulären Zentren scheinen allerdings ebenso wie deren Fortbestand nicht überall gesichert.

181. Die Leistungserbringer der ‚normalen‘ ambulanten und stationären Versorgung erreichen in der Regel aufgrund der niedrigen Prävalenz und Inzidenz dieser Erkrankungen nicht die notwendigen Mindestzahlen an Patienten, die für Erfahrung und Kompetenz im Umgang mit solchen Patienten, für Weiter- und Fortbildung des Spezialistenwachstums und für die Wirtschaftlichkeit des Einsatzes und der Vorhaltung der gegebenenfalls erforderlichen speziellen Einrichtung, Ausrüstung und Infrastruktur notwendig sind. Die Versorgung seltener Krankheiten erfordert eine enge, zeitnahe interdisziplinäre Interaktion (z. B. in Konferenzen) zwischen verschiedenen Fachärzten und anderen am Versorgungsgeschehen beteiligten Berufsgruppen. Sowohl unter qualitativen als auch ökonomischen Gesichtspunkten bietet daher eine spezialisierte, räumlich konzentrierte gegenüber einer ‚breitgestreuten‘ Versorgung Vorteile. Durch Konzentration der Versorgung auf geeignete Kompetenzzentren können Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden, wenn dadurch unnötige, schädigende oder ineffiziente Leistungen entfallen. Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Rat einen strukturierten, evidenzbasierten, interdisziplinären Konsensfindungsprozess, dessen Ziel es ist, Krankheiten bzw. Krankheitsphasen zu bestimmen, bei denen Patienten von einer Kompetenzbündelung profitieren. Die erforderliche Kompetenz muss akzeptierten Qualitätskriterien entsprechen, welche Strukturen, Prozesse, Ergebnisse und Mindestzahlen berücksichtigen. In Frage kommende Einrichtungen müssen extern zertifiziert werden.

182. Spezialisierte Versorgungskompetenzen und -einrichtungen werden traditionell vor allem von Universitätskliniken und einzelnen Krankenhäusern der Maximalversorgung (z. B. in Form von Spezialambulanzen und -sprechstunden) entwickelt und vorgehalten. Soweit diese Stellen ambulante Versorgung erbringen, wird diese – allerdings i. d. R. nicht kostendeckend – aus Mitteln der vertragsärztlichen Versorgung vergütet. Unterdeckungen gehen zu Lasten der Kliniken und werden intern ‚querfinanziert‘. Es müssen Regelungen gefunden werden, die unabhängig von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Auswirkungen der Einführung von DRG im stationären Sektor die Finanzierung dieser Spezialeinrichtungen langfristig sicherstellen.

6.4 Rettungswesen

6.4.1 Leistungen und Ausgabenentwicklung im Rettungswesen

183. Der Rettungsdienst führte im Zeitraum 2000/2001 nach einer Hochrechnung pro Jahr rund 10,3 Millionen Einsätze durch, wovon 57 % auf die Kategorie Krankentransport entfielen. Die Zahl der Notfalleinsätze lag bei rund 4,4 Millionen und damit bei 43 % des gesamten Einsatzaufkommens. Bei fast der Hälfte (47 %) der Notfalleinsätze war ein Notarzt beteiligt (Schmiedel, R. 2002). Tabelle 5 weist die Entwicklung des Einsatzaufkommens aufgrund von Notfällen nach Einsatzanlass aus.

Das Einsatzaufkommen im Rettungsdienst hat sich im Verlauf der 1990er Jahre für die verschiedenen Einsatzanlässe unterschiedlich entwickelt, ist aber insgesamt deutlich gestiegen. Zu der aus Tabelle 5 ersichtlichen Zunahme des Notfallaufkommens tragen insbesondere internistische Notfälle, die zwischen 1992/93 und 2000/01 bundesweit um 25 % gestiegen sind, und ‚sonstige Notfälle‘, zu denen u. a. Folgen von Verbrechen und Suizidversuch, Betreuung hilfloser Personen, aber auch dringende Blut- und Organtransporte gehören, mit einer Steigerung von 93 % seit 1992/93 bei. Um 58 % gestiegen ist auch die Zahl der ‚sonstigen Unfälle‘, die Haus-, Sport- und Freizeitunfälle umfassen. Die Zahl der Verkehrsunfälle ist dagegen rückläufig.

Einsatzfahrten, bei denen keine rettungsdienstlichen Maßnahmen vor Ort oder Transporte durchgeführt bzw. die abgebrochen werden, gelten als ‚Fehlfahrten‘. Die Fehlfahrtquote lag im Zeitraum 2000/2001 bei ca. 8 %. Der Anteil an Notarzteeinsätzen, der aus einer Ex-Post-Perspektive als nicht oder nur als bedingt indiziert gelten kann, wird auf ca. 30 % des notärztlichen Einsatzaufkommens geschätzt. Zumindest ein Teil dieser

Einsätze könnte durch den Ausbau und durch die kontinuierliche Verfügbarkeit des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes substituiert werden.

Tabelle 5: Aufkommen an Notfalleinsätzen nach Einsatzanlass in Deutschland^{a)}

Zeitraum	Notfälle (mit und ohne Notarztbeteiligung) in 1.000 Einsätzen					
	Verkehrsunfall	Arbeitsunfall	Sonstiger Unfall	Internist. Notfall	Sonstiger Notfall	Insgesamt
1985	272	48	265	820	325	1.730
1986/87	280	53	278	830	339	1.780
1988/89	307	57	281	828	437	1.910
1990/91	304	50	308	1.008	490	2.160
1992/93	398	75	438	1.479	810	3.200
1994/95	398	63	473	1.483	939	3.356
1996/97	312	53	457	1.557	1.088	3.467
1998/99	318	52	537	1.778	1.337	4.022
2000/01	268	57	692	1.853	1.560	4.430

a) Die neuen Bundesländer sind ab 1992/93 berücksichtigt

Quelle: Schmiedel, R. (2002)

184. Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für den Rettungsdienst werden unter die Ausgabenposition ‚Fahrkosten‘ (§ 60 SGB V) subsumiert. ‚Fahrkosten‘ gehören mit einer Steigerung ihres Anteils von 1,7 % auf 2,0 % der gesamten Leistungsausgaben neben Arzneimitteln, Verwaltungskosten, Anschlussheilbehandlung und Krankenhausbehandlung zu den Leistungsarten, deren prozentualer Anteil an den gesamten Leistungsausgaben der GKV zwischen 1996 und 2001 gestiegen ist. ‚Fahrkosten‘ enthalten außer Ausgaben für den bodengebundenen Rettungsdienst (Notfallrettung und qualifizierter Krankentransport) auch Ausgaben für Flugrettung sowie für Krankenfahrten, die nicht vom Rettungsdienst, sondern z. B. per Taxi oder mit öffentlichen Verkehrsmitteln durchgeführt werden, und für weitere Transportleistungen ohne eine Beförderung von Personen.

Die gesamten Ausgaben der GKV für ‚Fahrkosten‘ stiegen im Zeitraum 1993 bis 2001 von 1,5 auf rund 2,6 Mrd. € und damit um ca. 70 %. Der Einsatz von Rettungswagen,

die nicht nur für die Notfallrettung, sondern auch für qualifizierte Krankentransporte verwendet werden, begründet mit 755 Mio. € im Jahr 2001 den höchsten Einzelposten. Für ‚einfache‘ Krankenfahrten mit Taxen und Mietwagen entstanden der GKV im Jahr 2001 Ausgaben in Höhe von 628 Mio. € (entsprechend 24,3 % der gesamten ‚Fahrkosten‘). Die höchsten Steigerungsraten sind im Zeitraum 1993 bis 2001 bei ‚sonstigen Fahrkosten‘ (122,9 %), zu denen u. a. Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und privaten Kraftfahrzeugen zählen, bei dem Einsatz von Rettungswagen (120,7 %) und bei Taxen und Mietwagen (115,5 %) festzustellen.

6.4.2 Weiterentwicklung der rettungsdienstlichen Strukturen

Koordination von Krankenhaus- und Rettungsdienstplanung

185. Neben der Steigerung des Einsatzaufkommens und der Ausgabenentwicklung sind die Auswirkungen der Einführung eines DRG-Fallpauschalensystems zur Vergütung von Krankenhausleistungen ein weiterer Ausgangspunkt für Überlegungen zur Fortentwicklung im Rettungsdienst. Eine abnehmende Krankenhausdichte und eine zunehmende Profilbildung von Krankenhäusern durch Spezialisierung im Leistungsspektrum und durch die Einrichtung von Kompetenzzentren wird erwartet. Eine verminderte Teilnahme einzelner Krankenhäuser an der Versorgung von Notfallpatienten ist nicht auszuschließen und unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität im Einzelfall auch sinnvoll. Mit dieser Entwicklung können aber eine Verringerung von Notarztstandorten und Betten für Notfallpatienten sowie längere Transportwege verbunden sein. Derartige Entwicklungen in der Krankenhausversorgung müssen in der Rettungsdienstplanung Berücksichtigung finden.

186. Für die Teilnahme von Krankenhäusern an der Versorgung von Notfallpatienten sollten mehr als bisher Qualitätsmerkmale vor allem im Hinblick auf die personelle und technische Ausstattung sowie auf krankhausinterne logistische Voraussetzungen für Transport, Diagnostik und Behandlung von Notfallpatienten unter Berücksichtigung der Qualifikation von Notfall-Aufnahmeteams definiert werden. Krankenhäuser der ‚Schwerpunktversorgung‘, in denen mehrere Disziplinen und Subdisziplinen vertreten sind, sollten auch in Flächenländern als bevorzugte Anlaufstelle des Rettungsdienstes für Notfallpatienten in Krankenhaus- und Rettungsdienstplänen vorgesehen werden.

187. Für die Planung und Gestaltung der rettungsdienstlichen Infrastruktur wird eine stärker bereichsübergreifende Planung unabhängig von Verwaltungsgrenzen der Stadt- und Landkreise und ggf. der Bundesländer empfohlen. Eine Intensivierung der Zusammenarbeit kann auch im Rahmen von Zweckverbänden erfolgen. Auf diesem Wege könnte die Zahl der Rettungsdienstbereiche, der Rettungsleitstellen und ggf. auch der Rettungswachen reduziert werden. Darüber hinaus sollte eine landesweite Rahmenplanung in Erwägung gezogen werden. Länder werden in der Flugrettung bereits als Rettungsdienstbereich und damit als relevante räumliche Bezugsgröße verwendet. Für eine landesweite Planung spricht auch die Möglichkeit einer besseren Abstimmung zwischen der – vermehrt als Rahmenplanung verstandenen – Krankenhausplanung, die auf der Landesebene erfolgt, und der Planung der rettungsdienstlichen Infrastruktur. Eine Abstimmung von Krankenhaus- und Rettungsdienstplanung ist im Zuge der Einführung eines DRG-Systems und zu erwartender Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse sowohl unter Qualitäts- als auch unter Effizienzgesichtspunkten zu empfehlen. Den Verbänden der Krankenversicherung müssen dabei Mitwirkungsrechte eingeräumt werden.

Entwicklung neuer Vergütungsmodelle

188. Es bedarf einer verbesserten Transparenz im Hinblick auf die den bestehenden Vergütungsregelungen zugrundeliegenden Kalkulationen. Dazu trägt eine über Ländergrenzen hinweg einheitliche Rechnungslegung ebenso bei wie eine separate Kosten- und Leistungsrechnung für Notfallrettung und Krankentransport. Satzungsregelungen sollten bundesweit durch Vertragslösungen ersetzt werden. Dabei sollte ein Mindestmaß an Transparenz über vertragliche Konditionen hergestellt werden. Angesichts der Notwendigkeit der kontinuierlichen Vorhaltung rettungsdienstlicher Leistungen (Optionsgutcharakter des Rettungsdienstes) sollte neben bzw. anstelle der Höhe von Entgelten für einzelne Leistungen (z. B. Einsatzfahrten mit bestimmten Fahrzeugtypen) vor allem die Versorgung eines Rettungsdienstbereichs zu vereinbarten Qualitätsstandards innerhalb eines definierten Zeitraums vertraglich vereinbart werden. Eine regionenbezogene Auswertung rettungsdienstlicher Leistungsdaten kann Anhaltspunkte für die Vertragsverhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenversicherung und den Trägern des Rettungsdienstes bzw. den Rettungsdienst durchführenden Organisationen über die Versorgung einzelner Rettungsdienstbereiche liefern.

189. Um ein ‚strategisches Controlling‘ der Ausgaben der GKV auch als Grundlage für die Weiterentwicklung des Rettungswesens zu erleichtern, sollten die Rubrik ‚Fahrkosten‘ im SGB V und die Darstellung des Einsatzaufkommens bzw. der Ausgabenentwicklung in Statistiken der GKV funktionsbezogen differenziert werden. Eine Unterscheidung ist beispielsweise anhand folgender Merkmale denkbar:

- Notfallrettung mit bzw. ohne Beteiligung eines Notarztes unter Angabe des verwendeten ‚Rettungsmittels‘ (z. B. bodengebundener Transport per Rettungs- oder Notarztwagen, Flugrettung per Rettungshubschrauber),
- ‚qualifizierter‘ Krankentransport (d. h. Transport von Patienten mit Beteiligung des Rettungsdienstes) unter Angabe des verwendeten ‚Rettungsmittels‘,
- Verlegungen zwischen stationären Einrichtungen, inklusive sog. Intensivverlegungen, unter Angabe des verwendeten ‚Rettungsmittels‘ und gegebenenfalls der Beteiligung eines Notarztes (diese Gruppe kann auch als Unterkategorie des ‚qualifizierten‘ Krankentransportes erfasst werden),
- ‚einfacher‘ Krankentransport (d. h. Transport von Patienten ohne Beteiligung des Rettungsdienstes) inklusive Patientenfahrten unter Angabe des verwendeten Transportmittels (z. B. Taxi, Mietwagen, privater PKW, öffentliche Verkehrsmittel),
- Materialtransport, differenziert nach Art des beförderten Gutes (z. B. Arzneimittel, Blutkonserven) unter Angabe des verwendeten ‚Rettungsmittels‘,
- sonstige Leistungen, z. B. Seenotrettung, Bergwacht und weitere derzeit unter ‚sonstigen Fahrkosten‘ erfassten Ausgaben, über die bei Bedarf weiterführende Informationen zur Verfügung stehen.

Für Analysen der Einsatz- und Ausgabenentwicklung sollten zukünftig auch differenziertere Informationen zu den Gesundheitsproblemen, die Einsätze im Rettungswesen begründen, zur Verfügung stehen.

Vernetzung des Rettungsdienstes mit anderen Versorgungsbereichen

190. Für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst sollten Regelungen gefunden werden, welche die ständige Verfügbarkeit vertragsärztlicher Notfallversorgung, d. h. auch während der Sprechstundenzeiten, gewährleisten. Dabei sollten ausreichende finanzielle

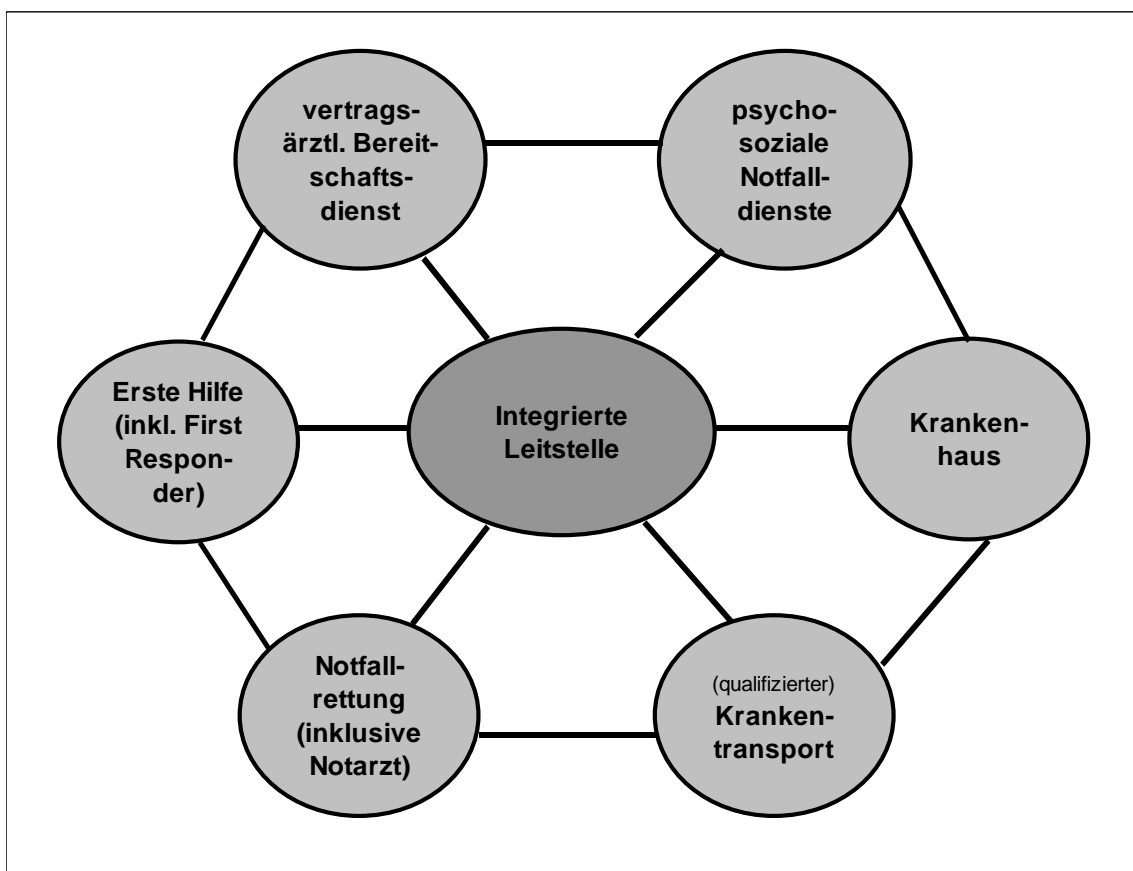
Anreize für diese den Rettungsdienst und die Krankenhausversorgung entlastende Tätigkeit gesetzt werden. Krankenhausträger und Kassenärztliche Vereinigungen sollten an – ihrer räumlichen Lage und Ausstattung nach geeigneten – Krankenhäusern die Einrichtung von Notfallpraxen für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst gezielt fördern. Dabei sollten die Aufgaben der Notfallpraxen auf die der Krankenhausambulanzen abgestimmt bzw. die Notfallpraxen in zentrale Aufnahmebereiche in Krankenhäusern integriert werden.

191. Leitstellen sollten zukünftig als ‚integrierte Leitstellen‘ betrieben werden, welche die Disposition aller eingehenden medizinischen Hilfeersuchen vornehmen. Hierzu bedarf es der engen organisatorischen Einbindung des vertragsärztlichen Bereitschaftsdienstes. Es ist davon auszugehen, dass dadurch Synergieeffekte erzielt und beispielsweise unnötige Notarzteinsätze vermieden werden können. Die informations- und kommunikationstechnische Ausstattung der Leitstellen und auch die Qualifikation des eingesetzten Personals müssen auf die neuen Aufgaben abgestimmt werden. Ferner sollten die Leitstellen über die einheitliche Notrufnummer ‚112‘ erreichbar sein. Bei Vereinbarungen zur Finanzierung der Leitstellen sollten die unterschiedlichen Aufgabenbereiche anteilig berücksichtigt werden. Da Vorhalteleistungen des Rettungsdienstes auch in den Bereich staatlicher Daseinsvorsorge fallen und nicht allein von gesetzlich versicherten Personen in Anspruch genommen werden, kann die Finanzierung nicht allein zu Lasten der GKV gehen. Gegebenenfalls sind die Budgets der vertragsärztlichen Versorgung um Pauschalen für anteilig entstehende Leitstellenkosten zu bereinigen. Die Aufrechterhaltung oder eine Neuetablierung von parallelen Leitstellenstrukturen für die ambulante ärztliche Notfallversorgung ist nach Ansicht des Rates nicht sinnvoll.

192. Vor dem Hintergrund sich verändernder gesellschaftlicher Strukturen ist die Einsatzrealität im Rettungswesen von einer Zunahme internistischer und psychosozialer Notfälle geprägt. Der Rettungsdienst als jederzeit flächendeckend und niedrigrschwellig verfügbare Institution wird zunehmend mit Krisensituationen unterschiedlichster Art konfrontiert, deren gemeinsames Charakteristikum ein Versagen sozialer Ressourcen in Familie, Lebensumfeld oder Gesellschaft ist. Für ein adäquates Management daraus resultierender psychosozialer Notfälle muss die Konzeption des Rettungsdienstes als linear angeordnete ‚Rettungskette‘ überdacht werden. Aus Sicht des Rates sollten zukünftig jeder Zeit verfügbare psychosoziale Notfalldienste die rettungsdienstliche Akutversorgung und die existierenden psychosozialen Versorgungsangebote ergänzen. Im Zusammenhang mit der geforderten Disposition des vertragsärztlichen Bereitschafts-

dienstes über integrierte Leitstellen, dem verstärkten Aufbau von First Responder-Systemen, der Etablierung von Notfallpraxen und -ambulanzen sowie der besseren Abstimmung zwischen der Notfallversorgung im Rettungsdienst und in Krankenhäusern empfiehlt der Rat eine Weiterentwicklung des Rettungswesens, die sich weniger am Modell der ‚Rettungskette‘ als am Konzept eines ‚Notfallnetzwerkes‘ orientiert (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Notfallversorgung als Netzwerk^{a)}



a) Funktionsbezogene Darstellung ohne Berücksichtigung von organisatorischen Kopplungen und Vergütungsregelungen; weitere Verbindungslinien sind denkbar.

Quelle: Eigene Darstellung

Qualität im Rettungswesen

193. Ansätze zur Evaluation und zum Qualitätsmanagement im Rettungsdienst sind weiterzuentwickeln. Dazu ist in einem ersten Schritt Einvernehmen über die Definition wichtiger Parameter wie z. B. der Hilfsfrist herzustellen. Des Weiteren muss eine einheitliche Dokumentation der Leistungsdaten erfolgen, auf deren Basis eine vergleichende Evaluation von Organisationsstrukturen und Prozessen sowie der Ergebnisqualität im Rettungsdienst möglich wird. Eine Weiterentwicklung des externen Qualitätsmanagement im Rettungsdienst kann z. B. auch an Tracer-Diagnosen, der Implementierung von Leitlinien und standardisierten Indikationskatalogen sowie überregionalen Benchmarking-Verfahren anknüpfen. Nachgeordnete Einrichtungen wie Krankenhäuser sollten in das Qualitätsmanagement einbezogen und u. a. Klinikdaten für die Outcome-Erfassung herangezogen werden. Ferner sollten auch die nicht ärztlich begleiteten Rettungsdiensteinsätze evaluiert werden.

194. Zur Verbesserung der Qualifikation des Rettungsfachpersonals und um eine Angleichung an die sonst für Gesundheitsfachberufe übliche Ausbildungsstruktur zu erzielen, sollte die Ausbildung zum Rettungsassistenten auf drei Jahre verlängert werden. Den so ausgebildeten Rettungsassistenten könnten zusätzliche Handlungskompetenzen und eigenständige Tätigkeitsmerkmale zuerkannt werden (Neufestlegung der Regelkompetenz). Das Rettungsassistentengesetz sowie die zugehörigen Ausbildungs- und Prüfungsordnungen sind entsprechend zu novellieren.

195. Die Qualifikationsanforderungen an Notärzte sollten zügig bundesweit einheitlich formuliert und eine einheitliche Bezeichnung dieser Eignungsnachweise (z. B. Zusatzbezeichnung Notfallmedizin) eingeführt werden. In der (not-)ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung sollten verstärkt Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt werden, die zur Versorgung psychosozialer Notfallpatienten nötig sind (z. B. Gesprächsführung, Kriseninterventionstechniken). Ferner ist generell eine adäquate fachliche Anleitung und Supervision der Notärzte sicherzustellen.

196. Die sich abzeichnenden Entwicklungen im Rettungswesen und die vom Rat empfohlenen Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz im Rettungswesen werden u. a. mit einer Größenzunahme einzelner Rettungsdienstbereiche, steigenden Anforderungen an das Qualitätsmanagement und an die Erstellung von Leistungsnachweisen einhergehen. Führungsstrukturen im Rettungswesen sollten daher professionalisiert und transparenter gestaltet werden. In einigen landesrechtlichen Regelungen sind bestimmte Führungspositionen wie z. B. der Ärztliche Leiter Rettungsdienst benannt, dessen flächendeckende

Einführung vor allem zur Gewährleistung eines wirkungsvollen Qualitätsmanagements gefordert wird. Daneben existieren jedoch noch verschiedene andere ärztliche und rettungsdienstliche Leitungspositionen mit sich teilweise überschneidenden Aufgabenbereichen, die überwiegend getrennt für Bereitschafts- und Einsatzsituationen etabliert sind. Aus Sicht des Rates ist zu prüfen, ob die Führungsstrukturen im Rettungswesen durch die Einführung jeweils nur eines medizinischen und rettungsdienstlichen Leiters einheitlicher, transparenter und effizienter gestaltet werden können.

197. Die Bedeutung des Rettungsdienstes für nachgelagerte Versorgungssektoren im Gesundheitssystem, ein steigendes Einsatzaufkommen, steigende Ausgaben der GKV für ‚Fahrkosten‘, ein hohes Maß an Intransparenz über die Kostenstrukturen und Versorgungsergebnisse und die Einführung von DRG in der Krankenhausversorgung sollten zum Anlass genommen werden, das Rettungswesen sowohl in qualitativer Hinsicht als auch unter Effizienz Gesichtspunkten weiterzuentwickeln. Diese Aufgabe ist nur in enger Kooperation zwischen den Ländern, dem Bund und der GKV erfolgreich zu lösen.

6.5 Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur – Ausblick

6.5.1 Funktionen des Krankenhauses

198. Eine Bestandsaufnahme der Krankenhausversorgung kann an den folgenden Grundfunktionen des Krankenhauses im Rahmen eines Gesundheitssystems ansetzen, die am einzelnen Standort modular kombinierbar sind:

- Notfallversorgung in organisatorischer Abstimmung mit der rettungsdienstlichen Versorgung,
- Elektive, d. h. nicht als Notfallbehandlung erbrachte und in der Regel zeitlich planbare voll- bzw. teilstationäre Versorgung in Entsprechung zu den medizinischen Schwerpunkten und zum Leistungsprofil von Krankenhäusern, ergänzt durch vor- und nachstationäre Versorgung,
- Rehabilitation in Abstimmung mit dem Leistungsangebot von Rehabilitationseinrichtungen oder Überleitung in Rehabilitationseinrichtungen,
- Überleitung in Pflegeeinrichtungen bzw. ambulante pflegerische Versorgung,

- Hospizversorgung zum Ausgleich eines unzureichenden Angebots für terminal Kranke außerhalb von Krankenhäusern,
- ambulante ärztliche Versorgung in Abstimmung mit der von kassenärztlichen Vereinigungen organisierten ambulanten Versorgung durch in einer eigenen Praxis niedergelassene Ärzte,
- Aus-, Weiter- und Fortbildung vor allem von Ärzten und Pflegepersonal und
- klinische Forschung, Diffusion medizinischer Erkenntnisse und medizinisch-technischer Entwicklungen und zukünftig vermehrt Versorgungsforschung.

6.5.2 Ansätze für die Weiterentwicklung

199. Funktionsorientierte Analysen von Versorgungssektoren tragen zur Gestaltung von Versorgungsprozessen, zur Lösung von Schnittstellenproblemen und zur Erreichung des Ziels einer sektorübergreifenden, ‚integrierten‘ Versorgung bei. Da die Einführung von DRG ab 2003 auch Auswirkungen auf komplementäre Versorgungssektoren zeitigen wird, entsteht ein Bedarf an systematischen Analysen des Leistungsgeschehens und seiner Entwicklung sowohl im Bereich der Krankenhausversorgung als auch an den Schnittstellen zu anderen Versorgungssektoren. Der Rat empfiehlt

- funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen als Voraussetzung für eine Krankenhaus-Rahmenplanung unter Berücksichtigung komplementärer Leistungsbereiche durchzuführen,
- Vereinbarungen des Versorgungsauftrags von Krankenhäusern nach Funktion und Versorgungskapazität auf der Basis der Rahmenplanung abzuschließen und
- Versorgungsforschung mit dem Ziel einer Unterstützung von Planungsprozessen zu betreiben.

200. Die Einführung eines DRG-Systems betrifft die Funktionen der Krankenhausversorgung auf unterschiedliche Weise. DRG haben insbesondere, aber nicht ausschließlich, für die elektive vollstationäre Versorgung Bedeutung. Von der Einführung von DRG wird eine Beschleunigung des Prozesses der Schwerpunktbildung und der Herausbildung medizinischer Kompetenzzentren erwartet (vgl. Abschnitt 6.3). Zuständigkeiten für die Versorgung sollten an die Qualifikation und Erfahrung des Personals, an

die technische Ausstattung und an die Konstanz der Versorgung in der jeweiligen Einrichtung sowie an Ergebnisse externer Evaluation anknüpfen. In diesem Zusammenhang werden Mindestleistungsvolumina als Hilfsgröße zur Bewertung der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern in der Durchführung diagnostischer oder therapeutischer Interventionen an Bedeutung gewinnen. Unabhängig von der Vergütungsstruktur und von der absehbar weiteren Steigerung der Fallzahlen kann eine komplementäre Schwerpunktsetzung von Krankenhäusern innerhalb von Regionen zur Weiterentwicklung regionaler Versorgungsstrukturen beitragen.

201. Eine ‚Öffnung‘ von Krankenhäusern für ambulante Leistungen, zumindest aber für Leistungen mit hohem Spezialisierungsgrad, ist in der Diskussion. Die ‚doppelte Facharztschiene‘, verbunden mit der Aufteilung der fachärztlichen Versorgung (*secondary care*) auf zwei Versorgungssektoren mit inkompatiblen Planungs- und Finanzierungsmechanismen bei Aufrechterhaltung einer relativ unflexiblen Grenzziehung zwischen den Sektoren ist Gegenstand kritischer Analysen und gilt als ein Erklärungsansatz für Effizienzverluste im Gesundheitssystem. Der Rat empfiehlt, die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten über die belegärztliche Versorgung hinaus durch ein ‚Consultant‘-System zu verbessern. Vor allem den Krankenhäusern der ‚Grund- und Regelversorgung‘ böte eine vermehrte Einbindung von niedergelassenen Ärzten Möglichkeiten zur Weiterentwicklung ihres Leistungsprofils. Die Abstimmung zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten lässt sich auch im Rahmen der Notfallversorgung z. B. durch die Zusammenarbeit in der Notfallaufnahme oder in an Krankenhäusern angesiedelten Notfallpraxen verbessern.

202. Die hochspezialisierte Versorgung (*tertiary care*) wird in der Regel zentralisiert angeboten. Soweit ein hohes Maß an Interdisziplinarität in der Versorgung erforderlich ist, ist eine Kompetenzbündelung zu empfehlen. In der Tertiärversorgung werden neben stationären auch ambulante Leistungen z. B. in der Hämatologie/Onkologie erbracht. Eine partielle ‚Öffnung‘ von Krankenhäusern ist vor allem für hochspezialisierte Leistungen und auf Gebieten mit schnellem Wissensfortschritt sinnvoll.

203. Die Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser wird neu zu ordnen sein. Gegenwärtig variieren sowohl die Fördermittel als auch die Fallkosten zwischen den Ländern. Dabei bestehen Interdependenzen zwischen Investitionen und Betriebskosten. Soweit private Krankenhausträger über bessere Möglichkeiten einer Kapitalaufnahme verfügen als öffentliche und freigemeinnützige Träger, ist mit einer Erhöhung des Marktanteils privater Eigentümer zu rechnen. Weitgehend ungeklärt ist, welchen Einfluss die Eigen-

tümerstruktur auf das Leistungsangebot und auf die Qualität der Krankenhausversorgung ausübt. Um Auswirkungen der Entwicklung der Krankenhausstruktur auf die ärztliche und pflegerische Versorgung beurteilen zu können, stellt sich – insbesondere im Zuge der Einführung von DRG – die Aufgabe einer Intensivierung der diesbezüglichen Versorgungsforschung.

204. Die Konzeption eines ordnungspolitischen Rahmens für die Zeit ab 2007 ist eine Voraussetzung für strategische Überlegungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur und von einzelnen Krankenhäusern. Um die Planungssicherheit der Krankenhausträger und der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung zu verbessern, sollte diese gesundheitspolitische Aufgabe möglichst bald in Angriff genommen werden.

Anhang

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 142

Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Das Bundesministerium für Gesundheit beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.

Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Abt. Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Fachbereich Humanmedizin
Institut für Medizinische Soziologie
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Freie Universität Berlin

Prof. Dr. med. Dr. sc. Karl W. Lauterbach
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Universität zu Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover