

Kooperation und Verantwortung

Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

Kooperation und Verantwortung

**Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung**

Gutachten 2007
Kurzfassung

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1. Einleitung: Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung	7
2. Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung	15
3. Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand und Perspektiven	29
4. Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung	45
5. Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung	63
6. Primärprävention in vulnerablen Gruppen	83
Anhang	103

Vorwort

Der Rat legt hiermit sein Gutachten 2007 mit dem Titel „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ vor. Neben der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe bilden die integrierte Versorgung, das Krankenhauswesen, die Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung und die Primärprävention in vulnerablen Gruppen Schwerpunkte der Betrachtung. Damit erfüllt der Rat seinen in § 142 Abs. 2 SGB V formulierten Auftrag, unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen sowie Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens aufzuzeigen.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat zahlreiche Gespräche geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte jederzeit fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit einholen. Im Einzelnen dankt der Rat: Herrn Bernd Albers, M.Sc.N., Aktionsbündnis Patientensicherheit, Witten; Herrn Gerhard Bosold, Arzt für Allgemeinmedizin Reichelsheim, Herrn PD Dr. Ulrich Brinkmeier, Medizinische Hochschule Hannover; Dr. med. Klaus Dahmen, Universität Rostock; Herrn Prof. Dr. Uwe Flick, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin; Frau Pflegedirektorin Hedwig Francois-Kettner; Herrn Prof. Dr. jur. Robert Franke, Universität Bremen; Frau Carola Gold, Gesundheit Berlin e.V.; Herrn Prof. Dr. jur. Dieter Hart, Universität Bremen; Herrn Dipl. sc. pol. Siegfried Heinrich, IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach; Herrn Dr. Alfons Holleder, lögD NRW, Bielefeld; Herrn Dipl.-Soz. Holger Kilian, Gesundheit Berlin e.V.; Herrn Dr. Wolf Kirschner, FB+E, Berlin; Frau Dr. med. Regina Klakow-Franck, M.A.; Herrn Dr. med. Walter Kromm, Arzt für Allgemeinmedizin Reichelsheim, Bundesärztekammer; Frau Dr. phil. Constanze Lessing, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Witten; Herrn Prof. Dr. phil. Martin Moers, Fachhochschule Osnabrück; Herrn Dipl.-Pol. Michael Noweski, FU Berlin; Herrn Prof. Dr. phil. Holger Pfaff, Zentrum für Versorgungsforschung Köln; Frau Helene Reemann, BZgA; Frau Dr. phil Gundula Röhsch, Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin; Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer, Universität Bielefeld, School of Public Health; Dr. med. Elmar Schmid, Arzt für Allgemeinmedizin München, Herrn Prof. Dr. med. Theodor Scholten, Allg. Krankenhaus Hagen; Herrn Prof. Dr. jur. Dr. h.c. Hans-Ludwig Schreiber, Göttingen; Herrn Dipl.-Kaufm. Dr. Peter Steiner, Deutsche Krankenhausgesellschaft Berlin; Herrn Dr. Volker Wanek, IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach; Frau Dr. Simone Weyers, Universität Düsseldorf und BZgA; Herrn Prof. Dr. rer. cur. Maik Winter, Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder, insbesondere: Herrn Falk Hoffmann, MPH, Zentrum für Sozialpolitik, Uni Bremen; Frau Dipl.-Kffr. Andrea Kranzer, Universität Mannheim, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre; Herrn Dipl.-Pol. Sebastian Klinke, Wissenschaftszentrum Berlin, FG Public Health; Frau Dr. Susanne Kümpers, MPH, Wissenschaftszentrum Berlin, FG Public Health; Herrn Matthias Pfannkuche, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen.

Der Rat ist einer großen Anzahl von Institutionen, Organisationen und Personen zu Dank verpflichtet. Das gilt insbesondere für die Berufsverbände, die an der Anhörung des Rates teilgenommen haben und die für Gesundheit zuständigen Landesministerien, die sich an der Befragung des Rates beteiligt haben.

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dipl.-Verw.Wiss. Simone Grimmeisen MSc; Frau Dr. med. Nejla Gültekin, MPH; Frau Karin Höppner MSc; Herr Dr. rer. pol. Ronny Klein 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 außerdem Frau Anette Bender, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine Van den Berghe und Frau Annette Wessel 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 Juli 2007

Gisela C. Fischer
Matthias Schrappe

Gerd Glaeske
Rolf Rosenbrock
Eberhard Wille

Adelheid Kuhlmeiy
Peter C. Scriba

1. Einleitung: Kooperation und Verantwortung als Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

1. Im Zusammenhang mit den Diskussionen um das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz standen das deutsche Gesundheitswesen und hier insbesondere die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erneut im Mittelpunkt des sozial- und wirtschaftspolitischen Interesses. Die politischen Entscheidungsträger sahen sich dabei mit der Aufgabe konfrontiert, sowohl das Finanzierungssystem der GKV nachhaltiger zu gestalten, als auch die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Da die Feststellung einer Wachstumsschwäche der bestehenden Finanzierungsbasis in der GKV die Existenz von noch vorhandenen Effizienz- und Effektivitätsreserven nicht ausschließt, bilden beide Aufgabenbereiche aus gesamtwirtschaftlicher und gesellschaftlicher Perspektive Ansatzpunkte für zielorientierte Reformmaßnahmen. Während die Finanzierungsprobleme der GKV weiterhin einer nachhaltigen Lösung harren, beschäftigt sich das vorliegende Gutachten mit der Ausgaben- bzw. Leistungsseite der Gesundheitsversorgung. Die Überlegungen können damit an zahlreiche Reformmaßnahmen anknüpfen, mit denen der Gesetzgeber in den letzten Jahren auf manchen Feldern bessere Voraussetzungen für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung schuf. Die Ausführungen folgen auch unmittelbar dem gesetzlichen Auftrag, Über- Unter- und Fehlversorgung aufzuzeigen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Rationalisierungspotentialen vorzuschlagen. Die Thematisierung von Effizienz- und Effektivitätsreserven besitzt ihre normative Berechtigung unabhängig von der wiederholten These des Rates, dass das deutsche Gesundheitswesen den Versicherten bzw. Patienten auch im internationalen Vergleich eine flächendeckende Versorgung auf hohem Niveau bietet.

2. Eine zielorientierte Gesundheitsversorgung, die in diesem Gutachten vor allem allokativen, aber auch distributiven Aspekte umfasst, setzt eine entsprechende Kooperation sowohl zwischen den Leistungserbringern als auch zwischen diesen und den Krankenkassen sowie klar geregelte Verantwortlichkeiten voraus, die den fachspezifischen Qualifikationen der an den Prozessen gesundheitlicher Leistungserstellung Beteiligten Rechnung tragen. Unter diesem übergreifenden Aspekt beschäftigen sich die einzelnen Kapitel mit folgenden Themen:

- Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung (Kapitel 2),
- Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand, Managed Care und Perspektiven (Kapitel 3),

- Krankenhausplanung, Investitionsfinanzierung und Weiterentwicklung des G-DRG-Systems (Kapitel 4),
- Qualität und Indikatoren der Patientensicherheit: Auswirkungen der Veröffentlichung von Qualitätsdaten und der Qualitäts-bezogenen Vergütung (Kapitel 5) sowie
- Primärprävention in vulnerablen Gruppen (Kapitel 6).

Die Ausführungen zielen durchgehend darauf ab, unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten, die als adaptive Reformschritte unmittelbar an den bestehenden Strukturen ansetzen können. Reformvorschläge zu einer evolutischen Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens vermögen auch einen Beitrag zur Stärkung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit dieser Wachstumsbranche zu leisten.

3. Eine zielorientierte Gesundheitsversorgung basiert auf einem Nutzenkonzept, das über die absolute Wirksamkeit hinaus Patienten- und gesellschaftliche Präferenzen einbezieht. Der Begriff der Angemessenheit macht die Determinanten der relativen Wirksamkeit für Allokationsfragen zugänglich, wobei die absolute Wirksamkeit als vorrangige, notwendige Bedingungen für den Nutzen eines Verfahrens in ihrer Bedeutung nicht geschmälert wird. In diesem Sinne erfordert eine zielorientierte Gesundheitsversorgung hinsichtlich der anvisierten gesundheitlichen Outcomes vor allem eine medizinische Orientierung. Diese soll vermeiden, dass sich allfällige Gesundheitsreformen in reinen Kostendämpfungsmaßnahmen erschöpfen. Die Gesundheitspolitik griff in den letzten Jahren, insbesondere in den Bereichen Prävention, integrierte Versorgung sowie Arzneimittelversorgung, eine Reihe von outcomeorientierten – und auch anderen – Empfehlungen des Rates auf und setzte sie auch um. Gleichwohl möchte ein Beitrag mit der Aufforderung „Mehr gesundheitliche Orientierung“ als Vorspann zu den folgenden fünf Kapiteln an noch verbleibende zentrale Desiderata erinnern. Dabei handelt es sich vor allem um folgende Defizite:

- Es mangelt der deutschen Gesundheitspolitik nach wie vor an einer expliziten Zielorientierung.
- Trotz einiger positiver Ansätze weisen Gesundheitsförderung und Prävention beachtliche und noch nicht ausgeschöpfte Potentiale hinsichtlich einer Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes auf.

- Partizipation und Eigenverantwortung von Patienten erlangen noch nicht die ihnen im Rahmen der Gesundheitsversorgung zukommende Bedeutung.
- Zur Vermeidung bzw. Minimierung von Über-, Unter- und Fehlversorgung bestehen bezüglich der Versorgungsqualität trotz erkennbarer Anstrengungen und einiger Fortschritte weitere Verbesserungsmöglichkeiten.
- Die (Versorgungs-)Forschung bedarf einer stärkeren Förderung. Dies gilt auch für eine um Neutralität bemühte wissenschaftliche Beratung der Gesundheitspolitik und die Evaluation von Gesundheitsprojekten durch unabhängige Sachverständige.

4. Das zweite Kapitel erörtert die derzeitige Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe und fragt nach dem optimalen Einsatz dieser personellen Ressourcen, um die Potentiale der unterschiedlichen Berufsgruppen für eine effiziente und effektive Gesundheitsversorgung zu nutzen. Diese Frage gewinnt vor dem Hintergrund zunehmender Transparenz und steigender Erwartungen von Versicherten und Patienten, der absehbaren demographischen Entwicklung, von Veränderungen im Morbiditätsspektrum, einer fortschreitenden Spezialisierung und vielfältigen neuen technischen Möglichkeiten zunehmend an Bedeutung. Die Empfehlung einer stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe und die Forderung nach einer verbesserten Kooperation zielen primär auf eine effizientere und effektivere gesundheitliche Leistungserstellung und weniger darauf ab, einem eventuellen Ärztemangel vorzubeugen. Wie in den anderen Kapiteln geht es bei der Suche nach neuen Kooperationsformen und entsprechenden Verantwortlichkeiten um die optimale Ressourcenallokation im Gesundheitswesen. Der Weg dorthin setzt jedoch bei allen Gesundheitsberufen die Bereitschaft voraus, im Rahmen neuer, teamorientierter Arbeitsformen zu einer Neuaufteilung der Tätigkeitsfelder entsprechend der Qualifikation zu kommen und die entsprechende Verantwortung zu übernehmen. Da sowohl zahlreiche Ärzte als auch mehrere andere Berufsgruppen angesichts ihres Potentials die momentane Situation als unbefriedigend empfinden, könnte ein Neuzuschnitt von Aufgaben allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten zugute kommen. Schließlich profitieren die Patienten von einer effizienteren und qualitativ besseren Versorgung, was letztlich das entscheidende Kriterium bei der Suche nach neuen Kooperationsformen und veränderten Verantwortlichkeiten darstellt.

5. Die Erprobung einer veränderten Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen und damit die Implementierung neuer Kooperationsformen und mit ihnen einhergehender Verantwortlichkeiten bietet sich vor allem im Rahmen der integrierten Versorgung an, der sich das dritte Kapitel widmet. Der Gesetzgeber schuf in den letzten

zehn Jahren die Grundlagen für die Wahl mehrerer besonderer Versorgungsformen, die es den potentiellen Vertragspartnern, d. h. Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. Gruppen von Vertragsärzten, erlauben, die gesundheitliche Leistungserstellung fach- und sektorübergreifend auszurichten. In die Gesundheitsversorgung können damit verschiedene Elemente von Managed Care eingehen, zu denen vor allem eine zielorientierte, sektorübergreifende Koordination und Kooperation zwischen allen am Behandlungsablauf Beteiligten gehören. Eine solche integrierte kooperative Leistungserstellung kann in indikationsübergreifenden, populationsbezogenen Versorgungsnetzen oder auch im Rahmen von Disease und Case Management erfolgen. Populationsbezogene Versorgungsnetze, die hohe Anforderungen an eine zielgerichtete Koordination und Kooperation stellen, sehen in der Regel einen vom Versicherten gewählten Ansprechpartner vor, bei dem es sich zumeist um einen Hausarzt handelt. Beim Zugang zur integrierten Versorgung sowie beim Case Management können z. B. spezialisierte Pflegekräfte in Kooperation mit Ärzten je nach Anforderungsprofil ebenfalls bestimmte Aufgaben übernehmen. Um eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu erzielen, reicht allerdings in sektoraler Hinsicht die reine Integration von Krankenhäusern und ambulanten Ärzten nicht aus, es bedarf vielmehr zusätzlich geeigneter Anreizstrukturen und einer outcomeorientierten Koordination aller an der Gesundheitsversorgung Beteiligten. Dies setzt die Existenz von Outcomeindikatoren voraus, die in möglichst quantitativer Form die Qualität der Versorgung widerspiegeln und damit den gesundheitlichen Nutzen anzeigen, der den Patienten aus der Gesundheitsversorgung erwächst.

6. Die sektorübergreifende Optimierung an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor sowie damit einhergehend ergebnisorientierte Anreizstrukturen z. B. durch einen funktionsfähiger Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und ambulanten (Gebiets-)Ärzten stehen mit im Zentrum einer erfolgversprechenden Versorgungsintegration. Zudem bilden Krankenhäuser schon in logistischer Hinsicht nahe liegende Ausgangspunkte für umfassende regionale Versorgungsnetze. Daneben sehen sich die Krankenhäuser derzeit auch noch, womit sich das vierte Kapitel beschäftigt, mit einem veränderten Ordnungsrahmen hinsichtlich der Landesplanung, mit einer Zunahme von privater Trägerschaft und mit der Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems sowie möglicherweise einer Änderung der Investitionsfinanzierung konfrontiert. Sofern eine Krankenhaus-Rahmenplanung die detaillierte Angebotsplanung durch die Länder ablöst, erhalten die Krankenhäuser eine größere Autonomie. Dies würde ihnen die Möglichkeiten eröffnen, ihre Kapazitäten besser an den regionalen Bedarf anzupassen und damit auch Überkapazitäten zügiger abzubauen. Ein Übergang zur mo-

nistischen Finanzierung würde sie zudem in die Lage versetzen, über eine gezielte Investitionspolitik sich vor Ort abzeichnende Marktchancen (schneller) zu ergreifen. Der Übergang von einer Detail- zu einer Rahmenplanung der Länder und von der dualen zur monistischen Finanzierung entlassen den Staat allerdings nicht aus seiner Verantwortung für die Sicherstellung der notwendigen Krankenhausversorgung, was ein begleitendes Monitoring der Versorgungsstrukturen erforderlich macht. Die Einführung des Fallpauschalensystems ging mit einer Verkürzung der Verweildauer und einer verbesserten Transparenz einher, wobei die entsprechenden Qualitätseffekte mangels outcomeorientierter Evaluation allerdings offen bleiben. Im Sinne evolutorischer Reformschritte empfiehlt der Rat, das Fallpauschalensystem zunächst mit Hilfe von Festpreisen weiter zu entwickeln und nur partiell für den Preiswettbewerb zu öffnen. Sofern und soweit sich die Vertragspartner im Rahmen der integrierten Versorgung auf eine andere Vergütung wie z. B. sektorübergreifende Komplexpauschalen einigen, verliert dieses partielle Höchstpreissystem allerdings an Bedeutung.

7. Das fünfte Kapitel analysiert mit der Qualität der Versorgung und der Patientensicherheit wichtige Determinanten und Elemente der gesundheitlichen Outcomes. Valide Qualitäts- und Patientensicherheits-Indikatoren vermögen wertvolle Informationen über den Nutzen, der den Patienten aus der Behandlung erwächst, zu liefern und damit auch einen Beitrag zur Zielorientierung der Gesundheitsversorgung zu leisten. Die Evaluation von Projekten integrierter Versorgung könnte im Rahmen eines Benchmarking mit anderen Versorgungsformen u. a. auf einem System von validen Indikatoren der Qualität und Patientensicherheit aufbauen. Die 30 in diesem Kapitel vorgeschlagenen Indikatoren für die Patientensicherheit, die auch die Arzneimittelsicherheit mit einbeziehen, sind als ein Pool aufzufassen, aus dem für Deutschland im Rahmen der Umsetzung der Qualitätssicherung eine Auswahl getroffen werden kann. Die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten und Qualitäts-bezogene Vergütungssysteme versprechen, was empirische Studien belegen, eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Bei einer öffentlichen Verbreitung von Daten über risikoadjustierte Outcomes besitzen vor allem Krankenhäuser stärkere Anreize, in Qualitätsmanagement zu investieren und die Behandlungsergebnisse einem fortlaufenden Controlling zu unterziehen. Eine meist mit *public disclosure* kombinierte Qualitäts-bezogene Vergütung hat das Potential, Qualitätsdefizite zu beheben und auch populationsbezogene Gesundheitsziele zu verfolgen. Diese Entwicklung könnte unter den Leistungserbringern einen Qualitätswettbewerb auslösen, der letztlich den Patienten zugute kommt. Unabhängig von entsprechenden ethischen Verpflichtungen übt ein solcher Qualitätswettbewerb auf die

Institutionen und Berufsgruppen im Gesundheitswesen einen starken Anreiz zur zielorientierten Koordination und zur Übernahme von Verantwortung aus.

8. Das sechste Kapitel thematisiert die Primärprävention in vulnerablen Gruppen mit einer exemplarischen Darstellung der Probleme und der Lösungsansätze in den Gruppen der Arbeitslosen, der sozial benachteiligten alten Menschen, der Obdachlosen sowie im Hinblick auf HIV/Aids. Da die meisten Interventionsfelder für primäre Prävention, d. h. für Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Krankheitsursachen bzw. -risiken, außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen, stellt sich hier vielfach die Notwendigkeit einer Kooperation in Bereichen und Institutionen jenseits des Gesundheitswesens. Hier kann es sich je nach Problemlage u. a. um Kommunen, die Bundesagentur für Arbeit, karitative Organisationen oder Institutionen bzw. Stellen handeln, die eine psychosoziale Betreuung anbieten. Nach den bisherigen Erfahrungen und Erkenntnissen sollten die Interventionen an den jeweiligen Lebenswelten der Zielgruppen ansetzen, wobei dieser Ansatz bei Arbeitslosen und bei Wohnungslosen allerdings insofern an gewisse Grenzen stößt, als sich die Lebenslagen dieser Gruppen nur begrenzt in interventionsfähigen Settings bündeln. Tragfähigkeit und Entwicklungsperspektiven zeigen sich dagegen in koordinierten Modellprojekten in Schulen sowie in der Vernetzung und Qualitätssicherung mit gesundheitsbezogenen Sozialprojekten. Grundsätzliche Bedeutung für Durchführung und Qualitätssicherung zielführender Interventionen kommt der partizipativen Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppen zu. Eine weitere Voraussetzung für eine effektive und effiziente primäre Prävention bilden die in Deutschland noch rückständige Zielbildung und eine damit verbundene Priorisierung. Im Unterschied zu anderen Gesundheitsprojekten kommt bei komplexen Präventionsprogrammen wegen deren schwer zu erfassenden und zu messenden gesundheitlichen Outcomes ein Nachweis der Wirksamkeit nicht in jedem Fall als Kriterium für ihre Berechtigung bzw. Förderungswürdigkeit in Frage. Auf der Basis des derzeitigen Wissensstandes sollten auch Projekte zum Zuge kommen können, wenn ein schlüssiges Wirkungsmodell und – zumindest partiell – eine empirische Evidenz vorliegt. Es bedarf jedoch immer einer Qualitätssicherung und einer adäquaten Dokumentation, um eine Informationsbasis für Bewertung und Lernprozesse auf- und auszubauen.

2. Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung

9. Wer macht in Zukunft was? – Welche Art der Arbeitsteilung entspricht den Anforderungen an das Gesundheitssystem der Zukunft? – Das sind die Fragestellungen, die dem Prüfauftrag der Bundesregierung zu neuen Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Deutschland zugrunde liegen. Der Rat führte eine umfangreiche Recherche zu den Ressourcen der Gesundheitsberufe und den gegenwärtigen – vor allem rechtlichen – Rahmenbedingungen ihrer Berufsausübung durch. Neben dieser Analyse initiierte er im Frühsommer 2006 eine schriftliche Befragung der Landesministerien zu regionalen Entwicklungen des Professionenmix in der Gesundheitsversorgung und organisierte eine Anhörung von Berufsverbänden zu zukunftsweisenden Modellen der Arbeitsteilung, die im Sommer 2006 stattfand.

Ziele einer neuen Aufgabenteilung zwischen den Gesundheitsberufen

10. Von einer Neuordnung der Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen können alle Gesundheitsberufe profitieren, wenn diese zu einer besseren Übereinstimmung zwischen den Erfordernissen eines sich ständig wandelnden Versorgungssystems und den Zielen, Aufgaben und Kompetenzen seiner Akteure führt. Die gegenwärtigen, raschen Veränderungen im Gesundheitswesen realisieren sich in einer Komplexität weit jenseits des bisherigen Erfahrungshorizonts; sie schüren bei Beschäftigten Ängste, beispielsweise im Zusammenhang mit drohendem Arbeitsplatzverlust oder Aufgabe der Praxis, und sie führen zu Unzufriedenheit wegen Arbeitsüberlastung, Einschränkung der professionellen Autonomie und mangelnder, zum Beispiel monetärer Anerkennung.

11. Anstelle einer bislang favorisierten Fokussierung auf die Einzelinteressen der jeweiligen Berufsgruppe und dem Versuch, die Situation allein innerhalb der Berufsgruppe zu optimieren, kann eine Ausweitung der Kooperation der Gesundheitsberufe für alle Beteiligten und nicht zuletzt für die Patienten weitaus vorteilhafter sein, als an den alten Mustern festzuhalten. Dies gilt vor allem dann, wenn das Selbstverständnis der Gesundheitsberufe sich dahingehend wandelt, dass flache, vernetzte Teamstrukturen als sinnvoll und tragfähig angesehen werden. Die Realisierung dieser Entwicklung sollte sich an folgenden Zielen orientieren:

- Die Begründung einer neuen Aufgabenverteilung sollte aus dem Abbau derzeitiger Versorgungsdefizite und einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von Patientinnen und Patienten hergeleitet werden.
- Die Versorgung und die in Teams kooperierenden Berufsgruppen müssen dabei gleichermaßen den Gesichtspunkt der Qualität und der Kosteneffektivität berücksichtigen. Leistungen sind stets dort zu erbringen, wo dies mit dem jeweils geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Versorgungsqualität möglich ist.
- Gerade die aktuelle Diskussion um Patientensicherheit offenbart die Abhängigkeit eines modernen Gesundheitssystems von intakter Kommunikation, flachen Teamstrukturen und einer Entkopplung von funktionalen und hierarchischen Befugnissen.
- Die veränderten Rollen der Gesundheitsberufe müssen flexibel, den lokalen Gegebenheiten angemessen und entwicklungsfähig gestaltet werden, um optimal auf zukünftige, nicht immer vorhersehbare Versorgungsnotwendigkeiten reagieren zu können.
- Die neuen Berufsbilder sollten die realistische Option bieten, die Arbeitszufriedenheit der Berufsgruppen durch sinnvolle Arbeitsteilung zu verbessern, und sollten garantieren, dass Tätigkeiten entsprechend des eigenen Qualifikationsniveaus durchgeführt werden können.
- Die Veränderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen muss dazu beitragen, die Abhängigkeit der Morbiditätslast vom sozioökonomischen Status abzumildern.

12. Nach eingehender Prüfung und Einholung mehrerer rechtlicher Stellungnahmen weist der Rat darauf hin, dass jede Veränderung der Kooperation und der Aufgabenteilung zwischen den heute bestehenden Gesundheitsberufen der Überprüfung und gegebenenfalls der Änderung der rechtlichen Voraussetzungen bedarf. Darüber hinaus setzen die Übernahme neuer Aufgabenfelder oder eine geänderte Verantwortung (Haftung) Anpassungen im Bereich der jeweiligen Primärqualifikationen der einzelnen Berufe oder entsprechende Weiterbildungen voraus.

Status Quo der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe

13. Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschaftsfaktor dar. Die Zahl der Beschäftigten in diesem Sektor liegt im Jahr 2005 bei 4,3 Millionen, was 11 % aller Beschäftigten in Deutschland entspricht. In der Gesundheitsversorgung werden überwiegend personenbezogene Dienstleistungen erbracht. Die Leistungserbringung der Gesundheitsberufe erfordert meist eine sehr enge Kooperation, Kommunikation und Koordination mit Patientinnen und Patienten, aber auch mit anderen Leistungserbringern im System. Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe weist gegenwärtig eine Reihe von Defiziten auf, die im Prozess der Entwicklung einer verbesserten Arbeitsteilung neu gestaltet werden sollten:

- die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen,
- hinsichtlich der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, insbesondere zwischen Ärzten und der Pflege, besteht ein hohes Maß an Rechtsunsicherheit,
- die interprofessionelle Standardisierung¹ ist zu wenig ausgeprägt, wodurch Zusammenarbeit und Delegation erheblich erschwert werden,
- es zeigt sich eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung und
- die Ausbildungen der Gesundheitsberufe bereiten nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen vor.

14. Die zentrale Position der Ärztinnen und Ärzte in der Krankenversorgung resultiert in Teilen aus den rechtlichen Rahmenbedingungen. Für Ärzte heißt es in der Bundesärzteordnung, dass die Ausübung des ärztlichen Berufs die Ausübung der Heilkunde unter der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder „Ärztin“ ist. Nur das Heilpraktikergesetz (HPG) von 1939 bietet eine Definition der Heilkunde („jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen“). Nach dem HPG müsste der Arzt (oder Heilpraktiker) sämtliche Versorgungsleistungen selbst erbringen. In verschiedenen anderen

¹ Standarderstellung unter Einbeziehung aller relevanter Berufsgruppen, also auch nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe. Des Weiteren sollten die Standards verstärkt auch die Arbeitsanteile und Möglichkeiten zur Tätigkeitsübernahme nicht-ärztlicher Berufe beschreiben.

Rechtsnormen ist zudem die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung des Arztes verankert (ärztliches Berufsrecht, Sozialrecht, Vergütungsrecht). Im Alltag der Krankenversorgung ist tatsächlich aber eine große Zahl von Gesundheitsberufen an der Feststellung, Heilung und Linderung von Krankheiten (und damit an der Heilkunde) direkt beteiligt. Auf die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe nimmt das HPG keinerlei Bezug. Die Definition von Heilkunde im HPG ist darüber hinaus aus heutiger Sicht unvollständig, da beispielsweise präventive Aufgaben nicht beschrieben werden.

15. Sollen Aufgaben zwischen den Berufen neu verteilt werden und die Möglichkeit einer Tätigkeitsübertragung (z. B. von Ärzten an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe) beurteilt werden, muss auf die Rechtsprechung zurückgegriffen werden. Diese Situation führt insbesondere bei Aufgabenübertragungen an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe immer wieder zu Problemen und Verunsicherungen. Darüber hinaus stellt sich den Akteuren die Frage, in welchem Ausmaß ein selbständiges Handeln nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe erfolgen kann und wie sich die Haftung verteilt. Hieraus ergibt sich eine Rechtsunsicherheit vieler Beschäftigter und Träger von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Diese Unsicherheit, gepaart mit fehlender Standardisierung und mangelhaftem Wissen um die Tätigkeitsinhalte der jeweils anderen Berufsgruppen, führt einerseits zur Verrichtung von Aufgaben, die unter dem eigenen Ausbildungsniveau liegen – Infusionen oder administrative Arbeiten werden z. B. häufig von Ärzten ausgeführt – und kann andererseits zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität, einer unnötigen Patientengefährdung und damit einer ineffizienten Krankenversorgung beitragen.

16. Die mangelhafte interprofessionelle Leitlinienerstellung ist ein weiteres Indiz für das Fehlen einer koordinierten Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Bisher findet bei der Leitlinienentwicklung in erster Linie eine innerärztliche Interdisziplinarität statt. Daneben entwickeln inzwischen auch andere Gesundheitsberufe Standards, z. B. die Pflege oder die Physiotherapie, jedoch nicht unter angemessener Beteiligung von Medizinern. Damit wird die Chance nicht genutzt, neue, effizientere und wissenschaftlich begründete Kooperationsstrukturen der Gesundheitsberufe zu schaffen.

17. Inhaltlich zielt die Ausbildung sämtlicher Gesundheitsberufe nur unzureichend auf eine spätere Kooperation, d. h. die Ausbildungsinhalte in den unterschiedlichen Berufen sind nicht aufeinander abgestimmt.

Aktuelle und zukünftige Anforderungen an die Gesundheitsberufe

18. Beschäftigte im Gesundheitswesen müssen sich Herausforderungen stellen, die aus mehreren Entwicklungen resultieren und die Neuordnung der beruflichen Arbeitsteilung stark forcieren: Die Komplexität der Organisationen des Gesundheitswesens ist hoch und hat in den letzten Jahren noch zugenommen. Vor diesem Hintergrund gilt es, angesichts der fortschreitenden Spezialisierung (Arbeitsteilung) vor allem die Integration der Tätigkeiten und Leistungen verschiedener Gesundheitsberufe zu verbessern. Weiterhin stellen demographische Entwicklungen und Veränderungen des Morbiditätsspektrums Herausforderungen für das Versorgungssystem und seine Akteure dar. Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem geraten durch die Zunahme älterer, chronisch erkrankter und zunehmend multimorbider Patienten weiter unter Druck. Auch eine Veränderung der Bedürfnisse und Bedarfe der Nutzer des Systems machen eine Neuordnung von Zuständigkeiten für das umfangreiche Aufgabenspektrum in der Gesundheitsversorgung notwendig. Das zentrale Problem besteht in einer unzureichend sektorübergreifenden Versorgung und dem Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen. Zunehmende Bedeutung gewinnt die Sicherstellung des wachsenden Bedarfs an personellen Ressourcen für die Gesundheitsversorgung in einer immer älter werdenden Gesellschaft. Neben der Nachwuchsrekrutierung ist die adäquate Qualifizierung und Vorbereitung auf die veränderten Nutzerrealitäten eine der wesentlichen Anforderungen an alle Gesundheitsberufe. Schließlich ergibt sich aus Entwicklungen des medizinisch-technischen Fortschritts, der in großem Umfang Arbeitsstrukturen, Arbeitsinhalte und -formen in der Gesundheitsversorgung prägt, die Notwendigkeit, die Arbeitsverteilung zwischen den Berufen im Gesundheitswesen anzupassen. Der Einfluss des medizinisch-technischen Fortschritts resultiert aus medizinischen Interventionen ebenso wie aus Fortschritten in der Biotechnologie oder in der Informations- und Kommunikationstechnologie.

19. Auf Veränderungen im Gesundheitssystem wird bereits durch moderne Formen der Kooperation reagiert, wie nachfolgend dargestellt werden soll. Diese Formen der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe müssen zukünftig sinnvoll weiterentwickelt und ausgeweitet werden:

- das ambulante multiprofessionelle Team, das die Versorgung einer älter werdenden, vermehrt an chronischen und multiplen Erkrankungen leidenden Bevölkerung zur Aufgabe hat und alle Berufsgruppen umfasst, die für die Versorgung ‚in der Fläche‘ notwendig sind,

- das transsektorale Case Management, das die Fallführung in den drei Sektoren ambulante, stationäre und rehabilitative Versorgung zum Ziel hat, und das neue Funktionen, vor allem hinsichtlich der an den Patienten orientierten Abstimmung der Behandlung beim Übergang zwischen den Sektoren und das Erreichen eines gemeinsamen Behandlungserfolges in den Mittelpunkt stellt, und
- das hochspezialisierte Behandlungsteam im Krankenhaus, das innovationsnahe Verfahren entwickelt und verwendet und dabei auf Spezialisierung sowie neue Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen zurückgreift, da sonst die Innovation nicht umsetzbar wäre.

20. Die Notwendigkeit einer Neuordnung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe betonen nicht zuletzt die Berufsgruppen selbst. So bekunden alle angehörten Berufsverbände, auf die neuen Versorgungsanforderungen im Gesundheitswesen – zum Teil mit sehr unterschiedlichen Vorstellungen – mit Konsequenzen für ihre Professionsentwicklung zu reagieren. Übereinstimmend konstatieren die Vertreter der Berufsverbände den hohen Stellenwert von Aus-, Weiter- und Fortbildung für eine bessere Kooperation. Sie erwähnten auch verschiedene Bereiche, in denen sich die Teamarbeit verbessern könnte: Früherkennung und Versorgung verwahrloster Kinder, Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit bestimmten psychischen Störungen, neue Versorgungskonzepte (z. B. integrierte Versorgung, DMP), Rehabilitation, Versorgung in ländlichen Regionen (mit Ärztemangel), Versorgung von Suchtkranken, Patientenberatung und -schulung, Onkologie, Palliativ- und Hospizversorgung, Versorgung von Demenzpatienten, Chronikern, mehrfach erkrankten, älteren und pflegebedürftigen Patienten und Versorgung von Patienten mit komplexen sozialen Problemen. Einige Berufsverbände weisen auf die Bedeutung von rechtlich geregelten Aufgaben- und Kompetenzverteilungen hin und problematisieren die Segmentierung des Versorgungssystems sowie die unterschiedlichen Kostenträgerschaften. Zugleich werden multiprofessionell erarbeitete Leitlinien als wichtige Grundlage für eine Verbesserung der Zusammenarbeit der Berufsgruppen genannt. Die Notwendigkeit zur Reform der (rechtlichen) Rahmenbedingungen einer Zusammenarbeit reicht von der Einschätzung, dass es prinzipiell keiner Veränderungen bedarf, bis hin zu weit reichenden und mehrere rechtliche Regelungssysteme betreffenden Vorschlägen. In diesem Zusammenhang stellen verschiedene nicht-ärztliche Berufsverbände die ihrer Ansicht nach zu dominante Rolle der Ärzte in der Krankenversorgung zur Diskussion und Veränderungsvorschläge auf den Prüfstand, die ihnen eine unabhängigere Rolle bei der Ausübung des (Heil-)Berufes zuweisen. Bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf andere Berufsgruppen wird

neben der gängigen Form der Delegation (unter ärztlicher Anordnung und Aufsicht) auch eine völlig eigenständige Ausführung bestimmter Tätigkeiten diskutiert. Als Voraussetzung für eine Übertragung werden entsprechende Kompetenzen beim Delegationsempfänger angesehen. Die Abkoppelung der Leistungserbringung durch nicht-ärztliche Gesundheitsberufe von der ärztlichen Verordnung im SGB V wird teilweise befürwortet, teilweise abgelehnt. Befürworter nennen im Einzelnen folgende Leistungen: Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Folgeverordnungen von Medikamenten für chronisch Kranke, Einweisungsrechte für bestimmte Patientengruppen, Verzicht auf die ärztliche Überweisung zugunsten eines direkten Zugangs von Patienten zu bestimmten Leistungserbringern. Ablehner verweisen auf den hohen Standard, den die Krankenversorgung in Deutschland aufweist, weil viele Tätigkeiten durch hoch qualifizierte Ärzte ausgeführt werden, und auf die Gefahr der Leistungsausweitung, wenn weitere Versorgerberufe Leistungen verordnen dürfen.

21. Die vom Rat befragten Landesministerien beschreiben vor allem im Kontext der Auswirkungen des demographischen Wandels ihre Bemühungen zur Zukunftsgestaltung des Professionenmix in der Gesundheitsversorgung. Dabei fokussieren die Initiativen auf die regionalen Spezifika. Einerseits unterstützen vor allem Bundesländer mit geringer Bevölkerungsdichte die Sicherstellung der ambulanten Versorgung durch arztentlastende und gemeindenahere Projekte wie z. B. das Projekt AGnES²; andererseits begleiten Bundesländer mit hoher Bevölkerungsdichte Projekte mit neuen Kompetenzprofilen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. So entstanden bereits neue Berufsbilder, z. B. das des operationstechnischen Assistenten. Darüber hinaus werden Modelle zur Akademisierung, z. B. der Pflegeberufe, gefördert.

22. Insgesamt kann der Rat feststellen, dass es zahlreiche Initiativen der einzelnen Gesundheitsberufe und der zuständigen Landesministerien zur Verbesserung der Arbeitsteilung gibt. Die empirische Evidenz dafür, dass geplante und umgesetzte Modelle einer veränderten Arbeitsteilung zu einer besseren Gesundheitsversorgung führen, fehlt – wegen geringer Modellevaluation – zwangsläufig noch.

2 Im Modellprojekt „Arzt-entlastende, Gemeinde-nahe, E-Healthgestützte, Systemische Intervention“ (kurz: AGnES) in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg werden speziell geschulte Krankenpflegekräfte zur Entlastung von Hausärzten (Landärzten) eingesetzt.

2.1 Empfehlungen zur Zusammenarbeit

23. Die Diskussion um neue Kooperationsformen und Kompetenzen von Gesundheitsberufen ist nicht primär aus der Perspektive der Berufsgruppen, sondern auf der Basis der zukünftigen Anforderungen an das Gesundheitssystem – d. h. aus der Patientenperspektive – zu führen. Die wichtigsten künftigen Anforderungen ergeben sich aus der Demografie (Alterung der Gesellschaft), dem Krankheitsspektrum (Multimorbidität), der Innovation (raschere Einführung neuer Methoden) und der Integration der Versorgung (Aufhebung der sektoralen Gliederung). Voraussetzung für jede nachhaltige Änderung der Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bildet die Bereitschaft der einzelnen Leistungserbringer zum Umdenken, zum Paradigmenwechsel und damit zur Ablösung von traditionellen, inzwischen überholten Verfahren, die die Ressourcen und die Steuerungshoheiten verteilen. Die Anhörung der Berufsverbände hat gezeigt, dass die bestehende Desintegration der Gesundheitsversorgung bereits von vielen Berufsgruppen selbst nicht als adäquate Situation erlebt wird. Es empfiehlt sich, wegen der Brisanz der Veränderung der Aufgabenverteilung mit kleinen Schritten zu beginnen: Im ersten Schritt können über den Weg der Delegation ärztliche Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe abgegeben werden. Im zweiten Schritt sollten regionale Modellprojekte zur Veränderung des Professionenmix und zur größeren Eigenständigkeit nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe durchgeführt und evaluiert werden. Wenn diese Modellprojekte ihre Praktikabilität beweisen, erfolgt im dritten Schritt eine breitere Einführung der Neuerung. Der Rat empfiehlt die Verankerung einer Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe in die Gesundheitsversorgung.

24. Veränderungen werden sich nur durch einen Mix verschiedener Formen beruflicher Rollenveränderungen vollziehen: Tätigkeiten können von einer Berufsgruppe auf eine andere übertragen werden (Delegation bzw. Substitution), es kann zu einer Spezialisierung auf bestimmte Aufgaben kommen und neue Aufgabengebiete müssen integriert werden, indem sie an bestehende Berufsgruppen vergeben bzw. durch neue Berufsgruppen abgedeckt werden (Diversifikation bzw. Enhancement). Wenn eine Tätigkeitsübertragung im Delegationsverfahren hinreichend lange stattgefunden und sich als zieladäquat erwiesen hat, sollte eine dauerhafte Übertragung an den bisherigen Delegationsempfänger zur Diskussion stehen. Dazu sind die rechtlichen Voraussetzungen zu klären (z. B. die Verteilung der Haftung zwischen den Berufen) und gegebenenfalls sind rechtliche Veränderungen zu treffen. Die häufige Übertragung bislang ärztlich ausgeführter Tätigkeiten an die Pflege oder andere Gesundheitsberufe setzt entweder eine Personal-

aufstockung der übernehmenden Berufsgruppe voraus oder eine Tätigkeitsübertragung ihrerseits an andere. So könnten z. B. Aufgaben der Fachpflege an die Pflegehilfe übergehen. Bei Tätigkeiten, die das Versorgungsgeschehen bisher unzureichend abdeckt, z. B. im Bereich der Prävention, oder für neue, z. B. technikgestützte Aufgaben, empfiehlt es sich, von vornherein eine Zuordnung zu den entsprechenden Berufsgruppen vorzunehmen und verstärkt nicht-ärztliche Gesundheitsberufe einzubeziehen. Alle drei Formen der beruflichen Rollenveränderung werden zu nutzen und aufeinander abzustimmen sein, je nach Versorgungssituation. Dies soll exemplarisch an den drei bereits aufgeführten modernen Kooperationsformen gezeigt werden.

25. Das multiprofessionelle ambulante Team: Alterung und Multimorbidität stellen die Gesundheitsversorgung vor große Probleme. International bereits umgesetzte Konzepte für den Bereich der Primärversorgung zeigen entsprechende Lösungsmöglichkeiten auf und werden derzeit teilweise auch in Deutschland erprobt wie das Chronic Care Modell. Es unterstützt das Selbstmanagement des Patienten, z. B. durch Patientenschulungen, die durchaus nicht-ärztliche Gesundheitsberufe durchführen können, gestaltet die Versorgungsabläufe durch eine effektivere Aufgabenverteilung im Versorgungsteam, arbeitet auf der Basis von Leitlinien und setzt klinische Informationssysteme ein. Der Rat empfiehlt die Übertragung der Prinzipien des Chronic Care Modells zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in Deutschland und den verstärkten Einsatz nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe für beratende, edukative, organisatorische und präventive Aufgaben.

Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll. Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie *advanced nursing practice* (z. B. *nurse practitioners*) ist zu prüfen. In Modellversuchen sollte verstärkt pflegerische Verantwortung erprobt werden. In Zukunft sollte die Pflege eigenständig erstens den pflegerischen Bedarf einschätzen, zweitens Verantwortung für die Durchführung der Pflege tragen, und drittens die Überprüfung der Resultate der pflegerischen Versorgung übernehmen. Die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel sollte in die Hand der Pflege gelegt werden. Die Pflege besitzt heute nicht die Möglichkeit, für den Nachschub oder die Initiierung einer Ausstattung mit Pflegemitteln selbständig zu sorgen. Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln hängt allein von der ärztlichen Verordnung ab. Dies führt vor allem in ländlichen Gebieten mit geringerer ärztlicher Versorgungsdichte – aber auch in der stationären Langzeitbetreuung – zu Versorgungsbrüchen. Darüber hinaus sind weiterreichende Tätig-

keitsübertragungen wie eine zeitlich begrenzte Möglichkeit von Verordnungen bestimmter Medikamentengruppen zu prüfen.

26. Das transsektorale Case Management: Die bessere Fallführung über die Sektorengrenzen hinweg (z. B. ambulant, stationär, Rehabilitation) ist eine der vordringlichsten Forderungen der Zukunft und wird derzeit schon angewendet und weiterentwickelt. Verbunden mit der Verweildauerverkürzung im stationären Bereich ergibt sich eine sehr viel stärkere Prozessorientierung der Versorgung, insbesondere beim Übergang von einem Sektor in einen anderen. Case Management kann als neue Aufgabe verstanden werden, so dass im Sinne von Diversifikation/Enhancement entweder ein neuer Beruf ‚Case Manager‘ geschaffen werden sollte, oder bestehende Berufsgruppen diese Aufgabe übernehmen müssten. Grundsätzlich bedeutet Case Management eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte. Zielführend kann es nur sein, wenn die ärztliche Berufsgruppe die prozessuale Steuerung durch nicht-ärztliche Case Manager als maßgeblich und verbindlich anerkennt (Termintreue, Visitenzeitpunkt etc.). Der Rat empfiehlt, das transsektorale Case Management weiter zu stärken, entsprechende Qualifikationsstrukturen auszubauen und in diesem Prozess insbesondere die Kompetenzen der Pflegeberufe zu nutzen. Entsprechend dem Gedanken von Poolkompetenz können aber auch andere, entsprechend qualifizierte Berufsgruppen zum Einsatz kommen.

27. Das hochspezialisierte Behandlungsteam im Krankenhaus: Bereits in der Vergangenheit war der innovationsnahe Bereich offen für neue Zuschnitte der Aufgabengebiete der Berufsgruppen (z. B. Intensivmedizin, Transplantationsmedizin). Der Grund lag darin, dass Innovationen in Team-Strukturen besser umgesetzt werden können als in starren hierarchischen Strukturen, in denen Zuständigkeiten stets erst neu ausgehandelt werden müssen, bevor innovative Methoden zugelassen werden. Die hier gemachten Erfahrungen sollten als Vorbild dienen, um anderen Bereichen den Zusammenhang zwischen Organisationsstruktur und Innovationsfähigkeit zu verdeutlichen.

In den hochspezialisierten Teams sind sowohl Spezialisierungen, Tätigkeitsübertragungen als auch die Integration neuer Aufgaben zu finden. Beispiele sind der Einsatz von Chirurgie-Assistenten (Übertragung ärztlicher Tätigkeit, gleichzeitig Spezialisierung von z. B. Pflegekräften) und die Übernahme von Dokumentationsaufgaben im DRG-System durch medizinische Dokumentationsassistenten (neue Aufgaben werden integriert). Eine große Bedeutung in hochspezialisierten Teams hat die Akademisierung der Gesundheitsberufe, weil hier durch einen multiprofessionellen Begriff von (Versor-

gungs-)Forschung die Umsetzung der Innovation genau untersucht und vorangetrieben werden kann.

28. Die Einführung von Vorbehaltsaufgaben für einzelne nicht-ärztliche Heilberufe bildet kein geeignetes Mittel zur Neuverteilung der Aufgaben, da sie neuerlich unflexible Strukturen schaffen würde. An Stelle dessen erscheinen Poolkompetenzen sinnvoller, die jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen. Die zur Ausübung einer bestimmten Tätigkeit notwendigen Qualifikation wird dabei definiert und kann von verschiedenen Gesundheitsberufen erworben werden. Auf diese Weise kann die Gesundheitsversorgung flexibler auf regionale Besonderheiten z. B. in der Personalszusammensetzung eines Betreuerteams oder den Personalkompetenzen reagieren. Gleichzeitig würden damit klare Zuständigkeiten für die Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung geschaffen. Die Berufsaus- bzw. Weiterbildung muss allerdings diesen Poolkompetenzen entsprechen. Vorbehaltsaufgaben eignen sich lediglich dazu, bei besonders gefahreneigenen Eingriffen die Sicherheit des Patienten zu erhöhen.

29. Zum besseren Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe und zum frühzeitigen Erwerb von Kompetenzen im Bereich der Kooperation und Zusammenarbeit empfiehlt es sich, die Ausbildung aller Gesundheitsberufe auf das Handeln am gemeinsamen Gegenstand auszurichten. Die Heilkunde, die immer vielfältiger und komplexer wird, sowie *clinical pathways*, evidenzbasierte Entscheidungsfindung und der Druck zu mehr Effizienz machen dies erforderlich. Die Medizinischen Fakultäten der Universitäten sollten daraus die Konsequenz ziehen, Ausbildungsverantwortung für alle, auch neue berufliche Zweige, die zur Heilkunde gehören, zu übernehmen. Wenn die Gesundheitsprofessionen künftig besser zusammenarbeiten sollen, muss diese Zusammenarbeit schon während der Ausbildung geübt werden. Eine partielle Überlappung von Ausbildungsinhalten und -abschnitten verspricht ein besseres gegenseitiges Verständnis.

30. Die Medizinischen Fakultäten sollten die Aufgabe einer kontinuierlichen Weiterentwicklung von Gesundheitsberufen übernehmen, die letztendlich auf der geschichtlichen Entwicklung der Krankenversorgung basiert: Zum einen dienten Hospitäler bis in die Neuzeit – neben dem Seelenheil – nahezu exklusiv der Pflege. Erst mit dem Beginn des 19. Jahrhunderts kam die Medizin zu ihrem fulminanten Einzug in die Hospitäler als Experimentier- und Lehrstätten. Zum anderen verschmolzen bereits im 18. Jahrhundert die chirurgischen Fächer, dem Berufstand der Bader entstammend, mit der Medizin. Einige Jahrzehnte später galt dies für viele Naturwissenschaften. Erst in den letzten

Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts übernahmen mehr und mehr Naturwissenschaftler selbstständige Professuren innerhalb der Medizinischen Fakultäten. Ab dem Ende des 19. Jahrhunderts erweiterten die psychosozialen Fächer den Horizont der Medizin und es etablierten sich eigenständige Lehrstühle.

31. Der Rat empfiehlt den Medizinischen Fakultäten zu prüfen, inwieweit sie das Spektrum ihrer Professuren erweitern können, und zwar durch die Integration von beispielsweise Pflegewissenschaften und -praxis, Physiotherapie, Logopädie und weiteren Gesundheitsberufen. Nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wie die Pflege lassen sich als Teil der Heilkunde mit einem eigenen Forschungsbedarf definieren (vgl. GA 2005, II-6). Wenn bei der Versorgung der meisten Krankheitszustände die Kooperation vieler Professionen erforderlich ist, dann bietet es sich an, das erforderliche Maß an Gemeinsamkeit auch für Aus-, Weiter- und Fortbildung und nicht zuletzt für die Forschung anzustreben. Multiprofessionelle Forschung stellt eine zentrale Aufgabe der Universitäten dar, so dass die Medizinischen Fakultäten aufgefordert sind, Verantwortung für die kooperationsfördernde und professionsübergreifende Lehre und Forschung im Bereich aller Gesundheitsberufe zu übernehmen.

32. Grundsätzlich ist der Akademisierungsprozess verschiedener Gesundheitsberufe positiv zu bewerten. Dabei sollte jedoch eine Vereinheitlichung der bisher sehr heterogen angelegten Studiengänge erfolgen. Da dies nicht in der Verantwortung des Bundes liegt, sind die Länder bzw. die Universitäten in Zusammenarbeit mit den Fachvertretern in der Verantwortung.

33. Neben der Weiterentwicklung der akademischen Ausbildung für Gesundheitsberufe ist eine Abstimmung der unterschiedlichen Ausbildungsniveaus innerhalb der einzelnen Gruppen nicht-ärztlicher Heilberufe notwendig. Dabei bietet sich eine Arbeitsteilung zwischen den verschiedenen Niveaus, z. B. in der Pflege oder innerhalb der Physiotherapie, an. Nicht jede Tätigkeit erfordert den Einsatz einer akademisch ausgebildeten Fachkraft. Gestufte, aufeinander abgestimmte Berufsausbildungen bieten den Beschäftigten innerhalb einer Berufsgruppe zudem berufliche Zukunftsperspektiven und neue Karrieremöglichkeiten. Innerhalb einer Berufsgruppe, aber auch zwischen Berufsgruppen entstehen so graduierte Verantwortlichkeiten. Diese bedürfen dann auch eindeutiger Haftungsregelungen.

34. Zur Sicherung der Qualität der Berufsausübung empfiehlt der Rat die Einführung von Berufsausweisen für nicht-ärztliche Gesundheitsberufe. Auf solch einem Ausweis ließe sich die Berechtigung zur Ausübung bestimmter Tätigkeiten festhalten und Infor-

mationen zur materiellen und formellen Qualifikation speichern. Im Zusammenhang mit der Einführung der Heilberufsausweise in Deutschland bietet sich hier eine Möglichkeit. Zugleich legitimiert der Heilberufsausweis die Gesundheitsberufe, auf die elektronischen Patientendaten zuzugreifen, was für alle an der Patientenversorgung beteiligten Gesundheitsberufe relevant ist. Somit bietet der Heilberufsausweis eine moderne Form der Zulassung, Registrierung und des Informationszugriffs und ist ein Schritt zur Etablierung der Pflege und anderer Gesundheitsberufe als autonome Dienstleistungsberufe mit anerkannten Kompetenzen und geregelter Selbstkontrolle.

35. Leitlinien können dazu beitragen, der Rechtsunsicherheit bezüglich einer Neuverteilung von Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen entgegenzuwirken, denn der medizinische Standard bestimmt den haftungsrechtlichen Standard. Mit Hilfe von Leitlinien lassen sich Arbeitsanteile nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe darstellen und Möglichkeiten zur Tätigkeitsübernahme abbilden. Die Erstellung von Leitlinien sollte interprofessionell unter Einbeziehung aller betroffenen Gesundheitsberufe geschehen.

36. Da die Feststellung, Heilung und Linderung von Krankheiten, also die Ausübung der Heilkunde, nur im Zusammenwirken aller Gesundheitsberufe effektiv und effizient sein kann, empfiehlt der Rat eine Modernisierung der Definition des Heilkundebegriffs, die aktuell noch auf dem Heilpraktikergesetz aus dem Jahre 1939 basiert. Zum einen sollte die Neudefinition verdeutlichen, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung nur in Kooperation aller Gesundheitsberufe erfolgen kann. Zum anderen sollten auch Aufgaben der Prävention, also der Verhinderung von Krankheiten, in die Definition eingehen. Auch ist zu prüfen, wie weit die Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung der Ärzte, die in verschiedenen Rechtsnormen definiert ist, einer Veränderung bedarf.

37. Eine gute Zusammenarbeit der zahlreichen Gesundheitsberufe in interprofessionellen Teams und über die verschiedenen Sektoren der Versorgung erfordert eine zielorientierte Arbeitsteilung auf verschiedene Berufe, die sich gegenseitig Akzeptanz entgegenbringen und die spezifischen Kompetenzen der anderen respektieren. Dies schließt ein, dass in den Berufsbezeichnungen die Arbeitsteilung in Teams Berücksichtigung findet. Im Sinne partnerschaftlicher Zusammenarbeit sollten bei einer neuen Kategorisierung der Gesundheitsberufe die Bezeichnungen keine missverständliche Konnotation beinhalten, wie z. B. Unterteilungen in Heilberufe und Heilhilfsberufe bzw. in Mediziner und medizinische Assistenzberufe.

3. Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand und Perspektiven

38. Der Rat hat in seinem JG 2003 (Ziffer 647ff.) bereits mehrere Vorschläge für eine zielorientierte Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen unterbreitet und der Gesetzgeber setzte zwischenzeitlich einen Großteil dieser Empfehlungen um. Die in den letzten Jahren verabschiedeten Gesetze, d. h. vor allem das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003, das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) vom 22.12.2006 und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 schufen einen deutlich verbesserten Rechtsrahmen für die integrierte Versorgung und damit zugleich für einen effizienz- und effektivitätssteigernden Wettbewerb an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Krankenkassen und Leistungserbringer finden als potentielle Vertragspartner inzwischen zumindest ausreichende ordnungspolitische Voraussetzungen vor, um innovative Versorgungskonzepte umzusetzen bzw. entsprechende Projekte zu starten.

39. Obgleich mittlerweile (Ende 1. Quartal 2007) alleine zu den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V ca. 3.500 Anträge vorliegen und sich hier auch bei einigen ‚Leuchtturmprojekten‘ gewisse Erfolge abzeichnen, vermag eine Zwischenbilanz des bisher Erreichten unter gesundheitlichen und ökonomischen Aspekten noch nicht zufrieden zu stellen. Da die integrierten Versorgungsformen zur Regelversorgung gehören, sieht das Gesetz bei den entsprechenden Projekten – im Unterschied zu den Modellvorhaben nach §§ 63-65 und den strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137f-g – keine obligatorische Evaluation der Programme bzw. Netze vor. Wo dies freiwillig geschieht, deuten selbst die publizierten Ergebnisse nicht auf den angestrebten Durchbruch zu einer effizienteren oder effektiveren Patientenversorgung hin. Es existiert an den Schnittstellen der verschiedenen Leistungssektoren weiterhin ein beachtliches, nicht ausgeschöpftes Rationalisierungspotential, dessen Realisierung u. a. durch einen intensiveren Wettbewerb erleichtert werden könnte. In diesem Kontext bestehen noch immer Defizite bezüglich der Transparenz, die Versicherte und Patienten über allfällige Versorgungsoptionen und Leistungsqualitäten besitzen, bei den Wettbewerbsparametern der Krankenkassen, den Vergütungssystemen der Leistungserbringer, der Qualitätssicherung, der Arzneimitteldistribution, dem Verhältnis der einzelnen Varianten integrierter Versorgung zueinander und der zielgerichteten Kooperation der unterschiedlichen Akteure.

40. Ebenso wie der Wettbewerb stellt auch die integrierte Versorgung in all ihren Varianten keinen Selbstzweck, sondern ein Mittel zur Realisierung von gesundheitlichen und ökonomischen Zielen dar. Dies bedeutet, dass Projekte zur integrierten Versorgung nicht per se den Zielkriterien genügen, sondern erst über ihr Verhältnis von gesundheitlichen Outcomes zu Ressourceneinsatz ihre Effizienz und Effektivität nachweisen können und normativ betrachtet auch müssen. Die meisten Projekte zur integrierten Versorgung weisen, wie nahezu das gesamte deutsche Gesundheitswesen, noch immer ein spürbares Defizit an Outcome- bzw. Zielorientierung auf. Dabei beinhalten Outcomeindikatoren – in möglichst quantitativer Form – den gesundheitlichen Nutzen bzw. die entsprechende Wohlfahrt, die den Patienten und Versicherten aus der Gesundheitsversorgung oder bestimmten Gesundheitsleistungen erwächst. Im Verhältnis zu den Outcomeindikatoren, die Lebenserwartung und -qualität der Patienten und Versicherten widerspiegeln, kommt den Managementindikatoren, die auch die speziellen Versorgungsformen und gesundheitliche Strategien umfassen, unter Zielaspekten nur instrumentale Bedeutung zu.

41. Die Projekte zur integrierten Versorgung bedienen sich in unterschiedlicher Form und Intensität gewisser Elemente von Managed Care. Hierzu gehören neben einem breiten Spektrum von Aktionsparametern der Krankenkassen im Bereich der Vertrags- und Leistungsgestaltung vornehmlich eine sektorübergreifende Koordination und Kooperation zwischen allen am Behandlungsablauf Beteiligten, eine Patientensteuerung, selektives Kontrahieren der Krankenkassen mit ausgewählten Leistungserbringern, pauschale Vorausvergütungen in Form von Capitation oder Komplexpauschalen für abgegrenzte Leistungsbündel sowie eine intensive Qualitätssicherung. Managed Care umfasst nach der hier gewählten Definition neben indikationsübergreifenden, populationsbezogenen Versorgungsnetzen u. a. Disease Management und Case Management. Dabei bezieht sich Disease Management auf Patientengruppen mit bestimmten gleichartigen, zumeist chronischen Krankheiten, während sich Case Management auf einzelne komplizierte und zumeist kostenintensive Krankheitsfälle konzentriert.

42. Tabelle 1 gibt einen synoptischen Überblick über die Managed Care-Elemente in den ‚besonderen Versorgungsformen‘. Obgleich mit Ausnahme der Modellvorhaben alle diese Versorgungsformen zur Regelversorgung gehören, besitzen mehrere von ihnen eine fach- und sektorübergreifende Orientierung und erlauben ein selektives Kontrahieren sowie ex- oder implizit eine Vergütung der Leistungserbringer durch Capitation bzw. Komplexpauschalen. Allerdings schreiben nur die zeitlich befristeten Modellvorhaben und strukturierten Behandlungsprogramme eine Evaluation der jeweiligen

Programme durch unabhängige Sachverständige verpflichtend vor. Die Möglichkeiten, selektiv zu kontrahieren, schließt nur bei den integrierten Versorgungsformen Kollektivverträge bzw. die Mitwirkung der KVen grundsätzlich aus. Der Sicherstellungsauftrag der KVen kann dagegen bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren.

43. Verglichen mit den bestehenden Allokationsprozessen in der GKV zielen die Projekte zur integrierten Versorgung auch darauf ab, die Effizienz und Effektivität des deutschen Gesundheitswesens über eine Intensivierung des Wettbewerbs der Krankenkassen und Leistungserbringer zu verbessern. Dies bedingt sowohl eine Zunahme der Wettbewerbsparameter von Krankenkassen und Leistungserbringern als auch eine tendenzielle Verlagerung der Allokationsentscheidungen von der Makro- über die Meso- auf die Mikroebene. An die Stelle des gemeinsamen und einheitlichen Handelns oder der korporativen Steuerung treten dann verstärkt dezentrale Verhandlungen und damit ein Vertrags- und Versorgungswettbewerb mit selektivem Kontrahieren. Dabei geht es nicht um einen Ersatz der Kollektivverträge durch selektive Kontrahierung und damit einhergehend um eine Abschaffung der kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Selektive Vertragsverhandlungen können, wie im JG 2005 (Ziffer 38ff.) gezeigt, viel mehr auch innerhalb eines kollektivvertraglichen Rahmens erfolgen und ebenso mit der korporativen Koordination in Wettbewerb treten.

44. Die integrierte Versorgung beinhaltet sowohl die integrierten Versorgungsformen nach 140a-d SGB V, als auch die Strukturverträge nach § 73a SGB V sowie die Modellvorhaben und die strukturierten Behandlungsprogramme. Dabei stehen derzeit infolge ihrer ausgeprägten Anreizstrukturen die integrierten Versorgungsformen und die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g stärker im Mittelpunkt des Interesses der Vertragsparteien. Bei den strukturierten Behandlungsprogrammen, die auf eine integrierte Versorgung chronisch Kranker abzielen, handelt es sich um eine Variante von Disease Management-Programmen, Solche indikationsspezifischen Behandlungsprogramme können die Vertragsparteien aber auch mit Hilfe von integrierten Versorgungsformen oder Modellvorhaben durchführen. Die strukturierten Behandlungsprogramme bilden somit nur eine Teilmenge von Disease Management-Programmen (DMP) und zwar jene Variante, die eine Anbindung an den Risikostrukturausgleich (RSA) aufweist.

Tabelle 1: Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Struktur- verträge	Modell- vorhaben	hausarztorien- tierte Versor- gung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungs- formen	strukturierte Behandlungs- programme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63-65	§ 73b	§ 73c	§ 140a-d	§ 137f-g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fach- übergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	
Kollektivverträge möglich	X	X	X	(X) ^{a)}	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag der KVen				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation möglich		X	X	(X) ^{b)}	(X) ^{b)}	X	

a) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

b) Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

Quelle: Eigene Darstellung

45. Über die speziellen Organisationsformen integrierter Versorgung hinaus eröffnete der Gesetzgeber den Krankenhäusern in den letzten Jahren vielfältige Möglichkeiten, um an der ambulanten Versorgung teilzunehmen. Dies gilt vor allem für das ambulante Operieren, die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen und die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) nach § 95 Abs. 1. Von den derzeit (Ende 2006) 666 MVZ-Zulassungen befinden sich 29 % in reiner Trägerschaft der Krankenhäuser, aber erst 7 % aller Krankenhäuser gründeten ein MVZ. Den niedergelassenen Vertragsärzten ermöglicht das VÄndG über eine modifizierte Zulassungsordnung die Bildung von leistungsfähigen Behandlungsnetzen, ohne sich dabei eines MVZ bedienen zu müssen. Im GKV-WSG verdient in diesem Zusammenhang die besondere ambulante ärztliche Versorgung spezielle Beachtung. In ihrem Rahmen können die Krankenkassen alleine oder in Kooperation mit anderen Kassen Verträge abschließen, die sowohl populationsbezogen die gesamte ambulante ärztliche Versorgung als auch indikationsbezogen einzelne Bereiche derselben beinhalten. Im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung können die KVen ebenfalls als Vertragspartner der Krankenkassen fungieren, während die integrierten Versorgungsformen solche Kollektivverträge ausschließen (s. Tabelle 1).

46. Für eine erfolgreiche Umsetzung der integrierten Versorgungsformen beseitigte das GMG nicht nur die bis dahin bestehenden Schwächen der Rahmenordnung, sondern trug darüber hinaus mit der einprozentigen Anschubfinanzierung auch zu einer zusätzlichen Verbesserung der Anreizstruktur bei. Das VÄndG verlängerte diese Anschubfinanzierung bis Ende 2008 und das GKV-WSG ermöglicht den Krankenkassen, erheblich erweiterte Wahltarife anzubieten, die vor allem im Rahmen der integrierten Versorgung zum Einsatz kommen können. Mit der Vorschrift, dass die Krankenkassen jeden einzelnen Wahltarif aus spezifischen Einsparungen finanzieren müssen, möchte der Gesetzgeber hier einer nahe liegenden Risikoselektion vorbeugen. Die entsprechenden Berichte bzw. Evaluationen versprechen eine breitere Informationsbasis über die bisher umstrittene Eignung dieser Tarifforn in der GKV.

47. Infolge der attraktiven Anschubfinanzierung stiegen die bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) registrierten Verträge zu den integrierten Versorgungsformen von 613 im ersten Quartal 2005 auf 3.498 im ersten Quartal 2007. Bei diesen Verträgen handelt es sich zu fast 99 % um indikationsbezogene, die überwiegend chirurgische Eingriffe, z. B. bei Hüft- und Kniegelenksendoprothetik, vorsehen. Im Gegensatz hierzu fordert die Sollvorschrift im GKV-WSG in diesem Rahmen eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung“. Von den ca. 4,07 Mio. eingeschrie-

benen Versicherten (Stand: 1. Quartal 2007) befinden sich allerdings über die Hälfte in Verträgen zur Hausarzt- und fachübergreifenden Versorgung, obwohl diese nur gut 1 % aller Verträge ausmachen. Ob und inwieweit hausarztbasierte Modelle die Kriterien der integrierten Versorgungsformen in einzelnen Fällen erfüllen, ist umstritten. Die reine hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, die Mitte 2007 ca. 1,3 Mio. Versicherte einschloss, gehört eindeutig nicht zur integrierten Versorgung. Hausarztbasierte Modelle lassen sich allerdings um Module der anderen besonderen Versorgungsformen ergänzen und auf diese Weise in die integrierte Versorgung überführen. Da an den strukturierten Behandlungsprogrammen Ende 2006 ca. 2,69 Mio. Versicherte teilnahmen, beläuft sich die Gesamtzahl der Versicherten in den besonderen Versorgungsformen inzwischen auf über 8 Mio.

48. Im Unterschied zu indikationsbezogenen Projekten besitzen populationsbezogene, die sich in der Region an alle Versicherten der jeweils kontrahierenden Krankenkasse richten, den Vorzug, die Versorgungsqualität umfassend ermitteln und optimieren zu können. Als Benchmark bzw. Bewertungsmaßstab kann die gesundheitliche Entwicklung von nicht eingeschriebenen Versicherten in derselben oder anderen Region(en) dienen. Ein solches populationsbezogenes Netz vermag auch allfällige Sach-, Arznei- und Hilfsmittel sowie Medizingeräte und -produkte kostengünstig einzukaufen.

49. Komplexe populationsbezogene Versorgungsnetze sehen in der Regel einen von Versicherten gewählten konstanten (ärztlichen) Ansprechpartner vor, wobei es sich zu meist, aber nicht zwangsläufig um einen Hausarzt handelt. Dieser Arzt sieht sich dann gezwungen, vielfältige neue Funktionen zu übernehmen und seine Kenntnisse über Multimorbidität zu erweitern, was vor allem älteren Patienten zugute kommt. Die erfolgreiche Ausübung einer solchen Gatekeeper-Funktion erfordert neben Engagement breites differentialdiagnostisches Wissen, psychosoziale Kompetenzen, und darüber hinaus die Kenntnis regionaler Hilfs- und Unterstützungsorganisationen.

50. Die strukturierten Behandlungs- bzw. Disease Management-Programme stellen unter medizinischen und ökonomischen Aspekten eine Variante der integrierten Versorgung dar. Derzeit existieren sechs solcher DMP, d. h. für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma und chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Sie unterscheiden sich von anderen Ansätzen integrierter Versorgung vornehmlich durch ihre Anbindung an den RSA. Durch Einschreiben von chronisch Kranken in ein DMP Diabetes Typ 2, koronare Herzkrankheit oder Brustkrebs wächst der spezielle Beitragsbedarf einer Krankenkasse um durch-

schnittlich 250 % bzw. 252 % sowie 376 % an. Die Krankenkassen besitzen daher einen hohen finanziellen Anreiz, die DMP mit Hilfe der KVen flächendeckend umzusetzen und alle chronisch Kranken zu einer Einschreibung zu bewegen. Die Verknüpfungen von DMP und RSA führt insofern statt zu dem angestrebten Qualitäts- zu einem Einschreibewettbewerb der Krankenkassen. Zudem droht die Beschränkung auf nur sechs chronische Krankheiten die Versorgung anderer zu diskriminieren, was sowohl für bestimmte Patienten, als auch für spezielle Leistungserbringer und Krankenkassen eine Benachteiligung darstellen kann. Schließlich verhinderte die uniforme Ausgestaltung der DMP erfolgversprechende dezentrale Suchprozesse und lässt damit wettbewerbliche Potentiale unausgeschöpft.

51. Obgleich die Ergebnisse von internationalen empirischen Studien über die Effekte von DMP unterschiedlich ausfallen, lassen diese Befunde den Schluss zu, dass DMP grundsätzlich die Effizienz und Effektivität auch des deutschen Gesundheitswesens verbessern können. Hierzu bedarf es allerdings geeigneter Anreizstrukturen und einer zielorientierten Kooperation aller Beteiligten. Aus dieser Perspektive stehen nicht die DMP als solche zur Diskussion, sondern ihre derzeitige Ausgestaltung und hier vor allem die Anbindung an den RSA, die mit uniformen Programmen und einer mangelnden Risikostratifizierung einhergeht. Die externen Evaluationen durch unabhängige Sachverständige, zu denen der Gesetzgeber die Krankenkassen bei den DMP verpflichtet, dürften erst Mitte 2007 vorliegen. Erste Publikationen der Krankenkassen deuten zwar auf eine gestiegene Zufriedenheit der Patienten sowie einige verbesserte Surrogatparameter, aber nicht auf ein insgesamt überzeugendes Nutzen-Kosten-Verhältnis der DMP hin. Angesichts ihres erheblichen Verwaltungsaufwandes bildet nicht ein Verzicht auf DMP hier die adäquate Benchmark, sondern andere Versorgungsformen, wie Modellvorhaben, integrierte Versorgungsformen und in deren Kontext Case Management. Sofern der RSA die im GKV-WSG vorgesehene Ausdifferenzierung erfährt, läuft die Anbindung der DMP an den RSA Ende 2008 aus.

52. Da die Schweiz und die USA bereits über längere und umfangreichere Erfahrungen mit Managed Care-Ansätzen verfügen, bietet es sich an, die Entwicklung von integrierten Versorgungsmodellen in diesen Ländern zu beleuchten und nach umsetzbaren Erkenntnissen für die deutsche Gesundheitsversorgung zu überprüfen. Entgegen den ursprünglich weitaus optimistischeren Prognosen lag in der Schweiz der Marktanteil von Managed Care-Modellen im Jahre 2005 nur bei 12,1 %. Innerhalb dieser Managed Care-Ansätze dominieren die Hausarztmodelle mit 6,7 %, während die klassischen Health Maintenance Organizations (HMO) nur 1,4 % erreichen. Unbeschadet des Ver-

breitungsgrades bescheinigen Studien den HMO ein höheres Kostensenkungspotential als den Hausarztmodellen. Die Erfahrungen in der Schweiz zeigen, dass Wahltarife durchaus in einem regulierten Wettbewerb mit anderen Versicherungsformen bestehen können. Dabei zeigt sich generell, dass die Krankenkassen eher mit der Qualität der Behandlung als mit Prämienzahlungen werben sollten. Die Managed Care-Modelle gewinnen für die Versicherten an Attraktivität, wenn sie ihnen erlauben, im Einzelfall gegen Zuzahlung auch einen netzexternen Leistungserbringer aufzusuchen. Die schweizerische Gesetzgebung sah davon ab, die Krankenkassen zu einem Angebot bestimmter Managed Care-Modelle zu verpflichten. Der Wettbewerb als Suchprozess führte dazu, dass die Krankenkassen Modelle, die ihre Erwartungen nicht erfüllten, wieder vom Markt nahmen.

53. In den USA bildeten die Gründung und Ausbreitung von Managed Care-Organisationen (MCOs) eine Reaktion auf stark steigende Gesundheitsausgaben und Qualitätsmängel in den achtziger Jahren. Im Unterschied zur Schweiz konnten die MCO in den USA inzwischen einen Marktanteil von 93 % erzielen und damit die herkömmliche Krankenversicherung nahezu verdrängen. Innerhalb der MCOs schrumpfte der Anteil der Health Maintenance-Organisationen (HMOs) zwischen 1996 und 2006 von 31 % auf 20 %. Dagegen nahmen die Anteile der Preferred Provider-Organisationen (PPOs), die den Versicherten größere Freiheiten bei der Wahl der Leistungserbringer einräumen, in diesem Zeitraum von 28 % auf 60 % zu. Da in den USA die Arbeitgeber den überwiegenden Teil der Versicherungsprämien zahlen, spiegeln der jeweilige Leistungskatalog und die Modalitäten seiner Inanspruchnahme auch die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt wider. Der angestrebten Effizienzsteigerung der Versorgung standen häufig ein Mangel an qualifizierten Netzen auf der Anbieterseite, ein unzureichender Wettbewerb der Krankenversicherungen und die Marktmacht der Anbieter entgegen. Es zeigte sich u. a., dass die reine Integration von Krankenhäusern und ambulanten Ärzten bei fehlendem Wettbewerb zwischen den Netzanbietern keine Effizienzgewinne erzeugt. Diese Situation liegt z. B. vor, wenn alle Krankenkassen – ähnlich wie bei den strukturierten Behandlungsprogrammen in Deutschland – mit denselben Anbieternetzen Verträge abschließen. Infolge des hohen Marktanteils der MCOs in den USA spielen wettbewerbspolitische und -rechtliche Aspekte auf der Anbieter- und Nachfrageseite eine erhebliche Rolle. Unabhängig von der Frage der Unternehmereigenschaft von Krankenkassen bzw. der Gültigkeit des funktionalen Unternehmensbegriffs legen die amerikanischen Erfahrungen bei kompetitiven Märkten die Notwendigkeit einer Flankierung durch das Wettbewerbs- und Kartellrecht nahe. Die Entwicklung zu einem stär-

ker wettbewerblichen System bedarf, um Fehlentwicklungen mit Folgeschäden zu verhindern, einer adäquaten ordnungspolitischen Rahmenordnung.

3.1 Empfehlungen zur integrierten Versorgung

54. Eine sektorübergreifende Optimierung, die sektoral orientierte Kalküle überwindet, erfordert an den Schnittstellen der Leistungssektoren einheitliche Leistungsdefinitionen, gleiche (Mindest-)Qualitätsstandards und dieselbe Vergütung für gleiche Leistungen. Im Sinne eines funktionsfähigen und fairen Wettbewerbs bedürfen neben der Qualitätssicherung auch die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden sowie das Finanzierungssystem einer sektorübergreifenden einheitlichen Ausgestaltung. Größere ambulante Einheiten und MVZ können moderne Verfahren ähnlich qualifiziert umsetzen wie Krankenhäuser. Hinsichtlich der Vergütung bieten sich sektorübergreifende Finanzierungsvereinbarungen mit Komplexpauschalen an. Gleiche Wettbewerbschancen zwischen Krankenhäusern sowie diesen und den Vertragsärzten implizieren die monistische Finanzierung, die auch eine bessere Ressourcenallokation verspricht. Andernfalls legen Wettbewerbsaspekte Vergütungsabschläge bei stationären gegenüber ambulanten Einrichtungen nahe.

55. Mit Ausnahme des obligatorischen Angebotes einer hausarztzentrierten Versorgung basieren alle besonderen Versorgungsformen auf Verträgen und damit auf Einigungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Bei den entsprechenden Verhandlungsprozessen gingen die Initiativen schon in der Vergangenheit, d. h. seit den Anfängen von Strukturverträgen und Modellvorhaben, von beiden Seiten aus. Dabei führt vor allem eine frühzeitige Einbindung der Vertragsärzte zu einer höheren Akzeptanz, die neben der Compliance der Patienten eine wesentliche Voraussetzung für eine Ausschöpfung des Verbesserungspotentials bei der Einführung von neuen Versorgungskonzepten bildet. So akzeptieren die Vertragsärzte in der Regel nur netzinterne Arzneimittel-Positivlisten, an deren Erstellung und Fortschreibung sie selbst mitgewirkt haben. In diesem Kontext gilt im Sinne einer dynamischen Weiterentwicklung der Versorgungsprozesse auch, im Vertrag eine enge Festlegung der jeweiligen Zuständigkeiten zu vermeiden. Die Verträge sollten für Anpassungsmöglichkeiten an den medizinisch-technischen Fortschritt und für Lerneffekte aus Evaluationsergebnissen offen bleiben.

56. Die Tätigkeit der Leistungserbringer gründet sich bei der ambulanten und stationären Versorgung im Rahmen der Kollektivverträge auf einmalige Zulassungsakte, im

Zuge selektiven Kontrahierens dagegen auf Einzelverträge. Dabei stützt sich die Zulassung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zur Versorgung in der GKV nicht primär auf Qualitätskriterien, sondern auf regionale Kapazitätsberechnungen. Die zu einer bestimmten Zeit zugelassenen Leistungserbringer bzw. *beati possedentes* zeichnen sich daher nicht zwangsläufig durch eine höhere Qualität aus als jene, die bisher (noch) von der Teilnahme an der Versorgung ausgeschlossen blieben. Aus diesem Grund und auch, um den Qualitätswettbewerb zu fördern, sollten auch jene niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser, die derzeit über keine Zulassung verfügen, aber die spezifischen Qualitätsanforderungen erfüllen, mit den Krankenkassen selektiv kontrahieren können (so auch GA 2005, Ziffer 109). Ein Ausschluss an der Versorgung in der GKV von Leistungserbringern, die qualitativen Anforderungen nachweislich eher als andere genügen, lässt sich mit einem zielorientierten Wettbewerb nicht vereinbaren.

57. Da die strukturierten Behandlungsprogramme eine Variante integrierter Versorgung darstellen, gibt es keine überzeugenden Gründe, die DMP von der übrigen integrierten Versorgung zu trennen und mit anderen finanziellen Anreizmechanismen zu versehen. Bei einem hinsichtlich der Morbiditätsindikatoren ausdifferenzierten RSA erübrigt sich eine Anbindung der DMP an den RSA ohnehin, wobei die entsprechende Regelung im GKV-WSG allerdings noch viele Fragen offen lässt. Bei geltendem RSA, der hinsichtlich der Morbiditätsstruktur im Wesentlichen nur Alter und Geschlecht ausgleicht, bedarf es zusätzlicher Anreize, um Krankenkassen zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung chronisch Kranker zu bewegen. Unter diesen Bedingungen bietet es sich an, die DMP in die integrierten Versorgungsformen einzugliedern und deren Anschubfinanzierung mit der hier vorgesehenen zeitlichen Befristung zu erhöhen.

58. Die Regelung des § 73b SGB V, nach der die Krankenkassen ihren Versicherten eine besondere hausärztliche bzw. hausarztzentrierte Versorgung anbieten müssen, widerspricht sowohl ordnungspolitischen Vorstellungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs als auch der Integrationsidee. Unter Wettbewerbsaspekten reicht es völlig aus, wenn die Krankenkassen über die Möglichkeit zu einem solchen Angebot verfügen. Sofern die hausarztzentrierte Versorgung gegenüber alternativen Versorgungsformen in den Augen der Versicherten bzw. Patienten komparative Vorteile aufweist und zu mehr Effizienz und Effektivität führt, besitzen die Krankenkassen ohnehin ein virulentes (Eigen-)Interesse an dieser Versorgungsform. Die hausarztzentrierte Versorgung sollte wie ihre allfälligen Alternativen eine faire Chance im Wettbewerbsprozess erhalten, aber keine Privilegierung genießen. Für Krankenkassen, die eine hausarztzentrierte Versorgung ohne gesetzlichen Zwang nicht anbieten würden, laufen die entsprechenden

Aufwendungen teilweise auf eine Ressourcenverschwendung hinaus. Die empirischen Erfahrungen in der Schweiz und den USA sprechen ebenfalls dagegen, den Krankenkassen das Angebot einer bestimmten Versorgungsform vorzuschreiben, statt die Wahl der Modelle dem Wettbewerb als Suchprozess zu überlassen. Für die Verpflichtung des Angebots einer hausarztzentrierten Versorgung mögen auf der Grundlage der geltenden Versorgungsstrukturen prima vista einige Kostenaspekte sprechen, diese Vorgabe entspricht aber letztlich mehr einem fragmentierten als einem integrierten Versorgungsmodell. In letzterem nimmt die hausarztbasierte Versorgung einen zentralen Platz ein, aber nicht als isoliertes und segmentiertes Institut, sondern angereichert um zahlreiche Module in einem integrierten Netzwerk. Sofern keine sektorübergreifenden Finanzierungsvereinbarungen zustande kommen, sollten zumindest bei der hausärztlichen Honorierung Komplexpauschalen, die Behandlungs-, Betreuungs- und Beratungsleistungen abdecken, Anwendung finden.

59. Da die gesetzlichen Regelungen bei den integrierten Versorgungsformen und vor allem bei den DMP starke finanzielle Anreize setzen, nahm das Interesse der Vertragsparteien an den Modellvorhaben, die am ehesten dezentrale Suchprozesse intendieren und zudem eine Begleitforschung erfordern, verständlicherweise spürbar ab. Eine Begleitforschung durch unabhängige Sachverständige erscheint aber auch bei den integrierten Versorgungsformen, zumindest bei strittigen oder aufwendigen Projekten, auch insofern erforderlich, als diese in organisatorischer Hinsicht durchaus Neuerungen darstellen können. Andernfalls bleibt auch unklar, ob und inwieweit die einzelnen Modelle die Effizienz und Effektivität der Versorgung verbessern, d. h. Vorzüge gegenüber der herkömmlichen Versorgung aufweisen. Schließlich ergibt sich die Forderung nach einer Evaluation auch aus den Finanzierungsmodalitäten der integrierten Versorgungsformen. Da die Finanzierung nicht über eine spezifische Budgetbereinigung, sondern aus den allgemeinen ambulanten und stationären Töpfen erfolgt, besitzen die mitfinanzierenden Nicht-Vertragspartner ein legitimes Informations- und Schutzinteresse an einer effizienten und effektiven Verwendung der aus den allgemeinen Budgets ausgegliederten Mittel.

Vor dem Hintergrund, dass Projekte zur integrierten Versorgung zunächst Investitionskosten verursachen, die sich erst mit einer teilweise erheblichen zeitlichen Verzögerung in Minderausgaben oder Qualitätsverbesserungen niederschlagen, erscheint die Anschubfinanzierung in Form einer pauschalen sektoralen Budgetbereinigung für einen gewissen Zeitraum eine vertretbare Maßnahme, die sich auch von ihrer Anreizstruktur her bisher als erfolgreich erwies. Sie stellt allerdings hinsichtlich der Verwendung der

ausgegliederten Ressourcen keine verursachungsgerechte Lösung dar. Sie gewährleistet unter Allokationsaspekten nicht, dass allfällige Effizienzgewinne auch bei den Vertragspartnern anfallen, die diese positiven Effekte erzeugen. Hierzu bedarf es einer spezifischen Bereinigung der Gesamtvergütungen um jenen Betrag, den die Versorgung der jeweiligen Netzversicherten in der herkömmlichen Versorgung im Rahmen des kollektiven Systems gekostet hätte. Für die Beurteilung von Effizienz und Effektivität der integrierten Netze bildet die alternative herkömmliche Versorgung im ambulanten und stationären Bereich die Benchmark. Insgesamt gesehen lässt sich die bestehende Anschubfinanzierung sowie (beim geltenden RSA) eine eventuelle Einbeziehung der DMP – dann mit einer Aufstockung der Finanzierung auf 2 % – sogar bis zum Jahre 2010 durchaus rechtfertigen. Danach sollte aber eine spezifische, morbiditätsorientierte Bereinigung der Gesamtvergütungen erfolgen.

60. Ein zielorientierter Vertragswettbewerb setzt auch innerhalb der Behandlungsarten noch einige strukturelle Änderungen voraus. Er bedingt z. B., dass die DRGs im stationären Sektor keine Festpreise darstellen (s. Kapitel 4). Die Krankenkassen können zwar schon im geltenden System nach § 130 Abs. 8 SGB V Rabattverträge mit pharmazeutischen Unternehmen schließen, den Unternehmen bei Preisnachlässen aber mit vertretbarem Verwaltungsaufwand oder ohne Mithilfe der KVen kaum zusätzliche Umsätze garantieren. Die derzeitigen Rabattverträge, die marktbeherrschende Krankenkassenarten mit den (Generika-)Produzenten schließen und mit Hilfe von KVen umzusetzen versuchen, entsprechen neben ihrer wettbewerbsrechtlichen Problematik nicht den Prinzipien eines Vertragswettbewerbs mit selektivem Kontrahieren von Krankenkassen und Leistungsanbietern auf der Mikroebene. Schließlich bleiben ohne eine Suspendierung der Preisspannenverordnung die inländischen (Versandhandels-) Apotheken gegenüber den ausländischen Versandhandelsapotheken diskriminiert.

61. Erweiterte Möglichkeiten selektiven Kontrahierens begünstigen tendenziell sowohl bei den Leistungsanbietern als auch bei den Krankenkassen Konzentrationsprozesse. Diese können je nach den spezifischen Gegebenheiten negative, aber auch positive allokativer Effekte auslösen (siehe auch GA 2005, Ziffer 70ff.). Eine flächendeckende Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau erfordert sicherlich keine ca. 240 Krankenkassen, ca. 21.500 Apotheken oder ca. 2.100 Krankenhäuser. Diese Feststellung gilt unabhängig davon, dass es hier a priori keine optimale Betriebsgröße gibt, sondern diese sich erst im Zuge der Wettbewerbsprozesse einstellt und zudem im Zeitablauf ständig wandelt. Eine Intensivierung selektiven Kontrahierens im Gesundheitswesen bedingt, um die Funktionsfähigkeit des Vertrags- und Versorgungswettbewerbs zu

schützen, die Existenz wettbewerbsrechtlicher Normen, wie das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) und das Gesetz gegen den Unlauteren Wettbewerb (UWG). Die marktbeherrschende Stellung, die Krankenkassen(arten) in einer Region häufig einnehmen, lässt vor allem einzelnen Vertragsärzten und Krankenhäusern kaum die Möglichkeit, sich einer Vertragsbildung zu entziehen.

§ 69 SGB V schloss bisher nach herrschender juristischer Meinung die Anwendung dieser Gesetze völlig aus, was der Stärkung eines zielorientierten Wettbewerbs widerspricht. Die amerikanischen Erfahrungen mit Managed Care-Systemen deuten auf die mittel- bis langfristigen Gefahren unkontrollierter Wettbewerbsprozesse hin. Das GKV-WSG trug diesen Aspekten insoweit Rechnung, als es im Grundsatz die Gültigkeit der §§ 19-21 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen in den § 69 aufnahm. Damit gelten hier die Verbote des Missbrauchs einer marktbeherrschenden Stellung, der Diskriminierung, der unbilligen Behinderung, des Boykotts und des sonstigen Wettbewerbs beschränkenden Verhaltens. Ob diese wettbewerbsrechtlichen Regelungen, die in die Zuständigkeit der Sozialgerichte fallen, künftig für einen funktionsfähigen Wettbewerb ausreichen oder einer Erweiterung bedürfen, gilt es ebenfalls kritisch zu verfolgen.

Exkurs: Ein Weg zur optimalen Allokation von Gesundheitsleistungen

62. Mit dem Ziel einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung schuf, wie in diesem Kapitel dargelegt, der Gesetzgeber in den letzten 10 Jahren zahlreiche Möglichkeiten und Anreize, um im Rahmen medizinischer Behandlung die bisher zu starke Fragmentierung der Leistungssektoren zu überwinden. Die sektorübergreifende Versorgung vermag jedoch per se, vor allem bei divergierenden Interessen, der Leistungserbringer, die Effektivität und Effizienz der Leistungserstellung nicht zu garantieren. Unter Allokationsaspekten setzt die optimale Integration von Gesundheitsleistungen hinsichtlich der Anreizsysteme voraus, dass die jeweiligen individuellen Rationalitäten der Leistungserbringer mit der Systemrationalität einer effizienten und effektiven Patientenversorgung übereinstimmen. Unter idealen ordnungspolitischen Bedingungen bedeutet dies z. B. hinsichtlich der Vergütung, dass Ärzte, die präventive Angebote vernachlässigen oder Patienten zu spät an spezialisiertere Einheiten abgeben, und Krankenhäuser, die eine Selektion der Patienten vornehmen oder diese zu früh entlassen, sich finanziell letztlich selbst schaden würden und angesichts solcher Erwartungen schon aus Eigeninteresse systemgerecht handeln. Diese Überlegungen schießen eine systemgerechte Versorgung aus ethischen Gründen keineswegs aus, aber diese Beweggründe können – wie in allen anderen Ländern und Berufszweigen auch – eine Rahmenordnung mit finanziellen Anreizen zum systemrationalen Handeln nicht ersetzen.

63. Die Bedingungen für eine Angleichung von Individual- und Systemrationalität liegen im Rahmen der gesundheitlichen Leistungserstellung am ehesten bei einer Versorgungseinheit vor, die über ein umfassendes Versorgungsangebot an präventiven und therapeutischen Leistungen verfügt. Sofern eine solche Versorgungseinheit von einer Krankenkasse für bestimmte Leistungen eine Pauschale oder eine sektorübergreifende Komplexpauschale erhält, legt das unternehmerische Kalkül eine effiziente Leistungserstellung nahe. Für die Sicherung der Leistungsqualität bliebe allerdings eine externe Kontrolle unverzichtbar. Zahlt die Krankenkasse

an eine solche umfassende Versorgungseinheit für jeden Versicherten mit befreiender Wirkung eine Jahrespauschale (Capitation), so besitzen die Leistungserbringer – sofern die Versicherten ihr Versorgungsnetz nicht bzw. nur selten wechseln - auch ein Interesse an präventiven Leistungsangeboten und keine Motive für eine nicht indizierte Erhöhung der Fallzahlen sowie nach Einschreibung der Versicherten keine Möglichkeiten zur Risikoselektion. Die Jahrespauschale kann tendenziell eine Morbiditätsorientierung aufweisen, die aber den Anreiz zur präventiven Leistungsangeboten nicht beeinträchtigen sollte.

Eine solche umfassende Versorgungseinheit vereinigt unter einem ‚ökonomischen Dach‘ u. a.

- zur Optimierung klinischer Prozesse im Sinne des Flussprinzips die vier Hospitationsebenen Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation und Low Care unter Einschluss einer teilstationären Versorgung sowie u.U. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik,
- ein angeschlossenes MVZ mit angestellten oder freiberuflich tätigen Ärzten, sowie auch dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte,
- das gesamte Spektrum pflegerischer Tätigkeit,
- alle Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel, wie z.B. Physiotherapie,
- Fachkräfte hinsichtlich präventiver Maßnahmen,
- Verbindungen zu Institutionen der sozialen Arbeit und der Selbsthilfe sowie
- eine Netzapotheker mit Dependancen, die auf der Basis indikationsspezifischer Vertragslisten direkt mit pharmazeutischen Firmen kontrahiert.

64. Die Initiative zu einer solch umfassenden Versorgungseinheit kann von einem Krankenhausbetreiber, was zunächst logistisch nahe liegt, aber auch von einem größeren Verbund von niedergelassenen Ärzten ausgehen. Dabei bietet sich für diese Versorgungseinheiten eine Konzentration ihres Tätigkeitsfeldes auf bestimmte Regionen an. Unter ökonomischen Aspekten erscheint aber auch eine zentrale Bündelung von solchen Versorgungseinheiten aus unterschiedlichen Regionen vorstellbar. Dieses überregional agierende Versorgungsunternehmen könnte in ökonomischer Hinsicht mit einem Markennamen und verbindlichen internen Qualitätsstandards werben und die Vorzüge eines Verbundes von mehreren Teleportal-Kliniken mit einer Schwerpunktlinik nutzen. Die Aufteilung der Einnahmen und Überschüsse innerhalb der (über-)regionalen Versorgungseinheiten bleibt den Unternehmen bzw. den beteiligten Leistungserbringern überlassen. Sie besitzen ein Interesse daran, die Vergütungsformen so auszugestalten, dass die damit verbundenen Anreize mit der Zielsetzung der Versorgungseinheit weit möglich harmonisieren. Gleiches gilt für die Aufgabenverteilung innerhalb der Gesundheitsberufe. Im Rahmen von Gatekeeping und Case Management können Aufgaben und Funktionen je nach Anforderungsprofil qualifikationsgerecht von Ärzten und spezialisierten Pflegekräften übernommen werden. Ein mitlaufendes medizinisches und ökonomisches Controlling ermöglicht allfällige Lern- und zügige Anpassungsprozesse.

65. Die Entstehung und Ausdehnung von Versorgungseinheiten, die ein Vollsortiment an ambulanten und therapeutischen Leistungen anbieten, geht auf der Seite der Leistungserbringer – und mittelbar möglicherweise auch bei den Krankenkassen – mit einer deutlichen Verstärkung der derzeit bereits vorhandenen Konzentrationsprozesse einher. In Ballungsräumen können noch mehrere solcher Versorgungseinheiten miteinander konkurrieren, in dünner besiedelten Gebieten fehlen hierfür die notwendigen Angebotskapazitäten. Sofern allerdings die Transparenz über die Leistungsqualitäten in Verbindung mit einem Outcome-Management der Versorgungseinheiten zunimmt, stehen auch Leistungsanbieter unterschiedlicher Regionen zumindest mittelbar in einem Leistungswettbewerb. Je mehr Transparenz die Versicherten und Patienten über allfällige Leistungsqualitäten besitzen, um so eher dürften sie bei nicht-zeitkritischen Eingriffen die Kompetenz spezialisierter Leistungserbringer den Annehmlichkeiten einer wohnortnahen Behandlung vorziehen. Die Veröffentlichung und Verbreitung von Qualitätsdaten mit Hilfe entsprechender Indikatoren bildet eine wesentliche Voraussetzung, um einen – auch überregionalen – Qualitätswettbewerb im Gang zu setzen und zu intensivieren. Zudem können in grenznahen Gebieten von qualifizierten ausländischen Leistungserbringern wettbewerbsstimulierende Impulse ausgehen. Gleichwohl stellt sich trotz der noch verbleiben-

den Wettbewerbselemente bei regional umfassenden Versorgungseinheiten gegenüber dem Status quo verschärft die Problematik gesamtwirtschaftlich nachteiliger Konzentrationsprozesse. Damit fällt der wettbewerblichen Aufsicht eine in ihrer Bedeutung stark gestiegene Kontrollfunktion zu.

4. Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung

66. Das in Artikel 20 des Grundgesetzes verankerte Sozialstaatsprinzip ist die Basis der unverrückbaren Verantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Im Koalitionsvertrag wurde festgelegt, dass mit dem Auslaufen der Konvergenzphase des G-DRG-Systems (German Diagnosis Related Groups) zum Ende des Jahres 2008 der ordnungspolitische Rahmen der Versorgung mit Krankenhausleistungen neu gestaltet werden soll. Dies nimmt der Sachverständigenrat zum Anlass, sich erneut mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

67. Seit vielen Jahren wird diskutiert, ob Krankenhausleistungen bedarfsgerecht und wirtschaftlich erbracht werden. Trotz Bettenabbau liegt Deutschland im internationalen Vergleich noch immer deutlich über dem europäischen Durchschnitt in der Bettendichte und Verweildauer. Die Bettenauslastung ist in den vergangenen Jahren weiter gesunken und lag im Jahr 2005 bei nur noch 75,6 %. Diese Zahlen deuten daraufhin, dass Überkapazitäten existieren. Parallel dazu ziehen sich die Länder immer stärker aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zurück. Seit dem Jahr 1991 sind die bereinigten Kosten der Krankenhäuser nominal um rund 52 % gestiegen, während die Länder die öffentliche Investitionsförderung nach § 9 KHG um mehr als 25 % reduziert haben (Stand: 2006). Offenbar gelingt es der öffentlichen Hand kaum noch, die vorhandene Krankenhausstruktur mit ausreichend Investitionsmitteln zu versorgen.

Die zur gleichen Zeit beklagten Überkapazitäten und Investitionsdefizite legen den Schluss nahe, dass eine zielorientierte Steuerung des Krankenhauswesens bisher nur unzureichend gelungen ist. Das Ende des Selbstkostendeckungsprinzips, das mit dem In-Kraft-Treten des Gesundheitsstrukturgesetzes im Jahr 1993 eingeleitet wurde, war ein Schritt in die richtige Richtung. Allerdings ist es Bund und Ländern bisher nicht gelungen, auch die anderen zentralen Elemente des ordnungspolitischen Rahmens der Versorgung mit Krankenhausleistungen zu reformieren – die der Krankenhausplanung und der öffentlichen Investitionskostenförderung durch die Länder.

Krankenhäuser im Kontext des Fallpauschalensystems

68. In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich die Finanzierung der laufenden Betriebs- und Behandlungskosten in den deutschen Krankenhäusern grundlegend verändert. Mit dem Ziel, eine leistungsgerechte Verteilung der finanziellen Ressourcen zu erreichen,

wurde die seit 1972 übliche Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze in mehreren Reformschritten von einem pauschalierenden, fallbezogenen und kostenhomogenen Finanzierungssystem abgelöst. Die Einführung des Fallpauschalensystems sollte dabei neben der Steigerung der Transparenz im Krankenhaussektor eine verbesserte Allokation der Finanzmittel innerhalb des Krankenhauses, aber auch zwischen den Krankenhäusern erreichen. Zudem zielte die Einführung von Fallpauschalen darauf ab, die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize zur nicht bedarfsgerechten Verlängerung der Verweildauer zu beseitigen und damit die Effizienz des Krankenhaussektors zu erhöhen.

Das G-DRG-System wurde als lernendes System konzipiert. Seine Einführung basiert auf den budgetneutral ausgestalteten Übergangsjahren 2003 und 2004 und der sich anschließenden Konvergenzphase. Diese erstreckt sich von 2005 bis 2008 und zielt darauf ab, ab 2009 grundsätzlich alle Krankenhausleistungen innerhalb eines Bundeslandes mit einem landeseinheitlichen Basisfallwert zu vergüten, so dass im Ergebnis gleiche Preise für vergleichbare Krankenhausleistungen bezahlt werden.

69. Die Einführung eines neuen, umfassenden Vergütungssystems stellte die zuständigen Akteure vor große Herausforderungen. Nachdem anfängliche Schwierigkeiten bei der Implementation und Weiterentwicklung des Systems überwunden werden konnten, rechnen inzwischen rund 1.770 Akutkliniken in Deutschland nach DRG-Fallpauschalen ab. Auch das Zusammenwirken der Akteure bei der Umsetzung des G-DRG-Systems hat in den vergangenen Jahren zunehmend an Routine gewonnen. Insgesamt hat sich das System in den wenigen Jahren seit seiner Einführung durch große Anstrengungen seitens der Selbstverwaltung, des Ministeriums aber auch seitens der einzelnen Krankenhäuser und ihrer Beschäftigten von einer Adaption des australischen DRG-Systems zu einem auf die deutsche Versorgungssituation angepassten eigenständigen Fallpauschalensystem entwickelt, das in dieser Breite und Tiefe im internationalen Vergleich einzigartig ist.

Im Rahmen des lernenden Systems hat das deutsche Fallpauschalensystem in den vergangenen Jahren eine immer größere Abbildungsgenauigkeit und Leistungsgerechtigkeit erreicht. Unter anderem ist dies darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der DRGs seit Einführung des Katalogs um fast 40 % zugenommen hat und es gleichzeitig zu einer deutlich stärkeren Spreizung der Bewertungsrelationen gekommen ist. Auch dies ist ein Hinweis drauf, dass sich der zu Beginn der Einführungsphase immer wieder kritisierte Kompressionseffekt im G-DRG-System deutlich verringert hat, wodurch ur-

sprünglich höherwertige Leistungen in der Abrechnung benachteiligt waren. Dass das aktuelle G-DRG-System eine trennschärfere Abbildung von Behandlungsleistungen ermöglicht als noch zu seiner Einführung 2003, zeigt sich auch am Ausmaß der Varianzreduktion (R^2) die den Anteil der Kostenstreuung misst: Hier erreicht das System - nach Ausschluss der Ausreißer - inzwischen einen bemerkenswerten Erklärungsgrad von über 80 %.

Neben den positiven Seiten zeigen sich bei der Weiterentwicklung des deutschen Fallpauschalensystem aber auch problematische Tendenzen: Hierzu zählt insbesondere die stark gestiegene Zahl der Zusatzentgelte. Diese vermindern die Abdeckungsquote des Systems, bieten ein Einfallstor für die Einzelleistungsvergütung bzw. Selbstkostendeckung in das pauschalierende System und setzen so erhebliche Anreize zur Mengenausweitung.

70. Fünf Jahre nach der Einführung des neuen Entgeltsystems sind noch keine abschließenden Aussagen zu den Wirkungen des G-DRG Systems möglich. Das liegt auch an der bisher noch nicht in zufriedenstellender Form erfolgten Umsetzung des Begleitforschungsauftrags durch die Selbstverwaltung. Dennoch kann festgehalten werden, dass sich die Zielparame- ter der Reform - Verweildauerverkürzung, Stärkung von Transparenz sowie Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung - positiv entwickelt haben. Ob dies auch für die Qualität der erbrachten Leistungen bzw. die Realisierung der gesundheitlichen Outcomes gilt, bleibt angesichts bisher fehlender Evidenz offen.

Hinsichtlich der Transparenz haben die Dokumentations- und Kodiererfordernisse des G-DRG-Systems dazu geführt, dass Kosten- und Leistungsstrukturen der stationären Versorgungseinrichtungen transparenter geworden sind und dass mit den Daten nach § 21 KHEntgG Informationen zum stationären Leistungsgeschehen zur Verfügung stehen, die nicht nur eine vergleichende Positionsbestimmung zwischen den Krankenhäusern erlauben, sondern bei kritischem Gebrauch auch einen wertvollen Ausgangspunkt für die Qualitätssicherung bieten.

Im Hinblick auf die Verweildauern ist im Kontext des G-DRG-Systems insgesamt ein weiterer Rückgang jedoch keine Beschleunigung der Verweildauerverkürzung festzustellen. Hierbei dürfte eine zentrale Rolle gespielt haben, dass die mittlere Verweildauer in den ersten Jahren der G-DRG Einführung vergleichsweise hoch war, so dass jene Krankenhäuser, die bereits Verweildauerverkürzungen erreicht hatten, wegen der auf der Kalkulationsstichprobe basierenden hohen unteren Grenzverweildauern wenig An-

reize zur weiteren Verweildauersenkung hatten. Hinzu kommt, dass durch die zunehmende Verlagerung von leichten stationären Fällen in den ambulanten Bereich viele Fälle mit einer unterdurchschnittlichen Verweildauer nicht mehr in die Verweildauerstatistik einbezogen wurden. Jenseits des generellen Trends gibt es jüngst allerdings auch Hinweise auf eine überdurchschnittlich starke Verweildauerreduktion bei den Fallpauschalen, die einen hohen Anteil an Verlegungen in den Rehabilitations- bzw. Pflegesektor aufweisen – vor allem im orthopädischen und kardiologischen Bereich. Perspektivisch ist auch auf der Basis von internationalen Evidenzen von einem weiteren Rückgang der Verweildauern auszugehen.

Aufgrund des im Kontext des G-DRG-Systems intensivierten Wettbewerbs der Krankenhäuser um Patienten haben die stationären Einrichtungen in den vergangenen Jahren große Anstrengungen im Hinblick auf die Verbesserung ihrer Wirtschaftlichkeit unternommen. Neben der Optimierung von Kostenstrukturen - beispielsweise durch horizontale Kooperationen (z. B. im Rahmen von Einkaufsverbänden oder krankenhausübergreifenden Laboreinrichtungen) – stand hierbei auch die Optimierung der Leistungserbringung im Fokus. Diese wurde u. a. durch eine stärkere Standardisierung von Arbeitsabläufen, eine Aufwertung des Aufnahmemanagements bzw. durch einen neuen Professionenmix im Krankenhaus erreicht. Zusätzlich zur Kostensenkung und der Optimierung interner Abläufe haben viele Krankenhäuser im Kontext des G-DRG-Systems ihre Wirtschaftlichkeit auch durch eine Veränderung ihres Leistungsspektrums verbessert. Hier zeigen sich vor allem drei Trends: Erstens die Reorganisation der Behandlungsabläufe (z. B. *clinical pathways*), zweitens die zunehmende Spezialisierung des Leistungsspektrums, v. a. durch eine Konzentration auf die Kernkompetenzen des jeweiligen Krankenhauses, und drittens ein Trend zur zunehmenden Betonung von Qualitätsaspekten. Allerdings dokumentiert das Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP), in dem Ärzte und Pflegepersonen sowie Patienten zur Einführung der Fallpauschalen befragt werden, auch massive Befürchtungen bezüglich der Auswirkungen der G-DRGs auf die Arbeitssituation im Krankenhaus und die Qualität der Versorgung.

Investitionskostenfinanzierung

71. Seit dem Jahr 1972 werden zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser deren Investitionskosten über öffentliche Fördermittel der Länder und die Betriebskosten durch die Krankenkassen finanziert (duale Finanzierung). Dem liegt die Idee zu Grunde,

dass für die Errichtung und Modernisierung der Krankenhäuser die öffentliche Hand zuständig sei und nur die Inanspruchnahme durch die Patienten von deren Krankenversicherung getragen werden soll. Mit Hilfe der öffentlichen Förderung der Investitionskosten von Krankenhäusern ist es wiederholt gelungen, einen Investitionsstau zu überwinden und Krankenhäuser dem aktuellen Stand der medizinisch-technischen Möglichkeiten anzupassen.

72. Demgegenüber sind folgende Mängel der dualen Finanzierung anzuführen: Hauptursachen für die Überkapazitäten und die vermutete Unwirtschaftlichkeit waren in erster Linie die bettenorientierte Krankenhausplanung in Verbindung mit dem Selbstkostendeckungsprinzip sowie die Finanzierung über tagesgleiche Pflegesätze. Der Übergang zu leistungsorientierten Fallpauschalen hat bereits in der Konvergenzphase zu einer deutlichen Veränderung der Anreize geführt, die eine wirtschaftlichere Leistungserstellung induzieren. Die öffentliche Investitionskostenförderung, insbesondere die Einzelförderung, bedingt allerdings eine externe Bürokratisierung der Investitionsentscheidungen von Krankenhausträgern. In einem zunehmend wettbewerblich orientierten Umfeld ist es für die Krankenhausträger wichtig, schnell und selbstbestimmt über notwendige Umstrukturierungsmaßnahmen entscheiden zu können. In Verbindung mit der Krankenhausplanung der Länder hat die öffentliche Investitionskostenförderung auch zur vielbeklagten Abschottung der Sektoren im deutschen Gesundheitswesen beigetragen, da die ambulante und die stationäre Versorgung jeweils von unterschiedlichen Institutionen gesteuert werden. Zudem werden die Allokationsentscheidungen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung beeinflusst: Während in der ambulanten Versorgung die Investitionen der Leistungserbringer vollständig aus der Vergütung der Krankenkassen finanziert werden müssen, tragen die Krankenkassen in der stationären Versorgung nur die Betriebskosten. Die relativen Preise zwischen ambulanter und stationärer Versorgung werden somit tendenziell verzerrt. Im Zusammenhang mit der öffentlichen Investitionsförderung wird auch sachfremde Einflussnahme auf die Bewilligung von Investitionen der Krankenhäuser beklagt: Nicht nur die bauliche Substanz oder der Versorgungsauftrag würden über die Höhe der Investitionsförderung entscheiden, sondern auch Verhandlungsgeschick der Krankenhausträger und gute Kontakte zu politischen Entscheidungsträgern. Die Länder ziehen sich überdies immer stärker aus der öffentlichen Investitionskostenförderung zurück, wodurch sich faktisch die Krankenhausfinanzierung schleichend zu einer Monistik entwickelt.

Privatisierungstendenzen und Wettbewerb

73. In den letzten Jahren zeichnet sich neben der Schließung und der Fusion von Krankenhäusern in der deutschen Krankenhauslandschaft auch ein Trend zur zunehmenden materiellen Privatisierung von Krankenhäusern ab: Seit Anfang der 1990er hat sich der Anteil der Allgemeinkrankenhäuser in privater Trägerschaft von 14,8 % auf 26 % erhöht, während der Anteil öffentlicher Krankenhäuser von 46,0 % auf 35,1 % und der der freigemeinnützigen von 39,1 % auf 38,6 % zurückgegangen ist. Zwar wird dieses Bild dadurch relativiert, dass im Jahr 2005 noch immer über die Hälfte aller Betten in öffentlicher und nur rund 11 % in privater Trägerschaft waren; aber auch im Bereich der Betten ist die Verschiebung im Trägermix klar erkennbar. Dabei wird der Trend zur materiellen Privatisierung, der zuletzt auch die Universitätskliniken erfasst hat, von einem Trend zu formellen Privatisierungen komplettiert. So ist die Anzahl der rechtlich unselbstständigen öffentlichen Krankenhäuser (z. B. Eigen- oder Regiebetriebe) in den letzten Jahren stetig zurückgegangen, während gleichzeitig die öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form (z. B. GmbH/gGmbH) zugenommen haben.

74. Die beschriebene Tendenz zur Privatisierung von stationären Einrichtungen wird von einer Zunahme bei den Zusammenschlüssen von Krankenhäusern begleitet. Diese Entwicklung beschränkt sich keinesfalls auf die privaten Einrichtungen, sondern kann ebenso bei den öffentlichen und der freigemeinnützigen Krankenhäusern beobachtet werden. Dennoch ist der Trend zur Kettenbildung, d.h. zum Zusammenschluss mehrerer Krankenhäuser unter einem gemeinsamen Dach, derzeit bei der Betrachtung des privaten Sektors am offensichtlichsten.

75. Neben Privatisierung und Kettenbildung ist ein Hauptmerkmal der jüngsten Veränderungen der deutschen Krankenhauslandschaft der zunehmende Wettbewerb zwischen den Häusern. Diese konkurrieren vor dem Hintergrund von Überkapazitäten, sinkender Verweildauern und der Vergütung durch Fallpauschalen zunehmend um Patienten. Diese Verstärkung des Wettbewerbs führt zusammen mit den oben beschriebenen Trends u. a. auch dazu, dass das Kartell- und Wettbewerbsrecht einen größeren Stellenwert im deutschen Kliniksektor einnimmt. Dies gilt insbesondere seit den ersten Untersagungen von Krankenhausfusionen durch das Bundeskartellamt, das im Laufe der vergangenen zwei Jahre den Erwerb der Kreiskrankenhäuser in Neustadt und Mellrichstadt bzw. Eisenhüttenstadt durch die Rhön-Kliniken AG, sowie den Erwerb des Kreiskrankenhauses Wolgast durch das Universitätsklinikum Greifswald untersagt hat. Es ist davon auszugehen, dass sich Privatisierung, Kettenbildung und Wettbewerb im Krankenhaussektor in der auslaufenden Konvergenzphase und darüber hinaus fortsetzen bzw. ver-

stärken werden – wenngleich die Prognosen über die Anzahl der Krankenhausschließungen, die konkreten Veränderungen der Trägerstruktur und den weiteren Konzentrationsprozess im Detail zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Auf Basis der verstärkten Reformbemühungen und Anstrengungen seitens der öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhausträger ist jedoch nicht zu erwarten, dass die beobachtbare Zunahme privater Krankenhausträger zu einer vollständigen Privatisierung der deutschen Krankenhauslandschaft führen wird. Auch die Entwicklungen in den USA legen den Schluss nahe, dass freigemeinnützige und öffentliche Kliniken weiterhin eine zentrale Rolle in der stationären Versorgung spielen werden.

4.1 Empfehlungen zum Krankenhauswesen

Von der Detailplanung zur Rahmenplanung

76. Die Krankenhausplanung der Länder wird zunehmend von den Entwicklungen in der Krankenhauslandschaft überholt. Während sich die Länder aus der Investitionskostenförderung weiter zurückziehen, erlauben die Überschussmöglichkeiten des G-DRG-Systems und der anhaltende Privatisierungstrend den Krankenhäusern, eigenständige Investitionsvorhaben zu verwirklichen. Gleichzeitig trägt das selektive Kontrahieren im Rahmen der integrierten Versorgung dazu bei, dass verstärkt auf der Mikroebene zwischen Kostenträger und Leistungserbringer über die Bereitstellung und Finanzierung der Krankenhausleistungen verhandelt wird. Dieser Trend zu einer dezentralen Koordination zwischen den Leistungserbringern, Krankenkassen und der Nachfrage der Patienten ist politisch gewollt und Ausdruck eines gewandelten Rollenverständnisses des Staates, bei dem der Staat weniger eine Erfüllungsverantwortung als vielmehr eine Gewährleistungsverantwortung wahrnimmt. An die Stelle einer detaillierten Angebotsplanung und -finanzierung im Rahmen der Einzel- und Pauschalförderung durch die Länder tritt eine Krankenhaus-Rahmenplanung, die den Krankenhäusern weitgehende Autonomie gestattet, aber gleichzeitig einen ordnungspolitischen Rahmen setzt, der die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Leistungen sicherstellt. Für zukünftige Krankenhausplanung müssen die für die Überwachung des Versorgungsgeschehens erforderlichen Daten zur Verfügung stehen.

77. Die Krankenhausplanung ist Aufgabe der Bundesländer und wird in den jeweiligen Landeskrankengesetzen näher geregelt, wodurch den Ländern ein großer Spielraum verbleibt. Mittlerweile sind einige Bundesländer nach eigenen Angaben zu einer Rah-

menplanung übergegangen. Auch in Zukunft wird sich die Krankenhausplanung der Länder eher graduell weiterentwickeln. Insofern sollten die Empfehlungen des Rates als eine Perspektive verstanden werden, an der sich die Länder orientieren können. Folgende Prämissen liegen den Empfehlungen zu Grunde:

- Das G-DRG-System wird nach dem Ablauf der Konvergenzphase als ein Festpreis- oder Höchstpreissystem mit einem einheitlichen Landesbasisfallwert weitergeführt. Dadurch wird ein leistungsorientiertes Entgeltsystem in der stationären Versorgung umgesetzt, das den Krankenhäusern erlaubt, entsprechend der eigenen Kostenstruktur Überschüsse zu erzielen. (s. Ziffer 94ff.)
- Die duale Finanzierung der Investitionskosten wird schrittweise zugunsten einer monistischen Finanzierung aufgegeben, wodurch die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, autonom über ihre Investitionen zu entscheiden. (s. Ziffer 91ff.)
- Die integrierte Versorgung – und damit auch das selektive Kontrahieren zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen – entwickelt sich zu einem wesentlichen Bestandteil der Regelversorgung. (s. Kapitel 3)

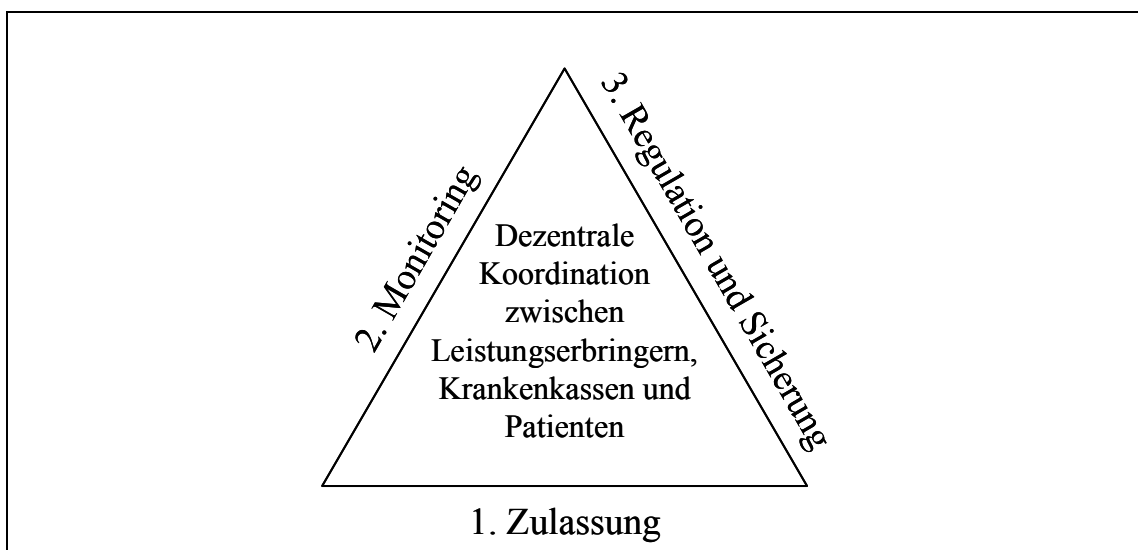
78. Die Gewährleistungsverantwortung des Staates sollte sich in Zukunft nicht mehr in einer Angebotsplanung sondern in einem Angebotsmonitoring ausdrücken. Das primäre Ziel des Angebotsmonitoring durch die Bundesländer muss es sein, Unterversorgung mit Krankenhausleistungen zu vermeiden. Dagegen kann ein Überangebot im Allgemeinen toleriert werden; denn im Rahmen eines einheitlichen, leistungsorientierten Fallpauschalensystems, in dem auch die Investitionskostenbestandteile enthalten sind, wird die Versicherungsgemeinschaft nicht durch eine doppelte Vorhaltung zusätzlich belastet, wenn der ‚Preis‘ für die Erbringung der Leistungen wie in einem Festpreissystem überall identisch ist. Dabei ist es die Aufgabe von Krankenkassen und Ärztekammern, einer möglicherweise nicht medizinisch indizierten Ausweitung der Fallzahlen entgegenzuwirken.

79. Drei zentrale Elemente sollte eine Krankenhaus-Rahmenplanung umfassen (Abbildung 1):

1. Die Zulassung von Krankenhäusern zur Versorgung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenkasse,
2. das Monitoring der Versorgungsstrukturen bezüglich der Kapazitäten, des Zugangs und der Qualität der erbrachten Leistungen, und

3. die Regulation und Sicherung der Versorgung mit Krankenhausleistungen im Falle einer festgestellten oder drohenden Unterversorgung.

Abbildung 1: Elemente einer Rahmenplanung durch die Bundesländer



Quelle: Eigene Darstellung

80. Zulassung: In einem leistungsorientierten Fallpauschalensystem, in dem die Investitionskosten enthalten sind, bedarf es für die Krankenhausplanung keiner Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Bedarfsgerechtigkeit mehr, da das Risiko einer mangelnden Nachfrage auf die Leistungserbringer übergeht. Daher sollte auch das Zulassungsverfahren für Krankenhäuser geändert werden, die an der Versorgung der gesetzlich Versicherten teilnehmen wollen. Es wäre dann nur noch notwendig sicherzustellen, dass das Krankenhaus in der Lage ist, stationäre Leistungen mit ausreichender Qualität und insbesondere Sicherheit zu erbringen. Gleichzeitig kann die Zulassung an Vorgaben geknüpft werden, die dazu beitragen, dass die Länder auch in Zukunft einen gestalterischen Einfluss auf die Versorgungsstrukturen ausüben können – beispielsweise durch Offenlegungspflichten.

81. Monitoring: Mit der Aufgabe des Selbstkostendeckungsprinzips und dem Übergang zu einer fallpauschalierten Vergütung stationärer Leistungen haben sich die ökonomischen Anreize für die Krankenhäuser grundlegend verändert. In Zukunft muss ein

Krankenhaus daran interessiert sein, ein möglichst großes Einzugsgebiet abzudecken, um effizient arbeiten zu können. Gleichzeitig fördert die Mindestmengenregelung eine Schwerpunktbildung unter den Krankenhäusern. Aufgrund dieser Anreize muss mit einer Zentralisierung der Krankenhausstruktur gerechnet werden, die die Qualität der erbrachten Leistungen steigern kann, aber gleichzeitig den Zugang der Versicherten tendenziell erschwert. Eine Unterversorgung mit stationären Leistungen kann sich folglich in drei Dimensionen ausdrücken: in zu knapp bemessenen Kapazitäten, in einer unzumutbaren Entfernung des Angebots (Zugang) und in einer zu geringen Qualität der erbrachten Leistungen.

82. *Monitoring der Kapazitäten:* Mögliche Bettendefizite werden in erster Näherung angezeigt, wenn neu aufgenommene Patienten einen oder mehrere Tage nur provisorisch in Betten oder Liegen auf den Gängen eines Krankenhauses untergebracht werden. Mit Hilfe von Patientenbefragungen ließen sich solche Umstände kontrollieren. Auch die Wartezeiten für elektive Behandlungen sowie die Wiederaufnahmeraten mit gleicher Diagnose geben weitere Hinweise auf eine Unterversorgung. Da die Kapazitäten zur Erbringung von stationären Leistungen kurzfristig nicht geändert werden können, ist es notwendig, schon vorab Prognosen zur Entwicklung der Bevölkerungsdichte und der Morbidität zu erstellen. Der Rat empfiehlt weiterhin funktionsbezogene und regionalisierte Bedarfsanalysen. Die Methoden für solche Prognosen werden ständig weiterentwickelt und finden in unterschiedlichem Maße bereits heute Eingang in die Krankenhausplanung der Länder. Der wirtschaftliche Druck, der auf den Krankenhäusern lastet, geht einher mit der Gefahr, dass Krankenhausträger einige ihrer Standorte schließen müssen. Aus diesem Grunde wird es für das Monitoring der Länder wichtig sein, die Folgen von Krankenhausschließungen für das Versorgungsgeschehen im Detail abzuschätzen. Der Rat empfiehlt daher Konzepte für einen Soll/Ist-Vergleich der Krankenhausversorgung zu entwickeln, die die Daten über die Krankenhausversorgung, die Bevölkerungsverteilung, die geographischen Bedingungen sowie die Rahmenbedingungen wie Mindestmenvorgaben und notfallmedizinische Leitlinien berücksichtigen. Der Rat empfiehlt, diese Daten in Zukunft sorgfältig mit den Methoden der Versorgungsforschung zu beobachten. Es darf der richtige Zeitpunkt für eine Gegensteuerung nicht verpasst werden, da die Gefahr besteht, dass die Bettenzahlen in Deutschland in einigen Regionen möglicherweise zu schnell oder zu weit absinken.

83. *Monitoring des Zugangs:* Die Formulierung eines speziellen Indikators ‚Zugang zu Gesundheitsleistungen‘ könnte in Zukunft als Element der Krankenhaus-Rahmenplanung von den Ländern und von regionalen Krankenhaus-Konferenzen zusammen mit

dem Mindestmengenindikator verwendet werden. International werden Zugangsindikatoren bereits verwendet. Der Indikator sollte folgenden Anforderungen gerecht werden:

- Er wird in erster Linie in seiner geographischen Dimension verwendet, wobei die Entfernung vom Wohnort bis zum Behandlungsort einer Fahrtzeit entspricht, welche die lokalen Verkehrsgegebenheiten berücksichtigen muss.
- Notfall- und Elektivindikationen werden unterschieden, weiterhin akute (z.B. Herzinfarkt) und chronische (z.B. chronische Herzinsuffizienz) Erkrankungen.
- Der Indikator ‚Zugang‘ wird stellvertretend für einzelne Erkrankungen und Eingriffe (*tracer*) dargestellt:
 - Notfallmedizin (Intensivstation),
 - Geburtshilfe (Normalrisiko-Geburten),
 - Viszeralchirurgie (Grundversorgung),
 - Ambulant erworbene Pneumonie,
 - Chronische Herzinsuffizienz,
 - Vorhaltung einer 24h-Katheter-Bereitschaft zur Versorgung eines akuten Myokardinfarkts,
 - Onkologisches Zentrum (ohne Strahlentherapie),
 - Knochenmarkstransplantation.
- Der Indikator soll Gegebenheiten der Strukturpolitik berücksichtigen – z. B. regionale Zentren zur Kompetenzbündelung,
- und Konkurrenz zulassen, etwa indem die Entfernung zu einem zweiten Behandlungsort berücksichtigt wird, sodass keine Monopole entstehen.

84. *Monitoring der Qualität:* Um neben den Kapazitäten und dem Zugang auch die Qualität der Versorgung sicherzustellen, empfiehlt der Rat, ergänzend zu den auf die Leistungserbringer gerichteten institutionellen Indikatoren auch *area*-Indikatoren zu berücksichtigen, die die Gesamtversorgung in einer Region beschreiben. Dabei sollte eine transsektorale Perspektive eingenommen werden. Die *area*-Indikatoren können in

drei Gruppen eingeteilt werden, die die Inanspruchnahme von Leistungen, die Einweisungsrates ins Krankenhaus und die Patientensicherheits-Indikatoren (PSI) betreffen. Besonders geeignet sind Indikatoren, die die Qualität der Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors gut beschreiben, wie die Einweisungsrates von Asthma-Patienten oder die Einweisung von Patienten mit bakterieller Pneumokokken-Pneumonie bei nicht flächendeckend durchgeführten Impfungen. Durch die ‚fachlich unabhängige Institution‘ nach § 137a SGB V sollten Indikatoren identifiziert werden, die für Deutschland reliabel zu erheben und valide in ihrer Aussage sind.

85. *Regulation und Sicherung:* Um bei einer festgestellten oder drohenden Unterversorgung die stationäre Versorgung sicherzustellen, bieten sich den Ländern mehrere Instrumente an. Die Länder können die Landesgesundheitskonferenzen als Plattform nutzen, um die Ziele der Krankenhaus-Rahmenplanung gemeinsam mit den Akteuren des Krankenhauswesens zu diskutieren. Um bedarfsnotwendige stationäre Leistungen in einigen Regionen aufrechtzuerhalten, in denen sie nicht kostendeckend angeboten werden können, sind in angemessener Schnelligkeit Sicherstellungszuschläge durch die Krankenkassen oder eine Defizitfinanzierung durch staatliche Gebietskörperschaften zu gewähren. Der Rat empfiehlt, Sicherstellungszuschläge nur auf der Basis von bundeseinheitlichen Vorgaben zu vergeben, während die Defizitfinanzierung im Ermessen der Länder liegt.

86. Jenseits des sich gerade in den letzten Jahren beschleunigenden Trägerwandels in der deutschen Krankenhauslandschaft ist die Trägerpluralität gesellschaftspolitisch wünschenswert und sollte daher bestehen bleiben. Vor dem Hintergrund der Ergebnisse US-amerikanischer Forschung zu den Effekten der Trägerschaft auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung im Krankenhaus hält der Sachverständigenrat eine Begleitforschung zu diesem Bereich auch in Deutschland für dringend erforderlich.

87. Was passiert, wenn der Träger eines Krankenhauses seinen Pflichten in der Krankenversorgung ökonomisch oder qualitätsmäßig nicht (mehr) nachkommt? Die Länder sollten für diesen Fall über ausreichend Sanktionsmöglichkeiten verfügen, um zentrale Elemente des Krankenhaus-Rahmenplans, insbesondere in der Notfallversorgung, durchsetzen zu können. Die Sanktionen könnten von einfachen Bußgeldern bis hin zum Entzug der Zulassung bzw. der Ausübung des Heimfallrechts reichen, wenn fundamentale Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben wiederholt missachtet werden.

88. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Wettbewerbs zwischen den Krankenhäusern und den Bestrebungen auch im Krankenhaussektor zu einer stärker wettbewerblich orientierten Struktur zu gelangen, ist es zentral, dass bereits heute dafür Sorge getragen wird, dass hier keine marktbeherrschenden Stellungen auf Seite der Leistungserbringer entstehen. Diese könnten, wie u. a. die Evidenz aus dem US-amerikanischen Kontext zeigt, mittel- und langfristig dem Bemühen des Gesetzgebers um eine Effizienzsteigerung im Krankenhaussektor entgegenstehen. Aus diesem Grund befürwortet der Rat eine konsequente Anwendung der Fusionskontrolle im Krankenhaussektor.

Exkurs: Anforderungen an das Rettungswesen und die Notfallversorgung

89. Das Rettungswesen und die Notfallversorgung werden auch in Zukunft zentral koordiniert werden müssen. Der Sachverständigenrat hat in seinem Gutachten 2003 Band II, Kap. 6.4 ausführlich zum Rettungswesen Stellung genommen und die Notfallversorgung in organisatorischer Abstimmung mit der rettungsdienstlichen Versorgung im Rahmen der ‚Rettungskette‘ als eine der zentralen Krankenhausfunktionen angeführt, die er für modular zusammensetzbar hielt. Seither gibt es einige positive Veränderungen. Insgesamt wurde aber den Empfehlungen des Rats bisher nur vereinzelt nachgekommen.

Es besteht weiterhin Bedarf an Notfallpraxen, die besonders tagsüber den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst entlasten könnten. Integrierte Leitstellen wurden bisher kaum eingerichtet und eine einheitliche Notrufnummer 112 als zentraler Anlaufpunkt für alle medizinischen Notfälle ist immer noch nicht flächendeckend eingeführt.

90. Um die Anforderungen an die räumliche Verteilung der Standorte zur Notfallversorgung zu definieren, ist das Konzept der ‚Hilfsfrist‘ bzw. des ‚therapiefreien Intervalls‘ zu dem Begriff der golden hour weiterentwickelt worden. Dabei geht es vor allem um eine Normierung der Strukturen, Prozesse und der Ergebnisqualität in der Notfallversorgung:

Nach spätestens zwei- bzw. zwölfminütiger Hilfsfrist (Laien) wird ein Rettungsassistent vor Ort erwartet. Spätestens nach 20 Minuten hat die Versorgung durch den Notarzt zu beginnen; nach maximal einer Stunde, der golden hour, müsste der Patient in einem Krankenhaus angekommen sein, das mindestens in der Lage ist, seinen Zustand weiter zu stabilisieren und ihn, falls erforderlich, möglichst mit orientierender Diagnose zur spezielleren Behandlung weiterzuverlegen. Für die Zweitversorgung von Notfällen in Schwerpunktkrankenhäusern sind weitere Wege für den leidlich stabilisierten Notfallpatienten angesichts der heutigen Transporttechnik kaum mit gesteigerten Risiken verbunden.

Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung

91. Die Gefahr einer schleichenden Monistik ohne entsprechenden gesetzlichen Rahmen liegt darin, dass die Krankenkassen sich nicht verantwortlich fühlen und die Bundesländer nicht mehr fähig oder willens sind, die vorhandene Krankenhauslandschaft mit ausreichend Investitionskapital auszustatten. Ähnlich wie vor dem Jahr 1972 müssten die Krankenhausträger ihre Investitionskosten zum Teil selbst finanzieren, wozu nur

wenige in der Lage sein dürften – ein weiterer Verfall des Bauzustands einzelner Krankenhäuser könnte die Folge sein. Daher spricht sich der Rat wiederholt dafür aus, zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung überzugehen und so eine verlässliche Investitionskostenförderung sicherzustellen, die zugleich zielgerichtete Anreize entfaltet.

92. Der Rat empfiehlt, die Vergabe der Investitionsmittel im Rahmen einer monistischen Finanzierung direkt an die DRGs zu koppeln. Dabei sollte von der Selbstverwaltung geprüft werden, ob ein funktionaler Zuschlag, der sich an dem Investitionsbedarf in der jeweiligen Fallgruppe orientiert, mit vertretbarer Komplexität ermittelt werden kann. Andernfalls sollte ein prozentualer Zuschlag gewählt werden, der in Einzelfällen um zusätzliche Aufschläge ergänzt wird, die einen besonderen Investitionsbedarf decken helfen. Die Ermittlung des Volumens der Investitionskostenzuschläge sollte in einem strukturierten Dialog zwischen Vertretern der Krankenhäuser, Krankenkassen, der Länder und des Bundes erfolgen.

Die Investitionskostenzuschläge sollen den Krankenhäusern weitestgehend zur freien Verfügung stehen. Die Länder sollten jedoch im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Krankenhäuser verpflichten können, bestimmte Leistungen wie z. B. die Notfallversorgung vorzuhalten. Außerdem sollen die Investitionskostenzuschläge zweckgebunden für Investitionen und nicht für die Defizitdeckung gewährt werden. Dabei wird der Investitionsbegriff ähnlich wie bereits heute im KHG definiert und die bereits von den Krankenkassen finanzierten Instandhaltungskosten einbezogen. Die Übernahme von anderen Krankenhäusern sollte dagegen nicht aus der Investitionskostenförderung finanziert werden dürfen.

Exkurs: Ein mögliches Szenario zum Übergang auf die Monistik

93. Die zusätzlichen Lasten für die GKV und PKV, die sich durch die Zuschläge auf die DRGs ergeben, werden gemischt von Ländern, Bund, den Krankenkassen und den Krankenhäusern finanziert, um einen Anstieg der Beitragssätze möglichst zu vermeiden:

Die bisherige Pauschalförderung wird anteilig nach der Bevölkerungszahl von den Bundesländern in den geplanten Gesundheitsfonds als dauerhafter Steuerzuschuss eingezahlt.

In einer Übergangsphase von mehreren Jahren verfolgen die Bundesländer ihre Investitionsprogramme der Einzelförderung weiter und finanzieren diese voll, mit dem Ziel die Krankenhäuser, die aufgrund ihres Bauzustands einen erheblichen Wettbewerbsnachteil zu befürchten haben, den anderen Häusern gleichzustellen. Nach der Übergangsphase verwenden die Bundesländer einen angemessenen Teil der bisherigen Einzelförderung zur Sicherung der Notfallversorgung und zur Abwehr von Unterversorgung.

Um den Reformstau bei der Investitionskostenfinanzierung aufzulösen, beteiligt sich der Bund wie bei der Einführung der Dualistik und nach der deutschen Einheit in den neuen Bundesländern an der Finanzierung der Investitionskosten. Ein Teil der Investitionskosten übernehmen die Krankenkassen, da durch die erhoffte höhere Effizienz im Krankenhaussektor mittelfristig die Betriebskosten sinken.

Die Krankenhäuser verzichten im Gegenzug für die höhere Investitionssicherheit, Autonomie und Flexibilität auf die Forderung, dass der Investitionsstau vollständig nachfinanziert werden muss.

Weiterentwicklung des deutschen Fallpauschalensystems

94. Nach Auslaufen der Konvergenzphase muss der zukünftige Rahmen des G-DRG-Systems neu festgelegt werden. Ausgehend von der aktuellen Gestaltung des Fallpauschalensystems spricht sich der Rat dafür aus, das G-DRG-System zunächst als Festpreissystem weiterzuentwickeln. Da bei einem Vergütungssystem auf der Basis von Festpreisen für Krankenhäuser, die effizient organisiert sind und ein Selbstkostenniveau unter dem jeweiligen Festpreis haben, wenig Motivation besteht, weitere Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren und Festpreise somit zu einer ineffizienten Überzahlung führen können, sollte das G-DRG-System jedoch partiell auch für den Preiswettbewerb geöffnet werden. Der Rat schlägt daher in Ergänzung des Festpreissystems eine partielle Höchstpreislösung vor.

95. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen soll es für den Großteil des Leistungsspektrums der Krankenhäuser zunächst bei einem Festpreissystem auf Basis des Landesbasisfallwerts bleiben, ebenso wie bei der kollektivvertraglichen Verhandlungsstruktur und dem Kontrahierungszwang. Ein Höchstpreissystem, das auf selektiven Verträgen zwischen den Finanzierungsträgern und den Krankenhäusern basiert, soll zunächst lediglich für Bereiche der elektiven Krankenhausleistungen implementiert werden. Für den Bereich der integrierten Versorgung soll der bisherige Ansatz, der auf selektiven Verträgen beruht und bereits Rabatte zulässt, beibehalten werden. Ein erster Ausgangspunkt für das auf der individuellen Ebene zu verhandelnde elektive Leistungsspektrum können dabei die elektiven Leistungen des Fallpauschalenkatalogs der Bundespflege-satzverordnung 1995 sein. Der Rat stützt seine Empfehlung, diesen Sektor des Leistungsspektrums für ein Höchstpreissystem vorzusehen, auf die Tatsache, dass für den Bereich der ehemaligen Fallpauschalen die längsten und ausführlichsten Erfahrungen in der Einschätzung von gewünschten sowie unerwünschten Anreizeffekten in der Qualitätssicherung vorliegen.

Sofern die anzustrebende Begleitforschung zeigt, dass sich das Höchstpreissystem für elektive Leistungen unter Kosten- und Qualitätsaspekten sowie unter dem Aspekt der Transaktionskostenproblematik bewährt, soll das skizzierte System auf weitere Leistungsbereiche ausgedehnt werden. Dabei ist aufgrund des spezifischen Charakters der Notfallleistungen davon auszugehen, dass diese Leistungen auch mittelfristig nicht sinnvoll in den Rahmen selektiver Verträge übernommen werden können, so dass es hier bei einem kollektivvertraglichen Rahmen bleiben wird.

Den Krankenkassen wird im Zuge dieser partiellen Öffnung des Festpreissystems das Recht eingeräumt, ihre Versicherten über entsprechend ausgestaltete Wahltarife in die Krankenhäuser zu lenken, mit denen sie für die betreffenden elektiven Leistungen Rabatte vereinbart haben. Dazu können die Krankenkassen Einsparungen, die sie durch die Auswahl bestimmter Krankenhäuser erzielen, im Rahmen von Wahlтарifen an die Versicherten weiterreichen.

96. Vor dem Hintergrund, dass ein Höchstpreissystem auch weitreichende negative Wirkungen auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, sowie auf die Qualität der Leistungserbringung haben kann, empfiehlt der Rat parallel zur graduellen Einführung eines Höchstpreissystems die Stärkung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Sicherstellungszuschlägen. Zudem sollen im Rahmen der Begleitforschung die Wirkungen des partiell eingeführten Höchstpreissystems auf die Effizienz sowie auf die Qualität der Versorgung analysiert werden. Im Falle erkennbarer Qualitäts- bzw. Zugangsprobleme bleibt so die Möglichkeit zur Gegensteuerung.

97. Jenseits der perspektivischen Gestaltung des deutschen Fallpauschalensystems ab 2009 bedarf auch das bisherige Fallpauschalensystem einer immanenten Weiterentwicklung. Da der Auftrag zur Begleitforschung, trotz seiner gesetzlichen Verankerung in § 17b Abs. 8 KHG von den verantwortlichen Akteuren der Selbstverwaltung bisher nicht ausreichend umgesetzt wurde, empfiehlt der Rat hier zunächst eine unverzügliche Ausschreibungen der Forschungsaufträge gemäß § 17b Abs. 8 S. 2 KHG – im Zweifel per Ersatzvornahme durch das Ministerium. Nur durch unabhängige Begleitforschung kann festgestellt werden, ob der Versorgungsauftrag unter Wahrung der Qualität erfüllt wird. Die inhaltliche Umsetzung des Begleitforschungsauftrags darf sich dabei nicht auf die Auswertung der nach § 21 KHEntgG übermittelten Routinedaten beschränken, da z. B. Schnittstellenprobleme mittels dieser Daten nicht hinreichend abgebildet werden können. Des Weiteren wäre eine Beschränkung auf quantitative Forschung auch deshalb unzureichend, weil nur über ergänzende qualitative Studien die Komplexität der durch

das Entgeltsystem initiierten Veränderungen von Versorgungsstrukturen und -qualität hinreichend erfasst werden kann.

98. Im Rahmen der Versorgungsforschung sollte weiterhin auch die Entwicklung der Übergänge von Patienten zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, sowie zwischen stationärer Versorgung und Rehabilitation bzw. Pflege analysiert werden. Hierbei ist unter anderem die Frage zu klären, welche Auswirkungen der im Kontext des G-DRG Systems immer wieder beschriebene zu frühe Übergang von der stationären Versorgung in die Rehabilitation bzw. Pflege auf die Qualität bzw. auf die Gesamtkosten der Versorgung hat. Aufgrund der wachsenden Bedeutung von prä- und poststationärer Diagnostik bzw. Versorgung sowie der allgemeinen Tendenz fragmentierter Behandlung bzw. Behandlungsabläufe besteht zudem dringender Forschungsbedarf im Hinblick auf die Wirkung dieser Entwicklung auf die Qualität der Patientenversorgung und die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung.

99. Außerdem spricht sich der Rat dafür aus zu prüfen, welcher Wettbewerbsnachteil Krankenhäusern aus der Tatsache erwächst, dass sie sich überdurchschnittlich stark an der Weiterbildung von Ärzten beteiligen. Für den Fall, dass Wettbewerbsnachteile bestehen, sind angemessene Zuschläge, beispielsweise im Zuge einer ausgleichenden Fondslösung - analog zum Ausbildungsfonds - in Betracht zu ziehen.

100. Schließlich sollte bei der Weiterentwicklung des DRG-Katalogs darauf geachtet werden, dass der pauschalierende Charakter des G-DRG-Systems erhalten bleibt und somit die Anreize einer Einzelleistungsvergütung begrenzt bleiben. Dies setzt unter anderem besondere Sorgfalt bei der Einführung weiterer Zusatzentgelte voraus. Zudem sollte die Balance zwischen der weiteren Verbesserung der ökonomischen Homogenität und einer stetig voranschreitenden Komplexität des Fallpauschalenkatalogs gewahrt bleiben.

101. Wie in allen Entgeltsystemen, in denen Geld der Leistung folgt, besteht auch im Rahmen eines Höchstpreissystems ein Anreiz zur Mengenausweitung. Nach Ansicht des Sachverständigenrats muss für diagnostische und therapeutische Maßnahmen die besonders von induzierten Indikationsausweitungen betroffen sein könnten, das Instrument der Zweitmeinung zum Einsatz kommen. Solche Zweitmeinungen dürfen weder einen kassenseitigen Bias aufweisen, noch dem Bias der allzu nahen Kollegialität ausgesetzt werden. Es wird nicht möglich sein, flächendeckend alle in Frage kommenden Fälle und Indikationen durch Zweitmeinung zu erfassen. Daher sollte zunächst für wenige besonders kritische Beispiele erprobt werden, ob gemischt zusammengesetzte

Kommissionen analog zu den Schlichtungsstellen der Ärztekammern unter Einbeziehung von Pensionären und Emeriti - eine solche Aufgabe zufriedenstellend lösen können.

5. **Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung**

102. Zunehmend werden Nutzenaspekte diskutiert, die über den Nachweis der absoluten Wirksamkeit hinaus Patienten- und gesellschaftliche Präferenzen thematisieren und bislang noch nicht für transparente Diskussionen und Entscheidungen aufgearbeitet wurden. Diese Aspekte werden als Bestandteil des objektiven Bedarfs unter dem Begriff der Angemessenheit zusammengefaßt. Für den Nettonutzen von Verfahren und in der Wahrnehmung der Patienten kommt gerade der Patientensicherheit und ihrer Darstellung eine vorrangige Bedeutung zu. Patientensicherheits-Indikatoren (PSI) müssen in Qualitätsindikatoren-Sets integriert werden. Die ‚fachlich unabhängige Institution‘ nach § 137a SGB V hat durch das GKV-WSG den Auftrag erhalten, Indikatoren mit transsektoralem Schwerpunkt zu entwickeln, so dass die Rolle der Patientensicherheits-Indikatoren spezifiziert werden muss. Besonders im Zusammenhang mit Patientensicherheit wird von den Leistungsanbietern verstärkt Verantwortung gefordert, so dass es geboten erscheint, die Diskussion um das Konzept der *accountability* aufzunehmen. Um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern, werden vermehrt externe Anreize diskutiert, die von Rankinglisten bis zu zusätzlichen, leistungsbezogenen Vergütungsbestandteilen reichen. Die internationale Studienlage zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*) und stärker noch zur Qualitäts-bezogenen Vergütung (*pay for performance, P4P*) weisen eine Tendenz zur Qualitätsverbesserung nach und müssen kritisch auf deren Anwendbarkeit im deutschen Gesundheitssystem überprüft werden.

Angemessenheit als Bestandteil des Nutzens von Gesundheitsleistungen

103. Der Rat fasst den Begriff Angemessenheit unter den in den Vorgutachten (GA 2000/2001, Ziffer 21ff.) ausführlich dargestellten Konzept von Bedarf und Nutzen. Der objektive Bedarf erfordert den Nachweis des positiven gesundheitlichen und ökonomischen Nettonutzens bei gegebener individueller bzw. gesellschaftlicher Akzeptanz. Diese konnte allerdings bislang nicht hinreichend operationalisiert werden, so dass bei Allokationsentscheidungen eine Vermischung der Entscheidungsebenen entstand. Das Konzept der Angemessenheit beschreibt die außerhalb der absoluten Wirksamkeit (*efficacy*) liegenden Nutzenaspekte, beginnend von der Kosteneffektivität über die gesellschaftliche Akzeptanz (z. B. Legitimität, ethische und kulturelle Grundhaltungen) bis hin zu den Präferenzen der Patienten und den patientenbezogenen Endpunkten (*patient-*

reported outcomes, PRO) und macht auf diese Weise die Determinanten der relativen Wirksamkeit (*effectiveness*) deutlich. Absolute Wirksamkeit und Angemessenheit gelten beide als notwendige Bedingungen für den Nutzen eines Verfahrens, sind jedoch nicht gegenseitig substituierbar; insbesondere kann eine gegebene Angemessenheit einen fehlenden Nachweis der absoluten Wirksamkeit nicht ersetzen.

104. Das Konzept der Angemessenheit hat wichtige Implikationen für das Verständnis der Versorgungsforschung. Versorgungsforschung beschreibt die Umsetzungsbedingungen von der absoluten zur relativen Wirksamkeit im Alltag und hat daher Angemessenheit als zentralen Forschungsgegenstand. Die Versorgungsforschung hat in den nächsten Jahren die Aufgabe, Methodenstandards für die inter- und multidisziplinären Fragestellungen zu erarbeiten, die das Konzept der Angemessenheit bilden, analog zur Rolle der Evidenz-basierten Medizin in der klinisch-evaluativen Forschung mit klinischen, kontrollierten Studien.

105. Das Gutachten macht in der Folge einen Vorschlag, wie Angemessenheit auf den unterschiedlichen Systemebenen (u. a. Gesundheitssystem, Institutionen, Patienten) abgebildet werden kann, und gibt eine Übersicht über die Entscheidungssituationen, bei denen die Angemessenheit von Leistungen und Verfahren eine Rolle spielt. Parameter und Indikatoren für Angemessenheit sind häufig sozialwissenschaftlich oder ökonomisch ausgerichtet (z. B. Befragungen) und nutzen Daten aus Registern, Geschäftsberichten und Gerichtsverfahren. In der Unterstützung von Allokationsentscheidungen können Daten zur Angemessenheit von Verfahren z. B. vom Gemeinsamen Bundesausschuss – die Validität der Methoden vorausgesetzt – benutzt werden, um Verfahren über die Fragen der *efficacy* hinaus zu evaluieren und Hemmnisse oder fördernde Faktoren der Umsetzung einzuschätzen. Genauso können aber Kostenträger, Leistungsanbieter und Hersteller von Arzneimitteln oder Medikalprodukten die Marktchancen ihrer Produkte sehr viel besser beurteilen, wenn sie neben der absoluten Wirksamkeit auch die Umsetzungschancen im Alltag belastbar vorhersehen können. Eine umfangreichere Auseinandersetzung mit dem Konzept der Angemessenheit ist auch notwendig, um den Innovationszyklus im biomedizinischen Bereich über die Grundlagenforschung, die transnationale und klinisch-evaluative Forschung hinaus in die Beschreibung und Erforschung der Umsetzungsbedingungen fortzuschreiben.

Patientensicherheits-Indikatoren sind Qualitätsindikatoren von zentraler Bedeutung

106. Ein wesentlicher Aspekt des Nutzenbegriffes besteht in der Thematik Patientensicherheit. Unter Bezugnahme auf das Gutachten 2003 wird hinsichtlich der Nomenklatur der Begriff des unerwünschten Ereignisses (UE) in den Mittelpunkt gestellt, der dem englischsprachigen Begriff *adverse event* entspricht und behandlungsbezogene negative Ergebnisse bezeichnet. Vermeidbare unerwünschte Ereignisse (VUE; *preventable adverse events*) sind entsprechend solche UE, die auf einen Fehler zurückgehen und dem epidemiologischen Begriff des Schadens gleichzusetzen sind.

107. Zur Häufigkeit von unerwünschten, vermeidbaren unerwünschten Ereignissen und Behandlungsfehlern (*negligent adverse event*) sowie zur Sterblichkeit wird auf die Arbeiten des Aktionsbündnis Patientensicherheit zurückgegriffen. In einem systematischen Review, der auf der Basis von mehr als 25.000 Studien 184 Studien identifizierte, die zur Häufigkeit Auskunft geben (davon 51 Studien auch zur Mortalität), ergab sich eine Häufigkeit von UE zwischen 5 und 10 % aller Krankenhauspatienten, von VUE zwischen 2 und 4 %, von Behandlungsfehlern von 1 % und eine VUE-bedingte Sterblichkeit im Krankenhaus von 0,1 %. Nach einer speziellen Auswertung zum Einflussfaktor Geschlecht scheint ein erhöhtes Risiko für Patientinnen vorzuliegen. Wenn man bedenkt, dass allein nosokomiale Infektionen in Deutschland bereits bei 3 -4 % aller Patienten Krankenhausinfektionen auftreten, und wenn man die Streuung der eingeschlossenen Studien berücksichtigt, kann festgehalten werden, dass diese Angaben zur Häufigkeit die Tragweite des Problems mit Sicherheit nicht überschätzen. Es existieren indirekte Hinweise darauf, dass die Validität der Studien ausreichend ist; denn die Streuung der Ergebnisse mit zunehmendem Stichprobenumfang nimmt ab. Es konnte ausgeschlossen werden, dass diese Abnahme der Streuung ausschließlich auf die Anwendung unterschiedlicher Erhebungsmethoden bei großem Stichprobenumfang zurückgeht.

Eine Mortalität von 0,1 % entspricht bei 17 Mio. Krankenhauspatienten etwa 17.000 auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse zurückgehende Todesfälle in Deutschland. Diese Zahl, die eine Größenordnung angibt, ist gleichwohl mehr als dreimal höher als die aktuelle Zahl der Verkehrstoten und zeigt, wie wichtig die weitere konzentrierte und konzertierte Arbeit an Präventionsprogrammen ist. Alarmismus ist nicht gefragt, andererseits muss die Größenordnung des Problems allen Beteiligten klar vor Augen stehen, damit die Dringlichkeit nicht unterschätzt wird.

108. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit entspricht sinngemäß der Forderung des Sachverständigenrates nach einem „nationalen Konsens- und Kooperationsprozess“

aller relevanten Akteure des deutschen Gesundheitswesens“ (GA 2003, Ziffer 497). Ganz an der Spitze der Prioritätenliste des Bündnisses steht die Entwicklung von konkreten Präventionsprogrammen. Außerdem ist es wichtig, zum Problem der Patientensicherheit einen adäquaten Zugang aufzubauen und kontinuierlich fortzuentwickeln, um den Leistungsanbietern und Berufsgruppen Handlungsoptionen an die Hand zu geben. Hierzu sind PSI ein wichtiges Mittel. In dem vorliegenden Gutachten wurde daher eine umfangreiche Analyse der internationalen Erfahrungen und Beispiele für PSI durchgeführt und eine Synopse von Indikatoren vorgelegt, die als PSI in Frage kommen.

Im Vordergrund steht dabei zum einen die Überlegung, dass das Indikatorenkonzept auf dem Gebiet der Patientensicherheit sehr gut und adäquat zu verwenden ist, weil die Beinaheschäden, das Basiselement jeder Fehlerkette, die grundsätzlichen Eigenschaften von Indikatoren aufweisen, indem sie (mit einer gewissen Genauigkeit) Schäden vorherzusagen. Zum anderen sind an PSI besondere Anforderungen zu stellen, insbesondere eine hohe Sensitivität (wegen der Wichtigkeit der vorherzusagenden Schadensereignisse), niedrige Reaktionszeiten (wegen der Dringlichkeit der Ereignisse) und ein regelbezogener Charakter (wegen der speziellen Anforderungen an die Prozessanalyse bei Behandlungsfehlern). Die Verwendung von Indikatoren, die speziell für die Erfassung und Verbesserung von Patientensicherheitsaspekten entwickelt werden, wird daher vom Rat unterstützt. Der Rat empfiehlt die Integration von PSI in generelle Qualitätsindikatoren-Sets und nicht die Einführung von selektiven PSI-Sets, die ähnlich einem Score Patientensicherheit ‚messen‘.

109. Der Vorschlag des Rates, der sich auf die vorgenannte Synopse in Frage kommenden PSI bezieht, umfasst letztlich 30 Patientensicherheits-Indikatoren, die wiederum als ein Pool aufzufassen sind, aus dem für Deutschland eine Auswahl getroffen werden kann (Tabelle 2). Die vorgeschlagenen Indikatoren gliedern sich in fünf Gruppen, sie setzen sich aus globalen, übergreifenden, diagnose- und fachspezifischen sowie organisatorischen Kennzahlen zusammen. Der Rat führt exemplarisch die Evidenz von fünf PSI aus der Gruppe der globalen und übergreifenden Indikatoren auf. Die Aufarbeitung der verfügbaren Literatur zur Reliabilität und Validität zeigt, dass die Absicherung der Indikatoren insgesamt noch zu verbessern ist. Andererseits sind PSI bereits in zahlreichen Indikatoren-Sets enthalten, die international entwickelt wurden und in Gebrauch sind (z. B. PATH-Indikatoren der WHO). Speziell für die Belange der Patientensicherheit sind international drei große PSI-Sets ausgearbeitet worden, und zwar von der AHRQ, der OECD und der Europäischen Kommission (SimPatIE-Projekt). Diese Konzepte enthalten jeweils umfangreiche Untersuchungen zur Machbarkeit, Reliabilität und

Validität. Die beiden letztgenannten bauen in weiten Teilen auf den AHRQ Indikatoren auf.

Tabelle 2: Vorschlag des Rates für einen Pool von PSI³

Bereiche	Indikatoren
1. Globale Indikatoren	
	1. Sterblichkeit bei DRGs mit niedriger Mortalitätsrate
	2. Dekubitus
	3. In-Hospital Hüftfraktur
2. Übergreifende Indikatoren	
2.1 Allgemeine Indikatoren	4. Perioperative Mortalität
	5. Nosokomialer Myokardinfarkt
2.2. (Wieder-)Aufnahme	6. Ungeplante stationäre Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen
	7. Ungeplante Aufnahme bzw. Rückkehr auf die Intensivstation
2.3. Intraoperativ	8. Anästhesiekomplikation
	9. Eingriffs- und Seitenverwechslung
	10. Belassen eines Fremdkörpers während des Eingriffs
2.4. Postoperativ	11. Ungeplante Re-Operation
	12. Postoperative pulmonale Embolie oder tiefe Venenthrombose
	13. Postoperative Sepsis
	14. Postoperative Hämorrhagie oder Hämatom
2.5. Ausgewählte nosokomiale Infektionen	15. Wundinfektion
	16. Beatmungsbedingte Pneumonie
	17. Infektionen von intravasalen und Harnwegskathetern und Drainagen
2.6. Technical Devices	18. Unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Medikalprodukten (AMDE: adverse medical device events)
2.7. Medikamentenbedingt	19. Unangemessene Medikation bei älteren Patienten
	20. Kontrastmittelassoziierte Nephropathie

(Fortsetzung nächste Seite)

3 Dieser Vorschlag ist nicht als ‚PSI-Set‘ zu verstehen und nicht zur Score-Bildung geeignet.

Fortsetzung von Tabelle 2

2.8. Einzelereignisse (<i>sentinel events</i>)	21. Iatrogener Pneumothorax
	22. Transfusionsreaktion
	23. Erfolgreiche Wiederbelebung
3. Diagnosebezogene Indikatoren	
:	24. Schlaganfall nach einem herzchirurgischen Eingriff
	25. Amputation bei Diabetes-Patienten
	26. Amputation nach einem gefäßchirurgischen Eingriff
4. Fachspezifische Indikatoren: Beispiel Geburtshilfe	
	27. Geburtshilfliches Trauma – Vaginale Entbindung mit Instrument
	28. Geburtshilfliches Trauma – Vaginale Entbindung ohne Instrument
5. Organisatorische Indikatoren	
5.1. Vorfälle	29. Körperliche Zwangsmaßnahmen (Dauer, Zeit, Grund, Verletzungen)
5.2 Personal- und Einrichtungsressourcen	30. Arbeitszeit

Quelle: Eigene Darstellung

Die vorgeschlagenen PSI können als Pool für eine Auswahl von Patientensicherheits-Indikatoren angesehen werden, die in Deutschland entwickelt, validiert und zur Anwendung kommen sollten. Entwicklung und Validierung von PSI sollten in das Aufgabengebiet der ‚fachlich unabhängigen Institution‘ nach § 137a SGB V integriert werden. Internationale Erfahrungen mit der Entwicklung, Spezifizierung und Validierung von allgemeinen Qualitätsindikatoren und PSI sollten genutzt werden. Die Gruppe der BQS-Indikatoren muss daraufhin untersucht werden, inwieweit sich diese Parameter als PSI nutzen lassen. Die transsektorale Perspektive ist dabei zu beachten (s. § 137 Abs. 2 SGB V).

110. Bei der Entwicklung von Indikatoren kommt es immer wieder zu typischen Diskussionen. Es sollte eine Kombination von Ergebnis- und Prozessindikatoren Verwendung finden. Die ausschließliche Nutzung von Routinedaten (z. B. ICD, OPS, DRG, § 21 KHEntgG) ist kritisch zu werten, insbesondere da die Validität von Routinedaten beschränkt ist, weil sie zu Zwecken der Abrechnung entwickelt und optimiert sind und

das deutsche G-DRG System keine medizinisch homogenen Gruppen kennt. Die epidemiologischen Studien zu *adverse events* verwenden ausschließlich klinische Daten und nutzen Routinedaten nur als Trigger. Für die Qualitätssicherung relevante Daten werden im Rahmen der Routinedaten unterdokumentiert. Trotzdem ist es sinnvoll, als Routinedaten vorliegende Daten im Rahmen von PSI zu verwenden, um den Erhebungsaufwand gering zu halten, und im Sinne eines adäquaten Verständnisses des Indikatorenkonzeptes als Anhaltspunkte für Bereiche zu verwenden, in denen weitere Untersuchungen notwendig sind. Die Zukunft wird in einer abgestimmten Mischung von klinischen und Routinedaten liegen.

Arzneimitteltherapiesicherheit

111. Die Arzneimitteltherapie hat in den vergangenen Jahrzehnten in vielen Indikationsbereichen neue Behandlungsmöglichkeiten erschlossen, die den Patienten zugute kommen (z. B. im Bereich der Onkologie mit Herceptin oder Avastin, bei der Behandlung von Hepatitis C mit Interferonen oder von rheumatoider Arthritis mit TNF-Antagonisten (z. B. Adalimumab, Etanercept oder Infliximab). In jedem Jahr kommen einige neue Arzneimittelauf den Markt, die entweder therapeutisch oder technologisch innovativ sind und mit denen eine bessere Versorgung von Patienten möglich ist. Darunter sind auch mehr und mehr Arzneimittel, die hochselektiv in Stoffwechselforgänge und Funktionen des Organismus eingreifen. Bei allen Arzneimitteln, insbesondere bei den neuen, sind Informationen über die richtige Anwendung und die Berücksichtigung von möglichen Risiken von wachsender Relevanz. Effektivität und Effizienz der Arzneimitteltherapie bedürfen immer einer angemessenen Nutzen- und Schadenabwägung. Hinweise auf potentielle Risiken, die bei kleineren Patientenpopulationen im Rahmen der klinischen Prüfungen aufgetreten sind, werden deshalb zu einem immer wichtigeren Bestandteil der Entscheidung im Rahmen der Zulassung eines Arzneimittels für die Arzneimittelsicherheit.

112. In Deutschland ist das wichtigste Instrument zur Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) das Spontanmeldesystem, dessen Erfolg und Wirksamkeit vor allem von der Mitarbeit der Ärzte abhängt, die Erfahrungen und Erkenntnisse im Umgang mit zugelassenen Arzneimitteln berichten, wenn diese den Verdacht einer UAW nahe legen. Solche Systeme sind aber grundsätzlich mit einem *underreporting* verbunden, weil Ärzten häufig die Information darüber fehlt, welche Fälle gemeldet werden sollen. Das Spontanmeldesystem ist eingebettet in die Strategie der Pharma-

kovigilanz, die sich zum Ziel gesetzt hat, die klinische Entwicklung eines Arzneimittels ebenso wie die Anwendung im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit zu überwachen.

113. Die UAW ist Teil unerwünschter Arzneimittelereignisse (UAE). Ein UAE ist damit jedes ungünstige medizinische Ereignis, das in Verbindung mit der Verordnung, Anwendung, Distribution, Applikation usw. eines Arzneimittels auftritt, aber nicht notwendigerweise in kausaler Beziehung mit dieser Behandlung steht. In einer Hierarchisierung der Begriffe ist die umfassendste Kategorie damit das unerwünschte Arzneimittelereignis, während die unerwünschten Arzneimittelwirkungen und die Medikationsfehler (*medication error*) auf der zweiten Ebene gleichberechtigt nebeneinander stehen. Diese Hierarchisierung bedeutet, dass sich die bisher nach dem Arzneimittelgesetz definierte übliche produktbezogene Pharmakovigilanzinformation (UAW) und die anwendungsbezogene Behandlungspharmakovigilanz (UAE) mit dem Ziel der verbesserten Patientensicherheit ergänzen müssen. Die Produktsicherheit wird durch das AMG (Arzneimittelsicherheitsrecht (öffentliches Recht); AMG) geregelt, die Anwendungssicherheit durch das Haftungsrecht (Zivilrecht; BGB).

114. Gegenwärtig geht man davon aus, dass bei ca. 5 % der medikamentös behandelten Patienten UAW auftreten und dass bei etwa 3-6 % aller Patienten, die stationär auf internistischen Stationen aufgenommen werden (geschätzt 150.000-300.000), eine UAW Ursache für diese Aufnahme ist. 2,3 % der Patienten verstarben als direkte Auswirkung der UAW. Unerwünschte Wirkungen waren somit für den Tod von 0,15 % der hospitalisierten Patienten verantwortlich (0,1-0,2 %). 49,6% der tödlichen UAWs wurden aufgrund inkorrekt angewandter Arzneimittel bewertet. Neben der Belastung für die Patienten durch UAW ist auch die ökonomische Belastung für das Versorgungssystem erheblich: Für die USA liegen Schätzungen aus einem 700-Betten Lehrkrankenhaus vor, in dem die jährlichen Behandlungskosten für UAW auf 5,6 Mio.\$ geschätzt wurden, davon entfallen 2,8 Mio. \$ auf vermeidbare UAW. Eine weitere Untersuchung gibt die Kosten zur Behandlung von UAW im Krankenhaus mit 5-9% der Gesamtkrankenhauskosten an. Für Deutschland wurden die Kosten für UAW-induzierte Krankenhausbehandlungen auf 350 bis 400 Mio. € jährlich geschätzt.

115. In der internationalen Literatur wird darauf hingewiesen, dass etwa 13 % der ambulanten Patienten ernsthafte unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) erleiden und, dass etwa 0,1 % der stationären Patienten an UAE sterben. Als Ursache hierfür werden mindestens 18 % als sicher vermeidbare Medikationsfehler angegeben. Am ehesten werden Medikationsfehler in Deutschland in Krankenhäusern untersucht und es

gibt aufgrund erster Studien in Deutschland keinen Zweifel daran, dass die international diskutierten Medikationsfehler auch bei uns auftreten. Eine im November 2004 vorgelegte Untersuchung ergab, dass in deutschen Krankenhäusern die Fehlerrate bei der oralen Arzneimitteltherapie zwischen 0,2 % und 5,1 % liegt. Nach einer internationalen Studie betrug die Fehlerrate bei der Zubereitung und intravenöser Verabreichung von Arzneimitteln sogar bis zu 48 %, ohne dass hieraus zwangsläufig ein Schaden für den Patienten entstand.

116. Vor allem die Krankenhausapotheker haben sich in den letzten Jahren dieses ‚Fehlerproblems‘ angenommen. Zur Identifikation und Bearbeitung von Medikationsfehlern hat das Universitätsklinikum Rostock wie manche andere Kliniken ein klinikweites System zur anonymen Erfassung von Beinahe-Zwischenfällen CIRS (Critical Incident Reporting System) implementiert, das als Ziel nennt, aus Fehlern zu lernen und nicht etwa ‚Schuldige‘ zu identifizieren. Um die Häufigkeit von Medikationsfehlern zu verringern, sollten klinische Pharmakologen und klinische Pharmazeuten in die pharmakotherapeutischen Entscheidungen eingebunden oder EDV-gestützte Verordnungssysteme zur Unterstützung herangezogen werden. Zu den ‚Auffälligkeiten‘ und Medikationsfehlern gehören z. B. Applikationsprobleme, pharmakokinetische Probleme, Interaktionsprobleme, Herstellungsprobleme, Informationsprobleme, Probleme in der Verordnung und Unklarheiten auf dem Rezept.

117. Der Rat empfiehlt große pharmakoepidemiologische Datenbanken einzurichten, um eine kontinuierliche systematische Nebenwirkungsforschung durchführen zu können. Zulassungsstudien mit bis zu 3.000 Patienten bilden keine Basis für die Bestimmung von UAW-Risiken. Statistisch gesehen ist die Wahrscheinlichkeit, bei einer Exposition von 5.000 Patienten eine UAW mit einer wahren Inzidenz von 1 in 10.000 wenigstens einmal zu beobachten, kleiner als 40 %, bei einer UAW mit einer Inzidenz von 1 in 100.000 sogar kleiner als 5 %. Spontanberichtssysteme sind durch ein *underreporting* gekennzeichnet; es fehlen in diesem System Daten zur Größenordnung der exponierten Patienten (Zähler/Nenner-Problematik). Im Ausland werden solche pharmakoepidemiologischen Datenbanken in der Zwischenzeit als unverzichtbar bewertet. Zusätzlich zu den pharmakoepidemiologischen Datenbanken müssen regional organisierte Pharmakovigilanzzentren die Risikosituation in der Arzneimitteltherapie erheben (z. B. im Rahmen von Studien bei der Krankenhausaufnahme).

118. Es sind EDV-gestützte Systeme erforderlich, die auf der Ebene der Arzneimittelverordnung (ärztliche Praxis) und Arzneimittelabgabe (Apotheke) sensibel, aktuell und

rasch auf Probleme der Interaktionen, der Dosierung (alters- und geschlechtsangepasst) und der Handhabung hinweisen. Die Implementierung sollte durch Anreize (z. B. Vertragsbestandteil von IV-Verträgen) gefördert werden. Öffentlich geförderte Handlungsprogramme zur Verringerung schwerer Medikationsfehler erhöhen die ‚Awareness‘ für dieses Problem, Präventionsstrategien zur Vermeidung von UAWs und UAEs können elektronisch Erfolg versprechend unterstützt werden. Die elektronische Gesundheitskarte mit einem Speicherchip soll es möglich machen, am *point of sale* der Apotheke die verordneten Arzneimittel und die der Selbstmedikation zu erfassen und etwaige Interaktionen festzustellen.

119. Unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE) als Folge von Medikationsfehlern werden vor allem in der Arzneimittelversorgung im Krankenhaus aufgedeckt. Die systematische Analyse solcher Medikationsfehler kann zu einer Optimierung des Anwendungsprozesses von Arzneimitteln führen. In diesem Zusammenhang sollten PSI vereinbart, implementiert und evaluiert werden (z. B. Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie, die nach den BQS-Daten im Jahre 2005 in 85,8 % der Fälle mit einer Schwankungsbreite von 0 (!) und 100 % durchgeführt wurde – der Referenzwert beträgt 90 % – oder als weiteren Indikator den Anteil der UAW-bedingten Krankenhausaufnahmen).

Konkret schlägt der Rat folgende zwei PSI vor:

- Die Häufigkeit des Röntgenkontrastmittel-induzierten akuten Nierenversagens, die Kontrastmittelneuropathie, die als häufigste Ursache eines stationär erworbenen Nierenversagens gilt und in bis zu 5 % der Fälle vorkommt. Der Anteil sollte durch geeignete prophylaktische Maßnahmen halbiert werden.
- Der zweite PSI betrifft den Anteil einer entsprechend der ‚Beers-Liste‘ für Deutschland zusammengestellten ‚unangemessenen‘ Arzneimitteltherapie für ältere Menschen über 65 Jahre. Hier wird der Referenzwert auf 10 % der für ältere Menschen verordneten Arzneimittel festgesetzt, derzeit liegt er bei etwa 20 % -25 %. Eine Reduktion des Anteils solcher für ältere Menschen problematischer Arzneimittel würde eine wichtige Optimierung der Arzneimitteltherapie, der Verträglichkeit und der Sicherheit für ältere Menschen bedeuten.

Verantwortlichkeit (accountability) als übergreifendes Konzept

120. Patientensicherheit und Patientensicherheits-Indikatoren weisen einen unmittelbaren Bezug zum Thema Verantwortlichkeit (*accountability*) auf. Verantwortlichkeit ist nicht nur in den Wirtschaftswissenschaften in den letzten Jahren ein wichtiges Thema geworden, sondern hat auch im Qualitätsmanagement und in der Gesundheitspolitik international eine lang währende Tradition. Verantwortlichkeit wird den strategischen und leitbildnahen Werten zugeordnet und umfasst über die Verantwortung gegenüber den Eigentümern und Gläubigern hinaus gleichermaßen die Verantwortung gegenüber Patienten, Mitarbeitern und Partnern im gesellschaftlichen Leben. Im Gesundheitswesen stellt Verantwortlichkeit neben Wissenschafts- und Evidenzbasierung, Patientenorientierung, der Bekenntnis zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit, Leitlinien- und Effizienzorientierung eines der zentralen Elemente eines Führungsverständnisses dar, das man als *clinical governance* bezeichnen könnte. Um so mehr sich das Gesundheitswesen von seiner paternalistischen Tradition entfernt und externe Anreize wie *public disclosure* und *pay for performance* eine Rolle spielen, um so mehr rückt für alle Partner die Verantwortung in den Mittelpunkt.

121. Verantwortlichkeit muss auf der Systemebene, der institutionellen Ebene, auf der individuellen Ebene der Angehörigen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen und auf der Patientenebene diskutiert werden. Auf der Systemebene besteht Verantwortlichkeit vor allem in Bezug auf die angemessene Versorgung der Patienten. Das Beispiel der Systemorientierung der Patientensicherheitsdebatte, die nicht die individuelle Verantwortlichkeit der Ärzte und anderen Berufsgruppen schmälern darf, illustriert gut das Spannungsfeld der öffentlichen Diskussion, in dem sich das Thema Verantwortlichkeit entfaltet. Auf institutioneller Ebene geht es zum einen um Verantwortlichkeit der Teile der Organisation gegenüber der ganzen Institution, über Fach- und Berufsgruppengrenzen hinweg, zum anderen um die ‚verantwortungsvolle‘ Integration der Institution in die umgebende Umwelt.

122. Die Diskussion des Begriffes Verantwortlichkeit in Bezug auf das Selbstverständnis von Berufsgruppen ist von erheblicher Bedeutung. Die Berufsgruppen im Gesundheitswesen haben traditionell eine hohe Verantwortlichkeit gegenüber den Patienten, wobei diese eher implizit geprägt ist, und bei dem Versuch der Öffentlichkeit, diese Verantwortlichkeit explizit zu gestalten, Missverständnisse und Befremden kaum zu vermeiden ist. Es herrscht aus der Sicht der Berufsgruppen in dieser Situation sogar der Eindruck vor, die Öffentlichkeit wolle das durch den Strukturwandel ohnehin schon

belastete Vertrauen zwischen Therapeut und Patient schwächen, obwohl es durch den Strukturwandel doch schon vorbelastet sei. Die Forderung nach Verantwortlichkeit von Institutionen und einzelner Ärzte, Pflegenden und anderer Berufsgruppenangehörigen für ihre Leistungen wird jedoch nicht verstummen, und stellt eine wichtige Grundsatzentscheidung dar, die Beziehung zwischen Therapeut und Patient durch explizite Verantwortlichkeit zu stabilisieren, basierend auf einem nicht-paternalistischen, durch Gleichberechtigung gekennzeichneten Patientenverständnis. Auf der Seite der Patienten kommt jedoch ebenfalls eine Veränderung des Rollenverständnisses zum Tragen, denn der aktive Patient ist gefragt, der die Verantwortlichkeit auf der therapeutischen Seite einfordert und verarbeitet. Ein offenes Problem dabei ist, dass nicht alle Patienten dazu in der Lage und Willens sind. Der Patient sollte aber auch durch ein entsprechendes Verhalten zum Gelingen der therapeutischen Leistungserstellung beitragen, denn es handelt sich hier um ein *joint product* von Leistungserbringern und Patienten.

Veröffentlichung von Qualitätsdaten und Qualitätswettbewerb

123. Eine Analyse der internationalen Literatur zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten zeigt, wie schwierig die empirische Datenlage zu der Thematik Verantwortung im Gesundheitswesen ist. Zugrunde liegt dem *public disclosure*-Gedanken die Vorstellung, dass sich insbesondere bei fixen Preisen Patienten, Zu- und Einweiser sowie Kostenträger speziell an die Leistungsanbieter wenden, die durch veröffentlichte, de-anonymisierte Indikatoren eine bessere Qualität ihrer Leistungen ausweisen. Durch die Summe dieser Entwicklungen kommt es zu einer Verschiebung der Marktanteile und auf Systemebene zu einer anhaltenden Verbesserung für die Gesundheitsversorgung. Getragen wird diese positive Entwicklung durch eine zunehmende Verantwortlichkeit der *stakeholder* des Gesundheitswesens und der Angehörigen der Berufsgruppen, die diesen Wettbewerb langfristig akzeptieren und in ihre Entscheidungen einbeziehen. *Public disclosure* ist von *private disclosure* abzugrenzen, bei dem Qualitätsdaten innerhalb der Institutionen rückgemeldet werden (s. BQS-Verfahren). *Public disclosure* kann Daten über Krankenhäuser oder über Ärzte enthalten, konkrete Zwischenfälle können zusätzlich konkret geschildert werden.

124. Die internationale Literatur zu diesem Thema ist sehr umfangreich und kommt auf den ersten Blick zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen, die in vielen Reviews bereits zu dem Schluss geführt haben, dass die Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu keinen positiven Auswirkungen führt und der ‚Qualitätswettbewerb‘ nicht funktioniert. In dem

vorliegenden Gutachten führt der Rat daher die Analyse nach bestimmten Kriterien durch, und zwar entsprechend

- der Art der untersuchten Endpunkte (z. B. Mortalität),
- den jeweiligen Adressaten (z. B. Patienten, Krankenhaus, Marktgeschehen) und
- und dem verwendeten Studiendesign (z. B. historische Kontrolle).

Die Darstellung nach diesen drei Kriterien ergibt ein sehr viel klareres Bild. So lässt sich hinsichtlich des Studiengegenstands festhalten, dass

- Krankenhäuser am stärksten reagieren, und zwar hinsichtlich Outcome-relevanter Endpunkte und hinsichtlich der Einleitung von internen Qualitätsmaßnahmen – so negativ die Befragungen zur Einstellung von Krankenhausleitungen auch ausfallen,
- Patienten zwar im Prinzip sehr an Qualitätsinformationen interessiert sind, diese aber nicht abrufen und sie nicht nutzen, wenn die Informationen nur auf konventionellem Weg disseminiert und aufbereitet sind. Sie können diese jedoch dann, wenn die Informationen gut aufbereitet sind und sie diese tatsächlich zur Kenntnis nehmen, verstehen und im Sinne einer Entscheidungsunterstützung nutzen,
- zuweisende bzw. überweisende Ärzte von veröffentlichten Qualitätsdaten wenig Gebrauch machen und skeptisch sind,
- Kostenträger interessiert sind, aber letztendlich nicht nach den Informationen handeln,
- das Gesundheitssystem als Ganzes zumindest dadurch profitiert, dass die Varianz der Qualitätsindikatoren dargestellt und der öffentlichen Diskussion zugänglich gemacht wird, obgleich der Nachweis einer nachhaltigen Verbesserung auf Systemebene oder eine breite Verschiebung der Marktanteile bislang nicht oder nur in einzelnen Studien zu führen war.

Bezüglich der Endpunkte ist deutlich zwischen Studien zur Ergebnis- und Prozessqualität auf der einen Seite und Befragungen zu Einstellungen und Haltungen auf der anderen Seite zu unterscheiden. Die Befragungen ergeben sowohl bei Krankenhausleitungen als auch bei Krankenhausärzten und niedergelassenen Ärzten ein eher negatives Bild. Patienten ziehen umso mehr Nutzen aus den Informationen, je besser diese aufbereitet sind. Harte Endpunkte zur Ergebnisqualität (Mortalität) und zur Prozessqualität (z. B.

Investition in Qualitätsmanagement) zeigen dagegen in einer größeren Zahl von Studien einen Effekt zugunsten der Veröffentlichung von Qualitätsdaten.

Zur Bedeutung der methodischen Qualität der Studien ist eine regelrechte Sensitivitätsanalyse im Sinne einer Metaanalyse wegen der kleinen Zahl der in Frage kommenden Studien nicht möglich. Qualitativ gibt es jedoch Hinweise, dass methodisch bessere Studien auch einen stärkeren Effekt zeigen, so z. B., dass

- Studien, die eine bessere Aufbereitung der Information für die Patienten zur Grundlage haben, auch eine bessere Nutzung dieser Information zur Entscheidungsfindung aufzeigen können und
- methodisch höherwertige Studien mit einem quasi-experimentellen Design im Krankenhausbereich eine stärkere Verbesserung der Outcomeparameter und der Prozessqualität zeigen.

125. Ausführlich ist in der Literatur die Notwendigkeit diskutiert worden, Maßnahmen gegen das sogenannte *gaming*, also das willentliche Verfälschen von Daten und die Entwicklung von Vermeidungsstrategien (z. B. Verweisen von Patienten mit hohem Risiko) vorzuhalten. Ein Instrument dazu ist eine adäquate Risikoadjustierung, ein anderes die streng transsektorale Qualitätssicherung und die Entwicklung eines transsektoralen *public disclosure*, das allerdings nur in integrierten Versorgungsnetzen und in populationsbezogenen Versorgungssystemen erfolgsversprechend ist, weil in sektorierten Systemen die Verantwortung für Qualität nicht transsektoral wahrgenommen wird.

Seit dem Jahr 2001 verfügt das deutsche Gesundheitssystem mit der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung über ein *private disclosure* System. Der Öffentlichkeit werden nur die Gesamtstatistiken sowie die Streuwerte bekannt gemacht, der einzelnen Einrichtung sind nur die eigenen Daten deanonymisiert zugänglich. Zur Steigerung der Reliabilität werden bei Auffälligkeiten Stichprobenprüfungen durchgeführt, bei auffälligen Befunden wird ein Audit-Verfahren aktiviert. Obgleich es derzeit in Deutschland kein dem *Freedom of Information Act* analoges juristisches Verfahren zur Öffnung der Datenanonymität gibt, das in New York die Veröffentlichung der herzchirurgischen Daten erzwungen hat, steht auch hierzulande eine Diskussion zu *public disclosure* auf der Tagesordnung. Es gibt bereits einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Liste von 26 Indikatoren, die von den Krankenhäusern ab dem Qualitätsbericht 2007 verpflichtend veröffentlicht werden müssen.

126. Der Rat ist sich der oben dargestellten Einschränkungen und methodischen Anforderungen (z. B. Risikoadjustierung) bewusst und empfiehlt auf der Basis der dargestellten Sachlage für die Krankenhäuser in den nächsten Jahren eine folgende Regelung:

1. Die vergleichende Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 SGB V durch die BQS bzw. die ‚fachlich unabhängige Institution‘ nach § 137a wird zügig ausgebaut, insbesondere unter Beachtung der gesetzlichen Forderung der Einbeziehung der transsektoralen Verläufe (§ 137 Abs. 2), unter Berücksichtigung von Patientensicherheits-Indikatoren (Tabelle 2) und unter vordringlicher Einbeziehung der konservativen Fachgebiete.
2. Die ‚unabhängige Institution‘ erarbeitet eine Liste von Indikatoren, die für die Veröffentlichung geeignet sind. Diese für *public disclosure* vorgesehenen Indikatoren sollen zum einen Patientensicherheits-Indikatoren einschließen, zum anderen den aktuell von der BQS vorgelegten Katalog um globale, übergreifende und die konservativen Fachgebiete betreffende Indikatoren erweitern. Zugelassene Krankenhäuser sind verpflichtet, die Ergebnisse der Indikatoren in den Qualitätsberichten nach § 137 SGB V zu veröffentlichen. Die unabhängige Institution führt im Rahmen des Audit-Verfahrens der derzeitigen BQS auch eine Prüfung der Reliabilität dieser Indikatoren durch. Eine jährliche Veröffentlichung ist vorzuziehen.
3. Die Institution nach § 137a offeriert weiterhin interessierten Krankenhäusern ein internes Benchmarking, das unter den teilnehmenden Krankenhäusern die Öffnung der Daten beinhaltet.
4. Die Institution nach § 137a bietet Krankenhäusern außerdem an, anonym die Ergebnisse ihrer internen CIRS-Systeme zugänglich zu machen, damit über registrierte Zwischenfälle die Möglichkeit des internen Lernens über die Institutionen hinweg verstärkt wird.

Der Rat empfiehlt, die Datenveröffentlichung als einen Entwicklungsprozess zu betrachten, bei dem die Gesundheitsberufe vollständig involviert werden. Insbesondere sind hier die Entwicklung von Risikoadjustierungsmodellen und die Weiterentwicklung der Indikatoren zu nennen. Die Berichte nach Nr. 4 sollten ferner an ein geschultes Team aus Patientenvertretern gerichtet werden, das als eine Art Callcenter die Anfragen derjenigen Patienten effektiv bearbeiten könnte, die aus verschiedenen Gründen die vorhandenen Daten nicht nutzen bzw. nutzen können. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) gemäß § 65b SGB V sowie andere qualifizierte Patientenver-

treter sollen einbezogen werden. Damit auch Bürger mit sprachlichen Verständigungsproblemen davon profitieren, wäre eine Kooperation mit einer (Telefon)Dolmetscherzentrale sinnvoll.

Qualitäts-bezogene Vergütung (pay for performance)

127. Die Qualitäts-bezogene Vergütung (*pay for performance*, P4P) gehört zu den Konzepten, die mittels externer Anreize eine Qualitätsverbesserung der Gesundheitsversorgung zu erreichen versuchen. Im Gegensatz zur Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*) handelt es sich um unmittelbar finanzielle und nicht um immaterielle Anreize, beide Formen können sich aber gegenseitig unterstützen und werden auch häufig gemeinsam eingesetzt. Die Entwicklung von P4P-Programmen wurde in den letzten Jahren vor allem in den USA und in Großbritannien vorangetrieben, die Diskussion hat jetzt aber auch Deutschland erreicht.

Die Definition der Qualitäts-bezogenen Vergütung geht in erster Annäherung davon aus, dass es sich um ein Finanzierungskonzept handelt, bei dem nicht nur Mengenaspekte berücksichtigt werden, sondern die Qualität der Versorgung im Mittelpunkt steht. In der internationalen Diskussion ist weitergehend der Begriff des *value of care* in Verwendung, um zu beschreiben, dass auch der Wert der Behandlung und somit Effizienzgesichtspunkte eine Rolle spielen. Eine entsprechende Definition lautet „*any type of performance based provider payment arrangements including those that target on cost measures,*“ so dass im Deutschen der Begriff ‚Ziel-bezogene Vergütung‘ als Alternative zur hier verwendeten Bezeichnung ‚Qualitäts-bezogene Vergütung‘ zu diskutieren wäre, falls man sich der letzteren Definition anschließen wollte.

128. Das Konzept der Qualitäts-bezogenen Vergütung hat seinen Ursprung einerseits in der Evidenz-basierten Medizin, andererseits in der Organisationstheorie sowie den Verhaltenswissenschaften. Der Zugang über die Evidenz-basierte Medizin stellt sich über wissenschaftlich abgeleitete Behandlungsleitlinien her, thematisiert die hohe Varianz der Versorgung und bezieht sich auf das Ziel, die Varianz zu reduzieren. Der Zugang über die Organisationstheorie sowie die Verhaltenswissenschaften geht u. a. auf das Konzept der Motivation zurück, das im Kontext der Gesundheitsversorgung seit 15 Jahren große Beachtung findet. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens wird diesem Konzept ein hoher Komplexizitätsgrad zugesprochen: Anreize wie Qualitätsberichterstattung und Qualitäts-bezogene Vergütung richten sich auf die externe Motivation,

wobei diese nicht mit den Elementen der internen Motivation wie Professionalismus, ethischen Einstellungen und Altruismus in Konflikt kommen sollte.

129. Die international gängigen Modelle der Qualitäts-bezogenen Vergütung sind in ihrer Struktur und Anreizbildung außerordentlich vielfältig. Zum einen können einzelne Ärzte oder Organisationen angesprochen werden, wobei dann in der Umsetzung ganz unterschiedliche Mechanismen zugrunde liegen. Zum anderen ist die Höhe der zusätzlichen Vergütung, die Einbeziehung von Effizienzkennzahlen, die Auswahl der Indikatoren (Ergebnis- vs. Prozessindikatoren, Routine- vs. klinische Daten) und die Kombination mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zu klären, insbesondere aber auch die genaue Spezifizierung der Anreize. Hier handelt es sich um die Frage, ob die besten („Top“) oder die sich am stärksten verbessernden Leistungsanbieter zusätzlich vergütet werden, und ob Zuschläge, Abschläge oder Sonderzahlungen bzw. eine Kombination dieser Vergütungsformen verwendet werden. Durch die Auswahl der Indikatoren darf kein „blinder Fleck“ entstehen, also Bereiche, die von den Indikatoren nicht erfasst werden und daher von der postulierten Qualitätsverbesserung ausgeschlossen werden.

130. Die vorliegende Analyse auf der Basis von 28 eingeschlossenen Studien zeigt zunächst, ähnlich wie in den anderen Reviews ein gemischtes Bild. Die Mehrzahl der Studien (21/28) weisen einen positiven Effekt aus, unabhängig davon, ob einfache (15/19) oder komplexe (6/9) Endpunkte gewählt werden, unabhängig davon, ob als Intervention nur P4P (14/18) oder komplexe (7/10) Vorgehensweisen eingesetzt wurden und weitgehend unabhängig vom Studiendesign. Auffällig ist lediglich, dass alle historisch kontrollierten Studien (12/12) eine positive Wirkung der Qualitäts-bezogenen Vergütung zeigen, gegenüber nur 9/16 Studien mit höherwertigem Design (6/9 randomisierten Studien, 2/4 Studien mit quasi-experimentellem Design und 1/3 Case Control Studien). Von den sieben Studien, die kein positives Ergebnis zeigten, wiesen drei ein gemischtes und vier ein negatives Ergebnis auf. Obwohl Schlussfolgerungen wegen der kleinen Zahl von Studien nur mit Vorsicht zu ziehen sind, ist es nicht ausgeschlossen, dass die historisch kontrollierten Studien den Effekt von P4P überschätzen. Aber selbst unter dieser Einschränkung bleibt festzuhalten, dass in der Mehrzahl der Studien eine Wirksamkeit zu zeigen war, sowohl in Bezug auf die Gesamtheit der Studien als auch in Bezug auf die Studien mit höherwertigem Studiendesign.

131. Unerwünschte Auswirkungen können zum einen durch eine ungenaue Validierung und Risikoadjustierung der verwendeten Indikatoren, zum anderen durch Fehlanreize verursacht werden, die ihrerseits eine Verschlechterung der Versorgung bedingen. Klei-

nere Krankenhäuser haben z. B. eine größere Anfälligkeit ihrer Qualitätsdaten für Einzelfälle (*outlier*) und können daher tendenziell benachteiligt werden. Weiterhin spielt der Ausschluss von Patienten durch Manipulation oder *exception rules* eine Rolle, da hierdurch der Bezug im Nenner der Indikatoren verfälscht wird.

Im Mittelpunkt der Diskussion stehen aber Auswirkungen, die bei prinzipiell funktionierendem Vergütungssystem, das in Teilen auf Qualitätsindikatoren aufgebaut ist, zu beobachten sind. Diese Diskussion konzentriert sich auf die Motivation der Ärzte, die Gefahr von Fehlanreizen und die Verstärkung von Ungleichheit. Grundsätzlich ist eine Schwächung der internen Motivation durch externe Motivation nicht auszuschließen, insbesondere wenn Bürokratisierung und Zuständigkeitsprobleme befürchtet werden; es lässt sich ein solcher Effekt jedoch nicht empirisch nachweisen. Die Qualitäts-bezogene Vergütung wird deutlich besser beurteilt als z. B. die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten. Fehlanreize können bei indikatoren-gestützten Anreizsystemen immer auftreten, insbesondere bei kleinen Krankenhäusern und bei mangelnder Risiko-adjustierung. Empirisch lässt sich eine Risikoselektion nur ausnahmsweise nachweisen. Allerdings gibt es Befunde, die auf eine Gefahr einer Benachteiligung vulnerabler Patientengruppen deuten, vor allem Patienten mit niedrigem Einkommen, ethnische Minderheiten und Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen. Gerade die letzte Gruppe verdient Beachtung, da die Anreizsysteme dazu führen könnten, dass jede einzelne der Erkrankungen zwar formal leitliniengerecht behandelt wird, um die zusätzliche Vergütung zu realisieren, die notwendige Anpassung der Behandlung, die durch die Multimorbidität notwendig wird, jedoch unterlassen wird.

132. In Abwägung der wissenschaftlichen Ergebnisse zur Wirksamkeit der Qualitäts-bezogenen Vergütung und der möglichen negativen Auswirkungen empfiehlt der Rat die schrittweise Einführung von Elementen dieser Vergütungsform mit Pilotierung und intensiver Evaluation. Um klarzustellen, dass es in erster Linie um die Qualität der Versorgung geht, ist der Begriff ‚Qualitäts-bezogene Vergütung‘ vorzuziehen. Folgende Aspekte sind zu berücksichtigen:

1. Die Berufe des Gesundheitswesens, insbesondere die Ärzte, sind in die Entwicklung, die Umsetzung und die Evaluation von Konzepten zur Qualitäts-bezogenen Vergütung mit einzubeziehen. Es muss ein Widerspruch zum Professionalismus und anderen Elementen der internen Motivation vermieden werden.
2. Gesundheitsversorgung ist regional organisiert. Daher ist die Einbettung von Konzepten der Qualitäts-bezogenen Vergütung in die regionalen Versorgungsstrukturen

sinnvoll und wichtig. Projekte sollten anfangs klein und überschaubar sein, um rasch Erfolge nachweisen und Fehler korrigieren zu können.

3. Die Vergütungsanreize sollten sich wegen der großen Bedeutung von Systemfaktoren in erster Linie an Organisationen und nicht an einzelne Ärzte richten. Im Bereich der ambulanten Versorgung kann es zwar geboten sein, auch einzelne Ärzte anzusprechen, die Einbeziehung von Ärztenetzen, Verbänden und anderen organisatorischen Konstruktionen ist jedoch vorzuziehen.
4. Die Vergütungsanreize sollten regelhaft mit anderen Anreizen und Methoden kombiniert werden, vor allem mit der Veröffentlichung von Qualitätsdaten (*public disclosure*), aber auch mit Feedback-Verfahren, *academic detailing* etc. Es bietet sich die Kombination mit der Sicherstellung als Bestandteil der Krankenhausplanung, die Einbeziehung in Zertifizierungskonzepte und die Ausgestaltung der ‚neuen Versorgungsformen‘ an.
5. Die verwendeten Indikatoren sollten eine Kombination von Prozess- und Ergebnisindikatoren mit einzelnen Strukturindikatoren und eine sinnvolle Kombination von Routine- und klinischen Daten enthalten. Die Aufnahme von Effizienzkriterien ist grundsätzlich möglich und sinnvoll. Die Indikatoren müssen angepasst und regelmäßig geändert werden (Rotation). Letzteres dient der Vermeidung der Manipulation. Es muss darauf geachtet werden, dass keine ‚blinden Flecken‘ entstehen, die wegen fehlender Indikatoren von den Verbesserungspotentialen ausgeschlossen wären. Die Indikatoren müssen gut spezifiziert und machbar sein, ein *exception reporting* mit Ausschluss von ‚komplizierten Fällen‘ ist nicht zu empfehlen, weil die Vergleichbarkeit deutlich eingeschränkt wird.
6. Neben Leistungserbringer-bezogenen Zielen sollten in den Konzepten zur Qualitätsbezogenen Vergütung immer auch populationsbezogene Ziele mit eingeschlossen werden (z. B. transssektorale Koordination).
7. Der Gefahr einer Risikoselektion und der Benachteiligung vulnerabler Gruppen, insbesondere aber einer Verschlechterung der Versorgung multimorbider chronisch erkrankter Patienten ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Es müssen in den Projekten erkennbare Ansätze enthalten sein, wie diesen unerwünschten Auswirkungen entgegengewirkt wird.

8. Offensichtlich spielt die Höhe der Vergütung keine entscheidende Rolle, muss aber Investitions- und Opportunitätskosten kompensieren. Wegen des breiteren Verbesserungsanreizes hält es der Rat für sinnvoll, den Nachweis einer relativen Verbesserung in Bezug auf den individuellen Ausgangspunkt des Leistungserbringers zum Gegenstand des Anreizsystems zu machen. Die ‚Top‘-Leistungserbringer werden über das parallele *public disclosure* aufgewertet.
9. Die organisatorische Umsetzung, der Datenzugang und die EDV-Ausstattung sind von Beginn an kritische Faktoren und müssen in die finanzielle Planung angemessen mit einbezogen werden.

Die Konzepte und Projekte zur Qualitäts-bezogenen Vergütung müssen effektiv, zeitnah und kritisch evaluiert werden. Es besteht nicht nur die Notwendigkeit, die international gemachten Erfahrungen auf die deutschen Verhältnisse anzupassen, sondern das Konzept muss hinsichtlich einer großen Zahl von offenen Fragen weiterentwickelt werden. Dieser Entwicklungsbedarf reicht von der Identifikation und Spezifikation adäquater Indikatoren über die Klärung von Fragen in der Umsetzung (Höhe des finanziellen Anreizes, Dauer der Intervention, Zusammenwirken mit anderen Anreizen, Adressat des Anreizes, relative Verbesserung versus absolute Position) zur Etablierung von Instrumenten zur Vermeidung von unerwünschten Nebeneffekten. Der Rat sieht hier eine vor-dringliche Aufgabe der Versorgungsforschung.

6. Primärprävention in vulnerablen Gruppen

133. Der Rat hat in früheren Gutachten wiederholt (GA 2005, I-4; GA 2003, II-5; GA 2000/2001, I-2; SG 1996, I-4.4; JG 1988) dargelegt, dass die primäre Prävention ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheitssicherung und zugleich von starker Unterversorgung betroffen ist. Der quantitative und qualitative Ausbau, die Orientierung an Zielgruppen und Lebenswelten, eine angemessene Berücksichtigung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen sowie Verbesserungen in Qualitätssicherung und Evaluation wurden wiederholt angemahnt. Der Rat bekräftigt die Empfehlungen früherer Gutachten.

134. Trotz erfreulicher Zunahme des öffentlichen und politischen Interesses an primärer Prävention sieht der Rat noch beträchtliche vermeidbare Defizite: Zwar sind einerseits im Hinblick auf Methoden und Erfolge der Prävention sicherlich noch viele theoretische, methodische und praktische Fragen offen. Andererseits kann aber auch keine Rede davon sein, dass das vorhandene Wissen über erwiesene und vielversprechende Interventionen auch nur annähernd umgesetzt würde. Den laufenden Prozess der diesbezüglichen öffentlichen und politischen Willensbildung – und ohne einen solchen Willen wird sich nicht viel ändern – möchte der Rat mit diesem Gutachten unterstützen.

135. Primärprävention bezeichnet Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Entsprechend dem Beitrag unterschiedlicher Faktoren an der Verursachung des Krankheits- und Sterbengeschehens und ihrer Beeinflussbarkeit liegen die Interventionsfelder für primäre Prävention überwiegend außerhalb des medizinischen Versorgungssystems und folgen auch anderen als individualmedizinischen Handlungslogiken. Die Kooperation mit der Medizin bleibt dabei auf zwei Ebenen unerlässlich: Zum einen beziehen sich alle präventionspolitischen Ziele und Aktivitäten letztlich auch auf das Wissen der Medizin darüber, was gut und was schlecht ist für die Gesundheit der Menschen. Und zum anderen leben wir in einer Medizinkultur, in der der kurative Arzt als erster Ansprechpartner in allen Gesundheitsfragen angesehen wird. Die in der Arzt-Patientenbeziehung liegenden Potentiale im Bereich der Primärprävention sind bei weitem noch nicht ausgeschöpft. Zudem begründet sich der Erfolg mancher primärpräventiven Interventionen auch außerhalb des Krankenversorgungssystems aus den sozialdiagnostischen Kompetenzen von Medizinerinnen sowie ihrer Fähigkeit, Ratsuchenden durch Verweisung an nichtmedizinische Projekte gesundheitsförderliche Wege der Bewältigung zu zeigen.

136. Ein – überwiegend latenter – Bedarf nach solcher Unterstützung ist in allen Bevölkerungsschichten festzustellen. Er kumuliert aber mit abnehmendem sozialen Status. Als Leitbild für die gesamte Präventionspolitik kann deshalb die Formulierung gelten, die sich im § 20 Abs. 1 SGB V für die von den Krankenkassen getragene Prävention findet: Primärprävention soll „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten“. Der Erfolg bemisst sich danach an zwei Kriterien: 1. Verbesserung in allen sozialen Schichten und Gruppen. 2. Verminderung der Abstände zwischen diesen Gruppen. Unter den gegebenen Umständen impliziert dies notwendig eine Konzentration von Aufmerksamkeit und Ressourcen auf ‚vulnerable Gruppen‘, um die Entwicklung der *compression of morbidity* verstärkt für sozial benachteiligte Gruppen und Schichten zu öffnen. Dabei sind insbesondere auch die unterschiedlichen Probleme und Bedürfnisse von Männern und Frauen, sowie auch die unterschiedliche Erreichbarkeit zu berücksichtigen. ‚Vulnerabilität‘ im Sinne erhöhter Erkrankungs-, Behinderungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten findet sich besonders häufig dort, wo die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, deren volle Teilhabe an der Gesellschaft prekär oder beschädigt ist (z. B. Arbeitslose, alte Menschen), mit engen oder armen materiellen Verhältnissen zusammentrifft.

137. Mit der exemplarischen Darstellung der gesundheitlichen Problemlage und der Ansätze zur Primärprävention in den Gruppen der Arbeitslosen, der sozial benachteiligten alten Menschen, der Obdachlosen sowie im Hinblick auf HIV/Aids im vorliegenden Gutachten will der Rat deutlich machen, welche Implikationen mit der Zielstellung ‚Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen‘ verbunden sind: Systematische Primärprävention in vulnerablen Gruppen ist eine notwendige, neue Schwerpunktsetzung der Gesundheitspolitik. Die Konturen der dafür zweckmäßigen und erforderlichen Felder und Formen der Intervention bilden sich erst langsam heraus. Diese Entwicklung kann sich nicht auf die Anwendung etablierter Regeln beschränken, vielmehr müssen Experimente zugelassen sein. Nur wenn diese – als Teil der Versorgungsforschung – zweckmäßig dokumentiert und ausgewertet werden, können die notwendigen Lerneffekte erzielt werden.

Primärprävention mit Arbeitslosen

138. Arbeitslose sind in der Regel häufiger und schwerer krank als Erwerbstätige bzw. die Gesamtbevölkerung. Außerdem weisen sie eine höhere Sterblichkeitsrate auf als die Vergleichsgruppen.

Trotz erheblicher Probleme bei der Konzipierung und Organisation von Primärprävention mit Arbeitslosen haben in jüngster Zeit eine Reihe von Trägern Modellprojekte initiiert bzw. durchgeführt. Zum Beispiel hat der BKK-Bundesverband im Rahmen seiner Initiative ‚Mehr Gesundheit für alle‘ mehrere Projekte zum Thema ‚Arbeit(slosigkeit) und Gesundheit‘ initiiert. Hierzu zählen die motivierenden Gesundheitsgespräche, das Projekt BEAM (Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahme) und das Projekt Job Fit Regional. Das vom brandenburgischen Arbeits- und Gesundheitsministerium initiierte, Gesundheitsförderung und Arbeitsvermittlung verbindende Projekt Amiga (Arbeitsförderung mit gesundheitsbezogener Ausrichtung) kann als Beispiel ebenso genannt werden wie das an der Universität Dortmund koordinierte Projekt Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung (N.A.G.), oder auch die in der Projektdatenbank der BZgA (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de) unter dem Stichwort ‚Arbeitslose‘ zu findenden Projekte.

139. Der Rat empfiehlt, der Gruppe der Arbeitslosen und insbesondere den von den gesundheitlichen Problemen besonders betroffenen Teilgruppen verstärkt Angebote der Primärprävention, ggf. einschließlich diagnostischer, therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention nahezubringen. Hierzu bieten sich unter anderem Arbeitslosentreffs sowie kommunale Nachbarschaftszentren an. Grundlage der Teilnahme ist in jedem Falle eine freie Entscheidung des bzw. der Arbeitssuchenden. Es muss stets ein faires Gleichgewicht zwischen ‚fordern‘ und ‚fördern‘ eingehalten werden. Bestandteil gesellschaftlicher Strategien der Primärprävention im Bereich der Arbeitslosigkeit ist nach Ansicht des Rates auch weiterhin eine Ent-Stigmatisierung des Themas Arbeitslosigkeit, die darauf hinwirkt, dass Arbeitslosigkeit – in der Selbst- und in der Fremdbewertung – nicht als individuell verschuldet wahrgenommen, thematisiert und behandelt wird. Die diesbezüglichen Vorurteile haben angesichts von Arbeitslosigkeit als Massenschicksal in den letzten Jahren zwar abgenommen, sind aber immer noch virulent.

140. Prävention und Gesundheitsförderung bei Arbeitssuchenden bezeichnet eine Schnittstelle von Arbeitsmarkt- und Gesundheitspolitik. Da der potentielle Nutzen von Prävention bei Arbeitslosen, d. h. die verringerte Inanspruchnahme ambulanter oder

stationärer Leistungen, aber auch die Verbesserung der Wiedereingliederungschancen auf dem Arbeitsmarkt, neben den Betroffenen sowohl der Arbeitslosen- wie auch der Krankenversicherung zugute kommen würde, erscheint es sinnvoll, die Finanzierungsverantwortung für diesen Bereich – z. B. im geplanten Präventionsgesetz – auch auf die Bundesagentur für Arbeit auszudehnen.

Dies sollte durch eine explizite Verankerung des Präventionsgedankens in SGB II und SGB III ergänzt werden. Dadurch könnten komplexe Projektstrukturen vereinfacht sowie eine nachhaltige und flächendeckende Finanzierung der Projekte gewährleistet werden.

141. Potential für Primärprävention findet sich auch im Bereich des Ärztlichen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit bzw. im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Im Rahmen mehrstufiger Präventionsstrategien bei der Zielgruppe der Arbeitslosen würde dabei insbesondere die aktive Mitwirkung des Ärztlichen Dienstes bei der Klärung des Präventionsbedarfs, aber auch bei der konkreten Ausgestaltung und Koordination von Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention auf individueller Ebene in Betracht kommen.

142. Das neu geordnete System der Arbeitsförderung verbessert die Ausgangslage für Maßnahmen der Gesundheitsförderung und der Prävention bei Erwerbslosen. Die Verankerung der Präventionsthematik im Rahmen des neuen Systems könnte zusätzlich z. B. dadurch gestärkt werden, dass alle Erwerbslosen mit schwerwiegenden, d. h. mit vermittlungsrelevanten Gesundheitsproblemen direkt in das Fallmanagement aufgenommen werden und somit einen besseren Zugang zu den gesundheitsbezogenen Maßnahmen erhalten. Dies setzt allerdings auch voraus, dass die Fallmanager bzw. das jeweilige Team über sozialmedizinische Kompetenzen verfügen. Darüber hinaus kann die gesundheitliche Prävention in der Arbeitsförderung auch dadurch gestärkt werden, dass die Agenturen die Mittel, die ihnen nach § 10 SGB III für Ermessensleistungen zur Verfügung stehen, unter stärkerer Berücksichtigung gesundheitlicher Aspekte verwenden. Ein ähnliches Potential bietet § 16 Abs. 2 SGB II, der soziale Eingliederungshilfen (Schuldnerberatung, psychosoziale Betreuung oder Suchtberatung) vorsieht, die dem Empfänger von Arbeitslosengeld II zur Verfügung gestellt werden können.

Sowohl die gesundheitliche Lage von Arbeitssuchenden als auch die Wirksamkeit unterschiedlicher Präventionsansätze bedürfen weiterer Forschung.

Primärprävention mit sozial benachteiligten alten Menschen

143. Die Zielgruppen sozioökonomisch benachteiligter Älterer sind von großer Bedeutung für eine nachhaltige Präventionspolitik, die auf die demografischen Herausforderungen zu antworten sucht und deshalb einen Beitrag für die Lebensqualität, für den Erhalt von Selbständigkeit und Autonomie und eben Gesundheit dieser Gruppen leisten will. Vielversprechende Ansätze sind lebensweltorientiert und deshalb für diese Zielgruppen im Wesentlichen stadtteilorientiert. Bisher ist in diesem Bereich nur wenig systematische und wissensbasierte Entwicklung sichtbar – neben einzelnen Modellen guter Praxis ist eine allgemeine Unterentwicklung hinsichtlich Konzeptionsentwicklung, Implementierung, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Feld zu konstatieren.

144. Es gibt eine Reihe von Kommunen und Projekte, die innovative Wege gehen, verschiedene Zielgruppen älterer Benachteiligter erreichen und damit eine hohe Wirksamkeit hinsichtlich der Erreichung, Aktivierung und sozialen Integration ihrer Zielgruppen und vermutlich auch hinsichtlich ihrer Gesundheit und ihrer Lebensqualität erreichen. Beispielhaft genannt seien die ‚Bürgerbeteiligung Lindau-Zech‘, die ‚Kölner Seniorennetzwerke‘ oder ‚Miteinander Wohnen e.V.‘ in Berlin-Lichtenberg. Diese und weitere Initiativen verbinden meist Angebote der generations- bzw. kulturübergreifenden Kommunikation und Unterhaltung (Nachbarschaftstreffs etc.) mit ehrenamtlichen Aufgaben im Wohnumfeld und der Unterstützung beim Zugang zu Leistungen der sozialen und gesundheitlichen Versorgung. In den - noch zu seltenen - erfolgreichen Fällen verselbständigen sich solche Netzwerke von ihren ursprünglichen Initiatoren.

145. Der Rat empfiehlt, die Entwicklung zielgruppenspezifischer, multimodaler und sektorübergreifender Strategien zu unterstützen, die geeignet sind, die Gesundheitsressourcen benachteiligter Älterer zu steigern und ihre gesundheitsrelevanten Belastungen zu senken. Der Stadtteil (die Kommune, das Quartier, das Dorf) sollte hier das zentrale Setting sein.

146. Die Entwicklung geeigneter Evaluations- und Qualitätsentwicklungsstrategien, die den beschriebenen Strategien angepasst sind und zu einer besseren Evidenzbasierung beitragen, sollte gefördert werden. Bereits vorhandene Erkenntnisse, die sich beispielsweise in den Good Practice-Kriterien für die Primärprävention bei sozial Benachteiligten niederschlagen, sollten für die Zielgruppe der älteren Benachteiligten spezifiziert werden.

147. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention weisen im Alter Überschneidungen auf. Primärpräventive Strategien müssen deshalb auch die Bedarfe bereits chronisch erkrankter und behinderter älterer Menschen mit einbeziehen. Umgekehrt sollten die Akteure der Krankenversorgung verstärkt dazu angeregt werden, auch sozial benachteiligte Ältere für die Teilnahme an Maßnahmen der primären Prävention und Gesundheitsförderung zu motivieren.

Eine wichtige Rolle kann dabei die ‚aufsuchende Aktivierung‘ (präventiver Hausbesuch) spielen, insbesondere dann, wenn diese im Kern diagnostische Maßnahme mit zielgruppenspezifisch wirksamen Interventionen – auch im sozialen Umfeld – sowie mit Angeboten verknüpft ist.

148. Förderprogramme sollten dezentrale und explorative Projektentwicklungen ermöglichen, deren Lernprozesse einerseits an lokalen Bedingungen ansetzen und andererseits einen Beitrag zu koordinierter Kompetenzentwicklung leisten können.

Der Rat begrüßt es, dass das BMBF durch mehrere Ausschreibungen zur Versorgungs- und Präventionsforschung für die Zielgruppen der Älteren und Alten dem wachsenden Wissensbedarf auf diesem Gebiet aktiv begegnet.

Primärprävention mit Obdachlosen

149. Wohnungslose sind deutlich häufiger als die Allgemeinbevölkerung von physischen oder psychischen Beeinträchtigungen einschließlich Suchtkrankheiten betroffen. Auch die Sterberate ist unter Obdachlosen höher als im Bevölkerungsdurchschnitt.

150. Der Settingansatz als eine Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung, die sich auf definierte Sozialräume konzentriert und somit im Lebensalltag der Betroffenen ansetzt, stößt bei Wohnungslosen an gewisse Grenzen, da sich die Zielgruppe gar nicht in einem der ‚klassischen‘ Settings wie Schule, Betrieb etc. aufhält. ‚Die Straße‘ als Lebenswelt dieser Zielgruppe zeigt eine für diesen Interventionstyp problematisch hohe Fluktuation der Betroffenen. Modelle guter Praxis, die Primärprävention mit der Schaffung bzw. Erleichterung des Zugangs zu gesundheitlichen und sozialen Versorgungsleistungen und ggf. zum Arbeitsmarkt verbinden, finden sich in Modellvorhaben zur ‚aufsuchenden sozialen Arbeit‘ in verschiedenen Bundesländern und Großstädten sowie beispielhaft bei den im Umkreis einer Krankenwohnung bzw. eines Kontaktladens aufgebauten Projekte ‚Die KuRve‘ und ‚Mecki‘ des Diakonischen Werkes in Hannover.

Wertvolle Anregungen für Konzept, Aufbau und Management von gesundheitsbezogenen Projekten für und mit Obdachlosen finden sich auch bei nicht-staatlichen Projekten in den USA. All diesen Modellen ist gemeinsam, dass sie über – sozialetisch gebotene – karitative Betreuung hinausgehen und durch Aktivierung der Betroffenen Wege der Reintegration zu bahnen versuchen.

151. Der Rat empfiehlt, der Zielgruppe der Obdachlosen und insbesondere den von den gesundheitlichen Problemen besonders betroffenen Teilgruppen der Obdachlosen verstärkt Präventionsangebote nahe zu bringen. Dies gilt gleichermaßen für diejenigen, die aus Not auf der Strasse leben wie auch für jene, für die dies ein ‚selbst gewählter Weg‘ ist. Solche Maßnahmen sollten genügend niedrighschwellig sein und nach einem abgestuften Konzept vorgehen, das über weite Strecken aufsuchend angelegt ist und unterschiedliche Ebenen der gesundheitlichen Versorgung anspricht.

152. Eine stärkere Vernetzung von gesundheitlichen Angeboten mit sozialen Angeboten der Wohnungslosenhilfe und weiterer Institutionen könnte Zugänge erleichtern und die Wirksamkeit erhöhen. Dabei sollen die unterschiedlichen Situationen und Bedürfnisse von obdachlosen Männern und Frauen berücksichtigt werden. Ausreichende Vernetzung von unterschiedlichen zielgruppenspezifischen Maßnahmen dürfte auch erforderlich sein, um den Versorgungsdefiziten in Bezug auf die unter Obdachlosen hohe Rate von Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit zu begegnen. Eine engere Kooperation zwischen Suchtberatung und Wohnungslosenhilfe erscheint als geeignet und geboten.

153. Besondere Aufmerksamkeit sollte der gesundheitlichen Versorgung obdachloser Jugendlicher entgegengebracht werden. Auch im kinder- und jugendärztlichen bzw. -psychiatrischen Bereich sollten dafür aufsuchende Angebote vorgehalten werden. Zudem ist der Bedarf von zielgruppenspezifischen Angeboten zum Entzug und zur Entwöhnung auch im Jugendbereich nicht gedeckt.

154. Initiativen zur medizinischen Versorgung von Obdachlosen sollten dauerhaft finanziell abgesichert werden. Bedarf hierfür wird auch nach erfolgreicher Implementation der Versicherungspflicht gemäß GKV-WSG zumindest für Menschen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus bestehen bleiben. Stabile Finanzierung ist erforderlich, um den Projekten die für die kontinuierliche Arbeit mit den Betroffenen nötige Planungssicherheit zu gewährleisten.

155. Um Obdachlose über kurz oder lang ins medizinische Regelsystem zu integrieren, empfiehlt der Rat, strukturelle Barrieren für die Inanspruchnahme ‚regulärer‘ medizini-

scher Leistungen zu beseitigen. Das bedeutet, die von Armut betroffenen Obdachlosen von der Praxisgebühr sowie der Zuzahlungspflicht für Medikamente und Heilbehandlungen zu befreien.

156. Angebote der Gesundheitsversorgung sollten ergänzt werden um arbeits- und unterbringungsbezogene Maßnahmen, wie sie etwa im ‚Nationalen Aktionsplan zur Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung‘ erwähnt werden. Im Hinblick auf Strategien zur Vermeidung von Obdachlosigkeit verweist der Rat auf das französische Beispiel, wo es seit Februar 2007 ein gesetzlich verbrieftes Recht auf Wohnen gibt. Um der sozialen Ausgrenzung der Betroffenen entgegenzuwirken und sie psychisch und sozial stabilisieren, sollten realistische Möglichkeiten des Einstiegs in den dritten, zweiten und ersten Arbeitsmarkt für Obdachlose geschaffen bzw. bereitgehalten werden.

157. Um den gesundheitlichen Versorgungsbedarf, den die vom medizinischen Regelsystem schwer erreichbare Zielgruppe der Wohnungslosen hat, handlungsorientiert analysieren zu können, empfiehlt der Rat eine entsprechende Gesundheitsberichterstattung, Untersuchungen zur Qualität und Wirksamkeit geförderter Maßnahmen sowie eine auf diese Zielgruppe bezogene Versorgungsforschung.

Verbesserung der HIV/Aids-Prävention

158. Der Anstieg der Zahl der neu diagnostizierten HIV-Infektionen in den letzten Jahren in Deutschland ereignet sich sowohl in der Gruppe der – in der WHO-Terminologie – *man who have sex with man* (MSM) als auch im heterosexuellen Verkehr. Der Rat sieht darin jedoch nicht ein Versagen des in den achtziger Jahren etablierten Präventionsmodells der multimodalen Mehrebenenkampagne ‚Gib Aids keine Chance‘. Dieses Modell beruht auf abgestimmter Arbeitsteilung zwischen staatlichen Stellen und Nichtregierungsorganisationen, auf Partizipation der betroffenen Gruppen, auf Freiwilligkeit und dem konzertierten Zusammenwirken von massenmedial vermittelten Botschaften, zahlreichen dezentralen Aktionen in den Lebenswelten der Zielgruppen und persönlicher Beratung. Der Rat sieht diese Strategie im Hinblick auf die Prävention von Aids weiterhin als tragfähig und vorbildlich an und empfiehlt ihre Weiterentwicklung und Anpassung an die eingetretenen Veränderungen.

159. Infolge der bahnbrechenden Erfolge der pharmakologischen Therapie der Folgen der HIV-Infektion haben sich Lebensdauer und Lebensqualität der meisten Infizierten

und Kranken in Deutschland dramatisch verbessert. Die Botschaften der Prävention müssen diesem Umstand Rechnung tragen: Motiv für präventives Verhalten (*safer sex* und *safe use*) ist nicht mehr allein die Abwehr des drohenden Todes, sondern die Erhaltung der Gesundheit für sich selbst und den/die jeweilige/n Partner/in. Allerdings sollte in diesem Zusammenhang die Aids-Erkrankung auf keinen Fall verharmlost werden.

160. Botschaften, Medien und Zielorte der Prävention müssen den eingetretenen Veränderungen Rechnung tragen. Im Hinblick auf die Botschaften geht es dabei um die Differenzierung und zum Teil Individualisierung von Strategien der Risikominderung. Die darin liegenden Gefahren (Fehleinschätzungen von Risiken, Missverständnisse in der Risikokommunikation) müssen stärker bearbeitet werden. Im Hinblick auf die Medien gewinnt das Internet größere Bedeutung. Neuere Entwicklungen im Bereich der Freizeitkultur erfordern eine stärker sozialräumliche Orientierung der Präventionsarbeit bis hin zu zugehender Beratung. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass vor allem in Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund sowie generell bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status die Prävention auch in der Vergangenheit weniger erfolgreich war und deshalb verbessert werden muss.

161. Als Erfolg versprechend zeigen sich auch Ansätze, welche die nach wie vor hoch motivierten lokalen und regionalen Aids-Hilfen in der Entwicklung und Sicherung der Qualität ihrer Präventionsarbeit unterstützen. Angesichts der Verschiedenheit der jeweils ‚vor Ort‘ anzutreffenden Gegebenheiten kann es hier keine schematischen Lösungen geben. Kriterien der Qualität und lokale Merkmale der Prävention können nur im gleichberechtigten Dialog zwischen Evaluationsexperten und Präventionspraktikern gefunden und entwickelt werden.

162. Einen Zuwachs an Qualität der Prävention würde es aus Sicht des Rates auch bedeuten, wenn – wie von UNAIDS mit deutscher Unterstützung empfohlen – auch in Deutschland eine für alle Aids-Fragen zuständige Stelle für Koordination und Monitoring der Aids-Aktivitäten der verschiedenen Politikfelder eingerichtet würde. Die sichtbar gewordenen Defizite der Prävention verlangen auch nach sozialwissenschaftlicher Forschung über die Gründe, die soziale und regionale Verteilung der Zunahme HIV-riskanten Verhaltens sowie zur Erprobung der Wirksamkeit neuer Interventionsformen.

Herausforderungen für Politik, Praxis, Wissenschaft

163. Gesundheitliche Vulnerabilität hat viele Quellen und nimmt viele Formen an. Wenn Gesundheitspolitik die daraus resultierenden Herausforderungen annimmt, sieht sie sich mit einer zunächst schier unübersehbar erscheinenden Vielzahl unterschiedlicher Zielgruppen und Problemlagen konfrontiert. Entwurf und Durchführung Erfolg versprechender Prävention setzt zunächst voraus, die Entstehungsbedingungen gesundheitlicher Gefährdung sowie die aktuellen Lebenslagen der Zielgruppen in ihren jeweiligen Lebenswelten zu identifizieren und zu analysieren. Dabei erweisen sich für die Prävention jeweils unterschiedliche Zugänge, Interventionsformen und Methoden der Qualitätssicherung als angemessen. Um die Möglichkeiten moderner Formen der Primärprävention zu nutzen, müssen jeweils spezifische Netzwerke bzw. Akteurkonstellationen motiviert und aktiviert werden. Dazu gehören auch das System der Krankenversorgung und insbesondere die ambulant tätigen Mediziner – nicht nur als Akteure für die Bewältigung bereits eingetretener Erkrankungen, sondern auch als Initiatoren, Anreger und Vermittler primärer Prävention. Regelmäßig handelt sich jedoch nicht nur um professionelle Akteure im jeweiligen Handlungsfeld, sondern auch um die Menschen aus den Zielgruppen sowie weitere zivilgesellschaftliche Akteure. Um in solchen Konstellationen der Gesundheit förderliches und Krankheit vermeidendes Verhalten zu etablieren, bedarf es vielfältiger materieller und immaterieller Anreize und Veränderungen in der das Verhalten prägenden Umwelt. Hinzu kommt, dass die gesundheitliche Wirkung solcher Interventionen oft nicht direkt gemessen werden kann und die festgestellten Effekte bei den hilfsweise herangezogenen Indikatoren oft nicht direkt auf die Intervention bezogen werden können – die Effektivität vieler dieser Interventionen also plausibel und beobachtbar erscheint, aber nicht als wissenschaftlich erwiesen gelten kann. Zusammengenommen bedeutet dies, dass sich Primärprävention in vulnerablen Gruppen nicht auf die Anwendung etablierter Regeln beschränken kann, sondern dass Experimente zugelassen sein müssen, wenn sie zweckmäßig dokumentiert sowie unabhängig begutachtet werden und damit Lerneffekte ermöglichen.

164. Die kurzen Beschreibungen erfolgreicher Präventionsansätze bei den im vorliegenden Gutachten untersuchten Zielgruppen zeigen, dass Interventionen in aller Regel fünf Anforderungen erfüllen sollten:

- Die Interventionen zielen nicht nur auf die Senkung von gesundheitlichen Belastungen (aus der physischen und sozialen Umwelt sowie aus dem Verhalten), sondern auch auf die Vermehrung gesundheitlicher bzw. gesundheitsdienlicher Ressourcen.

- Interventionen sollten nicht nur krankheitsspezifische, sondern auch unspezifische Belastungen und Ressourcen beeinflussen, d. h. sie sollten so weit wie möglich *upstream* einsetzen.
- Interventionen sind nach den vorliegenden Erfahrungen desto erfolgreicher, je mehr es gelingt, die jeweiligen Lebenswelten (Settings) der Zielgruppen, d. h. die gesundheits- und verhaltensrelevanten Kontexte, in Richtung auf Gesundheitsförderlichkeit zu verändern.
- Von größter Bedeutung für den Entwurf, die Durchführung und die Qualitätssicherung zielführender Interventionen ist die größtmögliche Einbeziehung der jeweiligen Zielgruppen; Partizipation ist die Schlüsselgröße erfolgreicher Prävention.
- Lebensweltbezogene Primärprävention ist eine Entwicklungsaufgabe. Voraussetzung für Entwicklung ist Lernen. Gelernt werden kann aus – gelungenen wie gescheiterten – Erfahrungen nur, wenn diese angemessen dokumentiert werden. Deshalb sind Qualitätssicherung und verwertbare Dokumentation unabdingbar für die schrittweise Verbesserung der Wissensbasis und der Interventionsqualität. Kriterium der Unterstützung bzw. Finanzierung insbesondere von komplexen Präventionsprojekten in Lebenswelten kann beim derzeitigen Wissensstand nicht in jedem Fall der Nachweis der Wirksamkeit sein (*proven interventions*). Gefördert werden sollten auch sozial und gesundheitlich plausible Interventionen, wenn sowohl ein theoretisch fundiertes Modell für die Wirksamkeit als auch empirische Evidenz vorliegt, die zumindest Teile dieses Modells stützt (*promising interventions*).

Die in den Abschnitten des Gutachtens skizzierten bzw. zitierten Beispiele primärpräventiver Interventionen bei einzelnen vulnerablen Gruppe erfüllen durchweg das Kriterium ‚vielversprechend‘ und stellen insofern Herausforderungen sowohl zur Qualitätsverbesserung als für die Forschung dar.

Europäische Strategien gegen Ungleichheit von Gesundheitschancen

165. Gegenüber anderen Ländern der Europäischen Union, die präventionspolitisch vor ähnlichen Herausforderungen stehen, weist Deutschland in wichtigen Teilbereichen erhebliche Rückstände auf. In erster Linie sind dabei die Zielbildung und die damit verbundene Priorisierung zu nennen. Ohne wissenschaftlich fundierte und politisch konsenterte Ziele und Prioritäten scheint aber weder eine Bündelung von Anstrengungen

und Erfahrungen noch eine rationale und legitimierte Ressourcenzuweisung möglich. Der Vorsprung anderer Länder erklärt sich einerseits durch viele historische, kulturelle und institutionelle Eigenheiten, die nicht ohne weiteres übertragbar sind. Andererseits zeigen aber die skizzierten Länderbeispiele auch Faktoren bei der Bildung von Gesundheitszielen, die übertragbar sind und deren Nutzung der Präventionspolitik in Deutschland zusätzliche Schubkraft verleihen könnten: In Großbritannien fällt die starke Beteiligung der breiten Öffentlichkeit an der Zielfindung und -bildung über Veranstaltungen, Massenmedien und Internet auf. Dadurch konnten relevante Teile der Bevölkerung und auch der prioritären Zielgruppen sowie wichtige staatliche und nicht-staatliche Akteure in die Diskussion über das Programm *Our healthier nation* einbezogen und auf diese Weise zur Teilnahme motiviert werden. Hinter diesem Prozess stand ein klar formulierter politischer Wille der britischen Regierung. Das gilt mit phasenweisen Unterschieden auch für die Niederlande. Dort spielte die Flankierung durch staatlich finanzierte, den Zielbildungsprozess begleitende Forschungsprogramme eine wichtige Rolle. Diese bezogen sich sowohl auf die Größe und die Ausprägungen des Problems sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen, als auch auf Interventionen und schließlich auch auf Interventionswirkungen. In Schweden wiederum bildete die Orientierung an einem nationalen Präventionsgesetz einen wichtigen Antrieb für diesen Prozess. Im Gegensatz zur deutschen Situation gelangten alle diese Ansätze zu Zielsystemen, die den Anspruch haben, das gesamte Problemspektrum durch die Definition von Interventionsfeldern bzw. Zielgruppen bzw. sozialen Determinanten der Gesundheit abzubilden. Obgleich auch diese Programme und Systematiken noch große Unschärfen im Hinblick auf Zielgruppen und Settings sowie deren Priorisierung aufweisen, stellen sie gegenüber der Orientierung auf einzelne Zielkrankheiten bzw. Verhaltensziele bzw. Gruppen einen bedeutenden Fortschritt dar. Vor allem in Großbritannien wurden die wenigen, zunächst abstrakt klingenden Ziele in Form konkreter Handlungsvorschläge für Akteure auf allen Ebenen von Regierung, NHS und Gesellschaft konkretisiert. In Schweden ist die Formulierung solcher Unterziele Bestandteil der – im letztlich verabschiedeten – Gesetz enthaltenen Vorschriften bzw. Aufforderungen an staatliche, kommerzielle und zivilgesellschaftliche Akteure. In den Niederlanden erfolgt die Umsetzung z. T. experimentell durch überwiegend lokale Modellversuche.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die Präventionspolitik dieser Länder im Gegensatz zu Deutschland einen wissenschaftlich fundierten und durch transparente Verfahren legitimierten Rahmen aufweist. Ob diesem ‚Überbau‘ in den jeweiligen Ländern auch eine solidere Praxis der Prävention in vulnerablen Gruppen entspricht, ist weniger klar: Zu keinem der aus diesen Zielsystemen generierten Programme liegt bislang eine aussage-

fähige Evaluation vor. Weitere Erkenntnisse hierzu werden u. a. aus dem EU-Projekt *Closing the Gap – Strategies for Action to tackle Health Inequalities in Europe* erwartet, das Praxis-Projekte für vulnerable Gruppen im internationalen Vergleich untersucht und in diesem Zusammenhang *models of good practice* identifiziert, entsprechende Kriterien entwickelt und einen internationalen Benchmarking-Prozess steuert.

Praxisansätze in Deutschland

166. Die Erprobung und Entwicklung geeigneter Zugänge und Methoden der Intervention zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen kann als Suchprozess mit Experimenten (und demzufolge auch Erfolgen und Misserfolgen) beschrieben werden. Da es in Deutschland bislang an einer handlungsleitenden nationalen Präventionsstrategie – und infolgedessen auch an Kriterien der Priorisierung sowie an Anreizen und Mechanismen zur Bündelung von Erfahrungen, Qualifikationen und Ressourcen – fehlt, sind die Präventionsakteure hierzulande darauf angewiesen, zumindest in ihren jeweils eigenen Handlungsfeldern solche Mechanismen sowie Möglichkeiten der koordinierten Dokumentation und Qualitätssicherung zu schaffen. Im Gutachten werden zwei unterschiedliche Wege zu diesem Ziel dargestellt.

167. Im Modellprojekt ‚gesund leben lernen‘ der GKV-Spitzenverbände wurden in drei Bundesländern (Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt) 63 Bildungseinrichtungen mit überdurchschnittlich vielen Schülerinnen und Schülern aus sozial benachteiligten Verhältnissen identifiziert und zur Teilnahme an primärpräventiven Interventionen gewonnen. Das Projekt begann Mitte 2003. Dieser von Kriterien geleitete, koordinierte und qualitätsgesicherte Ansatz der Spitzenverbände der GKV entspricht dem Sinn des § 20 SGB V und enthält durch die Wahl des Settings ‚Schule‘ auch Möglichkeiten der Synergie, des Benchmarkings und der Akkumulation von Erfahrungen. Eine sorgfältige Dokumentation und Publikation der – positiven wie negativen – Projekterfahrungen ist notwendig, weil nur so eine Wirkung auf die Qualität der Primärprävention in Schulen sowie in Settings/Lebenswelten insgesamt erwartet werden kann. Es erscheint aussichtsreich und wünschenswert, Erfahrungen im Hinblick auf Zugang, Projektplanung, Partizipation, Projektdurchführung und Qualitätssicherung dieses Modellprojekts mit den vorliegenden Befunden zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu vergleichen, um auf diese Weise die Wissensbasis über Interventionen in Lebenswelten/Settings insgesamt zu verbreitern. Es steht zu hoffen, dass die Spitzenverbände bzw. der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach Auslaufen des jetzigen Modellver-

suchs unter Nutzung der dabei gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse weitere Modellversuche in Lebenswelten/Settings initiieren, finanzieren und in ihrer Qualität sichern. Die Überführung erfolgreicher Modelle in den Regelbetrieb bleibt eine wichtige Aufgabe.

168. Während die teilnehmenden Schulen des Modellprojekts ‚gesund leben lernen‘ der Spitzenverbände der GKV kriteriengeleitet, also gewissermaßen deduktiv ausgewählt wurden, geht der bundesweite Kooperationsverbund ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‘ der BZgA den anderen, eher induktiven Weg: Ausgangspunkt sind nicht Settings, die sich nach sozialen und damit auch gesundheitlichen Kriterien für Interventionen empfehlen, sondern bereits existierende Sozial- und Gesundheitsprojekte unterschiedlicher Träger für unterschiedliche Gruppen in unterschiedlichen Settings. Auf freiwilliger und kostenloser Basis werden diesen Projekten Leistungen der Vernetzung, Qualifizierung und Qualitätssicherung angeboten, die auch gut angenommen werden. Auch dies ist ein Weg, der nicht nur Qualität und Nachhaltigkeit der einzelnen Projekte verbessern kann, sondern auch hilft, Erfahrungen und Erkenntnisse durch Vernetzung, Dialog und Benchmarking zu bündeln und zu systematisieren. Der Auf- und Ausbau des Kooperationsverbundes ‚Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten‘ ist ein aussichtsreicher Schritt, um Akteure und Praxis der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung stärker miteinander zu vernetzen. Die Einrichtung und Pflege einer interaktiven Informations- und Kommunikationsplattform kann helfen, diesen Prozess zu verstetigen. Mit dem Aufbau der von der Landesvereinigung Gesundheit Berlin e.V. koordinierten regionalen Knoten ist ein wichtiger Schritt in Richtung auf einheitliche Strukturen zur Stärkung der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung auf Landesebene gelungen. Diese Strukturen sollten gestärkt und ausgebaut werden. Die Kontinuität der Finanzierung sollte gesichert werden. Die bereits in einigen Bundesländern praktizierte paritätische Finanzierung durch Landesministerien und GKV sollte als Orientierung für die Schaffung vergleichbarer Finanzierungsstrukturen für die anderen Bundesländer dienen. Hervorzuheben ist der Beitrag zu einer niedrighschwelligigen und kostengünstigen Qualitätsentwicklung, der im Rahmen des Kooperationsverbundes durch die Auswahl und Kommunikation von Good Practice-Beispielen geleistet wird. Der damit gewählte Ansatz einer partizipativen Qualitätsentwicklung der soziallyagenbezogenen Gesundheitsförderung sollte fortgeführt und insbesondere auch bei der Umsetzung von Maßnahmen nach § 20 (1) des SGB V genutzt werden.

Forschung für die Prävention

169. Fortschritte in Zugängen, Methoden, Wirkungen und Wirkungsmessung zur Primärprävention in vulnerablen Gruppen können in diesem für die Gesundheitspolitik neuen und schwierigen Terrain nicht ohne wissenschaftliche Unterstützung erwartet werden. Mit einiger Verspätung gegenüber anderen europäischen Ländern hat sich auch die staatliche Forschungsförderung in Deutschland des Problems der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen angenommen. Der wichtigste Finanzierungsträger der Forschung zu nichtmedizinischer Primärprävention ist die Bundesregierung mit ihrem Gesundheitsforschungsprogramm und im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit die BZgA. Auf diesen Träger entfallen mit zusammen 28 von 38 fast drei Viertel der geförderten Projekte zur nicht-medizinischen Primärprävention in vulnerablen Gruppen.

Kern der Forschungsaktivitäten ist die Wirkungsforschung, also die Suche nach wirksamen Interventionsmethoden. Die Forscher identifizieren kontinuierlich neue Zielgruppen. Die Evaluationsforschung etabliert sich. Das Health Impact Assessment ist noch unterentwickelt. Eine kritische Bewertung politischer Entscheidungen wird also kaum finanziert. Die Forschung ist auf die Zielgruppen ‚arme Kinder‘ und ‚junge Erwachsene‘ fokussiert. Die Forschung reproduziert die Dominanz der Verhaltensprävention gegenüber der Verhältnisprävention, wie sie aus der Präventionspraxis bekannt ist. Das heißt, es findet kaum eine wissenschaftliche Unterstützung der Weiterentwicklung der Verhältnisprävention statt, obwohl verhältnispräventive Maßnahmen höhere konzeptionelle Anforderungen stellen und deshalb gerade hier großer Forschungsbedarf besteht. Speziell zur Anwendung, Qualitätssicherung und Wirkungsmessung des Setting-Ansatzes bestehen noch große Forschungslücken.

170. Eine Aufstockung der finanziellen Förderung ist wünschenswert. Verglichen mit den Forschungsausgaben für medizinische Technologien einschließlich Arzneimittel liegt die Summe für nicht-medizinische Prävention im Promillebereich. Mit zusätzlichen Mitteln könnten bisher vernachlässigte Interventionen analysiert werden. Die Berücksichtigung sozial Benachteiligter in der Präventionsforschung als Querschnittsaufgabe zu behandeln erscheint nicht ausreichend. Notwendig ist eine spezifische Forschung. Deshalb sollte ein angemessen großer Teil der Forschungsförderung zur nicht-medizinischen Primärprävention für Vorhaben zu sozial Benachteiligten reserviert bleiben.

Im Hinblick auf die gegenwärtige Ressortforschung wird empfohlen, den Mitteleinsatz durch die explizite Setzung von Schwerpunkten und Prioritäten effizienter zu gestalten. Übergreifendes Ziel für alle geförderten Vorhaben muss es sein, einen verwertbaren Beitrag zur Methodenentwicklung zu leisten. Daneben schlägt der Rat vor, Projekte mit Bezug zur Verhältnisprävention und im Sinne des partizipativen Setting-Ansatzes zu priorisieren. Die Sekundäranalyse von Projekten, Methoden und Befunden sollte stärker unterstützt werden.

171. Auch der Mangel an Transparenz der Forschung ist gegenwärtig ein Entwicklungshemmnis. Nur wenige der Forschungsprojekte veröffentlichen einen zusammenfassenden Projektbericht. Häufig werden weder die Methoden noch die Ergebnisse einem breiteren Fachpublikum zugänglich gemacht. Um eine Weiterentwicklung der Forschung zu ermöglichen, sollte die Dokumentation der Ergebnisse wesentlich verbessert werden. Hierin sieht der Rat eine Aufgabe für die Finanzierungsträger. Diese sind in der Lage, von ihren Auftragnehmern ausführliche Abschlussberichte einzufordern und diese zu publizieren.

172. Forschungsergebnisse aus dem Ausland sollten stärker als bisher einbezogen werden. Es genügt nicht, das jeweilige Vorhaben einleitend in der internationalen Literatur zu verorten. Mindestanforderung geförderter Projekte muss sein, die eigene Vorgehensweise vor dem Erfahrungshintergrund der internationalen Methodenentwicklung zu rechtfertigen. Bisher bestehen viele Forschungsprojekte in Interventionsprojekten mit wissenschaftlicher Begleitung. Grundsätzlich scheint es jedoch geboten, Intervention und Forschung zu trennen. Die personelle Vermischung von Intervention und Analyse kann zu Interessenkonflikten führen. Forscher, die falsifizierbare Thesen entwickeln und neue Methoden testen, geraten leicht in Konflikt mit den Zielen der Finanzierungsträger von Interventionen. Diese wünschen eine effektive Förderung der Zielgruppe. Es sollte für Forscher aber auch möglich werden, neue Interventionsmethoden zu testen, bei denen das Risiko des Scheiterns nicht unerheblich ist. Daher sollten auch Projekte ermöglicht werden, bei denen die Förderung der Zielgruppe als Erfolgskriterium nicht im Vordergrund steht, sondern der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn zumindest gleichrangig bewertet wird.

Gesetzgebung

173. Der Rat begrüßt ausdrücklich die auch im Koalitionsvertrag niedergelegte Absicht der Bundesregierung, nach der die „Prävention zu einer eigenständigen Säule der gesundheitlichen Versorgung ausgebaut“ werden soll. Der Abbau vermeidbarer Gesundheitsbelastungen und die Förderung gesundheitsförderlicher Ressourcen für die gesamte Bevölkerung unter der Nebenbedingung der Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen stellt eine dauernde Herausforderung in nahezu allen Gesellschaftsbereichen und für nahezu alle gesellschaftlichen Akteure dar. Die Größe und zugleich Unschärfe dieser wohl niemals vollständig zu lösenden Querschnittsaufgabe darf allerdings nicht als Begründung dafür herhalten, das nahe Liegende und das Mögliche zu unterlassen.

174. Der Rat unterstützt deshalb den im Koalitionsvertrag niedergelegten Grundgedanken der Bundesregierung, mit einem Gesetz zur nicht-medizinischen Primärprävention noch in dieser Legislaturperiode die Kooperation und Koordination sowie die Qualität der Maßnahmen der Sozialversicherungsträger bzw. -zweige übergreifend und unbürokratisch zu verbessern. Mit der Einbeziehung der Kranken-, Pflege-, Renten-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung soll nicht nur der Ressourcenrahmen gesichert bzw. erweitert werden. Vielmehr ist dies auch als erster Schritt in einer Entwicklung zu sehen, durch die die Versicherungsträger (einschließlich der PKV) schrittweise zu einer Sichtweise gebracht werden, nach der ihre Aufgabe sich nicht in der Finanzierung und Steuerung der Versorgung erschöpft, sondern auch die Verhütung von Versicherungsfällen einschließt.

175. Im für die laufende Legislaturperiode geplanten Gesetz sollten darüber hinaus auch die Kooperations- und Finanzbeziehungen zwischen den Versicherungsträgern und den öffentlichen Händen geregelt werden. Vor allem sollte sichergestellt werden, dass die Aktivitäten z. B. der Länder oder des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ziel- und programmbezogen mit denen der Versicherungsträger koordiniert werden. Zum anderen muss auch vermieden werden, dass sich öffentliche Träger auf kommunaler sowie Landes- und Bundesebene zulasten der Versicherungsträger aus der Finanzierung und Organisation der Primärprävention zurückziehen.

176. Der Rat unterstützt die ebenfalls im Koalitionsvertrag niedergelegte Absicht der Bundesregierung, in einem Präventionsgesetz auch zu regeln, dass sich die Aktionen an Präventionszielen auszurichten haben. Die Lösung, die im gescheiterten Entwurf eines Präventionsgesetzes 2005 gefunden wurde und nach der öffentlich geförderte Präven-

tion insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial oder durch Geschlecht bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten hat, sollte beibehalten werden. Zugleich sollte festgelegt werden, ob und ggf. wie diese allgemeine Orientierung durch konkrete Präventionsziele bzw. Zielsysteme wie in Großbritannien, Schweden oder den Niederlanden unterbaut werden könnte.

177. Das Gesetz sollte festlegen, dass Prävention nur dann aus Steuer- oder Beitragsmitteln finanziert werden kann, wenn ihre Qualität nach dem *state of the art* gesichert ist. Neben erwiesenen wirksamen Interventionsformen (*proven interventions*) sollten auch plausible Interventionen finanziert werden können, wenn ihnen ein theoretisch schlüssiges Wirkungsmodell zugrunde liegt, für das zumindest partiell empirische Evidenz vorliegt (*promising interventions*). Mit der Akkumulation, Bündelung und Auswertung von Informationen zur Qualität und Wirksamkeit der Primärprävention sollte eine zentrale Stelle beauftragt werden. Nach Aufgabenstellung und Kompetenz kommt hierfür insbesondere die BZgA in Frage.

178. Das geplante Gesetz sollte Regelungen und Anreize dafür enthalten, dass öffentlich geförderte Prävention den in den letzten Jahrzehnten entwickelten Qualitätskriterien genügt. Primäre Prävention soll sich danach gleichermaßen auf die Senkung von gesundheitsgefährdenden Belastungen und auf die Vermehrung gesundheitsdienlicher Ressourcen beziehen und deshalb sowohl krankheitsspezifische Faktoren wie auch unspezifische Belastungen und Ressourcen bearbeiten. Sie soll soweit wie möglich an den Lebenswelten bzw. den jeweiligen Verhaltenskontexten ansetzen und diese im Sinne der Gesundheitsförderlichkeit weiterentwickeln. Partizipation der Zielgruppen auf allen Stufen der Problembearbeitung ist dabei eine Schlüsselvariable für wirksame und nachhaltige Prävention.

179. Die Regelungen des geplanten Präventionsgesetzes sollten Interventionen sowohl auf der individuellen Ebene als auch in Lebenswelten bzw. Settings als auch für die Gesamtbevölkerung (Gesundheitskampagnen) vorsehen und ermöglichen. In der präventionspolitischen Praxis kommt es erfahrungsgemäß regelmäßig zu einer unzureichenden Bevorzugung einfach zu organisierender und weniger komplexer Interventionen (z. B. Beratung und Information zum Gesundheitsverhalten statt partizipativ gestalteter Veränderung des Verhaltenskontextes; Intervention auf individueller Ebene statt Projekten in den jeweiligen Lebenswelten; bloße Informations- und PR-Kampagnen anstatt multimodaler Mehrebenen-Kampagnen). Um dieser Tendenz vorzubeugen, sollte das geplante Gesetz die Regelungen des im Jahre 2005 gescheiterten Entwurfs

aufgreifen und weiterentwickeln, wonach für Lebenswelt-Projekte 40 % der verfügbaren Ressourcen reserviert sind. Für die Konzipierung und Qualitätssicherung von Gesundheitskampagnen sollten die Kompetenzen der BZgA genutzt werden.

180. Im Hinblick auf die Unterstützung der Primärprävention mit öffentlichen Mitteln sollte das geplante Gesetz nicht hinter den gescheiterten Gesetzentwurf zurück fallen, der ein jährliches Volumen von ca. 250 Mio. Euro vorgesehen hatte. Das ist ungefähr ein Promille der Gesamtausgaben für Gesundheit in Deutschland und ca. 1,6 Promille der Ausgaben der GKV. Angesichts des geringen Ausbaus der Infrastruktur für moderne Prävention in Deutschland erscheint diese relativ geringe Summe für den Anfang als knapp ausreichend. Das Gesetz sollte aber Mechanismen und Quellen ausweisen, mit bzw. aus denen dieser zukunftsweisende Zweig der Gesundheitssicherung finanziert werden kann.

Anhang

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2004)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

(1) Das BMG beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das BMG eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das BMG kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem BMG in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das BMG legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

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

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

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

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Charité - Universitätsmedizin Berlin

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

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Klinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität
Frankfurt am Main

Bisher erschienene Gutachten des Sachverständigenrates

Jahresgutachten 1987:

Medizinische und ökonomische Orientierung,
Baden-Baden 1987

Jahresgutachten 1988:

Medizinische und ökonomische Orientierung,
Baden-Baden 1988

Jahresgutachten 1989:

Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven
der Gesundheitsversorgung,
Baden-Baden 1989

Jahresgutachten 1990:

Herausforderungen und Perspektiven
der Gesundheitsversorgung,
Baden-Baden 1990

Jahresgutachten 1991:

Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland,
Baden-Baden 1991

Sondergutachten 1991:

Stabilität ohne Stagnation?
(abgedruckt im Jahresgutachten 1992),
Baden-Baden 1992

Jahresgutachten 1992:

Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa,
Baden-Baden 1992

Sachstandsbericht 1994:

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000
Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität
bei sich ändernden Rahmenbedingungen,
Baden-Baden 1994

Sondergutachten 1995:

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000.
Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität
und mehr Wirtschaftlichkeit,
Baden-Baden 1995

Sondergutachten 1996:

Gesundheitswesen in Deutschland.
Kostenfaktor und Zukunftsbranche.
Bd. I: Demographie, Morbidität,
Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung,
Baden-Baden 1996.

Sondergutachten 1997:

Gesundheitswesen in Deutschland.
Kostenfaktor und Zukunftsbranche.
Bd. II: Fortschritt, Wachstumsmärkte,
Finanzierung und Vergütung,
Baden-Baden 1998.

Gutachten 2000/2001:

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Bd. I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation.
Bd. II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege.
Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung.
Bd. III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker.
Bd. III.2: Ausgewählte Erkrankungen: ischämische Herzkrankheiten, Schlaganfall und
chronische, obstruktive Lungenkrankheiten.
Bd. III.3: Ausgewählte Erkrankungen: Rückenleiden, Krebserkrankungen und
depressive Störungen.
Bd. III.4: Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
Baden-Baden 2002

Addendum zum Gutachten 2000/2001, Band I bis III:

Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der
Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),
Baden-Baden 2002

Gutachten 2003:

Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität.
Bd. I: Finanzierung und Nutzerorientierung.
Bd. II: Qualität und Versorgungsstrukturen,
Baden-Baden 2003

Gutachten 2005:

Koordination und Qualität im Gesundheitswesen.
Bd. I: Kooperative Koordination und Wettbewerb, Sozioökonomischer Status und
Gesundheit, Strategien der Primärprävention.
Bd. II: Schnittstellen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung, Hilfs- und
Heilmittel in der GKV, Einflussfaktoren auf die Verordnung von
Arzneimitteln
Stuttgart 2006