

Sachverständigenrat legt Gutachten vor

"Generationenspezifische Versorgung als Koordinationsproblem"

(gid) Am 30. Juni stellte der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) sein Gutachten 2009 vor. Es geht zurück auf den **Auftrag des BMG von November 2007**, das Thema "Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens" zu bearbeiten. Der SVR erstellt seine Gutachten normalerweise alle zwei Jahre. Das "Sondergutachten" ist daher nur insoweit etwas "besonderes", als es für die Betrachtung der Strukturprobleme des deutschen Gesundheitswesens eine **spezielle Perspektive** einnimmt.

Das hatte der SVR jedoch schon immer gemacht, und es wundert daher nicht, daß er seine neueste Arbeit selbst in die **Kontinuität seiner bisherigen Gutachten** stellt (vgl. Kurzfassung [KF] S. 13). Im Gutachten 2007 wurde die **mangelnde Integration** der Versorgungssektoren als zentrales Problem herausgestellt. Aus der Perspektive der Versorgungsbedürfnisse bestimmter Altersgruppen stellt sich dieses Problem naturgemäß als "Koordinationsproblem" dar. Der Rat hat daher im Titel des Werkes der Formulierung des Auftrages die beiden Schlagworte "Koordination und Integration" vorangestellt.

Das Gutachten hat in seiner Langfassung **rund 900 Seiten und diverse Anhänge**. Hier kann daher nur ein erster Überblick gegeben werden. Ausgehend von den Versorgungsproblemen, die sich aus der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ergeben (Multimorbidität, etc.), kommt der Rat zu dem verallgemeinernden Aspekt der "**generationenspezifischen Versorgung**". Dabei werden neben den Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen vor allem **die entsprechenden Anforderungen bei Kindern und Jugendlichen** und im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter ("transitional care") thematisiert. "**Mehrdimensionale Koordination**" stellt dabei aus Sicht des Rates "das **leitende Prinzip einer zielorientierten künftigen Gesundheitsversorgung** dar" (KF 14). Anknüpfend an diese Überlegungen diskutiert der SVR erneut die Fragen des Verhältnisses von Primär- und Sekundärversorgung, untersucht ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung (bis hin zu komplexen Managed Care

Modellen) und schlägt schließlich ein "**Zukunftskonzept** einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug" vor.

Die besonderen Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen konzentrieren sich vor allem auf das **Fünftel eines jeden Geburtsjahrgangs** - das sind 140.000 Kinder pro Jahr -, das mit erheblichen, vor allem **psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten** an materiellen und sozialen Ressourcen aufwache (KF 15). Der "soziale Gradient" bei der Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen zeige sich in Kindheit und Jugend zwar noch nicht so ausgeprägt wie im Erwachsenenalter, er mache sich aber bereits in diesen frühen Lebensphasen bemerkbar. Das verweise auf die "**gesundheitspolitische Verantwortung auch anderer Politikbereiche**". Grundlage für die Problembeschreibung ist dabei die Auswertung des **Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS)**, die das **Robert Koch-Institut** für den Rat vorgenommen hat.

"**Kinderarmut** stellt bevölkerungsbezogen den **wichtigsten erklärenden Faktor für Gesundheits- und Entwicklungsdefizite dar.**" Für eine Zunahme von "Vernachlässigung sowie physischer und psychischer Gewalt gegen Kinder" gebe es dagegen keine "verlässlichen Anhaltspunkte". Das gelte auch für die Frage einer "generellen Zunahme psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen". Bei der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung finden sich sogar **Anzeichen für regionale Überversorgung**. Angemahnt wird u.a. eine bessere Erforschung seltener (Kinder-) Krankheiten (orphan diseases) und - unter Verweis auf die Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinie - eine **bessere Berücksichtigung der Zulassungs- und Anpassungsprobleme von Arzneimitteln** für Kinder und Jugendliche (vgl. KF 17). Die **Übergangsprobleme** bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Krankheiten **von Pädiatern zu Erwachsenenmediziner**n werden exemplarisch an fünf Krankheiten (Endokrinologie, Mukoviszidose, Kinder mit angeborenen Herzfehlern, terminale Niereninsuffizienz/Nierentransplantation und rheumatoide Arthritis) untersucht.

Die speziellen **Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen** sind vor allem durch deren **Multimorbidität** und das Risiko der **Pflegebedürftigkeit** geprägt. Dabei sei "*Multimorbidität ... mehr als die Summe einzelner Erkrankungen. Neben den Belastungen durch die Einzelerkrankungen*

kommen Symptome wie Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Sturzgefährdung, Schmerzen und andere komplizierende Faktoren hinzu." (KF 79). Es gebe jedoch nur sehr wenige **Leitlinien**, die sich auf Patienten mit mehreren chronischen Krankheiten bezögen. Dabei sei die entscheidende Herausforderung, "**Behandlungsprioritäten** zu setzen", die an den "Gesamtzustand des Patienten sowie an seine Ressourcen und Fähigkeiten angepaßt sind." (KF 80). In diesem Kontext bilden **unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein Kernproblem** der Versorgung alter Menschen.

Bereits in früheren Gutachten hatte der Rat darauf hingewiesen, daß die mit dem "*demographischen Wandel einhergehende Veränderung des Morbiditätsspektrums zielgerichtete Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen erforderlich*" mache (KF 93). Das deutsche Gesundheitswesen sei aber "derzeit immer noch stark von Mustern der Akutmedizin und der fachspezialistischen Versorgung" geprägt (KF 94). Mit diesen Feststellungen tritt die **hausärztliche Versorgung** in den Mittelpunkt des Interesses. Ein vom Rat in Auftrag gegebener "**Evidenzreport**" - zu 22 internationalen Übersichtsarbeiten, die insgesamt mehr als 1.000 Studien zusammenfassen - in Form eines **Meta-Reviews** untersucht, inwieweit eine hausarztorientierte Versorgung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung beitragen kann (KF 22 und 98). Betrachtet werden u.a. die Aspekte **Zugangsbarrieren, Kontinuität der Behandlung, Qualität und Kosteneffizienz der Versorgung** (KF 99). Diskutiert werden u.a. die Nachwuchsprobleme für Hausärzte, vor allem im ländlichen Bereich, die "Fragmentierung" - im Sinne mangelnder Koordination - ihrer täglichen Arbeit ("Tyrannei des Dringlichen" vgl. KF 102) sowie die Mängel der bisherigen hausärztlichen Dokumentation. Im Ergebnis fordert der Rat eine "relative **Besserstellung der Vergütung von Hausärzten** und anderen beratungsintensiven, patientennah erbrachten Leistungen" (KF 108).

Die **niedergelassenen Fachärzte** sind nach Auffassung des Rates auch weiterhin ein "*wichtiges Bindeglied zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung*" (Pressemitteilung des Rates, S. 6). Zur Realisierung eines **funktionsgerechten Wettbewerbs** zwischen den Fachärzten und den Krankenhäusern bedürfe es allerdings noch einer **Vereinheitlichung der Leistungsdefinitionen und der Qualitäts-**

standards, der Vergütung einschließlich der Investitionsfinanzierung und der Genehmigung neuer Behandlungsmethoden, einschließlich der Frage von Mindestmengen (KF 109). Der Rat resümiert: "*Die absehbare demographische Entwicklung und die zunehmenden Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts rücken die **Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor** in quantitativer und qualitativer Hinsicht in den **Mittelpunkt von Reformbestrebungen.***" (KF 22).

Von besonderem Interesse ist regelmäßig die Frage der **Arzneimittelversorgung**. Hier unterstützt der Rat die politischen Vorschläge der letzten Zeit, nach denen **die Apotheker stärker in die ökonomische Verantwortung einbezogen** werden sollen. Apotheker sollten danach als "Fachleute für Arzneimittel" die Begleitung und Betreuung der Einnahme bzw. Anwendung von verordneten und selbst gekauften Medikamenten übernehmen. "*Apotheken werden somit im Rahmen eines Behandlungsnetzes oder einer integrierten Versorgung zu **Beratungszentren in der Arzneimitteltherapie.***" (KF 110). Apotheken sollten somit "*stärker als heute die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelauswahl mittragen*" (ebenda). Dafür könnten sie an einer "**prospektiven Pauschalvergütung** bzw. Capitation" beteiligt werden. Auch wenn dieser Vorschlag des Rates den Apothekerverbänden gefallen wird, dürfte ihnen weniger gefallen, daß der Rat deutlich hervorhebt, daß für diese anspruchsvollere Aufgabe die **Organisationsform** und "**die Besitzverhältnisse der Apotheke keine erkennbare Rolle spielen**" (KF 110 und 22).

Zum aktuellen Stand der **Integrierten Versorgung** nimmt der Rat erneut kritisch Stellung. Die ursprünglich intendierte sektorübergreifende Koordination fände zu selten statt. "*Nach einer vom Rat durchgeführten repräsentativen Umfrage wiesen **nur 55** der insgesamt **6.183** Ende 2008 gemeldeten Verträge einen **Populationsbezug** auf und die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zeigten einen ähnlich bescheidenen Anteil.*" (KF 24). Um an den "Schnittstellen der Leistungssektoren einen zielorientierten Wettbewerb" auszulösen, sieht der Rat u.a. folgenden **Handlungsbedarf**:

- "**Die strukturierten Behandlungsprogramme sollten unter die integrierten Versorgungsformen subsumiert werden.**

- Es besteht **keine Notwendigkeit zu einem obligatorischen Angebot einer bestimmten Versorgungsform**, wie z.B. der isolierten hausarztzentrierten Versorgung.
- Ein **ergebnisoffener Wettbewerb** sollte über das zukünftige Verhältnis von kollektiven und selektiven Verträgen entscheiden.
- Die **Rabattverträge** nach § 130a Abs. 3 SGB V befinden sich in einem **überregulierten, intransparenten GKV-Arzneimittelmarkt.**" (ebenda).

Im Hinblick auf **künftige Konzepte einer generationen- und populations-bezogenen Versorgung** diskutiert der Rat u.a. die "Verlagerung des finanziellen (Teil)-Risikos auf die Leistungserbringer" sowie Modelle einer **"prospektiven Pauschalvergütung bzw. Capitation"**. (Pressemitteilung des SVR, S. 7). Außerdem beschäftigt er sich mit der Frage der **Effizienz eines strikten Gatekeeping**. Darunter wird verstanden, "daß jede Behandlungsepisode mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt beginnt" (KF 141). Zur Klärung dieser Frage hat der Rat einen "eigenen systematischen Review" auf der Basis vorhandener Originalarbeiten in Auftrag gegeben. Es wurden 29 Publikationen mit Ergebnissen aus 24 Studien einbezogen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, *"daß Gatekeeping zu gleichwertiger Versorgungsqualität bei verringerten Kosten führen kann. Es konnte allerdings nicht gezeigt werden, daß eine als obligatorische Vorschaltinstanz konzipierte primärärztliche Gatekeeper-Funktion insbesondere im Bereich der 'harten' gesundheitlichen Outcomes eine Verbesserung erbringt."* (KF 143). Der Rat will daher ein striktes Gatekeeping in obligatorischer Form **nicht empfehlen** (KF 25).

Schließlich diskutiert der Rat verschiedene **Managed-Care-Elemente** und entwickelt **Kriterien für deren sinnvolle Einbeziehung** in die Gesundheitsversorgung in Deutschland. Dabei wird herausgearbeitet, daß größere Effizienz- und Qualitätsgewinne insbesondere durch eine **veränderte Arbeitsteilung** der Leistungssektoren und Professionen sowie durch **Organisationsentwicklung** - vor allem zur Steigerung der Managementkompetenz der Primärärzte - zu erwarten seien (vgl. KF 26 und 150f.).

Nach Auffassung des Rates sind dabei neben den Pauschalvergütungen und Capitation-Modellen auch **gezielte Anreize** (pay for performance) bedeutsam.

*"Eine ... Mischung von Vergütungselementen könnte die potenziellen Nachteile pauschalierter Honorierung, wie mangelnde ökonomische Anreize für eine vollständige und sorgfältige Versorgung der Patienten, teilweise neutralisieren." (KF 27). Im anvisierten Zukunftskonzept des Rates "für eine koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug" nehmen dabei **"wohnortnahe Primärversorgungspraxen"** eine Schlüsselrolle ein. Zugleich stellt der Rat aber fest: **"Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet das entscheidende medizinische und ökonomische Potenzial, das die Veränderung maßgeblich trägt."** (KF 27).*

Mit **vielen Feststellungen und Vorschlägen** dürfte das Gutachten **im BMG tatsächlich Freude ausgelöst** haben, weil es die dort verfolgten Strategien unterstützt. Man könnte diesen Zusammenhang - freundlicherweise - auch so beschreiben, daß das BMG bereits seit längerem versucht, seine Konzeptionen an wissenschaftlicher Expertise auszurichten.

Der SVR lobt jedoch nicht alles, was aus dem Ministerium kommt, sondern **formuliert auch deutliche Kritik**. Neben den bereits erwähnten Aspekten hält der SVR z.B. den neuen **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** für **präventionsfeindlich** (KF 127). Ob das BMG allerdings - und wer auch immer an seiner Spitze - auch in diesen Punkten lernwillig ist, wird sich nach der Bundestagswahl wohl zeigen.

Abschließend erklärt der Rat, daß es **"in ordnungspolitischer Hinsicht"** nicht darum gehe, ein neues *"Versorgungskonzept mit Hilfe gesetzlicher Regulierung anzustreben, sondern nur darum, der Entwicklung in diese Richtung eine Chance zu eröffnen. Die Entscheidungen über die gewünschte Organisationsform sollten im Rahmen von Wettbewerbsprozessen die Versicherten und Patienten treffen, und diese Wahl kann regional und im Zeitablauf unterschiedlich ausfallen."* (KF 28). Angesichts dieser **wohltuenden akademischen Zurückhaltung** kann man nur hoffen, daß die Politik in ihrem Drang, den Menschen Gutes anzutun, diese Entscheidung nicht doch lieber selbst trifft.