

Der Sachverständigenrat
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

stellt vor:

Gutachten 2005

“Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“

**Übergabe des Gutachtens an die Ministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung
Ulla Schmidt am 30. Mai 2005**

MEHR QUALITÄT DURCH BESSERE KOORDINATION

**- SACHVERSTÄNDIGENRAT FORDERT STÄRKUNG NEUER
VERSORGUNGSFORMEN UND DES VERTRAGSWETTBEWERBS IM
GESUNDHEITSSYSTEM -**

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat heute sein Gutachten mit dem Titel „Koordination und Qualität“ der Ministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung, Ulla Schmidt, übergeben. Auf rund 750 Seiten werden Analysen und Vorschläge für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens unterbreitet. Schwerpunktthemen des diesjährigen Gutachtens sind die korporativen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, Prävention, Pflege sowie die Versorgung mit Heilmitteln, Hilfsmitteln und Arzneimitteln. Einige kurze Einblicke in die Schwerpunktthemen:

KORPORATIVE KOORDINATION AUF DEM PRÜFSTAND

Die korporative Koordination, die auf Vereinbarungen zwischen Organisationen beruht, stellt neben dem Markt- und Preismechanismus und der staatlich-administrativen Steuerung einen gesamtwirtschaftlichen Allokationsmechanismus dar. Das deutsche Gesundheitswesen beinhaltet eine Fülle von korporativen Elementen. Die Gemeinsame Selbstverwaltung im Rahmen der ambulanten Versorgung bildet ein Paradebeispiel einer korporativen Koordination. Das Spektrum korporativer Organisationen reicht dabei von

Körperschaften des öffentlichen Rechts wie Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bis zu privaten Verbänden wie dem Hartmannbund oder Verbänden der pharmazeutischen Industrie.

Die Entwicklung der korporativen Koordination in der GKV folgte in den letzten 30 Jahren zwar keinem eindeutigen Trend, die korporativen Elemente nahmen aber per saldo eher zu. Dies gilt vor allem für den stationären Sektor mit den gestiegenen Kompetenzen der Krankenhausgesellschaften und dem Gemeinsamen Bundesausschuss als korporativer ‚Super-Organisation‘. Während die ordnungspolitische Devise nach 1997 im Rahmen des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes noch ‚Vorfahrt für die Selbstverwaltung‘ lautete, steht die korporative Koordination derzeit auf dem Prüfstand. Diese zunehmend kritische Einschätzung geht vor allem auf die zuletzt langwierigen und ergebnisarmen Abstimmungsprozesse innerhalb und zwischen den korporativen Organisationen zurück.

Dieses Eingangskapitel diskutiert ausführlich die Vor- und Nachteile der korporativen Koordination und versucht auch zu ergründen, warum dieses Instrument derzeit seine Funktionen schlechter erfüllt als in vergangenen Jahrzehnten. Um die Inflexibilitäten aufzubrechen, die korporativen Strukturen anhaften, schlägt der Rat die Integration und Stärkung von dezentralen Wettbewerbsprozessen in Form von selektiven Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern vor.

KRANKHEITEN VERHINDERN

Wer schlecht ausgebildet ist, wenig verdient und in einem Beruf mit geringer gesellschaftlicher Anerkennung arbeitet, hat eine niedrigere Lebenserwartung und trägt ein höheres Krankheitsrisiko als besser gestellte Bevölkerungsgruppen. Lebensbedingungen und Lebensstile, die Bildung und der Arbeitsplatz beeinflussen die Gesundheit mehr als häufig angenommen wird. Der Beitrag der medizinisch-kurativen Versorgung zur Verbesserung der Gesundheit beläuft sich je nach Studie auf lediglich 10-40 %. Langfristig betrachtet muss die Gesundheitspolitik daher stärker als bisher mit der Bildungs-, Wirtschafts- und Sozialpolitik verknüpft werden, um die Gesundheitschancen von Individuen und Bevölkerungsgruppen zu verbessern.

Der Entstehung von Krankheiten lässt sich am besten entgegenwirken, wenn sich die Primärprävention auf bestimmte Zielgruppen und deren Umfeld konzentriert. Erfolg-

reich sind vor allem Modelle, die unmittelbar an den Lebenswelten der Menschen ansetzen, an einem Stadtteil, an einem Quartier, einer Schule oder an einer anderen Institution. So lässt sich zum Beispiel das individuelle Ernährungs- und Bewegungsverhalten am effektivsten verändern, wenn Initiativen und Projekte direkt im Betrieb, im Wohngebiet oder im Migrantenviertel – gemeinsam mit Kollegen und Nachbarn – umgesetzt werden können. Die Wissenschaft spricht in diesem Zusammenhang vom Setting-Ansatz, der verhaltens- und verhältnispräventive Elemente verbindet und die Kompetenzen der Menschen stärkt. Hinzu kommt die Wirkung der Massenmedien, die bestimmte Lebensstile, Konsummodelle und Lebensentwürfe propagieren. Diese Vermittlerfunktion der Medien könnte und sollte genutzt werden, zum Beispiel in speziellen Kampagnen, die sich auf einzelne Gesundheitsprobleme – Tabak, Alkohol, Fehlernährung, Bewegungsmangel – beziehen und damit den Setting-Ansatz unterstützen.

Bislang ist die Forschungslage zur sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen unbefriedigend. Es fehlen in Deutschland vor allem Dauerbeobachtungen, die sozialräumliche Auffälligkeiten analysieren und erklären, warum bestimmte Personengruppen besonders häufig an bestimmten Krankheiten leiden – und die gleichzeitig die Wirksamkeit der Primärprävention evaluieren. Die Krankenkassen sollten aber auch schwierig erscheinende gesundheitliche Interventionen und Projekte fördern, wenn ihre Wirksamkeit plausibel erscheint und eine professionelle Qualitätssicherung gewährleistet ist.

Neben diesen Interventionen müssen die Städte und Gemeinden gesundheitliche Fragen verstärkt in den Fokus ihrer Arbeit rücken. Die Kommunen prägen die Gesundheitschancen des einzelnen und ganzer Gruppen durch ihre soziale Infrastruktur, ihre wirtschaftliche Entwicklung und durch Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen. Um die Grundlagen von kommunalen Entscheidungen zu verbessern, sollten die Gesundheits- und Sozialberichterstattung besser miteinander verknüpft werden.

Wirksam sind auch präventive Maßnahmen, die ökonomische Anreize nutzen. So zeigt sich, dass Preiserhöhungen den Zigarettenkonsum tendenziell senken. Auch die uneinheitliche Besteuerung des Alkohols sollte überprüft und ggf. zu Gunsten einer einheitlichen Alkoholsteuer verändert werden, die sich ausschließlich am Alkoholgehalt orientiert und alle alkoholischen Getränke in die Besteuerung einbezieht. Krankenkassen können mit Bonusmodellen zusätzliche Anreize für die betriebliche Gesundheitspolitik setzen, deren Potenzial noch nicht ausgeschöpft wird.

PFLEGE VERBESSERN

Ähnlich wie im Gesundheitswesen muss auch innerhalb des Pflegesystems der Prävention größerer Raum als bisher gegeben werden. Derzeit existieren nur wenige konsequente Ansätze, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu verzögern. Das System enthält kaum Anreize, die die Vorbeugung belohnen. Im Gegenteil: Falsche Anreize beschleunigen die Hilflosigkeit der Betroffenen – zum Beispiel, wenn der Leitgedanke „Rehabilitation vor Pflege“ missachtet wird.

Ein Grund für viele Probleme ist die unterschiedliche Struktur und Form der Kranken- (GKV) und Pflegeversicherung (SPV). Vor allem, wenn die beiden unterschiedlichen Systeme aufeinander stoßen, kommt es häufig zu Versorgungslücken durch Defizite in der Koordination. Dramatisch sind die Mängel bei der Betreuung Demenzkranker, psychisch Kranker oder Sterbender – aber auch in den elementaren Bereichen der Pflege. Ein Zusammenführen beider Versicherungen wäre daher zumindest langfristig erstrebenswert, der Wettbewerbsgedanke würde es dann – ähnlich wie bei der GKV – auch den Pflegekassen ermöglichen, bei den Anbietern der Pflegeleistung – den Heimen und den ambulanten Diensten – günstige Tarife auszuhandeln und den Versicherten anzubieten. Es entstünden Anreize für flexiblere Angebote im ambulanten und stationären Bereich. Die Zusammenführung der beiden Versicherungen würde im Sinne eines fairen Wettbewerbs auch für die SPV einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich voraussetzen.

Die Pauschalen, mit denen die ambulante bzw. die stationäre Pflege jeweils vergütet werden, sollten dynamisiert werden, und zwar immer um einen Prozentpunkt über der Inflationsrate, da nur so der Realwert der pflegerischen Leistung erhalten bliebe. Um stärker Anreize für die ambulante Pflege zu setzen, schlägt der Rat hier eine Dynamisierung ab Einführung der Pflegeversicherung vor. Eine aufkommensneutrale Umschichtung innerhalb der stationären Pflege von der Stufe I zur Stufe III wirkt in dieselbe Richtung und dient einer gerechteren Verteilung. Empfehlenswert wäre es, die Rehabilitation von jenem Träger finanzieren zu lassen, der auch den Nutzen aus dem Erfolg – dem Vermeiden der Pflegebedürftigkeit – zieht. Denkbar ist auch, dass die Rehabilitation aus einem gemeinsamen Budget von Kranken- und Pflegekassen finanziert wird.

HEIL- UND HILFSMITTEL BEACHTEN

Eng verknüpft mit einem verbesserten Pflegeangebot ist der Zugang zu Hilfs- und Heilmitteln. Immer mehr ältere Menschen nehmen technische Hilfen in Anspruch, sie benötigen u. a. Brillen, Hörgeräte oder Rollstühle – und sie benötigen Heilmittel, wie Physiotherapie, Ergotherapie oder Logotherapie. Entfielen im Jahre 1991 noch 5,4 % der GKV-Ausgaben auf diese Bereiche, so lag der Anteil 2003 bereits bei 7,7 %. Trotz dieser deutlichen Ausgabensteigerung fehlt es vor allem bei den Hilfsmitteln an Transparenz. Die Versorgungsforschung sollte daher in diesem Bereich ausgebaut werden, um die Finanzierung von nicht wirksamen Heil- und Hilfsmitteln in der GKV zu vermeiden.

QUALITÄT DER ARZNEIMITTEL THERAPIE ERHÖHEN

Die Krankenkassen wenden derzeit für die ambulante Behandlung durch Ärzte etwa gleich viel auf wie für die Versorgung mit Arzneimitteln. Im internationalen Vergleich sind diese Ausgaben nicht auffällig – dennoch müssen alle noch immer bestehenden Einsparpotenziale genutzt werden. Regulierend wird die seit 2004 eingeführte Nutzenbewertung wirken („4. Hürde“). Gemeint ist damit, dass man die therapeutische Wirksamkeit eines „neuen“ Präparats im Vergleich zu seinen Alternativen bewertet. Im ersten Schritt genügt es, zu analysieren, ob ein Arzneimittel im Vergleich mit der besten existierenden Alternative einen geringeren, den gleichen, einen geringfügig verbesserten, einen spürbar höheren oder einen erheblich höheren therapeutischen Nutzen aufweist. Im zweiten Schritt legt die GKV – je nach Urteil eines unabhängigen Instituts – die Erstattungsobergrenze fest. Die „Hürde“, die für den Markt der GKV Erstattungsfragen regelt, bietet auch der forschenden pharmazeutischen Industrie eine eindeutige Orientierung und Anreize, Arzneimittel mit nachgewiesenem therapeutischem Zusatznutzen anzubieten. Der Rat empfiehlt hier ein flexibleres Erstattungssystem, das u. a. auch indikationsspezifischen Unterschieden Rechnung trägt und gegebenenfalls eine befristete Erstattung vorsieht. Direkte Vertragsverhandlungen zwischen der Industrie und den Krankenkassen könnten den Patienten zusätzlich zu Gute kommen, unterstützt durch eine verbesserte Koordination zwischen Ärzten und Apothekern. Bisher konnten nämlich nur die Apotheken über einen Rabattwettbewerb der Hersteller vom Spielraum der pharmazeutischen Hersteller bei der Preisgestaltung profitieren. Bei direkten Verträgen käme der Preisvorteil den Kassen und damit den Beitragszahlern zu Gute. Ein

ähnlicher Gedanke sollte sich auch in der medizinischen Versorgung durchsetzen, wo selektive Verträge zwischen Krankenkassen und Ärzten die Flexibilität erhöhen können.

Um die Arzneimittelversorgung zu verbessern, müssen die Ärzte außerdem einen einfachen Zugang zu industrie- und möglichst auch kostenträgerunabhängigen Informationen erhalten. Zum Beispiel durch die Förderung von effektiven „bottom-up“-Strategien wie pharmakologischen Zirkeln, oder auch, indem man das Beratungsrecht der Krankenkassen erweitert und dadurch die Dominanz der Arzneimittelindustrie in den Arztpraxen schwächt.

Das Gutachten wird heute im Internet unter www.svr-gesundheit.de veröffentlicht.