

PRESSEMITTEILUNGEN 2001

Nr. 90

30. August 2001

Gutachten des Sachverständigenrates bekräftigt: Gesundheitspolitik ist auf dem richtigen Weg

Zum heute vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vorgelegten dritten Teil des Gutachtens zu "Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit" erklärt Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt:

"Dieser 3. Band befasst sich mit Über-, Unter- und Fehlversorgung. Er bestätigt einmal mehr den Kurs der Gesundheitspolitik dieser Bundesregierung und bestärkt mich in meiner Arbeit, mehr Qualität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung zu schaffen. Die vom Sachverständigenrat untersuchten Krankheitsgruppen verursachen ungefähr zwei Drittel der Krankheitsausgaben des Gesundheitswesens. Studien ergeben, dass 50 % der Arzneimittelausgaben auf 4 % der Versicherten entfallen. Das alles zeigt, dass es richtig ist, hier gezielt anzusetzen.

Der Sachverständigenrat stellt erhebliche Strukturmängel im System der gesetzlichen Krankenversicherung fest. Diese sind das Ergebnis langjähriger Fehlsteuerungen, die sich nach Meinung des Sachverständigenrates nicht durch eine "Sofort-Reform aus einem Guss" korrigieren lassen. Auch die Defizitentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist nicht zuletzt die Folge dieser langfristigen Fehlorientierung. Zwar wird die Ausgabenentwicklung im 2. Halbjahr wegen der höheren Einnahmen durch die Einmalzahlungen günstiger sein, aber es wird bei einem Defizit bleiben. Deshalb ist unsere Politik der zielgerichteten abgestimmten Schritte zur Neuorientierung richtig, weil anders diese Fehlsteuerungen nicht zu korrigieren sind.

Dies tun wir mit der Einführung von Programmen zur optimierten und abgestimmten Behandlung von chronischen Erkrankungen (Disease Management Programmen). Damit steuern wir auch den Wettbewerb der Krankenkassen um in Richtung einer besseren Versorgung von chronisch kranken Menschen und beenden den einseitigen Wettbewerb um den günstigsten Beitragssatz für gesunde Versicherte. Unser Gesetzentwurf zur Reform des Risikostrukturausgleichs ist am 27. Juni 2001 vom Kabinett verabschiedet worden. Auch der Sachverständigenrat fordert eine zügige flächendeckende Umsetzung dieser Krankheitsmanagementprogramme auf wissenschaftlich gesicherter Basis.

Der Sachverständigenrat beklagt, dass die Budgetierung auf Dauer nicht mit der für chronisch kranke Menschen notwendigen sektorübergreifenden Versorgung vereinbar ist. Sektorübergreifende Versorgung und sektorbezogene Budgets passen nicht zueinander. Dies sehen wir genauso. Deshalb wollte die Regierungskoalition mit der Gesundheitsreform weg von den sektoralen Budgets hin zu mehr Flexibilität. Dies ist jedoch im Herbst 1999 von der Bundesratsmehrheit der CDU / CSU regierten Länder abgelehnt worden. Nun sind wir dabei, im einzelnen diese Budgets abzulösen. Dazu dient unser Gesetzentwurf zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets, das sich in der

parlamentarischen Beratung befindet. Die Budgets der Krankenhäuser werden durch die leistungsgerechte Vergütung mit Fallpauschalen (vom Kabinett am 29. August 2001 verabschiedet) entbehrlich.

Weitere Punkte sind die zu Recht vom Sachverständigenrat angemahnten Defizite in der präventiven Ausrichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, die zu geringe Nutzung der Potentiale in der Rehabilitation und die mangelnde Zusammenarbeit der einzelnen Bereiche der gesundheitlichen Versorgung. Die zentrale Antwort auf die erneut festgestellten Mängel ist die Gesundheitsreform 2000, die die Prävention wieder verbindlich eingeführt und sektorübergreifende Versorgungsformen ermöglicht hat.

Mit der Gesundheitsreform 2000 sind die Voraussetzungen geschaffen worden, um in zentralen Bereichen Verbesserungen zu erreichen. Wie immer im Gesundheitswesen brauchen wir zur Realisierung die Beteiligten in der Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung, damit die gesetzlichen Bestimmungen umgesetzt werden. Die dazu notwendigen Initiativen einschließlich finanzieller Anreize haben wir ergriffen.

Wenn es uns gelingt, die Versorgung von chronisch kranken Mensch zu verbessern, dann ist dies auch ein wichtiger Beitrag, um die durch die Überalterung der Gesellschaft entstehenden Probleme in der gesetzlichen Krankenversicherung zu lösen. Mehr Prävention, vor allen Dingen auch im Sekundär- und Tertiärbereich (also auch dann, wenn Menschen bereits erkrankt sind), hilft die Entstehung von hohen Ausgaben zu verzögern bzw. ganz zu verhindern und ist somit ein Beitrag, die Ausgabenproblematik beherrschbar zu machen. Jenseits von allen Kostengesichtspunkten steht für mich im Vordergrund: Die Menschen gewinnen dadurch an Lebensqualität und dies ist eine Aufgabe, an der jeder im Gesundheitswesen mitarbeiten sollte.

Bei den Arbeitsfeldern des Runden Tisches geht es um die vom Sachverständigenrat beschriebenen Probleme. Insbesondere die Fragen, wie die integrierte Versorgung erreicht werden kann, wie wir Transparenz schaffen und wie wir die Qualität durchgängig sichern, sind Gegenstand der Arbeitsgruppen. Auch der Sachverständigenrat ist der Meinung, dass eine auf Erfahrung basierte Ausrichtung an Leitlinien ein wesentlicher Beitrag zur Qualitätssicherung ist.

Ich begrüße, dass der Sachverständigenrat zur Grundlage seiner Aussagen auch die Befragung von Betroffenenorganisationen gemacht hat. Diese und die Befragung der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, sowie der Mitgliedsorganisationen der Konzertierte Aktion sind die Grundlage seiner Aussagen. Dabei weist der Rat ausdrücklich darauf hin, dass natürlich aus Sicht der Betroffenenorganisationen und auch der Fachgesellschaften vor allen Dingen Unterversorgungen festgestellt werden. Manche Unterversorgung ist jedoch gleichzeitig eine Fehlversorgung, zum Teil gar eine Überversorgung. Wenn z.B. Depressionen nicht erkannt und damit auch nicht behandelt werden, erfolgen gleichwohl Behandlungen z.B. an Symptomen oder durch Medikamentierungen. Diese Zusammenhänge sind jedoch nicht Gegenstand des Gutachtens und ich bedaure, dass damit der zweite Teil des Auftrags, nämlich die Untersuchung der Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven, bisher zu kurz gekommen ist.

Es dominiert immer noch die "episodenhafte" akutmedizinische Versorgung. Dies wird

gerade den Bedürfnissen chronisch Kranker am wenigsten gerecht. Auch die Ausweitungen akutmedizinischer Leistungen in der Kardiologie mit einer in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hohen interventionellen kardiologischen Leistungsdichte schlägt sich bislang nicht in entsprechend günstigen Morbiditäts- und Mortalitätsraten nieder. Die Liste ist fortzuführen mit den Computertomographien und Operationen bei Rückenschmerzen, die keine adäquate Versorgung bei einer Vielzahl von Rückenbeschwerden sind. Ein weiteres Thema ist die Brustkrebsvorsorge. Mangelnde Qualitätssicherung führt zum sogenannten "grauen Screening", das den Frauen schadet. Diesen Zustand müssen wir beenden und deshalb führen wir hier gemeinsam mit der Ärzteschaft Modellversuche durch.

Der Sachverständigenrat hat sein besonderes Augenmerk auf die Unterschiede in Ost- und Westdeutschland gerichtet. Während sich die Lebenserwartung in Ost und West angenähert hat, gibt es nach wie vor Unterschiede in der Morbiditätsstruktur, im Gesundheitsverhalten und bei den Gesundheitsbelastungen. Besonders die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit wirkt sich hier aus. Die Abwanderung junger Ostdeutscher nach Westdeutschland führt zu Risikoentmischungen mit der Folge, dass dort höhere Krankheitsausgaben entstehen. Wie wir im Bericht über die Gesundheit in den neuen Ländern 10 Jahre nach der Deutschen Einheit festgestellt haben, kommt auch der Rat zu der Erkenntnis, dass sowohl die stationäre als auch die ambulante Versorgung weitgehend an die Situation in Westdeutschland angepasst ist. Dennoch gibt es im Vergleich in Ostdeutschland noch immer mehr Kapazitäten in Krankenhäusern und eine vergleichsweise geringe Versorgungsdichte vor allem der Gesundheitsberufe wie Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und in der Gesundheitsberatung. Das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips eröffnet nunmehr neue Möglichkeiten, zukünftig die ambulante Versorgung für alle Versicherten der Region vor Ort zu regeln (der Gesetzentwurf befindet sich im Vermittlungsausschuss).

Dreh- und Angelpunkt zur Verbesserung der medizinischen Versorgung ist eine geänderte Ausbildung der künftigen Ärztinnen und Ärzte. Deshalb ist mir die Änderung der Approbationsordnung ein wichtiges Anliegen. Bereits anlässlich des letzten Gutachtens ist ausführlich über die Notwendigkeit einer qualitätsgesicherten Fort- und Weiterbildung diskutiert worden. Auch wenn es inzwischen in der Hälfte der Kassenärztlichen Vereinigungen eine verpflichtende Zertifizierung zur Weiterbildung gibt und zahlreiche Ärzte an Qualitätszirkeln teilnehmen, bleibt die Verbesserung der Fort- und Weiterbildung eine Herausforderung.

Und ich komme zurück auf den Ansatz der Gesundheitsreform 2000, die wir nun mit den Beteiligten am Runden Tisch weiterbringen werden. Dabei hege ich keineswegs die Illusion, dass dort alles in Konsens beraten wird. Dialog ist angestrebt, aber bei kontroverser Diskussionslage wird die Politik entscheiden."