

**Der Sachverständigenrat
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen**

stellt vor:

Gutachten 2007

**„Kooperation und Verantwortung.
Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“**

Übergabe des Gutachtens an die Bundesministerin für Gesundheit

Ulla Schmidt am 03. Juli 2007 in Berlin

Die politischen Entscheidungsträger sehen sich mit der Aufgabe konfrontiert, sowohl das Finanzierungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachhaltiger zu gestalten, als auch die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung zu verbessern. Beide Aufgabenbereiche bilden Ansatzpunkte für zielorientierte Reformmaßnahmen. Während die Finanzierungsprobleme der GKV weiterhin einer nachhaltigen Lösung harren, konzentriert sich das vorliegende Gutachten auf die Ausgaben- bzw. Leistungsseite der Gesundheitsversorgung. Die Ausführungen folgen 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.

Eine zielorientierte Gesundheitsversorgung setzt Kooperation und Verantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen voraus. Das Gutachten entwickelt hierzu umfassende und aufeinander abgestimmte Konzepte. Die Ausführungen zielen in fünf Kapiteln darauf ab, in Form adaptiver Reformvorschläge zum Abbau vorhandener Defizite beizutragen:

- Die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung
- Integrierte Versorgung in der GKV: Entwicklung, Stand und Perspektiven

- Krankenhauswesen: Planung und Finanzierung
- Qualität und Sicherheit: Angemessenheit und Verantwortlichkeit in der Gesundheitsversorgung
- Primärprävention in vulnerablen Gruppen

NEUSTRUKTURIERUNG DER ZUSAMMENARBEIT ERHÖHT DIE QUALITÄT DER VERSORGUNG

Die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe entspricht nicht den Veränderungen im Morbiditätsspektrum oder den neuen strukturellen Anforderungen einer sektorenübergreifenden Versorgung. Sie ist durch Rechtsunsicherheit, mangelnde interprofessionelle Standardisierung, nicht immer effiziente Arztzentriertheit und Ausbildungsmängel gekennzeichnet. Die Empfehlungen des Rates orientieren sich an neuen Konzepten der Teamarbeit und können nur bei einem grundsätzlichen Umdenken aller Heilberufe gelingen.

Der Rat empfiehlt u. a.:

- Eine Modellklausel zur stärkeren Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe.
- Die Übertragung von Tätigkeiten, die das Versorgungssystem bisher unzureichend abdeckt, auf nicht-ärztliche Gesundheitsberufe, z. B. im Bereich der Prävention.
- Eine größere Handlungsautonomie der nicht-ärztlichen Berufe, z. B. die Verordnung von Pflegebedarfsartikeln durch die Pflege.
- Poolkompetenzen für Tätigkeiten, die von mehreren Berufsgruppen ausgeführt werden können.
- Die Profilierung der Ausbildung aller Gesundheitsberufe als kommende Aufgabe der Medizinischen Fakultäten.

INTEGRIERTE VERSORGUNG BEDARF ZIELORIENTIERTER ANREIZE UND INTERSEKTORALER KOOPERATION

Die Erprobung einer veränderten Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen bietet sich vor allem im Rahmen der integrierten Versorgung an. Zu der gesetzlich möglichen Anwendung von Managed Care-Elementen gehört vor allem eine zielorientierte sektorübergreifende Koordination und Kooperation zwischen allen am Behandlungsprozess Beteiligten. Eine solche Leistungserstellung kann in indikationsübergreifenden, populationsbezogenen Versorgungsnetzen oder auch im Rahmen von Disease oder Case Management erfolgen. Verglichen mit den bestehenden Allokationsprozessen in der GKV intendiert Managed Care eine Zunahme der Wettbewerbsparameter von Krankenkassen und Leistungserbringern und eine tendenzielle Verlagerung der Entscheidungen bzw. Verträge von der Makro- über die Meso- auf die Mikroebene.

Unter Zielaspekten reicht die bloße Integration von Krankenhäusern und Vertragsärzten nicht aus; es bedarf zielorientierter Anreizstrukturen, einer sektorübergreifenden Kooperation und der Orientierung an gesundheitlichen Outcomes.

Der Rat empfiehlt:

- an den Schnittstellen der jeweiligen Sektoren einheitliche Leistungsdefinitionen, gleiche (Mindest-)Qualitätsstandards und gleiche Vergütung für gleiche Leistungen,
- eine über die Sektoren hinweg gleiche Ausgestaltung der Qualitätssicherung und der Genehmigung neuer Behandlungsmethoden,
- sektorübergreifende Finanzierungsvereinbarungen mit Komplexpauschalen,
- zur Schaffung fairer Wettbewerbschancen zwischen Krankenhäusern sowie diesen und den Vertragsärzten eine monistische Finanzierung im stationären Sektor,
- zur Förderung des (Qualitäts-)Wettbewerbs im Rahmen der integrierten Versorgung eine Kontrahierungsmöglichkeit mit den Krankenkassen auch für jene niedergelassenen Ärzte und Krankenhäuser, die derzeit über keine Zulassung verfügen, aber die gewünschten Qualitätsanforderungen erfüllen,
- eine nochmalige Verlängerung der Anschubfinanzierung bei den integrierten Versorgungsformen (§ 140a-d SGB V) sowie

- eine obligatorische unabhängige Begleitforschung auch bei den integrierten Versorgungsformen zumindest bei strittigen oder aufwendigen Projekten.

Günstige Bedingungen für eine sektorübergreifende Optimierung liegen am ehesten bei Versorgungseinheiten vor, die über ein umfassendes Angebot an präventiven und therapeutischen Leistungen verfügen, für bestimmte Leistungsbündel eine Komplexpauerschale erhalten und einer externen Qualitätssicherung unterliegen. Die dadurch ausgelösten Konzentrationsprozesse bedürfen einer wettbewerblichen Aufsicht.

SCHRITTE ZU RAHMENPLANUNG, MONISTIK UND HÖCHSTPREISEN: MEHR AUTONOMIE FÜR DAS EINZELNE KRANKENHAUS

Das im Grundgesetz verankerte Sozialstaatsprinzip bildet die Basis der unverrückbaren Verantwortung des Staates für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Die beklagten Überkapazitäten und Investitionsdefizite legen jedoch den Schluss nahe, dass eine zielorientierte Steuerung des Krankenhauswesens bisher nur unzureichend gelungen ist. Der Rat empfiehlt daher weitere Reformen in der Krankenhausplanung und -finanzierung.

An die Stelle einer detaillierten Angebotsplanung und -finanzierung im Rahmen der Einzel- und Pauschalförderung durch die Länder soll eine Krankenhaus-Rahmenplanung (Zulassung, Monitoring, Sicherung) treten, die den Krankenhäusern weitgehende Autonomie gestattet. Die Gewährleistungsverantwortung des Staates soll nicht mehr in einer Angebotsplanung sondern in einem Angebotsmonitoring bestehen, das primär darauf abzielt, Unterversorgung mit Krankenhausleistungen zu vermeiden. Hierzu wird der Mindestmengenindikator durch einen Zugangsindikator z. B. für Notfälle ergänzt sowie krankenhausbefugene Qualitätsindikatoren um regionale Versorgungsindikatoren erweitert.

Der Rat spricht sich dafür aus, sukzessiv zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung überzugehen, bei der die Investitionskosten direkt an die Fallpauschalen bzw. das G-DRG-System gekoppelt und von den Krankenkassen finanziert werden. Im Gegenzug sollten die Krankenkassen an anderer Stelle entlastet werden, um einen Beitragssatzanstieg zu vermeiden. Diese verlässliche Investitionskostenförderung entfaltet zugleich zielgerichtete Anreize.

Bei einer Weiterentwicklung des G-DRG-Systems gilt es vor allem darauf zu achten, dass sein pauschalierender Charakter erhalten bleibt. Zudem sollte die bislang vernachlässigte Begleitforschung durch die Selbstverwaltungspartner gewährleistet werden. Im Hinblick auf die zukünftige Gestaltung des Fallpauschalensystems spricht sich der Rat dafür aus, das G-DRG-System als Festpreissystem weiterzuentwickeln und einen Preiswettbewerb im Rahmen selektiver Verträge zunächst lediglich für Bereiche der elektiven Leistungen zu erproben (Fallpauschalenansatz von 1995). Für den Großteil der Krankenhausleistungen soll es bei einem Festpreissystem auf Basis der Landesbasisfallwerte sowie bei der kollektivvertraglichen Verhandlungsstruktur und dem Kontrahierungszwang bleiben.

VERANTWORTUNG FÖRDERN DUCH TRANSPARENZ ÜBER QUALITÄT UND SICHERHEIT

Von den Institutionen und den Angehörigen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen wird verstärkt Verantwortung eingefordert. Das Konzept der Verantwortlichkeit ergänzt die Verpflichtung zur Patientenorientierung, Wissenschafts- und Evidenzbasierung, zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung, zur Patientensicherheit sowie zur Leitlinien- und Effizienzorientierung.

Der Begriff Angemessenheit beschreibt die Präferenzen von Bürgern und Patienten und ergänzt damit das Konzept der nachgewiesenen Wirksamkeit. Patientensicherheit stellt ein zentrales Element der Qualität dar und wird durch Patientensicherheits-Indikatoren (PSI) beschrieben. Diese grenzen sich durch hohe Sensitivität, kurze Reaktionszeiten und Regelgebundenheit von allgemeinen Qualitätsindikatoren ab. Es werden aus der Literatur 30 PSI vorgeschlagen, die in Deutschland anwendbar sind und in die Diskussion der unabhängigen Institution nach § 137a SGB V Eingang finden sollten. Eine besondere Bedeutung kommt dabei den Indikatoren zur Arzneimittelsicherheit zu (z. B. unangemessene Medikation bei älteren Patienten, Kontrastmittel-assoziierte Nephropatie), da unerwünschte Arzneimittelereignisse und Medikationsfehler zu den häufigsten Problemen bei der Arzneimittelanwendung gehören.

Der Rat empfiehlt auf diesem Hintergrund, Qualitätsverbesserungen durch die verpflichtende Veröffentlichung von Qualitätsdaten von Krankenhäusern und durch qualitätsbezogene Vergütungselemente zu fördern. Der Rat zeigt anhand einer systematischen Literaturrecherche, dass es zu einer Verstärkung der Investitionen in Qualitäts-

management und zu einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse kommt, wenn die Daten risikoadjustiert sind und dabei Manipulationen vermieden werden. Die Gesundheitsberufe sind bei der Entwicklung aktiv zu beteiligen; die Motivation liegt darin, dass die leistungsfähigen Anbieter von ihrer besseren Leistung profitieren. Die gegenwärtige Diskussion zur Weiterentwicklung des Qualitätsberichts nach § 137 SGB V und die Neupositionierung der fachlich unabhängigen Institution nach § 137a SGB V verdienen daher Unterstützung.

DIE ZEIT IST REIF FÜR EIN BUNDESGESETZ ZUR PRIMÄREN PRÄVENTION

Geringere formale Bildung, niedriges Einkommen und schlechtere berufliche Positionen reduzieren Handlungs- und Entwicklungsmöglichkeiten, die Teilhabe am sozialen Geschehen ist oft prekär. Solche Lebenslagen führen im Durchschnitt sehr viel häufiger zu schwerer Krankheit und zu früherem Tod. Deshalb muss Präventionspolitik nicht nur das Ziel verfolgen, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern, sondern einen besonderen Schwerpunkt auf die Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen legen. Erfolgreiche Prävention bezieht sich neben krankheitsbezogenen auch auf unspezifische Gesundheitsbelastungen und Bewältigungsressourcen und ist in den Lebenswelten der jeweiligen Zielgruppen verankert. Partizipation ist die Schlüsselgröße der Prävention. Am Beispiel der Gruppen der Arbeitslosen, der Obdachlosen und älterer Menschen mit sozialer Benachteiligung zeigt der Rat, wie durch vermehrte Lebenswelt-bezogene Prävention Beiträge zu gesundheitsgerechter Lebensweise auch in schwer zu erreichenden Gruppen geleistet werden können. In der Aids-Prävention sollte die bislang erfolgreiche Strategie weiter entwickelt werden. Koordinierte und in ihrer Qualität gesicherte Prävention findet sich auch z. B. im Schul-Programm ‚gesund leben lernen‘ der GKV und in der bundesweiten Unterstützung der BZgA für gesundheitsbezogene Sozialprojekte.

Der Rat unterstützt einen ‚zweiten Anlauf‘ für ein Bundesgesetz zur nicht-medizinischen Prävention noch in dieser Legislaturperiode. Das Gesetz sollte an der Zielstellung der Verminderung sozial und durch Geschlecht bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen festhalten; es sollte organisatorisch und finanziell alle Sozialversicherungszweige und Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes einbeziehen; unterstützt werden sollten nur solche Interventionen, deren Qualität und Dokumentation gesichert ist; Lebenswelt-bezogene Projekte und fachlich fundierte Gesundheitskampag-

nen sollten bevorzugt gefördert werden. Ein im Vergleich zu den Ausgaben für Krankenversorgung minimales Volumen von ca. 250 Mio. Euro pro Jahr hält der Rat für knapp ausreichend, wenn die spätere Dynamisierung gesichert ist.

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