

21.08.02

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zum Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

„Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“

Die Bundesministerin für Gesundheit
Ulla Schmidt, MdB

Bonn, den 19. August 2002

An den
Präsidenten des Bundesrates
Herrn Regierenden Bürgermeister
Klaus Wowereit

Hiermit übersende ich gemäß § 142 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch die Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zu dem Gutachten 2000/2001 „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Die Stellungnahme bezieht sich auf alle Bände des Gutachtens und das zugehörige Addendum „Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)“, die Ihnen bereits zugeleitet worden sind (Bundesratsdrucksachen 266/01, 267/01, 672/01 und 117/02).

Gleichzeitig leite ich die Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zum Ratsgutachten 2000/2001 auch dem Präsidenten des Bundestages zu.

Ulla Schmidt

21.08.02

**Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit zum
Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte
Aktion im Gesundheitswesen****„Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Einleitung	3
II. Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung	3
III. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit	4
III.1 Budgetierung	4
III.2 Kapazitätsplanung	5
IV. Zentrale Elemente der Umorientierung	5
IV.1 Zielorientierung	5
IV.2. Prävention	6
IV.2.1 Präventionspotenzial	6
IV.2.2 Lösungsansätze – Prävention	7
IV.3 Patienten- und Nutzerorientierung	8
IV.3.1 Gesetzliche Maßnahmen	8
IV.3.2 Kollektive Beteiligungsrechte	9
IV.3.3 Informationsgrundlagen	9
IV.3.4 Arzt-Patienten-Verhältnis	9
IV.4. Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten, Fachärzten und Pflegekräften	10
IV.4.1 Ärztliche Ausbildung	10
IV.4.2 (Fach-)Ärztliche Weiter- und Fortbildung	10

	Seite
IV.4.3 Aus-, Weiter- und Fortbildung in pflegerischen Berufen	11
IV.5 Qualitätssicherung (QS) – Leitlinien (LL) – Evidence-Based-Medicine (EbM) – Health-Technology-Assessment (HTA) – Versorgungsforschung	12
IV.5.1. Qualitätssicherung und -management in der Versorgung	12
IV.5.1.1 Maßnahmen in der Krankenversorgung	12
IV.5.1.2 Maßnahmen in der Pflege	13
IV.5.2 Leitlinien – Evidenz-Basierung – Health-Technology-Assessment – Versorgungsforschung	13
V. Chronische Erkrankungen	15
V.1 Zentrale Versorgungsdefizite	15
V.2 Krankheitsspezifische Lösungsansätze	17
V.2.1 Brustkrebs	17
V.2.2. Hämophilie	18
V.2.3 Depressive Störungen	19
V.2.4 Schmerzbehandlung – Versorgung terminal Erkrankter	20
V.2.5 Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten	21
V.3 Krankheitsübergreifende Lösungsansätze	23
V.3.1 Disease-Management-Programme	23
V.3.2 Stärkung der Rehabilitation	24
VI. Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung	25
VII. Neuorientierung der Gesundheitspolitik mit Augenmaß	27
Abkürzungsverzeichnis	31

I. Einleitung

Auftrag an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) im Mai 1999 den Auftrag erteilt, ein Sondergutachten zur Verbesserung der Leistungssteuerung im Gesundheitswesen zu erstellen. Im Rahmen dieses Gutachtens sollten insbesondere Qualitätssicherung und neue Vergütungsformen, die Rolle von Gesundheitszielen, Prävention, Versichertenkompetenz und die primärärztliche Versorgung berücksichtigt werden.

Im Januar 2000 ist das GKV-Gesundheitsreformgesetz in Kraft getreten. Im Rahmen der Neuregelungen wurde der § 142 Abs. 2 SGB V wie folgt gefasst:

„Das BMG beruft einen Sachverständigenrat, der die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Der Sachverständigenrat hat zudem die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen; er hat dabei im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgung und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten. Das BMG kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von 2 Jahren und leitet es dem BMG jeweils zum 15. 4., erstmals im Jahr 2001, zu. Das BMG legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.“

Als Folge der gesetzlichen Neuregelung wurde der Rat von seinem früheren Auftrag entbunden, wobei ihm freigestellt wurde, die hierfür bereits erstellten Beiträge zu berücksichtigen. Im März 2001 wurden die beiden ersten Bände des Gutachtens vorgelegt, die sich vor allem auf den Auftrag des Jahres 1999 beziehen. Im August 2001 folgte der vier Teile umfassende dritte Band des Gutachtens, der den Kernauftrag des neu gefassten § 142 Abs. 2 SGB V bearbeitet. Zusätzlich hat der Rat dann im Dezember 2001 ein Addendum vorgelegt, das sich mit Fragen der Arzneimittelversorgung in Deutschland beschäftigt.

Die Teilbände des Gutachtens wurden den gesetzgebenden Körperschaften jeweils unverzüglich nach Übergabe zugeleitet. Das BMG nimmt hiermit zu sämtlichen Teilen des rd. 1 800 Seiten umfassenden Gutachtens Stellung.

Der Sachverständigenrat (SVR) hat auf der Grundlage des beschriebenen Auftrags erstmals eine grundlegende Definition von Bedarfsgerechtigkeit im Sinne des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vorgenommen und eine Befragung der relevanten Organisationen des Gesundheitswesens und der Patientenorganisationen durchgeführt, um Auskünfte zur gesundheitlichen Über-, Unter- und Fehlversorgung einzuholen. Die Aussagen der befragten Organisationen wurden mit wissenschaftlichen Erkenntnissen

und der Expertise der Ratsmitglieder abgeglichen und zu einer Analyse des deutschen Gesundheitswesens verarbeitet, die Defizite herausarbeitet und Möglichkeiten zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit aufzeigt. Hierdurch wurde dem Rat erstmals ein klarer Auftrag für eine Schwachstellenanalyse des deutschen Gesundheitswesens erteilt. Dieser hat einen breiten und wertvollen Fundus von Informationen niedergelegt, der für künftige gesundheitspolitische Entscheidungen und Planungen herangezogen werden kann.

Vor dem Hintergrund der außerordentlich komplexen und weit reichenden Analyse und den diesbezüglichen Empfehlungen des Rates wird die vorliegende Stellungnahme nicht auf alle Einzelpunkte eingehen und auch nicht in allen Bereichen umsetzungsfähige Lösungsvorschläge unterbreiten können. Die im Rahmen der Stellungnahme vorgenommene Prioritätensetzung konzentriert sich demzufolge auf wesentliche Bereiche, bei denen Lösungsansätze bereits erkennbar sind und die bei kommenden Reformdiskussionen aufgegriffen und mit den Partnern des Gesundheitswesens weiter erörtert werden sollen. Eine Präjudizierung oder Abwertung nicht aufgegriffener Punkte ist hiermit weder beabsichtigt noch verbunden.

II. Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung

Das deutsche Gesundheitswesen leidet – nach Ansicht des SVR – unter Strukturdefiziten, die sich sowohl auf Mängel in der Behandlung der sieben betrachteten chronischen Erkrankungen beziehen, als auch Fehlentwicklungen und vor allem Fehlsteuerungen der Vergangenheit spiegeln. Diese basieren u. a. auf festgefahrenen Versorgungsgewohnheiten und typischen Verhaltensmustern, die zu Über-, Unter- und Fehlversorgung führen.

- Es dominiert die akutmedizinische, auf organische Veränderungen bezogene, Versorgung bereits eingetretener Erkrankungen (somatische Fixierung) und zwar auch in den Fällen, wo eine langfristige Orientierung der Versorgung unter Einbezug von Prävention und Rehabilitation den Besonderheiten chronischer Erkrankungen gerecht würde.
- Hierbei stehen nicht die Patientinnen und Patienten, sondern die starren Strukturen des Systems im Mittelpunkt. Dort, wo flexible und interdisziplinäre Versorgungsstrukturen angezeigt wären, um soziale, psychische, lebensweltliche und biografische Bezüge der Patientinnen und Patienten und die wechselnden Schweregrade und -phasen chronischer Krankheitsverläufe erfolgreich zu bewältigen, werden diese mit starr abgegrenzten Leistungsbereichen anstelle verzahnter Behandlungskonzepte konfrontiert.
- Die Patientinnen und Patienten werden in diesem Behandlungsmuster als passive Empfänger von medizinischen Leistungen betrachtet (Objekte), in deren Zentrum Reparatur, Kur und Schonung stehen. Unzureichende Schulung, Information und Partizipation der Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen führen zu vermeidbarer Abhängigkeit und

Passivität auch dort, wo Aufklärung, Aktivierung, Mitentscheidung und Mobilisierung eigener Energien zur Genesung oder Krankheitsbewältigung (Aktiv-Passiv-Problematik) nachhaltig beitragen könnten.

- Das Abweichen von Grundsätzen einer evidenz-basierten Versorgung und die Nichtbeachtung existierender, evidenz-basierter Leitlinien führt zu Über-, Unter- und Fehlversorgung. Zusätzlich machen inadäquate Anreizsysteme und Wettbewerbsbedingungen chronisch Kranke für die Krankenkassen und Leistungserbringer zu so genannten „schlechten Risiken“. Stattdessen sollten Anreize so gesetzt werden, dass Anstrengungen zur Krankheitsvermeidung, zur qualitätsorientierten Behandlung, Rehabilitation und Orientierung an Gesundheits- und Versorgungszielen belohnt werden.
- Die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe ist primär an der reinen medizinischen Wissensvermittlung orientiert, anstatt die speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker angemessen zu vermitteln.
- Generell ist nach Auffassung des Rates eine Stärkung der Aufklärung und Transparenz über Behandlungsformen und Einrichtungen, deren Qualität und Kosten erforderlich, die durch eine Verbesserung der Datenlage und einen systematischen Ausbau der Versorgungsforschung unterstützt werden muss.

III. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Den Lösungen und Wegen, die der Rat aufzeigt, um eine Umgestaltung des Gesundheitswesens und eine Umorientierung von Verhaltensmustern einzuleiten, liegen die folgenden Vorstellungen über Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit zugrunde.

Eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung im Sinne des SGB V liegt vor, wenn

- gesundheitliche Leistungen angezeigt sind, d. h. nicht ausschließlich aus subjektiven Wünschen resultieren;
- sie einen hinreichend gesicherten, positiven Netto-Nutzen aufweisen, d. h. die zu erwartende Verbesserung des Gesundheitszustands größer ist als die mit der Maßnahme verbundenen Risiken;
- die Leistung fachgerecht und
- mit akzeptabler Kosten-Nutzen-Relation erbracht wird.

Hieraus leiten sich gleichzeitig die Definitionen für Über-, Unter- und Fehlversorgung ab:

- Unterversorgung liegt vor, wenn Leistungen verweigert werden, obwohl ein individueller, professioneller, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannter Bedarf existiert, ein hinreichend gesicherter Netto-Nutzen erwartet und die Leistung wirtschaftlich erbracht werden kann.
- Überversorgung ist eine Versorgung mit nicht notwendigen Leistungen, mit Leistungen ohne hinreichend

gesichertem Netto-Nutzen, mit Leistungen von geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt oder Leistungen, die in unwirtschaftlicher Form erbracht werden.

- Fehlversorgung ist jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht. Folgende Unterfälle lassen sich unterscheiden:
 - Versorgung mit bedarfsgerechten Leistungen, die durch nicht fachgerechte Erbringung vermeidbaren Schaden verursachen;
 - Versorgung mit nicht bedarfsgerechten Leistungen, die zu einem vermeidbaren Schaden führen;
 - unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung an sich bedarfsgerechter, notwendiger Leistungen im Rahmen einer Behandlung.

Wirtschaftlichkeitsreserven können sich aus allen Formen nicht bedarfsgerechter Leistungserbringung ergeben.

III.1 Budgetierung

Budgetierungen zur Stärkung von Wirtschaftlichkeit sind auch nach Auffassung des Rates nicht Hauptursache für die dargestellten, typischen krankheitsübergreifenden Problemmuster, die sich über einen langen Zeitraum aufgebaut haben. Dennoch kann eine Budgetierung neben der erwünschten Begrenzung von Überversorgung auch eine potenzielle Ursache von verdeckter oder offener Rationierung darstellen. Allerdings zeigen internationale Studien (z. B. die Berichte des Institutes of Medicine (IOM) zur Qualität des amerikanischen Gesundheitswesens) sowie die im Rahmen eines Modellprogramms des BMG durchgeführte NIDEP-Studie, dass Fehlversorgung oder ebenso Über- und Unterversorgung auch unabhängig von spezifischen Budgetierungen auftreten.

Flexible Budgets, die der Rat für akzeptabel hält, können sogar dazu beitragen, Fehlentwicklungen aufzudecken und evidenz-basierte und leitliniengerechte Versorgung zu initiieren, da unter Knappheitsbedingungen der Druck zur ausschließlichen Erbringung von sinnvollen und wirtschaftlichen Maßnahmen steigt. Für die Vereinbarung der Vergütungen im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich wirkt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß § 85 Abs. 3 i. V. m. § 71 SGB V wie eine flexibilisierte Budgetregelung. Er ermöglicht einen begrenzten, aber kontinuierlichen jährlichen Ausgabenzuwachs. Für den Fall, dass die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist, gilt die vorgegebene Begrenzung des Ausgabenzuwachses nicht. Auch Ausgabensteigerungen aufgrund gesetzlich vorgeschriebener Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht. Die vom Rat an anderer Stelle geforderte intersektorale Flexibilität der Budgets wird gesetzlich dadurch ermöglicht, dass vorgegebene Ausgabengrenzen überschritten werden können, wenn Einsparungen in anderen Leistungsbereichen nachgewiesen oder vertraglich sichergestellt werden. Die aktuelle Politik hat im Präventionsbe-

reich diesem Grundsatz gemäß durch außerbudgetäre Vergütungen gehandelt. Ferner hat die Politik das Arznei- und Heilmittelbudget, das nach gesetzlicher Vorgabe von der gemeinsamen Selbstverwaltung jährlich anzupassen war, aufgrund erheblicher Umsetzungs- und Akzeptanzprobleme durch flexibilisierte Selbstverwaltungslösungen abgelöst. Bei der Neugestaltung der Vergütung im Krankenhausbereich sind flexible Budgetregelungen vorgesehen (Fallpauschalengesetz). Hierfür entfällt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ab dem 1. Januar 2005. Ab diesem Zeitpunkt gilt für die Vereinbarung der landesweiten Basisfallwerte des Fallpauschalensystems eine flexible Verhandlungslösung, die eine angemessene Vergütung von zusätzlichen Behandlungsfällen zulässt; es wurde kein festes Landesbudget vorgegeben.

III.2 Kapazitätsplanung

Hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit im Sinne der Bereitstellung von Angebots-Kapazitäten beklagt der Rat das Nebeneinander öffentlich regulierter Kapazitätsplanungen und völliger unternehmerischer Freiheit bei medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen in Deutschland. Auf der Grundlage der Neuregelung des § 102 SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde vom BMG ein Gutachten zur Bedarfsplanung in der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung in Auftrag gegeben. Die bisherigen Analysen deuten auf gleichzeitige regionale Über- und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung hin, die zwischen Haus- und Fachärzten, aber auch unter einzelnen Facharztgruppen deutlich differiert. Dies gilt insbesondere dann, wenn man die Substitutionsbeziehungen zum ärztlichen Versorgungsgrad in den Krankenhäusern mit in die Betrachtung einbezieht.

Vor dem Hintergrund dieser erstmals vorgelegten Datengrundlage, dem langfristig zu erwartenden Bevölkerungsrückgang bei gleichzeitiger Verschiebung der Alters- und Morbiditätsstruktur wird sorgfältig zu prüfen sein, welcher Grad an Kapazitätssteuerung angemessen, möglich und umsetzbar ist, um den gesundheitlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung auch langfristig gerecht zu werden. Insbesondere im internationalen Vergleich ist darauf hinzuweisen, dass Deutschland im Gegensatz zu Ländern wie Großbritannien, Schweden und Frankreich, zumindest in diesem Bereich keine aktuellen oder mittelfristig zu erwarteten Kapazitätsprobleme hat (hohe Ärztedichte, keine Wartezeiten). Die Einführung von diagnose-orientierten Fallpauschalen (DRG's) in den Krankenhäusern dürfte in diesem Kontext auch zu Umstrukturierungen führen. Gleichzeitig bietet der stationäre Bereich Wachstums- und Beschäftigungspotenziale, wenn neue Arbeitszeitregelungen umgesetzt werden oder, wie dies aktuell geschieht, europäische Nachbarländer wegen dort herrschender Unterversorgung ihre Patientinnen und Patienten nach Deutschland schicken.

Für die Gesundheitspolitik bedeutet die Bewertung der Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit des Rates, dass sie sich – unabhängig von den tagesaktuellen Problemen und Interessenkonflikten – auch auf eine über mehrere Legislaturperioden reichende Langfristperspek-

tive einlassen muss. Diese längerfristige Umsteuerung des Systems erfordert eine mehrschrittige, aber zielorientierte, beständige Politik.

Die vom Rat aufgeführten neuen Leitbilder für das Gesundheitsversorgungssystem stellen die „neuen Regeln“ für eine Umorientierung dar, nach denen neue, vernetzte Strukturen des Gesundheitssystems organisiert werden sollten. Dabei spielen eine stärkere Ziel- und Patientenorientierung, eine Ausrichtung der Behandlung nach evidenz-basierten Leitlinien, die Durchdringung der Versorgung mit einem umfassenden Qualitätsmanagement und Änderungen in der Aus-, Weiter- und Fortbildung eine entscheidende Rolle.

Im Folgenden soll auf die genannten Maßnahmen und Wege, die der Rat vorschlägt, näher eingegangen werden.

IV. Zentrale Elemente der Umorientierung

IV.1 Zielorientierung

Eine stärkere Orientierung an gesundheitlichen Zielen im deutschen Gesundheitswesen ist angesichts der ineffizienten Mittelverwendung und aufgrund begrenzter finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen zwingend erforderlich. So schneidet Deutschland hinsichtlich der Lebenserwartung im OECD-Ländervergleich von Industrienationen unterdurchschnittlich ab. Demgegenüber liegen die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben hinter den USA und der Schweiz innerhalb der OECD-Länder an dritter Stelle (OECD = Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung). Trotz aller Unvollkommenheiten und Unzulänglichkeiten in der Vergleichbarkeit internationaler Daten deuten die Ergebnisse darauf hin, dass das deutsche Gesundheitswesen bei der Zielerreichung im Mittelfeld, bei den Gesundheitsausgaben aber in der Spitzengruppe liegt.

Zur stärkeren Ausrichtung der Gesundheitspolitik an Zielen hat das BMG der Entschließung der 72. Gesundheitsministerkonferenz 1999 folgend den Zielfindungsprozess durch das Projekt „Gesundheitsziele für Deutschland“ (Projekttitel: gesundheitsziele.de; Projektnehmer: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung/GVG) in Gang gesetzt. Die Mitwirkenden stammen aus den Bereichen Politik, Bund und Länder, Ärzteschaft, Krankenhäuser, Krankenkassen, Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten sowie der Wissenschaft.

Dieses Projekt soll als Orientierung für gesundheitspolitische Maßnahmen und Programme dienen und transparente, nachvollziehbare, wissenschaftlich fundierte Indikatoren für die Auswahl realistischer, umsetzbarer und evaluierbarer Gesundheitsziele identifizieren sowie ein Konzept für die Umsetzung in den Versorgungsalltag erstellen. Voraussetzung für die Formulierung konkreter, indikationsspezifischer Ziele sind epidemiologische und gesundheitsökonomische Studien sowie eine intensive Versorgungsforschung. Es soll ein Konsens über gemeinsame Ziele erreicht werden, der die Grundlage dafür schafft, dass alle Beteiligten in Form der Selbstverpflichtung für die Implementierung in den Versorgungsalltag Sorge tragen. Gesundheitsziele sind nach der Definition

dieses Projekts vereinbarte Ziele, die in einem festgelegten Zeitraum zu erreichen sind. Sie können direkt auf die Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen ausgerichtet sein, aber auch auf verbesserte Strukturen.

Als Vorgabe hat das BMG gesellschaftliche Leitbilder in den Zielfindungsprozess eingebracht. Dies sind: Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit, Stärkung von Selbsthilfe, Eigenverantwortung und Patientenrechte. Mit diesen Zielen kann die Gesundheitspolitik durch Konsensfindung über einen Wertehorizont auf allen Ebenen in eine Richtung gelenkt werden. Zusätzlich ist dem Bereich der Prävention ein besonderes Gewicht beigemessen worden.

In der Zwischenzeit sind Vorschläge für fünf Gesundheitsziele entwickelt worden, bei denen in Arbeitsgruppen an Teilzielen, Strategien und Maßnahmen gearbeitet wird. Dies sind:

- Diabetes mellitus,
- Brustkrebs,
- Tabakkonsum reduzieren,
- „Fit for Future“ – Integriertes Programm für Kinder und Jugendliche unter 20 (Bewegung – Ernährung – Stress),
- Gesundheitliche Kompetenz von Bürgerinnen und Bürgern und Patientinnen und Patienten stärken.

Zeitlich versetzt sollen weitere Ziele angegangen werden:

- Depression,
- Herzinfarkt,
- Chronischer Rückenschmerz,
- Impfen im Rahmen von „Fit for Future“.

Obwohl mit der Initiative zur Entwicklung von Gesundheitszielen bereits ein wichtiger Schritt zur Umsetzung der Empfehlungen des Rates getan wurde, ist zu bedenken, dass die Einflussmöglichkeiten des Gesundheitswesens auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung an Grenzen stoßen. Vielfältige Faktoren haben Einfluss auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität, die weder von der Gesundheitspolitik noch von medizinischen Maßnahmen im engeren Sinne erfasst werden. Nationale und internationale Studien zeigen, dass nur zwischen 10 und 40 % der Lebenserwartung durch das Gesundheitswesen im engeren Sinne beeinflussbar sind. Die Einflussgrößen gesundheitspolitischer Zielindikatoren wurzeln z. B. im Arbeitsmarkt und der Einkommens- und Vermögensverteilung. Die erforderliche Verzahnung mit anderen Politikbereichen ist auch im Verlauf der Erstellung des ersten Armuts- und Reichtumsberichts der Bundesregierung deutlich geworden, da speziell die Darstellung von defizitären Lebenslagen die Begrenztheit der Einflussmöglichkeit der Gesundheitspolitik im engen Sinn deutlich macht. Diese Verzahnung wird daher im weiteren Prozess der Zielvereinbarung und vor allem bei der Umsetzung erforderlich sein.

IV.2. Prävention

Die vom Rat geforderte Stärkung der Prävention wird an folgenden Beispielen besonders deutlich.

IV.2.1 Präventionspotenzial

Prävention: Ischämische Herzkrankheiten

Angesichts der Häufigkeit ischämischer Herzkrankheiten, des Wissens um präventive Maßnahmen und der festgestellten Versorgungsmängel fordert der Rat berechtigterweise einen integrierten, multimodalen und präventiven Ansatz, der neben den Risikofaktoren der koronaren Herzkrankheiten (z. B. Bluthochdruck, Diabetes, Cholesterin) auch die Vermeidung anderer Erkrankungen (Schlaganfall, Niereninsuffizienz) günstig beeinflusst. Dabei hat die Primärprävention der Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine herausragende Bedeutung. Eine verhaltensbezogene Modifikation des absoluten Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisikos könnte die Krankheitslast nach Einschätzung des Rates um 20 bis 30 % reduzieren und damit ein Einsparpotenzial von rd. 2 Mrd. € pro Jahr erzielen. Die wissenschaftlichen Grundlagen effizienter primärer und sekundärer Präventionsmaßnahmen (z. B. evidenz-basierte Leitlinien zur Sekundärprävention der koronaren Herzerkrankung) sind vorhanden, aber bis heute nicht ausreichend umgesetzt. Wichtige Teilaspekte wie z. B. die Förderung des Nichtrauchens und eine gesunde Ernährung werden in verschiedenen Aktionen und Programmen bearbeitet. Für die Entwicklung eines umfassenden „Nationalen Herz-Kreislauf-Präventionsprogramms“ setzt sich das BMG im Rahmen des Projektes „gesundheitsziele.de“ ein.

Prävention: Schlaganfall

Von allen Risikofaktoren des Schlaganfalls, die im Wesentlichen identisch sind mit den Risikofaktoren der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, hat die Kontrolle des Blutdrucks das größte präventive Potenzial, zumal etwa $\frac{1}{3}$ der Bluthochdruckpatientinnen und -patienten in Deutschland nicht adäquat medikamentös behandelt werden. Krankenkassen sollten daher gezielt präventive Versorgungsangebote für schlaganfallgefährdete Bluthochdruckpatientinnen und -patienten anbieten. Aufklärungsbedarf besteht hinsichtlich der notwendigen Maßnahmen bei akutem Schlaganfall. Konsequente Sekundärprävention und gesunder Lebensstil sind bei der Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten erfolgversprechend. Notwendig ist der Aufbau einer Versorgungskette, bei der unmittelbar nach einem erlittenen Schlaganfall die frührehabilitative Versorgung und Prävention von Komplikationen einsetzt und bei der durch ein multiprofessionelles Team eine koordinierte Behandlung und eine kontinuierliche Betreuung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten über die verschiedenen Versorgungsstufen hinweg gewährleistet wird.

Prävention: Chronische, obstruktive Lungenerkrankungen/Asthma/Lungenkarzinom

Asthma bronchiale, bei Kindern die häufigste chronische Erkrankung, und COPD (chronisch, obstruktive Lungen-

erkrankung) gewinnen in der gesundheitlichen Versorgung zunehmend an Bedeutung. Da ca. 90 % der COPD-Fälle auf Tabakkonsum zurückzuführen sind, ist die Primärprävention des Rauchens die wichtigste Präventionsmaßnahme. Die Primärprävention bei Säuglingen und Kindern soll durch Maßnahmen wie Stillen, Vermeidung passiven Rauchens und Elternberatung optimiert werden. Auch die Tabakrahenkonvention der Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt auf umfassende bevölkerungsweite Strategien sowie zielgruppenspezifische Aufklärungskampagnen und Interventionen für entwöhnungswillige Raucher.

Eine nationale Anti-Tabak-Kampagne wird ebenfalls zur Vermeidung des Lungenkrebs gefordert, da Rauchen auch hier der wesentlichste Risikofaktor ist. Die Tabakprävention soll vor allem bei Jugendlichen den Einstieg ins Rauchen verhindern, den Ausstieg erleichtern und den Nicht-raucherschutz stärken. Diese Ziele sollen mit einem breiten Spektrum an Maßnahmen und zielgruppenorientierten Kampagnen erreicht werden. Aufklärung allein hat aber keine Chance, den Tabakkonsum zu senken, wenn nicht Rahmenbedingungen geschaffen werden, die diese Aufklärung unterstützen. Dazu gehört auch, ein allgemeines gesellschaftliches Klima für einen rauchfreien Lebensstil zu schaffen.

Die vom Rat im Zusammenhang mit der Reduzierung des Tabakkonsum vorgeschlagene Anti-Tabak-Kampagne im Sinne eines bewussten Umgangs und eines lebensphasenbezogenen Verzichtes wird im Rahmen der Entwicklung konkreter Umsetzungskonzepte bei gesundheitsziele.de im Zielbereich „Tabakkonsum reduzieren“ berücksichtigt. Überdies hat das BMG einen „Aktionsplan Tabak“ beschlossen. Um auf dem Feld der Raucherprävention neue Wege des kooperativen Handelns zu gehen, wurde ein Vertrag mit der Tabakindustrie geschlossen. Dieser sieht die Förderung des Nicht-Rauchens bei Kindern und Jugendlichen für die nächsten fünf Jahre vor. Die Tabakindustrie stellt hierfür Mittel in Höhe von 11,8 Mio. € zur Verfügung.

Mit der Vereinbarung ist das BMG keinerlei politische Verpflichtung gegenüber der Tabakindustrie eingegangen. Insbesondere werden zukünftige Maßnahmen des BMG gegen das Rauchen in keiner Weise beeinflusst. Auch bei der jetzigen Kampagne wird die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die aus den Mitteln der Tabakindustrie finanzierte Präventionskampagne ohne inhaltliche Beeinflussung in eigener Verantwortung nach dem aktuellen Stand der Präventionsforschung durchführen. Diese „Anti-Tabak-Kampagne“ und ein „Herz-Kreislauf-Programm“ sind vor allem deshalb zu unterstützen, weil sie einen günstigen Einfluss auf zahlreiche chronische Erkrankungen haben.

Lungenerkrankungen können auch durch Allergiekonzentrationen hervorgerufen oder verstärkt werden. Zum Vorschlag der Rates, die vorhandenen effektiven Interventionsmöglichkeiten zur Reduzierung der Allergenkonzentration in Aufenthalts- und Arbeitsräumen konsequent umzusetzen, kann auf die Einrichtung von Beratungsstellen im Gesundheitswesen und im Bereich des gesundheitlichen Umweltschutzes (vor allem das Umweltbundesamt)

hingewiesen werden. Diese haben in der Vergangenheit Aufklärungsmaßnahmen durchgeführt bzw. bieten Informationsmaterialien an, aus denen auch „Risikofamilien“ Handlungsanleitungen zur Verringerung der Konzentration von Innenraumallergenen entnehmen können. Die Aufklärungsmaßnahmen werden flankiert durch produktbezogene Rechtsvorschriften (z. B. Kennzeichnung sensibilisierend wirkender Stoffe und Zubereitungen) und durch Rechtsvorschriften zur Verringerung der Schadstoffkonzentration in der Außenluft, die zur Verstärkung von Allergenwirkungen beitragen können.

IV.2.2 Lösungsansätze – Prävention

Präventionspotenziale

Die genannten Beispiele zeigen, dass in Deutschland generell von einem hohen Präventionspotenzial ausgegangen werden muss. Vor allem die Präventionspotenziale bei Kindern, chronisch Kranken und älteren Menschen werden unterschätzt. Initiativen zu mehr Prävention werden nicht nur Maßnahmen im gesundheitspolitischen Bereich erfordern, sondern die intersektorale Abstimmung verschiedener Politikbereiche. Besondere Aufmerksamkeit muss hierbei außerdem den belasteten Bevölkerungsgruppen und sozial Benachteiligten unter Berücksichtigung unterschiedlicher, geschlechtsspezifischer Belastungen entgegengebracht werden. Neben den individuellen und bevölkerungsbezogenen Zugängen stellt – wie auch der Rat betont – der Setting-Ansatz einen geeigneten Zugangsweg zu Personen dar, die im gleichen oder einem ähnlichen Kontext leben. Ein besonderer Vorteil des Setting-Ansatzes besteht darin, dass sich sozial Benachteiligte dort am besten erreichen lassen und jegliche Form einer kontraproduktiven Stigmatisierung vermieden wird, da bei diesem Vorgehen nicht ausschließlich sozial Benachteiligte einbezogen sind.

Das BMG will den eher krankheitsorientierten „Begriff der Prävention“ durch den gesundheitsorientierten „Begriff der Gesundheitsförderung“ ergänzen und die Förderung der Gesundheit zu einem Leitbild und zu einer 4. Säule der Gesundheitspolitik – neben der therapeutischen, rehabilitativen und pflegerischen Versorgung – ausbauen. Das Gesundheitssystem muss sich neben der Heilung und Linderung von Krankheiten auch das Ziel setzen, zu einem Ort der Förderung und Erhaltung von Gesundheit und zur Herstellung gesunder Lebensverhältnisse zu werden. Mittel- und langfristig ist davon auszugehen, dass eine verstärkte Präventionsorientierung gerade bei chronischen Erkrankungen dazu beiträgt, beschwerdefreie Lebensphasen zu verlängern und die Schwere von Krankheitsschüben zu lindern, wodurch Behandlungsbedarf reduziert wird. Dies führt zur Steigerung der Lebensqualität von Betroffenen und zur Senkung der Gesundheitsausgaben.

Gesetzliche Maßnahmen

Die Umorientierung zu mehr Prävention hat die Bundesregierung durch die Gesundheitsreform 2000 eingeleitet. Mit der Novellierung des § 20 SGB V sind den Krankenkassen wieder erweiterte Handlungsspielräume in der

Primärprävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und Selbsthilfeförderung eingeräumt worden, die von der früheren Bundesregierung zum größten Teil abgeschafft worden waren. Hinzu kommen die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation gemäß § 43 SGB V als Angebot der Tertiärprävention, womit Patientenschulungen initiiert werden können. Erfolge sind bereits bei der Verhütung von Zahnerkrankungen durch die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben in den §§ 21 und 22 SGB V (Individual- und Gruppenprophylaxe) erzielt worden. Die medizinische Sinnhaftigkeit von Früherkennungsprogrammen gemäß §§ 25 und 26 SGB V (Gesundheitsuntersuchung/check-up und Krebsfrüherkennungsuntersuchung) stehen außer Frage. Zur Steigerung der bislang zu schwachen Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen wurden Initiativen und Aufklärungsaktivitäten ergriffen.

Die Ratsempfehlung, zusätzlich Einladungsverfahren zu gesetzlichen Früherkennungsmaßnahmen für Personengruppen zu etablieren, die ein erhöhtes Risiko haben, an Gebärmutterhals- oder Darmkrebs zu erkranken, ist insbesondere unter den angeführten fachlichen Gesichtspunkten nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang sollten jedoch zunächst Erfahrungen mit Einladungskonzepten aus den Modellprojekten des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Einführung eines flächendeckenden, qualitätsgesicherten Mammografie-Screenings, auch unter datenschutzrechtlichen Aspekten, abgewartet werden. Das BMG geht davon aus, dass der Ausbau der Prävention zusammen mit einer stärkeren Zielorientierung mittel- bis langfristig die Chance bietet, den Gesundheitszustand der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern und die Eigenkompetenz der Versicherten zur Vermeidung von Krankheit zu stärken.

Runder Tisch „Prävention“

Im Rahmen des „Runden Tisches“ hat eine Arbeitsgruppe, an der 40 Verbände beteiligt waren, Vorschläge für eine deutliche Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland erarbeitet. Defizite wurden insbesondere auf den Gebieten Vernetzung, Koordinierung, Transparenz, Zielorientierung, Ausnutzung von Präventionspotenzialen, Innovation und Finanzierung ausgemacht. Zum Abbau dieser Defizite hat der Runde Tisch als ersten Schritt die Einrichtung eines „Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung“ empfohlen, das die bisherige Arbeit des „Runden Tisches“ verstetigen soll. Aufgabe des Forums ist es, über die Beseitigung der oben geschilderten Defizite hinausgehend, den Aufbau und die Steuerung einer neuen, auf Dauer angelegten Organisationsstruktur „Prävention und Gesundheitsförderung“ vorzubereiten. Hierzu gehört auch die Akquirierung finanzieller Mittel inner- und außerhalb des Gesundheitswesens sowie Prioritätensetzungen zur Durchführung von Präventionskampagnen. Das Forum hat am 11. Juli 2002 seine Arbeit aufgenommen. Um die Transparenz für Anbieter und Nutzer von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu verbessern, soll eine Kommunikations- und Informationsplattform errichtet werden, an der sich alle Mitglieder des Forums beteiligen.

Zur Unterstützung dieser Aktivitäten hat das BMG eine Rechtsexpertise in Auftrag gegeben, in deren Rahmen die

in verschiedenen Gesetzen und Verordnungen geregelten Leistungen der gesundheitlichen Prävention in Deutschland aufbereitet und exemplarisch Lösungsvorschläge für eventuell festgestellte Defizite und Probleme erarbeitet werden sollen.

Die aufgezeigten Maßnahmen verdeutlichen, dass die Politik bereits entscheidende Weichenstellungen für eine Umorientierung von der beklagten, kurativen Ausrichtung und somatischen Fixierung der gesundheitlichen Versorgung in Richtung auf eine umfassende Präventionsorientierung unternommen hat. Hiermit wird u. a. außerdem die Abkehr von einer kurzfristig orientierten Akutmedizin hin zu einer langfristigen Ausrichtung von Maßnahmen eingeleitet. Dennoch bleibt zu bedenken, dass Prävention dort ihre Grenzen hat, wo Menschen sich wider besseren Wissens oder aufgrund anderweitiger Beweggründe gegen einen gesunden Lebensstil entscheiden bzw. ihr Gesundheitspotenzial nicht ausschöpfen wollen oder nicht können. Selbst bei verstärkten und adäquaten Präventionsbemühungen, deren grundsätzliche Sinnhaftigkeit nicht angezweifelt wird, darf der Mensch mit seinen Bedürfnissen und seinen individuellen Lösungsstrategien zur Problembewältigung, nicht außer Acht gelassen werden. Prävention bedarf der Freiwilligkeit und kann nicht aufgedrängt oder verordnet werden.

Langfristig wird es erforderlich sein, sich dezidiert mit den ethischen und gesellschaftlichen Konsequenzen prädiaktiver Gentests auseinander zu setzen. Die Chancen und Probleme dieser, durch medizinisch-technische Innovationen entwickelten Möglichkeiten, die auch Einfluss auf eine zukunftsgerichtete Präventionspolitik haben können, werden im Gutachten des Rates nicht aufgegriffen.

IV.3 Patienten- und Nutzerorientierung

Die Stärkung der Patienten- und Nutzerorientierung im Gesundheitswesen gehört zu den Kernforderungen des SVR: Die Patientinnen und Patienten müssen in den Mittelpunkt des Geschehens gerückt werden. Hierzu gehören auch Informations- und Beteiligungsrechte sowie die Stärkung der Selbsthilfe.

IV.3.1 Gesetzliche Maßnahmen

Bereits im Rahmen der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden einzelne Maßnahmen ergriffen, um diesem Anliegen gerecht zu werden. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse eines internationalen Kongresses mit der WHO zum Thema „Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen“ wurden mit der Gesundheitsreform 2000 vor allem die folgenden gesetzlichen Regelungen neu im SGB V eingeführt.

Zur Verbesserung der Patienteninformation wurden in § 65b SGB V die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, Einrichtungen zur Verbraucher- und Patientenberatung im Rahmen von Modellvorhaben zu fördern. Das von den Spitzenverbänden der Krankenkassen durchgeführte Ausschreibungsverfahren ist inzwischen abgeschlossen. An der Förderung von ausgewählten Modellvorhaben nehmen 31 z. T. überregionale Einrichtungen in

zwölf Bundesländern teil. Diese Modelle sind nach allgemein anerkannten wissenschaftlichen Standards zu begleiten und auszuwerten.

Auch der besonderen Bedeutung der Selbsthilfe hat der Gesetzgeber durch die Verpflichtung der Krankenkassen Rechnung getragen, Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen zu stärken und beginnend mit dem Jahr 2000 finanziell mit 0,51 € pro Versicherten und Jahr (§ 20 Abs. 4 SGB V) zu unterstützen.

Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass die Qualitätssicherung als Kernelement der Gesundheitsreform 2000 mit der Einführung von Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung (§§ 135a SGB V ff.) zugleich zur Verbesserung der Transparenz von Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsdienstleistungen im Sinne der Versicherten beigetragen hat. Auch die Aufwertung des Hausarztes und seine Unterstützungs- und Lotsenfunktion trägt zu mehr Transparenz und einer besseren Orientierung der Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen bei (§ 73 Abs. 1 SGB V).

IV.3.2 Kollektive Beteiligungsrechte

Kollektive Beteiligungsrechte sind u. a. bei der „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQ5)“ vorgesehen. Sie kann Patientenvertreterinnen und -vertretern zur Erfüllung ihrer Aufgaben hinzuziehen (§ 137 b Satz 5 SGB V). Der Gesetzgeber hat damit ausdrücklich das legitime Interesse von Patientinnen und Patienten anerkannt, über ihre Interessenvertretungen Mitsprachemöglichkeiten in Entscheidungsprozessen des Gesundheitswesens zu erhalten. Auch die am „Runden Tisch“ Mitwirkenden haben sich dafür ausgesprochen, die Beteiligungs- und Anhörungsrechte Drittbetroffener in den Ausschüssen zu stärken und dabei insbesondere einer weiter gehenden Patientenbeteiligung den Weg zu ebnet. Der Rat fordert weiter gehende Beteiligungsrechte von Patientenvertreterinnen und -vertretern in Entscheidungsgremien, wie etwa dem Bundesausschuss, ohne jedoch die wesentliche Frage der Legitimierung solcher Vertreterinnen und Vertreter einschließlich der damit verbundenen (Verfassungs-)Rechtsfragen zu thematisieren. Zwar sind je nach Entscheidungsgremium flexible Beteiligungsmöglichkeiten vorhandener, institutioneller Gruppen denkbar (z. B. Selbsthilfegruppen, Heim-/Krankenhausbeiräte), die Frage der grundsätzlichen Legitimität ist damit jedoch nicht geklärt. Wie schwierig dies ist, zeigen zahlreiche internationale Versuche stärkerer Nutzerbeteiligung, die alle bisher keine befriedigenden Ergebnisse hervorgebracht haben. Weitere Aufschlüsse könnte das Projekt gesundheitsziele.de liefern, das an dem Zielkomplex Bürgerorientierung und -beteiligung umsetzungsreife Konzepte erarbeiten soll.

IV.3.3 Informationsgrundlagen

Neben der Stärkung von Beteiligungsrechten in gesundheitspolitischen Gremien stellt die Verbesserung der Informationsgrundlagen der Versicherten und Patientinnen und Patienten angesichts des rasant wachsenden Umfangs der Gesundheitsinformationen – insbesondere im Internet – eine Herausforderung dar. Probleme entstehen vor allem

aufgrund der unterschiedlichen Qualität der Informationen, deren umfassende Kontrolle jedoch nicht möglich ist. Als Erfolg versprechender Lösungsansatz wird die Bündelung der Informationen „seriöser“ Anbieter gesehen. Solche Anbieter müssten sich vorhandener bzw. auf nationaler und internationaler Ebene in der Entwicklung befindlicher Qualitätsstandards im Wege freiwilliger Selbstbindung unterwerfen. Das BMG unterstützt diesen Prozess im Rahmen seines Projekts Aktionsforum „Gesundheitsinformationssystem – Entwicklung von Strukturen und Grundlagen für ein qualitätsgesichertes, dezentral organisiertes Gesundheitsinformationsnetz“ im Internet bis zum 31. Dezember 2003 mit 818 000 €.

IV.3.4 Arzt-Patienten-Verhältnis

Um die bislang noch unzureichende Beteiligung der Patientinnen und Patienten bei der konkreten medizinischen Entscheidungsfindung in Diagnostik und Therapie zu stärken (shared decision), wurde zusätzlich im BMG ein neuer Förderschwerpunkt eingerichtet. Im Rahmen verschiedener Projekte zum Thema „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“ soll die Patientenorientierung im individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis in den Blickpunkt gerückt werden. Seit September 2001 werden zehn Projekte mit einem Finanzvolumen von rd. 3,3 Mio. € für den Zeitraum von drei Jahren gefördert.

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass das materielle Arzt haftungsrecht nach einhelliger Auffassung des BMG und des Bundesministeriums der Justiz (BMJ) detailliert und ausgewogen geregelt ist. Es hat insbesondere durch die Rechtsprechung seine Ausformung gefunden und gewährleistet einen im Wesentlichen vernünftigen Interessenausgleich zwischen Ärzte- und Patientenbelangen. Darüber hinaus vermag es als Richterrecht mit der notwendigen Flexibilität auf den Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft am besten zu reagieren. Gleichwohl ist die weitere Entwicklung durch die Bundesregierung sorgfältig zu beobachten. Zusätzlich hat die Bundesärztekammer (BÄK) als eines der Ergebnisse aus der Arbeitsgruppe für Patientenrechte im September 2001 eine Rahmenverfahrensordnung zur Vereinheitlichung und Verbesserung der Verfahrensabläufe vor den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern erarbeitet, die eine erhebliche Verbesserung der Mitwirkungsrechte der Patientinnen und Patienten vorsieht.

Im BMG wird zurzeit das Konzept für eine elektronische Gesundheitskarte erarbeitet, mit der die Qualität der medizinischen Behandlung, insbesondere die Arzneimittelsicherheit, verbessert werden soll. Hierdurch werden Wirtschaftlichkeit und Leistungstransparenz im Gesundheitswesen gesteigert sowie Arbeitsprozesse und Bereitstellung von aktuellen Steuerungsinformationen optimiert. Das Konzept sieht vor auf der Basis der bisherigen Krankenversichertenkarte, den europäischen Notfalldatensatz der Patientinnen und Patienten sowie Verweisfunktionen auf einer multifunktionalen Chipkarte zu integrieren. Zudem soll das elektronische Rezept entwickelt und eingeführt werden. Es nutzt Informationstechnologien bei der Erstellung und Verarbeitung der ärztlichen Verschreibung, vereinfacht die administrative Bearbeitung und Abrechnung von Arzneimittelverordnungen und macht Daten zur

Steuerung und Effizienzsteigerung im Gesundheitswesen transparent. Auch muss es geeignet sein, beim E-Commerce und beim Versandhandel mit Arzneimitteln eingesetzt zu werden. Die wesentlichen Vorteile der Gesundheitskarte bestehen darin, dass wichtige Gesundheitsdaten mit Zustimmung der Patientinnen und Patienten besser verfügbar sind und dadurch in vielen Fällen eine qualitativ bessere Behandlung erreicht werden kann. Insbesondere soll die Verschreibung ungeeigneter Arzneimittel vermieden werden.

Der Anspruch des Rates, die mündigen Bürgerinnen und Bürger zu mündigen Patientinnen und Patienten und damit zum aktiven Subjekt im gesundheitlichen Versorgungsprozess zu machen, ist u. a. auch wesentlich durch die aufgezeigten Verbesserungen der Informationsgrundlagen und eine Umgestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses umzusetzen. Entscheidende Beiträge hierzu können zusätzlich die bereits umgesetzten, eingeleiteten und ggf. zu initiiierenden Reformen im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Leistungserbringer sein.

IV.4. Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten, Fachärzten und Pflegekräften

IV.4.1 Ärztliche Ausbildung

Von der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und Fachärzte hängt nicht nur die Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ab, sondern auch die qualitätsgerechte Leistungserbringung auf dem neuesten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Durch die neue Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), der nach langen Verhandlungen nunmehr auch der Bundesrat (Bundesratsdrucksache 1040/97) zugestimmt hat, werden zahlreiche Einzelforderungen des Rates wie die Einführung von fächerübergreifendem, gegenstandsbezogenem Unterricht in Querschnittsbereichen wie Prävention und Gesundheitsförderung, Geriatrie, Ethik der Medizin, Pharmakotherapie, Rehabilitation und Gesundheitsökonomie sowie die Aufwertung der psychosozialen Fächer berücksichtigt. Neue Schwerpunkte in der Ausbildung sind beispielsweise:

Die Verzahnung von theoretischem und klinischem Unterricht

So soll sich das Medizinstudium stärker an den Anforderungen ausrichten, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind (Public-Health-Perspektive). Dem dient die vorgesehene frühzeitige Orientierung des Grundlagenstudiums an medizinisch relevanten Inhalten, eine fortlaufende Verknüpfung von theoretischem und klinischem Unterricht während des gesamten Studiums sowie die Verbesserung der Ausbildung in praktischen Fertigkeiten.

Fächerübergreifender und gegenstandsbezogener Unterricht

Darüber hinaus wird der Unterricht verstärkt fächerübergreifend gestaltet. Er soll sich künftig nicht mehr nur an den einzelnen Fachgebieten, sondern am Lehrgegenstand ausrichten. Dementsprechend wird die abschließende Staatsprüfung grundlegend verändert. An die Stelle der

Prüfung fächerspezifischen Wissens tritt verstärkt die Prüfung fächerübergreifenden und gegenstandsbezogenen Wissens. Die Prüfung ist stärker als bislang ausgerichtet auf das Wissen, welches der Arzt als Grundlage für seine spätere berufliche Tätigkeit und die Fähigkeit zur Weiterbildung braucht.

Psychosoziale Kompetenzen und Evaluation

Eine Vielzahl von Erkrankungen beruht auf psychosozialen Ursachen. Es ist daher erforderlich, dass die Studierenden der Medizin möglichst frühzeitig die entsprechenden Krankheitsbilder und deren Bewältigung kennen lernen. Zudem soll über eine regelmäßige Auswertung des Lehrerfolges dem Lehrenden die Möglichkeit eingeräumt werden, eine Erfolgskontrolle durchzuführen. Gleichzeitig soll die Lehre eine höhere Beachtung, auch bei der Auswahl des Lehrpersonals bekommen. Durch Änderungsanträge des Bundesrates wurden daher Regelungen aufgenommen, die die Evaluation der Lehre und die Verbesserung der psychosozialen Fähigkeiten der Studierenden zum Ziel haben.

Stärkung der Allgemeinmedizin

Als zentrales Anliegen der Reform werden die allgemeinmedizinischen und koordinierenden Kompetenzen der Studierenden gestärkt. Die Allgemeinmedizin kann nunmehr als Wahlfach im Praktischen Jahr absolviert werden. Dies weckt das Interesse für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und fördert die Lehre der Allgemeinmedizin an den Universitäten. Darüber hinaus ist ein Blockpraktikum in Allgemeinmedizin vorgesehen.

Sozialmedizin/Ethik der Medizin/Epidemiologie

Die Bedeutung der Sozialmedizin für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gewinnt zunehmend an Gewicht bei nationalen und internationalen Bemühungen der Gesundheitspolitik. Insbesondere die Bemühungen zur Verringerung sozial bedingter, ungleicher Gesundheitschancen spielen in Deutschland, in Initiativen der Europäischen Union, des Europarats und auch der OECD eine immer größere Rolle. Die neue Approbationsordnung sieht als Querschnittsbereiche sowohl die Sozialmedizin als auch die Ethik der Medizin vor, in denen Leistungsnachweise erbracht werden müssen, um die Ausbildung in diesen Fächern zu verbessern. Das Gleiche gilt für die Epidemiologie, die ebenfalls als Querschnittsbereich in der neuen Approbationsordnung Berücksichtigung findet. Nicht nur die schnellen Fortschritte auf dem Gebiet der Biomedizin, sondern auch Probleme der Verteilungsgerechtigkeit, der Palliativmedizin und der Sterbebegleitung erfordern eine Besinnung der ärztlichen Profession auf die patientenorientierten, bevölkerungs- und gesellschaftsbezogenen Dimensionen der Medizin.

IV.4.2 (Fach-)Ärztliche Weiter- und Fortbildung

Die (fach-)ärztliche Weiter- und Fortbildung soll nach Auffassung des Rates die tatsächlichen Schwerpunkte

und Alltagsanforderungen der ambulanten und stationären Versorgung berücksichtigen. Hierbei müssen neben den im Rahmen der neuen Approbationsordnung bereits gestärkten Bereichen auch die fachlichen Qualifikationen der behandelnden Ärzte kontinuierlich auf den neuesten Stand des medizinischen Wissens gebracht werden. Neue Erkenntnisse des Qualitätsmanagements müssen systematisch vermittelt werden. Die vom Rat empfohlene Rezertifizierung aller Ärzte mit einem „Credit-Point-System“ nach angelsächsischem Vorbild wäre hierzu ein gangbarer Weg. Hiernach dürfen Ärztinnen und Ärzte bestimmte Leistungen nur dann erbringen und auch abrechnen, wenn sie im Abstand von mehreren Jahren entsprechende Qualifikationsnachweise erbringen.

Aus Sicht des BMG besteht Handlungsbedarf, weil die ärztliche Weiter- und Fortbildung auf der Grundlage entsprechender Erkenntnisse einen entscheidenden Einfluss auf die Versorgungsqualität und deren Ergebnisse (health-outcomes) hat. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat im Juni 2001 einen Bericht über Rezertifizierungserfahrungen in anderen Ländern in Auftrag gegeben. Auf ihrer Sitzung (75. GMK) am 20./21. Juni 2002 hat sie die Bundes- und Landesärztekammern zu weiteren Verbesserungen aufgefordert und um Berichte der Beteiligten bis Jahresende gebeten. Die Arbeitsgemeinschaft „Berufe im Gesundheitswesen“ wurde mit einer Prüfung der rechtlichen Instrumentarien der Länder und der Ärztekammern beauftragt.

In der Vertragsgestaltung zwischen den Partnern der Selbstverwaltung sieht das BMG weitere Möglichkeiten zur Umsetzung der Leitgedanken des Rates. Einen ersten Meilenstein hat die gemeinsame Selbstverwaltung bei der kurativen Mammografie umgesetzt. Ärzte sind künftig nur dann abrechnungsberechtigt, wenn sie sich einer regelmäßigen Rezertifizierung ihrer fachlichen Befähigung innerhalb festgelegter Fristen unterziehen. Überdies spielen aktuell Weiter- und Fortbildungsnachweise bei den Verhandlungen über die Einführung eines qualitätsgesicherten Mammografie-Screenings eine tragende Rolle. Weitere Einzelheiten hierzu werden in Kapitel V dargelegt.

IV.4.3 Aus-, Weiter- und Fortbildung in pflegerischen Berufen

Die Vorstellungen des Rates über ein neues Versorgungsparadigma, in dessen Mittelpunkt die Patientenorientierung einschließlich einer stärkeren Berücksichtigung der psychosozialen Lebensumstände und die langfristige Begleitung chronischer Erkrankungen steht, haben mit Blick auf erkennbare Veränderungen in der Alters- und Morbiditätsstruktur besondere Relevanz für die künftige Ausgestaltung der Qualifikationsanforderungen von Pflegeberufen. Optimierungsmöglichkeiten sind vor allem in

- der Überwindung der Trennung zwischen Pflegeberufen durch Zusammenführung der Grundausbildungen,
- der Modernisierung der Ausbildungsinhalte,
- einer Stärkung der akademischen Qualifizierung durch gezielte Nachwuchsförderung und den Ausbau qualifizierender Studiengänge an Universitäten und Fachhochschulen sowie

- dem Aufbau einer Pflegemitarbeiterberichterstattung und der Ermittlung von Pflegedichtezeffern einschließlich einer Planung von Ausbildungskapazitäten zu sehen.

Grundsätzlich ist eine Zusammenführung der Erstausbildungen in den pflegerischen Berufen ein langfristiges Ziel; für die sozialpflegerischen Berufe liegt die Gesetzgebungskompetenz allerdings bei den Ländern.

Auf Bundesebene sollen durch eine Novellierung des Krankenpflegegesetzes, Kranken- und Kinderkrankenpflege auf eine gemeinsame Grundlage gestellt werden. Die Bundesregierung hat in ihrem Gesetzentwurf hierzu eine gemeinsame Grundausbildung für die Krankenpflege und Kinderkrankenpflege mit anschließender Differenzierungsphase vorgeschlagen. Über eine generalistische Ausbildung kann erst zu einem späteren Zeitpunkt entschieden werden, wenn die Auswertung entsprechender Modellprojekte vorliegt.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zum Krankenpflegegesetz sieht auch eine Modernisierung der Ausbildungsinhalte in der Kranken- und Kinderkrankenpflege vor. Zur Anpassung der Ausbildung an die neuen Berufsanforderungen, zur Verbesserung der Qualität der Ausbildung sowie zur Steigerung der Attraktivität der Berufe in der Krankenpflege ist u. a. eine Konkretisierung und Erweiterung des Ausbildungsziels vorgeschlagen worden. Dieses geht davon aus, dass die auf die Heilung der Patientinnen und Patienten ausgerichtete Pflege entsprechend dem neuen, umfassenden Ansatz in der Pflege nicht auf kurative Aspekte beschränkt ist, sondern auch präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen einbezieht. Die praktische Ausbildung soll zukünftig nicht nur in Krankenhäusern, sondern auch in weiteren geeigneten Einrichtungen, insbesondere in ambulanten oder stationären Pflege- oder Rehabilitationseinrichtungen, stattfinden. Außerdem soll die Qualität der Ausbildung durch die Vernetzung der schulischen und der praktischen Ausbildung sowie durch die Anhebung der Qualifikation der Schulleitungen und der Lehrerinnen und Lehrer auf Hochschulniveau verbessert werden.

Die nähere Ausgestaltung der Ausbildung soll durch eine ergänzende Novellierung der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung erfolgen, zu der bereits ein Arbeitsentwurf vorgelegt wurde. Dieser beinhaltet u. a. eine Erhöhung der Stundenzahl des Unterrichts, handlungsorientiert ausgerichtete Themenbereiche statt des traditionellen Fächerkataloges sowie die Festlegung eines eigenständigen Bereiches für die ambulante Pflege im Rahmen der praktischen Ausbildung.

Ein Meinungsbildungsprozess über die Akademisierung der Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen hat in Deutschland erst begonnen. Für den Bereich der Fort- und Weiterbildung haben die Länder eine Vielzahl von Studiengängen im Bereich der Pflege eingerichtet. Die wissenschaftliche Fundierung der Pflege und die erforderliche Verzahnung von Fachhochschulen und Hochschulen werden überdies im Rahmen der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) eingeleiteten Förderung der Pflegeforschung unterstützt. Bei darüber hinausgehenden Forderungen nach einer Akademisierung der Pflege

geberufe sind jedoch die Erfahrungen der eingeleiteten Maßnahmen zu berücksichtigen und die Tatsache, dass es stets ein Anliegen von Bundestag und Bundesrat war, die Ausbildungen in den Gesundheitsfachberufen Absolventen der mittleren schulischen Bildungsabschlüsse offen zu halten.

Um einen Überblick über den Gesamtbereich Pflege zu erhalten, wurde im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes ein Schwerpunktbericht Pflege ausgeschrieben, der derzeit in Bearbeitung ist.

IV.5 Qualitätssicherung (QS) – Leitlinien (LL) – Evidence-Based-Medicine (EbM) – Health-Technology-Assessment (HTA) – Versorgungsforschung

Eine evidenz-basierte, d. h. auf dem bestgesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse fundierte Versorgung ist entscheidende Basis für alle weiteren Schritte eines einzuleitenden Veränderungsprozesses. Hierzu sind die medizinischen Verfahren und Technologien einem systematischen Bewertungsprozess (HTA) zu unterziehen und einer bedarfsgerechten Umsetzung in Leitlinien zuzuführen, die dann unter Beachtung der Anforderungen an die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement von den Leistungserbringern in der Alltagspraxis angewendet werden sollen. Versorgungsforschung ist eine Querschnittsaufgabe, die alle genannten Bereiche umfassen kann. Zusätzlich ist sie vonnöten, um einzelne Maßnahmen zu evaluieren, aber auch um systematische Erkenntnisse über Hemmnisse und Promotoren von Veränderungsprozessen (Transferforschung) zu ermitteln. Hierzu ist aus Sicht des BMG eine rationalere Wissens- und Erkenntnisbasis notwendig. Dies gilt nicht nur für die Herstellung und ständig nötige Optimierung von Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland, sondern auch für gesundheitspolitische Entscheidungen, mit deren Hilfe die künftigen Herausforderungen des Gesundheitswesens bewältigt werden können.

IV.5.1. Qualitätssicherung und -management in der Versorgung

Die umfangreichen Darlegungen des Rates zu den Anforderungen und Defiziten in der Qualitätssicherung werden seit vielen Jahren in Fachkreisen und der Öffentlichkeit diskutiert. Trotz zahlreicher, konstruktiver Ansätze der Selbstverwaltung und den Maßnahmen der aktuellen Politik zeigt das Gutachten weiterhin erheblichen Handlungsbedarf.

IV.5.1.1 Maßnahmen in der Krankenversorgung

Wenngleich die Gestaltung der Qualitätssicherung im engeren Sinne grundsätzlich in die Zuständigkeit der jeweiligen Selbstverwaltungspartner fällt, hat insbesondere die Neufassung der gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung im Gesundheitsreformgesetz 2000 den notwendigen Rahmen geschaffen, der Qualitätssicherung flächen-

deckend und effektiv in die Praxis umzusetzen hilft. Um dies zu erreichen, sind Zielkriterien der Qualitätssicherung erforderlich. An diesen haben sich die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen zu orientieren. Dabei ist neben einer Priorisierung der Maßnahmen auch ein angemessenes Kosten-Nutzen-Verhältnis zu wahren. Das Modellprogramm zur „Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin“ leistet bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen wichtige Hilfestellung.

Die Neufassung der gesetzlichen Vorschriften zur Qualitätssicherung im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat auch den notwendigen Rahmen geschaffen, um der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung mehr Gewicht zu verleihen. Maßgeblich hierfür sind vor allem die Einführung des Ausschusses Krankenhaus (§ 137c SGB V) und des Koordinierungsausschusses (§ 137e SGB V) in Ergänzung des bereits bestehenden Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (§ 135 SGB V). Die Aufgaben der Selbstverwaltung zur Ausgestaltung des Leistungsrahmens in der GKV wurden erheblich erweitert und dabei an den wesentlichen Sektorengrenzen der ambulanten und stationären Versorgung miteinander verzahnt. Von diesen gemeinsamen Gremien der Krankenkassen und den Organisationen der Leistungserbringer gehen entscheidende Impulse für Qualitätssicherung und -management aus.

Die Vorschrift nach § 137b SGB V hat der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) wichtige koordinierende Aufgaben zugewiesen. Dabei ist ausdrücklich auch die Beteiligung der Patientinnen und Patienten vorgesehen.

Zu einer der innovativeren Qualitätsförderungsmaßnahmen gehört, wie auch vom Rat vorgeschlagen, die Zertifizierung. Im Bereich der stationären Versorgung gibt es hierzu eine bedeutsame Initiative aller zuständigen Selbstverwaltungspartner (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus), die sowohl ideell als auch finanziell vom BMG unterstützt wurde. Vor kurzem wurde unter Federführung der Bundesärztekammer/Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine entsprechende Initiative im ambulanten Bereich begonnen. Aus Sicht des BMG sollten Initiativen dieser Art jedoch der Freiwilligkeit überlassen bleiben. Es ist davon auszugehen, dass der Wettbewerb der Leistungserbringer untereinander dazu führen wird, dass diese sich zunehmend mit der Möglichkeit einer Zertifizierung auseinander setzen. In diesem Zusammenhang ist auf die bundesweite Vereinbarung zur kurativen Mammografie hinzuweisen (siehe hierzu Kapitel V.2.1).

Im Krankenhausbereich hat die Bundesregierung mit dem für die Vergütung von voll- und teilstationären Leistungen einzuführenden diagnoseorientierten Fallpauschalensystem (DRG) weitere Qualitätssicherungselemente implementiert und darüber hinaus die Weichen für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem gestellt. Da beabsichtigt ist, das neue Fallpauschalensystem zunächst als Einheitspreissystem einzuführen, bleiben Anreize für eine kostengünstigere Erbringung stationärer Leistungen erhalten.

Für die noch offene ordnungspolitische Einbindung des Fallpauschalensystems ab dem Jahr 2007 wird vom Gesetzgeber zu klären sein, ob und unter welchen Bedingungen dauerhaft ein Einheitspreissystem zum Einsatz kommen soll oder ob alternativ Höchst- oder Richtpreise Anwendung finden. Weil mit dem neuen Entgeltsystem die Transparenz nachhaltig steigt und jede einzelne Abrechnungsposition gut beobachtbar ist, kann die Qualitätsorientierung im Krankenhausbereich gestärkt werden. Einrichtungsinterne und einrichtungsübergreifende Maßnahmen haben klare und eindeutige Anknüpfungspunkte. Um möglichen Qualitätsdefiziten zu begegnen, werden die bestehenden Instrumente zur Qualitätssicherung gestärkt. Zu nennen ist hier unter anderem die stichprobenweise Überprüfungsmöglichkeit auf verfrühte Verlegungen oder Entlassungen hin, die Vereinbarung von Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität, Mindestmengen für planbare Leistungen und die Einführung von strukturierten Qualitätsberichten. Bereits für das Jahr 2004 werden sich Patientinnen und Patienten u. a. über die Art und Anzahl der von Krankenhäusern erbrachten Leistungen in einem Bundesland per Internet informieren können. Durch die höhere Transparenz des Leistungsgeschehens, die das neue Entgeltsystem bringt, kann darüber hinaus die Ergebnisorientierung gestärkt werden.

Als Mittel einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung misst auch das BMG den Obduktionen eine hohe Bedeutung zu. Die AQS hat sich auf Bitten des BMG mit dieser Problematik befasst. Sie ist über die GMK an die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden herangetreten; diese hat im Jahre 1999 die notwendige Steigerung der Obduktionsrate befürwortet und dieses im Mai 2000 bekräftigt. Gleichzeitig wurden die Länder aufgefordert, soweit noch nicht geschehen, die rechtlichen Bedingungen für Obduktionen im Hinblick auf den Abbau von Hemmnissen zu überprüfen und soweit erforderlich zu überarbeiten.

Der Ausbau der internen Qualitätssicherung, die Dokumentation im ambulanten Sektor und die Förderung von Qualitätszirkeln sind weitere vom Rat zu Recht hervor gehobene wichtige Maßnahmen der Qualitätssicherung. So bestätigen die vom BMG durchgeführten Modellvorhaben im hausärztlichen Bereich, dass Qualitätszirkeln eine maßgebliche Bedeutung bei der Qualitätsverbesserung im ambulanten Sektor zukommt. Für die Arbeit dieser Zirkel ist es sicherlich hilfreich und notwendig, z. B. wissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse in die Entwicklung spezieller Leitlinien zu integrieren. Die vorgeschlagene Evaluation der Versorgungspraxis von Zirkelteilnehmern ist grundsätzlich sinnvoll. Unklar bleibt hierbei jedoch, in welchem Umfang und wie eine solche Bewertung organisiert und finanziert werden kann.

IV.5.1.2 Maßnahmen in der Pflege

Zur Verbesserung der Leistungsqualität in der pflegerischen Versorgung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) wird mit dem am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Pflege-Qualitätssicherungsgesetz eine Neustrukturierung und Optimierung der Qualitätssicherungsinstrumente angestrebt. Dies soll unter anderem erreicht

werden durch die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen zum Qualitätsmanagement, die Pflicht zur regelmäßigen Vorlage von Leistungs- und Qualitätsnachweisen auf der Grundlage von Prüfungen durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen, die von den Verbänden der Pflegekassen anerkannt sind, und die Konkretisierung und Absicherung der Prüf- und Kontrollrechte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Zur Umsetzung des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes wird gegenwärtig die in § 118 SGB XI vorgesehene Verordnung zur Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen erarbeitet. Die Verordnung soll – unter Berücksichtigung der verschiedenen Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – insbesondere auch Vorgaben zu Prüfinhalten für Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und die Prüfungen zur Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen durch unabhängige Sachverständige und Prüfstellen enthalten.

Ferner sieht das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz eine Neustrukturierung der Vertragsinstrumente zur Vereinbarung der jeweils erforderlichen Personalausstattung – insbesondere der zugelassenen stationären Pflegeeinrichtungen – vor. So sind landesweite Personalbedarfsermittlungsverfahren oder landesweite Personalrichtwerte als Teil der Rahmenverträge über die pflegerische Versorgung zu vereinbaren. Zudem muss künftig, insbesondere auf der Grundlage der jeweiligen Belegungsstruktur, heimdiagnostisch über die erforderliche Personalausstattung eines jeden Pflegeheimes eine Leistungs- und Qualitätsvereinbarung abgeschlossen werden.

Überdies wurde die Rechtsstellung der Pflegebedürftigen und ihrer Verbände durch neue gesetzliche Regelungen gestärkt.

IV.5.2 Leitlinien – Evidenz-Basierung – Health-Technology-Assessment – Versorgungsforschung

Die vom Rat dargestellten Versorgungsdefizite basieren u. a. auch auf einer unzureichenden Datenlage, der erst in Ansätzen entwickelten Versorgungsforschung in Deutschland und der unzureichenden Anwendung von Leitlinien. Grundlegend weist der Rat darauf hin, dass die Dominanz der „somatischen Fixierung“ als vorherrschendes Muster ärztlichen Handelns dazu führt, dass medizinischer Fortschritt nahezu ausschließlich als biomedizinisch-technischer Fortschritt interpretiert wird. Demzufolge wurden die Schwerpunkte der Forschungsförderung auf die biomedizinische und klinische Grundlagenforschung verlagert mit der Folge, dass der alltags-, personen- und kontextorientierten Versorgungsforschung ein untergeordnetes Gewicht beigemessen wird.

„Dies führt zu einem Missverhältnis zwischen dem rasanten medizinisch-technischen Fortschritt einerseits und dessen flächendeckender Umsetzung in die Alltagsversorgung andererseits, weil die wissenschaftliche Weiterentwicklung und Evaluation von alltagstauglichen und patienten-zentrierten Versorgungskonzepten mit dem biomedizinisch-technischen Fortschritt

nicht Schritt halten können.“ (Quelle: Kurzfassung Band III, S. 68 f.).

Am Beispiel der hochgradig medizintechnisch orientierten Behandlung ischämischer Herzerkrankungen weist der Rat darauf hin, dass dringender Bedarf an Effektivitäts- und Effizienzstudien besteht, um die Auswirkungen einer bislang ausschließlich am individuellen Risiko orientierten Primärprävention unter Alltagsbedingungen zu prüfen. Wenn die im internationalen Vergleich hohe Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität in Deutschland reduziert werden soll, so sind im Rahmen der Präventions- und Versorgungsforschung dringend Lösungsansätze zu evaluieren, die nicht in erster Linie auf individuenbezogenen, technikgestützten diagnostischen und therapeutischen Interventionen basieren, sondern auf einem langfristig ausgelegten präventiven Gesamtkonzept. Ähnliche Beispiele und Zielorientierungen für die Notwendigkeit einer verstärkten Forschungsförderung im Bereich der Versorgungsforschung durchziehen das gesamte Gutachten und lassen sich sowohl für andere Erkrankungen wie auch für einzelne Leistungsbereiche (z. B. die Zahnmedizin oder die Arzneimittelversorgung) aufzeigen.

Das geschilderte Beispiel einer unzureichenden Erkenntnislage unter Versorgungsgesichtspunkten ist auch hinsichtlich der Entwicklung und Umsetzung evidenz-basierter Leitlinien kennzeichnend. Obwohl für die Behandlung von Herz-Kreislauferkrankungen nationale und europäische Leitlinien entwickelt wurden, haben international vergleichende Studien (Eurospire-Studie) ergeben, dass diese in der Versorgung nicht hinreichend rezipiert und angewendet werden (z. B. wäre eine Optimierung der Primärversorgung im Krankenhaus durch eine Verkürzung der „door-to-needle-time“ möglich und eine leitliniengerechte Sekundärprävention notwendig). In diesem Zusammenhang verweist der Rat zurecht darauf, dass Defizite bei der Leitlinienentwicklung insbesondere in einer zu engen Interpretation des Begriffs der Multidisziplinarität auf innerärztliche Abstimmungsprozesse zu sehen sind. Nicht ärztliche Gesundheitsberufe, Patientenvertreterinnen und -vertreter und Selbsthilfeorganisationen müssten in die Entwicklung von Leitlinien einbezogen werden. Ein weiteres, insbesondere für die hausärztliche Versorgung relevantes, Defizit in der aktuellen Leitlinienentwicklung ist in der Tatsache zu sehen, dass überwiegend krankheits- und nicht symptomorientierte Leitlinien entwickelt werden und die professionenübergreifende Interdisziplinarität zu kurz kommt. Hiermit zusammen hängt auch der Mangel, dass Gesichtspunkte einer sachgerechten Dissemination, Implementation, Evaluation und Aktualisierung von Leitlinien vernachlässigt werden. Die Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollten sich stärker auf die Entwicklung evidenz-basierter Leitlinien für prioritäre Versorgungsbereiche konzentrieren, die modellhaft umzusetzen und in Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsberufe zu integrieren sind, sowie unter Alltagsbedingungen evaluiert und re-evaluiert werden müssen. Wesentlich für die Weiterentwicklung evidenz-basierter Leitlinien ist die Bereitstellung einer entsprechenden, Unabhängigkeit garantierenden Finanzierung.

Die Ausführungen und Beispiele des Rates zeigen überdeutlich, dass leitliniengerechte Medizin keinen Wider-

spruch zu individueller Therapie oder freier Berufsausübung darstellt. Sie hilft den Ärztinnen und Ärzten bei der Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten und gibt ihnen eine Richtschnur für ihre verantwortungsvolle Arbeit. Leitlinien richten sich nicht gegen die Therapiefreiheit, sondern unterstützen den Behandlungsverlauf. Sie erhöhen die Versorgungsqualität und tragen darüber hinaus zur Transparenz der Behandlungsabläufe bei.

Im Rahmen einer künftigen Gesundheitsreform wird vor diesem Hintergrund zu prüfen sein, ob eine öffentliche Institution unabhängiger Sachverständiger Behandlungsleitlinien vorbereitet, die bei der Vertragsgestaltung zu berücksichtigen sind. Dadurch sollen wissenschaftlich abgesicherte medizinische Erkenntnisse schneller in die Versorgung überführt und überholte Therapien abgelöst werden. Die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen erhalten von diesen Sachverständigen die notwendigen Grundlagen, um über die Fortschreibung des Leistungsumfanges in der GKV entscheiden zu können. Hierbei ist der Einbezug der bereits beim Deutschen Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) angesiedelten Maßnahmen zum Health-Technology-Assessment (HTA) vorzusehen.

Unabhängig von dieser Zukunftsoption ist darauf hinzuweisen, dass die Entwicklung von Leitlinien seit Jahren vom BMG im Rahmen des Modellprogramms zur Qualitätssicherung durch entsprechende unterstützende Maßnahmen vorangetrieben wird. Dieser Prozess wurde durch die Medizinisch Wissenschaftlichen Fachgesellschaften unter Beteiligung der Körperschaften der Selbstverwaltung maßgeblich mitgestaltet. Wie der Rat selbst bemerkt, gibt es zahlreiche Notwendigkeiten zur Umorientierung in der Prioritätensetzung der Fachgesellschaften, der inhaltlichen Ausrichtung der Leitlinienentwicklung und der Kooperation mit nicht ärztlichen Gesundheitsberufen und Patientenvertreterinnen und -vertretern. Nachvollziehbar ist ebenfalls der Bedarf an einer angemessenen finanziellen Unterstützung der Aktivitäten aus öffentlichen Fördermitteln.

Die vom Rat mehr angedeutete als klar ausgesprochene Vermischung von Leitlinienentwicklung und Versorgungsforschung ist jedoch kritisch zu hinterfragen. Gerade vor dem Hintergrund der Tatsache, dass sich die Fachgesellschaften bislang nur unzulänglich mit zentralen Fragen der Versorgungsforschung befasst und ihr Hauptgewicht auch bei der Entwicklung von Leitlinien auf (bio-)medizinisch ausgerichtete Forschungsfragen gelegt haben, verlangt zunächst die Einleitung eines Kooperations- und Konsultationsprozesses, in dessen Rahmen die Verteilung von Fördermitteln keine Rolle spielen sollte. Ansonsten ist die Gefahr zu sehen, dass die vom Rat beschriebenen Fehlentwicklungen in der Forschungsförderung nicht aufgehoben, sondern möglicherweise zu Ungunsten der Versorgungsforschung weiter perpetuiert werden.

Überdies muss als Teil der Versorgungsforschung die Transferforschung gestärkt werden, die analysiert, warum wissenschaftliche Erkenntnisse zum Teil zu rasch, zu langsam oder gar nicht in die Alltagspraxis übernommen werden. Hierfür können neben den aufgezeigten Steue-

rungs(fehl)anreizen, den Mängeln in der Weiter- und Fortbildung der Leistungsanbieter oder der unzureichenden Information der Patientinnen und Patienten zahlreiche weitere Faktoren, z. B. der Arzt-Patienten-Kommunikation, Reputationsanreize des Wissenschaftssystems oder ökonomische Anreize der Innovationsförderung verantwortlich sein, die dringend analysiert werden müssen.

Die bereits 1999 erfolgte Einrichtung des Förderschwerpunkts Versorgungsforschung auf der Grundlage einer gemeinsamen Initiative von BMG, BMBF und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen wird ausdrücklich seitens des Rates begrüßt. Die Notwendigkeit einer weiteren Stärkung von Rehabilitations-, Pflege- und Versorgungsforschung und einer Ausweitung der bereits begonnenen Aktivitäten ist nachdrücklich zu befürworten. Der Anteil öffentlicher Fördermittel hierfür muss jedoch erhöht werden, damit die vom Rat geforderte Umorientierung in der Forschungsförderung, die eine zentrale Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Versorgung ist, stattfinden kann.

V. Chronische Erkrankungen

Der Rat hat das neue Paradigma für die gesundheitliche Versorgung auf der Grundlage einer umfassenden Analyse chronischer Erkrankungen und der zahnmedizinischen Versorgung entwickelt. Neben den bislang behandelten allgemeinen Empfehlungen und Wegen zur Neuorientierung der gesundheitlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, wird bei der detaillierten Analyse der Einzelerkrankungen einerseits deutlich, wie der Rat zu seinen Schlussfolgerungen gelangt, andererseits werden Besonderheiten der jeweiligen Erkrankungen thematisiert. Diese stellen die empirische Grundlage des Gutachtens dar, die eine detaillierte Analyse der folgenden Erkrankungen umfasst:

- Ischämische Herzerkrankungen, inklusive Herzinfarkt und Bluthochdruck;
- Zerebrovaskuläre Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall;
- Chronische, obstruktive Lungenerkrankungen, inklusive Asthma;
- Rückenleiden;
- Onkologische Erkrankungen, insbesondere Brustkrebs;
- Hämophilie;
- Depressive Störungen;
- Diabetes mellitus;
- Schmerzbehandlung und Versorgung terminal Erkrankter;
- Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

V.1 Zentrale Versorgungsdefizite

Der Rat beschreibt insbesondere die im Folgenden kurz skizzierten zentralen Versorgungsdefizite:

Ischämische Herzerkrankungen, inklusive Herzinfarkt

- Der Rat weist auf ein Missverhältnis zwischen hoher medizin-technischer Intervention und dem im internationalen Vergleich relativ geringen Rückgang an Herz-Kreislauferkrankungen hin. (z. B. Anstieg der Herzkatheteruntersuchungen von 193 673 im Jahre 1990 auf 561 623 Interventionen im Jahre 1999, Zunahme von 190 %).
- Obwohl z. B. Nutzen und Effizienz von bestimmten Arzneimitteln, wie z. B. Thrombozytenaggregationshemmern, β -Blockern, ACE-Hemmern und Lipidsenkern, im Rahmen der Sekundärprävention erwiesen sind, belegen aktuelle Studien einen unzureichenden Einsatz. Auch die Akuttherapie bei Herzinfarkt erfolgt häufig nicht leitliniengerecht.
- Zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit Bluthochdruck in Deutschland werden inadäquat medikamentös therapiert. Obwohl eine stetige Zunahme der Hypertoniebehandlung um ca. 10 % zu verzeichnen ist, sinkt die entsprechende Anzahl der unzureichend eingestellten Bluthochdruckpatientinnen und -patienten nicht. Die Daten lassen auf eine unzureichende Umsetzung vorhandener evidenz-basierter Leitlinien schließen.

Schlaganfall

- Der Bluthochdruck ist der bedeutsamste Risikofaktor für den Schlaganfall, daher wirken sich die Versorgungsdefizite bei der Behandlung des Bluthochdrucks auf die mit dem Schlaganfall verbundene Krankheitslast aus.
- Es besteht Aufklärungsbedarf in der Bevölkerung zum Verhalten in der akuten Erkrankungssituation (nur 50 % der Patientinnen und Patienten mit Verdachtsdiagnose eines akuten Schlaganfalles werden innerhalb von sechs Stunden stationär aufgenommen).
- Es bestehen die bekannten Schnittstellenprobleme (bei Einweisung der Patientinnen und Patienten, bei der Verlegung/Entlassung aus stationärer Behandlung in die Rehabilitation bzw. die ambulante Behandlung), die die Kontinuität der Behandlung unterbrechen.
- Ein Ausbau der stationären Behandlungsmöglichkeiten mit frührehabilitativ ausgerichteten Schlaganfall-einheiten (stroke units), in denen ein multiprofessionelles Team die kontinuierliche Betreuung sicherstellt, kann nach Einschätzung des Rates die Überlebenschancen der Betroffenen erhöhen und das Ausmaß der verbleibenden Behinderungen reduzieren.

Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) und Asthma bronchiale

- Qualitätsmängel in der allergologischen Diagnostik und spezifischen Immuntherapie.
- In der Pharmakotherapie von COPD und Asthma koexistieren Unter-, Über- und Fehlversorgung aufgrund mangelhafter Differenzierung dieser Erkrankungen in

Diagnostik und Therapie. Die Behandlung erfolgt nicht leitliniengerecht dem Schweregrad angepasst, was beim Asthma u. a.

- zu einer zu seltenen Verordnung von inhalativen Corticoiden und
- zu einer zu häufigen Verordnung nur kurz wirksamer inhalativer β_2 Mimetika und Xanthinderivate führt.
- Vorhandene Schulungsprogramme werden nicht flächendeckend umgesetzt.

Rückenleiden

- Es gibt ernst zu nehmende Hinweise auf eine Überversorgung bei unkomplizierten Rückenschmerzen (ca. 80 bis 85 % aller Formen von Rückenschmerzen) mit bildgebenden Verfahren (Röntgen), Labordiagnostik, invasiven Therapieverfahren (Injektionen) und Bettruhe sowie Unterversorgung chronischer Rückenschmerzpatientinnen und -patienten mit aktivierenden und psychosozialen Maßnahmen. Allerdings fehlen noch evidenz-basierte Leitlinien für die Diagnose und Behandlung von unkomplizierten Rückenschmerzen für den deutschen Versorgungskontext.
- Ferner liegen ernst zu nehmende Hinweise auf eine Überversorgung mit operativen Eingriffen bei Kreuzschmerzpatientinnen und -patienten mit oder ohne neurologische Ausfälle vor.

Brustkrebs

- Bei der Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland fehlt ein gemäß europäischen Leitlinien qualitätsgesichertes Mammografie-Screening.
- Die bisherige Praxis, Frauen außerhalb qualitätsgesicherter Programme, Screening-Mammografien anzubieten (graues Screening), ist medizinisch und ethisch ungerechtfertigt. Experten schätzen deren Anzahl auf 2 bis 4 Millionen jährlich, wodurch ca. 200 000 falsch positive Befunde produziert werden.
- Die Zahl der aus den Mammografien resultierenden unnötigen operativen Eingriffe (invasive Abklärungsdiagnostik) beläuft sich nach Expertenschätzung auf ca. 100 000 pro Jahr.

Depressive Störungen

- Die Mehrzahl der Menschen mit depressiven Störungen befindet sich in hausärztlicher Behandlung. Dabei wird mindestens ein Drittel der Depressionen nicht erkannt und bei mehr als der Hälfte der Betroffenen nicht konsequent behandelt. Da gute therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stehen, ist es inakzeptabel, dass nur ein kleiner Teil der Patientinnen und Patienten die notwendige antidepressive Behandlung erhält.
- Das Verschreibungsverhalten der Hausärzte weicht z. T. von evidenz- und konsensbasierten Empfehlungen ab. Insbesondere bei depressiven Patientinnen und

Patienten in Alten- und Pflegeheimen ist die medikamentöse Behandlung als defizitär anzusehen. Statt einer suffizienten antidepressiven Behandlung werden häufig nicht indizierte Beruhigungsmittel verabreicht.

- Hausärzte neigen dazu, depressive Patientinnen und Patienten nicht zeitgerecht in eine fachärztliche Behandlung zu überweisen.
- Die nicht flächendeckende Ausstattung mit Tageskliniken kann als Unterversorgung bezeichnet werden, die zu Fehlversorgung und (ökonomischer) Überversorgung führt, wenn Patientinnen und Patienten aus Mangel an teilstationären Angeboten vollstationär behandelt werden.
- Nicht nur bei depressiven, sondern auch bei anderen psychiatrischen Erkrankungen liegen ernst zu nehmende Hinweise auf Über-, Unter- und Fehlversorgung vor.
- Nicht flächendeckende Ausstattung mit gerontopsychiatrischen Tageskliniken.

Diabetes mellitus

- Die in der St. Vincent-Deklaration von 1989 geforderten Verbesserungen wurden in Deutschland nicht erfüllt. Daher bestehen für ca. 3,5 bis 4 Millionen an Diabetes mellitus erkrankte Menschen Unzulänglichkeiten in der Versorgung. Die Versorgung verursacht GKV-Ausgaben von ca. 9 bis 10 Mrd. € pro Jahr. Trotz einiger Fortschritte konnten die wesentlichen diabetesbedingten Spätkomplikationen nicht merklich reduziert werden und bestehen in hohem Maße fort:
 - Erblindungen (ca. 5 000 p. a.),
 - Niereninsuffizienz,
 - Amputation von Gliedmaßen (ca. 28 000 p. a., keine Veränderung seit 1990),
 - koronare Herzerkrankungen,
 - spezifische Schwangerschaftsrisiken.
- Besonders gravierend ist die Problematik, weil evidenz-basierte Leitlinien seit langem vorliegen, zahlreiche Modellvorhaben durchgeführt wurden und Schulungskonzepte für die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Schulungsprogramme für Patientinnen und Patienten existieren. Die vorhandenen Möglichkeiten werden jedoch nicht einheitlich und nicht flächendeckend umgesetzt.

Schmerzbehandlung und Versorgung terminal Erkrankter

- Zu wenige Ärztinnen und Ärzte verordnen starke Schmerzmittel. Auswertungen einer repräsentativen Stichprobe an verstorbenen Krebspatientinnen und -patienten in Bremen zeigten 1996, dass nur 12,4 % der Arztpraxen den von ihnen betreuten Krebspatientinnen und -patienten im letzten Lebensjahr ein Betäubungsmittelrezept für starke Opioide ausstellten.

- In einer weiteren Studie gaben 37 % der Patientinnen und Patienten, die in einer Schmerzzambulanz auf Opioide eingestellt worden waren, an, ihr Hausarzt habe in der Folgezeit diese Medikamente wieder abgesetzt. Nur rd. 20 % der Krebspatientinnen und -patienten im letzten Lebensjahr erhielten jemals ein Betäubungsmittelrezept. Unter Krebspatientinnen und -patienten mit starken Schmerzen wurden lt. Ergebnis verschiedener Studien lediglich zwischen 6 und 19 % als „ausreichend“ therapiert eingestuft.
- Wie Untersuchungen für den Aids-Bereich exemplarisch gezeigt haben, stehen der häuslichen Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase zahlreiche Schwierigkeiten entgegen. Hierzu zählen (1) Qualifikationsdefizite der beteiligten Gesundheitsprofessionen im klinischen und sozialen Bereich, (2) strukturelle Desintegration unterschiedlicher Versorgungsangebote und Hilfesysteme, (3) unzureichende Kooperation insbesondere zwischen Medizin und Pflege, (4) auf technisch-instrumentelle Teilleistungen begrenzte, unflexible Angebotsprofile, die bei komplexen, zuweilen ad hoc entstehenden Problemlagen schnell an ihre Grenzen kommen und schließlich (5) zu eng bemessene rechtliche und finanzielle Spielräume für die ambulante Versorgung Schwerkranker und Sterbender.

Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

- Die Entwicklung von evidenz-basierten Leitlinien für die Zahnmedizin befindet sich gerade erst im Aufbaustadium. So lassen sich selbst anscheinend einfache Fragestellungen der alltäglichen zahnmedizinischen Versorgung nicht konsensfähig beantworten. Dies führt zu großen Variationsspielräumen bereits in der Indikationsstellung. Eine Reihe von Studien deuten auf eine Beliebigkeit bei Behandlungsplanungen hin.
- Nach wie vor werden beispielsweise tradierte chirurgische Indikationsstellungen für so genannte Wurzelspitzenresektionen (1999: ca. 500 000 Wurzelspitzenresektionen im vertragszahnärztlichen Bereich) in zahlreichen Lehrbüchern präsentiert, obwohl deren Berechtigung zunehmend kritisch hinterfragt wird.
- Selbst deutliche Formen von Überversorgung, die zahnmedizinisch nur bedingt begründbar sind, werden in angesehenen deutschen Fachzeitschriften als „Laboralltag“ bezeichnet und in allen Einzelheiten präsentiert. Angesichts des Aufforderungscharakters der Fortbildungsliteratur muss davon ausgegangen werden, dass in einigen Bereichen (z. B. bei bestimmten implantologischen und prothetischen Leistungen) Überversorgung stattfindet.
- Eine Studie aus dem Jahr 2000 kommt zu dem Ergebnis, dass offenbar in vielen Fällen Zähne mit nur geringen parodontalen Erkrankungen zur Extraktion kommen, obwohl sie durch parodontologische Interventionen erhalten werden könnten. Ähnliches gilt für endodontische Erkrankungen. Einer in Norddeutschland durchgeführten und im Jahr 2000 vorgelegten

Untersuchung zufolge wurden nur an etwa einem Drittel aller Zähne mit eindeutigem endodontischen Behandlungsbedarf tatsächlich entsprechende Behandlungen vorgenommen.

- In Deutschland erfolgten in der Vergangenheit über 70 % der kieferorthopädischen Behandlungen mit herausnehmbaren Apparaturen, obwohl fest sitzende schnellere und therapeutisch bessere Ergebnisse erzielen.

V.2 Krankheitsspezifische Lösungsansätze

Ausgehend von den im Einzelnen beschriebenen Erkrankungen hat der Rat eine Reihe von speziellen Vorschlägen formuliert. Bei den ischämischen Herzkrankheiten, dem Schlaganfall, den chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (einschließlich des Asthma bronchiale), den Rückenleiden und dem Lungenkarzinom liegen die Schwerpunkte dieser Empfehlungen im Bereich der Prävention bzw. der Rehabilitation (Schlaganfall). Vor diesem Hintergrund wurde auf eine spezielle Darstellung zu diesen Erkrankungen verzichtet. Auf die entsprechenden Vorschläge wird in den Kapiteln IV (Ziel- und Nutzerorientierung, Prävention) und V 3.2 (Rehabilitation) eingegangen. Die Analysen des Rates zur Versorgungslage beim Brustkrebs, der Hämophilie, den depressiven Störungen, den Schmerzpatientinnen und -patienten und terminal Erkrankten sowie den Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen enthalten weiter gehende Ausführungen, auf die im Folgenden eingegangen werden soll.

V.2.1 Brustkrebs

Mammografie-Screening

Angesichts jährlicher Brustkrebs-Neuerkrankungen von ca. 46 000 Fällen in Deutschland (davon ca. 17 000 unter 60 Jahren), der im Jahr 1999 17 616 Frauen zum Opfer fielen, angesichts der Tatsache, dass das Mammarkarzinom die häufigste Krebserkrankung der Frau ist und den größten krebsbedingten Verlust an Lebensjahren bei Frauen verursacht, gehört die Verbesserung der Früherkennung durch ein qualitätsgesichertes Mammografie-Screening zu den vordringlichsten gesundheitspolitischen Aufgaben. Hierdurch lässt sich nach vorliegenden Erkenntnissen und Bewertungen (u. a. der Strahlenschutzkommission und der International Agency for Research on Cancer-IARC) bei Frauen zwischen 50 und 70 Jahren eine Mortalitätsreduktion von 20 bis 35 % erzielen. Zusätzlich ist davon auszugehen, dass so auch der Durchführung nicht ausreichend qualitätsgesicherter Mammografien („verdecktes oder graues Mammografie-Screening“ und Erbringung der Früherkennungs-Mammografie als „individuelle, vom GKV-Versicherten selbst zu erstattende Gesundheitsleistung“) wirksam begegnet werden kann. Neben Qualitätsverbesserungen sind Wirtschaftlichkeitssteigerungen zu erwarten.

Entscheidende Voraussetzung für den Erfolg eines flächendeckenden Mammografie-Screenings ist neben einer möglichst hohen, mindestens 70 %igen Teilnehmerquote, dass die Qualitätsanforderungen der europäischen

Leitlinien einschließlich der Zertifizierung und Rezertifizierung der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden. Hierzu gehören ebenfalls Mindestuntersuchungsfrequenzen (ca. 5 000 p. a. und Untersucherin bzw. Untersucher), eine obligatorische Doppelbefundung und die Dokumentation. Zur weiteren Sicherung der Qualität der Programme sollte zudem die Möglichkeit eines Abgleichs von Daten mit den epidemiologischen Krebsregistern eröffnet werden. Die hierzu laufenden Modellprojekte des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen verfolgen das Ziel, die Machbarkeit und die Akzeptanz eines diesen Qualitätsanforderungen genügenden, flächendeckenden Mammografie-Screenings in den dezentralen deutschen Versorgungsstrukturen zu erproben.

Angesichts der Dringlichkeit des Problems ist eine möglichst zügige, flächendeckende Umsetzung anzustreben. Damit ließe sich vermeiden, dass den außerhalb der Modellregionen lebenden Frauen dieses Angebot bis auf weiteres vorenthalten würde. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages hat in einem Entschließungsantrag an das Plenum des Deutschen Bundestages (Bundestagsdrucksache 14/6453 in Verbindung mit dem Änderungsantrag Ausschussdrucksache 14/1372) die Bundesregierung in ihrem Bestreben unterstützt, darauf hinzuwirken, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV, ab dem Jahre 2003 ein flächendeckendes Screening-Programm für Frauen nach den europäischen Leitlinien einführen und die hierfür erforderlichen Regularien in Richtlinien festlegen. Für den Fall, dass die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen dieses Vorhaben wider Erwarten nicht umsetzt, wird das BMG eine gesetzliche Regelung auf den Weg bringen. Zur Vorbereitung der qualitätsgesicherten Einführung eines Mammografie-Screenings laufen derzeit drei regionale Modellversuche, mindestens ein weiteres Modell soll noch in diesem Jahr dazukommen. Die innerhalb der Modellprojekte aufgebauten Strukturen sollen darüber hinaus zu Referenz- und Trainingszentren ausgebaut werden, um zur Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten beitragen zu können.

Von der Einführung eines flächendeckenden Mammografie-Screenings wird ein Anstoß zu einer verstärkten Kompetenzbündelung ausgehen, bei der es zu einer Konzentration der Mammografien auf weniger, aber besser qualifizierte Untersucherinnen und Untersucher kommen könnte. Dies wird außerdem zu einer weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der kurativen Diagnostik, der Therapie und der Nachsorge von Patientinnen mit Brustkrebs beitragen. Eine solche Kompetenzbündelung kann zusätzlich als Modell für Versorgungskonzepte anderer Erkrankungen oder spezialisierte Leistungen angesehen werden, die in den historisch gewachsenen dezentralen Strukturen unseres Versorgungssystems nicht von allen Leistungserbringern mit der notwendigen Qualität vorgehalten werden können.

Kurative Mammografie

Zur Verbesserung der Versorgungssituation in der kurativen Mammografie ist am 1. April 2002 eine Vereinbarung der Selbstverwaltung zur Qualitätssicherung in Kraft getreten, die deutlich höhere Anforderungen an die Qualifikation der

Untersucherinnen und Untersucher stellt (u. a. mit Zertifizierung und Re-Zertifizierung der Untersucherinnen und Untersucher) als dies bislang der Fall war. Obwohl hierdurch die für das Screening geltenden europäischen Standards und die Vereinbarungen des EUREF-Protokolls noch nicht im vollem Umfang erfüllt sind, wird ein wichtiger Schritt getan um sicherzustellen, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bei vorliegendem Krebsverdacht die vorgegebenen Qualifikationsanforderungen erfüllen und die Mammografieaufnahmen über eine optimale technische und diagnostische Qualität verfügen. Damit wird ein wesentlicher Beitrag zur Eindämmung nicht qualitätsgesicherter Mammografien geleistet, was sich auch auf das so genannte graue Mammografie-Screening auswirken dürfte.

Darüber hinaus erwartet der Deutsche Bundestag von der Selbstverwaltung, dass nach der Einführung des flächendeckenden, gemäß europäischen Leitlinien qualitätsgesicherten Mammografie-Screenings ab dem Jahr 2003 bis zum Jahr 2005 alle ambulant durchgeführten Mammografien (einschließlich der kurativen Mammografien) in die am Screening teilnehmenden Einrichtungen überführt werden. Diese Entwicklung dürfte entscheidend von der Kompetenzbündelung unterstützt werden, die mit der Einführung des Screening-Programms angestoßen wurde. Identische Qualitätsanforderungen sollten dann auch für die kurative Mammografie im stationären Bereich gelten.

Eine weitere Verbesserung der mammografischen Diagnostik wird auch von der neugefassten Röntgenverordnung ausgehen, die zum 1. Juli 2002 in Kraft getreten ist. Diese wird u. a. durch die Erhöhung der Anforderungen an den Erwerb und den Erhalt der Fachkunde und den verpflichtenden Einsatz von Röntgenpässen zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen beitragen.

Therapie und Nachsorge bei Brustkrebs

Im Hinblick auf die Therapie und Nachsorge bei Brustkrebs ist bekannt, dass nur ein Teil der Patientinnen brusterhaltend behandelt wird, für den dies angezeigt wäre und ebenfalls nur ein Teil der brusterhaltend therapierten Patientinnen bestrahlt wird, obwohl dies erforderlich wäre. Die im Rahmen der Risikostrukturausgleichs-Änderungsverordnung (RSA-ÄVO) am 1. Juli 2002 wirksam gewordenen Anforderungen für die DMP-Programme Brustkrebs tragen dem Bestreben zur Beseitigung dieser Defizite Rechnung.

Mit ergänzenden Maßnahmen im Rahmen des Projekts „Gesundheitsziele“ kann die empfohlene Stärkung der Früherkennung, die Verbesserung der Behandlung und die Umsetzung einer symptomorientierten Brustkrebsnachsorge ohne apparative Überversorgung, aber mit begleitender psychosozialer Betreuung in den kommenden Jahren realisiert werden. Hierdurch sollte nicht nur die Brustkrebssterblichkeit verringert, sondern insbesondere auch die Lebensqualität betroffener Frauen erhöht werden.

V.2.2. Hämophilie

Das Prinzip der Kompetenzbündelung gilt nicht nur für das Mammografie-Screening, sondern auch für seltene chroni-

sche Erkrankungen. Am Beispiel der Hämophiliebehandlung verdeutlicht der Rat die Vorzüge eines auf Kompetenzzentren konzentrierten Qualitätsmanagements. Diese bestehen vor allem darin, dass die Behandlung seltener chronischer Erkrankungen auf besonders qualifizierte und erfahrene Behandlerinnen und Behandler fokussiert wird. Die vorhandenen Möglichkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung im Rahmen der Vereinbarungen zur vertragsärztlichen Qualitätssicherung (z. B. Mindestzahlen, (Re)-Zertifizierungen) und Vergütung könnten bereits jetzt zu verstärkter Kompetenzbündelung genutzt werden. Um die Umsetzung dieser vertraglichen Möglichkeiten zu unterstützen und hierbei die Kooperation mit vorhandenen Einrichtungen des stationären Sektors einzubeziehen, wäre es zu begrüßen, wenn der Koordinierungsausschuss nach § 137e SGB V prüft, ob auf der Grundlage vorhandener Leitlinien für die Hämophilieversorgung, Beschlüsse zur Umsetzung der Kompetenzbündelung gefasst werden können. Da vergleichbare Versorgungslagen auch bei weiteren seltenen chronischen Erkrankungen gegeben sein können, wäre es sinnvoll, wenn sich der Koordinierungsausschuss auch diesen annehmen würde.

Vor dem Hintergrund, dass derzeit ungefähr die Hälfte der rd. 6 000 bis 8 000 Patientinnen und Patienten in Deutschland regelmäßig behandelt werden müssen, und diese Behandlung in ca. 32 größeren und mittleren Zentren (hier zwei Drittel der Patientinnen und Patienten) sowie in weiteren 75 kleineren Einrichtungen erfolgt, ist eine Reduzierung der immer noch großen Zahl kleinerer Behandlungseinrichtungen anzustreben. Hierdurch frei werdende Mittel können für eine sachgerechte Ausstattung der verbleibenden Zentren verfügbar gemacht werden. Bei der Finanzierung der Hämophilieversorgung (zurzeit rd. 300 Mio. € p. a.) sollte möglichst eine bundesweite Vereinbarung und laufende Anpassung von Sonderentgelten präferiert werden. Dabei ist sicherzustellen, dass die vereinbarten Qualitätskriterien eingehalten werden und die Anreize für eine wirtschaftliche Leistungserbringung erhalten bleiben. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass ab dem 1. Januar 2003 die Leistungen der Hochschulambulanzen unmittelbar von den Krankenkassen auf der Grundlage von Verträgen auf Landesebene vergütet werden. Im Bereich der Blutgerinnungsfaktoren ist das vom Rat empfohlene Dispensierrecht in § 47 Abs. 1 Nr. 2a Arzneimittelgesetz (AMG) bereits umgesetzt und kann bei sachgerechter Anwendung zu einer Kostenersparnis beitragen.

Im Ergebnis kann die gemeinsame Selbstverwaltung bei einer sachgerechten Nutzung vorhandener Instrumente das Kompetenzbündelungsprinzip in der Hämophiliebehandlung umsetzen, um die Versorgungsqualität zu erhöhen und gleichzeitig Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren. Der Aufbau derartig vernetzter Strukturen könnte dann auch als Modellfall für andere seltene Erkrankungen dienen.

V.2.3 Depressive Störungen

Aufbauend auf die seit der Psychiatrie-Enquête in 1975 erreichten Fortschritte müssen, den Forderungen des Rates

entsprechend, kontinuierlich weitere Bemühungen erfolgen, um die besondere Bedeutung der seelischen Gesundheit im Rahmen eines umfassenden Gesundheitsbegriffes der breiten Öffentlichkeit zu vermitteln und einen weiteren Abbau der vorhandenen gesellschaftlichen Vorbehalte gegenüber psychischen Erkrankungen zu bewirken. Depressive Störungen, die bei älteren Menschen verstärkt auftreten, sind ein geradezu klassisches Beispiel für die Notwendigkeit einer intersektoralen Gesundheitspolitik, die nicht ausschließlich auf Maßnahmen des Gesundheitswesens im engeren Sinne beschränkt bleibt. Dies zeigt u. a. auch die jüngste Stellungnahme der Bundesregierung zum Vierten Altenbericht (Bundestagsdrucksache 14/8822).

Anwendung von Leitlinien

Wesentlich ist vor allem das frühzeitige Erkennen von Depressionen. Daher muss die Entwicklung und Implementation von evidenz-basierten Leitlinien zur Erkennung und Behandlung depressiver Störungen vorrangig für den hausärztlichen Bereich zur Verbesserung der Versorgungssituation depressiver Menschen vorangetrieben werden. Entsprechende Initiativen werden bereits von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften unternommen. Seitens der gemeinsamen Selbstverwaltung kann die Implementation von Leitlinien zur Erkennung und adäquaten Behandlung depressiver Störungen u. a. durch eine Verknüpfung mit Vergütungsregelungen wirksam unterstützt werden. Diese Empfehlung des Rates könnte im Rahmen der laufenden Beratungen der gemeinsamen Selbstverwaltung für eine umfassende Reform der vertragsärztlichen Vergütung berücksichtigt werden.

Der zusätzlich vorgeschlagenen Verankerung einer Fortbildungsverpflichtung als Voraussetzung für die Abrechnung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen und einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten, z. B. hinsichtlich der Regelung von Überweisungs- und Rücküberweisungsindikationen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen, steht das BMG grundsätzlich positiv gegenüber. Die Notwendigkeit gesetzlicher Regelungen wird zu prüfen sein. Die genannten Maßnahmen sollten überdies durch eine Erweiterung psychiatrischer Inhalte in der allgemeinmedizinischen und internistischen Weiter- und Fortbildung ergänzt werden. Entsprechende Initiativen der Selbstverwaltung und der Länder sind erforderlich.

Forschungs- und Modellmaßnahmen

Gerade weil die Erkennung und Behandlung von Depressionen intersektorale und interdisziplinäre Maßnahmen erfordert, wurde im Rahmen des vom BMBF und BMG gemeinsam getragenen Gesundheitsforschungsprogramms ein Kompetenznetzwerk „Depression- und Suizidalität“ eingerichtet, das mit insgesamt 9 Mio. € gefördert wird und damit das größte Projekt zum Thema Depression in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens darstellt. Es verfolgt das Ziel, die Kompetenz der Ärzte für die Erkennung und Behandlung von depressiven Störungen insbesondere durch den Aufbau einer Kooperationsstruktur zwischen forschungsaktiven Zentren, Fachkliniken

und niedergelassenen (vor allem hausärztlich tätigen) Ärztinnen und Ärzte zu erhöhen. Gerade im Aufbau solcher Kooperationsstrukturen liegen große Optimierungsspielräume für eine Verbesserung der Versorgungslage.

Ferner fördert das BMG im Rahmen der Ressortforschung die Erarbeitung einer „Gerontopsychiatrischen Handreichung für Hausärzte und Allgemeinmediziner“. Inhaltlich geht es dabei zwar vorrangig um die Früherkennung von Demenzen, dies impliziert aber auch differenzialdiagnostische Überlegungen, bei denen gerade die Depression eine wichtige Rolle spielt. Dem vom Rat empfohlenen Aufbau gerontopsychiatrischer Netzwerke zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen den vorhandenen Einrichtungen wird vom BMG eine besondere Bedeutung beigemessen. Innerhalb des Modelltitels „Psychiatrie“ wurden mehrere Projekte im Bereich der Gerontopsychiatrie gefördert, die auf Bundes- und Landesebene Wegweiserfunktion hatten und weiter nachwirken. In diesem Zusammenhang ist auf den vom BMG veröffentlichten „Leitfaden für die ambulante und teilstationäre gerontopsychiatrische Versorgung“ (Band 114 der Schriftenreihe des BMG) hinzuweisen. Hierin wird das aktuelle Fachwissen verschiedener Bereiche (medizinisch, pflegerisch, sozioökonomisch etc.) aufgearbeitet. Er informiert über die Krankheitsbilder, praktikable und erforderliche Konzepte, Vorgehensweisen, Kooperationsansätze und Finanzierungsmaßnahmen. Neben einer Fülle von Fachliteratur sind hier die Ergebnisse der bislang durchgeführten Modellprojekte des BMG aufgeführt. Der Leitfaden formuliert aus fachlicher Sicht allgemein gültige Empfehlungen zur Versorgungsgestaltung.

Zu den beschriebenen Maßnahmen des BMG kommen Modellprojekte des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) hinzu, die sich u. a. mit „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ beschäftigen und in besonderer Weise die Situation älterer Menschen berücksichtigen. Neben gesetzlichen Maßnahmen hat das BMFSFJ Modelle gefördert, die Forderungen des Rates nach einer stärkeren Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse älterer psychisch kranker Menschen bei der konzeptionellen, baulichen und personellen Planung von Altenheimen aufgreifen. Ergänzend hierzu hat das BMG eine exemplarische Expertise zum Thema „Situation psychisch kranker Menschen in Heimen“ in Auftrag gegeben. Es ist zu erwarten, dass im Rahmen dieser Expertise weitere Ansatzpunkte für systematische Erhebungen zu diesem Thema gewonnen werden.

Flankierende Maßnahmen

Hinsichtlich des bedarfsgerechten Ausbaus teilstationärer Behandlungsmöglichkeiten und wohnortnaher, teilstationärer gerontopsychiatrischer Versorgungsmöglichkeiten besteht Weiterentwicklungsbedarf. Entsprechende Initiativen der hierfür zuständigen Länder im Zusammenwirken mit den Krankenhausträgern zur Umschichtung von stationären Überkapazitäten werden seitens des BMG begrüßt. Überdies sollten gerontopsychiatrische Inhalte in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung sowie in der Fortbildung der Fachkrankenschwestern/Fachkrankenpfleger

für Psychiatrie stärker berücksichtigt werden. Auf entsprechende Änderungen in der neuen Approbationsordnung für Ärzte (siehe Kapitel IV.4) wird hingewiesen.

Zum Abbau noch vorhandener gesellschaftlicher Vorbehalte gegenüber an depressiven Störungen leidenden Patientinnen und Patienten betreibt die vom BMG institutionell geförderte Aktion „Psychisch Kranke e.V.“ Initiativen zur Aufklärung über psychische Erkrankungen. Darüber hinaus wird das Thema der Verbesserung der gesellschaftlichen Akzeptanz psychisch Kranker auch von einer Arbeitsgruppe des BMG zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung im Rahmen einer anstehenden Bestandsaufnahme der Versorgungssituation aufgegriffen und im Hinblick auf weiteren Handlungsbedarf geprüft werden. Weitere Impulse zum Abbau noch vorhandener gesellschaftlicher Vorbehalte und Schambarrieren können von dem Projekt gesundheitsziele.de ausgehen, bei dem das Ziel „Depression“ in einer zeitlich versetzten zweiten Tranche bearbeitet werden soll.

V.2.4 Schmerzbehandlung – Versorgung terminal Erkrankter

Schmerzbehandlung

Angesichts der vom Rat beschriebenen unzureichenden Behandlung von Schmerzkranken und terminal Erkrankten wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Forschungsvorhaben zur Verbesserung der Schmerztherapie durchgeführt. Aktuell läuft ein entsprechender Schwerpunkt im Rahmen des Gesundheitsforschungsprogramms der Bundesregierung mit der Förderung von drei Verbundprojekten. Beispielsweise wird im Rahmen eines Forschungsverbundes „Rückenschmerz“ in Teilprojekten der Universität Göttingen die Effektivität der Implementierung von Leitlinien (u. a. durch Qualitätszirkel) auf den Krankheitsverlauf bei Kreuzschmerzen und die körperliche Aktivität der Patientinnen und Patienten untersucht. Hinzuwiesen ist überdies auf die Entwicklung eines „Leitlinien-Clearing-Berichts“ zur Schmerztherapie durch die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung bei der BÄK. Es wurden bereits Maßnahmen ergriffen, um den Transfer dieser Erkenntnisse in die Praxis über evidenz-basierte Leitlinien und Kursangebote zur Verbesserung der palliativmedizinischen Qualifikation der Hausärzte einzuleiten.

Überdies ist seit langem bekannt, dass Schmerzpatientinnen und -patienten in terminalen Erkrankungsstadien verstärkt mit Opiaten behandelt werden müssen. Das BMG hat auf der Grundlage evidenz-basierter Leitlinien und entsprechender Empfehlungen der WHO die Bestimmungen der Betäubungsmittelverordnung so vereinfacht, dass hierin auch nach Auffassung des Rates kein Grund mehr für die Nichtanwendung von Opiaten bei entsprechenden Indikationen zu sehen ist. Die für unzureichend gehaltenen Vergütungsregelungen für schmerztherapeutische Leistungen sollen im Rahmen der laufenden Reform der vertragsärztlichen Vergütung von der Selbstverwaltung überprüft werden. Notwendig sind darüber hinaus Verhaltensänderungen der Ärztinnen und Ärzte, die durch Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen anzustoßen sind (siehe hierzu Kapitel IV.4).

Versorgung terminal Erkrankter

Den Ausbau von stationären und ambulanten Hospizleistungen hat der Gesetzgeber bereits 1997 in Angriff genommen. Dem wachsenden Leistungsbedarf wurde im Jahr 2001 Rechnung getragen. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für stationäre Hospizleistungen sind von rd. 11 Mio. € im Jahr 1998 auf 21,5 Mio. € im Jahr 2001 angestiegen und haben sich damit in nur drei Jahren fast verdoppelt. Um auch im ambulanten Bereich ein Netzwerk von Versorgungsmöglichkeiten aufzubauen, hat der Gesetzgeber seit dem 1. Januar 2002 eine Förderung ambulanter Hospize durch die Krankenkassen vorgesehen (§ 39a Abs. 2 SGB V). Die Förderung wird bis zum Jahr 2007 stufenweise (jährlich um 0,05 € je Versicherten) bis auf 0,40 € je Versicherten erhöht und wächst dann entsprechend der Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV.

Um der besonderen Lebenssituation von Eltern mit unheilbar erkrankten Kindern gerecht zu werden, haben die Koalitionsfraktionen das Gesetz zur Sicherung der Betreuung und Pflege schwerstkranker Kinder auf den Weg gebracht, das inzwischen von Bundestag und Bundesrat verabschiedet wurde. Im Rahmen dieses Gesetzes wird der Krankengeldanspruch für Eltern von Kindern, die bis 12 Jahre alt oder behindert sind und die auf Hilfe angewiesen sind über die bereits vorhandenen Regelungen hinausgehend, ohne zeitliche Begrenzung gewährleistet, wenn diese nach ärztlichem Zeugnis nur noch wenige Wochen oder Monate zu leben haben. Der daraus abgeleitete Anspruch auf Freistellung gegenüber dem Arbeitgeber gilt auch für Eltern, die nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Darüber hinaus fördert das BMG den Aufbau des Kinderhospizes Sternbrücke in Hamburg als modellhafte Einrichtung mit insgesamt 1,64 Mio. €.

Diese Entwicklungen zeigen, dass der vom Rat geforderte Ausbau des Versorgungsangebotes bereits stattfindet. Die weitere Entwicklung bleibt aber sorgfältig zu beobachten. In diesem Zusammenhang hat das BMG das Thema Versorgung Versterbender Schwerstkranker in die aktualisierte Gesundheitsberichterstattung (GBE) aufgenommen. In deren Rahmen ist bereits im Jahr 2001 die Publikation „Sterbebegleitung“ erschienen, im Juni 2002 wurde ein GBE-Heft zum Thema „Chronische Schmerzen“ veröffentlicht.

V.2.5 Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Die Mundgesundheit von jungen Menschen hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verbessert. Ursache hierfür sind vor allen die gesundheitsbewusste Ernährung und Mundhygiene sowie die Anwendung von Fluoriden. Hierzu dürfte die konsequente Erweiterung der Individual- und Gruppenprophylaxe im Rahmen gesetzlicher Maßnahmen der vergangenen Legislaturperiode beigetragen haben, aber auch die Aufklärungsmaßnahmen der BZgA im Bereich der Ernährung. Dagegen macht die in höheren Altersstufen noch weite Verbreitung oraler Erkrankungen, die im internationalen Vergleich hohe zahnärztliche Versorgungsdichte bei gleichzeitigem Mangel an weiterqualifizierten Zahnärzten und Prophylaxepersonal künftige Maßnahmen erforderlich.

Stärkung einer ursachengerechten, zahnschonenden und präventionsorientierten Zahnheilkunde

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden Voraussetzungen geschaffen, um die vertragszahnärztliche Versorgung in Richtung auf eine ursachengerechte, zahnschonende und präventionsorientierte Zahnheilkunde weiterzuentwickeln. Die Selbstverwaltung hat vor diesem Hintergrund die Aufgabe zur Neubewertung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (BEMA) sowie zur Modernisierung der Richtlinien für die vertragszahnärztliche Versorgung. Dadurch sollen insbesondere die bestehenden Ungleichgewichte und falschen Anreize im Vergütungssystem der zahnmedizinischen Versorgung beseitigt werden.

Das bislang nicht ausgeschöpfte Volumen der Aufwendungen für die Gruppenprophylaxe in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte deutlich erhöht werden, um eine flächendeckende und risikoorientierte Wirkung zu erreichen. Die für die Umsetzung der Gruppenprophylaxe verantwortlichen Beteiligten in den Ländern sind aufgefordert, sich an den entsprechenden Initiativen auf regionaler Ebene (z. B. der Landesarbeitsgemeinschaft für Zahn- und Mundgesundheitswesen in Baden-Württemberg) zu orientieren.

Die Individualprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen (sechs bis 18 Jahre z. B. für Fissurenversiegelungen der Molaren) sind im Leistungskatalog der GKV enthalten; es existieren keinerlei budgetäre Restriktionen. Die prophylaktischen Maßnahmen für Erwachsene sollen nach dem Willen des Gesetzgebers zielgerichteter erfolgen. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat daher seit dem Jahr 2000 die Aufgabe, ggf. notwendige prophylaktische Leistungen für Erwachsene nach Art und Umfang in Richtlinien nach § 92 Abs. 1a SGB V neu zu regeln. Dabei sollen vor allem die für Erwachsene erforderlichen parodontalprophylaktischen Maßnahmen neu beschrieben und festgelegt werden.

Neben den Präventionsmaßnahmen sind begleitende Maßnahmen, wie z. B. die Aufklärung über die Vorteile der Verwendung von fluoridiertem Speisesalz, in das mittelfristig angestrebte nationale Präventionsprogramm einzubinden. Einer – dem Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft (BMVEL) obliegenden – Prüfung, ob Ausnahmeregelungen in § 37 Lebensmittel- und Bedarfsgegenständengesetz (LMBG) im Hinblick auf einen breiteren Einsatz von fluoridiertem Speisesalz in Gemeinschaftseinrichtungen sinnvoll wären, steht das BMG positiv gegenüber.

Finanzielle Anreize zur Steigerung des Anteils strukturerhaltender Interventionen sollen in Verbindung mit der durch die Selbstverwaltung vorzunehmenden Neubeschreibung und -bewertung des BEMA erfolgen. Eine Vereinbarung hierzu wurde von dem zuständigen Bewertungsausschuss in der gesetzlich vorgegebenen Frist (31. Dezember 2001) nicht erzielt, sodass das BMG Anfang des Jahres 2002 den Erweiterten Bewertungsausschuss angerufen hat, der bis Mitte Juli 2002 die Vereinbarung festsetzen sollte.

In diesem Zusammenhang ist der Empfehlung des Rates ausdrücklich zuzustimmen, dass eine Konservierung des Katalogs der vertragszahnärztlichen Leistungen vermieden werden muss. Ansonsten besteht die Gefahr, dass neue Methoden grundsätzlich dem Bereich der Privatleistungen zugeordnet werden. Um auch die vom Rat gesehenen möglichen Verwerfungen zwischen BEMA und privat-zahnärztlicher Gebührenordnung (GOZ) zu vermeiden, ist beabsichtigt, unmittelbar nach dem Abschluss der Reform des BEMA auch die GOZ umfassend zu novellieren, weil sich vertragszahnärztliche und privat-zahnärztliche Leistungen in ihrem Kernbestand nicht wesentlich unterscheiden können.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Nach Abschluss des Ordnungsverfahrens zur ärztlichen Approbationsordnung ist beabsichtigt, die Approbationsordnung für Zahnärzte umfassend mit dem Ziel einer angemessenen Verringerung der Ausbildungskapazitäten bei gleichzeitiger Umschichtung der frei werdenden Mittel zur Verbesserung der Ausbildungsqualität zu novellieren. Hierfür liegen bereits umfangreiche Vorarbeiten einer beim BMG eingerichteten Arbeitsgruppe vor.

Die notwendige Verstärkung des Angebotes an strukturierten Fortbildungs- und Spezialisierungsmöglichkeiten für Zahnärzte und zahnmedizinische Fachangestellte sollte durch entsprechende Initiativen der zuständigen zahnärztlichen Selbstverwaltung und der Länder intensiviert werden. Dies gilt ebenso für die Erhöhung der Zahl der zahnmedizinischen Prophylaxe- bzw. Fachassistentinnen und Fachassistenten. Ein bedeutsamer Anreiz hierzu dürfte von der präventionsorientierten Neubeschreibung und -bewertung der vertragszahnärztlichen Gebührenordnung ausgehen.

Patienten- und Verbraucherberatung

Zur Stärkung der Patientenberatung wurde bereits in Kapitel IV.3 Stellung genommen. Im Rahmen der Modellvorhaben der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 65b SGB V wird auch ein Projekt gefördert, das sich speziell mit der Patienten- und Verbraucherberatung bei zahnmedizinischen Fragestellungen (Gesundheitsamt Rhein-Neckar-Kreis) befasst. Darüber hinaus werden von anderen geförderten Einrichtungen im Rahmen ihrer allgemeinen Verbraucher- und Patientenberatung auch Fragen zur zahnmedizinischen Versorgung bearbeitet.

Angesichts der vom Rat beschriebenen Situation, dass sich verschiedene Institutionen (Beratungsstellen von Zahnärztekammern, Kostenträgern, Verbraucherschutzorganisationen und Selbsthilfegruppen) gegenseitig die Fähigkeit zu einer neutralen und objektiven Beratung absprechen, wäre es für weiter gehende Förderungen einer unabhängigen Patientenberatung im zahnmedizinischen Bereich sehr hilfreich, wenn sich die beteiligten Institutionen auf ein gemeinsam getragenes Konzept einigen.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenversicherungsträger zur Aufklärung und Information des Versicherten über preisgünstige Versorgungsmöglichkeiten bei zahntechnischen Leistungen (§ 88 Abs. 2 Satz 3 SGB V) beitragen können. Diese Beratungsangebote der

Krankenkassen sollten intensiviert werden. Gegebenenfalls sind die Versicherten über Unterstützungsmöglichkeiten bei konkreten Fragestellungen – unter Wahrung des Neutralitätsgebotes – verstärkt aufzuklären.

Bedarfsgerechtigkeit zahnmedizinischer Leistungen, Transparenz des zahnmedizinischen Leistungsgeschehens und zahnmedizinische Versorgungsforschung

Die Aussagen des Rates

- zur mangelnden Trennschärfe zwischen zahnmedizinisch notwendigen und Wunschleistungen,
- zum weiten Ermessensspielraum bei der zahnmedizinischen Indikationsstellung und Therapie,
- zur unzureichenden Transparenz des Leistungsgeschehens,
- zur vielfach nicht nur an fachlichen Kriterien, sondern auch an ökonomischen Interessen orientierten Nachfragesteuerung,
- zum notwendigen Ausbau der Versorgungsforschung mit dem Ziel die Behandlungsnotwendigkeit sachge rechter als bisher zu definieren,

belegen die erheblichen Zweifel an der Anwendbarkeit eines Systems von Grund- und Wahlleistungen oder eines befundorientierten Festzuschussystems, wie es seitens der organisierten Zahnärzteschaft gefordert wird.

In einem Regel- und Wahlleistungssystem oder bei der Einführung von befundorientierten Festzuschüssen besteht die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten angesichts der Definitionsmacht von Zahnärztinnen und Zahnärzten den Risiken einer Über- und Fehlversorgung ausgesetzt werden. Die Abrechnung der zahnärztlichen Leistungen soll bei einem befundorientierten Festzuschussystem im Rechtsverhältnis zwischen Zahnärztinnen und Zahnärzten und zahlungspflichtigen Patientinnen und Patienten nach den Einzelleistungen der privat-zahnärztlichen Gebührenordnung erfolgen. Hierdurch würden den Patientinnen und Patienten, die von ihrer Krankenkasse lediglich einen am vorliegenden Befund orientierten Festzuschuss erhielten, in vollem Umfang die finanziellen Risiken einer Über- und Fehlversorgung aufgebürdet. Die Krankenkassen wären bei einem solchen System praktisch auf die Funktion einer Zahlstelle für Festzuschüsse reduziert und könnten ihre Versicherten z. B. bei der Prüfung der Angemessenheit der Therapieplanung, des Heil- und Kostenplanes oder der zahnärztlichen Abrechnung kaum unterstützen. Überdies ist der Auffassung des Rates zuzustimmen, dass eine Aufteilung des zahnärztlichen Leistungsrahmens in Grund- und Wahlleistungen zu einem Attraktivitätsverlust der solidarisch finanzierten Krankenversicherung führen könnte, insbesondere wenn innovative Verfahren verstärkt dem Bereich der selbst zu finanzierenden Wahlleistungen zugeordnet würden. Hierbei sind nicht vertretbare Qualitätsverluste zu befürchten und auch der Weg in die zahnärztliche Zwei-Klassen-Medizin.

Daher hat der Gesetzgeber zu Beginn der laufenden Legislaturperiode das von der früheren Bundesregierung

eingeführte, therapieorientierte Festzuschussystem im Interesse der Patientinnen und Patienten wieder abgeschafft. Die beschriebenen patientenseitigen Risiken und Nebenwirkungen sind angesichts der vom Rat dargestellten Mängel hinsichtlich der zahnmedizinischen Indikationsstellungen bei einem befundorientierten Festzuschussystem eher noch höher als bei dem rein therapieorientierten Festzuschussystem.

Mit der Neubewertung des BEMA sollten Ungleichgewichte im Bereich der kieferorthopädischen Leistungen und im Vergleich zu anderen zahnärztlichen Leistungen korrigiert werden. Der Bundesausschuss der Zahnärzte und Krankenkassen hat bereits in den Richtlinien nach § 92 SGB V (in Kraft getreten am 1. Januar 2002) die Indikationsgruppen für den kieferorthopädischen Behandlungsbedarf „befundbezogen“ und nicht mehr wie bisher „therapiebezogen“ abgegrenzt. Damit wurde die Grundlage zur Stärkung von mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität in der kieferorthopädischen Versorgung geschaffen. Künftig können sich die Gutachterinnen und Gutachter zielgerichteter auf die Überprüfung des im Einzelfall notwendigen kieferorthopädischen Behandlungsbedarfs ausrichten.

Die Bereitstellung der Daten durch die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für Analysen zur Qualität und zum Versorgungsbedarf ist eine Voraussetzung für die Schaffung von Transparenz des vertragszahnärztlichen Leistungsgeschehen. Für den dringend erforderlichen und vom Rat angemahnten Ausbau der Versorgungsforschung wäre sicherzustellen, dass eine systematische und fundierte Auswertung der Leistungs- und Abrechnungsdaten des zahnmedizinischen Bereichs durch unabhängige Dritte erfolgen kann. Sollte dies in den nächsten Jahren nicht durch die Selbstverwaltung geleistet werden, wird zu prüfen sein, ob gesetzgeberische Maßnahmen zur Einbindung der vertragszahnärztlichen Versorgung in die Regelungen zur Datentransparenz notwendig sind.

Insgesamt gesehen bedarf es – ähnlich wie in der medizinischen Versorgung – auch in der zahnmedizinischen Versorgung einer langfristig angelegten mehrschrittigen Umsteuerung zum Ausbau der Prävention, einer Umorientierung der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Zahnärztinnen und Zahnärzte und der zahnmedizinischen Fachangestellten sowie einer grundlegenden Überprüfung tradierter Versorgungsabläufe und -gewohnheiten. Dabei geht es nicht primär darum, ob – unter rein ökonomischen Gesichtspunkten – eine präventionsorientierte, moderne vertragszahnärztliche Versorgung künftig mehr oder weniger finanzielle Ressourcen benötigt, sondern welche gesicherten gesundheitlichen Ergebnisse diese Leistungen hervorbringen, welches Nutzen-Kosten-Verhältnis sie aufweisen, und welche Priorität sie bei der Bestimmung des objektiven Bedarfs einer solidarisch finanzierten Krankenversicherung haben.

V.3 Krankheitsübergreifende Lösungsansätze

Ein Großteil der vom Rat beschriebenen Defizite basiert auf übergreifenden Mängeln in der Leistungserbringung, zu denen bereits Stellung genommen wurde. Zu den we-

sentlichen darüber hinausgehenden Strukturproblemen gehört die unzureichende professionen-, institutionen- und sektorenübergreifende Verzahnung und Langfristorientierung der Versorgungskette bei chronisch Kranken. Grundsätzlich haben die Vertragspartner bereits seit 1993 über die Regelungen zur Durchführung von Modellvorhaben (§§ 63 bis 65 SGB V) und zum Abschluss von Strukturverträgen (§ 73a SGB V) Möglichkeiten zur Erprobung neuer verzahnter Versorgungsmodelle. Obwohl diese Regelungen bei den folgenden Reformgesetzen kontinuierlich erweitert wurden, haben sie weder zu tragfähigen Konzepten noch entsprechenden Maßnahmen geführt.

Im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 wurde daher die so genannte „Integrierte Versorgung“ (§§ 140a bis h SGB V) ermöglicht. Ziel der Regelungen ist es, die Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenhäusern, ärztlichen und nicht ärztlichen Leistungsträgern auf der Grundlage von Einzelverträgen zwischen gesetzlichen Krankenkassen und einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern zu verbessern. Allerdings hat die Selbstverwaltung bisher nur wenig Initiative entwickelt, neue Versorgungsformen entsprechend der §§ 140a ff SGB V zu etablieren. Alle Initiativen auf dem Gebiet einer besseren Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Arztgruppen oder auch zwischen den Sektoren wie Praxisnetze, Gemeinschaftspraxen, Praxisverbünde und Versorgungsnetze werden ganz überwiegend auf Grundlage von Modell- oder Strukturverträgen abgeschlossen. Nicht zuletzt die Diskussion am „Runden Tisch“ über Strategien zum Ausbau sektorübergreifender Versorgungsformen hat gezeigt, dass das Verhältnis von Kollektivvertragsrecht zum Einzelvertragsrecht der Verbesserung bedarf. Ziel ist dabei ein geordnetes Neben- und Miteinander beider Vertragssysteme.

V.3.1 Disease-Management-Programme

Vor dem Hintergrund dieser Erfahrungen hat der Gesetzgeber bei der Reform des Risikostrukturausgleichs im Jahr 2001 sicher gestellt, dass Krankenkassen finanziell nicht benachteiligt werden, wenn sie sich stärker um die Versorgung chronisch Kranker bemühen. Wie der Rat zutreffend feststellt, beinhaltet der Kassenwettbewerb in seiner bisherigen Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich ein inadäquates Anreizsystem, das chronisch Kranke zu „schlechten Risiken“ machte. Um diese Fehlanreize zu beseitigen, wird die Durchführung qualitätsgesicherter, strukturierter Behandlungsprogramme für chronisch Kranke (DMP = Disease-Management-Programme) über den Risikostrukturausgleich finanziell gefördert. Der Koordinierungsausschuss hat nach § 137f SGB V dem BMG Empfehlungen zu den maßgeblichen chronischen Krankheiten sowie zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen für diese Krankheiten vorzulegen. Das BMG hat auf der Grundlage von Empfehlungen des Koordinierungsausschusses eine Rechtsverordnung erlassen, die am 1. Juli 2002 in Kraft getreten ist und in der die Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs festgelegt sind. Es ist nunmehr Aufgabe der Krankenkassen, strukturierte

Behandlungsprogramme zu entwickeln, die den in dieser Verordnung festgelegten Anforderungen entsprechen, die für die Durchführung dieser Programme erforderlichen Verträge mit Leistungserbringern zu schließen und die Zulassung der Programme beim Bundesversicherungsamt zu erwirken. Die Programme sind im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und Kosten einer externen Begleitforschung zu unterziehen, deren Ergebnis veröffentlicht wird. Bei einer Entscheidung über eine Verlängerung der vom Bundesversicherungsamt zeitlich befristeten Zulassung sind die Ergebnisse der Begleitforschung heranzuziehen.

Die strukturierten Behandlungsprogramme bieten die Chance, die bislang fragmentierte und häufig nicht an evidenzbasierten Erkenntnissen orientierte Versorgung chronisch Kranker sektoren-, institutionen- und professionenübergreifend neu zu organisieren. Gleichzeitig werden hierdurch die vom Rat in verschiedenen Abschnitten des Gutachtens formulierten Empfehlungen zu einer stärkeren Verzahnung von Prävention, Kuration und Rehabilitation, einer aktiveren Rolle der Patientinnen und Patienten im Behandlungsablauf, einer regelmäßigen Überprüfung des Behandlungserfolges (im Sinne eines Assessments) und einer Stärkung der Lotsenfunktion der Hausärztinnen und Hausärzte aufgegriffen.

Der Koordinierungsausschuss erarbeitet zurzeit die Empfehlungen zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für die übrigen von ihm vorgeschlagenen chronischen Krankheiten (koronare Herzkrankheit und Asthma (COPD)). Es ist davon auszugehen, dass die positiven Wirkungen der strukturierten Behandlungsprogramme künftig einer großen Zahl chronisch Kranker zu Gute kommen. Ergänzend zu Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs kann der Ausschuss insgesamt bis zu sieben chronische Krankheiten vorschlagen, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden können, deren Durchführung im Risikostruktureausgleich gefördert wird.

Denkbar ist, dass zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen z. B. auch die Umsetzung der vom Rat empfohlenen direkten Einweisung von Patientinnen und Patienten in spezialisierte Rehabilitationskliniken mit besonders qualifiziertem pneumologischem Sachverstand ermöglicht wird. Zudem können die in den DMP's als essenzielle Bestandteile enthaltenen Schulungskonzepte die Patientinnen und Patienten zu einer aktiveren Mitarbeit am Behandlungsverlauf befähigen. Dies kann sich – wie erfolgreiche Beispiele von Schulungsprogrammen bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus oder Asthma zeigen – nachhaltig positiv auf die Versorgungsqualität auswirken.

Insgesamt können die strukturierten Behandlungsprogramme damit zu einem Kristallisationspunkt für eine grundlegende Umorientierung der bislang fragmentierten und wenig strukturierten Versorgung chronisch Kranker werden. Vor diesem Hintergrund kann hierdurch – bei sachgerechter Durchführung und guter Kooperation aller Beteiligten – ein partieller Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung bereits mittelfristig erwartet werden.

Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass neue Denk- und Verhaltensmuster, wie z. B. die Orientierung an evi-

denz-basierten Leitlinien und eine aktivere Rolle des chronisch Kranken im Behandlungsablauf, im Sinne neuer Leitbilder für eine Gesundheitsversorgung im 21. Jahrhundert, die im Rahmen der strukturierten Behandlungsprogramme von den Leistungserbringern und den Patientinnen und Patienten „eingeübt“ werden, auch auf die Versorgung außerhalb solcher Programme ausstrahlen und dort positive Begleitwirkungen entfalten. Mit der Einführung und der Weiterentwicklung der Programme wird überdies ein Entwicklungsschub für evidenz-basierte Leitlinien verbunden sein, da der Bedarf an solchen hochwertigen Leitlinien deutlich anwachsen wird.

V.3.2 Stärkung der Rehabilitation

Den Forderungen des Rates nach einer Stärkung der Rehabilitation bei der Versorgung chronisch Kranker wird grundsätzlich nicht nur durch die Einführung strukturierter Behandlungsprogramme, sondern auch durch die Einführung des neuen pauschalierenden Vergütungssystems im Krankenhaus Rechnung getragen. Im Rahmen der Fallpauschalen sind auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation mit zu berücksichtigen, die während einer akutstationären Behandlung erbracht werden. Auch hier soll die zur Einführung des Fallpauschalensystems gesetzlich vorgesehene Begleitforschung eine Weiterentwicklung sicherstellen, die Anreize für Qualität und Wirtschaftlichkeitsverbesserungen gibt und Fehlentwicklungen rechtzeitig deutlich macht, damit ggf. Korrekturmaßnahmen frühzeitig ergriffen werden können. Mit der Begleitforschung sind neben der Beobachtung der Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Versorgungsstrukturen und die Qualität der Versorgung zusätzlich die Auswirkungen auf andere Versorgungsbereiche sowie Art und Umfang von Leistungsverlagerungen zu untersuchen.

Im Hinblick auf die vom Rat vorgeschlagene Schaffung der Voraussetzungen für einen bedarfsgerechten Ausbau des ambulanten Rehabilitationsangebotes ist darauf hinzuweisen, dass die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung inzwischen konkrete Umsetzungsschritte für die Beschlussfassung über die Richtlinien zur Verordnung von Leistungen zur ambulanten Rehabilitation, zur Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V) unternommen haben. Ein ausführlicher Entwurf befindet sich derzeit im Beratungsprozess des zuständigen Arbeitsausschusses des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen.

Die krankheitsübergreifenden Empfehlungen des Rates zur Stärkung der Rehabilitation gehen aber über die genannten Bereiche hinaus. Insbesondere wird gefordert, dass die rehabilitative Versorgung chronisch Kranker und deren Finanzierung sozialversicherungsträgerübergreifend ausgestaltet werden soll, dass Rehabilitationsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu Pflichtleistungen umzugestalten sind und die Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen für chronisch Kranke vom Behindertenbegriff des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) abzukoppeln ist.

Mit seinen diesbezüglichen weit reichenden Empfehlungen reagiert der Rat auf die so genannte Schnittstellenproblematik, die Anreize zur Fehlsteuerung durch unabhängig bestimmte Maßnahmen zwischen den unterschiedlichen Sozialversicherungsträgern, aber auch Anreize zur Verschiebung von Leistungen und Leistungsansprüchen setzt.

Deutlich wird die Schnittstellenproblematik am Beispiel der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall. Durch die Kontinuität der rehabilitativ ausgerichteten Behandlungskette kann der Rehabilitationserfolg stabilisiert werden, drohende Pflegebedürftigkeit vermieden oder bei eingetretener Pflegebedürftigkeit ein möglichst großer Umfang an Selbsthilfemöglichkeiten erhalten werden. In diesem Zusammenhang wird zukünftig angestrebt, die Schnittstellen zwischen der GKV und der Pflegeversicherung, zwischen Pflege und Rehabilitation, aber auch die Rolle der Pflege in der integrierten Versorgung im Interesse der Pflegebedürftigen neu zu gestalten. Hierzu gehört auch die Schaffung zielgerichteter Übergänge von der Krankenhausbehandlung in die häusliche Pflege.

Im Hinblick auf die möglichst früh nach einem Schlaganfall einsetzende Versorgung durch ein multiprofessionelles Team im Sinne einer frhrehabitativen Schlaganfall-Einheit (stroke unit) ist davon auszugehen, dass die Länder im Rahmen ihrer Krankenhausplanung den Bedarf an solchen spezialisierten Versorgungsmöglichkeiten ausreichend berücksichtigen. Beispielhaft wird auf das vom Gesundheitsministerium des Landes Rheinland-Pfalz gemeinsam mit den Krankenkassen, der rztelkammer und der Krankenhausgesellschaft erarbeitete Konzept für ein flächendeckendes Versorgungsnetz von Schlaganfall-Einheiten hingewiesen. In diesem Kontext wird auch die Aufklärung der Bevölkerung über die Risikofaktoren des Schlaganfalles, die Erkennung der Symptome und die Einleitung der Behandlung einbezogen.

Einen weiteren Beitrag zur Lösung der Schnittstellenproblematik stellen die jetzt im Kapitel 3 des SGB IX gesetzlich neu vorgesehenen gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger dar. Zu ihrer Aufgabe gehören insbesondere die Beratung der Versicherten, welcher Rehabilitationsträger für sie zuständig ist, sowie die Koordinierung und Vermittlung zwischen mehreren Rehabilitationsträgern und Beteiligten während der Leistungserbringung. Die Rehabilitationsträger, die Träger der Renten-, Kranken- und Unfallversicherung berichten der Bundes-Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) im Abstand von drei Jahren (erstmal im Jahr 2004) ber ihre Erfahrungen mit der Einrichtung von gemeinsamen Servicestellen.

Die Vorstellungen des Rates zielen auf eine „all-round-Versorgung aus einer Hand“. Kurz- und mittelfristig stellen die Einführung und der Ausbau der strukturierten Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten und der integrierten Versorgung sowie die Einführung der gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger innovative Lösungsansätze für die Reduzierung der Schnittstellenproblematik dar.

Im Hinblick auf die vom Rat geforderte Umwandlung der „Rehabilitation in der GKV als Ermessensleistung“ in

eine Leistungsverpflichtung ist darauf hinzuweisen, dass Rehabilitationsleistungen Regelleistungen sind, die von jeder Krankenkasse angeboten werden müssen. Sie werden von den Kassen nach pflichtgemäßem Ermessen erbracht. Soweit eine Krankenkasse diese Regelleistungen generell ausschließen würde, wäre dies rechtswidrig. Ist z. B. nur die Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung geeignet, das Behandlungsziel zu erreichen, und besteht auch keine Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung, würde die Verweigerung der Leistung einen Ermessenfehlgebrauch darstellen, sodass sich in diesen Fällen die Ermessensleistung zum Anspruch verdichtet.

VI. Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

In der Arzneimitteltherapie stellt der Rat ein Nebeneinander von über-, Unter- und Fehlversorgung fest, auf das in den vorangegangenen Kapiteln bereits exemplarisch hingewiesen wurde. Zur Förderung einer bedarfsgerechten Arzneimitteltherapie, die den besonderen Qualittssicherheitsansprchen dieses Leistungsbereichs gerecht wird, hat das BMG in der laufenden Legislaturperiode bereits zahlreiche Maßnahmen umgesetzt oder eingeleitet.

1. Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG)

Das BMG hat mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz der Tatsache Rechnung getragen, dass mit der bisherigen Arzneimittelbudgetierung erhebliche Umsetzungsprobleme verbunden waren. Mit der Ablösung der Arzneimittelbudgetierung wurden die Verantwortlichkeiten der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere auf der Landesebene, konkretisiert und flexiblere Vertragsmglichkeiten geschaffen. Wichtig ist vor allem, dass in den Arzneimittelvereinbarungen jetzt konkrete Ziele und Maßnahmen beschlossen werden, die qualitative medizinische Versorgungskriterien berücksichtigen. Zu den Maßnahmen gehören insbesondere Information und Beratung der Vertragsärzte, ein permanentes Controllingsystem mit Frhwarnfunktion sowie die Aktivierung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen, vor allem auf der Grundlage von Richtgrößen. Es wurden konkretisierende Vorgaben eingeführt, um die erforderlichen Datenflüsse zu verbessern. In den Arzneimittelvereinbarungen können spezifische Versorgungssituationen in einer Region und spezielle Ziele, wie z. B. die Verbesserung der Versorgungsqualität bei bestimmten chronischen Erkrankungen, berücksichtigt werden. Arzneimittelvereinbarungen auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen liegen in den meisten Regionen vor oder befinden sich im Unterschriftsverfahren. Die Vereinbarungen richten sich nach den auf Bundesebene erstellten Rahmenvorgaben.

2. Erleichterung der „Aut-Idem-Abgabe“ wirkstoffgleicher Präparate

Die vom Rat vorgeschlagene Erleichterung der Aut-Idem-Abgabe entspricht den mit dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz seit dem 23. Februar 2002 in Kraft

gesetzten Regelungen. Der hierdurch zu erwartende kostendämpfende Effekt wird durch ein gesetzeskonformes Abgabeverhalten der Apotheker sowie durch die Absenkung der Preise seitens der pharmazeutischen Unternehmen bewirkt. Zudem könnte sich mit der Erleichterung der Aut-Idem-Abgabe auch der Anteil der Generika erhöhen, wenn der Anteil der Zweit anmelderpräparate im unteren Preisdrittel höher liegt als der Anteil der Originalpräparate. Von Seiten der Industrie sind bereits Preissenkungen angekündigt worden. Die Arzneimittelversorgung im Bereich der patentfreien Arzneimittel kann daher ab dem 1. Juli 2002 in weiten Bereichen preiswerter gestaltet werden.

Die Qualität der Arzneimittelversorgung bleibt auch angesichts der Neufassung der Aut-Idem-Regelung auf einem unvermindert hohen Niveau. Denn die Qualität eines Arzneimittels ist nicht von seinem Preis abhängig. Darüber hinaus sind die in Deutschland verfügbaren Arzneimittel grundsätzlich von der zuständigen Zulassungsbehörde hinsichtlich Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit zu überprüfen. Der Arzt kann in therapeutisch notwendigen Fällen jederzeit die „Aut-Idem-Abgabe“ durch entsprechende Kennzeichnung ausschließen. Auch bei Verordnung eines Arzneimittels aus dem unteren Preisdrittel scheidet ein Austausch durch den Apotheker aus. Die Bundesregierung wird dem Deutschen Bundestag bis Ende 2003 über die Erfahrungen mit der erleichterten Aut-Idem-Abgabe berichten.

3. Qualitätssicherung und Stärkung der Patienten-Compliance

Über diese neuen Rahmenbedingungen hinausgehend wird eine nachhaltige Verbesserung der Arzneimittelversorgung langfristig vor allem durch den Ausbau arztbezogener (verstärkte pharmakotherapeutische Qualifikation der Ärzte, Entwicklung und Anwendung evidenz-basierter Leitlinien) und patientenbezogener Qualitätssicherungsmaßnahmen (verbesserte Patienteninformationen, stärkere Einbindung der Patientinnen und Patienten in den Behandlungsablauf) zu erreichen sein. Im Rahmen der Novelle der Approbationsordnung für Ärzte wurde der Stellenwert des Faches Pharmakologie bereits deutlich erhöht. Darüber hinaus sind Leistungserbringer und Partner der Selbstverwaltung gefordert, die vorhandenen Instrumente der Qualitätssicherung in der Vertragsgestaltung, u.a. durch die Stärkung einer strukturierten Weiter- und Fortbildung, offensiv zu nutzen. Flankierend hierzu wird die 10. AMG-Novelle zu einer spürbaren Marktberichtigung bei Fertigarzneimitteln führen. Infolge der neu geschaffenen Ausschlussfrist für das Einreichen von Unterlagen und der Verzichtsmöglichkeit mit zweijähriger Abverkaufsfrist ist die Zulassung von ca. 9 500 bis dahin nur „fiktiv“ zugelassener Arzneimittel erloschen. Die Arzneimittel, für die noch eine Abverkaufsmöglichkeit besteht, werden bis spätestens Mitte 2003 vom Markt genommen werden müssen.

Das vom Rat angesprochene Compliance-Problem der Arzneimitteltherapie, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, erreicht erhebliche Größenordnungen. So

werden im Gutachten des Rates Non-Compliance-Raten von 20 bis 70 % der Patientinnen und Patienten genannt und darauf hingewiesen, dass die volkswirtschaftlichen Kosten („Arzneimittel-Müll“) der Non-Compliance nach einigen Studien diejenigen großer Volkskrankheiten erreichen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte hat nach einem intensiven Dialog mit den Verbänden der pharmazeutischen Industrie Ende 2000 damit begonnen, die Packungsbeilagen einiger häufig verwendeter Arzneimittel gemäß der europäischen Leitlinie zur Gestaltung von Packungsbeilagen (Guideline on Readability) neu zu gestalten. Ziel ist es, sich auf den Kenntnisstand und die Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten einzustellen. Dabei ist zu beachten, dass auch aus haftungsrechtlichen Gründen die Vollständigkeit der Informationen für die Patientinnen und Patienten gewährleistet bleiben muss. Es ist vorgesehen, die Packungsbeilagen der zugelassenen Arzneimittel schrittweise (z.B. aus Anlass von Änderungen der Zulassungsbedingungen) neu zu gestalten.

4. Aufhebung des Versandhandelsverbotes

Versandhandel mit Arzneimitteln wird bereits seit längerem in unseren Nachbarländern erfolgreich und sicher durchgeführt wie auch in anderen Staaten, insbesondere den USA. Aus Sicht des BMG ist eine Öffnung in Richtung eines erleichterten (elektronischen) Versandhandels anzustreben, soweit Arzneimittelsicherheit, Verbraucherschutz, Versorgungssicherheit und faire Wettbewerbsbedingungen sichergestellt sind. Der „Runde Tisch“ hat sich ebenfalls für eine Erleichterung des Versandhandels ausgesprochen. Die zur Umsetzung notwendigen Änderungen im Arzneimittelrecht, Apothekenrecht, Werberecht und im Sozialversicherungsrecht werden in die Beratungen für eine in der nächsten Legislaturperiode anstehende Gesundheitsreform einbezogen.

Flankierend hat sich das BMG an die EU-Kommission mit der Bitte gewandt, für den elektronischen Handel mit Arzneimitteln Leitlinien zur Sicherstellung des Verbraucherschutzes und einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung in Zusammenarbeit mit den Mitgliedstaaten zu entwickeln. Darüber hinaus wird das für Anfang nächsten Jahres zu erwartende Urteil des Europäischen Gerichtshofes zum deutschen Versandverbot von apothekenpflichtigen Arzneimitteln im Rahmen einer Vorabentscheidung (Vorlage durch das LG Frankfurt/Main) in die Überlegungen einzubeziehen sein. Die OECD wird sich im Rahmen einer Studie über das deutsche Apothekenwesen auch mit dem elektronischen Handel einschließlich Versandhandel mit Arzneimitteln befassen.

5. Partielle Erweiterung des Dispensierrechts

Im Rahmen der in den Jahren 2001 und 2002 geführten Beratungen zur Änderung des Apothekengesetzes (Bundestagsdrucksache 14/756) wurden Überlegungen zur Arzneimittelversorgung in Pflegeheimen durch Krankenhausapotheken, zur Auseinandersetzung von Arzneimitteln aus Großpackungen und zur Mitgabe von größeren Mengen von Arzneimitteln bei Entlassung aus stationärer Behandlung einbezogen. Angesichts ihres starken Bezuges zur

gesetzlichen Krankenversicherung werden diese Vorschläge im Rahmen einer Gesundheitsreform in der nächsten Legislaturperiode zu prüfen sein.

6. Aufhebung der Preisbindung der zweiten Hand bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Mit einer Aufhebung der Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel könnte grundsätzlich ein für die Patientinnen und Patienten vorteilhafter Preiswettbewerb initiiert werden. Eine entsprechende Empfehlung hat der „Runde Tisch“ als Vorschlag für weitere Reformen verabschiedet.

Hierbei hängen die für die Versicherten und die Krankenkassen erreichbaren Einsparungen jedoch entscheidend von der Funktionsfähigkeit des Wettbewerbs zwischen den Apotheken ab. Für das knapp 20 % des GKV-Arzneimittelumsatzes umfassende Segment der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel ist bei einer Aufhebung der Preisbindung zu bedenken, dass ein gespaltenen GKV-Arzneimittelmarkt entstehen kann. In ländlichen und strukturschwachen Gebieten wären dabei Preiserhöhungen nicht ausgeschlossen, was bei Festbetragsarzneimitteln auch mit finanziellen Nachteilen für die Patientinnen und Patienten verbunden sein könnte. Die Aufhebung der Preisbindung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel erfordert daher flankierende Regelungen. In diesem Zusammenhang ist z. B. an vertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen, Großhandel und Apotheken über die Preisbildung auf den unterschiedlichen Handelsstufen sowie an die Möglichkeit gezielter Anreize für Patientinnen und Patienten zu einem möglichst preisgünstigen Bezug von Arzneimitteln (z. B. durch geringere Zuzahlung) zu denken. Im Hinblick auf die vom Rat angesprochene Erweiterung des Spektrums der nicht verschreibungspflichtigen Medikamente ist der Arzneimittelsicherheit Vorrang vor ökonomischen Gesichtspunkten eines verstärkten Preiswettbewerbs einzuräumen.

7. Änderung der Apothekenvergütung

Über die Notwendigkeit einer leistungsgerechten Überarbeitung der Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) wurde am „Runden Tisch“ diskutiert. Ziel des diskutierten Konzepts einer aufkommensneutralen Umgestaltung der prozentual gestaffelten, preisabhängigen Zuschläge könnte eine Absenkung der Zuschläge bei hochpreisigen Arzneimitteln bei gleichzeitiger Anhebung der Zuschläge bei niedrigpreisigen Arzneimitteln sein (Drehung). Alternativ hierzu wird auch ein Mischsystem mit Fest- und prozentualen Zuschlägen diskutiert. Bei beiden Vorschlägen ist zu berücksichtigen, dass hierbei u. U. eine deutliche Verteuerung der niedrigpreisigen Arzneimittel eintritt.

Beide Vorschläge bewegen sich zudem innerhalb des Grundansatzes der Vorgabe verbindlicher Handelszuschläge für Arzneimittel. Darüber hinaus bestehen auch grundsätzliche ordnungspolitische Alternativen, wie z. B. die Freigabe der Handelsspannen in der Selbstmedikation oder die stärkere Einführung von Vertragselementen im

Verhältnis zu den Krankenversicherungen. Inwieweit solche Konzepte sinnvoll und praktikabel sind, bedarf der weiteren Prüfung.

8. Pharmakoökonomische Bewertung von Arzneimitteln

Die Nutzenbewertung insbesondere von Analogarzneimitteln stellt eine sinnvolle Option dar, mit der

- eine stärkere Fokussierung der Arzneimitteltherapie auf die Ergebnisqualität erreicht werden kann,
- durch die Nicht-Erstattung wenig kosteneffektiver Arzneimittel Wirtschaftlichkeitspotenziale für den Abbau von Unterversorgungen erschlossen werden können,
- Anreize für die Konzentration der Forschungsaktivitäten der pharmazeutischen Industrie auf echte Innovationen mit therapeutischem Mehrwert gesetzt werden können und
- die objektive Information der Ärztinnen und Ärzte und Patientinnen und Patienten verbessert werden kann.

Das BMG strebt im Einklang mit den Empfehlungen des „Runden Tisches“ den Aufbau einer Struktur an, die den Grad der therapeutischen Innovation von Arzneimitteln (Nutzenzuwachs) feststellt und diesen sektorenübergreifend bei der Wirtschaftlichkeit der Verordnung (Kosteneffektivität) berücksichtigt. Dabei sollte beachtet werden, dass die Überprüfung der Kosteneffektivität nicht Bestandteil der arzneimittelrechtlichen Zulassung ist und die Überprüfung in zwei getrennten Schritten (therapeutischer Nutzenzuwachs und pharmakoökonomische Bewertung des Nutzenzuwachses möglichst unter Alltagsbedingungen) erfolgt. Dem ist auch durch geeignete organisatorische Maßnahmen (z. B. getrennte und unabhängige Institutionen) Rechnung zu tragen.

Über die nähere Ausgestaltung der Nutzenbewertung insbesondere für Analogarzneimittel wird im Rahmen der in der nächsten Legislaturperiode anstehenden Gesundheitsreform zu entscheiden sein. Für die Bewertung des Nutzenzuwachses sind möglichst Studien mit „harten“ Endpunkten des therapeutischen Nutzens heranzuziehen, die einen Vergleich mit der Standardtherapie (und nicht gegen Placebo) ermöglichen.

VII. Neuorientierung der Gesundheitspolitik mit Augenmaß

Erstmals seit Bestehen des SVR wurde ein Gutachten in Auftrag gegeben, das in so deutlicher Weise darauf abzielt, die Schwachstellen des Gesundheitswesens und der Versorgung aufzudecken.

Erstmals seit Bestehen des Sachverständigenrates hat dieser in so umfassender Weise eine neue empirische Basis für seine Analyse und Bewertung geschaffen, wie dies mit der Befragung der im Gesundheitswesen involvierten Verbände und Organisationen geschehen ist und erstmals sieht der gesetzliche Auftrag an den Sachverständigenrat eine Stellungnahme des BMG vor.

„Die Diagnose“

Die Diagnose des Rates über die Versorgungssituation bei chronischen Erkrankungen ist dazu angetan, alle Beteiligten im Gesundheitswesen anzusprechen, um konstruktive Beiträge für eine Neuorientierung zu entwickeln und umzusetzen. Der Rat hat Strukturprobleme zutage gefördert, die zeigen, dass in den vergangenen 20 bis 30 Jahren Fehlentwicklungen schleichend um sich greifen konnten, die so rasch wie möglich beseitigt werden müssen. Bei den chronischen Erkrankungen werden diese Defizite sehr viel deutlicher als in anderen Bereichen, weil hier der Bedarf an einer interdisziplinären, auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten ausgerichteten Versorgung und verzahnten Versorgungsstrukturen besonders hoch ist. Wegen ihrer unterschiedlichen Schwere und der Langfristigkeit der Behandlungen wirken sich chronische Erkrankungen zudem in besonderer Weise auf den Ressourcenverbrauch im Gesundheitssystem aus.

Dass es trotz der aufgedeckten Mängel nicht zu bedenklichen Problemlagen gekommen ist, ähnlich den aktuellen Versorgungsengpässen in mehreren europäischen Nachbarländern, dürfte nicht zuletzt darin begründet sein, dass das deutsche Gesundheitswesen auf der Gegenseite der „Defizitmedaille“ über eine gute strukturelle Ausstattung mit Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften, Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken und Pflegeeinrichtungen sowie modernsten medizinisch-technischen Geräten verfügt. Auch die Tatsache, dass alle Bürgerinnen und Bürger unabhängig von ihrer persönlichen Lebenssituation und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit gleichen Zutritt zu einem umfassenden Leistungskatalog mit sämtlichen notwendigen gesundheitlichen Versorgungsmöglichkeiten haben, mindert vom Grundsatz her die ungünstigen Wirkungen aufgezeigter Defizite. Überdies ist trotz berechtigter Kritik davon auszugehen, dass die im Gesundheitswesen tätigen Menschen, sich in ihrer täglichen Arbeit engagiert um die Gesundheit der Patientinnen und Patienten bemühen. Insbesondere die Akutversorgung in lebensbedrohlichen Situationen und das dichte Angebot medizinischer Leistungen in Deutschland kann weiterhin als vorbildlich betrachtet werden.

„Die Therapie“

Die Vermeidung von Anlässen, die eine Akutversorgung erforderlich machen, muss aber – wie der Rat zurecht fordert – zu den Hauptzielen einer neuen Gesundheitspolitik und der weiteren Umorientierung des Systems gehören.

Mit seiner Analyse bestätigt der Rat indirekt, dass die seit Beginn der laufenden Legislaturperiode durchgeführten und eingeleiteten Reformschritte der jetzigen Bundesregierung die notwendige Neuorientierung schon eingeleitet und zum Teil bereits umgesetzt haben.

Kernelemente und Herzstücke dieser Politik bestehen

- in einer Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung, die Gesundheitspotenziale der Bürgerinnen und Bürger mobilisieren soll, um die Krankheitsentstehung frühzeitig zu verhindern;
- in einer Stärkung der Qualitätsorientierung und Berücksichtigung von evidenz-basierten Leitlinien,

die gleichzeitig an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet sind;

- in einer Neugestaltung der Wettbewerbsordnung und des Risikostrukturausgleichs, die wirksame Anreize für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung und mehr Flexibilität in der Vertragsgestaltung ermöglichen;
- in einer Änderung des Vergütungssystems im großen Versorgungsbereich des Krankenhauses, mit der Qualität und Wirtschaftlichkeit gesteigert werden soll und gleichzeitig Schnittstellen- und Transparenzprobleme zwischen verschiedenen Leistungsbereichen überwunden werden sollen;
- in einer langfristigen Stärkung der Finanzierungsgrundlagen.

Bei diesen und allen weiteren Reformen muss das Grundprinzip der Solidarität im Gesundheitswesen für die gesamte Bevölkerung erhalten bleiben, das Chancengleichheit und -gerechtigkeit bei der Finanzierung und den Leistungsansprüchen sicherstellt.

Präventions- und Zielorientierung

Mit seinen Ausführungen über die Notwendigkeit einer stärkeren Präventions- und Zielorientierung des Gesundheitswesens und der Forderung, die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt des Versorgungsgeschehens zu stellen, bestätigt der Rat die Notwendigkeit und Richtigkeit der während der laufenden Legislaturperiode eingeleiteten gesetzgeberischen und begleitenden Maßnahmen. Prävention und Gesundheitsförderung erhielten mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 eine nachhaltige Aufwertung. Die Prävention wird vor allem durch den ebenfalls vom Rat geforderten und bereits eingeleiteten Prozess der Entwicklung und Konsentierung von Gesundheitszielen gestärkt werden. Mit der geplanten Anti-Raucher-Kampagne und weiteren Aufklärungsmaßnahmen über gesunde Ernährung, Bewegung und Stressvermeidung soll der Bevölkerung eine nachhaltige Konzeption gesunder Lebensweise vermittelt werden, die nicht nur auf die Vermeidung einer einzelnen Erkrankung, sondern auf die langfristige Verhinderung einer Vielzahl gesundheitlicher Beeinträchtigungen zielt.

Ausgestaltung des Leistungskatalogs

Um Über-, Unter- und Fehlversorgung künftig zu vermeiden und das Gesundheitswesen langfristig auch unter Berücksichtigung des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts finanzierbar zu erhalten, ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Wettbewerb und Solidarität erforderlich.

So zieht auch der Rat aus den ermittelten Defiziten keineswegs die Konsequenz, einzelne Leistungsbereiche, z. B. solche, bei denen die Bedarfsgerechtigkeit und Notwendigkeit aufgrund der geschilderten Versorgungslage besonders fragwürdig erscheint, aus dem einheitlichen und gemeinsamen Leistungskatalog auszugliedern. Vielmehr bestätigt insbesondere die Analyse des zahnmedizi-

nischen Bereichs das BMG in seiner Ablehnung von Grund- und Wahlleistungen. Nicht die Ausgrenzung von Leistungen oder die Abwälzung von gesundheitlichen Risiken auf die Bürgerinnen und Bürgern ist der Weg der Zukunft, sondern die stärkere Orientierung der Behandlung von (chronischen) Erkrankungen an allgemein anerkannten Standards und Behandlungsleitlinien.

Weiterentwicklung und Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse

Neben den bereits eingeleiteten Maßnahmen ist es notwendig, die Fortschreibung des medizinischen Leistungskatalogs auf eine solidere evidenz-basierte Wissens- und Erkenntnisbasis zu stellen. Hierzu ist nicht nur die Stärkung der Versorgungsforschung und eine Intensivierung der Entwicklung von Leitlinien notwendig, sondern auch die Schaffung einer öffentlichen Institution unabhängiger Sachverständiger. Eine solche Institution sollte sich allen Fragen der Bewertung von Wirksamkeit, Nutzen, Kosten und Risiken medizinischer Maßnahmen annehmen und die zuständigen Ausschüsse und Gremien bei ihren Entscheidungen über die Ausgestaltung des Leistungskatalogs unterstützen. Hierdurch kann besser als heute sichergestellt werden, dass die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse rasch in die Versorgung umgesetzt und bei der Vertragsgestaltung berücksichtigt werden. Auch für den Arzneimittelbereich soll im Rahmen kommender Reformen unabhängig von der Zulassungsprüfung nach dem Arzneimittelgesetz eine Institution eingerichtet werden, die sich primär auf die Prüfung des Zusatznutzens innovativer Arzneimittel in Relation zu deren Kosten konzentrieren wird. Hierdurch wird die Arzneimittelsicherheit für die Patientinnen und Patienten gestärkt und die Anstrengungen der Pharmaindustrie werden gleichzeitig auf die Entwicklung tatsächlicher anstelle von Scheininnovationen gelenkt. Zudem sollen veraltete Präparate vom Markt genommen werden, um die hierdurch frei werdenden finanziellen Mittel dorthin zu lenken, wo sie tatsächlichen Nutzen stiften.

Strukturelle Maßnahmen zur Ausgestaltung des Systems

Die aktuelle Einführung von DMP's sind als Herzstück der im Sinne des Rates geforderten Neuorientierung zu betrachten. Die DMP's beinhalten strukturelle und medizinische Komponenten einer Umorientierung und werden damit gleichzeitig zur Nagelprobe für die vom Rat kritisierten Beharrungstendenzen des Systems. Sie können nur erfolgreich sein, wenn die Bereitschaft besteht, das eigene Verhalten im medizinischen Alltag zugunsten einer Patientenorientierung infrage zu stellen.

Neben der Verbesserung der Verzahnung wird mit den DMP's vor allem eine stärkere Qualitätsorientierung der Versorgung eingefordert. Die vom Rat aufgezeigten Defizite bei der Anwendung evidenz-basierter Leitlinien in allen Phasen des Versorgungsprozesses sollen über entsprechende Vereinbarungen abgebaut werden. Hierbei ist zu unterstreichen, dass Leitlinien nicht als Einschränkungen der Therapiefreiheit oder Kontrollen der Professionalität der Leistungserbringer aufzufassen sind. Sie sollten viel-

mehr als Orientierungshilfen für die eigene Professionalität der Leistungserbringer betrachtet werden. Ausschlaggebend für medizinische Entscheidungen sollten nicht ausschließlich individuelle, persönliche Erfahrungen und eingeschliffene Verhaltensweisen sein, sondern deren Abgleich mit wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnissen anderer. Die Analysen und Empfehlungen des Rates zeigen eindeutig, dass die stärkere Berücksichtigung von evidenz-basierten Leitlinien der richtige Weg in eine qualitätsorientierte und effiziente Behandlung sind. Zusätzlich erhalten die Krankenkassen mit Einführung der DMP's ein wachsendes Interesse an der Optimierung der Versorgung chronisch Kranker und müssen diese nicht länger als so genannte „schlechte Risiken“ betrachten.

Die beschriebenen Versorgungsgrundsätze müssen künftig flächendeckend, d.h. auch außerhalb der Versorgung in DMP's sichergestellt werden. Neben den beschriebenen Qualitätsverbesserungen gilt es hierbei insbesondere Schnittstellenprobleme zwischen einzelnen Leistungsbereichen, den verschiedenen Leistungserbringern und auch den unterschiedlichen Versicherungsträgern zu überwinden. Zudem lässt sich die vom Rat geforderte kontinuierliche, auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Versorgung ausgerichtete Behandlung durch die „integrierte Versorgung“ und die weitere Stärkung der Rolle des Hausarztes als „Lotsen im Gesundheitswesen“ umsetzen. Zusätzlich zu diesen schon existierenden Möglichkeiten sollen Krankenkassen und Leistungserbringern im Rahmen kommender Reformen erweiterte Möglichkeiten zur Einzelvertragsgestaltung eingeräumt werden, die die generell gültigen Kollektivverträge flexibel ergänzen. Hierzu gehört auch die Schaffung von Möglichkeiten zur Überwindung von Schnittstellenproblemen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung sowie zwischen Pflege und Rehabilitation.

Stärkung der Patientenorientierung

Das BMG geht davon aus, dass durch eine konsequente Berücksichtigung von Qualitätsgesichtspunkten in der Vertragsgestaltung auch die Transparenz im Gesundheitswesen steigen wird. Diese dient neben verbesserten Möglichkeiten der Aufdeckung von Stärken und Schwachstellen des Systems auch der Nutzerorientierung und dem Patientenschutz. Die Stellung der Patientinnen und Patienten und Pflegebedürftigen, die Mittelpunkt des Versorgungsgeschehens sein sollen, wurde in der laufenden Legislaturperiode durch erweiterte Aufklärungs- und Beratungsrechte gestärkt. Geplant ist darüber hinausgehend die Einführung eines Gesundheitspasses auf freiwilliger Basis. Dieser ermöglicht bessere Einblicke in die jeweiligen Behandlungen, er vermeidet unnötige Doppeluntersuchungen und erhöht die Patientensicherheit durch eine Verminderung unerwünschter Nebenwirkungen von Therapien.

Sicherung der Finanzierungsgrundlagen

Die Koexistenz von Über-, Unter- und Fehlversorgung, aber auch die grundlegenden Ausführungen des Rates

über Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit zeigen, dass die erforderlichen Qualitätsverbesserungen und Umstrukturierungen nicht unbedingt an die Notwendigkeit zur Steigerung finanzieller Ressourcen geknüpft sind. Stattdessen zeigen einzelne Beispiele, dass hoher Mitteleinsatz Fehlentwicklungen sogar begünstigen kann. Die Umsteuerung vergeudeter Mittel und Kapazitäten, die durch Über- und Fehlversorgung keinen oder nur geringen gesundheitspolitischen Nutzen stiften, muss Ziel weiterer gesundheitspolitischer Maßnahmen sein.

Wenngleich weder das Finanzvolumen genau quantifizierbar ist, das durch eine sinnvolle Umsteuerung als Rationalisierungsreserve im System vorhanden ist, noch das Finanzvolumen klar bestimmt werden kann, das möglicherweise erforderlich ist, um langfristige Herausforderungen des demografischen Wandels und des medizinischen Fortschritts zu schultern, so ist das deutsche Gesundheitswesen hinreichend flexibel, um diesen Herausforderungen begegnen zu können. Die erfolgreiche Einführung des gegliederten Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Ländern, das vom Solidargedanken auf Ein- und Ausgabeseite geprägt und getragen wird, hat gezeigt, dass Solidarität gewaltige Integrations- und Aufbauleistungen erbringen kann. Damit

dies auch in Zukunft so bleibt, soll die Solidargemeinschaft in der kommenden Legislaturperiode verbreitert werden, indem für neue Mitglieder die Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Rentenversicherungsniveau – unter Beibehaltung der Beitragsbemessungsgrenze – angehoben wird.

Gemeinsames Handeln auf solidarischer Basis

Insgesamt betrachtet das BMG die Analysen und Empfehlungen des Sachverständigenrates als Handlungsaufforderung für alle Beteiligten im Gesundheitswesen:

- die Patientinnen und Patienten zum Mittelpunkt des Versorgungsgeschehens zu machen,
- die eigenen Prioritäten und Positionen auf den Prüfstand zu stellen,
- die Schwächen des Systems abzubauen und seine Stärken zu steigern,
- die bewährten Elemente des Systems zu würdigen und mit Nachhaltigkeit die weiterhin notwendigen Reformen voranzutreiben.

Diesen Herausforderungen sollten sich alle Beteiligten und gesundheitspolitisch Verantwortlichen stellen.

Abkürzungsverzeichnis

ABAG	Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz
AMPreisV	Arzneimittelpreisverordnung
AQS	Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BAR	Bundes-Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BEMA	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMJ	Bundesministeriums der Justiz
BMVEL	Bundesministerium für Verbraucherschutz, Ernährung und Landwirtschaft
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
COPD	Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen
DIMDI	Deutsches Institut für medizinische Information und Dokumentation
DMP	Disease-Management-Programme
DRG's	Diagnosis-Related Groups (diagnose-orientierte Fallpauschalen)
EbM	Evidence-based-Medicine
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HTA	Health-Technology-Assessment
IOM	Institute of Medicine
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LL	Leitlinien
LMBG	Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
QS	Qualitätssicherung
RSA-ÄndV	Risikostruktureausgleichs-Änderungsverordnung
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB IX	Neuntes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat
WHO	Weltgesundheitsorganisation

