

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

**SACHVERSTÄNDIGENRAT
für die Konzertierte Aktion
im Gesundheitswesen**

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band I

Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

Band II

Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

Gutachten 2000/2001

Kurzfassung

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 11 |
| Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation | 17 |
| 1. Mehr Zielorientierung im Gesundheitswesen | 17 |
| 1.1 Notwendigkeit und Funktionen einer stärkeren Zielorientierung | 17 |
| 1.2 Objektive und subjektive Gesundheitsindikatoren als Leitbilder | 19 |
| 1.3 Gesundheitsziele und Partizipation | 23 |
| 1.4 Endogene und exogene Determinanten gesundheitlicher Ergebnisse | 23 |
| 2. Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention | 25 |
| 2.1 Definitionen, Konzepte und Rahmenbedingungen | 25 |
| 2.2 Präventive Potenziale | 31 |
| 2.3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung | 34 |
| 2.4 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention | 36 |
| 3. Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation | 40 |
| 3.1 Der Nutzer | 40 |
| 3.2 Möglichkeiten der Erhöhung von Kompetenz und Partizipation | 40 |
| 3.3 Patientenrechte | 45 |

| | | |
|-----------------|---|-----------|
| Band II: | Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege | 47 |
| 1. | Optimierung personeller Ressourcen durch Aus-, Weiter- und Fortbildung | 47 |
| 1.1 | Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung | 48 |
| 1.2 | Personelle Ressourcen und Aus-, Weiter- und Fortbildung in pflegerischen Berufen | 54 |
| 2. | Konzepte und Management von Qualität | 57 |
| 2.1 | Grundlagen, Ziele und Nutzen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement | 57 |
| 2.2 | Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements | 60 |
| 2.3 | Möglichkeiten und Grenzen evidenzbasierter Medizin – Grauzonen der ärztlichen Entscheidung | 65 |
| 2.4 | Evidenzbasierte Leitlinien | 68 |
| 3. | Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Versorgung | 74 |
| 3.1 | Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären spezialärztlichen Versorgung | 74 |
| 3.2 | Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ärztlichen Primärversorgung | 78 |
| 3.3 | Der Umgang des Arztes mit dem Patienten als Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung | 80 |
| 3.4 | Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Pflege | 80 |
| 3.5 | Sektoren-, institutionen- und professionenübergreifende Ansätze | 83 |
| 3.6 | Ergebnisse von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement als Nutzerinformation und als Beitrag zur Förderung einer Qualitätskultur | 84 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4. | Zur Fortentwicklung der pauschalierenden Leistungsvergütung im Krankenhaus | 86 |
| 4.1 | Die aktuelle Situation | 86 |
| 4.2 | Fallpauschalen: Effizienzpotentiale und Fehlanreize | 86 |
| 4.3 | Die Entscheidung für das australische Klassifikationssystem | 87 |
| 4.4 | Zur Zukunft der Entgelte für Behandlungsfallgruppen | 88 |
| 5. | Anhang | 93 |
| 5.1 | Auftrag zu einem Sondergutachten | 93 |
| 5.2 | Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000) | 94 |
| 5.3 | Überleitung von Teilen des Sondergutachtens in den gesetzlichen Auftrag | 95 |
| 5.4 | Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen | 97 |

Verzeichnis der Tabellen

| | |
|--|----|
| <i>Tabelle 1:</i> Die Entwicklung von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich | 21 |
| <i>Tabelle 2:</i> Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung bei nicht übertragbaren Krankheiten | 39 |
| <i>Tabelle 3:</i> Beschäftigte in Pflege- und Sozialberufen nach Berufsgruppen | 54 |
| <i>Tabelle 4:</i> Qualifikationsstruktur von Pflegekräften bei ambulanten Diensten und in stationären Einrichtungen der Altenpflege 1999 | 56 |
| <i>Tabelle 5:</i> Konzeptioneller Schwerpunkt von Qualitätssicherungsmethoden in verschiedenen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus | 61 |

Verzeichnis der Abbildungen

| | |
|---|----|
| <i>Abbildung 1:</i> Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen zwischen 1960 und 1996 in 14 OECD-Ländern | 22 |
| <i>Abbildung 2:</i> Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes | 24 |
| <i>Abbildung 3:</i> Einrichtungen und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene | 29 |
| <i>Abbildung 4:</i> Beziehungen zwischen Kompetenz, Partizipation, Nutzerverhalten, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung | 41 |
| <i>Abbildung 5:</i> Domänen-Modell der Übertragbarkeit von Studienresultaten auf Patientenpopulationen bzw. Individuen | 67 |
| <i>Abbildung 6:</i> Stellung symptom- und diagnoseorientierter Leitlinien im ärztlichen Behandlungsprozess | 73 |
| <i>Abbildung 7:</i> Ansatzebenen qualitätssichernder Maßnahmen in der Pflege | 81 |

Vorwort

1. Im Mai 1999 erteilte die Bundesministerin für Gesundheit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen den Auftrag, ein Sondergutachten zur Verbesserung der Leistungssteuerung im Gesundheitswesen zu erstellen. Dabei sollten insbesondere Qualitätssicherung und neue Vergütungsformen, die Rolle von Gesundheitszielen, Prävention, Versichertenkompetenz und die primärärztliche Versorgung berücksichtigt werden. Im Februar 2000 hat die Bundesministerin für Gesundheit den Rat als Folge der im Januar 2000 in Kraft getretenen neugefassten Aufgaben (§ 142 SGB V) von dem Wortlaut und der Frist ihres Auftrages vom Mai 1999 entbunden. Zugleich stellte sie dem Rat frei, in das nunmehr nach § 142 SGB V zu erstellende Regelgutachten über Bereiche der Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung, die bereits im Rahmen ihres ersten Auftrages im Rat erarbeiteten Gutachtenteile zu übernehmen.
2. Der Rat hat in das gesetzlich vorgesehene Gutachten Überlegungen aus dem ersten gesetzlichen Auftrag zu Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation sowie zur Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege integriert. Diese Teile erscheinen, einer 1996 und 1997 begonnenen Tradition folgend, hiermit in zwei Einzelbänden. Der Rat wird einen dritten Band im Frühjahr 2001 vorlegen. Alle drei Bände stellen aufeinander bezogene Teile des vom Gesetzgeber verlangten Gutachtens mit dem gemeinsamen Haupttitel „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ dar.
3. Im ersten Band mit dem Untertitel „Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation“ nimmt der Rat im ersten Kapitel zur Notwendigkeit einer stärkeren Zielorientierung im deutschen Gesundheitswesen Stellung. Er plädiert in dem Kapitel Zielbildung für einen politischen und öffentlichen Diskurs über explizite Gesundheitsziele auch in Deutschland, der über die seit 25 Jahren dominierende Kostendämpfungsdebatte hinausgeht (vgl. auch SG 1997). Er sieht darin auch wichtige Voraussetzungen für eine Erfolgsbewertung von Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. Die Schaffung eines gesundheitsbezogenen Zielbewusstseins kann auch das Handeln von Verbänden und Akteuren der Mikroebene stärker auf gemeinsame Wert- und Aktionshorizonte verpflichten.

Es wird ferner auf die Verknüpfung mit einer verbesserten Gesundheitsberichterstattung und auf ihren Beitrag zu einer insgesamt stärkeren Transparenz im Gesundheitswesen und einer Versachlichung gesundheitspolitischer Kontroversen eingegangen.

Der Rat bewertet in diesem Kapitel auch Daten zum Gesundheitsstatus und zu den Gesundheitsausgaben Deutschlands im internationalen Vergleich. Ähnlich wie im jüngsten, öffent-

lich umstrittenen "World Health Report 2000" der Weltgesundheitsorganisation nimmt Deutschland nach der Analyse des Rates hinsichtlich Lebenserwartung und verlorenen Lebensjahren trotz deutlicher Verbesserungen in den zurückliegenden Jahren unter den Industrieländern nur eine Mittelstellung ein. Die Position Deutschlands wird ferner durch das im internationalen Vergleich hohe Ausgabenniveau im deutschen Gesundheitswesen beeinträchtigt. Darin sieht der Rat einen Hinweis auf erhebliche strukturelle Schwächen des derzeitigen Mitteleinsatzes in Deutschland und plädiert für die Notwendigkeit weiterer Qualitätsverbesserungen von Versorgung und Prävention.

Bei der Diskussion objektiver und subjektiver Gesundheitsindikatoren sowie der Bildung und Umsetzung von Gesundheitszielen widmet der Rat der Einbeziehung von Betroffenen-Gruppen und den Präferenzen der Bevölkerung bei der Erstellung von Gesundheitszielen besondere Aufmerksamkeit. Ebenso werden Funktionen gesundheitspolitischer Ziele im Kontext europäischer Erfahrungen dargestellt.

Zur Analyse der, der medizinischen Versorgung im engeren Sinne zurechenbaren (bzw. nicht zurechenbaren) Wirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung weist der Rat zum Abschluss von Kapitel 1 nicht nur auf die endogenen Determinanten des Systems, sondern auch auf die Bedeutung exogener Einflussgrößen aus anderen Politikfeldern hin.

4. Kapitel 2 beschäftigt sich mit der Optimierung des Gesundheitssystems durch Gesundheitsförderung und Prävention. Der Rat plädiert nachdrücklich für mehr Prävention als lohnende und notwendige Zukunftsinvestition. Er macht neben den Beispielen von Mundgesundheit und Impfschutz bei Kindern erneut deutlich, dass auch und gerade bei älteren Menschen hohe, kurzfristig zu mobilisierende, aber bislang vernachlässigte präventive Potenziale vorhanden sind.

Der Rat weist anhand einer bereits in Kapitel 1 ausgeführten Analyse der exo- und endogenen Einflüsse auf die Gesundheit darauf hin, dass die medizinische Versorgung im engeren Sinne lediglich 10 bis 40 %, gemessen an Indikatoren wie verlorenen Lebensjahren, dazu beiträgt und plädiert daher für eine Neuausrichtung hin auf eine intersektorale präventive Gesundheitspolitik, die über das Gesundheitswesen hinaus die Bildungs-, Vermögens-, und Einkommenspolitik sowie die Felder Arbeit, Verkehr und Umwelt umfasst.

Angesichts des novellierten § 20 SGB V zur Wiedereinführung von Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung und den daran geknüpften hohen Erwartungen befasst sich der Rat mit Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention – auch mit Blick auf die gesetzlich vorgesehenen Interventionen der Krankenkassen zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen.

In einem weiteren Abschnitt erörtert der Rat Ansätze, Qualitätsmängel und Hindernisse für mehr und verbesserte Prävention in der Versorgung von Kranken, speziell in der primärärztlichen Versorgung. Der Rat misst der primärärztlichen Prävention eine große Bedeutung für eine angemessene Weiterentwicklung der präventiven Versorgung bei, konstatiert aber gleichzeitig erhebliche Lücken in der praxisbezogenen Förderung und versorgungsrelevanten Forschung sowie in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

5. Erstmals hat der Rat den Nutzern des Systems ein eigenes, umfangreiches Kapitel gewidmet. Darunter versteht der Rat die Bürger, Versicherten und Patienten, die in unterschiedlichen Rollen dem Gesundheitssystem gegenüberstehen und durch ihr Wissen, ihre Einstellung und ihr Nutzerverhalten wesentliche, aber bislang vernachlässigte Einflussgrößen bei der Steuerung des Systems und seiner Ergebnisse darstellen.

Ein wesentliches Entwicklungsziel sieht der Rat in der verbesserten Kompetenz der Nutzer durch mehr Information und Transparenz. Der notwendige Umfang und die Qualität der Informationen sowie die angemessenen Zugangswege werden derzeit kontrovers diskutiert und müssen verstärkt zum Thema gemacht werden.

Der Rat plädiert für eine verbesserte Partizipation der Betroffenen durch mehr Informations-, Anhörungs- und Mitberatungsrechte in Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens. Er regt an, Möglichkeiten der direkten Mitentscheidung zu prüfen.

6. Band II trägt den Titel „Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege“. Der Rat hält im ersten Kapitel die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte und Pflegeberufe für ein wesentliches Element einer Qualitätskultur im Gesundheitswesen. Er plädiert hier insbesondere für eine Rezertifizierung der Fachärzte in Deutschland nach internationalem Vorbild.
7. Das zweite Kapitel (Band II) gibt eine Übersicht über Konzepte, Methoden und Instrumente der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements. Der Rat betrachtet Verfahren des Qualitätsmanagements als ‚sekundäre Technologie‘, die wie primäre Technologien der Diagnostik und Therapie vor und während ihres Einsatzes einer Überprüfung ihrer erwünschten und unerwünschten Wirkungen sowie ihrer Kosten unterzogen werden müssen (Evaluation). In diesem Kontext thematisiert er die Möglichkeiten und die Grenzen der evidenzbasierten Medizin in den ‚Grauzonen‘ ärztlicher Entscheidungen.

Ausführlich befasst er sich mit der Entwicklung, dem Einsatz, der Qualität und der Evaluation von evidenzbasierten Leitlinien. Diese haben im Gesundheitswesen, national wie international, eine zunehmende Bedeutung gewonnen. Der Rat sieht darin ein wichtiges Entwicklungs- und Steuerungspotenzial von evidenzbasierter Medizin, das aber stark von der Qualität der Leitlinien abhängt.

8. Im dritten Kapitel (Band II) nimmt der Rat Stellung zu Fragen des Qualitätsmanagements in der primär- und spezialärztlichen Versorgung in Deutschland. Hierbei betont der Rat die Notwendigkeit einer dem Versorgungsumfeld angepassten, gezielten, nutzer- und problemorientierten Auswahl und Anwendung qualitätsorientierter Maßnahmen. Er betont ferner die Notwendigkeit einer professionen-, institutionen- und sektorenübergreifenden Entwicklung von Qualitätsmanagement.

Der Rat widmet sich auch ausführlich den oftmals vernachlässigten, aber qualitätsrelevanten Aspekten der Patient-Arzt-Beziehung.

Einen breiten Raum nehmen ferner Fragen des Qualitätsmanagements in der Pflege ein, die vor dem Hintergrund öffentlich diskutierter Qualitätsdefizite eine besondere Bedeutung gewonnen haben.

Angesichts der in Band I Kapitel 3 vom Rat angemahnten Stärkung der Nutzerkompetenz durch mehr Information und mehr Transparenz richtet er die Forderung an die Politik, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung öffentlich zu machen (z. B. durch obligatorische Leistungsberichte). Er schlägt ferner eine Verknüpfung mit der derzeit in Vorbereitung befindlichen Gesetzgebung zur Verbesserung der Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung vor. Er sieht darin wichtige Anreize für eine Umorientierung der öffentlichen Debatte zu mehr Qualität und für einen qualitätsorientierten Wettbewerb im Gesundheitswesen.

9. Das Abschlusskapitel des zweiten Bandes bilden Fragen zur Neuordnung der Krankenhausvergütung durch eine bundesweit einheitliche, fallpauschalierende und diagnosebezogene Vergütungsregelung (DRGs). Der Rat diskutiert die Potenziale der neuen Vergütungsform für eine effizientere Versorgung, weist aber gleichzeitig auf mögliche Fehlanreize hin, insbesondere auf die durch verstärkten Kostendruck verursachte Gefahr von Qualitätsminderungen. Er plädiert daher nachdrücklich für den zeitgleichen Aufbau einer verbindlichen, nach außen transparenten und für die Nutzer verständlichen Qualitätskultur in den deutschen Krankenhäusern.

Der Rat weist darauf hin, dass nach ausländischen Erfahrungen aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Krankenhausverweildauern mit deutlichen Mehrbelastungen der ambulanten und stationären, ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen (nach SGB V wie auch nach SGB IX und XI) zu rechnen ist. Diese Strukturen müssen schnittstellengenau, qualitätsbewusst und synchron weiterentwickelt werden, um Nachteile für Patienten zu vermeiden. Diese Aspekte werden in Deutschland noch kaum beachtet.

Der Rat diskutiert ferner Grundsatz- und Detailprobleme der im Sommer 2000 getroffenen Entscheidung der Vertragspartner für das australische Klassifikationssystem und stellt anreiztheoretische Überlegungen zu den Steuerungswirkungen der neuen Entgeltform und ihrer vertraglichen Umsetzung an.

10. Bei der Erstellung der beiden ersten Bände des Gutachtens hat der Rat eine große Zahl an Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen bekommen. Er konnte sich jederzeit auf die fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit stützen. Im Einzelnen dankt er Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Reinhard Busse, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, Herrn Priv.-Doz. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff, Klinikum der Universität Marburg, Frau Dr. med. Annette Güntert und Frau Martina Busch, Bundesärztekammer, Frau Dr. med. Elke Jakubowski, M.S.P., Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen, Herrn Dr. med. Thomas Lichte, Landesärztekammer Niedersachsen, Herrn Prof. Dr. med. Thomas Löscher, Ludwig-Maximilians-Universität München, Herrn Prof. Dr. med. Günter Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Herrn Prof. Dr. med. Hagen Sandholzer, Universitätsklinikum Leipzig, Frau Dr. med. dent. Angelika Schreiber, M.S.P., Berlin, Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. Alf Trojan, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg, Herrn Dr. med. Christian Festersen, Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzteverband e.V.

Für die Bearbeitung wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, in erheblichem Umfang auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Frau Dipl.-Volksw. Antje Freytag, Herr Dr. med. Antonius Helou, M.S.P., Frau Dr. med. Ulrike Heyer, M.P.H., Frau Dr. P.H. Dipl.-Psych. Friederike Hoepner-Stamos, Frau Dr. rer. pol. Dipl.-Volksw. Karin Hummel, Frau Sabine List, Ärztin, Frau Annette Riesberg, Ärztin, und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth. Für ihr außerordentliches Engagement, das das Ausmaß des sonst üblichen weit überstieg, gebührt ihnen allen besonderer Dank.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen einiger Ratsmitglieder, insbesondere Herrn Dipl.-Soz. Martin Beyer, Medizinische Hochschule Hannover, Frau Dr. rer. biol. hum. Marie-Luise Dierks, Medizinische Hochschule Hannover, Priv.-Doz. Dr. med. Ferdinand Gerlach, M.S.P., Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Dr. rer. med. Dr. phil. Thomas Gerlinger, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Herrn Dipl.-Volksw. Markus Lungen, Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln, Herrn Dr. med. Matthias Perleth, M.S.P., Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Marcus Redaelli, Arzt, Universität Köln, Herrn Dipl.-Volksw. Stefan Resch, Universität Mannheim, Frau Dr. med. Beate Rossa, Medizinische Hochschule Hannover, Frau Dr. phil. Ulla Walter, Medizinische Hochschule Hannover, Herrn Dipl.-

Pflegepäd. Maik Winter, Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel, Herrn Dr. phil. Matthias Wismar, Medizinische Hochschule Hannover, sowie Frau Claudia Nitsch, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg.

Der Rat dankt Frau Renate Schneid, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Ingrid Aengenheyster und Frau Sabine VanDen Berghe für die Unterstützung der Arbeit des Rates und der Geschäftsstelle.

Wenn in dem Gutachten bei der Bezeichnung von Personengruppen, Gesundheitsberufen und anderen Kollektiven die männliche Form verwendet wird, so sind damit selbstverständlich Frauen und Männer gemeint. Die Verwendung der kürzeren männlichen Form dient ausschließlich der besseren Lesbarkeit.

Für Fehler und Mängel des Gutachtens trägt der Rat die Verantwortung.

Bonn, im Dezember 2000

Gisela C. Fischer

Adelheid Kuhlmei

Karl W. Lauterbach

Rolf Rosenbrock

Friedrich Wilhelm Schwartz

Peter C. Scriba

Eberhard Wille

Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation

1. Mehr Zielorientierung im Gesundheitswesen

1.1 Notwendigkeit und Funktionen einer stärkeren Zielorientierung

1. Das deutsche Gesundheitswesen leidet an einer mangelnden Orientierung im Hinblick auf explizite gesundheitliche Ziele, was fast zwangsläufig zu einer Überbetonung der Diskussion über die Ausgabenebene führt. Diese einseitige Orientierung an den Ressourcen, die in das Gesundheitswesen fließen, kommt auch darin zum Ausdruck, dass mit der Beitragsatzstabilität ein Inputindikator als Sollvorschrift bzw. Postulat in das Sozialgesetzbuch einging. Infolge dieser einseitigen Betrachtungsweise reduzierten sich die meisten ‚Gesundheitsreformen‘ auf reine Kostendämpfungsmaßnahmen.

Der Dominanz der Ausgabenbetrachtung könnte und sollte mit einer breiten und öffentlichen Zieldiskussion begegnet werden, welche die anzustrebenden Outcome-Indikatoren und die daraus abzuleitenden Versorgungsziele thematisiert. Da die Gesundheitspolitik eine explizite Setzung von Schwerpunkten und Prioritäten, die bei knappen Ressourcen immer auch Posterioritäten implizieren, scheute, erfolgte bislang eine weitgehende Fortschreibung der gegebenen und teilweise nicht mehr zeitgemäßen, d. h. ineffizienten und ineffektiven, Strukturen. Die korporative Organisation des deutschen Gesundheitswesens, die gegenüber den alternativen Koordinationsinstrumenten Marktmechanismus sowie staatliche Planung und Administration sicherlich auch komparative Vorzüge besitzt, begünstigt das Status-quo-Denken und damit das Beharrungsvermögen überkommener Strukturen. Ein entscheidender Mangel der einseitigen Ausgabenbetrachtung besteht darin, dass sie keinerlei Schlüsse auf die Effizienz und die Effektivität der Gesundheitsversorgung erlaubt.

2. Von einer intensiven gesundheitspolitischen Zieldiskussion, die zumindest gleichberechtigt neben die – zweifellos ebenfalls erforderliche – Ausgabenanalyse tritt, verspricht sich der Rat vor allem die Erfüllung folgender Funktionen:

- Schärfung des Zielbewusstseins,
- Ableitung von konkreten Versorgungszielen,
- explizite Setzung von Schwerpunkten und Prioritäten für eine bestimmte Periode,
- Orientierung für gesundheitspolitische Maßnahmen und Programme,
- Grundlagen für eine Erfolgsbewertung,

- Erzielung von Lerneffekten für die künftige Gesundheitspolitik,
- Verbesserung der Gesundheitsberichterstattung,
- Versachlichung gesundheitspolitischer Kontroversen sowie
- Erhöhung der Transparenz im Gesundheitswesen.

3. Einer umfassenden Beschäftigung mit gesundheitspolitischen Zielen fällt auch die Aufgabe zu, einen konzeptionellen Ansatz für die Formulierung konkreter, indikationsspezifischer Versorgungsziele zu bieten. Die rationale Ableitung von Versorgungszielen setzt allerdings fundierte epidemiologische und gesundheitsökonomische Studien sowie eine intensive Versorgungsforschung voraus. Da Deutschland auf diesem Gebiet international betrachtet erheblichen Nachholbedarf besitzt, hat der Rat bereits in früheren Gutachten (SG 1995, Ziffer 327-342; SG 1997, Ziffer 196-216) bei bestimmten Fragen der klinischen Forschung eine Kooperation zwischen Wissenschaft und Krankenkassen empfohlen. Er wollte eine Mitwirkung der Krankenkassen bei der Auswahl der Themen, bei Beschlüssen über Projekte und vor allem bei der Finanzierung von Vorhaben, die Krankenkassen besonders interessieren, erreichen. Insofern begrüßt der Rat die Einigung der zuständigen Bundesministerien mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen über entsprechende erste Projekte der Versorgungsforschung. Angesichts der immensen anstehenden Aufgaben der Versorgungsforschung reichen die bisher vorgesehenen Fördermittel allerdings bei weitem nicht aus, d. h. zur Bewältigung der dringlichsten Aufgaben bedarf es erheblich stärkerer finanzieller Anstrengungen. Schließlich belegen die derzeitigen Erhebungen des Rates zur Über-, Unter- und Fehlversorgung den augenfälligen Mangel an validen Daten.

4. Es ist bei der Deklaration von Zielen wichtig, dass alle diejenigen, von denen die Realisierung von Maßnahmen, also die konkrete alltägliche Umsetzung, erwartet wird, dazu auch in Stand gesetzt, d. h. informiert, eingebunden, geschult werden und gegebenenfalls Anreize und finanzielle Spielräume erhalten, ihre Arbeit entsprechend zu verändern. Das ist – zumal bei großen nationalen Zielen – ein sehr komplexes Unterfangen. Ein Ausweg aus diesen Schwierigkeiten kann darin bestehen, sich zunächst auf wenige, wichtige, hinsichtlich ihrer Dringlichkeit und ihres Nutzens transparente und verständliche Ziele zu konzentrieren und später schrittweise neue Ziele hinzuzufügen.

5. Ob Ziele quantitativ und messbar sein sollen, hängt von ihrer Funktion ab. Steht nur die politische Wahrnehmung von Problemen im Mittelpunkt, ist das Niveau der Definition und die Quantifizierbarkeit und Messbarkeit von Zielen anders zu beurteilen, als wenn präzise Veränderungen in der Versorgung oder Prävention definierter Risiken oder Krankheiten gewünscht werden. Aber die Auswahl weniger, sehr präziser Ziele fragmentiert auch das öffentliche Interesse. Die richtige Balance zwischen allgemeinen, ‚inspirierenden‘ und konkreten Zielen im Sinne von

Planvorgaben muss jeweils austariert werden, ebenso zwischen kurz- und langfristigen und eher ‚optimistisch‘ oder negativ formulierten Inhalten von Zielen. Über diese zahlreichen politischen und methodischen Fragen ist innerhalb der europäischen Regionen und Länder, die konkrete Erfahrungen mit dem Aufbau und der Umsetzung von Gesundheitszielen sammeln konnten, mehr Erfahrungsaustausch wünschenswert.

In diese Erfahrungen sollten auch Benchmarking- oder *Best-Practice*-Ansätze einfließen. Diese können für andere Staaten, Regionen oder Kommunen sehr anregend wirken.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Europäische Union (EU), aber ebenso interessierte nationale Regierungen Europas, sollten Netzwerke und – teils mehr politisch orientierte, teils mehr management- oder technisch interessierte – Arbeitsgruppen unterstützen.

6. Der Mangel an Ziel- bzw. Outcome-Orientierung spiegelt sich ebenfalls in der Gesundheitsberichterstattung wider. Verglichen mit den zahlreichen Daten über die monetären und physischen Inputs, die in die gesundheitliche Leistungserstellung eingehen, vernachlässigt die amtliche Statistik immer noch die Outcomeebene. Von einer intensiveren Zielorientierung geht auch eine zusätzliche spezifische Datennachfrage aus, so dass die amtliche Statistik ihre Erhebungen stärker an den gesundheitspolitischen Bedürfnissen ausrichten kann und muss. Darüber hinaus können valide Daten über Outcomeindikatoren als statistische Grundlage für ein Benchmarking zwischen Ländern, Regionen, Geschlechtern, Altersklassen und Bevölkerungsschichten dienen. Ein Benchmarking von Outcomeindikatoren kann vor allem in speziellen Indikationsbereichen im Rahmen vertiefter Versorgungsforschung Hypothesen über die Effizienz und Effektivität der jeweiligen Gesundheitsversorgung liefern. Dabei lassen die Komplexität der gesundheitlichen Leistungserstellung sowie die exogenen Inputs, die als transsektorale Determinanten von außerhalb des Gesundheitswesens – z. B. aus dem Verkehrs- und Bildungswesen, den Arbeits- und Wohnbedingungen – auf die gesundheitlichen Outcomes einwirken, häufig keine deterministischen, sondern nur Tendenzaussagen zu.

1.2 Objektive und subjektive Gesundheitsindikatoren als Leitbilder

7. Ein internationaler Vergleich der Gesundheitsausgaben im Jahre 1997 zeigt, dass Deutschland bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben auf der Grundlage von Kaufkraftparitäten (Tabelle 1) den dritten Platz hinter den USA und der Schweiz innerhalb der OECD-Länder einnimmt. Bei den ‚Gesundheitsquoten‘, d. h. der jeweiligen Relation zwischen den gesamten nationalen Gesundheitsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt, rangiert Deutschland sogar hinter den USA an zweiter Stelle. Bei einem internationalen Benchmarking von Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre zwischen 14 wirtschaftlich in etwa vergleichbaren Ländern

schneidet Deutschland dagegen unterdurchschnittlich ab. Angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, die in den einzelnen Ländern nach dem Krieg im Hinblick auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und das Niveau der Gesundheitsversorgung herrschten, besitzen die absoluten Größen dieser beiden Outcomeindikatoren für viele Fragestellungen eine geringere Aussagekraft als die entsprechenden Wachstumsraten. Im Hinblick auf die Wachstumsrate der ferneren Lebenserwartung (Abbildung 1) und der verlorenen Lebensjahre liegt Deutschland im Zeitraum zwischen 1960 und 1996 bzw. 1962 und 1992 jeweils über dem Durchschnitt der 14 aufgelisteten Länder, aber nicht unter den ersten drei.

8. Die Lebenserwartung und die verlorenen Lebensjahre stellen zwar valide und relevante Outcomeindikatoren dar, sie bilden aber nur einen beschränkten Teil des weiten Zielspektrums der Gesundheitsversorgung ab. Sie berücksichtigen z. B. weder Verteilungsaspekte (Ungleichheit von Gesundheitschancen und Versorgungsergebnissen) noch den vielschichtigen Zielbereich der Lebensqualität. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wählt in ihrem *World Health Report* 2000 zur Beurteilung des gegenwärtigen Leistungsstandes der Gesundheitssysteme ihrer Mitgliedstaaten einen vergleichsweise umfassenden Ansatz. Obgleich sich auch gegen die Konzeption der WHO gewichtige inhaltliche und methodische Einwände vorbringen lassen, gelangt diese Studie im Hinblick auf die untersuchten Zielindikatoren und die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens tendenziell zu ähnlichen Aussagen wie ein einfacher internationaler Vergleich mit Hilfe der Outcomeindikatoren Lebenserwartung und verlorene Lebensjahre. Vorsichtig formuliert stützen die entsprechenden Ergebnisse in keiner Weise die hierzulande liebgewonnene These, dass Deutschland über „das beste Gesundheitssystem der Welt“ verfügt. Interessanterweise schneidet das deutsche Gesundheitswesen jeweils bei der Zielerreichung besser ab als bei der Leistungsfähigkeit insgesamt, die die Ressourcenebene bei der Bewertung mit einschließt.

9. Unbeschadet aller inhaltlichen und methodischen Unvollkommenheiten und Unzulänglichkeiten internationaler Vergleiche von Gesundheitssystemen deuten die bisherigen Ergebnisse darauf hin, dass das deutsche Gesundheitswesen bei der Zielerreichung im gehobenen Mittelfeld liegt, dafür jedoch einen unverhältnismäßig hohen Mittelaufwand benötigt. Dies spricht theoretisch für die Existenz eines beachtlichen Rationalisierungspotenzials. Vor diesem Hintergrund gewinnt der gesetzliche Auftrag an den Rat, Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen aufzuzeigen, an gesundheitspolitischer Relevanz. Die zu erwartende bzw. fortschreitende Liberalisierung der europäischen Gesundheitsmärkte dürfte die nationalen Leistungserbringer im Hinblick auf Qualität und Wirtschaftlichkeit künftig unter einen verschärften Wettbewerbsdruck setzen. Die Liberalisierung erfordert jedoch keine Harmonisierung der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme und lässt diese auch nicht wünschenswert erscheinen.

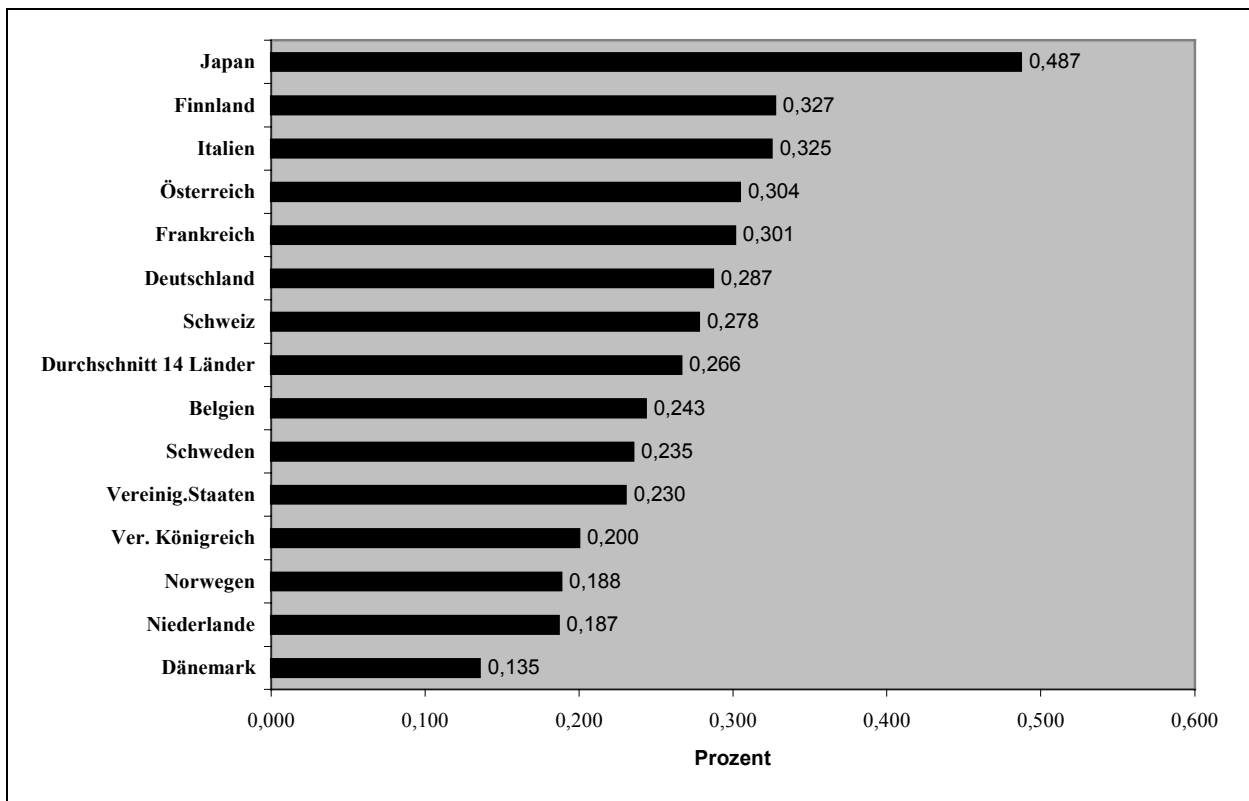
Tabelle 1: Die Entwicklung von Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich^{a)}

| Jahr | 1960 | 1970 | 1980 | 1990 | 1991 | 1995 | 1996 | 1997 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Land | | | | | | | | |
| Australien | 94 | 207 | 663 | 1320 | 1403 | 1778 | 1874 | 1909 |
| Belgien | 53 | 130 | 578 | 1247 | 1381 | 1698 | 1725 | 1768 |
| Dänemark | 67 | 216 | 832 | 1424 | 1486 | 1855 | 1973 | 2042 |
| Deutschland | 90 | 224 | 824 | 1602 | 1600 | 2178 | 2288 | 2364 |
| Finnland | 54 | 163 | 510 | 1292 | 1412 | 1414 | 1486 | 1525 |
| Frankreich | 72 | 206 | 701 | 1539 | 1656 | 1984 | 2005 | 2047 |
| Griechenland | 21 | 100 | 345 | 702 | 772 | 1054 | 1113 | 1196 |
| Großbritannien | 74 | 144 | 444 | 964 | 1013 | 1281 | 1396 | 1415 |
| Irland | 35 | 98 | 455 | 759 | 856 | 1246 | 1189 | 1293 |
| Island | 50 | 137 | 577 | 1374 | 1453 | 1826 | 1918 | 1981 |
| Italien | 49 | 154 | 579 | 1321 | 1449 | 1534 | 1615 | 1613 |
| Japan | 26 | 131 | 524 | 1082 | 1165 | 1637 | 1713 | 1760 |
| Kanada | 109 | 262 | 716 | 1695 | 1833 | 2106 | 2109 | 2171 |
| Luxemburg | | 147 | 605 | 1495 | 1575 | 2120 | 2147 | 2303 |
| Neuseeland | 90 | 174 | 458 | 937 | 1015 | 1244 | 1267 | 1357 |
| Niederlande | 67 | 202 | 679 | 1326 | 1417 | 1777 | 1832 | 1933 |
| Norwegen | 46 | 131 | 632 | 1365 | 1513 | 1860 | 2010 | 2017 |
| Österreich | 64 | 159 | 663 | 1205 | 1270 | 1675 | 1773 | 1905 |
| Portugal | | 43 | 260 | 614 | 731 | 1046 | 1086 | 1148 |
| Schweden | 89 | 270 | 850 | 1492 | 1458 | 1623 | 1701 | 1762 |
| Schweiz | 87 | 252 | 801 | 1760 | 1958 | 2464 | 2549 | 2667 |
| Spanien | 14 | 82 | 325 | 815 | 900 | 1063 | 1122 | 1183 |
| Türkei | | 23 | 75 | 171 | 185 | 188 | 227 | 259 |
| USA | 149 | 357 | 1086 | 2798 | 3035 | 3776 | 3926 | 4095 |
| Durchschnitt | 67 | 167 | 591 | 1262 | 1356 | 1684 | 1752 | 1821 |

a) Angegeben in Dollar-Kaufkraftparitäten.

Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

Abbildung 1: Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen zwischen 1960 und 1996 in 14 OECD-Ländern



Quelle: OECD (1999a), eigene Berechnungen

10. Die mangelnde Einbindung der Patienten und Versicherten in die prima vista paternalistische gesundheitspolitische Zielbildung stellt einen häufig geäußerten Kritikpunkt am deutschen Gesundheitswesen dar. Auch aus diesem Grunde versuchen in jüngster Zeit mehrere Studien, die Präferenzen Wünsche der Bürger im Hinblick auf das Gesundheitswesen mit Hilfe von repräsentativen Befragungen zu ermitteln. Diese Umfragen gelangen überwiegend zu dem Ergebnis, dass die Bürger im Hinblick auf die zentralen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens, z. B. die solidarische Finanzierung und den vergleichsweise umfassenden Leistungskatalog, eine hohe Zufriedenheit äußern und nur inkrementale Reformschritte wünschen. Die entsprechenden Fragen abstrahieren allerdings häufig von den Opportunitätskosten bestimmter Maßnahmen und/oder Unterlassungen und erlauben kaum Schlüsse über den tatsächlichen Reformbedarf.

Die in diesen Umfragen geäußerte hohe Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen relativiert sich, wenn man sie mit entsprechenden Wertungen anderer Lebensbereiche oder mit den Ergebnissen ähnlicher Umfragen in anderen Ländern vergleicht. Verglichen mit der Zufriedenheit der deutschen Bevölkerung in anderen Lebensbereichen schneidet das Gesundheitswe-

sen nur durchschnittlich ab, und bei internationalen Vergleichen der Zufriedenheit mit dem nationalen Gesundheitssystem liegt Deutschland nur im gehobenen Mittelfeld.

1.3 Gesundheitsziele und Partizipation

11. Für die konkrete Einbindung der Patienten und Versicherten in die gesundheitspolitische Zielbildung fehlt es an erprobten Partizipationsmodellen und entsprechend an Erkenntnissen, welches Modell auf welcher Ebene geeignet ist. Aus diesem Grund sollte die Beteiligung von Nutzern bei der Erstellung von Gesundheitszielen als Prozess verstanden werden, in dessen Verlauf der Partizipationsbegriff mit all seinen Aspekten erst eröffnend definiert wird, und in dem sich auch das Selbstverständnis von Nutzern im Gesundheitssystem verändern kann. Es ist damit zu rechnen, dass sich aus einer solchen Partizipation (nicht nur bei der Erstellung von Gesundheitszielen) neue Interessenkonstellationen zwischen den Akteuren des Gesundheitssystems ergeben, was einerseits zu erhöhtem Konfliktpotenzial, andererseits aber auch zu einer Neubestimmung der Rollen der Akteure führen kann.

Der Rat spricht sich dafür aus, grundsätzlich überall dort Nutzern ein Mitspracherecht einzuräumen, wo Gesundheitsziele beschlossen und umgesetzt werden. Hierzu gehören politische Gremien auf Bundes-, Landes- und regionaler Ebene ebenso wie Verbände und andere Institutionen der Gesundheitsversorgung. Die unterschiedlichen Ansätze einer Vertretung von Nutzerinteressen im Gesundheitssystem mit dem Ziel ihrer gleichberechtigten Beteiligung sollten systematisch geprüft und weiterentwickelt werden.

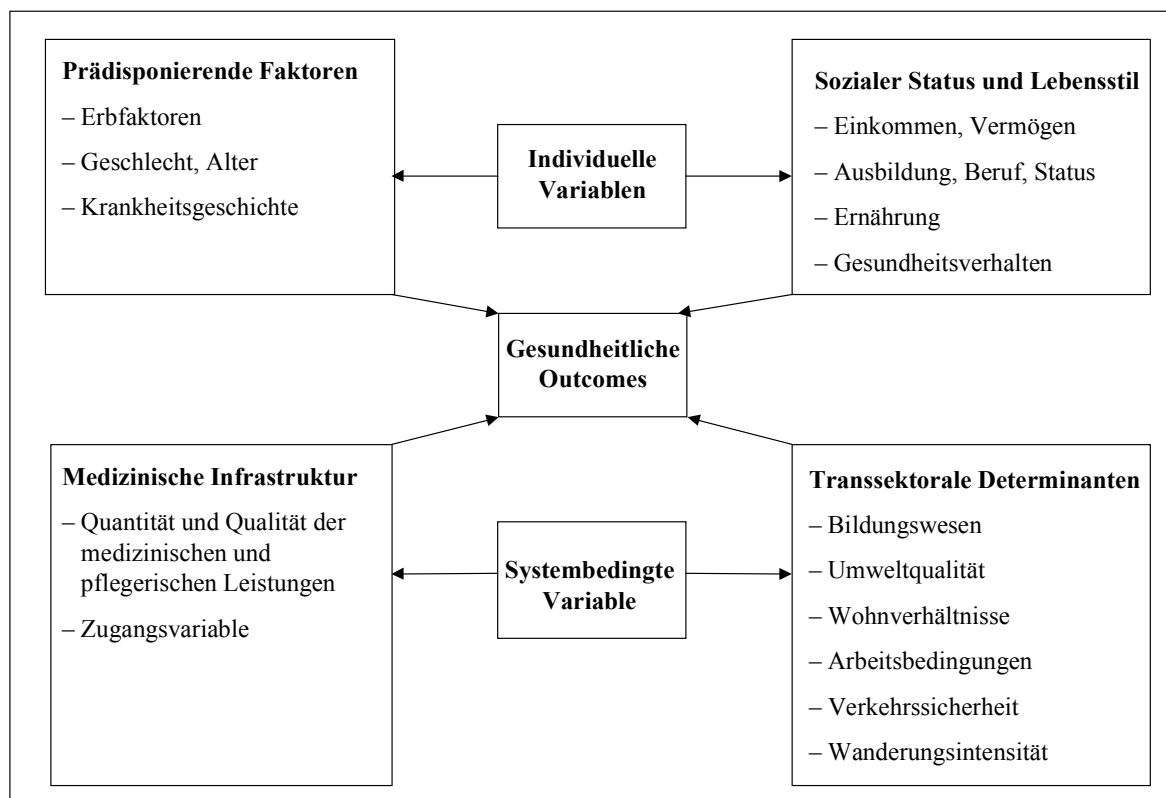
Darüber hinaus empfiehlt der Rat, die jeweiligen Beteiligungsmodelle flexibel je nach dem Gremium und der Art des Gesundheitsziels auszuwählen. Bei krankheitsbezogenen Gesundheitszielen kann es beispielsweise sinnvoll sein, die Vertretung der Nutzerinteressen durch Selbsthilfeverbände zu gewährleisten. Bei Gesundheitskonferenzen auf regionaler Ebene kann ebenso verfahren werden. Darüber hinaus gibt es in manchen Kommunen das System der ‚sachkundigen Bürger‘, die für Ausschüsse benannt werden können und die weniger aus der eigenen Betroffenheit heraus die Interessen von Nutzern vertreten können. Auf Landes- oder Bundesebene sollten eher Versichertenvertreter gewählt werden, um die Interessen der Nutzer repräsentativer einzubringen als Selbsthilfevertreter. Daneben ist auf Landes- und Bundesebene auch an Versichertenbefragungen zu denken, um bürgernahe Priorisierungen vornehmen zu können.

1.4 Endogene und exogene Determinanten gesundheitlicher Ergebnisse

12. Ein zentrales Problem bei der Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen mit Hilfe von Outcomeindikatoren bildet der empirisch gesicherte Befund, dass auf die gesund-

heitlichen Outcomes zahlreiche relevante Determinanten einwirken, die außerhalb des Gesundheitswesens im engeren Sinne und damit auch außerhalb der Kompetenzen seiner Entscheidungsträger liegen (Abbildung 2). Diese exogenen bzw. transsektoralen Einflussgrößen gesundheitlicher Zielindikatoren wurzeln z. B. im Arbeitsmarkt und der Einkommens- und Vermögensverteilung, im Bildungs- und Verkehrswesen, in der Umweltqualität, den Arbeitsbedingungen und den Wohnverhältnissen sowie auch im Lebensstil der Bürger. Der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung bzw. Mortalität liegt nach zahlreichen nationalen und auch international vergleichenden Studien zwischen 10 % und 40 %. Daraus folgt, dass eine effiziente und effektive Einwirkung auf die gesundheitlichen Outcomes im Sinne einer Gesundheitspolitik im weiteren Sinne eine Kooperation mit anderen Politikbereichen bzw. Ministerien erfordert, was z. B. über entsprechende interministerielle Ausschüsse initiiert werden könnte.

Abbildung 2: Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes



Quelle: eigene Darstellung

2. Optimierung des Systems durch Gesundheitsförderung und Prävention

2.1 Definitionen, Konzepte und Rahmenbedingungen

13. Konzepte, Programme und Aktivitäten zur Verhütung der Entstehung und des Eintritts von Erkrankungen verwenden heute mit unterschiedlichen Inhalten und oft nicht trennscharf Stichworte wie Gesundheitsschutz, Vorsorge, Prävention, Gesundheitsförderung. Im Einklang mit den meisten wissenschaftlichen Definitionen versteht der Rat unter Prävention generell Maßnahmen zur Vermeidung eines schlechteren Zustandes, während Kuration und Rehabilitation einen besseren Zustand zu erreichen suchen. Demnach bezeichnet Primärprävention die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt. Das Ziel ist die Verminderung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten. Sekundärprävention bezieht sich demgegenüber auf die Entdeckung von biomedizinisch eindeutigen (auch symptomlosen) Frühstadien einer Erkrankung und deren erfolgreiche Frühtherapie. In jüngster Zeit wird unter Sekundärprävention auch die Verhinderung des Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses verstanden (z. B. eines zweiten Myokardinfarkts nach überstandenen Erstinfarkt). Unter Tertiärprävention kann sowohl die wirksame Verhütung bzw. Verzögerung der Verschlimmerung einer manifesten Erkrankung (weites Konzept) als auch die Verhinderung bzw. Milderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen verstanden werden (engeres Konzept).

14. Strategien, die diesen Zielen dienen, können sich zwar in manchen Feldern darauf beschränken, tatsächliche oder mögliche Gesundheitsbelastungen (z. B. biologische, physikalische oder chemische Belastungen, Distress, körperliche und seelische Erschöpfungszustände, schlechte Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel, soziale Isolierung) zu beeinflussen. Meist wird es jedoch auch darauf ankommen, zugleich die Vermehrung von gesundheitsdienlichen Ressourcen (z. B. Selbstbewusstsein, Information, Bildung, Einkommen, angemessene Partizipation, Verhaltensspielräume, Unterstützung durch soziale Netze, Erholung) der betroffenen Individuen bzw. der Zielgruppen anzustreben; sei es, um die physischen bzw. psychischen Bewältigungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen, sei es, um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, sei es, um Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder gesundheitsbelastendes Verhalten begünstigen, zu entwickeln bzw. freizusetzen. Dieser Aspekt – die Stärkung bzw. Vermehrung von Ressourcen – entspricht dem Ansatz der Gesundheitsförderung. Der Aspekt ‚Gesundheitsförderung‘ als Ressourcensteigerung lässt sich nicht auf die Prävention beschränken, sondern ist vielmehr funktional in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verorten.

15. Die individuelle Kompetenzsteigerung der Gesundheitsförderung entspricht in Teil-Elementen dem weitergehenden (zusätzlich einen ‚Kohärenzsinn‘ postulierenden) ‚Salutogenese‘-Konzept von Antonovsky (1987). Der Rat hält dieses Modell für theoretisch anregend, aber in der Praxis noch nicht belastbar. Auch in der Theorie stellen ein zeitgemäß modernisiertes ‚pathogenetisches‘ und ein ‚salutogenetisches‘ Modell keine einander ausschließenden Gegensätze dar.

16. Prävention der heute vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen zielt sinnvollerweise sowohl auf die Senkung und Vermeidung als auch auf die verbesserte Bewältigung von Gesundheitsbelastungen. Bei der Entwicklung von Präventionsstrategien, -programmen und -maßnahmen sollte immer nach beiden Aspekten gefragt werden: Welche Belastungen können im Hinblick auf Krankheitsvermeidung gesenkt werden und welche gesundheitlichen Ressourcen können gestärkt werden? Prävention – darauf weist der Rat wiederholt hin (JG 1988, SG 1995 und 1996) – kommt zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung eine hohe und zunehmende Bedeutung zu. Eine Schwerpunktbildung auf Prävention entspräche auch dem Geist des Sozialgesetzbuches, das in § 1 SGB V unter den Aufgaben der Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Verbesserung der Gesundheit gleichberechtigt neben die Erhaltung und Wiederherstellung derselben gestellt hat.

17. Chronische Erkrankungen, die heute das Krankheits- und Sterbe geschehen in industrialisierten Ländern weitgehend dominieren, sind trotz des in der Vergangenheit erzielten und für die Zukunft zu erwartenden medizinischen Fortschritts in der Mehrzahl der Fälle nicht heilbar im Sinne einer Wiederherstellung des ursprünglichen Gesundheitszustandes. Das Auftreten und der Verlauf chronischer Erkrankungen ist aber in hohem Maße abhängig vom persönlichen Verhalten sowie von Fehlanreizen und gesundheitlichen Belastungen aus der sozialen und physischen Umwelt. Gesundheitliche Belastungen und gesundheitsdienliche Ressourcen sind auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland sozial ungleich verteilt, Gesundheitsrisiken und Gesundheitserwartungen weisen in der Regel erhebliche inverse Gradienten entlang der sozialen Schichtung der Gesellschaft auf (vgl. auch SG 1996 Ziffer 111 und Abb. 13). Dies wird erstmals durch den neugefassten § 20 Abs. 1 SGB V (1999) aufgegriffen.

18. Investitionen in Krankheitsverhütung könnten nicht nur – durch Verlängerung von Lebensdauer und Verbesserung von Lebensqualität – einen höheren gesundheitlichen Nutzen, sondern auch Einsparungen im Gesundheitssystem bewirken. Theoretisch (bei nicht saldierter und nicht diskontierter Betrachtung) lassen sich rund 25 - 30 % der heutigen Gesundheitsausgaben in Deutschland durch langfristige Prävention vermeiden. Allerdings liegt zu vielen, namentlich bevölkerungsweiten Interventionen keine ausreichende Bewertung der ökonomischen Effizienz vor, teils mangels Studien, teils wegen der Schwierigkeit, (intangibile) Kosten und Erträge zu bewerten. Zudem werden die heute verwendeten Berechnungsmethoden vielfach nicht der

Komplexität der multifaktoriellen Verursachung einer oder mehrerer miteinander verbundener Zielkrankheiten sowie der multiplen Wirkungen präventiver Anstrengungen gerecht.

19. Kosten-Nutzen-Analysen können und sollen aber auch lediglich eines von mehreren Entscheidungskriterien ergeben. Sozialpolitische Kriterien (z. B. die Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen) sowie im öffentlichen Diskurs über Gesundheitsziele erarbeitete Prioritäten treten gleichberechtigt hinzu (vgl. Kapitel I-1). Die breite öffentliche Debatte, die in den vergangenen Jahren in Großbritannien zum Gesundheitsprogramm „*Saving Lives: Our Healthier Nation*“ geführt wurde, hat gezeigt, welche Vielzahl und Differenziertheit an konkreten Vorstellungen und Projekten ein solcher öffentlicher politischer Diskurs zu mobilisieren vermag.

20. Für den wissenschaftlichen Input in eine solche Zieldebatte zur Ermittlung von gesundheitspolitischen Prioritäten in der Prävention (und damit immer auch Posterioritäten) empfiehlt der Rat grundsätzlich die gleichen Kriterien wie für die Bestimmung einer bedarfsgerechten Versorgung: Danach sollte das zu prävenierende Gesundheitsproblem – bezogen auf die Gesamtbevölkerung oder definierte Teilpopulation(en) –

- eine angemessene Häufigkeit aufweisen (Inzidenz/Prävalenz),
- von medizinischer Relevanz sein (Krankheitsschwere),
- volkswirtschaftliche Relevanz aufweisen (direkte und indirekte Kosten).
- Die Prävention sollte wirksam sein und keine unververtretbaren unerwünschten Wirkungen entfalten sowie fachgerecht erbracht werden können und
- eine akzeptable Wirksamkeits-Kosten-Relation aufweisen.

21. Diese Kriterien sind bereits heute auf eine ganze Reihe wohl etablierter Präventionsansätze, wie z. B. die Jodprophylaxe, anwendbar und dokumentieren deren gesundheitlichen Erfolg sowie den Bedarf an weiterem Ausbau. Der Rat verkennt andererseits nicht, dass die Erarbeitung realitätsgerechter Modelle und eindeutiger Ergebnisse für besonders wichtig erscheinende Präventionsprojekte noch häufig an der Komplexität der Ätiologie, der Interventionen und der Wirkungen scheitert. Dieses methodisch begründete Phänomen darf weder zur Resignation, noch zu einer gesundheitspolitischen Bevorzugung solcher Gesundheitsstörungen oder Präventionsstrategien führen, für die sich entsprechende Modelle leicht aufstellen und Ergebnisse gut rechnen lassen.

22. Es gibt heute in Deutschland eine Vielzahl von oft öffentlich wenig wahrgenommenen Institutionen, Verbänden und sonstigen Anbietern auf den unterschiedlichsten Ebenen, die sich mit Prävention und Gesundheitsförderung beschäftigen (siehe Abbildung 3). Die Bandbreite der

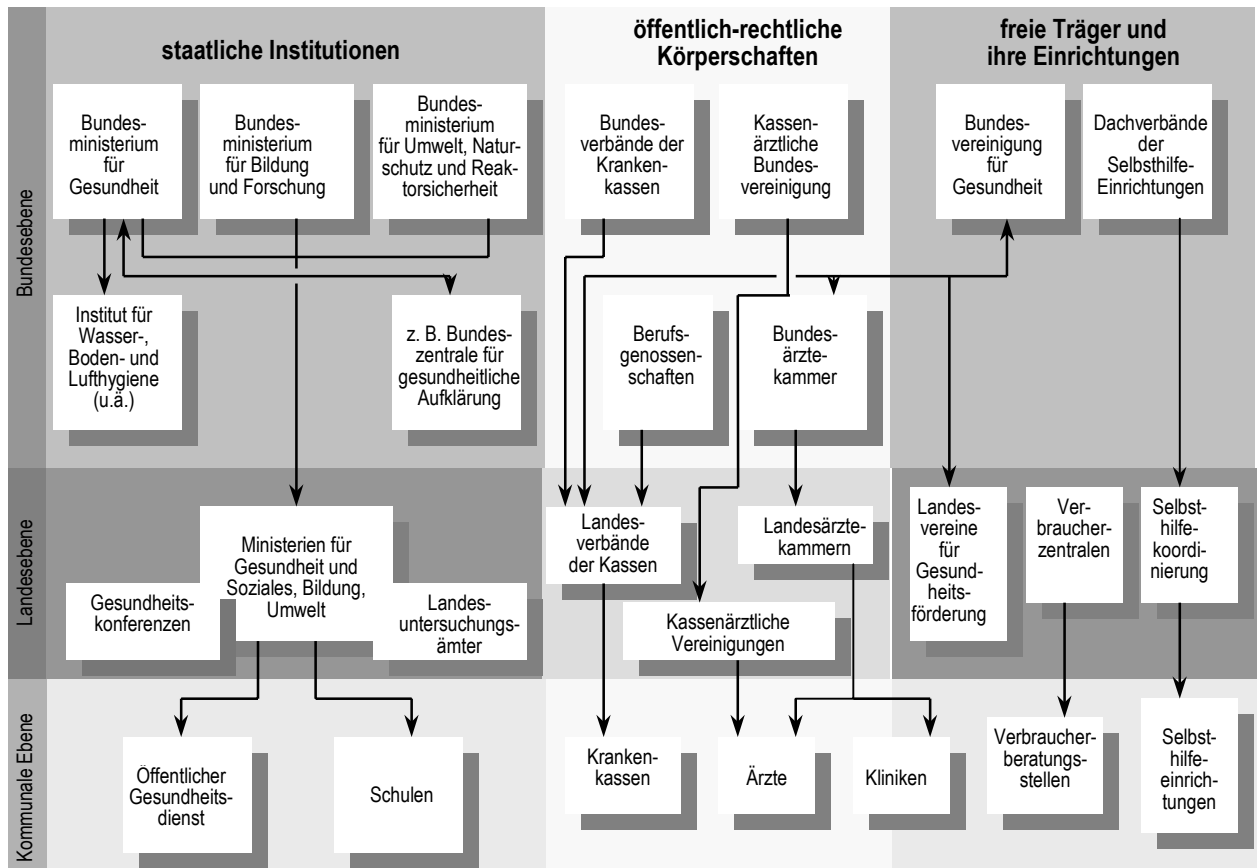
Institutionen reicht von Selbsthilfegruppen mit Aufgaben der zielgruppenbezogenen, krankheits-spezifischen Primärprävention (z. B. Aids-Hilfen) oder der Tertiärprävention (z. B. Asthma-schulungen), engagierten Arztpraxen, Apotheken, einzelnen klinischen Angeboten, Schulen, dem öffentlichen Gesundheitsdienst (Überwachung), privaten Akteuren (z. B. Arbeitgeber mit der Pflicht zur Durchführung eines integrierten Arbeitsschutzes) bis hin zu Ministerien und nachgeordneten Behörden (Seuchenprophylaxe, Lebensmittelhygiene, Aufklärungskampagnen). Generell ist derzeit in der öffentlichen Debatte ein Übergewicht von individuen- gegenüber kontextbezogenen Maßnahmen zu konstatieren. Hier könnte das vorhandene Präventionspotenzial ausgebaut werden durch eine sinnvolle Zuordnung von Präventionsmaßnahmen zu Einrichtungen (z. B. Rauchentwöhnungskurse für Patienten mit Risikokrankheiten direkt in der Klinik) und durch eine bessere Vernetzung, die an vielen Stellen fehlt. Die in Deutschland etablierten Themenfelder und Verfahren für Prävention weisen zahlreiche unbesetzte Felder, aber auch Überschneidungen auf. Ein Überblick über die Präventionsangebote einer Region ist oft nicht vorhanden, aber wünschenswert.

Der Rat empfiehlt, Prävention als Thema in die regionalen und überregionalen Gesundheitsbe-richte mit aufzunehmen. Der Rat plädiert ebenso für die Bildung themen- bzw. zielgruppenspe-zifischer sowie ggf. institutionen- und hierarchienübergreifender Koalitionen.

23. Die gewachsenen Ordnungsgesichtspunkte (z. B. Verhaltens- und Verhältnisprävention; individuen- und kontextbezogene Prävention; spezifische und unspezifische Prävention; medizi-nische und nicht medizinische Prävention; Gesundheitsschutz und Gesundheitsvorsorge) eignen sich aus Sicht des Rates sämtlich nicht für trennscharfe, in der Praxis unter Umständen hermeti-sche Abgrenzungen.

24. Als fruchtbar erweist sich demgegenüber der Ordnungsgesichtspunkt der Zielgruppe. Ziel-gruppen können territorial (z. B. Einwohner einer administrativen Gemeinde bzw. einer Regi-on), sozial (z. B. Menschen in ähnlicher sozialer Lage oder mit ähnlichem Lebensstil), nach Al-tersgruppen (z. B. Lebensphase Alter, vgl. Ziffern 32-34), nach gemeinsamen Risikomerkmale-n, nach Risikolevel oder kontextbezogen („Setting“) definiert sein. Eine konsequente Zielgruppen-orientierung der Prävention führt zu genauerer Beschäftigung mit den – objektiven wie subjekti-ven – Belastungen und Ressourcen, den durch diese mitbestimmten Bedingungen gesunden Le-bens sowie zu klarerer Zugangs- und Interventionsplanung.

Abbildung 3: Einrichtungen und Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene



Quelle: modifiziert nach Walter, U. u. Schwartz, F.W. 1998, S. 201

Kontextbezogene Maßnahmen werden auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert. ‚Settings‘ können neben Betrieb, Schule und Elternhaus auch Freizeiteinrichtungen, z. B. Sportvereine, aber auch z. B. Stadtteile oder Gemeinden sein. Ein Charakteristikum des Setting-Ansatzes ist, dass in einem gegebenen sozialen Kontext gleichzeitig unterschiedliche Zielgruppen bzw. Akteure erreicht werden können (z. B. im Setting Schule: Schüler, Lehrer, Eltern, Personal) und darüber hinaus kontext- und individuumsbezogene Maßnahmen sich wechselseitig unterstützend kombiniert werden können. Der Rat empfiehlt, sich in Zukunft noch stärker auf Interventionen nach dem Setting-Ansatz (vor allem Betrieb, Schule) zu orientieren.

25. Prävention ist eine politische Querschnittsaufgabe, die weit über die etablierten Ansätze und Institutionen der Gesundheitssicherung und erst recht über das gewachsene System der Krankenversicherung und -versorgung hinausweist. Wesentliche Ansatzebenen der Krankheitsverhütung liegen außerhalb dessen, was bis heute üblicherweise als Gesundheitspolitik verstanden

wird: Ein erheblicher Teil der Verbesserung der Gesundheit in der Bevölkerung ist auf soziale, wissens- und bildungsabhängige und auf Hygieneeffekte zurückzuführen, auf das Wohlstandsniveau, die Einkommensverteilung, die Verfügbarkeit von Arbeit sowie die Arbeitsbedingungen, Erholungsmöglichkeiten, Verkehr, physische und technische Umwelt. Mortalität und Morbidität sind also auch im gesellschaftlichen Sinne beeinflussbare Größen. Welche Teilrolle die gesetzliche Krankenversicherung in der Präventionspolitik dabei übernehmen kann und soll, ist kaum wissenschaftlich, sondern eher politisch zu bestimmen.

26. Mit der Neufassung des § 20 SGB V hat der Gesetzgeber im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 hier einen neuen Anlauf genommen, den der Rat ausdrücklich begrüßt. Den Krankenkassen wird aufgegeben, Leistungen zur primären Prävention in ihre Satzung aufzunehmen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen leisten sollen. Auch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können sie – in Arbeitsteilung mit den Arbeitgebern und den Trägern der Gesetzlichen Unfallversicherung – durchführen. Ferner sollen sie zu diesen Aufgaben „gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen“ der primären Prävention beschließen, „insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik“ (§ 20 Abs. 1 SGB V). Für beide Bereiche sollen im Jahr 2000 bis zu DM 5 pro Versicherten ausgegeben werden. Dieser – aus Sicht des Rates zu niedrige – Betrag steigt in den Folgejahren analog zur Veränderung des Durchschnittsentgeltes der Gesetzlichen Rentenversicherung im vorvergangenen Kalenderjahr (§ 20 Abs. 3 SGB V). Schließlich werden die gesetzlichen Krankenkassen auch verpflichtet, Selbsthilfevereinigungen, deren Beitrag vor allem zur Tertiärprävention unter besonderer Akzentuierung der Betroffenenkompetenz und damit zur Gesundheitsförderung mittlerweile unstrittig ist, mit DM 1 pro Versicherten und Jahr zu fördern (§ 20 Abs. 3 SGB V).

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben im Juni 2000 „gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien“ verabschiedet. Der Rat begrüßt die darin zum Ausdruck kommende Bereitschaft der Krankenkassen, zusätzlich zum individubezogenen Ansatz Primärprävention kassenartenübergreifend im Rahmen von Setting-Ansätzen zu fördern und zu finanzieren, auch wenn dies zunächst nur in Modellprojekten vorgesehen ist. Dies gilt auch für die Dokumentations- und Evaluationspflicht sowie die Berufung eines externen Beratergremiums unter Einbeziehung des Rates und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Sicherung von Qualität, Transparenz und angemessener Weiterentwicklung des Leitfadens. Der Rat vermisst jedoch bisher angemessene Vorstellungen über eine konkrete Umsetzung der im Gesetz geforderten „Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesund-

heitschancen“. Es wird zu den Aufgaben der beratenden Kommission gehören, Leitfaden und Verfahren entsprechend anzupassen.

27. Der Rat warnt ausdrücklich davor, die anliegenden großen Aufgaben der Forschung, Entwicklung und Umsetzung der Prävention in Deutschland mit der Delegation eines Teilbereichs an die gesetzlichen Krankenkassen, zudem in einem sehr engen Ressourcenrahmen, für politisch gelöst zu halten. Er plädiert nachdrücklich dafür, Felder, Formen und Akteure der Prävention zum Bestandteil des notwendigen gesamtgesellschaftlichen Diskussionsprozesses über Gesundheitsziele zu machen, um auf diese Weise auch eine breitere Öffentlichkeit mit der begrenzten Bedeutung der rein kurativen Medizin für die Gesundheit und den Potenzialen und Verantwortlichkeiten von Prävention vertraut zu machen.

2.2 Präventive Potenziale

28. Der Rat hat sich exemplarisch mit Herausforderungen der Prävention bei einem lebensphasenspezifischen Zugang (vgl. auch SG 1995), und zwar mit ausgewählten Problemen der Gesundheit von Kindern und älteren Menschen, befasst.

29. Für die Gesundheit von Kindern sieht der Rat wachsende Risiken u. a. in der zunehmenden Impfmüdigkeit (der Eltern und Erzieher), die bei wichtigen und durch Impfung verlässlich zu prävenierenden Infektionskrankheiten zu deutlichen Unterschreitungen der international als notwendig angesehenen Durchimpfungsraten führt. Nach wie vor haben Kinder aus sozial schwächeren Familien auch einen erheblich geringeren Impfschutz. Der Rat empfiehlt deshalb, neben den etablierten Wegen der Information und Aufklärung auch zusätzliche aktive Wege und Methoden der Motivation zum Impfen zu prüfen und anzuwenden.

30. Kindliche Hörstörungen, die zu ca. 85 % angeboren sind, können durch neuere technische Früherkennungsmethoden offenbar früher und sicherer erkannt werden als im etablierten Ansatz (Kinderuntersuchungen nach § 26 SGB V). Der Rat empfiehlt eine Überprüfung der neuen Screening-Methoden im Rahmen der Neonatal-Untersuchungen. Die Entscheidung über den Einsatz sollte letztlich davon abhängen, welcher zusätzliche Gesundheits-Gewinn infolge eines solchen Screenings durch früher und gezielter einsetzende Behandlung und Unterstützung von Kindern und Eltern zu erzielen ist.

31. Die gesetzliche Verankerung „gruppenprophylaktischer Maßnahmen“ (§ 21 SGB V 1989) war ein Meilenstein für die Prävention in der Kinder- und Jugendzahnpflege in Deutschland. Damit wurde die Konsequenz aus der Erkenntnis gezogen, dass der Kariesrückgang in anderen Industrienationen nur zu einem geringen Teil auf zahnärztliche Therapie zurückzuführen ist,

sondern vor allem auf den Gebrauch der seit den siebziger Jahren verfügbaren fluoridierten Zahnpasta sowie auf Wasser- bzw. Salzfluoridierung und auf gruppenprophylaktische Maßnahmen. Seit 1993 sind für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko spezifische Programme vorgesehen. Im Januar 2000 wurde die Gruppenprophylaxe auf „besondere Risikogruppen über das 12. Lebensjahr hinaus“ ausgedehnt (§ 21 SGB V).

Die von den gesetzlichen Krankenkassen, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst und der Zahnärzteschaft seit 1989 gegründeten Landesarbeitsgemeinschaften führen einen bunten Kanon unterschiedlicher Maßnahmen zu „Erährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene“ durch.

Trotz schleppender und unvollständiger Ein- und Durchführung der vom Gesetzgeber geforderten Maßnahmen (JG 1992, Ziffer 207) zeichnet sich zum Ende der neunziger Jahre mit 1,7 kariösen, behandelten oder fehlenden Zähnen (DMFT: *decayed missing filled teeth*) bei zwölfjährigen Kindern ein deutlicher Kariesrückgang in der bleibenden Dentition jetzt auch in Deutschland ab.

Mit dem Rückgang der Kariesprävalenz wird die Konzentration der Karies auf eine relativ kleine Zielgruppe innerhalb der Altersstichproben sichtbar. Von der Verbesserung der Zahngesundheit scheinen auch die eher benachteiligten Schulkinder zu profitieren. Gleichwohl zeigt eine Erhebung von 1997 einen deutlichen sozialen Gradienten der Mundgesundheit bei 12-Jährigen. Dennoch scheint es nicht notwendig, die Gruppe der ‚Kariesrisikokinder‘ einzeln zu identifizieren und einer speziellen, unter Umständen *blaming the victim*-Betreuung zuzuführen. Es ist sinnvoller, in allen Städten und Gemeinden ein Profil der Kariesprävalenz der verschiedenen Schulen zu erstellen und spezifische Maßnahmen (wie z. B. die 2x jährliche Applikation von Fluoridlack, der eine 30-prozentige Hemmung der Kariesinzidenz bewirkt), auf die ‚bedürftigen‘ Schulen zu konzentrieren.

Insgesamt scheint die Vorgehensweise zur Förderung der Mundgesundheit in den neunziger Jahren in Deutschland durchaus erfolgreich zu sein. Es liegen jedoch keine ausreichenden Studien vor, welche Faktoren am Rückgang der Kariesprävalenz welchen Anteil haben: Gruppenprophylaxe, Individualprophylaxe, Fissurenversiegelung, fluoridiertes Haushaltssalz. Der Rat empfiehlt daher die Durchführung angemessener Evaluationsstudien.

Obwohl die Maßnahmen „einheitlich“ durchgeführt werden sollen, gibt es in den Bundesländern eine Ausgabenspanne zwischen DM 3 und DM 11 für die Gruppenprophylaxe je Kind und Jahr. Der Rat empfiehlt, dass die Bundesländer bzw. die Landesarbeitsgemeinschaften die Gründe für diese Ungleichheit eruieren und gegebenenfalls auf eine gleichmäßige flächendeckende gruppenprophylaktische Versorgung hinwirken.

International wird gefordert, die Mundgesundheitsförderung in die allgemeine Gesundheitsförderung zu integrieren. Denn direkte Ursachen für orale Erkrankungen sind mangelnde Mundhygiene, Fehlernährung, Rauchen und Stress. Diese Faktoren zeichnen ebenfalls verantwortlich für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs. Deshalb soll Gesundheitsförderung alle Lebensbedingungen, die die chronischen Zivilisationskrankheiten fördern, verändern. Fortgeschrittene pädagogische Ansätze zur Gesundheitserziehung in der Schule zielen darauf ab, den Kindern Spaß an der Hygiene zu vermitteln. Zusätzlich zur Gesundheitserziehung müssen jedoch auch die ‚Umweltfaktoren‘ mit kurz- und langfristigen Zielsetzungen angepasst werden: Förderung des fluoridierten Salzes, der fluoridierten Zahnpasta und auch kindgerechter Zahnbürsten, eine Förderung gesunder Nahrungsmittel sowie eine stärkere Beeinflussung von Werbung und Distribution der Tabak- und Süßwaren.

32. Die hohen präventiven Potenziale bei älteren Menschen werden traditionell erheblich unterschätzt. Der Rat hat darauf bereits in seinem Sondergutachten 1996 hingewiesen. Er sieht hier insbesondere Aufgaben der Kassen im Rahmen des § 20 SGB V, aber auch der ärztlichen Praxen und Kliniken (im Sinne einer *clinical preventive medicine*). Der Rat weist darauf hin, dass nahezu alle epidemiologisch wichtigen Erkrankungen im Alter: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Atemwegserkrankungen, Osteoporose und Stürze, Infektionskrankheiten, Inkontinenz sowie bestimmte psychische Erkrankungsformen auch im fortgeschrittenen Erwachsenenalter große präventive Potenziale aufweisen. Diese präventiven Potenziale ließen sich erfolgversprechend durch Veränderungen der Lebensweise, vor allem im Hinblick auf Bewegungsverhalten, Ernährung und das Lebensumfeld sowie durch eine moderne funktionale Durchdringung ärztlicher Versorgung mit Elementen der klinischen Präventionsmedizin ausschöpfen.

33. Um diese Potenziale zu realisieren, sollten sich Maßnahmen und Strategien nicht allein auf die Verhütung von Krankheiten beziehen, sondern vielmehr den gesamten Alterungsprozess mit seinen funktionellen Einschränkungen und dem drohenden oder tatsächlichen Verlust an körperlicher und mentaler Fitness sowie den daraus resultierenden Problemen der sozialen Integration berücksichtigen.

Gesellschaftliches und professionelles Leitbild sollte die Ermöglichung ‚erfolgreichen Alterns‘ sein. Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sollten unter Betonung des Aspekts der Gesundheitsförderung hemmende Bedingungen hierfür wo möglich beseitigen und fördernde Bedingungen stärken. Weil auch im Alter Gesundheitschancen sozial ungleich verteilt sind, erfordert die Ermittlung und Ausgestaltung von Zugangswegen und Interventionstypen speziell für vulnerable Zielgruppen besondere Aufmerksamkeit.

Bestehende Zugangswege über den Hausarzt und ihre Optimierung, standardisierte Selbsteinschätzung, Routinedaten der Sozialversicherung sowie nutzergerechte Information sollten unter diesem Aspekt überprüft und ggf. vernetzt bzw. ergänzt werden.

34. Bei der Maßnahmen-Planung ist zu berücksichtigen, dass für die heute vorherrschenden Formen der Information, Aufklärung und Verhaltensbeeinflussung der gesundheitliche Nutzen vor allem bei gesundheitlich weniger belasteten Menschen aus den sozialen Mittelschichten belegt ist.

Der Rat sieht Forschungs- und Entwicklungsbedarf im Hinblick auf Methoden und Formen, wie solche Veränderungen der Lebensweise unter Alltagsbedingungen bewerkstelligt werden können. Ausgehend von erfolgreichen Modellen müsste geprüft werden, welche von älteren Menschen genutzten Settings und welche Gesellungsformen älterer Menschen für die Initiierung und Beförderung solcher Entwicklungen genutzt werden können. Dabei sind insbesondere auch die nach Bildungsgrad, Berufsbiografie und sozialer Schicht unterschiedlichen Kommunikations- und Lebensstile zu berücksichtigen, ebenso a-priori-Häufigkeiten von Symptomen und Krankheiten, ihre Stadien und Komplikationen.

2.3 Prävention und Gesundheitsförderung in der Krankenversorgung

35. Nach Auffassung des Rates besteht auch für die etablierten Institutionen der Krankenversorgung erheblicher Handlungsbedarf im Hinblick auf mehr Prävention und Gesundheitsförderung. Im vorliegenden Gutachten hat sich der Rat unter diesem Gesichtspunkt beispielhaft mit der primärärztlichen Versorgung und mit dem Krankenhaus beschäftigt.

Obwohl die ‚klinische Prävention‘ im Rahmen der hausärztlichen Versorgung einen relativ breiten Raum einnehmen sollte, fehlt bei den Primärärzten eine durchgängige präventive Denk- und Handlungsorientierung, die besonders die in der Hausarztpraxis gegebenen Chancen der langzeitigen Betreuungsperspektive nutzt.

36. Die Qualität der ärztlichen Primärversorgung wird jedoch in Zukunft in hohem Maße an ihren Leistungen in der Prävention gemessen werden müssen. Hierzu sind zum Teil weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeiten erforderlich, die z. B. auf wirksame präventive Beratungs- bzw. Gesprächsformen des Hausarztes gerichtet sind, beim jeweiligen Patienten ansetzen, partizipative Elemente enthalten und die aus unterschiedlichen Lebenslagen und Bildungsvoraussetzungen sowie aus geschlechtsspezifischen Eigenheiten resultierende Unterschiede von Belastungen und Bewältigungsmöglichkeiten berücksichtigen.

Ebenso sollte in der hausärztlichen Gesundheitsberatung die Ausgabe von didaktisch geeigneten und evidenz-basierten schriftlichen Informationsmaterialien im Rahmen von hausärztlichen Konsultationen gefördert werden (siehe auch Kapitel II-3). Präventive Aspekte sollten auch in der hausärztlichen Dokumentation angemessen berücksichtigt werden, um die Effektivität präventiver Maßnahmen vor allem im langzeitigen Verlauf zu bewerten.

Zur Systematisierung präventiver Leistungen trägt das geriatrische Assessment bei. Ein hausärztliches, assessment-gestütztes Vorsorgeprogramm für ältere Patienten, das an den Versorgungsbesonderheiten der Primärmedizin ansetzt, stellt einen potentiell wichtigen Schritt zur Qualitätssteigerung von Prävention in der Hausarztpraxis dar. Vorliegende Vorarbeiten sollten zur Einführung als potentielle Regelleistung überprüft, angepasst und ggf. implementiert werden.

Auch Einbestellungsmodelle sowie aufsuchende Betreuung, vor allem durch Hausbesuche, sollten bei eindeutig wirksamen Präventionsmaßnahmen für umschriebene Zielgruppen erwogen werden.

37. Zur Implementierung von präventiven Maßnahmen in der Praxis sind Rahmenbedingungen zu schaffen, die genügend Anreize für präventives Arbeiten darstellen. Der Rat begrüßt in diesem Zusammenhang, dass die Maßnahmen der gesetzlichen Vorsorge und Früherkennung außerhalb der ambulanten Budgets vergütet werden. Zukünftig gilt es, auch (standardisierte) präventive Gesprächsleistungen und besonders qualifizierte präventive Interventionen angemessen zu vergüten. Dieses Anliegen sollte bei der Neugestaltung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Hausärzte wie Fachärzte Berücksichtigung finden.

38. Neue Wege sind ferner darin zu beschreiten, die Ärzte in Aus-, Weiter-, Fortbildung und Praxis mit Grundlagen, Ansätzen und Verfahren einer patientenzentrierten und evidenzbasierten, problem- und zielgruppengenauen Präventionsmedizin (*clinical preventive medicine*) vertraut zu machen, qualitätsgesicherte präventive Ansätze zu verwirklichen und die Krankenkassen, Fakultäten und ärztlichen Körperschaften für eine zeitgemäße, praktische und wissenschaftliche Fortentwicklung präventiver Methoden und Praxis zu gewinnen (vgl. Abschnitt II-1.1).

39. Initiiert durch ein internationales Projekt der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich auch in Deutschland ein Netzwerk von ‚gesundheitsfördernden Krankenhäusern‘ gebildet. Grundannahme dieser Aktivitäten ist die enge Wechselbeziehung zwischen qualitätsorientierter Organisationsentwicklung einerseits und Gesundheitsförderung andererseits. Teilweise wird Gesundheitsförderung dabei als Universal-Konzept zur Qualitätsverbesserung auf allen Ebenen (medizinisch, pflegerisch, organisatorisch, administrativ, ökonomisch) verstanden, teilweise wird Gesundheitsförderung vor allem als Ergänzung bzw. Erweiterung der Krankenversorgung

durch eine stärkere Berücksichtigung psychosozialer Dimensionen und die Bereitstellung zusätzlicher Leistungsangebote interpretiert. Die Programme stützen sich auf Forschungsbefunde zu den Bedingungen der subjektiven Krankheitsbewältigung (*coping*), zur Bedeutung sozialer Unterstützung, zu den Bedingungen optimaler Kommunikation und Interaktion zwischen Patienten und Ärzten bzw. Pflegekräften sowie auf Erfahrungen mit Konzepten der ‚lernenden Organisation‘ im Rahmen der Organisationsentwicklung. Eine stringente, vergleichende Evaluation der erzielten Ergebnisse steht allerdings noch aus.

Da berufliche Arbeit im Krankenhaus mit hohen Gesundheitsrisiken für die Beschäftigten verbunden ist, hält der Rat die angemessene, evaluationsgestützte Weiterentwicklung dieser Modelle der Gesundheitsförderung im Krankenhaus, in Anlehnung an Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung, für notwendig. Da die Interaktion mit den Patienten und deren Lage einen zentralen Aspekt dieser Projekte ausmachen, sollen Gesundheitsgewinne sowohl bei den Beschäftigten wie bei den Patienten erzielt werden. Dies, ebenso wie Fragen der Verbesserung der Mitarbeiter-Motivation, der Zufriedenheit, sinkender Fluktuation eine aktivere Mitarbeit und Konkordanz der Patienten auf Basis verbesserter Kompetenzen, sollten sowie Zielgrößen der Evaluation sein.

Der Rat hält unter diesen Voraussetzungen den Einstieg in eine systematische Gesundheitsförderung im Krankenhaus grundsätzlich für einen wichtigen Ansatz sowohl für die Patienten als auch für die im Krankenhaus Beschäftigten.

2.4 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention

40. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung beginnen bei der Festlegung von Zielen, der Zielgruppen, Zugangswege sowie Interventions- und Evaluationsverfahren. Eine wesentliche Voraussetzung für die Beurteilung der Qualität ist die genaue, theoretisch fundierte Festlegung des Zieles, welches der Maßnahme, der Auswahl der Zielgruppen, ihrer Zugangswege und der einzubeziehenden Kooperationspartner zugrunde liegt. Dieser Phase der konzeptionellen, initialen Planungs- oder Assessmentqualität sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden, da sie die Umsetzungsqualität der Maßnahme in die Praxis, ihre Durchführung und damit auch die Qualität der Ergebnisse entscheidend bestimmt.

41. Oberstes Ziel in Gesundheitsförderung und Prävention ist die langfristige Verbesserung der Gesundheit der Zielpopulation. Die angestrebten gesundheitlichen Erträge können in den heute meist kurzzeitig angelegten Messperioden von zwei bis maximal fünf Jahren allerdings oft nicht erhoben werden. Es müssen deshalb ‚intermediäre‘ Outcome-Parameter identifiziert und einge-

setzt werden, die möglichst zuverlässig eine Abschätzung der weiteren gesundheitlichen Entwicklung der Teilnehmer erlauben. Dabei sind weitere, intervenierende Faktoren zu beachten.

42. Die Maßnahmen sollten möglichst eng an spezifischen Zielgruppen ausgerichtet sein. Die Kenntnis von Erwartungen, Bedürfnissen, Gewohnheiten und Kontext der Zielgruppe ist für die Ansprache und Motivation der Zielpersonen sowie für die didaktische und organisatorische Ausgestaltung der Maßnahme und langfristige Stabilisierung von Effekten notwendig.

Für die Zielgruppen müssen geeignete Settings bzw. Interventionsorte für die Interventionen festgelegt sowie adäquate Identifikationsstrategien und Zugangswege gewählt werden.

43. Die allein über ein Setting definierten Zielgruppen sind oft noch zu unspezifisch für eine zielgerichtete Intervention, so dass weitere Instrumente für eine nachfolgende Präzisierung und Identifikation der definierten Zielgruppe erforderlich sind. Hierzu sind (evaluierte) Selbsteinschätzungsfragebogen, telefonische Befragung, Assessment (z. B. durch Gesundheitsberater, Ärzte oder Pflegekräfte) und versorgungsbezogene Routinedaten der Krankenkassen geeignet.

44. Die Vielzahl möglicher Interventionen der Prävention und der Gesundheitsförderung sowie die Begrenzung der zur Verfügung stehenden Mittel machen eine Priorisierung bei der Auswahl von Maßnahmen in der Regel notwendig (siehe Ziffer 20).

45. Durchgearbeitete und evidenzbasierte Empfehlungen (auf der Basis von Studien im Sinne von *Evidence based Medicine*) liegen derzeit in der Prävention und Gesundheitsförderung lediglich für die ‚klinische Prävention‘ vor. Der Rat weist darauf hin, dass eine Anwendung der Kriterien von *Evidence based Medicine* auf die Primärprävention und Gesundheitsförderung zu einer Bevorzugung besser untersuchter, in der Regel weniger komplexer Interventionen führen kann. Allerdings bedeutet die Auswertung vorhandener Studien nach der besten verfügbaren Evidenz nicht, dass ein Verfahren, zu dem erst wenige und/oder methodisch nicht einwandfreie Studien vorliegen, nicht weiter berücksichtigt wird, sondern dass man sich der bestehenden Schwächen und Wissenslücken bewusst wird. Umso wichtiger wird bei Unsicherheit eine mehrmalige ergebnisorientierte Evaluation in diesem Sinne ‚innovativer‘ Maßnahmen und Programme sowie ein nachdrücklich ergebnisorientiertes ständiges Qualitätsmanagement sein.

Gerade weil für einige wichtige konzeptionelle Teile heutiger Ansätze der Gesundheitsförderung bislang nur beschränkte Ergebnisse einer empirischen Überprüfung vorliegen (wie z. B. für den Ansatz der Salutogenese), werden heute auch für diese Angebote wirkungsorientierte und überprüfbare Ziele gefordert.

46. Bei der Auswahl geeigneter Ergebnisparameter hat die Verbesserung der Gesundheit der ausgewählten Bevölkerungsgruppe den wichtigsten Rang unter den möglichen Nutzendimensio-

nen. Nachgeordnete, wenngleich durchaus wichtige und oft sogar unerlässliche Dimensionen sind: Kompetenzentwicklung, die ‚Strukturbildung‘, die Beeinflussung des sozialen und physischen Umfeldes, Kosten und Marketingeffekte (siehe Tabelle 2).

47. Auf die Zielgruppen abgestimmte Ziele, Zugangswege und Interventionstypen, Verantwortlichkeiten, Rollen und Zeitplanung sollten mit Repräsentanten der Zielgruppen festgelegt werden. Der gesamte Prozess sollte, zumindest in seinen zentralen Parametern, nachvollziehbar dokumentiert werden, um Vergleiche, Transparenz und Adjustierung der Zielgruppen zu ermöglichen. Bei Zugangswegen und Interventionstypen wäre die Verknüpfung mit übergeordneten, z. B. nationalen Zielsystemen (vgl. Kapitel I-1) sinnvoll.

48. Insgesamt sieht der Rat Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement in Prävention und Gesundheitsförderung in den nächsten Jahren vor der schwierigen Herausforderung der Entwicklung von Methoden, Instrumenten und Verfahren, die einerseits die Qualität von Interventionen immer besser in Richtung auf das Ziel der Evidenzbasierung abbilden und beeinflussen, ohne andererseits zur Fessel der notwendigen kreativen Weiterentwicklung von populations- und setting-bezogenen Interventionen zu werden.

Tabelle 2: Nutzen-Dimensionen und Zielparameter für Prävention und Gesundheitsförderung bei nicht übertragbaren Krankheiten

| Dimensionen | Zielparameter |
|---|---|
| I: Gesundheit | <ul style="list-style-type: none"> - Langfristige Parameter: Senkung der Inzidenz vermeidbarer Krankheits- oder Sterbeereignisse, z. B. Mortalität, Morbidität, Behinderungen, Beeinträchtigungen - Einschätzung der subjektiven Gesundheit, Lebensqualität, Funktionalität, z. B. ‚SF 36‘, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens - Intermediäre physiologische und funktionale Parameter, z. B. Blutdruck, Herzfrequenz, Blutwerte, <i>Body-Mass-Index</i>, Hautbild, Funktionsfähigkeit; - Intermediäre Verhaltensparameter, z. B. Ernährungsmuster, Bewegungsmuster, rückschonende Arbeitsweise, Stressbewältigung, Suchtverhalten |
| II: Kompetenz/ (empowerment) | <ul style="list-style-type: none"> - Erwerb und Aufrechterhaltung von sozialer Unterstützung - Wissen - Einstellung - Wahrgenommene Kontrolle (<i>perceived / actual control</i>) - Selbstwert/Selbstbewusstsein - Selbstwirksamkeit - Kompetenzgesteuerte, nachhaltige Verhaltensänderung - Partizipation, z. B. bei Umfeldgestaltung |
| III: Umfeld (physikalische und soziale Umwelt) | <ul style="list-style-type: none"> - Setting, z. B. Arbeitsplatzorganisation, Wohnbedingungen, Schule - Physikalische Umwelt, z. B. Wohnbedingungen, Lärm, Schadstoffbelastung - Soziales Netz, soziale Unterstützung - Politik, z. B. öffentliche Bewusstseinsbildung - Gesetzliche Grundlagen |
| IV: Kosten | <ul style="list-style-type: none"> - Programmkosten, Teilnehmerkosten - <i>Return on investment</i> (z. B. durch Verringerung der Arbeitsunfähigkeitszeiten, des Medikamentenkonsums, der Krankenhausaufenthalte) |
| V: Zugangswege | <ul style="list-style-type: none"> - Akzeptanz bei spezifischen Zielgruppen - Wirksamkeit spezifischer Zugangswege (Erreichbarkeit) |
| VI: Strukturbildung (capacity building) | <ul style="list-style-type: none"> - Befähigung von Professionellen und Institutionen - Institutionalisierung der Interventionen - Ressourcennutzung, z. B. Kooperationen, Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren, Netzwerke - Diffusion von Programmen |
| VII: Service / Marketing | <ul style="list-style-type: none"> - Zufriedenheit der Zielgruppe - Bekanntheitsgrad |

Quelle: modifiziert nach Walter, U. et al. 2000

3. Optimierung des Nutzerverhaltens durch Kompetenz und Partizipation

3.1 Der Nutzer

49. Nutzer des gesundheitlichen Versorgungssystems lassen sich entsprechend der gewählten Perspektive unterschiedlich gruppieren. ‚Bürger‘, ‚Versicherte‘ und ‚Patienten‘ repräsentieren eine Unterscheidung nach Interessenlagen, die Begriffe ‚Kunde‘ und ‚Konsument‘ orientieren sich eher an ökonomischen Aspekten der Gesundheitsversorgung.

3.2 Möglichkeiten der Erhöhung von Kompetenz und Partizipation

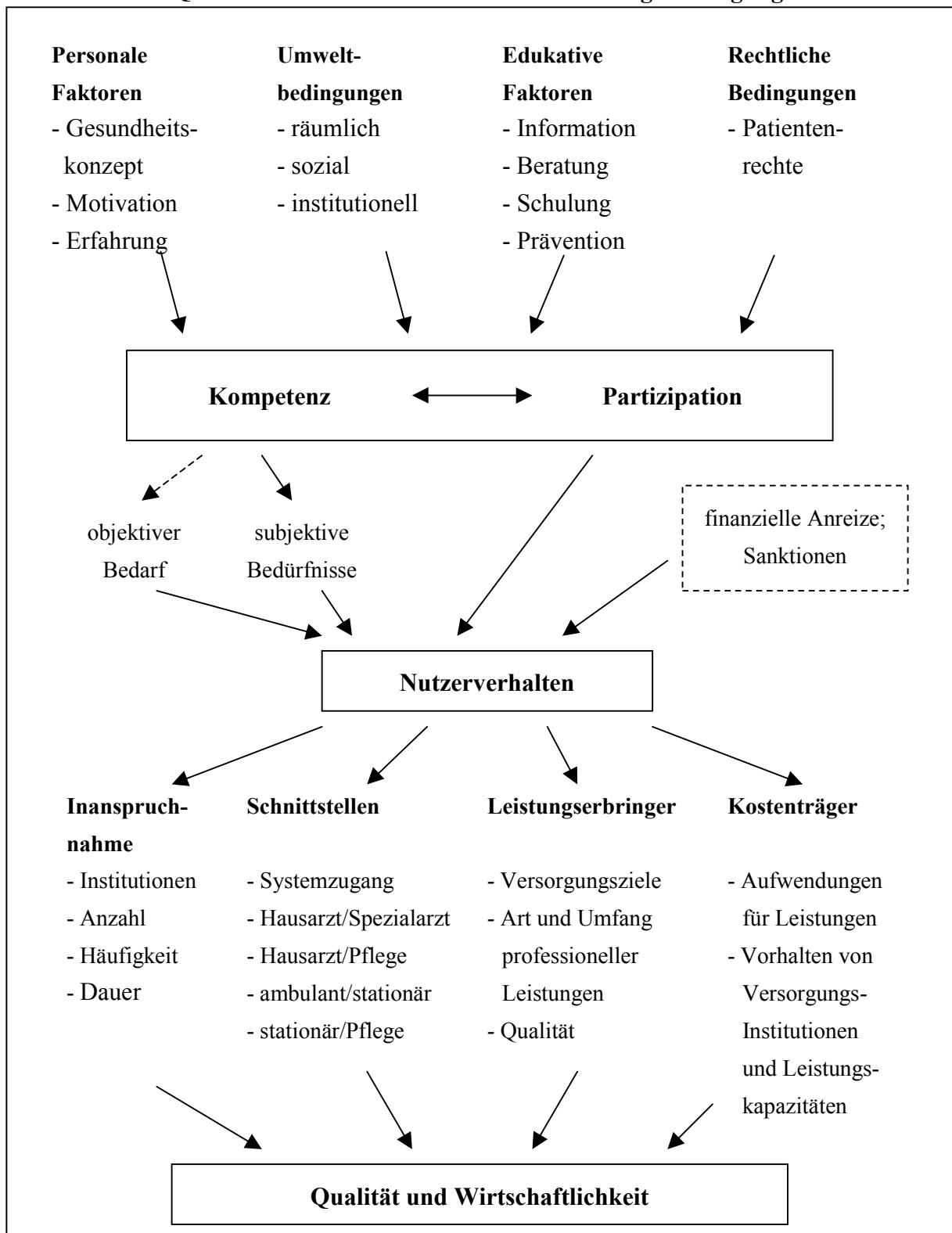
50. Der Rat erkennt in Kompetenz und Partizipation die Schlüsselqualitäten des Nutzers, die einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben. Daraus folgt, dass zum einen vorhandene Kompetenzen besser genutzt werden müssen, und dass zum anderen das Nutzerverhalten durch einen Ausbau der Kompetenzen und durch mehr Partizipation zu verbessern ist.

51. Die Rolle der Patienten ist im Wandel begriffen. Waren sie in der Vergangenheit vor allem diejenigen, die sich auf die Fürsorge, die Bedarfsgerechtigkeit und die Qualität der Entscheidungen anderer verlassen wollten oder mussten, könnten sie zukünftig eine Rolle als eigenständige ‚dritte Kraft‘ im Gesundheitswesen übernehmen. Hiervon geht ein wachsender Einfluss auf die Zielorientierung, die Prozesse und die Strukturen des Versorgungssystems aus. Bei der zukünftigen Bewertung eines Gesundheitswesens wird die Frage, inwieweit eine aktive mitgestaltende Rolle von Bürgern, Versicherten und Patienten verwirklicht ist, an Bedeutung gewinnen. Bislang ist die Stärkung der Rolle des Konsumenten im Gesundheitswesen zwar rhetorisch vorgetragen, aber kaum angemessen entwickelt worden.

52. Der Nutzer kann nur bedingt in der Rolle eines Kunden gesehen werden kann, der eigenverantwortlich Entscheidungen trifft und Wahlmöglichkeiten nutzt. Je weiter sich der Nutzer auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit oder Pflegebedürftigkeit bewegt, desto eher tritt die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen in den Hintergrund und wird überlagert durch Unsicherheit, Ängste sowie dem Wunsch und Bedarf nach Hilfe, Fürsorge und Betreuung.

53. Die Steigerung der Nutzerkompetenz hat bei den umweltbedingten Voraussetzungen anzusetzen, wie z. B. bei der sozialen und institutionellen Unterstützung (z. B. Selbsthilfegruppen), ebenso bei edukativen Faktoren und rechtlichen Rahmenbedingungen (s. Abbildung 4).

Abbildung 4: Beziehungen zwischen Kompetenz, Partizipation, Nutzerverhalten, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung



Quelle: eigene Darstellung (2000).

54. Auf allen Ebenen des Gesundheitssystems ist eine der zentralen Voraussetzungen von Partizipation und Nutzerkompetenz die Weitergabe bzw. der Erhalt von Information. Sie ist derzeit sowohl in bezug auf Medizin und Gesundheitswesen insgesamt als auch in der unmittelbaren Begegnung zwischen Nutzer und dem Leistungserbringer (insbesondere Patient und Arzt) unzureichend. Dies gilt trotz des straf- und zivilrechtlich gegebenen Aufklärungsgebots. Die Kommunikation ist noch häufig geprägt von dem traditionellen Muster einer paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung. Eine fundierte, im wirklichen Sinne aufklärende Information, die Vor- und Nachteile eines Verfahrens, aber auch von Versorgungsstrukturen und alternativen Modellen thematisiert und dem Nutzer der Dienstleistung Entscheidungsgrundlagen bietet, ist aber Voraussetzung für mehr Autonomie der Patienten und partnerschaftliche Entscheidungen von Ärzten und Patienten.

55. Angesichts der gegenwärtigen Defizite empfiehlt der Rat:

- Eine obligatorische Einbeziehung des Patienten in alle ärztlichen, ihn betreffenden Entscheidungen. Dabei sind Vor- und Nachteile und der konkrete Nutzen geplanter, aber auch erwägenswerter alternativer Maßnahmen so zu verdeutlichen, dass ihm eine eigenständige Entscheidung für oder auch gegen anstehende medizinische Interventionen möglich ist, es sei denn er wünscht dies nicht oder ist zu einer Mitwirkung an der Entscheidung nicht in der Lage.
- Eine generelle Auflage, wonach alle patientenbezogenen Dokumentationen, die für den Besitz des Nutzers gedacht sind, wie z. B. Impfpässe, Mütterpass, Dokumente, Beipackzettel, Vorsorgebücher usw. so abgefasst werden, dass sie für den Laien verständlich sind. Dies gilt für alle professionellen Gesundheitsdienstleister (Ärzte, Pflegeorganisationen, Kassen).
- Ausbau und Optimierung der vorhandenen Ansätze der Krankenkassen zur Versicherteninformation, Aufklärung, Beratung und Schulung. Dazu sollten die Kassen alle Möglichkeiten moderner Kommunikation nutzen und zielgruppenorientierte Informationen weitergeben. Zielgruppenorientiert bedeutet in diesem Zusammenhang, die Informationsweitergabe jeweils angemessen für Nutzergruppen mit unterschiedlichem kulturellen und sozioökonomischem Hintergrund, Sprache, Alter sowie Geschlecht zu gestalten. Gleichsinnig gelten diese Anforderungen für die gesundheitliche Beratung durch Verbraucherorganisationen (vgl. § 65 SGB V) und vergleichbare Einrichtungen (z. B. ‚Hotlines‘).

56. Zur Entlastung des Gesundheitswesens und zur Verbesserung der Gesundheitsergebnisse ist hinsichtlich der Nutzerkompetenz zu fordern, dass bei allen chronischen Krankheiten Schulungskonzepte (vgl. § 43 SGB V) mit dem Ziel der Übernahme von Selbstverantwortung und eigenem Krankheitsmanagement durch den Patienten sowie Konzepte zur Schulung Angehöriger

ger einzusetzen und zugleich als fester Bestandteil in den Versorgungsprozess zu integrieren sind.

57. Neben einer verbesserten Information sieht der Rat in einer erheblich erweiterten neu zu konzipierenden Partizipation das zweite wesentliche Element der Optimierung des Nutzerverhaltens. Die Verbesserung der Partizipation des Nutzers ist ein kontinuierlicher Prozess. Dies setzt voraus, dass Partizipation jenseits einer Theoriedebatte konkret umgesetzt wird, wozu der Rat nachdrücklich auffordert. Der Rat sieht vordringlichen Entwicklungs- und Umsetzungsbedarf bei Modellen der Verfahrensbeteiligung, d. h. dem Recht auf Anhörung und Stellungnahmen, sowie bei Modellen der Beratungsbeteiligung. Dazu sollten entsprechende Modellvorhaben gefördert werden, die einer sorgfältigen Evaluation bedürften. Für eine Entscheidungsbeteiligung im Sinne eines Stimmrechts sind die rechtlichen Voraussetzungen, Kompetenzen und Aufgaben vielfach noch zu klären.

Der Rat empfiehlt bei der Partizipationsdebatte bewährte ausländische Modelle und Erfahrungen auf ihre Übertragbarkeit hin zu überprüfen und einer breiten Diskussion zugänglich zu machen.

58. Gerade die neuen Möglichkeiten der Gestaltung von Verträgen der sogenannten integrierten (gelenkten) Versorgung nach § 140a ff. SGB V oder die Gestaltung von Modellversuchen nach § 63 f SGB V – und hier nicht zuletzt bei krankheits- oder problemgruppenbezogenen Projekten – bieten die Chance, eine direkte Beteiligung von Nutzern zu realisieren. Dies sollte nach Ansicht des Rates aufgrund der unter Umständen erheblichen Bedeutung für Änderungen der regionalen Versorgungsformen und Strukturen für die Bürger besonders auf regionaler und lokaler Ebene genutzt werden.

59. Staat und parastaatliche Institutionen sollten eine größere Bereitschaft zeigen, dem Nutzer mehr direkte Mitspracherechte einzuräumen. Dazu gehört eine angemessene Beteiligung von Betroffenen in wichtigen Beratungsgremien, z. B. den Bundesausschüssen der Ärzte und Krankenkassen oder sonstigen geeigneten Gremien der Sozialversicherung (z. B. der Qualitätssicherung oder bei der Aufstellung von Hilfsmittellisten) einschließlich der Medizinischen Dienste (z. B. bei Verfahren der Pflegeeinstufung).

60. Auch in anderen Institutionen des Gesundheitssystems (Krankenhäuser, Altenheime etc.) sind die Strukturen der Partizipation von Nutzern noch rudimentär. Der Rat empfiehlt, aus den Erfahrungen mit Heimbeiräten in den Alters- und Pflegeheimen oder mit Patientenvertretern in den Krankenhäusern Konsequenzen für den Aufbau von Strukturen der Teilhabe und Mitsprache von Laien in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu ziehen.

61. An abschätzbaren Folgen und Chancen einer Kompetenzerhöhung und eines Partizipationsfortschritts, die noch einmal deren systemprägende Wirkungen hervorheben, könnten sich ergeben:

- Das System wird insgesamt transparenter.
- Es wird die Chance für eine Öffnung des Systems und seiner Dienstleistungen geschaffen in Richtung auf eine gesellschaftliche Diskussion über Ziele und Möglichkeiten, die über die traditionelle Expertendiskussion hinausgeht.
- In der Bevölkerung entsteht ein erhöhtes Gesundheitsbewusstsein, das sich in erhöhter Eigenverantwortung, in einem verbesserten Gesundheitsverhalten und einem adäquateren Nutzerverhalten zeigt.
- Es könnte zu einer erwünschten (oder unerwünschten) Verlagerung von Gesundheitsleistungen in den Selbstbehandlungsbereich kommen (z. B. familiäre Leistung bei Pflege, Selbstbehandlung bei leichten Erkrankungen).
- Der Bedarf an Reformen im Gesundheitswesen wird schneller erkennbar, und Reformen können sich - mehr als bisher von der Patientensicht ausgehend - ‚von unten nach oben‘ entwickeln.
- Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der medizinischen Versorgung werden stimuliert und verbessern sich in Richtung auf von Nutzern mitdefinierte Qualitätsziele der medizinischen Versorgung.
- Eine Nutzerorientierung seitens der Leistungserbringer erzwingt eine stärkere Individualisierung der Behandlung und eröffnet damit Spielräume für eine flexiblere, an Patientenprioritäten orientierte Ausschöpfung medizinischer Möglichkeiten. Dies kann sich letztendlich auch in einer Verbesserung der Versorgungsqualität und einer Kostenoptimierung ausdrücken.
- Die Einbeziehung des Patienten bzw. die Delegation medizinischer Entscheidungen letztlich an den Patienten selbst erzwingt in einem bisher nicht gekannten Ausmaß eine kritische Reflexion medizinischer Behandlungskonzepte seitens der Leistungserbringer. Sie müssen stets in ausreichendem Maße einschlägige, aktualisierte Informationen zu jeweiligen Gesundheitsproblemen vorhalten können.
- Patienten sind besser vor Fehlbehandlung, bedingt durch Fehlsteuerungen im Gesundheitssystem (z. B. konkurrenzbedingte Überversorgung oder budgetbedingte Unterversorgung), geschützt.

3.3 Patientenrechte

62. Um die derzeitig komplexe rechtliche Situation für die Patienten in einfacher Weise identifizierbar zu machen, empfiehlt der Rat, die bislang in unterschiedlichen Gesetzestexten verstreute Patientenrechte in einem Patientenrechte-Gesetz zusammenzufassen. Dabei sollte die Rechtsangleichung an europäisches Recht berücksichtigt werden. In diesem Gesetz sollten auch die Aspekte, in denen eine besondere Bedarfslage entstanden ist, z. B. bezüglich der Patiententestamente und -verfügungen, geregelt werden.

Auch eine Zusammenfassung und Fortentwicklung des Haftungsrechtes sollte erfolgen. Dabei sollte auch geprüft werden, ob eine verschuldensunabhängige, d. h. schadensorientierte Versicherung mit einer verschuldensunabhängigen Haftung nach skandinavischem Vorbild in Deutschland eingeführt werden sollte.

Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege

1. Optimierung personeller Ressourcen durch Aus-, Weiter- und Fortbildung

63. Die Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung in den Gesundheitsberufen hat einen bedeutenden Einfluss auf die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung. Deshalb misst der Rat der qualitativen Entwicklung der personellen Ressourcen einen hohen Stellenwert bei.

Es ist zu erwarten, dass sich die Gesundheitsversorgung spürbar verändern wird, z. B. durch revolutionierende Innovationen, kürzer werdende Verfallszeiten des Wissens, veränderte Kontexte, sich wandelnde Versorgungsstrukturen und nicht zuletzt durch die veränderte Rolle des Patienten sowie neue partizipative Entscheidungsformen. Damit ergeben sich neue Anforderungsprofile für die Gesundheitsberufe.

64. Berufe in Medizin und Pflege werden ihre Entscheidungen in wesentlich weiteren Bezugsrahmen, wie sie sich aus neuen ethischen, wirtschaftlichen und patientenbezogenen Bewertungsmustern ergeben, zu treffen und zu rechtfertigen haben. Neue Versorgungsformen wie die ‚integrierte Versorgung‘ verlangen von den Leistungserbringern, dass sie sich an über medizinische Einzelsachverhalte hinausgehenden Gestaltungsaufgaben beteiligen, z. B. hinsichtlich regionaler gesundheitlicher, wirtschaftlicher und struktureller Ressourcen sowie integrativer Qualitätsmanagementprogramme.

65. Tendenziell muss es nach Auffassung des Rates darum gehen, die Professionalisierungswege in Medizin und Pflege zu flexibilisieren und auf grundlegende Kompetenzen sowie berufs begleitende Kontinuität hin auszurichten. Dies erlaubt es Ärzten und Pflegekräften, veränderten Anforderungen eigenständig gerecht zu werden.

Neben die Aneignung aktuellen Wissens und entsprechender Fähigkeiten muss somit ein fortgesetzter Professionalisierungsprozess treten, der bereits in der Ausbildung eingeleitet und angelegt wird. Daraus folgt, dass eine standardisierte berufsbegleitende Sicherung der jeweils aktuell erforderlichen Qualifikation zugunsten der Wissensvermittlung relativ an Bedeutung gewinnen wird.

Diese kontinuierliche professionelle Entwicklung zu fördern ist Aufgabe aller Gesundheitsberufe, ihrer Vereinigungen und der sie beschäftigenden Institutionen. Insbesondere sind auch in nicht-akademischen Gesundheitsberufen Möglichkeiten der berufsinternen Weiter- und Fortbildung zu fördern und verstärkt Perspektiven zu eröffnen.

1.1 Ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung

Ärztliche Ausbildung

66. Der Rat begrüßt derzeitige Reformaktivitäten an den medizinischen Fakultäten und die seit Anfang 1999 eingeführte Modellversuchsklausel. Er befürwortet eine möglichst rasche Verabschiedung und Umsetzung der Novelle der Approbationsordnung für Ärzte.

67. Vor diesem Hintergrund empfiehlt der Rat, neue Entwicklungen in der Gesundheitsversorgung für ein Arztbild in der absehbaren Zukunft zu berücksichtigen, z. B.:

- die wachsende Aufmerksamkeit für Prävention und Gesundheitsfürsorge,
- die zunehmende Partizipation der Bürger im Gesundheitswesen,
- neu formulierte Qualitäts- und Kooperationsansprüche und
- die Erschließung neuer Berufsfelder für Mediziner.

Für die Neugestaltung des Medizinstudiums ist es unerlässlich, das Curriculum von Inhalten zu befreien, die gemessen an dem Ausbildungsziel nicht prioritär sind oder besser der Weiterbildung vorbehalten blieben.

In der medizinischen Ausbildung geht es um mehr als die Verkürzung von Studienzeiten oder die Lösung universitärer Kapazitätsprobleme. Die Glaubwürdigkeit ihrer Prinzipien als einer der Instanzen von höchster Wertstiftung in unserer Gesellschaft steht dahinter. Die Medizin ist nicht nur primär von ihren wissenschaftlichen Möglichkeiten, sondern verstärkt von ihrem sozialen Auftrag her zu begreifen. Dieser Wechsel der Blickrichtung macht frei, über ein Arztbild nachzudenken, das künftigen Anforderungen entspricht und den Weg weist für Studium und Prüfungswissen.

68. Das Medizinstudium bedarf somit in mehrfacher Hinsicht einer grundsätzlichen Umorientierung. Es sollte sich an einem Bild vom Studierenden orientieren, das ihm mehr Eigenständigkeit und die Bereitschaft abverlangt, medizinische Denk- und Entscheidungstraditionen nachzuvollziehen, aber auch kritisch zu beleuchten und im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen und Erwartungen zu reflektieren.

Dem Erwerb von Kompetenzen im Sinne einer Entscheidungs-, Handlungs- und persönlichen ärztlichen Kompetenz einschließlich Teamfähigkeit sollte gleichrangige Bedeutung gegeben werden wie dem reinen Erwerb von Wissen.

Inhaltlich muß eine Verschiebung stattfinden, bei der rein naturwissenschaftliches krankheitsbezogenes Detailwissen ergänzt wird um bevölkerungs- und gesellschaftsbezogene Inhalte, z. B. Ethik in der Medizin, Management, Bevölkerungsmedizin und gemeinwesenorientierte Basis-

medizin. Ferner ist patientenbezogenen, psychologischen und kommunikativen Aspekten sowie qualitätssichernden Faktoren mehr Gewicht zu verleihen.

69. Der Rat unterstützt daher die Empfehlungen des Wissenschaftsrats (1999), eine Ausweitung des allgemeinmedizinischen Unterrichts im ambulanten Setting an allen medizinischen Fakultäten zu ermöglichen und zügig umzusetzen. Forschung hält der Wissenschaftsrat nur an ausgewählten Fakultäten für erforderlich. Der Rat befürwortet hingegen eine verstärkte Institutionalisierung des Fachgebiets Allgemeinmedizin an C4-Lehrstühlen.

70. In didaktischer Hinsicht scheint es sinnvoll und möglicherweise ressourcensparend, Studierende nicht nur am Modellfall auszubilden. Sie sollten vermehrt auch unter systematischer Anleitung und Supervision in die Bearbeitung konkreter Fragen der medizinischen Versorgung eingebunden werden.

Bei der Vergabe von Landesmitteln innerhalb der Hochschulen sollten Ergebnisse von Lehr-evaluationen berücksichtigt werden.

Ärztliche Weiterbildung

71. Der Rat fordert die Organe der ärztlichen Selbstverwaltung auf, bei der geplanten Weiterbildungsreform die Patientensicherheit, den gegenwärtigen und künftigen Versorgungsbedarf, die Erfordernisse einer kosteneffektiven und kooperativen Versorgung und die Anforderungen einer kontinuierlichen professionellen Entwicklung in den Vordergrund ihrer Überlegungen und Absprachen zu stellen.

72. Es ist unerlässlich, die Weiterbildungskataloge auf ein realistisches und zugleich versorgungsrelevantes Maß zu reduzieren. Dafür ist es erforderlich, zwischen obligatorischen und fakultativen Inhalten bzw. Wahlpflichtbereichen zu unterscheiden. Die Inhalte der Pflichtbereiche bzw. der gewählten Wahlpflichtbereiche sollten dann aber qualitativ hochstehend und zuverlässig vermittelt werden.

73. Die Inhalte und Fächerproportionen der Weiterbildungsordnung sollten die bestehenden tatsächlichen Versorgungsschwerpunkte in der stationären und ambulanten Facharztversorgung besser berücksichtigen, z. B. durch obligatorische Weiterbildungszeiten in der Inneren Medizin für die Fachgebiete Anästhesie, Neurologie und Dermatologie oder obligatorische Zeiten in der Psychiatrie für künftige Allgemeinärzte.

Zusätzlich sollten künftige Fachärzte Grundkenntnisse der evidenzbasierten Medizin einschließlich darauf basierender Leitlinien nachweisen können (z. B. anhand der kritischen Wür-

digung von Fachliteratur und dem patientenbezogenen Abwägen von Nutzen, Risiken und Kosten).

74. Die Kooperations- und Koordinationsfähigkeit künftiger Fachärzte sollte durch Kenntnisse über die Tätigkeit von anderen Gesundheitsberufen und durch Hospitationen bei Vertretern jener Gesundheitsberufe gefördert werden, mit denen sie häufig kooperieren. Es sollten nicht nur Kenntnisse über fachgebietsbezogene, sondern auch über professions- und institutionenübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen vermittelt werden.

75. Der zunehmenden Bedeutung von Prävention und Gesundheitsförderung und den diesbezüglichen Qualifizierungsdefiziten sollte dadurch Rechnung getragen werden, dass in jeder klinischen Disziplin Fähigkeiten in der präventiven Gesundheitsberatung vermittelt werden. Darüber hinaus könnte die Präventivmedizin als eigenständiger Schwerpunkt bzw. als Fachgebietsbezeichnung anerkannt werden.

76. Der Rat begrüßt es, dass das Förderprogramm für die allgemeinmedizinische Weiterbildung fortgesetzt wird. Es sind dringend die Rahmenbedingungen zu schaffen und die Weiterbildungsplätze sowie Fördersummen zur Verfügung zu stellen, die notwendig sind, damit dieses Förderprogramm wie geplant vollständig umgesetzt werden kann.

Künftige Hausärzte sollten während ihrer Weiterbildung auch in Einrichtungen außerhalb der Akutversorgung, beispielsweise in Hospizen, tätig sein können, wenn diese Einrichtungen die allgemeinen Kriterien zur Anerkennung als Weiterbildungseinrichtung erfüllen. Es sollte jedoch weiterhin gewährleistet sein, dass künftige Hausärzte Weiterbildungszeiten in der akuten stationären Versorgung abgeleistet haben.

77. Eine Verankerung von Weiterbildungszeiten in der hausärztlichen Versorgung ist für alle Assistenten, die eine hausärztliche Tätigkeit anstreben, unverzichtbar (vgl. auch SG 1995).

78. Der Rat empfiehlt, auch für Ärzte mit spezialärztlichen Qualifikationsziele, insbesondere wenn sie eine Niederlassung anstreben, Weiterbildungszeiten in der ambulanten Versorgung vermehrt zu ermöglichen.

Die Einführung von Verbundweiterbildungssystemen sollte nicht allein für künftige Allgemeinmediziner, sondern auch für andere Fachrichtungen angestrebt werden. Dadurch könnten nicht nur Weiterbildungszeiten im ambulanten Sektor, sondern auch Rotationen zwischen verschiedenen Krankenhäusern ermöglicht werden, um die Vorgaben der Weiterbildungskataloge erfüllen zu können. Die Teilnahme an einem Verbundsystem sollte bei der Zertifizierung von Weiterbildungsstätten berücksichtigt werden.

Die Nachteile vermehrter Rotationen für den Arbeitsablauf auf den jeweiligen Stationen könnten durch Einführungskurse in die häufigsten Behandlungsanlässe und Notfälle sowie in die Arbeitsorganisation des jeweiligen Teams deutlich gemildert werden, wie es sich beispielsweise in Großbritannien bewährt hat.

Die Anerkennung von Weiterbildungsbefugten und Weiterbildungsstätten sollte künftig im Rahmen des Verbundsystems oder vertraglicher Vereinbarungen im stationären und ambulanten Sektor grundsätzlich ermöglicht werden. Sie sollte jedoch an Qualitätsauflagen geknüpft werden, beispielsweise an Nachweise, dass interne oder externe Rotationspläne realisiert und regelmäßige einrichtungsinterne Fortbildungen durchgeführt werden.

79. Im Interesse der Patientensicherheit und einer effektiven Weiterbildung ist es dringend erforderlich, die Betreuung und Supervision von Weiterbildungsassistenten, insbesondere von Ärzten im Praktikum, zu verbessern und Maßnahmen zur Einhaltung der gesetzlichen Arbeitszeiten zu treffen. Das Betreuungsverhältnis sollte zudem durch eine Erhöhung der Zahl der Weiterbildungsbefugten und die Weiterbildungsdokumentation durch die Einführung eines ‚Logbuchs‘ verbessert werden.

80. Der Rat hält die Berücksichtigung des zusätzlichen Zeit- und Betreuungsaufwandes in Weiterbildungsstätten bei den finanziellen Vereinbarungen mit gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen für dringend erforderlich (vgl. SG 1995).

81. Die Weiterbildungsabteilungen an Ärztekammern sollten durch Ombudspersonen unterstützt und angemessen ausgestattet werden, um Weiterbildungsstätten und -befugte in größerem Umfang als bisher zu informieren und zu unterstützen. Die geplante Evaluation von Weiterbildungsstätten und -befugten sollte mit einer Auszeichnung oder mit einer Rezertifizierung verbunden werden.

Es sollte verstärkt Sorge getragen werden, dass die in den Weiterbildungsordnungen geforderten haus- bzw. spezialärztlichen Inhalte angeboten und die Qualifikationen auch tatsächlich erworben werden. Haus- und Heimbesuche beispielsweise oder die Darlegung differentialdiagnostischer und therapeutischer Schritte sollten für die vorgeschriebene Zahl an Patienten tatsächlich dargelegt, mit einem Supervisor besprochen und bei der Facharztprüfung berücksichtigt werden.

Die Ärztekammern werden aufgefordert, ihre Funktion zur Sicherung der Qualität der Weiterbildung sorgfältiger wahrzunehmen. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Erteilung von Ermächtigungen als auch auf die Kontrolle von Weiterbildungsnachweisen und auf die Durchführung der Facharztprüfung nach möglichst einheitlichen Qualitätsstandards in den Bundesländern. Die Landesbehörden sollten aufmerksam verfolgen, ob Ärztekammern ihre Verantwortung in der Weiterbildung sorgfältiger als bisher ausüben.

Ärztliche Fortbildung

82. Der Rat begrüßt die verstärkten Bemühungen der Ärzteschaft zur Steigerung der Qualität und Relevanz ärztlicher Fortbildungen. Es ist jedoch unerlässlich, dass weitere Anstrengungen zur Optimierung der ärztlichen Fortbildung unternommen werden, um den veränderten Anforderungen im Gesundheitswesen und den unterschiedlichen Fortbildungsbedürfnissen von Ärzten gerecht zu werden.

Dazu bedarf es intensiver Bemühungen um eine Verbesserung des Fortbildungsangebots, die u. a. durch entsprechend hohe und explizite Akkreditierungskriterien, durch die verstärkte Förderung geeigneter Multiplikatoren und durch die Verbreitung von unterstützenden Materialien bzw. von Leitlinien für die Gestaltung von qualitativ hochwertigen Fortbildungen erreicht werden können. Dazu zählt auch, dass Fortbildungen möglichst neutral und unabhängig von industriellen Interessen durchgeführt werden. Entsprechend internationaler Veröffentlichungsstandards sollten sowohl in Printmedien als auch in Veranstaltungen die divergierenden Interessen der Fortbildungsveranstalter offen gelegt werden.

Insbesondere sollte das Angebot systematisierter Fortbildungsserien (z. B. in Fachzeitschriften) verstärkt werden. Diese sollten an den spezifischen Versorgungsfragen der jeweiligen Versorgungsstufe, z. B. Hausärzte und andere Facharztgruppen, ansetzen, aber auch interdisziplinär veranstaltet werden. Darüber hinaus sollten sich diese auf die häufigsten Qualitätsprobleme in der Versorgung beziehen, z. B. auf eine verbesserte Versorgung an Schnittstellen sowie auf die jeweils häufigsten Notfälle, Behandlungsanlässe und abwendbar gefährlichen Verläufe. Der Rat hat bereits 1988 empfohlen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre rechtlichen Möglichkeiten nutzen sollten, Kassenärzte zur Teilnahme an Fortbildungen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verpflichten (JG 1988, Ziffer 106).

Des Weiteren wäre zu überlegen, wie Hindernisse (z. B. Androhung rechtlicher Klagen von Produktherstellern) reduziert werden können, die es Kassenärztlichen Vereinigungen erschweren, ihre Mitglieder über Möglichkeiten einer rationaleren Verordnungspraxis zu informieren.

83. Fortbildungsangebote zu Prävention und geriatrischen Versorgungsaspekten sowie zur Schulung der Gesprächskompetenz bedürfen einer verstärkten Förderung durch die ärztlichen Organisationen.

Über klinische Inhalte hinaus sollten bei Fortbildungen auch Themen berücksichtigt werden, die international der kontinuierlichen professionellen Entwicklung zugerechnet werden, z. B. Qualitätssicherung, Gesundheitsökonomie, Teamarbeit, Arbeitsorganisation und Umgang mit Informationstechnologien.

Zur Förderung eines qualifizierten Selbststudiums sollten vermehrt Informationen und Kurse über den Zugang zu qualifizierten Informationsquellen sowie zur kritischen Würdigung der Literatur angeboten werden. Ärztliche Zeitschriften sollten sich verstärkt um die Verbesserung der didaktischen Qualität, Praxisrelevanz und Berichtsqualität von Originalartikeln entsprechend internationaler Standards bemühen.

84. Die Inanspruchnahme qualifizierter Fortbildungen sollte sowohl durch Anreize als auch durch eine Nachweispflicht für alle Kammermitglieder erhöht werden. Als Anreize wirken insbesondere Zugänglichkeit, Praxisrelevanz, Unabhängigkeit (z. B. von Industrieinteressen) und Qualität sowie geringe Kosten der Fortbildungsangebote selbst. Neben der Zertifizierung eignen sich ferner die Mitgabe von Erinnerungstüchern für den Praxisalltag oder von schriftlichen Patienteninformationen zu den jeweils behandelten Themen, die Präsentation von Fortbildungszertifikaten in Praxisräumen oder im Internet, die Veröffentlichung von Listen zertifizierter Ärzte durch die Kammern. Darüber hinaus ist auch eine Berücksichtigung bei Strukturkomponenten des künftigen fallpauschalierenden, diagnosebezogenen Vergütungssystems (DRGs) im Krankenhaussektor zu erwägen (s. Kapitel II-4).

Zur Sicherung der Qualität und der Relevanz der Fortbildungsangebote ist es erforderlich, eine entsprechend geeignete Akkreditierung von Fortbildungsveranstaltungen und -medien durchzuführen.

85. Der Rat empfiehlt, eine Rezertifizierung von allen Ärzten nach angelsächsischem Vorbild einzuführen. Die Rezertifizierung der Facharztanerkennung sollte regelmäßig im Abstand von mehreren Jahren erfolgen. Sie sollte gebunden sein an den Nachweis regelmäßiger Fortbildungsaktivitäten auf der Basis eines international anerkannten *credit-point*-Systems. Außerdem sollte die Rezertifizierung von dem Bestehen einer Prüfung abhängig gemacht werden, die im Abstand von mehreren Jahren durchzuführen ist. Der Rat ist sich bewusst, dass die Fachgebietenanerkennung für Ärzte im deutschen Gesundheitssystem eine zentrale Bedeutung für Einkommenssituation und Berufschancen hat, die durch die Rezertifizierungspflicht eingeschränkt werden können. Er hält dennoch an der Empfehlung zur Rezertifizierung von Ärzten fest. Es bleibt den durchführenden Institutionen allerdings überlassen, entsprechend angepasste Lösungen zu finden.

Es ist selbstverständlich, dass die Rezertifizierung von Allgemeinmedizinern, Pädiatern oder Internisten, die hausärztliche Funktionen übernommen haben, andere inhaltliche Akzente setzen muss als die Rezertifizierung derer, die weiterhin als Spezialisten oder z. B. als Hochschullehrer tätig sind. Für praktische Ärzte muss übergangsweise eine inhaltlich vergleichbare Lösung gefunden werden.

1.2 Personelle Ressourcen und Aus-, Weiter- und Fortbildung in pflegerischen Berufen

86. 1998 gingen etwa 1,2 Millionen Erwerbstätige einer Beschäftigung in den Gesundheits- und Sozialpflegeberufen nach (Tabelle 3). Die Zahl der Beschäftigten in der stationären Krankenpflege ist in den letzten Jahren trotz Arbeitsverdichtungen im Pflegebereich nicht gestiegen. Dies trifft auch auf die Zahl der Auszubildenden zu und lässt sich bei aller regionaler Spezifität vor allem auf den Abbau von Betten in diesem Versorgungssektor zurückführen. Demgegenüber stieg die Zahl der in der Altenpflege Tätigen. 1999 waren in der stationären Altenpflege 228.000 Personen beschäftigt. Dies bedeutete im Vergleich zu 1996 einen personellen Zuwachs von 25 %. Einen vergleichsweise großen Zuwachs hatte auch die ambulante Altenpflege zu verzeichnen.

Insgesamt wird der Pflegebereich als eine Zukunfts- und Wachstumsbranche beschrieben. Die begründete Zunahme des Bedarfs an Pflege hat aber bislang nicht zu der immer wieder prognostizierten größeren Nachfrage am Arbeitsmarkt geführt.

Tabelle 3: Beschäftigte in Pflege- und Sozialberufen nach Berufsgruppen

| Feld der Berufstätigkeit | Erwerbstätige und Auszubildende | Erwerbstätige ohne Auszubildende |
|--|---------------------------------|----------------------------------|
| Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Entbindungspflege | 785.000 (64,4%) | 719.000 (63,4%) |
| Krankenpflegehilfe | 124.000 (10,2%) | 121.000 (10,8%) |
| Altenpflege und Altenpflegehilfe | 268.000 (22%) | 246.000 (21,9%) |
| Heilerziehungspflege | 33.000 (2,7%) | 30.000 (2,7%) |
| Familienpflege und Dorfhilfe | 9.000 (0,7%) | 8.000 (0,7%) |
| Insgesamt | 1.219.000 (100%) | 1.124.000 (99,5%) |

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (1999); Statistisches Bundesamt (1998)

87. In den pflegerischen und sozialen Berufen lassen sich Professionalisierungstendenzen feststellen, die als eine Optimierung der personellen Ressourcen gewertet werden können. Weit mehr als zwei Drittel aller Beschäftigten in den Pflege- und Sozialberufen verfügen über eine dreijährige qualifizierte Fachausbildung. Es zeigt sich, dass in den Krankenpflegeberufen der Schulabschluss der Auszubildenden überproportional häufig auf einem mittleren Niveau liegt, und dass die Pflegeberufe nach wie vor als Ausbildungsberufe stark nachgefragt werden. In der

Kranken- und Altenpflege zeichnet sich ein Qualifikationszuwachs vor allem auf den Leitungs- und Lehrebenen ab.

Darüber hinaus hat der Akademisierungsprozess der Pflege in den letzten zehn Jahren durch die Einrichtung von 50 relevanten Studiengängen einen Schub erhalten. Erstmals konnten an einer deutschen medizinischen Fakultät im Jahre 1999 zwei pflegewissenschaftliche Promotionen erfolgreich abgeschlossen werden.

88. Gleichzeitig gibt es in den Pflege- und Sozialberufen Entwicklungen einer Deprofessionalisierung, die zu einer Schwächung der personellen Ressourcen in der Pflege führen. Im zeitlichen Vergleich von 1996 zu 1999 ging die Zahl der qualifizierten Mitarbeiter in der Altenpflege zurück. In dieser Zeit stieg die Zahl der Mitarbeiter ohne Qualifikation in der ambulanten und stationären Altenpflege um das Sechsfache. Über diverse Bildungsmaßnahmen entstehen seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes neue Teilqualifikationen, die partiell zur Verdrängung von Pflegefachkräften führen. Solche Entwicklungen widersprechen den Anforderungen an die Pflege, die sich aus dem demografischen Wandel, dem Wandel des Krankheitsspektrums, den veränderten gesetzlichen Grundlagen sowie aus technischer und wissenschaftlicher Innovation ergeben.

89. Nach wie vor gehören zu den zentralen Problemfeldern der Bildungssituation in den Pflege- und Sozialberufen die unzureichende Durchlässigkeit der Pflegebildungsstrukturen, die Sonderstellung der Krankenpflegeausbildung im Berufsbildungssystem, überholte Ausbildungsinhalte, zum Teil unzureichend qualifizierte Dozenten sowie die in vieler Hinsicht unzeitgemäße Trennung gesundheits- und sozialpflegerischer Berufsausbildungen.

Gegenwärtig wird auch die Finanzierung der Ausbildung in den Pflegeberufen kontrovers diskutiert. Die gesetzliche Krankenversicherung möchte sich aus der Ausbildungsfinanzierung zurückziehen, was für die Ausbildungsträger zu einem Nachteil bei der Personalrekrutierung werden könnte.

Tabelle 4: Qualifikationsstruktur von Pflegekräften bei ambulanten Diensten und in stationären Einrichtungen der Altenpflege 1999

| Qualifikation | Anteil an Pflegekräften in ambulanten Einrichtungen (%) | Anteil an Pflegekräften in stationären Einrichtungen (%) |
|-------------------------------|---|--|
| Altenpflegeausbildung | 29,5 | 36,5 |
| Krankenpflegeausbildung | 41,1 | 34,3 |
| Altenpflegehilfeausbildung | 8,7 | 9,6 |
| Sonstige Fachqualifikation | 15,6 | 9,2 |
| Keine spezielle Qualifikation | 6,6 | 6,4 |
| Kaufmännische Ausbildung | 3,6 | 3,8 |

Quelle: marmas bonn (2000a)

90. Der Rat empfiehlt zur Optimierung der personellen Ressourcen in den Pflege- und Sozialberufen:

- Eine Überwindung der Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialpflegeberufen muss weiter verfolgt werden. Bereits heute wird deutlich, dass die Berufsrealität die Alten- und Krankenpflege in weiten Bereichen vereint und auf dem Arbeitsmarkt eine gegenseitige Ersetzbarkeit der Fachkräfte erkennbar ist. Darüber hinaus würde diese Strategie die Mobilität der Fachkräfte in Europa erhöhen. Zu diesem Zweck sollte die Grundausbildung in den Pflegeberufen zusammengeführt werden und überdies ihre Integration in das tertiäre Bildungssystem geprüft werden. Dies würde zu einer größeren Durchlässigkeit der Qualifikationsebenen führen, die Aufstiegsmöglichkeiten im Berufsfeld erhöhen und somit die Attraktivität der Berufe steigern. Mit dieser Integration würde auch die Finanzierung der Pflegeausbildung normalisiert.
- Die Ausbildungsinhalte sollten modernisiert und den neuen Praxiserfordernisse angepasst werden. Die Ausbildungsinhalte der Erstausbildung in den Pflegeberufen müssen im Hinblick auf neue Anforderungen in der Rehabilitation, der Prävention, der Angehörigenberatung, aber auch der Technik- und Telematikentwicklung überprüft werden. Außerdem sollte eine Ausbildungsreform in der Pflege den Übergang von der handwerklich-technischen Orientierung zur individualisierenden, wissenschaftlich begründeten Bezugspflege realisieren.
- Die akademische Qualifizierung sollte gefördert werden. Dies beinhaltet eine kontinuierliche Nachwuchsförderung und den gerichteten und schwerpunktmäßigen Ausbau pflege-

qualifizierender Studiengänge an Universitäten und Fachhochschulen sowie die Schaffung notwendiger infrastruktureller Bedingungen für die weitere Wissenschaftsentwicklung auch in Form von nationalen und internationalen Forschungsverbänden.

- Eine Pflegemitarbeiterberichterstattung, die die Pflegeerwerbstätigen differenziert nach Berufsqualifikation und -position erfasst, sollte aufgebaut werden. Darüber hinaus sollten entsprechende ‚Pflegedichtezeffern‘ zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Qualifikation und Subspezialisierung der Pflegekräfte berechnet werden. Dazu gehört auch eine evidenzbasierte Planung der Ausbildungskapazitäten in den Pflegeberufen zur Vermeidung von zukünftigen Engpässen an qualifiziertem Personal.

2. Konzepte und Management von Qualität

2.1 Grundlagen, Ziele und Nutzen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

91. Der Rat verwendet eine Definition von Qualität der Gesundheitsversorgung, die vor allem die Bedeutung von zuschreibbaren und erwünschten Gesundheitsergebnissen hervorhebt. Im Sinne eines systemisch erweiterten Qualitätsbegriffs ist neben der Qualität von Gesundheitsleistungen, Leistungserbringern und ihren Einrichtungen auch die Qualität von Strukturen und Steuerungsprozessen des Gesundheitssystems einzubeziehen.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung wird durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Dabei ist zwischen jenen qualitätswirksamen Einflüssen zu unterscheiden, die das Gesundheitswesen aus eigener Kraft beeinflussen kann und solchen, die außerhalb seines Einflussbereiches liegen. Gleichmaßen ist zu unterscheiden zwischen den qualitätswirksamen Einflüssen von Strukturen oder Steuerungsprozessen auf der Makro- bzw. Mesoebene und dem Einflussbereich von Steuerungsinstrumenten, welche auf der Mikroebene einzelner Einrichtungen, einzelner Leistungserbringer, einzelner Leistungen oder Verfahren ansetzen. Zu den Mikrosteuerungsinstrumenten zählen auch die derzeit bekannten Verfahren der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements. Von qualitätssichernden Ansätzen kann nicht erwartet werden, dass sie wesentliche qualitätsmindernde Mängel der Makrosteuerung oder der Makrostrukturen im Gesundheitswesen aufheben.

92. In deutschen Gesetzestexten und Vereinbarungen der Selbstverwaltung wird der Begriff ‚Qualitätssicherung‘ für die Gesamtheit aller primär und explizit qualitätsorientierten Maßnahmen und Zielsetzungen verwendet. Der Begriff ‚Qualitätsmanagement‘ wird in diesem Zusammenhang als eine der möglichen Umsetzungsmethoden verstanden. Übereinkünfte in internationalen Normungsgremien sehen dahingegen vor, dass Qualitätssicherung als eine der Umset-

zungsmethoden des übergeordneten Konzepts ‚Qualitätsmanagement‘ aufgefasst wird. Der Rat hält eine Kombination beider Vorgehensweisen im Grundsatz für geboten; er sieht keine einander ausschließende Gegensätzlichkeit.

93. Methoden der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements befassen sich mit der Art und Weise, wie vorhandene Einrichtungen, Verfahren, Maßnahmen und Dienstleistungen zum gesundheitlichen Wohl des Patienten verbessert und wie mögliche versorgungsbedingte Schäden vermieden werden können. Der Rat hält es insofern für sinnvoll, sie als ‚sekundäre Technologien‘ zu bezeichnen, die zur Optimierung sogenannter ‚primärer Technologien‘ der Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Beratung eingesetzt werden. Sie haben den Zweck, Gesundheitsberufe, Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Patienten dabei zu unterstützen, gewünschte Gesundheits- bzw. Versorgungsziele zu erreichen.

Angesichts des hohen Aufwands und der mit qualitätssichernden Verfahren verbundenen Kosten ist es jedoch wichtig, die bisherigen Erfahrungen mit qualitätssichernden Verfahren kritisch zu überprüfen. Wie alle anderen Maßnahmen oder Technologien im Gesundheitswesen sind Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirkung und Kostenangemessenheit vor und während ihres Einsatzes im Sinne einer Präevaluation und Reevaluation zu überprüfen.

Dabei geht es insbesondere um die Frage, ob der Nutzen den Aufwand rechtfertigt und wie qualitätssichernde Verfahren zielgerecht eingesetzt werden können, um tatsächlich einen Beitrag zur Verbesserung der Ergebnisse der Gesundheitsversorgung zu leisten.

94. Der Rat hält die folgenden Gütekriterien in der Planung und Durchführung von qualitätssichernden Verfahren für bedeutsam:

- Die Vereinbarung von Zielen von qualitätssichernden Maßnahmen ist unerlässlich. Mögliche Ziele einer ergebnisorientierten Qualitätssicherung im Gesundheitswesen hat der Rat auch bereits in früheren Gutachten formuliert. Hierzu gehören die Verhinderung vermeidbarer Todesfälle, die Verhütung, Heilung und Linderung von Krankheiten und damit verbundener Beschwerde, die Wiederherstellung körperlicher und psychischer Funktionen sowie die ‚Angstfreiheit‘ durch Verfügbarkeit von Leistungen für den Eventualfall (SG 1995, Ziffer 58).
- Qualitätssicherung muss an erster Stelle gesundheitlichen Nutzen stiften und Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden bewahren. Patienten- und Ergebnisorientierung steht im Mittelpunkt des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen. Das Leitbild des mündigen, informierten und in seiner Würde und Autonomie respektierten Patienten muss gewahrt werden.

- Qualitätssichernde Maßnahmen sollten sich auf prioritäre Gesundheits- und Versorgungsprobleme konzentrieren. Sie sollten sich auf häufige und schwerwiegende Gesundheitsprobleme sowie auf Kernleistungen der jeweiligen Institution und auf besonders risikobehaftete Interventionen beschränken.
- An der Vereinbarung von Zielen und Prioritäten von qualitätssichernden Maßnahmen sollten alle am jeweiligen Versorgungsprozess beteiligten Gruppierungen angemessen beteiligt sein.
- Qualitätssicherung sollte Akzeptanz bei Leistungserbringern, Patienten und Kostenträgern finden. Die Motivation und Akzeptanz der Beteiligten ist eine wesentliche Voraussetzung, um zu gewährleisten, dass qualitätssichernde Maßnahmen nachhaltige Wirkungen entfalten können. Die Akzeptanz der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen hängt u. a. davon ab, ob sie an der Gestaltung der qualitätssichernden Maßnahmen beteiligt sind, und ob tatsächlich wirksame Methoden zur Anwendung kommen. Schutzwürdige Belange der Patienten und der Leistungserbringer sollten berücksichtigt werden.
- Für qualitätssichernde Maßnahmen sollten angemessene, dem Kenntnisstand entsprechende Methoden gewählt werden. Der Einsatz der qualitätssichernden Verfahren sollte in einen alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus umfassenden Ablauf eingebettet sein.
- Die Qualität der medizinischen Versorgung sollte stärker transparent gemacht werden, dabei sollten auch die Informationsbedürfnisse von Patienten berücksichtigt werden.
- Der gestiftete Zusatznutzen von Qualitätssicherung muss transparent gemacht werden. Auch die Risiken und monetären wie nicht monetären Kosten von Qualitätssicherung sollen in angemessener Relation zum gestifteten Zusatznutzen stehen und ebenfalls transparent dargestellt werden. Die Evaluation sollte ex ante, begleitend bzw. ex post im Sinne eines Monitorings mit angemessenen Methoden erfolgen.

95. Die Stärkung der Position der Nutzer des Systems setzt vor allem eine umfassende, verständliche und für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen verfügbare Information über die erreichbare Qualität und über Qualitätsergebnisse voraus. Sie ist für die Entwicklung einer qualitätsorientierten Informationskultur im Gesundheitswesen notwendig. Ihr sollte eine hohe Priorität zukommen.

2.2 Methoden der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements

96. Wenn ein Qualitätsproblem prinzipiell erkannt ist und konkrete Ziele zu seiner Verminderung vereinbart worden sind, gibt es eine Vielzahl von Methoden der Qualitätssicherung, mit denen diese Qualitätsziele erreicht werden können. Generell können die meisten Methoden der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements zum Umgang mit sehr verschiedenen Qualitätsdefiziten eingesetzt werden. Tabelle 5 gibt eine Übersicht über traditionelle und neuere qualitätssichernde Methoden und ordnet sie gemäß ihren konzeptionellen Schwerpunkten den einzelnen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus zu. Qualitätssicherungsinstrumente lassen sich danach unterscheiden, in welchen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus sie ihren konzeptionellen Schwerpunkt haben, oder ob sie alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus umfassen.

Die Zuordnung kann dabei nicht immer eindeutig erfolgen. Letztlich hängt es von der konkreten Ausgestaltung der einzelnen qualitätssichernden Methoden ab, welche Phasen der Qualitätsverbesserung in welcher Intensität und Formalisierung ausgeführt werden. Es werden daher Möglichkeiten, Grenzen, Akzeptanz, Aufwand und Kosten einiger Qualitätssicherungsmethoden erörtert.

Tabelle 5: Konzeptioneller Schwerpunkt von Qualitätssicherungsmethoden in verschiedenen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus

| Phase im Qualitätszyklus | Beispiele für Qualitätssicherungsmethoden |
|--|---|
| 1) gesamter Qualitätszyklus | Qualitätszirkel, kontinuierlicher Verbesserungsprozess Qualitätsmanagement, <i>total quality management</i> , Organisationslernen, Risikomanagement |
| 2) Beschreibung der Versorgungsqualität und Analyse von Qualitätsproblemen | Instrumente zur Selbst- und Fremdbeurteilung, z. B. Checklisten, Arztbriefe, Beschwerdewesen, Leistungsberichte i.e.S. Hygienekontrollen, Sicherheitskontrollen, Qualitätskontrollen, Ringversuche Dokumentation von Primär- oder Sekundärdaten mit qualitätsfördernder Intention, z. B. problemorientierte Krankenakten, Erfassung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen, Register, Datenerhebung anhand von Qualitätsindikatoren (z. B. extern-vergleichende Verfahren), Krankheitspässe für Patienten und Patientenbücher Versorgungsforschung mit qualitätsbezogenen Fragestellungen, z. B. Beobachtungsstudien, Patienteninterviews, Mitarbeiterbefragungen |
| 3) Maßstäbe zur Beurteilung der Qualität | Versorgungsziele, Qualitätsindikatoren, tracer, Leitlinien, Pflegestandards, Gesetze, Richtlinien, Rahmenvereinbarungen Vergleich mit anderen Einrichtungen oder Regionen, mit best practice-Modellen (Benchmarking) |
| 4) Feed-back-Methoden | Rückmeldung interner Datenerhebungen und Qualitätsbefunde, z. B. in Teambesprechungen Rückmeldung extern-vergleichender Datenerhebungen, z. B. Verordnungsspiegel von Arzneimitteln Methoden zur Kommunikation, Visualisierung und Veröffentlichung von Informationen über die bisherige Versorgungsqualität Retrospektive peer-reviews, zumeist ohne Verbesserungsempfehlungen, z. B. Obduktionen, medizinische Audits i.e.S., Angemessenheitsevaluation, <i>utilization review</i> Prospektive <i>peer-reviews</i> , z. B. Zweitmeinung, Präauthorisierung technische bzw. computergestützte Warn- und Erfolgssignale |

Tabelle 5: Konzeptioneller Schwerpunkt von Qualitätssicherungsmethoden in verschiedenen Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus (Fortsetzung)

| Phase im Qualitätszyklus | Beispiele für Qualitätssicherungsmethoden |
|---|--|
| 5) Identifizieren von Lösungsansätzen | <p>zumeist ohne Feed-back zur bisherigen Versorgungsqualität, z. B. Fortbildungen, Vorschlagswesen, Qualitätshandbücher, Vorschriften</p> <p>Unterstützung von Entscheidungen und/oder der Koordination von Handlungsabläufen, z. B. evidenzbasierte klinische Praxis, Leitlinien, Pflegestandards, Health Technology Assessment</p> <p>interner <i>peer-review</i>, zumeist mit spezifischen Empfehlungen, z. B. Chef- und Oberarztvisiten, Konsile, interdisziplinäre Visiten (klinisch-pharmakologische Visiten etc.), Fallkonferenzen</p> <p>externer <i>peer-review</i>, zumeist mit spezifischen Empfehlungen, z. B. Praxisbesuche (<i>outreach-visit</i>), Konsultationen, Audit i.w.S.</p> <p>Analyse von fördernden und hindernden Faktoren für den Erfolg von Qualitätssicherungsprojekten</p> |
| 6) Verbreitung von Lösungsansätzen | <p>interne und externe Fortbildungsveranstaltungen, lokale Meinungsführer</p> <p>schriftliche Informationen (Fachzeitschriften, e-mail, Internet etc.), visuelle Medien (Filme, Poster etc.)</p> <p>Informationen für Patienten oder die Öffentlichkeit über Evidenz, Angebote und Qualität der Versorgung, z. B. Leistungsberichte und Qualitätsberichte</p> |
| 7) Umsetzung von Lösungsansätzen im Alltag | <p>Supervision bei Versorgungsleistungen, übende Verfahren, interaktive, multimediale und serielle Fortbildungen</p> <p><i>clinical pathways</i>, Flussdiagramme, computergestützte Entscheidungshilfen, Expertensysteme</p> <p>Erinnerungstützen (<i>reminder</i>)</p> <p>materielle und immaterielle Anreize, gesetzliche Verpflichtungen, Vertragsabschlüsse, Sanktionen</p> <p>Patienteninformationen, Patientenversionen von Leitlinien, <i>shared decision-making</i></p> |
| 8) Evaluation von Qualitätssicherungsprojekten | <p>Verfahren zur Selbstbewertung, zur Fremdbewertung; Teamgespräche</p> <p>Evaluationsforschung zu Nutzen, Risiken, Kosten und Prozessen von qualitätssichernden Maßnahmen unter Ideal- und Alltagsbedingungen</p> |
| 9) Darstellung von Qualitätssicherungsverfahren und seiner Ergebnisse | <p>Selbst- und/oder Fremdbeurteilung des Qualitätsmanagementsystems, von Versorgungsstrukturen und -prozessen, ggf. von Patientenzufriedenheit und gesundheitlichen Ergebnissen, z. B. Zertifizierung nach DIN EN ISO etc., Qualitätspreise (z.B. European Quality Award etc.)</p> <p>(zielgruppenorientierte) Veröffentlichung von Informationen über Ergebnisse von Qualitätssicherungsverfahren</p> |

Quelle: eigene Darstellung

97. Überwiegend aus der internationalen Literatur gibt es Hinweise, dass einzelne Qualitätssicherungsmethoden, wie gezielte Feedback-Maßnahmen, Qualitätszirkel, *Peer-review*-Verfahren und in gewissem Maße Audits und Leitlinien, unter bestimmten Bedingungen die Prozess- und Ergebnisqualität der Gesundheitsversorgung verbessern können.

Da es jedoch für den deutschen Kontext wenig gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Qualitätssicherungsmethoden gibt, nimmt der Rat an dieser Stelle davon Abstand, bestimmte Methoden als solche zu empfehlen. Vielmehr hält der Rat es für erforderlich, derzeitige und geplante qualitätssichernde Verfahren einer intensiven Prä- und Re-Evaluation im Hinblick auf ihren Nutzen für die Gesundheit von Patienten und hinsichtlich ihrer Kosten zu unterziehen. Der ‚Qualitätssicherung der Qualitätssicherung‘ sollte auf lange Sicht ein wesentlich höherer Stellenwert eingeräumt werden, als es bisher im deutschen Gesundheitssystem der Fall war. Der Rat weist auch an dieser Stelle auf den notwendigen Ausbau einer angemessenen Qualitäts- und Versorgungsforschung in Deutschland hin.

98. Darüber hinaus erachtet der Rat einige Grundsätze für das Gelingen von qualitätssichernden Verfahren als wesentlich:

- Die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung von qualitätssichernden Verfahren sollte sich adäquat auf das jeweilige Qualitätsproblem, den Versorgungskontext und auf die vereinbarten Ziele beziehen.
- Die Erfahrungen und Studienergebnisse bei der Realisierung von Qualitätssicherungsprojekten zeigen, dass eine Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität nur dann erzielt werden kann, wenn alle Phasen des Qualitätsverbesserungszyklus berücksichtigt werden.
- Da die meisten Qualitätssicherungsmethoden sich von ihrer konzeptionellen Ausrichtung her auf einzelne Phasen des Qualitätszyklus beschränken, ist es zumeist notwendig, mehrere Methoden miteinander zu verbinden, um zu gewährleisten, dass der bewährte Qualitätsverbesserungszyklus erfüllt wird.
- Die Erfahrungen und Studienergebnisse bei der Realisierung von Qualitätssicherungsprojekten zeigen auch, dass die Phasen der Zielsetzung, des Feedback und der Implementierung von Lösungsansätzen häufig vernachlässigt werden, obwohl es entscheidend von ihnen abhängt, ob Qualitätssicherungsverfahren sich tatsächlich positiv auf den Gesundheitszustand von Patienten auswirken können. Es ist daher wichtig, diesen Phasen bei Qualitätssicherungsprojekten besondere Aufmerksamkeit zu schenken.
- Bei der Planung, Durchführung und Evaluation von Qualitätssicherungsprojekten sollten auch in verstärktem Maße Faktoren berücksichtigt werden, die sich förderlich oder hinderlich auf die Wirksamkeit von qualitätssichernden Verfahren auswirken können.

99. Als förderlich haben sich u. a. folgende Vorgehensweisen bei der Durchführung von Qualitätssicherungsprojekten erwiesen:

- Einbeziehung aller Beteiligten bereits in der Ausgestaltungsphase des Qualitätssicherungsprojektes,
- persönliches Engagement von Beteiligten und Entscheidungsträgern,
- verständliche und eindeutige Informationen sowie effektive Kommunikationswege,
- finanzielle und immaterielle Anreize,
- geeignete Foren und Methoden zur kontinuierlichen Überprüfung des Prozesses sowie
- geeignete Foren und Methoden für die kontinuierliche Rückmeldung der Ergebnisse und Erfahrungen.

Die folgenden Barrieren beeinträchtigen häufig den Erfolg von Qualitätssicherungsprojekten:

- inadäquater Zugang zu Informationen,
- geringe Grundkenntnisse und Basisfähigkeiten bzw. geringes Zutrauen in die Fähigkeit, das eigene professionelle Verhalten zu verändern,
- mangelnde Zeit, Ressourcen und Motivation für den Erwerb neuer Fähigkeiten,
- hohe Arbeitsbelastung,
- erhöhte finanzielle Belastungen,
- Zweifel an der Wirksamkeit und Notwendigkeit der jeweiligen Qualitätssicherungsmaßnahme,
- Kommunikationsschwierigkeiten und Kompetenzkonflikte zwischen verschiedenen Hierarchieebenen und Professionen sowie
- Widerstand gegen eine vermutete Bedrohung der professionellen Autonomie.

Jeder Einführung eines Qualitätssicherungsprojekts sollte eine Analyse motivierender und fördernder Faktoren und potenzieller Barrieren vorausgehen, die es im weiteren Verlauf der Umsetzung zu beachten gilt. Dabei ist die Einbeziehung aller an der qualitätssichernden Maßnahme beteiligten Akteure von großer Bedeutung.

100. Insbesondere sollte der Einbeziehung von Patienten in die Beurteilung der Qualität und gegebenenfalls in die aktive Umsetzung von Qualitätssicherungsverfahren (z. B. ergänzende Patienteninformationen) vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Der Rat verweist in diesem Zusammenhang auch auf seine Überlegungen zur öffentlichen Transparenz von Qualitätsdaten (vgl. Abschnitt II-3.6).

2.3 Möglichkeiten und Grenzen evidenzbasierter Medizin – Grauzonen der ärztlichen Entscheidung

101. Angesichts der durch die Versorgungsforschung aufgezeigten Probleme einer unzureichenden Rezeption und Umsetzung wissenschaftlicher Evidenz in die Routineversorgung und angesichts der kaum mehr zu überblickenden Fülle medizinischer Informationen stellt die evidenzbasierte Medizin aus der Sicht des Rates eine dringend notwendige und zeitgemäße Form eines kritischen, effizienten und anwendungsbezogenen Informationsmanagements zur Optimierung der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Arzt und Patient dar.

102. Die für die erfolgreiche Anwendung von evidenzbasierter Medizin erforderlichen theoretisch-methodischen (d. h. klinisch-epidemiologischen) und technisch-praktischen Basiskompetenzen sollten bereits frühzeitig im Medizinstudium vermittelt werden. Nur so ist sichergestellt, dass alle Ärzte bereits mit dem Beginn ihrer beruflichen Laufbahn über genügend Routine verfügen, um die Anwendung von evidenzbasierter Medizin effizient in ihre klinische Tätigkeit integrieren zu können. Es müssen auch in Deutschland Aus-, Weiter-, Fortbildungs- und Forschungsangebote geschaffen werden, die zu einer Verbreitung und Weiterentwicklung der Methoden einer angewandten klinischen Epidemiologie und der sie unterstützenden Informationen, Verfahrens- und Entscheidungslehren beitragen.

103. Aus der Sicht des Rates sind ein Großteil der Kritik und der Vorwürfe gegenüber der evidenzbasierten Medizin auf grundlegende Missverständnisse gegenüber den Zielen und Methoden dieses Ansatzes zurückzuführen. Dies gilt u. a. für die Reduktion der evidenzbasierten Medizin auf das Trivialpostulat einer wissenschaftlich fundierten Medizin oder eine ‚Lehre der Evidenzklassen‘ sowie für den Vorwurf des Szientismus im Sinne eines absoluten Gültigkeitsanspruchs von externer wissenschaftlicher Evidenz. Diese Auffassungen werden der zentralen Zielsetzung der evidenzbasierten Medizin, die beste verfügbare externe Evidenz mit der klinischen Erfahrung des Arztes und den Präferenzen des Patienten zu verbinden, nicht gerecht. Gerade die Anwendung der evidenzbasierten Medizin hat verdeutlicht, dass eine ausschließlich auf externe wissenschaftliche Evidenz gründende ärztliche Entscheidungsfindung den komplexen Anforderungen einer auf das Individuum eingehenden Patientenversorgung nicht gerecht wird.

104. Üblicherweise werden unter dem Begriff der ‚Grauzone‘ diejenigen Bereiche ärztlichen Handelns verstanden, in denen die beste verfügbare Evidenz zum diagnostischen und therapeutischen Handeln am Patienten unvollständig oder widersprüchlich ist. Grauzonen bestehen auf systemischer Ebene aber auch dort, wo sich Leistungserbringer und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen mit ethischen, juristischen, politischen und ökonomischen Problemen konfrontiert sehen, die allein durch den Rückgriff auf überzeugende wissenschaftliche medizinische Evidenz nicht gelöst werden können. Hierzu zählen z. B. viele Fragen der Allokation knapper

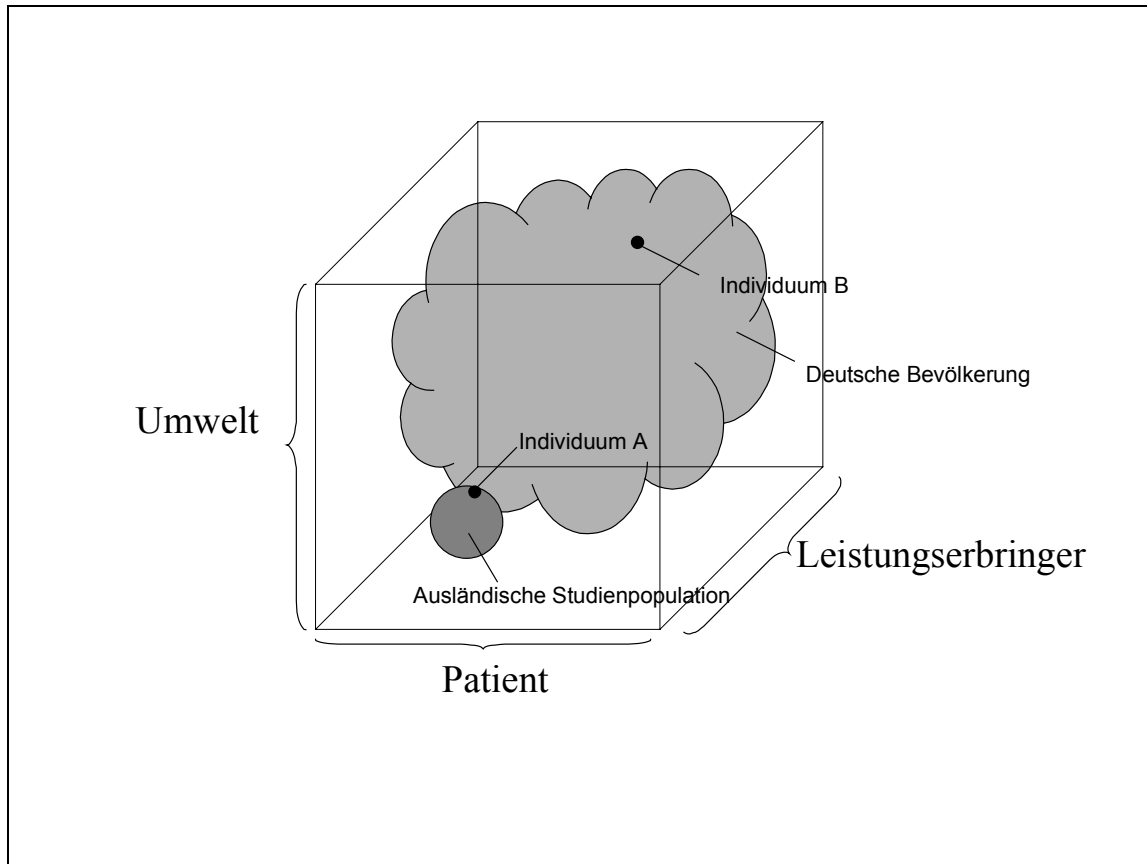
Ressourcen, des Ausgleichs zwischen Einzelinteressen und Gemeinwohl sowie der Forderung nach einer humanen und sozial gerechten Gesundheitsversorgung.

Grauzonen stellen einen immanenten Bestandteil der Medizin dar. Sie befinden sich, wie die wissenschaftliche Erkenntnis selbst, mit ständig wechselnden Inhalten und Ausmaßen im Fluss und sind insofern auch Ausdruck dynamischer Prozesse des Umgangs der Medizin mit ihren sachgegebenen Unwägbarkeiten. Sie können zwar verändert und eingeschränkt, grundsätzlich jedoch nicht eliminiert werden. Für die Effektivität der Medizin, auch und gerade des Ausschnitts der evidenzbasierten Medizin, kommt es wesentlich darauf an, wie mit den Unsicherheiten in Grauzonen umgegangen wird. In den Grauzonen ärztlichen Handelns sind aus der Sicht des Rates ein aus einem missverstandenen methodischen Purismus resultierender therapeutischer Minimalismus ebenso unangebracht wie eine Haltung der therapeutischen Beliebigkeit (*anything goes*).

Das Instrumentarium der evidenzbasierten Medizin kann dazu eingesetzt werden, Grauzonen im Sinne einer lückenhaften oder widersprüchlichen Evidenz sichtbar zu machen und zu objektivieren. Dabei kann es im Zuge des in der evidenzbasierten Medizin empfohlenen Vorgehens durchaus möglich sein, dass zu einer vermeintlichen Grauzone medizinischen Handelns doch methodisch belastbare, klinisch relevante und praktisch umsetzbare wissenschaftliche Evidenz gefunden wird. Es ist aber auch umgekehrt vorstellbar, dass sich als ‚gesichert‘ geltende, bislang nicht hinterfragte klinische Routinen in Wirklichkeit in einer Grauzone lückenhafter oder widersprüchlicher Evidenz befinden. Es wird daraus deutlich, dass das, was als ‚Grauzone‘ bezeichnet wird, objektiv von dem aktuellen Wissensstand und subjektiv von dem persönlichen Wissen und der Interpretation des Arztes abhängt. Erst der systematische Rückgriff auf die beste verfügbare Evidenz nach dem in der evidenzbasierten Medizin empfohlenen Vorgehen kann das Vorhandensein bzw. den Umfang von potenziellen Grauzonen erhärten oder widerlegen.

105. Grauzonen ärztlichen Handelns sind jedoch nicht ausschließlich durch das Fehlen belastbarer oder handlungsbegründender Evidenz charakterisiert. Auch methodisch akzeptable, klinisch relevante und praktisch umsetzbare Forschungsergebnisse enthalten forschungsimmanente, methodenbedingte Grauzonen, die bei der Generalisierung von spezifischen Studienresultaten auf Patienten außerhalb der Studienpopulation bzw. der Extrapolation der für Gruppen ermittelten Durchschnittswerte einer Studie auf den individuellen Patienten auftreten (Problematik der *domain effectiveness*; vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Domänen-Modell der Übertragbarkeit von Studienresultaten auf Patientenpopulationen bzw. Individuen



Quelle: Eigene Darstellung

Auch die in der evidenzbasierten Medizin entwickelten Methoden und Prädiktionsmodelle der Übertragbarkeitsprüfung können diese methodenbedingten Grauzonen nicht vollständig beseitigen. Dies liegt zum einen daran, dass sich das in der evidenzbasierten Medizin angewandte Vorgehen auch auf klinische Intuition stützt und breite Interpretationsspielräume aufweist. Zum anderen basieren die in der evidenzbasierten Medizin empfohlenen Vorgehensweisen auf bestimmten methodischen Voraussetzungen, die nicht immer erfüllt sind und daher kritisch überprüft werden müssen. Kritisch zu beurteilen sind auch der Aufwand und die Komplexität des in der evidenzbasierten Medizin empfohlenen formalisierten Vorgehens, das Grenzen hinsichtlich seiner Praktikabilität im klinischen Alltag zeigt.

106. Trotz dieser Vorbehalte stellt die Übertragbarkeitsprüfung nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin einen Fortschritt gegenüber dem in der klinischen Versorgung derzeit gebräuchlichen intuitiven und impliziten Vorgehen dar. Sie versucht den aus einer Behandlungsmaßnahme für einen individuellen Patienten zu erwartenden Nutzen zu explizieren, zu objekti-

vieren und zu quantifizieren, indem Informationen aus der wissenschaftlichen Literatur, das klinische Urteil des Arztes und die Patientenpräferenzen bestmöglich genutzt und in einem expliziten, transparenten und systematischen Verfahren zusammengeführt werden. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass Übertragbarkeits- und Extrapolationsprobleme unabhängig von evidenzbasierter Medizin auch immer dann entstehen, wenn erfahrungsgestützte eigene oder fremde Beobachtungen am Patienten auf weitere Patienten übertragen werden, d. h. mit dieser Kritik wird ein Grundproblem der Erfahrungsbildung in der Medizin berührt. Evidenzbasierte Medizin trägt dazu bei, dieses Problem explizit und einer kritischen Reflexion zugänglich zu machen.

107. Da sich in der Praxis ebenso wie in der Theorie der Medizin eine weitgehende Vermeidung des Themas Grauzonen bzw. Unsicherheiten feststellen lässt, sollte ein neuer systematischer und offener Umgang mit den Grenzen und Fehlerquellen von Erkennen und Handeln in der Medizin erfolgen. Erwünscht sind hierzu Forschungs- und Lehrangebote der Universitäten, die Verfahren der klinischen Epidemiologie mit denen der klinischen Entscheidungslehre verbinden.

Aus der Sicht des Rates erfordert der Umgang mit Grauzonen auch eine langfristige Umorientierung der Forschungsbemühungen auf praktisch relevante, elementare und weithin anerkannte Leistungen ärztlichen Handelns, die bislang unzureichend oder gar nicht evaluiert wurden. Hierzu gehören komplexe Behandlungsaufgaben mit längerer zeitlicher Reichweite und das gesamte Feld der Zuwendungsmedizin, das viele ärztliche Betreuungsleistungen mit beratendem, unterstützendem und aufklärendem Charakter umfasst, die zum Kernbestandteil einer alltagsgerechten medizinischen Versorgung gehören.

2.4 Evidenzbasierte Leitlinien

108. Es liegen inzwischen ausreichende wissenschaftliche Erfahrungen vor, dass Leitlinien in sehr unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Bereichen zu einer Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung beitragen können, sofern sie sachgerecht entwickelt, verbreitet und umgesetzt werden.

Allerdings ist der Eintritt intendierter medizinischer und ökonomischer Wirkungen der Leitlinien im Anwendungsfall nur unzureichend vorhersagbar. Noch schwieriger ist die generelle Abschätzung der summierten Anwendungseffekte aller derzeit existierenden Leitlinien. Aus diesen Gründen sollte vor einer flächendeckenden Implementierung und Anwendung von Leitlinien zunächst im Rahmen von Modell- und Demonstrationsprojekten eine Prä-Evaluation erfolgen, um Richtung, Größe und Art der Effekte der Leitlinienanwendung zu erfassen. Aber auch die

Anwendung von Leitlinien in der Routineversorgung bedarf einer laufenden Dokumentation und Evaluation, um ungeplante und langfristige Effekte zu erfassen und ggf. steuernd eingreifen zu können. Der Rat empfiehlt eine phasenhafte Evaluation von Leitlinien in unterschiedlichen Stadien der Anwendungsreife, wie sie sich bei der Arzneimittelprüfung schon seit vielen Jahren bewährt hat.

Leitlinien sind ‚Technologien‘ wie andere entscheidungsstützenden und ablauforganisatorischen Verfahren in der Medizin und bedürfen infolgedessen vor ihrer generellen Anwendung einer dem Health Technology Assessment entsprechenden Überprüfung.

109. Die bisherigen Erfahrungen mit der Anwendung von Leitlinien unter den Bedingungen der Routineversorgung haben gezeigt, dass Leitlinien oftmals aufgrund von vermeidbaren Defiziten und Versäumnissen bei der Planung, Entwicklung, Dissemination und Implementierung sowie aufgrund der unzureichenden vorausschauenden Berücksichtigung potenzieller Barrieren und Widerstände gegen ihre Anwendung nicht ihr volles Wirksamkeitspotenzial entfalten können. Fehlschläge und Enttäuschungen sind somit in der überwiegenden Zahl nicht dem ‚Qualitätsinstrument Leitlinie‘ an sich, sondern seiner unsachgemäßen Entwicklung und Umsetzung anzulasten.

110. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass ein Großteil der derzeit vorliegenden ausländischen und deutschen Leitlinien nicht den international geforderten Qualitätskriterien einer multidisziplinären, evidenzbasierten und transparent dokumentierten Leitlinienentwicklung entspricht. Darüber hinaus bestehen Defizite hinsichtlich der Beachtung von Patientenpräferenzen und adäquater Disseminations-, Implementations- und Evaluationsstrategien. Vor diesem Hintergrund wurden auch in Deutschland in Anlehnung an internationale Vorbilder Programme zur gezielten Förderung der Qualität von Leitlinien entwickelt. Exemplarisch genannt seien die Leitlinienprogramme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin sowie das deutsche Leitlinien-Clearingverfahren bei der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung.

111. Der Rat misst den laufenden Aktivitäten zur Qualitätsförderung von Leitlinien eine große Bedeutung bei und unterstützt diese daher nachdrücklich. Er verweist allerdings auf folgende problematische Tendenzen derzeitiger Leitlinienprogramme:

- Der Begriff der Multidisziplinarität wird von vielen Leitlinienentwicklern zu eng gefasst und auf innerärztliche Interdisziplinarität reduziert. Multidisziplinarität bei der Leitlinienentwicklung reicht aber weit über eine binnenärztliche Interdisziplinarität hinaus und umfasst auch die Beteiligung von Repräsentanten nichtärztlicher Gesundheitsberufe und Interessengruppen. Hierbei sind auch Patientenverbände und Selbsthilfegruppen einzubeziehen,

da sie unmittelbar die Interessen von Betroffenen artikulieren, die sich in ihrem Anliegen von den regulären Mechanismen der Definition medizinischer Standards und Leitlinien unterrepräsentiert sehen.

- Die bisherigen Programme zur Qualitätsförderung von Leitlinien konzentrieren sich oftmals vorrangig auf offene Fragen der Entwicklung von Leitlinien und vernachlässigen hierbei die Bedeutung einer sachgerechten Dissemination, Implementation, Evaluation und Aktualisierung von Leitlinien. Da aber Defizite oder Versäumnisse in einem Bereich der Planung, Entwicklung, Implementation und Evaluation das gesamte Leitlinienprojekt gefährden, erachtet der Rat die bisherige Fokussierung auf die Sicherung der methodischen Qualität der Leitlinienentwicklung als einseitig.

112. Der Einsatz von Leitlinien in der Routineversorgung hat nach dem bisherigen Stand der Erfahrungen nur dann eine realistische Aussicht auf Erfolg, wenn bei der Planung, Priorisierung, Entwicklung, Implementation und Evaluation von Leitlinienprojekten folgende Notwendigkeiten beachtet werden:

- die Beschränkung der Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien auf wenige, aber epidemiologisch, klinisch und ökonomisch prioritäre Versorgungsbereiche, bei denen Hinweise auf eine unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann,
- der Einsatz transparenter, systematischer und datengestützter Verfahren bei der Priorisierung von Leitlinien,
- die Verfolgung einer systematischen, evidenzbasierten Strategie der Leitlinienentwicklung,
- die Repräsentanz aller relevanten ärztlichen und nichtärztlichen Akteure im Leitliniengremium,
- der Einsatz transparenter und formaler Konsensverfahren bei der Formulierung und Verabschiedung der Leitlinienempfehlungen,
- die Validierung der Leitlinien durch externe Gutachter,
- die Prä-Evaluation der Leitlinien im Rahmen von Modell- und Demonstrationsprojekten,
- die lokale Adaptation externer Leitlinien durch die Anwender vor Ort,
- zielgruppenadäquate, aktive und multidimensionale Maßnahmen der Dissemination und Implementation von Leitlinien,

- die Integration der Leitlinien in bereits bestehende oder im Aufbau befindliche Strukturen eines internen Qualitätsmanagements,
- die Integration von Leitlinien in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten und anderer Gesundheitsberufe,
- die begleitende Erfolgskontrolle und Evaluation der Leitlinienanwendung unter Routinebedingungen anhand einiger weniger, aber zentraler Erfolgsparameter,
- die planmäßige Re-Evaluation, Überarbeitung und Aktualisierung der Leitlinien.

113. Aber selbst optimal geplante und umgesetzte Leitlinienprogramme funktionieren möglicherweise nicht, wenn seitens der gesetzgebenden Organe, der Selbstverwaltungskörperschaften sowie der Entwickler und Nutzer von Leitlinien nicht die strukturellen Rahmenbedingungen geschaffen werden, um systemische, anwenderseitige und (interessen-) politische Barrieren zu beseitigen. Von großer Bedeutung für die erfolgreiche Anwendung von Leitlinien sind vor allem

- der politische Konsens aller relevanten Akteure zur gemeinsamen Entwicklung und Umsetzung von professionen-, institutionen- und sektorenübergreifenden Leitlinien für ein integriertes *disease management*,
- die Abstimmung und Harmonisierung der Leitlinienaktivitäten einzelner Gruppen und Organisationen (Berufsverbände, Fachgesellschaften, Kostenträger),
- die Bereitstellung der notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen zur sachgerechten Planung und Umsetzung wissenschaftlich fundierter und praktikabler Leitlinienprogramme sowie
- die Unterstützung eines leitlinienkonkordanten Verhaltens seitens der Leistungserbringer durch die Beseitigung von Fehlanreizen und die Schaffung eines leitlinienorientierten Vergütungssystems.

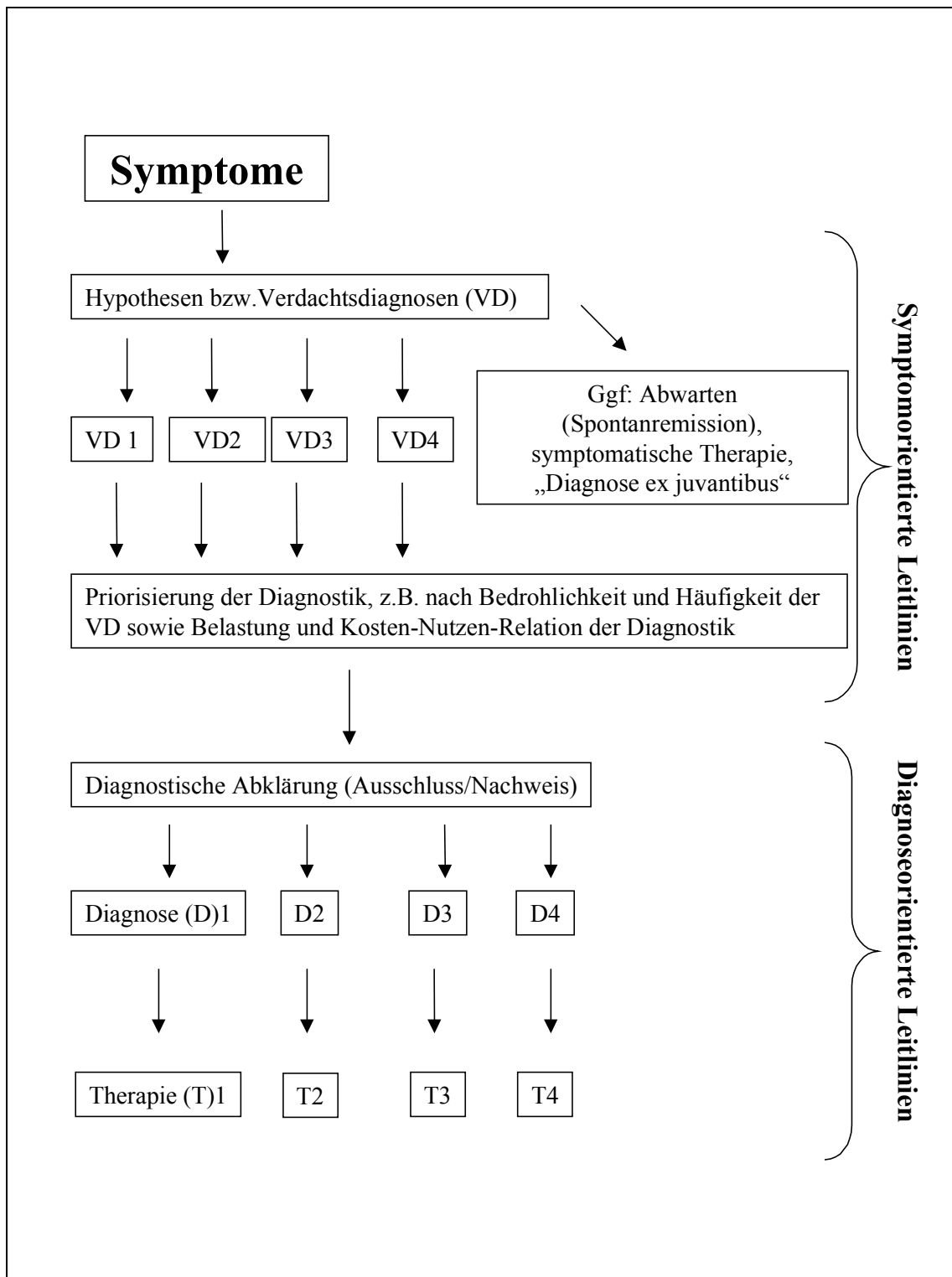
114. Der Rat empfiehlt den Fachgesellschaften, sich künftig verstärkt auf die Entwicklung evidenzbasierter, multidisziplinärer und formal konsentierter Leitlinien zu konzentrieren (‘S3-Leitlinien‘ nach der Klassifikation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Aufgrund des erheblichen Aufwands der Entwicklung derartiger Leitlinien werden hierbei die verstärkte Zusammenarbeit der Fachgesellschaften untereinander und mit anderen Akteuren bzw. Organisationen des Gesundheitswesens (z. B. den Gremien der Selbstverwaltung, Berufs- und Betroffenenorganisationen) sowie die Beschränkung auf wenige, aber prioritäre Versorgungsprobleme notwendig sein.

115. Symptomorientierte und diagnoseorientierte Leitlinien stellen keine konkurrierenden, sondern komplementäre Formen der thematischen Orientierung von Leitlinien dar. Ein Leitlinienkonzept, das beide Betrachtungsweisen miteinander verknüpft, ergibt sich zwangsläufig aus der Natur des ärztlichen Handelns und ermöglicht darüber hinaus eine Verknüpfung zwischen Leitlinien für die Primärversorgung und die spezialisierte Versorgung (Abbildung 6). Es ist durchaus möglich und empfehlenswert, dass unterschiedliche Arbeitsgruppen (z. B. einzelne Fachgesellschaften) innerhalb eines abgestimmten modularen Leitlinienprogramms korrespondierende symptomorientierte und diagnoseorientierte Leitlinien entwickeln.

116. Ein bislang noch nicht zufriedenstellend gelöstes Problem ist die Finanzierung der aufwendigen Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien aus unabhängigen (,ethischen‘) Quellen. Hier müssen noch adäquate Finanzierungskonzepte entwickelt werden, um einerseits die notwendigen Ressourcen aufzubringen und um andererseits eine unerwünschte Einflussnahme durch Interessengruppen zu verhindern.

117. Der Koordinierungsausschuss sollte sich bei der Beschlussfassung von Kriterien für eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gemäß § 137e Abs. 1 SGB V auf evidenzbasierte, multidisziplinäre und formal konsenterte Leitlinien beziehen.

Abbildung 6: Stellung symptom- und diagnoseorientierter Leitlinien im ärztlichen Behandlungsprozess



Quelle: Eigene Darstellung

3. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Versorgung

3.1 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ambulanten und stationären spezialärztlichen Versorgung

118. In der ambulanten und stationären spezialärztlichen Versorgung in Deutschland existieren Hinweise auf relevante Anteile nicht-indizierter Leistungen und Qualitätsprobleme. Qualitätssichernde Maßnahmen sind für die spezialärztliche Versorgung daher von eminenter Bedeutung. Dies gilt insbesondere für die Fächer, in denen invasive oder technisch besonders aufwendige oder mit dem Risiko schwerer bis lebensbedrohlicher Komplikationen belastete Eingriffe durchgeführt werden.

119. Derzeit mangelt es an einer umfassenden und laufend aktualisierten Bestandsaufnahme qualitätssichernder Maßnahmen im spezialärztlichen Versorgungsbereich. Die gesetzliche Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene zur Meldung vertraglich vereinbarter Qualitätssicherungsmaßnahmen an die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin reicht bislang nicht aus, zumal sie nicht sanktionsbewehrt ist.

Darüber hinaus weisen nur wenige der dokumentierten Qualitätssicherungsmaßnahmen evaluative Komponenten auf. Ein Großteil der bisher in Deutschland in die Routine eingeführten bzw. sich in Entwicklung befindlichen qualitätssichernden Maßnahmen hat dementsprechend den Rechtfertigungsnachweis in Hinblick auf Effektivität und Effizienz nicht oder nur unzureichend erbracht. Qualitätswirksame Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sind aber Sekundärtechnologien wie andere entscheidungsstützende und ablauforganisatorische Verfahren in der Medizin und bedürfen als solche einer dem Health Technology Assessment entsprechenden Überprüfung vor oder während ihrer generellen Anwendung. Neben dieser berechtigten Kritik an der unzureichenden Evaluationspraxis darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die medizinische und ökonomische Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen mit erheblichen, teilweise noch nicht befriedigend gelösten methodischen und logistischen Schwierigkeiten behaftet ist. Diese Probleme sprechen aus der Sicht des Rates aber nicht gegen die Notwendigkeit einer Evaluation qualitätswirksamer Maßnahmen.

120. Die bisherigen Probleme bei der Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen lassen sich im wesentlichen auf folgende Defizite zurückführen:

- Die durchgeführten Maßnahmen sind unvollständig und decken nur einzelne Phasen des problemorientierten Qualitätszyklus ab.
- Die Erfassung der Langzeitergebnisse diagnostisch-therapeutischen Handelns ist unzureichend.

- Motivationsprobleme und fehlende Anreize erschweren die Entwicklung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen.
- Die qualitätssichernden Maßnahmen brechen an Grenzen von Institutionen und Professionen ab.

121. Ein weiteres Problem der im stationären Bereich bislang dominierenden Verfahren der externen Qualitätskontrolle (z. B. der Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten) ist darin zu sehen, dass diese in der Reaktion auf mögliche Qualitätsdefizite außerordentlich schwerfällig sind. Zwischen der Erhebung evtl. auffälliger Daten und der Einleitung gezielter Maßnahmen können im Einzelfall Jahre vergehen.

122. Die geplante Umstellung der Krankenhausvergütung auf ein umfassendes pauschaliertes Entgeltsystems erhöht aus der Sicht des Rates die Notwendigkeit einer konsequenten Qualitätssicherung, um potentiellen Gefährdungen der Versorgungsqualität durch eine Unterversorgung wirksam zu begegnen (vgl. Kapitel II-4).

123. Ein Problem, das sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung betrifft, ist das Fehlen von positiven Anreizen für die Einrichtung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen. Teilweise überwiegt bei den Ärzten vor Ort der Eindruck, Qualitätssicherung bestehe in erster Linie aus mehr Arbeit, Kontrolle und Sanktionen. Im Gegensatz zu anderen Wirtschaftszweigen, für welche die modernen Konzepte des Qualitätsmanagements entwickelt wurden, fehlt im deutschen Gesundheitswesen der Anreiz, sich durch einen Qualitätswettbewerb positiv von anderen Leistungserbringern abzusetzen.

124. Der Rat empfiehlt daher folgendes:

- Traditionelle Instrumente der spezialärztlichen Qualitätssicherung, die sich bewährt haben, sollten gepflegt und weiterentwickelt werden. Der Rat nimmt mit Besorgnis zur Kenntnis, dass die klinische Sektion als ein solches bewährtes Instrument der Qualitätssicherung klinischer Diagnose und Therapie immer stärker rückläufig ist. Es ist zu prüfen, inwieweit dem weiteren Rückgang von Obduktionen und den damit verbundenen unerwünschten Auswirkungen auf die Qualitätssicherung der Krankenhausbehandlung durch eine einheitliche Sektionsgesetzgebung begegnet werden kann, welche die fortdauernde rechtliche Unsicherheit behebt.
- Für die Meldung qualitätssichernder Maßnahmen an die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin sollten Anreize gesetzt werden.
- Neue Ansätze der Qualitätssicherung sollten nicht unkritisch und wahllos übernommen werden, sondern hinsichtlich Effektivität, Praktikabilität und Kosten bewertet werden. Aber

auch etablierte und in der Routineversorgung eingeführte Maßnahmen der Qualitätssicherung bedürfen einer Re-Evaluation und laufender Kontrollen.

- Es sollten Ansätze der externen und internen Qualitätssicherung kombiniert werden. Die kurzfristige qualitätswirksame Steuerung von Prozessen kann nur durch eine funktionierende interne Qualitätssicherung mit kurzen Reaktionszeiten geleistet werden. Darum sollte bei den externen Qualitätsvergleichen neben der Datenerhebung und -sammlung der Rückmeldung und dem Dialog mit den Leistungserbringern Priorität eingeräumt werden. Die Projektgeschäftsstellen sollten mit den erforderlichen personellen und sächlichen Ressourcen ausgestattet werden, um neben der Datensammlung auch beratende Funktionen für einzelne Häuser übernehmen zu können.
- Ein Ansatz zur Förderung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs zwischen den Anwendern besteht darin, mehr Transparenz für Versicherte, Ärzte und Krankenkassen hinsichtlich des Leistungsspektrums, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements eines Krankenhauses bzw. einer Arztpraxis zu schaffen. Aus der Sicht des Rates stellen einheitliche und standardisierte Zertifizierungen sinnvolle Instrumente zur Schaffung von mehr Leistungstransparenz und qualitätsorientiertem Wettbewerb im Gesundheitswesen dar. Ebenso notwendig sind standardisierte und obligatorische Leistungsberichte, die folgende Angaben beinhalten sollten:
 - Angaben zur personellen und sächlichen Ausstattung der Einrichtung (u. a. Abteilungsstruktur, Schwerpunkte, Qualifikation der Mitarbeiter),
 - Angaben zu Patientenzahlen (einschließlich *case-mix*),
 - eine Diagnosestatistik gemäß der *International Classification of Diseases* (Zahl der Diagnosen pro Jahr),
 - eine Prozedurenstatistik (insbesondere für komplikationsträchtige und invasive diagnostische und therapeutische Verfahren),
 - speziell für Universitäten: Forschung (Drittmittel, Publikationen mit Zitationsindex) sowie
 - Angaben zu Ergebnissen der Behandlung (Erfolgs- und Komplikationsraten invasiver Eingriffe, Krankenhaussterblichkeit, nosokomiale Infektionen).

Um aber einen in Hinblick auf den *case-mix* weitgehend unverzerrten Vergleich zwischen unterschiedlichen Einrichtungen zu ermöglichen und einer Selektion erwünschter Risiken vorzubeugen, sollte bei der Erstellung von Zertifizierungs- und Leistungsberichten eine Risikoadjustie-

rung erfolgen. Die Leistungsberichte sollten auch medizinischen Laien (z. B. Patienten und Angehörigen) zugänglich (z. B. über Internet) und verständlich sein.

125. Der Rat betrachtet die ärztliche Routine bei der Durchführung technisch besonders aufwendiger und mit dem Risiko schwerer bis lebensbedrohlicher Komplikationen belasteter Eingriffe als einen aussagekräftigen Parameter ärztlicher Leistungserbringung. Er empfiehlt daher eine auf Einrichtungen und Leistungserbringer bezogene Dokumentationspflicht für Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Volumen und Qualität der Leistungserbringung empirisch belegt ist. Für solche Leistungen könnte aus der Sicht des Rates erwogen werden, die ärztliche Routine (gemessen an einer Mindestanzahl von Eingriffen pro Jahr) vermehrt zur Abrechnungsvoraussetzung zu machen. Dabei sollte aber zeitgleich eine Qualitätssicherung der Indikationsstellung erfolgen, um einer unangemessenen Leistungsausweitung zur Erreichung der Mindestzahl vorzubeugen.

126. Die im Zusammenhang mit dem ‚Essener Brustkrebskandal‘ publik gewordenen und durch eine Expertenstellungnahme sehr wahrscheinlich gemachten gravierenden Fälle von Fehldiagnosen und operativen Überbehandlungen haben die Notwendigkeit einer verstärkten externen und internen Qualitätssicherung der mammographischen Diagnostik, der operativen Abklärung und Therapie mammographisch entdeckter Veränderungen und der pathologischen Befundung der entnommenen Gewebeproben deutlich vor Augen geführt. Der Rat begrüßt daher Initiativen und Modellvorhaben, die darauf abzielen, die Qualität der Mammographie, der operativen Entnahme mammographisch entdeckter Läsionen und der pathohistologischen Befundung zu verbessern und internationalen Standards anzupassen. Eine Qualitätsförderung der Brustkrebsdiagnostik darf sich aber nicht nur auf Früherkennungsprogramme beziehen, sondern sollte sich zwingend auch auf die kurative Diagnostik erstrecken.

127. Der Rat weist darauf hin, dass den bei der Einrichtung und Durchführung von qualitätssichernden Maßnahmen entstehenden Kosten ein nachgewiesener und objektivierbarer Nutzen zum Wohle der Patienten und der Mitarbeiter gegenüber stehen muss. Allerdings reicht der Hinweis darauf, dass es sich um einen objektivierbaren medizinischen Nutzen handelt, nicht aus, die Kostenträger auf eine allgemeine Kostenerstattung von qualitätssichernden Maßnahmen, die diese Nutzenkriterien erfüllen, zu verpflichten. Schließlich würde dadurch den Leistungserbringern jeglicher Anreiz genommen, qualitätswirksame Maßnahmen wirtschaftlich durchzuführen. Eine angemessene und zukunftssträchtige Möglichkeit der Finanzierung qualitätswirksamer Maßnahmen durch die Kostenträger könnte daher darin liegen, in Abhängigkeit von Qualitätsnachweisen qualitätsorientierte Vergütungszu- und -abschläge vorzusehen (SG 1997). Diese Überlegungen sollten bei der Schaffung eines leistungs-, qualitäts- und ergebnisorientierten Vergütungssystems berücksichtigt werden.

3.2 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ärztlichen Primärversorgung

128. Besondere Anforderungen für den Einsatz von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der ärztlichen Primärversorgung ergeben sich vor allem aus der hohen Komplexität der zu versorgenden Gesundheitsprobleme bei dem häufig multimorbiden Kranksein der hausärztlichen Klientel sowie aus einer im Vergleich zum Spezialisten häufigeren Konfrontation des Hausarztes mit Symptombildern ohne eindeutige klinische Diagnose.

129. Ein vermeidbarer und zugleich häufiger Fehler bei der Etablierung von Qualitätsförderung in der hausärztlichen Praxis ist eine zu große Komplexität neu eingeführter Maßnahmen. Daraus resultieren nicht selten Demotivierung und Enttäuschung bei den Beteiligten. Gerade neue Maßnahmen zur Qualitätsförderung sollten daher in Form überschaubarer, konkreter Projekte eingeführt werden. Wie z. B. in den Niederlanden, Großbritannien und Irland in der ambulanten Versorgung erfolgreich praktiziert, ist eine Beratung und Unterstützung hilfreich – gegebenenfalls durch *facilitators* bzw. Supervisoren, die Praxisteams vor Ort unterstützen.

130. Eine konsequentere Patientenorientierung aller Bemühungen ist auch in der hausärztlichen Versorgung dringend erforderlich. Neben einer konsequenten Zieldefinition gilt es, speziell für den Einsatz in der ambulanten Praxis geeignete Instrumente zur Bewertung der Versorgungsqualität durch Patienten zu entwickeln.

131. Die Umsetzung von Konzepten zur Qualitätssteigerung fordert in der Praxis geeignete Anreizsysteme. Diese sollten vor allem auch die Chance zu interkollegialem Erfahrungsaustausch und zu konkreter Hilfestellung für die eigene Praxis betonen.

132. Ein für die Primärversorgung besonders relevanter Weg der Qualitätsförderung sind Qualitätszirkel. Sie bieten die Chance zur Explizierung impliziter Handlungs- bzw. Lösungsstrategien in der hausärztlichen Praxis. Die auf diese Weise möglichen Erkenntnisse sollten als wertvolle Beiträge, vor allem zur Leitlinienentwicklung bzw. -modifikation und zur explorativ-analytischen Generierung von Forschungshypothesen verstanden und genutzt werden. Insbesondere problem- bzw. fallorientierte Vorgehensweisen in Qualitätszirkeln sollten gefördert werden.

Der Rat spricht sich für die Verbesserung der Qualität von Qualitätszirkeln durch stärkere Orientierung an externer Evidenz und an einer Evaluation der Versorgungstätigkeit in Zirkelpraxen aus. Dies gilt auch im Hinblick auf die Etablierung von Qualitätszirkeln im Rahmen von ‚vernetzten Praxen‘ bzw. *managed care*-Strukturen. Bestehende Praxisverbände haben häufig interdisziplinäre Qualitätszirkel etabliert. Da hier die Notwendigkeit zur Kooperation und zur Definition von Schnittstellen weitaus größer ist als bisher, ergeben sich für Qualitätszirkel vielfältige Aufgaben. Diese können von der Modifikation der Empfehlungen von nationalen Leitlinien oder

lokalen Versorgungspfaden bis hin zu einem auf Qualitätsindikatoren gestützten medizinischen Controlling reichen.

133. Mit einer traditionellen arztzentrierten Praxisführung sind moderne *total quality management*- bzw. *continuous quality improvement* Systeme wenig vereinbar. Systematische Qualitätsförderung mit dem Ziel eines *continuous quality improvement* bzw. eines umfassenden Qualitätsmanagements ist eine Management- bzw. Führungsaufgabe. Praxisinhaber müssen persönliche Verantwortung für das Erreichen von definierten Qualitätszielen übernehmen. Qualitätsförderung in der Primärversorgung stellt einen lebendigen Prozess an der Basis dar, der von der Motivation der Primärärzte und ihrer Praxisteams lebt.

134. Die hausärztliche Dokumentation ist zur Zeit als unzureichend zu bezeichnen. Im Gegensatz etwa zu den standardisiert abgefassten Aufnahme-Dokumentationsbögen für neue Patienten im Krankenhaus und den Dokumentationsanforderungen bei vielen diagnostischen und therapeutischen Einzelmaßnahmen, existieren im Hausarztsektor – abgesehen von den gesetzlichen Richtlinien – keine verbindlichen Regeln über Inhalte und Systematik von zu dokumentierenden Tatbeständen. Die Dokumentation beschränkt sich vielfach auf abrechnungsrelevante Angaben. Sie lässt ein plausibles Ineinandergreifen von Gesundheitsproblemen und darauf bezogene Interventionen häufig vermissen und macht es vielfach nicht möglich, Behandlungs- und globalere Versorgungsverläufe nachzuvollziehen und zu begründen. Der Rat empfiehlt deshalb die Einführung einer hausarztspezifischen Dokumentation mit der Möglichkeit, Krankheits- und Versorgungsverläufe abzubilden, die zugleich als Voraussetzung und Ausgangspunkt für interne Audits und Controllingmaßnahmen fungiert.

135. Leitlinien für die primärärztliche Praxis müssen auf die von Patienten tatsächlich vorgebrachten Anliegen (z. B. ‚Rückenschmerzen‘) bezogen sein und können in der Regel nicht von bereits verifizierten Diagnosen (z. B. ‚Bandscheibenprolaps‘) ausgehen. Nur auf diese Weise kann die oft ausschlaggebende frühzeitige Weichenstellung für den weiteren Versorgungsweg bei unter Umständen zunächst schlecht strukturierbaren Patientenproblemen wirkungsvoll unterstützt werden. Um den spezifischen – insbesondere epidemiologisch determinierten – Bedingungen in der primärärztlichen Praxis (u. a. niedrige Prävalenz bedrohlicher Krankheitsverläufe im ‚Niedrigrisikobereich‘) gerecht zu werden, müssen Leitlinien entweder speziell für den Einsatz in hausärztlichen Praxen entwickelt oder sekundär entsprechend modifiziert werden.

136. Um die Übertragbarkeit von Ergebnissen klinischer Studien speziell in den primärärztlichen Bereich und damit auch die Qualität der ärztlichen Gesundheitsversorgung insgesamt zu verbessern, empfiehlt der Rat die Förderung von Studien, die Ergebnisse einer selbstbestimmten Qualitätsentwicklung und -evaluation aus der Praxis heraus (*bottom up*) versus extern entwickelter Maßnahmen (*top down*) untersuchen. Es sollten verstärkt Studien unmittelbar unter den

Bedingungen der primärärztlichen Versorgung durchgeführt werden, die sich gezielt mit für diesen Versorgungsbereich typische Fragestellungen und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität befassen. Zu diesem Zweck sollte Forschung in der hausärztlichen Versorgung gezielt durch strukturelle, finanzielle und kooperative Maßnahmen gefördert werden.

3.3 Der Umgang des Arztes mit dem Patienten als Qualitätsmerkmal der medizinischen Versorgung

137. Angesichts der in vielen Studien belegten und erfahrungsgestützten Beobachtung, dass Deutungen, Erwartungen, Wunsch- und Zielvorstellungen des Patienten sowie weitere psychosoziale Faktoren im Informations- und Deutungs austausch zwischen Patient und Arzt den Krankheitsverlauf maßgeblich mitsteuern, ist eine stärkere Beachtung der personalen Interaktion als Qualitätskriterium ärztlicher Interventionen erforderlich.

Der Rat weist darauf hin, dass diese Interaktion gleichermaßen in anderen Gesundheitsberufen von Bedeutung ist und Berücksichtigung finden sollte.

In der Aus-, Weiter und Fortbildung gilt es, ein breites Bewusstsein für die steuernden Einflüsse ärztlichen Verhaltens im Umgang mit dem Patienten auf Krankheitsverläufe und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens zu erzeugen.

3.4 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Pflege

138. Qualitätsentwicklung setzt eine bestimmte Entwicklung der Profession voraus. Die Pflege befindet sich zum Teil im Übergang von einem traditionellen Helferberuf in eine moderne Gesundheitsprofession. Der Rat empfiehlt in diesem Zusammenhang, die Etablierung der Pflegewissenschaft in Deutschland voranzubringen, z. B. durch Weiterentwicklung von Studiengängen und verstärkte Forschungsförderung (vgl. Abschnitt II-1.2).

139. Es gibt in der Pflege ein deutliches Missverhältnis zwischen der Breite der Diskussionen über Qualitätssicherung und deren Umsetzung. Untersuchungen zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Pflege zeigen, dass Unsicherheit und Skepsis gegenüber der Qualitätssicherung deren Wirkung deutlich einschränkt. Anders als z. B. im angloamerikanischen Bereich gehört das Qualitätsmanagement noch nicht selbstverständlich zur Arbeitskultur und zur professionellen Handlungsweise. In Deutschland gibt es so gut wie keine berufsrechtlichen Regelungen für die Pflege, die sicherstellen könnten, dass fachpflegerische Aufgaben auf dem zu fordernden Niveau erbracht und einer Qualitätssicherung zugeführt werden. Der Rat empfiehlt

daher, berufsrechtliche qualitätsbezogene Regelungen zu Vorbehaltsaufgaben und Organisationsformen zu erarbeiten und zu implementieren.

Abbildung 7 verknüpft die verschiedenen Handlungsebenen von Pflege mit Qualitätssicherungsmaßnahmen auf der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualitätsebene.

Abbildung 7: Ansatzebenen qualitätssichernder Maßnahmen in der Pflege



Quelle: modifiziert nach Ewers, M. (1998)

140. Professionelle Pflege ist besonders im Krankenhaus eingebettet in einen Prozess der gesundheitlichen Versorgung, an dem die unterschiedlichsten Professionen beteiligt sind. Diesem Prozess ist eine wechselseitige professionenübergreifende Kontrolle im Sinne einer Qualitätssicherung inhärent (vgl. Abschnitt II-3.5). Dies gilt besonders für die Überschneidungen der Tätigkeiten unterschiedlicher Professionen, die gegenseitiger Kontrolle bedürfen. Dennoch ist in Deutschland eine übergreifende Qualitätssicherungsdiskussion aller Gesundheitsberufe, die sowohl relevante methodische Ansätze miteinander verbindet als auch die unterschiedlichen strategischen Perspektiven zusammenführt, bislang noch unzureichend entwickelt. In der Pflege

zeigt sich dies durch die überwiegend auf den Pflegekontext bezogene und nur vom Pflegepersonal geführte Qualitätsdiskussion unter Ausschluss z. B. der Ärzte. Der Rat empfiehlt deshalb, die in § 137b SGB V gesetzlich verankerte sektor- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung praktisch umzusetzen. Entsprechendes gilt für die Novellierung der Qualitätssicherung der Pflege nach SGB XI.

141. Die individuelle Dimension der Pflegequalität (Patientenzufriedenheit) wird gegenwärtig nicht genügend beachtet. Der Rat empfiehlt daher, in Zukunft solche Qualitätssicherungsmaßnahmen zu bevorzugen, die den Nutzer in den Mittelpunkt stellen. Dazu gehören neben der weiteren Ablösung der Funktionspflege durch die Bezugspflege auch eine verpflichtende, flächendeckende, wirksame und zielgruppenspezifische Anleitung von pflegenden Angehörigen. Erfahrungen und Urteile der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen sollten als entscheidender Faktor eines funktionierenden Qualitätsmanagements begriffen werden. Ebenso kann die Einrichtung von Internet-Plattformen zum Austausch von Informationen (negativer und positiver Art) dazu beitragen, die Qualität der Pflege im Hinblick auf eine größere Nutzerorientierung zu verbessern (s. Kapitel I-3, Abschnitt II-3.6).

142. Auch wenn Einigkeit darüber besteht, dass die Qualität und das Qualitätsbewusstsein in den Einrichtungen selbst wachsen müssen, ist Qualitätssicherung in der Pflege heute vor allem durch eine Vielzahl externer Maßnahmen gekennzeichnet, d. h. sie folgt vorrangig dem Druck gesetzlicher Vorgaben und kann zu kontraproduktiven Effekten in den Institutionen führen. Qualitätssicherung und -verbesserung ist jedoch eine originäre Aufgabe der Pflegeeinrichtungen und der Pflegeberufe. Eine Qualitätsgarantie muss perspektivisch zum Selbstverständnis jeder Pflegeeinrichtung gehören. Externe Prüfungen können diesen Prozess nur begleiten. Letztendlich sind es die Pflegenden vor Ort, die die Optimierung von Qualität gewährleisten müssen.

143. Sektionen zur Ermittlung von Pflegeschäden (z. B. Dekubitalgeschwüre) und unangemeldete Kontrollbesuche sind wirksame externe Maßnahmen, um Qualitätsmängel in der Pflege zu identifizieren. Bei ihrem Einsatz sollte jedoch beachtet werden, dass Qualitätsentwicklung nicht allein von außen in eine Einrichtung 'hineinkontrolliert' werden kann. Unter Beachtung dieses Vorbehalts spricht sich der Rat für den Einsatz der o. g. Maßnahmen der Qualitätssicherung aus.

144. Nach Ansicht des Rates sollten bei Zertifizierungen den pflegespezifischen Parametern der Ergebnisqualität eine stärkere Beachtung geschenkt werden. Diese Zertifikate sollten nach objektiv nachvollziehbaren Kriterien von unabhängigen Kommissionen vergeben werden und für die Nutzer transparent sein.

3.5 Sektoren-, institutionen- und professionenübergreifende Ansätze

145. Die Wirkungs- oder Qualitätsziele von Maßnahmen der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements sollten nach Möglichkeit übergeordneten Gesundheits- oder Versorgungszielen entsprechen und sich primär an der patientenbezogenen Ergebnisqualität orientieren.

Aus dem Grundsatz einer ergebnisorientierten Qualitätsförderung folgt, dass Qualitätssicherung, wo immer nötig, professionen- und institutionenübergreifend organisiert werden muss. Dazu sind auch Abstimmungen auf der Verbändeebene nötig. So sollten beispielsweise Qualitätszirkel zunehmend sektorenübergreifend und multidisziplinär durchgeführt werden (vgl. Abschnitt II-2.2, II-3.1, II-3.2).

Bei der Entwicklung und Einführung von Dokumentationssystemen und von Datenverarbeitungssystemen sollte in Zukunft darauf geachtet werden, dass diese professionen-, institutionen-, sektoren- und kostenträgerübergreifend kompatibel gemacht werden und entsprechend genutzt werden können. Belange der qualitätsorientierten Dokumentation und Datenanalyse sollten bereits zu Beginn der Planung berücksichtigt werden.

146. Außerdem ist die Entwicklung von institutionenübergreifenden Maßnahmen für Indikationen bzw. Versorgungsleistungen empfehlenswert, bei denen nicht nur die Ergebnisqualität individueller Versorgungsleistungen, sondern auch ein qualitativ hochwertiger Ablauf einer gesamten Versorgungskette zwischen Leistungserbringern und Patienten eine entscheidende Rolle spielt. Derartige Indikationen bzw. Indikationsgebiete lassen sich auch aus Behandlungsleitlinien (vgl. Abschnitt II-2.4) ableiten bzw. entwickeln. Geeigneten Behandlungsleitlinien sollten auch Leitlinien für die institutionenübergreifende Qualitätssicherung und Kooperation an die Seite gestellt werden.

147. Um die heutigen Qualitätssicherungsansätze konsequent anhand von (längerfristigen) gesundheitlichen Ergebnissen weiterzuentwickeln, wären zukünftig Maßnahmen für einige prioritäre Versorgungsleistungen zu planen und hinsichtlich ihrer Effektivität und Kosten zu evaluieren, die eine institutionenübergreifende Beobachtung, Bewertung und Steuerung von Verläufen zwischen Institutionen unterschiedlicher Versorgungsebenen ermöglichen.

148. Sofern neue institutionenübergreifende Versorgungsformen (z. B. gemäß §§ 63 - 65, § 140a-h SGB V) beanspruchen, die Versorgungsqualität zu verbessern, sollte die Einführung eines Qualitätsmanagements mit aussagekräftigen Ergebnisparametern ebenso zur Bedingung gemacht werden wie eine unabhängige externe Evaluation. Dadurch wird zwar möglicherweise die Schwelle für Innovationen erhöht, gleichzeitig jedoch auch die Erfolgchance innovativer Versorgungsformen verbessert.

149. Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten in einem möglichst weitgehenden gesellschaftlichen Konsens zwischen beteiligten Professionen, Patientenrepräsentanten und Institutionen, übergeordneten Verbänden und Institutionen und der Politik festgelegt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass die Gremien handlungsfähig gestaltet werden und produktiv arbeiten können.

150. Repräsentanten von Patienten- und Konsumentenverbänden sollten in allen Gremien vertreten sein (s. Kapitel II-3), die Entscheidungen über Ziele, Konzepte und Durchführung von Qualitätssicherung fällen, z. B. auch im Rahmen der Planung von Qualitätssicherungsmaßnahmen für das fallpauschalierende diagnoseorientierte Vergütungssystem im stationären Sektor (s. Kapitel II-4).

3.6 Ergebnisse von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement als Nutzerinformation und als Beitrag zur Förderung einer Qualitätskultur

151. Patienten und Versicherte haben ein Recht, über die Qualität von Versorgungsangeboten informiert zu werden. Als qualitätsbewusste und informierte Nutzer könnten sie zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen (s. Kapitel II-3).

152. Der Rat begrüßt in diesem Zusammenhang, dass die Gesundheitsberichterstattung des Bundes und einiger Bundesländer künftig verstärkt die Versorgungsqualität berücksichtigen soll. Er befürwortet eine Veröffentlichung von Informationen über die Versorgungsqualität im Rahmen von Leistungsberichten der Krankenhäuser, von Zertifizierungsverfahren und von anderen extern-vergleichenden Datenerhebungsverfahren gemäß § 135a und § 112 SGB V (s. Abschnitt II-3.1), ferner prospektiv im Rahmen der Qualitätssicherung von fallpauschalierenden diagnosebezogenen Vergütungssystemen (s. Kapitel II-4).

153. Die Veröffentlichung von qualitätsbezogenen Daten hat insbesondere bei stationären Einrichtungen und bei Zusammenschlüssen von Leistungserbringern zu verstärkten Qualitätssicherungsmaßnahmen und zu nachweisbaren Erfolgen bei der Verbesserung der Versorgungsqualität geführt. Die Möglichkeit, mit Qualitätsauszeichnungen (z. B. Zertifizierungen und Qualitätspreisen) in der Öffentlichkeit zu werben, sollte sich nicht nur auf das Endresultat, sondern auch auf die Kriterien und Bewertungsergebnisse beziehen. Der Rat sieht in der Anbindung an formale und standardisierte Verfahren und Projekte zur Qualitätssicherung, wie sie z. B. von der ‚Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung‘ erfasst und dokumentiert werden, die Möglichkeit, Gefahren der Datenmanipulation zu minimieren. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht nur über negative, sondern auch über positive Versorgungs- und Ergebnisqualität bzw. erreichte Versorgungsziele berichtet wird. Auf diese Weise werden Anreize für einen positiven Qualitätswettbewerb geschaffen.

Darüber hinaus hält der Rat eine Verpflichtung der Leistungserbringer auf eine ausschließliche Verwendung entsprechender valider Daten für unabdingbar. Die Nichteinhaltung dieser Verpflichtung stellt eine Irreführung von Nutzern dar und erfüllt mindestens den Tatbestand des unlauteren Wettbewerbs.

154. Des Weiteren empfiehlt der Rat, dass Versicherten veröffentlichte Qualitätsinformationen zur Verfügung gestellt werden, sofern ihre Entscheidung zur Teilnahme an neuen Versorgungsformen im Rahmen des § 140 a-h SGB V gefragt ist, die explizit eine Qualitätsverbesserung beanspruchen und daher auch über Qualitätsmanagementstrukturen verfügen sollten (s. Abschnitt II-3.5). Im Interesse einer verstärkten Qualitätsorientierung des Wettbewerbs wäre es wünschenswert, wenn zudem die gesetzlichen und privaten Versicherer in höherem Masse über die Qualität ihrer eigenen Dienstleistungen öffentlich berichteten, sofern diese sich auf besondere gesundheitliche Programme und Leistungsangebote beziehen.

155. Je nach der bei Nutzern, Öffentlichkeit, Leistungserbringern, Finanzierern und in der Politik vorzufindenden Kultur der Transparenz kann die Akzeptanz und der Nutzen von Qualitätsdaten, -maßnahmen und -bemühungen gefördert oder gemindert werden. Es muss daher eine Transparenzkultur gefördert werden, die der Seite der Patienten bzw. Nutzer, der Leistungserbringer, der Leistungsfinanzierer und der Politik gerecht wird.

Der Rat empfiehlt, dass der Gesetzgeber im Zuge der Vorbereitung eines ‚Gesetzes zur Verbesserung der Datentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung‘ Überlegungen darüber anstellt, wie neben den Präferenzen der Leistungsfinanzierer, der Leistungserbringer und der Politik auch der Bedarf der Nutzer (Patienten) und der zuweisenden Ärzte (als Nutzer im Patientenauftrag) eingebracht werden kann.

Es gilt, eine Kultur der Qualitätsorientierung zu unterstützen, in der die Bereitschaft und Fähigkeit aller Akteure gestärkt wird, Qualitätsdefizite zu erkennen, zu benennen, aus ihnen zu lernen und gezielte Veränderungen vorzunehmen.

4. Zur Fortentwicklung der pauschalierenden Leistungsvergütung im Krankenhaus

4.1 Die aktuelle Situation

156. Mit dem am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen GKV-Reformgesetz 2000 bestimmt der Gesetzgeber in § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) die Einführung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierenden Entgeltsystems auf der Basis von *diagnosis related groups* (DRGs) ab dem 1. Januar 2003. Dieses Entgeltsystem wird das in der Bundespflegesatzverordnung verankerte, seit Januar 1995 geltende Vergütungssystem von Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie krankenhausindividuell vereinbarten tagesgleichen Pflegesätzen ablösen.

4.2 Fallpauschalen: Effizienzpotentiale und Fehlanreize

157. Die Richtungsentscheidung des Gesetzgebers für ein Fallklassifikationssystem, bei dem die Vergütung alternativer Leistungseinheiten wie Pfl egetage oder Einzelleistungen die Ausnahme und nicht die Regel bildet, ist aus Sicht des Rates grundsätzlich positiv zu bewerten. Behandlungsfälle eignen sich (bis auf Ausnahmen¹) besser zur Identifikation bzw. Klassifikation stationärer Versorgungsleistungen als Pfl egetage bzw. Einzelleistungen. Er sieht darin ein beachtliches Potential zur Verbesserung der Leistungs- und Kostentransparenz in der stationären Versorgung, die wiederum eine der Schlüsselvoraussetzungen für darauf aufbauende Möglichkeiten einer höheren Versorgungseffizienz darstellen.

158. Wenn man andererseits die verschiedenen Fehlanreize in Rechnung stellt, die von Fallpauschalen ausgehen können, so ist der Rat der Auffassung, dass es durchaus Mechanismen gibt, die den Fehlanreizen entgegenwirken können. Aus Sicht des Rates bedarf es sowohl von Beginn an flankierender angemessener Qualitätsmanagementmaßnahmen als auch vorausschauender Konzepte und Implementierungsmaßnahmen hinsichtlich adäquat entwickelter nachgehender Versorgungsangebote (Nachsorge, Rehabilitation, Pflege).

1 Z. B. bei medizinisch und kostenmäßig trotz identischer Diagnose sehr heterogenen Behandlungsfällen wie in der Psychiatrie und Geriatrie, bei der Versorgung von Patienten mit bestimmten sehr kostenintensiven Nebenerkrankungen wie Hämophilie- oder Dialysepatienten, bei Fällen, in denen eine Organbeschaffung über Lebendspende erfolgt oder bei Fällen, die eine atypische, aber begründet hohe Verweildauer aufweisen.

Im einzelnen setzen sich die Gegenstrategien wie folgt zusammen:

- (1) Gewährleistung einer an medizinischen Kriterien orientierten Kostenhomogenität von abrechenbaren Fallgruppen zur Begrenzung des ökonomischen Anreizes zur Patientenselektion;
- (2) DRG-verfahrensinterne Codierkontrollen zur Begrenzung von *up-coding* und Indikationsausweitung;
- (3) versorgungssektor- bzw. versorgungsinstitutionenübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen und Vergütungsformen zur Begrenzung von Kostenverlagerungen in vor- bzw. nachgelagerte Versorgungsbereiche (Abschnitt II-3.3.2);
- (4) Instrumente der Fallzahlenplanung zur Begrenzung potentieller Fallzahlenausdehnungen und Indikationsausweitungen;
- (5) zur Verhinderung qualitätsmindernder Effekte des verstärkten Kostendrucks sind schließlich gleichzeitig vier Gegenstrategien relevant:
 - Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements (Kapitel II-2 und II-3);
 - Verbesserung von Leistungs-, Qualitäts- und Kostentransparenz über Auswertungen von Daten, die im Rahmen der Patientenklassifikation erhoben werden;
 - Stärkung der Nutzerkompetenz durch mehr Qualitätstransparenz und Stärkung der Patientenrechte (Kapitel I-3).
 - die Berücksichtigung von Qualitätsindikatoren bei der Leistungsvergütung.

4.3 Die Entscheidung für das australische Klassifikationssystem

159. Die deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherungen (Vertragspartner) haben sich für das australische Patientenklassifikationsverfahren der AR(*australian refined*)-DRGs entschieden. Das AR-DRG-System erfüllt das Kriterium der medizinischen Homogenität weitreichender als alternative DRG-Systeme. Ein Defizit besteht jedoch darin, dass Auswertungsalgorithmen bisher lediglich auf der Ebene der Basisfallgruppen, die für die Qualitätssicherung zu hoch aggregiert sind, oder aber auf der Ebene der erfassten Einzelleistungen ohne Fallgruppenbezug, deren Aggregationsgrad für die Qualitätssicherung wiederum zu gering ist, verfügbar sind. Die Potentiale zur Unterstützung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die das System der AR-DRGs grundsätzlich aufweist, hängen daher essentiell von der Entwicklung adäquater Auswertungsinstrumente ab, die als sehr aufwendig einzuschätzen ist. Konkrete Aussagen über die Kostenho-

mogenität der AR-DRGs sind derzeit nicht verfügbar, da über die Kostenvarianzen für australische Behandlungsfälle keine Studien vorliegen. Das System gestattet aber die Erfassung besonders kostenintensiver Einzelleistungen, die nicht weiter gruppiert werden. Eine gesonderte Vergütung von Fällen, in denen durch die Selbstverwaltungsgremien noch festzulegende Grenzen von Verweildauern überschritten werden, lässt das Verfahren der AR-DRGs ebenfalls zu. Die zukünftige internationale Vergleichbarkeit deutscher Fallgruppen ist bei Einsatz des AR-DRG-Systems gering.

160. Es wäre möglich, die bundeseinheitlich vorzugebenden Eigenschaften, wie insbesondere die Regeln der Fallgruppierung, in logischer Form als Algorithmen in ein Pflichtenheft einfließen zu lassen, auf dessen Einhaltung potentielle Hersteller von DRG-Software verpflichtet würden. Die Verpflichtung könnte über die Abnahme der Softwareprodukte durch eine Zertifizierungsstelle erfolgen. Eine solche Lösung hätte zwei bedeutende Vorteile: 1. Der auf diese Weise initiierte Wettbewerb unter Software-Herstellern sichert einen dauerhaften Anreiz zur Vornahme von Innovationen innerhalb der DRG-Anwendungsprogramme. 2. Die in dieser Lösung manifestierte Beschränkung auf ein Mindestmaß einheitlicher Vorgaben durch die Selbstverwaltung würde etwaige kartellrechtliche Bedenken ausräumen. Der Rat empfiehlt daher die Einrichtung einer Software-Zertifizierungsstelle für Grouper-Software nach australischem Vorbild.

161. Mit der Einführung eines nahezu durchgängigen Fallklassifikationssystems sind für den stationären Bereich Kosten der Anpassung und laufenden Pflege des Verfahrens, der Implementierung in den Krankenhäusern, der Kalkulation und Ermittlung der Bewertungsrelationen sowie der Einführung und dauerhaften Implementierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen verbunden. Ausländische Erfahrungen weisen daraufhin, dass auch nach erfolgreicher Einführung eines DRG-Systems die administrativen Kosten der Krankenhäuser dauerhaft oberhalb des Niveaus bei tagesgleichen Pflegesätzen liegen. Zusätzliche Kosten werden auch in den nachgehenden Versorgungsbereichen anfallen.

4.4 Zur Zukunft der Entgelte für Behandlungsfallgruppen

162. Für den Wechsel des Vergütungssystems durch den Gesetzgeber waren wegen der Priorität des Prinzips der Beitragssatzstabilität die möglichen Kosteneinsparungen ausschlaggebend, die einer Vergütung über Fallpauschalen aufgrund ihres ökonomischen Anreizes zur Verkürzung von Verweildauern im allgemeinen zugeschrieben werden. Aufbauend auf den Regeln zur Preisbildung bei den bereits heute existierenden Fallpauschalen und Sonderentgelten sieht § 17b KHG auch für das neue Vergütungssystem ein weitgehend zentralisiertes Preisbildungsverfahren vor. Die Fallgruppenpreise sollen sich aus bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen, bun-

deseinheitlichen bzw. regional einheitlichen Punktwerten sowie aus Zu- und Abschlägen für Finanzierungstatbestände, die nicht in allen Krankenhäusern vorliegen, zusammensetzen. Für Zu- und Abschläge sollen wiederum bundeseinheitliche Regelungen gelten.

163. Die Vertragspartner haben sich aus guten Gründen für die Ermittlung bundeseinheitlicher Bewertungsrelationen auf der Basis deutscher Kostendaten entschieden. Solange die Bildung einheitlicher Bewertungsrelationen auf der Basis einer Stichprobe von Krankenhäusern erfolgt, ist darauf hinzuweisen, dass das Kriterium der Repräsentativität der Stichprobe genau genommen nicht auf der Ebene der Krankenhäuser sondern einzelner Fallgruppen beurteilt werden müsste.

164. Die Ermittlung von Bewertungsrelationen auf der Basis deutscher Kostendaten ist als sehr zeitintensiv einzuschätzen. Zeitintensiv ist zudem der organisatorische Anpassungsbedarfs, den die Einführung des neuen Vergütungssystems für die einzelnen Krankenhäuser verursacht (z. B. Umstellung auf eine Kostenträgerrechnung). Eine Einführung des AR-DRG-Systems in Deutschland zum 1. Januar 2003 würde einen Abschluss aller Vorarbeiten bis zu den im Herbst 2002 beginnenden Verhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassenverbänden erforderlich machen. Dieses Zeitkorsett erscheint zu eng, insbesondere wegen der von Beginn an notwendigen, flankierenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie vorausschauender Konzepte und Implementierungsmaßnahmen für nachgehende Versorgungsangebote. Ferner gilt dies unter dem Aspekt, dass die Steuerungswirkungen des Fallpauschalensystems im wesentlichen von den Entgelten für die einzelnen Fallgruppen ausgehen, die auf Basis der Kostenkalkulation festzulegen sind.

165. Über den weitgehenden Verzicht auf krankenhausindividuell verhandelbare Preiselemente beabsichtigt der Gesetzgeber, die indirekte Wiederkehr des unwirtschaftlichen Systems der Selbstkostendeckung von Krankenhäusern zu verhindern. Angesichts der derzeitigen vertraglichen Strukturen in der stationären Versorgung wäre die Gefahr einer Rückkehr der Selbstkostendeckung bei krankenhausindividuell verhandelbaren Fallgruppenpreisen durchaus gegeben. Gemäß § 109f SGB V schließen die (Landes-)Verbände der Krankenkassen gemeinsam Versorgungsverträge mit einzelnen Krankenhäusern bzw. ihren Trägern. Die sozialpolitisch begründete Verpflichtung zu einheitlichem und gemeinsamem Vorgehen der Krankenkassen vermindert den ökonomischen Anreiz bzw. die Handlungsmöglichkeiten für Einzelkassen, sich wirksam für kostengünstige Versorgungsstrukturen einzusetzen.

166. Die Festsetzung von Preisen auf einem mittleren Niveau (fallgruppenbezogene Durchschnittskosten einer Stichprobe von Krankenhäusern) stellt hingegen auch bei korporativen Verhandlungsstrukturen ein Instrument dar, mit dem überdurchschnittlich kostenintensive Krankenhäuser unter finanziellen Anpassungsdruck gestellt werden können.

Unter gesamtwirtschaftlichen Kostengesichtspunkten ist eine Orientierung an Durchschnittskosten immer noch besser als eine Vollkostendeckung, jedoch bedeutet eine Orientierung an Durchschnittskosten auch:

- keine Gewähr dafür, dass kostenminimale Preise nicht noch wesentlich tiefer liegen könnten;
- keine Ausschöpfungsmöglichkeiten der Gewinne für Kassen bzw. Versicherte aus unterdurchschnittlich kostenintensiven Krankenhäusern. Allerdings sollte eine vollständige Abschöpfung dieser potentiellen Gewinne schon deshalb vermieden werden, weil sonst der positive ökonomische Anreiz für die Krankenhäuser zur Mobilisierung von Rationalisierungsreserven verloren ginge;
- keine automatische Abbildung regionaler Kostenstrukturen.

167. Mit dem GKV-Reformgesetz 2000 nicht geregelt wurde die zukünftige Verbindung des neuen Verfahrens zur Ermittlung der Fallpreise mit dem Grundsatz der Beitragsatzstabilität bzw. der Budgetierung im stationären Bereich (§§ 6, 12 und 15ff Bundespflegesatzverordnung). Von einem retrospektiv floatenden Punktwertsystem (Budgetsystem) in Analogie zur Versorgung durch niedergelassene Kassenärzte ist insbesondere wegen der fehlenden betriebswirtschaftlichen Planungsgrundlage sowie nicht leistungsgerechter Verzerrungen der Existenzbedingungen für Krankenhäuser abzuraten. Auch der milderen prospektiven Variante floatender Punktwerte wäre ein ‚Kosten-Punktwert-System‘ vorzuziehen, bei dem die Punktwerte auf der Basis turnusmäßig festzustellender Veränderungen der Durchschnittskosten anzupassen wären. Der Rat empfiehlt einen mehrjährigen Rhythmus der Punktwertanpassung an veränderte Kostenstrukturen, um den Krankenhäusern einerseits genügend Anpassungszeit zur Verfügung zu stellen und andererseits auf diese Weise dazu beizutragen, ausreichende ökonomische Anreize zur Mobilisierung von Rationalisierungsreserven zu setzen. Ergänzend ist der Einsatz von bereits heute angewandten Instrumenten der Fallzahlenplanung und –begrenzung denkbar. Die Fallzahlenplanung sollte jedoch weniger rein vergangenheitsorientiert als zukunftsorientiert auf der Basis epidemiologischer Daten vorgenommen werden.

168. Eine einseitige Orientierung des neuen Vergütungssystems an Kosteneinsparungen und dem Grundsatz der Beitragsatzstabilität ist gefährlich. Es geht nicht lediglich um die ressourcenbezogene, sondern insbesondere um die nutzenbezogene Effizienz der stationären Leistungserbringung: die Qualität der stationären Versorgung. Unter den herrschenden Rahmenbedingungen bewirken Einheitspreise einseitigen Kostendruck ohne gleichzeitig qualitätsmindernde Auswirkungen anreizkompatibel zu begrenzen. Krankenhäuser gefährden ihre Existenz derzeit durch schlechte Qualität weniger als durch hohe Kosten. Der Grund liegt weniger in der Ver-

füßbarkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen (Kapitel II-2 und II-3) als in den geringen ökonomischen Anreizen bei Akteuren, diese vorzunehmen, weiterentwickeln und zu finanzieren.

Die gesetzliche Verpflichtung der Vertragspartner zur Qualitätssicherung und deren Berücksichtigung bei der Vergütung, die im Rahmen des Reformgesetzes 2000 über §§ 135-137 SGB V verankert wurde, dürfte dem nur teilweise entgegenwirken. Der Rat erneuert daher seine Anregung, die gesetzlichen Möglichkeiten qualitätsorientierter Zu- und Abschläge zu nutzen. Erfolgversprechend sind auch Ansätze zur Verbesserung der Qualitätstransparenz und zur vergleichenden veröffentlichten Qualitätsberichterstattung, die einen gewissen Wettbewerbsdruck unter Krankenhäusern um Patienten erzeugen können (z. B. Krankenhausbetriebsvergleich) (Abschnitt II-3.6). Hier eröffnen Leistungsauswertungen auf der Basis von Daten, die im Rahmen der Falldokumentation erfasst werden, neue Möglichkeiten. Öffentliche Reaktionen können einen zusätzlichen Anreiz für die Krankenkassen schaffen, Maßnahmen der Krankenhäuser zur Qualitätsverbesserung zu unterstützen und auch zu finanzieren oder ggf. Kündigungen zu betreiben.

169. Aus sozialpolitischen Gründen sind die Möglichkeiten der Krankenversicherung begrenzt, den unterschiedlichen Präferenzen der Versicherten hinsichtlich Qualität der Leistungserbringung sowie Beitragssatz zu entsprechen. Für den Versicherten mögen dabei auch Qualitätsparameter wichtig sein, die über vorwiegend medizinisch definierte Leistungsqualitätsbegriffe hinausweisen. Es wäre die Aufgabe einzelner Krankenversicherungen, diese herauszufinden, um präferenzgerechte Leistungsangebote erstellen zu können. Für einen Leistungswettbewerb, der sich auf die Qualität stationärer Leistungen, Krankenhausabteilungen oder auch ganzer Krankenhäuser bezieht, stehen den einzelnen Krankenkassen die Möglichkeiten im Rahmen von Modellvorhaben (§§ 63-65 SGB V) und Integrationsverträgen (§§ 140a-h SGB V) offen.

170. In einer Übergangsphase empfiehlt sich eine vorsichtige Handhabung des unter den gegebenen Rahmenbedingungen (korporative Versorgungsverträge, derzeitige Ausgestaltung der räumlichen Sicherstellung) sehr scharfen Instrumentes der Einheitspreise. Dass man sich auf diese Weise zum Teil wieder dem unwirtschaftlichen Effekt der Selbstkostendeckung für einzelne Krankenhäuser nähern könnte, ist während einer Übergangsphase in Kauf zu nehmen zugunsten eines größeren Schutzes der Patienten vor qualitätsmindernden Kostensenkungen. Eine Errungenschaft wäre bereits, dass die auch heute immer noch bestehende Tendenz zur Selbstkostendeckung durch das neue Entgeltsystem zumindest nicht verstärkt wird.

Ein tragfähiger Kompromiss zwischen der Vermeidung qualitätsmindernder Nebeneffekte des über Fallpauschalen erzeugten Kostendrucks und dem Wiedereinzug der Selbstkostendeckung könnte darin liegen, im Rahmen der bundeseinheitlichen Regelungen als Orientierung für krankenhausesindividuelle Verhandlungen eine Liste von Kostenarten aufzustellen, die grundsätzlich

über Zu- und Abschläge vergütet werden können. Dabei ist auch die besondere Rolle der Universitätskliniken zu berücksichtigen. Ergänzt werden könnte diese Liste um die Angabe von durchschnittlichen Kosten pro aufgelisteter Kostenart (z. B. Ausbildungskosten pro Ausbildungsplatz oder Notfallversorgungskosten pro Notfall). Interessant wäre dabei sowohl eine bundesdurchschnittliche Kostenangabe als auch der Kostendurchschnitt der betreffenden Versorgungsregion. Wenn ein Krankenhaus Mehrkosten für einen angegebenen Faktor nicht nachweisen kann, könnte ein Zuschlagsverzicht vereinbart werden. Schließlich wäre es möglich, eine krankenhausindividuelle Budgetierung der Summe aus Zu- und Abschlägen vorzusehen. Weitere Argumente stützen einen solchen Kompromiss:

- Die Einführung der Leistungseinheit Behandlungsfall in deutschen Krankenhäusern ist sowohl in ihrer Durchgängigkeit als auch in ihrem Zeitplan sehr ambitioniert.
- In keinem anderen Land, das ein DRG-System einsetzt (mit Ausnahme der USA), erfolgt die Vergütung stationärer Leistungen konsequent über einheitliche Fallpauschalen. In Australien werden lediglich die variablen Kosten der Krankenhäuser über DRG-orientierte Fallpauschalen vergütet. In Frankreich werden Einheitspreise lediglich als Informationsgrundlage verwendet.
- Die Leistungstransparenz im stationären Bereich wird erheblich zunehmen. Verfeinerte Leistungsvergleiche von Krankenhäusern werden den Wettbewerb unter Krankenhäusern um Reputation verstärken.
- Die durch das neue Vergütungssystem veranlasste Einführung der Kostenträgerrechnungen in Krankenhäusern ist eine wichtige Voraussetzung für unternehmerisches Handeln der Krankenhäuser in der Zukunft.

171. Abschließend sei noch einmal die zentrale Forderung genannt, die der Rat angesichts der bevorstehenden Einführung des AR-DRG-Systems in Deutschland stellt. Nach ausländischen Erfahrungen ist aufgrund des zu erwartenden Rückgangs der Krankenhausverweildauern mit deutlichen Mehrbelastungen der ambulanten und stationären, ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen (sowohl nach SGB V wie IX und XI) zu rechnen. Diese Strukturen müssen schnittstellengenau, qualitätsbewusst und synchron entwickelt werden, um Nachteile für Patienten zu vermeiden.

5. Anhang

5.1 Auftrag zu einem Sondergutachten

Die Bundesministerin für Gesundheit beauftragt den Sachverständigenrat mit der Erstellung eines Sondergutachtens zu folgender Fragestellung:

Welche Möglichkeiten sieht der Sachverständigenrat, die Leistungssteuerung im Gesundheitswesen insbesondere unter den Aspekten der Qualitätssicherung und neuer Vergütungsformen zu verbessern, wenn die gegebenen einnahmeseitigen Finanzierungsstrukturen der gesetzlichen Krankenversicherung im Kern erhalten bleiben?

Insbesondere sollen bei der Beantwortung dieser Frage

- die Rolle von Gesundheitszielen,
- die Rolle qualitäts- und leistungsorientierter Anreiz-/Vergütungsstrukturen,
- die Rolle der Stärkung von Prävention/ Gesundheitsförderung und Versicherten-/ Patientenkompetenz im Versorgungssystem und
- die Rolle des Hausarztes mit Blick auf eine bessere Verzahnung insbesondere der Leistungsbereiche ambulante-stationäre-rehabilitative und pflegerische Versorgung

diskutiert werden.

Ich bitte Sie, dieses Gutachten bis Mitte des Jahres 2000 vorzulegen.

Für die Dauer des Sondergutachtens wird der Sachverständigenrat von der Verpflichtung zur Vorlage der Jahresgutachten (gemäß Errichtungserlaß vom 12.11.1992, zuletzt geändert am 02.01.1997, § 2 Abs. 1) entbunden.

Bonn, den 20. Mai 1999

Die Bundesministerin für Gesundheit

gez. Andrea Fischer

5.2 Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2000)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

§ 142

Unterstützung der Konzertierten Aktion; Sachverständigenrat

(1) Der Bundesminister für Gesundheit stellt die für die Beratungen der Konzertierten Aktion erforderlichen Daten unter Berücksichtigung des Jahreswirtschaftsberichts der Bundesregierung zur Verfügung und erläutert sie.

(2) Der Bundesminister für Gesundheit 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 Bundesministerium für Gesundheit kann den Gegenstand des Gutachtens näher bestimmen. Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit jeweils zum 15. April, erstmals im Jahr 2001, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor und nimmt in angemessener Frist zu dem Gutachten Stellung.

5.3 Überleitung von Teilen des Sondergutachtens in den gesetzlichen Auftrag

Der Rat soll aufgrund der Novellierung von § 142 SGB V in der Fassung vom 15.12.1999 zukünftig zweijährlich, und zwar erstmals bereits zum 15.04.2001, mir ein Gutachten vorlegen, in dem er im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung im Gesundheitswesen Bereiche von Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten hat.

In meinem Schreiben an den Vorsitzenden des Rates vom 20.05.1999 bat ich den Rat um ein Sondergutachten zur verbesserten Leistungssteuerung im Gesundheitswesen, insbesondere im Hinblick auf eine verbesserte Qualitätssicherung und neuer Vergütungsformen. Unter Berücksichtigung der Rolle von Gesundheitszielen, qualitäts- bzw. leistungsorientierter Vergütung, Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung und der Kompetenz von Versicherten und Patienten sowie der Rolle des Hausarztes, letzterer insbesondere im ambulant-stationär-rehabilitativen und pflegerischen Leistungsbereich. Dieses Gutachten sollte Mitte des Jahres 2000 vorgelegt werden.

Mit Blick auf die mit der Neufassung von § 142 SGB V sehr kurz bemessene Frist zur erstmaligen Abgabe des nunmehr neu vorgesehenen Regelgutachtens zur bedarfsgerechten Versorgung und angesichts der besonderen Bedeutung dieses Gutachtens, das über mich auch dem Deutschen Bundestag zugeleitet werden soll, entbinde ich den Rat von dem Wortlaut und der Frist meines Auftrages vom 20.05.1999.

Nach Rücksprache mit dem Vorsitzenden des Rates gehe ich davon aus, dass die bereits im Rat erarbeiteten Gutachtenteile für das damit in der vorgesehenen Form entfallende Sondergutachten 2000 sich weitgehend nahtlos in das nunmehr nach § 142 SGB V vorgesehene erstmalige Regelgutachten neuer Art mit Abgabefrist April 2001 integrieren lassen. Ich bitte daher den Rat zu prüfen, inwieweit die bereits erarbeiteten Gutachtenteile des Sondergutachtens 2000 sich in den neuen Gutachtenauftrag integrieren lassen, auch soweit möglich unter Einschluss der in meinem Gutachtenauftrag vom 20.05.1999 angesprochenen Einzelfragen.

Bonn, den 8. Februar 2000

Die Bundesministerin für Gesundheit

gez. Andrea Fischer

5.4 Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz
Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin
und Gesundheitssystemforschung
Medizinische Hochschule Hannover
(Vorsitzender)

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre
Universität Mannheim
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gisela C. Fischer
Abt. Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Standort Wolfsburg, Fachbereich Gesundheitswesen
Fachhochschule Braunschweig-Wolfenbüttel

Prof. Dr. Dr. med. Karl W. Lauterbach
Institut für Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie
Universität Köln

Prof. Dr. rer. pol. Rolf Rosenbrock
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba
Medizinische Klinik Innenstadt
Ludwig-Maximilians-Universität München