

**Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung
in einer Gesellschaft des längeren Lebens**

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung
im Gesundheitswesen

**Koordination und Integration –
Gesundheitsversorgung in einer
Gesellschaft des längeren Lebens**

Sondergutachten 2009
Kurzfassung

Gliederung

Vorwort	9
1. Einleitung: Generationenspezifische Versorgung als Koordinationsproblem	13
2. Generationenspezifische Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels.....	31
3. Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen.....	45
3.1 Einleitung und Übersicht	45
3.2 Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen sowie Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens.....	50
3.3 Programme zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung.....	51
3.4 Aufwachsen ohne Gewalt.....	53
3.5 Schwangerenvorsorge, Früherkennung und Impfungen im Kindesalter.....	57
3.6 Arzneimitteltherapie bei Kindern und Jugendlichen	66
3.7 Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher	67
3.8 Aufwachsen in psychischer Gesundheit - Aspekte der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS.....	68
4. Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care).....	73
5. Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen.....	79
5.1 Multimorbidität und Anforderungen an Leitlinien.....	79
5.2 Multimorbidität und Anforderungen an die Arzneimittelversorgung im Alter.....	81
5.3 Pflegebedürftigkeit im Alter.....	86

6.	Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung.....	93
6.1	Hausärztliche Versorgung	93
6.2	Fachärztliche Versorgung.....	108
6.3	Arzneimittelversorgung	109
6.4	Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter	112
6.5	Integrierte Versorgung.....	125
7.	Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung	129
7.1	EU-Konzept zur Primärversorgung.....	129
7.2	Patient-Centered Medical Home	131
7.3	Das Bellagio-Modell.....	132
7.4	Roadmap des Royal College of General Practitioners	133
7.5	Das Chronic Care-Modell zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker	135
7.6	Kooperation mit anderen Berufsgruppen	137
7.7	Managed Care.....	137
8.	Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug.....	149
8.1	Zentrale Ansatzpunkte einer verbesserten Versorgung.....	149
8.2	Entwickelte Organisationen: zukünftige Konzepte am Beispiel der Primärversorgung	150
8.3	Veränderte Arbeitsteilung.....	163
8.4	Finanzierung: versicherten- statt indikationsbezogene Konzepte unter Einschluss von Managed Care-Elementen	165
8.5	Medizinisches und ökonomisches Potenzial	167
8.6	Empfehlungen zur Umsetzung	170

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1:	Annahmen und Varianten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung	32
Tabelle 2:	Altenquotient „65“	33
Tabelle 3:	Altenquotient „85“	33
Tabelle 4:	Jugendquotient „20“	34
Tabelle 5:	Jugendquotient „5“	35
Tabelle 6:	Altenquotient „65“ in den Bundesländern	36
Tabelle 7:	Altenquotient „85“ in den Bundesländern	37
Tabelle 8:	Der demografische Wandel im Vergleich zwischen ländlichen Regionen in Ost und West	39
Tabelle 9:	Der Altenquotient „65“ im internationalen Vergleich	40
Tabelle 10:	Übersetzte Beers-Liste mit den in Deutschland verfügbaren Präparaten	84
Tabelle 11:	Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen (in Millionen)	92
Tabelle 12:	Begriffsbestimmungen	95
Tabelle 13:	Entwicklung der Anteile der Leistungsarten nach SGB XI	115
Tabelle 14:	Versorgung bei Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, 1999 und 2005	120
Tabelle 15:	Gesamtergebnis des Reviews: Anzahl der Studien und Effekt auf Qualität	140
Tabelle 16:	Internationale (Weiterentwicklungs-)Vorschläge zur Primärversorgung der Zukunft	154

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1:	Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV	41
Abbildung 2:	Altersgruppen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen, 1997 und 2007	43
Abbildung 3:	Dimensionen der Verwirklichungschancen	47
Abbildung 4:	Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) je Versichertem in der GKV 2007	82
Abbildung 5:	Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005	87
Abbildung 6:	Anteile der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Geschlecht	90
Abbildung 7:	Primärversorgung als zentraler Teil eines wohnortnahen Netzwerks	97
Abbildung 8:	Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich	113
Abbildung 9:	Lebensalter pflegender Angehöriger	119
Abbildung 10:	Verteilung der Ergebnisse nach Ergebnisparameter	142
Abbildung 11:	Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung	165

Vorwort

Mit der Langfassung dieses Gutachtens kommt der Sachverständigenrat dem Auftrag der Bundesministerin für Gesundheit vom November 2007 nach, ein Sondergutachten zum Thema „Generationenspezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ zu erstellen.

Im Rahmen der Erstellung des Gutachtens hat der Rat eine Vielzahl von Gesprächen geführt und wertvolle Anregungen erhalten. Er konnte jederzeit fachkundige Information im Bundesministerium für Gesundheit einholen. Zahlreiche Bundes- und Landesministerien, Verbände und Institutionen haben sich auch an schriftlichen Befragungen durch den Rat beteiligt. Ihnen allen sei an dieser Stelle sehr herzlich gedankt.

Für die Erstellung von Expertisen, die der Rat in Auftrag gegeben hat und die in das Gutachten eingeflossen sind, dankt der Rat Herrn Prof. Harald Abholz und Herrn Dr. Christian Lerch vom Universitätsklinikum Düsseldorf; Herrn Prof. Dr. Reinhard Busse, MPH, Herrn Sebastian Haller, Herrn Marcial Velasco-Garrido und Frau Dr. Annette Zentner, MPH, vom Fachgebiet Management im Gesundheitswesen der TU Berlin; Frau Dr. Bärbel-Maria Kurth, Frau Dr. Kerstin Horch und der gesamten Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie des Robert Koch-Instituts; Frau Prof. Dr. Doris Schaeffer, Herrn Dr. Andreas Büscher und Herrn Dr. Klaus Wingenfeld vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Bielefeld; Herrn Prof. Jürgen Windeler, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes der GKV.

Für wichtige Anregungen und Hinweise bedankt sich der Rat auch bei Herrn Prof. Dr. oec. Volker Amelung, Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung der Medizinischen Hochschule Hannover; Herrn Prof. Dr. Ullrich Bauer, School of Public Health der Universität Bielefeld; Frau Prof. Dr. Erika Baum, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg; Herrn Prof. Dr. Wolf-Dieter Brettschneider; Herrn Prof. Dr. Hans Josef Böhles, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsklinik Frankfurt; Herrn Prof. Dr. Norbert Donner-Banzhoff, Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin der Universität Marburg; Herrn Prof. Dr. Raimund Geene, Hochschule Magdeburg-Stendal; Herrn Prof. Dr. Jochen Gensichen, MPH, Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena; Frau Dr. Katja Götz, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung am Universitätsklinikum Heidelberg; Herrn Dr. med. Wolfram Hartmann, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte; Herrn Dr. Christopher Hermann, AOK Baden-Württemberg; Herrn Prof. Dr. Heiner Keupp, Ludwig-Maximilians-Universität München; Herrn Prof. Dr. Thomas Klingebiel, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsklinik Frankfurt; Frau Dr.

Antje Köster-Schmidt, Landes Zahnärztekammer Hessen, Frankfurt; Frau Melanie Lisac, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Frau Melanie Mark, Westsächsische Hochschule Zwickau (FH); Frau Prof. Dr. med. Gisela Offner, Abteilung Pädiatrische Nierenerkrankungen der Medizinischen Hochschule Hannover; Frau Martina Oldhafer, MBA, Programmleitung, KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, Hannover; Frau Dr. Dorothea Osenberg, Abteilung für Allgemeinmedizin der Ruhruniversität Bochum; Frau Eva Reinert, Diplomandin an der Universität Köln; Herr Christoph J. Rupprecht, AOK Rheinland/Hamburg; Frau Sophia Schlette, MPH, Bertelsmann Stiftung, Gütersloh; Herr Dipl.-Geogr. Claus Schlömer, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR); Herr Prof. Dr. Martin Schrappe, Klinik für Allgemeine Pädiatrie der Universitätsklinik Kiel; Herr Dipl.-Geogr. Martin Spangenberg, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR); Herr Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universität Heidelberg; Herr Prof. Dr. Maik Winter, Fakultät für Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege der Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Der Rat dankt auch den Mitarbeitern an den Lehrstühlen und Institutionen der Ratsmitglieder, insbesondere: Herrn Dipl.-Soz. Martin Beyer, Institut für Allgemeinmedizin der Universität Frankfurt; Frau Dr. Susanne Dettmer, Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin; Frau Dr. med. Anja Dieterich, MPH, Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); Frau Dr. Dagmar Dräger, Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin; Frau Dr. med. Antje Erler, MPH, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; Herr Dr. P.H. Falk Hoffmann, MPH, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen; Frau Gisela Kassner, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; Herr Dr. rer. pol. Michael Noweski, Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB); Frau Katrin Pieper, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen; Herr Diplom-Volkswirt Michael Popp, Universität Mannheim, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre; Herr Dr. med. Hans-Michael Schäfer, Institut für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main; Frau Dr. Liane Schenk, Institut für Medizinische Soziologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin; Frau Diplom-Volkswirtin Gloria Schmidt, Universität Mannheim, Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre; Herr Roland Windt, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen; Frau Edda Würdemann, MPH, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen.

Für die Erarbeitung und Durchsicht wichtiger Teile und für die Endredaktion des Gutachtens konnte sich der Rat, wie schon in der Vergangenheit, auf die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle stützen. Zu ihnen gehören Herr

Kai-Uwe Beger, M.A.; Frau Sarah Dauven, M.Sc.; Frau Dr. med. Nejla Gültekin, MPH; Frau Karin Höppner MSc; Herr Dr. rer. pol. Ronny Wölbing und als Leiter der Geschäftsstelle Herr Dr. oec. Dipl.-Volksw. Lothar Seyfarth (bis Dezember 2008) und Frau Dr. Birgit Cobbers (seit Februar 2009). Für ihr außergewöhnliches Engagement und ihre tatkräftige und sehr sachkundige Unterstützung gebührt ihnen besonderer Dank.

Der Rat dankt außerdem Frau Anette Bender, die mit großer Sorgfalt und Geduld die technische Herstellung der Gutachtenbände bewältigte. Schließlich dankt der Rat Frau Sabine VanDenBerghe und Frau Annette Wessel für die Unterstützung der Arbeit des Rates in der Geschäftsstelle.

Wenn im 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.

Alle verwendeten Markenzeichen und -namen sind Eigentum der jeweiligen Inhaber. Auf eine weitere Kennzeichnung der Markenzeichen und -namen wurde bei deren Verwendung zum Zweck der besseren Übersicht und Lesbarkeit verzichtet.

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

Bonn, im Mai 2009

Ferdinand M. Gerlach
Adelheid Kuhlmei

Gerd Glaeske
Rolf Rosenbrock
Eberhard Wille

Marion Haubit
Matthias Schrappe

1. Einleitung: Generationenspezifische Versorgung als Koordinationsproblem

Koordinationsdefizite im Zentrum des Gutachtens

1. Obgleich das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich insgesamt keineswegs schlecht abschneidet, leidet die Versorgung an vielfältigen Koordinationsdefiziten. Im inhaltlichen und methodischen Anschluss an die beiden vorangegangenen Gutachten thematisiert dieses Sondergutachten wiederum spezielle Koordinationsprobleme im deutschen Gesundheitswesen, d. h. entsprechende Anforderungen an eine effiziente und effektive Versorgung, noch bestehende Defizite und Lösungsmöglichkeiten. Dabei ging es in den bisherigen Gutachten um die Integration der bis dahin weitgehend segmentierten Leistungssektoren des ambulanten und stationären Bereichs sowie der Rehabilitation und Pflege. Im Rahmen dieser Integrationsprozesse spielten sowohl zielgerichtete Präventionsmaßnahmen als auch die Generierung und Implementierung von Leitlinien eine wichtige Rolle. Inzwischen erlangten in der Gesundheitsversorgung die Leitlinien einen beachtlichen Stellenwert und auch die sektorale Koordination vermochte unbeschadet noch bestehender Schwächen bzw. Verbesserungspotenziale gewisse Fortschritte zu verzeichnen. Diesen sektoralen Integrationsaspekt ergänzte das Gutachten 2007 um Reformvorschläge für eine effizientere Koordination der Berufsgruppen und setzte damit eine vielfach kontrovers geführte Diskussion in Gang, die inzwischen an Breite und Intensität noch zunahm.

Die Beschäftigung mit einer integrierten, transsektoralen Versorgung und den Leitlinien sowie mit einer Kooperation der Berufsgruppen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten machte bereits deutlich, dass die mit dem absehbaren demografischen Wandel einhergehenden Verschiebungen des Morbiditätsspektrums zielgerichtete Veränderungen der bisherigen Strukturen im deutschen Gesundheitswesen erfordern. Neben der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wohl wichtigste Aufgabe künftig in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung. Eine leitliniengestützte Versorgung bedarf einer entsprechenden Anpassung an die Multimorbidität der Patienten. Dies wirft die Frage nach einer generationenspezifischen Versorgung auf, die den Kriterien der Effizienz und Effektivität bzw. Qualität sowie Nachhaltigkeit genügt. Eine solche Versorgung, die bereits u. a. mit präventiven Maßnahmen im Kindesalter ansetzt, die Patienten bei den altersspezifischen Übergängen optimal begleitet und im hohen Alter problembezogen versorgt und betreut, steht im Mittelpunkt dieses Sondergutachtens. Der Gesundheitsversorgung stellt sich damit die in integrativer Hinsicht anspruchsvolle Aufgabe, hausärztliche und fachärztliche, ambulante und stationäre sowie pflegerische Behandlungen-

leistungen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Präventionsmaßnahmen, der Rehabilitation, der Arzneimitteltherapie sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen ziel- und funktionsgerecht zu verzahnen.

Die demografische Entwicklung führt in Zukunft nicht nur zu Verschiebungen zwischen den Alterskohorten, sondern auch zu gesundheitspolitisch relevanten Veränderungen zwischen den Bundesländern sowie innerhalb von diesen zwischen städtisch und ländlich geprägten Siedlungsräumen. Die flächendeckende Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in ländlichen Räumen, insbesondere in den strukturschwachen Regionen der ostdeutschen Bundesländer bildet künftig eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik. Es erscheint daher erforderlich, die wünschenswerte populationsorientierte Versorgung sowohl unter generationenspezifischen als auch unter regionalen Aspekten zu beleuchten, was die Koordinationsaufgabe um eine Dimension erweitert und inhaltlich anspruchsvoller gestaltet. Das in diesem Sondergutachten vorgeschlagene Zukunftskonzept besteht in einer koordinierten, generationenspezifischen und nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen differenzierten Gesundheitsversorgung. Ein fortlaufendes Monitoring, das sich u. a. auf regionale Qualitätsindikatoren in Verbindung mit einem entsprechenden Benchmarking stützt, kann hier der Früherkennung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten dienen.

Das vorliegende Gutachten fügt somit bei der Suche nach der jeweils effizienten und effektiven sowie nachhaltigen Gesundheitsversorgung der generationenspezifischen Perspektive noch einen regionalen Bezug hinzu. Zugleich gilt es, die in früheren Gutachten geforderte sektorale Koordination sowie jene zwischen den Berufsgruppen hinreichend zu berücksichtigen, d. h. zu den beiden zuvor schon behandelten Koordinationsaufgaben treten mit diesem Gutachten noch zwei weitere hinzu. Mehrdimensionale Koordination stellt damit aus Sicht des Rates das leitende Prinzip einer zielorientierten künftigen Gesundheitsversorgung dar. Die Mehrdimensionalität der anvisierten Koordination erfordert vielfach komplexe und teilweise auch komplizierte Anpassungsprozesse bestehender Strukturen. Im Sinne einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung sollten sich alle Beteiligten diesen Herausforderungen jedoch stellen.

Demografische Herausforderungen der künftigen Gesundheitsversorgung

2. Die absehbare demografische Entwicklung führt zu einer spürbaren Alterung der Gesellschaft und in diesem Kontext insbesondere zu einem stark anwachsenden Anteil hochbetagter Menschen. Infolge einer Verschiebung der Alterskohorten steht künftig einer steigenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen ein schrumpfendes Arbeits-

kräftepotenzial gegenüber, das die erforderlichen Leistungen zu erbringen vermag. Da die Patienten die Gesundheitsversorgung überwiegend ortsnahe benötigen und die Erbringung ambulanter und stationärer Leistungen entsprechend mit regionalem Bezug stattfindet, erfordert eine realitätsnahe Analyse, auch die Entwicklung der demografischen Strukturen in den einzelnen Bundesländern zu betrachten und hieraus spezifische Konsequenzen zu ziehen. Die demografische Entwicklung löst aber nicht nur gesundheitspolitisch relevante Veränderungen zwischen Bundesländern aus, sondern auch innerhalb von Bundesländern zwischen verschiedenen Siedlungsstrukturen und hier insbesondere zwischen städtisch und ländlich geprägten Räumen. Die Aufgabe einer flächendeckenden Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung stellt sich künftig grundsätzlich in ländlichen Räumen, aber in besonderem Maße in den strukturschwachen Regionen der ostdeutschen Bundesländer. Dabei verschärft die Entwicklung der Altersstruktur der im Gesundheitswesen Beschäftigten die Herausforderung der Gesundheitspolitik, eine generationenspezifische Versorgung sicherzustellen, die den Kriterien der Nachhaltigkeit, Effizienz und Effektivität genügt.

Die bei einer steigenden Lebenserwartung hinzugewonnenen Lebensjahre erhöhen grundsätzlich die gesundheitlichen Outcomes und damit die Wohlfahrt der Menschen. Dies geschieht allerdings in stärkerem Maße bei gesund verbrachten zusätzlichen Lebensjahren. Verglichen mit der These von der Morbiditätsexpansion erleichtert jene der Morbiditätskompression zwar ceteris paribus die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, ohne Kenntnis der künftigen Krankheits- und Sterbekosten lassen sich aber keine fundierten Aussagen über die Ausgabeneffekte machen, die von einer steigenden Lebenserwartung ausgehen. Bei im Zeitablauf stark zunehmenden Sterbekosten kann auch eine Morbiditätskompression mit einem Wachstum der Gesundheitsausgaben einhergehen und bei einer Kostensenkung als Folge wirksamer tertiärer Präventionsmaßnahmen muss eine Morbiditätsexpansion keinen Ausgabenanstieg verursachen.

Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen

3. Der gute Gesundheitszustand der großen Mehrzahl der in Deutschland aufwachsenden Kinder darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass ein Fünftel eines jeden Geburtsjahrgangs – das sind 140 000 Kinder pro Jahr – mit erheblichen, vor allem psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen aufwächst. Der soziale Gradient bei der Verteilung gesundheitlicher Lebenschancen zeigt sich in Kindheit und Jugend zwar noch nicht so ausgeprägt wie im Erwachsenenalter, er beginnt sich aber bereits in diesen frühen Lebensphasen zu manifestieren. In der Verbesserung der gesundheitlichen Chancen für den weiteren Lebenslauf dieser Kinder

liegt eine zentrale Herausforderung der Gesundheitspolitik. Sie geht weit über die Krankenversorgung und die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hinaus und verweist auf die gesundheitspolitische Verantwortung auch anderer Politikbereiche, insbesondere der Bildungs-, Familien-, Sozial- und Arbeitsmarktpolitik. Die wichtigsten Faktoren, die dieses Risiko erklären – das zeigt die Auswertung des Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS), die das Robert Koch-Institut für den Rat vorgenommen hat - finden sich in einer ungünstigen Lebenslage der Eltern und machen deren Kinder besonders vulnerabel. In Anlehnung an das auch in der Armut- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung verwendete Leitbild der „Verwirklichungschancen“ hat der Rat dazu vier gesundheitspolitische Zielsetzungen formuliert: (1) Sicherung einer die Existenz sichernden sowie die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichenden Güterausstattung. (2) Förderung der Motivation zu einem dem Stand der Möglichkeiten entsprechenden Umgang mit Gesundheit/Krankheit, Behinderung sowie mit Bildungsangeboten etc. (3) Herstellung bzw. Sicherung des Zugangs zum Gesundheits- und Bildungssystem, zum Arbeitsmarkt und zu beruflicher Entwicklung, Zugang zu armutsfesten Sozialleistungen, zur Sicherheit vor Gewalt und Kriminalität, zu einer ökologisch nachhaltig funktionsfähigen Umwelt sowie zur politischen Teilhabe. (4) Herstellung und Sicherung der Transparenz über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme zu Förderungen und Leistungen.

Bundes- und Landesregierungen sowie die GKV und Nichtregierungsorganisationen versuchen in den letzten Jahren verstärkt, dem Problem wachsender Ungleichheit durch (kompensatorische) Primärprävention und Gesundheitsförderung zu begegnen. Trotz der beeindruckenden Vielzahl und Dynamik der Programme weisen sie aber nach wie vor gravierende Defizite in der Zielgruppenorientierung, bei der Gewichtung und Ausstattung von lebensweltbezogenen Projekten sowie in der Qualitätssicherung auf. Da sowohl die Optimierung der Interventionen als auch die Entwicklung angemessener Methoden der Qualitätssicherung offene und aufeinander bezogene Lernprozesse bilden, bedarf es der organisatorischen Unterstützung dieser Lernprozesse durch ein Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung in der Prävention. Zudem könnte eine bessere Koordinierung zwischen Bundesressorts sowie zwischen Bund und Ländern Synergien freilegen.

Für eine Zunahme von Vernachlässigung sowie physischer und psychischer Gewalt gegen Kinder gibt es keine verlässlichen Anhaltspunkte. Trotzdem stellt dies nach wie vor ein sehr gravierendes Gesundheitsproblem dar. Eine Analyse der institutionellen und rechtlichen Instrumente des Kinderschutzes zeigt, dass sich die Effektivität dieses grundsätzlich gut strukturierten Systems durch Verbesserungen in der materiellen Ausstattung und der Qualifikationsstruktur sowie in den Kooperationen noch erhöhen ließe.

Die ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sind in ihrer momentanen Ausgestaltung kein zielgerichtetes Instrument im Hinblick auf die Erkennung oder Verhinderung von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung.

Die medizinische Prävention für Schwangere und Kinder (Früherkennung und Impfungen) ist in Deutschland im Wesentlichen gut ausgebaut. Es existieren allerdings Defizite hinsichtlich der Evidenz der Wirksamkeit und des Nutzens sowie der Qualitätssicherung. Diesbezüglich bestehen hohe Erwartungen an die derzeit laufende Überarbeitung entsprechender Richtlinien durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Den Diskussionen über den Leistungskatalog für Früherkennungen nach § 25 SGB V fehlt ein eindeutiger rechtlicher Rahmen und bei der Neuzulassung von Impfungen ein hinreichend transparentes Verfahren. Der geringeren Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen durch sozial benachteiligte Kinder kann die Erprobung international bewährter Interventionen entgegenwirken.

Bei der insgesamt gut ausgebauten Arzneimittelversorgung der Kinder in Deutschland bestehen Defizite der Struktur- und Prozessqualität auf den Stufen Entwicklung, Zulassung und Anwendung. Seltene (Kinder-)Krankheiten (*orphan diseases*) sind therapeutisch und pharmazeutisch zu wenig erforscht, hier scheinen nur unzureichende materielle Anreize für die pharmazeutische Industrie zu bestehen. Da viele bei Kindern und Jugendlichen angewendeten Arzneimittel nicht für diese Altersgruppe erprobt und zugelassen sind, bedarf es der raschen Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinie von 2007. Auf der Ebene der Anwendung findet sich (immer noch) ein unbegründeter Einsatz von Psychostimulanzien sowie von Antibiotika bei Virusinfekten.

Für eine generelle Zunahme psychischer Störungen und Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland gibt es keine verlässlichen Anhaltspunkte. Parallel zum Rückgang der Geburten nehmen die Kapazitäten der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung für diese Altersgruppen zu. Trotzdem wird vielfach Unterversorgung beklagt, doch auch für regionale Überversorgung finden sich Anzeichen. Forschungsbedarf besteht weiterhin zu Ätiologie und Determinanten psychischer Störungen, zur primären und sekundären Prävention, zur Diagnostik und Indikationsstellung sowie zur Qualität der unterschiedlichen Therapien und Konzepte. Als Leitbild der Versorgungsplanung gilt ein differenziertes Angebot für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, das die Potenziale von Selbsthilfe und Partizipation nutzt, in seiner Vielfalt der Heterogenität der Zielgruppen und ihrer unterschiedlichen Bedarfslagen entspricht und mit den anderen Instanzen des Kinderschutzes und des Bildungswesens zielbezogen koordiniert und kooperiert.

Unter den psychischen Störungen des Kinder- und Jugendalters nimmt das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) wegen seiner relativ großen Verbreitung, seiner (gemessenen) Zunahme und der Fragwürdigkeit einseitig medikamentöser Therapie einen prominenten Platz ein. Erforderlich wäre – neben der Unterstützung der Eltern und der Weckung von Verständnis für die Betroffenen – ein leichter Zugang zu multimodalen, inklusive verhaltenstherapeutischen Hilfen. Medikamente spielen, ggf. durch ein Zweitmeinungsverfahren nach § 73d SGB V abgesichert, in diesem Rahmen eine unverzichtbare Rolle. Hilfreiche und notwendige Erkenntnisse versprechen weitere Forschungen zur Ätiologie, zu Möglichkeiten der primären und sekundären Prävention sowie zum Nutzen und zur Qualität der heute eingesetzten Therapien.

Versorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter

4. Transition in der Gesundheitsversorgung beinhaltet die geplante und gezielte Überführung der Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Krankheiten von Pädiatern zu Erwachsenenmedizinerinnen. Die Lebenserwartung der jungen Menschen mit einem speziellen Versorgungsbedarf stieg in den letzten Jahrzehnten infolge medizinischer Fortschritte an, sodass für eine zunehmende Anzahl von ihnen die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung durch Erwachsenenmediziner besteht.

In der Erwachsenenmedizin gibt es zum Teil unzureichende Kenntnisse zur Behandlung dieser Patienten, und nach Vollendung des 18. Lebensjahres stellt sich für sie das Problem, eine spezialisierte Betreuung zu finden. Sie werden daher häufig lange von Kinderärzten betreut und suchen erst spät einen Erwachsenenmediziner auf. Es mehren sich Hinweise, dass sich die Versorgungsqualität aufgrund inadäquater Übergangsprozesse verschlechtert. Eine verzögerte oder keine Behandlung kann zu vermeidbaren Komplikationen führen. Einer niedrigen Prävalenz der seltenen Erkrankungen in der Jugendzeit können zum Teil hohe Behandlungskosten gegenüberstehen.

Das Gutachten problematisiert die Übergangsvorsorgung vom Jugend- ins Erwachsenenalter exemplarisch an fünf Krankheiten (Endokrinologie, Mukoviszidose, Kinder mit angeborenen Herzfehlern, terminale Niereninsuffizienz/Nierentransplantation und rheumatoide Arthritis). Diese Krankheitsbilder weisen neben ihren krankheitsspezifischen Problemen auch übergreifende Aspekte auf und können zugleich für die Beurteilung der Übergangsvorsorgung anderer chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter dienen. Eine erfolgreiche Transition gelingt durch einen koordinierten, multidisziplinären Prozess, der nicht nur die medizinischen Bedürfnisse der Jugend-

lichen beim Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin umfasst, sondern auch psychosoziale, schulische und berufliche Aspekte einschließt.

Um einen möglichst umfassenden Überblick über die Übergangsversorgung in Deutschland zu erhalten, ziehen die Ausführungen auch Stellungnahmen von Patientenvertretern, ausgewählten medizinischen Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Körperschaften des öffentlichen Rechtes heran und leiten auf dieser Basis Empfehlungen zur Versorgung chronisch kranker Jugendlicher beim Übergang ins Erwachsenenalter ab. Transitionsprogramme bezwecken, eine gute Behandlung sowie eine nachhaltige Adhärenz der Patienten beim Übergang in das Erwachsenenalter zu gewährleisten. Forschungsergebnisse zeigen die Notwendigkeit einer individualisierten Herangehensweise im Rahmen der Transition, wobei der Patient über den Zeitpunkt des Übergangs zur Erwachsenenmedizin selbst bzw. mitentscheiden kann. Die Versorgungsforschung sollte zunächst den Bedarf an Transitionssprechstunden und Übergangsstationen (eigene Station für Adolozente) für bestimmte Krankheiten anhand von Modellversuchen ermitteln. Ferner bedarf der Transitionsprozess Leitlinien zur Durchführung von Programmen sowie einer Evaluation nach dem Übergangsprozess. Zur Verbesserung der Versorgungsqualität erscheint nicht nur eine bessere Koordination der beteiligten Institutionen notwendig, sondern auch die Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors. Die Veröffentlichung von Angaben zu Transitionsprogrammen in Qualitätsberichten vermag nicht nur der Qualitätssicherung zu dienen, sondern auch den Wettbewerb zu steigern. Es bleibt zu prüfen, ob eine Ergänzung des Katalogs in § 116b SGB V die multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter gewährleisten bzw. verbessern kann.

Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen

5. Im höheren und hohen Lebensalter treten Krankheitszustände auf, die zu altersspezifischen Versorgungsanforderungen führen. Hierzu gehören das Phänomen der Multimorbidität und die Polypharmazie alter mehrfach erkrankter Menschen sowie die Pflegebedürftigkeit. Die Zahl älterer und alter Patienten mit Mehrfacherkrankungen nimmt in allen Versorgungsbereichen zu. Multimorbidität ist mehr als die Summe einzelner Erkrankungen und geht im höheren Lebensalter häufig mit Inkontinenz, kognitiven Defiziten, Immobilität, Sturzgefährdung und Schmerzen einher. Die Versorgung der mehrfach Erkrankten muss die Funktionseinschränkungen in den Mittelpunkt stellen.

Trotz der steigenden Bedeutung der Mehrfacherkrankungen – ca. zwei Drittel der über 65-Jährigen weisen mindestens zwei chronische Erkrankungen auf – gibt es nur sehr

wenige Leitlinien, die sich auf ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen. Die Hauptursache für das bestehende Defizit bildet die fehlende Evidenz. Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen sollten dabei helfen, Behandlungsprioritäten zu setzen, an den Gesamtzustand des Patienten sowie an seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung und individuelle Situation berücksichtigen. Zudem bedarf es einer Fokussierung auf die Betreuungsstruktur und den Versorgungsprozess und konkreter Vereinbarungen an Schnittstellen.

Trotz einer weitgehenden Akzeptanz der Leitlinien bei den einzelnen Erkrankungen bleibt ihre Implementierung bis heute eine große Herausforderung. Sie setzt Studien voraus, die eine Evidenz für häufige Krankheitskombinationen sowie für die Priorisierung von Hauptrisiken und Gesundheitsproblemen liefern und sektorübergreifende Versorgungsverläufe, Schnittstellen sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe beschreiben. Die Implementierung der Leitlinien erfordert eine Einbindung in Aus-, Weiter- und Fortbildung und in die Qualitätssicherung sowie finanzielle Anreize. Eine Evaluation der Umsetzungen von Leitlinien erscheint ebenfalls geboten.

Multimorbidität führt zu vermehrten Arztkontakten, häufigeren und längeren Krankenhausaufenthalten sowie einer steigenden Zahl von Arzneimittelverordnungen (Polypharmazie). So erhalten etwa 35 % der Männer und 40 % der Frauen über 65 Jahre neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie. In diesem Kontext bilden unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein Kernproblem der Versorgung alter Menschen. Nach einer Studie der nationalen Pharmakovigilanzzentren entfielen 10,2 % der stationären Aufnahmen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen auf Digitalisglykosid-assoziierte Störwirkungen. Betroffen waren insbesondere ältere Frauen. Bei älteren Menschen mit Demenz erlangen unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen eine besondere Bedeutung. Dabei ist insbesondere die Verordnung von Neuroleptika bei Patienten mit Demenz äußerst kritisch zu beurteilen, da die Anwendung mit einer höheren Sterblichkeit einhergeht.

Um die Arzneimittelsicherheit bei älteren Menschen zu erhöhen, bietet sich eine Adaption der Liste zu unangebrachtem Arzneimittelgebrauch an, die eine Gruppe amerikanischer Wissenschaftler um Mark Beers erstellte. Zur Verbesserung der Therapiesicherheit bei älteren Menschen sind aber auch randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) zum Nachweis eines patientenrelevanten Nutzen unerlässlich. Arzneimittel sollten an den Patientenpopulationen geprüft werden, die auch nach der Zulassung diese Arzneimittel im Rahmen ihrer Behandlung benötigen.

Pflegebedürftigkeit ist in den Gesellschaften des langen Lebens zu einem weiteren bestimmenden Gesundheitsrisiko geworden. Den Zustand eines Menschen mit Pflegebedarf kennzeichnet ein Höchstmaß körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität, die dazu führt, dass sich der Lebensalltag nur mit fremder Hilfe aufrechterhalten lässt. Die überwiegende Mehrheit – 82 % – aller Pflegebedürftigen in Deutschland ist 65 Jahre alt oder älter, jeder dritte bereits über 85. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der Bevölkerung pflegebedürftig. Frauen gelangen in diese Situation häufiger als Männer.

Die anvisierte Erweiterung des bislang im SGB XI verengten Pflegeverständnisses entspricht einer langjährigen Forderung. Ein vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eingesetzter Beirat hat nunmehr – basierend auf einer Analyse unterschiedlicher Pflegebedürftigkeitsbegriffe – Vorschläge für einen neuen Begriff und für ein neues Begutachtungsinstrument vorgelegt. Im Unterschied zum heutigen Begutachtungsverfahren fungiert als Maßstab für Pflegebedürftigkeit nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern die Selbständigkeit einer Person.

Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland verdeutlichen, dass der Pflegesektor auch in Zukunft mit einer erheblichen Dynamik zunimmt. Für das Jahr 2050 weist die Status quo-Prognose des Rates mit 4,35 Millionen die höchste Zahl an Pflegebedürftigen auf, andere neuere Vorausberechnungen erreichen aber ebenfalls Größenordnungen von um oder über 4 Millionen. Selbst unter der Annahme einer Morbiditätskompression steigt die Zahl der Pflegebedürftigen auf 3,5 Millionen.

Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung

6. Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Funktionen der gesundheitlichen Primärversorgung. Zur Sicherung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung kommt es daher entscheidend auf ihre nachhaltige Funktionsfähigkeit an. Eine intensive Auseinandersetzung mit der hausärztlichen Versorgung erscheint besonders notwendig, weil auf der einen Seite ihre Nachhaltigkeit nicht gesichert erscheint (u. a. infolge drohenden Nachwuchsmangels) und auf der anderen Seite mit dem demografischen Wandel sowie der Veränderung des Krankheitsspektrums der Bevölkerung auf die primärmedizinische Versorgung der häufigsten Gesundheitsprobleme besondere Herausforderungen zukommen. Dabei bildet die hausärztliche Primärversorgung ein wichtiges Element einer umfassenden versicherten- bzw. populationsorientierten Versorgung und zielt mit ihr darauf ab, den individuellen Bedürfnissen

einer wachsenden Zahl chronisch Erkrankter zu entsprechen und die präventiven Möglichkeiten auszuschöpfen.

Ausgangspunkt der Analyse bildet eine Beschreibung der Krankheitslast insbesondere durch chronische Erkrankungen in der Hausarztpraxis sowie der Stellung und der Leistungskriterien hausärztlicher Versorgung. Ein vom Rat in Auftrag gegebener Evidenzreport in Form eines Meta-Reviews untersucht, inwieweit eine hausarztorientierte Versorgung zur Verbesserung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung beitragen kann, d. h. welche Evidenz hier im Hinblick auf Gesundheitsindikatoren oder Kosten besteht. Die weiteren Ausführungen konzentrieren sich auf die Inanspruchnahme hausärztlicher Praxen in Deutschland, die Akzeptanz und Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung in der Bevölkerung, die derzeitigen Arbeitsbedingungen von Hausärzten am Beispiel von Kontaktzahlen und hausärztlicher Dokumentation sowie die Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses. In Anknüpfung an grundlegende Überlegungen zur Notwendigkeit einer koordinierten Organisation der gesundheitlichen Versorgung werden verschiedene Maßnahmen insbesondere zur Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen und damit auch zur Weiterentwicklung und Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Primärversorgung empfohlen.

Die niedergelassenen Fachärzte stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung dar. Die absehbare demografische Entwicklung und die zunehmenden Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts rücken die Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor in quantitativer und qualitativer Hinsicht in den Mittelpunkt von Reformbestrebungen. Um hier einen funktionsgerechten und fairen Wettbewerb zwischen den (Fach-)Ärzten und den Krankenhäusern zu realisieren, bedarf es einer Änderung der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen, d. h. insbesondere einer Vereinheitlichung der Qualitätsstandards, der Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und der Genehmigung neuer Behandlungsmethoden.

Arzneimittel gehören bei adäquater Anwendung zu den wirksamsten und effizientesten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Die zu erwartende Ausweitung der Primär- und der fachärztlichen Versorgung wird den Anteil und die medizinische Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie in Zukunft noch erhöhen. Dies verstärkt die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie unter Beteiligung der Apotheken in eine fachübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche zu integrieren. Ausländische Beispiele zeigen vielfältige Möglichkeiten für funktionsgerechte Kooperationen, wobei die Besitzverhältnisse der Apotheke keine erkennbare Rolle spielen. Bei Einbindung in

ein sektorübergreifendes Versorgungsnetz können Apotheker stärker als heute die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie übernehmen. Als Teil eines Versorgungsnetzes kann die Honorierung der Apotheken wie die der beteiligten Ärzte sowie anderer Leistungserbringer auch im Rahmen einer prospektiven Pauschalvergütung bzw. Capitation erfolgen. Eine zielorientierte Kooperation in einem Versorgungsnetz setzt bei den Apothekern allerdings besondere Qualifikationen voraus.

Die deutliche Zunahme des Anteils älterer und hochbetagter Menschen erfordert Anpassungen im Gesundheitswesen und auch in anderen Lebensbereichen, um eine bedarfs- und bedürfnisgerechte pflegerische Versorgung zu erreichen und sicherzustellen. Die Versorgung Pflegebedürftiger bildet eine Langzeitaufgabe mit dem Ziel des Erhaltes einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit. Vor dem Hintergrund dieser Herausforderungen kommt zunächst der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch den Ausbau einer altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung eine hohe Priorität zu. Der derzeit geringe Stellenwert altersspezifischer Prävention und Gesundheitsförderung bedarf vor allem angesichts der hier nicht ausgeschöpften Potenziale dringend einer Korrektur.

Trotz einer deutlichen Ausweitung des Angebots an Pflege in den letzten Jahren bestehen begründete Zweifel, ob diese Kapazitäten den erwarteten Bedarf decken können. Es zeichnen sich auch Verschiebungen des Bedarfs in Richtung professioneller Pflege ab. Zudem bevorzugen die meisten Menschen im Falle von Pflegebedürftigkeit den Verbleib in der häuslichen Umgebung. Das relativ enge Leistungs- und Angebotsprofil ambulanter Pflegedienste vermag vielen Problemlagen der Betroffenen nicht gerecht zu werden. Dies erfordert eine qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Pflege, die das gesamte Spektrum an Pflegestrategien von der Gesundheitsförderung bis zur palliativen Betreuung umfasst. Die Einbindung der Pflege in die integrierte Versorgung gemäß § 92b SGB XI ermöglicht eine Verbesserung der Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich, valide Informationen über die Effekte entsprechender Programme liegen aber noch nicht vor. Um hier Lerneffekte zu erzielen, empfehlen sich auch bei der Einführung der Pflegestützpunkte und dem Case Management systematische Evaluationen. Da pflegende Angehörige immer noch den größten Teil der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger übernehmen, verdienen ihr Ressourcenerhalt sowie ihre Kompetenzförderung besondere Aufmerksamkeit. Um die stationäre Versorgung nachhaltig zu verbessern, benötigen die Heime, die vornehmlich Pflegebedürftige in den Endstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende versorgen, sowohl eine hinreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal als auch eine stärkere Professionalisierung. Die Versorgungsrealitäten in manchen Pflegeheimen offenbaren in dieser Hinsicht ein Innovationsdefizit.

Um eine integrierte Versorgung mit sektorübergreifendem Bezug und eine Intensivierung des Wettbewerbs zu realisieren, schuf der Gesetzgeber in den letzten Jahren mehrere Regelungen, die den Krankenkassen und den Leistungserbringern als Alternative zur kollektivvertraglichen Organisation den Abschluss von selektiven Verträgen ermöglichen. Von diesen besonderen Versorgungsformen weisen allerdings nur die Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V, die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d und die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g einen sektorübergreifenden Bezug auf und erfüllen damit von ihrem Ansatz her die konzeptionellen Bedingungen einer integrierten Versorgung. Im Rahmen der integrierten Versorgungsformen fand allerdings bei über 50 % der Programme keine sektorübergreifende Koordination statt. Nach einer vom Rat durchgeführten repräsentativen Umfrage wiesen nur 55 der insgesamt 6 183 Ende 2008 gemeldeten Verträge einen Populationsbezug auf und die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zeigten einen ähnlich bescheidenen Anteil.

Um insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren einen zielorientierten Wettbewerb auszulösen, existiert derzeit neben einer Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen bezüglich der ambulanten Behandlung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor weiterer Handlungsbedarf:

- Die Versicherten benötigen mehr Transparenz über Behandlungsalternativen und Leistungsqualitäten, z. B. durch valide Indikatoren zur Patientensicherheit und zur Qualität.
- Im Rahmen einer teamorientierten Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe bedarf eine stärkere Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern einer rechtlichen Absicherung.
- Die strukturierten Behandlungsprogramme sollten unter die integrierten Versorgungsformen subsumiert werden.
- Es besteht keine Notwendigkeit zu einem obligatorischen Angebot einer bestimmten Versorgungsform, wie z. B. der isolierten hausarztzentrierten Versorgung.
- Ein ergebnisoffener Wettbewerb sollte über das zukünftige Verhältnis von kollektiven und selektiven Verträgen entscheiden.
- Die Rabattverträge nach § 130a Abs. 3 SGB V befinden sich in einem überregulierten, intransparenten GKV-Arzneimittelmarkt.

Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung

7. Bei der Darstellung ausgewählter Konzepte, die vornehmlich die Entwicklung der Primärversorgung beinhalten (EU-Konzept zur Primärversorgung, Patient Centered Medical Home, Bellagio-Modell, Roadmap des Royal College of General Practitioners, Chronic Care-Modell) interessiert vor allem, ob und inwieweit sich diese Ansätze für den Aufbau eines populationsbezogenen Versorgungsmodells und die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen generationenspezifischen Versorgung eignen. Dem gleichen Ziel diene ein vom Rat in Auftrag gegebener systematischer Review zu den Effekten des Gatekeepings durch Hausärzte. Die Ergebnisse, die allerdings unter dem Vorbehalt einer schwachen Evidenzgrundlage stehen, deuten darauf hin, dass ein vorgeschaltetes Gatekeeping die Gesundheitsausgaben senken kann, sie erlauben aber keine Aussagen über die Veränderung der gesundheitlichen Outcomes. In dieser umstrittenen Frage befürwortet der Rat kein striktes Gatekeeping in einer für die Versicherten obligatorischen Form, wohl aber eine versorgungsstufenübergreifende, koordinierte Versorgung.

Das aus den USA stammende Managed Care-Konzept weist ebenfalls zahlreiche Elemente auf, die eine Überprüfung hinsichtlich ihrer Eignung für ein leistungsfähiges integriertes Versorgungskonzept nahe legen. Dabei geht es, um Missverständnissen vorzubeugen, nicht um die Adaption des amerikanischen Gesundheitssystems, sondern um die Frage, ob und inwieweit einzelne Instrumente und Strukturen von Managed Care die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verbessern versprechen. Es gibt in der Literatur auch keine abschließende Definition von Managed Care, die sich auf bindende, konstitutive begriffliche Elemente stützt. Die meisten Definitionen enthalten erklärte Ziele, Formen der internen Finanzierung, Strukturen und Instrumente, die allerdings eine Priorisierung sinnvoll erscheinen lassen. Danach gilt als zentrales Element die Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion, gefolgt von einer prospektiven Pauschalvergütung bzw. Capitation; bei der Umsetzung spielen selektives Kontrahieren und die Etablierung von Managementstrukturen eine wichtige Rolle.

Zur Einschätzung der Effekte von Managed Care auf die Qualität der Versorgung enthält das Gutachten einen entsprechenden systematischen Review. Dabei interessierte vor allem, ob das Konzept die Effizienz und Effektivität zu erhöhen vermochte oder auch bzw. überwiegend mit unerwünschten Wirkungen, wie z. B. Risikoselektion und Leistungsverweigerungen, einherging. Dabei ließ sich keine eindeutige Tendenz in Richtung einer Verbesserung oder Verschlechterung der Versorgungsqualität nachweisen, wengleich Studien aus neuerer Zeit eher positive Effekte zeigen. Die Ergeb-

nisse des Reviews sprechen weder dafür, Managed Care als durchgängiges System zu adaptieren, noch dafür, von all seinen Strukturen und Elementen Abstand zu nehmen. Es bietet sich vielmehr an, Elemente von Managed Care in Verbindung mit einer strukturellen Anpassung oder Einschränkung des Konzeptes mit dem Ziel einer Eindämmung negativer Effekte auf die Versorgungsqualität einzusetzen. Parallel kann Managed Care in weiterführende Konzepte, die außerhalb seiner Umsetzung liegen, eingebettet werden.

Die Anforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten einer Versorgung, die in Deutschland auf Managed Care-Elemente zurückgreift, lassen sich in Thesen zusammenfassen. Dabei stehen Managed Care und seine Elemente zunächst in Konkurrenz zu anderen Versorgungskonzepten und hinsichtlich seiner Träger erscheinen keine Einschränkungen sinnvoll. Diverse Formen einer Managed Care-Versorgung besitzen unterschiedliche Effekte auf die Versorgungsqualität und es besteht die Gefahr einer Risiko-selektion. Qualitätsindikatoren bedürfen einer populationsbezogenen Orientierung mit einem Schwerpunkt auf ältere Versicherte und chronisch Kranke. Managed Care fördert tendenziell die medizinische Prävention, jedoch in Abhängigkeit vom Planungshorizont der Finanzierung. Die Versorgung in ländlichen Räumen bedarf der besonderen Beachtung ebenso wie das Gatekeeping-Konzept, das Verhältnis zwischen der Primär- und der Sekundärversorgung sowie die ambulante Versorgung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor.

Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

8. Die Schöpfung der strukturellen Effizienz- und Effektivitätsreserven an den Übergängen zwischen Primär-, fachärztlicher Sekundär- und stationärer Versorgung sowie Rehabilitation und Pflege in Verbindung mit den künftigen Effekten der demografischen Entwicklung erfordern eine Koordination der Versorgung, die vor allem den spezifischen Bedürfnissen der Generationen und den regionalen Gegeben- bzw. Besonderheiten Rechnung trägt. Dabei kann sich die Entwicklung in Richtung einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug insbesondere auf folgende Veränderungen stützen:

- Entwickelte Organisationen übernehmen zunehmend die ambulante Versorgung.
- Die einzelnen Leistungssektoren verändern ihre Funktion und koordinieren die Versorgung auf der Grundlage einer veränderten Arbeitsteilung.

- Die interne Finanzierung orientiert sich stärker an prospektiven Pauschalvergütungen bzw. Capitation-Modellen.
- Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet das entscheidende medizinische und ökonomische Potenzial, das die Veränderung maßgeblich trägt.

Für eine koordinierte Versorgung mit regionalem Bezug nehmen wohnortnahe Primärversorgungspraxen eine Schlüsselrolle ein. Das anvisierte Zukunftskonzept einer generationenspezifischen und regional differenzierten Versorgung basiert auf den Aufgaben der allgemeinmedizinischen Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der Entwicklungsempfehlungen internationaler Modelle. Die Vorschläge hierzu umfassen zudem Vergütungs- bzw. Honorierungssysteme, die stärker als bisher auf die Kontinuität der Versorgung und die Erreichung mittel- bis langfristiger versicherten- bzw. populationsbezogener Versorgungsziele abstellen. Da eine flächendeckende hausärztliche Versorgung in strukturschwachen ländlichen Räumen derzeit vor allem in den ostdeutschen Bundesländern, zunehmend aber auch im Westen Deutschlands, gefährdet erscheint, bedürfen die Versorgungsmodelle in diesen Regionen einer speziellen Ausgestaltung. Hierzu bieten sich Konzepte sowohl einer dezentralen als auch einer zentralen hausärztlichen Versorgung an.

Wie bereits angedeutet, sieht das Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung, das sich an generationenspezifischen Bedürfnissen und Bedarfen orientiert, eine veränderte, zielorientierte Arbeitsteilung der Leistungssektoren vor. Diese reicht von der Primärversorgung unter Einbeziehung präventiver Maßnahmen bis zur Pflege. Dabei verliert die sektorale Abgrenzung an Bedeutung und regionale Gegebenheiten entscheiden über Ort und Struktur der Leistungserbringung. Im Zentrum einer veränderten Arbeitsteilung steht die Sekundärversorgung, deren Aufgabenbereich vornehmlich bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt künftig stark zunimmt und in dem derzeit unter unzureichenden Rahmenbedingungen ambulante (Fach-)Ärzte und Krankenhäuser konkurrieren. In diesem Kontext kann auch Gatekeeping zu einer verbesserten Koordination der Versorgung beitragen.

Zur langfristigen Abdeckung einer umfassenden Versorgung gilt es hinsichtlich der internen Finanzierung, prospektive Pauschalvergütungen mit einigen gezielten Anreizen (*pay for performance*), z. B. für die Durchführung präventiver Maßnahmen, zu erproben. Eine solche Mischung von Vergütungselementen könnte die potenziellen Nachteile pauschalierter Honorierung, wie mangelnde ökonomische Anreize für eine vollständige und sorgfältige Versorgung der Patienten, teilweise neutralisieren. Ferner sollte die Honorierung u. a. auch die Koordinationsarbeit der nichtärztlichen Mitglieder des

Versorgungsteams und die Risikostruktur der Versicherten bzw. die Case mix-Unterschiede zwischen den verschiedenen zu versorgenden Populationen berücksichtigen.

Das medizinische und ökonomische Potenzial zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung liegt somit vornehmlich an den Schnittstellen der Leistungssektoren und hier vor allem im Bereich der Sekundärversorgung. Die Erfolgsbedingungen für eine effiziente, sektorübergreifende Versorgung erscheinen vom Anreizsystem her am ehesten gegeben, wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht isoliert auf eigene Rechnung, sondern für ein gemeinsames Budget arbeiten und hierfür eine (sektorübergreifende) Pauschale erhalten. Die Integration der Versorgungsprozesse nimmt noch zu, wenn eine Versorgungseinheit ein umfassendes Angebot an präventiven und therapeutischen Leistungen in einer Region anzubieten vermag. Aus heutiger Sicht stellt eine solch umfassende Versorgungseinheit ein zielorientiertes Konzept dar. Es geht hier in ordnungspolitischer Hinsicht aber nicht darum, ein solches Versorgungskonzept mit Hilfe gesetzlicher Regulierung anzustreben, sondern nur darum, der Entwicklung in diese Richtung eine Chance zu eröffnen. Die Entscheidung über die gewünschte Organisationsform sollten im Rahmen von Wettbewerbsprozessen die Versicherten und Patienten treffen und diese Wahl kann regional und im Zeitablauf unterschiedlich ausfallen.

In dünn besiedelten, strukturschwachen Gebieten kann infolge zu geringer Angebotskapazitäten ein Wettbewerb zwischen umfassenden Versorgungseinheiten nicht mehr und zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Leistungsanbietern kaum noch stattfinden. Ein fortlaufendes Monitoring anhand von Qualitätsindikatoren und Benchmarking kann hier zur Aufdeckung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten dienen. Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren einige Maßnahmen zur Vermeidung einer Unterversorgung in solchen Gebieten beschlossen und im Gutachten finden sich weitere Empfehlungen. Unabhängig von der Notwendigkeit, hier finanzielle und nicht-monetäre Anreize für die Leistungserbringer zu setzen, bedarf die Gesundheitspolitik zur Lösung dieses Problems der Unterstützung durch die Landes- und Raumplanung. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in strukturschwachen Regionen bildet allerdings im Prinzip ein generelles und kein spezifisches Problem einer selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung.

Das vorliegende Gutachten enthält zahlreiche Vorschläge zu teilweise weitreichenden Veränderungen in unserer Gesundheitsversorgung. Um Lernprozesse zu generieren und auch sich möglicherweise abzeichnende Fehlentwicklungen zu erkennen, bedürfen die entsprechenden Reformprozesse einer Begleitung in Form einer Evaluation durch unabhängige Wissenschaftler. Nur eine solche Informationsgrundlage lässt fundierte Ent-

scheidungen darüber zu, ob und inwieweit neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breiter implementiert oder auch eingestellt werden sollen. Angesichts der Bedeutung solcher Evaluationsergebnisse für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung sollten die Krankenkassen die Möglichkeit besitzen, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil ihrer Leistungsausgaben zu finanzieren.

2. Generationenspezifische Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

9. Die Demografie, d. h. Umfang und Struktur der Bevölkerung eines Landes, besitzt nicht nur für den medizinischen Behandlungsbedarf und die entsprechenden Gesundheitsausgaben Relevanz, sondern auch für die personellen Ressourcen, die für die Befriedigung dieses Bedarfs zur Verfügung stehen. Die Veränderung der Demografie übt damit sowohl auf die Nachfrage als auch auf das Angebot an Gesundheitsleistungen einen Einfluss aus. Indem demografische Prognosen über gesundheitspolitisch bedeutende Entwicklungen informieren, bieten sie eine Entscheidungsgrundlage, um den sich künftig abzeichnenden Problemen bzw. Engpässen frühzeitig entgegenwirken zu können.

10. Demografische Prognosen versuchen aufzuzeigen, wie sich von der heutigen Situation ausgehend Umfang und Struktur der Bevölkerung unter bestimmten Annahmen über die drei demografischen Komponenten Geburten, Sterbefälle und Wanderungen in einem künftigen Zeitraum entwickeln. Dabei interessiert im Rahmen des Gesundheitswesens unter Finanzierungs- und Versorgungsaspekten vor allem die Veränderung von Bevölkerungsanteilen zwischen bestimmten Altersgruppen, d. h. als demografische Indikatoren dienen das Kohortenalter und die Kohortengröße. Die Prognose der Alterskohorten stützt sich auf die 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, deren Annahmen zu den demografischen Komponenten Tabelle 1 zusammenfasst. Um Unsicherheiten hinsichtlich der Entwicklung dieser Einflussfaktoren Rechnung zu tragen, baut diese Vorausberechnung auf drei Alternativen zur Geburtenrate und je zwei zur Lebenserwartung und zum (positiven) Wanderungssaldo auf. Aus der Kombination dieser Annahmen ergeben sich insgesamt zwölf Szenarien. In diesem Kontext bildet die Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze) die Grundlage sowie den Ausgangspunkt der Kohortenschätzungen und die beiden extremen Szenarien, d. h. Variante 3 - W2 („relativ junge“ Bevölkerung) und Variante 6 - W1 („relativ alte“ Bevölkerung) dienen dazu, das Spektrum der möglichen demografischen Entwicklung aufzuzeigen.

Tabelle 1: Annahmen und Varianten der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung

Jährlicher Wanderungssaldo bis zum Jahr 2050	Geburtenhäufigkeit (durchschnittliche Kinderzahl je Frau)		
100 000 Personen (W1)	annähernd konstant: 1,4	leicht ansteigend von 1,4 auf 1,6 (2006- 2025), danach konstant	leicht fallend bis 2050 auf 1,2
200 000 Personen (W2)			
Annahmen zur Lebenserwartung bei Geburt (im Alter von 60) im Jahr 2050			
Basisannahme			
männlich: 83,5 (25,3) Jahre weiblich: 88,0 (29,1) Jahre	Variante 1 - W1 („mittlere“ Bevölkerung, Untergrenze)	Variante 3 - W1	Variante 5 - W1
	Variante 1 - W2 („mittlere“ Bevölkerung, Obergrenze)	Variante 3 - W2 („relativ junge“ Bevölkerung)	Variante 5 - W2
hoher Anstieg			
männlich: 85,4 (27,2) Jahre weiblich 89,9 (30,9) Jahre	Variante 2 - W1	Variante 4 - W1	Variante 6 - W1 („relativ alte“ Bevölkerung)
	Variante 2 - W2	Variante 4 - W2	Variante 6 - W2

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung

11. Zentrale Maßzahlen zur Abbildung des demografischen Alterungsprozesses stellen die Altenquotienten „65“ und „85“ dar. Sie beziehen die ab 65- bzw. ab 85-Jährigen auf je 100 Personen der Bevölkerung zwischen 20 bis unter 65 Jahren. Tabelle 2 zeigt, dass sich der Altenquotient „65“ nach der Basisvariante von 2006 (32,63) bis 2050 (64,35) nahezu verdoppelt. Die ausgewiesenen Altenquotienten „65“ verdeutlichen auch, dass die Werte stark von den jeweiligen Annahmen über die demografischen Einflussfaktoren abhängen, denn das Spektrum reicht im Jahre 2050 von 57,97 bis 70,92. In diesem Zusammenhang gilt es zudem noch zu beachten, dass sich die Alternativen, von denen diese Vorausberechnung u. a. bei der Lebenserwartung ausgeht, auf die Periodenbetrachtung stützen. Diese schreibt die heutigen Sterblichkeitsverhältnisse und die daraus abgeleitete Lebenserwartung in die Zukunft fort und klammert damit alle Effekte aus, die künftig u. a. vom medizinisch-technischen Fortschritt, von Lebensstilvariablen und anderen Faktoren auf die Lebenserwartung der Bevölkerung ausgehen. Die damit verbundene Unterschätzung der Lebenserwartung führt dazu, dass die Altenquotienten „65“ und „85“ letztlich auch noch höher als nach der Variante 6 - W1 („relativ alte“ Bevölkerung) ausfallen können.

Tabelle 2: Altenquotient „65“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	32,63	32,63	32,63	32,63
2010	33,55	33,62	33,55	33,70
2020	37,98	38,68	37,98	39,48
2030	50,21	52,21	50,27	54,20
2040	57,19	61,35	57,98	65,25
2050	57,97	64,35	60,10	70,92

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

12. Der Altenquotient „85“, der sich auf die Hochbetagten bezieht, besitzt insofern eine besondere Relevanz bezüglich des Pflegebedarfs und der Pflegeversicherung, als die Pflegeprävalenz ab einem Alter von ca. 80 Jahren stark ansteigt. Verglichen mit dem Altenquotienten „65“ nimmt der Altenquotient „85“, wie Tabelle 3 ausweist, im Prognosezeitraum erheblich stärker zu. Ausgehend von 3,22 im Jahre 2006 wächst er nach der Basisvariante auf 15,92 und im Falle einer „relativ alten“ Bevölkerung auf 19,71 d. h. auf das 4,9- bzw. auf das 6,1-fache, an. Bis zum Jahre 2020 findet schon ein Wachstum des Altenquotienten „85“ auf das gut 1,6- bis 1,8-fache statt.

Tabelle 3: Altenquotient „85“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	3,22	3,22	3,22	3,22
2010	3,86	3,87	3,86	3,89
2020	5,25	5,35	5,25	5,69
2030	7,55	7,86	7,56	8,90
2040	9,61	10,38	9,74	12,32
2050	14,07	15,92	14,58	19,71

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

13. Da nur sehr wenige Jugendliche versterben und der Außenwanderungssaldo derzeit bestenfalls bei den weiblichen Jugendlichen im Alter von 15 bis 20 Jahren ein nennens-

wertes Niveau erreicht, hängt die künftige Entwicklung der beiden Jugendquotienten „20“ und „5“ weitgehend von den Annahmen über die Geburtenrate ab. Wie Tabelle 4 zeigt, nimmt nach der Basisvariante der Jugendquotient „20“ von 32,53 im Jahre 2006 über 30,02 im Jahre 2010 bis auf 28,14 im Jahre 2020 spürbar ab, steigt dann aber bis 2040 wieder auf 29,92 an. Die in der Variante „relativ junge“ Bevölkerung höheren Quotienten gehen nahezu ausschließlich auf die Annahme zurück, dass hier die Geburtenrate bis 2025 von 1,4 auf 1,6 ansteigt und danach konstant bleibt.

Tabelle 4: Jugendquotient „20“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	32,53	32,53	32,53	32,53
2010	30,12	30,02	30,01	29,98
2020	29,24	28,14	28,09	27,60
2030	33,07	29,88	29,99	28,32
2040	33,94	29,92	30,04	27,72
2050	33,38	29,18	29,19	26,63

Unter 20-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

14. Der Jugendquotient „5“ in Tabelle 5 unterliegt bei den beiden Varianten „mittlere“ Bevölkerung im Prognosezeitraum leichten Schwankungen und erreicht im Jahre 2050 nicht ganz das Ausgangsniveau von 2006. Der etwas höhere Wert in der Variante 1-W2, die im Vergleich zur Basisvariante eine um jährlich 100 000 Migranten höhere (Netto-) Einwanderung unterstellt, lässt sich mit dem relativ hohen Außenwanderungssaldo bei den Frauen zwischen 20 und 25 Jahren erklären. Die unterschiedlichen Annahmen über die Entwicklung der Geburtenrate schlagen sich somit beim Jugendquotient „5“ erwartungsgemäß noch deutlicher als bei den Jugendlichen in den jeweiligen Quotienten nieder.

Tabelle 5: Jugendquotient „5“

Jahr	„relativ junge“ Bevölkerung	„mittlere“ Bevölkerung		„relativ alte“ Bevölkerung
	Variante 3 - W2	Untergrenze Variante 1 - W1	Obergrenze Variante 1 - W2	Variante 6 - W1
2006	7,02	7,02	7,02	7,02
2010	6,70	6,59	6,59	6,55
2020	7,46	6,74	6,82	6,42
2030	8,02	6,88	7,02	6,35
2040	7,86	6,71	6,80	6,11
2050	8,24	6,83	6,92	6,03

Unter 5-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt (2006b), eigene Darstellung

15. Die für den bundesdeutschen Durchschnitt prognostizierte Entwicklung der Altenquotienten verdeutlicht bereits, dass die demografische Entwicklung das Gesundheitswesen und hier vor allem die Pflege künftig vor erhebliche Herausforderungen stellt. Einer steigenden Nachfrage nach Gesundheits- und Pflegeleistungen infolge einer stark anwachsenden Kohorte der Hochbetagten steht ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber, das die erforderlichen Leistungen zu erbringen vermag. Dies wirft schon hier die Frage nach einer generationenspezifischen Versorgung auf, die den Kriterien der Nachhaltigkeit, Effizienz und Effektivität bzw. Qualität genügt.

16. Da die Patienten die Gesundheitsversorgung überwiegend ortsnah, zumindest mit regionalem Bezug benötigen und die Erbringung von ambulanten und stationären Leistungen zumeist entsprechend räumlich dezentral stattfindet, liegt es nahe, auch die Entwicklung der demografischen Strukturen in den einzelnen Bundesländern zu betrachten. Wie Tabelle 6 ausweist, steigt der Altenquotient „65“ vor allem in den neuen Bundesländern überdurchschnittlich an. Im Jahre 2050 verzeichnen Brandenburg mit 90,60 sowie Thüringen mit 80,73 die höchsten und Bremen mit 50,92 sowie Hamburg mit 57,50 die niedrigsten Werte. Der Altenquotient „65“ in Brandenburg übersteigt damit den bundesdurchschnittlichen um 40,8 % und jenen in Bremen um 77,9 %. Die weit überdurchschnittliche Alterung in den neuen Bundesländern geht u. a. auf eine Altersselektivität der Binnenwanderung zurück.

Tabelle 6: Altenquotient „65“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	30,09	33,41	41,33	60,15	63,38
Bayern	30,37	33,66	41,06	58,99	62,00
Berlin	26,30	32,45	39,41	54,27	63,87
Brandenburg	31,57	38,60	55,90	82,43	90,60
Bremen	33,27	35,27	39,15	48,25	50,92
Hamburg	28,52	29,93	33,14	49,12	57,50
Hessen	30,76	34,85	42,75	62,08	65,46
Mecklenburg-Vorpommern	31,44	38,23	55,63	70,36	74,51
Niedersachsen	32,85	36,61	44,67	63,40	63,73
Nordrhein-Westfalen	32,22	34,40	41,58	58,39	59,94
Rheinland-Pfalz	33,04	34,82	44,26	62,34	62,95
Saarland	35,19	37,07	47,38	61,90	59,89
Sachsen	36,41	43,73	56,57	68,95	77,25
Sachsen-Anhalt	35,08	42,76	58,10	73,73	78,53
Schleswig-Holstein	33,26	38,33	44,97	65,06	66,65
Thüringen	33,19	40,70	56,94	73,83	80,73
Deutschland	31,69	35,47	43,91	61,35	64,35

65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006b, eigene Darstellung

17. Die Übersicht über die Entwicklung des Altenquotienten „85“ in Tabelle 7 zeigt ein ähnliches Bild. Die neuen Bundesländer weisen in 2005 noch überwiegend unterdurchschnittliche Werte auf, büßen diese relativ günstige Ausgangsposition aber bis zum Jahr 2025 ein und rangieren im Jahr 2050 auch hier an der Spitze. Während der Altenquotienten „85“ im Bundesdurchschnitt auf das 5,2-fache ansteigt, wächst er in Mecklenburg-Vorpommern auf das 9,4-fache und in Brandenburg auf das 10,1-fache an. Die Betrachtung der Altenquotienten nach Bundesländern verdeutlicht somit die bereits erwähnte Problematik, künftig in Deutschland flächendeckend eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Tabelle 7: Altenquotient „85“ in den Bundesländern

	2005	2015	2025	2040	2050
Baden-Württemberg	3,02	4,49	6,94	10,13	15,92
Bayern	2,95	4,41	6,60	9,58	14,94
Berlin	2,91	3,52	6,34	9,24	14,53
Brandenburg	2,45	4,37	9,13	14,53	24,86
Bremen	3,82	5,05	7,09	8,89	12,19
Hamburg	3,35	4,09	5,76	7,62	12,42
Hessen	3,12	4,61	6,90	10,46	16,11
Mecklenburg-Vorpommern	2,23	4,39	9,15	13,48	20,88
Niedersachsen	3,29	4,81	7,43	10,55	16,05
Nordrhein-Westfalen	2,99	4,54	6,72	9,37	14,38
Rheinland-Pfalz	3,22	4,72	6,95	10,30	15,75
Saarland	3,01	4,80	7,35	10,43	15,28
Sachsen	3,43	6,10	10,48	14,40	20,39
Sachsen-Anhalt	2,87	5,33	9,87	14,38	21,20
Schleswig-Holstein	3,49	4,67	7,73	10,74	16,34
Thüringen	2,65	5,05	9,35	14,29	21,35
Deutschland	3,04	4,62	7,25	10,38	15,92

85-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren, gerundete Daten als Ausgangsbasis

Quelle: Statistisches Bundesamt 2006d, eigene Darstellung

18. Im Unterschied zu den Altenquotienten weist die Entwicklung der Jugendquotienten „20“ und „5“ zwischen den Bundesländern keine einheitliche Tendenz auf. Im Basisjahr 2005 verzeichnen die neuen Bundesländer und die Stadtstaaten die niedrigsten Werte, wobei diese Differenzen vornehmlich auf unterschiedliche Geburtenraten zurückgehen. Die Annahme einer Angleichung der Geburtenraten im gesamten Bundesgebiet führt dann zu einer Verminderung der Differenzen zwischen den Jugendquotienten der Bundesländer. Bis zum Jahr 2050 rücken dann einige neue Bundesländer, wie Brandenburg, Sachsen und Mecklenburg-Vorpommern, an die Spitze vor. Die im Jahr 2050 vergleichsweise hohen Jugendquotienten in den neuen Bundesländern dürften weitgehend auf den Rückgang der Erwerbsbevölkerung infolge der Altersselektivität der Binnenwanderung zurückgehen.

19. Für eine detailliertere regionale Analyse bieten sich mit Brandenburg und Hamburg zwei Bundesländer an, die sich hinsichtlich ihrer demografischen Entwicklung stark unterscheiden und zudem noch deutlich vom bundesdeutschen Durchschnitt abweichen. Nach der Prognose schrumpft die Bevölkerung in Brandenburg von 2005 bis 2050 mit

30 % doppelt so stark wie im Bundesdurchschnitt und die Erwerbsbevölkerung sinkt um fast die Hälfte ab. Dieser Rückgang der Erwerbsbevölkerung liegt um fast 20 Prozentpunkte über dem Bundestrend. Dagegen nimmt die Bevölkerung in Hamburg nur um ca. 4 % und damit auch im Vergleich zum Bundesdurchschnitt nur moderat ab. Die Gruppe der Jugendlichen, die in Brandenburg um 43 % und im Bundesdurchschnitt um 37 % schrumpft, geht in Hamburg nur um 25 % zurück. Die Erwerbsbevölkerung sinkt hier mit 18 % um 11 Prozentpunkte schwächer als im Bundesdurchschnitt. Dieser kursorische Vergleich deutet bereits darauf hin, dass die jeweilige demografische Entwicklung diese Bundesländer mit in Inhalt und Intensität unterschiedlichen Problemen konfrontiert.

20. Die demografische Entwicklung führt nicht nur zu gesundheitspolitisch relevanten Veränderungen zwischen, sondern auch innerhalb von Bundesländern zwischen verschiedenartigen Siedlungsstrukturen und hier insbesondere zwischen städtisch und ländlich geprägten Räumen. Der demografische Wandel verändert vor allem die Altersstruktur in den ländlichen Regionen der neuen Bundesländer besonders stark. Im Zeitraum von 2006 bis 2025 geht die Bevölkerung in den ländlichen Regionen der neuen Bundesländer um 18,3 % zurück, während sie in den ländlichen Regionen der westlichen Bundesländern konstant bleibt. Der Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung, der im Jahre 2006 zwischen den alten und den neuen Bundesländern nur Differenzen bis 1,7 Prozentpunkte aufweist, steigt bis 2025 in den ländlichen Räumen der neuen Bundesländer auf 32,9 %. Er liegt damit um 8,2 Prozentpunkte über den ländlichen Räumen der alten Bundesländer. Die Problematik der flächendeckenden Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung stellt sich künftig grundsätzlich in ländlichen Räumen, aber in besonderem Maße in den ländlichen Räumen der neuen Bundesländer.

Tabelle 8: Der demografische Wandel im Vergleich zwischen ländlichen Regionen in Ost und West

	West	Ost	Ländliche Räume West	Ländliche Räume Ost
Bevölkerungsentwicklung (in %)				
1990/2006	6,7	-8,7	8,3	-13,7
2006/2025	0,5	-10,7	0,2	-18,3
Anteil der Einwohner 65 (85) und älter an der Gesamtbevölkerung (in %)				
2006	19,4 (2,0)	21,1 (1,9)	19,9 (2,1)	21,5 (1,7)
2025	23,3 (3,8)	29,3 (5,0)	24,7 (4,0)	32,9 (5,6)
Entwicklung der Bevölkerung 65 (85) Jahre und älter (in %)				
1990/2006	35,7 (34,2)	39,1 (20,6)	35,6 (43,9)	48,9 (32,5)
2006/2025	21,3 (96,0)	23,9 (132,2)	24,6 (95,3)	25,2 (167,6)
Einwohnerdichte (Einwohner je km²)				
2006	264	153	114	73
2025	261	137	114	60

Zur Verdeutlichung ist das jeweilige Maximum bzw. Minimum der Werte fettgedruckt.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Daten und Prognosen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR)

21. Ein internationaler Vergleich der demografischen Entwicklung belegt, dass es sich bei der künftigen Alterung der Bevölkerung nicht um ein bundesdeutsches Spezifikum, sondern um einen internationalen Trend handelt. Die in Tabelle 9 für den Altenquotienten „65“ ausgewiesenen Werte basieren auf der „mittleren“ Variante der demografischen Prognose der Vereinten Nationen, die im Prinzip der Basisprognose des Statistischen Bundesamtes entspricht. Da die Vereinten Nationen eine im Zeitablauf deutlich ansteigende Geburtenrate unterstellen, fällt der Altenquotient „65“ im Jahre 2050 hier mit 58,70 (gegenüber 64,35 des Statistischen Bundesamtes) spürbar niedriger aus. Gleichwohl verzeichnet Deutschland hinter Japan, Spanien und Italien den höchsten Altenquotienten „65“, der auch 12 % über dem europäischen Durchschnitt von 52,13 liegt. Ein ähnliches Bild ergibt sich für den Altenquotienten „85“, bei dem Deutschland mit 14,34 hinter Japan und Italien an dritter Stelle rangiert.

Tabelle 9: Der Altenquotient „65“ im internationalen Vergleich

Land	2005	2015	2025	2040	2050
Deutschland	30,80	34,15	41,89	58,51	58,70
Frankreich	27,71	32,14	38,94	47,68	49,37
Großbritannien	27,08	30,72	34,85	43,70	44,34
Italien	32,15	36,98	42,34	62,34	65,93
Österreich	26,01	30,05	36,64	53,92	55,99
Spanien	26,55	29,69	36,15	56,23	69,31
Schweiz	24,90	30,60	37,64	48,13	46,53
Niederlande	23,10	30,30	38,66	50,86	47,53
Norwegen	24,75	28,92	34,50	43,87	43,71
Schweden	29,29	34,98	39,55	45,12	44,79
Russland	21,98	19,84	27,66	33,30	42,41
Türkei	9,85	10,79	14,63	24,11	31,69
Brasilien	10,81	13,21	18,00	26,71	34,11
Kanada	20,97	25,86	35,79	45,65	48,07
Vereinigte Staaten	20,54	23,70	31,35	36,58	37,70
China	12,38	14,83	21,83	39,44	42,47
Indien	9,57	10,31	13,12	18,32	23,66
Japan	32,25	46,27	53,50	69,67	80,20
Australien	21,67	26,88	34,44	43,28	45,26
Afrika	7,67	7,75	8,59	10,06	12,36
Europa	25,89	27,92	35,02	45,91	52,13
Südamerika	11,57	13,61	17,90	25,84	32,32

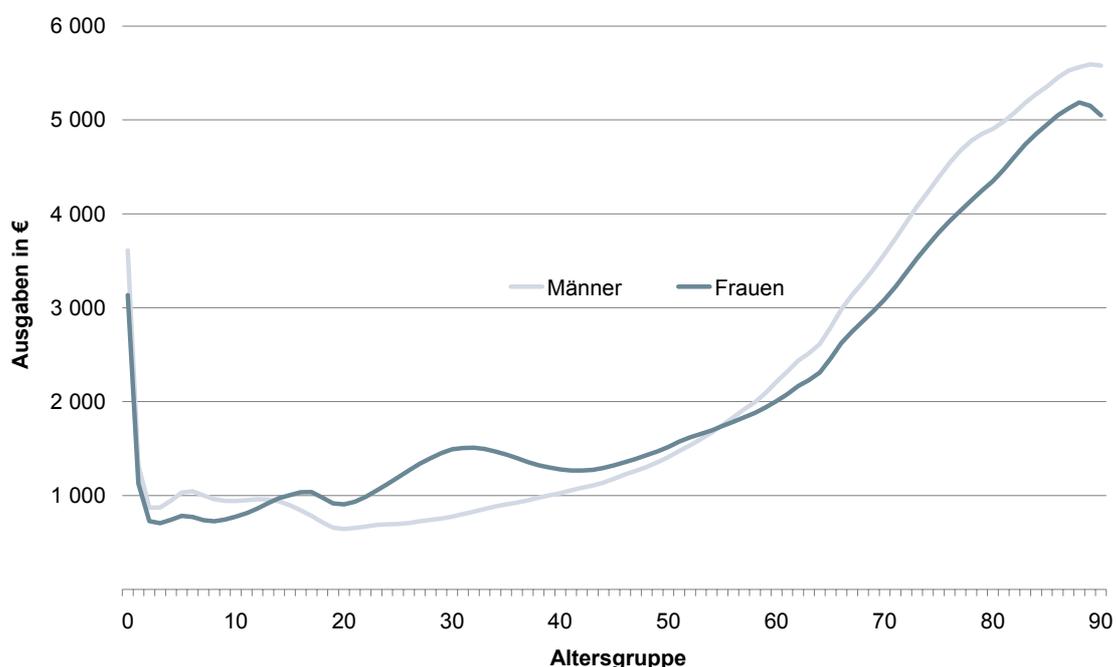
65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis unter 65 Jahren

Quelle: United Nations 2006, eigene Darstellung

22. Vor dem Hintergrund einer steigenden Lebenserwartung und einer sich abzeichnenden stärkeren Besetzung der höheren Altersgruppen interessieren hinsichtlich der künftig zu erwartenden Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und der Ausgabenentwicklung vor allem die alters- und geschlechtsspezifischen Ausgabenprofile. Wie Abbildung 1 veranschaulicht, steigen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für beide Geschlechter ab einem Alter von 50 Jahren deutlich an. Dabei liegt die stärkste Zunahme im Altersbereich zwischen 50 und 80 Jahren und eine Trendumkehr findet erst mit einem Alter von ca. 88 Jahren statt. Einen ähnlichen Verlauf wie die Profile der Gesamtausgaben der GKV weisen die entsprechenden durchschnittlichen Aufwendungen im Krankenhaus und für Arzneimittel auf, wobei Letztere die stärkste Altersabhängigkeit unter den Leistungsarten verzeichnen. Verglichen mit diesen Ausgabenprofilen nehmen die durchschnittlichen Aufwendungen im Rahmen der ambu-

lanten Behandlung erheblich schwächer zu und ab einem Alter von 73 Jahren wachsen die durchschnittlichen altersspezifischen Ausgaben bei den Frauen kaum noch und bei den Männern nur noch sehr moderat an. Diese spürbaren Unterschiede der Ausgabenprofile zwischen der Krankenhaus- und der ambulanten Behandlung betonen angesichts der absehbaren Alterung der Bevölkerung die Notwendigkeit, künftig weitmöglichst stationäre durch ambulante Leistungen zu substituieren.

Abbildung 1: Alters- und geschlechtsspezifische Ausgabenprofile in der GKV



Werte ohne EU-/BU-Rentner und ohne Risikopool

Quelle: Bundesversicherungsamt 2008, eigene Berechnung, eigene Darstellung

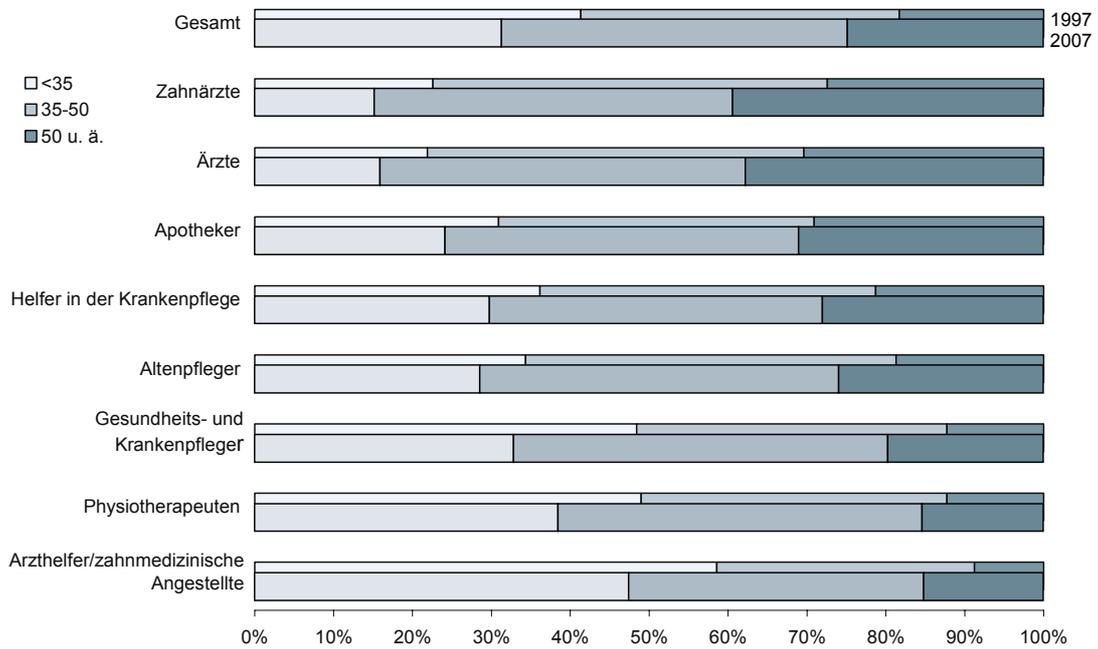
23. Angesichts der noch immer steigenden Lebenserwartung stellt sich sowohl unter epidemiologischen und wohlfahrtstheoretischen als auch unter kosten- bzw. ausgabenorientierten Aspekten die Frage, in welchem Gesundheitszustand die Menschen künftig die hinzugewonnenen Lebensjahre verbringen. Die hinzugewonnenen Lebensjahre erhöhen grundsätzlich die gesundheitlichen Outcomes und damit die Wohlfahrt der Betroffenen, allerdings geschieht dies in stärkerem Maße bei gesund verbrachten zusätzlichen Lebensjahren. Die These von der absoluten Morbiditätskompression geht davon aus, dass sich vornehmlich infolge erfolgreicher Verhaltens- und Verhältnisprävention der Eintritt chronischer Erkrankungen hinausschiebt und sich somit mit steigender Lebens-

erwartung die Länge der in Krankheit verbrachten Lebenszeit verringert. Nach der relativen Variante dieser These nimmt lediglich der Anteil der Lebenszeit mit einer chronischen Erkrankung an der Gesamtzahl der Lebensjahre ab.

24. Im Gegensatz dazu unterstellt die These von der absoluten bzw. relativen Morbiditätsexpansion, dass vor allem bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt die Zahl der in Krankheit verbrachten Lebensjahre absolut zunimmt bzw. ihr Anteil an der Gesamtzahl der Lebensjahre steigt. Im Vergleich zur These von der Morbiditätsexpansion erleichtert jene der Morbiditätskompression zwar *ceteris paribus* die Finanzierung der Gesundheitsversorgung, ohne Kenntnis der künftigen Krankheits- und Sterbekosten lassen sich aber keine fundierten Aussagen über die Effekte machen, die von einer steigenden Lebenserwartung auf die Ausgabenentwicklung ausgehen. Bei im Zeitablauf stark zunehmenden Sterbekosten kann auch die Morbiditätskompression mit einem Wachstum der Gesundheitsausgaben einhergehen. Umgekehrt besteht ebenso die Möglichkeit, dass bei Morbiditätsexpansion die Ausgabenentwicklung dank einer Kostensenkung durch wirksame Maßnahmen im Bereich der tertiären Prävention moderat verläuft.

25. Ein Blick auf die Altersstruktur der im Gesundheitswesen Beschäftigten in Abbildung 2 zeigt, dass in den letzten zehn Jahren der Anteil der über 50-Jährigen über alle gezeigten Gesundheitsberufe hinweg von 18,3 % im Jahre 1997 auf 24,8 % im Jahre 2007 anstieg. Dabei sank im Vergleich zur stationären in der ambulanten Versorgung die Zahl der unter 40-jährigen Ärzte von 1995 bis 2007 überdurchschnittlich und hier weisen die Hausärzte die ausgeprägteste Alterung auf. Die bisherige Entwicklung der Gesundheitsberufe und ihre derzeitige Altersstruktur unterstreichen damit die Herausforderung der Gesundheitspolitik, künftig flächendeckend eine hochwertige Versorgung sicherzustellen.

Abbildung 2: Altersgruppen der Berufsgruppen im Gesundheitswesen, 1997 und 2007



Quelle: Eigene Berechnung auf Basis der Daten der Gesundheitspersonalrechnung (www.gbe-bund.de)

3. Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen

3.1 Einleitung und Übersicht

26. Gegenwärtig beträgt die durchschnittliche Lebenserwartung für neugeborene Mädchen 82,3 Jahre und für neugeborene Jungen 76,9 Jahre. In den weitgehend von Wirtschaftswachstum, äußerem und sozialem Frieden, Bildungsverbesserungen, einer ausgebauten sozialen Sicherung und Krankenversorgung geprägten Jahrzehnten nach dem Zweiten Weltkrieg haben sich diese Werte um mehr als zwölf Jahre verbessert.

27. Die öffentliche Sorge um das physische, psychische und soziale Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen hat in den vergangenen Jahren zunehmende Aufmerksamkeit erfahren. Die Gewalt in der Erziehung ist stark zurückgegangen. Elterliche Erziehungsstile sind heute mehrheitlich demokratisch, egalitär oder permissiv ausgerichtet – gegenüber einer mehrheitlich autoritären oder autokratischen Ausrichtung noch vor wenigen Jahrzehnten. Kinder und Jugendliche erfahren damit auch andere Lebenswelten. Sie leben und erleben Freiheiten, erfahren aber auch die Verantwortung einer Vorverlagerung biografisch zentraler Weichenstellungen in frühere Lebensphasen; viele der Freiheiten erweisen sich als „riskante Chancen“. Die meisten Jugendlichen fühlen sich in ihren Lebenswelten gut integriert, die 15. Shell-Jugendstudie spricht in dieser Hinsicht von der heute nachwachsenden „pragmatischen Generation“.

28. Der Blick auf diese großen Erfolge einer weitgehend stabilen Phase der Verbesserung der Lebensbedingungen und damit auch der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen darf aber nicht die problematischen Seiten vernachlässigen. Von den ca. 700 000 pro Jahr in Deutschland geborenen Kindern wächst ca. jedes fünfte Kind, d. h. ca. 140 000 Kinder pro Geburtsjahrgang, mit erheblichen, vor allem psychosozialen Belastungen und gravierenden Defiziten an materiellen und sozialen Ressourcen auf. Die wichtigsten erklärenden Faktoren für die erhöhten Gesundheitsrisiken sozial benachteiligter Kinder finden sich in der Lebenslage der Eltern und machen deren Kinder besonders vulnerabel: Arbeitslosigkeit, geringe formale Bildung, alleinerziehende Eltern, Migrationshintergrund, mehrere Kinder, psychische Erkrankung der Eltern – jeweils in Verbindung mit materieller Armut. Hinter der Sammelbezeichnung „soziale Benachteiligung“ verbirgt sich also keine homogene Gruppe, sondern eine soziologisch, ökonomisch und sozialpsychologisch große Vielfalt von Konstellationen und vulnerablen Gruppen mit entsprechend differenziertem Interventionsbedarf (GA 2007, Kapitel 4). Damit sind die zentralen Herausforderungen einer generationenspezifischen Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche angesprochen: die Verminderung von Kinderarmut (materielle Armut und Versorgungsarmut), die Vermehrung zielgruppen-gerechter, vor allem auch vorschulischer Bildungschancen sowie sozialer Unter-

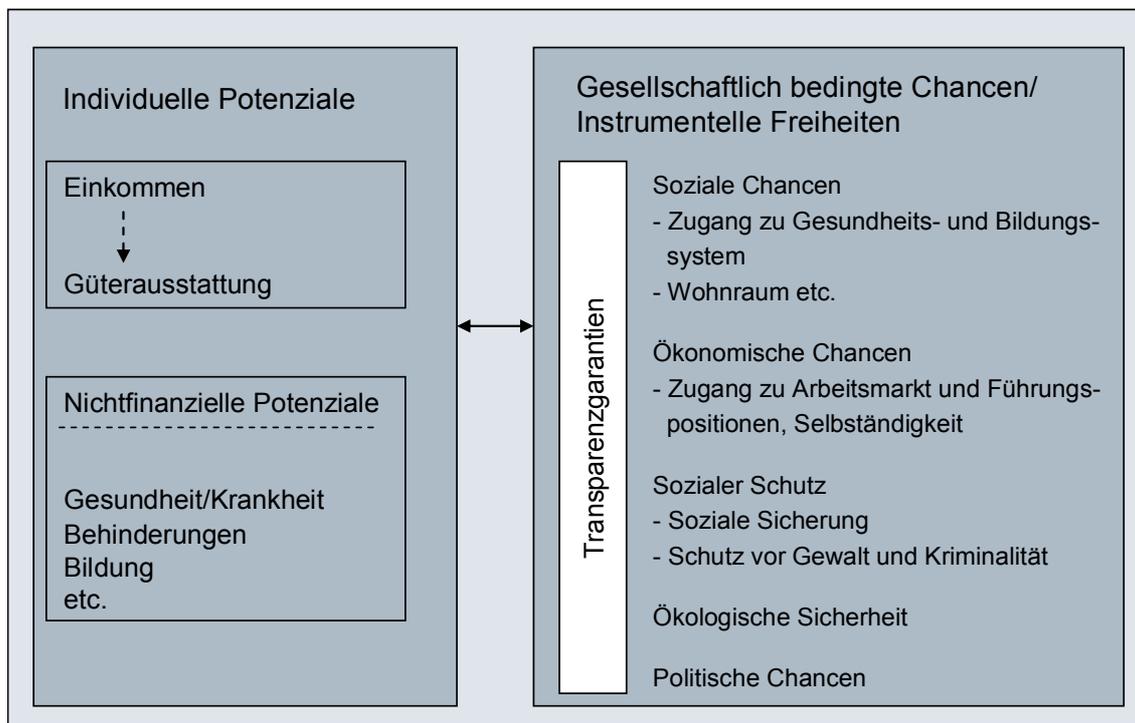
stützung. Insbesondere der Aspekt „soziale Unterstützung“ im Sinne hilfreicher Gegenseitigkeit bildet ein zentrales Ziel multimodaler und partizipativer Gesundheitsprojekte in Lebenswelten.

Kinder und Jugendliche haben heute ein deutlich höheres Armutrisiko als alle übrigen Altersgruppen. 15-20 % der Kinder und Jugendlichen sind von relativer Armut mit allen daraus folgenden Schwierigkeiten und Defiziten an Teilhabe betroffen. Auch wenn sich der soziale Gradient im Hinblick auf Gesundheit im Kindes- und Jugendalter erst zu manifestieren beginnt, zeigt sich die besondere Bedeutung des Kindes- und Jugendalters darin, dass in dieser Phase zentrale Weichen für die weitere Entwicklung der physischen und psychischen Gesundheit gestellt werden. Die Fähigkeit (im Sinne von Wollen und Können), im weiteren Leben gesundheitliche Potenziale zu nutzen (bzw. Risiken zu meiden) und damit auch die Chancen auf gute Gesundheit, hängen wesentlich von Kompetenzen und Orientierungen ab, die in den frühen Lebensphasen vermittelt werden. Entwicklungsdefizite und Gesundheitsstörungen des Kindes- und Jugendalters münden mit hoher Wahrscheinlichkeit in ein langfristiges Krankheitsgeschehen und können die Lebensqualität dauerhaft einschränken. Bereits vor der Phase des pubertären Wachstumsschubs bilden sich gesundheitsrelevante Einstellungen und Verhaltensweisen heraus, die sich im weiteren Lebensverlauf verfestigen und nur noch schwer veränderbar sind. Es ist offensichtlich, dass diese sozialen Faktoren aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht von hoher Relevanz sind. Im positiven Fall bilden sie Prädiktoren für eine gute Gesundheit. Im negativen Fall erhöhen sie das Risiko für Krankheit, Behinderung und vorzeitigen Tod.

29. Dieser Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und den Gesundheitschancen verlangt unter Interventions- und damit Politik-Gesichtspunkten nach Konzepten, die die multifaktorielle Ätiologie sozialer und damit auch gesundheitlicher Benachteiligung sowie auch die verschiedenen Politikfelder, die zur Verminderung dieser Ungleichheit einen Beitrag leisten können, integrieren.

Diese Anforderungen erfüllt das Konzept der Verwirklichungschancen (*capability approach*), das auf den Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen zurückgeht.

Abbildung 3: Dimensionen der Verwirklichungschancen



Quelle: Arndt et al. 2006: 8

Als Verwirklichungschancen werden dabei Möglichkeiten bzw. umfassende Fähigkeiten von Menschen verstanden, ein Leben zu führen, für das sie sich mit guten Gründen entscheiden konnten, und das die Grundlagen der Selbstachtung nicht infrage stellt. Ein für Analyse und Strategiefindung erheblicher Vorteil dieses Ansatzes liegt darin, dass „Individuelle Potenziale“ und „Gesellschaftlich bedingte Chancen“ einerseits unterschieden werden, ohne andererseits ihre Interdependenz zu verleugnen. Verwirklichungschancen erklären sich damit sowohl aus individuellen Potenzialen als auch aus gesellschaftlich bedingten Chancen.

Damit ergeben sich für eine Sozial- und Gesundheitspolitik, die die Verwirklichungschancen verbessern bzw. erhalten will, vier gemeinsame Handlungsfelder:

- Sicherung eines die Existenz sichernden Einkommens und einer die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichenden Güterausstattung
- Förderung der Motivation zu einem dem Stand der Möglichkeiten entsprechenden Umgang mit Bildungsangeboten sowie mit Gesundheit/Krankheit und Behinderung

- Herstellung bzw. Sicherung des Zugangs zum Gesundheits- und Bildungssystem, zum Arbeitsmarkt und zu beruflicher Entwicklung, Zugang zu armutsfesten Sozialleistungen, zur Sicherheit vor Gewalt und Kriminalität, zu einer ökologisch nachhaltig funktionsfähigen Umwelt sowie zur politischen Teilhabe
- Herstellung und Sicherung der Transparenz über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der instrumentellen Freiheiten

Das Konzept der Verwirklichungschancen liegt nunmehr auch der Armuts- und Reichtumsberichterstattung der Bundesregierung zugrunde und bildet auch die – häufig noch implizite – Grundlage für zahlreiche sozial- und gesundheitspolitische Programme der Bundesregierung. Diese Entwicklung ist auch unter gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten zu begrüßen, weil damit ein wichtiger Beitrag zur wissenschaftlich und praktisch notwendigen Integration von Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik geleistet wird.

Befunde aus der Entwicklungspsychologie und Sozialisationstheorie zeigen, dass Defizite bei den Verwirklichungschancen die Voraussetzungen zur Bewältigung der in den einzelnen Phasen des Kindes- und Jugendalters anstehenden Entwicklungsaufgaben verschlechtern. Diese Aufgaben bestehen in der Aneignung emotionaler, sozialer, ethischer, kognitiver, sensorischer und motorischer Orientierungen und Fertigkeiten, die für den Aufbau von Identität und Individualität sowie für eine erfolgreiche Bewältigung der Herausforderungen des Lebens erforderlich sind und deshalb auch eine entscheidende Grundlage für ein Leben in Gesundheit bilden.

Sowohl die Konzepte der Verwirklichungschancen und der Gesundheitsförderung wie auch ihre auf Kinder und Jugendliche bezogene Konkretisierung im Konzept der „Entwicklungsaufgaben“ betonen in Übereinstimmung mit den vorhandenen Erkenntnissen der Forschung aus allen beteiligten wissenschaftlichen Disziplinen die Komplexität des Ineinanderwirkens materieller und immaterieller sowie subjektiver und objektiver Einflussfaktoren auf Gesundheit und Wohlbefinden. Die Praxis kompensatorisch und/oder präventiv gemeinter Interventionen bildet diese Komplexität bislang nur unvollkommen ab.

30. Rechtlich verbindliche Bekenntnisse zu materiellen und sozialen Voraussetzungen, die in diesem Sinne Verwirklichungschancen eröffnen und damit Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit vermitteln, die Entwicklungsaufgaben ihrer jeweiligen Altersstufe zu bewältigen, sind u. a. in der Präambel und den 54 Artikeln des Übereinkommens über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) von 1989 sowie im SGB VIII enthalten.

Konzepte, Programme, Strategien und Maßnahmen, die vor dem Hintergrund der in Deutschland insgesamt guten gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen das Ziel verfolgen, die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern, sollten sich an vier Grundsätzen orientieren:

1. Strategien und Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitschancen von Kindern und Jugendlichen sollten so früh wie möglich im Lebenslauf ansetzen. Die Logik des „Je früher desto besser“ sollte mit der Maxime „Je breiter desto wirksamer“ verbunden werden. Die Verbindung zwischen verschiedenen Politik- und Interventionsbereichen, die inzwischen in der Armuts- und Reichtumsberichterstattung des Bundes mit dem Ansatz der Verwirklichungschancen vorgenommen wurde, kann hier als Beispiel gebend angesehen werden und sollte zunehmend in die Praxis umgesetzt werden.
2. Der Rat schließt sich in Übereinstimmung mit der WHO (2008) und zahlreichen der vorliegenden Programmdokumente der Einschätzung an, dass Kinderarmut – und zwar sowohl die monetäre wie die Versorgungsarmut – bevölkerungsbezogen der wichtigste erklärende Faktor für Gesundheits- und Entwicklungsdefizite ist und die Senkung der Kinderarmut deshalb auch gesundheitspolitisch höchste Priorität einnimmt. Internationale Vergleiche machen deutlich, dass Versuche zur Reduzierung gesundheitlicher Chancenungleichheiten immer nur dann nachhaltig erfolgreich sind, wenn ein Mindestniveau des Einkommens bzw. der Versorgung gewährleistet ist und zugleich gesamtgesellschaftliche Verteilungsungleichheiten verringert werden.
3. Eine wirksame, also Verwirklichungschancen verbessernde Sozial- und Bildungspolitik ist unter diesem Gesichtspunkt als unmittelbar wirksame Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche zu betrachten. Insbesondere möglichst früh einsetzende und auf die Möglichkeiten und Bedürfnisse sozial benachteiligter Kinder eingehende Bildungschancen scheinen einer der Schlüssel für eine gesunde Lebensweise zu sein. Die Verknüpfung von (objektiven) Bedingungen des Wohlergehens mit den (subjektiven) Faktoren einer stabilen, sicheren und gesunden Lebensführung bildet die zukunftsweisende Perspektive einer auf Chancengleichheit zielenden Gesundheitspolitik.
4. Die Monotonie der Befunde zum Zusammenhang zwischen (relativer) Armut und Bildungsdefiziten einerseits und schlechteren Gesundheits- und Entwicklungschancen andererseits darf nicht zu dem Fehlschluss führen, es handele sich bei den davon Betroffenen um eine mehr oder weniger homogene Gruppe. In der Realität finden sich materielle Armut, Versorgungsarmut und Bildungsarmut in sehr vielen

und sehr unterschiedlichen Gruppen, Lebenslagen und Lebenswelten mit vielen verschiedenen Mustern, Intensitäten und auch kompensierenden Faktoren und Kräften. Eine Gesundheits- und Sozialpolitik, die dem gerecht werden will, darf sich nicht in allgemeinen Verbesserungen der materiellen Lage sowie der Versorgung mit Unterstützungs- und Bildungsangeboten erschöpfen, so wichtig und vordringlich diese auch sind. Viel mehr muss sie diese Vielfalt zur Kenntnis nehmen und als Chance erkennen, dezentral und gemeinsam mit den Zielgruppen in den jeweiligen Lebenswelten Möglichkeiten der Aktivierung und der Orientierung auf die Erweiterung und Nutzung von Verwirklichungschancen zu entwickeln. Sowohl das differenzierende Konzept der Primärprävention mit vulnerablen Gruppen (GA 2007) als auch der Ansatz der partizipativen Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings (GA 2005) können dabei als strategische Leitlinien dienen.

Der Rat plädiert dafür, die Bearbeitung dieser Politikfelder unter dem Gesichtspunkt ihrer Auswirkungen auf die künftige Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung erheblich zu verstärken.

3.2 Gesundheitliche Lage, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsgefährdungen sowie Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens

31. Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen hat zahlreiche Facetten und wird durch vielfältige Komponenten beeinflusst. Dies zeigt auch der Bericht „Lebensphasenspezifische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“¹ mit einer lebensphasenspezifischen Betrachtung und Aufbereitung der KiGGS Ergebnisse, den das Robert Koch-Institut für den SVR angefertigt hat. KiGGS gibt für Deutschland erstmals repräsentativ und verlässlich Auskunft über die Verteilung der materiellen, psychosozialen und medizinischen Chancen für eine positive Entwicklung in Kindheit und Jugend und damit auch über die Chancen eines sozial und gesundheitlich gelingenden Lebens. Mit KiGGS können zu vielen wichtigen Aspekten der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen Aussagen gemacht werden. Es zeigt sich, dass – auf überwiegend sehr hohem Signifikanzniveau – Häufungen von nahezu allen gesundheitlichen Belastungen und Defizite im Hinblick auf gesundheitliche Ressourcen vor allem bei den Kindern aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status feststellbar sind. Bei etlichen Aspekten der Gesundheit sind auch spezifische Unterschiede

1 Der vollständige Bericht (RKI 2008a) steht auf der Internetseite des Sachverständigenrates (www.svr-gesundheit.de) zum Download bereit.

zwischen Kindern und Jugendlichen mit und solchen ohne Migrationshintergrund festzustellen. In den letzten Jahrzehnten ist zudem ein deutlicher Wandel im Morbiditätsspektrum der Heranwachsenden festzustellen, hin zu einer so genannten „neuen Morbidität“, bei der chronische Erkrankungen, wie z. B. Allergien und psychische Störungen, eine zunehmende Rolle spielen.

3.3 Programme zur nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung

32. Zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen liegen sowohl etliche spezifische Programme des Bundes und zum Teil auch von Landesregierungen vor. Ebenso spielen diese Problembereiche eine prominente Rolle in übergreifenden Regierungsprogrammen. Hinzu kommen Programme und Aktivitäten nicht-staatlicher Akteure, vor allem der GKV und Nichtregierungsorganisationen (NGOs). Unterkapitel 3.3 enthält einen Überblick und vertiefende Analysen zu den beteiligten Akteuren, ihren Programmen und Aktivitäten unter Berücksichtigung der vom Rat vor allem in den GA 2005 und 2007 formulierten Anforderungen an eine zeitgemäße Gestaltung von Interventionen und Qualitätssicherung. Der Rat begrüßt die Zunahme der Anzahl und der inhaltlichen Qualität dieser Aktivitäten, zumal sie in vielen Fällen die sachlich notwendigen Verbindungen zwischen Gesundheits-, Bildungs- und Sozialpolitik herstellen und sich im Hinblick auf Interventionsformen auch zunehmend die vom Rat wiederholt empfohlene Orientierung auf Lebenswelt- bzw. Setting-Interventionen und die Priorisierung von Interventionen mit sozial benachteiligten Kindern und Jugendlichen durchsetzt. Der Rat kritisiert, dass die Beziehungen zwischen den zahlreichen Programmen bzw. Plänen sowie auch innerhalb der Programme das Verhältnis zwischen Leistungsberichten, Absichtserklärungen und tatsächlich neuen Programmen oft intransparent bleibt. Die auf gesundheitliche Probleme bzw. Zielgruppen bezogene Kooperation zwischen den beteiligten Bundesministerien erscheint verbesserungsbedürftig. Die „Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit“ (2008), die im Wesentlichen die Programme, Planungen und Aktivitäten der beteiligten Bundesministerien zusammenfasst, könnte als Ausgangspunkt besserer Koordination sowie als Basis für die Identifikation von Versorgungslücken und Qualitätsdefiziten dienen.

Im Mittelpunkt kognitiv und psychosozial ansetzender Präventionsbemühungen vor allem staatlicher Stellen stehen die Problembereiche Ernährung und Bewegung, zunehmend verbunden mit dem Bereich Stressbewältigung. Der Rat hat versucht, durch eine Abfrage bei den wichtigsten Akteuren ein Bild vom Umfang und der Ausrichtung

der nicht-medizinischen Primärprävention für Kinder und Jugendliche einen Beitrag zur dringend erforderlichen Transparenz auf diesem Feld herzustellen. Im Ergebnis konnte zwar die beeindruckende Anzahl von 419 Programmen ermittelt werden.² Für die weitere Entwicklung wichtiger erscheinen die durch die Abfrage deutlicher gewordenen Defizite in Hinblick auf Zielorientierung, Gestaltung, Dauer und Qualitätssicherung. Oftmals sind – entgegen dem eigenen Anspruch der Programme – die Aktivitäten nur unzureichend auf – insbesondere sozial benachteiligte – Zielgruppen ausgerichtet. Im Hinblick auf die Gestaltung dominieren immer noch Ansätze, die einzelne, verhaltensbezogene Gesundheitsrisiken (Bewegung oder Ernährung oder Stressbewältigung, einzeln oder in Kombination) in den Blick nehmen. Der Rat hat wiederholt die Ausrichtung auf und die Priorisierung von Interventionen empfohlen und angemahnt, die Lebenswelten selbst (KiTa, Schule, Freizeiteinrichtung) mit ihren offensichtlichen und verborgenen, materiellen und immateriellen Anreizen zu gesundheitlich riskantem Verhalten zum Gegenstand der Intervention zu machen und sie im Rahmen möglichst partizipativer Gestaltung an die Bedürfnisse der Nutzer anzupassen. Dies setzt sich in der Praxis ohne weitere Anreize bzw. Steuerung offenbar nur sehr langsam durch. Notwendig wäre ein breiter Übergang von „Gesundheitsförderung in Settings“ zur „Entwicklung gesundheitsförderlicher Settings“. Für derart komplexe Interventionen sind freilich die vorherrschenden Förderungszeiträume von selten mehr als drei Jahren unzureichend. Qualität und Wirksamkeit der Interventionen können in sehr vielen Fällen nicht beurteilt werden, da eine angemessene Qualitätssicherung und Evaluation der Interventionen unterbleibt. Dagegen werden vor allem bei Bundesprogrammen in jüngster Zeit Qualitätssicherung und Evaluation vermehrt programmbezogen von Anfang an geplant und durchgeführt. Auch die GKV setzt zunehmend Instrumente der Qualitätssicherung für ihre Aktivitäten ein. Die Finanziere und Akteure der Primärprävention und Gesundheitsförderung können dabei auf zunehmend elaborierte und differenzierte Methodenangebote aus den Gesundheitswissenschaften zugreifen. Der Rat sieht dadurch auch eigene Empfehlungen aus früheren Gutachten umgesetzt. Allerdings gibt es in Deutschland keinen Ort, an dem die Befunde und Erfahrungen mit unterschiedlichen Ansätzen und Methoden der Qualitätssicherung und Evaluation zusammengeführt, ausgewertet und im Sinne einer Lernschleife an die Finanziere und Akteure zurück gemeldet werden. Es fehlt ein nationales Kompetenz-Zentrum für die Messung und Entwicklung von Qualität nicht-medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung, das kompetenzgerecht bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Auf-

2 Bei dieser Zahl ist jedoch zu beachten, dass viele Programme mehrfach gezählt wurden, weil sie Träger aus mehreren Kategorien, z. B. sowohl Landesministerium als auch Landesvereinigung für Gesundheit, aufweisen. In den Zahlen sind auch Teilprogramme von größeren Programmen aufgeführt, weil diese oft organisatorisch und konzeptionell eigenständig sind.

klärung (BZgA) bzw. – perspektivisch – bei dem neuen nationalen Qualitätsinstitut nach § 137a SGB V anzusiedeln wäre.

3.4 Aufwachsen ohne Gewalt

33. Gewalt gegen Kinder und Jugendliche stellt in ihren Erscheinungsformen psychischer und physischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch sowie Vernachlässigung auch für Deutschland ein ernstzunehmendes gesundheitliches Problem bedeutenden Ausmaßes dar. Vernachlässigung und elterliche Gewalt gehen stets mit einer Beeinträchtigung der Entwicklungsmöglichkeiten der betroffenen Kinder und Jugendlichen einher und stehen in Zusammenhang mit körperlichen, sozioemotionalen, psychischen und kognitiven Folgen. Ebenso weitreichend sind die Auswirkungen des Miterlebens von Partnerschaftsgewalt, in der Regel des Vaters gegenüber der Mutter. Die Auswirkungen von miterlebter Gewalt zwischen den Eltern sind weitreichend und gehen mit einem moderaten bis starken Effekt auf die Anzahl und Intensität von Verhaltensauffälligkeiten einher, erhöhen die Wahrscheinlichkeit zur eigenen Ausübung von (Partnerschafts-)Gewalt und können vor allem bei Jungen den Hintergrund für Straffälligkeit bilden. Die nachhaltige Beeinträchtigung des späteren Lebens durch kindliche Gewalterfahrungen betont die Wichtigkeit des Kinderschutzes auch für die gesamtgesellschaftliche Gewalt- und Kriminalitätsprävention und den Abbau von Gewalt im Geschlechterverhältnis. Besonders hoch belastete Familien müssen daher früh erkannt und unterstützt werden, um die Wahrscheinlichkeit von Gewalterfahrungen und daraus folgenden Entwicklungsschäden bei den Kindern und Jugendlichen zu senken.

34. Ob die Anzahl der Fälle von Kindeswohlgefährdung in den vergangenen Jahren zugenommen hat, ist nur schwer zu beurteilen, da tragfähige Informationen zur Anzahl der betroffenen Kinder und Jugendlichen fehlen. Insbesondere fehlen belastbare empirische Daten zum Ausmaß der von psychischer Misshandlung und Vernachlässigung betroffenen Kinder und Jugendlichen. Darüber hinaus können keine Aussagen dazu gemacht werden, wie viele Fälle insgesamt vom zuständigen Allgemeinen Sozialen Dienst der Jugendämter bearbeitet und bei wie vielen Vernachlässigungs- und Misshandlungsfällen Maßnahmen ergriffen wurden. Die Auswertungen und Analysen der amtlichen Kinder- und Jugendhilfestatistik zeigen einen Anstieg der Hilfen zur Erziehung sowie Inobhutnahmen und Sorgerechtsentzüge, der jedoch nicht zwingenderweise durch vermehrte Gefährdungsereignisse zu erklären ist. So können auch eine verstärkte Sensibilität des sozialen Umfelds und der Sozialen Dienste gegenüber Vernachlässigungen und Misshandlungen von Kindern und Jugendlichen sowie die mögliche Verunsicherung der Fachkräfte, nicht oder zu spät zu intervenieren, Einfluss haben. Der

Anstieg der Hilfen zur Erziehung kann zudem als Zeichen größerer Akzeptanz des Hilfe- und Unterstützungsangebotes durch die Familien gewertet werden. Das gegenwärtige Fehlen tragfähiger Informationen betrifft auch die Angaben zur Qualität des deutschen Kinderschutzsystems (d. h. Angaben zur Wirksamkeit präventiver Maßnahmen und zur Effizienz der eingesetzten Mittel sowie zum Ausmaß unbeabsichtigt negativer Folgen von Interventionen des Kinderschutzsystems sowie zur). Für eine qualifizierte Gesundheitsberichterstattung zur Prävalenz von Gewalt gegen Kinder und Jugendliche, die differenzierte Aussagen zu den gesundheitlichen Folgen und Zusammenhängen zu sozialer Lage und Lebensbedingungen beinhaltet, sind repräsentative, valide und kontinuierlich erhobene Daten erforderlich. Zudem ist eine verbesserte empirische Grundlage zur Anzahl der gemeldeten und bearbeiteten Fälle von Kindeswohlgefährdungen sowie der ergriffenen Hilfsmaßnahmen angezeigt.

35. Der Gesetzgeber hat durch das Gewaltächtungsgesetz eindeutig formuliert, dass Kinder ein Recht auf gewaltfreie Erziehung haben und körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen unzulässig sind. Weitere gesetzliche Rahmenbedingungen wie z. B. das Kinderrechteverbesserungsgesetz (siehe § 1666 BGB) und der Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung (siehe § 8a SGB VIII) sowie das „Gesetz zur Erleichterung familiengerichtlicher Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls“ erweitern die gesetzlichen Schutzmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen gegen Gewalterfahrungen. Die Initiative der Bundesregierung, notwendige Regelungen zur Verbesserung des Kinderschutzes in einem Kinderschutzgesetz zusammenzuführen, ist grundsätzlich zu begrüßen.

36. Die Kinder- und Jugendhilfe stützt sich neben den Leistungen der Hilfen zur Erziehung, die die Versorgung, Förderung und Erziehung ergänzen und unterstützen sollen, auf den Schutzauftrag zur Abwendung von Gefahren für das Kindeswohl. Neben dem staatlichen Schutzauftrag ist die gesetzliche Stärkung der Prävention und Gesundheitsförderung zu einer eigenen Säule im Gesundheitswesen als strukturelle Voraussetzung einer Verbesserung der Kindergesundheit und Förderung des Kindeswohls unabdingbar, um Kinder präventiv gegen Vernachlässigung, familiäre Gewalt und sexuellen Missbrauch zu schützen.

37. Die Qualität des Kinderschutzsystems in Deutschland ist angesichts vorliegender Fallanalysen nach tödlich verlaufenen Misserfolgen im Kinderschutz kritisch diskutiert worden. Bei der systematischen Untersuchung und Diskussion problematischer oder fehlerhafter Kinderschutzverläufe muss die Frage nach den institutionellen Bedingungen, der Organisationsstrukturen und -kultur sowie personellen und finanziellen Ressourcen jedoch stärker beachtet werden. Ebenso wenig dürfen die zu begrüßenden

Strategiepapiere darüber hinwegtäuschen, dass viele Bereiche des Kinderschutzes derzeit mit einschneidenden finanziellen Kürzungen konfrontiert sind.

38. Neben den Regelangeboten der Kinder- und Jugendhilfe sind auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene deutliche Aktivitäten in Form eines verstärkt frühen und präventiven Angebots von Hilfen zu erkennen. Die meist selektiven Präventionsprogramme stehen vor der Herausforderung, Verfahren zu entwickeln, um belastete Familien, denen besondere Unterstützung angeboten werden soll, ausfindig zu machen. Mit dem Ziel, Anzeichen für eine Gefährdung möglichst früh zu erkennen, um adäquate Hilfen anzubieten, setzen Frühwarnsysteme auf der Grundlage eines möglichst umfassenden Zugangs zur Population ein systematisches Erkennen relevanter Risikofaktoren voraus. Grundlage ist die systematische Vernetzung und die verbindliche Kooperation zwischen Fachkräften öffentlicher und freier Träger der Kinder- und Jugendhilfe, des Gesundheitssystems und anderer familienbezogener Akteure. Es gibt kaum gesichertes Wissen über die Wirkweisen der Frühwarnsysteme in Deutschland. Häufig sind die Projekte auf den Kontext lokaler Bedingungen begrenzt und werden nicht wissenschaftlich begleitet und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Das Hilfe- und Unterstützungsangebot reicht von eher individualisierten (z. B. aufsuchende Familienhilfe, Elternhilfe, Familienhebammen) über eher standardisierte (z. B. Elternkurse) bis zu eher vermittelnden Hilfen (z. B. Erstbesuche rund um die Geburt, Laienbesuchsdienste). Prinzipielles Problem bei allen Zugangswegen bleibt die Erreichbarkeit von isolierten Familien mit von außen schwer erkennbaren Problemen. Ansätze mit einer so genannten „Komm-Struktur“ erfordern das eigenständige Aufsuchen des Hilfsangebotes, während Angebote mit einer „Geh-Struktur“ eine aufsuchende Hilfe umsetzen. Bei den Modellprojekten im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen, wie auch bei zahlreichen weiteren Projekten zu frühen Hilfen in vielen Regionen und Kommunen, ergeben sich Probleme bei der Verstetigung der Erfahrungen und der Überführung in das Regelsystem. Als drei wesentliche Entwicklungsfelder für ein nachhaltiges Funktionieren des Kinderschutzesystems wurden insbesondere im Bereich der frühen Hilfen Ressourcenausstattung, Qualifizierung sowie Kooperation identifiziert.

39. Als zentrales Instrument zur Verbesserung des Kinderschutzes wurde in jüngster Zeit die Verbindlichkeit von Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in vielen Bundesländern realisiert. Interventionen zur Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen müssen jedoch verstärkt auf ihre Wirksamkeit überprüft werden, um die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen, insbesondere durch Kinder mit niedrigem Sozialstatus sowie mit Migrationshintergrund, zu erhöhen. Es ist fraglich, ob mit einer Untersuchungspflicht bzw. -verbindlichkeit die erwünschte Wirkung erreicht werden kann, mehr Fälle von Misshandlung oder Vernachlässigung

als bisher aufzudecken. Der erwartete inkrementelle Nutzen ist eingehend gegen unerwünschte Wirkungen abzuwägen. Es ist mit einer erheblichen Belastung der Vertrauensbeziehung zwischen den Ärzten und anderen Gesundheitsberufen und der Familie bzw. den Eltern zu rechnen. Dieses Vertrauensverhältnis ermöglicht es jedoch, dass sie früher und leichter Kontakt zu belasteten Familien aufbauen können, als andere staatliche Stellen dies vermögen. Um eine erfolgreiche Kooperation zwischen den Sektoren gewährleisten zu können, bedarf es zudem einer interdisziplinären Verständigung über Grundlagen der Gefährdungseinschätzung familiärer Risiken für die kindliche Entwicklung, über Voraussetzungen und Verfahrensschritte bei einer notwendigen Weitergabe von Informationen sowie die Information aller beteiligten Akteure über die verschiedenen vorhandenen Hilfsangebote in den jeweiligen Bereichen. Die alleinige Fokussierung auf eine Steigerung der Teilnehmeraten durch ein verbindliches Einladewesen vernachlässigt die Notwendigkeiten von Verbesserungen der Qualität bei der Durchführung der Untersuchungen und die Förderung der Kooperation zwischen Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe. Überwachung und Sanktionierung verbindlicher bzw. verpflichtender Früherkennungsuntersuchungen für Kinder können das Gesundheitswesen zudem mit dysfunktionalen Kontrollaufgaben befrachten und den paradoxen Effekt einer Überforderung des Kinderschutzes durch nicht ernsthafte Fälle bewirken, was in der Folge den tatsächlichen Schutz gefährdeter Kinder verringern kann. Die Früherkennungsuntersuchungen sind in ihrer momentanen Fassung kein zielgerichtetes Instrument im Hinblick auf das Erkennen von gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung. Insgesamt ist es fraglich, ob mit Einführung eines verbindlichen Einladungswesens der Zugang zu belasteten Familien tatsächlich verbessert wird oder nicht sogar verschlechtert. Aufgrund der Hinweise darauf, dass die Sensitivität der Untersuchungen in ihrer bisherigen Form im Hinblick auf mögliche Anzeichen von Vernachlässigung oder Misshandlung, wie etwa Entwicklungsrückstände, Verhaltensauffälligkeiten oder Bindungsstörungen, eher gering eingeschätzt wird, stellt sich die Frage nach Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung. Der Rat geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) diese Möglichkeiten und ihre Grenzen bei der aktuellen inhaltlichen Überarbeitung der Kinder-Richtlinien erörtert. Der zügige Abschluss des Beratungsthemas durch den G-BA ist zu begrüßen.

40. Verantwortungsvolles und fundiertes Handeln von Fachkräften hängt von ihrer fachlichen und persönlichen Qualifikation ab. Eine Grundlage hierfür bildet entsprechendes Fachwissen zu den verschiedenen Gefährdungslagen (u. a. für eine fundierte Risiko- und Gefährdungseinschätzung) sowie zur Wirksamkeit von Hilfen. Vonseiten der Fachkräfte, die im Zusammenwirken mit den Familien Entscheidungen über die Art der Unterstützung treffen, bedarf es nicht nur entsprechenden Wissens über die Wirk-

samkeit von Hilfen, sondern auch adäquater und verfügbarer Angebote. Die nach Gefährdungseignissen angebotenen Hilfen müssen dahingehend überprüft werden, ob sie den am meisten Erfolg versprechenden Interventionen nach gegenwärtigem Wissensstand entsprechen. Auch in der Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Berufsgruppen des Gesundheitswesens ist die Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Intervention und Prävention bei Gewalt zu vermitteln und die verschiedenen Professionen sind für die Thematik zu sensibilisieren. Um sowohl ärztliche als auch nichtärztliche Heil- und Hilfsberufe zu befähigen, ihre Schlüsselrolle in der Vorbeugung von Gewaltübergriffen und in der Behandlung von Gewaltfolgen wahrzunehmen, ist es erforderlich, das Themengebiet in den relevanten Ausbildungs- und Studiencurricula zu verankern.

41. Neben dem Ausbau der Forschung zu allen Formen der Gewalt gegen Kinder, insbesondere zur Kindesvernachlässigung sowie Untersuchungen zur Qualität des deutschen Kinderschutzsystems, z. B. mit systematisch fallbezogenen Analysen von institutionellen Fehlern im Kinderschutz, sind insbesondere Studien zur Erreichbarkeit psychosozial hochbelasteter Familien notwendig. Im Hinblick auf den Forschungsbedarf sei zudem insbesondere auf den weitgehend unerforschten Bereich der gesundheitlichen Folgen von Gewalt bei vulnerablen Gruppen (z. B. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, behinderte Kinder und Jugendliche) hingewiesen.

3.5 Schwangerenvorsorge, Früherkennung und Impfungen im Kindesalter

42. Gegenüber den sozialen Determinanten für Verwirklichungschancen und damit auch Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erfahren die im System der Krankenversorgung bearbeitbaren Gesundheitsrisiken für Schwangere und Kinder eine wesentlich systematischere und von hoher Professionalität gekennzeichnete Bearbeitung. Ausgangspunkt sind grundsätzliche Überlegungen zu Nutzen und Schaden sowie Methodik bevölkerungsbezogener Früherkennungsuntersuchungen. Während Deutschland hierbei quantitativ eine Spitzenstellung einnimmt, zeigt sich im Hinblick auf die Qualität, dass der heutige Leistungskatalog der GKV neben vielen unzweifelhaft wirksamen und nützlichen – und deshalb notwendigen – Leistungen auch solche enthält, deren Nutzen nicht erwiesen oder zweifelhaft ist bzw. bei denen die erwünschten Wirkungen die unerwünschten nicht übersteigen. Die Ärzteschaft, der G-BA und die gesundheitspolitischen Instanzen sollten bei der Zulassung und Qualitätssicherung von Screenings sowie bei der Nutzenprüfung bestehender Programme folgende Grundregeln beachten:

1. Früherkennung ist nicht nur durch „Diagnostik bei Vielen“ definiert. Vielmehr hat sie ihre eigenen biologischen und biostatistischen Besonderheiten, die bei jeder Ein-

und Durchführung von Früherkennung und Früherkennungsprogrammen beachtet werden müssen.

2. Früherkennung kann einen nachweisbaren Nutzen haben. Sie kann aber auch schaden. Beides ist anders zu bewerten als bei einer Diagnostik beim symptomatischen Patienten.
3. Früherkennung hat primär einen bevölkerungsbezogenen Nutzen. Die gesamte Durchführungslogik von Früherkennungsprogrammen ist durch den bevölkerungsbezogenen Ansatz geprägt.
4. Der individualmedizinische Nutzen ist – außer bei einem Angebot von Screenings nur für Hoch-Risikopersonen – meist sehr klein, wenn er als absolute Risikoreduktion bei Teilnahme an einem Screening ausgedrückt wird.
5. Potenzielle Teilnehmer von Früherkennung müssen über ihren individuellen potenziellen Nutzen und Schaden aufgeklärt werden, bevor sie einer Untersuchung zustimmen.
6. Ein Screening-Programm stellt ein auf Studienbasis optimiertes, systematisches Programm in Bezug auf das Verhältnis von Nutzen zu Schaden dar. Veränderungen an einem operationalisierten Programm können zu Verschiebungen im Verhältnis von Nutzen zu Schaden führen.

43. Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Praxis kommt der Rat zu einigen kritischen Befunden und Empfehlungen:

1. In Deutschland werden Veränderungen an vorhandenen systematischen Programmen bei deren Realisierung nicht selten und dann auch teilweise individualisiert durchgeführt. Dies stellt einen Qualitätsmangel dar und kann eine Gefährdung der Teilnehmer bedeuten.
2. Neben den definierten und zugelassenen werden auch „private Programme“ und/oder Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) angeboten, die keinerlei Studienbasierung haben und damit auch Schaden anrichten können.
3. Da der einzelne Versicherte/Patient Nutzen, Schaden, Qualität und Relevanz solcher Programmänderungen oder Angebote nicht beurteilen kann, besteht hier Regulierungsbedarf. Um solche Fehlversorgung zu vermindern, sollte eine Lizenzierung zur Durchführung von „Früherkennung“ erfolgen.

4. Im Hinblick auf die Leistungen der GKV zur Früherkennung empfiehlt der Rat die Ergänzung des § 25 Abs. 3 SGB V (Gesundheitsuntersuchung): Zu den vier dort genannten Voraussetzungen für die (Screening-)Untersuchungen im Rahmen der GKV sollte als neue Nr. 5. hinzugefügt werden: „(dass) der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

44. Prävention in der Schwangerschaft findet an verschiedenen Orten und getragen von verschiedenen Institutionen statt. Viele präventive Maßnahmen werden durch die GKV respektive der Privaten Krankenversicherung (PKV) getragen. Sie sind in den so genannten „Mutterschaftsrichtlinien“ festgelegt. Darüber hinaus erfolgt Prävention in vielfältiger Form z. B. über die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen in Bezug auf die Arbeitszeiten und in Bezug auf Arbeitseinschränkungen für Schwangere, Informationen zu Arzneimitteln während der Schwangerschaft (Beipackzettel) oder Kampagnen und Publikationen, die auf Gefährdungen von Mutter und Kind in der Schwangerschaft hinweisen. Hebammen und Sozialarbeiter führen individualisierte Beratungen durch und vermitteln ggf. Unterstützung in der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt. Der Rat hat in diesem Rahmen das in den „Mutterschaftsrichtlinien“ beschriebene Programm untersucht und kommt dabei zu folgendem Ergebnis:

1. Die „Mutterschaftsrichtlinien“ beschreiben ein ausführliches, in den Untersuchungsabständen straffes Untersuchungsprogramm, das in dieser Breite international herausragt.
2. Ein Teil des Programms ist durch Studienergebnisse in seinem Nutzen abgesichert oder mit unmittelbarer Plausibilität in Bezug auf den Nutzen wahrscheinlich gemacht.
3. Andere Teile sind in ihrem Nutzen nicht ausreichend belegt oder müssen sogar – wie Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft – bei guter Studienlage als „ohne Nutzenbeleg“ eingestuft werden.
4. Einige Untersuchungen hatten möglicherweise einmal einen Nutzen, heute besteht aber aufgrund gewandelter Krankheits-Prävalenzen in der Routine-Situation wahrscheinlich ein ungünstiges Aufwand/Nutzen-Verhältnis. Dies gilt für die Untersuchungen auf Syphilis, Röteln und Hepatitis B.
5. Um hier mit empirischen Daten zu gegebenenfalls besserer Entscheidungsgrundlage zu kommen, bedürfte es nur relativ geringen zusätzlichen Dokumentationsaufwandes; dieser sollte eingefordert werden.

6. Die im Programm enthaltenen Beratungen sind nicht operationalisiert. Dies ist ein Qualitätsmangel und behindert zudem die Gewinnung von Daten zur Wirksamkeit und zum Nutzen.
7. Im Hinblick auf genetische Testung fehlen Vorgaben zur Indikation und zur Beratung.
8. Bisher sind in das Programm wissenschaftlich umstrittene, aber in Deutschland oft geforderte breite Screenings auf Toxoplasmose oder auf Gestationsdiabetes nicht aufgenommen. Wichtig wäre aber zu ermitteln, wie oft diese außerhalb des Programms – also „unlizenziert“ – angewandt werden.
9. Wenn auch das deutsche Programm der Mutterschaftsrichtlinien ungewöhnlich breit in den Untersuchungen und der Durchführungshäufigkeit ist, so ergibt sich im Vergleich zu Ländern mit einem ähnlichen allgemeinen Entwicklungsstand (Westeuropa) in Bezug auf die zentralen Outcome-Größen, der Säuglings- und Müttersterblichkeit, für Deutschland keine hervorgehobene positive Position, was Verbesserungsbedarf in Programm und/oder Umsetzung bedeuten könnte.

45. Kindheit und Jugend sind Lebensabschnitte, die sich weder durch hohe noch – von wenigen Fällen abgesehen – schwerwiegende Morbidität oder gar Mortalität auszeichnen. Neben anderen für diese Lebensphase relevanten Präventionsbemühungen, die überwiegend nicht-medizinisch sind, zielen Früherkennungsuntersuchungen auf einige selten auftretende schwerwiegende Erkrankungen sowie Störungen der kindlichen Entwicklung ab. Fokussiert wird in Abschnitt 3.5.3 (Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter) auf den kinderärztlichen und später hausärztlichen Versorgungsbereich, d. h. Untersuchungen und Gesundheitsberatungen entsprechend der „Kinder-Richtlinien“ (U1 bis U9).

Im Ergebnis einer systematischen Analyse des Programms kommt der Rat zusammenfassend zu folgenden Befunden und Empfehlungen:

1. Das Früherkennungsprogramm im Kindesalter nach den „Kinderrichtlinien“ ist gekennzeichnet durch viele, recht engmaschige Untersuchungstermine in Hinblick auf eine Vielzahl von überwiegend somatischen Zielerkrankungen. Ähnliche Programme sind – mit einer zum deutschen Programm unterschiedlichen Anzahl von Untersuchungsterminen und Zielkrankheiten – auch in vielen anderen Ländern etabliert.
2. Screening zielt auf asymptomatische Erkrankungsstadien. Bezogen auf das Früherkennungsprogramm im Kindesalter bedeutet „asymptomatisch“ meist, dass die

Eltern ihr Kind als gesund und unauffällig einschätzen. Ein Teil der in den Kinder-Richtlinien genannten Zielkrankheiten (z. B. Hauterkrankungen) sind offensichtlich nicht asymptomatisch, bedürfen daher nicht einer Früherkennung im üblichen Sinne. Hier spiegelt sich in der Programmgestaltung die Annahme wider, dass Eltern bestimmte Störungen nicht als solche wahrnehmen und das Programm sie hier ersetzen muss. Dies entspricht einem heute weithin als veraltet geltenden sozialfürsorge-rischen Konzept.

3. Für viele Zielkrankheiten fällt auf, dass Durchführung und Bewertung der Untersuchung nur teilweise operationalisiert sind. Damit fehlen wichtige Voraussetzungen für Qualitätssicherung und Nutzenmessung. Ausnahmen sind z. B. das „erweiterte Neugeborenen-Screening“ oder die Ultraschalluntersuchung auf Hüftgelenksanomalien.
4. Viele der im deutschen Programm enthaltenen Untersuchungen sind zwar unter rein diagnostischen Aspekten akzeptabel. Für mögliche therapeutische Konsequenzen fehlt aber ein Nutznachweis (z. B. die Bestimmung von Körpergröße und -gewicht oder das Neugeborenen-Hörscreening).
5. Einige Untersuchungen könnten verbessert werden, wie die Erkennung der Amblyopie und ihrer Risikofaktoren (z. B. durch Augenärzte und Orthoptisten) oder die Erkennung angeborener Herzfehler (durch ein Neugeborenen-Pulsoximetrie-Screening).
6. Die Datenlage bezüglich der Erfassung der Zielkrankheiten und ihrer Behandlung sowie bezüglich der Erfassungsgüte innerhalb des Programms ist insgesamt spärlich. Fast alle Studien stammen aus dem Ausland. Ergebnisse sind somit nur eingeschränkt übertragbar. Für die Entwicklung und Sicherung von Qualität bedarf es verstärkter Forschung.
7. Die Sequenz aus Untersuchung und Behandlung – also der gesundheitliche Nutzen des Screenings – ist nur selten untersucht. Bei einigen Zielkrankheiten aus dem „erweiterten Neugeborenen-Screening“ zeigen sich Vorteile eines Screenings. Keine Vorteile lassen sich z. B. für die Untersuchungen auf Hörstörungen im Kleinkind- oder Vorschulalter nachweisen.
8. Neben der Suche nach den durch die Kinder-Richtlinien vorgegebenen Zielkrankheiten haben die Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter jedoch auch andere Funktionen: Sie bestätigen den Eltern die unauffällige Entwicklung ihres Kindes und bieten Raum für Beratungen. Für viele Kinderärzte liegt sogar der Schwerpunkt

der Früherkennungsuntersuchungen in diesen beratenden Maßnahmen. Dem ist durch die Aufnahme von Beratungen in das präventive Programm Rechnung zu tragen, soweit ihre Wirksamkeit und ihr Nutzen nachgewiesen sind.

9. Der Beratungsanteil scheint in den letzten Jahren zuzunehmen. Zusammen mit den unverändert umfangreichen Untersuchungen zur Erkennung der Zielkrankheiten ergibt sich allerdings ein Umfang an Konsultationen, der sowohl wegen seines Zeitaufwandes als auch wegen der Informationsfülle nicht praktikabel ist.

10. Eine verbessernde Umgestaltung könnte folgendermaßen aussehen:

a) Präventive Beratungen und Aspekte der Erziehungsberatung sollen ihren offiziellen Platz in den Vorsorgeuntersuchungen finden – soweit die Wirksamkeit (möglichst in Deutschland) nachgewiesen ist.

b) Das Screening-Programm sollte um unplausible Zielkrankheiten und ungeeignete Untersuchungen reduziert werden.

c) Für plausible Screening-Untersuchungen, die idealerweise in ihrer Wirksamkeit gesichert sind, sollten Operationalisierungen erfolgen, die ein eindeutiges Vorgehen ermöglichen und deren Dokumentation zur Qualitätssicherung und zur Begleitforschung genutzt werden kann.

d) Erweiterungen der Früherkennungsuntersuchungen – sowohl was die Zahl und die Häufigkeit der Untersuchungen als auch die Zielkrankheiten betrifft – sollen nur bei nachgewiesener Wirksamkeit erfolgen.

e) Im Hinblick auf die Leistungen der GKV zur Früherkennung empfiehlt der Rat die Ergänzung des § 25 Abs 3 SGB V (Gesundheitsuntersuchung): Zu den vier dort genannten Voraussetzungen für die (Früherkennungs-)Untersuchungen im Rahmen der GKV sollte als Nr. 5. hinzugefügt werden: „(dass) der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“

46. Bei einer Impfung wird der Körper einem abgeschwächten Krankheitserreger oder Teilen davon ausgesetzt und so zu einer immunologischen Abwehrreaktion angeregt. Diese hat zur Folge, dass bei einem Kontakt mit dem wirklichen Erreger dieser abgewehrt wird und die Krankheit sich nicht oder nur sehr abgeschwächt entwickelt. Impfungen gehören zu den wirksamsten – und gelegentlich auch einzig möglichen – vorbeugenden Maßnahmen gegen teils schwerwiegende Infektionserkrankungen.

Impfungen können individuell mittelschwere und schwere Nebenwirkungen haben, die allerdings sehr selten sein müssen, damit Impfungen überhaupt zugelassen werden. Als Nebenwirkung auf Bevölkerungsebene kann angesehen werden, dass mit Impfungen bestimmte Infektionskeime selektiert werden: Impfungen treffen nie alle Typen eines Erregers, sodass so genannte „Problemkeime“ übrig bleiben oder gar vermehrt auftreten, gegen die die Impfung ohne Wirkung bleibt.

Impfungen sind Schutzmaßnahmen, die unterschiedliche Schutzbedürftige im Blick haben. Impfungen stehen damit zwischen individual- und bevölkerungsmedizinischer Prävention. Bei manchen Impfungen (z. B. Tetanus) geht es primär um individuellen Schutz, bei anderen geht es sowohl um den individuellen Schutz als auch um den Schutz der Bevölkerung (z. B. Pertussis, Röteln) und schließlich gibt es auch Impfungen, bei denen das individuelle Risiko sehr gering oder auf Risikogruppen eingegrenzt ist und die mit der Eradikation des Erregers ein primär bevölkerungsbezogenes Ziel verfolgen (z. B. Hepatitis B). Jedes dieser gesundheitlichen bzw. gesundheitspolitischen Ziele ist grundsätzlich sinnvoll, keines davon kann jedoch einen Impfwang begründen.

Impfempfehlungen werden in Deutschland von der ständigen Impfkommission (STIKO) ausgesprochen. Bei der STIKO handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Einrichtung, also eine Einrichtung unter staatlicher Aufsicht, in der Fachlichkeit ihrer Entscheidungen aber frei. Die Mitglieder werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Benehmen mit den obersten Landesgesundheitsbehörden berufen. Wegen der erheblichen gesundheitlichen wie kommerziellen Konsequenzen ihrer Entscheidungen müssen ihre Mitglieder über jeden Verdacht der Befangenheit erhaben sein. Die Empfehlungen der STIKO werden nach Entscheidung des G-BA in der Regel von der GKV übernommen, die die entsprechenden Impfungen für ihre Mitglieder bezahlt. Aufgabe der STIKO ist es, auf Basis von vorliegenden Daten über den Nutzen und den Schaden von Impfungen, insbesondere solcher, die möglicherweise neu eingeführt werden sollen, Empfehlungen abzugeben. Effektivitäts- und Effizienzvergleiche zwischen Impfungen und anderen präventiven oder therapeutischen Strategien sowie gesundheitsökonomische Bewertungen gehören nicht zu den Kernaufgaben der STIKO. Der G-BA und die ihm zuarbeitenden Gremien haben bei der Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV neben Nutzen und Schaden auch die Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit zu prüfen.

Der Rat kommt auf Basis der von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen zu folgenden zusammenfassenden Bewertungen und Empfehlungen:

1. Der Impfschutz für Kinder in Deutschland ist auch im internationalen Vergleich sehr dicht und hoch.

2. Etliche der empfohlenen Impfungen richten sich gegen Erkrankungen oder deren Komplikationen, die – teils als Erfolg lange etablierter Impfprogramme – insgesamt nur noch selten auftreten. Der dadurch tendenziell sinkende Nutzen der Impfung muss kontinuierlich mit dem möglichen Schaden (Sicherheit der Impfstoffe) abgeglichen werden. Zielgruppenspezifische Impfprogramme können diese Relation erheblich verbessern.
3. Ein Teil der Bevölkerung steht Impfungen skeptisch gegenüber. Deswegen und wegen eines allgemeinen Rechts auf ausreichende Information ist Transparenz bei Entscheidungen und Empfehlungen zum Thema Impfen von großer Bedeutung. Dies betrifft neben objektiven Informationen zum patientenrelevanten Nutzen und Schaden auch die Information, ob eher der individual- oder der bevölkerungsmedizinische Nutzen bei einer spezifischen Impfung im Vordergrund steht.
4. Jüngere Empfehlungen durch die STIKO und Entscheidungen des G-BAs zur Neueinführung von Impfungen (vor allem Varizellen, HPV) werfen die Frage auf, wo im Entscheidungsgang nicht nur die Wirksamkeit der Impfung, sondern auch Effektivitäts- und Effizienzvergleiche mit anderen präventiven oder auch therapeutischen Alternativen einbezogen werden. Aus Sicht des Rates wäre dies eine Aufgabe des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen).
5. Impfungen gegen bestimmte Erreger oder bestimmte Erreger-Subgruppen können dazu führen, dass die Zahl der Erkrankungen durch diese sinkt, Erkrankungen durch andere Erreger(-Subgruppen) dagegen zunehmen. Die Beobachtung solcher Veränderungen durch langfristiges Monitoring muss Teil jedes Impfprogramms sein.

47. Unterversorgung in der ärztlichen Prävention für Kinder und Jugendliche besteht dort, wo die Teilnahme an als wirksam erwiesenen Früherkennungen und Impfungen Defizite aufweist. Dies ist stärker verbreitet bei Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, findet sich aber auch bei Gruppen mit hoher Bildung, aber weltanschaulich geprägten Vorbehalten. Im Hinblick auf das Impfprogramm sind kaum soziokulturelle Unterschiede der Nutzung erkennbar. Dagegen gibt es beim Früherkennungsprogramm für Kinder von der U3 aufwärts soziale Unterschiede in der Nutzung, die im Bereich von 20 bis 30 Relativprozent zwischen den Sozialschichten als auch zwischen Kindern aus Familien mit und ohne Migrationshintergrund liegen. Diese Unterschiede sind bei der J1 (Jugendgesundheitsuntersuchung) nicht mehr festzustellen, die insgesamt nur schwach in Anspruch genommen wird.

Es gibt demnach gute Gründe, die Teilnahme speziell von Kindern und Jugendlichen aus sozial belasteten Verhältnissen an den Früherkennungsprogrammen zu erhöhen.

Dazu gibt es ein – ganz überwiegend im Ausland – erprobtes Instrumentarium von Maßnahmen, die relativ einfach und zudem auch erfolgreich sind. Ob diese in Bezug auf Kinder und Jugendliche im deutschen Kontext ebenso wirken, ist nicht untersucht. Es handelt sich im Wesentlichen um: persönliche Einladungen, Erinnerungssysteme (Call-Recall-Systeme), ökonomische Anreizsysteme (Geldzahlung bei Teilnahme, Bonus), aufsuchende Maßnahmen (Versorgungsmaßnahme vor Ort: z. B. in Schulen und Kindergärten; fahrende Untersuchungseinheiten) und vermehrte gesellschaftliche Aufmerksamkeit durch Kampagnen, wie sie derzeit vor allem von der BZgA („Ich geh zur U! Und Du?“) betrieben werden.

Der Rat empfiehlt, die Gesamtheit der international erfolgreichen Interventionen zur Steigerung der Inanspruchnahme im Hinblick auf ihre Anwendung im deutschen Kontext zu untersuchen und in wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten zu erproben. Dabei sollte auch erprobt werden, ob der gezielte Einsatz von Untersuchern mit dem gleichen Kultur-/Migrationshintergrund wie die zu Untersuchenden eine höhere Beteiligung und ggf. auch eine höhere Entdeckungsrate bei Störungen – insbesondere im psychosozialen Bereich – zur Folge hat. Für die sozio-kulturell sensible Nutzung müssten die im Ausland erfolgreichen Maßnahmen vor breitem Einsatz eine Sozial- und Kulturadaption erfahren, da sie zum Teil noch immer primär auf die deutsche Mittelschicht orientiert sind.

Allerdings kann von einer zielgruppenorientierten Steigerung der Inanspruchnahme der Früherkennung nur ein moderater Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen erwartet werden. Zwar erfasst das Programm zahlreiche Gesundheitsprobleme, die sowohl sozial unterschiedlich verteilt als auch Teil des Kinderfrüherkennungsprogramms sind: Adipositas, Essstörungen, psychische Probleme, psychosomatische Krankheiten, Tabak- und Alkoholgebrauch, ungesunde Ernährung, schlechter Zahnstatus, Unfälle und Seh-, Sprach- und psychomotorische Störungen. Allerdings sind davon lediglich Seh-, Sprach- und psychomotorische Störungen medizinisch behandelbar. Alle anderen Problembereiche fallen in den Bereich des durch die Lebenslage stark determinierten Gesundheitsverhaltens. Für die Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens durch den Arzt gibt es nur sehr begrenzte und nicht nur ermutigende Evidenz. Daraus folgt die Notwendigkeit, die Möglichkeiten und Grenzen systematischer Verhaltensprävention mit sozial benachteiligten Patienten durch oder unter Mitwirkung des Arztes genauer – und im Vergleich z. B. zu Setting-Ansätzen – zu erforschen. Denn nur dann, wenn eine erhöhte Teilnahme am Früherkennungsprogramm tatsächlich zur Verminderung von Gesundheitsbelastungen in der Lebensführung und in der Folge zur Verringerung von Morbidität führt, können Investitionen in die Steigerung der Inanspruchnahme dieser Programme als vordringlich angesehen werden.

3.6 Arzneimitteltherapie bei Kindern und Jugendlichen

48. Die Versorgung und Therapie mit Arzneimitteln für Kinder und Jugendliche weist bei insgesamt guter Qualität einige charakteristische Probleme in der Struktur- und Prozessqualität auf:

1. Viele Arzneimittel, die im ambulanten Bereich für Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder oder Jugendliche angewendet werden, sind nicht spezifisch für diese Altersgruppen untersucht bzw. zugelassen, der *off-label use* ist noch immer ein Kennzeichen der Therapie mit Arzneimitteln in der pädiatrischen Versorgung. Dies betrifft in der ambulanten Versorgung ca. ein Sechstel der angewendeten Arzneimittel, der Anteil im stationären Bereich liegt deutlich darüber und kann auf Intensivstationen die 90 %-Marke erreichen. Es ist daher dringend erforderlich, die Evidenz für die Arzneimittelanwendung bei Kindern durch klinische Studien zu verbessern, weil nur auf diese Weise Wirksamkeit und Sicherheit der Arzneimitteltherapie für Kinder erhöht werden können. Eine konsequente Umsetzung der EU-Verordnung vom Januar 2007 zur Verpflichtung der Durchführung klinischer Studien bei Kindern, wenn Arzneimittelwirkstoffe essentiell für die Behandlung in der Pädiatrie sind, ist daher notwendig.
2. Diagnostik und Therapie von seltenen Erkrankungen (*orphan diseases*, die nach der europäischen Klassifikation bei weniger als 5 von 10 000 Personen vorkommen) müssen verbessert werden. Dazu gehören auch Forschung und Entwicklung für die Verbesserung der Arzneimitteltherapie, die für Unternehmen der pharmazeutischen Industrie oft kommerziell unattraktiv erscheinen. Entsprechende Forschungsprogramme in der EU setzen auf monetäre Anreize für entsprechende Forschungsaktivitäten der pharmazeutischen Hersteller (z. B. verlängerten Patentlaufzeiten) und bilden neben der Vermehrung öffentlicher Aufmerksamkeit für die seltenen Erkrankungen ein wichtiges Instrument, um auch diesen Patienten eine adäquate Versorgung anbieten zu können.
3. Die zum Teil vorliegenden Leitlinien werden nur unzureichend umgesetzt. Dies betrifft insbesondere den Einsatz von Psychostimulanzien bei ADHS und Antibiotika bei Infektionen der oberen und unteren Atemwege. Die Einhaltung der Regeln der evidenzbasierten Medizin ist dabei nicht nur zur Verbesserung der Versorgungsqualität notwendig, sondern auch, um der Gefahr der Ausweitung von Antibiotikaresistenzen vorzubeugen.

3.7 Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher

49. Psychische Erkrankungen können bereits früh im Leben auftreten und weisen überdies eine hohe Komorbidität auf. Eine Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten ist bei Kindern und Jugendlichen in den vergangenen Jahrzehnten insgesamt nicht festzustellen. Grundsätzlich ist auch die Gleichsetzung von Diagnose und (notwendigem) Behandlungsbedarf aufgrund verschiedener Faktoren wie Spontanverlauf oder der Variabilität resultierender Einschränkungen und Behinderungen nicht unproblematisch. Forschung zum Spontanverlauf, zum Einfluss veränderbarer und insoweit der nicht-medizinischen Primärprävention zugänglicher familiärer und sozialer Faktoren, sowie zur Verbesserung der Differentialdiagnostik ist erforderlich. Derzeit ist das Ausmaß von Über-, Unter- oder Fehlversorgung nicht seriös abschätzbar.

Maßnahmen zur Entstigmatisierung und zum Vorurteilsabbau sind erforderlich. Auch Eltern können von Vorurteilen gegenüber psychischen Erkrankungen geleitet sein, was die Suche nach bzw. das Finden von geeigneten Hilfen für ihre Kinder erschweren und die Bewältigung der Erkrankung behindern kann. Dem kann durch öffentliche Aufklärung entgegen gewirkt werden.

Das Angebot an professioneller psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung hat sich in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen – parallel zur Abnahme der Anzahl von Kindern und Jugendlichen – seit den 1970er-Jahren deutlich ausgeweitet: Tendenziell weisen dabei die urbanen Regionen, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung eine höhere Versorgungsdichte auf, während die ostdeutschen Bundesländer in der stationären, die westdeutschen Bundesländer in der ambulanten Versorgung besser besetzt sind.

Die unterschiedlichen Ausprägungen und Schweregrade psychischer Auffälligkeiten und Erkrankungen und eine Vielfalt an möglichen Behandlungsansätzen und -konzepten erschweren es ebenfalls, generelle Aussagen über die Angemessenheit der stationären und ambulanten Behandlungskapazitäten zu treffen. Mängel sind bei der Koordination notwendiger Behandlungen und mit Blick auf die Kooperationsstrukturen in der Versorgungslandschaft festzustellen. Insbesondere in der psychotherapeutischen Versorgung kann in bestimmten Regionen auch von angebotsinduzierter Nachfrage ausgegangen werden.

Die Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen ist nicht allein Aufgabe medizinischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Die Entstehung und die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen stehen bei Kindern und Jugendlichen in einem entwicklungspsychologischen Kontext, der in Diagnostik und Therapie zu be-

achten ist. Psychische und psychosoziale Probleme in Kindheit und Jugend werden häufig nicht in ihrem Krankheitswert erkannt bzw. nicht ausreichend behandelt: Das Ausbleiben adäquater Behandlungsansätze kann zu Chronifizierung und Verminderung von Heilungschancen und einer teilweise erhöhten Inanspruchnahme somatomedizinischer Leistungen führen.

Erforderlich sind daher differenzierte Angebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mit Beteiligung und unter Nutzung der Potenziale der Selbsthilfe, die sich hinsichtlich der heterogenen Zielgruppen und deren Versorgungsbedarf unterscheiden können; die regionale Vernetzung zur Koordination und Kooperation der unterschiedlichen Hilfsangebote muss dabei gewährleistet sein. Erforderlich bleiben auch weiterhin Forschung zur Ätiologie und den Determinanten psychischer Störungen, zur primären und sekundären Prävention sowie zu Indikationen und Qualität der unterschiedlichen Therapien und Konzepte.

3.8 Aufwachsen in psychischer Gesundheit - Aspekte der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit ADHS

50. Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) ist eine häufig diagnostizierte psychische Störung/Erkrankung im Kindesalter mit oft gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen für den gesamten Lebensverlauf, für Kinder und Eltern. Das Thema ADHS hat in den vergangenen Jahren deutlich an Aufmerksamkeit gewonnen. Dies liegt zum einen an den hohen und weiter steigenden Prävalenzraten sowie einer parallelen Zunahme der Verschreibung ADHS-spezifischer Medikamente. Zum anderen erhöht aber auch die Tatsache, dass ADHS zunehmend als (bleibendes) Problem im Erwachsenenalter anerkannt wird, die Bedeutsamkeit dieser Symptomatik. Bei den therapeutischen Maßnahmen niedergelassener Ärzte steht die ausschließlich medikamentöse Behandlung an erster Stelle, obwohl multimodale Therapieformen (z. B. Psychoedukation, Familientherapie, Verhaltenstherapie, Ergotherapie, auch in Kombination mit Arzneimitteltherapie) als Konzept empfohlen werden. Gerade verhaltenstherapeutische Verfahren wurden in kontrollierten Studien erfolgreich eingesetzt, die fachgerechte Umsetzung im Praxisalltag ist jedoch nicht immer gewährleistet. Zum anderen scheint es deutlich schwieriger, eine Verhaltenstherapie für das betroffene Kind zu erhalten, als ein Medikament zu verschreiben. Therapieplätze sind zum Teil nicht verfügbar oder mit langen Wartezeiten verbunden. Die zuständigen Fachgesellschaften sollten daher wegen der steigenden Prävalenz von verhaltenstherapeutisch behandelbaren Auffälligkeiten bei Kindern ihre Therapieangebote erweitern.

51. Insgesamt bleibt die Ätiologie von ADHS unklarer als es die vorherrschende und scheinbar zielgerichtete medikamentöse Therapie zur Erhöhung der Dopaminkonzentration im Gehirn widerzuspiegeln scheint. Vielmehr werden multifaktorielle Auslöser und Einflüsse vermutet (z. B. familiäres und soziales Umfeld, Medienkonsum), sodass eine intensiviertere multidisziplinäre Forschung (z. B. medizinisch, psychologisch, soziologisch usw.) notwendig ist, um auch eine adäquate und differenzierte Therapie anbieten zu können. Die Forschungsergebnisse sollten auch zur Klärung beitragen, inwieweit Möglichkeiten der primären Prävention genutzt werden können, um eine frühe und oftmals vorschnelle Medikalisierung und Stigmatisierung von Kindern als ADHS-Kranke vermeiden zu helfen. Die weitverbreitete, oft auch nützliche pharmakologische Intervention darf nicht den Blick auf andere sinnvolle und ebenfalls wirksame therapeutische Möglichkeiten verstellen.

52. Die Diagnosestellung und die darauf aufbauende Therapieentscheidung müssen sowohl im Hinblick auf die Qualifikation der Behandelnden als auch im Hinblick auf die organisatorischen und zeitlichen Abläufe verbessert werden. Erste Ansprechpartner sind sehr häufig Kinderärzte, in ländlichen Gebieten auch Allgemeinärzte. Beide Fachgruppen sind i. d. R. nicht speziell für die Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen bei Kindern bzw. ADHS ausgebildet. Daher sollten Kooperationsformen mit Kinder- und Jugendpsychologen bzw. -psychiatern gesucht werden („Patenschaften“ im Rahmen von Konsilen), auch wenn dies wegen der geringen Anzahl der Kinder- und Jugendpsychiatern nicht immer einfach zu sein scheint. Elektronische Patientenakten könnten jedoch die Kommunikation der Ärzte untereinander verbessern und Entscheidungsabläufe zugunsten der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern oder Erziehungsberechtigten beschleunigen und verbessern. Eine Analyse der durchgeführten diagnostischen Verfahren zeigte im Übrigen, dass ausführliche klärende Gespräche weniger durchgeführt werden als z. B. psychometrische oder technikintensive Tests. Wenn dies eine Folge der Abrechnungsmöglichkeit des Leistungsangebots ist, sollten speziell in diesem Krankheits- und Symptombereich die personalkommunikativen Leistungen besser vergütet werden. Insgesamt bleibt wegen der Unsicherheiten und der oft bemängelten großen Unschärfe in der Diagnosestellung unklar, ob die reale Inzidenz und Prävalenz tatsächlich in dem Maß zunehmen, wie die Verordnungsanstiege bei den Arzneimitteln zu signalisieren scheinen.

53. Die Kinder selbst, aber auch Lehrer werden noch zu selten als Informationsquelle und Kooperationspartner eingebunden. Dabei ist der enge Austausch von Arzt und Lehrenden einer der stärksten Prädiktoren für den Erfolg einer Therapie. Daher sollte diesem Aspekt zukünftig mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Flankierend zu solchen „Kooperationspartnerschaften“ sollte die öffentliche Aufklärung über das

Symptom- und Krankheitsbild gefördert werden, um Vorurteilen entgegenzuwirken, die Akzeptanz für die Kinder zu verbessern, Ausgrenzung und Isolierung zu vermeiden (z. B. werden solche Kinder nicht mehr zu Feiern ihrer Mitschüler eingeladen) und damit das Verständnis für die betroffenen Eltern und Kinder zu wecken. Die Unterstützung für Eltern ist daher ebenso wichtig wie problemorientierte Informationen und Interventionsvorschläge für die Betreuer in Kindergärten und Kindertagesstätten (KiTas) oder für die Lehrer in Schulen. In diesen Bereich gehören auch Vorschläge, die Ausstattung von Schulen, Kindergärten oder KiTas so zu verändern, dass Kinder mit ADHS Möglichkeiten haben, ihren Bewegungsdrang auch ausleben zu können (z. B. in Räumen mit Sportgeräten o. ä.).

54. Feststellbar ist auch, dass geschlechtsspezifische Unterschiede in der ADHS-Symptomatik nicht ausreichend berücksichtigt werden. Dies führt dazu, dass Mädchen wegen der geringer auftretenden Hyperaktivität und der damit verbundenen geringeren Störwirkungen auf das soziale Umfeld möglicherweise unterversorgt, damit allerdings auch vor all zu schneller Medikalisierung geschützt werden. Eine bessere Aufklärung über diese geschlechtsspezifischen Unterschiede, sowohl im Hinblick auf die Häufigkeit (ca. 80 % Jungen, 20 % Mädchen) und bezüglich der Art der beobachtbaren Symptome ist daher notwendig. Zu berücksichtigen sind auch Unterschiede im sozioökonomischen Status der Kinder: Bei Kindern aus Familien mit einem niedrigeren Status wird ADHS häufiger diagnostiziert als bei Kindern mit mittlerem oder höherem Status. Kinder mit Migrationshintergrund erhielten seltener eine solche Diagnose als Kinder ohne Migrationshintergrund. Ost/West- und Stadt/Land-Unterschiede wurden nicht gefunden.

55. Zur Behandlung von ADHS wird nach wie vor am häufigsten das Psychostimulanz Methylphenidat (MPH) verordnet. Die damit einhergehende Erhöhung des Dopaminspiegels verringert offenbar Unruhe, Aufmerksamkeitsdefizite, Impulsivität, depressive Verstimmung und Irritabilität, ohne dass sich eine Toleranz entwickelt. Grundsätzlich ist eine genaue Bestimmung der individuell benötigten Dosierung in der Anfangsphase (Titrierung) erforderlich, ebenso eine kontinuierliche Beratung im monatlichen Abstand, ein Monitoring evtl. auftretender Störeffekte (z. B. Schlaf- oder Wachstumsstörungen) sowie regelmäßige, kontrollierte Therapiepausen. In anderen Ländern (z. B. in Finnland und Schweden) konnte eine Begrenzung der Verordnungen durch strikte Auflagen erreicht werden (Genehmigung durch die Arzneimittelbehörde, Erlaubnis zur Verordnung mit einjähriger Gültigkeit). Ein Zweitmeinungsverfahren (nach § 73d SGB V), in das immer Experten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie einzubinden wären, könnte auch in Deutschland die Rationalität der medikamentösen Therapie fördern.

Dies sollte auch für die Anwendung des Wirkstoffs Atomoxetin gelten, der allerdings wegen der weniger sicheren Wirksamkeit und der möglicherweise auftretenden unerwünschten Wirkungen (Müdigkeit, Schwindel, „Feindseligkeit“, Verstärkung suizidaler Verhaltensweisen u. a.) weniger eingesetzt wird (10 % der Verordnungen im Vergleich zu Methylphenidat) und als *second-line drug* („Zweitbestempfehlung“) nach Methylphenidat eingestuft ist.

56. In der Zukunft werden die altersbezogenen Schnittstellenprobleme der Patienten stärker berücksichtigt werden müssen. Für die Anwendung medikamentöser Therapien bei Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 6 und 18 Jahren liegen eine Reihe von Studien vor, die eine differenzierte Entscheidung für eine bestimmte Therapie ermöglichen. Für jugendliche Patienten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und weiter unter den Symptomen des ADHS leiden, sind in Deutschland keine methylphenidathaltigen Arzneimittel zugelassen, eine Verordnung fällt in den Bereich des *off-label use*. Es wäre daher zu überlegen, ob dem Beispiel anderer europäischer Länder (z. B. Dänemark oder Großbritannien) gefolgt werden sollte, wo eine bei den Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren begonnene Therapie auch bei Jugendlichen und Erwachsenen über 18 Jahre weitergeführt werden kann. Ansonsten käme für diese Personen nur noch die Verordnung von Atomoxetin als nur bedingt empfehlenswerte Alternative in Frage. Die Anzahl der diagnostizierten älteren ADHS-Patienten steigt an. Studien für diese Population als Basis für eine begründete Therapieentscheidung sind daher dringend erforderlich.

57. Unter den psychosozialen Interventionen haben sich pädagogische Interventionen im Unterricht (auf verhaltenstherapeutischer Basis) sowie verhaltenstherapeutische Interventionen in der Familie (Elterntrainings) als wirkungsvoll erwiesen. Ebenso konnte die Wirksamkeit präventiver Ansätze auf verhaltenstherapeutischer Basis belegt werden. Gerade Eltern, die selbst an ADHS leiden, brauchen verstärkt Unterstützung. Dem Problem der elterlichen ADHS muss daher bei der Behandlung von betroffenen Kindern Rechnung getragen werden. Verstärkt erforscht werden sollten auch die Möglichkeiten der Intervention bei Vorschulkindern, da verschiedene Studien auf die hohen präventiven Potenziale solcher Interventionsprogramme hinweisen. Nach derzeitigem Kenntnisstand lassen sich der Verlauf und die Schwere der Störung durch Frühinterventionen positiv beeinflussen. Besondere Berücksichtigung müssen dabei sozial benachteiligte Familien finden. Es besteht zudem ein erheblicher Beratungsbedarf, da die meisten betroffenen Eltern sich zwar über das Störungsbild ADHS allgemein sowie über die Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung gut informiert fühlen, sie hingegen den Informationsstand zu geeigneten Schulen/Kindergärten, Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe sowie zu Behandlungsmöglichkeiten

im Erwachsenenalter häufig als zu gering beurteilt. Zudem kommt es gerade im Hinblick auf die interdisziplinäre Ausrichtung einer optimalen ADHS-Therapie unter Beteiligung unterschiedlicher Expertinnen (multimodales Therapiekonzept) zu komplexen Entscheidungssituationen und entsprechendem Koordinationsbedarf. Der von der Bundesregierung geförderte Aufbau eines internetbasierten Patienten- und Angehörigen-Informationssystems im Rahmen des deutschlandweiten ADHS-Netzwerkes (www.zentrales-adhs-netz.de) sowie die Unterstützung von Selbsthilfeverbänden stellen hierbei wichtige Schritte dar, um diesen Beratungsbedarf zu befriedigen.

4. Spezielle Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (transitional care)

58. Die Transition in der Gesundheitsversorgung meint hier die Übergangszeit vom Jugend- ins Erwachsenenalter, in der die Überleitung von Menschen mit speziellem medizinischem Versorgungsbedarf von der Pädiatrie zur Erwachsenenmedizin stattfindet. Die Transition ist ein multidimensionaler und multidisziplinärer Prozess, der nicht nur die medizinischen Bedürfnisse der Jugendlichen beim Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin umfasst, sondern auch psychosoziale, schulische und berufliche Aspekte einschließt. Die Transition stellt einen geplanten und koordinierten Prozess dar, hingegen ist der Transfer als einzelnes Übergangsereignis eine Komponente der Transition.

59. Internationale Erfahrungen, lokale deutsche Projekte und die wissenschaftliche Literatur ergeben folgendes Bild zur Versorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter:

- Beim Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung besteht die Gefahr einer Unterversorgung, die in erster Linie durch mangelnde Koordination der Prozesse bedingt ist. Diese Unterversorgung ist bei mehreren chronischen Erkrankungen des Kindesalters gut dokumentiert und äußert sich z. B. durch eine Zunahme der Therapieabbrüche oder mangelnder Medikamenteneinnahme (mit der Folge z. B. erhöhter Transplantatabstoßungsraten bei nierentransplantierten Kindern).
- Einige wichtige Gruppen chronischer Erkrankungen im Kindesalter, bei denen die Transition eine Rolle spielt, sind (u. U. seltene) endokrinologische Erkrankungen einschließlich des Diabetes mellitus Typ 1, die Mukoviszidose, komplexe angeborene Herzfehler, die terminale Niereninsuffizienz und die juvenile rheumatoide Arthritis.
- In der Folge der Koordinationsdefizite finden Transfers in die Erwachsenenversorgung ungeplant, zum Teil im Rahmen von Notfallsituationen statt, und lassen keinen Raum für eine koordinierte Begleitung der jungen Erwachsenen im Übergangsprozess.
- Die Bedeutung des Mangels an Koordination wird verstärkt durch die erfreuliche Tatsache, dass aufgrund innovativer Therapieverfahren das Überleben von chronisch kranken Kindern in der letzten Zeit soweit verbessert werden konnte, dass sie in der Regel das Erwachsenenalter erreichen und dort zum Teil noch jahrzehntelang

weiterbehandelt werden. Für die Erwachsenenmedizin ist dies eine neue, vorher nicht in diesem Maße gegenwärtige Aufgabenstellung.

- Weitere wichtige Faktoren sind in der unterschiedlichen Organisation der Versorgung zu sehen, im pädiatrischen Bereich eher ganzheitlich und familienorientiert, im Erwachsenenalter eher organspezifisch und personenbezogen. Damit verbunden sind auch verschiedene Behandlungsstile, im Kindesalter eher paternalistisch und den Ausgleich mit den Angehörigen suchend (triangulär), im Erwachsenenalter eher die Autonomie des Einzelnen betonend (bipolar). Aufseiten der Patienten fällt dies zusammen mit einem Wandel des Behandlungsbedarfs, denn während der Pubertät stehen neben der chronischen Erkrankung andere Fragen wie Sexualität, Ablösung vom Elternhaus und Planung des beruflichen Lebens im Vordergrund.

60. In einer Umfrage bei beteiligten Institutionen in Deutschland, die der Rat im Rahmen des vorliegenden Gutachtens durchführte, ließen die Aussagen, Begründungen und Empfehlungen der Befragten vielfach erkennen, dass die Organisationen sich intensiv mit der beschriebenen Situation der Übergangsvorsorge und ihren Rahmenbedingungen befassen, die verfügbaren Daten aber derzeit noch keine zuverlässigen Aussagen zum Ausmaß eventueller Über-, Unter- und Fehlangebote erlauben. Die meisten der befragten Institutionen weisen auf ein Unterangebot hin. Hier besteht noch Forschungsbedarf.

In der Konsequenz muss das Thema des Übergangs bzw. der Transition als Problem der Verantwortung der beteiligten Berufsgruppen und Fachdisziplinen, aber auch als Problem der Versorgungsstrukturen und der Finanzierung verstanden und in der aktuellen Diskussion angegangen werden. Eine spezifische Vergütung des erhöhten Aufwandes im pädiatrischen und Erwachsenenbereich fehlt, zumindest für die Phase des Übergangs.

61. Zu folgenden Herangehensweisen existieren internationale und in beschränktem Rahmen auch deutsche Erfahrungen:

- Die Transition ist ein Prozess und nur in den seltensten Fällen ein punktuell Geschehen. Der junge Patient muss Schritt für Schritt in die neue Situation begleitet werden.
- Forschungsergebnisse zeigen, dass eine individualisierte Herangehensweise zur Transition erforderlich ist. Der Patient sollte über den Zeitpunkt des Übergangs zur Erwachsenenmedizin selbst (mit-)entscheiden. Die Transitionsplanung sollte Teil aller klinischen Programme für Kinder und Jugendliche mit speziellem Versor-

gungsbedarf werden. Die Einbeziehung junger Patienten und ihrer Familien in die Entwicklung von Transitionsprogrammen ist dabei wünschenswert.

- Übergangssprechstunden sind ein gutes Mittel, um eine erfolgreiche Behandlung sowie eine nachhaltige Adhärenz zu erzielen. Bei der Übernahme der Patienten durch die Erwachsenenmediziner ist eine Evaluation der bisherigen pädiatrischen Therapie empfehlenswert und mit dem weiterbehandelnden Mediziner abzustimmen. Der übernehmende Arzt sollte sich um eine intensive Zusammenarbeit mit dem Pädiater und anderen Disziplinen sowie um eine kontinuierliche Behandlung bemühen. Die Patienten sollten sich aktiv von den Pädiatern lösen können. Darüber hinaus ist eine Schulung des medizinischen Personals, des Patienten sowie seiner Familie erforderlich.
- Für den stationären Bereich ist in bestimmten Fällen (z. B. Kinderkardiologie, Kinderonkologie) die Etablierung von Übergangsstationen sinnvoll, d. h. eigene Stationen für Adoleszente.
- Übergangsstationen und Übergangssprechstunden müssen dem Krankheitsbild und den Bedürfnissen der Patienten angepasst werden. Zu unterscheiden sind vier Transitionskonzepte, die von der direkten über die sequentielle Transition (deutliche Rollenveränderung) und die entwicklungsorientierte Transition (individueller Zugschnitt) bis zu einrichtungsorientierten Konzepten reichen.
- Der Übergangs- bzw. Transitionsprozess ist immer vor dem Hintergrund der jeweiligen Familienstruktur zu sehen und muss die Bedürfnisse und Entwicklungsnotwendigkeiten der Familie mit einbeziehen. Gleichmaßen muss für den jungen Patienten neben der im Mittelpunkt der Transitionsproblematik stehenden Versorgung seiner chronischen Erkrankung die Möglichkeit der zusätzlichen primärärztlichen Versorgung eröffnet werden.

62. Transitionsprogramme wie in Australien, Großbritannien oder den USA fehlen bislang in Deutschland, es gibt lediglich lokale Lösungsansätze von gemeinsamen Sprechstunden und interdisziplinär geführten Stationen, sodass die Versorgungslage als defizitär einzuschätzen ist. Es gibt einen dringenden Bedarf an Angebot, Schulung und Forschung zur Übergangsvorsorgung. Der Prozess sollte durch strukturierte Politik, Leitlinien und eine Evaluation nach der Transition geführt werden. Zur Qualitätssicherung von Transitionsprogrammen sind eine kontinuierliche Zusammenarbeit der multiprofessionellen Teams und deren interdisziplinäre Weiterbildung erforderlich.

Empfehlungen

63. Der Sachverständigenrat empfiehlt dem Gesetzgeber, den Organen der Selbstverwaltung, insbesondere dem Gemeinsamen Bundesausschuss, den medizinischen Fachgesellschaften sowie den Stellen für Qualitätssicherung, sich des Themas der Transition von chronisch erkrankten Kindern und Jugendlichen in die Erwachsenenversorgung gezielt anzunehmen. Transitionsprogramme sollten auf Systemebene (z. B. Finanzierung), auf Ebene der Institutionen und auf der Ebene der Gesundheitsberufe ihren festen Platz haben. Die Transition ist dabei als ein Prozess zu verstehen, bei dem der Wechsel der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung aktiv und unter Beteiligung der jungen Patienten gestaltet werden sollte.

64. Basierend auf den Ergebnissen der durchgeführten Umfrage erscheinen folgende Maßnahmen empfehlenswert:

1. Verstärkte Förderung von Modellversuchen

Die Modelle für eine Übergangsversorgung sollen interdisziplinär unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Familien sowie der Selbsthilfegruppen entwickelt werden. Die verschiedenen Instrumente zur Förderung einer koordinierten Übergangsversorgung (z. B. Übergangssprechstunden, Jugendstationen und Schulungsprogramme) können zunächst an Universitätskliniken erprobt werden. Dabei können die Kliniken mit z. B. Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) kooperieren, damit eine wohnortnahe Mitbetreuung erfolgen kann. Es sollte in Modellprojekten ebenfalls überprüft werden, ob die Etablierung von Medical Home die Übergangsversorgung verbessert. Das Modell würde eine Koordination der Betreuung insbesondere bei Patienten mit psychischen und körperlichen Behinderungen sowie ihrer Familien vereinfachen. Nach der Evaluation können die Programme ggf. für eine flächendeckende Einführung und für eine Etablierung von ausgewiesenen Zentren für bestimmte seltene Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf herangezogen werden.

2. Aufnahme in den Katalog hochspezialisierter Leistungen nach § 116b SGB V

Es ist zu prüfen, ob die multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter durch eine Ergänzung des Katalogs im § 116b SGB V gewährleistet werden kann. Der G-BA sollte prüfen, ob chronische Erkrankungen im Kindesalter mit einem besonderen Bedarf an einer geregelten Transition mit den betreffenden Leistungen in diesen Katalog aufgenommen werden.

3. Stärkung der multiprofessionellen Perspektive

Eine geregelte Transition ist ein multiprofessionell zu gestaltendes Geschehen. Der Mehraufwand einer multiprofessionellen Betreuung ist bei den personellen Planstellen zu berücksichtigen und das Personal entsprechend zu qualifizieren. Auch die Kooperation mit Selbsthilfegruppen sollte gefördert werden.

4. Entwicklung der Qualitätssicherung

Zur Förderung der Qualitätssicherung und Steigerung des Wettbewerbs ist die Veröffentlichung des Angebots von Transitionsprogrammen in den Qualitätsberichten der ambulanten und stationären Institutionen empfehlenswert.

5. Erhöhung des Vernetzungsgrades der beteiligten Institutionen

Neben der besseren Koordination und Kooperation von Institutionen ist eine Verzahnung des stationären und ambulanten Sektors unabdingbar für eine Verbesserung der nach Möglichkeit wohnortnahen Übergangsversorgung. Auf europäischer und internationaler Ebene ist die Vernetzung von Personal mit spezifischen Qualifikationen und Fachwissen über sehr seltene Erkrankungen sinnvoll.

6. Anpassung der Vergütung für eine interdisziplinäre Versorgung von Patienten mit komplexen Krankheitsbildern

65. Die Angebote müssen die notwendige Entwicklung der beteiligten Familien ebenso wie den Aspekt der primärärztlichen Versorgung berücksichtigen. Im Zusammenhang mit den weiteren im Gutachten gegebenen Empfehlungen zur Entwicklung von dezentralen, regional und populationsbezogen organisierten Versorgungssystemen mit partieller Zusammenführung von Finanzierung (Versicherungsfunktion) und Leistungserbringung ist auf die Transitionsproblematik besonderes Augenmerk zu legen. Der Rat ist der Ansicht, dass diese Strukturen dafür gut geeignet sind und auch daran gemessen werden sollten, wie erfolgreich sie diese Problematik bewältigen.

5. Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen

5.1 Multimorbidität und Anforderungen an Leitlinien

66. Aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts wird die Anzahl älterer und hochbetagter Patienten mit Mehrfacherkrankungen in allen Versorgungsbereichen zunehmen. Multimorbidität ist mehr als die Summe einzelner Erkrankungen. Neben den Belastungen durch die Einzelerkrankungen kommen Symptome wie Inkontinenz, kognitive Defizite, Immobilität, Sturzgefährdung, Schmerzen und andere komplizierende Faktoren hinzu. Es entstehen Funktionseinschränkungen und Behinderungen, die sich auf die Fähigkeit alter Menschen, den Alltag zu bewältigen, auswirken. Der Schwerpunkt der Behandlung muss daher bei diesen Patienten auf die Funktionsfähigkeit gelegt werden und nicht primär erkrankungsfokussiert sein.

67. Multimorbidität wirkt sich negativ auf die Lebensqualität, den subjektiven Gesundheitszustand und die körperlichen Funktionen aus. Das Risiko für weitere chronische Erkrankungen steigt. Folgen der Multimorbidität sind außerdem vermehrte Arztkontakte, häufigere und längere Krankenhausaufenthalte, eine steigende Zahl von Verordnungen mit der Gefahr von unerwünschten Arzneimittelwirkungen und ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Pflegebedürftigkeit.

68. Trotz der steigenden Bedeutung der Mehrfacherkrankungen (ca. zwei Drittel der über 65-Jährigen haben mindestens zwei chronische Erkrankungen) liegen nur unzureichende Daten bezüglich der Besonderheiten der Betreuung dieser Patienten vor. Bereits bei der Definition und der Messung der Multimorbidität bestehen erhebliche Unterschiede, die sich auf die erhobene Prävalenz auswirken. So werden in vielen Untersuchungen nur die Anzahl der Erkrankungen gezählt, die Schwere und die emergenten Syndrome, die vor allem im geriatrischen Bereich eine Rolle spielen, jedoch nicht beachtet. Auch bleibt die psychiatrische Komorbidität häufig unberücksichtigt, was schwerwiegende Folgen haben kann, da beispielsweise eine Depression ein sehr wichtiger Faktor bezüglich der Verschlechterung der Gesundheit der Patienten ist. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat frühere Empfehlungen des Sachverständigenrates aufgegriffen und in seinem Förderschwerpunkt „Gesundheit im Alter“ seit 2007 die Förderung von sechs großen Netzwerkprojekten mit Schwerpunkten in der Versorgung und Epidemiologie von Patienten mit Multimorbidität aufgenommen, sodass künftig detaillierte Studienergebnisse erwartet werden können.

69. Bereits 1994 hat sich der Sachverständigenrat für die Entwicklung und Implementierung von evidenzbasierten Leitlinien als systematisch entwickelte Handlungs- und Entscheidungskorridore für Patienten und Leistungserbringer eingesetzt. Obwohl seit-

dem positive Entwicklungen verzeichnet werden konnten (wie eine zunehmende Anzahl qualitativ hochwertiger Leitlinien im Sinne des Deutschen Instruments zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI) und Strategien zur Implementierung von Leitlinien), gibt es nur sehr wenige Leitlinien, die sich auf ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen. Dieses Fehlen wurde auch von den Delegierten des deutschen Ärztetages (2008) bemängelt und die Forderung erhoben, in Therapieempfehlungen und Leitlinien insbesondere ältere Patienten und solche mit Mehrfacherkrankungen stärker zu berücksichtigen.

70. Die Hauptursache für das bestehende Defizit ist die fehlende Evidenz. Viele randomisierte kontrollierte Studien schließen multimorbide Patienten aus. Gehbehinderte oder an Demenz erkrankte Patienten können keine Studienzentren aufsuchen. Außerdem belegen Untersuchungen, dass für wichtige Erkrankungen wie beispielsweise die Herzinsuffizienz die Einschlusskriterien nicht den klinischen Alltag widerspiegeln und somit pragmatisch angelegte Studien mit den nach Markteinführung typischen Konsumenten eines Medikaments fehlen. Große Defizite gibt es insbesondere auch im Bereich „generischer“ d. h. relativ diagnoseungebundener Interventionen, die eine Aktivierung und Förderung des Selbstmanagements bzw. den Erhalt selbständiger Lebensführung in den Vordergrund stellen.

71. Darüber hinaus besteht ein grundsätzliches Problem darin, dass Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen anders strukturiert sein müssen als solche für einzelne Diagnosen. Sie müssen Behandlungsprioritäten setzen, an den Gesamtzustand des Patienten und seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung und individuelle Situation berücksichtigen. Sie helfen somit Entscheidungen zu treffen, nehmen diese dem Arzt aber bei der Komplexität der Situation keineswegs ab. Zusätzlich müssen sich Leitlinien auch auf die Betreuungsstruktur und den Versorgungsprozess fokussieren und konkrete Vereinbarungen an Schnittstellen beinhalten. Hierbei sollten die Entwicklung, Verbreitung und auch die Implementierung der medizinischen Leitlinien in Deutschland als Teil der Versorgung angesehen werden. Die Implementierung ist bis heute trotz einer weitgehenden Akzeptanz der Leitlinien bei den einzelnen Erkrankungen eine große Herausforderung geblieben.

72. Die Barrieren für die Implementierung sind vielfältig und beinhalten auch Vorbehalte der Leistungserbringer wie eine mögliche Begrenzung der Autonomie, eine Bevormundung und eine fehlende Praxisorientierung. Auch bei zukünftigen Leitlinien zur Versorgung von Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen muss dies berücksichtigt werden. Hilfe verspricht eine Kombination von Implementierungsstrategien (beispielsweise eine Verankerung in Aus-, Fort- und Weiterbildung und eine Einbezie-

hung der Zielgruppe und Rückmeldungen bezüglich der Anwendung zum Beispiel im Rahmen von Qualitätszirkeln, kombiniert mit finanziellen Anreizen) und eine konsequente Evaluation mit der Möglichkeit der kontinuierlichen Verbesserung. Da die Betreuung älterer multimorbider Patienten eine kontinuierliche, idealerweise sektorübergreifende Langzeitbetreuung durch ein Team und eine gute Koordination zwischen den unterschiedlichen Gesundheitsberufen und Versorgungsebenen erfordert, sind gemeinsame Ziele und ein strukturiertes Vorgehen entscheidend. Dies sollte die Implementierung der Leitlinien fördern.

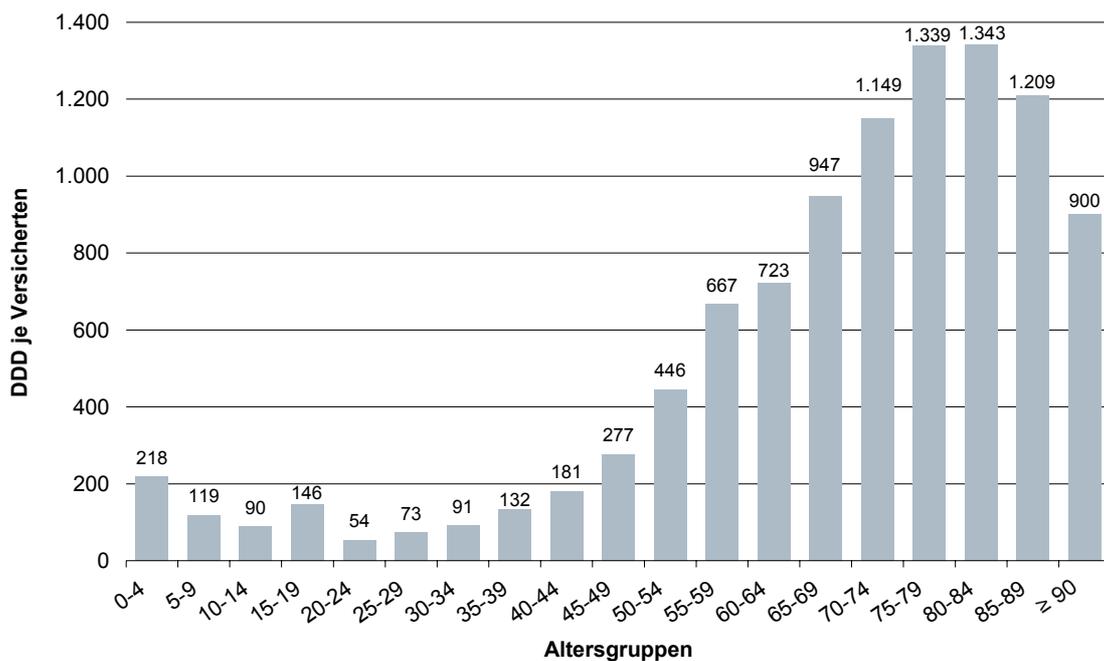
73. Zusammenfassend wird für die Entwicklung von Leitlinien zur Versorgung bei Multimorbidität empfohlen, Studien zu initiieren, die eine Evidenz u. a. für häufige Krankheitskombinationen und Polypharmakotherapie sowie für die Priorisierung von Hauptrisiken und Gesundheitsproblemen liefern, dabei sollte eine Patientenselektion möglichst vermieden bzw. transparent gemacht werden. Zusätzlich sollten sektorübergreifende Versorgungsverläufe und die Schnittstellen beschrieben werden sowie die Erfordernisse interdisziplinäre Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe. Die Entwicklung und Aktualisierung von Leitlinien muss durch ein unabhängiges, multidisziplinäres Team erfolgen und adäquat finanziert werden. Bei der Implementierung der Leitlinien müssen unterschiedliche Strategien angewandt werden, womit neben der Einbindung in Aus-, Fort- und Weiterbildung und in die Qualitätssicherung auch Strategien mit einer Rückmeldung und Beteiligung der Zielgruppe (wie in Qualitätszirkeln) sowie finanzielle Anreize gemeint sind. Eine Evaluation der Umsetzungen von Leitlinien ist dringlich zu fordern.

5.2 Multimorbidität und Anforderungen an die Arzneimittelversorgung im Alter

74. Alter ist eine der wichtigsten Determinanten für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Während Kinder und jüngere Männer (0-39 Jahre) durchschnittlich zwischen 7,5 und 17,1 bzw. Frauen durchschnittlich zwischen 9,0 und 17,5mal jährlich je Altersgruppe Vertragsärzte aufsuchen, erhöht sich dieser Wert ab etwa dem 40. Lebensjahr stetig. Ab einem Alter von 85 Jahren finden sich unabhängig vom Geschlecht etwa 40 Arztkontakte jährlich. Erwachsene im Alter von über 60 Jahren machen zwar nur etwa ein Viertel (26,7 %) aller gesetzlich Versicherten aus, auf sie entfallen aber 64 % des Verordnungsvolumens von Arzneimitteln (in DDD) bzw. 54 % des Umsatzes.

75. Die gleichzeitige Gabe von verschiedenen Arzneimitteln wird als Polypharmazie (*polypharmacy*) oder seltener als Polypragmasie bezeichnet. Die im Alter zunehmende Multimorbidität führt nicht selten dazu, dass ältere Menschen eine Vielzahl verschiedener Wirkstoffe gleichzeitig verordnet bekommen bzw. im Rahmen der Selbstmedikation einnehmen. Lediglich 68 % der in den letzten 7 Tagen angewendeten Arzneimittel waren vom Arzt verschrieben, etwa ein Viertel wurde ohne Rezepte gekauft bzw. befand sich in der Hausapotheke. Ein nicht unerheblicher Verordnungsanteil u. a. von Benzodiazepinen für ältere GKV-Versicherte entfällt auf Privatrezepte, offenbar eine zunehmende Strategie von Vertragsärzten, möglicherweise auch um den Diskussionen von Kassen- oder KV-Seite über die unangemessene Häufigkeit und Dauer dieser teilweise abhängig machenden Arzneimittel zu entgehen.

Abbildung 4: Arzneimittelverbrauch in definierten Tagesdosen (DDD) je Versichertem in der GKV 2007



Quelle: Schwabe/Paffrath 2008

76. Dass ältere Menschen häufiger und mehr Arzneimittel bekommen als jüngere, ist in vielen Analysen belegt worden. Eine dänische Forschungsgruppe untersuchte für das Jahr 1994 das Ausmaß von Polypharmazie. Über alle höheren Altersgruppen hinweg hatten ca. 23,6 % der Bevölkerung mindestens eine Phase mit zwei bis vier gleichzeitig verordneten Arzneistoffen und 5,1 % erhielten fünf oder mehr Arzneimittel (was die

Autoren als „major“ Polypharmazie bezeichneten), während 3 % der Bewohner Fünens sogar zehn oder mehr Arzneimittel als Rezeptverordnung bekamen. Noch deutlicher wird dieses Problem bei der Analyse der Arzneimittelverordnungen zulasten der Gmünder ErsatzKasse GEK aus dem Jahr 2005. Etwa 35 % der Männer und 40 % der Frauen im Alter von über 65 bekommen neun und mehr Wirkstoffe in Dauertherapie.

77. Die Probleme von Polypharmazie im Alter liegen vor allem in der Verträglichkeit und den möglichen belastenden Folgen für die jeweiligen Patienten. Nach einer Studie der nationalen Pharmakovigilanzzentren entfielen 10,2 % der stationären Aufnahmen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen auf digitalisglykosidassoziierte Störwirkungen. Betroffen waren insbesondere ältere Frauen. Aus diesem Grund wird eine funktionsorientierte geriatrische Diagnostik (geriatrisches Basisassessment) empfohlen, um die vorhandenen Ressourcen im Hinblick auf eine Arzneitherapie sicher einschätzen zu können. Im Vergleich zu jüngeren Patienten steigt die Gefahr von unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAWs) im Alter an. Insgesamt erfolgten in einer Untersuchung in Großbritannien 6,5 % der Aufnahmen in Krankenhäuser wegen UAWs, wobei fast drei Viertel dieser Ereignisse (72 %) nach Ansicht der Autoren vermeidbar gewesen wären. Patienten mit UAW verbrachten eine erheblich längere Zeit im Krankenhaus als Personen ohne Ereignisse (Median: 20 vs. 8 Tage). Von den UAWs war mehr als die Hälfte auf Arzneimittelinteraktionen zurückzuführen (59,1 %). Insgesamt 2,8 % der Patienten mit UAWs verstarben als direkte oder indirekte Folge des Ereignisses. Erhebungen regionaler Pharmakovigilanzzentren zeigen auch für Deutschland ähnliche Ergebnisse.

78. Bei älteren Menschen mit Demenz sind unerwünschte Wirkungen und Wechselwirkungen von besonderer Bedeutung, da eine große Anzahl von Psychopharmaka (z. B. benzodiazepinhaltige Schlaf- und Beruhigungsmittel oder Neuroleptika) die kognitiven Fähigkeiten weiter verschlechtern und ältere Menschen in große Gefahren bringen können. Insbesondere die Verordnung von Neuroleptika bei Patienten mit Demenz ist äußerst kritisch zu beurteilen, da die Sterblichkeit bei der Anwendung dieser starken Beruhigungsmittel erhöht ist. In diesem Zusammenhang werden alle Neuroleptika genannt (z. B. Haloperidol, Olanzapin oder Risperidon). Eine Anwendung ist nur kurzfristig und nur dann vertretbar, wenn ansonsten nicht beherrschbare Gefährdungen des Patienten selbst oder seiner Umgebung auftreten könnten.

79. Unabhängig von der Anzahl der verordneten Medikamente ist bei älteren Patienten das Problem des Gebrauchs so genannter „unangebrachter Arzneimittel“ (im Englischen oft: *potentially inappropriate medications*, PIMs) besonders zu beachten. „Unangebracht“ bedeutet dabei, dass die Auswahl des Arzneistoffs generell oder aber die Dosierung bzw. die Dauer der Therapie nicht empfehlenswert sind, da die

potenziellen Risiken einen potenziellen Nutzen überwiegen und es sichere Alternativen gibt oder die Therapie als nicht ausreichend effektiv gilt. Besondere Bedeutung erlangte im Zusammenhang mit unangebrachtem Arzneimittelgebrauch bei älteren Patienten die von einer Gruppe amerikanischer Wissenschaftler um Mark Beers erstellte Beers-Liste. Im Jahr 2003 wurde die bisher letzte Aktualisierung der Beers-Liste publiziert, in der potenziell unangebrachte Arzneimittel für ältere Menschen zusammengestellt waren, die sowohl in der ambulanten Versorgung sowie in Pflegeheimen möglichst nicht verwendet werden sollten. Die daraus resultierende Liste umfasst insgesamt 48 Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen, die unabhängig von der zugrunde liegenden Diagnose bei älteren Menschen als unangebracht gelten. Ein zweiter Teil der Liste enthält Arzneimittel, die bei spezifischen Erkrankungen vermieden werden sollten. Ein Großteil dieser Medikamente sind Mittel, die das Nervensystem beeinflussen (z. B. Flurazepam, Amitriptylin, Promethazin, Diazepam). Die Adaption der „Beers-Liste“ für den deutschen Arzneimittelmarkt wäre eine Möglichkeit, die Arzneimittelsicherheit bei älteren Menschen zu erhöhen. In der Tabelle 10 wird eine entsprechende Übersicht angeboten:

Tabelle 10: Übersetzte Beers-Liste mit den in Deutschland verfügbaren Präparaten

Wirkstoff/Wirkstoffgruppe	Bedenken bei älteren Patienten	Bewertung
Indometacin (Indomet)	NSAR mit den meisten zentralnervösen UAW	++
Muskelrelaxanzien/Spasmolytika: Methocarbamol (Ortoton), Oxybutynin (Dridase)	Die meisten Muskelrelaxanzien und Spasmolytika werden von älteren Patienten nicht gut vertragen (Sedierung, Schwäche aufgrund anticholinergere Effekte)	++
Flurazepam (Staurodorm Neu)	Sehr lange Halbwertszeit (mehrere Tage) bei älteren Patienten, lange Sedierung und infolgedessen erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko	++
Trizyklische Antidepressiva: Amitriptylin (Saroten), Doxepin (Aponal)	Starke anticholinerge und sedierende Effekte	++
Kurzwirksame Benzodiazepine (höhere Dosen): >3 mg Lorazepam (Tavor), >60 mg Oxazepam (Adumbran), >2 mg Alprazolam (Xanax), >15 mg Temazepam (Planum), >0,25 mg Triazolam (Halcion)	Erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Benzodiazepinen im Alter	++
Langwirksame Benzodiazepine: Chlordiazepoxid (Librium), Diazepam (Valium), Dikaliumclorazepat (Tranxilium)	Lange Halbwertszeit (mehrere Tage) bei älteren Patienten, lange Sedierung und infolgedessen erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko	++
Digoxin (Lanicor) in Dosen >0,125 mg/d (Ausnahme: Behandlung von Vorhoffarrhythmien)	Bei eingeschränkter Nierenfunktion toxische Effekte (Herzrhythmusstörungen, gestörtes Farbsehen, Verwirrtheit)	+

Fortsetzung nächste Seite

Wirkstoff / Wirkstoffgruppe	Bedenken bei älteren Patienten	Bewertung
Methyldopa (Presinol)	Kann bei älteren Patienten Bradykardien oder Depressionen auslösen	++
Reserpin (Briserin N) in Dosen >0,25 mg	Depression, Impotenz, Sedierung und orthostatische Hypotension	+
Magen-Darm-Spasmolytika: Atropinsulfat (Dysurgal) u.ä.	Starke anticholinerge Effekte möglich, unsichere Wirksamkeit.	++
Anticholinergika, Antihistaminika: Chlorphenamin (Balkis), Diphenhydramin (Dolestan), Hydroxyzin (Atarax), Cyproheptadin (Peritol), Promethazin (Atosil), Dexchlorpheniramin (Polaronil)	Viele (auch nichtverschreibungspflichtige) Antihistaminika besitzen starke anticholinerge Wirkungen; Verwirrtheitszustände, Sedierung bei Diphenhydramin möglich (nicht als Hypnotikum einsetzen)	++
Mutterkornalkaloide: Dihydroergotoxin mesilat (Hydergin)	Wirksamkeit unsicher	+
Eisen-(II)-sulfat (Plastulen) in Dosen >325 mg/d	Erhöhtes Obstipationsrisiko	+
Barbiturate (außer Phenobarbital, außer bei Epilepsie): Thiopental (Trapanal)	Hohes Abhängigkeitspotenzial, stärkere UAW als andere Sedativa/Hypnotika	++
Pethidin (Dolantin)	Verwirrtheitszustände, Nachteile gegenüber anderen Narkotika	++
Ticlopidin (Tiklyd)	Thrombozytenaggregationshemmer mit starken UAW (z. B. Agranulozytose), Wirksamkeit nicht besser als bei ASS	++

Starke (++) oder geringe (+) Ablehnung. Abkürzungen: UAW = unerwünschte Arzneimittelwirkung, NSAR = nicht-steroidale Antirheumatika, ASS = Acetylsalicylsäure)

Quelle: Nach Fick et al. 2003

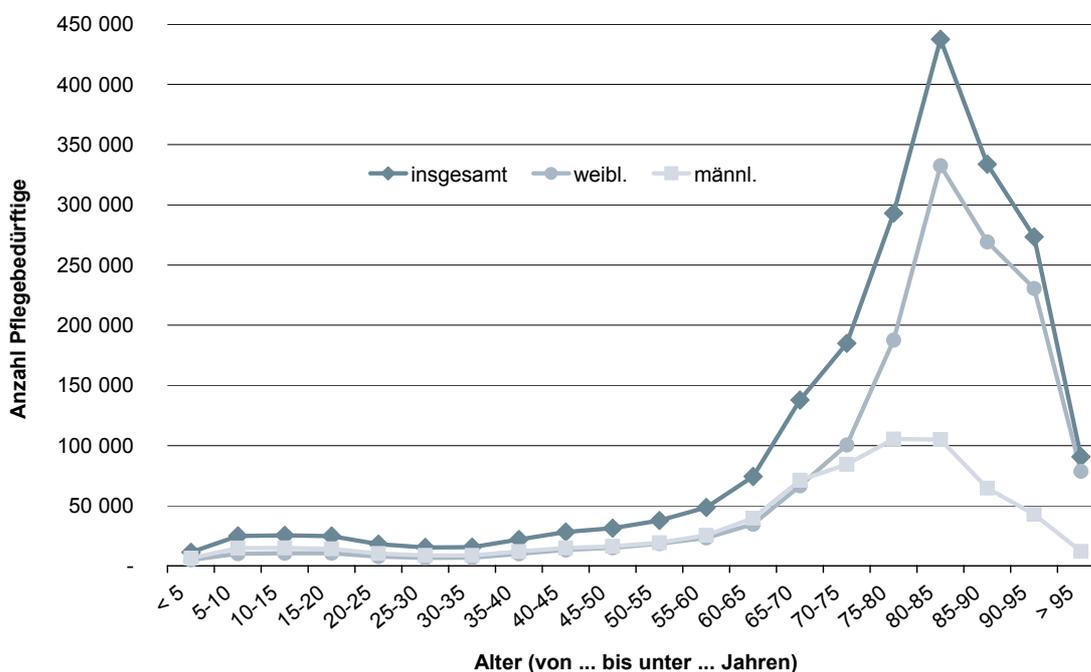
80. Eine 2005 veröffentlichte Querschnittsstudie untersuchte den Gebrauch unangebrachter Arzneimittel bei älteren Menschen in acht europäischen Ländern (Tschechische Republik, Dänemark, Finnland, Island, Italien, Niederlande, Norwegen und Großbritannien). Insgesamt nahmen 19,8 % der Teilnehmer mindestens ein unangebrachtes Arzneimittel innerhalb der letzten 7 Tage ein. Die höchste Prävalenz wurde aus der Tschechischen Republik berichtet (41,1 %) und die niedrigste mit 5,8 % aus Dänemark. Neben einer unterschiedlichen Verordnungspraxis führen die Autoren diese Varianzen auf die jeweiligen Zulassungen innerhalb der einzelnen Länder zurück. Zwischen 31,6 % (Norwegen) und 70,9 % (Italien) der analysierten Arzneimittel waren in den jeweiligen europäischen Ländern zugelassen. Ein wichtiger Kritikpunkt an der Beers-Liste ist allerdings, dass bisher wenig bzw. un schlüssige Evidenz dafür vorliegt, dass die Nicht-Verordnung von unangebrachten Medikamenten zur Reduktion der Mortalität oder der Krankenhausaufnahmefrequenz führt. Grundsätzlich fehlen randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), die als Mittel der Wahl für einen Nutznachweis gelten,

und die zeigen, dass ein Screening auf die Verordnung der entsprechenden Arzneimittel bzw. ihre Vermeidung zu einem patientenrelevanten Nutzen führt. Daher ist die Forderung überfällig, dass Arzneimittel an den Patientenpopulationen geprüft werden müssen, die auch nach der Zulassung eines Arzneimittels überwiegend mit diesen Mitteln behandelt werden. Bei Kindern ist in der Zwischenzeit seit dem Januar 2007 eine europäische Regelung in Kraft, die Zulassungsstudien bei Kindern fordert, wenn die jeweiligen Arzneimittel in der Pädiatrie als notwendig klassifiziert werden. Bei dem vom Umfang weit größeren Problem der adäquaten Arzneimittelversorgung für ältere Menschen steht eine solche verpflichtende Regelung nach wie vor aus.

5.3 Pflegebedürftigkeit im Alter

81. Pflegebedürftigkeit ist in den Gesellschaften des langen Lebens zu einem weiteren bestimmenden Gesundheitsrisiko geworden. Der Zustand eines Menschen mit Pflegebedarf ist durch ein Höchstmaß körperlicher, psychischer und sozialer Vulnerabilität gekennzeichnet, die dazu führt, dass der Lebensalltag nur mit fremder Hilfe aufrechterhalten werden kann. Obgleich nicht übersehen werden darf, dass auch Kinder oder junge Erwachsene u. a. nach einem Unfall schwerst pflegebedürftig sein können, zeigen die altersspezifischen Pflegequoten, dass Pflegebedürftigkeit im Alter kumuliert. 82 % aller Pflegebedürftigen sind 65 Jahre alt oder älter. Jeder dritte Pflegebedürftige in Deutschland hat das 85. Lebensjahr bereits überschritten. Im Alter über 90 Jahre ist die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland pflegebedürftig. Frauen sind häufiger als Männer betroffen. Pflegebedürftigkeit muss in Zukunft als spezifisches Gesundheitsrisiko von Frauen und Männern behandelt werden, die hochaltrig werden. Pflegebedürftigkeit ist eine Gesundheitslage, die im Vergleich zu anderen Erkrankungsrisiken komplexere Versorgungsanforderungen in medizinischen, pflegerischen, hauswirtschaftlichen, sozialen und weiteren Bereichen auslöst.

Abbildung 5: Pflegebedürftige nach Alter und Geschlecht im Jahr 2005



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a

82. Derzeit sind 2,13 Millionen Bundesbürger pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Bislang liegt dem PflegeVG ein somatisch verengter Pflegebegriff zugrunde, in dem Pflege auf Unterstützung bei körperorientierten Selbstversorgungs- und Funktionseinbußen reduziert ist. Er benachteiligt Menschen mit anders gelagertem, etwa durch kognitive und soziale Funktionseinbußen verursachten Pflegebedarf – so vor allem demenziell und psychisch Erkrankte. Zu einer Erweiterung des verengten Pflegeverständnisses zu gelangen, wurde daher seit langem gefordert. Ein vom BMG eingesetzter Beirat hat nunmehr – basierend auf einer Analyse unterschiedlicher Pflegebedürftigkeitsbegriffe - Vorschläge für einen neuen Begriff und für ein neues Begutachtungsinstrument vorgelegt. Das neue Instrument vermeidet die Reduzierung von Pflegebedürftigkeit auf Hilfebedarf bei den Alltagsverrichtungen. Es berücksichtigt Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Funktionseinschränkungen in folgenden Bereichen: (1) Mobilität, (2) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, (3) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, (4) Selbstversorgung (Nahrungsaufnahme, sich Kleiden, Körperpflege, Ausscheidungen), (5) Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen, (6) Gestaltung des Alltagslebens und (7) soziale Kontakte, (8) außerhäusliche Aktivitäten, Haushaltsführung.

Als konstitutiv für Pflegebedürftigkeit gelten die ersten sechs Bereiche. Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten und der Haushaltsführung hingegen werden als Hilfebedürftigkeit verstanden, da der daraus resultierende Bedarf primär nicht pflegerischen, sondern hauswirtschaftlichen oder sozialen Charakter hat.

Im Unterschied zum heutigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab für Pflegebedürftigkeit nicht mehr die erforderliche Pflegezeit, sondern die Selbständigkeit einer Person. Damit ist der tatsächliche Unterstützungsbedarf Pflegebedürftiger besser abbildbar und eine Grundlage für eine angemessene Pflegeplanung geschaffen. Mit den vorgelegten Vorschlägen für einen neuen Pflegebegriff und ein neues Begutachtungsinstrument dürfte es möglich sein, die Bedarfsgerechtigkeit der pflegerischen Versorgung deutlich zu verbessern. Der Rat empfiehlt, die Vorschläge des Beirats gesetzlich zu verankern und die Umsetzung zu initiieren.

83. Über die Determinanten, die letztendlich eine Pflegebedürftigkeit auslösen, ist heute noch wenig bekannt. Dieses Erkenntnisdefizit erschwert die Begründung eines Pflegebedarfs und führt dazu, dass im heutigen Bewertungsverfahren die pflegebegründende Diagnose oft einer Validität entbehrt. Psychische und Verhaltensstörungen stellen die häufigste pflegebegründende Diagnosehauptgruppe dar, wobei die Bedeutung mit Höhe der Pflegestufe deutlich ansteigt. Auch Krankheiten des Nervensystems und Neubildungen gewinnen mit steigender Pflegestufe als pflegebegründende Diagnose an Bedeutung, wobei sie bei Männern in allen Pflegestufen einen deutlich höheren Anteil aufweisen als bei Frauen. Bei Frauen hingegen kommen den Krankheiten des muskuloskelettalen Systems und des Bindegewebes, die besonders häufig in Pflegestufe I die pflegebegründende Diagnose darstellen, eine größere Bedeutung zu. Meist leiden ältere Menschen nicht nur unter einer, sondern mehreren chronischen Gesundheitsbeeinträchtigungen. Das Auftreten von Mehrfacherkrankungen stellt ein erhöhtes Risiko für funktionelle Einbußen dar. Diese verstärken sich in komplexer Weise und führen bei hochbetagten Menschen oft zu Pflegebedürftigkeit. Der Rat empfiehlt, die interdisziplinäre Forschungen zu den Ursachen des Auftretens einer Pflegebedürftigkeit auszubauen.

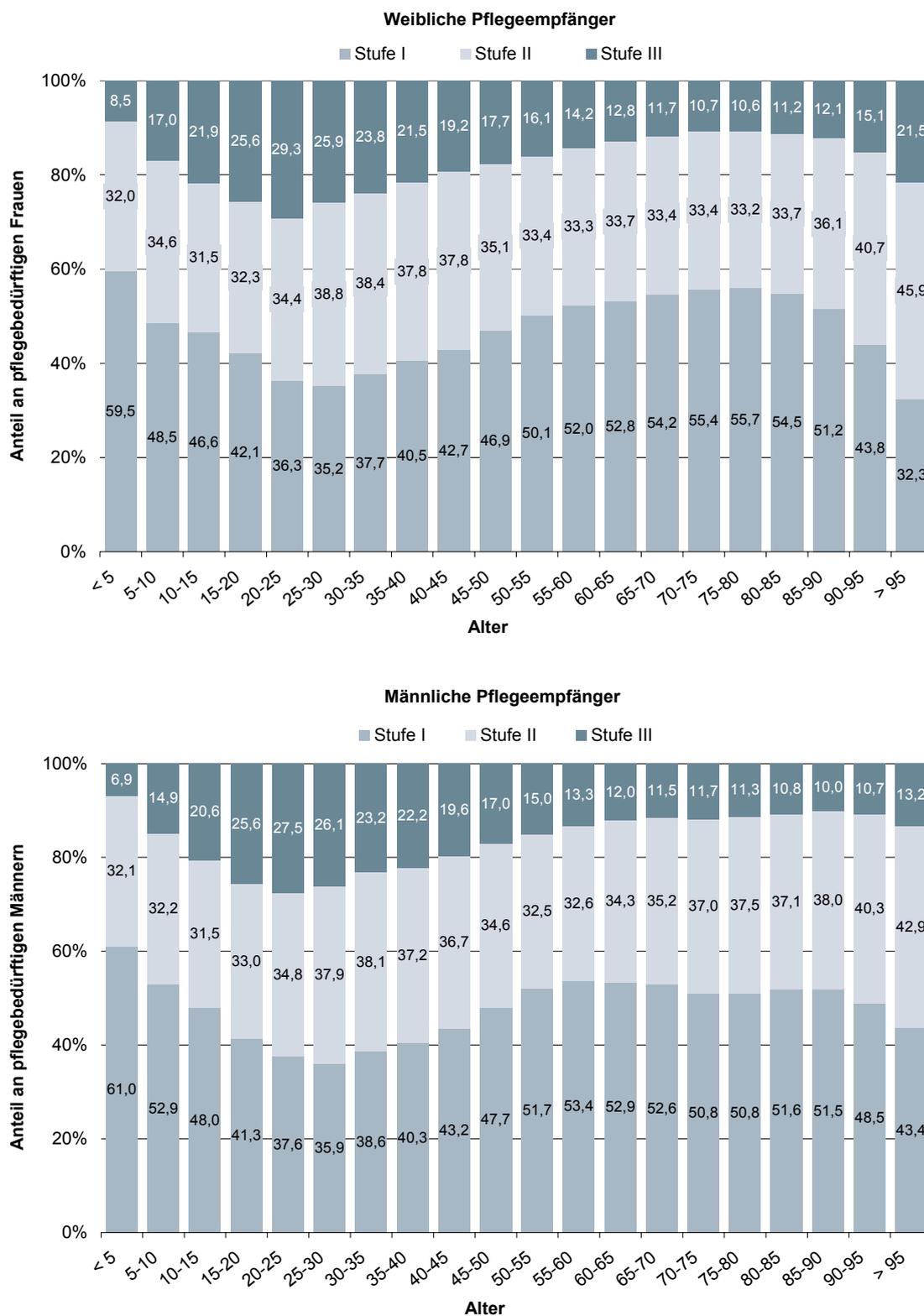
84. Die Lebenssituation eines pflegebedürftigen alten Menschen ist gekennzeichnet durch Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen Duschen/Waschen, gefolgt von An- und Ausziehen, der Toilettennutzung und der Nahrungsaufnahme. Abhängig von der Hilfe anderer sind Pflegebedürftige aber auch bei der Verrichtung instrumenteller Aktivitäten, wie Einkaufen, Saubermachen, Mahlzeitenzubereitung und der Regelung finanzieller Angelegenheiten. Das Ausmaß funktioneller Einschränkungen zeigt sich noch deutlicher bei pflegebedürftigen Menschen in stationären Einrichtungen. Hier haben 90 % der Bewohner Schwierigkeiten mit dem Duschen und Waschen, 50 % beim

An- und Ausziehen, Wasser/Stuhl halten, selbständiger Toilettennutzung und im Zimmer umhergehen und 40 % können nicht mehr eigenständig essen und trinken. An diesen Charakteristika einer Pflegeabhängigkeit zeigt sich ebenfalls die besondere Komplexität der eingetretenen Versorgungssituation, die komplexer Antworten und integrierter Abläufe aufseiten der versorgenden Institutionen bedarf.

85. Der Gesamtanteil von Pflegebedürftigen an der Bevölkerung in Deutschland im Sinne des SGB XI hat sich in den letzten Jahren nur geringfügig erhöht. Interessant ist allerdings, dass sich die „Pflegequote“ im Vergleich der einzelnen Bundesländer stark unterscheidet. Die höchste Pflegequote zeigt sich mit 3,06 % in Bremen und Sachsen-Anhalt, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 3,00 %. Die niedrigste Pflegequote weist Baden-Württemberg mit 2,10 % auf, gefolgt von Hamburg (2,38 %) und Rheinland-Pfalz (2,41 %). Auf kommunaler Ebene variiert die Pflegequote zwischen weniger als 1,60 % (Landkreise Böblingen und Tübingen in Baden-Württemberg sowie Erding und Freising in Bayern) bis hin zu mehr als 4,00 % (Landkreis Osterode in Niedersachsen, Werra-Meißner-Kreis in Hessen, kreisfreie Städte Passau und Hof in Bayern). Für die Sozial- und Pflegeplanung geben diese Zahlen in Verbindung mit Angaben zu den Entwicklungen der über 75-Jährigen an der Bevölkerung den kommunal Verantwortlichen deutliche Hinweise auf die zu erwartenden Anforderungen und Bedarfslagen. Der Rat empfiehlt eine stärkere Verantwortungsübernahme der Kommunen für die Absicherung einer bedarfsdeckenden Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter und die vorausschauende kommunale Planung eines Versorgungsmixes sowie eine zugehende Unterstützung und Beratung für ältere und alte Anwohner zu Effektivität und Effizienz wohnortnaher Versorgungsangebote.

86. Von den 2,13 Millionen Pflegebedürftigen in Deutschland sind mit 1,07 Millionen über die Hälfte in Pflegestufe I eingruppiert. Pflegestufe II liegt bei 768 093 und Pflegestufe III bei 280 693 Personen vor. Mit steigendem Lebensalter steigt bei Frauen der Anteil in den Pflegestufen II und III. Bei Männern bleibt die Verteilung im Altersgang eher konstant (vgl. Abbildung 6).

Abbildung 6: Anteile der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt 2007a

Je höher die Pflegestufe, desto kürzer ist die Überlebensdauer der Betroffenen, und trotzdem zeigt sich, dass Pflegebedürftigkeit ein oft lang andauernder Zustand ist, denn im Median liegt die Überlebensdauer der Frauen, die eine Pflegestufe I haben, bereits bei 39 Monaten und bei den so eingestuften Männern bei 25 Monaten. Auch wenn die durchschnittliche Überlebenszeit eines Pflegebedürftigen mit einer Stufe III auf 2 Monate sinkt, kann nicht übersehen werden, dass immer noch 10 % der Männer 25 Monate und der Frauen mit diesem Pflegebedarf sogar noch 29 Monate leben. Frauen haben im Vergleich zu Männern eine generell längere Überlebensdauer bei Pflegebedürftigkeit. Für die Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens heißt das zum einen, der geschlechtsspezifischen Versorgungssituation im Alter Rechnung zu tragen und zum anderen die lang dauernde Versorgung von Pflegebedürftigen im Alter als ein wesentliches Versorgungsziel zu implementieren. Das bedeutet aber auch, die Frage danach zu stellen, was den altersgewandelten Gesellschaften eine gute Pflege wert ist und im Dialog mit den Betroffenen die Prämissen einer guten Pflege zu erarbeiten, einschließlich der Themen Palliativpflege und würdevolles Sterben. Der Rat empfiehlt allen Verantwortlichen im deutschen Gesundheitswesen, Möglichkeiten für solche Auseinandersetzungen bereitzustellen, die Verantwortung hierbei nicht den Ärzten oder der Pflege allein zu überlassen und eine offene Diskussion u. a. zu Patientenverfügungen, Patientenrechten oder Sterbebegleitung zu unterstützen. Dies unter anderem auch deswegen, weil glaubhaften Modellrechnungen zufolge die Zahl der Personen, die in Zukunft mit einer Pflegebedürftigkeit leben müssen, erheblich zunimmt.

87. Die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit in Deutschland verdeutlichen, dass der Pflegesektor auch in Zukunft mit einer erheblichen Dynamik zunimmt. Dieser Befund gilt unabhängig von Veränderungen des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, da potenzielle Verbesserungen das Wachstum zwar einschränken, aber nicht aufhalten können.

Ein Überblick über alternative Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen bis zum Jahre 2050 zeigt, dass die vom Sachverständigenrat ermittelten Werte mit den Größenordnungen vergleichbarer Schätzungen weitgehend übereinstimmen. Für das Jahr 2030 reicht die Bandbreite der Status quo-Prognosen zwar von 2,61 bis 3,36 Millionen Pflegebedürftigen, bezogen auf die aktuelleren Vorausberechnungen zum Basisjahr 2005 bzw. 2007 verkürzt sich die Spanne aber auf 3,09 bis 3,36 Millionen, wobei die vom Rat prognostizierten 3,28 Millionen dazwischen liegen. Bei den Prognosen, die auf der Annahme der Morbiditätskompression aufbauen, gelangt das Statistische Bundesamt mit 2,95 Millionen Pflegebedürftigen nahezu zum gleichen Ergebnis wie der Rat (2,93 Millionen).

Für das Jahr 2050 weist die Status quo-Prognose des Rates mit 4,35 Millionen die höchste Zahl an Pflegebedürftigen auf, andere neuere Vorausberechnungen erreichen aber ebenfalls Größenordnungen von um oder über 4 Millionen.

Tabelle 11: Übersicht über Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigen (in Millionen)

Prognose	Jahr	Basisjahr	2010	2020	2030	2040	2050
Eigene Berechnung	SQ ¹		2,38	2,86	3,28	3,77	4,35
	KT ²	2,24 (2007)	2,35	2,69	2,93	3,19	3,50
Rothgang 2001	SQ	1,86 (2000)	2,13	2,47	2,71	2,98	-
	KT	1,85 (2000)	2,01	2,21	2,38	2,59	-
Statistisches Bundesamt 2008	SQ		2,40	2,91	3,36	-	-
	KT	2,13 (2005)	2,30	2,68	2,95	-	-
Rürup-Kommiss. 2003	SQ	1,90 (2002)	-	-	3,10	3,40	-
Blinkert/Klie 2001	SQ	1,81 (1998)	2,21	2,58	2,81	3,11	3,45
Dietz 2002	SQ	1,82 (2000)	2,04	2,37	2,61	2,87	3,17
Otnad 2003	SQ	2,01 (2002)	-	-	3,11	-	4,00
Häcker/Raffelhüschen 2006	SQ	1,93 (2004)	-	-	-	-	3,79
Häcker et al. 2005	SQ	1,97 (2005)	2,21	2,70	3,09	3,60	4,25

¹ Status quo-Prognose; ² Prognose bei Annahme der Morbiditätskompressionsthese

Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a; Rothgang 2001; Statistisches Bundesamt 2008; Rürup-Kommission 2003; Blinkert/Klie 2001; Dietz 2002; Otnad 2003; Häcker et al. 2005; Häcker/Raffelhüschen 2006, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Derzeitige Prognosen bedürfen einer Anpassung, wenn die Empfehlungen aus dem am 26. Januar 2009 veröffentlichten Gutachten des Beirates zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs umgesetzt werden und der Begriff der Pflegebedürftigkeit eine Erweiterung erfährt. Insgesamt gesehen kann auf der Basis der Prognosen kein Zweifel bestehen, dass die Entwicklung der Pflegebedürftigen die Gesundheitspolitik künftig mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert.

6. Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung

88. Bereits in vergangenen Gutachten (GA 2000/2001, III.1-7.4.7; GA 2003, II-6) hat der Rat nachdrücklich darauf hingewiesen, dass die mit dem dargestellten demografischen Wandel einhergehende Veränderung des Morbiditätsspektrums zielgerichtete Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen erforderlich macht. Statt (allein) in der Akutversorgung der Bevölkerung besteht die wichtigste Aufgabe in Zukunft in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters und in einem Konzept einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung, die den sich wandelnden Bedürfnissen im Lebensverlauf von Patienten entspricht. Die Koordination der Versorgung wird dabei zum leitenden Prinzip. Hausärztliche, ambulante und stationäre fachärztliche sowie pflegerische Behandlungsleistungen müssen im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation mit Angeboten zur Prävention³, zur Rehabilitation, zur Arzneimittelversorgung sowie mit Leistungen von sozialen Einrichtungen und Patientenorganisationen sinnvoll verzahnt werden.

In diesem Kapitel werden die derzeitige Situation und der Handlungsbedarf in der hausärztlichen, fachärztlichen, pflegerischen und Arzneimittelversorgung zusammengefasst. Anschließend werden verschiedene Konzepte unter besonderer Berücksichtigung des Managed Care-Ansatzes bezüglich ihrer Eignung für die Sicherstellung einer generationenspezifischen und populationsbezogenen Versorgung im deutschen Gesundheitswesen analysiert (Kapitel 7). Schließlich wird ein Zukunftskonzept einer koordinierten und populationsbezogenen Versorgung dargestellt, das auf der Basis dieser Analyse entwickelt wurde (Kapitel 8).

6.1 Hausärztliche Versorgung

89. Die hausärztliche Versorgung erfüllt im deutschen Gesundheitswesen wesentliche Funktionen der gesundheitlichen Primärversorgung. Auf ihre nachhaltige Funktionsfähigkeit kommt es daher entscheidend an, um die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung in Deutschland sichern zu können. Die gesonderte Betrachtung der hausärztlichen Versorgung erscheint derzeit besonders notwendig, weil auf der einen Seite ihre Nachhaltigkeit nicht gesichert erscheint (u. a. „Nachwuchsmangel“), auf der anderen Seite mit dem demografischen Wandel und der Veränderung des Krankheitsspektrums

³ Hierbei sind vor allem sekundär- und tertiärpräventive Optionen, weniger die oft setting-spezifischen primärpräventiven Ansätze gemeint.

der Bevölkerung gerade auf die primärmedizinische Versorgung der häufigen Gesundheitsprobleme besondere Herausforderungen zukommen.

Das deutsche Gesundheitswesen ist derzeit immer noch stark von Mustern der Akutmedizin und der fachspezialistischen Versorgung geprägt. Während traditionell den fachspezialistischen Interventionen eine hohe Bedeutung für die Versorgung chronischer Erkrankungen zugesprochen wird, ist die Bedeutung lebenslanger Begleitung chronisch kranker Patienten im Bereich der Primärversorgung zu wenig beachtet worden. Dies gilt, obwohl gleichzeitig in diesem Bereich die meisten Probleme der Patienten gelöst werden, und obwohl weltweit in diesem Versorgungsbereich durch die Einführung von Konzepten strukturierter und gestufter Versorgung wichtige Fortschritte erreicht wurden. In Deutschland muss hierbei – trotz der Etablierung einiger Disease Management-Programme – ein Innovationsstau verzeichnet werden, der sich weiter dramatisch verschärft, wenn die drohende Unterversorgung im hausärztlichen Bereich nicht bewältigt werden kann. Es wird daher in diesem Gutachten ein Konzept der hausärztlichen Versorgung als wichtiges Element einer populationsbezogenen Versorgung vorgeschlagen, das insbesondere den individuellen Belangen der wachsenden Zahl chronisch Erkrankter gerecht wird, und zudem die – angesichts der Reichweite der hausärztlichen Versorgung kaum anders zu lösenden – präventiven Möglichkeiten ausschöpft.

Begriffsbestimmungen

90. Da die Begriffe Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung und Primärversorgung sowie die verschiedenen Bezeichnungen der beteiligten ärztlichen Fachgruppen (Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin sowie Praktische Ärzte) häufig für Verwirrung sorgen, werden diese in folgender Übersicht knapp erläutert:

Tabelle 12: Begriffsbestimmungen

Fachdisziplin/Versorgungsbereich	
Allgemeinmedizin	Medizinische Fach- bzw. Wissenschaftsdisziplin mit eigenen Merkmalen, Kernkompetenzen und Umsetzungsbereichen bzw. Tätigkeitsgebieten. Pflichtfach im deutschen Medizinstudium. International: <i>general practice</i> bzw. <i>family medicine</i> .
Hausärztliche Versorgung	In Abgrenzung zur fachärztlichen Versorgung definierter Tätigkeitsbereich nach § 73 Abs. 1 SGB V: „Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung.“
Primärversorgung	Bereich medizinischer Grundversorgung, in dem die primäre (auch durch ungefilterte Erstinanspruchnahme), umfassende und individuelle Versorgung aller Gesundheitsanliegen erfolgt. Die Primärversorgung umfasst die niedrigschwellige Betreuung auch durch andere Gesundheitsberufe und auch innerhalb von Familien sowie kommunalen Strukturen. International: <i>primary (health) care</i> .
In diesen Versorgungsbereichen tätige ärztliche Fachgruppen⁴	
Praktische Ärzte	Ärzte ohne Weiterbildung in einem der nachfolgenden Gebiete (entweder ohne abgeschlossene Weiterbildung oder mit Weiterbildung in einem anderen, nicht zur hausärztlichen Versorgung geeigneten Fachgebiet). Da nicht mehr zur Niederlassung berechtigt, rückläufige Zahlen. 2007 = 7 928 vertragsärztlich tätige Praktische Ärzte (1997 noch 15 640).
Fachärzte für Allgemeinmedizin	Fachärzte mit fünfjähriger strukturierter Weiterbildung in Kliniken und Praxen nach Weiterbildungsordnung und bestandener Facharztprüfung, zur Niederlassung im hausärztlichen Bereich berechtigt. 2007 = 34 798 vertragsärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin.
Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlich tätig)	Fachärzte für Innere Medizin, die sich für die hausärztliche Versorgung entschieden haben. 2007 waren 14 623 vertragsärztlich tätige Internisten hausärztlich und 7 520 fachärztlich tätig. Nach einer Entschließung des Deutschen Ärztetags 2007 sollen Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt aufgrund fehlender ambulanter Weiterbildung im hausärztlichen Bereich zukünftig nur noch in Kliniken tätig werden.
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin (Hausarzt)	Vom Deutschen Ärztetag 2003 zur Überwindung der getrennten Weiterbildung von Fachärzten für Allgemeinmedizin einerseits und hausärztlich tätigen Fachärzten für Innere Medizin andererseits neu eingeführte Facharztbezeichnung (inzwischen durch 16 von 17 Landesärztekammern in jeweilige Weiterbildungsordnungen umgesetzt ⁵). Voraussetzungen: Fünfjährige Weiterbildung (3 Jahre Innere Medizin, andere patientenversorgende Fächer werden angerechnet), 2 Jahre Allgemeinmedizin (davon ggf. ein halbes Jahr Chirurgie) und 80 Stunden Seminarweiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung.

Quelle: Eigene Darstellung; Arztzahlen: BÄK 2009

4 Auch Fachärzte für Pädiatrie können zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung wählen, werden hier (wegen der eindeutigen Abgrenzung) aber nicht gesondert betrachtet.

5 Die Landesärztekammern Berlin und Mecklenburg-Vorpommern haben stattdessen den bisherigen „Facharzt für Allgemeinmedizin“ beibehalten.

Stellung und Leistungskriterien innerhalb des Systems der gesundheitlichen Primärversorgung

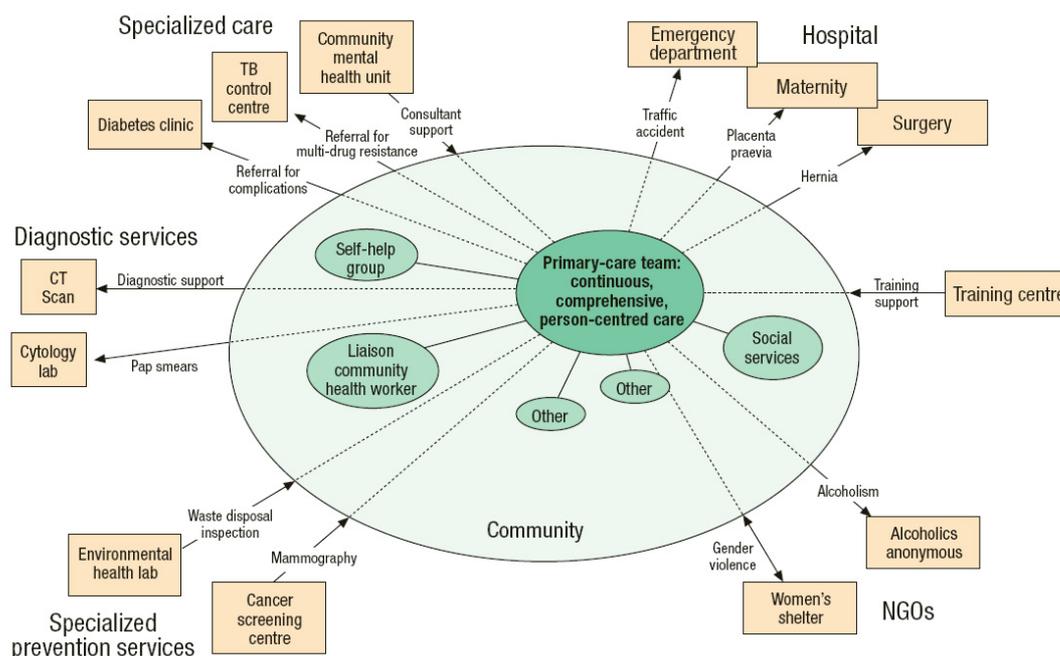
91. Primärversorgung – ein ursprünglich in Großbritannien in den 1920er Jahren entwickeltes Konzept – geht über allgemeinmedizinische bzw. hausärztliche Versorgung hinaus, indem sie unter den Gesichtspunkten der Versorgungsaufgabe, der verschiedenen Professionen und ihrer länder- und ressourcenspezifischen Ausprägungen unterschiedliche Modelle umfasst. Stellt man die Versorgungsaufgabe in den Vordergrund, kommt es u. a. darauf an, welche gewachsenen Versorgungsstrukturen zukünftig in der Lage sind, das Bedürfnis der Bürger nach primärer Versorgung aller Gesundheitsanliegen zu befriedigen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte am 14. Oktober 2008 den *World Health Report 2008* mit dem Titel „*Primary health care: now more than ever*“. Der WHO-Bericht begründet die Notwendigkeit einer starken Primärversorgung u. a. auch mit den zunehmenden Herausforderungen durch eine alternde Bevölkerung und die Zunahme chronischer Erkrankungen. Viele Gesundheitssysteme würden derzeit von einer kurzfristigen Maßnahme zur nächsten driften. Dabei sei eine zunehmende Fragmentierung der Gesundheitsversorgung zu beobachten, und ein Bewusstsein zur Vorbereitung auf die anstehenden Herausforderungen fehle häufig. Ein „*Business as usual*“ sei für Gesundheitssysteme keine gangbare Option. Die WHO fordert alle Staaten (inklusive der Industrieländer) dringend auf, ihren Gesundheitssystemen eine stärkere Primary Health Care-Orientierung (PHC) zu geben.

In aktuellen Neubewertungen der Deklaration von Alma Ata und ihrer Ziele kommen auch andere Autoren zu der Erkenntnis, dass eine „Wiederbelebung des PHC-Konzepts“ erforderlich ist. Dabei wird Primary Health Care immer wieder als ein Schlüssel für ein modernes Gesundheitssystem betrachtet, um eine gute, kosteneffektive und (verteilungs)gerechte Versorgung bereitstellen zu können.

Die WHO hat in ihrem World Health Report von 2008 erneut die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit der Koordinationsfunktion von „Primary Health Care-Teams“ betont. Abbildung 7 beschreibt deren Rolle als Teil eines wohnortnahen Netzwerks.

Abbildung 7: Primärversorgung als zentraler Teil eines wohnortnahen Netzwerks



Quelle: WHO 2008

Die folgenden Begriffe gelten in der internationalen Literatur als wesentliche Leistungskriterien der Primärversorgung: Zugänglichkeit (*accessibility*), Gleichheit (*equity*), Angemessenheit (*appropriateness*), Qualität (*quality*), Effizienz (*efficiency*), Kontinuität (*long-term continuity*), Bevölkerungsbezug (*community/public health oriented*).

Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung

92. Zur Untersuchung des Beitrags einer hausarztorientierten Versorgung zur Gesundheit der Bevölkerung hat der Rat einen Evidenzreport in Auftrag gegeben (ausführliche Fassung unter www.svr-gesundheit.de).

Sowohl die methodische Qualität der einbezogenen Übersichtsarbeiten als auch die der Primärstudien war uneinheitlich. Beides erschwert eine abschließende Bewertung der Studienlage. Insbesondere besteht ein Mangel an qualitativ hochwertigen gesundheitsökonomischen Evaluationen zu Vergleichen zwischen hausarztorientierter und spezialistenbasierter Versorgung.

In den 22 internationalen Übersichtsarbeiten, die insgesamt mehr als 1 000 Studien zusammenfassen, finden sich Belege für die Bedeutung aller Kernelemente bzw. o. g. Leistungskriterien allgemeinmedizinischer Versorgung:

Zugang: Es finden sich Untersuchungen, die belegen, dass eine hausarztorientierte Versorgung Zugangsbarrieren (einschließlich Wartezeiten) verringern kann. Es liegt weiterhin Evidenz vor, dass eine hausarztorientierte Versorgung mit geringen Zugangsbeschränkungen mit einer Verbesserung von Gesundheitsindikatoren sowie mit einer verminderten Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und einer niedrigeren Hospitalisierungsrate einhergehen. Ein vereinfachter Zugang zum Gesundheitssystem scheint auch mit einer höheren Zufriedenheit assoziiert zu sein.

Kontinuität: Für positive Effekte einer kontinuierlichen medizinischen Versorgung gab es in zahlreichen Studien Belege. Eine hohe Kontinuität in der Versorgung zeigte sich mit besseren gesundheitlichen Outcomes, höherer Patientenzufriedenheit, niedrigeren Hospitalisierungsraten, verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, weniger Laboruntersuchungen, häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen, besserer Compliance sowie geringeren Kosten assoziiert.

Arzt-Patienten-Beziehung: Eine gute Arzt-Patienten-Beziehung, die sich aus Sicht der Patienten auch durch längere Konsultationszeiten auszeichnet, steht im Zusammenhang mit einer schnelleren Genesung und Verbesserung des Gesundheitszustandes bei niedrigeren Gesundheitsausgaben durch Verringerung medizinischer Tests und seltener Überweisungen. Ärzte mit durchschnittlich längeren Konsultationszeiten verschreiben weniger Medikamente und geben eher Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Maßnahmen. Nicht zuletzt durch die längerfristige Bindung zwischen Hausarzt und Patienten wird im Rahmen einer hausarztorientierten Versorgung die Etablierung einer „gesundheitsfördernden“ Arzt-Patienten-Beziehung unterstützt.

Koordinierung: Verschiedene Veröffentlichungen zeigen einen positiven Effekt einer durch *primary care teams* koordinierten Versorgung auf ambulanter Ebene, insbesondere für Parameter der Prozessqualität, wie z. B. Angemessenheit, Kommunikation und Informationsfluss zwischen Leistungserbringern oder Zugang.

Qualität: Eine generelle Überlegenheit der Allgemeinmediziner gegenüber Spezialisten oder *visa versa* in der Patientenversorgung konnte nicht festgestellt werden. Die Studienergebnisse zeigen folgende Tendenz: allgemeinmedizinische Versorgung ist besonders bei chronischen Erkrankungen vorteilhaft, ein Versorgungsvorteil durch Spezialisten scheint bei seltenen Erkrankungen und bei einigen Akuterkrankungen zu bestehen.

Kosteneffektivität: Es wurde gezeigt, dass sich durch eine hausarztorientierte Versorgung Gesundheitsausgaben reduzieren lassen. Andererseits besteht Evidenz, dass bei komplizierten Verläufen bestimmter Erkrankungen (z. B. Asthma) die Versorgung durch Experten nicht nur mit besseren klinischen Outcomes einhergehen kann, sondern auch mit niedrigeren Gesundheitsausgaben.

Aus den internationalen und interregionalen Vergleichen von Gesundheitssystemen lässt sich erkennen, dass Länder mit einer starken Orientierung an den Merkmalen einer hausarztorientierten Versorgung hinsichtlich verschiedener Indikatoren des Gesundheitszustands der Bevölkerung im Vorteil sind.

Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgung

93. Über 90 % der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland hat einen Hausarzt, im Alter über 65 Jahre sogar 96 %. Dabei handelt es sich in 83 % der Fälle um einen Facharzt für Allgemeinmedizin. Allgemeinmediziner sind die am häufigsten konsultierte Fachgruppe. 1998 fanden 46 % aller Arztkontakte von Männern und 38 % von Frauen mit Allgemeinmedizinern statt. Patienten mit einem Hausarzt suchen diesen ca. viermal pro Jahr auf, also durchschnittlich einmal im Quartal. Personen mit geringerem sozialen Status haben häufiger einen Hausarzt als Angehörige höherer sozialer Schichten und suchen diesen auch häufiger auf. Im ersten Quartal 2005 waren 42 % der Versicherten ausschließlich beim Hausarzt, 46 % haben zuerst den Hausarzt und dann den Fachspezialisten aufgesucht, nur 11 % gingen direkt zum Fachspezialisten.

Eine Analyse von Versorgungsdaten der Gmünder ErsatzKasse (GEK) ergab, dass 92,6 % der Versicherten innerhalb eines Jahres mindestens einen ambulant tätigen Arzt aufsuchten. Jeder Versicherte hatte im Jahr durchschnittlich 17,9 Arztkontakte und frequentierte durchschnittlich 1,8 Ärzte (alle ambulanten Fachgruppen) in jedem Quartal. 54 % der Patienten nahmen innerhalb eines Jahres Ärzte aus mindestens vier Fachgruppen in Anspruch. Diese international außerordentlich hohe Kontaktfrequenz wird auch daran deutlich, dass an einem beliebigen Montag fast 8 % der Bevölkerung in Deutschland einen Arzttermin wahrnehmen. An Spitzentagen, wie dem 1. Oktober 2007, sitzen 11,75 % der Bevölkerung (= 9,7 Millionen Personen) im Wartezimmer eines Vertragsarztes (jede Vertragsarztpraxis versorgte umgekehrt an diesem Tag durchschnittlich etwa 75 Patienten). Im Jahresdurchschnitt sahen die Vertragsärzte in Deutschland die international immer noch sehr hohe Zahl von 34 Patienten pro Tag.

In dem nur bedingt repräsentativen telefonischen Gesundheitssurvey 2003 des Robert Koch-Instituts wurde die Häufigkeit der Kontakte von Patienten zu ihren Hausärzten (ohne Inanspruchnahme von Spezialisten) erfragt. Die Zahl der Kontakte nimmt mit dem Alter zu. Über 65-Jährige suchen demnach im Mittel sechsmal pro Jahr ihren Hausarzt auf, und der Anteil von Patienten, die im letzten Quartal bei ihrem Hausarzt waren, steigt von 50 % bei den unter 50-Jährigen auf 80 % bei den über 65-Jährigen an. Die Zahl der Arztkontakte pro Jahr ist bei mehrfach erkrankten gegenüber nicht mehrfach erkrankten Patienten doppelt so hoch (12 versus 6 Konsultationen pro Jahr). Dabei sind Patienten mit geringerem sozialen Status besonders häufig und früh von Multimorbidität betroffen (GA 2000/2001).

Zur ambulanten Inanspruchnahme bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen zeigen Ergebnisse des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey, dass fast jedes Kind in den ersten beiden Lebensjahren einem Kinderarzt zur Früherkennung, Beratung, Diagnostik oder Behandlung vorgestellt wird. Mit zunehmendem Alter der Kinder sinken die Inanspruchnahmeraten bei Kinderärzten jedoch bis auf 25 % bei den 14- bis 17-Jährigen. Zugleich steigt die Rate bei Allgemeinmedizinerinnen von 12 % auf 53 %. In ländlichen Regionen liegt die Inanspruchnahmerate der Kinderärzte deutlich unter der in Großstädten.

Krankheitslast chronischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis

94. Die hohe Prävalenz der Einzelerkrankungen sowie das hohe Ausmaß an Komorbiditäten und Hochrisikokonstellationen in der Hausarztpraxis führen zu einer hohen Routinebelastung und zu komplexen Anforderungen an Therapie und langfristiges Management dieser Patienten, die vom Hausarzt bewältigt werden müssen. Insbesondere die hohe Prävalenz kardiovaskulärer Risikofaktoren zeigt die Bedeutung des Hausarztes für (sekundär)präventive Aufgaben in diesem Bereich. So wurden beispielsweise in der DETECT-Studie u. a. Stichtagsprävalenzen von 37 % für Hypertonie, 12 % für Koronare Herzkrankheit (KHK) und 15 % für Diabetes mellitus (vor allem Typ 2), die jeweils mit dem Alter zunahmten, festgestellt. Die Mehrzahl der betroffenen Patienten aller Altersstufen wies gleichzeitig mehr als eine der genannten Erkrankungen auf. Bei etwa 60 % der Patienten lagen gleichzeitig drei oder mehr kardiovaskuläre Risikofaktoren vor, d. h. es handelte sich um Hochrisikopatienten. Im ADT-Panel des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (n=71 915 hausärztliche Patienten) wiesen im ersten Quartal 2008 31 % der Patienten die Abrechnungsdiagnose Hypertonie, 23 % eine Hyperlipoproteinämie, 10 % eine KHK und 9 % einen Diabetes mellitus Typ 2 auf.

Herausforderungen für die hausärztliche Versorgung

Die hausärztliche Versorgung steht in Deutschland wie auch in vielen anderen entwickelten Ländern vor erheblichen Herausforderungen. Neben der Zunahme der Versorgungslast durch chronische Krankheit und Multimorbidität ist hier auch der bereits deutlich erkennbare Nachwuchsmangel zu nennen. Im Folgenden sollen einige wichtige Herausforderungen genauer betrachtet werden. Inwieweit es gelingt, diese anzunehmen bzw. zu bewältigen, wird für die Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung von erheblicher Bedeutung sein.

Sicherung des hausärztlichen Nachwuchses

95. In einer Studie der Berliner Charité wurde von Studierenden im Praktischen Jahr nur von 7 % der Befragten Allgemeinmedizin als Facharzttrichtung erster Wahl angegeben. Es werden verschiedene Faktoren, die eine Entscheidung für eine Tätigkeit als niedergelassener Hausarzt erschweren können, benannt. Hauptursache ist eine antizipierte Unzufriedenheit mit den ärztlichen Arbeitsbedingungen.

Die Notwendigkeit einer nicht unerheblichen persönlichen Verschuldung bei Praxisneugründungen oder (heute häufigerem) „Einkauf“ in eine Praxis wird vielfach als Belastung gesehen. Dies führt schon jetzt dazu, dass eine Tätigkeit im Angestelltenverhältnis als attraktive Alternative zu einer Niederlassung in eigener Praxis angesehen wird.

Zukünftige Hausärztinnen, aber auch männliche Nachwuchsärzte, werden voraussichtlich weniger als ihre Vorgängergenerationen bereit sein, die traditionell sehr hohen Wochenarbeitszeiten in der eigenen Praxis zu akzeptieren. So ist schon jetzt deutlich, dass häufiger als bisher Teilzeitbeschäftigungen bevorzugt werden. Diese Entwicklung muss zukünftig auch bei der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. Selbst bei Aufrechterhaltung gleicher Niederlassungszahlen („Köpfe“) dürfte aufgrund unterschiedlicher Vollzeitäquivalente (geringerer Arbeitsumfang auch bei voller Zulassung) die damit gegebene tatsächliche Versorgungskapazität sinken.

Der generelle Wandel sozialer Rollen (hier des Arztberufes) und der zukünftig höhere Anteil von Hausärztinnen könnte dazu führen, dass es schwerer wird, Nachwuchsmedizinerinnen insbesondere für eine Tätigkeit in ländlichen Regionen zu gewinnen, da beispielsweise eine unzureichende Infrastruktur (Kindergärten, Schulen, kulturelle Angebote, Verkehrsanbindungen, adäquate Arbeitsplätze für Lebenspartner) die Ansiedlungsbereitschaft reduziert.

Die Allgemeinmedizin ist als Fach insgesamt heterogener als andere, oft auf ein Organsystem (z. B. Kardiologie, Augenheilkunde) oder eine Technik (z. B. Radiologie, Labormedizin) bezogene Disziplinen. Die von Patienten durchaus geschätzte Vielfalt erschwert die Ausbildung einer gemeinsamen Identität. Auch die Größe der Fachgruppe (insgesamt rund 58 000 hausärztlich tätige Ärzte) behindert eine gemeinsame, identitätsstiftende Orientierung innerhalb des Fachs und eine klar profilierte, nachvollziehbar attraktive Außendarstellung (u. a. gegenüber dem potenziellen Nachwuchs, anderen Fachgruppen, Kostenträgern etc.).

Arbeitsbedingungen am Beispiel Kontaktzahlen und Dokumentation

96. Bewertet man die in Deutschland hohe Zahl kurzer Arzt-Patienten-Kontakte im internationalen Vergleich, spiegelt dies unter der Perspektive einer erwünschten kontinuierlichen, vorgeplanten und durch evidenzbasierte Leistungen gekennzeichneten Versorgung eine hohe Fragmentierung wider. Wenn gleichzeitig 80 % der hausärztlichen Patientenkontakte sich eigentlich auf Patientenangelegenheiten im Bereich chronischer Erkrankungen beziehen, scheint hier ein noch von der Akutmedizin geprägtes Inanspruchnahmestandard („Tyrannei des Dringlichen“) vorzuliegen, das auch den Hausarzt unzufrieden lässt, weil er seine Qualifikationen kaum anwenden kann. Dabei geraten meist unzureichend geplante Konsultationen in Konflikt zu den Erfordernissen einer durchdachten und geplanten Versorgung und Betreuung chronisch Erkrankter. Selbst Konsultationen von durchschnittlich 15 Minuten Dauer (was deutlich über dem deutschen Durchschnitt liegt) reichen nicht aus, um die präventiven und beratenden Aufgaben zu erfüllen, die bei vielen chronisch Kranken erforderlich sind. Es wurde zudem gezeigt, dass pro hausärztlicher Konsultation bei älteren Patienten durchschnittlich 3,88, bei Patienten mit Diabetes sogar 4,6 unterschiedliche Gesundheitsprobleme bzw. Beratungsanlässe versorgt werden müssen – dies erfordert eine sorgfältige Planung und Prioritätensetzung bei der Umsetzung von entsprechenden Betreuungskonzepten chronischer Erkrankungen.

Die hausärztliche Dokumentation muss zukünftig nicht nur den Gesundheitsverlauf des individuellen Patienten in der Primärversorgung angemessen darstellen können, sondern den Hausarzt dabei unterstützen, aus den vorhandenen Informationen die notwendigen Schlüsse zu ziehen (Beispiel: aus vorhandenen Labordaten zur Nierenfunktion wird eine Warnung gegenüber einem bestehenden Medikationsrisiko erzeugt). Außerdem muss sie dem Hausarzt durch die Bereitstellung entsprechender Statistiken seines Patientenkontingents erlauben, seiner bevölkerungsmedizinischen Funktion und seinem Auftrag zur Qualitätsförderung nachzukommen. Notwendig für eine effektive primärärztliche Ver-

sorgung sind u. a. Routinen zur Unterstützung der Impfmedizin, des Monitorings von chronischen Erkrankungen oder von Arzneimitteltherapien. Auch die Unterstützung von Pfaden strukturierter Versorgung sowie Möglichkeiten des Feedbacks zur leitlinienbasierten Therapie oder zu Praxisbesonderheiten sind bislang kaum realisiert. Bis heute ist festzustellen, dass die Ausstattung der Praxen mit Informationstechnik (soweit genutzt) völlig unzureichend auf die Erfüllung der primärärztlichen Funktionen des Hausarztes abgestimmt ist. Die Schlüsselstellung der Informationstechnik für die moderne Hausarztpraxis kommt darin zum Ausdruck, dass die erhobenen Daten jeweils auch Valenzen für zusätzliche Bereiche aufweisen (Therapiesicherheit, Qualitätsförderung, bevölkerungsmedizinische und wirtschaftliche Übersicht) und nicht nur auf die Abrechnungsbegründung zielen, die bisher zu Unrecht im Vordergrund stand.

In zahlreichen europäischen Nachbarländern (z. B. Niederlande, Großbritannien, Belgien) wurden inzwischen wegweisende Anstrengungen zur Optimierung der hausärztlichen Dokumentation unternommen. Ergebnis ist u. a., dass die Kodierung der festgestellten Erkrankungen nach ICD-10 in der primärärztlichen Versorgung insbesondere deswegen unpraktikabel ist, weil sie zu einer vorschnellen Festlegung auf diagnostische Termini zwingt, während in der Hausarztmedizin häufig Frühstadien einer Erkrankung oder sogar bloße Risikokonstellationen gesehen und behandelt werden. Die International Classification of Primary Care (ICPC 2e) bietet hier eine Alternative, insofern sie auch Patientenanliegen und diagnostisch noch nicht klärbare Krankheitszustände zu verschlüsseln erlaubt. Eine Zusammenführungstabelle mit dem ICD-10 liegt vor. In der hausärztlichen Langzeitbetreuung spielt überdies die Dokumentation der gesundheitlichen Patientenliegen in Form des Episodenbezugs (abgelöst von der quartalsmäßigen Aufzeichnung eines „Falls“ ohne Kontinuität) eine wichtige Rolle. Eine angemessene hausärztliche Dokumentation ist auch eine wichtige Grundlage allgemeinmedizinischer epidemiologischer Forschung. Deutschland befindet sich hier noch im Rückstand gegenüber Ländern wie den Niederlanden und Großbritannien, die bereits seit mehr als einem Jahrzehnt über große Morbiditätsdatenbanken aus der Primärversorgung verfügen.

Ausbildung

97. Mit Blick auf die Rekrutierung einer ausreichenden Zahl zukünftiger Allgemeinmediziner hat sich die universitäre Ausbildung von Ärzten als ein zentrales Handlungsfeld herausgestellt. Einige Untersuchungen lassen erkennen, inwieweit der Zugang (Zulassung) zum und die konkrete Ausgestaltung des Medizinstudium(s) die

Motivation für eine spätere hausärztliche Tätigkeit und insbesondere die Bereitschaft zur entsprechenden Versorgung im ländlichen Bereich beeinflussen.

In Ländern wie Großbritannien, Niederlande und Skandinavien, in denen die Allgemeinmedizin ein hohes Ansehen und große Versorgungsanteile hat, ist dieses Fach auch als akademische Disziplin an den jeweiligen Universitäten deutlich stärker etabliert als dies in Deutschland bislang der Fall ist. So gibt es z. B. in Großbritannien insgesamt 31 akademische Abteilungen mit zusammen 66 Professoren für Allgemeinmedizin. Etwa ein Drittel aller Allgemeinpraxen in Großbritannien ist inzwischen an der Ausbildung Studierender beteiligt, und die Allgemeinmedizin ist für 9 % (6-12 %) des gesamten Medizincurriculums verantwortlich.

In mehreren Ländern (u. a. USA, Schottland, Australien, Kanada und Neuseeland) wurde auf die Gefährdung der medizinischen Grundversorgung insbesondere in ländlichen Regionen durch eine gezielte Ausbildung von Medizinern für strukturschwache Regionen reagiert. Studien bzw. Reviews beschreiben diverse universitäre und curriculare Einflussfaktoren, die zu einer verbesserten Rekrutierung zukünftiger Hausärzte sowie deren Verbleib im ländlichen Bereich führen können. Als effektiv haben sich vor allem erwiesen: Eine entsprechende Auswahl und Förderung von motivierten Studienanfängern aus dem ländlichen Raum, ein curricularer Schwerpunkt auf dem hausärztlichen Versorgungsbereich mit Unterricht in diesem Setting (community based teaching) sowie Patenprogramme mit ländlichen Praxen.

Analysen an verschiedenen deutschen Universitäten (u. a. Frankfurt, Halle-Wittenberg, Heidelberg, Marburg, Magdeburg) zeigen, dass allgemeinmedizinische Praktika in einer akademischen Lehrpraxis (Dauer des Blockpraktikums über fünf Tage) Studierende zur Entscheidung für den Hausarztberuf motivieren können. Auch „studiumsinnliche“ Aspekte, insbesondere die Relevanz eines Fachs in Prüfungen wie dem Staatsexamen, spielen dabei eine wichtige Rolle. Eine geringe Repräsentanz des Fachs Allgemeinmedizin in den zentralen Prüfungen geht offenbar auch mit einer geringeren Bedeutung in der Wahrnehmung der Studierenden einher. Die Einführung eines Pflichtquartals Allgemeinmedizin im Praktischen Jahr würde gleichzeitig auch zu einer obligatorischen Staatsexamensprüfung aller Absolventen im Fach Allgemeinmedizin führen und somit die Sichtbarkeit und empfundene Relevanz der Allgemeinmedizin innerhalb des Medizinstudiums verbessern.

Weiterbildung

98. Diskussionen über die ärztliche Weiterbildung in Deutschland konzentrierten sich in den letzten Jahren zumeist auf berufspolitische Aspekte. Dies ist wegen der berufsrechtlichen Bedeutung der Weiterbildungsordnungen zwar verständlich, hat aber zu einer weitgehenden Vernachlässigung der inhaltlichen und didaktischen Nachwuchsförderung geführt. Aus Sicht der betroffenen Ärzte stellt sich die Weiterbildung als ein Laufbahn-Abschnitt dar, in dem primär Leistungen als Assistenzärzte erbracht werden müssen; gezielte Förderung, individuelles Feedback, Austausch mit einem Mentor, abgestimmte Karrierewege u. ä. sind bisher zumeist dem Zufall überlassen und fehlen weitgehend. Vor dem Hintergrund internationaler Erfahrungen mit der Weiterbildung von Ärzten werden hierzulande Chancen zur Unterstützung und Motivierung des ärztlichen Nachwuchses nicht genutzt.

Die Heilberufsgesetze der Länder haben den Ärztekammern die Verantwortung für die Weiterbildung übertragen. Die Kammern haben es bisher jedoch versäumt, die ärztliche Weiterbildung didaktisch zu gestalten. Eine didaktische Qualifikation der Weiterbilder ist in Deutschland praktisch unbekannt, Ermächtigungen werden weitgehend nach formalen Kriterien erteilt. Eine Beurteilung der Qualität von Weiterbildungseinrichtungen durch externe Begehungen oder eine Evaluation durch die Ärzte in Weiterbildung selbst findet bislang kaum statt.

Wer in Deutschland Hausarzt bzw. Facharzt für Allgemeinmedizin werden will, steht vor der oft nicht einfachen Aufgabe, die erforderlichen Weiterbildungsabschnitte in Kliniken und Praxen in Eigenregie möglichst nahtlos aneinanderzureihen und sich dabei inhaltlich möglichst nah am späteren Berufsbild zu orientieren. Internationale Erfahrungen zeigen, dass die Organisation der Weiterbildung als Verbundsystem (so genannte „Verbund- oder Rotationsweiterbildung“) sinnvoll und in Ländern mit qualitativ hochstehender Weiterbildung (z. B. Niederlande, Kanada, UK) in allen klinischen Fächern die Regel ist. Kernelemente sind ein vorab festgelegtes, strukturiertes Curriculum sowie ein einheitlicher und tarifgerechter Vertrag für alle stationären und ambulanten Weiterbildungsabschnitte. Dadurch

- wird den betroffenen Ärzten eine gewisse Planungssicherheit für eine ohne ungewollte Unterbrechungen zu durchlaufende Zeit ihrer Weiterbildung gegeben,
- kann die individuelle Abfolge von Weiterbildungsabschnitten auf das Weiterbildungsziel hin optimiert werden (z. B. nicht nur Krankenhaus der Maximalversorgung, sondern vor allem der Regel-/Grundversorgung zur Verbreiterung des Erfahrungsspektrums),

- kann gezielt die Qualität der Weiterbildung in den beteiligten Einrichtungen evaluiert und weiterentwickelt werden (einschließlich einer Entfernung aus dem Weiterbildungsverbund bei wiederholt negativer Beurteilung),
- kann die Motivation junger Ärzte gezielt gefördert werden (z. B. durch Mentoren).

Nach Artikel 8 des zuletzt 2008 geänderten GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes können zukünftig auch regionale Projekte zur Förderung der Allgemeinmedizin vereinbart werden. Zwar hat die Bundesärztekammer ein Handlungskonzept zur Verbundweiterbildung vorgelegt; hier ist jedoch die Umsetzung durch die Landesärztekammern vielfach noch unklar. Beispiele aus Deutschland sind u. a. die „Koordinierungsstelle für die allgemeinmedizinische Weiterbildung (KOSTA)“ bei der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und das in Baden-Württemberg als netzwerkartiger Zusammenschluss der fünf medizinischen Fakultäten etablierte „Kompetenzzentrum Allgemeinmedizin“. Ein wichtiges Ziel ist die gezielte Einrichtung und Unterstützung regionaler Weiterbildungsverbände. Neben einer zentralen Rekrutierung ist auch ein begleitendes übergeordnetes Weiterbildungsangebot für die Weiterbildungsassistenten und eine Vernetzung von Praxis, Klinik und Universität beabsichtigt. Die Weiterbildungsassistenten werden bei ihrer Karriereplanung durch Mentoren begleitet.

Es ist davon auszugehen, dass ein erheblicher Teil der vom Rat in seinen Gutachten wiederholt festgestellten Über-, Unter- und Fehlversorgung auch darauf zurückzuführen ist, dass die Zahl der Weiterbildungen je Fachdisziplin und die daraus resultierenden relativen Anteile unterschiedlicher Fachgruppen nicht den tatsächlichen Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung entsprechen. So ist zum Beispiel ein zunehmender Mangel an Hausärzten und Chirurgen erkennbar, gleichzeitig besteht infolge einer nicht bedarfsgerechten Verteilung gerade in Innenstädten bzw. Ballungszentren ein eklatanter Überschuss anderer Facharztgruppen. Mit Blick auf die Zahl weitergebildeter Fachärzte und die daraus resultierenden Anteile insbesondere im niedergelassenen Bereich kann daher auch von ärztlicher Über-, Unter- und Fehlversorgung gesprochen werden. Umso erstaunlicher ist es, dass in Deutschland bisher keine Diskussion zur anteiligen Steuerung des Weiterbildungs-Nachwuchses geführt worden ist.

Fortbildung

99. Die in Deutschland verbreitete ärztliche Fortbildung sorgt infolge der immer noch häufigen Abhängigkeit von industriellen Interessen (Pharmazeutika, Medizinprodukte) für eine gravierende Verzerrung der Information, die den verordnenden Arzt erreicht.

Ärztliche Fortbildungszeitschriften, die ausschließlich von Inseraten abhängen (so genannte „Streuzeitschriften/-zeitungen“), sind in ihrem redaktionellen Teil bezüglich aktuell vermarkteter Produkte nicht mehr unbefangen. Während internationale wissenschaftliche Publikationsorgane inzwischen dazu übergegangen sind, mögliche Interessenskonflikte obligatorisch darzulegen, fehlt diese Verpflichtung in der ärztlichen Fortbildung noch weitgehend.

Positiv sind die Qualitätszirkel zu erwähnen, in denen viele niedergelassene Ärzte einen großen Teil ihrer Fortbildung gestalten. Diese Form der zumeist interaktiven Fortbildung erlaubt es, auf den Lernbedarf der Teilnehmer einzugehen, konkrete Qualitätsprobleme der Beteiligten (Praxen, Krankenhäuser, Abteilungen usw.) systematisch zu erfassen und umsetzungsnahe Lösungsmöglichkeiten zu diskutieren.

Mit Blick auf die häufig unbefriedigende Situation ärztlicher Fortbildung in Deutschland hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) Kriterien formuliert, denen eine allgemeinärztliche Fortbildung genügen sollte:

- Lernerzentrierung: Ärzte übernehmen selbst die Initiative zur Feststellung eines Lernbedarfs, der Formulierung von Lernzielen sowie der Umsetzung und Evaluation eines persönlichen Lernvorhabens. Dem dienen neben dem individuellen Lernen und Veranstaltungen gerade auch Methoden wie Portfolio-Lernen, Mentorenschaften, Lernvereinbarungen, Kleingruppen-Arbeit und Hospitationen.
- Kontextrelevanz: Inhalte und Darstellung müssen die Gegebenheiten der allgemeinärztlichen Praxis berücksichtigen.
- Evidenzbasierung: Veranstalter bzw. Verfasser müssen Inhalte, Empfehlungen usw. transparent begründen. Dazu gehört u. a. die systematische Berücksichtigung der Ergebnisse wissenschaftlicher Studien.
- Patientenorientierung: Da in der allgemeinärztlichen Praxis die Vorstellungen, Bedürfnisse, Emotionen und Erwartungen von Patienten eine besondere Rolle spielen, sollen bei Fortbildungsthemen gerade auch Strategien einer wirksamen und fundierten Patientenberatung erlernt werden können.
- Werkzeuge statt Inhalte: Wegen der großen Zahl von in der Allgemeinpraxis relevanten Themen und Fragestellungen müssen Strategien eines praxisbezogenen Informationsmanagements vermittelt werden; damit können Allgemeinärzte schnell und flexibel ihre individuellen Fragen bearbeiten.

- Ausgewogene und transparente Finanzierung: Veranstalter, Vortragende, Verfasser usw. müssen ihre Verbindungen zu materiellen Interessen (Industrie) vollständig offenlegen, damit die Zielgruppe mögliche Interessenkonflikte abschätzen kann.

Honorierung

100. Entsprechend der Forderung der Gesundheitsministerkonferenz sollte zur Sicherstellung der Grundversorgung der Bevölkerung eine relative Besserstellung der Vergütung von Hausärzten und anderen beratungsintensiven, patientennah erbrachten Leistungen erfolgen. Da Regressandrohungen insbesondere gegenüber dem potenziellen Nachwuchs abschreckende Wirkungen haben, sollten schon kurzfristig alternative Wege (z. B. Beratungskonzepte) zur Verringerung individueller finanzieller Risiken sowie zur Mengenbegrenzung beschritten werden. Bei der Festlegung entsprechender Budgets muss die besondere Versorgungssituation von Hausarztpraxen, insbesondere in ländlichen Gebieten, adäquat berücksichtigt werden.

6.2 Fachärztliche Versorgung

101. Die niedergelassenen Fachärzte werden auch künftig wichtige Funktionen zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung übernehmen. Hinsichtlich der Entwicklung der vertrags- und fachärztlichen Versorgung deutete die in den letzten 10 Jahren sinkende Zahl von Hausärzten und das schwache Wachstum der Fachärzte, die hausarzneuliche Leistungen erbringen, vor allem auf künftige Versorgungsprobleme in strukturschwachen Regionen hin. Um hier eine flächendeckende Versorgung auf dem angestrebten Niveau sicherzustellen, bedarf es zum einen einer umfassenden Förderung des hausärztlichen Berufes, zum anderen aber auch für die Fachärzte vielfältiger Anreize, sich in diesen Gebieten niederzulassen oder zumindest an einigen Tagen in der Woche dort die Versorgung zu übernehmen. Daneben bestehen bezüglich einer hochwertigen fachärztlichen Versorgung schon heute Defizite in Pflegeheimen. Die Problematik im Bereich der fachärztlichen Versorgung liegt nicht primär in der zu hohen Ärztezahl, sondern vielmehr in ihrer regionalen Verteilung, der mangelnden Verzahnung der Behandlung insbesondere mit dem stationären Sektor sowie dem mangelnden Wettbewerb zwischen Vertragsärzten und den Krankenhäusern im Bereich der ambulanten Versorgung.

102. Vor dem Hintergrund der absehbaren demografischen Entwicklung und den Möglichkeiten des medizinisch-technischen Fortschritts gewinnt die ambulante Behandlung an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zunehmend an Bedeutung. An dieser Stelle mangelt es noch an funktionsgerechten und fairen Wettbewerbsbedingungen für die konkurrierenden Leistungserbringer, d. h. für Krankenhäuser und (Fach-)Ärzte. Eine sektorübergreifende Optimierung der Versorgung mit Hilfe einer Intensivierung des Wettbewerbs erfordert eine Vereinheitlichung hinsichtlich der Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Vorhaltekosten, Genehmigung neuer Behandlungsmethoden, Preise von veranlassten Leistungen und eventuellen Regulierungen, wie z. B. Mindestmengen oder Mengengrenzungen. Unter diesen Bedingungen könnten dann auch Verbünde aus Krankenhäusern und MVZ oder Zusammenschlüsse aus Krankenhäusern und ambulanten Praxisgemeinschaften nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ihr Rationalisierungspotenzial besser ausschöpfen und zu „Treibern“ einer sektorübergreifenden Versorgung avancieren. Die Weiterbildung sollte sich diesen gewandelten Bedingungen anpassen, wobei zukünftig ein größerer Teil im ambulanten Sektor, möglicherweise parallel zur stationären Weiterbildung, erfolgen sollte. So lernt die nachrückende Ärztegeneration eine sektorübergreifende Patientenbetreuung schon in einer frühen Phase ihrer Weiterbildung kennen.

6.3 Arzneimittelversorgung

103. Die Ausweitung des Primärversorgungsbereichs und des Bereichs der sekundären fachärztlichen Versorgung bei einem gleichzeitigen Anstieg chronischer Krankheiten in einer Gesellschaft mit höherer Lebenserwartung wird den Anteil und die Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie erhöhen. Arzneimittel sind die am häufigsten eingesetzte Therapieform in der ambulanten Versorgung und gehören, richtig angewendet, zu den wirksamsten und effizientesten Instrumenten ärztlicher Hilfe. Neben den schon vorhandenen effektiven Arzneimitteln zur Behandlung chronischer Erkrankungen werden vor allem die gentechnologisch hergestellten Biologicals (und deren Nachahmerprodukte Biosimilars) die Möglichkeiten fördern, auch schwere Erkrankungen effektiv ambulant zu behandeln. Zudem erhöhen sie die Überlebenszeit vieler Patienten mit Krebs- oder Autoimmunerkrankungen und damit die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie auch auf lange Zeit hin kompetent und qualifiziert zu begleiten.

104. Wegen der steigenden Bedeutung der Arzneimitteltherapie wird sich auch die Notwendigkeit der interdisziplinären und fachübergreifenden Zusammenarbeit im Sinne der Koordination der verschiedenen Versorgungsbereiche verstärken müssen. Die Betei-

ligung von Apotheken ist unter diesem Aspekt unverzichtbar, allerdings nur dann, wenn bestimmte Voraussetzungen im Hinblick auf Qualität und Qualifikation in der Kooperation und Kommunikation erfüllt werden. Die Ziele liegen in der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung in Deutschland (z. B. die Rezeptpflicht beachten, Vermittlung adäquater Hinweise zur Anwendung, zur Aufbewahrung und zu den Wirkungen und unerwünschten Wirkungen zu geben), in der Förderung von Therapiesicherheit und bestimmungsgemäßem Gebrauch, in der pharmazeutischen Betreuung (*pharmaceutical care*) vor allem chronisch Kranker sowie in der Prävention von unerwünschten Wirkungen und Wechselwirkungen (Interaktionschecks, CAVE-Check u.ä.).

105. Apotheker als Angehörige nichtärztlicher Gesundheitsberufe übernehmen in der primär- und sekundärärztlichen Versorgung als Fachleute für Arzneimittel die Begleitung und Betreuung der Einnahme oder Anwendung von verordneten und selbst gekauften Medikamenten. Eine solche verbesserte Patientenorientierung ist das Ziel einer zukünftigen Primärversorgung, Apotheken werden somit im Rahmen eines Behandlungsnetzes oder einer integrierten Versorgung zu Beratungszentren in der Arzneimitteltherapie, sowohl für die Ärzte und die Angehörigen anderer Gesundheitsberufe als auch für die Patienten und Verbraucher.

106. Ausländische Beispiele (z. B. aus Großbritannien, den Niederlanden oder Australien) zeigen vielfältige Möglichkeiten für Kooperationen, in die Apotheken einbezogen sein können. In keinem dieser Beispiele spielen Organisationsform und Besitzverhältnisse der Apotheke eine erkennbare Rolle (eigentümergeführte Apotheke, Versandapotheken, Apotheke im Fremdbesitz wie z. B. eine Kettenapotheke), weder behindernd noch fördernd. Die Übernahme professioneller Verantwortung durch die Apotheker und ihr Beitrag einer arzneimittelorientierten Kompetenz im Rahmen der Kooperation mit anderen Leistungsanbietern ist allerdings an bestimmte qualifikationsfördernde Ausbildungs- oder Weiterbildungsmaßnahmen gebunden. Voraussetzung ist zudem, dass die Medikationsübersicht für die jeweiligen Patienten transparent und vollständig vorliegt.

107. Apotheken müssen sich in einem zukünftigen System einer sektorübergreifenden populationsbezogenen Versorgung als Institutionen positionieren, die stärker als heute die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelauswahl mittragen (*community pharmacies*). Sie sind dann eingebunden in ein integratives Versorgungsnetz mit einer versichertenbezogenen pauschalen Honorierung, die der Strategie der Aufhebung des *provider-payer-splits* folgt. Sie sind dann mitverantwortlich für die finanziellen und qualitativen Auswirkungen der Arzneimitteltherapie für die jeweilige Population. In diese Verantwortung gehört auch die Aufgabe

eines *Pharmaceutical Benefit Managements* (Preis- und Liefervereinbarungen für ein bestimmtes Arzneimittelsortiment, „Netz-Positivliste“).

108. Bei einer Weiterentwicklung des Gesundheitssystems hin zu einer koordinierten, generationenspezifischen und regional differenzierten Versorgung muss eine Apotheke in Kooperation mit den Ärzten die Verantwortung für die Auswahl und Bereitstellung der Arzneimittel übernehmen und sich an einer patientenorientierten pharmazeutischen Betreuung und Begleitung (*pharmaceutical care, medication reviews* usw.) aktiv beteiligen. Die Honorierung der Apotheken wird in diesem Fall wie die der beteiligten Ärzte und nichtärztlichen Berufsangehörigen im Rahmen des Capitation-Modells nach intern abgestimmten Verteilungsmustern geregelt.

109. Zukünftige Versorgungseinheiten können sich sowohl regional als auch überregional organisieren, in solchen Fällen wären Verbünde von Apotheken, die sich auf kommunizierbare und überprüfbare Qualitätsstandards verständigen, eine sinnvolle Lösung. Wenn Netzapotheken für sich genommen keine ausreichende finanzielle Basis in dünner besiedelten Gegenden haben, könnten Filialapotheken solcher Verbünde dort die Arzneimittelversorgung übernehmen. Andere Möglichkeiten, die Arzneimittelversorgung aufrecht zu erhalten, liegen im Versandhandel aus Apotheken oder in Rezeptsammelstellen der Netzapotheken „vor Ort“ (pick-up-Stationen, z. B. in Supermärkten): Die gesammelten Rezepte werden von Mitarbeitern der Netzapothek abgeholt, die verordneten Arzneimittel werden dann am nächsten Tag in der Rezeptsammelstelle ausgegeben. In solchen Fällen ist allerdings sicherzustellen, dass eine telefonische Beratung jederzeit möglich ist.

110. Grundsätzlich besteht weiterhin die Freiheit für alle Apotheker, ihre Apotheke als Kleinunternehmen ohne Netzanbindung zu führen und sich an der Arzneimittelversorgung von GKV- und PKV-Versicherten sowie von Verbrauchern zu beteiligen. Aber auch Netzapotheken sind frei, z. B. im Rahmen der Selbstmedikation oder für PKV-Versicherte Leistungen außerhalb des Netzes zu erbringen. Eine Kooperation mit Ärzten im Rahmen einer populationsbezogenen Versorgung lässt besondere professionelle Qualifikationen als unverzichtbar erscheinen (z. B. die Ausbildung oder Absolvierung eines Postgraduierten Studiengangs im Fach Klinische Pharmazie, kommunikative Fähigkeiten gegenüber Netzkollegen, Patienten und Versicherten).

111. Die Förderung einer solchen Entwicklung führt zu einer gewünschten Differenzierung des Apothekensektors und zur Liberalisierung des bislang bestehenden „Kollektivvertrags“ (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 SGB V) für die an der GKV-Versorgung beteiligten Apotheken. Der dann mögliche Wettbewerb um Vertragsmodelle in der Arzneimittelversorgung wird ähnlich wie in der primär- und

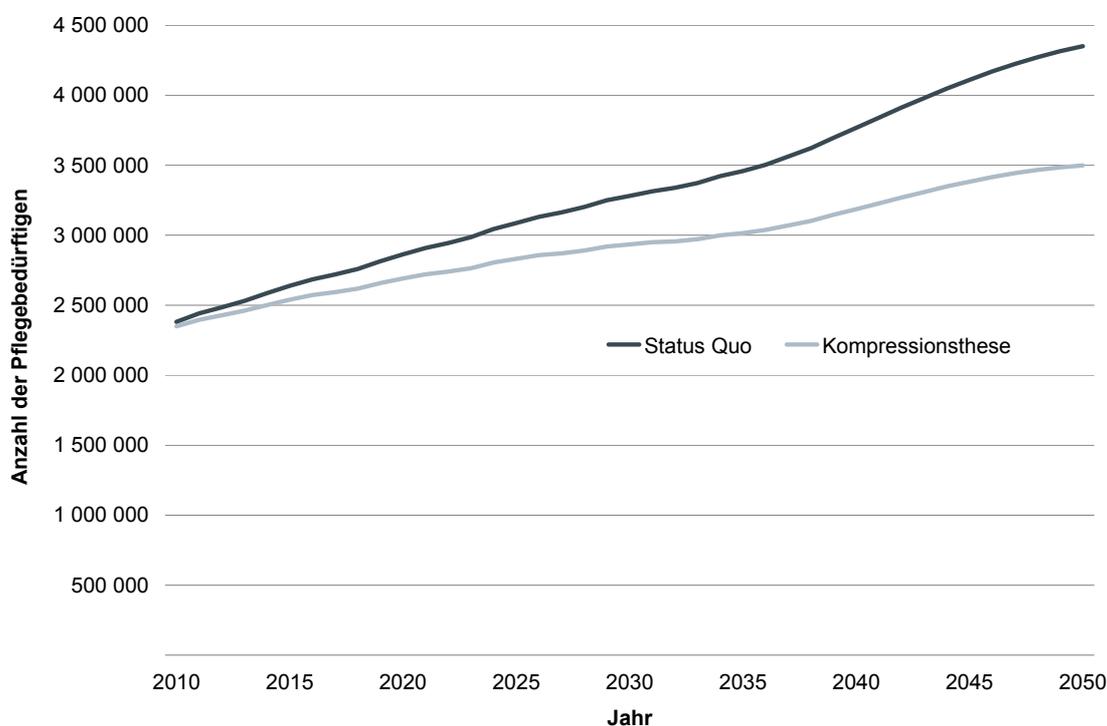
sekundärärztlichen Versorgung zu mehr Integration und Kooperation in den medizinischen Behandlungsabläufen und im Rahmen des Professionenmixes zu einer stärkeren Einbindung der Apotheken in die Verantwortung für die Versorgung der Patienten führen. Auf diese Weise ändert sich die Rolle der Apotheken von einer derzeit eher passiven Institution für die Arzneimitteldistribution zu einer Institution, die gemeinsam mit den Ärzten und den Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe im Rahmen veränderter Organisations- und Finanzierungsstrukturen aktiv in den erfolgreichen Einkauf, in die richtige Auswahl, in die effektive Anwendung, in die Vermittlung industrieunabhängiger und auf den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin beruhender Informationen sowie in das Monitoring der Arzneimitteltherapie eingebunden ist.

6.4 Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter

112. Die Verlängerung der Lebenszeit und die Zunahme des Anteils älterer und alter Menschen erfordert Anpassungen auf allen Ebenen der Gesellschaft – das Gesundheitswesen ist hiervon in besonderer Weise betroffen. Es sind noch zahlreiche Herausforderungen zu bewältigen, um zu einer bedarfs- und bedürfnisgerechten medizinischen und pflegerischen Versorgung für alle Generationen, insbesondere aber auch für die immer größere Zahl alter Menschen mit Pflegebedarf zu gelangen. Das gilt umso mehr, als die Zahl Pflegebedürftiger in den kommenden Jahren stark steigt und im Pflegesektor mit einem deutlichen Bedarfszuwachs zu rechnen ist. Der Modellrechnung des Rates zufolge steigt die Zahl der Pflegebedürftigen von heute bis zum Jahre 2050 auf 4,35 Millionen an, d.h. der Zuwachs beträgt ca. 94 %. Selbst unter der Annahme, dass die Morbidität weiter komprimiert werden kann, nachfolgende Generationen gesünder in die hohen Lebensjahre kommen und auch erst später als heute pflegebedürftig werden, steigt die Zahl der Personen, die Pflege und Hilfe brauchen, auf etwa 3,5 Millionen im Jahre 2050 (vgl. Abbildung 8).

113. Die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit ist eine Langzeitaufgabe. Die Langzeitversorgung hat im Vergleich zur Akutversorgung andere Charakteristika und andere Ziele. Das Ziel der Versorgung pflegebedürftiger alter Frauen und Männer ist die Wiederherstellung bzw. der Erhalt einer angemessenen Lebensqualität und Selbständigkeit. Um den künftigen Bedarfszuwachs der Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter decken zu können, sind unterschiedlich gelagerte Herausforderungen zu bewältigen. Hohe Priorität kommt dabei zunächst der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter und generell dem Ausbau der altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zu.

Abbildung 8: Entwicklung der Pflegebedürftigen im Vergleich



Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

Prävention von Pflegebedürftigkeit im Alter

114. Die Verlängerung der Lebenszeit hat vielen Menschen einen Gewinn an gesunden Lebensjahren gebracht. Dies führt dazu, dass ein heute 70-Jähriger in vieler Hinsicht einem 65-Jährigen der Generation davor gleicht. Beschränkt ist diese Entwicklung bislang vor allem auf das jüngere Alter. In sehr hohen Lebensjahren steigt dann die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Gesundheitseinbußen und der Anteil derer, die unter Funktionseinschränkungen, chronischer Krankheit, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit leiden. Die Zeit des gesunden Alterns auszudehnen und dem Eintritt von Gesundheits- und Funktionseinbußen wie auch von Pflegebedürftigkeit vorzubeugen oder diese zumindest zu verzögern, ist eine wichtige Aufgabe der Prävention und altersspezifischen Gesundheitsförderung. Ihr gegenwärtig zu geringer Stellenwert im Gesundheitshandeln bedarf dringend der Korrektur (GA 2007, II- 6.2.2). Allerdings wird es nicht ausreichen, einzig Strategien zur Verminderung des Eintritts von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Vielmehr bedarf das Leben mit „bedingter Gesundheit“ größerer Beachtung und es sind gerade im Alter Maßnahmen

zur Erhaltung eines Zustandes mit bereits beeinträchtigter Gesundheit erforderlich, um Folgen und Ausmaß eingeschränkter Gesundheit zu begrenzen und die Aufrechterhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit mit und trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen erreichen zu können.

115. Für ein nicht ausgeschöpftes präventives Potenzial alter Menschen sprechen die beträchtlichen Unterschiede im Anteil der Lebenszeit, die in gutem Gesundheitszustand verbracht werden, die von 45 % bis über 80 % bei Männern und bei Frauen von 37 % bis 76 % reichen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche empirische Belege für die Wirksamkeit präventiver Maßnahmen im Alter. So ist evident, dass körperliche Aktivitäten auf die kognitiven Fähigkeiten wirken. Demnach kann eine erhöhte körperliche Aktivität zu einer spontanen Verbesserung der Gedächtnisleistungen um 35 % führen. Nicht nur Änderungen im Verhalten der alten Menschen wirken präventiv. Erfolge in der Verhältnisprävention von Pflegeabhängigkeit zeigen Metaanalysen und systematische Reviews zum Beispiel zum „präventiven Hausbesuch“. Danach liegt eine Evidenz für die Wirksamkeit präventiver Hausbesuche hinsichtlich einer Reduktion der Mortalität und der Anzahl der Krankenhaus- und Pflegeheimeinweisungen vor. Um diese Gesundheitsreserven zu heben, ist es dringend erforderlich, die bislang brachliegenden präventiven Kompetenzen der Gesundheitsprofessionen zu entwickeln und auszuschöpfen und zu einem präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Versorgungswesen – Preventive Health Care System – zu gelangen. Das schließt insbesondere auch die Pflege ein, deren präventive Orientierung zwar im PflegeVG festgeschrieben, aber bislang eher Postulat denn Realität ist. Der Rat empfiehlt, die Prävention von Pflegebedürftigkeit zu einem herausgehobenen Gesundheitsziel der altersgewandelten Gesellschaft zu erklären.

Infrastruktur der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter

116. Inwieweit die Lebensphase Alter – auch mit eingeschränkter Gesundheit – zukünftig eine gute Lebensqualität aufweist, ob hochbetagte Menschen trotz Pflegebedarf selbstständig leben können, hängt entscheidend mit davon ab, wie die pflegerische Versorgung gestaltet ist. In den vergangenen Jahren wurde viel zur Verbesserung der Infrastruktur und Qualität der pflegerischen Versorgung initiiert und dennoch stehen zahlreiche Entwicklungsherausforderungen an. Eine bedarfsgerechte Versorgung alter pflegebedürftiger Menschen setzt zunächst hinreichende Kapazitäten in der pflegerischen Versorgung voraus. Dazu wurden mit dem Pflegeversicherungsgesetz zahlreiche Anreize gesetzt, in deren Folge sich eine deutliche Ausweitung des Angebots an Pflege vollzogen hat. Heute gibt es in Deutschland 21 421 zugelassene Pflegeeinrichtungen:

10 997 ambulante Pflegedienste und 10 424 voll- bzw. teilstationäre Pflegeheime. Ob diese Kapazitäten jedoch ausreichen, um dem zu erwartenden Bedarfszuwachs standzuhalten, muss angezweifelt werden. Nach eigenen Berechnungen gibt es zudem Verschiebungen des Bedarfs hin zur professionellen Pflege im ambulanten aber auch im stationären Sektor (vgl. Tabelle 13). Auch künftig werden die pflegerischen Versorgungsinstitutionen daher weiter auszubauen sein. Diese Institutionen werden aber nur erfolgreich arbeiten können, wenn sie ausreichend und gut qualifiziertes Personal haben. Der Rat empfiehlt den Start einer Kampagne zur Werbung von Nachwuchskräften für alle Gesundheitsberufe, zugleich aber auch die Initiierung eines Maßnahmenkatalogs, der dazu beiträgt, dass die Fluktuation in den Gesundheitsberufen zurückgedrängt wird, Frauen und Männer mit Kindern durch Teilzeitarbeit und Kinderbetreuungsmöglichkeiten im Gesundheitsberuf verbleiben können, ehemalige Berufsaussteiger die Chance zum Wiedereinstieg erhalten und insgesamt die Attraktivität von Gesundheitsberufen erhöht wird.

Tabelle 13: Entwicklung der Anteile der Leistungsarten nach SGB XI

	Stationär	Ambulant	Pflegegeld	Pflegestufe		
	(%)	(%)	(%)	I (%)	II (%)	III (%)
2007	31,4	22,6	46,1	51,6	35,1	13,3
2010	31,7	22,8	45,6	51,6	35,2	13,2
2020	32,9	23,4	43,7	51,4	35,5	13,1
2030	34,2	23,6	42,3	50,8	36,0	13,2
2040	34,5	24,1	41,4	51,2	35,9	12,9
2050	36,3	24,4	39,3	50,5	36,4	13,1

Quelle: GBE 2009; Statistisches Bundesamt 2006a, eigene Darstellung, eigene Berechnung

117. Ein bloßer Ausbau der ambulanten Versorgungsinfrastruktur nach dem Motto "Immer mehr des Gleichen" wird die bestehenden Probleme nicht lösen. Vielmehr sind neue Modelle und Konzepte gefragt, damit pflegerische Versorgung angemessene Antworten auf die gesundheitlichen Probleme im Alter und auf die Prioritätensetzungen der alt werdenden Menschen zu geben vermag. So bevorzugt ein Großteil alter Menschen im Fall von Pflegebedürftigkeit schon heute einen Verbleib in der vertrauten häuslichen Umgebung. Eine repräsentative Umfrage zeigt, dass lediglich 10 % der Befragten in einem Heim leben möchten, wenn der Lebensalltag nicht mehr allein zu bewältigen ist. 30 % der Befragten möchten in diesem Fall zu Hause mit professioneller Unterstützung leben, 21 % zu Hause mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und 29 % zu Hause

mit regelmäßiger Hilfe der Kinder/Familie und professioneller Hilfe. Diese Entwicklung wird sich Prognosen zufolge künftig fortsetzen und hat schon heute in allen Bereichen der Pflege weit reichende Veränderungen nach sich gezogen, mit denen die pflegerische Versorgung nicht Schritt gehalten hat.

Situation der ambulanten Versorgung und ihre Verbesserung

118. Das heutige Leistungs- und Angebotsprofil ambulanter Pflegedienste ist relativ eng und wird vielen Problemlagen nicht gerecht. Vor allem demenziell Erkrankte, chronisch Kranke in den Spätphasen des Krankheitsverlaufs, Schwerkranke mit technikintensivem Pflegebedarf und Sterbende, aber auch alleinlebende Ältere, Behinderte, Migranten und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung stoßen auf Versorgungslücken. Lediglich für demenziell Erkrankte und Sterbende hat die Politik bereits konkrete Verbesserungen eingeleitet. In der ambulanten Pflege die Voraussetzungen dafür zu schaffen, flexibel und kompetent auf alle künftig noch an Bedeutung gewinnenden Nutzergruppen reagieren zu können, gehört aus Sicht des Rats zu den großen Entwicklungs Herausforderungen. Dazu ist u. a. notwendig, die überfällige qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Pflege voranzutreiben und auf Leistungs- und Angebotsprofile im ambulanten Pflegesektor hinzuwirken, die der gesamten Bandbreite des Bedarfs (auch der künftig an Bedeutung gewinnenden Nutzergruppen) entsprechen und das ganze dazu nötige Spektrum an Pflegestrategien umfassen (von gesundheitsförderlicher bis hin zu palliativer Pflege).

119. Ältere und alte Menschen, die unter chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit leiden, sind auf eine integrierte und kontinuierliche Langzeitversorgung angewiesen. Um während der langwierigen Krankheits- und Pflegeverläufe den Zustand der Betroffenen stabil zu halten und die Versorgungsverläufe so zu steuern, dass eine passgenau abgestimmte Versorgung ohne Über-, Unter- oder Fehlversorgungerscheinungen ermöglicht wird, ist es u. a. notwendig, Leistungen unterschiedlicher Institutionen und Anbieter zu koordinieren, aufeinander abzustimmen und zu integrieren. Dabei sind eine Vielzahl von Schnittstellen zu überwinden und Patienteninformationen weiterzuleiten – eine im ambulanten Versorgungssektor aufgrund der hier vorherrschenden Zersplitterung besonders schwierige Aufgabe. Diese sektorübergreifenden Versorgungsabläufe müssen auch in Leitlinien zur Behandlung von Patienten mit Mehrfacherkrankungen im Allgemeinen und Pflegebedürftiger im Besonderen aufgegriffen werden (vgl. 5.1).

Die Pflege war lange Zeit nicht in die Bemühungen zur Herstellung integrierter Versorgungsmodelle eingebunden. Eine Korrektur erfolgte mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (vgl. SGB XI § 92 b „Integrierte Versorgung“). Mit ihm wie auch mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) wurden Schritte zur Verbesserung der Schnittstellenüberbrückung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung eingeleitet. Die Konsequenzen dieser rechtlichen Möglichkeiten sind derzeit noch nicht klar abzusehen. Doch deuten die zurückliegenden Erfahrungen an, dass viele der Reformanreize zur Verbesserung der Integration nicht auf die erhoffte Resonanz stoßen, weil die Kooperationsroutinen und tradierten Muster der Arbeits- und Aufgabenteilung im deutschen Gesundheitswesen veränderungsresistent sind. Vor allem die Veränderung der professionenübergreifenden Kooperation gestaltet sich schwieriger und kollidiert mit dem in Deutschland stärker als in anderen Ländern ausgeprägten hierarchischen Gefälle zwischen den Gesundheitsprofessionen. Der Rat empfiehlt allen Gesundheitsberufen, die Möglichkeiten der Modellversuche zur Erprobung von *collaborative care* zu nutzen und neue Formen der Zusammenarbeit und der Arbeitsteilung im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung zu erproben (vgl. GA 2007; PFWG; SGB V § 63b, 63c)

120. Case- und Care-Management sind Elemente einer qualitativ guten Versorgung bei Pflegebedürftigkeit: Fallverantwortung wird eine der Kernaufgaben, wenn es darum geht, die oft langwierigen Pflegeverläufe alter Menschen zu stützen und die Kontinuität der Versorgung sicherzustellen. Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurden die Weichen für die Einführung von Case-Management gestellt, das in den gegenwärtig entstehenden Pflegestützpunkten hohen Stellenwert erhalten soll. Inwieweit es gelingt, mit diesen Reformen nachhaltige Effekte zu zeitigen, wird entscheidend davon abhängen, wie die Implementation der Stützpunkte gelingt. Dieser Prozess dürfte ohne systematische Evaluation nur schwer zu bewältigen sein. Es empfiehlt sich daher, über die laufende wissenschaftliche Begleitung hinaus eine systematische wissenschaftliche Evaluation der Einführung der Pflegestützpunkte und des Case-Managements durchzuführen.

121. Beratung kann einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Nutzerposition und zu mehr Lebensqualität leisten. Aus dieser Perspektive bietet sich die Einrichtung der Pflegestützpunkte als neues Strukturelement einer qualitativ guten ambulanten Pflege und Versorgung an. Die bereitgestellten Informationen müssen aber jederzeit erreichbar, leicht zugänglich, zielgruppenspezifisch zugeschnitten und verständlich aufbereitet sein. Mehr als bislang sind dabei einerseits neue Informationsmedien – wie das Internet – einzubeziehen und andererseits Informationswege zu suchen, die auch vulnerable Bevölkerungsgruppen erreichen. Die Schaffung von Informationsangeboten allein ist nicht ausreichend.

122. Gute Pflegeberatung steht nicht nur im Vorfeld der Nutzung von pflegerischen Diensten und ebenso nicht nur kurzfristig bzw. punktuell bei der Behebung einer akuten Problemsituation oder von Informationsdefiziten zur Verfügung, sondern hat längerfristige, über Beratung im engeren Sinn hinausgehende Aufgaben der Begleitung und individuellen Versorgungsplanung und -steuerung: während des gesamten Verlaufs von Beeinträchtigung und Hilfebedürftigkeit sollte sie Pflegebedürftigen als Begleitinstanz zur Seite stehen und dafür Sorge tragen, dass diese eine ihrem individuellen Bedarf entsprechende und auf sie zugeschnittene Versorgung erhalten. Das setzt voraus, dass die Existenz dieser Möglichkeit hinreichend im Bewusstsein der Bevölkerung/ Versicherten verankert ist und eine einschlägige Expertise und Qualifikation für eine solche Arbeit vorhanden ist.

Die pflegerische Versorgung durch die Familien

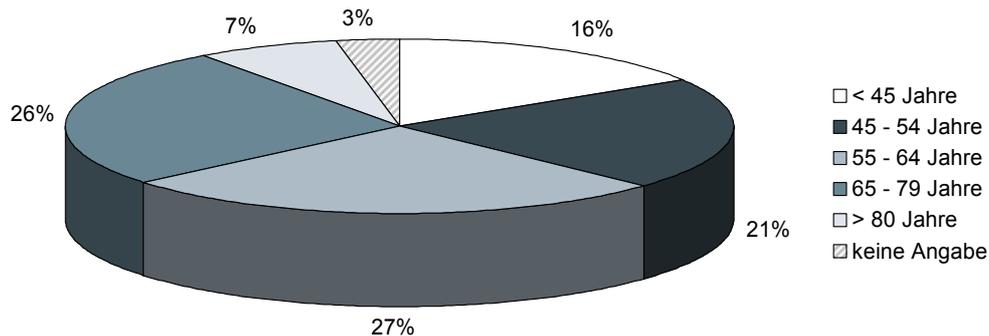
123. Die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ist künftig außerdem entscheidend davon abhängig, inwieweit es gelingt, das informelle Hilfepotenzial zu stärken und zu einem produktiven Zusammenwirken von professioneller und informeller Hilfe zu gelangen.

Pflegende Angehörige stellen nach wie vor den größten Teil der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland sicher. Dabei obliegt ihnen häufig nicht nur die Hauptlast der Pflege, sondern auch der Versorgungsverantwortung: Meist steuern sie das gesamte Pflege- und Versorgungsgeschehen und bilden die zentrale Säule der Versorgung. Wie Studien zeigen, leiden pflegende Angehörige vielfach unter Überforderungen und oft auch unter Gesundheitsstörungen infolge von Überlastungen. Um solche Erscheinungen zu vermeiden und zur Aufrechterhaltung häuslicher Pflegearrangements beizutragen, bedarf die Entwicklung tragfähiger Konzepte zum Ressourcenerhalt wie auch zur Kompetenzförderung und Entlastung pflegender Angehöriger weiterhin intensiver Aufmerksamkeit.

124. Die Förderung der Unterstützungs- und Pflegepotenziale von Familien und die Kooperation mit pflegenden Angehörigen bedarf auch deshalb besonderer Beachtung, weil vorliegenden Prognosen zufolge davon auszugehen ist, dass das Pflegepotenzial von Familien künftig allein aufgrund des Alterstruktureffekts instabiler werden wird, weil die selbst alten Kinder hochbetagter Eltern sich ihrerseits oft in vulnerablen Gesundheitssituationen befinden (vgl. Abbildung 9). Daher ist es notwendig, künftig vermehrt zu gemischten Pflegearrangements zu gelangen. Solche Arrangements setzen ein integriertes Zusammenwirken von professioneller und informeller Pflege voraus. Sie

erfordern seitens der Pflege eine Überwindung der individuenzentrierten zugunsten einer familienorientierten Arbeitsweise – wie sie dem Family Health Nursing-Konzept der WHO zugrunde liegt.

Abbildung 9: Lebensalter pflegender Angehöriger



Quelle: Schneekloth/Wahl 2005

125. Der Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger sollte zukünftig anhand standardisierter Assessments möglichst genau eingeschätzt werden, um passende Hilfen, wie z. B. Pflegekurse, anbieten zu können. Vor dem Hintergrund einer heute geringen Inanspruchnahme von Pflegekursen durch Angehörige, sollten Unterstützungsmaßnahmen künftig individuell und bedürfnisorientiert gestaltet werden und Kassen und Präventionsanbieter verstärkt auf Angebote setzen, die das spezifische Pflegearrangement und die individuellen Bedürfnisse der Angehörigen in den Blick nehmen.

126. Die meisten pflegenden Angehörigen (Pflegepersonen) können zu Beginn der Pflegesituation kaum überschauen, welche Folgen die Entscheidung für sie und ihre Familien haben wird. Vielfach besteht eine Diskrepanz zwischen der Erwartung, die Anforderungen bestehen zu können, und der Realität der Pflegesituation. Wichtig ist, dass bereits in frühen Phasen der Übernahme einer Pflege den Hauptpflegepersonen unterstützende Angebote gemacht werden. Die für die hausärztliche Praxis entwickelte Leitlinie „Pflegende Angehörige“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) unterstreicht ihre Fokussierung auf den Gesundheitszustand pflegender Angehöriger mit dem Leitsatz „Pflege kann nur gut gehen, wenn es den Pflegenden selbst gut geht“. Damit hat die Leitlinie folgende Ziele: Patienten, die infolge ihrer Funktion als „pflegende Angehörige“ gesundheitsgefährdet oder erkrankt sind, zu erkennen, eine sinnvolle Diagnostik sicherzustellen, präventive Maßnahmen

einzuweisen, eine wirksame, angemessene und kostengünstige Betreuung in der hausärztlichen Praxis zu gewährleisten; sie weist somit in die richtige Richtung.

Tabelle 14: Versorgung bei Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, 1999 und 2005

Versorgungsart	1999	2005	Veränderungen 1999 zu 2005 in %
Pflege ausschließlich durch Angehörige (Pflegegeldempfänger)	1 030 000	980 000	- 4,6
Pflege durch ambulante Dienste	415 000	472 000	+ 13,5
Pflege im Heim	573 000	677 000	+ 18,0

Quelle: Statistisches Bundesamt 2001, 2007, eigene Darstellung⁶

Situation der stationären Versorgung und ihre Verbesserung

127. Die momentane Infrastruktur, Leistungsfähigkeit und Qualität der ambulanten pflegerischen Versorgung alter Menschen sowie die steigende Komplexität ihres Betreuungsbedarfs lassen es fraglich erscheinen, ob der Übergang in eine stationäre Alteinrichtung in jedem Fall die schlechtere Alternative darstellt. Der Einzug in ein Heim kann schließlich auch Ausdruck einer selbstbestimmten, geplanten Entscheidung sein; zumal häusliche Pflegesituationen keinesfalls defizitfrei sowie oftmals von gravierenden Überlastungen der Pflegenden und/oder starkem Einsamkeitserleben der Pflegebedürftigen geprägt sind. Darüber hinaus kann nach gegenwärtigem Bevölkerungsstatus maximal ein Drittel aller Erwerbstätigen im Fall von Pflegebedürftigkeit mit der Unterstützung durch eigene Kinder rechnen und vorhandene pflegende Angehörige sind auf Grund der steigenden Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Übernahme pflegerischer Leistungen selbst immer älter. Insofern werden Boom und Diversifizierung des Heimsektors aller Voraussicht nach zunächst weiter voranschreiten (vgl. Tabelle 14).

128. Nicht weniger große Herausforderungen wie im ambulanten Pflegesektor harren in der stationären Langzeitversorgung, dem Heimsektor. Er ist in den vergangenen Jahren zusehends unter Problemdruck geraten, weil sich die Klientel in den Pflegeheimen grundlegend verändert hat: Sie ist älter geworden (das Heimeintrittsalter ist gestiegen), sie ist kränker und verbleibt kürzer (oft weniger als zwei Jahre). Statt Stätte langjährigen Wohnens – wie einst postuliert – sind die Heime heute längst Stätte der Pflege und

⁶ Die amtliche Pflegestatistik erscheint nur alle zwei Jahre. Die Zahlen, die 2007 publiziert wurden, stammen aus dem Jahr 2005 und waren zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Gutachtenabschnitts die aktuellsten. Die Daten für 2007 wurden erst im Februar 2009 veröffentlicht.

Krankheitsbewältigung in den Spätstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende geworden und damit weit reichenden Bedarfsveränderungen ausgesetzt, mit denen die Konzepte und Pflegestrategien nicht Schritt gehalten haben. Wie dringlich es ist, den gewandelten Bedarf mit neuen Konzepten anzugehen, zeigt die prognostizierte Zuwachsrate der Nutzung; Bedarfsschätzungen gehen von einer Zunahme zwischen 50 % und 60 % für den stationären Sektor aus.

129. Heime als Stätten der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spät- und Endstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende benötigen eine Ausstattung mit ausreichendem und ausreichend qualifiziertem Personal sowie eine stärkere Verschränkung von Organisationskonzepten und Personalentwicklung, aber auch eine stärkere Professionalität im Pflegehandeln, was einerseits die Umsetzung längst bekannter fachlicher Standards betrifft (Assessment und Pflegeplanung, Risikoeinschätzung und Prävention) und andererseits eine Weiterentwicklung der Fachlichkeit im Umgang mit kognitiven Einbußen, psychischen Problemlagen und Verhaltensauffälligkeiten, einschließlich der hierzu erforderlichen Optimierung der Pflegeprozesssteuerung und Versorgungscoordination, meint. Darüber hinaus muss eine ressourcenorientierte Pflege mit Hilfe evidenzbasierter Konzepte und Angebote umgesetzt werden, die sowohl Mobilitätsförderung als auch die Förderung kognitiver Ressourcen einschließen. Die Entwicklung und Umsetzung geeigneter Konzepte für die nächtliche Versorgung und zur professionellen Begleitung sterbender Heimbewohner zählen ebenso zu den heute wichtigsten Entwicklungsaufgaben der Einrichtungen.

130. Die Versorgungsrealitäten in zahlreichen Heimen machen einen nachhaltigen Innovationsschub dringend erforderlich. Zu diesem Zweck scheint es zunächst notwendig, die Transparenz des Leistungsgeschehens sowie der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Heimen grundlegend zu erhöhen und die allgemeine Aufmerksamkeit dafür zu steigern. Bislang fällt es nicht nur potenziellen Nutzern schwer, einen verlässlichen Überblick über die Qualität der stationären Versorgung zu erhalten, sondern auch Wissenschaft und Politik sind an vielen Stellen mit unzureichenden Daten bzw. Einschätzungen konfrontiert.

131. Die Versorgungsqualität in den Pflegeheimen ist eng mit den vorhandenen personellen Ressourcen, d. h. Zahl, Qualifikation sowie Kompetenz der Mitarbeiter verknüpft. Angesichts des gestiegenen medizinisch-pflegerischen Betreuungsbedarfs der Heimbewohner sind Überlegungen zu einer dauerhaften ärztlichen Präsenz in den Pflegeheimen – die inzwischen vom Gesetzgeber ermöglicht wird – erforderlich. Vor- und Nachteile verschiedener Modelle der ärztlichen Versorgung in den Heimen müssen dabei ebenso abgewogen werden (u. a. die Versorgung aller Bewohner durch den glei-

chen Arzt vs. Fortsetzung langjähriger Betreuungsverhältnisse durch den Arzt des persönlichen Vertrauens) wie regionale und lokale Besonderheiten und Bedarfssituationen. Die Ausgestaltung der Schnittstelle zwischen pflegerischer und ärztlicher Versorgung ist weiterhin eine ergebnisoffene Zukunftsaufgabe der Pflegeheime. Dabei geht es insbesondere um eine bessere Integration von pflegerischer, haus- und fachärztlicher Versorgung, um die am alten Patienten orientierte Ausgestaltung der Versorgungsschnittstelle zwischen Pflegeheim und Krankenhaus sowie um eine systematische Verbesserung der Angehörigenarbeit.

132. Die in den Heimen steigenden Arbeitsanforderungen und -verdichtungen werden begleitet von einem wachsenden Personalbedarf, der aufgrund mangelnder finanzieller Möglichkeiten häufig nicht ausreichend gedeckt werden kann. Darüber hinaus wird es offenbar immer schwerer, geeignetes Personal zu finden und auch die für Leitungspositionen vorgeschriebene Weiterbildung erweist sich an vielen Stellen als unzureichend. Insofern sollten prinzipiell begrüßenswerte Initiativen zu den Umschulungsmaßnahmen von Langzeitarbeitslosen zu Pflegeassistenten den Blick für den wachsenden Bedarf an pflegfachlicher Expertise nicht verstellen. Schließlich werden die absehbaren Folgen des demografischen Wandels alle Beteiligten gleichermaßen auch weiterhin zwingen, in einen Dialog darüber einzutreten, wie das Leistungsniveau der Heime zukünftig gestaltet und finanziert werden kann.

Qualität der zahnmedizinischen Versorgung und ihre Verbesserung

133. Die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen muss verbessert werden. Wissenschaftlich begleitete Prophylaxe-Programme für Pflegebedürftige belegen, „Vorbeugung“ im Alter ist durchaus sinnvoll. Im Qualitätsmanagement der Altenpflegeeinrichtungen sollten deshalb zahnärztlich-prophylaktische Maßnahmen am Patienten genau definiert werden, denn der Stellenwert der Mundhygiene im Rahmen der Hygienemaßnahmen am Patienten ist aus Gründen des Zeitmangels und eines Wissensdefizits beim Pflegepersonal häufig sehr nachrangig.

134. Die in den Rahmenlehrplänen für den Pflegeberuf definierten Mundhygienemaßnahmen sollten überprüft und durch ein modulares Ausbildungs- und Fortbildungssystem in den Pflegeschulen unterlegt werden, denn es besteht häufig ein erkennbares Informationsdefizit im Bereich der Mund- und Zahnersatzhygiene auch bei ausgebildeten Altenpflegern.

135. Die zahnärztlichen Mundhygieneschulungen des Pflegepersonals und bei alten Menschen können auf Dauer nicht ehrenamtlich erbracht werden. Es ist deshalb erforderlich, entsprechende Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um die Finanzierung dieser Projekte bundeseinheitlich sicher zu stellen. Die zahnmedizinischen Erfolge der zahnärztlichen Mundhygieneschulungen durch Pflegepersonal sowie von alten Menschen sind wissenschaftlich belegt. Bislang werden diese Schulungen von Zahnärzten ehrenamtlich durchgeführt. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit steigendem Bedarf an diesen Schulungen zu rechnen.

136. Der § 22 SGB V könnte dahingehend verändert werden, dass die Allokation von Mitteln der gesetzlichen Krankenkasse sich an den Prinzipien des Bedarfes der Zielgruppe orientiert. Es ist sinnvoll, selbstbestimmt lebenden Erwachsenen die Verantwortung für ihre zahnmedizinische Vorbeugung zu übertragen. Bei Pflegebedürftigen, denen die Pflegekosten oftmals keinen finanziellen Spielraum mehr lassen, macht dies keinen Sinn. Die Prophylaxebetreuung Pflegebedürftiger würde an zentraler Stelle wichtige Probleme der gesamten zahnmedizinischen Versorgung Pflegebedürftiger lösen:

- a) Der regelmäßige Kontakt des Pflegebedürftigen zum Zahnarzt lässt Präventions- und Therapiebedarf frühzeitig erkennen. Damit entstehen weniger Notfallbehandlungen, die kostenintensiv und schwierig zu organisieren sind und meist zum Zahnverlust führen.
- b) Das Pflegepersonal lernt den Zahnarzt als Partner und ersten Ansprechpartner kennen, der wichtige Fragen im Umfeld der Mund- und Prothesenhygiene zum Nutzen der Pflegebedürftigen und der Pflegenden klären kann.
- c) Bestimmte Prophylaxeleistungen können von speziell fortgebildeten Teammitarbeitern (Delegationsgrundsätze beachten) durchgeführt werden, wobei die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) derzeit gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Alterszahnmedizin (DGAZ) Musterfortbildungskonzepte für die zahnmedizinische Prophylaxe in der Pflege abstimmt. Delegierbare Leistungen ermöglichen dem Zahnarzt eine genaue Planung und Organisation des präventiven Versorgungsbedarfes in der Hand von kompetenten Fachkräften. Auch hierfür bedarf es einer entsprechenden finanziellen Absicherung durch Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen.

Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung

137. Die Debatte um die Qualität in der Pflege ist durch veröffentlichte Pflegemängel und die Reaktionen des Gesetzgebers im PFWG erneut sehr aktuell. Seit Jahren mangelt es an Evidenzbasierung für das pflegerische Versorgungsgeschehen, sind messbare Ergebnisse einer qualitativ guten Pflege kaum erforscht, die Messinstrumente nicht valide und die Standardentwicklung zur Qualitätsbeurteilung zu wenig patientenorientiert. Diese Aufgaben sind allerdings ohne weitere kontinuierliche Investition in die Qualitätsentwicklung und die dazu nötige Pflegeforschung nicht zu lösen. Dies zeigen beispielsweise die Erfahrungen mit den für die Entwicklung der Pflegequalität so wichtigen „Nationalen Expertenstandards in der Pflege“, aber auch den „Referenzmodellen in NRW“. All diese Versuche haben nur dann nachhaltige Wirkung, wenn sie kontinuierlich weiterentwickelt werden. In der Medizin und auch in der Pflege bedarf Qualitätsentwicklung daher nicht nur punktueller, sondern dauerhafter Aufmerksamkeit und einer entsprechenden finanziellen Förderung. Dies erfordert eine Förderung der Grundlagenforschung der Pflege-Qualitätssicherung und der Evidenzbasierung durch die Pflegewissenschaft.

138. Seit Einführung des PflegeVG gibt es eine Pflicht zur externen überprüfenden Qualitätssicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Durch das Pflegequalitätssicherungsgesetz wurde das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement forciert. Die Qualität in der Pflege wird von unterschiedlichen Instanzen geprüft: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der Pflegekassen, Heimaufsicht oder Prüfunternehmen. Das PFWG führt jährliche Regelprüfungen für alle zugelassenen Pflegeeinrichtungen ein und stellt die Ergebnisqualität in den Mittelpunkt. Kritisch sind noch immer die Prozesse der Entwicklung der Prüfinstrumente einzuschätzen. Dies verspricht eine größere Transparenz der Prüfergebnisse durch die Schaffung verbraucherfreundlicher Bewertungssysteme – z. B. Schulnoten – und die Forcierung der Erstellung von Qualitätskriterien aus der Nutzerperspektive sowie eine verstärkte Förderung von Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen.

139. Die Qualitätssicherung in der häuslichen informellen Pflege ist heute lediglich eine Überprüfung der Sicherstellung der Pflege. Kriterien zur Beurteilung der Qualität fehlen. Der Rat regt an, die Diskussion um die Qualitätssicherung in der so genannten „Laienpflege“ offen zu führen.

140. Die Nutzerorientierung findet im Rahmen der Qualitätsbemühungen in der Pflege noch immer zu wenig Beachtung. Ein relativ großes Versorgungsangebot einerseits stellt andererseits die Nutzer vor die Schwierigkeit, das für sie geeignete Angebot ausfindig zu machen. Den gewonnenen Jahren mehr Selbständigkeit und Lebensqualität zu

geben, macht es auch erforderlich, in Deutschland die Position der Nutzer weiter zu stärken. Zwar sind in den vergangenen Jahren Bemühungen zu verzeichnen, sich von paternalistischen Vorstellungen der Patientenbehandlung zu verabschieden, Patienten und Nutzern mehr Entscheidungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen und sie in die Lage zu versetzen, mehr Eigenverantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Die dazu nötigen Informations- und Beratungsangebote sind ebenfalls geschaffen (§ 65b SGB V; geplante Pflegestützpunkte etc.). Breitenwirksam haben diese Bemühungen jedoch den Versorgungsalltag noch nicht verändert. Auch die international geführte Diskussion über die Wichtigkeit, künftig zu einem Consumer Driven Health Care System (also einem nutzergesteuerten Gesundheitswesen) zu gelangen, wird hierzulande bislang sehr zaghaft aufgegriffen. Es wird allein aufgrund des Bedarfszuwachses bei steigenden Kosten wichtig sein, Nutzer mehr als bislang in ihrer Gesundheitskompetenz sowie ihren Selbstmanagementfähigkeiten zu fördern und ihre Position zu stärken. Dazu sind der Ausbau von unabhängigen Informations- und Beratungsangeboten und die Gewährleistung von Informationstransparenz unverzichtbar. Dabei darf nicht übersehen werden, dass viele Bevölkerungsgruppen – so auch teilweise ältere und pflegebedürftige Menschen – nicht über die nötigen Ressourcen verfügen, sich Information zu erschließen und anzueignen. Für sie bedarf es besonderer, zielgruppenspezifisch zugeschnittener Maßnahmen.

141. Die Prioritäten der Betroffenen für eine gute pflegerische Versorgung einzubeziehen heißt, folgende Kriterien zu beachten: vertrauensvolle, persönliche, durch Respekt und Wertschätzung gekennzeichnete Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten, Personenorientierung und Kommunikation auch jenseits von Versorgung, ausreichend Zeit, personelle Kontinuität, Zuverlässigkeit und Erreichbarkeit, Sorgfalt, Behutsamkeit und Engagement des Pflegepersonals, umfassende Unterstützung und Entlastung.

6.5 Integrierte Versorgung

142. Um eine sektorübergreifende Versorgung zu realisieren und den Wettbewerb im Leistungsbereich zu erhöhen, implementierte der Gesetzgeber in den letzten zehn Jahren mehrere Regelungen, auf deren Grundlage die Krankenkassen und die Leistungserbringer von der herkömmlichen Versorgung mit ihrer kollektivvertraglichen Organisation abweichen und stattdessen selektive Verträge abschließen können. Es handelt sich hier vor allem um die besonderen Versorgungsformen, die im Unterschied zu den Strukturverträgen alle ein selektives Kontrahieren zwischen Krankenkassen und Leistungserbringer erlauben. Neben den besonderen Versorgungsformen zielen auch die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) als „fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrich-

tungen“ auf eine Versorgung mit zumindest interdisziplinärer Orientierung. Sofern sich MVZ im Eigentum von Krankenhäusern befinden, bietet sich zudem eine sektorübergreifende Kooperation an. Ferner können die KVen nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen, die für bestimmte Leistungen in Form von Zuschlägen eine qualitätsbezogene Vergütung in Form von Zuschlägen vorsehen.

143. Die besonderen Versorgungsformen umfassen nach § 53 Abs. 3 SGB V auch die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V, obgleich diese wegen fehlender fach- und sektorübergreifender Orientierung als solche nicht zur integrierten Versorgung zu rechnen ist. Sie kann aber im Rahmen anderer Ansätze, z. B. bei den integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V, einen zentralen Bestandteil integrierter Konzepte bilden. Die hausarztzentrierte Versorgung stellt die einzige Versorgungsform dar, bei der für die Krankenkassen eine Verpflichtung zum Angebot besteht. Die Gesetzeslage ermöglicht bei vier besonderen Versorgungsformen selektives Kontrahieren ohne Einbezug der KVen, schließt deren Beteiligung als Vertragspartner aber nur im Falle der integrierten Versorgungsformen aus. Sofern die KVen als Vertragspartner der Krankenkassen an den besonderen Versorgungsformen teilnehmen, geschieht dies allerdings nicht im Rahmen von Kollektivverträgen, sondern wie bei Gruppen von Leistungserbringern über selektive Verträge. Der Sicherstellungsauftrag der KVen kann bei drei Versorgungsformen eine Einschränkung erfahren.

144. Die konzeptionellen Bedingungen einer integrierten Versorgung, die u. a. von ihrem Ansatz her einen sektorübergreifenden Bezug postuliert, erfüllen von den besonderen Versorgungsformen nur

- die Modellvorhaben nach § 63-65 SGB V,
- die integrierten Versorgungsformen nach § 140a-d SGB V sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g SGB V.

Diese drei Varianten schaffen zwar die gesetzlichen Grundlagen für sektorübergreifende Koordination, vermögen diese und damit eine integrierte Versorgung aber noch nicht zu garantieren. Sie können sich ebenfalls auf eine rein sektorale Koordination und Kooperation beschränken. Nach den vorliegenden Daten fand im Rahmen der integrierten Versorgungsformen zu über 50 % keine sektorübergreifende Koordination statt. Zum Populationsbezug dieser Versorgungsform führte der Rat eine repräsentative Umfrage bei den Krankenkassen mit einem Rücklauf auf Versichertenbasis von 92,5 % durch.

Danach wiesen nur 55 der insgesamt 6 183 bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Ende 2008 gemeldeten Verträge einen Populationsbezug auf. Bei den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung zeigte sich ein ähnlich schwacher Populationsbezug.

145. Um einen funktionsfähigen Wettbewerb, insbesondere im Bereich der ambulanten Behandlung an den Schnittstellen der Leistungssektoren zu realisieren, existiert derzeit weniger hinsichtlich der Wettbewerbsparameter, die den Vertragsparteien zur Verfügung stehen, als bezüglich der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen weiterer, vor allem folgender Handlungsbedarf:

- Um den Wettbewerb durch gezielte Wahlentscheidungen intensivieren zu können, benötigen die Versicherten eine hinreichende Transparenz über Behandlungsalternativen und Leistungsqualitäten. Diese Voraussetzung könnte ein valides System von Patientensicherheits- und Qualitätsindikatoren im Falle einer Offenlegung dieser Daten erfüllen.
- Eine ziel- und teamorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit einer rechtlich abgesicherten, stärkeren Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern, d. h. entsprechende Delegations- und Substitutionsprozesse, sowie verstärkte Kooperationen mit Selbsthilfegruppen und kommunalen Institutionen versprechen eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung.
- Der neue stärker morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (RSA) reduziert für die Krankenkassen die Anreize zu Investitionen in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention und verschlechtert damit für integrierte Versorgungsprojekte, die präventive Maßnahmen besonders fördern, die Nutzen-Kosten-Relation. Er hebt andererseits die recht willkürliche Anbindung einiger Indikationen an den (alten) RSA auf. Da die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g SGB V unter medizinischen und ökonomischen Kriterien eine Variante der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V darstellen, sollten sie unter die integrierten Versorgungsformen subsumiert werden.
- Es existiert derzeit keine eindeutig überlegene Variante einer integrierten Versorgung und damit auch keine Notwendigkeit, die Krankenkassen zu dem obligatorischen Angebot einer bestimmten Versorgungsform, wie z. B. der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, zu verpflichten. Im Sinne eines funktionsgerechten Wettbewerbs reicht es aus, den Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Spektrum von Vertragsoptionen zu eröffnen und ihnen die Auswahl der präferierten Variante im Rahmen eines Suchprozesses zu überlassen.

- Selektive Verträge bilden wie auch der Wettbewerb unter Zielaspekten keinen Selbstzweck, sondern ein Instrument zur Realisierung allokativer und distributiver Funktionen. Es kann daher im Sinne einer effizienten und effektiven Versorgung nicht darum gehen, kollektive Vertragsformen „um jeden Preis“ durch selektive zu ersetzen, es kommt vielmehr auf die jeweilige komparative Leistungsfähigkeit dieser beiden Vertragsformen an. Ein ergebnisoffener Wettbewerb sollte daher auf der Grundlage einer adäquaten Rahmenordnung über das zukünftige Verhältnis von kollektiven und selektiven Verträgen entscheiden.

- Im Sinne eines fairen Wettbewerbs im Bereich der ambulanten Behandlung zwischen Krankenhäusern und ambulanten (Fach-)Ärzten bedarf neben der Vergütung u. a. auch die Genehmigung neuer Behandlungsmethoden einer sektorübergreifend einheitlichen Ausgestaltung. Dem widerspricht derzeit die Geltung des Erlaubnisvorbehaltes im ambulanten und des Verbotsvorbehaltes im stationären Sektor. Zudem setzen faire Wettbewerbsbedingungen hier neben einer monistischen Finanzierung auch voraus, dass öffentliche Träger Defizite ihrer Krankenhäuser nicht unlimitiert dauerhaft abdecken.

- Im Rahmen der Arzneimittelversorgung stellen die Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V als solche zwar ein wettbewerbskonformes Instrument dar, sie befinden sich jedoch in einem überregulierten GKV-Arzneimittelmarkt. Zudem konzentrieren sich diese Verträge noch zu einseitig auf den reinen Preiswettbewerb und klammern qualitative Elemente, z. B. im Rahmen von Risk-Sharing-Verträgen, noch weitgehend aus.

7. Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung

146. Im Folgenden werden ausgewählte Ansätze aus unterschiedlichen Ländern dargestellt, die zur Entwicklung eines koordinierten, populationsbezogenen Versorgungsmodells in Deutschland beitragen könnten. Dabei wird besonders ausführlich auf das aus den USA stammende Managed Care-Konzept eingegangen, da es bereits viele Elemente enthält, die für ein zukünftiges Versorgungsmodell in Deutschland sinnvoll erscheinen.

7.1 EU-Konzept zur Primärversorgung

147. Zur Vorbereitung der EU-Ratspräsidentschaft im zweiten Halbjahr 2004 gab das niederländische Gesundheitsministerium beim nationalen „Gezondheidsraad“ ein Gutachten über die Leistungsfähigkeit und Fortentwicklung der Primärversorgung in Auftrag. Das Ergebnis wurde auf der EU-Konferenz „Shaping the EU Health Community“ im September 2004 in Den Haag präsentiert. Fragestellung des Gutachtens war es, angesichts unterschiedlicher, zum Teil jedoch auch konvergierender Primärversorgungssysteme in den Ländern der EU zu bestimmen, welches die Kerncharakteristika einer guten Primärversorgung sind, welche Auswirkungen die unterschiedlichen Ausprägungen in den europäischen Ländern haben, und welche Entwicklungspfade in Zukunft für die Primärversorgung empfohlen werden können.

Vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Evidenz wie auch des Systemvergleichs in den EU-Ländern werden die Zentrierung um einen weitergebildeten Hausarzt, obligatorische Registrierung der Patienten in einer Hausarztpraxis (jedoch nicht zwingend ein Gatekeeping) und ein zumindest weitgehend pauschaliertes Vergütungssystem als wünschenswerte Kernelemente der Primärversorgung angesehen. Die demografische Entwicklung und die Zunahme chronischer Erkrankungen, daneben aber auch die Individualisierung und eine veränderte Anspruchshaltung der Patienten bei gleichzeitig zunehmender kultureller Diversität durch Migration werden als Herausforderungen für die zukünftige Entwicklung der Primärversorgung benannt. Die Primärversorgung wird zukünftig verstärkt an Patientensicherheit, Qualitätsorientierung und Verantwortlichkeit (*accountability*) gemessen werden. Die wissenschaftlich-technische Entwicklung wird im Bereich der Informationstechnologie/E-Health neue Herausforderungen stellen. In vielen europäischen Ländern ist eine Verknappung der (ärztlichen wie auch nicht-ärztlichen) Arbeitskräfte in der Primärversorgung zu erwarten.

Vor diesem Hintergrund werden eine Reihe von Empfehlungen ausgesprochen:

- Die Rolle der Primärversorgung und ihrer Problemlösungskompetenz sollte in allen Ländern gestärkt werden. Es sollten sich auch weiterhin mehr als 90 % der gesundheitlichen Probleme, mit denen die Bürger sich an einen Arzt wenden, innerhalb der Primärversorgung lösen lassen, womit die Primärversorgung einen wichtigen Beitrag zur Effizienz im gesamten Gesundheitssystem leistet. Insbesondere müsse analysiert werden, wo Selbst- und Laienhilfepotenziale (z. B. durch den Verlust von Familienbindungen oder soziale Fragmentierung) bedroht erscheinen, die durch den Familien- und Gemeindebezug der Primärversorgung kompensiert werden müssen.
- Die Primärversorgung muss ihre Patientenorientierung verstärken, um den veränderten Ansprüchen und Erwartungen und dem gestiegenen Informationsniveau der Bevölkerung gerecht zu werden (Evidenzbasierung des hausärztlichen Handelns, verbesserte Fort- und Weiterbildung, verstärkte Anstrengungen zur Darlegung von Patientensicherheit, Qualität und Effizienz).
- Partizipativer Entscheidungsfindung (*shared decision making*) kommt zukünftig eine zentrale Rolle im Kontakt zwischen Primärmedizin und Patient zu.
- Die nachhaltige Versorgung chronischer Erkrankungen erfordert einen multidisziplinären und integrierten Ansatz (*shared and structured care*). Dabei sollte der Hausarzt der kontinuierliche Koordinations- und Rückkehrpunkt der Versorgung bleiben. *Stepped care*, also die gezielte Nutzung der Potenziale der Sekundärversorgung, muss unterstützt werden.
- Hausarztpraxen müssen zunehmend ihre Kooperation mit anderen Leistungserbringern entwickeln, also in einer Teamversorgung denken. Neben der Koordination mit pflegerischen Leistungen spielt hierbei die Kooperation mit sozialarbeiterischen Potenzialen, Prävention und vor allem eine angemessene Berücksichtigung von psychischen Gesundheitsproblemen eine Rolle.
- Es wird davon ausgegangen, dass eine leistungsfähige Hausarztpraxis zukünftig etwa 10 000 – 15 000 Menschen versorgen, d.h. fünf bis sieben Hausärzte umfassen sollte. Wünschenswert ist eine obligatorische Einschreibung in Hausarztpraxen und eine Stärkung der Koordinations- bzw. Navigationsfunktion.
- Weitere Empfehlungen beziehen sich auf die Nachwuchsförderung, die Eröffnung adäquater Karrierechancen sowie die Förderung der allgemeinmedizinischen Forschung.

7.2 Patient-Centered Medical Home

148. Das Konzept eines Medical Home wurde erstmals 1967 von der American Academy for Pediatrics (AAP) für die Versorgung von Kindern mit besonderen Bedürfnissen beschrieben, von der American Academy of Family Physicians (AAFP) im Rahmen des „Future of Family Medicine Projects“ zum Konzept „Advanced Medical Home“ auf alle Patientengruppen erweitert und schließlich zusammen mit weiteren Fachgesellschaften zum „Patient-Centered Medical Home“ mit besonderer Patientenorientierung fortentwickelt. Das Modell geht davon aus, dass zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung eine patientenorientierte, von einem persönlichen Arzt koordinierte, auf Langzeitbegleitung und Kontinuität ausgerichtete medizinische Versorgung erforderlich ist. Es umfasst folgende sieben Kernelemente:

1. Jeder Patient hat einen persönlichen Arzt.
2. Der persönliche Arzt leitet ein Team von Gesundheitsprofessionals, welches als Gesamtheit für die Behandlung verantwortlich ist.
3. Der persönliche Arzt ist verantwortlich für die „ganze Person“.
4. Die Patientenversorgung ist über ihr gesamtes Kontinuum im Gesundheitswesen und in der Gemeinde abgestimmt (*care is coordinated and/or integrated*).
5. Qualität und Sicherheit sind die entscheidenden Merkmale der medizinischen Praxis.
6. Verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung wird durch offene Termingestaltung, erweiterte Öffnungszeiten und durch neue Optionen wie Gruppensitzungen und Telefonsprechstunden ermöglicht.
7. Diese neuen Werte müssen sich in der Vergütung abbilden.

Auf Praxisebene bedeutet eine Orientierung am Medical Home-Konzept die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien, Gestaltung der Praxisabläufe nach den Prinzipien des Chronic Care-Modells, Erstellung von abgestimmten individuellen Behandlungsplänen für Patienten, Angebot verbesserter und längerer Arztkontakte (auch über Telefon oder E-Mail), Nutzung angemessener Informationstechnologien in der Praxis und Abbildung der klinischen Arbeit anhand geeigneter patienten- und praxisbezogener Indikatoren.

Internationale Studienergebnisse zeigen einen verbesserten Zugang zu einer qualitativ guten Versorgung (unabhängig von Versicherungsstatus, ethnischer Herkunft oder

Herkunft), eine höhere Behandlungsqualität, weniger Behandlungsfehler und unnötige Doppeluntersuchungen, sowie eine höhere Zufriedenheit mit der Therapie und der Arzt-Patienten-Kommunikation bei Patienten mit einem Medical Home. Auch der vom Rat veranlasste Evidenzreport zur hausarztorientierten Versorgung verdeutlicht, dass eine hohe Kontinuität in der Versorgung, wie sie das Medical Home-Konzept gewährleistet, mit besseren gesundheitlichen Outcomes, höherer Patientenzufriedenheit, niedrigeren Hospitalisierungsraten, verringerter Inanspruchnahme von Notfallambulanzen, weniger Laboruntersuchungen, häufigerer Nutzung von präventiven Maßnahmen, besserer Compliance sowie geringeren Kosten assoziiert ist.

7.3 Das Bellagio-Modell

149. Eine internationale Expertengruppe legte im April 2008 im italienischen Bellagio ein umfassendes Konzept zu Grundzügen einer bevölkerungsbezogenen Primärversorgung im 21. Jahrhundert vor. Die Kombination von zehn sich ergänzenden Kernelementen wird als entscheidend für das Gelingen dieses umfassenden Ansatzes angesehen:

1. Die gemeinsam getragene Führung (*shared leadership*). Leistungserbringer, Kostenträger, Gesundheitsexperten und politische Entscheider entwickeln gemeinsam eine Vision für die primäre Gesundheitsversorgung eines Landes bzw. einer Region, und gestalten die Organisationsstrukturen nach den lokal vorhandenen Bedingungen. Die Entscheidungsträger in allen einbezogenen Einrichtungen sollen gemeinsam Verantwortung für das Gesamtergebnis übernehmen.
2. Das öffentliche Vertrauen der Bevölkerung in die Verlässlichkeit von Politik, politisch Verantwortlichen und Entscheidungsstrukturen sowie in die Zuverlässigkeit und Transparenz des Gesundheitswesens ist unabdingbar. Dies betrifft insbesondere die Zugänglichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität.
3. Ein bevölkerungsorientiertes Management entlang des Kontinuums der Gesundheitsversorgung erreicht sowohl Gesunde (Prävention) als auch (akut oder chronisch) Kranke.
4. Die vertikale und horizontale Integration von Gesundheits- und Sozialprofessionen in der Gemeinde bzw. Region ist zu stärken.
5. Die Bildung von lokalen Netzwerken (*networking of professionals*), wie z. B. Praxisnetze, Qualitätszirkel oder Berufsausübungsgemeinschaften wird gefördert.

6. Die Infrastruktur der Primärversorgung kann durch Bereitstellung von über die Sektoren und Settings hinweg angelegten evidenzbasierten Leitlinien und Informationstechnologien ausgebaut werden.
7. Ein Vergütungsmix auf der Basis von Kopfpauschalen (*capitation fee*) wird um zusätzliche Anreize für eine optimale Patientenversorgung ergänzt.
8. Die standardisierte Datenerhebung mit systematisch entwickelten Indikatoren dient der evidenzbasierten Entscheidungsfindung auf allen Ebenen.
9. Forschung und Entwicklung in Kombination von Studien zur klinischen Effektivität einzelner Vorgehensweisen mit Studien zur bevölkerungsorientierten Versorgungsforschung trägt zu angemessenen Entscheidungen für Kliniker und Manager bei.
10. Aktive Praxisverbesserungsprogramme dienen der Verbesserung der täglichen Arbeit.

Dabei wird politischer Wille mit struktureller Förderung und Wandel im Versorgungsalltag verbunden: auf Steuerungsebene bzw. politischer Entscheidungsebene (makro), auf Managementebene (meso) und nicht zuletzt auf der Ebene der alltäglichen klinischen Arbeit (mikro).

7.4 Roadmap des Royal College of General Practitioners

150. Das britische Primärversorgungssystem ist eines der am besten etablierten und akzeptierten hausarztzentrierten Primärversorgungssysteme der Welt. Dennoch steht auch dieses vor ganz erheblichen Herausforderungen. Der gesellschaftspolitische Wandel, z. B. bezüglich der Arzt- und Patientenrolle, die Globalisierung und die zunehmende Nutzung des Internets schaffen ein Klima der kontinuierlichen Veränderung und führen zu steigenden Erwartungen der Patienten an die Gesundheitsversorgung. Ein veränderter Lebensstil, technischer Fortschritt und der demografische Wandel führen zu vermehrter Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Auf der anderen Seite herrscht auch in Großbritannien insbesondere bei jüngeren Hausärzten Unzufriedenheit mit ihren Arbeitsbedingungen. In einem Entwicklungsplan („*The future direction of primary care – A roadmap*“) der wissenschaftlichen Fachgesellschaft *Royal College of General Practitioners* (RCGP) werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen, um diesen Herausforderungen zu begegnen:

- Flexible und je nach Region unterschiedliche Kooperationsmodelle: Durch tatsächliche oder virtuelle Zusammenschlüsse verschiedener Einrichtungen, die z. B. Fachspezialisten, Apotheker, psychiatrische und soziale Liaisondienste enthalten können, ist ein breiteres und besser koordiniertes Leistungsangebot möglich als für einzelne Praxen. Solche Kooperationen versorgen eine bestimmte Population gemeinsam und organisieren für diese verantwortlich die Versorgung (*federated model*) mit einer Verringerung notwendiger Überweisungen. Voraussetzung hierfür ist das in Großbritannien bereits vorhandene Einschreibemodell für Patienten.
- Verbesserung der Infrastruktur von Hausarztpraxen und Kooperationen: Für den empfohlenen Zusammenschluss von Hausarztpraxen zu größeren Einheiten mit erweitertem Leistungsangebot müssen geeignete Räumlichkeiten bereitgestellt werden.
- Versorgung des Patienten durch hausarztgeleitete, interdisziplinäre Primärversorgungsteams (Primary Health Care-Teams): Für eine bessere Koordination und Kontinuität soll eine Versorgung des Patienten durch hausarztgeleitete, interdisziplinäre Primary Health Care-Teams erfolgen, durch die Schnittstellen abgebaut werden können. Eine Voraussetzung hierfür ist eine gemeinsame elektronische Patientenakte. Weitere Möglichkeiten könnte die Einführung von integrierten klinischen Versorgungspfaden bieten. Dabei sollten sich Patienten weiterhin ihren Hausarzt aussuchen können und im Sinne des Medical Home-Konzepts auch langfristig in erster Linie von diesem betreut werden.
- Einsatz von nichtärztlichem Personal: Um Hausärzte zu entlasten und Zugang (*access*) und Konsultationsdauer zu verbessern, wird der Einsatz von nichtärztlichem Personal zur Übernahme von geeigneten Aufgaben in der Patientenversorgung empfohlen.
- Integration von Public Health-Ansätzen: Im Rahmen der Versorgung von Populationen mittels Primärversorgungsteams können ebenfalls Public Health-Themen und Ansätze zur Gesundheitsförderung (z. B. in Schulen und am Arbeitsplatz) integriert und adressiert werden.
- Neue Konzepte in der hausärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung.

Das in der Zusammenfassung der genannten Empfehlungen vom RCGP entwickelte hausarztgeleitete Versorgungsmodell der Zukunft ruht auf drei Säulen:

1. Der Qualität der Interaktion und der Beziehung zwischen Patient und seinem gewählten Hausarzt im Sinne des Medical Home-Konzepts,
2. der Hausarztpraxis als einer lernenden Organisation sowie
3. der Zusammenarbeit verschiedener Versorger im Sinne eines erweiterten, integrierten Primärversorgungsteams und dem Zusammenschluss von Praxen einer Versorgungsregion im Sinne eines *federated model*.

Hausarztpraxen müssen sich einem grundlegenden Prozess der Organisationsentwicklung unterziehen, um zu einer „lernenden Organisation“ zu werden. Hausärzte brauchen Unterstützung, um Führungsqualitäten und die dazugehörigen Fähigkeiten zu erwerben.

7.5 Das Chronic Care-Modell zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker

151. Das Chronic Care-Modell beschreibt auf evidenzbasierter Grundlage grundsätzliche Bedingungen für eine angemessene Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen. Es wurde zunächst in einer mittelgroßen US-amerikanischen Health Maintenance Organization (HMO) entwickelt, hat inzwischen aber umfassende empirische Bestätigung erfahren, und kann sowohl für einzelne Versorgungseinrichtungen als auch für größere Versorgungsorganisationen und Netze als Entwicklungsleitlinie dienen.

Die Entwicklung geht von einer Bestandsanalyse der Versorgung chronischer Erkrankungen aus, die auf erhebliche Defizite hinweist (die *Chronic Care Crisis*).

1. Die Versorgungseinrichtungen sind zu wenig auf die steigende Prävalenz chronischer Erkrankungen vorbereitet.
2. Evidenzbasierte diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen finden noch zu wenig Eingang in die klinische Versorgung.
3. Patienten sind noch mehrheitlich passive Objekte im Behandlungsgeschehen. Ihre Bedürfnisse und Präferenzen werden zu wenig aufgenommen, es findet wenig Patientenaktivierung und Unterstützung von Selbstmanagement statt.

4. Die Versorgung ist durch Fragmentierung und mangelhafte Koordination gekennzeichnet.
5. Die Versorgung ist zu wenig durch Kontinuität (langfristig geplante Versorgungsprozesse) geprägt.

Die Überwindung der bestehenden Defizite bedeutet eine grundsätzliche Umorientierung der zumeist reagierenden Krankenversorgung hin zu einem vorausschauenden (pro-aktiven) Behandlungsansatz. Bessere (funktionelle und klinische) Ergebnisse werden erreicht, wenn aktivierte Patienten und vorausschauende (pro-aktiv handelnde) Praxisteams in eine produktive Interaktion treten.

Wesentliche Elemente des Chronic Care-Modells können auf der Ebene der einzelnen Versorgungseinrichtung entwickelt werden:

- Unterstützung des Selbstmanagements, Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz (*empowerment*),
- Gestaltung der Leistungserbringung, (Neu-)Konzipierung der Versorgungsabläufe, insbesondere durch eine verantwortliche und effektive Aufgabenteilung innerhalb des Teams, *stepped care*,
- gezielte Entscheidungsunterstützung, z. B. durch Leitlinien und klinische Versorgungspfade,
- klinische Informationssysteme, die über eine nur registrierende Behandlungsdokumentation hinausgehen (z. B. Remindersysteme).

Zusätzliche Elemente müssen auf der Ebene des Gesundheitssystems bzw. des gesundheitspolitischen Umfelds entwickelt werden, hier insbesondere eine angemessene Bereitstellung lokaler Ressourcen und gemeindenaher Angebote und eine förderliche Gestaltung der Entscheidungsstrukturen und -prozesse.

Das Modell fordert eine nachhaltige Veränderungsbereitschaft der Akteure. Notwendige Fortentwicklungen betreffen insbesondere die Versorgung von Patienten mit Multimorbidität sowie angemessene Versorgungsstile und Interventionen (z. B. Case Management, Kooperation der Leistungserbringer in der Primärversorgung).

7.6 Kooperation mit anderen Berufsgruppen

152. In Anknüpfung an seine Ausführungen im Gutachten 2007 begrüßt der Rat die Erprobung neuer Formen der Kooperation von ärztlichen und nichtärztlichen Berufsgruppen. Aus der Perspektive der hausärztlichen Versorgung ist die hausärztliche Arbeitskraft zukünftig zu knapp (und mit Bezug auf einfache Routineaufgaben auch zu teuer), um alle heute von einer hochwertigen Primärversorgung zu erbringenden Leistungen sicherstellen zu können. In der Hausarztpraxis der Zukunft muss daher eine Neubewertung bestimmter Leistungen – vor allem in den Bereichen (Sekundär-) Prävention, Patientenaktivierung, Patientenzentriertheit, Routinemonitoring – erfolgen, die in der Folge eine stärkere Umstrukturierung der Prozesse und Arbeitsteilung im Praxisteam nach sich ziehen wird. Die hier vorgeschlagenen Veränderungen hausärztlicher Primärversorgung sind insofern auch als Beitrag zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen in einer Gesellschaft des längeren Lebens gedacht. Welche der exemplarisch dargestellten Modelle (z. B. AGnES, MoPra oder VERAH) sich letztlich durchsetzen, sollte von regionalen Erfordernissen sowie den Ergebnissen der begleitenden Evaluation abhängig gemacht werden. Entsprechende Kooperationen sollten nicht auf die Delegation von Hausbesuchen und nicht auf unterversorgte Gebiete beschränkt werden, sondern vor allem die gesamte Gestaltung hausärztlicher Versorgung innerhalb der Praxen betreffen.

7.7 Managed Care

153. Die Analyse des Integrationsgrades der gesundheitlichen Leistungserstellung nach Integrationstiefe und -breite zeigt ein Spektrum, das von der auf eine Indikation bezogenen, sektorspezifischen bis zur sektor- und indikationsübergreifenden Versorgung reicht, die eine ganze Versichertenpopulation umfasst. Die Organisations- und Finanzierungsform, die diesem höchsten Integrationsgrad entspricht, setzt die Idee und die Intention von Managed Care am vollkommensten um. Die gängigen Definitionen dieses Begriffes weisen Kriterien auf, die für die Argumentation des vorliegenden Gutachtens in interne Finanzierung, erklärte Ziele, sowie Strukturen und Instrumente unterteilt und nach ihrer Wichtigkeit priorisiert werden. Als das führende Kriterium wird die Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion angesehen, gefolgt von der prospektiven pauschalierten Finanzierung (Capitation). Die abgeleitete Definition lautet:

Als Managed Care wird ein Versorgungssystem bezeichnet, das die Leistungserbringung und Finanzierung in unterschiedlichem Ausmaß zusammenfasst. Dabei sieht

es ein prospektiv pauschaliertes Finanzierungssystem vor. Managed Care verfolgt die Ziele, Sektoren und Leistungserbringer im Sinne einer regionalen, outcomeorientierten Gesundheitsversorgung zu integrieren sowie deren Effizienz u. a. durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug zu verbessern. In der Umsetzung werden selektives Kontrahieren und die Etablierung von Managementstrukturen bei Kostenträgern und Leistungserbringern eingesetzt. Die Arztwahl kann in unterschiedlichem Maße eingeschränkt sein, Instrumente wie Gatekeeping, Disease Management, Case Management, Qualitätsmanagement, Leitlinien und *utilization review* kommen in verschiedenen Kombinationen und wechselndem Umfang zur Anwendung.

154. Die Integration von Leistungserbringung und Finanzierungsfunktion stellt den entscheidenden Anreiz dar, um die angebotsinduzierte Nachfrage, die den auf Einzelleistungsfinanzierung und Leistungspauschalen beruhenden Finanzierungssystemen innewohnt, zu vermeiden und durch einen auf Prävention und Effizienz zielenden Anreiz zu ersetzen. Dieses Instrument ist eng verbunden mit der prospektiv gestalteten Pauschalierung (*capitation*), durch die die Leistungserbringer am finanziellen Risiko beteiligt werden, wofür die Pauschale zunächst möglichst gut morbiditätsadjustiert und dann entsprechend an die Leistungserbringer weitergeleitet wird. Auf diese Weise kann zunächst eine deutliche Senkung der Kosten für die Krankenhausbehandlung resultieren, es wird aber ebenso ein deutlich höherer Organisationsgrad der ambulanten Leistungserbringung (z. B. Gruppenpraxen, regionale Verbände) erforderlich. Freilich erhält dieser Ansatz aus sich selbst heraus keinen ökonomischen Anreiz für eine vollständige und sorgfältige Versorgung. Aus diesem Grund gewinnen Qualitätssicherung, Transparenz und die Stärkung von Patientenrechten eine besondere Bedeutung.

Instrumente und Auswirkungen von Managed Care

Capitation

155. Bei *Capitation* handelt es sich um ein prospektives Vergütungssystem, bei dem die Krankenkassen durch eine *ex ante* entrichtete Pauschale das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer übertragen. Die (Voraus) Bezahlung kann auch unabhängig von der späteren tatsächlichen Inanspruchnahme erfolgen. Im Vergleich zu einer *ex post*-orientierten Vergütung von Einzelleistungen oder gar dem Kostenerstattungsprinzip können nicht nur das Morbiditätsrisiko, sondern auch die finanziellen Effekte, die aus einer ineffizienten Produktion, *Moral Hazard* und der angebotsorientierten Nachfrage resultieren, von den Krankenkassen auf die Leistungserbringer übergehen. Die Krankenkassen versuchen mit Hilfe von *Capitation*, die

Leistungserbringer zu einem effizienten Handeln zu veranlassen, und hinsichtlich ihrer Ausgaben größtmögliche Planungssicherheit zu gewinnen. Die Leistungserbringer können ihrerseits im Vertragszeitraum mit sicheren Einnahmen rechnen und damit u. a. ihre Investitionstätigkeit besser planen. Da bei Capitation im Gegensatz zur Einzelleistungsvergütung tendenziell die Gefahr einer Unterversorgung bzw. der Vorenthaltung von benötigten Leistungen besteht, bedarf es hier in besonderem Maße einer Qualitätskontrolle auf der Grundlage valider Indikatoren.

156. Der Grad der Verlagerung des finanziellen Risikos hängt von dem Personenkreis, auf den sich Capitation erstreckt, sowie von Art und Umfang der einbezogenen Leistungen ab. Das Spektrum kann zum einen von einem Patienten mit einer spezifischen Krankheit bis zu allen Versicherten in der betreffenden Region und zum anderen von einer speziellen Leistung innerhalb einer Behandlungsart bis zu allen im Vertragszeitraum anfallenden Leistungen reichen. Capitation beinhaltet (in weiter Abgrenzung) damit u. a. folgende Varianten:

- Cost-Sharing-Verträge für eine oder mehrere definierte Leistung(en) innerhalb einer Behandlungsart,
- Diagnosis Related Groups (DRGs) für alle Leistungen eines diagnostizierten Falles,
- Risk-Sharing im Sinne eines „Payment by Result“ für vorab definierte Versicherten- bzw. Patienten(gruppen) und Leistungen sowie
- eine umfassende prospektive Vergütung, die kontaktunabhängig alle (eingeschriebenen) Versicherten und alle anfallenden Leistungen einbezieht (Capitation im engeren Sinne).

Systematischer Review: Managed Care und Qualität

157. Zur umfassenden Einschätzung der Auswirkungen von Managed Care auf die Qualität der Versorgung hat der Rat einen systematischen Review zur Fragestellung „*Welche Auswirkungen hat Managed Care auf die Qualität der Gesundheitsversorgung?*“ in Auftrag gegeben, der sich auf eine univariate explorative Auswertung stützt. Das besondere Interesse des Rates lag auf der Fragestellung, ob und inwieweit die diesem Konzept zugeschriebenen erwünschten Wirkungen (gesteigerte Effektivität und Effizienz) gegenüber den teilweise erwarteten unerwünschten Wirkungen (z. B. Leistungsverweigerung, Risikoselektion) bestätigt werden. Es wurden nur kontrollierte Studien eingeschlossen, die an Primärdaten die Auswirkung von

festgelegten Endpunkten auf definierte Populationen beschreiben. Im Mittelpunkt stehen die Auswirkungen auf ältere Patienten mit chronischen und Mehrfacherkrankungen.

Tabelle 15: Gesamtergebnis des Reviews: Anzahl der Studien und Effekt auf Qualität

Effekt auf Qualität	Anzahl der Studien	Anteil der Studien in %
positiv	18	16,8
überwiegend positiv	21	19,6
neutral	40	37,4
überwiegend negativ	11	10,3
negativ	17	15,9
Gesamt	107	100,0

Quelle: Eigene Berechnung

Es wurden 107 Studien identifiziert, die alle in den USA durchgeführt wurden und in der Mehrzahl Kohortenstudien (n = 58) und Querschnittstudien (n = 34) darstellten, 6 Studien waren randomisiert und 5 Studien hatten ein quasi-experimentelles Design (4 andere). Als Ergebnis kann Folgendes festgehalten werden:

1. Eine eindeutige Tendenz zu einer Verbesserung oder zu einer Verschlechterung der Qualität der Versorgung durch Managed Care ist nicht nachzuweisen. Ein Drittel der Studien zeigen zwar eine Verschlechterung der Qualität, diesen Studien stehen jedoch je ein Drittel Studien mit dem Ergebnis besserer Qualität und mit neutralem Ergebnis gegenüber. Gerade Studien aus neuerer Zeit zeigen eine Qualitätsverbesserung auf.
2. Die Art des Managed Care-Konzeptes (HMO vs. andere Formen) spielt keine nachweisbare Rolle.
3. Managed Care-Programme, die auf definierte Bevölkerungsgruppen (z. B. Kinder, weibliche Versicherte) oder auf Versicherungsgruppen mit niedrigem sozialen Status (Medicaid-Versicherung) ausgerichtet sind, weisen recht gute Erfolge auf.
4. Die Mehrzahl der Studien zur Versorgung von älteren Versicherten und chronisch Kranken zeigt eine bessere oder gleichbleibende Qualität der Versorgung. Die negativen Studien zu diesen beiden Gruppen, die im Rahmen des systematischen Reviews identifiziert werden konnten, sind methodisch den Studien mit positiven

Endpunkten eher unterlegen, weisen häufiger Einzelendpunkte auf oder sind in wenig integrierten Managed Care-Programmen und dafür seltener in HMOs durchgeführt worden.

5. Die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit sind gemischt, für Endpunkte aus dem Bereich der Prävention zeigen sich positive Auswirkungen auf die Qualität.

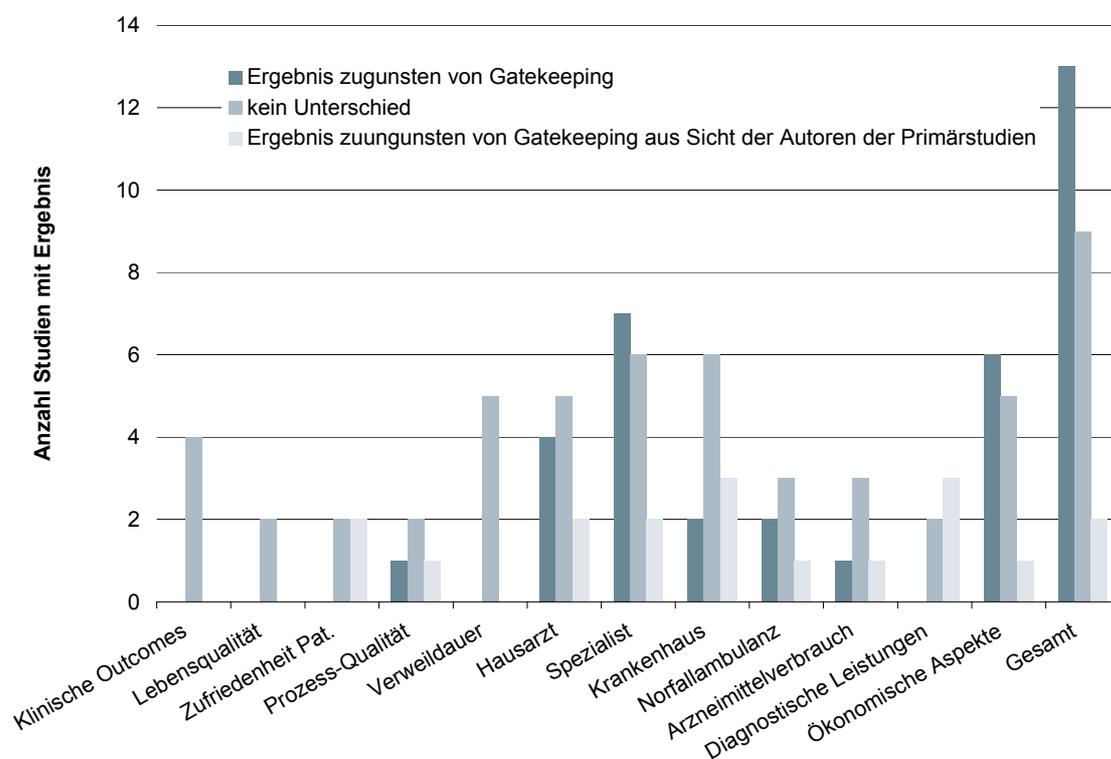
In Studien mit einfachen Endpunkten ließ sich keine bessere Versorgungsqualität gegenüber solchen mit komplexen Endpunkten nachweisen. Ebenso wenig ist eine Tendenz zu einer Überschätzung der Versorgungsqualität durch Studien mit geringwertigerem Studiendesign festzustellen. Kosteneinsparungen standen in dem Review nicht im Vordergrund. Limitationen des Reviews liegen in erster Linie in der Tatsache, dass in dem Review nur Studien und nicht Patienten untersucht wurden, dass bei komplexen Endpunkten über die zugrundeliegenden einzelnen Endpunkte keine Aussage gemacht werden konnte, und in der Frage der Übertragbarkeit der Studien aus den USA auf das deutsche Gesundheitswesen.

Systematischer Review: Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte

158. Unter dem Konzept Gatekeeping wird verstanden, dass jede Behandlungsepisode mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt beginnt. Zur Untersuchung der Effekte eines wiederholt von unterschiedlichen Seiten (z. B. Gesundheitsministerkonferenz, GMK; Kassenärztliche Bundesvereinigung, KBV) vorgeschlagenen sowie in anderen Ländern (z. B. Großbritannien, Niederlande, Dänemark) bzw. Versorgungssystemen (diverse HMOs, Managed Care-Organisationen) bereits etablierten Gatekeepings durch Hausärzte, hat der Rat einen eigenen systematischen Review auf der Basis vorhandener Originalarbeiten in Auftrag gegeben. Die wichtigsten Ergebnisse werden nachfolgend zusammengefasst. Die ausführliche Fassung (inkl. Fragestellung, Methoden, Limitationen etc.) steht als Anlage zu diesem Gutachten auf den Webseiten des Rats (www.svr-gesundheit.de) zum Download bereit.

Es wurden 29 Publikationen mit Ergebnissen aus 24 Studien eingeschlossen. Betrachtet man die zusammenfassende Einschätzung des Effekts von Gatekeeping, die die Autoren der jeweiligen Studien in ihren Schlussfolgerungen berichteten, zeigten 13 von 24 Studien einen positiven Effekt, neun berichteten keine Unterschiede und zwei kamen zu Schlussfolgerungen zuungunsten von Gatekeeping.

Abbildung 10: Verteilung der Ergebnisse nach Ergebnisparameter



Quelle: Eigene Darstellung

159. Die Ergebnisse sind insgesamt unter den Vorbehalt einer zum Teil schwachen Evidenzgrundlage zu stellen. Die vorliegende Evidenz gibt Hinweise, dass Gatekeeping bei Erwachsenen und Kindern die Inanspruchnahme der ambulanten fachspezialisierten Versorgung sowie die Gesamtgesundheitsausgaben pro Kopf und die Ausgaben für die ambulante spezialisierte Versorgung senkt. Die Hinweise auf eine reduzierte Inanspruchnahme verstärken sich, wenn Gatekeeping mit finanziellen Steuerungskomponenten für Primärärzte und/oder Patienten und einer Registrierungspflicht bei einem individuellen Hausarzt kombiniert wird. Die Größenordnung der Unterschiede in der Inanspruchnahme ambulanter spezialisierter Leistungen ist klein. Die Anzahl der Kontakte je Person nimmt auf diese Weise um 0,3 bis 1 Kontakte pro Jahr ab. Die Einsparpotenziale unterliegen einer großen Streuung (5 % - 65 % der Gesamtgesundheitsausgaben).

160. Ob Gatekeeping weitere Parameter der Inanspruchnahme spezialisierter Leistungen (Krankenhaus, Notaufnahme, Arzneimittel, diagnostische Leistungen), die Zufrie-

denheit der Patienten oder die Prozessqualität der Versorgung beeinflusst, kann aufgrund uneinheitlicher Evidenz nicht abschließend beantwortet werden.

161. Der vom Rat in Auftrag gegebene systematische Review und die hier dargestellten Ergebnisse deuten darauf hin, dass Gatekeeping zu gleichwertiger Versorgungsqualität bei verringerten Kosten führen kann. Es konnte allerdings nicht gezeigt werden, dass eine als obligatorische Vorschaltinstanz konzipierte primärärztliche Gatekeeper-Funktion insbesondere im Bereich der „harten“ gesundheitlichen Outcomes eine Verbesserung erbringt. Deutliche Hinweise erbringt der Review jedoch dahingehend, dass eine primärarztgesteuerte bzw. -koordinierte Überweisungspraxis an spezialisierte Gebietsärzte sich als nützlich erweist. Der Rat ist in diesem öffentlich umstrittenen Punkt daher der Meinung, dass ein striktes Gatekeeping nicht sinnvoll ist, grundsätzlich aber Versorgungsmodelle mit einer zielgerichteten und koordinierten Überweisung zum Fachspezialisten gefördert werden sollten. Ohne also ein isoliertes Gatekeeping zu favorisieren, sollte eine versorgungsstufenübergreifend koordinierte Versorgung sichergestellt werden. Die Bedeutung dieses Instrumentes und der Wahl eines Arztes des persönlichen Vertrauens wird im Rahmen von komplexen Versorgungskonzepten (z. B. Patient-Centered Medical Home) deutlich.

Optionen für eine generationenspezifische Versorgung

162. Die Alterung der Bevölkerung macht wegen der Zunahme von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität einen Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen notwendig. Die wichtigste Aufgabe liegt in Zukunft in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters und in einem Konzept einer generationenspezifischen Gesundheitsversorgung, die im Lebensverlauf von Patienten die den sich ständig wandelnden Bedürfnissen entspricht. Die Koordination der Versorgung wird dabei zum leitenden Prinzip und kann auf die Optionen der normativen Regulierung, auf die Option der professionellen Steuerung und auf die Option einer Aufhebung des *provider-payer-splits* zurückgreifen. Die Analyse zeigt, dass regulative Ansätze der Komplexität der Situation nicht gerecht werden, und dass die professionell basierten Ansätze (z. B. Leitlinien) zwar unverzichtbar sind, aber einer Ergänzung durch externe Koordinations- und Finanzierungsanreize bedürfen. Hierunter ist in erster Linie die dezentrale Übertragung der Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortung auf regional aufgestellte Institutionen zu verstehen, die Prävention und Gesundheitsversorgung umfassend und populationsbezogen anbieten.

163. Diese international als Managed Care zu klassifizierende Option hat als stärkstes Argument die Aufhebung der sektoralen Trennung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer auf ihrer Seite, die auch durch die integrierte Versorgung nach § 140a-d SGB V in der bisherigen Praxis noch nicht geleistet werden konnte, obwohl die gesetzlichen Regelungen durchaus weitergehende Perspektiven eröffnet haben. Die Konkurrenz der Sektoren hat in der letzten Zeit durch die DRG-Finanzierung im stationären Sektor sogar noch zusätzlichen Auftrieb erhalten. Zwar ist klar hervorzuheben, dass ohne die Einführung der DRGs die für die Weiterentwicklung des Systems notwendige Transparenz nicht herzustellen wäre, andererseits verstärkt das DRG-System die Koordinationsdefizite durch Risikoselektion und sektorbezogenen Mengenanreiz.

164. Es lassen sich derzeit in Deutschland drei Akteure identifizieren, die eine aktive Rolle in der Umsetzung von Managed Care-ähnlichen Konzepten unterschiedlicher Ausprägung spielen könnten: große Krankenhausträger, Krankenversicherungen und unterschiedlich organisierte Vereinigungen ambulant tätiger Ärzte („Ärztetze“), evtl. zusammen mit Krankenhäusern. Auch in anderen Gesundheitssystemen konnten die *network organizer* im Vergleich zur traditionellen Organisation eine bessere Koordination in Aussicht stellen. Für die weitere Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems lassen sich folgende Optionen unterscheiden:

- Option 1: Managed Care als durchgängiges Grundmuster
- Option 2: Managed Care nur unter den Bedingungen
 - Option 2a: einer strukturellen Anpassung oder Einschränkung des Managed Care-Konzeptes mit dem Ziel der Eindämmung der negativen Auswirkungen auf die Versorgungsqualität,
 - Option 2b: zusätzlicher, außerhalb der Umsetzung von Managed Care liegender und weiterführender Konzepte zur „Einbettung“ von Managed Care,
- Option 3: wegen möglicher negativer Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung wird von Managed Care abgeraten,
- Option 4: Managed Care wird unabhängig von den Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung wegen notwendiger Einsparungen im Gesundheitswesen eingeführt.

Vor dem Hintergrund des systematischen Reviews zur Qualität der Versorgung unter Managed Care ist Option 2b in Zusammenhang mit Option 2a ein möglicherweise zielführender Ansatzpunkt. Eine eingehende Diskussion solcher konzeptionellen Fragen

kann helfen, in Deutschland eine Situation wie in den USA Mitte der 1990er Jahre zu vermeiden, als die Qualität der Gesundheitsversorgung insgesamt durch Zweifel an der Qualität der Versorgung durch Managed Care in Misskredit gekommen war.

165. Die Entwicklungsmöglichkeiten für eine Managed Care-ähnliche Versorgung in Deutschland werden in 8 Thesen zusammenfassend dargestellt:

These 1: Managed Care und Elemente von Managed Care müssen sich in Konkurrenz zu anderen Versorgungskonzepten bewähren.

Andere Konzepte von Koordinierung und Finanzierung werden ermöglicht (z. B. Einzelfallabrechnung).

These 2: Hinsichtlich der Träger einer Managed Care-ähnlichen Versorgung ist keine sinnvolle Einschränkung zu treffen.

In einem Findungsprozess müssen die o. g. drei Trägergruppen ihre Möglichkeiten unter Beweis stellen, zuverlässige Versorgungsstrukturen anzubieten, die eine besondere Nachhaltigkeit hinsichtlich gesellschaftlicher Aufgabenstellungen (z. B. im Rahmen des demografischen Wandels) und langfristiger Gesundheitsziele bieten.

These 3: Unterschiedliche Formen der Managed Care-Versorgung haben unterschiedliche Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung.

Der im Rahmen des vorliegenden Sondergutachtens durchgeführte systematische Review zeigt keine schlechteren Ergebnisse der HMO im Vergleich zu anderen Managed Care-Formen. In anderen Übersichten finden sich jedoch Hinweise auf eine schlechtere Qualität bei HMOs, bei denen Finanzierung und Leistungserbringung sehr stark integriert sind. Um die Diskussion zu strukturieren und mittelfristig entsprechende Untersuchungen durchführen zu können, erscheint für das deutsche System die folgende Systematik der verschiedenen Managed Care-Konzepte sinnvoll:

- Typ 1: direkte Anstellung der ambulant tätigen Ärzte bei den Managed Care-Trägern, Krankenhäuser im Besitz der Träger (1a) oder selbständig (1b),
- Typ 2: Ärztenetze und Krankenhäuser kontrahieren frei mit Managed Care-Organisationen, sind jedoch als Leistungserbringer einer Capitation unterworfen,
- Typ 3: frei kontrahierende Ärztenetze und Krankenhäuser sind mit anderen Methoden am finanziellen Risiko der Capitation beteiligt (z. B. über *pay for performance*).

These 4: Es besteht unter Managed Care die Gefahr einer Risikoselektion.

In den USA sind aktive und passive Risikoselektion nachzuweisen. Es ist also für die Diskussion in Deutschland sinnvoll, frühzeitig die Finanzierung zwischen den Managed Care-Trägern als Empfänger der Capitation und den Leistungserbringern evtl. über die Nutzung von Komponenten des morbiditätsadjustierten Risikostrukturausgleichs an das jeweilige Risiko anzupassen.

These 5: Qualitätsindikatoren müssen populationsbezogen entwickelt werden und ältere Versicherte sowie chronisch Kranke in den Mittelpunkt stellen.

Der Review erbringt keine Hinweise darauf, dass Managed Care-Programme mit dem Fokus auf so genannte vulnerable Gruppen grundsätzlich eine Verschlechterung der Qualität zur Folge haben. Trotzdem müssen populationsbezogene *area*-Indikatoren entwickelt werden, *provider*-spezifische Indikatoren sind unter Managed Care nicht ausreichend.

These 6: Grundsätzlich wird medizinische Prävention durch Managed Care gefördert, jedoch in Abhängigkeit von einem adäquatem Zeithorizont.

Auch der in diesem Gutachten enthaltene systematische Review stützt die Aussage, dass Managed Care Prävention fördert, allerdings muss der Planungshorizont der Finanzierung mit dem Zeithorizont der präventiven Maßnahme übereinstimmen. Es müssen daher zwei konkurrierende Ziele in Einklang gebracht werden, einerseits ist der Wettbewerb zwischen den Managed Care-Organisationen aufrechtzuerhalten, andererseits ist ein zu häufiger Wechsel wegen der mangelnden Anreize für das Angebot wirksamer Präventionsmaßnahmen nicht wünschenswert. Denkbar wäre z. B. eine einjährige Kündigungsfrist in Kombination mit Bonussystemen, die eine längere Bindung an einen Managed Care-Träger fördern.

These 7: Die Versorgung in ländlichen Regionen muss besonders beachtet werden.

Die Zugangsproblematik (s. GA 2007, Ziffer 491 ff.) muss in der Diskussion aktuell Beachtung finden, einschließlich der Gefahr, dass Managed Care-Organisationen in ländlichen Gebieten eine Monopolstellung erhalten können.

These 8: Das Verhältnis zwischen allgemeinfachärztlicher und sekundärfachärztlicher Versorgung sowie das Gatekeeping-Konzept bedarf besonderer Beachtung.

Im Kontext von Managed Care ist die Abstimmung zwischen der primärärztlichen und fachärztlichen Sekundärversorgung von besonderer Bedeutung, weil einerseits der

Zugang zur sekundärfachärztlichen Versorgung einer der zentralen Kritikpunkte an der Managed Care-Versorgung in den USA ist, und andererseits die Parallelausstattung und mangelnde Koordination der fachärztlichen Versorgung in Deutschland Probleme darstellen, die vordringlich gelöst werden müssen. Auf regionaler Ebene wird nach Effizienzkriterien dezentral entschieden, wie und wo die Patienten an der bisherigen ambulant-stationären Schnittstelle versorgt werden. Das „ambulante Potenzial“ des stationären Bereichs wird dabei im Mittelpunkt stehen. Ein Managed Care-ähnliches Konzept, das in Deutschland sinnvoll diskutiert werden soll, kann sich folglich nicht darauf beschränken, die klassischen Sektoren zu integrieren, sondern muss auch ein zukunftsfähiges Konzept für die sekundärfachärztliche Versorgung beinhalten.

8. Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

8.1 Zentrale Ansatzpunkte einer verbesserten Versorgung

166. Strukturelle Effektivitäts- und Effizienzreserven und die Anforderungen im Rahmen des demografischen Wandels lassen eine Verbesserung der Koordination, eine mehr auf die Bedürfnisse der Generationen bezogene Versorgung und eine verbesserte regionale Abstimmung erforderlich erscheinen. Im deutschen Gesundheitswesen ist eine bessere Koordination beim Zugang zur Versorgung ebenso notwendig wie eine Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung, sei Letztere nun ambulant oder stationär etabliert. Insgesamt treffen derzeit drei Bedingungen zusammen:

- Die Steigerung von Effektivität und Effizienz durch eine bessere Koordination von Primärversorgung und fachärztliche Sekundärversorgung ist erreichbar.
- Demografischer Wandel, Chronizität und Mehrfacherkrankungen machen andere Strukturen notwendig als die derzeitig bestehenden, die vor allem auf Akutversorgung ausgerichtet sind.
- Veränderungen des Lebensstils auch von Angehörigen der Gesundheitsberufe, d. h. der privaten Sphäre wird gegenüber dem Berufsleben eine zunehmend größere Bedeutung eingeräumt (Work-Life-Balance, Teilzeitarbeit, beruflicher Wiedereinstieg).

167. Vor diesem Hintergrund beruht die weitere Entwicklung auf vier Ansatzpunkten, die aus einer intrinsischen Dynamik heraus wirken und für Konzepte einer zukünftigen Gesundheitsversorgung aufgenommen, verstärkt und miteinander verbunden werden müssen:

- Die ambulante Versorgung wird zunehmend durch entwickelte Organisationen übernommen.
- Die Sektoren des Gesundheitssystems verändern ihre Funktion und koordinieren die Versorgung auf dem Boden einer veränderten Arbeitsteilung.
- Die Finanzierung wird populationsbezogen weiterentwickelt und bedient sich dabei versichertenbezogener Ansätze, die regional unterschiedlich gestaltet werden können.
- Die Neuorganisation der fachärztlichen Sekundärversorgung bildet – vor allem hinsichtlich der ambulanten Behandlung durch Vertragsärzte und Krankenhäuser –

das entscheidende medizinische und ökonomische Potenzial aus, das die Veränderung trägt.

8.2 Entwickelte Organisationen: zukünftige Konzepte am Beispiel der Primärversorgung

168. Die Organisationsentwicklung im Bereich der ambulanten, primärmedizinischen Leistungserbringer ist vor allem aus zwei Gründen wichtig: ersten um die bisher hauptsächlich durch kleine Praxen charakterisierten Leistungserbringer (Hausärzte) in die Lage zu versetzen, dem zukünftigen Leistungsbedarf gerecht zu werden, und zweitens um sie – vor allem im Hinblick auf die Option verstärkter sektorübergreifender Strukturen – in die Lage zu versetzen, als Praxisteam, aber auch in größeren Strukturen (Anbieternetzen etc.) hinreichende Managementkompetenzen auszubilden, um auf die von derartigen Strukturen ausgehenden Steuerungsimpulse produktiv reagieren zu können. Bis heute sind in den meisten Netzen bzw. integrierten Versorgungsformen das Netzmanagement und die Anpassung der Praxisabläufe entscheidende Engstellen.

Aufgaben der allgemeinmedizinischen Gesundheitsversorgung und Entwicklungsempfehlungen in internationalen Modellen

169. Trotz der unterschiedlichen theoretischen Ausgangspunkte und der unterschiedlichen Bedingungen der nationalen Gesundheitssysteme, in denen die dargestellten Modelle und Konzeptionen entwickelt wurden, gibt es bemerkenswerte Übereinstimmungen zwischen ihnen. Diese sollen hier zusammenfassend aufgezeigt werden, da sie zugleich Ausgangspunkte der im Folgenden vorgeschlagenen Fortentwicklung der traditionellen Hausarztpraxis zu einer „Primärversorgungspraxis“ (PVP) bilden.

- Gemeinsamkeiten zwischen den Modellkonzeptionen bestehen zunächst dahingehend, dass sich die hausärztliche/primärmedizinische Versorgung an veränderten Morbiditätsbedingungen (mit dem Vorwiegen chronischer Erkrankungen) sowie veränderten Bevölkerungs- bzw. Patientenerwartungen an die Primärversorgung orientiert.
- Zweitens wird allgemein anerkannt, dass vor diesem Hintergrund nicht nur punktuelle, sondern systematische Veränderungen bzw. Fortentwicklungen erforderlich sind, die alle Komponenten des Versorgungsprozesses erfassen, und die sowohl die Ebene der direkten Interaktion zwischen Patienten und Versorgenden, wie auch die

Ebene der Organisation der Leistungserbringung und die Ebene des gesamten Gesundheitssystems umfassen.

- Drittens müssen die einzelnen Elemente der Versorgung bzw. Leistungserbringung nach Möglichkeit an integrierten bzw. über verschiedene Versorgungsstufen hinweg koordinierten Konzepten der Versorgung der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten ausgerichtet werden.
- Viertens wird – nicht nur in den allgemeinmedizinisch zentrierten Modellkonzeptionen, sondern z. B. auch im Chronic Care-Modell – hervorgehoben, dass eine gute Primärversorgung eine wesentliche Erfolgsbedingung bzw. Grundvoraussetzung für integrierte Versorgungsmodelle ist.

170. Auf der Ebene der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung (ggf. auch der Beziehung zwischen nichtärztlichen Leistungserbringern und Patienten) werden drei Entwicklungen als notwendig angesehen:

- a) die Aufrechterhaltung einer persönlichen Kontinuität in der Arzt-Patienten-Beziehung auch unter unterschiedlichen Organisationsbedingungen (Patient-Centered Medical Home),
- b) die verstärkte Berücksichtigung von Patientenpräferenzen (sowie z. B. kulturellen Hintergründen etc.) und die Hinwendung zu einem stärker partnerschaftlichen Entscheidungsstil (shared decision making) und
- c) die aktive Einbeziehung der Patienten in den Behandlungs- bzw. Betreuungsprozess.

171. Die Ebene der Organisation der Leistungserbringung in der hausärztlichen Praxis erfordert perspektivisch grundlegende Veränderungen. Ausgangspunkt der Überlegungen ist dabei nicht die traditionell um den Hausarzt gruppierte Praxis, sondern die Frage nach einer zweckmäßigeren Versorgungsorganisation (im Sinne eines *clinical micro-systems*). Die Analyse des klinischen Mikrosystems nimmt ihren Ausgangspunkt von den *four P's*: Eigenschaften von Patienten, Personal, Prozessen und Patterns (Mustern) der Versorgung und umfasst im einzelnen

- a) eine verstärkte Integration der Prozesse innerhalb der Hausarztpraxis (Teambildung) und in der Kooperation mit anderen Leistungserbringern (fachärztliche Sekundärversorgung sowie mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen),
- b) eine verstärkte Einbindung und Nutzung der Potenziale neuer Informationstechnologien (auch zur Implementierung einer leitlinienorientierten Betreuung),

- c) eine verstärkte individuelle Patientenorientierung,
- d) eine Entwicklung populationsbasierter Versorgungsstrategien auch in der Hausarztpraxis (u. a. Patientenbindung und krankheits- oder risikofaktorenspezifische Patientenregister in der Praxis), verbunden mit einer Vorausplanung der Versorgungsabläufe bei chronischen Erkrankungen und
- e) die gezielte Berücksichtigung von Qualitätsentwicklungsstrategien.

172. Wesentliche Veränderungen ergeben sich für sämtliche Arbeitskräfte (gesamtes Praxisteam) in der Hausarztpraxis:

- a) Alle internationalen Modellkonzepte gehen von einem Größenwachstum zukünftiger Hausarztpraxen aus, weil die traditionelle Einzelpraxis als nicht ausreichend gerüstet für die Herausforderungen der Versorgung chronisch Kranker erscheint. Die Größenvorstellungen reichen dabei von der typischen Gemeinschaftspraxis, wie sie in vielen europäischen Ländern schon die Regel darstellt, mit etwa 2 bis 4 Hausärzten bis hin zu größeren Zusammenschlüssen auf der Grundlage von ungefähr 5 bis 10 Hausärzten, die dann gemeinsam für ungefähr 10 000 bis 20 000 Bürger zuständig sind.
- b) Innerhalb solcher Praxen kommt es zu einer neu strukturierten Arbeits- und Kompetenzverteilung, wobei allgemein ein bedeutsames Anwachsen der Aufgaben und der Qualifikation der nichtärztlichen Praxismitarbeiter stattfindet.
- c) Zusammen mit einer verstärkten Konzentration der ärztlichen Praxismitglieder auf die genuin ärztlichen Aufgaben wird es zu einer Umdefinition und Neukonzeption der Behandlerrollen kommen, bei der z. B. Medizinische Fachangestellte (MFA) oder *nurses* eigenständige (Teil-) Verantwortung für die Kontinuität der Versorgungsprozesse bei chronischen Erkrankungen in engem Zusammenspiel mit den Patienten erhalten. Gleichzeitig soll die personelle Kontinuität, die für die Patienten einen hohen Wert darstellt, gewahrt oder (wie z. B. im Begriff der produktiven Interaktionen des Chronic Care-Modells ausgedrückt) sogar noch gestärkt werden. Kooperationsmodelle hierzu können z. B. Kleinteams (so genannte Duos oder *teamlets*) aus einem Arzt und ein bis zwei MFAs sein.
- d) Ferner ist es erforderlich, spezifische Kompetenzen im Team der Hausarztpraxis zu stärken (z. B. Beratungsfähigkeiten, Kompetenzen zur Patientenaktivierung, etc.).

173. Auch auf der Ebene des Gesundheitssystems bzw. der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen hausärztlicher Versorgungsprozesse werden wichtige Veränderun-

gen empfohlen, die u. a. Kooperationen unterschiedlicher Leistungserbringer und die Integration von Versorgungsprozessen sowie insbesondere ein hierzu kompatibles Vergütungssystem betreffen. Als wichtige Rahmenbedingung wird in den dargestellten Modellen mehr oder weniger übereinstimmend eine stärkere Patientenbindung an die Hausarztpraxis im Sinne eines Einschreibesystems empfohlen. Weitgehende Übereinstimmung gibt es auch über die Grundzüge eines adäquaten Vergütungssystems für die Primärversorgung, das von der Erbringung einzelner Leistungen und persönlichen Inanspruchnahme möglichst abgekoppelt sein sollte (u. a. um Mengen- bzw. „Hamsterrad-effekte“ zu vermeiden). Grundmerkmale des Vergütungssystems sollten demnach sein:

- Zahlung einer Capitation je eingeschriebenem Patienten als Basis,
- ein Teil dieser Vergütung abhängig von der nachgewiesenen Versorgungsqualität,
- spezifische Einzelleistungen (auch des nichtärztlichen Personals) werden gesondert vergütet, wenn ein besonderes Interesse an ihrer Erbringung besteht (z. B. Prävention, Hausbesuche),
- die Vergütung sollte weitgehend kontaktunabhängig gezahlt werden, um keine Anreize in Richtung der (in Deutschland ohnehin überhöhten) persönlichen Kontakt-rate zu setzen.

174. Die nachfolgende Tabelle 16 fasst wichtige internationale Vorschläge zur Weiterentwicklung der hausärztlichen Primärversorgung zusammen.

Tabelle 16: Internationale (Weiterentwicklungs-)Vorschläge zur Primärversorgung der Zukunft

Teilbereich	Aufgabe / Teilempfehlung	Beispiel
Ebene 1: Arzt-/Team-Patienten-Beziehung		
Förderung der persönlichen Kontinuität	Einzelner Arzt/Teammitglied bleibt persönlicher Ansprechpartner	Betreuung und Koordination der Behandlung von mehrfach erkrankten Patienten aus einer Hand
Verstärkte Teamorientierung	Nichtärztliches Teammitglied begleitet chronisch kranken Patienten und veranlasst ggf. notwendige Versorgungsschritte	Med. Fachangestellte (MFA) führt geplantes Monitoring (z. B. Blutdruck, Gewicht, HbA1c) durch oder vereinbart Termine
Fortdauernde therapeutische Beziehung entwickeln und pflegen	Vertrauen und Verständnis fördern	Ängste vor Operationen aufgrund früherer Erfahrungen ansprechen
Partnerschaftliche Entscheidungsfindung	Soweit Patient hierzu bereit bzw. in der Lage ist Entscheidung über individuelle Therapieziele Patienteninformation	Präferenzen des Patienten eruieren Behandlungsintensität und Lebensqualität abwägen Grenznutzen weiterer Test o. Interventionen gemeinsam besprechen
Einbeziehung des Patienten in Versorgungsprozess	Patientenaktivierung und Stärkung des „Selbst-Managements“ Entwicklung von individuellen Behandlungsplänen mit Patienten Patientenschulung	Bewegungsprogramm, Unterstützung bei Blutdruck-Selbstmessung Individueller Plan zur flexiblen, aber geregelten Anpassung der Medikation bei Herzinsuffizienz Hypertonie-Schulung
Betrachtung des Patienten im Kontext der Population und seines Umfeldes	Familienmedizin und Public Health-Aspekte berücksichtigen	Impfungen durchführen, belastende Pflege von Angehörigen sowie Risiken am Arbeitsplatz berücksichtigen
Ebene 2: Organisation des Versorgungsprozesses („Mikrosystem“)		
Integration der Versorgungsprozesse in der Praxis	Befunde von Fachspezialisten und nichtärztlichen Gesundheitsberufen werden zusammengeführt	Betreuungsteam stimmt praxisintern angemessene Therapie bei Mehrfacherkrankten gemeinsam ab
Verbesserte Kooperation mit anderen Leistungserbringern	Gemeinsame, arbeitsteilige Betreuung chronisch Kranker	Liaison-Sprechstunden von Fachspezialisten in hausärztlicher Praxis
Verbesserte Patientenorientierung	Bedürfnisse der Patienten, weniger der Beschäftigten, bestimmen Angebote (<i>patient-focused care</i>)	z. B. verbesserte Erreichbarkeit der Praxis, Optimierung der Konsultationsdauer
Entwicklung populationsbasierter Strategien	Register / statistische Übersicht zu Patienten mit chronischen Erkrankungen / Risikofaktoren	Benchmarking des erreichten Anteils gegen Grippe geimpfter chronisch Kranker mit anderen Praxen

Fortsetzung nächste Seite

Teilbereich	Aufgabe / Teilempfehlung	Beispiel
Nutzung moderner Informationstechniken	Elektronische Patientenakte, E-Mail-Kontakt zu Patienten	Individueller Betreuungsplan steht allen Beteiligten zur Verfügung
Berücksichtigung von Strategien der Qualitätsförderung	Nutzung aussagekräftiger Qualitätsindikatoren und eines (internen) Qualitätsmanagementsystems Förderung der Patientensicherheit	Gezielte Teambesprechungen zur Versorgungsqualität bei einzelnen Erkrankungen praxisinterne Teambesprechungen auf der Basis eines Fehlerbuchs
Organisation der Arbeit in großen Praxisteamen	Zusammenschlüsse bisher unabhängig arbeitender Hausärzte in unterschiedlichen Praxisformen Umsetzung evidenzbas. Leitlinien Steigerung der Effizienz im Team	Gemeinsame Nutzung verschiedener Kompetenzen und Kenntnisse Gesonderte Chroniker-Sprechstunden Abstimmung praxisinterner Versorgungspfade
Neue Formen der Arbeitsteilung / Kompetenzverteilung im Team	Bildung von Duos bzw. <i>teamlets</i> Gemeinsame Planung der Aufgabenverteilung in der Praxis Förderung der <i>comprehensiveness of care</i> , Erkennen eigener Versorgungslücken	Hausärzte und MFA / Schwestern betreuen chronisch Kranke als Kleinteam gemeinsam: Hausarzt delegiert bestimmte Aufgaben (z. B. Monitoring-Untersuchungen, inkl. Dokumentation)
Neue Rollenentwürfe	MFA übernehmen Case Management-Funktion Entlastung der Arztfunktionen	Telefon-Monitoring mit standardisiertem Protokoll bei Arthrose oder Major Depression durch MFA
Qualifikationsentwicklung (<i>human resource continuum</i>)	Gezielte Personalentwicklung / Professionalisierung für das Praxisteam Förderung der Organisationskultur in der Praxis („lernende Organisation“) Stärkung von Beratungskompetenzen	Individuelle Fort- und Weiterbildungspläne für Praxisteam Leitung lebt Kultur des Lernens aus Fehlern vor Gezielte Fort- und Weiterbildung zu kommunikativen Kompetenzen

Ebene 3: Gesundheitssystem/gesundheitspolitische Rahmenbedingung

Kooperation/Vernetzung zwischen Hausarztpraxen (lokale Netzwerke), neue Kooperationsformen	Je nach Bedarf und örtlicher Situation (z. B. Stadt, Land): vernetzte Einzelpraxen, Primärversorgungspraxen, MVZ und andere	(freiberuflicher) Zusammenschluss in „Gesundheitsimmobilien“, Gründung von Patientenschulungs-Vereinen
Kooperation mit anderen Leistungserbringern (aus anderen Sektoren)	Implementierung von evidenzbasierten Behandlungspfaden, Verträge zur integrierten Versorgung, Organisation von Liaison-Sprechstunden	Koordinierung professioneller psychotherapeutischer Unterstützung und von Selbsthilfegruppen bei Krebskranken
Stärkung der Patientenbindung, Erhöhung der Kontinuität	Versorgung einer definierten Population	Einschreibung von Versicherten in regionale Versorgungsmodelle
Sicherstellung eines qualifizierten Erstkontakts mit dem Gesundheitssystem	Niedrigschwelliger Zugang zur initialen Einschätzung von Gesundheitsproblemen	Möglichst zuverlässige Unterscheidung einer Angststörung von einer koronaren Herzkrankheit

Fortsetzung nächste Seite

Teilbereich	Aufgabe / Teilempfehlung	Beispiel
Reform des Vergütungssystems	Einführung von (Full-)Capitation-Systemen, Vergütungen (oder fundholding) im Rahmen integrierter Versorgung Payment mix unter Berücksichtigung von qualitätsfördernden Anreizen	Kontaktunabhängige Vergütung aller Kosten zur Versorgung einer definierten Population (ca. 80 - 90 % Full Capitation) plus gezielte Anreize, z. B. für Grippeimpfungen, Palliativmedizin (ca. 10 - 20 % <i>pay for performance</i> gegen Unterversorgung)
Gesundheitliche Bedürfnisse der Bevölkerung und Ressourcen des Gesundheitssystems in Übereinstimmung bringen	Effizienz und Angemessenheit der Versorgung verbessern	Angebotsseitigen Faktoren für eine Überinanspruchnahme (z. B. bildgebende Verfahren) entgegenwirken, empfohlene Impfungen durchführen
Förderung der Versorgungsqualität durch gezielte all-gemeinmedizinische Forschung und Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis	Prüfung der „effectiveness“ von zuvor in klinischen Studien entwickelten Strategien unter den Bedingungen der Alltagspraxis	Prüfung der Langzeitfolgen eines neuen Medikaments bei mehr-facherkrankten (Durchschnitts-) Patienten hausärztlicher Praxen

Quelle: Eigene Darstellung

Primärversorgungspraxen (PVP) als mögliche Elemente einer patientenzentrierten und populationsbezogenen Versorgung

175. Das im Folgenden beschriebene Konzept – zunächst modellhaft etablierter – wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP) stellt den Versuch dar, die bisherigen Analysen und Erkenntnisse in *einem* konkreten Konzept für eine zukunftsorientierte, generationengerechte Grundversorgung der Bevölkerung in Deutschland zu kondensieren. Der Vorschlag versucht, einerseits den sich verändernden Verhältnissen (z. B. den sich verändernden Motiven und Interessen von Nachwuchsmediziner:innen) Rechnung zu tragen, und andererseits Essentials hausärztlicher Versorgung (insbesondere die persönliche Arzt-Patienten-Beziehung) zu bewahren. Hierbei werden Vorschläge zur Umsetzung der in Tabelle 16 genannten Elemente in der deutschen ambulanten Versorgung gemacht.

176. Ein Hausarzt würde etwa 18 Stunden täglich benötigen, um alle empfohlenen Maßnahmen zur angemessenen Prävention und zur Betreuung seiner chronisch kranken Patienten umzusetzen. Unter anderem aus diesem Grund wird derzeit durchschnittlich weniger als die Hälfte einer evidenzbasierten Versorgung tatsächlich realisiert. Je stärker einerseits die Anforderungen bzw. die Versorgungslast in der Grundversorgung wachsen und je weniger hausärztliche Arbeitskraft andererseits zur Verfügung steht (weniger Hausärzte und gleichzeitig geringere Pro-Kopf-Arbeitskapazität), um so

größer wird die objektive und die empfundene Diskrepanz. Eine primär naheliegende Überlegung wäre die Reduktion der Patientenzahl je Arzt. Das ist jedoch gerade hierzulande eine Herausforderung: Die ärztlichen Sprechstunden sind in Deutschland pro Patient um 30 % kürzer als im europäischen Durchschnitt und damit die kürzesten in Europa. Dennoch haben Ärzte in Deutschland längere Arbeitszeiten. Angemessene Beratungszeiten wären ohne weitere Verschärfung des Mangels an Hausärzten nur erreichbar, wenn gleichzeitig auch die (international vergleichsweise sehr hohe) Häufigkeit von jährlichen Arzt-Patienten-Kontakten reduziert würde. Alternativ – falls eine insgesamt etwa gleich große Zahl von Patienten mit unverändert hohen Kontaktzahlen betreut werden soll – kommt in erster Linie eine weitaus stärkere Aufgabenteilung (innerhalb des Praxisteams) in Frage, die dann mit einer Delegation bestimmter Aufgaben an andere, nichtärztliche Teammitglieder einhergeht. Dies ist wiederum nur möglich, wenn die Honorar- bzw. Gebührenordnungen gleichzeitig neue Spielräume für eine angemessene Honorierung von Teamleistungen schaffen. Hausärzte müssten in einem Primärversorgungsteam außerdem sehr viel stärker als bisher die Rolle eines Koordinators und Moderators mit Letztverantwortung übernehmen.

177. Neben dem eigentlichen Arzt-Patienten-Kontakt gehört es im Rahmen einer zur Erprobung empfohlenen populationsbezogenen Versorgung zu den Aufgaben des PVP- bzw. Praxisteams, die eigene Praxispopulation systematisch und als Ganzes zu betrachten und zu betreuen (so genanntes *panel management*). Dabei stellen sich zum Beispiel folgende Fragen: Wie viele Diabetiker versorgen wir? Wie können wir dieser Gruppe Unterstützungsangebote machen? Wie organisieren wir ein zuverlässiges und nachhaltiges, d.h. systematisches System zur Langzeitbetreuung mit programmierter Wiedereinbestellung zu Kontrollbesuchen und praxisinternen Erinnerungen an anstehende Kontrolluntersuchungen (z. B. Augenhintergrunduntersuchungen) für alle Diabetiker? Auch könnte die Organisation eines systematischen Impf-Recalls oder die Planung von (präventiven) Hausbesuchen zu den Aufgaben gehören. Der Fokus verschiebt sich damit auf eine nachhaltige und umfassende Versorgung einer (möglichst gesunden) Population.

178. Insbesondere die auf diese Weise erfolgte individuelle Stratifizierung chronisch Kranker entsprechend ihrem tatsächlichen Betreuungsbedarf erlaubt eine strukturierte und differenzierte Planung der Versorgung sowie eine operative Aufgabenteilung innerhalb des PVP-Teams. Denkbar ist z. B. die Differenzierung von Akutsprechstunden, Präventionssprechstunden und Sprechstunden für chronisch Kranke. Insbesondere im Bereich der medizinischen Prävention (u. a. Patientenschulungen, Impfungen), bei der Dokumentation, der Mitteilung von Normalwerten (auch per Telefon oder per E-Mail) sowie bei kleineren Problemen (Verbandswechsel, Beratung zum alltäglichen

Umgang mit der chronischen Erkrankung) können erfahrene, speziell auf ihre neuen Aufgaben vorbereitete, MFA und Pflegekräfte Aufgaben übernehmen, die nicht zwingend eine ärztliche Approbation voraussetzen. Auch ein Monitoring chronisch Kranker kann erfolgreich mit Hilfe von einfachen, hochstrukturierten und validierten Monitoringlisten (z. B. Depressions-Monitoring-Liste Arthrose-Monitoring-Liste) von MFA durchgeführt werden.

179. Erst mit einer gewissen Größe einer Primärversorgungspraxis ist eine Differenzierung nach Bedarf möglich. So könnten Aufgaben wie Patientenschulungen, Wundbetreuung, Inkontinenztherapie, sozialmedizinische Beratung von Angehörigen etc. im Verbund mit entsprechenden Angeboten „unter einem Dach“ synergistisch erfüllt werden. Die Betreuung von Patienten mit psychischen Problemen oder Suchtproblematik könnte – unter hausärztlicher Supervision und in Kooperation mit Psychiatern/ Psychotherapeuten etc. – durch verhaltensmedizinisch oder suchttherapeutisch erfahrene Pflegekräfte unterstützt werden.

180. Welche Veränderungen sich im Praxisalltag ergeben könnten, soll an einem fiktiven Beispiel beschrieben werden, in dem – etwas pointiert – die Alltagspraxis von heute und die Praxis bzw. die Primärversorgungspraxis von morgen gegenüber gestellt werden (Kasten).

Fallbeispiel 1: Alltagspraxis heute

Herr Müller, Diabetiker, 64 Jahre, erscheint am Montagmorgen wegen akuter Knieschmerzen in der Hausarztpraxis von Dr. Schmidt. Nach Abklärung der Akutsymptomatik erkundigt sich Dr. Schmidt nach den Blutzuckerwerten seines Patienten und erhält die Antwort, dass diese „in Ordnung“ seien. Da Dr. Schmidt in der Patientenakte vergeblich nach den letzten Laborwerten und dem Bericht des Augenarztes sucht und Herr Müller auch keinen Diabetikerpass dabei hat, misst Dr. Schmidt den Blutdruck und veranlasst eine sofortige Blutentnahme. Die am Abend eingehenden Laborwerte ergeben unter anderem einen HbA1C von 8,5 %. Dr. Schmidt beschließt, sich beim nächsten Besuch des Patienten ausführlicher mit dem Diabetes zu beschäftigen.

An diesem Beispiel fällt u. a. Folgendes auf:

1. Der Patient kommt wegen akuter Beschwerden und bestimmt den Zeitpunkt (Montagmorgen).
2. Seine chronische Krankheit bleibt im Hintergrund. Sofern er sich nicht selbst erneut meldet, erfolgt kein weiterer Kontakt.
3. Die Praxis hat keine etablierte Routine für ein krankheitsspezifisches Monitoring. Die Patientenakten sind nicht systematisch geführt und verschaffen dem Arzt keinen angemessenen Überblick über Therapieverlauf und anstehende Aufgaben. Auch fehlen praxistaugliche Pläne für ein krankheitsspezifisches Beobachten der Ergebnisse (zum Beispiel regelmäßige Kontrollen von Blutzucker und Blutdruck). Daher fallen Versäumnisse (hier fehlende Augenhintergrunduntersuchung) eher zufällig auf.

4. Praxisteam und Patient sind unzureichend auf das aktuelle Treffen vorbereitet. Schon der enge Zeitrahmen an einem Montagmorgen lässt ausführliche Beratung oder vorausschauende Planungen kaum zu. Hier dominiert das Dringliche, also die Lösung des akuten Problems. Ausstehende Aufgaben können – genauso wie klare Absprachen zu Behandlungszielen mit dem Patienten – nicht mehr an diesem Tag nachgeholt werden.
5. Der Patient ist wenig einbezogen bzw. uninformiert und verhält sich eher abwartend bzw. passiv.

Fallbeispiel 2: Die Primärversorgungspraxis von morgen

Frau Meier kommt zu ihrer geplanten Routinevorstellung in die Primärversorgungspraxis. Wie sie das in ihrer Selbstmanagement-Gruppe erlernt hat, händigt sie dem Medizinischen Fachangestellten (MFA) – nicht dem Arzt – ihren Diabetikerausweis aus. Der MFA trägt die Daten in die elektronische Patientenakte ein und druckt eine Verlaufskurve der HbA1C-Werte für Frau Meier und ihren persönlichen Hausarzt Dr. Becker aus. Beim Öffnen der Patientenakte erscheint automatisch eine Erinnerungsmeldung für die noch ausstehende Augenhintergrunduntersuchung. Die Kurven der Verlaufsparemeter, die Arzt und Patientin gemeinsam sehen, sind – inklusive des Blutdrucks – bis auf eine Erhöhung des LDL-Wertes unauffällig. Dr. Becker vereinbart mit seiner Patientin einen Behandlungsplan zur Cholesterinsenkung – sie bekommt bei der Gelegenheit auch ein Statin neu verordnet – und legt gemeinsam mit Frau Meier die Behandlungsziele fest. Der MFA vereinbart zwei Termine für Frau Meier, einen beim Augenarzt und einen bei dem Diätberater. Dr. Becker stellt in seiner Praxisstatistik erfreut fest, dass der Anteil „seiner“ Diabetiker mit jährlicher Augenhintergrunduntersuchung von 45 auf 67 % gestiegen ist.

An diesem wiederum typisierenden Beispiel einer Primärversorgungspraxis „von morgen“ lässt sich Folgendes erkennen:

1. Die Primärversorgungspraxis ist vorbereitet und praktiziert eine vorausschauende Betreuung. Die Praxis ist nicht darauf beschränkt zu reagieren, sondern sie hat ein klares, prospektiv ausgerichtetes Konzept.
2. Die Patientin ist informiert und „aktiviert“. Sie bringt ihren Diabetikerausweis mit und weiß, worauf es ankommt.
3. Es erfolgt keineswegs eine Behandlung nach „Schema F“, sondern eine konsequent am individuellen Risikoprofil orientierte Therapie.
4. Im Hintergrund hat die Praxis eine aktuelle Wissensbasis, zum Beispiel in Form von evidenzbasierten Praxisleitlinien.
5. Die Versorgungsprozesse sind strukturiert. Es gibt definierte Schnittstellen, die MFA sind einbezogen, und auch die Patientin kennt ihre Rolle.
6. Es gibt eine Ergebnismessung. Die Praxis weiß, wo sie steht, und zwar bezogen auf den einzelnen Patienten, aber auch auf die Gruppe aller chronisch Kranken (Diabetiker). Diese Standortbestimmung ist wiederum Voraussetzung für einen systematischen, kontinuierlichen Verbesserungsprozess.
7. Es werden verschiedene Organisationshilfen und -werkzeuge eingesetzt, die durch eine moderne Praxissoftware unterstützt werden.

181. Über Art und Umfang der Delegation von Leistungen muss in Abhängigkeit von vorhandenen Qualifikationen und Vorerfahrungen der Mitarbeiter, der individuellen bio-psychozialen Situation des Patienten und der darauf basierenden Einschätzung von Risiken und Bedarf vom Arzt entschieden werden. Die Professionalisierung des Praxisteams führt einerseits durch die Eröffnung neuer Berufsperspektiven und Einkommenschancen zur Gewinnung und dauerhaften Beschäftigung qualifizierter und motivierter Mitarbeiter und führt andererseits dazu, dass Hausärzte/innen sich wieder auf das Wesentliche konzentrieren können: die Arzt-Patienten-Beziehung. Insbesondere für Patienten mit komplexen Gesundheitsproblemen (Multimorbidität, Polypharmazie, häufige Inanspruchnahmen, Palliativbetreuung, Sterbebegleitung) stünde mehr hausärztliche Arbeitszeit bzw. Aufmerksamkeit zur Verfügung.

182. Die hier angestrebte nachhaltige Betreuung einer definierten Population macht ein Einschreibesystem erforderlich, bei dem die Versicherten einen Primärversorger frei wählen und sich entsprechend registrieren. Die eindeutige Zugehörigkeit zu einer Praxis ist wichtig für alle populationsbezogenen Präventionsmaßnahmen, für die nachhaltige Langzeitbetreuung und für Fragen der Versorgungsqualität bzw. der Versorgungsforschung. Soweit z. B. Honorare (Boni) für bestimmte Präventionsmaßnahmen Anreize setzen sollen, sind diese aus Public Health-Sicht erst mit einer auf eine definierte Population bezogenen Perspektive sinnvoll steuerbar. Mit Blick auf eine koordinierte Bedarfsplanung gilt ähnliches: Die exakte Zuordnung definierter Populationen zu hausärztlichen Praxen bzw. Primärversorgungspraxen erlaubt eine präzisere, frühzeitigere und zuverlässigere Erkennung auch kleinräumiger Über- und Unterversorgungstendenzen. Aus Sicht von Versicherten können (und werden) durch ein auf die wohnortnahe Primärversorgung bezogenes Einschreibesystem folgende Fragen beantwortet werden: Wer ist für mich zuständig? An wen kann ich mich wenden?

183. Die vielleicht größte Herausforderung bei einem eventuellen Übergang von einer Einzelpraxis zu einer Primärversorgungspraxis mit mehreren Beteiligten ist die Bewahrung tragfähiger, persönlicher Arzt-Patienten-Beziehungen. Viele Patienten fürchten die anonymen und wechselhaften, nahezu beliebig erscheinenden Kontakte mit professionellen Leistungserbringern in großen Organisationen (z. B. Kliniken) und bevorzugen die persönliche Bindung an einen Helfer ihres Vertrauens. Um das Vertrauen von Patienten zu einem individuellen Arzt auf ein Team zu übertragen und die persönliche Verantwortlichkeit zu erhalten, sollten hier durchgängig Kleinteams (*teamlets*), bestehend aus je einem Hausarzt und einem (oder zwei) Medizinischen Fachangestellten (MFA) bzw. Pflegekräften, zum Einsatz kommen. Es spricht einiges dafür und sollte gezielt erprobt werden, dass Patienten eine solche Kleinteamlösung innerhalb einer durch-

aus größeren PVP akzeptieren und auch zu diesem die von ihnen gewünschte (und oftmals benötigte) feste Beziehung und Bindung aufbauen.

184. Zur Sicherung eines optimalen Informationsflusses und damit der Betreuungskontinuität innerhalb einer PVP hat sich eine gemeinsame elektronische Patientenakte als sinnvoll erwiesen. Insbesondere bei multimorbiden Patienten mit oft zahlreichen Behandlerkontakten sollte diese eine dezentrale Datenspeicherung auf der koordinierenden Primärversorgungsebene vorsehen, aber auch einen schnittstellenübergreifenden, d. h. über die Primärversorgungsebene hinaus gehenden, Informationsaustausch erlauben.

185. Zur schrittweisen Umsetzung entsprechender PVP-Konzepte sei an dieser Stelle auf neue Möglichkeiten der Teilung vertragsärztlicher Praxen hingewiesen. Im seit 2007 gültigen Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde festgelegt, dass zur Verbesserung und Flexibilisierung der ambulanten Versorgung vertragsärztliche Tätigkeiten grundsätzlich teilbar sind. Ziel dieser Änderung war es, dass Praxisinhaber im Rahmen der eigenen Zulassung einen weiteren Arzt beschäftigen oder aber an zwei verschiedenen Standorten tätig sein können. Mit dieser Möglichkeit können Praxisinhaber sich z. B. mit einem Teil ihrer Praxis in eine PVP bzw. ein MVZ einbringen oder ihren Berufsausstieg und die Übergabe an einen Nachfolger flexibel handhaben. Im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wurde der entsprechende § 103 SGB V neu und unmissverständlich gefasst, sodass seit 2009 eine unkomplizierte Umsetzung dieser vom Gesetzgeber erwünschten Regelung erfolgen kann.

186. Neue Organisationsformen sollten diese Freiräume je nach lokalem Bedarf und individuellen Präferenzen kreativ nutzen. Der Rat präferiert *keine* bestimmte Träger-, Betreiber- oder Rechtsform, sondern ist der Auffassung, dass die hier notwendigen Entscheidungen von den Beteiligten vor Ort in eigener Verantwortung getroffen werden können und sollten. So sind z. B. Liaison-Modelle zwischen Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten oder Kliniken ebenso möglich wie Weiterbildungsrotationen für zukünftige Fachärzte und Fachärztinnen für Allgemeinmedizin. Insbesondere mit Blick auf die veränderten beruflichen Präferenzen des (ärztlichen) Nachwuchses können Teilzeittätigkeiten und Beschäftigungen im Angestelltenstatus attraktiv sein und als Alternativen zum traditionellen Praxisverkauf in Frage kommen. Auch innerhalb der Praxis sind neue Formen der Arbeitsteilung denkbar. So erlaubt zum Beispiel die Einführung von Schichtsystemen, bei denen mit sparsamem Raumangebot mehrere Haus- und ggf. Fachärzte zusammenarbeiten, sowohl die ganztägige Öffnung einer PVP an sechs Tagen einer Woche als auch die gleichzeitige Realisierung einer individuellen 4-Tage-Woche.

Spezielle Ausgestaltung und Erprobung von Modellen in ländlichen Versorgungsbereichen

187. Im ländlichen Raum, derzeit vor allem in Ostdeutschland, zunehmend aber auch im Westen Deutschlands, ist die zukünftige hausärztliche Versorgung infolge eines Nachwuchsmangels gefährdet. Gegenmaßnahmen können einerseits in einer stärkeren Zentralisierung (Konzentration der Infrastrukturleistungen an zentralen Orten), andererseits in einer stärkeren Dezentralisierung mittels eines größeren Anteils an mobilen Leistungen bestehen. Eine Arbeitsgruppe „Sicherung der medizinischen Versorgung in der Region Mecklenburgische Seenplatte“ hat den raumordnerischen Ansatz so genannter „Zentraler Orte“ zum Vorschlag „Hausärztliche Versorgungszentren in zentralen Orten“ spezifiziert. In einem solchen hausärztlichen Versorgungszentrum „in zentralen Orten“ sollten mehrere Allgemeinmediziner zusammenarbeiten, denen sich auch Fachärzte anschließen können. Für alle zentralen Orte sieht das Programm Einrichtungen des Gesundheitswesens (Arzt, Apotheke) vor. Zentrale Orte der Nahbereichsstufe sollen von außerhalb in maximal 30 Minuten erreichbar sein. Der Landtag von Mecklenburg-Vorpommern hat bereits 2005 einen Masterplan zur Sicherung der ärztlichen Versorgung beschlossen, der u. a. Ausfallbürgschaften für Praxisgründungen, Verwaltungsinvestitionen bzw. Praxisübernahmen und Maßnahmen zur Schaffung attraktiver Arbeits-, Wohn- und Lebensbedingungen sowie die Einbeziehung der Kommunen vorsieht.

188. Unter raumplanerischen Aspekten wurden in einer Hochrechnung der hausärztlichen Versorgungssituation im Landkreis Hersfeld-Rotenburg (Hessen) für das Jahr 2020 zwei gegensätzliche Szenarien projiziert, die angesichts der „teilräumlichen Unterschiede“ auch parallel zueinander angewendet werden können:

- a) **Dezentrale Hausarztversorgung:** Hier soll jede Gemeinde ein „Grundzentrum“ und damit auch Standort für die ärztliche Grundversorgung sein. In Gemeinden ohne eigenen Hausarzt soll die Versorgung durch Kooperationspraxen aufrechterhalten werden. Gemeinden, in denen die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner/km² beträgt, sollen als „Landarzträume“ gekennzeichnet werden. Dort sollen Hausärzte einen Honorarzuschlag um ca. 25 % (evtl. höher bei Hausbesuchen und Notdiensten) erhalten. Kassenärztliche Vereinigungen sollten dabei den Status einer „besonders förderungswürdigen Landarzt-Niederlassung“ etablieren.
- b) **Zentrale Hausarztversorgung:** In diesem Szenario soll die hausärztliche Grundversorgung der Bevölkerung auf der zentralörtlichen Stufe der Mittelzentren stattfinden. Dabei ist vor allem an MVZ gedacht, in denen mehrere Hausärzte sowie Fachärzte gemeinsam tätig sind.

189. Vorschläge der interministeriellen Kabinetts-Arbeitsgruppe „Ländlicher Raum“ der baden-württembergischen Landesregierung beinhalten u. a. günstige Darlehen, preiswerte Wohn- und Praxisräume für junge Mediziner, Ausbau der Kinderbetreuung, bessere Anbindung von Arztpraxen an das öffentliche Verkehrsnetz, „Landarztaxis“ und telemedizinische Unterstützungen.

190. So genannte „rollierende Fahrdienste“ (Anruftaxi, Bürgerbus) könnten bei fehlenden Einzelpraxen in der Fläche Patienten von ihrem Wohnort zu Primärversorgungspraxen in Mittelzentren bringen und gleichzeitig den Beschäftigten in einer PVP die Ausübung einer Berufstätigkeit erleichtern oder überhaupt erst ermöglichen, indem sie deren Kinder zum Kindergarten, zur Schule oder zum Sport fahren.

191. Nach Vorschlägen der Gesundheitsministerkonferenz sollen höhere Kosten hausärztlicher Praxen für längere Wege und Außensprechstunden in ländlichen Regionen ausgeglichen und Beihilfen der Kommunen und Länder für Praxisinvestitionen und –neueinrichtungen gewährt werden. In den neuen Bundesländern werden bereits folgende Maßnahmen umgesetzt: höhere Wegegebühren für Hausbesuche, Umsatzgarantien für neue Ärzte in Problemregionen, Pilotprojekt Gemeindegewerkschaft, neue kooperative Organisationsformen wie MVZ, Prämien (so genannte Sicherstellungszuschläge, Investitionspauschalen) für junge Ärzte, die eine Landpraxis in einem medizinisch unterversorgten Gebiet übernehmen, Befreiung von Ärzten über 61 Jahren vom kassenärztlichen Notdienst, Neuregelung der Vergütung für den Notdienst, Erhöhung der Zahl geförderter Weiterbildungsstellen, Neuordnung von Planungsbereichen zur Begünstigung der Niederlassung im ländlichen Raum, Bonuszahlungen bei Überschreiten der durchschnittlichen Fallzahlen, zusätzliche Förderbeiträge für Weiterbildungsassistenten bei Verpflichtung zur vertragsärztlichen Tätigkeit in unterversorgten Regionen für mindestens drei Jahre.

8.3 Veränderte Arbeitsteilung

In der jetzigen Form der Arbeitsteilung zwischen Sektoren und Bereichen des deutschen Gesundheitswesens spielt derzeit eine maßgebliche Rolle:

1. die Abgrenzung zwischen Primärversorgung und ambulant erbrachter sekundärer Facharztversorgung,
2. die Arbeitsteilung zwischen der sekundärfachärztlichen Versorgung im ambulanten und im Krankenhausbereich,

3. die Kooperation zwischen ärztlicher Versorgung und Pflege und
4. das Zusammenwirken und die gemeinsame Verantwortung für Prävention und Gesundheitsversorgung.

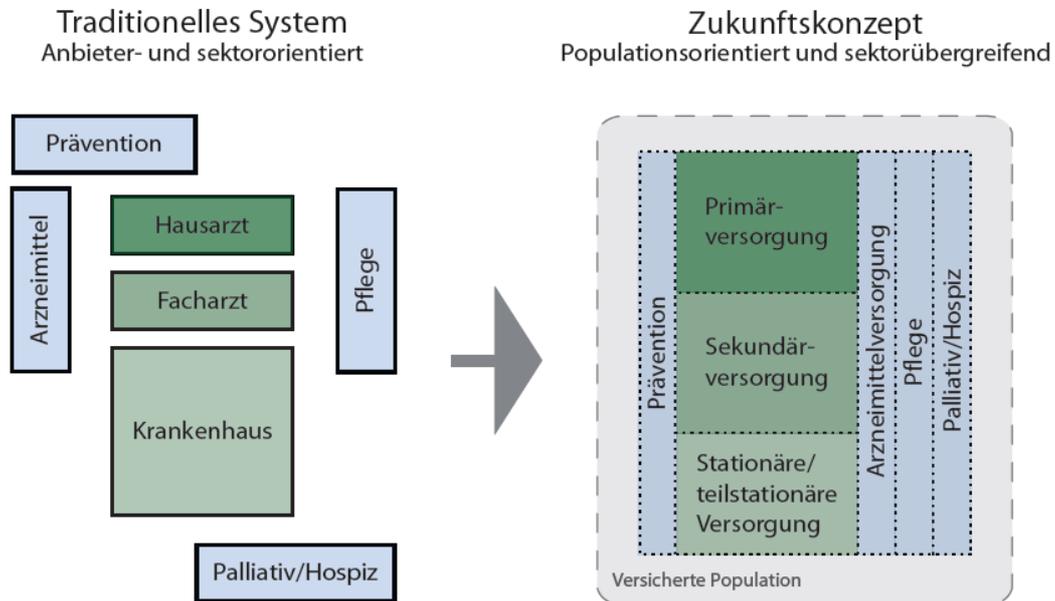
192. Die zukünftige große Bedeutung der Primärversorgung wird im vorliegenden Gutachten ausführlich begründet. Eine Lösung ist jedoch nicht ohne eine Antwort auf die Problematik der Abgrenzung zwischen primärärztlicher und sekundärfachärztlicher Versorgung denkbar, die auch den Krankenhausbereich mit einbeziehen muss. Es geht dabei um den direkten Zugang und um die Organisation der sekundärfachärztlichen Versorgung, die derzeit von zwei konkurrierenden Sektoren wahrgenommen wird. Da die Koordination der Versorgung bei der zu erwartenden Zunahme chronischer Erkrankungen und die Versorgung in der Fläche durch einen ungesteuerten Mix von primärärztlicher und sekundärfachärztlicher Versorgung nicht denkbar ist, wird man ohne das Instrument des Gatekeeping nicht auskommen, obwohl die wissenschaftliche Evidenz für eine Wirksamkeit durchaus nicht eindeutig ist.

193. Eine spezifischere Gestaltung des Facharztzugangs wird jedoch den ambulanten sekundärfachärztlichen Bereich massiv unter Druck setzen, sodass auch aus dieser Perspektive eine Lösung der bisher ineffizienten Konkurrenz zwischen ambulant und im Krankenhaus erbrachter fachärztlicher Leistung unausweichlich bleibt. Die Etablierung einer funktionierenden und den zukünftigen Ansprüchen an Koordination und Kontinuität genügenden Primärversorgung ist also unlösbar mit der Neuorganisation der sekundärfachärztlichen Versorgung an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor verbunden.

194. Weiterhin muss die Kooperation aller an der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung beteiligten Berufsgruppen verbessert werden (s. GA 2007, I-2). Insbesondere Ärzte und Pflege können durch Teamstrukturen und gegenseitige Nutzung der Kompetenzen sehr voneinander profitieren und im Gegensatz zu oft geäußerten Befürchtungen an Autonomie und beruflicher Performance gewinnen. Eine weitergehende Kooperation dieser Berufsgruppen ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die Bewältigung der kommenden Anforderungen.

195. Ein vierter Bereich, bei dem immer wieder auf die Umsetzungsdefizite und den Handlungsbedarf verwiesen wird, in dem sich gleichwohl kein wirklicher Fortschritt erkennen lässt, ist der Bereich Prävention, und zwar gleichermaßen auf allen Ebenen. Notwendig ist auch hier eine gemeinsame Übernahme der Verantwortung, die auch die immaterielle Unterstützung im Sinne der Schaffung einer positiven Einstellung und Bewertung der jeweils im anderen Sektor liegenden Maßnahmen umfasst.

Abbildung 11: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Die sektorale Abgrenzung verliert an Bedeutung, die regionalen Strukturen entscheiden über den Ort der Leistungserbringung

Quelle: Eigene Darstellung

8.4 Finanzierung: versicherten- statt indikationsbezogene Konzepte unter Einschluss von Managed Care-Elementen

196. Um die Verantwortung (*accountability*) der Partner im Gesundheitswesen auf den vier Ebenen Gesundheitssystem, Organisation, Individuum und Patient (s. GA 2007, Ziffer 693) zu fördern, sind über die institutionelle Ebene hinaus system- und strukturbezogene Überlegungen notwendig, die den demografischen Veränderungen, den Veränderungen des Krankheitsspektrums und der regionalen Differenzierung Rechnung tragen. Es ist notwendig, auch die finanziellen Anreize so zu setzen, dass chronisch kranke, ältere Patienten mit ihrem Behandlungsbedarf eine optimal koordinierte und auf dem Stand der medizinischen Erkenntnis befindliche Betreuung erhalten. Wegen der regional stark unterschiedlichen Entwicklung von Alterung, Bevölkerungsentwicklung, Arztdichte etc. müssen es diese Anreize ermöglichen und fördern, dass regional differenzierte Lösungen gefunden werden. Dieser Ansatz hat aber zwangsläufig zur Folge, dass die regionalen Träger der Versorgung und die angeschlossenen Leistungs-

erbringer zumindest einen Teil des finanziellen Risikos tragen, es also zu einer Annäherung von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion kommt.

197. In den regionalen Modellen sollten insbesondere kontaktunabhängige und risikoadjustierte Pauschalen (Capitation) zur langfristigen Abdeckung einer umfassenden Grundversorgung mit einigen gezielten Anreizen (*pay for performance*, z. B. für die Durchführung präventiver Maßnahmen/Erreichung bestimmter Impfquoten) erprobt werden. Dadurch könnten die potenziellen Nachteile dieser Finanzierungsform (mangelnde ökonomische Anreize für eine vollständige und sorgfältige Versorgung von Patienten, die aus medizinischen oder sozialen Gründen einen besonderen Aufwand erfordern) zum Teil neutralisiert werden. Außerdem würden durch dieses Finanzierungsmodell starke Anreize (und neue Möglichkeiten) zur Überwindung der Sektorengrenzen und zur umfassenden Kooperation von Fachdisziplinen und Berufsgruppen geschaffen.

198. Die Vergütung innerhalb der Modelle muss der Neukonzeption der Versorgung Rechnung tragen und diese unterstützen. Derzeit bestehende adverse Anreize (z. B. zur medizinisch nicht indizierten Mengenausweitung) müssen vermieden werden. Folgende Vorschläge sollten dabei in Erwägung gezogen werden:

- Die Vergütung sollte den Wert der Koordinationsarbeit auch außerhalb des unmittelbaren Arzt-Patient-Kontaktes und auch durch nichtärztliche Mitglieder des Versorgungs- bzw. Praxisteam berücksichtigen.
- Auch die praxisübergreifende Koordination und Kooperation sollte gezielt unterstützt werden.
- Die Einführung, Nutzung und Weiterentwicklung von IT-Lösungen zur Verbesserung der Versorgung sollte gefördert werden.
- Die Vergütung sollte Investitionen in eine verbesserte Erreichbarkeit (z. B. auch Leistungen via Telefon oder E-Mail) unterstützen.
- Auch Telemetrie bzw. Fernüberwachung (Monitoring) klinischer Daten sollte gezielt gefördert werden.
- Die Vergütung sollte risikoadjustiert ausgestaltet werden und Case mix-Unterschiede in einer versorgten Population berücksichtigen.

- Das Vergütungssystem sollte ambulanten Praxen die Möglichkeit geben, z. B. durch vermiedene Klinikeinweisungen Einsparungen zu erzielen, die der Praxis zur Verfügung stehen.
- Das Vergütungssystem sollte gezielte Boni zur zusätzlichen Honorierung erwünschter, messbarer Qualitätsverbesserungen ermöglichen.

199. Während die Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion als führendes Kriterium für Managed Care hinsichtlich der Koordination und Steigerung der Effizienz nachgewiesenermaßen wirksam ist, ist auf der anderen Seite die Gefahr einer Qualitätsverschlechterung nicht auszuschließen, insbesondere hinsichtlich der Vorenthaltung von Leistungen und der Risikoselektion zuungunsten von mehrfach und chronisch kranken Patienten. Die Ergebnisse des systematischen Reviews zum Einfluss von Managed Care-Modellen auf die Versorgungsqualität reflektierend, wurden vier Optionen von Managed Care diskutiert, wobei Option 2a (Einführung unter Begrenzung möglicher negativer Effekte) und Option 2b (Einführung „eingebettet“ in einen weitergehenden Strukturwandel) eine klare Präferenz für eine mögliche Adaption von Managed Care-Elementen hierzulande erhielten.

8.5 Medizinisches und ökonomisches Potenzial

Wege zu einer effizienteren und effektiveren integrierten Versorgung

200. Das medizinische und ökonomische Entwicklungspotenzial liegt vornehmlich an den Schnittstellen der Leistungssektoren und hier vor allem zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich. Die Neuorientierung der fachärztlichen Sekundärversorgung in Verbindung mit Änderungen im Krankenhausbereich gewinnt vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts insofern noch an Bedeutung, als die möglichen Substitutionsprozesse zwischen stationärer und ambulanter Behandlung künftig noch zunehmen. Die Erfolgsbedingungen für eine effiziente Leistungserstellung liegen vom Anreizsystem her am ehesten vor, wenn die beteiligten Leistungserbringer nicht auf eigene Rechnung, sondern für ein gemeinsames Budget arbeiten und eine (sektorübergreifende) Pauschale erhalten. Dabei kann es sich um ein Unternehmen oder um einen Zusammenschluss weitgehend selbständiger Leistungserbringer handeln.

201. Eine sektorübergreifende Pauschale für bestimmte Leistungsbündel bietet sich schon heute als Vergütungsform bei Krankenhäusern an, die zugleich als Träger von MVZ fungieren. Sofern sich das Krankenhaus und das MVZ an einem gemeinsamen

ökonomischen Ziel orientieren, können sie dies nur durch eine effiziente Aufteilung zwischen stationären und ambulanten Behandlungen erreichen. Wenn die Krankenhäuser neben MVZ künftig auch noch in stärkerem Umfang Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen betreiben, können sie bestimmte Leistungen über alle Sektoren hinweg anbieten und mit den Krankenkassen selektive Verträge mit Pauschalvergütungen abschließen. Sofern sich solche Komplexpauschalen im Rahmen selektiver Verträge bewähren, steht ihr Einsatz auch in der kollektivvertraglich organisierten Versorgung als Vergütungselement zu Diskussion.

202. Die Integration der Versorgung über die heutigen Sektorengrenzen hinweg nimmt an Breite noch zu, wenn eine Versorgungseinheit „unter einem ökonomischen Dach“ ein umfassendes Angebot an präventiven und therapeutischen Leistungen in einer Region anzubieten vermag. Diese umfassende Versorgungseinheit kann aus einem großen Unternehmen oder aus einem Verbund weitgehend selbständiger Leistungserbringer bestehen. Eine Krankenkasse, die mit einer solchen Versorgungseinheit einen Vertrag abschließt, kann ihren Versicherten im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten ein vielfältiges Leistungsspektrum offerieren. Eine solch umfassende Versorgungseinheit, die mit regionalem Bezug alle erforderlichen Gesundheitsleistungen anzubieten vermag, stellt aus heutiger Sicht ein zielorientiertes Konzept dar. Es geht in ordnungspolitischer Hinsicht nicht darum, ein solches Versorgungskonzept mit Hilfe gesetzlicher Maßnahmen anzustreben, sondern nur darum, ihm im Rahmen von Wettbewerbsprozessen eine Chance zu eröffnen. Die Entscheidung, welcher Organisationsform jeweils der Vorzug gebührt, sollte primär bei den Versicherten und Patienten liegen und kann regional und im Zeitablauf differieren.

Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Gebieten

203. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen flächendeckenden Versorgung in dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten stellt künftig eine besondere Herausforderung dar. Infolge zu geringer Angebotskapazitäten kann hier ein Wettbewerb zwischen umfassenden Versorgungseinheiten nicht mehr und ein Wettbewerb zwischen verschiedenen ambulanten und stationären Leistungsanbietern kaum noch stattfinden. Unabhängig vom Verhältnis zwischen kollektiver und selektiver Vertragsgestaltung liegt die Verantwortung für die flächendeckende Sicherstellung einer ausreichenden Gesundheitsversorgung letztlich beim Staat. Ein fortlaufendes Monitoring, das sich u. a. auf Qualitätsindikatoren in Verbindung mit einem entsprechenden Benchmarking stützt, kann hier der Früherkennung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten dienen. Die Bundesregierung hat in den letzten Jahren einige Maßnahmen beschlossen,

die zur Vermeidung einer Unterversorgung in dünn besiedelten strukturschwachen Gebieten beitragen können:

- Die MVZ vermindern für den einzelnen Arzt das wirtschaftliche Risiko und erleichtern eine Teilzeitbeschäftigung.
- Das VÄndG flexibilisierte die vertragsärztliche Berufsausübung und ermöglicht es den Ärzten, z. B. neben ihrer Tätigkeit am bisherigen Ort oder auch im Krankenhaus einer Stadt, an einigen Tagen der Woche in strukturschwachen Gebieten die ambulante Versorgung zu übernehmen.
- § 87a Abs. 2 SGB V sieht im Falle einer Unterversorgung ab 2010 Zuschläge zu den Punktwerten im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung vor.
- Die Vertragsparteien können zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung Zuschläge vereinbaren.

Neben diesen gesetzlichen Optionen bieten sich im Falle einer regional drohenden Unterversorgung noch folgende Maßnahmen bzw. Instrumente an:

- Im Sinne einer zentralen Lösung können Patienten, die in Orten ohne ambulante Praxen und Krankenhäuser wohnen, mit Hilfe von Fahrdiensten zu Versorgungszentren in zentralen Orten gebracht werden.
- Die verstärkte Delegation und Substitution von Tätigkeiten auf bzw. durch nichtärztliche Berufe führt zu einer Entlastung und damit zu Freiräumen für die betreffenden Ärzte.
- Höhere Zulassungszahlen zum Medizinstudium intensivieren nicht nur den künftigen Wettbewerb, sondern tragen auch dem Umstand Rechnung, dass hier inzwischen die Studentinnen dominieren, von denen später zumindest ein Teil nicht zeitlebens bzw. ohne Unterbrechungen einer ganztägigen Beschäftigung nachgeht.
- Die Bedarfsplanung, die in regionaler Hinsicht die keineswegs optimale Versorgungssituation des Jahres 1990 fortschreibt, sollte sich an der Morbiditätsstruktur der jeweiligen Bevölkerung orientieren.
- Neben eine Förderung des Belegarztsystems kann eine finanzielle Unterstützung vor allem kooperativer Versorgungsstrukturen treten. Dabei können die materiellen Anreize z. B. aus Zuschüssen zur Investitionsfinanzierung, günstigen Darlehen, Ausfallbürgschaften und preiswerten Wohn- und Praxisräumen bestehen.

- Im Rahmen der Berufsausbildung lassen sich Stipendien an die Bedingung knüpfen, eine bestimmte Zeitspanne in einer strukturschwachen Region zu praktizieren.

204. Unbeschadet der Notwendigkeit oder Berechtigung finanzieller und nicht-monetärer Anreize vermag die Gesundheitspolitik das Kernproblem der drohenden Unterversorgung, das primär in der mangelnden Attraktivität der betroffenen Regionen wurzelt, alleine wohl kaum befriedigend zu lösen. Es fällt hier der Landesplanung und Raumordnung die Aufgabe zu, die betreffenden Regionen vornehmlich für junge Akademiker und deren Familien mindestens bis zu einem gewissen Grad attraktiver zu gestalten. Diese Überlegungen zeigen, dass die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in strukturschwachen Regionen im Prinzip ein generelles und kein spezifisches Problem einer selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung darstellt.

8.6 Empfehlungen zur Umsetzung

205. Bei der Suche nach einer koordinierten, populationsbezogenen und regional differenzierten Versorgung ist nicht an eine unreflektierte 1:1-Übernahme von US-amerikanischen Managed Care-Modellen, wohl aber an eine Adaption sinnvoll erscheinender Elemente und Maßnahmen gedacht. Eine Leistungserbringung an suboptimaler Stelle vermindert den Gewinn bzw. den Überschuss dieser Gemeinschaft, sodass ineffiziente Prozesse dem unternehmerischen Nutzenkalkül bzw. den jeweiligen Individualrationalitäten zuwiderlaufen. Sofern ein Unternehmen die betreffenden Leistungen anbietet, spielt die sektorspezifische Vergütung keine Rolle mehr und auch bei einem Zusammenschluss von weitgehend selbständigen Leistungserbringern stellt die Vergütungsfrage nun (nur noch) ein internes Verteilungsproblem dar.

206. Durch Capitation als prospektives Vergütungssystem geht das finanzielle Risiko je nach Ausgestaltung teilweise oder ganz auf die Leistungserbringer über, und zwar nicht nur das Morbiditätsrisiko, sondern auch die finanziellen Effekte, die aus einer ineffizienten Leistungserstellung, Moral Hazard und der angebotsorientierten Nachfrage resultieren. Der Grad der Verlagerung hängt vom Personenkreis, auf den sich die pauschalierte Vergütung erstreckt, sowie von Art und Umfang der einbezogenen Leistungen ab. Konkret sind folgende Instrumente zu erwägen und zu erproben:

- Cost Sharing-Verträge für definierte Leistungen einer Behandlungsart,
- Diagnosis Related Groups (DRGs) für einen erbrachten Fall,

- Risk-Sharing im Sinne eines *payment by results*, und
- umfassende Capitation, die alle anfallenden Leistungen für alle (eingeschriebenen) Versicherten mit einbezieht (Capitation im engeren Sinne).

Bei allen diesen Varianten muss der Gefahr von Patientenselektion und Qualitätsmängeln (z. B. durch Leistungsverweigerung) vor allem durch Qualitätssicherung, Transparenz und Stärkung der Patientenrechte entgegen gewirkt werden.

207. Die aus einer Capitation folgende Aufhebung der sektoralen Trennung der an der Versorgung beteiligten Leistungserbringer, die zwar durch die integrierte Versorgung nach §140a ff SGB V in Verbindung mit den anderen besonderen Versorgungsformen ermöglicht wurde, sich in der bisherigen Praxis jedoch nicht durchsetzen konnte, ist das wichtigste strukturelle Mittel, um den mit der Veränderung der Demografie zusammenhängenden Probleme in der Gesundheitsversorgung eine abgesicherte Perspektive entgegenzusetzen zu können. In der Folge kommt es zu einer Zunahme der Wettbewerbsintensität, wobei derzeit weniger hinsichtlich des Umfangs der Wettbewerbsparameter als bezüglich der übrigen rechtlichen Rahmenbedingungen weiterer Handlungsbedarf besteht, der an den Schnittstellen der Leistungssektoren eine effiziente Koordination in Verbindung mit einem funktionsfähigen Wettbewerb gewährleistet.

208. Ein international häufig verwendetes Instrument zur Verbesserung der sektorübergreifenden bzw. populationsbezogenen Versorgung ist das Gatekeeping durch Haus-/Primärärzte, bei dem der Zugang zu der spezialisierten Versorgung nach Überweisung durch den primärärztlichen Leistungserbringer erfolgt. Neben der Qualitätssteigerung durch Optimierung der Behandlungsabläufe steht der Aspekt Kostensenkung bzw. der Verbesserung der Kosteneffektivität durch Steuerung der Leistungserstellung im Vordergrund. Auf der Basis des durchgeführten Reviews gibt es Hinweise, dass keine Unterschiede in den Gesundheitsergebnissen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten zwischen Versorgungssystemen mit Gatekeeping und freiem Zugang bestehen. Die Empfehlung des Rates geht daher in die Richtung einer kontextbezogenen Anwendung eines Gatekeepings, das somit nicht als allein wirksames Instrument ohne gleichzeitige Veränderung anderer Strukturparameter angesehen wird.

209. In seinem Gutachten 2007 hat sich der Sachverständigenrat ausführlich mit den qualitätsbezogenen Anreizsystemen beschäftigt, im einzelnen mit *public disclosure* (GA 2007, Ziffer 684ff.) und *pay for performance* (GA 2007, Ziffer 725ff). Im Gegensatz zu Managed Care und Capitation ist beiden Ansätzen gemeinsam, dass sie auf externen Qualitätsmessungen beruhen, die entweder als Ranking oder in Form von finanziellen Anreizen auf die Leistungserbringer zurückwirken. Im Licht der internationalen Diskus-

sion und im Hinblick auf die Diskussion im deutschen Gesundheitswesen der letzten Monate bietet es sich an, unter dem Aspekt einer sektorübergreifenden, populationsorientierten Versorgung beide Steuerungsinstrumente einzusetzen, aber ähnlich wie bei Capitation nicht von diesen Instrumenten allein eine Behebung der Struktur- und Koordinationsdefizite zu erwarten. Die Versicherten verfügen allerdings nach wie vor über eine zu geringe Transparenz zu Behandlungsalternativen und Leistungsqualitäten. Leistungserbringer besitzen zudem ihrerseits noch zu geringe Möglichkeiten, um mit spezifischen Qualifikationen und Fertigkeiten um die Patienten und um selektive Verträge mit den Krankenkassen zu werben.

210. In Deutschland beabsichtigen drei Trägergruppen, sektorübergreifende und populationsbezogene Versorgungskonzepte anzubieten: Krankenhäuser und deren Zusammenschlüsse, Krankenversicherungen und Gruppen von niedergelassenen Ärzten zusammen mit externen Kapitalgebern. Strukturell kommen für das deutsche Gesundheitssystem zwei Entwicklungsoptionen in Frage, die hinsichtlich etwaiger negativer Auswirkungen auf die Versorgungsqualität insbesondere chronisch und mehrfach erkrankter Patienten kontrolliert werden müssen (Option 2a), und in zusätzliche, außerhalb der Umsetzung von Managed Care liegende und weiterführende Konzepte „eingebettet“ sind (Option 2b). Eine ungeprüfte Einführung von Managed Care aufgrund einer vorbehaltlos positiven Einschätzung der Auswirkungen erscheint ebensowenig gerechtfertigt wie eine völlige Ablehnung von Managed Care-Elementen und -Konzepten. Zum Zweck der Strukturierung der Diskussion und der wissenschaftlichen Evaluation schlägt der Rat die Einteilung in drei Typen von Managed Care-Konzepten vor, die von der direkten Anstellung von Ärzten bei den Managed Care-Trägern (Typ 1) über das freie Kontrahieren mit Capitation (Typ 2) bis zum freien Kontrahieren mit qualitätsbezogener Vergütung statt Capitation (Typ 3) reichen. Als Option für die weitere Entwicklung in Deutschland sollten in erster Linie Typ 2 und evtl. Typ 3 auf breiterer Basis erwogen und erprobt werden.

211. Bereits in seinem Gutachten von 2007 hat der Rat darauf hingewiesen, dass die Voraussetzungen für die Einführung von Managed Care-Elementen in der deutschen Sozialgesetzgebung weitgehend gegeben sind (GA 2007 Ziffer 378 ff). Es besteht daher derzeit weniger hinsichtlich des Umfangs der sozialrechtlichen Umsetzung als bezüglich der übrigen rechtlichen Rahmenbedingungen weiterer Handlungsbedarf, um insbesondere an den Schnittstellen der Leistungssektoren eine effiziente Koordination in Verbindung mit einem funktionsfähigen Wettbewerb zu realisieren. Im Einzelnen sind folgende Gesichtspunkte herauszuheben:

- Im Sinne eines funktionsgerechten Wettbewerbs sollte Krankenkassen und Leistungsanbietern ein Spektrum von Vertragsoptionen zur Verfügung stehen und ihnen die Auswahl der präferierten Varianten als Suchprozess überlassen werden. Es existiert derzeit keine in jeder Hinsicht überlegene Variante einer integrierten Versorgung, sodass auch keine Notwendigkeit für das obligatorische Angebot einer bestimmten besonderen Versorgungsform wie der isolierten hausarztzentrierten Versorgung vorliegt.
- Die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f-g SGB V stellen unter medizinischen wie ökonomischen Kriterien eine Variante der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V dar und sollten insofern unter die integrierten Versorgungsformen subsumiert werden.
- Die Geltung des Erlaubnisvorbehaltes im ambulanten und des Verbotsvorbehaltes im stationären Sektor entspricht nicht mehr den heutigen Gegebenheiten der gesundheitlichen Leistungserstellung in diesen Bereichen. Faire Wettbewerbsbedingungen zwischen den Krankenhäusern untereinander sowie zwischen ihnen und den vertragsärztlich tätigen Sekundär-(Fach-)Ärzten setzen neben einer monistischen Finanzierung und einem einheitlichen Vergütungssystem auch voraus, dass bestimmte öffentliche Träger allfällige Defizite nicht unlimitiert dauerhaft abdecken.
- Ein morbiditätsorientierter RSA stellt eine notwendige Grundlage sowohl für einen funktionsfähigen Wettbewerb der Krankenkassen als auch für die Vermeidung von Risikoselektion dar. Gleichwohl reduziert der neue RSA, wie nahezu alle stärker morbiditätsorientierten Ausgleichssysteme, die Anreize zu Investitionen in die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Er verschlechtert somit für integrierte Versorgungsprojekte, die präventive Maßnahmen gezielt fördern, die interne Nutzen Kosten-Relation.
- Eine zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe im Sinne einer – rechtlich abgesicherten – stärkeren Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern sowie der Einbeziehung von Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen in Verbindung mit einer stärkeren Fokussierung der Disease Management-Programme dürfte zu einer Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung führen und ist im Rahmen der vorgeschlagenen Strukturveränderungen als notwendig anzusehen.

212. Der in diesem Gutachten vorgelegte Review zum Zusammenhang von Qualität und Managed Care zeigt, dass es zumindest eine ganze Reihe von Studien gibt, die Managed Care mit einer Qualitätsverschlechterung in Verbindung bringen. Es erscheint

daher angebracht, über gezielte Maßnahmen zur Vermeidung von Qualitätsverschlechterungen nachzudenken. In erster Linie sind dabei folgende Vorgehensweisen denkbar:

- Entwicklung von *area*-Indikatoren (z. B. durch die fachlich unabhängige Institution nach § 137a SGB V), welche die bislang in Deutschland vorherrschenden leistungserbringerbezogenen Indikatoren (*provider indicators*) ergänzen (GA 2007, Ziffer 501);
- Ausbau von Indikatoren, die den Zugang zu Leistungen auf allen Ebenen beschreiben (zur Thematik *access*-Indikator, geographische Dimension s. GA 2007, Ziffer 491ff);
- Entwicklung von Qualitätsindikatoren, welche die Versorgung von Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen mehr in den Vordergrund stellen als es bislang in Deutschland der Fall ist (Auftrag an Institution nach §137a SGB V).

213. Die Prävention gewinnt auch vor dem Hintergrund der steigenden Lebenserwartung auf allen Ebenen künftig an Bedeutung. Die im systematischen Review identifizierten Studien zur Auswirkung von Managed Care auf die untersuchten Präventionsendpunkte zeigen ein ermutigendes Bild. Es ist daher unumgänglich, der Prävention bei der strukturellen Umsetzung, bei der Evaluation und bei der internen Steuerung einen hohen Stellenwert zuzuweisen. Qualitätsanreize sind als Instrumente zur Verfolgung dieses Zweckes sinnvoll einzusetzen (z. B. *pay for performance*). Gleichzeitig gilt es zu berücksichtigen, dass insbesondere bei kurzen Kündigungszeiten und hoher Wechsel tendenz zwischen den Programmen oder zwischen Managed Care-Programmen und anderen Versicherungsformen der Anreiz der Programme, in Prävention zu investieren, abnimmt. Lösungsmöglichkeiten bestehen in längerfristigen Verträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern sowie mittelfristigen Kündigungsfristen der Versicherten in Verbindung mit Anreizsystemen, die ein längerfristiges Verbleiben in den Programmen fördern. In erster Linie kommen hier Bonussysteme und nach Versicherungsdauer gestaffelte Leistungen in Frage.

214. In Ergänzung dieser sektorübergreifenden Empfehlungen sind auf mehreren Ebenen sektorbezogene Veränderungen notwendig. Eine ganz entscheidende Rolle spielt dabei die primärärztliche Versorgung, die im internationalen Kontext maßgeblich an der Koordination der Gesundheitsversorgung beteiligt ist. Im Rahmen der demografischen Herausforderungen gibt es insbesondere in der Fläche und unter Berücksichtigung der mittelfristigen Entwicklung der Arztzahlen, aber auch vor dem Hintergrund der Koordinationsanforderungen an die Versorgung von älteren, mehrfach und chronisch kranken Patienten, kaum eine Alternative zu einer Stärkung der primärärztlichen

Versorgung. Dies gilt allerdings nur unter der Voraussetzung einer gleichzeitigen Veränderung und deutlichen Erweiterung der bisherigen Versorgungsstrukturen. Der Rat schlägt nach ausführlicher Analyse der internationalen Erfahrungen und der wissenschaftlichen Evidenz das Konzept wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP) vor. Dieses stellt den Versuch dar, die bisherigen Analysen und Erkenntnisse in *einem* konkreten Konzept für eine zukunftsorientierte generationengerechte Grundversorgung der Bevölkerung zu kondensieren. Grundlegend sind hier internationale Versorgungsmodelle wie z. B. das Patient-Centered Medical Home und das Bellagio-Modell zur umfassenden bevölkerungsbezogenen Primärversorgung.

215. Die Eckpunkte einer patientenzentrierten und populationsbezogenen Versorgung unter besonderer Beachtung einer qualitativ hochwertigen Primärversorgung der Bevölkerung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- definierte Population (*defined population*) als Grundvoraussetzung für alle populationsbezogenen Ansätze, im typischen Fall mit Einschreibung und Verlagerung möglichst vieler Entscheidungskompetenzen in die Regionen bzw. an die vor Ort verantwortlichen Akteure,
- patientenzentrierte Versorgung (*person centred*) mit Ausrichtung an den Bedürfnissen bzw. dem Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker,
- umfassende und horizontal wie vertikal koordinierte Grundversorgung aus einer Hand (*comprehensive, co-ordinated care*) im Sinne einer verbesserten vertikalen Koordination über traditionelle Sektorengrenzen hinweg,
- kontinuierliche (Langzeit-)Versorgung (*long-term continuity*) mit Vermeidung von Informationsverlusten und diskontinuierlicher Betreuung insbesondere bei chronisch Kranken,
- gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit (*available, accessible, equitable*) als niedrigschwellige Erreichbarkeit für alle Bevölkerungsgruppen bei Sicherstellung gemäß objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen,
- Weiterentwicklung der Vergütungs-/Honorierungssysteme zu umfassender risiko-adjustierter Capitation in Kombination mit gezielten Anreizen,
- Erprobung und Evaluation wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP),
- regionale bzw. lokale Adaption im Sinne einer regionalen Anpassung an bereits existierenden Versorgungsstrukturen.

216. Es ist absehbar, dass die hausärztliche Versorgung vor allem im ländlichen Bereich gefährdet ist, sodass hier spezielle Maßnahmen erforderlich sind. Infrage kommen je nach regionalen Besonderheiten sowohl eine weitergehende Zentralisierung im Sinne der zentralen Hausarztversorgung mit Konzentration in zentralen Orten als auch dezentrale Konzepte zur Hausarztversorgung, bei der jede Gemeinde als Standort für die ärztliche Grundversorgung betrachtet und die Versorgung über „Kooperationspraxen“ und „Ländarzträume“ gewährleistet wird. Gemeinden, in denen die Bevölkerungsdichte unter 100 Einwohner/km² beträgt, sollen als „Ländarzträume“ mit Anpassung der Vergütung gekennzeichnet werden.

217. Eine Stärkung der primärärztlichen Versorgung mit dem Ziel, den Koordinationsaufgaben der Zukunft gerecht zu werden, ist nur möglich, wenn im Bereich der sekundärfachärztlichen Versorgung die bisher ineffiziente sektorale Konkurrenz des ambulanten und stationären Angebots überwunden wird. Vor dem Hintergrund einer „Finanzierung aus einer Hand“ im Rahmen einer sektorübergreifenden, populationsbezogenen Versorgung ist damit eine Neubestimmung der Position und Aufgabenstellung aller vier Bereiche, von der primärärztlichen über die ambulante und die am Krankenhaus erbrachte sekundärfachärztliche bis zur vollstationären Versorgung i.e.S. notwendig. Die sekundärfachärztliche Versorgung wird dadurch gestärkt, weil ineffiziente Strukturen einer konkurrierenden Leistungserbringung mit hohen Investitions- und Vorhaltekosten beendet werden und dieser Bereich zu einer konsistenten Struktur findet, in dem der Ort der Leistungserbringung – ambulante Struktur versus stationäre Struktur – nach Maßgabe medizinischer und pflegerischer Gesichtspunkte, aber nicht nach den Prioritäten der jeweiligen Optimierung des sektoralen Ergebnisses vorgenommen wird. Prävention, palliativmedizinische Versorgung und die Arzneimittelversorgung stellen gemeinsame Aufgaben aller vier Bereiche dar.

218. Apotheken müssen sich in einem zukünftigen System einer sektorübergreifenden, populationsbezogenen Versorgung als Institutionen positionieren, die stärker als heute die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit bei der Arzneimittelauswahl mittragen (*community pharmacies*). Sie sind dann eingebunden in ein integratives Versorgungsnetz mit einer versichertenbezogenen, populationsorientierten pauschalen Honorierung (Capitation), die der Strategie der Aufhebung des *provider-payer-splits* folgt. Zukünftige Versorgungseinheiten können sich sowohl regional als auch überregional organisieren, in solchen Fällen wären Verbände von Apotheken, die sich auf kommunizierbare und überprüfbare Qualitätsstandards verständigen, eine sinnvolle Lösung. In dünner besiedelten Gegenden können Filialapotheken solcher Verbände die Arzneimittelversorgung übernehmen. Eine Kooperation mit Ärzten im Rahmen einer

populationsbezogenen Versorgung lässt besondere professionelle Qualifikation als unverzichtbar erscheinen (z. B. im Fach Klinische Pharmazie). Die resultierende Differenzierung der Apotheken und die Liberalisierung des bislang bestehenden „Kollektivvertrags“ (Rahmenvertrag nach § 129 SGB V) für die an der GKV-Versorgung beteiligten Apotheken mit Wettbewerb um Vertragsmodelle in der Arzneimittelversorgung werden ähnlich wie in der primär- und sekundärärztlichen Versorgung zu mehr Integration und Kooperation in den medizinischen Behandlungsabläufen führen. Die Rolle der Apotheken wandelt sich von der passiven Arzneimitteldistribution zu einer aktiv agierenden Institution, die gemeinsam mit den Ärzten und den Angehörigen nichtärztlicher Gesundheitsberufe im Rahmen veränderter Organisations- und Finanzierungsstrukturen für den erfolgreichen Einkauf, die richtige Auswahl, die effektive Anwendung, die Vermittlung industrieunabhängiger und auf den Ergebnissen der evidenzbasierten Medizin beruhender Informationen sowie für das Monitoring der Arzneimitteltherapie verantwortlich ist.

219. Um dem künftigen Bedarfszuwachs der Versorgung im Bereich der Pflege Rechnung zu tragen, sind unterschiedlich gelagerte Herausforderungen zu bewältigen. Hohe Priorität kommt dabei zunächst der Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter und generell dem Ausbau der altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zu, insbesondere bedarf das Leben mit „bedingter Gesundheit“ größerer Beachtung. Es ist dringend erforderlich, zu einem präventiv ausgerichteten Gesundheits- und Versorgungswesen – Preventive Health Care System – zu gelangen. Die zukünftige Infrastruktur der Versorgung Pflegebedürftiger im Alter setzt nicht nur hinreichende Kapazitäten in der pflegerischen Versorgung und ausreichend sowie gut qualifiziertes Personal voraus, sondern auch neue Strukturen insbesondere in Verbindung von familiärer und professioneller Hilfe im ambulanten Kontext. Die zahnmedizinische Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen muss verbessert werden. Im Qualitätsmanagement der Altenpflegeeinrichtungen sollten deshalb zahnärztlich-prophylaktische Maßnahmen am Patienten genau definiert werden. Der Rat empfiehlt, der pflegerischen Versorgung durch die Familien und den pflegenden Angehörigen mehr Beachtung zu schenken, denn sie stellen nach wie vor den größten Teil der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger in Deutschland sicher. Für die Pflege ist die Überwindung der individuenzentrierten zugunsten einer familienorientierten Arbeitsweise notwendig (Family Health Nursing Konzept der WHO). Der Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger sollte zukünftig anhand standardisierter Assessments möglichst genau eingeschätzt werden, um den Hauptpflegepersonen bereits früh professionelle und nicht-professionelle Unterstützung zur Verfügung zu stellen. Die Qualität der ambulanten Versorgung und ihre Verbesserung ist ein vordringliches Ziel, insbesondere hinsichtlich der integrierten und kontinuierlichen Langzeitversorgung, auf die ältere und alte

Menschen, die unter chronischen Erkrankungen, Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit leiden, angewiesen sind. Da die ambulante Pflege erst durch das GKV-WSG auch formal in die integrierte Versorgung eingebunden wurde und die gesetzlichen Grundlagen für Care- und Case-Management erst mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz gegeben waren, sind erst jetzt systematische Erfahrungen mit der Rolle der Pflege in diesen Versorgungskonzepten möglich. Einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Nutzerposition und zu mehr Lebensqualität leistet die Pflegeberatung in Zusammenhang mit Begleitung und der individuellen Versorgungsplanung und -steuerung. Aus dieser Perspektive befürwortet der Rat ausdrücklich die Einrichtung von Pflegestützpunkten als neues Strukturelement einer qualitativ guten ambulanten Pflege und Versorgung. Die Qualitätssicherung der pflegerischen Versorgung ist aufgrund veröffentlichter Pflegemängel und der Reaktionen des Gesetzgebers im PfWG erneut sehr aktuell. Evidenzbasierung für das pflegerische Versorgungsgeschehen, messbare Ergebnisse einer qualitativ guten Pflege, Messinstrumente und die Standardentwicklung zur Qualitätsbeurteilung bedürfen einer weiteren kontinuierlichen Investition in die Qualitätsentwicklung und die dazu nötige Pflegeforschung.

220. Der Rat hat in den vergangenen Jahren immer wieder die Intensivierung der Versorgungsforschung angemahnt, insbesondere dann, wenn neugefasste gesetzliche Rahmenbedingungen in der GKV innovative Vertrags- oder Versorgungsmöglichkeiten eröffneten, deren Folgen schwer abschätzbar waren („Politikfolgenforschung“). Eine obligatorische Evaluation ist nach wie vor nur bei Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V vorgesehen, nicht aber im Zusammenhang mit der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V, mit den Rabattverträgen für Arzneimittel nach § 130a Abs. 8 SGB V oder mit der Integrierten Versorgung nach § 140a ff. SGB V. Auch für die bereits seit langem angebotenen DMPs fehlen weitgehend adäquate Evaluationsvorhaben, die im Rahmen eines kontrollierten Designs eine valide Aussage über Nutzen und Wirtschaftlichkeit zulassen. Dies ist umso unverständlicher, als der Gesetzgeber bereits im Jahre 2000 mit den §§ 303a ff. SGB V Rahmenbedingungen für eine wissenschaftliche Evaluation in der GKV ermöglicht hat. Bisher konnten sich die mit der Umsetzung beauftragten Gremien der Kassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung jedoch nicht auf ein Konzept zur Nutzung, zur Zusammenführung der Daten aus dem Bereich der Ärzte und Kassen sowie zu Auswertungsschwerpunkten einigen. In diesem Zusammenhang mag es ein Mangel sein, dass in dieser gesetzlichen Regelung die Mitwirkung von Sachverständigen aus dem Bereich der Wissenschaft nicht vorgesehen ist und auch die Datenschutzbestimmungen einen sinnvollen Umgang mit den vorhandenen Daten nur bedingt ermöglichen, obwohl in der Zwischenzeit Konzepte vorliegen, die unter Beachtung des Datenschutzes personenbezogene Auswertungen mittels Pseudonymisierung ermöglichen. Hier sollten auch praktikable Wege ermöglicht

werden, die eine vereinfachte Zusammenführung von Versorgungsinformationen für wissenschaftliche Zwecke erlauben.

In diesem Gutachten werden weitreichende Veränderungen für das deutsche Gesundheitssystem vorgeschlagen. Daher müssen solche Entwicklungen wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden, um die Konsequenzen für die Versicherten, für die Leistungserbringer, für die Kostenträger und für das gesamte System erkennen und bewerten zu können. Nur auf dieser Basis kann entschieden werden, ob neue Versorgungskonzepte weiter verfolgt und breit implementiert werden sollten. Studien zur Evaluation neuer Versorgungskonzepte sind zudem im Hinblick auf die Finanzierung abzusichern. Da die Ergebnisse für die Weiterentwicklung der GKV von besonderer Wichtigkeit sind, sollte den Kassen gesetzlich die Möglichkeit eingeräumt werden, solche Studien mit einem festen prozentualen Anteil der Leistungsausgaben zu finanzieren.

Anhang

Rechtsgrundlage für die Tätigkeit des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (seit dem 1. Januar 2004)

Fünftes Sozialgesetzbuch

Fünftes Kapitel

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

§ 142

Unterstützung der Konzertierte Aktion; Sachverständigenrat

(1) Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung beruft einen Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Zur Unterstützung der Arbeiten des Sachverständigenrates richtet das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung eine Geschäftsstelle ein.

(2) Der Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der Sachverständigenrat unter Berücksichtigung der finanziellen Rahmenbedingungen und vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf; er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der Sozialen Sicherung einbeziehen. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung kann den Gegenstand der Gutachten näher bestimmen sowie den Sachverständigenrat mit der Erstellung von Sondergutachten beauftragen.

(3) Der Sachverständigenrat erstellt das Gutachten im Abstand von zwei Jahren und leitet es dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung in der Regel zum 15. April, erstmals im Jahr 2005, zu. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung legt das Gutachten den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes unverzüglich vor.

Mitglieder des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

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

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe
Köln
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt

Prof. Dr. rer. nat. Gerd Glaeske
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen

Prof. Dr. med. Marion Haubitz
Abteilung Nephrologie
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. phil. Adelheid Kuhlmei
Institut für Medizinische Soziologie
Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften
Charité - Universitätsmedizin Berlin

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

Gutachten des Sachverständigenrates

Jahresgutachten 1987

Medizinische und ökonomische Orientierung

Baden-Baden 1987

Jahresgutachten 1988

Medizinische und ökonomische Orientierung

Baden-Baden 1988

Jahresgutachten 1989

Qualität, Wirtschaftlichkeit und Perspektiven der Gesundheitsversorgung

Baden-Baden 1989

Jahresgutachten 1990

Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung

Baden-Baden 1990

Jahresgutachten 1991

Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland

Baden-Baden 1991

Sondergutachten 1991

Stabilität ohne Stagnation?

abgedruckt im Jahresgutachten 1992

Baden-Baden 1992

Jahresgutachten 1992

Ausbau in Deutschland und Aufbruch nach Europa

Baden-Baden 1992

Sachstandsbericht 1994

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingungen

Baden-Baden 1994

Sondergutachten 1995

Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000 – Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit

Baden-Baden 1995

Sondergutachten 1996

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band I

Demographie, Morbidität, Wirtschaftlichkeitsreserven und Beschäftigung

Baden-Baden 1996

Sondergutachten 1997

Gesundheitswesen in Deutschland, Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band II

Fortschritt, Wachstumsmärkte, Finanzierung und Vergütung

Baden-Baden 1998

Gutachten 2000/2001

Bedarfsgerechtigkeit und
Wirtschaftlichkeit

Band I

Zielbildung, Prävention, Nutzer-
orientierung und Partizipation

Band II

Qualitätsentwicklung in Medizin und
Pflege

Band III

Über-, Unter- und Fehlversorgung

Band III.1

Grundlagen, Übersichten, Versorgung
chronisch Kranker

Band III.2

Ausgewählte Erkrankungen
ischämische Herzkrankheiten,
Schlaganfall und chronische,
obstruktive Lungenkrankheiten

Band III.3

Ausgewählte Erkrankungen
Rückenleiden, Krebserkrankungen und
depressive Störungen

Band III.4

Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten

Addendum

Zur Steigerung von Effizienz und
Effektivität der Arzneimittelversorgung
in der gesetzlichen Kranken-
versicherung

Baden-Baden 2002

Gutachten 2003

Finanzierung, Nutzerorientierung und
Qualität

Band I

Finanzierung und Nutzerorientierung

Band II

Qualität und Versorgungsstrukturen

Baden-Baden 2003

Gutachten 2005

Koordination und Qualität im
Gesundheitswesen

Band I

Kooperative Koordination und
Wettbewerb,
Sozioökonomischer Status und
Gesundheit, Strategien der
Primärprävention

Band II

Schnittstellen zwischen Kranken- und
Pflegeversicherung, Hilfs- und
Heilmittel in der GKV,
Einflussfaktoren auf die Verordnung
von Arzneimitteln

Stuttgart 2006

Gutachten 2007

Kooperation und Verantwortung –
Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung

Band I

Kooperation und Verantwortung als
Voraussetzungen einer zielorientierten
Gesundheitsversorgung,
Die Entwicklung der Zusammenarbeit
der Gesundheitsberufe als Beitrag zu
einer effizienten und effektiven
Gesundheitsversorgung,
Integrierte Versorgung in der GKV:
Entwicklung, Stand und Perspektiven,
Finanzierung und Planung des
Krankenhauswesens

Band II

Qualität und Sicherheit:
Angemessenheit und Verantwortlichkeit
in der Gesundheitsversorgung,
Primärprävention in vulnerablen
Gruppen

Baden-Baden 2008