

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Zum jüngsten Sondergutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Am 30. Juni 2009 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen das Sondergutachten „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ vorgelegt. Darin diskutiert der Rat die speziellen Versorgungsanforderungen der unterschiedlichen Altersstufen im Lebensverlauf eines Menschen und empfiehlt Maßnahmen zur weiteren Verbesserung von Koordination und Integration im Versorgungssystem. Das Gutachten wurde am 15. September 2009 im Rahmen eines Symposiums in Berlin mit der Fachöffentlichkeit diskutiert. Der nachfolgende Beitrag fasst wesentliche Inhalte des mehr als 900 Seiten starken Gutachtens zusammen.

■ Sarah Dauven, Birgit Cobbers

Einführung: Generationenspezifische Gesundheitsversorgung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels

Das Gutachten zeigt, dass die mit dem demografischen Wandel einhergehende Veränderung des Morbiditätsspektrums Anpassungen im deutschen Gesundheitswesen sowie den Abbau bestehender Koordinations- und Integrationsdefizite erforderlich machen. Insbesondere der stark anwachsende Anteil hoch betagter, chronisch und mehrfach erkrankter Menschen verlangt nach einem

*Sarah Dauven, Gesundheitswissenschaftlerin, ist Referentin in der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
Dr. rer. oec. Birgit Cobbers, Volkswirtin, ist Leiterin der Geschäftsstelle des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen*

Paradigmenwechsel von einem primär auf die Akutversorgung ausgerichteten System zu einem System, das neben der Akutversorgung die Prävention und die Versorgung chronisch Kranker oder pflegebedürftiger Menschen in den Mittelpunkt rückt. Infolge des Rückgangs und der Alterung der Gesellschaft stehen sich künftig eine steigende Nachfrage nach Gesundheits-/Pflegeleistungen und ein schrumpfendes Arbeitskräftepotenzial gegenüber, so dass es in Zukunft mehr denn je darauf ankommen wird, die Effizienz der Leistungserbringung zu erhöhen und ausreichend ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Nachwuchs zu gewinnen, um eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Dabei zeigen die Analysen auf der Grundlage der 11. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes nicht nur erhebliche Unterschiede

zwischen den Bundesländern, sondern auch innerhalb der Bundesländer. Hier spielen vor allem verschiedenartige Siedlungsstrukturen (städtisch/ländlich geprägte Regionen) und die Nähe zu größeren Zentren eine Rolle. Die ländlichen Regionen in den ostdeutschen Bundesländern sind von den demografischen Entwicklungen besonders stark betroffen, da dort der Versichertenkreis zum einen deutlich schrumpft und zum anderen der Anteil und die Zahl der Älteren und vor allem der Hochbetagten steigen. In erster Linie verlassen junge, meist gut ausgebildete Menschen ihre Heimat aus beruflichen Gründen – darunter überdurchschnittlich viele Frauen. Dies beeinflusst neben dem Geschlechterverhältnis und der Sozialstruktur auch die Altersstruktur der verbleibenden Bevölkerung, die sich stärker verändert als durch den Rückgang der Geburten allein. Zudem ist die Einwohnerdichte in den ostdeutschen Bundesländern deutlich geringer und wird sich in Zukunft noch weiter reduzieren.

Im Anschluss an die Beschreibung der demografischen Herausforderung analysiert der Rat zunächst die speziellen Anforderungen, die ausgewählte Lebensaltersstufen – hier das Kindes- und Jugendalter, die Übergangsphase zwischen Jugend und Erwachsenenalter bei chronisch Kranken sowie das höhere und hohe Lebensalter – an das Versorgungssystem stellen. Anschließend wird untersucht, inwieweit das deutsche Gesundheitssystem diesen Anforderungen gerecht wird, welche Lösungsmöglichkeiten sich anbieten und ein übergreifender Vorschlag für ein Zukunftsmodell gemacht.

Spezielle Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen

Grundlage für die Beschreibung der speziellen Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen ist die lebensphasenspezifische Auswertung (frühes Kindesalter, Schul- und Jugendalter) der Daten des Nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS), die das Robert Koch-Institut für den Rat vorgenommen hat. Unter Berücksichtigung verschiedener sozialer Faktoren (z.B. sozialer Status, Migrationshintergrund, Wohnregion) wird die gesundheitliche Situation der Kinder und Jugendlichen in Deutschland, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen beschrieben. Neben der insgesamt guten gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen in Deutschland zeigt sich, dass die Chancen auf ein gesundes Aufwachsen nicht gleich verteilt sind. Hier stellt die Kinderarmut (materielle Armut und Versorgungsarmut) bevölkerungsbezogen den wichtigsten erklärenden Faktor für Gesundheits- und Entwicklungsdefizite dar, weshalb die Senkung der Kinderarmut auch gesundheitspolitisch höchste Priorität einnehme. Der wiederholt belegte Zusammenhang zwischen der sozialen Lage und den Gesundheitschancen verlange nach Maßnahmen, die die vielfachen Ursachen sozialer und damit auch gesundheitlicher Benachteiligung berücksichtigen sowie die verschiedenen Politikfelder, die zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen-

gleichheit einen Beitrag leisten können, integrieren. Die Verbindung zwischen verschiedenen Politik- und Interventionsbereichen, die inzwischen in der Armut- und Reichtumsberichterstattung des Bundes mit dem Ansatz der Verwirklichungschancen (capability approach) vorgenommen wurde, wird hier als Beispiel gebend angesehen. Das auf den Ökonomie-Nobelpreisträger Amartya Sen und die Rechtsphilosophin Martha Nussbaum zurückgehende Konzept betont die Komplexität des Ineinanderwirkens materieller und immaterieller sowie subjektiver und objektiver Einflussfaktoren auf die Gesundheitschancen. So sei eine wirksame, also Verwirklichungschancen verbessernde Sozial- und Bildungspolitik unter diesem Gesichtspunkt als unmittelbar wirksame Gesundheitspolitik für Kinder und Jugendliche zu betrachten. Eine umfassende Förderung von Verwirklichungschancen, die vor allem die frühen Entwicklungsphasen beachtet, wird gefordert. Dabei müsse die Vielfalt unterschiedlicher Lebenslagen zur Kenntnis genommen und als Chance erkannt werden, 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.

Das Sondergutachten enthält einen Überblick und vertiefende Analysen zu den Programmen und Aktivitäten im Bereich der nicht-medizinischen Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen auf der Grundlage einer Abfrage bei den wichtigsten Akteuren. Der Rat begrüßt die wachsende Anzahl und die Verbesserungen der inhaltlichen Qualität dieser Aktivitäten, bemängelt jedoch die unzureichende Berichterstattung und Defizite in Hinblick auf Zielgruppenorientierung, Gestaltung, Laufzeit und Qualitätssicherung. Da sowohl die Optimierung der Interventionen als auch die Entwicklung angemessener Methoden der Qualitätssicherung offene und aufeinander bezogene Lernprozesse bilden, bedarf es nach Ansicht des Rates der organisatorischen Unterstützung dieser Lernprozesse durch ein Kompetenzzentrum für Qualitätssicherung in der Prävention. Eine Ausarbeitung des Themas auf Grundlage des Sondergutachtens findet sich auch im Aufsatz „Staatliche Programmformulierung zur nichtmedizinischen Primärprävention – eine Zwischenbilanz“ in Heft 3-4/2009 dieser Zeitschrift.

Im Kontext der Kinder- und Jugendgesundheit thematisiert der Rat auch Gewalt gegen Kinder, sexuellen Missbrauch und Vernachlässigung. Wenngleich es für eine Zunahme von Vernachlässigung sowie psychischer und physischer Gewalt gegen Kinder keine verlässlichen Anhaltspunkte gebe, stelle dies für jedes einzelne betroffene Kind ein sehr ernstzunehmendes gesundheitliches Problem dar. Der Rat mahnt in diesem Zusammenhang das Fehlen repräsentativer, valider und kontinuierlich erhobener Daten an. Nach Ansicht der Sachverständigen müssen auch Fragen nach den Organisationsstrukturen sowie den personellen und finanziellen Ressourcen des Kinderschutzes stärker beachtet werden. 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. Die ärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sind nach Ansicht des Rates in ihrer momentanen Ausgestaltung kein hinreichend zielgerichtetes Instrument im Hinblick auf die Erkennung oder Verhinderung von Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung.

Das Sondergutachten thematisiert auch die Richtlinien über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern sowie aktuelle Impfempfehlungen. Die Programme sind sehr breit angelegt, es bestehen allerdings Defizite hinsichtlich der Evidenz der Wirksamkeit und des Nutzens sowie der Qualitätssicherung. Nach Ansicht des Rates fehlt es an einer rechtlich eindeutigen Definition der Voraussetzungen von bevölkerungsbezogener Früherkennung. Er schlägt dazu eine entsprechende Ergänzung im § 25 SGB V (Gesundheitsuntersuchung) vor: zu den dort genannten vier Voraussetzungen für Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der GKV müsse ergänzt werden, „(dass) der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist“. Auch bedürfe die Zulassung neuer Impfungen eines hinreichend transparenten Verfahrens.

Bei der insgesamt gut ausgebauten Arzneimittelversorgung für Kinder in Deutschland bestehen nach Ansicht des Rates Defizite der Struktur- und Prozessqualität auf den Stufen Entwicklung, Zulassung und Anwendung. 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 in der pädiatrischen Versorgung noch immer weit verbreitet. Es sei daher dringend erforderlich, die Evidenz für die Arzneimittelanwendung bei Kindern durch klinische Studien zu verbessern. Die 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, wird daher gefordert. Der Rat mahnt zudem an, dass seltene (Kinder-)Krankheiten (orphan diseases) therapeutisch und pharmazeutisch zu wenig erforscht sind. Hier scheint eine Verbesserung der materiellen Anreize für die pharmazeutische Industrie zielführend. Die Qualität in der Arzneimitteltherapie für Kinder müsse weiter verbessert werden, entsprechende Leitlinien liegen z. T. vor (z. B. zur Therapie mit Antibiotika oder zur Therapie mit Psychostimulanzien bei der Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS). Insbesondere der Antibiotikaeinsatz für Kinder bei Infektionen der oberen und unteren Atemwege müsse nach Ansicht des Rates kritisch hinterfragt werden, unter anderem auch, um der Gefahr der Ausweitung von Antibiotikaresistenzen vorzubeugen.

Ein weiteres Unterkapitel des Sondergutachtens widmet sich der Versorgungssituation psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Hier fanden sich keine wissenschaftlichen Nachweise einer Zu- oder Abnahme psychischer Auffälligkeiten in den vergangenen Jahrzehnten. Das Angebot an professioneller psychiatrischer und psycho-

therapeutischer Versorgung hat sich den Analysen nach deutlich ausgeweitet. Auf der Grundlage der statistischen Darstellung der ambulanten und stationären Versorgungssituation ist das Ausmaß von Über-, Unter- oder Fehlversorgung derzeit jedoch nicht seriös abschätzbar. Aus Sicht des Rates sind differenzierte Angebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche erforderlich, die die Potenziale von Selbsthilfe und Partizipation nutzen und in ihrer Vielfalt der Heterogenität der Zielgruppen und ihrer unterschiedlichen Bedarfslagen entsprechen. Dabei muss die regionale Vernetzung zur Koordination und Kooperation der unterschiedlichen Hilfsangebote gewährleistet sein. Zudem sind Maßnahmen zur Entstigmatisierung und zum Vorurteilsabbau erforderlich.

Unter den psychischen Störungen des Kinder- und Jugendalters nimmt die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wegen ihrer relativ großen Verbreitung, ihrer (gemessenen) Zunahme und der Fragwürdigkeit einseitig medikamentöser Therapie einen prominenten Platz ein. ADHS ist eine häufig diagnostizierte Störung im Kindes- und Jugendalter mit oft gravierenden gesundheitlichen und sozialen Folgen für den gesamten Lebensverlauf der Kinder und ihrer Familien. So wird ADHS zunehmend auch als (bleibendes) Problem im Erwachsenenalter anerkannt. Erforderlich wäre – neben der Unterstützung der Eltern und mehr Verständnis für die Betroffenen – ein leichter Zugang zu multimodalen Therapien. Die Pharmaco-therapie spielt, ggf. durch ein Zweitmeinungsverfahren nach § 73 d SGB V abgesichert, in diesem Rahmen eine unverzichtbare Rolle.

Versorgung im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter (Transition)

Das Gutachten beschäftigt sich auch mit speziellen Versorgungsanforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter, einem Thema, das bislang wenig Aufmerksamkeit in der gesundheitspolitischen Diskussion gefunden hat. Transition („transitional care“) wird hier idealtypisch verstanden als geplante und gezielte Überführung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen Krankheiten von der pädiatrischen Versorgung in die Erwachsenenmedizin. Die Lebenserwartung ist für verschiedene ursprünglich auf Kinder und Jugendliche beschränkte Krankheitsbilder in den letzten Jahrzehnten infolge medizinischer Fortschritte so erfreulich stark angestiegen, dass die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung durch Erwachsenenmediziner entsteht. Bei diesem Übergang von der pädiatrischen in die Erwachsenenversorgung besteht tendenziell die Gefahr einer Unterversorgung, die in erster Linie durch mangelnde Koordination der Prozesse bedingt ist und für die Betroffenen schwerwiegende gesundheitliche Konsequenzen haben kann. Wichtige Faktoren hierfür werden in der unterschiedlichen Organisation der Versorgung gesehen, im pädiatrischen Bereich eher ganzheitlich und familienorientiert, im Erwachsenenalter eher organspezifisch und personenbezogen. Damit verbunden seien 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.

Auf Grundlage seiner auch auf eine Umfrage unter beteiligten Institutionen gestützten Analyse empfiehlt der Rat u. a. folgende Maßnahmen: Modelle für eine Übergangsvorsorgung sollen interdisziplinär unter Einbeziehung der Betroffenen und ihrer Familien sowie der Selbsthilfeorganisationen entwickelt und verstärkt gefördert werden. Der Mehraufwand einer multiprofessionellen Betreuung ist bei den personellen Planstellen zu berücksichtigen und das Personal entsprechend zu qualifizieren. Durch den G-BA sollte geprüft werden, ob die multidisziplinäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronische Erkrankungen, die einen besonderen Bedarf an einer geregelten Transition mit sich bringen, durch eine Ergänzung des Katalogs in § 116b SGB V verbessert werden könnte. Zur Förderung der Qualitätssicherung und Steigerung des Wettbewerbs ist die Veröffentlichung des Angebots von Transitionsprogrammen in den Qualitätsberichten der ambulanten und stationären Institutionen empfehlenswert.

Spezielle Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen

Weiterhin befasst sich der Sachverständigenrat mit der Situation der älteren und alten Menschen und widmet er sich eingehend dem Thema Pflegebedürftigkeit. Dabei besteht bezüglich der Zielsetzung in vielfacher Hinsicht Übereinstimmung mit den Anliegen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes. So begrüßt der Rat beispielsweise die bisherigen Bemühungen des Gesetzgebers im Hinblick auf die Verbesserung der Pflegequalität, den Abbau von Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, die Einbindung der Pflege in integrierte Versorgungsmodelle und die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Heimbewohnern. Er unterstützt zudem die Errichtung von Pflegestützpunkten sowie die Einführung von Care- und Case-Management in den Stützpunkten.

Der Rat empfiehlt zudem eine stärkere Verantwortung der Kommunen für die Absicherung einer bedarfsdeckenden Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter, eine vorausschauende kommunale Planung eines Versorgungsmixes sowie eine zugehende Unterstützung und Beratung für ältere und alte Anwohner. Gute Pflegeberatung leistet hier einen wichtigen Beitrag zur Stärkung der Nutzerposition und zu mehr Lebensqualität. Dies setze voraus, dass die Existenz dieser Möglichkeit hinreichend im Bewusstsein der Betroffenen verankert und eine einschlägige Expertise und Qualifikation für eine solche Arbeit vorhanden sei.

Hinsichtlich des künftigen Pflegebedarfs legt der Rat zwei Prognosen vor: Im Rahmen der Status-quo-

Prognose unterstellt er für die Zukunft eine konstante Pflegewahrscheinlichkeit über den gesamten Zeitraum. Bei der zweiten Prognose geht er davon aus, dass die Gesamtphase der in Krankheit bzw. Pflege verbrachten Jahre anteilig an der gesamten Lebenserwartung aufgrund von erfolgreicher Gesundheitsförderung und Prävention abnimmt (sog. Morbiditätskompressionsthese). Bis zum Jahr 2050 ermittelt der Rat im ersten Szenario einen Anstieg der Zahl pflegebedürftiger Menschen auf 4,35 Millionen; auch andere neuere Vorausberechnungen erreichen Größenordnungen von um oder über 4 Millionen. Gleichzeitig komme es zu einer leichten Verschiebung der Inanspruchnahme von Pflegegeld hin zu stationärer Pflege. Unter Zugrundlegung der Morbiditätskompressionsthese prognostiziert der Rat für das Jahr 2050 etwa 3,5 Millionen Pflegebedürftige. Gleichzeitig fallen die Verschiebungen zwischen den Leistungsarten geringer aus.

Die vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vorgeschlagene Erweiterung des verengten Pflegebedürftigkeitsverständnisses in SGB XI wird vom Rat unterstützt und die gesetzliche Verankerung und Umsetzung empfohlen. Der Rat weist darauf hin, dass die Prognosen zur Zahl und Struktur der Pflegebedürftigen dann einer Anpassung – mehr Leistungsempfänger, höhere Inanspruchnahme stationärer Leistungen – bedürfen.

Hohe Priorität kommt daher der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit im Alter und generell dem Ausbau der altersspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung zu. Dabei geht es nicht allein darum, Strategien zur Vermeidung des Eintritts von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zu entwickeln. Ebenso wichtig ist es, Maßnahmen zur Erhaltung größtmöglicher Selbständigkeit trotz bereits beeinträchtigter Gesundheit zu entwickeln und ein Fortschreiten der Pflegeabhängigkeit zu verhindern.

Seit langem wird neben der quantitativen Ausweitung auch die qualitative Weiterentwicklung in der ambulanten Versorgung Pflegebedürftiger gefordert. Nach Ansicht des Rates werden dazu mit der im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz festgeschriebenen Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 92c SGB XI Chancen eröffnet. Das heutige Leistungs- und Angebotsprofil ambulanter Pflegedienste ist nach Auffassung des Rates zu eng gefasst 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. Dazu sei es u. a. notwendig, die überfällige qualitative Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung in der ambulanten Pflege (von gesundheitsförderlicher bis hin zu palliativer Pflege) voranzutreiben.

Trotz der steigenden Bedeutung der Mehrfacherkrankungen gibt es nur wenige Leitlinien, die sich auf ältere Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen beziehen. Leitlinien für Patienten mit Mehrfacherkrankungen sollten das individuelle Setzen von Behandlungspriori-

täten unterstützen, an den Gesamtzustand des Patienten sowie seine Ressourcen und Fähigkeiten adaptiert sein und seine Lebenserwartung sowie individuelle Situation berücksichtigen. Die Implementierung der Leitlinien erfordert eine Einbindung in Aus-, Fort- und Weiterbildung und in die Qualitätssicherung sowie finanzielle Anreize. Eine Evaluation der Umsetzung von Leitlinien erscheint ebenfalls geboten. In diesem Kontext bilden unerwünschte Arzneimittelwirkungen ein Kernproblem der Versorgung alter Menschen. Um die Arzneimittelsicherheit bei älteren Menschen zu erhöhen, bietet sich der Einsatz von Listen mit problematischen Arzneimitteln an. Parallel sollten Arzneimittel in randomisierten und kontrollierten Studien an den Patientenpopulationen geprüft werden, die diese Arzneimittel nach der Zulassung im Rahmen ihrer Behandlung benötigen (vgl. auch gleiche Problematik im Kindesalter).

Der Sachverständigenrat betont die große Bedeutung des informellen Hilfepotenzials, also der pflegenden Angehörigen. Als großes Problem erweise sich die vielfache Überforderung pflegender Angehöriger. Die Entwicklung tragfähiger Konzepte zur Unterstützung pflegender Angehöriger bedarf daher weiterhin intensiver Aufmerksamkeit. Zu denken sei hier beispielsweise an standardisierte Assessments zur Ermittlung des Unterstützungsbedarfs der Angehörigen, um passende Hilfen, wie beispielsweise Pflegekurse, individuell und bedürfnisorientiert anbieten zu können. Auch sei es notwendig, künftig vermehrt zu gemischten Pflegearrangements zu gelangen, also zum Zusammenwirken von professioneller und informeller Pflege.

Ebenso großen Herausforderungen sehe sich die stationäre pflegerische Versorgung ausgesetzt. Hintergrund sei, dass Pflegeheime keine Stätten des langjährigen Wohnens mehr seien, sondern Stätten der Pflege und Krankheitsbewältigung in den Spätstadien chronischer Krankheit bzw. am Lebensende. Mit dieser weitreichenden Bedarfsänderung haben die Konzepte, Pflegestrategien und Qualifikationen nicht Schritt gehalten. Der Rat weist darauf hin, dass Überlegungen zu einer dauerhaften ärztlichen Präsenz in den Pflegeheimen angezeigt seien. Auch müsse eine bessere Integration von pflegerischer sowie haus- und fachärztlicher und eine bessere zahnmedizinische Versorgung angestrebt werden. Die in den Heimen steigenden Arbeitsanforderungen werden begleitet von einem wachsenden Personalbedarf. Der Rat empfiehlt deshalb – über den stationären Bereich hinaus – eine 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, die Rahmenbedingungen für Mitarbeiter mit Familie besser werden, ehemalige Berufsaussteiger die Chance zum Wiedereinstieg erhalten und insgesamt die Attraktivität von Gesundheitsberufen erhöht wird.

Nach Ansicht des Sachverständigenrates mangelt es im Rahmen der Qualitätssicherung an Evidenzbasierung für das pflegerische Versorgungsgeschehen. Messbare Ergebnisse einer qualitativ guten Pflege sind kaum erforscht,

die Messinstrumente nicht valide und die Standardentwicklung zur Qualitätsbeurteilung zu wenig patientenorientiert. Erforderlich sei deshalb eine Förderung der Grundlagenforschung der Pflege-Qualitätssicherung und der Evidenzbasierung durch die Pflegewissenschaft. Auch hinsichtlich der Determinanten, die Pflegebedürftigkeit auslösen, bestehe noch erheblicher Forschungsbedarf, wobei nicht nur die Ursachen, sondern gleichzeitig auch praxisorientierte Präventionskonzepte zur Identifizierung und Beeinflussung konkreter Risikofaktoren entwickelt werden müssten.

Status quo und Handlungsbedarf unter generationenspezifischen Aspekten

Trotz seines im internationalen Vergleich hohen Versorgungsstandards weist das deutsche Gesundheitssystem eine Reihe von Defiziten auf, die die Erfüllung der dargestellten Anforderungen einer generationenspezifischen Versorgung im Kontext des demografischen Wandels gefährden.

So erscheint die Nachhaltigkeit der hausärztlichen Versorgung nicht gesichert. Dabei kommen mit dem demografischen Wandel sowie der Veränderung des Krankheitspektrums der Bevölkerung auf die primärmedizinische Versorgung der häufigsten Gesundheitsprobleme besondere Herausforderungen zu. Eine funktionsfähige Primärversorgung bildet nach Ansicht des Rates ein zentrales Element einer versicherten- bzw. populationsorientierten Versorgung und zielt mit ihr darauf ab, den Bedürfnissen einer wachsenden Zahl chronisch Erkrankter zu entsprechen. Das Gutachten enthält zahlreiche Empfehlungen und internationale Konzepte zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen hausärztlichen Primärversorgung, die von der Aus-, Weiter- und Fortbildung über neue Organisationsformen der Leistungserbringung bis zur Kooperation mit anderen Berufsgruppen reichen (EU-Konzept zur Primärversorgung, Patient-Centered Medical Home, Bellagio-Modell, Roadmap des Royal College of General Practitioners, Chronic Care-Modell zur umfassenden Versorgung chronisch Kranker, Review zu den Auswirkungen von Gatekeeping).

Die niedergelassenen Fachärzte stellen aus Sicht des Rates ein wichtiges Bindeglied zwischen der Primärversorgung durch Hausärzte und der hoch spezialisierten stationären Behandlung dar. Der Rat bemängelt hier eine ineffiziente und ineffektive Konkurrenz aufgrund nicht adäquater Rahmenbedingungen. Zur Realisierung eines funktionsgerechten Wettbewerbs zwischen den Fachärzten und den Krankenhäusern bedarf es nach Ansicht des Rates u.a. einer Vereinheitlichung der Qualitätsstandards, der Vergütung einschließlich der Investitionsfinanzierung und der Genehmigung neuer Behandlungsmethoden.

Die heutige Bedarfsplanung, die sich an einer nur beschränkt aussagekräftigen Einwohner-Ärzte-Relation orientiert, wird den Anforderungen, die der demografische Wandel an das Gesundheitssystem stellt, nicht gerecht. So

wird weder die Verlagerung von vormals stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Sektor noch die durch den demografischen Wandel induzierte Änderung der Morbidität der Versicherten berücksichtigt.

Die Ausweitung der Primär- und die Reform der fachärztlichen Versorgung werden die Bedeutung der ambulanten Arzneimitteltherapie künftig noch erhöhen. Dies verstärkt die Notwendigkeit, die Arzneimitteltherapie unter Beteiligung der Apotheken in eine fachübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsbereiche zu integrieren. Bei Einbindung in ein sektorübergreifendes Versorgungsnetz können die Apotheken die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimitteltherapie stärker als heute übernehmen.

Die Versorgung Pflegebedürftiger bildet eine Langzeitaufgabe mit dem Ziel des Erhalts einer möglichst hohen Selbständigkeit und Lebensqualität bei den Betroffenen. Deshalb kommt zunächst der Vermeidung und Verzögerung von Pflegebedürftigkeit durch altersspezifische Prävention eine hohe Priorität zu. Die ambulante Pflege steht vor der Aufgabe, ihre Angebote qualitativ weiter zu entwickeln und von der Gesundheitsförderung bis zur palliativen Versorgung auszudifferenzieren. Diese Angebote müssen auch Ressourcen pflegender Angehöriger stützen. Nicht zuletzt muss die stationäre Versorgung nachhaltig verbessert werden. Dazu benötigen die Heime sowohl eine hinreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal als auch einen Innovationsschub ihrer Leistungsangebote.

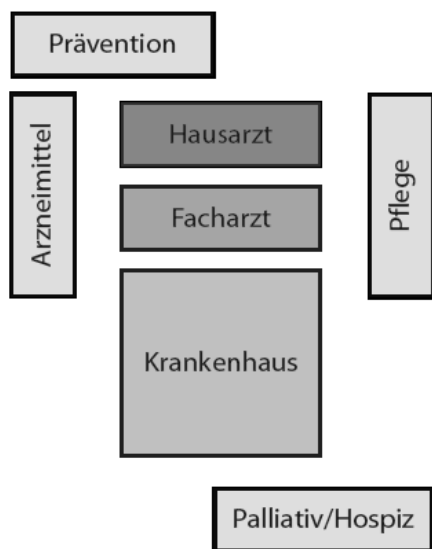
Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

Die Empfehlungen für einzelne Lebensphasen und für einzelne Sektoren der Leistungserbringung übergreifend schlägt der Rat ein Konzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug vor. Der ordnungspolitische Grundgedanke besteht darin, die Anreize für alle Leistungserbringer noch konsequenter so zu setzen, dass sie ein eigenes Interesse an einer effizienten und effektiven Versorgung zum Wohle der Patienten besitzen.

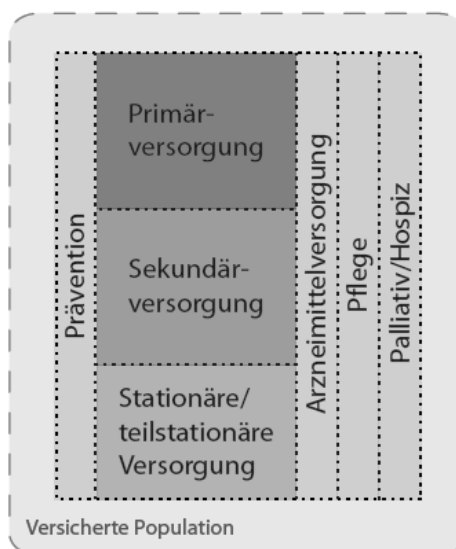
Die Erfolgsbedingungen für eine effiziente, sektorübergreifende Versorgung sind dabei am ehesten gegeben, wenn die beteiligten Leistungserbringer für ein gemeinsames Budget arbeiten und eine sektorübergreifende Pauschale erhalten. Die Integration der Versorgungsprozesse nimmt auch zu, wenn eine Einheit von Leistungserbringern ein umfassendes Angebot an (populationsorientierten) präventiven und therapeutischen Leistungen in einer Region anbieten kann.

Aufgrund der gesetzlichen Weichenstellungen der letzten Jahre ist eine Realisierung solcher (regionaler) Netzwerke bereits heute weitgehend möglich. So sind verschiedene Management-, Vergütungs- und Qualitätssicherungsmodelle und der Abschluss von selektiven Verträgen realisierbar. Von den im weiteren Sinne besonderen Versorgungsformen weisen allerdings nur die Modellvorhaben, die integrierten Versorgungsformen und die strukturierten Behandlungsprogramme einen sektorübergreifenden Bezug auf. Zudem fehlt der überwiegenden Mehrheit der

Traditionelles System Anbieter- und sektororientiert



Zukunftskonzept Populationsorientiert und sektorübergreifend



nach diesen Regelungen abgeschlossenen Verträge ein Versicherten- bzw. Populationsbezug. Managed Care-Elemente finden in unterschiedlichster Weise in neuen Versorgungsformen Anwendung, die allerdings nach wie vor keinen großen Anteil an der Gesamtversorgung haben.

Zur Realisierung einer weiter verbesserten Koordination und Integration bedarf es nach Ansicht des Sachverständigenrates daher nicht so sehr grundsätzlicher sozialrechtlicher Änderungen als vielmehr einer Anpassung rechtlicher Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Sektoren und ergänzender Anreize, die sich stärker an den regionalen und generationenspezifischen Bedürfnissen orientieren. Gestützt auch auf ein eigenes Review zu den Auswirkungen von Managed Care auf die Qualität der Versorgung empfiehlt der Rat hier, verschiedene (auch) im Rahmen von Managed Care Modellen genutzte Instrumente zu erproben und sorgfältig zu evaluieren.

Hierzu gehört insbesondere die Erprobung von sektorübergreifenden und ggf. prospektiv pauschalierten, populationsorientierten Vergütungssystemen (Capitation-Modelle) mit gezielten Qualitätsanreizen (pay-for-performance). Eine Mischung von Vergütungselementen könnte die potenziellen Nachteile einer pauschalierten Honorierung, wie z. B. Anreize für eine übermäßige Leistungsredu-

zierung, teilweise neutralisieren. Zudem sollte die Honorierung u. a. auch die Koordinationsarbeit der nichtärztlichen Mitglieder des Versorgungsnetzes, inkl. die der Apotheken, und die Risikostruktur der Versicherten angemessen berücksichtigen.

In dünn besiedelten, strukturschwachen Gebieten, in denen ein Wettbewerb zwischen ambulanten bzw. stationären Leistungserbringern oder auch zwischen umfassenden Versorgungseinheiten mangels einer ausreichenden Zahl von Leistungserbringern effektiv nicht stattfinden kann, kann ein Monitoring anhand von Qualitätsindikatoren in Verbindung mit Benchmarking zur Aufdeckung von Versorgungsengpässen und qualitativen Defiziten dienen.

Nach Ansicht des Rates solle es dem Suchprozess im Wettbewerb, den Präferenzen der Versicherten und Patienten und den Erfordernissen in den verschiedenen Regionen überlassen bleiben, welche besonderen Versorgungsformen sich in welcher Intensität im Wettbewerb durchsetzen. Zur Unterstützung solcher Entscheidungen sei eine Intensivierung der Versorgungsforschung erforderlich.

Lang- und Kurzfassung des Gutachtens stehen unter www.svr-gesundheit.de zum Download zur Verfügung.



Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Sondergutachten 2009

Band I

Vom Sachverständigenrat zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen

2010, 530 S., brosch., 89,- €, ISBN 978-3-8329-5265-5
Erscheint ca. März 2010



Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Sondergutachten 2009

Band II

Vom Sachverständigenrat zur Begutachtung
der Entwicklung im Gesundheitswesen

2010, 396 S., brosch., 68,- €, ISBN 978-3-8329-5266-2
Erscheint ca. März 2010

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de



Nomos