

## Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung

**Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen – Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)**

Der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat im Juli 2007 sein Gutachten 2007 „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ veröffentlicht (in einer Kurzfassung von 106 Seiten und einer Langfassung von 903 Seiten; einzusehen unter [www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)). Der SVR mahnt grundsätzlich die verstärkte Zielorientierung der Gesundheitsversorgung an. Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Ergebnisse des Gutachtens grundsätzlich begrüßt.

### Schwerpunkte des Gutachtens und ihr Bezug zur Versorgung psychisch Kranker

Das Gutachten enthält Analysen und Ergebnisse zu einer Vielzahl von Themen und Unterthemen; der SVR legt damit ein gigantisches Werk vor. Dazu gehören als Schwerpunkte die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, die integrierte Versorgung gesetzlich Krankenversicherter, die Krankenhausplanung und -finanzierung, die Qualitätssicherung unter besonderer Berücksichtigung der Patientensicherheit, und die Primärprävention in vulnerablen Gruppen. Psychische Krankheiten adressiert das Gutachten nicht spezifisch, wenn auch am Rande anderer Themen, insbesondere bei vulnerablen Gruppen und hier speziell den Arbeitslosen bzw. Obdachlosen. Es erstaunt, dass der SVR psychisch Kranke nicht explizit als vulnerable Gruppe mit besonderer Schutzbedürftigkeit wahrzunehmen scheint. Dennoch tangieren die übergeordneten Themen auch die Versorgung psychisch Kranker und die damit befassten Berufsgruppen. Angesichts der hohen praktischen Relevanz erstaunt das bisher eher geringe öffentliche Echo auf das SVR-Gutachten.

### Krankenhausplanung und -finanzierung

Die größte unmittelbare Relevanz hat das Thema Krankenhausplanung und -finanzierung, indem nach Auslaufen der Konvergenzphase der Einführung des DRG-Systems für somatische Einrichtungen die Gesetzgebung für den ordnungspolitischen Rahmen nach 2009 ansteht. Hier hatte sich bereits im Vorfeld des und kongruent mit dem SVR-Gutachten das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Richtung einer weiter zunehmenden Wettbewerblichkeit um Qualität und Wirtschaftlichkeit – hier insbesondere mit einer schrittweisen Einführung des selektiven Kontrahierens für elektive Krankenhausleistungen (Höchstpreissystem) parallel zum DRG-System als Festpreissystem – positioniert. Damit grundsätzlich kompatibel – wenn auch weniger explizit – hat sich auch die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) am 17. November 2007 geäußert. Die Krankenhausplanung der Länder sei – übereinstimmend mit den Empfehlungen des SVR – zugunsten einer Rahmenplanung, welche die Kriterien der Qualität verstärkt berücksichtigt, weiterzuentwickeln. Während der Sachverständigenrat einen allmählichen Übergang zur monistischen Finanzierung empfiehlt, spricht sich die AOLG für das Bewahren der dualen Finanzierung mit Förderung aus Steuergeldern als Ausdruck der Daseinsvorsorgeverantwortung der Bundesländer aus. Während sich der SVR zum Krankenhausentgeltsystem für Einrichtungen der Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Psychosomatik und Psychotherapie, die nach § 17b KHG (Krankenhausfinanzierungsgesetz) – aus guten Gründen – vom DRG-System ausgenommen sind, nicht äußert, schlägt die AOLG in Übereinstimmung mit dem BMG vor, die „Vergütung im bisher nach der Bundespflegegesetzverordnung vergüteten Be-

reich ‚Psychiatrie‘ auf der Grundlage des durch die Psychiatrie-Personalverordnung vorgegebenen Leistungsspektrums tagesbezogen pauschaliert“ weiterzuentwickeln.

Obwohl SVR wie auch AOLG das weitgehende Fehlen von belastbaren Ergebnissen der mit § 17b Abs. 8 KHG vorgeschriebenen Begleitforschung zu den Auswirkungen der Einführung des DRG-Systems auf die Versorgungsqualität und die mangelnde Investitionsfinanzierung beklagen, wird vorgeschlagen, den Trend in Richtung der Ökonomisierung des Krankenhauswesens zu verschärfen. Inwieweit dieser Trend auch die Einrichtungen für psychisch Kranke erfassen soll, lassen SVR wie AOLG offen. Während die AOLG anerkennt, dass „die bisherige Form der Budgetdeckelung nicht mehr sachgerecht ist“ und vorschlägt, „geeigneter Indikatoren als die Grundlohnsumme zur Berechnung der jährlichen Steigerungsrate der Vergütungen der Krankenhäuser zu verwenden“, setzt sich der SVR damit nicht explizit auseinander. Während mit dem DRG-System für somatische Einrichtungen „nur“ noch die Gesamtausgaben für Krankenhausleistungen (Produkt aus Casemix und Landesbasisfallwert) an die Grundlohnsumme gekoppelt sind, während sich das Erlösbudget des individuellen Krankenhauses abhängig von seinem krankenhausindividuellen Basisfallwert relativ zum Landesbasisfallwert flexibel entwickeln kann, gilt für stationäre Einrichtungen der Versorgung psychisch Kranker gemäß Bundespflegegesetzverordnung (BPFV) bisher die Budgetdeckelung fort. Diese Diskrepanz ist ordnungspolitisch fragwürdig. Unverständlich ist, warum sich der SVR damit nicht auseinandersetzt.

### Entgeltsystem für die stationäre Psychiatrie

Es kann davon ausgegangen werden, dass der Trend in Richtung der Ökonomisierung über kurz oder lang auch die Einrichtungen für psychisch Kranke erfassen wird. Der zu erwartende – bei der AOLG bereits anklingende – Auftrag des Gesetzgebers an die Selbstverwaltung, „die Vergütung auf der Grundlage des durch die Psychiatrie-Personalverordnung vorgegebenen Leistungsspektrums tagesbezogen pauschaliert“ weiterzuentwickeln, wird das Präludium bieten. Dabei sind die besonderen

Strukturen mit Pflichtversorgungssektoren, die bestehen, um „den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen“ (§ 27 SGB V), ebenso zu berücksichtigen wie die Fähigkeiten der psychisch Kranken, sich im Gesundheitsmarkt als autonome Marktteilnehmer zu verhalten. Von den körperlich Kranken erwartet der SVR erhebliche Kundenkompetenz. Um dem besonderen Schutzbedürfnis psychisch Kranker gerecht zu werden, muss jedenfalls bereits beim Start eines neuen Entgeltsystems die Begleitforschung implementiert sein.

### Neue Versorgungskonzepte

Zurecht kritisiert der SVR den Zwang durch den Gesetzgeber, eine hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V) anzubieten und betrachtet die damit verbundene Privilegierung als inkompatibel mit sowohl „ordnungspolitischen Vorstellungen eines funktionsfähigen Wettbewerbs als auch der Integrationsidee“. Die hausarztzentrierte Versorgung ist jedenfalls für chronisch oder chronisch-rezidivierend psychisch Kranke nicht unbedingt optimal.

Gerade für die Versorgung psychisch Kranker könnte der Vorschlag des SVR hilfreich sein, die – insbesondere durch Finanzierungsregeln – artifizielle Separierung strukturierter Behandlungsprogramme (Disease Management Programme, DMP) als Variante einer integrierten Versorgung im Kontext von Managed-Care-Modellen aufzugeben. Zurecht bemängelt der SVR die mangelnde Evaluation und die davon abhängige Transparenz bisheriger Integrationskonzepte. Dass – so der Stand 31.01.2007 laut Datenbasis [www.krankenkassenratgeber.de](http://www.krankenkassenratgeber.de) – nur rund 4 % der Verträge psychisch Kranken gelten, stellt der SVR ohne weitere Kommentierung fest. Das ist insofern plausibel, als der SVR die populationsbezogene integrierte Versorgung zu favorisieren scheint. Dies ist kongruent mit dem GKV-WSG (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz), das in den ersten Entwürfen den Populationsbezug sogar erzwingen wollte. Der SVR regt vor dem Hintergrund seines sehr marktwirtschaftlichen Ansatzes an, auch nicht zugelassenen (gemäß § 95 ff bzw. § 109 SGB V) Ärzten und Krankenhäusern das selektive Kontrahieren integrierter Versorgung zu ermöglichen, sofern sie den Qualitätsanforderungen

entsprechen. Es wäre zu prüfen, ob dies wert wäre, das bestehende und bewährte Prinzip der sektorbezogenen Pflichtversorgung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Einrichtungen zu opfern. Nachvollziehbar fordert der SVR, die Gesamtvergütungen um jenen Betrag, den die Versorgung der jeweiligen Netzversicherten in der herkömmlichen Versorgung im Rahmen des kollektiven Systems gekostet hätte, morbiditätsorientiert zu bereinigen (wie mit dem GKV-WSG ab 2009 vorgesehen).

### Prävention

Der SVR konstatiert erneut, „dass die primäre Prävention ein zentrales Handlungsfeld der Gesundheitssicherung und zugleich von starker Unterversorgung betroffen ist“. Über die Notwendigkeit verstärkter Anstrengungen in der Prävention besteht weitgehend Konsens. Dennoch ist auch die jüngste Gesetzesinitiative des BMG – aufgrund der Bürokratielastigkeit nachvollziehbar – wieder ins Stocken geraten. Der Rat geht davon aus, dass „die Interventionsfelder für primäre Prävention überwiegend außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen“. Immerhin konzidiert er, dass „die Kooperation mit der Medizin dabei unerlässlich bleibt“. Nachvollziehbar sieht der SVR den Bedarf einer Fokussierung der Prävention auf vulnerable Gruppen, die er allerdings zumindest in seinen Beispielen i. w. sozial definiert (Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit, aber auch HIV/AIDS). Auch wenn der – in Übereinstimmung mit der WHO – favorisierte Settingansatz nachvollziehbar ist, so bleibt angesichts der Relevanz der Verhaltensprävention zu prüfen, ob nicht gerade den Experten aus Psychiatrie und Psychotherapie eine besondere Bedeutung in der Prävention zukommt und also zugeordnet werden sollte.

### Qualitätssicherung

Der SVR sieht – gerade vor dem Hintergrund der aus der Ökonomisierung resultierenden Risiken zu Recht – Bedarf an einer weiteren Systematisierung und Ausweitung der Qualitätssicherung, im Interesse der Darlegung der Angemessenheit der Versorgung mit sektorübergreifendem Ansatz – wie mit dem GKV-WSG vorgesehen. Der SVR legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Implementierung von Qualitätsindikatoren

der Patientensicherheit und hier insbesondere in der Pharmakotherapie. In diese Richtung gehe das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“, das u. a. von einem Mitglied des SVR initiiert wurde. Der Rat bietet einen Pool von 30 Patientensicherheitsindikatoren zur Auswahl an, aus dem für psychisch Kranke allerdings kaum ein Nutzen zu ziehen ist. Der Ansatz erscheint sinnvoll, müsste aber mit für psychisch Kranke relevanten Inhalten gefüllt werden. Der Handlungsbedarf für die Fachgesellschaft ist unverkennbar. Entsprechende Initiativen wurden eingeleitet, auch um sie nicht allein der nach § 137a SGB V neu zu implementierenden, „fachlich unabhängigen Institution“ zu überlassen, sondern diese kompetent beraten zu können.

### Kooperation bei neu definierten Zuständigkeiten

Desweiteren sieht der SVR Optimierungspotenziale in einer Kooperation der Gesundheitsberufe. Es ist einleuchtend und nicht neu, dass insbesondere die mit dem demografischen Wandel einhergehende, zunehmende Multimorbidität und Chronizität sowie die fortschreitende Spezialisierung (Innovationen mit resultierender Arbeitsteilung) eine zunehmend interdisziplinäre und sektorübergreifende Zusammenarbeit verlangt. Dazu bedürfte es einer Neudefinition des Heilkundebegriffs, der aktuell noch auf dem Heilpraktikergesetz aus dem Jahre 1939 basiert, und der den einzelnen Heilberufen zugeordneten Aufgaben und damit Ausbildungsinhalte. „Im Sinne partnerschaftlicher Zusammenarbeit sollten bei einer neuen Kategorisierung der Gesundheitsberufe die Bezeichnungen keine missverständliche Konnotation beinhalten, wie z. B. Unterteilungen in Heilberufe und Heilhilfsberufe bzw. in Mediziner und medizinische Assistenzberufe“. Die Delegation bisher grundsätzlich ärztlicher Aufgaben bei ärztlicher Letztverantwortung sei nicht ausreichend. In Modellversuchen (die gesetzlich noch zu ermöglichen wären) solle geprüft werden, welche Aufgaben definitiv anderen Berufsgruppen übertragen werden können. Aber „die Einführung von Vorbehaltsaufgaben für einzelne nicht-ärztliche Heilberufe bildet kein geeignetes Mittel zur Neuverteilung der Aufgaben, da sie neuerlich unflexible Strukturen schaffen würde“; vielmehr

seien „Poolkompetenzen sinnvoller, die jeweils einer Gruppe von geeigneten Gesundheitsberufen eine Tätigkeitsausführung ermöglichen“. Für die anderen – auch neuen (z. B. Case Manager) – Heilberufe sollten „die Medizinischen Fakultäten die Aufgabe einer kontinuierlichen Weiterentwicklung von Gesundheitsberufen übernehmen, [...] und zwar durch die Integration von beispielsweise Pflegewissenschaften und -praxis, Physiotherapie, Logopädie und weiteren Gesundheitsberufen“. Entsprechend sei die Verteilung der Haftung zwischen den Berufen rechtlich anzupassen.

Die über die Delegation hinausgehende, abschließende Übertragung bisher ärztlich verantworteter Aufgaben auf andere Berufsgruppen würde fundamental das Selbstverständnis des Arztes, die Arzthaftung (und Haftung der anderen Heilberufe), die Erwartungen der und Akzeptanz durch die Nutzer des Gesundheitswesens sowie die Ausbildungs- und Berufsordnungen aller Heilberufe tangieren. In diesem Bewusstsein formuliert der SVR seine Empfehlungen vorsichtig und sieht schrittweise, evidenzbasierte Änderungen vor. Schon die weitergehende

Delegation wirft ungeklärte Haftungsfragen auf oder erhöht das ärztliche Haftungsrisiko.

Andererseits müssen sich die Berufsbilder des Gesundheitswesens zweifellos dem wissenschaftlichen Fortschritt und den anderen – vom SVR zutreffend identifizierten – Herausforderungen anpassen, auch im Interesse der Effizienz. Dieser Prozess ist längst im Gange, beispielsweise erkennbar an der dynamischen Entwicklung der ärztlichen (Muster-)Weiterbildungsordnung. Wenn dieser Prozess – wie vom SVR gefordert – beschleunigt werden soll, dann bedarf es einer langfristig geplanten Vorbereitung. Es liegt in der Natur der Sache, dass dies nicht ohne medizinisch-wissenschaftlichen Sachverstand funktionieren kann. Das erkennt der SVR ausdrücklich an, indem er die Ausbildung der anderen Heilberufe nicht nur akademisieren, sondern dabei an den medizinischen Fakultäten ansiedeln will.

Die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) hat sich hierfür als Forum (<http://www.egms.de/de/journals/awmf/2007-4/awmf000130.shtml>) angeboten. Zweifellos wäre die Bundesärzte-

kammer miteinzubeziehen, die bereits aktuell damit befasst ist, die „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung“ aus dem Jahr 1988 zu novellieren. Änderungen der Ausbildungsgänge und -inhalte bedürften auch der – langwierigen – Abstimmung auf europäischer Ebene. Am 12.10.2007 hat der Bundesrat dem Gesetz zur Umsetzung der Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates über die Anerkennung von Berufsqualifikationen der Heilberufe zugestimmt.

#### **Korrespondenz**

Prof. Dr. med. Jürgen Fritze  
Gesundheitspolitischer Sprecher der  
Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,  
Psychotherapie und Nervenheilkunde  
(DGPPN)  
Asterweg 65, 50259 Pulheim

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für  
Psychiatrie, Psychotherapie und Nerven-  
heilkunde (DGPPN)  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Rheinische Kliniken Düsseldorf  
Bergische Landstraße 2  
40629 Düsseldorf