

Stefan Greß, Stephanie Maas, Jürgen Wasem

## **Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem**

### **Abschlussbericht**

---

#### **Auf einen Blick...**

- Der Vertragswettbewerb auf der Leistungsseite soll insgesamt und im Besonderen in der Arzneimittelversorgung gestärkt werden. Notwendige Rahmenbedingungen für einen solchen Vertragswettbewerb sind mittel- bis langfristig die Überwindung sektorspezifischer Regelungen, die Einführung des morbiditätsorientierten RSA, die Entwicklung von aussagefähigen Qualitätsindikatoren und die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots.
- Kurzfristig sollte der Abschluss von wettbewerblichen Selektivverträgen vor allem durch mehr Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge, die Ausweitung der Anschubfinanzierung und konkrete Vorschriften zur Budgetbereinigung gefördert werden.
- Der Gesetzentwurf für das GKV-WSG sieht Maßnahmen zur Stärkung von Vertragswettbewerb vor, doch gibt es auch Maßnahmen, die diesem Ziel entgegenstehen. Die beschlossenen Maßnahmen sind insgesamt nur sehr eingeschränkt dazu geeignet, die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu erhöhen.

# **Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem**

Expertise für die Hans-Böckler-Stiftung

Vorgelegt im Oktober 2006

Autoren:

*Dr. Stefan Greß*

*Stephanie Maas, BSc*

*Prof. Dr. Jürgen Wasem*

Lehrstuhl für Medizinmanagement

Universität Duisburg-Essen

**Inhalt**

0	Kurzfassung.....	6
1	Einleitung .....	9
2	Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich.....	10
2.1	Input im internationalen Vergleich .....	10
2.2	Output.....	12
2.2.1	World Health Report der WHO .....	12
2.2.2	OECD-Qualitätsindikatoren .....	15
2.2.3	Untersuchungen des Kieler Instituts für Gesundheits-System Forschung .....	19
2.2.4	Methodische Anmerkungen .....	21
2.3	Der Sechs-Länder-Vergleich des Commonwealth Fund.....	25
3	Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem.....	30
3.1	Qualitätsdefizite im deutschen Gesundheitssystem .....	30
3.1.1	Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem.....	30
3.1.2	Qualitätsdefizite in der Arzneimittelversorgung .....	35
3.2	Ursachen der Qualitätsdefizite .....	39
3.2.1	Sektorale Budgets und Steuerungsmix.....	39
3.2.2	Ursachen für Effizienzreserven bei der Arzneimittelversorgung.....	42
3.3	Bisherige Reformansätze und deren Bewertung .....	44
3.3.1	Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung .....	45
3.3.2	Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Trennung.....	48
4	Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen.....	53
4.1	Notwendige Reformen auf der Leistungsseite .....	53
4.1.1	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich .....	53
4.1.2	Überwindung sektorspezifischer Regelungen.....	54
4.1.3	Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots .....	55
4.1.4	Mehr Markttransparenz durch Qualitätsindikatoren .....	55

## Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem

4.1.5	Organisationsreform.....	56
4.1.6	Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung.....	57
4.1.7	Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen.....	58
4.2	Bewertung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes.....	60
5	Literatur.....	66

**Tabellen und Abbildungen**

Abbildung 1: Anteil der Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten am BIP (2004) ..... 11

Abbildung 2: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten in US-\$ KKP (2004) ..... 11

Tabelle 1: Ranking des deutschen Gesundheitssystems im WHO World Health Report ..... 13

Tabelle 2: Deutsche Platzierungen bei den OECD-Indikatoren..... 18

Tabelle 3: Zugang zu medizinischer Versorgung ..... 25

Tabelle 4: Fehler in der medizinischen Versorgung ..... 26

Tabelle 5: Probleme bei der Krankenhauserlassung ..... 27

Tabelle 6: Betreuung chronisch Kranker ..... 27

Tabelle 7: Versorgung von Diabetikern ..... 27

Tabelle 8: Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem ..... 28

## Abkürzungen

AVWG	Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BVA	Bundesversicherungsamt
COPD	chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DALE	Disability-adjusted life expectancy (in years)
DALYs	Disability-adjusted life years
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DMP	Disease-Management-Programm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
HCQI	Health Care Quality Indicators
IGSF	Institut für Gesundheits-System-Forschung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHK	koronare Herzkrankheit
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
VFA	Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V.
WHO	World Health Organization

## **0 Kurzfassung**

### *Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich*

Die Gesundheitsausgaben sind in Deutschland vergleichsweise sehr hoch. Gemessen am BIP geben nur die USA und die Schweiz mehr Geld für Gesundheit aus. Auch die Gesundheitsausgaben pro Kopf liegen kaufkraftbereinigt über dem OECD-Durchschnitt. Allerdings liegt der Ausgabenzuwachs in den letzten Jahren in Deutschland weit unterhalb des OECD-Durchschnitts.

Seit der Veröffentlichung des World Health Report 2000 der WHO wird zunehmend versucht, auch den Output von Gesundheitssystemen miteinander zu vergleichen. Die WHO hat den Output und die Performance (Verhältnis von Input und Output) des deutschen Gesundheitssystems nur als durchschnittlich beurteilt. In einer neueren Studie hat die OECD Qualitätsindikatoren entwickelt, die ausgewählte Versorgungsbereiche miteinander vergleichen. Auch in diesen Qualitätsindikatoren schneidet das deutsche Gesundheitssystem durchweg bestenfalls durchschnittlich ab. So ist der Anteil der Vorsorgeuntersuchungen geringer als in anderen Ländern und die Überlebensrate nach lebensbedrohlichen Erkrankungen ist geringer.

Zu berücksichtigen ist, dass methodische Probleme den Vergleich des Outputs von Gesundheitssystemen erheblich erschweren. Insbesondere die WHO-Studie ist unter diesem Aspekt nur von eingeschränkter Aussagekraft. Die OECD-Studie ist methodisch deutlich hochwertiger und macht darüber hinaus die bestehenden methodischen Schwierigkeiten transparent.

Patientenbefragungen zeigen, dass deutsche Patienten die Vorteile des deutschen Gesundheitssystems – insbesondere geringe Wartezeiten und den einfachen Zugang zu ärztlichen Leistungen – schätzen. In der Patientenbefragung des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2005 wird aber auch deutlich, dass die deutschen Patienten mit der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung unzufrieden sind. Außerdem wünscht sich in keinem anderen der untersuchten Länder ein so großer Anteil der Patienten grundlegende Reformen des Gesundheitssystems.

### *Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem*

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten aus dem Jahr 2001 umfangreiche Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem identifiziert. Besonders groß sind danach die Defizite bei der Versorgung chronisch Kranker. Auch die Arzneimittelversorgung ist danach nur eingeschränkt bedarfsgerecht.

Die Ursachen für Über-, Unter- und Fehlversorgung – und damit auch für das Vorliegen nennenswerter Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem sind vielfältig. Die betroffenen Patienten nehmen die mangelnde Kooperation und eine unzureichenden sektorenübergreifende Versorgung als zentrales Problem in der gesundheitlichen Versorgung wahr. Der Sachverständigenrat nennt vor allem die Dominanz akutmedizinischer Versorgung, die somatische Fixierung des Gesundheitssystems, die Behandlung von Patienten als passive Empfänger von Gesundheitsleistungen, der Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation, die unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker und den Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungskonzepten als Ursachen für die Über-, Unter- und Fehlversorgung. Sektorspezifische Budgets und kollektivvertragliche Steuerung lassen wenig Spielraum für die Realisierung von Effizienzreserven. In der Arzneimittelversorgung fehlt es den verschreibenden Ärzten darüber hinaus an finanziellen Anreizen zur effizienten Verordnung von Arzneimitteln.

Seit der Vorlage des World Health Report 2000 und des Gutachtens des Sachverständigenrats ist die Gesundheitspolitik des Gesetzgebers nicht mehr ausschließlich auf die Ziele Kostendämpfung und Beitragssatzstabilität fixiert. Der Gesetzgeber hat seit dem Jahr 2000 auch eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität insbesondere chronisch Kranker, zur Überwindung von Sektorengrenzen und zur Schaffung von selektivvertraglichen Freiheiten zur Entwicklung innovativer Versorgungsformen ergriffen. Besonders hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang die finanziellen Anreize zur Schaffung von Disease-Management-Programmen und zur integrierten Versorgung. Zusammenfassend lässt sich jedoch festhalten, dass die Maßnahmen des Gesetzgebers bisher nur einen Bruchteil der Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem heben konnten. Die sektorspezifische und weitgehend kollektivvertragliche Steuerung ist als zentrales Hindernis für die Entwicklung patientengerechter, flexibler und interdisziplinärer Versorgungsstrukturen weitgehend erhalten geblieben.

### **Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen**

Vor diesem Hintergrund schlagen die Autoren dieser Studie vor, den Vertragswettbewerb auf der Leistungsseite insgesamt und in der Arzneimittelversorgung im Besonderen zu stärken. Notwendige Rahmenbedingungen für einen solchen Vertragswettbewerb sind mittel- bis langfristig die Überwindung sektorspezifischer Regelungen, die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, die Entwicklung von aussagefähigen Qualitätsindikatoren und die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots. Kurzfristig sollte der Ab-

schluss von wettbewerblichen Selektivverträgen vor allem durch mehr Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge, die Ausweitung der Anschubfinanzierung und konkrete Vorschriften zur Budgetbereinigung gefördert werden.

Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung bedeutet, dass einzelne Krankenkassen direkt mit den Herstellern über Preise, Mengen und Preis-Mengen-Kombinationen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verhandeln können. Wird Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung mit Vertragswettbewerb in der gesundheitlichen Versorgung insgesamt verknüpft, erhöht sich der Einfluss der Krankenkassen auf die Steuerung der Arzneimittelausgaben. In Selektivverträgen mit Leistungserbringern können sie auch Vereinbarungen über die Steuerung der Mengen- und Strukturkomponente abschließen – etwa durch die Übertragung von Budgetverantwortung an die Leistungserbringer.

Der Gesetzentwurf für das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ sieht durchaus einige Maßnahmen zur Stärkung von Vertragswettbewerb vor, doch gibt es auch Maßnahmen, die diesem Ziel entgegenstehen. Insbesondere ist ein halbwegs geschlossenes Wettbewerbskonzept nach wie vor nicht erkennbar. Positiv hervorzuheben ist, dass in dem Gesetzentwurf die Notwendigkeit zur Bereinigung der Kollektivbudgets – etwa in der hausärztlichen Versorgung und der besonderen ambulanten Versorgung – anerkannt wird. Andererseits sind die Vorschriften zur Bereinigung nicht bindend genug formuliert. Darüber hinaus geht der Gesetzentwurf von der Überlegenheit spezifischer Versorgungsformen (hausarztzentrierte Versorgung, bevölkerungsbezogene Flächendeckung in der integrierten Versorgung) aus. Ordnungspolitisch angemessener wäre es, wenn sich die Überlegenheit von Versorgungsformen im Wettbewerb der Vertragspartner herausbilden könnte. Wenig sachgerecht ist es darüber hinaus, dass die stationäre Versorgung außerhalb der integrierten Versorgung weiterhin weitgehend ein vertragswettbewerblicher Ausnahmebereich ist und die Anschubfinanzierung in der integrierten Versorgung nur um zwei Jahre verlängert wird. Darüber hinaus ist eine konsequente vertragswettbewerbliche Ausrichtung der Steuerung in der Arzneimittelversorgung im GKV-WSG nicht ansatzweise zu erkennen. Die im GKV-WSG beschlossenen Maßnahmen sind – zusammenfassend betrachtet – damit nur sehr eingeschränkt dazu geeignet, die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu erhöhen.

## 1 Einleitung

In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2006 begründet die Bundesregierung die Notwendigkeit zu weiteren strukturellen Reformen im Gesundheitswesen folgendermaßen:

„Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen wettbewerbsfähig, und die Qualität der Gesundheitsversorgung wird hierzulande als hoch eingeschätzt. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche auch, dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es auch zu Über- und Unterversorgung kommt, die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an den Schnittstellen suboptimal eingesetzt werden.“<sup>1</sup>

Vor dem Hintergrund dieser Aussagen und dem inzwischen vorliegenden Gesetzentwurf zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) soll diese Expertise Antworten auf die folgenden Fragestellungen geben:

- Wie ist die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich zu beurteilen?
- Wo liegen Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem?
- Mit welchen gesundheitspolitischen Maßnahmen kann zumindest ein Teil dieser Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven gehoben werden?
- Sind die GKV-WSG beschlossenen Maßnahmen dazu geeignet, die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu verbessern?

Abschnitt 2 dieser Arbeit fasst die Ergebnisse international vergleichenden Studien zur Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zusammen. In Abschnitt 3 stehen die Qualitätsdefizite im deutschen Gesundheitssystem – und deren Ursachen – im Mittelpunkt der Diskussion. Im Schlussabschnitt 4 werden schließlich Maßnahmen entwickelt, die vor dem Hintergrund der in Abschnitt 3 identifizierten Ursachen für Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems durch Reformen auf der Leistungsseite stärken können. Außerdem werden die Maßnahmen des GKV-WSG im Hinblick darauf bewertet, ob sie dieses Ziel ebenfalls erreichen können.

---

<sup>1</sup> Vgl. Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 in der Fassung vom 4. Juli 2006, S. 1. Download unter [http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte\\_gesundheitsreform\\_2006.pdf?param=reform2006](http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitspolitik/pdf/eckpunkte_gesundheitsreform_2006.pdf?param=reform2006)

## **2 Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich**

In diesem Abschnitt wird die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich betrachtet. Zunächst wird ein Überblick über die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Deutschland bzw. den Input in das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich gegeben (Abschnitt 2.1). Darauf folgend wird der Output des deutschen Gesundheitssystems betrachtet. Es wurde eine Reihe von Studien identifiziert, die die Leistungsfähigkeit verschiedener Gesundheitssysteme mit unterschiedlichen Methoden vergleichen (Abschnitt 2.2). Die Ergebnisse dieser Studien werden näher erläutert und bewertet. In Abschnitt 2.3 wird auf die Bewertung des deutschen Gesundheitssystems in einer Bevölkerungsbefragung des Commonwealth Fund eingegangen.

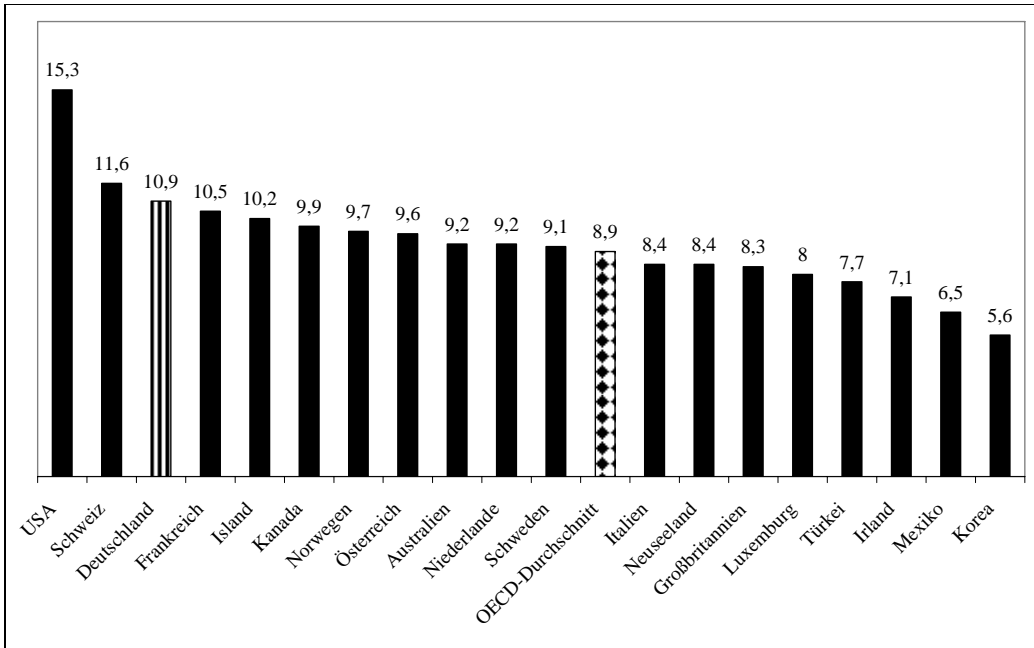
### **2.1 Input im internationalen Vergleich**

Das deutsche Gesundheitssystem gehört – gemessen an den gängigen Indikatoren – zu den ausgabenintensivsten Gesundheitssystemen der Welt. Im Jahr 2004 wurden 10,9 Prozent des Bruttoinlandsprodukts (BIP) für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Der Durchschnitt der Gesundheitsausgaben in den OECD-Staaten lag in 2004 bei 8,9 Prozent des BIP. Die Gesundheitsausgaben betragen gemessen am BIP in Deutschland folglich zwei Prozentpunkte mehr als im Durchschnitt der OECD-Staaten. Mit diesen Werten nimmt Deutschland nach den USA und der Schweiz einen Spitzenplatz unter den OECD-Staaten ein. Nur in den USA (15,3 Prozent) und in der Schweiz (11,6 Prozent) war der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP höher (OECD 2006).

Als Indikator für den Einsatz von Ressourcen dienen auch die Gesundheitsausgaben eines Landes pro Kopf der Bevölkerung (vgl. Abbildung 2). Bereinigt um Unterschiede in der Kaufkraft liegt Deutschland mit Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 3.005 US-\$ an der elften Stelle der OECD-Mitgliedsstaaten. Der OECD-Durchschnitt der Gesundheitsausgaben beträgt in 2004 2.550 US-\$. Am höchsten sind die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den USA (6.102 US-\$), in Luxemburg (5.089 US-\$), in der Schweiz (4.077 US-\$) und in Norwegen (3.966 US-\$).

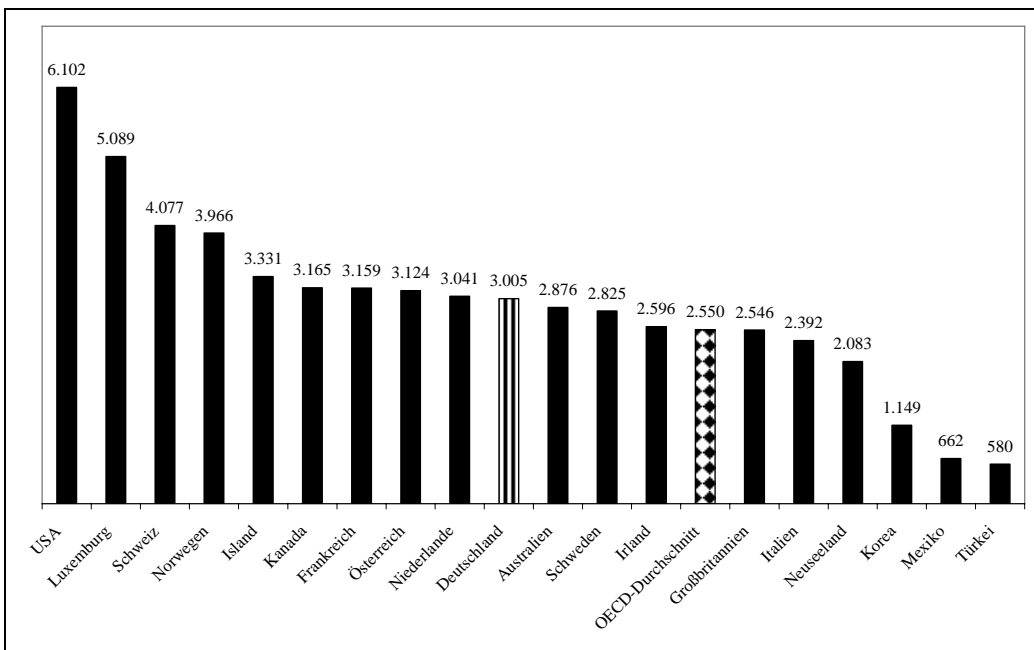
Der Anstieg der Gesundheitsausgaben liegt in Deutschland mit 2 Prozent jährlich zwischen 1999 und 2003 allerdings unter dem OECD-Durchschnitt. In den OECD-Ländern betrug die durchschnittliche Zuwachsrate bei den Gesundheitsausgaben zwischen 1999 und 2004 jährlich 5,2 Prozent. Außer Österreich weist Deutschland den geringsten Anstieg bei Gesundheitsausgaben in diesem Zeitraum auf (OECD 2006).

**Abbildung 1: Anteil der Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten am BIP (2004)**



Quelle: (OECD 2006)

**Abbildung 2: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten in US-\$ KKP (2004)**



Quelle: (OECD 2006)

## 2.2 Output

Den Output zu messen, der mit den Ausgaben für Gesundheitsleistungen erzielt wird, ist alles andere als trivial. Im Gegensatz zum Input gibt es keine einheitliche Maßeinheit, in der die Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen und der Gesundheitsstatus von Bevölkerungsgruppen gemessen werden kann. Verschiedene international tätige Organisationen, unter anderem die World Health Organization (WHO), die Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), der Commonwealth Fund, die Bertelsmann-Stiftung und das European Observatory on Health Care Systems beschäftigen sich mit dem internationalen Benchmarking von Gesundheitsleistungen und Gesundheitssystemen (Wait 2004). Im Weltgesundheitsreport der World Health Organization (WHO) wurde im Jahr 2000 ein Vergleich der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme von 191 Staaten veröffentlicht. Das deutsche Gesundheitssystem erreicht in diesem Ranking bei der Gesamtzielerreichung Platz 14, findet sich also nicht auf den ersten Rängen wieder. Auch eine aktuelle Studie der OECD aus 2006 bescheinigt Deutschland eine eher mittelmäßige medizinische Versorgungsqualität. Zwei Studien des Kieler Instituts für Gesundheits-System-Forschung beurteilen die Effizienz des deutschen Gesundheitssystems hingegen als überdurchschnittlich. In den folgenden Abschnitten werden die oben genannten Veröffentlichungen und deren Methoden, Indikatoren zur Messung des Outputs von Gesundheitssystemen und die Ergebnisse für das deutsche Gesundheitssystem näher beschrieben und erläutert.

### 2.2.1 World Health Report der WHO

Im Jahr 2000 wurde der „World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance“ von der WHO veröffentlicht. Ziel dieser Studie sollte sein, neue Konzepte und Methoden zu entwickeln, die die empirische Grundlage für die Bewertung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen bilden sollten (WHO 2000).

In diesem Bericht wurden die Gesundheitssysteme von 191 Staaten auf ihre Gesamtzielerreichung in verschiedenen Bereichen untersucht. Dabei gelten ein guter Gesundheitszustand der Bevölkerung, die soziale Gerechtigkeit und die Fairness der Finanzierung als die drei Hauptziele, die ein Gesundheitssystem nach Auffassung der WHO leisten soll. Folgende fünf Indikatoren wurden eingesetzt, die die Gesamtzielerreichung der Gesundheitssysteme und letztendlich deren Leistungsfähigkeit abbilden sollen:

- das Gesundheitsniveau einer Bevölkerung
- die Verteilung des Gesundheitsniveaus in einer Bevölkerung

- Patientensouveränität
- soziale Gerechtigkeit
- Fairness der Finanzierung eines Gesundheitssystems.

Die an der Untersuchung teilnehmenden Nationen wurden nach erreichten Ergebnissen bei den verschiedenen Indikatoren in Ranglisten gebracht.

Die Gesamtzielerreichung - „overall goal attainment“, wurde durch Gewichtung und Addition der Ergebnisse der fünf untersuchten Indikatoren ermittelt. Im folgenden Abschnitt wird auf die einzelnen Indikatoren noch näher eingegangen. Die Indikatoren „Gesundheitsniveau der Bevölkerung“, „Verteilung des Gesundheitsniveaus“ und „Fairness der Finanzierung“ wurden zu je 25 Prozent in die Gesamtwertung einbezogen, die Indikatoren „Patientensouveränität“ und „Soziale Gerechtigkeit“ zu je 12,5 Prozent. Die zugrunde gelegte Gewichtung ermittelte die WHO durch Internetbefragungen von 1.006 Personen aus 125 Ländern, bei der Hälfte der Befragten handelt es sich um WHO-Mitarbeiter.

Deutschland erreicht in diesem Ranking der WHO bei der Gesamtzielerreichung Platz 14 von 191 Staaten (WHO 2000). In Tabelle 1 sind die Platzierungen des deutschen Gesundheitssystems bei den fünf oben genannten Indikatoren, den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und der Gesamtleistungsfähigkeit des Gesundheitssystems (dem Verhältnis von Input und Output) dargestellt. Im Folgenden werden die von der WHO verwendeten Indikatoren zur Messung der Gesamtzielerreichung der Gesundheitssysteme jeweils kurz erläutert.

**Tabelle 1: Ranking des deutschen Gesundheitssystems im WHO World Health Report**

<b>Indikatoren/Untersuchte Daten</b>	<b>Ranking des deutschen Gesundheitssystems</b>
Gesundheitszustand der Bevölkerung (DALE)	22
Verteilung des Gesundheitszustands	20
Patientensouveränität	5
Soziale Gerechtigkeit	3-38
Fairness der Finanzierung des Gesundheitssystems	6-7
<b>Gesamtzielerreichung (Output)</b>	<b>14</b>
Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben	3
Gesamtleistungsfähigkeit des Gesundheitssystems	25

Quelle: Eigene Tabelle nach (WHO 2000)

Um den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu messen und zu bewerten, wie gut das Ziel eines guten Gesundheitszustands in der Bevölkerung erreicht ist, wird die disability-adjusted

life expectancy (DALE) gemessen. DALE bedeutet übersetzt „invaliditätsbereinigte durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren“. Es handelt sich dabei um die Lebenserwartung in Jahren ab einem festgelegten Alter, die in Gesundheit verbracht werden. Deutschland erreicht bei diesem Ziel mit durchschnittlich 70,4 Jahren in Gesundheit gelebten Jahren Rang 22 im internationalen Ranking.

Der Indikator „Verteilung des Gesundheitszustands in der Bevölkerung“ soll Gesundheitsunterschiede in einer Bevölkerung messen, die durch Gesundheitsrisiken in verschiedenen Alters- und Einkommensgruppen hervorgerufen werden. Wünschenswert ist eine gleichmäßige Verteilung des Gesundheitszustands in der Bevölkerung. Gerade in Entwicklungsländern leiden jedoch Menschen mit niedrigem Einkommen und Kinder sehr viel häufiger an Krankheiten als besser gestellte Bevölkerungsschichten. Deutschland erreicht bei diesem Indikator Rang 20.

Das Ziel „Responsiveness“, kann passend mit Patientensouveränität übersetzt werden. Der Indikator „Patientensouveränität“ soll deutlich machen, in wie weit ein Gesundheitssystem den Wünschen von Bürgern und Patienten entspricht und auf welche Art und Weise Patienten innerhalb des Gesundheitssystems behandelt werden. Aspekte der Patientensouveränität sind die Beachtung der Menschenwürde bei medizinischen Behandlungen, die Vertraulichkeit der ärztlichen Informationen, die Wahlfreiheit des Leistungserbringers, die Patientenautonomie, die Möglichkeit, soziale Kontakte zu pflegen (z.B. Besuchsmöglichkeiten von Angehörigen im Krankenhaus) und eine zeitnahe und höfliche Behandlung. Deutschland erreicht bei diesem Ziel im internationalen Vergleich Rang 5.

Soziale Gerechtigkeit, ein weiteres Ziel der WHO, soll aussagen, ob bestimmte Patientengruppen eine höhere oder niedrigere Patientensouveränität entgegengebracht wird, als anderen, bzw. ob bestimmte Patientengruppen diskriminiert werden. Wenn alle Einzelziele des Indikators „Patientensouveränität“ umgesetzt werden, liegt soziale Gerechtigkeit vor. Der Indikator „Soziale Gerechtigkeit“ hat im Vergleich zum Indikator „Patientensouveränität“ keinen ausschließlichen Bezug auf das Gesundheitswesen, sondern misst die soziale Gerechtigkeit insgesamt innerhalb eines Staates. Die Verteilungsgerechtigkeit der medizinischen Versorgung wird dagegen nicht berücksichtigt. Deutschland teilt sich die Ränge 3-38 mit vielen weiteren Staaten, die bei diesem Indikator exakt den gleichen Wert hinter den Vereinigten Arabischen Emiraten und Bulgarien erreicht haben.

Der Indikator „Fairness der Finanzierung eines Gesundheitssystems“ misst, in wie weit private Haushalte dem Risiko unterliegen, sich wegen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleis-

tungen zu verschulden oder Gesundheitsleistungen aufgrund der Kosten gar nicht in Anspruch nehmen zu können. In einem fair finanzierten Gesundheitssystem werden die Haushalte vor zu hohen Ausgaben für Gesundheitsleistungen geschützt. Bei diesem Ziel teilt sich Deutschland im internationalen Vergleich die Ränge 6 und 7 mit Irland.

Bei den Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben liegt Deutschland in der Studie der WHO hinter den USA und der Schweiz auf Rang 3 (WHO 2000). Trotz der sehr hohen Gesundheitsausgaben (Platz 3), gehört das deutsche Gesundheitssystem nach den Ergebnissen der WHO-Studie nicht zu den leistungsfähigsten Gesundheitssystemen der Welt. Bei den Indikatoren Patientensouveränität, soziale Gerechtigkeit und Fairness der Finanzierung liegt Deutschland auf den vorderen, aber nicht vordersten Plätzen, bei den Indikatoren Gesundheitszustand der Bevölkerung und Verteilung des Gesundheitszustands erhält Deutschland mittelmäßige Plätze, so dass Deutschland insgesamt nur Platz 14 als Gesamtziel erreicht.

### *Verhältnis von Input und Output*

Die Gesamtleistungsfähigkeit „Overall health system performance“ des deutschen Gesundheitssystems bewertet die WHO mit Platz 25 von 191. Die Gesamtzielerreichung wurde in dieser Studie im letzten Schritt mit den finanziellen Aufwendungen, also dem Input in das jeweilige Gesundheitssystem, ins Verhältnis gesetzt. Deutschland liegt bei der Bewertung der Gesamtperformance auch hier nur im oberen Mittelfeld. Das leistungsstärkste Gesundheitssystem hat laut der WHO-Studie Frankreich, gefolgt von Italien und San Marino. Sierra Leone besitzt laut WHO das ineffektivste Gesundheitssystem, ebenso wie viele weitere afrikanische Entwicklungsländer (WHO 2000).

### *2.2.2 OECD-Qualitätsindikatoren*

Ein Projekt zur Leistungsmessung und -verbesserung der Gesundheitssysteme in den OECD-Staaten wurde, unter anderem angeregt durch den World Health Report 2000, von der OECD im Jahr 2001 begonnen. Im Rahmen des Projekts veranstaltete die OECD zusammen mit dem kanadischen Gesundheitsministerium im November 2001 in Ottawa die Konferenz „Measuring Up - Improving Health Systems Performance in OECD-Countries“. In 2002 wurde ein gleichnamiger Report veröffentlicht, der den aktuellen Stand der Leistungsbemessung der Gesundheitssysteme in den OECD-Staaten beschreibt. In dem Report sind die wichtigsten Konferenzbeiträge sowie Schwerpunkte der Roundtablegespräche auf Ministerebene zusammengefasst. Die verschiedenen Autoren befassen sich unter anderem mit der Entwicklung und Anwendung von Indikatoren zur Messung der Effizienz von Gesundheitssystemen und mit den Problemen und Schwierigkeiten, die bei der Messung der Leistungsfähigkeit von Ge-

sundheitssystemen auftreten können. Die Konferenz wird als Meilenstein in der Arbeit der OECD bezogen auf die Frage der Leistung der verschiedenen Gesundheitssysteme angesehen (OECD 2001). Seitdem arbeitet die OECD an der Entwicklung von Indikatoren zur Messung von Qualität und Wirtschaftlichkeit und vergleicht die Gesundheitssysteme der 30 OECD-Mitgliedsstaaten miteinander mit dem Ziel, die Gesundheitssysteme effizienter zu gestalten.

Die derzeit aktuellste Veröffentlichung der OECD zu diesem Thema hat den Titel „Health Care Quality Indicators Project - Initial Indicators Report“ und wurde im März 2006 veröffentlicht. In diesem Bericht wurden Qualitätsindikatoren untersucht, mit denen die Qualität und Effektivität von Gesundheitsleistungen bewertet werden kann. 13 der untersuchten 17 Qualitätsindikatoren wurden von der OECD zur Aufnahme in das „HCQI Initial Indicator Set“ vorgeschlagen. 23 OECD-Staaten, darunter auch Deutschland, stellten der OECD Daten für die Studie zu Verfügung und ließen die Qualität und Effizienz ihrer Gesundheitsleistungen in verschiedenen Bereichen mit anderen Staaten vergleichen. (Kelley/Hurst 2006).

Die Studie hat das Ziel, auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Nationen aufmerksam zu machen. Sie versucht zu erklären, wodurch diese Unterschiede verursacht werden und untersucht, was getan werden kann, um diese zu verringern und die Qualität der Gesundheitsversorgung in allen Staaten zu verbessern. Sie soll die Basis für weitere Untersuchungen bilden (Kelley/Hurst 2006).

Folgende Qualitätsindikatoren wurden von der OECD zur Messung des Outputs von Gesundheitsleistungen herangezogen (Kelley/Hurst 2006):

- Brustkrebs 5-Jahres-Überlebensraten
- Mammographieuntersuchungen
- Gebärmutterhalskrebs 5-Jahres-Überlebensraten
- Gebärmutterhalskrebs-Vorsorgeuntersuchungen
- Darmkrebs 5-Jahres-Überlebensraten
- Inzidenz von Krankheiten, die durch Impfschutz verhindert werden können
- Umfang des Basisimpfschutzes
- Sterblichkeitsrate für Asthma
- Todesfälle 30 Tage nach akutem Myokardinfarkt
- Todesfälle 30 Tage nach Schlaganfall
- Wartezeit auf Operationen des Femurs
- Jährliche Grippeimpfungsquote bei über 65-Jährigen
- Raucher-Quote.

Nicht bei jedem Indikator wurden alle teilnehmenden Länder miteinander verglichen, da nicht allen Staaten vergleichbare Daten zu Verfügung stellen konnten. Auch Deutschland konnte für manche Indikatoren keine vergleichbaren Daten zu Verfügung stellen. Bei diesen Indikatoren handelt es sich um Mammographieuntersuchungen, Umfang des Basisimpfeschutzes im Alter von zwei Jahren und Wartezeit auf Operationen des Femurs. Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland laut OECD bei den meisten Indikatoren mittelmäßig bis schlecht ab. Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der OECD-Studie für Deutschland kurz zusammengefasst. Tabelle 2 verdeutlicht die Ergebnisse.

Die beobachtete 5-Jahres-Überlebensrate nach Brustkrebs beträgt 2001 in Deutschland 69 Prozent. Im Vergleich mit 18 anderen OECD-Ländern erreicht Deutschland damit Rang 14. Bei der 5-Jahres-Überlebensrate nach Gebärmutterhalskrebs ist das Ergebnis ähnlich: Deutschland belegt mit 62 Prozent Rang 15 von 19. Deutschland ist demnach eines der Länder, an denen am seltensten Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs vorgenommen werden. Die 5-Jahres-Überlebensrate nach Darmkrebs entspricht in Deutschland mit 43 Prozent bei Männern und 45 Prozent bei Frauen etwa dem internationalen Durchschnitt.

Bei der Inzidenz von infektiösen Krankheiten, gegen die es einen Impfstoff gibt (Hepatitis B, Keuchhusten und Masern) liegt Deutschland laut OECD ebenfalls im Mittelfeld. Für die Indikation Keuchhusten liegen in Deutschland keine Daten vor. 0,16 von 100.000 Menschen im Alter von fünf bis 39 Jahren sterben in Deutschland jährlich an Asthma. Bei diesem Indikator liegt Deutschland im vorderen Drittel, während sich Deutschland beim Indikator „Todesfälle im Krankenhaus 30 Tage nach akutem Myokardinfarkt“ mit einer Rate von 11,9 Prozent auf den hinteren Plätzen der Vergleichsländer befindet.

Auf einem der mittleren Ränge liegt Deutschland nach den Berechnungen der OECD-Studie beim Indikator „Todesfälle im Krankenhaus 30 Tage nach einen Schlaganfall“ mit einer Rate von 10,9 Prozent bei der ischämischen Sterblichkeitsrate, einen vorderen Platz nimmt Deutschland dagegen bei der hämorrhagischen Sterblichkeitsrate ein. In Deutschland werden 41,7 Prozent der Menschen über 65 Jahre jährlich gegen Grippe geimpft. Im Vergleich mit 20 anderen OECD-Staaten liegt Deutschland mit dieser Rate auf den viertletzten Platz. Die Raucherquote liegt in Deutschland bei 24,3 Prozent. Diese Quote entspricht etwa dem OECD-Durchschnitt, Deutschland befindet sich bei diesem Indikator auf einem Platz im vorderen Mittelfeld.

Die Ergebnisse der jeweiligen Länder bei den verschiedenen Indikatoren wurden in der Veröffentlichung der OECD anders als im Gesundheitsreport der WHO nicht in Reihenfolgen

zusammengefasst. Die erreichten Ergebnisse per Indikator werden genannt, Rankings werden aber nicht aufgestellt. Es gibt in dieser Studie auch kein zusammenfassendes Gesamtranking der Leistungsfähigkeit der verschiedenen Gesundheitssysteme.

Tabelle 2 wurde daher auf der Basis der Daten des OECD-Reports von den Autoren dieser Arbeit erstellt. Die Ergebnisse der verschiedenen Staaten wurden je Indikator in Reihenfolgen gebracht und die Platzierung Deutschlands ermittelt. Bei dem Ranking ist zu beachten, dass die für die verschiedenen Staaten zu Verfügung stehenden Daten nicht uneingeschränkt vergleichbar sind. Teilweise stammen sie aus unterschiedlichen Erhebungszeiträumen und es werden je nach Land zum Teil unterschiedliche Erhebungsmethoden angewendet. Bei der 5-Jahres-Überlebensrate nach Darmkrebs wird in manchen Ländern die Überlebensrate nach Geschlechtern oder nach der Lokalisation des Tumors getrennt betrachtet, in anderen Ländern wiederum nicht. Bei der Sterblichkeitsrate durch Asthma werden in den verschiedenen Ländern beispielsweise unterschiedliche ICD-Codes in die Statistik einbezogen, bei der Berechnung der Raucherquoten werden unterschiedliche Altersgruppen und unterschiedliche Rauchgewohnheiten (regelmäßiger- und Gelegenheitsraucher) miteinander verglichen.

**Tabelle 2: Deutsche Platzierungen bei den OECD-Indikatoren**

Indikator	Rang	Daten Deutschland
Brustkrebs 5-Jahres-Überlebensrate	14 von 19	69 Prozent
Gebärmutterhalskrebs 5-Jahres-Überlebensrate	15 von 19	62 Prozent
Gebärmutterhalskrebs Vorsorgeuntersuchungen	11-13 von 17	55,9-64,6 Prozent
Darmkrebs 5-Jahres-Überlebensrate	12 von 19	43 Prozent (m), 45 Prozent (w)
Inzidenz von Krankheiten, die durch Impfschutz verhindert werden können		
Masern	12 von 21	0,15/100.000
Hepatitis B	6 von 20	1,5/100.000
Sterblichkeitsrate für Asthma	15 von 21	0,16/100.000
Todesfälle 30 Tage nach akutem Myokardinfarkt (Sterblichkeitsrate im Krankenhaus)	12 von 20	11,9 Prozent
Todesfälle 30 Tage nach Schlaganfall (Sterblichkeitsrate im Krankenhaus)		
Hämorrhagische Sterblichkeitsrate	5 von 16	21 Prozent
Ischämische Sterblichkeitsrate	9 von 17	10,9 Prozent
Jährliche Grippeimpfungsquote bei über 65-Jährigen	17 von 20	41,7 Prozent
Raucher-Quote	9 von 22	24,3 Prozent

Quelle: Eigene Tabelle nach (Kelley/Hurst 2006)

Insgesamt werden hier nur die von der OECD untersuchten Indikatoren betrachtet, die im „Initial HCQI Indicator Set“ aufgenommen wurden. Die Ergebnisse von weiteren vier Indikatoren werden zwar in der OECD-Studie erwähnt, eignen sich nach Aussage der OECD aber nicht für Vergleiche zwischen Staaten und gehören nicht zum „Initial HCQI Indicator Set“<sup>2</sup> (Kelley/Hurst 2006).

Trotz der angesprochenen Schwierigkeiten bei der Datenvergleichbarkeit lässt sich feststellen, dass das deutsche Gesundheitssystem bei keinem der untersuchten Indikatoren auf den ersten Plätzen zu finden ist. Entweder liegt Deutschland etwa im Durchschnitt der übrigen OECD-Staaten oder auf den hinteren Rängen. Auch diese Studie der OECD gibt dem deutschen Gesundheitssystem allenfalls durchschnittliche Noten für die Qualität der Gesundheitsleistungen.

### 2.2.3 Untersuchungen des Kieler Instituts für Gesundheits-System Forschung

Als eine Reaktion auf den Weltgesundheitsreport der WHO aus dem Jahr 2000 untersuchte das Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung (IGSF) die Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme von Deutschland und 13 weiteren Ländern. Die Studie des IGSF wurde unter anderem vom Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland unterstützt. Die Studie steht dem Bericht der WHO sehr kritisch gegenüber und will mit ihrer Untersuchung die Aussage, dass im deutschen Gesundheitssystem mit hohen Kosten nur durchschnittliche Leistungen erzielt werden, als nicht haltbar widerlegen.

Im Folgenden werden die Studie des IGSF aus dem Jahr 2004 und eine weitere Studie des IGSF aus 2005, die die Leistungskataloge von Gesundheitssystemen vergleicht, beschrieben und deren Ergebnisse dargestellt.

Das IGSF macht die umfassende medizinische Versorgung in Deutschland für die hohen Gesundheitsausgaben verantwortlich. In Deutschland gäbe es danach kaum Wartezeiten und eine sehr hohe Arztdichte. Als Ursache für den hohen Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP macht die Studie auch die finanzielle Belastung durch die Wiedervereinigung verantwortlich. Als Folge dessen lasse sich die hohe Ausgabenquote in Deutschland nur eingeschränkt mit den übrigen Ländern vergleichen.

---

<sup>2</sup> Bei diesen vier Indikatoren handelt es sich um die Häufigkeit von HbA1c-Tests, Kontrolluntersuchungen auf zu niedrige Blutzuckerwerte, Netzhautkontrollen bei Diabetikern und die Anzahl an Amputationen bei Diabetikern.

Um die Effizienz des deutschen Gesundheitssystems mit der Effizienz von Gesundheitssystemen anderer Staaten zu vergleichen, werden in dieser Studie Daten für folgende Indikatoren ermittelt:

- Lebenserwartung bei der Geburt
- Lebenserwartung im 65. Lebensjahr
- Sterblichkeit im Säuglingsalter
- Müttersterblichkeit.

Bei der Lebenserwartung der Geburt liegt Deutschland mit 81,1 Jahren bei Frauen und 75,1 Jahren bei Männern etwa ein halbes Jahr unter dem Durchschnitt der 14 Vergleichsländer. Die Lebenserwartung im 65. Lebensjahr liegt in Deutschland mit 19,2 Jahren bei Frauen und 15,5 Jahren bei Männern ebenfalls etwa ein halbes Jahr unter dem Durchschnitt der 14 Vergleichsländer.

Bei der Säuglingssterblichkeit erhält Deutschland im Vergleich mit den 14 Vergleichsländern einen guten Platz im vorderen Drittel, da die Säuglingssterblichkeit gering ist. Von 1.000 Säuglingen sterben in Deutschland 4,5 Säuglinge im ersten Lebensjahr. Der Durchschnitt der Vergleichsländer liegt bei 4,9 von 1.000 Säuglingen. Die Müttersterblichkeit ist in Deutschland laut IGSF mit 5,6 Todesfällen je 100.000 Lebendgeborenen besser als der Durchschnitt mit 6,1 gestorbenen Frauen je 100.000 Lebendgeborenen. Die Säuglingssterblichkeit ist in Japan am geringsten und in den USA am höchsten, die Müttersterblichkeit ist in Italien am geringsten und wiederum in den USA am höchsten. Diese Daten bestätigen laut IGSF nicht, dass die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems als mittelmäßig oder unterdurchschnittlich beurteilt werden kann.

Auch Strukturmerkmale wie die Anzahl der Ärzte und die Anzahl der Beschäftigten in der Pflege, sowie die Bettenzahl in Krankenhäusern fließen in die Bewertung dieser Studie mit ein. Die Arztdichte sei in Deutschland im Vergleich mit den 14 Vergleichsländern überdurchschnittlich hoch, sowohl bei den Allgemein- als auch bei den Fach- und Zahnärzten. Die Zahl der Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner liege in Deutschland mit 6,3 ebenfalls weit über dem Durchschnitt von 3,9. Diese Strukturqualität führe zu geringen Wartezeiten auf einen Termin für eine stationäre oder ambulante Behandlung. Deutsche Patienten seien bezogen auf die Wartezeit sehr zufrieden. In Deutschland gäbe es damit eine bedarfsgerechte Versorgung mit Gesundheitsleistungen an jedem Ort und zu jeder Zeit, was ein gewisses Überangebot an Versorgungsleistungen erfordere.

Im Jahr 2005 veröffentlichte das IGSF eine weitere Studie, in der die Gesundheitsleistungen in Deutschland und 13 weiteren Ländern verglichen werden. Die Leistungskataloge der Länder werden über einen Versorgungsindex bewertet. Um den Umfang von Leistungskatalogen zu bewerten, wählte das IGSF 25 Gesundheitsleistungen, z.B. (Fach-, Zahn-) Arztdichte, Bettenzahl, Verweildauer, Zuzahlungen, Zahnersatz, Wartezeit, Heil- und Hilfsmittel im Leistungskatalog, Höhe von Lohnfortzahlungen und Entgeltersatz. Diese Leistungen wurden jeweils mit Punkten bewertet. Mit einem Versorgungsindex von 116 Punkten liegt Deutschland laut IGSF vor Österreich (112) und den Niederlanden (109) auf dem vordersten Platz. Die USA haben mit 77 den geringsten Versorgungsindex (Beske/Drabinski 2005: 191). Im Gegensatz zu den Studien der WHO und der OECD lobt das IGSF das deutsche Gesundheitswesen und hält dieses für überdurchschnittlich effizient.

### 2.2.4 *Methodische Anmerkungen*

Nach der Veröffentlichung des Weltgesundheitsreports 2000 wurde von vielen Seiten starke Kritik an den Methoden der WHO geübt. Die von der WHO zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen eingesetzten Indikatoren werden von Wissenschaftlern weltweit zum Teil stark kritisiert. Der größte Kritikpunkt am Weltgesundheitsreport 2000 ist die Methodik der Berechnung des DALE-Indikators. Die Erhebung der DALYs sei äußerst schwierig und berge methodische Probleme. Durch unterschiedliche Lebensgewohnheiten, unterschiedliche Ernährung und beispielsweise Drogenkonsum könne die Lebenserwartung beeinflusst werden. Diese Faktoren ständen zudem nur indirekt in Zusammenhang mit dem jeweiligen Gesundheitssystem. Auch weitere Faktoren könnten die Lebenserwartung unabhängig vom Gesundheitssystem verändern, so dass eine gerechte Vergleichbarkeit zwischen verschiedenen Ländern nicht fehlerfrei möglich sei (Michel et al. 2003). Auch lagen für den WHO-Report nur für wenige Länder Daten bezüglich Krankheits- und Invaliditätszahlen vor, durch die die in Krankheit verbrachten Lebensjahre eindeutig hätten bestimmt werden können. Fehlende Daten würden durch vielfältige statistische Methoden, z.B. über Regressionen oder Schätzungen ergänzt, weswegen die Datenqualität und Methodik der WHO stark bezweifelt werden sollten (Beske 2004, S.30, bezogen auf WHO 2003). Daten aus 191 Ländern, die nicht auf einheitliche Art und Weise gewonnen wurden vergleichbar zu machen, wird von den Kritikern für unmöglich gehalten.

Auch bei der Bestimmung des Indikators „Verteilung des Gesundheitsniveaus in der Bevölkerung“ fehlten in vielen Ländern Daten. Deswegen wurde nur die Altersgruppe der Kinder bis fünf Jahren betrachtet. Teilweise waren die ausgewerteten Daten schon zehn Jahre alt. Die

Verteilung des Gesundheitsniveaus in der Bevölkerung wurde für Staaten, für die keine Daten vorlagen, durch Regression ermittelt. Armut, Ausbildung und das Durchschnittsniveau der Kindersterblichkeit waren erklärende Variablen, die sozioökonomische Komponente fehlt bei der Betrachtung. Das Durchschnittsniveau der Kindersterblichkeit zu berechnen, sei für hoch industrialisierte Länder wie Deutschland unbedeutend, da die Kindersterblichkeitsrate in diesen Ländern sehr gering ist. Ein aussagekräftigerer Indikator wäre die Bestimmung des Gesundheitsunterschieds zwischen Menschen mit hohem und niedrigem Einkommen (Landmann Schwarzwald 2002).

Starke Kritik wurde ebenfalls an dem Indikator „Responsiveness“, bzw. Patientensouveränität geübt. Da Daten für diesen Indikator auf Meinungsumfragen von Gesundheitsexperten basieren und Patienten selbst nicht in die Umfrage mit einbezogen wurden, halten Kritiker die Ergebnisse für wenig aussagekräftig. Die Befragungen wurden ausschließlich in Entwicklungsländern durchgeführt, allein deswegen seien ihre Ergebnisse nicht auf Industrieländer übertragbar (die Werte für die übrigen Länder wurden über Regression ermittelt). Philip Musgrove berichtet in seinem Artikel „Judging health systems, reflections on WHO’s methods“ aus 2003 sogar von Datenmanipulationen seitens der WHO. Die Ergebnisse dieses Indikators müssen seiner Meinung nach folglich sehr kritisch bewertet, wenn nicht sogar komplett verworfen werden (Musgrove 2003).

Die gleichen Kritikpunkte gelten für den Indikator soziale Gerechtigkeit der Patientensouveränität, da zur Ermittlung der Daten ebenfalls Experten befragt wurden. Die Verteilungsgerechtigkeit beim Zugang zu Gesundheitsleistungen wird nicht betrachtet, sondern nur die soziale Gerechtigkeit im Allgemeinen. Soziale Ungerechtigkeiten in der Gesundheitsversorgung bilde der Indikator nicht ab, und gerade dieser Aspekt sei sehr wichtig, da gerade in armen Ländern immer noch große Ungerechtigkeiten beim Zugang zu medizinischer Versorgung beständen (Gwatkin 2000).

Der Indikator Fairness der Finanzierung wurde anhand von Haushalterhebungen in 21 der 191 Staaten ermittelt und für die übrigen 170 Staaten anhand von Regressionen errechnet. Die Übertragung der Ergebnisse von 21 Staaten auf die übrigen 170 Länder sei nicht repräsentativ. Die Definition des Indikators im Ganzen wird kritisiert, denn es werde nicht berücksichtigt, in welchem Umfang Patienten im Verhältnis zu ihren gezahlten Beiträgen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können. Die Definition des verfügbaren Einkommens, das für Gesundheitsausgaben zu Verfügung steht sei fraglich und problematisch zu ermitteln (Navarro 2000).

Die Gesamtzieelerreichung der WHO, genannt „Overall health system attainment“, bei der Deutschland Rang 14 erreicht, ist die gewichtete Summe der fünf Indikatoren. Die Gewichte wurde durch eine Internetbefragung von 1.600 Befragten, hauptsächlich Mitarbeiter der WHO gewonnen, weshalb die Repräsentativität wiederum fraglich sei. Diese Gesamtsumme von Indikatoren wird von Wissenschaftlern stark kritisiert. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass die Gewichtung der Indikatoren in allen Ländern gleich ist, obwohl diese in verschiedenen Ländern als unterschiedlich wichtig angesehen werden (Navarro 2000). Die Rangfolge der 191 Staaten sei stark von der Zuordnung der Werte zu den Gewichten abhängig. Der Gesamtindikator sei zu heterogen für die Aufstellung einer Rangordnung, da die Indikatoren inhaltlich und methodisch zu unterschiedlich seien. Ugá et al. fordern in ihrer Untersuchung aus 2001, dass aufgrund der Schätzungen von fehlenden Daten und der Kritik an der Methodik keine Rankings von Staaten aufgestellt werden sollen (Ugá et al. 2001).

Die Gesamtleistungsfähigkeit, „Overall health system performance“ ist laut WHO die Gesamtzieelerreichung im Verhältnis zu den eingesetzten Finanzmitteln. Auch dieser Gesamtindikator wird heftig kritisiert. Die Ausgabengrößen, die die WHO in ihren Berechnungen verwendet, berücksichtigten nicht die Unterschiede zwischen Gesundheitssystemen, z.B. die Unterschiede beim Leistungsumfang. Die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit seien folglich nur eingeschränkt miteinander vergleichbar. Die gesamte Methodik der Berechnung, wie z.B. auch das Einbeziehen einer Produktionsgrenze in die Berechnung und die Heterogenität der Indikatoren werden kritisiert (Beske et al. 2004). Williams bezeichnet die Ergebnisse der WHO als nicht stichhaltig, denn die zur Berechnung der Indikatoren herangezogenen Daten seien völlig uneinheitlich und lückenhaft. Es existierten in dem Bericht zu viele ökonometrische Schätzungen anstatt von eindeutigen Daten. Die Methode der Schätzungen wird nicht erklärt, deshalb sei es unklar, ob sie methodisch konsistent sind. Williams vermisst im Report der WHO Entscheidungshilfen für die Gesundheitspolitik (Williams 2001). Szwarcwald wirft der WHO vor, theoretische Prinzipien der Statistik, Mathematik und Epidemiologie außer Acht gelassen zu haben (Landmann Szwarcwald 2002).

Da der Weltgesundheitsbericht 2000 von Wissenschaftlern sehr viel stärker kritisiert als gelobt wurde, veröffentlichte die WHO in 2003 eine eigene Bewertung ihres Berichts. In dem Report „Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism“ räumt die WHO ein, die Ziele, die sie mit ihrem Bericht aus 2000 verfolgen wollte, nämlich eine periodische Beurteilung der Gesundheitssysteme und Berichterstattung an die nationalen Entscheidungsträger, nur teilweise erreicht zu haben. Als eine Konsequenz wurde seit dem Ge-

sundheitsbericht aus dem Jahr 2000 von der WHO kein Ranking der Gesundheitssysteme mehr veröffentlicht.

Die von der OECD in oben näher beschriebener Studie verwendeten Qualitätsindikatoren zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit verschiedener Länder in der Gesundheitsversorgung sind laut eigener Aussage der OECD wichtige wissenschaftlich zuverlässige Daten mit großer Bedeutung auf klinischer und politischer Ebene. Mit diesen Daten können Vergleiche zwischen verschiedenen Ländern gezogen werden. Gemäß Aussage der OECD sind sie jedoch nicht geeignet für die Leistungsbewertung ganzer Gesundheitssysteme. Nicht alle Länder haben Daten für alle Indikatoren übermittelt, aber alle teilnehmenden Länder haben der OECD Daten für mindestens fünf Indikatoren zu Verfügung gestellt. In Part II der Studie, „Data Comparability and Analysis“ fasst die OECD die Methoden zur Datenauswertung zusammen. In diesem Zusammenhang bezieht sich die OECD auch auf Probleme bei der Datenbeschaffung und -auswertung und nennt mögliche Grenzen der Aussagekraft der untersuchten Daten. Zu jedem Problem, z.B. dem Fehlen von Daten, dem Zugrundelegen unterschiedlicher Studienpopulationen und unterschiedliche Vorgehen bei der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren werden Empfehlungen gegeben, wie die Daten zu interpretieren sind bzw. was in Zukunft getan werden kann, um vergleichbarere und aussagekräftigere Daten zu erhalten. Nach der Beschreibung jedes einzelnen Indikators folgen in Part III der Studie jeweils Aussagen zur wissenschaftlichen Stichhaltigkeit der Daten bezüglich Validität, Reliabilität und Realisierbarkeit (Kelley/Hurst 2006). Die OECD vergleicht die verschiedenen Staaten in Bezug auf die unterschiedlichen Indikatoren, stellt jedoch nicht wie die WHO in ihrem Gesundheitsbericht des Jahres 2000 Rankings für die Indikatoren oder ein Gesamtranking auf. Da die Studie der OECD zum jetzigen Zeitpunkt sehr aktuell ist, liegen noch keine Veröffentlichungen dazu vor.

Das Kieler Institut für Gesundheits-System-Forschung hat in seinen eigenen Studie festgestellt, dass selbst ein Vergleich nur der hoch industrialisierten Länder viele Probleme mit sich bringt, unter anderem deswegen, weil nicht aus allen Ländern gleich aktuelle Statistiken vorliegen. Einen weltweiten Vergleich hält es für noch viel schwieriger, wenn nicht sogar für unmöglich (Beske et al. 2004). Die von Beske angewandte Methodik zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Gesundheitssystemen ist äußerst zweifelhaft. Besonders die Methodik der Bestimmung des Versorgungsindex, ist zu kritisieren, mit der die Versorgung der untersuchten Staaten mit Geld- und Gesundheitsleistungen beurteilt werden soll. Die vom IGSF verwendeten Indikatoren in der 2005er-Studie berücksichtigen allenfalls die Strukturqualität von Gesundheitssystemen, die aber eher der Inputseite als der Outcomeseite zuzurechnen ist –

sie mögen erklären, warum Deutschland einen hohen Ressourcenaufwand hat, zeigen jedoch nicht, ob damit ein hohes Niveau an Gesundheit realisiert wird. Die Prozess- und vor allem die Ergebnisqualität von Gesundheitssystemen bleiben bei der Berechnung des Versorgungsindezes außen vor. Auch in der Studie von 2004 werden neben Outcome-Indikatoren (wie der Lebenserwartung) Inputindikatoren (wie die Arztdichte oder Krankenhausbettendichte) verwendet.

### 2.3 Der Sechs-Länder-Vergleich des Commonwealth Fund

Der folgende Abschnitt basiert auf der Studie des Commonwealth Fund aus dem Jahr 2005 (Sawicki 2005; Schoen et al. 2005). Seit 1999 erhebt der Commonwealth Fund jährlich Daten zum Qualitätsvergleich verschiedener Gesundheitssysteme. Erstmals wurde in 2005 neben Australien, Kanada, Neuseeland, Großbritannien und den USA auch Deutschland in die Untersuchung mit einbezogen.

Die Studie basiert auf der Befragung von schwer erkrankten erwachsenen Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer Operation oder mit Gesundheitsproblemen in den sechs Industrienationen. Als Ziel der Untersuchung gilt es herauszufinden, welche Erfahrungen die Patienten, die am meisten auf die Versorgung durch Gesundheitsleistungen angewiesen sind, mit dem jeweiligen Gesundheitssystem gemacht haben. Daraus sollen Rückschlüsse auf die Qualität der Gesundheitssysteme gezogen werden können. In Deutschland wurden bei dieser Untersuchung 1.503 Personen mit Unterstützung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) telefonisch befragt.

Tabelle 3 zeigt, dass in Deutschland 70 Prozent der Patienten bei Auftreten eines medizinischen Problems am gleichen oder nächsten Tag einen Arzttermin erhalten. Ob die Patienten gesetzlich oder privat krankenversichert sind, spielt dabei keine Rolle.

**Tabelle 3: Zugang zu medizinischer Versorgung**

Möglichkeit, einen Arzttermin zu erhalten...	D	AUS	CAN	GB	NZ	USA
am gleichen Tag	<b>56%</b>	49%	23%	45%	58%	30%
am nächsten Tag	<b>13%</b>	17%	13%	16%	23%	17%
6 Tage später oder gar nicht	<b>13%</b>	10%	36%	15%	3%	23%

Quelle: (Schoen et al. 2005)

Auch Wartezeiten auf einen Termin beim Facharzt seien in Deutschland im Vergleich mit den anderen Ländern am geringsten. Hier gäbe es jedoch Unterschiede beim Versichertenstatus der Patienten. 33 Prozent der Privatversicherten erhalten innerhalb einer Woche einen Termin

beim Facharzt, dagegen erhalten 26 Prozent der gesetzlich Versicherten einen Facharzttermin im gleichen Zeitraum. Die Wartezeiten auf Operationstermine sind laut der Studie in Deutschland ebenfalls am kürzesten. Außerhalb der üblichen Sprech- und Öffnungszeiten von Arztpraxen sei es in Deutschland am einfachsten, ärztliche Versorgung zu erhalten. Nur etwa ein Viertel der Befragten gibt an, außerhalb der Praxisöffnungszeiten schwierig ärztliche Versorgung zu erhalten. Verglichen mit 60 Prozent in den USA, 59 Prozent in Australien, 58 Prozent in Kanada, 39 Prozent in Großbritannien ist dies ein sehr geringer Anteil, vergleichbar nur dem Anteil von 28 Prozent in Neuseeland.

Komplikationen nach einem Krankenhausaufenthalt treten in Deutschland vergleichsweise selten auf (bei 10 Prozent der Befragten im Vergleich zu 14-20 Prozent der Befragten in den anderen Nationen). Bei den Fehlern in der medizinischen Versorgung und Pflege, sowie bei der Verabreichung von Arzneimitteln weichen die Werte in allen sechs Nationen nicht maßgeblich voneinander ab. Eine Übersicht über die Befragungsergebnisse ist in Tabelle 4 dargestellt.

**Tabelle 4: Fehler in der medizinischen Versorgung**

<b>Fehler bei der medizinischen Versorgung</b>	<b>D</b>	<b>AUS</b>	<b>CAN</b>	<b>GB</b>	<b>NZ</b>	<b>USA</b>
In der Behandlung oder Pflege wurde ein Fehler gemacht	<b>13%</b>	13%	15%	10%	14%	15%
Ein falsches Medikament oder die falsche Dosis wurde verabreicht	<b>10%</b>	10%	10%	10%	9%	13%
Sowohl falsche Behandlung/Pflege, als auch falsches Medikament/Dosis	<b>19%</b>	19%	19%	17%	18%	22%
Bei Personen, die von Fehlern in der medizinischen Versorgung berichten...						
verursachte der Fehler ernsthafte gesundheitliche Probleme.	<b>41%</b>	51%	46%	42%	54%	45%
trat das Problem ausserhalb des Krankenhauses auf.	<b>63%</b>	63%	60%	67%	63%	77%
wurden diese nicht von ihren Ärzten darüber unterrichtet.	<b>83%</b>	70%	74%	72%	61%	75%

Quelle: (Schoen et al. 2005)

Negativ im Sechs-Länder-Vergleich fallen laut Commonwealth Fund die hohen Doppeluntersuchungsraten in Deutschland auf. Insgesamt 20 Prozent der Patienten geben an, dass bei Ihnen unnötige Doppeluntersuchungen vorgenommen wurden. Privatpatienten berichten dabei häufiger über durchgeführte Doppeluntersuchungen (33 Prozent), als gesetzlich Versicherte (18 Prozent). In den USA wurden bei 18 Prozent der Patienten unnötige Doppeluntersuchungen vorgenommen, in den übrigen Ländern liegt dieser Wert zwischen 6 und 11 Prozent. Die Verbindung von stationärer und ambulanter Behandlung in Deutschland sei vergleichsweise

schlecht. 60 Prozent der deutschen Patienten kritisieren die schlechte Koordination bei der Krankenhausentlassung, in anderen Ländern kritisieren dies 33-41 Prozent.

**Tabelle 5: Probleme bei der Krankenhausentlassung**

<b>Probleme bei der Krankenhausentlassung</b>	<b>D</b>	<b>AUS</b>	<b>CAN</b>	<b>GB</b>	<b>NZ</b>	<b>USA</b>
Keine klaren Anweisungen, nach welchen Symptomen Ausschau gehalten werden soll	<b>23%</b>	18%	17%	26%	14%	11%
Keine Kenntnisse über Ansprechpartner bei Fragen zur Behandlung	<b>12%</b>	9%	12%	12%	9%	8%
Krankenhaus hilft nicht mit Terminen zur Anschlussbehandlung	<b>50%</b>	23%	30%	19%	23%	27%
Schlechte Entlassungskoordination allgemein	<b>60%</b>	36%	41%	37%	33%	33%

Quelle: (Schoen et al. 2005)

Die Versorgung chronisch Kranker in Deutschland hat positive und negative Aspekte. Es werden häufiger als in anderen Ländern Untersuchungen wie z.B. Blutdruckkontrolle bei Hypertonie und Fuß- und Augenkontrolle bei Diabetikern vorgenommen, es erhalten aber sehr viel weniger Patienten Anweisungen, wie sie ihrer Krankheit zu Hause selbst entgegenwirken können. Der Versorgungsstatus chronisch kranker Patienten sei unabhängig vom Versichererstatus.

**Tabelle 6: Betreuung chronisch Kranker**

<b>Betreuung chronisch Kranker</b>	<b>D</b>	<b>AUS</b>	<b>CAN</b>	<b>GB</b>	<b>NZ</b>	<b>USA</b>
Patienten, die einen Behandlungsplan für zu Hause erhalten	<b>37%</b>	50%	65%	45%	56%	58%
Krankenschwester ist in Behandlungsprozess involviert	<b>47%</b>	16%	19%	52%	36%	41%

Quelle: (Schoen et al. 2005)

**Tabelle 7: Versorgung von Diabetikern**

<b>Versorgung von Diabetikern</b>	<b>D</b>	<b>AUS</b>	<b>CAN</b>	<b>GB</b>	<b>NZ</b>	<b>USA</b>
Messung des glykosylierten Hämoglobins in den letzten sechs Monaten	<b>91%</b>	86%	90%	85%	79%	90%
Fußuntersuchung im letzten Jahr	<b>65%</b>	57%	52%	75%	66%	65%
Augenhintergrunduntersuchung im letzten Jahr	<b>85%</b>	73%	73%	83%	66%	85%
Messung des Cholesterinspiegels im letzten Jahr	<b>95%</b>	93%	91%	92%	87%	95%
Patienten, die alle vier oben genannten Untersuchungen erhalten haben	<b>55%</b>	41%	38%	58%	40%	55%

Quelle: (Schoen et al. 2005)

Die Patienten in Deutschland bemängeln laut dieser Verbraucherstudie am stärksten die Kommunikation mit ihrem Arzt und wünschen sich, durch weitere Informationen zu Behandlung und Risiken mehr in den Behandlungsprozess einbezogen zu werden. Frauen sind mit der Kommunikation mit ihrem Arzt unzufriedener als Männer. Dieser Anteil entspricht in etwa dem der übrigen Länder. Auch die fehlende Aufklärung über Medikamente wird von 38 Prozent der Patienten in Deutschland bemängelt. In den anderen Ländern beschweren sich 19-32 Prozent über unzureichende Aufklärung über Neben- und Wechselwirkungen.

54 Prozent der befragten Patienten in Deutschland geben an, dass sie eine fundamentale Veränderung des deutschen Gesundheitssystems für notwendig halten, 31 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass das Gesundheitssystem komplett umstrukturiert werden muss.

In den USA sei die Forderung nach einer kompletten Umstrukturierung des Gesundheitssystems mit 30 Prozent der Befragten ähnlich hoch wie in Deutschland, in Australien fordern 26 Prozent der Befragten eine Umstrukturierung, in Kanada 17 Prozent, in Neuseeland 20 Prozent und in Großbritannien 14 Prozent der befragten Patienten. Nur 16 Prozent der Deutschen seien der Meinung, dass das deutsche Gesundheitssystem gut funktioniert und wenn überhaupt nur kleine Änderung vorgenommen werden müssen, damit es noch besser funktioniert. Das sind deutlich weniger Personen als in den übrigen fünf Nationen. Die Briten seien im Sechs-Länder-Vergleich mit ihrem Gesundheitssystem am zufriedensten (Schoen et al. 2005).

**Tabelle 8: Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem**

Das Gesundheitssystem...	D	AUS	CAN	GB	NZ	USA
... funktioniert gut, sollte minimal verändert werden.	<b>16%</b>	23%	21%	30%	27%	23%
... benötigt fundamentale Veränderungen.	<b>54%</b>	48%	61%	52%	52%	44%
... muss komplett umstrukturiert werden.	<b>31%</b>	26%	17%	14%	20%	31%

Quelle: (Schoen et al. 2005)

Keines der Länder kann in der Untersuchung des Commonwealth Fund als das Land mit der schlechtesten oder der besten Gesundheitsversorgung angesehen werden. Deutschland schneidet im Vergleich zu den anderen Nationen in vielen Bereichen besser ab, als die übrigen fünf untersuchten Länder. Es gibt jedoch auch viele Bereiche, in denen laut Meinung der befragten Patienten sowohl in Deutschland, als auch in den übrigen Ländern Verbesserungen wünschenswert sind.

Obwohl die deutschen Patienten viele Bereiche des Gesundheitssystems positiv bewerten, fordern sie stärker als die befragten Patienten in allen anderen betrachteten Ländern fundamentale Veränderungen des deutschen Gesundheitssystems. Deutschland schneidet auch im internationalen Vergleich gut ab, aber die deutschen Patienten sehen einen hohen Reformbedarf. Das könne daran liegen, dass gute Leistungen subjektiv als weniger gut erachtet werden, oder dass erkrankte Personen, die in dieser Studie ausschließlich befragt wurden, das Gesundheitssystem aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands und der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen negativer bewerten, als gesunde Personen es bewerten würden (Sawicki 2005).

### **3 Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem**

In Kapitel 2 wurde deutlich, dass die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich nur als durchschnittlich bewertet wird. Kritiker behaupten, dass in Deutschland mit sehr hohen Kosten allenfalls durchschnittliche Ergebnisse erreicht werden. Dies deutet darauf hin, dass es im deutschen Gesundheitssystem Effizienzreserven gibt. Vor dem Hintergrund des auch zukünftig steigenden Drucks auf der Ausgabenseite und der bekannten Defizite auf der Einnahmenseite ist es dringend notwendig, Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im Gesundheitswesen zu erkennen und zu nutzen.

In diesem Abschnitt werden daher die Qualitätsdefizite des deutschen Gesundheitssystems und deren Ursachen genauer untersucht. Außerdem werden die seit Veröffentlichung des WHO-Reports im Jahr 2000 eingeführten Reformmaßnahmen des Gesetzgebers zur Behebung dieser Qualitätsdefizite vorgestellt und bewertet.

#### **3.1 Qualitätsdefizite im deutschen Gesundheitssystem**

##### *3.1.1 Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem*

Im Jahr 1999 erhielt der Sachverständigenrat (SVR) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (bis zum Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) am 1.1.2004 „Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“) den Auftrag vom Bundesministerium für ein Sondergutachten. In diesem Sondergutachten sollte untersucht werden, wie die Leistungssteuerung im Gesundheitswesen verbessert werden kann.

Das Sondergutachten mit dem Titel „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ wurde in 2001 in drei Bänden veröffentlicht und weist auf die Defizite des deutschen Gesundheitssystems hin. Im dritten Band mit dem Titel „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ untersucht der SVR die Versorgungsqualität mit medizinischen Leistungen in Deutschland. Der Rat schlussfolgert, dass die Versorgung der deutschen Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen häufig nicht bedarfsgerecht erfolgt, sondern dass sie durch Über-, Unter- und Fehlversorgung gekennzeichnet ist.

Unter Unterversorgung ist eine komplette oder teilweise Verweigerung der Versorgung eines Bedarfs zu verstehen, obwohl diese wirtschaftlich zu Verfügung steht. Überversorgung ist die Versorgung über den bestehenden Bedarf hinaus entweder ohne jeglichen Nutzen oder mit so geringem Nutzen, dass dieser nicht im Verhältnis zu den aufgewendeten Kosten steht, also ineffizient ist. Es ist laut SVR zu unterscheiden zwischen „medizinischer Überversorgung“ und „ökonomischer Überversorgung“. Als medizinische Überversorgung wird eine Versor-

gung ohne indizierten Nutzen oder ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen für den Patienten bezeichnet. Bei ökonomischer Überversorgung handelt es sich um die Versorgung mit medizinischen Leistungen, die nur einen geringen Nutzen haben und ihre Kosten deswegen nicht rechtfertigen oder um Leistungen, die ineffizient erbracht werden. Im Fall der Fehlversorgung entstehe ein vermeidbarer Schaden. Dabei werden die drei folgenden Fälle unterschieden:

- eine nicht bedarfsgerechte Leistung führt zu einem vermeidbaren Schaden
- eine bedarfsgerechte, aber nicht fachgerecht erbrachte Leistung führt zu einem vermeidbaren Schaden oder
- ein vermeidbarer Schaden entsteht wegen verspäteter oder nicht sachgemäßer Durchführung einer Leistung.

Die Über-, Unter- und Fehlversorgung in Deutschland zu erkennen ist wichtig, da durch ihre Behebung Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem aufgedeckt werden. Wirtschaftlichkeitsreserven sind nach der Definition des SGB V die Summe von medizinischer und ökonomischer Überversorgung. Wirtschaftlichkeitsreserven lassen sich aber auch durch die Vermeidung von Unter- und Fehlversorgung verringern, wenn dadurch entstehende vermeidbare und teure Folgekosten verhindert werden. Nur eine bedarfsgerechte Versorgung sei auch eine effiziente Versorgung (SVR 2000/2001). In seinem Sondergutachten untersucht der SVR das Vorkommen nicht bedarfsgerechter Versorgung und gibt Handlungsempfehlungen, um die Wirtschaftlichkeitsreserven der Über-, Unter- und Fehlversorgung zu beheben und das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten.

Die Untersuchungsergebnisse seiner Studie erhielt der SVR unter anderem durch Befragungen von Patienten, Krankenversicherungen, Leistungserbringern, wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den Körperschaften mit gesetzlichen Bedarfsplanungsaufträgen. Durch die Befragung der verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen sollte eine sektorübergreifende, realitätsnahe Betrachtung gewährleistet werden (SVR 2000/2001). Bei seiner Untersuchung beschränkte sich der SVR in seinem Gutachten aus 2000/2001 vorerst auf die Versorgung der Zielgruppe chronisch kranker Patienten und folgende Indikationen:

- ischämische Herzerkrankungen
- zerebrovaskuläre Erkrankungen
- chronische, obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)

- Rückenleiden
- onkologische Erkrankungen
- depressive Störungen und
- Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.

Der SVR sieht bei allen betrachteten Krankheitsgruppen einen wesentlichen Verbesserungsbedarf. Bei allen untersuchten Indikationen beständen Formen von Über-, Unter- und Fehlversorgung, in denen Wirtschaftlichkeitsreserven verborgen liegen, eine ideale und bedarfsgerechte Versorgung existiere bei keiner der untersuchten Indikationen. Am Ende seines Gutachtens gibt der SVR Handlungsempfehlungen für jede Indikation, die dazu beitragen sollen, die Über-, Unter- und Fehlversorgung abzubauen und eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten.

Der SVR weist darauf hin, dass die Versorgung von chronisch Kranken wegen ihrer Komplexität besonders anfällig für Über-, Unter- und Fehlversorgung sei. Die Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker sei nach Meinung des Rats gerade deshalb so wichtig, weil die Bedeutung chronischer Erkrankungen insbesondere in den Industrienationen zunähme. Chronische Krankheiten erzeugten einen großen Teil direkter und indirekter Krankheitskosten. Durch den demographischen Wandel nähme die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen zu, da die meisten chronischen Krankheiten erst in erhöhtem Lebensalter auftreten. Häufig läge bei Chronikern dann eine Multimorbidität vor. Akutkrankheiten ließen sich durch den medizinischen Fortschritt mittlerweile immer besser behandeln. Daten über die Gesamtkosten, die chronisch Kranke in Deutschland verursachen, liegen bisher noch nicht vor, aber eine Untersuchung des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung habe herausgefunden, dass der geringe Anteil von chronisch erkrankten Patienten (dieser Anteil entspricht ca. 27 Prozent aller Patienten) etwa 55 Prozent der gesamten Jahresbehandlungskosten aller Patienten verursacht.

Folgende Punkte kritisiert der SVR an der Versorgung chronisch Kranker:

- *Dominanz akutmedizinischer Versorgung.* Das deutsche Gesundheitssystem sei gegenwärtig nicht an die Behandlung chronisch Kranker angepasst, seine Strukturen seien noch zu sehr auf die akutmedizinische Versorgung ausgerichtet. Ursächlich sei die Dominanz des traditionellen Modells des „sequentiellen Krankheitsverlaufs“. In diesem Modell sind Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege fest aufeinander folgende Maßnahmen. Bei chronischen Erkrankungen mit häu-

fig vorliegender Multimorbidität lasse sich dieses Modell jedoch nicht anwenden, da ihre Behandlung sehr viel komplexer sei.

- *Somatische Fixierung des Gesundheitssystems.* Bei der Behandlung chronisch Kranker würden häufig nur die somatischen Ursachen behandelt. Dass die Patienten in der Regel auch eine psychosoziale Betreuung benötigen, werde dabei nicht genug berücksichtigt. Psychische Erkrankungen würden oft bagatellisiert und die Forschung zu stark auf biomedizinischen-technischen Fortschritt ausgerichtet. Bei psychisch Kranken bestehe häufig eine Über- oder Fehlversorgung bei somatischen Leistungen, die notwendigen psychopharmakologischen und psychotherapeutischen Leistungen unterblieben dagegen, in den Bereichen bestehe eine Unter- und Fehlversorgung.
- *Aktiv-/Passiv-Problematik.* Patienten würden von Leistungserbringern häufig als passive Empfänger von Gesundheitsleistungen betrachtet. Aus Gedankenlosigkeit, Bequemlichkeit oder Überlastung würden Patienten von den Leistungserbringern nicht zur aktiven Mitwirkung an ihrer Behandlung motiviert.
- *Vernachlässigung von Prävention.* Da die Heilungschancen bei chronischen Krankheiten gering sind, sei eine frühzeitige Prävention wichtig. Gerade für chronische Krankheiten bestehe eine deutliche Unterversorgung im Bereich der Primärprävention. Der SVR sieht ein starkes Missverhältnis zwischen der Überversorgung im Bereich der kurativen Behandlung und der Unterversorgung im Bereich der Prävention und Rehabilitation von chronisch Kranken.
- *Vernachlässigung von Rehabilitation.* Auch die Rehabilitationsmaßnahmen gehören zu den großen Bereichen der Unterversorgung bei chronisch Kranken. Momentan gehöre die Rehabilitation noch nicht zur Routineversorgung chronisch Kranker, sondern gelte als Ermessensleistung. Wegen rechtlicher Schwierigkeiten und Abrechnungsproblemen gäbe es zur Zeit kaum Leistungsanbieter, die Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchführen. Wünschenswert sei eine ambulante wohnortnahe Versorgung, die auch das Umfeld des Patienten mit in die Behandlung einbezieht. Als Ursache der Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation macht der SVR verantwortlich, dass „die gewachsenen Strukturen der Gesundheitsversorgung, der Qualifikation und Sozialisation der Leistungserbringer im Wesentlichen dem akutmedizinischen Paradigma verhaftet sind“ (SVR 2000/2001:212). Diese veralteten Strukturen erklären die hohen Ausgaben für die akutmedizinische Versorgung und die dagegen viel geringer ausfallenden Aufwendungen für Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen chronisch Kranker. Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen würden als nicht so be-

deutend angesehen, da sie bei der Behandlung von akuten Notfallsituationen wie beispielsweise bei akutem Myokardinfarkt oder bei einem Schlaganfall nicht wirksam seien. Dabei werde nicht beachtet, dass die Vernachlässigung präventiver- und rehabilitativer Maßnahmen das Auftreten von behandlungsintensiven (chronischen) Krankheiten begünstigt. Viele schwere Erkrankungen, z.B. der Myokardinfarkt und der Schlaganfall gingen mit einer chronischen Erkrankung einher. Wenn nur die akute Krankheit behandelt wird, werde die zu Grunde liegende chronische Erkrankung unzureichend betrachtet und ein Teufelskreis von Über-, Unter- und Fehlversorgung entstehe. Wie bereits bemerkt, sieht der SVR starken Verbesserungsbedarf bei der Förderung von Prävention und Rehabilitation. In beiden Bereichen bestehe eine Unterversorgung, dabei sei eine bedarfsgerechte Versorgung mit Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen gerade bei chronisch Kranken medizinisch und volkswirtschaftlich sinnvoll.

- *Unzureichende Information, Schulung und Partizipation des Patienten und seiner Bezugspersonen.* Chronisch Kranke und ihre Angehörigen erhielten unzureichende Informationen und Schulungen bezüglich der Krankheiten, was ihre aktive Teilnahme am Behandlungsprozess verringert. Durch mehr Patientenschulungsmaßnahmen könnten Behandlungsfehler des Patienten verhindert und seine Compliance verbessert werden.
- *Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungskonzepten.* Die Verzahnung verschiedener Sektoren im Gesundheitswesen funktioniere in den meisten Fällen noch nicht zufrieden stellend. Die Interdisziplinarität zwischen den einzelnen Behandlungsschritten fehle, so dass eine Behandlung sich aus vielen Einzelbehandlungen zusammensetze.
- *Abweichen von Grundsätzen einer evidenzbasierten Versorgung.* Die Versorgung chronisch Kranker weiche häufig von den Grundsätzen der evidenzbasierten Versorgung ab. Die neuesten Erkenntnisse der Wissenschaft würden oft unzureichend, fehlerhaft oder verspätet in der alltäglichen Versorgung angewendet. Die Fülle aktueller Erkenntnisse sei groß und die bestehenden Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Personal im Gesundheitswesen reichten nicht aus, um jederzeit eine evidenzbasierte Versorgung gewährleisten zu können.
- *Chronisch Kranke als schlechte Risiken.* Behandlungen chronisch Kranker würden aufgrund von Zwängen der Budgetierung abgelehnt. Für die gesetzliche Krankenversicherung und die Leistungserbringer dürfe die Behandlung chronisch Kranker keine

Umsatzeinbußen bedeuten, Anreize für eine bedarfsgerechte Versorgung müssten geschaffen werden.

- *Unzureichende Berücksichtigung der speziellen Versorgungsbedürfnisse chronisch Kranker in der Qualifikation und Sozialisation der Gesundheitsberufe.* Die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung müsse die Versorgung chronisch Kranker besser berücksichtigen. Ärzte, Pfleger und weiteres Personal im Gesundheitswesen würden eher in der kurativen Behandlung von Patienten geschult und fortgebildet. Die Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Prävention, Beratungskompetenz und der Umgang mit modernen Informationstechnologien (z.B. Telematik und Telemedizin) blieben noch zu häufig unberücksichtigt (SVR 2000/2001).

### 3.1.2 *Qualitätsdefizite in der Arzneimittelversorgung*

Der SVR bemerkt in seinem Gutachten aus 2005: „Die Arzneimittelversorgung in Deutschland erreicht in der Regel alle Menschen, die ihrer bedürfen, und erfolgt hinsichtlich Innovationsgrad und wissenschaftlicher Fundierung auf hohem Niveau“ (SVR 2005:370). Durch ein gestiegenes Qualitätsbewusstsein der niedergelassenen Ärzte habe sich die Qualität der Arzneimittelversorgung seit den letzten Jahren deutlich verbessert. Die Existenz von Defiziten in der Arzneimittelversorgung, die sich durch Über-, Unter- und Fehlversorgung bemerkbar macht, räumt der SVR jedoch ein. Es gäbe deutliche Hinweise auf Versorgungsdefizite bei der Verordnung und Anwendung von Arzneimitteln. (SVR 2005).

Als Ursache für die hohen Gesundheitsausgaben im Bereich der Arzneimittelversorgung werden Ausgaben

- für nicht wirksame Präparate
- für Präparate, die eine geringere Wirksamkeit haben als preisgünstigere oder gleich teure Präparate
- für Arzneimittel, die keine höhere Wirksamkeit haben als preiswertere Arzneimittel und
- der Verzicht auf die Verordnung bzw. Abgabe von preisgünstigeren Präparaten gleichen Wirkstoffs, obwohl solche zur Verfügung stehen

verantwortlich gemacht (SVR 2000/2001). Bei diesen Arzneimitteln sind nach Meinung des Sachverständigenrats noch Rationalisierungsmaßnahmen möglich.

Laut des Arzneimittelverordnungs-Reports (AVR) 2005 liegen bei Arzneimitteln mit umstrittener Wirksamkeit, bei verstärktem Einsatz von Generika und bei der Substitution von Analogpräparaten durch preiswertere Arzneimittel mit gleichem oder ähnlichem Wirkstoff ein hohes Einsparpotenzial vor.

Das Einsparpotenzial bei Arzneimitteln beziffert der Arzneiverordnungs-Report in 2004 auf insgesamt 2.923 Mio. € Diese Summe entspricht 13,5 Prozent des Arzneimittelumsatzes am Gesamtmarkt.

Das größte Einsparpotenzial sieht der Arzneiverordnungs-Report mit 1,219,6 Mio. € bei den Analogpräparaten. Analogpräparate sind Präparate, die neue Wirkstoffmoleküle mit gleichen pharmakologischen und klinischen Wirkungen wie bereits bekannte Arzneimittel enthalten. Einige Analogpräparate haben zum Zeitpunkt der Markteinführung keine relevanten indikationsspezifischen therapeutischen Vorteile für die Patienten, es handelt sich bei den Präparaten lediglich um chemische Innovationen durch die Variation von Molekülen. Andere Analogpräparate sind wiederum wichtige therapeutische Alternativen zu dem Originalpräparat, da unerwünschte Wirkungen oder Wechselwirkungen bei ihnen im Gegensatz zum Original nicht auftreten (Häussler et al. 2002). Wegen ihrer Ähnlichkeit zu bereits existierenden Arzneimitteln werden Analogpräparate auch „Me-too-Präparate“ genannt. Die Entwicklung dieser Wirkstoffe ist für Arzneimittelhersteller sehr attraktiv, da sie patentfähig sind (und damit von Konkurrenten erst einmal nicht nachgeahmt werden dürfen) und in großen Indikationsgruppen einen erheblichen Marktanteil erreichen können. Ihre Entwicklungskosten und die mit der Markteinführung verbundenen Risiken sind dagegen gering. Analogpräparate können durch Generika des ursprünglichen Innovationsproduktes substituiert werden, wenn dessen Patentschutz bereits abgelaufen ist. So lange bei der Leitsubstanz kein generischer Wettbewerb besteht, können Analogpräparate gegenüber dem Innovationsprodukt durchaus Einsparpotenzial bieten oder einen Preissenkungswettbewerb auslösen, da das Originalpräparat durch den Markteintritt von Analogpräparaten nicht länger eine Monopolstellung im Arzneimittelmarkt besitzt (SVR 2005). Im Gegensatz zur Meinung des AVR helfen Analogpräparate laut des Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung, Arzneimittelausgaben zu senken, weil sie den Preiswettbewerb zwischen Originalpräparat und Analoga forcieren und den Eintrittspreis von Generikapräparaten zu senken (Häussler et al. 2002). Wenn Analogpräparate oder Generika preisgünstiger als das Originalpräparat sind, ist die Verwendung des Originalpräparats nur vertretbar, wenn die Effektivität im Vergleich zu Analogpräparaten bzw. Generika geringer ist.

Das Einsparpotenzial bei den Analogpräparaten berechnen die Autoren des AVR als die Differenz zwischen dem Umsatz nach generischer Substitution und dem Umsatz nach Wirkstoffsubstitution. In 2004 betrug der Anteil der substituierbaren Analogpräparate in 33 Arzneimittelgruppen demnach 18,5 Prozent des Gesamtumsatzes. Gegenüber dem Vorjahr habe das Einsparpotenzial bei Analogpräparaten abgenommen. Ursächlich dafür sei hauptsächlich der Patentablauf mehrerer umsatzstarker Analogpräparate (Schwabe/Paffrath 2005).

Im Arzneimittelverordnungs-Report aus dem Jahr 2005 berichten die Autoren von Wirtschaftlichkeitsreserven im Generikamarkt in Höhe von 1,060 Mrd. €. Die Ermittlung des Einsparpotenzials bei den Generika erfolgt folgendermaßen: vom Umsatz aller generikafähigen Wirkstoffe wird der Gesamtumsatz ohne umstrittene Wirkstoffe ermittelt. Weiter wird ein preisgünstigerer Umsatz ohne umstrittene Wirkstoffe ermittelt. Die Differenz dieser Summe zum Gesamtumsatz ohne umstrittene Wirkstoffe ergibt das Einsparpotenzial bei den generikafähigen Wirkstoffen.

Zwar entfallen im generikafähigen Markt 70,1 Prozent des Umsatzes auf generische Produkte, aber das Marktsegment der generikafähigen Produkte nimmt an Bedeutung im Gesamtmarkt ab. 1993 betrug dieses Marktsegment noch 67,7 Prozent des Gesamtumsatzes, im Jahr 2004 dagegen nur noch 48,9 Prozent. In 2004 war erstmals seit 1993 der Anteil der Generikaverordnungen am generikafähigen Markt rückläufig. Seitdem verringere sich auch die Preisdifferenz zwischen Originalpräparat und Generikum. Während die Preisdifferenz zwischen Generikum und Originalpräparat in 2003 bei 31,3 Prozent lag, betrug sie in 2004 hingegen nur noch 17,9 Prozent. Ursächlich für diese Entwicklungen sei die Umgestaltung der Arzneimittelpreisverordnung im Rahmen des GMG. 600 Mio. € des gesamten Wirtschaftlichkeitspotenzials von 1,1 Mrd. € entfallen laut AVR bereits auf die Substitution teuer Generika durch preisgünstigere Generika (Schwabe/Paffrath 2005).<sup>3</sup>

Bei den umstrittenen Arzneimitteln besteht nach Ansicht der Autoren des AVR ein Einsparpotenzial von 643,2 Mio. €. Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit sind solche Arzneimittel, „deren therapeutische Wirksamkeit nicht oder nicht in ausreichendem Maß durch kontrollierte klinische Studien nachgewiesen worden ist“ (SVR 2005:295). Das Einsparpotenzial errechnet sich durch den Gesamtumsatz minus den Umsatz, der durch wirksame Arzneimittel substituiert werden kann. Der AVR aus dem Jahr 2005 macht dazu Vorschläge. Die Einspar-

---

<sup>3</sup> Die Neuregelungen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG) haben seit ihrer Einführung am 1. Mai 2006 jedoch erhebliche Preissenkungen im Generikamarkt bewirkt (IMS Health 2006).

potenziale bei den umstrittenen Arzneimitteln sinken seit Jahren kontinuierlich, was darauf hinweise, dass sich das Ordnungsverhalten der Ärzte grundsätzlich geändert hat. Seit 1992 sei der Ordnungsanteil dieser Arzneimittelgruppe von 38,7 Prozent auf 9,3 Prozent zurückgegangen, der Umsatzanteil sei von 30,7 Prozent auf 4,2 Prozent gefallen.

Trotz der hohen Ausgaben im Arzneimittelsektor seien jedoch nicht alle Patienten ausreichend mit den benötigten Arzneimitteln versorgt. In ihrem Gutachten für den Verband forschender Arzneimittelhersteller (VFA) e.V. mit dem Titel „Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland“ aus dem Jahr 2004 entdeckte die Fricke & Pirk GmbH (eine Beratungsfirma für Gesundheitsökonomie, eng verbunden mit IMS Health), dass bei vielen Indikationen eine Unterversorgung in der Arzneimittelversorgung besteht. Als Unterversorgung mit Arzneimitteln werden in der Studie folgende Zustände bezeichnet:

- Patienten werden gar nicht mit Arzneimitteln therapiert, obwohl es nötig wäre
- die Krankheit bleibt unentdeckt und deshalb unbehandelt
- Patienten werden nicht ausreichend mit Arzneimitteln behandelt und
- Patienten werden nicht gemäß Leitlinien behandelt.

In diesem Gutachten wird die Versorgungssituation der Bevölkerung mit Arzneimitteln bei folgenden elf ausgewählten Indikationen analysiert:

- chronische Herzinsuffizienz
- chronischer Schmerz
- Demenz
- Depression
- Hypertonie
- Koronare Herzkrankheit
- Migräne
- Multiple Sklerose
- Osteoporose
- rheumatoide Arthritis und
- Schizophrenie.

Auch die Versorgungssituation der Bevölkerung mit Schutzimpfungen wurde untersucht.

Bei allen Indikationen und im Bereich der Schutzimpfungen stellt die Fricke & Pirk GmbH Defizite in der Arzneimittelversorgung fest. Nicht bei allen untersuchten Indikationen seien die Defizite gleich gravierend. Bei der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen, Hypertonie, Migräne, Osteoporose, rheumatoider Arthritis und Schizophrenie sei die Versorgungssituation besonders schlecht. In 2002 gab es laut der Studie unter den GKV-Versicherten ca. 20 Mio. Patientenfälle, bei denen eine Unterversorgung mit Arzneimitteln festgestellt wurde. Bei der Betrachtung weiterer Indikationen, die nicht in der Studie berücksichtigt wurden, sei es wahrscheinlich, dass sich die Anzahl unterversorgter Patientenfälle erhöhe. Die Autoren vermuten, dass es sich bei der Unterversorgung der untersuchten Indikationen nur um „die Spitze des Eisbergs“ (Fricke & Pirk GmbH 2004:99) handelt. Es gäbe keine Anhaltspunkte dafür, dass die Versorgungssituation bei anderen Indikationen besser wäre. Im Bereich der Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten beständen ebenfalls deutliche Defizite. Beim Vergleich der epidemiologisch notwendigen Impfraten mit den tatsächlichen Impfraten werde deutlich, dass der Ist-Wert den Soll-Wert bei keiner der Infektionskrankheiten komplett erreicht. Besonders starke Impfdefizite beständen jeweils bei der zweiten Schutzimpfung gegen Masern, Mumps und Röteln, bei Influenza und Hepatitis B (Fricke & Pirk GmbH 2004). Die OECD bestätigt die schlechten Daten bei Impfungen gegen Influenza gerade bei älteren Personen. Für die Impfsituation gegen Masern, Mumps, Röteln und Hepatitis B liegen von der OECD keine vergleichbaren Daten vor. Die Inzidenz von Masern und Hepatitis B, d.h. von Krankheiten, die durch Impfschutz verhindert werden können, ist in Deutschland durchschnittlich (siehe Abschnitt 2.2.2), was darauf hinweisen kann, dass kein ausreichender Impfschutz besteht.

### **3.2 Ursachen der Qualitätsdefizite**

#### *3.2.1 Sektorale Budgets und Steuerungsmix*

Das deutsche Gesundheitssystem sei, wie das Gutachten des Sachverständigenrats aus 2000/2001 berichtet, noch nicht gut auf die Versorgung chronisch Kranker eingestellt. Für die unbefriedigende Versorgungssituation chronisch Kranker in Deutschland macht der SVR unter anderem die organisatorischen und strukturellen Schwierigkeiten verantwortlich, die die Umsetzung von neuen Konzepten in Deutschland behindern. Die bestehenden organisatorischen, informationellen und finanziellen Grenzen zwischen den Sektoren, Institutionen und Professionen bereiten Schwierigkeiten in Form von Schnittstellenproblemen bei der Optimierung der Versorgungsqualität.

Die Aufteilung der Gesundheitsleistungen in verschiedene Sektoren ist ein wichtiger Grund für Über-, Unter- und Fehlversorgungen in Deutschland. Im deutschen Gesundheitssystem gibt es keine sektorübergreifende Allokation der knappen Ressourcen. Im ambulanten Sektor, im stationären Sektor und bei den Arznei- und Hilfsmitteln existieren jeweils verschiedene Koordinationsinstrumente (Steuerung durch den Markt, korporatistische Steuerung, staatliche Steuerung), die sich teilweise auch überschneiden können.

In ihrem Gutachten aus 2000/2001 befragte der SVR auch die Nutzer des Gesundheitssystems nach ihrer Einschätzung bezüglich der Versorgungsqualität. „Die mangelnde Kooperation und eine unzureichende sektoren- bzw. schnittstellen-übergreifende Versorgung“ (SVR 2000/2001:26) wird von den Betroffenen als das zentrale Problem angesehen, das zu der bestehenden Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem führt. Dieser Kritikpunkt deckt sich mit den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung des Commonwealth Fund, die wir in Abschnitt 2.3 bereits vorgestellt haben. Die Befragten sehen deutliche Defizite bei der sektorübergreifenden Behandlung und der Zusammenarbeit von verschiedenen Sektoren. Besonders starke Auswirkungen habe die sektorale Trennung auf die Behandlung chronisch Kranker. Die Trennung des Gesundheitssystems in unterschiedliche Sektoren sei einer der Auslöser dafür, dass die Behandlung chronisch Kranker selten ganzheitlich betrachtet wird. Bei der Behandlung von chronisch Kranken beständen darüber hinaus Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme, die stärker von den Patienten als von den Leistungserbringern wahrgenommen werden. In der Regel müssten gerade diese Behandlung notwendigerweise über die Sektoren hinweg erfolgen. Moderne Informationstechnologien, z.B. Telematik und Telemedizin, würden aktuell noch nicht häufig eingesetzt. Diese könnten die Kommunikation auch zwischen den Sektoren deutlich verbessern (SVR 2000/2001).

Im Gutachten des SVR aus den Jahren 2000/2001 ist insbesondere die Leistungsfähigkeit der korporativen Koordination in die Kritik geraten. Nach Aussagen des SVR führt die korporative Koordination zu Intransparenz, verlängerten Entscheidungsprozessen und Problemen bei der Durchsetzung innovativer Ideen. Die Kollektivverhandlungen zwischen den verschiedenen Akteuren seien häufig langwierig und ergebnisarm. Der SVR fasst die Schwächen des korporativen Steuerungsmechanismus folgendermaßen zusammen:

- Die Krankenkassen haben im Leistungs- und Vertragsbereich nur wenige Gestaltungsmöglichkeiten. Nur für 8 Prozent ihrer Ausgaben hätten die Kassen einen eigenen Kassenvertrag, ca. 50 Prozent der Ausgaben würden kassenübergreifend vereinbart.

- Im ambulanten Bereich schließen die Landesverbände der Kassen mit den KVen Gesamtverträge (Ausnahme: integrierte- und hausarztzentrierte Versorgung). Die Vertragsärzte könnten dabei nur ihre erbrachten Mengen und die Qualität anpassen. Bei steigenden Mengen wird der Punktwert der ärztlichen Leistungen geringer, was zu Über- und Fehlversorgung führen kann.
- KVen handelten nach den mehrheitlichen Wünschen ihrer Mitglieder und nicht nach den ggf. innovativen Wünschen von Minderheiten. Nach außen hin verhielten sich die KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) monolithisch, da Einzelinteressen in ihren Entscheidungsprozessen nicht berücksichtigt würden. Verträge könnten dabei zu Lasten Dritter geschlossen werden, z.B. zu Lasten der Patienten. Innovative Verbesserungsvorschläge von Minderheiten hätten keine Chance, durchgesetzt zu werden.
- Aufgrund der dualen Finanzierung der Krankenhäuser könnten diese nicht eigenmächtig über notwendige Investitionen entscheiden. Die Investitionsfinanzierung sei zu stark landespolitisch ausgerichtet.
- Die Distribution von Arzneimitteln erfolge weitgehend wie in „zunfähnlichen Vertriebsstrukturen“ wegen des Verbots des Fremdbesitzes von Apotheken und eingeschränktem Mehrbesitzverbot. Diese Tatsache schränke den Wettbewerb bei der Arzneimittelversorgung ein.
- Die korporativen Organisationen kamen bei Vereinbarungen im Rahmen der Gemeinsamen Selbstverwaltung in den letzten Jahren immer seltener zu Ergebnissen, so dass Schiedsämter im ambulanten Sektor und das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im stationären Sektor einschreiten müssten, um Entscheidungen zu treffen.
- Ein Ausbau von sektorübergreifenden Versorgungsnetzen, die effektiver und effizienter als die in Sektoren getrennte Behandlung sind, sei wegen fehlender finanzieller Anreize und Fehlern bei der Planung der Versorgungsnetze noch nicht erfolgt.

Die sektorale Trennung des Gesundheitssystems stehe einer interdisziplinären Versorgung von Patienten im Wege und mache das Gesundheitssystem für alle Akteure intransparent. Entscheidungen würden durch oft langwierige Abstimmungen zwischen den korporativen Elementen getroffen. Bei Betrachtung dieser Gründe ist es für den Sachverständigenrat nicht verwunderlich, dass Deutschland im internationalen Vergleich des WHO-Reports aus 2000 und im Vergleich der OECD-Staaten keine Spitzenplätze bei der Gesamtzielerreichung des Gesundheitssystems erreicht (SVR 2005).

### 3.2.2 Ursachen für Effizienzreserven bei der Arzneimittelversorgung

Wie bereits in Abschnitt 3.1.2 beschrieben, existieren bei der Versorgung mit Arzneimitteln Effizienzreserven in Milliardenhöhe und erhebliche Qualitätsdefizite. Die Höhe der Ausgaben für Arzneimittel wird von der Mengen-, der Preis- und der Strukturkomponente bestimmt. Die Preiskomponente umfasst die Preisänderungen der verordneten Arzneimittel, die Mengenkomponekte umfasst die Veränderung der verordneten Menge und die Strukturkomponente umfasst die Veränderungen in Art und relativem Gewicht der verschriebenen Arzneimittel.

Deutschland zählt zu den wenigen Ländern im internationalen Vergleich, in denen die Arzneimittelpreise von den Herstellern weitgehend frei bestimmt werden können (Greß et al. 2005). Weder der Staat noch die gemeinsame Selbstverwaltung haben direkten Einfluss auf die Preisbildung. Die Arzneimittelversorgung erfolgt also hauptsächlich durch marktwirtschaftliche Steuerungselemente. Eine Ausnahme bildet die Festbetragsregelung nach § 35 SGB V. Festbeträge sind eine indirekte Form der Preisregulierung. Sie greifen nicht direkt in die Preisfestlegung der Hersteller ein, sondern setzen Erstattungshöchstgrenzen für die GKV fest (Schwabe/Paffrath 2005).

Bis zur Festbetragsgrenze übernehmen die Krankenkassen die Kosten für ein Arzneimittel. Wenn der Preis des Arzneimittels den Festbetrag übersteigt, muss der Patient die Differenz zusätzlich zu dem ohnehin zu entrichtenden Zuzahlungsbetrag selbst bezahlen. Festbeträge sollen einen Preiswettbewerb hervorrufen und Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen.

Die Menge und die Struktur der verschriebenen Arzneimittel werden vom verordnenden Arzt bestimmt. Der Arzt entscheidet, für welchen Wirkstoff bzw. für welches Präparat in welcher Packungsgröße und Darreichungsform er ein Rezept ausfüllt. Für Ärzte existieren dabei in der aktuellen gesetzlichen Situation nur wenige Anreize für eine sparsame und effiziente Arzneimittelverordnung. Ein Versuch, das Verschreibeverhalten der Ärzte zu regulieren, sind die arztgruppenspezifischen fallgruppenbezogenen Richtgrößen, die Ärzte bei der Arzneimittelversorgung berücksichtigen sollen. Dieses System wirkt wie ein individuelles Budget. Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollen das Ordnungsverhalten der Ärzte überprüfen. Bei starker Überschreitung der Richtgrößen droht den Ärzten ein Regressverfahren. Diese Maßnahmen wirken aktuell allerdings eher wie ein „stumpfes Schwert“, da kaum Überprüfungen durch Prüfungsausschüsse stattfinden und selten Sanktionen zu befürchten seien (SVR 2005). Die Neuregelungen des AVWG sehen vor, dass Ärzte bei sparsamen und effizienten Verschreibungsverhalten eine Prämie erhalten. Diese soll als Bonuszahlung der Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen. Bei unwirtschaftlichem Verhalten müssen die Ärz-

te dagegen gegenüber den Krankenkassen eine Ausgleichszahlung tätigen. Der Anreiz zur sparsamen Arzneimittelverordnung ist für den einzelnen Arzt gering, da die eventuelle Bonuszahlung erst an die KV gezahlt wird und ihm nicht direkt zu Gute kommt. Zudem könne durch die Neuregelung eine Unterversorgung der Patienten mit Arzneimitteln belohnt werden (Häussler et al. 2006).

Ein Ansturm von Pharmareferenten auf die ärztlichen Praxen und deren mitgebrachte Zuwendungen beeinflussen das Verordnungsverhalten der Ärzte maßgeblich. Im Jahr 2001 hatte ein Arzt etwa 200 Kontakte zu Pharmareferenten (SVR 2005). Einen geldwerten Vorteil in Form von Geschenken anzunehmen, ist laut (Muster-)Berufsordnung der Bundesärzteschaft aus 2003 nicht gesetzeswidrig. Der Arzneiverordnungsreport aus 2004 bemerkt, dass Ärzte weit häufiger Arzneimittel verschreiben, wenn sie oft von Pharmareferenten der Arzneimittelhersteller aufgesucht werden (Schwabe/Paffrath 2004).

Ein weiteres Problem bei der Arzneimittelverordnung sind die unzureichenden Informationen, die Ärzte vom Arzneimittelmarkt erhalten. Die Ärzte können ihre Rezepte erst dann auf generische Arzneimittel umstellen, wenn sie von Patentausläufen Kenntnis haben. Zur Zeit sei der Informationsfluss dahingehend noch entwicklungsfähig.

Der SVR sieht die Aut-idem-Regelung als einen weiteren Grund dafür an, dass die Abgabe der preisgünstigsten Präparate an Patienten bislang nicht gewährleistet wird. Wenn der Arzt nicht selbst ein kostengünstiges Medikament verordnet oder eine Substitution ausschließt, ist der Apotheker verpflichtet, ein preisgünstiges Arzneimittel mit gleichem Wirkstoff, gleicher Stärke und Darreichungsform zu verkaufen. In wie weit Apotheker dieser Pflicht nachkommen, lässt sich jedoch nicht feststellen, denn ihre Arzneimittelauswahl wird bisher noch stark von den Zuwendungen der pharmazeutischen Industrie beeinflusst. Umsatzstarke Arzneimittelhersteller räumen den Apotheken hohe Rabatte ein, von denen die Krankenkassen hingegen nicht profitieren. Die Höhe der Rabatte beträgt nicht selten 15 bis 25 Prozent. Der Rabatt kann auch (noch) in Form von Naturalrabatten erfolgen, ab 2007 schließt das Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) die Gewährung von Naturalrabatten aus, da große Pharmaunternehmen dadurch einen Vorteil erlangen und der Preiswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt leidet. Der Arzneimittelverordnungs-Report aus 2005 fordert, dass neben den Vertragsärzten auch die Patienten in die Bemühungen um Kostenstabilität einbezogen werden sollen, um bestehende Einsparpotenziale schneller zu mobilisieren. Die Zuzahlungsregelung des GKV-Modernisierungsgesetzes biete keinen Anreiz für Patienten, Kosten sparend mit Arzneimitteln umzugehen. Anstatt dass durch die Zuzahlungsregelung wettbewerbsfördernde

Steuerungsanreize ausgelöst werden, gelte diese lediglich als Eintrittsgebühr in den Arzneimittelmarkt. Eine veränderte Zuzahlungsregelung, die den Patienten mehr Eigenverantwortung überlässt, halten die Autoren des AVR für sinnvoll, um die hohen Kosten im Arzneimittelsektor zu senken (Schwabe/Paffrath 2005). Durch das AVWG, das am 1. Mai 2006 in Kraft getreten ist, wurde diese Forderung mittlerweile umgesetzt. Bei einem Arzneimittelpreis, der inklusive Mehrwertsteuer 30 Prozent unter dem jeweils gültigen Festbetrag liegt, kann die Zuzahlung für Patienten komplett entfallen (§ 31 Abs. 3, SGB V). Diese Neuregelung wirkt als Anreiz für Patienten, beim Apotheker aktiv selbst günstige Arzneimittel nachzufragen. Außerdem wirkt sie als Anreiz für die Generikahersteller, ihre Produkte zu günstigeren Preisen anzubieten, um diese attraktiver zu machen. Der oben genannte Preisrückgang bei den Generikapräparaten ist insbesondere auf diese Gesetzesänderung zurückzuführen.

Die Strukturkomponente ist ursächlich für den Umsatzanstieg je Arzneimittelverordnung. Die Strukturkomponente ist mit 10,6 Prozent auf dem rezeptpflichtigen Markt und 23 Prozent auf dem Gesamtmarkt in 2003 sehr hoch. Sie setzt sich aus zwei Treibern zusammen: dem Intermedikamenteneffekt und dem Intramedikamenteneffekt. Hauptursache für die hohe Strukturkomponente ist der durch die Änderungen des GMG hervorgerufene Intermedikamenteneffekt, d.h. eine Verschiebung von preisgünstigeren zu anderen, teureren Präparaten. Die Auftriebskräfte des Arzneimittelmarktes durch die Einführung neuer hochpreisiger Medikamente wirken folglich nach wie vor. Der Intramedikamenteneffekt wird durch die Verordnung anderer Stärken, Packungsgrößen oder Darreichungsformen desselben Arzneimittels ausgelöst. Ein Grund für die starke Verordnungsänderung kann die neu eingeführte Praxisgebühr sein, wegen der Patienten die Häufigkeit ihrer Arztbesuche möglichst reduzieren möchten (Schwabe/Paffrath 2005). Die Folgen dieser Defizite sind hohe Ausgabenzuwächse im Arzneimittelbereich und Qualitätsprobleme bei der Arzneimittelversorgung durch fehlende Anreize, Arzneimittel effizient zu verordnen und effizient nachzufragen.

### **3.3 Bisherige Reformansätze und deren Bewertung**

Die Gesundheitsreformen in den letzten Jahren hatten vorrangig das Ziel der Kostendämpfung und der Beitragssatzstabilität. Allerdings gab es seit Veröffentlichung des World Health Reports 2000 und der des Gutachtens des Sachverständigenrats zur Über-, Unter- und Fehlversorgung auch eine Reihe von Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung, die Überwindung der sektoralen Trennung der Versorgungssektoren und die Stärkung selektivvertraglicher Steuerung abzielten. Die aus Sicht der Autoren zentralen Maßnahmen in diesem Zusammenhang werden in diesem Abschnitt kurz dargestellt und

bewertet. Dabei handelt es sich um Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung (insbesondere die Einführung von finanziellen Anreizen zur Einrichtung von strukturierten Behandlungsprogrammen und Einrichtung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) und Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Trennung in der Gesundheitsversorgung (insbesondere die Einführung von finanziellen Anreizen für integrierte Versorgung und Öffnung der stationären Versorgung für ambulante Behandlungen).

### *3.3.1 Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung*

Zu Beginn des Jahres 2002 wurden mit dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs (RSA) von der gesetzlichen Krankenversicherung Anreize zur Einrichtung von Disease-Management-Programmen (DMPs) eingeführt. Disease-Management-Programme sind strukturierte Behandlungsprogramme, die speziell für die Behandlung chronisch kranker Patienten entwickelt wurden. Die Diagnostik und Therapie der DMPs soll den Verfahrensregeln der evidenzbasierten Medizin folgen. Diese soll die Qualität der Versorgung garantieren, indem wissenschaftliche Erkenntnisse systematisch aufgearbeitet und Ärzte zeitnah über die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden informiert werden. Patienten sollen mehr Eigenverantwortung an ihrer Behandlung erhalten und die Behandlung soll nach den Erkenntnissen der evidenzbasierten Medizin in standardisierten Leitlinien erfolgen. Für mehrere chronische Krankheiten existieren bereits vom Bundesversicherungsamt (BVA) akkreditierte DMPs. Dabei handelt es sich um die Indikationen

- Diabetes Mellitus Typ 1 und 2
- Brustkrebs
- KHK
- Asthma und COPD.

Weitere strukturierte Behandlungsprogramme, z.B. für Demenz befinden sich in Vorbereitung, bisher ist unklar, ob sie tatsächlich eingeführt werden.

Die meisten Verträge auf der Seite der Leistungserbringer werden zwischen den Krankenkassen und den KVen abgeschlossen, selten existieren Verträge direkt zwischen Kassen und einem Netzwerk von Ärzten oder mit Krankenhäusern direkt, obwohl die Möglichkeit dazu besteht (Greß et al. 2006a).

Vor der Gesetzesänderung existierten für die Kassen nur wenige Anreize dazu, sich aktiv um die Versorgung chronisch Kranker zu kümmern. Das Verfahren des Risikostrukturausgleichs

bis 2001 bot den Krankenkassen hingegen Anreize zur Risikoselektion ihrer Mitglieder. Für die Kassen war es attraktiv, möglichst nur junge, gut verdienende und gesunde Personen in ihren Versichertenpool aufzunehmen. Die Anzahl der an den akkreditierten DMPs teilnehmenden Personen wirkt sich seit der Gesetzesänderung auf die Berechnung des RSA aus. Für die in DMPs eingeschriebenen Personen werden gesondert altersspezifische Leistungsausgaben ermittelt und den Krankenkassen die höheren standardisierten Leistungsausgaben angerechnet. Wenn Kassen keine DMPs anbieten oder sich nur wenige Patienten in strukturierte Behandlungsprogramme einschreiben, erhalten die Kassen geringere Zahlungen aus dem RSA. Um keine finanziellen Nachteile zu haben, gab es seitens der Kassen ein erhöhtes Interesse, ihre Patienten von Ärzten in DMPs einschreiben zu lassen. Viele DMPs wurden innerhalb kürzester Zeit entwickelt und eine große Anzahl an Ärzten wurde unter Vertrag genommen, um Patienten zur Teilnahme an den DMPs zu bewegen. Bis Oktober 2005 gab es 5.487 zertifizierte DMPs und etwa weitere 10.000 Anträge für DMPs an die zertifizierende Behörde, die meisten davon für Diabetes (Greß et al. 2006a).

Ob die bereits laufenden DMPs effektiv sind und ob Patienten, die in DMPs eingeschrieben sind bessere Gesundheitszustände aufweisen, kann noch nicht abschließend beurteilt werden, da die bereits bestehenden DMPs noch nicht lange genug existieren. Das erste Disease-Management-Programm wurde im Januar 2003 zertifiziert, deshalb ist in diesem Jahr mit den ersten Ergebnissen zur Untersuchung der Effektivität von DMPs zu rechnen (Cassel et al. 2006a). Die ersten Forschungsergebnisse bis zum heutigem Datum zeigen positive Entwicklungen. In 2005 wurde bundesweit der erste Qualitätssicherungsbericht für DMPs für die Region Nordrhein vorgelegt. In diesem Bericht werden DMPs für die Indikationen Diabetes und Brustkrebs untersucht. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass DMPs den Patienten nutzen und sowohl Behandlungsabläufe, als auch die Qualität der Versorgung verbessern. Gleichwohl gäbe es noch Verbesserungsnotwendigkeiten, z.B. eine Vereinfachung der Dokumentation und Datenübertragung (Altenhofen et al. 2004). Kritiker von DMPs warnen vor Mehrausgaben durch strukturierte Behandlungsprogramme. Dadurch, dass DMPs immer nur für drei Jahre vom BVA genehmigt werden, haben die Kassen darüber hinaus wenig Flexibilität, neue Erkenntnisse und Therapiemöglichkeiten einzubringen. Jede Änderung an den Programmen, auch wenn sie allein der Verbesserung dient, muss wiederum vom BVA genehmigt werden.

Die hohe Anzahl an akkreditierten DMPs und an Anträgen für weitere DMPs zeigen ein großes Interesse der GKV an der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen. Gleichwohl sind die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bei den

meisten DMPs standardisiert und unterscheiden sich nicht maßgeblich, um Transaktionskosten so gering wie möglich zu halten (Cassel et al. 2006a). Durch die Kopplung an den RSA und die damit entstehenden finanziellen Vorteile für die Kassen besteht die Gefahr, dass eher die Quantität der teilnehmenden Versicherten als die Qualität der medizinischen Versorgung der Chroniker in den Vordergrund rückt, und deshalb schnell DMPs entwickelt werden, die keine wirkliche Verbesserung der Behandlung für die Patienten gewährleisten. Die Kopplung der DMPs an den RSA soll nach Einführung des morbiditätsorientierten RSA entfallen. Durch den morbiditätsorientierten RSA soll das Ungleichgewicht von gesunden und kranken Versicherten zwischen den Krankenkassen ausgeglichen werden. Nach seiner Einführung, die für 2007 geplant war, ist die Kopplung der DMPs an den RSA ist nicht mehr notwendig. Die weitere Entwicklung von DMPs ist in der derzeitigen gesundheitspolitischen Situation nicht vorhersehbar.

Als weitere Maßnahme zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung wurde zum 1. Juni 2004 das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) Stiftung gegründet. Seine gesetzliche Grundlage sind die mit dem GMG neu ins SGB V eingeführten §§ 139 a-c. Träger des Instituts ist der Gemeinsame Bundesausschuss. Dieser und das Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung sind Auftraggeber des IQWiG. Das IQWiG soll Operations- und Diagnoseverfahren, Arzneimittel, evidenzbasierte Leitlinien, und Gesundheitstechnologien bewerten, Recherchen und Evaluationen zu den neuesten medizinischen Erkenntnissen durchführen und eine zeitnahe Anwendung evidenzbasierter Medizin sicherstellen. Bei der Arzneimittelbewertung soll das Institut beurteilen helfen, ob das Medikament in die Festbetragsregelung einbezogen wird oder nicht. Anders als ursprünglich geplant bewertet das IQWiG nur den Nutzen und die Risiken von Arzneimitteln, eine Evaluation der Kosteneffektivität erfolgt nicht. Das Institut soll weiter Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen geben und Patienteninformationen erstellen, die für die Bürger gut verständlich sind. Eine eigene Entscheidungsgewalt bei der Auswahl der Verfahren und Arzneimittel für den Leistungskatalog der GKV hat das IQWiG nicht, es besitzt ausschließlich eine beratende Funktion. Es soll die Entscheidungsfindung des Gemeinsamen Bundesausschusses unterstützen. Die Bewertung von wissenschaftlicher Literatur und die Erstellung von Berichten und Patienteninformationen kann entweder vom IQWiG selbst übernommen oder an externe Anbieter ausgelagert werden.

Das IQWiG steht in der Kritik von Arzneimittelherstellern und Interessenverbänden, da dem Institut eine willkürliche Auswahl und Bewertung von Studien vorgeworfen wird. Versorgungsstudien würden selten in die Nutzenbewertung mit einbezogen. Die Ärzte in Deutsch-

land bemängeln durch die Beurteilungen des IQWiG eine unangemessene Beschränkung ihrer Therapiefreiheit. Die *Ärztezeitung* vom 3. April 2006 (o.V. 2006a) bemängelt die methodische Vorgehensweise des IQWiG und bemerkt, dass die Nutzenbewertung von Therapien und Arzneimitteln in Großbritannien und Schweden methodisch hochwertiger sei. In diesen Ländern gibt es vergleichbare Institute zum IQWiG.

Mit seiner Nutzenbewertung für kurzwirksame Insulinanaloga für Typ-2-Diabetiker geriet das IQWiG stark in die aktuelle Kritik. Das Institut bescheinigt den Insulinanaloga keine Überlegenheit im Vergleich zu Humaninsulin. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist dem Rat des IQWiG gefolgt, kurzwirksame Insulinanaloga sind nun von der Erstattungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen. So lange kurzwirksame Insulinanaloga mit Mehrkosten im Vergleich zu kurzwirksamem Humaninsulin verbunden sind, sind sie nicht verordnungsfähig. Die *Ärztezeitung* vom 27. Februar 2006 wirft dem IQWiG vor, keine unabhängigen Experten zur Untersuchung beauftragt zu haben. Versorgungsstudien würden hier nicht betrachtet und auch die Patientenperspektive fehle völlig (o.V. 2006b). Kritiker fordern in der *Financial Times Deutschland* vom 19. Juli 2006 eine Abschaffung der monopolartigen Nutzenbewertung des IQWiG, die Auswirkungen für alle GKV-Versicherten habe. Die Kassen sollten ihrer Meinung nach selbst Bewertungsstellen aufbauen dürfen und selbst entscheiden, welche Arzneimittel und Therapien erstattet werden (o.V. 2006c). Prof. Dr. Peter Sawicki, der Leiter des IQWiG, hält den Kritikern entgegen, dass Medizin evidenzbasiert sein müsse und dass es nicht wünschenswert sei, dass je nach Vorliebe des behandelnden Arztes unterschiedliche medizinische Methoden am Patienten angewendet würden (o.V. 2006d). Er entgegnet den Kritikern, dass unabhängige Wissenschaftler, die nicht in Verbindung mit den betroffenen und kritisierenden Firmen stehen (dabei handelt es sich hauptsächlich um Pharmaunternehmen), bisher keine Kritik an den Methoden des IQWiG geübt hätten (o.V. 2006a). Der SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach lobt die Arbeit des IQWiG in der *Welt* vom 21.07.2006. Er ist der Meinung, dass Ausschlüsse von zu teuren Arzneimitteln aus dem Leistungskatalog der GKV dazu beitragen würden, die ständig steigenden Arzneimittelpreise zu senken. Ohne solche Maßnahmen sei das Problem der teuren Arzneimittelversorgung nicht in den Griff zu bekommen (o.V. 2006e).

### *3.3.2 Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Trennung*

Als eine wesentliche Ursache der bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem wird die historisch bedingte Aufteilung der medizinischen Versorgung in verschiedene Sektoren verantwortlich gemacht. In den jüngsten Gesundheitsreformen

widmete sich der Gesetzgeber verstärkt diesem Defizit und schaffte gesetzliche Rahmenbedingungen für sektorübergreifende Behandlungsprogramme. Zu diesen Behandlungsprogrammen gehören beispielsweise die bereits erwähnten Disease-Management-Programme, die integrierte Versorgung (IV), die hausarztzentrierte Versorgung und die Möglichkeit für Krankenhäuser, verschiedene medizinische Leistungen, unter anderem auch Operationen, ambulant vorzunehmen.

Mit der Gesundheitsreform im Jahr 2000 wurde das Versorgungskonzept der integrierten Versorgung eingeführt. Diese Versorgungsart wird gesetzlich in den Paragraphen 140 a-h SGB V geregelt. Das Ziel der IV ist die Förderung der interdisziplinär-sektorübergreifenden medizinischen Versorgung durch besseres Zusammenwirken von allen an der Behandlung beteiligten Personen über die Sektoren hinweg, z.B. Hausärzte, Spezialisten und Krankenhausärzte. Dies soll eine kosteneffektive Versorgung gewährleisten, die nicht durch die Trennung der verschiedenen Budgets der Sektoren behindert wird. Wegen rechtlicher und finanzieller Hindernisse wurden direkt nach der Einführung des Gesetzes jedoch nur wenige integrierte Versorgungsverträge geschlossen. Für die Krankenkassen und die Leistungserbringer gab es keine finanziellen Anreize integrierte Versorgungsprogramme einzuführen, da sich die Finanzierung über die Budgetgrenzen hinweg problematisch gestaltete. Die Bereinigung der ambulanten Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung war schwierig umzusetzen. Krankenhäuser wollten ihr Budget nicht zu Gunsten der ambulante ärztliche Versorgung beschneiden lassen und umgekehrt. Krankenkassen wollten keine Verträge schließen, die eine Doppelfinanzierung über Kollektiv- und Einzelverträge bedeutet hätten. Die formalen Hindernisse und inhaltlichen Fehlanreize, die seit der Einführung durch die Gesundheitsreform in 2000 bei der integrierten Versorgung noch bestanden, wurden mit dem GMG beseitigt (Greß et al. 2006a). Die integrierte Versorgung kann seitdem auf der Basis von direkten Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern erfolgen, die Notwendigkeit zum Abschluss von Rahmenverträgen ist durch die Gesetzesänderung entfallen. Dritte können einem bestehenden Vertrag zur IV nur noch beitreten, wenn alle Vertragspartner damit einverstanden sind, das garantierte Beitragsrecht Dritter ist nicht mehr gültig (SVR 2005). Inhaltlich besteht für integrierte Versorgungsverträge eine Fülle von Gestaltungsmöglichkeiten. Auch die Höhe der Vergütung und die Vergütungsform sind frei zwischen den Vertragsparteien verhandelbar. Zur Finanzierung der integrierten Versorgung wurde in den Jahren 2004 bis 2006 die Anschubfinanzierung geschaffen, die wie eine pauschale Form der Vergütungsbereinigung wirkt. In §140 d Abs. 1 SGB V ist geregelt, dass jährlich bis zu einem Prozent der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und der Krankenhausrechnungen für stationäre Versorgung als Anschubfi-

nanzierung für integrierte Versorgungsverträge verwendet werden können (Cassel et al. 2006a). Diese Maßnahme sichert die Bereitstellung finanzieller Mittel, die vor der Gesetzesänderung wegen der Bereinigungshürden der ambulanten Gesamtvergütung und der Krankenhausvergütung gescheitert war und stärkt den Ideenwettbewerb von Krankenkassen und Leistungserbringern im Bereich der integrierten Versorgung. Die Teilnahme an Formen der integrierten Versorgung ist sowohl für Leistungserbringer als auch für die Versicherten freiwillig. Zum 30. Juni 2006 waren bei der Gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V schon 2.469 Verträge zur integrierten Versorgung gemeldet, an denen insgesamt 3,7 Mio. Versicherte teilnehmen. Bei 21,2 Prozent der Verträge sind ein oder mehrere Krankenhäuser Vertragspartner, bei 18,9 Prozent Reha-Einrichtungen und Krankenhäuser, bei 18,6 Prozent niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser, bei 13,5 Prozent nur niedergelassene Ärzte, bei 6,6 Prozent Rehaeinrichtungen und niedergelassene Ärzte und bei 3,8 Prozent der geschlossenen Verträge niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. 51,6 Prozent der Verträge würden mit mehreren Krankenkassen geschlossen, 48,4 Prozent der Verträge nur mit einer Kasse (BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH 2006).

Die Anschubfinanzierung von einem Prozent birgt jedoch nicht nur Vorteile, sondern auch einige Unklarheiten. Über die Unklarheiten bei der Verwendung, d.h., welche Leistungen aus der Anschubfinanzierung zu vergüten sind, urteilen zunehmend Sozialgerichte und Aufsichtsbehörden, was sich negativ auf ein aktives selektives Vertragsgeschehen auswirkt. Aufgrund der zeitlichen Befristung der Anschubfinanzierung müssen Lösungen für den Folgezeitraum gefunden werden. Spätestens ab dem Zeitpunkt des zeitlichen Ablaufs der Anschubfinanzierung oder wenn die 1 Prozent-Grenze überschritten wird, stellt sich wieder die Frage, wie die Schnittstellenproblematik mit den kollektiven Sektoralbudgets gelöst werden kann. Ohne klare gesetzliche Vorgaben wird es aufgrund der unterschiedlichen Interessen aller Beteiligten keine Lösungen geben, zudem besteht dann auch wieder das Problem der Mehrfachfinanzierung. Die Investitionsproblematik bei der Etablierung von integrierten Versorgungsformen muss noch gelöst werden. Diese Problematik, wie IV-Projekte nach Ausschöpfen des 1 Prozent-Budgets oder nach Ablauf der Anschubfinanzierung zusätzlich zu den Kollektivbudgets finanziert werden können, behindert insbesondere die Ausgestaltung wirklich umfassender und innovativer IV-Modelle. Diese können nur nach längerer Laufzeit und nur wenn Einsparungen in den traditionellen Versorgungsformen vorgenommen werden zeigen, dass sie den traditionellen Versorgungsformen in Qualität und Wirtschaftlichkeit überlegen sind. Der dazu nötige Investitionsbedarf wird derzeit zeitlich und finanziell unterschätzt. Die dreijährige

Laufzeit der Anschubfinanzierung reicht für wirkliche Strukturinnovationen nicht aus. Bisher gibt es im Gesetz auch noch kein Konzept zur konsistenten Bereinigung der Kollektivvergütung nach Ablauf der Anschubfinanzierung. Die existierenden Bereinigungsvorschriften geben keine klaren Prinzipien vor, auf die die Bereinigung auszurichten ist um Effizienzgewinne gegenüber der traditionellen Versorgung zu realisieren..

Mit dem GMG wurde auch § 73 b SGB V neu eingeführt. Dieser Paragraph verpflichtet die Krankenkassen, ihren Versicherten so genannte Hausarztmodelle anzubieten. Bei dieser hausarztzentrierten Versorgung übernimmt der Hausarzt eine Art „Gatekeeper-Funktion“, indem er Patienten durch die Behandlung leitet und unnötige und kostenintensive Doppeluntersuchungen zu vermeiden versucht. Die Teilnahme der Versicherten an Hausarztmodellen ist freiwillig, bei Teilnahme jedoch mindestens ein Jahr bindend. Die Krankenkassen dürfen ihren Versicherten Anreize in Form von Beitragsermäßigungen oder Reduzierungen der gesetzlichen Zuzahlungen gewähren. In Deutschland sind die bisher geschlossenen Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung nicht besonders innovativ. Die Modellstruktur der meisten Verträge ist grundsätzlich ähnlich. Die Ärzte verpflichten sich insbesondere zu der ohnehin bestehenden Pflicht zur Fortbildung der Ärzte und zum Qualitätsmanagement. Die Vertragsinhalte, die zwischen Hausärzten und den Kassen vereinbart werden, sind in ihrer Variationsmöglichkeit stark eingeschränkt, denn sie unterliegen den Regelungen der Gesamtverträge zur vertragsärztlichen Versorgung; eine Budgetbereinigung ist bislang nicht vorgesehen. Diese Tatsache verhindert einen stärkeren Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Für Versicherte ist die Aufgabe der freien Arztwahl durch die Einschreibung in einem Hausarztmodell nur dann attraktiv, wenn Ihnen von den Kassen Zuzahlungs- oder Beitragsreduzierungen gewährt werden. Die Refinanzierbarkeit der Bonuszahlungen an die teilnehmenden Versicherten ist jedoch nicht gewährleistet, weshalb die Kassen nur in geringem Umfang Bonuszahlungen leisten. Internationale Erfahrungen zeigen, dass bei der ambulanten ärztlichen Versorgung zwar Ausgabensenkungen möglich sind, für die gesamten Gesundheitsausgaben sind durch.

Die ambulante Behandlung im Rahmen von Disease-Management-Programmen ist seit dem GMG nun auch im Krankenhaus möglich und wird in § 116 b SGB V geregelt. Die Vertragsschließung ist sowohl für die Kassen, als auch die einzelnen Krankenhäuser oder Krankenhauszusammenschlüsse freiwillig. Diese Gesetzesänderung ist eine Erweiterung der bestehenden Krankenhausbeteiligung an einem DMP, die Verhandlungsfreiheiten der Vertragspartner sind also eingeschränkt. Die Vergütungshöhe und -form können die Vertragsparteien jedoch selbst bestimmen. Es gibt bisher nur wenige DMP-Verträge nach § 116 b Abs. 1, da die Anrei-

ze dieser Verträge für Krankenkassen wegen der fehlenden Bereinigung und damit dem Problem der Mehrfachvergütung gering sind (Cassel et al. 2006a).

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen in den letzten Jahren eine Reihe von Möglichkeiten gegeben, Einzelverträge mit ausgewählten Leistungserbringern zu schließen. Die neuen Versorgungsformen sollen die bestehenden Sektorengrenzen aufbrechen und den Wettbewerb beispielsweise zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten und Rehabilitationseinrichtungen beleben. Die Möglichkeit Einzelverträge zu schließen, wird von den Kassen im Rahmen der integrierten Versorgung verstärkt in Anspruch genommen. In den übrigen selektiven Vertragsoptionen findet sie dagegen bisher noch wenig Beachtung. Grund dafür ist nicht das mangelnde Interesse der Krankenkassen an den neuartigen Vertragsoptionen. Vielmehr dämpfen die fehlenden Bereinigungsvorschriften bezüglich der Kollektivvergütungen die einzelvertragliche Dynamik. Für die integrierte Versorgung besteht zwar die 1 Prozent-Regelung, diese wirkt aber nur kurzfristig und benötigt zukünftig eine vernünftige Lösung nach Ablauf der Anschubfinanzierung. Gleichzeitig darf das Ziel, mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern durch Öffnung des Leistungsmarktes zu erreichen und damit Effizienzreserven zu generieren durch gesetzliche Vorschriften nicht behindert werden. Weiter können Verträge nur mit Mitgliedern der Kollektivsysteme geschlossen werden, was die selektive Vertragsschließung erschwert. Die Effektivität von DMPs kann wegen der zu geringen Laufzeit aktuell noch nicht abschließend beurteilt werden. Es existieren aufgrund der Gesetzesänderungen im Gesundheitswesen seit dem Jahr 2000 zwar Anreize für die Krankenkassen, neue Versorgungsformen einzuführen, die insbesondere die sektoralen Grenzen überwinden sollen, aber insbesondere fehlende Bestimmungen zur Bereinigung der Kollektivbudgets machen die Realisierung neuartiger Versorgungsstrukturen schwierig. Daher wurden durch diese Maßnahmen bisher nur in geringem Umfang Defizite vermindert.

## 4 Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Dieser Schlussabschnitt besteht aus zwei Teilen. Im Abschnitt 4.1 werden Maßnahmen entwickelt, die vor dem Hintergrund der in Abschnitt 3 identifizierten Ursachen für Qualitätsdefizite die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems durch Reformen auf der Leistungsseite stärken können. Außerdem werden in Abschnitt 4.2 die Maßnahmen des GKV-WSG im Hinblick darauf bewertet, ob sie dieses Ziel ebenfalls erreichen können.

### 4.1 Notwendige Reformen auf der Leistungsseite

Eine zentrale Erkenntnis aus Abschnitt 3 ist, dass sektorspezifische Budgets und kollektivvertragliche Steuerung im deutschen Gesundheitssystem wenig Spielraum für die Realisierung von Effizienzreserven lassen. In der Arzneimittelversorgung fehlt es den verschreibenden Ärzten darüber hinaus an finanziellen Anreizen zur effizienten Verordnung von Arzneimitteln. Vor diesem Hintergrund schlagen die Autoren dieser Studie vor, den Vertragswettbewerb auf der Leistungsseite insgesamt und im Besonderen in der Arzneimittelversorgung zu stärken. Vertragswettbewerb ist Bestandteil eines umfassenden wettbewerblichen Gesamtkonzepts für die GKV. Für den Vertragswettbewerb ist kreatives Potenzial der Krankenkassen und Leistungserbringer notwendig, um neue und innovative, insbesondere sektorübergreifende Versorgungs- und Vergütungsformen zu entwickeln. Die Kassen konkurrieren mit diesen neuen Versorgungsangeboten um ihre Versicherten. Gleichzeitig entsteht mehr Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern, da Krankenkassen mit ausgewählten Leistungserbringern Verträge für neue Versorgungsformen schließen können. Für einen solchen Vertragswettbewerb ist mittel- bis langfristig die Realisierung der folgenden Eckpunkte notwendig:<sup>4</sup>

#### 4.1.1 Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich

Der Risikostrukturausgleich soll Anreize für die Krankenkassen setzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu erhöhen, statt ihre Marktposition durch Risikoselektion zu verbessern. Die mit der Einführung des RSA verfolgten Ziele des Gesetzgebers sind bislang jedoch nur eingeschränkt erreicht worden. Zwar kompensiert der RSA die Unterschiede in der Risikostruktur in erheblichem Ausmaß – allerdings lohnt sich Risikoselektion nach wie vor.

---

<sup>4</sup> Zu den Abschnitten 4.1.1 bis 4.1.5 vgl. ausführlich (Ebsen et al. 2003b; Ebsen et al. 2003a). Zum Abschnitt 4.1.6 vgl. ausführlich (Greß et al. 2006c; Häussler et al. 2006; Klauber/Schleert 2006). Zum Abschnitt 4.1.7 vgl. ausführlich (Cassel et al. 2006a).

Insofern bestehen für die Krankenkassen noch keine hinreichenden Anreize, aktiv auf mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung einzuwirken.

Durch den morbiditätsorientierten RSA werden Krankenkassen keine Vorteile mehr haben, wenn sich die Risikostruktur ihrer Versicherten verbessert – und haben keine Nachteile mehr, wenn sich die Risikostruktur ihrer Versicherten verschlechtert. Nach Einführung des morbiditätsorientierten RSA werden kranke Versicherte keine schlechten Risiken für die Krankenkassen sein. Statt dessen wird sich vielmehr auch Wettbewerb um Kranke lohnen und die Anreize zur Entwicklung von attraktiven Versorgungsangeboten werden spürbar verstärkt (Jacobs et al. 2002). Ohne morbiditätsorientierten RSA wären für die Krankenkassen im Vertragswettbewerb starke Anreize vorhanden, keine qualitativ guten Leistungserbringer zu kontrahieren, da dies kranke Versicherte bindet; bei einem morbiditätsorientierten RSA haben die Krankenkassen hingegen auch deutliche Anreize, sich durch Vertragsabschlüsse mit Leistungserbringern mit guter Qualität zu profilieren.

### *4.1.2 Überwindung sektorspezifischer Regelungen*

Da die sektorale Segmentierung einen wesentlichen Grund für die bestehenden Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitswesen darstellt, wird die Überwindung der Sektorengrenzen eine wichtige Rolle im Vertragswettbewerb spielen: Die Krankenkassen werden Verträge bevorzugt mit solchen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern schließen wollen, die die sektorale Segmentierung der Versorgung überwinden helfen.

Die derzeit vorherrschende sektorspezifische Budgetierung ist mit der Entwicklung von innovativen und sektorübergreifenden Versorgungsformen nur schwer zu vereinbaren. Die Entwicklung sektorübergreifender Versorgungsformen im Rahmen wettbewerblicher Such- und Entdeckungsverfahren kann nur gelingen, wenn die Krankenkassen im Rahmen der von ihnen abzuschließenden Verträge die Möglichkeit haben, die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen sektorübergreifend einzusetzen. Dadurch können sie diese Ressourcen in diejenigen Versorgungsformen lenken, die ein möglichst hohes Maß an Qualität und Wirtschaftlichkeit aufweisen – unabhängig davon, ob diese Versorgungsformen im formalen Sinne ambulante, stationäre oder teils ambulante/teils stationäre Einrichtungen sind.

Ähnlich wie die sektorspezifischen Budgets werden in einem ausgebauten Vertragswettbewerb auch die sektorspezifischen Vergütungssysteme nur noch insoweit Bestand haben, wie sie sich im Rahmen des wettbewerblichen Such- und Entdeckungsverfahrens als leistungsfä-

hig erweisen. Dagegen behindert die staatliche Vorgabe und bis ins Detail gehende Regelung sektorspezifischer Vergütungsformen die Entwicklung sektorübergreifender Modelle.

### *4.1.3 Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots*

Unter den Begriff der Sicherstellung wird vielfach eine Reihe unterschiedlicher Funktionen subsumiert. Im Kern geht es jedoch allein um die Sicherung des Zugangs der Versicherten der GKV (bzw. aller Einwohner) zu allen im Bedarfsfall erforderlichen Versorgungsleistungen innerhalb eines für zumutbar gehaltenen räumlichen und zeitlichen Rahmens.

Im Vertragswettbewerb ist es die Aufgabe der Krankenkassen, den Versorgungsanspruch ihrer Versicherten im Bedarfsfall zu erfüllen. Dies geschieht im Regelfall durch entsprechende Vertragsabschlüsse mit Leistungsanbietern. Eine umfassende gebietsbezogene Bedarfsplanung ist unter den Bedingungen eines geregelten Vertragswettbewerbs überflüssig. Generelle Ansprüche von Leistungsanbietern auf Leistungsvergütung durch die Kassen auf der Grundlage einer zentralen Bedarfsplanung wären geradezu kontraproduktiv in Bezug auf die erwünschten Steuerungswirkungen des Vertragswettbewerbs.

### *4.1.4 Mehr Markttransparenz durch Qualitätsindikatoren*

Ohne mehr Markttransparenz und die damit verbundene ausreichende Information über Versorgungsleistungen und ihre Qualität sind aufgeklärte Entscheidungen der Versicherten über die Kassenwahl bzw. die Auswahl von Leistungserbringern nicht möglich. Der Vertragswettbewerb wird die Transparenz des Versorgungsgeschehens für die Versicherten bereits von selbst wesentlich erhöhen. Leistungsanbieter werden ein nachhaltiges Interesse daran haben, mit einem hohen Qualitätsniveau um Verträge mit Krankenkassen sowie um Patienten zu werben. Die Krankenkassen werden ein ebenso großes Interesse entwickeln, mit attraktiven Versorgungsangeboten um Versicherte zu werben. Darüber hinaus ist damit zu rechnen, dass Verbraucherorganisationen wie bei anderen Produkten und Dienstleistungen Preis und Qualität von Gesundheitsleistungen regelmäßig überprüfen und die Öffentlichkeit informieren werden. Nur wenn – ohne Begrenzung durch Werbeverbote – Qualität von den Marktteilnehmern nach außen sichtbar gemacht wird, kann erreicht werden, dass Qualität ein zentraler Wettbewerbsfaktor wird. Erforderlich sind allerdings Regelungen, die die Kassen und Leistungsanbieter zu umfassenden Informationen über das Leistungsangebot und dessen Qualität verpflichten und damit zugleich auch ermächtigen.

Alle Leistungsanbieter haben in diesem Modell eine Darlegungs- und Transparenzpflicht hinsichtlich bundeseinheitlich festgelegter Basisindikatoren der Qualität der Versorgung und sind

zur Veröffentlichung dieses Basisindikatorenbündels verpflichtet (McGlynn 2003). Im Basisindikatorenbündel sind relativ wenige Indikatoren enthalten, die in einem jährlichen Qualitätsbericht gegenüber den Vertragspartnern und der Öffentlichkeit nach außen dargestellt werden. Diese Indikatoren könnten sich etwa auf die Bereiche Teilnehmer und Leistungsprofil, Qualitätsfähigkeit/Qualitätsentwicklung, medizinische Prozesse und Ergebnisse und Bewertung durch Patienten beziehen (Szecsenyi/Stock 2002). Über diese Basisindikatoren hinaus haben Krankenkassen und Leistungserbringer die Möglichkeit, vertraglich weitere Qualitätsindikatoren zu vereinbaren und mit den Ergebnissen zu werben. Genauso können qualitätsbewusste Leistungsanbieter aus eigenen Antrieb Qualitätsindikatoren entwickeln und gegenüber Krankenkassen und Versicherten damit werben.

### *4.1.5 Organisationsreform*

Sonderregelungen für einzelne Kassen, die aus der Zugehörigkeit zu einem Kassenverband entstanden sind, können die Ergebnisse des Vertragswettbewerbs verzerren und sind daher zu beseitigen. Das gilt vor allem im Hinblick auf Personalkosten-, Errichtungs-, Schließungs- und Öffnungsprivilegien sowie Beschränkungen im Hinblick auf Vertragsgemeinschaften und Fusionen von Kassen jenseits der bestehenden Verbändezugehörigkeit. Im System des Vertragswettbewerbs haben alle Krankenkassen die gleichen Rechte, aber auch die gleichen Pflichten.

Notwendig ist es auch, allen Krankenkassen eine Option zur regionalen Beitragssatzgestaltung einzuräumen. Wenn alle Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, ihre Beitragssätze regional zu differenzieren, werden Wettbewerbsverzerrungen abgebaut. Zugleich werden die Anreize für die Krankenkassen genommen, gezielt Mitgliederselektion nach regionalen Kostenstrukturen zu betreiben.

Die Aufsicht über die Krankenkassen ist im Wettbewerbsinteresse nach funktionalen Gesichtspunkten inhaltlich und organisatorisch neu zu ordnen. Gegenwärtig unterliegen unterschiedliche am Wettbewerb teilnehmende Krankenkassen unterschiedlichen Aufsichten. Sie verfügen damit faktisch über unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten, was den Wettbewerb verzerren kann – bisweilen entsteht der Eindruck, dass der Wettbewerb der Krankenkassen durch einen „Wettbewerb der Aufsichtsbehörden“ ergänzt wird. Die Aufsicht über das Haushalts- und Geschäftsgebaren der Krankenkassen einschließlich der Aufsicht über die Zulässigkeit der Satzung sollte künftig einheitlich auf Bundesebene erfolgen – unabhängig davon, ob die zu beaufsichtigenden Kassen in einem oder in mehreren Ländern tätig sind. Durch die-

se Regelung wird sichergestellt, dass die Aufsicht über alle miteinander im Wettbewerb stehenden Kassen einheitlich erfolgt.

Aus der Perspektive der Länder steht in erster Linie die gesundheitliche Versorgung ihrer Einwohner im Blickpunkt, und zwar unabhängig davon, ob diese in ausschließlich regional oder überregional tätigen Kassen versichert sind. Deshalb sollten die Länder durchgängig die Aufsicht über die Zulässigkeit der von den Vertragspartnern im jeweiligen Land abgeschlossenen Versorgungsverträge wahrnehmen. Diese Regelung ist auch deshalb notwendig, damit die Länder die ihnen zugewiesene Aufgabe im Hinblick auf die Vermeidung von Versorgungsdefiziten wahrnehmen können.

### *4.1.6 Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung*

Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung bedeutet, dass einzelne Krankenkassen direkt mit den Herstellern über Preise, Mengen und Preis-Mengen-Kombinationen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln verhandeln können. Voraussetzung ist die zentrale Festlegung des Erstattungsanspruchs. Arzneimittel werden entweder als echte Innovationen bewertet oder in homogene Gruppen eingeordnet, in denen die einzelnen Präparate substituierbar sind.

Die Krankenkassen bleiben dazu verpflichtet, ihren Versicherten sämtliche als echte Innovationen bewertete Präparate zu erstatten. Die Preise für diese Innovationen werden weiterhin von den Herstellern festgelegt. Aus den zentral gebildeten Gruppen von generischen oder therapeutischen Substituten muss jede Krankenkasse ihren Versicherten aber nur mindestens ein Präparat anbieten. Konsequenz sind kassenindividuelle Positivlisten, die sich untereinander im Hinblick auf die angebotenen Präparate und teilweise auch im Hinblick auf die angebotenen Wirkstoffe unterscheiden – aber aus jeder Gruppe mit gleicher Wirkung mindestens ein Präparat umfassen müssen.

Die Krankenkassen können bei Umsetzung dieses Reformansatzes in Rabattverhandlungen mit den Herstellern eintreten. Sie haben hieran ein erhebliches wettbewerbliches Interesse, weil sie mit Blick auf den Beitragssatz die Arzneimittelausgaben aktiv steuern müssen. Die Hersteller ihrerseits werden ein hohes Interesse haben, ihre Produkte auf den kassenindividuellen Positivlisten zu platzieren und werden zu Rabatten besonders dann bereit sein, wenn die Krankenkassen im Gegenzug Mindestabnahmemengen garantieren.

Preis- und Preis-Mengen-Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung funktionieren umso effektiver, je besser die verordnenden Leistungserbringer in das Konzept einbezogen werden.

Der verschreibende Arzt kann durch individuell vertraglich vereinbarte Anreize dazu gebracht werden, die bevorzugten Präparate zu verordnen. Ausnahmen müssen zur Sicherung der ärztlichen Therapiefreiheit möglich bleiben.

Die Krankenkassen erhalten durch dezentrale Preisverhandlungen mit den Herstellern und die Möglichkeit zum Abschluss von exklusiven Lieferverträgen einen zusätzlichen Wettbewerbsparameter. Sie können sich durch Rabattregelungen mit den Herstellern und reduzierte Handelsspannen im Kassenwettbewerb vorteilhaft positionieren. Wettbewerbsvorteile äußern sich in reduzierten Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Arzneimittel und in vorteilhaften Beitragssätzen im Vergleich zu Konkurrenten. Eine weitere Wettbewerbsstrategie für die Krankenkassen kann darin liegen, mehrere substituierbare Präparate zu kontrahieren und zu versuchen, Wettbewerbsvorteile über die Breite des angebotenen Arzneimittelsortiments zu erzielen und dafür auch auf Preisvorteile zu verzichten.

Wird Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung mit Vertragswettbewerb in der gesundheitlichen Versorgung insgesamt verknüpft, erhöht sich der Einfluss der Krankenkassen auf die Steuerung der Arzneimittelausgaben. In Selektivverträgen mit Leistungserbringern können sie auch Vereinbarungen über die Steuerung der Mengen- und Strukturkomponente abschließen – etwa durch die Übertragung von Budgetverantwortung an die Leistungserbringer.

### *4.1.7 Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen*

Wie bereits in Abschnitt 3 ausführlich dargestellt wurde, sind selektive Vertragsoptionen im SGB V jeweils nur ein Anhängsel der zahlreichen – überwiegend unverändert administrativ-kollektivrechtlich verfassten – Gesetzesregelungen zu den bestehenden sektoralen Beziehungen zwischen Krankenkassen(verbänden) und Leistungsanbietern. Weil sie zum anderen auf den jeweiligen, teilweise höchst unterschiedlich gestalteten sektoralen Kollektivvorschriften aufsetzen und sich in aller Regel an deren Grundlogik orientieren, sind auch die selektiven Vertragsmöglichkeiten durch ein hohes Maß an Uneinheitlichkeit gekennzeichnet. Eine Ausnahme davon sind allenfalls die Vorschriften zur integrierten Versorgung. Die hier dargestellten Vorschläge haben daher vor allem zum Ziel, kurzfristig den Abschluss von Selektivverträgen zu fördern.

*Mehr Möglichkeiten für sektorspezifische Selektivverträge.* Die bisher nur für die integrierte Versorgung geltenden Regelungen sollten auch für sektorspezifische Verträge genutzt werden können. Damit trägt der Gesetzgeber der Tatsache Rechnung, dass es auch innerhalb der Ver-

sorgungssektoren Wirtschaftlichkeitspotenziale gibt, die durch die Vertragspartner im Kollektivsystem nicht erschlossen werden können.

*Ausweitung der Anschubfinanzierung.* Die pauschale Bereinigung („1 Prozent-Regelung“ nach § 140d SGB V) in der integrierten Versorgung hat für nachhaltige Impulse zum Abschluss von Selektivverträgen und bei der Suche nach innovativen Lösungen gesorgt. Der Gesetzgeber sollte diese Impulse nicht nur erhalten, sondern noch weiter verstärken. Dazu sollte erstens die Regelung zur pauschalen Bereinigung künftig auch für sektorspezifische Selektivverträge nutzbar gemacht werden. Mit der Erweiterung des Anwendungsbereiches der Regelung zur Anschubfinanzierung auch auf sektorspezifische Selektivverträge sollte der Gesetzgeber zweitens eine Verdoppelung des Volumens der pauschalen Bereinigung vornehmen. Drittens sollte der Gesetzgeber die Laufzeit der pauschalen Bereinigung um fünf Jahre verlängern.

*Budgetbereinigung in der ambulanten und stationären Versorgung.* Der mögliche Übergang von einem System der Kollektivverträge zum System der Selektivverträge kann nicht über die pauschale Anschubfinanzierung alleine realisiert werden. Erforderlich sind vielmehr bereits während der Phase der Anschubfinanzierung für Selektivverträge, die im Umfang darüber hinausgehen, sowie für Selektivverträge im Anschluss an die Phase der pauschalen Anschubfinanzierung klare Regelungen einer Budgetbereinigung. Ohne eine solche Budgetbereinigung hätten die Krankenkassen kaum Anreize zum Abschluss von Selektivverträgen über die Anschubfinanzierung hinaus, weil sie die Vergütungen der selektivvertraglich vereinbarten Leistungen zusätzlich zu den Kollektivvergütungen entrichten müssten. Für die Budgetbereinigung muss der Gesetzgeber hinreichend klare Vorgaben machen, so dass die Kollektivvertragspartner bzw. die betroffenen Schiedsämter bzw. Schiedsstellen möglichst wenig Spielraum bei der Entscheidungsfindung haben. Es gilt der Grundsatz, dass die Kollektivbudgets um den Betrag bereinigt werden, den die im Selektivvertrag erbrachten Leistungen im Kollektivsystem gekostet hätten. Im Gegensatz zur Anschubfinanzierung gilt die Budgetbereinigung unbefristet.

*Überprüfung der Sicherstellung durch die Krankenkassen.* Es besteht ein gesundheitspolitisches Interesse daran, dass die Krankenkassen bei steigenden Anteilen der Versorgung in Selektivverträgen den insoweit auf sie übergehenden Sicherstellungsauftrag auch wahrnehmen. Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte daher verpflichtet werden, für den Fall, dass eine Krankenkasse mehr als 10 Prozent ihrer Versorgung über Selektivverträge organisiert, leistungsbezogene Mindeststandards festzulegen, die eine Krankenkasse zur Sicherstellung der

Versorgung in den Selektivverträgen realisieren muss. Damit sollte eine Verpflichtung der zuständigen Aufsichtsbehörde einhergehen zu überprüfen, ob die entsprechenden Krankenkassen in ihren Verträgen dieser Anforderung nachgekommen sind.

#### 4.2 Bewertung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

In diesem Abschnitt wird eine Bewertung der im GKV-WSG vorgesehenen Reformen vorgenommen. Dabei beschränken wir uns auf Reformen auf der Leistungsseite. Eine Analyse der Reformen auf der Finanzierungsseite – insbesondere hinsichtlich der Nachhaltigkeit der beschlossenen Reformen – wird an dieser Stelle nicht vorgenommen.<sup>5</sup> Wir untersuchen vielmehr, ob das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)“, zu dem inzwischen der Regierungsentwurf vorliegt, seinen Namen verdient und machen vor dem Hintergrund der Analyse des vorigen Abschnitts einige Änderungsvorschläge, durch die das erklärte Ziel der Wettbewerbsstärkung tatsächlich realisiert werden kann.<sup>6</sup>

*Hausarztzentrierte Versorgung:* Positiv hervorzuheben ist zunächst, dass der Gesetzentwurf eine konsequent selektivvertragliche Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) vorsieht. Dies ist unzweifelhaft ein Fortschritt gegenüber den im GMG getroffenen Regelungen, die eine unglückliche – und in der Praxis auch kaum umgesetzte – Vermischung von kollektivvertraglichen Regelungen zwischen Kassenverbänden und KV und selektivvertraglichen Regelungen zwischen Krankenkassen und Ärzten vorgesehen hatten. Zu den positiven Neuregelungen zählt auch, dass der Sicherstellungsauftrag insoweit auf die Krankenkassen übergehen soll, wie entsprechende Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung getroffen werden.

Allerdings bleibt auch an den nunmehr vorgesehenen Regelungen erhebliche Kritik zu üben. Zunächst stellt sich die Frage, warum diese Regelungen obligatorisch ausgestaltet sind. Woher weiß der Gesetzgeber, dass diese spezifische Form der hausarztzentrierten Versorgung zu einer Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung führt? International vergleichende Untersuchungen zeigen, dass hausarztzentrierte Versorgung nur unter sehr spezifischen Voraussetzungen die erwarteten Effekte zeigt (Greß et al. 2004). Nahe liegender wäre es vielmehr, den Kassen und Hausärzten die Organisation der hausarztzentrierten Versorgung grundsätzlich als Wettbewerbsfeld zu überlassen. Dort kann sich dann zeigen, ob und

---

<sup>5</sup> Dies geschieht durch eine Teilmenge der Autoren dieser Expertise etwa in (Greß et al. 2006b).

<sup>6</sup> Vgl. ausführlich zu einer früheren Fassung des GKV-WSG auch (Cassel et al. 2006b)

ggf. welche Formen von hausarztzentrierter Versorgung tatsächlich die erhofften Vorteile bringen,

Es ist anzuerkennen, dass der Gesetzentwurf die Bereinigungsproblematik der selektivvertraglichen hausarztzentrierten Versorgung in Bezug auf die Gesamtvergütung des Kollektivvertrages erkennt. Allerdings wird kein Bereinigungsverfahren vorgeschrieben, das die Vertragspartner des Kollektivvertrages und die Schiedsämter hinreichend bindet – hier müsste klarer zum Ausdruck kommen, dass die im Kollektivvertrag vereinbarte Vergütung zwingend um diejenigen Beträge zu bereinigen ist, die für selektivvertraglich vereinbarte Leistungen in der Kollektivversorgung angefallen wären.

*Besondere ambulante Versorgung:* Auch bei der so genannten „besonderen ambulanten Versorgung“ (§ 73c SGB V) ist zunächst positiv hervorzuheben, dass der Gesetzentwurf zum GKV-WSG – anders als die derzeitigen, mit dem GMG eingeführten und wegen der Vermengung von selektiv- und kollektivvertraglichen Aufgaben kaum umgesetzten Regelungen – eine konsequent selektivvertragliche Ausgestaltung einschließlich des Übergangs des Sicherstellungsauftrages vorsieht.

Leider erweist sich auch hier die Bereinigung der Gesamtvergütungen um selektivvertraglich vereinbarte Versorgungsleistungen als ein zentrales Problem. Es fehlt eine klare Vorgabe, die die Vertragspartner des Kollektivvertrages und die Schiedsämter hinreichend bindet. Wünschenswert wäre zudem, wenn für Selektivverträge zur besonderen ambulanten Versorgung eine Anschubfinanzierung vorgesehen wäre. An dieser Stelle muss auch darauf hingewiesen werden, dass eine parallele Regelung für die stationäre Versorgung fehlt – sektorale Selektivverträge für „besondere“ stationäre Versorgung sind daher nach wie vor nicht möglich. Wer die Stärkung wettbewerblicher Steuerungsstrukturen propagiert, darf den Krankenhausbereich jedoch nicht weiter als wettbewerblichen Ausnahmebereich behandeln. Die Einführung der DRGs als System der leistungsorientierten Krankenhausvergütung bietet eine gute Grundlage, um im ausgabenstärksten Leistungsbereich wirksamen Preiswettbewerb zu etablieren.

*Hochspezialisierte ambulante Versorgung im Krankenhaus:* Die gegenwärtige Regelung zur hochspezialisierten ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser (§ 116b Abs. 2 u. 3 SGB V) wird kaum praktiziert. Dafür gibt es zwei eindeutige Gründe. Zum einen müssen die entsprechenden Leistungsvergütungen von den Krankenkassen zusätzlich zur Gesamtvergütung an die KV und zu den regulären Krankenhausbudgets gezahlt werden. Zum anderen können Verträge über hochspezialisierte Leistungen schwer- und schwerstkranke und damit besonders

kostenintensive Versicherte „anlocken“. Ohne einen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich stellt dies ein Risiko für die Kassen dar.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Krankenhäuser im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zur Durchführung der hochspezialisierten ambulanten Leistungen ermächtigt werden sollen. Den Krankenkassen kommt allein noch die Aufgabe zu, diese Leistungen zu finanzieren. Hierbei kommt eine 0,5%ige Anschubfinanzierung zum Einsatz: Die Krankenkassen bilden einen Topf aus 0,5%igen Abzügen der Krankenhausrechnungen. Dieser dient dann der hälftigen Finanzierung der Ausgaben für hochspezialisierte ambulante Leistungen. Die andere Hälfte sowie alle über das Volumen der Anschubfinanzierung hinaus gehenden Ausgaben werden von den Krankenkassen finanziert.

Diese Regelung bedeutet das diametrale Gegenteil von wettbewerblicher Vertragssteuerung. Es ist absehbar, dass die einseitige Ermächtigung von Krankenhäusern zur Erbringung dieser Leistungen, die von den Kassen zumindest zu 50 Prozent zusätzlich finanziert werden müssen, zu Mengenausweitungen und Ausgabenzuwächsen führen wird. Den Ländern in ihrer Rolle als zentrale Krankenhausplaner zusätzliche Gestaltungsaufgaben für ambulante Leistungen einzuräumen, ist mit dem Ziel einer verstärkten Wettbewerbssteuerung ebenfalls nicht vereinbar – in dieser Perspektive müsste die Bedeutung zentraler Planungsakteure generell ab- und keinesfalls weiter zunehmen.

Damit die bisher bestehenden selektivvertraglichen Regelungen zur Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen im Krankenhaus von den Vertragspartnern genutzt werden, wäre zur eine adäquate Vorschrift zu Budgetbereinigungen bzw. zunächst eine ausreichenden Anschubfinanzierung sowie zur Neutralisierung des skizzierten Selektionsrisikos die – nicht nur aus diesem Grund überfällige – morbiditätsorientierte Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs geboten (siehe unten).

*Integrierte Versorgung:* Die Regelungen zur integrierten Versorgung (§§ 140a ff. SGB V) sind bislang der Kern selektivvertraglicher Regelungen. Insbesondere die pauschale Anschubfinanzierung hat die Umsetzung von Selektivverträgen in diesem Bereich enorm erleichtert. Allerdings hat sich der Zeitraum der Anschubfinanzierung als zu kurz erwiesen. Außerdem war bislang die Bereinigungsvorschrift für den Zeitraum nach der Anschubfinanzierung bzw. für das über die Anschubfinanzierung hinausgehende Volumen nicht hinreichend konkret formuliert.

Der Gesetzentwurf sieht nunmehr eine Verlängerung der Anschubfinanzierung bis zum Inkrafttreten des neuen ärztlichen Vergütungssystems vor. Dies ist zwar ein Schritt in die richti-

ge Richtung, er reicht jedoch nicht aus. Eine zweijährige Verlängerung ist insbesondere für solche Vorhaben, die ein umfangreicheres Investitionsvolumen voraussetzen – und gerade diese Verträge versprechen besondere Qualitäts- und Effizienzpotenziale –, als Planungshorizont zu kurz. Damit besteht die Gefahr, dass solche Projekte wegen mangelnder Investitionssicherheit unterbleiben. Zu fordern ist daher, die Anschubfinanzierung um fünf Jahre (also bis Ende 2011) zu verlängern.

Der Regierungsentwurf sieht eine Verlängerung der Anschubfinanzierung darüber hinaus nur für spezifische Projekte der Integrierten Versorgung vor, nämlich solche mit so genannter „bevölkerungsbezogener Flächendeckung“. Diese willkürliche Beschränkung ist nicht nachvollziehbar. Ähnlich wie bei der hausarztzentrierten Versorgung ist der Gesetzgeber von der Überlegenheit spezifischer Versorgungsformen überzeugt, ohne dass sich diese Überlegenheit im Wettbewerbsprozess erwiesen hat. Zu fordern ist daher, diese Beschränkung wieder zu streichen, zumal sie ohnehin nicht hinreichend präzise erscheint, so dass sich als Beschäftigungsprogramm für Sozialgerichte erweisen dürfte. Anstatt die Verwendung der Anschubfinanzierung weiter einzuschränken, sollte vielmehr eine Klarstellung erfolgen, dass diese Mittel für alle Aufgaben verwendet werden können, die mit der konzeptionellen und organisatorischen Vorbereitung und der eigentlichen Durchführung von Leistungen verbunden sind.

Auch bleiben die bereits bislang unzureichenden Regelungen zur Bereinigung der Kollektivvergütungen im Kern unverändert. Sachgerecht wäre es, die Budgets der Kollektivverträge um diejenigen Volumina zu kürzen, die bei einer Erbringung der selektivvertraglich vereinbarten Leistungen im jeweiligen Kollektivsystem entstanden wären. Dies müsste eindeutig im Gesetz oder durch eine entsprechende Rechtsverordnung geregelt werden, um den Kollektivvertragspartnern bzw. den Schiedsämtern keinen Interpretationsspielraum zu geben, der den Abschluss von Selektivverträgen im Ergebnis erschweren oder gar vollständig verhindern würde.

*Selektivverträge in der Hilfsmittel- sowie der Arzneimittelversorgung:* Der Übergang zu einem Selektivvertragsmodell in der Hilfsmittelversorgung ist zu begrüßen. In der Arzneimittelversorgung geht der vorgesehene Übergang zu Höchstpreisen tendenziell in die richtige Richtung. Wirtschaftlichkeitsreserven, die in niedrigeren Preisen weitergegeben werden können, werden in der Arzneimitteldistribution allerdings erst erschlossen werden können, wenn der Gesetzgeber das Fremd- und Mehrbesitzverbot von Apotheken aufhebt. Ohne diese Öffnung ist die Vorgabe, mindestens 500 Mio. Euro Rabatte zu vereinbaren, keine Maßnahme zur wettbewerblichen Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven, sondern schlichte admi-

nistrative Kostendämpfung. Eine konsequente vertragswettbewerbliche Ausrichtung der Steuerung in der Arzneimittelversorgung – wie erst kürzlich in dem vom BMG in Auftrag gegebenen Gutachten und von anderen Autoren gefordert (Glaeske et al. 2003; Greß et al. 2006c; Häußler et al. 2006; Klauber/Schleert 2006) – ist im GKV-WSG nicht zu erkennen.

*Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich:* Das GKV-WSG sieht eine Reihe von weit reichenden Veränderungen in Bezug auf den RSA vor – sowohl auf der Einnahmen- wie auf der Ausgabenseite. Auf der Einnahmenseite wird die Einführung des Gesundheitsfonds dazu führen, dass der Finanzkraftausgleich vervollständigt wird. Bislang wurden die Finanzkraftunterschiede zwischen den Krankenkassen nur zu etwa 92 Prozent ausgeglichen. Auf der Ausgabenseite sollen parallel zur Einführung des Gesundheitsfonds Morbiditätskriterien für die Festlegung des Beitragsbedarfs eingeführt werden. Diese dürfen keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen setzen. Der Bestimmung der Morbiditätsgruppen ist eine begrenzte Zahl von 50 bis 80 schwerwiegenden Krankheiten zu Grunde zu legen, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten die GKV-weiten durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen.

Die Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs wird dazu führen, dass Preisvorteile aufgrund von überdurchschnittlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen zukünftig entfallen werden – abgesehen von den massiven Wettbewerbsverzerrungen, die durch die Überforderungsklausel für die Zusatzprämie absehbar sind (Schawo/Schneider 2006). Darüber hinaus hat die Einführung des Gesundheitsfonds auch zur Folge, dass die Unterscheidung in Zahler- und Empfängerkassen entfallen wird.<sup>7</sup> Die Erfahrung etwa aus den Niederlanden zeigt, dass die politische Diskussion um die Weiterentwicklung des RSA ohne diese Unterscheidung deutlich unaufregter verläuft als dies in Deutschland in der Vergangenheit der Fall war. Die Erfahrungen aus den Niederlanden zeigen außerdem, dass mit den im GKV-WSG im Zuge der Einführung der Morbiditätsorientierung angesprochenen 50 bis 80 Krankheitsbildern die Wirksamkeit des RSA nachhaltig verbessert werden kann. Nicht nachvollziehbar ist allerdings, warum die Krankheitsbilder mindesten 50 Prozent höhere Leistungsausgaben je Versicherten induzieren müssen. Auch wenn die durchschnittlichen Leistungsausgaben um geringere Werte übertroffen werden, kann bei einer hohen Anzahl von betroffenen Versicherten ein erheblicher Wettbewerbsnachteil für die betroffenen Krankenkassen entstehen.

---

<sup>7</sup> Der RSA mutiert von einem „internen“ RSA zwischen den Kassen zu einem „externen“ RSA zwischen dem Gesundheitsfonds und den Kassen (van de Ven/Ellis 2000).

*Kassenartenübergreifende Fusionen und einheitliche Finanzaufsicht:* Der Gesetzentwurf sieht vor, kassenartenübergreifende Fusionen zu ermöglichen. Dies dient ausweislich der Entwurfsbegründung dem Ziel, den Konzentrationsprozess in Richtung auf eine kleinere Zahl größerer Kassen zu beschleunigen. Ein solcher Konzentrationsprozess könnte einmal regionale marktbeherrschende Konstellationen entstehen lassen. Die Begründung des Entwurfs geht davon aus, dass diese Kassenfusionen der Kontrolle des Bundeskartellamts unterliegen. Dies trifft nicht zu, da zum einen § 69 SGB V das Gegenteil regelt und zum anderen die Kontrolle über die Zusammenschlüsse den zuständigen Aufsichtsbehörden übertragen ist. Das Gesetz sollte darum eine Regelung enthalten, wonach die Genehmigung des Zusammenschlusses zu verweigern ist, wenn derselbe eine marktbeherrschende Stellung begründet oder verstärkt. Die einheitliche Finanzaufsicht über bundesunmittelbare wie über landesunmittelbare Krankenkassen durch den Bundesrechnungshof ist zu begrüßen.

← - - - **Formatiert:** Nummerierung und Aufzählungszeichen

## Literatur

Altenhofen, L./G. Brenner/W. Haß/U. Siering (2004). Qualitätssicherungsbericht 2004. Disease-Management-Programme in Nordrhein. Düsseldorf, Nordrheinische Gemeinsame Einrichtung Disease-Management-Programme GbR.

Beske, F./T. Drabinski/H. Zöllner, Hrsg. (2004). Das Gesundheitswesen in Deutschland im internationalen Vergleich - Eine Antwort auf die Kritik. Schriftenreihe Band 100. Kiel, Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung, Kiel.

Beske, F./T. Drabinski (2005). Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Band II: Geldleistungen. Kiel, Schmidt & Klaunig.

BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2006). Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion.

Cassel, D./I. Ebsen/S. Greß/K. Jacobs/S. Schulze/J. Wasem (2006a). Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.

--- (2006b). "Zu kurz gesprungen." Gesundheit und Gesellschaft 9(10): 42-45.

Ebsen, I./S. Greß/K. Jacobs/J. Szecseny/J. Wasem (2003a). Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung - Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Bonn, AOK-Bundesverband - AOK im Dialog (Band 13).

--- (2003b). "Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung." Soziale Sicherheit 52(4): 128-32.

Fricke & Pirk GmbH (2004). Gutachten "Defizite in der Arzneimittelversorgung in Deutschland". Nürnberg, Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Glaeske, G./J. Klauber/C. Lankers/G. Selke (2003). Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung.

- Greß, S./F. Hessel/S. Schulze/J. Wasem (2004). "Prospects of Gatekeeping in German Social Health Insurance Based on National and International Experience." Journal of Public Health **12**(4): 250-58.
- Greß, S./D. Niebuhr/J. Wasem (2005). Regulierung des Marktes für verschreibungspflichtige Arzneimittel im internationalen Vergleich. Baden-Baden, Nomos.
- Greß, S./A. Focke/F. Hessel/J. Wasem (2006a). "Financial incentives for disease management programmes and integrated care in German social health insurance." Health Policy **78**(2-3): 295-305.
- Greß, S./M. Manouguian/J. Wasem (2006b). "Lernen vom Nachbarn? Das GKV-WSG und die niederländische Krankenversicherungsreform im Vergleich." Soziale Sicherheit(10): in Druck.
- Greß, S./D. Niebuhr/J. Wasem (2006c). "Neue Wege zum fairen Pillen-Preis." Gesundheit und Gesellschaft **9**(3): 34-40.
- Gwatkin, D. R. (2000). "Health Inequalities and the Health of the poor: What do we know? What can we do?" Bulletin of the World Health Organization **78**(1): 3-18.
- Häussler, B./H. Grothe/P. Reschke/A. Höer/E.-G. Hagenmeyer/A. Ryll/E. Hempel (2002). Analog-Wirkstoffe im Arzneimittelmarkt: Therapeutischer Nutzen und Bedeutung für die Ausgaben der Krankenversicherungen. Berlin, IGES.
- Häussler, B./M. Albrecht/D. Cassel/E. Wille/H. Schröder/K. Nink/C. Lankers (2006). Steuerung der Arzneimittelausgaben und Stärkung des Forschungsstandortes für die pharmazeutische Industrie. Berlin et al, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit.
- IMS Health (2006). Generikapreise im europäischen Vergleich. Studie für den Verband Pro Generika. <http://www.progenerika.de/downloads/2435/IMSPreisvergleich.pdf>.
- Jacobs, K./P. Reschke/D. Cassel/J. Wasem (2002). Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der Gesetzlichen Krankenversicherung - Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit: Endbericht. Baden-Baden, Nomos, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 140.

Kelley, E./J. Hurst (2006). Health Care Quality Indicators Project - Initial Indicators Report. OECD Health Working Papers Nr. 22.

Klauber, J./N. Schleert (2006). "Mehr Mut zum Wettbewerb." Gesundheit und Gesellschaft **9**(4): 32-39.

Landmann Szwarcwald, C. (2002). "On the World Health Organisation's measurement of health inequalities." J Epidemiol Community Health **56**: 177-82.

McGlynn, E. A. (2003). "Introduction and Overview of the Conceptual Framework for a National Quality Measurement and Reporting System." Medical Care **41**(Suppl. 1): I-1 - I-7.

Michel, K./S. Schmax/J. Stanowsky/B. Wolf (2003). Economic Trend Report: Gesundheitswesen - Reformbedarf und Handlungsoptionen. Frankfurt, Allianz Group Economic Research. **2**.

Musgrove, P. (2003). "Judging health systems: reflections on WHO's methods." Lancet **361**: 1817-20.

Navarro, V. (2000). "Assessment of the World Health Report 2000." Lancet **356**: 1598-601.

o.V. (2006a). "IQWIG blendet Versorgungswirklichkeit aus." [http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/04/03/061a0601.asp?cat=.](http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/04/03/061a0601.asp?cat=)

--- (2006b). "Erneut Kritik am IQWIG." [http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/02/27/036a0106.asp?cat=.](http://www.aerztezeitung.de/docs/2006/02/27/036a0106.asp?cat=)

--- (2006c). "Ausweg aus der Sackgasse." <http://www.financial-times.de/unternehmen/gesundheitswirtschaft/97723.html>.

--- (2006d). "Peter Sawicki: Machtprobe des Pillentesters." [http://www.financial-times.de/karriere\\_management/koepfe/97110.html](http://www.financial-times.de/karriere_management/koepfe/97110.html).

--- (2006e). "Streit um Sparbeschluß zu Diabetes-Arzneien." <http://www.welt.de/data/2006/07/21/967054.html>.

OECD (2001). Canada conference 2001: "Measuring Up" - Improving health system performance in OECD countries, OECD.

--- (2006). "OECD-Gesundheitsdaten - Deutschland im Vergleich."

Sawicki, P. T. (2005). "Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland." Medizinische Klinik **100**(11): 755-68.

Schawo, D./W. Schneider (2006). Die Wirkungen der Härteregelung beim Zusatzbeitrag im Fondskonzept der Bundesregierung - Eine statistische Simulationsanalyse. Bonn, AOK-Bundesverband.

Schoen, C./R. Osborn/P. Trang Huynh/M. Doty/K. Zapert/J. Peugh/K. Davis (2005). "Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries." Health Affairs Web Exclusive **W5 - 509**.

Schwabe, U./D. Paffrath (2004). Arzneiverordnungs-Report 2004. Heidelberg.

--- (2005). Arzneiverordnungs-Report 2005. Heidelberg, Springer Verlag 2006

SVR (2000/2001). Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Berlin.

--- (2005). Gutachten 2005 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Berlin.

Szecsényi, J./J. Stock (2002). "Gute Netze halten länger: Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze." Gesundheit und Gesellschaft **5**(10): 16-17.

Ugá, A. D./C. Maria de Almeida/C. Landmann Szwarcwald/C. Travassos/F. Viacava/J. Mendes Ribeiro/N. do Rosário Costa/P. Marchiori Buss/S. Porto (2001). "Considerations on methodology used in the World Health Organization 2000 Report." Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro **17**(3): 705:12.

van de Ven, W. P. M. M./R. Ellis (2000). Risk Adjustment in competitive health plan markets. Handbook of Health Economics. A. J. Culyer, J. P. Newhouse. Amsterdam, Elsevier North Holland: 755-845.

Wait, S. (2004). Benchmarking A Policy Analysis. London, The Nuffield Trust.

WHO (2000). The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance, WHO.

Williams, A. (2001). "Science or marketing at WHO - A commentary on World Health 2000." Health Economics **10**(2): 93-100.