

Greß, Stefan; Maas, Stephanie; Wasem, Jürgen

Working Paper

Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem

Arbeitspapier, No. 154

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Greß, Stefan; Maas, Stephanie; Wasem, Jürgen (2008) : Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem, Arbeitspapier, No. 154, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/116616>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Stefan Greß • Stephanie Maas • Jürgen Wasem

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

Arbeitspapier 154

Effektivitäts-, Effizienz- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem

Stefan Greß

Stephanie Maas

Jürgen Wasem

Prof. Dr. Stefan Greß (stefan.gress@hs-fulda.de) Professor für Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie im Fachbereich Pflege und Gesundheit der Hochschule Fulda. Studium der Wirtschaftswissenschaft in Bremen und New York. Danach Arbeit an Dissertation und Tätigkeit als Berater für Krankenversicherungen. Promotion im April 2001 an der Universität Bremen. Danach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Assistent an den Universitäten Greifswald und Duisburg-Essen. Forschungs- und Publikationsschwerpunkte: Krankenversicherungsökonomie, Internationaler Gesundheitssystemvergleich, Gesundheitspolitik und Steuerung der Arzneimittelversorgung. Mitherausgeber des Jahrbuchs Risikostrukturausgleich.

Stephanie Maas, Bachelor of Science in Medical Management, hat nach ihrem Studienabschluss an der Universität Duisburg-Essen am Lehrstuhl für Medizinmanagement als wissenschaftliche Hilfskraft im Arbeitsbereich Gesundheitssystem, Gesundheitspolitik und Arzneimittelsteuerung gearbeitet. Aktuell ist sie in einem Wiesbadener Krankenhaus als Controllerin beschäftigt.

Univ.-Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem ist Inhaber des Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhls für Medizinmanagement der Universität Duisburg-Essen. Vorherige Stationen waren die Universität Greifswald, die Universität München, das Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung und eine Referententätigkeit im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Prof. Wasem ist u.a. Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der Betrieblichen Krankenversicherung. Er war Mitglied der Herzog-Kommission.

Impressum

Herausgeber: **Hans-Böckler-Stiftung**
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon: (02 11) 77 78-108
Fax: (02 11) 77 78-283
E-Mail: Erika-Mezger@boeckler.de

Redaktion: Dr. Erika Mezger, Leiterin der Abteilung Forschungsförderung
Best.-Nr.: 11154
Gestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, Juni 2008
€ 10,00

Inhaltsverzeichnis

0	Kurzfassung (Executive Summary)	7
1	Einleitung	9
2	Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich	11
2.1	Input im internationalen Vergleich	11
2.2	Output im internationalen Vergleich	13
2.2.2	OECD-Qualitätsindikatoren	15
2.2.3	Indikatoren im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung	18
2.2.4	Untersuchungen des Kieler Instituts für Gesundheits-System Forschung	19
2.2.5	Methodische Anmerkungen	20
2.3	International vergleichende Befragungen des Commonwealth Fund	23
3	Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem	27
3.1	Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitssystem	27
3.2	Reformansätze vor dem GKV-WSG und deren Bewertung	30
4	Gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	35
4.1	Notwendige Reformen auf der Leistungsseite	35
4.1.1	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich	35
4.1.2	Überwindung sektorspezifischer Regelungen	35
4.1.3	Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots	36
4.1.4	Mehr Markttransparenz durch Qualitätsindikatoren	36
4.1.5	Organisationsreform	37
4.1.6	Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen	37
4.2	Bewertung der Regelungen im GKV-WSG	38
5	Literatur	43
	Selbstdarstellung der Hans-Böckler-Stiftung	47

Tabellen und Abbildungen

Abbildung 1:	Anteil der Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten am BIP (2005)	12
Abbildung 2:	Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten in US-\$ KKP (2005)	12
Tabelle 1:	Ranking des deutschen Gesundheitssystems im WHO World Health Report	14
Tabelle 2:	Deutsche Platzierungen bei den OECD-Indikatoren	17
Tabelle 3:	Ranking der Mitgliedsstaaten der EU (EU 15) für die Indikatoren der OMK (nur Primärindikatoren, 2004)	18
Tabelle 4:	Zugang zu medizinischer Versorgung (Hausarzt)	23
Tabelle 5:	Zugang zu medizinischer Versorgung außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten	23
Tabelle 6:	Wartezeiten für elektive Eingriffe	24
Tabelle 7:	Fehler in der medizinischen Versorgung	24
Tabelle 8:	Probleme bei der Krankenhausentlassung	24
Tabelle 9:	Betreuung chronisch Kranker	25
Tabelle 10:	Versorgung von Diabetikern	25
Tabelle 11:	Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem	25

Abkürzungen

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
OMK	Offene Methode der Koordinierung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization

Kurzfassung (Executive Summary)

Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

Die Gesundheitsausgaben sind in Deutschland vergleichsweise hoch. Gemessen am BIP geben nur die USA, die Schweiz und mittlerweile auch Frankreich mehr Geld für Gesundheit aus. Bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf liegt Deutschland an zehnter Stelle unter den OECD-Staaten und damit 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 kleiner 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 den Patientenbefragungen des Commonwealth Fund wird aber auch deutlich, dass die deutschen Patienten mit der Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung unzufrieden sind. Außerdem wünscht sich, mit Ausnahme der USA, in keinem anderen der untersuchten Länder ein so großer Anteil der Patienten grundlegende Reformen des Gesundheitssystems wie in Deutschland.

Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem auch heute noch wegweisenden 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. Die Ursachen für Über-, Unter- und Fehlversorgung – und damit auch für das Vorliegen nennenswerter Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsreserven im deutschen Gesundheitssystem – sind vielfältig. Vor allem lassen jedoch sektorspezifische Budgets und kollektivvertragliche Steuerung wenig Spielraum für die Realisierung von Effizienzreserven.

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 könnten. 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 zu stärken. Notwendige Rahmenbedingungen für einen solchen Vertragswettbewerb sind mittel- bis langfristig die Überwindung sektorspezifischer Regelungen, die Entwicklung von aussagefähigen Qualitätsindikatoren und die Sicherstellung eines ausreichenden Versorgungsangebots. Der morbiditätsorientierte RSA sollte so ausgestaltet werden, dass er den Vertragswettbewerb fördert. 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.

Das GKV-WSG 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 im GKV-WSG 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 das GKV-WSG 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 bis zum Ende 2008 verlängert wurde. 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 der Begründung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) leitet die Bundesregierung die Notwendigkeit zu weiteren strukturellen Reformen im Gesundheitswesen folgendermaßen her:

„Im internationalen Vergleich ist das deutsche Gesundheitswesen leistungsfähig. Allerdings belegen nationale Studien und internationale Vergleiche, dass die Mittel zur Gesundheitsversorgung nicht überall effizient eingesetzt werden, so dass es teilweise zu Über- und Unterversorgung kommt, die Qualität der Versorgung erheblich variiert und Ressourcen nicht nur an Schnittstellen nicht optimal eingesetzt werden...“¹

Vor dem Hintergrund dieser Aussagen und dem überwiegend zum 1. April 2007 in Kraft getretenen 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 im GKV-WSG beschlossenen Maßnahmen dazu geeignet, die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems zu verbessern?

Abschnitt 2 dieser Arbeit fasst die Ergebnisse international vergleichender 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.²

1 Aus dem Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 20.12.2006. BT-Drucksache 16/3950. S. 1.

2 Bei der vorliegenden Expertise handelt es sich um eine aktualisierte Fassung der gleichnamigen Studie, die die Autoren im Oktober 2006 vorgelegt haben.

2 Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich

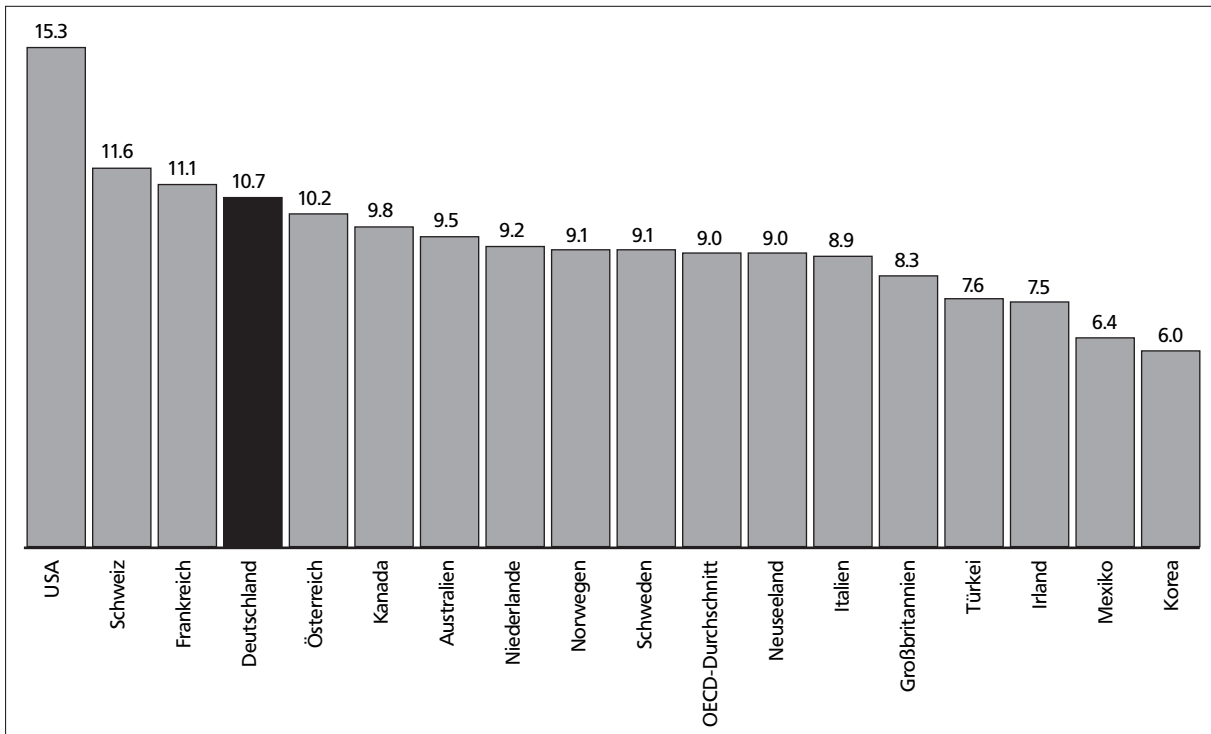
In diesem Abschnitt wird die Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems im internationalen Vergleich betrachtet. Zunächst wird ein Überblick über die Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Deutschland bzw. den Input in das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich gegeben (Abschnitt 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 2005 wurden 10,7 Prozent des Bruttoinlandprodukts (BIP) für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Der Durchschnitt der Gesundheitsausgaben in den OECD-Staaten lag in 2005 bei 9 Prozent des BIP. Die Gesundheitsausgaben betragen gemessen am BIP in Deutschland folglich knapp zwei Prozentpunkte mehr als im Durchschnitt der OECD-Staaten. Mit diesen Werten nimmt Deutschland nach den USA, der Schweiz und Frankreich einen Spitzenplatz unter den OECD-Staaten ein (vgl. Abbildung 1). Nur in den USA (15,3 Prozent), in der Schweiz (11,6 Prozent) und in Frankreich (11,1 Prozent) war der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP höher (OECD 2007).

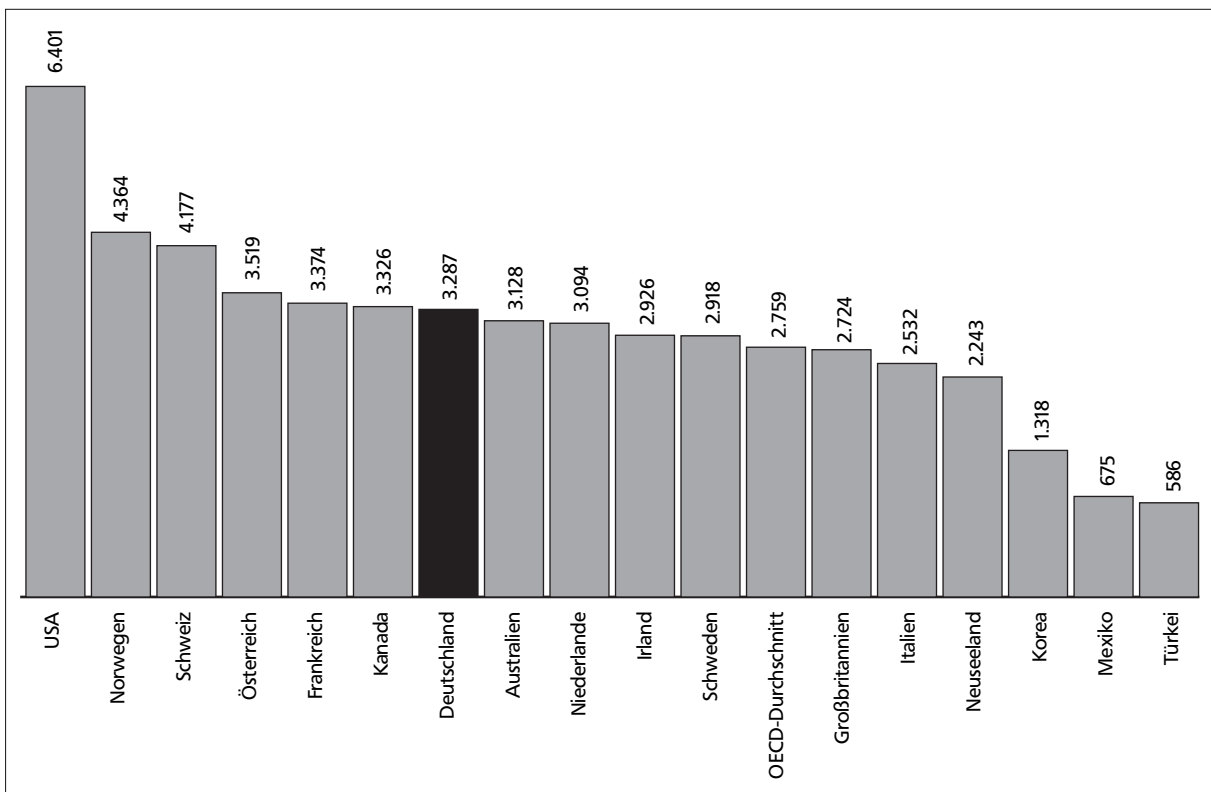
Als Indikator für den Einsatz von Ressourcen dienen auch die Gesundheitsausgaben eines Landes pro Kopf der Bevölkerung (vgl. Abbildung 2). Bereinigt um Unterschiede in der Kaufkraft lag Deutschland im Jahr 2005 mit Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von 3.287 US-\$ an der zehnten Stelle der OECD-Mitgliedsstaaten. Der OECD-Durchschnitt der Gesundheitsausgaben betrug in 2005 2.759 US-\$. Am höchsten sind die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in den USA (6.401 US-\$), in Luxemburg (5.352 US-\$), in Norwegen (4.364 US-\$) und in der Schweiz (4.177 US-\$). Der Anstieg der Gesundheitsausgaben verläuft in Deutschland in den letzten Jahren jedoch vergleichsweise langsam. Mit 4,0 Prozent jährlich hat Deutschland – gemessen in, um Unterschiede in der Kaufkraft bereinigten, US-\$ pro Kopf – im Zeitraum von 1996 bis 2005 die niedrigste Wachstumsrate aller OECD-Länder (OECD Health Data 2007).

Abbildung 1: Anteil der Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten am BIP (2005)



Quelle: (OECD 2007)

Abbildung 2: Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben von OECD-Staaten in US-\$ KKP (2005)



Quelle: (OECD 2007)

2.2 Output im internationalen Vergleich

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), die Europäische Union (EU), 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 2007 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 Gesund-

heitssysteme (dem Verhältnis von Input und Output) dargestellt. Im Folgenden werden die von der WHO verwendeten Indikatoren zur Messung der Gesamtzieleerreichung der Gesundheitssysteme jeweils kurz erläutert.

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

Indikatoren/Untersuchte Daten	Ranking des deutschen Gesundheitssystems
Gesundheitszustand der Bevölkerung (DALE)	22
Verteilung Gesundheitszustand	20
Patientensouveränität	5
Verteilung Patientensouveränität	3 – 38
Fairness der Finanzierung des Gesundheitssystems	6 – 7
Gesamtzieleerreichung (Output)	14
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 ein Konzept, bei dem die Lebenserwartung in Jahren ab einem festgelegten Alter gemessen und um Abschläge für gesundheitliche Beeinträchtigungen korrigiert wird. 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 Gesundheitsniveaus 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 der WHO Rang 5. Auch bei der Patientensouveränität sollte gemessen werden, ob bestimmte Bevölkerungsgruppen benachteiligt werden. Deutschland teilt sich bei diesem Indikator 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 Gesundheitsleistungen 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 Gesamtzieleerreichung 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 Gesamtpformance 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 Roundtable-Gespräche 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 Gesundheitssystemen 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.

Das Health Quality Indicators Projekt der OECD hat das Ziel, auf Unterschiede zwischen den verschiedenen Nationen aufmerksam zu machen. Sie versucht zu erklären, wodurch diese Unterschiede verursacht werden, 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). Die derzeit aktuellste Veröffentlichung der OECD in diesem Zusammenhang hat den Titel „Health Care Quality Indicators Project – Data Collection Update Report“ und wurde im Oktober 2007 veröffentlicht. In diesem Bericht wurden Qualitätsindikatoren untersucht, mit denen die Qualität und Effektivität von Gesundheitsleistungen bewertet werden kann. 32 Länder, 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 (Armesto et al. 2007).

Folgende Qualitätsindikatoren wurden von der OECD zur Messung des Outputs von Gesundheitsleistungen herangezogen (Armesto et al. 2007):

- 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 (Alter 5-39)
- Todesfälle 30 Tage nach akutem Myokardinfarkt
- Todesfälle 30 Tage nach Schlaganfall
- Wartezeit auf Hüftoperationen
- Jährliche Grippeimpfungsquote bei über 65-Jährigen
- Raucher-Quote
- Augenuntersuchungen bei Diabetikern
- Hospitalisierungsrate bei Asthma.

Die Ergebnisse der jeweiligen Länder bei den verschiedenen Indikatoren wurden in der Veröffentlichung der OECD, anders als im Gesundheitsreport der WHO, nicht in Rangfolgen zusammengefasst. Die erreichten Ergebnisse per Indikator werden genannt, Rankings werden aber nicht aufgestellt. Es gibt in dieser Studie demnach 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 (regelmäßige Raucher vs. Gewohnheitsraucher) miteinander verglichen. Auffällig an den deutschen Daten ist darüber hinaus, dass sie oftmals stark veraltet sind und mitunter auf regional begrenzten bzw. nicht repräsentativen Auswertungen beruhen, die eine Verallgemeinerung nur schwerlich zulassen.

Nicht bei jedem Indikator wurden alle teilnehmenden Länder miteinander verglichen, da nicht alle 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, Wartezeit auf Hüftoperationen und Hospitalisierungsrate bei Asthma.

Im internationalen Vergleich schneidet Deutschland laut OECD bei den meisten Indikatoren eher mittelmäßig 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 danach in Deutschland 69 Prozent. Im Vergleich mit 17 anderen OECD-Ländern erreicht Deutschland damit Rang 15. Bei der 5-Jahres-Überlebensrate nach Gebärmutterhalskrebs ist das Ergebnis ähnlich: Deutschland belegt mit 62 Prozent Rang 15 von 19. Bei dem Anteil der Frauen, die an Vorsorgeuntersuchungen auf Gebärmutterhalskrebs teilgenommen haben, liegt Deutschland im Mittelfeld. 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, Masern) liegt Deutschland laut OECD ebenfalls im Mittelfeld – bei Hepatitis B sogar im vorderen Mittelfeld. Die Impfrate bei zweijährigen Kindern ist in Deutschland im internationalen Vergleich sehr niedrig. Nach Aussage der OECD sterben im Jahr 0,16 von 100.000 Menschen im Alter von fünf bis 39 Jahren in Deutschland an Asthma – im internationalen Vergleich ein durchschnittlicher Wert.

Beim Indikator „Todesfälle im Krankenhaus 30 Tage nach akutem Myokardinfarkt“ liegt Deutschland mit einer Rate von 11,9 Prozent im hinteren Mittelfeld der Vergleichsländer. Relativ gut schneidet Deutschland nach den Berechnungen der OECD-Studie beim Indikator „Todesfälle im Krankenhaus 30 Tage nach einem Schlaganfall“ – sowohl bei der ischämischen Sterblichkeitsrate als auch bei der hämorrhagischen Sterblichkeitsrate. In Deutschland werden 41,7 Prozent der Menschen über 65 Jahre jährlich gegen Grippe geimpft – auch dies ist im internationalen Vergleich ein durchschnittlicher Wert. Die Raucherquote liegt in Deutschland bei 24,3 Prozent. Diese Quote entspricht etwa dem OECD-Durchschnitt. Im Gegensatz dazu ist der Anteil von Diabetikern, die routinemäßig an Augenuntersuchungen teilnehmen, im internationalen Vergleich in Deutschland relativ gering.

Trotz der angesprochenen Schwierigkeiten bei der Datenvergleichbarkeit lässt sich feststellen, dass das deutsche Gesundheitssystem bei keinem der untersuchten Indikatoren auf den vorderen Plätzen zu finden ist. Bestenfalls liegt Deutschland im vorderen Mittelfeld oder etwa im Durchschnitt der übrigen OECD-Staaten. Bei einigen Indikatoren liegt Deutschland sogar im internationalen Vergleich weit hinten – dies sind jedoch gerade die Indikatoren, die auf den am wenigsten repräsentativen Daten beruhen. Insgesamt bescheinigt also auch die Studie der OECD dem deutschen Gesundheitssystem allenfalls durchschnittliche Noten für die Qualität der Versorgung.

Tabelle 2: Deutsche Platzierungen bei den OECD-Indikatoren

Indikator	Rang	Daten Deutschland	Quelle
Brustkrebs 5-Jahres-Überlebensrate	15 von 18	69 Prozent	Saarländisches Krebsregister (1993-1997)
Gebärmutterhalskrebs 5-Jahres-Überlebensrate	15 von 19	62 Prozent	Saarländisches Krebsregister (1993-1997)
Gebärmutterhalskrebs Vorsorgeuntersuchungen	11 von 19	55,9 Prozent	GKV-Routinedaten (2002)
Darmkrebs 5-Jahres-Überlebensrate	13 von 19	43 Prozent (m), 45 Prozent (w)	Saarländisches Krebsregister (1993-1997)
<i>Inzidenz von Krankheiten, die durch Impfschutz verhindert werden können</i>			
Masern	14 von 21	0,15/100.000	RKI (2004)
Hepatitis B	7 von 21	1,5/100.000	
<i>Impfrate von zweijährigen Kindern</i>			
Masern	22 von 24	73 Prozent	Ergebnisse einer regionalen nicht repräsentativen Befragung (1999)
Hepatitis B	15 von 17	73 Prozent	
Sterblichkeitsrate für Asthma (Alter 5-39)	10 von 20	0,16/100.000	Todesursachenstatistik (2003)

Todesfälle 30 Tage nach akutem Myokardinfarkt (Sterblichkeitsrate im Krankenhaus)	15 von 25	11,9 Prozent	Krankenhausdiagnostik (1999)
<i>Todesfälle 30 Tage nach Schlaganfall (Sterblichkeitsrate im Krankenhaus)</i>			
Hämorrhagische Sterblichkeitsrate	6 von 21	21 Prozent	Krankenhausdiagnostik (1999)
Ischämische Sterblichkeitsrate	8 von 21	10,9 Prozent	
Jährliche Grippeimpfungsquote bei über 65-Jährigen	9 von 21	63 Prozent	RKI (2005)
Augenuntersuchungen für Diabetiker	8 von 12	49 Prozent	Bundesgesundheits-survey (1998)
Raucher-Quote	14 von 29	24,3 Prozent	Mikrozensus (2003)

Quelle: Eigene Tabelle nach (Armesto et al. 2007)

2.2.3 Indikatoren im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung

Die Europäische Union hat mit dem Beschluss des Europäischen Rats von Lissabon im Jahr 2000 die Offene Methode der Koordinierung (OMK) als Politikinstrument in denjenigen Politikfeldern beschlossen, die in der Kompetenz der Nationalstaaten liegen. Zu diesen Politikfeldern gehört auch die Gesundheitspolitik. Gegenstand dieses Prozesses – auf den im Detail an dieser Stelle nicht weiter eingegangen werden kann – ist unter anderem die Festlegung gemeinsamer Ziele und – für diesen Zusammenhang von besonderer Bedeutung – die Definition von Indikatoren, an denen die Erfüllung der gemeinsamen Zielsetzungen gemessen werden kann. Auf der Grundlage eines im Jahr 2006 vom zuständigen Sozialausschuss vorgelegten Indikatoren-satzes hat die BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung (Augsburg) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit Ende des Jahres 2007 ein Gutachten vorgelegt. Ziel dieses Gutachtens war es unter anderem, eine Abschätzung der Position Deutschlands im Vergleich zu den anderen Ländern der Europäischen Union vorzunehmen (Schneider et al. 2007).

Die angesprochenen Indikatoren werden aus dem Zielsystem der Europäischen Union im Hinblick auf die OMK in der Gesundheitsversorgung und der Langzeitpflege abgeleitet. Diese Ziele lauten:

1. Zugang zur Gesundheitsversorgung und Verminderung von Gesundheitsungleichheiten (Zugang)
2. Förderung der Qualität der Versorgung (Qualität)
3. Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung (Nachhaltigkeit)

Den drei Zielen wird jeweils ein hierarchisches Indikatorenportfolio zugeordnet. Zum einen wird in primäre, sekundäre und Kontextindikatoren unterschieden. Primäre Indikatoren sollen alle wesentlichen Dimensionen der Ziele erfassen und die Situation von bedeutenden Teilgruppen der Gesellschaft darstellen. Sekundäre Indikatoren sollen die primären Indikatoren im Hinblick auf die Aussagefähigkeit unterstützen. Kontextindikatoren sollen „das Indikatorportfolio in Bezug auf die Vergangenheit und wenn nötig im Hinblick auf zukünftige Tendenzen bewerten“ (Schneider et al. 2007: 3).³ Darüber hinaus wird noch in EU-Indikatoren und nationale Indikatoren unterschieden. EU-Indikatoren ermöglichen eine international vergleichende Bewertung während nationale Indikatoren lediglich die Beurteilung des Fortschritts von Mitgliedsstaaten in der Zielerreichung zulassen. Wir beschränken uns hier auf eine Darstellung von Primärindikatoren, die EU-weit zur Verfügung stehen (vgl. Tabelle 3). Danach stehen insgesamt sechs Primärindikatoren zur Verfügung – davon zwei zum Ziel Zugang (Säuglingssterblichkeit und Lebenserwartung) und vier zum Ziel Nachhaltigkeit. Für das Ziel Qualität konnte kein primärer Indikator identifiziert werden.

³ Die Autoren des Gutachtens ergänzen außerdem noch Zusatzindikatoren, die aber nicht Bestandteil des offiziellen Indikatorensets der Untergruppe „Indikatoren“ des Ausschuss für Sozialschutz sind. Der Ausschuss für Sozialschutz setzt sich aus jeweils zwei Vertretern pro Mitgliedsland und zwei Vertretern der Kommission zusammen.

Tabelle 3: Ranking der Mitgliedsstaaten der EU (EU 15) für die Indikatoren der OMK (nur Primärindikatoren, 2004)

	DE	AT	BE	DK	ES	FR	FI	GR	IT	IE	LU	NL	PT	SE	UK
Säuglingssterblichkeit	8	13	11	12	3	4	2	4	8	14	4	8	7	1	15
Lebenserwartung	7	7	7	12	2	7	12	4	3	11	14	5	15	1	5
Gesundheitsausgaben pro Kopf	4	2	6	9	13	3	12	14	11	8	1	5	15	7	10
Gesundheitsausgabenquote	1	3	4	9	14	1	15	8	11	12	12	7	6	5	10
Anteil öffentliche Gesundheitsausgaben	8	10	11	2	14	6	7	15	9	5	1	13	12	4	3
Anteil Selbstzahlung an den Gesundheitsausgaben	10	12	4	7	2	13	3	1	6	9	15	14	5	8	10

Quelle: (Schneider et al. 2007)

Die Übersicht in Tabelle 3 zeigt, dass der Informationsgehalt der OMK-Indikatoren im Vergleich zu den Qualitätsindikatoren der OECD gering ist. Bezogen auf die EU 15 liegt Deutschland bei Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit im Mittelfeld während die Gesundheitsausgaben sowohl pro Kopf als auch als Anteil am BIP vergleichsweise hoch sind.

2.2.4 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.

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.

2.2.5 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 Kompo-

nente 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 Gesamtzielerreichung 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 Gesamtzielerreichung 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 ökonomische 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 Gesundheitsbericht 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 für die Leistungsbewertung ganzer Gesundheitssysteme geeignet. 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 unterschiedliches 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.

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, mit der die Versorgung der untersuchten Staaten mit Geld- und Gesundheitsleistungen beurteilt werden soll, ist zu kritisieren. 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 Gesundheitssystem bleiben bei der Berechnung des Versorgungsindex außen vor. Auch in der Studie von 2004 werden neben Outcome-Indikatoren (wie der Lebenserwartung) Inputindikatoren (wie die Arztdichte oder Krankenhausbettendichte) verwendet; die von Beske präsentierten Daten zu den Outcome-Indikatoren sind außerdem nur bedingt geeignet, die These eines weit überdurchschnittlichen Gesundheitssystems unter den Vergleichsländern zu untermauern.

Die von BASYS vorgelegte Übersicht zu den OMK-Indikatoren ist inhaltlich nur begrenzt aussagefähig. Methodisch ist hier vor allem der eingeschränkte Indikatorensatz zu kritisieren, der beispielsweise auf die vorliegenden Informationen der OECD nicht umfassend zugreift. Es ist mehr als zweifelhaft, ob die vorliegenden Indikatoren das Zielsystem der OMK – Zugang, Qualität, Nachhaltigkeit – umfassend abbilden können. Das

ist jedoch ein Problem des zuständigen Sozialausschusses der Europäischen Union und nicht eines, für das die Autoren des BASYS-Gutachtens verantwortlich sind.

2.3 International vergleichende Befragungen des Commonwealth Fund

Der folgende Abschnitt basiert auf zwei Studien des Commonwealth Fund aus den Jahren 2005 und 2007 (Sawicki 2005; Schoen et al. 2007; 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 – im Jahr 2007 kamen außerdem noch die Niederlande dazu.

Die Studien basieren auf der Befragung von erkrankten, erwachsenen Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer Operation oder mit Gesundheitsproblemen in den sechs bzw. sieben 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. In Deutschland wurden bei beiden Untersuchungen jeweils rund 1.400 (2007) bzw. 1.500 Personen (2005) mit finanzieller Unterstützung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) telefonisch befragt. In diesem Abschnitt werden zentrale Ergebnisse der beiden Studien im Hinblick auf den Zugang zur Versorgung, zur Versorgungssituation insbesondere von chronisch Kranken und zur Zufriedenheit der Befragten mit dem jeweiligen Gesundheitssystem insgesamt zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 3 zeigt, dass in Deutschland 65 Prozent der Patienten bei Auftreten eines medizinischen Problems am gleichen oder nächsten Tag einen Arzttermin beim Hausarzt erhalten.

Tabelle 4: Zugang zu medizinischer Versorgung (Hausarzt)

Möglichkeit, einen Arzttermin beim Hausarzt zu erhalten...	D	AUS	CAN	GB	NL	NZ	USA
am gleichen Tag	55 %	42 %	22 %	41 %	49 %	53 %	30 %
am nächsten Tag	10 %	20 %	14 %	17 %	21 %	22 %	19 %
2-5 Tage	10 %	26 %	26 %	26 %	17 %	17 %	25 %
6 Tage später oder gar nicht	20 %	10 %	30 %	12 %	5 %	4 %	20 %

Quelle: (Schoen et al. 2007)

Laut der Studie berichtet die Hälfte der Befragten in Deutschland von Problemen, außerhalb der üblichen Sprech- und Öffnungszeiten von Arztpraxen behandelt zu werden. Dieser Wert entspricht dem internationalen Durchschnitt (vgl. Tabelle 5). Die Wartezeiten auf Operationstermine bei elektiven Eingriffen sind laut der Studie in Deutschland am kürzesten (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 5: Zugang zu medizinischer Versorgung außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten

Schwierigkeiten, außerhalb der üblichen Praxisöffnungszeiten behandelt zu werden...	D	AUS	CAN	GB	NL	NZ	USA
Sehr schwierig	25 %	35 %	38 %	29 %	12 %	20 %	38 %
Etwas Schwierig	25 %	29 %	28 %	26 %	34 %	28 %	28 %

Quelle: (Schoen et al. 2007)

Tabelle 6: Wartezeiten für elektive Eingriffe

Anteil der Personen, die auf elektive Eingriffe warten mussten...	D	AUS	CAN	GB	NL	NZ	USA
Weniger als ein Monat	72 %	55 %	32 %	40 %	47 %	55 %	62 %
Mehr als sechs Monate	3 %	9 %	14 %	15 %	2 %	4 %	4 %

Quelle: (Schoen et al. 2007)

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 7 dargestellt.

Tabelle 7: Fehler in der medizinischen Versorgung

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

Quelle: (Schoen et al. 2005)

Negativ im internationalen 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 (Schoen et al. 2005). Die Verbindung von stationärer und ambulanter Behandlung in Deutschland sei vergleichsweise schlecht. 60 Prozent der deutschen Patienten kritisieren die schlechte Koordination bei der Krankenhauserlassung, in anderen Ländern kritisieren dies 33-41 Prozent der Befragten (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Probleme bei der Krankenhauserlassung

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

le bei Diabetikern vorgenommen (vgl. Tabelle 10), es erhalten aber sehr viel weniger Patienten Anweisungen, wie sie ihrer Krankheit zu Hause selbst entgegenwirken können (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 9: Betreuung chronisch Kranker

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

Quelle: (Schoen et al. 2005)

Tabelle 10: Versorgung von Diabetikern

Versorgung von Diabetikern	D	AUS	CAN	GB	NZ	USA
Messung des glykosylierten Hämoglobins in den letzten sechs Monaten	91 %	86 %	90 %	85 %	79 %	90 %
Fußuntersuchung im letzten Jahr	65 %	57 %	52 %	75 %	66 %	65 %
Augenhintergrunduntersuchung im letzten Jahr	85 %	73 %	73 %	83 %	66 %	85 %
Messung des Cholesterinspiegels im letzten Jahr	95 %	93 %	91 %	92 %	87 %	95 %
Patienten, die alle vier oben genannten Untersuchungen erhalten haben	55 %	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 (Schoen et al. 2005).

Im Jahr 2007 gaben 51 Prozent der Befragten (2005: 54 Prozent) in Deutschland an, dass sie eine fundamentale Veränderung des deutschen Gesundheitssystems für notwendig halten. 27 Prozent der Befragten (2005: 31 Prozent) waren der Meinung, dass das Gesundheitssystem komplett umstrukturiert werden muss. Nur in den USA ist die Forderung nach einer kompletten Umstrukturierung des Gesundheitssystems mit 34 Prozent der Befragten höher als in Deutschland. In Australien (18 Prozent), in Neuseeland (17 Prozent), in Großbritannien (15 Prozent), in Kanada (12 Prozent) und vor allem in den Niederlanden (9 Prozent) ist dieser Anteil jeweils deutlich niedriger. Nur 20 Prozent (2005: 16 Prozent) der Befragten in Deutschland sind der Meinung, dass das deutsche Gesundheitssystem gut funktioniert und wenn überhaupt nur kleine Änderungen vorgenommen werden müssen. Dieser Anteil ist – wieder um mit Ausnahme der USA – ebenfalls kleiner als in den übrigen fünf Nationen. Auffällig ist die hohe Zufriedenheit der Befragten in den Niederlanden. Immerhin 42 Prozent der Befragten plädierten für allenfalls kleine Änderungen (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem

Das Gesundheitssystem...	D	AUS	CAN	GB	NL	NZ	USA
... funktioniert gut, sollte minimal verändert werden.	20 %	24 %	26 %	26 %	42 %	26 %	16 %
... benötigt fundamentale Veränderungen.	51 %	55 %	60 %	57 %	49 %	56 %	48 %
... muss komplett umstrukturiert werden.	27 %	18 %	12 %	15 %	9 %	17 %	34 %

Quelle: (Schoen et al. 2007)

3 Effizienzreserven im deutschen Gesundheitssystem

In Kapitel 2 wurde deutlich, dass in den meisten Studien 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 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 Versorgung 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 häufig 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 diesen 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 bedeutend 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). 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.

3.2 Reformansätze vor dem GKV-WSG 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 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 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).

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. Es existieren selten 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. 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 (Greß et al. 2006a).

Die hohe Anzahl an akkreditierten DMPs und an Anträgen für weitere DMPs zeigen das große Interesse der gesetzlichen Krankenkassen an der Einführung von strukturierten Behandlungsprogrammen. Gleichwohl sind die Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern bei den meisten DMPs standardisiert und unterscheiden sich, um Transaktionskosten so gering wie möglich zu halten, nicht maßgeblich (Cassel et al. 2006b). 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 chronisch Kranken in den Vordergrund rückt, und deshalb schnell DMPs entwickelt werden, die keine wirkliche Verbesserung der Behandlung für die Patienten gewährleisten.

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. Mehrere kürzlich veröffentlichte Evaluationen (Rothe et al. 2008; Szecsenyi et al. 2008; Ullrich et al. 2007) deuten trotz aller methodischen Probleme auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität hin.

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 im Jahr 2004 die Anschubfinanzierung eingeführt, die wie eine pauschale Form der Vergütungsvereinbarung 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 Anschubfinanzierung für integrierte Versorgungsverträge verwendet werden können. 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 31. Dezember 2007 waren 5.345 Verträge zur integrierten Versorgung gemeldet, an denen insgesamt 6 Mio. Versicherte teilnahmen (Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V 2008).

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 (sie war zunächst bis Ende 2006 befristet) müssen Lösungen für den Folgezeitraum gefunden werden. Spätestens ab dem Zeitpunkt des 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; der befristete Zeitraum der Anschubfinanzierung hat das Entstehen wirklicher Strukturinnovationen weitgehend verhindert. 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, bei Nachfrage der 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, 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 bislang grundsätzlich ähnlich. Die Ärzte verpflichten sich insbesondere zu der ohnehin bestehenden Pflicht zur Fortbildung und zum Qualitätsmanagement. Die Vertragsinhalte, die zwischen Hausärzten und den Kassen vereinbart werden, waren nach dem GMG in ihrer Variationsmöglichkeit zunächst stark eingeschränkt, da sie den Regelungen der Gesamtverträge zur vertragsärztlichen Versorgung unterlagen und eine Budgetbereinigung nicht vorgesehen war. Für Versicherte ist die Aufgabe der freien Arztwahl durch die Einschreibung in einem Hausarztmodell bislang in erster Linie 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 oder diese nur in Kombination mit insbesondere der Einschreibung in Disease Management Verträgen anbieten.

Die ambulante Behandlung im Rahmen von Disease-Management-Programmen ist seit dem GMG 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 Anreize dieser Verträge für Krankenkassen wegen der fehlenden Bereinigung und damit dem Problem der Mehrfachvergütung gering sind (Cassel et al. 2006b).

Insgesamt hat der Gesetzgeber 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 dämpften bis vor kurzem 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 damit aufgrund der Gesetzesänderungen 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 Vorschläge für Maßnahmen dargestellt, 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. Vor diesem Hintergrund schlagen die Autoren dieser Studie vor, den Vertragswettbewerb auf der Leistungsseite 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 die Realisierung der folgenden Eckpunkte notwendig.⁴

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. 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.

⁴ Zu den Abschnitten 4.1.1 bis 4.1.5 vgl. ausführlich (Ebsen et al. 2003a; Ebsen et al. 2003b). Zum Abschnitt 4.1.6 vgl. ausführlich (Cassel et al. 2006b).

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 leistungsfähig erweisen. Dagegen behinderten die staatlichen Vorgaben und bis ins Detail gehende Regelungen 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 verbundenen ausreichenden Informationen 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 sowie

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. 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 Beitragsgestaltung einzuräumen. Wenn alle Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, ihre kassenindividuellen Beiträge 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 diese 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 Nebeneinander von Selektiv- und Kollektivverträgen

Wie bereits in Abschnitt 3 ausführlich dargestellt wurde, waren selektive Vertragsoptionen im SGB V zumeist 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 aufsetzten und sich in aller Regel an deren Grundlogik orientieren, waren auch die selektiven Vertragsmöglichkeiten durch ein hohes Maß an Uneinheitlichkeit gekennzeichnet. Die hier dargestellten Vorschläge haben daher vor allem zum Ziel, kurzfristig den Abschluss von Selektivverträgen zu fördern.

Nochmalige Verlängerung und Ausweitung der Anschubfinanzierung. Die pauschale Bereinigung („1 Prozent-Regelung“ nach § 140 d 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 nochmalig,

und zwar um fünf Jahre, verlängern. Eine solche Verlängerung erscheint erforderlich, damit auch komplexere Innovationen eine Chance haben, ihre Nachhaltigkeit beweisen zu können und deswegen implementiert werden.

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.

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 nach unserer Auffassung 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 der Regelungen im GKV-WSG

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.⁵ Wir untersuchen vielmehr, ob das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 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.⁶

Hausarztzentrierte Versorgung: Positiv hervorzuheben ist zunächst, dass das GKV-WSG eine konsequent selektivvertragliche Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73 b 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 hausarztzen-

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

6 Vgl. ausführlich zu einer früheren Fassung des GKV-WSG auch (Cassel et al. 2006a)

trierte Versorgung nur unter sehr spezifischen Voraussetzungen die erwarteten Effekte zeigt (Greß et al. 2004). Auch erste Evaluationen der hausarztzentrierten Versorgung – etwa durch die Bertelsmann-Stiftung – kommen zu ähnlichen Ergebnissen.⁷ 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 ggf. welche Formen von hausarztzentrierter Versorgung tatsächlich die erhofften Vorteile bringen.

Es ist anzuerkennen, dass das GKV-WSG die Bereinigungsproblematik der selektivvertraglichen hausarztzentrierten Versorgung in Bezug auf die Gesamtvergütung des Kollektivvertrags 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“ (§ 73 c SGB V) ist zunächst positiv hervorzuheben, dass das GKV-WSG – anders als die bisherigen, 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 Kollektivvertrags 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 Neuregelungen im GKV-WSG zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus für hochspezialisierte Leistungen nach § 116 b SGB V stellen insofern einen Sonderfall dar, weil der Gesetzgeber hier entgegen dem Trend den Vertragspartnern selektivvertragliche Kompetenzen zur Gestaltung von Versorgung wieder entzogen hat. Nach der Neuregelung werden Krankenhäuser zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen zugelassen, wenn es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers, unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation, dazu bestimmt worden ist. Gleichzeitig müssen die Krankenkassen die von den zugelassenen Krankenhäusern erbrachten Leistungen vergüten. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung ist – im Gegensatz zu den Regelungen zu hausarztzentrierter Versorgung und zur besonderen ambulanten Versorgung – hier nicht vorgesehen. Der Gesetzgeber begründet die Neuregelung damit, dass die Krankenkassen die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz eingeführte Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen kaum genutzt hätten. Zukünftig würde daher die Vertragskompetenz der Krankenkassen entfallen (Gesetzesbegründung zum GKV-WSG). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber in der alten Fassung des § 116 b SGB V keine Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung vorgesehen hatte und die Krankenkassen daher die Doppelfinanzierung von ambulanten Leistungen in einem ambulanten *und* einem stationären Setting befürchten mussten.

7 Vgl. Pressemitteilung der Bertelsmann-Stiftung vom 10.1.2008: „Hausarztmodelle in der heutigen Form weitgehend wirkungslos.“ Download unter http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F14-F2576F59/bst/hs.xml/nachrichten_84748.htm.

Diese Regelung bedeutet das diametrale Gegenteil von wettbewerblicher Vertragssteuerung. Es ist absehbar, dass die einseitige Ermächtigung von Krankenhäusern zur Erbringung dieser Leistungen 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 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.

Integrierte Versorgung: Die Regelungen zur integrierten Versorgung (§§ 140 a 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.

Die Anschubfinanzierung ist mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bis Ende 2008 verlängert worden. Dies ist zwar ein Schritt in die richtige Richtung, er reicht jedoch nicht aus. Diese 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 2013) zu verlängern.

Darüber hinaus 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.

Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich: Aus gesundheitsökonomischer Perspektive ist es mittlerweile unbestritten, dass jedes wettbewerbliche Krankenversicherungssystem mit solidarischer Finanzierung (mit anderen Worten: bei einem Verzicht auf risikoäquivalente Prämien) ein Ausgleichssystem benötigt, um die Anreize zur Risikoselektion zu mindern, Chancengleichheit im Wettbewerb zu sichern und die Stabilität des Krankenversicherungsmarktes zu gewährleisten (Jacobs et al. 2007). Der Beitragssatz einer Kasse hängt daher nach wie vor zu einem Großteil davon ab, wie hoch ihr Anteil an gut verdienenden und gesunden Versicherten ist. Die meist aufwändigen Aktivitäten des Vertrags- und Versorgungsmanagements für kranke Versicherte lohnen meist weniger als Risikoselektion und drohen zudem, weitere kranke Versicherte und damit schlechte Risiken anzulocken.

Der Gesetzgeber hat die Kritik an der Ausgestaltung der derzeitigen Systematik des Risikostrukturausgleichs in zweierlei Weise aufgenommen. Die Regelungen des GKV-WSG führen *erstens* dazu, dass der bislang unvollständige Finanzkraftausgleich zwischen den Kassen komplettiert wird. Im bisherigen System wurden Satzungsleistungen und Verwaltungskosten der Kassen nicht bei der Kalkulation des Ausgleichsbedarfssatzes berücksichtigt. Dies führte zu Beitragssatzunterschieden von bis zu etwa 0,5 Beitragssatzpunkten, die dadurch bedingt waren, dass diese Ausgabenblöcke aus unterschiedlich hohen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder zu finanzieren waren; eine entsprechende Mitgliederselektion nach dem Einkommen für die Kassen war daher lohnend. Im neuen System ab 2009 soll der Beitragssatz an den Gesundheitsfonds hingegen so

festgesetzt werden, dass aus ihm – in standardisierter Form – auch Zuweisungen für Satzungsleistungen und Verwaltungsausgaben vorgenommen werden. Dann spielen Unterschiede im kassenindividuellen Einkommensniveau bei der Finanzierung dieser Ausgaben keine verzerrende Rolle mehr.

Zweitens wird durch das GKV-WSG die direkte Morbiditätsorientierung in die RSA-Systematik eingeführt. Das Gesetz bzw. die Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) legen für die Gestaltung dieses „Morbi-RSA“ folgende Kernelemente fest:

- Er soll auf Diagnosen und Arzneimittelinformationen basieren.
- 50 bis 80 insbesondere kostenintensive chronische Krankheiten und Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf sollen Berücksichtigung finden, und zwar insbesondere solche, bei denen die durchschnittlichen Leistungsausgaben je Versicherten mehr als 150 Prozent der durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten betragen.
- Es sollen keine Anreize zu medizinisch nicht gerechtfertigten Leistungsausweitungen gesetzt werden

Auch wenn viele Details der direkten Morbiditätsorientierung noch unklar sind, werden doch die beschriebenen Neuregelungen des RSA im Grundsatz zu einer substantziellen Verringerung der Anreize zur Risikoselektion der Krankenkassen führen. Damit wird das Vertrags- und Versorgungsmanagement für die Krankenkassen attraktiver. Erstens ist Risikoselektion als Alternative weniger interessant. Zweitens werden vormals schlechte Risiken adäquat finanziell kompensiert – diese Versicherten werden zur attraktiven Zielgruppe.

Der Erfolg der Neuregelungen sowohl auf der Finanzkraft- als auch auf der Beitragsbedarfsseite des RSA hängt jedoch von weiteren Detailregelungen ab. *Erstens* würde die Härtefallregelung im Zusammenhang mit dem Zusatzbeitrag jeden mühsam errungenen Erfolg bei der Neutralisierung der Anreize zur Risikoselektion durch Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs und direkte Morbiditätsorientierung überkompensieren (Greß/Manouguian 2007; Schawo 2007).

Zweitens ist unklar, ob auch für den Zusatzbeitrag eine Risikoadjustierung erfolgen wird. Eine Risikoadjustierung nur der einkommensabhängigen Beitragskomponente würde neue Selektionsanreize für die Krankenkassen entstehen lassen – vor allem dann, wenn der Finanzierungsanteil des Zusatzbeitrags weiter steigen sollte. Insofern ist bei der Durchführung des RSA sicherzustellen, dass zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen beide Beitragskomponenten risikoadjustiert werden.

Drittens liegt eine weitere mögliche Ursache für Wettbewerbsverzerrungen in der Tatsache, dass Zusatzbeiträge nur von Mitgliedern gezahlt werden müssen. Mitversicherte Familienangehörige (sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche) werden keinen Zusatzbeitrag zahlen müssen. Diese Regelung wird dazu führen, dass zu Lasten von Krankenkassen mit einem überdurchschnittlichen Anteil von mitversicherten Familienangehörigen Wettbewerbsverzerrungen durch den Familienlastenausgleich entstehen. Zur Vermeidung dieser Wettbewerbsverzerrungen sind zwei Wege denkbar. Eine Alternative bestünde in der Zahlung von Zusatzbeiträgen auch durch mitversicherte Erwachsene und Zahlung der Zusatzbeiträge für Kinder und Jugendliche durch Steuermittel. Die andere Alternative bestünde darin, dass zur Vermeidung von Wettbewerbsverzerrungen die unterschiedliche Belastung der Krankenkassen durch beitragsfreie Familienangehörige wie auch im Status Quo im Risikostrukturausgleich berücksichtigt wird.

Notwendig ist darüber hinaus, dass die Basierung der Morbiditätsorientierung des RSA auf 50-80 Erkrankungen hinreichend Krankheiten mit hoher Prävalenz und deutlich überdurchschnittlichen Kosten abbildet. Die Kontroversen um die Liste von Erkrankungen, die der Wissenschaftliche Beirat, der vom Bundesversicherungsamt hierzu berufen wurde, vorgelegt hat, deuten an, dass dies zumindest von Teilen der Akteure als nicht gewährleistet ansieht (Ulle et al. 2008).

5 Literatur

- Armesto, S. G./M. L. G. Lapetra/L. Wei/E. Kelley/and the Members of the HCQI Expert Group (2007). Health Care Quality Indicators Project: 2006 Data Collection Update Report. Paris, OECD Health Working Papers No. 29.
- Beske, F./T. Drabinski (2005). Leistungskatalog des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich. Band II: Geldleistungen. Kiel, Schmidt & Klaunig.
- 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.
- Cassel, D./I. Ebsen/S. Greß/K. Jacobs/S. Schulze/J. Wasem (2006a). „Vertragswettbewerb: Zu kurz gesprungen.“ *Gesundheit und Gesellschaft* 9(10): 42-45.
- (2006b). Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Vorschläge für kurzfristig umsetzbare Reformschritte. Bonn/Duisburg/Essen/Frankfurt, Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes.
- Ebsen, I./S. Greß/K. Jacobs/J. Szecseny/J. Wasem (2003a). „Vertragswettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung.“ *Soziale Sicherheit* 52(4): 128-32.
- (2003b). 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).
- Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V (2008). Gemeldete zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung. <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20071231.pdf>, Zugriff am 19.2.2008.
- 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./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./M. Manouguian (2007). Der Gesundheitsfonds vor dem Hintergrund der Erfahrungen in den Niederlanden. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds. D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem. St. Augustin, Asgard: 231-47.
- Greß, S./M. Manouguian/J. Wasem (2006b). „Lernen vom Nachbarn? Das GKV-WSG und die niederländische Krankenversicherungsreform im Vergleich.“ *Soziale Sicherheit* (10): in Druck.
- 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.
- 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.
- Jacobs, K./S. Staudt/J. Wasem (2007). „Wie kommen wir zu einem gerechten Risikostrukturausgleich?“ *Soziale Sicherheit* (12): 414-20.
- Kelley, E./J. Hurst (2006). Health Care Quality Indicators Project – Initial Indicators Report. OECD Health Working Papers Nr. 22.
- Landmann Szwarzwald, 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.
- OECD (2001). *Canada conference 2001: „Measuring Up“ – Improving health system performance in OECD countries*, OECD.
- (2007). *Health at a Glance 2007: OECD Indicators*. Paris, OECD.
- Rothe, U./G. Müller/P. Schwarz/M. Seifert/H. Kunath/R. Koch/S. Bergmann/U. Julius/S. R. Bornstein/M. Hanefeld/J. Schulze (2008). „Evaluation of a Diabetes Management System based on Practice Guidelines, Integrated Care and Continuous Quality Management in a Federal State of Germany: a Population-based Approach to Health Care Research.“ *Diabetes Care* Published online ahead of print March 10, 2008 DOI: 10.337/dc07-0858.
- Sawicki, P. T. (2005). „Qualität der Gesundheitsversorgung in Deutschland.“ *Medizinische Klinik* 100(11): 755-68.
- Schawo, D. (2007). *Gesundheitsfonds und Einkommensausgleich zwischen den Krankenkassen. Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007 – Gesundheitsfonds*. D. Göppfarth, S. Greß, K. Jacobs, J. Wasem. St. Augustin, Asgard: 97-114.
- Schneider, M./U. Hofmann/A. Köse/P. Biene/T. Krauss (2007). *Indikatoren der OMK im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit*. Augsburg, BASYS.
- Schoen, C./R. Osborn/M. M. Doty/M. Bishop/J. Peugh/N. Murukutla (2007). „Toward Higher-Performance Health Systems: Adults’ Health Care Experiences In Seven Countries, 2007.“ *Health Affairs* 26(6): w717-w34.
- Schoen, C./R. Osborn/P. T. Huynh/Michelle 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* W5-521 (DOI 10.1377/hlthaff.W5.509).
- 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./T. Rosemann/S. Joos/F. Peters-Klimm/A. Miksch (2008). „German diabetes disease management programs are appropriate to restructure care according to the Chronic Care Model. An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC-5A) instrument.“ *Diabetes Care* (Published online February 25, 2008).
- 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.
- Ulle, T./R. Deppisch/G. Lux/H. Dahl/P. Marks/P. Aidelsburger/J. Wasem (2008). *Konzeptionelle und empirische Fragen der Krankheitsauswahl im Kontext der Einführung des morbiditätsorientierten Risikostruktur-*

ausgleichs in der GKV, Diskussionsbeitrag Nr. 164 aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen, Campus Essen. Essen.

Ullrich, W./U. Marschall/C. Graf (2007). „Versorgungsmerkmale des Diabetes Mellitus in Disease Management Programmen.“ *Diabetes, Stoffwechsel und Herz* 16(6): 407-14.

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.

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen oder Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 02 11/77 78-225
www.boeckler.de

**Hans Böckler
Stiftung** 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

