ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Wille, Eberhard (Ed.); Albring, Manfred (Ed.)

Book — Digitized Version

Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen

Allokation im marktwirtschaftlichen System, No. 43

Provided in Cooperation with:
Peter Lang International Academic Publishers

Suggested Citation: Wille, Eberhard (Ed.); Albring, Manfred (Ed.) (2000) : Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Allokation im marktwirtschaftlichen System, No. 43, ISBN 978-3-631-75596-9, Peter Lang International Academic Publishers, Berlin, https://doi.org/10.3726/b14099

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/182626

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.

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

EBERHARD WILLE
MANFRED ALBRING (Hrsg.)

RATIONALISIERUNGS-RESERVEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

PETER LANG

EBERHARD WILLE
MANFRED ALBRING (Hrsg.)

RATIONALISIERUNGSRESERVEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

Der Sammelband enthält die erweiterten Referate eines interdisziplinären Workshops über Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, insbesondere in dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Das Themenspektrum umfasst Effizienzpotentiale im stationären Bereich, Praxisnetz und integrierte Versorgungsformen als innovative Suchprozesse, hausärztliche Versorgung als Ansatz zur Kostensenkung im Gesundheitswesen und die zukünftige Arznei- und Hilfsmittelversorgung. Der Teilnehmerkreis setzte sich aus Vertretern der Ärzteschaft, Krankenkassen und -versicherungen, der pharmazeutischen Industrie, der Wissenschaft, der ministerialen Bürokratie und der Politik zusammen.

Eberhard Wille wurde 1942 in Berlin geboren. Nach dem Diplomexamen 1966 an der Universität Bonn, der Promotion 1969 und der Habilitation 1973 an der Universität Mainz ist er seit 1975 Professor für Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft an der Universität Mannheim. Er ist u.a. Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats beim Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie sowie des Sachverständigenrates für die konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen.

Manfred Albring wurde 1943 in Bochum geboren. Studium der Humanmedizin an der Universität Marburg. Bei der Schering Deutschland GmbH ist er Leiter Gesundheitswesen. Er ist u.a. Miglied der Arbeitsgemeinschaft für dermatologische Forschung, der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft und des Kuratoriums der Deutschen Herzstiftung.

Retrodigitization in 2018

Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

Herausgegeben von
Heinz König, Hans-Heinrich Nachtkamp,
Ulrich Schlieper, Eberhard Wille

Band 43

PETER LANG
Frankfurt am Main · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien

EBERHARD WILLE
MANFRED ALBRING
(Hrsg.)

RATIONALISIERUNGS-RESERVEN IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen
im Gesundheitswesen 4.-6.11.1999

PETER LANG
Europäischer Verlag der Wissenschaften

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen / Eberhard Wille ; Manfred Albring (Hrsg.). - Frankfurt am Main ; Berlin ; Bern ; Bruxelles ; New York ; Oxford ; Wien : Lang, 2000
(Allokation im Marktwirtschaftlichen System ; Bd. 43)
ISBN 3-631-36757-0

Open Access: The online version of this publication is published on www.peterlang.com and www.econstor.eu under the international Creative Commons License CC-BY 4.0. Learn more on how you can use and share this work: http://creativecommons.org/licenses/by/4.0.

This book is available Open Access thanks to the kind support of ZBW – Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft.

Gedruckt auf alterungsbeständigem, säurefreiem Papier.

ISSN 0939-7728
ISBN 3-631-36757-0
ISBN 978-3-631-75596-9 (eBook)

© Peter Lang GmbH
Europäischer Verlag der Wissenschaften
Frankfurt am Main 2000

Printed in Germany 1 3 4 5 6 7

Danksagung

Allein Planung, Vorbereitung und Durchführung der Bad Orber Gespräche sind mit einem erheblichen Arbeitsaufwand verbunden. Die Fertigstellung des Symposium-Bandes, bei dem 42 Referenten ihre Beiträge einbringen mußten, ist mit verhältnismäßig viel mehr Streß und Aufregung als in den Vorjahren verbunden gewesen. Trotzdem haben alle Beteiligten zur endgültigen Fertigstellung des Manuskriptes mit viel Engagement, Zähigkeit und Gelassenheit gearbeitet. Stellvertretend für die vielen Beteiligten gilt unser Dank ausdrücklich Ingrid Czemper, Dr. Michaela Flug, Simone Hackbart und Martina Kuchenbecker.

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille — Dr. med. Manfred Albring

Berlin im April 2000

Inhaltsverzeichnis

Manfred Albring	Begrüßung	9
Günter Danner	Erfolge und Ernüchterungen internationaler Reformversuche für das Gesundheitswesen: Welche Lehren können wir ziehen?	13
	Themenkreis 1	
Gerhard Schulte	Effizienzpotentiale im stationären Bereich - Einleitung	25
Susanne Renzewitz	Rationalisierungsreserven im Krankenhaus - Fehlbelegung und Leistungsunterschiede	27
Peter Schwoerer	Rationalisierungsreserven im Krankenhaus - Fehlbelegung und Leistungsunterschiede	33
Georg Baum	Vergütungssysteme im stationären Sektor	41
Hans-Dieter Koring	Vergütungssysteme im stationären Sektor	45
Stephan Achner	Vergütungssysteme im stationären Sektor	49
Ulrich Heine	Qualitätsmanagement im Krankenhaus	57
Hans Günter Verhees	Qualitätsmanagement im Krankenhaus	69
Rainer Hess	Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung	79
Roland Sing	Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung	85
	Themenkreis 2	
Frank Bausch	Praxisnetze und integrierte Versorgungsformen als innovative Suchprozesse - Einleitung	89
Helmut Klemm	Ambulante Dienstleistungszentren als Substitute stationärer Einrichtungen	97
Joachim Manz	Ambulante Dienstleistungszentren als Substitute stationärer Einrichtungen	107
Christoph Straub	Ambulante Dienstleistungszentren als Substitute stationärer Einrichtungen	117
Jürgen Bausch	Die Krankenhäuser als Partner integrierter Versorgungsformen	123
Wolfgang Pföhler	Die Krankenhäuser als Partner integrierter Versorgungsformen	131
Norbert Klusen	Entwicklungsstand von Modellvorhaben	137
Christina Tophoven	Entwicklungsstand von Modellvorhaben	145
	Themenkreis 3	
Helmut Laschet	Hausärztliche Versorgung - ein Ansatz zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen - Einleitung	151

Christian Dierks	Chancen und Grenzen des Versorgungsmanagements durch Haus-, Facharzt oder Krankenkassen	153
Klaus-Dieter Kossow	Chancen und Grenzen des Versorgungsmanagements durch Haus-, Facharzt oder Krankenkassen	157
Winfried Schorre	Chancen und Grenzen des Versorgungsmanagements durch Haus-, Facharzt oder Krankenkassen	169
Alois Beerli	Erfahrung mit Hausarztmodellen in den Niederlanden und der Schweiz	177
Markus Schneider	Erfahrung mit Hausarztmodellen in den Niederlanden und der Schweiz	191
Günter Dibbern	Hausarzttarife in der PKV	201
Helmut E. Schmidt	Hausarzttarife in der PKV	207
Manfred Richter-Reichhelm	Erste Erfahrungen mit kombinierten Budgets	219
Karl-Heinz Schönbach	Erste Erfahrungen mit kombinierten Budgets	225
	Themenkreis 4	
Wolfgang Brech	Zukünftige Arznei- und Hilfsmittelversorgung - Einleitung	235
Alexander P. F. Ehlers	Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel	245
Gerd Glaeske	Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel	253
Frank Münnich	Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel	265
Peter Oberender	Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel	273
Hans-Günter Friese	Effiziente Distributionswege	283
Wolfgang Schmeinck	Effiziente Distributionswege	299
Dieter Cassel	Effiziente Distributionswege	307
Günter Neubauer	Rationalisierungsreserven bei Hilfsmitteln	319
Joachim M. Schmitt	Rationalisierungsreserven bei Hilfsmitteln	333
Rolf Stuppardt	Rationalisierungsreserven bei Hilfsmitteln	339
Eberhard Wille	Das deutsche Gesundheitswesen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten - Die isolierte Auftgabenbetrachtung als Ansatzpunkt von Gesundheitsreformen	349
	Verzeichnis der Teilnehmer	389

Begrüßung

Manfred Albring

Ich heiße Sie willkommen zu den vierten Bad Orber Gesprächen. Gut zwei Tage wollen wir, was inzwischen fast zu einer Tradition geworden ist, in einem offenen Meinungsaustausch nach Schwächen und Reformoptionen in unserem Gesundheitswesen suchen. Als wir uns im letzten Jahr trafen, standen wir an einem Neubeginn: Soeben war eine neue Regierung angetreten, mit einer frischen Gesundheitsministerin, mit einer neuen Mannschaft, mit einem neuen Programm, das sich damals nur in vagen Umrissen abzeichnete. Heute, ein Jahr danach, stehen wir ebenfalls an einem Neubeginn - aber nicht so, wie sich die Koalition und ihre Gesundheitspolitiker das gedacht haben: die große Gesundheitsreform 2000 ist gescheitert - an machtpolitischen Verhältnissen, an instrumentellen Widersprüchen, und nicht zuletzt auch daran, daß ein Teil der Krankenkassen, die zunächst die Reform vehement begrüßt haben, fundamentale und handwerkliche Fehler sehen. Über das Scheitern der Reform kann niemand glücklich sein, denn was nun wahrscheinlich geschieht, ist die Fortsetzung der sektoralen Budgetierung im Interesse möglichst stabiler Krankenkassenbeiträge - damit aber auch eine weitere Zementierung von Strukturen, die eigentlich flexibilisiert werden sollten. Der Notoperation des Vorschaltgesetzes folgt eine weitere Notoperation mit einem GKV-Beitragssatz-Stabilisierungsgesetz, das man mit Bordmitteln - ohne den Bundesrat - über die parlamentarischen Hürden bringen kann.

Dabei konnte im Grunde genommen jeder den Kernzielen der Gesundheitsreform 2000 zustimmen. Ich nenne einige beispielhaft:

- die dauerhafte Stabilisierung der Lohnnebenkosten
- den effektiveren Einsatz knapper Ressourcen
- die leistungsbezogene Vergütung, insbesondere auch für Krankenhäuser
- die Integration der verschiedenen Leistungssektoren und die Überwindung der sektoralen Budgetierung
- die Stärkung der Rolle des Hausarztes in einem sehr komplexen Dienstleistungssystem
- die Verbesserung der Transparenz und der Epidemiologie.

Kein vernünftiger Akteur im Gesundheitswesen würde diesen Zielen ernsthaft widersprechen. Ich fürchte aber, daß bis auf den heutigen Tag die regierungsamtlichen Illusionen, wie und mit welchen Instrumenten man die Ziele näherungsweise erreichen könnte, nicht den Realitäten Platz gemacht haben. Dazu einige kritische Fragen:

- Ist es eigentlich realistisch, Humanität, Solidarität und Qualität in einem sehr sensiblen individuellen Vertrauens- und Dienstleistungsprozeß zwischen Arzt und Patient mit zentralistischen Dirigismen wie Budget, bürokratischer Kontrolle und multiplen Negativsanktionen steuern zu können? Welche Vorstellung von Dienstleistungs-Psychologie haben eigentlich gesundheitspolitische Akteure, wenn sie die Nerven derer, die die eigentliche Arbeit mit und am Patienten leisten, blank legen?

- Ist es nicht auch illusorisch, die ökonomischen Auswirkungen steigender Morbidität, der Innovation und erweiterter Behandlungsmöglichkeiten einfach den Rationalisierungspotentialen gleichzusetzen?

- Ist es politisch klug, mit nahezu allen Leistungsträgern im Gesundheitswesen Fundamentalkonflikte vom Zaun zu brechen, indem man ihnen ausschließlich Eigennutz unterstellt?

- Warum eigentlich treibt man Konflikte zwischen Sozial-, Wirtschafts- und Innovationspolitik in der Branche Gesundheitswesen auf die Spitze, die nachweislich einerseits die höchste Beschäftigungswirkung hat, andererseits aber bei den Leistungsempfängern - und auch bei potentiellen Patienten - eine außergewöhnlich hohe Akzeptanz genießt, wie wir beispielsweise aus repräsentativen Branchenvergleichen wissen?

- Kann man auf Dauer - und vielleicht wird Herr Dr. Danner in seinem Einleitungsreferat darauf eingehen - den Geist der europäischen Verträge und die daraus resultierende Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in der nationalen Rechtsetzung vernachlässigen?

Ich möchte jedenfalls nicht behaupten, daß es nicht Reformbedarf für die Rahmenbedingungen der Medizin und Verbesserungsmöglichkeiten im einzelnen gibt. Beispiele für Unzulänglichkeiten, Mängel und Verschwendung durch Fehlsteuerung dürften jedem hier Anwesenden ohne größeres Nachdenken einfallen.

Wir sitzen hier zwei Tage zusammen, um ein dicht gedrängtes Programm abzuarbeiten. Es wird sich zum ersten beschäftigen mit den

Problemen der Krankenhausversorgung, ihrer Öffnung für die ambulante Versorgung, neuer Vergütungssysteme und dem Qualitätsmanagement. In einem zweiten Komplex werden wir dann den Stand der Vernetzung - eine der großen Hoffnungen der letzten Jahre - kritisch unter die Lupe nehmen. Eng damit zusammen hängt die Rolle des Hausarztes, der ja nach fast einmütiger Auffassung die Koordinierungs- und Vernetzungsfunktion übernehmen soll. Wir werden Einblicke in die Empirie des Auslands und der deutschen privaten Krankenversicherung nehmen können, die Aufschluß geben, was daraus vielleicht für das System der gesetzlichen Krankenversicherung zu lernen ist. Und schließlich werden wir analysieren, mit welchen Kriterien Arzneimittel als erstattungsfähig definiert werden können - also unter welchen Bedingungen eine Positivliste kreiert werden könnte.

Wir haben es in den vergangenen drei Jahren geschafft, einen Dialog in Offenheit, Fairneß und Unvoreingenommenheit zu pflegen. Das, so glaube ich, benötigen wir nach dem Scheitern eines großen politischen Reformkonzepts mehr denn je.

Erfolge und Ernüchterungen internationaler Reformversuche für das Gesundheitswesen: Welche Lehren können wir ziehen?

Günter Danner, M.A., PhD.[1]

Das Gesundheitswesen steht derzeit in regem publizistischen Interesse, obwohl es bei uns in Deutschland noch vergleichsweise undramatisch zugeht. Noch genießen wir das Privileg, auf der Suche nach ordnungspolitisch und einkaufslogisch überzeugenderen Alternativen zum Status quo sein zu dürfen. Jenseits unserer Grenzen wird in mehr und mehr Ländern vorwiegend der Mangel verwaltet, bzw. eine Zwei-Klassen-Medizin mit Wartelisten für die einen und Vorzugsbehandlung für andere ist seit Jahren Wirklichkeit. Dennoch kann ein Blick über den Zaun dabei helfen zu erkennen, welche Reformvarianten in welchem Staat bereits einmal probiert wurden. Zweifelsohne lassen sich die dadurch gewonnenen Detailkenntnisse nicht direkt übertragen, sie bieten allerdings die Chance, besser informiert zu sein und nicht gleich in jede Falle zu tappen, die eigenartigerweise nahezu jedes System in üppiger Zahl bereithält. Dabei darf auf die bisweilen geschätzte und auch notwendige Aneinanderreihung von Zahlenkolonnen und Graphen getrost einmal zugunsten einer perspektivischen Orientierung verzichtet werden. Dies könne zudem dazu beitragen, daß Gesundheitsreformdiskussionen nicht auf ewig ein Insiderszenario abbilden, an dem sich schon „normale" Politiker nur ungern versuchen.

Der Zugang zu adäquater und hochwertiger medizinischer Versorgung auch für die Bürgerinnen und Bürger ist, dies sei als Bekenntnis vorweggenommen, ein sozialkultureller Wert, der sich in letzter Konsequenz der Bewertung in Mark und Pfennig entzieht. Viel zu sehr ethikgebunden sind viele Aspekte, um ausschließlich unter Kostenaspekten sachgerecht bewertet zu werden. Andererseits ist der heimische Gesundheitsmarkt mit einem Leistungsvolumen der gesetzlichen Krankenversicherung von rund 250 Mrd. DM pro Jahr sowie alles in allem genommen rund noch einmal derselben Summe aus anderen Quellen, darunter auch der PKV, ein makroökonomischer Gigant. Angesichts solcher Summen, die jährlich bewegt werden, sollte man vermuten, daß hier schon aus Gründen politischer Zukunftssicherung mit besonderer Sorgfalt darauf geachtet wird, daß Preis, Ziele, Qualität der Produkte und Dienstleistungen sowie

[1] Der Verfasser ist Persönlicher Referent des Vorstandes der Techniker Krankenkasse in Hamburg und stellv. Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel. Der Beitrag gibt seine persönliche Meinung wider.

Vergütungs- und Beschaffungspraktiken jeder logischen Überprüfung standhalten. Nahezu jeder weiß, daß dies bedauerlicherweise nicht der Fall ist. Ebenso sattsam geläufig sind die Begleitklänge zu jeder der mit schöner Regelmäßigkeit stattfindenden Gesundheitsdebatten als Vorbereitung zu just einer weiteren „Reform". Es geht eben auch um viel Geld, ja schlichtweg um wirtschaftliche Existenzen, die sich mitunter seit Jahrzehnten in den bestehenden Strukturen eingerichtet haben. Typisch für die deutsche Situation mit ihrem noch immer ökonomisch relevanten Verteilungspotential und einem relativ hohen Freiheitsgrad, finden Debatten wie bei uns an anderen Orten, dort wo beispielsweise offener Mangel herrscht, gar nicht mehr statt. Dennoch gibt es eine Reihe von Standardproblemen, die nahezu jedes öffentlich zugängliche Gesundheitssystem heimsuchen. Das Spektrum der dort gebotenen Antworten verdiente dabei mehr Aufmerksamkeit, als in der oft nationalborniert und isolationsseelig geführten deutschen Gesundheitsdiskussion üblicherweise zu beobachten ist.

Systemunabhängige Standardprobleme

Steigende Nachfrage kennzeichnet nahezu jedes der 15, völlig unterschiedlich konstruierten Gesundheitssysteme der EU. Zugleich wird vielerorts das Risiko breiter, daß Menschen erkranken. Dies hat eine Fülle möglicher Ursachen, vielleicht allerdings auch ein sich wandelndes bürgerliches Krankheitsverständnis. Mit verfeinerten Diagnoseformen und einem geschärften Bewußtsein für Gesundheitsbeeinträchtigungen, gepaart mit einem unkomplizierten Zugang zu ärztlicher und anderer Versorgung, ist Krankheit sozial eher „möglich". Der weite Bereich der überaus ernstzunehmenden psychischen und psychosomatischen Störungen etwa wäre noch zu Zeiten unserer Väter - wenn überhaupt - vergleichsweise spärlichen Therapien unterworfen worden. Es drängt sich gelegentlich der Eindruck auf, daß unsere heutige Arbeits-, Technologie- und Konkurrenzgesellschaft mangels geeigneter Instrumente vielen Menschen auf Dauer nicht bekommt. Dies ist kein Appell zur Maschinenstürmerei, vielleicht aber sollten wir uns schon der Tatsache bewußt werden, daß Schnelligkeit und Verdichtung von Prozessen, Leistungsdruck und vorwiegend materielle Erfolgsvergötzung der menschlichen Seele laufend weniger Spielraum lassen. In einer Ellenbogengesellschaft wie der US-amerikanischen stellt sich dies in Form eines medizinischen Luxuskonsums für diejenigen dar, die sich derlei leisten können. Andere, dazu zählen rund 44 Millionen ohne durchgängigen oder ausreichenden Krankenversicherungsschutz, können sich selten auch nur das Nötigste auf dem Gesundheitsmarkt beschaffen, bis sie als völlig verarmt über die Fürsorge oft in der Notaufnahme öffentlicher Spitäler Behandlung finden. Bis heute gewinnt man den Eindruck, daß im Milliardenmarkt der Ge-

sundheit ein schlüssiges politisches und ökonomisches Gesundheitsziel eigentlich fehlt. Gerade dieses wäre hingegen nützlich, um als gesellschaftliche Leitvorstellung die Kursbestimmung zu erleichtern.[2]

Die Hoffnung auf sinkende Nachfrage im Gesundheitsmarkt ist nicht nur aus diesen Aspekten schwach. Neue wissenschaftliche Durchbrüche - etwa im Bereich der Gentechnologie - werden ebenfalls langersehnte Antworten auf bisher unlösbare medizinische Probleme bringen. Sie werden allerdings auch sehr kostspielig sein und uns zu Denkanstrengungen zwingen. Da die Mittel schon heute kaum mehr reichen, steht man also am Scheideweg zwischen Mittelerhöhung, Ausgabenlimitierung durch Leistungsausgrenzung oder einer neuen Form des Mitteleinsatzes mit dem Ziel höchstmöglicher Effektivität und Effizienz, notabene bezogen auf ein klar definiertes gesundheitspolitisches Ziel. Angesichts eines hohen Grades staatlicher Setzungen in allen Gesundheitswesen wird die Politik hier vielleicht rascher gefordert, als ihr lieb ist. Können wir also die Nachfrage kaum mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg eindämmen, so lohnt ein Blick auf die Preisgestaltung um so mehr. Den meisten Staaten gemein ist ein weitgehend marktfernes System der Preissetzung, sei dies nun im etatistischen Weg durch staatsabhängige Leistungserbringer oder durch die bei uns üblichen Kollektivverträge oder staatlich gelenkte Preisverhandlungen. Dabei offenbaren sich Unstimmigkeiten und Verteilungskonflikte, die es der Politik oft bequemer machen, über neue Geldquellen nachzudenken. Damit kann offenbar mit geringerer Konfliktwahrscheinlichkeit kurzfristig Streitpotential entschärft werden, ohne en détail in den Gesundheits„markt" eingreifen zu müssen oder gar Macht zu übertragen.

Verbreiterung der Finanzgrundlage

Die politische Reaktion konzentriert sich auf Versuche zur Verbreiterung der Finanzgrundlage durch Ausgrenzungen in die Privatsphäre, geradeso als ob dadurch das Gesundheitsmarktgeschehen insgesamt an Logik gewänne.[3] Auch Versicherungssysteme machen davor nicht halt: Frankreich, ein Land im Übergang von einem sozialen Versicherungssystem zu einer weitgehend steuerfinanzierten Einnahmeseite bei Fortexistenz

---

[2] Weitgehend schwammig und illusorisch formulierte Ziele, wie etwa „Gesundheit für alle im Jahr 2000", vor einigen Jahren ein WHO-Motto, reichen nicht aus. Die demokratische Gesellschaft sollte schon in der Lage sein, Leitbilder und Grenzen ethisch fundierter Politik zu definieren.

[3] Für steuerfinanzierte Systeme ist dies in der Regel kein Thema, wenn die Gesellschaft bereit ist, enorme Steuerlasten nach skandinavischer Art hinzunehmen. Fehlt der Konsens dazu, so sind die Folgen im britischen NHS zu besichtigen.

privater Leistungsanbieter, unterwirft nahezu alle Personenkreise der Pflichtversicherung. Über ergänzende Steuerfinanzierung geht man dabei auch über die eigentlichen Erwerbseinkommen hinaus. Auf Deutschland übertragen bedeutete dies die Ausweitung des Kreises der Versicherungspflichtigen, um einem „Entweichen" in die PKV, wie es so nur bei uns möglich ist, einen Riegel vorzuschieben.[4] Wie immer, wenn der Staat die Probleme lösen soll, wird er dies nur dergestalt tun, daß sein unmittelbarer Einfluß hernach stärker fühlbar ist. Ein entwickelter Sozialstaat kann und darf auf bestimmte Umverteilungselemente nicht verzichten. Diese sind allerdings nur dann realisierbar, wenn der solidarische Ausgleich zwischen Kranken und Gesunden, Kinderreichen und Kinderlosen, Alten und Jungen funktioniert. Nur durch Umverteilung - einen weniger belasteten Begriff gibt es wohl kaum - kann eben auch demjenigen eine Behandlung zuteil werden, der nach Individualkriterien weder versicherbar noch zahlungsfähig wäre. Dies ist in allen EU-Staaten in der einen oder anderen Form so geregelt, wenngleich die „Spuren der Anstrengung" manch ein System dabei ächzen lassen. Neben der Erschließung zusätzlicher Geldquellen gibt es die verbreitet genutzte Möglichkeit einer Mischlösung aus „mehr Einnahmen" und „Nachfragebegrenzung" bestens illustriert durch sogenannte „Eigenbeteiligungen". Eigenbeteiligungen haben eine lange Geschichte: in Frankreich etwa wurde der „ticket modérateur" (der französische Begriff dafür) als Eintrittskarte für den Arztbesuch schon 1928 geschaffen. Ein üppiges System an Zuzahlungen hat vorwiegend dazu geführt, daß die Basisversicherung ihre eigentliche Aufgabe nicht mehr erfüllen kann und Personen ohne die verbreitete genossenschaftliche Zusatzversicherung im Regen stehen. Ihr Schicksal dient heute als politische Begründung dafür, die einheitliche und möglichst steuerfinanzierte Volksversicherung ein-

[4] Wiewohl scheinbar logisch, doch auch ein Schritt hin zu mehr Staat und weniger Wettbewerb. Eine leistungsfähige GKV braucht diesen nämlich schon infolge noch immer nahezu völlig fehlender Vergütungslogik bei „den Privaten" nicht zu fürchten. Erst wenn der Gesetzgeber die GKV so unattraktiv hat werden lassen, daß Abwanderungsfähige gehen „müssen", dürfte dieser Zwang zum Tragen kommen. Ein mangelhaftes öffentliches System kann sich schon aus Imagegründen keiner Wahl mehr stellen. Die Stunde der PKV hätte geschlagen, da man kaum mehrheitsfähig eine Minderheitenbegünstigung betreiben kann.

zuführen.[5] Untersuchungen zeigen jedoch, daß bei fehlender Steuerungswirkung der Eigenanteile kaum ein ablauftechnischer Gewinn zu verzeichnen ist.

Realitätsverlust in der Gesundheitspolitik

Vermeidet die Politik die mühsame Suche nach neuen Wegen unter aktiver Einbindung der eigentlich zuständigen Akteure, so droht Wirklichkeitsverlust. Beseelt vom Wunsch, doch alles schön und richtig zu machen, dabei aber nirgends anzuecken, werden Fehlsteuerungen zur Norm und Widersprüche zu Besitzständen, die es entschlossen zu verteidigen gilt. In dieser Situation gibt die Politik jedoch aufgrund des hohen gesellschaftlichen Stellenwertes der Gesundheitssicherung nicht etwa auf. Sie bereitet schlichtweg eine weitere Reform vor, die den Staat noch fester in das System einbindet. Dies geschieht durchaus ideologieübergreifend: Alain Juppé etwa, konservativer Ex-Premier Frankreichs, wartete 1995 mit einer robusten Reformvorlage auf, die zwar sozialistischen Protest erntete, doch deren organisatorisches Kernstück, die Stärkung etatistischer Ansätze, bis heute emsig ausgebaut wird. Staatliche Kompetenzmehrung verfolgt dabei im wesentlichen zwei Ziele: zum einen schlichten Zeitgewinn, zum anderen hinreichende Ordnungskompetenz, um eine politisch nützliche Problemleugnung vorzubereiten. Dabei wächst die Unzufriedenheit der Beteiligten, ein Umstand, der nicht nur in Frankreich nach zusätzlichen staatlichen Eingriffen verlangt.[6] Aus diesem Circulus vitiosus ist ein Entrinnen nicht gerade einfach.

---

5 Über Sinn und Unsinn etwa der deutschen Zuzahlungen für Arzneimittel ist viel geschrieben worden. Allerdings sollten Vertragsärzte eigentlich nur Notwendiges und Zweckmäßiges verordnen. Dieses wiederum dürfte vom Patienten nicht mit dem Hinweis auf etwaige Kostenfolgen für sie oder ihn abgelehnt werden, da es doch „unumgänglich" ist. Strenggenommen kann der Patient somit keine Steuerungswirkung ausüben, und die Zuzahlungen dienen lediglich der ergänzenden Geldbeschaffung unter Preisgabe bestimmter Sozialziele. Angesichts auffälliger Ungereimtheiten, insbesondere im System des Arzneimittelvertriebes in Deutschland mit fehlendem Wettbewerb und Standesprivilegien, sind hier Zweifel geboten.

6 Man denke hier an die Kabalen, als deren Ergebnis eine an sich notwendige Reform der deutschen Krankenhausfinanzierungsstruktur scheiterte. Als Folge wird der Bereich einfach „ausgeklammert", bis zur nächsten Reform oder darüber hinaus. Warum ausgerechnet der kostenträchtige Spitalsektor sich ökonomischer Logik entziehen soll, zumindest dort, wo er öffentlich-rechtlich verfaßt ist, bleibt geheimnisvoll. In Frankreich greift man zu gesetzten Budgets, vermeidet jedoch erforderliche Einschnitte in der Versorgungsstruktur. Erst langsam wird dort ein wirkungsvolles Management herangebildet.

Länderbeispiele in Auswahl

Erstaunlicherweise zeigen die USA mit ihrem „freien Markt" im Gesundheitswesen ebensolche Logikbrüche wie nahezu „sozialistisch" anmutende Staatssysteme wie der NHS Großbritanniens oder die ehemals großzügigen skandinavischen Wohlfahrtsmodelle. Die Anbieterdominanz in den USA war bis zur Übernahme der HMOs durch private Versicherungsträger nicht zuletzt als Folge der gescheiterten „Clinton-Reform" von 1994 geradezu sprichwörtlich. Im Land der unbegrenzten Möglichkeiten regierten Überfluß und Vergütungsunfug unter Preisgabe ohnehin nur schwach entwickelter sozialer Zielsetzungen. Die Kosten, ohnehin an der Spitze, bezogen auf den Anteil am Bruttoinlandsprodukt, stiegen dementsprechend ohne Tendenz zur Kehrtwende bei Ausbau bestehender Deckungslücken und gesellschaftlicher Unzulänglichkeiten. Im Unterschied zur deutschen PKV war es für amerikanische Kostenträger leicht, mit ihren großen Geldmitteln Leistungserbringungsorganisationen in ihren Geschäftsbereich zu integrieren. HMOs stellen seither den Löwenanteil der US-Policen, schon allein weil eine netzwerkunabhängige Vollversicherung auch für Gesunde und Junge kaum mehr zu bezahlen ist. Als Folge bestimmen heute weitgehend Betriebswirte über Art und Großzügigkeit des Versicherungsgeschehens. Dies ging so weit, daß augenblicklich eine Rückverlagerung von Kompetenzen hin zum Leistungserbringer angestrebt wird. Rigide Einschränkungen der Therapiefreiheit - gelegentlich auch weit über alle Vernunft hinaus - Mobilitätsverlust in einer Industrie- und Dienstleistungsgesellschaft, deren örtliche Flexibilität stets hohe Wertschätzung genoß, bis hin zur Einschränkung der rechtsstaatlichen Freiheiten durch Ausschluß des Rechtsweges in vielen Bundesstaaten markieren den Weg der US-HMOs.[7]

Frankreich, bereits viel zitiert in diesem Beitrag, errichtet einen Funktionshybrid aus steuerbetonter Mischfinanzierung und privaten Anbietern. Derlei ist bislang nirgendwo erprobt, und es darf durchaus bezweifelt werden, daß ein einnahmeseitiges „Beveridgemodell" mit einem „Bismarck" im Bereich der Leistungserbringer reibungslos funktionierten. Mit diesen Anstrengungen versucht man einerseits, die enormen Schulden der „Sécu" beim Staat abzubauen - eine klare Rückwirkung der Maastrichter Stabilitätskriterien des Euro, denn früher hat dies in Paris

---

[7] Nur in wenigen Staaten, darunter Texas, kann man seine HMO verklagen. Dies entspricht nicht so sehr einer politischen Einflußnahme der HMO-Träger als der Angst vor dem eigenen Rechtssystem mit seinen auf Provisionsbasis tätigen Advokaten, die gerade Produkthaftpflichtprozesse auch fragwürdigsten Zuschnitts aus persönlichen Renditegründen massenweise anstreben. Eine Prozeßlawine gegen HMOs würde allerdings schnell dazu führen, daß noch weniger Krankenversicherungsschutz verfügbar wäre.

selten gestört -, und andererseits, die sozialen Unstimmigkeiten des bislang doppelgleisigen KV-Systems zu korrigieren. Mit dem Ziel der „Gerechtigkeitsstiftung" sind allerdings nach Lage der Dinge auch enorme öffentliche Zusatzkosten verbunden, über deren Auswirkung noch Unklarheit herrscht. Vergleiche mit anderen Staatssystemen legen dabei den Schluß nahe, daß es auch in Frankreich in nicht allzu ferner Zeit infolge linearer Mittelkürzungen zu Formen der Mangelsteuerung kommen wird. Dies wäre ein hoher Preis für Gerechtigkeit in schlichter Papierform, da Bessergestellte und Versicherbare nicht lange auf geeignete private Angebote werden warten müssen. Die „Zwei-Klassen-Medizin", Alptraum französischer Sozialpolitiker, wäre somit durch die Hintertür Wirklichkeit geworden;[8] makabrerweise als Resultat einer Politik, die derlei just vermeiden wollte.

Die Niederlande schließlich, mit ihrem Poldermodell, das auch in Deutschland vor allem dort Bewunderer hat, wo es gelegentlich an analytischer Trennschärfe mangelt, setzten auf mehr Staat und Dirigismus trotz eines scheinbar „wettbewerblichen" Dreisäulen-Modells. Wie im Bereich der Arbeitslosigkeit, deren erstaunlich geringe Zahl nicht zuletzt dem Umstand zu verdanken ist, daß fast eine Million Menschen als dauerhaft nichterwerbsfähige Invaliden in einer Spezialversicherung geführt werden, jedoch nicht in der Arbeitslosenstatistik erfaßt sind, sieht die Realität gelegentlich etwas anders aus als zu lesen ist. Statt eines „Globalbudgets" gibt es dort ein Nationalbudget mit Ausgabensetzung durch das Parlament. Ein rigides Primärarztsystem und fehlende ambulante fachärztliche Versorgung gehören im Lande der Polder und Deiche ebenso zur Realität wie Wartelisten in nahezu allen Bereichen der Hospitalmedizin. Nach anfänglich demonstrierter Fortschrittlichkeit in der Behandlung des EU-Gesundheitsmarktes und der Entscheidungen des EuGH zog sich der niederländische Staat nach zwei aktuellen EuGH-Fällen schnell auf eine rigide Position der angeblichen Nichtbetroffenheit zurück.[9] Mit der Entmachtung der Selbstverwaltungssteuerung im Zie-

---

[8] Die „Médicine à deux vitesse" ist ein Phänomen, was viele in Frankreich mit dem rabiaten angelsächsischen Sozialmodell verbinden. Zweifler unter den Praktikern des Systems können allerdings infolge der starken Stellung des Staates nur verhalten warnen.

[9] Anfangs wurde zwar die direkte Übertragbarkeit der berühmten Kohll- und Decker-Entscheidungen für das reine Sachleistungssystem der Niederlande geleugnet, als Entgegenkommen an EU-Recht jedoch ein grenzüberschreitendes Vertragsrecht in Aussicht gestellt, wiewohl es darum eigentlich nicht ging. Heute, mit den Hospitalfällen Smits und Peerbooms, argumentiert man wie einst auch Deutschland: Schon ein Sachleistungsprinzip enthebt von der Berücksichtigung grundlegender EU-Freiheiten im Gesundheitsmarkt, auch wenn die befürchtete „Gefährdung der öffentlichen Ordnung" durch nichts substantiiert werden kann als durch Spekulationen.

kenfondsrat wurde ein weiterer Schritt hin zu mehr Staat getan. Die hierzulande gelegentlich gern zitierte hohe Komponente der Privatversicherung sieht ebenfalls anders aus: Sie ist ein Zuweisungssystem mit Kontrahierungszwang beim Standardtarif und unterscheidet sich darin erheblich von der deutschen PKV, die nicht einmal die Mitnahmefähigkeit der erworbenen Altersrückstellungen im „eigenen Lager" sicherstellen kann, um für mehr Wettbewerb zu sorgen. Ergänzungspolicen können im übrigen sowohl GKV- wie PKV-Träger anbieten, eine Vorstellung, die bei uns sicher nicht auf ungeteilten Beifall stieße.

Großbritannien versucht mit Abschnittsreformen die Lage des NHS zu verbessern, bislang allerdings zumindest hinsichtlich der Wartelisten mit nur geringem Erfolg. Ein steuerfinanziertes System mit beabsichtigter Unterdeckung und erheblichem Investitionsstau kann eben nur durch Steuererhöhungen saniert werden. Diese allerdings verbieten sich im Land von „New Labour" schon aus politischen Opportunitätsgründen. Mit über 7,2 Millionen PKV-Policen bei starker Wachstumstendenz dieser Branche, ist die Klassengesellschaft im Gesundheitswesen alltäglich. Verschiedene Regierungsinitiativen können trotz sinnvoller Ansätze im Detail das generelle Problem kaum lösen. Auf Preiswürdigkeit getrimmt, kann auch ein Staatssystem nur soviel leisten, wie die Ressourcen hergeben. Angesichts geringer Sparpotentiale sind hier enge Grenzen gesetzt. Entschieden wird versucht, ein Abwandern der Patienten von den heimischen Wartelisten, etwa nach Belgien oder Deutschland, zu verhindern. Angesichts sicherer hoher Kostenanteile, die durch eine Erstattung vergleichsweise niedriger britischer Heimatsätze ungedeckt bleiben müßten, unterstreicht dies den engen Spielraum der NHS-Verantwortlichen. Die Mangelsteuerung ist demnach nicht das unvermeidliche Resultat von Finanzengpässen, das man beklagt und abzubauen trachtet, sie dient vielmehr als gewolltes Instrument zur effektiven Nachfragevermeidung, sei dies solche durch den Patienten oder solche, die der Leistungserbringer aus betriebswirtschaftlichen Überlegungen auslöst. Nicht nur unter ethischen Gesichtspunkten ist diese verbreitete Methode fragwürdig und führt zu sichtbaren sozialpolitischen Schieflagen.

Zu guter Letzt ein Blick nach Italien, einem in den zurückliegenden Jahrzehnten immer wieder politisch reformierten System mit bekannt geringer Leistungsfähigkeit. Die inländische Bedarfsdeckung dieses Staatssystems will nicht mehr gelingen, wiewohl es dabei noch erhebliche regionale Unterschiede gibt. Versuche zur Co-Finanzierung, etwa durch Einführung zusätzlicher Eigenanteile, Franchisen u. v. m., haben bislang allerdings kaum die gewünschten Effekte gezeigt. In Grenzbereichen, wo früher noch eher großzügig auch die Behandlung im EU-Ausland genehmigt wurde, zeigt sich vermehrt die Tendenz, im Wege manipulierter

Notfallbehandlungen mit dem Krankenschein E 111 die daheim nicht oder nicht in gewünschter Qualität mögliche Behandlung möglichst preiswert zu erhalten.[10] In allen benannten Beispielen, die zwangsläufig nur einen Bruchteil der einschlägig relevanten Entwicklungen aufzählen können, zeigen sich Praxismängel nicht zuletzt als Ergebnis unzureichenden politischen Handelns. Ein Abstraktionsversuch soll hier Typologien politischen Handelns vermitteln.

Reformschicksale in der Theorie

Variante 1: Staat scheut Konflikte, macht sich für alles zuständig und hofft auf Zeitgewinn

Diese Variante verbindet nur scheinbar Widersprüchliches. Wer Konflikte scheut, mithin Entscheidungen und Analysen vermeiden möchte, muß zunächst hinreichend kompetent sein, um dies auch tun zu können. Erst wenn an einer Stelle alle relevanten Entscheidungspotentiale konzentriert sind, kann mit Erfolg darauf gebaut werden, daß tatsächliche Aktivitäten, die rebus sic stantibus oft in Konfliktsituationen führen, „ausgesessen" werden können.

Variante 2: Regelmäßige Reformgesetze ersetzen Reform

Mit der Regelmäßigkeit einer Sinuskurve läßt sich der Beginn einer neuen „Gesundheitsreform" - man stelle sich vor, wie eigentlich die Gesundheit reformiert werden kann - auf der politischen Zeitachse der Legislaturperioden darstellen. Oft genug werden allerdings Reformen, d. h. logikinduzierte Strukturveränderungen mit nachweislicher Wirksamkeit für die vereinfachte Erreichung eines definierten Zieles, durch Reformgesetze ersetzt, die Neues bringen, oft ohne das alte Problem tatsächlich aus der Welt zu schaffen. Der Gesetzgeber hat unter Medienwirkung „gehandelt", die tatsächlichen Resultate erschließen sich oft genug ohnehin nur einer oblatendünnen Schicht von Eingeweihten. Wenig erstaunlich also, daß hier oft genug der zeitliche Wirkungshorizont einer „Reform" bis zur Folgereform gar nicht abgewartet wird.

---

[10] Eine solche Praxis, sie kann im italienisch-französischen Grenzgebiet ebenso studiert werden wie in grenznahen Regionen Österreichs, ist ein Indiz für Staatsversagen. Sie wirft zugleich Schatten auf die geplante EU-Osterweiterung, wo u. a. die Aufgabe gelingen soll, überaus fragile Systeme höchst begrenzter Leistungskraft und verbreiteter schattenwirtschaftlicher Co-Finanzierungsstruktur etwa mit dem bei uns oder in Österreich Gebotenen zu verknüpfen.

Variante 3: Wettbewerb sagen, Staatssystem meinen

Eine Form politischer Aktivitäten, die mit den Prinzipien der vorgenannten Ansätze vermengt werden kann. Wettbewerb ist „in", klingt insbesondere dort gut, wo große Geldsummen bewegt werden und hätte zudem zumindest theoretisch mit Qualität zu tun, die er, und er allein in allen ökonomischen Bereichen sicherstellt und verbessern hilft. Allerdings ist Wettbewerb nicht immer gern gesehen. Ethisch scheidet er dort aus, wo strukturelle Defizite von vornherein bestimmte Marktteilnehmer unvertretbar benachteiligen würden. Der Patient, als in seiner Entscheidung überaus eingeschränkt, wäre also ein typischer „unvollständiger Marktteilnehmer", der üblicherweise nicht auf die Nachfrage verzichten kann, ja sie nicht einmal hinreichend zu bestimmen in der Lage ist. Wettbewerb stört immer dort, wo es sich bequem und ertragreich auch ohne ihn lebt. Als Bestandteil einer politischen Strategie umfassender Konfliktvermeidung wirkt er mithin unruhestiftend und wird daher gern umgangen. Allerdings sind die Optionen des Gesetzgebers dabei im Gesundheitswesen nicht eben vielfältig. Will man keinen Wettbewerb, auch nicht solchen, der soziale Kompensationseffekte enthält, so bleibt nur die Verstaatlichung des Prozesses. Betroffene Akteure, auch wenn sie gelegentlich Wettbewerb und Transparenz nicht eben begrüßen, müssen sich daher die Frage gefallen lassen, ob die etatistische Alternative ihnen eher konveniert. Der betriebswirtschaftlich „ideale" Mix - etwa aus dem Brot durch die GKV und dem wünschenswerten Rest aus privaten Taschen - kann sozialpolitisch nicht gelingen, wenn wir uns nicht offen zu britischen Verhältnissen bekennen wollen. Dieses zu fordern wäre voraussichtlich kaum politisch mehrheitsfähig.

Variante 4: Aushöhlen des öffentlichen Sektors und stille Privatisierung

Diese Variante - in Großbritannien durchaus üblich - zeigt, wie die Politik trotz des im staatlichen Einheitssystem nach wie vor geltenden Gerechtigkeits- und Gleichheitspostulates durchaus bereit ist, zur Stabilisierung des Ist-Zustandes die stille Preisgabe eben dieser Gerechtigkeitsziele hinzunehmen. Die Ableitung aus solchen Entwicklungen ist nur scheinbar ein Paradox: Dort wo im Bestreben höchstmögliche Gleichheit zu schaffen der Staat alle Kompetenzen auf sich vereinigt, entsteht Ungleichheit in bemerkenswertem Umfang.

Variante 5: Reformstrategien klammern Strukturen aus

Als Teil der allgemein beliebten Konfliktvermeidung werden vorhandene Strukturen gern aus schmerzlichen Reformprozessen ausgeklammert,

mithin Veränderungen im Ablauf um bestimmte geschützte Bereiche herum organisiert. Dies kann eigentlich nicht gut gehen, wenn man bedenkt, daß es gerade strukturelle Widersprüche und Logikmängel sind, die im Gesundheitssystem nahezu aller Staaten und Prägungen problemstiftend wirken. Alle Akteure sollten grundsätzlich aufgerufen sein, sich selbst in einen Reformprozeß schöpferisch, d. h. auch veränderungsbereit einzubringen. Erfreulicherweise geschieht dies auch öfter als manchmal vermutet wird. Dort wo dies jedoch nicht gelingen will, wo Beharrungsvermögen logische und argumentative Defizite kompensieren soll, wäre ein Eingriff des Gesetzgebers mit dem Ziel einer Erhöhung der strukturellen Beweglichkeit durchaus angezeigt. Nicht so sehr um Lösungen zu vermeiden, sondern um den Akteuren die Beweglichkeit zurückzugeben, die in Jahren ungestörter Strukturverkrustung entstanden ist. Gewohntes sollte daher tunlichst nicht mit Bewährtem gleichgesetzt werden, auch wenn es um liebgewordene Zuständigkeiten oder Kompetenzeilande geht, die sich nur ungern im Wettbewerb mit neuen Ideen messen. Wettbewerblichkeit gilt eben auch für Strukturen und Institutionen und kann dabei helfen, fortschrittsfähig und aufgeschlossen zu bleiben.[11]

Warum ist dieses Thema wichtig?

Blickt man in der EU und darüber hinaus umher, so fehlt es an eindeutigen gesundheitspolitischen Konzepten in den Politiken nahezu aller Staaten. Weder erfolgen die „Blicke über den Zaun" systematisch genug, um am Beispiel dort die möglichen Auswirkungen bestimmter eigener Absichten im Vorwege studieren zu können, noch werden eindeutige gesundheitspolitische Ziele definiert. Nebenkriegsschauplätze, beliebt sind dabei bestimmte Organisationsfragen, drohen in reicher Zahl den Blick für eigentlich anstehende Herausforderungen zu verstellen. Mit dem „downgrading" der Fischer-Reform wird in Deutschland vielleicht eine Grundlage dafür geschaffen, daß Regierung und Opposition verstehen, daß Sozialpolitik ohne Grundkonsens der Verantwortlichen kaum gelingen kann. Auch die Akteure könnten erkennen, daß für sie die Stunde schlägt, um mit kreativen Vorschlägen und wirklich neuartigen Konzepten in möglichst vernetzter Form hervorzutreten. Dies betrifft das weite Spektrum der Beteiligten, die mehr und mehr auch ihre Interdependenzen erkennen werden. Verkürzt und provokant dargestellt, stehen wir in Deutschland einmal mehr am Scheideweg: Geht es scheibchenweise in

[11] Bemerkenswert angesichts der hohen Aufwendungen für stationäre Krankenhauspflege in Frankreich war seinerzeit die Reaktion der sozialistischen Opposition auf Strukturveränderungen der Juppé-Reform. Als „sacré" (heilig) wurden existierende Hospitalverhältnisse noch von jenen verteidigt, die heute versuchen, mehr Transparenz zu schaffen.

eine Form vernetzter Einkaufsmodelle oder in die Staatsversorgung? Ein Blick ins EU-Umfeld zeigt, daß dabei die letztere Alternative wenig Perspektiven für alle Systembeteiligten bietet. Deutschland hat nach wie vor eine hohe qualitative Substanz, und wir alle sollten bestrebt sein, auch künftigen Generationen diese zu erhalten. Das kann allerdings nur bei einem neuen Miteinander der Beteiligten erfolgen, wobei die freiheitlichen Prinzipien nach Möglichkeit zu bewahren sind. Wir alle können dazu beitragen, daß dieser Schritt gelingt und das deutsche System in subsidiärer Gestaltung, aber vernetzt und europakompatibel ein Beispiel dafür gibt, daß wir keine EU-weite Harmonisierung auf Minimalstandard benötigen. Der berechtigterweise von manchen gefürchteten EU-Gleichschaltung wirkt man am ehesten dadurch entgegen, daß man das eigene System bestmöglich auf die Zukunft in einem anderen volkswirtschaftlichen Umfeld vorbereitet. Der Erhalt seines gesellschaftlichen Auftrages und die enorme Marktkompetenz der Gesundheit sind dabei nicht notwendigerweise Widersprüche. Mehr und besser strukturierter Wettbewerb sollte dabei nicht nur Ökonomen erfreuen, sondern Kräfte bereitstellen, die eine intelligente Sozialpolitik ertragreich instrumentalisieren kann. In jedem Fall benötigen wir mehr Dialog, mehr gemeinsame Interessenbestimmung und mehr schöpferische Ansätze. Das Ergebnis wäre die Mühe durchaus wert.

Effizienzpotentiale im stationären Bereich - Einleitung

Gerhard Schulte

Ich freue mich, den Themenkreis „Effizienzpotentiale im stationären Bereich" moderieren zu dürfen. Wahrscheinlich haben mich die Veranstalter für diesen Bereich vorgesehen, weil ich als Freund der Krankenhausgesellschaften bekannt bin und deswegen diesen nicht allzu viel Unbill in der heutigen Diskussion zustoßen kann.

Die Frage nach Effizienzpotentialen in der Gesundheitsversorgung ist so alt wie die ärztliche Tätigkeit selber. Effizienzsteigerung bleibt eine permanente Aufgabe; würde man hieran nicht arbeiten, gäbe es weniger medizinischen Fortschritt. Der stationäre Bereich ist unter Effizienzaspekten schon deshalb ein wichtiger Teil der Bemühungen, weil er gut 35 % der gesellschaftlichen Ressourcen für Gesundheitsversorgung in Anspruch nimmt.

Es gibt zwei denkbare Ansätze, Effizienzpotentiale im stationären Bereich - aber auch in anderen Sektoren - zu erschließen. Einmal kann der Gesetzgeber durch bessere rechtliche Rahmenbedingungen Effizienzsteigerung ermöglichen. Wir haben allerdings leidvoll erfahren müssen, daß den Gesundheitsgesetzen der letzten 20 Jahre im wesentlichen gemein war, daß eine Krankenhausreform, die einen solchen Namen verdient, nicht vom Bundesgesetzgeber durchgesetzt werden konnte. Und wir erleben auch in diesen Wochen, daß der Krankenhausteil im Gesetzentwurf für eine Gesundheitsreform 2000 im wesentlichen scheitern wird. Dies wäre allerdings ein erneuter Anlaß, um zur Alternative zu kommen, Eigeninitiativen der Beteiligten zu fordern, insbesondere die der Krankenhausgesellschaften und der gesetzlichen Krankenversicherung, aber auch die der Bundesländer. Wenig ist davon zu vernehmen; Abwehrstrategien stehen leider im Mittelpunkt.

Nun könnte man allerdings behaupten, die deutschen Krankenhäuser sind gut, die Patienten sind überwiegend zufrieden; weshalb soll man sich dann der Mühe unterziehen, unter großem Aufwand und gegen Widerstände die Effizienz zu verbessern; weshalb Risiken eingehen, wenn der Status quo eine hohe Sicherheit bietet? Und die zweifelsohne größer werdenden Finanzierungsprobleme durch mehr Wettbewerb zu lösen, ist allenfalls in Sonntagsreden der Gesundheitspolitiker mehrheitsfähig. Andererseits gibt auch folgendes zu denken: Der überwiegende Teil der Krankenhausgesellschaften und der Krankenhausträger wehrt sich gegen ein in allen anderen Wirtschaftsbereichen unbestrittenes, sinnvolles

und ökonomisches Prinzip, nämlich die Investitionen über die Krankenhauspreise zu finanzieren. Anstatt Verantwortung für die Anlage und den Umfang der Investitionen selbst zu übernehmen, erfreut sich offensichtlich die Antragstellung an Verwalter schmaler Haushaltsbudgets der Länder großer Beliebtheit. Es ist schon ein erstaunlicher Sachverhalt, daß die Mehrzahl deutscher Krankenhausmanager damit einen schleichenden Verfall der stationären Versorgungsstrukturen in Kauf nimmt.

Effizienzsteigerung versprechen sich viele - ich meine zu Recht - von einer verbesserten Durchlässigkeit zwischen der ambulanten und stationären Versorgung. Auch der aktuelle Gesetzentwurf sieht zur Förderung dieses Anliegens vor, den Geschäftsbereich der Krankenhäuser auf hochspezialisierte fachärztliche Versorgung auszuweiten. Dagegen ist es relativ selten und leider auch wenig erfolgversprechend zu fordern, die Tätigkeit niedergelassener Ärzte nicht willkürlich auf die Behandlungsmöglichkeiten eines Tages zu begrenzen, sondern ihnen etwa in der Form der Praxisklinik all diejenigen Möglichkeiten einzuräumen, die sie beim Stande der Medizin heute bei gleicher Qualität und höherer Wirtschaftlichkeit im Vergleich zum Krankenhaus leisten könnten. Eine solche Ausweitung der Tätigkeitsfelder in beide Richtungen wäre auch unter Wettbewerbsaspekten der richtige Ansatz.

Schließlich darf ich noch erwähnen, daß eine adäquate Preisgestaltung für Krankenhausleistungen wesentlich dazu beitragen könnte, Effizienzpotentiale zu Tage zu fördern. In den letzten Jahren wurde zwar partiell Abstand genommen vom tagesgleichen Pflegesatz, die diesen ersetzende Fallpauschalen oder Sonderentgelte glauben wir jedoch wissenschaftlich ermitteln zu müssen. Verhandlungspreise auf der Grundlage von Preisvergleichen haben offensichtlich nur wenige Anhänger in Deutschland. Dies würde im übrigen ja auch voraussetzen, daß Krankenhaus- und Krankenkassenvorstände Verantwortung übernehmen für das, was sie tun oder unterlassen.

Es scheint mir sicher, daß die heutigen Beiträge zum Themenkreis 1 Spannung versprechen. Frau Renzewitz und Herr Dr. Schwoerer werden den Reigen eröffnen.

Rationalisierungsreserven im Krankenhaus - Fehlbelegung und Leistungsunterschiede

Susanne Renzewitz

In der politischen Diskussion um die geplante GKV-Gesundheitsreform 2000 wird das Einsparpotential im Gesundheitswesen auf 20 bis 30 Mrd. DM geschätzt. Fakten oder Vermutungen?

These Nr. 1:

In jedem Unternehmen gibt es Rationalisierungspotentiale; es ist eine Daueraufgabe, diese zu mobilisieren. Pauschale Rationalisierungsreserven in oft genannten Größenordnungen von 20 bis 30 Mrd. DM sind in unserem Gesundheitswesen nicht mehr vorhanden.

Seit dem Jahre 1993 dominiert im Gesundheitswesen eine strikte Politik der Ausgabenbegrenzung. Eine Bestandsaufnahme zeigt, daß bis dato rund 30 Mrd. DM im Gesamtsystem eingespart worden sind. Diese Größenordnung ist insoweit signifikant, als in keinem anderen Reformbereich entsprechende Einsparungen erzielt wurden. Dem Krankenhausbereich sind allein in Folge der umstrittenen 1%igen pauschalen Fehlbelegungsabgabe 2,4 Mrd. DM in den Jahren 1997 - 1999 entzogen worden.

Ein Blick auf die Kapazitätsentwicklung zeigt eine deutliche Effizienzsteigerung der Krankenhäuser: Seit dem Jahr 1990 wurden über 110.000 Krankenhausbetten abgebaut. Als Beispiel hervorheben möchte ich die Reduzierung der Bettenzahl in den vergangenen drei Jahren, die nach den amtlichen Zahlen 1996 über 15.000, 1997 über 13.000 und 1998 über 9.000 Betten umfaßte. Parallel dazu setzte mit dem Jahr 1996 erstmals ein signifikanter Rückgang der Beschäftigtenzahlen im Krankenhaus ein. Die Krankenhausstatistik verzeichnete 1996 einen Abbau von 11.000 Stellen. Im Jahre 1997 sind über 17.000 und 6.000 Stellen im Jahre 1998 abgebaut worden. Gleichzeitig haben die Krankenhäuser jährlich durchschnittlich 250.000 Fälle mehr pro Jahr behandelt. Im Jahre 1998 ist sogar ein exorbitanter Anstieg von 440.000 Fällen zu beobachten.

Angesichts dieser Bestandsaufnahme sollte von der Behauptung globaler Rationalisierungspotentiale im Gesundheitswesen in der politischen

Diskussion endlich Abstand genommen werden. Zielführender wäre die Frage, wie individuelle Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden können.

These Nr. 2:

Flächendeckende Fehlbelegungsprüfungen sind kein probates Mittel, um individuelle Rationalisierungspotentiale im Krankenhaus zu mobilisieren.

Nach wie vor bezeichnet das Thema Fehlbelegung im Krankenhaus ein vermintes Gebiet. Das gilt um so mehr, als der Glaube verbreitet wird, durch den Abbau von Fehlbelegungen finanzielle Schätze in beachtlicher Größenordnung im Krankenhaus heben zu können.

Um die Diskussionen zu versachlichen, halte ich es für erforderlich, zunächst die Zielsetzung von Fehlbelegungsprüfungen im Krankenhaus zu definieren:

Niemand von Ihnen wird ernsthaft einen gewissen Fehlbelegungsanteil im Krankenhaus negieren wollen. Allerdings wäre es betriebswirtschaftlich verfehlt, diesen Anteil auf Null reduzieren zu wollen. Im Mittelpunkt der Betrachtung steht vielmehr die Erzielung von Ausgabenreduzierungen im Gesamtsystem. Dieses Ziel wäre - und da werden Sie mir zustimmen - im Falle einer bloßen Kostenverlagerung von einem Leistungssektor in einen anderen verfehlt. Ein typisches Beispiel ist der hehre Drang, mittels Fehlbelegungsprüfungen stationäre Leistungen getreu nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär" in die ambulante Versorgung überführen zu wollen. An dem Versuch nachzuweisen, daß eine ambulante Versorgung grundsätzlich kostensparender ist als eine Krankenhausbehandlung, sind bereits einige Studien gescheitert. Verkannt wird dabei, daß in der Regel nicht eine stationäre Leistung durch eine, sondern durch ein Bündel von ambulanten Maßnahmen ersetzt wird. Auch können stationäre Leistungen nicht einer statischen Betrachtung unterzogen werden. Erfolgt beispielsweise eine Leistungsverlagerung in den ambulanten Bereich muß berücksichtigt werden, daß gleichzeitig infolge der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts neue bedarfsnotwendige Leistungen im stationären Bereich nachrücken. Das Ziel von Fehlbelegungsprüfungen wäre gleichermaßen verfehlt, wenn die Kosten für die Durchführung von Fehlbelegungsprüfungen die erwarteten Einsparungen kompensieren.

Bisherige Bemühungen im Umgang mit Fehlbelegungen waren nicht nur untauglich, sondern zuweilen auch bizarr. Ich erinnere an das „Modellvorhaben zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung" nach § 275 a SGB V. Vom Gesetzgeber nicht als Fehlbelegungsprüfung angelegt, wurde die Umsetzung der Regelung gesundheitspolitisch geradezu ausgeschlachtet. Der Abschlußbericht des Modellvorhabens wurde in der Szene für eigene Zwecke mißbraucht. Wen interessierte dabei noch, daß das von den Medizinischen Diensten angewandte Prüfverfahren in keinster Weise wissenschaftlichen Methoden entsprach? Verdrängt wurde auch die Tatsache, daß bei dem Modellvorhaben mögliche Alternativen zu einer stationären Behandlung lediglich hypothetisch unterstellt wurden. In der Realität existierten diese gar nicht. Manifestiert hat sich jedoch die Behauptung, in Krankenhäusern gäbe es flächendeckend ein Fehlbelegungspotential von 20 bis 50 %! Dies wurde seitens der Krankenkassen zum Anlaß genommen, bundesweit die Krankenhäuser mit einem Netz von Fehlbelegungsprüfungen mittels methodisch und rechtlich angreifbarer Verfahren zu überziehen. Eine Flut von Schiedsstellenverfahren und gerichtlichen Auseinandersetzungen waren die Folge. Äußerst interessant war aber auch, daß bei den Prüfungen, die aufgrund eines akzeptablen Verfahrens durchgeführt wurden, Fehlbelegungen in der behaupteten Größenordnung nicht nachgewiesen werden konnten. Die Bilanz dieses Feldzuges war verständlicherweise ein flächendeckendes Mißtrauen der Krankenhäuser.

Als gleichermaßen untauglich ist der Versuch des Gesetzgebers zu werten, Fehlbelegungen mittels eines pauschalen Abschlages vom Budget - d. h. unabhängig vom Vorliegen tatsächlicher Fehlbelegungen - abzubauen. Derartige Rasenmähermethoden sind wohl kaum geeignet, individuelle Wirtschaftlichkeitspotentiale zu mobilisieren. Aber auch hier scheint nur das Ergebnis i. H. v. 2,4 Mrd. DM, die dem Krankenhausbereich entzogen wurden, zu zählen.

Der jüngste Vorstoß auf dem Gebiet der Fehlbelegung ist ein vom Münchner Forschungsinstitut Public Health im Auftrag des Bayerischen MDK entwickeltes Prüfverfahren auf Grundlage des amerikanischen AEP (Apropriateness Evaluation Protocol). Interessanterweise hat genau jenes Institut seinerzeit im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft den Abschlußbericht des MDS zum Modellvorhaben nach § 275 a SGB V begutachtet und verrissen. Wen wundert es, daß das AEP-Verfahren im Vergleich eine deutlich bessere methodisch-theoretische Fundierung erkennen läßt? Allerdings ergeben sich auch bei diesem Ansatz Kritikpunkte. Beispielhaft möchte ich nennen, daß das Verfahren auf retrospektive flächendeckende Stichprobenprüfung angelegt ist und auf

einem diagnoseunabhängigen Katalog ausschließlich medizinisch meßbarer Kriterien basiert.

Aus finanziellen Gesichtspunkten muß der mit dem AEP-Verfahren verbundene Aufwand kritisiert werden. Hier steht zu befürchten, daß die erhofften Einsparungen kompensiert werden. Das Ergebnis wäre mit Blick auf den Zweck von Fehlbelegungsprüfungen: Ziel verfehlt.

Grundsätzlich positiv ist die beabsichtigte differenzierte Zuweisung von Verantwortlichkeit für Fehlbelegungen durch das AEP. Hierbei dürfte es sich dennoch nur um einen theoretischen Ansatz handeln, der in der Praxis, sprich in den Budgetverhandlungen keinerlei Berücksichtigung finden wird. Zielgerecht wäre es, Konsequenzen aus einer differenzierten Verantwortlichkeit für Fehlbelegungen zu ziehen. Die vornehmlich vom Niedergelassenenbereich artikulierte Forderung „Geld folgt der Leistung" könnte dadurch eine interessante Wendung erfahren.

These Nr. 3:

Durch Abbau von Leistungsunterschieden können individuelle Rationalisierungsreserven mobilisiert werden, soweit die Leistungsunterschiede im Versorgungssystem nicht erwünscht sind.

Überlegungen, durch den Abbau von Leistungsunterschieden Wirtschaftspotentiale zu mobilisieren, bedürfen einer differenzierten Betrachtung. Zu unterscheiden ist zwischen gewollten und nicht gewollten Leistungsunterschieden. So resultieren z. B. aus einem nach Grund-, Regel- und Maximalversorgung gestuften Versorgungssystem notwendigerweise Unterschiede in der stationären Leistungserbringung. Das gleiche gilt für den konkreten Versorgungsauftrag eines Krankenhauses. Auch führt der Grundsatz einer flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung zwangsläufig dazu, daß Strukturen vorgehalten werden, die sich betriebswirtschaftlich nicht immer rechnen.

Im Vordergrund der Bemühungen, nicht notwendige Unterschiede in der stationären Leistungserbringung abzubauen, steht im Rahmen einer fortdauernden Kostendämpfungspolitik an erster Stelle der finanzielle Aspekt. Diese Sichtweise muß eine Korrektur erfahren. Es kann beispielsweise nicht sein, wenn rein ökonomische Überlegungen zu einer Krankenhauslandschaft führen, die sich nur noch durch eine Schwer-

punktversorgung oder Spezialisierung auszeichnet. „Das Krankenhaus für das Übliche" muß es nach wie vor geben.

Der Ansatz in der geplanten GKV-Gesundheitsreform 2000, allgemeingültige und verbindliche Kriterien für eine zweckmäßige, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Leistungserbringung in der vertragsärztlichen und stationären Versorgung durch einen Koordinierungsausschuß festzulegen, halte ich als Instrumentarien zum Abbau von Leistungsunterschieden für äußerst bedenklich. In den Krankenhäusern würde dies die Entwicklung einer reinen Listenmedizin induzieren: Kanalisierung der Leistungserbringung mit dem Ergebnis genormter Behandlungsmethoden.

Ansatzpunkte sollten vielmehr Instrumentarien sein, die im weitesten Sinne eine Selbststeuerung des Systems initiieren. Hier wird die Entwicklung eines neuen Entgeltsystems sowie ein intensiver Qualitätswettbewerb Weichen stellen. Bereits die Zuordnung der stationären Leistungen zu einem Klassifikationssystem führt zu erheblichen Umstrukturierungen in den Krankenhäusern. Im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens werden sich Krankenhäuser zukünftig unter Qualitätsaspekten untereinander messen und daraus Konsequenzen für eigene Strukturen ziehen.

Das Bemühen um die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitspotentialen im Krankenhaus darf - auch wenn ich zur Zunft der Rechtsanwälte gehöre - nicht die fatalen Folgen haben, die ein Cartoon aufzeigt, das ich zu meinem heutigen Referat gefunden habe:

Rationalisierungsreserven im Krankenhaus - Fehlbelegung und Leistungsunterschiede

Peter Schwoerer

Auf den ersten Blick scheint die Krankenhauswelt in Baden-Württemberg soweit in Ordnung. Betrachtet man den Krankenhausreport[12], so liegt Baden-Württemberg im Vergleich mit den anderen Bundesländern hinsichtlich der Verweildauer im Krankenhaus wie die meisten anderen Länder im mittleren Bereich. Bezüglich der benötigten Zahl an Planbetten je 1.000 Einwohner und der prozentualen Bettenauslastung ist Baden-Württemberg hinter Schleswig-Holstein sogar mit an der Spitze der Sparsamkeit aller Bundesländer zu finden.

Schon die genauere Lektüre des Krankenhausreports unter Hinzuziehung einiger Statistiken läßt Baden-Württembergs Krankenhauslandschaft in einem nicht mehr ganz so günstigen Licht erscheinen. Die Zahl der Behandlungsfälle steigt weiterhin wie auch die Kosten je Behandlungsfall. Und gerade hinsichtlich der Kosten pro Fall liegt Baden-Württemberg im oberen Drittel der Bundesländer.

Die Möglichkeit noch genauerer und detaillierter Betrachtung erlauben die Fehlbelegungsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK-BW) der Jahre 1997 und 1998. Anläßlich der Prüfungen von 38 Abteilungen von Krankenhäusern in Baden-Württemberg konnte der MDK-BW eine Quote von Fehlbelegungen zwischen 4 und 70 % ermitteln. Selbstverständlich kann aus diesen Ziffern nicht auf alle Krankenhäuser und deren Abteilungen in Baden-Württemberg geschlossen werden, denn es handelt sich nicht um einen repräsentativen Querschnitt, sondern um eine Auffälligkeitsprüfung. Wenn allerdings unter 38 geprüften Abteilungen fast die Hälfte eine über 20%ige und 6 Abteilungen sogar eine um 60 % oder noch höher liegende Fehlbelegungsquote aufweisen, dann kann die Krankenhauswelt auch in Baden-Württemberg nicht in Ordnung sein.[13]

---

[12] Gräb, C.; Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 1996; in: Arnold, M. und Paffrath, D. (Hrsg.); Krankenhaus-Report 1998; G. Fischer Verlag, Stuttgart, 1998: 213 - 229.

[13] Dirschedl, P., Rentschler, G., Lemminger, J., Mohrmann, M.; Fehlbelegung in Belegabteilungen - eine andere Perspektive der Schnittstellenproblematik; Gesundheitswesen 61, 1999: A 58.

Als Reaktion auf diese Ergebnisse wurden dem MDK-BW so wie fast allen anderen Medizinischen Diensten zunächst die Türen der Krankenhäuser verschlossen. Im Mai 1999 konnte allerdings eine Vereinbarung zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen auf Landesebene geschlossen werden, so daß seither sogenannte Fehlbelegungsprüfungen vom MDK-BW wieder durchgeführt werden. Zwei weitere aktuell in der Auswertung befindliche Prüfungen ergeben Fehlbelegungsquoten, die in einem Fall bei etwa 50 % und im anderen bei ca. 25 % liegen dürften.

Außerdem förderte die Überprüfung einer hämatologisch-onkologischen universitären Abteilung Auffälligkeiten in mehrfacher Hinsicht zu Tage. In drei aufeinander folgenden Jahren wurden dort insgesamt etwa 560 Patienten mit einer Hochdosis-Chemotherapie bei solidem Tumor behandelt. In allen Fällen handelte es sich letztlich um individuelle Heilversuche, wobei nicht ein einziger Patient in eine der damals laufenden multizentrischen Studien eingebunden war. Der ärztliche Leiter mußte sich vom MDK-BW sagen lassen, daß er nicht anders als jeder Heilpraktiker, nämlich mit seiner persönlichen Erfahrung argumentiere. Abgerechnet wurden die Behandlungen nach der damals gültigen Fallpauschale (FP 11.03) mit ca. 170.000 DM. Mittlerweile liegt - nach Definition und Vereinbarung einer an anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen orientierten Schwelle - die Zahl der mit einer Hochdosis-Chemotherapie im Zeitraum eines Jahres behandelten Patienten bei unter 25 und wird mit einem Sonderentgelt von 50.000 DM angemessen vergütet.

Die Fehlbelegungsprüfung kann als ein Mittel verstanden werden, Krankenhäuser, die durch ihre Belegungspraxis nicht wirtschaftlich arbeiten, und solche, die mit der Stellung von Indikationen für eine Krankenhausbehandlung zu großzügig umgehen, zu identifizieren und ihr Handeln zu sanktionieren. In letzter Konsequenz geht es bei relativer Abnahme finanzieller Ressourcen um Schutz und angemessene Förderung derjenigen Häuser, die bei korrekter Indikationsstellung verbunden mit guter Qualität wirtschaftlich arbeiten. Sie und ihre Mitarbeiter sind die Einrichtungen, die unter Maßnahmen, die alle Krankenhäuser gleichermaßen betreffen, tatsächlich am ehesten und ungerechtfertigt zu leiden haben. Dieses Instrument bedient sich der retrospektiv-konkreten Beurteilung, inwieweit der einzelne Patient aus gutachterlicher Sicht angemessen behandelt wurde.

Fehlbelegungsprüfungen nach § 17 a Krankenhausfinanzierungsgesetz gehen typischerweise mit hohem Personal- und Zeitaufwand einher. Man muß sich vorstellen, daß jede einzelne Seite der Patientenakten einer dafür notwendigen, relativ großen Stichprobe der Fälle eines Kranken-

hauses bzw. einer Abteilung durchgesehen und fachlich fundiert beurteilt werden muß. Der entsprechend hohe Aufwand an Personal und Zeit wie generelle Kritik von Leistungserbringerseite an der Fehlbelegungsprüfung als Instrument führten beim MDK-BW zu Konzeptionen zur Steigerung der Effizienz der Mitwirkung der Kostenträger[14,15].

Betriebswirtschaftliche Untersuchungen und Vergleiche zwischen Krankenhäusern i. S. eines Benchmarking sind in Verhandlungen häufig mit dem Problem verknüpft, kein umsetzbares Ergebnis zu erbringen. Vertreter der Krankenhausseite kennen genügend berechtigte und unberechtigte Argumente dafür, weshalb gerade ihr Haus nicht mit anderen Häusern verglichen werden kann. Die Argumente beziehen sich insbesondere auf baulich-strukturelle Besonderheiten, den Schweregrad der Erkrankung der Patienten, auf eine Sonderstellung durch Behandlung mittels spezieller, teurer Methoden u. ä. m. Derlei Begründungen stehen die Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend hilflos gegenüber.

Ein alternativer Ansatz, den der MDK-BW gewählt hat, geht von der Analyse der erbrachten Leistungen aus. Auf der Basis der L1- bis L5-Statistiken gemäß der Anlage 3 des § 17 der Bundespflegesatzverordnung wurde ein durch moderne Datenverarbeitung gestütztes Instrument entwickelt, das sich MDK-Baden-Württemberg ICPM* orientierte Strukturanalyse - kurz BIOS - nennt.[16] Es bietet die Möglichkeit zur Erstellung einer abteilungsbezogenen Leistungsanalyse, die ihrerseits als einheitliche Grundlage für einen am medizinischen Leistungsgeschehen orientierten regionalen und überregionalen Leistungsvergleich zwischen Krankenhausabteilungen dienen kann.

Zunächst wurden in einem Konsensusprozeß, an dem klinisch erfahrene Fachärzte der verschiedenen betroffenen Fachgebiete teilnahmen, die einzelnen Behandlungsleistungen einer abstrakt-systematischen Klassifizierung unterzogen. Dabei waren Gesichtspunkte wie die „qualitativen Anforderungen zur Erbringung einer Leistung" die „Planbarkeit" (elektive Leistung) und auch, ob die Zuweisung an eine bestimmte, für die erforderliche Leistung kompetente Schwerpunkteinrichtung im Rahmen heute

---

14 Freund, J. F. und Simoes, E.; BIOS et al.; MDK Forum, Heft 2, 2, 1998: 23 - 26.

15 Freund, J. F., Simoes, E. und Mohrmann, M.; Begutachtung und Beratung zu Versorgungsstrukturfragen; DOK 80, 1998: 176 - 182.

* Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin

16 Freund, J. F., Simoes, E., Grzeschiuchna, C., Kalchthaler, B., Schwoerer, P.; Leistungsbezogener Abteilungsvergleich in der operativen Akutmedizin - Weiterentwicklung der Konzeption BIOS et al. (ICPM-orientierte Strukturanalyse des MDK Baden-Württemberg); Gesundheitswesen 61, 1999: A 73 - A 74.

zumutbarer Transportwege („Schwerpunktfähigkeit") erfolgen kann, zu berücksichtigen. Außerdem erfolgte eine Bewertung danach, ob eine Behandlungsform außerhalb der konventionellen, vollstationären Versorgung möglich ist. Damit wird deutlich, daß die Analyse nicht auf betriebswirtschaftlichen Merkmalen als Basis ruht, sondern von der medizinischen Prozedur selbst ausgegangen wird.

Werden die in einer Abteilung erbrachten verschiedenen Behandlungen einer Periode nach ICPM je einfach in eine Liste aufgenommen, so umfassen sie das angebotene Spektrum der betreffenden Abteilung. Dieses ist entsprechend der Bewertung durch die Konsensusteilnehmer beispielsweise aufteilbar in konventionell vollstationäre Behandlungsformen und solche, die typischerweise teil- oder kurzstationär (z. B. in einer Praxisklinik) bzw. ambulant durchgeführt werden können. So wird beim Vergleich des Spektrums der chirurgischen Abteilung eines Hauses der Zentralversorgung (Abbildung 1) mit der eines Hauses der Grundversorgung (Abbildung 2) bei beiden ein hoher Anteil des Angebots im konventionell stationären Segment erkennbar.

Abbildung 1: Spektrum KH Z

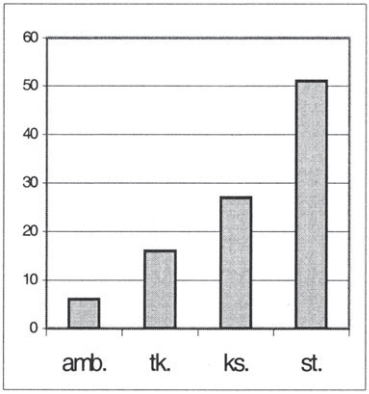
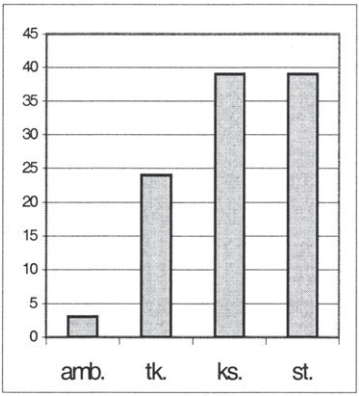


Abbildung 2: Spektrum KH G1



[amb. = ambulant, tk. = tagesklinisch, ks. kurzstationär, st. = konventionell stationär]

Abbildung 3: Leistung KH Z

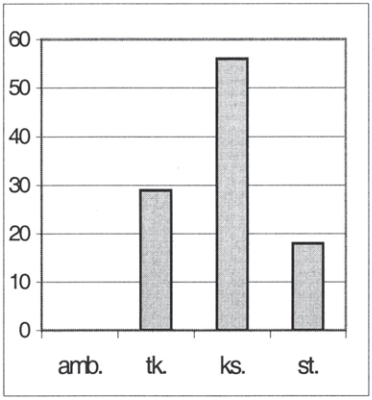
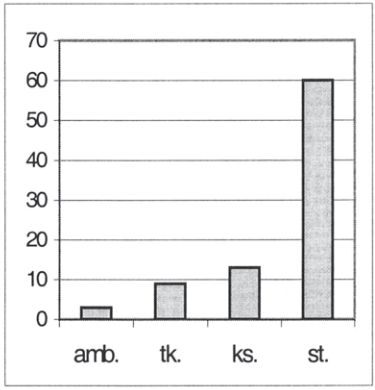


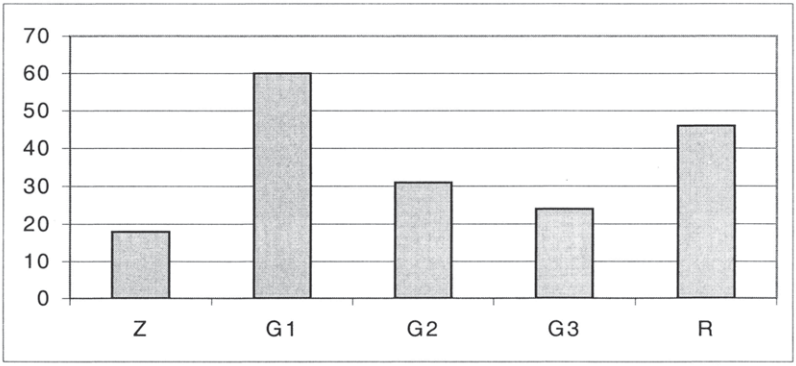
Abbildung 4: Leistung KH G1



[amb. = ambulant, tk. = tagesklinisch, ks. kurzstationär, st. = konventionell stationär]

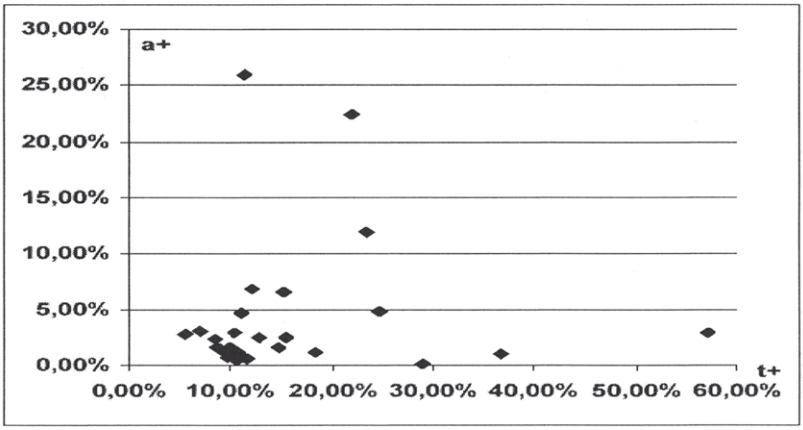
Gehen jedoch in die Beurteilung die verschiedenen tatsächlich vorgenommenen Behandlungen jeweils mit ihrer in dieser Periode durchgeführten Anzahl ein und werden sie nach Häufigkeit ihrer Durchführung geordnet, entsteht eine „Hitliste" der Prozeduren dieser Abteilung. Wird die Liste nun z. B. nach dem Kriterium vollstationär/nicht vollstationär (Praxisklinik, Tagesklinik, ambulant) aufgeteilt, kann so beispielsweise dargestellt werden, daß die entsprechende Abteilung 60 bis 70 % ihrer Leistungen im nicht vollstationären Bereich erbringt und davon gleichzeitig etwa 50 % lediglich als diagnostische Arthroskopien als typisch ambulant erbringbare Maßnahme vorgenommen werden. Die betreffende Abteilung ist auf diese Weise in ihrer Leistung charakterisierbar als eine Abteilung mit „auffälliger Betonung des ambulant/tagesklinisch erbringbaren Segments". Die Chirurgie des Hauses der Zentralversorgung (Abbildung 3) beispielsweise weist im Vergleich zum Haus der Grundversorgung (Abbildung 4) eine hoch auffällige Betonung des tagesklinisch und kurzstationären Leistungsbereichs auf.

Abbildung 5: Prozentuale Leistung verschiedener Krankenhäuser einesLandkreises im konventionell stationären Segment



Durch seine auch im Vergleich mit allen anderen Häusern desselben Landkreises besonders niedrige Leistungserbringung im konventionell stationären Segment lenkt das Haus der Zentralversorgung in Abbildung 5 z. B. die Aufmerksamkeit auf sich.

Abbildung 6: Substitutionspotential von 27 chirurgischen Abteilungen (Grund-, Regel-, Zentralversorgung)
[a+ = ambulantes -, t+ = tagesklinisches Substitutionspotential]



Bei Vergleich von 27 chirurgischen Abteilungen der Grund-, Regel- bzw. Zentralversorgung fallen einzelne wie in Abbildung 6 dargestellt durch einen besonders hohen Anteil an ambulant bzw. tagesklinisch erbringbaren Leistungsanteil auf. Hier ist eine genauere - damit aufwendigere - Analyse angezeigt. Bei überregionaler und abteilungsübergreifendvergleichender Leistungsanalyse (ProVyL = abteilungsbezogener Vergleich der Leistungsprofile) ist damit ein Instrument zur Erzielung einer günstigeren Aufwand-Nutzen-Relation für gesetzlich vorgeschriebene Instrumentarien wie beispielsweise der Fehlbelegungsprüfung an die Hand gegeben (Screening).

Unter Hinzuziehung weiterer Daten kann in einer synoptischen Bewertung festgestellt werden, wie hoch der Anteil schwerpunktfähiger Leistungen ist, die Zahl der Patienten über 65 Jahre, Nutzungsgrad der Planbetten, durchschnittliche Verweildauer, nicht schwerpunktfähiger Anteil, der dem lokalen Bedarf zuzuordnen wäre, usw. Es entsteht eine systematische Leistungsabbildung und -bewertung mit Identifizierung von fachbezogener Fehlbelegung.

Erst die Leistungscharakteristik der einzelnen Krankenhausabteilungen läßt die vergleichende Untersuchung von fachgleichen Abteilungen auf regionaler Ebene - und ggf. auch überregional - zu. So kann z. B. sichtbar werden, wie mehrere Krankenhäuser einer Region unterschiedlicher Versorgungsstufen anteilig in etwa vergleichbare tatsächliche Leistungen erbringen; einzelne haben jedoch gleichzeitig durchaus mit erheblichen Schwierigkeiten bei der Bettenauslastung zu kämpfen.

Die regionale Betrachtung kann in einen Prozeß der Beratung und Einigung mit den Beteiligten und dazu führen, daß ein bestimmtes Fach bezüglich einer aufgabenbezogenen Teilung erfolgt und bestimmte Abteilungen ausschließlich spezielle Segmente der Versorgung anbieten. Da sich derartige Analyseergebnisse auch bezüglich anderer Fachabteilungen ergeben, kann eine Aufgabenteilung außerdem fächerübergreifend und komplementär erfolgen und so zu dem Resultat führen, daß i. S. einer Konzentration von Erfahrung auf besonders leistungsfähige Standorte das eine Krankenhaus ein Fach bzw. Behandlungsspektrum abgibt zugunsten eines anderen, das es ausbaut, und umgekehrt. Neben den unübersehbaren ökonomischen Vorteilen, die sich hieraus ergeben können, sind mit einer derartigen Strukturveränderung auch Qualitätsverbesserungen zu erreichen, da nun in einem bestimmten Abteilungsteam entsprechende medizinische Prozeduren oberhalb einer kritischen Min-

destzahl durchgeführt werden, die zur Erzielung guter Qualität erforderlich ist.[17]

In der regionalen Betrachtung lassen sich mit Hilfe des Werkzeugs BIOS et al. Leistungsunterschiede, Überversorgung und ungedeckter Versorgungsbedarf identifizieren. Die Ergebnisse können in Abstimmung mit den Betroffenen in die Versorgungsplanung einer Region eingehen und damit eine Optimierung der Versorgungsstrukturen und -abläufe herbeiführen. Ziele der strukturellen Änderungen sind Abbau von Parallelversorgung in elektiven Leistungssegmenten und bedarfsgerecht dimensionierte Abteilungen bei Erhalt der Grundversorgung. Dabei wird das Versorgungsangebot i. S. der Umsetzung des § 39 SGB V weiterentwickelt, die bedarfsinadäquate, interessenbedingte Leistungsausweitung dargestellt und spiegelbildlich eine denkbare partielle Unterversorgung identifiziert. Perspektivisch kann diese an den tatsächlich durchgeführten Prozeduren von Abteilungen ansetzende Methode durch betriebswirtschaftliche Analysen ergänzend optimiert werden.

[17] Schwoerer, P., Freund, J., Simoes, E., Gerhard, F.; Öffnung von Krankenhäusern für die fachärztliche Versorgung - Realistische Anforderungen an eine Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen; in: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.); Szenarien im Gesundheitswesen; in: König H., et al.; Allokation im marktwirtschaftlichen System, Band 42; P. Lang Verlag, Frankfurt, 1999: 156 - 161.

Vergütungssysteme im stationären Sektor

Georg Baum

Sie werden von mir jetzt hoffentlich keine wissenschaftliche Abhandlung über Vergütungssysteme im stationären Bereich erwarten. Ich konzentriere mich auf das mit dem Gesundheitsreformgesetz vorgesehene pauschalierende Entgeltsystem, so wie es nunmehr vom Bundestag beschlossen ist. Noch kurz aber zu Wirtschaftlichkeitsreserven. Die gibt es im System zu jeder Zeit, weil wir es mit einem dynamischen Gesundheitswesen zu tun haben. Die Bundesregierung geht von Wirtschaftlichkeitsreserven im Krankenhausbereich aus. Das kann man bei der vorgesehenen Monistik nachrechnen. Bislang fließen einschließlich Universitäten Steuermittel in der Größenordnung von etwa 8 Mrd. DM jährlich in die Krankenhäuser für Investitionen. Im Jahr 2008, nach Abschluß der letzten Einführungsphase der monistischen Finanzierung, würden von diesen 8 Mrd. DM ca. 3,2 Mrd. DM durch entsprechende Erhöhung der neu vorgesehenen landesweiten Gesamtbeträge bereitgestellt werden. Die Differenz umschreibt Wirtschaftlichkeitsreserven, wobei noch hinzukommt, daß die Investitionen ab 2008 gegebenenfalls über den Kapitalmarkt zu finanzieren sind. Unter der Voraussetzung, daß der Investitionsbedarf gleichbleibt, wovon man allerdings angesichts der medizinischen Entwicklung ausgehen kann, wären in diesem Umfang Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Eine weitere Annahme für bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven liegt der Ausgabensteuerung über dem landesweiten Gesamtbetrag zugrunde. Der Zuwachs für den Krankenhausbereich wird im wesentlichen auf den Zuwachs der Grundlohnrate begrenzt. Der Krankenhausbereich hat aber in der Vergangenheit regelmäßig mehr gebraucht. Wenn das auch in Zukunft so wäre, müßte die Differenz ebenfalls über Wirtschaftlichkeitsreserven aufgefangen werden.

Damit bin ich aber auch schon bei meinem Thema. Zur Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven werden entsprechende Instrumente und Rahmenbedingungen benötigt. Und da sind wir uns schon in der Vergangenheit einig gewesen, daß mit dem Selbstkostendeckungsprinzip kaum Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen waren. Das seit 1996 eingeführte Mischsystem aus Fallpauschalen und Sonderentgelten einerseits, tagesgleichen Pflegesätzen andererseits, hat bislang leider auch nicht zu den erhofften Ergebnissen geführt. Bekanntlich werden nur 20 bis 25 % der Leistungen über das neue Entgeltsystem finanziert, der überwiegende Teil weiterhin über tagesgleiche Pflegesätze. Deshalb die Grundsatzentscheidung der Bundesregierung, ein vollständig pauschalierendes

Entgeltsystem ab dem Jahr 2003 einzuführen. Alle Leistungsbereiche des Krankenhauses sollen mit Fallpauschalen vergütet werden, Ausnahme Psychiatrie. Aber auch hier wird durch eine Option in der Bundespflegesatzverordnung die Türe offengehalten, um ggf. die Psychiatrie später zumindest teilweise einbeziehen zu können.

Mit dem vollständig leistungsorientierten Entgeltsystem werden Fehlanreize zur Verweildauerverlängerung abgebaut, Anreize zur wirtschaftlichen Leistungserbringung geschaffen. Das sind Effekte, die sich bei den bestehenden Fallpauschalen durchaus eingestellt haben. Die Krankenhäuser kaufen z. B. Medikalprodukte günstiger ein; beim Materialverbrauch wird schärfer kalkuliert; die Prozeßsteuerung wird besser organisiert. Das alles resultiert aus der Zuordnung von Preisen zu den Leistungen. Das neue System führt zu einer deutlich höheren Transparenz des Leistungsgeschehens. Die Transparenz ermöglicht gezielte Qualitätssicherungsmaßnahmen. Das neue System hilft zudem, Krankenhausvergleiche effektiv zu machen und kann dadurch zur Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen beitragen. Eine leistungsorientierte Ressourcenverteilung innerhalb des stationären Versorgungssektors, aber auch innerhalb des einzelnen Krankenhauses wird möglich. Die Gelder können den in den Abteilungen erbrachten Leistungen unmittelbar zugeordnet werden. Das ist über das neue Vergütungssystem natürlich erheblich leichter möglich als unter den Bedingungen tagesgleicher Pflegesätze. Schließlich bieten Fallpauschalen betriebswirtschaftlich sachgerechte Anknüpfungsmöglichkeiten für die Finanzierung der Investitionskosten über die Preise und damit für die Monistik.

Vor diesem Hintergrund bilden die Einführung des leistungsorientierten Entgeltsystems, die vorgesehene vertragspartnerschaftliche Fortentwicklung der Kapazitäten und die vorgesehene Monistik eine in sich abgestimmte Gesamtreform. Offen ist im Moment bekanntlich die Zustimmung im Bundesrat. Wobei zumindest beim Entgeltsystem eine parteiübergreifende Befürwortung allgemein bekannt ist.

Die Umsetzung des Vergütungssystems ist Selbstverwaltungsaufgabe. Das Bundesgesundheitsministerium hält sich weitgehend raus. Eine Ersatzvornahmeverpflichtung ist nur für den Fall vorgesehen, daß die Selbstverwaltung bei den Entscheidungen über die Grundstrukturen des Systems nicht weiterkommt. Der Gesetzgeber nimmt allerdings eine wesentliche Grundsatzentscheidung vorweg und gibt vor, daß ein DRG-System einzuführen ist, verkürzt damit den Zeitbedarf in der Selbstverwaltung und schafft zeitliche Spielräume für die Entwicklung des neuen Systems. Die Selbstverwaltung hat auf der Grundlage dieser Vorgabe immer noch Entscheidungsmöglichkeiten. Sie kann entscheiden, wel-

ches international angewandte DRG-System eingeführt wird. Es gibt bekanntlich amerikanische, französische, australische und skandinavische Systeme. Bis Ende 2001 muß das System stehen und auch anwendungsreif sein.

Ursprünglich war vorgesehen, daß dann ab 2002 ein „Trainingsjahr" in Form paralleler Abrechnung beginnt. Das wurde fallengelassen, so daß mehr Zeit für die sorgfältige Vorbereitung entsteht. Die Krankenhäuser müssen im Frühjahr 2002 ihre Leistungen entsprechend der Klassifikationen des neuen Systems vollständig erfassen. Auf der Grundlage des Mengengerüstes sind die Punktwerte für die Fallpauschalen auf der Landesebene zu vereinbaren.

Zur konkreten Einführung des neuen Systems in den Häusern ist folgendes vorgesehen: Für jedes Krankenhaus soll im Jahr 2003 ein Erlösbudget vereinbart werden. Dieses Erlösbudget wird nach Art und Anzahl der Leistungen entsprechend der Klassifikationen des neuen Systems abgebildet. Das sich dabei ergebende Punktzahlvolumen ergibt einen hausindividuellen Punktwert. Dieser kann über oder unter dem landesweiten Punktwert liegen. Anpassungsbedarf ergibt sich vor allem für die Häuser mit höheren individuellen Punktwerten, die pro Fallauschale mehr Geld brauchen als auf der Landesebene kalkuliert ist. Hier soll ein mechanischer Anpassungsprozeß greifen, bei dem über 3 Jahre hinweg die Differenz um jeweils ein Drittel abgeschmolzen wird. Im Jahr 2006 gilt für alle Häuser nur noch der landesweite Punktwert. Das im Gesetzentwurf ursprünglich vorgesehene Konzept der Restrukturierungsverträge wird nicht mehr weiterverfolgt.

Ich habe das so ausführlich dargestellt, damit jedermann klar wird, wie das System funktionieren soll. In keinem Land der Welt wird ein Fallpauschalsystem als vollständiges Vergütungssystem angewandt. Das ist auch bei dem neuen Vergütungssystem nicht vorgesehen. Im Mittelpunkt steht die leistungsorientierte Ressourcenzuordnung zwischen den Krankenhäusern und innerhalb der Krankenhäuser auf die Abteilungen. Es geht natürlich auch um die Höhe der Vergütung. Aber es wird kein unlimitiertes Einzelleistungsvergütungssystem eingeführt. Auch nach 2003 wird für jedes Krankenhaus ein Erlösbudget vereinbart, dann allerdings auf der Grundlage von Leistungen, wie sie durch das Entgeltsystem definiert und bewertet sind. Wird das Erlösbudget im Laufe des Jahres nicht getroffen, weil z. B. weniger Fälle behandelt wurden, sollen weiterhin Mindererlöse möglich sein. Umgekehrt wird der zusätzliche Fall nicht mit 100 % des Fallpauschalpreises vergütet, sondern kann entsprechend wie bei den bereits bestehenden Mehrerlösregelungen nur quotiert vergütet werden. Hier greift die Fixkostendegression, so daß auch das neue

Entgeltsystem in die Abzahlung eines vereinbarten Budgets eingebunden ist. Das Entscheidende aber ist, daß das Budget, das die Vertragspartner vereinbaren, nicht auf der Grundlage einer buchhalterischen Diskussion über pflegesatzfähige Kosten, die zur Not von Schiedsstellen festzulegen sind, definiert wird. Vielmehr erfolgt die Budgetfindung auf der Grundlage einer leistungsorientierten Vergütungssystematik. Das ist die entscheidende Voraussetzung, um die Effekte, die von dem neuen Entgeltsystem erwartet werden können, auch zur Wirkung kommen zu lassen. Ich verkenne natürlich nicht, daß ein Direktentgeltsystem auch Risiken hat. Diese liegen in der Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen. Deshalb ist es wichtig, daß mit dem Entgeltsystem auch das flankierende Prüfungsinstrumentarium ausgebaut wird und wirksame Qualitätssicherungsmaßnahmen eingerichtet werden. Der Gesetzentwurf trägt dazu bei, indem Krankenhäuser, die an vereinbarten Qualitätssicherungsmaßnahmen nicht teilnehmen, mit Vergütungsabschlägen bestraft werden können. Des weiteren werden Hemmnisse für wirksame Wirtschaftlichkeits- und Qualitätssicherungsprüfungen, insbesondere bei der Datenoffenlegung, abgebaut, so daß die mit neuem Entgeltsystem erwarteten Effekte auch eintreten können.

Vergütungssysteme im stationären Sektor

Hans-Dieter Koring

Im Kontext der Gesamtveranstaltung sollen wir uns Klarheit verschaffen, ob und in welchem Maße denn nun tatsächlich oder vermutlich Reserven zu mobilisieren sind.

Fakten und Vermutungen - es ist eine philosophische Herausforderung darzustellen, daß offensichtlich gesammelte Fakten je nach Bewertung zu Vermutungen führen, die, mit Fakten belegt, einen Realitätsgehalt aber nicht verleugnen können. Also Vermutungen als nicht nur eingebildete Realität!? Nun, diese Unsicherheiten erschweren offensichtlich Debatte und Diskurs, wie an einem Beispiel deutlich werden soll (Tabelle 1 und 2).

Tabelle 1: Akut-Krankenhäuser

	KH	%	Betten	%	Fälle (Tsd.)	%
1975	2.260		489.756		8.761	
1980	1.991	(-11,9)	476.652	(-2,7)	9.767	(+11,5)
1985	1.825	(-19,2)	462.124	(-5,6)	10.342	(+18,0)
1990	2.207		616.922		13.509	
1994	2.089	(-5,4)	569.638	(-7,7)	14.337	(+6,1)

Tabelle 2:

	Ärzte	%	Pflegepersonal	%
1975	60.635		245.278	
1980	72.540	(-19,6)	283.651	(+15,6)
1985	83.082	(+37,0)	300.406	(+22,5)
1990	95.208		326.082	
1994	97.106	(+2,0)	342.324	(+5,0)

Beide Tabellen stellen Fakten zusammen. Die erstere, allein für sich betrachtet, zeigt in der Interpretation Abnahmen bei Krankenhäusern und Krankenhausbetten: bei vermuteten Überhängen eine positive Bilanz. Zugleich ein Schöpfungspotential für Rationalisierungsreserven ist doch die Zahl der be handelten Patienten gestiegen. Höherer Output mit weniger Ressourcen, klassischer ist eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nicht zu beschreiben.

Tabelle 2 spiegelt dagegen ein ganz anderes Bild: erheblich mehr Personal und damit Kosten mußten eingesetzt werden für die Bewältigung der Aufgaben in Diagnostik, Therapie und Pflege im Krankenhaus. Abgesehen vom positiven Beschäftigungsaspekt: Nur mit diesen Determinanten gerechnet, wie in der Vergangenheit für das Krankenhaus üblich, ist die Leistungssteigerung kleiner als die Kostensteigerung. Rationalisierung? Wahrscheinlich steckt hinter den „Leistungszahlen" ein Panoramawechsel bei den Fällen, aber das wiederum ist Vermutung. Siehe eingangs: Fakten und Vermutungen und vice versa!

Mit dieser Einleitung möchte ich auch hinführen zu der Tatsache, daß Vergütungssysteme selbst keinen Beitrag leisten können, zur Rationalisierung aber durchaus geeignet sind,

a) Leistungsdefinitionen zu erleichtern

b) Rationalisierungsbemühungen zu befördern oder zu behindern.

Gedanken dazu will ich nachstehend in Form von Thesen äußern:

1. Zum Maß der Schöpfung von Rationalisierungsreserven im stationären Bereich und zu Effizienzsteigerungen gibt es alles in allem nur Vermutungen, weil Intransparenz der Leistung insgesamt herrscht.

Das ist die Crux, des stationären Sektors insbesondere, daß es wirkliche und einigermaßen aussagekräftige Leistungsbeschreibungen nur im relativ kleinen Segment (~20 %) der Fallpauschal- und Sonderentgelt-Systeme gibt. Die „Leistung" hinter einem Pflegesatz ist der Pflegetag = Mitternachtsbestand. Wenn wir uns der Leistungsbeschreibung und -messung als einer der Determinanten eines wirksamen Vergütungssystems nähern, muß zunächst folgendes bedacht werden:

2. Die Leistungsdefinition bestimmt sich nach der ordnungspolitischen Ausrichtung des Systems der Gesundheitsversorgung im stationären Bereich:

   a) Krankenhäuser als Einrichtungen der staatlichen Daseinsvorsorge erfüllen ihren Auftrag bestmöglich und haben Erfolg durch Planerfüllung - Anzahl belegte Betten, Anzahl behandelte Fälle, Fälle je Fachabteilung.

   b) Krankenhäuser als Dienstleister konkurrieren um Patienten (Fälle) ergebnisorientiert mit dem Mittel der bestmöglichen Rationalität und Qualität (Effizienz).

      Auftragserfüllung und Erfolg messen sich an der Zufriedenheit der Kunden (Ergebnis) und der Zahler (Wirtschaftlichkeit).

Wir befinden uns derzeit weitgehend im unter a) beschriebenen Zustand und kommen damit zwangsläufig zum Streben nach Erhalt von Bettenbeständen, nach 100-%-Belegungen und als Folge zur Steigerung der Fallzahlen als eigentlichem Erfolgsfaktor. Aus dem dargestellten systemischen Ordnungszusammenhang heraus ergibt sich:

3 a) Planerfüllungssysteme finanzieren sich über staatliche Zuschüsse und Gebühren im Wege der Selbstkostendeckung und benötigen zur Absicherung rigide Kontrahierungszwänge (analog Anschluß- und Benutzungszwang)

   b) Wettbewerbliche Dienstleistung fordert ein differenziertes Preissystem nach Erfolg (Leistung) im Wege der einzelvertraglichen Inanspruchnahme.

Mit den Neuregelungen der Bundespflegesatzverordnung ist das Selbstkostendeckungsprinzip zwar beseitigt und mit der Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten ein Stück Transparenz eingeführt worden - prinzipiell geht es jedoch nach wie vor um Planerfüllung.

Insbesondere ist mit Kosten- und Leistungsnachweisen wirtschaftlicher Natur die notwendige Transparenz nicht zu erreichen.

4 a) Die Historie zeigt, daß unter der Herrschaft von dualistischer Finanzierung (staatliche Zuschüsse) und (nach wie vor praktiziertem) Selbstkostendeckungsprinzip die Abrechnungsmodi eine Leistungs- und Kostentransparenz nicht fördern, wenn nicht sogar behindern.

b) Ein wettbewerbsgetriebenes Modell zwingt die am Markt operierenden Krankenhäuser zu Kalkulation und Nachkalkulation über Kostenträgerrechnung und zu interner Qualitätssicherung (interne Transparenz) zur Preispositionierung im Markt.

5 a) Der derzeit favorisierte Weg einer Ausweitung der Fallpauschalen als durchgängiges Preissystem bei weiter bestehender staatlicher oder Kassenbedarfsplanung mit Kontrahierungszwang kann nur als Einstieg toleriert werden, da sich lediglich eine eingeschränkte Leistungstransparenz ohne Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsbewertung ergeben wird.

b) Offenlegung und Abschöpfung der in der innerbetrieblichen Prozeßgestaltung liegenden Rationalisierungsreserven ergeben sich dagegen in wettbewerbsgetriebenen Vertragsmodellen und leistungs-/ergebnisorientierten Preisen.

Es ist daher der in den Gesetzentwürfen eingeschlagene Weg, ein indikationsbezogenes, nach Schweregraden differenziertes und am Fall orientiertes Vergütungssystem durchgängig einzuführen, sehr zu begrüßen. Korrespondierend müßte aber die Investitionsfinanzierung in die Fallpauschalen einbezogen werden, weil nur so Planung obsolet wäre und unternehmerisches Risiko auch für Krankenhäuser praktiziert werden kann.

Vergütungssysteme im stationären Sektor

Stephan Achner

Es nicht ausgeschlossen, daß der Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht zum 01.01.2000 in Kraft tritt. Deshalb habe ich mich sehr kurzfristig entschlossen, nicht auf den zustimmungspflichtigen Gesetzentwurf im einzelnen einzugehen oder eine Replik auf den Vortrag von Herrn Baum zu wagen, sondern mich mit dem Szenario zu befassen, was passiert, wenn gesetzlich zum 01.01.2000 nichts passiert und die seit dem 01.01.1998 geltende Rechtslage zu den Fallpauschalen und Sonderentgelten weiter gilt.

Im Rahmen des geltenden Rechts hat die Selbstverwaltung auf Bundesebene die Aufgabe, das Entgeltsystem weiterzuentwickeln. Wir bräuchten eigentlich gar nicht den Gesetzgeber, der jetzt im Gesetzentwurf der Regierung Fristen setzt und inhaltliche Vorgaben macht. Also die Aufgabe der Weiterentwicklung des Entgeltsystems besteht auch, wenn der jetzige Gesetzentwurf der Regierung nicht kommt.

Zum Thema leistungsgerechtes Vergütungssystem gibt es in Deutschland breiten Konsens, daß der Krankenhausbereich dieses benötigt und auch will. Wir stellen uns dieser Selbstverwaltungsaufgabe seit 01.01.1998. Die Unterschiede in der Betrachtung eines leistungsgerechten Vergütungssystems, insbesondere auf gesundheitspolitischer und ministerieller Seite, auf Kassenseite und auf Krankenhausseite beginnt bereits bei der Fragestellung, warum wir ein leistungsgerechtes Vergütungssystem brauchen und geht weiter bis zur Fragestellung, wie ein leistungsgerechtes Vergütungssystem ausgestaltet sein soll. Hier gibt es noch sehr unterschiedliche Auffassungen, auch innerhalb der Selbstverwaltung. Wir sind uns vom Ziel her einig, wir wollen ein leistungsgerechtes Vergütungssystem. Die Frage ist, wie sieht der Weg, der Zeitraum und der Zeitpunkt der Einführung oder der Schaffung eines sehr umfassenden Systems aus? Ein leistungsgerechtes Vergütungssystem wird auf ministerieller und Kassenseite mehr in Verbindung mit der sogenannten Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven gestellt. Aus Krankenhaussicht gibt es Gründe, die etwas darüber hinausgehen. Um welche Gründe handelt es sich oder anders gesagt, welche Ziele und Erwartungen haben die Krankenhäuser?

- Krankenhäuser als mittlere bis große Dienstleistungsunternehmen brauchen leistungsgerechte Vergütungen, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhausversorgung aufrechterhalten und verbessern zu können.

- Die Erwartung nach einer leistungsgerechten Vergütung von Krankenhausleistungen betrifft die Vergütung der Patientenbehandlung selbst und die Vergütung der Vorhalteleistung des Krankenhauses („Rund-um-die-Uhr-Versorgung"), die von Gesellschaft, Staat und den übrigen Teilnehmern an der Gesundheitsversorgung völlig selbstverständlich erwartet und in Anspruch genommen wird.

- Die Krankenhäuser erwarten ein Vergütungssystem, das zwischen den Krankenhäusern (mehr) Gerechtigkeit schafft, ohne alle über einen Kamm zu scheren. Die jeweilige Aufgabenstellung eines Krankenhauses in einem Bundesland und/oder einer Region muß Berücksichtigung finden.

- Ein Vergütungssystem mit Überschußchance und Verlustrisiko muß mindestens zu auskömmlichen Finanzierungsgrundlagen für ein durchschnittlich wirtschaftendes Krankenhaus führen.

- Ein „Hamsterrad"-Effekt wie im KV-Bereich muß vermieden werden. Eine „Freigabe" der Leistungsmengen im stationären Bereich, wie es das Pflegesatzrecht ursprünglich zum 01.01.1998 bzw. 01.01.2000 vorsah, hätte zwingend zu KV-ähnlichen Zuständen geführt. Das Morbiditätsrisiko wäre dann von den Krankenkassen auf die Krankenhäuser verlagert worden.

- Das Vergütungssystem muß notwendige Strukturveränderungen im Krankenhaus- und Gesundheitswesen fördern.

- Das bestehende Abrechnungssystem und das System der Ausgleichsregelungen ist soweit wie möglich zu vereinfachen.

- Zweifelsfragen im Abrechnungswesen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten sind zwischen den Vertragsparteien auf Bundesebene unter Berücksichtigung landesspezifischer Regelungen zu klären.

- Vergütungen für tagesklinische und Kurzzeit-Behandlungen sind in ein konsistentes und schlüssiges Vergütungssystem zu integrieren.

Seit 1998 besteht für die Pflege und Weiterentwicklung der Fallpauschalen und Sonderentgelte die Zuständigkeit der Selbstverwaltung auf Bundesebene. Die Selbstverwaltungsarbeit auf der Bundesebene mußte von Beginn an, d. h. seit dem 01.01.1998, Erblasten bewältigen, die der Gesetz- und Verordnungsgeber bis Ende 1997 nicht bereinigen konnte oder zumindest nicht bereinigt hat:

- Ende 1992 wurde durch das GSG ein Fallpauschalensystem und zugleich ein Abteilungspflegesatzsystem als sog. Mischsystem eingeführt ohne jegliche fundierten Erkenntnisse über Wirkungsweisen, Zusammenhänge etc. Die damit verbundenen Systemprobleme waren durch das BMG mittels Rechtsverordnung nicht lösbar, da durch KHG-Regelungen verursacht. Die Systemprobleme wurden konsequent verdrängt und verschoben.

- Das im Juli 1994 von Bundesregierung und Bundesrat beschlossene BPflV-'95-System wurde bereits 1995 beginnend schrittweise wieder abgeschafft, bevor das BPflV-'95-System flächendeckend in Kraft trat. Ein System, das seit 1995/96 nicht mehr existiert, kann in den Folgejahren auch nicht mehr eingeführt werden.

- Die im Juli 1994 von Bundesregierung und Bundesrat beschlossene „Freigabe" der Leistungsmengen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten wird gesundheitspolitisch seit 1995 nicht mehr getragen.

- Das Prozedurensystem ICPM bzw. OPS 301 ist als zukunftsfähiges System umstritten.

- Bei der Übergabe der Aufgabe vom Verordnungsgeber auf die Selbstverwaltung auf Bundesebene im Jahre 1997 (2. NOG) fand keinerlei Diskussion zu den vom Gesetzgeber verursachten Systemproblemen statt.

- Die Selbstverwaltung auf Bundesebene hat die o. g. Erblasten seit 1998 „geschultert" und muß sie mit dem Gesetzgeber einer Lösung zuführen.

Die Vertragsparteien haben letztes Jahr im September 1998 nach mühevollen Verhandlungen eine Vereinbarung zur Änderung der Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge mit Wirkung zum 01.01.1999 geschlossen. Dieses Jahr sind wir noch im Verhandlungsprozeß, der leider natürlich jetzt überlagert wird durch die Gesetzgebungsdiskussion. Das Verhandlungsgeschäft ist dieses Jahr ausgesprochen schwierig, ich will das jetzt im einzelnen nicht erläutern. In 1999 ist das Verhandlungsge-

schäft aufgrund der Gesetzgebungsdiskussion kaum noch möglich gewesen. Worüber wird derzeit insbesondere verhandelt?

- Änderung der herzchirurgischen Entgelte
- Ausbau und Änderung der Transplantationsentgelte
- Zusammenführung der A + B-Pauschalen
- Änderung von Abrechnungsbestimmungen
- Umgang mit der Inkraftsetzung der ICD-10-SGB V

Grundlage der Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Rahmen der Selbstverwaltungsarbeit auf der Bundesebene sind folgende Leitlinien der DKG:

- Das bestehende und rational nicht erklärbare Mischsystem im stationären Leistungsbereich mit Fallpauschalen, Sonderentgelten, Abteilungspflegesätzen, Basispflegesätzen, teilstationären Pflegesätzen sowie vor- und nachstationären Vergütungen ist mittelfristig zu überwinden.

- Angestrebt wird ein modifiziertes Fallpauschalensystem im Sinne der DKG-Leitlinien zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems vom November 1997.

- Fallpauschalen bzw. Behandlungspauschalen im operativen und konservativen Bereich.

- Ausreichende Vorhaltefinanzierung, die von der Fallpauschale bzw. Behandlungspauschale getrennt vergütet wird.

- Beeinflussung der Leistungsmengen durch Vereinbarungsprinzip auf örtlicher Ebene mit degressiven Vergütungselementen und damit Aufgabe der Freigabe von Leistungsmengen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten und Abschaffung des damit in Zusammenhang stehenden K-8-Systems. Dies führt zu einer Mitverantwortung der Krankenkassen bei der Entwicklung der zu behandelnden Patienten.

- Fallgruppierungs-/Klassifikationssysteme, welche die Komplexität des Leistungsgeschehens im Krankenhaus hinreichend genau abbilden.

- Das erforderliche schrittweise Vorgehen muß klare Ziele vor Augen haben, damit nicht Wege ins Abseits beschritten werden. Schrittweises Vorgehen ist unverzichtbar, um irreparable Fehlentscheidungen zu verhindern. Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten für sämtli-

che Kassen- und Privatpatienten; Kompensationsmöglichkeiten, wie z. B. in den USA vorhanden, bestehen in Deutschland nicht.

- Kalkulation von Behandlungspauschalen bundesweit.

- Systemprobleme und Rechtsfragen sind mit dem Gesetz-/Verordnungsgeber zu lösen.

- Test in Modellregionen vor flächendeckendem Einsatz in Deutschland. Laufende Anpassung an medizinische Entwicklungen muß gewährleistet sein.

- Ziele und Wege der DKG müssen im wesentlichen von der Krankenhauspraxis und - soweit medizinische Belange betroffen sind - auch von der Bundesärztekammer und von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften akzeptiert werden. Ansonsten ist ein Scheitern der Selbstverwaltungsaufgabe „programmiert".

Bei der Weiterentwicklung des Entgeltsystems wollen wir natürlich nicht bei Null anfangen und sagen, wir wiederholen die ganzen Erfahrungs- und Entwicklungsprozesse, die die Franzosen, die Skandinavier, die Amerikaner, die Briten, die Österreicher usw. gemacht haben. Vielmehr schauen wir uns bereits seit geraumer Zeit die ausländischen Systeme an. Im Vordergrund steht derzeit die vergleichende Betrachtung und Auswahl eines Patientenklassifikationssystems. Dabei lassen wir uns von folgenden Grundsätzen leiten:

- Konzeption durch Selbstverwaltung, BÄK, AWMF und BALK unter Berücksichtigung eigener und internationaler Erfahrungen
- Prozeduren- und diagnosebezogene Fallgruppierung
- Berücksichtigung von Multimorbidität und Komplikationen
- Modulare Abbildung aufwendiger Mehrfachleistungen
- Sachgerechte Regelungen für „Ausreißer", Extremfälle, „Restgruppen" und Sonderbereiche (z. B. Psychiatrie)
- Gemeinfreie Bereitstellung
- Anpassungsfähigkeit an die medizinische Innovation
- Eindeutigkeit, Manipulationsresistenz, EDV-Tauglichkeit, fachliche Akzeptanz, Anwenderfreundlichkeit

Zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems ziehe ich derzeit folgendes Fazit:

- Mit dem über Pauschalentgelte vergüteten Budgetanteil wächst der Anspruch an die Güte der Fallgruppierung.
- Bei der Konzeption des künftigen Vergütungssystems müssen die eigenen Erfahrungen mit Fallpauschalen und Sonderentgelten sowie ausländische Systeme gleichberechtigt einbezogen werden.
- Die Schaffung einer geeigneten Infrastruktur für die Einführung und Pflege des Systems in Deutschland ist erforderlich.
- Die Entscheidung auf Fachebene ist einer politischen Festsetzung auf Basis hausgemachten Zeitdrucks vorzuziehen.
- Es ist zu vermeiden, daß der Begriff „DRG" (Diagnosis Related Groups) im Rahmen der Umsetzung des gesetzlichen Reformvorhabens für die deutschen Krankenhäuser und ihre Patienten zu einer „drastischen Rationierung im Gesundheitswesen" entartet.

Wir haben also verschiedene Problembereiche, Fallgruppierungen, Punktzahlermittlungen, und wir haben aber auch den Zusammenhang mit den Rahmenbedingungen zu sehen, innerhalb dessen sich das Pauschalsystem abbildet. Sie kennen die Rahmenbedingungen im Gesetzentwurf der Regierung mit Punktwertverfall, Einführung des Hamsterrad-Effektes, wie im KV-System, dann jetzt der jüngste Änderungsantrag mit der Punktwertsystematik, die Herr Baum vorgetragen hat. Hier muß ich sagen, mir ist nicht klar, welcher Anreiz das Krankenhaus oder der gesamte Krankenhausbereich haben soll, dieses System miteinzuführen und mitzutragen. Zusammengefaßt heißt dieses System: Keiner gewinnt - viele verlieren. Daher verstehe ich nicht, wie man die Krankenhäuser motivieren will, bei diesem System mitzumachen. Also, hier stimmen die Rahmenbedingungen nicht. Unter einem Globalbudget bei Anwendung eines geschlossenen Vergütungssystems mit relativen Kostengewichten wird es zu nicht hinnehmbaren Fehlanreizen kommen:

- Orientierung am Minimalstandard
- Ökonomische Strangulation des ärztlichen Handelns
- Hemmung medizinischer Innovation
- Förderung des erlös- statt bedarfsbezogenen Fallmanagements
- Risikoselektion

- Abwälzung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenhäuser durch Übernahme der Fehler des KV-Systems

Dies kann wohl niemand wollen. Also, Fallpauschalensystem und Globalbudget, da muß man schon sagen, das ist ein Teufelswerk. Man muß Rahmenbedingungen schaffen, die dann auch letztendlich leistungsgerechte Vergütungen für das einzelne Haus ermöglichen. Zusammengefaßt und losgelöst von der Gesetzgebungsdiskussion läßt sich sagen, daß wir einen Gesetzesauftrag in der Selbstverwaltung haben. Wenn der Wille aller Beteiligten wieder zustande käme, bisher leidet er etwas, ein leistungsgerechtes Vergütungssystem gemeinsam zu entwickeln und einzuführen, dann könnte es in einem überschaubaren Zeitrahmen gelingen. Wir haben das Problem Patientenklassifikationssystem zu lösen. Hier bedienen wir uns ausländischer Erfahrungen, aber ohne diese zu importieren. Punktzahlen müssen durch betriebswirtschaftliche Kalkulationen ermittelt werden. Dazu haben wir auch die Grundlagen geschaffen, Kalkulationshandbücher u. ä. Wir brauchen richtige Rahmenbedingungen, insbesondere die Vermeidung des Hamsterrad-Effektes, wir brauchen Übergangszeiträume und eine geeignete Infrastruktur zur Bewältigung von Datenflüssen und anderes mehr. Ich denke, wenn der Gesetzentwurf nicht zum 01.01.2000 zustande kommt, dann ist die Selbstverwaltung auf der Bundesebene aufgerufen, Kassensturz zu machen und gemeinsam zu beraten, wie es dann mit der bestehenden alten, dann auch wieder neuen Rechtslage weitergeht.

Wir haben eigentlich alle Instrumente in der Hand, das Thema Vergütungssystem in der Selbstverwaltung auf Bundesebene in einem überschaubaren Zeitraum wesentlich weiterzubringen.

Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Ulrich Heine

Qualitätsmanagement (QM) bzw. Qualitätssicherung (QS) im Krankenhausbereich ist ein umfassendes Thema. Recherchiert man im Deutschen Ärzteblatt unter dem Begriff „Qualitätssicherung", wird der Sucher gebeten, seine Abfrage zu spezifizieren, weil mehr als 200 Einträge auf irgendwelche Artikel bzw. Meldungen verweisen.

Verknüpft man die beiden Begriffe Qualitätsmanagement und Krankenhaus bei einer Internetsuche, so erscheinen z. B. in der Suchmaschine „altavista" 1.693 Webseiten (Stand 08.10.1999). Täglich kommen neue Artikel mit nicht immer neuen Inhalten dazu.

Das Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement ist auch ein beliebtes Kongreßthema. Beispielhaft sei hier der 2. Kongreß „Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen" 1998 in Düsseldorf genannt.[18] Eine damalige Forderung war, die interne Qualitätssicherung prioritär gegenüber der externen Qualitätssicherung einzusetzen. Festgehalten wurde außerdem, daß neben der Frage der medizinischen Wirksamkeit von Leistungen auch die Frage der Kundenzufriedenheit in die Datenerhebung systematisch einbezogen werden sollte. Weitere Themenfelder waren die Überlegungen, eine gemeinsame wissenschaftliche Basis für die Erstellung von Leitlinien zusammenzutragen und deren Bausteine nach einheitlichen Kriterien (z. B. der Evidence Based Medicine) zu bewerten. Bedauert wurde, daß die Bundesärztekammer insbesondere bei den Qualitätssicherungsmaßnahmen von Fallpauschalen und Sonderentgelten nicht gleichberechtigter Partner war.

Was gibt es heute wirklich Neues zum Thema QS/QM im Krankenhaus?

Schlaglichter:

- Zunächst wurde die Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien" im Deutschen Ärzteblatt 1998 veröffentlicht.[19] Hiermit sollte ein Instrument vorgelegt werden, mit dem die methodische Qualität von Leitlinien systematisch erfaßt werden kann. Vorausgegangen war

[18] Merke, K. (Hrsg.), 2. Kongreß 1998, Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen, Quintessenz Verlags-GmbH, 1998

[19] Bekanntgaben des Herausgebers, Dt Ärztebl 1998;95: A-2576-2579 (Heft 41)

1997 ein Beschluß von „Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung" von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, um die Qualität deutschsprachiger Leitlinien zu fördern.

- Weiter wurde im August 1999 das KTQ-Konzept (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) als Zertifizierungsverfahren von Krankenhäusern z. B. im Westfälischen Ärzteblatt der Ärztekammer Westfalen-Lippe vorgestellt.[20] Dieses von Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen-Verband erarbeitete krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren soll einweisenden Ärzten, den Patienten, den Kostenträgern und dem Krankenhaus selber eine bessere Orientierung bieten und dem Krankenhaus mit Transparenz und Bewertung des Leistungsgeschehens eine bessere Positionierung am Markt ermöglichen.

- Nach einer Mitteilung im Deutschen Ärzteblatt ist inzwischen die alte Forderung nach Einbindung der Bundesärztekammer in das Qualitätssicherungsverfahren bei Fallpauschalen und Sonderentgelten als gleichberechtigter Vertragspartner erfüllt.[21]

- Im 2. Workshop zum Demonstrationsprojekt „Qualitätsmanagement im Krankenhaus" des Bundesministeriums für Gesundheit in Bad Schussenried Mitte Juni 1999 wurde der Stand des Projektes nach einem knappen Jahr Laufzeit vorgestellt. Nachdem sich 1997 689 Krankenhäuser aus 134 Verbünden um die Teilnahme beworben hatten, werden seit Mitte 1998 44 deutsche Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen (aus 10 Verbünden) bei der Einführung ihres „Umfassenden Qualitätsmanagements" unterstützt. Die Qualitätsziele und -projekte sind definiert, befinden sich in der Konzeptions- bzw. schon in der Umsetzungsphase. Die häufigsten genannten Verbesserungsprojekte betreffen „Kunden"- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie die Prozeßoptimierung. Die zur Umsetzung der Projekte verwandten Verfahren sind unterschiedlich, doch wird von 7 der 10 Verbünde das EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management) als Orientierungsinstrument bei der Einführung von Qualitätsmanagement eingesetzt.[22]

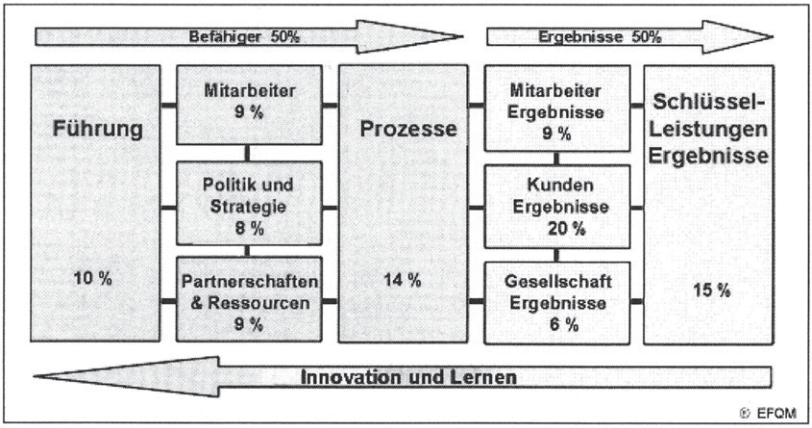
---

[20] Flenker, I., Sichtbare Qualität im Krankenhaus, Westfälisches Ärzteblatt 8/99, Seite 11

[21] Politik/Nachrichten, EB, Dt Ärztebl 1999; 96: A-2002 (Heft 31-32)

[22] http://www.demo-pro-qm.de/s5_3.htm

EFQM-Modell[23]



Das Grundschema des EFQM-Modelles basiert auf den drei fundamentalen Säulen von „Total Quality Management" (TQM), der gleichzeitigen Betrachtung von Menschen, Prozessen und Ergebnissen. Im Wortlaut der Deutschen EFQM heißt es dazu:

- Durch Einbindung aller Mitarbeiter (Menschen)
- in einen kontinuierlichen Verbesserungsprozeß
- bessere Ergebnisse erzielen.

Diese Dreiteilung ist auch in der Grafik nachvollzogen, wobei „Menschen" und „Prozesse" zu den Befähigerkriterien (auch „Mittel und Wege" oder „Potentialfaktoren" oder „Einsatzfaktoren") zusammengefaßt werden. Letztere beschreiben, wie etwas erreicht werden soll oder wurde, während die Ergebnisse definieren, was erreicht wurde oder erreicht werden soll.

Im Rahmen einer Studie für das Bundesministerium für Gesundheit über Akkreditierung und Zertifizierung von Krankenhäusern im Ausland wurde das EFQM-System im Vergleich zu anderen Verfahren im Hinblick auf umfassendes Qualitätsmanagement als besonders anspruchsvoll bewertet. Das EFQM-System wird derzeit in mindestens acht europäischen Ländern genutzt, während ISO-Zertifizierungen in Österreich und der Schweiz in Mode sind, aber ansonsten eher im Hintergrund stehen. In der Bundesrepublik Deutschland sind ca. 20 Anwendungen des EFQM-

[23] http://www.deutsche-efqm.de

Systems z. B. in Arztpraxen und mehreren Krankenhäusern der Akut- und Rehabilitationsmedizin sowie im komplementär stationären Bereich dokumentiert und bekannt[24], hinzu kommt die Gruppe, die an dem o. g. Modellprojekt teilnimmt. Die Auswertung von 17 Anwendungen zeigte, daß etwa 50 % aller Einrichtungen (8) mit einer Gesamtbewertung zwischen 200 und 300 Punkten der maximal erreichbaren 1.000 EFQM-Punkte abschnitten. Zwei Einrichtungen erreichten 151 bis 200 Punkte. Der Branchenbeste lag zwischen 401 und 450 Punkten.

Die Gewinner des von der EFQM vergebenen europäischen Qualitätspreises (European Quality Award) erzielten häufig 600 bis 750 Punkte. Zu den Gewinnern der Vorjahre gehören Industrieunternehmen, aber auch deutsche benchmarkingrelevante Dienstleister, doch bisher kein Krankenhaus. Auch wenn die Gewinnpunktzahlen der Preisträger selbst noch steigerungsfähig sind, zeigen die Ergebnisse in der Krankenhausauswertung dem gegenüber allenfalls erste erfolgreiche Ansätze.

Auf der 72. Gesundheitsministerkonferenz der Länder im Juni 1999 in Trier wurden Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen formuliert. Eckpunkte dieses Strategiepapiers sind unter anderem:

- Die neutralen Patienteninformationssysteme über die Einrichtungen des Gesundheitswesens für die Bevölkerung. Dieses Infosystem trägt der konsequenten Patientenorientierung als zentralem Ziel des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen Rechnung. Als wesentliches Instrument des QM werden Patientenbefragungen angesehen. Patientenberatungsstellen sollen z. B. von Kostenträgern und Leistungserbringern unabhängig bleiben, auch wenn diese an der Finanzierung beteiligt sein sollten.

- Die Anerkennung von ärztlichen Leitlinien und Pflegestandards in der Diagnostik und Behandlung von zehn führenden Diagnosen durch die Spitzenorganisationen bis zum Jahre 2005.

- Die Einführung eines an dem Stand der Wissenschaft und Technik orientierten Qualitätsmanagements in allen Einrichtungen ebenfalls bis zum Jahre 2005.

- Die Dokumentation und Veröffentlichung der Qualität der Leistungen in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens bis zum 01.01.2003.

---

[24] Möller, J., Swertz, P., EFQM auf Erfolgskurs, Sonderdruck aus Krankenhaus-Umschau (ku) Heft 6, Juni 1999, 68. Jahrgang, Seite 396 ff.

- Die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung von Kriterien durch den Gesetzgeber bzw. die Körperschaften der Selbstverwaltung unter Einbeziehung von Forschung und Wissenschaft, nach denen Planung, Zulassung, Kündigung von Versorgungsverträgen und/oder Vergütungen soweit wie möglich auch an Qualitätskriterien gebunden werden können. Dabei sollte es dann möglich sein, Leistungsanbieter nach ihrer erbrachten Qualität abgestuft zu vergüten.

- Die Etablierung eines Kompetenzzentrums für Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen auf Bundesebene bis 2003, z. B. in Form eines Netzwerkes der vorhandenen einschlägigen Einrichtungen oder als eigenständige Institution. Gedacht ist dieses Zentrum als eine Instanz, die die Einführung, Durchführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen unterstützt und ihre Nachhaltigkeit sichert. Es soll die Einrichtungen des Gesundheitswesens neutral beraten, Maßnahmen evaluieren und aktiv vor Ort unterstützen.

Übertragen wurde die Koordinierungsaufgabe zur Umsetzung der Qualitätsziele auf Bundesebene der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualität in der Medizin (AQS) bei gleichberechtigter Mitgliedschaft der Pflege und Einbindung von Patientenvertretung bzw. Verbraucherschutzverbänden. Getragen wird die AQS von der Bundesärztekammer, der KBV, der DKG und den Spitzenverbänden der Krankenkassen.[25]

Parallel zu dieser Entwicklung hat der Arbeitskreis I der Spitzenverbände am 8. Dezember 1997 einen Katalog mit Anforderungen der Krankenkassen und ihrer Verbände an eine verbesserte Zusammenarbeit mit den Medizinischen Diensten veröffentlicht und die Implementierung von Kompetenzzentren (unter anderem für die Einrichtung bzw. für die Weiterentwicklung einer medizinischen Systemberatung auf der Basis eines arbeitsteiligen Vorgehens aller MDK) gefordert. Die Bewerbungsverfahren sind abgeschlossen, ein Kompetenzzentrum Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement wird in Kürze etabliert.

Die DIN-Norm 55350 Teil 11 bezeichnet Qualität als „die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse beziehen". Donabedian hat die Qualität bekanntlich auf die drei Säulen der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität gestellt. Der uns geläufige Qualitätsbegriff ist kundenorientiert. Wenn auch als überwiegender Ergebnisparameter die positive Veränderung des Gesundheitszustandes eines Patienten gesehen werden muß, zielt der Kundenbegriff jedoch zu kurz,

---

[25] http://www.gqmg.de/links/strategie.htm

wenn lediglich der Patient als Kunde gesehen wird. Auch Hausärzte bzw. die Zufriedenheit des Hausarztes sowie die Gesamtkosten im System der GKV sind bei der Definition der Ergebnisdimension zu berücksichtigen. Unbestritten ist, daß Qualitätssicherung beinhalten muß, nach Beschreibung eines Ist-Zustandes, Instrumente zu entwickeln, die eine größtmögliche Effizienz in der Ergebniserbringung, oder mit anderen Worten, größtmögliche gesundheitsfördernde Wirkung auf den Patienten unter optimalem Ressourceneinsatz bewirken müssen.

Interne Qualitätssicherung wird die Transparenz für Abläufe erhöhen und ermöglicht somit Veränderungen im Strukturprozeß und der Prozeßqualität. Interne QS im Krankenhaus erhöht jedoch nicht die Transparenz für die einweisenden Ärzte und insbesondere für die Krankenkassen, wenn diesen die Ergebnisse nicht zwingend bekannt gemacht werden. Hierzu bedarf es eines Anreizes bzw. gelegentlich auch eines Anstoßes. Zunächst einmal kann man die externe QS als Instrument eines solchen Anstoßes sehen.

Den Bedarf an externer Qualitätssicherung aus Sicht der Kostenträger dokumentieren die Begutachtungsaufträge an den MDK (ausschließlich bezogen auf das Krankenhaus):

- Fehlbelegungsprüfungen (s. u.)
- Einbeziehung des sozialmedizinischen Sachverstandes bei Struktur- und Standortfragen
- Sozialmedizinische Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (ESWT, HBO; Gepulster Ultraschall u. a.)
- Sozialmedizinische Bewertung neuer Arzneimittel in der stationären (aber auch ambulanten) Versorgung
- Ermittlung von Selbsteinweisungen durch die Krankenhäuser (im Rahmen von Fehlbelegungsprüfungen[26]) [27]
- Indikationsorientierte Überprüfung von Krankenhausabrechnungen

Der Gesetzgeber geht in seinem Gesetzentwurf zur GKV-Reform 2000 noch weiter:

---

[26] In einer Größenordnung zwischen 20 - 30 % der Aufnahmen in der Stichprobe

[27] Im Gutachten nach § 275 a SGB V, Modellverfahren zur Prüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, MDS, Februar 1997, kamen 25,2 % der Patienten als Notfälle, 4,6 % ohne Notfall und ohne Einweisung zur Aufnahme

- Auftragsgrundlage zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus in § 137 c [hier wird der MDK nicht explizit genannt]

- Auftragsgrundlage zur Überprüfung der Qualitätssicherung im stationären Bereich in § 301 b (siehe auch § 113 SGB V) [hier wird explizit ein Aufgabenfeld des MDK gesehen]

Die früher als Fehlbelegungsprüfung (s. o.) apostrophierten Prüfungen sind mit dem Instrument AEP[28] (Appropriateness Evaluation Protocol) auf eine wissenschaftlich fundierte Basis gestellt. AEP wurde vom bayerischen Forschungsverbund Public Health und den MDKen Bayern und Hessen unter der Zielsetzung eines diagnoseunabhängigen Kriterienkataloges zur Bewertung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung für deutsche Verhältnisse fortentwickelt und evaluiert. Dieses Instrument dient sowohl der Beurteilung der Notwendigkeit der Krankenhausaufnahme wie auch der Angemessenheit einzelner Krankenhaustage. 24 Kriterien werden verwendet, um die einzelnen Tage eines Krankenhausaufenthaltes zu beurteilen:

- 9 Kriterien betreffen medizinische Leistungen und Prozeduren
- 5 Kriterien betreffen die pflegerische Versorgung
- 10 Kriterien betreffen den Gesundheitszustand des Patienten, der eine stationäre Versorgung notwendig macht.

Konnte in dem oben genannten Katalog keines der Kriterien als zutreffend und somit der KH-Pflegetag als notwendig und angemessen bewertet werden, erlaubt AEP die Beschreibung der Gründe und Verantwortlichkeiten dafür. Zusätzlich erfaßt AEP mittels eines weiteren Kataloges von 16 Kriterien die medizinische Angemessenheit von Krankenhausaufnahmen. Hier finden die klinische Stabilität der Patienten, die Notwendigkeit medizinischer Interventionen und geplante chirurgische Interventionen innerhalb von 24 Stunden ihren Niederschlag.

Auch auf seiten der Krankenhäuser kann man sich inzwischen die Einbindung des MDK bei der externen Qualitätssicherung gut vorstellen, wenn auch eher als neutraler Dritter bei der Überprüfung der Selbstbewertungen der Krankenhäuser und nicht lediglich als „Fehlbelegungsprüfer" im Auftrag der Krankenkassen.[29]

---

[28] Sangha et al., Chirurg BDC, 38. Jhg., Nr.8/1999, 201 - 210

[29] Bach, A., TQM aus Sicht eines TQM-Koordinators, Möller, Bach Sonntag, TQM im Gesundheitswesen

Als Instrument der externen Qualitätssicherung im Sinne der Krankenversicherung ist z. Z. die indikationsorientierte Überprüfung von Krankenhausabrechnungen zu sehen. Der MDK Westfalen-Lippe hat von Februar 1998 bis September 1999 6.059 Begutachtungsaufträge erhalten. Begutachtungsschwerpunkte unsererseits waren insbesondere Fragestellungen der Parallelabrechnungen von Fallpauschalen und Sonderentgelten und Sonderentgelten unter Berücksichtigung entweder zeitgleich erbrachter Leistungen oder Leistungen, die über denselben operativen Zugang vorgenommen wurden, was nach den Abrechnungsbestimmungen der Anlagen zu § 11 Abs. 2 der Bundespflegesatzverordnung ausgeschlossen ist. Beispielhaft seien hier genannt die gleichzeitige Entfernung der Gebärmutter und der Eierstöcke. Auch simultane Appendektomien wurden häufig als Sonderentgelt abgerechnet, wobei der Eingriff - abgesehen von seiner Nichtabrechenbarkeit bei gleichem Operationstermin, selbem Zugang und selbem Operationsgebiet - schon allein bei korrekter Verschlüsselung nach dem Operationsschlüssel nach § 301 SGB V als „Simultane Appendektomie" mit der ICPM 5-471 nicht zur Abbildung im Sonderentgelt führen kann.

Ein weiterer Schwerpunkt ist ein häufig festgestellter Verstoß gegen den Grundsatz der monokausalen Verschlüsselung. Müssen bei einem Dickdarmeingriff z. B. operationsbedingt Nachbarorgane in die Operation mit einbezogen werden, kann deren Abbildung in den Sonderentgelten nicht mehr stattfinden, denn dann wäre der Kombinationseingriff monokausal zu verschlüsseln. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Kenntnis der Zusatzdefinitionen und Hinweise zu den verschlüsselten Gruppen im Operationsschlüssel. Hier findet sich eben der Hinweis, daß die Nachbarorgane des Dickdarms z. B. Leber, Milz, Pankreas, Magen und Niere umfassen.

Ein weiteres aktuelles Beispiel ist die Dilatation der Koronararterien und das Sichern des Dilatationsergebnisses durch die Implantation eines Stents. Folgt man dem Grundprinzip der Abbildung eines Eingriffes möglichst mit einem Kode, wie es der ICPM vorschreibt, ist die Abbildung in dem oben genannten Sonderentgelt 21.02 nicht möglich, welches meist von Krankenhäusern in Ansatz gebracht wird.

Zunehmend hat sich in der letzten Zeit die medizinische Beurteilung des Wundheilungsdatums bei den getrennten Fallpauschalen im herz- und thoraxchirurgischen Bereich in den Vordergrund gedrängt, wobei angebliche Wundheilungsdaten um den 6. postoperativen Tag überwiegen und somit für wesentlich kürzere als die kalkulierten Verläufe die sogenannte A-Pauschale der geteilten Fallpauschalen abgerechnet wird. Dieses (vorgezogene) Wundheilungsdatum steht im krassen Widerspruch zu

den Feststellungen im Gutachten über die Weiterentwicklung der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach der Bundespflegesatzverordnung[30], wie auch zu den Aussagen in der Fachliteratur[31], nach denen die Wundheilung erst um den 10. Tag als abgeschlossen zu betrachten ist (auch Vertragsabschlüsse lokaler Pflegesatzkommissionen mit vereinbarten Wundheilungsdaten zwischen dem 4. und 6. postoperativen Tag ändern nichts an den medizinischen Grundtatsachen der Wundheilung!).

Die Dokumentation der Leistungsfälle ermöglicht es dem MDK Westfalen-Lippe erstmals, auch den materiellen Wert eines Gutachtens festzustellen. Durch Differenzbildung der vom Krankenhaus eingeforderten Leistung und der Leistung, die abzurechnen ist, wenn die Feststellung zum Versicherungsfall entsprechend der Begutachtung des MDK vorgenommen wird, läßt sich nachweisen, daß der gesetzlichen Krankenversicherung allein in Westfalen-Lippe durch die MDK-Gutachten zu Fallpauschalen und Sonderentgelten ein Volumen in zweistelliger Millionenhöhe wieder zugeführt werden konnte.

Nur am Rande erwähnt, weil es stationäre Einrichtungen der Pflege betrifft, seien die Prüfungen nach § 80 SGB XI als externe Qualitätssicherungsmaßnahmen. Zunächst lediglich anlaßbezogen, z. B. nach Beschwerden initiiert, werden sie inzwischen auch als Stichprobenprüfungen in erheblichem Umfang durch die MDKen im Auftrag der Kostenträger vorgenommen.

Aus MDK-Sicht sind bei allen Krankenkassen Bemühungen zu erkennen, ein Krankenhausfallmanagement zu etablieren. Auch dieses muß als Versuch zur Etablierung eines externen Qualitätssicherungsinstrumentes für die stationäre Versorgung verstanden werden. Diese Instrumente sind unterschiedlich konzeptioniert. Im Sinne eines partiellen QM wird der Patient teilweise nicht nur für die Dauer seiner stationären Behandlung, sondern auf dem Wege seiner Erkrankung durch alle Leistungsbereiche betreut (inklusive Rehabilitation und ggf. Pflege). Diese Aufgabe übernimmt der Fallmanager. Andere Systeme, die sich bevorzugt mit der Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung befassen, beinhalten eine Ex-post-Analyse. Der MDK Westfalen-Lippe war bisher zum einen bei der Konzeptionierung von Fallmanagersystemen beteiligt, zum anderen wird er im laufenden Leistungsfall zur gutachterlichen Bewertung von Fachfragen in Anspruch genommen.

---

30 Gutachten über die Weiterentwicklung der Fallpauschalen und Sonderentgelte nach der Bundespflegesatzverordnung, Band 93, Schriftenreihe des BMG, Seiten I-46 und I-56

31 Fleischmann et al., Chirurgische Wundheilung, Chirurg 1998 69:222-232

Ein weiteres externes Instrument zur Qualitätssicherung, hier im Sinne der Fallsteuerung durch die Krankenkasse, ist die Kostenbefristung anhand der diagnosebezogenen Verweildauer. Dieses Verfahren der Beurteilung der Dauer der stationären Behandlung ist dadurch belastet, daß es keine verläßlichen und allseits akzeptierten Anhaltszahlen gibt. Zu beklagen bleibt, daß die „auf dem Markt" befindlichen Verweildauerkataloge auf der Basis dreistelliger ICD-verschlüsselter Diagnosen verfaßt sind und es landes- oder gar bundesweit aggregierte Daten hierzu nicht gibt. Die größte verfügbare Datenmenge stellt im Augenblick entweder die L4-Statistik eines Krankenhauses oder aber die Vergleichszahlen der Krankenkassen dar.

Zwar ist es möglich, über das „Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen" in Erfahrung zu bringen, wieviel Patienten aus bestimmten Altersgruppen kreisbezogen mit einer bestimmten Diagnose sich in stationäre Behandlung begeben haben, die Verweildauer wird jedoch nicht dokumentiert. Es wäre hier dringend notwendig, weitere Transparenz zu schaffen, landesweite Verweildauerdurchschnitte zu den vierstelligen Diagnosen des ICD 9 bzw. in Zukunft des ICD 10 zu sammeln und zu veröffentlichen.

Nur dann ist ein Benchmarking für die einzelnen Krankenhäuser zunächst ohne externe Einmischung möglich. Erst in einem zweiten Schritt ist dann die externe Qualitätssicherung als notwendiges Korrektiv bzw. Steuerungselement zu etablieren. Der MDK sieht sich hier in der Pflicht zur Mitwirkung. Es ist daher nur zu begrüßen, daß am 21.07.1999 die vertraglichen Vereinbarungen nach § 5 BPflV zum Krankenhausvergleich zwischen den Bundesverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft[32] geschaffen wurden, die die Basis sowohl für die externe Qualitätssicherung wie auch für ein Benchmarking der Krankenhäuser im Sinne der internen Qualitätssicherung bilden werden.

Zusammenfassung

Vorbedingungen für ein transparentes, seriöses und damit grundsätzlich akzeptiertes Verfahren für die externe Qualitätssicherung der Zukunft sind aus meiner Sicht zusammenfassend folgende:

- klare gesetzliche und vertragliche Rahmenbedingungen für alle Verfahrensbeteiligten

[32] Mittlerweile mit der 2. Fortschreibung vom 20.09.1999

- gemeinsame Weiterentwicklung, Evaluation sowie Anerkennung von Meßinstrumenten wie z. B. AEP unter Einbeziehung der Versorgungsqualität
- Mitarbeit der MDKen an den bundesweiten Qualitätszentren (im Auftrag der Kassen) und Qualitätsprojekten
- Beteiligung der MDKen an den bilateralen Verhandlungen über Qualitätssicherung
- Flächendeckende Hinterlegung der maschinenlesbaren Diagnose-(L4-) und Operations-(L5-)Statistiken der Krankenhäuser bei den Länder-MDKen[33]
- diagnosebezogene Verweildauerzahlen für jedes Bundesland

[33] Bereits in einigen Bundesländern etabliert!

Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Hans Günter Verhees

Qualitätsmanagement ist ein Schlagwort, das uns überall, aus allen möglichen Branchen der Wirtschaft, ereilt. Es macht natürlich auch vor unserem deutschen Gesundheitswesen nicht halt. Hans Joachim Friederichs hat einmal gesagt: „Mit Qualität hat man immer Erfolg; leider funktioniert es auch manchmal ohne Qualität." Herr Friedrichs muß das deutsche Gesundheitswesen gemeint haben! Gerade beim Thema Gesundheit, einem sensiblen Gut, sollte Qualität eine Selbstverständlichkeit sein, die ein explizites Management entbehrlich macht, meint man. Dem Zeitgeist verpflichtet und notorisch dynamisch setzt jetzt auch die GKV verstärkt auf Qualitätsmanagement.

Dabei ist es an sich starker Tobak, über so etwas wie Qualität und Qualitätsstandards im Krankenhaus überhaupt noch zu reden. Die Diskussion suggeriert doch: Wir haben keine Qualität - oder jedenfalls zu wenig! Aber: Rühmt sich nicht das deutsche Gesundheitswesen, gerade in dieser Hinsicht in der Welt führend zu sein? Und zeigt nicht die niedrige Sterblichkeitsrate in Krankenhäusern und die fortlaufend anwachsende Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung, daß die Qualität der medizinischen Versorgung insgesamt ständig gestiegen ist?

Ich will das besondere Bad Orber Klima nicht gefährden und streife nur kursorisch, daß im internationalen Vergleich Länder wie z. B. Schweden mit einer deutlich niedrigeren Krankenhausverweildauer, mit einer geringeren Krankenhaushäufigkeit und weniger Krankenhausbetten statistisch eine höhere Lebenserwartung aufweisen. Herr Professor Wille hatte schon darauf hingewiesen! Ein Schelm, der Schlimmes dabei denkt ...

Qualität sollte in erster Linie dem „König Kunden" dienen. Er soll von Qualität profitieren. Wir alle betonen ständig in unseren Sonntagsreden, daß sich im Gesundheitswesen alles um den Kunden dreht und wir alle in unseren alltäglichen Bemühungen nichts anderes im Sinn haben, als die Interessen des Kunden im Gesundheitswesen - des Patienten und Versicherten - zu achten und zu ehren. Deshalb - letztmalig - zu Protokoll: Der Kunde steht bei uns im Mittelpunkt - und gerade da stört er am allermeisten. Könnte man zuweilen meinen. Ich bin nicht sicher, ob wir alle mit der gebotenen Klarheit kapiert haben, daß unser Kunde Patient unser aller Arbeitgeber ist. Der Kunde soll den Schutz unseres Gesundheitssystems mit seinen Beiträgen bezahlen. Nicht mit seiner Gesundheit.

Zum richtigen Rollenverständnis wird es Zeit, daß wir kanzlerhaft mit „Opel“ sagen: Wir haben verstanden. Und mit „Ford“ fortfahren und sagen: Wir tun was!

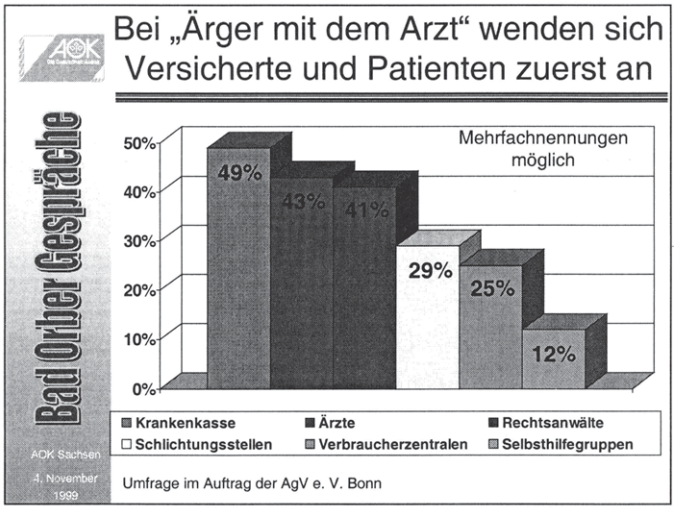
Um so mehr verwundert es, daß die Patienten an den Diskussionen zur Umgestaltung des Gesundheitswesens und bei so wichtigen Fragen wie der Qualität nur rudimentär beteiligt sind. Der Patient kann hierbei für gewöhnlich seine Meinung nur in Form von Umfrageergebnissen beisteuern. Glatte Ressourcenverschwendung sag‘ ich! Denn es ist der Patient, der gute oder schlechte Qualität im Gesundheitswesen unmittelbar zu spüren bekommt.

Jede Form der Leistungserbringung im Gesundheitswesen muß an Standards der größtmöglichen Qualität orientiert sein. Dies ist nicht nur der Anspruch des Patienten. Dies ist auch die Forderung des Kostenträgers, der vom Einsatz „seiner“ Finanzmittel natürlich den größtmöglichen Nutzen erwartet.

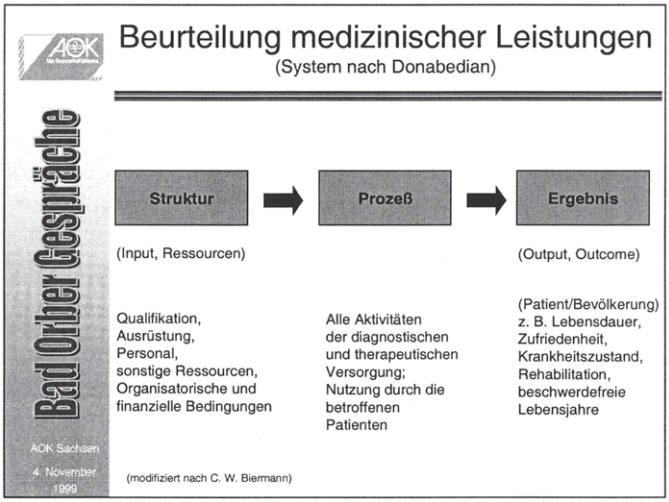
Prozeß- und Strukturfragen haben für „König Kunde“ keinen Wert an sich: und das zu Recht. Für ihn ist die Gretchenfrage - um es mal mit dem Altbundeskanzler Helmut Kohl zu sagen: „Es kommt darauf an, was hinten rauskommt.“

Ich habe mir für heute vorgenommen, die „Kundenbrille“ aufzusetzen und das Qualitätsmanagement im Krankenhaus aus Sicht des Patienten zu betrachten und seine - mutmaßlichen - Wünsche an uns daraus abzuleiten.

Eine Studie, die im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände (AgV) und vom Institut für angewandte Verbraucherforschung (IFAF) durchgeführt wurde, räumt den Krankenkassen die führende Rolle ein bei der Klärung der Probleme, die der Patient mit der medizinischen Behandlung im Krankenhaus hat. Selbst bei den sogenannten Hotelleistungen wendet sich ein hoher Anteil der Befragten an die Krankenkasse.



Bei dem Ziel, die Diskussion zum Qualitätsmanagement zu strukturieren, kommt man an dem Amerikaner Donabedian nicht vorbei.



Er hat „Qualität“ in die drei Bereiche, Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität untergliedert. Ein wichtiger Beitrag, weil in der Diskussion immer wieder festzustellen, ist, daß unter dem Begriff „Qualität“ jeder Ge-

sprächsteilnehmer vollkommen unterschiedliche Definitionen und Erwartungen subsumiert.

Strukturqualität

In der Theorie entspricht die Strukturqualität der Qualität der Leistungserstellung und bezieht sich auf die eingesetzten Produktivfaktoren und die Aufbau- und Ablaufqualität.

Strukturqualität: das ist auch der erste Eindruck - von dem soviel abhängt. „My home is my castle": Jeder hat einen gewissen Lebensstandard und fühlt sich am wohlsten in seinen eigenen vier Wänden - seinem gewohnten Umfeld. Ringt man sich dazu durch, diese vier Wände freiwillig z. B. zum Zwecke des Urlaubes zu verlassen, wählt man seine „Zweitunterkunft" sehr sorgfältig anhand umfangreicher Prospekte aus. Hier spielt die Ausstattung der Zimmer eine Rolle, das Umfeld und die Freizeitmöglichkeiten und der Preis. Aber das ist nun wirklich keine Parallele zum Thema Krankenhaus.

Wie prüft der welterfahrene Globetrotter die Qualität des Hotels? Ein Blick ins Bad. Ist das Bad sauber? Oder klebt noch Rasierschaum des Vorgängers im Waschbecken? Es ist so einfach. Die Formel lautet: Bad sauber = Zimmer o. k.

Der Patient ist hier noch sensibler als der Hotelgast. Ob das Bad gründlich gereinigt ist, fällt dem Patienten sofort auf. Viele verbinden mit dem Zustand der Naßzelle Wohl- oder Unbehagen.

Wenn das Bett unter einem Fenster steht, bei dem man selbst im geschlossenen Zustand den Eindruck hat, auf dem Parkplatz zu liegen, komplettiert sich ein Negativeindruck zu den Hotelleistungen des Krankenhauses, für uns Kostenträger die sogenannten Basiskosten.

Nicht zu vergessen: das Essen. Die Qualität des Essens ist ein beliebter Gesprächsgegenstand, nicht nur in Betriebskantinen, erst recht im Krankenhaus. Nach einem stationären Eingriff ist es wichtig, wieder zu Kräften zu kommen. Wenn das mit dem Essen im Krankenhaus nicht gelingt und ich meine Angehörigen bitten muß, mit dem „Henkelmann" - heute sagt man, glaube ich, Tupperware - zum alltäglichen Besuchstermin zu erscheinen, wird es mir trotz - aus medizinischer Sicht - erfolgreicher Behandlung schwerfallen, dieses Krankenhaus in positiver Erinnerung zu behalten. Über die Werte der so bedeutsamen Compliance des Rekonvaleszenten muß man sich dann auch keine Gedanken mehr machen.

Wenn der Zug auf dem falschen Gleis steht, erübrigt sich nämlich die Diskussion um den Fahrplan.

Prozeßqualität

Schwieriger aus Patientensicht ist es, die Prozeßqualität einzuschätzen. Prozeßqualität setzt voraus, daß Umfang und Ablauf der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der medizinischen Berufspraxis entsprechen.

Das klingt kompliziert und in der Tat: Die Prozeßqualität bleibt dem Patienten in großen Teilen verborgen, vor allem dort wo er - gewollt oder ungewollt - bewußtlos ist: im OP-Saal. Hier bleibt mir als Patient nichts anderes übrig, als grenzenloses, blindes Vertrauen zu den handelnden Personen zu haben - obwohl die heimtückischerweise auch noch vermummt sind.

Allerdings gibt es auch in diesem Bereich bedeutsame Kleinigkeiten, die mich als Patient berühren und zu spontanen Bewertungen der Qualität verleiten. Es ist der menschliche und freundliche Umgang mit dem „Wesen Patient".

Mein Kontakt als Patient zum Krankenhaus beginnt an der Aufnahme. Hier werden erste Bausteine für den Gesamteindruck gesammelt. Ist die Dame/der Herr in seinem Glaskasten an der Aufnahme freundlich? Werde ich als Gast des Hauses oder als Eindringling wahrgenommen? Bestätigt sich auch hier der Eindruck von der Servicewüste Deutschland und das Motto: „Vorsicht, Kunde droht mit Auftrag"! Sätze wie: „Jetzt setzen Sie sich mal hier vorn auf die Bank. Ich sage Ihnen Bescheid, wenn ein Bett frei ist.", sind keine vertrauensbildenden Maßnahmen und lassen mich darüber nachdenken, warum denn gerade jetzt ein Bett frei wird und welches Schicksal dem „Freimachenden" widerfahren ist. Was passiert mit mir eigentlich, wenn kein Bett frei wird?

Ist diese Hürde genommen, beginnen die Untersuchungen. Mir ist wichtig, wie vertraulich das Personal mit meinen persönlichen, bislang nur mir und meinem Arzt des Vertrauens bekannten Daten umgeht.

Auch die Planung von OPs läßt qualifizierte Rückschlüsse auf Qualität zu. Allein schon dadurch, daß mehrfaches Nüchternbleiben verbunden mit dem Verschieben des OP-Termins vermieden wird. „Varizen" ist da ein Stichwort: Die macht jedes Krankenhaus immer am Ende eines OP-Tages. Damit sind derartige Routineeingriffe hoch anfällig für kurzfristige

Verlegungen. Auch ewige Wartezeiten führen eher dazu, sich auszumalen, was vielleicht doch schiefgehen könnte, als daß sie einen Beitrag zur persönlichen Entspannung liefern.

Und dann - nach der Operation. Ist es nicht viel schöner, nach dem Erwachen in ein lächelndes Gesicht zu blicken, als den Satz zu hören: „Ich dachte schon, Sie wollen gar nicht mehr aufwachen"?

Das Gesamtbild wird durch das Arztgespräch nach erfolgter Operation abgerundet. Vorausgesetzt, es gibt ein solches postoperatives Arztgespräch. Ist das verständlich, was mir über meinen Zustand berichtet wird, oder erlebe ich eine Reise durch böhmische Dörfer?

Sie sehen: die Prozesse in einem Krankenhaus wirken sehr nachhaltig auf den Patienten und lassen ihn zu einem gefestigten, wenn auch subjektiven Urteil über das Krankenhaus, sein Personal und den gebotenen Service kommen.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität ist die Domäne des Kranken. Wer sollte besser beurteilen können, ob eine bestimmte Maßnahme von Erfolg gekrönt ist, wenn nicht derjenige, der sie in Auftrag gegeben hat? Der Patient. Diese Auffassung stößt aber gerade im Kreise der Mediziner auf heftigen Widerspruch. Der häufigste Vorwurf ist in diesem Zusammenhang, daß der Patient mit überzogenen, nicht realistischen Erwartungen an die Medizin herantritt.

Seitens der Ärzteschaft wird darauf hingewiesen, daß die Medizin keine Erfolge garantieren kann, sondern allenfalls intensive Bemühungen. Auch juristisch von Belang: der Humanmediziner agiert - zivilrechtlich betrachtet - nach den Regeln des Dienstvertrages, anders als der offenbar dem soliden Handwerk näherstehende Zahnarzt, der in Teilen seiner Kunst den Regeln des Werkvertragsrechts unterworfen wird.

Der Erfolg ist von Faktoren abhängig, die nicht immer von der Medizin zu beeinflussen sind. Eine gute Fee kann schließlich aus einem 20jährigen Dackel auch keinen Windhund machen, der das Rennen der 5jährigen gewinnt. Sie kann vielleicht machen, daß er so aussieht. Aber das zahlt nicht mal „AOK - Die Gesundheitskasse".

Meiner Ansicht nach kann der Patient sehr wohl beurteilen, ob der von ihm gewünschte Erfolg auch eingetreten ist. Bestritten werden kann von ärztlicher Seite nur, ob der erhoffte Erfolg medizinisch überhaupt möglich

gewesen wäre und die Erwartung damit gerechtfertigt war. Der Patient alleine kann beurteilen, ob die Behandlung eine Verbesserung seiner Lebensqualität bzw. der Lebenserwartung gebracht hat, ob er optimal versorgt wurde und durch die Behandlung so wenig wie möglich belastet wurde. Das sind auch meine Erwartungen an eine „erfolgreiche" Behandlung.

Unter Ergebnisqualität wird aber auch schnell alles andere subsumiert.

Technischer Fortschritt? Der ist kein Wert an sich. Nur wenn der Patient dadurch seine Krankheit besser bekämpfen kann, entsteht Nutzen. Denken Sie an den Kanzler: Es kam darauf an, was hinten rauskommt.

Medizinischer Fortschritt? Ist es ein Qualitätsbeweis, daß heute die Operationshemmschwelle bei vielen Indikationen deutlich niedriger liegt als noch vor zehn Jahren?

Ist es ein Qualitätsmerkmal, wenn ein Krankenhaus zu einer Produktionsstätte mit Just-in-time-Logistik umfunktioniert wird? Wo liegt der Qualitätsvorsprung einer solchen Produktionsstätte gegenüber einem Albert-Schweitzer-Haus mit selbstlos, Tag und Nacht den Patienten umsorgenden Schwestern ohne jede betriebsorganisatorische Grundausbildung und ohne Diplom in Zeitmanagement?

Meine Damen und Herren, die Crux in unserem Gesundheitswesen liegt darin, daß der Patient zwar auf der einen Seite eine klare Vorstellung und Erwartungshaltung über seine Behandlung hat, sich auf der anderen Seite aber nicht im Vorfeld darüber informieren kann, in welchem Krankenhaus seine individuellen Bedürfnisse bedient werden. Ich komme noch mal auf den Reisekatalog zurück. Der Globetrotter kann sich selbständig einen Überblick über das vorhandene Angebot verschaffen und die Auswahl anhand seiner Reisekasse und seinen Bedürfnissen treffen. Der Operationskandidat befindet sich im Blindflug.

Das Gesundheitswesen ist geprägt von Intransparenz. Das betrifft nicht nur das Angebot von Krankenhäusern allgemein, sondern auch die Frage, in welcher Qualität Leistungen in Krankenhäusern angeboten werden. Die Auswahl zwischen 1- und 4-Sterne-Häusern ist dem Patienten nicht möglich - den Krankenkassen, großen wie kleinen, übrigens auch nicht.

Ich halte es durchaus für möglich, daß es so etwas wie den „Marco Polo" der Krankenhäuser geben kann. Und ich sehe die gesetzlichen Krankenkassen hier als Herausgeber. Wen denn sonst? Denn soviel wie der „Fo-

cus“ in seinen monopolartigen, mitunter anmaßenden Vergleichen, wissen wir über unsere Vertragspartner allemal! Und so unabhängig und demokratisch legitimiert, den Patienten zu beraten, ist die paritätisch besetzte, selbstverwaltete AOK schon seit Bismarck!

Diesen Anspruch an uns will ich nicht nur auf den Krankenhaussektor beschränkt sehen, sondern halte ihn für alle Leistungen der GKV erstrebenswert. Dann ist die von Dr. Heine gerade vorgestellte Krankenhaus-Zertifizierung nur ein denkbarer Baustein - oder neudeutsch „Tool“. Aber ein wichtiger erster Schritt, mit dem auch ein langer Weg beginnt.

Information ist der Bestandteil der Transparenz. Sie ist Conditio sine qua non: Ohne Information gibt es keine Transparenz. Darüber hinaus ist es wichtig, daß gute Qualität, aber erst recht schlechte Qualität auffällt und zu Konsequenzen führt. Nicht mit dem Ziel, Krankenhäuser oder einzelne Ärzte, denen ein Fehler unterlaufen ist, bloßzustellen und zu denunzieren. Vielmehr muß es unser gemeinsames Verständnis des Themas sein, Fehler abzustellen und somit einen aktiven Beitrag zur Qualitätsentwicklung zu leisten.

Natürlich kann ich als Vertreter des Kostenträgers - ganz Sparkasse - nicht aus meiner Rolle heraus und muß noch kurz auf den Zusammenhang zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit zu sprechen kommen. Alfred Döblin hat den Ausspruch geprägt: „Veränderte Quantität ist veränderte Qualität.“ Damit ist dann auch klar, daß Döblin kein Krankenhausplaner gewesen sein kann. Ich sage ausdrücklich: Qualität und Wirtschaftlichkeit sind keine Gegensätze, sondern gehen Hand in Hand.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir werden gemeinsam darauf zu achten haben, daß Qualitätsmanagement nicht zum reinen Instrument der internen Prozeßoptimierung in den Krankenhäusern wird mit dem Ziel, die Erlöse zu steigern und die Häuser insgesamt profitabler zu gestalten. Qualität muß demjenigen zugute kommen, der die Leistungen erhält. Sie muß für „König Kunde“ erlebbar sein.

Wenn wir Qualität einfordern, müssen wir Qualitätsstandards setzen, wir müssen Qualität und deren Erreichen meßbar machen. Dies bedingt nicht nur eine präzise Definition dessen, was wir erzielen wollen, es bedingt insbesondere Transparenz und es bedingt, daß selbstverständlich auch ärztliche Leistungen sich einer Ergebnisbewertung zu unterziehen haben. Diese Forderung wird von uns erhoben. Wir arbeiten an der Umsetzung.

Qualität ist definierbar - Krankenhäuser sind meßbar. Krankenhäuser sind vergleichbar. Unser Bertriebsvergleich WidO-Klip hat das nachdrücklich bewiesen. Gelernt haben wir aber auch, daß schon die „harten" wirtschaftlichen Facts nicht leicht zu objektivieren waren. Das wird ein nicht vergnügungssteuerpflichtiges Unterfangen, die „weichen" Parameter wie z. B. Qualität valide zu vergleichen.

Gut ist nicht gut, wo Besseres erwartet wird. Qualität hat zwar ihren Preis, aber sie muß nicht viel kosten. Aldi beweist es täglich! Wir sollten aufgrund unserer gemeinsamen Verantwortung dafür Sorge tragen, daß König Kunde bei uns in immer „besseren" Händen ist. Ich meine, wir Player im Gesundheitssystem haben uns bislang zu wenig um ein gemeinsames Verständnis von Qualität bemüht. Wir haben - vielleicht - verstanden; aber wir haben zu wenig getan. Ein zufriedener Kunde ist die beste Reklame für das beste aller Gesundheitssysteme weltweit. Wir haben auf diesem Gebiet Fehler gemacht - nur ein Dummkopf gibt Fehler nicht zu.

Herr Dr. Danner hat uns zu recht daran erinnert, daß große Würfe in der Gesundheitspolitik nur konsensual möglich sind. Das gilt allemal fürs Qualitätsmanagement. Der Weg ist das Ziel. Lassen Sie uns gemeinsam aufbrechen.

Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

Rainer Hess

Die Schnittstelle ambulant/stationär wird von vielen als die zentrale Möglichkeit zur Schöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen gesehen. Wenn Politiker und Krankenhausvertreter von 25 Mrd. DM Einsparvolumen im Gesundheitswesen der Bundesrepublik ausgehen, dann werden primär immer diese Schnittstelle und die „doppelte Facharztschiene" mit entsprechenden Überkapazitäten als Wirtschaftlichkeitsreserve genannt. Es ist daher von großem Interesse, anhand des vom Bundestag beschlossenen Reformgesetzes zu prüfen, wie denn die Bundesregierung glaubt, diese Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen zu können.

Zunächst ist festzustellen, daß die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durch Bildung zweier sektoraler Budgets noch verschärft worden ist. Dadurch wird der ambulante Sektor vom stationären Sektor hermetisch abgeschlossen, es sei denn, die Krankenkassen vereinbaren integrierte Versorgungsformen. Ansonsten soll jetzt auch im stationären Sektor ein landesweiter Gesamtbetrag für die Krankenhausausgaben der Krankenkassen eingeführt werden. Daneben gibt es dann nach wie vor die budgetierte Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung. Beide Bereiche sind also finanziell durch getrennte Budgets voneinander abgegrenzt. Aber diesseits und jenseits dieser Schnittstelle finden wir auch jetzt in dem neuen Gesetz identische Leistungen, die sowohl in der vertragsärztlichen Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte als auch als Teil der Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser erbracht werden können. Schon nach geltendem Recht (§ 115 b) sind Krankenhäuser für ambulante Operationen gesetzlich zugelassen, aber auch die Vertragsärzte können im Rahmen ihrer Kassenzulassung ambulant operieren. Diese Doppelgleisigkeit wird jetzt ergänzt um sogenannte „stationsersetzende Leistungen", was auch immer das heißt. Derartige stationsersetzende Leistungen sollen in einem Katalog auf Bundesebene vereinbart werden und erleiden dann dasselbe Schicksal wie ambulante Operationen. Zusätzlich sollen aber Krankenhäuser im Rahmen einer erweiterten Ermächtigungsregelung (§ 116) zur Erbringung hochspezialisierter Leistungen ermächtigt werden. Diese hochspezialisierten Leistungen sind dann aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung zu bezahlen, wohingegen das ambulante Operieren im Krankenhaus und auch die vor- und nachstationäre Behandlung schon nach geltendem Recht aus dem Krankenhausbudget zu finanzieren sind. Damit haben wir zunächst einmal ein definitorisches Problem. Es ist

nämlich praktisch nicht möglich, hochspezialisierte Leistungen von stationsersetzenden Leistungen eindeutig abzugrenzen. Nehmen Sie das Beispiel der invasiven Kardiologie. Sie ist stationsersetzend, aber auch hochspezialisiert. Wo wird sie eingeordnet? Dabei geht es aber nicht nur um eine definitorische Abgrenzung, sondern um entscheidende strukturelle Zuordnungen. Je nachdem wie ich die invasive Kardiologie definitorisch einordne, habe ich unterschiedliche Vergütungsstrukturen. Ordne ich die invasive Kardiologie den hochspezialisierten Leistungen zu, dann sind sie aus der Gesamtvergütung zu bezahlen, und es darf nur ein Krankenhaus diese Leistung erbringen, das dazu eine Ermächtigung hat, wobei allerdings die Ermächtigungsvoraussetzungen relativ niedrig angesetzt worden sind. Das Krankenhaus kann den Antrag stellen, der Zulassungsausschuß kann ihn ablehnen. Bei Stimmengleichheit gilt er aber als angenommen, also haben die ärztlichen Mitglieder im Zulassungsausschuß nicht die Möglichkeit, mit ihrem Votum im Zulassungsausschuß eine solche Ermächtigung zu verhindern. Ordne ich die invasive Kardiologie aber als stationsersetzende Leistung ein, dann erfolgt die Leistungserbringung zwar auch in der vertragsärztlichen Versorgung, nämlich dann wie ambulantes Operieren durch Vertragsärzte, konkurrierend kann diese Leistung aber auch im Krankenhaus aufgrund einer Zulassung des Krankenhauses ohne jegliche Bedarfsprüfung erbracht werden. Jedes Krankenhaus kann dann invasive Kardiologie im Rahmen der Zulassung zu Lasten der Krankenkassen ambulant erbringen.

Als Zwischenergebnis ist festzustellen: Wir haben eine Schnittstelle, die Krankenhaus und ambulante Versorgung voneinander finanziell abgrenzt. Links und rechts der Schnittstelle können aber vergleichbare Leistungen, aus unterschiedlichen Geldtöpfen finanziert, erbracht werden. Die Ärzte werden sich deswegen zunächst fragen, wie sich diese unterschiedliche Zuordnung auf ihre wirtschaftliche Situation auswirkt. Wo belastet es mein Budget, und wo belastet es nicht mein Budget? Und je nachdem, ob ein Facharzt oder ein Hausarzt beteiligt ist, wird er dann u. U. das Krankenhaus lieber in Anspruch nehmen als den niedergelassenen Kollegen. Der Hausarzt wird vielleicht den niedergelassenen Kollegen bevorzugen, weil er sein Honorar aus einem eigenen Gesamtvergütungsanteil für die hausärztliche Versorgung erhält. Er wird also nicht belastet, wenn er den niedergelassenen Operateur in Anspruch nimmt. Der niedergelassene nicht selbst operativ oder invasiv tätige Facharzt wird sich aber sehr genau überlegen, ob er einem niedergelassenen Kollegen einen operativen Fall zuweist, denn das geht zu seinen Lasten. Also wird er eher geneigt sein, seinem Patienten das Krankenhaus zu empfehlen, da wird es zu Lasten der Krankenkassen außerhalb des fachärztlichen Gesamtvergütungsanteiles bezahlt. Wie kann eine solche Doppelzuständigkeit 25 Mrd. DM einsparen?

Belegt ist das Gegenteil, daß diese Doppelgleisigkeit der Versorgung zusätzlich Geld kostet. Wir haben seit 6 Jahren einen Modellversuch an der Schnittstelle von Krankenhaus zur vertragsärztlichen Versorgung im ambulanten operativen Bereich. Es gibt insoweit eine enorme Leistungszunahme der ambulanten Operationen, aber diese operative Tätigkeit findet nicht am Krankenhaus statt, sondern in den Praxen bzw. in den Operationszentren der niedergelassenen Vertragsärzte. Das, was der Gesetzgeber damals 1993 wollte, also die Krankenhäuser für ambulantes Operieren zu öffnen und dort das ambulante Operieren zu konzentrieren, ist überhaupt nicht eingetreten. Es ist vielmehr die gegenteilige Entwicklung eingetreten. Das Operieren ist außerhalb des Krankenhauses enorm angewachsen. Wenn jetzt stationseinsetzende Leistungen hinzutreten, werden wir genau dieselbe Entwicklung haben. Die invasive Kardiologie findet dann innerhalb und außerhalb des Krankenhauses im Wettbewerb statt mit der Folge, daß sich die Leistungen genauso hochschaukeln, wie das beim ambulanten Operieren der Fall war.

Gegenüber diesem Szenario wendet das Bundesgesundheitsministerium ein, daß die Schnittstelle ambulant/stationär durch die Krankenkassen über Integrationsverträge aufgelöst werden kann. Dadurch können Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte in einem Budget zusammen geführt und dem Krankenhaus und den niedergelassenen Ärzten gemeinsam der Auftrag erteilt werden, die Schnittstelle in einem Versichertenbudget wirtschaftlich zu gestalten. Nur, da haben wir auch wieder ein Problem. Bis 2003 haben wir nach wie vor individuelle Krankenhausbudgets, die kassenartenübergreifend für die Gesamtausgaben eines Krankenhauses vereinbart sind, also gar nicht auf eine Kasse und deren Versicherte abzielen. In diesem Krankenhausbudget gehen die Einnahmen aus ambulantem Operieren, aus Prä-/Post-Leistungen und aus stationseinsetzenden Leistungen als reine Verrechnungsposten ein. Das ist allein der Grund, warum die Krankenkassen zur Zeit sehr hohe Pflegesätze für die Prä-/Post-Behandlung vereinbaren, die sie in Wirklichkeit gar nicht zahlen, da es ja reine Verrechnungsposten eines vereinbarten Budgets sind. Ab 2003 ändert sich das aber, dann sollen diese Krankenhausbudgets durch Fallpauschalen durchgehend abgelöst werden. Spätestens dann sind vereinbarte Entgelte für ambulante Krankenhausbehandlungen von den Krankenkassen echt zu zahlen. Aber was ist bis dahin mit der integrierten Versorgung? Bis 2003 hat das Krankenhaus ein Budget. Aus diesem Budget, das kassenartenübergreifend vereinbart ist, kann eine Einzelkasse für die Integrationsversorgung jedenfalls im voraus keine Geldmittel zur Finanzierung eines Versichertenbudgets entnehmen. Das heißt, wenn z. B. die Techniker-Krankenkasse für ihre Versicherten die integrierte Versorgung mit einem Krankenhaus vereinbaren will, dann könnte sie zwar bei uns versichertenbezogen eine Be-

reinigung der Gesamtvergütung einfordern; sie könnte auch eine Änderung des Arznei- und Heilmittelbudgets einfordern, das ist jetzt im Gesetz so vorgesehen. Aber an das Krankenhausbudget kommt eine einzelne Krankenkasse meines Erachtens nicht heran. Das heißt, die integrierte Versorgung findet bis 2003 ganz überwiegend nur innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung statt. 25 Mrd. DM Einsparvolumen durch integrierte Versorgung wird somit absolut unrealistisch.

Mit anderen Worten: Mit dem Regierungsentwurf und jetzt dem Gesetzesbeschluß werden nur zusätzliche Schnittstellenprobleme geschaffen, kein einziges Problem wird gelöst, zusätzliche Konkurrenzen werden vielmehr an diesen Schnittstellen aufgebaut und schaffen damit Leistungsentwicklungen, die ähnlich dem ambulanten Operieren nicht Geld sparen, sondern die zusätzliches Geld kosten. Und das ist der Grund, warum wir als Kassenärztliche Bundesvereinigung der Auffassung sind, mit solchen sektoralen Abschottungen löst man kein Problem und spart man auch kein Geld.

Wir müssen diese Sektoralbudgets beseitigen, um die notwendige Durchlässigkeit der medizinischen Versorgung zu schaffen. Dazu ist es erforderlich, eine einheitliche Vergütungsstruktur für die ambulante und stationäre Versorgung zu schaffen. Dies beinhaltet nicht denselben Preis, sondern die Kalkulation des Preises nach denselben Prinzipien. Das Krankenhaus bekommt aufgrund einer solchen Kalkulation ein Zusatzentgelt für die stationären Kosten, die nicht mit ärztlichen Leistungen vergleichbar sind. Aufgrund einer solchen einheitlichen Vergütungsstruktur ist mit den Krankenkassen zu vereinbaren, welche Leistungen im Krankenhaus erbracht werden müssen, weil sie dort der dortigen aufwendigen Infrastruktur benötigen. Wir hätten die Strahlentherapie z. B., wenn wir diese Chance gehabt hätten, nie in die vertragsärztliche Versorgung aufnehmen dürfen, sondern sie hätte am Krankenhaus konzentriert werden müssen. Es gibt einen zweiten Bereich, wo Wettbewerb gewünscht ist, wie z. B. beim ambulanten Operieren, wo vorhandene Wettbewerbsstrukturen nicht mehr beseitigt werden können; und es gibt einen dritten Bereich, der deswegen den niedergelassenen Ärzten zugeordnet werden muß, weil sonst die Bedarfszulassung illusorisch würde. Dem Krankenhaus kann nicht die Möglichkeit gegeben werden, mit angestellten Ärzten diejenigen Leistungen beliebig zu vermehren, die beim niedergelassenen Arzt durch die Bedarfszulassung geradezu eingeschränkt werden sollen.

Wenn es die finanzielle Abschottung der Versorgungsbereiche nicht gäbe, würde bereits das geltende Recht ausreichend Möglichkeiten eröffnen, die Kooperation zwischen Krankenhaus und niedergelassenem

Arzt so zu gestalten, daß eine sinnvolle Zusammenarbeit bei arbeitsteiliger Zuständigkeit möglich wäre. Das Öffnen der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung schafft, wie bereits dargelegt, nur zusätzliche Konkurrenz mit weiteren Leistungsausweitungen. Deswegen tritt die Kassenärztliche Bundesvereinigung für eine klare Aufgabenteilung zwischen vertragsärztlicher Versorgung und Krankenhausbehandlung ein, die jedoch einhergehen muß mit einer stärkeren Durchlässigkeit der Versorgung durch Kooperation, Ermächtigung von Krankenhausärzten und Teilnahmemöglichkeiten niedergelassener Ärzte an Leistungen im Krankenhaus. Das geltende Recht läßt für eine solche Form der Zusammenarbeit eine Vielzahl von Rechtskonstruktionen zu. Sie können Großgeräte gemeinsam nutzen, sie können auch OP-Einrichtungen gemeinsam nutzen und sie können Krankenhausärzte ermächtigen, aber auch niedergelassene Ärzte in den Räumen eines Krankenhauses zulassen. Nach dem Gesetzesbeschluß des Bundestages sollen anstelle des ermächtigten Krankenhausarztes jetzt Krankenhäuser als Institution ermächtigt werden, was erneut das Problem aufwirft, daß wir uns von der persönlichen Leistungserbringung verabschieden. Die Ärzteschaft ist demgegenüber aber immer davon ausgegangen, daß es auf den Arzt im Krankenhaus und auf seine Qualifikation ankommt, wenn man eine Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung braucht. Darauf basieren die persönlichen Ermächtigungen dieser Ärzte. Abschließend ist aus meiner Sicht festzustellen, daß durch den Gesetzesentwurf oder den Gesetzesbeschluß Wirtschaftlichkeitsreserven nicht erschlossen werden, statt dessen aber neue Probleme geschaffen werden und die integrierte Versorgung bis 2003, soweit es das Krankenhaus betrifft, praktisch nicht realisierbar ist. Der Vorschlag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, über eine einheitliche Vergütungsstruktur das Problem zu lösen mit entsprechender Definition von Leistungsbereichen, die dem ein oder anderen Bereich dann zugeordnet werden, ist leider nicht aufgegriffen worden. Wenn es denn noch einmal zu einer Gesetzgebung im Gesundheitswesen kommen sollte, die nicht nur auf Sparen ausgerichtet ist, werden wir diesen Vorschlag erneut einbringen.

Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung

Roland Sing

Themenfelder

In meinen folgenden Ausführungen möchte ich mich mit folgenden Bereichen befassen:

1. Ambulantes Operieren
   a) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte
   b) durch Krankenhäuser

2. Ambulante Behandlung durch ermächtigte Ärzte bzw. Krankenhäuser/Institute

   Anmerkung: Hier geht es im Grunde genommen um das bisher geltende Vertragsrecht

3. Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser

   Anmerkung: Hier geht es um die geplante Neuregelung im Rahmen der Gesundheitsreform - Neufassung des § 116 a SGB V

4. Einrichtung von Notfallpraxen

Grundsätzliches

Die ambulante Versorgung wird nach meinem Grundverständnis auch weiterhin von den niedergelassenen Ärzten durchgeführt; insofern stelle ich den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht in Frage. Dies ist vor dem Hintergrund von Bedeutung, daß je nach Standpunkt des Betrachters unterschiedliche Schlußfolgerungen möglich sind. Ich jedenfalls stehe auf dem Boden des bisher geltenden Rechts. Das bedeutet nicht, daß der Sicherstellungsauftrag letztendlich im Rahmen eines Monopols durch die niedergelassenen Ärzte wahrgenommen werden kann. Nach meiner Meinung könnte sich der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen durchaus auch weiterhin auf die Thematik „Integrierte Versorgung" erstrecken, im Konfliktfall müßte aber eine Schiedsamtsregelung Platz greifen, so daß die KVen kein Vetorecht mehr wie in der Vergangenheit besitzen würden. Soweit ich aus Gesprächen mit Ärztevertretern weiß, würde eine solche Lösung dort auch auf Akzeptanz stoßen.

Ambulantes Operieren durch niedergelassene Ärzte

Zunächst ist festzustellen, daß für das ambulante Operieren durch niedergelassene Ärzte finanzielle Anreize gesetzt werden müssen. Das bedeutet konkret, daß es durchaus sachgerecht ist, wenn keine Budgetierung erfolgt. Die AOK Baden-Württemberg hat jedenfalls im Rahmen der gesamtvertraglichen Regelungen eine solche Vereinbarung geschlossen. Des weiteren ist es von besonderer Bedeutung, daß Qualitätsanforderungen vertraglich vereinbart werden und die Qualität auch stichprobenweise überprüft wird. Hier spielt der Medizinische Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung eine herausragende Rolle. Zum einen hat er bei den Vertragsverhandlungen seine Beratungskompetenz einzubringen. Unabhängig davon wirkt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei der Qualitätssicherung im Rahmen der Stichprobenerhebungen konsequent mit. Bei gesicherter Qualität kann auch ein differenzierter Punktwert vergütet werden, d. h. zusammengefaßt, für die vertragliche Ausgestaltung ist entscheidend, ob ambulantes Operieren durch niedergelassene Ärzte gefördert und befördert wird oder nicht.

Ambulantes Operieren im Krankenhaus

Vereinfacht kann ich feststellen, daß wir die Verträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in Baden-Württemberg (Ausnahme: KV Nordbaden) eins zu eins auf einen Vertrag mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft übertragen haben. Der Übertrag geht sogar so weit, daß in den drei Regierungsbezirken, die jeweils auch der Zuständigkeitsbereich für eine KV sind, unterschiedliche Nuancen der ambulanten Versorgung im Vertragsbereich auf die Krankenhäuser übertragen worden sind. Auch für die Krankenhäuser gilt, daß die Qualitätssicherung vertraglich nicht nur vereinbart, sondern auch überprüfbar sein muß. Des weiteren sind die Verträge bezüglich der finanziellen Anreize ebenfalls gleich gestaltet. Das bedeutet auch für das Krankenhaus keine Budgetierung! Lediglich im Bereich des Punktwertes ist am Spitzenpunktwert, z. B. KV Südbaden 10,5 Pf, ein Abstand mit 0,5 Pf zu den Krankenhäusern vereinbart, weil mit den niedergelassenen Ärzten ein Anreiz zusätzlich vereinbart worden ist, über eingehaltene Arzneimittel- bzw. Heilmittelbudgets frei werdende Finanzmittel für das ambulante Operieren mit einzusetzen. Die Inanspruchnahme hat auch im Krankenhaus seit dem Vertragsabschluß deutlich steigende Tendenz, der entscheidende Durchbruch kam auch hier durch die finanzielle Vertragsgestaltung zustande.

Ambulante Behandlung durch ermächtigte Ärzte/Krankenhäuser/ Institute

Von der Ausgangslage her ist zunächst festzustellen, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen in restriktiver Weise die Ermächtigungen in der Vergangenheit entweder zurückgenommen oder nur begrenzt erteilt haben. Dies war aus meiner Sicht ein Fehler und führte zur Überlegung, die Krankenhäuser stark für die ambulante Versorgung zu öffnen. Des weiteren ist festzustellen, daß dort wo die Ermächtigungen erteilt waren, oft die persönliche Leistungserbringung nicht erfolgte, und damit das Instrument der Ermächtigung selbst in Frage gestellt wurde. Auch der Umgang mit Patienten im ambulanten Sektor im Krankenhaus läßt sehr zu wünschen übrig; weder die Infrastruktur noch der persönliche Umgang ist jedenfalls in vielen Fällen tolerierbar. Nicht selten werden mir Fälle genannt, in denen z. B. Strahlenpatienten, die zu ambulanten Terminen einbestellt sind vier, fünf, ja sogar sechs Stunden warten müssen. Bei einer Öffnung der Krankenhäuser muß die ambulante Versorgung auf jeden Fall viel stärker als bisher auf die Kundenorientierung im ambulanten Patientensektor Platz greifen. Auch die bisherige Rechtslage, wonach im Kern der Vorstand einer Kassenärztlichen Vereinigung für die Erteilung von Ermächtigungen zuständig war, ist zu korrigieren; mit der Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung hatte dies jedenfalls wenig zu tun.

Neuregelung der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser

Zunächst darf ich die Vorbemerkung machen, daß ich mich auf den Verfahrensstand der parlamentarischen Beratungen zu § 116 a SGB V vom 04.11.1999 beziehe. Abschließende Regelungen sind mir jedenfalls bis zur Stunde nicht bekannt. Unabhängig davon darf ich feststellen, daß Krankenhäuser mit qualifizierten Krankenhausärzten auf Überweisung eines Vertragsarztes für die Erbringung hochspezialisierter Leistungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt werden sollen. Die Einschränkung ist, daß die Versorgung nicht durch qualifizierte Vertragsärzte sichergestellt ist. Das Verfahren sieht vor, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen die beabsichtigte Tätigkeitsaufnahme angezeigt bekommen und nur wenn sie im konkreten Falle widersprechen würden, müßte der Zulassungsausschuß tätig werden. Auch hier gilt: Nachdem meine Position den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen grundsätzlich umfaßt, ist auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam die ambulante Behandlung durch Krankenhäuser nach § 116 a SGB V künftig zu regeln. Dabei könnte ich mir durchaus vorstellen, daß es Gemeinsamkeiten in weitestgehendem Sinne zwischen KVen und Krankenkassen mindestens der AOK gibt, so

daß ggf. auch im Zulassungsausschuß durch entsprechendes Abstimmungsverhalten gemeinsame Entscheidungen zustande kommen können. Jedenfalls kann ich nicht akzeptieren, daß durch eine generelle Ermächtigung der Krankenhäuser eine Mengenausweitung provoziert und produziert wird. Im übrigen lege ich auch großen Wert auf die persönliche Ermächtigung, damit wirklich die einzelne qualifizierte Leistung eines Krankenhausarztes dem Versicherten zugute kommt. Auf jeden Fall muß der Aufbau von Doppelstrukturen verhindert werden, oder anders formuliert, Doppelstrukturen müssen abgebaut werden.

Notfallpraxen

Notfallpraxen sind geeignete Einrichtungen im Rahmen des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen. Es muß alles getan werden, daß in den Krankenhäusern sogenannte Notfallpraxen, die von Vertragsärzten aber betrieben werden, eingerichtet werden. Der Selbsteinweisungsproblematik in Krankenhäuser muß mit Entschiedenheit begegnet werden. Nach meiner Einschätzung sind Krankenhäuser gut beraten, wenn sie die Notfallpraxen akzeptieren. Wenn sich Krankenhäuser weigern würden, solche Notfallpraxen einzurichten, müßten die Kostenträger mit erhöhter Aufmerksamkeit diese Krankenhäuser betrachten, weil dann eben doch die Gefahr gegeben ist, daß unnötige stationäre Aufenthalte entstehen.

Zusammenfassung

Die ambulante Versorgung in Krankenhäusern ist ein wichtiger Teil des Gesamtangebots der medizinischen Versorgung. Für die Bevölkerung in Deutschland allerdings hat sie den Charakter der Subsidiarität unter dem Aspekt der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Als Grundsatz ist festzustellen, daß in der Frage der Vergütung keine unterschiedlichen Regelungen zwischen niedergelassener Praxis und der Ambulanz im Krankenhaus erfolgen dürfen. Finanzielle Fragen müssen immer und stets gleich behandelt werden, dies gilt auch für die Problematik der Investitionen.

Abschließend ist festzustellen, daß auch die ambulante Versorgung in Krankenhäusern mit dazu führen muß, daß stationäre Fälle zurückgehen und insofern konsequent ein Bettenabbau zu erfolgen hat.

Praxisnetze und integrierte Versorgungsformen als innovative Suchprozesse - Einleitung

Frank Bausch

Die AOK befaßt sich seit vielen Jahren mit der Entwicklung neuer Versorgungsformen. Innerhalb des AOK-Systems hat der Projektbereich des Bundesverbandes die Aufgabe übernommen, unter Einbeziehung der Landes-AOKen neue Versorgungsmodelle zu konzipieren und gemeinsam mit den Landes-AOKen umzusetzen.

Überblick über die Aktivitäten der AOK zu neuen Versorgungsmodellen

Insbesondere zwei Ansätze werden hierbei verfolgt: indikationsorientierte Steuerungsmodelle und Arztnetze. Erstgenannte orientieren sich an Disease-Management-Konzepten, letztgenannte basieren auf Managed-Care-Ideen. Beide Ansätze werden im wesentlichen über Modellvorhaben oder Strukturverträge erprobt. In den folgenden Ausführungen wird im Sinne der Komplexitätsreduktion nur noch auf die Arztnetzprojekte eingegangen. Dieses bedeutet jedoch nicht, daß die indikationsorientierten Steuerungsmodelle weniger wichtig wären. Vielmehr ergänzen sich beide Ansätze und werden daher im AOK-System mit gleicher Intensität verfolgt.

Folgende Arztnetzprojekte laufen unter Beteiligung der AOK:

- „Qualität und Humanität" in Konstanz, Offenburg und Freiburg
- Praxisnetz Erft
- Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg
- Regionales Praxisnetz Bad Oldesloe
- Medizinisches Qualitätsnetz Westküste
- Medizinisches Praxisnetz Neumünster
- Regionales Praxisnetz Kiel
- Praxisnetz Plön
- Praxisnetz Nürnberg-Nord

Erfahrungen der AOK mit Arztnetzen

Die im Rahmen dieser Netze gewonnenen Erfahrungen sind vielschichtig. Fokussiert man sich auf die Dimensionen Qualität und Kostenentwicklung, dann lassen sich folgende Kernergebnisse festhalten:

- Die Qualität und Struktur der Versorgung wurde durch Praxisnetze zur Zufriedenheit der Patienten/Versicherten verbessert.
- Kontenrelevante Einsparungen für die AOK konnten unter Berücksichtigung der Investitionen nicht in der erwarteten Größenordnung realisiert werden.

Insgesamt werden die bisherigen Ansätze als bedingt positiv beurteilt und geben begründeten Anlaß, die Zusammenarbeit mit Arztnetzen weiterzuverfolgen. Daher will die AOK mit „Netzen der zweiten Generation" die positiven Erfahrungen verstärken und die Schwachpunkte verringern. Hierzu soll insbesondere auf eine konsequentere Konstruktion der Praxisnetze, auf eine von Beginn an umfassende Evaluation der Netze sowie die stärkere Zusammenarbeit mit den Netzärzten bei Aufbau und Betrieb des Netzes geachtet werden.

Leitthesen zu Arztnetzen

Bevor auf die Ziele der AOK in bezug auf Arztnetze und auf Anforderungen an Netze und Netzärzte eingegangen wird, folgt eine Zusammenstellung von Leitthesen zur Netzthematik. Diese Leitthesen beleuchten den gedanklichen Hintergrund, vor dem Pilotmodelle in den nächsten Jahren durchgeführt werden. Aufgabe der Pilotmodelle ist es hierbei, die Voraussetzungen zu erkunden und zu schaffen, damit die AOK aussichtsreiche Arztnetze erkennen und fördern kann.

Leitthesen für Arztnetze der AOK

- Im deutschen Gesundheitswesen werden Patienten/Versicherte zu wenig gesteuert.
- Die Inanspruchnahme von Leistungen erfolgt zu wenig koordiniert.
- Die Patienten können - wenn überhaupt - nur vom Arzt vor Ort gesteuert werden. Dieser hat dazu aber praktisch keinen Anreiz.
- Arztnetze bieten die Möglichkeit zu mehr Steuerung und Koordination.
- Die Einzelpraxis wird auf mittlere Sicht verschwinden.
- Die AOK will erproben, die finanzielle Verantwortung - unter Berücksichtigung der eigenen Versicherungsfunktion - dahin zu verlagern, wo die Entscheidungen getroffen werden.

Ziele der Pilotprojekte

Welche Ziele verfolgt die AOK mit den Pilotprojekten?

Das Kernziel der Pilotprojekte ist die Erprobung von Instrumenten zur koordinierteren und gesteuerteren Versorgung der Patienten. Damit sollen:

- Einsparungen in den Gesamtkosten der Versorgung unter Beibehaltung der Qualität ermöglicht werden

oder

- die Versorgungsqualität bei gleichbleibenden Kosten erhöht werden

und

- international erfolgreiche Steuerungsinstrumente im deutschen Gesundheitswesen erprobt werden.

Um diese Ziele zu erreichen, sollen:

1. Steuerungsinstrumente in konsequenter Konstruktion und Kombination eingesetzt werden
2. die Netzärzte die Budgetverantwortung für die eigenen und zumindest einige veranlaßte Leistungen übernehmen
3. ein Datenmanagement aufgebaut werden, das die zur Steuerung notwendige Transparenz schafft
4. andere Versorgungssektoren - insbesondere Krankenhäuser - in die Netze eingebunden werden
5. auf nicht-wiedereinholbare Anschubfinanzierungen verzichtet werden

Aus diesen Ausführungen wird deutlich, daß das Interesse der AOK nicht - wie immer wieder behauptet wird - ausschließlich in der Erzielung von Einsparungen liegt, sondern wesentlich differenzierter betrachtet werden muß. Gleichwohl richtig ist aber die Feststellung, daß sich die AOK von Netzen einen Beitrag zur Steigerung der Effizienz in der Patientenversorgung erwartet.

Wesentliche Steuerungsinstrumente

Der oben aufgeführte Aspekt der konsequenten Konstruktion und Kombination von Steuerungsinstrumenten in Pilotprojekten soll nochmals aufgenommen und detailliert werden. Insbesondere sollen die Netze über feste Gesamtbudgets als Abgeltung für die Erbringung und/oder Veranlassung der Leistungen und zur vollständigen Versorgung der eingeschriebenen Versicherten verfügen. Eine Voraussetzung dafür ist die Einschreibung der Versicherten, die hierzu wiederum Anreize qualitativer oder finanzieller Art erhalten sollen. Ein weiteres Steuerungsinstrument, auf das nicht verzichtet werden sollte, ist das Gatekeeper-/Hausarztprinzip. Hierbei übernimmt der Hausarzt bzw. ein Allgemeinarzt (ggf. kann diese Funktion auch von anderen Facharztgruppen wahrgenommen werden) als Koordinator oder Lotse die organisatorische Verantwortung für den gesamten Versorgungsprozeß. Voraussetzung hierfür ist die freiwillige, zeitlich befristete und auch widerrufbare Verpflichtung des Patienten, sich mit seinen Krankheiten zunächst immer an diesen gewählten Koordinator zu wenden und sich mit ihm über die weiteren Behandlungsschritte zu verständigen. Die qualitativen Voraussetzungen für diese Koordinationstätigkeit sind erheblich und gehen weit über das rein medizinische Wissen hinaus. Sie dürften derzeit nur von einem sehr geringen Teil der Hausärzteschaft befriedigend zu erfüllen sein. Ein weiteres wesentliches Steuerungsinstrument für die Pilotnetze ist die pauschalierte Vergütung innerhalb des Netzes mit der Zielsetzung, eine möglichst hohe Kalkulierbarkeit der ärztlichen Einkommen zu ermöglichen. Als letztes unverzichtbares Steuerungsinstrument sollen angemessene und wirksame Formen der Qualitätssicherung zur Vermeidung von Unterversorgung und Risikoselektion sowie zur Sicherstellung der Patientenzufriedenheit angeführt werden. Diese Zusammenstellung ist keinesfalls abschließend, sondern umfaßt lediglich die höchst priorisierten und unverzichtbaren Steuerungsinstrumente aus Sicht der AOK. Zur Umsetzung und Einsatzfähigkeit aller zuvor aufgeführten Instrumente ist ein zeitnahes und umfassendes Datenmanagement notwendig - mit Sicherheit eine der größten Herausforderungen in der gesamten Thematik.

Anforderungen an Netzärzte

Nach den Zielsetzungen und den Anforderungen an die Pilotnetze im allgemeinen, folgen nun die Anforderungen an die Ärztinnen und Ärzte in einem Pilotnetz. Die wichtigsten Anforderungen werden in der folgenden Übersicht wiedergegeben und benötigen keine weitere Erläuterung.

Anforderungen an Ärztinnen und Ärzte in einem Pilotarztnetz

- Grundsätzliche Bereitschaft, Gewohnheiten und Verhaltensweisen im Sinne der Netzziele zu verändern („Vernetzung fängt im Kopf an!").
- Offenheit für die Messung der eigenen Tätigkeit und die Offenlegung der Daten gegenüber den anderen Beteiligten im Netz („Der gläserne Arzt").
- Systematisches Interesse an den Effekten und den Kosten medizinischer Maßnahmen, um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung steuern zu können.
- Übernahme einer größeren Steuerungsverantwortung in medizinischer Hinsicht mit der Bereitschaft zu einer fair begrenzten Mitträgerschaft des Versicherungsrisikos („Aktivisten statt Mitläufer").
- Teilnehmende Ärztinnen und Ärzte an Pilotnetzen sollten sich darüber bewußt sein, daß gesundheitspolitischer Gegenwind aufkommen kann, da sie Neuland betreten.

Die AOK wird für die Pilotnetze ein fairer und verläßlicher Partner sein, der sie mit seinen Möglichkeiten nachdrücklich unterstützt.

Unterstützung der Netze durch die AOK

Daran schließt sich die Frage an, wie die AOK die Pilotarztnetze unterstützt. Zur rechtlichen Absicherung strebt die AOK grundsätzlich einen Vertrag mit der KV und dem Netz an. Weiterhin wird das Netz durch die Bereitstellung von Daten und bei der Durchführung des Netz-/Budgetcontrollings unterstützt. Darüber hinaus bietet die AOK Beratung in Fragen der Netzorganisation und bei der Generierung betriebswirtschaftlicher Vorteile an. Es wird Hilfestellung bei der Konzeption und Durchführung der Qualitätssicherungsmaßnahmen geleistet. Außerdem kann die AOK eine Mittlerposition zwischen dem Netz und externen Leistungserbringern übernehmen. Zusätzlich werden die Versicherten über das Netz und seine Aktivitäten informiert und damit das Netzmarketing unterstützt. Weiterhin werden die Pilotprojekte umfassend evaluiert und somit für die interessierte Öffentlichkeit transparent gemacht. Und last but not least wird ein solches Pilotmodell politisch flankiert und gefördert. Auch diese Aufstellung ist keineswegs abschließend und gibt nur einige wichtige Bereiche, in denen die AOK Unterstützungsmöglichkeiten sieht, wieder.

Exklusivität von Netzen

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Netzthematik ist die Exklusivität von Netzen. Die AOK ist grundsätzlich offen dafür, sich gemeinsam mit anderen Krankenkassen bei Arztnetzen zu engagieren. Dies begründet sich im wesentlichen mit der Praktikabilität auf seiten der Ärzte und den ansonsten noch stärkeren „Trittbrettfahrereffekten". Allerdings sollte diese Bereitschaft nicht dazu führen müssen, daß die zügige Realisierung eines aussichtsreichen Projektes beeinträchtigt wird. In diesem Fall zieht die AOK ein eigenständiges Vorgehen vor.

Einbeziehung der KVen

Erster Ansprechpartner für die AOK sind die Netze bzw. Netzärzte selbst, gemäß dem Grundsatz „all business is local". Die unmittelbar Beteiligten entscheiden über Erfolg oder Mißerfolg der Bemühungen. Ungeachtet der gesetzlichen Möglichkeiten, die ggf. ein anderes Vorgehen ermöglichen, strebt die AOK aber die frühzeitige und umfassende Beteiligung der KVen an. Zum einen sind die KVen bei allen Fragen zu Budgets und Sicherstellung zwingend einzubeziehen, zum anderen sind die Arztnetze mit vielen Fragen ohne qualifizierte Unterstützung durch die KVen wahrscheinlich überfordert. Und nicht zuletzt hat die Einbeziehung der KVen deutliche Praktikabilitätsvorteile für die Krankenkassen. Wie die Zusammenarbeit mit den KVen konkret ausgestaltet wird, hängt zum einen von den KVen selbst ab (Offenheit für Netzgedanken, Unterstützungsfähigkeit der Netze etc.) und zum anderen von dem Willen der Netze zur Zusammenarbeit mit den KVen. Aus den jeweils im Einzelfall vorzufindenden Gegebenheiten heraus werden sich unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit herauskristallisieren.

Integration anderer Leistungserbringer

Grundsätzlich sollten aus Sicht der AOK die anderen Leistungserbringer mit den Arztnetzen verzahnt werden, damit eines der großen Probleme des deutschen Gesundheitswesens - die gegenseitige Abschottung der Sektoren - aufgebrochen wird und den Versicherten sektorenübergreifende Lösungen angeboten werden können. Eine Optimierung der Versorgung lediglich im ambulanten Bereich bleibt suboptimal. Als Mindestforderung aus Sicht der AOK ist die Verzahnung eines Krankenhauses mit einem Arztnetz zu nennen. Wie und in welcher Form sich diese Integration aber konkret ausgestaltet, hängt wiederum von den spezifischen Gegebenheiten ab. Es erscheint aus Gründen der Prioritätensetzung für ein Arztnetz sinnvoll, mit der Integration eines Krankenhauses zu beginnen und erst anschließend weitere Leistungserbringer wie Pfle-

gedienste und -heime, die paramedizinischen Anbieter, Reha-Einrichtungen usw. einzubinden. Die totale Integration aller relevanten Leistungsanbieter auf einmal wird aller Voraussicht nach aufgrund der damit verbundenen Komplexität nicht gelingen, vielmehr ist ein schrittweises Vorgehen ratsam.

Folgende konkrete Ansatzpunkte für eine ambulant-stationäre Verzahnung sind in der gegenwärtigen Diskussion (ohne Anspruch auf Vollständigkeit):

Konkrete Ansatzpunkte für die Verzahnung ambulant - stationär

- Entwicklung gemeinsamer Behandlungsleitlinien
- Durchführung gemeinsamer Qualitätszirkel, Fallkonferenzen
- Erstellung einer gemeinsamen Arzneimittelliste
- EDV-Vernetzung des Krankenhauses mit dem Netzserver (Austausch von Befunden, Patientenkarrieren, Notfalldaten etc.)
- Gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen
- Gemeinsame Weiterbildung junger Ärzte
- Notfallpraxis im Krankenhaus, die durch Niedergelassene oder gemeinsam mit Niedergelassenen betrieben wird
- Substitution von stationären Betten durch Plätze für betreutes Schlafen
- Gemeinsame Nutzung der sachlichen Ressourcen (Großgeräte, Räume etc.)
- Absprache über Leistungserbringung im Schnittstellenbereich (ambulantes Operieren)
- Gemeinsames Budget (Krankenhaus und Netz)

Ein Teil der aufgeführten Ansatzpunkte wird bereits seit Jahren erfolgreich an verschiedensten Orten in Deutschland umgesetzt. Einige andere stellen absolutes Neuland dar und werden z. B. in den Pilotmodellen der AOK erprobt.

Aktueller Stand und nächste Schritte

Derzeit sind Pilotmodelle in Bayern, Hessen und Schleswig-Holstein vorgesehen. In Bayern wurde bereits begonnen, und zwar mit dem Praxisnetz Nürnberg-Nord. Hier sind erste Zwischenergebnisse spätestens Ende des Jahres 2000 zu erwarten. Es würde den Rahmen dieses Artikels sprengen, wenn hier detailliert über die im dortigen Projekt vorgesehenen Aktivitäten zur Vernetzung berichtet würde. Nur soviel sei erklärt: das Praxisnetz Nürnberg-Nord ist ein äußerst ambitioniertes Arztnetz mit einem umfassenden Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Die Einbeziehung eines Krankenhauses steht kurz vor dem Vertragsabschluß. Im Hinblick auf die Integration weiterer komplementärer Dienste ist u. a. die Einrichtung eines virtuellen Altersheims geplant.

In allen Pilotmodellen ist ein schrittweises Vorgehen vorgesehen, damit die Beteiligten nicht überfordert werden. Voraussichtlich werden alle Verträge zu den Pilotmodellen nach § 63 ff. SGB V geschlossen. Die Projektdurchführung seitens der AOK obliegt der Landes-AOK gemeinschaftlich mit dem AOK-Bundesverband.

Das Jahr 2000 wird bezogen auf die Pilotprojekte ein wegweisendes Jahr werden. Man darf den Entwicklungen in den Pilotprojekten, aber auch in anderen Netzen, optimistisch entgegensehen.

Ambulante Dienstleistungszentren als Substitute stationärer Einrichtungen

Helmut Klemm

Nicht erst seit Andrea Fischer sich auf den Weg gemacht hat, das Gesundheitswesen in Deutschland total umzukrempeln, verfolgt uns die Diskussion darüber, was sind stationsersetzende Eingriffe, welche medizinischen Leistungen sind nur in stationären Einrichtungen zu erbringen und was gehört eindeutig in den vertragsärztlich ambulanten Bereich.

Dabei hat sich immer wieder gezeigt, daß die Mehrzahl der Redebeiträge überwiegend von ökonomischen Aspekten geprägt waren, und nur selten hat der Patient mit seinen Vorstellungen, Bedürfnissen und Wünschen auch eine gewichtige Rolle gespielt. Auch ich werde nicht umhinkommen, die derzeitigen und zukünftigen potentiellen ökonomischen Rahmenbedingungen zu beleuchten, hoffe dabei aber auch, an einzelnen Punkten einen möglichen Benefiz für die Versicherten durch stationsersetzende ambulante Dienstleistungszentren herausarbeiten zu können.

Das ambulante Operationszentrum

Das ambulante Operieren ist das Paradebeispiel für stationsersetzende Eingriffe, insbesondere dann, wenn es entweder in sog. Tageskliniken oder ambulanten Operationszentren durchgeführt wird. Beide Einrichtungen stellen ambulante Dienstleistungszentren dar, die ihre Aufgabe als Substitute stationärer Einrichtungen voll erfüllen.

So werden in einer gynäkologischen Tagesklinik einer Großstadt von 6 Operateuren jährlich zwischen 8.500 und 9.000 Operationen durchgeführt. Jeder Operateur operiert also in der Regel ca. 1.400 Patientinnen pro Jahr; das entspricht etwa dem gesamten jährlichen Operationsvolumen einer gynäkologischen Abteilung eines Kreiskrankenhauses.

In den Tageskliniken und ambulanten Operationszentren wird inzwischen ein weites Spektrum von Operationen, je nach Fachgebietszugehörigkeit, durchgeführt. Das Spektrum reicht von der endoskopischen Colezystektomie über den künstlichen Kniegelenksersatz, die Hysterektomie bis hin zu verschiedenen Operationen von Mammatumoren.

Seit 1993 sind auch die Krankenhäuser für das ambulante Operieren geöffnet. Aus finanziellen und organisatorischen Gründen hat das am-

bulante Operieren sich dort kaum ausgebreitet. Nur etwa 1 % aller ambulanten Operationen finden derzeit im Krankenhaus statt. In den USA dagegen werden ca. 75 % aller Operationen ambulant durchgeführt, in Deutschland sind es geschätzt nur ca. 20 %. Medizinische Gründe sind dafür nicht zu finden. Eher sind es ökonomische Ursachen, die dazu führen, daß die meisten Operationen in Deutschland überwiegend stationär durchgeführt werden.

Beispielhaft seien hier die Ergebnisse einer Untersuchung dargestellt, die gemeinsam von der Deutschen Krankenhausmanagement GmbH und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) durchgeführt wurde und dabei die Kosten je Fall am Beispiel einer Tubensterilisation dargestellt werden. Betragen die Kosten bei stationärer Durchführung der Leistung im Krankenhaus 3.518 DM, so liegen für dieselbe Operation die Kosten bei ambulanter Erbringung in einem Operationszentrum lediglich bei 1.916 DM. Diese Darstellung ist allerdings nur die eine Seite der Medaille. Betrachten muß man in diesem Zusammenhang auch die tatsächliche Vergütungssituation. Die Leistungen für GKV-Versicherte werden von den jeweiligen KVen über HVM-Regelungen im Benehmen mit den Krankenkassen vergütet. Dabei muß festgestellt werden, daß der Kostendeckungsgrad der meisten chirurgischen Operationen nur zwischen 30 und 50 % beträgt, so daß die Unterdeckung von Operationen und Anästhesien innerhalb der Praxen und Operationszentren quer subventioniert werden muß.

Um beim Beispiel der Eileiterunterbindung zu bleiben, ist festzuhalten, daß den Kosten bei ambulanter Durchführung von 1.916 DM nur Einnahmen von 756 DM gegenüberstehen. Durch diese Gegenüberstellung wird deutlich, warum das Krankenhaus derartige Operationen nicht ambulant durchführen kann. Es erhält nämlich auch nur die Vergütung in Höhe der KV-Vergütung - in diesem Falle 756 DM, während bei stationärer Durchführung der Operation 3.518 DM für die gleiche Operation dem Krankenhaus zufließt. Damit wird deutlich, daß die Krankenhäuser allein schon aus finanziellen Gründen die Operationen stationär durchführen müssen und systemimmanent kein Geld aus dem Krankenhausbereich in den Bereich der Praxen fließen kann. Hier wird das Dilemma des deutschen Gesundheitswesens mit einer strikten sektoralen Trennung zwischen Krankenhaus und Praxis deutlich. Dazu gesellen sich noch die fatalen honorarpolitischen Ergebnisse auf der Basis von regionalen Honorarverteilungsmaßstäben innerhalb der KVen, die sehr häufig Ausdruck verbandspolitischer Opportunitätsbeschlüsse darstellen. Den ambulanten Dienstleistungszentren, wie z. B. ambulanten Operationszentren oder Tageskliniken, wird als Substitute stationärer Einrichtungen häufig der Vorwurf unterbreitet, sie würden die technischen und innovati-

ven Möglichkeiten, Operationen ambulant durchführen zu können, dazu mißbrauchen, eine nichtindikationsgerechte Vermehrung der Operationen zu betreiben. Sehr häufig wird dieser gemachte Vorwurf vergesellschaftet mit der lapidaren Anmerkung, daß schließlich die daraus resultierende Einsparung im stationären Bereich nicht erkennbar sei. Dazu ist zunächst folgendes festzustellen: Eine multizentrische Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) konnte feststellen, daß die ambulante Durchführung von Operationen für die Behandlung insgesamt kostengünstiger und zudem vorteilhaft für die Patienten war. Weiterhin konnte das Statistische Bundesamt für die Jahre 1993 bis 1995 einen Rückgang der operativen Behandlungsfälle in den Krankenhäusern um mehr als 560.000 feststellen.

Eine Studie der Innungskrankenkassen aus dem Jahr 1996 ergab, daß die konsequente Umsetzung der ambulanten Operationsmöglichkeiten ca. 4 Mrd. DM pro Jahr einsparen könnte.

Der MDK Baden-Württemberg konnte nach Kontrolle von mehreren Krankenhäusern 1998 in einer Analyse feststellen, daß es eine Fehlbelegung von 27 % über alle Abteilungen gab. Eine Untersuchung der AOK ergab, daß 1997 mindestens 2,3 Mrd. DM Einsparpotentiale durch Bettenfehlbelegung gegeben waren, und der Medizinische Dienst der Sozialversicherung kommt in einer Prüfung 1998 zu dem Ergebnis, daß mindestens 20 % aller Krankenhausaufenthalte komplett wegfallen könnten.

Auch der OECD-Bericht von 1997, der sich speziell mit dem deutschen Gesundheitswesen befaßt, kommt zu mehreren alarmierenden und auch für die hier untersuchte Problematik interessanten Ergebnissen. Er stellt fest, daß in Deutschland mindestens 85.000 überflüssige Krankenhausbetten vorhanden sind und wir bei Betten pro Einwohner und Verweildauer in Krankenhäusern absolute europäische Spitzenpositionen besetzen. Kommen lt. diesem Bericht in Deutschland auf 10.000 Einwohner 72 Krankenhausbetten, sind es in den Niederlanden nur 39 und in Frankreich 46 Betten.

Lassen Sie mich am Beispiel der Kniegelenksarthroskopie einmal der Frage nachgehen, ob es eine Mengenausweitung bei der ambulanten Kniegelenksarthroskopie gibt.

In den USA werden mehr als 90 % aller Arthroskopien ambulant durchgeführt, in Deutschland liegt die Zahl z. Z. bei ca. 50 %.

Die oft hinterfragten Qualitätsstandards beim ambulanten Operieren sind mehr als ausreichend gewährleistet. Es wird immer vom Facharzt und nicht vom Assistenzarzt in Ausbildung operiert. Im ambulanten Bereich besteht eine Videodokumentationspflicht am Anfang und am Ende der Operation. Die unmittelbare Sanktion positiver und negativer Operationsergebnisse durch die Zuweiser mit direkten Folgen für den persönlichen Ruf des Operateurs trägt ganz entscheidend zum Erfolg des ambulanten Operierens bei und stellt einen eigenen Qualitätsstandard dar. Damit sind Strukturprozeß und Ergebnisqualität gewährleistet.

Die eigentliche Frage, ob eine Mengenausweitung der Kniegelenksarthroskopie festgestellt werden kann, läßt sich schon aus länger bekannten Quellen eindeutig beantworten und verneinen. Fügt man die Zahlen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung des Statistischen Bundesamtes und des Krankenhausreports zusammen, ergibt sich für die Jahre 1993 bis 1996 eine relativ konstante Anzahl von insgesamt durchgeführten Kniegelenksarthroskopien. Diese schwankt, nimmt man ambulant und stationär zusammen, nur wenig um die jährliche Zahl von 250.000. Zwischen 1994 und 1995 gab es allerdings eine Umkehr in der Menge ambulant und stationär ausgeführter Kniegelenksarthroskopien. Wurden 1994 noch ca. 140.000 Arthroskopien im Krankenhaus und 122.000 ambulant durchgeführt, waren die Zahlen 1995 nahezu umgekehrt. 1996 gab es einen leichten Anstieg bei den ambulant durchgeführten Kniegelenksarthroskopien auf nahezu 155.000, während stationär nur noch ca. 110.000 Arthroskopien durchgeführt wurden.

Es ist also nicht zu einer Mengenausweitung der Arthroskopien gekommen, allenfalls zu einer Verschiebung vorher stationär durchgeführter Kniegelenksarthroskopien in den ambulanten Bereich. Dehnt man aber die Frage der Mengenausweitung weiter aus, stellt sich automatisch die Frage, wie und ob sich die Behandlungen im Krankenhaus in diesem Zeitraum geändert haben, vor allen Dingen vor dem Hintergrund fehlender Einsparungen der Krankenkassen. Hier ist eine interessante Entwicklung zu beobachten: Zieht man die gleichen Quellen wie oben heran, läßt sich feststellen, daß in den Jahren 1993 bis 1995 in etwa die gleiche Anzahl Patienten mit der ICD-Diagnose 717 (innere Kniegelenksschädigung) im Krankenhaus behandelt wurde. Diese Zahl liegt bei gut 160.000 mit leicht zunehmender Tendenz. Analysiert man die Zahlen weiter, ergibt sich, daß der Anteil der operativ behandelten Patienten kontinuierlich zurückgeht, wie es oben schon dargestellt wurde. Wurden 1994 noch 140.000 Patienten operiert, lag dieser Anteil 1995 bei 123.000. Gleichzeitig stieg der Anteil der konservativ mit IDC-Nummer 717 behandelten Patienten von 24.000 in 1994 auf mehr als 44.000 in 1995, d. h. um mehr als 83 %. Hier drängt sich die Frage auf, ob unbe-

merkt von der Mehrheit der Chirurgen und der wissenschaftlichen Literatur ein Indikationswechsel für den stationär konservativ zu behandelnden Patienten mit Kniegelenksschädigung stattgefunden hat. Oder ist das Ansteigen der konservativ behandelten Patienten mit Kniegelenksschädigung im Krankenhaus dadurch zu erklären, daß die Gesamtzahl der Patienten mit ICD-Diagnose 717 aus Belegungsgründen konstant gehalten werden muß?

Die eingangs gestellte Frage der Mengenausweitung ambulanter Kniegelenksoperationen kann eindeutig verneint werden, da der Zunahme ambulanter Arthroskopien ein entsprechender Rückgang stationärer Operationen gegenübersteht. Bei gutem Verständnis unseres Gesundheitssystems, vor allen Dingen der unterschiedlichen Vergütungssysteme für ambulant und stationär sind die oben dargestellten Sachverhalte einfach zu erklären: Solange das Geld nicht der Leistung folgt, führt jede weitere ambulante Mengenausweitung zu sinkenden Punktwerten und damit zu Mindererlösen aller ambulant tätigen Operateure. Im Gegensatz dazu führen stationäre Indikationserweiterungen zu vollen Betten, mehr Geld und evtl. zu mehr Ausbildungsoperationen, die ja zunehmend auch in der Ausbildung nachwachsender Chirurgen ein echtes Problem darstellen. Bezüglich der Kniegelenksarthroskopie kann abschließend festgehalten werden, daß sie heute Standardoperation am Kniegelenk ist. Sie ist technisch optimiert, maximal schonend und mit wenig Komplikationen durchführbar. Damit ist sie extrem patientenfreundlich. Ihr ambulantes Potential ist noch lange nicht ausgeschöpft. Der ambulante Anteil ist deutlich steigerbar. Krankenhausverweildauern und AU-Zeiten könnten weiter reduziert werden und bei konsequenter Umsetzung könnte die ambulante Arthroskopie einen erheblichen Anteil an der Kostenreduzierung im Gesundheitswesen haben.

Die onkologische Schwerpunktpraxis

Ein weiteres ambulantes Dienstleistungszentrum als Substitut stationärer Einrichtungen kann eine onkologische Schwerpunktpraxis sein, die interdisziplinär unter Einbindung stationärer Einrichtungen und mit der Integration örtlicher Krankenpflegedienste arbeitet.

Am Beispiel des kolorektalen Karzinoms möchte ich kurz aufzeigen, wie die Gegenwart der Behandlung aussieht und welche effizienten Lösungsmöglichkeiten es für die Zukunft gibt:

Klassischerweise fällt ein Patient mit einem positiven Hämocult-Test auf, der Hausarzt bittet den Patienten und die Angehörigen zu einem Gespräch über das weitere Vorgehen zu sich. Er wird nun eine gastroin-

testinale Diagnostik veranlassen, die zunächst eine Koloskopie beinhaltet. Diese wird beispielsweise bei einem niedergelassenen Facharzt durchgeführt. Der Facharzt deutet dem Patienten bald nach der Untersuchung an, daß er einen suspekten Befund erhoben hat, der Hausarzt würde Nachricht erhalten.

Es folgt eine Phase voller Unruhe und Angst über das zu erwartende Ergebnis. Der Hausarzt erfährt erst 8 - 10 Tage später nach mehrfachen Nachfragen, daß sich ein Karzinom gefunden hat und weist den Patienten stationär ein. Im Krankenhaus erhält der Patient nicht sofort ein Bett, erst nach mehrfachen Mühen gelingt dies.

Der aufnehmende Arzt veranlaßt für die nächsten Tage weitere diagnostische Schritte, meist wird die Koloskopie wiederholt. Danach erfolgt eine Aufklärung über die notwendige Operation, die schließlich einige Tage später stattfindet. Der Patient wird post operationem nach Hause entlassen.

Es folgt wiederum eine Zeit des Wartens. Der Operationsbericht trifft beim Hausarzt erst nach mehrfacher Nachfrage ein. Fernmündlich ist unter Umständen bereits eine Mitteilung erfolgt. Es wird mitgeteilt, daß unter Umständen eine onkologische Nachbehandlung notwendig ist, hierzu wird eine andere onkologische Abteilung empfohlen. Auch hier kann erst nach mehreren Mühen, meist erst nach mehreren Versuchen ein Termin festgemacht werden.

Schließlich wird der Patient dort zur (kombinierten) Radiochemotherapie eingewiesen. Zwischen den Therapien sieht der Patient seinen Hausarzt selten, da bereits die Termine in der entsprechenden Abteilung festgemacht worden sind, im palliativen onkologischen Konzept wird der Patient unter Umständen zwischen den Therapien nur kurz nach Hause entlassen. Die Kontakte sind nur mit der entsprechenden Abteilung gebahnt, dort allerdings sieht der Patient verschiedene Ärzte, mitunter insgesamt mehr als ein Dutzend. Im Gesamtkonzept wird oft genug die psychosoziale Schiene vernachlässigt, so daß zwar ein gewisser Erfolg durch die Therapien zu verzeichnen ist, der Patient sich aber oft in psychischer Hinsicht unsicher und „nicht gehalten" fühlt.

Der Hausarzt ist meist mangelhaft informiert und kennt nicht den neuesten Stand der Entwicklung, so daß ihm mehr die Rolle des Trösters - wenn überhaupt - zukommt.

Erst in der Finalphase wird der Patient dem Hausarzt wieder anvertraut. Oft genug gelingt es gerade in dieser entscheidenden Phase nicht, die

Führungsschiene zu halten und dem Patienten in jeder Phase beizustehen, während andererseits die Erwartungshaltung seitens des Patienten und der Angehörigen sehr groß ist. Es resultiert - gerade auch für den Hausarzt - eine Frustration und er hat schließlich meist das Bild des „es nützt ja doch nichts" vor Augen. Nicht selten kommt es vor, daß Patienten in dieser Phase mit zerebralen Metastasen per Notarztwagen in die Notaufnahme einer Klinik gefahren werden, wo ein junger Assistenzarzt dem finalen Patienten das erste Mal begegnet.

Mag das eine oder andere in der Schilderung etwas überspitzt formuliert sein, es trifft dennoch den Kern der Sache und ist beispielgebend für die sich daraus ableitenden Bemühungen, die in den zurückliegenden Jahren stattgefunden haben, eine Verbesserung in der Führung tumorkranker Patienten zu erreichen. Der Wandel in der Behandlung von Tumorpatienten findet seinen Niederschlag in neuen Versorgungsstrukturen, neuen Therapiekonzepten, in der Fokussierung auf die Lebensqualität der Patienten und ist insbesondere getragen vom Wunsch nach ambulanter Behandlung.

Voraussetzung hierfür allerdings ist es, daß im Konzept dem Hausarzt eine Schlüsselrolle zukommt und dieser durch ambulante Pflegedienste und kompetenten fachärztlichen Rat unterstützt wird. Zudem muß in einem ambulanten Therapiekonzept jederzeit gewährleistet sein, daß ein stationärer Background besteht, um den Patienten jederzeit auffangen zu können.

Diese geschilderten Strukturvoraussetzungen sind längst nicht flächendeckend gegeben. Hinzu kommt die immer wiederkehrende und uns allen bekannte Problematik, daß der Leistungsverlagerung vom stationären in einen ambulanten Sektor auch die entsprechenden finanziellen Mittel folgen müssen.

Ambulantes Dienstleistungszentrum unter privater Trägerschaft

Betrachtet man ein Krankenhaus als medizinisches Dienstleistungszentrum für klar definierte Aufgaben, so wäre nach dem bisher Gesagten leicht vorstellbar, daß in Konkurrenz zum Krankenhaus alle dort vorhandenen Disziplinen auch in einem ambulanten Dienstleistungszentrum unter privater Trägerschaft vorhanden sein könnten. In einem derartigen Zentrum könnten fachärztliche Schwerpunktpraxen, Reha- und Pflegeeinrichtungen genauso vorhanden sein wie medizinische Fachgeschäfte und Wellness-Angebote. Ein derartiges Dienstleistungszentrum könnte die gemeinsame Nutzung von medizinischen Geräten und Personal erlauben. Eine informationstechnologische Vernetzung könnte darüber

hinaus die Grundlage bilden für die gemeinsame Behandlung von Patienten in Form von Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Was nach meiner Auffassung zunächst von der etablierten niedergelassenen Vertragsärzteschaft überkritisch beurteilt wird, könnte schon bald sich als zwingende Notwendigkeit im Sinne eines Selbstbehauptungswillens gegenüber stationären Einrichtungen erweisen, die sich anschicken, ambulante Dienste anzubieten. Denn Krankenhäuser werden zukünftig bei den immer knapper werdenden Ressourcen auf allen Gebieten im Gesundheitswesen am Gesamtgesundheitsmarkt stärker zu partizipieren versuchen. Sie werden sich nämlich nicht mit dem frustranen Gedanken anfreunden wollen, sich einem Gesundschrumpfungsprozeß klaglos zu unterwerfen. Sie werden vielmehr alles daran setzen, sich von der karitativen zur profitablen Institution zu wandeln. Daß dabei die Frage der Barmherzigkeit obsolet sein könnte, wird am Ende niemanden interessieren.

Krankenhäuser werden, nach meiner Auffassung, sich kundenorientierte Strukturen geben und werden alles daran setzen, am ambulanten Honorartopf teilzuhaben. Das könnte bis zum Arzt als Lebensberater im Krankenhaus reichen. Daß diese Entwicklung nicht von der Hand zu weisen ist, mögen nur Schlagworte wie „von der Statik zur Dynamik", „Strukturreform 2000 bringt mehr Markt" und „Europa bringt mehr Deregulierung" beweisen.

Wo könnten Lösungsansätze liegen?
Wer muß sich wohin bewegen?

Fangen wir bei den KVen an:
Die Strukturen und Denkprozesse sind zu sehr im Althergebrachten verhaftet. Es werden immer kompliziertere Honorarverteilungsmaßstäbe kreiert, deren Inhalte von keinem Vertragsarzt mehr verstanden werden und die spätestens im letzten Absatz ihrer Formulierungen über eine Härtefallregelung auch der kleinsten Praxis noch eine Existenzsicherung garantieren. Dabei haben diese Honorarverteilungsmaßstäbe die schwere Bürde zu tragen, daß fast alle Innovationen in der ambulanten Versorgung durch innerärztliche Umverteilung bisher finanziert werden mußten und die Verlagerung bisher stationär erbrachter Leistungen in den ambulanten Bereich von keinerlei Geldfluß begleitet wurden. Das gilt sowohl für ärztliche Leistungen wie auch für die ambulante medikamentöse Versorgung nach stationärer Behandlung. Weder KVen noch Krankenkassen sahen sich besonders veranlaßt, unter dem 2. NOG von Seehofer schon damals mögliche Modellvorhaben auszuprobieren.

Auch die Einführung von Strukturverträgen, um zumindest für das ambulante Operieren eine verbesserte Vergütung zu ermöglichen, kann letztendlich nur als ein Versuch gewertet werden, die größte Not zu mildern.

Der Gesetzgeber hat durch eine strenge sektorale Budgetierung seinen Teil dazu beigetragen, daß notwendige Suchprozesse nicht Realität werden konnten. Wer gibt schon gerne Geld aus seinem Topf freiwillig ab?

Welche weiteren Konsequenzen sind daraus zu ziehen?

Das Kapitel der stationsersetzenden Leistungen muß als neuer Versorgungsbereich neben der klassischen vertragsärztlichen Kernleistung und der stationären Behandlung völlig neu geschrieben werden, sowohl hinsichtlich der Leistungsbewertung als auch der Leistungsbeschreibung. Korrekturen im Detail sind als reine Flickschusterei, das hat die Vergangenheit gezeigt, absolut untauglich. Das Morbiditätsrisiko in einem Bereich, der hohe und langfristige Investitionen voraussetzt, muß wieder bei den Kassen liegen, wie z. B. in unseren europäischen Nachbarländern. Die Daten beweisen, daß ambulante Dienstleistungszentren sehr wohl zu wirtschaftlicher Unternehmensführung fähig sind. Nur über den Wettbewerb zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern auf der Grundlage einer rationalen und fairen Gebührenordnung wird die ambulante Medizin zur effektiven Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven beitragen.

Wir brauchen ein einheitliches Vergütungssystem für ambulante und stationäre Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland. Durch ein solches System könnten nichtabgestimmte Behandlungsverläufe und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Es könnte die Lotsenfunktion des Hausarztes in adäquater Weise genutzt werden. Finanzielle Ressourcen könnten dorthin gesteuert werden, wo eine bedarfsgerechte Leistungserbringung stattfindet. Das Geld würde endlich der notwendigen Leistung folgen können.

Zur Zeit haben wir eine Kluft in der Nomenklatur und Leistungsbewertung zwischen ambulanten und stationären Versorgungsbereichen. Die Forderung nach einer bedarfsgerechten Verwendung der begrenzten Geldmittel kann im derzeitigen System nicht realisiert werden - auch durch die im Fraktionsentwurf zur GKV-Gesundheitsreform festgezurrten starren Aufgaben- und Vergütungsteilungen. Statt dessen müßten durch Einführung von Regelleistungsvolumina für den ambulanten wie für den stationären Sektor die Gesamtvergütungen definiert werden. Daraus er-

gäbe sich eine Globalsteuerung als Summe der Regelleistungsvolumina aller Versorgungsbereiche.
Eine einheitliche Nomenklatur für die Lösung bestehender Patientenprobleme würde allen Beteiligten die Abrechnung ihrer ärztlichen Leistung erleichtern. Darüber hinaus gibt es keine Argumente, die gegen eine gleiche Bewertung der ärztlichen Leistung sprechen könnten, unabhängig davon, wo diese Leistung erbracht wird.

Wir brauchen also ein einheitliches Vergütungssystem für die Schnittstellenproblematik im ambulant/stationären Bereich.

Es sollte daher prioritäres Ziel für Kostenträger und Ärzteschaft sein, gemeinsam - und das wäre in der Tat ein Paradigmenwechsel - für einen fairen Wettbewerb aller beteiligten Vertragsärzte und Krankenhäuser zu sorgen, und zwar auf der Grundlage politisch neu definierter Rahmenbedingungen, auf die es gemeinsamen Einfluß zu nehmen gilt.

Schlußendlich werden hiervon die Patienten am meisten profitieren; denn dieser Wettbewerb wird sich über die Qualität entscheiden.

Ambulante Dienstleistungszentren als Substitute stationärer Einrichtungen

Joachim Manz

Kurzvorstellung der RHÖN-KLINIKUM AG

Ziel der RHÖN-KLINIKUM Aktiengesellschaft ist in privater Trägerschaft eine kompetente, qualitäts- und patientenorientierte, nicht billige, aber sehr wohl preiswerte flächendeckende Versorgung der gesamten Bevölkerung sicherzustellen, unabhängig vom Versicherungsstatus.

Derzeit betreiben wir 5.573 Betten in 21 zu unserem Konzern gehörenden Kliniken, die sich in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen befinden. Die Krankenhäuser unseres Unternehmens bieten das gesamte medizinische Leistungsspektrum. Die Zahl unserer Patienten wächst, zum einen jeweils in den einzelnen Kliniken, aber letztendlich durch die Hinzunahme weiterer neuer Kliniken in unser Unternehmen.

Wir scheuen uns nicht zu sagen, was Sie ja auch schon wissen, daß wir Gewinne machen. Aber es ist uns auch wichtig zu sagen, was wir mit den Gewinnen machen. Der überwiegende Teil der Gewinne wird, wie Sie wissen, investiert und nicht nur per se, sondern angelegt am Versuch, insgesamt in das System zu investieren. Weiterhin wird ein Teil des Gewinns für die Mitarbeiter eingesetzt (Mitarbeiterbeteiligung) und nur ein geringer Teil geht an die Aktionäre.

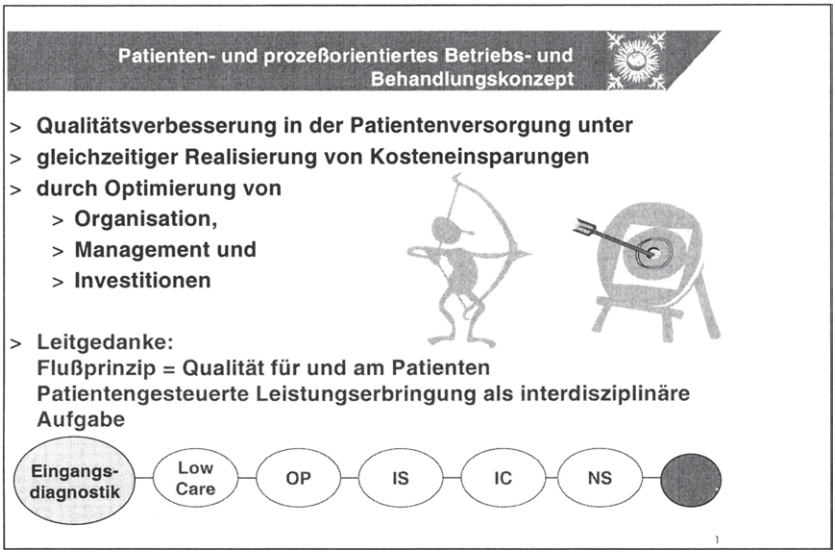
Investitionen als Schlüssel für Wirtschaftlichkeit zum Vorteil für Patienten und Kostenträger

Wir investieren ein Großteil unserer Gewinne, da Investitionen unerläßlich für die Umsetzung in unseren Häusern entwickelter Konzepte sind. Dabei ist die monistische Finanzierung - ich weiß, für viele in diesem Raum ein Reizwort - für uns Voraussetzung. Denn dadurch sind wir als privater Träger nicht nur in der Lage zu investieren, sondern treffen auch unsere eigenen Investitionsentscheidungen unabhängig von staatlichen Vorgaben. Das bringt uns in die Lage zu rationalisieren und nicht in die Zwangslage der Rationierung, wie viele öffentliche Krankenhäuser infolge des Investitionsstaus.

Das heißt, die Kliniken der RHÖN-KLINIKUM AG können nicht nur die Strukturen umsetzen, die für ein Krankenhaus des 21. Jahrhunderts

notwendig sind. Sie können darüber hinaus mit den neuen Entwicklungen mithalten und die Wirtschaftlichkeit weiterhin verbessern. Unsere Häuser arbeiten nach dem mehrstufigen Flußprinzip und interdisziplinär.

Abbildung 1 Mehrstufiges Pflege- und Behandlungskonzept, moderne Betriebsstrukturen



Bei unserem patienten- und prozeßorientierten Betriebs- und Behandlungskonzept geht es um Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung unter gleichzeitiger Realisierung der Kosteneineinsparung. Dabei sind, wie die KPMG am Beispiel Meiningen gerade vor einem Monat erneut festgestellt hat, Kosteneinsparungen bis 35 % möglich, und zwar durch Optimierung von erstens Organisation, zweitens Management und drittens, wie eben beschrieben, der Möglichkeit, investieren zu können und dies auch umzusetzen.

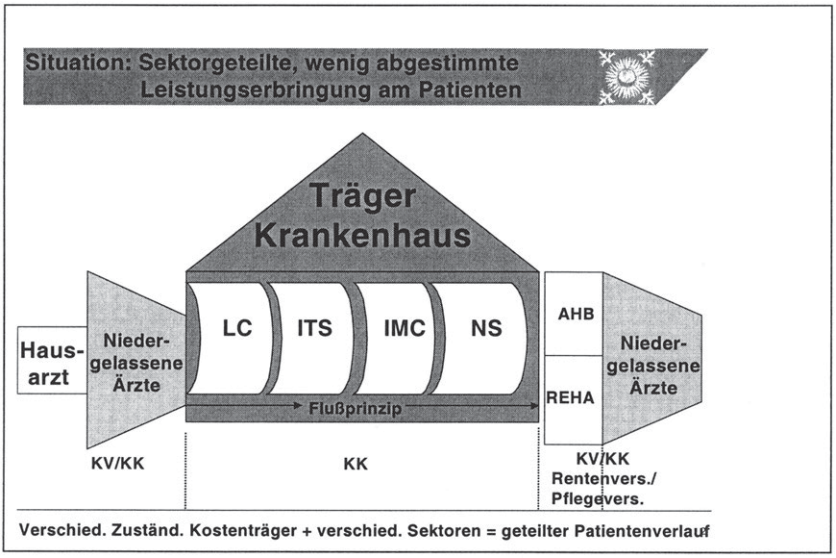
Der Leitgedanke unseres Konzeptes, dem Flußprinzip, ist Qualität für und am Patienten. Die patientengesteuerte Leistungserbringung wird als interdisziplinäre Aufgabe angesehen.

In den Kliniken unseres Unternehmens wird ein mehrstufiges Pflege- und Behandlungskonzept praktiziert. Dieses Konzept orientiert sich am Zustand des Patienten. Es ist differenzierter als das bekannte zweistufige Konzept, das nur zwischen Intensivstation und Normalstation unterscheidet. Die Komplexität dieser beiden Stufen wird beim mehrstufigen

Flußprinzip verringert, und zwar, wie wir meinen und nun auch unter Beweis stellen können, zum Wohle des Patienten und auch im Sinne der Wirtschaftlichkeit, z. B. erheblich geringere Vorhaltekosten.

Ein Patient, der normal in einer Klinik unseres Unternehmens aufgenommen wird, durchläuft verschiedene Stationen, die seiner jeweiligen Pflegeintensität am besten entsprechen. Die Low-Care-Station mit der Eingangsdiagnostik - hier sollte besser ein Plus als ein Verbindungsstrich zwischen den Zeichen auf der Folie stehen - Intensivstation, Intermediate-Care-Station und Normalstation.

Abbildung 2



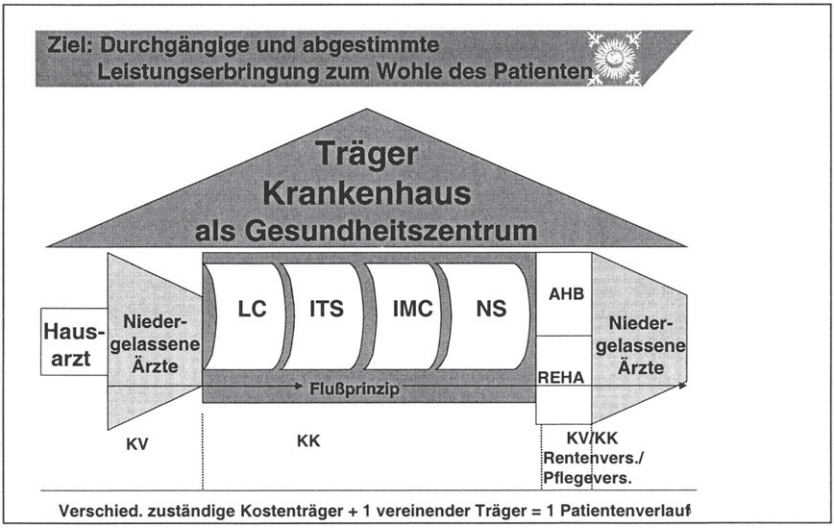
Es bestehen Grenzen - und das ist, meine ich, am heutigen Vormittag aus aller Munde deutlich geworden - zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Zudem bilden Pflege-, Akutversorgung, und ich darf ergänzen, was heute früh noch nicht angesprochen wurde, die Rehabilitation verschiedener Sektoren. Weitere Probleme bestehen darin, daß wir mehrere Beteiligte und unterschiedliche Kostenträger haben. Es sind die KV, die Krankenkassen, die Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung, die die Finanzierung der Patientenversorgung übernehmen. Im Zuge des Dienstleistungsgedankens und der Absicht, Kosten zu sparen, werden zunehmend Versorgungsalternativen in Form von Versorgungsnetzen aufgebaut. Das heißt, insofern kommt kein Krankenhaus umhin, auch

keines der RHÖN-KLINIKUM AG, die stark expandierenden integrierten Versorgungsstrukturen in seine strategischen Überlegungen aufzunehmen.

Die bestehenden Versorgungsstrukturen, das ist unsere Überzeugung, müssen aufgebrochen und damit die Grundvoraussetzung für eine ganzheitlich abgestimmte, versorgungsstufenübergreifende Behandlung ermöglicht werden. Derzeit impliziert die Versorgung des Patienten im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung eine intensive Kommunikation zwischen dem Arzt im Krankenhaus und der niedergelassenen Praxis, z. B. um zum Wohle des Patienten Doppeluntersuchungen zu vermeiden oder abgestimmte Therapien zu vereinbaren.

Die intensive Kommunikation ist aber, wie ich meine, dadurch bedingt, daß ein Patientenverlauf nicht einen Weg darstellt, sondern es gibt eine Akte beim Hausarzt, eine möglicherweise sogar bei mehreren Fachärzten, dazu kommen Verlaufsdaten im Krankenhaus und möglicherweise ein Bericht einer anschließenden Rehabilitation oder Anschlußheilbehandlung. Die Daten müssen zwischen den Sektoren hin und her befördert werden, um den „zerstückelten" Patientenverlauf zu einem zusammenzufügen. Ziel: Durchgängige und abgestimmte Leistungserbringung zum Wohle des Patienten (Abbildung 3)

Abbildung 3



Wir meinen, vor- und nachstationäre Behandlungen müssen als Versorgungsalternativen mehr Verbreitung in den Krankenhäusern finden und deutlicher angenommen werden. Vorstellbar wäre, eine integrierte Versorgungsform, in der das Krankenhaus den Patientenweg und die Dienstleistung am Patienten steuert oder zumindest begleitet.

Zudem hat mir heute morgen nicht gefallen, wenn ich es einmal so sagen darf, daß wir bisher nur von Schnittstellen gesprochen haben. Ich meine, aus den Schnittstellen zwischen den Sektoren - so richtig der Begriff sicher die heutige Situation beschreibt - müssen Nahtstellen gemacht werden, sobald wir es wirklich ernst damit meinen, daß der Patient im Mittelpunkt all unserer Arbeit steht, gleich von welchem Sektor aus wir ihn betrachten. Und wir meinen, daß das Flußprinzip eines Patienten in unserem Krankenhaus, vorhin an der Folie dargestellt, vielleicht der Ansatz sein kann. Dieses Flußprinzip muß man sich nach vorn und nach hinten ausgeweitet denken. Und das heißt für uns, daß wir durchaus die Möglichkeit sehen, daß das Krankenhaus sich zu einem Gesundheitszentrum entwickeln könnte.

Es muß nicht der Staat oder irgendeine seiner Organisationen sein, der die Trägerschaft über dieses Integrationssystem innehat. Der Staat, so meinen wir, hat Kontrollfunktion in bezug auf die Gewährleistung der flächendeckenden medizinischen Versorgung.

Dabei besteht als Problem, das wir gerade in den letzten Tagen und Wochen im Ansatz umsetzen, die juristische Stellung des Arztes. Hier müssen wir uns fragen, wie wir die Freiheit des ärztlichen Handelns in solche Systeme hineinbekommen. Ich meine, die Integration von niedergelassenen Ärzten ins Krankenhaus ist notwendig, ebenso die Verknüpfung ambulanter, stationärer und rehabilitierter Daten in einem Erfassungssystem, sprich einer Datenautobahn. Dabei weiß ich sehr wohl, daß noch nicht alle Fragen des Datenschutzes in diesem Zusammenhang geklärt sind.

Zur Zeit ist die Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus fast ausschließlich darauf gerichtet, Patienten unter stationären Bedingungen zu diagnostizieren und zu therapieren. Eine Behandlung in integrierter Versorgungsstruktur hat jedoch zum Ziel, daß zum einen Behandlungsschemata unter Qualitätsgesichtspunkten abgestimmt und zum anderen die Kosten der Behandlung verringert werden. Es erwächst die Konsequenz, neben der stationären Versorgung in größerem Umfang auch andere Versorgungsformen, z. B. die vor- und die nachstationäre sowie ambulante Behandlung im Krankenhaus auszubauen. Dies bedingt jedoch eine Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation, hier hat ge-

rade vorhin einer meiner Vorredner deutlich darauf hingewiesen, d. h. aber auch, daß die räumlichen Voraussetzungen vorhanden sein müssen und Kommunikationsstrukturen aufgebaut und praktikabel sein müssen.

Gegenwärtig konzentriert sich die Kommunikation mit den einweisenden Ärzten in einem Krankenhaus auf die Anmeldung des Patienten, bei Bedarf auf Überstellung eines OP-Berichtes sowie die zeitnahe Zusendung eines Entlassungsbriefes. Und alleine da wissen wir, welche Probleme wir in der Praxis haben. Die nach der Einweisung durchzuführende Diagnostik und Therapiemaßnahmen erfolgen im allgemeinen ohne Abstimmung mit dem einweisenden Arzt. So kommen Doppeluntersuchungen zustande oder Einweisungsdiagnosen sind unvollständig.

Ich meine, hier wird es darum gehen, daß wir anfangen, Gegenmaßnahmen zu finden und sie umzusetzen. Noch einmal:

- Datenbahnausbau zum Austausch der behandlungsrelevanten Informationen
- Kommunikation mit dem einweisenden Arzt während und nach Abschluß der Therapie
- Visite des Einweisers am Krankenbett
- Abstimmung über die kostenrelevanten Bestandteile der Behandlung und Einbindung der nachsorgenden Pflege- und Sozialeinrichtungen

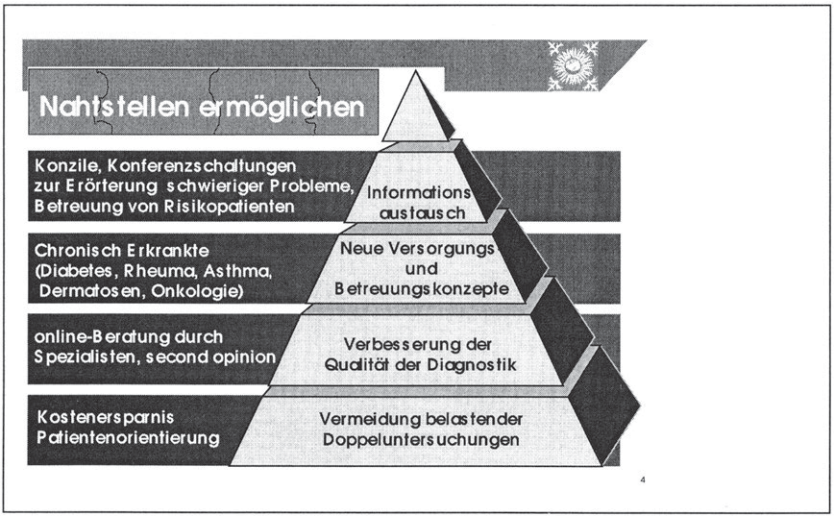
Hier könnte ich jetzt ein praktisches Beispiel von Einbindung beispielsweise von Konsiliarärzten in unsere stationäre Versorgung bringen, der Zeit halber sei es geschuldet, darauf zu verzichten.

Ich sagte es bereits vorhin, ich meine wir müssen alles miteinander daran setzen, ganz gleich auf welchem Stuhl wir heute hier in Bad Orb sitzen, daß vernetzte Strukturen entstehen, daß aus den Schnittstellen Nahtstellen werden (Abbildung 4).

Wir müssen Nahtstellen in bezug auf den

- Informationsaustausch ermöglichen
- neue Versorgungs- und Betreuungskonzepte entwickeln
- die Qualität der Diagnostik verbessern, heute morgen hier schon angesprochen, die gemeinsame Nutzung von Großgeräten
- belastende Doppeluntersuchungen vermeiden

Abbildung 4



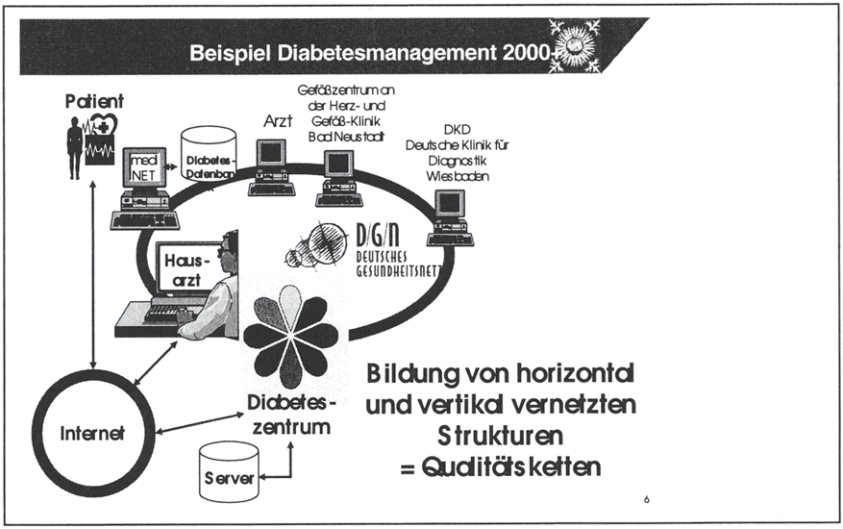
Und deswegen meinen wir auch, in unserem Unternehmen stärker von der Vernetzung sprechen zu sollen als von der Verzahnung (Abbildung 5). Vernetzung zum einen durch die Telemedizin, zum anderen durch Kooperationsmodelle. Und hier sind wir im Augenblick gerade dabei, bei einigen neu erworbenen Krankenhäusern anzusetzen und mit niedergelassenen Ärzten solche Kooperationsmodelle zu diskutieren, beispielsweise im Landkreis Uelzen in Niedersachsen. Kooperationsbereiche in bezug auf Integration des niedergelassenen Arztes bieten sich durch die gemeinsame Nutzung von Großgeräten und die Optimierung der Termine dazu an.

Wir haben bereits ein Reservierungssystem aufgebaut. Konzepte zur Diabetesbetreuung (Abbildung 6) sind bei uns am Standort Bad Neustadt im Aufbau. Es sollte aber auch bei anderen chronischen Erkrankungen die gemeinsame Betreuung dieser Patienten gesucht werden.

Die Patientenverlaufsdaten könnten in einem System einmal erfaßt werden. Damit würde Vorgang/Patientenverlauf geschaffen und damit meinen wir schon, ein Stück weit zur Aufhebung der Grenzen zwischen einem ambulanten und einem stationären Fall beitragen zu können. Eine zweite Meinung kann auf einem kurzen Weg vom KH-Arzt auch bei Spezialisten eingeholt werden oder ganz einfach Arztbriefe schneller ausgetauscht werden.

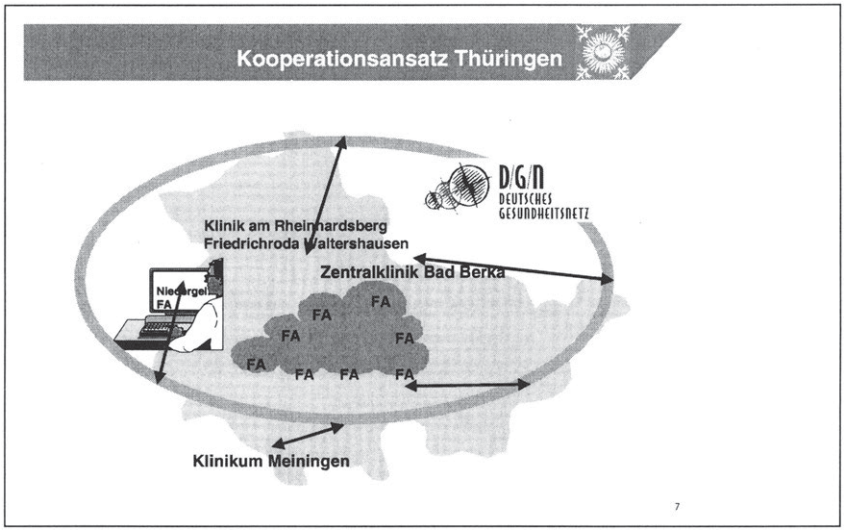
Abbildung 5

Abbildung 6



Hier auch noch letztendlich eine Folie, wie wir uns bestimmte Kooperationsmodelle in Thüringen vorstellen (Abbildung 7).

Abbildung 7



Sie wissen, daß wir Mitglied des DGN-Netzes geworden sind. Wir haben auf verschiedenen Messen dazu und davon auch schon berichtet. Mit Hilfe der Telemedizin wird ein Verbindungsnetz zwischen dem Patienten, unseren Häusern, den Fachärzten und den niedergelassenen Ärzten aufgebaut.

Die vorangegangenen Überlegungen sind der Versuch, aus den positiven Erfahrungen des Flußprinzips in unseren Häusern aus Schnittstellen Nahtstellen zur vor- und nachstationären ambulanten, speziell fachärztlichen Betreuung zu machen. Aber auch zur Rehabilitation, denn es geht um einen Menschen, und wenn er wirklich in Mittelpunkt unserer Arbeit steht, dann meine ich, muß es uns auch möglich sein, Kommunikationsmodelle aufzubauen und entsprechende Wege zu finden, auf denen wir in den nächsten 5 bis 10 Jahren das Laufen lernen.

Ambulante Dienstleistungszentren als Substitute stationärer Einrichtungen

Christoph Straub

Das „Aufbrechen der starren Grenzen der Versorgungssektoren" und die Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär" gehören zu den Leitmotiven, die als Thema mit Variationen in der Begleitmusik zu jeder Gesundheitsreform zu hören sind. Bislang war allen Anläufen in diese Richtung aber wenig Erfolg beschieden. Die Gründe sind vielfältig. Vorhandene Versorgungsstrukturen müßten verändert und zum Teil abgebaut, immaterielle Besitzstände angegangen und Finanzmittel aus bestehenden Budgets herausgelöst und in andere „Töpfe" umgeleitet werden. Ein konsequentes Aufbrechen der Sektorengrenzen, die Etablierung neuer Versorgungsformen auch in Verbindung mit neuen Versorgungsstrukturen und damit womöglich außerhalb des Regelungs- und Einflußbereichs der vorhandenen Organisationen erfordert eine starke politische Anstrengung, die von Bundestag und Bundesrat gemeinsam getragen werden müßte. In der Vergangenheit sind die Versuche deshalb regelmäßig im wesentlichen an der gegenläufigen politischen Konstellation in Bundestag und Bundesrat gescheitert. Dabei steht außer Frage, daß ambulante Dienstleistungszentren eine Bereicherung des Versorgungsangebotes wären und daß sie von den Ersatzkassen einhellig begrüßt würden. Vorausgesetzt, ihre Einrichtung erfolgte konsequent substitutiv, wie es in der Überschrift zu dieser Sitzung heißt, und nicht additiv.

Der OECD-Bericht aus dem Jahr 1997, kritisch und deshalb heftig kritisiert, bescheinigt dem deutschen Gesundheitswesen einen universellen Zugang zu Gesundheitsleistungen hoher Qualität und in der Folge eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung, bei allerdings im internationalen Vergleich nur durchschnittlicher Gesundheitlichkeit der Bevölkerung und hohen Gesundheitsausgaben. Die Autoren schließen denn auch auf das Vorhandensein von Effizienzreserven. Unter anderem wird in dem Bericht auf folgende Sachverhalte hingewiesen: Im Vergleich sei die Arztdichte hoch, ebenso die Zahl an Krankenhausbetten, wobei deren Rückgang in den vergangenen 10 Jahren hinter den entsprechenden Werten in anderen europäischen Ländern zurückgeblieben sei. Die Krankenhausverweildauer in Deutschland sei hoch, die Zahl der Krankenhauseinweisungen liege um 15 % über dem europäischen Durchschnitt, und 15 % der stationär behandelten Patienten könnten, bei deutlich niedrigeren Kosten, auch ambulant behandelt werden. Die öffentlichen Gesundheitsinvestitionen seien unter den höchsten im OECD-Raum. Expli-

zit wird im OECD-Bericht der geringe Integrationsgrad unter den Anbietern von Gesundheitsleistungen als Grund für Ineffizienzen im Gesundheitssektor genannt.

Unbeschadet womöglich berechtigter Detailkritik benennt der OECD-Bericht klar die Eckpunkte für jede effizienzsteigernde Entwicklung der Versorgungsstrukturen in Deutschland: Die Integration der unterschiedlichen medizinischen Leistungen muß verbessert werden, ohne die Dichte des Leistungsangebots und die Kosten inklusive der Gesamtinvestitionslasten zu erhöhen. Da die vergleichsweise opulente Ausstattung des stationären Versorgungssektors sich nicht in einer besseren Gesundheitlichkeit der Bevölkerung niederschlägt, bei gleichzeitig hohen Kosten und Anzeichen für einen „Overuse", liegt hier der erste Ansatzpunkt für die Bereitstellung zur Substitution notwendiger Ressourcen. Damit ist selbstverständlich die Option einer Öffnung der Institution Krankenhaus für die ambulante Versorgung nicht ausgeschlossen.

Welche Ansatzpunkte ergeben sich für die Diskussion von ambulanten Dienstleistungszentren als Substitute stationärer Einrichtungen? Welche Chancen bieten derartige Einrichtungen, welche Risiken sind möglicherweise mit ihnen verbunden?

Ambulante Dienstleistungszentren sind wünschenswert als Substitut stationärer Kapazitäten. Sie können die Vorteile des Krankenhauses, vor allem das Vorhalten unterschiedlicher Fachdisziplinen, und einen großen Teil der medizinischen Leistungen in Diagnostik und Therapie in einer wohnortnahen Einrichtung bieten. Bei einer entsprechenden Organisation der Prozesse können sie die Plattform für eine patientenzentrierte Versorgung bilden, d. h. eine Versorgung, die ärztliche und nichtärztliche medizinische Dienstleistungen integriert und konsequent an den medizinischen Bedürfnissen der Patienten ausrichtet. Verbesserungen gegenüber der Realität verspricht eine solche Organisation insbesondere für chronisch Kranke. Untersuchungen demonstrieren immer wieder, welche Defizite derzeit in Deutschland bei der interdisziplinären Zusammenarbeit in der Versorgung von z. B. Diabetikern, Asthmatikern und Hypertonikern bestehen. Von Patienten - und nicht nur chronisch Kranken - wissen wir, daß sie eine verbesserte Koordination von Diagnostik und Therapie sowie eine wohnortnahe ambulante Versorgung auch im Falle invasiver Maßnahmen bzw. von Operationen begrüßen. Daß ambulante Dienstleistungszentren aus Sicht der Patienten eine optimale Ergänzung des bestehenden Versorgungsangebots bilden, davon ist, auch ohne daß man dieses empirisch belegen könnte, auszugehen.

Herr Kossow hat in einer der Diskussionsrunden darauf verwiesen, wie wichtig und gleichzeitig schwierig es sei, in einem Versorgungsnetz aus Einzelpraxen die Verantwortung für die integrierte Versorgung der Patienten zu gewährleisten, und, so möchte ich ergänzen, für die Umsetzung von Leitlinien, für die Qualitätssicherung und so weiter. Die bauliche Integration der verschiedenen Fachgruppen ist sicher nicht die einzig mögliche Lösung für dieses Problem, sie schafft aber mit Sicherheit hervorragende Voraussetzungen. Eine wichtige Konsequenz, die sich für unser Szenario ergibt, ist die Zusammenführung haus-/allgemeinärztlicher und fachärztlicher Kompetenzen in einem solchen Zentrum. Sie ist eine Voraussetzung für den effizienten Umgang mit Patientenproblemen unterschiedlicher Komplexität. Wenn Haus-/Allgemeinärzte und Fachärzte unter einem Dach zusammenarbeiten, können diagnostische und therapeutische Interventionen optimal koordiniert werden mit verkürzten Reaktions-/Wartezeiten für Ärzte und Patienten. Die Abbildung mehrerer Stufen der Versorgungspyramide in einem solchen Zentrum bildet auch die Grundlage für den erfolgreichen Einsatz von medizinischen Leitlinien, deren „weiche Stelle" sonst häufig die Definition und Realisierung der „Übergabepunkte" zwischen unterschiedlichen Disziplinen und Versorgungsniveaus ist.

Eine weitere Forderung an ambulante Dienstleistungszentren ist die Integration präventiver, kurativer und rehabilitativer Versorgung. Die Integration nichtärztlicher Leistungserbringer, ob Physiotherapeuten, Ökotrophologen/Diätassistenten oder anderer, verbessert die Behandlungsmöglichkeiten in der kurativen, vor allem aber auch in der präventiven und rehabilitativen Versorgung. Sowohl die (Sekundär-/Tertiär-) Prävention als auch die Rehabilitation erfahren heute in der vertragsärztlichen Versorgung nicht die Aufmerksamkeit und werden nicht mit der Qualifikation angeboten, wie es für eine umfassende, ganzheitlich-integrierte Versorgung der Patienten wünschenswert wäre. Um Verbesserungen zu erreichen, müssen Ärzte mit anderen nichtärztlichen Fachgruppen enger zusammenarbeiten. Sowohl die „fund-holding practices" in Großbritannien als auch Managed-Care-Organisationen in den USA liefern konkrete Beispiele dafür, wo die intensivere Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Fachgruppen in ambulanten Dienstleistungszentren Vorteile bringt, z. B. bei der Schulung von chronisch Kranken, der Rehabilitation von muskuloskelettalen Erkrankungen, der kontinuierlichen Versorgung mit parenteraler oder Sondennahrung und in vielen anderen Bereichen.

Unabhängig von der Sinnhaftigkeit eines solchen Vorgehens wird uns möglicherweise der absehbar anhaltende, massive Druck, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zu kontrollieren ohne die Qualität der

Versorgung zu riskieren, dahin bringen, darüber nachzudenken, welche Funktionen bzw. „medizinischen Dienstleistungen" notwendigerweise von Ärzten selbst übernommen/erbracht werden müssen und welche von anderen Berufsgruppen wahrgenommen werden können. Im amerikanischen System wurde dieser Weg im Rahmen der Entwicklung hin zu „managed care" beschritten, weil er beträchtliche Kosteneinsparungen brachte, ohne die medizinischen Risiken zu vermehren. Unterschiedlichste, zum Teil hochspezialisierte Leistungen werden von spezifisch geschulten Angehörigen neuer Gesundheitsberufe erbracht, in Delegation und Supervision von Ärzten. Hintergrund ist die Überlegung, die ärztliche Qualifikation und korrespondierend deren Vergütung nur dort zu investieren, wo sie aus medizinischer Sicht erforderlich und nutzbringend ist.

Daß eine größere Zahl von Praxen und die Integration unterschiedlicher Fachgruppen unter einem Dach die beste Basis für eine höhere Effizienz bei der Nutzung medizinischer Geräte ist, ist keine Neuigkeit mehr. Immer kürzere Produktinnovationszyklen und die tendentiell zurückgehenden Vergütungen für technische Leistungen machen es immer schwieriger, Geräte in einer kleineren Praxis zu erwerben und über eine medizinisch sinnvolle Nutzung zu amortisieren. Der Vorteil ambulanter Dienstleistungszentren liegt darin, näher am betriebswirtschaftlichen und medizinischen Optimum die jeweils neuesten und damit hoffentlich auch besten Geräte nutzen zu können. Die gleichen Faktoren haben einen positiven Einfluß auf die elektronische Datenverarbeitung. Größere Einheiten investieren rationeller, folgen leichter der Innovation und gewinnen zudem weitere Vorteile zur Unterstützung der medizinischen Versorgung: Eine einheitliche und direkt verknüpfte Datenhaltung ist die Basis für ein rasches, koordiniertes Vorgehen mehrerer „Behandler", für die Umsetzung der bereits angesprochenen Leitlinien und für eine berufsgruppenübergreifende, aussagefähige Qualitätssicherung.

Bleibt zu fragen, ob und welche Risiken mit dem verbreiteten Aufbau von ambulanten Dienstleistungszentren verbunden sein könnten, bzw. genauer, welche Form ambulanter Dienstleistungszentren nicht notwendig zu einer Effizienzsteigerung des Versorgungssystems beitragen würde? Diese Frage beantwortet am einfachsten ein Blick auf bestehende Zentren dieser Art. Trotz aller Schwierigkeiten der Etablierung gibt es einige Zentren, die sich unter diesem Begriff fassen lassen. Meistens sind es Einrichtungen, in denen technische, hochspezialisierte Leistungen in großer Frequenz erbracht werden. Eine Integration von Haus-/Allgemeinärzten in die Einrichtungen ist ebenso untypisch wie die Teilnahme an der Notfallversorgung oder die umfassende Versorgung chronisch Kranker. Auch sind diese Zentren bislang alle - was nicht den Trägern der

Zentren anzulasten ist - additiv zur vorhandenen stationären Versorgung eingerichtet worden. Was unserem Versorgungssystem nicht den erwünschten Effizienzgewinn bescheren wird, auch wenn solche Zentren manche Leistung qualitativ hochwertig und im einzelnen kostengünstig anbieten, ist die Einrichtung solcher „abrechnungsoptimierter Medizinfabriken" in Ergänzung der bestehenden Strukturen.

Ambulante Dienstleistungszentren erfordern nicht notwendig die Errichtung eigenständiger baulicher Strukturen, aber - Herr Sing hat darauf in seinem Referat bereits hingewiesen - die bauliche Auslegung unserer Krankenhäuser erschwert die reibungslose Übernahme der Funktion einer fachübergreifend integrierten, ambulanten Versorgung. Nach Aussagen von Betreibern erfolgreicher Privat(akut)kliniken in Deutschland ist es selbst für eine aktuell optimale stationäre Versorgung häufig kostengünstiger, neu zu bauen, als alte Strukturen, die andere Funktionen und Prozesse stationärer Versorgung unterstützen, umzubauen. Vor diesem Hintergrund spricht vieles dafür, die neuen Strukturen auch baulich neu zu planen. Dies unterstreicht, und das unabhängig von den Modalitäten der Investitionsfinanzierung z. B. im Krankenhaussektor, daß mindestens korrespondierend der Abbau der Strukturen erfolgen muß, deren Substitution geplant ist.

Ein häufig im Zusammenhang mit der Strukturdiskussion über Krankenhäuser übergangener Aspekt sei am Ende kurz angesprochen: Nicht nur die Versorgungsfunktion für Patienten kann von ambulanten Dienstleistungszentren übernommen werden, diese sollten und müßten ebenso in die Aus- und Weiterbildung von Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe einbezogen werden. Die Verhältnisse in den Krankenhäusern werden für die Aus- und Weiterzubildenden angesichts des wachsenden ökonomischen Drucks immer schwieriger. Ein weiterer deutlicher Kapazitätsabbau wird sich besonders auf diese Gruppe auswirken. Deshalb, aber auch weil zur optimalen Vorbereitung auf ein Berufsleben in der ambulanten Versorgung ambulante Aus- und Weiterbildungsabschnitte gehören, müssen ambulante Dienstleistungszentren anteilig in diese zentralen Funktionen einbezogen werden. Dies ist eine Voraussetzung für die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in der Zukunft.

Die Entwicklung der Medizin und die Entwicklung der Gesellschaft, d. h. die Situation und die Erwartungen vieler Patienten, bilden eine gute Basis für die Etablierung ambulanter Dienstleistungszentren. Sehr viele medizinische Leistungen können heute gut und sicher ambulant erbracht werden. Neue Strukturen bieten die Chance, Interdisziplinarität zwischen ärztlichen Fachdisziplinen und Angehörigen anderer Berufsgruppen von

vornherein baulich und organisatorisch anzulegen. Auf diese Weise wird eine optimale Voraussetzung für die „integrierte Versorgung", insbesondere chronisch Kranker, geschaffen.

Herr Danner hat in seinem Einleitungsreferat zu Beginn der Veranstaltung auf die „Baulücken teilrealisierter Reformgesetze" hingewiesen, die in den europäischen Ländern immer stärker das Bild der Versorgungssysteme prägen und deren - um im Bild zu bleiben - ansprechende Gestaltung die Vorstellung der Gesetzesarchitekten mehr beschäftigt als der Entwurf und die Etablierung eines neuen und zeitgemäßen Gesamtkonzeptes für ein Versorgungssystem. Ambulante Dienstleistungszentren sind keine Konstrukte für die Baulücke zwischen einem jeweils teilreformierten Krankenhaus- und einem Einzelpraxissektor, sie müssen rechtlich in sich schlüssig angelegt und medizinisch-fachlich schlüssig ausgestaltet werden, damit sie für die Zukunft das bieten können, was die Patienten erwarten: eine auf ihre Bedürfnisse ausgerichtete, medizinisch kompetente Versorgung.

Daß ambulante Dienstleistungszentren, wenn sie optimal funktionieren sollen, einige Betten für die kurzfristige „stationäre" Überwachung und Nachbeobachtung bereithalten müssen und daß dies einen Haufen neuer Probleme schafft in unserem sozialrechtlich sauber sektorierten System, davon ist vielleicht bei einem der nächsten Bad Orber Gespräche zu reden.

Die Krankenhäuser als Partner integrierter Versorgungsformen

Jürgen Bausch

Netze 2000 - flexible Verträge - Integration

Mit progressiven Honorarverträgen, den ausgedeckelten ambulanten Operationen bei allen Kassenarten und der Pharmakotherapie einschließlich der Handhabung der Arzneimittelbudgetierung ist die Kassenärztliche Vereinigung Hessen für viele außerhessische KVen und Organisationen Gesprächspartner. Das Projekt „Netze 2000", welches wir dieses Jahr begonnen haben, ist für die Politik und die Krankenkassen eine interessante Initiative. Kein Wunder, daß die beiden Vorsitzenden der KVH deswegen eine lebhafte Reisetätigkeit zu allerlei Veranstaltungen in Deutschland entfalten müssen. Deswegen nutze ich die Gelegenheit, eine kurze Zwischenbilanz zu ziehen.

Terra incognita

Als sich die Menschen im 16. Jahrhundert unter dem Eindruck der Ideen der Renaissance anschickten, Afrika und Amerika zu entdecken, lieferten die damaligen Landkarten über diese Kontinente gerade einmal eine ungenaue Kartographie des Küstenverlaufs und der einmündenden großen Flüsse. Der Rest des Landesinneren nannte man damals die „Terra incognita".

Genauso geht es uns mit den neuen Netzen, flexiblen Verträgen und den integrierten Verträgen und Systemen. Es gibt weder Landkarten, noch Fahrpläne für diese neuen Wege, die wir uns jetzt anschicken zu gehen. Deswegen kann es auch gar nicht ausbleiben, daß wir einmal falsche Wege gehen oder die falsche Richtung wählen oder eines unserer Expeditionskommandos von gegnerischen Expeditionen gefangen wird, um auf der anderen Seite als Sklaven das Überleben zu üben. Natürlich ist nicht auszuschließen, daß man beim Suchen nach neuen Wegen in unbekannten Territorien unterwegs verhungert, verdurstet oder auf andere Abwege kommt.

Mit unseren Projekten im Ried, in Rüsselsheim, in Hofheim und 35 weiteren Initiativen an anderen Orten zeigt die noch sehr unvollständige Kartographie dieser Terra incognita folgende erste Bildkonturen:

Eine Zwischenbilanz

- Unter den Ärzten herrscht Aufbruchstimmung. Die Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen hat auf einer Arbeitstagung im Frühjahr 1997 dazu beigetragen. Man will vielerorts neue Wege gehen.

- Was die Ziele betrifft, sind alle Himmelsrichtungen im Gespräch. Vorherrschend scheint mir jedoch der Impuls zu sein, zusammen kooperativ und vorwärtsdenkend Wege zu finden, die aus der Isolation der Einzelpraxis heraus im Verbund eines Netzes zukunftssicher werden. Dabei nehmen viele Aktivisten reichlichen Freizeitverlust in Kauf. Suchprozesse sind schon immer mühsam und zeitaufwendig gewesen.

- Häufig sind es vor Ort ungelöste Versorgungsprobleme bis hin zur notärztlichen Versorgung bei Nacht und an Sonn- und Feiertagen, die als Initialzündung wirken. Auch das Miteinbeziehen von Notdienstzentralen an Krankenhäusern spielt hier eine Rolle. Keimzellen sind vor allem die mehr als 150 begleiteten Qualitätszirkel in Hessen.

- Unsere Krankenkassen als Vertragspartner, die auf Bundesebene den Politikern ins Ohr flüstern, die KVen würden sich verweigern, weswegen sie auch an der KV vorbei solche Netzverträge schließen können müßten, sind zwar in Hessen gute Ansprechpartner und aufgeschlossene Gesprächsgenossen. Aber von einer druck- und mutvollen Zukunftsinvestition kann nicht die Rede sein. Allerdings sind wir in Hessen meilenweit voraus gegenüber anderen Vertragslandschaften.

- Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen unterstützt die Initialzündung vor Ort. Mehr als eine Starthilfe wollen und können wir gar nicht geben. Vernetzung hat sehr viel mit dem Kopf, etwas mit Geld und erst sekundär mit elektronischer Vernetzung zu tun. Was wir allerdings erkannt haben: Netze brauchen Hilfe durch erfahrene Berater und durch das Zurverfügungstellen von Informationsmaterial bis hin zu einem Netzhandbuch. Unter der Führerschaft der Stabsstelle „Netze“ bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen können wir tatkräftige und sachkundige Hilfe geben, die weit über die Grenzen Hessens bekannt und anerkannt ist. Eine entsprechende Fachabteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter der Leitung von Frau Dr. Tophoven entwickelt in hoher Innovationsdichte die notwendigen Hilfestellungen, die wir als KBV den Landes-KVen zur Verfügung stellen können und wollen.

- Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen versteht die Hilfe bei Netzgründungen und Netzbetrieb als den neu verstandenen Sicherstellungsauftrag. Wohlwissend, daß jeder Netzarzt in Zukunft auch immer Kassenarzt und Mitglied der KV ist und bleiben wird. Wohlwissend, daß wir den Sicherstellungsauftrag nur mit allen Ärzten erfüllen können, und nicht mit einem abgespeckten Teil dieser Truppe.

- Unser Erkenntnisgewinn am Schluß: Die Kassen müssen ihre bisherige abwartende und mutlose Haltung aufgeben und ebenso wie wir in die Zukunft investieren. Wie in jedem Unternehmen braucht man Mut und muß auch Risiko tragen können und wollen. Das bisherige Kassenparadigma: Mehr Geld nur aus den Einsparungen in anderen Sektoren muß aufgegeben werden.

- Ziel bleibt, wie wir es schon 1996 in dem Vertrag mit dem VdAK im Ried niedergeschrieben haben: „Optimierung von Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit in der medizinischen Versorgung."

- Das reine Schielen auf die Einsparungen, die sich durchaus einstellen können, ja auch einstellen sollen, muß seine Dominanz zu Gunsten einer eventuell auch teureren Versorgung abgeben, wenn sich dies im jeweiligen konkreten Fall als versorgungsnotwendig herausstellt.

Schwierige Evaluation

- Nicht verschweigen darf ich unseren derzeitigen Erkenntnisstand zur Evaluation von netzbegleitenden wissenschaftlichen Untersuchungen.

- Wir haben die Meßbarkeit und Transparenz des Leistungsgeschehens bisher total unterschätzt. Am leichtesten geht es noch bei den Arznei- und Heilmitteln. Aber auch da ergeben sich von außen kommende Probleme. Die Marktkomponenten des Arzneimittelmarktes wirken natürlich auch auf die Netzärzte. Die Änderung der Angebotsstrukturen in der Versorgung mit Heilmittelanbietern durch Neuzulassungen, z. B. von Ergotherapeuten oder Logopäden, aber auch schlicht Tarifänderungen wirken ein. Viel schwieriger ist der Honorarbereich in den Griff zu bekommen. EBM- und HVM-Änderungen sind korrigierender als Versorgungsoptimierung im Netz durch Verbesserung der Kommunikation und Reduktion von Doppeluntersuchungen.

- Deswegen werden wir in Hessen das Problem der kombinierten Budgets mit Budgetverantwortung der Ärzte im Netz erst nach wohl vorbereiteten Modellvorhaben ernsthaft anpacken. Wir werden die Erfah-

rungen, die in München und Berlin zur Zeit gesammelt werden, kritisch auswerten. Dies um so mehr, als der Krankenhaussektor sich einer zuverlässigen Transparenz im Leistungsgeschehen der Patienten zwischen Praxis und Klinik weitgehend entzieht. Das hierfür nötige Instrumentarium muß erst noch erfunden werden.

Schlußbemerkung:

Und hier schließt sich der Bogen meines Berichts über die Terra incognita: Es ist gar kein Zufall, daß eine Fülle von nautischen Instrumenten zur Orientierung in unbekannten Regionen erst in der Renaissance erfunden wurden. Lediglich der Kompaß als Instrument für die grobe Richtung wurde in Amalfi schon im 13. Jahrhundert benutzt. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen wird aufgeschlossen und aktiv das unterentwickelte Netzinstrumentarium weiterentwickeln und sinnvolle Netzprojekte fördern. Sie wird zu verhüten suchen, daß netzwütige Ärzte in ihrem Drang zu neuen Ufern in die Irre gehen.

Netze 2000 - Eine Initiative der KVH
Ausgangslage

- **Erfahrungen mit den Krankenkassen in Netzdiskussion**
- **Erfahrungen**
  - Ärztliche Qualitätsgemeinschaft im Ried
  - Ärztenetz Rhein-Main (Rüsselsheim)
  - Medizinisches Qualitätsnetz Hofheim
  - AOK Hausarztmodell
- **Sind Netze ein GKV-Sparmodell?**
- **Durch GKV-SolG „Totenstarre" der Kassen?**

© Kassenärztliche Vereinigung Hessen - Landesstelle - November 1999 - Dr. J. Bausch / M. März

Netze 2000 - Eine Initiative der KVH
Inhalte

- **Ausschreibung (2 Mio. DM) mit dem Ziel, Lösungen für die Region zu erarbeiten**
- **Die KV erstellt kein „Netzgesetz“**
- **KVH fordert von den Teilnehmern:**
  - Verbindlichkeit (= keine „Stammtischnetze“)
  - Qualitätsmanagement
  - Kooperation mit KV
  - Partnerschaften mit anderen Leistungserbringern

© Kassenärztliche Vereinigung Hessen - Landesstelle - November 1999 - Dr. J. Bausch / M. März

Netze 2000 - Eine Initiative der KVH
Projekte Kooperation mit Krankenhaus

- **Notdienst am Krankenhaus**
  - Wiesbaden
  - Hanau
  - Langen/Dreieich
  - In Planung: Marburg
- **Gemeinsame Qualitätszirkel ambulant/stationär tätige Ärzte**
  - Im Ried
  - Lahn-Dill-Kreis
- **Gespräche zu gemeinsamer Gerätenutzung zwischen Netzärzten und Krankenhaus**

© Kassenärztliche Vereinigung Hessen - Landesstelle - November 1999 - Dr. J. Bausch / M. März

Krankenhäuser als Partner integrierter Versorgungsformen

Wolfgang Pföhler

In einer besseren Zusammenarbeit der Leistungserbringer werden seit Jahren Wirtschaftlichkeitspotentiale vermutet. Die das deutsche Gesundheitswesen konstituierende starre Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung führt zu Ineffizienzen. Ökonomisch unsinnig sind die unnötige Doppelvorhaltung von Ressourcen und das Phänomen der Doppel- und Mehrfachuntersuchungen.

Das Modell der ärztlichen Einzelpraxis ist aufgrund der steigenden Spezialisierung der Medizin und den sich daraus ergebenden Zwängen zur Qualitätssicherung überholt. Zudem gerät diese Form des Wirtschaftens aufgrund ökonomischer Zwänge zunehmend unter Druck. So ist es nicht verwunderlich, daß sich in der letzten Zeit immer mehr Ärzte zu Netzen zusammengeschlossen haben, um Rationalisierungseffekte zu erzielen. Damit werden Rationalisierungseffekte innerhalb des ambulanten Sektors erzielt, aber keine an den Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Die bisher erreichten Erfolge von Kooperation und Koordination zwischen dem ambulanten und stationären Bereich sind als unbefriedigend zu bezeichnen. Insbesondere sind Ansätze, die das Krankenhaus gleichsam als Gegner angesehen haben, gescheitert. So kommt Gerhard Brenner vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung zum Schluß: „Die Strategie ambulant vor stationär hat nur ihr erstes Ziel erreicht." Nämlich die Ausweitung ambulanter Leistungen.

Betrachten wir die gesetzlichen Rahmenbedingungen genauer, unter denen Kooperation und Vernetzung bisher stattfinden können, wird auch klar, warum eine Verbesserung der Verzahnung kaum erreicht werden konnte. Bisher konnte sich die zarte Pflanze der Kooperation zwischen Krankenhäusern und Ärzten bzw. Ärztenetzen lediglich innerhalb des Instruments von Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V institutionalisiert entfalten. Insbesondere problematisch an diesem Instrument ist die Notwendigkeit, daß die Krankenkassen Ziele, Art, Dauer und allgemeine Vorgaben zu den Modellvorhaben in der Satzung festlegen müssen. Zudem haben sich in der Vergangenheit die Kassenärztlichen Vereinigungen nur zögerlich bereit gefunden, Krankenhäuser in integrierte Versorgungsmodelle einzubeziehen.

Vollkommen untauglich erwies sich das Instrument der Strukturverträge nach § 73 a SGB V. Nach den gesetzlichen Vorgaben waren Krankenhäuser als direkte Vertragspartner von Strukturverträgen nicht einmal vorgesehen.

Lediglich in Bereichen mit niedrigem Institutionalisierungsgrad gedeiht die Pflanze „Integration ambulanter und stationärer Versorgung" gut. Eine Erhebung aus dem Jahr 1998 hat für Baden-Württemberg ergeben, daß an 45,5 % der mehr als 300 Krankenhäuser niedergelassene Ärzte konsiliarisch tätig sind. Die wechselseitige Versorgung mit medizinischen Dienstleistungen ist ebenfalls bemerkenswert. Rund 50 % der Krankenhäuser nehmen bei Großgeräten, Laborleistungen oder der Pathologie Leistungen von niedergelassenen Ärzten in Anspruch. Diese Ergebnisse bestätigen im wesentlichen eine Untersuchung aus dem Jahr 1997 für Niedersachsen.

Die Gesundheitsreform 2000 ist auch beim Thema integrierte Versorgung weit davon entfernt, ein großer Wurf zu sein.

Als ein erster wichtiger Schritt in Richtung der Aufhebung der Trennung ambulanter und stationärer Versorgung sind die Regelungen des § 116 a des Gesetzentwurfs zur ambulanten Behandlung durch die Krankenhäuser zu werten, nach denen die Krankenhäuser für die Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen institutionell ermächtigt werden. Der Gesetzgeber hat in den Entwurf jedoch zwei unnötige Hürden eingebaut. Zum einen wird der KV ein Widerspruchsrecht gegen die Zulassung eines Krankenhauses zur Erbringung dieser Leistungen eingeräumt. Zum anderen ist es erforderlich, daß eine Überweisung durch einen Vetragsarzt erfolgt. Wieso sollte es denn nicht nach dem Vorbild der psychiatrischen Institutsambulanzen möglich sein, das Krankenhaus unbedingt für die Erbringung dieser hochspezialisierten Leistungen zu ermächtigen? Zumal da ohnehin ein Katalog zwischen den Kassenverbänden, der KBV und der DKG ausgearbeitet werden soll, der diese Leistungen aufzählt, bei denen die Versorgung ohne die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eines Krankenhauses nicht sichergestellt werden kann.

Die Regelungen des Gesetzentwurfs zur Integrierten Versorgung nach §§ 140 a ff. dürften mehr auf dem theoretischen Reißbrett entstanden sein. Ihre praktische Umsetzbarkeit ist mehr als fraglich.

Es fängt schon damit an, daß die DKG an den Rahmenvereinbarungen zur integrierten Versorgung nicht beteiligt wird; diese sind nur zischen den Spitzenverbänden der GKV und der KBV abzuschließen. Die DKG

wird lediglich auf den Abschluß rechtlich unverbindlicher Empfehlungen verwiesen. Die bevorzugte Stellung des vertragsärztlichen Bereichs muß durch eine gleichberechtigte Beteiligung des ambulanten und stationären Sektors ersetzt werden.

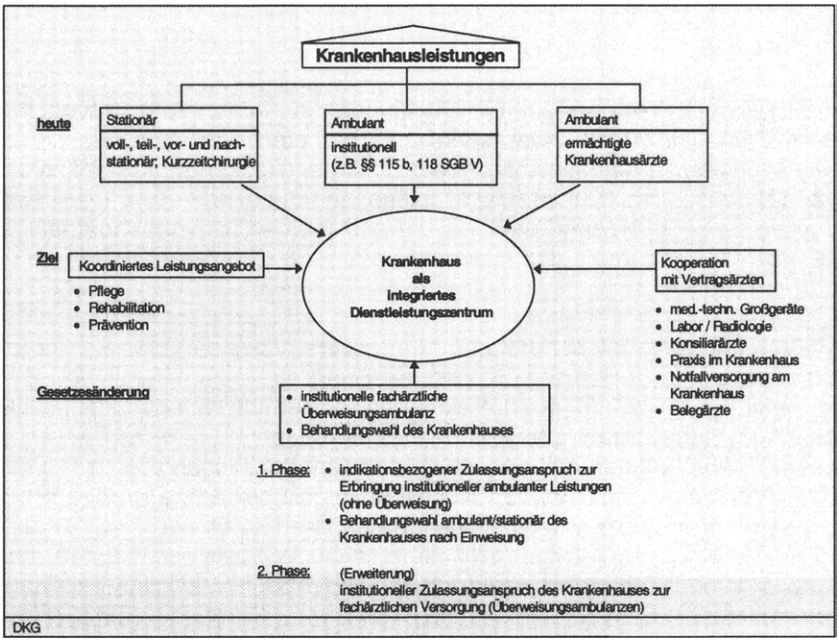
Integrierte Versorgungsformen, die ohne Beteiligung von Krankenhäusern abgeschlossen werden, widersprechen dem Grundanliegen des Gesetzgebers. Bereits die Strukturverträge haben gezeigt, daß eine ausdrücklich von den Vertragsärzten und Krankenkassen betriebene Ausgrenzungsstrategie die Gräben zwischen den Leistungssektoren noch vertieft und zu keiner Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Gesamtsystems führt. Daher lautet unsere Forderung: Die Integrierte Versorgung sollte zwingend die Einbeziehung von Krankenhäusern vorsehen. Ansonsten ist die Gefahr groß, daß ein vertragsärztliches Integrationsprojekt nur deshalb günstig ist, weil Leistungen in den stationären Bereich verschoben werden.

Ein einheitliches Niveau der Versorgung der Bevölkerung ist ein hohes Gut, das man nicht leichtfertig aufs Spiel setzen sollte. Deshalb sieht es die DKG als kritisch an, daß die Regelungen zur integrierten Versorgung den Grundsatz des einheitlichen und gemeinsamen Vorgehens der Krankenkassen verlassen. Die beabsichtigten kassenartenspezifischen integrierten Versorgungsmodelle sollten daher zeitlich - etwa auf fünf Jahre - befristet werden, um dann zu entscheiden, ob eine Übernahme der betreffenden Integrationsversorgung für alle GKV-Versicherten erfolgen soll.

Vollkommen unzureichend sind außerdem die Vorgaben des Gesetzgebers zur Bemessung der kombinierten Budgets. Anzahl, Alter und Geschlecht der teilnehmenden Versicherten reichen als Kriterien keinesfalls aus. Das haben auch internationale Erfahrungen z. B. in der Schweiz gezeigt. Dort hat sich herausgestellt, daß Krankenkassen von dem niedrigen Versicherungsrisiko der Wechselwilligen über Jahre hinweg profitieren können. Was als vermeintlicher Einsparerfolg erscheint, ist oft das Ergebnis eines Selektionsprozesses. Die beste Prognose für den voraussichtlichen Versorgungsaufwand je Patient ergibt sich aus der Summe folgender Faktoren: bisherige Ausgaben, Diagnosen und angewandte Behandlungsverfahren, Comorbidität, Komplikationen, Schweregrad der Erkrankungen und sozialer Status der Versicherten. Auf jeden Fall bedarf es eines Verfahrens zur Berechnung der Budgets, das wissenschaftlichen Überprüfungen standhält. Es ist zu vermeiden, daß vermeintliche Einsparungen allein von der Art der Budgetberechnung abhängen.

In die gleiche Richtung geht die Kritik der DKG hinsichtlich der Kriterien zur Bereinigung von anderen bereichsspezifischen Vergütungen. Wird zu viel Geld aus den traditionellen Leistungssektoren abgezogen, führt dies zu einem nicht sachgerechten Eingriff in die landesweiten Gesamtvergütungen für die vertragsärztliche Versorgung bzw. Krankenhausversorgung. Gleichzeitig werden vermeintliche Sparerfolge der Integrationsversorgung produziert, wenn die Kosten im Integrationsprojekt mit den ausgegliederten (zu hohen) Kosten verglichen werden.

Mit den Regelungen zur Integrierten Versorgung ist der Durchbruch zu mehr Koordination und Kooperation noch nicht gelungen. Die DKG hat hierzu eine Zielvorstellung entwickelt, die im Konzept des „Integrierten Dienstleistungszentrums" zusammengefaßt ist (Folie „Integriertes Dienstleistungszentrum").



Die unzureichende Verzahnung der Versorgungsbereiche ist im deutschen Gesundheitssystem primär ein institutionelles und kein personelles Problem. Vorschläge zu einer personellen Integration der medizinischen Versorgung wie das Hoppe-Modell oder das Teamarzt-Modell, die beide von der Vorstellung selbständig tätiger Ärzte ausgehen, die sowohl

stationär wie ambulant tätig werden können, lösen dieses Problem nicht. Eine Ausweitung des bestehenden Sicherstellungsauftrags für die ambulante ärztliche Versorgung auf die ärztlichen Leistungen im Krankenhaus würde lediglich zu einer Zersplitterung des Sicherstellungsauftrags im Krankenhausbereich in einen ärztlichen und nichtärztlichen Teil führen. Zudem würde der Krankenhausträger bei der freiberuflichen Tätigkeit von Ärzten im Krankenhaus einem erhöhten Haftungsrisiko aus Organisationsverschulden ausgesetzt werden. Schließlich verletzt dieser Vorschlag das verfassungsrechtlich garantierte Recht der konfessionellen Krankenhausträger auf Selbstbestimmung und Selbstgestaltung, wozu ganz wesentlich die Personalhoheit und die interne Organisations- und Verantwortungsstruktur zählen.

Die jüngst von der KBV vorgebrachten Vorschläge zu einem gemeinsamen Vergütungssystem für ambulante und stationäre Leistungen verfolgen übrigens auch das Ziel der personellen Verzahnung. Mit der Einführung einer einheitlichen Vergütungsordnung für ärztliche Leistungen würde die stationäre ärztliche Leistung von der allgemeinen Krankenhausleistung getrennt. Ziel eines neuen Vergütungssystems sollte es jedoch sein, das Leistungsgeschehen im Krankenhaus einheitlich abzubilden und betriebswirtschaftlich zu kalkulieren.

Nach unserer Auffassung kann mit der Weiterentwicklung des Krankenhauses zu einem integrierten Dienstleistungszentrum die institutionelle Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchbrochen werden. Und nur mit diesem Konzept kann das Hauptproblem der Verzahnung gelöst werden, nämlich die Vorhaltung einer doppelten Facharztschiene. Denn mittel- bis langfristig beinhaltet das DKG-Konzept einen generellen Zulassungsanspruch zur Erbringung ambulanter fachärztlicher Leistungen nach Überweisung durch einen Vertragsarzt.

Entwicklungsstand von Modellvorhaben

Norbert Klusen

These 1: Die Politik verkennt Wirkungshorizonte von Reformen. Aktionshorizonte sind statt dessen Wiederwahltermine. Interventionen erweisen sich zunehmend als hemmender Faktor.

Die reine Zahl der gesetzgeberischen Interventionen der vergangenen zwei Jahrzehnte könnte für mehrere Jahrhunderte reichen - wenn es denn wirkliche Reformen gewesen wären. Statt dessen zeichnete sich die Gesetzgebung durch Kriseninterventionen, kurzfristiges Kurieren an Symptomen und einen Mangel an Mut zu strukturellen Veränderungen aus. Anstelle der Schaffung nachhaltig wirksamer gesetzlicher Rahmenbedingungen erleben wir symbolische Politik.

Eine wesentliche Ursache liegt in der bewußten Verkennung der Wirkungshorizonte von Reformen. Statt dessen sind Wiederwahltermine zum entscheidenden Kriterium geworden. Da wirkliche Reformen nicht stattfinden und jede Regierung außerdem ihre gesundheitspolitische Handlungsfähigkeit unter Beweis stellen will, dreht sich das Interventions-Karrussel immer schneller - zum Schaden des Systems. Wahrscheinlich bedürfte es keiner Veranstaltung wie dieser, wenn in der jüngeren Vergangenheit oder gegenwärtig der erforderliche Mut wenigstens einmal aufgebracht worden wäre. Zur Zeit erleben wir wieder eine Phase gesetzgeberischer Euphorie. Nach einem übereilten Vorschaltgesetz folgt der Versuch eines Reformgesetzes, das aller Voraussicht nach keine Zustimmung im Bundesrat finden wird - trotz des milliardenschweren Versuchs eines Kuhhandels. Für einen parteiübergreifenden Konsens, der schon einmal zu einem Gesetz geführt hat, das den Namen „Strukturreform" nicht ganz zu Unrecht trägt, fehlt der politische Wille in allen Lagern. So dringlich der Bedarf dafür wäre, so wenig spielen Sachorientierung und der Wille zur Problemlösung eine Rolle.

Wenn über Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen gesprochen wird, begegnet einem häufig das Bild der vermeintlich „ausgequetschten Sparzitrone". Notprogramme, IGEL-Listen und die Androhung von Wartelisten und Notrezepten tun ein übriges, um den Eindruck zu erwecken, Deutschland sei trotz effizientester Strukturen und Abläufe auf dem Weg hin zu einem medizinischen Schwellenland, wenn nicht mehr Geld ins System gepumpt wird.

Der Untertitel dieser Veranstaltung greift den Disput konsequent auf: „Fakten und Vermutungen". Ich nehme meine Einschätzung vorweg: Es gibt Rationalisierungsreserven, und es gibt sie in erheblichem Umfang. Wir leisten uns Überkapazitäten, wir leisten uns unkoordinierte und damit teure Versorgung, wir leisten uns milliardenschweren Arzneimittelmüll und glauben noch immer, daß mehr Leistungen auch immer eine bessere Versorgung bedeuten - daß hier Wirtschaftlichkeitspotentiale liegen, ist keine Vermutung.

Daß sie nicht angegangen und erst recht nicht behoben werden, hat seine Ursache vor allem in einem zentralen Mißverständnis, das sich im politischen Handeln immer wieder manifestiert: Statt der Versorgung und des Schutzes von Patienten orientiert sich die Setzung von Rahmenbedingungen an der Versorgung und dem Schutz von Institutionen. Das macht das Gesundheitswesen teurer und nicht wirtschaftlicher.

Mit den Modellvorhaben ist man einen ersten Schritt gegangen. Die Tür wurde einen Spalt breit geöffnet, aber natürlich hat man nicht vergessen, die Kette davor zu legen - was man eben tut, um potentiell ungebetene Gäste auf Distanz zu halten.

In der Gesetzesbegründung heißt es dazu: „Die Modellvorhaben sollen Erkenntnismaterial bereitstellen, das der Gesetzgeber und die Selbstverwaltung der Krankenkassen für die Weiterentwicklung der Leistungen und der Organisation und Finanzierung der Leistungserbringung in der GKV nutzen können." Wenn auch noch keine abgesicherten Evaluationen vorliegen - Erkenntnisse gibt es schon eine ganze Reihe.

These 2: Ärztliche Motivation ist zentraler Erfolgsfaktor. KVen sind vorwiegend Lordsiegelbewahrer und keine Motoren. Netze ohne Krankenhäuser sind langfristig zum Scheitern verurteilt.

Die TK ist zusammen mit den Betriebskrankenkassen am Praxisnetz Berlin beteiligt. 590 Ärzte und 18.000 Versicherte haben sich inzwischen für diese Versorgungsstruktur entschieden. Selbstverständlich haben wir Anlaufprobleme erlebt, selbstverständlich erleben wir auch heute, daß nicht alles so rund läuft, wie man es sich am grünen Tisch vielleicht vorstellt. Dennoch halte ich es für eines der wenigen funktionierenden Netze mit Entwicklungspotential. Seit unserem Einstieg in dieses Modellprojekt haben wir eine Menge lernen können und müssen.

Einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren ist die ärztliche Motivation. Auf den Punkt gebracht heißt das: Wenn die Ärzte nicht mitziehen, kann man als Krankenkasse tun, was man will - es wird nicht funktionieren. Wir sind

sich aber nicht plump erkaufen. Geld ist ein Hygienefaktor, aber kein Motivator, der langfristig wirkt. Deshalb lehnen wir Anschubfinanzierungen ab. Über „Kombinierte Budgets" wollen wir statt dessen Anreizstrukturen schaffen, die durchaus ökonomischen Charakter haben, aber Verantwortung bedeuten und gleichzeitig den wirtschaftlichen Erfolg direkt an das eigene ärztliche Handeln knüpfen. Für das Praxisnetz Berlin können wir jetzt die ersten Auswertungen vorlegen, die aufgrund unsicherer Datenbasis Näherungswerte sind und bislang nur Tendenzen aufzeigen können. Wir sehen, daß es Einsparungen gegeben hat, die auch vereinbarungsgemäß ausgeschüttet wurden - an die Versicherten, an das Netz für Strukturverbesserungen und an die Gesamtheit der Netzärzte. Außerdem gab es einen vergleichsweise hohen Punktwert (9,3 - 11,2 Pfennig). Wir sehen aber auch, daß die eingeschriebenen Versicherten keineswegs nur Netzärzte aufsuchen, und weiterhin besteht eine für Berlin typische Selbsteinweiserquote ins Krankenhaus. Das ist kein Grund, die Flinte ins Korn zu werfen, sondern es zeigt, woran die Vertragspartner in Zukunft weiter arbeiten müssen. Realistischerweise konnte man nicht annehmen, durch ein Praxisnetz in kurzer Zeit die Versorgungsrealität in den Idealzustand überführen zu können.

Eine weitere Erfahrung im Zusammenhang mit Praxisnetzen und Verträgen zu entsprechenden Modellvorhaben sind Skepsis und Beharrungsvermögen einiger KVen. Ich will nicht generalisieren, und ich will die bestehenden Vereinbarungen ausdrücklich positiv hervorheben. Dennoch zeigt sich, daß Strukturen, Selbstverständnis und Aufgabe von Kassenärztlichen Vereinigungen nicht geeignet sind, sie zum Motor zu machen. Statt dessen nehmen sie manchmal die Rolle von Lordsiegelbewahrern ein. Aus Sicht der KVen kann man das sogar verstehen - insbesondere mit Blick auf die künftige Existenzberechtigung. Es macht die Umsetzung von Modellvorhaben allerdings nicht unbedingt leichter. Insofern begrüße ich es sehr, daß der Reformgesetz-Entwurf hier Änderungen vorsieht, und ich würde es in diesem Punkt bedauern, wenn es nicht dazu käme. Hier würde man den richtigen Schritt weg vom Schutz der Institutionen gehen. Das heißt ausdrücklich nicht, daß wir für eine Abschaffung der KVen plädieren - wohl aber für mehr Flexibilität.

Auf Kassenseite gilt übrigens Ähnliches. Wir haben uns seinerzeit sehr dafür stark gemacht, daß auch einzelne Kassen unabhängig von ihrem Verband Modellvorhaben durchführen können, was sich bewährt hat, wie die Entwicklungen zeigen.

Ein dritter Punkt betrifft die Krankenhäuser. Der Krankenhaussektor ist sowohl wegen seiner politischen Einbindung in den Bundesländern wie auch aufgrund seiner enormen ökonomischen Bedeutung ein „Sorgen-

Ein dritter Punkt betrifft die Krankenhäuser. Der Krankenhaussektor ist sowohl wegen seiner politischen Einbindung in den Bundesländern wie auch aufgrund seiner enormen ökonomischen Bedeutung ein „Sorgenkind" des Gesundheitswesens. Reformen haben hier regelmäßig versagt, und auch jetzt haben wir keinen Durchbruch zu erwarten. Dies macht es um so unverzichtbarer, Krankenhäuser in vernetzte Strukturen einzubinden - zumal Modellvorhaben „Laborcharakter" haben und der Erprobung dienen sollen. Langfristig können Praxisnetze nur dann Ergebnisse liefern, die auf die Regelversorgung übertragbar sind, wenn Krankenhäuser miteinbezogen werden. In München gehen wir im MQM einen ersten Schritt dorthin, der aber bei weitem noch nicht ausreichend ist. Dies ist ein weiterer Punkt, an dem die Vertragspartner von Praxisnetzen noch erheblich arbeiten müssen.

Von der Institution zum Patienten:

These 3: Netze brauchen vorwiegend Patienten und nicht gesunde Versicherte. Einschränkung der „freien Arztwahl" ist ein beliebtes Scheinargument. Kommunikation von Qualitätsvorteilen endet regelhaft vor Gericht.

Ein Netz lernt und entwickelt sich aus Versorgungsrealitäten. Dazu braucht es vorrangig Patienten und nicht nur auf dem Papier eingeschriebene Versicherte. Gleiches gilt umgekehrt. Ein gesunder Versicherter, der sich aus welchem Grund auch immer in ein Netz einschreibt, hat zunächst einmal gar nichts davon - „nur" die in Aussicht gestellte Beteiligung an erzielten Einsparungen. Für einen Patienten, der die medizinische Versorgung in Anspruch nimmt, sieht es dagegen anders aus. Für ihn werden die Vorteile verstärkter Kooperation und Kommunikation (sukzessive) erfahrbar. Genau darauf ist die Entwicklung eines Praxisnetzes zwingend angewiesen. Denn nur wer Verbesserungen erlebt, kann sie auch kommunizieren. Die Bedeutung von „Mund zu Mund"-Propaganda darf in diesem Zusammenhang nicht unterschätzt werden, und darauf bauen wir in unseren Modellvorhaben.

Wichtig ist das gerade auch deshalb, weil wir in der Vergangenheit erlebt haben, daß die Kommunikation von Qualitätsvorteilen regelhaft vor Gericht endet. Institutionen fühlen sich angegriffen und geben vor, im Interesse ihrer Mitglieder den Rechtsweg beschreiten zu müssen. Man gewinnt den Eindruck, daß alles, was neu und anders ist, genau deshalb bekämpft wird - auch ein deutliches Zeichen für das ausgeprägte Beharrungsvermögen im deutschen Gesundheitswesen. Beim Berliner Praxisnetz haben wir das ebenfalls erlebt und vor Gericht gewonnen. Das hat uns natürlich gefreut, trotzdem bleibt der Verdruß über das Vorgehen als

solches. Unsere Rechtsabteilung ist jedenfalls intensiv involviert in jede Publikation zu den Praxisnetzen.

Ein weiteres Thema ist in diesem Zusammenhang die echte oder vermeintliche „Einschränkung der freien Arztwahl" - insbesondere beim derzeitigen Entwicklungsstand der Modellvorhaben ist dies noch zu erleben. Auf die Inanspruchnahme von Nicht-Netzärzten in Berlin habe ich kurz hingewiesen. Zwei Aspekte scheinen mir besonders wichtig. Zum einen zeigt sich deutlich, daß wir noch weit entfernt sind von einem erforderlichen Bewußtseinswandel. Zum anderen ist es ein Beleg dafür, daß die Kommunikation hierzu noch intensiver und besser werden muß - mit allen beschriebenen juristischen Restriktionen. Die Teilnahme von Versicherten am Netz sollte unbedingt freiwillig sein, und genau deshalb ist der kommunikative Duktus wichtig. Statt „Sie schränken sich ein" muß die zentrale Botschaft lauten „In Ihrem Netz kommunizieren und kooperieren die Ärzte besser als es üblicherweise der Fall ist."

Die freie Arztwahl steht in Deutschland hoch im Kurs, vielfach wird dies aber auch überschätzt. Niemand hat realistischerweise die Möglichkeit, 120.000 Vertragsärzte aufzusuchen, und ein großer Teil der Menschen hat sich ohnehin schon für einen Hausarzt entschieden, der für ihn erste Anlaufstelle ist (das muß durchaus nicht immer ein Allgemeinmediziner sein). Zudem ist wenig bekannt, daß es mit den Berufsgenossenschaften in Deutschland bereits ein etabliertes Versorgungssystem mit deutlich eingeschränkter Arztwahl und hoher Versorgungsqualität gibt. Hier werden Managed-Care-Instrumente eingesetzt, allerdings ohne große Kongresse und bunte Folien. Auch hiervon können wir lernen.

These 4: Alle Modellvorhaben befinden sich noch in der Lernphase. Für abgesicherte Ergebnisse ist es noch zu früh (Evaluation!). Fehler sind erlaubt und Bestandteil des Prozesses.

Es scheint typisch zu sein für das deutsche Gesundheitswesen, daß schnell verworfen wird, was nicht immer so funktioniert, wie man es sich am Reißbrett vorgestellt hat. Politiker sind dann schnell bei der Hand, wenn es darum geht, das Kind mit dem Bade auszuschütten. Das haben wir bei der Prävention erlebt, das mußte man zu Beginn des Kassenwettbewerbs befürchten, und auch der Vorschlag, die Krankenversicherungskarte auf einen Hausarzt- und einen Facharztbesuch zu beschränken, ist ein Beispiel dafür.

Daher haben wir es immer begrüßt, für Modellvorhaben einen Zeitraum von 8 Jahren vorzusehen. Dieser Zeitraum ist lang genug, um Ergebnisse liefern zu können. Gleichzeitig ist sichergestellt, daß kein schleichen-

der Übergang in die Regelversorgung stattfindet im Sinne einer „never ending story" ohne Evaluation.

Die Modellvorhaben „neuer Art" laufen erst seit kurzer Zeit und sind daher alle noch in der Lernphase, was zwangsläufig und in keiner Weise kritikwürdig ist. Alle Beteiligten brauchen einen langen Atem, ein ausreichendes Maß an Frustrationstoleranz und vor allem auch die Bereitschaft, aus Fehlern zu lernen. Es ist erlaubt, Fehler zu machen - dies ist Bestandteil des Prozesses. Es ist nur nicht erlaubt, daraus nicht zu lernen. Sinn und Zweck von Modellvorhaben ist die Erprobung. Dazu gehört es, Dinge, die sich nicht bewährt haben, auch wieder fallenzulassen. Dazu wird in Zukunft aber auch gehören (und das kann sich als sehr viel schwieriger erweisen), die Ergebnisse zu berücksichtigen und bei positivem Verlauf einen Übergang in das „normale" Versorgungsgeschehen zu ermöglichen. Nicht allen wird das gefallen, und von der Politik, deren Aufgabe die Rahmensetzung ist, wird ein gutes Maß an Konfliktfähigkeit gefordert sein. Aber nur dann machen Modellvorhaben, die Investitionen, das Lernen aus Fehlern und die Evaluation überhaupt Sinn. Ohne Bereitschaft zur breiten Umsetzung würden sie zu einer anspruchsvollen Beschäftigungstherapie verkümmern.

Im Moment ist der Entwicklungsstand der Modelle noch der von punktuellen Versuchen. Ob mehr gelingen wird, wage ich im Moment nicht zu sagen. Wenn sich am grundsätzlichen politischen Handeln nichts ändert, bin ich nicht nur optimistisch.

These 5: Die aktuelle Politik bündelt Fehler der Vergangenheit. Druck ist noch nicht hoch genug, um Veränderungen in Gang zu setzen. Bei der Rückschau wird 1999 ein Jahr der verpaßten Chancen sein.

Eingangs habe ich bereits die Interventionsspirale erwähnt, die sowohl Ursache als auch Folge politischer Fehlversuche ist. Wenn es nicht gelingt, von der Kurzfrist- zur Langfrist-Perspektive zu kommen und das Schutzbedürfnis von Institutionen hinter das der Menschen gestellt wird, wird die Fehlerkaskade eine neue Stufe erreichen - mit der Folge dünnerer Luft und knapperer Zeit.

Die Frage nach Rationalisierungspotentialen habe ich deutlich bejaht, aber offensichtlich ist der Druck (auch der finanzielle!) noch nicht hoch genug, um sich tatsächlich an deren Erschließung zu machen. Ich bin aber sehr sicher, daß Zeitpunkt und Druck kommen werden. Bis dahin verschenken wir leider wertvolle Zeit und müssen aufpassen, daß wir uns nicht eines Tages an das Jahr 1999 als ein Jahr der verpaßten

Chancen erinnern. Dies richtet sich ausdrücklich an alle Verantwortlichen. Zur Zeit werden die Fehler der Vergangenheit in gebündelter Form wiederholt.

Deshalb mein abschließendes Petitum: Wir dürfen Modellvorhaben weder über- noch unterschätzen. Sie sind nicht das Allheilmittel, als das sie manchmal dargestellt werden. Sie sind aber auch keine akademische Spielwiese. Sie selbst sind nicht geeignet, Wirtschaftlichkeitsreserven in erheblichem Umfang zu realisieren und für die Gesundung des Systems zu sorgen. Sie können Wege zeigen, wie es gehen kann - nicht mehr und nicht weniger. Der eine oder andere Weg wird sich möglicherweise als Sackgasse erweisen, dann verläßt man ihn.

Der Weg der Modellvorhaben sollte in jedem Fall konsequent weitergegangen werden, und es wäre wünschenswert, daß eine „Politik der Ermöglichung" entsprechende Vertragsabschlüsse weiter erleichtern würde. Dennoch können wir es uns nicht leisten, bis zum Jahr 2005 - dem Ablauf der ersten 8jährigen Modelle - zu warten, um dann in Ruhe zu überlegen, was man denn mit den Ergebnissen macht und ob man sie gegebenenfalls sogar umsetzt.

Der Handlungsbedarf ist da, und noch besteht die Gelegenheit zu sorgfältig konzipierten Reformen. Deswegen sollte man trotzdem parallel lernen und sich die gewonnenen Erkenntnisse zunutze machen. Es ist eine erste Basis dafür da, und sie zeigt, wieviel noch zu tun und zu verändern ist.

Entwicklungsstand von Modellvorhaben

Christina Tophoven

Einleitung

Aus der Perspektive des Gesundheitssystems geht es bei integrierten Versorgungsformen darum, Multimorbiden, chronisch Kranken und pflegebedürftigen Menschen besser zu helfen. Damit eng verbunden ist das Ziel effizienterer bzw. wirtschaftlicherer Versorgungslösungen. Die Suche erhält zunehmend Nachdruck in einem beitragsfinanzierten System, das mit der Erosion seiner Beitragsbemessungsgrundlagen zu kämpfen hat.

Um die Systemziele einzulösen, setzt die Gesundheitspolitik auf einen dezentralen Suchprozeß. Sie räumt - seit dem Gesundheitsstrukturgesetz zunehmend - den Akteuren vor Ort Freiräume ein. Die Idee ist, daß die einzelnen Akteure ihre jeweils spezifischen ökonomischen oder unternehmenspolitischen Ziele verfolgen und gleichzeitig die Patienten- und Versicherteninteressen mindestens gleichgewichtig bedient werden.

Krankenhäuser knüpfen also Netze, weil sie z. B. ihre Marktposition sichern wollen. EDV- und Pharmafirmen versuchen über Netze ihre Produkte am Markt zu plazieren bzw. Märkte aufzubauen. Niedergelassene Ärzte bemühen sich um Praxisnetze, weil sie ihre Einkommensposition verbessern oder stabilisieren wollen, weil sie sich um zukunftssichere Angebotsstrukturen bemühen oder weil sie für ihre Patienten konkrete Versorgungsziele umsetzen wollen. Krankenkassen wollen ihre Position im Wettbewerb verbessern. Dabei können je nach Kassenart für das Ziel der Risikoadjustierung unterschiedliche Strategien erfolgversprechend sein. Dieser dezentrale Suchprozeß, dessen Motor die Einzelziele der unterschiedlichen Akteure sind, soll, gesteuert durch die „unsichtbare Hand" des Wettbewerbs, die Systemziele bedienen - also zu einer effizienteren Versorgung führen. Ob das gelingt, ist offen. Fest steht allerdings heute schon, daß dies nur mit einem enormen Input an Know-how und Zeit gelingen kann.

Fest steht auch, daß die einzelnen Akteure unterschiedliche Chancen haben, ihre jeweiligen Ziele zu verfolgen und damit auch die Versorgungslandschaft von morgen zu gestalten. Die Gefahr besteht durchaus, daß die Praxisnetze niedergelassener Ärzte im Wettbewerb der unterschiedlichen Konzepte nicht bestehen können, da ihnen in entscheidenden Feldern professionelles Know-how fehlt, über das andere Akteure

ausreichend verfügen. Es spricht einiges für die These, daß Praxisnetze niedergelassener Ärzte nur eine Erfolgschance haben, wenn sie bei ihrer Weiterentwicklung und Professionalisierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen unterstützt werden.

Gemeinsam mit der KBV haben die Kassenärztlichen Vereinigungen im Verlauf des letzten Jahres Beratungsinstrumente entwickelt und sind dabei, ihre Mitarbeiter weiter zu qualifizieren. An drei Beispielen soll gezeigt werden, wie die Kassenärztlichen Vereinigungen sich für die Entwicklung von Praxisnetzen künftig engagieren wollen.

Integration

Integration meint konzeptionsgeleitete Kooperation. Wenn das funktionieren soll, müssen alle Beteiligten wissen, wer, wann, wo, was, wie, warum macht. Das heißt, man braucht symptomorientierte Leitlinien, die, da sie den gesamten Versorgungsprozeß beschreiben sollen, interdisziplinär und sektorübergreifend abgestimmt sind. Ein solcher Abstimmungsprozeß setzt inhaltliche und verfahrenstechnische Kompetenzen voraus. Es wird notwendig sein, Literaturrecherchen zu Leitlinien, z. B. im Internet durchzuführen. Detaillierte Informationen zu den in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen angewandten Qualitätssicherungssystemen müssen verfügbar sein. Insbesondere braucht man Moderatoren, die in der Lage sind, die notwendigen Abstimmungsgespräche zu konstruktiven Ergebnissen zu führen. Um im Anschluß die Akzeptanz der Absprachen beobachten zu können, muß man zumindest Auditverfahren durchführen. Dieses Handwerkszeug brauchen Praxisnetze, deren Ziel die Entwicklung und Implementierung von sektorübergreifend und interdisziplinär abgestimmten Leitlinien ist.

In Diskussionen mit Praxisnetzen haben sich KBV und ÄZQ (Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung) darum bemüht, ein Konzept zu entwickeln, wie eine interdisziplinäre und sektorübergreifende Abstimmung von Leitlinien in einem Praxisnetz mit externen Kooperationspartnern funktionieren könnte. Ein möglicher Verfahrensvorschlag ist folgender:

1. Die Vollversammlung eines Netzes beauftragt eine Steuerungsgruppe Qualitätsentwicklung mit der Erarbeitung einer Leitlinie.

2. Die Steuerungsgruppe setzt für die verabschiedeten Leitlinienthemen Netzzirkel ein. In den Zirkeln sind idealerweise die Netzmitglieder vertreten, die nachher mit der Umsetzung der Leitlinie befaßt sein werden.

3. Der Netzzirkel wird sich mit verschiedenen einschlägigen Leitlinien, die die formalen Qualitätsanforderungen an Leitlinien erfüllen, befassen. Er wird eine erste Version erstellen und diese netzintern zwischen Hausärzten und Fachärzten, aber auch mit kooperierenden Partnern, also mit Krankenhäusern, Pflegediensten, Selbsthilfegruppen und Patienten abstimmen.

4. Im Anschluß an einen solchen komplexen und vielstimmigen Abstimmungsprozeß präsentiert der Netzzirkel seine Leitlinienversion der Steuerungsgruppe. Diese wird ihn auf Interdependenzen mit anderen Leitlinien prüfen und ihn dann der Vollversammlung vorlegen.

5. Die Vollversammlung des Netzes beschließt, daß diese Leitlinie bzw. dieser Verfahrensvorschlag künftig verbindlich wird für alle Netzmitglieder. Die Leitlinie wird veröffentlicht mit einem Verfallsdatum und in Versionen für alle Beteiligten, also für die niedergelassenen Ärzte, die Pflegedienste, die Arzthelferinnen, das Krankenhaus und die Patienten.

6. In einem fortlaufenden Prozeß wird man beobachten müssen, ob die Leitlinie akzeptiert wird und wo sich Änderungsbedarf ergibt. Es wird - davon kann man ausgehen - immer darlegungsfähige Abweichungen vom Verfahrensvorschlag geben. Es wird aber auch Abweichungen geben, die nicht darlegungsfähig sind und die die Qualitätspolitik des Netzes in Frage stellen. Wenn ein Netz es mit seiner Qualitätspolitik ernst meint, braucht es also auch Regeln, die interne Verbindlichkeit und Sanktionen festlegen. Ein Schlüsselproblem der Netze wird die ausreichende Regelverbindlichkeit seiner Qualitätspolitik sein.

7. Für Netzmitglieder wird es interne Verfahren geben müssen, die abgestuft auf fortlaufende, nicht darlegungsfähige Abweichungen von der Regel reagieren können. Bei externen Partnern wird man es zunächst mit Moral Suasion versuchen. Das heißt, man wird miteinander reden. Wenn weiterhin fortdauernd und nicht darlegungsfähig von den getroffenen Absprachen abgewichen wird, wird man Kooperationen herunterfahren oder ganz einstellen.

Wie man diesen fortlaufenden Prozeß der Leitlinienadaption und Implementierung erfolgreich gestaltet, dazu werden künftig Praxisnetze Erfahrungen sammeln. Praxisnetze werden mit Unterstützung ihrer Kassenärztlichen Vereinigungen eine Antwort suchen auf die Frage, wie können

integrierte Versorgungsformen funktionieren - wie organisiert man in unserem Gesundheitssystem Disease-Management?

Vertragsfähige Organisationsstrukturen

Ein weiteres künftiges Beratungsfeld der KVen ist die interne Organisation der Netze. Ausgangspunkt muß hier die Vielfalt der unterschiedlichen Netzziele und Netztypen sein. Es gibt Netze, die sich ausschließlich auf die innerbetriebliche Integration und damit auf die Nutzung von Kostenvorteilen konzentrieren. Es gibt Netze, die ihren primären Auftrag in der Entwicklung integrierter Versorgungsangebote sehen und die dies mit oder ohne Budgetverantwortung vertraglich mit den Krankenkassen absichern wollen. Welches Ziel auch immer ein Netz verfolgt, es braucht tragfähige Strukturen und interne Regelverbindlichkeit.

Aber wie sieht ein Beratungsangebot aus, das einerseits sicherstellt, daß die Netze tragfähige bzw. vertragsfähige interne Strukturen entwickeln und andererseits „Top down"-Vorgaben vermeidet. Also keine Vorschriften macht, wie eine Gremienstruktur auszusehen hat, welche Rechtsform zu wählen ist und wie die Satzung bzw. der Geschäfts- und Finanzierungsplan aufzustellen sind. Die KVen haben gemeinsam die Lösung in der Vorlage eines Arbeitsbuches gesehen. Das Arbeitsbuch ist ein strukturierter Fragenkatalog, der für dreizehn, für den Aufbau bzw. die Restrukturierung der Netze zentrale Bereiche, systematisch die zu klärenden Fragen auflistet. Das Arbeitsbuch ist damit ein Layout-System, ähnlich wie die DIN ISO 9000. Wenn ein Netz die aufgelisteten Punkte abarbeitet, hat es eine ausreichende Sicherheit, daß es eine tragfähige Struktur entwickelt hat. Es werden keine Antworten vorgegeben; die Sicherheit entsteht aus dem Prozeß, in dem die wichtigen bzw. empfindlichen Punkte diskutiert und dokumentiert werden.

Aber natürlich können KVen ihren Netzen keine Fragenkataloge geben, ohne daß sie Antworten auf Fragen vorhalten, wenn sich der Beratungsbedarf der Netze an Punkten konkretisiert. Die Netzbeauftragten der KVen haben daher Verfahrensvorschläge erarbeitet. In diesen Verfahrensvorschlägen wird z. B. das Pro und Kontra unterschiedlicher Rechtsformen aufgearbeitet, sind Mustersatzungen entwickelt und Konzepte für Geschäfts- und Finanzierungspläne erstellt. Die KVen können also künftig den Netzen ein breites Beratungsspektrum und eine ihrem Auftrag angemessene Beratungstiefe anbieten.

Zusammenführung medizinischer und ökonomischer Verantwortung

Mehr Effizienz im Gesundheitssystem verspricht man sich insbesondere aus der Zusammenführung medizinischer und ökonomischer Verantwortung. Soll diese Verantwortung von einem Praxisnetz für den gesamten Versorgungsprozeß übernommen werden, ist man beim Konzept der kombinierten Budgets. Diesen großen Schritt hin zur Übernahme einer Budgetverantwortung kann ein Netz in kleinen Schritten gehen, indem es zunächst Budgetverantwortung für einzelne Bereiche, z. B. Arzneimittel übernimmt, indem durch versichertenbezogene Budgets der Versuch mit einem HVM-Budget (Summation der Praxisbudgets der teilnehmenden Netzärzte) vorgeschaltet wird.

Für Praxisnetze niedergelassener Ärzte wird es bei der Übernahme der Budgetverantwortung darum gehen, daß Budgets die im Netz zu versorgende Risikostruktur adäquat abbilden. Dies ist Prophylaxe netzinterner Risikoselektion und Rationierung. Gleichzeitig muß es den KVen darum gehen, für die nicht in Praxisnetzen organisierten Ärzte, aber insbesondere auch für die nicht in Praxisnetzen versorgten Patienten, risikoorientierte Finanzierungsmodalitäten aufzubauen. Hierzu ließe sich viel sagen, das den Rahmen des Referates sprengen würde.

Für Praxisnetze planen die KVen ein Beratungsangebot, das die Netzärzte über alle Methoden und Modelle der Budgetschätzung und netzspezifischer Honorierungssysteme informiert. Das gleichzeitig den Netzen eine Bewertung anbietet was geht, was noch nicht geht und was nicht gehen wird, weil es mit Ziel und Aufgabe der KVen nicht vereinbar ist.

Das Konzept für die Schätzung versichertenbezogener Budgets ist relativ deutlich vorgezeichnet in den Modellprojekten in Berlin und München. Man wird von risikogewichteten, versichertenbezogenen und kassenartenspezifischen Kopfpauschalen ausgehen. Man wird sich bei der Budgetschätzung bemühen, Hochkostenfälle genauso zu berücksichtigen wie den Anteil der Nichtinanspruchnahme. Man wird sich um krankheitsspezifische Differenzierungen bemühen. Langfristig wird es, um eine Unterhöhlung der Regelversorgung zu vermeiden, darauf hinauslaufen, daß es sowohl für die Regelversorgung, als auch für die Netze krankheitsspezifische Fallpauschalen ähnlich wie in den USA und der Schweiz geben wird. Ehe man allerdings zu solchen Preissystemen wechselt, fahren die Netze mit dem Konzept der kombinierten Budgets ganz gut. Budgets sind immer erst einmal Schätzgrößen. Diese kann man über- und unterschreiten. Man kann Interessenquoten vereinbaren. Wenn der

Schritt zu krankheitsspezifischen Fallpauschalen gemacht wird, also zu einem intelligenten Capitation-System, dann geht das Netz ein bedeutend höheres Risiko ein. Denn dann wird man mit dem verhandelten Geld auskommen müssen.

Fazit

Ich hoffe Ihnen dargelegt zu haben, daß es das Ziel der KVen ist, die Netze zu professionalisieren, ohne sie zu regulieren. Damit erhalten hoffentlich auch die Netze der niedergelassenen Ärzte eine Chance, neue Versorgungsstrukturen mitzugestalten. Damit wäre ein Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung erreicht, und dieses Ziel kann sie auch ohne verbindliche Vertragspartnerschaft umsetzen.

Ob allerdings die dezentrale Suche nach neuen Versorgungsformen, die letztlich durch „egoistische Motive" der Protagonisten motiviert ist, im Gesamtergebnis den Gesundheits- und Solidarzielen dient, bleibt offen. Wenn man will, daß die oben zitierten Systemziele im Interesse der Patienten und Versicherten wirklich umgesetzt werden, wird man um die Freiräume der Akteure eine stringente Rahmenordnung bauen müssen. Die eingeschränkte Konsumentensouveränität der Versicherten und Patienten verbietet es, ausschließlich auf Wettbewerb zu bauen. Die Entwicklung und Umsetzung der Rahmenordnung ist Aufgabe des korporatistischen Systems. Eine adäquate Rahmenordnung kann sicherstellen, daß neue Versorgungsformen und nicht ausschließlich neue Wirtschaftsformen, die primär die Umsatzinteressen der jeweiligen Protagonisten bedienen, entstehen. In diesem Kontext können KVen dafür Sorge tragen, daß unter künftig ganz anderen Systembedingungen eine flächendeckende qualitätsgesicherte Versorgung bestehen bleibt (Sicherstellungs- und Gewährleistungsauftrag).

Hier muß man sich fragen, wieso ausgerechnet der jetzige Gesetzgeber einen der zentralen Akteure des korporatistischen Systems, nämlich die KVen, aus der Verantwortung entlassen will, bevor ein umfassendes Konzept für die künftige Vertragsarchitektur vorliegt. Denn wenn der Gesetzgeber es mit seinen apostrophierten Solidar- und Gesundheitszielen ernst meint, dann braucht er die KVen als Mitspieler.

Hausärztliche Versorgung - ein Ansatz zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen - Einleitung

Helmut Laschet

Keine andere Arztgruppe ist in den letzten Jahren - verbal zumindest - so hofiert worden wie die Hausärzte. Die Menge gedruckten Papiers und gesprochener Worte zur Rolle des Gatekeepers oder Case-Managers oder Koordinators komplexer Patientenprobleme verhält sich allerdings reziprok zu den faktischen Ergebnissen der Gesundheitspolitik und auch der innerärztlichen Berufspolitik.

Dazu werde ich einige Fakten nennen, die wir dann auch in der kritischen Diskussion der Referate in Erinnerung haben sollten:

- Aus der langjährigen Analyse der Fallzahlentwicklung geht hervor, daß Fachärzte an Marktanteil gewinnen und Allgemeinärzte verlieren - ob mit oder ohne Chipkarte. Dieses Phänomen, ich werfe das als Ökonom nur mal in die Debatte, könnte ja auch mit Patientenpräferenzen zu tun haben, die zu mißachten Politiker und Krankenkassen sehr gute Gründe aufführen müßten.

- Die negative Marktanteilsentwicklung der Hausärzte könnte auch - euphemistisch ausgedrückt - etwas mit ihrer heterogenen Qualifikation zu tun haben, an der sich faktisch nur wenig ändern wird, wenn man als einziges Instrument zur Verbesserung der Strukturqualität lediglich die fünfjährige Weiterbildung einsetzt.

- Das Initiativprogramm Allgemeinmedizin, also die Förderung der fünfjährigen allgemeinmedizinischen Weiterbildung durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen, ist schon vom Gesetzgeber wegen der Begrenzung auf zwei Jahre halbherzig geblieben - und es ist in der Umsetzung halbherzig, weil die Krankenhäuser ihre Verpflichtungen, ausreichend Weiterbildungsstellen zu schaffen, nicht erfüllt haben.

- Dem politischen Ziel, die Rolle des Hausarztes zu stärken, steht entgegen, daß den Hausärzten mit der Budgetierung der hauptsächlich durch sie veranlaßten Leistungen in den Rücken gefallen wird. Keine andere Arztgruppe hat ein derart ausgeprägtes Regreßrisiko wie die Hausärzte. Hinzu kommt, daß es mangels hinreichend aktueller und zuverlässiger operational verwendbarer Daten auch bei gutem Willen nicht möglich ist, rationale Budgetsteuerung zu betreiben.

- Weder in der Aus- noch in der Weiterbildung lernen Hausärzte den Umgang mit der Bürokratie - wobei man aber weiß, daß jedes Schnittstellen-Management ein Mindestmaß an Bürokratie verursacht. Kranken- und Pflegekassen treiben dies im Interesse vordergründiger Kostendämpfung bisweilen auf die Spitze.

- Budgetierung, unkalkulierbare Regreßrisiken und überzogene Bürokratie werden nicht nur in ihrer ökonomischen Dimension erlebt - sie haben aus der Sicht der betroffenen Ärzte auch eine psychische Komponente: Es ist ein innerer Widerspruch, dem Hausarzt die Funktion des Patientenmanagers und auch Patientenanwalts abzuverlangen, ihn zugleich aber mit einem ganzen Arsenal an Repressionen zu bedrohen. So wird Freude an der Arbeit zunichte gemacht, so geht Empathie verloren.

Ich erlaube mir diese einleitenden Hinweise auch unter dem Aspekt, daß nun eine ganze Reihe von Experten zu Wort kommen werden, die ihre Arbeit als Funktionäre im Gesundheitswesen - fast - nur am grünen Tisch machen.

Chancen und Grenzen des Versorgungsmanagements durch Haus-, Facharzt oder Krankenkassen

Christian Dierks

Eine Diskussion dieses Themas setzt zunächst die Definition des Begriffs „Versorgungsmanagement" voraus. Sodann ist zu fragen, welche konkreten Aufgaben mit diesem Begriff gegenwärtig verbunden werden oder welche er zukünftig umfassen könnte, welche die Ziele des Versorgungsmanagements sein können oder sollen und wer zur Durchführung des Versorgungsmanagements tätig werden soll.

Betrachten wir zunächst die beiden Bestandteile des zusammengesetzten Wortes: Unter der „Versorgung" wird, zumindest in der gesetzlichen Krankenversicherung, das Bereitstellen von Dienst- und Sachleistungen verstanden. Die Versorgung ist geradezu zum Synonym des sozialen Wohlfahrtsstaates geworden, bei dem sich der Bürger zurücklehnt und empfängt. Die Sozialversicherung, nicht nur in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist durch fehlenden Wettbewerb, hohe Margen der beteiligten Leistungserbringer, durch eine Arbeitsplatzgarantie und durch eine Abwälzung hoher Kosten auf den Kunden gekennzeichnet. Die Versorgung beinhaltet somit etwas Passives, Empfangendes oder positiver formuliert: etwas Fürsorgliches.

Der Begriff des „Managements" steht dem Begriff der „Versorgung" im Bereich der Sozialversicherung geradezu konträr gegenüber. Tradierte Definitionen des Managements sprechen von einer „Leitung eines Unternehmens" (so der aktuelle Duden) oder einer „Form moderner Unternehmensführung, beruhend auf Trennung von Eigentum und Geschäftsführung" (so ein älterer Brockhaus von 1987). Inhaltlich hat sich das Management, soweit es als wirtschaftlicher Begriff verstanden wird, in den letzten Jahrzehnten erheblich gewandelt. Die klassische Form des Managements im tayloristischen Ansatz fußt auf der Standardisierung und Aufteilung der Arbeitsschritte. Das Management von heute schließt demgegenüber die Qualitätssicherung, das cost cutting und die Bereitstellung eines breit gefächerten Angebots zur Befriedigung individueller Bedürfnisse in die Definition ein.

Ist das „Versorgungsmanagement" daher ein Oxymoron? Ist die Versorgung im Sinne der Sozialversicherung überhaupt einem Management zugänglich? Welche Aufgaben könnte dieses Management umfassen und wer sollte sich diesen Aufgaben stellen? Machen wir eine (etwas polemische) Bestandsaufnahme:

Der ambulante Sektor

Im ambulanten Bereich der GKV sind ca. 115.000 Ärzte tätig, in deren Praxen ca. 600.000 Mitarbeiter angestellt sind.[34] Diese Ärzte kennzeichnen verantwortlich für Ausgaben in der ambulanten Arzneimittelversorgung in Höhe von 34 Mrd. DM, der Krankenhausversorgung in Höhe von 80 Mrd. DM und in Höhe von 18 Mrd. DM für Heil- und Hilfsmittel. Der durchschnittliche Vertragsarzt wird bar jeder betriebswirtschaftlichen Ausbildung in die sogenannte „freie Praxis" entlassen. Er gerät rasch in die Zwickmühle zwischen haftungsrechtlichem Anspruch und sozialrechtlichen Sparpflichten. Die einzelne Praxis verfügt in der Regel nur über unzureichende Mechanismen der Administration, Kostenkontrolle oder Qualitätssicherung. An Anreizen, die Versorgung des Patienten zu „managen", fehlt es völlig. Allenfalls kann der bei sparsamer Verordnungsweise nicht stattfindende Kollektivregreß als Incentive betrachtet werden (frei nach dem Motto: „Keine Strafe ist auch ein Lob").

Der stationäre Sektor

Die Krankenhäuser der GKV schlagen in der Gesamtkostenaufstellung mit etwa 80 Mrd. DM pro Jahr zu Buche. In ihnen sind 134.000 Ärzte und 800.000 nichtärztliche Mitarbeiter beschäftigt. Krankenhäuser werden hierarchisch und medizinisch fachlich geführt. Sie beschäftigen sich überwiegend mit dem Kampf um Gelder und Stellen. Es sind weder Ansatzpunkte noch potentielle Incentives für ein Versorgungsmanagement zu erkennen.

Die Krankenkassen

Sie verwalten das Beitragsaufkommen in Höhe von rund 250 Mrd. DM. Der typische personelle Aufbau einer Krankenkasse ist durch eine extrem dünne Managementdecke, weniger qualifizierter Fachleute und eine Heerschar von weniger qualifizierten Sachbearbeitern gekennzeichnet. Dem ubiquitär geübten Ansatz der Personaleinsparung und Verwaltungsverschlankung zur Rationalisierung eines Unternehmens spricht die Welt der Krankenkassen Hohn: Die Aufwendungen für die Verwaltung und das interne Management sind, ohne daß erhebliche Qualitätszuwächse erkennbar wären, in den vergangenen Jahren fortlaufend gestiegen.

---

[34] Die genannten Zahlen beziehen sich auf die Jahre 1997/1998. Sie sind grob gerundet und sollen nur die Größenordnungen wiedergeben.

Die Arzneimittelhersteller

Mit rund 115.000 Beschäftigten und 30 Mrd. DM Inlandsumsatz spielen die Arzneimittelhersteller in dieser kleinen GKV-Polemik noch die geringste Rolle. Dieser Bereich der Industrie ist jedoch seit Jahren durch sichere Gewinne und geringe Anforderungen an die Managementkompetenz gekennzeichnet. Erst in der letzten Zeit findet ein Umdenken statt. Einige Arzneimittelhersteller interessieren sich für die Zusammenhänge des Gesundheitswesens und versuchen, ihre eigene Managementkompetenz zu stärken und sinnvoll in das System einzubringen.

Als Zwischenergebnis der zynisch überhöhten Analyse ist festzuhalten, daß zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt offenbar keiner der bisher tätigen Player im Gesundheitswesen durch Herkunft oder Qualifikation zum Management besonders geeignet scheint. Die Analyse zeigt aber auch, daß Versorgungsmanagement nicht nur eine Option für das Gesundheitswesen, sondern eine bittere Notwendigkeit ist. Ganz offensichtlich sind zahlreiche Chancen in diesem System bislang nicht genutzt worden.

Zu den ungenutzten Chancen zählen die Kostenkontrolle, die Vermeidung von Redundanzen, die gezieltere Allokation der Sach- und Dienstleistungen und die Qualitätssicherung. Im Ergebnis könnte bezüglich dieser Punkte ein gezieltes Versorgungsmanagement Effizienz und Qualität steigern. Angesichts der parlamentarisch verhängten Beitragssatzstabilität ist es allerdings realistischer, von einem Versuch zu sprechen, den Standard der Medizin durch das Versorgungsmanagement unter budgetierten Bedingungen zu halten. Nach Auffassung des Autors ist bereits jetzt eine gute Portion Optimismus vonnöten, um dieses Ziel mittelfristig zu erreichen.

Demgegenüber dürfen auch die Risiken des Versorgungsmanagements nicht außer acht gelassen werden. Zu diesen sind der Verlust der therapeutischen Freiheit, der Verlust der freien Arztwahl durch den Patienten, die Risiken der Standardisierung und der dem Wirtschaftsstandort Deutschland abträgliche Umsatzrückgang bei Sach- und Dienstleistungen zu identifizieren.

Die bisher geprüften Kandidaten für das Versorgungsmanagement scheinen, cum grano salis, alle gleich gut oder gleich schlecht auf diese Aufgabe vorbereitet zu sein. Das bedeutet aber auch, daß sowohl die Hausärzte als auch die Fachärzte oder die Krankenkassen gleichermaßen Potential mitbringen, sich für ein ausreichend qualifiziertes Versorgungsmanagement zu etablieren und zu empfehlen.

Bei der (Weiter-)Entwicklung des Versorgungsmanagements müssen auch die dafür maßgeblichen Grenzen entwickelt und beachtet werden. Zu den Grenzen, die wir nicht brauchen, zählen die gesetzliche Zuweisung der Funktionen des Versorgungsmanagements und die gesetzliche Festlegung der hierzu erforderlichen Qualifikation. Ebenso wenig sind gesetzliche Vorgaben für die Incentives der Beteiligten anzustreben. Überhaupt sollte der Gesetzgeber von konkreten Vorgaben Abstand nehmen und lediglich Rahmenbedingungen für eine Evolution von Systemen zum Versorgungsmanagement aufstellen.

Zu den gesetzlichen Grenzen, die demgegenüber für notwendig erachtet werden müssen, sind die Sicherstellung der Schutzfunktion der Krankenversicherung, der Schutz der ökonomisch Schwachen, die Qualitätskontrolle, die Transparenz des Leistungsgeschehens und der Wettbewerb der Anbieter zu rechnen.

In Anspielung auf den Titel dieses Referats läßt sich zusammenfassen, daß das Versorgungsmanagement mit den richtigen Grenzen gute Chancen hat, die Qualität zu sichern und Rationalisierungspotentiale zu erschließen. Somit bietet das Versorgungsmanagement in Grenzen Chancen. Die Chancen wachsen mit den Grenzen, aber ein Versorgungsmanagement in Grenzen bietet nur wenig Chancen.

Chancen und Grenzen des Versorgungsmanagements durch Haus-, Facharzt oder Krankenkassen

Klaus-Dieter Kossow

Bei der Frage nach den Verantwortlichen für das Versorgungsmanagement in Deutschland fallen uns schnell Hausärzte, Fachärzte, Krankenkassen und sonstige CASE-Manager ein, nicht aber Patientinnen und Patienten.

Dabei sind es gerade die Letzteren, die heute im souveränen Gebrauch der Versichertenkarte das Versorgungsgeschehen steuern.

Mir ist kein anderes Land mit staatlich garantierter Krankenversorgung bekannt, in dem die anspruchsberechtigten Bürger ein ähnlich großes Ausmaß an Mitbestimmung, freier Arztwahl, aber auch an Mitverantwortung für die Steuerung im Gesundheitswesen haben.

Dies ist noch nicht ins Bewußtsein der Systemkritiker gedrungen. Für gewöhnlich wird die Verantwortung für die Arzneimittelmüllberge ausschließlich den Ärzten angelastet. Patienten haben aber eine Mitverantwortung, wenn sie - im Gebrauch ihrer Versichertenkarte frei - mit Arztwechsel drohen, um einen Rezeptwunsch erfüllt zu bekommen, oder wenn sie so lange den Arzt wechseln, bis sie die von ihnen gewünschte Mehrfachdiagnostik oder Alternativverordnung durchgesetzt haben.

Vielfache Inanspruchnahme von Spezialinstituten, Krankenhäusern und Fachärzten aufgrund von subjektiven Aspekten, wie Patientenangst und Kontrollbedürfnis, sind eine wesentliche Teilursache für Kostensteigerungen.

Ist eine Versorgungsadresse erst einmal angesprochen, wird sie sich nur selten für nicht zuständig erklären, denn heute gibt es gerade im Spezialversorgungssektor Überkapazitäten, die beschäftigt werden wollen, um ihre Investitionen zu amortisieren.

Selbsteinweisungen ins Krankenhaus fanden in Berlin nach Auskunft des ehemaligen AOK-Vorsitzenden Tesic in einigen Häusern bei mehr als 50 % der akut stationär versorgten Patienten statt.

Oft sind es folglich subjektive Wertungen der Patienten, die die Kriterien für das CASE-Management in Deutschland liefern.

gleichermaßen Potential mitbringen, sich für ein ausreichend qualifiziertes Versorgungsmanagement zu etablieren und zu empfehlen.

Bei der (Weiter-)Entwicklung des Versorgungsmanagements müssen auch die dafür maßgeblichen Grenzen entwickelt und beachtet werden. Zu den Grenzen, die wir nicht brauchen, zählen die gesetzliche Zuweisung der Funktionen des Versorgungsmanagements und die gesetzliche Festlegung der hierzu erforderlichen Qualifikation. Ebenso wenig sind gesetzliche Vorgaben für die Incentives der Beteiligten anzustreben. Überhaupt sollte der Gesetzgeber von konkreten Vorgaben Abstand nehmen und lediglich Rahmenbedingungen für eine Evolution von Systemen zum Versorgungsmanagement aufstellen.

Zu den gesetzlichen Grenzen, die demgegenüber für notwendig erachtet werden müssen, sind die Sicherstellung der Schutzfunktion der Krankenversicherung, der Schutz der ökonomisch Schwachen, die Qualitätskontrolle, die Transparenz des Leistungsgeschehens und der Wettbewerb der Anbieter zu rechnen.

In Anspielung auf den Titel dieses Referats läßt sich zusammenfassen, daß das Versorgungsmanagement mit den richtigen Grenzen gute Chancen hat, die Qualität zu sichern und Rationalisierungspotentiale zu erschließen. Somit bietet das Versorgungsmanagement in Grenzen Chancen. Die Chancen wachsen mit den Grenzen, aber ein Versorgungsmanagement in Grenzen bietet nur wenig Chancen.

Ich nehme die Hausärzte selbst da nicht aus. Auch wir können nicht alles belegen, was wir sagen und was wir uns wünschen.

Das zuvor Gesagte mag aber belegen, daß bei der Frage nach den Grenzen des Versorgungsgeschehens nicht primär diskutiert werden sollte, ob der Hausarzt die fachlichen Voraussetzungen dafür erfüllt, als Lotse den Patienten durch das Versorgungssystem zu führen. Die richtige und auch journalistisch nach meiner Auffassung primär interessante Frage ist doch, ob der Hausarzt die Steuerung des Versorgungsgeschehens als medizinischer Fachmann mit schlechteren Ergebnissen vollzieht, als der Patient dies, gestützt auf bloße subjektive Erwägungen, als medizinischer Laie tut. Da bin ich schon der Meinung, daß Hausärzte die medizinischen Grundlagen der Facharzt- und Krankenhauswahl und damit die Basis für ein rationales CASE-Management eher mitbringen als Patienten. Unbestritten ist aber auch, daß Letztere mitentscheiden müssen, weil schließlich Patienten nur selber wissen können, ob sie Vertrauen zu einem Arzt haben.

Als Konsequenz dessen empfiehlt sich grundsätzlich die freie Arztwahl. Welche Spezialistengattung hingegen aufgesucht werden sollte, also ob Kardiologe, Nephrologe, Pulmologe, diese Entscheidung sollte man dem medizinischen Fachmann, und das heißt am besten dem Hausarzt, überlassen.

Ganz offensichtlich brauchen wir so etwas wie ein Patient-Arzt-Bündnis, in dem der Patient den Freiraum hat, seine subjektiven Versorgungsziele zu bestimmen, und der Hausarzt ihn berät, die fachlich medizinischen Aspekte problem- und situationsgerecht zu berücksichtigen.

Dieses CASE-Management bei Gesundheitsförderung und Krankheitsbehandlung ist an eine Reihe von Voraussetzungen gebunden.

Ziele kann man nur kommunizieren und gemeinsam erreichen, wenn sie für alle Beteiligten hinreichend definierbar und quantifizierbar sind. Management ist nur auf der Grundlage von quantifizierbaren Soll-Ist-Vergleichen möglich. Ohne diese Voraussetzung ist die ökonomische Beurteilung des Zielerreichungsgrades und des dafür erforderlichen Aufwands nicht möglich.

Des weiteren ist zu berücksichtigen, daß Gesundheitsmanagement in keinem systematischen Gegensatz zur Sacharbeit steht. Vielmehr ist es in der Alltagsarbeit von Heilberufen üblich, neben dem CASE-Management auch Sacharbeit zu betreiben (Wenn Sie Ihre e-mail selbst in den Computer tippen, betreiben Sie Sacharbeit. Wenn Sie sie Ihrer

Sekretärin diktieren, ist damit bereits der Einstieg ins Management vollzogen, weil Sie dann die Arbeit von jemand anderem veranlassen.).

Die Frage nach dem CASE-Management des Hausarztes hat nichts mit dem Gegensatz zwischen Management und Sacharbeit zu tun. Hausärzte betreiben meistens erst Sacharbeit. Und nur wenn sie damit das Patientenproblem nicht hinreichend lösen können, steuern sie die Problemlösung über das CASE-Management.

Wenn beispielsweise jemand in die Praxis kommt und nicht hören kann, wird man zunächst den Gehörgang inspizieren, und wenn er durch einen Ohrenschmalzpfropf verschlossen ist, wird man diesen entfernen, womit das Problem gelöst ist. Sollte der Pfropf aber zu fest sitzen, würde man zum Hals-Nasen-Ohren-Arzt überweisen. Und das wäre dann eine Managementmaßnahme.

Oft geht es zunächst erst einmal darum, das Problem für den nächsten Problemlösungsschritt ausreichend zu beurteilen und zu beschreiben. Sodann muß entschieden werden, ob für die Lösung des Problems Sacharbeit ausreicht oder ob eine Maßnahme des CASE-Managements dafür erforderlich ist.

Die hierbei erforderliche Kommunikation scheitert bisweilen daran, daß Begriffe nicht definiert sind und sich auch nur schwer definieren lassen. Dies ist deshalb von Bedeutung, weil es beim CASE-Management nicht nur um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Heilberufen und Krankenhäusern geht, sondern auch um die sozialrechtlichen Regelungen von Finanzierungsfragen. Unterschiedliche Auffassungen von Gesundheit und Krankheit stehen deshalb bisweilen einer Lösung von Problemen im Wege. Dies ist nicht so sehr in bezug auf objektiv gut definierte Erkrankungen, wie z. B. den Diabetes der Fall, wohl aber in bezug auf Angstkrankheiten und in bezug auf Wertungen, z. B. wieviel Freiheit von Behinderungen durch Krankheiten ein Mensch auf Kosten der Allgemeinheit beanspruchen kann.

Dies ist im Grunde genommen eine sozialpolitische und keine medizinische Frage, weswegen Gesundheitsmanagement immer auch eine politische Dimension hat. Letztlich müssen die demokratisch gewählten Gremien der Gesellschaft bestimmen, was notwendig ist und was nicht. Mediziner haben lediglich einen Expertenstatus auch gegenüber Politikern, um sie zu beraten, wie man die Dinge bei Würdigung medizinischer Aspekte sehen könnte.

Letztendlich wird aber das Gleichgewicht zwischen Individuum und Gesellschaft sowie zwischen Selbstbeteiligung und Sachleistungsanspruch in einem öffentlichen Diskussionsprozeß erörtert und in den demokratisch gewählten Gremien des Staates entschieden werden müssen.

Dies hat auch, unabhängig von der derzeit regierenden Koalition, die CDU-CSU-FDP-Regierung nicht anders gesehen. All die Eingriffe, die Leistungsanbieter heute so sehr beklagen, wie Globalbudget, Arzneimittelbudget, Dominanz von Patient und Arzt durch die Bürokratie, sind ein Produkt der Lahnstein-Koalition und der Sozialrechtsnovellen, die unter der Verantwortung des Gesundheitsministers Seehofer eingebracht wurden.

Die damaligen Grundentscheidungen treten in der heute amtierenden Regierung in anderer rechtlicher Form wieder zu Tage. Diese Regierung und ihre Vorgängerin haben die Gemeinsamkeit, daß sie gleichermaßen die politische Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsgütern übernehmen und diese nicht dem einzelnen überlassen, andererseits aber auch die hierfür erforderlichen finanziellen Mittel gesamtwirtschaftlich verträglich und begrenzt halten wollen.

Als Arzt bin ich Dienstleister in diesem politisch gesteuerten System. Ich kann mir nicht aussuchen, in welches bürokratische Gefängnis mich die politischen Kräfte jeweils stecken. Folglich muß ich mich an die politischen Vorgaben des Sozialrechts anpassen, genau wie an den Auftrag des Patienten auch. Als Bürger mit Wahlrecht werde ich genauso über Pro und Kontra der Regelungen mit diskutieren und darüber mit abstimmen wie alle anderen auch.

Das CASE-Management des Hausarztes bei der Gesundheitsförderung und Krankheitsbehandlung muß von zwei Aspekten der Problemdefinition ausgehen.

Den einen Aspekt bietet die subjektive Sicht des Patienten. Er versteht subjektiv unter Gesundheit etwas ganz anderes als der Arzt mit seinem medizinischen Weltbild, welches ganz wesentlich durch die Physik des 19. Jahrhunderts mit ihrer Objektivierungstendenz geprägt ist.

Ein Hypertoniker beispielsweise fühlt sich für gewöhnlich gesund. Krank ist er aus seiner Sicht allenfalls dann, wenn er Schwindelzustände bekommt, nicht mehr schlafen kann oder unter Schweißausbrüchen leidet. Im Gegensatz dazu mißt der Arzt die Erkrankung daran, wie weit die Blutdruckwerte von der Norm abweichen. Mit dem Behandlungsergebnis

ist ein Arzt dann zufrieden, wenn z. B. nach erfolgreicher Gewichtsabnahme oder Medikamentenbehandlung der Blutdruck normalisiert wurde.

Das Gesundheitsmanagement muß darauf zielen, immer beiden Aspekten der Problemsicht gerecht zu werden. Einerseits muß Patientenzufriedenheit erreicht werden, andererseits ein Behandlungsergebnis, welches den Normen der Medizin entspricht.

Diese Janusköpfigkeit des CASE-Managements ist schwierig, weil gerade persönlichkeitsstarke Patienten Compliance-Probleme liefern. Sie sind oft gar nicht bereit, sich der Autorität von Ärzten in jedem Fall so anzupassen, wie eine medizinische Richtlinie oder Leitlinie dieses unterstellt.

Deswegen müssen Art und Qualität der Leitlinien auch daran gemessen werden, ob sie durch die Patienten akzeptiert und bewältigt werden können und ob alle an der Lösung eines Patientenproblems beteiligten Gesundheitsfachberufe den Inhalt der Leitlinie akzeptiert haben.

Es mag eine Leitlinie des Hochschullehrers oder einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft für einen engen Versorgungsbereich geben. Dies aber nur dann, wenn ein Patientenproblem, etwa ein epileptisches Anfallsleiden, ausschließlich in diesem engen Versorgungsbereich behandelt wird, z. B. beim Neurologen.

Immer dann, wenn mehrere Fachberufe im Gesundheitswesen an der Lösung eines Problems beteiligt sind, muß die Leitlinie daraufhin geprüft werden ob sie jedem der Beteiligten eindeutig ein Handlungsfeld zuweist, und ob der Inhalt dieses Handlungsfeldes von den Beteiligten akzeptiert wird.

Zu diesem Prozedere hat das Institut of Medicine in Washington 1992 im British Medical Journal publiziert (Lohr et al.). Die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung bei der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich diese Prinzipien zu eigen gemacht.

Danach sollen Leitlinien daraufhin überprüft werden, ob sie flexibel sind und eine Anpassung an individuelle Gesichtspunkte ermöglichen. Dies ist für das Gesundheitsmanagement besonders wichtig, weil sonst die subjektiven Präferenzen der Patienten nicht mehr berücksichtigt werden können.

Ferner kommt es darauf an, daß Leitlinien klar, unmißverständlich in der Terminologie, multidisziplinär angelegt sind, eindeutige Dokumentations-

vorschriften enthalten, die Rollen der an der Problemlösung beteiligten Berufe exakt beschreiben etc.

Dieser komplizierte Prozeß ist nicht für alle Patientenprobleme darstellbar, sondern immer nur für eine relativ kleine Teilmenge derselben.

Aufgrund von Erfahrungen in den HMOs der USA kann man davon ausgehen, daß es für 40 bis 60 Erkrankungen solche für alle Problemlösungsbeteiligten verwertbare Leitlinien geben könnte.

Wichtig ist, daß die relevanten Massenerkrankungen, wie Diabetes, Hypertonie, koronare Herzkrankheit, in solchen Leitlinien bearbeitet werden. In ihnen müssen Fragen prioritärer Gesundheitsziele ebenso bearbeitet werden wie die Frage, von welchem Schweregrad einer Erkrankung ab welcher Fachberuf die Versorgung tätigt und in welchen Fällen abwartendes Offenlassen das Managementprinzip der Wahl ist.

Gesundheitsmanagement ist oft deswegen besonders schwierig, weil inverse Ziele vorgegeben sind:

Einerseits möchten wir so viele Patientenprobleme wie möglich lösen, und dies mit optimaler Qualität. Andererseits wollen wir so sparsam wie möglich arbeiten. Das Sparsamkeitsprinzip ist aber nur begrenzt vereinbar mit dem Ziel optimaler Versorgungsmenge und Qualität.

Will man den Konflikt auflösen, dann muß man in einem öffentlich verantworteten Gesundheitswesen ein Problem immer dort lösen, wo dies mit dem erforderlichen Qualitätsstandard am kostengünstigsten möglich ist.

Hierbei sollte sich die Problemlösung am erforderlichen minimal notwendigen Qualitätsstandard, nicht aber an der maximal möglichen Qualität orientieren. Die Post transportiert die ihr anvertrauten Briefe auch nicht mit einem Rolls-Royce, sondern mit dem für diesen Zweck wirtschaftlichsten Auto (z. B. mit einem VW-Bus), und macht diese Qualitätsstufe als die wirtschaftlichste quantitativ überprüfbar. Analoges kann im Gesundheitswesen geschehen, wie sich am Beispiel eines Typ-2-Diabetes zeigen läßt.

Dieser ist dann ausreichend behandelt, wenn es gelingt, für einen bestimmten Zeitabschnitt, z. B. ein Jahr lang, einen normalen HBA1C etwa von 7 oder niedriger zu erreichen. Es ist dann diejenige Problemlösung die günstigste, die dieses Ziel mit dem niedrigsten Kostenaufwand erreicht.

Die Selbstversorgung des Patienten - Laienversorgung also - ist am kostengünstigsten. Mehr als einen normalen HBA1C für eine definierte Zeit kann man nicht erreichen, wenn man sich ein rationales Managementziel bei der Behandlung dieser Erkrankung setzt. Ist der Patient so geschult, daß er durch Selbstversorgung dieses Ziel erreicht, muß er nicht zum Arzt gehen. Benötigt er aber Hilfe, dann ist die nächst kostengünstigere Versorgungsstufe die hausärztliche. Reicht diese nicht aus, ist die ambulante Spezialversorgung etwa durch einen Diabetologen dran. Und erst wenn diese nicht zu einem normalen HBA1C führt, kann eine teure stationäre Versorgung in Frage kommen.

Was aber ist die Realität? Angestellte der BfA besuchen alle paar Jahre eine Kurklinik für Diabetiker, ohne daß dieses mehr bringt als eine Patientenschulung im ambulanten Bereich. Analoges gilt für die Hypertonie, für Übergewicht, für arthrotische Gelenkprobleme etc.

Bei allen Langzeiterkrankungen hat man es mit dem Problem zu tun, daß eine Risikofaktorenkonstellation über viele Jahrzehnte verbessert werden muß, damit bestimmte Folgekrankheiten nicht auftreten. Immer hat der einzelne mit seinem Lebensstil bessere Einwirkungsmöglichkeiten auf die Risikofaktoren einer Erkrankung als die Gesundheitsfachberufe und Ärzte.

Dieser medizinischen Tatsache wird die Allgemeinmedizin gerecht, indem sie den Patienten lebensbegleitende Konzepte zur Verfügung stellt, die ein Höchstmaß an Autonomie bei der Begleitung von Erkrankten anstreben. Eine Medizin, die von der Optimierung der Versorgungs- und Betreuungsprozesse ausgeht, die Querschnittsdiagnostik und Reparaturansätze in den Vordergrund stellt und die sich für das Leben der Patienten erst in vollem Umfang zuständig fühlt, wenn das Kind bereits in den Brunnen gefallen ist, wenn also die nur noch schwer reparierbaren Endzustände von jahrzehntelanger Einwirkung von Risikofaktoren bereits zu beklagen sind, ist nicht erstrebenswert.

Es ist das Ideal der Allgemeinmedizin, den Patienten jahrzehntelang zu begleiten, und zwar so, daß er sich selber helfen kann, ihn auch immer wieder so weit zu bringen, wenn er - aus welchen Gründen auch immer - dekompensiert. Analoges gilt für die Familie.

Es soll allerdings auch so früh wie notwendig fachärztliche Versorgung mobilisiert werden, um weitere risikoreiche Krankheitsverläufe zu vermeiden, etwa wenn Komplikationen auftreten. Die Einzelheiten sollen in fachübergreifenden Leitlinien geregelt werden.

Lassen Sie uns nun einen Blick auf die tatsächlichen Verhältnisse bei der Aufgabenteilung im Gesundheitswesen werfen.

Nach Abholz sind ca. 80 % der alltäglichen Patientenprobleme Gegenstand der Laienversorgung. Jedenfalls werden sie nicht an einen Arzt herangetragen, allenfalls an einen Heilpraktiker oder Apotheker.

Lediglich 20 % der Patientenprobleme führen zu einem Behandlungsauftrag an den Arzt. Hiervon erledigen 75 % die Allgemeinärzte, 22 % Fachärzte und 3 % das Krankenhaus.

Bezogen auf 100 % der Patientenprobleme werden nur 0,3 % der Patienten einer Krankenhausversorgung oder einer spezialisierten Versorgungsstufe mit intensiver Forschung zugeführt.

Ganz anders verteilen sich die Kosten. 40 % entfallen auf die Krankenhausversorgung, die verbleibenden 60 % verteilen sich ungefähr zur Hälfte auf ambulante Fachversorgung und hausärztliche Versorgung.

Ein effizient arbeitendes System der Gesundheitssicherung sollte deshalb das Prinzip verfolgen, alles im ambulanten Bereich zu versorgen, was nicht unbedingt stationär geschehen muß.

Was innerhalb der ambulanten Versorgung nicht unbedingt in der Spezialversorgung erarbeitet werden muß, sollte in die Primärversorgung verlagert werden. Was die Primärversorgung nicht tun muß, weil es der Patient auch selber kann, sollte in die Laienversorgung verlagert werden.

In Deutschland gehen wir aber den gegenteiligen Weg, wenn wir Patienten managen lassen. Diese folgen dann ihrer Bequemlichkeit und verzichten auf Askese.

Wir wissen, daß die meisten Risikofaktorenerkrankungen durch Verzicht auf Fett und andere Kalorienträger sowie durch Bewegung günstig beeinflußt werden.

Wenn man Versichertenkarten mit optimalen Freiräumen etabliert, hat dies zwingend zur Folge, daß systematisch Krankheit produziert wird durch Unterlassen von Selbstbehandlung. Denn durch die Scheckkarte wird die Dienstleistungsnachfrage nach Fremdbehandlung und damit die Bequemlichkeit gefördert. Dies vermehrt die durch Risikofaktoren bedingten Erkrankungen.

In Amerika kann man sich die Folgen als schichtenspezifisches Problem besehen. Die aufgeklärte Überschicht joggt, verzichtet auf das Rauchen, entwickelt gesundheitsfördernde Lebensstile. Die Unterschicht mißt 1,50 m im Kubik, wird Opfer von Turbofutter, Fernsehen und Immobilität.

Geht man dann von dem sozialpolitischen Ideal gleicher Gesundheitschancen in allen Schichten aus, dann ist die Versorgung nicht mehr bezahlbar.

Unser Verband (der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands e. V. - Hausärzteverband - BDA) hat aus diesen Überlegungen heraus gefordert, die gesetzlichen Krankenkassen zu verpflichten, den Versicherten einen Primärarzttarif anzubieten. Keineswegs soll Zwang ausgeübt werden. Jeder soll sich seine Fachärzte oder auch Krankenhäuser wählen wie er will. Auch bei geöffneten Krankenhäusern würde dieses Prinzip von uns akzeptiert, weil es keinen Sinn macht, den direkten Weg zum Facharzt zu öffnen, den direkten Weg zum Krankenhaus aber nicht. Da muß man dann konsequent sein.

Aber es werden sich Anreize einstellen, den wirtschaftlichsten Tarif zu wählen. Ob das der Hausarzttarif sein wird, wird die Praxis und Empirie zeigen. Unser Verband meint jedenfalls, daß man einen Wettbewerb der Versorgungsformen etablieren sollte. Wählt der Patient einen Hausarzt als Lotse, dann zahlt er den Krankenversicherungsbeitrag, der sich aufgrund der Wahl dieser Versorgungsform ergibt. Nimmt der Patient für sich in Anspruch, Facharzt und Krankenhaus ohne Begleitung des Hausarztes frei zu wählen, dann akzeptiert er die daraus resultierenden Kosten und den auf diese Weise errechneten Krankenversicherungsbeitrag.

Damit das funktioniert, muß sich ein Versicherter für möglichst lange Zeit einschreiben, im Idealfall lebenslang. Dies ist richtig, weil eine Hypertonie 4 bis 5 Jahrzehnte wirken muß, bis sie den Schlaganfall produziert hat. Analoges gilt für andere Risikofaktorenerkrankungen.

Lassen Sie mich nun noch auf die Frage zurückkommen, welche Aus-, Fort- und Weiterbildung als Grundlage für das CASE-Management gegeben sein muß.

Hier ist zunächst darauf hinzuweisen, daß nur die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin Erfahrungsräume im ambulanten Bereich vorsieht, also dort, wo 97 % der Patientenprobleme gelöst werden. Die Summe aller Fachweiterbildungen findet an hochselektierten Patienten im Krankenhaus, also bei 3 % der Erkrankten, statt.

Dessen ungeachtet, bieten die Weiterbildungsordnungen der verschiedenen Fachgebiete hinreichend Ansätze für Verbesserungen. Dies gilt aber nicht nur für die Allgemeinmedizin, sondern ebenso für Urologen, Orthopäden, Gynäkologen und andere fünf oder mehr Jahre weitergebildete Spezialisten.

Letztere sind an der Klinik nicht nur an einer sehr kleinen vorselektierten Teilmenge von Erkrankten tätig, sondern sie üben dort auch im wesentlichen invasive Diagnostik und operative Methoden aus. Hinterher in der Praxis sollen sie das historische Prinzip der Medizin lebensbegleitend anwenden, ohne daß sie dieses in der Weiterbildung erfahren hätten. Gynäkologen und Urologen haben mit Alterskrankheiten und familienmedizinischen Problemen zu tun, die nicht Bestandteil ihrer Weiterbildung gewesen sind.

Qualitätsfragen wird man aus diesen Gründen nicht anführen können, wenn man eine Versorgung ohne Hausärzte propagiert.

Die Steuerung der Patienten durch den Hausarzt als Lotsen hat sich bei der privaten Krankenversicherung (Elementartarif der COLONIA) über mehrere Jahre bewährt (siehe hierzu Ergebnisse der Pressekonferenz der COLONIA-Krankenversicherung vom 29.09.1999).

Der wesentliche Produktivfaktor der Lotsenfunktion des Hausarztes ist das Vieraugenprinzip. Auch Fachärzte arbeiten sorgfältiger und wirtschaftlicher, wenn sie durch die Kritik des Hausarztes begleitet sind. Und ganz selbstverständlich wird ein Hausarzt, der die Supervision eines Facharztes erlebt, nicht so leicht Leistungen erbringen, in denen er keine regelmäßige Übung hat.

Im Ergebnis resultiert durch die Lotsenfunktion des Hausarztes eine qualitätvollere Versorgung zu niedrigeren Kosten.

Chancen und Grenzen des Versorgungsmanagements durch Haus-, Facharzt oder Krankenkassen

Winfried Schorre

Vielleicht darf ich, nachdem ich „Guten Tag" gesagt habe, gleich die Frage aufnehmen. Es ist in der Tat etwas passiert. Zunächst einmal ist durch die Diskussion auf dem Hausärztetag etwas in Gang gekommen. Ich habe ja damals den Vorschlag gemacht, daß wir nicht länger theoretisch diskutieren, sondern konkret einmal ausprobieren, ob überhaupt Akzeptanz besteht für das eine oder andere an Lösungsvorschlägen, was zum Thema Hausarzt, Facharzt seit Jahren strittig diskutiert wird. Ich hatte angeboten, daß wir eine solche Erprobung in Nordrhein durchführen. Wir sind in Nordrhein deswegen konkret in Verhandlungen mit den Krankenkassen. Wir haben dazu ein klares Modell erarbeitet und gehen davon aus, daß wir über seine Durchführung im nächsten Jahr abschließend verhandeln können. Dabei muß man allerdings sagen, daß die Krankenkassen sehr zurückhaltend sind, weil ihr Glaube an die Effektivität des Modelles nicht sehr groß ist. Da reicht die mystische Überzeugungskraft eines Vorsitzenden allein nicht aus, um derartige Zweifel zu überwinden. Aber gerade bei den Ärzten ist der Wille da, ein Modell wirklich regional auszuprobieren, und ich glaube, daß das auch der einzige Weg ist zu klären, wie sich eine Stärkung der Funktion des Hausarztes auf die Versorgung auswirkt. Die Diskussion über die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ist aus meiner Sicht theoretisch völlig überlastet und überzogen, und man sollte sich vielleicht dadurch einige Befreiungsschläge leisten, daß man zu bestimmten Themen einfach mal ein Modell macht - auf regionaler Ebene und unter Vergleichsbedingungen, was ja auch schon seinen Niederschlag gefunden hat in der Gesetzgebung, zumindest in der Gedankenwelt des Gesetzgebers.

Ich hatte die Vorgabe, kein Referat vorzubereiten, sondern daß ich mich darauf vorbereiten sollte, auf Herrn Kossow zu antworten. Das ist natürlich eine ehrenvolle Aufgabe, die ich aber nicht so verstanden habe, daß ich jetzt sozusagen der Opponent bin von Herrn Kossow und jetzt Facharztinteressen zu vertreten hätte. Damit liege ich auch deswegen ganz richtig, da Herr Kossow ja auch nicht typische Hausarztinteressen vertreten hat, sondern versucht, zum Thema Versorgungsmanagement einige grundsätzliche Gedanken zu machen. Auch ich möchte das tun.

Zunächst einmal möchte ich fragen, wieso wir eigentlich so intensiv über Versorgungsmanagement diskutieren. Mein Vater, der auch Mediziner und funktionäroid war, also nicht so weit gekommen ist wie sein Sohn

auf der hierarchischen Leiter, der kannte den Begriff überhaupt nicht. Heute reden wir über Versorgungsmanagement und benutzen eine Fülle von amerikanisierten Begriffen, wobei ich das Gefühl habe, daß wir manchmal gar nicht wissen, worüber wir reden. Das ist ein Spezifikum der heutigen Diskussion, daß man oft gar nicht weiß oder versteht, was der andere meint. Wir gebrauchen zwar die gleichen Begriffe, interpretieren sie aber je nach Interessenlage völlig anders. Ich hatte da ein präorgiastisches Erlebnis neulich im Ministerium, als ein leitender Ministerialbeamter mit Herrn Dr. Hess und mir in die Diskussion eintrat, was denn der Sicherstellungsauftrag sei. Wir haben dann in der Diskussion festgestellt, daß wir bewußt verschiedene Interpretationen hatten, und deshalb war auch völlig klar, daß wir nicht zusammenkommen konnten. Versorgungsmanagement ist also scheinbar eine neue Idee, die ja irgendwo herkommen muß. Wieso müssen wir anscheinend darüber reden? Ich denke, daß in der Vorgeneration nicht darüber diskutiert werden mußte, weil die Eigendynamik im Versorgungssystem in sich irgendwo stimmig war. Zumindest durfte man das so lange sagen, solange es keine Klagen gab. Es gibt ja eine Logik in einem System, die mag man von außen bezweifeln, aber wenn alle Beteiligten mit etwas zufrieden sind, dann kann man vielleicht davon ausgehen, daß es ja zunächst einmal so in Ordnung ist. Zumindest hat offensichtlich das Zusammenspiel in der Arbeit zwischen Arzt und Patient funktioniert. Dann scheint es mir, daß es insbesondere in den letzten zwei Jahrzehnten zu häufig verleugneten Fehlentwicklungen im System gekommen ist. Dieses System wurde dann gekennzeichnet durch zunehmende Eigeninteressen der verschiedenen Beteiligten. Ich denke, da ist keiner besser oder schlechter als der andere. Die Versorgungsansprüche auf seiten des Patienten, das ökonomisch wachsende Eigeninteresse des Arztes und das Interesse der Krankenkassen, als Wirtschaftsunternehmen zu fungieren, sind Faktoren, die eigentlich die medizinische Tätigkeit stören. Die Medizin hat ja was Autistisches. Die Medizin ist ja zunächst mal im idealen Sinne auf einen anderen gerichtet. Ich habe die Aufgabe, einem anderen zu helfen, ihn zu heilen oder ihm Linderung zuzuführen. Das hat mit meinem eigenen Wohlbefinden und mit meinem eigenen Vorteil zunächst eigentlich nichts zu tun. Das mag eine idealisierte Betrachtung sein. Ich denke, es hat aber schon Annäherungswert. Für mich ist, weil ich mich noch einmal auf den Begriff des Tages besinnen möchte, und Herr Dr. Dierks hatte das ja angesprochen, Versorgungsmanagement eigentlich für einen Mediziner ein Widerspruch in sich. Versorgung richtet sich auf den anderen, und Management hat nach meinem Verständnis zumindest was zu tun mit zielgerichteter Orientierung, mit der ich aber auch etwas zu tun habe, also etwas mit Profit, mit Erfolg, mit Vorteil. Und so ist die Medizin zumindest nicht angelegt. Ob das richtig ist, darüber können wir diskutieren. Das System ist in dem Moment ins Wanken gekommen, als die zum Teil

widersprüchliche Zunahme der Eigeninteressen der Beteiligten an Grenzen gestoßen ist. Die Grenzen sind dadurch aufgezeigt, daß das Geld begrenzt ist. Das ist ja etwas, was den Arzt grundsätzlich erschüttert hat im literarisch-pathetischen Sinne. Wir Ärzte sind ja als erstes Menschen, die zunächst einmal nichts mit der Juristerei zu tun haben, die nichts mit der Betriebswirtschaft zu tun haben, die von Organisation nichts gelernt haben. Wir sind dann im Laufe der Entwicklung nach dem Krieg in eine Situation gekommen, mit Eigenschaften arbeiten zu müssen aufgrund der Gesamtentwicklung, die uns überhaupt nicht zur Verfügung stehen, einzelne Genies in unseren Fachgruppen mal ausgenommen. Es hat sicherlich einen Grund, warum der Arzt als Typ nicht Jurist geworden ist, nicht Betriebswirt. Es ist eher sogar verständlich, daß viele gewisse künstlerische Aktivitäten haben. Es fällt auf, daß sehr viel musische Menschen in diesem Arztberuf sind. Dieses Zusammenspiel der eigentlichen Aufgabe, der Versorgung von kranken Menschen, aber unter den neuen Bedingungen nach dem Kriege, nämlich mit der Notwendigkeit, organisieren zu können, Geld verwalten zu können, Strukturen aufbauen zu können, was von der Juristerei zu verstehen, vor allen Dingen von Betriebswirtschaft, behaupte ich, ist eine Überforderung, in die der Arzt hineingekommen ist. Das hat oft zu babyhaften Strampeleien geführt. Wir versuchen, aus unseren Vorstellungen heraus ein Problem zu lösen, was andere, die draußen sind, kopfschüttelnd betrachten. Wenn sie Strukturen, Organisationen in Praxen sehen, dann sagen uns die Praxisberater und die von uns manchmal hochbezahlten Unternehmensberater: „Wie ihr eure Praxis organisiert, wie ihr Kostenmanagement macht, das ist irgendwie so laienhaft, das ist ja unfaßlich, das ist eine Fundgrube für Berater!“ So haben wir doch einen Sinn in dieser Gesellschaft, wenn es schon mit der Versorgung schlechter wird, versorgen wir zumindest bestimmte Berufe dann doch mehr. Aber ich denke, daß die Tatsache, daß ein für die Erfordernisse einer modernen Welt nicht ausreichend vorgebildeter Arzt mit einem Ideal im Kopf auf die Tatsache begrenzten Geldes stößt und gleichzeitig die Dynamik seines Fachs, der Medizin, im Nacken hat - und das im Fokus einer immer kritischer werdenden Gesellschaft - daß diese Tatsache eine Steuerung des Geschehens erfordert. Wir erleben das ja in diesen Monaten und Jahren, wenn das so weitergeht, man hat so ein Chaosgefühl. Das, was da gestern im Bundestag passiert ist, ist nur die Oberfläche, das ist ja nur ein Symptom. Aber letztlich passiert es dem Gesundheitswesen. Es wird zunehmend chaotisch. Und deshalb erfordert die Situation eine Steuerung. Wer soll aber steuern? Und nach dem Provozierten, vorhin Gesagten behaupte ich, daß keine der in Frage kommenden Gruppen die Steuerung allein übernehmen darf, weil sonst das Prinzip des Wettbewerbs, was ja immer stärker ins Medizinwesen hineingenommen werden soll, und die angedeuteten Eigeninteressen eine vernünftige Lösung und da-

mit eine sinnvolle Steuerung unmöglich machen würde. Ist es denn nun der Staat? Wir haben einen Teil der Regierung, die das glaubt. Ich denke, daß sich der Staat auf die Benennung von Rahmenbedingungen unbedingt begrenzen müßte, verstehe aber auf der anderen Seite, daß das Erleben die Beteiligten im Gesundheitswesen natürlich auch als politisch Verantwortliche nicht besonders ruhig schlafen läßt. Viele der gesetzlichen Aktivitäten sind sicherlich dadurch zu begründen, daß man sagt: Die Selbstverwaltung oder die einzelnen Beteiligten kriegen eben keine sinnvolle Steuerung hin. Und deshalb glaube ich, wir müssen ein Steuerungssystem finden, damit die Versorgung der Patienten entsprechend unseren Möglichkeiten hier in Mitteleuropa angemessen ablaufen kann. Der Staat muß sich auf das Geben von Rahmenbedingungen beschränken. Wer kommt denn dann überhaupt noch in Frage? Hier bekenne ich mich als absoluter Vertreter einer Selbstverwaltungslösung. Ich finde es richtig und nach wie vor für die Zukunft richtungsweisend, daß die Beteiligten nach dem System der Selbstverwaltung mit dieser Aufgabe betreut werden. Was sollen die denn nun tun? Sie sollen organisieren, was Herr Kossow eben in der ihm eigenen Klarheit gesagt hat. Das kann ich nur absolut unterstützen, Problemlösungen auf der geeigneten Ebene und zu kostengünstigsten Bedingungen. Das, denke ich, ist etwas, was man als Arzt ohne weiteres vertreten muß. Ich möchte das ergänzen um eine Forderung meinerseits, und damit bewege ich mich jetzt schon in Richtung Problem Hausarzt/Facharzt. Dabei habe ich mich entschlossen, diese Forderung zunächst völlig ohne Polemik vorzutragen, weil ich abwarten muß, wie Sie reagieren und wie auch Herr Kossow reagiert. Bei diesem Steuerungsversuch durch Rahmenbedingungen des Staates und Maßnahmen der Selbstverwaltung, die das dann sozusagen zu realisieren hat, muß von einer „arbeitsteiligen Kooperation" ausgegangen werden. Ich halte überhaupt nichts von der gegenwärtigen Verzahnungsdiskussion und hoffe in Herrn Kossow und seinen Mitstreitern hier einen Kombattanten zu finden. Die Befürworter der Verzahnung behaupten zwar, sie wollen klare Verhältnisse schaffen, auf der anderen Seite kommen aber neue Überlappungsfelder zustande, durch welche die Verantwortungsbereiche verwischt werden. Insofern leisten wir uns eine grandiose Nebelkerze, indem wir nämlich in dem in den Medien scheinbar andauernden Krieg Hausarzt/Facharzt Frieden bereits geschlossen haben. Wenn die mit der Vereinbarung „Hausärzte, Internisten, KBV" getroffenen Absprachen zur arbeitsteiligen Kooperation umgesetzt werden, dann haben wir klare Verhältnisse. Diese Vereinbarung zeichnet sich zum Beispiel dadurch aus, daß die Kompetenzen von Allgemeinärzten, haus- und fachärztlichen Internisten und Schwerpunktinternisten ganz klar zugeordnet worden sind, etwas, von dem weder Herr Kossow noch ich gedacht hätten, daß wir das hinkriegen. Die Hoffnung war stark, aber der Glaube ließ nach. Wir haben das geschafft, und ich denke, das

ist ein ganz wichtiges Modell für die arbeitsteilige Kooperation auch in anderen Bereichen. Ich glaube, daß es ganz wichtig ist, im Rahmen der Bedingungen, die der Staat vorgeben muß, die Macht der Steuerung nicht nur einer Gruppe zu übertragen, sondern arbeitswillige Kooperation dadurch herbeizuführen, daß man gewisse Vorgaben auf der Selbstverwaltungsebene macht, so daß, so möchte ich es einmal nennen, eine „Versorgungsselbstverständlichkeit" entsteht. Es muß aus der Problematik heraus eine Dynamik ausgelöst werden, die eine medizinische Logik in sich hat. Das, was ich eben Eigeninteresse genannt habe, verführt den einzelnen, von dieser Grundidee abzukommen. Ich muß aber viele enttäuschen, die jetzt, zumindest beim derzeitigen Stand der Referate, davon ausgegangen sind, daß wir eine Showdiskussion Hausarzt gegen Facharzt führen. Es muß eine Versorgungsselbstverständlichkeit entstehen. Dazu paßt sehr gut, „Problemlösungen auf der geeigneten Ebene" zu finden. Dazu paßt nach meinem Verständnis auch sehr gut eine arbeitsteilige Kooperation. Ich liebe ja geradezu das Bild der Verteidigung der Stadt La Valetta. Das ist eine wunderbare Geschichte. Als nämlich die Türken angriffen und La Valetta dann aber deshalb nicht einnehmen konnten, weil man arbeitsteilig kooperiert hat, das heißt, jede Landsmannschaft bekam einen bestimmten Mauerabschnitt nach einem Generalplan. Da gab es kein Auf-die-Toilette-gehen, da gab es kein Heimweh, kein Gar-nichts, das wurde verteidigt bis zum Umfallen, und La Valetta steht heute noch unbeschädigt. Diese arbeitsteilige Kooperation und die Problemlösung auf der richtigen Ebene sind, glaube ich, die Lösung. Dabei sind wir aber zur Zeit gezwungen, sehr viele Verwaltungslösungen uns selbst aufzuzwingen, weil das System mit seinen falschen Anreizen und Verführungen den freien Willen der Ärzteschaft, aber auch den anderer Beteiligter in die falsche Richtung lenken. Die Dynamik im System ist so, daß sich manche überhaupt nicht anders verhalten können, als sie sich verhalten. Was uns aber von dem Ziel einer problemorientierten Versorgung wegbringt. Hier, denke ich, könnten die Leitlinien eine wichtige Rolle spielen. Leitlinien heißt ja, einen Handlungskorridor zu bilden. Innerhalb dieses Korridors haben Sie zwar Spielraum, aber die Leitlinie führt immer für den Arzt zu einem Ziel, und zwar entweder indikationsbezogen, krankheitsbezogen, oder sagen wir es mal allgemeiner, problemorientiert, und das müßten wir erreichen. Wenn wir den Grundsatz der Problemlösung auf der richtigen Handlungsebene kombinieren mit meiner Forderung nach arbeitsteiliger Kooperation und in Leitlinien die entsprechenden Handlungsabläufe, insbesondere bezogen auf das Erreichen konkreter Versorgungsziele, festlegen, dann wären die Grundlagen einer solchen Versorgungsselbstverständlichkeit geschaffen. Wenn wir dann noch die uns bis an die Grenze des Wahnsinns treibende Auseinandersetzung um Geldverteilung durch neue Vergütungsstrukturen beenden, denke ich, müßte Frieden in dieses System einkehren, das ja

doch eigentlich die Aufgabe hat, den Bürger im Krankheitsfall zu versorgen. Versorgungsmanagement ist also keine Aufgabe für eine Gruppe. Deshalb stellt sich für mich nicht die Frage, ob der Hausarzt oder der Facharzt der Entscheidende ist oder das Krankenhaus, sondern die Entscheidungsfunktionen müssen systematisch nach einem Grundgedanken zusammengeführt werden. Versorgungsmanagement ist sicherlich notwendig im Sinne einer sinnvollen Steuerung des medizinischen Geschehens.

Zum Schluß eine Aussage zu dem Modell von Herrn Kossow: Freie Arztwahl, keine Frage, aber wir müssen uns natürlich unter begrenzten Mitteln über das Ausmaß der freien Arztwahl unterhalten in der Zukunft. Freie Arztwahl kann nicht bedeuten: „Ich bediene mich nach eigenem Willen". Das kann nicht sein. Der Arzt darf sich nicht an seinen eigenen ökonomischen Interessen orientieren. Der Patient kann aber auch nicht das, was er sich so vorstellt, wie es sein sollte, sozusagen vom System frei bedienen lassen. So spreche ich mich für eine Steuerung des Systems aus, aber nicht im Sinne von Einschreibepflichten oder von Festlegungen, sondern über ökonomische Anreize. Ich bin ein absoluter Anhänger des Grundsatzes freiwilliger Entscheidungen: Man berät den Patienten, weist ihn auf Modelle hin, z. B. den dann auf diese Aufgabe auch vorbereiteten Hausarzt als steuerungskoordinierenden Arzt zu akzeptieren. Man ermuntert ihn, muß ihm aber die freie Arztwahl lassen. Nur wenn er primär zum Facharzt will, dann würde ich mich für eine ökonomische Steuerung über eine „Eintrittsgebühr" für die unmittelbare Inanspruchnahme eines Facharztes aussprechen. Mittlerweile bin ich aber der Überzeugung, daß es hierbei Ausnahmen geben muß. Als ich noch an der Klinik war, und das ist nun leider einige Jahre her, haben wir über Geld und das, was wir da veranlaßten, überhaupt nicht nachgedacht. Das ging sogar so weit, daß mein Chef mich fast disziplinierte, als ich mal gewagt hatte, über Gelder für Nachtdienste zu sprechen im Namen der Kollegen, das war einfach etwas Unehrenhaftes, über Geld zu reden. Es gibt natürlich Kollegen, die in der Zeit, in der ich das so empfand, das anders gesehen haben. Aber unter den heutigen ökonomischen Bedingungen müssen wir akzeptieren, daß wir nicht im freien Raum schweben. Wir sind nicht auf einer Insel. Wir machen nicht nur Ethik und sind so „Ersatzchristusse", sondern wir leben in einer ganz klaren gesellschaftspolitischen Realität, und dazu gehört das Geld. Deshalb meine ich, müßten wir dann auch ökonomische Steuerungen akzeptieren, wonach ein Patient, der unmittelbar Fachärzte in Anspruch nehmen will, von bestimmten Ausnahmen abgesehen, eine ökonomische Grenze überwinden. Das ist keine Zweiklassenmedizin, denn er kann über den Hausarzt zu dem gleichen Facharzt gehen, wenn dieser ihn überweist. Wenn ich Herzbeschwerden habe, dann muß ich nicht zwingend direkt

zum Kardiologen gehen, der dann seine ganze Palette anbietet. Dabei müssen die Kardiologen leider immer herhalten als Beispiel für überzogene Medizintechnik. Das trifft aber für alle Bereiche der Medizin zu, und zwar sowohl ambulant als auch stationär. Deshalb plädiere ich auch dafür, daß wir uns sehr gut überlegen, welche hochspezialisierten Fachgebiete nur auf Überweisungen in Anspruch genommen werden können. Das ist zwar eine Einschränkung der freien Arztwahl. Aber die freie Arztwahl, so als Geschenk für den Patienten - „Ihr kriegt alles, was ihr braucht" - das geht in diesem System der GKV nicht mehr. Dieses System muß sich auf Begrenzungen einrichten. Deshalb bedarf es der Steuerung, und das muß in Abstimmung der Beteiligten erfolgen. Ich persönlich glaube, daß eine solche Abstimmung möglich ist, und plädiere dafür, soweit wie möglich diese Steuerungsprobleme im Rahmen von Selbstverwaltung zu lösen und die Politik möglichst rauszuhalten; denn was dabei rauskommt, das haben wir zuletzt gestern erlebt.

Erfahrung mit Hausarztmodellen in den Niederlanden und der Schweiz

Alois Beerli

Mit Spannung verfolgen auch wir Schweizer die Entwicklungen im Gesundheitswesen Deutschlands, das, was die Entwicklung der Kosten anbelangt, bekanntlich vor gleichen Schwierigkeiten steht. Wir haben in letzter Zeit oft Kontakt mit Gästen aus Deutschland, und ich glaube, mittlerweile die hauptsächlichen strukturellen und kulturellen Unterschiede in der Ausgestaltung unserer jeweiligen Gesundheitswesen zu verstehen. Deutsche Kollegen und Kassenverantwortliche wirken mit in der Diskussion um die Weiterentwicklung der Managed-Care-Vorstellungen in der Schweiz. Die neueste Ausgabe unserer Zeitschrift „Managed Care" (zu abonnieren unter HYPERLINK http://www.fmc.ch) enthält auch Beiträge deutscher Autoren zu Hausarztmodell-Projekten in Berlin.

Ich habe vor, in einem ersten Teil das Hausarztmodell „WintiMed" vorzustellen, das ich mit vier weiteren Kollegen 1994 ins Leben gerufen habe. Seine Ausgestaltung ist Vorbild geworden für eine Reihe weiterer hausärztlicher Initiativen im Bereich Managed Care in der Schweiz. Ich werde Ihnen diese Entwicklung in einem zweiten Teil sowohl zahlenmässig zusammenfassen und die aktuellen Trends und Schwierigkeiten der Weiterentwicklung der HA-Modelle in der Schweiz aufzeigen.

Das Hausarztmodell „WintiMed"

Kurzbeschreibung

WintiMed ist das erste Hausarztsystem in der Region Winterthur, einer Stadt mit ca. 90.000 Einwohnern. Es ist seit März 1994 in Betrieb und somit das älteste Hausarztmodell in der deutschsprachigen Schweiz[35]. Versicherungstechnische Merkmale des WintiMed-Modelles sind das Gatekeeping-Prinzip, eine Ärzteselektion aus GrundversorgerInnen und eine Risikobeteiligung von maximal 5.000 Sfr pro Arzt und Jahr.

Die anfänglich 19 WintiMed-Ärzte haben im Hausarztmodell neue Formen der Zusammenarbeit mit Krankenversicherern sowie Kollegen innerhalb und außerhalb des Systems erprobt. Das Patienten-Arzt-Verhältnis begann sich zu wandeln. Die Rolle des Hausarztes als umfas-

[35] Beerli A. et al.; WintiMed - ein Erfahrungsbericht. Schweizerische Ärztezeitung 77 (13); 1996: 525-531

sender Berater des Patienten in Gesundheitsbelangen stellt eine Herausforderung dar und erfordert eine hohe Dialogbereitschaft.

In der Zeitperiode von 1994 bis 1998 fielen im WintiMed-Modell 26 % weniger Kosten an als in einem Vergleichskollektiv von konventionell Versicherten. Das Kollektiv von ca. 5.000 Versicherten weist ein vergleichsweise höheres Durchschnittsalter und einen höheren Frauenanteil (60 %) auf als die Gesamtbevölkerung.

Mit einem Drittel stellen die ambulanten ärztlichen Leistungen den größten Kostenblock dar, gefolgt von den Spitalkosten. Bei den ambulanten ärztlichen Behandlungen waren die Kosten pro Leistung über die Beobachtungsperiode konstant, bei den ambulanten und stationären Spitalbehandlungen jedoch stetig ansteigend.

Diese Zahlen weisen darauf hin, daß der Hausarzt dort, wo er direkt Einfluß nehmen kann, einen aktiven Beitrag zur Kostendämmung zu leisten vermag. Ob es sich bei der beobachteten Kostendifferenz um echte Einsparungen handelt, ist nach wie vor unklar, da eine gewisse Risikoentmischung des Hausarztversicherten-Kollektives nicht ausgeschlossen werden kann.

Gesetzliche Voraussetzungen

Mit der Annahme des neuen Krankenversicherungsgesetzes hat der Schweizer Stimmbürger 1996 beschlossen, das Gesundheitswesen tiefgreifend zu verändern. Mit diesem Gesetz sind die Grundlagen zur Einführung alternativer Versicherungsmodelle geschaffen worden. Hausarztsysteme und weitere Formen der Managed Care (z. B. HMOs) sollen die bisher getrennte Verantwortlichkeit von Leistungserbringern und Kostenträgern zu einer gemeinsamen Verantwortung für Qualität und Kosten zusammenführen.

Ziele

Ziel des Hausarztsystems ist, die Kostenentwicklung zu bremsen und gleichzeitig die Versorgungsqualität zu bewahren oder zu steigern. Dies soll durch eine bessere Koordination und Kommunikation der medizinischen Behandlungskette erreicht werden und durch kritisches Hinterfragen der eigenen Behandlungsgewohnheiten innerhalb der Ärztegruppe.

Die WintiMed-Ärztegruppe ist bewußt klein geblieben und umfaßt zur Zeit 26 Mitglieder. Deshalb ist 1997 in Winterthur ein zweites Hausarztnetz entstanden mit 105 beteiligten Ärzten aus den Bezirken Winterthur

und Andelfingen, womit der Keim zu mehr Wettbewerb auch im Bereich der Grundversorgung gelegt ist.

In einer Gruppe von überschaubarer Größe entwickeln sich Einzelkämpfer leichter zu einer konflikt- und lernfähigen Gruppe. Diese überschaubare Größe erleichtert entscheidende Verhaltensänderungen wie z. B. Kooperation und Kommunikation nach allen Seiten, kritisches Hinterfragen der eigenen Qualität und Integration der Kostenfrage in die eigene Praxistätigkeit.

Das Versicherungsangebot

Versicherungstechnische Merkmale des WintiMed-Modells sind das Gatekeeping-Prinzip, eine Ärzteselektion aus Grundversorgern und eine Risikobeteiligung von maximal 5.000 Sfr/Jahr und Arzt.

In der Stadt Winterthur wohnhafte Kunden der Versicherer KONKORDIA, Wincare, Helsana, Krankenkasse SBB und UNITAS etc. können sich dem Hausarztsystem WintiMed ohne Gesundheitsprüfung anschließen. Die Versicherten wählen eine persönliche Hausärztin bzw. einen persönlichen Hausarzt, welche(r) dem Hausarztnetz angeschlossen ist. Die Versicherten verpflichten sich, mit allen gesundheitlichen Problemen zuerst ihren Hausarzt aufzusuchen. Die Krankenversicherung bezahlt nur jene Leistungen, die vom zuständigen Hausarzt selbst oder auf seine Veranlassung hin erbracht wurde. Aufgrund dieser Einschränkung profitieren die Versicherten von einem Prämienrabatt in Grund- und Zusatzversicherung von 10 bis 15 %. Von der Einschränkung der freien Arztwahl ausgenommen sind Notfälle, gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen und die Mutterschaftsleistungen gemäß Krankenversicherungsgesetz, welche außerhalb des Systems frei zugänglich sind. Diese Ausnahmen wurden eingeführt, um Frauen, die traditionell auch eine Bindung an ihren Gynäkologen haben, den Eintritt in ein Hausarztsystem zu erleichtern.

Organisation und Administration des Hausarztnetzes

Der Hausarztverein WintiMed arbeitet zusammen mit verschiedenen Kassen und sogenannten Managed-Care-Organisationen, die die Abwicklung der Hausarztmodelle für verschiedene Kassen betreiben. Diese Organisationen bekommen bei genauer Betrachtung und beim Vergleich mit dem deutschen Gesundheitssystem die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen. Entscheidender Unterschied ist deren Besitz durch die Kassen. Vertraglich werden die beteiligten Ärzte an die Managed-Care-Organisation oder an die einzelne Kasse „angebunden".

Im Auftrag der oben genannten Trägerkassen betreibt die Managed-Care-Organisation SanaCare AG das Hausarztmodell gemeinsam mit den WintiMed-Ärzten (unter der Bezeichnung CareMed betreibt SanaCare 34 weitere Hausarztnetze, welche nach den gleichen Grundsätzen funktionieren). Eine paritätische Betriebskommission sichert als ständiges Bindeglied zwischen den Vertragspartnern den reibungslosen Betrieb des Hausarztsystems. Die Kommission trifft sich ungefähr zweimal jährlich. Der Zeitaufwand wird zu Lasten des Systemaufwandes entschädigt.

Der Hausarzt erhält pro Kalenderjahr eine nach Anzahl Versichertenmonate bemessene Aufwandsentschädigung für die systembedingten administrativen Tätigkeiten (Vorschlag: Für systembedingte administrative Tätigkeiten erhält der Hausarzt eine Aufwandsentschädigung von 1 Franken/Versicherungsmonat).

Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung

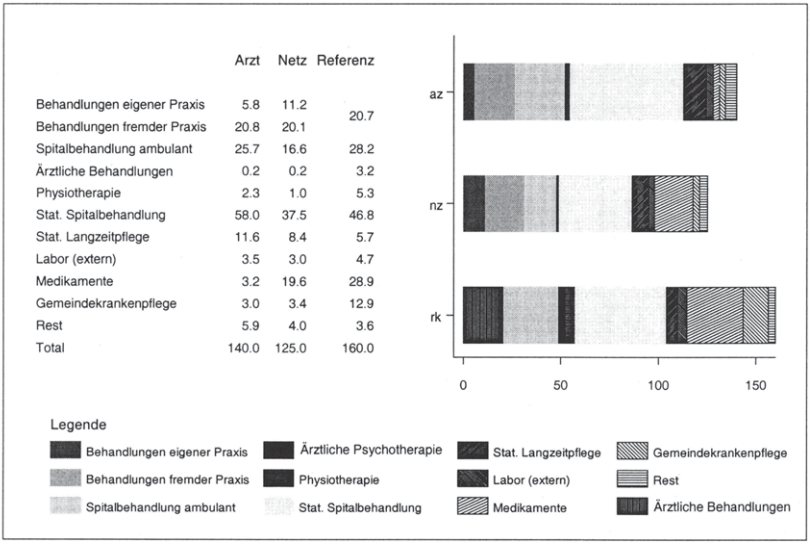
An einer guten medizinischen Versorgungsqualität sind die Krankenversicherer wie auch die Ärzte gleichermaßen interessiert. Beide sind auf zufriedene Kunden/Patienten angewiesen. Einsparungen sollen das Ergebnis von Qualitätsanstrengungen sein und dürfen nicht zu Qualitätsabstrichen führen. Deshalb ist die Teilnahme der Ärzte und Ärztinnen an regelmäßig stattfindenden Qualitätszirkeln vorgeschrieben.

„Gatekeeping is Data-Keeping"

Die Hausärzte erhalten monatlich Listen mit den bei ihnen eingeschriebenen und ausgetretenen Hausarztversicherten sowie Angaben über Leistungen, welche von verschiedenen Leistungserbringern für diese Hausarztversicherten in Rechnung gestellt worden sind. Der Arzt erhält dadurch einen detaillierten Überblick über die veranlaßten Behandlungen und kann diese in Beziehung zu deren Kosten setzen.

Die SanaCare erstellt jährlich eine differenzierte Systemauswertung. Von den Hausärzten besonders geschätzt wird die graphische Aufschlüsselung der Bruttokosten in der Grundversicherung (Abbildung 1). Diese erlaubt dem einzelnen WintiMed-Arzt den Kostenvergleich seiner eigenen Patienten mit den übrigen WintiMed-Kollegen (Netz) und den konventionell Versicherten.

Abbildung 1: Aufschlüsselung der Kosten pro Leistung für den Hausarzt, dasHausarztnetz und das Vergleichskollektiv. Darstellung wie sie in der Systemauswertung 1997 verwendet wurde.



	Arzt	Netz	Referenz
Behandlungen eigener Praxis	5.8	11.2	20.7
Behandlungen fremder Praxis	20.8	20.1	
Spitalbehandlung ambulant	25.7	16.6	28.2
Ärztliche Behandlungen	0.2	0.2	3.2
Physiotherapie	2.3	1.0	5.3
Stat. Spitalbehandlung	58.0	37.5	46.8
Stat. Langzeitpflege	11.6	8.4	5.7
Labor (extern)	3.5	3.0	4.7
Medikamente	3.2	19.6	28.9
Gemeindekrankenpflege	3.0	3.4	12.9
Rest	5.9	4.0	3.6
Total	140.0	125.0	160.0

Durch wiederholtes Vergleichen und Diskutieren dieser Daten innerhalb der Ärztegruppe können einzelne Ärzte und die ganze Ärztegruppe erkennen, in welchen Bereichen Verbesserungsmöglichkeiten vorhanden sind, wo Verhaltensänderungen nötig und ob sie schließlich auch kostenwirksam werden.

Eingeschränkt wird der Nutzen der Zahlenaufbereitung gegenwärtig noch durch die Tatsache, daß die Kostendaten nicht mit Krankheitsdiagnosen (Morbidität) in Verbindung gebracht werden können durch die Kassen und die kasseneigenen Managed-Care-Organisationen. Das Zusammenführen von ökonomischen und medizinischen Daten ist u. E. nur im Rahmen einer ärzteseitigen Datensammlung möglich und nutzbar.

Persönliche Erfahrungen von WintiMed-Ärzten

Das neue Patienten-Arzt-Verhältnis

Bei Hausarztpatienten setzen wir die Bereitschaft voraus, auch über die ökonomische Seite einer Abklärung oder Behandlung zu diskutieren.

Dadurch beginnen sie, sich vermehrt für die verschiedenen Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu interessieren. Gegen die Verordnung von Nachahmerpräparaten zum Beispiel besteht keine Abneigung. Es gibt sogar Patienten, die diese ausdrücklich wünschen. Der Begriff „Generikum" ist mittlerweile gut bekannt und akzeptiert!

Patient A wird seit Jahren von seinem Hausarzt behandelt. Er entschließt sich, dem Hausarztsystem beizutreten. Ein bereits bestehendes Vertrauensverhältnis erleichtert den Entscheid, freiwillig und bewußt die freie Arztwahl einzuschränken. Herr A ist bereits gewohnt, gesundheitliche Fragen mit seinem Hausarzt zu erörtern. Es ist deshalb relativ leicht, ihn auch über die Besonderheiten des Hausarztsystems zu orientieren.

Patientin B ist gesund und benötigte seit Jahren keine ärztliche Hilfe. Sie wählt das Hausarztmodell, um Prämien zu sparen und wählt eine ihr unbekannte Hausärztin aus einer Namensliste. Bei solchen Patientinnen können Erklärungen zum Hausarztsystem schwierig und zeitraubend sein. Oft ist kaum mehr bekannt, als daß die Prämie günstiger ist und die gynäkologische Behandlung frei gewählt werden kann.

Patient C erkrankt plötzlich. Er ist ängstlich und verunsichert. Erst jetzt realisiert er richtig, daß er in einem Hausarztsystem versichert ist und deshalb keinen direkten Zugang mehr zu den Spezialärzten hat. Der Hausarzt muß ihm unter Umständen glaubhaft machen können, daß eine sofortige und teure technische Untersuchung nicht angezeigt ist. Oft wäre es einfacher, mit einem Regen von Untersuchungen dem kranken Menschen das Gefühl zu geben, es werde alles Erdenkliche unternommen, um drohende Gefahren abzuwenden. Je effizienter Patient und Arzt kommunizieren, je größer das gegenseitige Vertrauen, desto vernünftiger können beide mit unvermeidlicher Angst und Unsicherheit umgehen, desto gezielter werden sie auch die unzähligen technologischen Hilfsmittel einsetzen.

Schwierigkeiten und Chancen

Wer hat sich nicht schon darüber geärgert: Ein junger Patient, nicht eben sportlich, klagt über Brustschmerzen. Der körperliche Untersuchungsbefund ist normal, das gewünschte EKG unauffällig. Es folgt ein längeres Gespräch mit Hinweisen auf mögliche Änderungen in der Lebensführung. Später wird zufällig bekannt, daß der Patient nacheinander einen Kardiologen sowie einen Rheumatologen aufgesucht hatte. Beide führten auftragsgemäß und Kraft ihrer Spezialausbildung ausführliche Abklärungen durch, teils doppelt und alle ohne krankhaften Befund. Der Krankenversicherer bezahlt. Gatekeeping würde sich hier doch aufdrängen!

Bei der Einführung des Hausarztmodells jedoch waren die Abwehrreaktionen der KollegInnen zum Teil sehr heftig. Inzwischen gehören Hausarztmodelle und Managed Care zum Alltag. Sie haben keine einzige Spezialistin arbeitslos gemacht.

Die WintiMed-Ärzte haben viele neue, nicht eigentlich medizinische Aufgaben übernommen. Da ist der administrative Aufwand, der durch die elektronische Vernetzung mit überquellenden E-mail-Boxen nicht geringer wird. Da sind die Vereinssitzungen, Seminare, Spitalnachfragen, die Diskussionen über Notwendiges und Wünschbares, über Kosten und Nutzen - alles zusammengezählt eine Riesensumme von Arbeitsstunden. Dies alles wird aufgewogen durch lebhafte Kollegenkontakte und vor allem die Datentransparenz bezüglich der eigenen und der veranlaßten Leistungen. Zwar ist die Erkenntnis erschütternd, wie klein der in der eigenen Praxis erarbeitete Umsatz ist im Verhältnis zu den gesamten in der Grundversicherung verursachten Kosten. Befriedigend aber ist die Gewißheit, die stürmischen Entwicklungen im Gesundheitswesen aktiv mitzugestalten und ihnen nicht schutzlos ausgeliefert zu sein - nach dem Motto „Lieber surfen als ersaufen"!

Kennzahlen/Bestandsentwicklung und -struktur

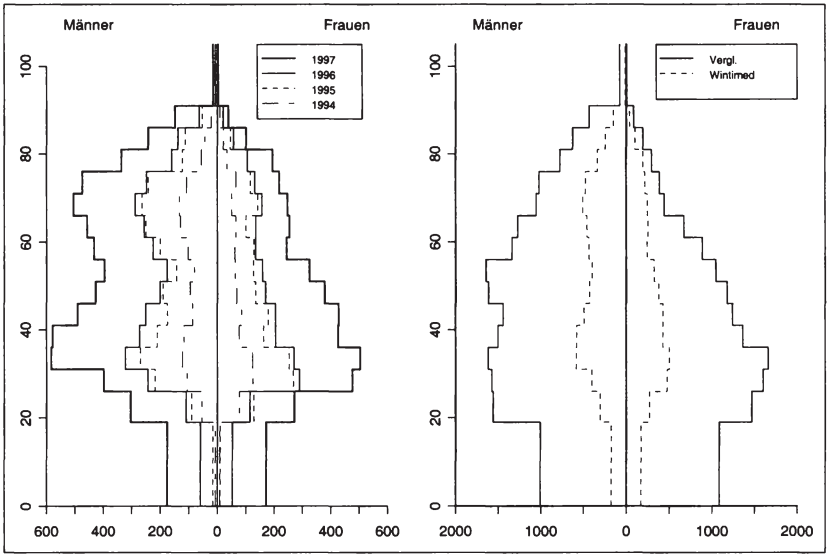
Die Anzahl der bei WintiMed eingeschriebenen Versicherten hat sich mehr als verdreifacht (5.052 Personen bei 26 Hausärzten). Die Anzahl Versicherten pro Hausarzt verdoppelte sich in diesem Zeitraum von 95 auf 195. Dadurch ergeben sich eine bis zwei Patientenkonsultationen pro Hausarzt und Tag, was zu einer Automatisierung der Systemabläufe führt und den zusätzlichen Aufwand des Hausarztes für den Systembetrieb mengenmäßig rechtfertigt.

Die Abbildung 2 zeigt die Altersverteilung im Hausarztsystem mit einem deutlich größeren Anteil an Hausarztversicherten beider Geschlechter über 60 Jahre relativ zum Vergleichskollektiv, d. h. der Durchschnittsbevölkerung. Dies ist ein klarer Hinweis darauf, daß sich im Gegensatz zu HMO-Modellen nicht ausgesprochen junge Versicherte zu einem Beitritt entschließen.

Abbildung 2

a) Alters- und Geschlechtsstruktur des WintiMed-Hausarztversicherten-Kollektives von 1994 - 1997. Alters- und Geschlechtsgruppen, wie sie zur Berechnung des Risikoausgleichs in der sozialen Krankenversicherung herangezogen werden.

b) Alters- und Geschlechtsstruktur 1997 des WintiMed-Hausarztversicherten-Kollektives im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung (Vergleichskollektiv). Alters- und Geschlechtsgruppen, wie sie zur Berechnung des Risikoausgleichs in der sozialen Krankenversicherung herangezogen werden.

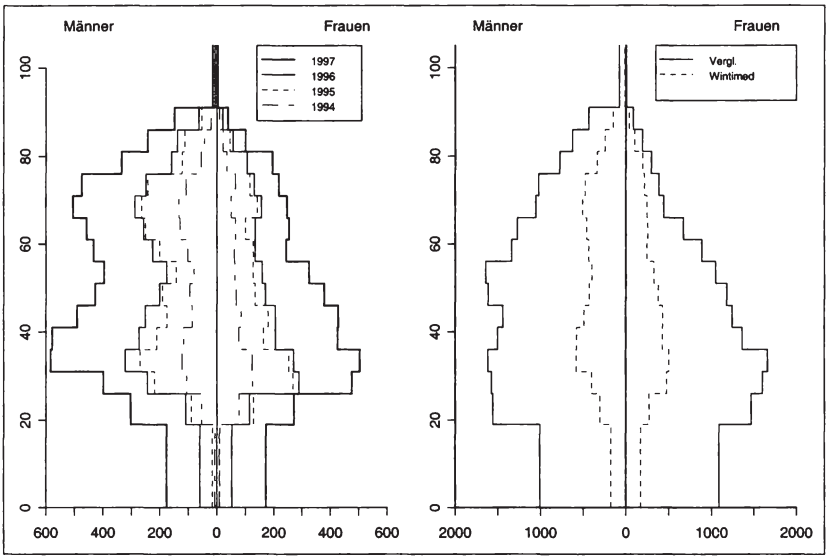


In der Berichtsperiode waren rund 60 % der hausarztversicherten Frauen, was deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt von 51,2 % liegt. Dies ist möglicherweise auf die erwähnten Ausnahmebestimmungen für gynäkologische Behandlungen (siehe Abs. 1.7.1) zurückzuführen. Offensichtlich war diese Überlegung richtig und von Erfolg gekrönt.

Abbildung 2

a) Alters- und Geschlechtsstruktur des WintiMed-Hausarztversicherten-Kollektives von 1994 - 1997. Alters- und Geschlechtsgruppen, wie sie zur Berechnung des Risikoausgleichs in der sozialen Krankenversicherung herangezogen werden.

b) Alters- und Geschlechtsstruktur 1997 des WintiMed-Hausarztversicherten-Kollektives im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung (Vergleichskollektiv). Alters- und Geschlechtsgruppen, wie sie zur Berechnung des Risikoausgleichs in der sozialen Krankenversicherung herangezogen werden.



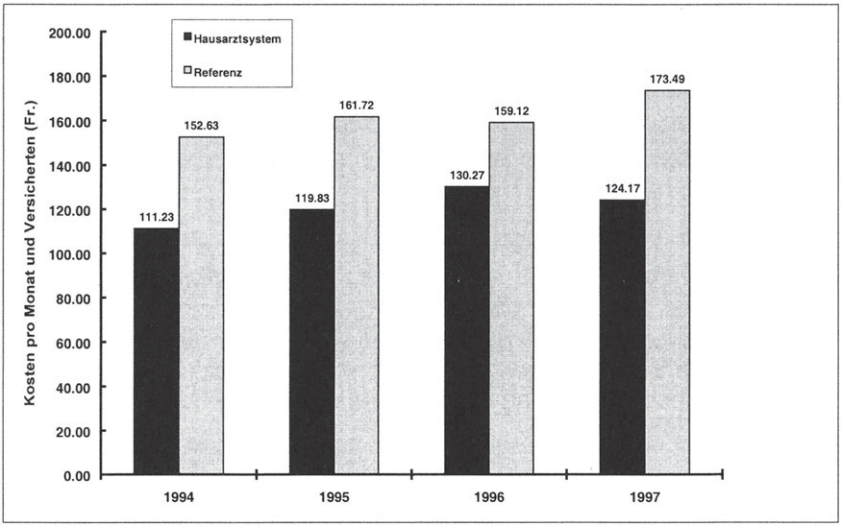
In der Berichtsperiode waren rund 60 % der hausarztversicherten Frauen, was deutlich über dem Bevölkerungsdurchschnitt von 51,2 % liegt. Dies ist möglicherweise auf die erwähnten Ausnahmebestimmungen für gynäkologische Behandlungen (siehe Abs. 1.7.1) zurückzuführen. Offensichtlich war diese Überlegung richtig und von Erfolg gekrönt.

Kostenanalyse

Systemauswertung

Für die Systemauswertung werden die im Bereich der Grundversicherung angefallenen Kosten der Hausarztversicherten mit den Kosten einer Gruppe konventionell Versicherter verglichen. Die Vergleichsgruppe wird in ihrer Alters- und Geschlechtsstruktur sowie bezüglich regionaler Verteilung mit dem Kollektiv der Hausarztsystem-Versicherten abgestimmt. Die Kosten der konventionell Versicherten dienen somit als Referenzkosten. Die Kosten der Zusatzversicherungen werden in die Berechnung nicht einbezogen, weil die Differenzen zwischen den unterschiedlichen Versicherungsprodukten einen vernünftigen Vergleich nicht erlauben. In der Auswertung berücksichtigt wird eine Korrektur der Großrisikokosten. Die durchschnittlichen Kosten pro Hausarztversicherten blieben in der Beobachtungsperiode deutlich unter den Referenzkosten (Abbildung 3). Über die gesamte Beobachtungsperiode wurde eine durchschnittliche Kostendifferenz von rund 26 % erzielt.

Abbildung 3: Entwicklung der Kosten in der obligatorischen Grundversicherung im Hausarztsystem und außerhalb. Durchschnittliche Kosten pro Versicherten und Monat.



Kostenintensive Leistungen

Die fünf kostenintensivsten Leistungsarten im Hausarztsystem sind:

- Ambulante ärztliche Kosten (Hausärzte und Spezialisten), ca. 33 %, Tendenz abnehmend
- Stationäre Spitalkosten, ca. 25 %
- Medikamente, ca. 20 %
- Ambulante Spitalkosten, ca. 5 bis 6 %, Tendenz steigend
- Langzeitpflege, 3 bis 5 %, Tendenz steigend

Ambulante ärztliche Behandlungen

Der größte Kostenblock betrifft „ambulante ärztliche Behandlungen". Davon entfallen 45 % auf die zuständigen Hausärzte. Zusammen mit den Leistungen anderer WintiMed-Ärzte, im Rahmen von Vertretungen, werden rund die Hälfte dieses Kostenblockes *innerhalb* des Hausarztnetzes erbracht. Die Leistungen außerhalb des WintiMed-Hausarztnetzes entsprechen den Behandlungen von Spezialärzten, die aufgrund einer Überweisung durch den Hausarzt erfolgten.

Die Kosten für ambulante Spitalbehandlungen sind zwischen 1994 und 1997 um rund 40 % gestiegen. Die Durchschnittskosten pro ambulante ärztliche Leistung waren für Hausärzte und Spezialärzte gleich hoch und blieben konstant, während die Kosten pro ambulante Spitalleistung rund doppelt so hoch waren.

Kostenentwicklung im Vergleich zum schweizerischen Gesundheitskostenindex

Am direktesten können die WintiMed-Ärzte den Kostenblock der ambulanten ärztlichen Behandlungen beeinflussen. Dieser Kostenblock ist deutlich hinter der allgemeinen Kostenentwicklung zurückgeblieben. Im Spitalbereich liegt die Kostensteigerung allerdings deutlich über der Teuerung, was im stationären Bereich auf den höheren Altersdurchschnitt des Versichertenkollektivs zurückgeführt werden könnte. Die Medikamentenkosten entwickelten sich genau mit der Teuerung.

Kostenverteilung im Patientenkollektiv

Ein Blick auf die Kostenverteilung innerhalb des Patientenkollektives von WintiMed zeigt, daß 90 % der Patienten gerade die Hälfte der Kosten

verursachen, wobei diese Kosten höchstens 5.000 Sfr pro Patient und Jahr betragen. Im anderen Extrem verursachen 2 % der Patienten rund ein Viertel der Gesamtkosten. Unklar ist, inwiefern der Hausarzt die hohen Kosten dieser sehr kleinen Patientengruppe überhaupt beeinflussen kann (Hämodialyse, Knochenmarkstransplantation usw.).

Kostenwirksamkeit des Hausarztsystems

Die Kostenwirksamkeit des Hausarztsystems beruht auf folgenden Hypothesen:

- Förderung einer engen Arzt-Patienten-Beziehung, wobei die Hausärztin als kompetente Beraterin in allen Gesundheitsfragen zur Vertrauten der Patientin wird.
- Verminderung von Mehrfachuntersuchungen und gezielte, sachkundige Überweisung.
- Verhinderung des sogenannten Medizintourismus, d. h. der gleichzeitigen Konsultation von mehreren Ärzten zum gleichen Problem.
- Information des Hausarztes über die Behandlungen von nachgelagerten Versorgern, wie Spezialärzten und Spitälern, wodurch die umfassende Beratung und Kostenkontrolle möglich wird.

Hat WintiMed das Ziel erreicht? Die WintiMed-Ärzte zeigen zumindest, daß über einen Zeitraum von vier Jahren eine nachhaltige Kostendämmung im schweizerischen Gesundheitswesen möglich ist.

Die Resultate der Systemauswertungen sind vorsichtig zu interpretieren. Wie viele der erzielten Kostendifferenzen auf Risikoentmischungs-Effekte zurückzuführen sind, kann mit dem vorhandenen Datenmaterial nicht beantwortet werden. Vielleicht fühlen sich kostenbewußtere Patienten von einem Hausarztsystem eher angesprochen als solche, die eine ausgeprägte Konsumhaltung im medizinischen Bereich an den Tag legen. Kostenbewußtere müssen aber nicht notwendigerweise gesünder sein. Die Tatsache, daß ein großer Anteil älterer Versicherter im System zu finden sind, könnte auf eine stärkere Hausarztbindung dieser Gruppe zurückzuführen sein, was im Gegenteil auf eine tendenziell höhere Krankheitsinzidenz schließen ließe.

Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen dem Kollektiv der Hausarztversicherten und der Referenzgruppe können mit den zur Zeit zur Verfügung stehenden Mitteln nicht erfasst werden. Für den Kanton Aargau wurde spekuliert, daß rund 15 % der Kostendifferenz im Hausarztsystem auf Grund günstigerer Vorkosten der angeschlossenen Versi-

cherten zustande käme.[36] Ohne diese Folgerung, welche wohl zu pauschal ist, hier diskutieren zu wollen, kann festgehalten werden, daß die 26 % durchschnittlicher Kostendifferenz, welche WintiMed in den vier Berichtsjahren erwirtschaftet hat, auch unter dieser ungünstigen Voraussetzung den Prämienrabatt von 10 bis 15 % in jedem Fall gerechtfertigt hätten. Das Gesundheitswesen als Ganzes ist äußerst komplex und die Grenzen zu anderen Bereichen (z. B. zum Fürsorgewesen) sind unscharf. Es ist deshalb unmöglich, Umverteilungsprozesse und echte Spareffekte zuverlässig zu quantifizieren. Die Frage „Sparen oder Umverteilen?" werden wir also nie vollständig klären können - wir werden uns mit Hinweisen begnügen müssen.

Ist es gelungen, die Versorgungsqualität zu bewahren oder gar zu steigern? „Das Gleiche besser", „Das Gleiche billiger" sind Verbesserungen erster Ordnung. Beispiele sind das Aufspüren und Vermeiden von diagnostischen und therapeutischen Doppelspurigkeiten und der Einsatz von Generika anstelle teurerer Originalmedikamente. Als Verbesserungen höherer Ordnung[37] in Hausarztmodellen zu werten ist die Überwindung des Einzelkämpfertums und die Entwicklung zu lernenden Gruppen, das Hinterfragen der eigenen (!) Qualität, das Suchen nach Alternativen und deren Umsetzung im Praxisalltag. Eine der wesentlichsten Entwicklungen ist die Zusammenführung von medizinischer und ökonomischer Verantwortung. Die Übernahme vermehrter finanzieller Verantwortung fördert den haushälterischen und gerechten Umgang mit begrenzten Mitteln und die Lust an der Neugestaltung des Gesundheitswesens. In diesem Sinn erprobt die WintiMed-Ärztegruppe seit dem 1.1.1999 ein Modell mit Kopfpauschalen.

Weiterentwicklung der Hausarztmodelle in der Schweiz

Zahlen

Der Start des WintiMed-Hausarztsystems 1994 war der Beginn einer Entwicklung, welche inzwischen in der Schweiz und im benachbarten Ausland als beeindruckende Hausarztbewegung wahrgenommen wird. Zur Zeit sind gesamtschweizerisch 3.800 Ärzte, 350.000 Versicherte und über ein Dutzend Versicherungen in mehr als 50 verschiedenen Hausarztnetzwerken involviert. Diese Zahlen belegen, daß sowohl bei den Versicherten und Patienten als auch bei den Grundversorgern und Grundversorgerinnen und den Versicherern eine Akzeptanz und die nö-

---

[36] Weber A. und Cottini C.; Hausarztmodelle: Kostenvorteile dank Risikoselektion. Managed Care 1/98, 1998, 14-17.

[37] Marti C.; Fosburyflop und Hausarztmodelle. Managed Care 1/98, 1998, 2-3

tige Experimentierfreudigkeit vorhanden sind, Managed-Care-Formen wie ein Hausarztmodell aufzubauen und zu betreiben.

Chancen, Gefahren, Trends

Neben den erwähnten Motiven, als Grundversorger in Managed-Care-Versicherungsformen einzusteigen, sind auch die unter 1.6.2 angeführten Schwierigkeiten nicht aus den Augen zu verlieren. Namentlich der hohe administrative Aufwand ist durch geeignete Verbesserungen der administrativen Abläufe zu senken.

Eine bedeutsame Schwierigkeit, die gegenwärtig zu einer eigentlichen Vertrauenskrise zwischen Versicherern und beteiligten Ärzten und Ärztinnen geführt hat, besteht in der unterschiedlichen und uneinheitlichen Interpretation der Kostendifferenzen, die in den einzelnen Netzwerken durch die Kassen erhoben werden. Die einseitige (kassenseitige) Datenerhebung ist für die Ärzte nicht transparent und von Kasse zu Kasse unterschiedlich. Die von den Kassen vorgelegten reinen Kostendaten können von den einzelnen Netzwerken nicht mit Diagnosen bzw. einer Morbidität des betrachteten Versichertenkollektivs verglichen werden.

Hier gilt es, in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Versicherern eine vergleichbare, von Ärzteseite und von Versicherungsseite anerkannte Datenstruktur aufzubauen, damit der ökonomische (und medizinische) Erfolg der „Gatekeeping-Bemühungen" der beteiligten Ärzte bemessen und beschrieben werden kann. Im Rahmen eines großangelegten Projektes werden verschiedene Netzwerke zusammen mit Versicherern diese Frage im Laufe des Jahres 2000 angehen.

Eine weitere Möglichkeit, ökonomische Daten und medizinische Daten ärzteseitig zusammenzuführen, besteht im Aufbau einer ärzteeigenen Betriebsgesellschaft. Durch Übernahme der vollständigen ökonomischen Verantwortung (Capitation) kommen die beteiligten Ärzte nicht nur in den Besitz der Kostendaten, sondern sie erhalten auch Zugriff zu Morbiditätsangaben, soweit sie zur Systemsteuerung notwendig sind.

Die WintiMed-Ärzte betreiben in konsequenter Weiterentwicklung ihrer Erfahrungen seit dem 1.1.99 ein Modell mit Kopfpauschalen als Alternative zum (in der Schweiz drohenden) planwirtschaftlichen, politisch aufgezwungenen Globalbudget.

Erfahrung mit Hausarztmodellen in den Niederlanden und der Schweiz

Markus Schneider

Es gibt einen Global Player im Bereich der Regulierungsnachfrage im Gesundheitswesen, die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Sie ist bekanntlich der Meinung, daß das Hausarztmodell bzw. das Primärarztmodell zu beidem beiträgt, sowohl zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit als auch zur Verbesserung der Qualität. Holländische Ärzte sind der Ansicht, daß 90 % aller Symptome in der hausärztlichen Versorgung behandelt werden können und daß das System damit für die Patienten unter dem Strich günstiger wird. Im folgenden will ich mich mit diesen Einspareffekten auseinandersetzen. Qualitätsaspekte werden nicht berücksichtigt, da das Überthema „Hausärztliche Versorgung - Ansatz zur Kostendämpfung" lautet. Obgleich eigentlich der Qualitätsbereich viel spannender erscheint, nämlich: Wird man in Hausarztmodellen „schlechter" behandelt? Stirbt ein Patient früher, wenn er sich bei einem Hausarztmodell einschreibt, weil ihm dadurch möglicherweise besonders teure Behandlungsmethoden oder fachärztliches Behandlungswissen vorenthalten werden?

Bevor die Einsparungen im einzelnen dargestellt werden, ist es zweckmäßig, die Systemunterschiede zwischen Holland und der Schweiz aufzuzeigen. In der Schweiz hat der Versicherte eine Option zwischen der traditionellen Versicherung, dem Hausarztmodell und der HMO. Wie bereits Herr Beerli ausführte, sind gegenwärtig rund 7 % der Bevölkerung in diesen Modellen versichert. Bezogen auf den Anteil der Bevölkerung, der tatsächlich eine Option hat (ca. 30 - 35 % der Bevölkerung), wählte immerhin jeder Fünfte, also 20 % diese Modelle. Das ist relativ viel im Verhältnis zur kurzen Zeit der Einführung. Diejenigen, die eine Wahlmöglichkeit haben, nehmen die Modelle mit steigender Tendenz in Anspruch. Deshalb kann man wirklich sagen, daß es eine steigende Akzeptanz in der Bevölkerung für diese Modelle in der Schweiz gibt.

In Holland ist jeder Patient bei einem Hausarzt eingeschrieben, und der Zugang zum Gesundheitssystem ist nur über den Hausarzt möglich (Gatekeeper). Es besteht eine sehr hohe Akzeptanz dieses Systems. Interessant ist, wenn man die Fachärzte im Krankenhaus und außerhalb des Krankenhauses zusammenzählt, daß dann das Verhältnis von Allgemeinärzten zu Fachärzten in Holland und der Schweiz ähnlich ist. Die Ärztedichte ist etwa 20 % höher in der Schweiz als in den Niederlanden. Es ist auch von Bedeutung, daß in den Niederlanden die Fachärzte ihre Patienten ambulant im Krankenhaus behandeln, im Gegensatz zur

Schweiz und zu Deutschland, wo die ambulante Behandlung überwiegend in Praxen erfolgt.

Übersicht 1: Einsparungen durch Hausarztmodelle und HMOs in der Schweiz

Rang	Bezeichnung des Modells	Kosteneinsparung nach Berücksichtigung von Alter, Geschlecht und Hospitalisationsraten	Davon mit Sicherheit nicht risikoselektionsbedingte Einsparung
16	CSS HAM Appenzell Ausserrhoden	11,7%	*
15	CSS HAM Lenzburg	17,4%	*
14	CSS HAM Graubünden	17,6%	*
13	CSS HAM Biel-Seeland	18,6%	*
12	CSS HAM Uzwil	19,9%	*
11	CSS HAM Appenzell Innerrhoden	21,8%	*
10	CSS HAM Wil	23,7%	*
9	CSS HAM Baden	27,7%	*
8	CSS HAM Aarau	32,7%	*
7	CSS HAM Winterthur-Andelfingen	34,9%	*
6	HMO Praxis Bubenberg (Bern)	43,1%	22,0%
5	Arcovita HMO Zürich	46,8%	*
4	Arcovita HMO Luzern	48,4%	48,4%
3	CSS HAM Wintimed (Winterthur)	53,7%	*
2	*CSS HAM Medinet Genf*	56,2%	*
1	Arcovita HMO Basel	60,7%	4,8%

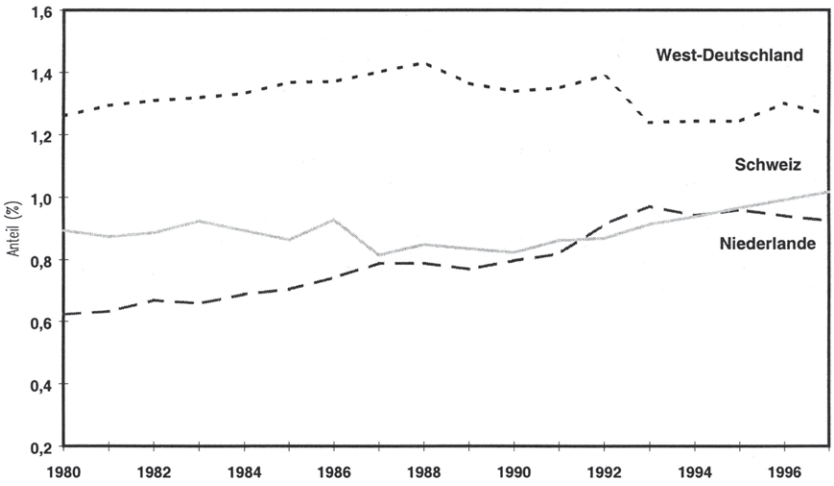
* keine gesicherte statistische Aussage möglich
Quelle: CSS Statistik

In der Schweiz gibt es bei der Wahl des Hausarztmodells eine Prämienreduktion von 10 - 20 %. Diese ist gesetzlich geregelt. Wie Herr Beerli zeigte, ist bei HMOs sogar eine Prämienreduktion von bis zu 25 % gesetzlich möglich. Wie die Übersicht 2 zeigt, realisierten die verschiedenen Versicherer unterschiedliche Einsparungen im Vergleich zum traditionellen Tarif mit freier Arztwahl. Die Einsparungen (bis 60 %) der verschiedenen Hausarztmodelle und verschiedenen HMOs sind unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht und Hospitalisationsraten berechnet. Wichtige Risikofaktoren sind somit berücksichtigt. Dennoch muß man fragen: Läßt sich der Einspareffekt langfristig wirklich mit endgültiger Sicherheit belegen und auf die Bevölkerung insgesamt übertragen? Zu dieser Frage haben erst kürzlich Peter Zweifel und Alois Lehmann Stellung genommen. Sie kommen in einer Untersuchung vom September 1999 für HMOs zu folgendem Ergebnis: „Zusammenfassend bleibt festzuhalten, daß der Kostenunterschied zwischen traditionell und HMO-Versicherten nicht nur auf die Selektion von besseren Risiken zurückgeführt werden kann. Es bestehen zwar deutliche Hinweise, daß eine

gewisse Risikoselektion stattfindet, weisen doch HMO-Versicherte unter sonst gleichen Bedingungen eine 33 % geringere Wahrscheinlichkeit auf, sich innerhalb eines Jahres in ärztliche Behandlung zu begeben. Darüber hinaus sorgen aber die veränderten Anreize der Ärzte dafür, daß eine einmal begonnene Behandlung 30 % weniger kostet. Dieses Ergebnis bestätigt die häufig geäußerte Vermutung, daß die Wahl der Behandlungsmethoden durch den Arzt für die Kosten im Gesundheitswesen von entscheidender Bedeutung ist."

Der kritische Punkt ist die Korrelation zwischen den beiden Variablen, Tarifwahl und Behandlungskosten. Mit der ex-post Risikobereinigung bei Tarifvergleichen erfolgt eine hypothetische Trennung, so daß man nicht mit endgültiger Sicherheit auf eine Kostenersparnis für die Gesamtbevölkerung schließen kann.

Abbildung 1: Prozentualer Anteil der Arzneimittelausgaben am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den Niederlanden, Schweiz und Westdeutschlands (1980 bis 1997)



Quelle: BASYS, eigene Zusammenstellung

Wie stellen sich die Gesundheitsausgaben dar, wenn die Bevölkerung insgesamt in einem Hausarztmodell eingeschrieben ist? Betrachtet man die Situation in den Niederlanden, wo ja die gesamte Bevölkerung diesem Hausarztsystem unterliegt, liegen die holländischen Arzneimittelausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes im Niveau ganz

deutlich unter dem Vergleichswert Westdeutschlands (vgl. Abb. 1). Interessant ist sowohl der Niveau-Effekt als auch die Entwicklung. Allerdings nähert sich die Entwicklung dem Wert Westdeutschlands an. Trotz Hausarztmodell hat man in den Niederlanden ein stärkeres Wachstum.

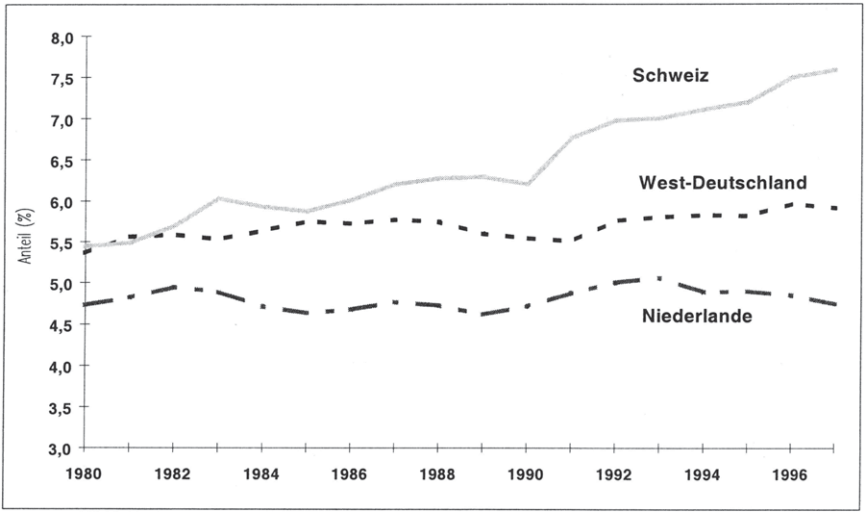
Solche sektoralen internationalen Vergleiche sind grundsätzlich mit Vorsicht zu betrachten, auch wenn die Ausgaben in Beziehung zum Einkommen gesetzt sind, da noch verschiedene andere Einflußfaktoren auf die Ausgaben, das Verordnungsvolumen und die Arzneimittelpreise wirken. Für die Schweiz, in der, wie gerade festgestellt, 93 % der Bevölkerung in keinem Hausarztmodell versichert sind, liegen die Arzneimittelausgaben in Prozent des Bruttoinlandsproduktes ebenfalls deutlich unter dem Vergleichswert Westdeutschlands. Zwar liegt der Schweizer Arzneimittelausgabenanteil etwas über dem holländischen, dieses könnte allerdings im Schweizer Preisniveau begründet sein, so daß Vorsicht hinsichtlich schneller Schlußfolgerungen geboten ist.

Das Bild ändert sich völlig, wenn man nur die medizinischen Ausgaben betrachtet, also die Arzt- und Krankenhausausgaben bzw. die kumulierten Werte aus Arzneimittelausgaben, Arzt- und Krankenhausausgaben. Dann zeigt sich, daß die Niederlande eindeutig am kostengünstigsten sind. Aber auch Westdeutschland schneidet im internationalen Vergleich gar nicht so schlecht ab, wenngleich die Ausgaben für die genannten Komponenten deutlich über den Niederlanden liegen. Es wäre nun allerdings vermessen zu glauben, daß man mit diesen Makrodaten den Einspareffekt des Hausarztsystems bereits eindeutig nachgewiesen hat. Beispielsweise schneidet auch Belgien ebenso günstig wie die Niederlande ab, ohne daß es ein Hausarztsystem hat. Ferner kann man sehen, daß Westdeutschland im internationalen Vergleich eine doch relativ gemäßigte Ausgabenentwicklung aufweist.[38]

---

[38] Unter Berücksichtigung von Ostdeutschland liegen die deutschen Werte über denjenigen der Schweiz. Das ist jedoch ein Ergebnis des geringeren Bruttoinlandsprodukts Ostdeutschlands. Durch die Vereinbarungen der Wiedervereinigung unterlag das ostdeutsche Gesundheitswesen besonderen Entwicklungsfaktoren, was im internationalen Vergleich zu beachten ist. Da für Ostdeutschland zudem erst Zahlen ab 1991 zur Verfügung stehen, wurde auf einen Vergleich verzichtet.

Abbildung 2: Prozentualer Anteil der Ausgaben für die medizinische Versorgung am Bruttoinlandsprodukt (BIP) in den Niederlanden, der Schweiz und Westdeutschlands (1980 bis 1997)



Quelle: BASYS, eigene Zusammenstellung

Nun sieht das kostenmäßig alles ganz interessant und gut für das Hausarztmodell aus. Zwischenfrage: Das sind aber die Ausgaben der GKV, nicht insgesamt? Weder die GKV-Ausgaben noch die Gesundheitsausgaben insgesamt. Die GKV-Ausgaben sind mit den Schweizer Krankenkassenausgaben nicht vergleichbar, da beispielsweise die Kantone Zuschüsse an die Krankenhäuser zahlen. Mit den Ausgaben der holländischen Krankenkassen ist ein Vergleich ebenfalls nicht möglich, da die Psychiatrie in einem eigenen System (AWBZ) bezahlt wird. Wenn man solche Vergleiche durchführt, müssen alle Ausgaben für einzelne, abgegrenzte Leistungsbündel zusammengeführt werden. Würde man die Gesundheitsausgaben insgesamt als Vergleichsmaßstab nehmen, dann kommt der ganze Bereich der Hilfsmittel, der Bereich der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, die Langzeitpflege, also viele Bereiche, die auch abgrenzungsmäßig schwierig zu fassen sind, rein, so daß es viel besser ist, wenn man sich hier auf die Kern-Bereiche stützt, wo auch Einsparungen vermutet werden. Bei den Prothesen oder im Langzeitpflegebereich sind diese eher unwahrscheinlich.

Die Einführung eines Hausarztsystems benötigt insbesondere aus qualitativen Gesichtspunkten Zeit. Die Niederländer haben den ersten Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Utrecht bereits 1965 eingerichtet. Bis die Systemumstellung vollzogen und die Bevölkerung sich an die neuen Gegebenheiten angepaßt hat, dauert es vermutlich mehr als eine Generation. Wie die Einführung des Hausarztmodells in den mittel- und osteuropäischen Transformationsländern zeigt, benötigt eine solche Umstellung eine breite Unterstützung der Ärzte und der Bevölkerung. In Mittel-Osteuropa verfolgen praktisch alle Länder die Einführung von Hausarztmodellen. Gegenüber dem früheren Shemasko-System, wo ja eine klare Zuweisung zu einer Poliklinik bestand, bietet das Hausarztmodell zumindest eine beschränkte Freiheit, nämlich, daß sich der Patient den Hausarzt und die Poliklinik wählen kann. Auch nach 10 Jahren Transformation ist die Umstellung noch nicht bewältigt, insbesondere auch unter dem Gesichtspunkt, den Herr Laschet vorhin angesprochen hat, nämlich der Qualität der Ausbildung der Hausärzte. Es dauert eben sehr, sehr lange, bis entsprechende Kapazitäten aufgebaut worden sind, bis auch ein entsprechendes Verständnis und eine Akzeptanz dieses Systems in der Bevölkerung erreicht wird.

Wie steht es nun mit den Ausgaben für die Hausärzte? Im Jahr 1997 wurden in Holland etwa 0,3 % des Bruttoinlandsprodukts für die primärärztliche Versorgung aufgewendet. Die deutschen Hausärzte erhielten etwa das Doppelte (vgl. Schneider 1998). Die geringeren holländischen Ausgaben lassen sich erklären durch eine geringere Arztdichte und kleinere Praxisumsätze. Es ist ein Irrtum zu glauben, daß durch die Implementierung des hausärztlichen Modells unter dem Strich mehr für die Hausärzte herausspringt, sondern es ist so, daß die Beschränkungen, die man einführt, etwa wie die Versorgungsbereiche je Hausarzt, das Budget der Hausärzte selbst trifft. Dieses gilt zumindest, wenn man die holländischen, englischen und dänischen Maßstäbe akzeptiert.

Nun muß ich etwas Wasser in den Wein der Kostenersparnis gießen. Anhand der bereits gezeigten Daten lassen sich die Einsparungen mittels Regressionsanalysen bisher nicht eindeutig nachweisen. Nach Übersicht 2 ergibt sich zwar ein Minuszeichen für die Variable „Gatekeeping", doch sind die Ergebnisse nicht stabil, wenn man Ländervariable einführt (vgl. auch Delnoij et. al. 1999 und Gerdtham et. al. 1994). Das deutet darauf hin, daß die Kosteneinsparungen, die in Holland bestehen, nicht einfach nur auf das Hausarztsystem zurückführen sind, sondern daß dort eine ganze Reihe anderer Faktoren zum Tragen kommt, wie z. B. eine wesentlich geringere Bettendichte, ein anderes Bezahlungssystem (Kopfpauschale) und Preismanagement, ein anderes Inanspruchnahmeverhalten durch die Bevölkerung.

Übersicht 2: Ergebnisse des Regressionsmodells zu den Gesundheitsausgaben für die medizinische Versorgung einschließlich Arzneimittel pro Kopf

Abhängige Variable: natürlicher Logarithmus (Ln) der Ausgaben für die medizinische Versorgung einschl. Arzneimittel pro Kopf				
Regressor-Variablen	Modell 4 a		Modell 4 b	
Konstante	-2,341		-4,460	***
Bevölkerungsdichte (Ln)	0,653	*	-0,157	***
BIP pro Kopf in DM (Kaufkraftparitäten) (Ln)	1,067	***	1,253	***
Arbeitslosenquote in % (Ln)	0,036	***	0,054	***
Ärzte je 1.000 Einwohner (Ln)	0,005		0,067	***
Krankenhausbetten pro Kopf (Ln)	-0,124	*	0,209	***
Krankenhausfälle pro Kopf (Ln)	-0,102		0,021	
Bevölkerungsanteil der über 64jährigen (Ln)	-0,108		-0,241	***
Anteil der Frauen an der Gesamtbevölkerung (Ln)	0,218		3,227	***
Anteil Arzneimittelausgaben an med. Ausgaben (Ln)	-0,067		0,151	***
Straßenverkehrstote (Ln)	-0,056		-0,046	
Alkoholkonsum pro Kopf in Litern (Ln)	-0,117	*	-0,010	
Arzneimittelbudget	-0,020		0,050	*
Arzneimittelfestbeträge	-0,058		-0,070	
Interaktion Zuzahlung Festbeträge	-0,001		-0,005	
Positivliste	0,032		0,117	*
Interaktion Zuzahlung Positivliste	0,028		0,052	**
Negativliste	-0,006		-0,032	
Zuzahlung für verordnete Arzneimittel (Ln)	-0,050	***	-0,051	***
Dummy-Variable Diätpräparate	-0,062	*	-0,001	
Relativer Preisindex (1990=100) (Ln)	0,023		0,141	***
Gatekeeping-System	0,077		-0,134	***
Interaktion Einzelleistungsvergütung Gatekeeping	1,326	*	-0,504	***
Kostenerstattungssystem	-0,746		-0,055	*
Wettbewerbssystem	0,874		0,184	***
Fee-for-Service	0,233	***	0,015	
Gemeinsamer Markt EU	0,047	***	0,063	***
Länderdummies	ja		nein	
Freiheitsgrade	217		217	
R^2 (bereinigt)	0,99		0,98	

***, **, * entsprechen einer Signifikanz von 99 %, 97,5 % und 95 %.

Quelle: Schneider et. al. (2000)

Vielleicht noch ein paar interessante Zahlen zur Berufszufriedenheit und Arbeitszeit von Hausärzten. Es gibt eine international vergleichende Studie der Weltgesundheitsorganisation zur allgemeinärztlichen Versorgung in Europa, in der Hausärzte u. a. zur Arbeitsbelastung befragt wurden. Danach bekundete die Mehrheit der befragten Hausärzte in der Schweiz (63 %) und in Holland (59 %) eine gute Übereinstimmung zwischen Aufwand und Ertrag, während in Deutschland nur 31 % der Hausärzte zustimmten (vgl. Boerma, Fleming 1998). Das ist eine deutliche Abweichung. Diese Befragung fand 1995 statt. Mögliche Effekte der Arztnetze auf die Arztzufriedenheit konnten noch nicht berücksichtigt werden. Doch nimmt man die Arbeitszeit als Indikator, ist eine grundlegende Verbesserung hierzulande auch eher unwahrscheinlich. Holländische Allgemeinärzte arbeiten im Vergleich zu deutschen Kollegen deutlich weniger. Das ist das Ergebnis des Hausarztmodells einschließlich der Bezahlung nach Kopfpauschalen. Dadurch ist eine geringere Kontaktfrequenz der Patienten zu erwarten. In Holland liegen ferner die Überweisungen und die Facharztkontakte unter zwei pro Einwohner und Jahr, auch das ist geringer als Deutschland. Dasselbe trifft auf die Krankenhausfälle zu. Auf der anderen Seite sind aber dann die Erstattungen pro Leistung im Durchschnitt höher.

Aus den Zahlen zur Berufszufriedenheit kann ein gewisser Handlungsdruck zur Reform des deutschen Gesundheitswesens abgeleitet werden, ganz unabhängig davon, wie man zu den Einspareffekten steht. Unter dem Gesichtspunkt, daß jede Reform der hausärztlichen Versorgung ein sehr langfristiger Prozeß ist, bildet die optionale Einführung, wie in der Schweiz, einen interessanten Ansatz. Er ermöglicht es, Angebot und Nachfrage schrittweise aufeinander abzustimmen. Herr Kossow hatte diesen Gedanken bereits auch aufgegriffen. In diesem Zusammenhang lohnt es sich auch, die Rahmenbedingungen des Schweizer Hausarztmodells näher anzuschauen. Obgleich dort ein anderes Krankenversicherungssystem besteht, gibt es grundsätzliche Aspekte der Einführung eines Optionsmodells, die einer Regelung auf der Angebots- und Nachfrageseite bedürfen, etwa Transparenzregelungen, Kalkulationsvorschriften, Vertragsregelungen. Um Kartelle zu vermeiden, sind z. B. Sondervertragsverbote auszuschließen. Prämienreduktionen sind beispielsweise im Hausarztmodell der Schweiz auf 20 % beschränkt, bis Erfahrungszahlen von mindestens fünf Rechnungsjahren vorliegen.

Übersicht 3: Ausgewählte Regelungen zu Hausarztmodellen in der Schweiz

KVG Art 41.4:	Versicherte können ihr Wahlrecht auf Leistungserbringer beschränken.
KVG Art 62.1:	Versicherten kann ein Prämienrabatt angeboten werden.
VO 101.1:	Bei der Rabattfestsetzung sind Verwaltungskosten, Rückversicherungsprämien, die Bildung von Reserven und Zuzahlungen an den Risikoausgleich zu berücksichtigen.
VO 101.2:	Prämienermäßigungen nur aufgrund von Kostenunterschieden mit eingeschränkter Leistungserbringerwahl zulässig.
VO 101.3:	Bis Erfahrungszahlen von mindestens 5 Rechnungsjahren vorliegen, dürfen die Prämien um höchstens 20 % unter der ordentlichen Versicherung liegen.
KVG Art 4:	Freie Wahl und freier Wechsel des Versicherers.
KVG Art 43.2c:	Pauschale Vergütung kann sich auf Patienten oder Versicherungsgruppen beziehen.
KVG Art 46.3:	Sondervertragsverbote, Konkurrenzverbote zu Lasten von Verbandsmitgliedern sollen den Wettbewerb unter Leistungserbringern und unter Versicherern ermöglichen.

Abschließend möchte ich zusammenfassen: Das Entscheidende, was wir aus der Schweiz und aus Holland lernen können, ist, daß man eine gewisse Flexibilität ins System zur Weiterentwicklung der Versorgung einbauen muß. Daß das über das optionale Hausarztmodell möglich ist, zeigt das Schweizer Modell sehr gut.

Von den Holländern kann man hinsichtlich der Weiterentwicklung lernen, daß es Reformvorhaben in der hausärztlichen Versorgung geben muß und diese stets eingehend zu evaluieren sind. Es wird dort eine viel umfassendere Evaluation als bei uns praktiziert. Das ist der eine Punkt, und der andere Punkt, den auch Herr Kossow angesprochen hat, daß hierfür entsprechende Forschungsmittel zur Verfügung zu stellen sind. Die Evaluation beinhaltet selbstverständlich auch qualitative Aspekte. Damit ist es möglich, neben den Kostenersparnissen auf die Frage des Qualitätseffektes des Hausarztmodells einzugehen, welches der kritische Punkt ist.

Literatur

Beck K. (1999), Stellungnahme zum Artikel von Hansueli Schöchli im Bund (7.10.99), internes Papier, Luzern.

Boerma W.G.W., Fleming D.M. (1998), The Role of General Practice in Primary Health Care, World Health Organization Regional Office for Europe by the Stationery Office, London.

Delnoij D.M.J., Van Merode G.G., Paulus A.T.G., Groenewegen P.P. (1999), Does GP Gatekeeping curb health care expenditure? Nivel, Manuskript.

Gerdtham U.-G., Jönsson B., MacFarlan M., Oxley H. (1994), Annex: Factors Affecting Health Spending: A Cross-Country Econometric Analysis, in: Oxley H., MacFarlan M.: Health Care Reform Controlling Spending and Increasing Efficiency, Economics Department, Working Paper No. 149, Paris.

Schneider M. (1998), Primary and non-primary health care expenditures in Canada, Germany, The Netherlands, and The United States, in: The Future of the Hospital, 4 Country Conference, Yale University, New Haven, Connecticut, July 9-11, 1998.

Schneider M., Hofmann U., Späth B., Grzeschik C., Köse A. (2000), Die Regulierung von Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich, Auswirkungen von Positivlisten, Festbeträgen, Zuzahlungen und Arzneimittelbudgets, BASYS, Augsburg.

WintiMed (1999), WintiMed hausärztliche Vereinigung, Internet-Information vom 12. Juli 1999.

Zweifel P., Lehmann H. (1999), Kostenvergleich zwischen HMO und traditioneller Grundversicherung, Sozialökonomisches Seminar der Universität Zürich, September 1999.

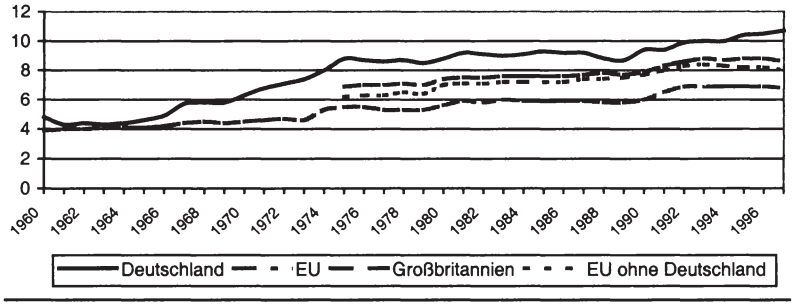
Hausarzttarife in der PKV

Günter Dibbern

Einleitung

Die Kostensteigerungen im Gesundheitswesen lagen in den letzten Jahrzehnten jährlich durchschnittlich doppelt so hoch wie die Entwicklung der allgemeinen Lebenshaltungskosten. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP hat sich demzufolge in den letzten 37 Jahren mehr als verdoppelt. Davon waren die gesetzlichen Krankenkassen und die privaten Krankenversicherer in gleicher Weise betroffen.

Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandsprodukt (BIP) 1960-1997 (Angaben in %)



Reaktionen GKV und PKV

Während der Gesetzgeber seit Mitte der 70er Jahre versucht, die GKV durch Leistungseinschränkungen, Zuzahlungsregelungen und vieles mehr im Rahmen von Kostendämpfungsgesetzen zu entlasten, müssen die Unternehmen der PKV - wegen der Verpflichtung zur Einhaltung der vertraglichen Vereinbarungen - andere Wege zur Kostensteuerung beschreiten. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß Kostendämpfungsbemühungen allein nicht einmal mittelfristig dazu beitragen können, im System unstreitig vorhandene Rationalisierungsreserven zu heben.

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2000 wird für die gesetzlichen Krankenkassen ein Instrument wiederentdeckt, das nach den Vorstellungen vieler Gesundheitspolitiker zu einer Kostenentlastung führen

könnte: die Lotsenfunktion des Hausarztes. Wenn wir uns gedanklich zwei oder zweieinhalb Jahrzehnte zurückversetzen, war es selbstverständlich, daß der Hausarzt per Überweisung die Steuerung seines Patienten durch das Gesundheitswesen übernahm.

Paradoxerweise wurden parallel zur Zunahme der Komplexität des Medizinbetriebs (z. B. durch immer weitergehende Spezialisierung) die Eingriffsmöglichkeiten der „praktischen Ärzte" reduziert: Sei es durch Einführung der Krankenscheinscheckhefte, sei es durch Urteile der Sozialgerichte, sei es zuletzt durch Einführung der Versichertenkarte. Ob die Wiederentdeckung der Lotsenfunktion des Hausarztes ein (All-)Heilmittel sein kann, muß sich allerdings erst noch herausstellen. Ich bin nicht sicher, ob die Erfahrungen, die von der PKV in den letzten Jahren gemacht wurden, hierbei schon jetzt eine wirkliche Hilfestellung leisten können.

Hausarzttarife der PKV

Seit einigen Jahren bieten einzelne Unternehmen der privaten Krankenversicherung Hausarzttarife an. Das Leistungsversprechen dieser Tarife sieht vor, daß die 100%ige Erstattung einer fachärztlichen Behandlung nur dann erreicht wird, wenn vorher ein Hausarzt in Anspruch genommen wird. Dabei gelten in der Regel als Hausärzte Fachärzte für Allgemeinmedizin, Augenärzte, Kinderärzte und Gynäkologen.

Nach Aussagen der Anbieter ist über Hausärztetarife eine erfolgreiche Kostensteuerung möglich; je nach Diagnose liege der Kostenvorteil zwischen 5 und 30 %. Im Durchschnitt ergebe sich eine erhebliche zweistellige prozentuale Reduzierung des Rechnungsbetrags. Bei der Bewertung der entsprechenden Veröffentlichungen darf aber nicht außer acht gelassen werden, daß die freie Arztwahl des Versicherten zumindest indirekt eingeschränkt wird und daß in nahezu allen Fällen das Leistungsversprechen entsprechender Tarife auch in anderer Hinsicht „abgespeckt" ist. So müssen die Versicherten häufig auf Leistungen für Heilpraktiker, Psychotherapie, Krankenfahrt o. ä. verzichten. Gerade die Reduzierung des Leistungsversprechens macht es m. E. schwierig, den Erfolg des Hausarztes als Koordinator im Gesundheitswesen objektiv zu messen. Es kommt also entscheidend darauf an, die tatsächliche Ursache für dieses Einsparungspotential zu analysieren.

Hausarzttarife - Kostensteuerung oder Selektion von Versicherungsnehmern

Handelt es sich wirklich um die steuernde Wirkung des Facharztselbstbehalts oder ist es nicht eher ein Selektionseffekt, der durch das insgesamt reduzierte Leistungsniveau ausgelöst ist und der Versicherte, die auch in anderer Tarifumgebung Hausarztneigung und -treue an den Tag legen würden, in einer Tarifgemeinschaft zusammengeführt hat. Für mich ist der wissenschaftliche Beweis einer tatsächlichen erzieherischen Wirkung noch nicht erbracht. Dazu fehlt es mir an Transparenz der Daten unter Heranziehung objektiver Vergleichsmaßstäbe. Abgesehen davon muß sich jeder private Krankenversicherer die Frage beantworten, inwieweit Leistungsreduktionen mit dem Image, teilweise auch dem Anspruch des Besonderen des Privatpatientenstatus, vereinbar sind. Nach meiner Ansicht haben die privaten Krankenversicherer im Rahmen ihrer Produktpolitik bessere Möglichkeiten, kostensteuernd tätig zu werden.

Es gilt im Systemwettbewerb, Vorteile eines privatrechtlichen Systems auf Basis des Anwartschaftsdeckungsverfahrens herauszuarbeiten und zu verdeutlichen. Allerdings müssen dazu die Spielräume, das heißt z. B. die Möglichkeiten der PKV-Unternehmen zu Vertragsabschlüssen mit Leistungserbringern, erweitert werden. Die privaten Krankenversicherer sollten aber nicht nur nach dem Gesetzgeber rufen, vielmehr müssen sie neue Möglichkeiten und Entwicklungen erforschen und initiieren. Vor rd. 30 Jahren vollzog sich im Tarifangebot der privaten Krankenversicherer ein Quantensprung. Es wurden erstmals Tarife eingeführt, die keine Leistungsbegrenzung nach oben kannten. Es wurden Tarife angeboten, die - eventuell nach Abzug eines vereinbarten Selbstbehalts - 100 % der entstandenen Kosten erstatteten. Dadurch wurde das Leistungsversprechen für den (potentiellen) Kunden durchschaubarer und die Eigenbelastung für den privatversicherten Patienten kalkulierbar.

Vor diesem Zeitpunkt gab es für einzelne Leistungsarten/Leistungen Höchstsätze, so daß der eigene Kostenanteil für den Versicherten im Vorfeld vollkommen unklar war.

Produktpolitische Trends

Ende der 70er Jahre wurden als Weiterentwicklung Tarife mit prozentualen Selbstbeteiligungen eingeführt. Diese Selbstbeteiligungen wurden durch absolute Selbstbehalte in der Höhe begrenzt. Damit wurde dem Verlangen der Kunden nach frühzeitiger Beteiligung des Versicherers an den Kosten Rechnung getragen.

Seit Anfang/Mitte der 90er Jahre - also etwa parallel zu den verstärkten Eingriffen des Gesetzgebers in das Gefüge der GKV (GRG, GSG) - geht es bei den Tarifangeboten der privaten Krankenversicherer eher wieder weg von der garantierten 100%-Erstattung, über nahezu das gesamte Leistungsspektrum, hin zum reduzierten Leistungsversprechen. Dabei gibt es Begrenzungen sowohl bei einzelnen Leistungsarten bis hin zum Ausschluß bestimmter Sektoren als auch Begrenzungen auf bestimmte Sätze der Gebührenordnungen. Auch die Hausarzttarife gehören in diese Kategorie.

Allen genannten Produkten ist gemeinsam, daß Steuerungsversuche auf der Nachfrageseite ansetzen. Das ist verständlich, da die privaten Krankenversicherer nur mit ihrem Kunden und nicht mit den Leistungserbringern (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser usw.) in vertraglichen Beziehungen stehen. Auf der anderen Seite läßt die Fokussierung auf die Patientenseite aber außer acht, daß auf dem Markt Gesundheitswesen der Anbieter sich die Nachfrage - wie auf keinem anderen Markt - zu einem erheblichen Maß selbst schafft, zumindest schaffen kann. Ich kann es mir nur schwer vorstellen, daß der Heilung oder zumindest Linderung suchende Patient mit seinem Arzt ernsthaft über die Sinnhaftigkeit vorgesehener Therapien diskutiert. Ganz abgesehen davon, daß im Normalfall dem Patienten das notwendige Fachwissen fehlt.

Neuer „Megatrend“ in GKV und PKV

Aus dieser Erkenntnis heraus hat sich wie bei der GKV auch bei den privaten Krankenversicherern ein neuer Megatrend entwickelt: Die Steuerung der Kosten soll durch Gesundheitsmanagement positiv beeinflußt werden. Ausgehend von einem Leistungsmanagement, in dessen Rahmen Rechnungen, medizinische Notwendigkeit u. ä. nach der Kostenentstehung verstärkt geprüft wurden, ist es das Ziel des Gesundheitsmanagements, schon vor der Kostenentstehung steuernd einzugreifen. In diesem Zusammenhang tauchen, zumindest im Zusammenhang mit der PKV, bisher kaum bekannte Begriffe wie

- medizinisches Beratungstelefon
- Case-Management
- Disease-Management
- Ausleihverfahren für Hilfsmittel usw.

auf.

Aus der Verknüpfung der Tarifpolitik mit dem Gesundheitsmanagement ergibt sich für die PKV-Unternehmen eine große Chance, sich vom Krankenversicherer zum Gesundheitsdienstleister zu entwickeln. Dies erscheint um so notwendiger, da heute z. B. Selbständige auf die PKV verwiesen sind und im Feld der Pflegeversicherung die PKV gleichberechtigt neben der GKV steht. Ziel von Gesundheitsmanagement-Aktivitäten muß die bessere Verzahnung der Anbieter von Gesundheitsleistungen sein. Darüber hinaus muß der Einsatz von medizinischen Leitlinien bei der Behandlung verstärkt werden.

Beide Ziele glaubt die DKV, im Rahmen ihres Pilotvorhabens mit dem Berliner Ärztenetzwerk Medinetberlin 2000+ erreichen zu können. Da der Glaube allein nichts nützt, wird dieses Projekt von IGES wissenschaftlich begleitet. Die Netzwerkstrukturen werden letztlich für die Patienten die Lotsenfunktion übernehmen. Der große Vorteil dieses Netzwerkgedankens ist, daß - wegen der Freiwilligkeit des Nutzens - die freie Arztwahl erhalten bleibt, das heißt aber auch, daß die Netzwerke im Wettbewerb durch Qualität überzeugen müssen. Und da begegnen sich die unterschiedlichen Ansatzpunkte Hausarzt und Gesundheitsmanagement letztlich:

„Alle möchten die hohe Qualität im Gesundheitswesen erhalten und alle wollen, daß das Gesundheitswesen bezahlbar bleibt."

Hausarzttarife in der PKV

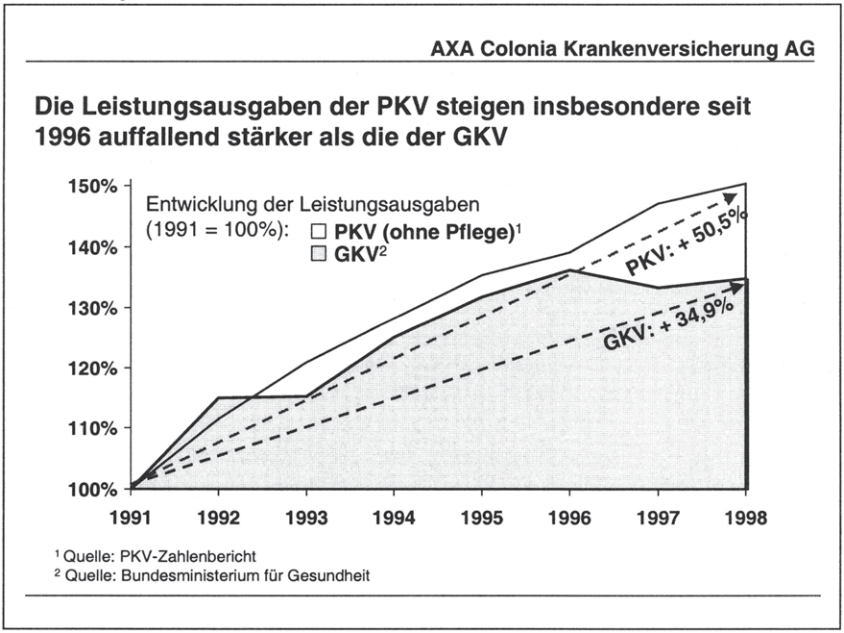
Helmut E. Schmidt

Ausgangssituation

Anfang 1995 hat die AXA Colonia Krankenversicherung als erster privater Krankenversicherer einen konsequenten Primärarzttarif mit dem Namen ELEMENTAR eingeführt. Diese Tarifentwicklung sollte den Marktgegebenheiten entsprechen, die bereits damals einen starken Anstieg der Leistungsaufwendungen zeigten; dieser Anstieg ist insgesamt zu verzeichnen gewesen - bei der GKV war er jedoch nicht so erheblich wie bei der PKV. Bekanntlich gibt und gab es für die GKV andere Regelwerke, um den Kostentrend etwas besser im Griff zu halten.

Die Entwicklung im Vergleich zeigt die Abbildung 1:

Abbildung 1



Fragestellungen

Als Marktteilnehmer und innovatives PKV-Unternehmen haben wir uns einige Kernfragen gestellt:

- Ist alles medizinisch Machbare auch (tatsächlich) notwendig?
- Ist die Grenze zwischen „Lifestyle" und medizinisch notwendiger Versorgung noch eindeutig zu ziehen?
- Was kann/soll in Verantwortung der Politik geregelt werden?
- Wofür sind die am Prozeß direkt Beteiligten (Patienten, Leistungserbringer, Kostenträger) verantwortlich?
- Welche Einwirkungsmöglichkeiten hat ein PKV-Unternehmen?

Die Hauptbeteiligten sind eindeutig die Patienten (Versicherten) mit ihrer Nachfrage nach Beratungen, Untersuchungen und Therapien - einen ebenso wichtigen Part übernehmen die Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen.

Letztere sind nicht nur Leistungsanbieter im Sinne von Bereitstellung von Gesundheits-/Krankheitsleistungen. Vielmehr kommt ihnen eine sehr stark steuernde Funktionalität zu. Sie bestimmen im wesentlichen das Volumen und die Differenziertheit von Diagnostik und Therapie - der Patient muß sich weitgehend auf die Steuerung durch den behandelnden Arzt verlassen. Natürlich wirken auch die übrigen Leistungsanbieter im Gesundheitswesen hier mit; die Weichenstellung erfolgt jedoch typischerweise durch den Arzt.

Was können wir als PKV tun?

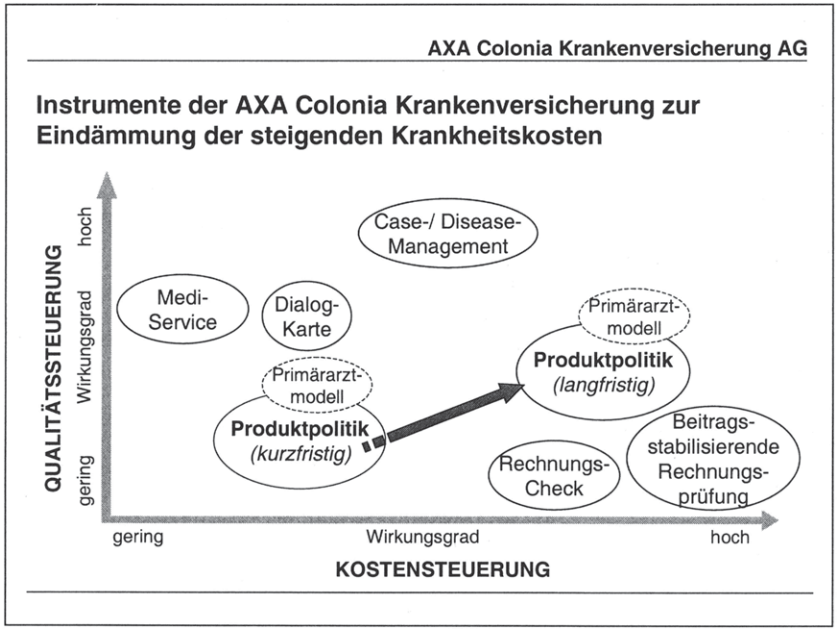
Letztlich sind PKV, aber auch GKV oder die Beihilfe Träger von Kosten, die durch Krankheiten der Versicherten/Beihilfeberechtigten verursacht werden. Man würde es sich aber auch als einzelnes PKV-Unternehmen zu leicht machen, wenn man sich mit der völlig passiven Rolle in diesem System zufrieden geben würde. Ziel kann es bei der aktuellen Entwicklung von Leistungsaufwendungen einerseits und Beiträgen andererseits nur sein, im gemeinsamen Interesse dort steuernd mitzuwirken, wo dies sinnvoll und zielführend möglich ist.

Die AXA Colonia sieht zwei Ebenen, die mit Leben erfüllt werden können/sollten:

- die Qualitätssteuerung
- die Kostensteuerung

Schematisch ist dies in der Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2



Bei der Qualitätsebene hat es die PKV bisher sehr schwer, sicher schwerer als die GKV, die durch den neunmal größeren Versichertenbestand viel intensiver in das System auch der Leistungserbringer einbezogen ist. Auch die gesetzliche Basis ist hier für die GKV viel einfacher. Die PKV fordert von der Gesetzgebung - bisher leider erfolglos -, daß ihr vergleichbare Regelungen, wie sie die GKV hat, ermöglicht werden. Denn es kann auch nur im Interesse eines verantwortungsbewußten Gesetzgebers sein, die Marktinstrumente für alle Marktbeteiligten zuzulassen.

Im Vorfeld von Behandlungen oder aber auch während dieser kann dem Versicherten/Patienten z. B. eine medizinische Hotline helfen, die ihm Ärzte bestimmter Fachrichtungen in seinem räumlichen Umfeld benennen oder die Auskünfte zu verordneten Medikamenten geben kann oder die offengebliebene Fragen aus dem Arztgespräch erläutert. Bei uns heißt diese Hotline „medi-Service". Die Versicherten haben damit neben ihrem originären Ansprechpartner - dem Arzt - eine weitere Möglichkeit, sich über für sie unklare Dinge unterhalten zu können. Dabei ist oberstes

Ziel, sich nicht in das Arzt-Patienten-Verhältnis einzumischen, aber durchaus ergänzend zu informieren bis hin zur „second opinion".

Damit der häufig noch zu einseitige Dialog zwischen Patient und Arzt verbessert wird, haben wir unseren Versicherten eine Dialogkarte angeboten, die häufige Standardfragen von Versicherten/Patienten enthält und auch den Arzt auf bestimmte Fragestellungen der Patienten aufmerksam macht.

Im Anfangsstadium befinden sich in der PKV noch die Instrumente Case- bzw. Disease-Management. Hier muß sich in den nächsten Jahren zeigen, ob alle Beteiligten im Gesundheitswesen bereit sind, zu weiterer Qualitäts- und Kostenoptimierung zu kommen: im Interesse aller Beteiligten; denn nur eine konkurrenzfähige PKV garantiert den Ärzten und sonstigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gewisse Einnahmen.

Als PKV-Unternehmen können wir unsere Versicherten aber auch heute schon in Richtung Kostensteuerung unterstützen. Zum einen bieten wir an, daß wir Heil- und Kostenpläne vor/zu Beginn einer Behandlung auf die Aspekte der medizinischen Notwendigkeit und die gebührenrechtlichen Dinge „checken". Vergleichbares gilt für Rechnungen. Sollten sich dabei Unklarheiten herausstellen, können diese bereits im Vorfeld angesprochen und meist auch bereinigt werden. Auf jeden Fall wird eine hohe Transparenz in bezug auf die finanziellen Konsequenzen einer beabsichtigten Behandlung - bei allen Beteiligten - erreicht zu einem Zeitpunkt, zu dem ggf. noch Entscheidungen verändert werden können.

Natürlich prüfen wir zur Erstattung vorgelegte Rechnungen auch im Versicherungsfall. Das ist schon im Interesse der gesamten Versicherungsgemeinschaft unabdingbar.

Die Hauptstoßrichtung ist die Produktpolitik des PKV-Unternehmens.

Mit der klassischen Produktpalette sind die Steuerungsansätze nur bedingt umsetzbar. Deshalb haben wir 1995 mit dem ELEMENTAR-Tarif ein Produkt auf den Markt gebracht, das zwar ein wenig von den Elementen der klassischen PKV abweicht, aber trotzdem im Kern alle wesentlichen Facetten eines privaten Krankenversicherungsschutzes beinhaltet.

Inhalte des ELEMENTAR-Tarifs

Wesentlicher Kern des neuen Produktes ist die stringente Einführung des Primärarztprinzips. Das bezieht sich auf die ambulanten Leistungen. Im Bereich des Zahnversicherungsschutzes ist der Versicherte ebenfalls Privatpatient. Im Stationärbereich entsprechen die Tarifleistungen in etwa denen, die auch die GKV bietet; auf Wunsch kann der Versicherte jedoch das Zweibettzimmer und die privatärztliche Behandlung im Krankenhaus hinzuversichern.

Nach der Fragestellung, was ist eventuell aus der Angebotspalette verzichtbar, haben wir uns im ambulanten Sektor für die Faktoren Psychotherapie, Heilpraktiker und Kuren entschieden. Im Zahnbereich haben wir für die Material- und Laborkosten ein klares Leistungsspektrum definiert. Außerdem ist die rechtzeitige Einreichung eines Heil- und Kostenplanes vor Beginn von Zahnersatzmaßnahmen notwendig, um die volle tarifliche Leistung zu erhalten. Im stationären Sektor bieten wir die allgemeinen Krankenhausleistungen an.

Die Faktoren, die im ambulanten Sektor vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, machen sich in der Beitragskalkulation natürlich auch positiv bemerkbar. Der Schwerpunkt des günstigeren Beitrags im Vergleich zum „normalen bzw. klassischen" PKV-Schutz liegt aber eindeutig bei der stringenten Anwendung des Primärarztprinzips!

Schon bei der ersten Kalkulation konnten wir auf (noch fremde) Erfahrungen zurückgreifen, die bestätigten, daß die Leistungsaufwendungen dann um bis zu 20 % niedriger sind, wenn die (Erst-)Behandlung durch einen typischen Primärarzt durchgeführt wird. Dieser Ansatz hat sich seither immer wieder bestätigt. Die Basis für unsere eigenen Analysen sind zwischenzeitlich ca. 70.000 Versicherte des ELEMENTAR-Tarifs.

Das Primärarztprinzip im ambulanten Bereich bedeutet für die Versicherten, daß ihnen eine 100%ige Erstattung der Kosten dann garantiert ist, wenn die Behandlung insgesamt oder zumindest zu Beginn durch die typischen Primärärzte, also praktischer Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin, durchgeführt wird. Kosten, die im Anschluß an eine Erstbehandlung durch den Primärarzt durch Facharztbehandlungen entstehen, werden dann ebenfalls zu 100 % erstattet.

Damit hat der Versicherte/Patient die Sicherheit einer 100%igen Erstattung, wenn er das Primärarztprinzip anwendet. Als Primärarzt gelten in diesem Tarif auch Augenärzte, Gynäkologen und Kinderärzte; diese Definition ist enumerativ.

Der Versicherte hat aber selbstverständlich auch die freie Wahl, im Krankheitsfall direkt einen der nicht genannten Fachärzte zu konsultieren. Dann muß er allerdings einen Selbstbehalt von 20 % dieser Behandlungskosten tragen.

Bei jedem neuen Behandlungsfall kann der Versicherte neu entscheiden, welchen Weg er geht!

Tatsächlich wenden sich die weitaus meisten Versicherten des ELEMENTAR-Tarifs im Krankheitsfall (zuerst) an den Primärarzt. Das bestätigt die Grundidee dieses Tarifes und es bestätigt auch, daß das Primärarztprinzip von den privatversicherten Kunden durchaus angenommen wird. Natürlich liegt ein günstiger Beitrag und ggf. ein 20%iger Selbstbehalt auf der anderen Seite der Waagschale.

Damit ist es also gelungen, die Versicherten/Patienten in den Gesamtprozeß auch als aktiven Partner mit einzubeziehen. Sie sollen nach unserer Intention aus der Rolle der passiv Beteiligten heraus - sie sollen aktiv im Rahmen der Möglichkeiten an verschiedenen Schnittstellen des Prozesses mitwirken. Das setzt voraus, daß der Versicherungsschutz Anreize bietet, die Mitdenken und Mithandeln sinnvoll machen. Es muß auch genug Weichenstellungen geben, die den eigenverantwortlichen Versicherten - trotz der generellen Linie - freies Handeln ermöglichen.

Dies haben wir mit dem ELEMENTAR-Tarif angeboten und jetzt schon über einige Jahre konsequent weiterverfolgt. Der Zuwachs des Versichertenbestandes in diesem Tarif bestätigt uns, daß dieses Angebot marktgerecht ist.

Der Beweis

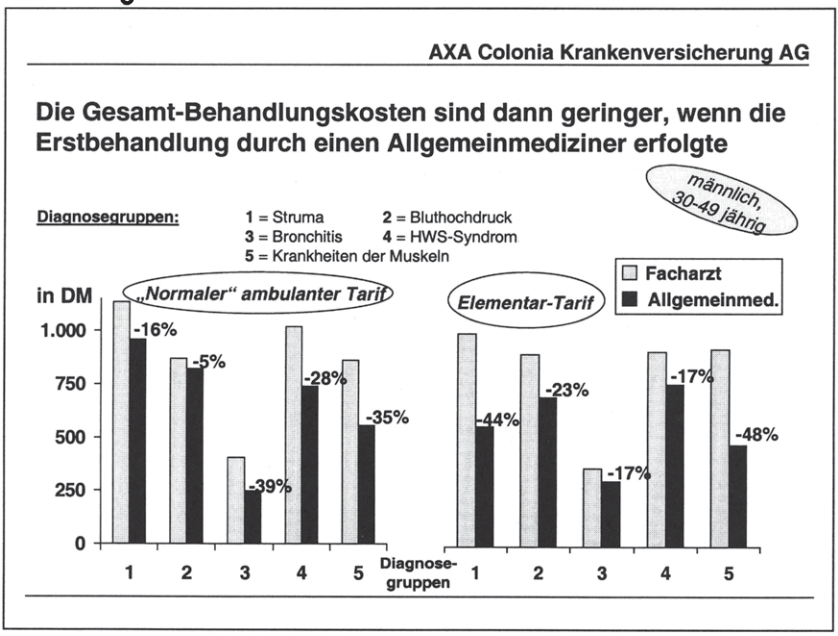
Natürlich hat es gerade zu Beginn des Angebotes des ELEMENTAR-Tarifs genug Skepsis von Mitbewerbern und sonstigen Marktteilnehmern, aber auch Leistungsanbietern gegeben. Bestimmte Leistungsanbieter fühlten sich diskriminiert.

Anfangs konnten wir schwerpunktmäßig nur darauf verweisen, daß uns (fremde) Erfahrungen vorliegen und der zukünftige Versicherte ja auch bei unserer Gesellschaft zwischen verschiedenen Ausprägungen des privaten Krankenversicherungsschutzes wählen kann. Selbstverständlich bieten wir nach wie vor auch Versicherungsschutz an, dem das Primärarztprinzip nicht zugrunde liegt, bei dem also keine (höhere) Selbstbeteiligung vom Versicherten zu tragen ist, wenn er z. B. direkt zum Internisten geht.

Inzwischen liegen aber genug eigene Daten vor, um den Beweis dafür anzutreten, daß das Primärarztprinzip tatsächlich die Konsequenzen bei den Leistungsaufwendungen zeigt, die wir prognostiziert haben.

Am Beispiel einiger Diagnosegruppen - siehe Abbildung 3 - läßt sich klar belegen, daß die Gesamt-Behandlungskosten dann jeweils geringer sind, wenn die (Erst-)Behandlung durch einen Primärarzt (hier: Praktiker bzw. Allgemeinmediziner) durchgeführt wird.

Abbildung 3



Einbezogen wurden also alle Kostenanteile einer Behandlung, gleichgültig, ob die Behandlung insgesamt vom Primärarzt durchgeführt wurde oder ob im Behandlungsverlauf ein Wechsel zum Facharzt vorgenommen wurde.

Die geringeren Durchschnittskosten bei Anwendung des Primärarztprinzips liegen in einer Spannbreite zwischen 17 und 48 % für diese Diagnosegruppen bei den in der Abbildung dargestellten Versicherten.

Um eine gleiche Basis der Auswertung zu haben, sind wir vom Rechnungsbetrag ausgegangen - der Erstattungsbetrag hätte durch den Selbstbehalt bei direkter Inanspruchnahme des Facharztes zu Verzerrungen geführt.

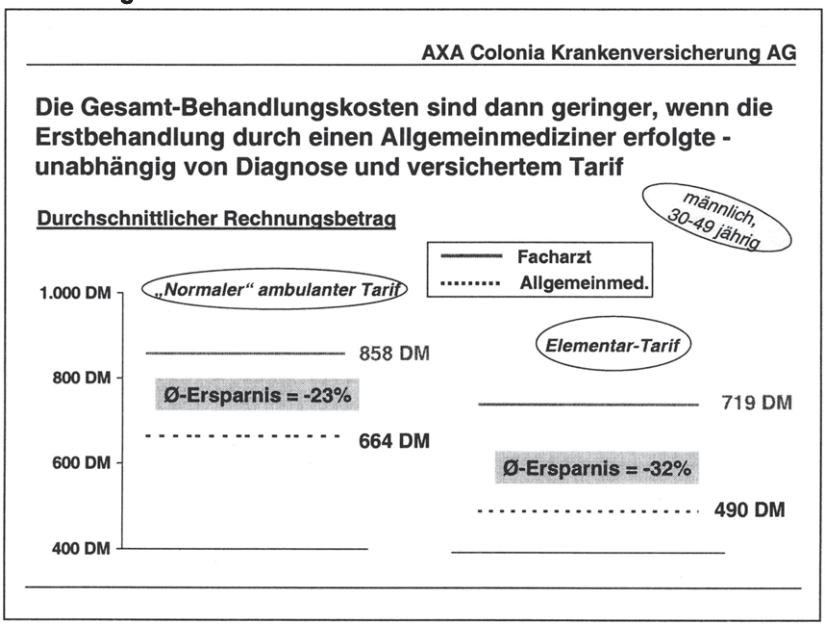
Das exemplarisch dargestellte Resultat bezieht sich auf eine typische Versichertengruppe; dieselbe Tendenz ist aber auch bei anderen Altersgruppen und ebenso bei weiblichen Versicherten zu verzeichnen. Durchgängig sind erheblich niedrigere Rechnungsbeträge bei Anwendung des Primärarztprinzips festzustellen.

Um die Beweiskraft dieser Aussage noch weiter zu erhärten, haben wir vergleichende Untersuchungen bei einem „normalen" ambulanten Tarif aus unserem Angebot durchgeführt. Auch hier zeigt sich - wenn auch in schwächerer Ausprägung -, daß die Rechnungsbeträge für die Behandlung der genannten Diagnosegruppen niedriger ausfallen, wenn (zuerst) ein praktischer Arzt/Arzt für Allgemeinmedizin konsultiert wurde.

Das Prinzip bringt also eindeutig geringere Kosten mit sich!

Selbst wenn man den Blickwinkel von einzelnen Diagnosegruppen weglenkt und eine diagnoseunabhängige Betrachtung durchführt, kommt man eindeutig zu geringeren durchschnittlichen Rechnungsbeträgen immer dann, wenn (zuerst) der praktische Arzt/Allgemeinmediziner behandelt hat (siehe Abbildung 4).

Abbildung 4



Die generelle Aussage wird auch nicht dadurch beeinflußt, daß der „normale" ambulante Tarif schon länger im Angebot ist. Verglichen wurden jeweils Versicherte, die gleich lange in dem einen oder anderen Tarif im Bestand waren, also nicht Versicherte, die bereits vor 1995 in dem „normalen" ambulanten Tarif versichert waren.

Konsequenzen

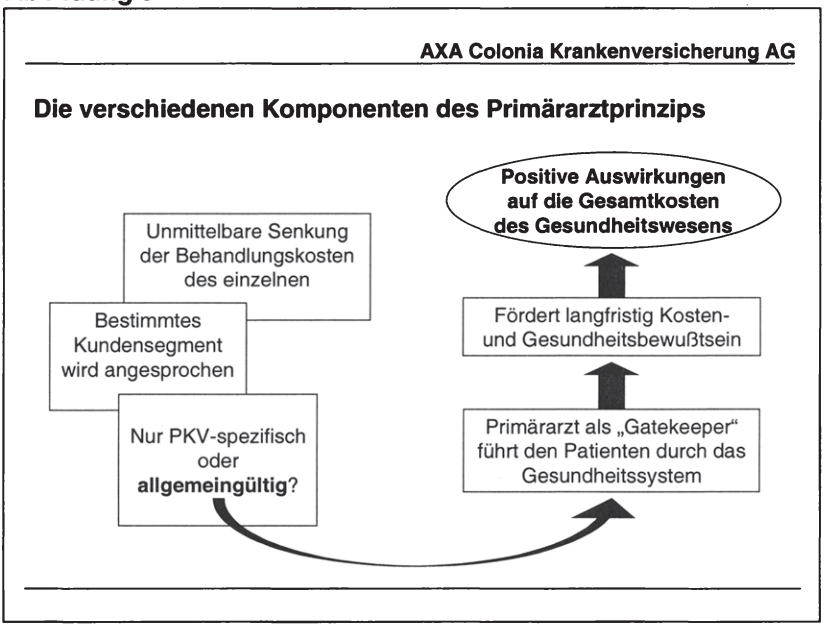
Zum einen sind die statistischen Auswertungen der Beweis dafür, daß unsere Prognose richtig war: geringere Kosten bei der (Erst-)Behandlung durch die im ELEMENTAR-Tarif definierten Primärärzte. Das zeigt, daß dieses Prinzip tatsächlich kostendämpfend wirkt.

Der Zuwachs der Versicherten dieses Tarifs ist überwiegend auf neue Kunden zurückzuführen. Das bedeutet, daß dieses Angebot von den (zukünftigen) Versicherten als eine praktikable, allerdings auch preisgünstige Variante gerne angenommen wird. Wer das Primärarztprinzip nicht - zumindest generell - akzeptiert, wird sicher einen anderen Versicherungsschutz wählen.

Auch privatversicherte Kunden bestimmen den Prozeß im Zusammenhang mit Erkrankungen vermehrt selbst mit, was mittelfristig einer gewissen Beitragsstabilisierung zugute kommen wird.

Auf dieser Basis kann man sich aber durchaus den weiteren Überlegungen öffnen, indem man die Auswirkungen der (stringenten) Nutzung des Primärarztprinzips allgemein betrachtet - siehe Abbildung 5.

Abbildung 5



Nach unserer Auffassung ist das Primärarztprinzip mit seinen Faktoren nicht nur ein Aspekt eines einzelnen Tarifs eines der PKV-Unternehmen. Das Prinzip ist u. E. generell anwendbar, wenn die Versicherten sich nicht wegen bestehender Wahlmöglichkeiten im Einzelfall anders entscheiden.

Der Primärarzt im engeren Sinne kann als „Gatekeeper" die Patienten durch das „Gesundheitssystem führen". Sicher wird da und dort noch mehr an Know-how erarbeitet werden müssen.

Wesentlich ist aber, daß langfristig positive Auswirkungen auf die Gesamtkosten des Gesundheitswesens nicht übertrieben erscheinen. Und darauf kommt es auf der heutigen Basis doch ganz entscheidend an.

Erste Erfahrungen mit kombinierten Budgets

Manfred Richter-Reichhelm

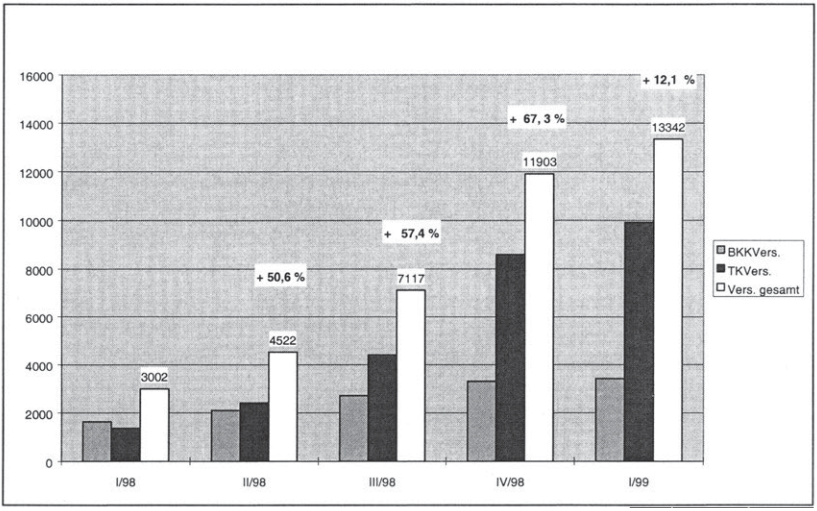
Zum Schluß des heutigen Tages stellen Herr Schönbach und ich Ihnen die ersten Ergebnisse mit dem kombinierten Budget im Praxisnetz Berliner Ärzte vor. Zunächst werde ich Ihnen kurz in einer allgemeineren Darstellung die Grundzüge unseres Netzes vorstellen, anschließend wird Herr Schönbach Ihnen die ermittelten Daten präsentieren.

Der wesentliche Inhalt unseres Modellprojektes ist ein kombiniertes Budget für ambulante ärztliche Leistungen, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel und die häusliche Krankenpflege. Am Jahresende wird bilanziert, ob die Ausgaben die Erwartungen über- oder unterschreiten; werden Einsparungen erzielt, fließen sie zu je einem Drittel an die Ärzte, an das Netz für Strukturverbesserungen und an die Krankenkassen. Ziel der Netzarbeit ist die Steigerung der Qualität, der Effizienz, der Intensivierung der Kommunikation und Kooperation, die Verbesserung der Koordination, der Ausbau der Qualitätssicherung und das Netzmanagement. Erstmals wurde das kombinierte Budget im Jahr 1998 „scharfgemacht". Alle Daten der medizinisch-ökonomischen Verantwortung über Leistungen, die von den Ärzten selbst erbracht oder veranlaßt wurden, wurden zusammengeführt. Die Normwertermittlung richtete sich, vereinfacht ausgedrückt, nach dem Normkostenprofil des Risikostrukturausgleichs.

Die Zeitreihe unseres Modellprojektes stellt sich so dar: Nach Inkrafttreten des GSG im Jahre 1994 hatten wir einen Workshop mit der BKK, danach konkrete Vertragsverhandlungen, 1996 trat der Vertrag in Kraft und im Jahr 1997 schaffte das 2. NOG die gesetzliche Grundlage. Ab 1998 ist die Techniker Krankenkasse mit im Boot und durch ihren Beitritt haben wir die notwendigen Versichertenzahlen erhalten, die es uns erlauben, das kombinierte Budget anzuwenden. Ist die Versichertenzahl zu klein, ist das Risiko zu groß, daß einzelne Ausreißerfälle das ganze System zum Kippen bringen.

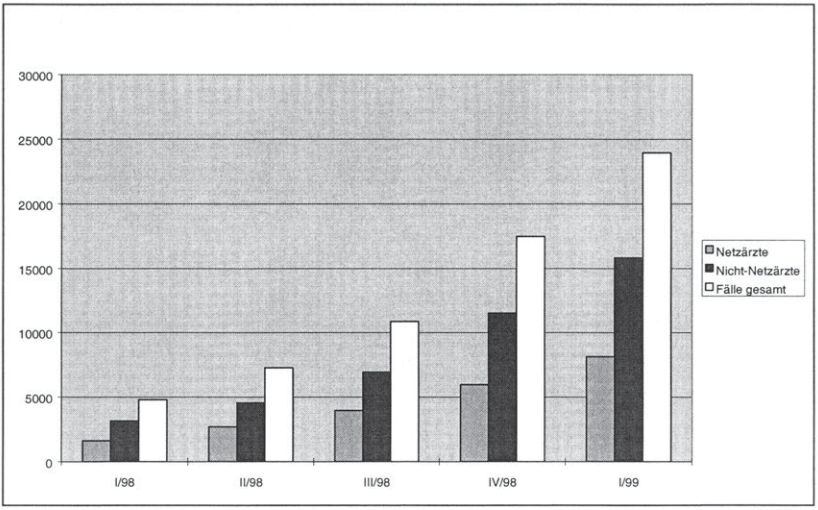
Die Versichertenzahlen stiegen von 3.200 im I. Quartal 1998 auf 13.342 im I. Quartal 1999. Die Grafik (Abbildung 1) macht den Sprung durch die TK-Versicherten sehr deutlich.

Abbildung 1: Entwicklung der Versichertenzahlen I/98 - I/99



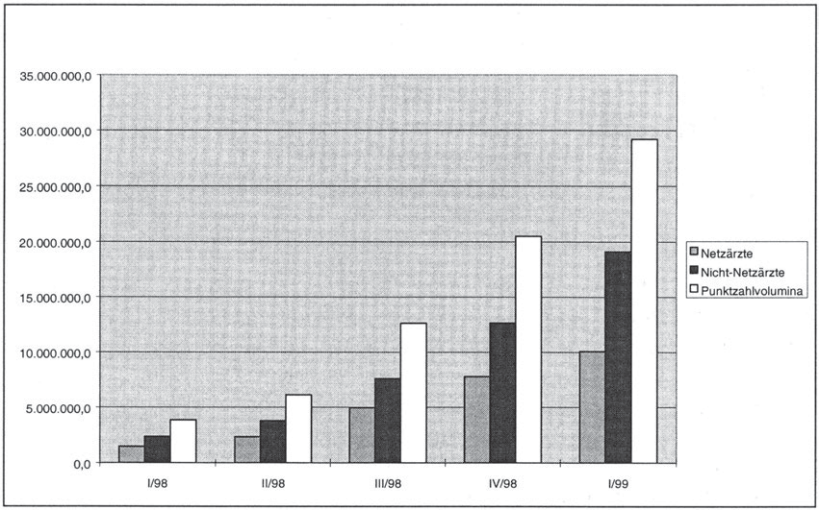
Die Fallzahlen steigen recht harmonisch mit den Versichertenzahlen an, von knapp unter 5.000 im I. Quartal 1998 auf knapp unter 25.000 im I. Quartal 1999 (Abbildung 2).

Abbildung 2: Entwicklung der Fallzahlen I/98 - I/99



Auch das Volumen der für Netzversicherte erbrachten Leistungen paßt sich auf den ersten Blick den Versicherten und Fallzahlen an (Abbildung 3). Ein wichtiger weiterer Aspekt wird aus den beiden letzten Grafiken der Fallzahl- und Punktzahlentwicklung deutlich: Die Inanspruchnahme von Nicht-Netzärzten überwiegt die der Netzärzte in beiden Kategorien, und dies ist in meinen Augen eine sehr bedenkliche Entwicklung. Hier gilt es, in die Tiefe zu gehen und Ursachenforschung zu betreiben: Liegt es an einer unzureichenden Steuerung durch die Netzärzte oder an einer „Disziplinlosigkeit" der Netzversicherten, die trotz der grundsätzlichen Bindung ans Netz im Freien „wildern"? Liegt es gar daran, daß zu viele Überweisungen von Netzärzten nach draußen, außerhalb des Netzes gehen?

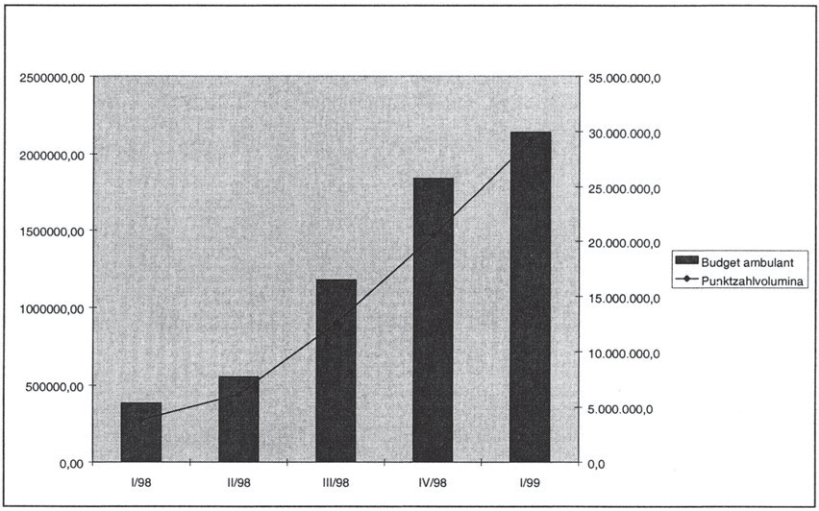
Abbildung 3: Entwicklung des Punktzahlvolumens I/98 - I/99



Während in der Zeit von Januar bis Dezember 1998 die Entwicklung des Budgets für ambulante Leistungen mit dem der erbrachten Leistungen, abzulesen an den Punktzahlvolumina, gut übereinstimmten, ist es im I. Quartal 1999 zu einer Diskrepanz gekommen: Die Leistungsanforderung war erheblich höher als die Finanzausstattung. Die Folge war ein dramatischer Punktwertverfall. Die Presse hatte diese Entwicklung dargestellt, speziell die Ärzte-Zeitung hat sehr ausführlich darüber berichtet. Im I. Quartal 1999 erzielten wir einen Punktwert von 5,79 Pf. im Netz,

während wir vorher in der Zeitreihe von I bis IV 1998 Punktwerte von 11,3 Pf., 9,11 Pf., 11,20 Pf. und 9,25 Pf. zu verzeichnen hatten.

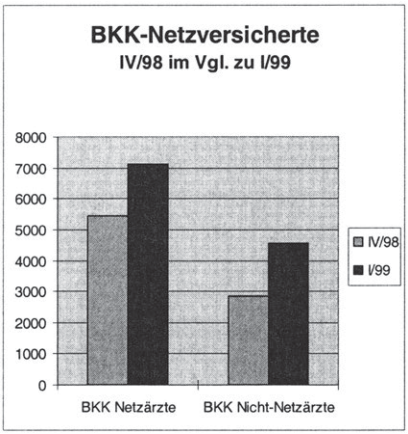
Abbildung 4: Entwicklung des Budgets und der Punktzahlvolumina I/98 - I/99

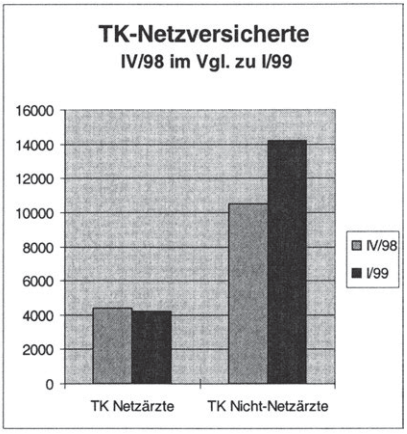


Während die Versichertenzahl von IV 1998 zu I 1999 um 12,1 % stieg, nahmen in beiden Kassenorten zusammen 30 % mehr Versicherte einen der Mehrärzte in Anspruch (16,58 % BKK, 35,41 % TK). Ob dies an einer veränderten Versichertenstruktur lag, ob die Menschen kränker geworden sind, ob gar die Grippewelle des I. Quartals 1999 eine Rolle gespielt hat, muß noch eruiert werden. Bedeutungsvoll ist, daß die Leistungsexplosion nicht innerhalb, sondern außerhalb des Netzes geschehen ist, dadurch von Nicht-Netzärzten größere Ressourcen verbraucht wurden, so daß innerhalb des Netzes zu wenig Geld zur Verfügung stand, um den Punktwert der Vergangenheit halten zu können.

Auch bei den Verordnungen ist der gleiche Trend erkennbar: Die Einzelverordnungen außerhalb des Netzes sind vor allem für TK-Versicherte sehr hoch, die BKK-Versicherten haben auf den ersten Blick eine größere „Netzdisziplin".

Abbildung 5: Einzelverordnungen im Netz und außerhalb des Netzes





Einer Detailanalyse wird vorbehalten sein zu klären, ob durch eine stärkere Einflußnahme der Krankenkassen auf ihre Versicherten die Netzbindung erhöht werden muß oder ob „Überweisungsfehler" im Vordergrund stehen, die die Netzärzte zu verantworten haben. In seiner Detailanalyse wird Herr Schönbach mit ausführlichem Datenmaterial die erzielten Einspareffekte präsentieren, die uns hoffnungsvoll stimmen, daß wir mit unserem Praxisnetz auf dem richtigen Weg sind und mit der Verbesserung der Patientenführung noch erfolgreicher werden können.

Erste Erfahrungen mit kombinierten Budgets

Karl-Heinz Schönbach

Das von den Betriebskrankenkassen mit der KV Berlin 1995 initiierte Praxisnetz, dem im Jahre 1997 als Vertragspartner die Techniker Krankenkassen beigetreten ist, hat die Bilanz des ersten Budgetjahres 1998 vorgelegt. Das mit dem Konzept „Kombinierter Budgets" verbundene, weitreichendste und umstrittenste Modell, das gleichwohl die Gesetzgebung nicht nur am Rande beeinflußt hat, kann damit jenseits des gesundheitspolitisch Gewollten beurteilt werden. Dies wird manche Kritiker in die Schranken weisen und den Befürwortern zeigen, das „Integrierte Versorgung" im real existierenden deutschen Gesundheitswesen eine arbeitsreiche und nur mit großer Ausdauer zu bewältigende Herausforderung ist. Die Projektpartner nehmen diese Herausforderung mit Freude an. Die ersten lohnenden Ergebnisse rechtfertigen dies. Vorgestellt werden im Folgenden ökonomische Kennziffern des ersten Budgetjahres. Die wissenschaftliche Evaluation erfolgt durch unabhängige Experten in einem mehrjährigen Programm.

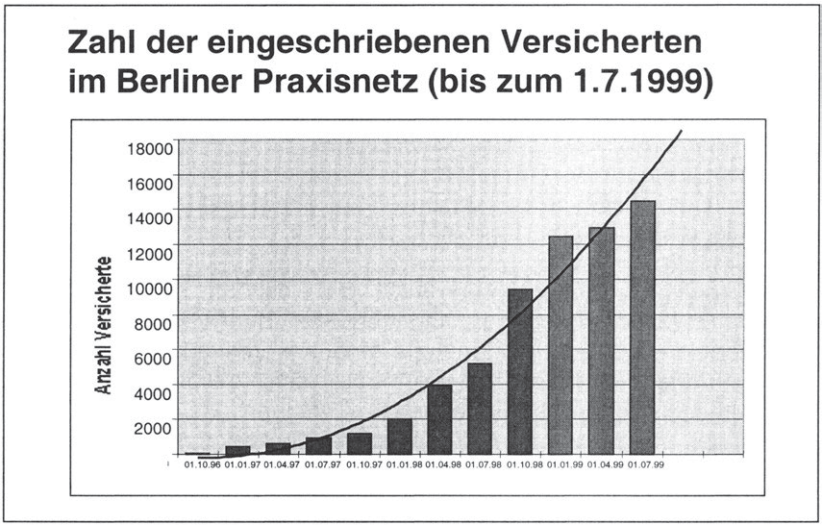
Mit dem Praxisnetz Berlin wurden 1995 die Konzepte der innovativen Kassenärztlichen Vereinigungen und des BKK Bundesverbandes verknüpft. Über die Vernetzung der Ärzte hinaus wurde damit die Vernetzung der Budgets konzipiert, um die medizinisch notwendige Kooperation nicht durch ökonomische Grenzen zu behindern. Im Mittelpunkt der Überlegungen bei der Entwicklung eines Praxisnetzmodells standen mithin drei wichtige Ziele:

- Die Vernetzung einer Gruppe von niedergelassenen Ärzten zu einer managementfähigen Einheit, in der Behandlungsprozesse systematisch organisiert werden können.
- Die Entwicklung eines tragfähigen Finanzierungsmodells, das den Zielen der Vernetzung Rechnung trägt.
- Der Aufbau eines Datenmanagements, das Transparenz für alle Projektpartner und ein routinemäßiges Controlling des Praxisnetzgeschehens erlaubt.

Im Mittelpunkt: Attraktivität für Versicherte und Patienten

Auf Kassenseite nehmen 17 Betriebskrankenkassen aus Berlin und anderen Bundesländern sowie die Techniker Krankenkasse teil. Diese Krankenkassen bieten ihren Versicherten in Berlin die Teilnahme am

Praxisnetz an. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der Krankenkasse und erhalten eine neue Versichertenkarte, die sie als Praxisnetzversicherte ausweist. Das Berliner Praxisnetz war das erste Modell, das konsequent auf die Freiwilligkeit der Versicherten gesetzt hat, denn schließlich sind sie die eigentliche Zielgruppe neuer Versorgungsformen. Der Erfolg neuer Versorgungsmodelle wird sich in Zukunft auch an ihrer Attraktivität für Versicherte und Patienten messen lassen müssen. Inzwischen nehmen rund 18.000 Versicherte am Praxisnetz teil. Die Grafik zeigt das Wachstum der Versichertenzahlen über die letzten Jahre.



Krankenkassen und Ärzte informieren die Versicherten/Patienten über die Leistungen und Vorteile des Netzes. In der Vergangenheit haben die Ärztekammern in Verteidigung ihrer berufsrechtlichen Regelungen versucht, die Informationen - z. B. Listen der teilnehmenden Ärzte oder Broschüren, in den die Leistungen des Praxisnetzes beschrieben werden -, die an Versicherte und Patienten weitergegeben werden sollten, einzuschränken. Allerdings haben diese Unterlassungsforderungen vor einer gerichtlichen Prüfung nicht standhalten können.

Mit der Teilnahmeerklärung verpflichten sich die Versicherten, die „Spielregeln" des Netzes zu beachten, und sind gehalten, die Ärzte im Netz aufzusuchen. Arztbesuche außerhalb des Netzes sind allerdings dann möglich, wenn die Fachgruppe im Netz nicht ausreichend vertreten ist

(dies ist z. B. bei den Kinderärzten der Fall), im Notfall oder selbstverständlich auf Überweisung eines Netzarztes. Derzeit ist der Anteil von Arztkontakten außerhalb des Netzes noch relativ hoch. Die Projektpartner werden deshalb ihre Aktivitäten verstärken, die „Netztreue" der Versicherten weiter zu verbessern.

Aufgrund der besonderen Budgetregelungen war es im Berliner Praxisnetz erstmals möglich, von den gesetzlichen Möglichkeiten des § 63 Abs. 3 SGB V Gebrauch zu machen und die Versicherten an den erzielten Einsparungen zu beteiligen. Einige der teilnehmenden Krankenkassen haben daher an die Versicherten einen Bonus ausgezahlt, dessen Höhe insbesondere von der Dauer der Teilnahme und in einigen Fällen auch von der „Netztreue" abhängig gemacht wurde.

Aufbau der Vernetzung der Ärzte

Die besondere regionale Situation in Berlin mit seinen ausgeprägten Bezirkszentren hat es erforderlich gemacht, daß eine im Vergleich mit anderen Praxisnetzen hohe Anzahl von Ärzten aufgenommen wurde. Nur so kann sichergestellt werden, daß die Versicherten in den verschiedenen Bezirken Praxisnetzärzte der wichtigsten Fachgruppen schnell und bequem erreichen können. Am Praxisnetz Berlin nehmen derzeit ca. 590 niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen teil. Die Ärzte sind in 11 regionalen Teams organisiert, deren Größe zwischen 25 und 107 variiert. Diese Teams sind das Herz des Praxisnetzes, denn hier wird die Vernetzung in für alle Ärzte erreichbaren und überschaubaren Gruppen aufgebaut. In regelmäßigen Teamsitzungen und in Treffen der Facharztgruppen wird die organisatorische Basis für die patientenorientierte Kooperation der Ärzte gelegt und Behandlungsabläufe für einzelne Krankheitsbilder in gemeinsam verabschiedeten Leitlinien vereinbart. Darüber hinaus werden Kooperationsmöglichkeiten mit den örtlichen Krankenhäusern gesucht.

Die Sprecher der Teams bilden den medizinischen Beirat und damit die Klammer zwischen den einzelnen Teams. Aufgabe des medizinischen Beirates ist es, die Weiterentwicklung des Praxisnetzes zu einem organisatorischen Ganzen voranzutreiben und die Schwerpunkte der Qualitätssicherungsaktivitäten festzulegen.

Ein Großteil der Ärzte im Praxisnetz ist 1996 durch die von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin durchgeführte Ausschreibung in das Netz aufgenommen worden. Im Gegensatz zu vielen jüngeren Netzen ist das Berliner Praxisnetz daher nicht auf der Grundlage von bereits existierenden informellen Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten ent-

standen. Diese Ausgangssituation erfordert wesentlich größere Anstrengungen, aus vielen Einzelkämpfern ein funktionierendes Netz zu entwickeln, als dies in anderen Netzen der Fall ist (und als die Initiatoren 1995/95 ahnten). Organisatorische Unterstützung erhalten die Netzärzte dabei durch das Netzbüro, das auch als Anlaufstelle für jeden einzelnen Arzt bei aktuellen Schwierigkeiten in der Netzarbeit eingerichtet wurde.

Voraussetzung für die Teilnahme am Praxisnetz ist zum einen die Bereitschaft der Ärzte, an der netzinternen Qualitätssicherung aktiv teilzunehmen. Zum anderen haben sich die Ärzte verpflichtet, die Erreichbarkeit des Netzes auch in den Abendstunden und an den Wochenenden durch Abendsprechstunden, Bereitschaftsdienste und fachärztliche Hintergrunddienste sicherzustellen. Um dem Praxisnetz die interne Konsolidierung zu ermöglichen, werden derzeit vorerst keine weiteren Ärzte aufgenommen. Darüber hinaus wird die Erfüllung der Beitrittsvoraussetzungen durch die Vertragspartner regelmäßig überprüft mit der Folge, daß zum Jahresende vermutlich einige Ärzte das Netz verlassen müssen.

Ein weiterer Service ist die Leitstelle, die sowohl den Ärzten als auch den Patienten zur Verfügung steht. Sie gibt den Patienten allgemeine Informationen zum Praxisnetz und vermittelt sie außerhalb der Sprechstunden mit dem diensthabenden Arzt. Die Ärzte werden bei spezifischen Fachfragen an den fachärztlichen Hintergrunddienst weitergeleitet.

Das kombinierte Budget

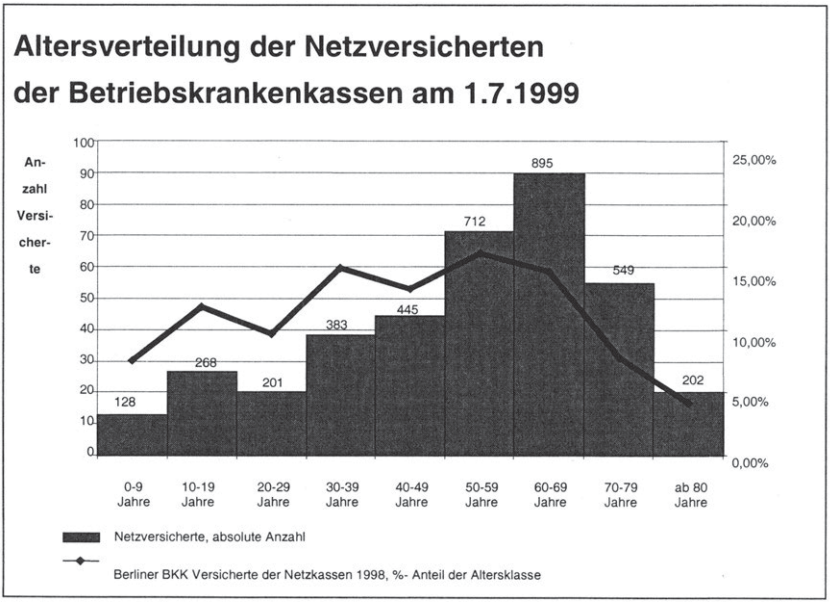
Das Praxisnetz Berliner Ärzte und BKK/TK ist das erste Praxisnetz in Deutschland mit einem kombinierten Budget, d. h. mit einer medizinischen und finanziellen Gesamtverantwortung für die teilnehmenden Versicherten in der Hand der Netzärzte. 1998 wurde erstmals ein kombiniertes Budget berechnet.

Jeder Versicherte bringt in das Budget einen Geldbetrag ein - gewichtet nach Alter, Geschlecht und eventuellem Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrentenstatus, also nach den Kriterien, die auch im Risikostrukturausgleich zugrunde gelegt werden. Bei der Berechnung dieser Beträge werden ferner die Durchschnittsausgaben der betreffenden Krankenkasse in Berlin im Jahre 1998 berücksichtigt. Für die Berechnung des Vergütungsanteils für vertragsärztliche Leistungen wird ein nach dem beschriebenen Verfahren auf der Grundlage der gezahlten Kopfpauschalen ermittelter Betrag aus der Gesamtvergütung der jeweiligen Krankenkasse bereinigt.

Leider ließ sich dieses Verfahren nicht für alle Betriebskrankenkassen durchführen, denn diese Vorgehensweise erforderte die Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen am Sitz der jeweiligen BKK. Einige Kassenärztliche Vereinigungen sind bis heute nicht bereit, die von den BKKs gezahlte Gesamtvergütung nach dem beschriebenen Verfahren zu bereinigen, und haben somit diesem innovativen Vergütungsmechanismus vorerst ihre Unterstützung verweigert. Für einige BKK können daher nur Budgetanteile aus dem Arzneimittel- und aus dem Krankenhausbereich berücksichtigt werden.

Mit der Berechnung des kombinierten Budgets sollen die zu erwartenden Ausgaben der teilnehmenden Versicherten möglichst zuverlässig geschätzt werden, um dem Praxisnetz einen angemessenen Betrag zur Versorgung dieser Versicherten zur Verfügung stellen zu können. Die Kosten für besonders teure Versicherte (> 62.000 DM) sind von den Kassen getragen worden, die nach wie vor für das Versicherungsrisiko geradestehen. Trotzdem können auch diese Versicherten von der besseren Koordination der Behandlung profitieren, da sie weiterhin im Praxisnetz verbleiben.

Die Auswertungen zeigen, daß die Versicherten, die für die Teilnahme gewonnen werden konnten, im Durchschnitt älter sind als die Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen in Berlin insgesamt. Dies Ergebnis widerlegt die häufig wiederholte Behauptung, daß sich vor allem junge, flexible (und damit auch gesunde) Versicherte für neue Versorgungsformen interessieren. Dieser Befund widerlegt das im Rahmen der Modellbedingungen in Berlin von interessierter Seite gepflegte Ressentiment, ohne daß dem Aspekt nicht immer wieder nachgegangen werden muß.



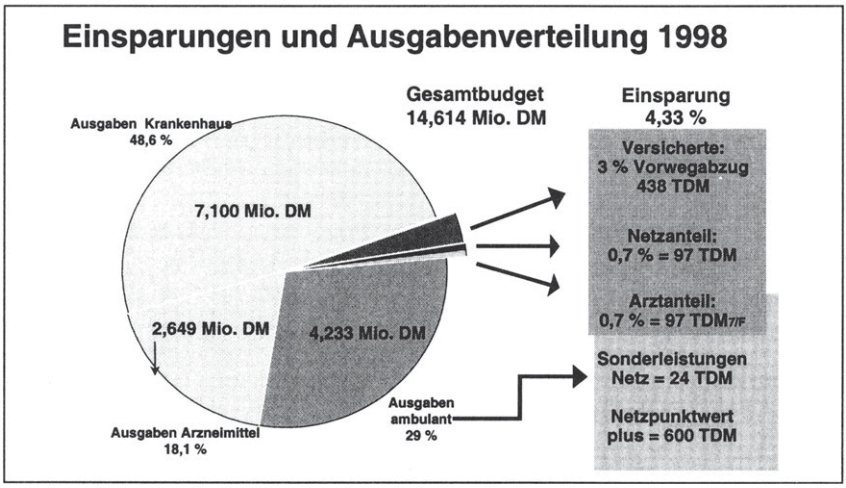
Bilanz 1998

Bei der Bilanzierung wird das nach den beschriebenen Grundsätzen ermittelte kombinierte Budget (1998 umfaßte es folgende Leistungsbereiche: vertragsärztliche Vergütung, Arzneimittel und Krankenhauskosten) den tatsächlichen Ausgaben für die teilnehmenden Versicherten gegenübergestellt. Die Bilanzierung erfolgt kassenübergreifend. Diese Bilanzierung ist noch nicht mit der gesetzlich vorgeschriebenen wissenschaftlichen Begleitung gleichzusetzen, mit der die Veränderungen in den Versorgungsprozessen wesentlich detaillierter beschrieben werden können.

Bei der Bilanzierung für den Budgetzeitraum 1998 wurde insgesamt über alle Kassen (BKK und TK) bei einem Gesamtbudget von 14,614 Mio. DM eine Einsparung von ca. 633.000 DM (4,33 %) realisiert. Dies bedeutet, daß die Versicherten im Praxisnetz um 4,33 % günstiger versorgt werden konnten als die übrigen Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen in Berlin im gleichen Zeitraum.

Von den Einsparungen erhielten die Krankenkassen bereits 3 % (438.000 DM) als Vorwegabzug. Einige Krankenkassen haben ihre Versicherten mit einem Bonus von bis zu 120 DM pro Person an den Einsparungen beteiligt. Die übrigen 1,33 % (ca. 195.000 DM) werden zur Hälfte an die 540 Ärzte, die im Jahre 1998 teilgenommen haben, als Ho-

norarbestandteil ausgeschüttet und zur anderen Hälfte für die Verbesserung der Praxisnetzstruktur eingesetzt. Über die Verwendung der Gelder entscheidet der Koordinierungsausschuß, in dem alle Projektpartner vertreten sind.



Insgesamt 10 Personen verursachten 1998 Behandlungskosten von jeweils mehr als 62.000 DM. Der auf diese Versicherten entfallende Betrag entspricht etwa 10 % des Budgets und wurde im Rahmen der Bilanzierung herausgerechnet. Schon aus dieser Größenordnung kann geschlossen werden, daß sich keineswegs nur Gesunde für das Praxisnetz interessiert haben. Das Erkrankungsspektrum der teuren Netzversicherten umfaßte z. B. Darmverschluß, Schlaganfall, Herzinfarkt, Depression, Austrocknung, Raucherbein und Aortenaneurysma.

Neben der Beteiligung an den Einsparungen sind die teilnehmenden Ärzte bereits durch eine verbesserte Vergütung ihrer Leistungen für die Intensivierung der ambulanten Versorgung honoriert worden. Sonderleistungen wurden in allen Quartalen 1998 mit einem festen Punktwert von 10 Pf. oder mit festen Pauschalen vergütet. Hierzu zählen insbesondere Bereitschaftsdienste, Arztbriefe, Konsilien und die Moderation von netzinternen Qualitätszirkeln. Darüber hinaus wurden für die übrigen Leistungen von Netzärzten für die teilnehmenden Versicherten 1998 Punktwerte zwischen 9,1 und 11,3 Pf. gezahlt. Durch diese Vergütungsregelungen haben die Praxisnetzärzte zusätzlich eine Mehrvergütung

von 620.000 DM realisieren können, die aus dem kombinierten Budget gezahlt wurde.

Die Ergebnisse zeigen, daß sich das kombinierte Budget als Berechnungsverfahren für die Finanzierung von Praxisnetzen bewährt hat. Das Budget gewährt dem Praxisnetz einen Handlungsspielraum, Behandlungsabläufe über alle einbezogenen Leistungsbereiche hinweg zu steuern, ohne für Kostenverlagerungen sanktioniert zu werden, wie dies im Rahmen der sektoralen Budgets der Fall ist.

Transparenz und Controlling im Routineverfahren

Der Budgetmechanismus ermöglicht gleichzeitig ein kontinuierliches routinemäßiges Controlling der Effekte im Praxisnetz. Eventuelle Einsparungen müssen nicht durch eine externe Begleitung und aufwendige Kontrollgruppenerhebungen ermittelt werden. Aus dem Vergleich zwischen dem Budgetsoll und den tatsächlich einbezogenen Leistungsausgaben ergibt sich quasi automatisch ein nach den RSA-Kriterien standardisierter Vergleich zwischen den Ausgaben für die Praxisnetzversicherten und den Ausgaben der beteiligten Krankenkassen in Berlin.

Ein weiterer Baustein der Transparenz im Praxisnetz sind die Krankenhaus- und Arzneimittelbulletins. Damit wird jeder Netzarzt im Quartalsrhythmus über die von ihm individuell verordneten Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte für Praxisnetzversicherte informiert. Darüber hinaus enthalten die Bulletins Quartalsinformationen zum Leistungsgeschehen im Netz und in seinem jeweiligen Team. Diese Informationen sind eine wichtige Grundlage für den Aufbau einer koordinierten Versorgung und können für das netzinterne Qualitätsmanagement genutzt werden.

Ausblick

Mit dem Praxisnetz in Berlin haben die Beteiligten begonnen, eine neue Infrastruktur für integrierte Versorgungskonzepte aufzubauen, die über Modellprojekte hinausreicht. Die Vernetzung der Ärzte für einen breiten Versorgungsauftrag, ein gemeinsames Datenmanagement, das für die notwendige Transparenz sorgt, und die intensivere Kommunikation mit Versicherten und Patienten, um auf deren Bedürfnisse und Wünsche stärker eingehen zu können, sind wichtige Elemente der Modernisierung des Gesundheitswesens.

Das bisher Erreichte ist aber allenfalls als Einstieg in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu betrachten, denn der Entwicklungsbe-

darf auf allen Seiten ist unübersehbar. Neue Versorgungsformen verlangen viel von allen Beteiligten: Die beteiligten Ärzte müssen zu einer systematischen Zusammenarbeit im Netz finden. Neu ist auch, daß das Praxisnetz ein gemeinsames Produkt der Ärzte und Krankenkassen ist, das auf die Bedürfnisse der Versicherten zugeschnitten sein muß, um diese von den Vorteilen überzeugen zu können. Ärzte und Krankenkassen ihre Patienten/Versicherten müssen dies denn auch gemeinsam „vermarkten". Dies hat sich als wesentlich schwieriger als erwartet herausgestellt, denn schließlich handelt es sich bei einer neuen Versorgungsform um ein äußerst komplexes Produkt, und die Möglichkeiten, Versicherte mit hohen finanziellen Anreizen zu „überzeugen", sind durch die gesetzlichen Festlegungen begrenzt. Dies erfordert z. T. völlig neue Kommunikationswege und Argumentationen. Trotz der anfänglichen Schwierigkeiten sind die Projektpartner aber überzeugt, daß die aktive Entscheidung der Versicherten der einzig richtige Weg ist, neuen Versorgungsformen zum Durchbruch zu verhelfen.

Daß dieses wettbewerbliche Prinzip nicht zu der von vielen (interessierten) Seiten befürchteten Risikoselektion führen muß, hat das Berliner Praxisnetz ebenfalls gezeigt. Das hohe Interesse eher älterer Versicherter bei allen beteiligten Krankenkassen und das Vorkommen auch von sogenannten besonderen Morbiditätsrisiken im Praxisnetz sprechen für sich. Im übrigen sorgt der Budgetmechanismus, der auf einen gemessen an den Kriterien des Risikostrukturausgleichs durchschnittlichen Versichertenbestand zugeschnitten ist, dafür, daß auch die Krankenkassen keinesfalls ein Interesse entwickeln, in das Praxisnetz nur Gesunde aufzunehmen. Denn zum einen können diese nicht von einer besseren Koordination der Versorgung profitieren und zum anderen würden die Krankenkassen den Ärzten dann rechnerisch eine zu hohe Budgetsumme für die Versorgung der Gesunden zur Verfügung stellen, während sie die Kosten für die Versicherten mit höherer Morbidität weiter zu tragen haben. Das kombinierte Budget enthält daher genügend checks und balances, um die Befürchtungen einer Risikoselektion zu zerstreuen.

In der Diskussion um die GKV-Gesundheitsreform 2000 spielt die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen eine wichtige Rolle. Mit den Bestimmungen über die „Integrierte Versorgung" sollten die gesetzlichen Möglichkeiten über Modellvorhaben hinaus eine solidere Grundlage erhalten - neue Strukturverträge wird es nicht geben. Welche Regelungen auch immer am Ende des aktuellen Gesetzgebungsverfahrens stehen werden, für die Betriebskrankenkassen sind neue Versorgungsformen, in denen Behandlungsabläufe patientengerecht über die organisatorischen und finanziellen Barrieren der einzelnen Sektoren hinweg organisiert werden können, eine wichtige Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit

und die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens in der Zukunft. Sie werden daher die auch schon derzeit bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten trotz aller Beschränkungen nutzen und im Wettbewerb der Krankenkassen einsetzen. Ziel ist es, den BKK-Versicherten attraktive, an den Bedürfnissen der Patienten orientierte und qualitätsgesicherte Angebote zu machen.

Zukünftige Arznei- und Hilfsmittelversorgung - Einleitung

Wolfgang Brech

Diese Bad Orber Gespräche, die wir in einer neuen Diskussionsrunde fortsetzen möchten, zeichnen sich dadurch aus, daß nur Referenten anwesend sind: Das macht es für den Vortragenden einerseits einfacher, weil jeder Referent von vornherein wohlwollend zuhört, da auch ihm wohlwollend zugehört werden soll, andererseits ist es natürlich schwierig, etwas zu sagen, was die Referenten noch nicht wissen. Unter dieser Voraussetzung steigen wir also in die Diskussion ein, und ich möchte mir erlauben, zur Einführung in das Thema Ihnen ein paar Stichworte für die nachfolgenden Diskussionen zu bieten.

Es heißt „Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen, Fakten und Vermutungen". Was sind Fakten? Was sind Vermutungen? Wie sieht es mit der Arzneimitteltherapie aus?

Wie Sie wissen, haben hier die niedergelassenen Ärzte ein Problem, nämlich das Arzneimittelbudget und dessen drohende Überschreitung in fast allen KVen auf der einen Seite und die individuellen fachgruppenspezifischen Richtgrößen auf der anderen Seite. Also einen drohenden Kollektiv- und zusätzlich einen möglichen Individualregreß. Insbesondere für die Kollektivhaftung dürfte rechtlich das letzte Wort noch nicht gesprochen sein. Die Ärzteschaft hält einen solchen Regreß für verfassungswidrig. Immerhin scheint aber Frau Ministerin Fischer entschlossen zu sein, einen solchen Regreß zu exekutieren, was sie immer wieder betont.

Wie ist der derzeitige Stand des Budgets? Die Daten einschließlich September 1999 zeigen, daß das Arzneimittelbudget bundesweit um etwa 1,4 Mrd. DM überschritten wird. Die Heilmittelausgaben sind dabei noch nicht eingerechnet, das Arzneimittelproblem ist also durchaus aktuell.

Wo sind nun die Rationalisierungsreserven? Wenn es um Einsparungen geht, taucht sofort das Stichwort „umstrittene Arzneimittel" auf. Dies ist ein Begriff, der von Politikern und Kassenvertretern immer wieder in die Debatte eingeführt wird, um den Ärzten unwirtschaftliche Verordnungen vorzuwerfen. Die sogenannten „umstrittenen" Arzneimittel sind weder definiert noch in ihrer Größenordnung bezifferbar. Vielleicht sollte man sich angewöhnen, weniger von umstrittenen Arzneimitteln als von umstrittenen Indikationen zu sprechen. Es fragt sich nämlich, wozu brau-

chen wir solche Arzneimittel? Vielleicht nähern wir uns dann mit dem Begriff der umstrittenen Indikation auch mehr dem Thema der geringfügigen Gesundheitsstörung, für die eine Arzneimitteltherapie nicht unbedingt erforderlich, zumindest nicht solidarisch zu finanzieren ist. Zu fordern ist, daß die Verordnung oder Nichtverordnung solcher Arzneimittel bei den genannten Indikationen nicht mehr in das Belieben und damit auch in die Bedrängnis des Arztes gestellt wird, sondern durch eine Negativliste geregelt werden sollte.

In einem verzweifelten Versuch, die Budgetsituation im Jahr 1999 doch noch zu retten, also vorhandene Rationalisierungsreserven zu ergründen und zu benennen, haben sich Bundesministerium für Gesundheit, Spitzenverbände der Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung zu einem Aktionsprogramm zusammengeschlossen. In diesem Programm, das heute ebenfalls zur Diskussion gestellt werden soll, werden für die Arzneimitteltherapie folgende Maximen aufgestellt:

1. Ausschließliche Verordnung von Generika.

2. Keine Verordnung von Präparaten der Negativliste und strenge Beachtung der gesetzlichen Verordnungseinschränkung, ebenso wie die Einschränkungen der Arzneimittelrichtlinien.

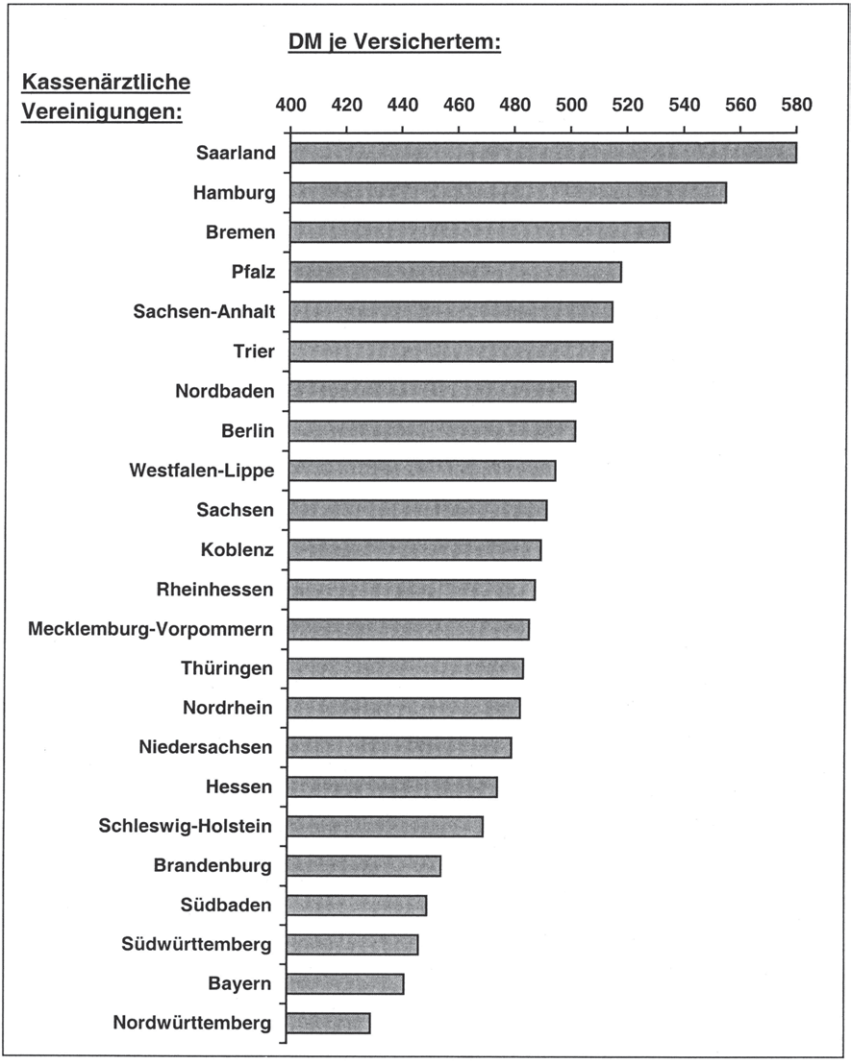
3. Vermeidung von Schrittinnovationen mit nur marginalem therapeutischen Vorteil und

4. Einführung einer Zweitmeinung bei schwierigen Indikationen und teurem Arzneimitteleinsatz.

Wenn man die Arzneimittelausgaben mit den Arzneimittelbudgets in den einzelnen KV-Bereichen vergleicht und Budgetüberschreitungen oder auch bei einigen KVen Budgetunterschreitungen feststellt, ist man geneigt, von den „guten" und von „schlechten" KVen zu sprechen, also von Verschwendern und von rational handelnden Ärzten. Das Problem ist aber weitaus vielschichtiger, wie Ihnen die Abbildung 1 veranschaulicht. Sie erkennen die Arzneimittelbudgets in den einzelnen KVen je Versicherten und können erkennen, daß hier sehr große Unterschiede bestehen, also ein Ungleichgewicht der Budgetverteilung in der Bundesrepublik. Es ist müßig zu spekulieren, wie dies auch immer zustande gekommen sein mag, es ist auf jeden Fall schwer, den Ärzten zu erklären, warum man z. B. in Hamburg oder Berlin einen weitaus höheren Budgetbetrag pro Versicherten zur Verfügung hat als in Baden-Württemberg. Auch ist zu erkennen, daß es KVen mit hohen Budgets gibt, die trotzdem dieses überschreiten, KVen mit niedrigen Budgets, die dieses einzuhal-

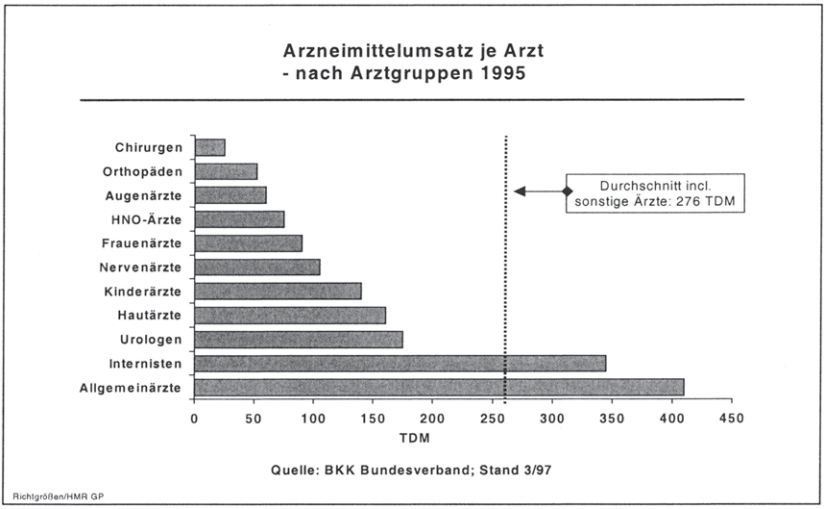
ten in der Lage sind. Was sind hierfür die Gründe? Ist es alleine die Morbidität? Ist es die Verteilung von Schwerpunktpraxen, von Spezialkliniken, von Universitätskliniken, oder ein Überwiegen von kleineren Krankenhäusern?

Abbildung 1: Arzneimittelbudget – Budget je Versichertem 1999



Auch sollte man bei der Diskussion der Budgetproblematik bedenken, wer denn die Hauptlast einer Budgetüberschreitung, also der Haftung, sei sie individuell oder kollektiv, zu tragen hat. Sie erkennen aus der Abbildung 2 die Verordnungsumsätze der verschiedenen Fachgruppen. Es ist zu erkennen, daß es die hausärztlich tätigen Kollegen, also Allgemeinärzte und Internisten sind, die die höchsten Verordnungsumsätze bewirken, denen also auch die größte Budgetverantwortung zukommt.

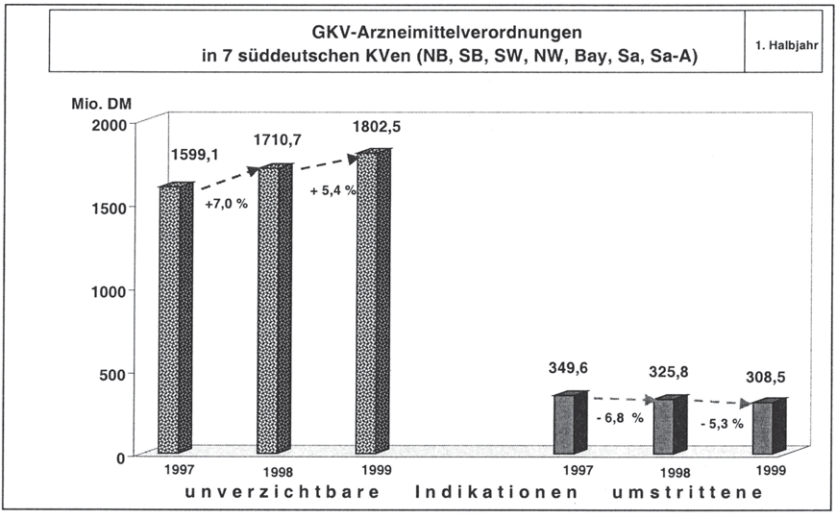
Abbildung 2



Wie aber sieht der Arzneimittelmarkt insgesamt aus? Sie kennen alle die Analysen, die vom IMS in Frankfurt gemacht worden sind. Ich möchte Ihnen hier Untersuchungen aus dem süddeutschen Raum zeigen, nämlich die Abrechnungsdaten von sieben KVen aus Baden-Württemberg, Bayern, Sachsen und Sachsen-Anhalt. Diese Daten wurden von der Verrechnungsstelle süddeutscher Apotheker gewonnen und gestatten einen Vergleich der Arzneimittelausgaben im 1. Halbjahr 1997, 1998 und 1999. Zu erkennen ist ein stetiger Anstieg der Ausgaben für unverzichtbare Arzneimittel (Abbildung 3). Als solche wurden speziell herausgearbeitet: Die Ausgaben für Antibiotika, Antihypertensiva, Antidiabetika, Antiepileptika, Neuroleptika etc. Andererseits zeigt diese Abbildung, daß die sogenannten umstrittenen Arzneimittel, die ich Ihnen hier nicht näher benennen muß, von Jahr zu Jahr in ihrem Umsatz abgenommen haben. Sie erkennen also, daß die Arzneimittelverordnungen durchaus mit einer gewissen Rationalität erfolgt sind, was ich im einzelnen noch darstellen

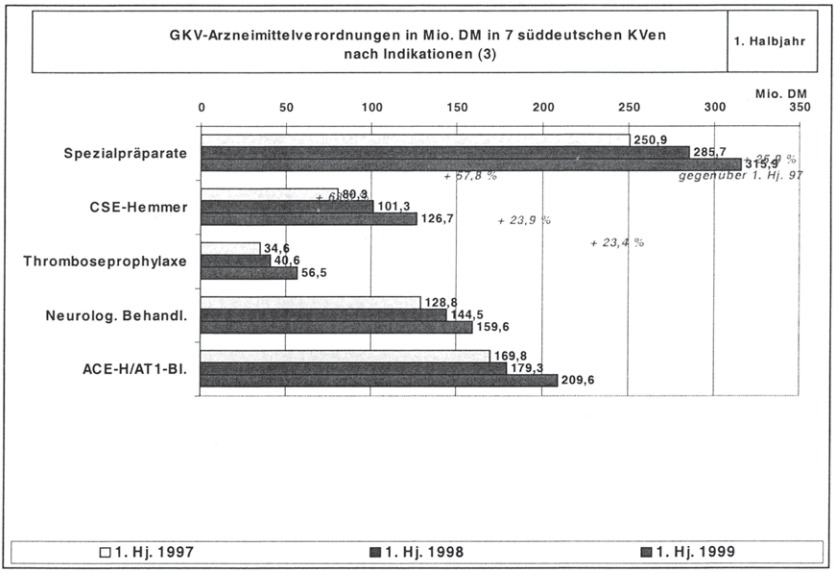
möchte. Ich möchte aber auch darauf hinweisen, daß die Größenordnung des Umsatzzuwachses im unverzichtbaren Arzneimittelbereich fast ebenso groß ist wie der gesamte Umsatz der umstrittenen Arzneimittel. Der Verzicht auf diese wird uns also kaum in die Lage versetzen, die notwendigen Innovationen zu finanzieren.

Abbildung 3



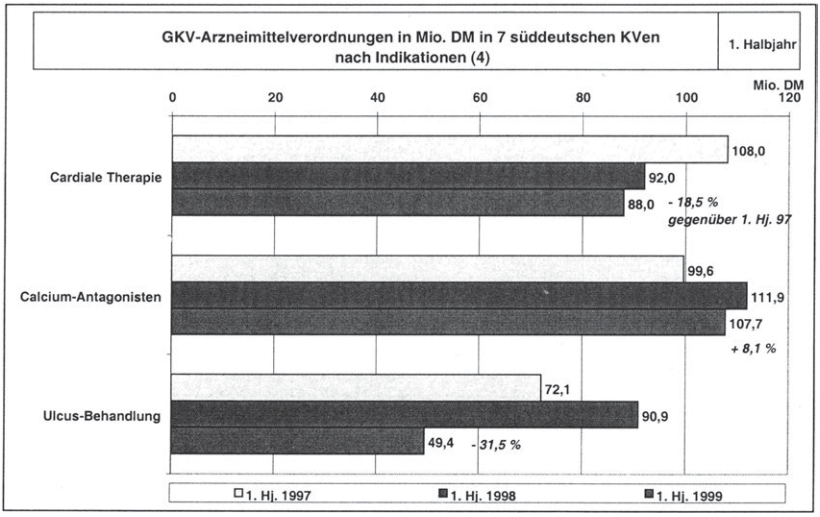
Betrachtet man einzelne Indikationen bzw. Arzneimittelgruppen (Abbildung 4), so erkennt man gewaltige Anstiege bei Spezialpräparaten; das sind onkologische Präparate, Immunsuppressiva, Präparate zur Behandlung von HIV-Infektionen und Hepatitis C. Man erkennt einen enormen Anstieg im Bereich der CSE-Hemmer, entsprechend den epidemiologischen Erkenntnissen der vergangenen Jahre (4 S Studie). Man sieht den Anstieg bei der Thromboseprophylaxe aufgrund zunehmender Zahlen ambulanter Operationen, die Zunahme neurologischer Verordnungen, wobei insbesondere an die neueren atypischen Neuroleptika erinnert werden soll, an neue antiepileptische Behandlungsmethoden. Darüber hinaus erkennt man einen gewaltigen Anstieg der Verordnung von reninbeeinflussenden Medikamenten, insbesondere von ACE-Hemmern und AT-1-Blockern, entsprechend den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen auf diesem Gebiet.

Abbildung 4



Im Gegensatz hierzu sieht man auch rückläufige Arzneimittelumsätze (Abbildung 5), etwa bei der kardialen Therapie, d. h. der Verordnung von Nitraten, Digitalis, Antiarrhythmika, wobei vor allem letztere entsprechend epidemiologischen Erkenntnissen seltener verordnet werden. Man sieht auch, daß bei den Kalziumantagonisten ein Umsatzstillstand eingetreten ist, was ebenfalls Warnhinweisen etwa bei rasch wirksamen Nifedipinpräparaten entspricht. Schließlich erkennen Sie, daß bei der Ulkusbehandlung ein enormer Rückgang eingetreten ist, wohl im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit eines Generikums bei den Protonenpumpenhemmern.

Abbildung 5



Dem stehen zwei weitere, für die folgende Diskussion sehr wichtige Komplexe gegenüber: Auf der einen Seite zahlreiche Innovationen mit erheblichen Mehrkosten, etwa bei der Behandlung der Multiplen Sklerose (Abbildung 6), der Hepatitis B und der Hepatitis C, der HIV-Infektionen, onkologischer Krankheitsbilder und dergleichen. Die angegebenen Zahlen sind nur Näherungswerte und sollen insbesondere andeuten, daß die enormen Fortschritte in der pharmakologischen Forschung zu Innovationen geführt haben, welche das Preisgefüge der bisherigen Arzneimitteltherapie sprengen. Dabei ist natürlich zu fragen: Müssen Innovationen so teuer sein?

Abbildung 6

Arzneimittelversorgung 2000
- Sprengkraft des medizinischen Fortschritts -

	Jahrestherapiekosten in DM		
Multiple Sklerose	25	-	30.000
Chron. Hepatitis B und C	30	-	40.000
HIV-Infektion/AIDS	10	-	20.000
Onkologische Behandlungen	>		50.000
Neue Immunsuppressiva (Tpl.)	25	-	30.000
Chron. Rheumatismus	18	-	25.000
Morbus Gaucher	300	-	500.000

Auf der anderen Seite sehen wir Innovationen und neue medizinische Erkenntnisse auch bei den sogenannten Volkskrankheiten, etwa bei der Behandlung der Hypertonie, des Diabetes mellitus, des Asthma bronchiale. In zahlreichen KVen wurden Modellversuche für eine flächendeckende, auf höchstem Qualitätsniveau stehende Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus initiiert. Bestimmte Therapieziele wurden vorgegeben, so etwa in dem Vertrag zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg ein Blutdruck unter 130:80 mmHg, ein LDL-Cholesterin unter 135 mg % und ein Hb1C unter 7,5 %. Aus den epidemiologischen Daten, die uns über den Diabetes mellitus bekannt sind, kann man errechnen, daß zum Erreichen eines solchen Therapiezieles, sollten denn alle Diabetiker entsprechend behandelt werden, nahezu 25 % des verfügbaren Arzneimittelbudgets erforderlich sind. Diese Behandlungskosten beziehen sich nicht nur auf den Diabetes selbst, sondern insbesondere auf die begleitende Hypertonie und Hyperlipidämie. Des weiteren zeigt es sich, daß allein für die Blutzuckermessung als Maßstab für die Qualität der Diabetesversorgung eine ebenso hohe Budgetbelastung entsteht wie für die Insulinbehandlung selbst. Wir sehen also ein Ungleichgewicht zwischen medizinischer Wissenschaft, erforderlichem Therapieziel und den hierzu vorhandenen Ressourcen. Ähnliches könnte man für die Epilepsie, für die Schizophrenie, für die Behandlung der Hypertonie und des Asthma bronchiale zeigen.

Der Arzt steht also vor dem Dilemma, Einsparungen realisieren zu müssen und auf der anderen Seite seine Patienten nach dem Stand der Wissenschaft zu behandeln. Aus diesem Dilemma sind Reaktionen geboren wie das Notprogramm der KBV oder auch das gemeinsame Aktionsprogramm, ohne daß hierdurch das Arzneimittelproblem in der Bundesrepublik gelöst werden kann.

Hierzu kommen weitere Belastungen der Arzneimitteltherapie im ambulanten Bereich durch die Verkürzung der Liegezeiten in den Krankenhäusern, durch Auslagerung von Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Sollen wir diese rückgängig machen?

Alle diesbezüglichen Fragen müssen ohne Tabu diskutiert werden. Hierzu gehört auch das Problem der Arzneimittelvertriebswege. Sie alle kennen die Reibungsverluste, die ein Präparat durchläuft, bis es vom Hersteller beim Patienten angekommen ist: Die Preise sind verdoppelt. Ein weiteres Problem ist die Mehrwertsteuer. Ist es notwendig, daß der Staat die volle Mehrwertsteuer auf Arzneimittelkosten für sich reklamiert, was in anderen Ländern längst nicht mehr der Fall ist? Erörtert werden müssen Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeuti-

scher Industrie, insbesondere im Bereich der teuren innovativen Arzneimittel.

Für die Ärzte stellt sich aber das Problem, wie eine nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ausgerichtete Therapie unter einem Budget überhaupt geleistet werden kann. Wir sind der Meinung, dies ist nicht möglich, während sehr wohl eine Wirtschaftlichkeitskontrolle von der Ärzteschaft akzeptiert wird. Dementsprechend fordern wir Arzneimittelrichtgrößen, welche die Arzneimittelbudgets ablösen. Über Richtgrößen, insbesondere wenn sie gezielt und strukturiert definiert werden, wird es möglich sein, Arzneimittel gezielt einzusetzen, Praxisbesonderheiten des einzelnen Arztes zu berücksichtigen und den medizinischen Fortschritt der Bevölkerung weiterzugeben. Dabei wird das Morbiditätsrisiko wieder voll an die Krankenkassen zurückgegeben.

Diese Vorbemerkungen sollen den Einstieg in die Debatte über die zukünftige Arznei- und Hilfsmittelversorgung unter Berücksichtigung von Rationalisierungsreserven signalisieren. Mit Spannung werden die kommenden Vorträge zu erwarten sein, insbesondere wenn sie sich mit den praktischen und auch rechtlichen Implikationen der Programme der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV beschäftigen, mit Rationalisierungsmaßnahmen, Aktionsprogrammen, Arzneimittelrichtlinien. Was ist rechtens? Was verstößt gegen das Recht der Pharmaindustrie im Wettbewerb? Was kann man besser machen?

Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel

Alexander P. F. Ehlers

Das mir von den Veranstaltern gestellte Thema „Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel" bedarf einer Vorbemerkung oder Erläuterung. Sicherlich war von den Veranstaltern nicht daran gedacht, Entscheidungskriterien für die Kostenerstattung von Arzneimitteln zu definieren. Vielmehr, so verstehe ich dieses Thema, geht es um die Frage der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Gestern hatte Herr Sing in seinem Referat deutlich gemacht, daß eine Analyse nicht ohne festen Standpunkt denkbar wäre. Davon abgesehen war dies bereits eine Überzeugung von Galileo Galilei. Da ich nicht der einzige Arzt am heutigen Morgen, bei dieser Thematik aber unter den Referenten der einzige Jurist bin, erachte ich es für sinnvoll, zunächst den Status quo der Rechtslage zu referieren. Von dort aus soll eine Analyse der Entscheidungskriterien und erst zum Abschluß ein Blick in zukünftige Aspekte gewagt werden.

Dabei soll als abschließende Vorbemerkung festgehalten werden, daß es wohl kaum zu verhindern sein wird, daß Dritte, sofern deren Rechte durch diesbezügliche Entscheidungskriterien im Hinblick auf die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln betroffen sind, dies juristisch überprüfen lassen werden. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung der Tatsache, daß nahezu 90 % der Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Völlig unabhängig davon, ob es sich um Entscheidungskriterien für verordnungsfähige Arzneimittel handelt, die gesetzlich verankert sind oder die durch die Vertragspartner GKV und Kassenärztliche Vereinigungen vereinbart werden könnten. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Auseinandersetzung um Notprogramme und Aktionsprogramme, wie von Herrn Professor Dr. Brech bereits erwähnt.

Die Verordnungs- und Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln in der GKV

Das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) bestimmt den Umfang der ärztlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Nach den §§ 2 und 11 SGB V haben die Patienten Anspruch auf bestimmte Leistungen, die von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in der Regel als Sachleistung (§ 2 Abs. 2 SGB V) erbracht wer-

den. Durch den Sachleistungsanspruch ist der Patient von einer Zahlungspflicht (bis auf Ausnahmen) gegenüber Arzt und Apotheker befreit.

Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfaßt nach § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V auch die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Gemäß § 31 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln, soweit diese nicht nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind.

Kriterien für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung

Abgesehen von den Leistungsausschlüssen von Arzneimitteln nach den §§ 31 Abs. 1, 34 SGB V besteht die Leistungspflicht der Krankenkasse jedoch nicht für jede Art von Versorgung. Einschränkungen ergeben sich auch aus den §§ 12 Abs. 1, 2 Abs. 1 SGB V. Gemäß § 12 Abs. 1 SGB V müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Unwirtschaftliche Leistungen können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Vertragsärzte nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Hierbei ist der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gesetzlich dazu bestellt, durch Richtlinien zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung verbindliche Maßstäbe aufzustellen, nach denen das im Einzelfall medizinisch Notwendige sowie dessen Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit zu beurteilen ist (vgl. §§ 91 bis 94 SGB V).

Das Grundkonzept für Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln ist also durch folgende Kriterien bestimmt:

Entscheidungskriterium „Wirtschaftlichkeit"

Es besteht ein Verbot der Verordnung von Arzneimitteln, wenn sie nach den Arzneimittelrichtlinien zur Versorgung im Rahmen des Ausreichenden, Zweckmäßigen, Wirtschaftlichen und Notwendigen nicht erforderlich sind.

Neben den bisher etablierten Verordnungsausschlüssen wird der Bundesminister für Gesundheit ermächtigt, weitere Arzneimittel auszuschließen, die „üblicherweise bei geringfügigen Gesundheitsstörungen verordnet werden" und die „unwirtschaftlich" sind, d. h. deren Wirkungen wegen der Vielzahl „der enthaltenen Wirkstoffe nicht mit ausreichender Sicher-

heit beurteilt werden können oder deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist".

Auffällig ist, daß die beabsichtigten Verordnungsausschlüsse wiederum in unbestimmte Rechtsbegriffe gekleidet sind - was ist wirtschaftlich, was ist ein ausreichender therapeutischer Nutzen? Hierüber kann letztlich nicht vom Charakter des Arzneimittels her entschieden werden. Denn schließlich gibt es milde Präparate, deren Wirksamkeit nicht leicht nachweisbar ist, die dafür aber auch ein geringes Nebenwirkungsrisiko haben. Solche Präparate sind vom Ausschluß von der Verordnung in der kassenärztlichen Versorgung bedroht. Ein empfindlicher Eingriff in die ärztliche Therapiefreiheit und möglicherweise auch in die Gesundheit des Patienten. Gegen diese Art von pauschalen Verordnungsausschlüssen, die vom Arzneimittel ausgehen - Negativliste -, sind deshalb aus der Sicht der Patienten-Arzt-Beziehung schwerwiegende Bedenken anzumelden.

Entscheidungskriterium „Bagatellerkrankung" und „fraglicher therapeutischer Nutzen"

Man grenzt unter den Schlagworten „Bagatellerkrankung", „Präparate fraglichen therapeutischen Nutzens" oder „unwirtschaftliche Arzneimittel" mild wirksame Präparate aus der Erstattungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Mancher Patient wird also warten, bis seine Krankheit einen hinreichenden Schweregrad erreicht hat, um mit ihr vom Arzt ernst genommen zu werden. Die Folge ist eine Verlagerung in teurere Versorgungsstufen mit differenzierterer Therapie. Dieser Effekt ließ sich nach Inkrafttreten der Negativliste, die im Zusammenhang mit der Haushalts-Begleitgesetzgebung 1982 beschlossen wurde, in der Tat in praxi beobachten. Hausärzte wurden weniger häufig aufgesucht, Hals-Nasen-Ohren- und Lungenfachärzte dagegen häufiger. Die Zahl der eitrigen Nebenhöhlenentzündungen und der Lungenentzündungen nahm zu. In einem Bericht der damaligen Bundesregierung an den Bundestag wurden diese und ähnliche Nachteile der Negativliste offen ausgesprochen, dennoch steht sie - zumindest vorläufig - weiter im Gesetz.

Ferner zwingt diese Negativliste den Arzt, Präparate nicht zu verordnen, mit denen er gute Erfahrungen hat. Hierdurch wird der Behandlungserfolg gefährdet. Andererseits ist der Arzt gehalten, Präparate zu verschreiben, die er persönlich für „zweite Wahl" hält. Hierunter leidet die Arzneimittelsicherheit.

Ein Patient, der mit seiner subjektiv quälend erlebten Gesundheitsstörung nicht mit angemessenen und verträglichen Medikamenten behan-

delt wird, geht aus Angst vor Nebenwirkungen zum Heilpraktiker. Er wandert aus dem System der vertragsärztlichen Versorgung aus, was ihn unter Umständen gesundheitlich gefährden kann.

Die finanziellen und persönlichen Substitutionseffekte als Folge der Negativliste verteuern und verschlechtern die Versorgung. Dies konnte nach Inkrafttreten der Negativliste am 01.04.1983 anhand der Statistiken zu den Arzneimittelverordnungen eindrucksvoll belegt werden. Die symptomatisch wirkenden, schleimlösenden Präparate wurden weniger, Antibiotika hingegen häufiger verordnet.

Entscheidungskriterium „Positivliste"

Nicht weniger problematisch sind die Effekte, die sich aus der Arzneimittelgruppierung in der geplanten Positivliste in Verbindung mit Festbeträgen und Regreßdruck ergeben.

Die Positivliste schränkt das Arzneimittelspektrum ein. Patienten erhalten nicht mehr alles, was in ihrem individuellen Fall benötigt wird.

Eine Arzneimitteltherapie mit stark wirksamen Präparaten wird gefördert, weil diese den Wirksamkeitsnachweis eher erbringen können als mild wirksame. Dies steigert das Nebenwirkungsrisiko.

Mild wirksame Präparate trifft der Bannstrahl auch dann, wenn ihre Wirksamkeit für ein bestimmtes Krankheitsbild ausreicht. Beispielsweise wäre Kamillenextrakt auf Kassenrezept schwerer zu verordnen als Nebennierenrindenhormone, wenn für erstere kein, für letztere aber ein Festbetrag festgesetzt ist. Dies wäre auch dann im Praxisalltag der Fall, wenn für die Behandlung der Entzündung eines Säuglings Kamillenextrakt die angemessenere Behandlungsform wäre.

Wenn der Arzt in der Auswahl der Präparate nicht frei ist, kann er persönliche Eigenheiten der Patienten nicht ausreichend berücksichtigen. Die Patienten verweigern die Compliance. Sie sind weniger therapietreu, wenn man ihre subjektiven Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt. Je mehr bürokratische Richtlinien der Arzt zu beachten hat, desto mehr füllen sich die Nachttischschubladen mit Präparaten, die zwar verordnet, aber nicht eingenommen werden.

Gelangt ein „problematisches" Präparat durch einen Entscheidungsfehler der Positivlistenkommission in die Liste, kommt es zu einer Schadensmultiplikation. Man stelle sich vor, wie viel mehr mißgebildete Kinder geboren worden wären, wenn Contergan als Positivlistenpräparat verord-

nungsfähig gewesen wäre (dies ist übrigens gar nicht so unwahrscheinlich, weil Contergan Ende der 50er Jahre als schulmedizinisches Präparat der ersten Wahl bei Schlafstörungen galt).

Positivlisten verleiten dazu, Arzneimittel zunächst nach dem günstigsten Preis und erst dann nach Wirksamkeit und therapeutischer Nützlichkeit auszuwählen. Hierunter leidet die Versorgungsqualität.

Positivlisten zwingen den Arzt, Medikamente zu gebrauchen, mit denen er keine praktischen Erfahrungen hat sammeln können. Hierunter leidet die Arzneimittelsicherheit. Andererseits hindern sie den Arzt, Arzneimittel anzuwenden, mit denen er praktische Erfahrung hat. Hierunter leidet die Wirksamkeit der Therapie.

Wie Berechnungen zur Positivliste gemäß § 34 a SGB V a. F. gezeigt haben, ist eine weitere Senkung der Arzneimittelausgaben durch eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel nicht erreichbar. Im Gegenteil besteht die Gefahr, daß nach der Ausgrenzung von mehr als einem Viertel der bis jetzt verordneten Arzneimittel aus der Leistungspflicht der GKV massive Substitutionseffekte entstehen, die zu einer Verteuerung der Arzneiversorgung führen.

Die aktuelle Situation von circa 56.000 Arzneimitteln in Deutschland bei circa 34.000 Arzneimitteln in der Nachzulassung macht es zwar wünschenswert, im Interesse von Ärzten und Patienten die Qualität des Angebotes zu verbessern. Eine listenmäßige Bewertung des Arzneimittelmarktes zu einem Stichtag kann jedoch nicht zu der gewünschten Qualitätsverbesserung führen. Dieses Ziel ist nur mit den Mitteln des Arzneimittelgesetzes zu erreichen, indem bei jedem Arzneimittel Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit durch die zuständige Bundesoberbehörde bewertet werden.

Die Positivliste birgt die Gefahr sozialer Härten in sich. Bei vielen chronischen Erkrankungen gibt es heute noch keine Mittel, die eine ursächliche Therapie ermöglichen. Es gibt aber Mittel, die dem Patienten subjektiv helfen und sein Leben dadurch erleichtern. Die Ausgrenzung solcher Mittel aus der Leistungspflicht der GKV führt deswegen dazu, daß nur solche Patienten diese für sie bewährten Präparate kaufen können, die finanziell hierzu in der Lage sind.

Es hat sich bereits bei der „alten" Positivliste gezeigt, daß eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel angesichts der Komplexität des deutschen Arzneimittelmarktes nicht in der Lage ist, ein fehlerfreies Abbild verschreibungsfähiger Arzneimittel zu gewährleisten. Dies zeigte insbeson-

dere die kontroverse Diskussion im Bereich schwieriger Bewertungsfragen in bezug auf einzelne Arzneimittel und Arzneimittelgruppen.

Eine Liste verordnungsfähiger Arzneimittel bietet auch nicht die Gewähr dafür, daß ein Arzt stets nur wirtschaftliche Arzneimittel verordnet. So kann zum Beispiel ein in die Positivliste aufgenommenes Herz-Kreislauf-Präparat, sofern es falsch dosiert oder ohne Indikation verordnet wird, durchaus unwirtschaftlich sein. Daher ist die Positivliste keineswegs ein Garant für das Erstattungskriterium „Wirtschaftlichkeit".

Aus diesen Gründen sind Positivlisten bisher bei den niedergelassenen Ärzten, vor allem bei Allgemeinärzten und Internisten, stets auf Ablehnung gestoßen. Durch Ausgrenzen mild wirksamer Präparate, durch die Effekte der Festbetragsregelung und der geplanten Positivliste sowie den Regreßdruck wird die ärztliche Verordnungsfreiheit erheblich eingeschränkt. Der Arzt kann daher unter Umständen den Patientenauftrag einer schonenden Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst nach bestem Wissen und Gewissen nicht mehr erfüllen. Es kann jedoch vom Arzt nicht verlangt werden, daß er unter existenzbedrohendem Regreßdruck (Erstatten der Arzneimittelkosten in unbegrenzter Höhe an die Krankenkassen bei Verstoß gegen die Verordnungsgrundsätze) immer noch tut, was er für richtig hält, obwohl die von ihm bei der Verordnung zu beachtenden Vorschriften wie Positivliste oder Arzneimittelrichtlinien etwas anderes aussagen. Der Arzt wird dann versorgungsstaatlicher Funktionär, der ohne Ansehen der Person Leistungen zuteilt und sich in erster Linie an den Richtlinien und erst in zweiter Linie am Patienten und seiner Gesamtpersönlichkeit orientiert.

Etwas anderes muß natürlich für sogenannte interne Positivlisten gelten, die sich Ärzte selbst oder auch Netzwerke geben. Diese internen Positivlisten werden juristisch nicht angreifbar sein. Darüber hinaus bieten sie den kaum zu unterschätzenden Vorteil der Nähe zum Entscheidungsgeschehen.

Wenig sachgerecht erscheint es im übrigen auch, „den indikationsbezogenen Bewertungen jeweils einheitliche Urteilsstandards zugrunde zu legen", wie es im Gesetzentwurf heißt. Denn aus der Begründung des Entwurfs folgt, daß es, um ausschließlich geeignete Arzneimittel in der Liste aufzuführen, der „Methodik der nachweisgestützten (evidence based) Medizin" bedürfe. Danach sollen zur Beurteilung der Qualität eines Arzneimittels sowohl praktische Erfahrungen mit dem Präparat aus der klinischen Praxis als auch aus der klinisch relevanten Forschung herangezogen werden. Es ist aber überaus zweifelhaft, ob man klinisch-statistische Wirksamkeitsuntersuchungen ohne weiteres auf die haus-

ärztliche Praxis übertragen und über eine Positivliste eine Standardisierung der Behandlung erreichen kann.

3. Welche Kriterien sollten für die Erstattungsfähigkeit gelten?

Für die Lösung der Problematik, welche Kriterien für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln maßgeblich sein sollen, wird ein Mittelweg zu wählen sein. Daß im Bereich der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung eine Kostendämpfung erfolgen muß, dürfte im Hinblick auf die begrenzten finanziellen Ressourcen des Systems außer Frage stehen. Die hierfür geschaffenen Kostendämpfungsinstrumente dürfen aber keine finanziellen Anreize zu stärkeren Verschiebungseffekten in andere Bereiche erzeugen, also zum Beispiel Anreiz zu weniger Verordnungen von Arzneimitteln auf Kosten von mehr Krankenhaustagen oder längerer Arbeitsunfähigkeit. Die geplante Positivliste für Arzneimittel ist aus den bereits angeführten Gründen überflüssig und wettbewerbsfeindlich.

In Deutschland werden sehr viele Arzneimittel angeboten, von denen der größere Teil noch nicht seine Qualität, Unbedenklichkeit und Wirksamkeit nach den Kriterien des AMG von 1976 nachgewiesen hat, weil das BfArM mit der Bearbeitung viele Jahre in Verzug ist. Dieser Umstand läßt immer wieder Raum für unterschiedliche Bewertungen. Umstrittene Arzneimittel ist die häufigste. Entsprechende Kontroversen haben wir bis in die jüngste Vergangenheit erlebt. Bereits der Begriff „umstrittene" Arzneimittel, der diese Diskussion prägt, macht schon deutlich, daß es unterschiedliche Auffassungen über deren Wirksamkeit gibt. Wir werden daher ähnliche Auseinandersetzungen auch zukünftig erleben. Da es aber kaum gelingen dürfte, Antworten auf die nicht objektivierbare Frage nach der medizinischen Notwendigkeit eines Arzneimittels im Einzelfall zu geben, gewinnt der vor allem von der forschenden pharmazeutischen Industrie präferierte „Dreiteilungsansatz" erhebliches Gewicht:

Arzneimittel in absoluten Indikationen, also bei schweren chronischen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen, zum Beispiel Krebserkrankungen oder Infektionen mit dem HIV-Virus, sollten in jedem Fall zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sein. Hier sind Beschränkungen für den Arzt bei der Versorgung nicht erforderlich. Er wird diese Mittel nur verordnen, wenn es wirklich erforderlich ist.

Arzneimittel gegen geringfügige Gesundheitsstörungen dagegen sollten der Selbstmedikation überlassen werden. Hier sollte der Patient entscheiden, ob er sie sich selbst kauft oder auf die Einnahme verzichtet.

Bei der dritten Gruppe, Arzneimittel bei relativen Indikationen wie zum Beispiel Bluthochdruck, Herzkrankheit, Rheuma usw., werden Zuzahlungen durch den Patienten vorgesehen, prozentual mit einem Mindest- und Höchstbetrag.

Dieses Modell einer indikationsorientierten Dreiteilung hat meines Erachtens bestechende Züge an sich. Es setzt nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer stets unterschiedlichen Bewertung, welches Arzneimittel „umstritten" ist, an den zugrunde liegenden Krankheiten an und nicht an der Bewertung einzelner Arzneimittel. Denn es wird stets darüber gestritten werden können, welches Arzneimittel im Einzelfall medizinisch notwendig ist. Im Vordergrund hat aber die Frage zu stehen, welche Arzneimittel auch in Zukunft von der Solidargemeinschaft finanziert werden sollen und welche man der Eigenverantwortung des einzelnen überlassen kann. Damit wird auch der Tatsache Rechnung getragen, daß die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung größer werden. Eine solche Dreiteilung des Arzneimittelmarktes wird jedoch immer noch bis in die Spitzen der Gesundheitspolitik mit dem negativ besetzten Schlagwort der „Listenmedizin" abgelehnt, um nicht zu sagen diskreditiert. Trotzdem ist festzustellen, daß dieses Grundmodell die von der Politik selbst geforderte intelligentere Lösung ist. Denn eine verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Arzneimitteln wird aus den vorgenannten Gründen durch die Einführung einer Positivliste nicht gefördert, sondern gehemmt.

Auch wenn es wünschenswert wäre, daß weiterhin alle Arzneimittel von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet würden, ist der Tatsache Rechnung zu tragen, daß die Finanzierungsprobleme der GKV immer größer werden. Die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit einer Volkswirtschaft bestimmt die sozialpolitische Gestaltungskraft eines Landes, denn nur was vorher erwirtschaftet wurde, kann anschließend verteilt werden.

Maßgebliches Kriterium der Erstattungsfähigkeit eines Arzneimittels sollte nicht die Bewertung einzelner Arzneimittel im Hinblick auf therapeutische Wirksamkeit oder medizinische Notwendigkeit sein, sondern die grundsätzlichere Frage, welche Risiken auch in Zukunft von der Solidargemeinschaft finanziert werden sollen und welche man der Eigenverantwortung des einzelnen überlassen kann. Dieses indikationsorientierte Modell eines dreigeteilten Arzneimittelmarktes ist den vorhandenen bzw. geplanten Kostendämpfungsinstrumenten deutlich überlegen, weil es die Solidarität der Versicherten auf die schweren Risiken konzentriert und eine verantwortungsvolle Inanspruchnahme von Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellt.

Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel

Gerd Glaeske

Herr Ehlers hat in seinem Beitrag vor allem die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Arzneimittelversorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dargestellt und ist auch bereits auf die möglichen Probleme bei der Erstellung einer Positivliste eingegangen. Es wird sich aber im Verlaufe dieses Vormittags nicht vermeiden lassen, daß auch von den folgenden Referenten eine andere Darstellung und das eine oder andere Argument noch einmal wiederholt wird, vielleicht auch noch einmal kontrovers aufgenommen wird.

Lassen Sie mich mein Referat mit drei Vorbemerkungen beginnen:

Heute morgen wurde in den Nachrichten darauf hingewiesen, daß bei einer Betrachtung der Gesamtausgaben in der vertragsärztlichen Versorgung das Arzneimittelbudget des Jahres 1999 überschritten wird, daß aber einzelne KVen, darunter zum Beispiel Hessen, mit dem individuellen Budget auskommen werden. Herr Bausch als Vorsitzender dieser KV hat also ein gutes Informationsmanagement betrieben, so daß die einzelnen Ärztinnen und Ärzte mit dem zur Verfügung stehenden Budget gut haushalten konnten. Weitere vier KVen haben ebenfalls ein so gutes Budgetmanagement betrieben, daß keine Überschreitungen und damit verbunden potentielle Rückzahlungen verbunden sind.

Diese Feststellung geht in die zweite Vorbemerkung über, die ich gerne machen möchte und die für mich ein ungelöstes Problem darstellt, wenn wir uns unter der Überschrift der Tagung, die da heißt „Fakten und Vermutungen", zunächst einmal auf Fakten stützen wollen: Warum sind die Ausgaben in den einzelnen KVen eigentlich so unterschiedlich, wie Herr Brech es uns bereits gestern aufgezeigt hat, und warum reicht in der einen KV das zugeteilte Budget aus und in der anderen nicht? Gibt es Erklärungen dafür, warum in den einzelnen KVen die Arzneimittelausgaben pro Versichertem im Jahre 1999 (wahrscheinlich) zwischen 440,30 DM wie in der KV Südbaden und 635,96 DM wie in der KV Hamburg differieren und wie die prognostizierte Budgetüberschreitung von 2 Mrd. DM zustande kommt (Werte aus der Zeitschrift ‚Die Ersatzkasse, 11/99, Seite 1010)? Haben wir Verordnungsdaten, mit denen diese Unterschiede ausreichend plausibel gemacht werden können? Fragen über Fragen, die derzeit nur mit Vermutungen zu beantworten sind: Es könnte daran liegen, daß in der einen KV die Ärztinnen und Ärzte sparsamer verordnen als in der anderen, vielleicht werden mehr Generika verordnet, viel-

leicht wird eher auf nicht notwendige oder überflüssige oder umstrittene Arzneimittel verzichtet, vielleicht herrschen einfach andere Therapiegewohnheiten, vielleicht gibt es weniger aggressive Außendienste von Pharmaunternehmen, die ihre patentfrei gewordenen Originalpräparate weder mit „Zok" noch mit „MUPS" versehen und nicht mehr als konkurrenzlose Innovation vermarkten, vielleicht gibt es aber auch Morbiditätsunterschiede, die zu einem anderen Arzneiverordnungsspektrum führen, vielleicht gibt es Unterschiede in der Verordnungshäufigkeit teurer Innovationen - Mutmaßungen ohne ausreichend klare Antworten. Daß Verteilungsunterschiede in der Morbidität zu existieren scheinen, zeigt der Projektbericht von IGES, in dem der Arzneimittelverbrauch in Ost- und Westdeutschland analysiert wurde.[39] Danach lassen sich offenbar die höheren Arzneimittelumsätze in den neuen Bundesländern ganz überwiegend auf eine erheblich höhere Krankheitsbelastung der dortigen Bevölkerung in den Bereichen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus zurückführen. Beispielsweise wurde eine um 25 % höhere Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen gefunden als im Bundesdurchschnitt, die Risikofaktoren wie hypertone Blutdruckwerte und Übergewicht sind dort häufiger vertreten. Wenn man die Morbiditätsunterschiede zwischen Ost und West rechnerisch ausgleicht, so ist der Arzneimittelumsatz in den neuen Bundesländern sogar geringer als im Westen. Gibt es also erklärende Rationalen wie „Morbiditätsunterschiede" oder „Unterschiede in der Behandlungsprävalenz" für die unterschiedlichen Ausgabewerte in den KVen? Derzeit nicht, die Datensituation ist unbefriedigend, die bislang vorliegenden Analysen vermögen allenfalls einzelne Fragestellungen zu beantworten, das Gesamtbild bleibt unklar. Deshalb erscheinen mir auch die Sanktionsmechanismen bei Überschreitung des Budgets oder Benchmarking-Verfahren zum Vergleich der KVen, wie sie im Gesundheitsreformgesetz 2000 vorgesehen sind, weder wissenschaftlich haltbar noch gerecht, hier stimme ich Herrn Ehlers nachdrücklich zu. Die Probleme mit den Arzneimitteldaten werden übrigens noch dadurch verschärft, und ich gebe hier Erfahrungen der BARMER wieder, die seit dem 1.1.1998 alle zu ihren Lasten verordneten Arzneimittel - immerhin 110 Millionen pro Jahr - zentral erfassen läßt -, daß die Verordnungsdaten mit erheblichen Unsicherheiten in der Zuordnung belastet sind: Die BARMER als bundesweite Kasse erfaßte z. B. im ersten Halbjahr 1998 Rezepte mit insgesamt 145.000 verschiedenen Arztkennzeichen. Dabei ist bekannt, daß lediglich rund 112.000 Vertragsärzte überhaupt niedergelassen sind, daneben sind noch einige Krankenhausärzte und Institutsambulanzen ermächtigt, Kassenrezepte auszustellen. Die Zuordnung der Arzneimittelausgaben muß daher Un-

---

[39]. Häussler B., Bentz J., Nolting HD (1998) Arzneimittelverbrauch in Ost- und Westdeutschland. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin.

genauigkeiten nach sich ziehen - Folge der nicht bundesweit abgestimmten KV- bzw. Verordnungsnummern der einzelnen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Dies hat z. B. kurzfristig dazu geführt, daß der Sprechstundenbedarf aller Zahnärzte in der Bundesrepublik der KV Bayern zugerechnet wurde, da die Verordnungsnummern der Zahnärzte und die Identifikationsnummer der KV Bayern verwechselt werden konnten. Deshalb hat sich die BARMER auch an die Kassenärztliche Bundesvereinigung gewandt und darum gebeten, ein stets aktuelles Arzt-Stammdatenband zu bekommen, damit die Verordnungen überhaupt den richtigen Ärzten und deren Budget zugeordnet werden können. Die Diskussionen hierüber sind noch nicht beendet, eine Kooperation zwischen der BARMER und der KBV könnte aber für beide Seiten Vorteile haben, weil die KBV mit Hilfe der BARMER-Daten erstmals ein wenig Licht in das Dunkel der regionalen Verordnungsunterschiede bringen könnte.

Im dritten und letzten Punkt meiner Vorbemerkungen möchte ich noch einmal auf das Referat von Herrn Schneider zurückkommen, in dem er u. a. die Arzneimittelausgaben in Deutschland und den Niederlanden verglichen hat. Diese internationalen Vergleiche bieten erhebliche Fallstricke, auch hier gibt es Fakten und Vermutungen. Fakt ist, daß die Verordnungsmengen unterschiedlich sind: In den Niederlanden werden 6,6 Arzneimittelpackungen pro Versichertem verordnet, in Deutschland 11,6. Ein Vergleich der Ausgaben zeigt eine Relation von 168 Euro zu 227 Euro. Einfachste Interpretation: In Holland werden deutlich weniger Arzneimittel, allerdings auf höherem Preisniveau, konsumiert - schließlich ist der Packungspreis nach Euro teurer. Stimmt diese Interpretation? Wiederum können diese Fakten nur durch Vermutungen ergänzt werden. Vielleicht gibt es zwischen Deutschland und den Niederlanden einen deutlichen Morbiditätsunterschied, der einfach weniger Arzneimittel erforderlich macht, vielleicht gibt es einen starken Einfluß des Honorierungssystems, das niederländische Pauschalhonorierungssystem mit Einschreibeverpflichtung für die Versicherten macht die Praxen möglicherweise weniger anfällig für Praxismarketing mit dem Rezeptblock oder Praxisbindung über Wunschverordnungen. Vielleicht gibt es aber auch Einstellungsunterschiede der Bevölkerung zum Arzneimittel - die holländische Schluckkultur ist längst nicht so ausgeprägt wie bei uns oder in Frankreich. Die Niederländer empfinden es eher als Schwäche, wegen jeden Leidens zur Pille zu greifen, die Folge ist ein anderes Konsumverhalten. Es könnte aber auch sein, daß sich zwar die Menge der durchschnittlich verordneten Packungen unterscheidet, daß aber in den Niederlanden im Durchschnitt größere Packungen verordnet werden und dadurch die Menge an verordneten Tagesdosierungen wieder ähnlich wird wie die in Deutschland. Klare Aussagen lassen sich auch hier nicht

treffen. Fazit aller Vorbemerkungen: Eine Analyse der Rationalität in der Arzneimittelversorgung ist auf der Basis von rein quantitativen Daten genauso wenig möglich wie eine ausreichende Interpretation der Ursachen über regionale Unterschiede im Verordnungsverhalten.

Wir müssen uns daher einem sehr schwierigen Thema nähern, weil es nicht nur, wie in den Referaten zuvor, um Organisationsstrukturen des medizinischen Systems geht, also um Konzepte wie Hausarztsystem, Primärarztsystem oder Praxisnetze als Voraussetzung für eine optimierte medizinische Versorgung, letztlich also um die Strukturqualität, sondern weil die Arzneimittelversorgung an ihrer Prozeß- und Ergebnisqualität gemessen werden muß und daher qualitative Voraussetzungen für eine wirksame, zweckmäßige und wirtschaftliche Verordnungsweise der Ärztinnen und Ärzte geschaffen werden müssen. Beides hängt allerdings zusammen - bestimmte Strukturen vereinfachen eine inhaltlich anspruchsvolle und qualitativ ausgerichtete medizinische Versorgung: Leitlinien, Positivlisten für Arzneimittel oder auch Evidence-Based-Medicine werden dort einfacher zu integrieren sein, wo Strukturen von vornherein auf kollegiale Kommunikation, Kooperation und Abstimmung der medizinischen Versorgung aufbauen. Daher sind Arzneimittellisten auch typischer Bestandteil in Praxisnetzen oder anderen überschaubaren auf Kooperation angelegten Versorgungsstrukturen wie Krankenhäusern. Und dennoch: Das zentrale Problem bei der medizinischen Versorgung, bei der Auswahl von Diagnostik und Therapie, bei der Auswahl eines Arzneimittels bleibt letztlich die richtige Indikationsstellung und im Rahmen eines Budgets, wie wir es in der Arzneimittelversorgung nun seit 1993 haben, die Berücksichtigung der Handlungsoptionen „Substitution" und „Verzicht". Was ist im Einzelfall notwendig, wie sicher ist die Indikationsstellung, wie ist das Therapieziel, ist eine Substitution der getroffenen medizinischen Entscheidung durch eine kostengünstigere Alternative denkbar, z. B. durch Generika, oder ist vielleicht sogar ein Verzicht auf jede medizinische Intervention, also auch auf eine Arzneimitteltherapie, denkbar? Dies sind Fragen, die nur im Rahmen qualitativer Analyseprozesse beantwortet werden können.

Ich möchte Ihnen daher mit meinem Referat weniger Zahlen und Fakten als vielmehr einige programmatische Argumente anbieten, dies auch, um die Diskussion zu fördern - Zahlen und Fakten hat schließlich Herr Brech bereits in seiner Einführung vorgestellt. In der Arzneimittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geht es um die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln im Rahmen eines Sachleistungssystems, nicht um die Erstattungsfähigkeit, die typisch für Privatversicherungssysteme oder Erstattungssysteme (reimbursement systems) wie in Belgien oder Frankreich ist. In unserem Sachleistungssystem (benefit-in-

kind) ist die Verordnungsfähigkeit prinzipiell an die Verkehrsfähigkeit eines Arzneimittels gebunden, die typischerweise nach der Zulassung durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gegeben ist. Schon immer bestand ein großes Problem in der mangelnden Transparenz des Arzneimittelmarktes - dies hat sich bis zum heutigen Tage nicht deutlich verbessert. Nach den Angaben des BfArM werden etwa 45.000 verkehrsfähige Arzneimittel im Markt angeboten, substantiell zugelassen sind davon etwa 23.000 nach den Anforderungen des Arzneimittelgesetzes (AMG), das bereits 1978 in Kraft trat. Danach muß für die Arzneimittel die Wirksamkeit (efficacy), die Unbedenklichkeit (safety) und die pharmazeutische Qualität nachgewiesen sein, damit es zu einer Zulassung und damit zur Verkehrsfähigkeit kommen kann. Seit 1978 kam also kein Arzneimittel mehr neu auf den Markt, das diese Anforderungen nach Meinung des BfArM nicht erfüllt hatte. Das Problem liegt aber in den bereits vor 1978 verkehrsfähigen Mitteln, den sogenannten Altspezialitäten. Hier sind Übergangsbestimmungen und Bearbeitungszeiten bis einschließlich 1990 vorgesehen gewesen, die eine Nachzulassung nach den genannten Kriterien auch für diese Mittel verbindlich regeln sollten. Nur - diese Nachzulassung „hakt": Derzeit sind noch immer 22.000 Mittel auf dem Markt, also knapp die Hälfte aller verkehrsfähigen Mittel, die diese Prozedur noch nicht durchlaufen haben, darunter sogar etwa 7.800, für die die Hersteller auf die Nachzulassung verzichtet haben - wohl weil sie ihren Mitteln einen Wirksamkeitsnachweis nicht zutrauen -, die aber dennoch bis zum 1.1.2005 abverkauft werden dürfen. Ein aus meiner Sicht ungeheuerlicher Skandal, vor allem unter Gesichtspunkten des Patienten- und Verbraucherschutzes, denn auch diese Mittel werden noch beworben, verordnet und verkauft! Schon alleine dieser Mangel an durchgängiger Strukturqualität der Arzneimittel auf dem Markt, verbunden mit der Intransparenz des Zulassungsstatus der Mittel - neuzugelassen, nachzugelassen, noch nicht zugelassen, geplante Nichtzulassung, aber Abverkauf bis zum Beginn des Jahres 2005 - macht aus meiner Sicht ein Instrument wie eine Positivliste unverzichtbar, wenn Ärztinnen und Ärzte durch das SGB V angehalten sind, wirksame und nützliche Arzneimittel zu verordnen und die GKV sie darin unterstützt, indem eine „Positivauswahl" aus diesem schon seit Jahren unregulierten Markt zusammengestellt wird. Die Positivliste wird auf diese Weise zu einer Notwehrmaßnahme gegen Regulationsdefizite und zu einer Hilfestellung für die vertragsärztliche Versorgung.

Nun ist es mit dem Angebot wirksamer oder sinnvoll kombinierter Arzneimittel alleine nicht getan, wesentlich ist auch die richtige Anwendung in der richtigen Indikation. Die Positivliste ist daher nur ein Hilfsmittel in der vertragsärztlichen Arzneimittelversorgung, ein zweites sind die Arzneimittelrichtlinien mit dem viel zu wenig beachteten Punkt 14, in dem

Therapieempfehlungen abgegeben und damit der begründbare Einsatz von Arzneimitteln bei bestimmten Erkrankungen beschrieben wird. Die Therapieempfehlungen bieten, wie eine therapeutische Kaskade oder ein Stufenplan, medikamentöse Lösungsstrategien für bestimmte Indikationen an. So heißt es bei der Migräne z. B., daß in der ersten Stufe Analgetika wie ASS oder Paracetamol zu Anwendung kommen können, bei stärkeren Symptomen Ergotamin oder Triptane. Triptane sind danach eben nicht die Mittel der ersten Stufe, sondern kommen erst dann in Betracht, wenn weniger starke Analgetika nicht mehr ausreichend wirken. Diese Abstufung kann eine Positivliste übrigens nur bedingt nachvollziehen, die richtige Indikationsstellung liegt alleine in der Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte, die Positivliste bietet letztlich nur wirksame Werkzeuge an, die dann auch richtig genutzt werden müssen. Zu dieser Überlegung gehört übrigens auch die Abwägung, ob das angestrebte Therapieziel von klinischer Relevanz und einer Arzneimitteltherapie überhaupt zugänglich ist. Viel zu häufig werden nämlich noch immer Arzneimittel verordnet - als Praxisbindung, Praxismarketing oder auf Patientenwunsch -, die mit hoher Wahrscheinlichkeit keinen Nutzen für die Behandlung haben. Hierauf gehen bereits Regulierungsinstrumente ein: Eine Verordnung ist nämlich nicht oder nur bedingt möglich, wenn die Indikation über eine Negativliste ausgeschlossen oder eingeschränkt wurde oder bestimmte Arzneimittel wegen ihrer vielfältigen oder therapeutisch nicht sinnvollen Zusammensetzung nicht verordnet werden dürfen. Hierauf hat Herr Ehlers bereits ausführlich hingewiesen. Auch für die Arzneimittelversorgung gilt nämlich die Anforderung des § 2 des SGB V, nach der die medizinische Versorgung dem allgemein anerkannten Kenntnisstand in der Medizin zu entsprechen und den therapeutischen Fortschritt zu berücksichtigen hat - die Arzneimitteltherapie muß also mit der vorliegenden Evidenz übereinstimmen und begründet werden können. Nur zweifelhaft wirksame Arzneimittel stimmen nicht mit dieser Anforderung überein, sie sind in der Regel überflüssig.

Ich möchte an einem Beispiel deutlich machen, in welch schwierige Entscheidung der derzeitige Arzneimittelmarkt Ärztinnen und Ärzte bringen kann. Für die Thrombozytenaggregationshemmung sind eine ganze Reihe von Arzneimitteln zugelassen und damit verordnungsfähig, darunter auch Asasantin, eine Kombination aus Dipyridamol und ASS sowie viele Monopräparate mit ASS alleine. Die Kombination ist nach Tagesdosierungskosten etwa 6 - 7mal so teuer wie z. B. ASS-Generika. Beides sind zugelassene Mittel, beides sind Arzneimittel, die verkehrsfähig sind und damit den Segen der Bundesoberbehörde im Sinne des Nachweises der Wirksamkeit haben. Dennoch ist in der vertragsärztlichen Versorgung zu fragen, ob das teurere Asasantin eingesetzt werden sollte, weil doch Ärztinnen und Ärzte auch an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden

sind, wonach sie das Therapieziel bei gleich wirksamen Mitteln mit dem kostengünstigeren erreichen sollen. Warum sollte also ein Mittel wie Asasantin überhaupt Berücksichtigung finden, nachdem die klinischen Studien keinerlei therapeutisch relevanten Vorteil für dieses Mittel zeigen? In einer Positivliste könnte daher sehr wohl auf ein solches Mittel verzichtet werden, da es unter Berücksichtigung der zusätzlich zu den AMG-Kriterien Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutische Qualität anzuwendenden GKV-Kriterien Nutzen und Kosten, also Wirtschaftlichkeit oder Effizienz keinerlei Vorteile bietet, die Transparenz im Markt der Thrombozytenaggregationshemmer aber eher erschwert? Dieser Unterschied zwischen den AMG-Kriterien und den zusätzlichen Anforderungen des SGB V ist die eigentliche Begründung für die Erstellung einer Positivliste: Ein BfArM trifft eine absolute Ja/nein-Entscheidung, der Nachweis einer Wirksamkeit und Unbedenklichkeit führt unabhängig von den bereits vorhandenen Mitteln mit dem gleichen Indikationsanspruch zu einer Zulassung, das BfArM hätte wahrscheinlich keine Chance gehabt, Asasantin nicht zuzulassen. Für die GKV gelten aber erweiterte und zusätzliche Anforderungen: Zu der Wirksamkeit und Unbedenklichkeit kommt auch der Patientennutzen und die Wirtschaftlichkeit. Dieser Nutzenaspekt als Auswahlkriterium, bezogen auf den Gesamtmarkt, der sich aus der relativen Bewertung aller verfügbaren Arzneimittel ergibt, bildet die Basis einer Positivliste für die GKV. Das BfArM trifft absolute Ja/nein-Entscheidungen bei der Zulassung, damit müssen Mittel zugelassen werden, die gerade eben die Nachweisschwelle überschreiten und solche, die mit Bravour die Zulassungshürde geschafft haben. Aus diesem Markt der verkehrsfähigen Mittel sollen für die Positivliste solche ausgewählt werden, die in Relation zum Gesamtangebot die Anforderung des SGB V am besten „treffen" und damit einen mehr als nur geringfügigen Nutzen aufweisen - immer auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit. Hiermit sind natürlich immer bewertende Urteile verbunden - genau an diesem Punkt beginnen daher auch immer wieder die strittigen Diskussionen um eine solche Positivliste.

Ein ebenso strittiger Punkt ist die Bewertung des therapeutischen Fortschritts, der ebenfalls nach dem § 2 des SGB V berücksichtigt werden muß. Was ist von den Innovationen der vergangenen Jahre zu halten? Ich will diese Diskussion hier und heute nicht in extenso beginnen; Herr Wille hat ja in seinem Innovationsgutachten viele Überlegungen und Daten zusammengetragen. Was heißt aber therapeutischer Fortschritt? Es könnte heißen, daß nun eine Arzneimitteltherapie in Krankheitsbereichen möglich wird, in denen bislang gar keine Therapie zur Verfügung stand, es kann aber auch bedeuten, daß wirksamere Alternativen gegenüber den bislang vorhandenen angeboten werden - insgesamt soll es also zu einer Optimierung der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten

kommen. Beispiele aus der letzten Zeit sind die Anwendung von Beta-Interferonen bei der MS, der Alpha-Interferone, auch in Kombination mit Ribaverin bei Hepatitis-C oder der Eradikationstherapie bei Helicobacter-pylori induzierten Ulzera im Magen und im Zwölffingerdarm. Ein relativer therapeutischer Fortschritt im Sinne des SGB V (Wirksamkeit, Qualität und Humanität) war aber auch die Einführung von Viagra, die in den letzten Monaten erhebliche Aufmerksamkeit in der Öffentlichkeit auf sich gezogen hat, vor allem auch deshalb, weil der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen dieses Mittel aus rein ökonomischen Gründen von der Verordnungsfähigkeit ausgeschlossen hat und, damit diese Entscheidung tragfähiger sein sollte, die gesamte Indikation „erektile Dysfunktion" auf die Negativliste gesetzt hat. Für mich war diese Entscheidung - und ich habe dies auch in einer Veröffentlichung dargestellt[40] - schwer nachvollziehbar, weil mit diesem Mittel eine wirksame und verträglichere Therapie als die bis dahin gängige SKAT-Therapie (subkavernöse Autoinjektionstherapie) zur Verfügung steht, die allen Kriterien des SGB V entspricht und die erektile Dysfunktion als Krankheit anerkennt. Die Entscheidung war daher eine klassische Rationierungsentscheidung, also das Vorenthalten einer medizinisch notwendigen und zweckmäßigen Therapie allein aus ökonomischen Gründen. Dieses Beispiel zeigt sicherlich die Probleme der Aufnahme von Innovationen in eine Positivliste - während die Interferone aufgenommen würden, wäre Viagra alleine aus Gründen der ökonomischen Auswirkungen außen vor geblieben. Hier muß es verläßliche Kriterien geben, sowohl qualitativ wie zeitlich, wie über die Aufnahme von Innovationen in eine Positivliste entschieden wird - Verläßlichkeit für Ärzte, Patienten und Hersteller! Die Regelung bei dem 1995 fast fertiggestellten, dann aber doch zum Geburtstag von Prof. Vogel zerschnipselten und im Plastiksack überreichten Entwurf einer Positivliste war, daß über die Aufnahme innerhalb von drei Monaten entschieden werden mußte - wurde keine Entscheidung getroffen, galt das Mittel als aufgenommen.

Schließlich muß in der Arzneimittelversorgung die Wirtschaftlichkeit ausreichend berücksichtigt werden, ich hatte dies schon vorher mit den Handlungsoptionen korrekte Indikationsstellung, Substitution und Verzicht angesprochen. Substitution da, wo es möglich ist, Verzicht dort, wo eine Arzneimitteltherapie überflüssig ist. Substitution bedeutet vor allem, Generika einzusetzen, Substitution bedeutet aber auch, neue Behandlungsverfahren wie die Eradikationstherapie statt der chronischen Verordnung von H2-Antagonisten anzuwenden, Substitution bedeutet ebenfalls, Krankenhaustage mit der Anwendung wirksamer Arzneimittel

---

[40] Schneider-Danwitz A., Glaeske G. (1999) Viagra. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen - „ein kleiner Gesetzgeber"? Medizinrecht 4: 164-172

einzusparen und auf der Basis von Evidenz kostengünstigere Behandlungsverläufe zu nutzen. Also mit Arzneimitteln sparen, nicht an Arzneimitteln. Damit die finanziellen Mittel für die meist teuren Innovationen aber auch unter Budget zur Verfügung stehen, ist die Substitution mit Generika notwendiger denn je: Bisher entfielen 30 % vom Umsatz und 40 % der Verordnungen in der GKV auf Generika, Steigerungen um 1/3 sind noch denkbar, insgesamt Einsparungen von rund 2,5 Mrd. DM, die für innovative Arzneimittel, vor allem solche mit einem Krankenhaussubstitutionspotential, verwendet werden könnten. Daher: So viele Generika wie möglich, so viele Innovationen wie nötig! Und wenn dann noch Verzicht auf unnötige Mittel stattfindet, könnten weitere 2 - 3 Mrd. DM eingespart werden - eine Rationalisierungsreserve, die für notwendige innovative Therapien eingesetzt werden könnte.

Ein Aspekt, der sehr oft vergessen wird, findet sich im § 70 des SGB V. Da wird von den Kassen und den Vertragsärzten die Berücksichtigung der Humanität in der Krankenversorgung verlangt. Übersetzen wir Humanität mit Lebensqualität, dann kommen wir der Anforderung bei allen therapeutischen Entscheidungen schon sehr nahe. Es gibt eine ganze Reihe von Beispielen dafür, warum die Lebensqualität viel stärker als bislang berücksichtigt werden sollte. Fotemustin galt z. B. aufgrund einer klinischen Studie als wirksam bei malignem Melanom, ein Befund, der bei einer relativ kleinen Patientenpopulation beobachtet worden war. Bei der Übertragung dieses Befundes auf eine größere Patientenpopulation zeigte sich dagegen nicht nur eine dramatische Verringerung des Nutzens, sondern auch eine deutliche Verschlechterung der Lebensqualität der mit Fotemustin behandelten Patientinnen und Patienten. Im Vergleich lebten sogar die unbehandelten länger als die behandelten. Die Untersucher haben daher dazu geraten, sehr genau zu prüfen, ob der Verlust an Lebensqualität wegen der Toxizitätsbelastung durch das Fotemustin in Relation zu dem marginalen Therapieerfolg überhaupt gerechtfertigt ist. Lebensqualität und Belastung durch Arzneimittel spielen auch z. B. eine Rolle bei der Verordnung von langwirksamen Benzodiazepinen als Schlafmittel - Hang-over-Effekte führen insbesondere bei älteren Menschen zu erheblichen unerwünschten Wirkungen - oder bei der Berücksichtigung von pflanzlichen Psychopharmaka wie solchen mit ausreichend dosiertem Johanniskrautextrakt gegenüber der Anwendung niedrig dosierter trizyklischer Antidepressiva. Die Berücksichtigung von Verordnungsalternativen mit dem Ziel, die unerwünschten Wirkungen so gering wie möglich zu halten, muß daher auch bei der Erstellung einer Positivliste erkennbar sein.

Schließlich: Auch pharmakoökonomische oder behandlungsökonomische Betrachtungen müssen Eingang in die vertragsärztliche Versorgung

finden. Wichtig ist, daß diese Analysen auf der Basis realer Patientenversorgung durchgeführt werden müssen. Leider werden behandlungsökonomische oder pharmakoökonomische Betrachtungen immer wieder als piggy-back-Studien auf Phase-III-Prüfungen aufgesetzt. Dies ist meines Erachtens deshalb nicht sinnvoll, weil in solchen Studien vor der Zulassung noch nicht die Behandlung unselektierter Patientenpopulationen im Mittelpunkt steht, sondern der Nachweis der Arzneimitteleffekte, um eine Zulassung zu erreichen. Behandlungs- oder pharmakoökonomische Daten sollten aber die Realität der Versorgung abbilden, um im Vergleich der denkbaren Alternativen realistische Annahmen und Entscheidungshilfen anbieten zu können. Und es geht um direkte Kosten - indirekte Kosten werden zwar oftmals in solchen Studien präsentiert, zumeist, weil dann das Ergebnis klarer zugunsten des jeweils untersuchten Mittels ausfällt und sich dadurch ein Marketingeffekt überzeugender darstellen läßt, sie haben jedoch als volkswirtschaftliche Größe zunächst einmal keine Bedeutung für den Finanzierungsrahmen der GKV.

Zusammenfassend möchte ich noch einmal betonen, daß die Verkehrsfähigkeit nach dem AMG und seiner Anforderungen an ein Arzneimittel zunächst einmal Voraussetzung dafür ist, daß ein Arzneimittel im Rahmen der GKV verordnungsfähig wird, d. h. also der Nachweis von Wirksamkeit, Unbedenklichkeit und pharmazeutischer Qualität. Dies alleine sind aber noch keine hinreichenden Indikatoren dafür, daß ein Arzneimittel auch in der vertragsärztlichen Versorgung angewendet werden darf. Vielmehr gibt es weitergehende Kriterien im SGB V, die als Ergänzung der AMG-Kriterien zu verstehen sind. Dabei geht es um Nutzen- und Kostenüberlegungen sowie um die Qualität der medizinischen Versorgung. Unter diesen Aspekten ist bei den derzeitigen Verhältnissen auf dem Arzneimittelmarkt eine Positivliste dringend erforderlich. Sie „übersetzt" quasi die Anforderungen an eine Arzneimittelauswahl in der vertragsärztlichen Versorgung und steckt quantitativ und qualitativ den Rahmen für die verordnungsfähigen Arzneimittel ab. Die Therapiefreiheit wird hierdurch im übrigen gestützt, die beliebige Anwendung von Arzneimitteln wäre Therapeutenfreiheit. Gestützt wird auch der Patientenschutz, weil Arzneimittel mit zweifelhaftem Nutzen und unsicheren Therapieprognosen nicht mehr zur Anwendung kommen und die Patientinnen und Patienten nicht unnötig belasten. Eine Positivliste gibt sozusagen den Katalog der therapeutischen Werkzeuge vor - wie Ärztinnen und Ärzte damit arbeiten, bleibt dann letztlich ihre Entscheidung. Denkbar ist auch, daß sich Ärztegruppen oder Netze von Ärzten auf bestimmte Teile einer solchen zentral erstellten Positivliste einigen, also eine dezentrale Version der Positivliste erstellen. Der Katalog der Werkzeuge ist aber, wie wir aus vielen Untersuchungen wissen, nur die Basis. Wesentlich ist

die richtige Indikationsstellung, in der die adäquaten und wirksamen Mittel angewendet werden. Qualität, Humanität, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit müssen beachtet werden. Wichtig ist es daher, den Ärztinnen und Ärzten die Rahmenbedingungen zu schaffen, die für die Umsetzung einer solchen Arzneimittelversorgung geeignet sind. Eine mögliche Hilfe für die Auswahl in der Arzneimitteltherapie sehe ich in der Positivliste, sie ist ein Instrument zur Qualitätsverbesserung. Was sie nicht ist und gar nicht sein kann, ist ein Kostendämpfungsinstrument, eine solche immer wieder zitierte Zweckbestimmung diskreditiert letztlich die gesamte Strategie. Als Kostendämpfungsinstrument ist sie untauglich, als solches Instrument wäre sie daher auch überflüssig. Diese Diskussion wäre auch eine Verkehrung der Strategien im damaligen GRG bzw. GSG: Die Festbetragsregelung war als Kostendämpfungsmittel gedacht, die Richtgrößen als Mengenbegrenzung und die Positivliste als Instrument zur Optimierung der Auswahlqualität in der Arzneimittelversorgung. Preise, Menge, Qualität - durch diese Indikatoren ist die Arzneimittelversorgung in der GKV charakterisiert. Die Positivliste kann nur einen Indikator beeinflussen - die Qualität der Auswahl in einem unregulierten und intransparenten Markt. Alles andere würde dieses Instrument überfordern.

Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel

Frank Münnich

Mein Thema, so wie es im Programm formuliert ist, heißt „Erstattungskriterien für Arzneimittel im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung". Natürlich meint Erstattungsfähigkeit in diesem Zusammenhang nicht den legistischen Begriff „Kostenerstattung", wogegen sich Herr Glaeske gewandt hat, sondern es meint, ob die gesetzliche Krankenversicherung für eine Leistung, sei es auf dem Wege der Sachleistung, sei es auf dem Wege der Kostenerstattung, die für diese Thematik völlig irrelevant sind, überhaupt aufzukommen hat. Es geht bei meinem Thema also um entscheidungs- oder handlungsorientierte Kriterien, um Kriterien normativen Charakters. Natürlich gibt es auch Kriterien positiven Charakters; sie sind in den wissenschaftlichen und technischen Bereichen üblich. Wir sprechen hier aber über Kriterien normativen Charakters, über die man je nach philosophischer oder sozialethischer Einstellung oder ererbter oder antrainierter Voreingenommenheit beliebig diskutieren und streiten kann. Man muß an sie aber auch eine quasi-objektive Anforderung stellen: normative Kriterien müssen der Ziel-Mittel-Beziehung gerecht werden; weil sie handlungs-, weil sie zielorientiert sind, müssen sie zieladäquat konstruiert sein.

Welche Zielbereiche spielen bei Entscheidungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung aus übergeordneter gesellschaftlicher Sicht möglicherweise eine Rolle, wenn es um Ausschlüsse von Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung geht? Ausschluß heißt zunächst einmal, die Kasse zahlt überhaupt nicht. Der Ausschluß ist dann total. Das bedeutet natürlich nicht, daß der Versicherte die Leistung von seinem Arzt nicht erhält. Das direkte - ärztliche, nichtmonetäre - Verhältnis von Arzt zu Patient wird durch eine solche Regelung nicht berührt. Der Arzt wird weiterhin als Agent seines Patienten diesem alles zukommen lassen, was aus seiner medizinischen Sicht notwendig, zweckmäßig oder doch wenigstens sinnvoll ist. Allein die Kasse wird die Leistung nicht erstatten, weder dem Arzt noch dem Patienten. Der Patient ist dann seinem Arzt gegenüber in der finanziellen Verpflichtung. Diese Sichtweise macht deutlich, daß es neben dem totalen Ausschluß auch noch eine Art partiellen Ausschluß gibt: die teilweise Beteiligung des Patienten an der Bezahlung der von ihm in Anspruch genommenen Leistung. Streng genommen müßte also auch über die (möglicherweise zusätzlichen) Kriterien gesprochen werden, die für einen partiellen Ausschluß heranzuziehen sind. Ich will an dieser Stelle darauf nicht näher eingehen. In meinen Formulierungen geht es immer

um den totalen Ausschluß, wobei man im Auge behalten muß, daß zwischen dem totalen und einem partiellen Leistungsausschluß enge sachlogische Zusammenhänge bestehen.

Folgende Ziele, die offensichtlich eine wichtige Rolle spielen, will ich ohne große Begründung in den Raum stellen:

- Konsumentenschutz,
- Subsidiarität,
- Wirtschaftlichkeit und
- Wettbewerbsneutralität.

Betrachten wir zunächst das Ziel Konsumentenschutz. Die Kriterien, die für den Konsumentenschutz bei Arzneimitteln erfunden worden sind, sind die Kriterien des Arzneimittelgesetzes Unbedenklichkeit, Wirksamkeit und (pharmazeutische) Qualität. Letztere hier einmal beiseite lassend, kann man festhalten: nach AMG muß ein Arzneimittel „wirksam" und „unbedenklich" sein. Das sind Kriterien, die eigentlich nichts mit der gesetzlichen Krankenversicherung zu tun haben. Sie sind für den Konsumentenschutz der Gesamtbevölkerung erfunden worden. Das geht schon aus ihrer Entstehungsgeschichte hervor: Sie werden sich erinnern, daß sie ursprünglich von der amerikanischen Gesetzgebung erfunden worden sind, und das ist viel früher gewesen als ihre Verankerung auch in der deutschen Gesetzgebung. Schon von daher können Sie erkennen, daß diese Kriterien mit sozialer, mit gesetzlicher Krankenversicherung überhaupt nichts zu tun haben. Es sind vielmehr allgemeine Vorstellungen, allgemeine gesellschaftspolitische Zielvorstellungen gewesen, die die Staaten und ihre Gesellschaften dazu gebracht haben zu sagen: Nein, wir lassen nicht zu, daß jedes Arzneimittel beliebig auf den Markt kommt, und wir lassen - das ist der zweite Punkt, Verschreibungspflicht, - auch nicht zu, daß jedes beliebige Arzneimittel, was auf den Markt gekommen ist, nun auch noch von jedem beliebigen Kunden in Anspruch genommen werden kann. Auch die Verschreibungspflicht, die Notwendigkeit, daß man, um Zugang zum Markt bestimmter Arzneimittel zu erlangen, eine ärztliche Verschreibung braucht, ist eine solche unter der Idee des Konsumentenschutzes geborene Marktzutrittsbeschränkung.

Diese Kategorie von Vorstellungen ist also gesamtgesellschaftlich von Relevanz. Dessen ungeachtet kann man natürlich darüber diskutieren, ob bei der Implementation oder bei der Weiterentwicklung dieser Kriterien nicht die GKV in Vorlage treten sollte. Herr Glaeske hat praktisch die Meinung vertreten, weil diese Kriterien nicht genügend berücksichtigt

würden, sei es gut, wenn via Positivliste wenigstens für einen Teilbereich des Marktes, nämlich die gesetzliche Krankenversicherung, hier eine schärfere Fassung verwirklicht würde. Ich halte dies für politisch höchst bedenklich. Wenn aus Gründen des Konsumentenschutzes etwas wirklich verbesserungsbedürftig ist, dann muß es für alle Mitglieder der Gesellschaft verbessert werden. Dann kann sich ein verantwortlicher Gesetzgeber schon aus Gründen sozialer Gerechtigkeit nicht darauf beschränken, nur Teile der Gesellschaft in den Genuß solcher verbesserter Rahmenbedingungen zu bringen.

Die nächste Zielvorstellung ist Subsidiarität. Subsidiarität kann man als eine Art Gradierung zwischen den Polen reiner Eigenverantwortung einerseits und totaler solidarischer Kollektivverantwortung andererseits begreifen. Zum Begriff der Subsidiarität gehört aber auch eine Reihung der Zwischenstufen nach Wertigkeit, ausgehend von einem der Extreme. Modern gesprochen: strukturiert man Subsidiarität entweder „top-down" - von der Kollektiv- zur Eigenverantwortung - oder „bottom-up" - vom einzelnen zum Kollektiv. Das übliche, auf die Sozialenzykliken des vorigen Jahrhunderts zurückgehende Verständnis ist „bottom-up". Es liegt auch, nebenbei bemerkt, dem Begriff der Subsidiarität zugrunde, der im EG-Vertrag verwendet wird. Aus dem Begriff der Personalität wird abgeleitet, daß zunächst der einzelne für sich selbst verantwortlich ist, und daß die Gemeinschaft, in die er eingebettet ist, für ihn Verantwortung übernehmen muß für die Belange, mit denen er überfordert wäre. Mit Verantwortung für Aufgaben wird die jeweils höhere gesellschaftsorganisatorische Stufe betraut, wenn sie auf der unteren Stufe nicht wahrgenommen werden kann.

Ein Kriterium, das aus der Subsidiarität erwüchse, wäre beispielsweise die Frage der finanziellen Belastbarkeit des Patienten. Das war einmal die Grundidee der gesetzlichen Krankenversicherung, bis sie in der heutigen Form zu einem rein solidarischen System angewachsen ist, das die finanzielle Belastung aus Gesundheitsleistungen voll übernimmt. Subsidiarität würde aus liberaler ökonomischer Sicht daran ansetzen, welche finanzielle Belastung aufgrund von Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dem einzelnen zumutbar ist. Eine ähnliche Überlegung liegt wohl auch dem steuerrechtlichen Konzept der „außergewöhnlichen Belastung" zugrunde. Aus einer Reihe von Gründen, nicht zuletzt wegen der Anfälligkeit gegenüber strategischen Ausweichstrategien, kann eine solche Vorstellung aber nicht als generelle Lösung für den Gesundheitssektor herhalten. Es bedarf vielmehr einengender Konkretisierungen, wie sie denn auch den meisten auf Subsidiarität ausgerichteten Reformvorschlägen zugrunde liegen.

Alle Überlegungen zur Differenzierung des Leistungskatalogs oder zu differenzierten Zuzahlungslösungen basieren mehr oder minder explizit auf Subsidiaritätserwägungen. Auch das Kriterium „geringfügige Gesundheitsstörung" ist Ausfluß der Subsidiarität. Unter dieser Zielvorstellung lassen sich eine Fülle alternativer Kriterien - und Systemmodelle - entwickeln. Auch das Modell des dreigeteilten Arzneimittelmarktes, das unter meiner Leitung mit wesentlicher Beteiligung und Unterstützung durch den hier anwesenden Dr. Granitza und einige weitere in- und ausländische Kollegen entwickelt worden ist, beruht auf dem Gedanken der Subsidiarität. Es unterscheidet sich daher auch in wesentlichen Basisaspekten von dem formal ähnlichen Imitat aus dem WIdO, das auf einer ganz anderen Zielvorstellung, der Wirtschaftlichkeit, basiert und aus meiner Sicht der Dinge daher auch eher eine Verballhornung denn eine Umdeutung unserer Vorstellungen darstellt.

Ich stehe bei denjenigen, das ist bekannt, die das für eine sehr sinnvolle Sache halten. Die gesetzliche Krankenversicherung ist in meiner gesellschaftlichen Vorstellung eine Einrichtung der sozialen Solidarität. Aus meiner gesellschaftspolitischen Vorstellung folgt ferner, daß der einzelne zunächst für sich selbst verantwortlich ist und man jeweils entscheiden muß, welche Aufgaben auf höherrangige gesellschaftliche Schichten übertragen werden müssen. Ich halte die Umsetzung des Gedankens der Subsidiarität für einen durchaus sinnvollen und problemadäquaten Zugang zur Reform der GKV, überhaupt unserer sozialen Sicherungssysteme. Wir wissen aber alle, daß er derzeit nicht oder noch nicht akzeptabel ist, sondern daß die Diskussion, wie auch der heutige Morgen gezeigt hat, nicht den Kriterien der Subsidiarität, sondern anderen Kriterien folgt.

Der dritte Zielbereich ist Wirtschaftlichkeit. Unter Wirtschaftlichkeit ist auch alles zu subsumieren, was an den Kriterien „notwendig" oder „ausreichend" ansetzt. Beides sind Subkriterien zur Wirtschaftlichkeit. Eine Behandlung, die nicht notwendig ist, kann von vornherein auch keine wirtschaftliche Behandlung sein. Der Einsatz eines Produktmittels, das nicht zu einem gewünschten Erfolg führt, kann ebenfalls nicht wirtschaftlich sein. Hierin liegt wohl auch in gewisser Weise die Rechtfertigung dafür, daß man überhaupt Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen auf kollektiver Ebene durchführt, denn im Prinzip kann man Wirtschaftlichkeit nicht kollektiv, sondern nur im Einzelfall feststellen. Ob eine bestimmte technische Maßnahme wirtschaftlich ist oder nicht, läßt sich nur im konkreten Einzelfall feststellen. Eine Aussage wie „die deutsche Volkswirtschaft sei wirtschaftlicher als die französische" grenzt an Nonsens. Sie ist absurd, eine völlig inhaltsleere Aussage. Man kann zwar überlegen, ob in der Gemeinde Z die Verwaltung des Friedhofs effizienter und wirtschaftlicher

gestaltet wird als in der Gemeinde Y. Aber es entbehrt jeden Sinnes zu sagen, daß die Gemeinde Berlin oder die Stadt oder das Land Berlin insgesamt wirtschaftlicher operiere als die Stadt München. Man kann deshalb auch den Ausschluß einer ganzen Indikation nicht mit mangelnder Wirtschaftlichkeit begründen.

Natürlich gibt es Ausnahmen von der allgemeinen Regel, und eine solche Ausnahme habe ich hier angedeutet. Das ist etwa dann der Fall, wenn etwas definitiv unwirksam ist, denn dann kann es in keiner konkreten Anwendung wirtschaftlich sein. Die Forderung, daß ein Arzneimittel wirksam sein müsse, kann man also auch aus dem Ziel der Wirtschaftlichkeit herleiten, denn die Produktion unwirksamer Arzneimittel ist eine volkswirtschaftlich widersinnige Verschleuderung wichtiger produktiver Ressourcen.

Ich habe aber dennoch so meine Bedenken, weil in einer Reihe von Fällen „Wirksamkeit" bei Arzneimitteln eine statistische Aussage ist. Ein Medikament wirkt in vielen Einzelfällen, in anderen wiederum nicht. Man denke etwa an die Bekämpfung von Risikofaktoren oder an onkologische Präparate. Man denke aber auch an die berühmt-berüchtigten „umstrittenen Arzneimittel", bei denen sich die Stochastik nicht nur daran zeigt, daß im Rahmen einer Studie an den Probanden verschiedene Wirksamkeiten beobachtet werden, sondern auch an der Varianz zwischen den Studien und an der zwischen ehrgeizigen Wissenschaftlern unverzichtbaren Varianz der Auffassungen, Interpretationen und Wertungen. Eine statistische Aussage ist immer eine Wahrscheinlichkeitsaussage, die an einem vorgegebenen stochastischen Entscheidungskriterium hängt, also insbesondere an dem sogenannten Alpha-Fehler, der die Wahrscheinlichkeit angibt, eine sogenannte Null-Hypothese zu verwerfen, auch wenn sie de facto richtig ist. Als Null-Hypothese wählt man in diesen Fällen zweckmäßigerweise immer die totale Unwirksamkeit. Typisch sind Alpha-Fehler von 5 oder 1 %. Genügt ein klinischer Test diesem Kriterium, so besagt dies, daß die gemessene Wirksamkeit dank des Spiels des Zufalls nur in 5 bzw. 1 von Hundert Fällen aufgetreten wäre, auch wenn das Präparat tatsächlich unwirksam wäre. Je geringer der Alpha-Fehler, um so sicherer ist man also über die Wirksamkeit. Und wenn das alles dann noch doppelblind und mit echter Zufallsauswahl zustande gekommen ist, halten das viele, unter ihnen die Autoren des Arzneiverordnungsreports, für einen objektiven Beweis.

Allein auch dies ist eine normative Entscheidung. Die Entscheidung nicht selbst, wohl aber die Wahl dieser Entscheidungsschwelle, dieses Alpha von 10, 5 oder 1 %. Sie können dies unmittelbar an einem Denkexperiment sehen. Stellen Sie sich vor, Sie stehen vor der Entscheidung, spa-

zierenzugehen, was, wie wir alle aus Erfahrung wissen, nicht immer ohne Zwischenfälle verläuft. Eine Wahrscheinlichkeit, daß Sie durch Regen naß werden, von 5 %, würde von Ihnen immer anders beurteilt als eine Wahrscheinlichkeit von 5 % dafür, daß Sie einem tödlichen Schlangenbiß anheimfallen werden. Die Wahl der Schwelle von 5 % ist eine normative Entscheidung und keine objektive Entscheidung. Und deswegen ist auch alles, was zu umstrittenem therapeutischen Nutzen oder ähnlichem gesagt wird, eine statistische Aussage und damit eine normative Wertentscheidung von irgendwelchen Experten. Patient: Cave expertos!

Ein weiteres: Die Feststellung von Wirtschaftlichkeit ist prinzipiell ohne die Berücksichtigung von Preisen nicht möglich. Der Begriff der Wirtschaftlichkeit setzt die Einbeziehung von Preisen begriffsnotwendig voraus. Ansonsten ist man noch im Bereich der Effektivitäts- oder Effizienzüberlegungen, die rein auf physischer Basis verlaufen. Sobald man aber von Wirtschaftlichkeit redet, redet man nicht mehr von Inputs und Outputs, sondern von Erträgen und Kosten, von monetär bewerteten Einsätzen und monetär bewertetem Nutzen. Das sollte jedoch nicht dazu verleiten, vorschnell Preise als Indikator für Wirtschaftlichkeit zu interpretieren, in der billigeren Alternative also auch die wirtschaftlichere zu sehen. Inputpreise können nur dann in diesem Sinne verwendet werden, wenn der monetär bewertete Nutzen des alternativen Einsatzes der Inputs gleich ist.

Aus diesem Grunde muß man auch dem Vergleich der Durchschnittskosten der defined daily dose (DDD) verschiedener Arzneimittel, wie er im Arzneiverordnungs-Report und dem „gemeinsamen Aktionsprogramm" vorgenommen wird, zur Ermittlung der wirtschaftlich(sten) Verordnung mit äußerstem Mißtrauen begegnen. Nicht nur sind diese Durchschnittskosten keine Preise, weil in ihre Berechnung auch die Verordnungsstruktur als Gewichtungsfaktor eingeht, es ist auch zweifelhaft, inwieweit die DDDs verschiedener Arzneimittel einen äquivalenten therapeutischen Nutzen zum Ausdruck bringen. Sie sind jedenfalls, worauf die Erfinder bei der WHO ausdrücklich verweisen, nicht zu diesem Zwecke entwickelt worden. Die mit dem Begriff der Wirtschaftlichkeit verbundenen Probleme lassen sich am Beispiel des Asasantin und Aspirin, auf das Herr Glaeske verwiesen hat, recht deutlich machen. Einerseits ist für einen Wirtschaftlichkeitsvergleich zwischen Asasantin und „einfachen" Acetylsalicylsäureprodukten der Zusatznutzen des Kombinationspartner von Bedeutung. Andererseits spielt für die Langzeittherapie der Thrombozytenaggregationshemmung naturgemäß die Magenverträglichkeit eine besondere Rolle, so daß auch die Monopräparate nicht a priori „therapeutisch identisch" sind.

Nun, Wirtschaftlichkeitskriterien sind natürlich unverzichtbar. Wirtschaftlichkeit ist in der gesetzlichen Krankenversicherung zu außerordentlicher Prominenz avanciert. Das Verhängnis ist, daß dadurch ein bestens etablierter zentraler Begriff der Wirtschaftswissenschaften der freizügigen Verballhornung durch Juristen und Naturwissenschaftler freigegeben worden ist. Eine aus meiner Sicht besonders problematische Verwendung findet statt, wenn Innovationen zur Diskussion stehen. Wirtschaftlichkeitsüberlegungen zu innovativen Prozessen sind grundsätzlich Unsinn und schon gar nicht zu deren Beginn möglich. Bei innovativen Prozessen kann man nicht antizipieren, was im Lauf der Zeit daraus wird. Bei Einführung des Fernsehens 1936 in Berlin waren so an die dreißig Apparate angeschlossen. Auf einer knapp 100 cm^2 großen Bildröhre konnten die Olympischen Spiele bewundert werden, in einer so miesen Qualität, die man heute nicht mal für billigste Reproduktionen verwenden würde. Ganz ähnlich war es mit dem Telefon. Niemand wäre seinerzeit, in den ersten Frühphasen der Anwendung, auf die Idee gekommen, daß sich aus diesen Spielereien einmal hoch wirtschaftliche Informationsvermittlungsmedien entwickeln würden, die von jedermann genutzt werden. Und wir sind, wie man weiß, keineswegs am Ende der Entwicklung. Nach keinem Entscheidungskriterium wären diese Entwicklungen bei ihrer Geburt wirtschaftlich gewesen. Der Wirtschaftlichkeitsbegriff taugt nur für statische Bedingungen.

Ich bringe diese Beispiele, um zu zeigen, daß selbst bei Breakthroughs, selbst bei innovativen Durchbrüchen, die Wirtschaftlichkeit nicht ex ante festgestellt werden kann, ja daß der Begriff unter solchen Umständen jeden Sinns entbehrt. Ich bringe Ihnen auch das Gegenbeispiel, das zeigt, das Neuerungen, die nach Experteneinschätzung hoch wirtschaftlich sein müßten, den Test der praktischen Bewährung verfehlen. Es ist der Kreiskolbenmotor, volkstümlich nach seinem Erfinder Wankel-Motor genannt, der nach Meinung aller Experten das Tollste überhaupt ist, was man sich an Umsetzung von chemischer Energie, die in fossilen Brennstoffen steckt, in eine Drehbewegung vorstellen kann. Er müßte - theoretisch - wesentlich wirtschaftlicher als der Hubkolbenmotor sein, den wir alle in unseren Kraftfahrzeugen haben. Nun, er wurde ein Flop. Es ist nie gelungen, die Umsetzung in der praktischen Realität wirtschaftlich zu machen. Das hat man aber vorher nicht gewußt. Selbst bei Daimler-Chrysler gibt es heute noch Leute, die darüber nachdenken, ob man nicht doch die Wirtschaftlichkeit verbessern kann.

Auf das Kriterium der Wettbewerbsneutralität weise ich nur noch ganz kurz hin, weil ich mein Zeitlimit erreicht habe. Alle Maßnahmen, die zur Kostendämpfung ergriffen werden, müssen in genauer zu definierender Weise wettbewerbsneutral sein. Dies ist Voraussetzung dafür, daß der

Wettbewerbsprozeß zu einer effizienten Lösung führt. Wettbewerbsneutralität ist aber auch ein Gebot der Fairneß und der Gerechtigkeit. Die Forderung nach Wettbewerbsneutralität heißt nicht, daß nicht in die Marktprozesse regelnd eingegriffen werden könnte. Ich halte beispielsweise den Eingriff, alle nicht verschreibungspflichtigen Präparate aus der Erstattungspflicht herauszunehmen, durchaus für wettbewerbsneutral. Das wäre ein allgemeines Ausschlußkriterium, das generell gilt. Wettbewerbsbeeinträchtigend wäre andererseits, wenn man innerhalb einer Indikationsgruppe den einen zuläßt und den anderen nicht. Dann bräuchte man schon sehr gute Sachkriterien, wie beispielsweise das der Wirtschaftlichkeit, mit dem man nachwiese, daß der eine unwirtschaftlich ist und der andere nicht.

Wettbewerbsneutralität kann nicht heißen, daß es generell unzulässig wäre, bestimmte Klassen von Produkten auszuschließen. Wir schließen beispielsweise heute von der Neuzulassung von Kraftfahrzeugen alle diejenigen aus, die keinen Katalysator haben. Das ist nicht wettbewerbsbeeinträchtigend. Es kommt also vielmehr auf die Art des Ausschlusses an und weniger auf das Faktum an sich. Ich denke, daß Wettbewerbsneutralität verlangt, daß man generelle Kriterien anwendet und nicht, wie bei einigen europäischen Nachbarn, hinter verschlossenen Türen mit den Firmen einzeln und diese gegeneinander ausspielend verhandelt. Man sollte auch der Wettbewerbsneutralität mehr sorgfältige Aufmerksamkeit schenken, als dies derzeit der Fall ist, wo zuweilen recht großzügig darüber diskutiert wird, welches Produkt man aus dem Erstattungskatalog ausschließen sollte und welches nicht. Und ich meine, daß man diesem Kriterium in Zukunft auch deshalb mehr Aufmerksamkeit schenken sollte, weil „mehr Wettbewerb" im Zuge europäischer Entwicklungen liegt und auch gerade deswegen, weil, wie die Diskussionen der letzten anderthalb Jahre gezeigt haben, viele unserer Sozialpolitiker in dem Bewußtsein leben und handeln, daß Europa doch gründlicher zustande gekommen ist, als sie es eigentlich gewollt haben.

Entscheidungskriterien für erstattungsfähige Arzneimittel

Peter Oberender

Einleitung

Im Gesundheitssystem tritt wie auf Gütermärkten das ubiquitäre Problem der Knappheit der Ressourcen auf. Vor diesem Hintergrund der knappen Ressourcen stellt sich die strategische Frage nach der Erstattung von Arzneimittelausgaben durch die GKV. Als direkte Konsequenz einer positiven Entscheidung ist festzulegen, ob Ausgaben für Medikamente generell erstattet werden sollen oder ob eine Eingrenzung der Erstattungsfähigkeit auf bestimmte Arzneimittel(-gruppen) erfolgen soll. Weiterhin gilt es zu beantworten, auf welcher Ebene über die Erstattungsfähigkeit einzelner Arzneimittel entschieden werden soll: auf der Mikroebene, d. h. durch die einzelne Kasse, auf der Mesoebene, d. h. durch Verbände, oder auf der Makroebene, d. h. durch den Staat. Die Abgrenzung erstattungsfähiger Arzneimittel kann dann mit Hilfe einer Positiv- oder einer Negativliste erfolgen.

Ausgangssituation

Das Gesundheitssystem leidet gegenwärtig unter einer steigenden Diskrepanz zwischen medizinisch sinnvoll möglichen („Explosion des Machbaren") und solidarisch finanzierbaren Leistungen. Eine bedeutende Rolle spielt hierbei der medizinische Fortschritt, der durch Add-on-Technologien die Behandlung zusätzlicher, bisher unheilbarer Krankheiten ermöglicht. Außerdem führen Halfway-Technologien zu einer Verlängerung des Krankheitszeitraumes, da diese Technologien nicht zu einer Heilung des Patienten führen, sondern unter Verminderung des Leidens die Zeitspanne zwischen Erkrankungszeitpunkt und Tod verlängern.

Bei Ausschöpfen aller (technischen) Möglichkeiten könnten gegenwärtig 1,8 bis 2,2 Billionen DM sinnvoll für die Gesundheit ausgegeben werden, andererseits stehen der GKV aufgrund der Beitragssatzstabilität lediglich 260 Mrd. DM finanzielle Mittel zur Verfügung. Die Summe des medizinisch Machbaren wächst mit etwa 8 - 10 % im Jahr, die verfügbaren Mittel nehmen wegen der Anbindung an die Grundlohnsumme dagegen nur um etwa 1,2 bis 1,5 % zu. Dadurch wächst die Diskrepanz zwischen dem medizinisch-sinnvoll Möglichen und dem Finanzierbaren permanent. Auch im Gesundheitssystem drängt damit der Finanzierungsaspekt zu einschneidenden Sparmaßnahmen. Nicht alles medizinisch Sinnvolle

wird in Zukunft auch noch durch ein solidarisches Gesundheitssystem finanzierbar sein.

Bei dem Versuch, das Problem der optimalen Verwendung der knappen Ressourcen im Gesundheitssystem zu lösen, treten Fragen der Rationierung und Rationalisierung der Gesundheitsleistungen immer stärker in den Vordergrund. Rationalisierung von Gesundheitsleistungen ist der Verzicht auf „überflüssige" Maßnahmen. Ziel ist es hierbei, Ausgaben zu verhindern, die für den Patienten keinen Nutzen bringen, um Verschwendung zu vermeiden und ein effizientes Gesundheitssystem zu erreichen. Eine zentrale Entscheidung darüber, was wichtig und was überflüssig ist, wird jedoch kaum generell möglich und sinnvoll sein. Das Wissen über den Nutzen ist subjektiv, weshalb die Frage nach der Wichtigkeit im Gesundheitssystem nur dezentral beantwortet werden kann.

Rationierung ist demgegenüber gleichbedeutend mit dem Verzicht auf „wirksame" Maßnahmen. Im Falle der Rationierung werden nicht mehr alle wirksamen Maßnahmen berücksichtigt werden, sondern es gilt, Prioritäten zugunsten bestimmter Maßnahmen zu setzen. Im Rahmen der solidarischen Finanzierung kommt es zu einer Verweigerung von potentiellen Heilerfolgen für den Patienten. Der teilweise (d. h. Zuzahlungen mit Resterstattung) oder vollständige Ausschluß bestimmter Arzneimittel aus der Erstattung stellt bereits eine Form der Rationierung im Gesundheitswesen dar.

Grundsätzlich sollte die Verwendung der knappen finanziellen Mittel der GKV auf Großrisiken beschränkt werden. Die Identifikation von Großrisiken und existenzbedrohenden Risiken bereitet indes große Schwierigkeiten und ist nur normativ möglich. Dennoch muß der Mut gefaßt werden, Entscheidungen zu treffen.

Im Vordergrund eines freiheitlichen Gesundheitssystems steht der Grundsatz der Eigenverantwortung, einhergehend mit der Einheit von Wahl- und Handlungsfreiheit und finanzieller Haftung. Ausnahmen von den Erstattungseinschränkungen bilden Härte- und Sozialfälle. Diese ökonomisch Schwachen sind nicht in der Lage, ein entsprechendes Faktoreinkommen zu erzielen, um eine adäquate Eigenvorsorge sicherzustellen. Vor dem Hintergrund der Grundsatzentscheidung zugunsten der sozialen Marktwirtschaft, einhergehend mit dem Solidaritätsgedanken, muß allen Wirtschaftssubjekten eine Regelsicherung gegen das Krankheitsrisiko ermöglicht werden.

Arzneimittelbegriff

Eine Eingrenzung der Erstattungsfähigkeit auf bestimmte Arzneimittel (-gruppen) erfordert eine Auseinandersetzung mit dem Begriff „Arzneimittel". Eine abschließende Legaldefinition des Begriffs Arzneimittel findet sich in § 2 Arzneimittelgesetz (AMG). Arzneimittel sind danach Stoffe, die dazu verwendet werden, die Gesundheit wiederherzustellen oder nicht heilbare Krankheiten erträglich zu machen. Von Bedeutung ist hier zunächst die Abgrenzung der Arzneimittel von Diätetika sowie von Lebensmitteln. Diätetika sind Lebensmittel, die zusätzlich zu ihrem Nährwert noch einen therapeutischen Wert (z. B. Ausgleich des Insulinhaushalts) besitzen. Da bei Diätetika der Nahrungsmittelaspekt im Vordergrund steht, sind sie in der Regel keine Arzneimittel.

Arzneimittel lassen sich hinsichtlich verschiedener Kriterien klassifizieren. Nach dem Kriterium der Vertriebswegebindung lassen sich apothekenpflichtige von freiverkäuflichen Arzneimitteln, d. h. Verkauf über Drogerien, Reformhäuser etc., unterscheiden. Apothekenpflichtige Arzneimittel sind nach dem Kriterium der Verschreibungspflicht entweder rezeptpflichtig, d. h., es besteht die Pflicht der Verordnung durch den Arzt, oder rezeptfrei. Bei der Abgabe der Arzneimittel gegen Rezept bietet sich dann weiter das Kriterium Erstattungsfähigkeit an. Hier setzt der vorliegende Beitrag an.

Im folgenden werden zunächst mögliche Kriterien für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln diskutiert. Anschließend wird die Forderung nach einem allgemeinen Regelrahmen für das Handeln der Wirtschaftssubjekte im Gesundheitssystem manifestiert.

Kriterien für eine Erstattung von Arzneimitteln

Arzneimittel müssen für die Zulassung einen Unbedenklichkeits- und einen Wirksamkeitsnachweis vorlegen. Während der Nachweis der Unbedenklichkeit der Sicherheit für den Verbraucher dient, steht bei dem Nachweis der Wirksamkeit die Effektivität eines Arzneimittels im Vordergrund.

Wirksamkeitsnachweis

Ein Wirksamkeitsnachweis setzt an naturwissenschaftlichen, schulmedizinischen Kenntnissen an. Vor diesem Hintergrund erfolgt die Beurteilung der Wirksamkeit eines Arzneimittels anhand von Größen, die vom Gesetzgeber ex ante festgelegt werden. Es handelt sich dabei um spezifische Erfolgsgrößen wie z. B. die Senkung des Blutdrucks oder des

Cholesterinspiegels oder auch um globale Erfolgsgrößen wie die Anzahl der erfolgreich behandelten Fälle.

Problematisch an dem Kriterium der Wirksamkeit im Sinne von clinical outcome ist die Diskriminierung aller anderen Heilverfahren, die zwar einen Nutzen für den einzelnen Patienten haben, für die aber kein Wirksamkeitsnachweis im beschriebenen Sinn erbracht werden kann. Ein Wirksamkeitsnachweis macht also noch keine Aussage über den Nutzen eines Arzneimittels.

Im Vordergrund muß deshalb in einer freiheitlichen Gesellschaftsordnung, die den einzelnen Bürger im Mittelpunkt hat, die Frage nach dem Nutzen eines Arzneimittels für den einzelnen Patienten stehen, d. h. die Beantwortung der Frage: Hilft das Arzneimittel dem einzelnen Patienten? An dieser Frage orientieren sich die Ausführungen.

Nutzen

Der Nutzen stellt immer eine subjektive Größe dar, d. h., nur jeder einzelne Patient kann den Nutzen des Arzneimittels für sich individuell beurteilen. Die Beurteilung des Nutzens zielt dabei vor allem auf nicht monetäre Größen ab, sondern stellt vielmehr ein intangibles Kriterium dar. Ein auf diese Weise durch das Nutzenkriterium operationalisiertes Erstattungskriterium führt offensichtlich zu einer Explosion der Ausgaben, da so gut wie jedes Arzneimittel aus der Sicht einzelner Patienten einen subjektiven Nutzen aufweist. Vor diesem Hintergrund ist auch die Behandlung mit Placebos zu erwähnen. Der Nutzen für den Patienten besteht hierbei darin, daß er sich besser fühlt, obwohl das eingenommene Medikament an sich ohne naturwissenschaftlich nachweisbaren Wirkstoff ist. Der Patient verspürt die Wirkung des Medikamentes und hat das subjektive Gefühl, ein „wirksames" Medikament genommen zu haben.

Durch einen qualitativen Wandel des Gesundheitsbegriffs, bei dem subjektive Größen wie individuelles Wohlbefinden und Lebensqualität im Vordergrund stehen, ist die Grenzziehung zwischen Arzneimitteln, Diätetika sowie Lebensmitteln nicht mehr eindeutig möglich. Bei Verwendung eines sehr weit gefaßten Gesundheitsbegriffs, der neben den „hard facts" auch sog. „soft facts", d. h. psychische und psychosomatische Befindlichkeitsstörungen, miteinbezieht, müssen dann strenggenommen auch sogenannte Lifestyle(medizin)produkte, Fitnessprodukte, Novel Food, Wellness-Produkte u. v. m. erstattet werden, da sie einen unverkennbaren „Nutzen" für die Gesundheit des Patienten haben. Der erstattungsfähige Bereich ist dann kaum mehr eingrenzbar. Hier besteht

die Gefahr einer Aushöhlung des Solidarprinzips, indem ein „Ausbeuten aller durch alle“ Platz greift.

Die Beurteilung des Nutzens eines Arzneimittels kann ferner durch Experten geschehen. Ein Expertengremium definiert anhand von Kriterien Leitlinien für die Erstattung von Arzneimitteln. Mit Hilfe dieser Kriterien werden Arzneimittelkategorien gebildet, die unterschiedliche Nutzengrade für den Patienten abbilden sollen. Die Kategorien befinden sich in einem Kontinuum von „unverzichtbar“ bis zu „verzichtbar“. „Unverzichtbare“ Arzneimittel sollen dann vollständig erstattet werden, „verzichtbare“ überhaupt nicht. Für Arzneimittel, die sich zwischen den beiden Antipoden befinden, findet eine Teilerstattung statt. Problematisch bei der Klassifikation durch Expertengremien ist hier neben der oben bereits erwähnten inhärenten Subjektivität des Nutzenbegriffs die Willkürlichkeit der Grenzziehung zwischen den einzelnen Kategorien, in die die Arzneimittel eingeteilt werden. Hier sind nur normative Werturteile möglich.

In einem Gatekeeper-System entscheidet ein Experte im konkreten Einzelfall über die Erstattung von Arzneimitteln. Die Rolle des Gatekeepers können prinzipiell alle Leistungserbringer einnehmen. Allerdings kommt als Gatekeeper insbesondere der Hausarzt in Frage, wenn dieser die Gesamtbetreuung für den Patienten übernimmt. In einem solchen System kann die Individualität des Patienten berücksichtigt werden, da der Gatekeeper das für den Patienten aufgrund dessen Bedürfnisse individuell geeignetste Arzneimittel auswählt. Der Patient erhält ein Mitspracherecht und wird in diesem System zusätzlich durch finanzielle Eigenbeteiligung an Arzneimittelkosten zu mehr Eigenverantwortung motiviert.

Jedoch stellt sich auch hier das Problem der Willkür. Jede Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit ist letztlich ein subjektives Einzelfallurteil des behandelnden Hausarztes.

Verschreibungspflicht

Ein weiteres mögliches Kriterium für die Erstattung von Ausgaben für Arzneimittel stellt die Verschreibungspflicht dar. Viele Patienten sind nicht in der Lage zu beurteilen, inwiefern eine bestimmte medizinische Leistung für sie angemessen und sinnvoll ist. Der Arzt soll zum Schutz der Gesundheit des Patienten über Einsatz, Stärke und Menge des Medikaments entscheiden. Die Verschreibungspflicht schränkt zwar die Eigenverantwortung der Patienten ein, sie kann aber durch die Suchtgefahr sowie durch sonstige Nebenwirkungen der Medikamente gerechtfertigt werden. Die Beurteilung muß also Fachleuten überlassen werden,

die über eine Verschreibungspflicht entscheiden. Auch dieses Kriterium ist letztlich nicht willkürfrei.

Apothekenpflicht

Die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln könnte außerdem an der Apothekenpflicht festgemacht werden. Die Apothekenpflicht stellt nichts anderes als eine Vertriebsbindung dar. Der Gesetzgeber sieht in diesem Fall für den Patienten die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen durch den Apotheker vor. Ein rational handelnder Patient sollte aber in der Lage sein, selbst auszuwählen, ob er zu dem vom Arzt verordneten Medikament Beratung durch den Apotheker in Anspruch nehmen möchte oder nicht.

Allgemeiner Regelrahmen für das Gesundheitssystem

An die Diskussion um die Kriterien, nach denen die Erstattung von Arzneimitteln geregelt werden soll, schließt sich die Frage an, auf welcher Ebene die Entscheidung hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit gefällt werden soll. Es lassen sich 3 Entscheidungsebenen unterscheiden: (1) die Mikroebene, d. h. die Ebene der einzelnen Akteure (hier die einzelnen Kassen), (2) die Mesoebene, d. h. die Ebene der Verbände und (3) die Makroebene des Staates. Aufgrund der Grundorientierung am Individualprinzip sollten Entscheidungen bottom-up, d. h. von der Mikroebene zur Makroebene geschehen.

Der Staat hat sich darauf zu beschränken, allgemeine Regeln vorzugeben, die das Verhalten der Akteure der Mikroebene leiten, d. h. ein regelgebundenes Verhalten herbeizuführen. Die konkrete Ausgestaltung dieser Regeln muß dann jedoch den Akteuren auf der Mikroebene überlassen werden. Dieses Zurückdrängen des Staates auf das Setzen von allgemeinen Regeln (formalen Institutionen) ist mit der Komplexität der Realität und einem konstitutiven Unwissen zu begründen.

Gestaltung des allgemeinen Regelrahmens im Gesundheitssystem

Wie kann nun dieses allgemeine Regelsystem im Gesundheitssystem ausgestaltet werden?

In einem freiheitlichen, auf Eigenverantwortung basierenden Gesundheitssystem muß der Staat zunächst vor allem dafür Sorge tragen, daß alle Bürger gegen das Krankheitsrisiko versichert sind. Eine Stärkung des Individualprinzips kann erreicht werden, indem eine allgemeine Versicherungspflicht für eine Grundversorgung gilt. Analog zur Kfz-Ver-

sicherung wird vom Staat lediglich eine bestimmte Mindestversicherung vorgegeben. Jeder Akteur kann dann seinen individuellen Bedürfnissen folgend die von ihm präferierte Versicherung sowie den Leistungsumfang auswählen.

Bisher steht den Kassen für diesen Wettbewerb um Versicherte als Aktionsparameter im wesentlichen lediglich der Beitragssatz zur Verfügung. Hier muß sich der Staat weiter zurückziehen und die Ausgestaltung der Versicherungsleistung den Kassen überlassen. Über die Ausgestaltung der Versicherung hinsichtlich Solidarprinzip, Äquivalenzprinzip, Sachleistungsprinzip etc. muß bei jeder Krankenkasse individuell entschieden werden können.

Der Umfang des Regelleistungskatalogs wird vom Staat festgelegt. Die konkrete Ausgestaltung dieses Leistungskatalogs muß dann jedoch dezentral jeder Krankenkasse überlassen bleiben. Die Kassen erhalten auf diese Weise einen wichtigen Wettbewerbsparameter zurück, nämlich das Produkt „Versicherungsdienstleistung". Die Versicherer stehen somit im direkten Wettbewerb um die Patienten. Die Versicherten entscheiden selbst über das für sie subjektiv richtige Maß an Gesundheitsleistungen auf der Basis einer gesetzlich festgelegten Mindestversicherung.

Die oben bereits angesprochene finanzielle Unterstützung ökonomisch Schwacher, die nicht in der Lage sind, die Kosten für die Absicherung gegen das Krankheitsrisiko selbst zu übernehmen, muß in Form einer Subjektförderung geschehen. Analog zum Wohngeld muß dem einzelnen dann Versicherungsgeld gezahlt werden. Dieser hat nun die Möglichkeit, sich seinen persönlichen Präferenzen entsprechend zu versichern.

Erstattung von Arzneimittelausgaben in einem freiheitlichen Gesundheitssystem

Aus den vorangegangenen Ausführungen wird deutlich, daß eine exakt wissenschaftliche Entscheidung über die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln ohne Willkür nicht möglich ist. Die Entscheidung darüber muß deshalb in einem freiheitlichen Gesundheitssystem vielmehr auf die unterste Ebene heruntergebrochen werden.

Ein Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik muß deshalb insbesondere zum Ziel haben, den Wettbewerb als Such- und Entdeckungsverfahren, marktliche Prozesse und damit die dezentralen Einheiten des Systems zu stärken. Es müssen Anreize für die Leistungserbringer bestehen, die Patienten mit möglichst geringem Mitteleinsatz zu kurieren

und sie gesund zu halten. Erfolgversprechende Lösungsformen stellen in diesem Zusammenhang integrierte Versorgungsformen dar, in denen der Patient eine ganzheitliche Vollversorgung innerhalb eines Netzes von ambulanten und stationären Leistungserbringern erhält. Das Versorgungsnetz handelt mit der jeweiligen Krankenkasse des Patienten eine jährliche Pauschale von beispielsweise 5.000 DM aus, die unabhängig von der erbrachten Leistung des Netzwerkes ist.

In einem solchen System müssen zunächst alle zugelassenen Arzneimittel potentiell erstattungsfähig sein. Über die Zulassung von Arzneimitteln entscheidet wie bisher der Gesetzgeber nach Vorlage des Nachweises der Unbedenklichkeit und der Wirksamkeit. Die Konkretisierung der Erstattungsfähigkeit von Arzneimittelausgaben erfolgt dann auf der Mikroebene bei den einzelnen Krankenkassen. Aus dem Pool der zugelassenen Arzneimittel wählt die einzelne Krankenkasse diejenigen Arzneimittel aus, die sie im Rahmen des Regelleistungskatalogs erstattet. Die Entscheidungskriterien können die Wirksamkeit, der Nutzen oder sonstige Kriterien oder Kombinationen davon sein. Auch der Einsatz von Negativ- und Positivlisten hat auf der Mikroebene seinen Platz als unternehmerischer Aktionsparameter. Hier steht Krankenkasse A, die mit einer Positivliste arbeitet, mit einer anderen Krankenkasse B, die z. B. eine Negativliste definiert hat, im Wettbewerb.

Der einzelne Leistungserbringer des jeweiligen Versorgungsnetzes entscheidet dann, ob es für ihn oder das Netz sinnvoll ist, das Arzneimittel einzusetzen oder nicht. Verordnete Arzneimittel, die von der jeweiligen Krankenkasse des Patienten als erstattungsfähig klassifiziert sind, werden im Rahmen der ausgehandelten Pauschale durch die Krankenkasse übernommen. Als nichterstattungsfähig eingestufte Arzneimittel, müssen dann vom allgemeinen Budget des Netzes gedeckt werden.

Der Versicherte hat in einem solchen integrierten Versorgungssystem die Möglichkeit, in Eigenverantwortung die Ausgestaltung der allgemeinen Versicherungspflicht vorzunehmen, indem er nach seinen persönlichen Wünschen und Vorstellungen das Netz wählt, das das von ihm präferierte Leistungspaket anbietet. Durch dieses System stehen die einzelnen Versorgungsnetze miteinander in direktem Wettbewerb um Patienten. Die Einheit von Handlungsfreiheit und finanzieller Verantwortung ist somit hergestellt.

Resümee

Die gegenwärtige Diskussion um Positiv- und Negativlisten zur Regelung der Erstattung von Arzneimittelausgaben macht die Notwendigkeit eines

generellen Paradigmenwechsels in der Ausgestaltung des gesetzlichen Krankenversicherungssystems deutlich. Ausgabenexplosion und Beitragssatzstabilität lassen eine generelle Erstattbarkeit von Arzneimitteln nicht zu.

Eine ordnungspolitisch den Grundgedanken der freiheitlichen Ordnung entsprechende Lösung muß an der Ausgestaltung der Versicherungspflicht ansetzen und ein wettbewerbliches Verhalten auf Ebene der Kassen und der Leistungserbringer ermöglichen.

Aufgabe des Staates muß in einem freiheitlichen Gesundheitssystem zunächst die Vorgabe einer allgemeinen Versicherungspflicht sein. Die Kriterien für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimittelausgaben muß dann auf der untersten Ebene dezentral entwickelt werden. Der Staat entscheidet nur über die Zulassung und damit über die potentielle Erstattung von Arzneimitteln. Die Akteure der untersten Ebene erhalten Entscheidungsfreiheit und Handlungsspielräume, um individuell akzeptable Lösungen zu finden. Positiv- und Negativliste stellen in einem so ausgestalteten System unternehmerische Aktionsparameter dar, die im Wettbewerb um die Versicherten eingesetzt werden können.

Effiziente Distributionswege

Hans-Günter Friese

Die ökonomische Theorie kennt für die Organisation von Transaktionsvorgängen zwischen Anbieter und Nachfragern grundsätzlich zwei Optionen zur Systemgestaltung:

Zum einen kann Marktmechanismus benutzt werden, um den Austausch von Leistung und Gegenleistung zwischen Anbieter und Nachfrager zu organisieren. In der Denkwelt der sog. neoklassischen Schule der Volkswirtschaftslehre ist dabei alles dem bilateralen Spiel zwischen Anbieter und Nachfrager überlassen.

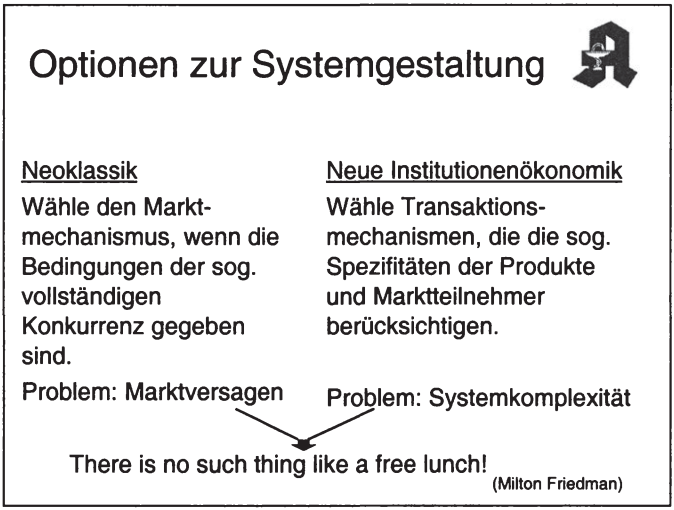
Es besteht Vertragsfreiheit. Der Staat ist dabei ein ferner Staat, der seine Rolle darauf beschränkt, lediglich ganz allgemeine, branchenunabhängige Rahmenbedingungen zu setzen und zu gewährleisten, also beispielsweise das Recht an Eigentum zu garantieren oder Faustrecht auszuschließen. Der Marktmechanismus funktioniert, wenn die sog. Bedingungen der vollständigen Konkurrenz gegeben sind: Es muß eine unendlich große Zahl von Marktteilnehmern auf der Nachfrager- und Anbieterseite gegeben sein, es dürfen zwischen Anbietern und Nachfragern keine räumlichen, zeitlichen oder personellen Präferenzen bestehen, relevantes Wissen darf nicht asymmetrisch zwischen Anbietern und Nachfragern verteilt sein etc. Das Problem bei der Benutzung des Marktmechanismus ist, daß es zu Marktversagen und suboptimalen Ergebnissen kommt, wenn diese Bedingungen ganz oder teilweise verletzt sind.

Zum anderen können Transaktionsmechanismen benutzt werden, die auf die sog. „Spezifitäten" der Produkte und Marktteilnehmer sowie weiterer relevanter Rahmenbedingungen maßgeschneidert Rücksicht nehmen. Das ist die Philosophie der sog. institutionenökonomischen Schule der Volkswirtschaftslehre, die seit etwa Mitte der 70er Jahre sich weltweit durchgesetzt hat. Das Problem bei der Benutzung spezifischer Transaktionsmechanismen ist die Systemkomplexität und -politisierung.

Ein System, das nur Vorteile ohne Nachteile hat, gibt es in der Praxis nicht. Die Vorteile des Marktmechanismus haben den Preis des Inkaufnehmens von Marktversagen (z. B. negative Auslesen etc.). Spezifische Transaktionsmechanismen haben dagegen zwar den Vorteil, Marktversagen zu vermeiden, aber den Preis, daß dies mit einer höheren Komplexität und Politisierung des Systems erkauft wird. Anders gesagt: Egal für welchen Mechanismus sich die Gesellschaft entscheidet, die Benut-

zung des Marktmechanismus kostet etwas. Das brachte der Wirtschaftsnobelpreisträger Milton Friedman auf den Punkt: There is no such thing like a free lunch (Abbildung 1).

Abbildung 1



In den meisten Staaten auf der Welt wird bei der Organisation des Gesundheitswesens im allgemeinen, aber auch bei der Gestaltung des Systems der Arzneimittelversorgung im besonderen nicht auf den puren Marktmechanismus, sondern auf spezifische Transaktionsmechanismen gesetzt. Der Grund dafür ist eine mehrfache Komplexität:

Es gibt zunächst eine Patientenbesonderheit: Wer Arzneimittel bedarf, ist krank, hat also ein Handicap und ist krankheitsbedingt in seinen Möglichkeiten eingeschränkt.

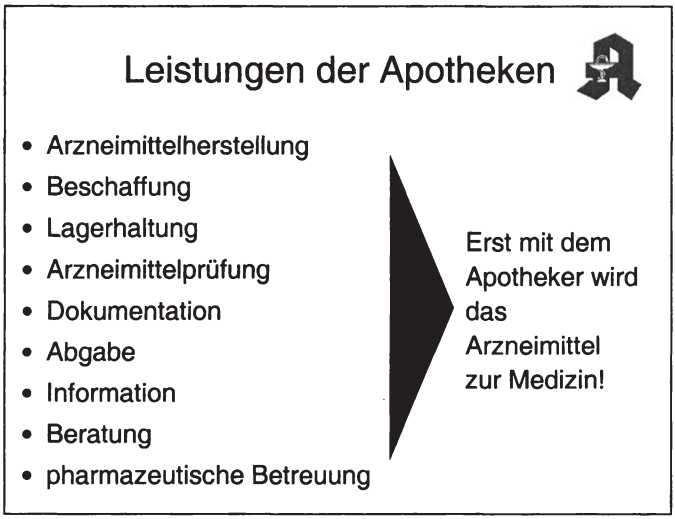
Es gibt eine Produktbesonderheit: Arzneimittel sind Nicht-Laien-Produkte, die nur in besonderen Situationen, nämlich dem Krankheitsfall, benötigt werden. Arzneimittel haben - weil keine Wirkung ohne Nebenwirkung zu erzielen ist - per se einen ambivalenten Charakter: Sie können - je nach Einsatzqualität - per saldo helfen oder schaden. Das Wissen um die verfügbaren Arzneimittel und sachgerechte Wirkweise, ihre Neben- und Wechselwirkungen und Kontraindikationen ist zwischen den relevanten Marktteilnehmern asymmetrisch verteilt. Suboptimaler Arzneimitteleinsatz hat eine sowohl individuelle als gesellschaftliche Relevanz - nicht nur, aber auch in finanzieller Hinsicht.

Das Krankheitsrisiko wird in praktisch allen entwickelten Gesellschaften mit Hilfe von Versicherungen bewerkstelligt. Wenn aber Versicherungen neben dem eigentlichen Anbieter und Nachfrager als dritte Akteure an dem Transaktionsprozeß beteiligt sind, besteht zugleich eine Versicherungsbesonderheit.

Diese drei simultan bestehenden Spezifitäten führen dazu, daß in praktisch allen Staaten besondere Lösungen zur Organisation der Arzneimittelversorgung entwickelt worden sind, die auch vor dem Hintergrund der jeweiligen volkswirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und der gesellschaftlichen Entwicklungsgeschichte des jeweiligen Staates zu sehen sind (Abbildung 2 + 3).

Abbildung 2

Abbildung 3



Der Status quo der Arzneimittelversorgung in Deutschland ist durch vier systemgestaltende Komponenten gekennzeichnet:

- Die Bindung des Arzneimittels an die Apotheke. Die Begrenzung der potentiellen Abgabestellen von Arzneimitteln ist notwendig zur Gewährleistung der Regelungen zur Arzneimittelsicherheit.

- Die Gewährleistung eines einheitlichen Endverbraucherpreises bei allen apothekenpflichtigen Arzneimitteln bei gleichzeitig freier Herstellerpreisbildung. Damit wird dem krankheitsbedingten Handicap der Patienten Rechnung getragen.

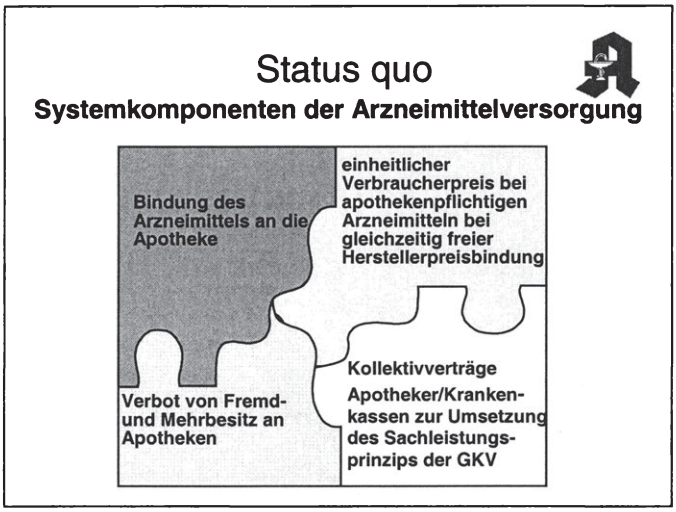
- Das Verbot von Fremd- und Mehrbesitz an Apotheken. Durch die Limitierung der wirtschaftlichen Möglichkeiten von Apothekenleitern und die Vorschrift zur persönlichen Präsenz soll - in Verbindung mit dem einheitlichen Endverbraucherpreis - vermieden werden, daß die Arzneimittel als Güter besonderer Art wie normale Konsumgüterprodukte auch im Wege des sog. Hardselling vermarktet werden können. Gerade wegen der ambivalenten Natur von Arzneimitteln sollen damit negative externe Effekte für die Gesellschaft vermieden werden.

- Die Sicherstellung des Sachleistungsprinzips durch Kollektiverträge zwischen Apothekern und Krankenkassen nach Maßgabe gesetzlicher Vorschriften. Die geradezu verzweifelte Experimentierwut in den

USA in Sachen Managed Care zeigt ja die Unzufriedenheit mit der rein privatwirtschaftlichen Anarchie. Der Unterschied ist, daß in Deutschland eine „Top-down-Philosophie" zugrunde liegt, während in den USA „bottom-up" versucht wird. Sicher ist, daß in Deutschland etwa 10 % des Bruttoinlandsproduktes für das Gesundheitswesen benutzt werden und 100 % der Bevölkerung bestens versorgt sind, während in den USA 15 % des BIP benötigt werden und dennoch 30 % der Bevölkerung unversichert sind.

Es ist völlig klar: Diese Systemkomponenten bedingen sich gegenseitig. Wenn eine Komponente fällt, fallen auch die weiteren.

Abbildung 4



Zum Status quo der Distributionskette in der Arznei- und Hilfsmittelversorgung. Wer sind die Akteure?

Es gibt etwa 2.000 Hersteller, die Apotheken mit Arzneimitteln und weiteren Produkten wie Hilfsmittel und apothekenübliche Waren beliefern. Das Gesamtsortiment umfaßt etwa 180.000 Positionen.

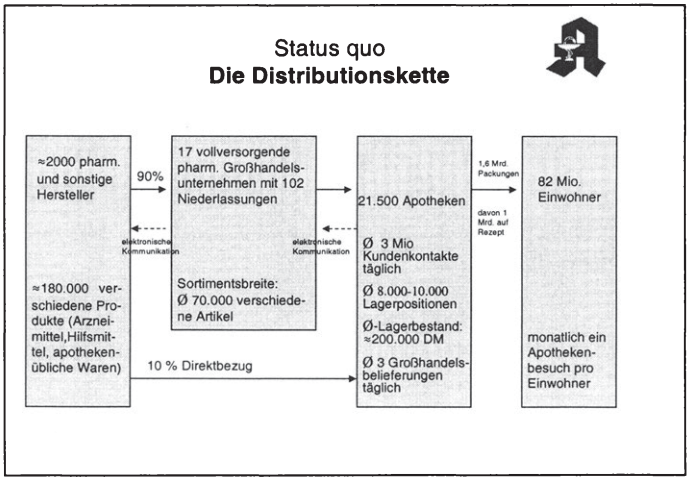
Etwa 90 % des Warenbezugs der Apotheken erfolgt über den pharmazeutischen Großhandel und etwa 10 % im Wege des Direktbezuges. Das Sortiment des pharmazeutischen Großhandels umfaßt etwa 70.000 verschiedene Positionen. Sowohl zwischen Apotheken und Großhandel, aber auch zwischen Großhandel und Industrie ist das Bestellwesen

elektronisch, d. h. die Warenwirtschaftssysteme der verschiedenen Stufen sind miteinander vernetzt. Beispielsweise ruft das EDV-System des Großhändlers das Warenwirtschaftssystem des Apothekers an und erfährt dort die erforderlichen Bestellungen.

Die typische Apotheke hat etwa 8 bis 10.000 verschiedene Lagerpositionen und einen durchschnittlichen Lagerbestand im Wert von etwa 200.000 DM. Es ist also nicht zutreffend, daß die Apotheke ihr Warenlager auf den Großhandel ausgelagert hat, dann hätte sie Lieferdefekte, und das ist das Schlimmste, was passieren kann. Richtig ist vielmehr, daß die Nachbestellung zwischen Apotheke und Großhandel optimiert abläuft. Dazu haben mittlerweile die meisten Apotheken anders als früher davon Abstand genommen, sich von 5 oder 6 verschiedenen Großhändlern mehrmals täglich beliefern zu lassen, sondern konzentrieren sich auf 1 - 2 Großhändler und lassen sich etwa 3mal täglich zu vordefinierten Zeiten beliefern.

Von den 82 Millionen Einwohnern sind täglich etwa 3 Millionen in den Apotheken. Im Durchschnitt ist jeder Einwohner 1x monatlich in einer Apotheke. Insgesamt werden in öffentlichen Apotheken 1,6 Milliarden Packungseinheiten abgegeben, davon etwa 1 Milliarde aufgrund ärztlicher Verordnung (0,9 Milliarden GKV und 0,1 Milliarden PKV).

Abbildung 5



Was sind die Kosten des Systems?

1998 entfielen im Rahmen der GKV-Versorgung (also Krankenkassenanteil plus Patientenanteile) 56,9 % auf die Industrie, 8,7 % auf den Großhandel, 13,6 % auf die Mehrwertsteuer und 20,8 % auf die Apotheken.

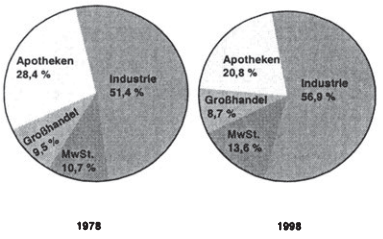
Der Vertriebskostenanteil - also der Wertschöpfungsanteil der Apotheken plus Wertschöpfungsanteil des Großhandels - betrug 1998 im GKV-Bereich 29,5 % - 1978 waren es noch 37,9 %. Das ist im wesentlichen auf die degressiv ausgestaltete Arzneimittelpreisverordnung zurückzuführen.

Zur Seite gesprochen: Die Mehrwertsteuer ist übrigens KEIN Vertriebskostenanteil, sondern Staatsanteil. Die beliebten Vergleiche, die die Mehrwertsteuer zu den Vertriebskosten rechnen und dann Deutschland als das Land mit den höchsten Vertriebskosten ausweisen, sind hanebüchener Unsinn.

Abbildung 6

Status quo
Kosten des Systems

Wertschöpfungsanteile im GKV-Bereich



"Vertriebskostenanteil" GKV-Bereich

	1978	1998
Grosshandel	9,5 %	8,7 %
Apotheken	28,4 %	20,8 %
Σ	37,9 %	29,5 %

Erstmals haben wir in diesem Jahr eine Sozialbilanz vorgelegt, in der wir den gesamtwirtschaftlichen Beitrag der öffentlichen Apotheken darstellen.

Auf der Sollseite dieser Bilanz ist der Gesamtumsatz der öffentlichen Apotheken abgebildet. Aus diesem Gesamtumsatz wird ein zu versteuerndes Einkommen der Apothekenleiter von 8 % erwirtschaftet, was bei der typischen Apotheke 133.000 DM beträgt.

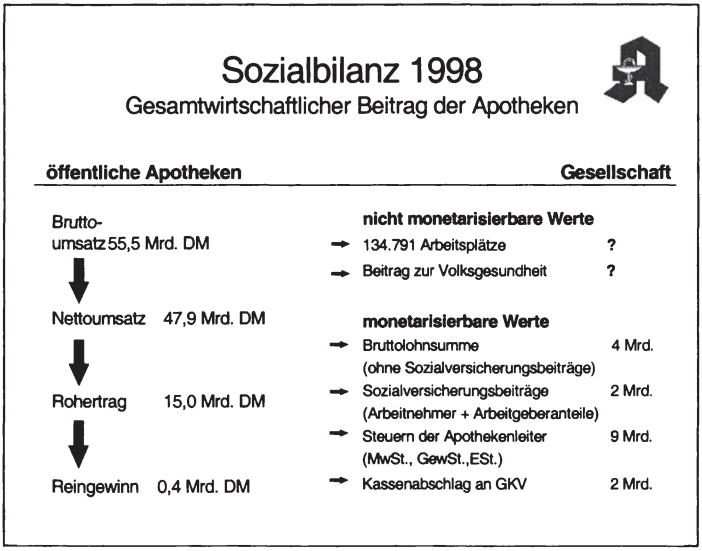
Auf der Habenseite dieser Sozialbilanz sind die gesamtwirtschaftlichen Werte aufgeführt, die die öffentlichen Apotheken im Gegenzug für die Gesellschaft bereitstellen:

Da sind zum einen wichtige, wenngleich nicht monetarisierbare Werte für die Gesellschaft: Jeder Arbeitsplatz ist in Zeiten der Massenarbeitslosigkeit ein Wert an sich, und wir stellen fast 135.000 Arbeitsplätze zur Verfügung. Wir leisten bei über 1 Milliarde Kundenkontakten einen Beitrag zur Volksgesundheit.

Zum anderen gibt es monetarisierbare Werte für die Gesellschaft: Die Bruttolohnsumme für Angestellte in den öffentlichen Apotheken betrug 4 Mrd. DM. An die Sozialversicherungen wurden Beiträge von 2 Mrd. DM entrichtet. Die Steuerabführungen der Apothekenleiter für Mehrwertsteuer, Gewerbesteuer und Einkommenssteuer betrugen 9 Mrd. DM. Via Kassenabschlag der Apotheken wurde die Arzneimittelrechnung der GKV um 2 Mrd. DM reduziert. Diese monetarisierbaren Werte summierten sich zu 17 Mrd. DM.

Wer meint, daß die Arzneimittelversorgung auf eine pure Logistikfunktion reduziert werden könne, und der Ansicht ist, daß es auch mit weniger öffentlichen Apotheken ginge, sollte die gesellschaftlichen Folgekosten nicht vergessen. Man hat sich schnell verrechnet.

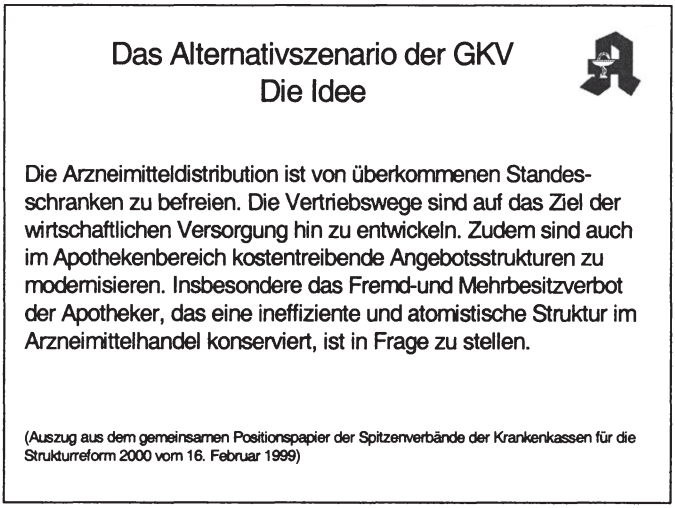
Abbildung 7



Das Alternativszenario der GKV-Spitzenverbände ist in dem sog. roten Papier enthalten, das den offiziellen Titel Solidarischer Wettbewerb trägt.

Die Idee der GKV zur Neuordnung der Arzneimittelversorgung hat also unmittelbar die Zielsetzung, die fundamentalen Systemkomponenten - ich habe sie eben beschrieben - aufzulösen. Es ist dabei völlig klar, daß mit der Aufhebung des Verbotes von Fremd- und Mehrbesitz an Apotheken Ketten- und Versandapotheken in die Arzneimittelversorgung eindringen werden. Der Begriff der öffentlichen Apotheke müßte neu definiert werden. Und damit das Ganze einen wirtschaftlichen Vorteil für die Kassen haben kann, müßte konsequenterweise die Arzneimittelpreisverordnung in der jetzigen Form aufgehoben werden (Abbildung 8).

Abbildung 8



Soweit die allgemeine Idee. Was das Ganze tatsächlich bringen soll, ist natürlich eine spannende Frage. Ein maßgeblicher Vertreter des BKK-Bundesverbandes hat vor nicht allzulanger Zeit in einer Konferenzveranstaltung einmal die allgemeine Idee der GKV-Spitzenverbände konkretisiert.

In seinem Alternativszenario geht er davon aus, daß nicht mehr nur die bisherigen öffentlichen Apotheken (er spricht von „Einzelhandelsapotheken"), sondern auch Kettenapotheken, Versandapotheken und Krankenhausapotheken an der ambulanten Arzneimittelversorgung im Rahmen der GKV teilnehmen.

Nach seinen Vorstellungen würden die heutigen öffentlichen Apotheken nur noch 74,1 % der Verordnungen beliefern. Kettenapotheken würden 11,6 %, Versandapotheken 5,6 % und Krankenhausapotheken 8,7 % der Verordnungen beliefern.

Die öffentlichen Apotheken würden dabei 72,7 % des GKV-Umsatzes, die Kettenapotheken 11,8 %, die Versandapotheken 7,8 % und die Krankenhausapotheken 7,7 % des GKV-Umsatzes beliefern.

Das Alternativszenario geht davon aus, daß die öffentlichen Apotheken wie bisher 5 % Rabatt auf den Apothekenverkaufspreis gemäß

AMPreisV geben. Die Kettenapotheken sollen auf den Apothekenverkaufspreis nach AMPreisV 13,8 % Rabatt geben (das soll die heutige Großhandelsmarge sein). Versand- und Krankenhausapotheken sollen auf den Taxpreis 22,8 % Rabatt geben (was die heutige Apothekenspanne sein soll).

Insgesamt sollen damit die GKV-Ausgaben für Arzneimittel um knapp 5 % gesenkt werden können, bezogen auf den Umsatzwert des Jahres 1996 waren das 1,35 Mrd. DM.

Einsparziel der GKV mit einer vollständigen Neuordnung der Arzneimitteldistribution sind also 5 % der Arzneimittelrechnung.

Abbildung 9

Das Alternativszenario der GKV
Die Konkretisierung

(Modellrechnung zu alternativen Organisations- und Vertriebsformen von W. Kaesbach, BKK-Bundesverband bei der Fachtagung von Euroforum zum Thema Versandhandel von Arzneimitteln am 5./6.11.1997 in Köln)

	zukünftiger VO-Anteil	zukünftiger Umsatzanteil	vorgesehene Vergütung: AVP gemäß AMPreisV ...
Einzel-Apo.	74,1%	72,7%	.... -5%
Kettenapo.	11,6%	11,8%	... - 13,8%
Versandapo.	5,6%	7,8%	... -22,8%
KH-Apo.	8,7%	7,7%	... -22,8%
	100,0%	100,0%	**Einsparung 1,35 Mrd. DM < 5% des VO-Volumens**

Die Vorteilshaftigkeitsrechnung basiert auf dem Prinzip Hoffnung und operiert mit zweifelhaften Annahmen. Nur einige Beispiele:

Die unterstellten Rabattgrößenordnungen sind unrealistisch, da die Kostenvorteile so nicht gegeben sind.

Warum sollten rein merkantile Ketten- und Versandapotheken den Kassen Rabatte geben wollen? Sie sind ihren Eigentümern zum Profit verpflichtet: Shareholder wollen Value! Die Beispiele aus den USA und UK lehren das.

Es wird implizit unterstellt, daß die Arzneimittelpreisbildung im Krankenhaus so bleibt, wie sie im heutigen Status quo bei getrennten Vertriebswegen ist. Es ist geradezu abenteuerlich, davon auszugehen, daß das so bliebe.

Wenn Versandapotheken mit 5,5 % Verordnungsanteil 7,8 % Umsatzanteil schaffen sollen, müssen sie sich auf die Belieferung überdurchschnittlich teurer Verordnungen spezialisieren. Das bedeutet aber, daß sie Rosinenpickerei betreiben.

Abbildung 10

Das Alternativszenario der GKV Bewertung

- Vorteilhaftigkeitsrechnung: 5 % Einsparung durch Systemwechsel operiert mit zweifelhaften Annahmen: Prinzip Hoffnung
- Warum sollten Kettenapotheken der GKV 13,8 % Rabatt auf den Taxpreis gewähren? Shareholder wollen "Value"!
- KH-Apotheken sollen der GKV 22,8 % Rabatt auf den Taxpreis geben: Doch warum sollten die heutigen Arzneimittelpreise im KH unverändert bleiben?
- Versandapotheken sollen mit 5,5 % VO-Anteil 7,8 % Umsatzanteil schaffen. Also Rosinenpickerei!

Weil Benchmarking seit dem Regierungswechsel in der Arzneimittelversorgung ein vielgebrauchter Begriff ist, soll hier einmal ein Systemvergleich zwischen dem Status quo und dem GKV-Alternativszenario gemacht werden, und zwar nicht nur an einem, sondern an einer Reihe von Benchmarks - eben so, wie es sich bei einem handwerklich ordentlich gemachten Benchmarking auch gehört.

Sieht man sich Arzneimittelversorgungssysteme an, die Fremd- und Mehrbesitz haben, so sind diese zwar anders, aber nicht preiswerter. Deutschland kann sich jedenfalls mit den Ergebnissen seines regulierten Systems durchaus im internationalen Vergleich sehen lassen.

Abbildung 11

Benchmarking:
Status quo & GKV-Alternativscenario

Systeme mit Fremd- und Mehrbesitz sind anders - aber nicht preiswerter!

	Anteile am Apothekenverkaufspreis		
	GH	Apo.	Gesamtvertrieb
Großbritannien	12,5 %	33,0 %	45,5 %
Belgien	8,5 %	29,2 %	37,7 %
Irland	10,0 %	33,0 %	43,0 %
Schweiz	8,5 %	32,8 %	41,3 %
Deutschl. GKV	8,7 %	20,8 %	29,5 %

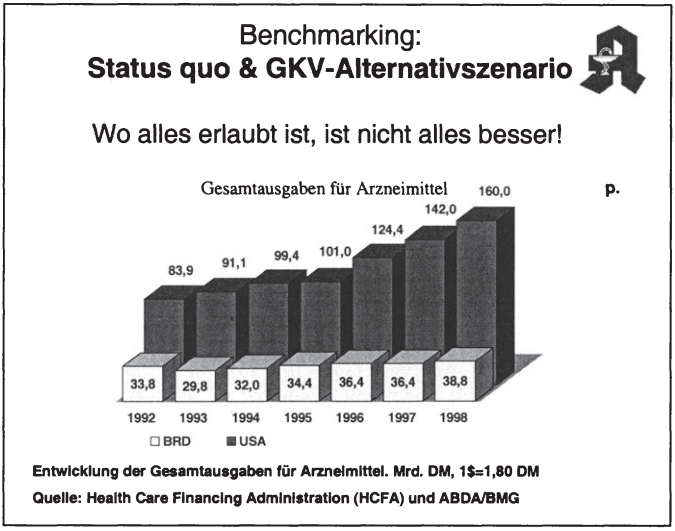
Von interessierten Kreisen wird immer das Paradebeispiel USA genannt, wenn es um „Managed Care" und Einsparmöglichkeiten gerade auch im Arzneimittelbereich geht. Diese Gegenüberstellung von deutschen GKV-Zahlen und den offiziellen US-Zahlen der Health Care Financing Administration zeigt eindrucksvoll und schockierend zugleich, wohin eine Amerikanisierung der Arzneimittelversorgung führt:

Obwohl Deutschland eine wesentliche ungünstigere Altersstruktur der Bevölkerung als die USA und damit auch einen höheren Arzneimittelbedarf hat, sind die Gesamtausgaben für Arzneimittel hier nur mit Wachstumsraten von weniger als 3 % angestiegen.

Die Gesamtausgaben für Arzneimittel in den USA sind von 1992 bis 1998 von knapp 84 Mrd. DM auf 160 Mrd. DM angestiegen. Das entspricht einem jährlichen Wachstum von 15 %! Ökonomen bezeichnen solche Entwicklungen als akzeleriertes Wachstum. Dabei von Erfolg des Managed-Care-Systems zu sprechen, ist geradezu zynisch.

Wer einer Amerikanisierung der Arzneimittelversorgung in Deutschland mit Versandhandel von Arzneimitteln, Apothekenketten, Einkaufsmodellen und vielem anderen mehr das Wort redet, täuscht die Gesellschaft.

Abbildung 12



Eine weitere Benchmark beim Vergleich von Status quo und GKV-Alternativszenario sind die Nebenwirkungen auf die Steuer- und Sozialversicherungshaushalte.

Wenn durch den Systemwechsel die Arzneimittelversorgung per saldo um 1,4 Mrd. DM billiger werden soll, müßte die neustrukturierte Branche mit erheblich weniger Personal als die bisherigen öffentlichen Apotheken auskommen oder die Lohnkosten entsprechend reduzieren. Unterstellt man durchschnittliche Personalkosten von 70.000 DM p. a., würde eine Einsparung von rund 1,4 Mrd. DM den Abbau von rund 20.000 Arbeitsplätzen in der Arzneimittelversorgung bedeuten.

Das hieße:

- Sozialversicherungsbeiträge in Höhe von 400 Mio. DM würden entfallen.
- Lohnsteuer in der Höhe von 200 Mio. DM würde entfallen.
- Das Mehrwertsteueraufkommen würde um rund 200 Mio. DM reduziert.

- Wenn die neustrukturierte Branche mit 20.000 Arbeitsplätzen weniger auskommt und 10.000 davon dauerhaft ohne Arbeit bleiben, kämen auf die Bundesanstalt für Arbeit jährliche Mehrausgaben von 200 Mio. DM zu. (Laut Bundestanstalt für Arbeit kostet 1 Arbeitsloser 50.000 DM pro Jahr.)

Anders gesagt: Der Bruttoersparnis der GKV aus der Neuordnung der Arzneimittelversorgung stehen Mindereinnahmen und Mehrausgaben der öffentlichen Hand an anderer Stelle gegenüber, so daß der gesellschaftliche Nettovorteil gegen Null tendiert, selbst wenn man nur monetäre Größen heranzieht und noch von der Versorgungsqualität abstrahiert.

Abbildung 13

Benchmarking:
Status quo & GKV-Alternativszenario

Keine Wirkung ohne Nebenwirkung!

Wenn in der Arzneimittelversorgung durch den Distributionsschienenwechsel per saldo 1,4 Mrd. DM eingespart werden sollen, muß das im wesentlichen über Personalabbau geschehen (ca. 20.000 Arbeitsplätze). Das bedeutet:

- Sozialversicherungsbeiträge: -400 Mio. DM
- Lohnsteuer: -200 Mio. DM
- MWSt: -200 Mio. DM
- Mehrausgaben der Bundesanstalt für Arbeit für 10.000 Arbeitslose: +200 Mio. DM

Das weltweit zentrale Problem der Arzneimittelversorgung ist, daß die Qualität der Arzneimittelanwendung verbessert werden muß. Nicht ohne Grund zieht sich das Stichwort „evidence based medicine" wie ein roter Faden durch die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion.

Die Lösung für dieses Problem besteht jedoch nicht darin, Distributionsexperimente zu machen, sondern endlich dafür zu sorgen, daß in der Arzneimittelversorgung „evidence based pharmacy" möglich wird. Dazu muß eine heilberufliche Allianz Ärzte und Apotheker schaffen, um vermehrt pharmazeutische Kompetenz zu nutzen. Und dazu haben wir konkrete Angebote.

Ich behaupte: Wenn es darum geht, GKV-Ausgaben zu sparen, dann geht das am einfachsten, indem man mit dem und nicht am Arzneimittel spart. Richtig ist es, nicht isoliert die GKV-Arzneimittelausgaben, sondern die Gesamtbehandlungskosten zu minimieren, indem beispielsweise durch die Anwendung von Telematik im Gesundheitswesen, durch pharmazeutische Betreuung, durch die vermehrte Beanspruchung apothekerlicher Kompetenz im heilberuflichen Verbund mit den Ärzten die Compliance optimiert wird (Abbildung 14 + 15).

Abbildung 14

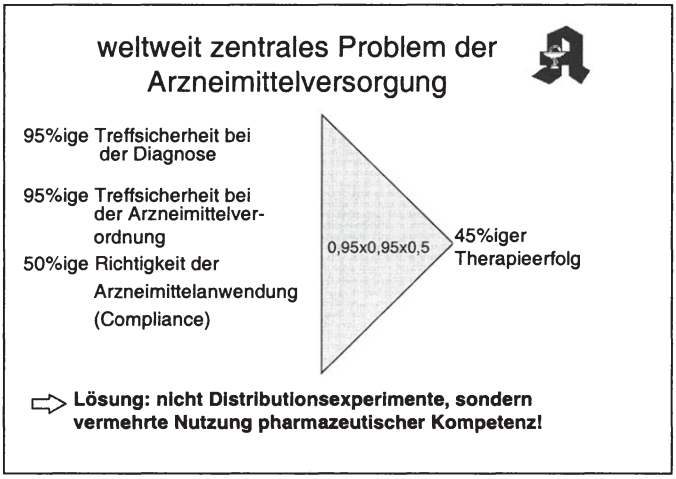
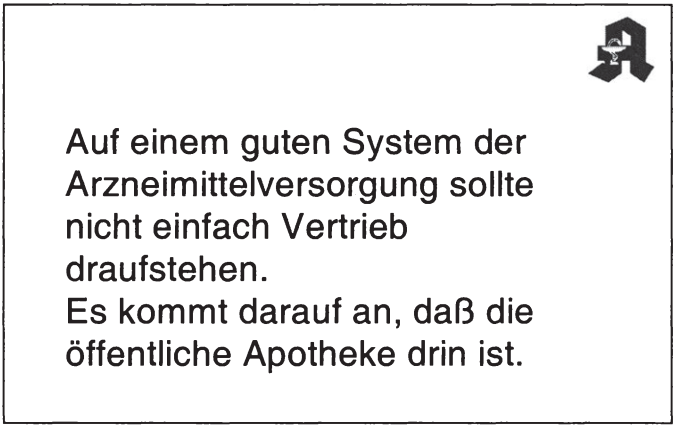


Abbildung 15



Effiziente Distributionswege

Wolfgang Schmeinck

Vorbemerkung

Effiziente Distributionswege in der Arzneimittelversorgung sind für alle im Gesundheitswesen Beteiligten, d. h. ausdrücklich nicht nur für die gesetzlichen Krankenkassen, ein wichtiges Thema. In Zeiten wachsenden Rationalisierungsdrucks im Gesundheitswesen kann man es nicht damit abtun, daß es gemessen an anderen Problemfeldern, wie etwa der Krankenhausversorgung, ein in seinen finanziellen Wirkungen vergleichsweise kleiner Komplex sei. Dies trifft zwar zu; politische Unfähigkeit, Effizienzsteigerungen beispielsweise im Krankenhaussektor zu erzeugen oder auch nur zuzulassen, kann aber nicht als Begründung dafür herhalten, daß man sich kleineren, überschaubareren Themenbereichen nicht zuwendet. Gerade wenn große Aufführungen mißlingen, steigt das Interesse am Kammerspiel. Insofern ist dem Veranstalter dafür zu danken, daß er das Thema aufgegriffen hat.

Die Frage effizienter Distributionswege ist nach der Erfahrung der letzten Jahre hervorragend geeignet, Verbändepositionen aufzubauen und über die Polarisierung gegensätzlicher Interessen von Kassen und Apotheken Aufmerksamkeit zu erwecken. Nachdem die Diskussion um den Arzneimittelvertrieb seit Beginn der 90er Jahre gerade auch mit dramaturgischen Effekten geführt worden ist, verwundert es möglicherweise wenig, daß sich in der Wirklichkeit seitdem nahezu nichts geändert hat, wenn ich von einer in ihrer Wirkung geringfügigen Korrektur der Handelsspanne im Bereich hochpreisiger Arzneimittel absehe:

Weder sind Versandapotheken - über lange Zeit das Reizwort schlechthin - am Markt erfolgreich, noch wurde - ungeachtet real existierender Besitzverhältnisse, die man im Einzelfall ökonomisch als Mehrbesitz deuten muß - das Fremd- und Mehrbesitzverbot aufgehoben, noch hat man sich auf andere Spannensysteme verständigen können. Ganz zu schweigen von der politischen Durchsetzung einer Mehrwertsteuersatz-Reduzierung für Humanarzneimittel, ein Umstand, den ich erwähne, weil er für die gesetzlichen Krankenkassen auf der Arzneimitteleinzelhandelsstufe ausgabenrelevant wird, wohlwissend, daß die Mehrwertsteuer-Problematik nicht zur Frage der Distributionswege im engeren Sinne gehört.

Diese Bilanz ernüchtert. Ich schätze die Situation so ein, daß im Themenfeld Preisbildung/Distributionswege für Arzneimittel nennenswerte Veränderungen nur stattfinden werden, wenn sie dem Gesetzgeber im weitgehenden Konsens der Beteiligten vorgetragen werden. Man muß dies aus inhaltlichen Gründen und mag es aus den genannten dramaturgischen Gründen bedauern, sollte sich aber dieser Erkenntnis nicht verschließen.

In der aktuellen politischen Diskussion von Themen im Arzneimittelbereich rangiert das Thema effiziente Distributionswege vergleichsweise weit hinten, wenn man nach politischer Realisierbarkeit und Dringlichkeit ordnet:

- Festbeträge
- Arzneimittelrichtlinie
- Positivliste
- Sektorales Budget/Richtgrößen

- Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel
- Effiziente Distributionswege
- Preisbildung im Arzneimittelbereich

An jedem dieser Begriffe ließe sich eine Diskussion um Versorgungsverbesserung oder/und Rationalisierungspotential festmachen. Letzteres teilweise ganz konkret, wie etwa bei den rd. 550 Mio. DM, die der gesetzlichen Krankenversicherung als vom Gesetzgeber vorgesehene Gegenfinanzierung zum Solidaritätsstärkungsgesetz fehlen, weil die in diesem Gesetz vorgesehene Form von Festbetragsbildung für Arzneimittel durch aktuelle Rechtsprechung faktisch unterbunden worden ist.

Aktuelle Situation

Dem Band „Statistics 99" des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller ist zu entnehmen, daß sich die Arzneimittelpreise in Deutschland im Jahre 1997 wie folgt verteilen:

Herstellerabgabepreis	54,8 %
Großhandel	4,1 %
Apotheke	28,1 %
Steuern	13,0 %
	100,0 %

Im Vergleich dieser deutschen Preisstruktur mit der der wichtigsten westeuropäischen Nachbarländer kommt die erwähnte Quelle zu dem Schluß, daß in Deutschland der höchste Vertriebskosten- und Steueraufschlag auf den Herstellerabgabepreis im Vergleich zu den Ländern Dänemark, Belgien, Schweiz, Niederlande, Italien, Spanien, Frankreich und Großbritannien besteht. Dies wirft die Frage auf, was wohl die Gründe dafür sind, daß die Arzneimittelindustrie sich bei der Diskussion um das Thema effizienter Vertriebswege weitestgehend zurückhält. Dies erstaunt, weil in Zeiten knapper Budgets auf der Kostenträgerseite Vertriebskosten und Mehrwertsteuer den Preisbildungsspielraum der Hersteller unmittelbar einengen.

Zwar liegt es auf der Hand, daß angesichts der Vielfalt und bisweilen auch Kleinteiligkeit des Arzneimittelmarktes - von den sonstigen in einer Apotheke gehandelten Produkten gar nicht zu reden - eine zwar aufwendige, aber funktionierende Vertriebslogistik unvermeidlich ist; diese könnte aber auch anders und möglicherweise effizienter organisiert werden. Es bleibt daher für mich die Vermutung, daß der deutsche Arzneimittelmarkt den Herstellern immer noch genügend Preisbildungsspielräume läßt, um die darauf aufsetzenden Vertriebskosten zu (er)tragen. Dies wirft die Frage nach der Angemessenheit der Preisbildung auf, eine Preisbildung, die durch Wettbewerb nur in Teilen kontrolliert wird und in bezug auf die mittelbaren Einflußmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung durch Festbeträge, Arzneimittelrichtlinien oder eine Positivliste derzeit aus den verschiedensten Gründen nicht oder nicht hinreichend funktionsfähig sind.

Die Interessenlage der GKV

Effizienz als Relation von Nutzen und Kosten läßt sich durch die Anhebung des ersten und/oder Absenkung des zweiten Parameters steigern.

Was die Nutzenstiftung der Apotheken angeht, gibt es offensichtlich unterschiedliche Wahrnehmungen: Zum einen werden der Apothekerschaft im branchenübergreifenden Kundenbarometer aus der subjektiven Sicht der Patienten regelmäßig glänzende Noten erteilt. Auf der anderen Seite ist unbestritten, daß die Beratungsintensität in der Apotheke verbessert werden könnte und müßte. 25.000 Todesfälle durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen und mindestens 300.000 potentiell bedenkliche Arzneimittelverordnungen (vgl. Apothekerkammer Nordrhein: Kammer im Gespräch 4/99) machen deutlich, daß Ärzte und Apotheker ihrem jeweiligen Versorgungsauftrag nicht mit der erforderlichen Sorgfalt nachkommen. Eine bessere pharmazeutische Beratung der Patienten könnte we-

sentlich dazu beitragen, die Anwendungsqualität von Arzneimitteln zu optimieren und arzneimittelbedingte Folgeschäden zu verringern.

Zusätzlich zur Frage des Nutzens des dichten Offizinnetzes in Deutschland richtet sich das Interesse der gesetzlichen Krankenversicherung auf Möglichkeiten zur Vertriebskostenreduzierung, ohne daß dabei Verluste sinnvoller Versorgungsqualität entstehen. Einwände der Apothekerschaft, jedwede Abkehr von der klassischen Offizin habe einen Qualitätsverlust zur Folge, werte ich als Schutzbehauptung.

Die gesetzliche Krankenversicherung hat großes Interesse an einem wettbewerblichen Nebeneinander verschiedener Vertriebsformen im Arzneimittelbereich. Zumindest sollten solche wettbewerblichen Alternativen rechtlich ermöglicht werden; sollte es danach dennoch überwiegend beim Status quo des Arzneimittelvertriebs bleiben, was ich zwar nicht erwarte, aber auch nicht völlig ausschließe, hätte dies einen ganz anderen Stellenwert als heute.

Ein Nebeneinander verschiedener Arzneimittelvertriebsformen könnte aus folgenden Formen bestehen:

- öffentliche Apotheken
- Krankenhausapotheken
- Versandhandel
- E-Commerce

Was die Krankenhausapotheke angeht, sollte sie über ihre derzeitige Aufgabenstellung (Versorgung bei vollstationärer sowie vor- und nachstationärer Behandlung, ambulanten Operationen und teilstationärer Behandlung sowie der Abgabe von Arzneimitteln an beim Krankenhaus beschäftigte Personen) hinaus tätig werden können. Es macht keinen Sinn, versorgungspolitisch die Unvollkommenheit der Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu beklagen und im Gesetz zur Gesundheitsreform 2000 beheben zu wollen, ausgerechnet im Arzneimittelvertrieb aber an einer konsequenten Trennung beider Bereiche festzuhalten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen fordern gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Berufsverband Deutscher Krankenhausapotheker, die bereits vom Bundesrat vorgeschlagene Öffnung der Krankenhausapotheken auf die Versorgung der ambulanten Patienten des Krankenhauses mit Arzneimitteln auszudehnen (Bundesrat Drucksache 100/99). Zum einen läge die Verordnung neuer und hochpreisiger Spezialpräparate für schwerste Erkrankungen in den Händen von Ärzten mit besonderen Kenntnissen und Qualifikatio-

nen, zum anderen wäre die direkte Versorgung deutlich kostengünstiger. Es muß allerdings darauf geachtet werden, daß für Krankenhausapotheken keine Monopole bei der Versorgung für bestimmte Indikationen geschaffen werden, weil dies langfristig gesehen teuer würde.

Die faktische Preisspaltung für Arzneimittel zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor sehen die Krankenkassen gleichermaßen als Chance wie als Risiko: So sehr jede Kostensenkung willkommen ist, so ineffizient wäre es, wenn Patienten ohne therapeutische Notwendigkeit mit hochpreisigen, aber im Krankenhausumfeld stark rabattierten Arzneimitteln versorgt würden und danach bei einer weiterzuführenden ambulanten Behandlung entweder Umstellungs- oder Kostenprobleme aufträten.

Mit einem Arzneimittel-Versandhandel verbindet sich die Idee, daß Umsätze gebündelt werden können, sinkende Grenzkosten erzeugen und dies weitergegeben werden kann über sinkende Vertriebspreise oder - wenn das angesichts eines einheitlichen Abgabepreises nicht möglich ist - über eine besondere Bonusregelung für die Kostenträger.

Es liegt auf der Hand, daß sich der Arzneimittel-Versandhandel insbesondere für chronisch Kranke anbietet, jene Patienten also, die eines besonderen Beratungsgesprächs über das Arzneimittel oder ihr Krankheitsbild bei jeder Arzneimittelabgabe nicht mehr bedürfen, weil sie bereits hinreichend informiert sind.

Als die Versorgungsqualität steigender Nebeneffekt könnte sich aus der elektronischen Abwicklung eines Versandhandels die Kontrolle des Verordnungsspektrums einzelner Patienten ergeben, wenn diese einer solchen Überwachung zustimmen. Entsprechende Überprüfungen und ggf. Rückkoppelungen mit dem verordnenden Arzt würden in einer Versandapotheke von einem verantwortlichen Apotheker und/oder einem Arzt vorgenommen.

Unter anderem wird von Apothekerseite gegen den Versandhandel vorgebracht, er würde vermutlich die Versorgung mit hochpreisigen Medikamenten an sich ziehen und damit die bisherige Mischkalkulation niedergelassener Apotheker unmöglich machen. Ganz unabhängig davon, ob und ggf. wie weit dieses Argument überhaupt richtig ist, ließe es sich sehr einfach dadurch entkräften, daß statt einer degressiven Einzelhandelsspanne vom Herstellerabgabepreis unabhängige Fixzuschläge eingeführt würden, die dann gleichermaßen für öffentliche Apotheken wie für Versandapotheken gelten würden.

Die Kassen hatten vor der Einführung von Budgets 1993 gegen heftigen Widerstand der Apotheker Fixzuschläge gefordert - in jüngster Zeit machen sich die Apothekerverbände dafür stark. Dies natürlich nicht, um Argumente gegen Versandapotheken zu entkräften, sondern weil im Rahmen einer solchen Umstellung der Einzelhandelsspanne gefordert wird, den Apothekern neben einer Pauschale für die Logistik auch eine Pauschale für die Beratung der Versicherten zu zahlen. Wenn die Beratung immer Bestandteil der Abgabe von Arzneimitteln ist, machen getrennte Pauschalen aus Sicht der Krankenkassen allerdings keinen Sinn.

Versandapotheken sind bekanntermaßen in Deutschland derzeit nicht zulässig, befinden sich in der Schweiz in nach wie vor kleinen Anfängen und sind beispielsweise in den Niederlanden aus dem Markt „herausgekauft" worden, bevor sie sich hinreichend entfalten konnten. Ich halte es nicht für ausgeschlossen, daß gesetzliche Krankenkassen versuchen werden, mit Versandapotheken im nicht-deutschen Binnenmarkt zusammenzuarbeiten, um auf diese Weise effizienzsteigernde Distributionsformen zu ermöglichen.

Das Thema E-Commerce halte ich in bezug auf die Arzneimittelversorgung bis auf weiteres nicht für wesentlich, auch nicht, wenn ich die einschlägige Rechtsprechung des europäischen Gerichtshofs einbeziehe. Zumindest solange, wie E-Commerce im Arzneimittelsektor noch weithin mit Lifestyle-Produkten und Arzneimitteln bezweifelter Wirksamkeit in Verbindung zu bringen ist, sind auch Qualitätsprobleme nicht auszuschließen. Die Tatsache, daß die US-Regierung den Verkauf von Medikamenten über das Internet stärker kontrollieren und dem Vernehmen nach die Abgabe von Medikamenten ohne Vorlage eines Rezepts mit erheblicher Geldstrafe belegen will, stützt diese Einschätzung.

Lösungen?

Eine Perspektive sehe ich angesichts der Tatsache, daß sich die Apothekerschaft auf der einen und die gesetzliche Krankenversicherung auf der anderen Seite bei der Frage von Vertriebswegen und Handelsspanne relativ tief mit ihren Argumenten eingegraben haben, in absehbarer Zeit nur im Bereich der integrierten Versorgung, nicht in der flächendeckenden Normalversorgung.

Der Gesetzgeber hat seit kurzem die Möglichkeit geschaffen, daß sich Apotheken an vernetzten Strukturen beteiligen. Damit ist zumindest grundsätzlich die Möglichkeit geschaffen, daß Apotheken über die Arzneimittelabgabe hinaus in einer vernetzten Struktur auch indikationsbezogene Dienstleistungen, wie z. B. Ernährungsberatung und Diabeti-

kerbetreuung erbringen. Netzinterne, eigenständige Vergütungsalternativen für solche Tätigkeiten sind denkbar. Die Freiwilligkeit einer solchen Kooperation könnte helfen, Berührungsängste abzubauen und unter geschützten Bedingungen eine Annäherung der Standpunkte zu testen. Die Möglichkeit aller Beteiligten, den Versuch kurzfristig auch wieder zu beenden, ist inbegriffen.

Die Motivation, Apotheken in Netze einzubeziehen, kann allerdings nur in der besonderen Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft einzelner Apotheken liegen, nicht in einer wie auch immer motivierten Unterstützungsabsicht für die Arzneimitteleinzelhandelsstufe. Allerdings habe ich nicht den Eindruck, als wenn vorhandene Versorgungsnetze händeringend auf den Beitritt von einzelnen Apotheken warten würden. Der ideale Einstiegszeitpunkt scheint mir insofern überschritten zu sein, als in den meisten Netzen die Aufgaben bis auf weiteres verteilt sind. Es ist vor dem Hintergrund der neuen Gesetzeslage nun Sache der Apotheken, ihren Effizienzbeitrag für integrierte Versorgung darzulegen.

Effiziente Distributionswege

Dieter Cassel

Die Dramaturgie der diesjährigen Bad Orber Gespräche scheint dem bekannten „Gesetz vom abnehmenden Grenzertrag" zu folgen. Nachdem mit der stationären und ambulanten Versorgung die Bereiche mit den vermutlich größten Wirtschaftlichkeitsreserven behandelt wurden, kommen nun eher „peanuts" zur Sprache: die Rationalisierungsreserven in der Arzneimitteldistribution. 1999 haben die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Versicherten schätzungsweise 41,7 Mrd. DM für Arzneimittel ausgegeben. Davon bleiben der Großhandels- und Apothekenstufe etwa 14,6 Mrd. DM (35 %) als Erlös. Gemessen an den Leistungsausgaben der GKV insgesamt sind das noch nicht einmal 6 % (für den stationären Bereich liegt der Anteil immerhin bei 37 %). Würde man das jüngst im Arzneiverordnungsreport 1998 geschätzte Einsparpotential bei der Verschreibung von Arzneimitteln in Höhe von 6,9 Mrd. DM voll ausgeschöpft haben, lägen die Ausgaben für die Arzneimitteldistribution bei 12,2 Mrd. DM und ihr Anteil an den GKV-Leistungsausgaben sogar unter 5 %. Wollte man hiervon 10 bis 20 % einsparen, würde dies zwischen 1,2 und 2,4 Mrd. DM bringen. Soviel zur „Größenordnung", um die es hier geht. Doch bestehen überhaupt derartige Einsparpotentiale?

Anekdotische Evidenz

Trotz ihres relativ geringen Wertschöpfungsanteils kann die Arzneimitteldistribution nicht außen vor bleiben, wenn vom Gesundheitswesen generell mehr Wirtschaftlichkeit in der Leistungserbringung gefordert wird. Daß auch in diesem Bereich Wirtschaftlichkeitsreserven stecken, lassen eine Reihe von Beobachtungen vermuten, denen freilich kaum mehr als „anekdotische Evidenz" zukommt:

- Da existieren in bester City-Lage meines kleinen 20.000-Seelen-Wohnorts zwei Apotheken in 200 Meter Entfernung, die einem Apotheker-Ehepaar gehören. Ständig pendeln Mitarbeiter zwischen den beiden Apotheken, um in der einen die Medikamente zu besorgen, die in der anderen gerade fehlen. Vom Vorteil für die wartenden Kunden einmal abgesehen, wundert man sich, daß sich diese Art von Mehrbesitz wirtschaftlich trägt. Sind die Handelsspannen etwa zu hoch oder will man nur potentielle Wettbewerber abschrecken? Gleiches gilt übrigens für die beiden ortsansässigen Optikerläden - also offenbar kein Einzelfall in der Distribution von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

- Geht man aufmerksam durch die Zentren der Innenstädte, wird man den Eindruck nicht los, daß es weit mehr Apotheken als Bäckereien oder Metzgereien gibt, die den täglichen Bedarf aller Verbraucher abdecken. Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) zählt denn auch in den 21.500 öffentlichen Apotheken monatlich nur einen Besuch pro Einwohner. Und jede dieser Apotheken verfügt nach der Apothekenbetriebsordnung über ein voll ausgestattetes Labor zur Herstellung von Medikamenten und dazu qualifiziertes Personal, obwohl heute fast ausnahmslos Fertigarzneimittel abgegeben werden. Dabei ist der Freiheitsgrad des Apothekers in 70 - 90 % des Alltagsgeschäfts gleich Null - d. h., daß die Verschreibung des Arztes die Lieferleistung bestimmt und die Fachkompetenz des Apothekers ungenutzt bleibt. Läßt sich die Abgabe der Medikamente nicht kostengünstiger gestalten?

- Die repräsentative Apotheke ist verpflichtet, den Wochenbedarf von durchschnittlich 8.000 - 10.000 Lagerpositionen vorzuhalten, was einem Lagerbestand von etwa 200.000 DM entspricht. Dennoch wird die Apotheke im Durchschnitt dreimal und in der Spitze bis zu sechsmal täglich vom Großhandel angefahren und beliefert. Andererseits sollen die Arzneimittel grundsätzlich nur in den Offizin der Apotheke abgegeben werden - Zustellung durch Boten ist nur bedingt, Versand dagegen gar nicht erlaubt. Ist das alles mit den Prinzipien wirtschaftlich effizienter Arzneimitteldistribution unter Berücksichtigung der Kundenpräferenzen vereinbar?

- Vermutlich werden den Apotheken jährlich zwischen 1,5 - 2 Mrd. DM Rabatte von den Arzneimittelherstellern und -großhändlern gewährt. Da nach der Arzneimittelpreisverordnung apothekenpflichtige Medikamente überall den gleichen Endverkaufspreis haben, können die Rabatte nicht im Preiswettbewerb an Kassen und Versicherte weitergegeben werden. Im Reingewinn, der 1998 nach ABDA-Angaben für alle öffentlichen Apotheken zusammen nur 0,4 Mrd. DM betrug, können sich die Rabatte aber ebensowenig niederschlagen. Bleibt somit nur noch die Vermutung, daß damit der „Schlupf" auf der Apothekenstufe finanziert wird. Oder werden etwa die Hersteller- und Großhandelsrabatte als Apothekenrabatte (5 % gleich 1,9 Mrd. DM im Jahr 1996) lediglich an die Kassen „durchgeleitet"?

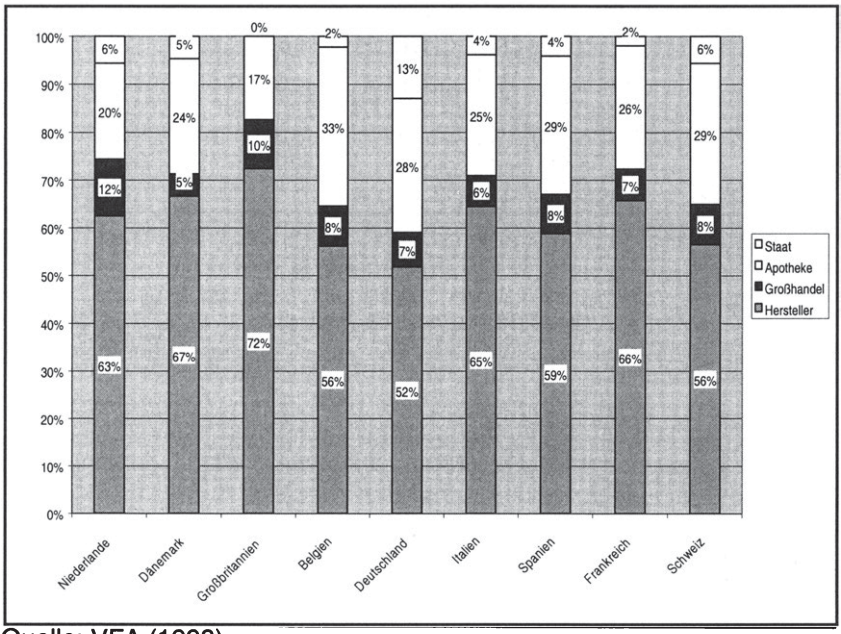
So leicht sich „anekdotische Evidenz" für das Vorhandensein von Unwirtschaftlichkeiten in der Arzneimitteldistribution finden läßt, so schwer ist es, dieses mit Fakten zu belegen. Einerseits fehlen für einzelbetriebliche Analysen die Daten, andererseits macht branchenübergreifendes „Benchmarking" wegen der ausgeprägten Besonderheiten der Arznei-

mittelversorgung wenig Sinn. Somit bleibt nur noch der internationale Vergleich, der jedoch wegen der von Land zu Land unterschiedlichen Spezifitäten der Gesundheitssysteme im allgemeinen und der Arzneimitteldistribution im besonderen rasch auf Grenzen stößt.

Faktische Evidenz

Zunächst einmal läßt sich nach den Berechnungen des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) feststellen, daß Deutschland mit die höchsten Distributionskosten in Europa aufweist (7 % des Arzneimittelpreises auf der Großhandels- und 28 % auf der Apothekenstufe, zusammen also 35 %), während z. B. Großbritannien mit insgesamt 27 % relativ günstig liegt (Abbildung 1).

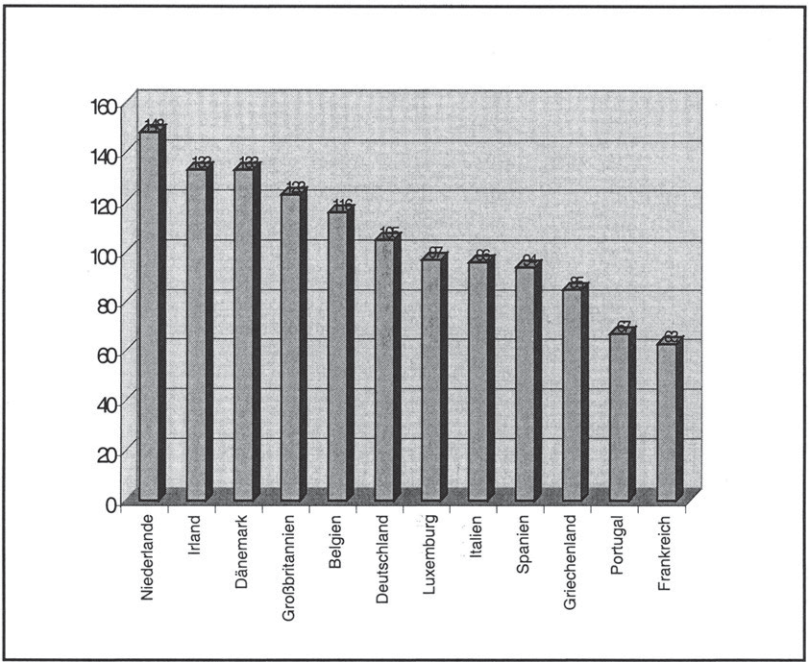
Abbildung 1: Komponenten des Arzneimittelpreises im internationalen Vergleich



Quelle: VFA (1998)

Da diese Berechnung nichts über die absolute Höhe der Arzneimittelpreisniveaus aussagt, kann aus ihr allein noch keine Ineffizienz des deutschen Distributionssystems abgeleitet werden.

Abbildung 2: Europäischer Arzneimittelpreisindex 1993, EU = 100

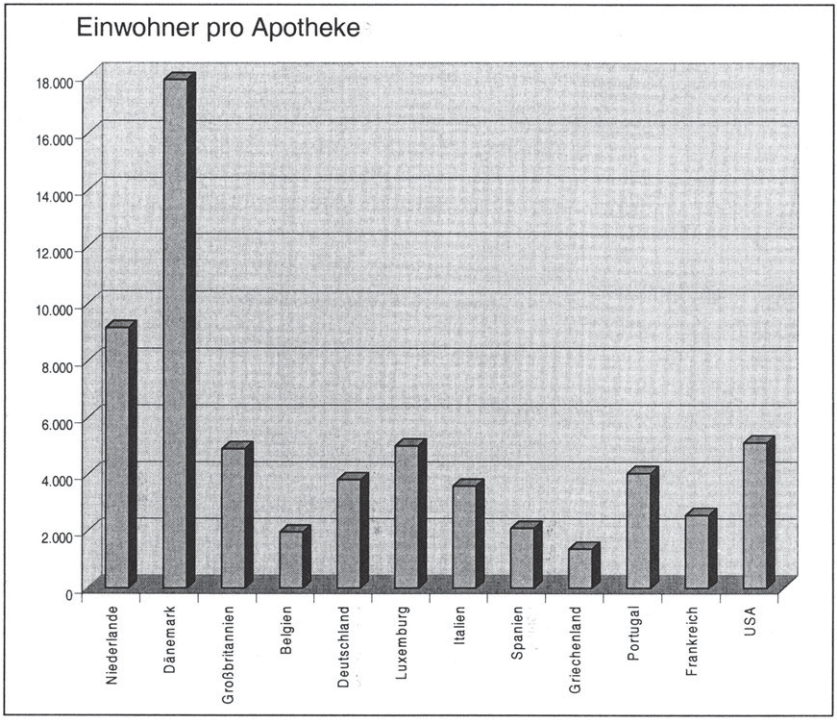


Quelle: KBV (1998)

Wie aus Abbildung 2 hervorgeht, liegt nämlich das deutsche Arzneimittelpreisniveau unter dem britischen; dennoch liegt Deutschland bei den mit dem Arzneimittelpreisindex gewichteten Distributionskosten mit 36,75 Indexpunkten (105 Indexpunkte x 35 %) noch deutlich über Großbritannien (122 x 27 % = 32,94). Auch diese kombinierte Berechnung läßt noch keine gesicherten Rückschlüsse auf Rationalisierungspotentiale zu, zumal sie methodisch höchst umstritten ist: Die spezifische Kostenstruktur der Arzneimittelversorgung ist ebenso zu berücksichtigen, wie die jeweilige Versorgungsdichte, die den Konsumentenwünschen entsprechen sollte.

Was die Apothekendichte betrifft, variiert sie von Land zu Land erheblich (Abbildung 3).

Abbildung 3: Apothekendichte im internationalen Vergleich



Quelle: ABDA (1998), Eschenbach et al. (1998), Friske (2000), Kiewel (1997), NACDS (1999)

Auffällig ist, daß Großbritannien und die USA, die beide einen vergleichsweise weniger regulierten, wettbewerblichen Apothekenmarkt aufweisen, für ca. 5.000 Einwohner nur eine Apotheke haben, während in Deutschland nur ca. 4.000 Einwohner auf eine öffentliche Apotheke kommen. Dies bedeutet, daß 100.000 Einwohner in GB und in den USA von 20, in Deutschland aber von 25 Apotheken versorgt werden. Wo weniger Medikamente pro Kopf der Bevölkerung verbraucht werden, sind auch weniger Apotheken nötig. Diese „Gleichung" geht zwar im Vergleich von Deutschland und Großbritannien auf (nach OECD-Statistik 1998 wurden in Deutschland 1997 nach Kaufkraftparitäten 294 Dollar pro Kopf für Arzneimittel ausgegeben, in Großbritannien dagegen nur 233 Dollar), nicht aber im Vergleich mit den Vereinigten Staaten: Die USA haben mit 319 Dollar einen höheren Pro-Kopf-Arzneimittelverbrauch als Deutschland, verfügen aber über eine deutlich niedrigere Apotheken-

dichte. Dies läßt auf ein vergleichsweise wirtschaftlicheres Vertriebssystem in den USA schließen, wobei freilich die Konsumentenpräferenzen hinsichtlich der Versorgungsdichte als Strukturdeterminante unberücksichtigt bleiben (müssen).

Daß die Konsumentenpräferenzen in den USA trotz geringerer Apothekendichte nicht unbedingt auf der Strecke bleiben, liegt an den sehr differenzierten Vertriebswegen, die sich wettbewerblich in einem weit weniger regulierten Arzneimittelmarkt herausgebildet haben (Tabelle 1): Nur noch rd. 28 % aller verschreibungspflichtigen Arzneimittel werden von öffentlichen Einzelapotheken (Independents) abgegeben, während die Ketten- (Traditional Chains) und Supermarktapotheken (Supermarkets) zusammen schon doppelt so viel - und bei den OTCs sogar das 14fache - umsetzen. Da letztere in den großen Einkaufszentren und Malls vertreten sind, die ohnehin von den Amerikanern angefahren werden und teilweise „Drive-Through-Pharmacies" anbieten, fällt die geringere Apothekendichte wohl kaum ins Gewicht. Hinzu kommen noch die Versandapotheken (Mail Order), die schon 5 % der ethischen Präparate vertreiben und damit auf einen überproportionalen Umsatzanteil von 13 % kommen, was auf eine kostengünstigere Abwicklung der besonders teuren Verordnungen schließen läßt. Jedenfalls hat der Marktanteil der Einzelapotheken zugunsten der Ketten-, Supermarkt- und Versandapotheken ständig abgenommen. In einem Managed-Care-System wie dem amerikanischen, in dem das „Pharmacy Benefit Management" der Health Plans die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten so kostengünstig wie möglich organisiert und die Patienten bei ihrer relativ umfangreichen Selbstmedikation preisbewußt handeln müssen, ist dies ein klares Zeichen für den kostenbedingten Wettbewerbsnachteil der traditionellen Apotheke in den USA - und folglich auch des Rationalisierungspotentials in der deutschen Arzneimitteldistribution durch die traditionelle Offizin-Apotheke.

Tabelle 1: Vertriebswege für Arzneimittel in den USA 1998

Rezeptpflichtige Arzneimittel (Prescriptions)				
	Prescription, millions	Share of Prescriptions	Retail Dollar Sales, billion Dollar	Share of Prescription Retail Dollar Sales
Traditional Chains	1087	43,81%	41,50	40,25%
Mass Merchandisers	272	10,96%	10,40	10,09%
Supermarkets	306	12,33%	11,40	11,06%
Independents	693	27,93%	26,40	25,61%
Mail Order	123	4,96%	13,40	13,00%
Total	**2481,00**	**100,00%**	**103,10**	**100,00%**
Rezeptfreie Arzneimittel (Over-The-Counter; OTC)				
	OTC Medication Sales, billion Dollar		**Share of OTC Medication Retail Dollar Sales**	
Traditional Chains	9,40		32,64%	
Mass Merchandisers	9,20		31,94%	
Supermarkets	8,90		30,90%	
Independents	1,30		4,51%	
Mail Order	k.A.		k.A.	
Total	**28,80**		**100,00%**	

Quelle: Friske (2000)

Vergleicht man schließlich die Kostenstrukturen der unabhängigen amerikanischen und der öffentlichen deutschen Apotheken miteinander (Tabelle 2), so zeigt sich, daß selbst die relativ teuren „Independents" in den USA immer noch rentabler arbeiten als die Durchschnittsapotheke bei uns: Der Rohertrag der US-Apotheken ist bei höheren Umsätzen deutlich niedriger; dennoch erzielen sie einen mehr als viermal so hohen Betriebsgewinn.

Tabelle 2: Kostenstrukturen der Apotheken im internationalen Vergleich

USA: unabhängige Apotheken 1997			**Deutschland: öffentliche Apotheken 1995**		
	Umsatz in US $	in % vom Umsatz		Umsatz in DM	in % vom Umsatz
Umsatz netto	**1.649.052**	**100,00%**	**Umsatz netto**	**2.091.379**	**100,00%**
Verordnung	1.307.204	79,27%	Verordnung	1.652.189	79,00%
Sonstiges	341.848	20,73%	Sonstiges	439.190	21,00%
Wareneinsatz	1.226.808	74,39%	Wareneinsatz	1.503.702	71,90%
Rohertrag	**422.244**	**25,61%**	**Rohertrag**	**587.677**	**28,10%**
Unternehmerlohn	78.782	4,78%	Unternehmerlohn	k.A.	k.A.
Löhne	137.446	8,33%	Löhne	k.A.	k.A.
Löhne gesamt	216.228	13,11%	Löhne insgesamt	370.174	17,70%
Miete	27.498	1,67%	Miete	39.736	1,90%
Sonstiges	127.543	7,73%	Sonstiges	163.128	7,80%
Gesamtkosten	371.269	22,51%	Gesamtkosten	573.038	27,40%
Betriebsgewinn	**50.975**	**3,09%**	**Betriebsgewinn**	**14.640**	**0,70%**
Verordnungsumsatz an private Zahler	431.377	33,00%	Verordnungsumsatz an private Zahler	264.350	16,00%
Verordnungsumsatz an Medicaid	261.441	20,00%	Verordnungsumsatz an GKV	1.380.310	83,54%
Verordnungsumsatz an Other Third-Party	614.386	47,00%			
Rohertrag bei Medicaid		**20,40%**			
Rohertrag bei Other Third-Party		**16,10%**	**Rohertrag bei der GKV**		**21,00%**

Quelle: Friske (2000)

Dabei wird in den USA im Geschäft mit den Health Plans (Third Party Payers) ein deutlich geringerer Rohertrag als bei den Selbstzahlern erzielt - ein Sachverhalt, der angesichts des nur 21%igen Rohertrages bei Arzneimitteln, die zu Lasten der GKV abgegeben werden, auch in Deutschland gilt. Unabhängig davon zeigt der Vergleich der Kostenstrukturen, daß sich die Divergenzen im Betriebsgewinn durch die in Deutschland wesentlich höheren Lohnkosten ergeben, die ihrerseits zum größten Teil durch die hohen Qualitätsanforderungen an das deutsche Apothekenpersonal bedingt sein dürften.

Wirtschaftlichkeitsreserven ausschöpfen - aber wie?

Als Fazit bleibt festzuhalten, daß die relativ hohe Apothekendichte in Deutschland und die im Vergleich zum teuersten Vertriebsweg in den USA sogar noch ungünstigere Kostenstruktur deutscher Apotheken auf Rationalisierungspotentiale in der Arzneimitteldistribution schließen lassen. Doch Evidenz für das Vorhandensein von Wirtschaftlichkeitsreserven zu haben, ist eine Sache, sie genau zu beziffern, eine andere. Wenn behauptet wird, durch Ketten- und Versandapotheken ließen sich 1,35 Mrd. DM einsparen oder in Deutschland gäbe es 4.000 Apotheken zuviel (Kaesbach, 1997; Wirtschaftswoche, 1999), stellt dies - ebenso wie die Schätzung eines Rationalisierungspotentials von 25 Mrd. DM für die GKV insgesamt oder von 6,9 Mrd. DM bei der Verschreibung von Medikamenten - letztlich eine „Anmaßung von Wissen" (von Hayek) dar; denn nur ein ergebnisoffener Wettbewerbsprozeß in einem gegenüber dem Status quo deutlich deregulierten Arzneimittelmarkt könnte verläßlich aufdecken, in welchem Ausmaß das gewachsene deutsche Distributionssystem tatsächlich ineffizient ist. Alles andere sind und bleiben vage Vermutungen, weil sich unter den Bedingungen des evolutorischen Wettbewerbs alles und jedes ändern kann: apothekeninterne Betriebsabläufe, Lieferbeziehungen zwischen allen Beteiligten, Betriebsgrößen, Vertriebsformen, Absatzwege, Versorgungsdichte, Kundenpräferenzen und nicht zuletzt Größen-, Personal-, Kosten- und Preisstrukturen. Man müßte das „neue" Distributionssystem schon genau kennen, um im Vergleich mit dem bestehenden das Einsparpotential in Mark und Pfennig angeben zu können. Wer hat schon exakt vorausgesehen, wie sich Kosten, Preise und Versorgungsstrukturen im Energie- und Telekommunikationsmarkt verändert haben, nachdem der Wettbewerb durch die Liberalisierung freien Lauf bekam?

Damit sollte auch klar sein, daß niemand in der Lage ist, „effiziente Distributionswege" verläßlich aufzuzeigen, wie es das Thema dieses Panels nahelegt; denn unter den Status-quo-Bedingungen der geltenden Apothekenbetriebsordnung und der Arzneimittelpreisverordnung mag sogar die Arz-

neimitteldistribution in Deutschland so „effizient" wie eben möglich sein - wenn auch international gesehen vergleichsweise „kostspielig". Deshalb kann es mit Blick auf eine kostengünstigere Leistungserbringung nur darum gehen, die bestehenden Regulierungen des Arzneimittelmarktes auf den Prüfstand zu stellen und zu fragen, ob sie gesundheitspolitisch überhaupt notwendig, faktisch obsolet sowie ökonomisch innovationshemmend und wettbewerbswidrig sind:

- Wäre es z. B. gesundheitspolitisch nicht vertretbar, die Selbstmedikation zu Lasten der Rezeptpflicht von Arzneimitteln auszuweiten, die Sortimentsbeschränkung der Apotheken zu lockern und das Dispensieren von Arzneimitteln außerhalb der Offizin zu erlauben? Paternalistische Regulierungen, die dem Gesundheitsschutz nicht oder nur bedingt dienlich sind, gehören in einer aufgeklärten Informationsgesellschaft abgeschafft.

- Müssen z. B. alle Apotheken im Zeitalter der Fertigarzneimittel noch über ein komplettes Labor und qualifizierte Laboranten verfügen? Ist es noch zeitgemäß, den Berufsstand des Apothekers durch das Verbot von Fremd- und Mehrbesitz an Apotheken zu schützen und damit Ketten- und Supermarktapotheken zu verhindern? Regulierungen sind überall dort obsolet, wo ihre „Geschäftsgrundlage" infolge der sozio-ökonomischen und medizin-technischen Entwicklung praktisch entfallen ist.

- Sind die Apotheken rechtlich und tatsächlich den Herausforderungen gewachsen, die z. B. mit E-Commerce, Telemedizin, Patientenführung in integrierten Versorgungssystemen, selektivem Kontrahieren der Kassen oder kassenindividuellen Arzneimittelpositivlisten schon jetzt erkennbar sind? Innovationshemmende Regulierungen sind rechtzeitig zu beseitigen oder sie werden von der Praxis - nicht zuletzt im Zeichen des EU-Binnenmarktes - überrollt.

- Wodurch rechtfertigt sich außer durch das Sachleistungsprinzip z. B. ein einheitlicher Apothekenabgabepreis für Arzneimittel sowie ein apothekeneinheitlicher Rabatt an die GKV, wo doch Preise und Rabatte zentrale Wettbewerbsparameter auf allen sonstigen Märkten sind? Warum sollten Apotheken nicht im Wettbewerb um die Belieferung der Patienten von Ärztenetzen und Gesundheitszentren besondere Konditionen bieten können? Regulierungen, die den Gebrauch von Wettbewerbsparametern einschränken, stehen im Widerspruch zu marktwirtschaftlichen Prinzipien und sind - wenn überhaupt - nur zu rechtfertigen, wenn sie dem Gesundheits- und nicht etwa dem Bestandsschutz dienen.

Sicherlich weisen derartige Fragen weit über den derzeitigen Status quo des nach wie vor noch überwiegend administrativ durch Rechtsverordnungen und Kollektivverhandlungen gesteuerten GKV-Systems hinaus. Doch wer nicht will, daß Organisation, Effizienz und Fortschritt des Leistungsgeschehens hinter dem Standard vergleichbarer Länder zurückfallen und die Regulierungen des deutschen Gesundheitswesens mit geltendem EU-Recht in Konflikt geraten, muß rechtzeitig für innovations- und wettbewerbsorientierte Anpassungsprozesse sorgen und die dafür geeigneten ordnungspolitischen Rahmenbedingungen realisieren. Gesundheitspolitisch kann das nur heißen, eine „solidarische Wettbewerbsordnung" zu schaffen, die unter strikter Wahrung der unverzichtbaren Solidarprinzipien mehr Markt und Wettbewerb durch konsequente Deregulierung des GKV-Systems ermöglicht. Davon ist dann aber auch die Arzneimitteldistribution nicht ausgenommen. Wie sie in einem wettbewerblich gesteuerten Versorgungssystem organisiert sein wird und welche Rolle dabei die Apotheken spielen werden, wird man freilich a priori nicht genau sagen können. Nur eines ist sicher: Was sich im gewachsenen GKV-System „bewährt" hat, muß nicht notwendigerweise die beste Lösung sein und schon gar nicht unter Wettbewerbsbedingungen Bestand haben.

Literatur

ABDA (1991-1998), Die Apotheke: Zahlen - Daten - Fakten, Eschborn, v. Jge.

BPI (1993-1998), Pharma Daten '99, Frankfurt am Main, v. Jge.

Eschenbach, D.; et al. (1998), Europäische Gesundheitssysteme und Pharmamärkte: Fakten und Trends, eine Dokumentation hrsg. von der Arzneimittel-Zeitung, Neu-Isenburg 1998.

Friske, J. (2000), Der Arzneimittelmarkt - ein wettbewerblicher Ausnahmebereich? Eine Beurteilung unter Berücksichtigung amerikanischer Markterfahrungen, Dissertation Duisburg (in Vorbereitung).

Huffman, D.C. (1998), Hg., NCPA-Searle Digest 1998, Alexandria 1998.

Kaesbach, W. (1997), BKK-Bundesverband, Modellrechnung zu alternativen Organisations- und Vertriebsformen, Referat auf der EUROFORUM-Tagung „Versandhandel von Arzneimitteln" vom 5. - 6. November 1997 in Köln.

KBV (1998), Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 1998, Köln 1998.

Kiewel, A. (1997), Chancen nur unzureichend genutzt: Reform der AMPreisV, in: Die Krankenversicherung, Dezember 1997, S. 349-353.

NACDS (1999), NACDS Industry Facts, http://www.nacds.org vom 13.10.1999.

VFA (1998), Statistics 1998: Die Arzneimittelindustrie in Deutschland, Bonn 1998.

Wirtschaftswoche (1999), Apotheken: Weniger Geld pro Packung, Nr. 48, S. 12.

Wirtz, K. (1997), Bericht über die Ergebnisse des Betriebsvergleichs der Apotheken im Jahr 1995, Mitteilungen des Instituts für Handelsforschung, 49. Jg., April 1997.

Rationalisierungsreserven bei Hilfsmitteln

Günter Neubauer

Dieser Beitrag behandelt Rationalisierungsreserven im Hilfsmittelbereich, wird sich aber speziell der Dialyseversorgung als Teil der Hilfsmittelversorgung zuwenden. Dabei geht es uns nicht nur um die Suche nach Rationalisierungsreserven, sondern es sollen auch die Möglichkeiten einer Mobilisierung und Ausschöpfung dieser Rationalisierungsreserven aufgezeigt werden. In Deutschland konzentriert sich nämlich die Diskussion nur allzu gerne auf ein Wetteifern, in welcher Höhe wohl Rationalisierungsreserven im Gesundheitssystem vorhanden wären. Dabei wird oft wenig unterschieden, ob es um Spekulationen, Prognosen oder tatsächlich um Fakten geht. Gänzlich vergessen wird bei dieser Diskussion, daß es leichter ist, eine Rationalisierungsreserve von 30 Mrd. DM zu vermuten als nur 100.000 DM dieser vermuteten Reserve auch tatsächlich auszuschöpfen.

Es ist schon erstaunlich, wenn man die Diskussion verfolgt, daß bei der Spekulation über die Rationalisierungsreserven sich sehr viele beteiligen, wenn es aber um die Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven geht und den empirischen Nachweis desselben, die Schar der Nachweise gegen Null schrumpft. Wir wollen in diesem Beitrag deswegen neben der Identifizierung von Rationalisierungspotentialen unsere Aufmerksamkeit auch auf die Ansätze zur Mobilisierung dieser Reserven richten und Wege aufzeigen, wie dies geschehen könnte.

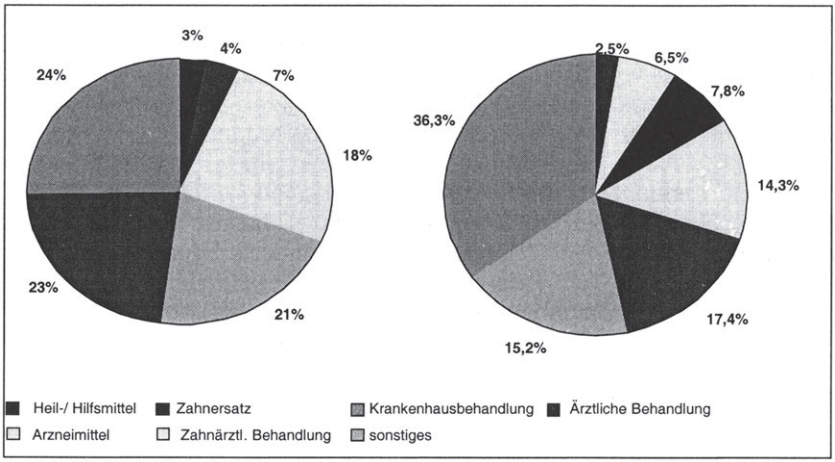
Hilfsmittel als Teil der GKV-Ausgaben

Bei der Suche nach einer Definition, was denn Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind, läßt einen das Sozialgesetzbuch V (SGB V) im Stich. Zwar steht im § 33: „Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen", doch hilft diese allgemeine Beschreibung nicht allzu weit. Immerhin läßt sich daraus ableiten, daß Hilfsmittel generell Produkte sind, die dazu verwendet werden, um physische Funktionsdefizite von Menschen zu kompensieren. Hilfsmittel können ärztlich verordnet oder frei erworben werden. Im nachfolgenden werden wir uns vor allem mit den ärztlich verordneten und von der GKV erstatteten Hilfsmitteln zu beschäftigen haben.

Betrachtet man die Ausgaben der GKV für Hilfsmittel (Abb. 1) im Zeitvergleich der Jahre 1970 und 1998, dann fällt auf, daß die Hilfsmittel prozen-

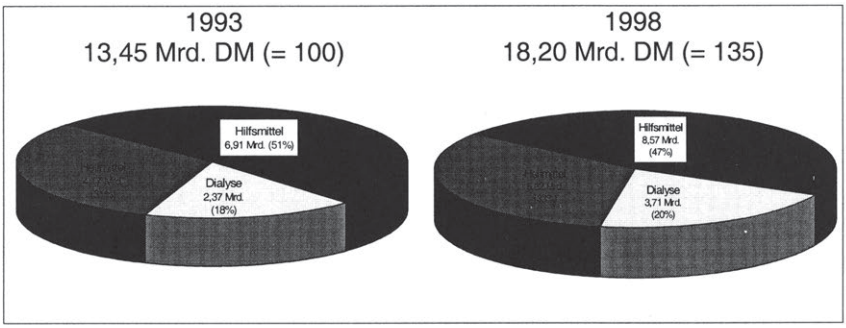
tual von allen Leistungsausgaben der GKV am stärksten zugenommen haben. Ein Blick auf die Abbildung 1 zeigt nämlich, daß die Hilfsmittel von 1970 bis 1998 ihren Anteil etwa um das 2,5-fache gesteigert haben. Es ist hierbei zwar zu berücksichtigen, daß die Hilfsmittel ausgehend von einer schmalen Ausgangsbasis einen relativ großen Zuwachseffekt verzeichnet haben, dennoch bleibt zu fragen, wo diese Ausgabenexpansion herrührt. Um die Betrachtung verschärfen zu können, haben wir zunächst einmal den Teilbereich Heil- und Hilfsmittel in seine wichtigsten Teilkomponenten zerlegt.

Abbildung 1: Leistungsausgaben der GKV 1970 und 1998



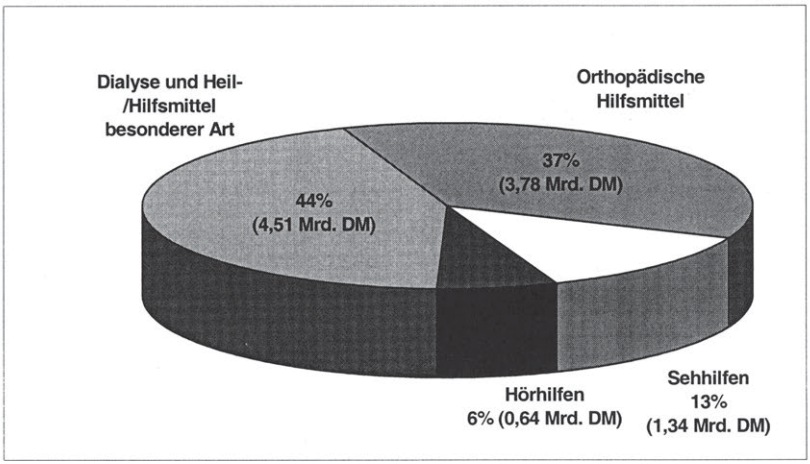
Die Abbildung 2 weist aus, daß die Hilfsmittel im engeren Sinne zwischen den Jahren 1993 und 1998 ihren Anteil nicht steigern, sondern vermindern mußten. Steigerungen weisen hingegen die Heilmittel und die Dialyse auf, wobei die Dialyseausgaben, oder genauer die Hilfsmittel im Rahmen der Dialysebetreuung, den größten Zuwachs ausweisen.

Abbildung 2: Die Ausgaben der GKV für Heil- und Hilfsmittel sowie Dialyse



Der in der Abbildung 2 ausgewiesene Sektor für Hilfsmittel läßt sich wiederum zerlegen in die Teile für orthopädische Hilfsmittel, für Hörhilfen und für Sehhilfen. Die Hör- und Sehhilfen haben dabei einen eher geringen Anteil von insgesamt 19 %, während die orthopädischen Hilfsmittel einen Anteil von 37 % einnehmen und die Hilfsmittel im Rahmen der Dialyseversorgung auf 44 % kommen (Abbildung 3).

Abbildung 3: Hilfsmittel und Dialyse 1998

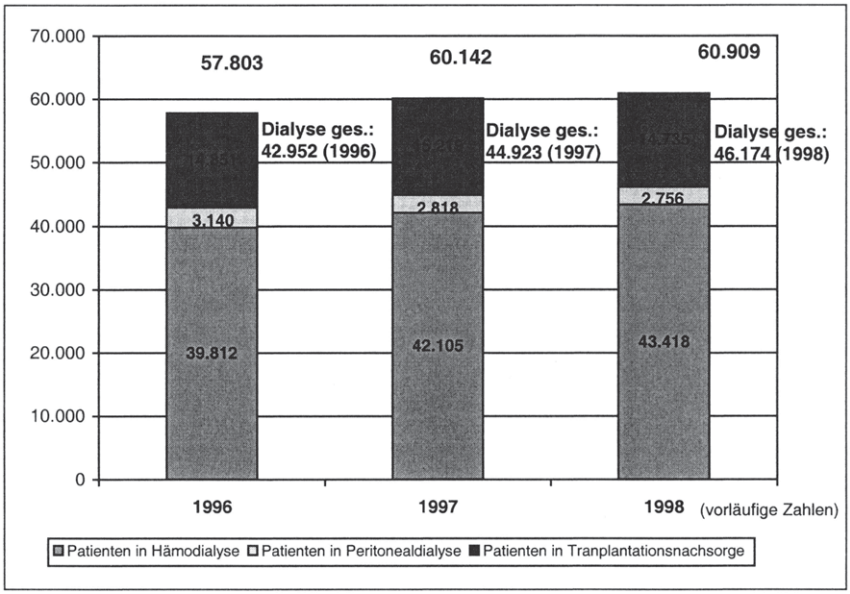


Von daher ist ersichtlich, daß die Hilfsmittel für die Dialysebetreuung nicht nur einen gewichtigen Anteil an den Hilfsmitteln insgesamt einnehmen, sondern auch die am stärksten wachsende Teilgruppe darstellen. Wir werden uns nun im weiteren im Detail mit der Dialyseversorgung auseinandersetzen.

Die Dialyseversorgung als Teil der Hilfsmittelversorgung

Der Bedarf für die Dialyseversorgung setzt sich aus mehreren Komponenten zusammen. Dabei dominiert die Zahl der Dialysepatienten als Einflußgröße. Daneben spielen aber auch die Formen der Dialyseerbringung eine gewichtige Rolle für Art und Volumen der benötigten Hilfsmittel und - daraus abgeleitet - für die Höhe der Kosten. In der Abbildung 4 haben wir die Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz zusammen mit den Patienten in der Transplantationsnachsorge abgebildet. Es zeigt sich, daß allein in den Jahren 1996 bis 1998 die Zahl der Patienten um 5 % angestiegen ist. Daneben wird in dem Schaubild auch ausgewiesen, daß die Patienten in der Hämodialyse - das ist eine besondere Dialyseform, die in einem Behandlungszentrum erfolgt und bei der das Blut außerhalb des Körpers durch eine Maschine gewaschen wird - einen dominanten Anteil einnehmen.

Abbildung 4: Patienten in chronischer Nierenersatztherapie



Patienten in der Peritonealdialyse - hierbei wird durch den Patienten selbst zu Hause die Blutreinigung im Körper mit Hilfe einer zugeführten Dialyseflüssigkeit durchgeführt - machen hingegen einen kleinen Teilbereich mit weiter schwindendem Gewicht aus. Wichtig ist hier festzuhalten, daß die Zahl der Dialysepatienten ansteigt und auch für die Zukunft weiter ansteigen dürfte, da dies nicht zuletzt vom Alterungsprozeß der Bevölkerung abhängt.

Betrachtet man nun die verschiedenen Leistungserbringer für Dialyseleistungen, so lassen sich für Deutschland drei große Gruppen unterscheiden. Zum ersten wäre hier das Kuratorium für Dialyse- und Nierentransplantation e. V. zu nennen, das bundesweit etwa ein Drittel der Versorgung übernimmt. Daneben stehen die niedergelassenen Nephrologen, die ebenfalls etwa 30 - 40 % der Versorgung übernehmen. Als letzte Gruppe sind die Krankenhäuser zu nennen, die entweder Patienten dialysieren, die sich aufgrund anderer Erkrankungen im Krankenhaus aufhalten oder als ermächtigte Institution teilstationär Dialyseleistungen erbringen. Die Krankenhäuser dürften deutschlandweit etwa 20 - 30 % der Patienten versorgen.

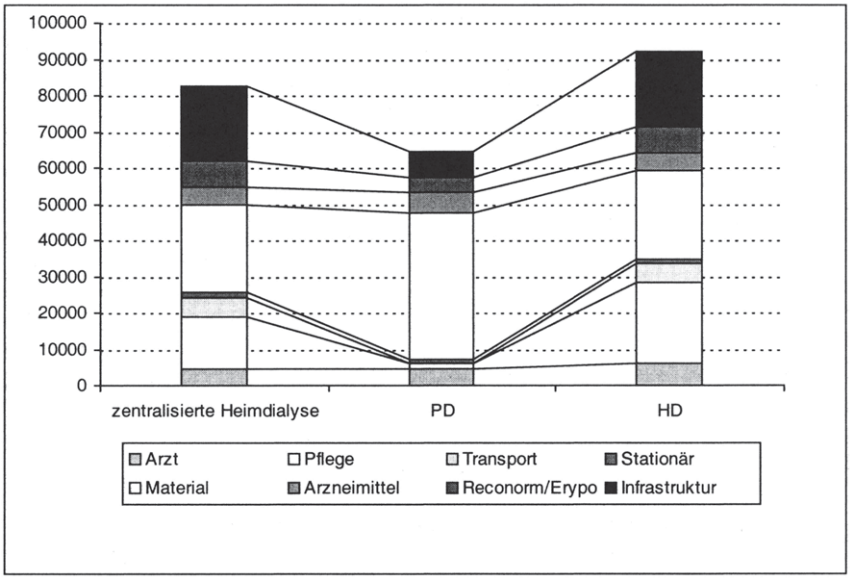
Anzumerken ist an dieser Stelle weiter, daß die Dialyse als ambulante Leistung gilt und von daher unter das Zulassungsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) fällt. Alle nicht-vertragsärztlichen Leistungserbringer bedürfen der Ermächtigung durch die jeweilige KV. Für das KfH (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation) ist eine vertragliche Sondersituation geschaffen, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll.

Das Vergütungssystem als Einflußfaktor

Das Vergütungssystem für die Dialysebetreuung gliedert sich in drei Teile. Zunächst ist die ärztliche Leistung zu vergüten, die über den EBM erfolgt und ausnahmslos über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet wird. Die eingesetzten Hilfsmittel und Pflegeleistungen werden über pauschale Kostensätze erstattet. Diese Kostenpauschalen werden je nach eingesetzten Dialyseverfahren unterschiedlich vergütet, so daß aufwendigere Verfahren auch höhere Vergütungssätze ausweisen als weniger aufwendige Verfahren. Ein dritter Vergütungs- bzw. Kostenanteil liegt in den angeordneten Arzneimitteln. Die angeordneten Arzneimittel werden über Apotheken abgegeben. Auch hier gilt, daß je nach dem angewendeten Dialyseverfahren der Aufwand an Arzneimitteln unterschiedlich hoch ist.

daß das Verfahren der Hämodialyse (HD) etwa 25.000 DM bis 30.000 DM im Jahr mehr an Aufwand verlangt als das häusliche Verfahren der Peritonealdialyse (PD). Die zentralisierte Heimdialyse ist eine Versorgungsform, bei dem das Verfahren der HD angewendet wird, jedoch die Patienten nicht in den einzelnen Arztpraxen, sondern heimatnah in einem Praxiszentrum versorgt werden. Die Kostenvorteile dieser Versorgungsform liegen vor allen Dingen in einem geringeren Pflegeaufwand, da in einer zentralisierten Versorgung die Pflegekräfte mehrere Patienten gleichzeitig versorgen können.

Abbildung 5: Dialyseverfahren und deren Kosten

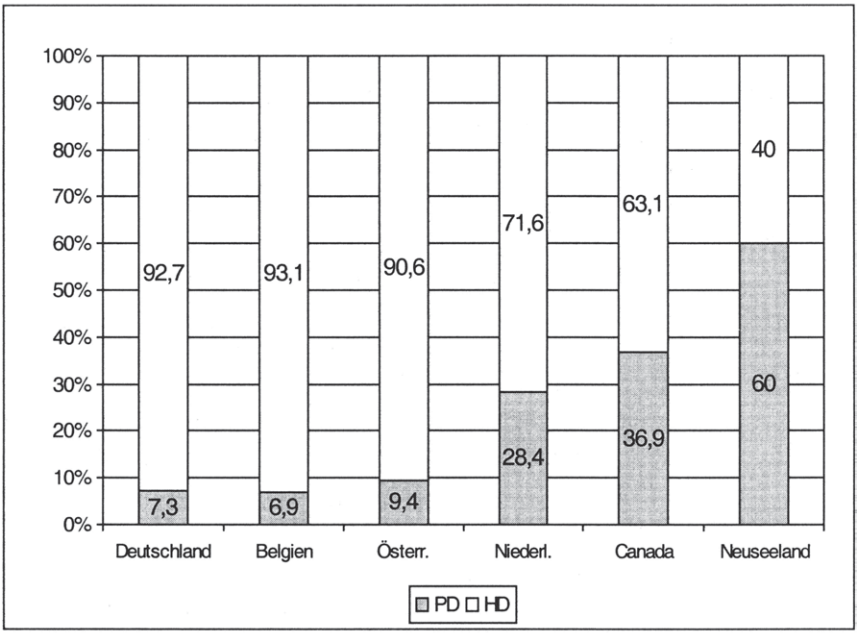


Identifizierung des Rationalisierungspotentials

In der Dialyseversorgung können vor allem zwei grundsätzliche Rationalisierungspotentiale ausgemacht werden: Zum einen kann durch eine Optimierung des Verfahrensmixes eine Einsparung erzielt werden, zum anderen lassen sich durch eine kostengünstigere Leistungserbringung innerhalb der einzelnen Verfahren die Ausgaben reduzieren. Das zuerst genannte Rationalisierungspotential läßt sich relativ leicht identifizieren. Wir haben hierzu in der Abbildung 6 aufgezeigt, in welcher Relation die beiden haupt-

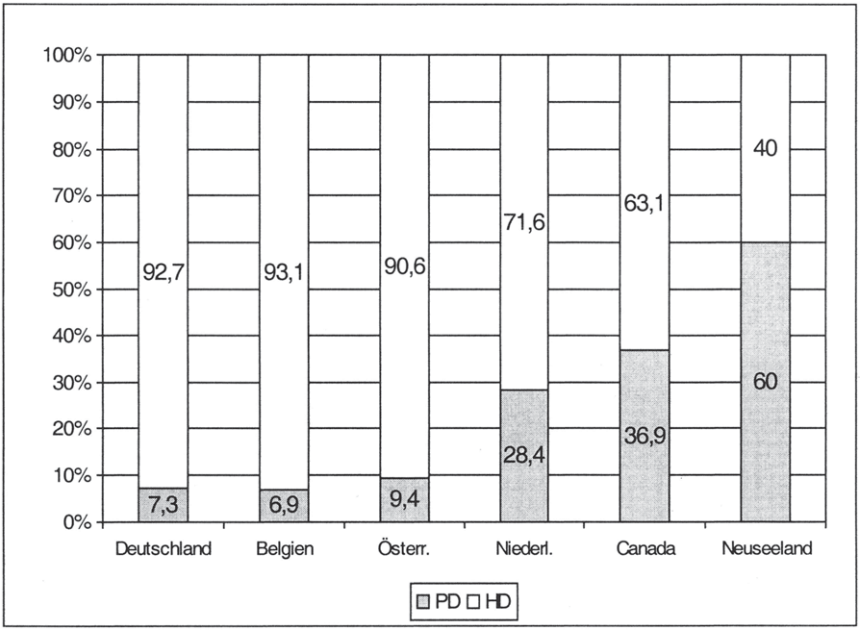
sächlichen Verfahren, die Hämodialyse und die Peritonealdialyse, im Ausland zur Anwendung kommen.

Abbildung 6: Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse (PD)



Die Abbildung zeigt, daß die Niederlande zu etwa 28 % die kostengünstigere PD einsetzen. In Kanada und vor allen Dingen in Neuseeland liegt dieser Anteil noch einmal erheblich höher. Wenn wir nun von den gegebenen Vergütungssätzen in Deutschland ausgehen und die verschiedenen Verfahrensrelationen in den genannten Ländern ansetzen, so ergibt sich daraus ein Rationalisierungspotential, das wir in der Abbildung 7 ausgewiesen haben.

Abbildung 7: Gesamtausgaben für die Dialyseversorgung in Abhängigkeit desPD bzw. HD Anteils



Man sieht, daß die Gesamtausgaben für die Dialyseversorgung in Abhängigkeit vom jeweiligen Verfahrensmix recht unterschiedlich ausfallen. Im Falle des holländischen Verfahrensmixes könnte bei deutschen Preisverhältnissen eine jährliche Einsparung in Höhe von annähernd 200 Mio. DM erzielt werden. Im Falle des neuseeländischen Verfarensmixes ließe sich in Deutschland sogar eine Einsparung von 490 Mio. DM pro Jahr erzielen. Je nachdem in welchem Umfang die kostengünstigere PD eingesetzt wird, ergibt sich ein unterschiedlich hohes Rationalisierungspotential.

Das Rationalisierungspotential, das sich aus einer Absenkung der Kosten pro Verfahren ergibt, läßt sich weniger klar errechnen. Einspareffekte durch Senkung der Kosten sind im Bereich der Dialysesachkosten zu erwarten. Aber auch im Bereich der angeordneten und über Apotheken abgegebenen Arzneimittel ergäben sich dann Einsparvolumina von beträchtlichem Umfang, sofern die Preisbindung in den Apotheken aufgegeben werden würde. Doch letzteres liegt weniger im Gestaltungsraum der derzeitigen Vertragspartner als vielmehr im Bereich des Gesetzgebers.

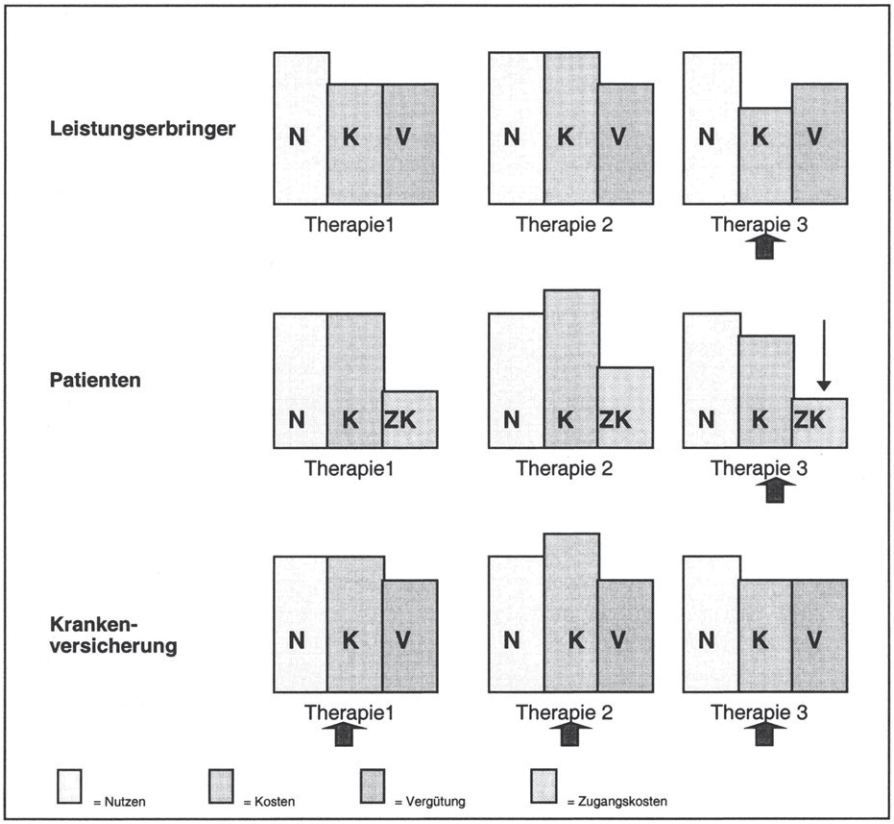
Die Hersteller von Dialysehilfsmitteln, welche von den Leistungserbringern direkt eingekauft und eingesetzt werden, besitzen zum Teil eine starke Marktmachtposition, so daß dort Monopolgewinne vermutet werden dürfen. Ein genauerer Einblick in die Preisgestaltung ist Außenstehenden verwehrt.

Ansätze zur Mobilisierung der Rationalisierungsreserven

Zur Mobilisierung der Rationalisierungsreserven halten wir eine Umstellung der Vergütung für unabdingbar. Unsere Grundidee hierzu ist, daß das derzeitige kostenorientierte Vergütungssystem durch ein nutzenorientiertes Vergütungssystem abgelöst wird (vgl. ausführlich hierzu Neubauer, G. Zelle, B. [1997]. Es dürfen dennoch nicht mehr die ausgelösten Kosten die Höhe der Vergütung und damit indirekt die Wahl des Dialyseverfahrens bestimmen, sondern es müssen die Nutzen der Patienten in den Mittelpunkt gestellt werden.

In der Abbildung 8 haben wir schematisch im oberen Teil dargestellt, daß die Leistungserbringer ceteris paribus jenes Vergütungssystem auswählen, bei dem die Differenz zwischen Vergütung und Kosten am vorteilhaftesten ist. Vom Sozialrecht her dürften die Leistungserbringer an den bezogenen Kosten überhaupt keine Verdienstspanne erzielen, da diese nach dem Prinzip der Kostenerstattung nicht zulässig ist. Tatsächlich können aber die Leistungserbringer bei geschicktem Einkauf der Hilfsmittel eine Dividende erzielen, die eher verdeckt ausgezahlt wird. In jedem Falle ist es so, daß ein hoher Sachkostenanteil dem Leistungserbringer mehr Einkommensmöglichkeiten bietet als ein niedriger Anteil an Sachkosten. Das Ergebnis eines solchen Systems ist, daß die Leistungserbringer nicht die für die Krankenversicherung günstigste Versorgungsform - in unserer Abbildung 8 die Therapie 3 - bevorzugen, sondern die aufwendigste Therapieform - in Abbildung 8 die Therapie 2.

Abbildung 8: Gleichgerichtetes Handeln von Leistungserbringer, Patient und Krankenversicherung



Will man den Einsatz der Therapieverfahren in erster Linie nach ihrem Nutzen für die Patienten und die Versicherten umsteuern, so bietet es sich an, die Vergütungsverfahren auf eine verfahrensunabhängige pauschalierte Vergütung umzustellen. Hierzu wären insbesondere die Bildung von Betreuungspauschalen sinnvoll, die zunächst auf der Betreuung eines Patienten über ein Jahr basieren. Dabei kann selbstverständlich die Betreuungspauschale so kalkuliert werden, daß sie lediglich eine für die Krankenkassen und die Leistungserbringer neutrale Umstrukturierung der Vergütung darstellt. Es gilt also eine mit dem derzeitigen Verfahrenseinsatz gewichtete durchschnittliche Betreuungspauschale zu ermitteln. Gelingt dies,

dann ergibt sich ein Anreizsystem, wie es in der unteren Reihe der Abbildung 8 skizziert wird.

Die Leistungserbringer, die für alle drei Therapieformen eine gleich hohe Vergütung erhalten, werden dann so verfahren, daß sie das jeweils aus ihrer Sicht kostengünstigste Therapieverfahren bevorzugen, da in diesem Falle die Differenz zwischen Vergütung und Kosten für sie optimal gestaltet ist. Eine solche Umstellung des Vergütungssystems kann freilich nur in Deutschland erfolgen, wenn die kollektiven Vertretungen der Leistungser bringer und der Krankenkassen eine vertragliche Regelung finden.

Umsetzung in Modellprojekten

Der Verfasser diskutiert seit einiger Zeit mit mehreren Leistungserbringergruppen die Umsetzung seines Vorschlages. Erwartungsgemäß ergaben sich viele Widerstände, die es zu überwinden gilt. Nach einer Diskussionszeit von etwa 18 Monaten ist es gelungen, ein Pilotprojekt im Bereich des Bundeslandes Hessen zu starten. Die dabei erforderlichen Umsetzungsschritte brauchen hier nicht geschildert zu werden. Wichtig ist, daß allein die Feststellung der anfallenden Ausgaben je Dialyseverfahren - nicht der Kosten - erhebliche Schwierigkeit bereitete. Die Krankenkassen, die diese Ausgaben je Behandlung zu begleichen haben, konnten die von ihnen getätigten Ausgaben pro Dialyseverfahren nicht systematisch ermitteln. Diese essentielle Information konnte lediglich das KfH als großer Leistungser bringer liefern. Bei einem ähnlich geplanten Projekt für Bayern war auch die Kassenärztliche Vereinigung in der Lage, näherungsweise die Vergütungskomponenten so zusammenzustellen, daß pro Verfahren die Gesamtsumme ermittelt werden konnte. Die Krankenkassen sind insbesondere deswegen benachteiligt, weil ihnen aus Gründen des Datenschutzes eine personenbezogene Dokumentation nicht erlaubt ist.

Ob allerdings die erwarteten Effekte einer Betreuungspauschale auch tatsächlich erzielt werden, hängt u. a. davon ab, ob auch die jeweiligen Leistungserbringer ihre Therapie auf die entsprechenden Verfahren umstellen. Hier taucht ein betriebswirtschaftliches Hindernis auf. Die Leistungserbringer müssen, um die jeweiligen Verfahren zu praktizieren, eine Reihe von spezifischen Investitionen tätigen. Solange die getätigten Investitionen aber nicht abgeschrieben sind, bedeutet es einen wirtschaftlichen Nachteil für den jeweiligen Leistungserbringer, Patienten auf ein anderes Verfahren umzustellen. Von daher ist es erforderlich, eine bestimmte Mindestanlaufzeit einzukalkulieren, bevor die Umstellung des Verfahrensmixes greifen kann. Dies ist insbesondere den ungeduldig auf Einsparungseffekte Wartenden zu sagen.

Ein weiteres Hindernis tut sich in der Hinsicht auf, daß selbstverständlich auch die Patienten gewonnen werden müssen. Patienten, die von der Zentrumsdialyse auf Heimdialyse umgestellt werden, müssen nämlich einige zusätzliche Kosten auf sich nehmen. Nun wird zwar derzeit dem Patienten für häusliche Kosten eine Pauschale gewährt, doch ist diese zur Zeit nicht ausreichend. Insbesondere ist für Patienten schwer einsehbar, warum sie einen relativ beträchtlichen Teil an Transportkosten einsparen helfen sollen, ohne an diesen Einsparungen zu partizipieren. Hier sind die Krankenkassen aufgerufen, auf kurzfristige Ausgabeneinsparungen zu verzichten und dafür auf längere Sicht das ganze System in die richtige Richtung zu bewegen.

Qualitätssicherung als ergänzende Maßnahme

Natürlich muß eine pauschalierte Vergütung stets besonders sorgfältig unter dem Gesichtspunkt beobachtet werden, daß keine Einsparungen zu Lasten der Versorgungsqualität erzielt werden. Noch ist diese Problematik an dieser Stelle nicht unsere Hauptsorge, aber wir wollen hier an dieser Stelle auf ein anderes Faktum aufmerksam machen. Dialysepatienten müssen aus der Sicht der Krankenkassen als „schlechte Risiken" eingestuft werden. So ergibt sich rein rechnerisch, daß für einen Dialysepatienten, der im Durchschnitt Ausgaben von 85.000 DM im Jahr auslöst, etwa 8,5 Versicherte mit dem höchsten Beitragssatz gebraucht werden, um diese Ausgaben zu finanzieren. Daraus kann abgeleitet werden, daß eine Krankenkasse möglicherweise gar nicht daran interessiert ist, für Dialysepatienten attraktive Versorgungsmöglichkeiten anzubieten, denn bei der Wahlfreiheit der Versicherten könnte dadurch die Gefahr genährt werden, daß Patienten zu einer solchen Kasse wechseln. Aus Sicht einer Krankenkasse könnte also eine Rationalisierungsmöglichkeit darin gesehen werden, daß man die Versorgung für Dialysepatienten eher unattraktiv gestaltet. Soll dies verhindert werden, so muß auch darüber nachgedacht werden, wie diese Anreize für die Krankenkassen abgebaut werden können.

Eine Maßnahme der Qualitätssicherung ist auch, daß die Patienten stärker in die Entscheidungsfindung mit eingebunden werden. Auf der Basis des § 135 SGB V hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Richtlinien erlassen, nach denen alle Dialysepatienten über die für sie möglichen Verfahren informiert werden. Einer solchen Einbindung der Patienten in die Entscheidungsfindung wird unterstellt, daß damit das eigene Interesse der Lei stungserbringer gewissermaßen neutralisiert wird. Ob dies auf die derzeitige Art und Weise gelingt, bleibt offen.

Ausblick

Die im deutschen Gesundheitssystem bestehenden Wirtschaftlichkeitsreserven sind sicherlich beträchtlich. Doch ist es ebenso unstrittig, daß die vielfältigen Schätzungen von solchen Reserven zu deren Ausschöpfung nur wenig beitragen. Insoweit kehren wir an dieser Stelle wieder auf unsere Ausgangshypothese zurück. In unserem Gesundheitssystem gilt es, vor allem solche Strukturen zu schaffen, daß jene, die Rationalisierungsreserven mobilisieren, ökonomisch auch belohnt werden und nicht etwa ökonomische Nachteile hinzunehmen haben. Letzteres ist aber derzeit noch an vielen Stellen der Fall. Hier gilt es durch eine generelle Deregulierung und eine entsprechende Umstellung vor allem der Vergütungsregelungen eine neue Weichenstellung vorzunehmen. Die Vorstellung, daß Rationalisierungspotentiale durch den Gesetzgeber ausgeschöpft werden könnten, sich also quasi durch Gebote und Verbote mobilisieren lassen, ist irrig. Hierfür können weltweit zahlreiche Beispiele angeführt werden.

Literatur

Neubauer, G; Zelle, B.: Rationalisierungspotentiale und Wege zu deren Ausschöpfung in der Dialyseversorgung, Gutachten des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG) für das KfH, München 1997.

Neubauer, G.: Kosten der Nierenersatztherapie - Entwicklung und Wirtschaftlichkeitspotentiale, Vortrag anläßlich des Satellitensymposiums „Wird Dialyse unbezahlbar - Netzwerkstrategien zur Verbesserung der Frühdiagnostik von Nierenerkrankungen“ am 11. April 1999 in Wiesbaden, unveröffentlichtes Manuskript.

Neubauer, G.; Breu, M.: Ermittlung und Vergleich der Kosten für chronische Hämo- und Peritonealdialyse, unveröffentlichte Studie des Instituts für Gesundheitsökonomik (IfG), München 1999.

QuaSi Niere: Nierenersatztherapie in Deutschland - Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 1996, Berlin 1998.

Rationalisierungsreserven bei Hilfsmitteln

Joachim M. Schmitt

Von einem Vertreter der Industrie erwarten manche, daß er bei dem Thema „Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven" sofort in eine Abwehrstellung geht. Dies werde ich allerdings nicht tun, denn Rationalisierung gehört in der Industrie zum Tagesgeschäft. Rationalisierung ist ein Dauerthema. Das gilt für die Wirtschaft insgesamt und damit aber auch für das Gesundheitswesen.

Rationalisierung - das ist zunächst einmal nichts Negatives. Rationalisierung darf man nicht mit Rationierung gleichsetzen. Im Gesundheitswesen kann Rationalisierung vielmehr die Voraussetzung dafür sein, daß es zu keinen Rationierungen kommen muß.

Warum? Weil Rationalisierung für Optimierung steht. Für den optimalen, effektiven, effizienten Einsatz der Ressourcen.

Die Industrie sucht ständig nach optimalen, effizienten Lösungen. Im Hilfsmittelbereich bedeutet dies: „Das richtige Hilfsmittel muß zur richtigen Zeit am Patienten eingesetzt werden".

Das ist in der Praxis nicht immer so. Deshalb gibt es auch Rationalisierungsreserven, die vor allem dem Patienten zugute kommen würden, aber in einem zweiten Schritt natürlich auch dem gesamten System.

Über welchen Markt reden wir?

1998 wurden insgesamt rund 550 Mrd. DM für Gesundheit ausgegeben. Etwa 280 Mrd. DM entfielen dabei auf die gesetzliche Krankenversicherung - also etwa die Hälfte der Gesamtausgaben.

Rund 75 Mrd. DM, also ein Viertel der Leistungsausgaben der GKV, entfielen auf den Bereich „Arzneien, Heil- und Hilfsmittel". Davon wurden 8,5 Mrd. DM für Hilfsmittel ausgegeben. Dies entspricht etwa 3 % der Gesamtleistungsausgaben.

Wie stellt sich die aktuelle Situation im Hilfsmittelmarkt dar?

- Hilfsmittel können nach wie vor zu Lasten der GKV verordnet werden.

- Die Hilfsmittelversorgung belastet kein Arznei-, Verband- oder Heilmittelbudget.

- Richtgrößen, die für Wirtschaftlichkeitsprüfungen heranzuziehen sind, werden nicht für Hilfsmittel festgelegt.

- Es kann weiterhin eine namentliche Verordnung eines Hilfsmittels vorgenommen werden.

- Bei Hilfsmitteln besteht keine Gefahr von Ausgleichszahlungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Struktur des Hilfsmittelmarktes in Deutschland

Der Hilfsmittelmarkt zeigt eine Reihe von weiteren Eigenheiten:

- Die Anbieterseite ist durch eine oligopolistische Struktur gekennzeichnet. Wir haben eine Vielzahl von Produkten, aber nur wenige Hersteller bzw. Anbieter.

- Das Hilfsmittelverzeichnis ist praktisch eine „Positivliste".

- Es gibt Anforderungen an Hilfsmittel in Form von medizinischen und technischen Qualitätskriterien. Insbesondere die technischen Qualitätsanforderungen sind der Industrie ein Dorn im Auge. Da diese Kriterien bei der CE-Kennzeichnung im Rahmen der Erfüllung der grundlegenden Anforderungen der EG-Richtlinien und des Medizinproduktegesetzes bereits Berücksichtigung finden, könnte viel Doppelarbeit vermieden werden.

- Hilfsmittel werden in ihrer Funktion in gleichartige und gleichwertige Produkte eingestuft.

- Festbeträge werden auf Landesebene festgelegt. Für die Mehrzahl der Produktgruppen konnten noch keine Festbeträge festgesetzt werden.

- Die Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge sind für die Industrie extrem nebulös und alles andere als transparent.

Vielleicht ist es gerade diese mangelnde Transparenz und die komplizierte Struktur, die dazu geführt haben, daß insbesondere bei den gesetzlichen Krankenkassen oft die Vermutung aufkommt, es gäbe im Hilfsmittelbereich

überhöhte Preise und Unwirtschaftlichkeiten. Die Fakten zeigen, daß es sich um unbegründete Vermutungen handelt.

Richtig ist, daß im Hilfsmittelbereich eine enorme Mengensteigerung festzustellen ist. Diese hängt mit der demographischen Entwicklung, aber auch mit einem gestärkten Gesundheitsbewußtsein der Versicherten zusammen.

Sogenannte Tabubereiche, wie zum Beispiel Inkontinenz bzw. ein künstlicher Darmausgang, werden öffentlich angesprochen und thematisiert. Auch dies führt zu einer verstärkten Inanspruchnahme von Hilfsmitteln.

Hilfsmittel werden vom niedergelassenen Arzt verordnet, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Hilfsmittel werden mit Sicherheit nicht vom niedergelassenen Arzt verordnet, um eventuellen Konsumwünschen der Patienten gerecht zu werden. Hilfsmittel kommen rein vom Charakter her nur dann zum Einsatz, wenn effektiv eine ausgefallene Körperfunktion unterstützt bzw. ersetzt werden soll.

Betrachten wir die Preisentwicklung. Anfang der 90er Jahre wurden die ersten Festbeträge eingeführt. Seitdem haben sich auch die Verhandlungsstrategien der Vertragspartner, also der Krankenkassen und der Leistungserbringer, verschoben. Bis zu diesem Zeitpunkt wurde Jahr für Jahr ein nach oben angepaßter Vertragspreis festgesetzt. Seitdem es Festbeträge gibt, ist das Preisniveau für rund drei Viertel des Hilfsmittelmarktes seit 1993 eingefroren. In einigen Bereichen wurde das Preisniveau sogar gesenkt und liegt unter dem Preislevel von 1992.

Dieser Preisstillstand seit fast 7 Jahren ist u. a. durchaus als Beitrag der Industrie zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen zu werten. Es ist somit unsinnig, von einer herstellerseitig induzierten, überhöhten Preissituation zu sprechen.

Die Industrie hat hier ihren Beitrag geleistet. Ein weiterer Preisdruck wird mit Sicherheit die zur Zeit hochwertige Versorgung im Hilfsmittelbereich negativ beeinflussen.

Ich denke, wir sind uns aber einig darin, daß das Ziel der gesetzlichen Krankenkassen, eine preisgünstige Hilfsmittelversorgung zu erreichen, nicht zu einer Billigversorgung führen darf. Im Vordergrund unserer Bemühungen sollte schließlich immer noch die notwendige medizinische Versorgung des Patienten stehen.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben die nachfolgende Produktgruppenübersicht erstellt. Hiernach sind die Hilfsmittel wie folgt eingestellt:

01 Absauggeräte
02 Adaptionshilfen
03 Applikationshilfen
04 Badehilfen
05 Bandagen
06 Bestrahlungsgeräte
07 Blindenhilfsmittel
08 Einlagen
09 Elektrostimulationsgeräte
10 Gehhilfen
11 Hilfsmittel gegen Dekubitus
12 Hilfsmittel bei Tracheostoma
13 Hörhilfen
14 Inhalations- und Atemtherapiegeräte
15 Inkontinenzhilfen
16 Kommunikationshilfen
17 Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
18 Krankenfahrzeuge
19 Krankenpflegeartikel
20 Lagerungshilfen
21 Meßgeräte für Körperzustände/-funktionen
22 Mobilitätshilfen
23 Orthesen
24 Prothesen
25 Sehhilfen
26 Sitzhilfen
27 Sprechhilfen
28 Stehhilfen
29 Stomaartikel
30 Schienen
31 Schuhe
32 Therapeutische Bewegungsgeräte
33 Toilettenhilfen
99 Verschiedenes

Die Vielschichtigkeit innerhalb der Produktgruppen führt dazu, daß diese Gruppen einer differenzierten Betrachtung bedürfen, gerade wenn es um die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven geht.

Festbeträge sind nicht überall ein taugliches Instrumentarium, um eine optimale Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln zu erreichen.

Nehmen wir z. B. die Inkontinenzversorgung: Wir dürfen in diesem Bereich nicht nur die Stückkosten betrachten, sondern müssen in diesem Bereich die Behandlungskosten in einem vordefinierten oder im gesamten Zeitraum berücksichtigen. Es geht nicht um die Kosten des einzelnen Produkts, es geht um die Qualität. Die Rechnung ist doch ganz einfach:

- Lieber weniger qualitativ hochwertige Produkte einsetzen, die pro Stück vielleicht etwas teurer sind,

- als qualitativ minderwertige Produkte, die infolge der höheren Wechselfrequenz zu einem erhöhten Mengenaufwand führen und damit insgesamt teurer sind.

Wir sagen also, weg von der reinen Stückpreisbetrachtung, hin zur Gesamtschau. Wir haben zu diesem Thema zahlreiche Gespräche geführt. Wir haben dabei insbesondere das Modell der „Versorgungsentgelte" für bestimmte Produktgruppen vorgeschlagen, das immer mehr Gehör findet.

Beispielsweise beabsichtigt der Bundesverband der Innungskrankenkassen im Bereich der Inkontinenzversorgung einen Modellversuch durchzuführen. Wir begrüßen dieses Vorhaben ausdrücklich und sind gespannt auf die Ergebnisse.

Es gibt noch einen weiteren Vorschlag zur Rationalisierung: Das ist die Abschaffung der Festbeträge! - Durchaus diskussionswürdig. Das hatte auch der erste Entwurf des Gesetzes zur Neuordnung der Festsetzung von Festbeträgen bereits dokumentiert, der die mutige Abschaffung der Festbeträge im Hilfsmittelbereich vorsah.

Damit wäre auch der gewaltige Aufwand entfallen, der erforderlich ist, um Festbeträge für Hilfsmittel auf der Ebene der einzelnen Bundesländer festzulegen.

Deshalb sollten die Verantwortlichen - wenn eine Abschaffung des Festbetragssystems zur Zeit nicht opportun ist - schleunigst die Festbetragsfestsetzung auf Landesebene abschaffen und durch ein einheitliches Verfahren auf Bundesebene ersetzen.

Es ist sicherlich der falsche Weg, Rationalisierungsreserven im Hilfsmittelbereich bei den Preisen zu sehen. Es gibt sie dort nicht.

Wir schlagen vor, mit allen im Hilfsmittelbereich Beteiligten über neue, intelligentere Lösungen nachzudenken. Versorgungsentgelte für bestimmte Produktgruppen sind ein Beispiel. Zuzahlungen bei bestimmten Produktgruppen (Bandagen, Hilfsmittel zur Kompressionstherapie, orthopädische Einlagen) zeigen weitere Möglichkeiten auf. Diskutieren könnte man auch über ein „Add-on-Versicherungssystem" für bestimmte Produktgruppen des Hilfsmittelverzeichnisses.

Rationalisierungsreserven bei Hilfsmitteln

Rolf Stuppardt

Welches Schicksal die derzeit chaotisch diskutierte Gesundheitsreform auch immer nehmen mag, die Hilfsmittelversorgung fristet bei den großen Themen nach wie vor ein unberechtigterweise stiefmütterliches Dasein. Quantitativ scheinbar nicht so bedeutsam, intransparent, mengenanfällig und stark individualisierte Versorgungsformen bei einer riesigen Produktvielfalt registrieren wir über die Jahre hinweg durchaus höchste Wachstumsraten.

Ich stelle mir zunächst die Frage, was mit der Hilfsmittelversorgung erreicht werden soll. Dabei geht es auch um die leistungsrechtliche Definition im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung hinsichtlich des Ausgleichs einer krankhaften Beeinträchtigung.

Der Leistungsanspruch für Hilfsmittel ergibt sich aus dem Sozialgesetzbuch. Nach der Legaldefinition handelt es sich bei Hilfsmitteln um sächliche Mittel oder technische Produkte, mit denen der Erfolg einer Krankenbehandlung gesichert oder eine körperliche Behinderung ausgeglichen werden soll. Ein Blick auf die Palette der Hilfsmittel verdeutlicht dabei, daß die meisten Versorgungen infolge von Schwerstbehinderungen ausgelöst werden, so daß dem Solidargedanken in diesem Bereich in besonderem Maße Rechnung getragen wird. Um das plastisch zu machen, nenne ich hier z. B. Sprechhilfen, Kommunikationshilfen, Krankenfahrzeuge, Stehhilfen, Sitzhilfen und Stomaprodukte.

Untersuchungen belegen in diesem Zusammenhang, daß der Leistungsumfang bei Hilfsmitteln in der privaten Krankenversicherung geringer ist als in der gesetzlichen Krankenversicherung, ebenfalls ein Phänomen, dem nachzugehen sich im Lichte des Solidarprinzips lohnen könnte.

Mit der Hilfsmittelversorgung können auch Kosteneinsparungen in anderen Bereichen realisiert werden, beispielsweise durch die Verkürzung der stationären Verweildauer. Die frühfunktionelle konservative Behandlung von Verletzungen mit Bandagen oder Orthesen hat sogar die operative in den letzten Jahren in den Hintergrund gedrängt.

Lassen Sie mich dennoch zunächst einmal kurz auf die Ausgabenentwicklung bei Hilfsmitteln eingehen. Es war zu beobachten, daß die Steigerungsraten bei den Ausgaben für Hilfsmittel seit 1987 überwiegend im zweistelli-

gen Bereich lagen. 1989, also nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes, war zwar ein Ausgabenrückgang von über 20 % zu verzeichnen. In den darauffolgenden 3 Jahren zogen die Ausgaben aber wieder kräftig an. Nur im Jahre 1993 waren sie aufgrund des Gesundheitsstrukturgesetzes mit einem Plus von 4,6 % relativ moderat. Danach schnellte die Steigerungsrate in den folgenden Jahren wieder in den zweistelligen Bereich hinein.

1997 und 1998 waren wiederum Rückgänge festzustellen. Die Ursache dafür lag unter anderem in der Abschaffung des Zuschusses zu den Brillengestellen und in der Einführung einer 20%igen Zuzahlung in drei Hilfsmittelbereichen. Schon im ersten Halbjahr 1999 gab es dann wiederum eine Steigerung von 1,8 %.

Diese Zahlen belegen eindeutig, daß alle bisherigen gesetzgeberischen Maßnahmen nur kurzfristig gegriffen haben.

Der Preis ist nicht allein und auch nicht im wesentlichen für die überproportionale Ausgabenentwicklung in der Hilfsmittelversorgung ausschlaggebend, sondern eher die Mengenproblematik. Preissteigerungen waren in Zeiten massiver Einsparpolitik kaum zu verzeichnen; in einzelnen Bereichen wurden die Vertragspreise und Festbeträge sogar abgesenkt (z. B. für Hör-, Seh- und Inkontinenzhilfen).

Es muß daher viel mehr über die Mengenkomponente nachgedacht werden. Experten sehen hier als mögliche Ursache neben einem Nachholbedarf in Ostdeutschland auch die demographische Entwicklung in der Bevölkerung mit einer weiteren Zunahme älterer und damit oft multimorbider Personen. Ein Vergleich der Häufigkeiten schwerster Behinderungen in den Jahren 1991 und 1997 läßt den Schluß zu, daß u. a. die gestiegene Morbiditätsrate mit der expansiven Ausgabenentwicklung im Hilfsmittelbereich korreliert. Als Beispiel sei nur einmal auf die Häufigkeit der Indikationen Blindheit und Sehbehinderung hingewiesen: Sie stieg im vorgenannten Zeitraum um etwa 10 %; Querschnittslähmungen sind zeitgleich sogar um fast 20 % angestiegen.

Um Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren, müssen sich die Leistungen am gesundheitlichen Bedarf orientieren und sind auf das Maß des Notwendigen zu beschränken. Der Markt ist jedoch zu intransparent und heterogen, als daß die Leistungsträger ihrer wirtschaftlichen Verpflichtung ohne weiteres nachkommen können. Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Wettbewerb ist eine hinreichende Produkt- und Preiskenntnis.

In welchem Umfang durch das Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung Wirtschaftlichkeitsreserven mobilisiert werden können, ist nicht abschätzbar. Fest steht jedoch, daß Rationalisierungen nur angegangen werden können, wenn keine transparenzversprechende Analyse zum gesamten Hilfsmittelmarkt möglich ist. Die bisherige Datensituation läßt aber eine isolierte Betrachtung der Ausgabenentwicklung einzelner Hilfsmittel kaum zu.

Mit dem Hilfsmittelverzeichnis wird einerseits Transparenz auf einem unübersichtlichen Markt und andererseits ein Anreiz zu kritischem Nachfrageverhalten der Krankenkassen - und möglicherweise auch der Patienten - geschaffen. Bei gleicher medizinischer bzw. kompensierender Wirksamkeit kann das kostengünstigste Hilfsmittel gewählt werden. Das Verzeichnis informiert daneben über die Art und Qualität der Produkte, beantwortet lei stungsrechtliche Fragestellungen und enthält Hinweise zum Wiedereinsatz von Hilfsmitteln.

Sofern ein Patient ein Hilfsmittel benötigt, ist von dem behandelnden Arzt zunächst eine Verordnung auszustellen. Damit hat der Arzt entscheidenden Einfluß auf die Nachfrage nach Hilfsmitteln, so daß ihm nicht allein medizinisch, sondern auch in hohem Maße ökonomisch eine Schlüsselfunktion zukommt. Der Mediziner besitzt aber nicht zugleich ausreichende Markt- bzw. Produktkenntnis, um bereits bei der Verordnung das konkrete - für die individuelle Versorgung geeignetste - Einzelprodukt bezeichnen zu können.

Als Bindeglied zwischen Arzt und Patient hat sich der medizinische Fachhandel, beispielsweise das Gesundheitshandwerk „Orthopädie-Technik", vornehmlich für den Einsatz sinnvoller und dem Einzelfall angepaßter bzw. adäquater Hilfsmittel einzusetzen.

Wie könnte eine rationalere Hilfsmittelversorgung aussehen? Was die gesetzliche Krankenversicherung benötigt, sind in erster Linie

- unmißverständliche Begrifflichkeiten im Gesetz,
- flexiblere Vertrags-, Vertriebs- und Preissysteme,
- eine Eingrenzung der Anbietergruppen unter Berücksichtigung Ihrer Kompetenzen sowie
- eine Mitverantwortung der Versicherten, ohne die gesundheitspolitische Orientierung und die sozialen Grundprinzipien aufzugeben.

Die sozialrechtlichen Normen müssen unter diesen Prämissen überprüft und revidiert werden. Dazu stelle ich Ihnen nachstehend die hieraus folgenden Steuerungselemente vor, die nicht zu einer Rationierung führen, sondern Rationalisierungspotentiale aufbrechen sollen.

Begriffsdefinition

Seit Jahren fordern wir eine Präzisierung des Begriffs Hilfsmittel im Gesetz. Bedingt durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes wurden viele Produkte den Hilfsmitteln zugeordnet, obwohl sie keinen direkten Ausgleich der Behinderung vornehmen bzw. nicht den Erfolg der Krankenbehandlung sichern, sondern nur die Folgen der Behinderung ausgleichen.

Dadurch wird eine zunehmende Zahl von Produkten den Hilfsmitteln zugeordnet, die auch von Nichtbehinderten benutzt werden. Als Beispiele nenne ich hier

- Antiallergie-Bettbezüge (die allerdings eigenartigerweise vom Bundessozialgericht als Heilmittel angesehen werden!),
- Luftreinigungsgeräte,
- Telefaxgeräte und
- Schreibtelefone (mit Doppelausstattung auch für Gesprächspartner).

Meine Forderung lautet, diese Produkte, die zu einer erheblichen Mengenausweitung geführt haben, den Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens zuzuordnen. Es geht mir nicht um eine generelle Begrenzung des Anspruchs der Versicherten. Vielmehr soll damit bezweckt werden, die Eigenverantwortung der Versicherten zu stärken.

Flexiblere Vertrags-, Vertriebs- und Preissysteme

Meine nächste Forderung beinhaltet die Beschränkung des Anspruchs der Versicherten auf die preisgünstigsten Versorgungsarten. Nach meinen Feststellungen gelingt es den Krankenkassen zunehmend, mit einzelnen Leistungserbringern günstige Vertragsabschlüsse zu erreichen. Nach der heutigen gesetzlichen Konstellation kann der Versicherte aber nicht dazu gezwungen werden, diese Leistungserbringer tatsächlich in Anspruch zu nehmen. Vielmehr hat er die Möglichkeit, auch weiterhin andere zugelassene Leistungserbringer aufzusuchen, die dann das Hilfsmittel zu einem erheblich höheren Preis abgeben.

Diese unsinnige Rechtslage bei Sachleistungsansprüchen schreit nahezu nach einer Reform. Deshalb muß klargestellt werden, daß der Versicherte nur Anspruch auf die preisgünstigste Versorgungsart hat.

Nach meiner Auffassung muß außerdem das Steuerungsinstrument „Festbeträge für Hilfsmittel" erhalten bleiben. Durch die Rechtsprechung der Zivilgerichtsbarkeit sind die Festbetragsfestsetzungen für Arzneimittel und Hilfsmittel seitens der gesetzlichen Krankenversicherung in Frage gestellt worden. Dieses Steuerungsinstrumentarium ist aber hinsichtlich der Einflußnahme auf die Höhe der Vergütungen nicht verzichtbar. Ebenso wie bei den Arzneimitteln müssen die Festbetragsregelungen für Hilfsmittel rechtssicher gemacht und eine bundesweite einheitliche Festlegung eingeführt werden.

Ich beobachte - als weitere Entwicklungssequenz - zunehmend, daß die Ärzte eine neue Einnahmequelle entdeckt haben. Vermehrt geben sie in den verschiedenen Bereichen der Hilfsmittelversorgung die Hilfsmittel selbst ab. Auf den ersten Blick könnte es unter rein fiskalischen Gesichtspunkten uninteressant sein, wer die Hilfsmittelversorgung durchführt, zumal jeweils nur der entsprechende Festbetrag bzw. der Vertragspreis gezahlt wird. Dabei werden aber einige wesentliche Aspekte übersehen.

Der Arzt ist - es mag durchaus Ausnahmen geben - kein ausgebildeter Hilfsmittelleistungserbringer. Die im Zusammenhang mit der Hilfsmittelversorgung stattfindenden Arbeiten kann der Arzt nicht bestmöglich ausführen, auch wegen der fehlenden handwerklichen Kenntnisse. Das betrifft z. B. verschiedene Anpaßvorgänge und das Ausprobieren von mehreren Hilfsmittelarten. Die Folge davon ist, daß wegen der fehlenden Qualität die Versicherten nicht optimal versorgt werden. Es kommt folglich zu häufigen Arztbesuchen, wenn der Versicherte mit seiner Versorgung nicht zufrieden ist. Eine weitere Folge könnten auch Überversorgungen und schnellere Wiederversorgungen sein, die für den Arzt mit einem finanziellen Anreiz verbunden sind.

Faßt man die vorgenannten Argumente zusammen, kann - auf lange Sicht gesehen - eine Hilfsmittelversorgung über den Arzt für die gesetzliche Krankenversicherung teurer werden als der herkömmliche Versorgungsweg. Außerdem sind Qualitätsverluste nicht auszuschließen. Deshalb lautet meine Forderung an den Gesetzgeber:

„Schaffung einer gesetzlichen Grundlage, die den Ärzten die direkte Abgabe von Hilfsmitteln untersagt. Der Arzt soll sich auf die rein medizinischen Aspekte der Versorgung konzentrieren."

Der Arzt sollte aus der Kompensation der Behandlung kein Geschäft machen.

Ausgelöst durch eine Empfehlung des Bundesversicherungsamtes gehen die Krankenkassen mehr und mehr dazu über, bei der Hilfsmittelversorgung im Einzelfall alle entstehenden Kosten für einen bestimmten Zeitraum über eine sogenannte Versorgungspauschale zu finanzieren. Dazu gehören auch Reparatur- und Wartungskosten. Der Leistungsanbieter trägt bei dieser veränderten Interessenlage dafür Sorge, daß künftig nur noch hochwertige und langlebige Hilfsmittel eingesetzt werden, die eine betriebswirtschaftliche Kalkulation im Rahmen der Versorgungspauschalen ermöglichen. Grundsätzlich kann ich mich dieser neuen Vergütungsform anschließen, zumal die Krankenkasse dabei nicht unerhebliche Verwaltungskosten einspart. Dennoch stelle ich mir die Frage, ob sich Fallpauschalen für die gesetzliche Krankenversicherung rechnen. Um dies herauszufinden, habe ich entschieden, im IKK-System ein Modellvorhaben durchzuführen. Es soll im Bereich der Inkontinenzhilfen herausgefunden werden, ob eine monatliche Pauschale zur Abgeltung der Kosten für die Inkontinenzversorgung unter Berücksichtigung der Mengenkomponente eine günstigere Vergütungsform ist als die herkömmliche Bezahlung über Festbeträge bzw. Vertragspreise. Mit der Feldphase wird noch in diesem Jahr begonnen. Mit ersten Ergebnissen rechne ich Anfang des Jahres 2001.

Schließlich sind wir zur Zeit in eine Prüfung eingestiegen, ob im gesamten Hilfsmittelbereich eine ärztliche Erst- bzw. Folgeverordnung in allen Fällen zwingend erforderlich ist. Prägnantestes und in drei Gerichtszweigen höchstrichterlich bestätigtes Beispiel ist die Augenglasbestimmung durch die Augenoptiker: Durch die Sozial- und Verwaltungsgerichtsbarkeit, ebenso aber auch durch den Bundesgerichtshof, ist höchstrichterlich anerkannt, daß Augenoptiker dies tun dürfen. Hier bedarf es keiner ärztlichen Verordnung als Leistungsvoraussetzung für die gesetzliche Krankenversicherung.

Ich frage mich, ob dies nur für den bisher in der rechtsstreitigen Auseinandersetzung geklärten Sachverhalt gelten muß. Andere Leistungsbereiche, die medizinisch möglicherweise „ungefährlicher" sind, müssen ebenfalls dahingehend überprüft werden.

Drei Beispiele hierfür:

- Ein manifest Querschnittsgelähmter kann eine Rollstuhl-Wiederversorgung sicher auch ohne ärztliche Verordnung beanspruchen wol-

len und realisieren dürfen, wenn die vorausgegangene Versorgung nicht ausreicht.

- Ein Beinamputierter mit defekter „überalterter" Prothese benötigt sicher eher des Beistands eines Orthopädie-Technikers als denjenigen eines Vertragsarztes.

- Die Notwendigkeit von Reparaturen und Instandsetzungen bei aufwendigen Hilfsmitteln kann eher der handwerkliche Techniker als der Arzt beurteilen, der eine Reparaturverordnung eigentlich verantworten kann.

Die mangelnde Übersicht über alle auf dem Markt befindlichen Hilfsmittel führt deshalb zu der Überlegung, ob nicht der Leistungserbringer in Zusammenarbeit mit dem Versicherten und der Krankenkasse ohne ärztliche Verordnung eine fachgerechtere Versorgung sicherstellen kann.

Die ständig beklagten Fehlversorgungen durch mangelhafte Beratung und falsche Ausstattung könnten durch eine verstärkte Zusammenarbeit ausgeschlossen bzw. minimiert werden. Die direkte Einflußnahme der Krankenkassen auf die Versorgung im Einzelfall könnte auch dazu führen, daß Neu- bzw. Folgeversorgungen nur da stattfinden, wo sie tatsächlich erforderlich sind. Ich verspreche mir hiervon eine Reduzierung der Mengenentwicklung.

Eingrenzung der Anbietergruppen

Die Spitzenverbände der Krankenkassen überarbeiten derzeit die „Gemeinsamen Empfehlungen für die Zulassung der Leistungserbringer von Hilfsmitteln". Darin werden die fachlichen und juristischen Voraussetzungen bzw. die räumlichen und sachlichen Mindestanforderungen, die von den Leistungserbringern erwartet werden, dargestellt. Durch die restriktivere Auslegung der Empfehlungen wird eine „Auslese" prädestinierter Lei stungserbringer erwartet, so daß die Versorgungsqualität verbessert werden kann.

Ich möchte in diesem Zusammenhang noch auf ein Problem eingehen, das meines Erachtens dringend einer Lösung bedarf: das sind die sogenannten „Bezahlsysteme". In vielen Vertragsbereichen in Einzel- und Rahmenverträgen ist geregelt, daß der abrechnende Leistungserbringer weder vom Versicherten noch vom verordnenden Vertragsarzt „Zuzahlungen" verlangen darf; Skonti muß er an die Krankenkassen weitergeben.

Wir beobachten, daß Ärzte Leistungserbringer aus dem Hilfsmittelbereich insofern unter Druck setzen, daß Verordnungen von „Qualitätssicherungs-Attestaten" abhängig gemacht werden, für die Entgelte oder Vergütungen gefordert werden. Solche Handlungsweisen stehen weder im Einklang (eher sogar in direktem Widerspruch) noch in der Wortauslegung von Verträgen auf Landesebene. „Kaschierte" Qualitätssicherungsprogramme können auch nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gehen.

Mitverantwortung der Versicherten

Gesundheit unterliegt allerdings nicht allein der Verantwortung der Lei stungserbringer oder der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie ist vielmehr auch Ergebnis eigener Anstrengungen. Die Inanspruchnahme von Leistungen sollte so gesteuert werden, daß unnötige Versorgungen ausbleiben. Mit der Einführung der 20%igen Eigenbeteiligung für bestimmte Bandagen, Einlagen und Hilfsmittel zur Kompressionstherapie ist der Gesetzgeber diesem Gedanken zwar gefolgt, allerdings ist die willkürliche Festlegung dieser Hilfsmittelarten als zuzahlungsfähige Leistungen sachlich nicht nachvollziehbar. Darüber hinaus ist es zu sehr hohen Belastungen für die Versicherten gekommen. Maßnahmen dieser Art sind von der Grundidee sicherlich zu befürworten, allerdings müssen sie in jedem Falle sozialverträglich sein und nachhaltige Steuerungswirkungen entfalten.

Dies sind meine Vorschläge, die Rationalisierungsreserven bei Hilfsmitteln ausschöpfen könnten.

Zusammenfassung

Das Bestreben der gesetzlichen Krankenversicherung - im weitesten Sinne als Verbraucherorganisation - war und ist es, durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven Freiräume zu schaffen, um die durch Innovationen und technischen Fortschritt neu geschaffenen Gesundheitsleistungen weiter finanzieren zu können. Das gilt auch für den Hilfsmittelbereich. Begrenzungen für dieses verbraucherpolitische Ziel der Krankenversicherung liegen einzig im Sozial- und dem föderativ konstruierten Vertragsrecht. Bei entsprechenden Ermächtigungskompetenzen, z. B. auf der Ebene des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, wären hier rationellere Ergebnisse erzielbar.

Deshalb weise ich an dieser Stelle die immer wieder von der Politik erhobenen Vorwürfe entschieden zurück, daß die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen von der gesetzlichen Krankenversicherung falsch bzw. unkontrolliert eingesetzt werden. Im Gegenteil: Wir wollen auch in der

Zukunft den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung die moderne Medizintechnik zugänglich machen und nach Möglichkeit in vollem Umfang finanzieren.

Das deutsche Gesundheitswesen unter Effizienz- und Effektivitätsaspekten - Die isolierte Ausgabenbetrachtung als Ansatzpunkt von Gesundheitsreformen

Eberhard Wille

Die Gesundheitsausgaben aller Ausgabenträger beliefen sich in Deutschland im Jahre 1997 auf 516,58 Mrd. DM, wobei mit 240,38 Mrd. DM 46,5 % auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) entfielen (Statistisches Bundesamt 2000, S. 7). Für die alten Bundesländer lag der entsprechende Anteil der GKV mit 45,4 % spürbar niedriger. Verglichen mit dem Bruttoinlandsprodukt erreichten die gesamten Gesundheitsausgaben in Deutschland eine Quote von 14,3 % und in den alten Bundesländern eine Relation von 13,7 % (ebenda, S. 135f.). Die deutsche Wiedervereinigung trug somit um ca. 0,6 Prozentpunkte zum Anstieg dieser sog. Gesundheitsquote bei. Während sich die Gesundheitsausgaben pro Kopf in den neuen Bundesländern zügig dem westdeutschen Niveau nähern, klafft zwischen den jeweiligen Beiträgen zum Bruttoinlandsprodukt noch eine beträchtliche Lükke. Diese sog. Gesundheitsquote nahm zwischen 1970 und 1997 in jeweiligen Preisen von 10,3 % auf 14,3 %, (alte Bundesländer: 13,7 %), d. h. um 38,8 % (bzw. 33 %), zu.

Eine zunehmende Gesundheitsquote zeigt zunächst nur an, daß innerhalb der verschiedenen Lebensbereiche im Beobachtungszeitraum überproportional viele Ressourcen in das Gesundheitswesen flossen. Diese Feststellung erlaubt zunächst noch keinerlei Aussagen über die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung, denn die überproportionalen Ausgabensteigerungen können aus theoretischer Sicht sowohl in optimaler Weise den Präferenzen der Bevölkerung entsprechen als auch in Fehlallokationen wurzeln. Zudem bleibt noch offen, ob es sich hier um ein bundesdeutsches Spezifikum oder um einen internationalen Trend handelt. Gleichwohl gefährden in der GKV die Entwicklung der Gesundheitsausgaben und die strukturellen Schwächen der Einnahmenbasis (vgl. Wille E., 1998a und 1998b) die in § 71 SGB V verankerte Beitragssatzstabilität. Der durchschnittliche Beitragssatz stieg in der GKV von 8,2 % im Jahre 1970 auf zwischenzeitlich fast 14 % an. Er bleibt nur dann konstant, wenn die Ausgaben der GKV nicht stärker anwachsen als die entsprechenden Einnahmen. Nach dem politischen Scheitern des Globalbudgets strebt der im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 neu formulierte § 71 SGB V in den Absätzen 2 und 3 eine ziemlich strikte sektorale Ausgabenbudgetierung auf

dem Niveau des Einnahmenzuwachses an. Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität setzen voraus, daß die „notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten" ist.

Die zahlreichen Reformen, die eingeleitet durch das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 in den vergangenen zwei Jahrzehnten im deutschen Gesundheitswesen und hier insbesondere im Bereich der GKV stattfanden, beschränkten sich überwiegend auf reine Kostendämpfungsmaßnahmen. Letztere dienten vornehmlich der finanziellen Stabilisierung der GKV und blendeten explizit formulierte gesundheitspolitische Ziele als entscheidungsrelevante Aspekte weitgehend aus. Die jüngsten Diskussionen um die Gesundheitsreform 2000, bei denen Probleme globaler und sektoraler Ausgabenplafonds eindeutig im Mittelpunkt standen, spiegelt dieses Defizit an gesundheitspolitischer Zielorientierung anschaulich wider. Ein Ende der Kostendämpfungspolitik, die auf einer isolierten Ausgabenbetrachtung basiert, erscheint auch derzeit noch nicht in Sicht. Ohne Bemühungen um eine explizite Zielorientierung, die konkrete Outcome-Indikatoren der Lebenserwartung und -qualität beinhaltet, lassen sich weder Effizienz- oder Effektivitätsmaße formulieren, noch Wirtschaftlichkeitsreserven bzw. Rationalisierungspotentiale erfassen.

Zum Verhältnis von Zielen und Mitteln der Gesundheitsversorgung

Das Wirtschaftlichkeitsprinzip bzw. Effizienzpostulat stellt immer auf ein Zweck-Mittel bzw. Output-Input-Verhältnis ab und in analoger Weise beinhalten alle Effektivitätskonzepte eine Outcome-Dimension. Beide Ansätze fordern auch aus ökonomischer Sicht keineswegs in Form einer isolierten Betrachtung der Mittelebene eine Ausgabenreduktion oder Kostendämpfung um ihrer selbst willen. In allgemeiner Form läßt sich das Wirtschaftlichkeitsprinzip in zwei Varianten formulieren:

- Mit gegebenen Mitteln soll ein maximaler Zweck realisiert werden (sog. Maximalprinzip).

- Ein gegebener Zweck ist mit minimalen Mitteln zu verwirklichen (sog. Minimal- oder Sparsamkeitsprinzip).

Beide Varianten dieses Prinzips stehen in normativer Hinsicht gleichrangig nebeneinander. Eine Kombination beider Varianten des Wirtschaftlichkeitsprinzips mit der Intention, einen maximalen Zweck mit minimalen Mitteln zu erreichen, scheitert daran, daß sich ein Extremwert jeweils nur in eine

Richtung bestimmen läßt. Bei realisiertem Maximalprinzip bedingt jede Verringerung der Mittel zwangsläufig Abstriche bei der Zweckerfüllung. Schon diese einfachen Überlegungen zeigen, daß eine Kostendämpfungspolitik nicht zwangsläufig mit einer gesundheitspolitischen Zielorientierung in Konflikt stehen muß. Die Dämpfung des Anstiegs der Gesundheitsausgaben kann durchaus unter Beachtung von Gesundheitszielen erfolgen. Die Vorgabe von sektoralen oder globalen Budgets impliziert in diesem Kontext allerdings die Variante des Maximalprinzips.

Wie bereits angedeutet, setzen die gesundheitspolitischen Diskussionen und Kontroversen zwar in der Regel bei den Gesundheitsausgaben an, aber unbeschadet ihrer Existenzberechtigung läßt die Ressourcenbetrachtung für sich alleine noch keine Schlüsse über die Outcomes der Gesundheitsversorgung sowie über die Effizienz und Effektivität der medizinischen Leistungserstellung zu. Abbildung 1 veranschaulicht die hierarchischen Ziel-Mittel-Beziehungen, die zwischen den Gesundheitsausgaben und der Outcome-Ebene der Gesundheitsversorgung bestehen (Wille E. 1999). In diesem hierarchischen Ziel-Mittel-Schema bilden einerseits die Zielorientierung im Sinne des Patientennutzens und andererseits die Konkretisierbarkeit und Prüfbarkeit der jeweiligen Effekte die zentralen Kriterien. Infolge der exogenen bzw. intersektoralen Einflußfaktoren bildet dieses Schema keine gesundheitliche Produktionsfunktion ab, denn die Existenz einer bestimmten Ebene stellt nur eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für die Realisierung der nächsthöheren dar. So kann z. B. selbst bei optimalen Bedingungen auf allen unteren Ebenen eine fehlende Compliance bzw. ein kontraproduktives Verhalten des Patienten zu einem Scheitern auf der Outcome-Ebene führen.

Wie Abbildung 1 zeigt, befinden sich die Gesundheitsausgaben als monetäre Inputs auf der untersten Ebene einer Ziel-Mittel-Hierarchie, die den Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen schrittweise mit den Outcomes bzw. den medizinischen Behandlungszielen verknüpft. Mit Hilfe der finanziellen Ressourcen erwerben die Ausgabenträger zunächst personelle und sachliche Kapazitäten (z. B. Ärzte, Krankenschwestern, Röntgengeräte, Arzneimittel), um mit ihnen das medizinische Produkt bzw. Angebot zu erstellen. Aus dieser Sicht bilden die einzelnen Behandlungsarten Produktionsfaktoren, die zumeist in Kombination mit anderen Behandlungsarten das „Gesundheitsprodukt" bzw. das medizinische Angebot erzeugen.

Abbildung 1: Ziel- und Mittelebenen der Gesundheitsversorgung

Ziel-Mittel-Ebene	Beitrag zur Gesundheitsproduktion	Indikatorentyp	Beispiele	Mögliche Ursachen für Ineffizienzen und Ineffektivitäten
(7) Wohlfahrtsziele (goals) ↑	Enumeration allgemeiner Ziele bzw. wohlfahrts-relevanter Lebensbereiche	nicht zu konkretisieren	Steigerung der Gesundheit, Verbesserung des Gesundheitszustandes	Fehleinschätzung der Präferenzen der Versicherten bzw. Patienten (nicht prüfbar zu formulieren)
(6) gesellschaftliche Leitbilder ↑	Allgemeine Charakterisierung der Ziele innerhalb der Lebensbereiche		partizipative Gesundheitsversorgung, gezielte Rehabilitation, bedarfsgerechtes Angebot an medizinischen Leistungen	
(5) Wirkungsebene ↑	Konkretisierte operationale Wirkungsziele (impact objectives)	Resultatindikatoren auf individueller Ebene (Outcome-indikatoren)	Mortalitäts- und Morbiditätsindizes, Indizes der Lebenserwartung und -qualität	Fehlende Wirksamkeit der Maßnahmen, geringe Effektivität derselben
(4) Ebene der Inanspruchnahme ↑	Konkretisierte operationale Ausbringungsziele (output objectives)	Nutzungsindikatoren	Anzahl der in Anspruch genommenen Impfungen, diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen	Mangelnde Nachfrage, angebotsinduzierte Überkonsumtion, Angebotslücken, kostengünstigere Alternativen
(3) Angebotsebene ↑	Fertiggestelltes, konsumierbares Produkt, verfügbares und erreichbares Angebot	Angebots- bzw. Leistungsindikatoren	Angebot an Impfungen, diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen	Ineffiziente Produktion: • technisch bedingt • technisch bedingt
(2) Ausstattungsebene ↑	Personelle und sachliche Kapazitäten	Physische Input- oder Ausstattungsindikatoren	Ärzte, Krankenschwestern, Krankenhäuser, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel	Unwirtschaftlicher Erwerb von Produktionsfaktoren bzw. Vorleistungen; vermeidbare Steigerung spezieller Preisindizes
(1)Ausgaben- bzw. Finanzierungsebene	Ausgaben bzw. monetäre Inputs	Monetäre Input-indikatoren	Gesundheitsausgaben nach • Ausgabenträgern • Ausgabenarten • Leistungsarten	Zuwiderhandlungen beim Vollzug, strafbare Verfehlungen

Obgleich diese sachlichen und personellen Kapazitäten im Vergleich zu den Ausgaben schon auf einer höheren funktionalen Ebene rangieren, gehören sie unter Outcome- bzw. Zielaspekten noch völlig zum Inputbereich. Sie verkörpern noch nicht das medizinische Produkt, d. h. das für den Patienten konsumierbare Angebot, sondern dienen erst dazu, dieses als physische Inputs zu erzeugen. Auch im Hinblick auf die medizinischen Behandlungsziele bildet das fertiggestellte Produkt (z. B. das Angebot an diagnostischen Untersuchungen sowie ambulanten und stationären Behandlungen) in dieser Ziel-Mittel-Hierarchie die unterste Ebene, die unter Angebotsaspekten einen gewissen Outputcharakter besitzt. Die Existenz dieses Angebots sichert aber noch nicht seine Nutzung bzw. Inanspruchnahme oder gar positive Outcome-Effekte.

Wenn die Bürger bzw. Patienten das medizinische Angebot in Anspruch nehmen, trifft auf der Ebene der Ausbringungsziele das medizinische Angebot auf die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Sofern sich das Angebot an den Bedürfnissen der Bürger orientiert, kann sich eine Outcome- bzw. Nutzenanalyse bei den Gütern, die der Marktmechanismus koordiniert, mit der Ebene der Inanspruchnahme begnügen, denn die Konsumenten äußern mit dieser Nachfrage ihre Zahlungsbereitschaft und damit ihre Präferenzen. Ein Konzept, welches allein auf die Inanspruchnahme abstellt und die Wirkung der betreffenden Nutzung ausklammert, reicht aber bei den meisten Gesundheitsleistungen nicht aus, denn die Konsumenten entrichten hierfür kein spezielles Entgelt und sehen sich insofern auch nicht gezwungen, ihren Nutzen über ihre Zahlungsbereitschaft zu offenbaren. Ohne Kenntnis der individuellen Zahlungsbereitschaft vermögen Ausbringungs- bzw. Nutzungsindikatoren aber nicht valide über die Outcome- bzw. Zieleffekte zu informieren, die mit der Inanspruchnahme dieser Leistungen einhergehen. Eine gestiegene Nutzung von Gesundheitsleistungen garantiert noch keine Realisierung der angestrebten Outcomes, denn die betreffenden Maßnahmen können weitgehend wirkungslos bleiben und in ungünstigen Fällen den Gesundheitsstatus der Patienten noch verschlechtern.

Da die Ausbringungsziele unabhängig von Zahlungsbereitschaften nur lükkenhaft über den Nutzen der jeweiligen Güter informieren, bietet es sich im Rahmen einer zielorientierten Analyse an, die finalen Effekte von Gesundheitsausgaben bzw. -leistungen auf der Wirkungsebene zu bestimmen. Auf der Ebene der Wirkungsziele dienen dann Outcome-Indikatoren der Mortalität, der Morbidität, der Lebenserwartung und der Lebensqualität dazu, die medizinischen Behandlungsziele in operationaler und damit auch prüfbarer Form abzubilden. Im Vergleich mit den noch höher postierten Zielebenen besitzen die Wirkungsziele zwar nur Mittelcharakter, aber die wohlfahrts-

relevanten Lebensbereiche und die gesellschaftlichen Leitbilder entziehen sich einer Operationalisierung und Prüfbarkeit.

Die Darstellung in Abbildung 1 abstrahiert von den sog. Erreichbarkeitsindikatoren, die in diesem Schema zwischen der Angebots- und der Wirkungsebene liegen und sich ohne zusätzliche Informationen über den Einzelfall nicht eindeutig einer Outputebene zuordnen lassen (Ganter M. 1984, Wille E. 1986). Einerseits stellt das noch nicht genutzte bzw. in Anspruch genommene Angebot normalerweise kein Wirkungsziel dar, denn es erhöht in der Regel noch nicht die Lebenserwartung oder -qualität der Individuen. Andererseits kann bereits das Wissen um eine verbesserte Erreichbarkeit auch unabhängig von jeglicher Inanspruchnahme nutzenstiftend wirken. Das betreffende Individuum wertet sein Wissen um die Nutzungsmöglichkeit als Optionsgut und damit wie ein outcomerelevantes Endprodukt. Die OECD sieht in dieser Nutzungsmöglichkeit „an element of well-being in itsself" und hält die „accesssibility to various services" sogar für „as important as actual use" (OECD 1976, S. 19). Bei weiter Auslegung läuft dieses Konzept allerdings Gefahr, als Alibi für ein ineffektives Angebot und hier insbesondere für Überkapazitäten zu dienen.

Obgleich Mortalitäts- und Morbiditätsindikatoren sowie Indizes der Lebenserwartung zielrelevante Tatbestände anzeigen, spiegeln sie das Outcomespektrum der Gesundheitsversorgung nur zu einem Teil, d. h. letztlich lückenhaft, wider. Zur vollständigen Erfassung der Zieleffekte fehlen u. a. noch Informationen über die Zeitkosten, Funktionseinbußen, Verunsicherungen und Leidgefühle der Patienten. Den Outcome-Indikatoren fällt insofern die Aufgabe zu, nicht nur die Länge des Lebens, sondern auch die Lebensqualität in dieser Zeit zu berücksichtigen. Da sich die Lebensqualität nur zum Teil mit Hilfe von objektiven Indikatoren, d. h. in standardisierten und interpersonell vergleichbaren Messeinheiten, erfassen läßt, bedarf die Outcomeanalyse hier einer Ergänzung um subjektive Elemente und Indikatoren der Gesundheitsversorgung.

Kennziffern zur Effizienz und Effektivität

Das o. a. Ziel-Mittel-Schema bietet auch einen geeigneten analytischen Ansatzpunkt, um in funktionaler Hinsicht zwischen der Effizienz und der Effektivität gesundheitlicher Leistungserstellung zu unterscheiden. Dabei mißt die Effizienz das Verhältnis zwischen der fertiggestellten Gesundheitsleistung bzw. dem Behandlungsangebot und den zu ihrer Erstellung eingesetzten Mitteln bzw. Ausgaben. Die Effektivität setzt dann auf einer höheren hierarchischen Ebene an und stellt die gesundheitlichen Wirkungsziele bzw. Outcomes der betreffenden Gesundheitsleistung oder den

jeweiligen Ausgaben gegenüber. Im Sinne dieser Terminologie setzt die optimale Effektivität die optimale Effizienz voraus, was aber nicht umgekehrt gilt. Verluste im Effizienzbereich mindern über die Vergeudung von Ressourcen auch die mögliche Zielrealisierung und damit die Werte der Outcome-Indikatoren. Um die optimale Effektivität zu erreichen, bildet die optimale Effizienz aber nur eine notwendige und noch keine hinreichende Bedingung, denn auch effizient produzierte Gesundheitsleistungen können ohne Wirkung auf die Outcome-Indikatoren bleiben.

Die Aufspaltung des Wirtschaftlichkeitsprinzips bzw. Effizienzpostulates in einen Effizienz- und einen Effektivitätsbereich zielt zunächst darauf ab, die Zielrealisierung, d. h. im Gesundheitswesen die Outcomes, stärker ins Blickfeld zu rücken. Diese Perspektive möchte der Gefahr vorbeugen, das Wirtschaftlichkeitsprinzip auf die kostengünstige Erstellung einer Gesundheitsleistung bzw. einer medizinischen Behandlung einzuengen. Zudem kann eine detailliertere Auflistung von Kennziffern zur Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung auch dazu dienen, bestimmte Ineffizienzen und Ineffektivitäten aufzuspüren und zu lokalisieren. Wie Tabelle 1 zusammenfaßt, existiert im Bereich der Effizienz (2) ein Rationalisierungspotential, wenn die Vorleistungen, die zur Erstellung der Gesundheitsleistung dienen, zu teuer erworben werden (2a) und/oder in einem suboptimalen Einsatzverhältnis in die Produktion eingehen (2b). In letzterem Fall erfolgt die Produktion dann z. B. zu kapital- oder zu arbeitsintensiv. Im Bereich der Effektivität (3) besteht ein spezifisches Rationalisierungspotential, wenn die anvisierten Konsumenten ein medizinisches Angebot, wie z. B. Vorsorgeuntersuchungen, nicht nachfragen bzw. nutzen (3a) oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen keinen oder einen negativen Beitrag zu den Outcomes leistet (3b). Die Effektivität im weiteren Sinne (1), welche die Outcomes mit den monetären Inputs bzw. Kosten in Verbindung setzt, faßt alle diese Effekte zusammen. Für sich alleine betrachtet, gibt diese Relation aber keine Auskunft darüber, auf welcher Ziel-Mittel-Ebene die Rationalisierungsreserven jeweils stecken.

Tabelle 1: Kennziffern zur Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung

(1)	**Effektivität**[41] **(im weiteren Sinne)**	=	gesundheitliche Wirkungsziele bzw. Outcomes monetäre Inputs bzw. Kosten
(2)	**Effizienz**	=	Gesundheitsleistung bzw. -angebot monetäre Inputs bzw. Kosten
(3)	**Effektivität (im engeren Sinne)**	=	gesundheitliche Wirkungsziele bzw. Outcomes Gesundheitsleistung bzw. -angebot
(2a)	**finanzielle Inputeffizienz**	=	physische Inputs bzw. Ausstattung monetäre Inputs bzw. Kosten
(2b)	**physische Inputeffizienz**	=	Gesundheitsleistung bzw. -angebot physische Inputs bzw. Ausstattung
(3a)	**Effektivität des Angebotes**	=	Ausbringungsziele bzw. Nutzungsindikatoren Gesundheitsleistung bzw. -angebot
(3b)	**Effektivität der Nutzung**	=	gesundheitliche Wirkungsziele bzw. Outcomes Ausbringungsziele bzw. Nutzungsindikatoren
(4)	**„medizinische Effektivität" (Erfolg)**[42]	=	Wirkungsziele - bzw. Outcomes-Ist Wirkungsziele bzw. Outcomes-Soll

[41] Es geht hier um die Effektivität einer konkreten Behandlung, d. h. um eine Gesundheitsversorgung unter Alltagsbedingungen („effectiveness"). Im Gegensatz dazu bezieht sich die Effektivität unter Idealbedingungen („efficacy") in der Regel auf ein selektiertes, homogen zusammengesetztes Patientengut, das eine hohe Symptomprävalenz und keine Komorbidität aufweist.

[42] Die medizinische Literatur belegt diese Kennziffer häufig mit dem Begriff „Effektivität" (Klausing M. 1981). Diese Terminologie erscheint aber unter ökonomischen Aspekten insofern wenig sinnvoll, als diese Kennziffer keinen Ressourcenbezug besitzt. Bei knappen Ressourcen schließt eine Verbesserung dieser Kennziffer gesellschaftliche Nutzen- bzw. Wohlfahrtsverluste nicht aus, denn die zur Erhöhung des Outcome-Ist benötigten Ressourcen können u. U. in einer anderen Verwendung einen höheren Nutzen stiften. Ein terminologischer Kompromiß zwischen medizinischen und ökonomischen Aspekten könnte darin hier bestehen, diesen Begriff auf die „medizinische Effektivität" einzuengen.

Zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung

Der im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 neugefaßte § 142 Abs. 2 SGB V beauftragt den Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen u. a., „im Hinblick auf eine bedarfsgerechte Versorgung Bereiche mit Über-, Unter- und Fehlversorgungen und Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven aufzuzeigen und zu bewerten". In ähnlichem Kontext fordern die §§ 12 und 70 SGB V, daß Leistungen im Rahmen der GKV eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche, bedarfsgerechte, gleichmäßige und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten sicherstellen sollen. Bei aller Redundanz, die solchen gesetzlichen Vorschriften bzw. Postulaten anhaftet, scheint der Gesetzgeber die Begriffe bedarfsgerecht und zweckmäßig einerseits und wirtschaftlich andererseits voneinander zu trennen. Wenn wir in diesem Sinne von zwei verschiedenen Kriterien ausgehen, dann handelt es sich um eine bedarfsgerechte Versorgung, wenn weder Über-, noch Unter- oder Fehlversorgungen vorliegen. Diese engere Version der „Bedarfsgerechtigkeit" schließt noch keine Aussagen über die Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung ein.

Eine bedarfsgerechte Versorgung im obigen Sinn kann somit durchaus mit einer unwirtschaftlichen Leistungserstellung einhergehen. Der Patient erhält in diesem Falle die für ihn zweckmäßige und optimale Versorgung, die dazu notwendige Behandlung erfordert jedoch mehr Ressourcen als nötig, was gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip in seiner Version als Minimal- bzw. Sparsamkeitsprinzip verstößt. Bei einer bedarfsgerechten, aber unwirtschaftlichen Behandlung erleidet der Patient keinen gesundheitlichen Schaden, es entsteht ihm aber, sofern er die Behandlungskosten selbst trägt, ein ökonomischer Verlust. Dieser entfällt bei einer Vollversicherung, denn dann gehen diese vermeidbaren Opportunitätskosten auf die Versichertengemeinschaft über. Die Opportunitätskosten entstehen dadurch, daß in einer Welt knapper Ressourcen jede Mittelverwendung zwangsläufig den Verzicht auf die Inangriffnahme eines anderen Projektes und damit den Entgang des entsprechenden alternativen Nutzens erfordert. In diesem Sinne stehen dem (Brutto-)Nutzen, den ein Projekt erzeugt, seine Opportunitätskosten als entgangene Nutzen der besten alternativen Verwendung gegenüber.

Bei einer Trennung dieser beiden Kriterien kann eine wirtschaftliche Leistungserstellung auch mit einer nicht bedarfsgerechten Versorgung einhergehen. Eine wirtschaftlich, d. h. mit geringstmöglichem Ressourcenaufwand produzierte Gesundheitsleistung stiftet dann keinen oder einen zu geringen Nutzen, d. h. sie bleibt im Hinblick auf die Lebenserwartung und/oder Lebensqualität hinter den möglichen Outcome-Effekten zurück.

Diese Trennung zwischen Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit entspricht in Tabelle 1 letztlich der Unterscheidung zwischen der (3) Effektivität im engeren Sinne und der (2) Effizienz. Die Effektivität im engeren Sinne stellt als Relation zwischen gesundheitlichen Outcomes und Gesundheitsleistung bzw. medizinischer Behandlung in instrumentaler Hinsicht primär ein medizinisches Problem dar. Im Gegensatz dazu bildet die Effizienz, d. h. das Verhältnis zwischen der Gesundheitsleistung und der zu ihrer Erstellung notwendigen Ressourcen, in erster Linie eine ökonomische Kategorie. Die (1) Effektivität im weiteren Sinne setzt die gesundheitlichen Outcomes dann unmittelbar mit den eingesetzten Ressourcen in Verbindung. Diese Relation zeigt das gesamte Rationalisierungspotential an, das es im Falle einer nicht bedarfsgerechten und/oder unwirtschaftlichen Versorgung auszuschöpfen gilt.

Ob eine Analyse die Bedarfsgerechtigkeit und die Wirtschaftlichkeit als zwei getrennte Kriterien behandelt oder die Wirtschaftlichkeit unter die Bedarfsgerechtigkeit subsumiert, hängt letztlich vom speziellen Erkenntnisinteresse einer Studie und von Zweckmäßigkeitserwägungen im Hinblick auf das methodische Procedere ab. Die Trennung der beiden Kriterien besitzt meines Erachtens den Vorzug, die komplexe Problematik in leichter handhabbare Teilaufgaben aufzuspalten. Dabei bietet es sich an, mit der Frage nach der Bedarfsgerechtigkeit, d. h. mit der Relation (3) in Tabelle 1, zu beginnen. Sofern z. B. die Effektivität im engeren Sinne völlig fehlt, d. h. daß die betreffende Gesundheitsleistung keinerlei Outcome-Effekte erzeugt, erübrigt sich jede Überprüfung dieser Gesundheitsleistung auf ihre effiziente Erstellung. Insofern kann die getrennte Überprüfung der Gesundheitsversorgung auf Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit im Sinne eines sukzessiven Verfahrens in manchen Fällen weitergehende ökonomische Analysen überflüssig machen.

Die Mikroökonomie betrachtet die Kategorien Bedürfnis, Bedarf und Nachfrage zunächst als rein subjektive Elemente, die aus den individuellen Präferenzen und den individuellen Zahlungsbereitschaften erwachsen. F.B.W. von Hermann lieferte schon 1870 eine anschauliche Definition vom Bedürfnis als „Gefühl eines Mangels mit dem Streben, ihn zu beseitigen". Dieses Bedürfnis löst den subjektiven Bedarf aus und dieser führt in Verbindung mit der jeweiligen Zahlungsfähigkeit bzw. -bereitschaft zur individuellen Nachfrage. Ob diese individuelle Nachfrage am Markt zum Zuge kommt, d. h. befriedigt wird, hängt vom Verhältnis zwischen der individuellen Zahlungsbereitschaft und dem Marktpreis des gewünschten Gutes ab. Der Marktpreis bildet sich durch das Zusammenspiel von Angebot und Nachfrage. Die mikroökonomische Betrachtungsweise geht im Sinne eines methodischen Individualismus strikt vom Primat der individuellen Präfe-

renzordnungen aus und stellt die Berechtigung der am Markt geäußerten Zahlungsbereitschaft bzw. Nachfrage grundsätzlich nicht zur Diskussion. Sie unterstellt, daß der Nachfrager mit seiner Zahlungsbereitschaft auch seine Wertschätzung gegenüber dem Gut äußert, so daß im Falle eines Kaufes der Nutzen, den das Gut für ihn stiftet, mindestens seinen Opportunitätskosten entspricht.

Die obigen Überlegungen gelten auch im Gesundheitswesen in vollem Umfange, wenn ein Patient bestimmte Gesundheitsgüter am Markt erwirbt und die entsprechenden Kosten selbst trägt. Diese Kaufentscheidungen bedürfen keiner externen Kontrolle durch irgendein neutrales, fachkompetentes Gremium. Wenn ein Bürger im Rahmen der Selbstmedikation ein Multivitaminpräparat kauft, spielt es keine Rolle, ob ein medizinisches Fachgremium dessen Einnahme für indiziert hält. Ebenso steht es jedem Bürger frei, sich ständig mit dem neuesten Blutdruckmeßgerät auszustatten, wenn ihm dessen Technik oder Format besonders gefällt. Von externer Seite aus betrachtet reicht es bei solchen Kaufentscheidungen völlig aus, wenn die staatlichen Entscheidungsträger über Rahmenordnungen sicherstellen, daß sich die Bürger mit diesen medizinischen Leistungen keinen gesundheitlichen Schaden zufügen. Über das Nutzen-Kosten-Verhältnis eines medizinisch unbedenklichen Gutes entscheidet dann alleine der Käufer bzw. Finanzier.

Die obigen Beziehungen zwischen den Kosten eines Gutes und der Zahlungsbereitschaft des Nachfragers bzw. Konsumenten lösen sich auf, wenn nicht der Konsument des Gutes, sondern ein anderer Träger, wie z. B. eine staatliche Institution oder eine Versichertengemeinschaft, die Leistung finanziert. Der Konsument der Leistung sieht sich dazu nicht mehr gezwungen, seine Zahlungsbereitschaft zu offenbaren. Ferner fallen die Opportunitätskosten, die mit dem Kauf des Gutes einhergehen, nicht mehr beim Konsumenten, sondern bei unbeteiligten Dritten an. Sofern der Konsument für die von ihm in Anspruch genommenen Güter kein spezielles Entgelt entrichtet, handelt er individuell rational, wenn er alle Leistungen nachfragt, von denen er sich einen positiven Nutzen verspricht. Bei einem solchen Konsumverhalten übersteigen die gesellschaftlichen Grenzkosten die individuellen, was aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zu Fehlallokationen führt. Diese Gefahr besteht nicht nur im Gesundheitswesen, d. h. bei GKV und PKV, sondern in den meisten Versicherungssparten und auch unabhängig davon, ob sich die jeweiligen (Voll-)Versicherungssysteme in staatlicher, parafiskalischer oder privater Trägerschaft befinden. Eventuelle Selbstbeteiligungen oder Beitragsboni können diese Gefahr etwas abschwächen, aber nicht beseitigen.

Das Auseinanderklaffen zwischen dem Nutzen und den Opportunitätskosten einer Leistung begründet auch aus ökonomischer Sicht die Berechtigung bzw. Notwendigkeit, den individuellen Bedarf durch externe Fachgremien zu überprüfen und die Gesundheits- bzw. Versicherungsleistungen an einem nach bestimmten Kriterien normierten bzw. objektiven Bedarf zu orientieren. Die Festlegung eines objektiven Bedarfs beugt dann auch dem ex post-Moral Hazard bzw. der „moralischen Versuchung" vor, im Schadensfall die Gesundheitsleistungen in Quantität und Qualität übermäßig in Anspruch zu nehmen.[43] Dieser Anreiz besteht für die Versicherten in der GKV und der PKV insofern, als sie die meisten Gesundheitsleistungen, von Weg- und Zeitkosten abgesehen, praktisch zum Nulltarif erhalten. Eine spezielle bzw. weitere Begründung für eine Objektivierung des Bedarfs in der GKV folgt aus ihren Finanzierungsmodalitäten. Die Beiträge in der GKV stellen keine individuell äquivalenten Risikoprämien, sondern nach dem Solidaritätsprinzip erhobene Einnahmen dar. Auf der Grundlage dieser Beitragsgestaltung kann das Postulat der Beitragssatzstabilität der Ausgabengebarung und damit auch der Leistungsgewährung gewisse Grenzen setzen. Sofern dann Budgetierungen Leistungseinschränkungen erfordern, sollten sich diese als „weiche Rationierungen" an eindeutigen, medizinisch und ökonomisch nachprüfbaren Kriterien orientieren. Insofern hängt der „objektive" Bedarf zumindest innerhalb gewisser Grenzen auch von den verfügbaren Mitteln ab, die innerhalb dieser Versichertengemeinschaft die Opportunitätskosten einer Gesundheitsleistung[44] bestimmen. Das Solidarprinzip und die Fairneß gebieten gerade im Falle von Leistungseinschränkungen nachvollziehbare Kriterien und eine transparente Objektivierung des Bedarfs.

Um die Begriffe

- Überversorgung,
- Unterversorgung und
- Fehlversorgung

voneinander abzugrenzen, erscheint es sinnvoll, zunächst im Rahmen einer rein medizinischen Betrachtung an der bedarfsgerechten Versorgung im Sinne der Effektivität im engeren Sinne anzusetzen. Rein semantisch betrachtet könnte man auch jede Unterversorgung und viele Fälle von

---

[43] Ex ante-Moral Hazard liegt vor, wenn die Versicherten die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Schadens durch ihr Verhalten unzureichend reduzieren. Vergleichsmaßstab bildet jeweils die Verhaltensweise bei fehlendem Versicherungsschutz.

[44] Die Opportunitätskosten einer Gesundheitsleistung nehmen mit der Verschärfung von Finanzierungsengpässen zu.

Überversorgung berechtigterweise als „Fehlversorgung" bezeichnen. Die folgende Terminologie zielt jedoch darauf ab, diese Begriffsinhalte möglichst zu trennen.

Im Sinne dieses begrifflichen Konzeptes handelt es sich um eine Fehlversorgung, die weder als Über-, noch als Unterversorgung auftritt, wenn eine Gesundheitsleistung bzw. Behandlung keinen medizinischen Nettonutzen erzeugt. Diese Leistung stiftet entweder überhaupt keinen (Brutto-)Nutzen oder ihre Risiken übersteigen die anvisierten positiven Outcome-Effekte. Diese Betrachtung abstrahiert noch völlig von den Kosten dieser Gesundheitsleistungen, was sich angesichts deren fehlendem oder gar negativem medizinischen Nettonutzen[45] bzw. gesundheitlichem Outcome auch erübrigt. Probleme kann in diesem Kontext allerdings die Abwägung von medizinischem (Brutto-)Nutzen und den entsprechenden Risiken einer Behandlung aufwerfen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, daß die individuelle Risikobereitschaft u. a. von der Schwere der Krankheit und den Chancen der Behandlungsalternativen abhängt. Ein Patient, der mit Hilfe seiner bisherigen Behandlungsmethoden nur noch eine kurze Lebenserwartung besitzt und dies weiß, dürfte im Hinblick auf eine noch kaum erprobte Neuerung erhebliche Risiken auf sich nehmen, auch wenn er damit nur vage Chancen gewinnt. Die Objektivierung solcher und ähnlicher Bedarfe stößt auch insoweit auf Schwierigkeiten, als selbst Patienten mit ähnlichen Morbiditäten höchst unterschiedliche Risikobereitschaften besitzen können. Im Sinne der Patientenautonomie sollte eine Bedarfsobjektivierung hier einen hinreichenden Spielraum für die unterschiedlichen Präferenzen und Risikoneigungen vorsehen.

Im Unterschied zur Fehlversorgung stiftet die betreffende Gesundheitsleistung bei der Überversorgung zwar noch einen positiven medizinischen Nettonutzen, der aber nicht ausreicht, um die entsprechenden Kosten, d. h. den damit einhergehenden Ressourceneinsatz, zu rechtfertigen. Bei der Überversorgung tritt somit zu dem medizinischen Kriterium „medizinischer Nettonutzen" noch das ökonomische Kriterium „Nettonutzen" im Sinne der Kosten-Nutzen-Analyse hinzu. Die Überversorgung erzeugt insofern eine Fehlallokation, als die Opportunitätskosten der Gesundheitsleistung, d. h. der durch die Ressourcenbindung entgangene Nutzen im Falle einer alternativen Verwendung der Mittel, ihren (Brutto-)Nutzen übersteigen. Entsprechend fällt der Nettonutzen einer Überversorgung bei ökonomischer Betrachtung negativ aus, so daß die Beseitigung der Überversorgung die ge-

[45] Da dieser medizinische Nettonutzen noch von allen ökonomischen Kriterien abstrahiert, berücksichtigt er noch nicht die Opportunitätskosten im Sinne des Nettonutzens der Kosten-Nutzen-Analyse.

sellschaftliche Wohlfahrt bzw. den Gesamtnutzen der Versichertengemeinschaft erhöht.

Die Unterversorgung besteht in einer Unterlassung von bekannten Behandlungen oder einer Vorenthaltung von vorhandenen Gesundheitsleistungen, die sowohl einen medizinischen Nettonutzen als auch in ökonomischer Hinsicht ein positives Nutzen-Kosten-Verhältnis aufweisen. Wie bei der Überversorgung stützt sich die Unterversorgung somit auf das medizinische Kriterium des positiven „medizinischen Nettonutzens" und das ökonomische Kriterium einer positiven Nutzen-Kosten-Relation. Budgetrestriktionen, die zu einer Erhöhung der internen Opportunitätskosten führen, können den Begriffsinhalt der Überversorgung weiter und den der Unterversorgung enger fassen, so daß die beiden Kriterien dann mehr Fälle von Über- und weniger Fälle von Unterversorgung ausweisen. Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht führt eine Budgetrestriktion allerdings zu Fehlallokationen, wenn der Nutzen der dadurch unterbliebenen Gesundheitsleistungen den Nutzen der außerhalb des Gesundheitswesens realisierten Alternativen übersteigt.

Abbildung 2 faßt diese Überlegungen zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung synoptisch zusammen. In diesem Sinne liegt eine optimale Versorgung vor, wenn eine gewährte Gesundheitsleistung sowohl einen positiven Nettonutzen als auch ein positives Nutzen-Kosten-Verhältnis aufweist. Das gleiche gilt für eine nicht gewährte Gesundheitsleistung mit einem negativen medizinischen Nettonutzen oder mit einer negativen Nutzen-Kosten-Relation. Bei einer gewährten Gesundheitsleistung mit negativem medizinischem Nettonutzen liegt immer eine Fehlversorgung vor, so daß sich hier eine Überprüfung der Nutzen-Kosten-Relation erübrigt. Besitzt eine gewährte Gesundheitsleistung zwar (noch) einen positiven medizinischen Nettonutzen, aber ein negatives Nutzen-Kosten-Verhältnis, handelt es sich um eine Überversorgung. Dagegen besteht die Unterversorgung in der Vorenthaltung einer Gesundheitsleistung mit positivem medizinischem Nettonutzen und einer positiven Nutzen-Kosten-Relation.

Abbildung 2: Zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung

medizinischer Nettonutzen / Nutzen-Kosten-Relation	einer gewährten Gesundheitsleistung		einer nicht gewährten Gesundheitsleistung	
	positiv	negativ [1]	positiv	negativ [1]
positiv [1]	optimale Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung	optimale Versorgung
negativ	Überversorgung		optimale Versorgung	

[1] Einem negativen medizinischen Nettonutzen entspricht auch immer eine negative Nutzen-Kosten-Relation.

Die Entwicklung der Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich

Da sie alle höher gelagerten Ziel-Mittel-Ebenen ausblendet, gestattet die reine Ausgabenbetrachtung[46] zunächst noch keine Aussagen über die Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung. Dies gilt auch für internationale Vergleiche von pro Kopf-Gesundheitsausgaben oder von sog. Gesundheitsquoten, d. h. der jeweiligen Relation zwischen den gesamten nationalen Gesundheitsausgaben und dem Bruttoinlandsprodukt. Ein internationales Benchmarking[47] der Ausgabenentwicklung vermag jedoch aufzuzeigen, ob und inwieweit es sich bei bestimmten Niveaus und/oder Wachstumsraten um nationale Besonderheiten oder um international gängige Größenordnungen und Trends handelt. Während die Gesundheitsquoten unter Ausgabenaspekten die jeweilige relative Position des Gesundheitssektors im Verhältnis zu anderen wohlfahrtsrelevanten Lebensbereichen beschreiben, zeigen die pro Kopf-Gesundheitsausgaben die absoluten monetären Ressourcen an, die pro Bürger in die Gesundheitsversorgung fließen. Ein internationaler Vergleich der pro Kopf-Gesundheitsausgaben auf der Grundlage von Dollar Kaufkraftparitäten besitzt insofern eine höhere Aussagefähigkeit im Hinblick auf die damit einhergehenden gesundheitlichen Outcomes. Die Beziehungen zwischen den pro Kopf-Gesundheitsausgaben und den entsprechenden gesundheitlichen Outcomes unterliegen allerdings gerade im internationalen Vergleich erheblichen Einschränkungen, die vornehmlich aus Unterschieden in der Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung sowie aus divergierenden Effekten exogener bzw. intersektoraler Einflußfaktoren (wie z. B. der Umwelt- und Arbeitsbedingungen, der Verkehrs- und Wohnverhältnisse sowie der Lebensstilvariablen der Bevölkerung) erwachsen. Dies bedeutet, daß Länder mit hohen pro Kopf-Gesundheitsausgaben nicht zwangsläufig auch auf der Outcomeebene Spitzenpositionen einnehmen müssen.

Der folgende internationale Vergleich der Ausgabenentwicklung baut auf den Gesundheitsdaten der OECD (1999) auf. Diese Daten zu den pro Kopf-Gesundheitsausgaben und den Gesundheitsquoten berücksichtigen aus Gründen der internationalen Vergleichbarkeit keine Transfer-

---

[46] Zudem zeigen die Ausgaben auch nicht immer korrekt die Kosten, d. h. den Ressourcenverzehr an. So fallen z. B. Kosten, aber keine Ausgaben an, wenn fortgeschrittene Medizinstudenten oder Ärzte im Krankenhaus ohne Vergütung (länger) arbeiten oder ambulante Ärzte bei konstantem Honorar zusätzliche Daten erheben.

[47] Der Begriff „Benchmarking" stammt ursprünglich aus dem Vermessungswesen und bezeichnet dort einen Fixpunkt bzw. eine Bezugsgröße, mit deren Hilfe eine Position bestimmt werden kann (Küting K. und Lorson P., 1995, S. 73).

zahlungen bzw. Krankheitsfolgeleistungen.[48] Sie beschränken sich damit auf jene Ausgaben, die in die Gesundheitsversorgung fließen, was ihre Aussagefähigkeit im Hinblick auf die mit ihnen anvisierten gesundheitlichen Outcomes tendenziell erhöht. Wie Tabelle 2 ausweist, rangiert Deutschland bei den pro Kopf-Gesundheitsausgaben auf der Grundlage von Dollar Kaufkraftparitäten hinter den USA und der Schweiz auf dem 3. Platz. Diese Position resultiert allerdings im wesentlichen aus dem hohen Ausgangsniveau im Jahre 1960, denn Tabelle 3 belegt, daß die pro Kopf-Gesundheitsausgaben im Beobachtungszeitraum in Deutschland sogar deutlich unterdurchschnittlich anstiegen. Infolge des hohen Ausgangsniveaus im Jahre 1960 nahmen die pro Kopf-Gesundheitsausgaben auch in den USA und in der Schweiz nur unterdurchschnittlich zu. Die höchsten Zuwachsraten verzeichnen hier Spanien, Japan, Griechenland und Norwegen, die niedrigsten Neuseeland, Großbritannien, Schweden und Kanada.[49]

---

[48] Dies erklärt im wesentlichen die nach dieser Abgrenzung niedrigeren Gesundheitsquoten (siehe Tabelle 4).

[49] Bei Luxemburg und der Türkei liegen für das Jahr 1960 keine Werte vor. Zur Basis 1970 liegen ihre Zuwachsraten höher als in den o. a. vier Ländern.

Tabelle 2: Die Entwicklung von pro Kopf Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich[1]

Jahr Land	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997
Australien	94	207	663	1320	1403	1778	1874	1909
Belgien	53	130	578	1247	1381	1698	1725	1768
Dänemark	67	216	832	1424	1486	1855	1973	2042
Deutschland	90	224	824	1602	1600	2178	2288	2364
Finnland	54	163	510	1292	1412	1414	1486	1525
Frankreich	72	206	701	1539	1656	1984	2005	2047
Griechenland	21	100	345	702	772	1054	1113	1196
Großbritannien	74	144	444	964	1013	1281	1396	1415
Irland	35	98	455	759	856	1246	1189	1293
Island	50	137	577	1374	1453	1826	1918	1981
Italien	49	154	579	1321	1449	1534	1615	1613
Japan	26	131	524	1082	1165	1637	1713	1760
Kanada	109	262	716	1695	1833	2106	2109	2171
Luxemburg		147	605	1495	1575	2120	2147	2303
Neuseeland	90	174	458	937	1015	1244	1267	1357
Niederlande	67	202	679	1326	1417	1777	1832	1933
Norwegen	46	131	632	1365	1513	1860	2010	2017
Österreich	64	159	663	1205	1270	1675	1773	1905
Portugal		43	260	614	731	1046	1086	1148
Schweden	89	270	850	1492	1458	1623	1701	1762
Schweiz	87	252	801	1760	1958	2464	2549	2667
Spanien	14	82	325	815	900	1063	1122	1183
Türkei		23	75	171	185	188	227	259
USA	149	357	1086	2798	3035	3776	3926	4095
Durchschnitt	67	167	591	1262	1356	1684	1752	1821

[1] Angegeben in Dollar Kaufkraftparitäten.

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD Health-Data 99, Paris 1999.

Tabelle 3: Das Wachstum von pro Kopf Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich[1]

Jahr Land	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997
Australien	100,0	220,2	705,3	1404,3	1492,6	1891,5	1993,6	2030,9
Belgien	100,0	245,3	1090,6	2352,8	2605,7	3203,8	3254,7	3335,8
Dänemark	100,0	322,4	1241,8	2125,4	2217,9	2768,7	2944,8	3047,8
Deutschland	100,0	248,9	915,6	1780,0	1777,8	2420,0	2542,2	2626,7
Finnland	100,0	301,9	944,4	2392,6	2614,8	2618,5	2751,9	2824,1
Frankreich	100,0	286,1	973,6	2137,5	2300,0	2755,6	2784,7	2843,1
Griechenland	100,0	476,2	1642,9	3342,9	3676,2	5019,0	5300,0	5695,2
Großbritannien	100,0	194,6	600,0	1302,7	1368,9	1731,1	1886,5	1912,2
Irland	100,0	280,0	1300,0	2168,6	2445,7	3560,0	3397,1	3694,3
Island	100,0	274,0	1154,0	2748,0	2906,0	3652,0	3836,0	3962,0
Italien	100,0	314,3	1181,6	2695,9	2957,1	3130,6	3295,9	3291,8
Japan	100,0	503,8	2015,4	4161,5	4480,8	6296,2	6588,5	6769,2
Kanada	100,0	240,4	656,9	1555,0	1681,7	1932,1	1934,9	1991,7
Luxemburg[2]		100,0	411,6	1017,0	1071,4	1442,2	1460,5	1566,7
Neuseeland	100,0	193,3	508,9	1041,1	1127,8	1382,2	1407,8	1507,8
Niederlande	100,0	301,5	1013,4	1979,1	2114,9	2652,2	2734,3	2885,1
Norwegen	100,0	284,8	1373,9	2967,4	3289,1	4043,5	4369,6	4384,8
Österreich	100,0	248,4	1035,9	1882,8	1984,4	2617,2	2770,3	2976,6
Portugal[2]		100,0	604,7	1427,9	1700,0	2432,6	2525,6	2669,8
Schweden	100,0	303,4	955,1	1676,4	1638,2	1823,6	1911,2	1979,8
Schweiz	100,0	289,7	920,7	2023,0	2250,6	2832,2	2929,9	3065,5
Spanien	100,0	585,7	2321,4	5821,4	6428,6	7592,9	8014,3	8450,0
Türkei[2]		100,0	326,1	743,5	804,3	817,4	987,0	1126,1
USA	100,0	239,6	728,9	1877,9	2036,9	2534,2	2634,9	2748,3
Durchschnitt[3]		302,6	1108,6	2354,1	2542,6	3164,6	3299,2	3429,6

[1] Angegeben in Dollar Kaufkraftparitäten.
[2] Basisjahr der Berechnung ist das Jahr 1970.
[3] Der Durchschnitt berechnet sich nur aus den Werten zum Basisjahr 1960.

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD Health-Data 99, Paris 1999.

Im Vergleich mit den pro Kopf-Gesundheitsausgaben spiegeln die Gesundheitsquoten in gewissem Umfange eine Schwerpunktbildung auf der Ausgabenebene wider, denn sie informieren besser als pro Kopf-Ausgaben über die Opportunitätskosten der Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitsquote zeigt die relative Position der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zu den Aufwendungen für andere Güter und Dienste an und drückt insofern zumindest unter diesem Aspekt die relativen Präferenzen für das Gesundheitswesen aus. Wie Tabelle 4 zeigt, stieg die Gesundheitsquote von 1960 bis 1997 in jedem OECD-Land deutlich an. Ab Ende der siebziger Jahre schwächte sich dieser Anstieg allerdings infolge von sog. Kostendämpfungsmaßnahmen in mehreren Ländern ab; in einigen Ländern, wie z. B. in Dänemark und Schweden, ging die Gesundheitsquote danach sogar zurück. Mit einer Quote von 10,7 % nimmt Deutschland inzwischen hinter den USA den zweiten Platz im OECD-Bereich ein, wobei vor allem die starke Zunahme nach 1990 auffällt. Während Deutschland im Jahre 1990 nur um 1,0 Prozentpunkte über dem Durchschnitt ausgewählter bzw. der früheren OECD-Länder lag, übertritt es diese Marke im Jahr 1997 um 2,5 Prozentpunkte. Die deutsche Wiedervereinigung trug, wie bereits eingangs erwähnt, um ca. 0,6 Prozentpunkte zu diesem Anstieg der Gesundheitsquote bei. Bei allen Vorbehalten, die bei solchen internationalen Vergleichen von hochaggregierten Daten gelten, deutet die hohe deutsche Gesundheitsquote auf eine auch im internationalen Maßstab überdurchschnittliche Wertschätzung der Gesundheitsversorgung hin. Diese ausgeprägte Präferenz für Gesundheitsleistungen bestand allerdings schon im Jahre 1960, denn die deutsche Gesundheitsquote nahm von 1960 bis 1997 selbst unter Einbeziehung des Wiedervereinigungseffektes verglichen mit den o. a. Ländern nur leicht unterproportional zu. Im Hinblick auf das Wachstum der Gesundheitsquote liegen, wie Tabelle 5 ausweist, Spanien, die Schweiz, Portugal und Griechenland an der Spitze. Im Unterschied zu den absoluten Werten der Gesundheitsquoten im Jahre 1997 (Tabelle 4) fällt auch der Anstieg der amerikanischen Gesundheitsquote innerhalb der OECD-Länder zwar überdurchschnittlich, aber nicht dramatisch aus.

Tabelle 4: Die Entwicklung von Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich[1)]

Jahr Land	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997
Australien	4,9	5,7	7,3	8,2	8,5	8,4	8,6	8,4
Belgien	3,4	4,1	6,5	7,5	7,9	7,9	7,8	7,6
Dänemark	3,6	5,9	9,3	8,3	8,2	8,1	8,1	8,0
Deutschland	4,8	6,3	8,8	8,7	9,4	10,4	10,8	10,7
Finnland	3,9	5,7	6,5	8,0	9,1	7,7	7,8	7,4
Frankreich	4,2	5,8	7,6	8,9	9,1	9,8	9,8	9,6
Griechenland	3,1	5,7	6,6	7,6	7,9	8,4	8,4	8,6
Großbritannien	3,9	4,5	5,6	6,1	6,5	7,1	7,1	6,9
Irland	3,8	5,3	8,7	6,7	7,0	7,0	6,4	6,3
Island	3,3	5,0	6,2	7,9	8,1	8,2	8,2	7,9
Italien	3,6	5,2	7,0	8,1	8,4	7,7	7,8	7,6
Japan	3,0	4,6	6,5	6,1	6,1	7,2	7,1	7,2
Kanada	5,4	7,0	7,2	9,2	9,9	9,4	9,3	9,2
Luxemburg		3,7	6,2	6,6	6,5	6,7	6,8	7,0
Neuseeland	4,3	5,2	6,0	7,0	7,5	7,3	7,3	7,6
Niederlande	3,8	5,9	7,9	8,3	8,6	8,8	8,7	8,5
Norwegen	2,9	4,5	7,0	7,8	8,1	8,0	7,8	7,5
Österreich	4,3	5,3	7,7	7,2	7,2	8,0	8,0	8,3
Portugal		2,8	5,8	6,4	7,0	7,8	7,9	7,9
Schweden	4,7	7,1	9,4	8,8	8,7	8,5	8,6	8,6
Schweiz	3,1	4,9	6,9	8,3	8,9	9,6	10,1	10,3
Spanien	1,5	3,7	5,6	6,9	7,0	7,3	7,4	7,4
Türkei		2,4	3,3	3,6	3,8	3,3	3,8	4,0
USA	5,2	7,3	9,1	12,6	13,4	14,1	14,1	13,9
Durchschnitt 24	3,8	5,2	7,0	7,7	8,0	8,2	8,2	8,2
Mexiko				3,6	4,2	4,9	4,6	4,7
Korea		2,3	3,7	5,2	5,0	5,4	5,9	6,0
Polen				4,4	5,1	4,5	4,9	5,2
Tschechische Rep.			3,8	5,4	5,3	7,5	7,2	7,2
Ungarn				6,1	6,6	7,0	6,6	6,5
Durchschnitt 29	3,8	5,0	6,8	7,2	7,6	7,8	7,8	7,8

[1] Die gesamten Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes in vH des entsprechenden Bruttoinlandsprodukts.

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD Health-Data 99, Paris 1999.

Tabelle 5: Das Wachstum von Gesundheitsquoten im internationalen Vergleich[1]

Jahr Land	1960	1970	1980	1990	1991	1995	1996	1997
Australien	100,0	116,3	149,0	167,3	173,5	171,4	175,5	171,4
Belgien	100,0	120,6	191,2	220,6	232,4	232,4	229,4	223,5
Dänemark	100,0	163,9	258,3	230,6	227,8	225,0	225,0	222,2
Deutschland	100,0	131,3	183,3	181,3	195,8	216,7	225,0	222,9
Finnland	100,0	146,2	166,7	205,1	233,3	197,4	200,0	189,7
Frankreich	100,0	138,1	181,0	211,9	216,7	233,3	233,3	228,6
Griechenland	100,0	183,9	212,9	245,2	254,8	271,0	271,0	277,4
Großbritannien	100,0	115,4	143,6	156,4	166,7	182,1	182,1	176,9
Irland	100,0	139,5	228,9	176,3	184,2	184,2	168,4	165,8
Island	100,0	151,5	187,9	239,4	245,5	248,5	248,5	239,4
Italien	100,0	144,4	194,4	225,0	233,3	213,9	216,7	211,1
Japan	100,0	153,3	216,7	203,3	203,3	240,0	236,7	240,0
Kanada	100,0	129,6	133,3	170,4	183,3	174,1	172,2	170,4
Luxemburg[2]		100,0	167,6	178,4	175,7	181,1	183,8	189,2
Neuseeland	100,0	120,9	139,5	162,8	174,4	169,8	169,8	176,7
Niederlande	100,0	155,3	207,9	218,4	226,3	231,6	228,9	223,7
Norwegen	100,0	155,2	241,4	269,0	279,3	275,9	269,0	258,6
Österreich	100,0	123,3	179,1	167,4	167,4	186,0	186,0	193,0
Portugal[2]		100,0	207,1	228,6	250,0	278,6	282,1	282,1
Schweden	100,0	151,1	200,0	187,2	185,1	180,9	183,0	183,0
Schweiz	100,0	158,1	222,6	267,7	287,1	309,7	325,8	332,3
Spanien	100,0	246,7	373,3	460,0	466,7	486,7	493,3	493,3
Türkei[2]		100,0	137,5	150,0	158,3	137,5	158,3	166,7
USA	100,0	140,4	175,0	242,3	257,7	271,2	271,2	267,3
Durchschnitt[3]		146,9	199,3	219,4	228,3	233,4	233,8	231,8

[1] Die Gesundheitsausgaben des jeweiligen Landes in vH des entsprechenden Bruttoinlandsprodukts.
[2] Basisjahr der Berechnung ist das Jahr 1970.
[3] Der Durchschnitt berechnet sich nur aus den Werten zum Basisjahr 1960.

Quelle: Zusammengestellt und berechnet nach OECD Health-Data 99, Paris 1999.

Internationales Benchmarking mit Hilfe von Outcome-Indikatoren

Ein internationales Benchmarking von quantifizierbaren Outcome-Indikatoren vermag bei allen Einschränkungen erste vergleichende Informationen über die Effektivität der nationalen Gesundheitsversorgung zu liefern. Die jeweiligen Befunde auf Makroebene können angesichts der komplexen Beziehungen, die zwischen der gesundheitlichen Leistungserstellung und den Outcome-Indikatoren bestehen, zunächst nur als Ansatzpunkte für Hypothesen über Effektivitätspotentiale dienen. Diese Hypothesen bedürfen dann einer Überprüfung bzw. Fundierung durch detailliertere Analysen auf der Meso- und Mikroebene.

Die in diesem Abschnitt aufgelisteten Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre gehören wie Mortalitäts- und Morbiditätsindizes zu den objektiven bzw. sog. harten Outcome-Indikatoren. Im Unterschied zu den subjektiven Outcome-Indikatoren bilden sie keine individuellen Wahrnehmungen und Beurteilungen, sondern Befunde in intersubjektiv eindeutig vergleichbaren Maßstäben ab.[50] Dem Benchmarking dieser objektiven Outcome-Indikatoren auf internationaler Ebene fällt dabei vornehmlich die Aufgabe zu, Maßstäbe bzw. konkrete Beurteilungsraster für die qualitative Einstufung der Größenordnungen und Entwicklungstendenzen der nationalen Indikatoren zu gewinnen. Ohne einen internationalen Vergleich besitzt die Feststellung, daß die Lebenserwartung der Frauen in Deutschland im Jahre 1996 79,9 Jahre betrug, in qualitativer Hinsicht wenig Aussagefähigkeit. Der Befund, daß diese Lebenserwartung von 1970 bis 1996 um 6,3 Jahre zunahm, zeigt zwar eine grundsätzlich positive Entwicklungstendenz an, läßt aber immer noch offen, ob es sich hier um eine relativ bescheidene oder um eine nahezu maximale Steigerung der Lebenserwartung handelt. Unter qualitativen Aspekten zielt das Benchmarking darauf ab, sich mit Hilfe von aussagefähigen Kennziffern mit „den Besten der Besten" zu vergleichen und im Falle von Defiziten von ihnen zu lernen (Horváth, P. und Herter, R. N. 1992; Horváth, P. 1998, S. 400ff.).

---

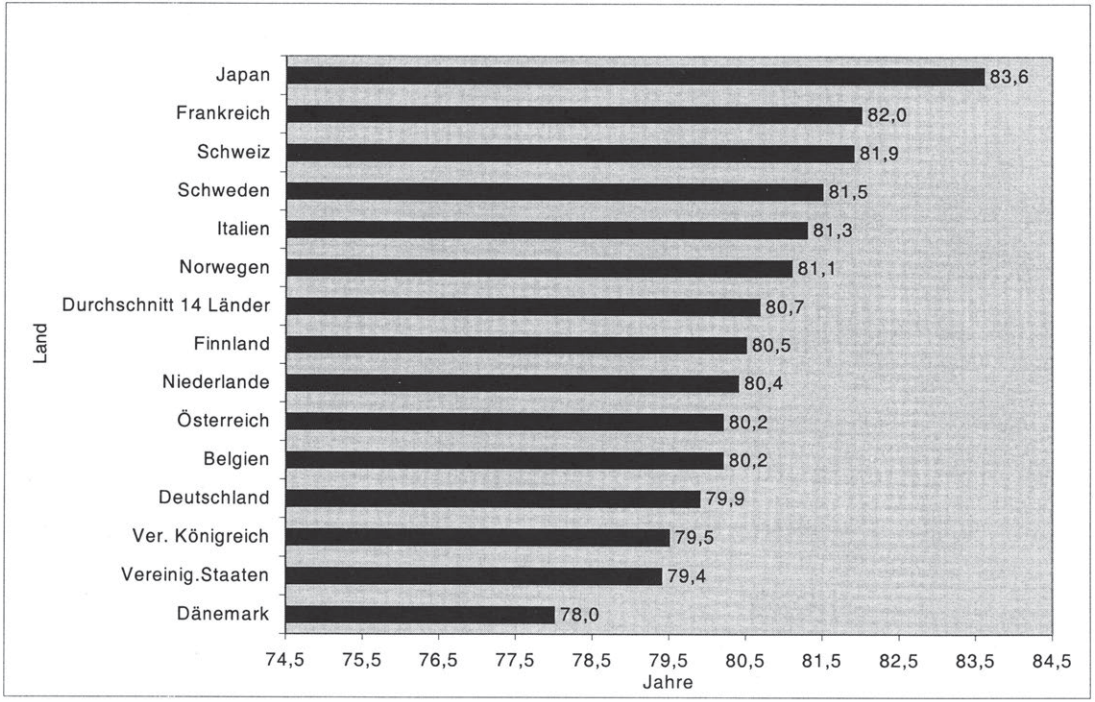
[50] Die Objektivität der „objektiven" Indikatoren bezieht sich streng betrachtet nur auf die dabei angewandte Meßtechnik, nicht jedoch auf ihre Auswahl und konkrete Ausgestaltung. Diese bedürfen im Hinblick auf die Präferenzen der Betroffenen noch einer Überprüfung auf ihre Validität. Das Kriterium der Validität verlangt von einem Zielindikator, daß seiner Veränderung eine gleichgerichtete und gleichgewichtige Variation des übergeordneten Indikandums, d. h. des gesundheitlichen Wohlbefindens der Betroffenen, entspricht. Dieses Kriterium ist verletzt, wenn trotz der Veränderung eines objektiven Indikators in die positive (negative) Richtung das gesundheitliche Wohlbefinden der Bürger bzw. Patienten konstant bleibt oder gar abnimmt (zunimmt) oder sich eine tatsächliche Veränderung des gesundheitlichen Wohlbefindens nicht in den objektiven Indikatoren niederschlägt.

Der folgende internationale Vergleich von Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre baut auf den Gesundheitsdaten der OECD auf (OECD 1999). Die Lebenserwartung bei Geburt gibt - in der Regel geschlechtsspezifisch getrennt - die Zahl der Jahre an, die Neugeborene im Durchschnitt leben werden. Diese Prognose ergibt sich aus den geschlechts- und altersspezifischen Sterbeziffern des Geburts- bzw. Basisjahres (Sommer, B. 1992; Poullier, J.P. 1993). Der Outcomeindikator Lebenserwartung bei Geburt spiegelt unbeschadet der Bedeutung der Lebensqualität einen der elementarsten Wünsche der Menschen wider. Da ein hohes Lebensalter nicht zwangsläufig, zumeist sogar in den wenigsten Fällen mit einer dauerhaften Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes einhergeht, messen die Bürger der Lebenserwartung im Sinne eines validen Indikators einen hohen Stellenwert zu.

Wie Abbildung 3 zeigt, schwankte die Lebenserwartung von Frauen, d. h. die eines weiblichen Neugeborenen, im Jahre 1996 innerhalb von 14 wirtschaftlich in etwa vergleichbaren Ländern um 5,6 Jahre, d. h. von 78,0 Jahren in Dänemark bis 83,6 Jahren in Japan. Deutschland nimmt mit 79,9 Jahren einen Platz im unteren Drittel mit einem Abstand von 3,7 Jahren zum Spitzenreiter ein. Bei der Lebenserwartung von Männern liegt die Spanne zwischen dem mit 77,0 Jahren wiederum führenden Japan und dem Schlußlicht Vereinigte Staaten mit 72,7 Jahren nur bei 4,3 Jahren. Deutschland rangiert hier einen Platz besser, d. h. am Beginn des unteren Drittels, und weist mit 73,6 Jahren einen Abstand von 3,4 Jahren zu Japan auf. Da Deutschland bei der Lebenserwartung von Frauen und derjenigen von Männern innerhalb dieser 14 OECD-Länder sowohl eine ähnliche Platzierung als auch einen ähnlichen Abstand zum „Besten der Besten" einnimmt, beschränken sich die folgenden Ausführungen auf die Lebenserwartung und die verlorenen Lebensjahre von Frauen.

Bei den angegebenen Werten für die Lebenserwartung von Frauen und Männern im Jahre 1996 handelt es sich um die durchschnittlichen geschlechtsspezifischen Werte des jeweiligen Landes. Diese Durchschnittswerte lassen offen, ob und inwieweit die geschlechtsspezifische Lebenserwartung in einem Land nach Regionen, Einkommens- und Vermögensschichten oder Bevölkerungsgruppen schwankt. So betrug die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen in Deutschland in den Jahren 1993/1995 79,5 Jahre mit einer Spanne von 3,1 Jahren zwischen Baden-Württemberg mit 80,7 Jahren und Mecklenburg-Vorpommern mit 77,6 Jahren (Sommer B. 1998). Dies bedeutet, daß die Lebenserwartung von Frauen in Baden-Württemberg im Beobachtungszeitraum

Abbildung 3: Lebenserwartung von Frauen im Jahr 1996 in 14 OECD-Ländern

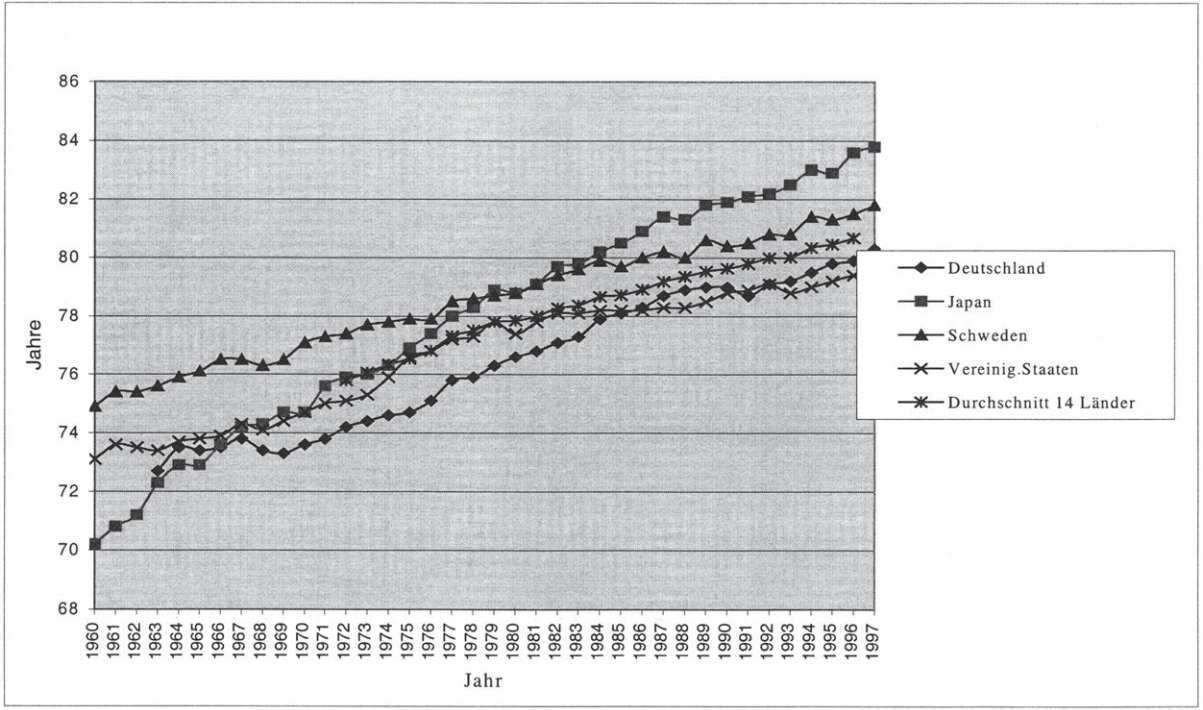


zwar nicht in den Spitzenpositionen der aufgelisteten 14 OECD-Länder, aber durchaus über deren Durchschnitt lag. In einem anderen Kontext zeigt A. Sen (1998), daß die Lebenserwartung von Frauen und Männern im indischen Kerala - einer Region mit immerhin 29 Millionen Menschen - im Jahre 1992 die entsprechenden Werte der schwarzen Bevölkerung in den Vereinigten Staaten deutlich übertraf.

Angesichts der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen, die nach dem zweiten Weltkrieg in den einzelnen Ländern vorherrschten, besitzt der Zugewinn an Lebenserwartung, d. h. die durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung zwischen 1960 und 1996, unter Outcomeaspekten fast eine höhere Aussagefähigkeit als die entsprechenden absoluten Werte im Jahre 1996. Deutschland wies hinsichtlich der Lebenserwartung u. a. deshalb eine sehr ungünstige Ausgangsposition auf, als der Krieg mit der Infrastruktur auch die stationären Einrichtungen weitgehend zerstört hatte, viele Soldaten verwundet bzw. in ihrer Gesundheit erheblich beeinträchtigt aus dem Kriege kamen und die Bevölkerung vor einem kräftezehrenden Wiederaufbau stand. So gab es im Jahre 1959 in Westdeutschland noch ca. 1,3 Millionen anerkannte Kriegsbeschädigte mit einem Anrecht auf laufende Bezüge (Statistisches Bundesamt 1960). Die erhöhte Mortalität dieser Personengruppe dürfte sich am Anfang des Beobachtungszeitraumes in den Outcome-Indikatoren niedergeschlagen haben.

Abbildung 4 belegt, daß sich Deutschland im Hinblick auf die Lebenserwartung von Frauen Anfang der 60er Jahre ähnlich wie Japan im Vergleich mit den Vereinigten Staaten, Schweden und dem Durchschnitt der 14 OECD-Länder in einer ungünstigen Ausgangsposition befand. So unterschritt die Lebenserwartung in Deutschland diejenige in Schweden im Jahre 1963 um 2,9 Jahre. Der Befund, daß die Lebenserwartung in Japan erst ab Mitte der 70er Jahre diejenige des Durchschnitts der 14 OECD-Länder übertraf, spricht eher gegen die zunächst naheliegende Vermutung, daß die heutige hohe japanische Lebenserwartung primär auf genetische Faktoren und/oder Lebensstilvariable zurückgeht.

Abbildung 4: Entwicklung der Lebenserwartung von Frauen von 1960 bis 1997 in ausgewählten OECD Ländern



Bei der Wahl der durchschnittlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung als konkreter Outcomeindikator schneidet Deutschland deutlich besser ab als bei einem Vergleich der absoluten Werte im Jahre 1996. Ein Vergleich der Abbildungen 3 und 5 zeigt, daß Deutschland ähnlich wie Finnland nun nicht mehr unter-, sondern oberhalb des Durchschnitts der 14 OECD-Länder rangiert. Schweden und Norwegen liegen dagegen bei den Kriterien der Wachstumsrate unter dem Durchschnitt der 14 OECD-Länder. Entsprechend konnte Deutschland seinen Rückstand gegenüber der Lebenserwartung von Frauen in Schweden von 2,9 Jahren in 1963 auf 1,5 Jahre in 1997 verringern. Ohne diesen Aspekt hier überzubetonen, fällt in Abbildung 5 auf, daß mit Schweden, den Vereinigten Staaten, Großbritannien und den Niederlanden just jene Länder, deren Gesundheitssysteme in den deutschen Reformdiskussionen der letzten Jahrzehnte ganz oder teilweise als Leitbilder dienten, zwischen 1960 und 1996 eine unterdurchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung aufwiesen.

Neben Kennziffern der Lebenserwartung stellen Indizes der verlorenen Lebensjahre einen weiteren objektiven Outcomeindikator dar, bei dem die OECD-Daten einen internationalen Vergleich erlauben. Da die meisten Menschen in entwickelten Volkswirtschaften heute ein Lebensalter von 70 Jahren erreichen, wählte die OECD diese Altersgrenze zur Berechnung der verlorenen Lebensjahre. In diesem Sinne zählen alle Jahre von ablebenden Personen als „verloren", bei denen das Sterbealter unter dieser Altersgrenze von 70 Jahren liegt. Dieses Konzept gewichtet damit den Tod von jüngeren Personen stärker als jenen von älteren Menschen. Es wertet im Sinne einer Outcome-Betrachtung implizit jedes Ableben vor dem 70. Lebensjahr als „vermeidbar". Diese starke Gewichtung des Sterbealters besitzt in Verbindung mit der recht willkürlichen Altersgrenze allerdings den Nachteil, daß ein Hinausschieben des Sterbealters oberhalb dieser Grenze, d. h. „gewonnene" Lebensjahre jenseits des 70., nicht mehr in diesen Indikator eingehen. Im Hinblick auf die heutige Lebenserwartung von Frauen (Abbildung 3) erscheint diese Altersgrenze nicht mehr aktuell bzw. zu niedrig. Bei einem internationalen (Effektivitäts-)Vergleich kann dieser Indikator vor allem dann verzerrte Ergebnisse liefern, wenn die Anteile der Menschen mit einem Alter von über 70 Jahren stark differieren.

Abbildung 6 illustriert, daß ähnlich wie bei der Lebenserwartung von Frauen (Abbildung 3) auch bei dem Indikator verlorene Lebensjahre Japan, Schweden, die Schweiz und Italien Spitzenpositionen einnehmen, d. h. hier die niedrigsten Werte aufweisen.

Abbildung 5: Durchschnittliche Wachstumsrate der Lebenserwartung von Frauen zwischen 1960 und 1996 in 14 OECD-Ländern

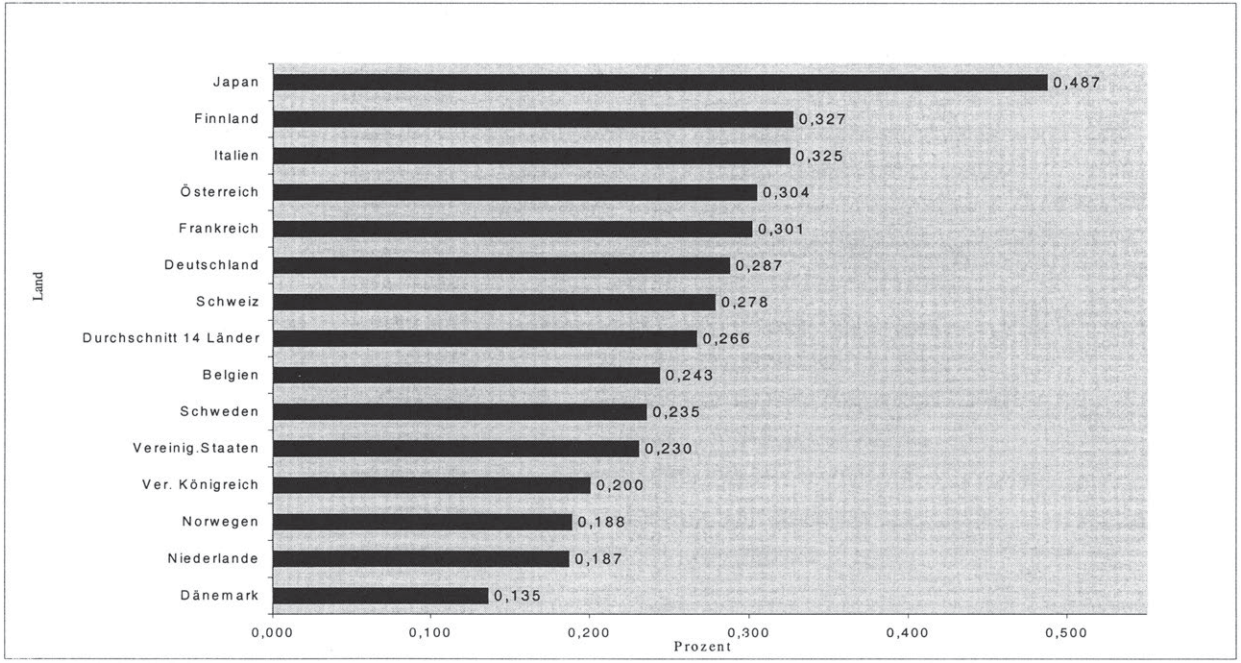
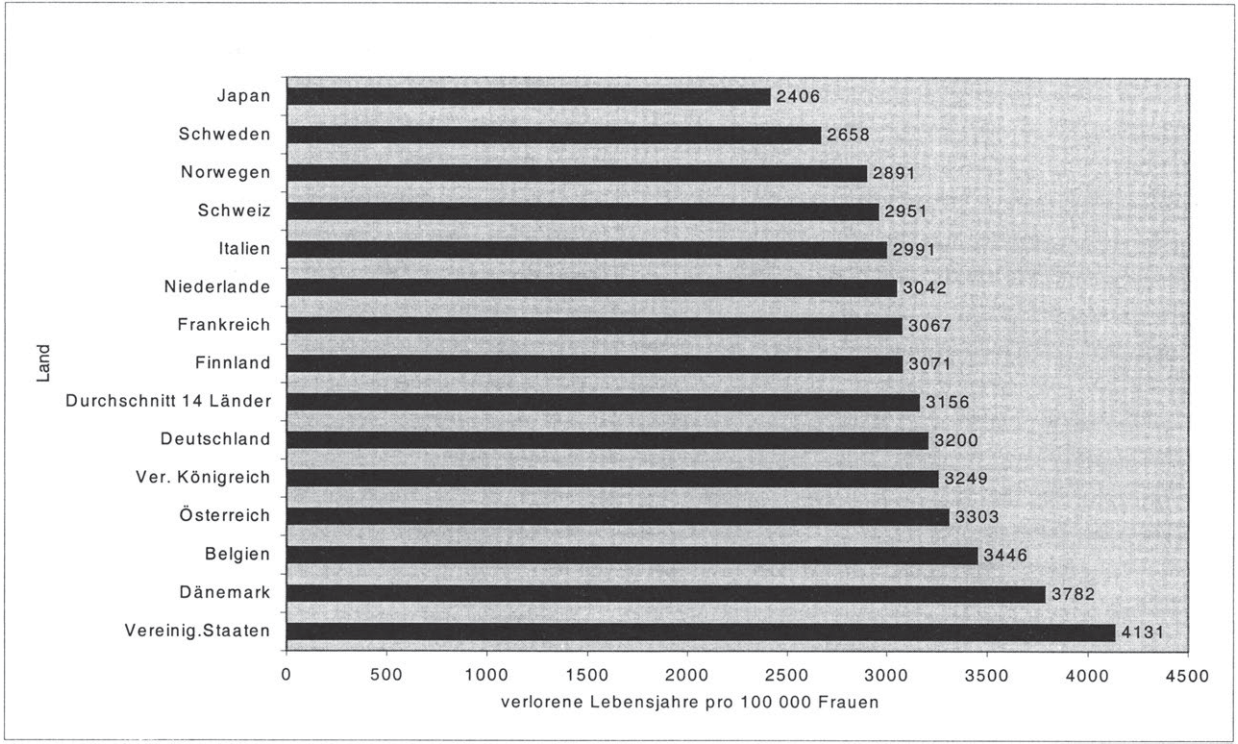


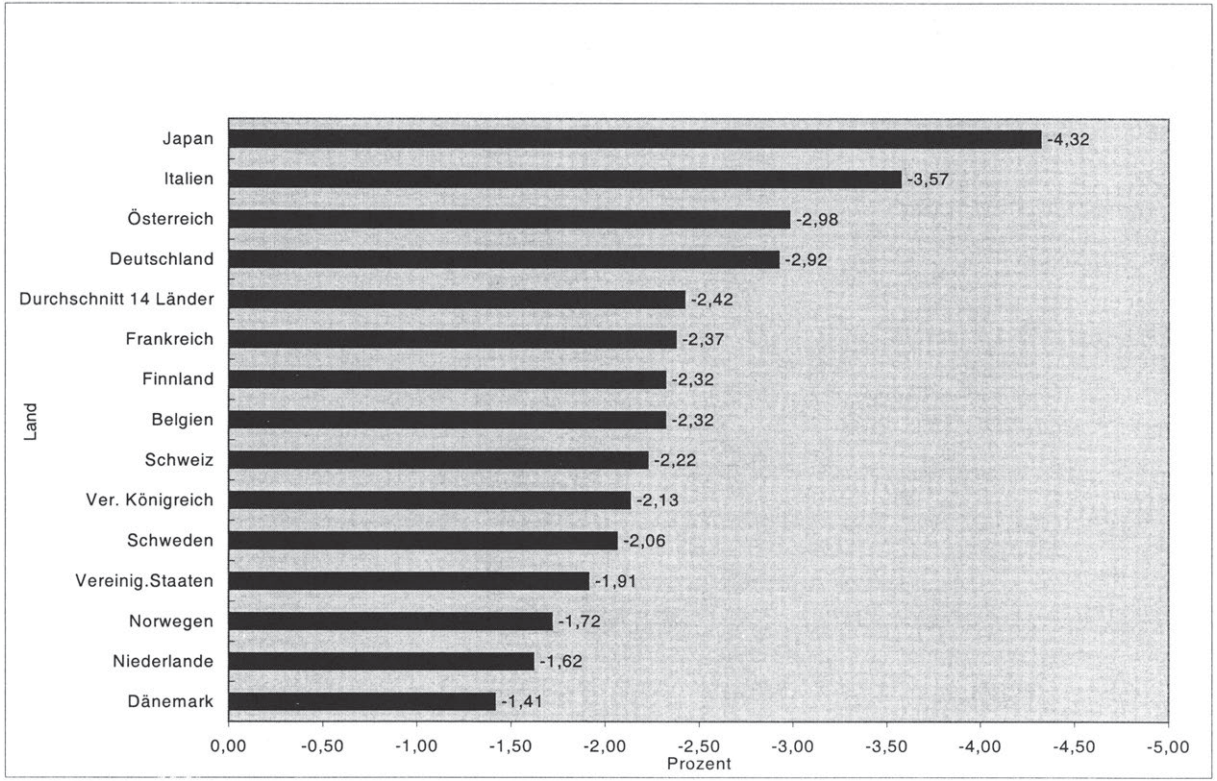
Abbildung 6: Verlorene Lebensjahre von Frauen im Jahr 1992 in 14 OECD-Ländern



Mit den Vereinigten Staaten, Dänemark, Belgien und Großbritannien liegen auch weitgehend die gleichen Länder auf den hinteren Plätzen. Im Unterschied dazu fällt Frankreich, das bei der Lebenserwartung von Frauen auf Platz 2 rangiert, hier auf Platz 7 zurück. Norwegen und Deutschland schneiden dagegen beim Indikator verlorene Lebensjahre besser ab. Deutschland erreicht bei den verlorenen Lebensjahren fast den Durchschnitt der 14 OECD-Länder.

Ähnlich wie bei der Lebenserwartung verdient auch bei den verlorenen Lebensjahren die Veränderung, d. h. hier die Abnahme der verlorenen Lebensjahre zwischen 1962 und 1992, unter Outcome- und Effektivitätsaspekten ein noch größeres Interesse als die jeweiligen Bestandsgrößen im Endjahr. Die in Abbildung 7 dargestellte durchschnittliche Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre von Frauen im Zeitraum von 1962 bis 1992 zeigt, daß Deutschland nach diesem Kriterium zu den vier Ländern gehört, die den Durchschnitt der 14 aufgelisteten OECD-Länder übertreffen. Im Vergleich zur analogen durchschnittlichen Wachstumsrate der Lebenserwartung (Abbildung 5) rutschen nun Finnland, daß bei der Zunahme der Lebenserwartung noch Platz 2 belegt, und Frankreich unter den Durchschnitt der 14 Länder. Schlußlichter bilden nach beiden Kriterien in derselben Reihenfolge Norwegen, die Niederlande und Dänemark. Daneben schneiden außer den Vereinigten Staaten auch Schweden und Großbritannien wiederum unterdurchschnittlich ab. Der Befund, daß die absolute (negative) Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre in Deutschland seit Ende der 70er Jahre signifikant über dem Durchschnitt der 14 OECD-Länder und deutlich über dieser Veränderungsrate in Schweden lag, läßt erwarten, daß Deutschland auch bei der Bestandsgröße verlorene Lebensjahre bald den Durchschnitt der 14 aufgeführten OECD-Länder erreicht.

Abbildung 7: Durchschnittliche Wachstumsrate der verlorenen Lebensjahre von Frauen zwischen 1962 und 1992 in 14 OECD Ländern



Subjektive Elemente von Outcome-Indikatoren

Die Beschäftigung mit subjektiven Elementen von Outcome-Indikatoren zielt nicht darauf ab, objektive Indikatoren wie Mortalitäts- und Morbiditätsindizes oder Indizes der Lebenserwartung sowie der verlorenen Lebensjahre zu ersetzen, sondern diese um relevante Elemente zu ergänzen. Objektive Zielindikatoren der Gesundheitsversorgung vermögen zahlreiche Faktoren, die wie z. B. die subjektive Empfindung von körperlichen Behinderungen, Leidgefühle und Verunsicherungen für das Wohlbefinden der Patienten erhebliche Relevanz besitzen können, nicht oder zumindest nicht hinreichend abzubilden. Während die objektiven Indikatoren von der Wahrnehmung und Bewertung der gesundheitlichen Outcomes durch die Bürger bzw. Patienten abstrahieren, bilden bei den subjektiven Indikatoren die Betroffenen nicht nur die Adressaten der Gesundheitsleistungen, sondern auch die Beurteilungsinstanz. Subjektive Indikatoren versuchen, in Form von Befragungen die Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes durch die Bürger und ihre Zufriedenheit mit der Gesundheitsversorgung zu erfassen. Sie können damit auch dazu dienen, die Validität der objektiven Indikatoren zu überprüfen.

Die Vielschichtigkeit des Zielspektrums von Gesundheit kommt vor allem in der weiten begrifflichen Fassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zum Ausdruck. Sie versteht unter Gesundheit einen „state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity". Dieser weite Gesundheitsbegriff, der implizit schon jede physische, psychische und soziale Einschränkung des menschlichen Wohlbefindens als gesundheitliches Defizit bzw. „Krankheit" einstuft, beschreibt im Sinne einer theoretischen Orientierung ein utopisches Maximum an Gesundheit. Dieser Idealzustand läßt sich schon deshalb niemals realisieren, weil selbst bei einer kerngesunden Frau ganz natürliche Vorgänge, wie z. B. die Geburt eines Kindes oder Zyklusblutungen, nicht ohne Belastungen und Schmerzen ablaufen. Im Hinblick auf das Leitbild der praktischen Gesundheitspolitik liegt es insofern näher, den Gesundheitsbegriff an eine alters- und geschlechtsspezifische Norm zu binden und entsprechende Funktionsfähigkeiten und Belastungen bei der Wahl der Meßlatte von Gesundheit zu berücksichtigen (ähnlich Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 1994, S. 36 f.).

Bei den Erwartungen und Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und den Gesundheitszustand spielen auch die vorhandenen Ressourcen einer Gesellschaft, das Rechtssystem, der medizinisch-technische Stand, religiöse Einstellungen sowie politische Ideologien und der Zeitgeist eine Rolle. Nicht jede Gesellschaft bzw. Kultur sprach der Gesund-

heit einen so hohen Stellenwert wie heute zu und der Krankheit als ein unbedingt zu vermeidender Zustand jegliche Sinnhaftigkeit ab. So sahen z. B. die Hochkulturen Ägyptens und Babyloniens die Krankheit als von den Göttern gesandte Bestrafung für Verstöße gegen Regeln im sozialen und religiösen Lebensbereich (E. Theurl 1996, S. 86). Auch das Mittelalter billigte der Krankheit teilweise eine sinnvolle Funktion zu, die vornehmlich in der Chance auf eine seelische und religiöse Läuterung bestand.

Bei nahezu allen Umfragen nach den Lebensbereichen, denen für das allgemeine Wohlbefinden die größte Bedeutung zukommt, nimmt die Gesundheit die Spitzenposition ein. So rangiert die Gesundheit auch im siebten Wohlfahrtssurvey (1998)[51] unter 11 Lebensbereichen noch vor der Familie mit 84 % in West- und 87 % in Ostdeutschland wiederum an erster Stelle. Bei der Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit und jener in speziellen Lebensbereichen schneidet die Gesundheit auf einer Skala zwischen 0 und 10 mit 7,7 zu 7,4 in West und 7,3 zu 7,0 in Ostdeutschland jedoch leicht unterdurchschnittlich ab. Dieser Vergleich der Zufriedenheit mit anderen wohlfahrtsrelevanten Lebensbereichen relativiert etwas die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage von Wasem (1999, S. 13 f.), wonach sich 9 % der Befragten mit dem gegenwärtigen Gesundheitssystem „voll und ganz zufrieden" und 65 % „eher zufrieden" erklärten. Wie Tabelle 6 zeigt, belegt Deutschland bei einem internationalen Benchmarking der Zufriedenheit mit dem jeweiligen Gesundheitssystem ebenfalls nur einen Platz im europäischen Mittelfeld.

---

[51] Siehe R. Habich, H.-H. Noll und W. Zapf, 1999, S. 2ff. Der Wohlfahrts-Survey dient in Form einer Repräsentationsbefragung der Wohlfahrtsmessung und der Analyse der Lebensqualität, wobei er objektive und subjektive Komponenten enthält. Der (siebte) Wohlfahrts-Survey 1998 besitzt einen Stichprobenumfang von 3042 Befragten, davon 2007 in West- und 1035 in Ostdeutschland. Die früheren Surveys bezogen sich auf die Jahre 1978, 1980, 1984, 1988 und 1993; eine Baseline-Studie in 1990 beschränkte sich auf die neuen Bundesländer.

Tabelle 6: Zufriedenheit mit dem nationalen Gesundheitssystem in 1996 im internationalen Vergleich

Land	Prozentsatz der sehr bis relativ Zufriedenen
Belgien	70,1
Dänemark	90,0
Deutschland	66,0
Finnland	86,4
Frankreich	65,1
Italien	16,3
Japan	-
Niederlande	72,8
Norwegen	-
Österreich	63,3
Schweden	67,3
Schweiz	-
Ver. Königreich	48,1
Vereinigt. Staaten	-
Durchschnitt	64,5

Quelle: Mossialos, E. (1997) und Eurobarometer Survey.

Ein Vergleich dieser subjektiven Zufriedenheitsindizes mit dem entsprechenden Benchmarking der objektiven Outcome-Indikatoren Lebenserwartung und verlorene Lebensjahre zeigt überraschenderweise nicht nur kaum positive Korrelationen, sondern teilweise entgegengesetzte Resultate. So führt Dänemark bei der Zufriedenheit mit dem nationalen Gesundheitssystem die Rangliste an, obwohl es bei den objektiven Outcome-Indikatoren mit Abstand am schlechtesten von allen 14 aufgelisteten Ländern abschneidet (Abbildungen 3, 5, 6 und 7). Ebenso besitzen die Niederlande, Belgien und Schweden überdurchschnittliche Zufriedenheitsindizes, obgleich sie unterdurchschnittliche Wachstumsraten bei der Lebenserwartung und bei der Reduktion verlorener Lebensjahre aufweisen. Die extrem niedrige Zufriedenheit der italienischen Bevölkerung mit ihrem Gesundheitswesen findet in den objektiven Outcome-Indikatoren ebenfalls keine Entsprechung.

Fazit: Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Mittelfeld

Bei der Frage nach der Effizienz und Effektivität eines nationalen Gesundheitssystems bieten sich komparative Gegenüberstellungen mit

wirtschaftlich und kulturell vergleichbaren Ländern an (ähnlich Schwartz, F.W. 1999, S. 1). Dabei mahnen die statistisch verfügbaren, noch spärlichen Outcome-Indikatoren sowie die Komplexität der gesundheitlichen Leistungserstellung und Outcome-Entwicklung, in die auch exogene Inputs bzw. intersektorale Determinanten von außerhalb des Gesundheitswesens eingehen, zu einer vorsichtigen Interpretation. Das in diesem Beitrag versuchte internationale Benchmarking von Ausgaben- und Outcome-Indikatoren stellt insofern nur einen kursorischen Einstieg in die vergleichende Bewertung von nationalen Gesundheitssystemen auf Makroebene dar. Diese Vergleiche bedürfen zweifellos noch einer Weiterführung auf Meso- und Mikroebene mit Differenzierungen nach Regionen, Bevölkerungsschichten, Einkommens- und Vermögensklassen, Indikationsgebieten und Behandlungsarten. Gleichwohl vermag auch ein internationales Benchmarking mit Hilfe von unvollständigen Ausgaben- und Outcome-Indikatoren bereits bestimmte Thesen zu verwerfen und interessante Hypothesen über die Effizienz und Effektivität der nationalen Gesundheitsversorgung zu generieren. So erweist sich schon im Lichte eines einfachen Ausgaben- und Outcome-Benchmarkings die hierzulande gängige These, Deutschland verfüge über „das beste Gesundheitssystem der Welt" als eine liebgewonnene Illusion. Dieser Befund gilt unabhängig von dem berechtigten Zweifel, ob es auf internationaler Ebene überhaupt „ein bestes" Gesundheitssystem geben kann, das in jedem Land den Bedürfnissen bzw. Präferenzen der Bevölkerung optimal entspricht.

Ein internationales Benchmarking von Ausgaben- und Outcome-Indikatoren stützt u. a. folgende Thesen über die komparativen Vorzüge und Defizite des deutschen Gesundheitswesens:

- Nahezu die gesamte Bevölkerung genießt einen umfassenden Versicherungsschutz im Krankheitsfall.
- Die flächendeckende Versorgung begünstigte in Verbindung mit dem problemlosen Zugang zur medizinischen Behandlung das überdurchschnittliche Wachstum der Lebenserwartung und der Reduktion von verlorenen Lebensjahren.
- Die im internationalen Vergleich besonders starke Reduktion der verlorenen Lebensjahre spiegelt vor allem die überdurchschnittlichen Erfolge bei der Senkung der Säuglingssterblichkeit wider.
- Die solidarische Finanzierung der GKV stößt auf eine hohe gesellschaftliche Akzeptanz (Wasem, J. 1999, S. 62f.) und fördert damit die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem Gesundheitswesen.
- Die günstige Entwicklung bei den objektiven Outcome-Indikatoren ging mit einem international weit überdurchschnittlichen Ausgaben-

niveau einher, das hohe Opportunitätskosten außerhalb des Gesundheitswesens verursachte.

- Das auch in Relation zu den Outcome-Indikatoren hohe Niveau der deutschen Gesundheitsausgaben spricht für eine im internationalen Vergleich relativ niedrige Produktivität der deutschen Gesundheitsversorgung, die vor allem in der starken Abschottung von ambulanter und stationärer Behandlung sowie Rehabilitation und Pflege wurzelt (McKinsey Global Institute 1996).
- Das starre Vertragsrecht schränkt den Wettbewerb auf der Leistungserbringerseite ein und behindert so die Ausschöpfung von Effizienzpotentialen (Monopolkommission 1998, S. 339f.).
- Ein einheitlicher Leistungskatalog reduziert den Wettbewerb der Krankenkassen auf den Parameter Beitragssatz und verhindert damit eine stärker auf die Versichertenpräferenzen zugeschnittene Gesundheitsversorgung (Infratest Burke Finanzforschung 1997; Andersen, H.H. und Schwarze, J. 1998, S. 20).

Literatur:

Andersen, H.H. und Schwarze, J. (1998): GKV'97: Kommt Bewegung in die Landschaft? Eine empirische Analyse der Kassenwahlentscheidungen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 9-10/98, S. 11-23.

Ganter, M. (1984): Messprobleme öffentlicher Aktivitäten. Staatsquoten, Preissteigerungen, Outputkonzepte, Baden-Baden.

Habich, R., Noll, H.-H. und Zapf, W. (1999): Subjektives Wohlbefinden in Ostdeutschland nähert sich westdeutschem Niveau - Ergebnisse des Wohlfahrtssurveys 1998, in: Informationsdienst Soziale Indikatoren, Ausgabe 22, Juli 1999, S. 1-6.

Horváth, P. (1998): Controlling, 7. Auflage., München.

Horváth, P. und Herter, R.N. (1992): Benchmarking. Vergleich mit den Besten der Besten, in: Controlling, 4. Jg., Nr. 1, S. 4-11.

Infratest Burke Finanzforschung (1997): TK-Mitgliederbefragung Oktober 1997, Hamburg, 24.11.1997.

Klausing, M. (1981): Effizienz und Effektivität im Gesundheitswesen. Der Beitrag der allgemeinen Systemtheorie für die Methode ihrer Ermittlung und Beurteilung, Karlsruhe.

Küting, K. und Lorson, P. (1995): Grundlagen des Benchmarking, in: Betrieb und Wirtschaft, 49. Jg., Nr. 3, S. 73-79.

McKinsey Global Institute (1996): Health Care Productivity, Los Angeles.

Monopolkommission (1998): Marktöffnung umfassend verwirklichen. Zwölftes Hauptgutachten der Monopolkommission gemäß § 24b Abs. 5 Satz 1 GWB-1996/97, Hauptband, Bonn.

Mossialos, E. (1997): Citizens View on Health Systems in the 15 Member States of the European Union, in: Health Economics, Vol. 6, S. 109-116.

OECD (1976): Measuring Social Well-Being. A Progress Report on the Development of Social Indicators, Paris.

OECD (1997): OECD Wirtschaftsberichte 1996-1997, Deutschland, Paris.

OECD (1999): OECD Health-Data 99, Paris.

Ollenschläger, G. (1999): Probleme der Qualität und Priorisierung. Evidenz-basierte Leitlinien zur Erreichung von Therapiezielen, in: Gesellschaftspolitische Kommentare, 40. Jg., So.-Nr. 2, 2/99, S. 23-25.

Poullier, J.P. (1993): Gesundheitssysteme im Vergleich. Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), Landsberg/Lech.

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000, Sachstandsbericht 1994, Baden-Baden.

Schwartz, F.W. (1999): Gesundheitsreform 2000 - Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung, in: Informationsdienst der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Nr. 272, Köln, Dezember 1999.

Sen, A. (1998): Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure, in: The Economic Journal, Vol. 108, No. 446, S. 1-25.

Sommer, B. (1992): Entwicklung der Bevölkerung bis 2030. Ergebnis der siebten koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung, in: Wirtschaft und Statistik, 4/1992, S. 217-222.

Sommer, B. (1998): Die Sterblichkeit in Deutschland im regionalen und europäischen Vergleich, in: Wirtschaft und Statistik, 12/1998, S. 960-970.

Statistisches Bundesamt (1960): Statistisches Jahrbuch 1960, Stuttgart.

Statistisches Bundesamt (2000): Ausgaben für Gesundheit 1970 bis 1997, Fachserie 12, Reihe S. 2, Stuttgart.

Theurl, E. (1996): Staat und Gesundheitswesen. Analyse historischer Fallbeispiele aus der Sicht der Neuen Institutionellen Ökonomik, Wien et al.

Wasem, J. (1999): Das Gesundheitswesen in Deutschland: Einstellungen und Erwartungen der Bevölkerung. Wissenschaftliche Analyse und Bewertung einer repräsentativen Bevölkerungsstudie, Neuss.

Wille, E. (1986): Effizienz und Effektivität als Handlungskriterien im Gesundheitswesen, insbesondere im Krankenhaus, in: Wille, E. (Hrsg.), Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen, Frankfurt et al., S. 91-126.

Wille, E. (1998 a): Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos, in: Arbeit und Sozialpolitik, 52. Jg., Heft 1/2, S. 16-27.

Wille, E. (1998 b): Aktuelle Anlässe und Ansatzpunkte der Reformdiskussionen im Gesundheitswesen, in: Wille, E. und Albring, M. (Hrsg.), Reformoptionen im Gesundheitswesen, Frankfurt et al., S. 12-21.

Wille, E. (1999 a): Auswirkungen des Wettbewerbs auf die gesetzliche Krankenversicherung, in: Wille, E. (Hrsg.), Zur Rolle des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Baden-Baden, S. 95-156.

Wille, E. (1999 b): Rationalisierung und Rationierung aus ökonomischer Sicht, in: Häfner, H. (Hrsg.), Gesundheit unser höchstes Gut?, Berlin et al., S. 331-343.

Verzeichnis der Teilnehmer

Achner, Dipl.-Volkswirt Stephan	Geschäftsführer für Krankenhausfinanzierung und -planung der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf
Albring, Dr. med. Manfred	Leiter der Abteilung Gesundheitswesen der Schering Deutschland GmbH, Berlin
Baum, Georg	Leiter der Unterabteilung Gesundheitsversorgung im Bundesministerium für Gesundheit, Bonn
Bausch, Dr. med. Jürgen	1. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Frankfurt; Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
Bausch, Frank	Leiter Projekt Gesundheitsmanagement des AOK Bundesverbandes, Bonn
Beerli, Dr. med. Alois	Spezialarzt für Innere Medizin, Winterthur/ Schweiz
Brech, Prof. Dr. med. Wolfgang	1. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg, Reutlingen; Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
Broll, Hartwig	Mitherausgeber des Gesundheitspolitischen Informationsdienstes Broll & Lehr, Bonn
Cassel, Prof. Dr. rer. pol. Dieter	Lehrstuhl für Wirtschaftspolitik an der Universität Duisburg, Duisburg
Danner, M. A. PhD Günter	Stellvertretender Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung, Brüssel
Dibbern, Günter	Mitglied des Vorstandes der Deutschen Krankenversicherungs AG, Köln
Dierks, Dr. med. Dr. iur. Christian	Rechtsanwalt und Arzt, Dierks & Bohle, Rechtsanwälte, Berlin
Ehlers, Dr. med. Dr. iur. Alexander P. F.	Rechtsanwalt und Arzt, Rechtsanwaltssocietät Ehlers, Ehlers & Partner, München
Esche, Dr. rer. nat. Joachim	Geschäftsführer der Schering Deutschland GmbH, Berlin
Flug, Dr. rer. nat. Michaela	Abteilung Gesundheitswesen - Verbandsarbeit der Schering Deutschland GmbH, Berlin
Friese, Hans-Günter	Präsident der ABDA, Eschborn
Glaeske, Dr. rer. nat. Gerd	Leiter der Abteilung medizinisch-wissenschaftliche Grundsatzfragen der BARMER Ersatzkasse, Wuppertal

Granitza, Dr. iur. Axel	Sonderaufgaben Vorstand der Schering Aktiengesellschaft, Berlin
Heine, Dr. med. Ulrich	Ärztlicher Direktor beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe, Münster
Hess, Dr. iur. Rainer	Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
Klemm, Dr. med. Helmut	Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Oberbayern, München; Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
Klusen, Prof. Dr. rer. oec. Norbert	Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse, Hamburg
Koring, Hans-Dieter	Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse, Hamburg
Kossow, Prof. Dr. med. Klaus-Dieter	Bundesvorsitzender des Berufsverbandes der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzteverband (BDA) e. V., Achim-Uesen
Krimmel, Dr. med. Lothar	Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung a. D., Köln
Laschet, Helmut	Stellvertretender Chefredakteur der Ärztezeitung, Neu-Isenburg
Leienbach, Dr. rer. pol. Volker	Geschäftsführer der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Köln
Manz, Joachim	Mitglied des Vorstandes der Rhön-Klinikum AG, Bad Berka
Münnich, Prof. Dr. rer. pol. Frank	Mitherausgeber des Gesundheitspolitischen Informationsdienstes Broll & Lehr, Bonn
Naase, Birgit	Gesundheitspolitische Referentin der FDP-Bundestagsfraktion, Berlin
Neubauer, Prof. Dr. rer. pol. Günter	Direktor des Institutes für Gesundheitsökonomik, München
Oberender, Prof. Dr. rer. pol. Peter	Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre der Universität Bayreuth, Bayreuth
Pföhler, Wolfgang	Geschäftsführer und Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Mannheim
Reischl, Wilfried	Referent der Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Berlin
Renzewitz, Susanne	Leiterin Politik der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Berlin

Richter-Reichhelm, Dr. med. Manfred	Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Berlin; Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
Robbers, Jörg	Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf
Schlenker, Dr. iur. Rolf-Ulrich	Vorsitzender des Vorstandes des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg, Kornwestheim
Schmeinck, Wolfgang	Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen
Schmidt, Helmut E.	Bereichsleiter Abteilung Grundsatz der AXA-Colonia-Krankenversicherung AG, Köln
Schmitt, Joachim M.	Geschäftsführer des Bundesfachverbandes Medizinprodukteindustrie e. V. - BVMed, Wiesbaden
Schneider, Dr. rer. pol. Markus	Direktor und geschäftsführender Gesellschafter der Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH - BASYS GmbH, Augsburg
Scholz, Dr. rer. nat. Klaus	Vorstand der ASCHE AG, Hamburg
Schönbach, Karl-Heinz	Leiter der Hauptabteilung Verträge des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Essen
Schorre, Dr. med. Winfried	Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf; 1. Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
Schulte, Gerhard	Vorsitzender des Vorstandes des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen in Bayern, München
Schwoerer, Dr. med. Peter	Leitender Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg, Lahr
Sing, Roland	Vorsitzender des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, Stuttgart
Straub, Dr. med. Christoph	Leiter der Abteilung Grundsatzfragen der medizinischen Versorgung und Gesundheitswissenschaften des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg
Stuppardt, Rolf	Vorsitzender des Vorstandes des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen, Bergisch-Gladbach

Tophoven, Dr. rer. pol. Christina	Leiterin des Referates Versorgungsformen und Kooperation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln
Verhees, Hans Günter	Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der AOK Sachsen, Dresden
Weber, Mechthild	Leiterin der Abteilung Konzerngesundheitspolitik der Schering Aktiengesellschaft, Berlin
Wille, Prof. Dr. rer. pol. Eberhard	Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Planung und Verwaltung, öffentliche Wirtschaft an der Universität Mannheim, Mannheim
Winkler, Dr. phil. Ute	Referentin im Ministerinnenbüro des Bundesgesundheitsministeriums, Berlin

STAATLICHE ALLOKATIONSPOLITIK IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

Band 1 Horst Siebert (Hrsg.): Umweltallokation im Raum. 1982.

Band 2 Horst Siebert (Hrsg.): Global Environmental Resources. The Ozone Problem. 1982.

Band 3 Hans-Joachim Schulz: Steuerwirkungen in einem dynamischen Unternehmensmodell. Ein Beitrag zur Dynamisierung der Steuerüberwälzungsanalyse. 1981.

Band 4 Eberhard Wille (Hrsg.): Beiträge zur gesamtwirtschaftlichen Allokation. Allokationsprobleme im intermediären Bereich zwischen öffentlichem und privatem Wirtschaftssektor. 1983.

Band 5 Heinz König (Hrsg.): Ausbildung und Arbeitsmarkt. 1983.

Band 6 Horst Siebert (Hrsg.): Reaktionen auf Energiepreissteigerungen. 1982.

Band 7 Eberhard Wille (Hrsg.): Konzeptionelle Probleme öffentlicher Planung. 1983.

Band 8 Ingeborg Kiesewetter-Wrana: Exporterlösinstabilität. Kritische Analyse eines entwicklungspolitischen Problems. 1982.

Band 9 Ferdinand Dudenhöfer: Mehrheitswahl-Entscheidungen über Umweltnutzungen. Eine Untersuchung von Gleichgewichtszuständen in einem mikroökonomischen Markt- und Abstimmungsmodell. 1983.

Band 10 Horst Siebert (Hrsg.): Intertemporale Allokation. 1984.

Band 11 Helmut Meder: Die intertemporale Allokation erschöpfbarer Naturressourcen bei fehlenden Zukunftsmärkten und institutionalisierten Marktsubstituten. 1984.

Band 12 Ulrich Ring: Öffentliche Planungsziele und staatliche Budgets. Zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben durch nicht-staatliche Entscheidungseinheiten. 1985.

Band 13 Ehrentraud Graw: Informationseffizienz von Terminkontraktmärkten für Währungen. Eine empirische Untersuchung. 1984.

Band 14 Rüdiger Pethig (Ed.): Public Goods and Public Allocation Policy. 1985.

Band 15 Eberhard Wille (Hrsg.): Öffentliche Planung auf Landesebene. Eine Analyse von Planungskonzepten in Deutschland, Österreich und der Schweiz. 1986.

Band 16 Helga Gebauer: Regionale Umweltnutzungen in der Zeit. Eine intertemporale Zwei-Regionen-Analyse. 1985.

Band 17 Christine Pfitzer: Integrierte Entwicklungsplanung als Allokationsinstrument auf Landesebene. Eine Analyse der öffentlichen Planung der Länder Hessen, Bayern und Niedersachsen. 1985.

Band 18 Heinz König (Hrsg.): Kontrolltheoretische Ansätze in makroökonometrischen Modellen. 1985.

Band 19 Theo Kempf: Theorie und Empirie betrieblicher Ausbildungsplatzangebote. 1985.

Band 20 Eberhard Wille (Hrsg.): Konkrete Probleme öffentlicher Planung. Grundlegende Aspekte der Zielbildung, Effizienz und Kontrolle. 1986.

Band 21 Eberhard Wille (Hrsg.): Informations- und Planungsprobleme in öffentlichen Aufgabenbereichen. Aspekte der Zielbildung und Outputmessung unter besonderer Berücksichtigung des Gesundheitswesens. 1986.

Band 22 Bernd Gutting: Der Einfluß der Besteuerung auf die Entwicklung der Wohnungs- und Baulandmärkte. Eine intertemporale Analyse der bundesdeutschen Steuergesetze. 1986.

Band 23 Heiner Kuhl: Umweltressourcen als Gegenstand internationaler Verhandlungen. Eine theoretische Transaktionskostenanalyse. 1987.

Band 24 Hubert Hornbach: Besteuerung, Inflation und Kapitalallokation. Intersektorale und internationale Aspekte. 1987.

Band 25 Peter Müller: Intertemporale Wirkungen der Staatsverschuldung. 1987.

Band 26 Stefan Kronenberger: Die Investitionen im Rahmen der Staatsausgaben. 1988.

Band 27 Armin-Detlef Rieß: Optimale Auslandsverschuldung bei potentiellen Schuldendienstproblemen. 1988.

Band 28 Volker Ulrich: Preis- und Mengeneffekte im Gesundheitswesen. Eine Ausgabenanalyse von GKV-Behandlungsarten. 1988.

Band 29 Hans-Michael Geiger: Informational Efficiency in Speculative Markets. A Theoretical Investigation. Edited by Ehrentraud Graw. 1989.

Band 30 Karl Sputek: Zielgerichtete Ressourcenallokation. Ein Modellentwurf zur Effektivitätsanalyse praktischer Budgetplanung am Beispiel von Berlin (West). 1989.

ALLOKATION IM MARKTWIRTSCHAFTLICHEN SYSTEM

Band 31 Wolfgang Krader: Neuere Entwicklungen linearer latenter Kovarianzstrukturmodelle mit quantitativen und qualitativen Indikatorvariablen. Theorie und Anwendung auf ein mikroempirisches Modell des Preis-, Produktions- und Lageranpassungsverhaltens von deutschen und französischen Unternehmen des verarbeitenden Gewerbes. 1991.

Band 32 Manfred Erbsland: Die öffentlichen Personalausgaben. Eine empirische Analyse für die Bundesrepublik Deutschland. 1991.

Band 33 Walter Ried: Information und Nutzen der medizinischen Diagnostik. 1992.

Band 34 Anselm U. Römer: Was ist den Bürgern die Verminderung eines Risikos wert? Eine Anwendung des kontingenten Bewertungsansatzes auf das Giftmüllrisiko. 1993.

Band 35 Eberhard Wille, Angelika Mehnert, Jan Philipp Rohweder: Zum gesellschaftlichen Nutzen pharmazeutischer Innovationen. 1994.

Band 36 Peter Schmidt: Die Wahl des Rentenalters. Theoretische und empirische Analyse des Rentenzugangsverhaltens in West- und Ostdeutschland. 1995.

Band 37 Michael Ohmer: Die Grundlagen der Einkommensteuer. Gerechtigkeit und Effizienz. 1997.

Band 38 Evamaria Wagner: Risikomanagement rohstoffexportierender Entwicklungsländer. 1997.

Band 39 Matthias Meier: Das Sparverhalten der privaten Haushalte und der demographische Wandel: Makroökonomische Auswirkungen. Eine Simulation verschiedener Reformen der Rentenversicherung. 1997.

Band 40 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Innovationen in der Arzneimitteltherapie. Definition, medizinische Umsetzung und Finanzierung. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 25.-27.10.1996. 1997.

Band 41 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Reformoptionen im Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 7.-8.11.1997. 1998.

Band 42 Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.): Szenarien im Gesundheitswesen. Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 5.-7.11.1998. 1999.

Band 43 Eberhard Wille / Manfred Albring (Hrsg.): Rationalisierungsreserven im deutschen Gesundheitswesen. 2000.

Peter Lang · Europäischer Verlag der Wissenschaften

Manfred Albring / Eberhard Wille (Hrsg.)

Szenarien im Gesundheitswesen

Bad Orber Gespräche über kontroverse Themen im Gesundheitswesen 5.-7.11.1998

Frankfurt/M., Berlin, Bern, Bruxelles, New York, Wien, 1999.
306 S., zahlr. Tab. und Graf.
Allokation im marktwirtschaftlichen System. Herausgegeben von Heinz König, Hans-Heinrich Nachtkamp, Ulrich Schlieper und Eberhard Wille. Bd. 42
ISBN 3-631-34945-9 · br. DM 58.–*

Der Sammelband enthält die erweiterten Referate eines interdisziplinären Workshops über Szenarien im Gesundheitswesen. Im Mittelpunkt stehen die Effekte, die von der europäischen Integration auf das deutsche Gesundheitswesen und hier insbesondere auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sowie auf die einzelnen Gesundheitsmärkte ausgehen. Weitere thematische Schwerpunkte bilden integrierte Versorgungsstrukturen sowie ausgewählte Finanzierungsalternativen im Rahmen der GKV. Der Teilnehmerkreis setzte sich aus Vertretern der Ärzteschaft, der Krankenkassen und -versicherungen, der pharmazeutischen Industrie, der Wissenschaft, der Ministerialbürokratie und der Politik zusammen.

Aus dem Inhalt: Effekte der europäischen Integration auf das deutsche Gesundheitswesen · Integrierte Versorgungsformen · Finanzierung und Budgetierung im Rahmen der GKV

Frankfurt/M · Berlin · Bern · Bruxelles · New York · Oxford · Wien
Auslieferung: Verlag Peter Lang AG
Jupiterstr. 15, CH-3000 Bern 15
Telefax (004131) 9402131
*inklusive Mehrwertsteuer
Preisänderungen vorbehalten