

Zentner, Annette

Working Paper

Wie beeinflussen andere Gesundheitssysteme die Gesundheitsreformenentwicklung 2003 in Deutschland?

Diskussionspapier, No. 2005/1

Provided in Cooperation with:

Technische Universität Berlin, School of Economics and Management

Suggested Citation: Zentner, Annette (2005) : Wie beeinflussen andere Gesundheitssysteme die Gesundheitsreformenentwicklung 2003 in Deutschland?, Diskussionspapier, No. 2005/1, Technische Universität Berlin, Fakultät Wirtschaft und Management, Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/36426>

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.

Wie beeinflussen andere Gesundheitssysteme die Gesundheitsreformerwicklung 2003 in Deutschland?

von Annette Zentner. Zusammenfassung

Ansätze anderer Industrieländer sind zunehmend Vorbild für gesundheitspolitische Reformen in Deutschland. Am Beispiel des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung untersucht dieser Beitrag den Einfluss anderer Gesundheitssysteme auf die deutsche Reformdebatte erstmals systematisch.

Die Analyse zeigt, dass deutsche Akteure vor allem über die USA, die Schweiz, die Niederlande, Großbritannien und Frankreich diskutieren; jedoch sind ihre Sichtweisen auf gleiche Tatbestände häufig konträr. Modelle aus anderen Ländern werden in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung so zum einen an den deutschen Kontext angepasst, der durch Föderalismus, Selbstverwaltungsprinzip und kulturelle Werte in einem bevölkerungsreichen Land gekennzeichnet ist. Verweise auf andere Länder dienen zum anderen aber auch als machtvoll Instrument, gesundheitspolitische Interessen durchzusetzen. Ein eindrücklichsten ist dieser Prozess am Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit nachzuvollziehen, das ursprünglich nach dem National Institute of Clinical Excellence in England und Wales entworfen wurde, sich von diesem aber in Struktur und Funktion deutlich entfernt hat.

Internationale Erfahrungen haben so weit reichend Eingang in die deutsche Debatte Eingang gefunden, dass für die deutsche Gesundheitspolitik und alle beteiligten Interessensgruppen ein zeitnahes Wissen über Ansätze anderer Gesundheitssysteme und eine kritische Bewertung von deren Erfolgen oder Misserfolgen in der Praxis unabdingbar geworden ist.

Abstract

Concepts from other countries are often used as role models for health policy reforms in Germany. This article's aim is to systematically analyse the impact of other health care systems on the German health policy debate. The study focuses on the latest health care reform; the Act on Modernization of Compulsory Health Insurance which came into force in 2004.

German actors and stakeholders discuss mostly about the USA, Switzerland, the Netherlands, UK and France. But, often their point of view to identical matters of facts is contrarian. In this debate models from other countries are adapted to the German context, which is characterized by federalism, self-governance, specific cultural and ethical values and a populous country. But actors also use experiences in other countries as a powerful standard argument to support their health policy objectives and push through interests. An impressive example is the recently established German Institute of Quality and Efficiency in Health Care. This institution was initially designed after the National Institute of Clinical Excellence (NICE) in England and Wales but now differs considerably from NICE in function and configuration.

International experience has extensively entered the German health policy debate. It is therefore an increasing requirement for policy makers as well as for stakeholders to acquire real-time knowledge about developments in various health care systems and to critically assess their success or failure in practice.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung.....	5
1.1. Ausgangssituation und Ziel der Studie.....	5
1.2. Das Analysemodell.....	6
2. Methoden.....	7
2.1. Auswahl der Dokumente.....	7
2.2. Auswahl der Länder.....	8
2.3. Recherche und Auswertung.....	9
3. Hintergrund: Die Gesundheitsreform 2003 und internationale Modelle.....	11
3.1. Die Zeitschiene der Gesundheitsreform 2003.....	11
3.2. Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung.....	12
3.3. Die Gesundheitsreform 2003 im Überblick.....	13
3.3.1. Patientensouveränität.....	13
3.3.2. Qualität der Patientenversorgung.....	14
3.3.3. Versorgungsstrukturen.....	15
3.3.4. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel.....	15
3.3.5. Leistungskürzungen.....	17
3.3.6. Finanzierung und Vergütung.....	17
3.3.7. Organisationsstrukturen.....	20
3.4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.....	21
3.4.1. Struktur und Finanzierung.....	21
3.4.2. Aufgaben und Verfahren.....	21
3.4.3. Entstehung und Entwicklung.....	25
3.4.4. Internationale Netzwerke und Modelle im Ausland.....	26
3.5. Besondere Versorgungsformen.....	34
3.5.1. Integrierte Versorgung und Einzelverträge.....	34
3.5.2. Medizinische Versorgungszentren.....	35
3.5.3. Hausarztzentrierte Versorgung.....	35
3.5.4. Teilöffnung der Krankenhäuser.....	36
3.5.5. Entwicklung der Reformen.....	36
3.5.6. Managed Care und Versorgungsstrukturen im Ausland.....	37
4. Ergebnisse.....	40
4.1. Die Länder und Themen.....	40
4.2. Die Diskussion der Akteure.....	45
4.2.1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.....	46
4.2.1.1. Struktur und Verfahren.....	47

4.2.1.2.	Leitlinien	48
4.2.1.3.	Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln.....	50
4.2.1.4.	Patienteninformation und Bürgerbeteiligung.....	51
4.2.2.	Versandhändlerlaubnis für Arzneimittel	52
4.2.3.	Mehrbesitzerlaubnis von Apotheken	55
4.2.4.	Neuregelung der Arzneimittelpreisverordnung	56
4.2.5.	Kostenübernahme nicht verschreibungspflichtiger Medikamente.....	57
4.2.6.	Besondere Versorgungsformen	58
4.2.7.	Ambulante Vergütung	59
4.2.8.	Zuzahlungen und Versichertenbonus.....	59
4.2.9.	Elektronische Gesundheitskarte.....	60
4.2.10.	Ausgliederung des Zahnersatzes aus der GKV	61
5.	<i>Diskussion und Fazit</i>	61
5.1.	Welche Länder beeinflussten die Gesundheitsreform 2003?	62
5.2.	Für welche Themen der Gesundheitsreform sind internationale Erfahrungen relevant?	63
5.3.	Wie diskutieren und bewerten die gesundheitspolitischen Akteure Einfluss und Erfahrung anderer Länder?	63
5.3.1.	Zwischenfazit: Die Akteure und die Frage der Übertragbarkeit.....	65
5.4.	Wie haben sich Reformen unter dem Einfluss anderer Gesundheitssysteme verändert?	65
5.4.1.	Vom Deutschen Zentrum für Qualität zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit	66
5.4.1.1.	Selbstverwaltungsorgan statt Staatsinstitut	67
5.4.1.2.	Bewertung statt Erstellung von Leitlinien	68
5.4.1.3.	Bewertung des Nutzens statt der Kosten-Nutzenrelation von Arzneimitteln.....	68
5.4.1.4.	Anhörungsrechte statt Entscheidungsbefugnis für Patienten	69
5.4.1.5.	Ausblick auf die Umsetzungsphase und Zwischenfazit	69
5.4.2.	Vom Hausarztssystem zu hausarztzentrierter Versorgung, von Gesundheitszentren zu Versorgungszentren	70
5.4.2.1.	Zwischenfazit	71
5.4.3.	Versandhandel von Arzneimitteln mit deutschen Sicherheitsauflagen.....	71
5.4.3.1.	Ausblick auf die Umsetzungsphase und Zwischenfazit	71
5.4.3.2.	Exkurs: Die Rolle der EU	72
5.4.4.	Mehrbesitz von Apotheken mit begrenzter Anzahl an Filialen.....	73
5.4.5.	Zwischenfazit: Die Veränderungen der Reformen unter dem Einfluss ausländischer Gesundheitssysteme.....	73
5.5.	Gesamtfazit	74
6.	<i>Zusammenfassung und Ausblick</i>	75

7. Verzeichnis der Abkürzungen, Tabellen und Abbildungen.....	77
8. Literatur und Links	81
9. Anhang.....	84

Einführung

1.1. Ausgangssituation und Ziel der Studie

Zunehmend sind Strukturen und Instrumente anderer Gesundheitssysteme Vorbilder für gesundheitspolitische Reformen in Deutschland.

So ist das Diagnose Related Groups (DRG)-System seit diesem Jahr flächendeckend die Abrechnungsgrundlage für Krankenhäuser mit den Kassen. Dieses neue Entgeltsystem auf Fallpauschalenbasis wurde aus Australien importiert, das sich wiederum die USA zum Vorbild genommen und deren Ansätze modifiziert hat. Die kürzlich in Deutschland eingeführten Behandlungsprogramme für die Versorgung chronisch Kranker (Disease Management-Programme - DMP), sind ebenfalls US-amerikanischen Vorlagen entlehnt. In der gesundheitspolitischen Debatte des Jahres 2003 sind weitere Modelle maßgebend geworden. In das allgemeine Bewusstsein gelangt sind dabei vor allem das englische Institute of Clinical Excellence als Modell für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWi) sowie die Vorschläge der Rürup- und Herzog-Kommission¹, in Deutschland Kopfprämien in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach Schweizer Modell einzuführen.

Warum nimmt der Trend zu, sich gesundheitspolitische Lösungsansätze anderer Industrienationen zum Vorbild zu nehmen?

Der Blick ins Ausland bietet die Möglichkeit, über nationale Erfahrungen hinaus reichhaltige und umfassende Informationsgrundlagen zu schaffen, um differenzierte gesundheitspolitische Entscheidungen zu treffen. Vom Erfahrungsschatz anderer Länder zu profitieren bietet sich an, denn die Herausforderungen an die Gesundheitspolitik ähneln sich. In allen Industrieländern sind die demographische Entwicklung mit zunehmender Alterung, Multimorbidität und chronischen Erkrankungen, Fortschritte in Medizin und Technologie, Qualität, Effizienz und Koordination der Versorgung sowie die Nachhaltigkeit der Finanzierung auf der politischen Tagesordnung.

Auch wenn sich die Gesundheitssysteme in Finanzierung (aus Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen oder privaten Quellen) und Steuerung (staatlich, selbstverwaltet oder privatwirtschaftlich) grundsätzlich unterscheiden, ist die Chance des voneinander Lernens erkannt worden.

Bis vor wenigen Jahren waren Kenntnis und Verständnis anderer Gesundheitssysteme und gesundheitspolitischer Entwicklungen eine Angelegenheit von wenigen Insidern. Die deutliche Zunahme schriftlicher Informationen in Fachartikeln zu internationalen Vergleichen und öffentlich zugängliche Datenbanken zum Beispiel der Weltgesundheitsorganisation (WHO)² und der Organisation für Wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (OECD)³ oder der Europäischen Kommission⁴ verändert diese Situation allmählich.

Die „Health Care Systems in Transition“-Profile des European Observatory on Health Systems and Policies beschreiben und analysieren Gesundheitssysteme und Reforminitiativen von Ländern in der

¹ Die von der rot-grünen Regierung eingesetzte Kommission unter Vorsitz von Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup legte im August 2003 Vorschläge für eine nachhaltige Finanzierung und Weiterentwicklung der Sozialen Sicherungssysteme vor. Reformvorschläge erarbeitete ebenfalls die Kommission „Soziale Sicherheit“ zur Reform der sozialen Sicherungssysteme der CDU unter Leitung von Bundespräsident a.D. Prof. Dr. Roman Herzog, die im September 2003 veröffentlicht wurden.

² European Health for all Database

³ OECD Health Data

⁴ MISSOC. Gegenseitiges Informationszentrum der sozialen Sicherheit in den Mitgliedsstaaten der EU und des EWR

europäischen Region der WHO⁵. Auch veröffentlichen die genannten Organisationen vertiefende Analysen und internationale Vergleiche zu politischen Fragestellungen und fördern den Austausch zwischen gesundheitspolitischen Akteuren und Experten (Schwartz und Busse 2003, Riesberg et al. 2003).

In Deutschland hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen⁶ in seinen letzten Gutachten eine Analyse der Versorgungsqualität des deutschen Gesundheitswesens im internationalen Vergleich vorgelegt und geeignete Reformansätze anderer Länder analysiert (Sachverständigenrat 2001 und 2003).

Um aus deutscher Perspektive die Lücke zwischen Forschung und Politik weiter zu verringern, entstand im Jahr 2002 der Gesundheitspolitik-Monitor. In einem von der Bertelsmann Stiftung initiierten und unterhaltenen Netzwerk sind gesundheitspolitische Experten aus 16 Industrieländern weltweit zusammengeschlossen. Sie berichten über aktuelle Themen und Entwicklungen der Gesundheitspolitik, um gezielt die deutsche Reformdebatte zu bereichern (www.healthpolicymonitor.org).

Unklar ist allerdings, in welchem Umfang und mit welchen Auswirkungen andere Gesundheitssysteme den deutschen gesundheitspolitischen Prozess insgesamt beeinflussen. Oder anders formuliert: Welche Erfahrungen und Modelle welcher Länder spielen in Deutschland welche Rolle?

Ziel der vorliegenden Arbeit ist, diese Frage für die jüngste Gesundheitsreform, das GKV-Modernisierungsgesetz 2003, zu beantworten.

1.2. Das Analysemodell

Das Gesundheitswesen in Deutschland befindet sich seit den 70er Jahren in einem kontinuierlichen Wandel, um es an sich verändernde gesellschaftliche, politische und ökonomische Rahmenbedingungen anzupassen. Ausdruck dessen sind einzelne Gesetze und Gesetzesänderungen, aber auch umfassendere Gesundheitsreformpakete wie das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1989, das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1993, das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 und zuletzt das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) von 2003.

Der Entwicklungsprozess von Gesundheitsreformen durchläuft vereinfacht dargestellt verschiedene Phasen:

Am Anfang stehen Ideen und neue Ansätze, die zunächst in unterschiedlichen Fachkreisen fernab von Politik oder formaler Einführung diskutiert werden. Manche dieser Neuerungen werden zunächst als Modellvorhaben oder Pilotprojekte auf lokaler oder institutioneller Ebene erprobt. Wird die Reform von politischer Seite aufgegriffen, folgt die Phase der Gesetzgebung: Eingabe eines Gesetzentwurfes, parlamentarische Debatte, Anhörungen und Einflussnahme der gesundheitspolitischen Akteure bis hin zur Verabschiedung, Modifikation oder Ablehnung.

⁵ Das Observatorium wird getragen vom europäischen Regionalbüro der WHO, den Regierungen von Finnland, Griechenland, Norwegen Spanien und Schweden, der Europäischen Investitionsbank, dem Open Society Institute, der Weltbank, der London School of Economics and Political Sciences sowie der London School of Hygiene and Tropical Medicine. www.euro.who.int/observatory

⁶ Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erstellt im Abstand von zwei Jahren wissenschaftliche Gutachten „zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen“ im Auftrag des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (§ 142 SGB V)

Auf eine gesetzliche Verabschiedung schließt sich die Umsetzungsphase und praktische Anwendung an. Je nach Beurteilung des Erfolgs der Gesetzesreform (mit oder ohne formale Evaluation), kann sie verändert und damit erneut in den Entwicklungsablauf eintreten oder gänzlich abgeschafft werden.

In jeder dieser fünf Phasen ist es vorstellbar, dass Modelle und Erfahrungen anderer Länder Einfluss auf den deutschen Reformprozess haben.

Die Rolle anderer Gesundheitssysteme für deutsche Prozesse kann also für jede einzelne Entwicklungsphase und für jedes einzelne Gesetz oder Gesetzespaket untersucht werden.

Auf Basis dieses Gedankenmodells analysiert die vorliegende Studie die jüngste große Gesundheitsreform: das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG).

Untersucht wird die Phase des eigentlichen Gesetzgebungsprozesses, der mit dem ersten Gesetzentwurf der Regierungskoalition im Juni 2003 begann und mit der Verabschiedung des endgültigen Gesetzes im November 2003 endete. Der Fokus der Analyse liegt dabei auf der gesundheitspolitischen Diskussion der Akteure.

Die übergeordnete Fragestellung "Wie beeinflussen andere Gesundheitssysteme die Gesundheitsreformentwicklung 2003 in Deutschland" wurde in mehrere Fragen untergliedert:

1. Welche Industrienationen sind für die deutsche Reformdiskussion bedeutsam?
2. Für welche Themen der Gesundheitsreform sind internationale Erfahrungen relevant, für welche Bereiche spielen sie keine Rolle?
3. Wie diskutieren und bewerten die Akteure des Gesundheitswesens Modelle und Erfahrungen aus dem Ausland?
4. Welche Veränderungen der Reform während des Gesetzgebungsprozesses sind möglicherweise auf den Einfluss anderer Länder zurückzuführen?

2. Methoden

Die vorliegende Arbeit untersucht, welche Rolle andere Länder im Gesetzgebungsprozess zum GMG spielten. Schwerpunkt ist dabei die gesundheitspolitische Diskussion der Akteure (siehe Abbildung 1). Dafür wurden in Stellungnahmen zum GMG und in Anhörungsprotokollen des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zunächst sämtliche Textstellen identifiziert, die mit anderen Ländern im Zusammenhang stehen.

Diese wurden anschließend sowohl quantitativ als auch inhaltlich analysiert.



Abbildung 1 Analysemodell: Der Einfluss anderer Länder auf das GMG - angelehnt an Busse und Schlette 2003

2.1. Auswahl der Dokumente

Es wurden zwei Arten von Dokumenten für die Studie ausgewählt (www.bundestag.de):

alle 190 Stellungnahmen an den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

- zum GMG-Entwurf vom 16.06.2003
- zum GMG-Entwurf vom 08.09.03

alle Wortprotokolle der fünf öffentlichen Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung (AGS) zum GMG:

- 27. Sitzung am 23.06.2003
- 29. Sitzung am 25.06.2003
- 30. Sitzung am 26.06.2003
- 31. Sitzung am 30.06.2003
- 36. Sitzung am 22.09.2003

Ausgewählt wurden diese Informationsquellen aus zwei Gründen:

Ein Kriterium war, sowohl die formal schriftlichen als auch mündlich geführten Teile der gesundheitspolitischen Diskussion einzubeziehen.

Des Weiteren sollte das Spektrum der Akteure möglichst umfassend sein.

Unter „Akteuren“ werden alle von den Reformen des GMG betroffenen gesellschaftlichen Gruppen und Personen verstanden. Dazu zählen Vertreter und Organisationen des Gesundheitswesens im engeren Sinne: Leistungserbringer und

-anbieter, Kostenträger und Selbstverwaltungsorgane, Patienten, Versicherte und Behinderte, Gesundheitsindustrie und Forschung.

Ebenfalls einbezogen sind wissenschaftliche Sachverständige, andere unabhängige Experten und Einzelpersonen.

Berücksichtigt sind aber auch Verbände der Industrie, Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Wohlfahrt, Verbraucher- und Bürgerorganisationen, Verwaltungen und öffentliche Einrichtungen.

Ein Verzeichnis der Stellungnahmen und die Sprechregister der geladenen Sachverständigen in den Anhörungen des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung sind im Anhang hinterlegt.

Um Veränderungen der einzelnen Gesundheitsreformen während des Gesetzgebungsprozesses nachzuvollziehen, wurden folgende Dokumente verwendet:

- GMG-Entwurf mit Begründung vom 16.06.03
- Konsens-Eckpunktepapier vom 22.07.03
- Konsenspapier vom 21.08.03
- GMG-Entwurf mit Begründung vom 08.09.03
- GMG-Endfassung vom 14.11.03

2.2. Auswahl der Länder

36 Industrieländer wurden in die Analyse eingeschlossen.

Die Auswahlkriterien waren:

1. Mitgliedsland der Europäischen Union (EU)
2. Beitrittsland der Europäischen Union 2004

3. Beitrittskandidaten zur Europäischen Union
4. OECD-Mitgliedsland, sofern nicht unter 1 - 3 fallend

2.3. Recherche und Auswertung

Alle 190 Stellungnahmen und fünf Wortprotokolle der Anhörungen im Ausschuss für Gesundheit und Soziales wurden mit Hilfe der Suchfunktion des Softwareprogramms Acrobat Reader durchsucht.

Um alle Textstellen in den Dokumenten mit Bezug zu anderen Ländern zu identifizieren, wurde mit Suchbegriffen für jedes einzelne Land gearbeitet, aber auch mit zusammenfassenden Begriffen wie „international“, „europäisch“, „skandinavisch“, „Länder“, „Staaten“ (siehe Tabelle 1). Ebenfalls einbezogen wurden internationale oder supranationale Institutionen (EU, WHO, OECD).

Tabelle 1 Suchbegriffe für Industrieländer bei Acrobat Reader-Recherche

Land/Region/Institution	Kürzel nach Top Level Domain des Internets	Suchbegriffe Acrobat Reader-Recherche (mit etwaigen Sondereinstellungen der Suchfunktion)
Australien	AU	australi
Belgien	BE	belgi
Benelux	Benelux	benelux
Bulgarien	BG	bulgari
Dänemark	DK	dän
Estland	EE	estland estländisch
Europa	EU	europ EU (Großschreibung, ganzes Wort)
Finnland	FI	finn
Frankreich	FR	frankreich französisch
Griechenland	GR	griech
international, supranational	INT	international ausland (findet auch EU-Ausland oder europäisches Ausland) ausländisch welt länder staaten (findet auch Vereinigte Staaten) OECD WHO (Großschreibung, ganzes Wort)
Irland	IE	irland irisch (ganzes Wort)
Island	IS	island isländisch
Italien	IT	italien

Japan	JP	jap
Kanada	CA	kanad
Lettland	LV	lettland lettisch
Litauen	LT	litau
Luxemburg	LU	luxemburg
Malta	MT	malta, maltesisch
Mexiko	MX	mexik
Neuseeland	NZ	neuseel
Niederlande	NL	niederlande niederländisch holland holländisch
Norwegen	NO	norweg
Österreich	AT	österreich
Polen	PL	polen polnisch
Portugal	PT	portug
Rumänien	RO	rumän
Schweden	SE	schwed
Schweiz	CH	schweiz
Skandinavien	Skand	skandinavi
Slowakei	SK	slowak
Slowenien	SI	sloweni
Spanien	ES	spani
Südkorea	KR	korea
Tschechien	CZ	tschech
Ungarn	HU	ungar
Vereinigte Staaten	US	US (Großschreibung) ameri (findet auch US-amerikanisch) Vereinigte (Großschreibung; findet auch Vereinigtes Königreich)
Vereinigtes Königreich	UK	brit engl UK GB (Großschreibung, ganzes Wort)
Zypern	CY	zypern, zyprisch

Die Textstellen wurden gezählt und für die weitere Analyse zusammengefasst.

Der Zählwert 1 entsprach einem thematischen Abschnitt des Dokuments mit Bezug zu anderen Ländern.

Dabei blieben Mehrfacherwähnungen des jeweiligen Lands bzw. der jeweiligen Region/Institution unberücksichtigt.

Ebenfalls nicht gesondert gewertet wurden Einträge in Inhalts-, Abbildungs-, Tabellen-, Abkürzungs- und Literaturverzeichnissen.

Doppelzählungen z.B. bei "EU-Ausland" oder "US-amerikanisch" wurden vermieden.

Übergreifende Suchbegriffe wie "international", "europäisch" wurden gezählt, wenn sie erkennbaren Bezug zu Ländern aufwiesen, nicht jedoch bei Verweisen auf Klassifikationssysteme, Datenbanken und ähnliches.

Die Textstellen wurden den einzelnen Reformthemen des GMG als auch den einzelnen Akteuren zugeordnet.

So konnte eine quantitative und inhaltliche Analyse erfolgen, welche Länder zu welchen Themen des GMG bei welchen Akteuren Bedeutung hatten.

3. Hintergrund: Die Gesundheitsreform 2003 und internationale Modelle

Dieses Kapitel dient zum einen der Darstellung der Inhalte des Gesetzes zur Modernisierung der GKV. Zum anderen werden hier Modelle und Erfahrungen im Ausland erläutert, auf die in den folgenden Kapiteln der Analyse zurückgegriffen wird.

Die politische Debatte des Jahres 2003 war in Deutschland unter anderem von der anstehenden Gesundheitsreform geprägt.

Die rot-grüne Koalition legte im Juni 2003 einen Gesetzentwurf „zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ vor, der sich jedoch in den Parlamentsverhandlungen nicht durchsetzen konnte. In den sich daran anschließenden Gesprächen mit den Fraktionen der CDU/CSU und zunächst auch der FDP wurde ein tragfähiger Konsens gesucht.

Der auf dieser Basis entwickelte Gesetzentwurf „zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ wurde Ende 2003 im Bundestag und Bundesrat verabschiedet.

Das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) konnte damit am 1. Januar 2004 in Kraft treten (www.bundestag.de).

3.1. Die Zeitschiene der Gesundheitsreform 2003

- **8. Mai 2003:** Die Spitzen der rot-grünen Koalition verständigen sich auf die Eckpunkte der Gesundheitsreform 2004.
- **28. Mai 2003:** Das Bundeskabinett beschließt einen Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform, der von den Bundestagsfraktionen von SPD und Grünen in den Bundestag eingebracht werden soll.
- **16. Juni 2003:** Die rot-grüne Koalition veröffentlicht den Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitswesens (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz).
- **16. Juni 2003:** CDU und CSU einigen sich auf ein eigenes Reformkonzept. CSU-Sozialexperte Horst Seehofer lehnt aber eine von der Union angestrebte Ausgliederung zahnärztlicher Leistungen ab.
- **18. Juni 2003:** CDU-Chefin Angela Merkel akzeptiert ein Angebot der SPD-Bundestagsfraktion, ein gemeinsames Verfahren für die Gesundheitsreform zu finden.

- **Ende Juni 2003:** Sitzungen des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung mit 27., 29., 30. und 31. Öffentliche Anhörung führen zum Scheitern des rot-grünen Gesetzentwurfs.
- **4. Juli 2003:** Die 18 Unterhändler von Rot-Grün, Union und FDP beginnen ihre Konsensgespräche.
- **21. Juli 2003:** SPD, Grüne, CDU/CSU und FDP einigen sich auf Eckpunkte für eine gemeinsame Gesundheitsreform. Das Kompromisspaket wird noch am selben Tag den Partei- und Fraktionsgremien zur Entscheidung vorgelegt.
- **18. August 2003:** Die FDP distanziert sich von dem Konsenspapier, da der Konsens nicht einer „eigentlich notwendigen Strukturreform entspricht“.
- **21. August 2003:** SPD, Grüne und Union legen Unstimmigkeiten über den ersten Arbeitsentwurf für das Reformgesetz bei.
- **9. September 2003:** 1. Lesung des Entwurfes für ein Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Bundestag.
- **Mitte September 2003:** Sitzungen und 36. Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages
- **26. September 2003:** Der Bundestag verabschiedet in 2./3. Lesung das GMG mit den Stimmen von SPD, Grünen und CDU/CSU. Die FDP votiert gegen das Gesetz.
- **17. Oktober 2003:** Der Bundesrat stimmt der Gesundheitsreform mit großer Mehrheit zu.
- **1. Januar 2004:** Die Gesundheitsreform tritt in Kraft.
- **1. Januar 2005:** Die Neuregelung beim Zahnersatz für gesetzlich Versicherte tritt in Kraft.
- **1. Januar 2006:** Die Neuregelung im Bereich Krankengeld tritt in Kraft.

(www.bundestag.de)

3.2. Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung

Die Ausschüsse des Bundestages sind Organe des Parlaments. Ihre Zusammensetzung regelt sich nach dem Stärkeverhältnis der Fraktionen, die sich ihrerseits darüber verständigen, wie viele Ausschüsse eingesetzt werden, welche Aufgabengebiete sie erhalten und wie viele Mitglieder sie zählen sollen.

In der laufenden Legislaturperiode hat das Parlament 21 ständige Ausschüsse eingesetzt, denen zwischen 15 und 42 ordentliche Mitglieder und eine gleiche Anzahl von Stellvertretern angehören. Von der Verfassung vorgeschrieben ist die Einsetzung des Auswärtigen Ausschusses, des EU-Ausschusses, des Verteidigungs- und des Petitionsausschusses.

Der Aufgabenbereich des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung umfasst im Wesentlichen den Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Entsprechend der Organisationsstruktur des Ministeriums befasst er sich hauptsächlich den Themenbereichen:

- Arzneimittel, Apothekenwesen, Medizinprodukte
- Pflegeversicherung
- Gesetzliche Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung
- gesetzliche Rentenversicherung einschließlich Unfallversicherung
- allgemeine Gesundheitsvorsorge, Berufe, übertragbare Krankheiten, AIDS, Gentechnik

- Prävention, Rehabilitation und Behindertenpolitik
- Sozialhilfe

Der Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung hat 40 Mitglieder, von denen 17 der Fraktion der SPD, 16 der Fraktion der CDU/CSU, 4 der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen und 3 der Fraktion der FDP angehören.

Zu den Themenbereichen berät er jedes Jahr eine große Zahl von Gesetzesentwürfen und Anträgen. In diesem Zusammenhang führt er regelmäßig öffentliche Anhörungen und Expertengespräche durch, um sich ein umfassendes und möglichst unabhängiges Bild über den Themenkomplex für die parlamentarische Entscheidungsfindung zu verschaffen. Dazu lädt er von den Fraktionen vorgeschlagene Sachverständige aus allen betroffenen gesellschaftlichen Gruppen ein.

3.3. Die Gesundheitsreform 2003 im Überblick

Was sind die wesentlichen Reforminhalte des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung?

Unter den Schlagwörtern „Mehr Qualität“, „Mehr Effizienz“, „Mehr Mitsprache“ subsumiert sich ein Bündel an Neuerungen, von denen folgend die wichtigsten zusammengestellt sind (www.bundestag.de, www.die-gesundheitsreform.de, www.aok-bv.de/politik/agenda/reform/index.html). Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit sowie Reformen der Versorgungsstrukturen werden anschließend ausführlicher erläutert, da sie für die vorliegende Arbeit von besonderer Relevanz sind.⁷

Das finanzielle Entlastungsvolumen für die gesetzliche Krankenversicherung aus den vorgesehenen Regelungen wurde auf zehn Milliarden Euro im Jahre 2004 und auf 14 - 15 Milliarden Euro bis 2007 geschätzt. Die Beitragssätze der Krankenkassen sollen von zuletzt durchschnittlich 14,3 Prozent auf 12,15 Prozent im Jahr 2007 sinken.

Diese Prognosen sind jedoch in den ersten Monaten nach in Kraft treten der Reform und nach der Spezifizierung von Reformbestandteilen durch den Gemeinsamen Bundesschuss - der neu gefassten Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern - bereits in Frage gestellt worden.

3.3.1. Patientensouveränität

Anhörungsrecht für Patientenverbände

Patienten- und Behindertenverbände einschließlich der Selbsthilfe erhalten für Fragen, die die Versorgung betreffen, ein qualifiziertes Antrags- und Mitberatungsrecht in den Steuerungs- und Entscheidungsgremien, insbesondere beim Gemeinsamen Bundesausschuss, dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, den Zulassungsausschüssen sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen.

Durch Rechtsverordnung wurden Einzelheiten zu Organisation, Legitimation und Offenlegung der Finanzierung der zu beteiligenden Patienten-Organisationen geregelt.

Patientenbeauftragter

Auf Bundesebene soll den Anliegen der Patienten durch Bestellung eines Patientenbeauftragten Rechnung getragen werden. Dieser soll in unabhängiger und beratender Funktion die

⁷ siehe Kapitel 0 Seite 21 und 3.5 Seite 34

Weiterentwicklung der Patientenrechte unterstützen und Sprachrohr für Patienteninteressen in der Öffentlichkeit sein.

In diese Funktion erstmals berufen wurde im Januar 2004 die SPD-Gesundheitsexpertin Helga Kühn-Mengel.

Einführung einer Patientenquittung

Die Versicherten erhalten auf Verlangen eine Kosten- und Leistungsinformation vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus.

Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte

Ab 2006 löst eine elektronische Gesundheitskarte die bisherige Krankenversicherungskarte ab. Sie soll fälschungssicher sein, datenschutzrechtlichen Belangen genügen und administrative Daten speichern. Dazu zählen neben Namen des Versicherten und Angaben zur Krankenkasse auch Gesundheitsdaten auf Wunsch des Versicherten. Dazu zählen Notfallversorgung (z. B. in Form des europäischen Notfallscheines), Arzneimitteldokumentation, Untersuchungen und Befunde, Behandlungsdokumentationen und Verweise auf Patientenverfügungen.

Die elektronische Gesundheitskarte soll zur Verbesserung der Qualität der medizinischen Behandlung beitragen, da Gesundheitsdaten zum Zeitpunkt und am Ort der Behandlung zur Verfügung stehen können. So sollen Doppeluntersuchungen oder Fehlbehandlungen vermieden werden.

Versichertenbonus

siehe Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten Seite 18

Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung im ambulanten Bereich

Versicherte haben für den ambulanten Sektor die Möglichkeit, die Erstattung von Kosten (statt sonst Sachleistungsprinzip) zu wählen. Die Krankenkassen erstatten auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln. An diese Wahlentscheidung ist der Versicherte mindestens ein Jahr gebunden. Vom Erstattungsbetrag sind adäquate Abschläge für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung vorzusehen und Zuzahlungen mit einzubeziehen.

Inanspruchnahme von Leistungserbringern im EU-Ausland

Entsprechend den Urteilen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) zu Gesundheitsleistungen⁸ erhalten gesetzlich Krankenversicherte die Möglichkeit, bei einem Aufenthalt in einem anderen Mitgliedstaat der EU Leistungserbringer gegen Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse ist nur bei Krankenhausbehandlungen erforderlich. Die Kosten werden auf der Grundlage der in der GKV geltenden Vergütungsregeln erstattet.

3.3.2. Qualität der Patientenversorgung

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

siehe Kapitel 3.4 Seite 21

Verpflichtung für Ärzte zur Einführung eines Qualitätsmanagements

⁸ EuGH-Urteile zur Rechtssache Decker, Kohll, Vanbraekel, Müller-Fauré, van Riet, Geraets-Smits, Peerblooms (Aktenzeichen C-120/95, C-158/96, C-385/98, C-385/99-1, C-157/99): Auch im Bereich der ambulanten und stationären Behandlung gelten die Grundsätze des freien Waren- und Dienstleistungsverkehrs (§§ 28 und 49 EG-Vertrag). Das deutsche Sachleistungsprinzip berührt den Kostenerstattungsanspruch dabei nicht.

Ärztliche Praxen sind zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet worden. Sie werden dabei von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) unterstützt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen veröffentlichen regelmäßig einen Bericht über diesbezügliche Aktivitäten.

Fortbildungsverpflichtung für Ärzte

Ärzte müssen sich kontinuierlich und interessenunabhängig fortbilden. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, ihre Mitglieder auf die Einhaltung ihrer Fortbildungspflichten zu überprüfen. Mögliche Sanktionen sind Vergütungsabschläge oder der Entzug der Zulassung.

3.3.3. Versorgungsstrukturen

Integrierte Versorgung

siehe Kapitel 3.5.1 Seite 34

Medizinische Versorgungszentren

siehe Kapitel 3.5.2 Seite 35

Hausarztzentrierte Versorgung

siehe Kapitel 3.5.3 Seite 35

Teilöffnung der Krankenhäuser

siehe Kapitel 3.5.4 Seite 36

Arbeitszeitbedingungen in Krankenhäusern

Zur Lösung der Arbeitszeitproblematik in Krankenhäusern sowie zur Realisierung der geplanten Abschaffung des Arztes im Praktikum werden unter anderem Mittel zur Optimierung der Arbeitszeitregelung in Krankenhäusern bereitgestellt.

3.3.4. Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln

siehe Kapitel 3.4.2 Aufgaben und Verfahren des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit Seite 21

Novellierung der Arzneimittelpreisverordnung

Mit dem Ziel, die Arzneimitteldistributionskosten zu senken, wurde die Arzneimittelpreisverordnung umgestaltet.

Die Apotheken erhalten statt der bisherigen rein prozentualen und degressiven Zuschläge je Packung ein fixes Abgabehonorar von 8,10 Euro und einen Zuschlag von drei Prozent auf den Apothekeneinkaufspreis. In Rechtsverordnungen soll in der Regel alle zwei Jahre die Höhe des Festbetrags entsprechend der „Kostenentwicklung der Apotheken bei wirtschaftlicher Betriebsführung“ angepasst werden.

Die Großhandelszuschläge wurden neu bestimmt. So wurden die Höchstzuschläge auf den Herstellerpreis niedriger festgesetzt.

Versandhandelserlaubnis von Arzneimitteln

Seit dem 1. Januar 2004 ist mit dem GMG in Deutschland der Versandhandel und elektronische Handel mit rezeptpflichtigen Medikamenten erlaubt, zum Beispiel über Internet-Apotheken.

Um die Sicherheit für die Verbraucher zu garantieren, hat der Gesetzgeber dem Arzneimittelversand enge Grenzen gesetzt:

Verschreibungspflichtige Medikamente dürfen nicht ohne Rezept über den Versandhandel vertrieben werden. Der Versand von Arzneimitteln, der mit unverhältnismäßiger Beeinträchtigung der Arzneimittelsicherheit oder sonstigen unverhältnismäßigen Risiken verbunden ist - wie zum Beispiel von Betäubungsmitteln - kann ausgeschlossen werden.

Versandapotheken müssen Fachkräfte mit pharmazeutisch-medizinischem Fachwissen beschäftigen, um Kunden qualifiziert beraten zu können. Die Beratung muss in deutscher Sprache erfolgen. Die Versandapotheke muss rund um die Uhr erreichbar sein. Arzneimittel müssen sicher und schnell zugestellt werden, um die Qualität und Wirksamkeit des Produkts zu sichern. Die Übergabe der Lieferung darf nur an den Besteller oder eine von ihm benannte Person erfolgen.

Für Betriebsräume, von denen aus der Versandhandel unterhalten wird, gibt es spezielle Anforderungen.

Bis Ende 2003 war der Versandhandel mit Medikamenten in Deutschland generell verboten. Der niederländische Arznehändler DocMorris lieferte dennoch seit Juni 2000 günstigere Medikamente per Kurier vor allem an deutsche Kunden. Die Niederländer beriefen sich dabei auf den EU-Binnenmarkt. Der deutsche Apothekerverband (ABDA) sah in dieser Praxis einen Verstoß gegen geltende deutsche Regeln und verklagte die Konkurrenz. Zum Zeitpunkt der Verabschiedung des GMG stand das Urteil des EuGH noch aus⁹.

Aufhebung des Mehrbesitzverbots für Apotheken

Eine Apotheke kann seit dem GMG bis zu drei Nebenfilialen haben. Bisher sah das Apothekenrecht vor, dass Apotheker Besitzer nur einer Niederlassung sein durften.

Das Verbot des Fremdbesitzes bleibt wie bisher bestehen. Es gewährleistet, dass Betreiber einer Apotheke - mit oder ohne Filialen - nur ein Apotheker und nicht ein Berufsfremder oder eine Kapitalgesellschaft sein darf. Auch Filialen müssen der Leitung eines approbierten, angestellten Apothekers unterstehen.

Importarzneimittel

Der Preisabstand eines importierten Arzneimittels, zu dessen Abgabe der Apotheker verpflichtet ist, wird auf mindestens 15 Prozent festgesetzt.

Neuordnung der Festbetragsregelung

Festbeträge, das heißt der Anteil der Kosten von Medikamenten, der durch die Krankenkassen übernommen wird, gilt erneut auch für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, sofern sie nicht eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen aufweisen. Es können Festbetragsgruppen gebildet werden, wenn diese mindestens drei patentgeschützte Arzneimittel, die der Festbetragsregelung unterliegen, enthalten.

Vereinfachung der Aut idem-Regelung

Die komplexe Berechnung bei der Substitutionspflicht von verordneten Medikamenten durch günstigere Präparate in Apotheken (Aut Idem-Regelung) entfällt. Dafür setzen die Kassen die Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel im unteren Preisdrittel fest.

Neuregelung der Kostenübernahme für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

⁹ siehe Kapitel 5.4.3.2 Seite 72

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (Over the Counter- (OTC) Produkte) werden grundsätzlich nicht mehr von den Krankenkassen übernommen.

Hiervon ausgenommen bleiben Medikamente für Kinder bis zum zwölften Lebensjahr sowie für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen.

Darüber hinaus werden bei bestimmten Indikationen solche Arzneimittel auch weiterhin entsprechend eines Ausnahmekatalogs des Gemeinsamen Bundesausschuss erstattet. Dieser wurde am 16.03.2004 beschlossen und enthält Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, so beispielsweise Acetylsalicylsäure zur Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall sowie nach arteriellen Eingriffen und Jodid zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen. Als pflanzliche Präparate werden Johanniskraut zur Behandlung mittelschwerer depressiver Episoden und Ginkgo biloba-Blätterextrakt zur Behandlung der Demenz gelistet.

Die bisherige Arzneimittelpreisverordnung gilt weiter für OTC-Produkte, die von den Kassen erstattet werden. Für alle anderen OTC-Produkte werden die Preise freigegeben.

Ausschluss von Arzneimitteln zur Verbesserung der privaten Lebensführung

Arzneimittel, die überwiegend der Verbesserung der privaten Lebensführung dienen, zum Beispiel zur Steigerung der sexuellen Potenz, Raucherentwöhnung, Regulierung des Körpergewichts und Verbesserung des Haarwuchses sind von der Erstattungspflicht der Kassen ausgenommen. Am 16.03.2004 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Liste der so genannten Life Style-Präparate konkretisiert.

3.3.5. Leistungskürzungen

Ausschlüsse bzw. Einschränkung von Leistungen der GKV

Neben nicht verschreibungspflichtigen und Life Style-Arzneimitteln müssen die Versicherten künftig Sterbegeld, Entbindungsgeld und Leistungen bei Sterilisation, die nicht aus medizinischen Gründen geboten sind, selber finanzieren.

Der Leistungsanspruch bei der Versorgung mit Sehhilfen wird begrenzt auf Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sowie schwer sehbeeinträchtigte Versicherte.

Der Anspruch auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung wird eingeschränkt (Reduzierung auf drei statt vier Versuche, Altersgrenzen zwischen 25 und 40 Lebensjahren für Frauen bzw. 50 Lebensjahren bei Männern).

Fahrtkosten für Taxi- und Mietwagenfahrten werden in der ambulanten Versorgung nicht mehr erstattet. Ausnahmen nach der Krankentransportrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss gelten z.B. für Dialyse- oder Chemo- und Strahlenbehandlungen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004).

Insgesamt veranschlagt wurde eine Entlastung der Krankenversicherung durch Leistungsausgrenzungen von jährlich 2,7 Milliarden Euro bis zum Jahr 2007.

3.3.6. Finanzierung und Vergütung

Ablösung der ärztlichen Gesamtvergütung im ambulanten Sektor durch Regelleistungsvolumina

Die bisherige Gesamtvergütung in der ambulanten Versorgung wird ab 2007 durch arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumina ersetzt. Das bedeutet, dass die bisherige veränderliche Einzelleistungsvergütung (so genannter floatender Punktwert) durch einen Fixpreis (fester Punktwert) abgelöst wird, sofern die Gesamtausgaben einer Facharztgruppe in dem vereinbarten Rahmen der Regelleistungsvolumina - das heißt Menge mal Preis - verbleiben. Leistungen, die das Volumen überschreiten, werden stark abgestaffelt vergütet.

Die Fortschreibung der Regelleistungsvolumina soll sich an der Krankheitsentwicklung der Bevölkerung orientieren. Hierzu sollen diagnosebezogene Risikoklassen erstellt und die Veränderung der Morbidität festgestellt werden. Bei der jährlichen Veränderung ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten.

Die ärztliche Vergütung soll insgesamt stärker an Leistungskomplexen und Fallpauschalen ausgerichtet werden. So können für besondere Versorgungsformen und Leistungen abweichende Vergütungsvereinbarungen getroffen werden (z.B. spezifische Fallpauschalen bei medizinischen Versorgungszentren).

Erfüllt die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag - auch zeit- oder teilweise - nicht, werden Vergütungsansprüche gekürzt.

Im Jahr 2006 soll die neue Regelung unter dem Dach der Gesamtvergütung erprobt werden. Der Honorarverteilungsmaßstab, der bisher den Wert einer ärztlichen Leistung veränderlich mit Punkten bewertete, entfällt ab 2007. In den Übergangsjahren zum neuen Vergütungssystem 2004 bis 2006 soll eine einvernehmliche Vereinbarung des Honorarverteilungsmaßstabs zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen getroffen werden.

verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen im ambulanten Sektor

Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollen durch darauf spezialisierte Personen vorgenommen werden, die über das Ergebnis ihrer Prüfungen regelmäßig Rechenschaftsberichte ablegen. Auffälligkeitsprüfungen erfolgen grundsätzlich bei Überschreitung einer Schwelle von 25 Prozent der vereinbarten Richtgröße oder bei sonstigen erheblichen Auffälligkeiten. Die geprüften Personen erhalten auch weiterhin die Möglichkeit, den Beschwerdeausschuss anzurufen. Die Krankenkassenverbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen haften für eine ordnungsgemäße und wirksame Umsetzung dieser Regelungen.

Neugestaltung der Zuzahlungen und Befreiungsmöglichkeiten

Das System von Zuzahlungen und Befreiungs- bzw. Überforderungsregelungen wurde deutlich verändert. Bei allen Leistungen wird eine Zuzahlung von zehn Prozent, jedoch mindestens fünf Euro und höchstens zehn Euro erhoben.

Die Zuzahlung bei ambulanter ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung beträgt zehn Euro je Quartal und Behandlungsfall. Sie entfällt bei Vorsorgeleistungen oder Behandlung auf Überweisung.

Bei einem stationären Aufenthalt fallen täglich zehn Euro an, bei Krankenhaus- und Anschlussheilbehandlungen auf maximal 28 Tage pro Jahr begrenzt.

Für alle Versicherten gilt künftig für Zuzahlungen gleichermaßen eine Belastungsgrenze in Höhe von zwei Prozent des Bruttoeinkommens. Bei der Höhe des zugrunde gelegten Einkommens werden Kinderfreibeträge zusätzlich berücksichtigt. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr sind generell von Zuzahlungen befreit.

Den besonderen Bedürfnissen chronisch Kranker wird durch eine Überforderungsklausel von ein Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens Rechnung getragen.

Die Definition des Status „chronisch Kranker“ wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Januar 2004 präzisiert. Als chronisch krank gelten Patienten, die sich in einer Dauerbehandlung befinden, die mindestens einen Arztbesuch pro Quartal erforderlich macht. Der Patient muss zusätzlich entweder in Pflegestufe zwei oder drei eingestuft sein oder eine Behinderung bzw. Erwerbsminderung von mindestens 60 Prozent vorweisen. Als Chroniker gelten auch Patienten, denen ärztlich bescheinigt wird, dass ein Absetzen der Behandlung (medizinische Behandlung, Psychotherapie, Arzneimitteltherapie oder Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) eine lebensbedrohliche Verschlechterung herbeiführt, die Lebenserwartung vermindert oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität bedeuten würde. Ursprünglich war eine deutlich enger gefasste Definition vorgesehen (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004).

Das Einsparvolumen der neuen Zuzahlungsregelungen wurde auf jährlich 3,2 Milliarden Euro bis zum Jahr 2007 geschätzt.

Krankenkassen können Versicherten bei Teilnahme an gesundheitsfördernden oder präventiven Maßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen, Präventionsprogramme, betriebliche Gesundheitsförderung), bei freiwilliger Einschreibung in besondere Versorgungsangebote wie hausarztzentrierte Versorgung oder Disease Management-Programmen einen finanziellen Bonus gewähren. Bonusregelungen für die Teilnahme an integrierten Versorgungsformen bestehen jedoch nicht mehr.

Die Ausgestaltung des Bonus, z.B. in Form verminderter Zuzahlungen, wird durch die Selbstverwaltung jeder Kasse bestimmt. Die Aufwendungen hierfür müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus diesen Maßnahmen resultieren, finanziert werden.

Ausgliederung des Zahnersatzes aus der GKV und Festzuschüsse

Der Zahnersatz wird ab 2005 allein von den Versicherten mit einem einkommensunabhängigen Beitrag finanziert. Die Versicherten haben die Wahl zwischen privater und gesetzlicher Versicherung. Die Ausgliederung des Zahnersatzes aus der Gesetzlichen Krankenversicherung war im Gesetzentwurf der Regierungskoalition vom Juni 2003 nicht enthalten. Sie trägt die Handschrift der CDU/CSU-Fraktion, die die Reform - trotz interner Auseinandersetzungen - zum Bestandteil des Gesundheitskonsenses machte.

Anstelle der bisherigen prozentualen Zuschüsse bei Zahnersatz erfolgt die Vergütung neuerdings durch befundbezogene Festzuschüsse. Härtefälle werden besonders berücksichtigt. Die Qualitätssicherung für die Leistungen, für die ein Festzuschuss gewährt wird, ist Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen.

Die dadurch entstehende finanzielle Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung wurde auf jährlich 3,5 Milliarden Euro bis zum Jahr 2007 geschätzt.

Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen

So genannte versicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch und Krankengeld bei erkranktem Kind werden nicht mehr durch die Krankenversicherung, sondern durch Steuern finanziert. Dazu wird die Tabaksteuer in drei Stufen erhöht, allerdings nach parteiübergreifenden Verhandlungen im Dezember 2003 weniger stark als ursprünglich vorgesehen (1,2 statt 1,5 Cent/Zigarette). Die folglich finanzielle Entlastung der

gesetzlichen Krankenversicherung wurde auf insgesamt 11,9 Milliarden Euro bis zum Jahr 2007 geschätzt.

Krankengeld

Ab 2007 wird Krankengeld innerhalb der GKV allein durch die Versicherten, das heißt ohne Arbeitgeberanteil finanziert. Hierzu wird ein pauschaler Beitragssatzanteil (voraussichtlich 0,5 Prozent) erhoben.

3.3.7. Organisationsstrukturen

Organisationsreform der Krankenkassen

Für die verschiedenen Kassenarten wurde das Mitgliedschafts- und Organisationsrecht harmonisiert. Fusionen bedürfen bei allen Kassenarten der Zustimmung der vor und nach der Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörden. Bereits geöffnete Betriebs- und Innungskrankenkassen müssen dauerhaft geöffnet bleiben. Bei geöffneten Betriebskrankenkassen sind die Personalkosten in den Beitragssatz einzubeziehen.

Professionalisierung der Kassenärztlichen Vereinigungen

Den Kassenärztlichen Vereinigungen steht neuerdings ein hauptamtlicher Vorstand vor, der eine ärztliche Nebentätigkeit nur in begrenztem Umfang ausüben kann. Die Vertreterversammlung wurde verkleinert.

Soweit mehrere Kassenärztliche Vereinigungen mit weniger als 10.000 Mitgliedern in einem Land bestanden, wurden diese zusammengelegt.

Gemeinsamer Bundesausschuss

An die Stelle des Koordinierungsausschusses und der bisherigen Bundesausschüsse trat ein Gemeinsamer Bundesausschuss. Er besteht aus Unterausschüssen für Fragen der ärztlichen, zahnärztlichen und stationären Versorgung. Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverbände, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, jedoch nicht mehr die Bundesärztekammer). Der Gemeinsame Bundesausschuss übernimmt auch Aufgaben, die bisher in einer Vielzahl von Organisationen zur Qualitätssicherung erfüllt wurden.

Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen

Zur Bekämpfung von Fehlverhalten (zum Beispiel Falschabrechnungen, Korruption) im Gesundheitswesen wurden Krankenkassen und Kassenärztliche bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen auf Landes- und Bundesebene verpflichtet, entsprechende Prüf- und Ermittlungseinheiten einzurichten.

Transparenz bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen

Krankenkassen und Kassen- bzw. Kassenzahnärztliche Vereinigungen müssen über die Verwendung der Mittel gegenüber ihren Mitgliedern Rechenschaft ablegen und ihre Verwaltungskosten gesondert als Beitragssatz- bzw. Umlageanteil ausweisen. Dazu zählt auch die Veröffentlichung der Vorstandsvergütungen einschließlich etwaiger Nebenleistungen und wesentlicher Versorgungsregelungen. Versicherte haben somit Anspruch auf Mitgliederinformation über die Höhe

der Beiträge sowie Verteilung der Beitragsmittel auf Leistungsausgaben einerseits und Verwaltungs- und Personalausgaben der jeweiligen Kasse andererseits.

Reduzierung der Verwaltungsausgaben bei Krankenkassen

Die Verwaltungskosten je Mitglied wurden bis zum Jahr 2007 an die Grundlohnentwicklung gebunden. Solange die Verwaltungskosten je Mitglied einer Krankenkasse um mehr als zehn Prozent über den durchschnittlichen Verwaltungskosten liegen, werden diese eingefroren.

In den folgenden Kapiteln werden zwei Themenbereiche - das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit und die Reform der Versorgungsstrukturen - ausführlicher dargestellt, da sie im Zusammenhang mit Erfahrungen anderer Länder für die vorliegende Studie besondere Relevanz haben.

Erläutert werden auch Strukturen, Verfahren und Instrumente einzelner Gesundheitssysteme sowie internationale Netzwerke und Empfehlungen, sofern sie in der deutschen Debatte zum GMG bedeutsam sind.

3.4. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Im Zuge der Gesundheitsreform hat der Gemeinsame Bundesausschuss den Auftrag erhalten, ein neues „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ zu gründen. Das Institut soll nach den Vorstellungen des Gesetzgebers dazu beitragen, den „dynamischen Prozess der Fortentwicklung der medizinischen und pflegerischen Leistungen zu sichern und die kontinuierliche Einbeziehung neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse in eine qualitativ gesicherte Leistungserbringung zu gewährleisten“ (www.bundestag.de).

3.4.1. Struktur und Finanzierung

Das Institut wird die Rechtsform einer privatrechtlichen Stiftung erhalten, die durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung gegründet wird.

Seine Aufträge bekommt es nicht nur Gemeinsamen Bundesausschuss. Auch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung erhält ein Antragsrecht beim Institut, Themen zur Bearbeitung anzumelden. Lehnt das Institut diesen Antrag als unbegründet ab, muss das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung die Kosten für den Auftrag tragen, wenn es seinen Antrag aufrechterhält.

Ansonsten finanziert sich das Institut durch Zuschläge auf die Vergütungen von Vertrags(zahn)ärzten und Krankenhäusern, die gesondert erhoben werden.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss können nicht nur die Vertreter von Kassen, (Zahn)Ärzten und Krankenhäusern den Antrag stellen, das Institut mit einer Expertise zu einem bestimmten Sachverhalt zu betrauen, sondern auch die Selbsthilfe-, Patienten- und Behindertenorganisationen, die seit der Gesundheitsreform auch ein Mitberatungsrecht in diesem Gremium haben. Ein Antragsrecht hat zudem der Inhaber des neu geschaffenen Amtes eines Patientenbeauftragten der Bundesregierung (Perleth 2004).

3.4.2. Aufgaben und Verfahren

Sechs Aufgaben hat das neue Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Einzelnen laut § 139 Sozialgesetzbuch (SGB) V:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,
- wissenschaftliche Ausarbeitungen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der GKV erbrachten Versorgungsleistungen unter Berücksichtigung alters-, geschlechts- und lebenslagenspezifischen Besonderheiten,
- Bewertung evidenzbasierter medizinischer Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Erkrankungen,
- Empfehlungen zu Disease Management-Programmen,
- Nutzenbewertung von Arzneimitteln und
- Bereitstellung von allgemeinverständlicher Bürgerinformationen zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

Das Institut bearbeitet die Aufgaben im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, indem es seinerseits Aufträge zu wissenschaftlichen Stellungnahmen an externe Sachverständige, zum Beispiel wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaften, Qualitätssicherungsinstitutionen der Selbstverwaltungspartner oder an Dritte vergibt; dazu zählen auch wissenschaftliche Forschungseinrichtungen und Universitäten im In- und Ausland.

Was ist unter den einzelnen Begriffen und zukünftigen Aufgaben des Instituts zu verstehen?

Evidenzberichte und Health Technology Assessment

Das Institut wird den aktuellen medizinischen Wissensstand zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bewerten.

Das bedeutet, dass Studien zu einem bestimmten Thema möglichst umfassend zusammengetragen und systematisch nach bestimmten Kriterien - wie Güte der Studien sowie Sicherheit, Wirksamkeit und Kosteneffektivität der Verfahren - ausgewertet werden.

Diese Evidenzberichte oder systematischen Reviews sind zum einen Grundlage für die so genannte evidenzbasierte Medizin, das heißt das Verbinden der derzeit besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse mit eigenen Erfahrungswerten der Ärzte.

Die systematischen Übersichtsarbeiten gehen aber auch in evidenzbasierte Leitlinien¹⁰ und Disease Management-Programme¹¹ sowie das so genannte Health Technology Assessment (HTA) ein.

Health Technology Assessment ist die systematische Untersuchung mit Bewertung der Konsequenzen bei Anwendung einer medizinischen Technologie.

Unter Technologie werden alle diagnostischen und therapeutischen Verfahren gefasst, also technische Geräte, Arzneimittel, Medizinprodukte und weitere diagnostische und therapeutische Interventionen. Möglich ist aber auch die Beurteilung von Organisationsstrukturen und -prozessen im Gesundheitswesen.

Bewertet wird Sicherheit, Effektivität und Effizienz der Verfahren. Über einen systematischen Evidenzbericht hinaus werden aber auch die Auswirkungen auf Organisationen und Abläufe im Gesundheitswesen sowie soziale und ethische Konsequenzen beleuchtet.

¹⁰ siehe Leitlinien und Richtlinien Seite 23

¹¹ siehe Disease Management-Programme Seite 24

Vor dem Hintergrund der steigenden Ausgaben für die Gesundheitsversorgung wird Health Technology Assessment in vielen europäischen und außereuropäischen Gesundheitssystemen zur Unterstützung politischer Entscheidungen zur Steuerung und Kostenkontrolle herangezogen.

In Deutschland liegen die Anfänge von HTA mit den Einrichtungen der Technologiefolgenabschätzung von Bund und Ländern in den 80er Jahren. Der Schwerpunkt der Bewertung von medizinischen Verfahren liegt dabei auf sozialwissenschaftlichen oder ethisch juristischen Fragestellungen.

Seit Mitte der 90er dient HTA zunehmend als Grundlage für die Gremien der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, um über Kostenübernahme von Technologien und Verfahren in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung zu entscheiden. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz von 1997 ist die Zuständigkeit des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen auch auf Überprüfung bereits bestehender Leistungen ausgeweitet worden.

Entscheidenden Beitrag zur Etablierung und Verbreitung von HTA in Deutschland haben insbesondere akademische Institutionen geleistet (z.B. Deutsches HTA-Projekt 1995 - 2001 der Abteilung für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover).

In den letzten Jahren zunehmende Bedeutung haben auch die HTA-Berichte des Medizinischen Diensts der Krankenkassen (MDK) und dessen Spitzenorganisation (MDS) gewonnen.

Mit einem Erlass des Bundesgesundheitsministeriums im Jahre 1998 und dem GKV-Gesundheitsreformgesetz wurde das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beauftragt, eine öffentlich nutzbare Datenbank zur Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien aufzubauen. Beim DIMDI wurde auch ein staatliches HTA-Programm aufgelegt (Perleth 2003).

Leitlinien und Richtlinien

Eine weitere Aufgabe des Instituts ist es, Leitlinien zu bewerten.

Nach einer international anerkannten Definition des US-amerikanischen Institute of Medicine sind Leitlinien (clinical practice guidelines) systematisch entwickelte, evidenzbasierte und eventuell auf Konsens beruhende Entscheidungshilfen für Ärzte und Patienten, die eine dem Einzelfall angemessene gesundheitliche Versorgung ermöglichen sollen.

Werden die so entwickelten Leitlinien auch befolgt, ist ein verbessertes gesundheitliches Ergebnis der ärztlichen Behandlung zu erwarten. Allerdings entsprechen die wenigsten der derzeit auf dem Markt befindlichen Leitlinien diesem Standard (Field und Lohr 1992, Helou 2003, Perleth 2004).

Der Begriff Richtlinien sollte hingegen Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die von einer rechtlich legitimierten Institution aufgestellt, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichteinhaltung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Die Unterscheidung zwischen Leitlinien und Richtlinien ist spezifisch für den deutschen und europäischen Sprachraum.

Während in anderen Ländern wie den USA, Großbritannien, Kanada und den Niederlanden Leitlinien schon seit vielen Jahren zum Einsatz kommen, finden sie in Deutschland erst seit Mitte der 90er Jahre größere Beachtung.

Aufgrund von anfänglichen Problemen bei Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien - insbesondere Qualität und Praxisnähe - wurden in Anlehnung an internationale Vorbilder Programme zur Förderung wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinienprogramme entwickelt, unter anderem von der Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin.

Eine zentrale Rolle spielt das Clearingverfahren der Ärztlichen Zentrum für Qualitätssicherung (ÄZQ), das heißt die Bewertung von Leitlinien durch ein Netzwerk aus Anbietern, Anwendern, Berufsverbänden, Qualitätszirkeln, Wissenschaftlern und der Selbstverwaltungsorgane (Helou 2003, Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001, 2003).

Disease Management-Programme

Disease Management-Programme (DMP) sind strukturierte, leitliniengestützte Behandlungsprogramme für die medizinische Versorgung von chronisch Kranken. Durch ein systematisches und kontinuierliches, das heißt sektorübergreifendes und alle Krankheitsstadien umfassendes Management soll die medizinische Qualität und die Kosten-Effektivität der Versorgung verbessert werden.

Mit dem am 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Bundesregierung die gesetzlichen Grundlagen für Disease Management-Programme in Deutschland geschaffen. DMPs müssen den in Rechtsverordnungen gesetzlich festgelegten Qualitätskriterien entsprechen. Zuständig für Prüfung und Zulassung der einzelnen Programme ist das Bundesversicherungsamt.

Bisher konzentrieren sich die angelaufenen Programme auf die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs. An der Entwicklung von Programmen für Koronare Herzerkrankung und Asthma/Chronisch Obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) wird gearbeitet (www.bmgs.bund.de).

Nutzenbewertung von Arzneimitteln und die "Vierte Hürde"

Die in Deutschland mit dem GMG neu eingeführte Nutzenbewertung von Arzneimitteln dient dazu, nach anerkanntem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis den therapeutischen Mehrwert neuer Arzneimittel indikationsbezogen im Vergleich zu bereits vorhandenen Therapiemöglichkeiten zu beurteilen. Auch geringere Nebenwirkungen können Ausdruck eines höheren Nutzens sein.

In der Begründung zum GMG wird eine Differenzierung in drei Stufen vorgeschlagen:

- Stufe A: verbesserte Wirkung und neues Wirkprinzip
- Stufe B: verbesserte Wirkung und gleiches Wirkprinzip
- Stufe C: ohne verbesserte Wirkung mit oder ohne neuem Wirkprinzip¹².

Die Nutzenbewertungen des Instituts haben unmittelbar keine rechtlichen Wirkungen, sondern dienen als fachliche Grundlage für die Beschlüsse von Arzneimittelrichtlinien des Gemeinsamen

¹² Entspricht einer modifizierten Klassifikation nach Fricke und Klaus:

A-Wirkstoffe haben eine „innovative Struktur“ bzw. bieten ein „neuartiges Wirkprinzip mit therapeutischer Relevanz“. B-Wirkstoffe bieten eine Innovation im Sinne der „Verbesserung pharmakodynamischer oder pharmakokinetischer Eigenschaften bereits bekannter Wirkprinzipien“.

C-Wirkstoffe liefern „Analogpräparate mit keinen oder nur marginalen Unterschieden zu bereits eingeführten Präparaten“ (Glaeske et al. 2003, Fricke und Schwabe 2002)

Die Klassifikation ist entgegen dem Erstentwurf der Regierungskoalition vom Juni 2003 nicht mehr im eigentlichen Gesetzestext enthalten, sondern nur als Empfehlung in der Begründung zum GMG formuliert (www.bundestag.de).

Bundesausschusses. Dieser entscheidet damit über die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung.

Als entscheidender Unterschied zur Erstfassung des GMG ist die finanzielle Bewertung weggefallen, das heißt die Beurteilung der Kosten-Nutzenrelation, bekannt auch unter dem Begriff „vierte Hürde“ (www.bundestag.de).

Der Begriff „vierte Hürde“ ist entstanden aus der Fortzählung der ersten drei Hürden bei der Zulassung von Arzneimitteln:

1. Qualität,
2. Wirksamkeit,
3. Unbedenklichkeit,
4. Kosten-Effektivität.

Die ersten drei Hürden zielen auf die Sicherstellung der Produktqualität und regeln den Marktzugang. Mit der Einführung einer „vierten Hürde“ wird zusätzlich eine ökonomische Bewertung vorgenommen, die über die bisher übliche Betrachtung der Wirksamkeit und Patientensicherheit hinausgeht und die Kostenerstattung durch die GKV begründet (Sachverständigenrat 2001).

Kosten-Nutzenbewertung in anderen Ländern

In seinem Gutachten hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion bereits im Jahr 2001 darauf verwiesen, dass international sehr viel differenziertere und striktere Vorgaben der Arzneimittelbewertung existieren und insbesondere ein Trend zur stärkeren Einbeziehung der „vierten Hürde“ festzustellen ist. Die Berücksichtigung der Kosten-Effektivitätsanalyse bei der Entscheidung über die Kostenübernahme erfolgt in den einzelnen Ländern jedoch unterschiedlich explizit, das heißt nicht überall ist sie verpflichtende Voraussetzung wie beispielsweise in Großbritannien, Kanada, Belgien oder Australien (Sachverständigenrat 2001).

3.4.3. Entstehung und Entwicklung

Forderungen nach einer qualitätsorientierten Strukturierung und Steuerung des Gesundheitswesens sind in Deutschland seit Jahren erhoben worden.

In Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz 1999 einigte man sich unter Beteiligung der Selbstverwaltungskörperschaften auf „Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“. Hierzu gehörte auch die Empfehlung, auf Bundesebene ein Kompetenzzentrum für Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen einzurichten - „z. B. in Form eines Netzwerkes der vorhandenen einschlägigen Einrichtungen oder als eigenständige Organisation“ (Gesundheitsministerkonferenz 1999).

Nach der damaligen Auffassung sollte eine solche Instanz Einrichtungen der Gesundheitsversorgung bei der Einführung, Durchführung und Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement-Maßnahmen neutral unterstützen, die theoretischen Grundlagen des Qualitätsmanagements weiterentwickeln sowie den Erfolg von Qualitätsprojekten evaluieren.

Diese Vorstellungen können als Ausgangspunkt für Planungen eines nationalen Qualitätsinstituts in Deutschland angesehen werden. In die gesundheitspolitische Diskussion wurde der Vorschlag erneut im Jahre 2002 durch den Gesprächskreis Arbeit und Soziales der SPD-nahen Friedrich Ebert Stiftung eingebracht (Friedrich Ebert Stiftung 2002, Ollenschläger 2003).

In der ersten Gesetzesvorlage „zur Modernisierung des Gesundheitssystems“ vom Juni 2003 entwarf die rot-grüne Regierungskoalition ein Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin, das sich in Struktur und Funktion in hohem Maße am britischen Vorbild des National Institute of Clinical Excellence (NICE) orientierte¹³.

Das Deutsche Zentrum für Qualität war als unabhängige und neutrale Einrichtung vorgesehen, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts der staatlichen Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung unterstehen und mit der Aufgabe betraut werden sollte, „für die Bewertung des medizinischen Nutzens und der Qualität sowie der Wirtschaftlichkeit der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung“ tätig zu werden (www.bundestag.de).

Als Ergebnis des gesundheitspolitischen Konsenses unterscheidet sich die endgültige Struktur und Funktion des auch namentlich neu gefassten „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“ im GMG in einigen Punkten wesentlich vom ursprünglichen Entwurf der Regierungskoalition¹⁴.

3.4.4. Internationale Netzwerke und Modelle im Ausland

Im Folgenden werden internationale Netzwerke und Empfehlungen sowie Institutionen und Verfahren in anderen Ländern beschrieben, die in der deutschen Debatte um das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit von Bedeutung sind.

Die Cochrane Collaboration

Die Cochrane Collaboration ist ein weltweites Netz von Wissenschaftlern und Ärzten zur Erstellung und Verbreitung systematischer Reviews¹⁵. International kooperierende Arbeitsgruppen führen die Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz von diagnostischen oder therapeutischen Verfahren nach einem definierten Schema durch. Die Übersichtsarbeiten sind in der Cochrane-Datenbank öffentlich zugänglich.

Für Koordination, Organisation und Öffentlichkeitsarbeit sind die Cochrane-Zentren zuständig. Sie unterstützen und fördern die Bildung neuer Review-Gruppen und sollen sicherstellen, dass nur korrekt durchgeführte, qualitativ hochwertige Übersichtsarbeiten Eingang in die Cochrane-Datenbank finden. Cochrane-Zentren existieren heute in Adelaide, Amsterdam, Barcelona, Boston, Freiburg, Hamilton, Kapstadt, Kopenhagen, Mailand, Oxford, Providence, San Francisco und Sao Paulo (www.cochrane.org).

Empfehlungen des Europarats zu Leitlinien

Im Jahr 2001 verabschiedete der Europarat Empfehlungen an die Mitgliedsstaaten zur Entwicklung und Nutzung von medizinischen Leitlinien.

Danach sollten Leitlinien systematisch, unabhängig und transparent und unter Verwendung geeigneter Qualitätskriterien von Arbeitsgruppen entwickelt werden, die sich aus Fachleuten verschiedener Berufssparten zusammensetzen. Bevor eine Leitlinie zur Implementierung, das heißt

¹³ siehe

Ausführlicher dargestellt werden in den nächsten Kapiteln die in der Diskussion um das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit relevanten Institutionen im Ausland:

England und Wales: Das National Institute of Clinical Excellence (NICE) Seite 29

¹⁴ siehe

Wie haben sich Reformen unter dem Einfluss anderer Gesundheitssysteme verändert? Seite 66

¹⁵ siehe Evidenzberichte und Health Technology Assessment Seite 22

Umsetzung in die Praxis, freigegeben wird, ist die Beteiligung der Leitlinienanwender - durch umfassende Begutachtung und/oder durch Testung der Pilotversion - notwendig.

Werden Leitlinien aus anderen Ländern oder Regionen übernommen, müssen sie überarbeitet und neu redigiert oder auf ihre Anwendbarkeit im neuen Umfeld geprüft werden (Europarat 2001, Ollenschläger 2003).

Das International Network of Agencies for Health Technology Assessment¹⁶ (INAHTA)

In zahlreichen Ländern wurden eigene HTA-Institutionen geschaffen, die fast ausschließlich für die nationale Gesundheitspolitik Assessments als Planungs- und Steuerungsunterlagen erarbeiten: In Europa (aber auch in Kanada und Australien) stehen die meisten Institutionen den Gesundheitsministerien nahe. In der Schweiz und den Niederlanden wird das Instrument HTA von den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen herangezogen, um Entscheidungen der gesetzlichen Kostenübernahme zu treffen.

Das International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) ist ein Netzwerk, das dem internationalen Austausch von Informationen über laufende HTA-Projekte, der Kooperation bei der Erstellung gemeinsamer Projekte und dem Austausch von Informationen über die unterschiedlichen Gesundheitssysteme dient (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 Übersicht über die Mitgliedsorganisationen des International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA). Quelle: www.inahta.org

Land	Name	Abkürzung
Australien	Australian Health Technology Advisory Committee	AHTAC
Australien	Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures - Surgical	ASERNIP
Australien	Medicare Services Advisory Committee	MSAC
Chile	Chilean Health Technology Assessment Unit	ETESA
Dänemark	Danish Institute for Health Technology Assessment	DIHTA
Dänemark	Danish Institute for Health Services Research and Development	DSI
Deutschland	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information	DAHTA@DIMDI
Finnland	Finnish Office for Health Care Technology Assessment	FinOHTA
Frankreich	l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé	ANAES
Frankreich	Comité d' Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques	CEDIT
Großbritannien	The NHS Centre for Reviews and Dissemination	CRD
Großbritannien	National Coordinating Centre for Health Technology Assessment	NCCHTA
Großbritannien	National Horizon Scanning Centre	NHSC

¹⁶ siehe Evidenzberichte und Health Technology Assessment Seite 22

Großbritannien	National Institute for Clinical Excellence	NICE
Großbritannien	National Health Service Quality Improvement Scotland	NHS QIS
Israel	Israeli Center for Technology Assessment in Health Care	ICTAHC
Kanada	Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé	AETMIS
Kanada	Alberta Heritage Foundation for Medical Research	AHFMR
Kanada	Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment	CCOHTA
Kuba	Instituto Nacional de Higiene Epidemiologia y Microbiologia	INHEM
Lettland	Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju aģentūra	HSMTA
Neuseeland	The Clearing House for Health Outcomes and Health Technology Assessment	NZHTA
Niederlande	College voor Zorgverzekeringen/Standing Committee for Health Insurance	CVZ
Niederlande	Gezondheidsraad, Health Council of the Netherlands	GR
Niederlande	Netherlands Organization for Scientific Research	MW-NWO
Niederlande	The Netherlands Organization for Applied Scientific Research	TNO HTA
Norwegen	The Norwegian Centre for Health Technology Assessment	SMM
Österreich	Institut für Technologiefolgenabschätzung	ITA
Schweden	The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care	SBU
Schweden	Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi	CMT
Schweiz	Medical Technology Unit / Federal Social Insurance Office Switzerland	FSIOS
Schweiz	Swiss Science Council/Technology Assessment	SWISS/TA
Spanien	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias	AETS
Spanien	Andalusian Agency for Health Care Technology Assessment	AETSA
Spanien	Catalan Agency for Health Technology Assessment	CAHTA
Spanien	Basque Office for Health Technology Assessment	OSTEBA
Spanien	Consejería de sanidad y Consumo	UETS
US	Agency for Health Care Research and Quality/Center for Practice and Technology Assessment	AHRQ
US	Department of Veterans Affairs (VA) Technology Assessment Program (TAP)	VATAP

US	Centers for Medicare & Medicaid Services	CMS
----	--	-----

Ausführlicher dargestellt werden in den nächsten Kapiteln die in der Diskussion um das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit relevanten Institutionen im Ausland:

England und Wales: Das National Institute of Clinical Excellence (NICE)

Im April 1999 wurde das National Institute of Clinical Excellence (NICE) wegen starker regionaler Versorgungsunterschiede als Unterorganisation des staatlichen Gesundheitsdienstes National Health Service (NHS) gegründet. Die Einrichtung erstellt umfassende Empfehlungen (guidances) für die gesundheitliche Versorgung in England und Wales.

Struktur und Aufgaben von NICE

Die besondere Gesundheitsbehörde untersteht dem nationalen Gesundheitsministerium und der Walisischen Regierung. Die Einrichtung selbst mit Sitz in London ist mit rund 60 Angestellten eine kleine Organisation, stützt ihre Arbeit jedoch auf die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl anderer Organisationen. Dieses Netzwerk schließt wissenschaftliche und klinische Experten, Industrieverbände des Gesundheitswesens sowie Patientengruppen bzw. Verbraucherverbände ein.

NICE steht derzeit ein Budget von umgerechnet 19 Millionen Euro im Jahr zur Verfügung.

Die zwei wesentlichen Aufgaben des NICE sind:

1. Die Bewertung neuer und etablierter medizinischer Technologien und Verfahren:

Für das britische Verfahren des Technology Appraisal charakteristisch ist, dass die *Auswertung* der Evidenz (Assessment) von der *Bewertung* der Evidenz (Appraisal) getrennt erfolgt:

Eine unabhängige wissenschaftliche Einrichtung erstellt im Auftrag von NICE die eigentlichen HTA-Berichte zum aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis der jeweiligen Technologie. Dabei wird nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch die Wirtschaftlichkeit von Leistungen bzw. „der Wert der Leistungen im Verhältnis zu den aufzuwendenden Kosten“ bewertet.

Die Übersichtsarbeiten zu Evidenz von klinischem Nutzen und Kosteneffektivität werden im zweiten Schritt einer Bewertung des Beratungsorgans von NICE unterzogen. Dieses multiprofessionelle Appraisal-Komitee besteht aus vom Gesundheitsminister berufenen Ärzten, Pflegepersonal und Managern des NHS, Public Health Experten, Gesundheitsökonomern, Biostatistikern, Vertretern der Industrie und Patientenvertretern.

Das Komitee hat die Aufgabe, Empfehlungen zur Anwendung der Technologie unter Berücksichtigung der Interessen des NHS abzugeben.

Stakeholder - das heißt jeweils betroffene Interessensgruppen wie Hersteller, Patienten- und Berufsorganisationen - sind aufgefordert, sich an diesem Prozess mit weiterer Evidenz oder Stellungnahmen zu beteiligen: Sie haben auch die Möglichkeit zum Einspruch.

Endprodukte sind die Technology Appraisal Guidances. Bisher liegen rund 70 solcher Dokumente vor, 55 befinden sich im Bewertungsprozess.

Die Bewertungsarbeit des Instituts erfolgt unter Veröffentlichung aller relevanten Diskussionspapiere mit Ausnahme des so genannten commercial in confidence-Materials, dessen Weitergabe auf Wunsch der Stakeholder untersagt werden kann.

Seit Januar 2002 wurde der NHS verpflichtet, für von NICE empfohlene Verfahren und Therapien, die Kosten zu übernehmen. Die lokalen NHS-Organisationen müssen diese Leistungen aus ihren jährlich zugeteilten Budgets bestreiten.

2. Die Erstellung von Leitlinien

Die National Collaborating Centres (NCC) von NICE erstellen evidenzbasierte Behandlungsempfehlungen, die clinical guidelines, für den NHS. Diese Arbeitsgruppen gibt es zurzeit für akute und chronische Erkrankungen, Pflege und unterstützende Versorgung, psychische Erkrankungen, allgemeinmedizinische Versorgung, Frauen und Kindergesundheit und neuerdings für Krebserkrankungen.

Für jede Leitlinie wird eine unabhängige Gruppe von medizinischen Professionellen und Patientenvertretern mit Sachkenntnis zum jeweiligen Thema beauftragt, um die Evidenzlage zu beurteilen und Empfehlungen abzugeben.

Die National Collaborating Centers entwickeln auf dieser Basis drei Leitlinienversionen: eine umfassende Vollfassung, die eigentliche NICE-Leitlinie für den NHS und schließlich eine allgemeinverständliche Version für die Öffentlichkeit.

Interessensgruppen wie Berufsverbände oder Patientenorganisationen können während des Prozesses bei der Auswahl der zu erstellenden Leitlinien und nach Veröffentlichung des ersten Leitlinienentwurfs angehört werden.

Abschließend begutachtet und für das NHS gültig erklärt wird die Leitlinie durch das Guideline Review Panel, ein Gremium, das besonderes Augenmerk auf die Berücksichtigung der Einwände in den Anhörungen legt.

Weitere Aufgaben von NICE sind die Qualitätsprüfung von interventionellen diagnostischen oder therapeutischen Verfahren und spezifische Projekte im Bereich der Versorgungsforschung (Suizid und Homozid, perioperative Mortalität, Mütter- und Säuglingssterblichkeit) (NICE 2004, www.nice.org.uk, Robinson 2003, Perleth 2004, www.inahta.org).

Evaluationen von NICE

NICE und sein mittlerweile vierjähriges HTA-Programm ist verschiedenen Evaluation unterzogen worden:

Bewertung durch britische Experten

Im Jahr 2002 wurde eine Umfrage unter Experten publiziert, bei der 90 Prozent der angeschriebenen Institutsleiter aller Public Health-Fakultäten in England und Wales ihre Einschätzungen zur Arbeitsmethodik, zum Entscheidungsprozess, zu den Ergebnissen sowie zur Wirkung von NICE auf das Gesundheitssystem abgegeben hatten.

Die Mehrheit der Experten war der Meinung, dass NICE eine Reihe von dringenden und kontroversen gesundheitspolitischen Themen behandelt hatte und seine HTA-Berichte durch hohe fachliche Qualität ausgezeichnet sind. Auch habe NICE dazu beigetragen, dass der Stellenwert von evidenzbasierter Nutzenbewertung im Gesundheitswesen zunehme und Grundlage für die Entscheidung über öffentliche Finanzierung von Verfahren bilde.

Kritik übten die Sachverständigen daran, dass die Empfehlungen nicht in angemessenem Zeitraum zur Verfügung stehen.

Zudem habe NICE im Entscheidungsprozess zu wenig das Gesundheitssystem als Ganzes und die Situation des NHS berücksichtigt.

So beachtete NICE zu wenig die Konsequenzen, wenn die Empfehlungen umgesetzt werden. Denn lokale NHS-Behörden sind gezwungen, die von NICE empfohlenen Verfahren einzuführen. Dies geschehe bei beschränkten finanziellen Ressourcen auf Kosten ebenso wirksamer, jedoch nicht evaluierter Leistungen. NICE setzt somit laut der befragten Experten bei der Priorisierung von Leistungen zum Teil unerwünschte Signale für Patienten und Politiker (Davis und Littlejohns 2002).

Als eine weitere inländische Evaluation wurde im Mai 2003 ein umfassendes britisches Gutachten zu Bewertungsverfahren und Methoden des NICE angekündigt, das in Kürze erwartet wird (NICE 2003).

Evaluation der WHO

Laut einer im September 2003 veröffentlichten Evaluation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist NICE international ein bedeutendes Vorbild für Health Technology Assessment und hat sich verdienstermaßen einen Ruf erworben, innovative methodische Ansätze zu entwickeln.

NICE hatte das Regionalbüro der WHO für Europa, einer Empfehlung des Gesundheitsausschusses im britischen Unterhaus folgend, im Dezember 2002 beauftragt, ein Gutachten über das britische Programm für Bewertung von medizinischen Technologien zu erstellen.

Ein Team internationaler Experten analysierte den Prozess der Technologiebewertung. Für vier ausgewählte Technologien wurden sämtliche für das Appraisal relevanten Dokumente begutachtet und den endgültigen Empfehlungen des NICE gegenübergestellt.

Kritisch bewerteten die Experten der WHO die Beziehungen von NICE zur Pharmabranche. Da sich die Mehrzahl der Gutachten mit Arzneimitteltherapien befasst, gehört die Pharmazeutische Industrie zu den aktivsten Lobbyisten des Instituts. Inzwischen legen Pharmaunternehmen umfassende Studiendaten zu Kosten-Effektivität und medizinischer Wirksamkeit vor, um eine Aufnahme ihrer Produkte in die öffentliche Finanzierung zu erreichen. Die Verwendung dieses zum Teil vertraulichen und daher nicht publizierten Materials hatte NICE in einigen Fällen in Bedrängnis gebracht.

Die WHO empfiehlt daher, insgesamt die Transparenz der Entscheidungsprozesse zu erhöhen. Die Experten schlagen beispielsweise vor, Ärzte der Pharmazeutischen Unternehmen aus dem Bewertungsgremium auszuschließen und die Pharmaindustrie stattdessen nur durch Anhörungen einzubeziehen (Hill et al. 2003, NICE 2003, Robinson 2003).

Frankreich: l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)

Die französische Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) wurde im April 1997 als öffentlich rechtliche Institution unter Aufsicht der nationalen Regierung gegründet.

Deren erste Unterabteilung „Evaluation“ befasst sich mit der Erstellung von Leitlinien, HTA-Berichten, gesundheitsökonomischen Analysen und der Leistungsbewertung von Ärzten. Sie übernahm damit die Funktion ihrer Vorläufereinrichtung l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM). Das französische Leitlinienprogramm, an dem auch ANAES beteiligt ist, wurde 2001 von der OECD bewertet (siehe folgender Abschnitt).

Der zweite wesentliche Aufgabenbereich der Institution ist die Akkreditierung. Mit dem Ziel der Qualitätssicherung nimmt die Abteilung „Akkreditierung“ eine unabhängige Bewertung von Einrichtungen des Gesundheitswesens vor.

Leitendes Gremium ist ein Verwaltungsrat, der aus 32 ernannten Vertretern der Ärzteschaft, nicht-ärztlicher Berufsgruppen und Organisationen des Gesundheitswesens als auch der Staatsverwaltung besteht.

In einen beigeordneten Wissenschaftsrat werden 18 Mitglieder berufen. ANAES hat 230 Angestellte und ein Budget von umgerechnet 26 Millionen Euro pro Jahr zur Verfügung.

Alle Projekte oder Berichte werden in den Medien und Fachpublikationen veröffentlicht und gezielt auf Konferenzen und anderen Veranstaltungen verbreitet.

OECD-Evaluation des Leitlinienprogramms in Frankreich

2002 veröffentlichte die OECD einen Bericht über Initiativen zur Leistungsverbesserung des Gesundheitswesens in vier Ländern, in dem sie das 1993 in Frankreich eingeführte Leitlinienprogramm bewertete.

Zwischen 1994 und 1998 wurden in Frankreich verpflichtende Vorgaben, die *Références médicales opposables* (RMOs), für die Behandlung von Patienten durch niedergelassene Ärzte entwickelt. Sie hatten zum Ziel, unnötige oder schädigende Verfahren bei Diagnose und Therapie zu vermeiden sowie die Kosten im ambulanten Sektor zu senken.

Von den 247 Richtlinien befasste sich rund ein Drittel mit Vorgaben zur Verschreibung von Medikamenten.

Erstellt wurden die evidenzbasierten Regelungen von ANAES.

Die nationale Krankenversicherungsbehörde (*l'Assurance Maladie Sécurité Sociale* - AMELIE, ehemals CNAMTS) kontrollierte, ob die Ärzte die verbindlichen Vorgaben einhielten. Sie verhängte Sanktionen je nach Entbehrlichkeit, Schaden und Kosten der erbrachten Leistungen. Zwar ging das Patientenaufkommen des jeweiligen Arztes, aber nicht Outcome oder Zufriedenheit der Patienten in die Beurteilung ein. 1998 wurden aufgrund der Überprüfungen rund 0,1 Prozent von 27.000 Ärzten mit Geldstrafen zwischen 1.500 und 20.000 französischen Francs (umgerechnet 200 bis 2.600 Euro) belegt.

In den ersten Jahren des Programms änderten die Ärzte zwar wie gewünscht ihr Ordnungsverhalten, die Reform zeigte aber aus verschiedenen Gründen keine nachhaltige Wirkung:

Vom Anbeginn gab es Kritik am Prozess der Leitlinienerstellung. Zwar mag die Arbeit durch unabhängige Expertengruppen von ANAES generell besser akzeptiert worden sein als die etwaige Alternative der Leitlinienentwicklung durch die Krankenversicherung. Trotzdem wurden die Richtlinien von der Mehrzahl der Ärzte als reine Kostendämpfungsmaßnahme verstanden und der Aspekt der Qualitätssicherung in der Versorgung konnte nicht ausreichend vermittelt werden.

1999 entfiel zudem die rechtliche Grundlage für Sanktionen, nachdem das Verfassungsgericht das Überprüfungsverfahren für gesetzwidrig erklärte, da es Ärzte mit hohem Patientenaufkommen stärker bestrafte als Mediziner mit kleinerer Versorgungskapazität. Zwar waren seitdem RMOs immer noch im Umlauf, hatten aber ihre Verbindlichkeit verloren, da die Sozialversicherung die Überprüfung einstellte.

Die Erfahrungen in Frankreich zeigen, dass verpflichtende Vorschriften für Ärzte auf nationaler Ebene schwer durchzusetzen sind, solange sie nicht von enger Kooperation und Einbeziehung der

Ärzteschaft, einer soliden rechtlichen Grundlage und weiteren Maßnahmen wie Fortbildung oder strukturellen Reformen begleitet sind (OECD 2001).

USA: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

1999 entstand in den USA aus der zehn Jahre zuvor gegründeten Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) die Nachfolgerorganisation Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Die öffentliche Gesundheitsbehörde untersteht dem nationalen Gesundheitsministerium (Department of Health and Human Services). Mit einem Budget von umgerechnet 218 Millionen Euro und 290 Angestellten ist die übergeordnete Funktion der Einrichtung, die gesundheitliche Versorgung zu verbessern, Kosten des Gesundheitssystems zu vermindern und den Zugang der Bevölkerung zu medizinischer Versorgung auszubauen.

Eine wesentliche Aufgabe sind Technology Assessments für das staatliche Krankenversicherungsprogramm der USA¹⁷. Sie dienen als Entscheidungsgrundlage für den Umfang der Leistungen von Medicare und Medicaid und werden auch für Informationen an die Versicherten benutzt. Technologien werden im Hinblick auf Nutzen aber auch auf Kosten bewertet, wenn sie aufgrund von Häufigkeit oder spezifischer Problemstellungen für die Medicare oder Medicaid-Population relevant sind.

Die Berichte werden sowohl von eigenen Angestellten der Behörde als auch in Zusammenarbeit mit unabhängigen Forschungseinrichtungen erstellt. Dafür nahm AHRQ 1997 im Rahmen des Evidence-based Practice Program Institutionen in den USA und in Kanada unter Vertrag und etablierte 12 so genannte Evidence-based Practice Centers (EPC).

Alle EPC arbeiten mit anderen medizinischen und wissenschaftlichen Einrichtungen zusammen, so dass eine breite Basis von Experten in den Entwicklungsprozess der HTA-Berichte einbezogen ist.

Auch im Bereich Leitlinien ist das AHRQ tätig. 1998 führte es ein staatliches Programm zur Förderung von qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten Leitlinien ein. Das National Guideline Clearinghouse (NGC) wurde gemeinsam mit der American Medical Association (AMA) und der American Association of Health Plans (AAHP) entwickelt. Es bewertet Leitlinien und fasst diese in einer Datenbank zusammen.

Die dezentral von Organisationen im Gesundheitswesen entwickelten clinical practice guidelines müssen bestimmte Kriterien erfüllen, um in das National Guideline Clearinghouse aufgenommen zu werden. Dazu zählen:

- eine systematische Entwicklung von Empfehlungen und Strategien, die Entscheidungen in bestimmten klinischen Situationen unterstützen,
- die Erstellung unter Aufsicht einer relevanten professionellen Organisation wie medizinische Fachgesellschaften, Regierungsbehörden oder Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens,
- Berücksichtigung der Evidenz auf Basis einer umfassenden systematischen Literaturrecherche und

¹⁷ In den USA existiert keine allgemeine Krankenversicherungspflicht. Neben Versicherungen über Arbeitgeber oder private Krankenversicherungen gibt es die zwei staatlichen Programme Medicare und Medicaid. Medicare ist die staatliche Versicherung der über 65-Jährigen, Medicaid die Versicherung für die ärmsten US-Amerikaner mit je nach Bundesstaat variierendem Leistungsumfang und Zugang zur Versorgung.

- Aktualität, das heißt die Entwicklung oder Überarbeitung darf nicht mehr als fünf Jahre zurückliegen.

Die Einrichtung finanziert zudem Projekte der Versorgungsforschung, die sich mit gesundheitlichen Outcomes, Qualität und Patientensicherheit, Kosten und Zugang befassen (www.ahrq.gov, www.guideline.gov, www.inahta.org).

Schweden: Statens beredning för medisinisk utvärdering (SBU)

In Schweden wurde bereits 1987 ein staatlicher Ausschuss zur Bewertung medizinischer Verfahren (Statens beredning för medisinisk utvärdering - SBU) etabliert, der 1992 in eine eigenständige Regierungsbehörde umgewandelt wurde.

SBU wird von einem zehnköpfigen Gremium geleitet, das sich aus Vertretern der wichtigen Organisationen des schwedischen Gesundheitssystems zusammensetzt. Ein Beirat aus 16 Wissenschaftlern hält zusätzliches Expertenwissen bereit. Das Institut verfügt über 24 ständige Angestellte und ein Budget von umgerechnet 4 Millionen Euro im Jahr.

Die Aufgabe des SBU ist es, „kritisch die wissenschaftliche Grundlage von Methoden und Verfahren im Gesundheitswesen und die Kosten, Risiken und Nutzen“ zu beurteilen. Die Bewertungen sollen die medizinische, ökonomische, ethische und soziale Perspektive berücksichtigen. Das Hauptziel der HTA-Berichte ist, effektive und unwirksame medizinische Verfahrensweisen zu identifizieren und dadurch die gesundheitliche Versorgung zu verbessern.

Das Gremium und der Wissenschaftsbeirat bestimmen die Prioritätenliste der Technologien, die beurteilt werden sollen. Eine 15-köpfige Arbeitsgruppe, die sich aus Klinikern, Ökonomen, Epidemiologen und Vertretern von SBU zusammensetzt, nimmt die systematische Analyse angelehnt an die Methodik der Cochrane-Collaboration vor. Dieses Verfahren nimmt in der Regel zwei bis drei Jahre in Anspruch. Der Bericht der Arbeitsgruppe wird von externen Gutachtern sowie vom Vorstand und Wissenschaftsbeirat des SBU überprüft.

Die erarbeiteten Berichte richten sich sowohl an Leistungserbringer als auch an öffentliche Entscheidungsträger im schwedischen Gesundheitswesen. Die Verbreitung erfolgt deshalb umfassend und auf verschiedensten Ebenen. Die Ergebnisse der Bewertung von medizinischen Verfahren und Therapien werden nicht nur in Fachzeitschriften und -konferenzen, sondern auch gezielt bei vordefinierten Zielgruppen des Gesundheitswesens und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht. Dafür verfügt SBU über ein Netzwerk von rund 40 regionalen und lokalen Mitarbeitern (www.sbu.se, www.inahta.de).

3.5. Besondere Versorgungsformen

Unter dem Begriff „besondere Versorgungsformen“ werden Strukturen und Organisationsformen subsummiert, die nicht der ambulanten oder stationären Regelversorgung in Deutschland entsprechen. Mit dem GMG besondere Bedeutung erlangt haben dabei die folgenden vier Ansätze (www.bundestag.de):

3.5.1. Integrierte Versorgung und Einzelverträge

Mit dem Ziel eine größere Kontinuität und Effizienz der Versorgung über die traditionellen Sektorengrenzen im Gesundheitswesen hinweg zu erreichen, soll die bereits zuvor im SGB verankerte „integrierte Versorgung“ weiterentwickelt werden.

Krankenkassen und Leistungserbringer können neuerdings autonom Verträge zur integrierten Versorgung, das heißt ohne Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen und außerhalb des Sicherstellungsauftrages abschließen.

Um Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu schaffen, stellen die Krankenkassen zwischen 2004 und 2006 bis zu ein Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung im ambulanten Sektor und der Krankenhausvergütungen in den KV-Bezirken zur Verfügung.

Der Kreis der potentiellen Vertragspartner wird erweitert: Krankenkassen können nunmehr nicht nur mit allen zugelassenen Leistungserbringern und ihren Gemeinschaften, sondern auch mit medizinischen Versorgungszentren und mit Trägern, die nicht selbst Leistungserbringer sind (z.B. Managementgesellschaften) Verträge abschließen. Apotheken - auch Versandapotheken - können in die integrierte Versorgung einbezogen werden.

Für Versicherte ist die Teilnahme freiwillig. Versicherte, die sich in ein Programm für integrierte Versorgung eingeschrieben haben, können nicht teilnehmende Leistungserbringer nur auf Überweisung in Anspruch nehmen. Die bisherige Bonusregelung wurde aufgehoben, um den Spielraum für die Vergütung der Leistungserbringer nicht einzuengen. Boni konnten vor der Gesetzesänderung von den Kassen ohnehin nur gewährt werden, wenn die integrierten Versorgungsmodelle zu Einsparungen geführt hatten. Zur Teilnahme überzeugt werden sollen die Versicherten stattdessen durch eine qualitativ hochwertige und patientenzentrierte Versorgung.

3.5.2. Medizinische Versorgungszentren

Mit dem GMG ist die Gründung von medizinischen Versorgungszentren möglich geworden. Die Einrichtungen sollen Patienten durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen ambulante Versorgung aus einer Hand anbieten. Sie müssen von Leistungserbringern des Gesundheitswesens gebildet und unternehmerisch geführt werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in den Versorgungszentren tätig sein.

Die Zentren sind im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zuzulassen. Damit angestellten Ärztinnen und Ärzten der Weg in die eigene Niederlassung nicht erschwert oder verbaut wird, soll die Zulassung nach einer Frist von fünf Jahren für eine eigene Niederlassung nutzbar sein.

Die Krankenkassen können mit diesen medizinischen Versorgungszentren eigene Leistungsverträge abschließen. Gesonderte Vergütungsanreize können durch spezifisch entwickelte Fallpauschalen erfolgen.

3.5.3. Hausarztzentrierte Versorgung

Die Krankenkassen wurden mit dem GMG verpflichtet, flächendeckend hausarztzentrierte Versorgungsformen nach Gatekeeperprinzip anzubieten. Das heißt, Versicherte müssen zunächst immer den Hausarzt konsultieren, der gegebenenfalls an Facharzt oder Krankenhaus weiterleitet.

Beteiligte Ärzte müssen bestimmte Qualifikationen nachweisen. Für die Versicherten ist dieses Angebot freiwillig, die Teilnahme verpflichtet sie jedoch für mindestens ein Jahr. Krankenkassen können den Versicherten als Anreiz einen Bonus einräumen, zum Beispiel eine niedrigere Praxisgebühr.

3.5.4. Teilöffnung der Krankenhäuser

Krankenhäuser können mit dem GMG erweiterte Funktionen im Bereich der ambulanten Versorgung übernehmen. Der Gesetzgeber erhofft sich Einsparmöglichkeiten durch Vermeidung von stationären Krankenhausaufenthalten. Laut Gesetz ist dies in drei Varianten möglich:

Im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke (Disease Management-Programme¹⁸), für hochspezialisierte Leistungen oder in Bereichen der Unterversorgung. Die Leistungsentgelte sind analog der vertragsärztlichen Vergütung festzulegen.

Nach Maßgabe des DMP-Vertrages können Krankenhäuser mit den Krankenkassen ambulante Leistungen in der Behandlung von z.B. Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs verrechnen.

Bei hochspezialisierten Leistungen erfolgt die Teilöffnung der Krankenhäuser durch eine institutionelle Ermächtigung, die qualifikationsgebunden ist. Ein gesetzlicher Katalog im GMG legt die möglichen Leistungsbereiche fest (z.B. Aids, Tuberkulose, Tumorerkrankungen, Multiple Sklerose oder immunologische Erkrankungen). Der Gemeinsame Bundesausschuss soll diesen Katalog fortentwickeln.

Bei Unterversorgung wird das Krankenhaus für das entsprechende Fachgebiet geöffnet, solange die Kassenärztliche Vereinigung ihren Sicherstellungsauftrag nicht erfüllt. Sobald die Unterversorgung durch die Kassenärztliche Vereinigung behoben ist, endet die Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung für dieses Fachgebiet.

3.5.5. Entwicklung der Reformen

Angelehnt an Vorbilder im Ausland (z.B. Niederlande, Großbritannien, USA, Schweiz) sah der Entwurf der Regierungskoalition vom Juni 2003 zum einen vor, den Hausarzt als Lotsen im deutschen Gesundheitssystem zu etablieren und zum anderen die Rolle der Krankenkassen gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen deutlich zu stärken:

Lediglich Hausärzte (darunter definiert wurden auch Kinder-, Frauen- und Augenärzte) sollten weiterhin im Kollektivsystem verbleiben und nach morbiditätsorientierten (Kopf)pauschalen vergütet werden. Für die fachärztliche Versorgung war die Einführung von Einzelverträgen vorgesehen. Sie sollten nach Komplexgebühren und Fallpauschalen abrechnen.

Es war geplant, den Sicherstellungsauftrag zwischen KVen und Krankenkassen zu teilen. Krankenkassen sollten in Eigeneinrichtungen selbst Leistungen anbieten und dafür Haus-, Kinder-, Frauen- oder Augenärzte und paramedizinisches Personal in ambulanten Gesundheitszentren - Vorläufer der jetzigen medizinischen Versorgungszentren - anstellen.

Für Versicherte sollte der Anreiz, den Hausarzt zuerst in Anspruch zu nehmen, im Wegfall der Praxisgebühren und in reduzierten Zuzahlungen für Arznei- und Verbandsmittel bestehen.

Als Folge des Konsenses mit der CDU/CSU ist die deutlich unterschiedliche Gestaltung hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, die Aufteilung des Sicherstellungsauftrags sowie für Krankenkassen die Möglichkeit von Eigeneinrichtungen entfallen¹⁹.

¹⁸ siehe Disease Management-Programme Seite 24

¹⁹ siehe Kapitel

3.5.6. Managed Care und Versorgungsstrukturen im Ausland

Viele Länder greifen steuernd in die Leistungserbringung ein, um die Versorgung im Gesundheitswesen stärker zu integrieren und effizienter zu gestalten.

Die wörtliche englische Übersetzung von „gesteuerter Versorgung“ - Managed Care - wird für Organisationsformen in den USA gebraucht. Auch in Europa haben einige Länder wie zum Beispiel die Schweiz oder Großbritannien den USA entlehnte Modelle eingeführt oder diskutieren dies im Rahmen aktueller Reformvorschläge (www.healthpolicymonitor.org).

Auch wenn in den Ländern die Begrifflichkeiten unterschiedlich verwendet werden - Integrierte Versorgung, Managed Care, Gesundheits- und Versorgungszentren, Hausarztssystem, Ärztenetz etc. - so ähneln sich doch die Instrumente: eingeschränkte Wahl der Leistungserbringer und Gatekeeping, Selektives Kontrahieren, das heißt Einzelverträge zwischen Kassen und Leistungserbringern, Kontrolle von Qualität und Kosten der Leistungen sowie die Steuerung durch Vergütungsanreize.

Im Folgenden werden einige Organisationsformen und Reformentwicklungen in Ländern dargestellt, die für die vorliegende Studie im Weiteren von Bedeutung sind.

Managed Care in den USA

Managed Care mit all seinen unterschiedlichen Ausprägungen ist heute die häufigste Versorgungsform in den USA, nicht nur bei privaten oder Arbeitgebersicherungen, sondern auch bei Medicare und Medicaid²⁰.

Managed Care ist ein Überbegriff für Organisationsformen, bei denen Krankenkassen (oder Managementgesellschaften) nicht nur als Kostenträger, sondern auch als Leistungsanbieter auftreten. Die Versicherungen nehmen Anbieter oder Anbietergruppen einzeln (selektiv) und nach bestimmten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitskriterien unter Vertrag. Für Versicherte ist die Wahl damit auf bestimmte Leistungsanbieter beschränkt.

Weitere wichtige Steuerungsinstrumente, die in Managed Care-Formen Anwendung finden sind:

- Gatekeeping: Konsultation zunächst immer beim Allgemein-/Hausarzt, der gegebenenfalls an Facharzt oder Krankenhaus überweist
- Einschränkung des Leistungskatalogs
- Disease Management: Steuerung des gesamten Versorgungsablaufs einer meist chronischen Erkrankung über Grenzen einzelner Leistungserbringer hinweg
- Case Management: Steuerung des Behandlungsprozess eines meist kostenträchtigen Einzelfalls
- Pathways/Clinical Guidelines: Behandlungspfade und Leitlinien und
- Positivlisten: Liste vorgegebener Medikamente oder Hilfsmittel.

Die klassische Form von Managed Care ist die Health Maintenance Organisation (HMO) mit den Unterformen Staff-HMO (Zentren mit angestellten Allgemein-/Fachärzten und paramedizinischem Personal) und Group-HMO bzw. Network-HMO (Verträge mit Ärzteguppen bzw. Ärztenetzen mit Vergütung über Kopfpauschalen pro Versichertem).

Eine weiterentwickelte Managed Care-Organisation sind die Point of Service (POS)-Modelle, bei denen Versicherte gegen Zuzahlungen zu den Versorgungskosten auch Leistungsanbieter außerhalb der HMO in Anspruch nehmen können.

²⁰ siehe Fußnote 17 Seite 33

Organisationen von Seiten der Leistungsanbieter, die als Gegenmacht zu den HMO Leistungen eigenständig anbieten sind die Independent Practice Organisations (Ärzte) oder Preferred Provider Organisation (Ärzte und Krankenhäuser).

Die in den 80er Jahren entstandene Euphorie und folglich Ausbreitung von Managed Care ist heute in den USA einer kritischeren und differenzierteren Diskussion gewichen. Eine zentrale Frage ist, ob diese Organisationsformen tatsächlich zu einer langfristig effizienteren Leistungserstellung führen (Amelung 2003).

Neue Versorgungsmodelle in der Schweiz

Bei den jüngsten Reformbestrebungen in der Schweiz sollten selektive Verträge, die bisher nur in Schweizer Managed Care-Modellen möglich waren, auf den gesamten niedergelassenen Bereich ausgeweitet werden. Von einem marktorientierten System erhoffen sich insbesondere Versicherer eine effizientere und qualitätsgesichere Versorgung.

Der Kontrahierungszwang der Kassen für ambulante Leistungserbringer bleibt nun doch für die Regelversorgung bestehen. Denn im Dezember 2003 ist ein umfassendes Reformpaket - die zweite Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) - endgültig im Schweizer Parlament gescheitert. Es umfasste neben der Aufhebung der Kollektivverträge auch eine Neuordnung der Spitalfinanzierung und Vereinheitlichung der Prämienverbilligungsmodelle.

Der Vorschlag, das Kollektivvertragssystem generell aufzuheben, war auf vehementen Widerstand von Ärzteorganisationen und einigen Patientenverbänden gestoßen. Um ihre beruflichen und ökonomischen Interessen zu sichern, initiierte die Ärzteschaft eine Volksabstimmung gegen den Gesetzesvorstoß. Mit der Befürchtung, in der Wahlfreiheit des Arztes deutlich eingeschränkt zu sein, hätte eine Mehrheit der Schweizer Bevölkerung die Reform mit größter Wahrscheinlichkeit spätestens in einem Referendum abgelehnt.

Seit dem 1994 verabschiedeten Krankenversicherungsgesetz können die Schweizer Krankenkassen besondere Versorgungsmodelle mit Managed Care-Prinzipien anbieten, die „Versicherungen mit eingeschränkter Wahl der Leistungserbringer“. Die Versicherten zahlen niedrigere Krankenkassenprämien, wenn sie auf die freie Wahl der Leistungserbringer verzichten. Dazu zählt zum Beispiel die Beschränkung auf bestimmte Spitäler oder auf eine bestimmte Ärzteliste. Etabliert sind insbesondere Staff-HMOs und Hausarztnetze.

Schweizweit haben solche Formen eine unterschiedlich große Verbreitung gefunden mit ebenfalls unterschiedlicher Bewertung ihrer Effizienz und Effektivität (Busse und Schlette 2003, www.healthpolicymonitor.org, Das Schweizer Parlament 2000, Böcken 2000).

Finnland: Managed Care landesweit in Diskussion

Der Generaldirektor der finnischen Sozialversicherungsinstitution hat 2003 einen fundamentalen Systemwechsel in Finnland vorgeschlagen. Der Ansatz folgt dem Managed Care-Modell und sieht vor, dass eine nationale gesetzliche Krankenversicherung auf kommunaler Ebene Verträge mit öffentlichen oder privaten Leistungserbringern schließt.

Wie bisher erhalten die Gemeinden von der neuen nationalen Versicherung ein gewichtetes Gesamtbudget, das sich an Bevölkerungszahl, Alter, Morbidität und Finanzkraft der Kommunen orientiert.

Ein single payer-System würde das bestehende duale System aus dezentralem Gesundheitsdienst und ergänzender Krankenversicherung abschaffen, das häufig zu Parallelförderung führt. Die finanzielle Belastung vor allem für kleine Gemeinden würde reduziert und sie hätten gegenüber den Leistungserbringern eine größere Verhandlungsmacht als bisher. Eine einheitlichere und qualitätsgesichere Versorgung, größere Wahlfreiheit der Patienten und bessere Koordination der Dienstleistungssektoren wären möglich.

Damit würde der Vorschlag einige wesentliche Probleme des finnischen Systems lösen. Er erfordert jedoch einen langwierigen politischen Prozess und berührt nahezu alle Beteiligten des Gesundheitswesens. Die Chancen für eine Umsetzung scheinen gering, da bisher keine Partei oder wichtige Interessengruppe die Reformidee aufgegriffen hat (Keskimäki 2003).

Hausarztssystem und fachärztliche Versorgung in den Niederlanden

In den Niederlanden wird die primärärztliche Versorgung von freiberuflich, das heißt in Einzelpraxen oder Gemeinschaftspraxen tätigen Hausärzten und zu einem geringen Anteil durch Gesundheitszentren wahrgenommen.

Die Allgemeinärzte haben in den Niederlanden eine Gatekeeperfunktion. Sowohl eine ambulante fachärztliche Versorgung als auch ein stationärer Aufenthalt setzen mit Ausnahme von Notfällen die Überweisung durch den Allgemeinarzt voraus. Die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patienten müssen sich bei einem Hausarzt ihrer Wahl eintragen lassen. Die freie Facharzt- und Krankenhauswahl bleibt über den Hausarzt jedoch erhalten.

Für Versicherte der allgemeinen Krankenkassen erhält der Hausarzt eine jährliche Kopfpauschale je eingeschriebenem Patienten. Diese Kopfpauschale wird ausgehend von einer Normzahl von Patienten (2 350) unter Berücksichtigung der Altersstruktur und des sozialen Umfelds berechnet.

Für Privatversicherte wird der Arzt nach Einzelleistungen bezahlt. Die Vergütungsordnung verhandeln die Ärzteverbände und Krankenkassen mit dem Zentralorgan für Tarife im Gesundheitswesen (Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg - COTG), das unter der Direktive der Regierung arbeitet. Die fachärztliche Behandlung erfolgt fast ausschließlich in Krankenhäusern. Ungefähr Dreiviertel der Fachärzte sind nicht bei den Krankenhäusern angestellt, sondern arbeiten als selbstständige Belegärzte, häufig in Gemeinschaftspraxen. Sie werden für ambulante sowie für stationäre Leistungen nach Einzeltarifen von den Versicherungen bezahlt.

Die Facharztkapazitäten werden von der Regierung gesteuert, die fachspezifisch die Anzahl der Ärzte quotiert. In einigen Fachgebieten können die Quoten den nationalen Bedarf allerdings nicht zeitnah decken. Entsprechende Wartezeiten entstehen vor allem in der plastischen Chirurgie, der Augenheilkunde, der Orthopädie und der Chirurgie.

Obgleich seit 1991 kein Kontrahierungszwang mehr besteht, spielen selektive Verträge bisher in den Niederlanden nur eine geringe Rolle. Ein Grund dafür wird im Mangel an Ärzten - vor allem Hausärzten - gesehen, der die Auswahl der Leistungsanbieter einschränkt. Kollektivverträge sind daher nach wie vor üblich.

Das niederländische Hausarztssystem galt in der deutschen Diskussion als ein Musterbeispiel und wurde 2000 mit dem Carl Bertelsmann-Preis für innovative Gesundheitspolitik ausgezeichnet. Jedoch mehren sich in letzter Zeit kritische Stimmen zu Qualität und Effizienz des Systems. In den Niederlanden gibt es verschiedene Reformbestrebungen, die einen Ausbau der Versorgung durch

angestellte Ärzte in Gesundheitszentren oder eine vollständige Eliminierung der Hausarztleistungen aus dem Leistungskatalog der Krankenversicherung vorschlagen (Riesberg et al. 2003, Deutsches Ärzteblatt 2003, Friedrich Ebert Stiftung 2003, Böcken 2000)

Neues Vertragssystem der ambulanten Versorgung in Frankreich

In Frankreich wurde 2002 ein neues Vertragssystem in der ambulanten Versorgung eingeführt.

Das dreistufige Modell sieht Zielvereinbarungen zwischen allen Leistungsanbietern des ambulanten Sektors und den Versicherungen vor. Damit sollen die Koordination der Berufsgruppen, die Qualität der Versorgung und die Kosteneffektivität verbessert werden. Ein professionsübergreifender Rahmenvertrag (Accord Cadre Interprofessionnel) und nationale Vereinbarungen mit einzelnen Berufsgruppen (Conventions) sind die Voraussetzung für Vertragsabschlüsse einzelner Leistungserbringer mit den Kassen.

Bei den freiwilligen Einzelverträgen können Ärzte und andere Leistungsanbieter wählen, ob sie sich zu einer qualitätsorientierten Versorgung verpflichten (Contrat de Pratique Professionnelle) oder den Schwerpunkt auf Prävention und Integration legen (Contrats de Santé Publique).

Viele nicht ärztliche Berufsgruppen haben mittlerweile Verträge auf allen Ebenen abgeschlossen. Dagegen zeigte die Ärzteschaft mit traditionell führender Position in der professionellen Hierarchie wenig Interesse am berufsübergreifenden Ansatz der Reform.

Ihren Widerstand gegen das neue Vertragssystem begründeten die Mediziner damit, dass es den Weg zu allgemeinen selektiven Verträgen ebne. Die zusätzliche Pauschalvergütung der Einzelverträge widerspräche zudem dem sonstigen Prinzip der Einzelleistungsabrechnung. Insbesondere Fachärzte kritisierten die neuerliche Trennung der Verträge für Allgemeinärzte und Spezialisten.

Da bis auf Verträge mit den Allgemeinmedizinern bisher alle regulären Verhandlungen der Ärzteschaft mit den Kassen scheiterten, intervenierte die Regierung mit einer Ersatzvornahme: Im September 2003 schloss das Gesundheitsministerium mit den Facharztverbänden nur minimale Vereinbarungen (Règlement Conventionnel Minimal), die eine höhere Leistungsvergütung garantieren und die Mediziner im Gegenzug verpflichten, am neuen Vertragswesen überhaupt teilzunehmen.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist unklar, ob die bis Dezember 2004 gültigen finanziellen Zugeständnisse an die Ärzteschaft die Spannung ausreichend verringern, um die Reformbemühungen doch noch zum Erfolg zu führen (Couffinhal und Grignon 2003).

4. Ergebnisse

4.1. Die Länder und Themen

Insgesamt fanden sich in allen 195 durchsuchten Dokumenten (190 Stellungnahmen und 5 Anhörungsprotokolle des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung zum GMG) 332 thematische Verweise auf andere Länder. Detailliert sind alle Ergebnisse der Recherche im Anhang aufgeführt.

In 230 Fällen wurden die einzelnen Länder explizit benannt. In den restlichen Fällen, das heißt bei ca. 30 Prozent, wurden die Textpassagen mit Bezug auf andere Länder nur durch die zusammenfassenden Suchbegriffe wie „international“, „europäisch“, „Länder“ etc. gefunden²¹

²¹ siehe Tabelle 1 Suchbegriffe für Industrieländer bei Acrobat Reader-Recherche Seite 9

Die einzelnen Länder wurden oft nicht weiter konkretisiert (zum Beispiel bei Formulierungen wie „aufgrund internationaler Erfahrungen“, „auch in anderen Ländern“, „staatliche Gesundheitssysteme“ etc.), um zusammenfassende Aussagen und allgemeine Trends aufzuzeigen.

Die zusammenfassenden Suchbegriffe identifizierten aber auch Textstellen, in denen auf europäische oder internationale Vergleichsdaten oder Organisationen (EU, OECD, WHO) verwiesen wurde.

Um eine verzerrende Darstellung zu vermeiden, sind in alle folgenden Grafiken nur jene Daten eingegangen, die explizit das einzelne Land benannt haben. Textstellen, die durch übergeordnete Suchbegriffe gefunden wurden, sind zwar nicht Teil der Darstellung der quantitativen Ergebnisse, wurden aber der anschließenden inhaltlichen Analyse unterzogen.

Zwar wurde bei der Recherchestrategie eine einheitliche und stringente Zählmethodik verwendet und die Ergebnisse können einen vergleichenden Eindruck verschaffen, welche Länder Bedeutung in der deutschen gesundheitspolitischen Debatte hatten. Dies geschieht jedoch in vollem Bewusstsein der eingeschränkten quantitativen Aussagekraft der Analyse.

Welche Länder haben in der gesundheitspolitischen Diskussion um die Gesundheitsreform 2003 eine Rolle gespielt?

Insgesamt 23 von 36 Industrienationen wurden in den Dokumenten genannt (siehe Abbildung 2). Insbesondere auf fünf Länder wurde in hohem Maß verwiesen: Allen voran die USA und die Schweiz (22 Prozent aller Hinweise), gefolgt von den Niederlanden (13 Prozent), Großbritannien (11 Prozent) und Frankreich (9 Prozent).

Die restlichen Länder folgen mit je unter 4 Prozent. Gar nicht genannt wurden 13 Nationen, darunter viele osteuropäische Staaten und andere EU-Beitrittsländer oder -kandidaten: EE, GR, IE, IS, JP, LT, MT, NZ, SK, SI, KR, HU, CY.

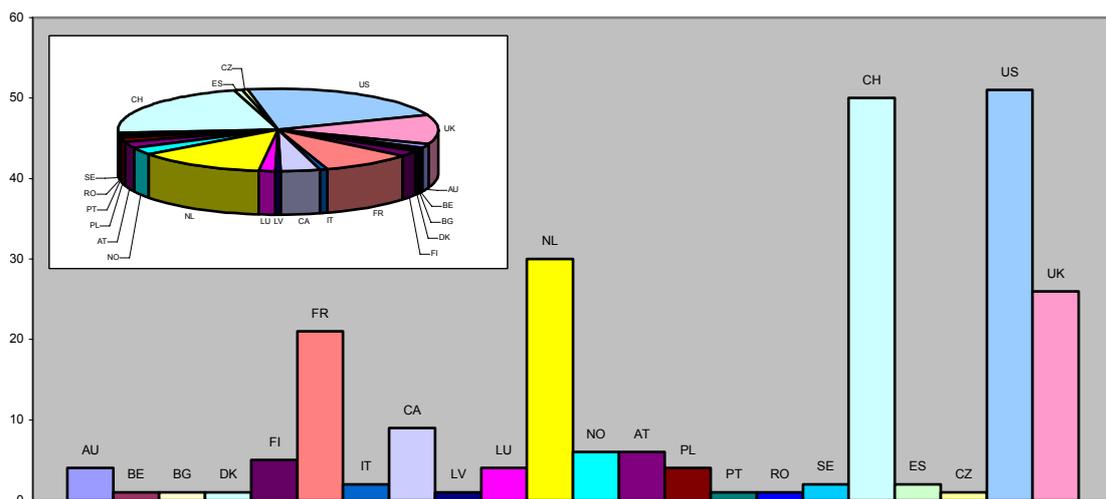


Abbildung 2 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG

Bei den einzelnen Reformbereichen des GMG wurde zur Entstehung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit am häufigsten auf andere Länder verwiesen (insgesamt 93 Hinweise, davon 76 spezifisch auf einzelne Länder).

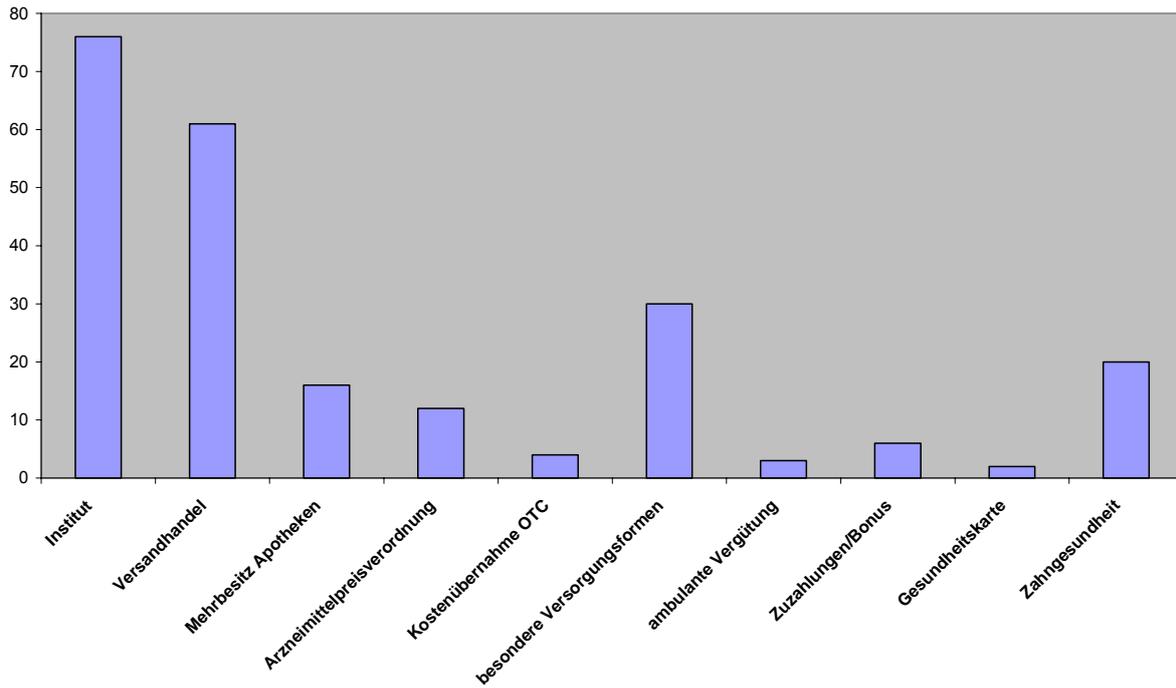


Abbildung 3 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG in Abhängigkeit vom Reformthema

Sehr großen Raum mit internationalem Bezug nahmen auch die Einführung des Versandhandels (insgesamt 72 Hinweise, davon 62 spezifisch auf einzelne Länder), die Reformen der Versorgungsstrukturen (insgesamt 49 Hinweise, davon 29 spezifisch auf einzelne Länder) und Regelungen rund um die Zahngesundheit (insgesamt 29 Hinweise, davon 20 spezifisch auf einzelne Länder) ein.

Wenn man die Reformen Versandhandel, Mehrbesitz von Apotheken, Preisgestaltung bzw. Kostenübernahme der Krankenkassen und Nutzenbewertung von Medikamenten zusammenfasst, ist im Arzneimittelsektor der Bezug auf internationale Erfahrungen mit Abstand am häufigsten (insgesamt 160 Hinweise, davon 125 spezifisch auf einzelne Länder).

Weniger bedeutend war das Ausland dagegen bei Neuregelungen zur ambulanten Vergütung, zu Zuzahlungen, zum Versichertenbonus und zur Gesundheitskarte.

Auf Grundlage der hier analysierten Dokumente wurden folgende Reformen des GMG gar nicht mit internationalem Kontext diskutiert:

- Organisationsreformen der Krankenkassen und KVen und der gemeinsamen Selbstverwaltung
- Ausschlüsse bzw. Einschränkungen von Leistungen der GKV bei Sterbegeld, Entbindungsgeld, Sterilisation, künstlicher Befruchtung und Fahrtkosten
- Finanzierung versicherungsfremder Leistungen und Krankengeld
- Verpflichtung für Ärzte zur Einführung eines Qualitätsmanagements, verstärkte Wirtschaftlichkeitsprüfungen im ambulanten Sektor
- Patientenbeauftragter, Einführung einer Patientenquittung, Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung im ambulanten Bereich
- Importarzneimittel, Neuordnung der Festbetragsregelung, Vereinfachung der Aut idem-Regelung, Ausschluss von Arzneimitteln zur Verbesserung der privaten Lebensführung.

Welche Länder bei den einzelnen Themen eine Rolle spielten, zeigt zusammenfassend Tabelle 3.

Die inhaltliche Darstellungen und gesundheitspolitische Diskussion rund um das GMG mit Bezug zu anderen Ländern ist Gegenstand des folgenden Kapitels.

Die Gesundheitspolitik der Europäischen Union oder europäisches Recht sind nicht Schwerpunkt dieser Arbeit. Der Einfluss der EU auf die deutschen Reformen wird aber zum Beispiel beim Versandhandel am Rande thematisiert.

Tabelle 3 Anzahl der Hinweis auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG in Abhängigkeit vom Reformthema

	Institut für Qualität/ Wirtschaftlichkeit	Versandhandel	Mehrbesitz Apotheken	Arzneimittel- preis- verordnung	Kosten- übernahme OTC	besondere Versorgungs- formen	ambulante Vergütung	Zuzahlungen/ Bonus	Gesundheits- karte	Zahngesundheit	Summe
AU	4										4
BE		1									1
BG		1									1
DK	1										1
FI	3	2									5
FR	15	2		3						1	21
IT	2										2
CA	6	1				1				1	9
LV		1									1
LU				4							4
MX		1									1
NL	6	10	5	1		8					30
NO			6								6
AT	1	1						3		1	6
PL	2	2									4
PT	1										1
RO		1									1
SE	2										2
CH	1	18		4		8		3	1	15	50
ES		2									2
CZ	1										1
US	10	19	3		3	12	1		1	2	51
UK	21		2		1		2				26
Summe landesspezifisch	76	62	16	12	4	29	3	6	2	20	230
Summe unspezifisch	17	10	7	5	10	20	2	3	19	9	102
Gesamtsumme	93	72	23	17	14	49	5	9	21	29	332

Unter „Summe unspezifisch“ ist die Anzahl der Hinweise je Thema aufgeführt, die mit den Suchbegriffen zu EU, Benelux, INT, Skand identifiziert wurden (siehe Tabelle 1 Seite 9). Nicht aufgeführt sind EE, GR, IE, IS, JP, LT, MT, NZ, SK, SI, KR, HU, CY, da sie in den untersuchten Dokumenten nicht genannt wurden.

4.2. Die Diskussion der Akteure

Von den insgesamt 177 verschiedenen gesundheitspolitischen Verbänden und Einzelsachverständigen nahmen 49 in den schriftlichen Stellungnahmen und mündlichen Anhörungen zum GMG Bezug auf andere Gesundheitssysteme (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4 Verbände und Einzelsachverständige mit Hinweisen auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG²²

	Leistungs- erbringer	Akteure Arzneimittel	Akteure Zahngesundheit	Qualitäts- institutionen	Kranken- kassen
Gesamtanzahl der Akteure	49	18	6	6	9
Akteure mit Hinweisen auf das Ausland (in % von Gesamtanzahl)	KBV BÄK DGPPN BDN DKG (10%)	VFA BAH Generika ABDA BDV PHAGRO BMC (39%)	KZBV BZÄK VDZI (50%)	ÄZQ AWMF DNEbM (50%)	AGSpitz AOK BKK PKV (44%)
Anzahl und % der Hinweise	44 (13%)	90 (27%)	6 (2%)	21 (6%)	15 (5%)
	Patienten- Selbsthilfe- Bürgerverbände	Wohlfahrts- verbände	Verbände Arbeit	Einzelsachverständige	Summe
Gesamtanzahl der Akteure	23	6	18	42	177
Akteure mit Hinweisen auf das Ausland (in % von Gesamtanzahl)	VZBV DMSG (9%)	Caritas PWV (33%)	BDA DGB BDI DBB ULA (28%)	Antes Pieck Bauer Pitschnau- Michel Brauer Raffelhüschen Deppe Rychlik Dettling Salfeld Hildebrandt Sawicki Kranich Starck Lauterbach Müller- Steinbach Oerlinghausen Zipperer Neubauer (43%)	49 (28%)
Anzahl und % der Hinweise	20 (6%)	8 (2%)	10 (3%)	118 (36%)	332

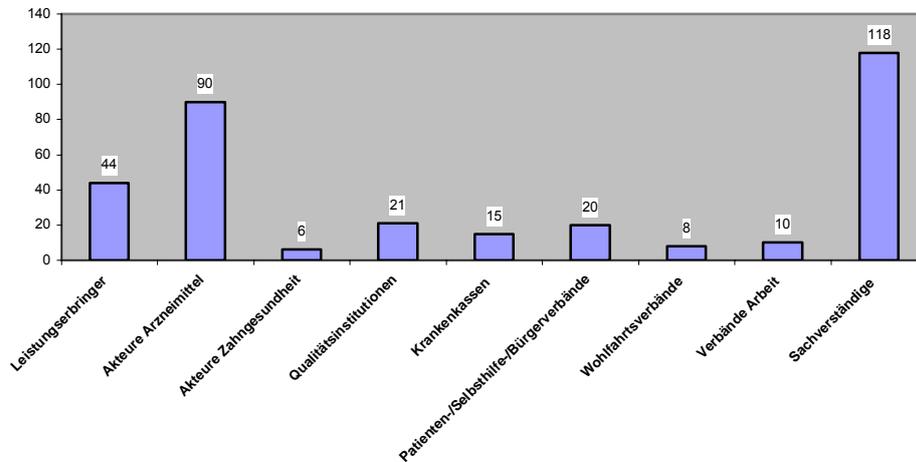
Damit sind nahezu alle Bereiche der Gesellschaft und gesundheitspolitischen Szene in die Diskussion um andere Länder und den internationale Vergleich im Gesundheitswesen involviert. Die einzelnen Ergebnisse der Analyse sind im Anhang einzusehen.

Die meisten Hinweise auf andere Länder finden sich bei wissenschaftlichen Sachverständigen, in hoher Anzahl aber auch bei den Organisationen der Leistungserbringer und des Arzneimittelsektors.

²² Bedeutung der Abkürzungen siehe Verzeichnis Seite 77

Das in der folgenden Graphik (Abbildung 4) dargestellte Ergebnis demonstriert, dass diese Akteursgruppen auch am häufigsten auf internationale Erfahrungen Bezug nehmen.

Abbildung 4 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG in Abhängigkeit von Akteuren



Details der inhaltlichen Darstellung und Argumente der Akteure werden in den nächsten Abschnitten ausführlich anhand der entsprechenden Reformen des GMG aufgezeigt.

Sie sind ausschließlich Zitate der analysierten Dokumente entnommen, die thematisch gegliedert und inhaltlich komprimiert dargestellt werden. Sie müssen daher nicht immer einer korrekten oder umfassenden Darstellung des Sachverhalts entsprechen. Spezifische Dokumente, auf die sich die Akteure beziehen, sind in den Fußnoten angegeben.

4.2.1. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Die Debatte um ein Institut nach dem Vorbild des englischen NICE wurde in Deutschland sehr kontrovers geführt. Einige bezweifelten die generelle Notwendigkeit einer solchen Einrichtung. Andere unterstützen zwar grundsätzlich die Schaffung einer unabhängigen, zentralen Institution, kritisierten aber Einzelaspekte seiner Konzeption und Funktion.

Sowohl Befürworter als auch Gegner des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin bzw. des Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit nahmen dabei Bezug auf Erfahrungen im Ausland. Die Akteure verwiesen nicht nur nach England und Wales, sondern auch auf Einrichtungen und Verfahren einer Vielzahl anderer Länder (Abbildung 5).

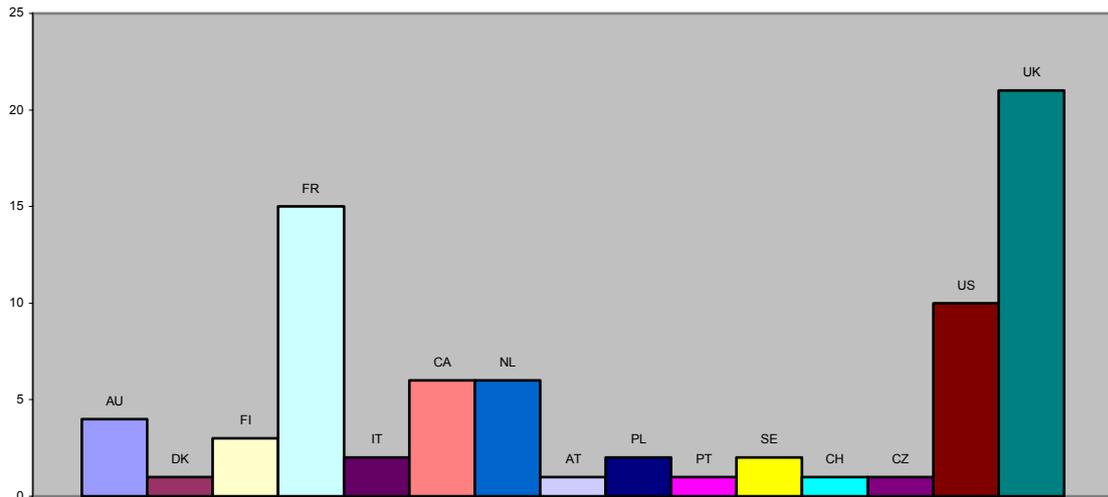


Abbildung 5 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum deutschen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG)

Im Folgenden werden die wesentlichen Argumente der Akteure gegenübergestellt.

4.2.1.1. Struktur und Verfahren

Tabelle 5 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Deutschen Zentrum für Qualität bzw. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Struktur und Verfahren

Länder	Bewertung	Akteure
UK FR NL CA	positiv	Lauterbach Antes
UK US SE	positiv (mit Einschränkung)	DNEbM 2003 VZBV 2003
UK	negativ	ÄZQ 2003 BÄK 2003 DKG 2003
US	positiv	Encke (AWMF)

In enger Anlehnung an das Vorbild NICE in England und Wales sprachen sich Befürworter aus der Wissenschaft für ein Zentrum unter staatlicher Aufsicht aus. Unter dieser Konzeption könne die Einrichtung die vorgesehenen Funktionen besser erfüllen als unter der Führung durch Organe der Selbstverwaltung. Beispielsweise sei zu erwarten, dass die Entscheidung über Kostenübernahme von Arzneimitteln oder der

Informationsfluss an Ärzte und Patienten zeitnäher und effizienter geschehe, da durch die Vergabe von Arbeits- und Forschungsaufträgen an externe Sachverständige eine schlanke administrative Struktur vorgesehen sei.

Vergleichbare unabhängige Institutionen in Frankreich, den Niederlanden, Großbritannien und Kanada machten zudem deutlich, dass Deutschland den Anschluss an den Trend der internationalen Entwicklung fände (SV Lauterbach in 27. Anhörung des AGS, SV Antes in 27. Anhörung des AGS).

Das Deutsche Netzwerk für Evidenz-basierte Medizin (DNEbM) verwies auf die USA und Schweden, die mit AHQR bzw. SBU Vorbilder für eine zentrale, aber politisch unabhängige und

interessensneutrale Einrichtung böten. Es habe sich allerdings gezeigt, dass deren Erfolg bei Sichtung, Zusammenstellung und Verbreitung von wissenschaftlicher Evidenz von der Akzeptanz und Beteiligung der Leistungserbringer abhängt. Der vorgesehene „top down“-Ansatz der Direktoriums- und Beiratsstruktur des Deutschen Zentrums für Qualität wirke sich somit kontraproduktiv aus (DNEbM 2003).

Befürwortet wurde eine unabhängige zentrale Institution auch aus Perspektive der Verbraucherverbände, die allerdings die Anpassung des englischen Modells an deutsche Verhältnisse mit Anbindung an die Selbstverwaltung favorisierten (VZBV 2003).

Klar gegen die Einrichtung eines zentralen Instituts sprachen sich Vertreter und Stellungnahmen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ), der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der Bundesärztekammer (BÄK) und Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) aus:

Solche Institute seien in staatlichen (Beispiel Großbritannien) oder rein marktwirtschaftlich orientierten Gesundheitssystemen (Beispiel USA) ordnungspolitisch sinnvoll. Der Sachverständige Prof. Enke (AWMF) erläuterte ergänzend, dass in den USA verschiedenste Institute für Qualität existierten ohne Zentralisierung auf eine einzige Einrichtung. Im deutschen System der sozialen und solidarischen Krankenversicherung würden die für das Zentrum vorgesehenen Funktionen jedoch bereits durch die Selbstverwaltung realisiert (Encke (AWMF) in 27. Anhörung des AGS).

Experten aus In- und Ausland hätten sich zu einem deutschen Zentrum aufgrund Erfahrungen mit vergleichbaren staatlichen Institutionen in anderen Ländern pessimistisch geäußert. So seien beispielsweise britische Public Health-Experten zu einer negativen Einschätzung von NICE gelangt²³. Die Beispiele aus dem Ausland belegten zudem, dass staatliche Institutionen keine sachgerechteren und zeitnäheren Entscheidungen treffen könnten als die in Deutschland bereits existenten Strukturen (ÄZQ 2003, AWMF 2003, BÄK 2003, DKG 2003).

4.2.1.2. Leitlinien

Tabelle 6 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Deutschen Zentrum für Qualität bzw. Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Leitlinien

Länder	Bewertung	Akteure
UK US	positiv	Lauterbach
FR	negativ	ÄZQ 2003 Jonitz (ÄZQ) Encke (AWMF) KBV 2003, Hess (KBV) Müller-Oerlinghausen (AkdÄ)

Ein großer inhaltlicher Streitpunkt der Reformdebatte war, dass der Gesetzgeber im Erstentwurf des GMG eine zentrale Erstellung von Leitlinien durch das Zentrum vorsah mit dem Ziel, deren Qualität zu verbessern und die medizinische Versorgung stärker an wissenschaftlicher

Evidenz auszurichten.

Wie wurden diese Aufgaben im Zusammenhang mit Erfahrungen aus anderen Ländern diskutiert?

²³ Davis und Littlejohns 2002 siehe Seite 30

Der Sachverständige Prof. Lauterbach bewertete die Erfahrungen vergleichbarer Institutionen im Ausland durchweg positiv. Die erstellten Leitlinien seien qualitativ hochwertig und Grundlage für eine erfolgreiche Implementierung in der Praxis. In den USA würden Leitlinien zum Beispiel viel häufiger angewendet, was zur Folge habe, dass unter anderem Patienten mit Bluthochdruck weniger unterversorgt seien als dies in Deutschland der Fall sei.

Zudem habe der Gesetzentwurf zum Deutschen Zentrum für Qualität Empfehlungen des Europarats²⁴ und Erfahrungen des NICE berücksichtigt, bei der Ausarbeitung Praktiker, Wissenschaftler und klinische Experten einzubeziehen (SV Lauterbach in 27. Anhörung des AGS).

Dem entgegen sahen das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin, die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Vertreter der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) die Europaratsempfehlungen nicht ausreichend berücksichtigt. Sie stellten sich auf den Standpunkt, dass die unabhängige Erstellung von Leitlinien in der Verantwortung der Anwender selbst und den Verbänden des Berufsstandes liege.

Erfahrungen mit einer zentralen Leitlinienerstellung im Ausland führten sie als negative Beispiele an. Frankreich sei mit dem Programm verpflichtender nationaler Leitlinien des staatlichen Instituts ANAES gescheitert, denn ein „top down“-Ansatz beteilige die Betroffenen nicht ausreichend und erschwere eine erfolgreiche Einführung von Leitlinien²⁵.

Laut dem Vertreter der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften ist die Leitliniensituation in Deutschland im internationalen Vergleich gut, denn Leitlinien würden schon jetzt durch wissenschaftliche Fachgesellschaften und deren Dachorganisationen erstellt und auf Qualität im Clearingverfahren durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin geprüft. Die für das Zentrum vorgesehene Funktion sei damit bereits durch bestehende Strukturen erfüllt. (ÄZQ 2003, Jonitz (ÄZQ) in 27. Anhörung des AGS, BÄK 2003, KBV 2003, Hess (KBV) in 27. Anhörung des AGS, Müller-Oerlinghausen (AkdÄ) in 27. Anhörung des AGS, Encke (AWMF) in 27. Anhörung des AGS).

²⁴ Europarat 2001 siehe Seite 26

²⁵ OECD 2002 siehe Seite 32

4.2.1.3. Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Tabelle 7 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Deutschen Zentrum für Qualität bzw. Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln

Länder	Bewertung	Akteure
US CA AU UK FR IT DK SE FI PT PL CZ EU	positiv	Rychlik Lauterbach Sawicki DGPPN 2003 PWV 2003
UK	negativ	Yzer (VFA) Pitschnau-Michel DGMS 2003 DBB 2003 BMC 2003 KBV 2003, Hess (KBV)

Zusätzlich zum Zulassungsverfahren mit Wirksamkeitsprüfung sah der erste Gesetzentwurf vom Juni 2003 eine Beurteilung des Nutzens von neuen Arzneimitteln einschließlich einer „finanziellen Bewertung“ durch das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin vor. Der Gesetzgeber beabsichtigte, die "vierte Hürde" als Kriterium für gesetzliche Kostenübernahme und Preisbildung einzuführen. Befürwortung der Kosten-Nutzenbewertung kam aus der Wissenschaft, aber auch von Seiten der Leistungserbringer und dem Paritätischem Wohlfahrtsverband. Generell unterstrichen wurde, dass Deutschland mit der Einführung einer gesundheitsökonomischen Bewertung von Arzneimitteln den Anschluss an die

allgemeine internationale Entwicklung gewinnen würde.

Deutschland sei in Europa das letzte Land, das eine entsprechende Arzneimittelbewertung nicht berücksichtige, selbst die Beitrittskandidaten der EU wie Polen und Tschechien seien in der Entwicklung weiter. Vorbilder für etablierte Verfahren existierten nicht nur beim NICE in Großbritannien und in anderen europäischen Ländern, sondern auch in den USA, Kanada oder Australien (SV Rychlik in 27. Anhörung des AGS, SV Lauterbach in 27. und 29. Anhörung des AGS, Sawicki in 27. Anhörung des AGS, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 2003).

Die im internationalen Vergleich hohe Intransparenz des deutschen Arzneimittelmarktes für Patienten war ein weiteres Argument für die Notwendigkeit einer Kosten-Nutzenbewertung. Denn in anderen Ländern wie Dänemark, Finnland oder Frankreich sei zum einen eine deutlich geringere Anzahl an Arzneimitteln zugelassen. Zum anderen gehe der internationale Trend zur Bereitstellung von Informationen über Arzneimittel, die von der Pharmaindustrie unabhängig sind. (Paritätischer Wohlfahrtsverband (PWV) 2003, Sawicki in 27. Anhörung des AGS).

Vehement lehnten dagegen die Interessensvertreter der Pharmaindustrie die Kosten-Nutzenbewertung ab. Der Bundesverband der Arzneimittelhersteller (BAH) argumentierte beispielsweise, dass die bisherigen Zulassungsverfahren mit Wirksamkeitsprüfungen auf nationaler

oder europäischer Ebene seiner Meinung nach den Nutzen neuer Medikamente bereits ausreichend belegen (BAH 2003).

Vertreter des Verbands forschender Arzneimittelhersteller (VFA) verwiesen auf Erfahrungen in England, wo die Bewertungen von NICE sowohl zu Verzögerungen bei der Einführung von Innovationen, als auch in einigen Fällen zum Ausschluss von Leistungen aus der öffentlichen Finanzierung geführt hätten (Yzer (VFA) in 27. Anhörung des AGS).

Auch Patientenvertreter, der Deutsche Beamtenbund (DBB) und der Bundesverband Managed Care (BMC) führten an, dass insbesondere chronisch Kranke von einer Rationierung der Leistungen und Einschränkung des Zugangs zu neuen Entwicklungen in England betroffen seien. Dies habe letztendlich zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität beispielsweise bei Multiple Sklerose-Patienten geführt (SV Pitschnau-Michel in 31. Anhörung des AGS, Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG) 2003, DBB 2003, BMC 2003).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung gab zu Bedenken, dass sich NICE trotz der unabhängigen Organisation des Instituts den Vorwurf der massiven Beeinflussung durch die Pharmalobby gefallen lassen musste. Dass gesundheitsökonomische Daten der Industrie in den Bewertungen verwendet wurden, die nicht zuvor öffentlich publiziert worden waren, unterstreiche den Verstoß gegen das Gebot der Transparenz der Berichte²⁶ (KBV 2003, Hess (KBV) in 27. Anhörung des AGS).

4.2.1.4. Patienteninformation und Bürgerbeteiligung

Tabelle 8 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Deutschen Zentrum für Qualität/Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Patienteninformation und Bürgerbeteiligung

Länder	Bewertung	Akteure
UK NL	positiv	Lauterbach Kranich VZBV 2003, SV Etgeton (VZBV)

In Deutschland haben Patienten- und Bürgervertreter mit der Gesundheitsreform 2003 erstmals Anhörungsrechte in gesundheitspolitischen

Entscheidungsgremien und damit auch beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit bekommen.

Neu ist auch die zukünftige Aufgabe des Instituts, Informationen für Bürger über „Qualität und Effizienz“ der Versorgung bereitzustellen.

Diese Entwicklung wurde allgemein sehr begrüßt. Damit würde Deutschland im internationalen Vergleich aufholen, auch wenn die Einbindung in das operative Geschäft dem Vorbild NICE nachstehe (SV Lauterbach in 31. Anhörung des AGS, VZBV 2003, Etgeton (VZBV) in 36. Anhörung des AGS).

Zu bedenken gaben Experten und Bürgervertreter, dass die Herausforderungen für die Organisationen der Patienten- und Bürgervertretung in Erfüllung dieser Funktion groß sei, denn Deutschland verfüge nicht über langsam gewachsene Zusammenschlüsse auf der Metaebene wie beispielsweise die Niederlande (SV Kranich in 31. Anhörung des AGS).

²⁶ WHO 2003, siehe Evaluationen von NICE Seite 31

4.2.2. Versandhändlerlaubnis für Arzneimittel

Tabelle 9 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Arzneimittelversandhandel

Länder	Bewertung	Akteure
CH NL US	positiv	<ul style="list-style-type: none"> • BDV 2003, Kerckhoff (BDV) • Kaesbach (BKK) • Klauber (AOK), von Stackelberg (AOK) • Lauterbach
EU CH NL BE MX PL RO LV FI FR ES US	negativ	<ul style="list-style-type: none"> • Kortland (BAH) • ABDA 2003, Friese (ABDA) • PHAGRO 2003, Meyer (PHAGRO) • Dettling • Brauer • Pieck • Steinbach

Die Aufhebung des Versandhandelsverbots in Deutschland wurde von den Akteuren sehr kontrovers diskutiert. Der Blick ins Ausland war dabei wichtige Argumentationsgrundlage. Einige Akteure bezogen sich auf die Rechtslage der EU und standen auf dem Standpunkt, dass sich die deutsche Politik zunehmend von europäischen statt nationalen Rahmenbedingungen bestimmen ließe. Die deutsche Regelung eile dem europäischen Recht sogar voraus, da bisher aus Gründen der Arzneimittelsicherheit trotz des Grundsatzes des freien

Warenverkehrs der EU ein nationales Verbot des Versandhandels möglich sei. Die Rechtsprechung des EuGH zum Verfahren der deutschen Apothekerverbände gegen DocMorris stehe noch aus und die von der Regierung angestrebte vollständige Liberalisierung des Arzneimittelversands sei aus europäischer Sicht daher bisher nicht erforderlich.

Weiteres wesentliches Argument war, dass inländische gegenüber ausländischen Apotheken diskriminiert würden. Ausländische Versandapotheken könnten Arzneimittel aufgrund der Unterschiede bei der Preisbildung in Deutschland billiger anbieten, was ganz im Sinne der deutschen Krankenkassen sei. Die Versandhändler verhielten sich zum Teil nicht gesetzeskonform und würden beispielsweise keine oder nur niedrigere Zuzahlungen von den Patienten fordern. Es entstünde damit ein Wettbewerbsnachteil für deutsche Apotheken, der den Mittelstand bedrohe (Meyer (PHAGRO) in 29. Anhörung des AGS, ABDA 2003, SV Pieck in 29. Anhörung des AGS, Kortland (BAH) in 29. Anhörung des AGS, SV Brauer in 29. Anhörung des ASG, SV Friese (ABDA) in 29. Anhörung des AGS).

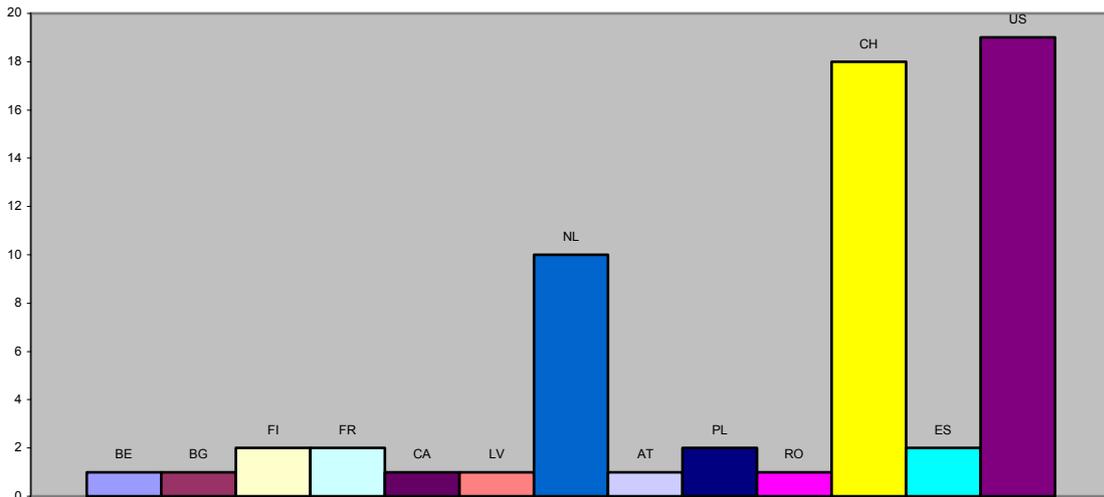


Abbildung 6 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Versand von Arzneimitteln (Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG) Befürworter dagegen begrüßten, dass der Versand von Arzneimitteln nun auch in Deutschland möglich sei. Die Schweiz und Niederlande seien Vorbilder, wo der Versandhandel seit einigen Jahren erfolgreich erprobt sei und sich als ergänzende Versorgungsform bewährt habe.²⁷ Denn das Dienstleistungsangebot reiche mit seinen modernen Vertriebsstrukturen deutlich über das einer stationären Apotheke hinaus (Lauterbach in 29. Anhörung des AGS).

Versandapotheken unterlägen sämtlichen rechtlichen Rahmenbedingungen wie sie für stationäre Apotheken gelten. Auch der in Deutschland bisher illegal praktizierte Versand von Arzneimitteln aus dem Ausland werde damit transparenten Sicherheitsbestimmungen unterworfen.

Die hohen Qualitätsstandards in den USA, der Schweiz oder Niederlanden seien Vorbild für Deutschland:

Sicherheitsmaßnahmen für Transport, Abgabe, Patientenbetreuung, Notfalldepots und Labore für Individualanfertigungen seien vorgeschrieben und würden durch lokale Aufsichtsbehörden engmaschig kontrolliert.

Der Versand- und der Internethandel ermöglichten sogar die Erhöhung der Arzneimittelsicherheit im Vergleich zu Präsenzapotheken, da Kunden telefonisch oder postalisch gezielt erreichbar seien: Der rasche Markteinbruch bzw. Rückruf von schädigenden Medikamenten in den USA oder Niederlanden sei auch auf die unverzügliche persönliche Warnung der Kunden durch den Versandhandel zurückzuführen²⁸ (Kerckhoff (BDV), von Stackelberg (AOK) in 29. Anhörung des AGS, Kaesbach (BKK) in 29. Anhörung des AGS, Lauterbach in 29. Anhörung des AGS, Klauber (AOK) in 29. Anhörung des AGS, BDV 2003).

²⁷ Der Arzneimittelversandhandel ist in der Schweiz in allen Kantonen seit Oktober 1999 und in den Niederlanden seit 1995 gestattet. In der Schweiz besteht Rezeptpflicht auch für nicht rezeptpflichtige Arzneimittel bei Abgabe im Wege des Versandes (Cap Gemini Ernst & Young 2002)

²⁸ Als Beispiel wird zum einen die Hormonersatztherapie für Frauen genannt, bei der klinische Studien, insbesondere der „Women's Health Initiative“ gezeigt haben, dass die Einnahme von Östrogenen ein erhöhtes Schlaganfall-, Brustkrebs- und Herzinfarktrisiko bedeutet. Zum anderen wird auf das Medikament „Lipobay“ oder „Baycol“ (Cerivastatin) verwiesen, das die Firma Bayer 2001 zurückrufen musste, nachdem bekannt geworden war, dass zahlreiche Todesfälle mit Rhabdomyolyse durch die Einnahme des Cholesterinsynthesehemmer aufgetreten waren.

Gegner des Versandhandels - insbesondere Apotheken-, Großhandel und Pharmaverbände - verwiesen auf die spezifische deutsche Situation im Vergleich zu den USA oder der Schweiz. Dort sei der Arzneimittelmarkt durch Verbot des Imports ausländischer Produkte national abgeschottet.

Im europäischen Kontext sei jedoch ein Importverbot zumindest aus anderen EU-Ländern²⁹ nicht möglich und deutsche Normen zur Arzneimittelsicherheit ließen sich gegenüber den Mitgliedstaaten³⁰, aber vor allem auch gegenüber den osteuropäischen Beitrittsländern³¹ kaum durchsetzen. Denn die Überwachung des Arzneimittelverkehrs sowie die Anforderungen an das Apothekenwesen unterlägen - anders als die auf europäischer Ebene vereinheitlichte Arzneimittelzulassung - dem Subsidiaritätsprinzip (Artikel 152 EG-Vertrag).

In den USA komme es trotz Importverboten zu illegalen Sendungen von Arzneimitteln vor allem aus Mexiko, die erhebliche Sicherheitsbedenken auslösten.

Denn laut der WHO³² sei der Versandhandel, insbesondere wenn er grenzüberschreitend stattfindet, ein wesentliches Einfallstor für Arzneimittelfälschungen mit mafiösen Strukturen. Die postalische Lieferung gefährde daher eine sichere Arzneimittelversorgung in Deutschland. (Friese (ABDA) in 29. Anhörung des AGS, Steinbach in 29. Anhörung AGS, ABDA 2003, PHAGRO 2003, Brauer in 29. Anhörung des ASG, Kortland (BAH) in 29. Anhörung des AGS, SV Pieck in 29. Anhörung des AGS, Meyer (PHAGRO) in 29. Anhörung des AGS, Meyer (BAH) in 29. Anhörung des AGS, Dettling 2003). Die Einschätzungen der Experten zum Umfang von Einsparungen für die Arzneimittelausgaben der GKV variierten stark.

Die Krankenkassen veranschlagten ein Einsparvolumen von ca. 200 Millionen Euro, wenn mit 10 Prozent von einem Marktanteil der Versandapotheken wie in den USA ausgegangen und Preisdifferenzen zwischen deutschen und ausländischen Arzneimitteln einkalkuliert würden (Kaesbach (BKK) in 29. Anhörung des AGS, Klauber (AOK) in 29. Anhörung des AGS).

Dagegen waren sich Apotheken- und Großhandelsvertreter einig, dass in Deutschland aufgrund der Erfahrungen in anderen Industrieländern keine Kostensenkungen zu erwarten sind. Denn die Arzneimitteldistributionskosten seien in Deutschland in den vergangenen zwölf Jahren laut OECD moderat gestiegen, während die USA, Schweiz, und Niederlande mit Versandhandel wachsende und damit wesentlich höhere Distributionskosten und Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln aufwiesen. Der Versandhandel in den Niederlanden und der Schweiz sei defizitär und erreiche nur einen Marktanteil von unter 1 Prozent bzw. von 1 bis 2 Prozent.

Der US-amerikanische Versandhandels erreiche den hohen Marktanteil von 15 Prozent³³ bzw. 13 Prozent³⁴ nur durch die Beschränkung auf ein enges, hochpreisiges Marktsegment, einen gegenüber Präsenzapotheken bevorzugten Lieferumfang (Versandhandelsapotheke bis dreifacher, Präsenzapotheke maximal einfacher Monatsbedarf je Lieferung) und eine differenzierte Patientenzahlung (Versandhandel 10 – 20 US-Dollar, Präsenzapotheke 20 – 40 US-Dollar). Die Rentabilität des Versandhandels sei also durch die massive Steuerung und Beeinflussung der

²⁹ genanntes Beispiel Finnland, Spanien, Frankreich

³⁰ genanntes Beispiel Niederlande, Belgien

³¹ genanntes Beispiel Rumänien, Lettland, Polen

³² WHO 1999

³³ Angabe in Stellungnahme der ABDA 2003

³⁴ Angabe in Stellungnahme des Sachverständigen Dettling 2003

Kostenträger gesichert und nicht Ergebnis einer Marktentscheidung der Patienten³⁵. (Friese (ABDA) in 29. Anhörung des AGS, ABDA 2003, Dettling 2003, PHAGRO 2003).

4.2.3. Mehrbesitzerlaubnis von Apotheken

Tabelle 10 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Mehrbesitz von Apotheken

Länder	Bewertung	Akteure
US NO UK NL	negativ	<ul style="list-style-type: none"> • ABDA 2003, Friese (ABDA) • PHAGRO 2003 • Steinbach • Starck

In Deutschland wurde mit dem GMG das Mehrbesitzverbot von Apotheken gelockert ohne jedoch den Fremdbesitz zuzulassen.

Mit Blick ins Ausland wurde diese Neuerung in den untersuchten Dokumenten ausschließlich negativ bewertet.

Der Apotheker- und Großhandelsverband als auch einige Sachverständige erwarteten nämlich, dass damit - unter anderem aus Gründen der europäischen Rechtsgleichheit - auch in Deutschland der Weg für den Fremdbesitz gebahnt ist. Denn in vielen außereuropäischen und europäischen Ländern sei der Mehrbesitz von Apotheken erlaubt, gehe aber jeweils immer mit der Möglichkeit des Fremdbesitzes einher.

In diesen Ländern habe sich gezeigt, dass das Betreiben von Apotheken durch Dritte - zum Beispiel Kapitalgesellschaften - negative Auswirkungen habe:

In den USA, England, den Niederlanden und Norwegen seien große Apothekenketten entstanden. Weder sei dort jedoch das Arzneimittelpreisniveau gesunken noch sei die Versorgung bedarfsgerecht. Erschwerend habe sich gezeigt, dass in den USA keinerlei persönliche Beratung durch Apotheker mehr stattfände. Nach Zahlen aus US-amerikanischen Studien seien 25 Prozent der Krankenhausaufenthalte auf arzneimittelbezogene Probleme zurückzuführen. Übertragen auf Deutschland seien ein Teil der Krankenhausfolgekosten von rund 29 Milliarden Euro vermeidbar, wenn die Information über Medikamentennebenwirkungen weiterhin professionell unter anderem durch den Apotheker erfolge.

Zu erwarten sei, dass künftig in Deutschland ähnliche Oligopolstrukturen entstünden und zudem Apothekenketten des EU-Auslands den deutschen Markt belieferten.

Mit zusätzlichen Wettbewerbsnachteilen durch die Versanderlaubnis für Arzneimittel resultiere dies in der Verdrängung der kleinen deutschen Apotheken.

Letztendlich sei damit eine flächendeckende und effiziente Versorgung mit Apotheken in Deutschland gefährdet (SV Friese (ABDA) in 36. Anhörung des AGS, ABDA 2003, PHAGRO 2003 SV Steinbach in 29. Anhörung des ASG, SV Starck in 31. Anhörung des AGS).

³⁵Studie des internationalen Beratungsunternehmens Cap Gemini Ernst & Young zum US-amerikanischen Versandhandel im Auftrag von PHAGRO (Cap Gemini Ernst & Young 2002)

4.2.4. Neuregelung der Arzneimittelpreisverordnung

Tabelle 11 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zur Arzneimittelpreisverordnung

Länder	Bewertung	Akteure
CH	positiv	<ul style="list-style-type: none"> • Generika 2003 • Jäcker (Generika)
NL	positiv	<ul style="list-style-type: none"> • ABDA 2003
FR	positiv	<ul style="list-style-type: none"> • Meyer (PHAGRO)

Mit Alternativvorschlägen aus dem Ausland kritisierten Apotheken- und Generikaverband die neuen Regelungen zum Apothekenfixzuschlag.

Die Benachteiligung von Generika gegenüber Originalarzneimitteln werde durch die Neuregelung fortgesetzt. Denn Nachahmerprodukte würden durch Umwandlung eines degressiven prozentualen Apothekenzuschlags in einen fixen Aufschlag deutlich verteuert. Bereits jetzt gingen die europaweit nach Luxemburg höchsten Vertriebskosten sowie die dritthöchste Mehrwertsteuerbelastung in Deutschland zulasten des Generikamarktes³⁶.

Der Verband forderte daher, nach Schweizer Modell den Apothekenzuschlag vom Arzneimittelpreis zu entkoppeln. In der Schweiz würden seit 2001 die pharmazeutischen Leistungen direkt mit den Krankenkassen über Tarifverträge abgerechnet. Die Zuschläge für Apotheken gingen somit nicht in die Preisbildung ein (Generika 2003, SV Jäcker (Generika) in 36. Anhörung des AGS).

Die Einschätzung der Generikahersteller einschränkend, erwartet der SV Lauterbach, dass durch die neue Regelung zwar die besonders preiswerten Generika möglicherweise etwas teurer; aber die hochpreisigen Generika deutlich billiger würden. Denn anders als in vielen anderen europäischen Ländern hätten teure Generika in Deutschland den höchsten Marktanteil, da sie fast wie Originalpräparate beworben und vertrieben würden (Lauterbach in 36. Anhörung des AGS).

Der Bundesverband Deutscher Apothekerverbände forderte ein explizites Kriterium für die gesetzlich vorgesehene Anpassung des Fixzuschlags an die wirtschaftliche Entwicklung und nannte die Niederlande als Vorbild: Dort würde seit 1994 der Veränderungswert des Fixbetrages je Packung ermittelt, indem die Betriebskosten der Apotheken auf das durchschnittliche Packungsvolumen umgelegt wird (ABDA 2003).

Von Großhandelsseite kam Kritik zur Kürzung der Höchstzuschläge und damit geringeren Handelsspannen. Um bestehende Wettbewerbsstrukturen aufrechtzuerhalten erwäge der Großhandelsverband die Forderung nach einem Verbot von Großhandelsrabatten. Ein solches Rabattverbot gäbe es beispielsweise in Frankreich, was mit dem Gemeinschaftskodex der EU vereinbar sei (Meyer (PHAGRO) in 29. Anhörung des AGS).

³⁶ Glaeske et al. 2003

4.2.5. Kostenübernahme nicht verschreibungspflichtiger Medikamente

Tabelle 12 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zur Kostenübernahme von OTC-Arzneimitteln

Länder	Bewertung	Akteure
andere Länder	positiv	<ul style="list-style-type: none"> • Lauterbach
UK US	negativ	<ul style="list-style-type: none"> • Friese (ABDA) • Generika 2003

Rezeptfreie Medikamente von der Kostenübernahme durch die Krankenkassen auszuschließen, unterstützte der SV Lauterbach mit dem Hinweis, dass ähnliche

Regelungen in anderen Ländern nicht nur Arzneimittelkosten, sondern auch Administrationskosten und - durch weniger Arztbesuche - die Versorgungskosten gesenkt hätten. Qualitätseinbußen in der Versorgung seien nicht eingetreten.

Die Freigabe der Preise ermögliche, dass sich deutsche OTC-Preise an europäisches Niveau angleichen würden (SV Lauterbach in 29. Anhörung des AGS).

Dagegen argumentierten Vertreter des Bundesverbands Deutscher Apothekerverbände und des Generikaverbandes, dass Erfahrungen in anderen Länder - insbesondere in den USA und Großbritannien zeigten - dass es aus verschiedenen Gründen zu keiner Einsparung von Arzneimittelkosten komme:

OTC-Produkte würden in hohem Maß durch die Verschreibung von rezeptpflichtigen Medikamenten substituiert. Außerdem führe die Ausweitung der Selbstmedikation zu Folgekosten durch Verzögerungen einer adäquaten Therapie.

Langfristig sei es in anderen Ländern zu einer Erhöhung der Preise von OTC-Präparaten gekommen. Die zunehmende finanzielle Belastung der Patienten führe grundsätzlich zur Aushebelung des Versicherungsprinzips und damit zur Amerikanisierung des deutschen Systems (SV Friese (ABDA) in 29. Anhörung des AGS, Generika 2003).

4.2.6. Besondere Versorgungsformen

Tabelle 13 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zu Integrierter Versorgung, Medizinischen Versorgungszentren, zur hausarztzentrierten Versorgung und Teilöffnung von Krankenhäusern

Länder	Bewertung	Akteure
US CH andere Länder	positiv	<ul style="list-style-type: none"> • Hildebrandt • Lauterbach
US CH staatliche Gesundheits- systeme NL	negativ	<ul style="list-style-type: none"> • KBV 2003, Hess (KBV) • BÄK 2003, Hoppe (BÄK) • BDN 2003 • ULA 2003 • Hildebrandt • Salfeld
NL andere europäische Länder	negativ (mit Einschränkung)	<ul style="list-style-type: none"> • DKG 2003

Die verschiedenen Ansätze des GMG, besondere Versorgungsformen weiterzuentwickeln, diskutierten Wissenschaftler und Leistungserbringer kontrovers. Sachverständige betonten die im Vergleich zu traditionellen Systemen höhere Effizienz und Qualität von integrierten Strukturen und verwiesen auf Managed Care-Vorbilder in den USA und der Schweiz (SV Lauterbach in 27. Anhörung des AGS, Hildebrandt 2003). Die Leistungserbringer hielten entgegen, dass Organisationsformen, die in anderen Staaten auf Einzelverträgen beruhen, nicht

erfolgreich seien: Die administrativen Kosten seien im Vergleich zum Kollektivsystem höher und die bessere Qualität der Versorgung nicht nachgewiesen.

Daher werde in den USA eine Rückkehr von flächendeckenden Selektivverträgen zum Kollektivvertragssystem angedacht. Aber auch in der Schweiz setze eine Umkehr im Denken und im Handeln ein (KBV 2003, BÄK 2003, SV Salfeld in 27. Anhörung des AGS).

Zum Thema medizinische Versorgungszentren stellte der SV Lauterbach fest, dass vergleichbare Einrichtungen in anderen Ländern - vor allem der Schweiz - zeigten, dass diese eine flexible, innovative und effiziente Unternehmensstruktur darstellten. Im Vergleich zu Einzelpraxen, die insbesondere in der fachärztlichen Versorgung von Unwirtschaftlichkeit gekennzeichnet seien, stellten Versorgungszentren zudem für die Leistungserbringer ein geringeres finanzielles Risiko dar. Es habe sich außerdem als sinnvoll erwiesen, wenn Krankenkassen mit entsprechenden Eigeneinrichtungen Einfluss auf die Qualität der Versorgung nehmen könnten (SV Lauterbach in 27. Anhörung des AGS). Dagegen verwies der SV Hildebrandt auf den Konflikt von Krankenkassen in der Schweiz, die gleichzeitig die Funktion einer Organisationsform des öffentlichen Rechts und der eines privatwirtschaftlichen Unternehmens erfüllten. Dadurch entstünden Abgrenzungsschwierigkeiten und Unstimmigkeiten bei der Zuordnung finanzieller Ressourcen zur Regel- bzw. integrierten Versorgung (SV Hildebrandt in 27. Anhörung des AGS, Hildebrandt 2003).

Vor allem Vertreter der Ärzteschaft bewerteten kritisch, dass Gesundheitszentren oder Hausarztssysteme in Ländern mit staatlichen Gesundheitsdiensten zu Versorgungsengpässen mit Wartelisten führten und die freie Arztwahl einschränkten.

Aber auch in den Niederlanden bedeute die hausarztzentrierte Versorgung für Patienten einen verzögerten Zugang zu fachärztlicher Versorgung und führe letztendlich zur Zweiklassenmedizin. Die DKG erläuterte in ihrer Stellungnahme, dass die Konzentration der fachärztlichen Versorgung auf Krankenhäuser und damit Ausweitung der Krankenhausleistungen auf den ambulanten Sektor zwar nicht zu verbesserter Effizienz oder Qualität geführt habe, die Wartelistenproblematik in den Niederlanden aber nicht der fachärztlichen Versorgung am Krankenhaus per se, sondern eingeschränkten Bettenkapazitäten zuzuschreiben sei.

Befürchtet wird von Einzelnen, dass die Versorgung durch Gesundheitszentren monopolisiert würde. Investmentanfragen aus den USA ließen befürchten, dass die Zentren an Großkonzerne übergehen (SV Hoppe (BÄK) in 27. Anhörung des AGS, KBV 2003, BÄK 2003, ULA 2003, KBV 2003, SV Hess (KBV) in 27. Anhörung des AGS, SV Hildebrandt in 27. Anhörung des AGS, Hildebrandt 2003, DKG 2003, BDN 2003).

4.2.7. Ambulante Vergütung

Tabelle 14 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zur ambulanten Vergütung

Länder	Bewertung	Akteure
andere Länder	keine Erfahrung	<ul style="list-style-type: none"> AG Spitz 2003
UK	negativ	<ul style="list-style-type: none"> SV Neubauer

Die Umstellung der ambulanten Vergütung in Deutschland wurde nur im geringen Umfang im Kontext mit anderen Ländern diskutiert.

Der SV Neubauer stellte fest, dass eine generelle Pauschalvergütung wie in Großbritannien, das heißt ohne morbiditätsorientierte Differenzierung mit beispielsweise Einzelleistungszuschlägen, zu Selektion und schneller Überweisung von Patienten sowie zu eingeschränkter Ausstattung der Praxen geführt habe (SV Neubauer in 27. Anhörung des AGS).

Vertreter der Kassen verwiesen darauf, dass es bisher international keine Vorlagen gäbe, wie die vorgesehenen diagnosebezogenen Risikoklassen der Regelleistungsvolumina in Deutschland aufgebaut werden könnten (AG Spitzenverbände der Krankenkassen 2003).

4.2.8. Zuzahlungen und Versichertenbonus

Tabelle 15 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zu Zuzahlungen

Länder	Bewertung	Akteure
CH andere Länder	positiv	<ul style="list-style-type: none"> Raffelhüschen BDA 2003
AT andere Länder	negativ	<ul style="list-style-type: none"> Stapf-Finé (DGB) DGB 2003 Caritas 2003

Die Einspar- und Steuerungswirkung von Zuzahlungen wurde von den Akteuren unterschiedlich bewertet. Einerseits wurde begrüßt, dass die neue deutsche Regelung zur

Anhebung der Zuzahlungen auf internationales Niveau führe.

Als Vorbild wurde auf die Schweiz verwiesen, wo enorme Steuerungseffekte mit einem unteren Sockelbetrag, einer prozentualen Selbstbeteiligung und einem oberen Sockelbetrag erreicht würden³⁷ (BDA 2003, Raffelhüschen in 29. Anhörung des AGS).

Andererseits sei diese Wirkung in anderen Ländern jedoch nur für hohe Zuzahlungen belegt.

In Österreich sei wegen des hohen Verwaltungsaufwands und wegen zu geringer Einspareffekte in Diskussion, die Ambulanzgebühr wieder ganz abzuschaffen (Stapf-Finé (DGB) in 29. Anhörung des AGS, DGB 2003, Caritas 2003).

Tabelle 16 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zum Versichertenbonus

Länder	Bewertung	Akteure
CH	negativ	• Raffelhüschen

Bei Boni, die Krankenkassen ihren Versicherten unter anderem bei gesundheitsförderndem Verhalten gewähren können, wurde nur marginal

auf Erfahrungen des Auslands Bezug genommen.

Der SV Raffelhüschen verwies auf die Schweiz, wo Rabatte bei Zuzahlungen oder Versicherungsbeiträgen zu reinen Mitnahmeeffekten geführt hätten. Es seien nur diejenigen Versicherten erreicht worden, die bereits ohnehin Sportvereine oder Fitnessstudios in Anspruch nähmen. Bonusregelungen hätten somit keine relevanten Effekte auf das Verhalten der Versicherten (SV Raffelhüschen in 29. Anhörung des AGS).

4.2.9. Elektronische Gesundheitskarte

Tabelle 17 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zur Elektronischen Gesundheitskarte

Länder	Bewertung	Akteure
US andere Länder	positiv	• Sawicki • Zipperer

Im Zusammenhang mit internationalen Erfahrungen wurde die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte positiv bewertet.

Sie bahne - wie in den USA praktiziert - die sektorübergreifende elektronische Patientenakte in der Hand des Patienten. Andere Länder setzen allerdings im Unterschied zu Deutschland zusätzlich Anreize mit Vergütungszuschlägen für Ärzte, wenn diese die elektronische Datenübermittlung anwenden (SV Sawicki, SV Zipperer in 31. Anhörung des AGS).

³⁷ Gemeint ist die Kostenbeteiligung aus einer Franchise (fester Betrag) von gegenwärtig 300.-SFR je Kalenderjahr und einem Selbstbehalt von 10 Prozent der die Franchise übersteigenden Kosten. Der jährliche Höchstbetrag des Selbstbehaltes beläuft sich gegenwärtig auf 700.-SFR für Erwachsene und 350.-SFR für Kinder bis zum vollendeten 18. Altersjahr. Für Kinder wird keine Franchise erhoben (www.kvg.org).

4.2.10. Ausgliederung des Zahnersatzes aus der GKV

Tabelle 18 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zur Ausgliederung von Zahnersatz

Länder	Bewertung	Akteure
CH andere Länder	positiv	<ul style="list-style-type: none"> • Witkamp (BZÄK) • Fedderwitz (KZBV) • Leienbach (PKV) • Müller (BDA) • BDI 2003
CH	negativ	<ul style="list-style-type: none"> • Stapf-Finé (DGB) • Deppe • Bauer • VDZI 2003
US	negativ	<ul style="list-style-type: none"> • Lauterbach

Die Ausgliederung des Zahnersatzes aus der gesetzlichen Leistung wurde kontrovers diskutiert. Vertreter der Zahnärzte als auch Privatversicherungen und Arbeitgeber argumentierten, durch mehr Eigenverantwortung das präventive Verhalten der Bürger zu stärken. In der Schweiz sei die Individualprophylaxe beispielhaft, wo seit Jahrzehnten im Bereich Mundgesundheit - bis auf

traumatische Erkrankungen und Tumorerkrankungen - kein öffentlicher Versicherungsschutz bestehe (Witkamp in 31. Anhörung des AGS (BZÄK), BDI 2003, Fedderwitz (KZBV) in 31. Anhörung des AGS Müller (BDA) in 31. Anhörung des AGS, Leienbach (PKV) in 31. Anhörung für AGS.)

Einzelverständige und der DGB betrachteten das Modell Schweiz dagegen kritisch. Denn die dortigen Erfolge konzentrierten sich auf wenige Städte und auf bestimmte Initiativen, z.B. die Schulzahnkliniken. Der Bedarf an Zahnersatz hätte sich entgegen dem „Mythos Schweiz“³⁸ durch erhöhte Eigenverantwortung nicht reduziert. Die Vorstellungen, dass sich finanzieller Druck infolge Selbstzahlerleistungen auf das aktive Mundgesundheitsverhalten der Bevölkerung positiv auswirken würde, seien weder für die Schweiz noch für Deutschland hinreichend belegt.

Ganz grundsätzlich bestehe keine Notwendigkeit, aus Qualitätsgesichtspunkten den Zahnersatz aus der gesetzlichen Leistung auszugliedern, denn die Versorgungsqualität in Deutschland sei - unter anderem durch das 1989 eingeführte Bonussystem - im internationalen Vergleich bereits sehr hoch³⁹.

Die Alternative einer privaten Versicherung gefährde die erreichte Qualität und verteuere die Leistungen. Denn im Unterschied zu öffentlichen berücksichtigten private Versicherungen Gewinninteressen und hätten höhere Verwaltungskosten. (Deppe in 31. Anhörung des AGS, Bauer in 31. Anhörung des AGS, Stapf-Finé (DGB) in 31. Anhörung des AGS, Lauterbach in 27. Anhörung AGS, VDZI 2003)

5. Diskussion und Fazit

Gesundheitspolitische Problemstellungen ähneln sich in allen Industrienationen: Vor dem Hintergrund einer älter werdenden Gesellschaft mit zunehmender Multimorbidität und zunehmenden chronischen Erkrankungen verknappen sich auf der einen Seite die finanziellen Ressourcen, auf der anderen Seite schreitet die Entwicklung in Medizin und Technik fort.

³⁸ Staehle und Kerschbaum 2003

³⁹ Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001

Daher sind für Deutschland innovative, effiziente und effektive Lösungsansätze von gesundheitspolitischen Problemstellungen in anderen Ländern, aber auch deren negative Erfahrungen von zunehmendem Interesse.

5.1. Welche Länder beeinflussten die Gesundheitsreform 2003?

Die vorliegende Analyse zeigt, dass einige wenige Industrienationen - USA, Schweiz, die Niederlande, Großbritannien und Frankreich - von großer Relevanz für die deutsche Reformdebatte des Jahres 2003 waren. Das Ergebnis als solches überrascht nicht und entspricht dem bisher vielleicht nur intuitiven Eindruck, dass vor allem Erfahrungen einer Handvoll Länder wiederkehrend in Deutschland diskutiert werden.

Was diese fünf Länder für Deutschland im Unterschied zu anderen Staaten so interessant macht, kann in verschiedenen Faktoren begründet sein: Innovationsbereitschaft mit neuen Strukturen, Instrumenten und Rollendefinitionen oder Ähnlichkeit zum deutschen System und zu den kulturellen Werten, aber schlicht auch allgemein „besseres Abschneiden“ bei internationalen Vergleichen zu Qualität und Effizienz der Gesundheitssysteme.

So gilt beispielsweise die USA mit einer heterogenen Struktur des Gesundheitswesens als Inkubator verschiedenartigster, sich stetig verändernder Lösungsansätze. Auch die Niederlande werden als innovationsfreudiges Land gesehen und sind einer hohen Reformdynamik unterworfen. In Europa ist die Schweiz ein System, das die gesetzliche Krankenversicherung mit wettbewerblichen Elementen kombiniert. Ähnlich den USA ist dort der Reformdruck durch die hohen Gesundheitsausgaben sehr hoch.

In Frankreich wird die Rolle des Staats und Markts im Zusammenhang mit sozialer Gerechtigkeit diskutiert, die ähnlich wie in Großbritannien teils mit zunehmender Reglementierung, teils mit Liberalisierung beantwortet wird.

Bei Großbritannien wird oft auf vergleichsweise niedrigere Gesundheitsausgaben verwiesen, wo das staatliche Gesundheitssystem unter anderem durch „command and control“-Mechanismen Qualitätsstandards und Effizienz der Versorgung sicherzustellen versucht (www.healthpolicymonitor.org).

Nicht zu vernachlässigen ist allerdings, dass dieser Trend zu den „großen Fünf“ möglicherweise die tatsächliche internationale Reformentwicklung und damit potentielle Chancen des „Lernens voneinander“ verzerrt wahrnimmt oder dargestellt, da Veröffentlichungen und Informationen erfahrungsgemäß vermehrt in Bereichen vorhanden sind, wo Neues passiert. Dieser Publikations- oder Informationsbias trägt dazu bei, dass Länder mit altbewährten oder nicht zeitnah verfolgten Lösungsansätzen für die deutsche Gesundheitsreformentwicklung bisher von geringerer Bedeutung sind.

Grundsätzlich ist daher ein Analyseansatz erforderlich, der aus deutscher Perspektive internationale Gesundheitssystemforschung systematisch vornimmt. Die vorliegende Arbeit kann dazu für die jüngsten Reformentwicklungen einen Beitrag leisten.

5.2. Für welche Themen der Gesundheitsreform sind internationale Erfahrungen relevant?

In weiten Teilen des GMG waren andere Länder wichtiger Bezugspunkt der gesundheitspolitischen Diskussion, insbesondere beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit, bei der Arzneimittelpolitik, bei Versorgungsstrukturen und Zahngesundheit.

Einige Reformen wurden dagegen ausschließlich im nationalen Kontext erörtert, da sie Strukturen betreffen, die als spezifisch für das deutsche Gesundheitssystem gelten. Beispiele sind Organisationsreformen der Krankenkassen, KVen und gemeinsamen Selbstverwaltung, Finanzierung versicherungsfremder Leistungen/Krankengeld und Möglichkeit der Wahl der Kostenerstattung im ambulanten Bereich.

Bemerkenswert ist dagegen, dass manche Themen wenig oder gar nicht mit internationalem Bezug diskutiert wurden: So bei einigen Bereichen der Arzneimittelregulierung (Importarzneimittel, Festbetragsregelung, Aut idem-Regelung) und des ambulanten Sektors (Vergütungsstrukturen, Qualitätsmanagements und Wirtschaftlichkeitsprüfungen). Ebenso hatten andere Gesundheitssysteme geringe Bedeutung bei Regelungen für Versicherte (Zuzahlungen/Versichertenboni, Patientenbeauftragter, Gesundheitskarte, Patientenquittung) und bei Ausschlüssen aus dem Leistungskatalog (Sterbegeld, Entbindungsgeld, Sterilisation, künstliche Befruchtung und Fahrtkosten).

Die oben erwähnten Themen sind und waren auch in anderen Ländern Anlass zu Reformen oder stehen auf der politischen Tageordnung (Gutachten des Sachverständigenrats 2001 und 2003, www.healthpolicymonitor.org, Busse und Schlette 2003).

Dass sie nach der vorliegenden Analyse im Unterschied zu anderen Themen des GMG wenig Eingang in den deutschen Reformprozess gefunden haben, kann mehrere Ursachen haben:

- Die in dieser Arbeit analysierten Dokumente sind in Anzahl begrenzt und betrachten einen kurzen zeitlichen Ausschnitt. Sie bilden daher nur einen Teil der gesamten gesundheitspolitischen Diskussion ab.
- Es gibt zu einigen Themen insgesamt wenig Erfahrungswerte und Deutschland betritt in einigen Bereichen internationales Neuland beispielsweise bei der morbiditätsorientierten Vergütung in der ambulanten Versorgung.
- Informationen über andere Länder sind für deutsche Akteure und gesundheitspolitische Entscheidungsträger nicht ausreichend zugänglich oder berühren nicht die jeweiligen Interessen und Ziele.

5.3. Wie diskutieren und bewerten die gesundheitspolitischen Akteure Einfluss und Erfahrung anderer Länder?

Die Diskussion über internationale Erfahrungen im Gesundheitswesen findet in Deutschland nicht mehr ausschließlich in wissenschaftlichen Fachkreisen statt. Zahlreiche Akteure des Gesundheitswesens, aber auch Vertreter aus anderen Teilen der Gesellschaft beteiligen sich an der Debatte.

Die Interessensvertreter der Leistungserbringer und des Arzneimittelsektors zählen allgemein zu den Akteuren mit hoher Präsenz und Einflussnahme auf gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse.

Sie nehmen im Vergleich zu anderen Interessensgruppen auch am stärksten auf internationale Erfahrungen Bezug.

Werden Modelle aus dem Ausland und Erfahrungen anderer Länder sachgerecht dargestellt?

Der Detailgrad und die Sachgerechtigkeit der Darstellung von anderen Gesundheitssystemen fallen je nach Thema und Akteuren verschieden aus.

In den meisten Fällen werden zugrunde gelegte Tatbestände oder wissenschaftliche Dokumente zwar korrekt, aber nur in Ausschnitten wiedergegeben. In einigen Stellungnahmen werden jedoch auch umfangreiche Darstellungen gewählt⁴⁰.

Einige Akteure verweisen auf Studien, Berichte und Empfehlungen supranationaler Institutionen wie WHO, OECD oder des Europarats. Als „neutrale“ Instanzen sind deren Empfehlungen oder Analysen von gesundheitspolitischen Trends oder System- und Strukturvergleiche der Industrieländer relevanter Bezugspunkt⁴¹.

Nicht immer setzen die Akteure ihre Aussagen in den komplexen Kontext des Gesundheitssystems oder der Reformentwicklungen der jeweiligen Länder. Zum Teil werden Sachverhalte argumentativ überzeichnet. Auch berücksichtigen einige Akteure nicht umfassend die deutschen spezifischen Gegebenheiten⁴².

Wie beurteilen die Akteure Strukturen und Instrumente anderer Gesundheitssysteme und die Übertragbarkeit auf das deutsche System?

Einige Sachverständige und Interessensvertreter bewerten Modelle in anderen Ländern durchweg positiv und schlagen vor, diese in Deutschland zu übernehmen.

Beispiele:

- Deutsches Zentrum für Qualität: NICE in England und Wales
- Kosten-Nutzenbewertung Arzneimittel: viele Länder
- Versandhandel: Schweiz u.a.
- Apothekenzuschläge: Schweiz
- Versorgungsformen: USA, Schweiz
- Zuzahlungen: Schweiz u.a.
- elektronische Gesundheitskarte: USA u.a.
- Ausgliederung von Zahnersatz: Schweiz

Eine Übertragung ausländischer Modelle wird jedoch auch oft nicht für sinnvoll erachtet.

Die Begründungen der Sachverständigen und Akteure sind vielfältig und reichen von Hinweisen auf die spezifischen Gegebenheiten des deutschen Gesundheitssystems bis zur Bedrohung des Wirtschaftsstandorts Deutschlands.

Wiederkehrende Argumente sind

1. das durch Selbstverwaltungsprinzip gekennzeichnete Gesundheitssystem in Deutschland,

Beispiel

- Deutsches Zentrum für Qualität

2. der mangelnde Nachweis von verbesserter Qualität oder Effizienz in anderen Ländern

Beispiele:

- Medizinische Versorgungszentren, Teilöffnung Krankenhäuser
- Ausgliederung von Zahnersatz
- Zuzahlungen

⁴⁰ Beispiel: ÄZQ 2003

⁴¹ Beispiele: Leitlinien (Empfehlungen des Europarats), Versandhandel und Arzneimittelsicherheit (WHO 1999), Arzneimitteldistributionskosten (OECD)

⁴² Beispiele: Evaluationen von NICE (siehe Seite 30 und 50), Daten zu Marktanteilen des Versandhandels in den USA (siehe Seite 54), Mehrbesitz ohne Fremdbesitz von Apotheken (siehe Seite 55 und 73), Selektive Verträge in der Schweiz (siehe Seite 38 70)

- Gesundheitsförderung durch Versichertenbonus
3. die Bedrohung der adäquaten gesundheitlichen Versorgung in Deutschland
 - Beispiele:
 - Versandhandel von Arzneimitteln
 - Mehrbesitz und Fremdbesitz von Apotheken
 - Medizinische Versorgungszentren, Teilöffnung Krankenhäuser
 - Ausgliederung von Zahnersatz
 4. die Einschränkung des Zugangs zur medizinischen Versorgung und Aushebelung des Prinzips der sozialen Gerechtigkeit,
 - Beispiele:
 - Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln
 - finanzielle Belastung von Patienten durch Ausschluss der Kostenübernahme von OTC-Arzneimitteln
 - Wartelisten und eingeschränkte Arztwahl in Gesundheitszentren und Hausarztssystemen
 5. die Einbindung Deutschlands in die Europäische Union und
 - Beispiele:
 - ausreichender Nutznachweis von Arzneimitteln im europäischen Zulassungsverfahren
 - Arzneimittelsicherheit des Versandhandels im europäischen Markt
 6. die wirtschaftliche Bedrohung Deutschlands oder einzelner Bereiche.
 - Beispiele:
 - Mehrbesitz und Fremdbesitz von Apotheken
 - Versandhandel von Arzneimitteln
 - Großhandelszuschläge

5.3.1. Zwischenfazit: Die Akteure und die Frage der Übertragbarkeit

Die gesundheitspolitischen Akteure verweisen auf mögliche Modelle für die deutsche Reformentwicklung, auf Unterschiede des deutschen Gesundheitswesens und der kulturellen Werte zu anderen Systemen (z.B. Korporatismus, ungehinderter Zugang zu medizinischer Versorgung und soziale Gerechtigkeit) oder auf nachteilige Erfahrungen im Ausland. Sie tragen also einerseits dazu bei, dass Informationen über andere Länder nach Deutschland gelangen und dass die Frage der Übertragbarkeit auf Deutschland möglichst differenziert beantwortet werden kann.

Andererseits dient der Verweis auf andere Länder nicht nur der rein sachlichen Auseinandersetzung. Eine wesentliche Motivation für Akteure ist es auch, positive oder negative Szenarien für Deutschland zu entwickeln, um ihre jeweiligen Ziele und Interessen argumentativ zu unterstützen. Im Hintergrund mag oftmals der drohende Verlust bzw. die erhoffte Aufwertung von „Stand und Geld“ stehen.

Insgesamt scheint eine negative Bewertung von Modellen anderer Länder bzw. die Verneinung der generellen Übertragbarkeit von Erfahrungen auf Deutschland zu überwiegen.

Zum Teil mag dies in der dieser Arbeit zugrunde liegenden Analyse erklärt sein, da Stellungnahmen und Anhörungen die Funktion einer kritischen Bewertung von Reformen erfüllen und nur einen Ausschnitt aus der Gesamtpolitischen Diskussion darstellen können.

Grundsätzlich bleibt aber festzuhalten, dass das deutsche System als Ganzes und auch einzelne Strukturen von vielen gesundheitspolitischen Akteuren und Sachverständigen als so spezifisch betrachtet wird, dass der Tenor einer kritischen Prüfung und nur eingeschränkter Übertragbarkeit internationaler Erfahrungen überwiegt.

5.4. Wie haben sich Reformen unter dem Einfluss anderer Gesundheitssysteme verändert?

In diesem abschließenden Kapitel soll illustriert werden, wie sich Reformen des GMG im Laufe des eigentlichen Gesetzgebungsprozesses verändert haben und welche Rolle dabei andere Gesundheitssysteme spielten: Gesondert eingegangen wird auf das auf das Institut für Qualität und

Wirtschaftlichkeit und die Reformen der Versorgungsstrukturen, auf den Versandhandel von Arzneimitteln und die Mehrbesitzerlaubnis von Apotheken.

5.4.1. Vom Deutschen Zentrum für Qualität zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Die folgende Tabelle stellt die hauptsächlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin (Gesetzentwurf Juni 2003) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit (GMG November 2003) gegenüber, um zu demonstrieren, dass sich Struktur, Verfahren und Aufgabenstellung während des Gesetzgebungsprozesses in einigen Punkten wesentlich gewandelt und vom Vorbild des NICE in England und Wales entfernt haben. Auf die wesentlichen Veränderungen wird im Folgenden eingegangen.

Tabelle 19 Gemeinsamkeiten und Unterschiede des Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin (Gesetzentwurf Juni 2003) zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (GMG-Endfassung November 2003) - eigene Darstellung

	Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin (GMG Entwurf 16.06.03)	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (GMG Entwurf 08.09.03 und Endfassung 14.11.03)
Gesetzestext	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialgesetzbuch V: §§ 139a bis I, 35b, 73f, 95d, 92, 137 c, 303f • Gesetz über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien: Artikel 18 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialgesetzbuch V: §§ 139a bis c, 35b, 303f • Gesetz über ein Informationssystem zur Bewertung medizinischer Technologien: Artikel 33
Struktur/Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • fachlich unabhängige rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Recht • unter Rechtsaufsicht des BMGS • Geschäftsordnung des Kuratoriums und Satzung vom BMGS genehmigt im Einvernehmen mit BMF 	<ul style="list-style-type: none"> • fachlich unabhängiges, rechtsfähiges wissenschaftliches Institut • Gemeinsamer Bundesausschuss ist Träger • Stiftung des privaten Rechts möglich
	<ul style="list-style-type: none"> • hauptamtlicher Direktor, wissenschaftlicher Beirat (5 Wissenschaftler) vom BMGS berufen • Kuratorium mit 49 Mitgliedern: BÄK, BZÄK, KBV, KZVB, DKG, DPR, Kassen, Patienten- und Bürgervertreter, DGB, AG-Verbände, medizinische Fachgesellschaften, Verbände Apotheker, Pharma, Medizintechnologie, BMGS, BMBF 	<ul style="list-style-type: none"> • Institutsleitung im Einvernehmen mit BMGS • Anhörungsrechte von Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen und Patientenbeauftragtem der Bundesregierung
	<ul style="list-style-type: none"> • berichtet öffentlich und im Internet über Methoden und Ergebnisse • Vergabe von Arbeits- und Forschungsaufträgen an externe Sachverständige • Offenlegung der Beziehung zu Interessensverbänden • Nutzung von Versichertendaten der Datenaufbereitungsstelle • kann DIMDI vorrangig vor Ausschüssen beauftragen 	<ul style="list-style-type: none"> • berichtet öffentlich und im Internet über Methoden und Ergebnisse • Vergabe von Arbeits- und Forschungsaufträgen an externe Sachverständige • Offenlegung der Beziehung zu Interessensverbänden • Nutzung von Versichertendaten der Datenaufbereitungsstelle • kann DIMDI beauftragen
Auftraggeber	<ul style="list-style-type: none"> • BMGS vorrangig • Kuratorium selbst 	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsamer Bundesausschuss • Antragsrecht BMGS ohne Ablehnungsmöglichkeit bei Finanzierung

	<ul style="list-style-type: none"> • Bundesausschüsse • Dritte 	<ul style="list-style-type: none"> • Antragsrecht Patientenvertreter
Finanzierung	<ul style="list-style-type: none"> • Haushaltsplan vom BMGS und BMF genehmigt 	<ul style="list-style-type: none"> • Verbände Leistungserbringer und Kassen • bei Stiftung aus Zuschlag auf stationäre und ambulante Vergütung
Aufgaben allgemein	<ul style="list-style-type: none"> • beste wissenschaftliche Erkenntnisse zu Diagnostik und Therapie • Erstellung evidenzbasierter Leitlinien für ausgewählte Krankheiten • Gutachten zu Qualität der GKV-Leistungen • Information für Bürger über ambulante und stationäre Leistungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstands zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten • Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für epidemiologisch wichtige Erkrankungen • Empfehlungen zu Disease Management Programmen • Gutachten zu Qualität und Wirtschaftlichkeit der GKV-Leistungen • Information für Bürger über Qualität und Effizienz in Versorgung
Aufgaben Arzneimittel	<ul style="list-style-type: none"> • Empfehlungen zu Nutzen, finanzieller Bewertung und Anwendung von Arzneimitteln als Empfehlung an die Bundesausschüsse • neue patentgeschützte Arzneimittel und mit erheblicher Bedeutung für die Patientenversorgung • Klagen unzulässig 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln als Empfehlung an den Gemeinsamen Bundesausschuss • neue patentgeschützte Arzneimittel und andere von Bedeutung • Klagen unzulässig
	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung nach anerkanntem Stand wissenschaftlicher Erkenntnis • für Therapie bedeutsamer höherer Nutzen auch wegen geringerer Nebenwirkung • Zuordnung indikationsbezogen zu • Stufe A: verbesserte Wirkung und neues Wirkprinzip • Stufe B: verbesserte Wirkung und gleiches Wirkprinzip • Stufe C: ohne verbesserte Wirkung mit oder ohne neuem Wirkprinzip • Festlegung eines Referenzarzneimittels mit vergleichbarem Wirkprinzip für Stufe B und C 	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung nach anerkanntem Stand wissenschaftlicher Erkenntnis⁴³

5.4.1.1. Selbstverwaltungsorgan statt Staatsinstitut

Ein Ergebnis der gesundheitspolitischen Debatte im Jahr 2003 war, dass das ursprüngliche Konzept der Koalition eines Zentrums unter staatlicher Aufsicht nach dem Modell NICE zugunsten des Kompromisses mit der CDU/CSU verlassen wurde. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit wird zwar als unabhängige und eigenständige Einrichtung gegründet. In Form einer privatrechtlichen Stiftung arbeitet es aber unter der Federführung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und der DKG.

⁴³Die Klassifikation ist nicht mehr im eigentlichen Gesetzestext enthalten, sondern nur als Empfehlung in der Begründung zum GMG formuliert

Der oben dargestellte Ausschnitt aus der Kontroverse der Akteure⁴⁴ macht zum einen deutlich, dass nicht nur positive und negative Erfahrungen aus England, sondern auch aus vielen anderen Ländern die Kompromisslösung wesentlich beeinflusste.

Zum anderen kann gezeigt werden, dass das Modell NICE im Laufe des Reformprozesses an das deutsche Gesundheitssystem mit seiner spezifischen korporatistischen Struktur angepasst wurde und sich das deutsche Institut somit strukturell von seiner Vorlage im Ausland unterscheidet.

Die Zukunft wird zeigen, ob sich dadurch einige der wesentlichen Erwartungen erfüllen werden, Entscheidungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zugleich evidenzbasierter als auch zeitnäher zu treffen als bisher.

5.4.1.2. Bewertung statt Erstellung von Leitlinien

Die obigen Ausführungen⁴⁵ zeigen, dass verschiedenste Modelle aus dem Ausland dazu beigetragen haben, dass das Institut Funktionen im Bereich Leitlinien übernommen hat.

Argumente, die auf negative Erfahrungen in anderen Ländern Bezug nahmen und ein Belassen des Status quo - das heißt eine vollständig dezentrale Erstellung sowie Bewertung und -implementierung von Leitlinien zum Ziel hatten - konnten sich nicht vollständig durchsetzen.

Kern der Kontroverse war zum einen die Frage, in welchem Umfang Leitlinien durch die Anwender selbst (bottom-up) oder zentral durch nationale Experten einer übergeordneten Institution (top-down) entwickelt und bewertet werden sollten wie beispielsweise bei NICE⁴⁶. Damit verknüpft war zum anderen die Grundsatzfrage der Funktion von Leitlinien und ihre Abgrenzung zu verbindlichen Richtlinien wie in Frankreich⁴⁷.

Als Kompromisslösung wurde der ursprüngliche Auftrag des Zentrums - auch auf Basis von Erfahrungen im Ausland - im endgültigen Gesetz dahingehend geändert, dass das Institut evidenzbasierte Leitlinien nicht selbst entwickelt, sondern nur noch eine Bewertung existierender Leitlinien für epidemiologisch wichtige Erkrankungen vornimmt.

5.4.1.3. Bewertung des Nutzens statt der Kosten-Nutzenrelation von Arzneimitteln

Trotz mannigfacher Hinweise auf den internationalen Trend der gesundheitsökonomischen Bewertung von Arzneimitteln ist durch die gesundheitspolitische Auseinandersetzung in Deutschland nur die Beurteilung des Nutzens im endgültigen Gesetzestext übrig geblieben.

Mit Wegfall des Kriteriums Kosten ist nun der Vergleich neuer Arzneimittel mit Standardtherapeutika um ein wesentliches Entscheidungskriterium ärmer. Voraussichtlich wird daher die Abgrenzung des Wertes bewährter Arzneimittel zu neuen Medikamenten weniger eindeutig möglich sein.

Gegner der "vierten Hürde" - insbesondere die Pharmalobby - konnten sich unter anderem mit Verweisen auf negative Auswirkungen der gesundheitsökonomischen Bewertung von Arzneimitteln im Ausland, das heißt im Wesentlichen mit der drohenden Einschränkung des Zugangs zu innovativen Arzneimitteln, durchsetzen. Der Appell an soziale Gerechtigkeit und Ethik ist jedoch auch auf dem

⁴⁴ siehe Kapitel 4.2.1.1 Seite 47

⁴⁵ siehe Kapitel 4.2.1.2 Seite 48

⁴⁶ siehe Struktur und Aufgaben von NICE Seite 29

⁴⁷ siehe OECD-Evaluation des Leitlinienprogramms in Frankreich Seite 32

Hintergrund drohender wirtschaftlicher Einbußen und damit als Argumentationshilfe zur Durchsetzung von Interessen der Arzneimittelhersteller zu interpretieren.

Entsprechend der Erfahrungen des britischen NICE⁴⁸ wird eine entscheidende Herausforderung der Entscheidungsgremien und beteiligten Patienten- und Bürgervertreter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit sein, sich - auch bei ausschließlicher Nutzenbewertung - von interessensgeleitetem Einfluss der marketingmächtigen Industrie abzugrenzen.

5.4.1.4. Anhörungsrechte statt Entscheidungsbefugnis für Patienten

Patienten wurden bisher vorrangig in der Rolle des Konsumenten oder Zuzahlers verstanden. Dass Patientenvertreter und andere Laien verstärkt an den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen beteiligt werden, gilt daher als gesundheitspolitische Innovation, bei der Deutschland entscheidend von Vorbildern anderer Länder profitiert hat.

Die Einflussmöglichkeiten von Patienten- und Bürgervertretern sind jedoch im Laufe des Gesetzgebungsprozesses wieder eingeschränkt worden. Denn - entsprechend des Vorbilds NICE - waren sie im Deutschen Zentrum für Qualität ursprünglich als ständige Mitglieder des Kuratoriums vorgesehen. Im Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit ist diese Entscheidungsbefugnis einem Antrags- und Anhörungsrecht gewichen.

In England und Wales wurden Patientenverbände und andere Bürgervertreter nachträglich in das Bewertungsgremium aufgenommen⁴⁹. Denn NICE wurde in der ersten Zeit vorgeworfen, dem sozialen Kontext seiner Gutachten grundsätzlich zu wenig Aufmerksamkeit zu schenken. So hatte beispielsweise die Empfehlung, eine Therapie mit beta-Interferon für Multiple Sklerose-Patienten nicht öffentlich zu finanzieren, großen Widerspruch der Selbsthilfverbände provoziert.

Dies führte dazu, dass Laienvertreter mittlerweile ständige Mitglieder des Appraisal Komitee sind und mit dem zusätzlichen Einspruchsrecht den Entscheidungsprozess von NICE verstärkt beeinflussen können (Robinson 2003).

Die deutsche Version des Instituts unterscheidet sich damit in einem weiteren Punkt wesentlich von seinem ursprünglichen Vorbild in Großbritannien.

5.4.1.5. Ausblick auf die Umsetzungsphase und Zwischenfazit

Nicht nur das vielzitierte britische NICE, das als Vorlage für das Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin diente, sondern eine Reihe weiterer Länder wie Frankreich, Schweden, USA und die Niederlande spielten eine wichtige Rolle für die Entwicklung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Resultat ist ein Mischbild aus Erfahrungen vieler Länder, bei dem Modelle aus dem Ausland nicht in toto übertragen, sondern der Anpassung an die spezifischen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems und der Abwägung zwischen den verschiedenen gesundheitspolitischen Zielen der deutschen Akteure unterworfen wurden.

In der gesundheitspolitischen Diskussion des Jahres 2003 standen die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu grundsätzlicher Organisation und Aufgabenstellungen des Instituts im Vordergrund.

⁴⁸ siehe Evaluation der WHO von NICE Seite 31

⁴⁹ siehe Struktur und Aufgaben von NICE Seite 29

Nach in Kraft treten des GMG am 1. Januar 2004 hat die Selbstverwaltung mit der detaillierten Ausgestaltung der organisatorischen Prozesse und inhaltlichen Funktionen begonnen. Die anstehenden Fragen sind:

- die Zuständigkeiten des Instituts in Abgrenzung zu Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses oder anderen Institutionen des Gesundheitswesens (z.B. zur Leitlinien-clearingstelle des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin)
- die Auftragsvergabe an externe Einrichtungen
- Methoden- und Verfahrensdefinitionen zu Priorisierung und Bewertung von Arzneimitteln bzw. medizinischen Technologien und
- die Gestaltung der Entscheidungsprozesse mit den Anforderungen Transparenz und Beteiligung der Interessensgruppen.

In dieser Phase der Implementierung können Erfahrungen in anderen Ländern erneut als Lernbeispiele fungieren. Ihr Einfluss auf das deutsche Gesundheitssystem ist damit keineswegs mit der Verabschiedung des GMG beendet.

5.4.2. Vom Hausarztssystem zu hausarztzentrierter Versorgung, von Gesundheitszentren zu Versorgungszentren

Mit der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung während des Jahres 2003 hat sich die der Reform der Versorgungsstrukturen deutlich verändert:

Die grundsätzlich unterschiedliche Gestaltung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung im ursprünglichen Gesetzentwurf vom Juni 2003 ist von der Verpflichtung der Krankenkassen abgelöst worden, flächendeckend hausarztzentrierte Versorgungsformen auf Einzelvertragsbasis anzubieten. Es obliegt nun den Krankenkassen, Anreize für Ärzte und Versicherte zu schaffen, den Hausarzt als Lotsen im deutschen Gesundheitssystem zu etablieren.

Die auch namentlich neu gefassten medizinischen Versorgungszentren sind in Organisation und Funktion deutlich modifiziert worden: Aus den Hausarztzentren sind interdisziplinäre Zentren geworden.

Schwerpunkt ist nun die Zusammenarbeit von verschiedenen Fachgebieten, denn gesetzlich festgelegt ist, dass sie fachärztlich übergreifend tätig sein müssen. Sie bleiben Teil der vertragsärztlichen Bedarfsplanung und werden von den KVen zugelassen. Die Möglichkeit der Krankenkassen, so genannte Eigeneinrichtungen entsprechend des Managed Care-Prinzips anzubieten, ist entfallen.

In Europa haben einige Länder den USA entlehnte Modelle eingeführt oder diskutieren ähnliche Instrumente⁵⁰. Wie im Ausland widerstehen sich in Deutschland in erster Linie Leistungserbringer - allen voran die Ärzteschaft - der Einführung von Managed Care-Strukturen oder andere Formen der Leistungssteuerung. Dabei erteilen sie der Übertragung ausländischer Modelle auf das deutsche System eine deutliche Absage und verweisen auf die Vorteile des deutschen Systems wie z.B. freie Arztwahl und zeitnahe Zugang zur Versorgung.

Weitere Argumente sind, dass sich andere Ländern wieder in entgegengesetzte Richtung entwickeln und z.B. zum Kollektivsystem zurückkehren würden. Dies ist ein Beispiel, dass Sachverhalte in

⁵⁰ siehe Kapitel 3.5.6 Seite 38 (Schweiz), 38 (Finnland) und 40 (Frankreich)

anderen Ländern von den Akteuren nicht immer umfassend wiedergegeben werden: Das Zitat aus der Stellungnahme der Bundesärztekammer sei genannt, in der Schweiz finde „eine Umkehr im Denken und Handeln“ weg vom Vertragswettbewerbs statt (BÄK 2003).

Im Gegenteil war zu diesem Zeitpunkt ein wesentlicher Bestandteil der Reformbemühungen im Nachbarland, das Einzelvertragssystem auf den gesamten ambulanten Sektor auszuweiten. Der Vorschlag, das Kollektivvertragssystem generell aufzuheben, war auch in der Schweiz auf vehementen Widerstand von Ärzteorganisationen gestoßen, die ihre beruflichen und ökonomischen Interessen zu sichern versuchten. Da die zweite Revision des Krankenversicherungsgesetzes im Dezember 2003 vom Schweizer Parlament abgelehnt wurde, ist die Reform zum jetzigen Zeitpunkt allerdings tatsächlich gescheitert⁵¹.

5.4.2.1. Zwischenfazit

Die beschriebenen Veränderungen bei der Reform der Versorgungsstrukturen sind ein weiteres Beispiel, dass Vorbilder und Modelle aus anderen Ländern im Gesetzgebungsprozess an System und Struktur des deutschen Gesundheitswesens angepasst, vor allem aber dem Interessensausgleich der gesundheitspolitischen Akteure unterworfen werden.

5.4.3. Versandhandel von Arzneimitteln mit deutschen Sicherheitsauflagen

Seit die holländische Internet-Apotheke DocMorris im Juni 2000 mit dem Versand von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln an deutsche Patienten begonnen hatte, wurde die gesundheitspolitische Diskussion über das Für und Wider des Versandhandels mit Arzneimitteln sehr kontrovers geführt⁵². Insgesamt größter Auseinandersetzungspunkt, bei dem immer wieder auf Erfahrungen anderer Länder - USA, Schweiz, Niederlande - verwiesen wurde, war die Frage der Arzneimittelsicherheit und die potentielle Bedrohung inländischer Präsenzapotheken.

Die Sicherheitsanforderungen an den Versandhandel sind unter dem Eindruck von Erfahrungen im Ausland im Laufe des Gesetzgebungsprozesses präzisiert und an deutschen Anforderungen ausgerichtet worden.

So dürfen innereuropäisch nur solche Arzneimittel nach Deutschland versendet werden, die in Deutschland oder von der europäischen Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln (EMA) in der Europäischen Gemeinschaft zugelassen oder registriert sind.

Die Veröffentlichung einer Liste der Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), in denen für den Versandhandel und elektronischen Handel mit Arzneimitteln den deutschen Sicherheitsstandards vergleichbare Standards bestehen, dient dem Verbraucher zur Orientierung beim Bezug von Arzneimitteln aus EWR-Vertragsstaaten und somit dem Schutz deutscher Verbraucher.

5.4.3.1. Ausblick auf die Umsetzungsphase und Zwischenfazit

Mittlerweile wirbt in Deutschland eine steigende Zahl an Web-Apotheken um die Gunst der Patienten. Zu den größten Anbietern zählen neben den niederländischen Apotheken DocMorris, Europa-Apotheek, Pharma-Kontor die Apotheke für den Mann sowie die Schweizer Apo AG. In Deutschland gehören Sanicare und My Care zu den Hauptanbietern im Versandgeschäft.

⁵¹ siehe Neue Versorgungsmodelle in der Schweiz Seite 38

⁵² siehe Kapitel 4.2.2 Seite 52

Die Hälfte der knapp 21.400 zugelassenen deutschen Apotheken versucht zurzeit durch ihr Serviceangebot Aponet dem Druck der Konkurrenz aus dem Netz standzuhalten. Bei Aponet können Patienten Medikamente online bestellen, die von der Apotheke vor Ort bereitgehalten werden bzw. nach Hause geliefert werden.

Die virtuellen Arzneimittelhändler werben damit, dass Patienten sich nicht nur den Weg in die Apotheke sparen können, sondern dass sie bei der Bestellung rezeptpflichtiger Präparate Rabatte in Form reduzierter Zuzahlungen (DocMorris) oder am Arzneimittelpreis ausgerichtete prozentuale Boni (Europa-Apotheek) gewähren. Die Patienten würden bei Bedarf für ihre Krankenkasse dennoch eine Quittung über die volle Zuzahlung erhalten.

Versandkosten und die Servicepauschale mit einem Mindestbestellwert von 40 bis 100 Euro machen jedoch häufig den Preisvorteil der online Arzneibestellung zunichte.

Bei der Beratungsleistung gibt es erhebliche Unterschiede. Während beispielsweise Sanicare 24 Stunden täglich eine Telefonberatung bietet, suchen Kunden bei der Versandapotheke für den Mann vergeblich nach einer Beratungsnummer. DocMorris, My Care oder Pharma-Kontor haben die Telefonleitung von Montag bis Freitag zu bestimmten Zeiten geschaltet. Lieferzeiten betragen je nach Web-Apotheke ab dem Rezepteingang zwei Tage bis mehr als eine Woche (Süddeutsche Zeitung vom 03.03.04).

Argumente, die aufgrund Erfahrungen in anderen Ländern auf die rechtliche Grauzone und die fehlenden Vorteile für Kunden beim Versandhandel hinwiesen, scheinen sich damit zumindest zum Teil zu bestätigen. Welche Relevanz der Versandhandel in Konkurrenz zu stationären Apotheken in Deutschland erlangt und wie hoch eine etwaige Entlastung der GKV-Ausgaben ausfallen wird, bleibt jedoch abzuwarten.

5.4.3.2. Exkurs: Die Rolle der EU

Europäische Länder beeinflussen nicht nur mit positiven oder negativen Erfahrungen die deutsche Reformentwicklung, sondern wirken auch über den „Umweg“ der europäischen Gemeinschaftspolitik und -rechtsprechung auf das deutsche Gesundheitssystem ein.

Auch in einigen Reformbereichen des GMG wird offensichtlich, dass das deutsche Gesundheitssystem in zunehmendem Maße von europäischer Politik und Rechtsprechung beeinflusst wird.

Dies betrifft nicht nur die Umsetzung der EuGH-Urteile zur Kostenübernahme ambulanter bzw. stationärer Leistungen im EU-Ausland, sondern beispielsweise auch das Thema Versandhandel.

In der oben dargestellten Analyse⁵³ urteilten einige Akteure, dass das nationale Recht vom europäischen Recht dominiert würde. Dieses Argument trifft jedoch nicht immer zu. Im Falle des Versandhandels sind die deutschen Bestimmungen beispielsweise deutlich liberaler ausgefallen, als es die europäische Rechtsprechung vorsieht:

Anfang Dezember 2003 und damit nach Verabschiedung des GMG entschied der europäische Gerichtshof, dass die EU-Staaten den Versandhandel mit Medikamenten für rezeptfreie Arzneimittel

⁵³ siehe Kapitel 0 Seite 52

erlauben müssen. Für verschreibungspflichtige oder für Medikamente die auf dem nationalen Markt nicht zugelassen sind, können sie den elektronischen Handel und Versand weiterhin verbieten.

Der Gerichtshof stellte damit fest, dass ein allgemeines Verbot des Versandhandels eine Beschränkung des freien Warenverkehrs darstellt und dass dies für rezeptfreie Medikamente nicht gerechtfertigt ist. Bei den verschreibungspflichtigen Medikamenten allerdings sehen die Richter beim Versand höhere Risiken einer fehlerhaften oder missbräuchlichen Verwendung und akzeptierten nationale Handelsbeschränkungen (EuGH 2003 C-322/01).

5.4.4. Mehrbesitz von Apotheken mit begrenzter Anzahl an Filialen

In Deutschland wurde der Mehrbesitz von Apotheken erlaubt, der Fremdbesitz aber nicht.

Die Argumente von Akteuren mit Bezug zu anderen Ländern basierten allesamt auf einer umfassenden Liberalisierung der Besitzverhältnisse von Apotheken⁵⁴. Sämtliche - ausschließlich negativ bewertete - Erfahrungen aus dem Ausland beziehen sich auf eine Situation, wie sie derzeit gesetzlich in Deutschland nicht gegeben ist. Da der Fremdbesitz nicht gestattet ist und auch Filialapotheken von approbierten Apothekern geleitet werden müssen, ist das ausländische Drohszenario, dass die Versorgungslandschaft in Deutschland durch große monopolistische Apothekenketten und mangelnde Beratung gefährdet sein könnte, derzeit nicht zutreffend.

Auswirkungen zeigte die Argumentation der Akteure insofern, dass die im ursprünglichen Gesetzentwurf nicht limitierte Zahl von Nebenapotheken in der Endfassung auf drei Filialen begrenzt wurde.

Verweise auf andere Länder dienten in der Diskussion um die Besitzverhältnisse bei Apotheken somit vorrangig als interessensgeleitete Argumentationshilfe, denn die Vergleichbarkeit verschiedener Länder und Übertragbarkeit von Erfahrungen auf Deutschland wurden nicht im Detail berücksichtigt.

5.4.5. Zwischenfazit: Die Veränderungen der Reformen unter dem Einfluss ausländischer Gesundheitssysteme

Die Reformen des GMG haben sich in einigen Bereichen während des Gesetzgebungsprozesses deutlich gewandelt. Auch wenn das Problem besteht - wie oft in der Gesundheitssystemforschung - die Veränderungen eindeutig bestimmten Ursachen zuzuschreiben, so ist doch naheliegend, dass die Veränderungsprozesse auch unter dem Eindruck von Erfahrungen in anderen Ländern geschehen sind.

Am eindrücklichsten konnte dies beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit und den Reformen der Versorgungsstrukturen demonstriert werden. Auch bei anderen Themen diente das Ausland als Vorbild und internationale Erfahrungen begleiteten den Gesetzgebungsprozess: Versandhandel von Arzneimitteln, elektronische Gesundheitskarte, Mehrbesitzerlaubnis von Apotheken, Ausschluss von OTC-Präparaten aus der gesetzlichen Finanzierung, Apothekenzuschläge und Ausgliederung des Zahnersatzes. Die Modifikationen dieser thematisch enger umgrenzten Reformen sind allerdings weniger grundsätzlich ausgefallen. Mit dem Einbringen der Reformidee war der Anpassungsprozess an deutsche Strukturen bereits weiter abgeschlossen oder nicht erforderlich.

⁵⁴ siehe Kapitel 4.2.3 Seite 55

Dies legt nahe, dass „kleine“ Reformeinheiten mit ausländischen Vorbildern weniger großen Veränderungen bei der Anpassung an den deutschen Kontext unterworfen sind als „größere“. Oder anders ausgedrückt: Die Übertragbarkeit von Modellen anderer Länder scheint umso höher, je mehr sie Strukturen der Mikroebene des Gesundheitswesens betreffen.

Für die Durchsetzungsfähigkeit von Modellen und Erfahrungen aus dem Ausland ist jedoch auch wesentlich, wie die deutschen Akteure diese im Sinne ihrer gesundheitspolitischen Ziele bewerten und unterstützen.

5.5. Gesamtfazit

Die vorliegende Analyse lässt Rückschlüsse über den Einfluss anderer Länder auf die Gesundheitsreform 2003 zu, die eine Tendenz für die gesamte deutsche Gesundheitsreformenentwicklung nahe legen.

1. Strukturen und Instrumente anderer Gesundheitssysteme gaben neue inhaltliche Impulse für die Gesundheitsreform 2003 in Deutschland:
 - Einige wenige Industrieländer sind die „Topreiter“ in der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion: USA, Schweiz, Niederlande, Großbritannien und Frankreich.
 - Vor allem im Arzneimittelsektor, bei der Schaffung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit und der Reform der Versorgungsstrukturen sind andere Länder wichtiger Bezugspunkt.
 - Das Ausland liefert sowohl Vorbilder als auch Lernbeispiele für nachteilige Erfahrungen.
 - Europäische Länder wirken zusätzlich über den „Umweg“ der europäischen Gemeinschaftspolitik und -rechtsprechung auf das deutsche Gesundheitssystem ein.
2. Modelle anderer Staaten werden nicht isoliert und in toto übertragen:
 - Das jeweilige deutsche Reformprodukt ist in vielen Bereichen ein Mischbild von Einflüssen verschiedener Länder.
 - Institutionen und Instrumente werden innerhalb des gesundheitspolitischen Prozesses an die spezifische Struktur des deutschen Gesundheitswesens und seine kulturellen Werte angepasst.
 - Je mehr Modelle aus anderen Ländern die Mikroebene des Gesundheitswesens betreffen, desto eher scheinen sie unverändert übertragbar.
3. Die Diskussion um andere Gesundheitssysteme findet nicht mehr unter Insidern statt, sondern involviert alle Gesellschaftsbereiche und gesundheitspolitischen Akteure.
4. Akteure nutzen internationale Erfahrungen als Instrument für Standpunktfindung und Lobbyarbeit:
 - Sie tragen dazu bei, dass Informationen über andere Länder nach Deutschland gelangen und die Frage der Übertragbarkeit möglichst differenziert beantwortet werden kann.
 - Verweise auf andere Länder dienen aber auch als Argumentationshilfe, um Ziele und Interessen in den gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen durchzusetzen.
 - Supranationale Institutionen (WHO, OECD, Europarat) sind als „neutrale“ Instanzen relevanter Bezugspunkt und Argumentationsstütze für die Akteure des deutschen Gesundheitswesens.

- Akteure des Arzneimittelsektors und die Leistungserbringer als allgemein aktive Interessensgruppen nehmen am stärksten auf internationale Erfahrungen Bezug.

⇒ **Andere Industrieländer beeinflussten in hohem Maß die Gesundheitsreformenentwicklung 2003 und verändern damit Strukturen, Organisationen und Prozesse des deutschen Gesundheitssystems.**

6. Zusammenfassung und Ausblick

Der Verweis auf internationale Erfahrungen ist zum Standardinstrument deutscher Politik und Akteure geworden.

Bei zahlreichen Themen der jüngsten Gesundheitsreform dienten Strukturen und Instrumente anderer Industrienationen als Vorbild. So stand beispielsweise das National Institute of Clinical Excellence Modell für das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Auch wenn nicht explizit benannt dienten Managed Care-Instrumente als Vorlagen für die Reformen der Versorgungsstrukturen. Der Einfluss anderer Gesundheitssysteme beschränkt sich jedoch keineswegs auf die Funktion eines Modells. In der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung standen auch Erfahrungen im Ausland zur Debatte, die von den Akteuren negativ bewertet wurden. Diese erteilten daher der Übertragbarkeit auf Deutschland eine deutliche Absage.

Insgesamt zeigt sich, dass internationale Erfahrungen weitreichend in die deutsche Gesundheitspolitik Eingang gefunden haben. Die gesundheitspolitische Auseinandersetzung in Deutschland unterwirft die Ansätze aus anderen Ländern der Abwägung von pro und contra und dem Abgleich der unterschiedlichen Ziele und Interessen deutscher Akteure.

Modelle aus anderen Ländern werden so zum einen an den deutschen Kontext angepasst, der durch föderalistische und korporatistische Strukturen und kulturelle Werte in einem bevölkerungsreichen Land gekennzeichnet ist.

Erfahrungen anderer Länder dienen zum anderen aber auch als machtvoll Instrument, gesundheitspolitische Interessen durchzusetzen.

Im Ergebnis hat sich im Laufe des Jahres 2003 die Reformgestaltung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung in einigen Bereichen erheblich verändert.

Am eindrucklichsten ist dies am Wandel des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit nachzuvollziehen: Nicht nur die organisatorische Aufhängung - Selbstverwaltungsorgan statt Staatsinstitut - , sondern auch einige seiner Funktionen haben sich verändert: So nimmt das Institut keine gesundheitsökonomische Bewertung von Arzneimitteln mehr vor und es erstellt Leitlinien nicht wie ursprünglich vorgesehen selbst, sondern unterzieht sie lediglich einer Bewertung.

Je mehr Erfahrungen anderer Länder auf Deutschland übertragen werden oder gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse beeinflussen, desto bedeutsamer ist es, differenzierte Entscheidungsgrundlagen für die Interpretation, Bewertung und Anpassung an das deutsche Gesundheitswesen zu schaffen.

Dies erfordert zum einen eine sorgfältige und objektive Analyse der komplexen Systeme, Strukturen und Reformentwicklungen anderer Länder aus deutscher Perspektive, die systematisch und zeitnah mögliche Lösungsansätze für die deutsche Gesundheitsreform identifiziert.

Zum zweiten ist eine Beschleunigung des Transfers von Wissen aus Forschung und empirischer Erfahrung in die Gesundheitspolitik vonnöten, damit innovative Reformansätze den vergleichenden Analysen von Gesundheitspolitik nicht erheblich hinterherhinken.

Schließlich müssen zu erwartende (oder eingetretene) Wirksamkeit und unerwünschte Auswirkungen bei der Übertragung ausländischer Modelle und Erfahrungen in Deutschland evaluiert werden.

Die vorliegende Studie hat zum Einfluss anderer Länder auf deutsche gesundheitspolitische Reformen ein Analysemodell entwickelt, dass für zukünftige Untersuchungen in allen Dimensionen erweiterbar ist:

Denn auch mit der Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes 2003 endet die Wirkung von ausländischen Modellen und Erfahrungen auf den deutschen Prozess keineswegs. So wird die Phase der Implementierung beispielsweise beim Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit erneut vom Blick ins Ausland begleitet sein.

Auch bei den anstehenden Reformen zur Pflegeversicherung, der Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und dem angekündigten Präventionsgesetz ist ein Abgleich mit internationalen Erfahrungswerten in den unterschiedlichen Reformphasen zum Teil geschehen und weiterhin sinnvoll. Die Methode des „document tracking“ - das heißt die Suche nach Hinweisen auf andere Gesundheitssysteme in offiziellen Dokumenten - kann auf andere schriftliche Quellen ausgeweitet werden.

Ergänzend können zum Beispiel Fachzeitschriften, Publikationen im Internet und sonstige Medien, Berichte und Protokolle von Studienreisen, Expertentreffen oder Kongressen einbezogen werden.

Parallel zu der vorliegenden Arbeit wurde daher eine Datenbank entwickelt, die einen umfassenden und zeitnahen Zugriff auf Dokumente deutscher Autoren über Gesundheitssysteme anderer Länder oder auf thematische Teilaspekte ermöglicht⁵⁵. In Zukunft kann sie als umfangreiches Recherchewerkzeug für Fragen der internationalen Gesundheitssystemforschung genutzt werden oder Basis für Information der verschiedensten Interessenten im Gesundheitswesen sein.

Mittlerweile führt die Datenbank über 400 Dokumente. Die Publikationen über Gesundheitssysteme oder Reformentwicklungen anderer Industrieländer nehmen vor allem seit dem Jahr 2000 rapide zu und bestärken den Eindruck, dass Gesundheitspolitik in Deutschland zunehmend Ländervergleiche einbezieht und Reformoptionen jenseits des Tellerrands immer mehr an Einfluss gewinnen.

Schriftliche Dokumente spiegeln jedoch immer nur einen Ausschnitt aus der Wirklichkeit wider.

Mit dem Ziel der zukunftsgerichteten Analyse aus deutschem Blickwinkel können auch Umfragen bei Akteuren, Entscheidungsträgern und Meinungsbildnern eingesetzt werden, um zu beurteilen, welche Bewertungskriterien und Zielvorgaben der Übertragung ausländischer Erfahrungen zugrunde liegen.

So kann Deutschland den Prozess, wie und was es von anderen Ländern lernt, zunehmend verstehen und daraus seine gesundheitspolitischen Perspektiven weiterentwickeln.

Bleibt abschließend die Umkehrung der Frage, was und wie andere Länder von Deutschland lernen.

Denn stimmt es wirklich, wenn der Gesetzgeber in der Begründung zum GKV-Modernisierungsgesetz behauptet, dass „die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland [...] weltweit nach wie vor als Vorbild“ gilt?

⁵⁵ siehe Anhang

7. Verzeichnis der Abkürzungen, Tabellen und Abbildungen

Verzeichnis der Abkürzungen

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
AGS	Ausschuss des Bundestags für Gesundheit und Soziale Sicherung
AG Spitz	Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen
AHQR	Agency of Health Care Research and Quality
AkdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
ANAES	l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
AOK	Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AWO	Arbeiterwohlfahrt Bundesverband
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BAGH	Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
BAH	Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller
BÄK	Bundesärztekammer
BDI	Bundesverband der deutschen Industrie
BDA	Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände
BDN	Berufsverband Deutscher Nervenärzte
BDPK	Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten
BDV	Bundesverband Deutscher VersandapothekerInnen
BMC	Bundesverband Managed Care
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BKK	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BZÄK	Bundeszahnärztekammer
Caritas	Deutscher Caritasverband
DBB	Deutscher Beamtenbund und Tarifunion
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
Dialyse	Dialysepatienten Deutschlands, Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation Deutsche Dialysegesellschaft
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Datenverarbeitung und Information
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DMP	Disease Management-Programm

DMP	Disease Management-Programm
DMSG	Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
DNEbM	Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin
DPN	Deutscher Pflegerat
DPR	Deutscher Pflegerat
DZQM	Deutsches Zentrum für Qualität in der Medizin
EbM	Evidenz-basierte Medizin
EMEA	European Agency for the Evaluation of Medical Products
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
Generika	Deutscher Generikaverband
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz oder GKV-Modernisierungsgesetz
HTA	Health Technology Assessment
IKK	Bundesverband der Innungskrankenkassen
IQW	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVG	Krankenversicherungsgesetzes
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
Medizingeschäd	Notgemeinschaften Medizingeschädigter in Deutschland
NHS	National Health Service
NICE	National Institute of Clinical Excellence
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OTC	over the counter
PHAGRO	Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels
PKV	Verband der privaten Krankenversicherung
PWV	Paritätischer Wohlfahrtsverband
RMO	Références médicales opposables
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SGB	Sozialgesetzbuch
SV	Sachverständiger, Sachverständige
ULA	Deutscher Führungskräfteverband

VDZI	Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen
VFA	Verband Forschender Arzneimittelhersteller
VZBV	Verbraucherzentrale Bundesverband
Zahnärzte	Freier Verband Deutscher Zahnärzte
ZDH	Zentralverband des Deutschen Handwerks

Länderabkürzungen entsprechen den Top Level Domains (TLD) im Internet

Länder	TLD	Länder	TLD
Australien	AU	Neuseeland	NZ
Belgien	BE	Niederlande	NL
Bulgarien	BG	Norwegen	NO
Dänemark	DK	Österreich	AT
Estland	EE	Polen	PL
Europa	EU	Portugal	PT
Finnland	FI	Rumänien	RO
Frankreich	FR	Schweden	SE
Griechenland	GR	Schweiz	CH
international	INT	Skandinavien	Skand
Irland	IE	Slowakei	SK
Island	IS	Slowenien	SI
Italien	IT	Spanien	ES
Japan	JP	Südkorea	KR
Kanada	CA	Tschechien	CZ
Lettland	LV	Ungarn	HU
Litauen	LT	Vereinigte Staaten	US
Luxemburg	LU	Vereinigtes Königreich	UK
Malta	MT	Zypern	CY
Mexiko	MX		

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1 Suchbegriffe für Industrieländer bei Acrobat Reader-Recherche	9
Tabelle 2 Übersicht über die Mitgliedsorganisationen des International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA).....	27
Tabelle 3 Anzahl der Hinweis auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG in Abhängigkeit vom Reformthema	44

Tabelle 4 Verbände und Einzelsachverständige mit Hinweisen auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG.....	45
Tabelle 5 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Struktur und Verfahren.....	47
Tabelle 6 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Leitlinien.....	48
Tabelle 7 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Kosten-Nutzenbewertung Arzneimittel.....	50
Tabelle 8 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit: Patientenbeteiligung.....	51
Tabelle 9 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Arzneimittelversandhandel.....	52
Tabelle 10 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Mehrbesitz von Apotheken.....	55
Tabelle 11 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zur Arzneimittelpreisverordnung.....	56
Tabelle 12 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zur Kostenübernahme von OTC-Präparaten.....	57
Tabelle 13 Bewertung ausländischer Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zu besonderen Versorgungsformen.....	58
Tabelle 14 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zur ambulanten Vergütung.....	59
Tabelle 15 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zu Zuzahlungen.....	59
Tabelle 16 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zu Versichertenboni.....	60
Tabelle 17 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zur elektronischen Gesundheitskarte.....	60
Tabelle 18 Bewertung von ausländischen Gesundheitssystemen in der deutschen Debatte zur Ausgliederung des Zahnersatzes.....	61
Tabelle 19 Gemeinsamkeiten und Unterschiede des Deutschen Zentrum für Qualität in der Medizin zum Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.....	66
Verzeichnis der Abbildungen	
Abbildung 1 Analysemodell: Der Einfluss anderer Länder auf das GMG - angelehnt an Busse und Schlette 2003.....	7
Abbildung 2 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG.....	41
Abbildung 3 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG in Abhängigkeit vom Reformthema.....	42

Abbildung 4 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG in Abhängigkeit von Akteuren.....	46
Abbildung 5 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum deutschen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG)	47
Abbildung 6 Anzahl der Hinweise auf ausländische Gesundheitssysteme in der deutschen Debatte zum Versand von Arzneimitteln (Stellungnahmen und Anhörungen zum GMG).....	53

8. Literatur und Links

AHQR. Agency of Health Care Research and Quality. www.ahrq.gov . Zugriff zuletzt am 09.03.04
Amelung, V. (2003). Managed Care. In Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban und Fischer, 707-713
ANAES. l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. www.anaes.fr . Zugriff zuletzt am 09.03.04
AOK. Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkasse. Gesundheitsreform 2004. www.aok-bv.de/politik/agenda/reform/index.html
AWMF (2003). Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur Umsetzung des „Eckpunktepapiers“ der Bundestagsfraktionen von SPD, CDU/CSU und Bündnis 90/Die Grünen zur Gesundheitsreform. Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ausschussdrucksache 0274(16) vom 19.09.03 15. Wahlperiode
ÄZQ (2003). Stellungnahme des Ärztlichen Zentrums für Qualitätssicherung in der Medizin vom 02.06.2003 zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Ausschuss für Gesundheit und Soziales: Ausschussdrucksache 0248(48) vom 20.06.03 15. Wahlperiode
BAH (2003). Stellungnahme des Bundesverbandes der Arzneimittel-Hersteller (BAH) zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz - GMG). Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung. Ausschussdrucksache 0248(24) vom 20.06.03 15. Wahlperiode
BÄK (2003). Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen: Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz – GMG). Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ausschussdrucksache 0248(4) vom 19.06.03 15. Wahlperiode
BMC (2003). Stellungnahme II des Bundesverband Managed Care e.V. für den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitsmodernisierungsgesetz GMG) der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung Ausschussdrucksache 0248(64 A) vom 15. Wahlperiode
Böcken, J., Butzlaff, M., Esche, A. (Hrsg.) Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche zum Carl Bertelsmannpreis 2000. Gütersloh: Bertelsmann
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003). Eckpunkte der Konsensverhandlungen zur Gesundheitsreform vom 22. Juli 2003. www.die-gesundheitsreform.de . Zugang am 10.11.2003
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003). Zusammenfassung der gesetzlichen Regelungen zur Umsetzung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform vom 21.08.2003. www.die-gesundheitsreform.de . Zugang am 10.11.2003
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). Die Gesundheitsreform: Eine gesunde Entscheidung für alle! Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. www.die-gesundheitsreform.de . Zugriff zuletzt am 21.02.03
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS). www.bmgs.bund.de . Zugriff zuletzt am 12.03.04
Bundestagsdrucksache 15/1170. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG) der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 16.06.03
Bundestagsdrucksache 15/1525. Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vom 08.09.03
Busse, R. Schlette, S. (2003). Health Policy Developments Issue 1/2003. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung

Busse, R., Schlette, S. (2003). Gesundheitspolitik in Industrieländern - Trends und Analysen 1/2003. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
Cap Gemini Ernst & Young (2002). Versandhandel mit Arzneimitteln in den USA – Ein Modell für Deutschland? Im Auftrag des Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels. Berlin: Cap Gemini Ernst & Young. www.cgey.com .
Cochrane. The Cochrane Collaboration. www.cochrane.org . Zugriff zuletzt am 09.03.04
Couffinhal, A., Grignon, M. (2003). Global Reorganization of the relationship between Self-employed Health Professionals and Health Insurance Funds. In Health Policy Monitor: International Network for Health Policy and Reform. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. www.healthpolicymonitor.org . Zugriff zuletzt am 08.03.04
Das Schweizer Parlament (2000). Botschaft vom 18. September 2000 betreffend die Teilrevision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung. (BBl 2001 741). www.parlament.ch/afs/toc/d/gesch/d_mainFrameSet.htm . Zugriff zuletzt am 04.03.2004
Davis, E., Littlejohns, P (2002). Views of Directors of Public Health about NICE Appraisal Guidance: results of a postal survey. <i>Journal of Public Health Medicine</i> 24, 319-325
DBB (2003). Stellungnahme des Deutschen Beamtenbundes zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG). Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung. Ausschussdrucksache 0248(18) vom 20.06.03 15. Wahlperiode
Deutscher Bundestag (2003). Wortprotokoll 27. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 23.06.2003. 15. Wahlperiode. Protokoll Nr. 15/27. www.bundestag.de . Zugang am 15.12.2003
Deutscher Bundestag (2003). Wortprotokoll 29. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 25.06.2003. 15. Wahlperiode. Protokoll Nr. 15/29. www.bundestag.de . Zugang am 15.12.2003
Deutscher Bundestag (2003). Wortprotokoll 30. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 26.06.2003. 15. Wahlperiode. Protokoll Nr. 15/30. www.bundestag.de . Zugang am 15.12.2003.
Deutscher Bundestag (2003). Wortprotokoll 31. Sitzung Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 30.06.2003. 15. Wahlperiode. Protokoll Nr. 15/31. www.bundestag.de . Zugang am 15.12.2003.
Deutscher Bundestag (2003). Wortprotokoll 36. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 22.09.2003. 15. Wahlperiode. Protokoll Nr. 15/36. www.bundestag.de . Zugang am 15.12.03
Deutscher Bundestag. www.bundestag.de . Zugriff zuletzt am 20.01.04
Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.)(2003). Niederlande-Der Wettbewerb soll's richten Deutsches Ärzteblatt vom 22. Dezember 2003. A 3354, Jg. 100, Heft 51–52
DGPPN (2003). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) gegenüber dem Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems. (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG). Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ausschussdrucksache 0248(65) vom 23.06.03 15. Wahlperiode
DKG (2003). Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG). Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ausschussdrucksache 0248(33) vom 20.06.03 15. Wahlperiode.
DMSG (2003). Stellungnahme der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems, zu Anträgen von Abgeordneten sowie der Fraktion der CDU/CSU, zu Anträgen von Abgeordneten sowie der Fraktion der FDP. Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ausschussdrucksache 0248(93) vom 27.06.03 15. Wahlperiode
DNEbM (2003). Stellungnahme des Deutschen Netzwerks für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) zu dem Antrag der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen. Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ausschussdrucksache 0248(35) vom 20.06.03 15. Wahlperiode
Europäischer Gerichtshof (2003). Urteil vom 11.12.2003. C-322/01. Internet-Apotheke. EG Art. 30; Richtlinie 2001/83/EG Artikel 88 Absatz 1; AMG § 43; HWG § 8 Abs. 1. www.euinfo.de/union/union_gericht.htm
Europäischer Gerichtshof. Urteil zu zur Rechtssache Decker, Kohll, Vanbraekel, Müller-Fauré, van Riet, Geraets-Smits, Peerblooms. Aktenzeichen C-120/95, C-158/96, C-385/98, C-385/99-1, C-157/99. www.eufis.de/EUfoerderung/EU-Dokumente . Zugriff zuletzt am 10.03.04

Europarat (2001). Entwicklung einer Methodik für die Ausarbeitung von Leitlinien für optimale medizinische Praxis. Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum. Deutschsprachige Ausgabe. Z ärztl Fortbild Qual sich (ZaeFQ) 2002; 96 (Suppl III) 12.
European Observatory on Health Care Systems. www.euro.who.int/observatory . Zugriff zuletzt am 18.03.04
Field, M.J., Lohr, K.N. (Hrsg.)(1992). Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, USA: Institute of Medicine
Fricke, U. und Schwabe, U. (2002). Neue Arzneimittel. In: Schwabe, U. und Paffrath, D. Heidelberg: Arzneiverordnungs-Report 2002, 19ff
Friedrich Ebert-Stiftung (2003). Gesundheitsreform in Deutschland-Sind Elemente aus anderen Ländern Europas übertragbar auf unsere Reform?. Fachkonferenz der Friedrich-Ebert-Stiftung, Gesprächskreis Arbeit und Soziales am 7. April 2003 in Berlin. www.fes.de . Zugriff zuletzt am 20.10.03
Friedrich-Ebert-Stiftung (2002). Reformen für die Zukunft - Eckpunkte einer neuen Gesundheitspolitik. Gesprächskreis Arbeit und Soziales am 11.04.2002 in Berlin. http://fesportal.fes.de/pls/portal30/docs/FOLDER/BERATUNGSZENTRUM/aspol/GESUNDHEITSPOLITIKAPRIL2002.DOC
Gemeinsamer Bundesausschuss (2004). Pressemitteilung des Vorsitzenden vom 22.01.04. Chronikerregelung und Krankentransportrichtlinien verabschiedet. Gemeinsame Selbstverwaltung erfüllt in kurzer Zeit ihre Aufträge. http://www.bundesausschuss.de/pdf/pm/2004-01-22-gba-PM3.pdf
Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.03. Bundesgesetzblatt I: 2189-2284
Gesundheitsministerkonferenz (1999). Ziele für eine einheitliche Qualitätsstrategie im deutschen Gesundheitswesen. Köln, Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin. www.aqs.de
Glaeske, G., Klauber, J., Lankers, C H. R., Selke, G. W. (2003). Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität. Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vom 16.04.2003. http://www.bmgs.bund.de/downloads/GutachtenBMGS2705.pdf
Health Policy Monitor (2003). Rejected proposal to remove compulsory contracting. www.healthpolicymonitor.org . Zugriff zuletzt am 04.03.2004
Health Policy Monitor: International Network for Health Policy and Reform. Bertelsmann Stiftung. www.healthpolicymonitor.org . Zugriff zuletzt am 08.03.04
Helou, A. (2003). Medizinische Leitlinien. In Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban und Fischer, 739-745
Hill, S., Garranti, S., Loenhout van, J., O'Brian, B. J., Joncheere de, K. (2003). Technology appraisal program of the National Institute for Clinical Excellence: A review by WHO. WHO: Regional Office of Europe
INATHA. International Network of Agencies of Health Technology Assessment. www.inahta.org . Zugriff zuletzt am 28.02.04
KBV (2003). Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Entwurf eines Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG). Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung: Ausschussdrucksache 0248(28) vom 20.06.03 15. Wahlperiode
Keskimäki, I. (2003). An initiative to introduce general health insurance for funding health services in Finland. In Health Policy Monitor: International Network for Health Policy and Reform. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. www.healthpolicymonitor.org . Zugriff zuletzt am 08.03.04
KVG. Gemeinsame Einrichtung KVG. Informationsblätter. www.kvg.org . Zugriff zuletzt am 08.03.04
MISSOC. Gegenseitiges Informationszentrum in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union und des Europäischen Wirtschaftsraums. http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/index_de.html . Zugriff zuletzt am 18.03.04
National Guideline Clearinghouse™ (NGC™). www.guideline.gov . Zugriff zuletzt am 09.03.04
NICE (2003). A Guide to NICE. http://www.nice.org.uk/pdf/Guide_to_NICE_13_March_03.pdf . Zugriff zuletzt am 17.03.04
NICE (2003). House of Commons Health Committee 2002. Review of the National Institute for Clinical Excellence. www.nice.org.uk/pdf/Pressrelease_2003016_Reviewappraisalprocess.pdf
NICE (2003). Presseerklärung vom 30.05.2003. NICE announces review of appraisal process. www.nice.org.uk/pdf/Pressrealease_2003016_Reviewappraisalprocess.pdf . Zugriff zuletzt am 04.03.2004
NICE. National Institute of Clinical Excellence. www.nice.org.uk . Zugriff zuletzt am 20.11.03

OECD (2002). Improving the Performance of Health Care Systems: From measures to Action; a Review of Experiences in four European Countries. Labour market and Social Policy. Paris: Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs: Occasional papers Nr. 57. www.oecd.org/dataoecd/0/58/1847865.pdf Zugriff zuletzt am 21.02.2004
OECD (2003). OECD Health Data. Comparative Analysis of 30 countries. Version 15.06.2003. www.oecd.org .
Ollenschläger (2003). Globalisierung der Leitlinienarbeit. Positionierung des Europarates und Gründung eines internationalen Leitlinien-Netzwerks. Die BKK 2003; 91(4), 199-206
Ollenschläger, G. Antes, G. Gramsch, E., Jonitz, G. Forster, J., Windeler, J. (2003). Zentrum für Qualität in der Medizin. Ziele und institutionelle Umsetzung. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung und Gesundheitsschutz 46, 1086-1089.
Perleth, M. (2003). Health Technology Assessment (HTA). In Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban und Fischer, 745-755
Perleth, M. (2004). Denkfabrik für Profis und Patienten. Gesundheit und Gesellschaft 7. Jahrgang, Ausgabe 01/04, 30-35
Riesberg, A., Weinbrenner, S., Busse, R. (2003). Gesundheitspolitik im europäischen Vergleich. Was kann Deutschland lernen? Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, B 33-34, 29-38
Robinson, R. (2003). WHO Europe evaluates NICE's HTA programme. Health Policy Monitor, International Network for Health Policy and Reform. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. www.healthpolicymonitor.org . Zugriff zuletzt am 08.03.04
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Addendum zum Gutachten: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Baden-Baden: Nomos. www.svr-gesundheit.de
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Gutachten 2003.. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen. www.svr-gesundheit.de
SBU. Statens beredning för medicinsk utvärdering. www.sbu.se
Schwartz, F.W., Busse, R. (2003). Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung. In Schwartz, F.W., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Jena: Urban und Fischer, 518-545
Staehele, H. J., Kerschbaum, T. H. (2003). Mythos Schweiz - Meinungen und Fakten zur Mundgesundheit in der Schweiz im Vergleich zu Deutschland. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 58 (2003) 6. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
Süddeutsche Zeitung (2003). Pillen per Post. Ausgabe Wirtschaftsteil vom 03.03.04.. München: Süddeutsche Zeitung, 20
VZBV (2003). Stellungnahme der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG). Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung. Ausschussdrucksache 0248(54) vom 21.06.03 und 0273(0) vom 11.09.03. 15. Wahlperiode
WHO (1999). Counterfeit drugs: challenges and solutions. International Conference of Drug Regulatory Authorities (ICDRA) am 25-29.04 1999 in Berlin. www.who.int/medicines/library/qsm/icdra99/icdra99_counterfeit.shtml#backToBannerTop . Zugriff zuletzt am 03.03.04
WHO. European Health for all Database. www.euro.who.int/hfad . Zugriff zuletzt am 18.03.04

9. Anhang

9.1. Stellungnahmen zum GMG-Entwurf vom 16.06.03

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Aktion Psychisch Kranke

AOK-Bundesverband (2 Stellungnahmen)

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Berufsverband Deutscher Nervenärzte

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Bevollmächtigter des Rates der EKD (Evangelische Kirche Deutschland)

Brauer, Dr. (Einzelsachverständiger)

Bund Deutscher Hebammen

Bundesärztekammer

Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen und -initiativen
 Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte
 Bundesbeauftragter für den Datenschutz
 Bundesinnung der Hörgeräteakustiker
 Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik
 Bundespsychotherapeutenkammer
 Bundesverband der Angestellten in Apotheken
 Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller
 Bundesverband der Arzneimittel-Importeure
 Bundesverband der Betriebskrankenkassen (3 Stellungnahmen)
 Bundesverband der deutschen Industrie
 Bundesverband der Innungskrankenkassen
 Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
 Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
 Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten
 Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels (2 Stellungnahmen)
 Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten
 Bundesverband Deutscher VersandapothekerInnen
 Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker
 Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte
 Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien
 Bundesverband klinik- und heim-versorgender Apotheker
 Bundesverband Managed Care
 Bundesverband Medizintechnologie
 Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
 Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände
 Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
 Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung
 Bundesversicherungsamt
 Bundeszahnärztekammer
 Christlicher Gewerkschaftsbund Deutschlands
 Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland
 Deppe (Einzelsachverständiger)
 Dettling, Dr. (Einzelsachverständiger) (2 Stellungnahmen)
 Diakonisches Werk der EKD
 Dialysepatienten Deutschlands, Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation, Deutsche Dialysegesellschaft
 niedergelassener Ärzte
 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
 Deutscher Beamtenbund und Tarifunion
 Deutscher Bundesverband der Atem-, Sprech- und Stimmlehrer/innen
 Deutscher Evangelischer Krankenhausverband
 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
 Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten
 Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
 Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft
 Deutscher Schwerhörigenbund
 Deutscher Caritasverband
 Deutscher Führungskräfteverband
 Deutscher Generikaverband (3 Stellungnahmen)
 Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
 Deutscher Gewerkschaftsbund (2 Stellungnahmen)
 Deutscher Hausärzterverband
 Deutsche Krankenhausgesellschaft (2 Stellungnahmen)
 Deutsches Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin
 Deutscher Pflegerat
 Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter
 Ehlers, Dr. (Einzelsachverständiger)
 Fachverband Sucht
 Forum Deutsche Medizintechnik
 Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung
 Hartmannbund
 Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH
 Husemann, Dr. med.
 Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie
 Kaiser, M. (Einzelsachverständiger)
 Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Kassenärztliche Vereinigungen Baden-Württembergs
 Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
 Komitee Forschung Naturmedizin
 Kommissariat der deutschen Bischöfe
 Kranich (Einzelsachverständiger)
 Marburger Bund
 Mukoviszidose
 Neubauer, Prof. (Einzelsachverständiger)
 Paritätischer Wohlfahrtsverband

Patienten-Heimversorgung Gemeinnützige Stiftung
 PatientInnen-Netzwerk
 Psychotherapieverbände im Gesprächskreis II
 Rupprecht (Einzelsachverständiger)
 Sawicki, Prof. Dr. (Einzelsachverständiger)
 Sodan, Dr. (Einzelsachverständiger)
 Sozialverband Deutschland
 Spectaris
 Spitzenverband Informationstechnologie im Gesundheitswesen
 Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände
 Techniker Krankenkasse
 Verband der Diagnostica-Industrie
 Verband der Angestelltenkrankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
 Verband der Deutschen Dental-Industrie
 Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands
 Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands
 Verband der privaten Krankenversicherung
 Verband deutscher Badebetriebe
 Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (2 Stellungnahmen)
 Verbraucherzentrale
 Vereinigung Analytischer Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten in Deutschland
 Volkssolidarität
 Weibernetz (Projekt "Politische Interessenvertretung behinderter Frauen")
 Wille, Prof. (Einzelsachverständiger)
 Wissenschaftsrat
 Zentralverband der Augenoptiker
 Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin
 Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren, Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland
 Zentralverband des Deutschen Handwerks
 Zipperer, Dr. (Einzelsachverständiger)

9.2. Stellungnahmen zum GMG-Entwurf vom 08.09.03

Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
 Adler, Dr. (Einzelsachverständiger)
 Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen
 Arbeitsgemeinschaft Ambulante Infusionstherapie
 Arge Europäischer Radonheilbäder
 Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
 Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller
 Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände
 Berufsverband Deutscher Nervenärzte
 Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland
 Bundesverband Managed Care
 Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste
 Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
 Bundespsychotherapeutenkammer
 Bundesärztekammer
 Bundesbeauftragter für den Datenschutz
 Bundesdirektorenkonferenz
 Bundesverband Ambulante Dienste
 Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten
 Bundesverband Hausärztlicher Internisten
 Berufsverband der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
 Bundesverband Medizintechnologie (BVMed)
 Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
 Deutscher Gewerkschaftsbund
 Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten
 Deutsche Krankenhausgesellschaft
 Deutscher Pflegerat
 Deutsche Betriebskrankenkassen
 Deutscher Hausärzteverband
 Deutsche ILCO (Vereinigung für Stomaträger)
 Freier Verband Deutscher Zahnärzte
 Deutscher Generikaverband
 Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände
 Hartmannbund
 Interlens (Zusammenschluss von Kontaktlinsen-Instituten in Deutschland)
 Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Kloster-Apotheke
 Koordinierungsausschuss nach § 137 e Abs. 2 SGB V
 Marburger Bund
 Notgemeinschaften Medizingeschädigter in Deutschland
 Oppenländer Rechtsanwälte
 Pfizer GmbH
 Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels

Verband der privaten Krankenversicherung
Selbsthilfe Lebertransplantierte Deutschland
Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen
Verband der Arzneimittelimporteure
Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe
Verbraucherzentrale
Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
Verband Forschender Arzneimittelhersteller
Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands
Verband der Krankenversicherten Deutschlands
Volkssolidarität
Verband Psychologischer Psychotherapeuten im BDP
Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren und Regulationsmedizin
Zentralverband der Augenoptiker

9.3. Sprechregister Sachverständige 27. Sitzung im AGS

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach
 SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki
 SV Dr. Christopher Hermann
 SVE Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund)
 SV Christoph Nachtigäller (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.)
 SV Dr. Gerd Antes
 SVE Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)
 SV Georg Westphal (Bundesverband Deutscher Privatkranke e.V.)
 SV Ulrich Krüger (Aktion Psychisch Kranke)
 SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)
 SV Prof. Dr. Jörg Hoppe (Bundesärztekammer)
 SV Prof. Dr. Bruno Müller-Oerlinghausen
 SV Dr. Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung)
 SV Karl Jung
 SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft)
 SV Prof. Dr. Albrecht Encke (Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft)
 SV Dr. Günther Jonitz (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)
 SVE Jeannette Arenz (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband-Gesamtverband e.V.)
 SV Dr. Hans-Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband)
 SV Rolf Stuppardt (Bundesverband der Innungskrankenkassen)
 SV Prof. Dr. Günter Neubauer
 SV Prof. Dr. Hans-Fred Weiser (Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V.)
 SVE Cornelia Yzer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller)
 SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.)
 SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.)
 SV Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik
 SV Karl Heinz Schönbach (Bundesverband der Innungskrankenkassen)
 SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer)
 SV Dr. Rolf Hoberg (AOK-Bundesverband)
 SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)
 SV Dr. Bernd Metzinger (Bundesverband der Innungskrankenkassen)
 SV Prof. Dr. Fritz Beske
 SV Dr. Klaus Jacobs
 SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)
 SVE Sybille Sahmer (Verband der privaten Krankenversicherung)
 SV Dr. Jürgen Bausch
 SVE Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.)
 SV Dr. Herbert Menzel (Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände)
 SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutscher Hausärzteverband)
 SV Helmut Hildebrandt
 SV Rainer Schwitalski (Bundesverband der Gesundheitszentren und Praxisnetze e.V.)
 SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Bundesverband für Ambulantes Operieren e.V.)
 SV Prof. Dr. Jürgen Fritze (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie und Nervenheilkunde)
 SV Dr. Ekkehard Bahlo (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)
 SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)
 SV Dr. Andreas Köhler (Kassenärztliche Bundesvereinigung)
 SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)
 SV Dr. Rainer Salfeld
 SV Dr. Robert Paquet (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Christoph Rupprecht

9.4. Sprechregister Sachverständige 29. Sitzung im AGS

SV Wolfgang Schmeinc (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Jürgen Klauber (AOK-Bundesverband)
 SV Hans-Günter Friese (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände)
 SV Prof. Dr. Hilko Meyer (Bundesverband des Pharmazeutischen Großhandels e.V.)
 SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)

SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach
 SV Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Dr. Mark Seidscheck (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller)
 SV Thomas Brauner
 SV Dr. Jan Geldmacher
 SV Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen
 SV Dr. Heinz Stapf-Finé
 SV Dr. Dieter Steinbach
 SV Dr. Johannes Pieck
 SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittelhersteller e.V.)
 SV Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)
 SV Dr. Thomas Kerckhoff (Bundesverband Deutscher Versandapotheker
 SV Hermann Keller (Bundesverband Deutscher Apothekerverbände)
 SV Prof. Dr. Michael Popp (Komitee Forschung Naturmedizin)
 SV Prof. Dr. Günter Neubauer
 SV Dr. Klaus G. Brauer
 SVe Prof. Dr. Barbara Sickmüller (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie)
 SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)
 SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)
 SV Dr. Martin Walger (Deutsche Krankenhausgesellschaft)
 SVe Dr. Irene Krämer (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V.)
 SVe Dr. Eva Susanne Dietrich (Kassenärztliche Bundesvereinigung)
 SV Franz Heistermann (Bundeskartellamt)
 SV Manfred Kreisch (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.)
 SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen)
 SV Werner Schneider (AOK-Bundesverband)
 SV Dr. Robert Paquet (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SVe Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)
 SV Dr. Uwe Markus (Bundesversicherungsamt)
 SVe Sybille Sahmer (Verband der privaten Krankenversicherung)
 SV Dr. Dominik Graf von Stillfried (Kassenärztliche Bundesvereinigung)
 SV Theodor van Stiphout (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Prof. Dr. Bernd Ruffelhüschen
 SV Prof. Dr. Fritz Beske
 SV Uwe Lübking (Deutscher Städte und Gemeindebund)
 SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände)
 SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutscher Hausärzteverband e.V.)
 SVe Dr. Karin Bell (Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände)
 SVe Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund)
 SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.)

9.5. Sprechregister Sachverständige 30. Sitzung im AGS

SV Dr. Christopher Hermann
 SV Gernot Kiefer (Bundesverband Innungskrankenkassen)
 SV Klaus-Dieter Voß (Betriebskrankenkassen-Bundesverband)
 SV Herbert Rebscher (VdAK/AEV)
 SV Werner Schneider (AOK- Bundesverband)
 SV Gerhard Schulte
 SV Michael Weller (AOK-Bundesverband)
 SV Jürgen Sendler (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesverband)
 SV Dr. Uwe Markus (Bundesversicherungsamt)
 SV Dr. Heinrich Höfer (Bundesverband der Deutschen Industrie)
 SVe Dr. Birgit Clever (Bundesverband der Vertragspsychotherapeuten e.V.)
 SV Rainer Hess (Kassenärztliche Bundesvereinigung)
 SVe Gudrun Gille (Deutscher Pflegerat)
 SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)
 SV Dr. Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund)
 SV Eberhard Mehl (Deutscher Hausärzteverband e.V.)
 SV Dr. Rüggeberg (Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände)

9.6. Sprechregister Sachverständige 31. Sitzung im AGS

SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)
 SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)
 SV Günther Gabe (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Christian Deppe
 SV Dr. Jochen Bauer
 SV Eugen Müller (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)
 SV Dr. Volker Leinbach (Verband der privaten Krankenversicherung e.V.)
 SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)
 SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Bundeszahnärztekammer)
 SV Manfred Gilles (Freier Verband Deutscher Zahnärzte e.V.)
 SV Matthias Kaiser
 SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)
 SV Prof. Dr. Detlef Heidemann

SV Prof. Dr. Dr. Wilfried Wagner
 SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)
 SV Dr. Heinz Stapf-Finé
 SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen)
 SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks)
 SV Heinz Christian Esser (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände)
 SV Hans Udo Kersting (Bundesinnungsverband für Orthopädietechnik)
 SV Jürgen Matthies (Bundesverband der Hörgeräteakustiker)
 SV Joachim Goerdts (Zentralverband der Augenoptiker)
 SV Dr. Christopher Hermann
 SV Kurt Werner Freigang
 SV Carsten Clausen
 SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband der Medizintechnologie e.V.)
 SV Heinz Windisch (Verband der Krankenversicherten Deutschlands e.V.)
 SV Joachim Hagelskamp (Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie)
 SV Dr. Frank Dudda (Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten e.V.)
 SV Ulrich Hellmann (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.)
 SV Sauermann (Deutscher Hausärzteverband e.V.)
 SV Karl-Heinz Schönbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Dr Meyer-Lürßen (Verband der Diagnostica-Industrie e.V.)
 SV Dr. Klaus Meyer-Lutterloh (Bundesverband Managed Care e.V.)
 SV Thomas Nosch
 SV Klaus Nerlich (Zentralverband der Augenoptiker)
 SV Dr. Martin Danner (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.)
 SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach
 SV Prof. Dr. Rolf Rosenbrock
 SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.)
 SV Dr. Uwe Prümel-Philippsen (Bundesvereinigung für Gesundheit)
 SV Bert Römer (Deutscher Gewerkschaftsbund)
 SV Theodor van Stiphout (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Ulf Fink (Büro für Gesundheit und Prävention)
 SV Michael Weller (AOK-Bundesverband)
 SV Dr. Ekkehard Bahlo (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)
 SV Christoph Kranich
 SV Christoph Rupprecht
 SV Dr. Dr. Alexander P. F. Ehlers
 SV Dr. Manfred Zipperer
 SVe Anja-Dorothea Hollmann (Verband der Hersteller von IT-Lösungen im Gesundheitswesen)
 SV Thomas Isenberg (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)
 SV Ulrich Krüger (Aktion Psychische Kranke)
 SVe Dr. Ursula Auerswald (Bundesärztekammer)
 SVe Dorothea Pitschnau-Michel
 SV Horst Dieter Schirmer (Bundesärztekammer)
 SV Prof. Dr. Ingwer Ebsen
 SV Prof. Dr. Volker Neumann
 SV Dr. Joachim Henkel (Bundesministerium des Innern)
 SV Prof. Dr. Helge Sodan
 SV Prof. Dr. Christian Starck
 SV Franz Heistermann (Bundeskartellamt)
 SV Dr. Heinz-Uwe Dettling

9.7. Sprechregister Sachverständige 36. Sitzung im AGS

SV Dr. Hans Jürgen Ahrens (AOK-Bundesverband)
 SV Dr. Werner Gerdemann (VdAK/AEV)
 SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)
 SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)
 SV Johann-Magnus von Stackelberg (AOK-Bundesverband)
 SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung)
 SV Dr. Dr. Jürgen Weitkamp (Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammer)
 SV Dr. Manfred Richter-Reichhelm (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)
 SV Wolfgang Schmeink (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Hans-Günter Friese (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)
 SVe Dr. Ursula Engelen-Kefer (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand)
 SV Dr. Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)
 SV Dr. Mark Seidscheck (Bundesverband der Arzneimittelhersteller)
 SV Dr. Andreas Jäcker (Deutscher Generikaverband e.V.)
 SVe Prof. Barbara Sickmüller (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie)
 SVe Cornelia Yzer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller)
 SV Dr. Antonius Pollmann (Zentralverband der Ärzte für Naturheilkundeverfahren)
 SV Dr. Adler (Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren)
 SV Alexander Gunkel (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V.)
 SV Jörg Robbers (Deutsche Krankenhausgesellschaft)
 SV Ulrich Weigeldt (Deutscher Hausärzteverband)
 SV H.J. Weidhaas (Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten e.V.)
 SV Dr. Rainer Hess (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung)

SV Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)
SV Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe (Bundesärztekammer)
SV Klaus Balke (Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. c/o NAKOS)
SV Dr. Klaus Meyer-Lutterloh (Bundesverband Managed Care e.V.)
SV Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.)
SV Dr. Michael Vogt (Hartmannbund)
SV K. Heinrich Rehfeld (Bundesverband Deutscher Privatkanneanstalten e.V.)
SV Dr. Frank Ulrich Montgomery (Marburger Bund Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands e.V.)
Sve Oda Hagemeier (Bundesverband Medizintechnologie e.V.)
SV Gernot Kiefer (Bundesverband der Innungskrankenkassen)
SV Kummer (Bundespsychotherapeutenkammer c/o Landespsychotherapeutenkammer)
SV Bruno Blum (Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände e.V.)
SV Oliver Aitchison (Verband Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V.)
Sve Susanne Schrader (Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände und Pflegeorganisationen)
SV Dr. Heinz Stapf-Finé (Deutscher Gewerkschaftsbund Bundesvorstand)
SV Heinz Windisch (Verband der Krankenversicherten Deutschlands)
SV Dr. Ekkehard Bahlo (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)

ES			1																	1
KR																				0
CZ															1					1
HU																				0
US					3	3		7						1	1	1	1			17
UK	1						1	6		3		1		1						13
CY																				0
Summe	3	1	12	1	10	10	3	41	2	4	8	1	2	2	3	7	2	5	1	118

9.8.2. Institutionen für Qualität im Gesundheitswesen, Akteure des Arzneimittelsektors

Land	ÄZQ	AMWF	DNEbM	Summe Qualitätsinstitutionen	VFA	BAH	Generika	ABDA	BDV	PHAGRO	Summe Akteure Arzneimittel
AU	0	0	0	0		0	0	0		0	0
BE				0							0
Benelux				0							0
BG				0							0
DK				0							0
EE				0							0
EU	2			2		3	1	12		7	23
FI				0							0
FR	3	3		6						1	1
GR				0							0
INT	2		3	5		2	1	3			6
IE				0							0
IS				0							0
IT				0							0
JP				0							0
CA		2		2				2			2
LV				0							0
LT				0							0
LU				0			3				3
MT				0							0
MX				0							0
NZ				0							0
NL				0		1		7	1	2	11
NO				0				5			5
AT				0							0
PL				0							0
PT				0							0
RO				0							0
SE			1	1							0
CH				0		2	6	6	1	1	16
Skand				0							0
SK				0							0
SI				0							0
ES				0						1	1
KR				0							0
CZ				0							0

HU				0							0
US	1	2	1	4		1	1	12		6	20
UK	1			1	1			1			2
CY				0							0
Summe	9	7	5	21	1	9	12	48	2	18	90

9.8.3. Wohlfahrts-, Arbeitgeber-, Arbeitnehmerverbände, sonstige Verbände des Arbeitsmarktes

Land	Caritas	PWV	Summe Wohlfahrtsverbände	BDA	DGB	BDI	DBB	ULA	Summe Verbände für Arbeit
AU	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BE			0						0
Benelux			0						0
BG			0						0
DK		1	1						0
EE			0						0
EU		1	1	1	1				2
FI		1	1						0
FR		1	1						0
GR			0						0
INT	1		1		1				1
IE			0						0
IS			0						0
IT			0						0
JP			0						0
CA			0						0
LV			0						0
LT			0						0
LU			0						0
MT			0						0
MX			0						0
NZ			0						0
NL			0					1	1
NO			0						0
AT	1	2	3		1				1
PL			0						0
PT			0						0
RO			0						0
SE			0						0
CH			0	1	1	2			4
Skand			0						0

SK			0						0
SI			0						0
ES			0						0
KR			0						0
CZ			0						0
HU			0						0
US			0						0
UK			0				1		1
CY			0						0
Summe	2	6	8	2	4	2	1	1	10

9.8.4. Krankenkassen und -verbände, Leistungserbringer (außer Zahngesundheit)

Land	AGSpitz	AOK	BKK	PKV	Summe Krankenkassen	KBV	BÄK	DGPPN	BDN	DKG	Summe Leistungserbringer
AU	0	0			0	2	0	0	0	0	2
BE					0	0					0
Benelux					0	0					0
BG					0	0					0
DK					0	0					0
EE					0	0					0
EU	1	4			5	1	2			3	6
FI					0	0					0
FR					0	3					3
GR					0	0					0
INT	1				1	6	6	1		1	14
IE					0	0					0
IS					0	0					0
IT					0	0					0
JP					0	0					0
CA					0	1					1
LV					0	0					0
LT					0	0					0
LU					0	0					0
MT					0	0					0
MX					0	0					0
NZ					0	0					0
NL		2	1		3	2	3			2	7
NO					0	0					0

AT					0	0					0
PL					0	0					0
PT					0	0					0
RO					0	0					0
SE					0	0					0
CH		2	1	1	4	0	2				2
Skand					0	0					0
SK					0	0					0
SI					0	0					0
ES					0	0					0
KR					0	0					0
CZ					0	0					0
HU					0	0					0
US		1	1		2	3	2		1		6
UK					0	3					3
CY					0	0					0
Summe	2	9	3	1	15	21	15	1	1	6	44

9.8.5. Patienten-, Verbraucher-, Selbsthilfeverbände / Akteure der Zahnärztlichen Versorgung

Land	VZBV	DMSG	Patienten/Selbsthilfe/Bürger verbände	KZBV	BZÄK	VDZI	Summe Akteure Zahngesundheit	Summe Akteure gesamt
AU	0	0	0	0	0	0	0	4
BE			0				0	1
Benelux			0				0	0
BG			0				0	1
DK			0				0	1
EE			0				0	0
EU	4		4	1			1	52
FI			0				0	5
FR			0				0	21
GR			0				0	0
INT			0		1	1	2	50
IE			0				0	0
IS			0				0	0
IT			0				0	2
JP			0				0	0
CA			0				0	9
LV			0				0	1

LT			0				0	0
LU			0				0	4
MT			0				0	0
MX			0				0	0
NZ			0				0	0
NL	1		1				0	30
NO			0				0	6
AT			0				0	6
PL			0				0	4
PT			0				0	1
RO			0				0	1
SE			0				0	2
CH	8		8	2			2	50
Skand			0				0	0
SK			0				0	0
SI			0				0	0
ES			0				0	2
KR			0				0	0
CZ			0				0	1
HU			0				0	0
US	2		2				0	51
UK	4	1	5			1	1	26
CY			0				0	0
Summe	19	1	20	3		1	2	332

Tabelle 21 Anzahl der Verweise auf andere Länder nach Reformthemen

9.8.6. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit

Land	Institut allgemein	Struktur/Organisation	Leitlinien	Kosten-Nutzen Arznei	Patientenbeteiligung	Summe IQW
AU	1			3		4
BE	0					0
Benelux	0					0
BG	0	0	0	0	0	0
DK	0	0	0	1	0	1
EE	0	0	0	0	0	0
EU	0	1	1	1		3
FI	0			3		3
FR	2	2	9	2		15

GR	0					0
INT	9		3	2		14
IE	0					0
IS	0					0
IT	1			1		2
JP	0					0
CA	0	1	1	4		6
LV	0					0
LT	0					0
LU	0					0
MT	0					0
MX	0					0
NZ	0					0
NL	1	1	2		2	6
NO	0					0
AT	0				1	1
PL	0			2		2
PT	0			1		1
RO	0			0		0
SE	1			1		2
CH	0				1	1
Skand	0					0
SK	0					0
SI	0					0
ES	0					0
KR	0					0
CZ	0			1		1
HU	0					0
US	3	1	3	3		10
UK	2	2	2	10	5	21
CY	0					0
Summe	20	8	21	35	9	93

9.8.7. Arzneimittelsektor (Summe einschließlich Kosten-Nutzenbewertung-siehe IQW)

Land	Versandhandel	Mehrbesitz Apotheken	Arzneimittelpreisverordnung	Kostenübernahme OTC	Arzneimittelsektor
AU					3

BE	1				1
Benelux					0
BG	1				1
DK					1
EE					0
EU	8	5	2	6	22
FI	2				5
FR	2		3		7
GR					0
INT	2	2	3	4	13
IE					0
IS					0
IT					1
JP					0
CA	1				5
LV	1				1
LT					0
LU			4		4
MT					0
MX	1				0
NZ					0
NL	10	5	1		16
NO		6			6
AT	1			0	1
PL	2				4
PT					1
RO	1				1
SE					1
CH	18		4		22
Skand					0
SK					0
SI					0
ES	2				2
KR					0
CZ					1
HU					0
US	19	3		3	28
UK		2		1	13
CY					0
Summe	72	23	17	14	161

9.8.8. Versorgungsstrukturen / ambulante Vergütung, Zuzahlungen und Bonus, Zahnersatz

Land	besondere Versorgungsformen	ambulante Vergütung	Zuzahlungen	Gesundheitskarte	Zahnersatz	Summe Reformthemen gesamt
AU						4
BE						1
Benelux						0
BG						1
DK						1
EE						0
EU	8		1	15	4	52
FI						5
FR					1	21
GR						0
INT	12	2	2	4	5	50
IE						0
IS						0
IT	0					2
JP						0
CA	1				1	9
LV						1
LT						0
LU						4
MT						0
MX						0
NZ						0
NL	8					30
NO						6
AT			3		1	6
PL						4
PT						1
RO						1
SE						2
CH	8		3	1	15	50
Skand						0
SK						0

SI						0
ES						2
KR						0
CZ						1
HU						0
US	12	1		1	2	51
UK		2				26
CY						0
Summe	49	5	9	21	29	332

9.9. Datenbank zur Erfassung deutschsprachiger Dokumente über Gesundheitssysteme anderer Industrieländer (Screenshot des Eingabeformulars)

Microsoft Access - [Datenquelle_Formular]

Datei Bearbeiten Ansicht Einfügen Format Datengänge Extras Fenster ?

Arial 9 F K U

Gesundheitssysteme anderer Länder-Dokumente in deutscher Sprache

Titel Sozial-Kompass Europa-Soziale Sicherheit im Vergleich		Dokumentnr. 92
Literaturangabe Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (2003). Sozial-Kompass Europa-Soziale Sicherheit im Vergleich. A 801		veröffentlicht durch Politik Deutschland
Autoren	Literaturtyp Buch	Jahr der Veröffentlichung 2003
Internetlink	Verfügbarkeit öffentlich frei	Bewertung
Länder		
Kurzinhalt Das Buch stellt die Systeme der sozialen Sicherung in den bisherigen 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union einander gegenüber. Anhand von Tabellen werden die Unterschiede und die Übereinstimmungen der jeweiligen nationalen Sicherungssysteme sichtbar. Behandelt werden alle Themenbereiche von der Arbeitslosigkeit, der Krankheit, dem Alter und den Familien bis zur Mitbestimmung.		

MiG 2003/Annette Zentner

Datensatz: 86 von 395

Formularansicht