ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Lexa, Susanne

Working Paper

Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Sachstand und Vorschläge zur Umsetzung

Thünen-Series of Applied Economic Theory - Working Paper, No. 112

Provided in Cooperation with:
University of Rostock, Institute of Economics

Suggested Citation: Lexa, Susanne (2009) : Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Sachstand und Vorschläge zur Umsetzung, Thünen-Series of Applied Economic Theory - Working Paper, No. 112, Universität Rostock, Institut für Volkswirtschaftslehre, Rostock

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/39778

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Priorisierung medizinischer Leistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland: Sachstand und Vorschläge zur Umsetzung

Susanne Lexa[*†]

14. November 2009 (revised version)

Zusammenfassung:
Internationale Vergleiche der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der gesundheitlichen Wirkungsziele (Outcomes) geben Hinweise auf Ineffizienzen bzw. eine bestehende Überversorgung im deutschen Gesundheitssystem. Im Interesse einer wirtschaftlichen Versorgung wären diese abzubauen. Der Abbau einer Überversorgung bedeutet immer eine Verringerung der Leistungen. Diese findet umso mehr Akzeptanz, je glaubwürdiger und nachvollziehbarer die Strategie ausfällt. Eine Priorisierung könnte hierzu beitragen. Sie wäre dazu geeignet die Effektivität der Gesundheitsversorgung durch die Feststellung der Nachrangigkeit und den Ausschluss medizinischer Leistungen, die keinen Nutzen stiften bzw. von denen keine Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes ausgehen, zu erhöhen. Trotz zahlreicher Anstöße aus Wissenschaft und der Ärzteschaft wurde die Priorisierungsdebatte in Deutschland jedoch bis heute noch nicht von der Politik aufgenommen und geführt. Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über unterschiedliche Priorisierungsverfahren und leitet, unter Berücksichtigung der Anreizstrukturen im deutschen Gesundheitssystem und ausländischer Erfahrungen, eine Agenda zur praktischen Umsetzung eines Priorisierungskonzepts in Deutschland ab. Hierzu können die bereits bestehenden Strukturen (G-BA, IQWiG) genutzt werden.

JEL-Classification: I 10, I 18, H 51

Keywords: Priorisierung, Überversorgung, medizinische Leistungen, Effektivität, Deutschland, GKV

[*] Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, Breite Straße 29, 10178 Berlin, Fon: 030 – 2033 1607, email: s.lexa@arbeitgeber.de. Der Beitrag gibt ausschließlich die Sicht und Meinung der Autorin wieder.
[†] Der Dank der Autorin gilt den vielen Diskussionspartnern – insbesondere Dieter Brümmerhoff, Daniel Becker, Solvig Räthke und Mechthild Schmedders. Der Dank gilt auch Marion Hesse für die redaktionelle Überarbeitung.

0. Abkürzungsverzeichnis

ABAG - Arzneimittelbudget-Ablösegesetz

ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco

ASS - Acetyl Salicyl Säure

AVWG - Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz

AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

BÄK - Bundesärztekammer

BMG - Bundesministerium für Gesundheit

BVA - Bundesversicherungsamt

CEPS - Comité économique des produits de santé

CT - Computer Tomograph

DDD - Defined Daily Dose

DMP - Disease Management Programm

EBM - Einheitlicher Bewertungsmaßstab

FDA - Food and Drug Administration

G-BA - Gemeinsamer Bundesausschuss

GBK - Gemeinsame Betriebskrankenkasse Köln

GKV - Gesetzliche Krankenversicherung

GKV-NOG - GKV-Neuordnungsgesetz

GKV-WSG - GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

GMG - Gesundheitsmodernisierungsgesetz

IQWiG - Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

KBV - Kassenärztliche Bundesvereinigung

NICE - National Institute for Clinical Excellence

NVL - Nationale VersorgungsLeitlinie

QALY	- Quality Adjusted Life Year
SDGCMPS	- Subdirecctión General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios
SGB V	- Fünftes Sozialgesetzbuch
SVR	- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SVRKAiG	- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
VerfO	- Verfahrensordnung
VFA	- Verband der forschenden Arzneimittelhersteller
WIdO	- Wissenschaftliches Institut der AOK
ZEKO	- Zentrale Ethikkommission (Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihrer Grenzgebiete bei der Bundesärztekammer)

1. Motivation

Deutschland hat mit 10,4 % einen der höchsten Anteile der Gesundheitsausgaben am BIP im OECD-Vergleich, nach den USA, der Schweiz und Frankreich (vgl. OECD Health Data 2009, Bezugsjahr 2007). Im Hinblick auf gesundheitliche Wirkungsziele (Outcomes) hinsichtlich der Lebenserwartung bei Geburt, der Säuglingssterblichkeit und der verlorenen Lebensjahre, erreicht das deutsche Gesundheitssystem im OECD-Vergleich jedoch nur mittlere Ergebnisse.

Dieser Vergleich legt die Vermutung nahe, dass sich in Deutschland der gleiche Outcome auch mit einem geringeren Mitteleinsatz realisieren ließe. Afonso/St. Aubyn (2006) untersuchen die Effizienz der Gesundheitsversorgung in den OECD-Ländern vermittels einer Data-Envelopment-Analysis (DEA). In diesem Vergleich erreicht Deutschland nur Rang 14 und hätte bei gleichem Ressourceneinsatz (Ärzte, Krankenschwestern, Krankenhausbetten und Anzahl der Magnetresonanz-Tomographen) ein um 28 Prozent höheren Output (Lebenserwartung, Säuglingsüberlebensrate[2], nicht verlorene Lebensjahre[3]) erzielen können. Dies heißt im Umkehrschluss aber auch, dass der gleiche Output mit einem geringeren Ressourceneinsatz hätte erzielt werden können, was auf eine Überversorgung mit Gesundheitsgütern schließen lässt. Zahlreiche Arbeiten, darunter auch das Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG), untersuchen diese in Deutschland bestehende Überversorgung. Sie sehen die Gründe hierfür im Wesentlichen in den ökonomischen Eigenschaften von Gesundheitsgütern (Charakter öffentlicher Güter, externe Effekte, fehlende Markttransparenz und Konsumentensouveränität) sowie in der institutionellen Ausgestaltung des Gesundheitssystems (Sachleistungsprinzip, Solidarprinzip) (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, 173 ff.).

Überversorgung kann in Form einer medizinischen Überversorgung (Versorgung mit medizinisch nicht indizierten Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen) oder einer ökonomischen Überversorgung (Versorgung mit Leistungen mit nur geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt oder Versorgung mit unwirtschaftlichen Leistungen) erfolgen (vgl. SVRKAiG 2001, Ziffer 29). Eine Veränderung bzw. Be-

[2] Die Säuglingsüberlebensrate (Infant Survival Rate - ISR) ist das Gegenteil der Säuglingssterblichkeit (Infant Mortality Rate - IMR) und berechnet sich wie folgt: $ISR = \frac{1000 - IMR}{IMR}$

[3] Die nicht verlorenen potentiellen Lebensjahre (Potential Years of Life Not Los – PYNLL) sind das Gegenteil der verlorenen potentiellen Lebensjahre (Potential Years of Life Lost – PYLL) und berechnen sich wie folgt: $PYNLL = \lambda - PYLL$

schränkung der Leistungsansprüche in den gemeinschaftlich finanzierten Teilen des Gesundheitssystems, also Priorisierung[4] bzw. Rationierung[5], könnten dazu beitragen, diese Formen der Überversorgung abzubauen und somit zu einer wirtschaftlicheren Gesundheitsversorgung beitragen.

Dem deutschen Gesundheitssystem sind diese Ansätze nicht fremd: Zum einen liegen zahlreiche Vorschläge zu Priorisierungs- und Rationierungsverfahren bzw. -kriterien aus Wissenschaft und Ärzteschaft vor – auch wenn sie in Deutschland nie ernsthaft von der Politik aufgenommen, breit diskutiert und umgesetzt wurden. Zum anderen wird bereits heute im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in gewissem Umfang eine Priorisierung bzw. Rationierung von medizinischen Leistungen[6] vorgenommen. Die GKV gewährt nicht alle medizinisch möglichen und ggf. gewünschten Leistungen, sondern orientiert sich bei der Versorgung an den Kriterien Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit (vgl. § 92 Absatz 1 SGB V) und ähnelt damit dem in den Niederlanden angewandten Priorisierungsverfahren (sog. Dunning-Filter) (vgl. auch Abschnitt 3.2). Welche Leistungen diese Kriterien erfüllen und somit zu Lasten der kollektiv finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfen, wird von der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen unter Beteiligung von Patientenvertretern auf untergesetzlicher Ebene festgelegt.

Allerdings genügen die in Deutschland bereits praktizierten Leistungsausschlüsse nicht den an Rationierungs- und Priorisierungsverfahren gestellten ethischen und ökonomischen Anforderungen. Hier setzt die vorliegende Arbeit an. Sie will unter Rückgriff auf die Priorisierungserfahrungen anderer Länder Vorschläge zur Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und der Anreizstrukturen der Akteure im Gesundheitswesen erarbeiten, die zum einen dazu geeignet sind die Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu erhöhen und zum

[4] Unter Priorisierung versteht man die relevante Gewichtung konkurrierender Mittelverwendung, die sich z. B. in Form einer Liste darstellen lässt. Die zur Verfügung stehenden Mittel werden dann zunächst der ersten Verwendungsoption auf der Liste zugeführt, dann der zweiten usw. Priorisierung stellt die notwendige Voraussetzung jeder sinnvollen Rationierung dar: Wer Mittel einer sinnvollen medizinischen Verwendung vorenthält, sollte begründen, wo er sie aus welchem Grund besser einsetzen kann (vgl. Wohlgemuth/Freitag 2009, 4). Hier zeigt sich, dass eine Abgrenzung zwischen Priorisierung und Rationierung nicht immer klar möglich ist, da beide Formen ineinander übergehen können.

[5] Als Rationierung bezeichnet man die Einschränkung des Zugangs zu medizinisch nützlichen Maßnahmen, die einen positiven Effekt auf die Lebensqualität bzw. Lebenserwartung von Patienten haben. Von impliziter rationierung ist die Rede, wenn die Leistungseinschränkung nicht als solche thematisiert wird. Explizit ist die Rationierung dann, wenn die Leistungseinschränkung als solche auch klar benannt wird (vgl. Wohlgemuth/Freitag 2009, 5).

[6] Unter medizinischen Leistungen bzw. Leistungen verstehen die meisten Arbeiten, ebenso wie die vorliegende Arbeit auch, nicht die im SGB V definierten Leistungsblöcke sondern die innerhalb dieser Leistungsblöcke erbrachten bzw. verwendeten Leistungen und Methoden. Also einzelne Arzneimittel, Medizinprodukte und technischer Geräte sowie medizinische Diagnosen und Behandlungsmethoden.

anderen auch den Kriterien für eine gerechte Verteilung im Sinne von Verteilungsgerechtigkeit genügen. Dazu werden im Abschnitt 2 zunächst die Anreizstrukturen der einzelnen Akteure im Gesundheitswesen näher beleuchtet. In Abschnitt 3 erfolgt nach der Diskussion der in Deutschland bereits vorgelegten Vorschläge zu Priorisierungs- und Rationierungsverfahren ein Überblick über bereits im Ausland implementierte Verfahren sowie deren Treiber und Erfolgsfaktoren. Eine Darstellung der bereits im deutschen Gesundheitswesen heute stattfindenden Leistungsausschlüsse auf allen Ebenen schließt sich an. Darauf folgt die Bewertung dieser Leistungsausschlüsse unter Effektivitäts-, Effizienz- und Gerechtigkeitsgesichtspunkten. In Abschnitt 4 werden dann Vorschläge zur Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und Anreizstrukturen entwickelt, die die Effektivität der Gesundheitsversorgung in Deutschland erhöhen. Eine Zusammenfassung in Form einer politischen Agenda rundet das Papier ab. Damit ergänzt die vorliegende Arbeit das weite Feld der theoretischen Überlegungen, das die Medizin, Recht, Ethik, Philosophie, Psychologie und Ökonomie zu den Grundlagen der Priorisierung und Rationierung vorgelegt haben, um praktische Aspekte und konkrete Vorschläge.

2. Anreizstrukturen in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Der internationale Vergleich der Effizienz der Gesundheitsversorgung liefert Hinweise, dass in Deutschland eine Überversorgung mit Gesundheitsgütern im Sinne einer Versorgung über die grundlegende Bedarfsdeckung hinaus bestehet (vgl. OECD, Afonso/St. Aubyn 2006). Der SVRKAiG definiert medizinische Überversorgung als Versorgung mit nicht indizierten Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen. Von ökonomischer Überversorgung spricht er bei Leistungen mit nur geringem Nutzen, der die Kosten nicht mehr rechtfertigt, oder wenn diese ineffizient, also unwirtschaftlicher Form erbracht werden (vgl. SVRKAiG 2001, Ziffer 29).

Die Anreizwirkungen dieser Eigenschaften bzw. Rahmenbedingungen sollen in den nachfolgenden Abschnitten, bezogen auf die einzelnen Akteure des Gesundheitswesens (Patienten, Leistungserbringer, Krankenkassen), kurz dargestellt und diskutiert werden. Damit bildet diese Darstellung die Basis für die in Abschnitt 5 erarbeiteten Vorschläge zum Abbau der Überversorgung und damit zur Verbesserung der Effektivität in der Gesundheitsversorgung.

2.1 Patienten/Versicherte

Auf Seiten des Patienten besteht ein Interesse, möglichst lange und gesund zu leben und dabei möglichst viel zu konsumieren. Dabei entsteht ein Trade-off zwischen Gesundheit und allen anderen Zielen (Konsum) (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann S. 14). Jeder zusätzlich gesund verbrachte Tag hat seinen Preis, der im Verzicht auf eine Alternative (welche ebenfalls Kosten verursachen würde) besteht. Bei einer kollektiv finanzierten Krankenversicherung haben die Versicherten bzw. Patienten ein besonderes Interesse an der bestmöglichen bzw. maximalen Versorgung im Krankheitsfall. Denn je mehr der Leistungen übernommen werden, umso mehr Mittel bleiben dem einzelnen Individuum zum individuellen Konsum. Das Sachleistungsprinzip und der fast unbegrenzte Zugang zu medizinischen Leistungen setzen also den Preismechanismus außer Kraft. Nach dem Sachleistungsprinzip erfolgt die Übernahme der anfallenden Kosten durch Dritte (GKV) in voller Höhe. Die Patienten haben daher versicherungsmäßig keine Anreize zu einer effizienten Inanspruchnahme von Leistungen (Moral Hazard). Eine Selbstbeteiligung hingegen kann, bei entsprechender Ausgestaltung, zur Reduktion dieses Problems beitragen (vgl. Brümmerhoff 2007, 347 f.).

Diese Tatsache spiegelt sich auch in Patientenbefragungen wider: Die große Mehrheit der Versicherten wünscht sich einen Rundumschutz der gesetzlichen Krankenversicherung (58 Prozent in 2009 bzw. 55 Prozent in 2006), nur ein kleiner Teil wünscht sich die Begrenzung der Leistungen auf das unbedingt medizinisch Notwendige (25 Prozent in 2009 bzw. 34 Prozent in 2006) (vgl. MLP-Gesundheitsreport 2009 und MLP-Gesundheitsreport 2006).

2.2 Leistungserbringer

Auf der Seite der Leistungserbringer sollen hier die Gruppen betrachtet werden, auf die die größten Ausgabenblöcke der gesetzlichen Krankenkassen entfallen (vgl. Abb. 1). Dazu zählen die niedergelassenen Ärzte (ärztliche Behandlung), die Krankenhäuser (Krankenhausbehandlung) und die Arzneimittelhersteller (Arzneimittel). Bei der Beziehung zwischen Leistungserbringern und Patienten handelt es sich jedoch nicht um eine Beziehung auf gleicher Ebene. Vielmehr ist sie aufgrund der eingeschränkten Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen der Patienten, die mangelnde Möglichkeit der Qualitätsbewertung durch die Patienten und die

besondere Eigenschaft der Information vom Fehlen der Konsumentesouveränität gekennzeichnet (Breyer/Zweifel/Kifman 2005, S. 179 ff.). Die daraus erwachsenden Anreize sowie die Anreize, die sich aufgrund der institutionalen Ausgestaltung der GKV ergeben, sollen im Folgenden aufgezeigt werden.

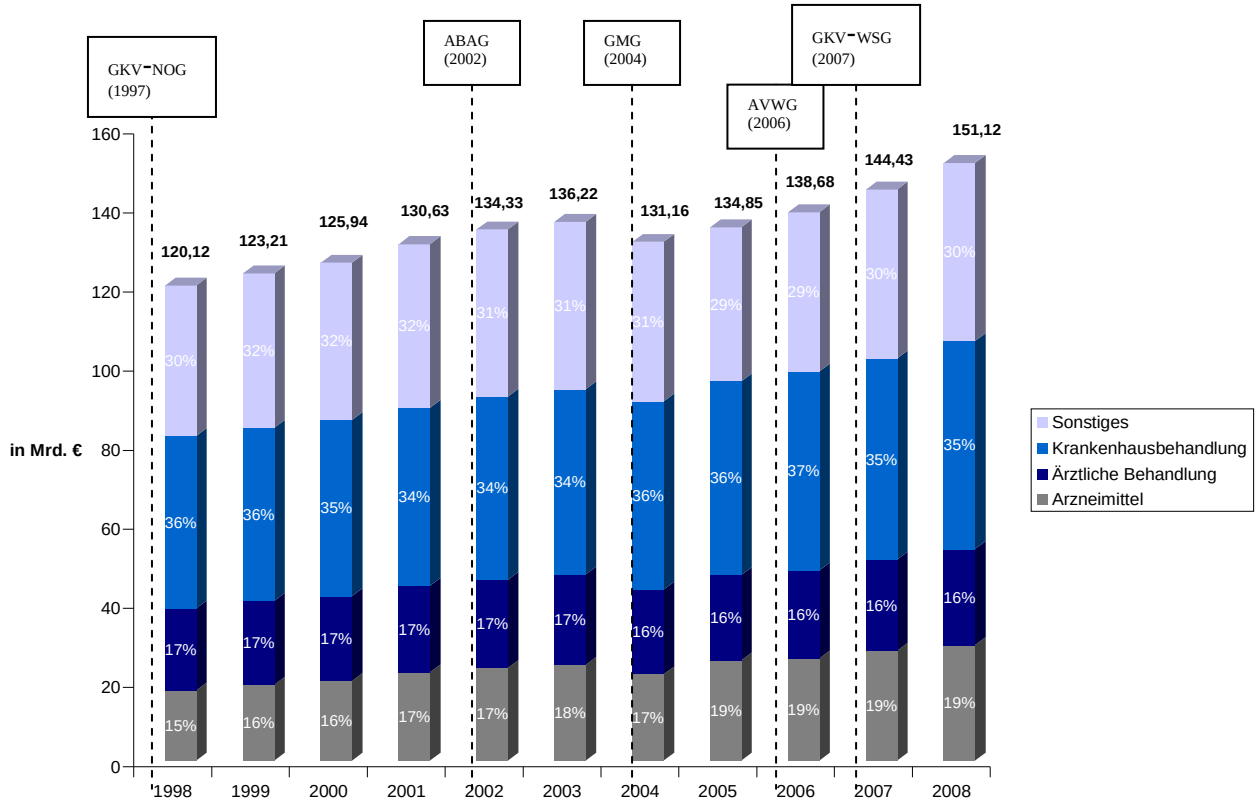

Abb. 2: Entwicklung der Leistungsausgaben in der GKV. Quelle: BMG, eigene Darstellung.

2.2.1 Niedergelassene Ärzte

Niedergelassene Ärzte nehmen bei der Erstellung und Verteilung von Gesundheitsleistungen eine Schlüsselposition ein: Sie sind für die meisten Patienten die erste Anlaufstelle im Krankheitsfall (Gatekeeper-Funktion). Dabei kommt ihnen gegenüber den Patienten insofern eine Doppelrolle zu, als sie einerseits als Berater bei der Entscheidung fungieren, welche Leistungen ihre Patienten nachfragen sollen, andererseits aber auch selbst Leistungen anbieten (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, S. 331). Da Patienten nur über unvollständige Informationen verfügen (kein bzw. eingeschränktes medizinisches Wissen), legen die Ärzte die Nachfragemenge der Patienten fest. Nach der traditionellen ärztlichen Ideologie verstehen sich die Ärzte als perfekte Sachwalter der Patienten und treffen die Wahl der Behandlungsmethode allein nach medizinischen Erfordernissen (bestmögliche Versorgung der Patienten). Denkbar wäre

aber auch, dass die Sachwalter-Rolle nicht perfekt ausgeübt wird: Ärzte könnten bei der Beratung der Patienten eigene Interessen verfolgen und den Patienten Leistungen empfehlen, die über das medizinisch indizierte Maß hinausgehen, nur wenig wirksam oder gar unwirksam sind (vgl. Breyer/Zweifel/Kifman 2006, S. 334 f.). Sie weiten also die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen (Einkommensoptimierung). Dies wird als angebotsindizierte Nachfrage bezeichnet. Das Verhalten der Ärzte wird maßgeblich von den Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit (Vergütung der Leistungen, Finanzierung der Behandlungskosten) beeinflusst, die sich sehr stark von Land zu Land unterscheiden und sich im Zeitablauf verändern. Zahlreiche Untersuchungen haben dieses Phänomen empirisch untersucht, zeichnen aber kein einheitliches Bild für Deutschland. Pohlmeier/Ulrich (1995) weisen einen signifikanten positiven Einfluss der Arztdichte auf die Nachfrage nach Arztleistungen bei Allgemeinärzten, nicht jedoch bei Fachärzten nach. Gerade bei letzteren ließe sich aber nach theoretischen Erwägungen eine Angebotsinduzierung erwarten. Andersen/Schwarze (1997) bestätigen eine Nachfragebeeinflussung primär bei Fachärzten, nicht jedoch bei Allgemeinärzten. Cassel/Wilke (2001) finden keine signifikante Beziehung zwischen Arztdichte und der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Auch Thode et al. (2005) kommen zu dem Schluss, dass angebotsseitige Faktoren die Inanspruchnahme von Ärzten nicht zu beeinflussen scheinen. Vielmehr bestimmen hauptsächlich „Need-Faktoren“ (z.B. Gesundheitszustand, Anzahl der Krankheiten, Grad der Erwerbsminderung) die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Kopetsch (2007) weist eine statistische Korrelation zwischen Arzt-Dichte und Pro-Kopf-Inanspruchnahme nach. Allerdings ist dieser Zusammenhang nicht monokausal erklärbar. Neben dem angebotsinduzierenden Verhalten der Ärzte haben auch der Rückgang der indirekten Kosten und die bevorzugte Niederlassung der Ärzte in Regionen, in denen die Nachfrage nach ihren Leistungen erwartbar höher ist, einen Einfluss auf das Angebot von Leistungen.

Die Ausgaben für die ärztliche Versorgung betrugen im Jahr 2008 insgesamt 24,28 Mrd. €bzw. 16,08 Prozent der gesamten Leistungsausgaben der GKV. Damit sind die Ausgaben für die ambulante Versorgung der drittgrößte Ausgabenposten der GKV. Die Ausgaben der GKV für ärztliche Leistungen sind in den letzten Jahren, bis auf Einbrüche in den Jahren 2004 und 2005 ständig gestiegen: sie machten 1999 20,78 Mrd. € aus und betrugen 2008 bereits 24,28 Mrd. €, was einem Anstieg von 16,8 Prozent entspricht (vgl. BMG). Für den Fall der Senkung von Mengen und Preisen auf einen bundeseinheitlichen Benchmark, werden die Effizienzreserven im ambulanten Sektor auf 1,12 Mrd. € bis 2,07 Mrd. € geschätzt (Augurzky et al. 2009, 44).

2.2.2 Krankenhäuser

Patienten werden aber nicht nur von niedergelassenen Ärzten behandelt. Durch Überweisung in ein Krankenhaus geben der niedergelassenen Ärzte einen Teil der Nachfrage nach medizinischen Leistungen an diese weiter. An den Entscheidungsprozessen im Krankenhaus sind im Wesentlichen zwei Gruppen mit unterschiedlichen Individualinteressen beteiligt: die behandelnden Ärzte und das Krankenhausmanagement. Die Krankenhausärzte dürften in der Regel (im Gegensatz zu den niedergelassenen Ärzten) keine Gewinnerzielungsabsichten haben (mit Ausnahme einiger „Altfälle", denen die Privatliquidation ohne Beteiligung der Klinik erlaubt ist). Vielmehr dürften sie an der Behandlungsqualität (Ruf, Ethos) und der Behandlungsquantität (vorgeschrieben Mindestmengen für bestimmte Therapien/Spezialbehandlungen) ein Interesse haben. Dem Krankenhausmanagement bzw. -träger hingegen können durchaus Gewinnmaximierungsabsichten (Krankenhäuser in privater Trägerschaft) bzw. Umsatzmaximierungsabsichten (Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft) unterstellt werden. Um diese Maximierungsziele zu erreichen, muss die Attraktivität der Krankenhäuser so gesteigert werden, dass entsprechend viele Patienten angezogen werden. Daher haben auch das Krankenhausmanagement und die Krankenhausträger ein Interesse an hoher Behandlungsqualität und -quantität. Diese Interessen können die exzessive qualitative Ausstattung von Krankenhäusern („Gerätemedizin") und ein generell überhöhtes Ausmaß an Krankenhausbehandlungen mit erklären (vgl. Breyer/Zweifel 1999, S. 326 f.). Hierfür lassen sich auch empirische Belege erbringen. So zeigt Kopetsch (2006), dass sich auch für Deutschland die These der Angebotsinduzierung im stationären Sektor in Deutschland bestätigen lässt, d. h. ein hohes Angebot an Krankenhausbetten generiert sich selbst die Nachfrage nach Krankenhausleistungen in Form von steigenden Behandlungszahlen. Ein Faktor, der dieses überhöhte Maß der Leistungserbringung begünstigt, könnte sein, dass stationäre Leistungen ohne vorherige Prüfung durch den G-BA zu Lasten der GKV erbracht werden können. Nur auf Antrag überprüft der G-BA, ob diese für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich sind (Verbotsvorbehalt)[7].

Mit knapp 35 Prozent an den gesamten Leistungsausgaben der GKV machen die Ausgaben für stationäre Leistungen den größten Posten der GKV aus. Dabei sind die Ausgaben der GKV für Krankenhausbehandlungen in den letzten Jahren ständig gestiegen: so von 1999 43,58 Mrd. € auf 52,57 Mrd. € in 2008. Das entspricht einem Anstieg von 20,62 Prozent (vgl.

[7] Eine Schilderung der Bewertungspraxis des G-BA findet sich im Abschnitt 4.

BMG). Für den Fall der Senkung von Fällen, Kapazitäten und Preisen auf einen bundeseinheitlichen Benchmark, werden die Effizienzreserven im stationären Sektor auf 2,16 Mrd. € bis 4,30 Mrd. € geschätzt (Augurzky et al. 2009, 36).

2.2.3 Arzneimittelhersteller

Sowohl niedergelassene Ärzte als auch Krankenhausärzte bestimmen darüber hinaus die Nachfrage der Patienten nach Arzneimitteln (Anbieterdominanz), die Inputs in den Behandlungsprozessen sind (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, 16). Auch hier nehmen sie auf Grund ihres medizinischen und pharmazeutischen Wissensvorsprungs den Patienten die Nachfrageentscheidung ab. Aber auch Ärzte und Krankenhäuser sind auf Informationen der Arzneimittelhersteller, gerade über neuartige Medikamente, angewiesen. Entsprechend haben die Arzneimittelhersteller ihr Marketing auf die Ärzteschaft ausgerichtet. Nach Angaben von Sussmann (2008, S. 237) ist der Pharmareferent der wichtigste Dialogträger für die Arzneimittelunternehmen und macht rund 90 Prozent der Marketingausgaben[8] der Pharmaunternehmen aus.

Darüber hinaus ist der Preismechanismus auf Grund des Auseinanderfallens von Nutznießer (Patienten), Entscheidungsträger (Ärzte) und Kostenträger (Krankenkassen), wie in den anderen Leistungsbereichen auch, gestört. Ein Preisinteresse besteht auf Grund der bestehenden nahezu vollständigen Kostenabdeckung durch die Krankenkassen bei den Patienten[9] nicht ebenso wenig wie bei den verschreibenden Ärzten[10]. Ein Preisinteresse besteht lediglich bei

[8] Verlässliche aktuelle Angaben zu der Höhe der Marketingausgaben liegen für Deutschland nicht vor. Eine aktuellere Studie aus den USA gibt die Höhe der Marketingausgaben für die Arzneimittelhersteller mit 57, 5 Mrd. $ für das Jahr 2004 an (vgl. Gangnon/Lexchin 2008). Damit betrügen die Marketingausgaben mehr als das Doppelte der Ausgaben für Forschung und Entwicklung.

[9] Patienten sollen durch die Selbstbeteiligung im Form von Zuzahlungen in Höhe von 10 Prozent des Apothekenverkaufspreises (mindestens 5 €, höchsten 10 €) einen Anreiz zur wirtschaftlichen Nutzung von Medikamenten erhalten. Nach dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz fallen diese Zuzahlung für Medikamente weg, wenn der Preis mindestens 30 Prozent unterhalb des Festbetrags liegt. Das soll einen zusätzlichen Anreiz geben, bei Medikamentenverschreibungen die preisgünstigsten Präparate zu verlangen. Ob diese Mechanismen aber eine wirkliche Steuerungswirkung entfalten, bleibt gerade vor dem Hintergrund fraglich, dass der Preis der meisten abgegebenen Packungen (51 % aller abgegebenen Packungen) zwischen 10 und 20 € beträgt und die Krankenkassen immer mehr Rabattverträge abschließen.

[10] Ein Versuch, die wirtschaftlichen Anreize für die Ärzte bei Verschreibungen zu ändern, stellt das mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 eingeführte Zielbudget für Arzneimittelverschreibungen von Praxisärzten dar. Die Überschreitungen der Beträge sollten von den Ärzten aus dem Budget des nächsten Jahres bezahlt werden (ersten 280 Mio. DM der Überschreitung) bzw. durch Preisstopps von der Pharmaindustrie getragen werden (die weiteren 280 Mio. DM) (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann 2005, 476). Das Arzneimittelbudget erfüllte aber, trotz anfänglicher Erfolge, die Erwartungen nicht und wurde zum 1. Januar 2002 mit dem Arzneimittelbudget-Ablösegesetz abgeschafft. Eine Bonus-Malus-Regelung für die Ärzte bei Über- bzw. Unterschreitung einer fest-

den Krankenkassen, die jedoch kaum eine Möglichkeit haben, die Nachfrage- und Verordnungsentscheidungen zu beeinflussen[11]. Auch der Preiswettbewerb der Hersteller ist unzureichend und kann ebenfalls zu einer ineffizienten Versorgung führen. So unterliegen patentgeschützten Innovationen, mit denen sich die Hersteller am Markt durchzusetzen versuchen, zunächst keinem Wettbewerb. Daher stehen die Hersteller primär nicht mit einer festen Produktpalette miteinander im Wettbewerb (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann, 453). Innovationen können daher zu Preisen lanciert werden, die ein Vielfaches über den Preisen bestehender Präparate liegen (ibid), wobei der Zusatznutzen der Präparate oft noch nicht ausreichend untersucht und bewertet werden konnte. Aufgrund der freien Preissetzung[12] und der sofortigen Erstattung der Arzneimittel nach Zulassung durch die gesetzliche Krankenversicherung, ist Deutschland ein besonders wichtiger Markt für die Pharmaindustrie. Erst im Laufe der Zeit findet durch das Auftreten von „me too"-Präparaten (vor Ablauf des Patentschutzes) und durch Generika (nach Ablauf des Patentschutzes) bzw. von Generika untereinander findet ein Preiswettbewerb statt, welcher zu substantiellen Kostensenkungen führt (vgl. Breyer/Zweifel/Kifmann, 478 f.). Zusätzlich wird der Wettbewerb im deutschen Arzneimittelmarkt durch zahlreiche staatliche Regulierungsinstrumente behindert, die sowohl an Preis und Menge, an Qualität sowie Quantität und Umsatz der Arzneimittel ansetzen. Cassel/Wille (2008) zählen insgesamt 27 Regulierungsinstrumente, die nicht aufeinander abgestimmt sind und von denen zudem (unerwünschte) Wechselwirkungen ausgehen.

Nach Angaben von IMS ist Deutschland nach den USA, Japan und Frankreich der viertgrößte Pharmamarkt der Welt (Angabe für 2008, vgl. IMS 2010 Global Pharma Market Forecast). Bei der Finanzierung der über die Apotheken abgegebenen Arzneimittel in Deutschland im

---

gelegten Zielvorgabe für die Arzneimittelausgaben folgte mit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz 2006. Diese Regelung wird auf Grund einer Entscheidung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung rückwirkend seit 2007 auf Grund der zahlreichen Rabattverträge nicht mehr angewendet, und durch eine Quotenregelung ersetzt. Bei Erreichung der Quoten (Me-too, Generika, DDD) werden die Ärzte von der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die zu Regressforderungen führen kann, freigestellt.

[11] Eine Ausnahme bildet die mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Neuregelung, nach der die Apotheken Rabattarzneimittel bevorzugt abgeben müssen (vgl. § 129 SGB V). Die Verträge über Rabattarzneimittel werden direkt von den Krankenkassen über Ausschreibungen mit den Pharmaherstellern verhandelt. Damit haben die Ärzte in diesem Bereich ihren Einfluss auf die Auswahl eines bestimmten Medikaments eines bestimmten Herstellers verloren (der Arzt verschreibt in der Regel nur mehr den Wirkstoff). Diese Regelung macht sich auch beim Marketingaufwand der Arzneimittelhersteller bemerkbar: So haben einige Generikhersteller ihren Arzt-Aussendienst nach eigenen Angaben stark eingeschränkt (Teva, Winthrop, Hexal) bzw. ganz eingespart (Stada, Betapharm) (vgl. Braun 2009).

[12] In vielen europäischen Ländern dürfen die Arzneimittelhersteller ihre Preise nicht selbst bestimmen. Vielmehr werden sie von staatlicher Seite (vgl. Frankreich (CEPS), Italien (AIFA), Spanien (SDGCMPS)) festgelegt (vgl. Sauer/Bartmann 2008, S. 475). Da eine erhebliche Anzahl dieser preiskontrollierten Länder den Produktpreis in Deutschland zur Bestimmung des nationalen Produktpreises heranziehen hat die Preisfestsetzungs- und -erstattungspolitik einen erheblichen Einfluss auf das europa- bzw. weltweite Geschäft der Arzneimittelherstel-

Wert von 37,9 Mrd. € (Bezugsjahr 2008) hat die GKV eine besondere Bedeutung: 75 Prozent entfallen auf Verordnungen im Bereich der GKV aber nur 9,4 Prozent auf Selbstmedikation, 5,6 Prozent auf ärztliche Verordnungen außerhalb der GKV und die restlichen 10 Prozent entfallen auf das apothekenübliche Ergänzungssortiment sowie Krankenpflege und medizinischen Bedarf (vgl. ABDA, 2008). Dabei zeigt sich, dass der Umsatz von rezeptpflichtigen Präparaten, die zu Lasten der GKV abgegeben werden, überproportional gestiegen ist: so von 63 Prozent (1999) auf 68 Prozent (2003) und 73 Prozent (2007). Auch die Ausgaben der GKV für Arzneimittel sind in den letzten Jahren ständig gestiegen, nämlich von 18,5 Mrd. € (1999) auf 28,5 Mrd € (2008), was einem Anstieg von 39,65 Prozent entspricht (vgl. Coca/Nink/Schröder 2009, S. 145). Damit sind sie stärker gestiegen als die Gesundheitsausgaben insgesamt. Diese Kostensteigerungen sind insbesondere darauf zurückzuführen, dass mehr und teurere Medikamente verschrieben wurden (vgl. Coca/Nink/Schröder 2009, S. 143). Die Effizienzreserven in der Arzneimittelversorgung werden bei Substitution von Analogpräparaten durch therapeutisch äquivalente Leitsubstanzen auf 1,731 Mrd. € (vgl. Schwabe 2009, 27) geschätzt, bei der Verringerung der Ausgaben sowie der Margen des Großhandels und der Apotheken betrugen sie zwischen 2,33 Mrd. € und 3,41 Mrd. € (Augurzky et al. 2009, 47).

2.3 Krankenkassen

Ob die gesetzlichen Krankenkassen ein Interesse an einer wirtschaftlichen und effizienten Gesundheitsversorgung haben, lässt sich nicht a priori entscheiden. Die gesetzlichen Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Somit handelt es sich um eine durch Träger mittelbarer Staatsverwaltung mit Selbstverwaltung betriebene Sozialversicherung. Allerdings haben durch die Einführung der freien Kassenwahl im Jahr 1996, durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz und das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Form von Boni und von Wahltarifen wettbewerbliche Elemente Einzug in die gesetzliche Krankenversicherung gehalten. Mitglieder der GKV haben bei Zwangsmitgliedschaft und weitgehender Vollversicherung nur die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Kassen und können so ihre Interessen wahrnehmen. Dabei können die Kassen nach der gesetzgeberischen Konzeption weiterhin als nicht gewinnorientierte Wirtschaftsunternehmen gesehen werden und bleiben somit dem Staat im weiteren Sinne zuzurechnende Sozialversicherungsträger mit spezifischem öffentlichen Auftrag. Aus dieser Sicht wurden die wettbewerblichen Instrumente nur

---

ler.

im Interesse von Effizienz und Innovationsfähigkeit vom Gesetzgeber aufgenommen (vgl. Cassel et al. 2008, S. 200). Je nach Art der Finanzierung und der ggf. dadurch erzeugten Fiskalillusion werden die Krankenkassen ein Interesse an einer Kostenreduktion bzw. Effizienzsteigerung haben oder eben nicht. Fiskalillusion heißt, dass die Bürger je nach Struktur der Abgaben den Eindruck erhalten können, dass sie übermäßig oder eher wenig belastet werden (Brümmerhoff 2007, 215). So kann die Art der Finanzierung zur Unterschätzung der wahren Belastung führen. Die Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat sich die Finanzierung der Krankenkassen grundlegend geändert. Anstatt kassenindividuell wird der allgemeine Beitragssatz nach § 241 SGB V jährlich durch die Regierung festgelegt. Der allgemeine Beitragssatz muss dabei nicht mehr die Ausgaben der Krankenkassen zu 100 Prozent decken (vgl. § 220 SGB V). Erst wenn die Einnahmen im laufenden und im kommenden Jahr die Ausgaben um weniger als 95 Prozent decken, wird der allgemeine Beitragssatz angehoben. Kommen die Krankenkassen mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht aus, können Sie kassenindividuelle Zusatzbeiträge erheben (vgl. § 242 SGB V). Bisher werden nach Angaben des GKV-Spitzenverbands flächendeckend noch keine Zusatzbeiträge erhoben. Lediglich eine kleine Krankenkasse (Gemeinsame Betriebskrankenkasse Köln - GBK) erhebt seit dem 1. Juli 2009 einen Zusatzbeitrag in Höhe von 8 € im Monat. Dabei kann der Zusatzbeitrag pauschal oder einkommensabhängig erhoben werden (vgl. § 242 SGB V) und ist durch eine Überforderungsklausel auf 1 Prozent des Einkommens (mit Einkommensprüfung) bzw. 8 € (ohne Einkommensprüfung) beschränkt. Nach Berechnungen des Schätzerkreises werden die Ausgaben die Einnahmen in 2009 um 2,3 Mrd. € und in 2010 um 7,5 Mrd. € überschreiten (vgl. BVA 2009). Diese Finanzierungslücke wäre laut Gesetz durch Zusatzbeiträge zu decken. Allerdings wehren sich die Krankenkassen gegen die Erhebung von Zusatzbeiträgen und fordern die Deckung der Lücke über erhöhte Steuerzuschüsse bzw. die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes (vgl. vdek 2009, 4). Zudem plädieren sie für die einheitliche und prozentuale Erhebung des Zusatzbeitrags (ibid, 5). Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund verständlich, dass – gerade pauschal erhobene – Zusatzbeiträge ein wirksames Preissignal und somit Wettbewerbsinstrument sind. Wie eine Studie des Marktforschungsunternehmens Psychonomics zeigt, steigt die Wechselbereitschaft der Versicherten bei der Erhebung eines Zusatzbeitrags. So steigt das Abwanderungsrisiko, das bei 6 Prozent liegt, bei der Erhebung eines Zusatzbeitrags von 8 € um das Dreifache, bei anderen untersuchten Marktszenarien sogar um das Vierfache (vgl. Psychonomics 2008). Dies könnte insbesondere daran liegen, dass die Zusatzbeiträge direkt vom Versicherten erhoben werden (vgl. § 242 SGB V). Dies erhöht im Gegensatz zum Verfahren beim allgemeinen Bei-

tragssatz (Abführung des gesamten (prozentualen) Beitrags durch den Arbeitgeber, dem zudem rechnerisch ein Teil davon zugeordnet wird) die Fühlbarkeit der Abgabenbelastung (vgl. Brümmerhoff 2007, 347). Somit wird die Möglichkeit der gesetzlichen Krankenversicherungen, Fiskalillusion zu erzeugen, gemindert.

Wenn vor diesem Hintergrund ein einheitlicher allgemeiner Beitragssatz von allen gesetzlichen Krankenversicherungen erhoben wird, die Erhebung von Zusatzbeiträgen aber – z. B. durch erhöhte Steuerzuschüsse – abgewendet oder durch eine einheitliche und prozentuale Erhebung verschleiert wird, werden die Krankenkassen keinerlei Interesse an Ausgaben senkenden bzw. Effizienz steigernden Maßnahmen haben[13], sondern an der Bereitstellung eines möglichst umfangreichen Leistungskatalogs. Wenn hingegen die Ausgabesteigerungen nicht automatisch und vollständig durch erhöhte Steuerzuschüsse bzw. allgemeine Beitragssätze abgedeckt werden, dürfte das Interesse der Kassen an Ausgaben senkenden Maßnahmen, z.B. durch Priorisierung oder Rationierung, größer sein.

3. Priorisierung und Rationierung in Deutschland und anderen Ländern: Sachstand

Wie oben gezeigt, bestehen im deutschen Gesundheitssystem Anreize zur Überinanspruchnahme von Leistungen. Dies führt zu einem hohen Niveau von Gesundheitsausgaben, wobei aufgrund des demographischen Wandels und des medizinisch-technischen Fortschritt mit weiteren Ausgabensteigerungen gerechnet werden kann. Projektionen zeigen, dass – werden im Vergleich zu heute keine einnahmen- bzw. ausgabeseitigen Reformen durchgeführt – der Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung auf bis zu 24,6 Prozent bzw. 25,3 Prozent im Jahr 2050 ansteigen könnte (vgl. Niehaus 2008, 78). Ob Beitragssätze in dieser Höhe gesellschaftlich wünschenswert und politisch durchsetzbar sind kann als fraglich gelten. Vor diesem Hintergrund hat der Ärztepräsident Hoppe auf dem 112. Deutschen Ärztetag eine Debatte zur Priorisierung medizinischer Leistungen angestoßen in der er fordert, dass man, wenn keine ausreichenden Mittel mehr zu Verfügung stünden, offen und ehrlich darüber reden und gerechte Verteilungsmechanismen finden müsse. Deutschland steht hier, im Gegensatz zu anderen Ländern bzw. Staaten (insbesondere den skandinavischen Ländern, England und Oregon/USA) die bereits Priorisierungsverfahren implementiert haben, am Anfang der Diskussion. In diesem Abschnitt soll daher der Sachstand in Deutschland sowie die Erfahrungen in

[13] Vgl. hierzu auch Brümmerhoff (2007, 351) wonach die Kassen im Allgemeinen ein Interesse an der Auswei-

anderen Ländern kurz dargestellt und bewertet werden.

3.1 Stand der Priorisierungsdebatte in Deutschland

Eine klare Definition des medizinisch Notwendigen in der gesetzlichen Krankenversicherung wird von Sachverständigen in Politik, Wissenschaft und Praxis bereits seit Jahren gefordert und es liegen bereits zahlreiche Vorschläge zur Priorisierung und Rationierung von medizinischen Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vor (vgl. Abb. 2). Die Politik aber, die bei der Entwicklung von expliziten Kriterien zur Priorisierung bzw. Rationierung und deren Umsetzung in der Praxis eigentlich in der Pflicht steht, hat dieses Thema bis heute noch nicht aufgenommen, sondern stand ihm vielmehr ablehnend gegenüber[14]. Mit seinen Bemerkungen zur Priorisierung und seiner Rede zum 112. Deutschen Ärztetag 2009 verbindet der Ärztepräsident Hoppe daher genau die Aufforderung an die Politik „den Menschen endlich die Wahrheit zu sagen“ und „endliche Verantwortung für die Mittelknappheit im Gesundheitssystem zu übernehmen“, nachdem vorhergehende ähnlich lautende Aufrufe zur Priorisierung im Rahmen des 111. Deutschen Ärztetages 2008 (Ulmer Papier) und des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2006 (Resolution des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages 2006) sowie aus der Wissenschaft ungehört verhallt waren.

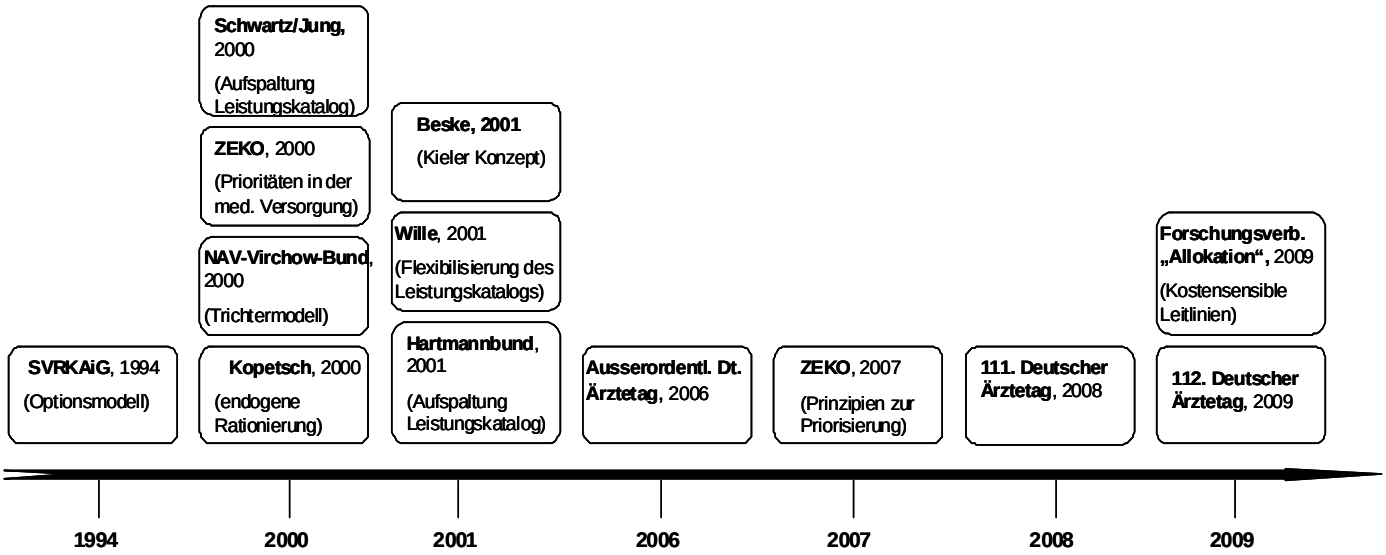

Abb. 2: Zeitstrahl der Priorisierungsdiskussion in Deutschland. Quelle: eigene Darstellung.

tung ihrer Ausgaben haben, wohingegen das Interesse an geringeren Beiträgen gering ist.

[14] Die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Schmidt lehnte die Forderungen aus der Ärzteschaft nach einer Debatte über Leistungseinschränkungen im Gesundheitswesen mit den Worten „Es wird keinen Prioritätenkata-

Eine Zusammenstellung der verschiedenen Konzepte von Wissenschaft und Ärztevertretungen findet sich – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – in der Tabelle A-1 im Anhang. Eine ausführlichere Darstellung findet sich bei Wille (2001) und Kopetsch (2001). Die in der Tabelle zusammengefassten Vorschläge gehen alle davon aus, dass sich vor dem Hintergrund der zu erwartenden Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV die Beitragssatzstabilität nur durch eine Priorisierung der Leistungen bzw. bei Einschränkung des Leistungskatalogs auf Kernleistungen (Rationierung) aufrechterhalten lässt. Allerdings verfolgen die Vorschläge dabei im Wesentlichen zwei unterschiedliche Ansätze; zum einen die Definition abstrakter Kriterien (medizinisch-ethisch und ökonomisch) und zum anderen konkrete Allokationsentscheidungen (z.B. Ausgliederung von bestimmten Leistungen aus dem Grundleistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung). So definieren der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) in seinem Optionsmodell II und die Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer (ZEKO) Kriterien zur Priorisierung von medizinischen Leistungen. Der Vorschlag der ZEKO geht hier weiter als der des Sachverständigenrats und definiert neben inhaltlichen Kriterien (ethisch-medizinisch und ökonomisch) auch formale Kriterien (z.B. Transparenz) und sonstige Kriterien (z.B. Wartezeit, Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft). Die von ihm vorgeschlagenen inhaltlichen Kriterien und das Stufenmodell ähneln dabei sehr dem Schwedischen Priorisierungsmodell (vgl. Abschnitt 3.2). Die von den Ärzten gestellten Forderungen im Rahmen des 11. und 112. deutschen Ärztetages beziehen sich auf diesen Priorisierungsvorschlag der ZEKO. Konkrete Vorschläge für die Inhalte und die Neugestaltung des Grund- bzw. Kernleistungskatalogs macht die ZEKO allerdings nicht. Kopetsch (2001) wählt im Gegensatz dazu in seinem Modell der endogenen Rationierung die Kriterien Alter und Kosteneffektivität (gewonnene Lebensjahre) als Grundlage für Rationierungsentscheidungen. Der BMBF-Forschungsverbund Allokation (2009) legt als Entscheidungskriterium für die Zuteilung medizinischer Leistungen das Kosten-Nutzen-Verhältnis der jeweiligen Leistung zu Grunde (kostensensible Leitlinien). Es soll auf die Maßnahmen verzichtet werden, die bei relativ hohen Kosten einen nur geringen Zusatznutzen bieten. Patienten mit nur einem geringen Nutzengewinn müssen demnach entweder auf alternative Verfahren ausweichen oder ganz auf die Leistung verzichten. Die Kosteneffektivität wird bei diesem Verfahren für unterschiedliche Patienten-Subgruppen ermittelt. Dieses Vorgehen ähnelt dem Vorgehen in Großbritannien. Das National Institute for Clinical

log für Krankheitsbehandlungen geben“ ab (vgl. Im Gespräch: Ulla Schmidt, FAZ vom 18. Mai 2009).

Excellence (NICE) bewertet das Kosten-Nutzen-Verhältnis von medizinischen Leistungen an Hand eines Indexmaßes, das die lebensverlängernde Wirkung der Maßnahme in Beziehung zur gewonnen Lebensqualität der Patienten setzt (Qality Adjusted Life Years - QALY). Derzeit liegt die Grenze für das Kosten-Nutzen-Verhältnis, bis zu dem Maßnahmen erstattet werden, bei £30.000 pro QALY.

Alle anderen Konzepte, auch die des SVRKAiG (vgl. Optionsmodell I, III, IV), geben an, welche Leistungen (z. B. versicherungsfremde Leistungen) auf welche Weise (z. B. Zu- oder Abwahlmodell) konkret aus dem Grundleistungskatalog ausgegliedert werden sollen. Dabei herrscht auch weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich Art und Umfang der krankenversicherungsfremden Leistungen[15]. Die Vorschläge unterscheiden sich aber in Bezug auf die Zuordnung von Leistungen, die aus dem Grundleistungskatalog ausgegliedert werden sollen (Satzungsleistungen der Krankenkassen vs. Absicherung über Wahl- bzw. Zusatzversicherungen) und wie der Wettbewerb zwischen den Kassen und der Risikostrukturausgleich auszugestalten sind. Zudem umfassen die Konzepte meist noch zusätzliche Handlungsoptionen, wie z.B. Steuererhöhungen, Neugestaltung der Selbstbeteiligung oder der Beitragsgestaltung, die aber hier nicht weiter erörtert werden sollen.

Allerdings würde eine Ausgliederung der in den Vorschlägen genannten versicherungsfremden Leistungen bei gleichzeitiger Finanzierung über andere öffentliche Ausgabenträger (z.B. über Steuerzuschüsse) lediglich zu einer Ausgabenverschiebung durch die Umfinanzierung der Leistungen kommen. Eine echte Senkung der Gesamtausgaben bzw. ein Abbau der Überversorgung würde hingegen nicht erreicht. Dazu wäre eine echte Priorisierung und Rationierung von Leistungen notwendig, wobei die Schwierigkeit vor allem darin bestehen dürfte, eine Grenze zwischen objektivem und subjektivem Bedarf zu ziehen (vgl. Wille 2001).

[15] Durch die Gesundheitsreformen 2003 (GKV-GMG) und 2006 (GKV-WSG) wurden bereits einige in den oben genannten Konzepten vorgestellten Vorschläge umgesetzt: So wurden z. B. bereits Einschränkungen bei künstlichen Befruchtungen und bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit durch den Gesetzgeber umgesetzt. In Ansätzen kann auch das Abwahlmodell durch die Einführung von Wahltarifen (§ 53 SGB V) als umgesetzt gelten. So bietet z. B. die BKK Securvita einen Wahltarif „Prämienauszahlung bei Leistungsverzicht“ an. Verzichtet das Mitglied und die familienversicherten Angehörigen auf die Kassenleistungen Fahrkosten (mit Ausnahme von Rettungsfahrten), Badekuren, Mutter-Kind-Kuren, Hauhaltshilfe, Heilmittel und Homöopathie so erhalten die Mitglieder eine Prämie in Höhe von bis zu 300 € (max. 20 Prozent der zu zahlenden Beiträge). Bei den hier aufgezählten Leistungen handelt es sich um versicherungsfremde Leistungen wie sie in vielen der oben genannten Konzepte aufgeführt werden und durch den Leistungsverzicht wird das Abwahlmodell des SVRKAiG reali-

3.2 Priorisierung in anderen Ländern

Einige Länder haben bereits vor Jahren eine Priorisierungsdebatte angestoßen und entsprechende Konzepte umgesetzt. Dabei wählten die einzelnen Länder unterschiedliche Ansätze: So haben Dänemark, die Niederlande, Norwegen und Schweden eher abstrakte Priorisierungskriterien definiert, während England, Neuseeland und Oregon/USA konkrete Allokationsrichtlinien erstellt haben. Eine Übersicht über die in den jeweiligen Ländern mit der Erstellung beauftragten Institutionen sowie den erarbeiteten Prinzipien bzw. Kriterien finden sich in der Tabelle A-2 im Anhang.

Sabik und Lie (2008) vergleichen in einer Überblickstudie die Priorisierungsbemühungen verschiedener Länder und bewerten sie dabei nach den folgenden Kriterien: öffentliche Beteiligung und Diskussion, angemessene Prinzipien, Einfluss auf Politik und praktische Umsetzung. Sie kommen zu dem Schluss: Der Etablierung geeigneter Gremien/Institutionen mit entsprechenden Befugnissen und einem gewissen Einfluss auf die Gesundheitspolitik bzw. die Umsetzung ihrer Beschlüsse ist der Schlüssel, um Einfluss auf Politik und praktische Umsetzung zu garantieren. Die in Oregon/USA, Israel, Neuseeland und Großbritannien eingesetzten Institutionen sind öffentlich akzeptiert und arbeiten erfolgreich. Gremien/Institutionen die allerdings lediglich abstrakte Priorisierungskriterien formuliert haben, konnten keine größeren Veränderungen im Gesundheitsbereich bewirken. In Ländern, die auf diesem Niveau verharrten (z.B. Dänemark, Norwegen), versandeten die Priorisierungsbemühungen. Die Implementierung eines offenen (Bürgerbeteiligung, Widerspruchsmöglichkeiten) und transparenten Priorisierungsverfahrens, wie in der Literatur gefordert, ist keinem der Länder hinreichend gelungen. Auch Neuseeland, Israel und Oregon/USA werden diesem Anspruch trotz erfolgreicher Priorisierungsverfahren nicht gerecht, da sie die Entscheidung für Leistungsein- bzw. -ausschlüsse an Expertengremien delegiert haben, die ihre aktuellen Entscheidungen ohne Einbezug der Öffentlichkeit und ohne Einspruchs- bzw. Widerspruchsmöglichkeiten treffen. Vor diesem Hintergrund dürfte es eine der größeren Herausforderungen bei der Implementierung eines Priorisierungskonzepts bzw. -prozesses sein, die richtige Balance zwischen Expertenorientierung und Bürgerbeteiligung zu finden. Eines der Schlüsselelemente zur angemessenen Bürgerbeteiligung könnte die transparente Darlegung der Entscheidungsgründe bzw. -kriterien der Gremien sein.

---

siert.

3.3 Bestimmung des Leitungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland

Vor dem Hintergrund der wissenschaftlichen Diskussion um Priorisierung und Rationierung sowie der im Sommer 2009 im Vorfeld des 112. Deutschen Ärztetages angestoßenen Priorisierungsdebatte könnte der Eindruck entstehen, dass im System der gesetzlichen Krankenversicherung bis dato keinerlei systematische Leistungsausschlüsse vorgesehen sind. Dieser Eindruck ist falsch. Im Folgenden sollen die verschiedenen verantwortlichen Ebenen für die Verteilung von Gesundheitsgütern und die jeweils getroffenen Entscheidungen näher erläutert werden. Tabelle A-2 im Anhang fasst die Verteilungsentscheidungen der einzelnen Ebenen zusammen.

3.3.1 Makroebene

Die Makroebene stellt die Ebene der Politik und Gesetzgebung dar. Auf dieser Ebene wird der Leistungsumfangs der GKV bestimmt, wie er im dritten Kapitel des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) festgelegt ist (Beske 2001). Diese Festlegung erfolgt lediglich sehr grob und muss auf den unteren Ebenen konkretisiert werden. Allerdings gibt die Makroebene nicht, wie in anderen Ländern durchaus üblich (vgl. Abschnitt 3.2), allgemeingültige und breit anerkannten Kriterien vor, an denen die unteren Ebenen ihre Entscheidungen ausrichten könnten. Das SGB V legt lediglich fest, dass die Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich erfolgen muss (§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Zudem beeinflussen zahlreiche weitere Festlegungen auf dieser Ebene, wie z.B. der Steuerzuschuss, die Festlegung des Allgemeinen Beitragssatzes, die Krankenhausplanung sowie zahlreiche weitere Regelungen (Budgetierungen, morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Rabattarzneimittel etc.) die Entscheidungen auf den nachfolgenden Ebenen.

3.3.2 Mesoebene

Die Mesoebene kennzeichnet die Ebene der Selbstverwaltung und der Verbände (Beske 2001). Hier zeichnet der mit Ärztevertretern, Krankenkassenvertretern und Patientenvertre-

tern[16] besetzte Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Konkretisierung und Ausgestaltung des auf der Makroebene festgelegten Leistungskatalogs des SGB V anhand von Richtlinien verantwortlich. Er kann dabei die Erbringung und Verordnung von Leistungen (einschließlich Arzneimittel) oder Maßnahmen einschränken oder ausschließen, wenn nach allgemein anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnis der diagnostische oder therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit oder die Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind, oder, wenn insbesondere ein Arzneimittel unzweckmäßig oder eine andere, wirtschaftlichere Behandlungsmöglichkeit mit vergleichbarem diagnostischen oder therapeutischen Nutzen verfügbar ist (§ 92 Absatz 1 Satz 1 SGB V). Damit ähneln die hier angewendeten Kriterien dem in den Niederlanden zur Priorisierung angewendeten sogenannten Dunning-Filter (vgl. Tabelle A-3 im Anhang). Der G-BA beauftragt in der Regel das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Bewertung des Nutzens.

Methoden, die für die vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Versorgung zugelassen werden sollen, müssen durch den G-BA geprüft werden, wenn sie bisher nicht abrechnungsfähig sind bzw. wenn sie zwar abrechnungsfähig sind, sich aber ihre Indikation oder Art der Erbringung wesentlich geändert oder erweitert hat. Stationäre Leistungen können ohne vorherige Prüfung durch den G-BA zu Lasten der GKV erbracht werden. Nur auf Antrag[17] überprüft der G-BA, ob diese für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung erforderlich sind. Arzneimittel sind in Deutschland unmittelbar nach der Zulassung[18] für alle Patienten verfügbar. Der G-BA kann die Verordnungsfähigkeit eines zugelassenen Medikamentes in der vertragsärztlichen Versorgung durch die GKV einschränken oder ausschließen. Dazu beauftragt der G-BA in der Regel das IQWiG mit der Bewertung des Nutzens oder des Kosten-Nutzen-Verhältnisses (§ 35b SGB V). Die Bewertung erfolgt dabei durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen unter Berücksichtigung des therapeutischen Zusatznutzens für die Patienten (Verbesserung des Gesundheitszustandes, Verkürzung der Krankheitsdauer, Verlängerung der Lebensdauer, Verringerung der Nebenwirkungen, Verbesserung der Lebensqualität) im Verhältnis zu den Kosten (ibid).

[16] Allerdings haben die Patientenvertreter, im Gegensatz zu den Vertretern der Ärzte und Krankenkassen, im G-BA nur beratende Funktion und keine Stimme.

[17] Antragsberechtigt sind die zuständigen Spitzenverbände der Leistungserbringer, der GKV-Spitzenverband, Patientenorganisationen oder die unparteiischen Mitglieder des G-BA.

[18] Die Zulassung erfolgt durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, wenn der Nachweis der Wirksamkeit, der Unbedenklichkeit und der angemessenen pharmazeutischen Qualität erbracht ist. Dabei muss es nicht besser oder anders wirken als bereits zugelassene Medikamente, sondern nur überhaupt eine Wirksamkeit (im Vergleich zu Placebos) nachweisen.

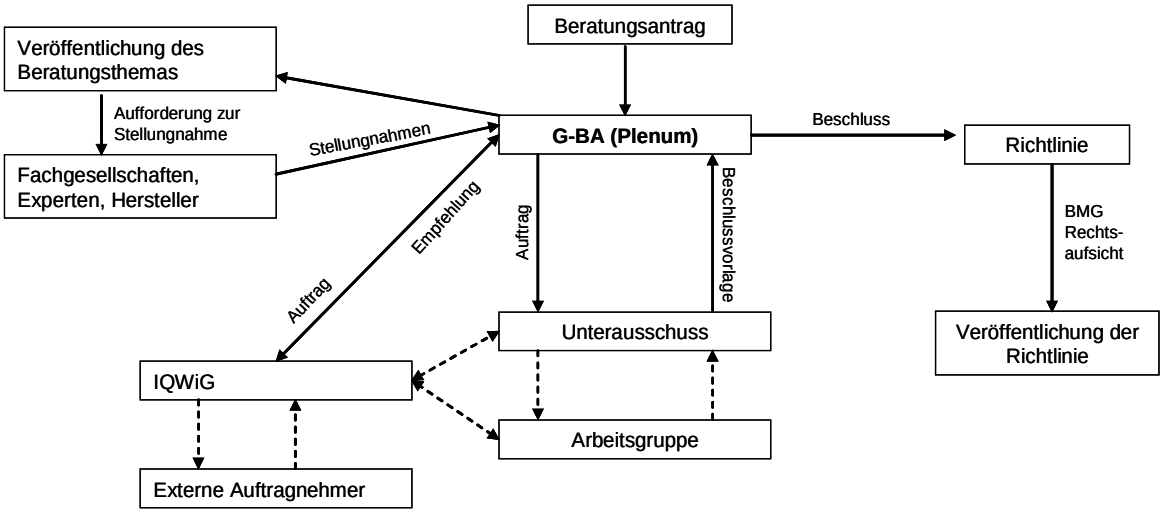

Abb. 3: Schematische Darstellung der Arbeitsweise des G-BA.

Zum besseren Verständnis wird in Abb. 3 grob die Arbeitsweise des G-BA beschrieben. Das Verfahren zur Prüfung und Bewertung von medizinischen Leistungen hinsichtlich ihres Nutzens, ihrer Notwendigkeit und ihrer Wirtschaftlichkeit durch den G-BA ist in der Verfahrensordnung (VerfO) des G-BA geregelt. Hiernach beschließt das G-BA Plenum (soweit gesetzlich vorgesehen auf Antrag) die Einleitung des Bewertungsverfahrens. Zunächst wird bei der Konkretisierung der Fragestellung definiert, welche Gruppe von Patienten mit welchen medizinischen Methoden behandelt werden soll und an welchen Parametern (patientenrelevanten Endpunkten) der Erfolg dieser Behandlung gemessen werden kann (Kap 2 § 4 VerfO). Das Plenum beauftragt dann einen Unterausschuss (Unterausschuss Arzneimittel, Unterausschuss Qualitätssicherung, Unterausschuss Sektorübergreifende Versorgung, Unterausschuss Methodenbewertung, Unterausschuss Veranlasste Leistungen, Unterausschuss Bedarfsplanung, Unterausschuss Psychotherapie und Unterausschuss Zahnärztliche Behandlungen) mit der Durchführung (Kap. 1 § 5 VerfO). Der Unterausschuss vergibt die Vorarbeiten zur Erarbeitung eines Beschlussentwurfs entweder an eine Arbeitsgruppe (2. Kapitel § 7 VerfO) oder an das IQWiG[19]. Das IQWiG kann seinerseits den Auftrag an einen externen Auftragnehmer weiterleiten. Ziel ist es, den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf Grundlagen der evidenzbasierten Medizin zu ermitteln. Der Nutzen einer medizinischen Leistung muss durch qualitativ angemessene Unterlagen (nach Möglichkeit der Evidenzstufe I,

[19] Die Arbeit des IQWiG ist nicht unumstritten. Das Institut ist eine private Einrichtung welche von der Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen des G-BA getragen wird. Es bekommt alleinig Aufträge des G-BA und steht nicht in Konkurrenz zu anderen Forschungsinstituten. Eine Rechts- oder Fachaufsicht von öffentlicher Seite besteht nicht. Hier stellt sich die Frage nach der Unabhängigkeit des Instituts und der Qualität der Ergebnisse. Daher sollte großer Wert auf eine transparente Darlegung und Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse und ihrer Entstehung gegenüber der Öffentlichkeit sowie die Anwendung wissenschaftlich breit anerkannter Methoden und Verfahren gelegt werden.

soweit Unterlagen dieser Aussagekraft nicht vorliegen, kann die Entscheidung auch auf Grundlage niedrigerer Evidenzstufen gefällt werden) [21] belegt werden. Dazu wird auf publizierte Studien und Daten zurückgegriffen, die nach festgelegten Rechercheverfahren ermittelt (systematische Literaturrecherche) und nach festgelegten Kriterien bewertet werden (Kapitel 2 § und § 10 VerfO). Bei der Bewertung von Leistungen ist ein Anhörungsverfahren (schriftlich, z. T. auch mündlich) vorgesehen (Kap. 1 §§ 8 bis 14). Stellungnahmeberechtigt sind Sachverständige der medizinischen Wissenschaft und Praxis, Dachverbände von Ärztegesellschaften, Spitzenverbände der Selbsthilfegruppen und Patientenvertretungen sowie Spitzenorganisationen von Herstellern von Medizinprodukten und -geräten. Das Stellungnahmeverfahren wird durch einen einvernehmlichen Beschluss des zuständigen Unterausschusses eingeleitet, wenn er seine Beratungen für weitestgehend abgeschlossen hält. Die zur Überprüfung anstehenden Themen werden zu diesem Zweck im Bundesanzeiger und auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht. Die Ergebnisse der Anhörung werden im Unterausschuss ausgewertet. Anschließend legt der Unterausschuss dem Plenum eine Empfehlung zur Beschlussfassung mit Begründung vor, auf deren Grundlage das Plenum einen Beschluss fasst. Um das Verfahren der Öffentlichkeit transparent zu machen, werden Ablauf und Inhalt der Beratungen zum jeweiligen Thema zu einem Abschlussbericht zusammengefasst, der auf der Internetseite des G-BA veröffentlicht wird (Kap. 1 § 7 VerfO). Die vom G-BA beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind somit für die gesetzlichen Krankenkassen, deren Versicherte sowie die Leistungserbringer rechtsverbindlich. Der Beschluss wird als Richtlinie nach Prüfung durch das Bundesministerium für Gesundheit nach § 94 SGB V (Rechtsaufsicht, keine Fachaufsicht) im Bundesanzeiger veröffentlicht und ist dann rechtsverbindlich (Kap. 1 § 7 VerfO).

Wie diese grobe Ablaufskizze zeigt, ist das konsistente und standardisierte Verfahren des G-BA recht komplex, zeit- und ressourcenaufwendig. So vergingen z. B. bei der Bewertung der Protonentherapie bei Brustkrebs von der Antragstellung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen bis hin zum Beschluss des G-BA (Ausschluss der Leistung, da kein Beleg für einen Nutzen gefunden) über 3 Jahre. Danach wurde der Beschluss jedoch aufgrund einer Beanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit noch nicht rechtsgültig. Erst nach

[21] Bei der Klassifizierung der Unterlagen zu therapeutischen Methoden gelten folgende Evidenzstufen (Kap. 2 § 11 und Kap. 4 § 7 VerfO): Ia = Systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe; Ib = Randomisierte klinische Studien; IIa = systematische Übersichtsarbeiten von Studien der Evidenzstufe; IIb = Prospektive vergleichende Kohortenstudien; III = Retrospektive vergleichende Kohortenstudien; IV = Fallserien und andere nicht vergleichende Studien; V = Assoziationsbeobachtungen, Einzelfallberichte, Meinung anerkannter Experten etc.

zahlreichen Gerichtsverfahren wurde der Ausschluss im Jahr 2009 rechtskräftig (Bundessozialgericht; Urteil vom 06.05.2009, Az.: B 6 A 1/08 R). Im Zeitraum 1990 bis zum Oktober 2009 hat der Bundesausschuss so insgesamt 53 ambulante ärztliche Leistungen bewertet (vgl. http://www.kbv.de/hta/2393, Stand: 15. Oktober 2009).

3.2.3 Mikroebene

Auf der Mikroebene treffen die Leistungserbringer und die Versicherten bzw. die Patienten die Einzelentscheidungen (vgl. Beske 2001). Allerdings werden diese Einzelentscheidungen nicht anhand transparenter, breit anerkannter und auf der Makroebene festgelegter Kriterien getroffen. Vielmehr werden Einzelentscheidungen „aus dem Bauch" und der Situation heraus getroffen. Die Entscheidungen erfolgen also verdeckt, was zu Ungerechtigkeiten und Ungleichbehandlung führen kann.

Zudem wirken sich auch die Entscheidungen der oberen Ebenen auf diese Ebene aus: Leistungsausschlüsse des G-BA, Budgetierungen, Rabattverträge etc. sorgen dafür, dass Ärzte und Patienten das Gefühl haben, medizinisch notwendige Leistungen vorenthalten zu bekommen oder vorenthalten zu müssen[22]. Oftmals sind diese Entscheidungen für sie nicht transparent, gerade auch deshalb, weil sie am Zustandekommen nicht beteiligt waren bzw. den Prozess, in dem die Entscheidungen zustande kamen, nicht kennen.

3.4 Beurteilung der Verfahren zur Bestimmung des Leistungskatalogs der GKV in Deutschland

In diesem Abschnitt sollen die oben geschilderten Verfahren zur Priorisierung bzw. zur Bestimmung des Leistungskatalogs der GKV in Deutschland unter ökonomischen (Effektivität und Effizienz) und ethischen (Gerechtigkeit) Gesichtspunkten bewertet werden. Es soll fest-

[22] So gaben bei einer repräsentativen Umfrage der Allianz aus dem Jahr 2009 31,2 Prozent der Patienten an, bereits schon einmal das Gefühl gehabt zu haben, keine ausreichende medizinische Versorgung bzw. Behandlung erhalten zu haben. Dies dürfte sich insbesondere auf Wartezeiten und Medikamente beziehen.
Bei einer repräsentativen Umfrage unter Klinikärzten aus den Bereichen Kardiologie und Intensivmedizin gaben über drei Viertel der befragten Ärzte an, Patienten nützliche Maßnahmen aus Kostengründen vorenthalten zu müssen (Strech et al. 2009). Die meisten sind aber nicht gezwungen, diese Rationierung regelmäßig vorzunehmen: nur 13 Prozent gaben an, mehr als einmal pro Woche nützliche Leistungen aus Kostengründen vorenthalten zu müssen. Auch müssen GKV-Versicherte Wartezeiten hinnehmen (vgl. z.B. Lungen et al. 2008), was ebenfalls

gestellt werden, ob die auf den jeweiligen Ebenen angewandten Verfahren gängigen Kriterien genügen oder nicht, und wenn sie gängigen Kriterien genügen bis zu welchem Grad. Damit wird hier die Grundlage für die in Abschnitt 4 abgeleiteten Vorschläge zur Priorisierung in Deutschland gelegt.

3.4.1 Beurteilung unter Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten

Gerade der Gesundheitsbereich ist durch die Knappheit der Mittel gekennzeichnet, der die Existenz von Allokationsproblemen begründet. Daher sind die Leistungen, wie es das SGB V vorschreibt, „wirtschaftlich" zu erbringen (§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V). In allgemeiner Form lässt sich das Wirtschaftlichkeitsprinzip als Maximalprinzip (mit gegebenen Mitteln soll ein maximaler Zweck realisiert werden) oder als Minimalprinzip (ein gegebener Zweck soll mit minimalem Mitteleinsatz erreicht werden) formulieren. Dieses Wirtschaftlichkeitsprinzip lässt sich in einen Effizienz- und Effektivitätsbereich aufteilen (vgl. SVRKAiG 2000, Band I, Ziffer 17):

- Die Effizienz misst das Verhältnis zwischen der medizinischen Leistung und den zur Erstellung aufgewendeten Ausgaben.

- Die Effektivität stellt die gesundheitlichen Wirkungsziele (Outcomes) der betreffenden medizinischen Leistungen den Ausgaben (Inputs) gegenüber.

Hinsichtlich der Effizienz bestehen dann Verbesserungspotentiale, wenn die Vorleistungen, die zur Erstellung von medizinischen Leistungen dienen, entweder zu teuer erworben werden und/oder in einem suboptimalen Einsatzverhältnis in die Produktion eingehen (vgl. SVRKAiG 2000, Band I, Ziffer 17). Die Effektivität kann verbessert werden, wenn Patienten eine bestimmte medizinische Leistung nicht nutzen/nachfragen oder die Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen keinen oder einen negativen Beitrag zu den gesundheitlichen Wirkungszielen (Outcomes) liefert (ibid.).

Zur Etablierung eines funktionierenden Wettbewerbs existieren zahlreiche Vorschläge, die insbesondere die Stärkung des Vertragswettbewerbs in der Gesundheits- und Arzneimittelversorgung, eine leistungsorientierten Finanzierung, eine Überwindung der sektoralen Grenzen

in gewisser Weise einer Rationierung von Leistungen entspricht.

sowie die Anschaffung des hochkomplexen und komplizierten Regulierungssystems des Arzneimittelmarkts vorsehen. Die Diskussion dieser Vorschläge ist nicht Gegenstand dieser Arbeit, es sei aber auf die Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), „Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarkts“ von Cassel/Wille/Ulrich (2008) und „Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland“ von Rürup/IGES/DIW/Wille (2009) verwiesen.

Im Bereich der Effektivität bestehen dann Verbesserungspotentiale, wenn die medizinischen Leistungen keinen Nutzen stiften bzw. von ihnen keine Effekte auf die gesundheitlichen Outcomes (Lebenserwartung, Lebensqualität etc.) ausgehen. Die Effektivität kann also insbesondere durch die Überprüfung der therapeutischen Wirksamkeit verbessert werden. Hinzukommen sollte die Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses und – sollten die Leistungen bei diesen Prüfungen nicht positiv bewertet werden – einem Ausschluss derselben aus der Versorgung verbessert werden.

Vor diesem Hintergrund sind die Leistungsausschlüsse auf den verschiedenen Ebenen darauf zu untersuchen, ob sie dazu beitragen, dass die medizinischen Leistungen effizienter und effektiver erbracht werden und Überversorgung abgebaut werden kann. Sollten sie dazu keinen Beitrag leisten, so haben sie keine Wirkung und tragen nicht zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität im Gesundheitssystem bei und wären somit abzulehnen bzw. so anzupassen, dass sie ihren Zweck erfüllen.

Bei der Überprüfung der Mesoebene lässt sich feststellen, dass die Verfahren zur Konkretisierung des Leistungskatalogs der GKV durch den G-BA (wie unter 3.2.2 beschrieben) grundsätzlich dazu beitragen können die Effektivität der Versorgung zu erhöhen und Überversorgung abzubauen, denn der G-BA überprüft die Leistungen auf ihren Nutzen und beurteilt – wenn eine positive Nutzenbewertung erfolgt ist – auch ihre Wirtschaftlichkeit. Allerdings lässt die weitgehende Beschränkung der Zuständigkeit auf die vertragsärztliche Versorgung (Genehmigungsvorbehalt) Potential gerade in der stationären Versorgung und der Arzneimittelversorgung ungenutzt. Die Nutzenüberprüfung findet zudem nicht in einem vergleichenden Verfahren (Vergleich der zu prüfenden Leistung mit dem bestehenden „Gold-Standard“) statt, erfolgt nur über ein Krankheitsbild und nicht über alle möglichen Krankheitsbilder (nur vertikale, keine horizontale Priorisierung) und beschränkt sich im Wesentlichen auf neue Verfah-

ren. Zudem liegt für die Wirtschaftlichkeitsprüfung bis heute noch kein Verfahren vor, das internationalen Standards vergleichbar wäre und breite Akzeptanz fände.

Die auf der Mikroebene durchgeführte Zuteilung von Leistungen lässt sich unter Effektivitätsgesichtspunkten nur sehr schwer beurteilen. Da die Zuteilung verdeckt und ohne feste Kriterien erfolgt ist unklar, ob die Zuteilung auf dieser Ebene zur Beseitigung von Ineffektivitäten und zum Abbau der Überversorgung beiträgt. Dies dürfte, wenn überhaupt, allenfalls akzidentiell der Fall sein.

3.4.2 Beurteilung unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten

Als Maßstab für die Beurteilung einer gerechten Mittelverteilung im Gesundheitswesen legt Marckmann (2006, 203 in einer Zusammenschau aus Daniels/Sabin 2002 und Emanuel 2000) die folgenden Gerechtigkeitskriterien an[23].

- **Legitimität:** Verteilungsentscheidungen sollten durch demokratisch legitimierte Institutionen erfolgen.
- **Transparenz**: Patienten und Versicherte sollten über Leistungsbegrenzungen und die zugrunde liegenden Kriterien informiert sein.
- **Partizipation:** Bürger und Patienten sollte eine Möglichkeit zur Partizipation am Entscheidungsprozess erhalten.
- **Begründung:** Jede Leistungsbegrenzung sollte auf einer nachvollziehbaren, relevanten Begründung beruhen, die den betroffenen Patienten und Versicherten zugänglich ist.
- **Konsistenz:** Grundsätzlich sollten bei allen Patienten die gleichen Zuteilungsregeln und -kriterien angewandt werden, sodass Patienten in vergleichbaren medizinischen Situationen auch die gleiche Behandlung erhalten.
- **Evidenzbasierung:** Jedes Allokationsschema sollte die verfügbare Evidenz hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens und der zu erwartenden Kosten berücksichtigen.
- **Widerspruchsmöglichkeiten:** Im Einzelfall sollte Patienten, denen der Zugang zu einer von ihnen gewünschten Leistung verwehrt wird, Widerspruchsmöglichkeiten haben.

[23] Die hier aufgeführten Kriterien stellen eine Zusammenstellung der in der Ethik bzw. Medizinethik allgemein

- **Regulierung/Überwachung der Bedingungen:** Durch eine freiwillige oder staatliche Regulierung sollte sichergestellt sein, dass die Bedingungen einer gerechten Verteilung auch tatsächlich eingehalten werden.
- **Minimierung der Interessenskonflikte:** Allokationsentscheidungen unter Knappheitsbedingungen sollten so geregelt sein, dass sie Interessenkonflikte möglichst vermeiden.

Prüft man die in Deutschland auf der Mesoebene stattfindenden Leistungseinschränkungen, so kommt man zu dem Schluss, dass sie nicht alle diese Kriterien erfüllen. Die Legitimität des G-BA wird, auch wenn laut Bundessozialgericht kein Mangel an demokratischer Legitimation des G-BA besteht (vgl. BSG Urteil Az: B 6 A 1/08/R), in der Literatur immer wieder angezweifelt. Festzustellen ist aber, dass die Kriterien der Transparenz und der Partizipation, die nach der Input-Perspektive des Input-Output-Modells die Legitimität von Verfahren begründen (vgl. Scharpf 1992), nicht vollständig erfüllt sind. So ist Transparenz insbesondere deshalb nicht vollständig gegeben, weil den Bürgern die Existenz des G-BA sowie seine Vorgehens- und Arbeitsweise (weitestgehend) unbekannt ist und die Abschlussberichte des G-BA auf Grund ihrer wissenschaftlichen Ausrichtung für die Bürger nicht unbedingt verständlich sind und zudem auf Grund der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt und dem Bundesanzeiger auch eher schwer zugänglich sind (vgl. Niebuhr et als. 2003, 24 f.). Das Kriterium der Partizipation ist deshalb nicht vollständig erfüllt, da in diesem Gremium nicht alle Betroffenen (insbesondere Drittbetroffene wie z. B. Apotheker, Arzneimittelhersteller, Heil- und Hilfsmittelerbringer) vertreten sind, obwohl die von diesem Gremium getroffenen Entscheidungen für sie bindend sind (vgl. Niebuhr et al. 2003, 25 f.). Allerdings sind die Patienten durch einen Patientenvertreter mit beratender Stimme im G-BA vertreten und werden somit (indirekt) an den Entscheidungen beteiligt. Auch das Kriterium der Begründung kann nur teilweise als erfüllt angesehen werden, da die Leistungsbegrenzungen zwar auf einer nachvollziehbaren, relevanten Begründung beruhen, diese Begründung allerdings auf Grund der Aufbereitung gerade für Laien nicht nachvollziehbar und den betroffenen Patienten und Versicherten auf Grund der Veröffentlichung in Fachpublikationen nicht leicht zugänglich sein dürfte. Die Möglichkeit zur Partizipation an Entscheidungen haben die Bürgern nicht, auch das Kriterium der Regulierung nicht erfüllt. Die Kriterien der Evidenzbasierung und der Konsistenz hingegen dürften als vollständig erfüllt angesehen werden, denn die Entscheidungen des G-BA berücksichtigen die verfügbare Evidenz hinsichtlich des gesundheitlichen Nutzens. Weil die Entscheidungen des G-BA als untergesetzliche Normen Bindungswirkung ent-

---

anerkannten Kriterien für eine gerechte Verteilung bzw. Rationierung dar.

falten, gelten sie für alle gleich. Widerspruchsmöglichkeiten für Patienten und Versicherte bestehen zwar nicht im Rahmen eines Widerspruchs gegenüber dem G-BA, allerdings können über die Sozialgerichtsbarkeit und das Bundesverfassungsgericht diese Möglichkeiten geltend gemacht werden.

Die auf der Mikroebene stattfindenden Leistungsausschlüsse erfüllen sogar regelmäßig keines der von Marckmann genannten Kriterien. Sie folgen vielmehr individuellen, nicht aber festen, im allgemeinen Konsens verabschiedeten und für alle gleichen Kriterien (direkt, implizit, verdeckt). Es kommt zu einer nicht nachvollziehbaren Ungleichbehandlung von Versicherten bzw. Patienten und zu einer regional unterschiedlichen Versorgung.

4. Vorschläge zur Umsetzung eines Priorisierungskonzepts in Deutschland

Die Ausführungen im Abschnitt 2 zeigen, dass es Anreize zur ineffizienten Versorgung bzw. Überversorgung mit Leistungen im deutschen Gesundheitssystem gibt. Die Ausführungen unter 3.4 machen deutlich, dass die Leistungsausschlüsse des G-BA ihr volles Potential zum Abbau einer Überversorgung nicht ausschöpfen und zudem nicht alle an eine gerechte Verteilung von Leistungen anzulegende Kriterien erfüllen. Staatliche Regulierungen könnten daher hier dafür sorgen (durch Setzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bzw. durch Anreize für die einzelnen Akteure), dass es zu einer effizienten und effektiven Ressourcenallokation kommt (Breyer/Zweifel/Kiffmann 2005, 550). Vorschläge für eben solche gesetzlichen Rahmenbedingungen und Anreize werden hier, unter Berücksichtigung der Priorisierungsverfahren in verschiedenen anderen Ländern (vgl. Tabelle A-3), abgeleitet. Tabelle A-4 im Anhang fasst die Anreizstrukturen der einzelnen Akteure und die hier entwickelten Vorschläge in einer Zusammenschau zusammen.

4. 1 Patienten/Versicherte

Wie bereits unter 2.1 geschildert kennen die Patienten den Preis der Leistungen bzw. die Höhe der Behandlungskosten auf Grund des Sachleistungsprinzips in der Regel nicht, denn sie erhalten keine Rechnung. Die Leistungserbringer rechnen ihre Leistungen mit den Krankenkassen ab. Dieses Auseinanderfallen von Leistungsinanspruchnahme und Kostenübernahme

kann dazu führen, dass volkswirtschaftliche Ressourcen nicht effizient[24] genutzt werden. Ein erster Schritt wäre daher die Schaffung von Kostentransparenz, die zur Schärfung des Kostenbewusstseins beitragen würde. Neben dem Sachleistungsprinzip führt auch der (fast) unbegrenzte Zugang zu medizinischen Leistungen dazu, dass der Preismechanismus außer Kraft gesetzt wird und die Patienten versicherungsmäßig keine Anreize zu einem krankheitsverhindernden oder gesundheitsfördernden Verhalten haben (Moral Hazard). Eine Selbstbeteiligung der Patienten mit einer echten Steuerungswirkung[25] würde diesen Effekt abschwächen.

Ein weiteres Problem verbindet sich mit den Leistungsausschlüssen auf der Meso- und der Mikroebene, von denen die Patienten bzw. Versicherten direkt betroffen sind. Die Leistungsausschlüsse genügen, wie oben gezeigt wurde, regelmäßig nicht den geforderten ökonomischen und ethischen Kriterien. Um dieses Problem einzuschränken und die Legitimität von Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen zu sichern, könnte daher die Öffentlichkeit über die Notwendigkeit von Priorisierungsbemühungen unterrichtet und eine breite öffentliche Diskussion zu den anzuwendenden Kriterien angestoßen werden. Aus den bestehenden Modellen der Bürgerbeteiligung (Verfahrensbeteiligung, Beratungsbeteiligung, Entscheidungsbeteiligung, Umfragebeteiligung[26]) erscheinen die Verfahrens- und die Umfragebeteiligung (gerade auch im Hinblick auf die Erfahrungen in anderen Länder und den Aufwand) als besonders geeignet. Eine solche Beteiligung könnte auch die Akzeptanz und den Rückhalt politischer Entscheidungen zur Leistungseinschränkung in der Öffentlichkeit erhöhen.

Repräsentative Umfragen (vgl. Allianz 2009) zeigen, dass 84,3 Prozent der Bevölkerung mit weiteren Einschränkungen in der medizinischen Versorgung rechnen. 31, 2 Prozent hatten sogar bereits das Gefühl, keine ausreichende medizinische Versorgung bzw. Behandlung erhalten zu haben. Allerdings lehnen die Befragten eine implizite und intransparente Rationierung ohne objektive Kriterien ab. Nur eine Minderheit von 25,4 Prozent befürwortet die bisherige Zuteilungspraxis auf der Mikroebene, die Mehrheit spricht sich hingegen dafür aus,

[24] Grundsätzlich erfolgt die Nutzung der Leistungen dann effizient, wenn sie bis zu dem Punkt erfolgt, an dem der Grenznutzen für die Konsumenten den Grenzkosten der Bereitstellung entspricht. Infolge der asymmetrischen Information beruht die Kenntnis der Konsumenten über Grenznutzen und Grenzkosten auf Aussagen der Anbieter. Wenn die Grenzerträge zu hoch eingeschätzt werden oder Leistungen in Anspruch genommen werden bei denen der Grenznutzen kleiner als die Grenzkosten sind, werden zu viele Ressourcen in medizinische Leistungen gelenkt, was zu Wohlfahrtsverlusten führt (vgl. Brümmerhoff 2007, 347).

[25] Augurzky et al. (2006) zeigen, dass sich die Wahrscheinlichkeit zum Arzt zu gehen für die gesetzlich Versicherten durch die Einführung der Praxisgebühr nicht verringert. Daher trägt sie nicht zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen bei. Die Autoren gehen davon aus, dass eine Gebühr, die zwar niedriger ist, dafür aber bei jedem Arztbesuch anfällt,eine größere Steuerungswirkung hat (ibid, 13).

[26] Für eine ausführliche Darstellung der Beteiligungsmodelle vgl. Francke/Hart 2001, 2. Teil.

dass ein Gremium auf Grundlage von transparenten und objektiven Kriterien festlegt, welche Behandlungen wichtig bzw. weniger wichtig sind. Als Priorisierungskriterien finden insbesondere die Dringlichkeit (86,4 Prozent) und die Kosten (63,7 Prozent) Zustimmung, das Kriterium Wartezeit immerhin noch leichte Zustimmung (55 Prozent). Das Kriterium des Alters wird hingegen abgelehnt (83,3 Prozent). Indifferent ist hingegen das Bild bei den Kriterien Eigenverantwortung und Wirksamkeit bzw. Erfolgsaussichten der Behandlung. Hier halten sich Zustimmung (48,7 Prozent bzw. 52,5 Prozent) und Ablehnung (47 Prozent bzw. 42,3 Prozent) nahezu die Waage.

Der öffentliche Diskurs unter Beteiligung der Bürger würde dazu führen, diesen Präferenzen Rechnung zu tragen und Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen auf die Makroebene zu verlagern und damit auf der Mikroebene zu vermindern. Dies würde entscheidend zu einer Entlastung der Leistungserbringer und Patienten führen. Denn die Ärzte beklagen insbesondere das Fehlen institutionalisierter Richtlinien, die Widersprüche zwischen institutionellen Vorgaben, Behandlungsauftrag und politischen Rahmenbedingungen, inkonsistente Verteilungskriterien und inkonsistente Wertpräferenzen (vgl. Kuhlmann 1998). Patienten hingegen beklagen die Verunsicherung, eine Zwei-Klassen-Medizin sowie die Versorgung mit billigeren (und aus ihrer Sicht weniger guten) Leistungen (vgl. MLP Gesundheitsreport 2009). Eine öffentlich geführte Debatte und die Beteiligung der Betroffenen könnte Möglicherweise zur Entschärfung dieser Konflikte beitragen.

4.2 Leistungserbringer

4.2.1 Niedergelassene Ärzte

Weil die Priorisierung und Rationierung auf der Mikroebene nicht anhand von festgelegten Kriterien und damit willkürlich erfolgt, werden die Ärzte und die Arzt-Patienten-Beziehungen belastet und es kommt zudem zu Ungleichbehandlungen. Wie eine repräsentative Umfrage zeigt (MLP Gesundheitsreport 2009), lehnt die Mehrheit der Ärzte lehnt einen Verzicht auf Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen ab (71 Prozent), nur 14 Prozent finden das richtig. Sie wünschen ausdrücklich eine öffentliche Diskussion zur Feststellung, wie viel die Gesellschaft für Gesundheit auszugeben bereit ist und zur Festlegung konsentierter Kriterien zur gerechten Ressourcenverteilung (vgl. Hoppe 2009). 69 Prozent der niedergelassenen Ärzte

haben von dem Vorschlag zur Einführung einer Prioritätenliste für ärztliche Leistungen gehört. 44 Prozent, begrüßen diese, 16 Prozent halten sie für überflüssig und 9 Prozent sehen sich nicht in der Lage, ein Urteil zu fällen (MLP Gesundheitsreport 2009).

Die Entwicklung und Implementierung von Leitlinien nach schwedischem Vorbild, die in einer Priorisierung aller wichtigen präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen münden, wäre dazu geeignet, die Verantwortlichen auf der Mikroebene in ihren Verteilungsentscheidungen zu unterstützen und somit eine effektive, und im Sinne der oben genannten Kriterien, gerechte und transparente Priorisierung von Gesundheitsleistungen zu ermöglichen (vgl. Carlsson 2009, 94).

Die schwedischen nationalen Priorisierungsleitlinien zu bestimmten Krankheitsbildern (z.B. Herzkrankheiten, Venenthrombosen, Asthma, Brust-, Kolon- und Prostatakarzinom) wurden vom nationalen Zentralamt für Gesundheit und Sozialwesen und der schwedischen Ärztegesellschaft entwickelt und veröffentlicht. Diese Priorisierungsleitlinien umfassen Problem-Leistungs-Kopplungen, die in eine Rangordnung von eins (höchste Priorität) bis zehn (niedrigste Priorität) gebracht werden. Diese Rangordnung wird anhand der Kriterien Schwere und Gefährlichkeit des Krankheitszustandes, Nutzen- und Schadenspotenziale der Intervention, ökonomische Effizienz sowie Qualität der Evidenzlage zu den vorgenannten Bereichen festgelegt. Leistungen mit Bewertungen von 1-3 sollen auf jeden Fall durchgeführt werden[27], Leistungen mit Bewertungen von 4-6 sollten durchgeführt werden[28], und Leistungen mit Bewertungen von 7-10 können durchgeführt werden[29]. Zusätzlich zu den zehn Rangplätzen bestehen auch die Kategorien „Forschung und Entwicklung“ (Maßnahmen in der Erprobungsphase) und „Nichts Tun“[30] (Leistungen, die von der Versorgung ausgeschlossen sein sollten) (vgl. Meyer/Raspe 2009). Allerdings findet die Priorisierung nur innerhalb des jeweiligen Krankheitsbildes statt, nicht übergreifend über alle Krankheitsbilder.

[27] Als Beispiele in der Kardiologie wird die akute Angiografie bei einem ST-Streckenhebungsinfarkt mit der Stufe 1 angegeben, die Behandlung mit Fondsaparinux bei einem akuten Koronarsyndrom mit Stufe 2 und die perkutane Koronarintervention bei einer stabilen Angina pectoris mit der Stufe 3 angegeben (vgl. Carlsson 2009, S. 96)

[28] Als Beispiele in der Kardiologie wird körperliches Training innerhalb der kardiologischen Rehabilitation bei einer stabilen Angina pectoris mit der Stufe 4 angegeben und die chirurgische Myektomie bei einer hypertroph obstruktiven Kardiomyopathie mit der Stufe 5 (vgl. Carlsson 2009, 96).

[29] Als Beispiele in der Kardiologie wird die Elektrokardioversion ohne vorhergehende Antikoagulation bei symptomatischem Vorhofflimmern von länger als 48 Stunden mit der Stufe 8 und drug eluting stents bei koronaren Herzerkrankungen mit er Stufe 10 angegeben (vgl. Carlsson 2009, S. 96).

[30] Als Beispiel für den Bereich Kardiologie irr die CT-Koronarangiografie oder eine Behandlung mit ASS bei symptomfreien bzw. Herz- bzw. Gefäßgesunden Patienten als nicht durchzuführen eingestuft (vgl. Carlsson

Auch in Deutschland existieren bereits zahlreiche von Fachgesellschaften und Ärzteverbänden erstellte Versorgungsleitlinien[31]. Zudem existieren im Rahmen von Diesease Management Programmen (DMP), die durch das Bundesversicherungsamt (BVA) zugelassen werden, evidenzbasierte Behandlungsleitlinien, die für die in den Programmen eingeschriebenen Ärzte und Patienten Bindungswirkung entfalten (vgl. §§ 137 f und g SGB V). Diese Leitlinien werden vom G-BA veröffentlicht und in der Regel vom IQWiG erstellt und überprüft. Im Unterschied zu den schwedischen Leitlinien finden hier allerdings keine ethischen und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkte Berücksichtigung, die verschiedenen Interventionen werden nicht gegeneinander gestellt, bewertet und in eine Rangfolge gebracht und nichtärztliche Berufsgruppen und Patientenorganisationen werden nicht bei der Erstellung miteinbezogen (vgl. Carlsson 2009, 95).

Für Deutschland könnten entsprechende Priorisierungsleitlinien erstellt werden. Diese wären von einer multidisziplinären Expertenkommission unter Berücksichtigung ethischer und gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte zu erarbeiten. Dabei wäre wie unter 4.1 beschrieben, unter Beteiligung einer breiten Öffentlichkeit zuvor erarbeitete Priorisierungskriterien zu berücksichtigen. Dies würde dazu führen, dass die Erbringung weniger wirksamer und unwirtschaftlicher Leistungen unterbliebe. Zudem könnten sie dazu beitragen, das in Deutschland sehr unterschiedliche Versorgungsgeschehen bundesweit anzugleichen. Dabei sollte die Priorisierung nicht nur innerhalb eines Krankheitsbildes, sondern ebenfalls übergreifend über alle Diagnosen durchgeführt werden (vergleichbar dem Verfahren in Oregon/USA – vgl. Tabelle A-3 im Anhang).

Nach Erstellung der Priorisierungsleitlinien muss ihre Umsetzung und Kontrolle gewährleistet werden. Dies kann auf verschiedenen Wegen erfolgen:
Zunächst liegt es nahe gesetzlich bzw. untergesetzlich festzulegen, welche der Prioritäten nicht mehr von den Krankenkassen erstattet werden. Neben der Kategorie „Nicht durchführen“, die sich für einen Ausschluss zwingend anbietet, könnten das ebenfalls die Kategorien

---

2009, S. 96).

[31] Z. B. das Programm Nationale VersorgungsLeitlinien (NVL) der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Es umfasst zur Zeit Leitlinien zu Asthma, Typ-2 Diabetes sowie zu koronaren Herzkrankheiten. Die Publikation umfasst ein Leitlinie-Set bestehend aus Langfassung, Kitteltaschen-Version, Hinweise für das Klinik-/Praxispersonal, Patientenversion und Leitlinienreport. Bei den NVL handelt es sich explizit nicht um Richtlinien mit Bindungswirkung sondern um Empfehlungen bei der individuellen Patientenversorgung. Die Entscheidung, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, wird vom Arzt alleine getroffen. Die Behandlungsleitlinien dienen also der Optimierung der Versorgungsqualität. Die Bedeutung der Wirtschaftlichkeit bei der Leistungserbringung spielt prinzipiell keine Rolle, wird aber anerkannt.

7- 10 sein. Für die Kategorien 4 bis 6 wäre ein Erlaubnisvorbehalt denkbar. In diesem Fall wäre eine begründete Darlegung des Arztes, warum diese Behandlung für den jeweiligen Patienten unbedingt erforderlich ist notwendig.
Die Umsetzung und Kontrolle könnte aber auch vermittels externer Anreize (nicht-materiell oder materiell) erfolgen. Beispiel für einen unmittelbaren finanziellen externen Anreiz wäre die qualitätsbezogene Vergütung (pay-for-performance), für einen immateriellen Anreiz die Veröffentlichung von Qualitätsdaten z. B. im Ärzteblatt oder in öffentlichen Registern (public disclosure).
Beide Konzepte diskutiert der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ aus dem Jahr 2007 (Ziff. 127 bis 132). In Schweden erfolgt die Umsetzung und Kontrolle der Richtlinien, die im übrigen keine rechtliche Bindungswirkung haben, durch die Veröffentlichung im schwedischen Ärzteblatt und der Veröffentlichung in einschlägigen Registern (z.B. dem schwedischen Herzinfarktregister „RIKS-HIA“), wobei gerade die Veröffentlichung in den jeweiligen Registern eine lange Tradition in Schweden hat und in der Lage ist, eine große öffentliche Resonanz und in dieser Folge auch einen großen politischen Druck zu erzeugen (vgl. Carlsson 2009, 97).

4.2.2 Krankenhäuser

Wie oben ausgeführt unterliegen stationäre Leistungen dem Verbotsvorbehalt, das heißt, sie können so lange zu Lasten der GKV erbracht werden, bis der G-BA die Leistungen per Beschluss aus der stationären Versorgung ausschließt. Damit bleibt die Zuständigkeit des G-BA weitgehend auf die vertragsärztliche Versorgung beschränkt, was dazu führen kann, dass eine Leistung im ambulanten Bereich ausgeschlossen ist, während sie im stationären Bereich weiterhin erbracht werden kann. Dies begünstigt die Einführung neuer Methoden und Verfahren (z.B. teure Medizintechnik und innovative, kostenaufwendige Arzneimitteltherapien) über das Krankenhaus in die medizinische Versorgung. Auf Grund von zuerst günstigen Konditionen für Medizintechnik, Forschungsförderung und dem günstigen Bezug von Arzneimitteln über die Krankenhausapotheken ist die eventuelle Kostenintensität eines neuen Verfahrens u. U. zunächst nicht sichtbar. Darüber hinaus führt es dazu, dass Methoden Anwendung finden, die noch nicht ausreichend erforscht wurden und für die noch keine ausreichende Evidenz hoher Evidenzstufen vorliegt. Dies könnte aus Sicht der Patientensicherheit als bedenklich bewertet

werden. Zudem besteht die Gefahr, dass sich die Patienten an den GKV-finanzierten Zugang zu diesen Leistungen gewöhnen und deren eventuell späteren Ausschluss (z. B. bei Nachweis eines geringen Nutzens oder eines niedrigen Kosten-Nutzen-Verhältnisses) als ungerechtfertigte Maßnahme begreifen – und das, obwohl durch den Ausschluss die Versichertengemeinschaft und die Patienten vor Leistungen „bewahrt" werden, deren Nutzen noch nicht (ausreichend) belegt ist (vgl. Niebuhr et al. 2003, 29). Auch werden die eigentlich gewollte Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen (und damit auch in gewisser Weise ein fachliche und politische Priorisierung) im stationären Sektor auf Grund des Verbotsvorbehalts nicht durchgeführt, sondern bleiben auf den ambulanten Sektor (Erlaubnisvorbehalt) begrenzt. .

Um die Verzerrung zwischen dem ambulant und dem stationären Sektor zu beenden, könnte der Verbotsvorbehalt im stationären Bereich durch einen Erlaubnisvorbehalt (wie im ambulanten Bereich) zu ersetzen[32]. Jedoch müssten neuartige Leistungen im stationären Bereich weiterhin im Rahmen klinischer Studien zu Lasten der GKV erbracht werden dürfen, um die Einführung von Innovationen und deren Prüfung nicht zu behindern. Für die Patienten würde transparent, dass es sich um innovative Verfahren mit noch niedriger Evidenz handelt und zudem würden die Anreize für die Hersteller erhöht, die Wirksamkeit ihrer Leistungen zügig und umfassend nachzuweisen. Die Versichertengemeinschaft würde entlastet, da ungeprüfte Maßnahmen nicht mehr im großen Rahmen zu Lasten der GKV erbracht werden dürften. Die Datenbasis und damit die Entscheidungsbasis für den G-BA sowie die Patientensicherheit würden also entscheidend erhöht. Auch dürften ggf. folgende Ausschlüsse des G-BA auf eine höhere Akzeptanz der Patienten und auch der Politik stoßen, erstens durch die erhöhe Transparenz und zweitens durch die Tatsache, dass die Erstattung ja nur im Rahmen von Studien erfolgt ist und damit das Gefühl durch den Ausschluss etwas „weggenommen zu bekommen" gemildert wird bzw. gar nicht erst aufkommt. Zudem wären auch Leistungen im stationären Bereich mit Leitlinien gemäß 4.2.1 zu hinterlegen.

[32] Einen ersten Schritt in diese Richtung geht die geplante 4. Medizinproduktegesetz-Novelle. Mit diesem Gesetzentwurf werden europarechtliche Vorgaben der European Medical Devices Directive umgesetzt. Vorgesehen ist hier eine zusätzliche (klinische) Prüfung von Medizinprodukten und -geräten, in der zusätzlich zur Sicherheit (CE-Kennzeichnung) auch der Nutzen nachgewiesen werden muss.

4.2.3 Arzneimittel

Wie im Abschnitt 3.2.2 geschildert, werden Arzneimittel bei der Zulassung anhand klinischer und pharmakologisch-toxikologischer Studien lediglich auf Wirksamkeit (im Vergleich zu einem Placebo), angemessene pharmazeutische Qualität und Unbedenklichkeit geprüft. Anschließend sind sie prinzipiell zu Lasten der GKV verordnungsfähig[33]. Diese Praxis ruft ähnliche Probleme wie der Verbotsvorbehalt bei den stationären Leistungen hervor (Anwendung von Leistungen, für die noch keine ausreichende Evidenz vorliegt und die Erschwerung der gewollten Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung).

Darüber hinaus sind für eine Nutzenbewertung durch das IQWiG evidenzbasierte Studien einer gewissen Qualität (hohe Evidenzstufen, vgl. Abschnitt 3.2.2) notwendig, die zum Zulassungszeitpunkt oftmals noch nicht vorliegen. Zudem fehlt zur Bestimmung des therapeutischen Nutzens vergleichbares und ausreichendes Wissen in Form von (Langzeit-) Studien zur Nutzen-Risiko-Abschätzung gegenüber anderen und vergleichbaren Arzneimitteln (vgl. Hart 2001). Die bloße „Sicherheitsbewertung“ der Zulassungsbehörde liefert keinerlei Aussagen über die vergleichende Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen und über das Kosten-Nutzen-Verhältnis (ibid). Auch die Qualität der Studien bzw. der Datenlage ist auf Grund einer möglichen selektiven Publikation von Studien nicht immer ausreichend. Dieser so genannte „publication bias“ ist nicht unbedeutend: Nach Angaben von Rising/Bacchetti/Bero (2008, 1567 f.) waren fast ein Viertel aller klinischen Studien, die Arzneimittelhersteller zur Zulassung neuer Medikamente bei der amerikanischen Zulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration) anmeldeten, auch fünf Jahre später noch nicht publiziert. Zudem wiesen die publizierten Studien 4,7 mal häufiger positive Ergebnisse auf als die nicht publizierten Studien. Darüber hinaus gab es bei den Angaben der publizierten Studien Abweichungen von den Angaben in den FDA-Unterlagen. Dies führt dazu, dass sich in Meta-Analysen, die ja gerade zur Nutzenbewertung herangezogen werden, ein verzerrter Eindruck über den Nutzen eines Medikaments ergibt, was zu einem nicht gerechtfertigten Einsatz des Arzneimittels und zu ungerechtfertigten Ausgaben der Krankenversicherung führen kann. Auch wenn Rising/Bacchetti/Bero nur bei der FDA eingereichte Unterlagen untersuchen, dürfte dieses Problem auch in Deutschland besteht. Darauf weist die Aussage des IQWiG, es habe nur bei rund

[33] Unwirtschaftliche Arzneimittel nach § 34 Abs. 3 SGB V sind prinzipiell von der Versorgung ausgeschlossen. Sie werden auf einer sog. Negativliste geführt wenn sie die folgenden Kriterien erfüllen: Arzneimittel enthält keine für das Therapieziel erforderlichen Bestandteile, für das Arzneimittel kann wegen der Vielzahl der enthaltenen Wirkstoffe die Wirksamkeit nicht mit ausreichender Sicherheit nachgewiesen werden, für das Arzneimittel konnte der therapeutische Nutzen nicht nachgewiesen werden.

60 Prozent seiner Anfragen zu unveröffentlichten Studien die von ihm im Rahmen seiner Nutzenbewertungen gestellt werden, vollständige Unterlagen von den Arzneimittelherstellern erhalten (vgl. G+G 2009, 48). Aufgrund des Datenschutzes gibt die deutsche Zulassungsbehörde die bei ihr von den Herstellern zur Zulassung eingereichten Studien nicht an das IQWiG weiter. Hier liegt ein wesentlicher Konstruktionsmangel: da die Erstattungsfähigkeit zu Lasten der GKV nicht von der Datenlage und Veröffentlichung der Studien abhängt und die Veröffentlichung negativer Ergebnisse sogar zum Ausschluss eines Medikaments aus dem Leistungskatalog führen könnte, haben die Arzneimittelhersteller auch keine Anreize, belastbare Studien (hohe Evidenzstufen) durchzuführen und zu veröffentlichen.

Eine Lösung dieser Probleme könnte ähnlich wie in Abschnitt 4.2.2 für stationäre Leistungen aussehen: Arzneimittel werden nach Zulassung nicht sofort zu Lasten der GKV erstattungsfähig, sondern zunächst nur auf Probe bzw. im Rahmen von Studien. Erst wenn der Nachweis für den Nutzen und die Wirtschaftlichkeit erbracht wurde, würde das Arzneimittel voll erstattungsfähig. Dadurch würde die Einführung von Innovationen nicht behindert, aber für die Patienten transparent, dass es sich um ein neuartiges Medikament mit noch niedriger Evidenz handelt und zudem würden die Anreize für die Hersteller erhöht, den Nutzen des Arzneimittels (ggf. auch im Vergleich zum aktuell bestehenden „Gold Standard“[34]) zügig und umfassend nachzuweisen. Als Folge würde die Versichertengemeinschaft entlastet, da nicht mehr alle neuen Arzneimittel sofort zu Lasten der GKV erbracht werden dürften, die Datenbasis sowie die Patientensicherheit würden entscheidend verbessert und die Akzeptanz für Ausschlüsse von der Versorgung dürfte ebenfalls steigen.

Eine weitere Verbesserung würde die Schaffung eines Registers, in dem die Arzneimittelhersteller alle für die Zulassung relevanten Studien vorab registrieren. Wenn die Ergebnisse auch allgemein zugänglich veröffentlichen werden müssen, käme es auch zu einer Beseitigung des „publication bias“ (vgl. Rising/Bacchetti/Bero 2008, 1568). Dieses Verfahren[35] ist seit September 2008 für Arzneimittelhersteller in den USA gesetzlich vorgeschrieben (vgl. Food an Drug Administration Amandments Act of 2007, Abschnitt VIII). Die Nichtbefolgung wird mit

[34] In Frankreich führt eine Bewertungskommission (Commission de la Transparence (CT)) die therapeutische Bewertung eines Arzneimittels durch. Sie bewertetet sowohl den Grad des medizinischen Nutzens als auch den Grad der Verbesserung des therapeutischen Nutzens gegenüber existierenden Therapien (in der Regel der Behandlungsstandard/Goldstandard in der jeweiligen Indikation auf der Grundlage der von den Herstellern eingereichten Studien und Daten) (vgl. Sauer/Bartram 2008, S. 476). Von der Bewertung hängt die Erstattung (Höhe) des Medikaments ab (vgl. ibid., 479). Daher haben die Hersteller bereits in einem frühen Stadium der Produktentwicklung den Anreiz, das Design von klinischen Studien am Goldstandard auszurichten und vor allem dies Ergebnisse/Daten rasch zu veröffentlichen.

[35] Die Datenbank ist unter http://www.clinicaltrials.gov (Zugriff am 15. Oktober 2009) abrufbar.

einer Geldstrafe von bis zu 10.000 $ pro Tag geahndet. Eine wie oben vorgeschlagene Datenbank besteht bereits seit 2004 auch in Europa (EudraCT[36]), allerdings gibt es keinen öffentlichen Zugriff auf diese Datenbank. Der Zugriff ist entsprechend der Richtlinie 2001/20/EU (vgl. Art. 13) nur den Zulassungsbehörden der Mitgliedsländer erlaubt, was das Problem des „publication bias“ allerdings nicht löst. Wie eine solche Datenbank auszugestalten ist und welche Anforderungen erfüllt werden sollten beschreiben Rising/Bacchetti/Bero (2009).

5. Zusammenfassung

Internationale Vergleiche der öffentlichen Gesundheitsausgaben und der gesundheitlichen Wirkungsziele (Outcomes) geben Hinweise auf Ineffizienzen bzw. auf eine bestehende Überversorgung im deutschen Gesundheitssystem. Im Interesse einer wirtschaftlichen Versorgung wären diese abzubauen. Eine Priorisierung, also eine relevante Gewichtung konkurrierender Mittelverwendung, wäre dazu geeignet die Effektivität der Gesundheitsversorgung durch die Feststellung der Nachrangigkeit und den Ausschluss von medizinischen Leistungen, zu erhöhen, die keinen Nutzen stiften bzw. von denen keine Effekte auf die gesundheitlichen Wirkungsziele ausgehen. Trotz zahlreicher Anstöße aus Wissenschaft und der Ärzteschaft wurde die Priorisierungsdebatte jedoch bis heute noch nicht von der Politik aufgenommen. Gerade die Festlegung von Priorisierungskriterien auf der Makroebene durch einen öffentlichen Diskurs könnte dazu beitragen, zu mehr Transparenz im Leistungsgeschehen und zur Beseitigung intransparenter Leistungszuteilungen auf der Mikroebene (und damit Ungleichbehandlung) beitragen.

Unter Berücksichtigung der Anreizstrukturen im Gesundheitssystem, der Erfahrungen im Ausland sowie ethischer Kriterien für eine gerechte Mittelverteilung wurde die folgenden Vorschläge zur Umsetzung eines Priorisierungskonzepts für Deutschland abgeleitet:

- Zur Realisierung der Einsparpotentiale müssten zunächst alle Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung umgesetzt werden. Das kann durch die Intensivierung des Preiswettbewerbs im Krankenhaus, die Leistungsorientierung der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser, die Stärkung des Vertragswettbewerbs in der Gesundheitsversorgung,

[36] Diese Datenbank ist entsprechend der Richtlinie 2001/20/EG eingerichtet worden. Weitere Informationen zu EudraCT finden sich unter https://eudract.emea.europa.eu/index.html (Zugriff am 15. Oktober 2009). Die Richtlinie kann unter http://eur-le.europa.eu/LexUriServ.do?uri=CELEX:32001L0020:DE:NOT (Zugriff am 15. Oktober 2009) eingesehen werden.

und die Erweiterung des Vertragswettbewerbs in der Arzneimittelversorgung erfolgen (vgl. Rürup et al. 2009).

- Alle versicherungsfremden Leistungen, sowohl auf der Einnahmen- (ermäßigte Beiträge für Wehr- und Zivildienstleistende, Studenten und Praktikanten, Arbeitslosengeld-II-Empfänger etc.) als auch auf der Ausgabeseite (z. B. Aufwendungen für die hauswirtschaftliche Versorgung und Haushaltshilfen) könnten aus dem gesetzlichen Leistungskatalog ausgegliedert werden (vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1997), Beske (2001), Zollner (2000) und Wille (2001)). Solche Fremdleistungen gehören nicht zum beitragsfinanzierten Aufgabenbereich einer gesetzlichen Krankenversicherung und müssten daher anderweitig finanziert werden. Hierbei gilt es aber zu beachten, dass diese Maßnahme nur zu einer Ausgabenverlagerung, nicht aber zu einer Reduktion der Gesamtausgaben führt.

- Zur Schärfung des Problembewusstsein über die Begrenztheit der Ressourcen in der GKV und zur Gewinnung von politischem Rückhalt in der Bevölkerung könnte eine breite Diskussion über die notwendige Schwerpunktsetzung in der medizinischen Versorgung beitragen. In dieser Diskussion wäre dann unter Einbeziehung der Öffentlichkeit (Verfahrensbeteiligung, Umfragebeteiligung) zu klären, welche Leistungen als vorrangig und welche als nachrangig eingestuft werden und welche Kriterien dabei anzuwenden sind.

- Alle Leistungen (neue und bereits von den Krankenkassen erstattete Leistungen) sollten in einem vergleichenden Verfahren laufend auf ihren Nutzen hin überprüft werden. Leistungen, für die kein (Zusatz-)Nutzen nachweisbar ist, wären aus dem Leistungskatalog zu streichen bzw. nicht in den Leistungskatalog aufzunehmen. Leistungen, deren Nutzen noch nicht ausreichend nachgewiesen ist, sollten ausschließlich im Rahmen von klinischen Studien erbracht werden dürfen. Damit wird zusätzlich der Anreiz erhöht, entsprechende Studien durchzuführen und vorzulegen und zugleich die Datenlage für Entscheidungen des G-BA entscheidend verbessert. Darüber hinaus wird so ein größtmöglicher Patientenschutz garantiert und das Gefühl der Patienten könnte entfallen, bei Ausschluss einer Leistung durch den G-BA „etwas weggenommen zu bekommen“. Dies erhöht – auch für die Politik – die Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA. Um diese Aufgabe zu bewältigen wären ggf. die Ressourcen des G-BA aufzu-

stocken oder dessen Aufgaben auf mehrere kooperierende Einheiten (Arzneimittel-Bewertungsausschuss, Medizingeräte-Bewertungsausschuss etc.) aufzuteilen.

- Nach erfolgter (positiver) Nutzenbewertung wären die Leistungen zudem durchgängig auf Wirtschaftlichkeit anhand von Kosten-Nutzen-Analysen zu überprüfen. Dies erfordert ein breit anerkanntes Verfahren, das internationalen Standards und dem neuesten Stand der Wissenschaft genügt. Nur Leistungen, die einen Nutzen aufweisen und zudem wirtschaftlich sind, dürften in den Leistungskatalog aufgenommen werden bzw. im Katalog verbleiben, wobei der Vergleich sowohl horizontal als auch vertikal erfolgen sollte. Damit würde dieses Verfahren dem Vorgehen bei der Priorisierung in Oregon/USA ähneln.

- Die Art der Versorgung bei der jeweiligen Diagnose/Erkrankung wäre auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse verbindlich festzulegen (Hinterlegung der in den Leistungskatalog aufgenommenen Diagnose-Behandlungs-Paare mit verbindlichen evidenzbasierten Leitlinien)[37]. Dadurch könnte Erbringung medizinisch nicht notwendiger Leistungen (z.B. überflüssige Untersuchungen, unnötige Verordnungen, nicht sachgerechte Behandlungen) gemindert werden und eine Angleichung der regionalen Versorgung die zur Zeit noch sehr stark nach Bundesland variiert, erfolgen.

Zur Umsetzung eines Priorisierungs- bzw. Rationierungsvorhabens können die bereits bestehenden Strukturen wie z. B. der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) genutzt und weiterentwickelt werden. Im Rahmen der Festlegung von Kriterien auf der Makroebene und der damit verbundenen Beteiligung der Bürger können diese Strukturen durch eine Regierungs- bzw. Expertenkommission mit multiprofessioneller Besetzung ergänzt werden. Mit der Umsetzung der oben genannten Maßnahmen müsste zudem umgehend begonnen werden, da – wie die Erfahrungen u.a. in Skandinavien und Oregon/USA zeigen – ihre Umsetzung einige Jahre in Anspruch nehmen kann und sie erst mittel- bis langfristig Wirkung zeigen.

[37] Schon aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts können die vergleichende Nutzenbewertung wie auch die Hinterlegung mit evidenzbasierten Leitlinien nicht vollständig und umfassend erfolgen. Ziel muss es aber sein, die oben genannten Schritte auf möglichst viele Diagnosen bzw. Erkrankungen anzuwenden.

7. Literatur

ABDA (2009): Die Apotheke. Zahlen, Daten, Fakten 2008. Hannover.

Afonso, A./ St. Aubyn, M. (2006): Relative Efficiency of Health Provision: a DEA Approach with Non-discretionary Inputs. Working Papers 2006/33, Department of Economics, Institute for Economics and Business Administration (ISEG), Technical University of Lisbon.

Allianz (2009): Priorisierung im Gesundheitswesen. München.

Althammer, J./ Nass, E. (2005): Gesundheitspolitik zwischen Ressourcenknappheit und sozialethischem Anspruch. In: Eurich, J./ Brink, A./ Hädrich, J./ Langer, A./ Schröder, P. (Hrsg.): Soziale Institutionen zwischen Markt und Moral. Führungs- und Handlungskontexte. Wiesbaden: VS. S. 89 – 104.

Andersen, H. H./ Schwarze, J. (1997): Angebotsindizierte Nachfrage bei zunehmendem Wettbewerb? Eine empirische Analyse der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen. Diskussionsbeitrag 97 -5. Berliner Zentrum für Public Health.

Augurzky, B./ Bauer, Th. K./ Schaffner, S. (2006): Copayments in the German Health System – Do they work?. RWI: Discussion Papers No. 43. Essen.

Augurzky, B./ Tauchmann, H./ Werbelow, A./ Felder, S. (2009): Effizienzreserven im Gesundheitswesen. RWI Materialien Heft 49. Essen.

Beske, F. (2001): Neubestimmung und Finanzierung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung: Kieler Konzept. Berlin.

BMBF-Forschungsverbund „Allokation“ (2009): Kostensensible Leitlinien als ein Instrument einer expliziten Allokation knapper Gesundheitsressourcen. Vorgestellt auf dem Abschluss-Symposium des BMBF-Forschungsverbunds „Allokation“ am 30. Oktober 2009 in Berlin.

Braun, T. (2009): Referent im Rücken. Financial Times Deutschland vom 30. September 2009, S. 16.

Breyer, F./ Zwifel, P./ Kifmann, M. (2005): Gesundheitsökonomie. Heidelberg, Berlin: Springer.

Brümmerhoff, D. (2007): Finanzwissenschaft. 9. Auflage. München, Wien: Oldenbourg Verlag.

Bundesversicherungsamt (2009): Bericht des Schätzerkreises zur Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2009 und 2010. http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_160/nn_1440978/DE/Risikostrukturausgleich/Schaetzerkreis/Bericht_Schaetzerkreis,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht_Schaetzerkreis.pdf (13. Oktober 2009).

Carlsson, J. (2009): Praxis der Priorisierung am Beispiel der Versorgungsleitlinie Kardiologie in Schweden. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ), 103 (2009), S. 92-98.

Cassel, D./ Ebsen, I./ Greß, S./ Jacobs, K./ Schulze, S./ Wasem, J. (Hrsg.) (2008): Vertragswettbewerb in der GKV. Möglichkeiten und Grenzen vor und nach der Gesundheitsreform der Großen Koalition. Bonn.

Cassel, D./ Wille, E./Ulrich, V. (2008): Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und des Arzneimittelmarktes. Gutachten für den Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.

Cassel, D. / Wilke, T. (2001): Das Saysche Gesetz im Gesundheitswesen: Schafft sich das ärztliche Leistungsangebot seine eigene Nachfrage? Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 9 (4), S. 331-348.

Castilla, E. J. (2004): Organizing Health Care. A ComparativeAnalysis of National Institutions and Inequality over Time. International Sociology, S. 403 – 435.

Coca, V./ Nink, K./ Schröder, H. (2009): Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarktes 2008. In: Schwabe, U./ Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2009. Heidelberg: Springer. S. 143 – 200.

Easterlin, R. A. (2000): The Worldwide Standard of Living Since 1800. Journal of Economic Perspectives 14. S. 7-26.

Enquete Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin (2005): Bericht. BT-Drs. 15/5980 vom 6. September 2005.

Francke, R./ Hart, D. (2001): Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Baden: Nomos.

Friscke, F.-U./ Schöffski, O. (2008): Die pharmazeutische Industrie und der Arzneimittelmarkt. In: Schöffski, O./Friscke, F.-H./ Guminski, U. (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 23-45.

Gagnon, M.-A./ Lexchin, J. (2008): The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States. PLoS Med 5(1): e1.dol:10.1371/Journal.pmed.0050001.

G-BA (2009): Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Siegburg.

Hart, D. (2001): Health echnology Assessment (HTA) und gesundheitsrechtliche Regulierung. Medizirecht 19 (2001), S. 1-8.

Hartmannbund (2001): Pressemitteilung 01/01 vom 8.01.2001

Hoppe, J. D. (2009): Verteilungsgerechtigkeit durch Priorisierung – Patientenwohl in Zeiten der Mangelverwaltung. http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.6499.7209 (Stand: 15. Oktober 2009).

Huster, S. (2008): Hier finden wir zwar nichts, aber wir sehen wenisgtens etwas. Zum verhältnis von Gesdunheitsversorgung und Public Health. Medizinethische Materialien. Heft 187. Zentrum für Medizinische Ethik Bochum.

Jacobs, K./ Klauber, J./ Leinert, J. (2006): Fairer Wettbewerb oder Risikoselektion? Analysen zur gesetzlichen und privaten Krankenversicherung. Bonn.

Kopetsch, Th. (2001): Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden: Nomos.

Kopetsch, Th. (2006): Gilt Roemer's Law auch in Deutschland? Eine empirische Untersuchung zur Überprüfung der These der Angebotsinduzierung im stationären Sektor des deutschen Gesundheitswesens. Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 226/6 (2006). S. 646 – 669.

Kopetsch, Th. (2007): Artztdichte und Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in Deutschland: Eine empirische Untersuchung der These der angebotsinduzierten Nachfrage nach ambulanten Arztleistungen. Schmollers Jahrbuch 127 (2007). S. 373 – 405.

Kuhlmann, E. (1998): Zwischen zwei Mahlsteinen. Ergebnisse einer empirischen Studie zur Verteilung knapper medizinischer Ressourcen ausgewählten klinischen Settings. In: Feuerstein, G./Kuhlmann, E. (Hrsg.): Rationierung im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Ullstein Medical. S. 146 – 161.

Lungen, M./ Stollenwerk, B./ Messner, Ph./ Lauetrbach, K. W./ Gerber, A. (2008): Waitimg times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. International Journal for Equity in Health. 7:1 doi:10.1186/147-9276-7-1.

Marckmann, G. (2006): Verteilungsgerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung. In: Schulz, S. et al. (Hrsg.): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt am Main: Suhrkamp. S. 183-208.

Meyer, T. /Raspe , H. (2009): Das schwedische Modell der Priorisierung medizinischer Leistungen: theoretische Rekonstruktion, europäischer Vergleich und Prüfung seiner Übertragbarkeit. In: Wohlgemut, W. A./ Freitag, M. H. (Hrsg.): Priorisierung in der Medizin – Interdisziplinäre Forschungsansätze. Berlin: MWV. S. 89- 118.

MLP (2009): MLP Gesundheitsreport 2009. Repräsentative Umfrage in Kooperation mit dem Institut für Demoskopie Allensbach und mit Unterstützung der Bundesärztekammer. Wiesloch.

Niebuhr, D./ Greß, S./ Rothgang, H./ Wasem, J. (2003): Verfahren und Kriterien zur Konkretisierung des Leistungskatalogs in der Gesetzlichen Krankenversicherung. ZeS-Arbeitspapier Nr. 5/2003. Bremen.

Niehaus, F. (2008): Prognose des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung. Köln.

O. A. (2006): Resolution des Außerordentlichen Deutschen Ärztetags 2006. Deutsches Ärzteblatt 103(43). S. 2829 – 2832.

O. A. (2008): Gesundheitspolitische Leitsätze der Ärzteschaft (Ulmer Papier). Deutsches Ärzteblatt 105(22), S. 1161-1163 und http://www.bundesärztekammer.de/downloads/UlmerPapierDAET111.pdf (Stand: 15. Oktober 2009).

OECD (2009): OECD Health Data 2009 – comparing health statistics across OECD countries.

Oregon Health Services Commission (2009): Prioritization of health services. A report to the Governor and the 75th Oregon Legislative Assembly. http://www.oregon.gov/OHPPR/HSC/docs/09HSCBiennialReport.pdf (15. Oktober 2009).

Perlitz, U. (2008): Apotheke der Zukunft. Deutsche Bank Research. Aktuelle Themen 437. www.db.com/mittelstand/downloads/ResearchStudie_Apothekenketten_221008.pdf (10. Oktober 2009).

Peto, R./ Withlock, G. (2009): Body-Mass Index and Cause-Specific Mortality in 900 000 Adults: Collaborative Analysis of 57 Prospective Studies. The Lancet 373. S. 1083 – 1096.

Pohlmeier, W./ Ulrich, V. (1995): An Econometric Model of the Two-Part Decision-making Process in the Demand for Health Care. Journal of Human Resources 30. S. 339 – 361.

Psychonomics (2008): Mitgliederbindung und -gewinnung in der GKV: Welche Wellen schlagen Gesundheitsfonds, Zusatzbeitrag und Prämienzahlungen? Berlin.

Richtlinie 2001/20/EG des Europäischen Parlaments und de Rates vom 4. April 2001 zur Angleichung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten über die Anwendung der guten klinischen Praxis bei der Durchführung von klinischen Prüfungen mit Humanarzneimitteln. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.do?uri=CELEX:32001L0020:DE:NOT (15. Oktober 2009).

Rising, K./Bacchetti, P./ Bero, L. (2008): Reporting Bias in Drug Trials Submitted to the Food and Drug Administration: Review of Publication and Presentation. PLoS Med 5(11): e217. doi:10.1371/journal.pmed.0050217.

Rürup, B./ IGES / DIW/ DIWecon/ Wille, E. (Hrsg.) (2009): Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Forschungsvorhaben für das Bundesministerium der Finanzen. http://www.bundesfinanzministerium.de/nn_54090/DE/Presse/Pressemitteilungen/Finanzpolitik/2009/07/20092107_PM37_Anlage2,templatedID=raw,property=publicationFile.pdf (15.10.2009).

Sabik, L. M./ Lie, R. K. (2008): Priority Setting in health care: Lessons from the experience of eight countries. International Journal for Equity in Health 2008 7:4. doi:10.1186/1475-9276-7-4.

Sauer, F./ Bartram, M. (2008): Preissetzung und Kostenerstattung von Arzneimitteln in Europa. In: Schöffski, O./Friscke, F.-H./ Guminski, U. (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 471 – 495.

Scharpf, F. W. (1992): Versuch über Demokratie in Verhandlungssystemen. Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung. MPIFG Discussion Paper 92/9. Köln.

Schwabe, U. (2009): Arzneiverordnungen 2008 im Überblick. In: Schwabe, U./ Paffrath, D. (Hrsg.): Arzneiverordnungsreport 2009. Heidelberg: Springer. S. 3-44

Strech, D./ Danis, M./ Löb, M./ Marckmann, G. (2009): Ausmaß und Auswirkungen von Rationierung in deutschen Krankenhäusern. Ärztliche Einschätzungen einer repräsentativen Umfrage. In: Deutsche medizinische Wochenschrift 2009; 134: 1261-1266.

Sussmann, J. W. (2008): Pharmamarketing. In: Schöffski, O./Friscke, F.-H./ Guminski, U. (Hrsg.): Pharmabetriebslehre. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer. S. 233 – 248.

SVR (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung.

SVRKAiG (1994): Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität bei sich ändernden Rahmenbedingung.

SVRKAiG (2000): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzenorientierung und Partizipation. Bonn.

SVRKAiG (2000): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Bonn.

SVRKAiG (2000): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Bonn.

SVRKAiG (2002): Gutachten 2000/2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Ergänzung: Zur Steigerung von Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Thode, N. / Bergmann, E./ Kamtsiuris, P./ Kurth, B.-M. (2004): Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. Robert Koch Institut, Schlussbericht.

Transparency International (2008): Transparenzmängel, Korruption und Betrug im deutschen Gesundheitswesen – Kontrolle und Prävention als gesellschaftliche Aufgabe. Grundsatzpapier, 5. Auflage, Stand: Juni 2008. Berlin.

US Public Law 110-85, Titel VIII (Food and Drug Administration Amandmenst Act of 2007) vom 27. September 2007. http://prsinfo.clinicaltrials.gov/fdaaa.html (15. Oktober 2009).

Verband der Ersatzkassen e. V. (2009): Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen. Lütjensee.

vfa (2009): Statistics 2009. Die Arzneimittelindustrie in Deutschland. Berlin.

Wille, E. (2001): Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Arbeitsberichte der TA-Akademie, Nr. 199. Stuttgart.

Wolgemuth, W. A./ Alber, K./ Bayerl, B./ Freitag, M. H. (2009): Priorisierung in der Medizin: Eine theoretische und empirische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Wolgemuth, W. A./ Freitag, M. H. (Hrsg.): Priorisierung in der Medizin. Interdisziplinäre Forschungsansätze. Berlin: MWV. S. 1-10.

ZEKO (2000): Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Müssen und können wir uns entscheiden? http://www.zentrale-ethikkommission.de/page.asp?his=0.1.24 (15. Oktober 2009).

ZEKO (2007): Priorisierung medizinischer Leistungen im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Deutsches Ärzteblatt, 104(40). S. 2750 – 2754.

Zollner, M. (2000): Definition einer Grundversorgung. Einführung im Rahmen der Bundeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bundes am 10.11.2000 in Berlin.

Schwarz, F. W./ Jung, K. (2000): Vorüberlegungen für mittelfristige Reformschritte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Sozialer Fortschritt, 4/2000. S. 70-75.

8. Anhang

Tabelle A-1: Überblick über Vorschläge zur Priorisierung und Rationierung in Deutschland.

Vorschlag	Inhalt
Optionsmodelle Sachverständigenrat SVRKaiG (1994)	**Optionsmodell I** (Ausgliederung von Leistungen durch Kostenträgerverlagerung)**:** Ausgliederung von versicherungsfremden (Leistungen mit gesellschafts- und familienpolitischem Charakter) und -untypischen (Leistungen mit Konsumcharakter) Leistungen aus dem Katalog der GKV und Verlagerung auf andere Ausgabenträger mit dem Ziel der Stärkung des Versicherungsprinzips. **Optionsmodell II** (Obligatorische Kern- und freiwillig Zuwahlleistungen)**:** Abgrenzung von Kern- und Wahlleistungen. Kernleistungen werden von allen Versicherungspflichtigen solidarisch finanziert. Wahlleistungen werden eigenverantwortlich abgesichert. Die Definition der Kernleistungen erfolgt vermittels medizinischer und ökonomischer Kriterien. Ökonomische Kriterien: Großrisiko, Kostenwirksamkeit, Versicherbarkeit, Ursachenzurechenbarkeit, Preiselastizität Medizinische Kriterien: Dringlichkeit, Lebensgefahr, Lebensqualitätsgefährdung **Optionsmodell III** (Freiwillige Abwahl von Leistungen)**:** Nach Ausgliederung versicherungsfremder und -untypischer Leistungen erfolgt die Definition von nichtabwählbaren Pflichtleistungen (Kernleistungen). Die Beiträge zur GKV werden individuelle in einen Risikoanteil (vgl. PKV) und einen Solidaranteil aufgeteilt. Der Gesamtbeitrag kann durch die Abwahl von Leistungen gesenkt werden, allerdings nur um maximal den individuellen Risikoanteil. **Optionsmodell IV** (Ab- und Zuwahl von Leistungen)**:** An erster Stelle erfolgt eine prinzipielle Aufgabenzuweisung zwischen Staat, PKV und GKV. Mit Hilfe zu bestimmender spezifizierter Zielvorstellungen werden ein Regelleistungskatalog und abwählbare GKV-Leistungen bestimmt. Die Beurteilung krankheitsbezogener Leistungen erfolgt anhand von vier Schritten. Es ergeben sich vier Leistungsschichten bzw. -bereiche: Bereich 1: Therapie ist allgemein anerkannt und erfolgt in einem zuvor definierten Zielbereich Bereich 2: Der finanzielle Aufwand der Leistung ist begrenzt und daher nicht solidarisch zu finanzieren (Bagatellleistung). Bereich 3: Das Vorgehen ist nur begrenzt anerkannt und indikationsbezogen Bereich 4: Das Vorgehen ist unwirtschaftlich So entstehen mehrere Leistungsschichten: Zwei Pflichtleistungsbereiche, zwei Wahlleistungsbereiche (ein Abwahl- und ein Zuwahlbereich) und ein Erprobungsbereich.

Vorschlag	Inhalt
Prioritäten in der medizinischen Versorgung im System der GKV **ZEKO, 2000**	**Acht Schritte einer Priorisierungsdiskussion:** 1. Klärung der zugrunde gelegten ethischen, rechtlichen und politischen Prinzipien 2. Feststellung der Aufgaben und Ziele des Versorgungsbereichs 3. Darstellung und Bewertung der aktuellen Versorgungssituation und ihrer impliziten/expliziten Prioritäten 4. Qualitative und quantitative Merkmale der Krankheitslast (Schweregrad, Prognose, Dringlichkeit) 5. Zweckmäßigkeit der auf sie bezogenen Interventionen (Evidenzgrade) 6. Alternativen, Risiken und unerwünschte Wirkungen 7. Direkte und indirekte Kosten, Effizienz 8. Interessen, Erwartungen und Präferenzen aller (potentiell) Beteiligten
Reformvorschlag Schwartz und Jung **Schwartz/Jung, 2000**	Aufspaltung des gesetzlichen Leistungskatalogs in Kern- und Ergänzungsleistungen. **Kernleistungen:** Ambulante Behandlung, stationäre Behandlung, Rehabilitation, soweit zu den einzelnen Indikationen und Maßnahmen keine expliziten Ausschlüsse erfolgen. ⇨ obligatorische Absicherung **Ergänzungsleistungen:** Indikationen und Verfahren, die nicht zu den Kernleistungen gehören, aber auch nicht ausgeschlossen wurden. Sie schließen insbesondere die Behandlung von Trivalerkrankungen, nicht fremdverschuldete Unfallfolgen bei privaten gefahrengeneigten Tätigkeiten, kosmetischer Zahnersatz, zahnärztliche und reproduktionsmedizinische Behandlungsformen, gestaltverändernde und alterungsbeeinflussende Eingriffe, bestimmte Formen und Indikationen der Psychotherapie bei Erwachsenen, viele Formen der Physiotherapie und weitere Hilfsmittel, Versorgung mit Prothesen, Rollstühlen und andren Hilfsmitteln. ⇨ können freiwillig abgesichert werden. GKV und PKV sollen in einem freien Tarif- und Vertragswettbewerb Leistungspakete in Form von Wahltarifen anbieten können.
Trichetrmodell des NAV-Virchow-Bundes **Zollner, 2000**	Leistungen, die zum Kernleistungskatalog zählen müssen alle vorgeschlagenen Siebe bzw. Filter passieren **Siebe bzw. Filter:** 1. Versicherungsfremde Leistungen (künstliche Befruchtung und Reproduktionsmedizin, Empfängnisverhütung, Abtreibungen, Entbindungsgeld, Mutterschaftsgeld, Krankengeld bei Pflege eines kranken Kindes, Betriebs- und Haushaltshilfen, Sterbegeld, sonstige Hilfen) 2. Leistungen ohne Effektivität (obsolete Leistungen, Außenseitermethoden, Behandlungsmethoden ohne ausreichende Erprobung, Leistungen ohne Wirksamkeit) 3. Leistungen in eigener Verantwortung und Absicherung (Risikosportarten, Erkrankung nach Fernreisen, Zahnersatz ohne vorherige Zahnprophylaxe, Leistungen die aufgrund von Alkohol- und Nikotinmissbrauch notwendig werden, Korrekturen von kosmetischen Operationen und von Tätowierungen) 4. Leistungen mit Konsum- und Gestaltungscharakter (Fahrtkostenerstattung, Akupunktur, Homöopathie, Esoterik, besondre Kurbehandlungen**)** 5. Leistungen ohne Effizienz (Leistungen ohne ausreichende Indikation, Leistungen mit fehlender Stufendiagnostik, Dauer der Intensivmedizin, Leistungen mit geringer Kosten-Nutzen-Relation, aufwändige Untersuchungen ohne Therapiemöglichkeit, Physiotherapie ohne Erfolgsüberprüfung).

Vorschlag	Inhalt
Kieler Konzept **Beske, 2001**	**Prämissen der Neubestimmung des Leistungskatalogs:** 1. Berücksichtigung medizinischer, ökonomischer und sozialpolitischer Kriterien 2. Ausarbeitung von Diagnose- und Therapieleitlinien nach dem Stand der Wissen schaft 3. Teilhabe aller Versicherter an medizinischen Leistungen nach dem letzten Stand des medizinischen Wissens 4. Keine Störung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient 5. Ausschluss bzw. Absicherung existenzbedrohender Risiken durch die GKV 6. Adäquate Versorgung älterer Menschen Aufspaltung des Leistungskatalogs in die Kategorien Regelleistungen, Satzungsleistungen und Wahlleistungen. Ein identischer Regelleistungskatalog wird vom G-BA für alle gesetzlichen Krankenkassen bestimmt und paritätisch finanziert. Satzungsleistungen werden krankenkassenindividuelle von den gesetzlichen Krankenkassen angeboten und solidarisch finanziert. Wahlleistungen können frei gewählt werden und werden ausschließlich von der PKV angeboten. **Fremdleistungen im engeren Sinne:** Sterbegeld, Mutterschaftsgeld, Mütterkuren, Künstliche Befruchtung, hauswirtschaftliche Versorgung, Entbindungsgeld, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Betriebs- und Haushaltshilfen, Sonstige Hilfen ⇨ Sollen aus dem Regelleistungskatalog ausgegliedert bzw. umfinanziert werden. **Fremdleistungen im weiteren Sinne:** Keine bzw. ermäßigte Beiträge für Studierende und Praktikanten, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen, Beitragsfreiheit im Erziehungsurlaub, beitragsfreie Mitversicherung, Krankenversicherungsschutz von Rentner, Leistungsempfänger des Arbeitslosengeldes ⇨ Sollen versicherungsgerechte Beiträge zahlen (ggf. staatliche Zuschüsse) **Einschränkung des Leistungskatalogs:** Erhöhung der Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalten, Einführung einer Selbstbeteiligung bei psychotherapeutischer Behandlung, Ersatzlose Streichung des Zahnersatzes, Kombination aus festen Zuzahlungen und prozentualer Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln, Neubestimmung des Hilfsmittelkatalogs, neue Zuzahlungsregelung bei Hilfsmitteln (Festzuschüsse und prozentuale Selbstbeteiligung), Erhöhung der Selbstbeteiligung bei Heilmitteln, Herausnahme der Präventions- und Gesundheitsförderungsleistungen, Reduzierung des Krankengeldes.

Vorschlag	Inhalt
Endogene Rationierung Kopetsch (2001)	Ausgliederung kostenintensiver Heilverfahren oberhalb gewisser Altersgrenzen aus der Grundsicherung und freiwillige Absicherung dieser Leistungen über eine Zusatzversorgung. Es gilt ein allgemeiner und für alle identischer Leistungskatalog für alle erwerbstätigen Versicherten. Für die Rentner wird der Versicherungsschutz in einen Grundsicherungs- und Zuwahlbereich aufgegliedert. In den Katalog des Zuwahlbereichs zählen alle lebensverlängernden Maßnahmen mit einer relativ geringen Kosteneffektivität bezüglich des Parameters „Gewonnene Lebensjahre“ (negative Ausgrenzung der Leistungen auf Basis einer Kosten-Effektivitäts-Analyse). Zusatzabsicherung muss bereits vor Eintritt des Rentenalters gewählt werden. Grundsicherung wird umlagefinanziert, Zusatzsicherung erfolgt kapitalgedeckt. Beiträge werden einkommensproportional erhoben.
Grund- und Wahlleistungsmodell des Hartmannbundes Hartmannbund, 2001	**Aufteilung in Grund- und Wahlleistungen** **Verschlankung des Leistungskatalogs** Medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen (Leistungen aus dem Lifestyle und Wellnessbereich, freiwillig eingegangene Lebens- und Krankheitsrisiken) werden aus dem Kernleistungskatalog ausgenommen. **Herausnahme der Geldleistungen** Geldleistungen (Entbindungsgeld, Mutterschaftsgeld, Sterbegeld, Krankengeld) widersprechen dem Sachleistungsprinzip und sollen aus dem Leistungskatalog ausgenommen werden.
Flexibilisierung des Leistungskatalogs Wille, 2001	**Ausgliederung** der einnahmen- (keine oder ermäßigte Beiträge für Personen während des Erziehungsurlaubs, Studierende und Praktikanten, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen, Empfänger von Arbeitslosengeld, beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige) und ausgabenseitigen (Sterbegeld, Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen, Empfängnisverhütung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, Haushaltshilfen, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes, Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung) krakenversicherungsfremden Leistungen. **Aufteilung des Leistungskatalogs** in Grundleistungen, Satzungsleistungen (Kollektive Wahlleistungen) und Individuelle Wahlleistungen. **Grundleistungen** Aufspaltung des bisherigen Leistungskatalogs der GKV in Grundleistungen uns Satzungsleistungen. Alle Leistungen, die nicht unter die Satzungsleistungen fallen (vgl. nachfolgenden Punkt) zählen zu den Grundleistungen. ⇨ sind verbindlich für alle Krankenkassen **Satzungsleistungen bzw. kollektive Wahlleistungen** Zu den Satzungsleistungen zählen z. B. Vorsorgekuren, zahnärztliche Versorgungsformen, Kieferorthopädische Leistungen und auch für Jugendliche, soweit die Behandlungsbedürftigkeit nicht bestimmten validen Indizes genügt, künstliche Befruchtungstechniken, Formen und Indikationen der ambulanten Psychotherapie bei Erwachsenen, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, Soziotherapie, Verfahren der sog. Alternativmedizin, Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen, indikationsabhängige Heil- und Hilfsmittel (z. B. Massagen, Sehhilfen) ⇨ Können von den Krankenkassen angeboten werden **Individuelle Wahlleistungen** Abgrenzung bzw. Grenzziehung wie zum bisherigen Leistungskatalog der GKV (im Leistungskatalog der GKV nur notwendige Leistungen). Freiwillige Absicherung.

Vorschlag	Inhalt
Prinzipien zur Priorisierung medizinischer Leistungen ZEKO, 2007	**Formale Kriterien:** Transparenz, Begründung, Evidenzbasierung, Konsistenz, Legitimität, Offenlegung und Ausgleich von Interessenkonflikten, Wirksamer Rechtsschutz, Regulierung **Inhaltliche Kriterien:** 1. Medizinische Bedürftigkeit (Schweregrad und Gefährlichkeit der Erkrankung, Dringlichkeit des Eingreifens) In diesem Bereich soll nach dem folgenden Stufenmodell priorisiert werden: 1. Stufe: Lebensschutz und Schutz vor Leid und schweren Schmerzen 2. Stufe: Schutz vor dem Ausfall oder der Beeinträchtigung wesentlicher Organe und Körperfunktionen 3. Stufe: Schutz vor weniger schwer wiegenden oder nur vorübergehenden Beeinträchtigungen des Wohlbefindens 4. Stufe: Verbesserung und Stärkung von Körperfunktionen 2. Erwarteter medizinischer Nutzen 3. Kosteneffektivität **Sonstige Kriterien:** Wenn die jeweils relevanten Priorisierungskriterien bei mehreren Patienten in gleicher Weise erfüllt sind, könnten folgende weitere Kriterien Anwendung finden: 1. Zeitliche Priorisierung (Warteliste) 2. Selbst verursachte Krankheiten und Risiken 3. Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft der Patienten 4. Spezifische Solidaritätsbeiträge (z. B. erklärte Bereitschaft zu Organspenden) Einrichtung eines mit Fachleuten verschiedener Disziplinen besetzen nationalen Prioritätenkommission (Gesundheitsrat) zur schrittweisen Erarbeitung der Prioritäten in einem durchsichtigen Verfahren.
Kostensensible Leitlinien, BMBF/Forschungsverbund „Allokation“, 2009	**Grundlegende ethische Überlegung:** Wenn Leistungsbegrenzungen unausweichlich sind, sollten diese so durchgeführt werden, dass den Patienten ein möglichst geringer Zusatznutzen vorenthalten wird. **Vorgehen:** - Identifizierung der Patienten-Subgruppen, die einen unterschiedlich großen Nutzen von den jeweiligen medizinischen Maßnahmen haben - Bestimmung der Kosteneffektivität für die verschiedenen Subgruppen - Festlegung, welche Patienten-Subgruppen die Maßnahme erhalten soll **Kriterium für die Zuteilung:** - Kosten-Nutzen-Verhältnis (Übersteigt das Verhältnis von Kosten und Nutzen einen bestimmten Grenzwert, wird die Maßnahme für die betreffende Patienten-Subgruppe nicht mehr von der GKV finanziert) ⇨ Patienten mit einem großen Nutzengewinn erhalten die Leistung zu Lasten der GKV. ⇨ Patienten, die von der Leistung wenig profitieren, erhalten die Leistung nicht (Ausweichen auf kostengünstigere Variante, private Finanzierung oder Verzicht).

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle A-2: Einschränkung medizinischer Leistungen in Deutschland.

MAKROEBENE (Ebene der Politik/Gesellschaft) **Beschränkung/Verteilung:** Bestimmung der Menge von Gesundheitsressourcen, Planung/Zuteilung der Kapazitäten **Form:** indirekt, verdeckt **Kriterien:** nicht festgelegt
MESOEBENE (Ebene des Gesundheitswesens) **Beschränkung/Verteilung:** Konkretisierung des Leistungskatalogs durch den G-BA **Form:** indirekt, offen **Kriterien:** Nutzen, Wirtschaftlichkeit
MIKROEBENE (Ebene der Patientenversorgung) **Beschränkung/Verteilung:** Zuteilung der konkreten Leistungen auf die einzelnen Patienten **Form:** direkt, implizit, verdeckt **Kriterien:** nicht festgelegt

Quelle: eigene Darstellung.

Tabelle A-3: Überblick über Priorisierungsansätze in anderen Ländern.

Land	Kommission	Prinzipien, Empfehlungen
Norwegen	„Lønning Committee I“ in 1987 und „Lønning Committee II“ in 1997	**Priorisierungsprinzipien:** - Schwere der Erkrankung - Wirksamkeit der Behandlung - Kosteneffizienz **Priorisierungsgruppen:** - Grundleistungen - ergänzende Leistungen - Leistungen mit niedriger Priorität - Leitungen ohne Priorität (keine öffentliche Finanzierung)
Niederlande	„Dunning Committee“ , 1992/1995	**Siebe/Filter zur Definition einer Basissicherung:** - Notwendigkeit der Behandlung - Effektivität der Behandlung (Nutzen) - Effizienz der Behandlung (Wirtschaftlichkeit) - Behandlung kann der individuellen Eigenverantwortung überlassen werden
Schweden	Kommission bestehend aus Parlamentariern und Experten, 1993/1995	**Ethische Prinzipien:** - Menschenwürde - Bedarf und Solidarität - Kosteneffizienz **Priorisierungsgruppen:** - Versorgung von lebensbedrohlichen Krankheiten, Versorgung von schweren chronischen Erkrankungen und Palliativversorgung - Prävention und Rehabilitation - Versorgung weniger schwerer akuter und chronischer Erkrankungen - Grenzfälle - Versorgung aus anderen Gründen als Erkrankungen/Verletzungen
Dänemark	„Danish Council of Ethics“, 1997	**Grundwerte (Grundlage für Priorisierung):** - Gleichheit aller Menschen - Solidarität - Sicherheit und Schutz - Freiheit und Selbstbestimmung **Teilziele:** - soziale und geographische Gleichheit - Qualität der Versorgung - Kosteneffektivität - Demokratie und Bürgerbeteiligung
Israel	„Medical Technology Forum“ und „National Advisory Committee“,1995	**Priorisierungskriterien für neue Methoden (vor Aufnahme in Leistungskatalog):** - Lebensrettende Methode mit vollkommener Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten - Prävention (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention) - Anzahl der Patienten die von der Methode profitieren - Finanzielle Belastung der Gesellschaft und des Patienten - Methode für Erkrankung, für die keine Behandlungsalternativen bestehen - Erhöhung der Lebenserwartung und Lebensqualität - Abwägung der Reduktion des Erkrankungsrisikos vs. einer Verbesserung der Lebensqualität

		- Nettogewinn ist höher als kurz- oder langfristige Kosten
Neuseeland	„Core Service Committee/National Health Committee“ seit 1993	**Priorisierungskriterien:** - Effektivität - Effizienz - Gleichheit - Akzeptanz
Oregon/USA	„Health Service Commission“ seit 1989	**Gewichtungsfaktoren:** - Einfluss auf die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre - Leidensverminderung - Populationseffekte - besonderes Schutzbedürfnis der betroffenen Personen - Tertiäre Prävention - Effektivität - Häufigkeit der Behandlung nach Diagnose **Behandlungsrangfolge:** - Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen - Primär- und Sekundärprävention - Behandlung von chronischen Erkrankungen - Empfängnisverhütung - Palliativversorgung - Behandlung von akuten, lebensbedrohlichen Erkrankungen - Behandlung von akuten aber nicht lebensbedrohlichen Erkrankungen - Selbstbegrenzende Erkrankungen - Behandlungen mit minimalen Verbesserung der Lebensqualität
Großbritannien	„National Institute for Clinical Excellence“ (NICE) seit 1999	Bewertung für neue Methoden/Leistungen; Entwicklung von Behandlungsleitlinien; Kosten-Nutzen-Bewertung; Beteilung und Widerspruchsmöglichkeiten der Bürger bzw. Patienten

Quelle: Sabik/Lie (2008) und Oregon Health Services Commission (2009) für die Darstellung des Verfahrens in Oregon/USA.

Tabelle A-4: Überblick über Vorschläge zur Priorisierung und Rationierung in Deutschland.

	Patienten	**Ärzte**	**Krankenhäuser**	**Arzneimittel-hersteller**
Interesse bezgl. der Gesundheits-versorgung	Bestmögliche bzw. maximale Versorgung im Krankheitsfall	Bestmögliche Versorgung der Patienten bzw. Einkommensmaximierung	Management: Einkommens- bzw. Umsatzmaximierung Ärzte: bestmögliche Versorgung der Patienten	Gewinnmaximierung
Erstattungsfähigkeit der Leistungen		Erlaubnisvorbehalt durch den G-BA	Verbotsvorbehalt durch den G-BA	Nach Zulassung erstattungsfähig, wenn nicht auf Negativliste
Fehlanreize	Sachleistungsprinzip und nahezu unbegrenzter Zugang zu medizinischen Leistungen setzt Preismechanismus ausser Kraft	Verzerrung gegenüber stationären Leistungen	Verzerrung gegenüber ambulanten Leistungen (gewollte Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen greifen weitgehend nur im ambulanten Sektor), ggf. noch nicht ausreichen de Patientensicherheit, geringe Akzeptanz bei Leistungsausschluss	Gewollte Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen greifen nur unzureichend, geringer Anreiz zum zügigen Nachwies des therapeutischen Nutzens durch die Arzneimittelhersteller, „publication bias“
Umsetzungs-vorschläge	Schaffung von Kostentransparenz, Beteiligung an Priorisierungs- und Rationierungsentscheidungen in Form von Verfahrens- und Umfragebeteiligung.	Festlegung von Priorisierungsleitlinien, Umsetzung/Kontrolle über externe Anreize (pay for performance vs. public disclosure)	Ersetzung des Verbotsvorbehalts durch einen Erlaubnisvorbehalt, Erstattung neuer Leistungen ausschließlich im Rahmen von Studien bis Nutzen ausreichend nachgewiesen ist, Festlegung und Umsetzung von Priorisierungsleitlinien	Erstattung neuer Arzneimittel auf Probe bzw. im Rahmen von Studien bis zum Nachweis des therapeutischen Nutzens, Schaffung eines öffentlich zugänglichen Studienregisters und Verpflichtung zur Eintragung aller geplanter bzw. durchgeführter Studien

Quelle: eigene Darstellung.