

**Gesundheitswesen in Deutschland
Kostenfaktor und Zukunftsbranche**

SACHVERSTÄNDIGENRAT
für die Konzertierte Aktion
im Gesundheitswesen

Gesundheitswesen in Deutschland

Kostenfaktor und Zukunftsbranche

Band II:

Fortschritt und Wachstumsmärkte,
Finanzierung und Vergütung

Sondergutachten 1997

Kurzfassung

Inhalt

| | |
|---|-----------|
| Vorwort | 7 |
| 1. Zieldimensionen und Wirkungen des Gesundheitswesens | 15 |
| 2. Fortschritt in Medizin und im Gesundheitswesen | 19 |
| 2.1 Fortschritt und Fortschrittskriterien | 19 |
| 2.2 Fortschrittszyklus und Steuerung | 20 |
| 2.3 Bewertung von Gesundheitstechnologien | 25 |
| 2.4 Gesundheitsforschung: Rolle der Universitätsklinika und der Krankenversicherung | 27 |
| 2.5 Beispiele für Fortschritt und Wirtschaftlichkeit | 28 |
| 3. Wachstumsmärkte im Gesundheitswesen | 30 |
| 3.1 Pflege | 31 |
| 3.2 Medizinische Telematik | 35 |
| 3.3 Medizinprodukte | 40 |
| 3.4 Pharmazeutische Industrie | 44 |
| 4. Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes | 48 |
| 4.1 Mittelverwendung und Mittelaufbringung | 48 |
| 4.2 Neueinstellung der Parameter der Beitragsfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung | 52 |
| 4.3 Reale und finanzielle Eingrenzung des Leistungsanspruchs | 59 |
| 4.4 Neuordnung des Solidarausgleichs in der Krankenversicherung | 63 |
| 4.5 Zwischenfazit | 65 |
| 5. Ergebnisorientierte Vergütungsanreize | 66 |
| 5.1 Transparenz und Patientenorientierung | 66 |
| 5.2 Ergebnisorientierte Vergütung in der ambulanten und stationären Versorgung | 69 |
| 5.3 Leitlinienorientierte Vergütung | 73 |
| 5.4 Vergütungsanreize zur Integration der Versorgung | 75 |
| 6. Zusammenfassung | 77 |
| Auftrag zu einem Sondergutachten | 80 |
| Erweiterung des Auftrags | 81 |
| Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen | 82 |

Verzeichnis der Tabellen

| | | |
|-------------------|---|----|
| <i>Tabelle 1:</i> | Gesamtwirtschaftliche Effekte einer Erhöhung der Beitragssätze zur Krankenversicherung um einen Prozentpunkt - Abweichungen gegenüber Referenzsimulation im fünften Jahr in % | 18 |
| <i>Tabelle 2:</i> | GKV-bezogene Personalnebenkosten in Abhängigkeit von Beitragssatz und Beitragsbemessungsgrenze - Simulationsrechnung auf Basis der Entgeltverteilung zur Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten 1995, alte Länder | 54 |
| <i>Tabelle 3:</i> | Krankenversicherungsfremde Leistungen der GKV im Jahre 1996 | 60 |

Verzeichnis der Abbildungen

| | | |
|----------------------|---|----|
| <i>Abbildung 1:</i> | Phasen des medizinisch-technischen Fortschritts | 21 |
| <i>Abbildung 2:</i> | Kosten, Preise, Mengen und Ausgaben im Fortschrittszyklus | 22 |
| <i>Abbildung 3:</i> | Beteiligte und Interessen im Fortschrittszyklus | 24 |
| <i>Abbildung 4:</i> | Kombinationen von Ressourceneinsatz und Ergebnisreichung | 28 |
| <i>Abbildung 5:</i> | Medizinprodukte - Umsatz im Jahre 1996 in Deutschland (Anteil der acht Marktsegmente) | 41 |
| <i>Abbildung 6:</i> | Produktion, Verteilung und Finanzierung von Arzneimitteln in Deutschland im Jahre 1996 im Überblick | 45 |
| <i>Abbildung 7:</i> | Das breite Spektrum der Mittelaufbringung und die Finanzverfassung des Gesundheitswesens | 51 |
| <i>Abbildung 8:</i> | Mögliche Kombinationen von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV | 52 |
| <i>Abbildung 9:</i> | Ansätze für eine Patientenorientierung | 68 |
| <i>Abbildung 10:</i> | Elemente einer erfolgsorientierten Vergütung in einem modular aufgebauten Vergütungssystem | 71 |
| <i>Abbildung 11:</i> | Beispiele für Leistungsergebnisse als Verhandlungsgrundlage für ergebnisorientierte Vergütung und Öffentlichkeitsarbeit | 73 |

1. Zieldimensionen und Wirkungen des Gesundheitswesens

1. Gesundheitsleistungen dienen aus gesamtwirtschaftlicher Sicht zwar in erster Linie, aber nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung der Gesundheit sowie der Linderung von Beschwerden. Der Rat hat in diesem Kontext bereits in seinem Jahresgutachten 1987 (Ziffer 182) darauf hingewiesen, daß ein expandierender Gesundheitssektor auch einen Wirtschafts- und Wachstumsfaktor darstellt, der angesichts seiner überdurchschnittlichen Dienstleistungs- und damit Arbeitsintensität erhebliche Wirkungen auf dem Arbeitsmarkt ausübt. Das Bemühen der Gesundheitspolitik um stabile Beitragssätze bzw. um Ausgabenbegrenzung ist aus gesamtwirtschaftlicher Sicht daher immer eine Gratwanderung zwischen

- den Entzugseffekten, die steigende Beitragssätze außerhalb des Gesundheitssektors bei Konsumenten und Investoren verursachen, und
- den positiven Wirkungen, die Gesundheitsausgaben und die mit ihnen finanzierten Leistungen erzeugen können.

2. Im Hinblick auf ihre Zieldimensionen vermag die Gesundheitsversorgung grundsätzlich Wirkungen zu entfalten auf

- die Wohlfahrt der Patienten und Versicherten,
- die Produktivität und Kapazität einer Volkswirtschaft,
- das Wachstum des realen Sozialprodukts sowie
- die Beschäftigung.

Dabei können Gesundheitsausgaben bzw. -leistungen alle aufgeführten Dimensionen dieses Zielspektrums oder auch nur einen Teil davon positiv, im Grenzfall aber auch negativ beeinflussen. So sichert bzw. erhöht die völlige Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitskraft eines auch in der Folgezeit Beschäftigten über die Gesundheitsproduktion und Wertschöpfung zunächst die Beschäftigung im Gesundheitswesen und das Wachstum des Sozialproduktes. Gleichzeitig steigert sie die Wohlfahrt des Betroffenen und schafft über die Regeneration seiner Arbeitskraft die Voraussetzungen für dauerhafte Produktivitäts- und Kapazitätseffekte. Letztere unmittelbare Wachstumswirksamkeit fehlt bei der medizinischen Behandlung eines Rentners, was allerdings positive Wirkungen auf die Beschäftigung und die Wohlfahrt nicht ausschließt. Sofern von Gesundheitsleistungen keine positiven Wirkungen auf den Gesundheitsstand des Patienten ausgehen, vermögen sie keinerlei - im Grenzfall sogar negative - Wohlfahrts- und Kapazitätseffekte zu stiften. Gleichwohl stimulieren auch unproduktive Gesundheitslei-

stungen die volkswirtschaftliche Nachfrage und erhöhen bei unausgelasteten Kapazitäten die Beschäftigung und das Wachstum des Sozialproduktes.

3. Da sich das Gut "Gesundheit" einer direkten Beobachtung und einer unmittelbaren, eindimensionalen Messung entzieht, lassen sich die Wohlfahrtseffekte von Gesundheitsleistungen nur mit Hilfe partieller Indikatoren und konstruierter Gesundheitsindizes abbilden und näherungsweise messen. Diesem Zweck dienen auf der Ebene der Wirkungs- bzw. medizinischen Behandlungsziele finale Outputs in Form von Outcome-Indikatoren der Morbidität, der Lebenserwartung und der Lebensqualität. Hierzu gehören auch Informationen über die Erreichbarkeit medizinischer Leistungen sowie über die Zeitkosten, Funktionseinbußen, Verunsicherungen und Leidgedühle der Patienten. Den Outcome-Indikatoren fällt insofern die Aufgabe zu, nicht nur die Länge des Lebens, sondern auch die Lebensqualität in dieser Zeit zu erfassen. Die programmatische Devise "Add years to life and life to years" bringt dies anschaulich zum Ausdruck. Es gibt zahlreiche Gründe für die Annahme, daß in entwickelten Volkswirtschaften im Rahmen medizinischer Innovationen künftig der Lebensqualität eine wachsende Bedeutung zukommt.

4. Sofern Gesundheitsleistungen dazu beitragen, die Produktivität von Beschäftigten dauerhaft zu erhöhen und krankheitsbedingt arbeitsunfähige Personen wieder ins Erwerbsleben zu integrieren, erhöhen sie das Arbeitskräftepotential in qualitativer und quantitativer Hinsicht. Diesem Ziel dienen z.B. auch die von der Rentenversicherung finanzierten beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Arbeitsmarktförderung. Sie steigern dann nicht nur die Beschäftigung und das Wachstum des Sozialproduktes in dem betreffenden Jahr, sondern schaffen über eine Vermehrung bzw. Verbesserung des Arbeitskräftepotentials die Voraussetzungen für ein höheres Wirtschaftswachstum auch in den künftigen Jahren. Die Produktion von Gesundheit und die damit einhergehende Erweiterung des Arbeitskräftepotentials könnte auch bewirken, daß andere Sozialleistungen, die von Invalidität und Krankheit abhängen, abnehmen. Hierzu gehören z.B. Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten sowie Aufwendungen im Bereich der Sozialhilfe, die beim (Wieder-)Eintritt in die Erwerbstätigkeit entfallen. Vermehrte Gesundheitsleistungen führen, selbst wenn sie einen Anstieg des Beitragssatzes der GKV auslösen, noch nicht zwangsläufig zu einer Erhöhung der Sozialabgabenlast insgesamt, wenn sie gleichzeitig das Bruttosozialprodukt entsprechend erhöhen.

5. Die im Rahmen von Simulationsrechnungen ermittelten Wirkungen einer Erhöhung des GKV-Beitragssatzes um einen Prozentpunkt auf die Ziele Wirtschaftswachstum und Beschäftigung werden in Tabelle 1 zusammengefaßt. Danach gehen von einer Erhöhung

der Beitragssätze tendenziell positive Wachstums- und Beschäftigungseffekte aus, sofern die zusätzlichen Ausgaben nicht in Transferzahlungen bzw. Krankengeldleistungen fließen. Ähnlich positive Wachstums- und Beschäftigungswirkungen treten auf, wenn die Mehreinnahmen aus einer Erhöhung des Mehrwertsteuersatzes um einen Prozentpunkt der aufkommensneutralen Absenkung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung dienen.

6. Die Wohlfahrtseffekte bilden in normativer Hinsicht die dominante Zieldimension und damit das entscheidende Kriterium für die Frage, ob und inwieweit Gesundheitsleistungen eine gesamtwirtschaftliche Berechtigung zukommt und sie in den Leistungskatalog einer solidarischen Krankenversicherung gehören. Fehlt ein Nachweis der Outcomeeffekte, reichen Hinweise auf die Erhöhung des Wachstums des Sozialproduktes und auf positive Beschäftigungseffekte nicht aus. Auch eine Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials, die sich nur auf ineffiziente und ineffektive Behandlungen erstreckt und sogar eine Unterlassung von Leistungen, die den Gesundheitszustand noch verschlechtern, vernichten bei isolierter Betrachtung Arbeitsplätze und reduzieren das Wirtschaftswachstum im Gesundheitssektor. Der Gesundheitspolitik fällt jedoch aus normativer Sicht nicht die Aufgabe zu, losgelöst von Gesundheits- bzw. Behandlungszielen Beschäftigungspolitik um ihrer selbst willen zu betreiben. Die Behandlungen, die keine positiven Outcomeeffekte erzeugen, binden knappe volkswirtschaftliche Ressourcen, die in einer anderen Verwendung ebenfalls das Wirtschaftswachstum und die Beschäftigung erhöhen und darüber hinaus noch Wohlfahrtseffekte gestiftet hätten. Sofern sich allerdings GKV-Ausgaben nach einer weitgehenden Ausschöpfung des Rationalisierungspotentials signifikant in positiven Outcomeeffekten niederschlagen, stehen auch einem Anstieg der Beitragssätze keine gesamtwirtschaftlichen Zielaspekte mehr entgegen.

Table 1: Gesamtwirtschaftliche Effekte einer Erhöhung der Beitragssätze zur Krankenversicherung um einen Prozentpunkt - Abweichungen gegenüber Referenzsimulation im fünften Jahr in %

| | zur Finanzierung | | | |
|---|-----------------------|----------------------------|------------------------|-------------------------------------|
| | erhöhter Sachausgaben | steigender Finanztransfers | erhöhter Investitionen | erhöhter Sachausgaben ¹⁾ |
| Erwerbstätige | 0,2 | -0,1 | 0,5 | 0,2 |
| Produktivität (je Erwerbstätigem) | 0,1 | -0,0 | 0,7 | 0,1 |
| Bruttoinlandsprodukt real | 0,2 | -0,2 | 1,3 | 0,3 |
| - Privater Verbrauch real | -0,2 | -0,0 | 1,1 | 0,1 |
| - Staatsverbrauch real | 2,5 | 0,0 | 0,6 | 1,3 |
| - Anlageinvestitionen real | -0,5 | -0,3 | 4,3 | 0,0 |
| - Ausrüstungsinvestitionen real | -0,5 | -0,4 | 1,7 | 0,1 |
| - Bauinvestitionen real | -0,4 | -0,3 | 6,7 | -0,0 |
| - Exporte real | -0,5 | -0,6 | -0,6 | 0,0 |
| - Importe real | -0,5 | -0,4 | 0,4 | 0,1 |
| Bruttoinlandsprodukt nominal | 1,1 | 0,6 | 3,2 | 0,4 |
| Preisindex des privaten Verbrauchs | 0,9 | 0,7 | 1,8 | 0,2 |
| Preisindex des BSP | 0,9 | 0,8 | 1,9 | 0,2 |
| Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer ²⁾ | 1,0 | 0,7 | 2,9 | 0,4 |
| Bruttoeinkommen der Unternehmen | 1,6 | 0,4 | 4,4 | 0,8 |
| Volkseinkommen | 1,2 | 0,6 | 3,4 | 0,5 |
| Nettoeinkommen der Unternehmen | 1,7 | 0,4 | 4,6 | 0,9 |
| Nettolöhne- und gehälter | -0,1 | -0,5 | 1,5 | -0,3 |
| Tariflöhne | 0,4 | 0,4 | 2,0 | 0,2 |
| Lohnstückkosten | 0,8 | 0,9 | 1,6 | 0,1 |
| nachrichtlich: | | | | |
| Finanzierungssaldo Staat ³⁾ (Mrd.DM) | 2,6 | -0,4 | 3,9 | 0,9 |
| Beschäftigte (in 1.000) | 40,0 | -40,0 | 150,0 | 50,0 |
| Nominalzinsen (in %-Punkten) | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,1 |

1) Nur Erhöhung der Beitragssätze der Arbeitnehmer um 1 %-Punkt.

2) Enthalten die Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung.

3) Positive Werte bedeuten eine Defizitabnahme, simuliert im Zeitraum 1985-1989.

Quelle: Simulationen mit der DIW-Version des ökonometrischen Konjunkturmodells der Wirtschaftsforschungsinstitute.

7. Die wohlfahrtstheoretische Analyse differenziert nicht danach, ob die jeweiligen Ausgaben in eine konsumtive oder in eine investive Verwendung fließen. Im Hinblick auf die Wohlfahrtseffekte spielt es zumindest im Prinzip keine Rolle, ob die Outcomeeffekte der Gesundheitsversorgung die Produktivität und das Arbeitskräftepotential erhöhen, oder sich bei Patienten niederschlagen, die keinen Beitrag mehr zum Sozialprodukt leisten. Insofern stehen die Wohlfahrtseffekte als prioritäre Zieldimension auch in keinem Konflikt mit ethischen Normen. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung steigt der konsumtive Anteil der GKV-Ausgaben zumindest bis zum Jahr 2030 nahezu zwangsläufig an. In diesem Zusammenhang eröffnet die Krankenpflege, die nur in geringem Umfange eine Substitution von Arbeit durch Kapital erlaubt, auch erhebliche Beschäftigungschancen. Momentane Wohlfahrts- und Beschäftigungseffekte können daher im Hinblick auf die Ressourcenverwendung mit der investiven Wachstumswirksamkeit in Konflikt stehen. Dieses Spannungsverhältnis läßt sich kaum über die Ausgabenseite, wohl aber teilweise über die Einnahmenseite der GKV abbauen. Der notwendigerweise zunehmende konsumtive Teil der zukünftigen Gesundheitsversorgung erfordert unter dem Aspekt der Wachstumswirksamkeit auch eine stärker konsumtiv orientierte Finanzierung. Unter diesem Aspekt gewinnen Überlegungen, bei der künftigen Finanzierung der GKV die Bemessungsgrundlage über das Arbeitsentgelt hinaus zu erweitern, bei konsumnahen Leistungen die Selbstbeteiligung zu erhöhen und den Beitragssatz des Arbeitgebers festzuschreiben, d.h. die privaten Investitionen nicht mit konsumtiven Effekten zu überlasten, ihre gesamtwirtschaftliche Berechtigung.

2. Fortschritt in Medizin und im Gesundheitswesen

2.1 Fortschritt und Fortschrittskriterien

8. Ziele des Fortschritts in der Medizin und im Gesundheitswesen sind Verbesserungen der Gesundheit und/oder der Wohlfahrt. Im einzelnen kann der Fortschritt in der Erkenntnis über Krankheiten, in einer Verbesserung der medizinischen Möglichkeiten, also in den Methoden für Diagnose und Therapie, in der Prävention oder Rehabilitation erreicht werden. Aus der Sicht der Patienten verbindet sich mit dem Fortschrittsbegriff ferner eine Verbesserung ihrer Lebensqualität. In der ökonomischen Betrachtung wird unter Fortschritt eine Verbesserung des Verhältnisses von Ressourceneinsatz (Kosten)

und gesundheitlichem Ergebnis (Nutzen), d.h. einer Erhöhung der Wirtschaftlichkeit, auch in Bezug auf die Leistungserbringung verstanden. Beide Effekte sind letztlich wohlfahrtssteigernd.

9. Die Bewertung des Fortschritts in Medizin und im Gesundheitswesen erfordert die Einbeziehung individualmedizinischer, ökonomischer und politischer Kriterien. Hierzu gehören Aspekte der:

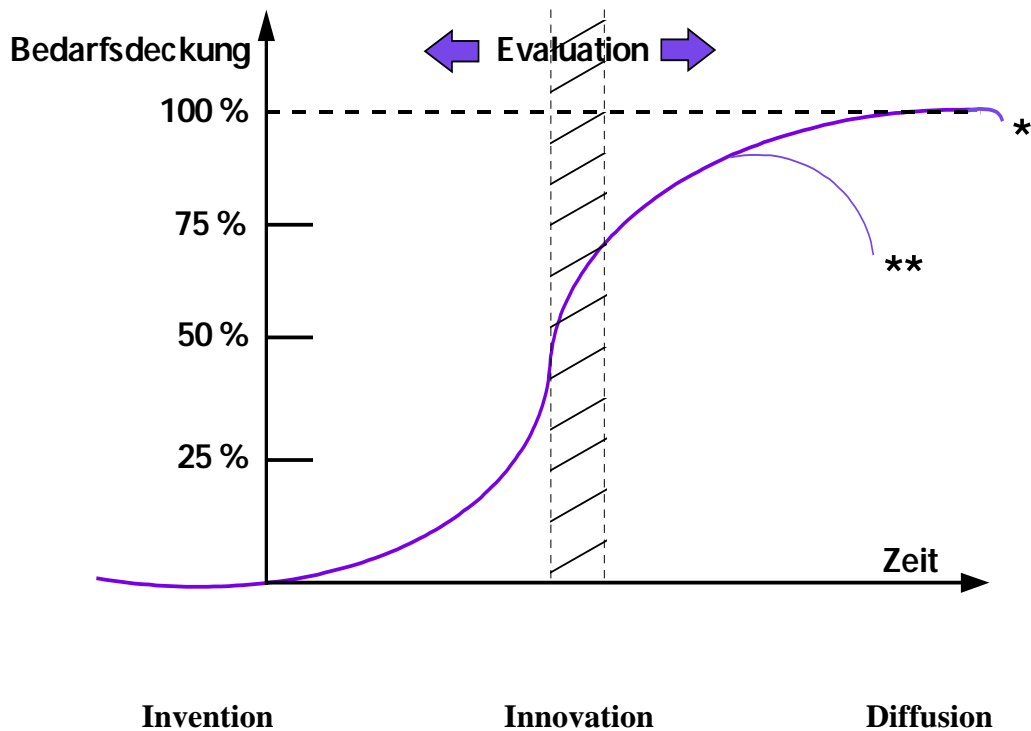
- Effektivität von Verfahren und Technologien,
- Zugänglichkeit zur medizinischen Versorgung,
- Qualifikation der Anwender von neuen Verfahren und Technologien,
- Angemessenheit der Anwendung,
- Kontinuität der Versorgung,
- Einbeziehung der Patientenperspektive und
- Berücksichtigung unerwünschter Wirkungen auf andere gesellschaftliche Bereiche und der
- Effizienz der Versorgung.

Die Fortschrittsbeurteilung muß sich an den Bedürfnissen der Patienten, ihrer Angehörigen und der Versicherten orientieren. Dabei haben pluralistische und dezentrale Verfahren gegenüber einheitlichen Verfahren in aller Regel Vorteile.

2.2 Fortschrittszyklus und Steuerung

10. Die einzelnen Phasen des Fortschritts lassen sich mit Invention, Innovation und Imitation beschreiben (vgl. Abbildung 1). Nach der Generierung neuen Wissens (Invention) findet die erstmalige Anwendung einer Neuerung (Innovation) im medizinischen Leistungsprozeß statt. Die Diffusionsphase beschreibt die Anwendung derselben neuen medizinischen Leistung durch andere Anbieter (Imitation). Der gesamte Fortschrittszyklus bedarf einer ständigen Evaluation. Aus ökonomischer Sicht kommt der Evaluation an der Nahtstelle zwischen Innovations- und Diffusionsphase besondere Bedeutung zu.

Abbildung 1: Phasen des medizinisch-technischen Fortschritts



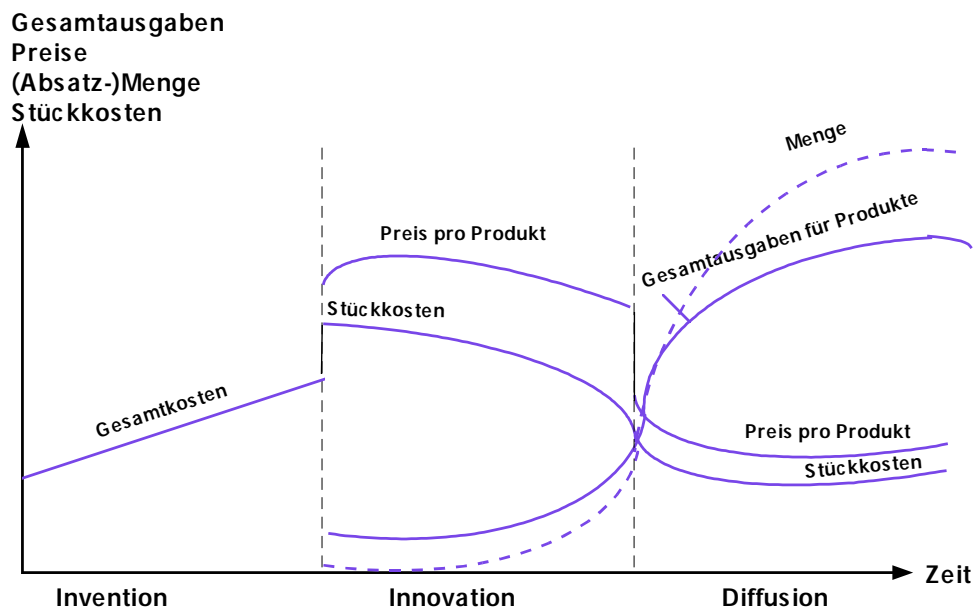
Quelle: Eigene Darstellung.

11. Es lassen sich ökonomische Merkmale der drei Fortschrittsphasen feststellen. So nehmen die Produktpreise im Fortschrittszyklus ab. Der höhere Preis in der Innovationsphase ist auf den Wettbewerbsvorsprung des Innovators bzw. auf eine Patentierung oder Lizenzierung zurückzuführen, die als Prämie für die Forschungsanstrengungen interpretiert werden kann. In dieser Phase wird auch die Bedeutung von Innovationen für ein Hochlohnland wie Deutschland deutlich, da nur in diesem Zeitraum hochpreisige Produkte abgesetzt werden können. Die Zunahme konkurrierender Anbieter im Diffusionsprozeß bewirkt dann sinkende Preise pro Stück. Die Entwicklung der Absatzmengen verläuft umgekehrt. Die maximale Absatzmenge wird in der Diffusionsphase erreicht. Sofern der Mengeneffekt den Preiseffekt überkompensiert, wird dort das Umsatzmaximum erreicht.

Die Veränderung der Mengenkomponekte hängt neben den Preisen pro Stück, die auch in einem nicht preisgesteuerten System wegen genereller Grenzen der Belastung von Bedeutung sind, von weiteren Faktoren ab. So besteht die Möglichkeit, daß das Indikationsgebiet ausgeweitet wird, was sich gegenwärtig z.B. bei der Anwendung mikro-

invasiver Verfahren im Bauch- und Beckenraum beobachten läßt. Die Beherrschbarkeit medizinischer Eingriffe nimmt zu und führt zu einer Veränderung der Kosten-Nutzen-Relation allein aus medizinischer Sicht. Mithin wird auch die Mengenkompone nte beeinflusst. Auch die demographische Entwicklung beeinflusst über eine veränderte Morbidität und Mortalität das Inanspruchnahmeverhalten im Gesundheitswesen und damit die Mengenkompone nte. Sofern der Mengeneffekt den Preiseffekt überkompensiert, was häufig der Fall ist, führen auch stückkostensenkende Neuerungen zu einem Gesamtausgabenanstieg (Abbildung 2).

Abbildung 2: Kosten, Preise, Mengen und Ausgaben im Fortschrittszyklus



Quelle: Eigene Darstellung.

12. Der Imitation bzw. Diffusion des Fortschritts fällt eine zentrale Rolle für dessen Wirkungsgrad im medizinischen Leistungsprozeß zu. Folgende Eigenschaften beeinflussen die Diffusionsgeschwindigkeit:

- Die ökonomische Vorteilhaftigkeit einer medizinisch-technischen Innovation gegenüber bisherigen Produkten oder Verfahren,
- die Vereinbarkeit mit den bestehenden medizinischen Leistungsprozessen,
- die Einfachheit im Sinne geringerer Komplexität,
- die Erprobbarkeit,
- die Patientenfreundlichkeit,

- die Beobachtbarkeit des Nutzens,
- der Ausreifungsgrad der Innovation und
- der Ausbildungsgrad der Anwender.

13. Medizinischer Fortschritt ergibt sich aus unterschiedlichen Gründen. Unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Neugier und der Motivation durch wissenschaftlichen Fortschritt beschreibt die sogenannte "Technologie-Anstoßhypothese" die vom Bereich der Grundlagenforschung ausgehende Folgeentwicklung. Die sogenannte "Nachfrage-sog-Hypothese" geht davon aus, daß die Nachfrage (ausgelöst u.a. durch ungelöste medizinische Probleme) den Fortschritt wesentlich determiniert, da zukünftige Ertragsersparungen die Fortschritts- und Entwicklungsaktivitäten von Ärzten und Unternehmen sowie im Bereich der staatlichen Forschungsförderung bestimmen. Daneben fördert der Wettbewerb systematisch den Fortschritt, indem er die Akteure zur Entwicklung neuer und besserer bzw. kostengünstigerer Produkte und Verfahren zwingt. Er erfüllt insofern eine Anreizfunktion und eine Selektionsfunktion, die es erlaubt, "erfolgreiche" von "erfolglosen" Innovationen zu trennen.

14. Sehr unterschiedliche Interessen der am Fortschrittszyklus Beteiligten kommen zum Tragen. Kranke und Leistungserbringer betonen ihren individuellen Nutzen, während gesunde Versicherte und Kostenträger eher an Kostensenkung interessiert sind (siehe Abbildung 3).

Neben Besonderheiten der Angebots- und Nachfragebedingungen im Gesundheitswesen führen auch sehr unterschiedliche Interessen der am Fortschrittszyklus Beteiligten und ihre gegenwärtige Koordination dazu, daß Fortschritt überwiegend ausgabensteigernd wirkt. Eine stärkere Einbindung der Zahler in die Steuerung des Fortschrittszyklus ist geeignet, das Interesse an einer Kostensenkung zu stärken.

15. Die Beteiligung der Krankenversicherungen an der Steuerung des Fortschrittsprozesses ist in der jeweiligen Fortschrittsphase unterschiedlich zu gestalten. In der Inventionphase sollte den Krankenversicherungen lediglich beratende Funktion zukommen; hier kann ihr Auftreten gemeinsam und einheitlich erfolgen. In der Innovations- und Diffusionsphase sollte es den Krankenversicherungen erlaubt sein, sich durch die Förderung von factorsparendem und qualitätssteigerndem Fortschritt im Wettbewerbsprozeß Vorteile zu verschaffen. Aus diesem Grund ist eine gezielte Zusammenarbeit von Leistungserbringern, Krankenversicherungen und Herstellern von entsprechenden Produkten wünschenswert.

Abbildung 3: Beteiligte und Interessen im Fortschrittszyklus

| Beteiligte | Anbieter medizinischer Leistungen | Anbieter von medizinisch-technischen Produkten | Versicherungen/ Krankenkassen | Patienten | Versicherte |
|--|--|---|--|---|--|
| Interessen/ Beteiligung | u.a. Ärzte | u.a. Industrie | | | |
| Interesse bzgl. der Gesundheitsversorgung | bestmögliche Versorgung des Patienten/ Einkommensoptimierung | gewinnmaximierender Absatz der Produkte | Zahl der Versicherten; bestmögliche Versorgung ihrer Versicherten bzw. Versicherungsangebot entsprechend unterschiedlicher Versichertenpräferenzen im Wettbewerb | bestmögliche Versorgung im Krankheitsfall | präferiertes Leistungsangebot zu günstigen Beiträgen |
| primäres Interesse bzgl. med.-techn. Fortschritt | neue, qualitativ bessere Produkte; systematisches Interesse nur bei entsprechenden Anreizen | neue, qualitativ bessere Produkte; kostengünstigere Verfahren | kostengünstigere Verfahren, neue, qualitativ bessere Produkte | neue, qualitativ bessere Produkte | kostengünstigere Verfahren, neue, qualitativ bessere Produkte |
| Beteiligung im Fortschrittszyklus | groß | groß | sehr gering | gering | keine |

Quelle: Eigene Darstellung.

16. Mit Hilfe einer Diffusionsprämie für nicht patentierbare Innovationen kann die Anwendung wünschenswerter Neuerungen beschleunigt werden. Eine Diffusionsprämie beteiligt die forschenden Anbieter an den Vorteilen, die sich durch eine schnelle Diffusion für das Gesundheitssystem ergeben. So müßte ein Entwickler eines kostensparenden Fortschritts das Kostensenkungspotential belegen und sein Wissen einem oder mehreren Kostenträgern zur Verfügung stellen. Letztere zahlen aus den erzielten Einsparungen Prämien an den Innovator.

17. Um allen Versicherten gesicherten Fortschritt zugänglich zu machen, ist eine unabhängige Clearing-Stelle erforderlich, die Innovationen für alle Krankenversicherungen verbindlich macht. Dies soll auch verhindern, daß durch ein Aushöhlen des Leistungsumfangs Vorteile im Wettbewerb erreicht werden. Diese Funktion sollte ein neu zu gestaltender Ausschuß für neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB-Ausschuß) oder ein entsprechendes Aufsichtsgremium wahrnehmen.

Neuerungen, die nicht oder noch nicht einheitlich eingeführt werden sollen, weil ihre Zweckmäßigkeit und/oder Wirtschaftlichkeit nicht ausreichend belegt ist, sollten von Kassen als Zuwahl- oder Satzungsleistung angeboten werden dürfen. Dies macht einen Wettbewerb der Evaluation zwischen verschiedenen Kostenträgern möglich, der insgesamt die Systemeffizienz steigert und somit alle Beteiligten besserstellt.

2.3 Bewertung von Gesundheitstechnologien

18. Eine kritische Evaluation medizinischer Verfahren und Technologien im Gesundheitswesen ist die Basis einer zweckmäßigen Nutzung des medizinischen Fortschritts. Bei einem Health Technology Assessment (HTA) können drei unterschiedliche Vorgehensweisen gewählt werden:

- Ein technologieorientiertes Vorgehen richtet sich auf eine spezifische Technologie (oder ein Verfahren) und ihre Auswirkungen,
- ein problemorientierter Ansatz vergleicht verschiedene Technologien hinsichtlich der Ergebnisse und
- ein projektorientiertes HTA kann bei Investitionsentscheidungen hilfreich sein, indem es Nutzen und Wirtschaftlichkeit einer Technologie ermittelt.

Um eine medizinische Technologie bzw. ein medizinisches Verfahren umfassend beurteilen zu können, ist ein mehrstufiges Vorgehen notwendig:

- Identifizierung zu evaluierender Technologien inklusive Einschätzung der möglichen bzw. intendierten Wirkung,
- Formulierung einer präzisen Fragestellung und
- Ermittlung der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz.

Weitere Schritte sind die Formulierung von Schlußfolgerungen und Empfehlungen, die Verbreitung der Ergebnisse und die Evaluation von deren Wirkungen.

19. Dabei kommt es auf eine Prioritätensetzung zugunsten derjenigen Technologien an, denen eine große individual- und bevölkerungsmedizinische sowie wirtschaftliche Bedeutung zukommt.

Ziel ist u.a., die Wirksamkeit unter Idealbedingungen (Efficacy: homogenes Krankengut, standardisierte Prozeduren, Experten) zu beschreiben und mit der Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (Effectiveness: unselektionierte Patienten, Bedingungen der täglichen Praxis, alle Ärzte) zu vergleichen. Dies ist auch der Ansatz der evidenzbasierten Medizin und der Cochrane Collaboration. Letztere ist ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern, deren *reviews* sich auf existierende Studien beziehen.

20. In Deutschland sind diese Evaluationsformen in den verschiedenen Versorgungsbereichen erst ansatzweise entwickelt. Für den ambulanten Sektor entscheiden bisher der NUB-Ausschuß und der Ausschuß einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Für den stationären Sektor gibt es nur begrenzte Möglichkeiten, die Diffusion von Technologien zu steuern. Die Großgeräteplanung ist heute Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, die über Vergütungsregelungen Steuerungsmöglichkeiten haben. Eine NUB-ähnliche Struktur wird für den Bereich der stationären Medizin empfohlen. Für die Zulassung von Arzneimitteln regelt das Arzneimittelgesetz zwar den Nachweis von Nutzen und Sicherheit. Eine weitergehende, z.B. pharmakoökonomische Beurteilung bleibt jedoch aus. Bei der Zulassung von Medizinprodukten ist sogar der Nachweis des Nutzens weniger umfassend zu erbringen.

Die Förderung der wissenschaftlichen Kompetenz im HTA-Bereich könnte entscheidend zur Herausbildung einer Evaluationskultur in Deutschland beitragen.

2.4 Gesundheitsforschung: Rolle der Universitätsklinika und der Krankenversicherung

21. Die Rolle der Universitätsklinika wird durch den Auftrag, der Forschung und der Lehre sowie der hierfür erforderlichen Krankenversorgung zu dienen, beschrieben. Klinische Forschung ist zum Teil grundlagennah und zum Teil angewandt. Universitätsklinika sind durch eine besondere Breite ihres Leistungsspektrums und durch ihre spezielle Kompetenz charakterisiert. Die Steigerung der Transparenz der Finanzierung der verschiedenen Aufgaben der Universitätsklinika wird empfohlen. Universitätsklinika sollten ihr Leistungsspektrum durch standardisierte und detaillierte Leistungsberichte darlegen und insbesondere den standortspezifischen Anteil an supramaximaler Versorgung von Kranken ermitteln, der als Grundlage für eine leistungsgerechte Finanzierung durch die Kassen bzw. durch die kassenärztlichen Vereinigungen dienen könnte.

22. Im internationalen Vergleich der Ausgaben für Gesundheitsforschung ist Deutschland mit den öffentlichen Ausgaben vom Volumen her auf einem akzeptablen dritten Platz. Ein Teil der öffentlichen Mittel wird allerdings zugleich auch für die Krankenversorgung ausgegeben (z.B. Großgeräte im Bereich von Universitätsklinika).

23. Gesundheitsforschung ist in Deutschland in erheblichem Umfang auch Gegenstand der Finanzierung durch die GKV. Im Sinne einer "stillen" Mitfinanzierung klinischer Forschung werden sehr oft die Kosten der Regelversorgung von Studienpatienten von der GKV getragen. Hier besteht Bedarf an einer ergänzenden Neuregelung des Sozialgesetzbuches. Bei der Auftragsforschung wäre jede über die Regelversorgung hinausgehende, allein dem Studieninteresse zuzuordnende Intervention durch den Auftraggeber zu finanzieren. Bei überwiegendem wissenschaftlich-ärztlichen Interesse sollte weiterhin eine analoge Mitfinanzierung erfolgen, wobei die Forschungsmittel der Länder und anderer ausschließlich für über das Maß der zweckmäßigen, notwendigen und ausreichenden Versorgung hinausgehenden Forschungsaktivitäten einzusetzen sind. Im Sinne einer größeren Transparenz sollte eine regelhafte Einbindung von Vertretern der Krankenkassen in die Ethikkommissionen erfolgen, die sämtliche klinischen Forschungsvorhaben durchlaufen müssen. Dies würde eine gezieltere Anwendung des GKV-finanzierten "Versorgungssockels" nach sich ziehen. Es wird empfohlen, einzelnen Krankenkassen darüber hinaus die Möglichkeit der gezielten Förderung von Forschungsprojekten einzuräumen (vgl. Ziffer 15).

2.5 Beispiele für Fortschritt und Wirtschaftlichkeit

24. Die medizinischen Fortschritte lassen sich danach klassifizieren, in welchem Verhältnis Ressourceneinsatz und Ergebniserreichung zueinander stehen (Abbildung 4). Von eindeutigem medizinischen Fortschritt spricht man, wenn einer verbesserten Ergebniserreichung ein verringerter oder unveränderter Ressourceneinsatz gegenübersteht, sowie wenn bei einem unveränderten Ergebnis ein verringerter Ressourceneinsatz vorliegt. Bei verbessertem Ergebnis- und gleichzeitig erhöhtem Ressourceneinsatz, was eine häufige Kombination ist, hängt die Beurteilung von der Veränderung der Relation von Ergebnis zu Kosten ab.

25. Ausgewählte Beispiele für den medizinischen Fortschritt verdeutlichen sowohl die Beurteilung des medizinischen Fortschritts und seiner ökonomischen Konsequenzen als auch Steuerungsmöglichkeiten:

- Thrombosebehandlung mit niedermolekularem Heparin im Vergleich zu Standardpräparaten: Es zeigt sich, daß bei verminderter stationärer Verweildauer (also vermindertem Ressourceneinsatz) ein vermutlich etwas verbessertes Ergebnis vorliegt (Abbildung 4, Feld 1).

Abbildung 4: Kombinationen von Ressourceneinsatz und Ergebniserreichung

| Ressourcen- einsatz | verringertes | nicht veränderter | erhöhter |
|-------------------------|----------------------|----------------------------------|----------------------|
| Ergebnis- erreichung | | | |
| verbesserte | 1 | 2 | 3 nicht eindeutig |
| nicht veränderte | 4 | 5 Vermehrung der Verfahren | 6 |
| verschlechterte | 7 nicht eindeutig | 8 | 9 |

Quelle: Eigene Darstellung.

- Prophylaxe der Thrombose mit niedermolekularem Heparin im Vergleich zu Standardpräparaten: Bei verbessertem Effekt und vermindertem Ressourcenverbrauch ist die Prophylaxe ebenfalls dem Feld 1 zuzuordnen.
- Faktorsubstitution bei Hämophilie: Auf der Basis einer gentechnologischen Produktinnovation ist eine Indikationsausweitung für die Faktorgabe möglich. Statt der bisherigen Bedarfsbehandlung von Hämophilen kann eine Prophylaxe von Blutungsereignissen stattfinden. Dies verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und schiebt beispielsweise invalidisierende Gelenkblutungen hinaus. Diese Indikationsausweitung führt zunächst zu einer Kostensteigerung bei verbessertem Ergebnis (Feld 3). Der Fortschritt entspricht einer Umwandlung von einer Tertiär- in eine Sekundärprävention.
- Wachstumshormonsubstitution bei Erwachsenen: Neben einer Ergebnisverbesserung durch gentechnologische Produktinnovation (Feld 3) handelt es sich um ein interessantes Beispiel einer Diffusionsbegrenzung durch sachverständige Indikationskontrolle, die eine Entwicklung in Richtung Feld 6 unterbindet.
- Interventionelle Kardiologie: Die Innovation besteht in einer weniger invasiven Technik (PTCA, Stent) gegenüber der Koronarchirurgie. Bezogen auf die Einzelleistung wird ein besseres Resultat preiswerter erreicht (Feld 1). Das Besondere an diesem Beispiel ist ferner die Wirkung der freiwilligen externen Qualitätssicherung. Diese konnte feststellen,
 - daß die anatomischen Akutergebnisse sich verbesserten und die Komplikationshäufigkeit gesenkt wurde,
 - daß die Indikation auf Risikopatienten ausgeweitet und der Anteil der Frauen am Patientengut gesteigert wurde,
 - daß nur 5 % der Eingriffe nachträglich wegen einer nicht gegebenen Indikation kritisiert wurden und
 - daß die therapeutische und die diagnostische Herzkatheterisierung mit allerdings erstaunlich großen Häufigkeitsunterschieden in einer Sitzung erfolgte.
- Knochenmarktransplantation und Therapie mit peripheren Blutstammzellen (PBSC): Bei beiden Varianten dieser Technik handelt es sich um einen Fortschritt mit deutlich verbesserten Ergebnissen und erheblicher Kostensteigerung (Feld 3). Insbesondere bei der Blutstammzelltransplantation geht es um eine Schlüsseltechnologie mit deutlichem Wachstumseffekt. Dazu wird eine erheblich größere Bedeutung nicht nur für hämatopoetische, sondern auch für solide Neoplasien erwartet. Das Behandlungsprinzip PBSC dürfte auch für immunologische (System-)Erkrankungen wichtig werden. Die PBSC bietet ferner Ansätze für genthera-

peutische Verfahren. Wenn diese Erwartungen sich erfüllen, wird eine Anpassung der bisher unzureichenden Ressourcen erforderlich werden.

- Versorgung bei Diabetes mellitus: Bei dieser Volkskrankheit gibt es international verbindliche Behandlungsziele, deren Erreichung durch organisatorische Verbesserung der Versorgung gemäß einer abgestuften Einschaltung einer Versorgungskette mit zunehmender Qualifizierung verbessert werden kann. Dies läßt sinkende Fallkosten bei verbesserten Ergebnissen erwarten (Feld 1). Durch angemessene Vergütungsformen läßt sich dieser Prozeß unterstützen.

26. Die Beispiele zeigen, wie komplex die Beziehungen zwischen medizinischer und ökonomischer Betrachtung sind. Selbst wenn sich global die Kosten des Fortschritts nicht schätzen lassen, wird dennoch deutlich, daß eine standardisierte Beurteilung des Nutzens und eine gezielte Gegenüberstellung der Kosten notwendig ist. So läßt sich der Diffusionsprozeß einschließlich geeigneter Steuerungsmöglichkeiten im Einzelfall transparent machen und gestalten.

3. Wachstumsmärkte im Gesundheitswesen

27. Die pauschale Einstufung des Gesundheitswesens als Wachstumsmarkt mit der Hilfe eines einzigen Indikators vermag den unterschiedlichen Bedingungen in den einzelnen Sektoren und den vielschichtigen Beiträgen dieser Sektoren zum Zielspektrum der Gesundheitsversorgung nicht gerecht zu werden. Invention und Innovation setzen immer wieder den Fortschrittsprozeß in Gang, so daß letztlich der Fortschritt selbst als Motor der Marktentwicklung gesehen werden kann. Die folgenden Beispiele sollen die heterogene Struktur von Wachstumsmärkten weiter verdeutlichen. Das Wachstum dieser Märkte geht, von Ausnahmen abgesehen, mit entsprechenden Wohlfahrtsgewinnen einher.

28. Wachstumspotentiale entstehen aufgrund angebotsseitiger Entwicklungsdeterminanten, wie z.B. technischer Fortschritt und Produktivitätssteigerungen, und durch nachfrageseitige Faktoren, wie z.B. Einkommenselastizitäten oder Veränderungen von Präferenzen. Diese Einflußgrößen deuten darauf hin, daß es sich bei der Gesundheitsversorgung auf absehbare Zeit um einen Wachstumsmarkt handelt. Daneben tritt als Determinante des Wachstumsprozesses der intrasektorale Strukturwandel. Er umfaßt die Beziehungen zwischen den Teilsystemen des Gesundheitswesens und insbesondere deren Entwicklungstendenzen sowie die Verflechtungen dieser Teilsysteme mit dem Ausland.

3.1 Pflege

29. Ziel der Pflege ist es, die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen zu erhalten, so bald wie möglich wieder herzustellen oder ihn zu befähigen, mit Einschränkungen in der eigenen Lebensgestaltung umzugehen und vielleicht sogar trotzdem neue Lebensqualitäten für sich zu entdecken.

30. Folgende gesellschaftliche Veränderungen tragen dazu bei, daß der Pflegemarkt sich auf einem Wachstumspfad befindet:

- die demographische Entwicklung (absolute Zunahme älterer Menschen, Zunahme des relativen Anteils älterer Menschen, Zunahme der hochbetagten Menschen),
- die relative Zunahme chronischer Krankheiten und der Multimorbidität bei älteren Menschen,
- steigende Ansprüche an eine menschen- und altersgerechte Versorgung im Alter (Enthospitalisierung) und
- der Rückgang der Laien-Pflegekapazitäten (Zunahme von Einpersonenhaushalten und extrafamiliärer Berufstätigkeit von Frauen).

31. Insgesamt meldete die Bundesanstalt für Arbeit am 30.06.1996 über 527.000 in der Pflege Beschäftigte. Dabei ist zu unterscheiden zwischen examiniertem Personal, Hilfspersonal und Krankenpflegeschüler und -schülerinnen sowie entsprechenden Fachgruppen in der Kinderkranken- und Altenpflege.

Der Pflegedienst der Krankenhäuser ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich ausgeweitet worden; von 1991 bis 1995 wurde hier eine Zunahme von ca. 40.000 Pflegekräften verzeichnet. Im Jahre 1995 waren in Krankenhäusern in ganz Deutschland rund 321.000 Krankenschwestern/-pfleger, 41.000 Kinderkrankenschwestern/-pfleger und knapp 33.000 Krankenpflegehelfer und -helferinnen beschäftigt. Nach wie vor ist in manchen Bereichen der Bundesrepublik aber eine Knappheit vor allem an qualifizierten Pflegekräften festzustellen.

32. Derzeit haben nach einer Erhebung etwa 1,5 Mio. Rentner einen "leichten Hilfebedarf". Rund 885.000 zuhause lebende Menschen über 65 Jahre haben einen "erheblichen Pflegebedarf", womit die Notwendigkeit der Unterstützung beim Waschen, Anziehen, Essen und anderen Aktivitäten des täglichen Lebens gemeint ist. Davon brauchen

389.000 Personen tägliche, 335.000 mehrmals tägliche und 105.000 Menschen ständig pflegerische Leistungen.

Der Mehrbedarf an pflegerischen Leistungen für ältere Menschen wird sich in den kommenden Jahren vor allem im ambulanten und teilstationären Bereich niederschlagen. Die Zahl der Pflegekräfte in diesem Bereich wird aber sicher nicht in dem Maße weiter steigen wie in den vergangenen Jahren.

33. Aus ihrer Perspektive versuchen Pflegende im Krankenhaus, den geforderten Pflegebedarf ins Zentrum der Organisationsprozesse zu rücken. Bezugspflege, die Aufteilung der Station in kleinere überschaubare Einheiten sowie der Einsatz von EDV zur Unterstützung der Abstimmungsprozesse zwischen Funktionsbereich und den bettenführenden Abteilungen sollen menschliche Nähe mit dem Erfordernis einer zielgerichteten effizienten Arbeitsorganisation verbinden.

Ein nicht zu unterschätzender Anteil pflegerischer Arbeit bezieht sich gerade in den klinischen Bereichen auf die Hilfe und Unterstützung der Patienten bei diagnostischen und therapeutischen Eingriffen. Dazu gehören auch die technische Vor- und Nachbereitung und die teilweise selbständige Durchführung medizinischer Maßnahmen. Eine selbständige Indikationsstellung, wie sie sich in den USA entwickelt hat, ist in der Akutpflege - jedenfalls zur Zeit - in Deutschland nicht gegeben.

34. In der häuslichen Versorgungssituation steigt die Anforderung, die Ganzheitlichkeit der Pflege als Voraussetzung von Patientenorientierung und Partnerschaft zu erhalten. Hier können Modulsysteme für die Abrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung kontraproduktiv wirken, da sie eine Zergliederung und Verteilung der Arbeit und damit die Funktionspflege begünstigen. Das im Krankenhausbereich zu bevorzugende Modell der Bezugspflege könnte auch für die ambulante Versorgung angemessen sein. In der stationären Altenhilfe steht jedoch die geforderte Pflege nach individuellen Bedürfnissen noch am Anfang.

35. Die Auseinandersetzung mit betriebswirtschaftlichen und Managementansätzen gewinnt auch in der Krankenpflege zunehmend an Bedeutung. Die Kundenorientierung, die Entwicklung von pflegespezifischen Leitbildern, die wachsende Bedeutung des operativen und strategischen Controlling und von Qualitätsmanagement-Konzepten sind Themen, die auch von Seiten der Pflege aktiv aufgegriffen und interdisziplinär für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens bearbeitet werden müssen. Bedarfsgerechte und wirtschaftliche Pflege gilt als übergreifende Ziel- und Wertvorstellung.

36. Ein besonderes Problem stellt die Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege älterer Menschen durch Angehörige dar. Gerade weil der Anteil der Laienpflege hier sehr hoch ist, reicht der Ansatz in § 37 (3) SGB XI (Abruf eines Pflegeeinsatzes der professionellen Pflege bei Bezug von Pflegegeld) nicht aus, zumal er nicht ausdrücklich als Qualitätssicherung definiert ist und die professionelle Pflege nur geringen Einfluß auf die Qualität der Versorgung durch Laien hat. Hier sind dringend Modelle der qualitätssichernden Pflegeunterstützung zu entwickeln.

37. Insbesondere innerhalb von institutionellen Zusammenhängen könnte bereits heute dem Einsatz von Informations- und Kommunikationsdiensten in der Pflege eine größere Bedeutung zukommen. Der noch bestehende Mangel an Unterstützung durch Information und Kommunikation liegt an den zahlreichen Schwierigkeiten und Anforderungen, die dem Fortschritt der Informationstechnik in der Pflege im Wege stehen:

- es fehlen weitgehend akzeptierte und operationalisierte Pflegediagnosen,
- die Integration von medizinischer und Pflegedokumentation muß gewährleistet werden,
- die Verknüpfung der Dokumentation mit der Dienstplanung ist erforderlich,
- die Pflegesysteme sollten in die bestehenden Krankenhaus-Informationssysteme integriert werden können,
- die EDV-Systeme müssen so gestaltet werden, daß die Pflegenden problemlos damit umgehen können (funktionale Effektivität) und
- die Pflegenden müssen die EDV als Hilfe und Arbeitsmittel begreifen (können).

38. Grundsätzlich und nicht nur aus Kostengründen wird die ambulante Versorgung gegenüber der teilstationären und stationären Versorgung bevorzugt. Die Verlagerung von Behandlungsabläufen aus dem stationären in den ambulanten Bereich führt dazu, daß schwere Pflegebedürftigkeit ohne die baulichen, materiellen und technischen Standards eines Krankenhauses von den Pflegenden sach- und fachgerecht bewältigt werden muß.

Die Möglichkeiten der Verkürzung oder Vermeidung von Krankenhausaufenthalten, Erfordernisse des Informationstransfers und die Verbesserung der Pflegequalität machen deutlich, daß der Ausbau der bisher erst ansatzweise und modellhaft erprobten Form des Care-Managements zwischen den Institutionen des Gesundheitswesens notwendig ist. So könnte der sogenannte 'Drehtüreffekt' vermieden werden, d.h. die Wiederaufnahme von Patienten ins Krankenhaus innerhalb kurzer Zeit nach der Entlassung. Pflegeüber-

leitung als neues pflegerisches Arbeitsfeld bedarf der Abstimmung mit den Aufgaben des Krankenhaus-Sozialdienstes und privater Pflegedienste.

Die bisherigen Erfahrungen mit institutionellen Schnittstellen in der ambulanten Pflege, insbesondere der baden-württembergischen Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen) zeigen, daß hier ein neues pflegerisches Selbstverständnis und eine klare Schnittstellendefinition gefordert sind.

39. Inzwischen gibt es in Deutschland eine Reihe von Modellen des Care-Managements bzw. des Unterstützungsmanagements, die von reinen Informations- und Vermittlungsstellen bis zu spezialisierten Beratungsdiensten reichen. In Zukunft sind stärker integrative Modellprojekte erforderlich.

Eine entscheidende Rolle für die Entwicklung eines aus pflegerischer Sicht leistungsfähigen Unterstützungsmanagements wird die Frage spielen, inwieweit die z.T. miteinander konkurrierenden ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen im Interesse einer optimalen Unterstützung der Pflegebedürftigen zu kooperativen Verfahrensweisen (bei gleichzeitiger Wahrung der eigenen Interessen) bewegt werden können.

Unsicherheiten ergeben sich derzeit in der Pflege älterer Menschen. Hier besteht angesichts der Tätigkeitsentwicklung in der ambulanten und stationären Pflege älterer Menschen ein Bedarf, die Grenzziehung zwischen Altenpflegerischen und Krankenpflegerischen Tätigkeiten zu prüfen, um mit der Entwicklung der Praxis Schritt zu halten.

40. Ein ergebnisorientiertes und qualitativ gesichertes Gesundheitssystem erfordert ein abgestimmtes Miteinander der Berufsgruppen. Der Aufbau einer eigenen Nomenklatur, Berufsethik und Wissenschaft entspricht dem Bedarf der Pflege, kann sich jedoch durch den Aufbau damit einhergehender Verständnisbarrieren auch negativ auf die Zusammenarbeit der Pflege mit anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen auswirken. Dabei bewirkt die ständische Organisation und Akademisierung unmittelbar auch eine größere Distanz zum einzelnen Nutzer pflegerischer Dienstleistungen.

41. Der Sachverständigenrat unterstützt die Forderung nach einer weitergehenden Professionalisierung der Pflege, wo sie erforderlich ist. Diese Entwicklung sollte nicht zu Lasten der Laienpflege erfolgen. Der Rat sieht eine bleibende Notwendigkeit für ein kooperatives Miteinander von ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Die jüngst entfachte Debatte um die Qualität der Altenpflege und der Leistungen im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes deuten auf Bereiche, die einer kritischen Analyse bedürfen.

3.2 Medizinische Telematik

42. Mit Medizinischer Telematik werden alle Einsätze der Computer- und Telekommunikationstechnologie bezeichnet, die sich spezifisch medizinischen Aufgaben stellen. Medizinische Telematik ist wie jede andere Technologie weder a priori nützlich noch schädlich; sie bietet ein eigenes neues Potential der Gestaltung medizinischer Leistungen. In Deutschland lassen sich Einspareffekte sowohl für Versorgungseinrichtungen, Krankenkassen und Versicherungen und darüber hinaus letztendlich auch für Versicherte, Patienten, Arbeitgeber und öffentliche Körperschaften erwarten.

Ob Medizinische Telematik daneben eine größere Effizienz der Versorgung erreicht, hängt von der Technik selbst, aber auch von ihrer wirtschaftlich-organisatorischen Einordnung ab.

43. Aus der Sicht des medizinischen Versorgungssystems werden durch den Einsatz der Telematik folgende Chancen gesehen:

- Erreichen einer neuen diagnostischen bzw. therapeutischen Qualität über innovative Systeme, z.B. im Bereich der Bild- und Signalverarbeitung.
- Verbesserung der professionellen Versorgungsqualität durch schnellere und leichtere Verfügbarkeit medizinischen Wissens (Dokumentation, Telekonsultation, Wissensbanken).

Dies kann erreicht werden durch Vernetzung regionaler Versorgungseinrichtungen als strukturelle Basis für integrierte Versorgungskonzepte, durch eine verbesserte Rückkopplung zwischen Forschung und Praxis sowie durch verbesserte und verbessert nutzbare Fortbildung. In weiterer Zukunft werden auch Chancen durch telemedizinisch gesteuerte Eingriffe gesehen.

Diese Chancen werden dann zu Risiken, wenn das so zur Verfügung stehende "Wissen" zweifelhafter Qualität ist oder im Sinne der Leistungsausweitung im Versorgungsnetz medizinisch fehlgenutzt wird.

44. Eine Verbesserung der sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen im Sinne von Telematik kann einer größeren Nähe zwischen Versorgten und Versorgern bzw. einer besseren Patienteninformation dienen

- durch Information des Patienten über existierende Versorgungsmöglichkeiten und ihre regionalen Alternativen; auch durch die bessere Nutzung von Laieninformationssystemen, wie sie etwa von Selbsthilfegruppen angeboten werden,
- durch die größere Wohnortnähe qualifizierter Versorgung durch deren telemedizinische Anbindung, damit auch
- durch eine Milderung des Stadt-Land-Gefälles im Versorgungsangebot,
- die leichtere Einbindung von professionellen Zweitmeinungen und Leitlinien, was sowohl eine größere rechtliche Absicherung des Versorgers als auch einen verbesserten Schutz des Versorgten vor Scharlatanerie bedeuten kann und
- durch eine verbesserte Arzt-Patienten-Kommunikation.

Auch diese Chancen sind mit der Einführung einer Technologie nicht automatisch gegeben, sondern können sich auch in Richtung einer kaum noch beherrschbaren Verunsicherung oder Probierversucht seitens der Patienten auswirken. Seitens der Versorger ist die Gefahr gegeben, daß sie über die Nutzung telematischer Dienste nicht nur ihre Leistungsfähigkeit erweitern lernen, sondern auch ihre diesbezüglichen Möglichkeiten über- und fehleinschätzen.

45. Aus ökonomischer Sicht ergeben sich Chancen der Telematik durch

- mehr Haus- als Facharztkonsultation,
- mehr ambulante als stationäre Versorgung,
- mehr Allgemein- als Spezialkrankenhausversorgung,
- gezielten Mitteleinsatz mit Wegfall von Doppeluntersuchungen, unnötigen Untersuchungen und auch verspäteter oder unwirksamer Behandlung,
- bessere Auslastung (auch der Bereitschafts- und Notdienste) und stärkere Konzentration von Versorgungseinrichtungen auf ausgewählte Expertisenfelder,
- geringeren medizinisch-administrativen Aufwand (klinische Dokumentation),
- niedrigere Kosten für den Informationstransfer (z.B. Porto, Boten etc.) und
- geringere Fahrtkosten und Arbeitsausfallzeiten (Wartezeiten, Transportkosten).

Auch ökonomisch kann die Telematik in Abhängigkeit von den Rahmenbedingungen die genannten Erwartungen verfehlen, indem

- eine erhöhte "Auslastung" auch über eine medizinisch nicht indizierte Vermehrung von Leistungen erreicht wird und
- neue Verfahren neben alten lange Zeit koexistieren und so infrastrukturell eher erhöhte Aufwendungen zu erwarten sind.

46. Weitere, mehr organisatorische Effekte der Telematik sind zu erwarten durch

- eine Verringerung der professionellen Isolierung im Rahmen der Möglichkeiten von Diskussionsforen im Internet,
- eine Verbesserung der sozialen Einbindung von Patienten und Behinderten im Rahmen solcher Diskussionsforen,
- einen schnelleren und vollständigeren Überblick über Anbieter und damit eine erhöhte Leistungstransparenz,
- das Entstehen sogenannter "virtueller" Organisationen, in denen verschiedene Leistungsträger zusammentreten, um je nach aktueller Aufgabenstellung als "ein" integrierter Versorgungsanbieter wahrgenommen zu werden,
- mehr dezentrale Entscheidungen und insgesamt flachere Organisationsstrukturen und
- Ausweitung des Versorgungsangebotes über regionale und nationale Grenzen hinaus.

Auch hier werden idealisierte Informationsqualitäten unterstellt. Bei abgesenkter Informationsqualität könnten sich die beschriebenen Effekte entsprechend negativ auswirken.

47. Das unbestreitbare Potential der Telematik in der Medizin und darin auch speziell der Telemedizin läßt sich allerdings in Wirklichkeit nicht automatisch so schnell und so umfangreich nutzen, wie von Skeptikern befürchtet und von den Befürwortern erhofft.

Organisatorische Rahmengogebenheiten entscheiden stark über die Anwendbarkeit und die unterschiedlichen Anwendungsformen von Telemedizin. Damit wird auch die Relevanz der Entscheidungen über Leistungsumfang, Leistungsträger und Beteiligungsformen bei Demonstrationsprojekten deutlich: Sie bestimmen ebenso über Erfolg und Mißerfolg wie die technische Reife der Telematikanwendung selbst.

Auch im Bereich der medizinischen Institutionen, also der Krankenhausgesellschaften, kassenärztlichen Vereinigungen und Kammern, müssen wichtige Voraussetzungen geschaffen werden. Hierzu gehören u.a. technische und organisatorische Standards des Datenschutzes und entsprechende berufsrechtliche Regelungen.

48. Die zum Aufbau komplexer Kommunikationsstrukturen notwendigen Normungsschritte, die durch die inzwischen sechsjährige Arbeit zur Medizinischen Telematik der europäischen Normungsinstitution CEN bzw. dessen Technical Committee TC 251 be-

reits gut fundiert ist, verlangen hohe Kooperationsbereitschaft nicht nur von den Nutzerorganisationen, sondern auch vom industriellen Anbieter. Anbieter glauben leider viel zu oft, von einer Fragmentierung des Marktes auch profitieren zu können. Eine Stärkung der Bemühungen und Strukturen für telematische Standards in der Medizin (etwa im Sinne des Vorgehens in den Niederlanden) erscheint sehr wichtig. Dies betrifft besonders:

- Standards zur elektronischen Krankengeschichte, die von den Fachdisziplinen nicht nur zu fordern, sondern mitzuentwickeln und einzuhalten sind,
- Protokolle für die verschiedenen Kommunikationsbelange in der Medizin, inklusive der Telekonsultation,
- Offenheit der Infrastruktur (Gesundheits-Netz-Terminologie-Plattformen, Chipkarten, Sicherheitssysteme etc.) zur Vermeidung einseitiger Marktentwicklungen und
- Standards für die Erstellung und Präsentation medizinischer Leitlinien, um sie sowohl identifizieren wie in ihrer klinischen Konsistenz prüfen zu können.

49. Ein neuer, sich rasch ausbreitender Marktbereich besteht in den Informations- und Kommunikationsdiensten.

Praktisch alle Medienanbieter werben heute um den Kunden auch mit seinem Interesse an Themen aus den Bereichen Gesunderhaltung und Krankheit. In diesen Markt wird neben die elektronischen Medien (wie CD-ROM und Internet) auch bald das digitale Fernsehen eintreten.

Die sich mit den elektronischen Medien ergebende neue Dimension ist das Angebot dialoger oder doch dialogähnlicher Nutzungsmöglichkeiten. Diese sollen es dem Kunden erlauben, wesentlich gezielter als bisher die ihn interessierenden Themenfelder selbst anzusteuern, zu verwerten und mit Hinzugabe eigener Gesundheitsdaten die Systemleistung von der rein bildenden Information in die Gesundheitsberatung, Versorgungsunterstützung und Behandlungsempfehlung umzuwandeln und damit für den individuellen Bedarf zu optimieren.

50. Die Vermarktung von Wissen in Online-Diensten kann allerdings wirtschaftlich noch nicht als gelöst angesehen werden. Sicher spielt dabei auch eine Rolle, daß die Integration in die Arbeitsabläufe und damit der praktische Alltagswert des Informationsangebotes noch gering ist. Am ehesten wäre eine solche Integration im Rahmen von Versorgungsverträgen oder über genossenschaftliche Organisationsformen denkbar.

51. Ein wichtiges Gebiet aus dem Bereich der professionellen Information stellt die elektronische Information über klinische Leitlinien dar. Obgleich dies den Vorteil hat, daß so die Empfehlungen auch zügig aktualisiert werden können, wären die eigentlich erstrebenswerten Wirkungen wesentlich besser zu erzielen, wenn

- die Leitlinien auch im Rahmen von elektronischen Diskussionsforen Gegenstand des Erfahrungsaustausches würden und
- die Leitlinien technisch so aufbereitet würden, daß sie von Praxiscomputern und anderen medizinischen Arbeitsplatzrechnern fallbezogen inhaltlich berücksichtigt werden und damit unmittelbar in die Versorgung eines jeden Patienten einfließen könnten.

52. Je unmittelbarer sich der Zugang zu solcher oder anderer professioneller Information in den Alltag der medizinischen Versorgung einbettet, um so offensichtlicher werden die Problemzonen. Zwar ändert sich die professionelle Verantwortlichkeit durch die technische Zugangs- und Verwertungsform von Information nicht, aber dennoch wären die Anreize nicht zu leugnen: Anreize

- zu extensiver Nutzung der so angebotenen Verhaltensmuster über den (z.B. wirtschaftlich oder ethisch) vertretbaren Rahmen hinaus,
- zur schubladenhaften Umsetzung von Empfehlungen im Sinne "defensiver" Medizin und
- zu eigenen - wissenschaftlich unsinnigen - Versuchen mit möglicherweise noch völlig unzureichend geprüften Neuerungen.

53. Es erscheint aufgrund dieser Überlegungen empfehlenswert, daß folgende zusätzliche Elemente in die elektronische Informationskultur eingefügt werden:

- Die Kennzeichnungspflicht der medizinischen Information durch den professionellen Autor,
- die gesetzlich zu stützende Möglichkeit, Informationsangebote durch Verantwortungsträger des Gesundheitssystems kommentierbar zu machen (Verweispflicht auf analoge Informationsangebote von Ärztekammern, Krankenkassen) und
- die routinemäßige Öffnung angebotener Information zur Diskussion aus der Praxis heraus (Diskussionsforen).

54. Der Rat hält die Bildung von nationalen und regionalen Arbeitsgemeinschaften für erforderlich, die sich um die Entwicklung bzw. Empfehlung von Standards für wichtige inhaltlich-technische Themenkomplexe kümmern.

Zusätzlich wäre eine klare Einordnung solcher Arbeitsgemeinschaften in Entscheidungsprozesse des deutschen Gesundheitswesens sinnvoll, um die Verantwortung für den Telematikeinsatz in der Versorgung eindeutiger zu regeln.

3.3 Medizinprodukte

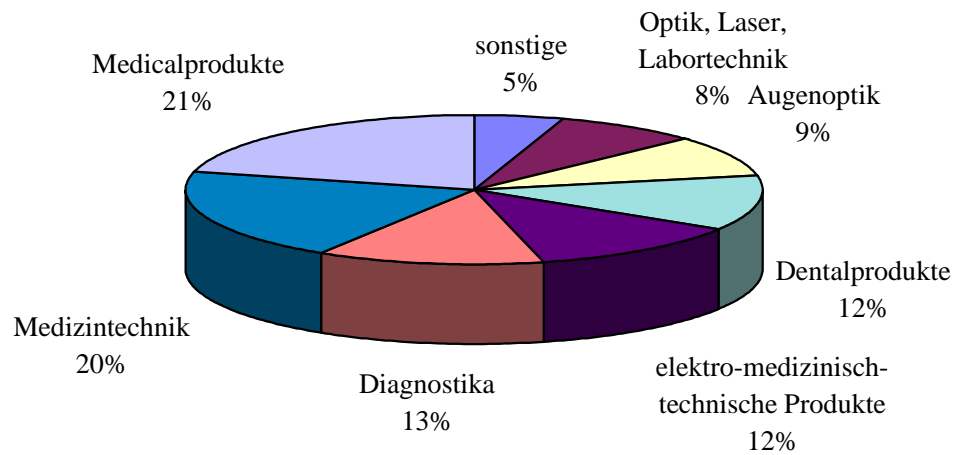
55. Der Begriff der Medizinprodukte umfaßt ein weitgefächertes Sortiment - von Einweg-Verbrauchsartikeln bis hin zu medizinisch-technischen Großgeräten sowie sogenannte "fiktive" Arzneimittel (ca. 400.000 Artikel).

Aufgrund einer fehlenden amtlichen Statistik kann auf keine gesicherte Datenbasis zurückgegriffen werden. Für die weitere Analyse wurden die folgenden acht Marktsegmente unterschieden:

- Medizintechnik (Krankenhausausrüstung, chirurgische Instrumente etc.),
- Medicalprodukte (medizinische Einmalprodukte, Verbandmittel, Implantate, etc.),
- elektromedizinisch-technische Geräte (bildgebende Verfahren, Stoßwellentherapie, medizinische Elektroniksysteme, Nuklearmedizin etc.),
- Dentalprodukte,
- Augenoptik,
- Optik, Laser, Labortechnik,
- Diagnostika und
- sonstige (chirurgisches Nahtmaterial etc.).

Das Produktionsvolumen der deutschen Medizinprodukteindustrie lag im Jahre 1996 zwischen 27 und 29 Mrd. DM. Die Umsatzverteilung auf die verschiedenen Marktsegmente kann der Abbildung 5 entnommen werden.

Abbildung 5: Medizinprodukte - Umsatz im Jahre 1996 in Deutschland (Anteil der acht Marktsegmente)



Quelle: Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie e.V. (BVMed); Verband der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI); Verband der deutschen feinmechanischen und optischen Industrie e.V. (F+O); Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH); Zentralverband Elektrotechnik- und Elektronikindustrie e.V. (ZVEI); eigene Berechnungen.

56. Die weltweite Nachfrage nach Medizinprodukten wird für 1996 auf ca. 200 Mrd. DM auf Basis der Herstellerabgabepreise geschätzt. Gut ein Viertel davon entfällt auf Europa. 76 % des Verbrauchs in Europa werden durch europäische, 17 % durch amerikanische und 5 % durch japanische Hersteller abgedeckt.

Nach den USA und Japan ist Deutschland mit einem Verbrauch von ca. 20,1 Mrd. DM - was einem Anteil von 10 % am Weltmarktumsatz entspricht - der drittgrößte Markt für Medizinprodukte; für den Bereich Medizintechnik vor Japan sogar der zweitgrößte. Innerhalb Europas liegt der Pro-Kopf-Verbrauch an Medizinprodukten in Deutschland am höchsten.

Die Anzahl der Medizinproduktehersteller weltweit beläuft sich auf ca. 16.000 Unternehmen mit ca. 640.000 Mitarbeitern. Im Jahr 1996 wurde ein Drittel der Weltproduktion an Medizinprodukten in Europa durch die 5.500 meist mittelständischen Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl von 240.000 erzeugt (USA: 7.700 Unternehmen und 285.000 Mitarbeiter).

57. Innerhalb der EU ist der deutsche Medizinproduktemarkt nicht nur der größte, (doppelt so groß wie in Frankreich und viermal so groß wie Großbritannien), sondern

mit geschätzten 9 % p.a. der Markt mit dem größten Wachstumspotential für die nächsten Jahre. Die deutschen Hersteller sind stark exportabhängig (50 % der Produktion, 1996), im Vergleich dazu exportierten amerikanische Hersteller im gleichen Jahr lediglich 23 % der Produktion. Die 1.200 Hersteller in Deutschland beschäftigten rund 110.000 Mitarbeiter.

Im Zeitraum von 1986 bis 1997 betrug das durchschnittliche jährliche Wachstum des Medizinproduktmarktes weltweit 5,5 % p.a.. Der deutsche Markt ist dagegen mit 10 % p.a. im Zeitraum 1993-1995 wesentlich stärker als der Weltmarkt gewachsen. Für die Zukunft erwartet man sowohl für den Weltmarkt als auch für Europa durchschnittliche Wachstumsraten von 6 %-7 % p.a..

Relativ starke Wachstumsraten konnte der Bereich der feinmechanischen Industrie (z.B. chirurgische Instrumente) innerhalb des Segments Medizintechnik sowie das Marktsegment Optik, Laser, Labortechnik seit 1970 verzeichnen. Preisbereinigt stieg der Umsatz in diesen Segmenten um mehr als das Vierfache.

58. Die Medizintechnologie wird von folgenden Tendenzen beherrscht:

- Weitere Verbesserung der bildgebenden Verfahren mit nichtinvasiver Quantifizierung physiologischer Prozesse,
- Rückgang der traditionellen Operationsverfahren aufgrund der Weiterentwicklungen der Mikrotherapie und Mikrotechnik. Die fortschreitende Miniaturisierung in den Bereichen der minimalinvasiven Chirurgie und Diagnostik, der interventionellen Radiologie, der Kardiologie und der Urologie ermöglicht immer weniger belastende, hochpräzise Eingriffe,
- Integration biotechnologischer Methoden in die Medizintechnik (z.B. Keratinytenzüchtung zum Hautersatz),
- Entwicklung von Kleinstmaschinen, -pumpen und -fräsen sowie von Mikrorobotern, die sich im menschlichen Körper bewegen und
- sinkende Preise für Technologien im Bereich Multimedia und Telekommunikation.

59. Gerade im Bereich der bildgebenden Verfahren ist die Situation stark geprägt durch die Konkurrenz verschiedener Technologien. Dies kann teilweise zu sehr kurzlebigen technologischen Ansätzen führen. So können Innovationen innerhalb kürzester Zeit zu erheblichen Veränderungen in der Angebotsstruktur zugunsten einer anderen Technologie führen.

Als Beispiel sei der Strukturwandel bei bildgebenden Diagnose-Geräten beschrieben: Im ersten Schritt wurde die invasive Katheterdiagnostik durch nichtinvasive bildgebende Verfahren substituiert (Echokardiographie). Dazu treten derzeit vor allem verbesserte und weiterentwickelte bildgebende Verfahren in Konkurrenz. Für Magnetresonanz-Bilderzeugungs-Ausrüstungen werden daher in den nächsten Jahren starke Umsatzsteigerungen erwartet.

60. Aus Sicht der deutschen Medizinproduktehersteller wird das Nachfragepotential durch folgende Entwicklungen geprägt:

- Verbesserter Gesundheitsschutz durch technologischen Fortschritt führt zu einer erhöhten Nachfrage nach Medizinprodukten.
- Ersatzinvestitionen sind zurückgestaut: 40 % der Röntengeräte in Deutschland sind älter als 10 Jahre.
- Neue Absatzchancen in den "emerging markets": Asien und Lateinamerika zeigen bisher jährliche Wachstumsraten um 20 %. Der stetige Aufbau der Länder des ehemaligen Ostblocks sorgt für zusätzliche Nachfrage auf dem deutschen und dem europäischen Markt.
- Lediglich 7 % des Verbrauchs an Medizinprodukten in den USA werden durch Importe aus Europa gedeckt.
- Im internationalen Vergleich besteht aufgrund des Nachholbedarfs in Europa noch ein Wachstumspotential: Der Pro-Kopf-Verbrauch von Medizinprodukten lag im Jahre 1996 nach den Angaben der Health Industry Manufacturer Association (HIMA) innerhalb der EU bei 151 DM (BRD 239 DM) während der pro Kopf-Verbrauch in USA 332 DM (Japan 240 DM) betrug.

61. Nach Ansicht des Rates sollte die Europäische Union mittels eines liberalisierten Binnenmarktes günstige Rahmenbedingungen für die europäische Industrie schaffen und deren Wettbewerbsfähigkeit auf dem internationalen Markt erhöhen. Die europäische Industrie steht vor der Aufgabe, durch weitere Aktivitäten Drittmärkte für sich zu öffnen und befindet sich damit in Konkurrenz zu den Anbietern aus der Zone des North American Free Trade Agreement (NAFTA), Japan und Australien. Gegenwärtig laufen Verhandlungen der Generaldirektion III der Europäischen Kommission mit den USA, Japan, Kanada und Australien über eine gegenseitige Anerkennung der Zertifizierung.

Die oft langwierige und kostenaufwendige Registrierung bzw. Zulassung durch die zuständigen Behörden des jeweiligen Staates verhindern innovativen Medizinprodukten den schnellen Zugang zu großen Märkten. Dies wäre jedoch nötig, um bei steigenden

Investitionskosten Anreize für die Produktentwicklung der Industrie zu schaffen. So wird auch in den USA von der National Electrical Manufacturer Association (NEMA) gefordert, daß das Zulassungswesen entstaatlicht wird und nach europäischem Vorbild durch private Organisationen auf kommerzieller Basis und nicht mehr durch die FDA erfolgt.

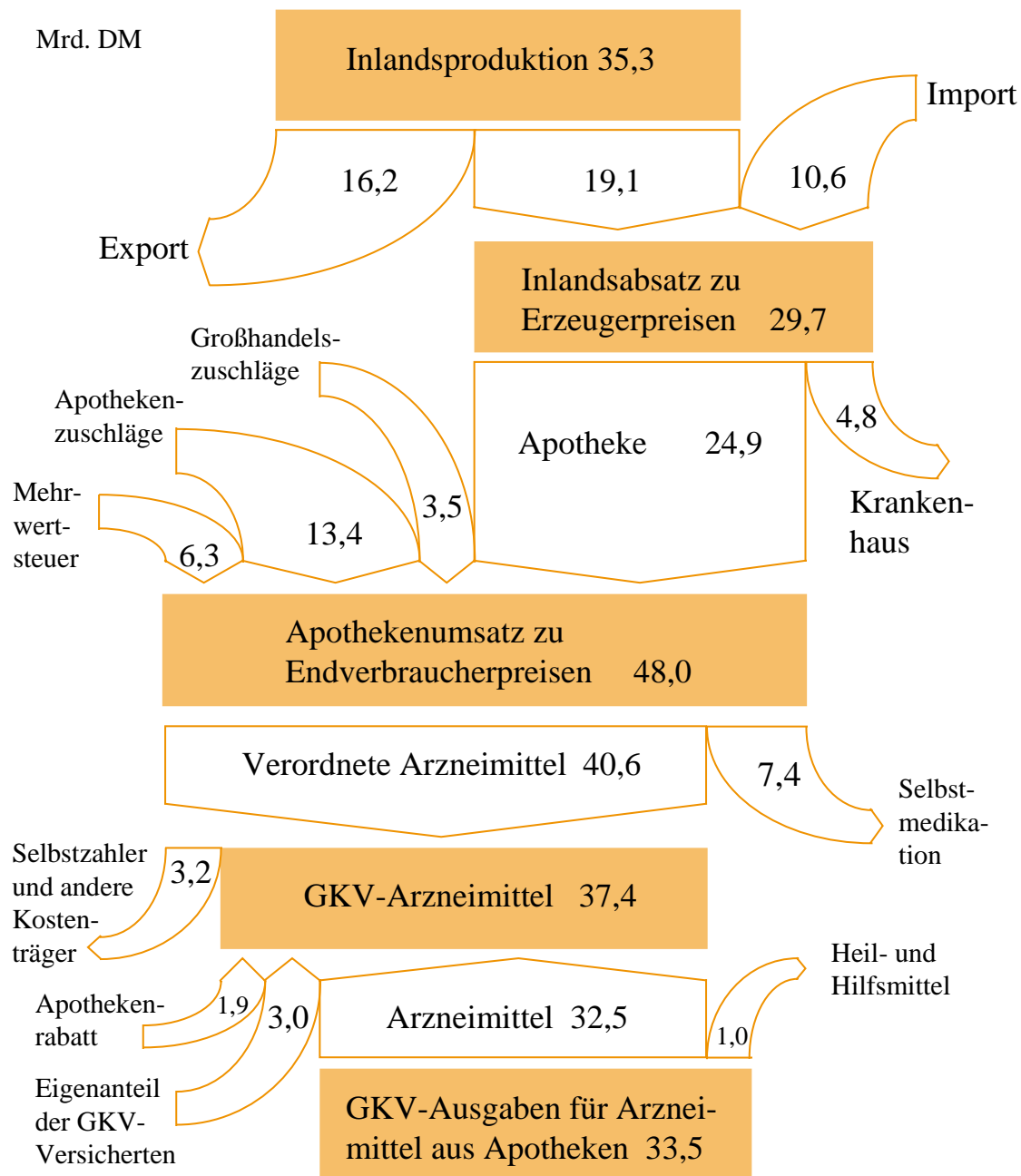
62. Im Rahmen der vom Rat schon früher geforderten Beseitigung der dualen Krankenhausfinanzierung (JG 1992, Ziffer 222ff; JG 1996, Ziffer 267) könnte die Gerätebeschaffung liberalisiert werden. Überfällige Investitionen könnten dann erfolgen.

3.4 Pharmazeutische Industrie

63. Im Unterschied zu den anderen Wachstumsmärkten hat sich der Rat mit dem Arzneimittelmarkt schon häufiger beschäftigt (siehe z.B. SG 1995, Ziffer 411ff.). Während dabei vorwiegend strukturelle oder wettbewerbliche Fragen behandelt wurden, konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf die Pharmaindustrie als Wachstumsmarkt. Der Pharma-Weltmarkt weist nach wie vor ein hohes und nahezu stetiges Wachstum auf. Das Gesamtvolumen betrug in Herstellerabgabepreisen im Jahre 1996 ca. 307 Mrd. US-Dollar. Die jährlichen nominalen Wachstumsraten beliefen sich zwischen 1991 und 1996 auf durchschnittlich 10 % und lagen damit deutlich über den jährlichen Steigerungsraten des Bruttoinlandsproduktes nahezu aller Nationen.

64. In Deutschland erreichte das Marktvolumen bzw. der Inlandsabsatz von Arzneimitteln zu Erzeugerpreisen im Jahre 1996 29,7 Mrd. DM. Die Distribution erfolgte mit 24,9 Mrd. DM zu 84 % über öffentliche Apotheken. Die in der Arzneimittelpreisverordnung festgelegten Zuschläge des Großhandels und der Apotheken führen in Verbindung mit der Mehrwertsteuer zu einem Apothekenabsatz zu Endverbraucherpreisen in Höhe von 48,0 Mrd. DM. Von der gesamten Wertschöpfung entfallen somit 51,8 % auf die pharmazeutische Industrie, 7,3 % auf den Großhandel, 27,9 % auf die Apotheken und 13,0 % auf die Mehrwertsteuer. Im Rahmen der GKV-Ausgaben für Arzneimittel verändern sich diese Anteile infolge des Apothekenrabattes, so daß die Anteile in diesem Marktsegment für die pharmazeutische Industrie 56,3%, für den Großhandel 8,8%, für die Apotheken 21,9 % und für die Mehrwertsteuer 13,0% betragen.

Abbildung 6: Produktion, Verteilung und Finanzierung von Arzneimitteln in Deutschland im Jahre 1996 im Überblick



Quelle: Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA); Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller e.V. (BAH); Bundesministerium für Gesundheit; Institut für Medizinische Statistik; Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.v. (PHAGRO); Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (WIdO).

65. Hinsichtlich des allgemeinen Wachstumspotentials der Gesundheitsversorgung weist die pharmazeutische Industrie keine grundsätzlichen Besonderheiten auf. Der Absatz pharmazeutischer Produkte läßt sich wie andere Gesundheitsgüter als abgeleitete Nachfrage nach Gesundheit interpretieren, und auf der Angebotsseite verbessert der pharmakologische Fortschritt die Wachstumschancen von Arzneimitteln. Innerhalb des Gesundheitswesens - insbesondere innerhalb der medizinischen Behandlungsarten - interessiert in diesem Kontext vor allem, ob die angebots- und nachfrageseitigen Einflußgrößen von Gesundheitsausgaben über- oder unterproportional auf den Arzneimittelsektor wirken. Dabei bildet auf der Nachfrageseite die demographische Entwicklung eine relevante Entwicklungsdeterminante für den Umfang und - in deutlich stärkerem Maße - für die Struktur der Gesundheitsausgaben. Wie der Rat bereits in seinem Sondergutachten 1995 (SG 1995 Ziffer 38ff.) darlegte, weisen innerhalb der Behandlungsarten die Arzneimittel gefolgt von der stationären Behandlung das stärkste rein demographiebedingte Ausgabenwachstum auf.

66. Die Entwicklung der Arzneimittelausgaben geht mit strukturellen Verschiebungen in den Ausgabenkomponenten einher. Dabei blieben im Zeitraum von 1988 bis 1996 auf dem GKV-Arzneimittelmarkt die Zahl der Verordnungen - trotz einiger Schwankungen - und die Preise der Medikamente weitgehend konstant. Für den Umsatz- bzw. Ausgabenzuwachs der GKV-Arzneimittel zeichnete im Betrachtungszeitraum zum weit überwiegenden Teil die sogenannte Strukturkomponente verantwortlich. Sie mißt den Ausgabenzuwachs, der trotz einer Konstanz sowohl der Zahl der Verordnungen als auch der Preise bzw. des Arzneimittelpreisindex eintritt. Die Strukturkomponente umfaßt weitgehend die Innovationskomponente als eine Teilmenge.

67. Nach den bisherigen Erfahrungen und den sich abzeichnenden Tendenzen ist nicht zu erwarten, daß die gesetzlichen Krankenkassen und die Krankenversicherungen in Deutschland und in den meisten anderen europäischen Ländern dauerhaft innovative Arzneimittel rationieren.

Aus den dargelegten Gründen bilden innovative Arzneimittel mit Patentschutz, auch wenn sie ins hochpreisige Marktsegment fallen, auch auf absehbare Zeit einen Wachstumsmarkt. Während noch Mitte der 70er Jahre Apothekenverkaufspreise von über 100 DM für die Einzelpackung Seltenheitswert hatten, lagen 1996 die Packungspreise für 14,8 % (8,3 % bzw. 6,2 %) des Angebots über 100 DM (über 200 DM bzw. 300 DM). Selbst Arzneimittel mit einem Packungspreis über 500 DM büßen mit einem Anteil von 4,1 % allmählich ihren Seltenheitswert ein. Der Anteil von Arzneimitteln mit

einem Preis über 250 DM bzw. über 1.000 DM stieg von 1996 bis Juni 1997 nochmals von 6,3 % auf 7,5 % bzw. von 1,3 % auf 2,1 %. Bei der Verteilung des Apothekenumsatzes auf Einkaufspreisklassen entfallen auf Präparate mit einem Preis bis 14,28 DM 72 % der Packungen, aber nur 31 % des Umsatzes, auf Medikamente mit einem Preis über 70,30 DM nur 3 % der Packungen, aber 24 % des Umsatzes.

68. Als Wachstumsmarkt erscheint neben den innovativen Präparaten von der Ausgabenentwicklung her auf den ersten Blick auch die Selbstmedikation mit Arzneimitteln. Die Selbstmedikationsaufwendungen weisen zur Basis 1987 bis 1996 ein höheres Wachstum auf als die GKV-Ausgaben. Dieses Wachstum geht aber teilweise mit einer Verlagerung vom GKV-Bereich in die Selbstmedikation einher, so daß sich letztlich der Absatz der betroffenen Unternehmen nicht zwangsläufig erhöht. Bei einer Bereinigung um diese Substitutionen kann der Selbstmedikationsmarkt nur mit Einschränkungen als Wachstumsmarkt gelten.

69. Die Wachstumschancen der deutschen pharmazeutischen Industrie hängen wesentlich von ihrer internationalen Wettbewerbsfähigkeit ab. Hohe Forschungs- und Entwicklungskosten, die forschende Unternehmen zu internationalen Engagements veranlassen, vergleichsweise hohe Arbeitskosten und nationale Regulierungssysteme bilden die zentralen Gründe für die begrenzten Exportchancen von Generika im Vergleich zu innovativen Produkten. Der Exportüberschuß der Arzneimittelindustrie blieb in den letzten sieben Jahren bei ca. 5,7 Mrd. DM nahezu konstant. Für die Zukunft verspricht insbesondere die Gentechnologie weitere Wachstumschancen. Die pharmazeutische Industrie ist der am stärksten von der Gentechnologie betroffene Wirtschaftszweig. Die Gentechnologie vermag über neue Produktentwicklungen zusätzliche Therapiemöglichkeiten zu eröffnen und damit zum Wachstum des innovativen Marktsegments beizutragen. Weiteres Wachstumspotential kann über eine höhere Produktivität in der Herstellung von Arzneimitteln entstehen.

70. Verglichen mit anderen Märkten, wie z.B. der Pflege, birgt die pharmazeutische Industrie ein eher bescheidenes Beschäftigungspotential. Sie liefert in diesem Zusammenhang allerdings insofern einen positiven Beitrag, als sie einen besonders hohen Anteil an hochqualifizierten Arbeitsplätzen mit weit überdurchschnittlicher Wertschöpfung bietet. Als Wachstumsindikatoren stehen der Umsatz des Weltmarktes, die nationale Wertschöpfung und der Außenbeitrag im Mittelpunkt.

4. Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes

4.1 Mittelverwendung und Mittelaufbringung

71. Bei der Mittelverwendung handelt es sich um die Vergütung bzw. Bezahlung von erbrachten Gesundheitsleistungen

- im Krankenhaus,
- im Pflegeheim,
- in der Rehabilitationseinrichtung,
- durch ambulante Pflege- und Betreuungsdienste,
- beim niedergelassenen Arzt,
- beim Zahnarzt,
- durch Arzneimittel,
- durch Heilmittel,
- durch Hilfsmittel,
- bei der Unfallrettung,
- beim Krankentransport und
- durch Medizinprodukte.

Diese "innere" Finanzierung bzw. Mittelverwendung bildet den Mittelpunkt des fünften Kapitels. Demgegenüber steht in diesem vierten Kapitel die Mittelaufbringung oder "äußere" Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes im Vordergrund.

72. Im Rahmen der Finanzierung der GKV werden nicht alle Mittel betrachtet, die aufgebracht werden, um das individuelle Krankheitsrisiko real und finanziell abzusichern bzw. um Gesundheitsleistungen zu bezahlen. Eine Auseinandersetzung über die Finanzierung von Gesundheitsausgaben muß daher zumindest im Ansatz alle Ausgabenträger umfassen und sollte auch die gesetzliche Pflegeversicherung einbeziehen. Für die Gesundheitsleistungen werden folgende Finanzierungsformen verwendet:

- von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu entrichtende einkommensbezogene Sozialabgaben bzw. Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung,
- von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu entrichtende risikoproportionale Prämien in der privaten Krankenversicherung,
- Selbstbeteiligungen aller Art (Zuzahlungen, Konsumausgaben, "Notopfer" für Krankenhausinvestitionen etc.),

- durch Arbeitgeber aufzubringende Lohnfortzahlung sowie Ausgaben für betrieblichen Gesundheitsschutz und
- allgemeine staatliche Haushaltsmittel, d.h. überwiegend Steuern.

73. Die intensive Beschäftigung mit der zukünftigen Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes und in diesem Kontext auch mit neuen Quellen der Mittelaufbringung könnte zu dem vorschnellen Schluß verleiten, der Rat sehe das Rationalisierungspotential im deutschen Gesundheitswesen bereits als weitgehend ausgeschöpft an. Die Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen und die Ansätze zu ihrer Mobilisierung sind im ersten Band dieses Sondergutachtens ausführlich untersucht worden (siehe im einzelnen SG 1996, Kapitel 5). Rationalisierungspotentiale zu erschließen, bleibt eine Daueraufgabe, die nach Ansicht des Rates gleichzeitig auf folgenden Ebenen betrieben werden muß:

1. Vermeidung medizinisch unwirksamer und nicht indizierter Maßnahmen,
2. Auswahl kostengünstigerer Behandlungsverfahren,
3. Reduzierung von Vorhaltekosten (Optionskonsum),
4. mehr Monistik in der Krankenhausfinanzierung,
5. mehr Risikoprävention als langfristige Investition in Gesundheit,
6. wettbewerbliche Ausrichtung des Vertrags- und Versicherungsrechts sowie
7. mehr Wirtschaftlichkeit durch mehr private Leistungserbringung.

Die Devise "Rationalisierung vor Rationierung" gilt in normativer Hinsicht weiterhin und läßt sich um das Postulat "Rationalisierung vor Inanspruchnahme neuer Finanzierungsquellen" erweitern.

74. Die Ausschöpfung der Rationalisierungspotentiale bleibt somit eine gesundheitspolitische Daueraufgabe, die aber für den Fall einer wenig prosperierenden Wirtschaftsentwicklung vorsorgliche Überlegungen über die zukünftige Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes nicht zu ersetzen vermag. Sofern künftig trotz Rationalisierungsbemühungen in der GKV Budgetdefizite anfallen, gibt es im Prinzip nur die folgenden Reaktions- bzw. Lösungsmöglichkeiten:

- Beitragssatzerhöhungen,
- zusätzliche Mittelaufbringung im Rahmen der GKV durch Änderung der Beitragsgestaltung,
- Eingrenzung des Leistungskataloges,

- Verlagerung der Finanzierung auf andere Träger, wie z.B. öffentliche Haushalte und andere Sozialfisci sowie
- Verlagerung der Finanzierung auf private Haushalte.

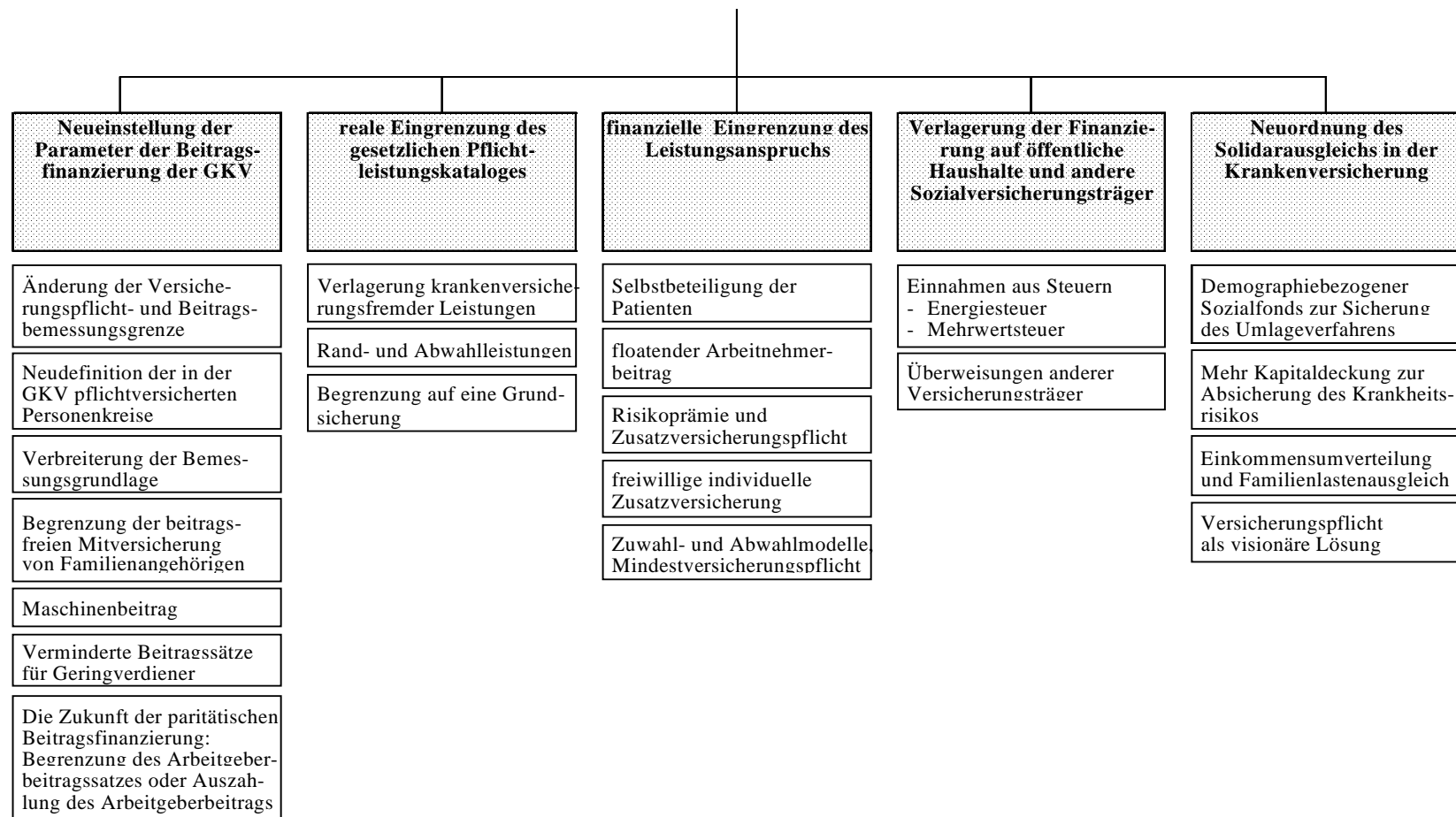
75. Der Rat hat in früheren Gutachten einnahmen- und ausgabenseitige Finanzierungsformen unterschieden (JG 1988, Abbildung 12, Ziffer 193) und bei der Diskussion über die finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos (SG 1994, Tabelle 36, Ziffer 525) vier Grundmodelle (geltende Arbeitnehmersversicherung, beitragsfinanzierte Familienversicherung, private Pflichtversicherung und steuerfinanzierter Gesundheitsdienst) entwickelt. In diesem Gutachten entscheidet sich der Rat für eine Auflistung, die eine nachträgliche Beurteilung nicht vorwegnimmt und sich von der Frage leiten läßt, für wen was wie und durch wen finanziert wird. Danach wird das breite Spektrum denkbarer Mittelaufbringung wie in Abbildung 7 unterteilt:

- Neueinstellung der Parameter der Beitragsfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- reale Eingrenzung des gesetzlichen Pflichtleistungskataloges,
- finanzielle Eingrenzung des Leistungsanspruchs,
- Verlagerung der Finanzierung auf öffentliche Haushalte und andere Sozialversicherungsträger sowie
- Neuordnung des Solidarausgleichs in der Krankenversicherung.

76. Zur Beurteilung eines rationalen Krankenversicherungsschutzes und seiner Finanzierung gibt es eine Fülle von Kriterien. Hierzu zählen sicherlich:

- fiskalische Ergiebigkeit (Einnahmewirksamkeit),
- Beschäftigungswirkungen und Entlastung des Faktors Arbeit,
- Solidarausgleich und Sozialverträglichkeit,
- Stärkung der Eigenverantwortung (Subsidiarität) und des Gesundheitsbewußtseins,
- Präferenzgerechtigkeit und kostenminimale Produktion,
- Freisetzung von Wachstumskräften,
- Verwaltungsaufwand (Sozialbürokratie),
- Rückwirkungen auf die Selbstverwaltung sowie
- juristische Unbedenklichkeit und
- politische Durchsetzbarkeit.

Abbildung 7: Das breite Spektrum der Mittelaufbringung und die Finanzverfassung des Gesundheitswesens



Quelle: Eigene Darstellung.

4.2 Neueinstellung der Parameter der Beitragsfinanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung

Änderung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze

77. Die regelmäßig aufflackernde Diskussion um eine Anhebung der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV von derzeit (im Jahre 1997) 6.150 DM pro Monat in den alten Bundesländern bzw. 5.325 DM pro Monat in den neuen Bundesländern kreist im wesentlichen um zwei Vorschläge: Der eine fordert eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und der Versicherungspflichtgrenze der GKV auf das Niveau der GRV (Abbildung 8, Feld 4). Der andere fordert die Abschaffung der Versicherungspflichtgrenze. Zwischen diesen beiden Vorschlägen liegt der Raum möglicher Variationen für die Beitragsbemessungsgrenze in der GKV. Darüber hinaus ist unter Berücksichtigung des Kriteriums "Schutzbedürftigkeit der Bevölkerung" auch eine wesentlich niedrigere Grenze vorstellbar (Abbildung 8, Feld 1).

Abbildung 8: Mögliche Kombinationen von Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der GKV

| Versicherungspflichtgrenze | Beitragsbemessungsgrenze | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------|---------|
| | absenken/einfrieren | dynamisieren | anheben |
| absenken/einfrieren | 1 | 2 | 2 |
| dynamisieren | 3 | Status quo | 2 |
| anheben | 3 | 3 | 4 |

1 = Ausweitung der privatwirtschaftlichen Risikoabsicherung "auf Kosten der GKV"

2 = Abnahme der Regressionswirkung des jetzigen Systems (PKV zunehmend attraktiv)

3 = Ausdehnung der Versicherungspflicht (Wechselmöglichkeit zur PKV geschwächt)

4 = Ausweitung der solidarischen Finanzierung der GKV "auf Kosten der privaten Krankenversicherung (PKV)"

Quelle: Eigene Darstellung.

78. Die fiskalischen Effekte oder genauer die Hoffnung auf zusätzliche Einnahmen für die GKV beschreiben in der politischen Diskussion eine wesentliche Motivation für den Vorschlag, die Versicherungspflichtgrenze zu erhöhen und die Beitragsbemessungsgrenze anzupassen. Der Rat hat auf der Basis von Statistiken des Verbands Deutscher

Rentenversicherungsträger mit Hilfe eines Wahrscheinlichkeitstheoretischen Modells eine Schätzung der Einkommensverteilungsfunktion vorgenommen, um so die Abhängigkeit der Personalnebenkosten von der Beitragsbemessungsgrenze und vom Beitragssatz empirisch fundiert zu ermitteln. Diese Modellrechnung basiert, wie alle folgenden, auf der Annahme einer Konstanz aller sonstigen Bedingungen, berücksichtigt z.B. nicht mögliche Verhaltensänderungen der Betroffenen. Wie Tabelle 2 ausweist, betragen die durch die GKV verursachten durchschnittlichen Personalnebenkosten je Beschäftigten im Jahre 1995 in den alten Bundesländern 3.117 DM pro Jahr; dieses Kostenniveau entstand bei einem Beitragssatz von 13,24 % und einer Beitragsbemessungsgrenze von 70.200 DM, die 75 % der damaligen Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von 93.600 DM entsprach (schraffierte Felder).

79. Unabhängig von den fiskalischen Effekten sprechen u.a. die folgenden Argumente für eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, deren Mehreinnahmen dann in eine allgemeine Beitragssatzsenkung fließen:

- Die Verschiebung der Beitragsdegression nach hinten erzeugt redistributive bzw. positive (Verteilungs-)Effekte unter den Arbeitnehmern.
- Für die Arbeitgeber bleibt die Gesamtbelastung gleich. Es erfolgt jedoch eine Verschiebung der Belastung auf höher qualifizierte Arbeitsleistungen zugunsten von mittleren und niedrigeren Arbeitsentgelten. Letztere erhalten vornehmlich die weniger qualifizierten Arbeitskräfte, die einen besonders hohen Anteil an Arbeitslosen aufweisen, so daß sich gerade in diesem Beschäftigungssegment Anreize zu einer erhöhten Arbeitsnachfrage anbieten.

Tabelle 2: GKV-bezogene Personalnebenkosten in Abhängigkeit von Beitragssatz und Beitragsbemessungsgrenze -
 Simulationsrechnung auf Basis der Entgeltverteilung zur Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten 1995, alte Länder

| Beitrags- satz | Durchschnittliche Personalnebenkosten zur GKV je Beschäftigten in DM/Jahr | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | bei einer GKV-Beitragsbemessungsgrenze von ... Prozent der Beitragsbemessungsgrenze zur RV | | | | | | | | | | |
| | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
| | beziehungsweise einer entsprechenden GKV-Beitragsbemessungsgrenze von DM /Jahr | | | | | | | | | | |
| | 46.800 | 51.480 | 56.160 | 60.840 | 65.520 | 70.200 | 74.880 | 79.560 | 84.240 | 88.920 | 93.600 |
| 8,00 | 1.580 | 1.671 | 1.744 | 1.801 | 1.847 | 1.883 | 1.914 | 1.939 | 1.960 | 1.978 | 1.993 |
| 9,00 | 1.777 | 1.880 | 1.962 | 2.026 | 2.077 | 2.119 | 2.153 | 2.181 | 2.205 | 2.225 | 2.242 |
| 10,00 | 1.975 | 2.089 | 2.180 | 2.251 | 2.308 | 2.354 | 2.392 | 2.423 | 2.450 | 2.472 | 2.491 |
| 11,00 | 2.172 | 2.298 | 2.398 | 2.477 | 2.539 | 2.590 | 2.631 | 2.666 | 2.695 | 2.719 | 2.740 |
| 12,00 | 2.370 | 2.507 | 2.616 | 2.702 | 2.770 | 2.825 | 2.870 | 2.908 | 2.940 | 2.966 | 2.989 |
| 13,00 | 2.567 | 2.715 | 2.834 | 2.927 | 3.001 | 3.061 | 3.110 | 3.150 | 3.185 | 3.213 | 3.238 |
| 13,24 | 2.615 | 2.766 | 2.886 | 2.981 | 3.056 | 3.117 | 3.167 | 3.208 | 3.243 | 3.273 | 3.298 |
| 14,00 | 2.765 | 2.924 | 3.052 | 3.152 | 3.232 | 3.296 | 3.349 | 3.393 | 3.429 | 3.461 | 3.487 |
| 15,00 | 2.962 | 3.133 | 3.270 | 3.377 | 3.462 | 3.531 | 3.588 | 3.635 | 3.674 | 3.708 | 3.736 |

Schraffiert: Tatsächliche Werte im Jahre 1995

80. Diesen positiven Aspekten stehen u.a. folgende Argumente entgegen:

- Für die betroffenen Versicherten wirken die steigenden bzw. zusätzlichen Beitragszahlungen, denen mit Ausnahme des Anspruchs auf Krankengeld keine Mehrleistungen entsprechen, wie eine Steuerbelastung. Der Beitragstarif nähert sich damit einer linearen Lohnsteuer und die GKV verliert immer mehr ihren Versicherungscharakter.
- Die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung vereinheitlicht in dieser Hinsicht zwei Teilsysteme der sozialen Sicherung, die sich an unterschiedlichen Finanzierungsprinzipien orientieren. Die Rentenversicherung folgt ähnlich wie die Arbeitslosenversicherung noch immer dem Äquivalenzprinzip, denn das Leistungsniveau hängt von der Höhe der Beitragszahlungen ab, d.h. höheren Beitragszahlungen eines Versicherten stehen auch Mehrleistungen gegenüber. Im Gegensatz dazu besitzen in der GKV alle Versicherten unabhängig von ihren geleisteten Beiträgen denselben Anspruch auf medizinische Behandlung.
- Eine isolierte Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze verschärft im geltenden Beitragssystem die Benachteiligung der Bezieher von Arbeitsentgelten gegenüber den Beziehern anderer Einkunftsarten.

Die fiskalischen Effekte dieses Vorschlages fallen aus der Sicht des Rates eher bescheiden aus, was auch den distributiven Aspekten und den angestrebten Beschäftigungswirkungen enge Grenzen zieht: Bei einer vorsichtigen Abschätzung des Rates beträgt der Nettoeffekt unter Annahme einer Bleibeoption für die heute PKV-Versicherten zwischen 0,4 und 0,6 Beitragssatzpunkten.

Neudefinition der pflichtversicherten Personenkreise

81. Mit dem Argument, daß die gesamte Gesellschaft für die schutzbedürftigen Gruppen einer Gesellschaft aufzukommen habe, die Versichertengemeinschaft als Solidargemeinschaft aber in diesem Sinne nicht nur aus den Schutzbedürftigen selbst bestehen kann, wird oft geschlossen, die GKV-Pflichtversicherung auf alle Bürger ausdehnen zu müssen. Diese Argumentation ist aus zwei Gründen umstritten:

1. Die Art der solidarischen Hilfe durch die Nicht-Schutzbedürftigen muß nicht in der Form realisiert werden, daß auch diese alle auf eine Krankenversicherung wie die

GKV verpflichtet werden. Warum soll man mögliche Nachteile einer solchen Lösung in Kauf nehmen, wenn Solidarität auch auf andere Weise, nämlich z.B. auch durch das allgemeine Steuer-Transfer-System realisiert werden kann?

2. Die Schutzbedürftigkeit bestimmter, über das Arbeitseinkommen definierter Personengruppen ist kein hinreichender Grund dafür, das GKV-System so zu organisieren, wie es sich derzeit darstellt. Eine Mindestversicherungspflicht, verbunden mit einer staatlichen Bezuschussung der Versicherungsprämien, könnte ein effizienteres System sein.

Eine gesetzliche Versicherungspflicht in der GKV für die gesamte Bevölkerung wäre - bei Beibehaltung des geltenden Beitragstarifs - fiskalisch kaum ergiebig. Empirische Berechnungen für das Jahr 1994 gelangen hier zu einer Beitragssatzsenkung innerhalb der GKV-West von nur 0,18 Prozentpunkten. Abgesehen von der rein fiskalischen Betrachtung werden ordnungspolitisch und vor allem verfassungsrechtlich sensible Fragen der Abgrenzung zwischen privater und gesetzlicher Absicherung des Krankversicherungsschutzes berührt, die auch mit der Konvergenz dieser Systeme zusammenhängen.

Es bleibt also lediglich die nach Auffassung des Rates im Kern gerechtfertigte Forderung, daß die reale und finanzielle Absicherung der besonders schutzbedürftigen Bevölkerung von der gesamten Gesellschaft zu tragen ist, in welcher Form, ist eine Frage der Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes.

Verbreiterung der Bemessungsgrundlage

82. Bei einer Verbreiterung der Bemessungsgrundlage hatte sich der Rat bereits im Sondergutachten 1995 für eine mindestens hälftige Einbeziehung der bisher nicht beitragspflichtigen Einnahmen der Rentner (Betriebsrenten, Vermögenseinkünfte) ausgesprochen. Dies erscheint unter dem Gesichtspunkt der Beitragsgerechtigkeit weiterhin geboten.

Begrenzung der beitragsfreien Mitversicherung von Ehepartnern

83. Die unentgeltliche Mitversicherung von nicht oder nur geringfügig erwerbstätigen Ehepartnern läßt sich nicht nur unter fiskalischen, sondern auch unter distributiven Aspekten betrachten. Das geltende Beitragssystem diskriminiert Zweiverdienerfamilien, indem es sie bei gleicher Summe der Arbeitsentgelte häufig stärker, im Grenzfall doppelt so stark belastet wie eine Familie mit einem erwerbstätigen Partner.

Die Einschränkung der beitragsfreien Mitversicherung bezieht sich als konkreter Vorschlag an dieser Stelle nur auf den nicht berufstätigen Ehepartner, der keine Kinder erzieht und keine Pflegedienste leistet. Im Unterschied zur Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze geht dieser Vorschlag weder mit einer Ausweitung des Versichertenkreises noch mit Mehrausgaben einher.

Bei dem vom Rat präferierten Splittingverfahren greift die zusätzliche Beitragsbelastung nur, wenn das Arbeitsentgelt des Ehepartners bzw. des Mitglieds über der Beitragsbemessungsgrenze liegt. Andernfalls führt ein Splittingverfahren zu keiner höheren Belastung des betreffenden Haushalts, denn er zahlt jetzt lediglich zweimal die Hälfte des ursprünglichen Betrages. Insofern entspricht das Splittingverfahren am ehesten der impliziten Verteilungslogik des bestehenden Systems.

Die durch beide Vorschläge (Neufassung der Bemessungsgrundlage bei Rentnern und Splittingverfahren bei Ehepartnern) mögliche Senkung der Beitragssätze und damit der Arbeitskosten könnte eine nennenswerte Steigerung der Beschäftigung zur Folge haben.

Der Familienlastenausgleich muß kein Gegenstand des Krankenversicherungsschutzes sein. Der Familienlastenausgleich, der derzeit nur für Mitversicherte von GKV-Mitgliedern gilt, könnte über allgemeine Deckungsmittel, d.h. vorwiegend über steuerliche Vergünstigungen und Finanztransfers, für die gesamte Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden. Die finanzielle Übernahme der Familienversicherung müßte in Höhe von etwa 50 Mrd. DM aus allgemeinen Deckungsmitteln erfolgen, wobei gegebenenfalls eine Kostenerstattung (sogenannter Bundeszuschuß) sinnvoll erscheint. Eine solche Steuerfinanzierung ist allerdings nicht unproblematisch (Ziffer 95).

Belastung des Faktors Kapital (sogenannter Maschinenbeitrag)

84. In der politischen Diskussion taucht in regelmäßigen Abständen die Forderung nach einer Verbreiterung bzw. Umstellung der Bemessungsgrundlage für Arbeitgeberbeiträge auch auf den Produktionsfaktor Kapital oder gar auf die gesamte Wertschöpfung (also einschließlich der Einkommen aus Unternehmertätigkeit und Vermögen) auf, weil der Faktor Arbeit durch die derzeitige Regelung vergleichsweise stärker belastet wird. Der Maschinenbeitrag scheint beschäftigungs- und verteilungspolitische Vorteile aufzuweisen. Unter Beachtung volkswirtschaftlicher Wirkungszusammenhänge sprechen jedoch, wie einige empirische Analysen gezeigt haben, folgende Gründe dagegen: geringere Investitionstätigkeit und Kapitalbildung, keine eindeutig positiven Beschäftigungswirkungen, verfassungsrechtliche, sozialversicherungssystematische, administrative Probleme und keinerlei Zurechenbarkeit von Versicherungsbeitrag und -leistung.

Verminderte Beitragssätze für Geringverdiener

85. Verminderte Beitragssätze für Geringverdiener könnten die Arbeitskosten und das hohe Arbeitslosigkeitsrisiko für diese Gruppe nennenswert verringern helfen. Nach Angaben der OECD können damit positive Beschäftigungswirkungen verbunden sein. Nach den Modellannahmen und Berechnungen des Rates gehen verminderte Beitragssätze für Geringverdiener bei aufkommensneutraler Umstellung mit einer indirekten Progression des Beitragssatzes bis zur Beitragsbemessungsgrenze einher.

Für eine solche Regelung spricht,

- daß die Chancen gering Verdienender und weniger Qualifizierter am Arbeitsmarkt verbessert werden und
- daß die Senkung der Arbeitskosten im unteren Einkommensbereich bei aufkommensneutraler Ausgestaltung einen insgesamt positiven Beschäftigungseffekt erwarten läßt.

Dem stehen jedoch gegenüber:

- eine Verminderung der Arbeits- und Beschäftigungsanreize von höher Qualifizierten,
- eine unter wirtschaftspolitischen Gesichtspunkten bedenkliche Berücksichtigung des Arbeitsplatzrisikos gering Verdienender und weniger Qualifizierter sowie
- Umsetzungsprobleme in einer sich verändernden Kassenlandschaft.

Begrenzung des Arbeitgeberbeitragssatzes oder Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags

86. Die paritätische Beitragsfinanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern wird vielfach als konstitutives Element der GKV angesehen. Wenigstens längerfristig wird jegliche Belastung der Unternehmen weitgehend auf Arbeitnehmer und Konsumenten abgewälzt. Eine Begrenzung des Arbeitgeberbeitragssatzes bzw. die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags könnte die Arbeitskostenentwicklung stärker von der Beitragssatz- oder Beitragsentwicklung abkoppeln und - je nach Ausgestaltung - die Arbeitskosten langfristig senken. Zu einer kurzfristigen Senkung käme es dann, wenn sich der Arbeitgeberbeitragssatz bzw. die Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags deutlich unterhalb des Durchschnitts der Beitragssätze der wählbaren Kassen, z.B. am unteren Drittel, orientierte. Neben den wettbewerbs- und somit wirtschaftlichkeitsfördernden Wirkungspotentialen sind auch sozialpolitische und fiskalische Effekte zu berücksichtigen.

87. Bei einer Auszahlung der Arbeitgeberbeiträge würden die alleine von den Arbeitnehmern bezahlt. Steigende Ausgaben müßten dann von allen Arbeitnehmern und Rentnern aufgebracht werden. Dieser Vorschlag korrespondiert mit den Wahl- und Wechselmöglichkeiten in der GKV und mit dem Bild sich entwickelnder Versicherungsunternehmen mit eigenem Beitragseinzug. Im Vergleich zu mehr Selbstbeteiligung der Patienten liegt einem flexiblen Arbeitnehmerbeitrag darüber hinaus ein anderer Solidargedanke zugrunde. Während die Belastung über eine Selbstbeteiligung die Minderheit der chronisch und mehrfach erkrankten Menschen besonders trifft, sofern keine Ausnahmeregelungen getroffen werden, zahlt jeder Versicherte den beweglichen Arbeitnehmerbeitrag. Ohne Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags würde diese Einschätzung auch bei einer Fixierung des Arbeitgeberbeitragsatzes zutreffen.

4.3 Reale und finanzielle Eingrenzung des Leistungsanspruchs

Versicherungsfremde Leistungen, Rand- und Abwahrleistungen

88. Leistungen, die sich nicht unmittelbar auf Krankheiten und ihre Folgen beziehen und in der Vergangenheit in die Verantwortung der Krankenkassen gefallen sind, sollten aus dem Katalog der GKV ausgelagert und von anderen Trägern übernommen werden. Eine Ausgrenzung von krankenversicherungsfremden Leistungen umfaßt nach einer Berechnung aus dem Jahre 1996 etwa 4 Mrd. DM jährlich (Tabelle 3). Sollen diese oder andere Leistungen verlagert werden, so ist zu prüfen, wer die Finanzierung übernehmen soll. Grundsätzlich geht es neben einigen Leistungen, die als Zusatzversicherung angeboten werden könnten, um eine Zuordnung der Leistungen auf EU, Bund, Länder und Gemeinden.

Tabelle 3: Krankenversicherungsfremde Leistungen der GKV im Jahre 1996

| <u>Leistungsart</u> | <u>Ausgaben</u> in Mio. DM | | |
|---|----------------------------|------------|---------------|
| | <u>West</u> | <u>Ost</u> | <u>Gesamt</u> |
| <u>Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch</u> | 247 | 69 | 316 |
| <u>Betriebs- und Haushaltshilfe¹⁾</u> | 714 | 16 | 729 |
| <u>Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes</u> | 104 | 134 | 239 |
| <u>Sterbegeld</u> | 1.306 | 334 | 1.640 |
| <u>Mutterschaftsgeld</u> | 1.078 | 167 | 1.245 |
| <u>Summe</u> | 3.450 | 720 | 4.170 |

1) einschließlich Haushaltshilfe wegen Schwangerschaft und Entbindung

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit.

89. Soweit die Präferenzen der Versicherten sich nur auf die erforderlichen Gesundheitsleistungen i.e.S. beziehen, lassen sich bestimmte Leistungen ausgrenzen. So gibt es im Bereich der Heil- und Hilfsmittel Randleistungen, die zu den Verbrauchsgütern gezählt werden könnten und bei Ausgliederung zu einer Beitragssenkung führen. In diesem Zusammenhang würden Kassenwahlleistungen auch als Gestaltungsleistungen angesehen, die von der staatlichen in die private Vorsorge übergehen können. Grundsätzlich möglich ist eine Absicherung ausgegliederter Leistungen durch private Krankenversicherungen oder durch Zusatztarife in der GKV. Denkbar sind auch "Spartarife" für besonders gesundheitsbewußt lebende Versicherte, die sich mit den von ihnen gewünschten, reduzierten GKV-Leistungen zufriedengeben. Die sich verändernde Kassenlandschaft wird zur Entwicklung neuer Tarife führen, wenn sie von der Bevölkerung gewünscht werden; diese setzen aber zunächst mehr Kompetenz der Bevölkerung voraus. Eine bessere Patientenaufklärung und Versichertenorientierung ist hierfür eine wesentliche Voraussetzung. Mehr Mündigkeit bei gegebener Zahlungsfähigkeit vorausgesetzt, könnte es zu folgenden Abwahl- bzw. Randleistungen kommen:

- Konsumnahe Arzneimittel;
- ambulante und stationäre Vorsorgekuren (Ausnahme: Fälle gemäß Indikationskatalog);
- ein Teil der Sehhilfen, Hörhilfen und weitere Hilfsmittel; Ausnahme: Sozialfälle;

- Bäder und Massagen; Ausnahme: Rehabilitation und besonders schwere Fälle gemäß Indikationskatalog;
- Sterbegeld (§ 58f. SGB V); es handelt sich um eine auslaufende Leistung.

Begrenzung auf eine Grundsicherung

90. Bei Überlegungen zur Grundsicherung liegt zunächst der Gedanke nahe, den gesetzlichen Pflichtleistungskatalog bzw. den Standardtarif, zu dessen Angebot auch die privaten Krankenversicherungen verpflichtet worden sind, auf ein notwendiges Mindestmaß zu begrenzen, das im wesentlichen mittels medizinischer Kriterien zu definieren ist. Der Grundsicherungskatalog bleibt einheitlich und gilt für alle Pflichtversicherten. Prinzipiell verfolgt bereits das SGB mit dem Begriff des 'medizinisch Notwendigen' bzw. den Attributen "ausreichend, bedarfsgerecht, zweckmäßig, wirksam und human" (vgl. § 2 Abs.4, § 12 und § 70 SGB V) eine Begrenzung des Leistungskataloges. Über den Begriff des medizinisch Notwendigen hinaus werden auch ökonomische Merkmale berücksichtigt. Dabei handelt es sich um Leistungen,

1. deren Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist,
2. die über das medizinisch Notwendige hinaus hauptsächlich dem Konsum dienen,
3. die sich auf "geringfügige" Gesundheitsstörungen beziehen,
4. deren Preiselastizität der Nachfrage groß ist (z.B. Kuren, Brillen, Massagen),
5. deren Bedarfswahrscheinlichkeit hoch ist, deren zukünftiger Bezug also sicher vorhersagbar und deshalb planbar ist (z.B. Zahnersatz),
6. deren Inanspruchnahme eindeutig auf das bewußte risikoreichere Verhalten des Versicherten zurückzuführen ist oder
7. die vom finanziellen Umfang her als Bagatelleistungen zu bezeichnen sind.

91. Die Probleme derartiger realer Leistungsabgrenzungen sind hinreichend bekannt (SB 1994, Ziffer 68ff.). In der Schweiz und den Niederlanden, wo man diese Abgrenzung vorgenommen hat, zeigt sich, daß der Pflichtleistungskatalog, der in diesem Sinne als Mindestsicherung zu verstehen ist, immer noch über 90 % der gegebenen Gesundheitsleistungen umfaßt. Das Ergebnis einer Leistungseingrenzung ist in hohem Maße abhängig von den Interessen derjenigen, die die Leistungsabgrenzung vorgenommen haben. Erst die weitere Entwicklung von Standards und Leistungskorridoren wird hier auf lange Sicht Abhilfe schaffen und eine dynamische Grundversorgung für die Gesamtbevölkerung vorsehen.

92. Eine Grundlage für die reale Eingrenzung auf eine Mindestsicherung ist die, daß ein Gremium wie z.B. der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen feststellt, daß eine Leistung unwirtschaftlich ist und in bestimmten Fällen auch eine Ausgrenzung veranlaßt. Allerdings fehlt es an Einrichtungen, die diese Abgrenzungen im stationären Bereich vorbereiten. Auch die Versicherungsaufsichtsämter könnten hier neue Aufgaben übernehmen; neue Formen in der Ausgestaltung des Krankenversicherungsschutzes verlangen ohnehin eine veränderte Aufsicht.

93. Das beschriebene und verbreitete Verständnis für eine Grundsicherung läßt zwei Überlegungen und die daraus abzuleitenden Gestaltungsspielräume außer acht: So bleibt zum einen unberücksichtigt, für wen ein solcher Pflicht- oder Mindestleistungskatalog überhaupt gelten sollte. Für Menschen mit hohem Einkommen bzw. Vermögen wäre es nämlich möglich, lediglich finanzielle Großrisiken abzusichern. Mit zunehmendem Einkommen könnte der gebotene Leistungskatalog also abnehmen.

Selbstbeteiligung der Patienten

94. Die mit dem 2. NOG ausgedehnte Zuzahlung der Patienten im Krankheitsfalle stellt eine personalnebenkostenneutrale Finanzierungsquelle für die GKV dar. Die steuernde Wirkung der Finanzquelle "Zuzahlung" ließe sich dadurch erhöhen, daß sie konsequent und durchgehend als prozentuale Beteiligung ausgestaltet wäre. Eine prozentuale Ausgestaltung muß mit den bisherigen Schutzklauseln für Überforderung verbunden bleiben. Auch sogenannte "stop loss Modelle", bei denen erst nach einer einkommensabhängigen Selbstbeteiligung die solidarische Kostenübernahme erfolgt, bedürfen weiterer Analyse und Diskussion. Um diese Diskussion - auch im Vergleich zu einem floatenden Arbeitnehmerbeitrag - zu erleichtern, werden in der folgenden Liste einige wichtige Pro und Contra-Argumente zusammengestellt. Sie müßten im Einzelfall empirisch weiter überprüft werden.

Contra:

1. Unerwünschte Verteilungswirkungen,
2. negative gesundheitliche Wirkungen (Patienten vermeiden Arztbesuche oder den Bezug von Arzneimitteln, obwohl sie medizinisch notwendig wären),
3. nur sehr hohe Selbstbehalte sind ausgabenwirksam und nachfragesteuernd,
4. Kompensationsmöglichkeit durch die Anbieter,
5. schwerkranke und chronisch kranke Patienten werden besonders belastet,
6. Mehrbelastung des Arbeitnehmers im Vergleich zum Arbeitgeber.

Pro:

1. Begrenzung von moral hazard,
2. Stärkung der Subsidiarität: Solidargemeinschaften sollen im Prinzip erst dann Risiken des einzelnen abdecken, wenn sie über die Kraft des einzelnen hinausgehen,
3. bewußterer Umgang mit Gesundheitsleistungen,
4. Erhöhung der individuellen Kostenverantwortung, mehr soziale Mündigkeit der Versicherten, Rückgabe von Entscheidungsfreiräumen, Stärkung des Selbstbewußtseins des Patienten gegenüber dem Arzt, Minderung der angebotsinduzierten Nachfrage,
5. Erhöhung des individuellen Interesses an der eigenen Gesundheit und an Krankheitsverhütung, Verbesserung der compliance während der Behandlung,
6. fiskalische Wirkungen, ceteris paribus Senkung der Lohnnebenkosten.

Steuereinnahmen

95. Nur sehr eingeschränkt empfehlenswert sind Steuereinnahmen zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen. Auch die steuerliche Gegenfinanzierung von sogenannten versicherungsfremden Leistungen muß sorgfältig überprüft werden. Eine unmittelbare Steuerfinanzierung der GKV, auch im Rahmen eines steuerfinanzierten demographiebezogenen Sozialfonds (Ziffer 95f.), weist Nachteile auf. Der Versicherungsgedanke verliert an Bedeutung, staatlicher Einfluß nimmt zu, und der Fall eines Sozialfonds weist aus finanzwissenschaftlicher Sicht Nachteile auf, weil es zu Verstößen gegen das Haushaltsrecht und zu einer Einschränkung der Parlamentsautonomie kommt. Andererseits führt eine komplette Steuerfinanzierung zu einer Stärkung des Parlaments und öffentlicher Einflußnahme auf das Gesundheitswesen. Auch werden die privat finanzierten Systeme zur Mitfinanzierung dann gezwungen, wenn die steuerfinanzierten Subsysteme keine den Leistungserbringern hinreichend erscheinende Vergütung gewährleisten und sie deswegen die Inanspruchnahme im privat versicherten Bereich kompensatorisch steigern.

4.4 Neuordnung des Solidarausgleichs in der Krankenversicherung***Demographiebezogener Sozialfonds***

96. Eine Möglichkeit, das Umlageverfahren unabhängig von den destabilisierenden Einflüssen des demographischen Wandels zu machen, wird darin gesehen, einen sogenannten demographiebezogenen Sozialfonds zu errichten. Die Grundidee besteht darin,

die GKV-Ausgaben, die durch demographische Veränderungen induziert werden, wenigstens teilweise zu isolieren und getrennt zu finanzieren. Ein wesentliches Problem bei der Bestimmung der durch demographische Veränderungen induzierten GKV-Ausgaben ist deren Isolierung von den Ausgabensteigerungen durch medizinischen Fortschritt und andere Faktoren.

97. Die Idee des Sozialfonds in der gesetzlichen Krankenversicherung setzt keineswegs an einer Senkung des Auszahlungsniveaus an, sondern ist ausschließlich auf eine Erhöhung des Einzahlungsniveaus gerichtet, ist also fiskalisch orientiert. Im Vergleich zur GRV fällt weiterhin auf, daß eine isolierte Prognose der durch eine gestiegene Lebenserwartung induzierten Ausgaben für die GKV wesentlich komplexer ist als für die GRV (SG 1996, Kapitel 4). Ein anderer wesentlicher Unterschied zur erweiterten Rentenformel liegt darin, daß der beitragsfinanzierte Sozialfonds in seiner Grundidee kapitalgedeckt ist: Die jeweils zusätzlich erbrachten Finanzierungsmittel sollen erst deutlich später für demographiebedingte Ausgabensteigerungen eingesetzt werden. Heute werden zusätzliche Finanzierungsmittel erbracht, die für demographiebedingte Ausgabensteigerungen in der mittel- bzw. langfristigen Zukunft eingesetzt werden sollen.

Mehr Kapitaldeckung

98. In diesem Sinne stellt sich auch die grundsätzliche Frage nach einer adäquaten Lösung des Solidarausgleichs im Rahmen des Krankenversicherungsschutzes. Für einen Altersausgleich erscheinen kapitalgedeckte Finanzierungsformen interessant, die insbesondere dazu geeignet sind, die Lasten des altersbedingten demographischen Wandels besser zu bewältigen.

Zur Beurteilung von Kapitaldeckungs- und Umlageverfahren können u.a. folgende Merkmale herangezogen werden:

Kapitaldeckungsverfahren:

- Äquivalenz von Beitrag und Leistungen pro Versichertem über den Lebenszyklus
- Trennung von Versicherung (Allokation) und Umverteilung (Distribution)
- Kapitalstock muß erst aufgebaut werden

Umlageverfahren:

- Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben für das gesamte Kollektiv pro Periode; keine Vorsorge
- Mischung von Versicherung (Allokation) und Umverteilung (Distribution)
- muß kein Kapitalstock aufgebaut werden

- | | |
|---|---|
| - stärkere Unabhängigkeit von demographischer Entwicklung | - intergenerative Umverteilung bei demographischem Wandel |
| - Kapitalstock durch Inflation gefährdet (reduziertes Risiko bei internationaler Kapitalanlage) | - keine Anfälligkeit gegenüber Inflation |
| - Kapitalstock in den Händen der Versicherungsunternehmen stellt Macht- und Anlagepotential dar | - wirtschaftliche Machtposition durch die Sozialversicherungsträger |
| - höhere Verwaltungskosten | - niedrigere Verwaltungskosten |

Die Vorteile des einen sind also die Nachteile des anderen Finanzierungsverfahrens, wobei es auch Entwicklungen gibt, z.B. die des medizinischen Fortschritts, die von beiden Verfahren - wenn auch unterschiedlich - gelöst werden können. Es bleibt jedoch das Problem der Portabilität von Ansprüchen bei Wechsel der Krankenversicherung und bei Mitnahme ins Ausland, eine Frage, die angesichts der fortschreitenden europäischen Integration an Bedeutung gewinnt.

”Versicherungspflicht für alle”

99. Bei einer Ausgliederung des Einkommens- und Familienlastenausgleichs und gleichzeitiger Beibehaltung des Risikoausgleichs (keine Risikoäquivalenz) gelangt man zu Pro-Kopf-Pauschalen. Der Staat hätte dann aus Steuermitteln jenen privaten Haushalten Zuschüsse zu gewähren, die nicht aus eigener Kraft in der Lage sind, sich entsprechend zu versichern. Eine noch weiter greifende Alternative wäre die Einführung einer ”Versicherungspflicht für alle”, bei der risikoäquivalente Beiträge zu erheben wären. Damit ist zugleich die Frage nach dem Umfang des staatlich zu gewährleistenden Mindestversicherungsschutzes gestellt.

4.5 Zwischenfazit

100. Bei einer Gewichtung der Beurteilungskriterien (Ziffer 76) steht die Entlastung des Faktors Arbeit und die davon erhoffte Beschäftigungswirkung im Vordergrund, zumal die Erosion der versicherungspflichtigen Einnahmen die Finanzlage der GKV im Jahr 1997 - also bei kurzfristiger Betrachtung - stärker beeinflusst als das Leistungsvolumen bzw. das Ausgabengebahren. Aus heutiger Sicht zeichnet sich auch keine relevante Veränderung bzw. spürbare Verbesserung der Einnahmenentwicklung ab. Fiskalische

und beschäftigungspolitische Überlegungen treten verstärkt neben allokativen und distributiven Aspekten, denen aber weiterhin vor allem langfristige Bedeutung zukommt. Letztlich geht es um die Finanzierung des demographischen Wandels und des ausgabensteigernden Fortschritts im Gesundheitswesen unter der Nebenbedingung, daß die Wachstumsbereiche im Gesundheitswesen mit ihrem Beschäftigungspotential nicht behindert werden. Zu diesem Zweck muß die Finanzierungsbasis in einer Weise erweitert werden, die den beschäftigungspolitischen Ansprüchen genügt und den medizinisch-ethischen und wirtschaftlichen Ordnungsrahmen nicht sprengt. Auch die Selbststeuerungskraft des Systems gilt es zu fördern.

5. Ergebnisorientierte Vergütungsanreize

101. Im vierten Kapitel standen Grundlagen und Kriterien der "äußeren" Finanzierung (Mittelaufbringung) im Vordergrund. Fragen der "inneren" Finanzierung (Mittelverwendung, Vergütung) blieben weitgehend außer acht. Das nun folgende Kapitel stellt die Vergütung in den Mittelpunkt. Ziel ist es, die Vergütung der Leistungserbringer so auszugestalten, daß sie Anreize zu mehr Ergebnisorientierung (positive interne Effekte, siehe auch Ziffern 3-6) setzt. Auf diesem Wege kann die Vergütung zur Erhöhung von Effektivität und Effizienz in der Krankenversorgung und gesundheitlichen Betreuung der Bevölkerung beitragen.

5.1 Transparenz und Patientenorientierung

102. Um das Leistungsgeschehen stärker an den Ergebnissen auszurichten, müssen allen Akteuren im Gesundheitswesen gesundheitliche Ergebnisse als Orientierungsdaten in geeigneter Form zur Verfügung stehen. Generell kann über mehr Transparenz der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern verstärkt werden, der wiederum zu erhöhter Wirksamkeit und Effizienz im Gesundheitswesen beizutragen vermag. Ist die Transparenz von Leistungsergebnissen gegeben, erzielt derjenige Leistungserbringer höhere Erträge, der durch seine Ergebnisse mehr Patienten an sich binden kann. Bei der Möglichkeit zu selektiver Vertragsgestaltung können auch Versicherte und Krankenkassen durch ihre Wahl eine Ergebnisorientierung unterstützen. Als wichtige Akteure werden hier Erkrankte bzw. Patienten und ihre Angehörigen, Versicherte und Krankenversicherungen sowie überweisende und behandelnde Ärzte unterschieden.

103. In welchem Umfang ein Patient die Erfolgswahrscheinlichkeiten der zur Wahl stehenden Ärzte einbezieht, hängt auch von der Art der Erkrankung ab. Chronisch Kranke können sehr viel stärker auf Grund ihrer persönlichen Erfahrung Ergebnisinformationen verarbeiten als etwa Akuterkrankte.

104. Versicherte können durch entsprechende Leistungstransparenz in die Lage versetzt werden, eine informiertere Wahl möglicher Leistungserbringer und möglicher Krankenversicherungen zu treffen. Aus ökonomischer Sicht hat die vorsorgliche Entscheidung eines Gesunden den Vorteil, daß ohne akute Not ein rationaleres Urteil möglich ist. Dadurch erhält die freie Arztwahl auch eine ökonomische Dimension.

Im Zusammenhang mit der Transparenz und den Informationen über Leistungsergebnisse ist darauf hinzuweisen, daß sich das derzeitig noch bestehende Werbeverbot für Ärzte einschränkend auswirkt. Eine Auflockerung wäre in diesem Sinne geboten (SG 1995, Ziffer 391 und 429).

105. Aus Sicht der überweisenden und behandelnden Ärzte dient Transparenz der Leistungsergebnisse dazu, daß sie dem Behandlungsauftrag ihrer Patienten besser nachkommen können. Dies ist insbesondere für Hausärzte wichtig, die damit zielgerichtet ihre Patienten weiterleiten können und so die Effektivität und Effizienz des gesamten Gesundheitssystems erhöhen. Behandelnde Ärzte haben ein Interesse an Leistungstransparenz, wenn sie dadurch einweisende Ärzte auf sich lenken können.

106. Krankenversicherungen, die im Wettbewerb um Versicherte stehen, haben ein elementares Interesse, Versicherte durch Transparenz über ihre Leistungen und Leistungsergebnisse an sich zu binden. Zugleich können sie damit ihre Versicherten zu präferierten Leistungserbringern lenken. Die Krankenversicherungen sind an Ergebnisinformationen vor allem dann interessiert, wenn sie selektiv mit den Erbringern Verträge abschließen können. Es bleibt abzuwarten, inwieweit im Rahmen der neuen Regelungen des 2. NOG (§§ 63-65, 73a) Modifikationen verwirklicht werden. Die Einführung einer ergebnisorientierten Versorgung kann nur gelingen, wenn Anreizstrukturen geschaffen werden, die bei den Akteuren ein Eigeninteresse an ergebnisorientiertem Verhalten wecken.

107. Als weitere Voraussetzung für mehr Ergebnisorientierung betrachtet der Rat eine stärkere Beteiligung der Patienten am medizinischen Leistungsgeschehen. Zur Zeit lassen sich in der internationalen Diskussion drei verschiedene Ansätze einer Patienten-

orientierung erkennen. Diese Ansätze lassen sich grundsätzlich in Bezug auf Zielgruppe, Ziel, Theorie, Konzept, Mittel und Beispiele unterscheiden (Abbildung 9).

Abbildung 9: Ansätze für eine Patientenorientierung

| Ansätze | Zielgruppe | Ziel | Theorie | Konzept | Mittel | Beispiele |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Patient Orientation | Patienten und Angehörige | Versorgungspfade, Zufriedenheit | psycho-soziale Gesundheit und Organisationsmanagement | subjektive Gesundheitstheorien | qualitative Forschung und Evaluation | Rehabilitation, Krankenhäuser |
| Consumerism | Verbraucher | rationale Entscheidung, Absatz | ökonomische Verhaltenstheorie | Zweckrationalität | Info-, Fokusgruppen | Verbraucherzentralen |
| Community Participation | Repräsentanten | Akzeptanz, Compliance | Soziologie/ Politologie | Lebenswelten | Community Advisory Boards | Prävention, Gesundheitsförderung |

Quelle: Eigene Darstellung.

108. Als "Patientenorientierung" (*patient orientation*) werden im deutschsprachigen Raum überwiegend Ansätze bezeichnet, die sich an fallübergreifenden Charakteristika der Patienten und ihrer Angehörigen als Gruppe orientieren. Wesentliche Unterschiede lassen sich zwischen den Präferenzen der Patienten und den im Gesundheitswesen Berufstätigen aufzeigen. So legen Patienten oft einen höheren Wert auf funktionale und psychosoziale Qualitätsmerkmale, während die Leistungserbringer vielfach technische und körperliche Anforderungen der Versorgung zur Beurteilung der Qualität bevorzugen.

109. Eine weitere Form der Orientierung an den Bedürfnissen des Patienten ist die Organisation des Ablaufs der Versorgung an sogenannten Versorgungspfaden. Die Person des Patienten und sein Bedürfnis nach optimaler Versorgung wird gegenüber den zeitlichen, technischen und anderen prozeßbedingten Erfordernissen der Technologie in den Vordergrund gerückt. Innerhalb eines Krankenhauses werden hierdurch z.B. feste Ruhezeiten auch für den Patienten wieder respektiert und Wartezeiten in Funktionsbereichen und vor allem an Schnittstellen zwischen einzelnen Leistungszentren vermieden.

110. Die Ermittlung der Ergebnisqualität von Gesundheitsleistungen durch einen mehrstufigen, kundenorientierten Planungsprozeß beschreibt der Ansatz des *Consumerism*. In Anlehnung an Marketingkonzepte bedient sich die moderne Versorgungsforschung dabei psycho- und soziometrischer Verfahren im Rahmen der Qualitätssicherung sowie verbender Informationstechniken. Vor allem auf die Akzeptanz von Maßnahmen ist die *Community Participation* gerichtet. Meinungsführer, gewählte Repräsentanten und Individuen mit besonderer sozialer Kompetenz werden beratend in die Planung von Programmen mit einbezogen.

5.2 Ergebnisorientierte Vergütung in der ambulanten und stationären Versorgung

Eine weitere Voraussetzung für mehr Ergebnisorientierung sieht der Rat in einer ergebnisorientierten Vergütung, die einerseits dadurch erreichbar ist, daß die jeweiligen Leistungserbringer an den durch sie ausgelösten Einsparungen beteiligt werden (Rationalisierungseffekt). Andererseits kann eine ergebnisorientierte Vergütung auch an den medizinischen Ergebnissen ansetzen. Überdurchschnittlich gute Ergebnisse könnten über ein Bonussystem belohnt werden. Die Konsequenzen von Meß- und Bewertungsproblemen müssen dabei jedoch berücksichtigt werden. Da es zwischen der ärztlichen Behandlung und dem Behandlungsergebnis vielfach keinen deutlichen kausalen Zusammenhang gibt, kann die ergebnisorientierte Vergütung nur eine von mehreren Komponenten eines umfassenderen Vergütungssystems sein (vgl. Abbildung 10). Ebenfalls infolge der schwachen Kausalität lassen sich Bonuszahlungen nicht am individuellen Ergebnis eines behandelten Patienten festmachen, sondern müssen auf Gesamtergebnisse größerer Gruppen - wie z.B. der Patienten eines einzelnen Arztes oder einer Arztgruppe - bezogen werden.

111. In den USA hat sich eine breite Bewegung zur Anwendung sogenannter Ergebniskriterien herausgebildet. Sie finden u.a. eine verbreitete Anwendung in den *Health Maintenance Organizations (HMOs)*. Die einzelnen HMOs können über die angewandten Vergütungsformen frei entscheiden, sind aber auch an regulative Vorgaben des US-amerikanischen Kongresses und zahlreiche Gesetze der einzelnen Staaten gebunden. Insofern bestehen in den USA im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland vielfältige Vergütungssysteme nebeneinander.

112. Eine ergebnisorientierte Vergütung wird in den USA in der Regel über eine Reihe von Bonusregelungen für die ärztliche Vergütung angestrebt, die auf zwei definierten Ergebniskriterien aufbauen. Entweder erhalten ab einem bestimmten Erfolgsmaß alle Ärzte einen Bonus oder nur die besten 10, 20 oder 30 %.

113. Gegenwärtige Strategien für eine bessere Prävention und die Verwirklichung therapeutischer, informationsbezogener oder ablauforganisatorischer Verbesserungsmöglichkeiten sind die Anwendung von Leitlinien, 'Case Management' (Fallplanung/-begleitung) und Arbeitsgruppen zur Qualitätsverbesserung und Konsumentenfortbildung.

114. Die sogenannte 'report card'-Bewegung zwingt Managed Care-Organisationen, standardisierte Informationen über ihre Leistung zu präsentieren. So hat z.B. die 'Massachusetts Health Care Purchaser Group' (Gruppe von Gesundheitsdienstekäufern von Massachusetts) alle Managed Care-Organisationen von Massachusetts zur Bereitstellung von Daten zu folgenden sechs Indikatoren veranlaßt:

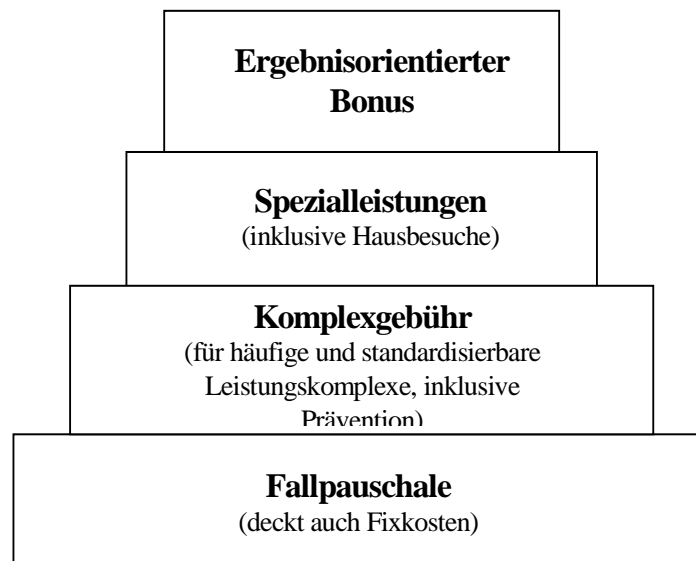
- Mammographie-Screening,
- Schwangerschaftsvorsorge,
- Kaiserschnitttrate,
- Screening auf Bluthochdruck,
- Krankenhauseinweisungen wegen Asthma und
- stationäre psychiatrische Behandlung nach einem Krankenhausaufenthalt.

115. Im Unterschied zu den ergebnisorientierten Vergütungsformen in den HMOs dominiert in der Bundesrepublik Deutschland die Einzelleistungsvergütung bei niedergelassenen Ärzten. Diese können jedoch um Berechnungen auf Kopfpauschalbasis, auf Fallpauschalbasis oder auch auf der Basis von Kombinationen von Fallpauschal- und Kopfpauschalberechnung modifiziert bzw. ergänzt werden.

Die kassenärztlichen Vereinigungen haben - in Abstimmung mit den Krankenkassen - bisher von diesen Möglichkeiten nur wenig bzw. nur in Modellversuchen Gebrauch gemacht.

116. Für weiterführende ergebnisorientierte Vergütungsansätze im ambulanten ärztlichen Sektor ist ein mehrschichtiges Vergütungssystem denkbar, das wie folgt aussehen könnte:

Abbildung 10: Elemente einer erfolgsorientierten Vergütung in einem modular aufgebautem Vergütungssystem



Quelle: Eigene Darstellung

117. Der Rat fordert Krankenversicherungen und Kassen zu entsprechenden Vertragsgestaltungen auf. Auch Elemente eines föderativen Wettbewerbs zwischen unterschiedlich gestalteten Landesmantelverträgen könnten auf diese Weise initiiert werden.

118. Im stationären Bereich kann das seit dem 01.01.1996 gültige Vergütungssystem insofern als leistungsbezogen eingestuft werden, als die Abrechnungseinheiten nach Leistungsinhalten differenziert sind. Allerdings weist die praktische Handhabung oft in eine andere Richtung. So wird bei der Ermittlung der Vergütungshöhe für die Abteilungs Pflegesätze und die Basispflegesätze so gut wie keine Rücksicht auf die Leistungsinhalte genommen. Die Vergütungshöhe wird durch ein rein rechnerisches Abzugsverfahren vom Ausgangsbudget ermittelt. Letzteres wiederum ist Verhandlungssache. Hier sind die Vertragsparteien, insbesondere die Krankenkassen aufgefordert, von der Top-down Errechnung zu einer Bottom-up Bewertung der Krankenhausleistungen überzugehen.

119. Zählt man zum Leistungsergebnis auch die Zahl der behandelten Patienten, so wurde durch die Budgetierung von 1993-96 diese Komponente weitgehend ausgeschaltet. Mit dem 2. NOG wird die durch die Fallzahl ausgedrückte Leistungsmenge wieder als Argument für Budgetsteigerungen zugelassen, womit die Vergütung ein Stück an

Leistungsorientierung zurückgewinnt. Auch durch die Bildung von differenzierten Abteilungsfallpauschalen ließe sich relativ schnell ein stärkerer Leistungsbezug herstellen.

120. Behandlungsergebnisse werden in der Vergütung der Krankenhäuser bisher nicht berücksichtigt. Bezogen auf die Krankheitsschwere und die Behandlungsnotwendigkeit gibt es bislang nur wenig befriedigende Maßstäbe. Am ehesten kann hierbei eine konsequente Zuordnung der Patienten zu Fallgruppen befriedigen, die ihrerseits eine weitere Untergliederung nach Schweregraden vorsehen sollte. Hierzu sind in den USA und auch in einigen europäischen Ländern Gruppierungsverfahren in der Anwendung (All Patient Refined-Diagnosis Related Group - APR-DRG in den USA, eine Weiterentwicklung der DRG, das *Disease-Staging*-Gruppierungssystem in einigen europäischen Ländern), die auch in Deutschland eine Erprobung wert sind.

Eindeutiger und weiter fortgeschritten ist die Erfassung der Behandlungsergebnisse im Rahmen von Qualitätssicherungsprogrammen (vgl. Ziffer 25). Hier eignen sich insbesondere Patientengruppen, die über Fallpauschalen vergütet werden. Als Ergebnisparameter können z.B.

- die Letalitätsrate,
- die spezifischen Komplikations- und Infektionsraten, aber auch
- der Weiter- und Nachbehandlungsbedarf

herangezogen werden.

Die nachstehende Übersicht (Abbildung 11) über Ergebnisse eines Qualitätssicherungsprogrammes der Ärztekammer Nordrhein zeigt, daß schon vielversprechende Ansätze vorliegen. An diesem Programm können alle Krankenhäuser auf freiwilliger Basis teilnehmen. Die Ergebnisse der einzelnen Häuser werden zusammen mit dem Durchschnitt aller Häuser dem teilnehmenden ärztlichen Abteilungsleiter vertraulich zugeleitet. Es steht diesem frei, seine Ergebnisse weiterzugeben. Für die nachfolgende Tabelle wurden die Ergebnisse der Chirurgie des Krankenhauses Alt-/Neuötting aus dessen veröffentlichten Tätigkeitsberichten von 1996 entnommen. Allerdings werden die Qualitätsergebnisse noch nicht in die Vergütung einbezogen.

Abbildung 11: Beispiele für Leistungsergebnisse als Verhandlungsgrundlage für ergebnisorientierte Vergütung und Öffentlichkeitsarbeit

| <i>Schenkelhalsfraktur* QS Chirurgie Nordrhein 1995</i> | | | | |
|---|----------------------|--------|--------------------------|--------|
| | <i>Alle Kliniken</i> | | <i>KKH Alt/Neuötting</i> | |
| <i>Erfasste Patienten</i> | 4.769 | 100 % | 34 | 100 % |
| <i>Operiert</i> | 4.221 | 88,5 % | 30 | 88,2 % |
| <i>Alter über 81 Jahre (operierte Pat.)</i> | 2.481 | 58,8 % | 17 | 56,7 % |
| <i>Liegezeit präoperativ (Tage median)</i> | | 1 | | 1 |
| <i>Liegezeit postoperativ (Tage median)</i> | | 22 | | 15 |
| <i>Gesamtliegezeit (Tage median)</i> | | 24 | | 16 |
| <i>Op-Verfahren:</i> | | | | |
| <i>Nagelung</i> | 123 | 2,8 % | 0 | 0 % |
| <i>Verschraubung</i> | 657 | 14,8 % | 2 | 6,7 % |
| <i>Femurkopfprothese</i> | 1.706 | 38,5 % | 25 | 83,3 % |
| <i>Totalendoprothese</i> | 1.757 | 39,6 % | 2 | 6,7 % |
| <i>Ery-Konz./Vollblut intra/postop.</i> | 2.010 | 45,3 % | 8 | 26,7 % |
| <i>Postoperative Komplikationen gesamt</i> | 1.190 | 26,8 % | 4 | 13,3 % |
| <i>Pulmonale Komplikationen</i> | 273 | 6,8 % | 1 | 3,3 % |
| <i>Thromboembolische Komplikationen</i> | 92 | 2,1 % | 1 | 3,3 % |
| <i>Apoplex</i> | 60 | 1,4 % | 0 | 0 % |
| <i>Serom/Hämatom</i> | 202 | 4,6 % | 1 | 3,3 % |
| <i>Tiefe Wundeiterung/Abszeß</i> | 26 | 9,5 % | 0 | 0 % |
| <i>Verstorben</i> | 269 | 6,1 % | 1 | 3,3 % |
| <i>Entlassungsart:</i> | | | | |
| <i>Nach Hause</i> | 2.673 | 59,2 % | 26 | 86,7 % |
| <i>Verlegung Klinik/Reha</i> | 1.232 | 27,8 % | 3 | 10,0 % |
| <i>Pflegeheim</i> | 308 | 6,9 % | 1 | 3,3 % |
| <i>Pat. Mobilisiert mit Vollbelastung</i> | 2.973 | 67,1 % | 26 | 86,7 % |

* Nur mediale und laterale SHF ohne pertrochant. Fraktur

Quelle: Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting, Tätigkeitsbericht 1991-1995, S. 27, Altötting 1996

121. Es ist technisch leichter zu verwirklichen, aber schwerer durchzusetzen, Behandlungsergebnisse der Krankenhäuser der Öffentlichkeit, insbesondere den Patienten und den einweisenden Ärzten, zugänglich zu machen. Löst dies entsprechende Wanderbewegungen der Patienten aus, wird auf relativ elegante Weise eine ergebnisorientierte Vergütung der Krankenhäuser erreicht.

5.3 Leitlinienorientierte Vergütung

122. Erfolgsorientierung in der Vergütung kann auch über die Kopplung an Leitlinien erreicht werden. Im ambulanten Sektor könnten Leitlinien an die Zahlung von Sonderpauschalen geknüpft werden, etwa für die Betreuung chronisch Kranker oder bei diag-

nostischen und präventiven Maßnahmen. Im stationären Sektor kommen verschiedene Implementationen von Patientenmanagement-Leitlinien in Betracht. Eine leitlinienorientierte Vergütung läßt sich auch als Komplexgebühr vorstellen; ein Einstieg bietet sich anhand klar definierter Indikationen an. Dies ist vor allem bei präventiven Leistungen und bei Leistungen für Patientengruppen gegeben, deren Indikation im Bewertungsmaßstab (EBM) mit einer Ziffer kodiert werden.

123. Innerhalb eines modularen Vergütungssystems käme die Verknüpfung von Leitlinien auch mit besonderen Pauschalen in Frage. Ein Arzt, der sich z.B. bei der Betreuung von Diabetespatienten (vgl. Ziffer 25) an eine Leitlinie hält, die Vorgaben zu Wiederbestellungen für bestimmte Untersuchungen (z. B. Blutzucker, Fußinspektion, Blutdruck), Augenarztüberweisungen und Laborkontrollen macht, könnte eine *'Case Disease Management'*-Pauschale beanspruchen. Diese würde eine Dokumentation voraussetzen, aus der die Einhaltung dieser Leitlinie hervorgeht. Solche Pauschalen sollen eine optimierte kontinuierliche Verlaufskontrolle chronisch Kranker - unter Berücksichtigung der umfassenden Probleme vielfach erkrankter (multimorbider) Patienten - sicherstellen. Sie kombinieren eine Verlaufskontrolle der Erkrankung mit der präventiven Perspektive, bekannte Langzeitschäden zu verhindern. Zu den häufigen und hinsichtlich der Langzeitfolgen problematischen Krankheitsbildern, für die solche leitlinienorientierten *'Case Disease Management'*-Pauschalen in Frage kommen, zählen auch Bluthochdruck, Asthma, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Glaukom und Osteoporose.

124. Erwünschte präventive Leistungen lassen sich ebenfalls durch ein Bonussystem fördern. Impfungen, Screening-Untersuchungen für Krebs, Aktivitäten der Gesundheitsförderung und periodische Gesundheitsuntersuchungen bei bestimmten Zielgruppen könnten hierzu zählen. In diesem Fall wären vor allem Hausärzte bzw. Primärärzte eine Zielgruppe für ein solches Bonussystem. Leitlinien lassen sich dann einsetzen, um zu bestimmten Dokumentationsstandards zu gelangen (als Voraussetzung für die Auszahlung des Bonus). Der Rat empfiehlt der Selbstverwaltung, die Möglichkeit einer ergebnis- und leitlinienorientierten Vergütung zu nutzen und dieser Aufgabe hohe Priorität beizumessen.

5.4 Vergütungsanreize zur Integration der Versorgung

125. Auch für eine integrierte Versorgung gehen entscheidende Impulse vom Vergütungssystem und finanziellen Anreizen aus. Es gilt daher, die Vergütungen so zu gestalten, daß sie eine koordinierte oder sogar eine integrierte Versorgung unterstützen bzw. belohnen. Anhand von Beispielen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen wird aufgezeigt, wie sich durch Vergütungsanreize die Integration der Versorgung verbessern läßt.

Integration von Akutbehandlung und Rehabilitation durch Komplexpauschalen

126. Im Bereich der Akutversorgung mit anschließender Rehabilitation könnte die Komplexpauschale eine Integration der Versorgung unterstützen. Eine Komplexpauschale faßt die Akutpauschale und eine zu bildende Rehabilitationspauschale zusammen. Für die Krankenkassen bleibt dann eine Reduktion der Akutbehandlung und eine Ausdehnung der Rehabilitation zumindest ausgabenneutral. Für die Leistungserbringer selbst ergeben sich Möglichkeiten der Optimierung durch höhere Arbeitsteilung und Koordination. Die Akutbehandlung kann weiter verkürzt werden, sofern die Rehabilitation auch entsprechend ausgerüstet ist, immobile Patienten zu versorgen.

127. Für die Umsetzung ergeben sich allerdings noch eine Reihe von Problemen. Zuerst steht die Frage an, ob sich Akuthäuser und Rehabilitationseinrichtungen auf eine Komplexpauschale verständigen können. Ein zweites mehr technisches Hindernis besteht in einem noch fehlenden Patientengruppierungssystem für Rehabilitationspatienten. Ein gewisses Hindernis für Komplexpauschalen stellt auch die in der 5. Veränderung der Bundespflegesatzverordnung vorgesehene und für sich genommene vernünftige Aufteilung mehrerer Fallpauschalen in zwei Teile dar. Eine Lösung können auch hier Modellprojekte nach §§ 63-65 SGB V bieten, trotz der Problematik der Kostenteilung.

Integration der Versorgung von Dialysepatienten durch Betreuungspauschalen und Aufbau eines Krankheitsmanagements

128. Die deutsche Versorgungssituation zeichnet sich dadurch aus, daß die kostengünstigste Dialyseform, die Heimdialyse, am wenigsten angewendet wird. Nur etwa 9 % der Patienten werden durch die kostengünstigste Peritonealdialyse zu Hause versorgt. In Holland liegt der Anteil bei 30 %, in England sogar bei 50 %. Eine Erklärung dafür liegt in der kostenorientierten Vergütungspraxis. Weil die Kosten der Zentrums- und Praxisdialyse höher liegen, ist auch die Vergütung höher. Die Kosten sind aber auch Einkommen bzw. können durch Einkaufsrabatte in Zusatzeinkommen umgewandelt werden.

Hier könnte durch die Entwicklung eines Krankheitsmanagement-Konzeptes in Verbindung mit Betreuungspauschalen gegengesteuert werden. Betreuungspauschalen könnten sich aus dem gewichteten Durchschnitt der derzeitigen Dialysevergütungen eines Leistungserbringers errechnen. Der Leistungserbringer hat dann ein Interesse an der kostengünstigeren Versorgungsform Heimdialyse, da er dadurch sein Einkommen erhöhen kann.

129. Aufgabe eines Krankheitsmanagements für die Dialyse-Versorgung wäre es u.a., die Patienten und Krankenkassen über die verschiedenen Therapieformen objektiv zu informieren, die Betreuungspauschale mit den Krankenversicherern auszuhandeln, einen Vergütungsausgleich für einzelne Nephrologen vorzunehmen und logistische Hilfestellungen für die Heimdialyse zu geben.

Integration geriatrischer Rehabilitation und der Pflegeversicherung

130. Die Situation für die geriatrische Rehabilitation von ambulant und stationär Pflegebedürftigen nach dem Pflegeversicherungsgesetz zeichnet sich dadurch aus, daß für Pflegebedürftige quasi keine Rehabilitation stattfindet, obwohl Bedarf besteht. Selbst mögliche Kosteneinsparungen, die z.B. durch eine Herabstufung der Pflegestufe Rehabilitierter möglich wären, werden nicht genutzt. Die finanziellen Anreize machen nämlich sowohl für die Krankenkassen als Kostenträger als auch für die verschiedenen Leistungserbringer eine Herabstufung der Pflegestufe von Pflegebedürftigen unattraktiv.

Hilfreich wäre es, wenn mit Hilfe des medizinischen Dienstes von vornherein pro Pflegestufe bestimmte Quoten für Rehabilitationsbedürftige vorgegeben würden. Diese Quoten sollten als Anstoß verstanden werden und daher nur temporär gelten. Dauerhafte Abhilfe kann aber nur dadurch geschaffen werden, daß die Pflegekassen selbst die Kosten der Rehabilitation übernehmen.

Fazit

131. Der Rat empfiehlt trotz der beschriebenen Schwierigkeiten die Weiterentwicklung der ergebnisorientierten Vergütung. Bonuszahlungen empfehlen sich als Element der Gesamtvergütung. Eine wichtige Voraussetzung ist die Transparenz der Ergebnisqualität der Leistungserbringer. Von besonderer Bedeutung kann die leitlinienorientierte Vergütung sein.

Die Ausrichtung des deutschen Gesundheitssystems an den Leistungsergebnissen steht noch am Anfang. Es ist die Selbstverwaltung und nicht der Gesetzgeber aufgefordert, Ergebnisorientierung zu fördern, indem sie zu Leistungstransparenz beiträgt und er-

folgsorientierte Vergütungsformen einsetzt, wo immer sich eine sinnvolle Möglichkeit dazu bietet. Leistungstransparenz ist zugleich eine notwendige Voraussetzung für mehr Eigenverantwortung der Versicherten und Patienten und ebnet so den Weg zu einer erwünschten Neuorientierung im Gesundheitswesen.

6. Zusammenfassung

132. Mit den beiden Bänden des Sondergutachtens über das Gesundheitswesen als Kostenfaktor und Zukunftsbranche wurde versucht, neue Perspektiven für die Krankenversorgung und gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung aufzuzeigen. Die erfolgten Grenzüberschreitungen und Paradigmenwechsel eröffnen nicht nur eine neue medizinische und ökonomische Orientierung für das Gesundheitswesen, sondern zeigen Fortschritt und Wachstumsmärkte bei neuartiger Finanzierung und Vergütung auf. Nach zweijähriger Arbeit des Sachverständigenrates zeigt sich erneut, daß ein sich umstrukturierendes Gesundheitswesen in einem sozial gebundenen Wettbewerbsrahmen mit mehr Selbststeuerungskraft den Herausforderungen der Zukunft besser gewachsen sein wird. Die Globalisierung der wirtschaftlichen Beziehungen und die Individualisierung im Rahmen des gesellschaftlichen Struktur- und Wertewandels erfordern auch im Gesundheitswesen vielfältige strukturelle Veränderungen. Diese tragen zur Staatsentlastung bei, wenn innerhalb des gesetzten Ordnungsrahmens mehr und mehr Kräfte der Selbstverwaltung, der Eigenverantwortung und der Märkte treten.

133. Das Gesundheitswesen stellt einen erheblichen Wirtschaft- und Wachstumsfaktor in der Volkswirtschaft dar. Es dient nicht nur der Erhaltung, Wiederherstellung und Förderung von Gesundheit, sondern trägt mit den direkt und indirekt rund vier Millionen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und den von ihnen erbrachten Dienstleistungen zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung und vor allem zu wünschenswerten Wirkungen auf den Arbeitsmärkten bei. Unter neuen Finanzierungsmodalitäten und unter wettbewerblichen Bedingungen können steigende Umsätze, Beschäftigungszahlen und Gewinne unter gesamtwirtschaftlichen Aspekten auch im Gesundheitswesen als Erfolgsmeldung angesehen werden. Das sich abzeichnende strukturelle Wachstum verbunden mit dem zunehmenden Anteil älterer Menschen läßt neue Berufe entstehen und öffnet neue Tätigkeitsfelder. Wohlfahrt, Wachstum und Beschäftigung sind die tragenden Zieldimensionen und Wirkungen des Gesundheitswesens.

134. Die Analyse der Fortschrittskräfte zeigt, daß das Gesundheitswesen auf absehbare Zeit ein Wachstumsmarkt bleiben wird, dessen Produkte und Dienstleistungen die Bevölkerung nachfragt. Fortschritt erzeugt gesundheitlichen Mehrnutzen zu gleichen, selten zu weniger, häufig zu höheren Kosten. Dabei läßt sich auch im Gesundheitswesen eine stärkere Ausrichtung auf factorsparenden und gleichzeitig den gesundheitlichen Nutzen steigernden Fortschritt bewirken, wenn die Anreize entsprechend gesetzt werden. Für Thrombosebehandlung, Hämophilie, Wachstumshormonsubstitution, Interventionelle Kardiologie, Knochenmarktransplantation und Diabetes mellitus werden diese Zusammenhänge aufgezeigt. Mehr systematischer Wissensinsatz ist vor Einführung neuer und zur Überprüfung alter Technologien und Dienstleistungen nötig (Health Technology Assessment). Mit der Pflege, der medizinischen Telematik, den Medizinprodukten und dem Arzneimittelmarkt werden konkrete Wachstumsmärkte mit überwiegend internationaler Bedeutung herausgestellt.

135. Die Entlastung des Faktors Arbeit und die damit zu erwartenden Beschäftigungswirkungen stehen bei der Ausgestaltung der zukünftigen Finanzierung des Gesundheitswesens im Vordergrund. Eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik stößt angesichts der Erosion der Beitragsbemessungsgrundlagen an ihre Grenzen. Stellt man die Arbeitskostenentlastung bei der Mittelaufbringung in den Vordergrund, so lassen sich folgende Finanzierungsvorschläge auflisten:

- Selbstbeteiligung der Patienten,
- floatender Arbeitnehmerbeitrag,
- Auszahlung des Arbeitgeberbeitrags,
- Verlagerung oder Erstattung krankensicherungs-fremder Leistungen,
- verminderte Beitragssätze für Geringverdiener und
- Verbreiterung der Beitragsbemessungsgrundlage.

136. Auch wenn der Entlastung des Faktors Arbeit und den davon erhofften Beschäftigungswirkungen kurz- und mittelfristig eine große Bedeutung zukommt, dürfen neben fiskalischen Aspekten vor allem die allokativen und distributiven Wirkungen sowie eine Stärkung des eigenverantwortlichen Handelns nicht vernachlässigt werden. Der Strukturwandel in der Erbringung und Finanzierung von Gesundheitsleistungen ist unverzichtbar.

Bei der langfristigen Weiterentwicklung des Gesundheitswesens geht es um die Neudefinition der in der GKV pflichtversicherten Personengruppen, Änderungen der Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze, um Rand- und Abwahlleistungen, eine

Begrenzung auf eine Grundsicherung und um eine Mindestversicherungspflicht mit Zuwahlmöglichkeiten. Eine Versicherungspflicht für alle mit risikoorientierten Beiträgen und direkten staatlichen Transferleistungen an Einkommensschwache erscheint als mögliche Vision, in der auch die bislang getrennte Versicherungsaufsicht für die gesetzliche und private Krankenversicherung zusammengeführt werden könnte. Ihre neue Aufgabe bestünde in der Überwachung des Wettbewerbs unter den konvergierenden Versicherungsstrukturen der kollektiven und individuellen Daseinsvorsorge in Europa.

137. Bezüglich der Vergütung ambulant und stationär erbrachter Gesundheitsleistungen ist eine stärkere Ergebnis- und Patientenorientierung geboten. Mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen ist dafür eine unverzichtbare Voraussetzung. In diesem Kontext plädiert der Rat für ergebnisbezogene Bonuszahlungen im Rahmen mehrschichtiger Vergütungssysteme mit einer Verknüpfung der Vergütung an zu entwickelnde Leitlinien. Neue Modelle und freiere Vertragsbeziehungen zwischen Kassen und Leistungsanbietern liefern den hierzu notwendigen Gestaltungsspielraum.

Auftrag zu einem Sondergutachten

Auswirkungen von Ausgaben- und Beitragssatzveränderungen im Gesundheitswesen und in der GKV auf Beschäftigung und Wirtschaftswachstum

Der Bundesminister für Gesundheit beauftragt den Sachverständigenrat für die Konzertrierte Aktion im Gesundheitswesen, ein Sondergutachten vorzulegen, in dem die folgenden Fragen der medizinischen und wirtschaftlichen Entwicklung geprüft werden:

- 1) Inwiefern erfordern ein Wandel der Morbiditätsentwicklung der Bevölkerung und der sich weiterentwickelnde medizinische Fortschritt Veränderungen in den Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens? Lassen sich einerseits Bereiche identifizieren, in denen eine Erhöhung der Aufwendungen sinnvoll ist und andererseits Bereiche erkennen, in denen Rationalisierungsmöglichkeiten durch Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Abbau von Überkapazitäten bestehen?
- 2) Welche Ausgaben- und Beitragssatzentwicklungen lassen sich abschätzen, wenn unter Einbeziehung von Wirtschaftlichkeitsreserven notwendiger medizinischer Fortschritt im Gesundheitswesen und in der GKV zur Anwendung kommt?
- 3) Welche Beschäftigungs- und Wachstumswirkungen haben entsprechende Ausgaben- und Beitragssatzveränderungen
 - im Gesundheitswesen
 - in Branchen mit unterschiedlicher Kapital- und Personalintensität und in der gesamten Volkswirtschaft?

Der Sachverständigenrat wird gebeten, eine Bestandsaufnahme Mitte 1996 und seinen Bericht im Frühjahr 1997 vorzulegen.

Für die Dauer des Sondergutachtens wird der Sachverständigenrat von der Verpflichtung zur Vorlage der Jahresgutachten (gem. Errichtungserlaß vom 12.11.1992, zuletzt geändert am 17.08.1994, § 2 Abs. 1) entbunden.

Bonn, den 23. Oktober 1995

Der Bundesminister für Gesundheit

gez. Horst Seehofer

Erweiterung des Auftrags des Sachverständigenrats der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen:

Welche Lösungsmöglichkeiten sieht der Sachverständigenrat, den durch die demographische Entwicklung, den medizinischen Fortschritt sowie den tiefgreifenden sozialen und gesellschaftlichen Wandel bedingten zunehmenden Finanzdruck in der GKV in Einklang zu bringen mit der wachstums- und beschäftigungspolitischen Notwendigkeit, einerseits die Arbeitskosten zu entlasten und andererseits die Chancen für Wachstum und Beschäftigung in den gesundheitsnahen Bereichen zu nutzen?

Die aus dem Gutachten entwickelten Vorschläge sollten sich besonders an ihrer Praktikabilität und sozialen Verträglichkeit orientieren sowie die möglichen wirtschaftlichen und finanziellen Auswirkungen konkret benennen.

Bonn, den 17. März 1997

Der Bundesminister für Gesundheit

gez. Horst Seehofer

Mitglieder des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Prof. Dr. rer. pol. Klaus-Dirk Henke,
Institut für Volkswirtschaftslehre,
Lehrstuhl für Finanzwissenschaft
und Gesundheitsökonomie
Technische Universität Berlin
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Wilhelm van Eimeren,
Institut für medizinische Informatik und
Systemforschung des GSF-Forschungszentrums für
Umwelt und Gesundheit GmbH, Oberschleißheim
(stellvertretender Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Astrid Franke,
Klinik für Hämatologie /Onkologie,
Zentrum für Innere Medizin der
Medizinischen Fakultät
der Otto-von-Guericke-Universität, Magdeburg

Prof. Dr. rer. pol. Günter Neubauer,
Fakultät für Wirtschafts- und Organisationswissenschaften,
Institut für Volkswirtschaftslehre,
Universität der Bundeswehr München, Neubiberg

Prof. Dr. med. Peter C. Scriba,
Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt,
Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz
Zentrum für Öffentliche Gesundheitspflege
Abt. Epidemiologie und Sozialmedizin
Medizinische Hochschule Hannover und
Forschungsstelle Gesundheitsökonomie und
Gesundheitssystemforschung
Universität Hannover

Prof. Dr. rer. pol. Eberhard Wille,
Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, insbesondere
Planung und Verwaltung öffentlicher Wirtschaft
Universität Mannheim